

ارتقای توانمندی در شیردهی در زنان نخست‌زا: تأثیر آموزش و حمایت خانواده‌محور

نویسندگان: شهناز کهن^۱، زینب حیدری^{۲*}، ماهرخ کشوری^۳، امینه دولتی^۴

۱. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دکترای بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. کارشناس علوم حوزوی، تهران، ایران

E-mail: z_heidari_2000@yahoo.com

* نویسنده مسئول: زینب حیدری

چکیده

مقدمه و هدف: فاکتورهایی نظیر توانمندی و خودکارآمدی عامل روان‌شناختی و انگیزشی مهم و قابل‌تغییری برای تداوم تغذیه با شیر مادر است و انتظار می‌رود که توانمندسازی باعث بهبود وضعیت شیردهی گردد؛ لذا این کارآزمایی بالینی با هدف ارتقای توانمندی زنان در شیردهی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی با نمونه‌گیری در دسترس زنان باردار واجد معیارهای ورود، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. برای هر زن در گروه مداخله دو جلسه دو ساعته آموزش شیردهی خانواده‌محور در دوران بارداری و یک جلسه مشاوره شیردهی خانواده‌محور در هفته اول بعد از زایمان برگزار شد. گروه کنترل آموزش‌های روتین را دریافت کردند. توانمندی مادران در شیردهی با استفاده از پرسش‌نامه محقق‌ساخته، دو هفته و دو ماه بعد از زایمان در دو گروه ارزیابی شد.

نتایج: در پایان دوماهگی ۷۱ زن در دو گروه کنترل و مداخله (به‌ترتیب ۳۶ و ۳۵) مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که آموزش و حمایت خانواده‌محور باعث افزایش معنی‌داری در میانگین نمره توانمندی شیردهی مادران گروه مداخله در دو هفته و دو ماه پس از زایمان نسبت به گروه کنترل می‌شود. به‌علاوه تغذیه انحصاری با شیر مادر در سن دوهفتگی و دوماهگی کودکان گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است آموزش و حمایت خانواده‌محور باعث ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌شود. پیشنهاد می‌گردد جهت ارتقای وضعیت شیردهی، آموزش مادران به‌همراه خانواده از دوران بارداری شروع گردد. بعد از زایمان مهارت‌های شیردهی و حمایت خانواده آموزش داده شود و مشکلات شیردهی با حضور اعضای کلیدی خانواده حل گردد.

واژگان کلیدی: آموزش و حمایت خانواده‌محور، توانمندی، شیردهی.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌وچهارم-شماره ۱۲۵
آبان ۱۳۹۵

دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۶

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۵/۰۷/۱۷

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۲۵

مقدمه

موفقیت بالایی برخوردار بوده است؛ به‌عنوان مثال در ایران به ۹۸ درصد می‌رسد (۱۰)؛ اما میزان شیردهی انحصاری، با گذشت زمان کاهش می‌یابد و به ۲۷/۷ درصد در شش ماهگی می‌رسد (۱۱).

بررسی مطالعات نشان می‌دهند که یکی از علل اصلی شکست تغذیه انحصاری، عدم توانمندی مادر در شیردهی و تردید در توانایی خود در شیردادن و احساس کافی نبودن شیر توسط مادر است (۱۳، ۱۲). توانمندی مادر در شیردهی عامل انگیزشی و روان‌شناختی کلیدی و قابل‌تغییری برای تداوم تغذیه با شیر مادر است و نقش کلیدی در ارتقای وضعیت شیردهی دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش سطح توانمندی در شیردهی، میزان تغذیه انحصاری و تداوم شیردهی افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه‌ای در کره، نشان داد برنامه توانمندسازی مادران در شیردهی با تشویق آنان به مشارکت و کمک به آنان برای یافتن راه‌حل مشکلات شیردهی، به افزایش خودکارآمدی و کنترل مادران منجر می‌شود و با افزایش کنترل مادر بر محیط و با تشویق مشارکت فعال مادر براساس تقاضا، به مادر برای یافتن راه‌حل موقعیت مشکل و در محیط خود کمک می‌کند (۱۴). یافته‌های یک مطالعه کیفی در ایران نیز نشان داد «نارسایی در خدمات شیردهی» و «خودکارآمدی ناکافی مادر در شیردهی» و «غفلت خانواده از شیر مادر» از موانع ارتقای شیردهی هستند (۱۵).

