

From Challenges to Opportunities: Exploring Infrastructure and Healthcare Providers' Perspectives on Telelactation Counselling

Mahtab Mohammadi¹

Malihe Farid²

Mansoureh Yazdkhasti²

Mahnaz Akbari Kamrani²

¹ MSc Student in Midwifery Counseling, Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

² Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

(Received August 5, 2026; Accepted September 2, 2026)

Abstract

Background and purpose: Breastfeeding counselling is one of the most effective interventions for improving maternal and neonatal health; however, geographical and time-related barriers often limit mothers' access to specialized services. Telelactation counselling has emerged as a promising approach to addressing these barriers. This study aimed to assess the feasibility of implementing telelactation counselling from the perspective of healthcare providers.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted using a census sampling approach among 50 healthcare providers working in comprehensive health centres and health posts in Malard County. Data were collected using a standardized Telehealth Feasibility Questionnaire and analysed using descriptive statistics and inferential tests, including the Pearson correlation, independent-samples t-test, and Mann-Whitney U test, in SPSS version 23.

Results: The mean age of the participants was 30.30 ± 4.95 years. Healthcare providers demonstrated a high level of readiness across all assessed domains, including attitude, behavioural intention, perceived usefulness, perceived ease of use, compatibility, and data security. The highest mean scores were observed for "trust in the telehealth centre" (29.28 ± 3.69) and "patient communication" (27.36 ± 3.63). Regarding infrastructure, only 48% of the required technical and equipment resources were available at the centres. Inferential analyses revealed that the total acceptance score was not significantly associated with age or work experience; however, it was significantly higher among health post staff than among health centre staff ($P = 0.014$) and among participants with previous telemedicine experience ($P = 0.007$).

Conclusion: Despite healthcare providers' positive attitudes and favourable behavioural readiness towards implementing remote breastfeeding counselling, substantial infrastructure limitations remain. This discrepancy suggests that the primary challenge to implementing this service lies not in workforce acceptance but in the availability of appropriate technical infrastructure and equipment. Successful implementation therefore requires investment in infrastructure, equipment upgrades, and organisational support.

Keywords: breastfeeding counselling, telehealth, feasibility, healthcare providers, comprehensive health center

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (261): 132-143 (Persian).

Corresponding Author: Mahnaz Akbari Kamrani - Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran (E-mail: dr.akbarikamrani@abzums.ac.ir)

از چالش تا فرصت: بررسی زیرساخت‌ها و دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمت در راه‌اندازی مشاوره شیردهی از راه دور

مهتاب محمدی^۱

ملیحه فرید^۲

منصوره یزدخواستی^۲

مهناز اکبری کامرانی^۲

چکیده

سابقه و هدف: مشاوره شیردهی یکی از مؤثرترین مداخلات در ارتقای سلامت مادر و نوزاد است، اما محدودیت‌های زمانی و مکانی می‌تواند دسترسی مادران به خدمات تخصصی را کاهش دهد. ارائه مشاوره شیردهی از راه دور به عنوان یک رویکرد نوین می‌تواند این محدودیت‌ها را برطرف کند. این مطالعه با هدف بررسی امکان‌سنجی ارائه این خدمت از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی، بر روی ۵۰ نفر از کارکنان مراکز جامع و پایگاه‌های سلامت شهرستان ملارد در سال ۱۴۰۲، به روش سرشماری انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه استاندارد امکان‌سنجی خدمات سلامت از راه دور گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی (همبستگی پیرسون، t مستقل و من-ویتنی) در نرم‌افزار SPSS-23 تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سن شرکت‌کنندگان $30/30 \pm 4/95$ سال بود. ارائه‌دهندگان خدمت در تمامی حیطه‌ها شامل نگرش، قصد رفتاری، درک سودمندی، سهولت استفاده، سازگاری و امنیت داده‌ها سطح مطلوبی از آمادگی را نشان دادند، به طوری که در میان حیطه‌ها، بالاترین میانگین به «اعتماد در مرکز مشاوره از راه دور» با $29/28 \pm 3/69$ و «ارتباط با بیمار» با $3/63 \pm 27/36$ اختصاص داشت. در ارزیابی زیرساخت‌ها، تنها ۴۸ درصد از امکانات فنی و تجهیزاتی مورد نیاز در مراکز فراهم بود. تحلیل‌های استنباطی نیز نشان داد که نمره پذیرش ارتباط معنی‌داری با سن و سابقه کار نداشت، اما در پرسنل پایگاه‌های سلامت ($P=0/014$) و افراد دارای سابقه قبلی تله‌مدیسین ($P=0/007$) به طور معناداری بالاتر بود.

استنتاج: با وجود نگرش مثبت و آمادگی رفتاری مطلوب ارائه‌دهندگان خدمت برای به کارگیری مشاوره شیردهی از راه دور، زیرساخت‌های موجود به شدت ناکافی است. این عدم توازن نشان می‌دهد که چالش اصلی استقرار این خدمت نه در پذیرش نیروی انسانی، بلکه در محدودیت‌های تجهیزاتی و فنی نهفته است، لذا موفقیت اجرای این برنامه مستلزم اولویت‌دهی به تامین زیرساخت‌ها، ارتقای تجهیزات و پشتیبانی سازمانی است.

