بررسی تأثیر بسته آموزش الکترونیک بر آگاهی شیردهی مادران در دوره پس از زایمان

زهرا سهرابی[۱]، نسرین سهرابی[۲]، مژگان هاشم‌زاده[۳]، عباس مهران[۴]، ماندانا میرمحمد علی ئی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: فواید شناخته شده تغذیه با شیر مادر باعث شده است که سیاست‌های بهداشتی بر پایه ترویج تغذیه با شیر مادر بنا نهاده شود و به نظر می‌رسد که یکی از راه‌های مناسب ترویج شیردهی، ارتقای آگاهی از طریق آموزش الکترونیک باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزش الکترونیک بر آگاهی نسبت به شیردهی در مادران انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به شیوه نیمه تجربی سه گروهی و یک سو کور بر روی ۳۰۰ زن نخست‌زا در دوره پس از زایمان در بیمارستان‌های زنان شهر ساوه در سال ۱۳۹۰ به روش نمونه‌گیری ساده صورت گرفت. یک گروه بسته آموزش الکترونیک به همراه آموزش چهره به چهره (گروه اول)، گروه دوم بسته آموزش الکترونیک به تنهایی (گروه دوم) و گروه شاهد تنها مراقبت‌های معمول (گروه سوم) را دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه شیردهی محقق ساخته (۲۰ سؤالی) بود که در دو مرحله بلافاصله و سه ماه بعد از زایمان تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون آنالیز One way ANOVA، نمره آگاهی قبل از مداخله در هر سه گروه آموزشی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۱۲۷$)؛ در حالی که ۳ ماه بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$)، اما نمره آگاهی در گروه آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره از نظر آماری با سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش الکترونیک همراه با آموزش چهره به چهره با افزایش آگاهی نسبت به شیردهی در ماه سوم پس از زایمان همراه بوده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، شیردهی، مادران، آگاهی، الکترونیک

ارجاع: سهرابی زهرا، سهرابی نسرین، هاشم‌زاده مژگان، مهران عباس، میرمحمد علی ئی ماندانا. **بررسی تأثیر بسته آموزش الکترونیک بر آگاهی شیردهی مادران در دوره پس از زایمان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱ (۴): ۷۴۶-۷۴۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲۸

مقدمه

منافع بی‌نظیر شیر مادر باعث شده است که از اوایل دهه ۱۳۳۱، یونیسف (United Nations Children's Fund یا UNICEF) تغذیه با شیر مادر و آموزش آن را به عنوان بخشی از سیاست‌های رشد و بقای کودکان معرفی کند (۱). سازمان جهانی بهداشت (WHO یا World Health Organization) و یونیسف اعلام کردند که اطلاعات مادران در زمینه فواید بهداشتی شیر مادر به اندازه‌ای نیست که باعث ایجاد انگیزه برای انتخاب بهترین روش تغذیه کودک در مادر شود و فقدان دانش و نگرش مناسب مادران در زمینه شیردهی، یکی از علل اصلی قطع شیردهی است (۲). میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در سطح بین‌المللی، ۵۶/۸ درصد در چهار ماهگی و ۲۷/۷ درصد در شش ماهگی است. این میزان در مناطق روستایی ایران، ۵۸ درصد در چهار ماهگی و ۲۹ درصد در شش ماهگی می‌باشد؛ در حالی که در مناطق شهری ۵۶ درصد در چهار ماهگی و ۲۷ درصد در شش ماهگی است (۳).

آموزش شیردهی می‌تواند سالانه زندگی ۱/۳ میلیون کودک را از مرگ نجات دهد و نقش مؤثری در ارتقای سطح مادران در نتیجه افزایش میزان شیردهی انحصاری، افزایش وزن شیرخوار و پیشگیری از قطع زودرس شیردهی ایفا کند (۶-۴). ارتقای آگاهی افراد، سریع‌ترین راه رسیدن به سلامت جامعه است (۷). تاکنون روش‌های آموزشی مختلفی در جهت آموزش فراگیران به کار برده شده است، اما وجود مشکلات متعدد در رابطه با حضور آموزش دهنده مجرب و متخصص، وجود امکانات آموزشی جدید در منطقه و امکان دسترسی به تکنولوژی‌های نوین آموزشی و همچنین، مشکلات حضور فراگیران در کلاس‌های حضوری، باعث توسعه روش‌ها و راهبردهای یاددهی- یادگیری غیر حضوری با بهره‌گیری از تکنولوژی‌ها و نرم‌افزارهای آموزشی شده است (۹، ۸).

