

## توصیف تجارب مادران از دریافت آموزش شیردهی

شیرین شهبازی صیقلده<sup>۱</sup>، سیمین پروانه‌وار<sup>۲</sup>، زهرا طیبی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف توصیف تجارب زنان زایمان کرده از آموزش شیردهی انجام شد تا بتواند گام مؤثری در جهت شناسایی مشکلات مرتبط با آموزش شیردهی بردارد.

**روش:** این مطالعه به صورت کیفی و توصیفی از خرداد سال ۱۳۹۱ تا خرداد سال ۱۳۹۴ در تهران انجام شد. شرکت کنندگان را ۹ زن تازه زایمان کرده به شیوه سزارین و یک مدرس شیردهی تشکیل دادند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید و از طریق روش آنالیز محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** کدهای حاصل از تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها در ۴ طبقه شامل «میزان و شرایط دریافت آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان، محتوا و سبک آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان، موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان و مناسب‌ترین زمان و سبک جهت دریافت آموزش شیردهی» دسته‌بندی گردید.

**نتیجه‌گیری:** اغلب زنان پس از زایمان شرایط مساعدی را برای این که تحت آموزش شیردهی قرار بگیرند، ندارند. بنابراین، بهترین زمان شروع آموزش شیردهی، در دوران بارداری و به ویژه هفته‌ها و روزهای آخر بارداری است و سپس این آموزش‌ها باید پس از زایمان ادامه یابد. برگزاری کلاس‌های شیردهی به صورت گروهی پس از زایمان، کیفیت آموزش‌ها را کاهش می‌دهد، اما شیوه آموزش انفرادی بر بالین خود مادران، می‌تواند مناسب‌ترین روش آموزش شیردهی پس از زایمان باشد.

**کلید واژه‌ها:** شیردهی، بیمارستان‌ها، برش سزارین، مطالعه کیفی، آموزش

**ارجاع:** شهبازی صیقلده شیرین، پروانه‌وار سیمین، طیبی زهرا. **توصیف تجارب مادران از دریافت آموزش شیردهی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۳): ۳۲۴-۳۱۰.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۵

Email: sh-shahbazi@sina.tums.ac.ir

نویسنده مسئول: شیرین شهبازی صیقلده

## مقدمه

شیر مادر مناسب‌ترین غذا برای شیرخوار و شیردهی، مهم‌ترین و مؤثرترین اقدام برای حفظ و تداوم سلامت شیرخواران می‌باشد (۱). شیر مادر علاوه بر نوزاد، سلامت مادر را نیز بهبود می‌بخشد (۲) و مزایایی همچون ایمنی در مقابل عفونت‌ها را به کودک ارزانی می‌دارد. فواید مادری شیردهی نیز بازگشت سریع تون رحمی بعد از زایمان، از دست دادن وزن (بازگشت به وزن قبلی)، تأخیر در تخمک‌گذاری و کاهش خطر سرطان سینه، تخمدان و رحم می‌باشد (۳).

شیردهی انسان پدیده پیچیده‌ای است و مدت شیردهی با عوامل زیادی از جمله عوامل دموگرافیک، فیزیکی، اجتماعی و روان‌شناختی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲). شروع و تداوم شیردهی از پستان به عوامل اقتصادی- جمعیت‌شناختی مانند سن، تعداد زایمان‌ها، سطح تحصیلات، درآمد، حمایت‌های اجتماعی، تمایل مادر به شیردهی، رضایت او از شیردهی و حمایت از طرف سیستم بهداشتی وابسته است (۴).

در ایران برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر از سال ۱۳۶۵ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز گردیده است و جمعیت هدف مستقیم برای ارائه خدمات در این برنامه، کودکان کمتر از دو سال، مادران باردار و شیرده می‌باشند که در سطح مراکز بهداشتی- درمانی، خانه‌های بهداشت و بیمارستان‌ها، خدمات دریافت می‌کنند. یکی از استراتژی‌های عمده این برنامه، ایجاد و راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک بوده است. آموزش مادران باردار و شیرده در مراکز بهداشتی- درمانی و خانه‌های بهداشت و بیمارستان‌های دوستدار کودک برای شروع شیردهی تغذیه با شیر مادر، آشنایی آنان با اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد و راه‌های تداوم شیردهی همراه غذاهای کمکی تا دو سالگی ضروری است (۵).

اگرچه سیاست آموزش ترویج تغذیه با شیر مادر در تمام دنیا و از جمله در ایران توسط بیمارستان‌های دوستدار کودک به اجرا درمی‌آید (۶) و یکی از اهداف اصلی بیمارستان‌های دوستدار کودک، اجرای اقدامات ده‌گانه برای موفقیت شیردهی می‌باشد، اما آنچه مسلم است این که بیمارستان‌ها نباید تنها

جایی باشند که مادران برای شیردهی مورد حمایت قرار می‌گیرند، بلکه تسهیلات مراقبت مادری نیز باید یک پیوند منحصر به فرد و حیاتی برای حمایت از شیردهی قبل و بعد از تولد با این مراکز برقرار کنند (۷).

با وجود تأکید سازمان بهداشت جهانی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماه اول تولد، بر اساس مطالعات ایرانی، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران در حال کاهش است؛ به طوری که در سال ۱۳۸۰ برابر با ۴۵ درصد بوده و در سال ۱۳۸۵ به ۲۸ درصد رسیده است که با اهداف سازمان بهداشت جهانی (۹۸ درصد) اختلاف چشمگیری دارد (۸).

برنامه‌های آموزشی مبتنی بر فرهنگ، در افزایش اطلاعات زنان درباره شیردهی و تغییر نگرش و رفتار برنامه‌ریزی شده آن‌ها برای شیر دادن مؤثر است (۹) و به نظر می‌رسد که افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر، با فرهنگ‌سازی و آموزش مداوم، امری ساده و دست‌یافتنی باشد (۱۰). بر اساس نتایج مطالعه محبوبي قزآنی و همکاران، مهم‌ترین پیشگویی کننده تداوم شیردهی تا شش ماهگی برای تغذیه انحصاری، قصد رفتاری است و لازم است برای ارتقای قصد رفتاری مادران در طی دوران بارداری، برنامه‌های آموزشی لازم طراحی و اجرا شود (۱۱). نتایج یک پژوهش مداخله‌ای نشان داد که آموزش‌های چهره به چهره در جهت ایجاد نگرش مثبت به شیردهی در مادران همراه با حمایت مداوم از آن‌ها، می‌تواند بر طول مدت شیردهی و موفقیت آن‌ها بیفزاید (۱۲).

با توجه به تحقیقات انجام شده در ایران و جهان، به نظر می‌رسد زمان ارائه آموزش‌ها به مادران نیز در تأثیرگذار بودن آن‌ها نقش مهمی دارد؛ به طوری که یافته‌های یک مطالعه مروری سیستماتیک حاکی از آن بود که ترکیب کردن مداخلات شیردهی پیش و پس از تولد، اثر طولانی‌تری بر مدت زمان شیردهی دارد تا هر کدام به تنهایی. علاوه بر این، مداخلات شیردهی با یک جزء حمایتی غیر حرفه‌ای مانند حمایت هم‌تایان یا مشاوره با مادران، مؤثرتر از مراقبت‌های معمولی (آموزش شیردهی رسمی یا ساختار یافته یا حمایت حرفه‌ای در سطح فردی) می‌باشد. به عبارت دیگر، ترکیب

از مداخلات مؤثر در تمایل مادران به شروع و تداوم شیردهی از سینه می‌باشد و آموزش‌های علمی ارائه شده توسط کادر بهداشتی، می‌تواند انگیزه مادران را برای شیردهی افزایش دهد. با وجود اهمیت این موضوع، تاکنون پژوهشی در مورد نحوه ارائه آموزش شیردهی در ایران انجام نشده است و انجام مطالعه‌ای که بتواند نحوه دریافت این آموزش‌ها را بر اساس دیدگاه و تجارب زنانی که خودشان این شرایط را پشت سر گذاشته‌اند ارائه کند، ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که رویکرد کیفی شیوه مناسبی برای کشف دیدگاه و تجارب افراد می‌باشد، مطالعه حاضر به روش کیفی و با هدف تبیین تجربه مادران از دریافت آموزش شیردهی انجام گرفت. مطالعات کیفی که با هدف شناسایی آگاهی افراد جامعه در مورد شیر مادر انجام می‌شوند، در شکل‌گیری فرایند ادارک مادران برای تغذیه با شیر مادر مؤثر می‌باشند (۱۹).