واژه‌های کلیدی: مشاوره شیردهی، خدمات سلامت از راه دور، امکان‌سنجی، ارائه‌دهندگان خدمت، مراکز جامع سلامت

مؤلف مسئول: مهناز اکبری کامرانی - مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران Email: dr.akbarikamrani@abzums.ac.ir

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۵/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۵/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۴۰۵/۶/۱۱

مقدمه

تغذیه سالم و با کیفیت از بدو تولد نقش اساسی در رشد و سلامت نوزاد دارد و شیر مادر به عنوان منبعی حیاتی نه تنها نیازهای تغذیه‌ای کودک را تأمین می‌کند بلکه موجب بهبود رشد شناختی، انتقال عوامل ایمنی، ایجاد پیوند عاطفی میان مادر و نوزاد و کاهش خونریزی پس از زایمان و بازگشت سریع تر رحم به وضعیت پیش از بارداری می‌شود (۴-۱). شیردهی علاوه بر مزایای فردی، آثار اقتصادی گسترده‌ای نیز دارد و می‌تواند هزینه‌های بهداشت و درمان خانواده و جامعه را به‌طور قابل توجهی کاهش دهد؛ در حالی که عدم شیردهی با افزایش مرگ و میر نوزادان و تحمیل بار اقتصادی سنگین همراه است (۳، ۵، ۶). برآوردها نشان می‌دهد که شیردهی مناسب قادر است تا ۱۹ درصد از مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را پیشگیری کند (۶).

با وجود توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و یونسف مبنی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه نخست زندگی، نرخ شیردهی انحصاری در بسیاری از کشورها به‌ویژه کشورهای با درآمد پایین و متوسط، هنوز کم‌تر از سطح مطلوب گزارش شده است (۱۱-۷). در ایران، نتایج یک مرور نظام‌مند نشان می‌دهد که شیوع شیردهی انحصاری حدود ۵۳ درصد است و میانگین مدت شیردهی نیز حدود ۱۸/۶ ماه گزارش شده است؛ رقمی که همچنان کم‌تر از توصیه ۲۴ ماهه سازمان جهانی بهداشت است (۱۲، ۱۳). اهمیت شیردهی در سطح جهانی نیز در دستور کار سازمان ملل متحد برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ مورد تأکید قرار گرفته است (۱۴). با آغاز پاندمی COVID-19 در سال ۲۰۱۹، مادران باردار و شیرده با محدودیت‌های جدی در دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه و آموزش‌های مرتبط مواجه شدند. سازمان جهانی بهداشت بر ضرورت تداوم خدمات حمایتی و آموزشی تأکید کرد و همین امر موجب گسترش استفاده از پزشکی از راه دور به عنوان راهکاری برای کاهش

محدودیت‌های ناشی از زمان و فاصله و نیز جلوگیری از انتقال بیماری شد (۱۹-۱۵).

پزشکی از راه دور به عنوان بهره‌گیری از فناوری اطلاعات برای ارائه خدمات پزشکی و ایجاد ارتباط میان بیمار و تیم درمان تعریف می‌شود. یکی از زیرمجموعه‌های آن، مشاوره از راه دور است که امکان ارائه خدمات آموزشی و درمانی از طریق ابزارهای ارتباطی و رسانه‌های دیجیتال را فراهم می‌سازد (۱۲). در دوران همه‌گیری COVID-19، مشاوره شیردهی از راه دور مورد توجه گسترده قرار گرفت و شواهد نشان می‌دهد که این نوع مشاوره با اتصال مادران به مشاوران شیردهی از طریق فناوری‌های الکترونیکی، موجب حمایت از شروع زودهنگام شیردهی، افزایش شیردهی انحصاری تا شش ماه، تداوم شیردهی تا دو سالگی و ارتقای رضایت مادران از تجربه شیردهی شده است (۲). (۱۸، ۲۲-۲۰). همچنین این خدمات به دلیل هزینه کم‌تر و دسترسی آسان‌تر، به‌ویژه در شرایط بحرانی، مزیتی مهم برای خانواده‌ها و کارکنان سلامت محسوب می‌شوند (۱۵، ۲۳).