باتوجه به اینکه فاکتورهایی نظیر توانمندسازی و خودکارآمدی، عامل روان‌شناختی و انگیزشی مهم و قابل‌تغییری برای تداوم تغذیه با شیر مادر بوده و از اهمیت بالایی برخوردار است، انتظار می‌رود که توانمندسازی باعث بهبود وضعیت شیردهی گردد. همچنین در حال حاضر ایران در وضعیت سیاست تشویق باروری و افزایش تعداد تولدها قرار دارد؛ لذا این کارآزمایی بالینی با هدف ارتقای توانمندی زنان در شیردهی طراحی و اجرا شد.

توانمندسازی زنان برای کنترل جنبه‌های سلامت خود، به‌ویژه در راستای بهداشت باروری، یکی از موضوعات اساسی اجلاس جمعیت و توسعه است (۱). توانمندسازی زنان به ارتقای کیفیت نقش مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد (۲). از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، توانمندسازی به‌عنوان قلب ارتقای سلامت فرایندی است که از طریق آن، افراد کنترل بیشتری بر تصمیمات و اعمال مؤثر بر سلامتی خود کسب می‌کنند (۳). اجرای یک برنامه توانمندسازی با هدف افزایش آگاهی، دانش، انگیزه، عزت‌نفس و خودکارآمدی به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقای بهداشت و کیفیت زندگی ضروری است (۴).

اهمیت و تأثیر تغذیه با شیر مادر در سلامت کوتاه‌مدت و بلندمدت مادر و کودک، خانواده و جامعه ثابت شده و در سراسر جهان مورد قبول همگان است (۵، ۶). طبق بیانیه آکادمی طب کودکان آمریکا، شیر مادر استاندارد طلایی تغذیه شیرخواران و نوزادان سالم است و WHO بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی و ادامه آن به‌همراه غذاهای کمکی تا دوسالگی تأکید می‌کند (۷، ۸). علی‌رغم این تأکیدات، براساس گزارش WHO الگوی تغذیه با شیر مادر در شش ماه اول زندگی مطلوب نیست و فقط ۳۷ درصد کودکان در جهان، ۳۶ درصد کودکان در منطقه مدیترانه شرقی و ۲۸ درصد از کودکان ایرانی از شیر مادر به‌صورت انحصاری تا پایان شش‌ماهگی تغذیه می‌کنند (۹).

متغیرهای جمعیت‌شناختی، فیزیکی، اجتماعی و روانی، پدیده شیردهی و مداومت تغذیه با شیر مادر را پیچیده می‌سازد. در تمام دنیا و از جمله ایران بیمارستان‌های دواستدار کودک سعی می‌کنند تغذیه با شیر مادر را آموزش و ترویج دهند. این سیاست و برنامه در اکثر کشورها از جمله ایران اجرا گردیده است؛ به‌طوری‌که اقدام به شروع شیردهی در اکثر کشورها و مطالعات از

روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی می‌باشد. جمعیت مورد مطالعه زنان بارداری بودند که به مراکز بهداشتی و درمانی شهر اصفهان مراجعه نمودند. نمونه‌ها از مراکز بهداشتی مناطق مختلف شهر اصفهان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی براساس مراجعه در روزهای فرد و زوج، در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. این مطالعه یک کارآزمایی بالینی یک سوکور برای نمونه‌های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل بود؛ به این صورت که به دلیل متفاوت بودن روزهای مراجعه زنان به مرکز بهداشت آنان باهم ملاقاتی نداشتند.