فراگیر در روش آموزش الکترونیک می‌تواند مطالب آموزشی را بدون آموزش چهره به چهره و حتی در فواصل دور فراگیرد (۱۰). این روش، هیچ گونه محدودیت زمانی و مکانی ندارد و افراد می‌توانند در منزل و یا محیط‌های دیگر از آن استفاده کنند و مطالب را بر اساس جدول زمان‌بندی یادگیری خود تنظیم نمایند. همچنین، در این روش، مادران شاغلی که زمان کافی برای مراجعه به

۱- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه ژنتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- مربی، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: ماندانا میرمحمد علی ئی Email: mirmohamad1@yahoo.com

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-07]

درمانگاه و یا دریافت آموزش‌های پرسنل بهداشتی ندارند، می‌توانند مطالب آموزشی را بدون اضطراب و یا استرس فراگیرند (۱۱). اکابریان و دیانت، به این نتیجه رسیدند که مادران اطلاعات پراکنده‌ای در مورد شیردهی کسب می‌کنند، ولی از آن‌جایی که این آموزش‌ها اصولی نیست، باورهای فرهنگی و عقاید غلط رایج در جامعه در عدم موفقیت شیردهی تأثیر می‌گذارد (۱۲). بحری و همکاران دریافتند که آموزش شیر مادر با استفاده از روش آموزش کارگاهی نسبت به روش بوکلت آموزشی با نمرات بهتری در آگاهی و عملکرد شیردهی همراه می‌باشد (۱۳). صبا و همکاران بیان کردند که آموزش حضوری و چهره به چهره در افزایش آگاهی شیردهی مادران به فرزندشان مؤثر است (۱۴). در مطالعه اظهری و همکاران، آموزش شیردهی با استفاده از تصاویر بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده در افزایش خودکارامدی شیردهی مؤثرتر بود (۱۵).

از آن‌جایی که بالا بردن آگاهی مادران به ویژه مادران نخست‌زا در زمینه شیردهی، نقش مؤثری در ارتقای سلامت مادران و نوزادان دارد و با توجه به مزایای آموزش الکترونیک و گسترش استفاده از این نوع آموزش در همه مراکز بهداشتی و درمانی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش الکترونیک بر آگاهی شیردهی مادران در دوره پس از زایمان انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر، یک پژوهش نیمه تجربی سه گروهی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود که جامعه پژوهش را مادران نخست‌زای زایمان کرده و بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان‌های ۱۷ شهریور و شهید چمران شهرستان ساوه تشکیل دادند. تعداد نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۱۰۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. در مجموع ۲۰۰ نفر در دو گروه مداخله و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد، بر اساس فرمول زیر محاسبه شد:

$$\frac{\mu 2-\mu 1}{\sigma\sqrt{2}}=\frac{3.5}{9\sqrt{2}}=0.28$$

$$m=\frac{(z1-\propto/2+z1-\beta/2)^2}{d^2}=\frac{(1.96+0.84)^2}{(0.28)^2}=100$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری، زایمان و پس از زایمان طبیعی، حاملگی تک‌قلو، ترم، نوزاد سالم با وزن هنگام تولد بیش از ۲۵۰۰ گرم، سکونت در شهر و داشتن دستگاه DVD در منزل بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه آگاهی شیردهی متشکل از دو بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم پرسش‌نامه طراحی شده آگاهی شیردهی بود که روایی آن توسط ۱۲ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. به منظور تعیین پایایی ابزار نیز از روش آزمون مجدد استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسش‌نامه‌ها توسط ۱۵ نفر از زنان نخست‌زای مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهرستان ساوه که ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش را داشتند، اما جزء نمونه‌های پژوهش نبودند، در دو مرحله (با فاصله دو هفته) تکمیل شد. سازگاری درونی سؤالات با محاسبه مقدار ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۰ به دست آمد. پرسش‌نامه آگاهی دارای ۲۰ سؤال با پاسخ‌های «صحیح، غلط و نمی‌دانم» بود. به هر پاسخ صحیح، ۲ امتیاز، هر پاسخ غلط، یک امتیاز و هر پاسخ نمی‌دانم، صفر امتیاز تعلق گرفت. امتیاز کمتر و مساوی ۲۶ به عنوان آگاهی ضعیف، امتیاز ۳۲-۲۷ به عنوان آگاهی متوسط و امتیاز بیشتر و مساوی ۳۳ به عنوان آگاهی خوب در نظر گرفته شد.

