دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفدهم، شماره ۶، صفحه ۱۲۶۰– ۱۲۵۲ ( بهمن و اسفند ۱۳۹۳)
ISMJ 2015; 17(6): 1252-1260

# مقایسه‌ی تأثیر آموزش چند رسانه‌ای و آموزش رایج در مراکز بهداشتی شهر بوشهر بر شیردهی انحصاری کودکان زیر ۶ ماه

شرافت اکابریان [۱*]، طیبه جمند [۲]، نسرین زحمتکشان [۳]، راضیه باقرزاده [۱]، کامران میرزایی [۴]، طیبه غریبی [۱]، محمدرضا یزدانخواه‌فرد [۲]، فرحناز کمالی [۱]، رزیتا خرم‌رودی [۱]، شهناز پولادی [۲]، رقیه گشمرد [۲]

[۱] گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۲] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۳] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
[۴] گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۲/۳/۱۸– پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۱۲)

## چکیده

**زمینه:** سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ این سیاست را تثبیت کرد که نوزادان باید به‌مدت ۶ ماه به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شوند. ولی بررسی‌ها نشان داده است که تعداد کمی از زنان بیش از ۳ ماه، به نوزادان خود شیر می‌دهند. با این وجود ارائه آموزش و مدیریت شیردهی برای تداوم منطقی و موفقیت شیردهی حیاتی است. پژوهش کنونی با هدف مقایسهٔ تأثیر آموزش چند رسانه‌ای و آموزش رایج در مراکز بهداشتی شهر بوشهر بر شیردهی انحصاری کودکان زیر ۶ ماه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه تجربی از نوع پس آزمون با گروه شاهد، با نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۱۶۹ خانم باردار شکم اول تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه مداخله و شاهد (به‌ترتیب ۷۷ و ۹۲ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله از سن ۳۲ هفته حاملگی تا ۶ ماه پس از زایمان از طریق اجرای برنامه‌های آموزش چند رسانه‌ای در مورد شیردهی (به‌صورت اسلاید، فیلم‌های آموزشی، سخنرانی و پمفلت) مورد آموزش و مشاوره قرار گرفتند. در حالی‌که گروه شاهد تحت آموزش به شیوه رایج مراکز بهداشتی (ارائه کتابچه آموزشی) قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز به‌وسیله‌ی پرسشنامه خود ساخته روا و پایا جمع‌آوری گردید، سپس اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** ویرایش ۱۱/۵ و آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (مجذور کای دو و **Mann Whitney**) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام موارد (**P<۰/۰۵**) معنی‌دار فرض گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان می‌دهد که در هیچ یک از دفعات پیگیری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر مدت زمان شیردهی انحصاری مشاهده نشده است. اما در گروه مداخله مشکلات شیردهی مانند شیرناکافی، پرشیری، پوزیشن غلط و مشکلات پستان مانند زخم پستان و ماستیت به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد کاهش یافت (**P<۰/۰۰۱**).

**نتیجه‌گیری:** آموزش‌های ارائه شده توسط مراکز بهداشتی شهر بوشهر به اندازه آموزش‌های چند رسانه‌ای بر شیردهی انحصاری مؤثر بوده است ولی آموزش چند رسانه‌ای در زمینه کاهش مشکلات شیردهی بر آموزش‌های رایج برتری دارد که بهتر است مراکز بهداشتی به آموزش در زمینه پوزیشن صحیح شیردهی تأکید بیشتری داشته باشند.

**واژگان کلیدی:** آموزش‌های چند رسانه‌ای، آموزش‌های رایج، شیردهی انحصاری، مراکز بهداشتی درمانی

* بوشهر، سبزآباد، ریشهر، دانشکده پرستاری و مامایی، سایت دانشگاه علوم پزشکی
**E-mail :sh.akabarian@bpums.ac.ir**

## مقدمه

تغذیه شیرخوار با شیر مادر به‌عنوان تغذیه مطلوب، یکی از ابعاد بسیار با اهمیت در رشد و تکامل ذهنی ـ شناختی کودک به حساب می‌آید (۱).

