

The Effect of Supporter Presence in Education Sessions of Breastfeeding on Knowledge, Attitude and Behavior of Nulliparous Women

Sharifirad G¹, Shahnazi H^{*2}, Sedighi E³, Mahaki B⁴

1. Professor, Department of Medical Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. Associate Professor, Department of Health education and promotion, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. MSc in Health Education, Department of Health education and promotion, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +983137923243, Fax: +983136682509, E-mail: h_shahnazi@yahoo.com

Received: Jan 5, 2016 Accepted: Jan 19, 2017

ABSTRACT

Background & objective: Breastfeeding is one of the beneficial behaviors for preventing of diseases and promoting of health. Although, majority of mothers breastfeed their infants after delivery, immediately; however, breastfeeding usually decrease in the first month of delivery. Despite of contrary ideas, mother support has known as one of the effective techniques for continuation of breastfeeding and father and other family member's role play an important role to support mother in breastfeeding. Then the current survey was aimed to study the effect of supporter presence in education sessions of breastfeeding on knowledge, attitude and behavior of nulliparous women.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 105 nulliparous mother. Mothers those between 30 to 34 weeks of pregnancy were selected using convenient sampling and then were randomly assigned in three groups (n=35) including control, breastfeeding education without supportive person and breastfeeding education group with supportive person. The control group only provided by hospital routine education, while two intervention groups educated by the current study researcher. Data were collected in different times comprising before and after intervention, instantly after delivery and also in 4 and 8 weeks after delivery. Data were finally analyzed using appropriate statistical tests and SPSS (version 20) software.

Results: It was statistically meaningful in the intervention group before and after intervention ($p<0.001$) and not in the control group ($p=0.57$). Significant difference was also obvious for the behavior score for each group after delivery ($p<0.001$). Although, all score showed a significant relation, however difference was more obvious in group with supportive person, then this group had higher knowledge score, more positive attitude and better behavior compared to the two other groups.

Conclusion: Findings revealed that education in pregnancy period and family supportive role before and after delivery seems likely useful to improve knowledge, attitude and behavior of mothers.

Keywords: Education; Breast Feeding; Social Support; Gravidity.

بررسی تأثیر حضور همراه در کلاس‌های آموزش شیردهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد شیردهی زنان نخست‌زا

غلامرضا شریفی راد^۱، حسین شهنازی^{۲*}، الهه صدیقی^۳، بهزاد مهکی^۴

۱. استاد آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران ۲. دانشیار آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران ۳. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران ۴. دانشیار آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۳۱۳۷۹۲۳۲۴۳ فکس: ۰۳۱۳۶۶۸۲۵۰۹ ایمیل: h_shahnazi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: با این که بیشتر مادران بلافاصله بعد از زایمان شیردهی را شروع می‌کنند، اما متأسفانه طی ماه‌های اول پس از زایمان این امر کاهش می‌یابد. در این رابطه، علی‌رغم اختلاف نظرها، حمایت از مادر شیرده یکی از بهترین راه کارهای تداوم شیردهی اعلام شده است و نقش پدر و سایر اعضای خانواده در حمایت و تشویق مادر در امر تغذیه شیرخوار بسیار پر اهمیت است، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حضور همراه در کلاس‌های آموزش شیردهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد شیردهی زنان نخست‌زا انجام گردید.

روش کار: این مطالعه بر روی ۱۰۵ مادر باردار نخست‌زا انجام شد. مادران در هفته ۳۰ تا ۳۴ بارداری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (n=۳۵) مقایسه، گروه آموزش شیردهی بدون حضور همراه و گروه آموزش شیردهی با حضور همراه قرار گرفتند. گروه مقایسه تنها از آموزش‌های روتین بیمارستان بهره‌مند شدند و دو گروه مداخله توسط پژوهشگر آموزش دیدند. جمع‌آوری داده‌ها قبل و بعد از آموزش، بلافاصله پس از زایمان و در هفته ۴ و ۸ پس از زایمان انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مرتبط و نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌های این مطالعه بین میانگین نمره آگاهی و نگرش در دو گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0.001$). در مورد میانگین نمره عملکرد نیز نتایج نشان داد که میانگین نمره عملکرد بین گروه‌های مورد مطالعه در زمان‌های پس از زایمان اختلاف معناداری داشت ($p < 0.001$). از طرفی نتایج به دست آمده نشان داد که گرچه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد در دو گروه مداخله دارای اختلاف معنی‌دار بود اما این تفاوت در گروه مداخله ۲ (آموزش با حضور همراه) بیشتر و میانگین نمرات به طور کلی بیشتر از دو گروه دیگر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش‌های دوران بارداری و استفاده از نقش حمایتی خانواده قبل و بعد از زایمان، در افزایش میزان آگاهی و نگرش و ارتقاء سطح عملکرد شیردهی مادران بسیار موثر است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، شیردهی، حمایت، زنان نخست‌زا

پذیرش: ۹۵/۱۰/۳۰

دریافت: ۹۴/۱۰/۱۵

شناختی کودک به حساب می‌آید (۱). آینده یک جامعه بر پایه سلامت کودکان آن جامعه استوار است. در مرحله شروع زندگی، شیر مادر، بدون شک غذایی

مقدمه
تغذیه شیر خوار با شیر مادر به عنوان تغذیه مطلوب، یکی از ابعاد بسیار با اهمیت در رشد و تکامل ذهنی

عدم مصرف شیر خشک بر اقتصاد خانواده و جامعه بر جای می‌گذارد (۱۵،۱۴). هزینه‌های تغذیه با غیر از شیر مادر در ولز جنوبی نشان می‌دهد که سالانه ۲۰ تا ۴۰ میلیون دلار برای بیماری‌هایی مانند گاستروآنتریت، عفونت‌های تنفسی تحتانی، اوتیت میانی، آسم و انتروکولیت نکروزان صرف می‌شود (۱۶).

سریعترین راه رسیدن به سلامت جامعه، طب پیشگیری و ارتقای آگاهی افراد است و با توجه به تأکید سازمان بهداشت جهانی در زمینه بهداشت مادران و نوزادان، توجه به ارتقای آگاهی والدین به خصوص مادران یک ضرورت است (۱۷). سکاکی و همکاران در مطالعه خود می‌نویسند: اگر مادران در مورد وضعیت‌های صحیح شیر دادن به طور صحیح و کامل آموزش داده شوند، میزان تغذیه با شیر مادر افزایش و تصور مادر از کم بودن شیر کاهش می‌یابد. وی در ادامه می‌گوید تغذیه موفق با شیر مادر در هفته‌های اول پس از ترخیص با تشویق و حمایت مادر توسط ماما در منزل، همسر و سایر اعضای خانواده در ارتباط نزدیک می‌باشد (۱۸). در مطالعه ترک زهرانی و همکاران به تأثیر نقش حمایت زنان با سابقه شیردهی موفق از زنان نخست‌زا بر الگوهای شیردهی و طول مدت تغذیه با شیر مادر اشاره شده است (۱۹). تحقیقات نشان می‌دهند که اگر چه در کشورهای در حال توسعه بیشتر زنان تغذیه با شیر مادر را شروع می‌کنند، رواج جانشین‌های شیر مادر، تغییر ارزش‌های اجتماعی، شهرنشینی و از بین رفتن روش‌های حمایتی سنتی، تغذیه با شیر مادر را تهدید می‌کند. سازمان بهداشت جهانی و یونیسف به استناد مطالعات متعدد اعلام می‌نمایند که «اطلاعات مادران در زمینه مزایای بهداشتی شیر مادر به حدی نیست که انگیزه لازم را برای انتخاب بهترین روش تغذیه کودک در مادران ایجاد کند». لذا مادران به اطلاعات بیشتر مخصوصاً متناسب با فرهنگ خود نیازمندند تا آنان را قادر سازد که با تمایل و علاقه، بهترین نوع

