

Effect of previous child lactation during pregnancy on the pregnancy outcome and newborns birth sizes

Hassanabadi M.* MSc, Madarshahian F.¹ MSc

*Department of Public & Community Health Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

¹Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Abstract

Aims: In many countries, pregnant women's breastfeeding of the older baby is common and may lead to oxytocin release, uterine contraction and increased maternal energy need. The probable consequences of lactation during pregnancy on the pregnancy outcome and newborn are still unclear. The aim of this study was to investigate the effect of the breastfeeding the older baby during the pregnancy on the pregnancy outcome and newborns' birth sizes.

Methods: In this case-control study, during 9 months in maternity units of Birjand, of 2308 multiparous pregnant mothers, 320 were selected through sequential sampling method. The case group consisted of 80 mothers who were breastfeeding the older child during their current pregnancy. Control group included 240 mothers homogenized with the case group, who stopped breastfeeding to the old baby at least 3 months before pregnancy. Two clinical trained nurses gathered newborns birth weight, height, head circumference and pregnancy outcome of two groups. Data were analyzed with SPSS 16 software, student T, Pearson correlation, chi square, Mann-Whitney, and Fisher's exact tests.

Results: There was no significant difference between the pregnancy outcome in the case and control groups ($p=0.36$), and between the pregnancy outcome and mothers' breastfeeding behaviors in case group ($p=0.69$). The mean of newborns' birth weight ($p=0.45$), height ($p=0.15$), and head circumference ($p=0.31$) in two groups had no significant difference.

Conclusion: Breastfeeding of healthy pregnant mothers to their older child has no remarkable effect on the pregnancy outcome, newborn's birth weight, height and head circumference.

Keywords: Breast Feeding, Pregnancy, Birth Weight, Abortion

تاثیر شیردهی به کودک قبلی طی حاملگی بر نتیجه حاملگی و اندازه بدو تولد نوزاد

محسن حسن‌آبادی* MSc

گروه بهداشت عمومی و جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

فرح مادرشاهیان MSc

گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

اهداف: در بسیاری از کشورها شیردهی زنان حامله به کودک قبلی شایع است و می‌تواند موجب آزادسازی اکسی‌توسین، انقباض رحم و افزایش نیاز مادر به انرژی شود. عواقب احتمالی شیردهی طی بارداری بر عاقبت حاملگی و نوزاد هنوز مشخص نیست. هدف این مطالعه، بررسی تاثیر شیردهی به کودک قبلی طی حاملگی بر نتیجه حاملگی و اندازه بدو تولد نوزاد بود.

روش‌ها: در این مطالعه مورد-شاهدی طی ۹ ماه در زایشگاه‌های شهر بیرجند، از ۲۳۰۸ مادر حامله چندزا، ۳۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند. گروه آزمون متشکل از ۸۰ مادر بودند که در حاملگی فعلی به شیردهی کودک قبلی ادامه دادند. گروه شاهد ۲۴۰ مادر همسان‌شده با گروه آزمون بودند که حداقل از ۳ ماه قبل از حاملگی، شیردهی به کودک قبلی را متوقف نمودند. دو پرستار بالینی آموزش‌دیده با دو پرسش‌نامه رفتارهای شیردهی گروه آزمون، عاقبت حاملگی و وزن، قد و دور سر ابتدای تولد نوزادان دو گروه را جمع‌آوری نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از SPSS 16 و آزمون‌های T استودنت، همبستگی پیرسون، مجذور کای، من-ویتنی و دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌دار آماری بین عاقبت حاملگی در گروه آزمون و شاهد ($p=0/36$) و همچنین بین عاقبت حاملگی و رفتارهای شیردهی مادران گروه آزمون ($p=0/69$) مشاهده نشد. میانگین وزن ($p=0/45$)، قد ($p=0/15$) و اندازه دور سر ($p=0/31$) بدو تولد نوزادان دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: شیردهی زنان حامله سالم به کودک قبلی فاقد اثرات قابل توجه بر عاقبت بارداری، وزن، قد، و اندازه دور سر بدو تولد نوزادان است.