در مرحله شروع زندگی، شیر مادر غذایی است که بیشتر ویژگی‌های تغذیه ایده‌آل را دارا می‌باشد. بررسیهای گوناگونی تأثیر مثبت شیر مادر بر روی رشد و تکامل کودک را تأیید نموده است. شیر مادر از مزایای روانشناختی و ایمنولوژیکی فراوانی برخوردار است که در کاهش مرگ ومیر نوزادان بسیار با اهمیت می‌باشد (۲).

مطالعات اپیدمیولوژیک اثر شیرمادر را در کاهش مرگ ومیر نوزادان در نتیجه بیماری‌های مزمن و حاد نشان می‌دهند (۳ و ۴). سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا شش ماه اول زندگی کودک و ادامه شیردهی را به همراه غذای جامد تا ۲ سالگی به مادران توصیه نموده است که در این راستا، مدت زمان بین سه ماه آخر بارداری تا شش ماه پس از تولد، بحرانی‌ترین دوره برای تغذیه جنین و شیرخوار به حساب می‌آید (۵).

در پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف دنیا، نوع اولین تغذیه، آگاهی مادر از مزایای شیردهی و تحصیلات مادر (۱۰-۶) از عوامل مؤثر در تداوم شیردهی و عواملی مانند باورهای غلط در شیردهی از علل مهم در شروع تغذیه با شیر خشک بوده‌اند (۶، ۱۴-۱۰). بیشتر خانم‌هایی که پیش از زایمان تصمیم به شیردهی نوزاد خود می‌گیرند کاملاً موفق بوده و حدود ۹۷ـ۹۳ درصد آن‌ها شیردهی موفقی خواهند داشت. ترغیب و تشویق خانم‌های باردار به شیردهی اهمیت به‌سزایی دارد که قابل توجه کادر پزشکی می‌باشد. آموزش به مادران در مورد تکنیک شیردهی، قانون عرضه و تقاضا و دفعات شیردهی و رفتارهای طبیعی نوزادان منجر به شروع و تداوم شیردهی به نحو مطلوب می‌گردد (۱۵). با وجود آنکه آموزش شیردهی به‌طور ناخودآگاه و طی برخوردهای اجتماعی و خانوادگی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود. اما در بسیاری از موارد مشاهده می‌گردد که عدم آگاهی کافی و وجود باورهای غلط باعث اختلال در شیردهی و گاهی حتی قطع شیرمادر و توسل به سایر روش‌های تغذیه‌ای مانند استفاده از شیرخشک یا شیرپاستوریزه می‌گردد (۱۶). آموزش صحیح می‌تواند نقش مؤثری در ارتقاءسطح آگاهی مادران و در نتیجه افزایش میزان شیردهی انحصاری ایفا کند (۹ و ۱۷). بندورا (Bandura) معتقد است که می‌توان با اتخاذ راهکارها و مداخلات آموزشی مناسب در کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز، میزان توانمندی فرد را افزایش داد (۲۱-۱۸).

برنامه‌های آموزشی و راه‌های افزایش انگیزه مادران در شیردهی در بدو تولد در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از روش‌های آموزشی که جهت آموزش به مادران وجود دارد آموزش چند رسانه‌ای است.بنابر اصول یادگیری در بزرگسالان، روش‌های مورد استفاده برای افزایش مهارت فراگیر شامل نمایش عملی، ایفای نقش، نوارهای شنیداری، تصویری و استفاده از مدل است. بنابراین به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری روش‌های آموزشی که موجب عملکرد مستقل می‌شود، بیشترین تأثیر را بر نتایج آموزش خواهند داشت (۲۲).