### روش

این تحقیق به صورت کیفی- توصیفی و با هدف درک و توصیف تجارب زنان سزارین شده از آموزش شیردهی انجام گرفت. شرکت کنندگان به صورت هدفمند و با روش حداکثر تنوع از یکی از بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران انتخاب شدند. تعداد زایمان، سطح تحصیلات و شغل به عنوان سه معیار مهم در انتخاب مشارکت کنندگان در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. ابتدا دو مصاحبه پایلوت در خرداد سال ۱۳۹۱ انجام و سؤالات راهنمای مصاحبه تدوین شد. سپس مصاحبه‌های بعدی از اردیبهشت سال ۱۳۹۳ تا پایان خرداد سال ۱۳۹۴ ادامه یافت. سؤالات راهنمای مصاحبه شامل «در دوران بارداری چه اطلاعات و آگاهی‌هایی در مورد شیر مادر و شیردهی پیدا کردی؟؛ منبع کسب این اطلاعات و آگاهی‌ها چی بود؟؛ بعد از زایمان اولین باری که نوزاد رو در آغوش گرفتی، چه کسی کنارت بود و چی بهت گفت؟؛ بعد از زایمان هم اطلاعاتی در مورد شیر مادر و شیردهی کسب کردی؟؛ چه کسی به شما آموزش داد؟؛ این آموزش‌ها کجا ارائه شد؟؛ چه محتوایی به شما آموزش داده شد؟ و با توجه به تجربه‌ای که به دست

مداخلات قبل و بعد از زایمان و مشمول کردن حمایت غیر حرفه‌ای‌ها، نوعی مداخله چند بخشی است که می‌تواند مفید واقع شود (۱۳). پژوهش Su و همکاران به این نتیجه دست یافت که مداخله آموزشی شیردهی (از طریق ویدئو، پمفلت و صحبت با یک مشاور) در دوران بارداری و حمایت شیردهی دوره بعد از زایمان، هر دو به طور قابل توجهی میزان شیردهی انحصاری تا شش ماه بعد از زایمان را در مقایسه با مراقبت معمول (شامل کلاس‌های انتخابی دوران بارداری در یک مجموعه بیمارستانی) افزایش می‌دهد (۱۴).

نتایج یک تحقیق کیفی در ایران نشان داد که باورهای غلط مادران، موجب عدم موفقیت در شیردهی می‌شود (۱۵). به عنوان مثال در بیشتر مطالعات، ناکافی دانستن شیر توسط مادر، از مهم‌ترین موانع شیردهی به شمار می‌رود. از آنجایی که این موضوع به عواملی مانند میزان آگاهی مادر و تأثیر اطرافیان بستگی دارد، به نظر می‌رسد علاوه بر مراقبت‌های بارداری، آموزش مادران در این دوران و مشاوره آنان با کارکنان مجرب و پزشکان و حمایت همسر، می‌تواند کمک شایانی به رفع این مشکل کند. تداوم آموزش مادران و شروع شیردهی بلافاصله بعد از زایمان نیز می‌تواند تغذیه با شیر مادر را گسترش دهد (۱۶).

علاوه بر تأثیر آگاهی مادران بر شروع و تداوم شیردهی، نوع زایمان نیز بر میزان تغذیه با شیر مادر مؤثر است؛ به گونه‌ای که میزان تغذیه با شیر مادر در مادرانی که زایمان سزارین دارند، کمتر گزارش شده است. در یک تحقیق مورد-شاهدی که بر روی ۳۴۴ زن تازه زایمان کرده در شهر یزد انجام شد، بعد از یک دوره پیگیری شش ماهه مشخص گردید که سزارین تأثیر عمده‌ای بر تأخیر شروع تغذیه با شیر مادر و نیز قطع تغذیه انحصاری با آن و شروع شیر خشک می‌گذارد (۱۷). هرچند بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه سکاکی و خیرخواه، اگر مادر سزارین شده در طی هفته‌های اول بعد از زایمان به طور صحیح و کامل مورد آموزش قرار گیرد، به ویژه در مورد وضعیت‌های صحیح شیر دادن، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر افزایش و تصور مادر از کم بودن شیر کاهش می‌یابد (۱۸).

مطابق با تحقیقات صورت گرفته، آموزش شیردهی یکی

متون مصاحبه قابل دستیابی نیست.

بر اساس روش Lincoln و Guba، برای موثق بودن یک کار کیفی باید باورپذیری (Credability)، قابلیت اطمینان (Dependability) و قابلیت انتقال (Transferability) بررسی گردد (۲۰). برای اطمینان از موثق بودن داده‌ها، محقق تلاش کرد زبانی با تحصیلات، سن و تعداد زایمان متفاوت در مطالعه شرکت داده شوند، زمان کافی به هر مصاحبه اختصاص داده شود، از کلیه زنان سؤالات یکسانی غیر از سؤالات فی‌البداهه پرسیده شود تا ثبات جمع‌آوری داده‌ها حفظ شود. همچنین، محقق تلاش کرد توصیفی از محیط مصاحبه و مشخصات شرکت کنندگان و فرایند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها ارائه دهد تا امکان انتقال‌پذیری نتایج توسط پژوهشگران دیگر برای محیط‌های مختلف قابل بررسی باشد.

#### یافته‌ها

از ۹ زن شرکت کننده در مطالعه، ۸ زن از طریق سزارین و یک زن از طریق زایمان طبیعی فرزند خود را به دنیا آورده بود. یکی از شرکت کنندگان نیز مدرس کلاس شیردهی بیمارستان بود که پژوهشگر بر اساس تجارب شرکت کنندگان، به سمت مصاحبه با او هدایت شد. از میان مشارکت کنندگان، ۵ نفر سابقه یک زایمان و ۳ نفر سابقه دو زایمان داشتند. همه شرکت کنندگان در دوران بارداری مراقبت بارداری دریافت کرده بودند. مشخصات شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

آوردی، برای ارائه بهتر این آموزش‌ها چه پیشنهادی داری؟» بود. بعد از انجام چند مصاحبه، سؤال «با توجه به تجربیات شما، چه شیوه‌ای برای آموزش شیردهی مناسبه؟ روش انفرادی یا گروهی؟» نیز به راهنمای مصاحبه اضافه شد.

بعد از انتخاب شرکت کنندگان، اهداف مطالعه برای آن‌ها توضیح داده شد و رضایت کتبی یا شفاهی برای شرکت در مطالعه از آن‌ها اخذ گردید. قبل از شروع هر مصاحبه، از شرکت کنندگان برای ضبط صدای آن‌ها اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که صدای ضبط شده یا اطلاعات شخصی آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها اطمینان داده شد که هر زمانی که دیگر مایل به ادامه مصاحبه نبوده، می‌توانند بدون هیچ محدودیتی درخواست پایان آن را داشته باشند. البته با توجه به ازدحام بیمارستان و نبودن اتاق ویژه‌ای برای انجام مصاحبه و همچنین، به دلیل سختی جابه‌جایی مادران و نگرانی آن‌ها برای شرایط نوزاد، کلیه مصاحبه‌ها در اتاقی که مادران در آن بستری بودند، انجام گرفت. میانگین زمان مصاحبه‌ها ۳۰ دقیقه بود. داده‌ها از طریق روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از انجام هر مصاحبه، متن مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و کدگذاری شد. بعد از کدگذاری چندین مصاحبه، کدها از نظر شباهت و تفاوت مقایسه گردید و کدهای مشابه در یک طبقه قرار داده شد.

بعد از انجام ۱۰ مصاحبه و رسیدن به اشباع، جمع‌آوری داده‌ها به پایان رسید. اشباع در مطالعات کیفی وقتی حاصل می‌شود که محقق احساس کند دیگر کد یا طبقه جدیدی از

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

شماره شرکت کننده	سن (سال)	وضعیت اشتغال	محل سکونت	تحصیلات	وضعیت باروری	مراقبت بارداری توسط	نوع زایمان
۱	۲۳	خانه‌دار	غرب	دیپلم	G۱P۱	متخصص زنان	طبیعی
۲	۳۲	خانه‌دار	جنوب	سوم راهنمایی	G۳P۳	متخصص زنان	سزارین
۳	۳۱	خانه‌دار	شرق	لیسانس علوم اجتماعی	G۱P۱	متخصص زنان	سزارین
۴	۳۲	خانه‌دار	جنوب	لیسانس عمران	G۱P۱	متخصص زنان	سزارین
۵	۲۶	خانه‌دار	کرج	دیپلم	G۲P۱Ab۱	متخصص زنان و مرکز بهداشت	سزارین
۶	۳۱	شاغل (آزاد)	نارمک	دیپلم	G۲P۲L۲	متخصص زنان	سزارین
۷	۲۶	شاغل (آزاد)	قزوین	دیپلم	G۱P۱	متخصص زنان	سزارین
۸	۳۲	خانه‌دار	جنوب	فوق دیپلم	G۲P۲L۲	ماما	سزارین
۹	۲۷	خانه‌دار	شرق	لیسانس کامپیوتر	G۱P۱	متخصص زنان	سزارین
۱۰	۵۱	مدرس آموزش شیردهی	-	فوق دیپلم مامایی	-	-	-

خیلی سخت بود. ۸ صبح بخوام برم، بعدش می‌گم خیلی شلوغ بود، خیلی باید منتظر می‌موندم تا نوبتم بشه... دیگه ترجیح دادم که دیگه نرم» (شرکت کننده ۴). یکی از شرکت کنندگان علت عدم دریافت آموزش‌های شیردهی را بی‌توجهی خودش برای شرکت در کلاس‌های مراکز بهداشت بیان کرد. «اون موقع کلاس هست آدم بتونه شرکت کنه. کلاس‌های بهداشت هست اون موقع خوبه، اما خودم شرکت نکردم» (شرکت کننده ۳).