کلیدواژه‌ها: شیردهی، حاملگی، وزن تولد، سقط

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۶/۱۶

* نویسنده مسئول: mohsenhassanabadi@yahoo.com

مقدمه

در بسیاری از کشورهای جهان، زنان طی حاملگی نیز به تغذیه کودک قبلی خود با شیر مادر ادامه می‌دهند تا کودک از فواید شیر مادر در ابعاد تغذیه‌ای، احساسی و ایمنی در مقابل بیماری‌ها بهره‌مند شود. در جوامعی که تغذیه طولانی‌مدت کودکان از شیر مادر شایع

است، وقوع حاملگی طی شیردهی مادر مشاهده می‌شود و بسیاری معتقدند که حاملگی و شیردهی همزمان با یکدیگر سازگاری ندارند [۱]. هرچند امکان تغذیه کودک از شیر مادر حامله و محدوده زمانی احتمالاً مجاز شیردهی طی بارداری مشخص نیست. در بنگلادش حدود ۲۰٪ در گواتمالا ۵۰٪ و در کشور پرو نیز ۱۰٪ زنان حامله به تغذیه کودک قبلی خود با شیر مادر در محدوده‌های زمانی مختلف طی حاملگی ادامه می‌دهند [۲-۴].

تغذیه کودکان از شیر مادر، همزمان با حاملگی ناخواسته که احتمال همزمان‌شدن حاملگی و تغذیه کودک از شیر مادر را افزایش می‌دهد، در کشورهای در حال توسعه شایع‌تر است [۵]. پس از حاملگی، گروهی از زنان تا چند ماه بعد، از آغاز بارداری آگاه نبوده و بعد از آگاهی مادر، علی‌رغم باورهای فرهنگی مبنی بر قطع تغذیه کودک قبلی از شیر مادر، به شیردهی طی حاملگی ادامه می‌دهند [۵، ۶]. بی‌خطری همزمان‌شدن حاملگی و شیردهی مادر و عوارض جانبی احتمالی بر سلامتی جنین/نوزاد و عاقبت حاملگی نامشخص است [۱، ۷].

حاملگی و شیردهی همزمان ممکن است به کم‌وزنی بدو تولد منتهی شود، زیرا شیردهی نیز علاوه بر حاملگی و نیازهای عادی مادر می‌تواند نیاز انرژی مادر حامله شیرده را افزایش دهد [۳-۴]. همزمانی تغذیه کودک از شیر مادر حامله ممکن است دارای تاثیرات منفی بر عاقبت حاملگی باشد. تغذیه کودک از شیر مادر حامله طی بارداری موجب ترشح اکسی‌توسین شده و می‌تواند انقباضات رحمی را تحریک و منجر به سقط، زایمان زودرس، کاهش رشد داخل رحمی جنین، کم‌وزنی بدو تولد نوزاد و در موارد شدید حتی به مرگ داخل رحمی جنین منتهی می‌شود [۷]. هنوز چگونگی نقش اکسی‌توسین در اولین فازهای فعال‌شدن رحم یا در فاز انفجاری زایمان به‌روشنی مشخص نیست [۸]. از آنجا که مطالعات محدود قبلی به‌طور دقیق نتوانسته‌اند عوارض این وضعیت را بر عاقبت حاملگی و نوزادان نشان دهند [۷-۱۰] و در ایران نیز پی‌آمدهای احتمالی حاملگی و شیردهی همزمان مورد مطالعه قرار نگرفته است، هدف این مطالعه، بررسی تاثیر شیردهی به کودک قبلی طی حاملگی بر نتیجه حاملگی و اندازه بدو تولد نوزاد بود.

