

# تأثیر آموزش والدین بر آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در شیردهی انحصاری تا چهار ماهگی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

فریده پناهی<sup>۱</sup>، دکتر معصومه سیمبر<sup>۲\*</sup>، دکتر راضیه لطفی<sup>۳</sup>، دکتر میترا  
رحیمزاده<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۴. استادیار گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۱

## خلاصه

**مقدمه:** تغذیه نوزاد با شیر مادر، یکی از اولویتهای بهداشت عمومی و بهترین شروع در زندگی هر کودک است. با در نظر گرفتن اهمیت دانش و نگرش والدین در مورد مزایای شیر مادر، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش پدران و مادران بر آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در شیردهی تا چهار ماهگی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۴ بر روی ۷۶ پدر و مادر دارای نوزاد ۳ تا ۵ روزه مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهید راستروش وابسته به مرکز بهداشت کرج جهت دریافت خدمات بهداشتی انجام شد. افراد به روش تصادفی در دو گروه شاهد یا مداخله قرار گرفتند. پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، آگاهی، نگرش و عملکرد توسط پدران و مادران تکمیل شد. مداخله آموزشی شامل دو جلسه ۴۰ دقیقه ای به فاصله یک هفته، در زمان اولین مراجعه و یک هفته بعد از آن بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون های تی مستقل، کای دو، من ویتنی و کوواریانس اندازه های تکراری انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** بین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران و پدران دو گروه مداخله و شاهد در سه زمان قبل از مداخله آموزشی، یک هفته بعد و ۴ ماه بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). بر اساس مقایسه میانگین ها، میانگین درصد نمره آگاهی، نگرش و عملکرد مادران و پدران در گروه مداخله افزایش یافته بود.

**نتیجه گیری:** آموزش، تأثیر بسزایی در بهبود عملکرد، آگاهی و نگرش در میان پدران و مادران در مورد نحوه تغذیه کودک با شیر مادر دارد، لذا استفاده از برنامه های آموزشی به منظور یاددهی شیردهی به والدین می تواند در رشد و سلامت نوزاد تأثیر زیادی داشته باشد.

**کلمات کلیدی:** آگاهی، آموزش، تغذیه انحصاری با شیر مادر، عملکرد، نگرش، والدین

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه سیمبر؛ دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲، پست الکترونیک: msimbar@yahoo.com

بستگی دارد (۱۴، ۱۵). اما از جمله مهم‌ترین این عوامل، آگاهی مادر و همسر آن می‌باشد (۱۸-۱۶). فقدان دانش و نگرش مناسب مادران در زمینه شیردهی، یکی از علل اصلی قطع شیردهی می‌باشد (۱۹). همچنین مردان معمولاً در تمامی مراحل پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان و دوران شیردهی در کنار همسران خود هستند (۲۰) و در رشد، سلامتی و تندرستی نوزادان نقش بسزایی دارند (۲۱). حضور آنان در کنار مادر هنگام تغذیه نوزاد با شیر مادر نیز می‌تواند نقش مهمی در شیردهی موفق داشته باشد (۱۳، ۲۲). آگاهی پیدا کردن از اهمیت شیردهی و نقش شیر مادر در سلامت کودک تا حد زیادی مانع از مخالفت مرد با شیردهی می‌شود، بنابراین در این میان مسئله مشارکت مردان جلوه‌ای ویژه پیدا می‌کند (۲۳). اما علی‌رغم تأثیر زیاد پدران در موفقیت شیردهی مادران، هنوز دانش و نگرش آنان در این رابطه کافی نیست (۲۴، ۲۵). مطالعات مختلف در دنیا نشان داده‌اند که آموزش توأم پدران نقش بسزایی در افزایش آگاهی و نگرش آنها در خصوص شیردهی و مزایای آن دارد (۲۶)، که متعاقباً منجر به افزایش احتمال تداوم شیردهی خواهد شد (۲۵، ۲۷، ۲۸). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که اگرچه پدران به شیردهی همسرانشان علاقه‌مند هستند، اما دانش کافی در خصوص مزایای آن ندارند (۲۹). عواملی مختلفی نظیر سابقه شیردهی همسر یا سابقه دریافت آموزش در این زمینه (۳۰)، میزان تحصیلات و دیدن تجربه شیردهی در اطرافیان (۳۱) بر میزان آگاهی و نگرش پدران مؤثر است. حتی مطالعه دشتی و همکاران (۲۰۱۴) در کویت نشان داد ترجیح پدر به شیردهی مادر، از عوامل پیش‌گویی کننده تداوم شیردهی است (۳۲)، اما در ایران هنوز مطالعه‌ای با هدف بررسی نقش آموزش توأم پدران و مادران در شیردهی صورت نگرفته است. بنابراین باید به نیاز والدین برای دریافت مناسب و مؤثر اطلاعات و دانش در مورد شیردهی توجه شود (۱۷، ۲۹). آموزش گروه پزشکی به عنوان مداخله اساسی در ارائه توصیه‌های لازم برای ترویج شیردهی بر ارتقای مهارت‌های علمی و عملی مادران تأثیرگذار است (۱۷، ۳۳، ۳۴). آموزش اصول و روش‌های صحیح شیردهی به

