

بررسی تأثیر مصرف شربت دبس (حاوی شیره انگور، زعفران و لیمو عمانی) بر الگوی شیردهی مادران زایمان کرده نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

محبوبه مجتهدی^{*}، دکتر شهناز ترک زهرانی^۱، دکتر مژگان تن‌ساز^۲، دکتر ملیحه نصیری^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۷

خلاصه

مقدمه: سلامت و توانمندی جسمی و روانی مادر، از عوامل کلیدی در فرآیند تغذیه با شیر مادر است. در طب سنتی، شیره انگور را دبس یا دوشاب می‌نامند. همچنین از تشابه خواص آن با شیر مادر گفته شده است. شربت دبس متشکل از آب انگور تغلیظ شده، لیمو عمانی و زعفران، در طب ایرانی منبع تقویت مادر بعد از زایمان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر شربت دبس بر الگوی شیردهی در سه ماه اول بعد از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی سه‌سوکور در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بر روی ۹۲ مادر زایمان کرده در بیمارستان‌های حافظ و شوشتری شیراز انجام شد. در گروه مداخله، شربت دبس تا ۶ هفته و در گروه کنترل دارونما دریافت شد. داده‌ها با پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و مامایی و پرسشنامه الگوی شیردهی جمع‌آوری شد. الگوی شیردهی در روزهای اول، دهم، ۱ ماه و ۳ ماه بعد از زایمان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های تی مستقل، من‌ویتنی، کای دو و دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در روز اول تولد، الگوی شیردهی شامل تغذیه انحصاری با شیر مادر در دو گروه مداخله (۹۷/۸۲٪) و کنترل (۹۵/۷۰٪) تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p=0/500$). الگوی شیردهی انحصاری با شیر مادر در روز دهم در دو گروه مداخله (۷۱/۷٪) و کنترل (۳۲/۶٪) ($p=0/001$)، روز سی‌ام در دو گروه مداخله (۸۲/۶٪) و کنترل (۳۴/۸٪) ($p<0/001$) و سه ماهگی در دو گروه مداخله (۸۲/۶٪) و کنترل (۳۲/۶٪) ($p<0/001$) تفاوت معنی‌داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: مصرف شربت شیره انگور، زعفران و لیمو عمانی (دبس) توسط مادر بر الگوی شیردهی در روز سوم، روز دهم، روز سی‌ام و ۳ ماهگی مؤثر بوده و شیردهی مادر را ارتقاء می‌بخشد.

کلمات کلیدی: الگوی شیردهی، زعفران، شیره انگور، طب ایرانی، طب سنتی ایران، لیمو عمانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: محبوبه مجتهدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۵۵۳۶۶؛ پست الکترونیک: mahboobemojtahedi72@gmail.com

مقدمه

شیر مادر بی‌تردید از جمله مهم‌ترین نعمت‌های الهی است که بشر با وجود پیشرفت‌های چشمگیر هنوز نتوانسته است ترکیبی مشابه آن تهیه کند (۱). سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان سازمان ملل متحد، تغذیه با شیر مادر را برای همه شیرخواران از تولد تا ۶ ماهگی و حمایت و تداوم تغذیه با شیر مادر با افزودن مکمل‌های غذایی تا ۲ سالگی توصیه می‌کنند (۲). شیر مادر به دلیل در دسترس بودن همیشگی، درجه حرارت مناسب، تازه و عاری بودن از آلودگی با باکتری‌ها و در نتیجه کاهش شانس ابتلاء به مشکلات گوارشی به‌عنوان بهترین تغذیه برای نوزادان توصیه می‌شود (۳). با وجود مزایای بسیار زیاد شیردهی از طریق پستان برای نوزاد، مادر و جامعه و با توجه به علاقه‌مندی ذاتی مادران، کمتر از ۵۰٪ از آنها موفق به انجام این امر مهم و حیاتی می‌شوند (۴، ۵). میزان تغذیه انحصاری در ایران در سال ۲۰۰۹ در سطح ملی ۵۶/۶٪ در ۴ ماهگی و ۲۷٪ در ۶ ماهگی گزارش شده است (۶). بنابراین یکی از اهداف سیاست‌های تغذیه‌ای جهانی، افزایش میزان حداقل ۵۰ درصدی تغذیه انحصاری با شیر مادر تا سال ۲۰۲۵ است (۷). عوامل متعددی در شروع و ادامه شیردهی مادر از پستان دخیل می‌باشند. سلامت و توانمندی جسمی و روانی مادر، از عوامل کلیدی در فرآیند شیردهی می‌باشد (۸، ۹). همچنین مطالعات نشان داده‌اند از علل قطع زودهنگام شیردهی و روی آوردن به استفاده از تغذیه جایگزین و مواجه کردن کودک با عواقب ناشی از آن، ناکافی بودن شیر مادر، تأخیر در زمان شروع لاکتوژنز II، خستگی پس از زایمان، وضعیت سلامت جسمی و روحی، اضطراب و افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۴، ۱۲-۱۰). الگوی شیردهی شامل تغذیه انحصاری با شیر مادر (EBF)^۱، تغذیه غالب با شیر مادر (BF)^۲ و عدم تغذیه با شیر مادر تغذیه با شیر خشک (FF)^۳ می‌باشد (۱۳).