تعداد نمونه باتوجه به فرمول، حجم نمونه و میزان اثربخشی مورد انتظار براساس مطالعه‌ای در کره (۱۴) در هر گروه ۳۲ نفر تعیین شد و باتوجه به احتمال ریزش، تعداد بیشتری نمونه در هر دو گروه وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود سن بالاتر از ۱۸ سال، بارداری اول و تک‌قلو، سن بارداری ۳۲ تا ۳۶ هفته، بارداری کم‌خطر با تمایل برای شرکت در تحقیق، توانایی درک و تکمیل پرسش‌نامه و عدم اختلالات روانی بود. عدم تکمیل سه جلسه آموزش و مشاوره و کتراتندیکاسیون شروع شیردهی در بیمارستان مانند نارس بودن نوزاد نیز معیار خروج از مطالعه بود.

مداخله به صورت برگزاری دو جلسه آموزش در بارداری و یک جلسه مشاوره شیردهی بعد از زایمان برای گروه مداخله توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ گردید. در گروه مداخله، هر زن به همراه افراد کلیدی خانواده، در دو جلسه آموزش شیردهی گروه کوچک دوساعته در دوران بارداری که در طی دو هفته برگزار می‌شد، شرکت نمودند. محتوای جلسات براساس یک مطالعه کیفی و براساس دیدگاه مادران، افراد کلیدی خانواده و ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره شیردهی درمورد توانمندی در شیردهی طراحی شد (۱۶). در این جلسات درباره فواید شیردهی، تکنیک صحیح شیردهی،

پیشگیری و درمان مشکلات شایع شیردهی، نحوه دوشیدن و ذخیره شیر، تغذیه در دوران شیردهی و شیرافزاها، مراقبت از نوزاد و حمایت و مشارکت خانواده در شیردهی، به‌شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ و نمایش با عروسک آموزش داده می‌شد. در پایان هر جلسه به سؤالات آنان نیز پاسخ داده شده و به مشارکت‌کنندگان کتابچه و نرم‌افزار آموزشی درزمینه شیردهی جهت مطالعه مادر و خانواده در منزل تحویل داده می‌شد.

سپس پژوهشگر تا هنگام زایمان با پیامک طبق برنامه منظم با آن‌ها تماس گرفته و ضمن یادآوری مطالعه کتابچه و مشاهده نرم‌افزار آموزشی تکنیک‌های عملی شیردهی، از آنان می‌خواست که شب قبل از مراجعه برای غربالگری تیروئید با او هماهنگ کنند. در ادامه در روز سه تا پنج بعد از زایمان و به‌هنگام مراجعه برای غربالگری تیروئید نوزاد، یک جلسه مشاوره شیردهی برای خانم شیره، همسرش و یک فرد کلیدی خانواده برگزار و تکنیک شیردهی مادر مشاهده می‌شد و راهنمایی‌هایی به صورت عملی ارائه می‌گردید و درمورد مشکلات و سؤالات شایع مادر و نقش مشارکتی حمایتی خانواده در شیردهی بحث و گفت‌وگو می‌شد. آدرس مراکز مشاوره شیردهی نیز به مادران داده شد. همچنین شماره تلفن پژوهشگر به صورت ۲۴ ساعته در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داشت تا در صورت نیاز به حمایت و مشاوره تماس بگیرند. تماس مادران با پژوهشگر، براساس نیاز مادر و بدون محدودیت در تعداد و زمان بود. گروه کنترل آموزش‌ها و مراقبت‌های روتین را دریافت می‌کردند.

توانمندی مادران در شیردهی با استفاده از تکمیل پرسش‌نامه محقق‌ساخته توسط مادران، دو هفته و دو ماه بعد از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل ارزیابی شد. پرسش‌نامه براساس یک مطالعه کیفی و براساس بافت فرهنگی و دیدگاه مادران ایرانی درمورد توانمندی در شیردهی و مرور متون موجود طراحی شد و جهت تأمین

نتایج

از ۷۳ مادری که در ابتدا به مطالعه وارد شدند، ۲ مادر در گروه کنترل در پایان دوماهگی از مطالعه خارج شدند (به دلیل تغذیه کامل کودکان خود با شیر خشک) و در نهایت، اطلاعات ۷۱ مادر (۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۶ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی مادران $3/99 \pm 27/73$ سال در گروه کنترل و $3/79 \pm 27/25$ سال در گروه مداخله بود. در تحلیل آماری دو گروه از نظر متغیرهای سن، شغل، سطح تحصیلات خود و همسرشان، روش زایمان، جنس نوزاد و دریافت آموزش شیردهی در بیمارستان تفاوت معنی‌داری نداشتند.