## مقدمه

تغذیه نوزاد با شیر مادر، یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی و بهترین شروع در زندگی هر کودک است (۱)، چنان‌چه سازمان جهانی بهداشت و یونسف نیز شیر مادر را استاندارد طلایی تغذیه شیرخواران دانسته و آن را در اکثر موارد تنها ماده غذایی می‌داند که باید تا ۶ ماهگی و حتی ۲ سالگی به شیرخوار داده شود (۳). در برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر (۱۳۹۱) نیز تغذیه با شیر مادر بخش غیر قابل تفکیک فرآیند باروری به شمار رفته و به اهمیت تغذیه مناسب کودک در ماه‌ها و سال‌های اولیه عمر در حفظ، بقاء، تأمین رشد، تکامل و سلامت او و مادر اشاره شده است (۴). تغذیه با شیر مادر علاوه بر داشتن فواید برای شیرخوار، بر سلامتی مادر نیز مؤثر است (۵) و یک استراتژی مهم برای کاهش مرگ‌ومیر کودکان و افزایش بقاء آنها به شمار می‌رود (۶). تغذیه با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی شیرخوار می‌تواند باعث ابقاء یک و نیم میلیون نوزاد شود (۷). عدم تغذیه با شیر مادر خطر بیماری‌هایی نظیر عفونت‌های دستگاه تنفسی، حساسیت، مشکلات گوارشی، سوء تغذیه، دیابت و چاقی در کودکی و بزرگسالی و سرطان را افزایش می‌دهد (۸).

میزان شیردهی انحصاری در جهان ۳۷٪ تخمین زده شده است (۹). مطالعات نشان می‌دهد که در ایران فقط ۴۹/۴٪ از مادران، تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا ۴ ماهگی و کمتر از ۲۳٪ تا سن ۶ ماهگی ادامه می‌دهند (۱۰). تقریباً ۶ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۳ مرده‌اند که ۴۴٪ این مرگ‌ها در دوره نوزادی بوده و ۴۵٪ آن به دلیل سوء تغذیه اتفاق افتاده است (۱۱). شیوه‌های نادرست تغذیه نوزاد با شیر مادر، یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی در سراسر جهان به شمار رفته و تخمین زده می‌شود که تنها ۳۴/۸٪ از کودکان تا شش ماهگی به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شوند (۱۲).

تصمیم یک مادر برای تغذیه نوزاد خود با شیر مادر به عوامل متعددی از جمله سطح تحصیلات، درآمد، مکان جغرافیایی، دانش و نگرش، آداب و سنن، هنجارهای اجتماعی، میزان حمایت کارشناسان مراکز سلامت و همچنین حمایت پدر نوزاد (۱۳) و حمایت اعضاء خانواده

مادر، باعث کاهش مشکلات جسمی در طول تغذیه، بهبود وضعیت پستان گرفتن و افزایش انتقال شیر به نوزاد می‌شود (۳۷-۳۵). علی‌رغم اجرای برنامه ترویج تغذیه نوزاد با شیر مادر، هنوز دانش کافی در این خصوص وجود ندارد (۸).

با توجه به اهمیت شیر مادر برای شیرخوار و با در نظر گرفتن دانش کم مردان در مورد بهداشت باروری و مزایای شیر مادر (۲۳)، هم‌چنین با وجود آموزش شیردهی که به صورت معمول در مراکز بهداشتی و درمانی برای مادران انجام می‌شود اما مشخص نیست حضور پدر هم‌زمان با مادر و در کنار او در کلاس‌های شیردهی چقدر تأثیرگذار باشد و با توجه به نقش بالقوه‌ای که مشارکت و حمایت مردان در ارتقای سلامت باروری دارد، همراهی پدران در کلاس‌های آموزشی شیردهی در کنار مادران شاید بتواند زمینه‌ساز ارتقای نگرش و عملکرد آنان در زمینه شیردهی انحصاری شود، لذا مطالعه حاضر با زمینه‌سازی حضور پدران در کنار مادران در برنامه‌های آموزشی، به بررسی ارتقای دانش، نگرش آنان و نیز موفقیت در شیردهی انحصاری تا چهار ماهگی پرداخت تا از نتایج آن بتوان در طراحی برنامه‌های شیردهی موفق بهره گرفت.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۴ بر روی ۷۶ زوج از مادران و پدران مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهید راست‌روش وابسته به مرکز بهداشت کرج جهت دریافت خدمات بهداشتی انجام شد. از میان افراد مراجعه‌کننده تعدادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بوده و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. این مرکز به طور تصادفی از لیست مراکز بهداشتی کرج و از طریق قرعه‌کشی انتخاب شد. معیارهای ورود مادران به مطالعه شامل: مادران نخست‌زای ایرانی ساکن کرج با گویش فارسی، دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلاء به بیماری‌های طبی و روانی شناخته شده، تولد نوزاد سالم، ترم و تک قلو و نداشتن منعی برای شیردهی به نوزاد بود. همسران این مادران نیز باید ایرانی با گویش فارسی