جهت برقراری بهتر فرآیند شیردهی از پستان مادر رویکردهای فراوانی مطرح می‌باشد. مطالعات زیادی بر روی داروهای شیمیایی و گیاهی به‌منظور بررسی اثر آنها در افزایش کیفیت و کمیت شیر مادران صورت گرفته است، ولی داروهای شیمیایی به‌دلیل عوارض جانبی چندان مورد استفاده قرار نمی‌گیرند (۴، ۱۴، ۱۵).

امروزه استفاده از فرآورده‌های گیاهی به‌عنوان یک روش کاربردی و قابل قبول عامه در حوزه طب مکمل و جایگزین در جهان رو به افزایش است (۱۶). در بسیاری از مناطق جهان، از داروهای گیاهی به‌عنوان وسیله‌ای برای افزایش شیر مادر پس از زایمان استفاده شده است. گیاه مورد علاقه در مناطق مختلف با توجه به اعتقادات فرهنگی متفاوت است (۱۷). در طب سنتی ایران شیره انگور را دبس یا دوشاب می‌نامند. در ترکیبات عمکردی و شیمیایی انگور می‌توان چندین فلاونوئید با ساختار فنولی نام برد. همچنین انگور حاوی موادی مانند گالیک اسید، تانن، اسید لینولئیک، امگا-۶ و ۳، ویتامین‌های E و C و اسیدهای آلی و مواد آنتی‌اکسیدانی است. شیره انگور به‌دلیل داشتن مقادیر بالای مونوساکاریدهای قابل هضم، سریع در بدن جذب می‌شود، به‌همین دلیل در کسانی که دوره نقاهت را طی می‌کنند و نیز در کسانی که دچار ضعف و کم‌خونی شده‌اند، مفید است. این فرآورده منبع خوبی از عناصر ضروری بدن مانند مس، روی و آهن می‌باشد؛ به‌گونه‌ای که آهن موجود در آن در درمان افراد مبتلا به آنمی مناسب است (۱۸). از دیدگاه حکمای طب ایرانی، لازمه تولید شیر کافی، وفور خون است (۱۱). با توجه به طبیعت گرم و تر شیره انگور در متون طب سنتی مصلح آن را ترشی‌ها معرفی کرده‌اند. لیمو عمانی با طبیعت سرد و ترکیباتی همچون فلاونوئیدها، اسید سیتریک و ویتامین C مصلح مناسبی برای انگور می‌باشد (۱۹).

طبق متون طب سنتی انگور در ترکیب با زعفران جهت رفع غم و اندوه و ضعف اعصاب مؤثر است. زعفران (*crocus sativus*) نیز یکی از هزاران داروی گیاهی است که اثرات درمانی متعددی دارد و در متون طب سنتی از آن به‌عنوان داروی ضد اسپاسم، ضد التهاب، ضد افسردگی، آرامش‌بخش، تقویت‌کننده میل جنسی و

¹ exclusive breastfeeding

² Breast feeding

³ Formula feeding

تقویت سیستم ایمنی یاد می‌شود (۲۰، ۲۱). با اینکه شربت متشکل از آب انگور تغلیظ شده و لیموعمانی و زعفران (شربت دبس) در منابع معتبر طب ایرانی با اثر تقویت و سودمندی در سیستم‌های عصبی، قلبی-عروقی و گوارشی اشاره شده است و تأثیر آن در تقویت مادر بعد از زایمان را نیز مطرح می‌نماید (۱۹)، ولی جنبه تأثیر آن در الگوی شیردهی مادر تا به حال مورد تحقیق قرار نگرفته بود، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مصرف شربت دبس حاوی شیره انگور، زعفران و لیموعمانی بر الگوی شیردهی مادران زایمان کرده نخست‌زا در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی سه‌سوکور در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ با شماره ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20200815048407N1 پس از کسب مجوز کمیته اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1399.076 بر روی ۹۲ مادر زایمان کرده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. حجم نمونه با استفاده از رابطه مقایسه میانگین در هر گروه و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول ($Z_{\alpha/2}=1/96$) $\alpha=0/05$ و احتمال خطای نوع دوم ($Z_{\beta}=1/28$) $\beta=0/10$ و توان $1-\beta=0/90$ و اثر مشاهده شده $(\mu_1 - \mu_2)/\sigma = 0.70$ با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش نمونه‌ها، ۵۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه الگوی شیردهی و فرم عوارض دارویی جمع‌آوری گردید که جهت تعیین اعتبار پرسشنامه و فرم‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه پس از مطالعه کتب و مقالات مرتبط تنظیم شده و پس از تأیید اساتید محترم راهنما و مشاور در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی گروه مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفت و بر اساس نظرات آن‌ها، پرسشنامه نهایی تدوین گردید. جهت پایایی پرسشنامه الگوی شیردهی نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این صورت که این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از مادران