اگرچه دو نفر از شرکت کنندگان سابقه زایمان قبلی داشتند، اما آن‌ها نیز دریافت آموزش مجدد برای یادآوری تجربه قبلی را یکی از ضروریات می‌دانستند که در دوران بارداری به آن توجهی نکرده بودند و پزشکشان نیز در این مورد به آن‌ها توضیحی نداده بود. می‌توان گفت که همه شرکت کنندگان در دوران بارداری از طریق کتاب یا مجله و یا تلویزیون و سی‌دی‌های آموزشی و یا از تجربیات مادر و یا اطرافیان خود اطلاعات مختصری کسب کرده بودند و در نتیجه، در مورد شیر و فواید آن اطلاعی نداشتند. «یه کتاب دارم از قبل از تشکیل جنین تا ۵ سالگی... من اونو ماه به ماه که جلو می‌رفتم خوندم... ببین تا ۹ ماهگی بود ورزش‌های قبل از بارداری. قبل از بارداری باید چی کار کنیم، چی بخوریم، چه ورزشی داشته باشیم تا این که نوزاد به دنیا بیاد... هنوز به اون فصل نرسیده بودم به اندازه سقف خودم جلو می‌رفتم، جلوتر از اون سقف نباید می‌رفتم... آموزش شیردهی مال آخر شیردهیه از اون اول نیستش که تازه الان باید برم بخونم که چه جوریه» (شرکت کننده ۲).

یکی از مادران در دوران بارداری غیر از مطالعه مجله، از طریق شبکه‌های تلویزیونی نیز تا حدودی با این آموزش‌ها آشنا شده بود؛ هرچند این آموزش‌ها را از لحاظ کاربردی خیلی مؤثر نمی‌دانست: «من مجله می‌خوندم، بله در مورد بارداری و بچه و این‌ها، اما تلویزیون نمی‌تونن [به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی] خوب آموزش بدن...» (شرکت کننده ۸). تنها منبع اطلاعاتی در مورد شیردهی در یکی از شرکت کنندگان، تجربه به جا مانده از زایمان قبلی و صحبت‌های اطرافیان بود. «بچه اولمو که بروشور داده بودن، کتابچه...

بعد از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، ۲۶۱ کد استخراج شده در ۴ طبقه قرار گرفت که شامل «میزان و شرایط دریافت آموزش شیردهی در دوره قبل و بعد از زایمان، محتوا و سبک آموزش شیردهی در دوره قبل و بعد از زایمان، موانع اثربخشی آموزش شیردهی در دوره قبل و بعد از زایمان و مناسب‌ترین زمان و سبک جهت دریافت آموزش شیردهی» بود. به طور کلی، بیانات شرکت کنندگان نشان داد که آموزش و یادگیری در مورد شیردهی در دوره بارداری، موضوع جدی و مهمی چه برای مادران و چه برای کادر بهداشتی-درمانی محسوب نمی‌شود؛ به طوری که هیچ کدام از این زنان در دوران بارداری، آموزشی برای نحوه شیردهی و ارتباط با نوزاد دریافت نکرده بودند. زنان باردار جسته گریخته مطالبی را از کتاب‌ها، رسانه‌ها، کارکنان بهداشتی-درمانی و اطرافیان خود می‌آموزند و بدون شناخت و اطلاعات کافی در مورد اهمیت شیردهی و شیوه شیر دادن، وارد دوره بعد از زایمان می‌شوند.

### میزان و شرایط دریافت آموزش شیردهی در

**دوره قبل و بعد از زایمان:** بیشتر شرکت کنندگان در طی بارداری تحت نظر متخصص زنان و فقط یک نفر از آن‌ها تحت نظر ماما مراقبت بارداری شده بودند و یکی از آن‌ها نیز علاوه بر مراقبت توسط پزشک، به مرکز بهداشت هم مراجعه می‌کرد. این شرکت کننده اعلام کرد که در این مرکز کلاس مشاوره شیردهی نیز ارائه می‌شد، اما او بعد از مدتی رفتن به مرکز بهداشت را رها کرد و به زمان ارائه این کلاس‌ها نرسید و علت نرفتن به مرکز بهداشت را خوب نبودن برخورد کارکنان، نیاز به حضور در آنجا در صبح زود و همچنین، صف‌های طولانی انتظار بیان کرد. «من یه مدت رفتم مرکز بهداشت، ۴-۵ بار اونجا رفتم... آدمو خیلی تحقیر می‌کردن. احساس می‌کنم نوع برخوردشان خوب نبود. خوب برخورد نمی‌کردن با آدم... بعد دیگه دیدم هر روز ۸ صبح باید برم. ۵ ماه اول که رفتم دیگه نرفتم. یه بار خودشون زنگ زدن یکی دو بار زنگ زدن که من گفتم نتونستم؛ یعنی مشکلی برام پیش اومده و این‌ها... بعد سری بعد گفتم برای من که هر دفعه می‌خوام بیام اونجا چون ماه آخر هم باید هر هفته بریم

یکم هم اطرافیان بالاخره...» (شرکت کننده ۶). یکی از شرکت کنندگان که مطالعه جدی در این زمینه نداشت، علت عدم جدیت خود در مطالعه در مورد شیردهی را احساس اشباع شدن اطلاعاتی در اثر شنیده‌های قبلی و در نتیجه، عدم نیاز به یادگیری بیشتر می‌دانست. «زیاد مطالعه نمی‌کردم... درباره چیزهای دیگه آره، ولی راجع به شیر چون شنیده بودم شیر مادر بهتره، ویتامینش بیشتره، از شیر خشک خیلی بهتره... چون دیگه فکر می‌کردم یه چیزیه که بلدم دنبالش نمی‌رفتم که بخوام [یاد بگیرم]» (شرکت کننده ۳).

### محتوا و سبک آموزش شیردهی در بیمارستان:

در این بیمارستان خصوصی، زنان یک روز بعد از عمل سزارین برای آموزش شیردهی به مکانی که برای این کار اختصاص داده می‌شود، می‌رفتند. بنابراین، اولین تلاش برای شیر دادن به نوزاد، با همکاری همراه بیمار و یا یکی از کارکنان انجام می‌شد. سپس در فردای روز زایمان، زنان در یکی از اتاق‌های بزرگ بخش (یک اتاق شش تخته) گرد هم می‌آمدند و مدرس آموزش‌های خود را در مورد شیردهی ارائه می‌داد. «نوی یکی از این اتاق‌های عادی رفتیم که چند تا صندلی گذاشته بودن. جای مشخص تعیین نکردن برای انجام این کار. گفتن که ما الان می‌خوایم آموزش نحوه شیردهی رو بهتون بگیریم. اگه شما این آموزش رو نبینین، ما بهتون برگه ترخیص نمی‌دیم. باید اینو امضا کنید... در مورد شیردهی این آموزشو دیدم که می‌گفتن چهار تا انگشتو بنارین زیر سینه و یه انگشت رو از رو فشار بده؛ چون نوزاد اینقدر قدرت نداره که بخواد بخوره یا بمکه، باید مثلاً تو کمکش بکنی... اینم که سفته دیگه آغوز هم خیلی غلیظه حتی رو سینه هم یه قطره میاد مثل ژله سفت می‌شه و می‌بنده... باید خیلی فشار بدی، کمکش کنی» (شرکت کننده ۱).