و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر، بستری شدن یا فوت نوزاد یا مادر به هر دلیل، فوت بستگان طی مطالعه، جدا زندگی کردن والدین به هر دلیل، مصرف داروهای منع مصرف طی شیردهی توسط مادر، تغذیه نوزاد با غیر از شیر مادر هنگام اولین مراجعه، استفاده از پستانک و وقوع بارداری ناخواسته طی مطالعه بود. تعداد نمونه در این پژوهش ۷۶ زوج (۳۸ زوج در گروه شاهد و ۳۸ زوج در گروه مداخله) بود (نمودار ۱). این تعداد با توجه به اطلاعات مطالعه طوافیان که در پایان ۴ ماهگی در گروه مداخله ۶۴/۲٪ و در گروه کنترل ۲۹/۸٪ از نوزادان به‌طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می‌شدند (۳۸)، در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ محاسبه شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت مستمر بود و پدران و مادران مشارکت‌کننده در این مطالعه شامل مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی شهید راست شهر کرج بودند که در روزهای ۳ تا ۵ روزگی نوزاد جهت دریافت مراقبت پس از تولد مراجعه کرده بودند. نمونه‌ها به صورت تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. به منظور کورسازی، استخراج اعداد تصادفی و تخصیص به دو گروه (اعداد فرد گروه کنترل، اعداد زوج گروه مداخله) توسط کمک پژوهشگر انجام شد؛ به‌طوری‌که تعداد ۷۶ پاکت با شماره‌گذاری یک تا ۷۶ تهیه گردید و داخل آنها شماره‌های استخراج شده از جدول اعداد تصادفی قرار گرفت (بدین معنی که تنها دو گروه در نظر گرفته شد و ۳۸ زوج در گروه مداخله و ۳۸ زوج در گروه کنترل قرار داده شد). پس از ارائه پاکت‌ها به نمونه‌ها، پژوهشگر مسئول ثبت‌نام و آموزش نمونه‌ها از محتوای زوج یا فرد بودن مطلع می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های محقق ساخته مشخصات فردی (۱۱ سؤال در مورد میزان تحصیلات، سن، وضعیت اشتغال و ...) و مامایی (۲۴ سؤال در مورد نوع زایمان، وضعیت نوزاد پس از زایمان و نحوه شیردهی به نوزادان)، بررسی سنجش آگاهی (۱۰ سؤال)، نگرش (۱۲ سؤال) و عملکرد (۷ سؤال) مادران در شیردهی، بررسی سنجش آگاهی (۱۰ سؤال) و نگرش پدران (۱۹

هفته) دوباره در همان شرایط، آزمون بر روی همان گروه اجرا شد. نمرات به‌دست آمده از دو آزمون مورد نظر قرار گرفت و ضریب همبستگی آنها بررسی شد. همسانی درونی سؤالات پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای همه موارد بالاتر از ۰/۷ بود.

در هر دو گروه مداخله و کنترل پرسشنامه فردی و مامایی، پرسشنامه آگاهی، پرسشنامه نگرش و پرسشنامه عملکرد توسط پدران و مادران تکمیل شد. پژوهشگر مادران واجد شرایط گروه مداخله را از نظر وضعیت پستان‌ها، تغذیه، خواب و استراحت مورد بررسی قرار داد و پرسشنامه‌ها قبل از مداخله آموزشی توسط پدران و مادران تکمیل گردید و بعد از آن به مادران و پدران گروه مداخله آموزش چهره به چهره و عملی داده شد. مداخله آموزشی شامل دو جلسه ۴۰ دقیقه‌ای به فاصله یک هفته بود. جلسه اول در زمان اولین مراجعه پدر به همراه همسر و نوزاد در ۳-۵ روزگی و جلسه دوم به فاصله یک هفته از اولین مراجعه برگزار گردید. محتوای جلسات شامل توضیحاتی در مورد مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر برای نوزاد و مادر، ترکیبات شیر مادر، اهمیت شیر مادر و نحوه صحیح شیردهی و اصول صحیح قرارگیری و گذاشتن پستان به دهان نوزاد با دخالت مستقیم، همچنین آموزش چهره به چهره و عملی به مادر به طور مستقیم و در حضور پدر بر طبق دستورالعمل کشوری و آموزش به پدران در رابطه با نحوه تشویق کمک به مادر در انجام شیردهی و کمک به برنامه‌ریزی و یا مشارکت در امور دیگر برای فراهم کردن زمان استراحت برای شیردهی مادر در شب بود. از پدران در یاری و تشویق مادران جهت تداوم شیردهی درخواست مشارکت شد. سپس تمامی پرسشنامه‌ها به جز پرسشنامه فردی مجدداً ۴ ماه پس از مداخله جهت تکمیل در اختیار زوج‌های هر دو گروه قرار گرفت. گروهی از مادران که به عنوان گروه کنترل وارد مطالعه شدند، آموزش متداول در مورد آنان اجرا شد. در مراکز بهداشتی به صورت معمول آموزش تغذیه انحصاری با شیر مادر به مادر داده می‌شود، ولی جایگاهی برای پدران در مورد شیردهی در آموزش‌های معمول و جلب مشارکت آنها در ترویج شیردهی مشاهده

سؤال) در خصوص شیردهی و عملکرد آنان (۱۲ سؤال) در تشویق مادران در امر شیردهی و چک لیست بررسی الگوی شیردهی (۲۶ سؤال در مورد نحوه تغذیه نوزاد) و فرم مشاهده شیردهی (۲۶ سؤال در مورد نوع خوراندن شیر به نوزاد) بود. پرسشنامه آگاهی پدران و مادران به صورت طیف سه گزینه‌ای صحیح، غلط و نمی‌دانم، تنظیم گردید و پرسشنامه نگرش پدران و مادران بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم، تا کاملاً موافقم طراحی شد. پرسشنامه عملکرد پدران و مادران با استفاده از گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه مشخص گردید. سؤالات الگوی شیردهی و فرم مشاهده شیردهی به صورت گزینه‌های بلی و خیر بود.