مادر به‌طور فعال در امر یادگیری درگیراست و عمل یادگیری در کنترل خود اوست. این آموزش بر اساس اصول یادگیری در بزرگسالان می‌باشد

(۲۰ و ۲۳). با توجه به کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در سال‌های اخیر در ایران (۴۶/۹۴ درصد)، به ویژه در شهر بوشهر (۲۳/۵ درصد)(۲۴) و اهمیت نقش آموزش در ارتقاء شیردهی انجام تحقیقاتی که بهترین روش‌های آموزش را مشخص ساخته و یا مناسب بودن روش آموزش را تأیید نماید، دارای اهمیت است، از این رو پژوهش کنونی با هدف مقایسه تأثیر آموزش چند رسانه‌ای و آموزش رایج در مراکز بهداشتی شهر بوشهر بر شیردهی انحصاری کودکان زیر ۶ ماه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای تجربی شاهددار است بوده، در این مطالعه جامعه پژوهش خانم‌های باردار شکم اول تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر بودند که از بین ۱۰ مرکز ۴ مرکز به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و کلیه خانم‌های باردار شکم اول (۱۸۴ نفر) تحت پوشش مراکز انتخابی (در سال ۸۹-۱۳۸۸) انتخاب و پس از تقسیم تصادفی دو گروه مداخله و شاهد و با احتمال ریزش نمونه‌ها، در هر گروه تعداد ۹۲ نفر انتخاب شدند که پس از انجام مطالعه تعداد ۵ نفر از گروه مداخله از ادامه مطالعه اعلام انصراف نمودند همچنین به‌منظور نزدیک شدن نمونه انتخابی به جمعیت مرجع، توزیع تصادفی بر حسب هر مرکز به‌صورت جداگانه و بر اساس تعداد نمونه‌های آن مرکز صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، محدوده‌ی سنی ۳۵-۱۸ سال، خانم‌های باردار ۳۲ هفته شکم اول (برحسب LMP یا سونوگرافی سه ماهه اول)، تک قلویی، فقدان هرگونه بیماری جسمی و روحی حاد و مزمن مادر (با سوال کردن از مادر) و در صورت پیشامد معیارهای خروج شامل افسردگی پس از زایمان، بیماری مادر، بیماری و ناهنجاری مادرزادی کودک، مصرف داروهای منع شیردهی، بستری شدن نوزاد در بیمارستان به هر علت، بودند. (برای اثربخشی بیشتر آموزش و به‌دلیل اینکه مادران شکم اول آموزش و تجربه‌ای در این زمینه نداشتند از این گروه مادران استفاده شد). ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه خود ساخته‌ی ۲۷ آیتمی که شامل سه بخش: ۱۰ آیتم مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی (شامل نوع زایمان، وضعیت نوزاد، سن مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، سابقه نازایی، بیماری مادر و کودک)، ۱۴ سؤال مربوط به آگاهی در مورد شیردهی (شامل تغییر سایز پستان در زمان بارداری، وضعیت نوک پستان، مشکلات پستان بعد از زایمان، استفاده از پستانک، مشکلات شایع شیردهی و وضعیت تغذیه کودک) و ۳ سؤال مرتبط با نگرش (شامل حمایت همسر از شیردهی، نگرش خانواده نسبت به شیردهی و رضایتمندی از زندگی زناشویی) بود. پرسشنامه‌ها با حضور مادر و توسط یکی از پژوهشگران در مراکز بهداشتی تکمیل شده است. پیش از جمع‌آوری اطلاعات این پرسشنامه توسط دو متخصص کودکان و ده نفر از اعضای هیئت علمی مامایی از نظر اعتبار صوری و محتوا بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. ضمناً پایایی ابزار با انجام مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ نمونه و با بازآزمون مورد بررسی و با r=۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت.

