بررسی دیدگاه مادران دارای نوزاد نارس تاخیری بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان در رابطه با تسهیلات و موانع شیردهی

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۹

خدیجه دهقانی[۱]، آمنه زرین*[۲]، نیر سلمانی[۳]

۱. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت پرستاری ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران ۳. دانشیار، دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: تغذیه با شیر مادر به عنوان روش طبیعی و استاندارد برای تغذیه‌ی همه نوزادان بوده و برای نوزادان نارس تاخیری اهمیت ویژه‌ای دارد. با این حال، شیردهی در این گروه از نوزادان چالش برانگیز است و عوامل موثر بر تغذیه آنان پیچیده بوده و هنوز ابهامات زیادی در این رابطه وجود دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین دیدگاه مادران دارای نوزاد نارس تاخیری در رابطه با تسهیلات و موانع شیردهی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان ایران در ایرانشهر بر روی ۱۵۰ نفر از مادران دارای نوزاد نارس تاخیری واجد شرایط پژوهش، به روش تصادفی ساده انجام شد .ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، عوامل تسهیل کننده و عوامل بازدارنده شیردهی بود که از طریق مصاحبه با مادران در زمان ترخیص تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، با آزمون کای اسکوئر تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد سه عامل تسهیل کننده شیردهی، به ترتیب بالاترین فراوانی شامل تجارب شیردهی قبلی مادر (۵۶٪)، حمایت اعضا خانواده (۳۷/۳٪) و وجود امکانات موردنیاز مادران در بخش (۲۷/۴٪) می‌باشد و سه مانع به ترتیب بالاترین فراوانی شامل چند بیماری یا ناراحتی همزمان در نوزاد (۸۸/۷٪)، کمبود امکانات شیردهی (۸۰٪) و استرس مادر به دلیل شرایط بالینی نوزاد (۴۹/۳٪) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاضر، تقویت تجارب شیردهی مادران که باعث خود کارامدی آنان می گردد و حمایت مادران توسط تیم درمانی و خانواده و تامین امکانات شیردهی در بخش می‌تواند نقش موثری در تسهیل شیردهی نوزادان نارس تاخیری داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: نوزاد نارس تاخیری، شیردهی، مراقبت ویژه نوزادان

* **نویسنده مسئول:** دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت پرستاری ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

ایمیل: amenehzarin1397@gmail.com **تلفن:** ۰۹۱۵۹۸۷۲۴۰۲ **نمابر:** ۰۳۵۳۸۲۴۹۷۰۶

مقدمه

هر جامعه‌ای برای پیشرفت به سلامت افرادش متکی است و سلامت نوزادان و کودکان به عنوان آینده‌سازان کشور از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱). سلامت نوزادان و کودکان هر جامعه مهم است زیرا پیشرفت آن جامعه را تضمین می‌کند (۱). تولد زودرس نوزاد از جمله موارد شایعی است که منجر به بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه می‌شود (۲). نارسی یا سن داخل رحمی کمتر از ۳۷ هفته از آخرین تاریخ قاعدگی مادر، از مهمترین شاخص‌های سلامتی هر جامعه بوده و بقا نوزادان ارتباط مستقیمی با سن داخل رحمی و وزن هنگام تولد دارد (۳). تولد نوزاد نارس که در سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته اتفاق می‌افتد از مولفه‌های مهم سلامت است، به طوری که سن بارداری و وزن موقع تولد بر میزان بقا نوزادان تاثیر مستقیمی دارد (۳). نوزادان نارس تاخیری، به نوزادی گفته می‌شود که در هفته ۳۴ تا ۳۶ حاملگی به دنیا می‌آید (۴). نوزادان با سن بارداری ۳۴ تا ۳۶ هفته به عنوان نوزادان نارس تاخیری تلقی می‌شوند (۴). آمارها نشان می‌دهند که ۵ درصد از زایمان‌های زودرس در کمتر از ۲۸ هفته بارداری (نارسی شدید)،۲۰ درصد در هفته‌های ۳۳- ۳۲هفته بارداری (نارسی متوسط) و ۷۰-۶۰ درصد از زایمان‌های زودرس در هفته ۳۶-۳۴ بارداری (نارس دیر) رخ می‌دهند (۵). گزارشات آماری بیانگر آن است که ۶۰-۷۰ درصد نوزادان نارس با سن بارداری ۳۴-۳۶ هفته (نارسی تاخیری) و ۲۰درصد با سن بارداری ۳۲-۳۳ هفته (متوسط) و ۵ درصد آنها با سن بارداری کمتر از ۲۸ هفته (شدید) متولد می‌شوند (۵). علیرغم پیشرفت‌های علم پزشکی، هنوز تولد نوزاد نارس به عنوان یکی از مشکلات بزرگ جامعه مطرح می‌باشد که علاوه بر ایجاد مشکلات اقتصادی و روحی– روانی در خانواده، باعث به هدر رفتن امکانات و سرمایه‌های مالی و انسانی می‌شود. طبق آمار منتشر شده یونیسف، هر ساله بیش از ۲۰میلیون نوزاد نارس با وزن کم به دنیا می‌آیند که حدودا ۱۵/۵ درصد کل تولدها را شامل می‌شوند (۶) . تولد نوزاد نارس نه تنها موجب اتلاف هزینه و نیروی انسانی در جامعه بلکه عوارض روحی روانی و اقتصادی در خانواده می‌گردد. سالانه بیشتر از ۲۰ میلیون یا تقریبا ۱۵/۵ درصد کل تولدها زودرس می‌باشد و با وجود گسترش دانش پزشکی هنوز از معضلات مهم جامعه محسوب می‌گردد (۶). طبق داده‌های عددی منتشر گردیده یونیسف، سالانه بیشتراز ۲۰ میلیون نوزاد نارس با وزن پایین متولد می‌شوند که تقریبا ۱۵/۵ درصد ولادت‌ها را مشمول شیوع تولد نارس در جوامع مختلف متفاوت است و آمار نشان می‌دهد که۱۰-۸ درصد نوزادان به دنیا آمده در آمریکا و ۷-۵ درصد در اروپا نارس هستند (۷). در مطالعات انجام شده در ایران نیز، شیوع نارسی از ۵/۵ درصد در شیراز (۸) تا ۸/۲۱ درصد در اراک (۹) متفاوت است. اولین مرحله از گذار جنین به دوره پس از زایمان، مهمترین، آسیب‌پذیرترین و پر استرس‌ترین مرحله در زندگی انسان است (۱۰) نوزاد در مهمترین مرحله زندگی که دوره انتقال زندگی جنینی به زندگی پس از تولد است، بیشترین استرس و آسیب را تجربه می‌کند (۱۰). نوزاد نارس به جای آنکه در محیط آرام و غنی از تحریکات حسی موردنیاز برای رشد و تکامل خود قرار داشته باشد در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان جای می‌گیرد. جایی که پر از نور، پر سر و صدا و به عبارت دیگر پر از استرس برای نوزاد نارس است (۱۱، ۱۲).

