

تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر رفتار شیردهی مادران باردار شهر اراک

دکتر غلامرضا شریفی راد¹، دکتر پرستو گلشیری²، حسین شهنازی^{3*}، مریم براتی⁴، اکبر حسن زاده⁵، عبدالرحمان چرکزی⁶، میترا مودی³

- 1- دانشیار، دکترای آموزش بهداشت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- 2- استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- 3- دانشجوی دکترای آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- 4- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- 5- مربی، کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- 6- دانشجوی دکترای آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران

تاریخ دریافت 88/6/25، تاریخ پذیرش 88/10/16

چکیده

زمینه و هدف: امروزه مادران تحت تأثیر عواملی شیردهی را قطع کرده و تغذیه مصنوعی یا کمکی را برای کودک خود آغاز می‌کنند. این مسئله باعث صدمات جسمی و روانی بر کودکان و آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی در جوامع می‌شود. این تحقیق با هدف ارزیابی تأثیر آموزش بر اساس مدل بزنف در برقراری شیردهی موفق در زنان باردار شهر اراک انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که بر روی 88 نفر از مادران باردار شهر اراک انجام شد. نمونه‌ها به طور تصادفی در گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. آموزش بر اساس اجزای مدل بزنف و اهداف رفتاری مشخص و در طی چهار جلسه آموزشی صورت گرفت. در نهایت اطلاعات حاصل با استفاده از آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمرات آگاهی، نگرش، عوامل قاندرساز و هنجارهای انتزاعی در گروه مورد بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نسبت به گروه شاهد نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش مبتنی بر مدل دارای تأثیر مثبت در بهبود رفتار است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌های بهداشتی به جای استفاده از آموزش‌های سنتی از آموزش برنامه‌ریزی شده با استفاده از مدل‌های آموزش بهداشت بهره گرفته شود که تأثیر آن قابل اندازه‌گیری و استناد می‌باشد.

واژگان کلیدی: بزنف، شیردهی، آموزش

* نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت

مقدمه

نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که نگرش مادر نسبت به شیردهی، حمایت شبکه اجتماعی و وجود شرایط مناسب برای تغذیه با شیر مادر در جامعه از عوامل موثر در یک شیردهی موفق در سه ماه اول پس از زایمان به حساب می‌آیند (8).

مطالعات مختلفی در جهان و ایران در رابطه با تأثیر آموزش در شیردهی موفق انجام شده که همگی به طور کلی گویای تأثیر مثبت آموزش بوده‌اند (9، 10). ولی کمتر مطالعه‌ای به صورت سیستماتیک و با استفاده از تئوری‌های آموزشی به بررسی این موضوع پرداخته است. در واقع باید گفت که ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد و اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد (11). در انجام مداخلات آموزشی استفاده از تئوری‌های رفتاری مانند مدل اعتقاد بهداشتی، مدل بزنف، تئوری عمل منطقی، حمایت اجتماعی و تئوری انتشار نوآوری می‌تواند ظرفیت بالقوه‌ای برای اثربخشی این مداخلات ایجاد کند (12). از مدل بزنف جهت برآوردن نیازهای آموزش بهداشت در کشورهای در حال توسعه استفاده می‌نمایند. این مدل به منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار موثر هستند به کار می‌رود. در این مدل نگرش نسبت به رفتار، نرم‌ها، فشارهای اجتماعی، قصد رفتار و فاکتورهای قادرسازی موثر در انجام رفتار نظیر مهارت، زمان و هزینه مورد بررسی قرار می‌گیرند (13).

در این بررسی سعی شد تا با استفاده از مداخله آموزشی بر اساس مدل بزنف آگاهی مادران افزایش و نگرش آنان نسبت به اهمیت شیر مادر بهبود یابد و با در اختیار قرار دادن عوامل قادر کننده مانند اطلاعات کافی و در دسترس قرار دادن پرسنل بهداشتی جهت مشاوره و همکاری و همچنین شناسایی نرم‌های انتزاعی مادران مانند اعضای خانواده، مادر، همسر و پرسنل بهداشتی شاهد ارتقای رفتار شیردهی مادران باردار شهر اراک باشیم.