بر اساس تجربیات شرکت کنندگان، یکی از مواردی که در کلاس شیردهی توسط مدرس و به صورت مقطعی توسط کارکنان به آن‌ها آموزش داده می‌شد، نحوه درست شیر دادن به نوزاد بود. «در مورد شیردهی گفتن باید کلاً نوک هاله بره داخل و بچه اصلاً ملج ملوج نکنه... بعد دیگه نوک سینه رو نگیره؛ چون نوک سینه رو که می‌گیره، زخم می‌شه بعدش هم

که هوا می‌ره و نفخ معده صورت می‌گیره... نفخ علتش اینه که مادرها بلد نیستن درست شیر بدن؛ به خاطر همینه که بچه‌ها نفخ می‌کنن» (شرکت کننده ۲). «پودر و ماء‌الشعیر و این‌ها گفت بخورین، از شیردوش برقی استفاده کنین، دستی استفاده نکنین... گفت این قهوه‌ای دور سینه کاملاً تو دهنش باشه. باید بمکه دیگه متوجه می‌شی... گفت از روز دهم به بعد هر غذایی رو می‌تونن بخوری، ولی کم... آب هویج و ماء‌الشعیر و این‌ها شیر رو زیاد می‌کنه، می‌تونن الان بخوری» (شرکت کننده ۸).

همه شرکت کنندگان از محتوای آموزشی ارایه شده راضی بودند، اما بعضی از مادران از این که به دلیل کم بودن زمان کلاس و یا شرایط خود و یا نوزادشان نتوانسته بودند سؤالات خود را مطرح کنند و بعضی از سؤالاتشان بی‌پاسخ مانده بود، شکایت داشتند.

در پایان هر جلسه آموزشی، سینه تک‌تک مادران بررسی می‌شد و به آن‌ها یک بروشور آموزشی و شماره تماس پیگیری داده می‌شد.

### موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از

**زایمان:** هیچ کدام از شرکت کنندگان در هیچ مرکز رسمی دولتی یا خصوصی آموزشی را دریافت نکرده بودند و تنها وقتی برای اولین بار نوزاد به آغوش آن‌ها داده می‌شد، متوجه می‌شدند که برای این کار به دریافت مهارت‌های عملی و اطلاعات کاربردی‌تر و همچنین، به همکاری بیشتر کارکنان نیاز دارند. بیانات شرکت کنندگان نشان داد که محتوای ارایه شده در زمان آموزش شیردهی محتوای تا حدودی کاملی است، اما طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان» بیانگر آن بود که موانعی باعث کاهش تأثیر این آموزش‌ها می‌شود و انگیزه مادران برای دریافت این آموزش‌ها را کاهش می‌دهد. یکی از موانع اثربخشی این آموزش‌ها، زمان ارایه آن‌ها بود. همه مادران شرکت کننده نیاز به آموزش شیردهی را در دوره بعد از زایمان به خوبی احساس می‌کردند، اما این زمان را برای دریافت این آموزش‌ها مناسب ندانستند و برای دریافت این آموزش‌ها علاقه چندانی نشان نمی‌دادند. از علل مهم این بی‌علاقگی، ناراحتی ناشی از عوارض سزارین و



می‌دونم اون اونور گرسنه» (شرکت کننده ۱).  
 «لان خب موقعیت حساسه، ولی توی این روزها که  
 وضعیتمون این جوریه شاید کمتر بتونیم گوش بدیم. بچه داره  
 گریه می‌کنه، آدم خودش درد داره... این دو روز خیلی سخت  
 بود، همش بیدار بودیم» (شرکت کننده ۳).

اگرچه مشارکت کنندگان سبک آموزش گروهی را از  
 لحاظ شریک شدن در تجربیات یکدیگر مفید می‌دانستند، اما  
 وضعیت و شرایط خود و مادران دیگر را مناسب شرکت در  
 یک کلاس گروهی نمی‌دانستند. «کلاس گروهی هم خوب  
 بود؛ چون آدم با دردهای دیگران آشنا می‌شه، ولی خب  
 شرایطمون الان خوب نیست» (شرکت کننده ۲).

«کلاس گروهی خوبیش اینه که از تجربه دیگران استفاده  
 می‌کنیم، اما ساعت کلاس نامشخص بود... گفتن بین ۱۰ تا  
 ۱۰/۵. یکی از خانها با تلفن حرف می‌زد، یک نفر بچه‌اش  
 گریه می‌کرد» (شرکت کننده ۵).

مربی شیردهی در مورد کسب اطلاعات مادران باردار در  
 مورد شیردهی و موانع اثربخشی آموزش بعد از زایمان اعتقاد  
 داشت که عدم واقع‌بینی و سهل‌انگاری مادران در یادگیری  
 مهارت شیردهی در دوران بارداری، عدم آمادگی مادران برای  
 تحمل دردهای بعد از سزارین، عدم ارجاع زنان باردار توسط  
 پزشکان به مراکز آموزشی، تداخل باورهای غلط منتقل شده از  
 همراهان با آموزش‌های مربی، اعتماد و تأثیرپذیری قوی از  
 پزشکان، عدم صرف وقت کافی توسط مادران برای شیر دادن  
 به نوزاد، عدم هوشیاری زنان سزارین شده در اتاق عمل برای  
 همکاری در شروع زود هنگام شیردهی، عدم اثربخشی  
 آموزش‌ها بعد از زایمان به دلیل درد و ضعف و ناراحتی بعد از  
 عمل، عدم تبعیت مادر از آموزش‌های مربی، عدم همکاری  
 تیمی به دلیل تبلیغ پزشکان برای مصرف شیر خشک، عدم  
 قابلیت اعتماد به همکاری کارکنان دیگر به دلیل تعویض  
 مرتب کارکنان در بیمارستان‌های خصوصی و عدم  
 فرهنگ‌سازی در جامعه برای استفاده از شیر مادر، از موانع  
 یادگیری مهارت‌های شیردهی قبل و بعد از زایمان می‌باشد.  
 «خانم‌های شکم اول ما... متأسفانه توی مملکت این فرهنگو  
 نداریم؛ یعنی می‌خوایم هر چیزی رو در زمان خودش یاد

عدم توانایی آن‌ها برای نشستن بر روی صندلی، ارایه  
 آموزش‌ها در یک کلاس گروهی و در یک زمان ویژه و عدم  
 تمایل به تنها گذاشتن و رها کردن نوزاد بیان شد. «می‌دونم  
 چی می‌گم شرایطمون اصلاً خوب نیست که بخوایم بشینیم با  
 این درد بشینیم و بخیه‌هامون هم که داره می‌سوزه، درد  
 می‌کنه، زیر دلت درد می‌کنه، نمی‌تونم قشنگ بشینی  
 موقعیتش خوب نبود... شاید اگه یه موقعیت دیگه بود، بهتر  
 بود. اونایی که سزارین هستن، واقعاً تحمل کلاسو ندارن...  
 اینو می‌تونستن من که روی تختم نشستم تلویزیون هم که  
 دارم به حالت سمعی- بصری آموزش می‌دادن... چه لزومی  
 داشت؟ توی اتاقمون قشنگ می‌نشستیم و می‌دیدیم بهتر بود  
 تا این که بچمو بیان از زیر سینم بکشن. من از این ناراحتم؛  
 چون بچم داشت شیر می‌خورد، اون موقع ناراحتم کرد که بچه  
 رو گرفت. گفتن همین الان باید بیاین... این جالب نبود برای  
 من؛ چون بچم داشت شیر می‌خورد از سینم گرفتش. گفت  
 مادرها نشستن شما هم باید بیاین بچتو بیار اونجا شیر بده»  
 (شرکت کننده ۲).

همه شرکت کنندگان مطالب آموزشی ارایه شده و نحوه  
 تدریس مربی را رضایت‌بخش می‌دانستند. با این حال، از  
 شرایط برگزاری کلاس راضی نبودند. «مانش (زمان کلاس)  
 مناسب نبود؛ چون که درد داشتیم، این حوصله‌ای که آدم باید  
 داشته باشه رو نداشتیم... مطالب آموزشی خیلی خوب بود، ولی  
 می‌گم متأسفانه همه چی هم خیلی لازم بود، ولی انگار آدم  
 اعصاب یعنی حوصله خارج از حوصله آدم بود... خیلی مطالب  
 خوب و مفید بود، ولی همه الان اومده بودن می‌گفتن چی  
 گفت؟ یادمون رفته اصلاً چی گفت» (شرکت کننده ۴).