تغذیه با شیر مادر به عنوان بهترین منبع تغذیه برای همه نوزادان شناخته شده است و سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا ۶ ماهگی توصیه می‌نماید (۱۳). تغذیه با شیر مادر نوزاد را در برابر عفونت، بیماری خود ایمنی و اختلال عملکرد دستگاه گوارش محافظت نموده و باعث پیشرفت شناختی وی می شود (۱۴). همچنین تغذیه نوزاد با شیر مادر باعث کاهش بروز انتروکولیک نکروزان، کاهش بروز سپسیس و رتینوپاتی نارسی و دارای اثرات مثبت روانی_عاطفی در مادر است (۱۵). تغذیه پستانی با شیر مادر برای نوزادان نارس تاخیری اهمیت ویژه دارد. بعضی از نوزادان نارس ممکن است به حمایت مضاعف در شیردهی نیاز داشته باشند. نوزادان نارس تاخیری به کالری بیشتری احتیاج دارند. مغز نوزادان نارس به طور کامل تکامل نیافته است از همین روست که مواد مغذی موجود در شیر مادر برای مراقبت و رشد مغز نارس این نوزادان ضروری است (۸).

با توجه به مزایای بهداشتی که شیر مادر برای مادر و نوزاد دارد، تغذیه با شیر مادر به عنوان روش طبیعی و استاندارد برای تغذیه نوزادان، از جمله نوزادان زودرس، توصیه می‌شود. با این حال، شیر دادن نوزادانی که دچار نارسایی زودرس هستند چالش برانگیز هست (۱۶).

مادران دارای نوزادان نارس بیان کرده‌اند تغذیه نوزادان نارس توسط شیر مادر، کمتر و همچنین زمان‌بر است. علاوه بر

این، مادران نوزادان نارس که موفق به شیردهی به نوزادان نارس خود شدند، اذعان داشتند که مدت زمان شیردهی کاهش پیدا می‌کند (۱۷، ۱۸). اگر چه شواهد رو به رشدی وجود دارد که عوامل موثر در شیردهی موفقیت‌آمیز در شیرخواران ترم را شناسایی کرده‌اند، اما عوامل موثر بر تغذیه نوزادان نارس پیچیده است و هنوز ابهامات زیادی در این رابطه وجود دارد (۱۸). در این زمینه، بررسی دقیق‌تر نشان می‌دهد که برای طراحی استراتژی حمایت از تغذیه با شیر مادر جهت جمعیت زودرس تاخیری، در نظر گرفتن عواملی از قبیل وضعیت سلامتی نوزادان و میزان رسیدگی و رشد آنها، عوامل فیزیولوژکی و روانی مادران و عوامل اجتماعی و سیستمیک، بایستی در نظر گرفته شود (۱۹). از سوی دیگر اطلاعات و دانش ما هنوز در رابطه با تجارب شیردهی مادران دارای نوزاد زودرس تاخیری کم و ناقص است. نتایجی از مصاحبه با مادران نشان می‌دهد، تغذیه با شیر مادر یک تجربه مثبتی برای آنها و نوزادانشان می‌باشد با این حال، مادران از مشکلاتی چون عدم کفایت شیر و پشتیبانی ناکافی برای شیردهی پس از ترخیص را گزارش می‌کنند (۲۰).

با توجه به اینکه، این پژوهش در سطح جهان به صورت محدود و در سطح کشور، طی جستجوهای محقق یافت نگردید، لذا این مطالعه با هدف تعیین تسهیلات و موانع شیردهی نوزادان نارس تاخیری بر حسب نظرات مادران انجام می‌گردد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بوده که به روش مقطعی انجام شد. جامعه مورد پژوهش متشکل از مادران نوزادان نارس تاخیری با سن حاملگی ۳۴-۳۶ هفته و بستری در سطح مراقبت ۱ و ۲ بخش مراقبت ویژه نوزادان بود. با توجه به مطالعه انجام شده (۲۱) و احتساب درصد موانع شیردهی به دلیل مکیدن ضعیف به اندازه ۵۰/۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت لازم ۸ درصد با فرمول زیر تعداد۱۵۰ نمونه برای مطالعه در نظر گرفته شد، که این تعداد از مرداد تا آذر ماه سال ۱۳۹۹ انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. جهت نمونه‌گیری ابتدا مادران نوزادان نارس تاخیری واجد شرایط پژوهش شناسایی و از بین آنها ۱۵۰ نمونه به روش تصادفی ساده، براساس جدول اعداد تصادفی، از لیست نوزادان جامعه موردنظر انتخاب شدند. به این صورت که اعداد صفر تا نه را نوشته و از بین آنها پنج گزینه صفر، یک، چهار، پنج و هفت به صورت شانسی انتخاب شدند. در نتیجه نوزادانی وارد مطالعه شدند که رقم آخر شماره پرونده آنها شماره‌هایی بود که به صورت شانس از قبل مشخص شده بودند.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^{2} P(1-P)}{d^2}$$