برنامه‌های آموزش شیردهی برای گروه مداخله از سن ۳۲ هفته حاملگی به‌صورت هفتگی طی سه هفته (۳ جلسه آموزشی) انجام گرفت، جلسات به شکل حضوری در مراکز بهداشتی تشکیل می‌شد و افراد به‌صورت تلفنی جهت شرکت در جلسات دعوت می‌شدند. همچنین همین گروه در روزهای اول، سوم (با مراجعه به بیمارستان)، چهاردهم، سی‌ام، ماه‌های دوم، چهارم و ششم بعد از زایمان تحت مشاوره و پیگیری قرار گرفتند. محتوای آموزشی شامل: زمان شروع شیردهی، دفعات پوزیش، مزایا و مشکلات شایع شیردهی، پیشگیری از بروز این مشکلات و روش‌های درمان آن‌ها بود، مدت زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه بوده است که به‌صورت سخنرانی، نمایش فیلم و اسلاید، ارائه پمفلت و پاسخگویی به سؤالات گروه بود، گروه شاهد نیز تحت آموزش و مراقبت به شیوه رایج مراکز بهداشتی (ارائه کتابچهٔ آموزشی) قرار گرفتند. ضمناً جهت رعایت اخلاقیات، علاوه‌بر کسب مجوزهای لازم از مدیریت پژوهشیدر ابتدای مطالعه نیز به واحدهای مورد پژوهش توضیح داده شد که شرکت در این تحقیق به‌صورت اختیاری است و در هر مرحله تمایل به ادامه شرکت در پژوهش را نداشتند می‌توانند انصراف دهند، اطلاعات کاملاً محرمانه و بی‌نام بوده و از تمامی شرکت کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ و با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (مجذور کای دو و Mann Whitney) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام موارد ($P<۰/۰۵$) معنی‌دار فرض گردید.

## یافته‌ها

در بررسی کنونی ۱۶۹ خانم باردار شکم اول در دو گروه مداخله و شاهد (به‌ترتیب ۷۷ و ۹۲ نفر) قرار گرفتند، دو گروه از نظر نوع زایمان، وضعیت نوزاد(ترم یا نارس)، سن مادر، شغل و تحصیلات پدر و مادر، تغییرات سایز پستان در طی حاملگی (با پرسش از مادر)، وضعیت نیپل، سابقه نازایی با هم تفاوتی نداشتند. (جدول ۱). نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بیشتر مادران (۸۳/۵ درصد) در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال و اقلیت (۱۶/۵ درصد) در گروه سنی ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات ۲۳/۶ درصد مادران زیر دیپلم و بیش از نیمی از مادران (۵۲/۶ درصد) دیپلم و بقیه بالای دیپلم بودند. بیشتر مادران (۸۴/۶ درصد) خانه‌دار و ۱۵/۴ درصد شاغل بودند. نحوه زایمان بیش از نیمی از مادران (۵۶/۳ درصد) به‌روش سزارین و بقیه به‌روش طبیعی بود. اکثریت نوزادان (۹۸/۳ درصد) ترم و بقیه نارس بودند.

نتایج نشان دادند که در هیچ‌یک از دفعات پیگیری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر تداوم شیردهی انحصاری مشاهده نشده است (جدول ۲).

**جدول ۱) اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه**

| | | گروه مداخله (۷۷ نفر) | | گروه شاهد (۹۲) نفر | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| تحصیلات مادر | زیردیپلم | ۱۶ | (۲۰/۷) | ۲۴ | (۲۶/۱) | ۰/۳۸۹ |
| | دیپلم | ۳۷ | (۴۸/۱) | ۵۲ | (۵۶/۵) | |
| | فوق دیپلم | ۱۰ | (۱۳) | ۶ | (۶/۵) | |
| | لیسانس | ۱۳ | (۱۶/۹) | ۹ | (۹/۸) | |
| | بالاتر از لیسانس | ۱ | (۱/۳) | ۱ | (۱/۱) | |
| تحصیلات پدر | زیردیپلم | ۱۵ | (۱۹/۵) | ۲۳ | (۲۵) | ۰/۵۰۸ |
| | دیپلم | ۴۳ | (۵۵/۸) | ۴۹ | (۵۳/۲) | |
| | فوق دیپلم | ۱۰ | (۱۳) | ۷ | (۷/۶) | |
| | لیسانس | ۶ | (۷/۸) | ۱۱ | (۱۲) | |
| | بالاتر از لیسانس | ۳ | (۳/۹) | ۲ | (۲/۲) | |
| شغل مادر | خانه‌دار | ۶۳ | (۸۱/۸) | ۸۰ | (۸۷) | ۰/۵۷۹ |
| | شاغل | ۱۴ | (۱۸/۲) | ۱۲ | (۱۳) | |
| شغل پدر | کارمند | ۳۰ | (۳۹) | ۳۷ | (۴۰/۲) | ۰/۵۹۵ |
| | آزاد | ۴۴ | (۵۷/۱) | ۴۹ | (۵۳/۳) | |
| | کارگر | ۳ | (۳/۹) | ۶ | (۶/۵) | |
| نوع زایمان | NVD | ۳۴ | (۴۴/۲) | ۴۰ | (۴۳/۶) | ۰/۹۷۹ |
| | C/S | ۴۳ | (۵۵/۸) | ۵۲ | (۵۶/۴) | |
| وضعیت نوزاد | ترم | ۷۶ | (۹۸/۷) | ۹۰ | (۹۷/۸) | |
| | پره ترم | ۱ | (۱/۳) | ۲ | (۲/۲) | |
| سابقه نازایی | بله | ۶ | (۷/۸) | ۶ | ۶/۵ | ۰/۴۸۹ |
| | خیر | ۷۱ | (۹۲/۲) | ۸۶ | (۹۳/۵) | |
| تغییر سایز پستان | وجود دارد | ۷۲ | (۹۳/۵) | ۷۹ | (۸۵/۹) | ۰/۵۸۰ |
| | وجودندارد | ۵ | (۶/۵) | ۱۳ | (۱۴/۱) | |
| نوک پستان | فرورفته | ۱ | (۱/۳) | ۲ | (۲/۲) | ۰/۸۹۰ |
| | صاف | ۳ | (۳/۹) | ۴ | (۳/۴) | |
| | معمولی | ۷۳ | (۹۴/۸) | ۸۶ | (۹۳/۵) | |