شیردهی یکی از مهمترین راه‌های ارتقای سلامت کودکان در جوامع است. برای نوزاد انسان که مرکز ثقل امیدها و آرزوهای اوست غذایی مناسبتر از شیر مادر وجود ندارد و گویی شیر مادر گواراترین روزی از مائده الهی برای اوست به ویژه آن که این اکسیر حیات از سینه مادرش و در اوج تجلی عواطف انسانی و ارتباط تن و روان برایش پیشکش شود (1). سالهاست که نقش اساسی تغذیه با شیر مادر در سلامت و رشد و تکامل کودکان شناخته شده است. تغذیه با شیر مادر به تنهایی برای 4 تا 6 ماه اول عمر و همراه با سایر غذاهای کمکی تا پایان 2 سالگی مهمترین طریقه تغذیه شیرخواران است (2). در سال‌های اخیر مادران نسبت به مزایای شیر مادر آگاهی بیشتری یافته و اغلب آنها تغذیه با شیر مادر را برای کودک خود انتخاب می‌کنند. اما تحت تأثیر عواملی رفتارهای غلط شیردهی از خود نشان می‌دهند و شیردهی را قطع کرده و تغذیه مصنوعی یا کمکی را جایگزین آن می‌کنند که این مسئله صدمات جبران ناپذیر جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی را به جوامع وارد می‌سازد (3، 4).

مطابق یافته‌های یونسف روزانه بیش از سه هزار کودک به علت بیماری‌های عفونی ناشی از تغذیه با بطری می‌میرند و یک و نیم میلیون بچه هر سال به دلیل عدم تغذیه با شیر مادر جان خود را از دست می‌دهند (5). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه پس از تولد متفاوت است. مثلاً در انگلستان میزان تغذیه نوزاد با شیرمادر بسیار پایین بوده و اکثر مادران در همان ماه اول تولد شیردهی به نوزاد را قطع می‌کنند البته این مسئله تحت تأثیر فاکتورهای اجتماعی - اقتصادی قرار دارد به طوری که ثابت شده زنانی که از گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پائین تری هستند کمتر اقدام به شیردهی به نوزاد می‌کنند (6). یکی از فاکتورهای مهم در تغذیه نوزاد با شیر مادر نرم‌های انتزاعی زنان شامل دیدگاه همسر، دوستان و مراقبان بهداشتی می‌باشد که در شیوع و ادامه تغذیه با شیر مادر تعیین کننده هستند (7).

مواد و روش ها

این مطالعه، مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی و آینده نگر می‌باشد. جمعیت مورد مطالعه مادران نخست زایی بودند که در سه ماهه سوم بارداری (مشخصاً ماه‌های هفتم و هشتم) و تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک قرار داشتند. مادرانی که دو یا چند قلو حامله و یا دارای بیماری‌های عفونی پستان بودند، داروهای ضد افسردگی و روان گردان استفاده می‌کردند و یا به هر دلیلی حاضر به همکاری نبودند از مطالعه خارج شدند.

تعداد نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مقایسه میانگین‌های دو گروه برای هر گروه (مورد و شاهد) 44 و جمعاً 88 به دست آمد. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از میان مراکز بهداشتی - درمانی موجود 4 مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. دو مرکز که به هم نزدیک و در یک منطقه از شهر بودند به صورت تصادفی یکی در گروه مورد و دیگری در گروه شاهد قرار گرفتند و دو مرکز دیگر نیز به همین صورت انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه و چک لیست استفاده شد. پرسش‌نامه دارای 4 بخش سئوالات آگاهی، نگرش، فاکتورهای قادرساز و هنجارهای انتزاعی بود. سئوالات آگاهی شامل 13 سؤال سه گزینه‌ای بود که به پاسخ صحیح نمره 1 و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت. سئوالات نگرش شامل 9 سؤال پنج گزینه‌ای بود که طیف نمره بین 4 (مطلوب‌ترین پاسخ) و صفر بود. سئوالات فاکتورهای قادر ساز 7 سؤال دو گزینه‌ای بود که به پاسخ صحیح نمره 1 و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت. بررسی هنجارهای انتزاعی برای تعیین اینکه چه افرادی در رفتار شیردهی در فرد موثر هستند شامل یک سؤال پنج گزینه‌ای بود که پاسخ‌های مربوط به آن به صورت فراوانی محاسبه گردید. از آنجایی که انجام اعمال ضرب و تقسیم تأثیری بر نتیجه آزمون‌ها ندارد جهت سهولت در انجام مقایسه کلیه نمرات بر مبنای 100 محاسبه شد.