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای بود که مشتمل بر سه بخش بود که به صورت مصاحبه شفاهی توسط محقق از مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید: ۱. سوالات مشخصات دموگرافیک مادر و نوزاد شامل سن، تحصیلات، شغل، نوع زایمان مادر، قومیت مادر، تعداد بارداری‌های مادر و تعداد فرزندان و مشخصات دموگرافیک نوزاد شامل جنسیت نوزاد، سن جنینی، وزن زمان تولد و سطح مراقبتی نوزاد بود. ۲. سوالات مربوط به عوامل تسهیل‌کننده شیردهی نوزادان نارس تاخیری: شامل ۱۱ سوال با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (اصلا، کم، متوسط، زیاد) مورد سنجش قرار گرفت که به موارد نمره صفر (اصلا) تا سه (زیاد) تعلق گرفت و فراوانی هر یک محاسبه شد. ۳. سوالات موانع شیردهی نوزادان نارس تاخیری: در این بخش موانع شیردهی نوزادان نارس تاخیری شامل ۱۶ سوال که با پاسخ‌های بله و خیر مورد سنجش قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها به موارد نمره صفر و یک تعلق گرفت و فراوانی هر یک محاسبه شد. بعد از امتیازدهی براساس محدوده نمره کل (۰-۳۳) عوامل تسهیل‌کننده شیردهی، نمره(۰-۱۱) بعنوان اهمیت کم، نمره (۱۲- ۲۲) به عنوان اهمیت متوسط، و نمره (۲۳-۳۳) به عنوان اهمیت بالا و موانع (۰-۱۶ نمره کل)، نمره (۰-۵) با اهمیت کم و (۶-۱۱) متوسط و (۱۲-۱۶) بالا تقسیم‌بندی شد.

روایی محتوای پرسشنامه براساس دیدگاه ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری- مامایی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. برای تعیین روایی پرسشنامه ،روایی صوری و محتوای به روش کیفی با اعمال نظرات ۱۰ نفر از اعضا هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی در رابطه با وضوح، قابل فهم بودن هر یک از سنجه‌ها و تناسب آنها با هدف تحقیق بررسی گردید در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از سنجش میزان همبستگی درونی متغیرها با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ مورد بررسی و تایید قرار گرفت. در این راستا، در طی یک مطالعه مقدماتی، ۱۵ نفر از مادران نوزادان نارس پرسشنامه نهایی ابزار را تکمیل نمودند که برای تسهیلات ۰.۸۱ و موانع ۰.۷۸ بدست آمد. بعد از ورود اطلاعات در نرم‌افزار SPSS V21 با استفاده از آمار

توصیفی و آزمون کای اسکوئر تحلیل شدند. جهت ارتباط بین اهمیت عوامل تسهیل‌کننده و موانع شیردهی با متغیرهای دموگرافیک مادر و نوزاد از آزمون کای اسکوئر استفاده شد.

نتایج

نتایج بررسی مشخصات دموگرافیک نشان داد اکثر مادران دارای سن ۳۰-۲۵ سال (۳۶٪) ،خانه‌دار (۸۲٪) و دارای تحصیلات ابتدایی (۳۵/۳٪) و قومیت بلوچ (۹۱/۳٪) بودند و همچنین اکثر مادران دارای یک فرزند (۳۴/۷٪) و یک مورد بارداری (۲۹/۳٪) بودند و نوع زایمان اکثر آنها به صورت طبیعی (۶۸/۷٪) بوده است. همچنین بیشترین درصد نوزادان پسر (۵۶٪) و دارای رتبه تولد یک (۳۳/۳٪) بودند. سن اکثر نوزادان ۳۶ هفته (۴۰/۷٪) و وزن زمان تولد ۲ الی ۳ کیلوگرم (۷۴/۷٪) و وزن زمان ترخیص ۲ الی ۳ کیلوگرم (۷۵/۳٪) بود (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک مادران و نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

	مشخصات دموگرافیک مادران و نوزادان		فراوانی(٪)
مشخصات دموگرافیک مادر	سن	کمتر از ۲۴سال	(۲۹/۳)۴۴
		۳۰-۲۵ سال	(۳۶)۵۴
		بیشتر از ۳۰سال	(۳۴/۷)۵۲
	شغل	خانه دار	(۸۲)۱۲۳
		شاغل	(۱۸)۲۷
	نوع زایمان	طبیعی	(۶۸/۷)۱۰۳
		سزارین	(۳۱/۳)۴۷
	قومیت	بلوچ	(۹۱/۳)۱۳۷
		سایر قومیت ها	(۸/۷)۱۳
	تحصیلات	بی سواد	(۱۴)۲۱
		ابتدایی	(۳۵/۳)۵۳
		دیپلم	(۲۳/۳)۳۵
		بالاتر از دیپلم	(۲۷/۳)۴۱
	تعداد بارداری های مادر	۱ مورد	(۲۹/۳)۴۴
		۲ مورد	(۲۴/۷)۳۷
		۳ مورد	(۲۱/۳)۳۲
		بیشتر ومساوی۴ مورد	(۲۴/۷)۳۷
	تعداد فرزندان	۱ فرزند	(۳۴/۷)۵۲
		۲ فرزند	(۳۰/۷)۴۶
		۳ فرزند	(۱۴/۷)۲۲
		بیشتر ومساوی۴ فرزند	(۲۰)۳۰
مشخصات دموگرافیک نوزادان	سن جنین	۳۴ هفته	(۳۳/۳)۵۰
		۳۵ هفته	(۲۶)۳۹
		۳۶ هفته	(۴۰/۷)۶۱
	جنسیت	دختر	(۴۴)۶۶ (۴۴)
		پسر	(۵۶)۸۴
	رتبه تولد	رتبه ۱	(۳۳/۳)۵۰
		رتبه ۲	(۲۸/۷) ۴۳