پیش‌آزمون در روز اول پس از زایمان و در بخش پس از زایمان و پس‌آزمون سه ماه بعد از زایمان با مراجعه حضوری به درب منازل تکمیل شد. در صورت بروز بیماری در مادر یا نوزاد که با ادامه شیردهی منافات داشت یا حوادث غیر منتظره مثل مرگ اقوام و... که روی حالات روحی مادر تأثیر شدیدی داشت یا عدم تماشای CD پس از ترخیص از بیمارستان، از مطالعه خارج شدند. پرسش‌نامه‌ها بدون نام و با کد تهیه شده بود و برای هر یک از شرکت کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه کتبی مبنی بر تمایل شرکت در مطالعه تهیه شد و افراد مجاز بودند تا در هر مقطع از زمان در صورت تمایل از مطالعه خارج شوند.

در مطالعه حاضر، هدف اصلی برآورد و مقایسه کردن میانگین نمره آگاهی شیردهی در دو گروه مداخله و یک گروه شاهد بود که با آزمون‌های آماری آنالیز One way ANOVA و Multiple comparisons دو به دو مقایسه شد. برای پیشگیری از ارتباط افراد گروه مداخله و شاهد، بیمارستان‌های مذکور به صورت تصادفی با استفاده از کارت‌های A و B به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند؛ یعنی افراد گروه شاهد فقط از یک بیمارستان انتخاب شدند. نمونه‌های پژوهش در گروه مداخله نیز به صورت تصادفی با استفاده از کارت به گروه‌های آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره (b1) و آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره (b2) تقسیم شدند. بسته آموزش الکترونیک شامل یک CD تصویری ۳۰ دقیقه‌ای با محتوای مزایای شیر مادر برای مادر و نوزاد، روش‌های صحیح شیردهی، مدت زمان تداوم شیردهی، مشکلات شایع حین شیردهی و روش‌های مقابله با آن، نقش اطرافیان در شیردهی و روش‌های ذخیره و نگهداری شیر بود. محتوای این CD با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و جستجو در پایگاه‌های اینترنتی تهیه شد. آموزش چهره به چهره به مدت ۲۰ دقیقه توسط پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش داده شد. افراد در گروه (b1) از بسته الکترونیک به همراه آموزش چهره به چهره بهره‌مند شدند؛ در حالی که افراد در گروه (b2) فقط بسته الکترونیک را دریافت کردند. روش گذاشتن CD در دستگاه و استفاده از آن به صورت شفاهی به نمونه‌ها آموزش داده شد. افراد در بیمارستان گروه شاهد، مراقبت معمول پس از زایمان را دریافت نمودند. به دلیل ماهیت مطالعه حاضر، امکان کورسازی برای پژوهشگر وجود نداشت، ولی مادران در مورد گروه‌بندی و نحوه مداخله هیچ اطلاعی نداشتند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های χ^2، One way ANOVA، Multiple comparisons و Paired t در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۳۰۰ زن نخست‌زایی که وارد مطالعه شدند، ۱۷ نفر از افراد مورد پژوهش (۵ نفر در گروه آموزش مستقیم، ۷ نفر در گروه آموزش غیر مستقیم و ۵ نفر در گروه شاهد) به دلیل عدم پاسخگویی به تلفن، عدم حضور در منزل و جابجایی محل سکونت، پرسش‌نامه مرحله دوم را تکمیل نکردند و در نهایت، مطالعه بر روی ۲۸۳ نفر انجام شد. سه گروه شرکت کنندگان از نظر مشخصات دموگرافیک و سایر متغیرهای مداخله‌گر همگن بودند (جدول ۱). محدوده سنی شرکت کنندگان ۱۵ تا ۳۸ سال و میانگین سنی ۳/۹۲ ± ۲۳/۴۸ سال بود و ۹۷/۷ درصد آنان خانه‌دار بودند. جدول ۲، توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمره آگاهی در سه گروه مورد مطالعه قبل از مداخله را نشان می‌دهد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-07]
www.mui.ac.ir

جدول ۱. مقایسه مشخصات دموگرافیک در مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش

متغیر		آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره	آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره	گروه شاهد	P
سن مادر (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۳/۹۸±۲۳/۷۴	۲/۲۳±۲۳/۲۱	۳/۵۳±۲۳/۵۰	۰/۵۲۱
سن همسر (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۳/۷۲±۲۵/۷۵	۳/۲۹±۲۶/۹۴	۳/۱۶±۲۷/۵۵	۰/۱۰۴
شغل مادر (تعداد)	خانه‌دار	۹۸	۹۹	۹۶	۰/۵۱۸
	شاغل	۲	۱	۴	
جنس نوزاد (تعداد)	دختر	۴۳	۴۷	۴۶	۰/۸۴۰
	پسر	۵۷	۵۳	۵۴	
روش زایمان (تعداد)	طبیعی	۶۹	۳۷	۲۵	۰/۱۸۶
	سزارین	۳۱	۶۳	۷۵	

جدول ۲. مقایسه نمره آگاهی قبل از مداخله در مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش

گروه / آگاهی	آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره	آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره	گروه شاهد	نتیجه آزمون *ANOVA
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
قبل از مداخله	۲۹/۲۹ ± ۴/۷۳	۲۸/۵۷ ± ۲/۶۹	۲۹/۵۶ ± ۲/۸۶	F = ۲/۰۷۵ P = ۰/۱۲۷

*بر اساس آزمون Kolmogorov–Smirnov، توزیع امتیاز آگاهی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می‌کند.

مقایسه میانگین نمره آگاهی در سه گروه مورد پژوهش قبل و پس از مداخله نشان داد که نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله در واحدهای مورد پژوهش تفاوت آماری معنی‌داری داشت و با مقایسه آن ملاحظه شد که میانگین مذکور پس از مداخله افزایش یافت. جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره آگاهی پس از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری داشت. در ماه سوم پس از زایمان، میانگین نمره آگاهی شیردهی به ۲/۰۹ ± ۳۴/۳۴ در گروه آموزش مستقیم، ۲/۷۴ ± ۳۲/۲۵ در گروه آموزش غیر مستقیم و ۱/۹۹ ± ۳۲/۴۳ در گروه شاهد رسید. مقایسه میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون Paired t نشان داد که میانگین مذکور پس از مداخله افزایش یافت (P < ۰/۰۰۱).

جدول ۴ با مقایسه میانگین نمره آگاهی پس از مداخله دو به دوی گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی پس از مداخله به جز گروه آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره و گروه شاهد در سایر گروه‌ها اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد (P < ۰/۰۰۱).

بحث

در مطالعه حاضر، آموزش الکترونیک باعث افزایش سطح آگاهی زنان نخست‌زا نسبت به شیردهی در دوره بعد از زایمان شد که این افزایش در گروه آموزش الکترونیک به همراه آموزش چهره به چهره به طور معنی‌داری بالاتر از سایر گروه‌ها بود (P < ۰/۰۰۱)؛ به گونه‌ای که ۳ ماه بعد از مداخله، میانگین نمره آگاهی به ۲/۰۹ ± ۳۴/۳۴ در گروه آموزش الکترونیک همراه با آموزش چهره به چهره، ۲/۷۴ ± ۳۲/۲۵ در گروه آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره و ۱/۹۹ ± ۳۲/۴۳ در گروه شاهد رسید که اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (P < ۰/۰۰۱).