در نهایت چک لیست عملکرد مشاهده‌ای نحوه صحیح شیردهی در 17 آیتم تکمیل گردید. برای تعیین

اعتبار ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین صورت که پرسش‌نامه و چک لیست مشاهده نحوه شیردهی با مطالعه کتب فارسی، لاتین، نشریات و همچنین پایان نامه‌های مرتبط تهیه و سپس مشکلات آن زیر نظر اساتید متخصص در رشته آموزش بهداشت مرتفع گردید.

برای تعیین اعتماد پرسش‌نامه از آلفا کرونباخ در فاز پایلوت بر روی 20 نفر استفاده شد. این مقدار برای سئوالات آگاهی ($\alpha=0/81$)، نگرش ($\alpha=0/9$)، عملکرد ($\alpha=0/78$)، فاکتورهای قادرساز ($\alpha=0/82$) و هنجارهای انتزاعی ($\alpha=0/91$) محاسبه گردید. پرسش‌نامه طراحی شده یک بار قبل از مداخلات آموزشی و به هنگام مراجعه مادران به مرکز جهت مراقبت‌های دوران بارداری در هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل شد. مداخلات به صورت 4 جلسه آموزشی هر یک به مدت 90 دقیقه در طول یک ماه طراحی گردید. برای هر یک از جلسات آموزشی اهداف رفتاری تعیین و تلاش شد که با استفاده از روش‌های مختلف از قبیل سخنرانی، تصاویر آموزشی، پمفلت و در جلسه آخر ویدئو سی دی به اهداف تعیین شده نایل گردیم. بعد از مداخلات آموزشی هنگامی که مادران کودک خود را به دنیا آوردند و بعد از 35 تا 45 روز برای تشکیل پرونده به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه کردند بار دیگر پرسش‌نامه توسط آنها تکمیل شد. نتایج به دست آمده در خصوص اجزای مدل بزنف ابتدا وارد کامپیوتر شد و سپس توسط آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی معنی‌دار بودن و یا نبودن نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی تعیین گردید. همچنین در مورد هنجارهای انتزاعی از آزمون مک‌نمار استفاده شد.

یافته‌ها

با توصیف داده‌های گردآوری شده در این پژوهش، آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری را بین میانگین سنی گروه مورد ($24/38 \pm 3/55$) و گروه شاهد ($23/43 \pm 4/02$) نشان نداد. همچنین آزمون‌های دقیق فیشر و مان ویتنی نشان دادند که بین گروه شاهد و مورد به ترتیب

عوامل قادر ساز در انجام رفتار صحیح شیردهی آزمون تی مستقل بین دو گروه مورد و شاهد قبل و پس از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری نشان داد ($p < 0/001$). قابل ذکر است که در همین رابطه آزمون تی زوج بین قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه شاهد تفاوت معنی داری را نشان نداد ($p = 0/123$) در حالیکه همین آزمون نشان دهنده معنی دار بودن اختلاف در گروه مورد قبل و بعد از مداخله آموزشی بود ($p < 0/001$) (جدول 2).

جدول 2. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عوامل قادر ساز در دو گروه مورد (مداخله آموزشی) و شاهد قبل و بعد از مداخله در مادران مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر اراک

p	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)		
<0/001	(16/94)63/63	(7/34)85/66	مورد	آگاهی
0/173	(16/45)67/13	(14/11)64/86	شاهد	
<0/001	(14/20)65/84	(10/1)83/33	مورد	نگرش
0/115	(15/54)73/67	(13/95)63/32	شاهد	
<0/001	(15/03)15/84	(63/17)75/97	مورد	عوامل قادر ساز
0/123	(94/17)16/84	(23/37)24/35	شاهد	

همچنین مقایسه نمرات نرم‌های انتزاعی در دو گروه مورد و شاهد نشان داد که در گروه مورد قبل و بعد از مداخله آموزشی در مورد همسر، مادر، مادر شوهر و دوستان تفاوت معنی داری وجود ندارد در حالیکه در مورد کارمندان بهداشتی نتیجه آزمون مک نمار تفاوت معنی داری را نشان داد ($p < 0/001$) (جدول 3).