	رتبه ۳	(۱۶/۷)۲۵
	رتبه ۴ وبالاتر	(۲۱/۳)۳۲
	کمتر ومساوی ۲ کیلوگرم	(۲۰)۳۰
وزن نوزاد هنگام تولد	۳≤وزن >۲ کیلوگرم	(۷۴/۷)۱۱۲
	بیشتر از ۳ کیلوگرم	(۵/۳)۸
	کمتر ومساوی ۲ کیلوگرم	(۱۸/۷)۲۸
وزن نوزاد هنگام ترخیص	۳≤وزن >۲ کیلوگرم	(۷۵/۳)۱۱۳
	بیشتر از ۳ کیلوگرم	(۶)۹

در این مطالعه از دیدگاه مادران به ترتیب، تجارب شیردهی قبلی مادر (۵۶٪)، حمایت کردن اعضای خانواده (۳۷/۳٪) و وجود امکانات موردنیاز مادران در بخش (۲۷/۴٪)، بالاترین درصد را در لیست تسهیلات شیردهی داشتند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی تسهیلات شیردهی نوزادان نارس تاخیری از دیدگاه مادران آنها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

نظر	اصلا	کم	متوسط	زیاد
آیتم	فراوانی (٪)	فراوانی (٪)	فراوانی (٪)	فراوانی (٪)
۱. شرکت کردن مادران در کلاس‌های آموزشی قبل از زایمان	(۷۰/۷)۱۰۶	(۹/۳)۱۴	(۱۲/۷)۱۹	(۷/۴)۵
۲. حمایت کردن اعضا خانواده	(۴/۷)۷	(۱۷/۳)۲۶	(۳۸/۷)۵۸	(۳۷/۳)۵۶
۳. تجارب شیردهی قبلی مادر	(۲۶)۳۹	(۶)۹	(۱۲)۱۸	(۵۶)۸۴
۴. مراقبت کانگورویی	(۴۵/۳)۶۸	(۲۱/۳)۳۲	(۲۰/۷)۳۱	(۱۱/۳)۱۷
۵. وجود امکانات موردنیاز مادران در بخش (پمپ شیردهی- صندلی راحت جهت شیردهی)	(۲۶/۷)۴۰	(۱۷/۳)۲۶	(۲۸/۷)۴۳	(۲۷/۴)۴۱
۶. محیط خصوصی برای شیر دهی	(۵۶/۷)۸۵	(۲۰/۷)۳۱	(۷/۳)۱۱	(۱۵/۴)۲۳
۷. حضور بلامانع مادر در کنار نوزاد در هر زمان از شبانه روز	(۱۳/۳)۲۰	(۳۸)۵۷	(۴۲/۷)۶۴	(۵/۳)۹
۸. در دسترس بودن پرسنل مشاور تخصصی جهت آموزش شیردهی در بخش	(۳۰/۷)۴۶	(۴۸)۷۲	(۱۸/۷)۲۸	(۲)۴
۹. تشویق و حمایت پرسنل از شیردهی مادر	(۹/۳)۱۴	(۲۸/۷)۴۳	(۵۰)۷۵	(۱۱/۳)۱۸
۱۰. آموزش چگونگی قرار دادن نوزاد به پستان جهت شیردهی	(۱۶)۲۴	(۲۲/۷)۳۴	(۳۸)۵۷	(۲۳/۴)۳۵
۱۱. استفاده از الگوهای موفق شیردهی که در بخش حضور دارند یا مرخص شده‌اند	(۲۷/۳)۴۱	(۴۰)۶۰	(۲۸/۷)۴۳	(۴)۶

وجود چند بیماری یا ناراحتی همزمان در نوزاد (۸۸/۷٪)، کمبود امکانات شیردهی (۸۰٪) و وجود وسایل پزشکی در بخش (۷۶/۷٪) بالاترین درصد را در لیست موانع شیردهی داشتند (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی موانع شیردهی نوزادان نارس تاخیری از دیدگاه مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

آیتم	نظر بلی فراوانی (٪)	خیر فراوانی (٪)
۱. مکیدن نامناسب پستان توسط نوزاد به خاطر نارس بودن	(۲۴)۳۶	(۷۶)۱۱۴
۲. جدایی مادر از شیرخوار	(۱۴/۷)۲۲	(۸۵/۳)۱۲۸
۳.. حضور وسایل پزشکی مانند فتوتراپی و	(۷۶/۷)۱۱۵	(۲۳/۳)۳۵
۴. نگرانی مادر در مورد کافی بودن شیر	(۲۶)۳۹	(۷۴)۱۱۱
۵. خواب آلودگی نوزاد	(۳۱/۳)۴۷	(۶۸/۷)۱۰۳
۶. وجود چند بیماری یا ناراحتی همزمان در نوزاد (دیسترس تنفسی، سپسیس، هیپوگلیسمی، ایکتر و ....)	(۸۸/۷)۱۳۳	(۱۱/۴)۱۷
۷. دو قلویی یا چند قلویی	(۹/۳)۱۴	(۹۰/۷)۱۳۶
۸. حمایت ناکافی پرسنل از مادر برای شیردهی	(۱۹/۳)۲۹	(۸۰/۷)۱۲۱
۹. استرس مادر به دلیل شرایط بالینی نوزاد	(۴۹/۳)۷۴	(۵۰/۷)۷۶
۱۰. احساس عدم کفایت مادر	(۱۲/۷)۱۹	(۸۷/۳)۱۳۱
۱۱. خجالت کشیدن از در معرض بودن مادر برای شیردهی	(۲۲)۳۳	(۷۸)۱۱۷
۱۲. مشکلات پستانی (نوک سینه صاف یا فرورفته، احتقان، ماستیت و ...)	(۲۰/۷)۳۱	(۷۹/۳)۱۱۹
۱۳. بیماری‌های مادر(درد شکم، خونریزی، دیابت و....)	(۴۲/۷)۶۴	(۵۷/۳)۸۶
۱۴. حمایت نکردن اعضا خانواده	(۳۱/۳)۴۷	(۶۸/۷)۱۰۳
۱۵. کمبود امکانات شیردهی	(۸۰)۱۲۰	(۲۰)۳۰
۱۶. نداشتن اطلاعات شیردهی	(۴۳/۳)۶۵	(۵۶/۷)۸۵

