

# تأثیر کارگاه آموزشی پره ناتال به همراه مشاوره تلفنی بر میزان تبعیت از شیردهی انحصاری زنان نخستزا

دکتر فریده باستانی<sup>۱</sup>، لیلی رحمت نژاد<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت ۸۷/۱۱/۷، تاریخ پذیرش ۸۷/۱۲/۵

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** اثر مثبت شیر مادر بر روی رشد و تکامل اطفال به طور همه جانبه مورد تأیید قرار گرفته است و در طول مرحله شروع زندگی شیر مادر بدون شک غذایی است که اغلب ویژگی‌های تغذیه ایده‌آل را دارا بوده و در کاهش مرگ و میر کودکان بسیار با اهمیت می‌باشد. لذا هدف از انجام این مطالعه تعیین تأثیر کارگاه آموزشی پره ناتال به همراه مشاوره تلفنی بر میزان تبعیت از شیردهی انحصاری زنان نخست زا می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک تحقیق تجربی به صورت کارآزمایی کنترل شده دو گروهی بوده است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نخست زا حامله در سه ماهه سوم بارداری بود که به درمانگاه پره ناتال بیمارستان شهید اکبر آبادی تهران جهت انجام معاینات و کنترل دوره‌ای مراجعه می‌نمودند. در این مطالعه نمونه‌گیری به روش مستمر بوده و واحدهای مورد پژوهش از طریق گمارش تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. حجم نمونه در تحقیق حاضر ۱۲۰ نفر برآورد شد. در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه بود که قسمت اول پرسش‌نامه در خصوص اطلاعات دموگرافیک و مامایی زنان مورد مطالعه و قسمت دوم مربوط به تبعیت از تغذیه انحصاری شیردهی به مدت شش ماه بوده است که توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. در این پژوهش آنالیز کمی داده‌ها با شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیلی با نرم افزار SPSS صورت پذیرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که تمامی شرکت کنندگان در گروه‌های آزمون و کنترل در بدو پژوهش از نظر متغیرهای زمینه‌ای اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند. لیکن از نظر سن حداقل و حداکثر سنی ۱۸ و ۳۵ سال بوده و نتیجه آزمون t مستقل نشان دهنده اختلاف معنی‌دار آماری در بین دو گروه بوده است ( $P=0/001$ ). در نهایت این پژوهش پس از مداخله آموزشی - مشاوره‌ای افزایش معنی‌دار آماری در تبعیت از تغذیه کودک با شیر مادر به طور انحصاری ( $p \leq 0/001$ ) به مدت شش ماه در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل مشاهده گردید.

**بحث و نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های تحقیق نتیجه‌گیری شد که برنامه آموزشی - مشاوره‌ای در زنان نخست‌زا مؤید تأثیر مثبت بر میزان تبعیت از شیردهی انحصاری زنان نخست زا می‌باشد. لذا اجرای این گونه راه کارهای آموزشی - مشاوره‌ای شیردهی در دوره پره ناتال در بیمارستان‌های دوستدار کودک توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** کارگاه آموزشی، تغذیه انحصاری با شیر مادر، دوره پره ناتال

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره اول، ص ۷-۱، بهار ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی ایران تلفن: ۰۲۱-۸۲۴۷۱۳۱۳

Email: fbastani@iums.ac.ir

## مقدمه

به خوبی درک می‌شود (۱). بی‌شک شیر مادر غذایی است که

اغلب ویژگی‌های تغذیه ایده‌آل را دارا بوده و از مزایای

روان‌شناختی و ایمونولوژیکی فراوانی برخوردار است (۲).

امروزه ضرورت دست‌یابی به بهترین شیوه تغذیه در

شیرخواران زیر شش ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر<sup>۳</sup> است

۱. استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسئول)

۲. کارشناس ارشد، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳. Exclusive Breast Feeding

نخست‌زا<sup>۱</sup> انجام گرفت. در این تحقیق این فرضیه مطرح بود که میزان تبعیت از طول مدت شیردهی انحصاری در واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون که تحت مداخله آموزشی مشاوره‌ای باشند بیش از گروه کنترل خواهد بود.