به منظور بررسی روایی صوری پرسشنامه‌ها با تعدادی از متخصصان مصاحبه صورت گرفت و از ایشان خواسته شد تا پس از مطالعه دقیق ابزار، نظرات اصلاحی خود را از نظر رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب به صورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند. به منظور بررسی روایی محتوایی ابزار، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی گروه بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفت و اعتبار محتوایی آن از نظر ابهام، دشواری و نیز به کارگیری زبان مشترک و پرهیز از به کار بردن اصطلاحات تخصصی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین برای اطمینان از این مطلب که آیا ابزار مورد نظر دارای گویه‌هایی است که هر سازه را به‌طور مناسب اندازه‌گیری می‌کند یا خیر، از ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. از پرسشنامه آگاهی پدران و مادران یک گویه به دلیل داشتن شاخص روایی کمتر از ۰/۷ از فرم پرسشنامه حذف گردید، همچنین تعداد ۸ گویه از فرم پرسشنامه عملکرد مادران به دلیل داشتن شاخص روایی کمتر از ۰/۷ حذف گردید. پایایی پرسشنامه‌ها از دو جنبه ثبات و همسانی درونی بررسی شد. جهت بررسی ثبات ابزار از روش بازآزمون استفاده شد، به این معنا که ابتدا ابزار اندازه‌گیری بر روی یک گروه آزمودنی که شامل ۱۵ نفر از پدران و ۱۵ نفر از مادران بودند، اجرا شد و سپس در فاصله زمانی کوتاهی (به فاصله یک

مداخله‌گر جنس نوزاد بود، اما چون تخصیص تصادفی نمونه‌ها صورت گرفت، اثر این متغیر کنترل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای دو، برای مقایسه متغیرهای کمی از آزمون تی تست و برای مقایسه متغیرهای اصلی از آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۳۸ زوج در گروه مداخله و ۳۸ زوج در گروه کنترل وارد مطالعه شدند و تمامی زوجین بدون ریزش در انتهای مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی، مامایی و نوزادی با یکدیگر مشابه بودند (جدول ۱). هم‌چنین میانگین درصد نمره آگاهی، نگرش و عملکرد پدران و مادران در دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت ( $P > 0/05$ ).

نمی‌شود. در این مطالعه آموزش به پدران و مادران همزمان داده شد، سپس پیگیری مادر و نوزاد تا ۴ ماه پس از زایمان در هر دو گروه مداخله و شاهد انجام شد و نتیجه تأثیر آموزش بر الگوی شیردهی مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌ها از طریق تلفن و آدرس ثبت شده در پرسشنامه اولیه پیگیری و فراخوانده شدند.

این مطالعه با کد IRCT201508248801N10 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شد و در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق SBMU2.REC.1394.162 تصویب گردید. به نمونه‌های پژوهش توضیح داده شد که هر زمان که مایل باشند می‌توانند از شرکت در پژوهش انصراف دهند. به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده از آنان محرمانه می‌ماند. در صورتی که در طول دوره مطالعه، نمونه‌ها نیاز به درمان تخصصی و یا ارجاع داشتند، به مراکز تخصصی ارجاع داده شدند. متغیر مداخله‌گر نوع زایمان سزارین بود که هنگام تخصیص تصادفی در هر دو گروه به میزان مساوی نوع زایمان طبیعی و سزارین قرار گرفت. با این کار این متغیر کنترل شد. دومین متغیر

جدول ۱- متغیرهای فردی، مامایی و نوزادی واحدهای پژوهش

سطح معنی‌داری	شاهد		مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
**۰/۰۶	۶/۶۳	۲۲/۲۶	۶/۶۵	۲۱/۷۳	سن مادر
**۰/۰۵	۸/۰۱	۲۹/۳۶	۶/۹۲	۲۹/۳۱	سن پدر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر
	۵/۲۶	۲	۷/۸۵	۳	متوسطه و ابتدایی
***۰/۰۷	۴۴/۷۱	۱۷	۴۲/۱	۱۶	تحصیلات مادران
	۵۰/۰۵	۱۹	۵۰/۰۵	۱۹	دانشگاهی
	۳۱/۶۱	۱۲	۳۱/۶۱	۱۲	متوسطه و ابتدایی
***۰/۰۶	۲۱/۰۵	۸	۳۴/۲۲	۱۳	تحصیلات پدران
	۴۷/۳۴	۱۸	۳۴/۲۲	۱۳	دانشگاهی
*۰/۰۶	۹۴/۸	۳۶	۱۰۰	۳۸	اشتغال مادران
	۵/۳	۲	۰	۰	شاغل
	۲/۶۳	۱	۵/۲۶	۲	بیکار
۰/۳	۱۳/۱	۵	۱۵/۷۶	۶	اشتغال پدران
	۲۹/۰۱	۱۱	۲۶/۳۷	۱۰	کشاورز، کارگر
	۵۵/۲۶	۲۱	۵۲/۶۱	۲۰	کارمند
					آزاد
*۰/۰۱	۱۸/۴۲	۷	۲۳/۶۸	۹	درآمد ماهیانه
	۸۱/۵۸	۳۱	۷۶/۳۲	۲۹	در حد کفاف (در هر خانوار)