ارائه دهندگان خدمت شامل پزشکان، پرستاران، ماماها و مشاوران شیردهی، نقشی کلیدی در ارتقای شیردهی دارند. آنان با ارائه آموزش‌های مبتنی بر شواهد، حمایت روانی و راهنمایی عملی می‌توانند موانع رایج در شیردهی را کاهش دهند و اعتماد به نفس مادران را افزایش دهند. شواهد نشان می‌دهد که آموزش و مهارت‌های تخصصی کارکنان سلامت در زمینه شیردهی، ارتباط مستقیمی با افزایش نرخ شیردهی انحصاری و تداوم آن دارد (۲۶-۲۴). در این میان، ساختار مراکز جامع سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا وجود محیط‌های حمایتی، تجهیزات ارتباطی استاندارد و نیروی انسانی آموزش دیده، دسترسی مادران به خدمات مشاوره و آموزش را تسهیل کرده و امکان ارائه مراقبت‌های مؤثرتر را فراهم می‌سازد (۲۷، ۲۸). مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های

دیجیتال و توجه به عدالت در دسترسی، شکاف‌های موجود در خدمات شیردهی را کاهش داده و نتایج سلامت مادر و کودک را ارتقا می‌دهد (۲۹). همچنین ادغام پزشکی از راه دور در خدمات سلامت مادر و کودک فرصتی برای ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش نابرابری‌ها ایجاد کرده است، به گونه‌ای که استفاده از فناوری‌های دیجیتال در مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان علاوه بر کاهش مراجعات حضوری، موجب افزایش رضایت مادران و بهبود شاخص‌های سلامت می‌شود (۳۲-۳۰). بررسی دیدگاه ارائه دهندگان خدمت و ارزیابی ساختار مراکز سلامت می‌تواند تصویری روشن از ظرفیت‌ها و چالش‌های موجود در مسیر راه اندازی مشاوره شیردهی از راه دور فراهم سازد و زمینه طراحی مداخلات مؤثرتر را ایجاد کند. با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر و نقش حیاتی مشاوره شیردهی، به ویژه در شرایط بحرانی، بهره‌گیری از مشاوره از راه دور به عنوان راهکاری در دسترس برای اقشار مختلف جامعه، به ویژه افراد با محدودیت‌های مالی و جغرافیایی، ضرورتی انکارناپذیر است. با این حال، با وجود مطالعات متعدد درباره اثربخشی مشاوره شیردهی از راه دور، تاکنون مطالعه‌ای در ایران به بررسی هم‌زمان دیدگاه ارائه دهندگان خدمت و زیرساخت‌های عینی برای راه‌اندازی این خدمت نپرداخته است. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف امکان‌سنجی راه‌اندازی خدمات مشاوره شیردهی از راه دور در مراکز جامع سلامت شهرستان ملارد طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی، در سال ۱۴۰۲ با هدف امکان‌سنجی راه‌اندازی خدمات مشاوره شیردهی از راه دور در مراکز جامع سلامت شهرستان ملارد از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت و با ارزیابی زیرساخت‌های سخت‌افزاری، نرم‌افزاری و نیروی انسانی انجام شد. معیار ورود به مطالعه اشتغال فعال در حوزه

مراقبت‌های پس از زایمان و شیردهی (شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی یا اجرا) بود. معیار خروج نیز عدم تمایل به همکاری یا ناقص بودن بیش از ۱۰ درصد از پاسخ‌های پرسشنامه در نظر گرفته شد.

جامعه پژوهش را تمامی ارائه دهندگان خدمات سلامت واجد شرایط شاغل در پنج مرکز جامع سلامت (شهید فهمیده، فاز یک و دو مارلیک، حضرت ابوالفضل، کوثر و طالقانی) و ۹ پایگاه ضمیمه آن‌ها تشکیل دادند. با توجه به محدود بودن جامعه هدف (۵۰ نفر)، نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و تمامی ۵۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه گردیدند. شایان ذکر است که تمامی ۵۰ پرسشنامه توزیع شده به‌طور کامل تکمیل گردید و هیچ پرسشنامه‌ای به دلیل داده‌های مفقود یا نقص در پاسخ‌دهی از فرآیند تحلیل حذف نشد.

ابزارهای گردآوری داده در این مطالعه شامل مجموعه‌ای از پرسش‌نامه‌ها و چک لیست‌های استاندارد و بومی‌سازی شده بود. نخست، پرسش‌نامه جمعیت شناختی با ده سؤال طراحی شد تا اطلاعات پایه‌ای شرکت‌کنندگان شامل سن، جنس، رسته شغلی، سابقه کار، محل و مکان خدمت، سابقه ارائه یا دریافت خدمات درمانی از راه دور، سابقه انجام مشاوره شیردهی و شرکت در کارگاه‌های آموزش شیر مادر گردآوری شود.

دومین ابزار، پرسش‌نامه پذیرش پزشکی از راه دور (Acceptance of Telemedicine by Healthcare Professionals) بود که بر اساس مدل پذیرش فناوری (technology acceptance model) طراحی شده و شامل هفتاد سؤال در سیزده حوزه نگرش، قصد رفتاری، درک سودمندی، سهولت استفاده، تسهیل‌کننده‌ها، سازگاری، هنجارهای ذهنی، عادات، اهمیت امنیت داده‌ها، تأمین مالی، اهمیت استانداردسازی، ارتباط با بیمار و اعتماد است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» ثبت شد و دامنه نمرات پرسش‌نامه بین ۷۰ تا ۳۵۰ بود. جهت ارزیابی کمی و دسته‌بندی نمرات