### مواد و روش‌ها

این تحقیق یک کارآزمایی تصادفی دو گروهی<sup>۲</sup> به صورت پس آزمون<sup>۳</sup> می‌باشد. محیط پژوهش درمانگاه کنترل بارداری مرکز آموزشی - درمانی بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران بود. در این تحقیق جامعه پژوهش شامل ۱۲۰ نفر زن باردار با بارداری طبیعی و کم خطر (در سه ماهه سوم حاملگی) با معیارهای ورودی<sup>۴</sup> سن باروری بین ۱۸ تا ۳۵ سال، باسواد بودن، نداشتن سابقه بیماری‌های مزمن، عدم اعتیاد به دارو، سیگار، مواد مخدر و الکل، داشتن سن حاملگی بین ۳۰ تا ۴۱ هفته و داشتن تلفن تماس در منزل جهت مشاوره تلفنی در پس از زایمان بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری متوالی استفاده شد، سپس روند گمارش تصادفی ساده به صورت قرعه کشی و انتخاب یک عدد زوج یا فرد نمونه‌ها به دو گروه آزمون (تحت مداخله) و گروه کنترل (شاهد) انجام شد. در این مطالعه متغیر مستقل آموزش به صورت کارگاه آموزشی به همراه مشاوره تلفنی و متغیر وابسته تبعیت از شیردهی انحصاری بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه و چک لیست بود که توسط پژوهش‌گر و همکاران تکمیل شد. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پایه، شامل متغیرهای زمینه‌ای: سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، شاخص توده بدنی، تمایل به بارداری فعلی و قصد شیردهی انحصاری که عمدتاً به صورت بسته و کوتاه پاسخ تدوین شده که در قبل از زایمان طبق اظهار نظر مادر تکمیل شد. قسمت دوم چک لیست ثبت متغیر تبعیت زنان از

سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) تغذیه با شیر مادر به‌طور انحصاری را تا شش ماه اول تولد کودک به مادران توصیه نموده است (۳). هم‌اکنون در کشور ما تبعیت مادران از تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول پس از تولد ۴۱ درصد است و در سال‌های اخیر افت شدیدی داشته است (۴) که لزوم مداخلات آموزشی مشاوره‌ای شیردهی را برای افزایش تبعیت مادران ضروری می‌سازد. در این زمینه مارکوس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴) رشد ۱۰۲ گرم کودک ترم که در موقع تولد وزنی بیشتر یا برابر با ۲۵۰۰ گرم داشته و تغذیه انحصاری با شیر مادر را در شش ماهه اول زندگی داشتند را در برزیل مورد مطالعه قرار دادند. تمامی نوزادان به‌طور ماهیانه پیگیری شدند آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که کودکان مادرانی که راهنمایی و مشاوره شیردهی انحصاری را دریافت کرده بودند، وزن‌گیری شیرخوارانشان در شش ماهگی در مقایسه با استانداردهای موجود رضایت بخش بوده که مؤید مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌باشد (۵).

ارتم<sup>۳</sup> و همکاران نیز در سال ۲۰۰۱ به این نتیجه رسیدند که فراهم نبودن تسهیلات لازم و مداخلات آموزشی - مشاوره‌ای موجب عدم اطمینان از کفایت و موفقیت در شیردهی انحصاری بوده است (۶) پاپینزاک<sup>۴</sup> و ترنر<sup>۵</sup> هم طی یک مطالعه در ایسلند بر روی ۱۵۹ مادر شیرده دریافتند مادرانی که برای برقراری شیردهی انحصاری آماده نشده و توانمند و موفق در شیردهی نیستند، به‌طور قابل ملاحظه‌ای از سطوح پایین‌تری از اطمینان و خودکارآمدی شیردهی برخوردار بودند (۷).

با توجه به اهمیت شیردهی انحصاری در سلامت کودکان، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر کارگاه آموزشی پره ناتال به همراه مشاوره تلفنی بر میزان تبعیت از شیردهی انحصاری زنان

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>2</sup> Marques

<sup>3</sup> Artem

<sup>4</sup> Papinczak

<sup>5</sup> Turner

<sup>6</sup> Randomized Controlled Trial

<sup>7</sup> Post test

<sup>8</sup> Inclusion criteria

شیردهی انحصاری بود که به‌صورت پیروی کم، متوسط و زیاد  
 پژوهش به‌صورت خود گزارش دهی و تطبیق با پرونده بهداشتی  
 برحسب طول مدت شیردهی انحصاری کم‌تر از دو ماه، بین ۲-۴  
 ماه و بین ۵-۶ ماه (به‌ترتیب) بنابه اظهار شخصی واحدهای مورد  
 استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS13 تجزیه و تحلیل شد.

**جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل، سال ۸۶-۸۷**

جمع		کنترل		آزمون		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرها
۸۳/۳	۹۰	۹۰/۴	۴۷	۷۶/۸	۴۳	وضعیت تحصیلی
۱۳/۹	۱۵	۹/۶	۵	۱۷/۹	۱۰	پایین‌تر از دیپلم
۲/۸	۳	۰	۰	۵/۴	۳	دیپلم
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	دانشگاهی
						جمع
$\chi^2 = ۴/۷۰$ $p = ۰/۰۹$ $df = ۲$						نتیجه آزمون کای دو*
۸۷	۹۴	۸۴/۶	۴۴	۸۹/۳	۵۰	وضعیت شغلی
۱۳۰	۱۴	۱۵/۴	۸	۱۰/۷	۶	خانه دار
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	شاغل
						جمع
$p = ۰/۳۳$						نتیجه آزمون دقیق فیشر
۱۶/۷	۱۸	۱۷/۳	۹	۱۶/۱	۹	وضعیت اقتصادی
۷۵	۸۱	۷۶/۹	۴۰	۷۳/۲	۴۱	بد
۸/۳	۹	۵/۸	۳	۱۰/۷	۶	متوسط
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	خوب
						جمع
$\chi^2 = ۰/۶۴$ $df = ۲$ $p = ۰/۸۶$						نتیجه آزمون کای دو
۸۳/۳	۹۰	۸۰/۸	۴۲	۸۵/۷	۴۸	شاخص توده بدنی
۱۶/۷	۱۸	۱۹/۲	۱۰	۱۴/۳	۸	طبیعی
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	غیرطبیعی
						جمع
$p = ۰/۶۰$						نتیجه آزمون دقیق فیشر
۸۱/۵	۸۸	۷۶/۹	۴۰	۸۵/۷	۴۸	قصد شیردهی انحصاری
۱۵/۷	۱۷	۱۹/۲	۱۰	۱۲/۵	۷	بلی
۲/۸	۳	۳/۸	۲	۱/۸	۱	مطمئن نیستم
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	خیر
						جمع
$\chi^2 = ۱/۴۴$ $df = ۲$ $p = ۰/۴۸$						نتیجه آزمون کای دو *
۸۴/۳	۹۱	۸۰/۸	۴۲	۸۷/۵	۴۹	تمایل به باردار شدن
۱۱/۱	۱۲	۱۳/۵	۷	۸/۹	۵	بلی (حاملگی خواسته)
۴/۶	۵	۵/۸	۳	۳/۶	۲	نمی‌دانم (مطمئن نیستم)
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	خیر (حاملگی ناخواسته)
						جمع
$\chi^2 = ۰/۹۲$ $p = ۰/۶۳$ $df = ۲$						نتیجه آزمون کای دو *

**یافته‌ها**

مطالعه ۸/۸۹ درصد دارای زایمان طبیعی و نوزاد پسر ۴/۵۷ درصد بودند که نتیجه آزمون دقیق فیشر بیانگر عدم اختلاف معنی‌دار آماری در بین دو گروه بود ( $P < 0/001$ ). همان‌گونه که در جدول ۴ مشخص است در بعد از مداخله آموزشی تبعیت از تغذیه با شیر مادر به‌طور انحصاری بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. آزمون کای‌دو نشان دهنده اختلاف در بین دو گروه می‌باشد ( $P < 0/001$ ) ضمن این‌که نتیجه آزمون t مستقل نیز نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار آماری در تعداد ماه‌های شیردهی انحصاری بین دو گروه آزمون و کنترل وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

از زنان شرکت کننده در این پژوهش ۱۲۰ نفر، نهایتاً ۱۰۸ نفر با توجه به معیارهای حذف (همچون عدم تمایل جهت انجام زایمان در محیط پژوهش، تغییر مکان و عدم دسترسی به شماره تلفن مددجو و زایمان منجر به تولد نوزاد مرده)، در این کارآزمایی مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج آزمون‌های کای دو و فیشر نشان داد که واحدهای مورد پژوهش در رابطه با مشخصات فردی و مامایی همسان بودند (جدول شماره ۳ و ۱). اما در رابطه با سن زنان شرکت کننده در این پژوهش، تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P = 0/001$ ) (جدول شماره ۲). ضمن این‌که بیشتر زنان مورد