روش‌ها

در این مطالعه مورد-شاهدی، دو گروه از زنان چندزای حامله در زایشگاه‌های ولیعصر و تامین اجتماعی بیرجند با نمونه‌گیری متوالی طی ۹ ماه از ابتدای مرداد ۱۳۸۸ تا پایان فروردین ۱۳۸۹ توسط دو پرستار بالینی وارد مطالعه شدند. طی نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات از ۳۰۳۴ زن حامله مراجعه‌کننده به محیط پژوهش، ۹۸۹ نفر اول‌زا و ۷ نفر دارای بیماری سیستمیک بودند که حذف شدند و از ۲۳۰۸ زن حامله چندزا، ۸۰ نفر که کودک آخر خود را طی حاملگی فعلی با شیر مادر تغذیه نموده و همه آنها دارای ملاک‌های

حساسیت ۱ میلی‌متر ضمن استفاده از یک متر فاقد انبساط با پوشش پلاستیک همانند بررسی‌های قبلی [۴] و قد نوزاد نیز در حالت خوابیده به پشت با تخت استاندارد و حساسیت ۱ میلی‌متر توسط یک پرستار آموزش‌دیده در هر یک از دو زایشگاه شهر در گروه آزمون و شاهد به صورت یکسان اندازه‌گیری شد. تغییر اساسی در تغذیه مادران آزمون و شاهد طی حاملگی فعلی از طریق مصاحبه و با سؤال "مهم‌ترین تغییر تغذیه‌ای و عادات غذایی شما طی این حاملگی در مقایسه با قبل از حاملگی فعلی کدامند و چه مدتی تغییرات یادشده را ادامه دادید؟" تعیین اطلاعات حاصل در ۳ رده دارای تغییر مثبت (رعایت متعادل بودن رژیم غذایی به طور مداوم، تاکید بر مصرف پروتئین و مصرف قرص آهن طبق توصیه پزشک پس از آگاهی از حاملگی)، بدون تغییر (همانند قبل از حاملگی) و تغییر متوسط (شامل رعایت ۳ ملاک از ملاک‌های تغییر مثبت طی یک تا ۳ ماه از حاملگی یا یک تا ۲ ملاک در کل حاملگی پس از آگاهی از آن) طبقه‌بندی شد. مشکلات پزشکی و مامایی دوران حاملگی (مانند آغاز افزایش فشار خون و عفونت ادراری در حاملگی) که توسط پزشک متخصص زنان مورد تایید قرار گرفته بود، با مشاهده اسناد گردآوری شد. عاقبت حاملگی شامل سقط، مرده‌زایی، زایمان زودرس، زایمان طبیعی و سزارین در گروه آزمون و شاهد توسط پزشک متخصص زنان مورد تایید قرار گرفت. رفتارهای شیردهی مادران گروه آزمون پس از آگاهی از حاملگی شامل تداوم شیردهی به طور عادی و بدون تغییر، کاهش دادن دفعات و مدت‌زمان هر شیردهی مادر و توقف شیردهی بود. فرم رضایت‌نامه توسط مددجویان یا پرستار مسئول جمع‌آوری اطلاعات در حضور آنان قرائت شد. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد تایید قرار گرفته است.

در تجزیه و تحلیل اطلاعات، برای طبقه‌بندی یافته‌های مربوط به عاقبت حاملگی، تعداد کل زایمان‌های سزارین و طبیعی تحت عنوان "تولدهای ترم" در یک طبقه و کل موارد سقط و مرده‌زایی در طبقه مجزای دیگر مورد مقایسه قرار گرفت. در ارتباط با اطلاعات مشکلات مامایی و پزشکی دوره حاملگی کل زنانی که طی حاملگی دچار عفونت، فشار خون و خونریزی شده بودند، در طبقه "دارای مشکل" و کل زنان فاقد مشکل در طبقه "بدون مشکل" طبقه‌بندی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از SPSS 16 و آزمون‌های T استودنت، همبستگی پیرسون، مجذور کای، من-ویتنی و دقیق فیشر استفاده شد.