میانگین نمره کلی توانمندی در دو هفته بعد از زایمان در گروه کنترل $22/35 \pm 174/5$ و در گروه مداخله $20/62 \pm 199/8$ بود و این تفاوت در آزمون آماری تی مستقل، معنی‌دار بود ($p=0/000$). به‌علاوه در دو ماه پس از زایمان میانگین نمره کلی توانمندی در شیردهی در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $183/14$ و $204/86$ بود؛ به عبارت دیگر آموزش و حمایت خانواده‌محور باعث افزایش معنی‌داری در نمره توانمندی مادران گروه مداخله شده بود. همچنین در گروه مداخله افزایش معنی‌داری در میانگین نمره ۷ حیطه توانمندی مشاهده شد؛ به طوری که میانگین نمره آگاهی، نگرش، مهارت در تکنیک صحیح شیردهی، مهارت پیشگیری و حل مشکلات شیردهی، کفایت شیردهی، مذاکره و جلب حمایت خانواده و خودکارآمدی در شیردهی در دو هفته و دو ماه پس از زایمان به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۱ و ۲).

همچنین میانگین نمره کلی توانمندی زنان در شیردهی در دو هفته و دو ماه بعد از زایمان، اختلاف معنی‌داری در گروه مداخله و کنترل (به ترتیب $0/09$ و $0/08$) نداشت؛ به عبارت دیگر توانمندی در شیردهی در هفته دو پس از زایمان شکل گرفته و تثبیت شده است.

اعتبار علمی ابزار، از روش اعتبار محتوا استفاده شد و پرسش‌نامه به قضاوت و تأیید ۱۵ متخصص بهداشت باروری و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رسید. پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک، وضعیت زایمان، شیردهی انحصاری و ۴۵ سؤال در ۷ حیطه توانمندی مادران در شیردهی شامل ۵ سؤال آگاهی، ۶ سؤال نگرش، ۱۱ سؤال مهارت در تکنیک صحیح شیردهی، ۶ سؤال مهارت پیشگیری و حل مشکلات شیردهی، ۴ سؤال کفایت شیردهی، ۶ سؤال مذاکره و جلب حمایت خانواده و ۷ سؤال خودکارآمدی در شیردهی بود که توسط لیکرت ۵‌گزینه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) بررسی می‌گردید و مجموع نمره سؤالات عددی بین ۴۵-۲۲۵ بود. برای تأیید اعتماد علمی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد، بدین صورت که پرسش‌نامه توسط ۱۵ زن شیرده در فاصله ۱۴ روز تکمیل گردید و ضریب هم‌بستگی پیرسون محاسبه شد. به‌علاوه برای تعیین پایایی درونی، پس از تکمیل پرسش‌نامه مرحله اول، ضریب آلفای کرونباخ ابزار ارزیابی گردید. در نهایت، پایایی پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ $0/88$ و ضریب هم‌بستگی $0/71$ مورد تأیید قرار گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS20 و آزمون تی مستقل، من ویتنی و کای دو استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز $p < 0.05$ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی: مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه با شماره ۳۹۳۴۷۲ پذیرفته شد و در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT2015081723657N1 ثبت گردید. همچنین ضمن توضیح اهداف پژوهش، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه اخذ گردید و حق انصراف از ادامه شرکت در هر مرحله از مطالعه برای آنان وجود داشت. کلیه مادران گروه کنترل و شروع شیر مصنوعی نیز بلافاصله بعد از تکمیل پرسش‌نامه، مورد مشاوره جهت شروع مجدد تغذیه انحصاری توسط محقق قرار گرفتند.

اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p=0/003$). همچنین تغذیه انحصاری با شیر مادر در سن دوماهگی کودکان گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p=0/01$).

به‌علاوه در پایان دوهفتگی، ۲ نوزاد در گروه مداخله و ۱۳ نوزاد در گروه کنترل تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند و میزان تغذیه انحصاری در گروه مداخله ۹۴ درصد و در گروه کنترل ۶۶ درصد بود و نتایج آزمون کای دو میان دو گروه از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل و هفت حیطة توانمندی در شیردهی و شیردهی انحصاری در دو گروه مداخله و کنترل دو هفته بعد از زایمان

p value	گروه کنترل	گروه مداخله	
$p=0/000$	$174/5 \pm 22/35$	$199/8 \pm 20/62$	توانمندی کلی مادران در شیردهی
$p=0/000$	$19/15 \pm 26.2$	$21/42 \pm 2/30$	آگاهی
$p=0/01$	$25/31 \pm 3/32$	$27/25 \pm 2/91$	نگرش
$p=0/000$	$42/15 \pm 7/83$	$50/25 \pm 9/93$	مهارت در تکنیک صحیح شیردهی
$p=0/000$	$20/31 \pm 4/54$	$24/82 \pm 3/57$	مهارت پیشگیری و حل مشکلات شیردهی
$p=0/001$	$15/23 \pm 2/92$	$17/42 \pm 2/35$	میانگین نمره کفایت شیردهی
$p=0/008$	$23/57 \pm 3/80$	$26/08 \pm 3/98$	مذاکره و جلب حمایت خانواده
$p=0/000$	$27/92 \pm 4/04$	$31/88 \pm 3/51$	خودکارآمدی در شیردهی
$p=0/003$	۶۶ درصد	۹۴ درصد	تغذیه انحصاری با شیر مادر

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل و هفت حیطة توانمندی در شیردهی و شیردهی انحصاری در دو گروه مداخله و کنترل دو ماه بعد از زایمان

p value	گروه کنترل	گروه مداخله	
$+/000$	$183/14 \pm 23/00$	$204/86 \pm 16/64$	توانمندی کلی مادران در شیردهی
$+/000$	$18/97 \pm 2/13$	$21/14 \pm 2/72$	آگاهی
$+/000$	$25/47 \pm 3/83$	$28/45 \pm 2/40$	نگرش
$+/002$	$45/66 \pm 6/44$	$49/88 \pm 4/40$	مهارت در تکنیک صحیح شیردهی
$+/000$	$21/80 \pm 3/99$	$26/25 \pm 2/27$	مهارت پیشگیری و حل مشکلات شیردهی
$+/001$	$16/44 \pm 2/43$	$18/31 \pm 1/98$	میانگین نمره کفایت شیردهی
$+/000$	$24/63 \pm 3/36$	$27/57 \pm 2/98$	مذاکره و جلب حمایت خانواده
$+/000$	$28/83 \pm 3/98$	$32/65 \pm 2/82$	خودکارآمدی در شیردهی
$+/01$	۶۹ درصد	۹۴ درصد	تغذیه انحصاری با شیر مادر

بحث

نگرش، مهارت در تکنیک صحیح شیردهی، مهارت پیشگیری و حل مشکلات شیردهی، کفایت شیردهی، مذاکره و جلب حمایت خانواده و خودکارآمدی در شیردهی آنان بیشتر است. نتایج مطالعه‌ای در کشور کره نیز نشان داد نمره توانمندی در شیردهی در گروه آموزش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. به‌علاوه مادران در گروه مداخله مشکلات شیردهی کمتری گزارش کرده بودند (۱۴) ارائه آموزش‌های کامل شیردهی به مادران از جمله روش‌های پیشگیری و درمان