پرسشنامه، با توجه به عدم وجود حد برش بالینی اختصاصی در ابزار اصلی، از معیار اصلاح شده بلوم (Modified Bloom's Cut-off Point) استفاده شد، به طوری که کسب حداقل ۷۵ درصد از حداکثر نمره قابل دستیابی در هر حیطه (معادل میانگین بالاتر از ۳٫۷۵ از ۵) به عنوان نقطه برش برای «سطح مطلوب / آمادگی مناسب» تعریف گردید (۳۳). پایایی نسخه اصلی با Cronbach's α برابر با ۰/۹۱۴ گزارش شده و نسخه فارسی در این مطالعه پس از فرایند ترجمه و بومی سازی با Cronbach's α برابر با ۰/۹۵۵ تأیید شد (۳۴). فرایند بومی سازی شامل ترجمه مستقل توسط دو مترجم، بازبینی محتوایی و صوری توسط پنج متخصص، اجرای پیش آزمون بر روی ده نفر از ارائه دهندگان و باز ترجمه برای کنترل کیفیت بود.

سومین ابزار، چک لیست خدمات مشاوره شیردهی از راه دور بود که بر اساس راهنمای مادران برای تغذیه با شیر مادر طراحی و شامل بیست و نه آیت مرتبط با محتوای مشاوره و فرآیندهای استاندارد بالینی بود (۳۵). چهارمین ابزار، چک لیست امکانات سخت افزاری، نرم افزاری و نیروی انسانی بود که با مرور منابع مرتبط تدوین و شامل بیست و هفت آیت درباره تجهیزات ارتباطی، نرم افزارهای مورد استفاده، زیرساخت های اینترنتی و امنیت داده ها و همچنین تعداد و ترکیب نیروی انسانی، مهارت های لازم، آموزش های مرتبط و پشتیبانی فنی بود (۳۶).

پرسش نامه های جمعیت شناختی و ATSHP توسط شرکت کنندگان به صورت حضوری تکمیل شد و چک لیست های زیرساختی توسط کارشناس واحد فناوری اطلاعات هر مرکز تکمیل گردید، تمامی داده ها به صورت کدگذاری شده و ناشناس ذخیره شدند تا محرمانگی اطلاعات رعایت شود.

این مطالعه پس از کسب موافقت کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی البر با کد اخلاق IR.ABZUMS.REC.1399.286 اجرا شد. به این ترتیب که اهداف مطالعه، محرمانگی اطلاعات و حق

انصراف در هر زمان برای شرکت کنندگان تشریح و رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند. برای توصیف متغیرهای پیوسته از شاخص های آماری شامل میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای دسته ای از فراوانی و درصد استفاده شد. همچنین برای برآوردهای اصلی، بازه های اطمینان ۹۵ درصد محاسبه و گزارش گردید. نتایج در قالب جداول منظم و بر اساس شاخص های مرکزی و پراکندگی ارائه شد تا امکان تفسیر دقیق تر یافته ها فراهم شود.

یافته ها

در این مطالعه، ۵۰ نفر از ارائه دهندگان خدمت مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن شرکت کنندگان $30/30 \pm 4/95$ سال بود و دامنه سنی آنان بین ۲۳ تا ۵۰ سال قرار داشت. میانگین سابقه کار افراد $2/64 \pm 4/78$ سال گزارش شد که حداقل و حداکثر آن به ترتیب ۱ و ۱۶ سال بود. همچنین میانگین سابقه مشاوره شیردهی $2/79 \pm 3/08$ سال به دست آمد و دامنه آن بین صفر تا ۱۰ سال متغیر بود. سایر ویژگی های شغلی و تجربیات مرتبط شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی های شغلی و تجربیات مرتبط ارائه دهندگان خدمت (N=50)

متغیر	تعداد (درصد)
رسته شغلی	ماما ۳۲ (۶۴)
مراقب سلامت	۱۸ (۳۶)
سابقه ارائه خدمات درمانی از راه دور	دارد ۲۷ (۵۴)
ندارد	۲۳ (۴۶)
سابقه دریافت خدمات درمانی از راه دور	دارد ۱۸ (۳۶)
ندارد	۳۲ (۶۴)
سابقه شرکت در کارگاه شیر مادر	دارد ۴۱ (۸۲)
ندارد	۹ (۱۸)

در بخش پذیرش، نگرش و تمایل به استفاده، شرکت کنندگان نگرش مثبتی نسبت به مشاوره شیردهی از راه دور داشتند و میزان موافقت در آیت های این حیطه بین ۷۶ تا ۸۰ درصد قرار گرفت؛ از جمله موافقت با ارائه این خدمت (۷۸ درصد)، مناسب بودن آن برای