نتایج

دو گروه آزمون و شاهد از نظر میانگین تعداد فرزندان ($p=0/57$)، میانگین سنی ($p=0/07$)، مشکلات مامایی و پزشکی دوره حاملگی ($p=0/84$) و تغییر تغذیه‌ای مادران طی بارداری ($p=0/91$) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند.

ورود به مطالعه بودند، در گروه آزمون وارد شدند. از ۲۲۲۸ نفر دیگر که طی بارداری غیرشیرده بودند، ۲۴۰ نفر دارای ملاک‌های ورود به مطالعه در گروه شاهد وارد شدند. برای هر زن چندزای گروه آزمون، ۳ مادر دارای ملاک‌های ورود به مطالعه و گروه شاهد که فاقد شیردهی طی بارداری فعلی بودند، از همان زایشگاه به صورت متوالی انتخاب شدند. با توجه به منابع علمی و بررسی‌های قبلی [۱۱-۸، ۵-۳]، متغیرهای مخدوش‌کننده "سن مادر"، "مشکلات پزشکی و مامایی" و "تغییر تغذیه‌ای بارز مادر طی حاملگی"، "تعداد فرزندان" و "فاصله بین دو حاملگی آخر" تعیین شد. همسان‌سازی گروهی متغیرهای مخدوش‌کننده گروه آزمون و شاهد طی مطالعه اجرا شد. گروه آزمون و شاهد شامل زنان حامله چندزا با زایمان سزارین، طبیعی، سقط، زایمان زودرس یا مرده‌زایی بود که سن آنها بیشتر یا مساوی ۲۰ سال و فاصله بین دو حاملگی فعلی و قبلی آنها بیشتر از ۳ ماه بود. گروه آزمون طی بارداری فعلی کودک قبلی خود را با شیر مادر تغذیه نمودند، اما گروه شاهد حداقل از ۳ ماه قبل از حاملگی و طی حاملگی فعلی فاقد شیردهی به کودک قبلی بوده و غیر از شیردهی سایر ملاک‌های گروه آزمون را داشتند. سن کمتر از ۲۰ سال، اول‌زای بودن مادران و ابتلا به بیماری‌ها یا وضعیت‌هایی که خطر زایمان زودرس، عقب‌افتادگی رشد داخل رحمی، کم‌وزنی بدو تولد و سقط و مرده‌زایی را (مانند وجود سابقه مثبت قبلی سقط) افزایش دهند، مانع ورود به مطالعه شد. زنان چندزای گروه آزمون و شاهد فاقد عوامل خطر شناخته‌شده کم‌وزنی بدو تولد نوزاد، سقط، مرده‌زایی و زایمان زودرس و دارای حاملگی طبیعی بودند و فقط از نظر شیردهی مادر به کودک قبلی طی بارداری فعلی با یکدیگر متفاوت بودند.

دو پرسش‌نامه برای دو گروه آزمون و شاهد تنظیم شد. پرسش‌نامه گروه شاهد مشابه گروه آزمون، اما فاقد سئوالات مرتبط با تغذیه کودک از شیر مادر طی حاملگی بود. پیش‌مطالعه توسط دو پرستار بالینی آموزش‌دیده روی ۶ نفر مادر دارای شرایط آزمون و ۱۲ شاهد انجام شد. نتایج نشان‌دهنده پایایی مناسب آن بود (آلفای کرونباخ گروه آزمون ۰/۹۰ و گروه شاهد ۰/۸۸). پس از مشاهده و تایید پرسش‌نامه توسط ۳ متخصص زنان و ۲ متخصص اطفال، اجرای پرسش‌نامه به صورت یکسان برای کلیه زنان گروه آزمون و شاهد با نظارت روزانه دو محقق انجام شد. دو پرستار بالینی که از اهداف اصلی مطالعه مطلع نبودند، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. آنها ضمن شرکت در ۱۰ ساعت کلاس آموزشی در ارتباط با محتوای مصاحبه، روش‌های گردآوری اطلاعات پژوهش، مشخصات افراد مورد مطالعه و روش انتخاب آنها، زمان و روش انجام مصاحبه، همچنین اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر نوزادان در بدو تولد آموزش‌های یکسانی را دریافت نمودند.