نتایج حاصل از تعیین و ارتباط عوامل تسهیلات و موانع شیردهی برحسب متغیرهای دموگرافیک مادر و نوزاد با آزمون کای اسکوئر نشان داد ۱۳/۶ درصد مادرانی که سن کمتر از ۲۴ سال و ۵/۸ درصد مادران سن بیش از ۳۰ سال داشتند که اهمیت تسهیلات شیردهی بالا ذکر کردند که این تفاوت با استفاده از ازمون کای اسکوئر معنادار است (p<۰/۰۳). از طرفی ۳۲/۵ درصد مادران خانه‌دار و ۷/۴ درصد زنان شاغل و نیز ۳۴ درصد زنان با زایمان طبیعی و ۱۴/۹ درصد زنان با زایمان سزارین اهمیت تسهیلات شیردهی را پایین ذکر کردند که تفاوت معنادار است ((p<۰/۰۱) همچنین با افزایش تعداد بارداری و تعداد فرزندان (p<۰/۰۰۲)، درصد مادرانی که اهمیت تسهیلات شیردهی را در بالا ذکر کردند کاهش و با افزایش رتبه تولد نوزاد، درصد مادرانی که اهمیت تسهیلات شیردهی را بالا ذکر کردند کاهش می‌یابد (p<۰/۰۰۲). نتایج نشان داد با افزایش تعداد بارداری و تعداد فرزندان، درصد مادرانی که اهمیت موانع شیردهی را بالا ذکر کردند کاهش می‌یابد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است (p<۰/۰۰۰۱) .به‌طوری‌که در مادران دارای ۴ بارداری و یا بیشتر، (۸۱/۱ درصد) و همچنین مادران دارای ۴ فرزند و یا بیشتر، (۸۳/۳ درصد) موانع را کم اهمیت تلقی کردند. همچنین بالاترین سطح موانع در مادران با یک مورد بارداری (۲۹/۵ درصد) و همچنین دارای یک فرزند (۲۶/۹ درصد) مشاهده شد. مادران با قومیت بلوچ (۵۷/۷ درصد) و مادران با قومیت‌های دیگر (۱۵/۴ درصد) اهمیت موانع لیست شده در مطالعه حاضر را پایین ذکر کرده اند که این تفاوت از نظر اماری معنی‌دار است (p<۰/۰۱) همچنین درصد بیشتری از مادرانی که نوزادان انها سن جنینی (p<۰/۰۰۸) و رتبه تولد (p<۰/۰۰۰۱) کمتری داشتند اهمیت موانع شیردهی لیست شده در این مطالعه را بالا ذکر کردند که این تفاوت از نظر اماری معنادار است. مادرانی که نوزادان با وزن بیشتر از ۳ کیلوگرم داشتند و همچنین مادران دارای نوزاد ۳۶ هفته اهمیت موانع لیست شده را در حد پایین ذکر کردند.

بحث

هدف از انجام این مطالعه تعیین عوامل تسهیل‌کننده و موانع شیردهی نوزادان نارس تاخیری از دیدگاه مادران آنها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان ایران ایرانشهر بود که در آن ۱۵۰ نفر از مادران نوزادان نارس تاخیری مورد مطالعه قرار گرفتند.

مهمترین عاملی که از نظر مادران نوزاد نارس تاخیری، باعث تسهیل در شیردهی می‌شد، تجارب شیردهی قبلی مادر بود. داشتن تجربه شیردهی در حاملگی‌های چندزا، می‌تواند عامل موثری بر خودکارآمدی شیردهی مادران باشد. یافته‌های مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نشان داده‌اند که میزان خودکارآمدی شیردهی در زنان که تجربه قبلی شیردهی دارند، بالاتر می‌باشد (۲۲، ۲۳). سابقه تجربه موفق مادر در شیردهی، موجب افزایش اعتماد به نفس (۲۴) و احساس خودکارامدی (۲۵) در وی می‌گردد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، حمایت کردن اعضا خانواده از مادران نیز یکی دیگر از مهمترین عوامل در تسهیل شیردهی می‌باشد. حضور همسر در کنار مادر و همچنین حمایت‌های عاطفی و عملکردی همسر باعث افزایش توانایی و رغبت مادر برای تغذیه نوزاد از شیر خود خواهد شد (۲۶). Kair و همکاران نیز بزرگترین تسهیل‌کننده شیردهی از نظر مادران را، پشتیبانی و حمایت آنها در بیمارستان و در منزل بیان نمودند (۲۷). همچنین Giannì و همکاران نیز عدم حمایت از مادر را یکی از موانع بزرگ در شیردهی عنوان نموده اند (۲۸). در مطالعه دیگر از همین محقق ۳۷ درصد از مادران بیان داشته بودند که از حمایت کافی برای شیردهی برخوردار نیستند (۲۱). Rayfield و همکاران نیز طی مطالعه‌ای بر روی ۵۷۹ نوزاد نارس، ارتباط بین حمایت در طی شیردهی و ادامه‌ی شیردهی را بررسی کردند. نتایج نشان داد مادرانی که در دوران شیردهی به اندازه کافی حمایت نشده‌اند در مقایسه با مادرانی که مقدار کافی حمایت دریافت کرده‌اند، مدت شیردهی شان بیشتر از ۱۰ روز نبود (۱۷). لذا متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید در حمایت از شیردهی مادران نوزادان نارس تاخیری که قصد شیردهی دارند، به ویژه از طریق بهینه‌سازی شیردهی مادر و ارتقاء مراقبت‌های آغوشی تلاش کنند (۲۱).