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی بود که برای اولین بار در ایران به‌منظور بررسی تأثیر برنامه آموزشی حمایتی خانواده‌محور بر توانمندی در شیردهی مادران انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که آموزش و مشاوره خانواده‌محور باعث افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌شود. همچنین مادرانی که در دوران بارداری آموزش دیده‌اند و پس از زایمان مشاوره شیردهی برای آن‌ها انجام شده است در شیردهی به‌صورت توانمندتری عمل کرده و میانگین نمره آگاهی،

بالاتر بود (۱۹). در پژوهشی دیگر نیز در مورد تأثیر حمایت زنان با شیردهی موفق بر الگوها و طول مدت شیردهی زنان نخست‌زا مشاهده شد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ماه اول، دوم و سوم در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد بود. همچنین کاهش در طول مدت تغذیه با شیر مادر از زمان ترخیص تا ماه سوم در گروه شاهد بیشتر از گروه مداخله بود (۲۲).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش و مشاوره خانواده‌محور باعث افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌شود؛ به‌طوری‌که درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه مداخله در دو هفته و دو ماه پس از زایمان به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. در مطالعات دیگر نیز آموزش پره ناتال مادران باعث افزایش معنی‌داری در میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر شد (۲۳، ۲۴).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر زمان پیگیری کوتاه (تا دو ماه بعد از زایمان) است. پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری با زمان پیگیری طولانی‌تر جهت بررسی اثربخشی برنامه آموزش حمایتی خانواده‌محور انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که آموزش خانواده‌محور در دوران بارداری به‌علاوه مشاوره، حمایت خانواده و حل مشکلات شیردهی بعد از زایمان در ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر مؤثر است؛ لذا به‌نظر می‌رسد جهت ارتقای وضعیت شیردهی باید آموزش مادران به‌همراه خانواده از دوران بارداری شروع گردیده و در بعد از زایمان مهارت‌های شیردهی به‌صورت عملی در حضور خانواده آموزش داده شود و مشکلات مادران و خانواده‌ها در جلسات مشترک حل گردد و زیرساخت‌های ارائه خدمات شیردهی از منظر خانواده و توانمندی زنان، بازنگری و ارائه گردد.

مشکلات شایع، در مطالعه‌ای دیگر نیز باعث افزایش تداوم شیردهی شده بود (۱۷).

در تحقیق حاضر کتابچه و فیلم آموزشی شیردهی برای مطالعه و مشاهده در منزل به‌همراه خانواده، در اختیار مادران قرار می‌گرفت. نتایج مطالعه مجلی و همکاران نیز نشان داد که ارائه بسته فیلم آموزشی در منزل تأثیر بیشتری بر عملکرد شیردهی مادران نسبت به بیمارستان دارد و عوارض بعد از زایمان کمتر شد (۱۸).

در مطالعه حاضر آموزش تکنیک صحیح شیردهی و مشاهده روش شیردادن مادر و اصلاح اشتباهات در تکنیک شیردهی باعث افزایش توانمندی مادران و ارتقای تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. در مطالعات دیگر نیز آموزش روش‌های صحیح شیردهی به‌طور کامل به مادران، باعث افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر شد (۱۹، ۲۰). مشارکت‌کنندگان در مطالعه Hall و همکاران نیز بر اهمیت ارائه اطلاعات دقیق و راهنمایی‌های عملی در مورد شیردهی به مادران تأکید داشتند (۲۱).

نتایج پژوهش نشان داد حمایت و مشارکت خانواده در فرایند شیردهی از عوامل کلیدی در ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر است. در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله در فرهنگ ایرانی، تغذیه با شیر مادر بسیار تحت تأثیر توصیه‌های اطرافیان مانند افراد خانواده قرار دارد. اکثر مادران ایرانی پس از زایمان مورد مراقبت خانواده خود قرار می‌گیرند و توصیه‌های آنان در مورد تغذیه نوزاد را بسیار باارزش می‌دانند؛ بنابراین آموزش همسر و افراد کلیدی خانواده نقش بسزایی در ارتقای شیردهی دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه مداخله که مادران و افراد کلیدی خانواده در شیردهی شرکت کرده بودند، به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. این نتایج همسو با مطالعات دیگر است. در مطالعه سکاسی و همکاران نیز میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادرانی که تحت حمایت همسر و خانواده قرار داشتند، به‌طور معنی‌داری