*۰/۱	۹۴/۷۴	۳۶	۸۹/۴۸	۳۴	هسته‌ای	تمرکز خانواده
	۵/۲۶	۲	۱۰/۵۲	۴	گسترده	
*۰/۲	۷۶/۳۲	۲۹	۷۸/۹۵	۳۰	صفر	تعداد سقط
	۲۱/۰۵	۸	۱۸/۴۲	۷	یک بار	
*۰/۳	۲/۶۳	۱	۲/۶۳	۱	دو بار	بیماری مادران
	۱۵/۷۶	۶	۷/۸۵	۳	دارد	
*۰/۳	۸۴/۲۴	۳۲	۹۲/۱۵	۳۵	ندارد	مصرف دارو توسط مادران
	۵/۲۶	۲	۱۰/۵۲	۴	بلی	
*۰/۱	۹۴/۷۴	۳۶	۸۹/۴۸	۳۴	خیر	نوع زایمان
	۴۷/۳۴	۱۸	۳۶/۸۴	۱۴	طبیعی	
*۰/۱	۵۲/۶۱	۲۰	۶۳/۱۶	۲۴	سزارین	زمان شیردهی
	۳۶/۸۸	۱۴	۴۲/۱	۱۶	بلافاصله	
*۰/۳	۲۳/۶۸	۹	۲۳/۶۸	۹	بعد از یک ساعت	نوزاد بعد از دنیا آمدن
	۱۸/۴۲	۷	۱۵/۷۶	۶	۲-۳ ساعت بعد	
*۰/۳	۵/۲۶	۲	۵/۲۶	۲	۴-۶ ساعت بعد	بیش از ۶ ساعت بعد
	۱۵/۷۶	۶	۱۳/۱	۵		
*۰/۲	۵۷/۹	۲۲	۵۵/۲۶	۲۱	دختر	جنسیت نوزاد
	۴۲/۱	۱۶	۴۴/۷۱	۱۷	پسر	
		متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
**۰/۲	۲/۴۰	۴۹/۷۶	۳/۷۴	۴۸/۹۲	قد نوزادان	
**۰/۶	۱۲/۴	۳۶۴۴	۵/۴	۳۶۸۴	وزن نوزادان	
***۰/۰۸۴	۳/۳۴	۸/۷۳	۳/۳۶	۸/۸۴	آپگار دقیقه اول	
***۰/۱	۰/۵۹	۹/۹۲	۰/۲۳	۹/۹۷	آپگار دقیقه پنجم	

\*آزمون کای دو، \*\*آزمون تی مستقل، \*\*\*آزمون من ویتنی

میزان نمره عملکرد مادران کاهش یافت، اما در گروه مداخله درصد نمره آگاهی و نگرش و عملکرد مادران طی سه اندازه‌گیری به طور معنی‌داری افزایش یافت ( $p < 0.001$ ). بر اساس نتایج آزمون اندازه‌های تکراری، میانگین درصد نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه شاهد داشت ( $p < 0.001$ ) (جدول ۲).

بین درصد نمره آگاهی، نگرش و عملکرد مادران دو گروه مداخله و شاهد در سه زمان قبل از مداخله آموزشی، یک هفته بعد و ۴ ماه بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0.001$ ). در گروه شاهد درصد میانگین نمرات آگاهی و نگرش مادران در سه دوره اندازه‌گیری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ( $p = 0.1$ )، اما درصد میانگین نمرات عملکردشان طی اندازه‌گیری در سه زمان تفاوت آماری معناداری داشت ( $p < 0.001$ )؛ به طوری که

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار و مقایسه درصد نمره آگاهی، نگرش، عملکرد مادران قبل، یک هفته بعد و چهار ماه پس از

آموزش

میانگین $\pm$ انحراف معیار	آگاهی		نگرش		عملکرد	
	مقایسه دو گروه	شاهد	مداخله	شاهد	مقایسه دو گروه	شاهد
قبل از مداخله	*۰/۸	۱۱/۰۷ $\pm$ ۷۲/۲۳	۷/۰۱ $\pm$ ۶۳/۳۳	۶/۸۲ $\pm$ ۶۵/۴۸	*۰/۸	۱۱/۱۷ $\pm$ ۷۷/۴۴
بلافاصله پس از مداخله	*۰/۰۰۱ <	۱/۱۳ $\pm$ ۹۹/۷۳	۷/۱۳ $\pm$ ۸۸/۷۲	۶/۹۲ $\pm$ ۶۴/۷۸	*۰/۰۰۱ <	۹/۸۹ $\pm$ ۹۳/۲۳
چهار ماه پس از مداخله	*۰/۰۰۱ <	۴/۵۲ $\pm$ ۹۸/۴۲	۷/۵۱ $\pm$ ۹۲/۵۲	۷/۲۳ $\pm$ ۶۴/۹۵	*۰/۰۰۱ <	۱۱/۷۱ $\pm$ ۶۴/۵۱
مقایسه درون گروهی	**۰/۰۰۱ <	**۰/۰۰۱ <	**۰/۰۰۱ <	**۰/۰۰۱ <	**۰/۰۰۱ <	**۰/۰۰۱ <
مقایسه بین گروهی	***۰/۰۰۱ <	***۰/۰۰۱ <	***۰/۰۰۱ <	***۰/۰۰۱ <	***۰/۰۰۱ <	***۰/۰۰۱ <

\*تی دانشجویی، \*\*اندازه‌های تکراری، \*\*\*آنالیز واریانس یک طرفه

مداخله آموزشی در گروه مداخله بیشتر از میانگین نمرات آن‌ها قبل از مداخله آموزشی بود. همچنین در گروه شاهد نیز میانگین نمرات پدران در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند، ولی با بررسی میانگین نمرات آن‌ها مشخص شد که در صورت عدم وجود آموزش، میزان نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد پدران به شدت افت می‌کند (جدول ۳).