**جدول ۲) مقایسه وضعیت تغذیه کودک از بدو تولد تا ۶ ماهگی در گروه مداخله و شاهد**

| متغیر | گروه مداخله | | | گروه شاهد | | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| وضعیت تغذیه کودک | شیرخشک تعداد(درصد) | شیرمادر تعداد(درصد) | توأم تعداد(درصد) | شیر خشک تعداد(درصد) | شیرمادر تعداد(درصد) | توأم تعداد(درصد) | |
| بدو تولد | ۱(۱/۳) | ۷۴(۹۶/۱) | ۲(۲/۶) | ۱(۱/۱) | ۸۶(۹۳/۵) | ۵(۵/۴) | ۰/۶۵ |
| روز سوم | ۱(۱/۳) | ۷۴(۹۶/۱) | ۲(۲/۶) | ۱(۱/۱) | ۸۲(۸۹/۱) | ۹(۹/۸) | ۰/۱۶۹ |
| روز چهاردهم | ۲(۲/۶) | ۶۷(۸۷) | ۸(۱۰/۴) | ۱(۱/۱) | ۷۸(۸۴/۸) | ۱۳(۱۴/۱) | ۰/۵۹۶ |
| روز سی ام | ۳(۳/۹) | ۶۵(۸۴/۴) | ۹(۱۱/۷) | ۲(۲/۲) | ۷۵(۸۱/۵) | ۱۵(۱۶/۳) | ۰/۵۷۹ |
| ماه دوم | ۶(۷/۸) | ۶۰(۷۷/۹) | ۱۱(۱۴/۳) | ۶(۶/۵) | ۷۰(۷۶/۱) | ۱۶(۱۷/۴) | ۰/۸۳۲ |
| ماه چهارم | ۹(۱۱/۷) | ۵۳(۶۸/۸) | ۱۵(۱۹/۵) | ۱۱(۱۲) | ۶۴(۶۹/۵) | ۱۷(۱۸/۵) | ۰/۹۸۶ |
| ماه ششم | ۱۰(۱۳) | ۵۱(۶۶/۲) | ۱۶(۲۰/۸) | ۱۱(۱۲) | ۶۴(۶۹/۵) | ۱۷(۱۸/۵) | ۰/۹۰۳ |

همچنین یافته‌ها نشان دادند که در گروه آموزش به شیوه چند رسانه‌ای مشکلات پستان در دوران شیردهی نظیر زخم پستان و ماستیت (۲/۶ درصد) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه آموزش به شیوهٔ سنتی (۲۶/۱ درصد) است (P<۰/۰۰۱).