تقدیر و تشکر

به جهت همکاری آنان در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

از کلیه مادران و خانواده‌هایی که با شرکت در این تحقیق ما را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داریم. همچنین بدین‌وسیله از پرسنل مراکز درمانی منتخب

منابع

- Casey SE. Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: a systematic review. *Conflict and health*. 2015; 9:S1.
- Davis C, Sloan M, Tang C. Role occupancy, quality, and psychological distress among Caucasian and African American women. *Affilia*. 2011; 26(1): 72-82.
- Haggart M, Carey P. *Community health promotion: Challenge for practice*. London, Royal College of Nursing Pub. 2000.
- Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2007; 17.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387: 475-90.
- Marshall J, Godfrey M, Renfrew M. Being a 'good mother': managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(10): 2147-59.
- Pediatrics AAO, Obstetricians ACo, Gynecologists. *Breastfeeding handbook for physicians*. AAP Books. 2013.
- WHO. *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. World Health Organization: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
- Organization WH. *World health statistics 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
- Roudbari M, Roudbari S, Fazaeli A. Factors associated with breastfeeding patterns in women who recourse to health centres in Zahedan, Iran. *Singapore Medical Journal*. 2009; 50(2): 181.
- Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *International Breastfeeding Journal*. 2012; 7: 1-7.
- Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *International Breastfeeding Journal*. 2009; 4(8).
- Marandi A, Afzali H, Hossaini A. The reasons for early weaning among mothers in Teheran. *Bulletin of the World Health Organization*. 1993; 71(5): 561-69.
- Kang JS, Choi SY, Ryu EJ. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*. 2008; 45(1): 14-23.
- Heidari Z, Keshvari M, Kohan S. Breastfeeding Promotion, Challenges and Barriers: a Qualitative Research. *International Journal of Pediatrics*. 2016; 4(5): 1687-95.
- Kohan S, Heidari Z, Keshvari M. Facilitators for Empowering Women in Breastfeeding: a Qualitative Study. *International Journal of Pediatrics*. 2016; 4(1): 1287-96.
- McLelland G, Hall H, Gilmour C, Cant R. Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery*. 2015; 31(1): e1-e6.
- Mojalli M, Basiri Moghadam M, Shamshiri M. Effectiveness of Instructional Environment and Related Factors on Breastfeeding Function of Mothers. *The Horizon of Medical Sciences*. 2010; 16(1): 59-64.
- Sakkaky M, Khairkhah M, Hosseini AF. The Effect of Home Visit after Cesarean Delivery on Exclusive Breastfeeding in Neonatal Period. *Iran Journal of Nursing*. 2010; 23(64): 72-80.

20. Azhari S, Baghani R, Akhlaghi F, Ebrahimzadeh S, SALEHI J. Comparing the effects of hands-on and hands-off breastfeeding methods on self-efficacy in primiparous mothers. 2011.
21. Hall WA, Hauck Y. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*. 2007; 44(5): 786-95.
22. Tork Zahrani S, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian A, Sheikhan Z. Effect of Support from the Mothers with Positive Breast Feeding Experience on Breast Feeding Pattern and Duration among Primiparous Women Referred to Maternity Ward of Ilam Hospital, 2010. www.sjimu.medilam.ac.ir. 2012; 20(2): 9-16.
23. Sardenberg C. Liberal vs Liberating Empowerment: Conceptualising Women's Empowerment from a Latin American Feminist Perspective. *Pathways Working Paper*. 2009; 7.
24. Akaberian S, Jamand T, Zahmatkeshan N, Bagherzadeh R, Mirzaei K, Gharibi T, et al. Comparing the effectiveness of multimedia & routine educations on exclusive breast feeding in children less than 6 months in health centers of Bushehr city. *Iranian South Medical Journal*. 2015; 17(6): 1252-60.