است که اغلب ویژگی‌های تغذیه ایده آل را دارا می‌باشد (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 ابتلا به مشکلات گوارشی به عنوان بهترین تغذیه برای نوزادان توصیه می‌شود (۳). همچنین انتقال عوامل تقویت کننده ایمنی، برقراری ارتباط روانی میان مادر و فرزند، متناسب بودن پروتئین‌ها و سایر مواد مغذی اصلی برای کودک و تأمین اکثر مواد معدنی مورد نیاز از دیگر مزایای شیر مادر برای کودک می‌باشد (۴) و لذا مناسب‌ترین نمودار رشد را در کودکان ایجاد می‌کند (۵). از طرفی شیردهی برای مادر نیز مفید است و موجب کاهش خونریزی بعد از زایمان، کاهش سرطان‌های تخمدان و پستان، بازگشت سریعتر اعضای بدن مادر به حالت اولیه و تنظیم خانواده (۶) و کاهش استئوپروزیس در مادر می‌گردد (۷). در شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند اسهال، خونریزی روده ای، برگرداندن شیر^۱، کولیک و اگزمای آتوپیک کمتر دیده می‌شود (۹،۸). و نیز میزان ابتلا به آسم، چاقی و دیابت در شیرمادر خواران کمتر است (۱۰،۳). مطابق یافته‌های یونیسف روزانه بیش از سه هزار کودک به علت بیماری‌های عفونی ناشی از تغذیه با بطری می‌میرند و یک و نیم میلیون شیرخوار هر سال به دلیل عدم تغذیه با شیر مادر جان خود را از دست می‌دهند (۱۱). آمار نشان می‌دهد که عدم استفاده از شیر مادر میزان مرگ و میر کودکان را در کشورهای در حال توسعه به هر ۳۰ ثانیه یک کودک رسانده و ۷۰ درصد مرگ و میر کودکان در این کشورها در نتیجه عدم استفاده از شیر مادر است (۱۲). بنابراین برنامه افراد سالم تا سال ۲۰۲۰ افزایش نسبت مادرانی را که تغذیه با شیر مادر دارند تا ۸۲ درصد مورد هدف قرار داده است (۱۳). تغذیه انحصاری با شیر مادر علاوه بر تأثیرات مثبت بر کودک و مادر، تأثیرات آشکاری را به دلیل

¹ Reflux

تغذیه را برای کودک خود انتخاب نمایند (۲۰). مک‌دونالد^۱ و همکاران در مطالعه خود می‌گویند: تنها برگزاری جلسات آموزشی تغذیه با شیر مادر، بعد از زایمان، تأثیری بر روی مدت شیردهی ندارد (۲۱). از آنجا که دوره بعد از زایمان مرحله ای است که مادر در معرض بسیاری از مخاطرات جسمی و روحی قرار می‌گیرد، خستگی و اضطراب حاصل از مشکلات جسمی، روانی، تامین نیازهای نوزاد و مشغولیت فکری در زمینه چگونگی ارتباط با همسر منجر به کاهش قدرت تمرکز مادر در جهت یادگیری آموزش‌های این دوران می‌شود (۲۲). از طرفی مادران طی ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی و طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از سزارین ترخیص می‌شوند بنابراین سرویس‌های آموزش و مشاوره نمی‌توانند در این دوره کوتاه اطلاعات کافی را منتقل نمایند. به نظر می‌رسد که موثرترین مداخلات جهت شیردهی موفق مادران و تداوم آن آموزش تئوری همراه با آموزش عملی شیردهی و مشاوره به صورت چهره به چهره در خارج از ساعات ویزیت‌های کلینیکی معمولی برای مادران باردار باشد. (۲۳).

غلامی تبار طبری به نقل از ایوان‌بقاء گزارش کرد: در بیمارستان الزهرا تبریز، اکثر مادران نوزاد نارس (۷۵٪) که در امر شیردهی با شکست روبرو شدند در دوران بارداری آموزش شیردهی دریافت نکرده بودند (۲۴). انجمن تغذیه با شیر مادر استرالیا معتقد است که زنان در طول بارداری باید به خوبی از مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر و نوزاد مطلع شوند، اطلاعاتی که موجب موفقیت و توانمندی زنان در شیردهی شود (۱۶). از طرفی مادر شیرده در طی دوران شیردهی با مشکلاتی مواجه می‌شود که برای غلبه بر آنها و موفقیت در امر شیردهی نیاز به حمایت منابع مختلف حرفه ای و اجتماعی دارد (۲۵). با توجه به اهمیت روابط اجتماعی، استفاده از حمایت افراد غیرحرفه ای گسترش یافته است (۲۶).

یکی از فاکتورهای مهم در تغذیه نوزاد با شیر مادر، هنجارهای انتزاعی^۲ زنان شامل دیدگاه همسر، مادر، دوستان و مراقبان بهداشتی می‌باشد که در شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر تعیین کننده هستند (۲۷، ۲۸). هنجارهای انتزاعی اشاره به باور شخص در مورد مهم‌ترین دیگری در زندگی‌اش دارد که فکر می‌کنند او باید یا نباید اقدام به انجام رفتار مورد نظر بنماید... این ساختار به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قصد فرد برای انجام رفتار محسوب می‌شود (۲۹).

سکاکی به نقل از اینگرم^۳ و همکاران می‌نویسد که آنها در یافته‌های پژوهش خود در مورد زنان آسیایی متذکر شدند مادران آسیایی به احتمال زیاد در مورد تغذیه شیرخوار به نصایح افراد خانواده و فامیل بیش از حضور در کلاس‌های پیش از زایمان که در مورد تغذیه با شیر مادر بحث شده، توجه می‌کنند و بیشترین توصیه‌ها را از مادر یا مادر شوهر خود دریافت می‌کنند (۱۸). در مطالعه‌ای دیگر در مورد منابع اطلاعات مادران در مورد تغذیه با شیرمادر، اکثر مادران منبع اصلی اطلاعات خود را خویشاوندان و تعداد کمی منبع خود را پرسنل بهداشتی ذکر کرده بودند (۳۰). همچنین سکاکی به نقل از مطالعه هیمرسون^۴ و همکاران می‌نویسد: آموزش به پدران و دخالت دادن آنان در امر تغذیه شیرخوار نه تنها سبب تغییر دانش و نگرش آنها، بلکه سبب شروع زودرس تغذیه با شیر مادر و تداوم آن تا ۶-۴ ماه شد (۱۸).

حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می‌شود، درک می‌گردد (۳۱). حمایت اجتماعی نقش مهم و موثری در حفظ سلامتی افراد جامعه بازی می‌کند و اثر مستقیم و مثبتی بر افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی، رضایت شغلی افراد و جذب و حفظ آنها دارد (۳۲). ارتباطات

² Subjective Norms

³ Ingram

⁴ Jimerson

¹ McDonald

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله ای ۳ گروهی در سال ۱۳۹۳ در واحد درمانگاه بارداری بیمارستان مهدیه شهر تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بر روی زنان باردار نخست‌زا صورت گرفت. پس از تأیید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کسب مجوزها به بیمارستان مورد نظر مراجعه نموده و پس از ارائه معرفی نامه و هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرکز، نمونه گیری انجام شد. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، زنانی بودند با اولین تجربه بارداری که جهت مراقبت به درمانگاه بارداری بیمارستان مورد نظر مراجعه می‌کردند و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود شامل: سن بارداری ۳۰ تا ۳۴ هفته، دارای بارداری تک قلوئی، نداشتن بیماری که درمان آن با شیردهی از پستان تداخل داشته باشد، حداقل دارای سواد ابتدایی و رضایت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه نیز: زایمان زودرس (قبل از هفته ۳۷ بارداری)، ابتلا به بیماری‌هایی که درمان آن‌ها با شیردهی از پستان تداخل دارد (بعد از زایمان)، محدودیت رشد داخل رحمی نوزاد، وجود ناهنجاری‌های مادرزادی مانند شکاف کام و لب شکری، بستری شدن مادر و یا نوزاد، مرگ داخل رحمی جنین، عدم تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی بود. حداقل حجم نمونه ۳۲ نفر در هر گروه محاسبه شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه‌ها ۳۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد و با توجه به اینکه در مطالعه دو گروه مداخله و یک گروه مقایسه وجود داشت، ۱۰۵ نفر وارد مطالعه شدند.

نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انجام شد. بدین ترتیب که پس از ارائه توضیحات لازم و اخذ رضایت در زمان ورود به مطالعه، نمونه‌ها در زمان انتظار ملاقات با پزشک یا مامای درمانگاه پرسشنامه را تکمیل می‌کردند. به مادران

نزدیک و حمایت اجتماعی که توسط خانواده، دوستان، همکاران و جامعه فراهم می‌شود، ارتباط مثبتی با بهبود عملکرد در محیط کار، مقابله بهتر با مشکلات زندگی، سازگاری عمومی و بهزیستی جسمانی و روان شناختی دارد. خانواده و دوستان، نقش مهمی در دلگرم کردن فرد برای رسیدن به اهداف بهداشتی ایفا می‌کنند، کمک آنها مهم‌ترین جزء حمایت اجتماعی است. (۳۳). حمایت اجتماعی حالتی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن داشته و اینها با نتایج سلامتی ارتباط مستقیم دارند (۳۴). بررسی‌ها گویای آن هستند که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به استرس، تحت تأثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کنند؛ یعنی شدت واکنش‌های فرد در حضور دوستان و آشنایان کمتر از زمانی است که فرد به تنهایی با استرس روبرو می‌شود (۳۵). حمایت اجتماعی با کاهش مشکلات روانشناختی رابطه دارد و همچنین احتمال افزایش فعالیت‌های فرد را که منجر به حفظ رفتارهای سلامتی می‌شود زیاد می‌کند (۳۴). با توجه به اینکه شیردهی در مادران تحت تأثیر تجربه شیردهی قرار می‌گیرد، لذا زنان نخست‌زا برای تغذیه کودک با شیرمادر به دلیل عدم تجربه کافی با مشکلاتی مواجه خواهند بود، بنابراین مداخلاتی که بتواند از تغذیه با شیرمادر حمایت نماید و میزان تغذیه با شیر مادر را افزایش دهد حایز اهمیت است. با توجه به اینکه آموزش صحیح می‌تواند نقش موثری در ارتقاء سطح آگاهی مادران و در نتیجه افزایش میزان شیردهی ایفا کند و با توجه به اینکه امروزه مشخص شده مادران تا حد زیادی در مورد شیردهی به فرزندشان قبل از زایمان تصمیم‌گیری نموده و تحت تأثیر اطرافیان خود هستند لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر حضور همراه در کلاس‌های آموزش شیردهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد شیردهی زنان نخست‌زا در بیمارستان مهدیه شهر تهران انجام گردید.

مربوط به افراد مهم برای مادر بود که آیا همسر، مادر، مادر شوهر و دوستان وی در رابطه با رفتار شیردهی برایش مهم هستند یا خیر. چک لیست مشاهده نحوه شیردهی نیز دارای ۱۷ آیت بود که توسط پژوهشگر و با مشاهده وضعیت شیردهی پس از زایمان تکمیل می‌شد.

گروه مقایسه تنها مراقبت‌های معمول دوران بارداری و پس از زایمان را دریافت کردند و در موعد مقرر پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنان گذاشته شد. در گروه‌های مداخله، پس از تکمیل فرم رضایت نامه کتبی، پیش آزمون از طریق پرسشنامه‌ها توسط مادران باردار بصورت انفرادی تکمیل شد. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در ۲ گروه آموزش با حضور همراه و بدون همراه قرار گرفتند. در گروه آموزش با حضور همراه مادران با یک همراه در جلسات آموزشی شرکت می‌کردند. این همراه می‌توانست مادر وی یا دوستش یا ... باشد که برای فرد نقش حمایتی داشته و خود فرد او را انتخاب می‌کرد، آموزش‌ها به مادر باردار و همراه وی داده می‌شد. در گروه دیگر بدون همراه مادران به تنهایی در جلسات آموزشی شرکت می‌کردند. مداخله آموزشی طی ۴ جلسه آموزش گروهی ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. محتوای آموزشی توسط روش‌های آموزشی نظیر سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی منتقل شد.

مواد آموزشی شامل اسلایدهای آموزشی، تصاویر و پمفلت آموزشی بود. برای هر یک از جلسات آموزشی اهداف رفتاری تعیین شد. در پایان هر جلسه پرسش و پاسخ از موضوعات همان جلسه برگزار شد تا مادران به طور خلاصه آنچه را که در جلسه مطرح شده یادآوری نمایند. قبل از شروع هر جلسه نیز، مطالب مربوط به جلسات قبل، توسط محقق و مادران باردار مرور می‌شد. گردآوری اطلاعات در ۵ مرحله انجام شد. پرسشنامه مربوط به شیردهی یک بار قبل از مداخله و یک بار پس از مداخله توسط افراد مورد

شرکت‌کننده در پژوهش به طور کامل در مورد پژوهش و اهداف و اهمیت آن اطلاعات لازم داده شد. به آنان توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری است، تمامی اطلاعات محرمانه می‌باشد و آنها هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. از مادران رضایت نامه کتبی برای شرکت در مطالعه گرفته شد و سپس پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه و چک لیست مشاهده نحوه شیردهی بود که روایی و پایایی پرسشنامه مورد استفاده، در مطالعه شریفی راد و همکاران (۳۶) مورد تأیید قرار گرفته است. برای روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت پایایی آن از آلفای کرونباخ با ضریب بالای ۰/۸ استفاده شد. پرسشنامه حاوی سوالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک مادران مورد پژوهش، سوالات مربوط به سنجش آگاهی و جملات نگرش سنجی واحدهای مورد پژوهش نسبت به تغذیه با شیر مادر بود. قسمت انتهایی پرسشنامه نیز مربوط به هنجارهای انتزاعی مادران بود. اطلاعات دموگرافیک پرسشنامه شامل سن مادر، تحصیلات و شغل وی و نیز سن همسر و تحصیلات و شغل همسر بود. پرسشنامه دارای ۱۳ سوال مربوط به آگاهی و ۹ گویه مربوط به نگرش بود که توسط نمونه‌های مورد پژوهش تکمیل شد. به هر پاسخ صحیح در بعد آگاهی نمره ۱ و به هر پاسخ نادرست نمره صفر اختصاص داده شد. در بعد نگرش پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت و به صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم بود که از ۱ تا ۵ نمره گذاری شد. سوالات مربوط به هنجارهای انتزاعی شامل دو گروه سوال بود که در گروه اول از مادر سوال شد که همسر، مادر، دوستان و پزشک وی چه پیشنهادی برای تغذیه کودکشان دارند (۴ سوال) و خانواده و دوستان و آشنایانش چه روشی را جهت تغذیه کودک خود انتخاب نموده اند (۲ سوال). گروه دوم سوالات

میانگین سنی مادر در گروه‌های مداخله و گروه مقایسه نشان نداد ($p=0/54$).

از نظر تحصیلات در گروه مقایسه، ۳/۲ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۷۷/۴ درصد دیپلم و ۱۹/۴ درصد نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه آموزش بدون همراه (گروه مداخله ۱)، ۹/۷ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۷۷/۴ درصد دیپلم و ۱۲/۹ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این میزان در گروه آموزش با همراه (گروه مداخله ۲)، به ترتیب ۹/۳ درصد، ۷۱/۹ درصد و ۱۸/۸ درصد بود. آزمون من ویتنی نشان داد که بین تحصیلات مادران در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/81$).

از نظر شغلی نیز در گروه مقایسه ۷۴/۲ درصد خانه دار و ۲۵/۸ درصد شاغل، در گروه آموزش بدون همراه ۷۷/۴ درصد خانه دار و ۲۲/۶ درصد شاغل و در گروه آموزش با همراه ۸۱/۲ درصد خانه‌دار و ۱۸/۸ درصد شاغل بودند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه مقایسه و گروه‌های مداخله از نظر شغل اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/79$).

آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی گروه‌های مداخله و گروه مقایسه قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/205$) اما همین آزمون نشان دهنده وجود اختلاف معنی‌دار بین نمرات آگاهی در زمان‌های پس از مداخله آموزشی بین گروه‌ها بود ($p<0.001$). همچنین آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره آگاهی در دو گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی دارای تفاوت معنی‌دار بود ($p<0.001$), در حالی که در گروه مقایسه میانگین آن قبل و بعد از مداخله با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0/57$) (جدول ۱).

آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در زمان‌های پس از آموزش بین نمره آگاهی گروه مداخله ۱ (آموزش بدون همراه) و گروه مقایسه اختلاف

مطالعه تکمیل شد، همچنین پرسشنامه و چک لیست مشاهده نحوه شیردهی پس از زایمان، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از زایمان تکمیل شد. از دیگر ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر می‌توان به: معرفی خود به افراد مورد پژوهش و توضیح کافی، اطمینان به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات، پاسخگویی به سوالات واحدهای پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی می‌توان اشاره نمود و نیز اینکه واحدهای پژوهش در هر مرحله‌ای جهت عدم شرکت در پژوهش آزادند، همچنین گروه شاهد از آموزش‌های روتین شیردهی محروم نگردید.