بحری و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش شیر مادر با استفاده از روش آموزش کارگاهی نسبت به روش بوکلت آموزشی با نمرات بهتری در آگاهی و عملکرد شیردهی همراه می‌باشد (۱۳). صبا و همکاران نشان دادند، گروهی از مادران که تحت آموزش حضوری شیردهی با استفاده از روش‌های سخنرانی، نمایش فیلم‌های آموزشی، اسلاید و پرسش و پاسخ قرار گرفته بودند، نسبت به گروه آموزش غیر حضوری که یک جزوه آموزشی را دریافت کرده بودند، میزان شیردهی انحصاری آنان در دو ماه اول زندگی به طور معنی‌داری بالاتر بود و روش آموزش حضوری نسبت به آموزش غیر حضوری در زمان بارداری بر افزایش شیردهی انحصاری با شیر مادر تأثیر بیشتری داشت (۱۴). در مطالعه دیگری مداخله آموزشی در مورد شیردهی با استفاده از روش سخنرانی، تصاویر آموزشی، پمفلت و فیلم آموزشی در قالب مدل Beliefs, attitudes, subjective norms and enabling factors (BASNEF) جرا شده است که این روش آموزشی اثرات مثبتی بر آگاهی و نگرش مادران در زمینه شیردهی دارد (۹). در مطالعه اظهری و همکاران آموزش شیردهی با استفاده از تصاویر بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده، در افزایش خودکارامدی شیردهی مؤثرتر بود (۱۵). در مطالعه Shakespeare و همکاران، مادران عدم دسترسی به کارکنان بهداشتی- درمانی را به عنوان مشکل در تداوم شیردهی مطرح کردند (۱۶). همچنین، بررسی‌ها نشان داد که با افزایش آگاهی مراقبان سلامتی برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی، تعداد مادران بیشتری به تغذیه با شیر مادر تشویق می‌شوند و بین این دو متغیر ارتباط مستقیمی وجود دارد (۱۷). تحقیق Batal و Boulghaurjian نشان داد که مادران طی دوران شیردهی به تشویق و حمایت نیاز دارند و لازم است تا چگونگی شیردهی به کودک و فایق آمدن بر مشکلات شیردهی به آن‌ها آموزش داده شود (۱۸).

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-07]

جدول ۳. مقایسه نمره آگاهی بعد از مداخله در مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش

آگاهی	گروه	آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره	آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره	گروه شاهد	P (آزمون ANOVA)*
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
بعد از مداخله		۳/۳۴ ± ۲/۰۹	۳/۲۵ ± ۲/۷۴	۳/۴۳ ± ۱/۹۹	F = ۹/۲۸۸ **P < ۰/۰۰۱

*بر اساس آزمون Kolmogorov–Smirnov، توزیع امتیاز آگاهی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می‌کند؛ **معنی‌داری در سطح P < ۰/۰۵۰

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره آگاهی دو به دوی گروه‌های مورد مطالعه

آگاهی	گروه	میانگین ± انحراف معیار	P (آزمون Tucky)
	آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره	۳۴/۳۴۰ ± ۲/۰۹۲	*P < ۰/۰۰۱
	آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره	۳۲/۲۵۰ ± ۲/۷۴۱	
	آموزش الکترونیک همراه آموزش چهره به چهره	۳۴/۳۴۰ ± ۲/۰۹۲	*P < ۰/۰۰۱
	گروه شاهد	۳۲/۴۳۰ ± ۱/۹۹۳	
	آموزش الکترونیک بدون آموزش چهره به چهره	۳۲/۲۵۰ ± ۲/۷۴۱	P = ۰/۸۴۶
	گروه شاهد	۳۲/۴۳۰ ± ۱/۹۹۳	

*معنی‌داری در سطح P < ۰/۰۵

آموزش به وسیله جزوه و مواد آموزشی دیگر، همواره پاسخگوی سطوح مختلف نیازهای زنان باردار نیست (۱۹). در کشور ما، ارایه مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان بیشتر در قالب سخنرانی و در مدت زمان بسیار کوتاهی انجام می‌شود و اغلب روش‌های فعال، تأثیر بیشتری بر مخاطبان دارد. یونانیان قدیم نیز، مکالمات و ارتباطات جمعی را باعث تأثیرپذیری بیشتر در مخاطبان می‌دانستند (۲۰). تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش کلامی به همراه آموزش نوشتاری، مفیدتر از آموزش کلامی به تنهایی می‌باشد (۲۱). در حقیقت، در آموزش الکترونیک، اطلاعات نوشتاری همراه با کلام و انیمیشن می‌تواند در منزل، به هنگام مسافرت و در هر زمانی در اختیار افراد قرار داده شود و در مواقع ضروری، پرینت گرفته شود که این از مزیت‌های بسیار مهم این روش محسوب می‌گردد (۲۲).

