

مقایسه دو روش آموزش حضوری و غیر حضوری بر افزایش میزان شیردهی انحصاری به مادران باردار

دکتر محمدصادق صبا* ، دکتر حسن بزم آمون* ، دکتر زهرا رضوی*

دریافت : ۸۴/۲/۱۳ ، پذیرش : ۸۴/۷/۱۱

چکیده:

مقدمه و هدف: امروزه اهمیت شیردهی انحصاری با شیر مادر در رشد و بقای کودک و نقش آموزش در ارتقاء فرهنگ شیردهی بر کسی پوشیده نیست. اکثر فعالیتهای آموزشی که تا کنون در این زمینه انجام شده در جهت آموزش مادران در دوران پس از زایمان و اجرای طرح هم اتاقی مادر و کودک (Rooming in) بوده است. در بررسی حاضر سعی شده میزان اثربخشی آموزش حضوری و غیر حضوری شیردهی قبل از زایمان مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

روش کار: در این مطالعه که از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی شده می باشد ۱۰۸ زن باردار در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و در ماههای ۸ و ۹ حاملگی با حداقل تحصیلات دیپلم ، اول زا و فاقد بیماری سیستمیک که به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان مراجعه کرده اند مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا افراد مورد مطالعه به دو گروه ۵۴ نفری تقسیم شدند و یک گروه تحت آموزش حضوری (سخنرانی، نمایش فیلمهای آموزشی، اسلاید، پرسش و پاسخ) و گروه دیگر تحت آموزش غیر حضوری (ارائه جزوه آموزشی که حاوی همان مطالب آموزش حضوری بود) قرار گرفتند و سپس هر دو گروه بمدت ۶ ماه بعد از زایمان از نظر میزان شیردهی انحصاری تحت پیگیری قرار گرفتند.

نتایج: طبق نتایج حاصله از این پژوهش میزان شیردهی انحصاری در ۶ ماه اول زندگی از ۵۶/۵٪ در گروه آموزش غیر حضوری به ۸۲/۷٪ در گروه آموزش حضوری افزایش نشان می داد که از نظر آماری دارای اختلاف معنی داری می باشد ($P < 0.05$).

نتیجه نهایی: روش آموزش حضوری نسبت به آموزش غیرحضوری در زمان بارداری بر افزایش شیردهی انحصاری با شیر مادر تأثیر بیشتری دارد.

کلید واژه ها: آموزش / تغذیه انحصاری با شیر مادر / تغذیه با شیر مادر / شیردهی

مقدمه:

بیماریهای التهابی روده ، سلیاک و بیماریهای مزمن کبدی (۴،۹،۱۰) و سرطانهای مختلف بویژه لنفوم (۱۱،۱۲) مشخص شده است. ادامه شیردهی تا حد زیادی باعث پیشگیری از حاملگی مجدد و نیز سرطان پستان و رحم در مادران شیرده می شود (۱۲،۱۳). از اثرات مهم دیگر تغذیه با شیرمادر افزایش ضریب هوشی و رشد و تکامل بهتر مغزی و پیشگیری از مشکلات روانی و عاطفی است (۱۳-۱۵). در تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف دنیا، نوع اولین

نقش اساسی تغذیه با شیر مادر و اثرات مفید آن در پیشگیری از بروز بیماریهای مختلف مانند عفونتهای تنفسی، عفونتهای گوارشی و ادراری شیرخواران (۵-۱) و در نتیجه کاهش میزان بستری شدن و مرگ و میر کودکان بویژه در کشورهای فقیر (۴،۶،۷) هر روز مشخص تر می شود. نقش تغذیه با شیر مادر در تامین سلامتی آینده افراد و کاهش موارد بیماریهای آلرژیک (۱،۸)، دیابت ،

* استادیار گروه کودکان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (dr_saba_ped@yahoo.com)

روش کار:

در این مطالعه کارآزمایی شاهد دار تصادفی شده (Randomized Controlled Trial) که در سال ۱۳۸۳ انجام گرفته است ابتدا حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪، ریزش و نتایج مطالعات قبلی، برابر با ۱۰۸ نفر محاسبه شد که این تعداد نمونه با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان از میان زنان باردار اول زا، سن ۲۰ تا ۳۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم و بدون بیماری سیستمیک بطور تصادفی انتخاب شدند. سپس افراد مورد مطالعه بطور تصادفی بدو گروه مساوی تقسیم شده و یک گروه جهت آموزش غیر حضوری انتخاب و با مراجعه به آدرس آنها جزوه آموزشی (حاوی مطالب یکسان با موضوعات آموزشی گروه دیگر) به آنها تحویل شد. برای افراد گروه آموزش حضوری نیز با هماهنگی قبلی کلاس آموزشی شامل سخنرانی توسط مجریان طرح، نمایش فیلم آموزشی و اسلاید گذاشته شد و در پایان کلاس نیز به سئوالات مادران پاسخ داده شد. سپس در ماه سوم و ششم بعد زایمان با افراد هر دو گروه تماس برقرار و در مورد نوع تغذیه فرزندشان و در صورت قطع تغذیه انحصاری با شیرمادر، در مورد علت آن از آنها سؤال شد. طی این مطالعه ۲ نفر از گروه آموزش حضوری و ۸ نفر از گروه آموزش غیر حضوری بدلیل تغییر آدرس و یا عدم همکاری لازم از مطالعه حذف شدند. برای کلیه افراد مورد مطالعه پرسشنامه ای مشتمل بر سئوالات زمینه ای تکمیل و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون آماری χ^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

در مطالعه حاضر ۹۸ زن باردار ۲۰ تا ۳۰ ساله با سن حاملگی ۸ تا ۹ ماه و بدون بیماری سیستمیک، با حداقل تحصیلات دیپلم، در دو گروه جداگانه تحت آموزش حضوری و غیر حضوری تغذیه کودک با شیرمادر قرار گرفتند.

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است از ۵۲ مادر شرکت کننده در گروه آموزش حضوری ۴۸ نفر (۹۲/۳٪) در پایان سه ماهگی هنوز از تغذیه انحصاری با شیرمادر برای کودکشان استفاده می کردند در حالیکه این رقم در گروه آموزش غیر حضوری ۲۹ نفر (۶۳٪) بود ($p < 0.05$).

تغذیه، آگاهی مادر از مزایای شیردهی و تحصیلات مادر (۲۰-۱۶) از عوامل موثر در تداوم شیردهی بوده اند و عواملی مانند باورهای غلط در شیردهی از علل مهم در شروع تغذیه با شیرخشک بوده اند (۲۴-۲۰، ۱۶).

به همین دلیل در سالهای اخیر حرکت کلی سازمان بهداشت جهانی در زمینه تغذیه، کاهش استفاده از تغذیه مصنوعی و ترویج تغذیه با شیرمادر طی ۴ تا ۶ ماه اول زندگی بوده است (۲۵). بطور کلی اولین و اصلی ترین جزء خدمات اولیه بهداشتی (PHC Primary Health Care) ارائه آموزش بهداشت می باشد که با برنامه ریزی دقیق و علمی می تواند از طریق افزایش میزان آگاهی افراد جامعه باعث ارتقاء سلامتی جسمی و روحی افراد گردیده و در نتیجه از بروز بسیاری از بیماریها پیشگیری بعمل آورد (۲۶).

با وجود آنکه آموزش شیردهی بطور ناخودآگاه و طی برخوردهای اجتماعی و خانوادگی از فردی به فرد دیگر منتقل می شود، اما در بسیاری از موارد مشاهده می گردد که عدم آگاهی کافی و وجود باورهای غلط باعث اختلال در شیردهی و گاهی حتی قطع شیرمادر و توسل به سایر روشهای تغذیه ای مانند استفاده از شیر خشک یا شیر پاستوریزه می گردد (۲۷)، برای مثال در مطالعه ای که در همدان بر روی میزان آگاهی مادران در خصوص مزایای تغذیه با شیرمادر طی سال ۱۳۷۵ انجام شد. از ۶۶۴ مادر مورد مطالعه، ۴۵/۶۳٪ آنها اطلاعات اندکی در مورد تغذیه با شیرمادر داشتند (۲۸). در مطالعه ای دیگر در مورد منابع اطلاعاتی مادران در مورد تغذیه با شیرمادر، اکثر مادران منبع اصلی اطلاعات خود را خویشاوندان و تعداد کمی منبع خود را پرسنل بهداشتی ذکر کرده بودند (۲۹).

با توجه به اینکه آموزش صحیح می تواند نقش موثری در ارتقاء سطح آگاهی مادران و در نتیجه افزایش میزان شیردهی انحصاری ایفا کند (۱۹، ۳۰). و اینکه امروزه مشخص شده مادران تا حد زیادی در مورد شیردهی به فرزندشان قبل از زایمان تصمیم گیری می کنند (۳۱) در این مطالعه سعی شده است با ارائه آموزش به مادران باردار بدو روش حضوری و غیر حضوری در ابتدا تاثیر آموزش بر موفقیت شیردهی مورد بررسی قرار گرفته و سپس نتایج بدست آمده از دو روش فوق باهم و مطالعات سایر مراکز مقایسه شود.