طی مطالعه ۱۱ نفر از پژوهش خارج شدند که تعداد ۴ نفر در گروه مقایسه، ۴ نفر در گروه بدون همراه و ۳ نفر در گروه با همراه بودند. از گروه مقایسه یک مورد مرگ داخل رحمی جنین، دو مورد زایمان زودرس و یک مورد عدم تمایل برای ادامه مطالعه بود. از گروه بدون همراه یک مورد بستری مادر، یک مورد زایمان زودرس و دو مورد بستری نوزاد بود و در گروه با همراه یک مورد زایمان زودرس، یک مورد بستری مادر و یک مورد محدودیت رشد داخل رحمی بود که از پژوهش خارج شدند و نهایتاً اطلاعات جمع‌آوری شده از ۹۴ مادر باردار وارد نرم افزار SPSS-20 شده و با استفاده از آزمون‌های آماری T زوجی، T مستقل، من ویتنی، ANOVA، آزمون دقیق فیشر، آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری، کای اسکویر، آزمون تعقیبی LSD تجزیه و تحلیل انجام شد.

یافته‌ها

با توصیف داده‌های گردآوری شده در این پژوهش، میانگین سن مادران در گروه مقایسه $26/12 \pm 4/90$ سال و در گروه آموزش بدون همراه $25/29 \pm 4/37$ سال و در گروه آموزش با همراه $26/53 \pm 4/20$ سال بود، آزمون ANOVA اختلاف معنی‌داری را بین

همچنین آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین نمرات آگاهی گروه‌های مداخله (۱ و ۲) پس از آموزش ($p=0/016$)، بلافاصله پس از زایمان ($p=0/03$)، ۴ هفته پس از زایمان ($p<0/001$) و ۸ هفته پس از زایمان ($p<0/001$) اختلاف معناداری وجود دارد (جدول ۱).

معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$)، همین‌طور این آزمون نشان داد که در زمان‌های پس از مداخله بین نمره آگاهی گروه مداخله ۲ (آموزش با حضور همراه) و گروه مقایسه نیز اختلاف معناداری وجود دارد ($p<0/001$).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی در زمان‌های مختلف

P- value	۸ هفته پس از زایمان		۴ هفته پس از زایمان		بلافاصله پس از زایمان		بعد از آموزش		قبل از آموزش		زمان	گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
$P<0/001$	۱/۳۴	۱۰/۷۰	۱/۰۰	۱۰/۵۶	۱/۰۲	۱۰/۷۷	۰/۹۱	۱۰/۶۴	۱/۶۵	۵/۴۵		گروه مداخله ۱
$P<0/001$	۰/۵۵	۱۲/۴۰	۰/۵۶	۱۲/۴۳	۰/۸۹	۱۱/۸۱	۰/۹۴	۱۱/۶۲	۱/۸۲	۶/۳۴		گروه مداخله ۲
$P<0/001$	۲/۱۷	۶/۲۲	۲/۵۹	۶/۷۴	۱/۶۴	۴/۰۹	۱/۹۶	۴/۳۸	۱/۸۸	۵/۰۹		گروه مقایسه
	$P<0/001$		$P<0/001$		$P<0/001$		$P<0/001$		$0/205$			P- value

زوجی نشان داد که میانگین نمره نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله تفاوت معنی‌دار داشت ($p<0/001$)، اما در گروه مقایسه قبل و بعد از آموزش اختلافی در میانگین نمره نگرش مشهود نبود ($p=0/32$).

همین‌طور در مورد میانگین نمره نگرش مادران در سه گروه مورد مطالعه، آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که بعد از مداخله بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر نمره نگرش تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p<0/001$) در حالی که قبل از مداخله، تفاوت معنی‌دار نبود ($p=0/205$). همچنین آزمون تی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره نگرش در زمان‌های مختلف

P- value	۸ هفته پس از زایمان		۴ هفته پس از زایمان		بلافاصله پس از زایمان		بعد از آموزش		قبل از آموزش		زمان	گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
$P<0/001$	۲/۷۹	۳۸/۲۵	۳/۰۱	۳۸/۰۰	۳/۳۲	۳۷/۵۱	۲/۷۷	۳۶/۷۰	۳/۷۵	۳۱/۰۳		گروه مداخله ۱
$P<0/001$	۱/۳۶	۴۰/۲۵	۱/۱۴	۳۹/۸۱	۱/۰۷	۳۹/۲۵	۱/۵۸	۳۸/۵۶	۲/۲۵	۳۰/۵۳		گروه مداخله ۲
$P<0/001$	۴/۴۰	۳۳/۱۲	۴/۳۳	۳۲/۶۱	۳/۱۰	۳۱/۷۴	۳/۲۰	۳۱/۸۰	۳/۱۹	۳۱/۹۳		گروه مقایسه
	$P<0/001$		$P<0/001$		$P<0/001$		$P<0/001$		$0/205$			P- value

همچنین آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین نمرات نگرش گروه‌های مداخله (۱ و ۲) پس از آموزش ($p=0/016$)، بلافاصله پس از زایمان ($p=0/03$) و ۸ هفته پس از زایمان ($p=0/03$) اختلاف معناداری وجود داشت (جدول ۲). اما این تفاوت در هفته چهارم پس از زایمان معنی‌دار نبود ($p=0/058$) (جدول ۲).

در مورد نگرش نیز آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در زمان‌های پس از آموزش بین نمره نگرش گروه مداخله ۱ (آموزش بدون همراه) و گروه مقایسه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$) و نیز این آزمون در زمان‌های پس از مداخله بین نمره نگرش گروه مداخله ۲ (آموزش با حضور همراه) و گروه مقایسه حاکی از اختلاف معنادار بود ($p<0/001$).

پس از زایمان اختلاف معناداری داشت ($p < 0.001$) و در هر گروه نیز در زمان‌های پس از زایمان تفاوت معناداری در نمره عملکرد مشهود بود ($p < 0.001$). از طرفی نتایج به دست آمده نشان دادند که گرچه در سه گروه، میانگین نمره عملکرد در زمان‌های پس از زایمان دارای اختلاف معنی‌دار بود اما این تفاوت در گروه مداخله ۲ (آموزش با حضور همراه) بیشتر و میانگین نمرات عملکرد بیشتر از دو گروه دیگر بود و در نتیجه این گروه عملکرد بهتری نسبت به دو گروه دیگر داشت (جدول ۳).

داده‌های مطالعه نشان دادند اگرچه ۳ گروه از نظر میانگین نمره آگاهی و نگرش قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند اما در زمان‌های پس از مداخله از این نظر تفاوت قابل توجهی داشته و این تفاوت معنی‌دار بود و در بین سه گروه مورد پژوهش، گروه آموزش با حضور همراه میانگین نمره آگاهی و نگرش بالاتری داشته و اختلاف معنی‌داری با دو گروه دیگر داشت (جدول ۱ و ۲). در مورد عملکرد نیز نتایج نشان داد که میانگین نمره عملکرد بین گروه‌های مورد مطالعه در زمان‌های

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد در زمان‌های مختلف

P-value	۸ هفته بعد از زایمان		۴ هفته بعد از زایمان		بلافاصله بعد از زایمان		زمان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P < 0.001$	۰/۸۸	۱۰/۶۱	۱/۱۱	۱۰/۵۸	۱/۰۵	۹/۸۷	گروه مداخله ۱
$P < 0.001$	۰/۸۲	۱۶/۰۳	۰/۸۵	۱۵/۷۱	۱/۶۰	۱۴/۱۵	گروه مداخله ۲
$P < 0.001$	۱/۲۴	۶/۷۰	۱/۴۱	۶/۰۶	۰/۸۲	۳/۲۹	گروه مقایسه
	$P < 0.001$		$P < 0.001$		$P < 0.001$		P-value