از نظر شغل و تحصیلات اختلاف معنی داری وجود ندارد (جدول 1).

جدول 1. مقایسه متغیرهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد (مداخله آموزشی) و شاهد در مادران نخست زا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک

p	مورد (مداخله آموزشی)	شاهد	
0/241	(3/55)24/38	(4/02)23/43	سن مادر میانگین (انحراف معیار)
0/315	(3/54)29/63	(3/83)28/84	سن همسر
0/309	(93/2)41	(97/7)43	شغل (خانه دار) تعداد (درصد)
0/549	(61/4)27	(38/6)17	تحصیلات مادر (دیپلم) تعداد (درصد)
0/445	(52/3)23	(52/3)23	تحصیلات همسر (دیپلم) تعداد (درصد)
0/724	(86/4)38	(84/1)37	تمایل به حاملگی تعداد (درصد)

بین گروه مورد و شاهد از نظر نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p = 0/329$)؛ ولی بعد از مداخله آموزشی بین گروه مورد و شاهد تفاوت معنی دار شده است ($p < 0/001$). مقایسه میانگین نمره نگرش مادران در دو گروه مورد و شاهد نشان داد که بعد از مداخله بین گروه مورد و شاهد از نظر نمره نگرش تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین آزمون تی زوج نشان داد که قبل و بعد از مداخله در گروه مورد از لحاظ میانگین نمره نگرش تفاوت نشان داده شد ($p < 0/001$)، در حالی که همین آزمون در گروه شاهد حاکی از تفاوت نبود ($p = 0/115$). از نظر تأثیر آموزش بر

جدول 3. توزیع فراوانی نسبی نرم‌های انتزاعی در گروه مورد (مداخله آموزشی) و شاهد قبل و بعد از مداخله در مادران مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر اراک

همسر	مادر	مادر شوهر	دوستان	کارمند بهداشتی
مورد (درصد)	مورد (درصد)	مورد (درصد)	مورد (درصد)	مورد (درصد)
شاهد (درصد)	شاهد (درصد)	شاهد (درصد)	شاهد (درصد)	شاهد (درصد)
81	86	54	27	70
90	84	29	34	84
0/858	0/06	0/449	0/298	< 0/001
0/257	0/477	0/321	0/313	0/291

بحث

مادران از زمان بارداری اطلاعات پراکنده‌ای در مورد شیردهی انحصاری کسب می‌کنند ولی به دلیل ناکافی بودن آموزش‌های اصولی، باورهای فرهنگی و اجتماعی نیز در شیردهی تأثیر می‌گذارند. کم بودن شیر، بیماری مادر یا کودک، باورهای غلط، توصیه اطرافیان و بستگان به عنوان عوامل موثر در شیردهی غیرانحصاری نام برده می‌شوند. بنابراین در نظر گرفتن کلیه عوامل فوق و تدوین برنامه‌های آموزشی اصولی و مبتنی بر تئوری و مدل می‌تواند در ارتقای نگرش و رفتار مادران جامعه در رابطه با شیردهی انحصاری موثر باشد (14).

یافته‌های تحقیق ما نشان داد که با توجه به آموزش‌هایی که در مراکز بهداشتی - درمانی، بیمارستان‌ها و رسانه‌های عمومی داده می‌شود آگاهی مادران از حد متوسط بالاتر است ولی این آگاهی بیشتر در خصوص مزایا و اهمیت شیردهی برای مادر و کودک است و آگاهی در رابطه با مشکلاتی که در عمل بر سر راه یک شیردهی موفق پیش می‌آید محدود بوده و برای پیش‌گیری از این مشکلات در هنگام مواجهه با آنها راه حل منطقی و موثری در اختیار نیست. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از مطالعه دیوئن و همکاران در خصوص تعیین آگاهی و نگرش مادران نوجوان در خصوص تغذیه با شیر مادر در آموزش‌های قبل از زایمان همخوانی دارد (14). همچنین نتایج مطالعه دیگری که توسط حیدرنیا و همکاران در ایران انجام شده نشان داد که استفاده از برنامه‌های آموزش بهداشت در کل اثرات معنی‌داری بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد نمونه پژوهش در زمینه تغذیه کودکان با شیر مادر داشته است (15).