در رابطه با به کارگیری آموزش الکترونیک در مطالعه Kuo و همکاران، دو گروه (الکترونیک و معمول) از نظر نمره آگاهی یک هفته بعد از آموزش، تفاوت آماری معنی‌داری داشتند؛ در حالی که نمره آگاهی در گروه مداخله، ۷/۲ برابر و در گروه شاهد ۱/۷ برابر، افزایش یافت (۲۲). در مطالعه Huang و همکاران، نمره آگاهی شیردهی در گروه مداخله از ۱۴/۷ به ۱۹/۲ در هفته دوم بعد از مداخله آموزشی رسید که نشان دهنده تفاوت آماری معنی‌دار در گروه‌ها بود (۱۱). محمدی‌ریزی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که قبل از مداخله بین میانگین نمره رضایت درباره آموزش‌های پس از زایمان بین دو گروه آموزش الکترونیک و کتابچه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (P = ۰/۰۳۰)، اما یک هفته بعد از مداخله، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار شد (P = ۰/۰۱۰) (۲۳).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه، می‌توان گفت که روش‌های آموزش شیردهی که در آن‌ها مادران در تماس مستقیم و مداوم با مراقبان بهداشتی قرار می‌گیرند و خود مادران مشارکت بیشتری در فرایند آموزش دارند، در شیردهی موفق اثر بیشتری داشتند. همچنین، نتایج بررسی حاضر با تئوری آموزش بزرگسالان نیز همخوانی داشت. طبق اصول یادگیری در بزرگسالان، روش‌های مورد استفاده برای افزایش مهارت فراگیر شامل نمایش عملی، ایفای نقش، نوارهای شنیداری، تصویری و استفاده از مدل است. بزرگسالان با مشارکت مستقیم، بهترین یادگیری را دارند. از این‌رو، به کارگیری روش‌های آموزشی که در افزایش آگاهی مستقل مادر در فرایند یادگیری بیشترین حمایت را می‌کند، بهترین اثر را بر نتایج آموزش خواهد داشت.

کاربرد یافته‌ها در بالین

با توجه به تأثیر مداخله مورد استفاده در این پژوهش بر میزان آگاهی مادران نسبت به شیردهی، برنامه‌ریزان مراقبت بهداشتی می‌توانند این نوع آموزش را در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان خود بگنجانند و پرسنل مراقبت‌های بهداشتی نیز این بسته را به مادران باردار و پس از زایمان معرفی نمایند تا از مزایای این نوع آموزش در کنار سایر مراقبت‌ها بهره‌مند گردند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین وسیله از استادان محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پرسنل محترم بیمارستان‌های ۱۷ شهریور و شهید چمران ساوه مراتب تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Tavafian S, Adili F. Promoting breast-feeding through health education: a randomized controlled trial. Payesh Health Monit 2005; 4(2): 127-31. [In Persian].
2. Ayatollahi SMT, Nasihatkon AA, Ayatollahi SAR. A longitudinal study on factors affecting weaning pattern of mothers in

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-07]