جدول ۴. ارتباط بین آگاهی و نگرش با مهارت شیردهی

مهارت ۸ هفته پس از زایمان	مهارت ۴ هفته پس از زایمان		مهارت بلافاصله پس از زایمان		متغیر	
	P	R	P	R		P
$P < 0.001$	۰/۸۰	$P < 0.001$	۰/۸۰	$P < 0.001$	۰/۸۸	آگاهی بلافاصله پس از زایمان
$P < 0.001$	۰/۷۳	$P < 0.001$	۰/۷۸	$P < 0.001$	۰/۷۸	آگاهی ۴ هفته پس از زایمان
$P < 0.001$	۰/۷۵	$P < 0.001$	۰/۷۵	$P < 0.001$	۰/۸۳	آگاهی ۸ هفته پس از زایمان
$P < 0.001$	۰/۶۴	$P < 0.001$	۰/۶۵	$P < 0.001$	۰/۷۲	نگرش بلافاصله پس از زایمان
$P < 0.001$	۰/۵۷	$P < 0.001$	۰/۵۷	$P < 0.001$	۰/۶۴	نگرش ۴ هفته پس از زایمان
$P < 0.001$	۰/۵۷	$P < 0.001$	۰/۵۷	$P < 0.001$	۰/۶۴	نگرش ۸ هفته پس از زایمان

هفته بعد از زایمان و ۸ هفته بعد از زایمان نیز همبستگی مثبت و ارتباط معناداری با مهارت بلافاصله بعد از زایمان، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از زایمان وجود دارد. در مورد نگرش نیز این مطلب صادق است که بین نگرش در زمان‌های مختلف با مهارت بلافاصله بعد از زایمان، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از زایمان همبستگی مثبت و ارتباط معناداری مشهود است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین متغیرها همبستگی مثبت وجود دارد، بین متغیر آگاهی بلافاصله پس از زایمان با متغیر مهارت بلافاصله بعد از زایمان، ۴ هفته بعد از زایمان و هشت هفته بعد از زایمان همبستگی مثبت وجود دارد و در واقع این نشان می‌دهد که با افزایش آگاهی بلافاصله بعد از زایمان مهارت پس از زایمان، ۴ هفته و ۸ هفته پس از زایمان افزایش پیدا می‌کند. همینطور در مورد آگاهی ۴

بحث

مادران از زمان بارداری اطلاعات پراکنده‌ای در مورد شیردهی کسب می‌کنند اما به دلیل ناکافی بودن آموزش‌های اصولی، باورهای فرهنگی و اجتماعی نیز در شیردهی تأثیر می‌گذارند، بنابراین در نظر گرفتن کلیه عوامل فوق و تدوین برنامه‌های آموزشی اصولی می‌تواند در ارتقای نگرش و رفتار مادران جامعه در رابطه با شیردهی موثر باشد (۳۷).

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که با توجه به آموزش‌هایی که در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها و رسانه‌های عمومی داده می‌شود آگاهی مادران در حد متوسط است اما بررسی پرسشنامه‌های تکمیل شده قبل از انجام مداخله، نشان داد که این آگاهی بیشتر در خصوص مزایا و اهمیت شیردهی برای مادر و کودک است و آگاهی در رابطه با مشکلاتی که در عمل برای یک شیردهی موفق پیش می‌آید محدود بوده و مادران واقعاً نمی‌دانند که در صورت بروز مشکل چه اقدامی باید انجام دهند و برای پیشگیری از این مشکلات راه حل منطقی و موثری در اختیار ندارند. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از مطالعه دوان^۱ و همکاران در خصوص تعیین آگاهی و نگرش مادران نوجوان در خصوص تغذیه با شیر مادر در آموزش‌های قبل از زایمان همخوانی دارد (۳۷).

از آنجا که مادران نخست‌زا، پس از زایمان برای اولین بار شیردهی را تجربه می‌کنند، بنابراین ضرورت لزوم آموزش‌های شیردهی به خصوص گنجانیدن اطلاعات و مطالبی در مورد نحوه برخورد با مشکلات دوران شیردهی و راه حل صحیح آن، در کلاس‌های آموزشی به شدت احساس می‌شود، اطلاعاتی که مادران برای داشتن تجربه شیردهی موفق و سپری کردن این دوران با آرامش، شدیداً به آن نیازمندند. در این مطالعه، در کلاس‌های آموزشی برای مادران باردار

در مورد هنجارهای انتزاعی ۹۵/۷ درصد از افراد مورد پژوهش ذکر کردند که دوستان و آشنایان به آنها شیردهی از پستان را به عنوان روش تغذیه شیرخوار پیشنهاد داده‌اند و ۴/۳ درصد نیز ذکر کردند که دوستان و آشنایانشان نسبت به روش تغذیه شیرخوار بی‌تفاوت هستند. همچنین ۷۱/۳ درصد افراد بیان کردند که دوستان و آشنایانشان، خود از روش تغذیه با شیر مادر برای کودکان استفاده کرده‌اند و ۲۸/۷ درصد افراد نیز بیان کردند که دوستان و آشنایان آنها از هر دو روش تغذیه با شیر مادر و تغذیه با شیرخشک جهت تغذیه کودک خود استفاده نموده‌اند. ۷۰/۲ درصد افراد نیز بیان داشتند که بستگان بسیار نزدیک (مادر، خواهر، زن برادر و خواهر شوهر) آنها از تغذیه با شیر مادر برای کودک خود استفاده نموده‌اند و ۲۹/۸ درصد نیز بیان کردند که بستگان نزدیک آنها هر دو روش شیر مادر و شیرخشک را مورد استفاده قرار داده‌اند. ۹۷/۹ درصد نیز اظهار داشتند که همسرشان تغذیه با شیرمادر را به آنها پیشنهاد می‌کند و ۲/۱ نیز معتقد بودند که همسرشان نسبت به روش تغذیه کودک بی‌تفاوت است. در مورد مادرشان نیز ۹۶/۸ درصد افراد معتقد بودند که تغذیه با شیرمادر پیشنهاد مادر آنها برای تغذیه کودک است و ۳/۲ درصد نیز معتقد بودند مادرشان نسبت به تغذیه کودک بی‌تفاوت است. در مورد پزشک نیز ۳۶/۲ درصد افراد بیان کردند که پزشکشان تغذیه با شیر مادر را به آنها پیشنهاد می‌دهد، در حالی که ۶۳/۸ درصد افراد بی‌تفاوتی پزشک را برای روش تغذیه کودک خود بیان نمودند. همچنین در مورد افراد مهم برای تصمیم‌گیری مادران باردار جهت روش تغذیه کودک در این پژوهش، مادران ابتدا همسر و مادر، سپس مادر شوهر و در نهایت پزشک و دوستان را در اولویت قرار دادند.

¹ Dewan

آموزش بهداشت در کل اثرات معنی‌داری بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد نمونه‌های پژوهش در زمینه تغذیه کودکان با شیر مادر داشته است (۳۸) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مطالعه شریفی راد و همکاران نیز نتایج نمرات آگاهی، نگرش، عوامل قادرساز و هنجارهای انتزاعی در گروه مورد بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نسبت به گروه شاهد نشان داد (۳۶).

بر طبق نتایج مطالعه پیمان و همکاران نیز برنامه‌های مستقیم و مستمر آموزشی شیر مادر در ارتقاء میزان آگاهی مادران بسیار موثر بود ولیکن عملکرد مادران در گروه زایمان طبیعی بهتر بود (۳۹). نتایج مطالعه آقابابایی و همکاران نیز نشان داد که آموزش‌های ارائه شده در مورد تغذیه با شیر مادر در افزایش میزان آگاهی و ارتقاء سطح عملکرد افراد بسیار مؤثر بوده است (۴۰). در بررسی وودسون^۱ و همکاران با هدف بررسی میزان اثر آموزش تغذیه با شیر مادر در آگاهی و نگرش مادران این نتیجه به دست آمد که آموزش‌های ارائه شده تأثیر زیادی بر افزایش آگاهی و نگرش مادران داشت (۴۱). همچنین در مطالعه ای که توسط سو-چن کو^۲ و همکاران انجام شد مادرانی که آموزش تغذیه با شیر مادر را دریافت کرده بودند متوسط نمره آگاهی و دانش تغذیه با شیر مادر در آنها بالاتر بود و نگرش مثبت تری در مورد تغذیه با شیر مادر داشتند (۴۲) که نتایج مطالعات فوق با آنچه در مطالعه حاضر بدست آمد همخوانی دارند.