تکمیل و به فاصله یک هفته بعد نیز دوباره تکمیل گردید و همبستگی جواب‌ها سنجیده شد که سؤالات با همبستگی بالای ۰/۸۵ مورد قبول واقع شد. مشارکت‌کنندگان به صورت داوطلبانه و هدفمند با توجه به شرایط مطالعه از نظر معیارهای ورود بررسی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مادران ۴۰-۱۸ ساله، مادر نخست‌زا با حداقل سواد خواندن و نوشتن، نوزاد ترم و تک قل، وزن نوزاد بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم، عدم اشکالات آناتومیکی نوزاد و توانایی مکیدن پستان، عدم خونریزی غیرطبیعی مادر بعد از زایمان، حاملگی کم‌خطر، شاخص توده بدنی مادر کمتر یا مساوی ۴۰ کیلوگرم بر متر مربع، عدم زایمان مادر از نوع زایمان سخت (زایمان با کیوم و فورسپس) و عدم دریافت داروی شیرافزا (گیاهی یا شیمیایی) توسط مادر در طول پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل مادر به ادامه شرکت در پژوهش، عدم دریافت شربت به مدت ۲ روز متوالی، عدم بروز مشکلات پستانی مانند احتقان پستان و زردی روز اول نوزاد بود. جهت تهیه شربت، آب انگور تغلیظ شده تحت خلأ از شرکت معتبر تحت نظارت دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی خریداری شد. ۱۰۰ گرم لیموعمانی در یک لیتر آب در حرارت ملایم (۷۰ درجه سانتی‌گراد) حرارت داده و صاف شد. یک مثقال زعفران ساییده شده در ۵۰ سی‌سی آب به مدت ۲ ساعت خیسانده و سپس صاف گردید، سپس ۵ کیلوگرم از آب انگور تغلیظ شده با عصاره لیموعمانی و ۵۰ سی‌سی زعفران مخلوط و در دمای اتاق یکنواخت (همگن) شد. شربت تهیه شده مورد آزمون‌های کنترل کیفیت قرار گرفته و بر اساس یکی از شاخص‌های آن استاندارد شد و به‌طور رایگان در اختیار شرکت‌کنندگان در مطالعه قرار گرفت. دارونما نیز شربت متشکل از آب، قوام دهنده، شیرین‌کننده و مقدار مناسب رنگ مجاز خوراکی بود که توسط دکترای داروساز ساخته شد و در بطری‌های مشابه با شربت اصلی ریخته شد. دارو و دارونما از نظر شکل ظاهری، رنگ، مزه و غلظت مشابه بود. روی بطری‌ها برچسب و کدگذاری شد؛ به طوری که پژوهشگر، مشاور آمار و مشارکت‌کنندگان از نوع دارو اطلاع نداشتند.

مصرف کنند. الگوی شیردهی با پرسشنامه محقق ساخته که شامل ۲۱ سؤال بود، در روزهای ۱، ۱۰، ۳۰ و پایان ۳ ماهگی در اختیار نمونه‌ها گذاشته شد و الگوی شیردهی نمونه‌ها بررسی شد. منظور از الگوی شیردهی، تغذیه انحصاری با شیر مادر، شیر مادر به همراه آب قند یا مایعات دیگر به جز شیر خشک، شیر مادر به همراه شیر خشک و شیر خشک به تنهایی بود. سپس برای کنترل نحوه مصرف شربت‌ها، مشارکت کنندگان در طول مطالعه به صورت تلفنی و آنلاین در فضای مجازی پیگیری شدند. همچنین از افراد درخواست شد در صورت بروز هرگونه عارضه، فرم عوارض دارویی را تکمیل و به پژوهشگر اطلاع دهند که در این مطالعه عوارض جانبی از مصرف شربت گزارش نشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های آماری تی مستقل، من ویتنی، کای دو و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر یا مساوی ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه، بین ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی زنان در گروه‌های مداخله و کنترل مانند میانگین سن، شاخص توده بدنی، شغل، تحصیلات، درآمد، وضعیت بارداری، نوع زایمان، جنس نوزاد، اولین شیردهی و زمان شیردهی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱).

به این صورت کورسازی صورت گرفت. برای انجام مطالعه پس از کسب مجوزهای لازم به بیمارستان‌های مربوطه مراجعه شد و مادران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. رضایت آگاهانه به صورت مکتوب از مادران اخذ گردید. همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و اینکه پژوهشگر در طول مطالعه در دسترس خواهد بود، به آنان اطمینان داده شد. مادران به روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. تصادفی‌سازی با استفاده از نرم‌افزار اکسل به این صورت انجام شد: ابتدا در یک ستون گروه‌ها به صورت A و B زیر هم وارد شدند. در ستون مقابل نیز با استفاده از دستور RAND اعداد تصادفی تولید شد. در مرحله بعد با استفاده از دستور sort اعداد تصادفی تولید شده از کوچک به بزرگ و یا برعکس به دو گروه A (مصرف‌کننده شربت دبس) و B (مصرف‌کننده دارونما) تقسیم شدند که پژوهشگر، واحدهای پژوهش و استاد مشاور آمار از کدگذاری و این‌که هر شیشه حاوی چه دارویی است، آگاهی نداشتند و فقط مشاور دارویی پژوهش از کدگذاری شیشه‌ها و نوع داروها مطلع بودند. به مادران با توجه به گروهی که به طور تصادفی به آن اختصاص یافته بودند، ۴ شیشه شربت، جهت مصرف ۶ هفته داده شد. درباره نحوه مصرف صحیح شربت‌ها به نمونه‌ها توضیح داده شد؛ به این صورت که روزی ۲ بار (یک بار بعد از صبحانه و یک بار بعد از شام) یک قاشق غذاخوری معادل ۱۰ سی‌سی به مدت ۶ هفته متوالی