همچنین مشکلات شیردهی مانند شیر ناکافی (بر اساس گفته مادر و چگونگی وزن گیری نوزاد)، پرشیری و پوزیشن غلط (با پرسش از مادر به کمک استفاده از تصاویر) به‌طور معنی‌داری در گروه مداخله (۵/۲ درصد) کمتر از گروه شاهد (۱۶۹/۳ درصد) بود (P<۰/۰۱).

ضمناً دو گروه از نظر زمان شروع تغذیه با شیشه، علت شروع تغذیه با شیشه، استفاده از پستانک، حمایت همسر، نگرش خانواده و رضایت از زندگی زناشویی اختلاف معنی‌داری نداشتند.

## بحث

در بررسی کنونی تأثیر آموزش چند رسانه‌ای و آموزش رایج در مراکز بهداشتی بر شیردهی انحصاری کودکان زیر ۶ ماه شهر بوشهر مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج پژوهشپیش رو نشان داده که در هیچ‌یک از دفعات پیگیری، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر تداوم شیردهی انحصاری مشاهده نشده، در ضمن اظهارات دو گروه در مورد حمایت همسر، نگرش خانواده و رضایت از زندگی زناشویی همسان بودند.

این یافته نشان می‌دهد که نه آموزش سنتی و نه آموزش چند رسانه‌ای نتوانسته‌اند باعث افزایش معنی‌دار تداوم شیردهی شوندبنابراین به‌نظر می‌رسد علاوه‌بر آموزش، عوامل دیگری مانند عوامل فرهنگی، باورها، اعتقادات و نگرش مادر در تداوم شیردهی دخیل باشند.

در تأیید نتیجه فوق، پتروا (Petrova) و همکاران در تحقیقی مشابه به این نتیجه رسیدند که با وجود اینکه همه‌ی خانم‌های باردار مورد مطالعه تصمیم به شیردهی داشتند ولی در عرض ۳ ماه بعد از زایمان علی‌رغم آموزش، شیردهی انحصاری به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. روش زایمان، تجربه قبلی شیردهی، هم اتاقی و بازگشت به کار تأثیر چندانی در شیردهی انحصاری نداشت ولی دانش، نگرش و اعتقادات مادر درباره‌ی شیردهی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار داشت (۲۵).

رودباری و همکاران نیزدر پژوهشی که بر روی مادران شیرده انجام دادند به این نتیجه رسیدند که با وجود اینکه دورهٔ شیردهی با سن کودک و مادر، سطح آموزش مادر، شیردهی شبانه، دفعات شیردهی در ۲۴ ساعت مرتبط است ولی به‌طور معنی‌داری تداوم شیردهی کاهش یافته است (۲۶). که در این خصوص احتمالا علاوه‌بر عوامل فوق عوامل دیگری در تداوم شیردهی نقش داشته که باید مورد بررسی دقیق‌تر قرار گیرد.

اگرچه در بررسی کنونی در تداوم شیردهی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و شاهد مشاهده نشد ولی یافته‌های مثبتی به‌دست آمد که می‌تواند به‌طور غیرمستقیم در تداوم شیردهی انحصاری مؤثر باشد.

نتایج نشان داد که مشکلات شایع شیردهی و پستان نظیر زخم پستان و ماستیت در گروه مداخله کمتر از گروه شاهد بوده است، کاهش این مشکلات تأثیر بسزایی در تداوم شیردهی دارد و در صورتی که درد و صدمه ادامه یابد باعث اختلال در امر شیردهی

می‌گردد. شیهان (Sheehan) و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که مادران در ۶-۲ هفته اول بعد از زایمان با مشکلات شیردهی با میزان بیشتری مواجه هستند و در این مدت به حمایت، آموزش و مشاوره بیشتری نیاز دارند (۲۷) چرا که آموزش و مشاوره منجر به کاهش مشکلات شیردهی و در نتیجه ارتقا شیردهی می‌گردد.