در مطالعه حاضر پس از آموزش شیردهی به مادران و درک مادران از اینکه یکی از عوامل موثر بر جریان یافتن شیر، قرار دادن صحیح شیرخوار بر پستان مادر و مکیدن می‌باشد، میزان عملکرد مادران در دو گروه مداخله با گروه مقایسه بسیار متفاوت بود و اختلاف معنی‌داری داشت که این حاکی از تأثیر مثبت

علاوه بر ارائه مطالب در زمینه اهمیت و لزوم تغذیه با شیر مادر، تغذیه با شیرمادر از دیدگاه اسلام، اثرات مثبت تغذیه با شیر مادر برای مادر و کودک، روش‌ها و پوزیشن‌های مختلف شیردهی، چگونگی دوشیدن شیر مادر و روش‌های ذخیره سازی آن و... به آموزش نحوه برخورد منطقی و صحیح در رابطه با مشکلات دوران شیردهی برای مادران پرداخته شد. بررسی پرسشنامه‌ها پس از برگزاری کلاس‌ها در دو گروه مداخله نشان داد که آگاهی مادران در زمینه برخورد منطقی و صحیح با مشکلات دوران شیردهی تغییر قابل توجهی داشته است، اما در گروه مقایسه، قبل و بعد از مداخله تفاوتی نداشت. همچنین در مطالعه حاضر در دو گروه مداخله قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنادار و قابل توجهی در میانگین نمره آگاهی و نگرش مادران مشهود بود و مادران در دو گروه مداخله، بعد از انجام آموزش، دارای نمرات آگاهی و نگرش بالاتری نسبت به گروه مقایسه بودند، در حالی که در گروه مقایسه میانگین نمرات آگاهی و نگرش، در زمان‌های قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت که این مطرح‌کننده اثرات مثبت آموزش بر روی آگاهی و نگرش مادران است. گرچه تفاوت قابل توجهی بین آگاهی و نگرش در دو گروه مداخله، بعد از آموزش با گروه مقایسه وجود داشت اما این تفاوت بین گروه‌های مداخله نیز مشهود بود و در گروهی که مادران با همراه در جلسات آموزشی حضور داشتند نمرات آگاهی و نگرش بالاتر از گروه آموزش بدون همراه بود، یعنی در گروه با همراه، مادران از آگاهی بالاتر و نگرش مثبت‌تری برخوردار بودند و با توجه به اینکه مطالب آموزشی در کلاس‌ها در هر دو گروه مداخله یکسان بود این نتیجه می‌تواند مطرح‌کننده اثر مثبت و قابل توجه حضور یک همراه و حامی در جلسات آموزشی در کنار مادر باشد.

نتایج مطالعه ای که توسط حیدرنیا و همکاران در ایران انجام شده نشان داد که استفاده از برنامه‌های

¹ Woodson

² Su-Chen kuo

نزدیکان باشند یعنی افرادی که تجربیاتشان را به مادر منتقل می‌کنند و حتی مادر مشاهده‌گر تجربیات آنها است، نگرش بهتری در تغذیه نمودن کودک با شیر مادر حاصل می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود در آموزش فقط آموزش به مادر را نباید ملاک قرار داد بلکه آموزش به اعضای خانواده بخصوص همسر و کسانی که مادر با آنها ارتباط نزدیک دارد نظیر مادر و خواهر که معمولاً ارتباط و تأثیرپذیری از آنها بیش‌تر است باید جزء گروه آموزشی و مشاوره‌ای قرار گیرند (۴۳). بنابراین آموزش به همراه اعم از همسر، مادر یا مادر شوهر بیمار و حضور آنها در کلاس‌های آموزشی علاوه بر نقش حمایتی که می‌تواند برای مادر داشته باشد و موجب تشویق و ترغیب وی به امر شیردهی گردد، از این جهت که آموزش به همراه و بلا بردن سطح آگاهی آنها باعث می‌شود تا مادر به یک منبع اطلاعاتی در منزل خود و در جمع خانواده دسترسی داشته باشد بسیار حائز اهمیت است. پژوهش‌ها ثابت کرده است مادران و اعضای خانواده وی همچنان دارای باورهای غلط در مورد رفتار شیردهی هستند از این رو برگزاری کلاس‌های آموزشی و حضور همراه (همسر، مادر یا مادر شوهر) می‌تواند در رفع این باورها و دادن اطلاعات صحیح به مادر و خانواده و رفع موانع برای داشتن یک شیردهی موفق کمک کننده باشد. به همین دلیل در پژوهش حاضر گروهی که با همراه در کلاس‌های آموزشی شرکت کرده بودند از نظر نمره آگاهی، نگرش و عملکرد در سطح بالاتری نسبت به گروه آموزش بدون همراه بودند، این یافته می‌تواند به نوعی مطرح کننده تأثیر مثبت حضور همراه در کلاس‌های آموزشی بر آگاهی و نگرش شیردهی مادران نخست‌زا باشد و از آنجا که یافته‌های مطالعه موید وجود همبستگی مثبت بین آگاهی و نگرش با عملکرد شیردهی است بنابراین حضور همراه در کلاس‌های آموزشی موجب عملکرد بهتر مادران در امر شیردهی می‌گردد. در مطالعه حاضر در ۹۰

آموزش‌ها است، البته در گروه آموزش با همراه این تفاوت عملکرد بیشتر و هم با گروه مقایسه و هم با گروه آموزش بدون همراه اختلاف معنی‌داری وجود داشت. در این مورد نیز با توجه به یکسان بودن مطالب آموزشی در کلاس‌ها برای دو گروه مداخله، تفاوت عملکرد قابل توجه در گروه آموزش با همراه می‌تواند اثر مثبت، حمایتی و نقش تشویقی همراه در تغذیه با شیرمادر و تأثیر حضور آنها را در کلاس‌های آموزشی بیان نماید و به نظر می‌رسد که حضور همراه در کلاس‌های آموزشی در کنار مادر، به مراتب موثرتر از زمانی است که آموزش، تنها به مادران داده می‌شود.

سن و تجربه مادری در ایجاد نگرش مثبت نقش بسزایی دارد، لذا استفاده از تجربه مادران و حتی مادر بزرگ‌ها در ضرورت تغذیه کودک با شیر مادر و اثرگذاری آنان بر نسل جوان حائز اهمیت است (۴۳). لوئیس^۱ معتقد است: تصمیم‌گیری در مورد تغذیه کودک با شیر خود مستقیماً تحت تأثیر تشویق همسر، دوستان و دیگر اعضای خانواده است. یک زن وقتی تمایل به تغذیه کودک با شیر خودش دارد که از جانب اعضای خانواده و در درجه اول همسر مورد حمایت قرار گیرد (۴۴).

در بسیاری از فرهنگ‌ها و فرهنگ ما، مادری که به تازگی دارای فرزند شده است بسیار تحت تأثیر توصیه‌های سایرین از قبیل خانواده، فامیل، دوستان و همسایگان است. علیرغم توصیه‌های کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، هنوز هم برای بسیاری از مادران، سخنان مادر یا مادر شوهر و سایر زنان با تجربه در مورد تغذیه شیرخوار بسیار با ارزش می‌باشد. اکثر مادران پس از ترخیص در منزل مادر یا مادر شوهر خود اقامت دارند و یا اگر در منزل خود هستند حتماً مادر یا مادر شوهر مسئولیت مراقبت از مادر و نوزاد را به عهده دارد (۱۸)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت زمانی که مشوقین از