«توی یکی از این اتاق‌های عادی رفتیم که چند تا  
 صندلی گذاشته بودن. جای مشخص تعیین نکردن برای انجام  
 این کار. اگه زمان کلاس طولانی‌تر بود، خیلی‌ها وقت  
 می‌کردن سؤالاشونو بپرسن، ولی نوع جایی که ما بودیم این  
 اجازه رو نمی‌داد، شرایطی که ما توش بودیم... من خودم یکی  
 دو تا سؤال داشتم می‌خواستم ارزش بپرسم که نشد اصلاً. از یه  
 طرف می‌خواستم برم پیش غزل [دخترم]، از یه طرف  
 نمی‌دونم استرس داشتم که من باید برم... صدام کردن چه

بگیریم... خیلی از همراهها فکر می‌کنن خیلی ماهرتر از ما هستن، چرا؟ چون مادرشون هستن. مریض‌هایی من دیدم بهش می‌گم شیر مادر بده، پزشک میاد می‌گه شیر خشک بده خانم شیر خشک هیچ اشکالی نداره... مادری که فکر کنه با خوردن آبی دردم میاد اینقدر ناز پروده باشه، اینقدر آگاهی نداشته باشه... تازه این درد بعد از سزارینه، تازه عمل جراحی شدی... ما خیلی مورد داشتیم نحوه سینه گذاشتن رو آموزش می‌دیم، بعد رد می‌شم برمی‌گردم می‌بینم همون کاری که قبلاً می‌کرد؛ می‌گم خانم مگه من بهت نگفتم... مامای بخش رد می‌شه یا نرس بخش می‌بینه سینه تو دهن بچه اشتباه گذاشته شده، بگه... بالا سر مریض می‌ره برای کار دیگه بگه، همه شریک باشیم، چه فرقی می‌کنه... ما فقط مشکلمون به مقدار توی بخش زنانمونه که بچه‌ها باید بیشتر همکاری کنن که من مرتب دارم روشن کار می‌کنم و اگه پرسنلشون عوض نشن، خوبه» (شرکت کننده ۱۰).

این شرکت کننده در مورد تأثیر مهمی که اعتماد داشتن مادران به تجربیات همراهان خود (که اغلب مادر خود آنها است) بر شیردهی آنها گفت: «قطعاً / یک زن تازه زایمان کرده / حرف مادرشو بیشتر گوش می‌ده تا به حرف من که مقطعی یک ساعت یا دو ساعت بیشتر کنارش نیستم؛ چون نبوده طی بارداری که به من اعتمادی رو پیدا کنه. من سعی می‌کنم اعتمادشو جلب کنم، ولی در نهایت اگه نظر مادرش با من یکی باشه، گوش می‌ده، ولی اگه مادرا همه هم که آگاه نیستن، حرف خودشون رو بزنن، قطعاً نظر مادره رو بیشتر گوش می‌کنه؛ چون به اون اعتماد بیشتری داره، مادرسه... تا منی که بیشتر از چند ساعت نمی‌بینمش و کنارش نیستم» (شرکت کننده ۷).

### مناسب‌ترین زمان و سبک جهت دریافت

**آموزش شیردهی:** بر اساس بیانات شرکت کنندگان، فرصت کوتاهی که زنان بعد از زایمان در بیمارستان می‌گذارند، برای آموزش مهارت‌های شیردهی مناسب نیست؛ چرا که این زمان بیشتر برای کنار آمدن با عوارض و دردهای ناشی از عمل سزارین صرف می‌شود. از نظر شرکت کنندگان، بهترین زمان برای آموزش شیردهی، دوران بارداری و به ویژه روزهای آخر زایمان است. اغلب شرکت کنندگان معتقد بودند

که زمان انتظار اتاق عمل نیز فرصت مناسبی برای این آموزش‌ها است؛ چرا که اغلب مادران باید چندین ساعت در اتاق لیبر منتظر بمانند تا وقت عمل آنها برسد و در این فاصله که آنها از لحاظ جسمی شرایط خوبی دارند و انگیزه بیشتری نیز پیدا کرده‌اند، می‌توانند بهتر مطالب آموزشی را یاد بگیرند. از طرف دیگر، باور داشتند که این آموزش‌ها در دوره بعد از زایمان نیز ادامه یابد و بیشتر بر مهارت‌های عملی و حل مشکلات شیردهی مادران تمرکز نماید. از لحاظ سبک آموزش، آنها سبک انفرادی را مناسب‌تر می‌دانستند؛ چرا که حضور در یک کلاس گروهی و افزایش درد ناشی از نشستن بر روی صندلی و همچنین، نگرانی ناشی از دور شدن از نوزاد، قدرت یادگیری آنها را کاهش می‌دهد و انگیزه آنها برای بیان سوالاتشان را کم‌رنگ می‌کند. اگرچه معدودی از شرکت کنندگان حتی دوره قبل از بارداری را برای آموزش شیردهی مناسب می‌دانستند، اما بر اساس نظر بیشتر شرکت کنندگان، بهترین زمان برای آموزش شیردهی، دوره بارداری (گروهی یا انفرادی) و سپس آموزش مهارت‌های عملی بعد از زایمان به صورت انفرادی بود.

«پیشنهادی که می‌تونم داشته باشم، من از ۸ صبح اومدم بیمارستان، ساعت مثلاً ۱۲ رفتم داخل اتاق عمل... قبل از اون زمان می‌تونستن به من آموزش بدن؛ چون من منتظر بودم، حوصلم سر رفته بود، قرآن می‌خوندم. اونجا بیان بگن شما که الان برین اونجا با این شرایط روبه‌رو می‌شین، شرایطی دارین که نمی‌تونین کاملاً چیز کنین این آموزش‌هارو الان بهتون می‌دیم و بعد عملی اگه چیز شد، براتون می‌ذاریم. اونجا به نظر من خیلی بهتره. موقعیت انتظار بود. اونجا به نظر من خیلی بهتر بود که آموزششون رو بدن» (شرکت کننده ۲).

«قبل از زایمان به خاطر این که آدم استراحت داشته باشه بهتره. بعد از زایمان هم ایراد نداره، اما اون موقع [قبل از زایمان] آدم آمادگی بیشتری داره... اون صحبت‌هایی که می‌کنین تو ذهن آدم می‌شین. الان درد که داریم به ذره حرفاتون یادمون می‌ره. حالا این خانم که حرف می‌زد، به کم یادم هست، ولی به ذره هم آدم یادش می‌ره» (شرکت کننده ۶).



از این مورد، مزیت آموزش انفرادی را فراهم شدن فرصت بهتری برای معاینه سینه تک تک مادران بیان کرد و اظهار داشت: «من در طی سال‌ها فهمیدم که افراد رو تکی باید ببینم، مشکل تکیشونو بگن... اکثراً توی بارداری اصلاً سینه‌هاشون چک نمی‌شه. میان می‌گن خانم شیر نمی‌خوره، بعد میام نگاه می‌کنم سینه Flat... پس ما چی کار می‌کنیم؟ بهش می‌گم خانم بچه‌تو ببین الان باید این‌جوری سینه رو بگیریم... همه رو چک می‌کنم. موردهایی که خاص باشن مثل نیپل فرورفته یا نیپل شل، Flat، همه این‌ها رو به مادر توضیح می‌دم. تیک باشن. این‌ها در ضمن این که بقیه رو دارم می‌بینم، همون موقع اشکال مادرو می‌گم» (شرکت کننده ۱۰).

### بحث

مطالعه کیفی حاضر، نخستین تحقیق در ایران بود که به توصیف تجربیات زنان سزارین شده از دریافت اطلاعات و آموزش‌های مرتبط با شیردهی پرداخت. به دلیل عدم انجام پژوهش کیفی مشابه داخلی و خارجی در این زمینه، امکان مقایسه نتایج بررسی حاضر با نتایج مشابه یا متناقض امکان‌پذیر نبود. بنابراین، نتایج به دست آمده تنها با مطالعات کمی که تا حدودی به موضوع تحقیق نزدیک بود، مقایسه شد. یکی از طبقات حاصل شده، میزان و شرایط دریافت آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان و همچنین، محتوا و سبک آموزش شیردهی در بیمارستان بود. اگرچه همه زنان شرکت کننده در دوران بارداری تحت مراقبت بارداری توسط یک متخصص یا ماما قرار داشتند، اما هیچ کدام آموزش ویژه‌ای در مورد شیردهی دریافت نکرده بودند. اگرچه این آموزش‌ها در مراکز بهداشتی ارائه می‌شود، اما به دلیل عدم مراجعه یا مراجعه نامنظم زنان به این مراکز، هیچ یک از شرکت کنندگان از این کلاس‌ها استفاده نکرده بودند. هرچند همه شرکت کنندگان تحصیلات داشتند و بیشتر آن‌ها کتاب‌هایی در مورد شیردهی مطالعه کرده بودند و یا از تلویزیون و اطرافیان اطلاعاتی به دست آورده بودند، اما اطلاعات اغلب آن‌ها نتوانسته بود تأثیر چندانی بر موفقیت شروع شیردهی داشته باشد. بر اساس برنامه کشوری ترویج

«توی این روزها که وضعیتمون این‌جوریه شاید کمتر بتونیم گوش بدیم. بچه داره گریه می‌کنه، آدم خودش درد داره. این دو روز خیلی سخت بود، همش بیدار بودیم والا... اگه قبلش باشه مثل دیروز که من از صبح تا ساعت ۱۲ بلوک زایمان بیکار بودم، یه نفر این اطلاعات رو می‌داد به جای این که به در و دیوار نگاه کنه... بهتر بود. آره مثلاً اونایی که نشسته بودن بعضی‌هاشون می‌خواستن ساعت ۱۲ برن» (شرکت کننده ۳).