در مطالعه حاضر بین آگاهی، نگرش و عملکرد پدران دو گروه مداخله و شاهد در سه زمان قبل از مداخله آموزشی، یک هفته بعد و ۴ ماه بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). بر اساس مقایسه میانگین‌ها، میانگین نمرات در گروه مداخله افزایش یافته بود. بر اساس بررسی درون گروهی نیز نمرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری داشت ( $P < 0/001$ ) و بر اساس بررسی میانگین نمرات، میانگین نمرات پس از

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار و مقایسه درصد نمره آگاهی، نگرش، عملکرد پدران قبل، یک هفته بعد و چهار ماه پس از آموزش

میانگین $\pm$ انحراف معیار	آگاهی		نگرش		عملکرد	
	مقایسه دو گروه	شاهد	مداخله	مقایسه دو گروه	شاهد	مداخله
قبل از مداخله	$12/89 \pm 79/73$	$10/01 \pm 80/66$	$8/7 \pm 77/28$	$8/69 \pm 75/85$	$17/57 \pm 76/45$	$17/61 \pm 70/65$
بلافاصله پس از مداخله	$10/24 \pm 77/76$	$3/58 \pm 15/98$	$7/67 \pm 77/7$	$8/55 \pm 95/35$	$14/69 \pm 76/18$	$6/34 \pm 88/81$
چهار ماه پس از مداخله	$9/1 \pm 76/84$	$3/81 \pm 97/5$	$4/36 \pm 71/35$	$2/3 \pm 97/15$	$9/99 \pm 60/87$	$7/02 \pm 92/8$
مقایسه درون گروهی	** $0/3$	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$
مقایسه بین گروهی	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$	** $0/001 <$

\* تی دانشجویی، \*\* اندازه‌های تکراری، \*\*\* آنالیز واریانس یک طرفه

## بحث

آموزشی باعث می‌شود که تغذیه نوزاد مورد توجه قرار گیرد (۴۱). همچنین مطالعه کوتینو و همکاران (۲۰۱۴)، در برزیل با هدف تأثیر آموزش در بیمارستان‌های دوستدار کودک در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر، نشان داد که این کارگاه‌ها در تغییر رفتار مادران بسیار مهم است (۱۱). همچنین در مطالعه کارآزمایی تصادفی خوشه‌ای نیلسون و همکاران (۲۰۱۷) که در ۹ بیمارستان در دانمارک انجام شد نشان داد آموزش قبل از ترخیص با تداوم بیشتر شیردهی در گروه مداخله همراه بوده است (۳۷). بیچ و همکاران (۲۰۱۴) که به آموزش زوجین در ویژگی‌های معمول پس از زایمان در مراکز بهداشتی پرداختند، عملکرد گروه مداخله در شیردهی در ۴ و ۶ ماهگی نوزاد بهتر از گروه شاهد بود (۲۷). در مطالعه حاضر بین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در دو گروه شاهد و مداخله تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین، نمرات نگرش، عملکرد و آگاهی در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. نتایج مطالعه شریفی‌راد و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد آموزش و مداخله آموزشی در دوران بارداری در رفتار شیردهی

در این مطالعه تأثیر آموزش شیردهی به پدران و مادران بر روی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد پس از مداخله آموزشی در مادران و پدران، میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها، به صورت معناداری افزایش پیدا کرد. در این راستا نتایج مطالعه فروهلیچ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد آموزش باعث افزایش و بهبود عملکرد می‌شود. همچنین افزایش اطلاعات و معلومات شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی، توأم با تقویت انگیزه مادران برای ادامه شیردهی علی‌رغم وجود مشکلات مؤثر می‌باشد (۳۹). بر اساس نتایج به‌دست آمده از مطالعه کانگ و همکاران (۲۰۰۵) در زنان کره‌ای نیز مهم‌ترین علت عدم شیردهی، کمبود آگاهی لازم و نگرش مثبت بود که بر اساس نتایج به‌دست آمده از این مطالعه می‌توان به کمک آموزش، میزان آگاهی و نگرش مادران را بهبود بخشید (۴۰). همچنین کرمانی و همکاران (۲۰۰۷)، در مطالعه خود عنوان نمودند کارگاه‌های آموزشی مراقبت از نوزادان می‌تواند باعث ارتقای آگاهی مادران شود، برگزاری کارگاه‌های

بارداری را ضروری می‌دانستند. هم‌چنین ساعات کاری زیاد مردان، مهم‌ترین مانع مشارکت مردان بود (۴۹). در مطالعه بیچ و همکار (۲۰۱۷) نیز نشان داده شد که آموزش پدران با افزایش آگاهی، نگرش و مشارکت فعال در شیردهی همراه است (۲۶).

از جمله محدودیت‌های مطالعه می‌توان به دشواری دسترسی مجدد به افراد نمونه پس از ۴ ماه برای جمع‌آوری اطلاعات اشاره کرد که با تماس‌های مکرر و تشویق آنان جهت ادامه مراقبت‌های پس از زایمان و دریافت آموزش از آنان خواسته شد به مرکز بهداشت مراجعه نمایند. نمونه‌ها بعد از پیگیری مراجعه نمودند. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر در سایر استان‌های ایران و جامعه آماری وسیع‌تر با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران و پدران نیز تکرار شود تا امکان تعمیم‌پذیری بیشتری وجود داشته باشد. هم‌چنین مطالعه به طریق کارگاه‌های با مدت زمان بیشتر و مقایسه نتایج آن با مطالعه حاضر انجام شود. امتیاز این مطالعه به مطالعات دیگر، مخاطب قرار دادن پدران در آموزش شیردهی و جلب مشارکت آنان در ارتقای رفتار شیردهی مادران بود.