**جدول شماره (۲):** توزیع سنی در دو گروه آزمون و کنترل، قبل از مداخله آموزشی (۸۷-۱۳۸۶)

نتیجه آزمون t	جمع		کنترل		آزمون		گروه سن (سال)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
t=۳/۵۰ P=۰/۰۰۱	٪۸۸.۹	۹۶	٪۴۷.۲	۵۱	٪۴۱.۷	۴۵	۲۴-۱۸
	٪۶.۵	۷	٪۰/۱۹	۱	٪۵.۶	۶	۲۹-۲۵
	٪۴.۶	۵	٪۰.	۰	٪۴.۶	۵	۳۵-۳۰
	٪۱۰۰	۱۰۸	۱۰۹.۲	۱۹.۳۲	۴۵.۹	۲۱.۷۳	جمع
	۲۰/۵۷		۱۹/۳۲		۲۱/۷۳		میانگین
	۳/۷۴		۱/۹۲		۴/۵		انحراف معیار

**جدول شماره (۳):** مقایسه میانگین و انحراف معیار برخی متغیرهای کمی زمینه‌ای در

دو گروه آزمون و کنترل سال ۸۷-۱۳۸۶

نتیجه آزمون t مستقل	کنترل		آزمون		گروه شاخص‌ها
	میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		
P=۰/۶۱ t=-۰/۵۰	۳۳.۳۴ (۲.۴۹)		۳۳.۱۲ (۲.۰۲)		سن حاملگی قبل از مداخله آموزشی
P=۰/۶۵ t=۰/۴۵	۳۸/۴۰ (۲.۰۶۹)		۳۸.۵۷ (۱.۷۸)		سن حاملگی در هنگام زایمان
P=۰/۹۰ t=-۰/۱۱	۳۱۲۱.۱۵ (۴۲۱.۵۲)		۳۱۱۲.۸۵ (۳۲۷.۰۹)		وزن کودک در هنگام تولد (گرم)

**جدول شماره (۴): مقایسه پیروی از تغذیه کودک با شیر مادر به‌طور انحصاری در طی شش ماه بعد**

زایمان در دو گروه آزمون و کنترل، بعد از مداخله سال ۸۷-۱۳۸۶

جمع		کنترل		آزمون		تعداد ماه‌ها		
		درصد	تعداد	درصد	تعداد			درصد
۳۱/۵	۳۴	۶۳/۵	۳۳	۱/۸	۱	کم (کم‌تر از دو ماه)	میزان تبعیت (تعداد ماه‌ها)	
۱۳	۱۴	۲۳/۱	۱۲	۳/۶	۲	متوسط (بین ۲ تا ۴ ماه)		
۵۵/۶	۶۰	۱۳/۵	۷	۹۴/۶	۵۳	زیاد (۵-۶ ماه)		
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۶	جمع		
S*x <sup>2</sup> = ۷۲/۴ df= ۲ p ≤ ۰/۰۰۱						نتیجه آزمون کای دو		
نتیجه آزمون t P≤۰/۰۰۱ t=۱۵/۸		۱/۳۵ ±۱.۸۵		۵/۷۷ ± ۰/۹۳۴		میانگین ± انحراف معیار		

\*: SIGNIFICANT

عدم توانایی آن‌ها جهت تغذیه انحصاری نوزادشان با شیر مادر را مجبور بودن ایشان برای برگشت به سرکارشان بیان کرده بود (۱۰). درحالی که در این مطالعه از نظر وضعیت شغلی، بالای ۸۰ درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون و به‌ویژه در گروه کنترل، خانه‌دار و غیرشاغل بوده است (جدول ۱) که نمی‌تواند توجیه کننده عدم تبعیت از تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه کنترل در بعد از مداخله آموزشی باشد. در این رابطه یافته‌های دیویی نشان می‌دهد نوع زایمان نیز به‌عنوان یک استرسوری که می‌تواند بر روی تولید شیر، تداوم شیردهی انحصاری و مشکلات مرتبط با شیردهی مؤثر باشد می‌بایست مورد توجه قرار گیرد (۱۱) که در این مورد نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشته است (جدول ۲) p=۰/۵۵.