در مطالعه Myers و Rubarth نیز مادران اظهار داشتند راحت صحبت کردن با پرستاران در رابطه‌ی با نحوه شیردهی و استفاده از پمپ شیر باعث ایجاد حس رضایت در آنان شده و عامل تسهیل‌کننده در شیردهی محسوب می‌شود .در واقع مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان چالش-هایی را برای شیردهی دارند که مادران دارای نوزاد ترم تجربه نمی‌کنند لذا ضروری است که پرستاران و مشاوران متخصص حمایت‌های زمان شیردهی را بعمل آورند (۲۹).

سومین عامل مهم از نظر مادران در رابطه با تسهیلات شیردهی، وجود امکانات موردنیاز مادران در بخش اعم از پمپ شیردهی، صندلی راحت جهت شیردهی بود. ولی‌زاده و همکاران هم یکی از بزرگترین مشکلاتی که نوزادان نارس با آن مواجهند مشکلات تغذیه دهانی عنوان کرده اند (۳۰) و تغذیه دهانی یک وظیفه پیچیده برای نوزادان نارس است. برخلاف نوزادان ترم بیشتر نوزادانی که نارس متولد شده‌اند بلافاصله بعد از تولد نمی-توانند از بطری یا سینه مادر تغذیه نمایند. این امر به دلیل تون عضلانی ضعیف، عدم تکامل ساز و کارهای کنترل حرکات دهانی و نقص در هماهنگی مکیدن، بلعیدن و تنفس است (۳۱). بهبود امکانات مرتبط با شیردهی نوزاد نارس می‌تواند مادران را در این امر یاری نماید. به‌طوری‌که در مطالعه Gianni و همکاران نیز وجود پمپ شیردهی در بخش توسط ۳۱٪ مادران بعنوان عامل تسهیل‌کننده شیردهی عنوان شده بود (۲۱).Meier و همکاران هم همسو با این یافته‌ها به این موضوع اشاره دارند که بکارگیری پمپ‌های پیشرفته و استفاده از محافظ نوک پستان میتواند شیردهی از پستان را در بخش مراقبت ویژه نوزادان برای مادران تسهیل کند (۳۲).

در این تحقیق مشخص شد مادران با تعداد بارداری‌های ۴ و بیشتر، تسهیلات لیست شده را در سطح پای(۲/۷٪) و همچنین بالاترین اهمیت به تسهیلات مذکور در مادران دارای یک فرزند گزارش گردید (۲۳/۱٪). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که اهمیت مادران خانه‌دار (۵۶/۱٪) و مادران شاغل (۸۵/۲٪) به تسهیلات مذکور در حد متوسط بوده که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. به عبارتی از نظر مادران تسهیلات ذکر شده در مطالعه حاضر، در شیردهی زنان شاغل تسهیل بیشتری ایجاد کند. مطالعه Hazir و همکاران در پاکستان نیز نشان داد که شیردهی در مادران شاغل بیشتر از مادران غیرشاغل به تاخیر میافتد (۳۳). درصورتی‌که عوامل مربوط به کار یا محیط کار در

مادر شیرده استرس وارد کند موجب کاهش موفقیت در شیردهی می گردد. بنابراین حمایت مادران شاغل شیرده باید مورد توجه قرار گیرد.

تسهیلات شیردهی بین زنان با زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌دار داشت. به عبارتی تسهیلات شیردهی، در زنان با زایمان سزارین تا حد بیشتری می‌تواند در شیردهی آنها تسهیل ایجاد می‌کند. با توجه به این نکته که در مادران سزارین شده، وجود درد و ناراحتی‌های پس از عمل جراحی در کنار مصرف داروهای بیهوشی به عنوان عوامل مرتبط با جراحی، ایجاد نشدن تعادل هورمونی که پس از زایمان طبیعی اتفاق می-افتد و عدم برقراری ارتباط عاطفی کافی بین مادر و نوزاد (۳۵)، مادران سزارین شده نیاز به دریافت حمایت حرفه‌ای بیشتری دارند (۳۶).

در مطالعه حاضر سه مانع اول شیردهی از دیدگاه مادران شامل وجود چند بیماری یا ناراحتی همزمان در نوزاد، کمبود امکانات شیردهی در بخش و حضور وسایل پزشکی مانند فتو تراپی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود. در واقع وجود چند بیماری همزمان در نوزاد، مانع دسترسی راحت مادر به نوزاد می‌شود و همچنین ترس از بدتر شدن حال نوزاد باعث می‌شود مادر نتواند آن گونه که می‌طلبد شیردهی را آغاز نماید (۳۷). چرا که وجود دستگاه یا ماشین تنفسی برای نوزاد، صدای زنگ اخبار مانیتور و وجود مانیتورها و تجهیزات خاص از مهمترین عوامل تنش‌زای تجربه شده توسط مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت-های ویژه نوزادان می‌باشد (۳۸) همچنین در این راستا ۳۹ درصد از مادران شرکت‌کننده در مطالعه Gianni و همکاران نیز بیان داشتند که داشتن یک نوزاد نارس تازه متولد شده و یا نوزاد با وزن پایین و یا نوزادی که چند بیماری را همزمان با همدیگر دارد مانعی برای شیردهی محسوب می‌شود و ۱۸ درصد از مادران شرایط بالینی نوزاد را که عامل ایجاد تنش در مادران می‌شد، بعنوان مانعی اثرگذار بر شیردهی بیان داشتند (۳۹).