مراقبت (۷۶ درصد)، تأیید توسعه آن (۷۸ درصد) و اهمیت دیجیتال شدن خدمات (۸۰ درصد). در حیطه قصد رفتاری نیز قصد استفاده در صورت دسترسی (۷۴ درصد)، استفاده منظم (۵۶ درصد)، ارجاع مراجعین (۸۲ درصد) و در نظر گرفتن فعالانه آن در مراقبت (۷۴ درصد) گزارش شد. درک سودمندی این خدمت نیز بالا بود؛ سرعت انجام کار (۷۶ درصد)، بهبود مراقبت (۸۰ درصد)، افزایش بهره‌وری (۷۴ درصد)، اثربخشی شغلی (۷۲ درصد)، ساده‌تر شدن کارها (۷۶ درصد) و سودمندی کلی (۷۸ درصد) مورد تأیید قرار گرفت. سهولت استفاده نیز مطلوب ارزیابی شد و موافقت با یادگیری آسان (۷۸ درصد)، سهولت استفاده (۷۴ درصد)، سهولت برای مادران (۶۴ درصد)، انعطاف‌پذیری تعامل (۶۸ درصد) و وضوح ارائه خدمت (۶۸ درصد) گزارش شد.

در بخش زیرساخت‌ها، سازگاری و الزامات اجرایی، میزان موافقت شرکت کنندگان در حیطه‌های تسهیل‌کننده‌ها، سازگاری، امنیت داده، استانداردسازی و تأمین مالی بین ۷۸ تا ۹۴ درصد بود. دسترسی به منابع (۸۴ درصد)، استفاده در صورت آموزش (۸۰ درصد)، استفاده در صورت راهنمایی فنی (۷۸ درصد) و سهولت استفاده با وجود منابع و دانش (۷۸ درصد) تأیید شد. سازگاری این خدمت با جنبه‌های کاری (۶۸ درصد)، روش کاری (۶۶ درصد)، سبک کاری (۶۶ درصد)، ایجاد تغییرات عمده در عملکرد بالینی (۷۶ درصد) و ارتقای عملکرد بالینی (۶۸ درصد) گزارش شد. اهمیت امنیت داده نیز در سطح بالایی قرار داشت؛ الزام استانداردهای فنی (۸۴ درصد)، تعهد به استانداردهای استفاده از اطلاعات (۹۰ درصد)، اهمیت شفافیت اطلاعات (۹۴ درصد)، انتقال تعاریف کیفیت به فضای دیجیتال (۸۲ درصد) و توجه به مسائل قانونی و اخلاقی (۸۸ درصد) مورد تأیید قرار گرفت. در حیطه تأمین مالی نیز ضرورت ارائه مشوق‌ها (۹۰ درصد)، اهمیت بازپرداخت هزینه برای مددجویان (۸۶ درصد) و

ضرورت سرمایه‌گذاری مراکز برای تجهیزات اولیه (۷۸ درصد) گزارش شد. در اهمیت استانداردسازی، حمایت از دستورالعمل‌های استاندارد (۹۴ درصد)، ناهماهنگی ویژگی‌های مشاوره‌ها (۸۴ درصد)، غلبه بوروکراسی بر فواید پزشکی (۸۶ درصد) و ضرورت تحلیل مبتنی بر شواهد (۸۶ درصد) تأیید شد.

در بخش تعامل، ارتباط و اعتماد، میزان موافقت در حیطه‌های ارتباط با بیمار، عادات و اعتماد به مرکز بین ۶۰ تا ۹۲ درصد قرار داشت. عدم نگرانی از دست دادن مددجویان (۳۴ درصد)، عدم باور به کاهش نیاز مادران (۲۸ درصد) و عدم نگرانی از دست دادن مدیریت مشاوره (۳۰ درصد) گزارش شد. در مقابل، افزایش ارتباط با مادران (۷۰ درصد) و افزایش پیگیری مشاوره (۸۰ درصد) مورد تأیید قرار گرفت. در حیطه عادات، سابقه استفاده از مشاوره از راه دور (۴۶ درصد)، سابقه استفاده از فناوری‌های مرتبط (۵۲ درصد)، راحتی با فناوری اطلاعات (۸۲ درصد) و راحتی در استفاده روزمره از فناوری برای بیماران (۸۴ درصد) گزارش شد. در حیطه اعتماد نیز اعتماد کلی به افراد (۶۰ درصد)، اعتماد به مرکز معتبر (۷۶ درصد)، احساس خوب نسبت به تحت‌نظر بودن مددجو توسط همکاران (۶۸ درصد)، اهمیت ارتباط ثابت با یک فرد مشخص (۷۰ درصد)، اهمیت تماس با متخصصان خبره (۸۸ درصد)، نگرانی از رفتار متفاوت همکاران (۶۲ درصد)، نگرانی از تأخیر در انتقال اطلاعات (۵۲ درصد) و تمایل به اطلاع قبلی از روال‌های استاندارد (۹۲ درصد) گزارش شد.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین سن شرکت کنندگان ($r = 0.121$, $p = 0.404$) و سابقه کار آنان ($r = 0.38$, $p = 0.794$) با نمره کل پذیرش ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بررسی ابعاد مختلف پذیرش نشان داد که دیدگاه مثبت کلی شرکت کنندگان بیش از هر چیز تحت تأثیر سه حیطه سازگاری ($r = 0.901$), هنجارهای ذهنی ($r = 0.880$) و سودمندی درک شده ($r = 0.872$) بوده است ($P < 0.0001$). مقایسه گروه‌های