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی زنان در گروه‌های مداخله و کنترل

| سطح معنی‌داری | کنترل | مداخله | گروه | |
|---------------|------------|------------|---------------------|---------|
| | | | متغیر | |
| *.۰/۸۲۴ | ۲۶/۰۲±۵/۵۱ | ۲۵/۷۶±۵/۶۹ | سن | |
| *.۰/۳۲۵ | ۳/۶۶±۲۹/۱۰ | ۴/۴۹±۲۹/۹۵ | شاخص توده بدنی | |
| *.۰/۰۶۹ | ۱/۲۱±۳۸/۶۷ | ۱/۲۸±۳۹/۱۵ | سن حاملگی | |
| *.۰/۳۴۲ | ۴/۱۴۷±۲۹۵۲ | ۳/۸۱۱±۳۰۳۱ | وزن بدو تولد | |
| **.۰/۵۴۸ | (۸۹/۱) ۴۱ | (۹۳/۵) ۴۳ | خانه‌دار | شغل |
| | (۱۰/۹) ۵ | (۶/۵) ۳ | کارمند | |
| **.۰/۱۵۰ | (۶/۵) ۳ | (۴/۳) ۲ | ابتدایی | تحصیلات |
| | (۱۰/۹) ۵ | (۲۳/۹) ۱۱ | راهنمایی و دبیرستان | |
| | (۴۵/۷) ۲۱ | (۳۹/۱) ۱۸ | دیپلم | |
| | (۳۹/۱) ۱۸ | (۳۰/۴) ۱۴ | دانشگاهی | |

| | | | | |
|-------------------|-------------------------|-----------|-----------|----------|
| درآمد | کمتر از حد کفایت | ۶ (۱۳) | ۳ (۶/۵) | ۰/۱۳۹*** |
| | در حد کفایت | ۴۰ (۷۸/۰) | ۴۳ (۹۳/۵) | |
| وضعیت بارداری | خواسته | ۳۹ (۸۴/۸) | ۳۸ (۸۲/۶) | ۰/۷۷۹** |
| | ناخواسته | ۷ (۱۵/۲) | ۸ (۱۷/۴) | |
| نوع زایمان | طبیعی | ۲۵ (۵۴/۳) | ۱۸ (۳۹/۱) | ۰/۴۰۱** |
| | سزارین | ۲۱ (۴۵/۷) | ۲۸ (۶۰/۹) | |
| جنس نوزاد | دختر | ۱۸ (۳۹/۱) | ۲۰ (۴۳/۵) | ۰/۱۷۹** |
| | پسر | ۲۸ (۶۰/۹) | ۲۶ (۵۶/۵) | |
| زمان اولین شیردهی | بلافاصله بعد از تولد | ۲۵ (۵۴/۳) | ۲۰ (۴۳/۵) | ۰/۶۴۴*** |
| | نیم ساعت بعد تولد | ۱۸ (۳۹/۱) | ۲۵ (۵۴/۳) | |
| | ۱ ساعت بعد تولد | ۳ (۶/۵) | ۰ (۰) | |
| | ۲ ساعت و بیشتر بعد تولد | ۱ (۲/۲) | ۱ (۲/۲) | |
| تنظیم زمان شیردهی | طبق برنامه مادر | ۳۱ (۶۷/۴) | ۳۴ (۷۳/۹) | ۰/۴۹۵** |
| | با توجه به خواست نوزاد | ۱۵ (۳۲/۶) | ۱۲ (۲۶/۱) | |

* آزمون تی مستقل، ** آزمون کای دو، *** آزمون یومن ویتنی. متغیرهای کمی بر اساس میانگین \pm انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

نوزاد با شیر مادر در دو گروه مداخله و کنترل در روز دهم، روز سی‌ام و سه ماهگی بعد زایمان کمتر از ۰/۰۵ بود که نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار در دو گروه بود و با توجه به نتایج توصیفی گروه مداخله بیشتر با شیر مادر و گروه کنترل بیشتر با شیر مادر به همراه شیر خشک تغذیه شده‌اند (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، هیچ تفاوت معناداری در خصوص الگوی شیردهی نوزادان دو گروه مداخله و کنترل در روز اول تولد وجود نداشت ($P=0/500$) که نشان می‌دهد در روز اول تولد هیچ کدام از نوزادان در دو گروه از شیر خشک تغذیه نشده بودند. همچنین بر اساس آزمون دقیق فیشر، الگوی شیردهی