دومین مانع شیردهی از نظر مادران کمبود امکانات شیردهی در بخش عنوان گردید. با توجه به این که مراقبت از نوزادان نارس نیاز به تخصص‌های ویژه پزشکی و پرستاری دارد (۴۰). همچنین حیات نوزاد وابسته به میزان و کیفیت این مراقبت‌ها است. توسعه مراقبت از نوزادان از دهه اول ۱۹۹۶، سبب افزایش احتمال زنده ماندن نوزادان شده است (۴۱). با افزایش امکانات شیردهی مورد نظر مادران می‌توان این مانع را کاهش داد تا مادران بتوانند به بهترین نحو شیردهی را برای نوزاد خود انجام دهند. همسو با این یافته نتایج مطالعه Myer S و Rubarth , نیز نشان داد که عدم دسترسی به پمپ های شیردوش مانعی برای شیردهی به نوزاد نارس است (۲۹).

سومین مانع ذکر شده از طرف مادران حضور وسایل پزشکی مانند فتو تراپی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود. محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان با ایجاد استرس و عدم رعایت خلوت مادر برای ارتباط با نوزاد موجب کاهش شیردهی مادر می‌گردد. بنابراین مهم است که با ایجاد فضای مناسب راحتی مادر را برای شیردهی نوزاد تقویت نمود (۲۸).

در اکثر زنان با قومیت بلوچ اهمیت موانع لیست شده در مطالعه حاضر پایین بود و همچنین در زنان با سایر قومیت‌ها اهمیت موانع شیردهی لیست شده در حد متوسط گزارش گردید. محققان بیان می‌کنند عوامل تاریخی، فرهنگی و اجتماعی و فردی در نگرش و رفتار شیردهی مادران تاثیر دارد (۱۳).

در این تحقیق مشخص شد، هرچه سن بارداری و وزن نوزاد کمتر بود موانع اهمیت بالاتری از دیدگاه مادران داشتند. با کاهش وزن و سن بارداری مشکلات تغذیه‌ای و بالینی نوزاد بیشتر است بنابراین مادران نیاز به حمایت بیشتری دارند (۲۹). همچنین مادرانی که تعداد بارداری و تعداد فرزند بیشتری داشتند و رتبه تولد نوزادان انها بالاتر بود موانع از اهمیت کمتری برخوردار بودند و برای مادرانی که نوزاد اول آنها در NICU بستری شده بود موانع فوق دارای اهمیت بیشتری بود. بعبارتی عوامل استرس‌زا در بین زنان نخست‌زا و چندزا متفاوت می‌باشد. زنان نخست‌زا در مواجهه با مسئولیت مراقبت و نگهداری از فرزند و شیردهی، به دلیل نداشتن تجربه قبلی در این زمینه، دچار مشکلات بیشتری می‌گردند و استرس ناشی از تولد اولین فرزند، جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی می شود (۴۶). توانمندی مادر در شیردهی عامل انگیزشی و روانشناختی کلیدی و قابل تغییری برای تداوم تغذیه با شیر مادر است و نقش کلیدی در ارتقای وضعیت شیردهی دارد. به‌طوری‌که با افزایش سطح توانمندی در شیردهی، میزان تغذیه‌ی انحصاری و تداوم شیردهی افزایش می‌یابد (۴۷).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج مطالعه نشان داد که مهم ترین عوامل تسهیل کننده شیردهی از نظر مادران به ترتیب تجارب شیردهی

قبلی مادر، حمایت اعضاء خانواده از مادر و وجود امکانات مورد نیاز مادران در بخش (پمپ شیردهی- صندلی راحت جهت شیردهی) می باشد و مهمترین موانع شیردهی از نظر مادران وجود چند بیماری یا ناراحتی همزمان در نوزاد (دیسترس تنفسی، سپسیس، هیپوگلیسمی، ایکتر)، کمبود امکانات شیردهی و حضور وسایل پزشکی مانند فتو تراپی می باشد با شناسایی عوامل تسهیل کننده و موانع شیردهی ، مدیران پرستاری و پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان می توانند اقدامات اصلاحی را جهت بهبود کیفیت شیردهی مادران نوزادان نارس تاخیری انجام دهند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان با کد اخلاق مصوب IR.SSU.REC.1399.079 کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می باشد. بدین وسیله از کلیه ی مادران مشارکت کننده در مطالعه ی حاضر قدرانی می شود .

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. karbandi S, Hosseini SM, Masoudi R, Mamori GA. The effect of relaxation training on breastfeeding self-efficacy of mothers with preterm infants: a randomized clinical trial. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014;3(2):37-45.(in Persian)

2. Kashaninia Z, Dehghan M, Sajedi F, Rezasoltani P. The assessment effect of kangaroo care on maternal stress of premature infants hospitalized in neonatal intensive care units. Journal of Hayat. 2014;20(3):74-84.(in Persian)

3. Yulika YM,Erica Stone,Saman Iftikhar,Vanessa De Rubeis, Alessandra T. Andreacchi, etal. The association between late preterm birth and cardiometabolic conditions across the life course: a systematic review and meta-analysis. Pediatic and Perinatal Epidemiology. 2022:36(22): 264-275.

4. Ghaderighahfarokhi S, Sadeghifar J, Mozafari M. A Model to predict low birth weight infants and affecting factors using data mining techniques. Journal of Basic Research in Medical Sciences. 2018; 5(3):1-8.

5. Petersen IB, Quinlivan JA. Fatherhood too soon. Anxiety, depression and quality of life in fathers of preterm and term babies: a longitudinal study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2020; 42(2):162-7.

6. Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Alves E. Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. Quality of Life Research. 2018; 27(5):1119-31.

7. Hunter C, Gottheil S, Kanyon C. Breastfeeding promotion: the NICU perspective. University of Western Ontario Medical Journal. 2012;81(1):31-2.

8. Bertino E, Di Nicola P, Giuliani F, Peila C, Cester E, Vassia C, et al. Benefits of human milk in preterm infant feeding. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine. 2012;1(1):19-24.

9. Dosani A, Hemraj J, Premji S.S, et al. Breastfeeding the late preterm infant: experiences of mothers and perceptions of public health nurses. International Breastfeeding Journal. 2016;2, 23.

10. Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. Breastfeeding Medicine. 2012;7(5):323-4.

11. Rayfield S, Oakley L, Quigley MA. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. British Medical Journal. 2015;5(11):e009144.

12. Demirci JR, Sereika SM, Bogen D. Prevalence and predictors of early breastfeeding among late preterm mother–infant dyads. Breastfeeding Medicine. 2013;8(3):277-85.

13. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet. 2016 ;387(10017):491-504.

14. Kair LR, Flaherman VJ, Newby KA, Colaizy TT. The experience of breastfeeding the late preterm infant: a qualitative study. Breastfeeding Medicine. 2015;10(2):102-6.

15. Giannì ML, Bezze E, Sannino P, Stori E, Plevani L, Roggero P, et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. BioMed Central pediatrics.2016;16(1):179.

16.Nursan C, Dilek K, Sevin A. Breastfeeding self-efficacy of mothers and the affecting factors. Aquichan. 2014;14(3):327-35.

17.Bowles BC. Promoting breastfeeding self-efficacy: Fear appeals in breastfeeding management. Clinical Lactation. 2011;2(1):11-4.

18. Harwood K. Intent of expecting fathers to encourage breastfeeding, perceptions of support and barriers to encouraging breastfeeding. 2011.
19. Kair LR, Colaizy TT. Breastfeeding continuation among late preterm infants: barriers, facilitators, and any association with NICU admission? Hospital pediatrics. 2016;6(5):261-8..
20. Myers D, Rubarth LB. Facilitating breastfeeding in the neonatal intensive care unit: identifying barriers. Neonatal Network . 2013;32(3):12-20.
21.Valizadeh S, Hosseini MB, Karimijavan G, Amirteimori I. Effect of Oral Massage vs. Non-nutritive Sucking on Attainment of Independent Oral Feeding and Duration of Hospitalization in NICU: a randomized trial. Hayat. 2014;20(1):38-47.(in Persian)
22. Hazir T, Akram D-S, Nisar YB, Kazmi N, Agho KE, Abbasi S, et al. Determinants of suboptimal breast-feeding practices in Pakistan. Public Health Nutrition. 2013;16(4):659-72.
23. hen J, Xin T, Gaoshan J. et al. The association between work related factors and breastfeeding practices among Chinese working mothers: a mixed-method approach. International Breastfeed Journal ,2019;14, 28 .
24. Leixi Lia Wenlin Wana, Chan Zhub. Breastfeeding after a cesarean section: a literature review. Midwifery. 2021; 103 :103117.
25. Kalhor M, SamieeRad F, Garshasbi M, MohitAbadi Z, Sefollah S. Evaluating the effect of mother baby skin to skin care on neonatal outcomes in preterm infants. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2016;24(5):375-86.(in Persian)
26. Borimnejad l, Mehrnosh N, Seyyed Fatemi n, Haghghani H. Maternal stressor agents with premature infants in neonatal intensive care units. Journal of Critical Care Nursing. 2011;4(1):39-44. (in Persian)
27. Gianni ML, Bezze EN, Sannino P, Baro M, Roggero P, Muscolo S, et al. Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. BioMed Central Pediatrics. 2018;18(1):1-7.
28. Sokou, R., Parastatidou, S., Ioakeimidis, G., Tavoulari, E.-F., Makrogianni, A., Isaakidou, E.,Iacovidou, N., Konstantinidi, A. Breastfeeding in neonates admitted to an NICU: 18-Month Follow-Up. Nutrients. 2022; 14, 3841.
29. Pados BF, Hill RR, Yamasaki JT, Litt JS, Lee CS. Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. BioMed Central Pediatrics. 2021 Mar 6;21(1):110.
30. Nazari S, Salari P, Mazloom Sr. Comparison of first and second month postpartum sterss and sterssors in primiparous and multiparous women. Nursing and Midwifery Journal. 2016;14(3):213-23.

Investigating the Views of Mothers with Late Preterm Babies Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit in Relation to Breastfeeding Facilitators and Barriers

Received: 16 Oct 2022 Accepted: 20 Dec 2022

Khadijeh Dehghani [1], Ameneh Zarrin [2*], Naiire Salmani [3]
1. MSc, Nursing and Midwifery Care Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran 2. MSc student in neonatal intensive care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran 3. Associate Professor of Nursing, Meybod nursing school, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is a natural and standard way to feed all newborns, and it is especially important for late preterm babies. However, breastfeeding in this group of infants is challenging and the factors affecting their nutrition are complex and there are still many uncertainties in this regard. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the views of mothers of late preterm babies regarding the facilitating factors and barriers to breastfeeding.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted on the mothers of late preterm infants hospitalized in the neonatal intensive care unit of the Iran hospital in Iranshahr. A total of 150 eligible samples were selected by simple random method. The tool for data collection was a researcher-made questionnaire consisting of three parts of demographic characteristics, facilitating and inhibiting factors of breastfeeding, which was completed through interviews with mothers at the time of discharge. The collected data were analyzed in SPSS V21 software with chi-square test.

Results: The findings showed that the three factors that facilitate breastfeeding, in order of highest frequency, include the mother's previous breastfeeding experiences (%56), support from family members (%37.3), and the presence of facilities needed by mothers in the ward (%27.4). The three %barriers, in the order of the highest frequency, include multiple diseases or discomfort in the baby (%88.7), lack of breastfeeding facilities (%80), and mother's stress due to the baby's clinical conditions (%49.3).

Conclusion: According to the results, strengthening the previous experiences of mothers in breastfeeding which increases their self-efficacy and supporting them by the treatment team and family and providing breastfeeding facilities in the ward can be effective in facilitating breastfeeding in late preterm babies.

Key words: Late preterm babies ,Breastfeeding, Neonatal intensive care unit

***Corresponding Author:** Ameneh Zarrin
Email: amenehzarin1397@gmail.com Tel: +98 9159509271 Fax: +983538249706