جدول ۱: فراوانی نوع تغذیه شیرخوار در سه ماهه اول بر حسب روش آموزش مادران

روش آموزش	تغذیه انحصاری		
	با شیر مادر	شیر مادر غالب	شیر خشک
حضور	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
غیر حضور	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جمع	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
	۴۸ (۹۲/۳)	۲ (۳/۸)	۵۲ (۱۰۰)
	۲۹ (۶۳)	۱۱ (۲۳)	۴۶ (۱۰۰)
	۷۷ (۷۸/۶)	۱۳ (۱۳/۳)	۹۸ (۱۰۰)

جدول ۳: فراوانی علت قطع تغذیه انحصاری با شیرمادر بر حسب نوع آموزش

نوع آموزش	تصور ناکافی عواملی مثل اسهال توصیه اقوام و بیمارستان و بودن شیرمادر و برگرداندن شیر خویشاوندان			
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
حضور	۵ (۵۶)	۲ (۲۴)	۱ (۱۰)	۱ (۱۰)
غیرحضور	۱۴ (۷۲)	۳ (۱۴)	۳ (۱۴)	۰ (۰)

بحث:

در بررسی حاضر تغذیه انحصاری با شیرمادر در گروه آموزش حضوری نسبت به آموزش غیر حضوری در پایان ۳ ماهه بمیزان ۲۹/۳٪ و در پایان ۶ ماهه بمیزان ۲۶/۲٪ افزایش نشان می داد. این یافته نشان دهنده تاثیر بیشتر آموزش حضوری و چهره به چهره در افزایش آگاهی مادران و افزایش عملکرد آنها در شیردهی به فرزندانشان میباشد. در مطالعه ای در برزیل ، آموزش به پزشکان ، ماماها و پرسنل بهداشتی شاغل در زایشگاهها باعث افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر بمیزان ۲۹٪ شد (۳۰). در مطالعه ای دیگر که در شیراز صورت گرفته، آموزش حضوری بعد از زایمان به مادران باعث افزایش ۴۷/۵٪ تغذیه انحصاری با شیرمادر شده است (۳۲). در یک مطالعه در شهر ملبورن ، ۹۷۲ زن حامله اول زا در هفته های ۱۸ تا ۲۰ حاملگی مورد آموزش حضوری تغذیه با شیر مادر قرار گرفتند، که این کار هم موجب افزایش ۱۰ درصدی در شروع تغذیه با شیرمادر و هم افزایش ۱۰ درصدی ادامه تغذیه با شیرمادر تا ۶ ماه بعد زایمان نسبت به گروه کنترل شد (۳۳). در بررسی دیگری در شهر نهاوند ۵۰ نفر از مادران حامله در ماههای ۸ و ۹ حاملگی مورد آموزش حضوری تغذیه انحصاری با شیرمادر قرار گرفتند و سپس ۳ ماه بعد از زایمان با گروه کنترل مقایسه شدند. نتیجه مطالعه نشان دهنده ۷۸٪ تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه مورد آموزش در مقایسه با گروه کنترل بود (۳۴). همچنین در مطالعات مختلف که اکثرا بعد از زایمان صورت گرفته، تاثیر آموزش بر افزایش موارد و طول مدت شیردهی نشان داده شده است (۳۵-۳۸) ، ولی شرایط و روش انجام

در پایان ۶ ماهگی نیز همانطور که در جدول ۲ مشخص است ۴۳ نفر (۸۲/۷٪) از مادران گروه آموزش حضوری هنوز از تغذیه انحصاری با شیر مادر برای فرزندشان استفاده می کردند که این میزان برای گروه آموزش غیر حضوری ۲۶ نفر (۵۶/۵٪) بود ($p < 0.05$).

جدول ۲: فراوانی نوع تغذیه شیرخوار در شش ماهه اول بر حسب روش آموزش مادران

روش آموزش	تغذیه انحصاری		
	با شیر مادر	شیر مادر غالب	شیر خشک
حضور	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
غیر حضور	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جمع	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
	۴۳ (۸۲/۷)	۴ (۷/۷)	۵۲ (۱۰۰)
	۲۶ (۵۶/۵)	۹ (۱۹/۶)	۴۶ (۱۰۰)
	۶۹ (۷۰/۴)	۱۳ (۱۳/۳)	۹۸ (۱۰۰)

از نظر علت قطع تغذیه انحصاری با شیرمادر همانطور که در جدول ۳ آمده است از ۹ مادر گروه آموزش حضوری ۵ نفر (۵۶٪) و از ۲۰ مادر گروه آموزش غیر حضوری ۱۴ نفر (۷۲٪) ناکافی بودن شیر خود را دلیل قطع شیردهی انحصاری ذکر کرده اند.