Shiraz, Iran. J Kerman Univ Med Sci 2001; 8(1): 35-43. [In Persian].
3. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. Int Breastfeed J 2009; 4: 8.
4. Ingram J, Johnson D, Condon L. The effects of baby friendly initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. Prim Health Care Res Dev 2011; 12(3): 266-75.
5. Kronborg H, Kok G. Development of a postnatal educational program for breastfeeding mothers in community settings: intervention mapping as a useful guide. J Hum Lact 2011; 27(4): 339-49.
6. Sharifirad G, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hassanzadeh A. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. J Arak Univ Med Sci 2010; 13(1): 63-70. [In Persian].
7. Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. Breastfeed Med 2011; 6(6): 413-20.
8. Arzan A, Kermanshahi S, Zahedpasha Y. The effect of educational intervention on continuous breast feeding in low birth weight infants. J Qazvin Univ Med Sci 2008; 12(2): 69-75. [In Persian].
9. Gharebaghi SH, Soltan Mohammadi Z. Discussion learning activity a novel approach to virtual education. Educ Strategy Med Sci 2010; 3(1): 13-4. [In Persian].
10. Farshi M, Babatabar Darzi H, Mahmoudi H, Mokhtari Nouri J. Comparison of nursing care learning in air evacuation and transport by lecture and e-learning methods. J Mil Med 2012; 14(1): 27-31. [In Persian].
11. Huang MZ, Kuo SC, Avery MD, Chen W, Lin KC, Gau ML. Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. J Clin Nurs 2007; 16(8): 1571-9.
12. Akaberian S, Dianat M. Evaluation of factors influencing on non-exclusive breast feeding during the first six months of life in Bushehr Port using focus group discussion. Iran South Med J 2004; 6(2): 165-71. [In Persian].
13. Bahri N, Bagheri S, Erfani M, Rahmani R, Tolidehi H. The comparison of workshop-training and booklet-offering on knowledge, health beliefs and behavior of breastfeeding after delivery. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 15(32): 14-22. [In Persian].
14. Saba MS, Bazm AH, Razavi Z. Comparison of face to face education with other methods to pregnant mothers in increase exclusive breast feeding. Sci J Hamdan Univ Med Sci 2005; 12(3): 42-7. [In Persian].
15. Azhari S, Baghani R, Akhlaghi F, Ebrahimzadeh S, Salehi J. Comparing the effects of hands-on and hands-off breastfeeding methods on self-efficacy in primiparous mothers. J Sabzevar Univ Med Sci 2011; 17(4): 248-55. [In Persian].
16. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. Midwifery 2004; 20(3): 251-60.
17. Hong TM, Callister LC, Schwartz R. First time mothers' views of breastfeeding support from nurses. MCN Am J Matern Child Nurs 2003; 28(1): 10-5.
18. Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: Are the hospitals “mother friendly”? Pediatr Nurs 2005; 20(1): 53-9.
19. Toughyani R, Ramezani MA, Izadi M, Aghdak P, Shahidi S, Motie Z, et al. The effect of prenatal care group education on pregnant mothers' knowledge, attitude and practice. Iran J Med Educ 2008; 7(2): 317-24. [In Persian].
20. Bahadoran P, Oreizy H. The effect of different educational methods in changing girl students' negative attitude towards menstruation, in intermediate schools of Isfahan. Iran J Med Educ 2006; 6(2): 27-33. [In Persian].
21. Langkamp DL, Hoshaw-Woodard S, Boye ME, Lemeshow S. Delays in receipt of immunizations in low-birth-weight children: a nationally representative sample. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155(2): 167-72.
22. Kuo SC, Chen YS, Lin KC, Lee TY, Hsu CH. Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan. J Clin Nurs 2009; 18(11): 1592-601.
23. Mohamadirizi, S, Bahadoran P, Fahami F. Comparison between the impacts of E-learning and booklet education on nulliparous women's satisfaction about postpartum care. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(61): 1-8. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-07]

An Evaluation of the Effect of Electronic Education on Breastfeeding Knowledge in the Postpartum Period

Zahra Sohrabi[1], Nasrin Sohrabi[2], Mojghan Hashemzadeh[3], Abbas Mehran[4], Mandana Mirmohammadaliei[3]

Original Article

Abstract

Background: Due to the recognized benefits of breastfeeding, health policies have been based on the promotion of breastfeeding and it seems that one suitable way to promote breastfeeding is electronic learning. In this survey, the impact of a breastfeeding electronic educational package on mothers' knowledge of breastfeeding was evaluated.

Methods: This quasi-experimental and single blind study was performed on 300 primiparous women in the Women's Hospital of Saveh, Iran, in 2010. The participants were selected through simple random sampling and assigned to three groups. Mothers received the intervention after delivery. The first group received the electronic educational package and face-to-face training and the second group only received the educational package. The control group only received standard postpartum care. The data gathering tool was a questionnaire including demographic information and a 20-item, researcher-made breastfeeding questionnaire. The questionnaires were completed immediately and 3 months after delivery. Data analysis was performed using SPSS software.

Findings: The results of one-way ANOVA indicated that the breastfeeding knowledge scores of the three groups were not significantly different before the intervention ($P = 0.127$). However, 3 months after the intervention, the mentioned scores were differed significantly ($P < 0.001$). The breastfeeding knowledge score of the first group differed significantly from that of the other groups ($P < 0.001$).

Conclusion: Electronic education in addition to face-to-face training was associated with an increase in breastfeeding knowledge in the third month after birth.

Key words: Education, Breastfeeding, Knowledge, Mothers, Electronic

Citation: Sohrabi Z, Sohrabi N, Hashemzadeh M, Mehran A, Mirmohammadaliei M. **An Evaluation of the Effect of Electronic Education on Breastfeeding Knowledge in the Postpartum Period.** J Health Syst Res 2015; 11(4): 741-6

Received date: 06/05/2015 Accept date: 20/10/2015

1- PhD Student, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- PhD Student, Department of Medical Genetics School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Instructor, Department of Maternal and Child Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4- Instructor, Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mandana Mirmohammadaliei, Email: mirmohamad1@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-07]