«به نظرم قبل از زایمان یه بخشی برای آدم بنارن خیلی بهتره... هم آدم می‌تونه بنویسه مطالبو و هم هوشیارتره، با حوصله‌تره؛ یعنی یکی دو روز قبلش. وقتی آدم می‌ره تشکیل پرونده می‌ده برای زایمان، بگن فلان روز قبل از زایمان بیان. ما این آموزش‌هارو این حرف‌هارو بهترتون بزنینم خیلی بهتره...» (شرکت کننده ۴).

«همون توی دوران بارداری آموزش شیردهی بدن بهتره، قبل از عمل دقیقاً یکی دو ساعت قبل از عمل تو ذهنت هم می‌مونه. این یه تایمیه که من می‌تونم ازش استفاده بکنم و این آموزش‌هارو دریافت کنم. بهم بگن وقتی بچجات داره میاد تو باید چند ساعت به چند ساعت بهش شیر بدی... روز اول چقدر اهمیت داره اون شیریه که تو می‌خوای بهش بدی... همه این‌ها رو می‌تونن تو همون وقت نیم ساعت فکر نمی‌کنم بیشتر طول بکشه؛ چون دقیقاً انتظار اومدنشو داری می‌کشی، می‌دونی که بچجات دو سه ساعت دیگه تو بغل توته... خب؟ وقتی یه همچین انتظاری داری، بنابراین با شوق بیشتری گوش می‌دی. بیشتر تمایل داری بشنوی در مورد این مسایلی تا بعدش که بی‌حالی» (شرکت کننده ۱).

از مصاحبه ششم به بعد وقتی برای مصاحبه به مادران بستری شده در بخش مراجعه شد، مشخص گردید که مربی شیوه آموزشی خود را از حالت گروهی به انفرادی تغییر داده است. این موضوع تأیید کننده پیشنهاد همه مادران مصاحبه شده قبلی بود که کلاس‌های انفرادی را مؤثرتر از کلاس‌های گروهی بیان کردند. البته مادران بیشتر به دلیل دردهای بعد از عمل و وضعیت نوزاد خود خواهان ترک تخت و اتاق خود و حضور در یک کلاس گروهی نبودند، اما مربی شیردهی غیر

تغذیه با شیر مادر، کلیه خانواده‌ها مخاطب آموزش‌های همگانی هستند و باید این آموزش‌ها از طریق رسانه‌ها و اجرای بسیج‌های عمومی و جلسات آموزشی در مراکز خدمات سلامتی ارایه شود (۵).

بر اساس نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده در ایران، ایجاد محیط حمایتی، تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های آموزشی، توجه بیشتر به نگرش و آگاهی مادران و کارکنان بهداشتی-درمانی و آموزش مستمر مادران در دوران بارداری و پس از آن، می‌تواند نقش بسیار مهمی در تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشد (۲۱، ۱۰). نتایج تحقیق احمدی و همکاران نشان داد آموزش‌هایی که قبل از زایمان در مراکز بهداشتی-درمانی و بعد از زایمان در بیمارستان به مادر ارایه می‌شود، می‌تواند از طریق افزایش آگاهی مادران از مزایای شیردهی از سینه، قصد رفتاری آن‌ها را در پایان مداخله آموزشی افزایش دهد (۲۲)، اما تمام مشارکت کنندگان مطالعه حاضر وقتی به زمان شیردهی رسیده بودند، اطلاعات کافی و مناسبی در این زمینه نداشتند و به این نتیجه دست یافتند که باید این اطلاعات را در دوران بارداری به صورت کامل‌تر و علمی‌تری دریافت می‌کردند و پس از زایمان نیز کارکنان به آن‌ها به صورت عملی نحوه درست شیر دادن به نوزاد را آموزش دهند و آموزش‌های تئوری را دوباره تکرار کنند.

نکته قابل تأمل دیگری که در طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان» به آن اشاره شد، عدم آگاهی زنان در مورد عوارض سزارین از جمله درد محل عمل و تأثیر منفی این ناآگاهی بر شروع شیردهی مادران بود. بر این اساس، نه تنها افزایش آگاهی مادران در مورد شیر و شیردهی می‌تواند به افزایش توانایی آنان در شیردهی کمک کند، بلکه کمک کردن به مادران در دوران بارداری برای آشنایی بیشتر با وضعیت خود بعد از انجام سزارین، باعث می‌شود آن‌ها بتوانند از قبل ذهن و جسم خود را برای پذیرش و تحمل این دردها آماده کنند تا دردها مانعی برای درآغوش گرفتن نوزاد و شیر دادن به او به ویژه در روزهای اول نشود. یکی دیگر از نکات مهم اشاره شده در طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان»، تأثیر

اطرافیان زنان تازه زایمان کرده بر نحوه شیردهی آن‌ها بود. خیلی از اطلاعاتی که زنان در دوران بارداری کسب می‌کنند، حاصل تجربیات اطرافیان آن‌ها است. پس از زایمان نیز در بیشتر موارد همراهان بیمار، مادر یا مادر شوهر و یا یکی دیگر از بستگان بسیار نزدیک می‌باشند و اغلب همراه است که برای اولین بار به مادر برای شروع شیردهی کمک می‌کند. همراه مادر تا زمان ترخیص کنار او باقی می‌ماند و سپس در طی روزها و هفته‌های اول بعد از زایمان به کمک و راهنمایی او می‌پردازد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در طی اقامت مادر در بیمارستان، اطرافیان گاهی با انتقال تجربیات و باورهای نادرست خود به مادران، مانع تأثیرگذاری آموزش‌های علمی دریافت شده می‌شوند و انتقال تجربیات آن‌ها با آموزش‌های علمی بیمارستان تداخل پیدا می‌کند و در نتیجه، مادران نمی‌توانند اصول درست شیردهی را بیاموزند. مطابق نتایج برخی تحقیقات، خانواده و دوستان در انتخاب شیردهی مؤثرتر از کارکنان حرفه‌ای هستند (۲۳). این یافته نشان می‌دهد در کشورهای که خانواده‌های گسترده‌ای دارند، باید جهت ارزیابی مهارت‌های غذا دادن به کودک، به محیط گسترده‌تری که بر تغذیه کودک تأثیر دارد از جمله ارتباطات خانوادگی، توجه شود. به ویژه مادر بزرگ‌ها در تعیین این که شیر ناکافی است یا خیر و یا در مورد تصمیم برای پایان شیر دادن نقش مؤثری دارند (۲۴).

یکی دیگر از نکات قابل توجه مطالعه حاضر که در طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان» به آن تأکید شد، توجه به نقش پزشکان در انتخاب شیردهی از سینه می‌باشد. بر اساس نتایج به دست آمده، پزشکان گاهی نه تنها بر شیردهی تأکید نمی‌کنند، بلکه به مادران نخست‌زایی که نمی‌توانند به نوزاد خود به خوبی شیر بدهند و هنوز مهارت شیردهی را نیاموخته‌اند، پیشنهاد استفاده از شیر خشک را می‌دهند و یا کارکنان بیمارستان به صورت تیمی برای کمک به شیردهی مادران با یکدیگر همکاری نمی‌کنند و به دلیل تعویض‌های مکرر کارکنان بیمارستان‌های خصوصی، آن‌ها از اطلاعات و مهارت‌های لازم برای کمک تیمی با یکدیگر برخوردار نیستند. نتایج پژوهش دیگری نشان

شود و پس از زایمان نیز آموزش‌ها ادامه یابد و نحوه شیردهی به صورت عملی به آن‌ها آموزش داده شود.