در اتاق زایمان وزن نوزادان تازه‌متولدشده توسط ترازوی مدل RS232 با حساسیت ۲ گرم (SECA؛ آلمان)، دور سر نوزادان با

میانگین شیردهی مادران گروه آزمون به کودک قبلی طی حاملگی فعلی ۹۸/۷۷ روز (رنج=۲۷۰-۳۰۰روز) بود. ۲۸ نفر از افراد گروه آزمون (۳۵٪) بدون تاخیر شیردهی به کودک قبلی را متوقف کرده، ۴۲ نفر (۵۲/۵٪) دفعات آن را کاهش و ۱۰ نفر (۱۲/۵٪) شیردهی را بدون هیچ تغییری ادامه داده بودند. فقط ۴ نفر (۵/۲٪) از کودکان دارای تغذیه انحصاری از شیر مادر بودند (سن ۳ مورد از کودکان ۳-۶ ماه و یک مورد ۷ ماه بود).

بین عاقبت حاملگی و رفتارهای شیردهی (تداوم شیردهی بدون تغییر، کاهش دادن دفعات و مدت زمان هر شیردهی مادر و توقف شیردهی) مادران گروه آزمون پس از آگاهی از حاملگی فعلی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/69$). در گروه آزمون ۵ مورد (۶/۲۵٪) سقط، ۲ مورد (۲/۵٪) مرده زایی و ۷۳ مورد (۹۱/۳٪) سزارین و زایمان طبیعی مشاهده شد. در گروه شاهد ۹ مورد (۳/۷۵٪) سقط و ۵ مورد (۲/۰۸٪) مرده زایی و ۲۲۶ مورد (۹۴/۲٪) سزارین و زایمان طبیعی مشاهده شد. زایمان زودرس در دو گروه آزمون و شاهد دیده نشد. بین عاقبت حاملگی مادران گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری ($p=0/36$) مشاهده نشد.

سن کودک قبلی در آغاز بارداری فعلی ($p=0/3$)، میانگین فاصله زمانی از حاملگی قبلی ($p=0/3$) و میانگین فاصله زمانی از آخرین حاملگی تا حاملگی فعلی منتهی به سقط و مرده زایی ($p=0/63$) بین دو گروه معنی دار نبود. در گروه آزمون، میانگین فاصله زمانی از آخرین حاملگی تا حاملگی فعلی منجر به سقط و مرده زایی (۴/۴±۱۴ ماه) در مقایسه با حاملگی منتهی به "زایمان ترم" در همین گروه (۳/۳±۱۲/۳ ماه) تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/68$). بین تعداد روزهای تغذیه کودک قبلی از شیر مادر حامله و عاقبت حاملگی در گروه آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/29$).

وزن نوزادان گروه آزمون (۷۲۵±۲۹۳۹/۴ گرم) و گروه شاهد (۶۶۴±۳۰۰۸/۵ گرم؛ $p=0/27$ ؛ $t=0/12$)، قد نوزادان گروه آزمون (۹۱±۴۹ میلی متر) و گروه شاهد (۱۱±۴۸۷ میلی متر؛ $p=0/17$) و $t=0/14$ و اندازه دور سر نوزادان گروه آزمون (۳۴۴±۱۳ میلی متر) و گروه شاهد (۱۷±۳۴۱ میلی متر؛ $p=0/22$ ؛ $t=0/19$) در ابتدای تولد با مدت شیردهی مادران آنها به کودک قبلی طی حاملگی فعلی تفاوت معنی داری نشان نداد.