جدول ۲- مقایسه الگوی شیردهی با شیر مادر در دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر | گروه | مداخله تعداد (درصد) | کنترل تعداد (درصد) | سطح معنی‌داری* |
|-----------|---------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|
| روز اول | شیر مادر | ۴۴ (۹۵/۷۰) | ۴۵ (۹۷/۸۲) | ۰/۵۰۰* |
| | شیرمادر + مایعات به جز شیر خشک | ۱ (۲/۲) | ۲ (۴/۳) | |
| روز دهم | شیر مادر | ۳۳ (۷۱/۷) | ۱۵ (۳۲/۶) | ۰/۰۰۱* |
| | شیر مادر + مایعات به جز شیر خشک | ۴ (۸/۷) | ۵ (۱۰/۹) | |
| | شیر مادر + شیر خشک | ۸ (۱۷/۴) | ۲۶ (۵۶/۵) | |
| روز سی‌ام | شیر مادر | ۳۸ (۸۲/۶) | ۱۶ (۳۴/۸) | ۰/۰۰۱* |
| | شیر مادر + مایعات به جز شیر خشک | ۲ (۴/۳) | ۲ (۴/۳) | |
| | شیر مادر + شیر خشک | ۵ (۱۰/۹) | ۲۴ (۵۲/۲) | |
| سه ماهگی | شیر مادر | ۳۸ (۸۲/۶) | ۱۵ (۳۲/۶) | ۰/۰۰۱* |
| | شیر مادر + مایعات به جز شیر خشک | ۲ (۴/۳) | ۲ (۴/۳) | |
| | شیر مادر + شیر خشک | ۴ (۸/۷) | ۲۲ (۴۷/۸) | |
| | شیر خشک | ۲ (۴/۳) | ۷ (۱۵/۲) | |

* آزمون دقیق فیشر، سطح معناداری $p < 0/05$

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مصرف شربت دبس حاوی شیره انگور، زعفران و لیموعمانی در مقایسه با دارونما بر الگوی شیردهی ۹۲ مادر زایمان کرده نخست‌زا در روز اول، سوم، دهم، سی‌ام و سه ماهگی که از نظر مشخصات دموگرافیک همگن بودند، انجام شد که نشان داد مصرف شربت دبس در گروه مداخله می‌تواند بر الگوی شیردهی مؤثر بوده و شیردهی مادر را ارتقاء بخشد.

در مطالعه حاضر، به اکثریت نوزادان هر دو گروه بلافاصله در بدو تولد شیر داده شده بود و تفاوت معناداری در این خصوص دو گروه وجود نداشت. سازمان جهانی بهداشت شروع زودهنگام تغذیه با شیر مادر را در فاصله زمانی یک ساعت پس از تولد توصیه می‌نماید (۲۲). نتایج مطالعات در زمینه شروع زودهنگام شیردهی با شیر مادر در کشورهای در حال توسعه نشان داده که شروع شیردهی طی یک ساعت اول پس از تولد، سبب حفظ حیات ۱۴۵۰۰۰۰ کودک شده است (۲۳). شواهد اخیر نشان‌دهنده این حقیقت است که تماس پوست با پوست به هنگام تولد، به شروع شیردهی کمک نموده و احتمال شیردهی انحصاری با شیر مادر را به ۴-۱ ماه می‌رساند. همچنین طول مدت شیردهی را افزایش می‌دهد (۲۴).

در مطالعه حاضر تقریباً تمامی نوزادان گروه مداخله در روز اول تولد با شیر مادر تغذیه شده و در گروه کنترل نیز اکثریت نوزادان در روز اول با شیر مادر تغذیه شده بودند و هیچ تفاوتی در الگوی شیردهی نوزادان دو گروه در روز اول تولد وجود نداشت. همچنین در روز اول تولد هیچ‌کدام از نوزادان در دو گروه از شیر خشک تغذیه نشده بودند. با این حال در مطالعه ویرانکی و همکاران (۲۰۱۷) کمتر از نیمی از مادران در ۶ ماه اول، تغذیه انحصاری با شیر مادر را گزارش کردند (۲۵). در مطالعه پاکپور و همکاران (۲۰۱۶)، ۸۰٪ مشارکت‌کنندگان بعد از تولد نوزاد قصد شیردهی داشتند؛ اما تنها ۳۴٪ آن‌ها، توانایی حفظ رفتار شیردهی را بعد از ۶ ماه گزارش کردند. متغیرهای شناختی مانند آگاهی از تأثیرات مفید شیردهی، نگرش، هنجارهای ذهنی، خودهویتی و هنجارهای اخلاقی، عوامل معنادار برای پیش‌گویی قصد

و عمل انجام رفتار شیردهی بودند (۲۶) که شاید بتوان علت روی آوردن مادران تازه زایمان کرده به شیر خشک را کمبود شیر مادر دانست. در طب سنتی ایران، اسباب و علل کمبود شیر مادر در بستر علل مادری مطرح شده‌اند. بنابراین رویکرد اصلی مواجهه با این مشکل متوجه مادر می‌باشد و تشخیص و نحوه درمان در هر فرد به‌طور جداگانه تعیین می‌گردد (۲۷). بالا بودن میزان تغذیه با شیر مادر در زمان بعد از زایمان در کشور ایران، ممکن است به‌دلیل تصویب قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و منع مصرف شیرخشک در بیمارستان باشد.