در این مطالعه میانگین و انحراف معیار تعداد ماه‌های تغذیه کودک با شیر مادر به‌طور انحصاری در گروه آزمون ۵/۷۹±۰/۹۲۹ و در گروه کنترل ۱/۳۵±۱/۸۵ بوده است که نتیجه آزمون تی

**بحث و نتیجه‌گیری**

از میان مشخصات دموگرافیک، همچون سطح تحصیلات، شغل، حاملگی در هنگام ورود به مطالعه، وضعیت اقتصادی، شاخص توده بدنی، قصد شیردهی انحصاری، تمایل به بارداری فعلی بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌دار آماری با نتایج آزمون کای اسکویر یا آزمون دقیق فیشر وجود نداشت (جدول شماره ۱ و ۲). اما نتایج آزمون تی تست و کای دو نشان داد که دو گروه آزمون و کنترل تنها از نظر سنی تفاوت معنی‌دار آماری دارند (p=۰/۰۰۱). نتایج مطالعات مارکر و نوئل ویز نشان می‌دهد مشخصات دموگرافیک همچون سن و سطوح اقتصادی - اجتماعی از جمله فاکتورهای مهمی هستند که دست‌یابی به نقش مادری و روند تداوم شیردهی و تبعیت از شیردهی انحصاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۸ و ۳). در این زمینه آرورا<sup>۱</sup> یکی از سه دلیل عمده گزارش شده توسط زنان برای عدم تبعیت مادران از شیردهی یا

<sup>۱</sup> Arora

مستقل  $P \leq 0/001$  بیانگر عدم اختلاف معنی‌دار آماری در بین دو گروه آزمون و کنترل می‌باشد (جدول شماره ۴). به عبارتی  $94/6$  درصد از گروه آزمون دارای پیروی بالا از نظر شیردهی انحصاری بوده‌اند که این میزان در گروه کنترل به  $13/5$  درصد می‌رسد که آزمون کای دو اختلاف معنی‌دار را نشان می‌دهد ( $P \leq 0/001$ ) که نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله آموزشی مشاوره‌ای و تأیید فرضیه مطالعه مبنی بر این که میزان تبعیت از طول مدت شیردهی انحصاری در واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون بیش از کنترل می‌باشد، بوده است. در واقع میزان تبعیت از شیردهی انحصاری به مدت ۵ تا ۶ ماه در گروه آزمون  $94/6$  درصد در مقایسه با آمار مربوط به سال  $1383$  در کشورمان که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول پس از تولد را حدود  $41$  درصد گزارش نموده بودند (۴) رقم قابل توجهی به حساب می‌آید. به نظر می‌آید که مطابق با یافته‌های برخی مطالعات ( $13,12$ ) قریب به اتفاق کودکان مادران گروه آزمون (تحت مداخله آموزشی) که از تبعیت بالایی از شیردهی انحصاری به مدت توصیه شده برخوردار بودند، در سطح مطلوبی از وزن‌گیری، رشد و تکامل باشند. گرچه در این مطالعه میزان وزن‌گیری کودک در دو گروه آزمون و کنترل مورد سنجش و مقایسه قرار نگرفت، اما میزان پیروی بالای مادران نخست‌زا از تغذیه انحصاری با شیر مادر امیدوار کننده بوده است و با نتایج تحقیق اوکامپو<sup>۱</sup> و همکاران (۱۴) هم‌خوانی دارد که بیان می‌دارند زنانی که با آموزش شیردهی دارای خود کارآمدی و اطمینان شیردهی بالا می‌شوند، دیگر در معرض خطر عدم پیروی از تغذیه انحصاری با شیر مادر قرار نداشته و برای مدت زمان مطلوبی اقدام به شیردهی انحصاری می‌کنند. در میان رویکردهای مختلف آموزشی<sup>۲</sup> به همراه بحث گروهی<sup>۳</sup> روش کار خیلی خوبی برای آموزش بهداشت در زمینه‌های متفاوت بهداشتی من جمله