بحث

تغذیه کودک از شیر مادر حامله طی حاملگی به صورت همزمان و تداوم آن طی بارداری در سراسر جهان گزارش شده است [۱، ۲، ۵، ۱۲]. عواقب احتمالی شیردهی مادر حامله طی بارداری، مضر بودن، مفید بودن یا عوارض احتمالی آن بر مادر و جنین/نوزاد به طور مکرر مورد سؤال است. در این مطالعه، میانگین وزن، قد و دور سر بدو

تولد نوزادان تازه متولد شده گروه آزمون مشابه گروه شاهد بود. در مطالعه مرکانت و همکاران نیز همزمانی حاملگی با تغذیه کودک قبلی از شیر مادر باعث کاهش وزن بدو تولد نوزادان تازه متولد شده تا میزان ۳۰ گرم شده است [۱]. در مطالعات محدود قبلی عواقب تغذیه کودک از شیر مادر طی حاملگی به طور شایع فقط در ارتباط با وزن نوزادان تازه متولد شده است، اما قد و دور سر کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است؛ فقط بررسی توصیفی مارکوئیس نشان می دهد که وزن، قد و اندازه دور سر بدو تولد و پایان یک ماهگی نوزادان ارتباطی با شیردهی طی حاملگی ندارد [۴]. نتایج یک گزارش موردی نیز نشان دهنده طبیعی بودن وزن بدو تولد نوزادان تازه متولد شده از مادران حامله شیرده طی حاملگی است [۷]. ممکن است زنان حامله شیرده طی بارداری از مولتی ویتامین یا ترکیبات مشابه طی حاملگی استفاده نمایند که در طبیعی بودن وزن بدو تولد نوزادان متولد شده از مادران شیرده همزمان با بارداری نقش داشته باشد. هرچند که در مطالعه حاضر فقط ۱۱/۲٪ مادران گروه آزمون دارای تغییر مثبت تغذیه ای طی بارداری بودند. احتمالاً وزن کمتر نوزادان متولد شده از حاملگی های همزمان با شیردهی در بدو تولد می تواند ناشی از اثرات تولید شیر طی حاملگی بر وزن گیری و رشد جنین باشد. تنش و استرس انرژی در زنان از یک حاملگی تا حاملگی دیگر متفاوت است [۱].

در مطالعه حاضر تفاوت معنی دار بین عاقبت حاملگی و رفتارهای شیردهی مادران گروه آزمون مشاهده نشد. اثرات تغذیه کودک از شیر مادر طی حاملگی بر فعالیت رحم کمتر مورد بررسی قرار گرفته و در مطالعات محدودی گزارش شده است. در این مطالعه فقط ۱۲/۵٪ زنان حامله گروه آزمون تا پایان حاملگی شیردهی را ادامه داده بودند. در مطالعه توصیفی ماسکون از ۵۷ زن دارای شیردهی طی حاملگی ۴۳٪ شیردهی به کودک قبلی را تا بعد از زایمان ادامه داده بودند و کلیه نوزادان سالم و ترم متولد شدند [۱۲]. در گزارش موردی دو حاملگی با ۳-۵ ماه همزمانی حاملگی و شیردهی، عاقبت دو حاملگی طبیعی بود و نوزادان ترم متولد شدند [۷]، اما در یک گزارش موردی دیگر خانم حامله دارای سابقه پره اکلامپسی، سقط سه ماهه اول حاملگی و حاملگی نابه جا بعد از تغذیه کودک دوساله خود با شیر مادر طی بارداری دچار سقط شد [۱۰] که ممکن است نشان دهنده پرخطر بودن شیردهی طی حاملگی های پرخطر باشد. در مطالعه مقایسه ای دیگر در ۱۱۰ زن حامله دارای شیردهی (فاقد سابقه سقط یا زایمان زودرس، دارای زایمان ترم و یک قلو)، ۸ مورد سقط خودبه خودی (۷/۳٪) و در ۷۷۵ زن همسان شده گروه کنترل ۶۵ سقط (۸/۴٪) مشاهده شد و دو گروه از نظر سقط تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند و سقط خودبه خودی در مواردی که سن کودک شیرخوار بالاتر از یکسال است، شایع تر گزارش شده است. با توجه به اینکه در آغاز حاملگی، سن کودکان شیرخوار مطالعه آنان کمتر از یکسال بوده و در این سن دفعات تغذیه از شیر