شغلی با آزمون تی مستقل نشان داد که میان دو گروه ماما و مراقب سلامت در نمره کل پذیرش تفاوت معنی داری وجود ندارد ($t(48) = 0/877$, $P = 0/385$)، اما بر اساس آزمون من-ویتنی، ماماها نمرات معنی دار بالاتری در ابعاد هنجارهای ذهنی ($Z = 1/967$, $P = 0/049$) و اهمیت استانداردسازی ($Z = 0/102$, $P = 0/044$) کسب کردند. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که کارکنان پایگاههای سلامت نمره کل پذیرش ($t(48) = 2/541$, $P = 0/014$) و سودمندی درک شده ($t(48) = 2/442$, $P = 0/019$) را به طور معنی داری بالاتر از کارکنان مراکز سلامت ارزیابی کرده اند. همچنین افراد دارای سابقه قبلی ارائه خدمات تله مدیسین نمره کل پذیرش معنی دار بالاتری نسبت به افراد بدون سابقه داشتند ($P = 0/006$)، $t(48) = 2/805$ و در ابعاد تسهیل کننده ها ($P = 0/006$)، سازگاری ($P = 0/004$)، اهمیت استانداردسازی ($P = 0/002$) و اعتماد به مرکز ($P = 0/006$) نیز نمرات بالاتری به دست آوردند.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول شماره ۲، میانگین کل نمره پرسشنامه امکان سنجی ارائه دهندگان خدمت برابر با $42/88 \pm 269/22$ بود و دامنه نمرات از ۱۶۴ تا ۳۳۰ متغیر بود. جزئیات مربوط به میانگین و انحراف معیار حیطه های مختلف در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات حیطه های پرسشنامه امکان سنجی ارائه دهندگان خدمت (N=50)

حیطه	کم ترین	بیش ترین	انحراف معیار+ میانگین
نگرش	۴/۰۰	۲۰/۰۰	$3/84 \pm 15/80$
قصد رفتاری	۴/۰۰	۲۰/۰۰	$3/87 \pm 15/30$
درک سودمندی	۶/۰۰	۳۰/۰۰	$5/97 \pm 23/64$
درک سهولت استفاده	۸/۰۰	۲۵/۰۰	$4/41 \pm 19/06$
تسهیل کننده ها	۱۰/۰۰	۲۰/۰۰	$3/01 \pm 16/10$
سازگاری	۱۰/۰۰	۲۵/۰۰	$4/94 \pm 18/90$
هنجارهای ذهنی	۷/۰۰	۲۰/۰۰	$3/92 \pm 15/18$
عادات	۷/۰۰	۲۰/۰۰	$3/84 \pm 14/42$
اهمیت امتیاز داده	۱۰/۰۰	۲۵/۰۰	$3/45 \pm 21/04$
تأمین مالی	۱۸/۰۰	۴۵/۰۰	$6/16 \pm 36/52$
اهمیت استانداردسازی	۸/۰۰	۲۰/۰۰	$2/88 \pm 16/62$
ارتباط با بیمار	۱۸/۰۰	۳۵/۰۰	$3/63 \pm 27/36$
اعتماد در مرکز مشاوره از راه دور	۱۷/۰۰	۳۵/۰۰	$3/69 \pm 29/28$
کل	۱۶۴/۰۰	۳۳۰/۰۰	$42/88 \pm 269/22$

همچنین، تعداد و درصد موافقت ارائه دهندگان خدمت با انواع مشاوره های شیردهی از راه دور در جدول شماره ۳ گزارش شده است. بیشترین میزان موافقت مربوط به مشاوره در زمینه اصول تغذیه تکمیلی، اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر، مراقبت از نوک پستان، مصرف داروها در شیردهی و تشخیص کفایت شیر مادر بود که همگی بیش از ۸۵ درصد موافقت را به خود اختصاص دادند. سایر موارد مشاوره ای با فراوانی های متفاوت در جدول شماره ۳، ارائه شده است.

جدول شماره ۳: فراوانی موافقت ارائه دهندگان خدمت با انواع مشاوره های شیردهی از راه دور (N=50)