در مطالعه‌ای که در اوگاندا توسط نانکوندا (Nankunda) و همکاران انجام شد به این نتیجه رسیدند که مشاوره و حمایت از مادران شیرده باعث کاهش مشکلات شایع شیردهی مانند زخم نیپل‌ها، احتقان پستان، ماستیت و شیرناکافی شده و کاهش مشکلات شیردهی موجب ارتقا شیردهی می‌گردد. همچنین مشاهده کردند که بیشتر این مشکلات با رعایت پوزیشن صحیح شیردهی برطرف می‌شود (۲۸). کرن برگ (Kranborg) نیز در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسید که تکنیک صحیح شیردهی از مشکلات اولیه و ثانویه شیردهی جلوگیری می‌کند اما در پیش‌بینی مدت زمان شیردهی خیلی سودمند نیست (۲۹)، که همه این مطالعات با مطالعهکنونی هم‌خوانی دارد.

از آنجا که این پژوهش در مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر و بر روی خانم‌های شکم اول انجام شده بنابراین قابل تعمیم به کل جامعه نمی‌باشد چرا که مسائل فرهنگی و جغرافیایی می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء شیردهی، پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام شود و طی یک تحقیق کیفی به بررسی دیدگاه مادران در خصوص عوامل تسهیل‌گر و ممانعت کننده در شیردهی انحصاری پرداخته شود.

## سپاس و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی به‌شماره ۲۰/۱۸/۳/۶۰۲/دپ که بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی را از همکاری پرسنل محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر و همچنین معاونت محترم پژوهشی اعلام می نماییم.

## References:

1. Batal M, Boulghourjian C, Abdollahi A, et al. Breastfeeding & feeding practices of infants in a developing country:A national survey in Lebanon. Pub Health Nutr 2006; 9: 313-19.
2. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life .J Pediatr (Rioj) 2004; 80: 99-105.
3. Horta BL, Bahl R, Martines JC, et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis 2007; 978: 1-57.
4. Gratner LM, Morton J ,Lawrence RA, et al. Breastfeeding & the use of human milk. Pediatrics 2005; 115: 496-506.
5. Veghari G, Mansourian A, Abdollahi A. Breastfeeding status & some related factors in northern Iran. Oman Med J 2011.26: 342-8.
6. Suwaidi NA, Sajwani N. Knowledge and attitudes of female university students in sharjah about breast feeding. Middle East J Fam Med 2004; 2: 1-9.
7. Kurinij N, shiono PH. Early Formula Supplementation of breast feeding. pediatr 1991; 88: 745-50.
8. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, et al. unsupplemented breastfeeding in the maternity ward Positive long-term effects. Acta obstet Gynecol Scand 1991; 70: 205-9.
9. Guise JM, palda V, westhoff C. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breast feeding: systemic evidence review and meta-analysis for

the US Preventive Services Task Force. Ann Fam Med 2003; 1: 70-8.
10.Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breast feeding. Pediatr 1996; 97: 669-675.
11.Saba MS, Amoun B, Razavi Z. Comparison of face to face education with other methods to pregnant mothers in increase exclusive breast feeding. SJH 2005; 3: 42-7. (Persian)
12.Kordy MN, Ibrahim MA, el-Gemal FM, et al . Factors affecting the duration of breast feeding in a rural population of Saudi Arabia. Asia pac J public Health 1992; 6: 35-9.
13.Marandi A, Afzali HM, Hosseini AF. The reason for early weaning among mothers in Tehran. Bull word Health organ. 1993 ; 71: 561-9.
14.Stewart JF, popkin BM, Guilkey DK, et al. Influences on the extent of breast feeding a prospective study in the Philippines. Demography 1991;28: 181-99.
15.Jamshidi Evanaki F, Golian Tehrani Sh, Babaii G. Effective factors on breast feeding. HAYAT 2004; 20: 32-39. (Persian)
16.Ruth A, Rabert M. Dawrence breast feeding. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1999.
17.Taddei J, Westphal MF, Venancio S, et al. Breast feeding training for Health professionals and resultant changes in breast feeding duration. Sao Paulo Med Jour 2000: 118: 185-91.
18.Mc carter-spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-Efficacy and perception of insufficient Breast Milk. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse 2001; 30: 515-22.
19.Weimers L, Svensson K, Dumas L, et al. Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. Int Breastfeeding J 2006; 1:1-11.
20.Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychol Rev 1977; 84: 191-215
21.Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. J clin Nurs 2008; 17: 1132-43.
22.Ebrahimzadeh E. Adult Education Publishing Tehran: Payam Noor University. Second Printing 2008: 4.
23.Henderson A, Stamp G, Princomb S. Postpartum Positioning and Attachment Education for Increasing Breastfeeding: A Randomized Trial. Birth 2001; 28: 236-42.
24.Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Khosravi A, et al. Iran multiple indicator demographic and health survey. Int J Prev Med 2014; 5: 632-42.
25.Petrova A, Ayers C, Stechna S, et al. Effectiveness of exclusive breast feeding promotion in low income mothers: a randomized controlled study . Breast feeding Med 2009; 4: 63-9.
26.Roudbari M, Roudbari S, Fazeli A. Factors associated with breast feeding patterns in women who recourse to health centers in Zahedan, Iran. Singapore Med J 2009; 50: 181-4.
27.Sheehan A, Schmied V, Barclay L. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. Matern Child Nutr 2009; 5: 138-50.
28.Nankunda J, Tumwine JK, Soltvedt A, et al. Community based peer counselors for support of exclusive breast feeding :experiences from rural Uganda .Int Breastfeed J 2006. 1: 1-9.
29.Kranborg H, Vaeth M. How are effective Breast feeding the technique and pacifier use related to breast feeding problems and breast feeding duration? Birth 2009, 36: 34-42.