از آن‌جایی که شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر سزارین شده بودند، زمان انتظار برای سزارین (فاصله زمانی پذیرش تا رفتن به اتاق عمل) را زمان مناسبی برای دریافت آموزش شیردهی می‌دانستند. یک مرور سیستماتیک در مورد مداخلات حرفه‌ای شیردهی نیز مشخص نمود مداخلاتی که از دوران بارداری تا دوره قبل از زایمان ادامه می‌یابند و در طی دوران پس از زایمان نیز تداوم دارند، مؤثرتر از مداخلاتی هستند که بر یک دوره کوتاه مدت تمرکز می‌کنند. علاوه بر این، پکیج‌های مداخله‌ای که از روش‌های متعدد آموزشی و حمایتی و متخصصان آموزش دیده استفاده می‌کنند، مؤثرتر از مداخلاتی می‌باشند که بر یک روش واحد تمرکز دارند (۲۶).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر در طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان»، علاوه بر ناکافی بودن اطلاعات زنان تازه زایمان کرده در مورد شیردهی، زمان و مکان آموزش بود؛ به طوری که همه شرکت‌کنندگان با وجود محرز دانستن مزایای آموزش گروهی، معتقد بودند که این آموزش‌ها در دوران بارداری باید گروهی باشد، اما پس از زایمان باید به صورت انفرادی و بر بالین هر مادر و در کنار نوزاد او انجام شود تا کاربردی‌تر و مؤثرتر باشد؛ چرا که به دلیل وجود دردهای بعد از سزارین، مادران شرایط مناسبی برای آموزش دیدن ندارند و به ویژه آموزش گروهی به دلیل نیاز به حضور در یک کلاس و نشستن بر روی صندلی‌های برایشان سخت‌تر است. اگرچه مدرس شیردهی این بیمارستان خود نیز در طول انجام تحقیق به این نتیجه رسیده و شیوه آموزش را از گروهی به انفرادی تغییر داده بود و نتیجه آن را مثبت ارزیابی کرد، اما این موضوع مسأله‌ارایه یک پروتکل استاندارد به بیمارستان‌های دوستدار کودک و نیاز به بررسی و نظارت بیشتر بر نحوه‌ارایه این آموزش‌ها را بیان می‌کند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر در طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان» این بود که زنان اغلب در دوران بارداری معاینه سینه نمی‌شوند؛ در حالی

داد که مهم‌ترین عامل در قطع زودرس تغذیه انحصاری با شیر مادر، توصیه پزشکان بوده است (۲۵)؛ در حالی که بر اساس برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر، کارکنان بهداشتی-درمانی‌ارایه دهنده مراقبت‌های مادر و کودک اعم از پزشکان، متخصصان، ماماها و... گروه هدف این برنامه برای آموزش هستند و بر اساس این برنامه، کارکنان بهداشتی و کارکنان بیمارستان‌های دوستدار کودک باید دوره ۲۰ ساعته و پزشکان و متخصصان نیز باید دوره ۳۶ ساعته آموزش تغذیه با شیر مادر را پشت سر گذاشته باشند (۵). نتایج تحقیق حمیدی و همکاران بین مصرف کنندگان شیر خشک حاکی از آن بود که ۵۵/۸ درصد آن‌ها به توصیه پزشک از این روش تغذیه‌ای استفاده کرده بودند (۱۰). در مطالعه حاضر نیز محققان به ضرورت آموزش‌های مداوم در خصوص موارد منع مصرف شیر مصنوعی در سطح پزشکان و شاغلان مراکز بهداشتی-درمانی تأکید نمودند.

از جمله نکات مهمی که در طبقه «موانع اثربخشی آموزش شیردهی قبل و بعد از زایمان» بیان شد، این بود که اگرچه آموزش در مورد فواید شیردهی در دوران بارداری جزء آموزش‌های معمول این دوران است، اما اغلب مادرانی که به درمانگاه زنان بیمارستان مراجعه می‌کنند، در روزهای آخر بارداری توسط متخصصان از مطب‌ها به درمانگاه بیمارستان ارجاع داده می‌شوند و در نتیجه، نمی‌توانند از کلاس‌های آموزشی درمانگاه‌ها استفاده نمایند و یا اگر آموزش‌ها را دریافت کنند، ممکن است برای زایمان به بیمارستان دیگری بروند و در نتیجه، امکان پیگیری نتیجه آموزش‌ها وجود ندارد. بنابراین، حتی اگر این کلاس‌ها برگزار شود، مدیریت مراقبت‌های دوران بارداری به گونه‌ای نیست که بتواند زنان را در زمان درست به این کلاس‌ها برساند و یا امکانات این کلاس‌ها به گونه‌ای نیست که بتواند شیردهی را به صورت عملی نیز به مادران آموزش دهد و به همین دلیل است که بر اساس نتایج‌ارایه شده در طبقه «مناسب‌ترین زمان و سبک جهت دریافت آموزش شیردهی»، همه شرکت‌کنندگان بیان کردند که باید شیردهی در دوران بارداری به خصوص در هفته‌ها و روزهای آخر به آن‌ها در مراکز ویژه‌ای آموزش داده

می‌کنند، کافی نیست و اغلب از مطالعه کتاب یا تجربه اطرافیان است. بیشتر زنان در دوران بارداری توسط پزشکان به مراکز ارایه دهنده این آموزش‌ها ارجاع داده نمی‌شوند و مورد معاینه سینه قرار نمی‌گیرند. گروهی برگزار شدن این کلاس‌ها، کیفیت آموزش‌ها را کاهش می‌دهد. در بیمارستان‌های خصوصی، عده‌ای از پزشکان برای تشویق مادر به تغذیه انحصاری با شیر مادر اصراری ندارند و تعویض مداوم کارکنان این بیمارستان‌ها، امکان همکاری تیمی را از بین می‌برد. همچنین، اطرافیان بیمار که اغلب مادر یا مادر شوهر او هستند، نقش مهمی در تأثیرگذاری آموزش‌های ارایه شده در بیمارستان دارند و گاهی با انتقال تجربیات خود که با آموزش‌های دریافتی از بیمارستان تداخل دارند، مانع تداوم تأثیر این آموزش‌ها می‌گردند.

### کاربرد یافته‌ها در آموزش و سیاست‌گذاری

**بهداشت:** آموزش شیردهی باید در دوران بارداری و به ویژه در هفته‌ها و روزهای آخر به مادران ارایه شود. فاصله زمانی پذیرش مادران در بیمارستان تا فرستادن آن‌ها به اتاق عمل، فرصت مناسبی برای آموزش افرادی است که در دوره بارداری فرصتی برای آموزش نداشته‌اند.

از آنجایی که در دوران بارداری زنان تحت مراقبت متخصصان یا ماماها قرار دارند، مساعدت این افراد در آگاه کردن زنان در مورد ضرورت آموزش شیردهی و ارجاع آن‌ها به مراکز ارایه دهنده این آموزش‌ها، کمک بسیاری به افزایش آگاهی و مثبت شدن نگرش نسبت به شیردهی و افزایش آمادگی برای شروع شیر دادن به فرزند می‌کند.

آموزش شیردهی باید پس از زایمان به صورت علمی و عملی تداوم داشته باشد و در دوره بعد از زایمان به صورت انفرادی و بر بالین خود مادران انجام شود تا هم با معاینه سینه، مشکلات سینه مادران بررسی گردد و هم نحوه صحیح گرفتن نوزاد و شیر دادن به او به تک‌تک آن‌ها آموزش داده شود. برای از دست ندادن مزایای آموزش گروهی، می‌توان مادران را برای در اختیار گذاشتن تجربیاتشان و کمک به یکدیگر برای یاد دادن نحوه شیردهی درست به هم و حل مشکلات شیردهی تشویق نمود.

که این معاینه باید به طور معمول در سه ماهه سوم بارداری انجام شود و باید به آن‌ها در مورد نحوه شکل دادن به نیپل آموزش داده شود تا یکی از مشکلات شروع شیردهی پس از زایمان که شکل نامناسب نیپل از جمله فرورفته یا flat بودن آن است، کمتر مشاهده گردد. صالحیان و همکاران با بررسی ۳۵۸ زن تازه زایمان کرده به این نتیجه دست یافتند که ۵۸/۴ درصد در دوران بارداری هیچ آموزشی در مورد شیردهی دریافت نکرده بودند و ۴۱/۶ درصد در مراکز بهداشتی آموزش دیده بودند. منبع کسب اطلاعات در ۵۳/۴ درصد رادیو و تلویزیون، ۲۶/۸ درصد آموزش‌های پس از زایمان بیمارستان، ۳۹/۷ درصد کتاب، ۲۸/۰ درصد کارکنان بهداشتی، ۱۰/۰ درصد افراد خانواده و ۵/۱ درصد پزشک بود و در دوره بارداری فقط ۱۶/۸ درصد زنان مورد معاینه پستان قرار گرفته بودند (۲۷).