شیردهی به‌شمار می‌رود. این روش زمانی که گروه‌ها دارای علائق و دشواری‌های همانند باشند، مفید است و بر روی یادگیری فعال تأکید داشته و برای هدایت فرآیند حل مسأله سازماندهی می‌شود (۱۵). از آنجایی که آموزش بر توانمندسازی و مهارت حل مسأله اثرگذار است، فن‌های مشاوره نیز می‌تواند به‌طور مستقیم با توانمندسازی، خود مراقبتی و حل مشکلات در ارتباط باشد (۱۶). در این میان مشاوره به‌طریق تلفنی ارزان و مناسب بوده که می‌تواند جایگزین یک مداخله رو در رو بشود. این شیوه منجر به صرفه جویی در اتلاف وقت، هزینه ایاب و ذهاب و وسیله نقلیه می‌گردد (۱۷) و باعث کاهش اضطراب و استرس (۱۸)، افزایش خود کارآمدی (۱۹) و اتخاذ رفتارهای بهداشتی (۲۰) می‌شود.

می‌توان نتیجه‌گیری نمود که مداخله آموزشی به‌همراه مشاوره تلفنی از استراتژی‌های موثر بر ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر و به ویژه پیروی در زنان نخست‌زا می‌باشد. به نظر می‌رسد اجرای این‌گونه راهکارها ضمن اثربخشی، عملی بوده و می‌تواند از هزینه اثربخشی<sup>۴</sup> و هزینه سوددهی<sup>۵</sup> بالایی برخوردار بوده و در روند نزولی تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در جامعه مؤثر باشد.

### تقدیر و تشکر

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران در تصویب اعتبار این پژوهش و نیز از همکاری صمیمانه مادران باردار قدردانی و تشکر می‌کنیم.

<sup>1</sup>Ocampo and etal

<sup>2</sup> Educational Workshop

<sup>3</sup> Group Discussion

<sup>4</sup> Cost - Effectiveness

<sup>5</sup> Cost - Benefit

## References:

1. عبدالعلیان م. تغذیه شیر خوار با شیر مادر. بابل، انتشارات پروین، ۱۳۷۵، ص ۱۰.
2. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *Pediatrics* 2004; 80 (2): 99-105.
3. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breast feeding: results of a WHO systematic review. World Health Organization 2001.
4. بهرامی م. تغذیه ای انحصاری با شیر مادر کلید طلایی سلامت. فصل نامه شیر مادر، تابستان ۱۳۸۳، سال ۵، شماره ۱۸، صفحات ۷-۴.
5. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *Pediatrics* 2004; 80 (2): 99-105.
6. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breast feeding. *Pediatrics* 2001; 107 (3): 543-80.
7. Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breast feeding in a large Quensand maternity hospital. *Breast feed Rev* 2000; 8(1): 25-33.
8. Marcer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nurs Res* 1981; 30(2): 73-7.
9. Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2006; 35(3):349-57.
10. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000; 106(5):66-7
11. Dewey KG. Maternal and fetal stresses are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001; 131: 30125-55.
12. Rosa FSVM, Fabio AL, Josefina APB. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *J de Pediatria* 2004; 80:99-105.
13. August Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breast feeding. *Am J Pediatr* 2001; (107): 543-8.
14. Ocampo P, Faden RR, Cielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breast feeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth* 1992; 19(4): 195-201.
15. آیات اف ار، مجیا آ. آموزش مداوم کارکنان بهداشتی و راهنمای اداره کارگاه آموزشی .. ترجمه پرویز صالحی، عبدالمحمد طباطبایی. مرکز باز آموزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، شرکت پخش فردوس، ۱۳۶۹، ص ۱۳.
16. Lindsay G, Craig PM. *Nursing for public health*. Churchill: Livingston; 2000. P. 96, 133.
17. Gallagher R, McKinley S, Dracup K. Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event. *Health Lung* 2005; 32(2): 79-88.
18. Roebuck A. Telephone support in the early post-discharge period following elective cardiac surgery: does it reduce anxiety and depression levels? *Intensive Crit Care Nurs* 1999; 15: 142-6.
19. Van Elderen-van Kamenade T, Maes S, Van den Broek Y. Effects of a health education program with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *Br J Clin Psychol* 1994; 33: 367-78.
20. Pierce JPL. Increases in plasma carotenoid concentrations in response to a major dietary change in the women's healthy eating and living study. *Cancer Epidem Biomar* 2006; 15(10): 1886-92.