در این مطالعه بیش از سه چهارم نوزادان گروه مداخله در روز دهم تولد با شیر مادر تغذیه شدند، اما برای گروه کنترل کمتر از یک چهارم نوزادان در روز دهم با شیر مادر تغذیه شدند. در همین راستا در مطالعه ویرانکی و همکاران (۲۰۱۷) همه زنان مورد مطالعه گزارش دادند که در ۷۲ ساعت بعد از تولد به نوزاد خود شیر داده‌اند و نزدیک به نیمی از آنها در ۶ ماه اول زندگی نوزاد، تغذیه با شیر مادر را انجام داده بودند. بیشترین دلیل برای عدم تغذیه با شیر مادر این بود که "من فکر می‌کردم شیر کافی ندارم". دلایل دیگر شامل اعتقاداتی مانند "کودک من به اندازه کافی بزرگ شده است و دیگر نیازی به تغذیه انحصاری با شیر مادر ندارد" و "کودک من بیمار بود و نمی‌توانست از شیر مادر تغذیه کند" بود. نوزادانی که منحصراً از شیر مادر تغذیه نمی‌کردند، بیشتر از شیر خشک، شیر حیوانات و روغن گیاهی، آب یا آب قند در کنار شیردهی استفاده می‌کردند (۲۵).

در این مطالعه الگوی شیردهی دو گروه در روز سوم، روز دهم، روز سی‌ام و سه ماهگی با هم متفاوت بود و گروه مداخله بیشتر با شیر مادر و گروه کنترل بیشتر با شیر مادر به‌همراه شیرخشک تغذیه شده بودند. در همین راستا، مطالعه گاولی (۲۰۱۹) نشان داد که استفاده از گیاهان دارویی در بین مادران شیرده شهر طنطا رایج است و تنها مختص افزایش شیر مادر نیست، بلکه برای پاک‌سازی شیر مادر نیز استفاده می‌شود (۲۸). نصیری و همکاران (۲۰۱۴) بیان می‌کند میوه‌ها سرشار از ویتامین‌ها، مواد معدنی و املاح هستند و مصرف آن‌ها تأثیر به‌سزایی در سلامتی انسان‌ها، پیشگیری و درمان

بیماری‌ها دارد. در قرآن کریم خداوند از برخی میوه‌ها چون انگور، انار، خرما، انجیر و زیتون به‌عنوان هدیه بهشتی نام برده است. احتمالاً در این تذکر، فواید جسمی و روحانی برای انسان وجود دارد (۲۹). بنابراین می‌توان گفت که استفاده از شربت شیر انگور منجر به بهبود الگوی شیردهی مادران گروه مداخله شده است. علی‌رغم استفاده زیاد از داروهای گیاهی برای شیردهی و افزایش علاقه به تحقیقات پزشکی گیاهی و تحقیقات سلامت مادر و کودک در ایران، توجه قابل توجهی به استفاده از داروهای گیاهی در دوران شیردهی در ایران صورت نگرفته است. قطع زود هنگام شیردهی به دلیل تولید ناکافی شیر (۳۰)، اغلب دلیلی برای استفاده از روش‌های طب مکمل است که معتقدند تولید و عرضه شیر مادر را افزایش می‌دهند.

در این مطالعه از شربت حاوی شیر انگور، زعفران و لیموعمانی برای بررسی الگوی شیردهی مادران زایمان کرده استفاده شد. با این حال مطالعه‌ای که مستقیماً این سه نوع گیاه را مورد ارزیابی قرار داده باشد، موجود نبود. شیر انگور با داشتن مقادیر زیاد مونوساکاریدهای قابل هضم، سریع در بدن جذب می‌شود، به همین جهت برای کسانی که بر اثر یک بیماری طولانی یا عمل جراحی ضعیف شده‌اند، بسیار مفید است (۳۱). بنابراین احتمالاً این اثرات در مادر باردار و شیرده نیز با مصرف شیر انگور مشاهده خواهد شد. بنابراین می‌توان این فرضیه را بیان کرد که با کاهش سنتز استروژن، احتمال افزایش هورمون پرولاکتین و متعاقب آن افزایش شیردهی رخ دهد. همچنین در مطالعه فاریاس و همکاران (۲۰۱۵) مشخص شد که شیر انگور بر برخی پارامترهای بیوشیمیایی و استرس اکسیداتیو در سرم و آنزیم‌های کبدی موش‌های صحرایی باردار و شیرده تأثیرگذار است (۳۲). همچنین ایزدپناه و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که می‌توان از پودر هسته انگور برای جلوگیری از خونریزی پس از زایمان به‌عنوان درمان مکمل در مرحله سوم زایمان استفاده کرد. پودر هسته انگور می‌تواند در کاهش خونریزی تأثیر به‌سزایی داشته باشد و حجم آن را به‌طور قابل قبولی کاهش دهد (۳۳). مکانیسم دقیق افزایش‌دهنده شیر توسط این گیاه شناخته نشده است. با

این حال، شواهد اولیه از مطالعات حیوانی نشان می‌دهد که انگور ممکن است اثر کاهش سنتز استروژن و افزایش پیش‌سازهای آندروژن داشته باشد. در پوست انگور قرمز رسوراترول وجود دارد، ماده‌ای شیمیایی که مانع از تولید استروژن می‌شود (۳۴).