**محدودیت‌ها:** مطالعه حاضر فقط بر روی زنان زایمان کرده یکی از بیمارستان‌های خصوصی انجام شد و این زنان ممکن است نماینده تمام زنان بیمارستان‌های خصوصی و دولتی نباشند. از آنجایی که زنان در دوره پس از زایمان شرایط مناسبی به علت عمل سزارین نداشتند و نگران وضعیت شیردهی نوزاد خود بودند و همچنین، به دلیل انجام مصاحبه‌ها بر بالین بیمار و نه در یک اتاق خلوت و مخصوص، ممکن است در روند جمع‌آوری داده‌ها اختلالاتی ایجاد شده و عمق و صحت داده‌ها تحت تأثیر قرار گرفته باشد. هرچند نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به پایه دانش مرتبط با شیردهی کمک کند، اما برای کاربردی شدن این نتایج، انجام تحقیقات بیشتر در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

آموزش‌هایی که در بیمارستان‌های دوستدار کودک ارایه می‌شود، هنوز پروتکل مشخصی از نظر نحوه ارایه ندارند. بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، اغلب زنان سزارین شده پس از زایمان شرایط مساعدی برای این که برای اولین بار در مورد شیردهی آموزش ببینند، ندارند. آموزش‌هایی که زنان باردار در دوران بارداری دریافت

بخش‌های پس از زایمان و معرفی آموزش شیردهی به عنوان یک کار تیمی که نیازمند همکاری کلیه کارکنان، پزشکان و خانواده زنان تازه زایمان کرده با مدرسان ویژه شیردهی است، می‌تواند بر ارایه بهتر این آموزش‌ها کمک مؤثری باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره د/۲۶۴۷، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین پیشوا می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان و همچنین کارکنان بیمارستان مورد بررسی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

ارایه یک پروتکل روشن در مورد نحوه و محتوای آموزشی به بیمارستان‌های دوستدار کودک، می‌تواند از اتکای صرف مدرسان به تجربیات خود برای پیدا کردن مناسب‌ترین نحوه ارایه این آموزش‌ها جلوگیری کند و این اطمینان را به وجود آورد که کلیه مادران اطلاعات ضروری یکسانی را دریافت می‌نمایند.

برای مثبت شدن تأثیر اطرافیان، پیشنهاد می‌شود در دوره بارداری و پس از زایمان، خانواده زنان نیز با بروشورهای آموزشی تحت آموزش قرار گیرند تا اطلاعات نادرست آن‌ها اصلاح شود و پس از زایمان بر تأثیرگذاری آن‌ها بر نحوه شیردهی زنان نظارت گردد.

تأکید بر آموزش مرتب پزشکان و کارکنان شاغل در

### References

1. Hasanpoor S, Bani S, Ansari S, Ebrahimi H. Measuring breastfeeding self-efficacy among pregnant women referred to health centers of Ahvaz. *Nursing and Midwifery* 2010; 5(19): 47-53. [In Persian].
2. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(3): 259-68.
3. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003; 1(2): 70-8.
4. Raisi Dehkordi Z, Raei M, Ghassab Shirazi M, Raisi Dehkordi SAR, Mirmohammadali M. Effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparus women. *Hayat* 2012; 18(2): 57-65. [In Persian].
5. Ministry of Health and Medical Education, Office of Population Health, Family and School, Office of Children's Health and Promoting Breastfeeding. Portrait of a national program to promote breastfeeding in the Islamic Republic of Iran, past, present, future. [Online]. [cited 2015 Jul 20]; Available from: [http://health.behdasht.gov.ir/uploads/435\\_2471\\_1429296255533\\_final\\_book1.pdf](http://health.behdasht.gov.ir/uploads/435_2471_1429296255533_final_book1.pdf). [In Persian].
6. Roudbari M, Roudbari S, Fazaali A. Factors associated with breastfeeding patterns in women who recourse to health centres in Zahedan, Iran. *Singapore Med J* 2009; 50(2): 181-4.
7. Turner-Maffei C, Cadwell K. *overcoming barriers to implementing the ten steps to successful breastfeeding*. Sandwich, MA: Baby-Friendly USA; 2004.
8. Veghari G, Mansourian A, Abdollahi A. Breastfeeding status and some related factors in northern Iran. *Oman Med J* 2011; 26(5): 342-8.
9. Rossiter JC. The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *Int J Nurs Stud* 1994; 31(4): 369-79.
10. Hamidi M, Khoshdel A, Khadivi R, Deris F, Salehi-Fard A, Parvin N, et al. The causes of formula milk consumption in the infants under 1 year old in Charmahalva Bakhtiari province Iran, 2007. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 13(3): 77-83. [In Persian].
11. Mahboobi Gazaani F, Roozbahani N, Shamsi M. The relationship between prenatal intention to exclusive breastfeeding and mothers practice within 6 months after delivery in primipar women. *Daneshvar Med* 2015; 22(115): 25-34. [In Persian].
12. Tavafian S, Adili F. The effect of health educational intervention on the duration of exclusive breastfeeding in the first 4 months of birth: A clinical trial. *Payesh Health Monit* 2005; 4(2): 127-31. [In Persian].
13. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008; 149(8): 565-82.

14. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: Randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 335(7620): 596.
15. Salarkia N, Amini M, Abdollahi M, Eshrati B. Socio-economic and cultural factors affecting child feeding practices: an exploratory qualitative study in Damavand. *Iran J Nutr Sci Food Technol* 2011; 5(4): 75-86. [In Persian].
16. Khazaei T, Madarshahian F, Hasanabadli M, Kianfar S. Barriers of exclusive breast feeding and related factors in formula-fed infants in Birjand. *Dena* 2008; 3(1-2): 35-46. [In Persian].
17. Islami Z, Fallah R, Golestan M, Shajaree A. Relationship between delivery type and successful breastfeeding. *Iran J Pediatr* 2008; 18 (Suppl 1): 47-52. [In Persian].
18. Sakkaki M, Khairkhah M. Promotion of exclusive breastfeeding: Teaching good positioning and support from fathers and families. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 10(6): 824-32. [In Persian].
19. Abolghasemi N, Merghati Khoie E S. Determinants of breastfeeding promotion as perceived by health personnel. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2012; 9(4): 33-42. [In Persian].
20. . Struebert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
21. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Effectiveness of educational intervention on exclusive breast feeding in primipara women: Application of planned behavior theory. *Razi J Med Sci* 2015; 21(127): 12-23. [In Persian].
22. Ahmadi M, Jahanara S, Moeini B, Nasiri M. Effectiveness of educational program based on theory of planned behavior in selecting breastfeeding method among pregnant women referred to Hamadan health centers . *Pejouhandeh* 2014; 19(4): 219-27. [In Persian].
23. Sheehan A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. *Midwifery* 1999; 15(4): 274-82.
24. Bezner KR, Dakishoni L, Shumba L, Msachi R, Chirwa M. "We grandmothers know plenty": Breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi. *Soc Sci Med* 2008; 66(5): 1095-105.
25. Mehrparvar S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2008- 2009. *J Fasa Univ Med Sci* 2011; 1(1): 45-52. [In Persian].
26. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008; 17(9): 1132-43.
27. Salehian T, Delaram M, Noorbakhshian M. Knowledge assessment of women about the benefits and proper method of breast feeding. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2007; 15(2): 17-22. [In Persian].



## Explaining Mothers' Experiences from Breastfeeding Education

Shirin Shahbazi-Sighaldehy<sup>1</sup>, Simin Parvanevar<sup>2</sup>, Zahra Tayebi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The aims of this study were describing mothers' experiences from breastfeeding education and identifying the problems related to breastfeeding in order to submit a suggestion to policymakers who work in field of mother and child health promotion.

**Method:** This descriptive qualitative study was conducted in Tehran, Iran, from May 2012 to June 2015. Participants were 9 women undergoing cesarean and one breastfeeding teacher who were selected purposefully. The method of data collection was an in-depth semi-structured interview. Obtained data were analyzed through conventional content analysis.

**Results:** The codes derived from analysis of interviews were labeled in four categories: amount and conditions of breastfeeding education before and after childbirth, content and method of breastfeeding education before and after childbirth, barriers to effectiveness of education before and after childbirth, and suggestion about the most appropriate time and method for breastfeeding education.

**Conclusion:** Most of the mothers do not have suitable conditions to learn how to breastfeed after baby delivery. Thus, the best time for initiation of breastfeeding education is during pregnancy, especially in the last weeks and days. After baby delivery and during the postpartum period, breastfeeding education has to be continued. Group-based breastfeeding education decreases the quality of education while the most appropriate way for breastfeeding education is individual education on mother's bedside.

**Keywords:** Breastfeeding, Hospitals, Cesarean section, Qualitative research, Education

**Citation:** Shahbazi-Sighaldehy S, Parvanevar S, Tayebi Z. **Explaining Mothers' Experiences from Breastfeeding Education.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(3): 310-24.

Received date: 14.02.2016

Accept date: 14.03.2016

1- Assistant Professor, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Varamin-Pishva Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran

3- Assistant Professor, Department of Community Nursing, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

**Corresponding Author:** Shirin Shahbazi-Sighaldehy, Email: sh-shahbazi@sina.tums.ac.ir