### نتیجه‌گیری

آموزش می‌تواند در بهبود عملکرد، آگاهی و نگرش در میان پدران و مادران در مورد نحوه تغذیه کودک با شیر مادر مؤثر باشد و از آنجایی که تغذیه با شیر مادر فواید متعددی برای شیرخوار دارد، لذا استفاده از برنامه‌های آموزشی به منظور یاددهی شیردهی به مادران به همراه پدران می‌تواند منجر به احتمال بیشتر تداوم شیردهی گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت بهداشتی استان البرز و پدران و مادران شرکت‌کننده در این پژوهش که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مادران به طور معنی‌داری تأثیر مثبت دارد (۴۲). رئیسی و همکاران (۲۰۱۲) نیز دریافتند که ارائه مشاوره تلفنی در خصوص شیردهی، با افزایش میزان شیردهی همراه است (۴۳). در مطالعه سیمبر و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی نیازهای آموزشی برای مشارکت مردان در مراقبت‌های پری‌ناتال انجام گرفت، ۹۵٪ از شرکت‌کنندگان موافق آموزش مراقبت‌های پری‌ناتال برای مردان به‌خصوص با محتوای تغذیه مادران و علائم خطر دوران پری‌ناتال بودند (۴۸). مطالعات تجربی مشابه وجود نداشت و علت انجام مطالعه حاضر، وجود مطالعات مخالف نبود، بلکه چالش در مطالعات تجربی مشابه بود.

در مطالعه حاضر بین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد قبل از مداخله آموزشی و یک هفته پس از مداخله آموزشی تفاوت وجود داشت. بین نمرات آگاهی و نگرش یک هفته پس از مداخله و ۴ ماه پس از مداخله آموزشی تفاوتی وجود نداشت که می‌تواند نشان‌دهنده این امر باشد که تأثیر آموزش روی آگاهی و عملکرد در کوتاه مدت و بلندمدت به یک اندازه است. ولی نمرات عملکرد، یک هفته پس از مداخله و ۴ ماه پس از ورود مداخله آموزشی تفاوت غیر معناداری با یکدیگر داشتند. کانتریل و همکاران (۲۰۰۳)، در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تجربه شیردهی برای ۳ ماه ارتباط معناداری با افزایش آگاهی دارد (۴۴). مجلی و همکاران (۲۰۱۰)، در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با آموزش می‌توان عملکرد مادران را افزایش داد (۴۵). صیقلی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود عنوان کردند که برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌تواند موجب افزایش آگاهی و تغییر نگرش در فراگیران شود (۴۶). برتینی و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه خود نشان دادند که دیدگاه همسر در شروع تغذیه با شیر مادر و ادامه آن مؤثر است (۴۷). هم‌چنین بر اساس نتایج مطالعه سیمبر و همکاران (۲۰۱۰)، حمایت روحی زنان مناسب‌ترین شکل مشارکت مردان بیان شد و اکثریت شرکت‌کنندگان لزوم آموزش به مردان در زمینه حمایت روحی، تغییرات فیزیولوژیک و علائم خطر



1. Shahri P, Balooty T, Saadati N, Haghghi ZM. Breast feeding pattern and its relationship with mothers' weight. *Payesh* 2012; 11(6):893-99. (Persian).
2. Varaei SH, Mehrdad N, Bahrani N. The relationship between self-efficacy and breastfeeding, Tehran, Iran. *J Hayat* 2009; 15(3):31-8. (Persian).
3. Aniebue PN, Aniebue UU, Adimora GN. Knowledge and beliefs about exclusive breastfeeding among rural Nigerian men in Enugu, Southeast Nigeria. *Breastfeed Med* 2010; 5(4):169-71.
4. Ministry of Health. National program to promote breastfeeding. Tehran: Health Ministry; 2009. P. 10.
5. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1:CD001141.
6. Kalantari N, Roudsari AH. Breastfeeding promotion in Iran: opportunities and challenges. *J Comprehensive Pediatr* 2013; 4(4):165-6.
7. Avery AB, Magnus JH. Expectant fathers' and mothers' perceptions of breastfeeding and formula feeding: a focus group study in three US cities. *J Hum Lact* 2011; 27(2):147-54.
8. Tol A, Majlesi F, Shojaeizadeh D, Esmalee Shahmirzadi S, Mahmoudi Majdabadi M, Moradian M. Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior. *J Nurs Educ* 2013; 2(2):39-47.
9. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387(10017):475-90.
10. Foroud A. The effect of postpartum home visit programs on continuation of breast feeding and infant weight gain in Kerman. *J Rafsanjan Univ Med Sci Health Ser* 2002; 1(4):267-74.
11. Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breastfeeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr* 2014; 17(4):948-55.
12. Fu CY. A randomized controlled trial of a professional breastfeeding support intervention to increase the exclusivity and duration of breastfeeding. [Master Thesis]. Pokfulam, Hong Kong: The University of Hong Kong; 2013.
13. Harwood K. Intent of expecting fathers to encourage breastfeeding, perceptions of support and barriers to encouraging breastfeeding. [Master Thesis]. Lincoln: University of Nebraska; 2011.
14. Martin S, Mukuria A, Maero P. Engaging men to increase support for optimal infant feeding in Western Kenya. 5th Breastfeeding and Feminism Symposium, Greensboro, NC; 2010.
15. Ziaei T, Ghanbari A, Hasanzadehrad A, Yazdani M. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(18):32-9. (Persian).
16. Pollock CA, Bustamante-Forest R, Giarratano G. Men of diverse cultures: knowledge and attitudes about breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(6):673-9.
17. Hanafi MI, Shalaby SA, Falatah N, El-Ammari H. Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah. *J Taibah Univ Med Sci* 2014; 9(3):187-93.
18. Sencan İ, Tekin O, Tatli MM. Factors influencing breastfeeding duration: a survey in a Turkish population. *Eur J Pediatr* 2013; 172(11):1459-66.
19. Bahri N, Bagheri S, Erfani M, Rahmani R, Tolidehi H. The comparison of workshop-training and booklet-offering on knowledge, health beliefs and behavior of breastfeeding after delivery. *Iran J Obstet Gynecol Inferti* 2013; 15(32):14-22. (Persian).
20. Akbari PA, Akbarzadeh M. The effect of education on knowledge of family planning by married men. International Congress of Gynecology and Reproductive Health, Mashad, Iran; 2011.
21. Sherriff N, Hall V. Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? *Scand J Caring Sci* 2011; 25(3):467-75.
22. Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. *J Pediatr* 2008; 84(4):357-64.
23. Akbari P, Niazi M. The role of men in promoting reproductive health services. Congress university of medical sciences with a focus on biomedical: Student Research Committee University of Medical Sciences, Ardabil, Iran; 2010.
24. Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41(6):E41-50.