¹ Lewis

گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مدت بیشتری را به فرزند خود شیر داده بودند (۴۷). مشاهدات نشان می‌دهند، مادرانی که به هنگام شیردهی توسط همسر حمایت نشده‌اند، زمان کوتاهتری را به شیردهی اختصاص داده‌اند، در این میان بایستی به مادران جوانتر و کمتر آموزش دیده که تمایل به شیردهی در زمان کوتاهتری را دارند، بیشتر تاکید و توجه گردد (۴۸). در مطالعه سکاکی و همکاران میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران مادرانی که تحت حمایت همسر، مادر یا مادر شوهر قرار گرفته بودند به طور معنی‌داری بیشتر بود (۱۸). در مطالعه میت^۲ و همکاران بارداری در گروه آزمون با همسر خود در کلاس‌ها شرکت کردند یافته‌ها حاکی از آن بود که در گروه آزمون مادران از عملکرد بهتری برخوردار بودند و حمایت همسر بیشتر بود (۲۳). در مطالعه شکسپیر^۳ و همکاران، مادران عدم دسترسی به کارکنان بهداشتی درمانی را به عنوان مشکل در تداوم شیردهی مطرح کردند (۴۹). در اغلب مطالعات مادران عنوان کردند که در راستای تغذیه با شیر مادر از سوی کارکنان بهداشتی حمایت نمی‌شدند و در صورت مشکل در زمینه شیردهی به آنها دسترسی نداشتند (۵۰). بنابراین لازم است کارکنان بهداشتی درمانی در کلاس‌های آموزشی ترویج تغذیه با شیرمادر شرکت نمایند تا اطلاعات صحیح و آموزش‌های مرتبط با شیردهی به مادران را بیاموزند و با دادن آگاهی لازم به مادران و اجرای صحیح و اصولی اقدام به ترویج تغذیه با شیر مادر، به مادران کمک کرده تا شیردهی موفق را تجربه نمایند. در ضمن توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی از آغاز دوران بارداری مادر شروع و حداقل تا ۶ ماه پس از تولد شیرخوار ادامه داشته باشد و به سایر زنان در سنین باروری تعمیم داده شود. در واقع باید فرهنگ مردم را نسبت به

درصد موارد مادران باردار، همراه با مادر خود به عنوان همراه و حامی در کلاس‌های آموزشی حضور داشتند و این حاکی از اهمیت نقش مادران در ترغیب دختر باردار خود، به امر شیردهی است. پس از مادر نیز بیشترین حضور حامی در کلاس‌ها مربوط به مادر شوهر فرد بود.

اینگرم و همکاران در مطالعه خود دریافتند که حمایت و تشویق همسر، سایر اعضای خانواده و کارکنان بهداشتی سبب توانمند شدن مادران در ادامه شیردهی به شیرخوار حداقل به مدت شش هفته می‌گردد (۴۵). در پژوهشی که توسط سو^۱ و همکاران انجام شد، آموزش قبل از بارداری و حمایت شیردهی بعد از زایمان هر دو مداخله‌هایی بودند که موجب افزایش تغذیه انحصاری با شیرمادر طی ۶ ماه اول پس از زایمان شدند اما روش حمایت شیردهی پس از زایمان مؤثرتر از آموزش شیردهی قبل از بارداری بود (۴۶).

در رابطه با هنجارهای انتزاعی نتایج تحقیق ما نشان داد که در گروه‌ها قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری در هنجارهای انتزاعی وجود ندارد که می‌تواند بدین معنی باشد که آموزش به مادران به تنهایی نقش چندانی در تغییر الگو و هنجارها در رابطه با رفتار صحیح شیردهی ندارد و شاید برای تغییر هنجارها نیاز به برنامه آموزشی گسترده‌تری باشد که اطرافیان مادر نظیر همسر، مادر، مادرشوهر و دوستان را نیز در بر گیرد. در مطالعه کارآزمایی بالینی که در سال ۱۹۹۵ در آمریکا انجام شد، نتیجه گرفتند که گروهی از مادران و همسران آنها که مورد برنامه تشویقی شیردهی قرار گرفته‌اند نسبت به گروه کنترل از آگاهی و انگیزه قوی‌تری برای ادامه شیردهی برخوردار بودند و همسران این گروه مشوق بهتری برای مادران در امر شیردهی بوده و آنها را بهتر حمایت می‌کردند و لذا مادران

² Mete³ Shakespeare¹ Su

اعضای خانواده و ماما که مادر را به خصوص در روزهای اول پس از زایمان تشویق و حمایت کنند در تغذیه با شیر مادر اهمیت بسزایی دارد. بنابر یافته‌های متعدد لازم است تمامی اعضای خانواده در مورد مزایا و منافع تغذیه با شیر مادر آگاه شوند و چگونگی تشویق و حمایت مادران را بدانند و این از وظایف ماست که علاوه بر مادر، در طول بارداری و پس از زایمان به سایر اعضای خانواده نیز در مورد تغذیه با شیر مادر آموزش‌های لازم را بدهیم.

پیشنهاد می‌شود که مسئولین بیمارستان‌های کشور در مراکز مراقبت‌های دوران بارداری و زایشگاه‌ها موقعیتی را فراهم آورند تا مادران در دوران حاملگی و قبل از زایمان با انجام مشاوره، آموزش‌ها و دریافت اطلاعات لازم در ارتباط با تغذیه نوزادان و عوامل تأثیرگذار جهت موفقیت در تغذیه نوزاد با شیرمادر آشنا شده و دارای عملکرد صحیح در این امر شوند و نیز شرایطی فراهم شود که این آموزش‌ها تا حد امکان همزمان به مادر و یکی از اعضای خانواده (مادر یا همسر وی) داده شود تا نقش حمایتی خانواده نیز در زمینه تغذیه با شیر مادر لحاظ گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب قدردانی و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و نیز از پرسنل مرکز درمانی مورد نظر و مادران شرکت‌کننده در پژوهش که با همکاری خود اجرای پژوهش را تسهیل نمودند اعلام می‌دارند. قابل ذکر است این مقاله از پایان نامه خانم الهه صدیقی دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۹۳۴۵۳ و با عنوان «اثر بخشی برنامه آموزش شیردهی بر مهارت شیردهی زنان نخست‌زا» استخراج شده است.

تغذیه با شیر مادر ارتقاء داد و باورها و عادت‌های نادرست را اصلاح کرد تا زنان باور کنند که توانایی انجام شیردهی را دارند.

از محدودیت‌ها و مشکلات اجرایی پژوهش می‌توان به ریزش نمونه‌ها و عدم همکاری بعضی مادران در اجرای کامل طرح، برآورد بیشتر تعداد نمونه‌های انتخاب شده، جهت حفظ نمونه‌های کافی تا پایان مطالعه و توضیح مزایای شرکت در تحقیق جهت ایجاد انگیزه برای مادران، لزوم پیگیری‌های متعدد برای حضور مادران در مرکز جهت شرکت در کلاس‌ها و نیز جهت تکمیل پرسشنامه، عدم همکاری مناسب برخی از مادران برای شرکت به موقع در جلسات آموزشی اشاره نمود. همچنین به این خاطر که نمونه‌گیری تنها در یک مرکز انجام شد، به علت احتمال انتقال اطلاعات از مادران آموزش دیده (گروه‌های مداخله) به مادران گروه مقایسه (آموزش روتین) و غیراخلاقی بودن عدم آموزش به تعدادی از مادران (گروه مقایسه) که همزمان در همان واحد، خدمات می‌گرفتند، لذا ابتدا گروه مقایسه، سپس گروه آموزش بدون همراه و در پایان گروه آموزش با همراه نمونه‌گیری شد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی در رابطه با تأثیر آموزش بر نحوه تغذیه با شیر مادر طبق یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که ارائه آموزش‌ها در افزایش میزان آگاهی و نحوه عملکرد بسیار موثر بوده است اما باید تأکید نمود که اجرای برنامه‌های آموزشی بطور مکرر می‌تواند ضامن تغییر آگاهی و نگرش و در نتیجه عملکرد افراد در رابطه با تغذیه با شیر مادر باشد. ارتقای سطح تغذیه با شیر مادر در جامعه بدون کمک و حمایت زنان مقدور نیست. گذشته از حمایتی که جامعه باید با تدوین قوانین و ایجاد سیستم حمایتی به مادران و خانواده‌ها ارائه نماید، نقش پدر و سایر