سه ماهه سوم حاملگی شیردهی به کودک قبلی خود را ادامه دادند. در مطالعات قبلی رفتارهای شیردهی مشابه دیده می‌شود، اما طول مدت شیردهی مادران طی بارداری بسیار متنوع است [۱، ۲، ۳، ۵]. تفاوت‌های موجود در طول مدت شیردهی مادران طی حاملگی، احتمالاً ناشی از عوامل فرهنگی است. اطلاعات دقیق در ارتباط با عواقب شیردهی مادران طی حاملگی وجود ندارد. انجمن پزشکان خانواده ایالات متحده معتقد است که اگر حاملگی طبیعی و مادر سالم باشد، شیردهی طی حاملگی یک تصمیم‌گیری فردی در زنان است [۱۸].

نتیجه‌گیری

زنان حامله سالم و فاقد وضعیت‌های همراه با عقب‌افتادگی رشد داخل رحمی جنین، زایمان زودرس، سقط و مرده‌زایی می‌توانند کودک خود را طی حاملگی با شیر مادر تغذیه نمایند و این عمل تاثیرات منفی بر عاقبت حاملگی، وزن، قد و دور سر بدو تولد نوزادان متولدشده ندارد.

تشکر و قدردانی: از همکاری کارکنان محترم بخش زنان بیمارستان ولیعصر و تامین اجتماعی بیرجند در زمان نمونه‌گیری این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Merchant K, Martorell R, Hass J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *Am J Clin Nutr.* 1990;52(2):280-8.
- 2- Huffman SL, Chowdhury A, Chakraborty J, Simpson NK. Breastfeeding patterns in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr.* 1980;33(1):144-54.
- 3- Merchant K, Martorell R, Hass J. Consequences for maternal nutrition of reproductive stress across consecutive pregnancies. *Am J Clin Nutr.* 1990;52(4):616-20.
- 4- Marquis GS, Penny ME, Diaz JM, Marin RM. Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy: Reduced breast milk intake and growth during early infancy. *Pediatrics.* 2002;109(4):56.
- 5- Shaaban OM, Glasier AF. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. *Contraception.* 2008;77(5):350-4.
- 6- Dettwyler KA. Breastfeeding and weaning in Mali: Cultural context and hard data. *Soc Sci Med.* 1987;24(8):633-44.
- 7- Onwudiegwu U. Is breastfeeding during pregnancy harmful? *J Obstet Gynaecol.* 2000;2(20):157.
- 8- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. *Williams obstetrics.* 23rd ed. New York: McGraw-hill Publisher; 2010.
- 9- Marquis GS, Penny ME, Zimmer JP, Diaz JM, Marin RM. An overlap of breastfeeding during late pregnancy is associated with subsequent changes in colostrum's composition and morbidity rates among Peruvian infants and their mothers. *J Nutr.* 2003;133(8):2585-91.
- 10- Eckford SD, Westgate J. Breastfeeding and placental abruption. *J Obstet Gynaecol.* 1997;17(2):164-5.

مادر حامله بیشتر از سنین بالاتر از یکسال است، احتمالاً ارتباطی بین وقوع سقط خودبه‌خودی با دفعات تغذیه کودک شیرخوار از شیر مادر حامله و تحریک نوک پستان وجود ندارد [۱۳].