**ISMJ 2015; 17(6): 1252-1260**

***Original Article***

# Comparing the effectiveness of multimedia & routine educations on exclusive breast feeding in children less than 6 months in health centers of Bushehr city

***SH. Akaberian [1*], T. Jamand [2], N. Zahmatkeshan [3], R. Bagherzadeh [1], K. Mirzaei [4], T. Gharibi [1], M.Yazdankhah [2], F. Kamali [1], R. Khoramroodi [1], SH. Pouladi [2], R. Gashmard [2]***

*[1] Midwifery department, School of nursing and midwifery, Bushehr university of medical sciences, Bushehr, IRAN*

*[2] Nursing department ,School of nursing and midwifery, Boushehr university of medical sciences, Boushehr, IRAN*

*[3] Nursing department ,School of nursing and midwifery, Yasuj university of medical sciences, Yasuj, IRAN*

*[4] Department of community medicine, School of medicine, Bushehr university of medical sciences, Bushehr, IRAN*

**(Received 8 Jun, 2013 Accepted 1 Feb, 2014)**

***Abstract***

**Background:** The world health organization in 2001 established the policy that neonates must be exclusively breastfed for six months ,but studies have shown that fewer women upper than three months to give their babies milk. Although, education and management for a logical continuation of breast feeding is crucial. The present study compared the effectiveness of multimedia and routine educations on exclusive breast feeding in children less than six months of exclusive breast feeding was done.

**Materials and Methods:** In this experimental study, 169 Gravid 1 women covered by health care systems were chosen via random sampling casually in the control and case groups (77 and 92 individuals, respectively). The intervention group completed 32 weeks of gestation to 6 months after delivery through the implementation of multimedia training programs about breast feeding (slide, educational videos, lecturing and pamphlets) were used for training and advice. While the control group was taught by conventional health centers (providing user instruction). Information required by valid and reliable questionnaires were collected. The data collected by SPSS 11.5 software using descriptive statistics (mean, SD)and analytical statistics (mann Whitney and $\chi 2$) were analyzed. In all cases $p<0.05$ was considered significant.

**Results:** The results showed in no significant differences between the two groups in terms of duration of exclusive breast feeding in follow up visits. But in the intervention group, breast feeding difficulties such as insufficient milk, filled milky, wrong position and breast problems such as breast sore and mastitis were significantly reduced compared to the control group ($p<0.001$).

**Conclusion**: Education provided by health centers in Bushehr as well as multimedia training on exclusive breast feeding was effective; however, multimedia education in reducing common problems of breast feeding educationis preferred which is better for health centers to train more emphasis on correction position for breast feeding.

**Keyword**: multimedia education, current education, exclusive breast feeding

*****Address for correspondence*: School of nursing and midwifery, Bushehr university of medical sciences, Bushehr, IRAN. E-mail: sh.akabarian@bpums.ac.ir.