25. Ozluses E, Celebioglu A. Educating fathers to improve breastfeeding rates and paternal-infant attachment. *Indian Pediatr* 2014; 51(8):654-7.
26. Bich TH, Cuong NM. Changes in knowledge, attitude and involvement of fathers in supporting exclusive breastfeeding: a community-based intervention study in a rural area of Vietnam. *Int J Public Health* 2017; 62(Suppl 1):17-26.
27. Bich TH, Hoa DTP, Målqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. *Matern Child Health J* 2014; 16(6):1444-53.
28. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis CL. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015; 135(1):102-10.
29. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr* 2014; 10(4):510-26.
30. Taspınar A, Coban A, Kucuk M, Sirin A. Fathers' knowledge about and attitudes towards breast feeding in Manisa, Turkey. *Midwifery* 2013; 29(6):653-60.
31. Van Wagenen SA, Magnusson BM, Neiger BL. Attitudes toward breastfeeding among an Internet panel of US males aged 21–44. *Matern Child Health J* 2015; 19(9):2020-8.
32. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Predictors of breastfeeding duration among women in Kuwait: results of a prospective cohort study. *Nutrients* 2014; 6(2):711-28.
33. Labarere J, Castell M, Fourmy M, Durand M, Pons JC. A training program on exclusive breastfeeding in maternity wards. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 83(1):77-84.
34. Karimi FZ, Bagheri S, Tara F, Khadivzadeh T, Mousavi Bazaz SM. Effect of Kangaroo Mother Care on breastfeeding self-efficacy in primiparous women, 3 month after child birth. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(120):1-8. (Persian).
35. Boskabadi H, Abdollahy A, Maamouri G, Esmaeili H. Factors associated with hypernatremia in term infants with Jaundice. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(63):1-7. (Persian).
36. Joshi A, Amadi C, Meza J, Aguire T, Wilhelm S. Evaluation of a computer-based bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *Int J Med Inform* 2016; 91:10-9.
37. Nilsson IM, Strandberg-Larsen K, Knight CH, Hansen AV, Kronborg H. Focused breastfeeding counselling improves short-and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Matern Child Nutr* 2017; 10:12432.
38. Tavafian S, Adili F. Promoting breast-feeding through health education: a randomized controlled trial. *Payesh* 2005; 4(2):127-32. (Persian).
39. Froehlich J, Boivin M, Rice D, McGraw K, Munson E, Walter KC, et al. Influencing university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding. *J Nutr Educ Behav* 2013; 45(3):282-4.
40. Kang NM, Song Y, Im EO. Korean university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(8):863-70.
41. Kermani RM, Zoljalali SH, Azari A, Kouhpayezadeh J. The role of training workshops of newborn cares in promotion of mothers' knowledge. *Iran J Pediatr* 2007; 17(Suppl 1):41-6.
42. Sharifirad G, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hassanzadeh A. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. *Arak Med Univ J* 2010; 13(1):63-70.
43. Raisi Dehkordi Z, Raei M, Ghassab Shirazi M, Raisi Dehkordi SA, Mirmohammadali M. Effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparous women. *J Hayat* 2012; 18(2):57-65. (Persian).
44. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M. How midwives learn about breastfeeding. *Aust J Midwifery* 2003; 16(2):11-6.
45. Mojalli M, Basiri Moghadam M, Shamshiri M. Effectiveness of instructional environment and related factors on breastfeeding function of mothers. *Horizon Med Sci* 2010; 16(1):59-64.
46. Seighali F, Fallahi M, Farahani Z. The effect of breastfeeding workshop on attitude, knowledge and practice of participants. *Razi J Med Sci* 2014; 21(118):92-101.
47. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37(4):447-52.
48. Simbar M, Nahidi F, Ramezani Tehrani F, Akbarzadeh A. Educational needs assessment for men's participation in perinatal care. *East Mediterr Health J* 2011; 17(9):689-96.
49. Simbar M, Nahidi F, Tehrani FR, Ramezankhani A. Fathers' educational needs for perinatal care in urban Iran: a qualitative approach. *J Biosoc Sci* 2010; 42(5):633-41.