آیتم مشاوره	تعداد(درصد)	آیتم مشاوره	تعداد(درصد)
گرفتن شرح حال	(۹۰/۴۵)	مشاوره و آموزش روشهای دوشیدن شیر مادر	(۵۴/۳۷)
مشاوره و آموزش اهمیت و اصول تغذیه انحصاری با شیر مادر	(۹۰/۴۵)	مشاوره و آموزش نحوه نگهداری و ذخیره کردن شیر دوشیده شده	(۹۲/۴۶)
مشاوره و آموزش نحوه وضعیت مادر هنگام شیر دادن و بعل کردن شیرخوار	(۵۴/۳۷)	مشاوره و آموزش مدت زمان ذخیره کردن شیر مادر	(۹۰/۴۵)
مشاوره و آموزش وضعیت صحیح پستان گرفتن شیرخوار	(۵۰/۳۵)	مشاوره و آموزش نحوه تغذیه شیر خوار از شیر مادر با قنجان	(۷۲/۴۶)
مشاوره و آموزش تکنیک های صحیح شیردهی	(۷۸/۳۹)	مشاوره و آموزش خطرات طری و پستانک و عوارض تغذیه مصنوعی	(۹۰/۴۵)
مشاوره و آموزش روش های تشخیص کفایت شیر مادر	(۸۸/۴۴)	مشاوره و آموزش شروع به موقع غذای کمکی و تداوم تغذیه با شیر مادر	(۸۶/۴۳)
مشاوره و آموزش مراقبت از نوک پستان	(۹۰/۴۵)	مشاوره و آموزش اصول تغذیه تکمیلی شیر مادر خواران	(۹۶/۴۸)
مشاوره و آموزش نقش پدران در مراقبت و تغذیه شیرخوار با شیر مادر	(۹۰/۴۵)	مشاوره و آموزش تداوم تغذیه با شیر مادر در سال دوم تولد	(۸۸/۴۴)
مشاوره و آموزش نشانه های مکیدن موثر شیرخوار	(۷۰/۳۵)	مشاوره و آموزش نحوه تغذیه در طول بیماری ها و پس از آن	(۸۰/۴۰)
مشاوره و آموزش عوامل کاهنده تولید شیر مادر	(۸۲/۴۱)	مشاوره و آموزش در مورد دوشیدن شیر مادر	(۷۸/۳۹)
مشاوره و آموزش مصرف داروها در شیردهی	(۹۰/۴۵)	مشاوره و آموزش تغذیه چندقطره های نارس با شیر مادر	(۳۲/۱۶)
مشاوره و آموزش موارد منع شیردهی	(۸۲/۴۱)	مشاوره و آموزش نحوه بعل کردن دوقطرها هنگام شیرخوردن	(۵۰/۳۵)
مشاوره و آموزش بیماری ها و شیردهی	(۷۴/۳۷)	مشاوره و آموزش جهت موقت مادران شاغل در تداوم شیردهی	(۸۲/۴۱)
مشاوره و آموزش مشکلات شیردهی و پستان	(۸۴/۴۲)	مشاوره و آموزش دوشیدن شیر در محل کار	(۸۲/۴۱)

در بررسی ۲۷ آیتم مربوط به وضعیت امکانات سخت افزاری، نرم افزاری و نیروی انسانی، تنها ۱۳ مورد (۴۸ درصد) در مراکز مورد مطالعه در دسترس گزارش شد. جزئیات مربوط به هر یک از آیتم ها در جدول شماره ۴، ارائه شده است.

جدول شماره ۴: وضعیت مراکز جامع سلامت شهرستان ملارد

(N=5) از لحاظ امکانات سخت‌افزاری، نرم‌افزاری و نیروی انسانی

ردیف	وضعیت امکانات سخت‌افزاری، نرم‌افزاری و نیروی انسانی	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)
۱	دسترسی به اینترنت پرسرعت	۱۰۰٪	۰
۲	دسترسی تمام واحدهای بالینی و غیربالینی به اینترنت	۱۰۰٪	۰
۳	امکان برقراری ارتباط بین سیستم های واحد های مختلف	۰	۱۰۰٪
۴	دسترسی کاربران خارج از مرکز به اینترنت داخل شبکه مرکز	۰	۱۰۰٪
۵	دسترسی به ویدئو کنفرانس	۰	۱۰۰٪
۶	مجهز بودن سیستم مخابراتی مرکز به فیبر نوری	۱۰۰٪	۰
۷	مجهز بودن سیستم مخابراتی مرکز به کابل مسی	۱۰۰٪	۰
۸	مجهز بودن سیستم مخابراتی مرکز به امواج کوچک الکترومغناطیسی	۰	۱۰۰٪
۹	مجهز بودن مرکز به مانیتور با رزولوشن زیاد	۱۰۰٪	۰
۱۰	آشنایی کارشناسان IT با فن آوری مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۱۱	آشنایی کارشناسان IT با زیرساخت های فن آوری مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۱۲	آشنایی کارشناسان IT با روش های پیاده سازی مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۱۳	آشنایی کارشناسان IT با شبکه های فن آوری مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۱۴	آشنایی کارشناسان IT با روش های برقراری امنیت در شبکه مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۱۵	داشتن برنامه استراتژیک مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۱۶	داشتن حمایت هیئت مدیره از مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۱۷	داشتن حمایت مدیر ارشد اجرایی از مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۱۸	داشتن متخصص پشتیبان از مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۱۹	امکان فراهم نمودن خدمات رایج مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۲۰	امکان تامین کادر فن آوری مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۲۱	امکان تامین هزینه های اولیه راه اندازی مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۲۲	امکان رفع مشکلات بیمه و باز پرداخت آن در خدمات مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۲۳	امکان تامین هزینه های جاری مشاوره از راه دور	۰	۱۰۰٪
۲۴	امکان تامین نیروهای متخصص (پزشک/ماما) جهت مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۲۵	امکان آموزش کارکنان جهت راه اندازی مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۲۶	امکان صدور مجوزهای لازم جهت راه اندازی مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰
۲۷	امکان تامین محرمانگی در خدمات مشاوره از راه دور	۱۰۰٪	۰