در مطالعه ما در رابطه با عوامل قادرساز بین قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد تفاوت معنی‌داری دیده شد ($p < 0/001$) که نشان دهنده نقش مثبت آموزش مهارت شیردهی بر حمایت مادران و مشاوره با آنها در تداوم تغذیه با شیر مادر می‌باشد. در همین رابطه مطالعه‌ای توسط یوگو و جوسترم جهت تأثیر برنامه آموزش بهداشت برای

تداوم تغذیه با شیر مادر در اروپا انجام شده است که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (16).

در رابطه با نرم‌های انتزاعی نتایج تحقیق ما نشان داد که در گروه مورد قبل و بعد از مداخله آموزشی به جز در گروه کارمندان بهداشتی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که بدین معنی است 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. مطالعه‌ای که توسط استوارت و همکاران در ایرلند شمالی انجام شده نیز این نکته را تأیید می‌کند که نرم‌های نامناسب، شیردهی موفق برای مادران را مشکل‌تر می‌کند. بنابراین بایستی در برنامه‌های آموزشی یک رویکرد اجتماعی وجود داشته باشد (17). همچنین مطالعات متعددی در خصوص فاکتورهای مرتبط با شیردهی موفق انجام شده که نتایج آن نشان دهنده این است که مادرانی که احساس می‌کنند اجتماع برای نقش مادری ارزش قایل است بهتر با نقش شیردهی تطابق حاصل می‌کنند (18، 19) که این مسئله با یافته‌های ما در این مطالعه همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

سالهاست که نقش اساسی تغذیه با شیر مادر در سلامت، رشد و تکامل کودکان و همچنین سلامت مادران شناخته شده است. تقریباً تمام زنان قادر به شیردهی هستند اما هنوز بسیاری از شیرخواران یا به طور کامل با شیرخشک تغذیه می‌شوند و یا شیر کمکی و مایعات اضافی را از ماه‌های اول عمر دریافت می‌کنند. 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 مقررات و ایجاد سیستم حمایتی لازم به آنان اعطاء نماید نقش کلیدی کارکنان بهداشتی - درمانی نیز در ایجاد انگیزه و قادر ساختن آنان به شیردهی حایز اهمیت است. با توجه به

4. Li J, Kendall GE, Henderson S, Dowine J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breast feeding duration. *Acta Paediatr* 2008; 97(2): 221-5.
5. Kim SH. Development of breast feeding adaptation scale. *J Korean Acad Nurs* 2009; 39(2): 259-69.
6. Spibly HE, McCormik F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009; 25(1): 50-61.
7. 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.
8. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, Van Schayck CP. Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude – social influence- self efficacy Model. *Breastfeed Med* 2006; 1(4): 236-46.
9. Hoyer S, Horvat L. Successful breast feeding as a result of a health education program for mothers. *J Adv Nurs* 2000; 32(5): 1158-67.
10. Kim Y. Effects of a breast feeding empowerment program on exclusive breast feeding. *J Korean Acad Nurs* 2009; 39(2): 279-87.
11. Allahverdipour H. [Passing through traditional health education towards theory oriented health education]. *Health Promotion and Education Magazine* 2005; 1(3): 75-9.
12. Hazavehi MM, Khaniei Houni A, Hasanzadeh A, Rashidi M. [The effect of educational program based BASNEF model on diabetic (type II) eyes care in Kasemi's clinic, (shiraz)]. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 2008; 10(2): 145-54.
13. Heydarnia AR. *Discussions in health education process*. Tehran: Zamani; 2008.
14. Dewan N, Wood L, Maxweel S, Cooper C, Barbin B. Breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool. *J Hum Diet* 2002; 15(1): 33-7.
15. Heydarnia AR, Bahaie GR, Sharifi P. [A survey on the effect of different educational

اهمیت موضوع و نتایج این تحقیق جهت ارتقای رفتار شیردهی مادران باردار پیشنهادات زیر ارائه می گردد:

- 1- برگزاری جلسات آموزشی مداوم و بر اساس مدل در مراکز بهداشتی - درمانی برای مادران در خصوص داشتن یک شیردهی موفق
- 2- ترغیب والدین به شرکت در کلاس های آموزش شیردهی و کسب اطلاعات لازم قبل از زایمان
- 3- تشویق زنان شیرده به شرکت در گروه های حمایتی. در این گروه مادرانی که شیردهی موفق داشته اند می توانند الگوهای تاثیرگذاری برای مادران جدید باشند.
- 4- استفاده از مدل ها در آموزش و انجام آموزش های منظم و پیوسته

تشکر و قدردانی

انجام این پژوهش با حمایت و همکاری مرکز بهداشت شهرستان اراک میسر گردید. نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خاص خود را از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی اراک به خصوص جناب آقای دکتر علی محمدی رئیس مرکز بهداشت شهرستان اعلام می دارند.

قابل ذکر است که این مقاله از پایان نامه خانم مریم براتی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با عنوان "بررسی تاثیر آموزش بر مبنای مدل بزنف بر رفتار شیردهی مادران باردار شهر اراک در سال 86-1385" استخراج گردیده است.

منابع

1. Akaberian Sh, Dianat M. [Evaluation of factors influencing on non – exclusive breast feeding during the first six months of life in Bushehr port using group discussion]. *Iranian South Medical J* 2004; 6(2): 165-71.
2. Hatami A, Talebi Toti Z. [Patterns of breast feeding in infants]. *Hayat* 2007; 13(2): 71-6.
3. Earle S. Factors affecting the initiation of breast feeding: implications for breast feeding promotion. *Health Promot Int* 2002; 17(3): 205-14.

- methods of breast feeding on Iranian mothers]. Modarres Journal of Medical Sciences 1998; 1(1): 11-21.
16. Yngve A, Sjostrom M. Breast feeding determinants and a suggested frame work for action in Eroupe. Public Health Nutr 2001; 4(2B): 729-39.
17. 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.
18. Barona-Vilar C, Escriba-Aguir V, Ferrero-Gandia R. qualitative approach to social support and breast feeding decisions. Midwifery 2009; 25(2): 187-94.
19. Li Y, Kong L, Hotta M, Wongkhomthong SA, Ushijima H. Breast feeding in Bankok, Thailand: current status , maternal knowledge, attitude and social support. Pediatr Int 1999; 41(6): 648-54.

The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak

Sharifirad GR¹, Golshiri P², Shahnazi H^{3*}, Barati M⁴, Hasanzadeh A⁵, Charkazi AR⁶, Moudi M³

1-Associate Professor, PhD of Health Education, Department of Health Education and Health Services, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2-Assistant Professor, PhD of Health Education, Department of Health Education and Health Services, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD student of Health Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MSc Health Education, Department of Health Education and Health Services, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Instructor, MSc of Biostatistics, Department of Epidemiology and Biostatistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- PhD Student of Health Education, Department of Public Health, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran

Received 16 Sep, 2009 Accepted 6 Jan, 2010

Abstract

Background: Nowadays, mothers have ceased to breastfeed due to several factors and resort to bottle-feeding or other forms of complementary feeding for their children. This results in physical and emotional problems for children, and socio-economic harms in communities. The aim of this study is to assess the impact of BASNEF model based education on successful breastfeeding in pregnant mothers referring to health centers in Arak.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was carried out with the participation of 88 pregnant women. The participants were randomly allocated to intervention and control groups. Instructions were given in four sessions on the basis of BASNEF model and behavioral objectives. Eventually, the collected data were analyzed by using statistical tests.

Results: Mean scores of knowledge, attitude, enabling factors and subjective norms in the intervention group before and after education showed a significant difference in comparison with control group ($p < 0.001$).

Conclusion: Model-based education has positive impacts on behavior improvements. Thus, in health programs instead of applying traditional instructions, applying planned education programs based on health education models that have measurable and reliable effects is suggested.

Keywords: BASNEF, breast feeding, education

* Corresponding Author:

Email: h_shahnazi@yahoo.com

Address: Department of Health education and health services, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Hezar jarib Avenue, Isfahan, Iran