3. Wagner CL, Graham EM. Counseling the breast feeding mother: eMed J 2004; 4(15): 1-11.
4. Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Breast feeding and health in the 1980s: A global epidemiology review. J Pediatr 1991; 118(5): 652-668
5. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. J Pediatr 1992; 120(1): 87-89.
6. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen , Rivers LA, Differences in morbidity between breast-fed infant and formula fed infant. J Pediatr 1995; 126(5 pt 1): 696-702.
7. Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM. Pediatric gastrointestinal disease. 4th ed. Ontario: B.C Decker, 2004.
8. Kull M, Wickman G, Lilja SL, Nordvall G, Pershagen G. Breast feeding and allergy diseases in infant- a prospective birth cohort study. Arch Disease Child 2002 ; 87 (6): 478-481
9. Wyllie R, Hyams JS. Pediatric gastrointestinal disease. 2nd ed. Philadelphia: W.B Saunders, 1999.
10. Ivarsson A, Hernell O, Stenlund H, Persson LA. Breast-feeding protects against celiac disease. Am J Clin Nutr 2002 May;75(5):914-21.
11. Shu XO, Clemens J, Zheng W, Ying DM, Ji BT, Jin F. Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia. Int J Epidemiol 1995 Feb; 24(1):27-32.
12. Suwaidi NA, Sajwani N. Knowledge and attitudes of female university students in Sharjah about breast feeding. Middle East J Fam Med 2004; 2 (2) :28-32.
13. Siskind V, Schofield F, Rice D, Bain C. Breast cancer and breast feeding: Result from an Australian case-control study. Am J Epidemiol 1989; 130(2): 229-236.
14. Morrow TM, Haude RH, Ernhat CB. Breast feeding and cognitive development in the first 2 years of life. Soc Sci Med 1988; 26(6): 635-639.
15. Rogan WJ and Glanden BC. Breast feeding and cognitive development. Early Hum Dev 1993; 31(3): 181-193.

هیچکدام از آنها مشابه با مطالعه حاضر نمی باشد تا بتوان نتایج حاصله را با هم مقایسه کرد.

روند نزولی تغذیه انحصاری با شیرمادر از ماه سوم به ماه ششم نشان دهنده نقش فرسایشی زمان و تاثیر عوامل بازدارنده بر آموزشهای ارائه شده در این مطالعه می باشد و نیاز به آموزش مجدد را طی ماههای ۳ یا ۴ پس از زایمان نشان می دهد. در سایر مطالعات نیز روند کاهش تغذیه انحصاری با شیرمادر پس از ۳ ماه اول تولد نشان داده شده است(۳۵).

همچنین در این مطالعه علت اصلی شروع تغذیه با شیرخشک ، تصور ناکافی بودن و یا ناسازگار بودن شیرمادر ذکر شده است. در حالیکه می دانیم این باوری غلط در بین خانواده ها است و واقعیت ندارد. در مطالعه ای در کرمان نسبت فوق ۷۱/۶٪ ذکر شده است(۳۹). در مطالعات دیگری که در ایران ، آمریکا و عربستان انجام شده نیز مهمترین علت شروع شیرخشک تصور ناکافی بودن شیرمادر ذکر شده است(۲۱-۲۳).

نتیجه نهائی :

روش آموزش حضوری نسبت به آموزش غیر حضوری در زمان بارداری بر افزایش شیردهی انحصاری با شیر مادر تأثیر بیشتری دارد و در نهایت انجام این مطالعه ضرورت بکارگیری و توجه بیشتر به روشهای آموزش حضوری و چهره به چهره در مورد ترویج تغذیه انحصاری با شیرمادر بخصوص در دوران قبل از زایمان را نشان می دهد. همچنین برای تداوم تغذیه انحصاری شیرمادر تا پایان ۶ ماه توصیه می شود کلاسهای آموزشی مجددا در ۳ یا ۴ ماه بعد از زایمان برای مادران برگزار شود.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از زحمات خانمها دکتر بهاره جهانشاهی ، دکتر نوشین روناسی و آقایان دکتر محمود امدادی و مهندس مانی کاشانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند نهایت سپاس و تشکر را داریم.