در این مطالعه از نظر عاقبت حاملگی تفاوتی بین دو گروه آزمون و شاهد مشاهده نشد. در مطالعه مقایسه‌ای /ایشی نیز تفاوت معنی‌داری از این نظر وجود نداشت [۱۳]. سقط خودبه‌خودی در ۱۵-۱۰٪ کل حاملگی‌ها گزارش شده است [۱۷-۱۳] که در این مطالعه و بررسی /ایشی کمتر از میزان فوق و احتمالاً ناشی از حذف زنان در خطر سقط در زمان نمونه‌گیری هر دو مطالعه است. در مطالعه توصیفی *شبان* روی ۲۶۱۷ زن چندزای روستایی در مصر، ۶۶۱ (۲۵/۳٪) زن طی شیردهی حامله و ۲۲٪ کل زنان دچار سقط شده بودند که بالاتر از میزان سقط در مطالعات دیگر است [۵] و احتمالاً به دلیل آن بوده که میزان سقط به‌طور کلی ذکر شده و تعداد سقط در افرادی که همزمان با شیردهی حامله و دچار سقط شده‌اند به تفکیک گزارش نشده است. ورد و همکاران در نقد ۲۲٪ سقط در مطالعه *شبان* معتقدند که در مطالعه *شبان* این میزان سقط به دلیل همزمانی حاملگی با شیردهی بوده ولی *شبان* پاسخ داده که در کلینیکی که نمونه‌گیری انجام شده، زنان حامله دارای مشکلات حاملگی مراجعه نموده و در جمعیت مورد بررسی حاملگی پرخطر شایع‌تر بوده است [۱۸].

تحریک نیل همزمان با شیردهی مادر حامله باعث افزایش غلظت اکسی‌توسین پلازما می‌شود که در مقایسه با زنان غیرحامله و زنانی که پس از زایمان کودک خود را با شیر مادر تغذیه می‌نمایند [۱۴]. ترشح اکسی‌توسین کمتر است و ممکن است ناشی از اثرات مهارکننده غلظت بالای استروژن و پروژسترون طی حاملگی باشد [۱۰]. هنوز چگونگی نقش اکسی‌توسین در اولین فازهای فعال شدن رحم یا در فاز انفجاری زایمان متناقض است. پروژسترون ممکن است در سلول‌های میومتر رحم موجب افزایش نابودی گیرنده‌های اکسی‌توسین و مهار فعال شدن اکسی‌توسین در گیرنده‌های سطح سلول شود. پس پروژسترون احتمالاً از طریق مهار پاسخ عضله رحم به اکسی‌توسین موجب حفظ عدم انقباض رحم می‌شود [۸]. ممکن است مقدار اکسی‌توسین به تنهایی برای آغاز سقط یا عوارض ناخواسته دیگر کافی نباشد و شیردهی طی حاملگی در بارداری‌های پرخطر که دارای سابقه مشکلات دوره بارداری هستند، امکان بروز عوارض را افزایش دهد [۱۰]. بنابراین بعید نیست که تحریک ترشح اکسی‌توسین ناشی از حاملگی و شیردهی همزمان به انقباضات غیرطبیعی رحم منتهی شود [۷] و به همین دلیل، گروهی از محققان شیردهی از یک پستان را طی حاملگی پیشنهاد نموده‌اند [۱۰].

میانگین طول مدت شیردهی مادران گروه آزمون به کودک قبلی طی حاملگی فلی ۹۸/۷۷ روز بود. با افزایش سن حاملگی تغذیه از شیر مادر حامله کاهش و فقط ۱۲/۵٪ مادران حامله گروه آزمون تا

- 15- Mohrbacher N, Stock J. Breast-feeding during pregnancy: In the breast-feeding answer book. Schaumburg: La Leche League International; 2003.
- 16- Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: Population based register linkage study. *BMJ*. 2000;320(7251):1708-12.
- 17- Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins and Cotran pathology basis of disease. 8th ed. New York: Sunders Publisher; 2010.
- 18- Verd S, Moll J, Villalonga B. Miscarriage rate in pregnancy-breastfeeding overlap. *Contraception*. 2008;78(4):348-9.
- 11- Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Publisher; 2005.
- 12- Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact*. 1993;9(2):83-8.
- 13- Ishii H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? *J Obstet Gynaecol Res*. 2009;35(5):864-8.
- 14- Amico JA, Finley BE. Breast feeding stimulation in cycling women, pregnant women and a woman with induced lactation: Pattern of release of oxytocin, prolactin and leutinizing hormone. *Clin Endocrinol*. 1986;25(2):97-106.