References

- 1- Batal M, Boulghourjian C, Abdallah A, Afifi R. Breast-feeding and feeding practices of infants in a developing country: a national survey in Lebanon. *Pub Health Nutr*: 2006; 9(3): 313–319.
- 2- Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(2):99-105.
- 3- Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati A. The Pattern of Exclusive Breast Feeding in Referred Neonatal to Health Centers of Arak. *Journal of Gilan University Medical Sciences*. 2009;18(70):17-25.
- 4- Ghaffari V, Vahidshahi K, Parvin nejad N, Ghavanch zade TM. Knowledge and attitudes of mothers about exclusive breastfeeding, Sari city. *Journal of Jahrom University Medical Sciences*. 2009;7(1):53-61.
- 5- Hatami A, Talebi Toti Z. Patterns of breastfeeding in infants. *The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*. 2007; 2(13):71-76.
- 6- Babayi Gh, Haji Zadeh E, Keshavarz M, Shaygan M. Using survival analysis to investigate the relationship between maternal and neonatal factors associated with breast feeding since the beginning. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2007; 6(1):37-44.
- 7- Mojali M, Basiri Moghadam M, Shamshiri M. Environmental impacts of education and factors related to breastfeeding mothers. *Journal of Gonabad University Medical Sciences, Ofoghe Danesh*. 2010;16(1):59-64.
- 8- Hamidi M, Khoshdel A, Khadivi R, Daris F, Zamen Salehi A, Parvin N, et al. Evaluation of artificial milk consumption in infants in the Chaharmahal and Bakhtiari Province, 1386. *Journal of Shahrekord University Medical Sciences*. 2011;13(3):77-83.
- 9- Mullany LC, Katz J, Li YM, Khattry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *The Journal of nutrition*. 2008;138(3):599-603.
- 10- Zahed Pasha Y, Zahed Pasha E, Baleghi M. Islam & Breastfeeding. *Journal of Babol University Medical Sciences*. 2013;15(1):15-20.
- 11- Kim Y. Effects of a breast-feeding empowerment program on exclusive breast-feeding. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2009;39(2):279-87.
- 12- Vara'ei Sh, Mehrdad N, Bohrani N. The relationship between self-efficacy of breastfeeding and breastfeeding mothers. *Hayaat*. 2009;15(3):31-8.
- 13- Strong G. Barriers to breastfeeding during the neonatal period. *Journal of Neonatal Nursing*. 2013;19(4):134-38.
- 14- Khabaz Khob M, Fotouhi A, Majdi MR, et al. Exclusive breast feeding and influencing factors in children referred to health centers in Mashhad, 1386. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008;3(3):45-53.
- 15- Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;35(5):616-24.
- 16- Craig HJ, Dietsch E. 'Too scary to think about': First time mothers' perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. *Women and Birth*. 2010;23(4):160-5.
- 17- Arzani A, Zahed Pasha Y, Kermanshahi S. The effect of educational intervention on continuous breast feeding in low birth weight infants. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2008;12(2):69-75.
- 18- Sakkaky M, Khairkhah M. Promotion of exclusive breastfeeding in cesareaned women: effect of correct status education of breastfeeding and family support. *The journal of nursing and midwifery faculties Oruomiyeh Medical University Sciences*. 2013;10(6):824-32.
- 19- Tork Zahrani Sh, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian AR, Sheikhan Z, et al. Effect of support from the mothers with positive breast feeding experience on breastfeeding pattern and duration among primiparous women referred to Maternity Ward of Ilam Hospital, 2010. *Journal of Ilam University Medical Sciences*. 2012;20(2):9-16.

- 20- Mosaffa H. Survey of the knowledge and attitude of mothers during one year after delivery about breast-feeding. *Journal of Guilan University Medical Sciences*. 2004; 51: 23-31. [Persian]
- 21- McDonald SJ, Henderson JJ, Faulkner S, Evans SF, Hagan R. Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: A randomised controlled trial. *Midwifery*. 2010;26(1):88-100.
- 22- Patel AB, Sheikh S. Failure of breast feeding workshop on maternal breast feeding self needs to reappraise antenatal counseling. *Indian pediatric journal*, 2006, 43: 656-7.
- 23- Mete S, Yenel K, Okumu H. An Investigation into Breastfeeding Characteristics of Mothers Attending Childbirth Education Classes. *Asian Nursing Research*. 2010;4(4):216-26.
- 24- Gholami Tabar Tabari M, Heydar Zadeh M, Sattar Zadeh N, Kooshavar H, et al. Implementation and evaluation of education programs on exclusive breastfeeding and growth parameters preterm infants in the first 4 months after birth. *Journal of Babol University Medical Sciences*. 2011;13(2):57-62.
- 25- Laugen CM, Islam N, Janssen PA. Social Support and Exclusive Breast feeding among Canadian Women. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2016;30(5):430-8.
- 26- Fabiyi C, Rankin K, Norr K, Yoder JC, Vasa R, White-Traut R. The Association of Low Social Support with Breast Milk Expression in Low-Income Mother-Preterm Infant Dyads. *J Hum Lact*. 2015;31(3):490-7.
- 27- Ogbuanu CA, Probst J, Laditka SB, Liu J, Baek J, Glover S. Reasons why women do not initiate breastfeeding: A southeastern state study. *Women's Health Issues*. 2009;19(4):268-78.
- 28- Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: role of attitudes, support, and perceived control. *Women's Health Issues*. 2005;15(2):64-72.
- 29- Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia AR, Pakpour A. Health education & Promotion Theories, Models & Methods. 2nd ed. Tehran: Asaresobhan, 2012: 80.
- 30- Saba MS, Bazm amoon H, Razavi Z. Comparison of conventional and distance training to increase the rate of exclusive breastfeeding to pregnant women. *Journal of Hamedan University Medical Sciences*. 2005;12(3):42-47.
- 31- Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med*. 2003;1(4):227-47.
- 32- Ghaedi H, Novbakht R, Daneshjoo AH. Effect of social support and demographic factors on women's participation in sporting activities (Case Study: Women in Lamerd). *Journal of Women and Health*. 2010;2:1-19.
- 33- Khodapanahi MK, Asghari A, Saleh Sedghpoor B, Katebani J. Preparing and Investigating the Reliability and Validation of the Family Social Support Questionnaire (FSSQ). *Journal of Family Research*. 2009;5(4):423-439.
- 34- Motamedi Shalamzari A, Ejehee J, Azadfallah P, kia manesh AR. Examine the role of social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years. *Journal of psychology*. 2002;6(2):115-33.
- 35- Glynn LM, Christenfeld N, Gerin W. Gender, social support and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic medicine*. 1999;61:234-242.
- 36- Sharifi Rad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanzadeh A, Charkazi AR, et al. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. *Journal of Arak University Medical Sciences*. 2010;13(1):63-70.
- 37- Dewan N, Wood L, Maxweel S, Cooper C, Barbin B. Breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool. *J Hun Diet* 2002; 15(1): 33-7.
- 38- Heydarnia AR, Babaie GR, Sharifi P. [A survey on the effect of different educational methods of breast feeding on Iranian mothers]. *Modarres Journal of Medical Sciences* 1998; 1(1): 11-21.
- 39- Peyman A, Shisheh Gar F. Comparing the effect of breastfeeding on the knowledge and practice of cesarean and vaginal delivery. *The journal of nursing and midwifery faculties Oruomiyeh Medical University sciences*. 2007;5(4):53-63.

- 40- Agha Babayi S, Bakht R, Bahman Zadeh M,. Effect of education on breastfeeding in primiparous patients Fatemeh hospital, Hamadan. The journal of nursing and midwifery faculty. Hamadan Medical University. 2009;17(1):41-45.
- 41- Roby JL, Woodson KS. An evaluation of a breast-feeding education intervention among Spanish-speaking families. Soc Work Health Care 2004; 40(1): 15-31.
- 42- Huang MZ, Kuo SC, Avery MD, Chen W, Lin KC, Gau ML. Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. Journal of clinical nursing. 2007;16(8):1571-9.
- 43- Alaie N, Faghihzadeh S. Relationship of Mother Factors with Mothers' Attitude about Breast Feeding. Daneshvar Medicine. 2008; 15 (74) :31-40.
- 44- Lewis C. HHs Bluepriint to Boost Breast – feeding FDA consumer magazin may – jun 2003. Available from: www.pnmc-hsr.org/wp-content/uploads/2011/01/BreastfeedingBlueprint.pdf
- 45- Ingram G, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers 'influence on breast feeding in Bristol. Midwifery. 2003;19(4): 318-27.
- 46- Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. BMJ. 2007 22;335(7620):596
- 47- Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff MI. A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge attitudes, and support for breast feeding. Journal of Community Health. 1995; 20 (6): 473-90
- 48- Amini R, Mohammadi N, Omidi A, Khodaveisi M, Borzo SR, Moradi F. . The causes of infant cessation of breastfeeding in women referred to health centers. The journal of nursing and midwifery faculty. Hamadan Medical University. 2012;20(2):58-64.
- 49- Shakespeare J, Blake F, Garcia J. Breast feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. Midwifery 2004; 20(3): 251-60.
- 50- Stewart- Knox B, Gardiner K, Wright M. What is the problem with breast feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. J Hun Nut Diet 2003; 16(4): 265-73.

Archive of SID