منابع :

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004.
2. Contreras-Lemus J, Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. Morbidity reduction in preterm newborns fed with milk of their own mother. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49(10): 671-677.

16. Suwaidi NA, Sajwani N. Knowledge and attitudes of female university students in Sharjah about breast feeding. *Middle East J Fam Med* 2004; 2(2): 1-9.
17. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991; 88(4): 745-750.
18. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. unsupplemented breast feeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70(3): 205-209.
19. Guise JM, Palda V, Westhoff C. The Effectiveness of primary care-based interventions to promote breast feeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Oxf Fam Med* 2003;1:70-78.
20. Wrigt A , Rice S , Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breast feeding. *Pediatrics* 1996; 97(5): 669-675.
۲۱. بختیار کتایون. بررسی علل عدم موفقیت در شیردهی در ادامه شیردهی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی خرم آباد. پایان نامه تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۳.
22. Kordy MN, Ibrahim MA , el-Gamal FM, Bahnassy AA. Factors affecting the duration of breast feeding in a rural population of Saudi Arabia. *Asia Pac J Public Health* 1992-1993; 6(1): 35-39.
23. Marandi A, Afzali HM, Hosseini AF. The reason for early weaning among mothers in Tehran. *Bull World Health Organ* 1993; 71(5): 561-569.
24. Stewart JF, Popkin BM, Guilkey DK, Akin JS, Adair L, Flieger W. Influences on the extent of breast feeding: a prospective study in the Philippines. *Demography* 1991; 28(2): 181-199.
۲۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور بهداشتی. مجموعه مقالات در زمینه تغذیه با شیرمادر. تهران: اداره کل تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده، ۱۳۷۳.
۲۶. شادپور کامل، پیله وری سیروس، اسپندار ایوب. خدمات بهداشتی اولیه و شبکه های بهداشتی درمانی کشور. تهران: ستاد هماهنگی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور، ۱۳۷۱.
27. Ruth A, Rabert M. *Dawrence breast feeding*. 5th ed. ST. Louis: Mosby, 1999.
۲۸. احمدی سعید، حمیدزاده حمید. بررسی میزان آگاهی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در مورد مزایای تغذیه با شیرمادر. پایان نامه تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۷۵.
۲۹. بیگلری مژگان. بررسی مقایسه ای فراوانی تغذیه کودکان زیر یکسال که از شیرمادر و غیر از آن به عنوان غذای اصلی استفاده می کنند و فاکتورهای موثر بر آن. پایان نامه تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۷۶-۱۳۷۵.
30. Augusto J, Carrazedo A, Westphal MF, Venancio S, Bogus C, Souza S. Breast feeding training for health professionals and resultant changes in breast feeding duration. *Sao Paulo Med J Rev Paul Med* 2000; 118(6): 185-91.
31. Health Canada. *Breastfeeding in Canada, a review and update*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1998.
32. Froozani MD, Permezhadeh K, Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull World Health Organ* 1999;77(5): 381-5.
33. Forster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, Waldenstrom U, Harris H, et al. ABFAB. Attachment to the breast and family attitudes to breast-feeding. The effect of breastfeeding education in the middle of pregnancy on the initiation and duration of breast feeding: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2003 Aug 29;3(1):5.
۳۴. پارسا سوسن، شهبازی سکینه. بررسی اثر اجرای برنامه آموزش تغذیه با شیرمادر به مادران باردار بر الگوی تغذیه شیرخوار تا ۳ ماهگی در شهر نهاوند. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی، پژوهشی در شبکه های بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۲۷-۲۹ آبان ۱۳۷۶.

35. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan B, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care based interventions to promote breast feeding: A systematic evidence review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2003.
36. Caulfield LE, Gross SM, Bentley ME. WIC-based interventions to promote breast feeding among African- American Women in Baltimore: effects on breast feeding initiation and continuation. *J Hum Lact* 1998;14(1): 15-22.
37. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED. Promotion of breast feeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20.
38. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997;13(4): 189-96.
۳۹. وحیدی علی اصغر، داعی پاریزی محمدحسین. کاظمیان محمد. بررسی نوع تغذیه و عوامل موثر بر آن در شیرخواران ۴/۵ و ۹ ماهه شهر کرمان در سال ۱۳۷۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. دوره چهارم، شماره ۴، ۱۳۷۶: ۱۷۰-۱۶۴.