در این مطالعه از زعفران به‌عنوان یکی از گیاهان دارویی در شربت شیر انگور استفاده شد. مزایای زعفران شامل ارتقای سلامت روان و حمایت از سیستم هورمونی است (۳۵). مکانیسم دقیق افزایش‌دهنده شیر توسط این گیاه شناخته نشده است. با این حال، مطالعات نشان داده‌اند که زعفران می‌تواند بر افزایش ترشح هورمون پرولاکتین مؤثر باشد. پرولاکتی، هورمون اصلی در شروع حفظ تولید شیر است. در طی بارداری هورمون استروژن مانع از اثر پرولاکتین در تولید شیر می‌شود، بعد از زایمان با کاهش هورمون‌های استروژن و پروژسترون تولید شیر شروع می‌شود (۳۶).

از طرفی، فلاونوئید و پی‌سینفرین موجود در لیموعمانی دارای اثرات ضد افسردگی است (۳۷). در این مطالعه نشان داده شد که ترکیب لیموعمانی با شیر انگور و زعفران می‌تواند بر الگوی شیردهی مؤثر باشد. از آنجایی که برخی مادران بعد از تولد نوزاد، نوع شدید و طولانی‌مدتی از افسردگی به نام افسردگی بعد از زایمان را تجربه می‌کنند که می‌تواند بر الگوی شیردهی آنان مؤثر باشد، ممکن است استفاده از لیموعمانی بر افسردگی این مادران تأثیر گذاشته و الگوی شیردهی مادر را در جهت مثبت و صحیح هدایت کند. در حال حاضر استفاده از فرآورده‌های گیاهی به‌عنوان یک روش کاربردی و مورد قبول عامه در حوزه عامه در حوزه طب مکمل و جایگزین در جهان رو به افزایش است.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به انجام کورسازی اشاره کرد. همچنین، این مطالعه برای اولین بار در ایران و کشورهای دنیا انجام شد و این خود می‌تواند زمینه‌ساز مطالعات بعدی باشد. از نقاط ضعف این مطالعه می‌توان به حجم محدود نمونه اشاره کرد امکان تعمیم آن به جامعه بزرگ‌تر را محدود می‌نماید.

نتیجه گیری

مصرف شربت شیره انگور، زعفران و لیموعمانی (دبس) توسط مادر بر الگوی شیردهی در روز سوم، روز دهم، یک ماه و سه ماه بعد از زایمان مؤثر بوده و شیردهی از سینه مادر را ارتقاء می بخشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از گروه مامایی و بهداشت باروری و دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بیمارستان‌های حافظ و مادر و کودک شوشتری و تمامی مادران شرکت کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Hajnasiri H. Assessment of Breastfeeding Self-Efficacy and Patterns and its Predictors in Mothers Living in Qazvin Province. *Nursing And Midwifery Journal* 2018; 15(10):777-87.
2. Qasem W, Fenton T, Friel J. Age of introduction of first complementary feeding for infants: a systematic review. *BMC pediatrics* 2015; 15(1):1-11.
3. Sharifirad G, Shahnazi H, Sedighi E, Mahaki B. The effect of supporter presence in education sessions of breastfeeding on knowledge, attitude and behavior of nulliparous women. *Journal of Health* 2018; 9(1):45-61.
4. Salehzadeh K, Mirzajani Y, Saberi Y. Effects of a Submaximal Aerobic Exercise Intervention Program on Breast Milk Factors of Homemaker Mothers. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine* 2017; 6(4):13-22.
5. Tara F, Bagheri S. The effect of postpartum mother–infant skin-to-skin contact on exclusive breastfeeding in neonatal period: a randomized controlled trial. *International Journal of Pediatrics* 2017; 5(7):5409-17.
6. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *International breastfeeding journal* 2009; 4(1):1-10.
7. Organization WH. *Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*. World Health Organization; 2014.
8. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009; 38(3):259-68.
9. Maleki-Saghooni N, Amel Barez M, Moendarbari S, Karimi FZ. Investigating the breastfeeding self-efficacy and its related factors in primiparous breastfeeding mothers. *International Journal of Pediatrics* 2017; 5(12):6275-83.
10. Mokhtarian T, Farhud D, Malmir M, Mokhtarian T. Moral Imperative of Breastfeeding & Commitment to the Children's Rights. *Ethics in Science & Technology* 2017; 12(1):1-9.
11. Jahangir M, Emaratkar E, Nakhai S, Sadeghian M, Faghihzadeh S. The Causes of Insufficient Breast Milk and Approach to it: Perspectives of Persian Medicine and Classical Medicine. *Medical History* 2018; 10(34):95-108.
12. Dimitraki M, Tsikouras P, Manav B, Gioka T, Koutlaki N, Zervoudis S, et al. Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Archives of gynecology and obstetrics* 2016; 293(2):317-28.
13. Khichi GQ, Channar MS, Woraich E, Bajwa SN. Patterns of Breast Feeding in Children Under two Years of Age in Bahawalpur. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2001; 17(2):94-8.
14. Siah M, Shiravi A, Nasrabadi M. The effect of aqueous extract of fennel on prolactin secretion and lactation female. *J. Res. Anim. Biol. Damghan* 2009; 1(33):55-63.
15. Bingel AS, Farnsworth NR. Higher plants as potential sources of galactagogues. *Economic and medicinal plant research* 1994; 6:1-.
16. Fazel N, Esmaeili H, Shamaeian Razavi N. Effect of cumin oil on post partum hemorrhage after cesarean. *Iranian Journal of Medicinal and Aromatic Plants Research* 2013; 29(1):97-104.
17. Paritakul P, Ruangrongmorakot K, Laosooksathit W, Suksamarnwong M, Puapornpong P. The effect of ginger on breast milk volume in the early postpartum period: A randomized, double-blind controlled trial. *Breastfeeding Medicine* 2016; 11(7):361-5.
18. Mousavi T, Rafiei A, Amjadi O, Yoosefpour M, Zakavi A. Medicinal and nutritional properties of grapes in islamic references, traditional, and modern medicine. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 25(130):169-90.
19. Aghili A, Shirazi SM. *Makhzan al advie*. Tehran: Sabz Arang, Tehran Univercity of Medicine; 2012.
20. Zeinali M, Zirak MR, Rezaee SA, Karimi G, Hosseinzadeh H. Immunoregulatory and anti-inflammatory properties of *Crocus sativus* (Saffron) and its main active constituents: A review. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences* 2019; 22(4):334.
21. Kalantari Meybodi MS. The effects of *Crocus sativus* (Saffron) on cardiovascular diseases from Iranian traditional medicine to modern phytotherapy. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing* 2018; 6(4):70-7.

22. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization; 2006.
23. Jana AK. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding: RHL commentary. The World Health Organization Reproductive Health Library; 2009.
24. Araban M, Karimian Z, Kakolaki ZK, McQueen KA, Dennis CL. Randomized controlled trial of a prenatal breastfeeding self-efficacy intervention in primiparous women in Iran. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2018; 47(2):173-83.
25. Veeranki SP, Nishimura H, Krupp K, Gowda S, Arun A, Madhivanan P. Suboptimal breastfeeding practices among women in rural and low-resource settings: a study of women in rural Mysore, India. *Annals of Global Health* 2017; 83(3-4):577-83.
26. Pakpour A, Alijanzadeh M, Pouresmaeil M, Taherkhani F, Mohammadgholiha R, Jozi N. Predictive factors associated with breastfeeding initiation and duration behaviors of 6-months postpartum mothers referred to health centers in the city of Qazvin based on theory of planned behavior. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2016; 4(1):20-30.
27. Jahangir M, Emaratkar E, Nakhaie Sh, Sadeghian M, Faghihzadeh S. The Causes of Insufficient Breast Milk and Approach to it: Perspectives of Persian Medicine and Classical Medicine. *Medical History Journal* 2018; 10(34):95-108.
28. Goweily AP. Using Herbal Medicine Among Breastfeeding Mothers: A Cross-Sectional Study. *World Journal of Pharmaceutical Research* 2019; 8(9):1891-1913.
29. Nasiri M, Sadeghi O, Eshaghi Shahrezai H. Assessment of Therapeutic Properties of Quranic Fruits and Their Conformity to the Findings of Modern Medical Sciences. *Science and Religion Studies* 2014; 5(9):133-52.
30. Galipeau R, Baillet A, Trottier A, Lemire L. Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition* 2018; 14(3):e12607.
31. Hatamikia M, Mohammadi Sani A, Zomorodi S. Effect of different clarifying agents on the physico-chemical and microbial properties of grape juice concentrate. *Journal of Innovation in Food Science and Technology* 2013; 6(1):83-90.
32. Farias M, Wohlenberg LK, Gonçalves TK, Schaffer DK, Hilger RD, Braccini Neto C, et al. Effect of grape juice on some biochemical and oxidative stress parameters in serum and liver enzymes of pregnant and lactating rats. *Issues in Biological Sciences and Pharmaceutical Research* 2015; 3(4):37-46.
33. Izadpanah A, Alahyari E, Torshizi M, Khazaie Z, Sharifzadeh G, Hosseini M. Effect of grape seed powder on postpartum hemorrhage in vaginal delivery: a randomized controlled clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(10):30-7.
34. Wahner-Roedler DL, Bauer BA, Loehrer LL, Cha SS, Hoskin TL, Olson JE. The effect of grape seed extract on estrogen levels of postmenopausal women: a pilot study. *Journal of dietary supplements* 2014; 11(2):184-97.
35. Tester J. Saffron and women with mild-to-moderate postpartum depression. *Australian Journal of Herbal and Naturopathic Medicine* 2018; 30(1):35-7.
36. Fukui H, Toyoshima K, Komaki R. Psychological and neuroendocrinological effects of odor of saffron (*Crocus sativus*). *Phytomedicine* 2011; 18(8-9):726-30.
37. Suryawanshi JA. An overview of *Citrus aurantium* used in treatment of various diseases. *African Journal of Plant Science* 2011; 5(7):390-5.