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی امکان سنجی ارائه مشاوره شیردهی از راه دور از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت در مراکز جامع سلامت شهرستان ملارد انجام شد. یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که شرکت

کنندگان عمدتاً در بازه سنی جوان تا میانسال قرار داشته و سابقه کاری کوتاه‌تری در حوزه مشاوره شیردهی داشتند. اگر چه سن و سابقه کار ارتباط مستقیمی با میزان پذیرش نشان ندادند، اما تجربه قبلی مواجهه با ابزارهای تله‌مدیسین به شکل معناداری تمایل و آمادگی افراد را افزایش داده بود. این امر بیانگر آن است که آشنایی قبلی با فناوری‌های دیجیتال و عدم وابستگی شدید به الگوهای سنتی ارائه خدمت، مقاومت در برابر تغییر را کاهش داده و بستر روانی مساعدتری برای پذیرش نوآوری‌های خدمات سلامت ایجاد می‌کند (۳۴). بر اساس یافته‌های این پژوهش، نگرش و قصد رفتاری ارائه دهندگان خدمت نسبت به به کارگیری مشاوره شیردهی از راه دور در سطح بالایی قرار داشت و اکثریت قریب به اتفاق پرسنل تمایل خود را برای استفاده از این سامانه اعلام کردند. این آمادگی مطلوب روانی با نتایج مطالعاتی که به ارزیابی دیدگاه و میزان پذیرش کادر درمان پرداخته‌اند همسو است؛ از جمله مطالعه Dewanti و همکاران (۲۰۲۳) که آمادگی بالایی پرسنل بهداشتی را در به کارگیری فناوری‌های غیرحضوری گزارش کردند و مطالعه Verfürth و همکاران (۲۰۲۰) که نشان داد ارائه دهندگان خدمات سلامت، ابزارهای از راه دور را به عنوان شیوه مکمل و کارآمد در ارائه مراقبت می‌پذیرند (۲، ۳۴). این همسویی نشان می‌دهد که از بعد انسانی و انگیزش شغلی، موانعی برای استقرار این خدمت وجود ندارد.

در حیطه درک سودمندی و سهولت استفاده، ارائه دهندگان خدمت بر این باور بودند که مشاوره از راه دور موجب تسریع در ارائه خدمات، افزایش بهره‌وری و ارتقای کیفیت مراقبت می‌شود. تحلیل روابط میان ساختارها نشان داد که پذیرش کلی این فناوری، بیش از هر چیز تحت تأثیر میزان سازگاری آن با روال‌های کاری روزمره و میزان سودمندی ادراک شده توسط پرسنل قرار دارد. این مفاهیم با نتایج مطالعه Ghasemi Ravari و همکاران (۲۰۱۶) که دیدگاه کادر درمان نسبت به زیرساخت‌ها و سودمندی

تله‌مدیسین را ارزیابی کرده بودند، مطابقت دارد (۳۶). علاوه بر این، مقایسه محیط‌های شغلی نشان داد که پرسنل پایگاه‌های سلامت در مقایسه با مراکز جامع سلامت، دیدگاه مثبت‌تر و ادراک بالاتری از کارآمدی این فناوری داشتند؛ ناهماهنگی ادراک میان این دو بخش را می‌توان به حجم کاری متراکم‌تر در پایگاه‌ها و نیاز مبرم‌تر پرسنل آن‌ها به ابزارهای تسهیل‌کننده برای مدیریت مراجعات حضوری نسبت داد.

در بخش زیرساخت‌ها و الزامات اجرایی، ارزیابی واقعی امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری در سطح مراکز (که از طریق چک لیست و توسط مسئولین IT سنجیده شد) نشان داد که کم‌تر از نصف تجهیزات و امکانات استاندارد در مراکز مورد مطالعه وجود دارد. این یافته، تناقض آشکاری را میان آمادگی بالای نیروی انسانی و ضعف زیرساخت‌های فنی و سازمانی نمایان می‌سازد. به عبارت دیگر، اصلی‌ترین چالش توسعه مشاوره از راه دور، مقاومت پرسنل نیست، بلکه نقص در زیرساخت‌های شبکه، عدم یکپارچگی سیستم‌های ارتباطی و نبود حمایت‌های مالی و پشتیبانی است. این چالش زیرساختی با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۲۰۲۴) که مانع اصلی توسعه تله‌مدیسین در کشور را ضعف در شبکه و تجهیزات دانسته بودند همخوانی دارد (۳۷). راهنمای سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۲۴ نیز تأکید می‌کند که پایداری خدمات سلامت از راه دور، نیازمند زیرساخت‌های ارتباطی امن و دسترسی به اینترنت با کیفیت است (۲۸).

در بخش تعامل و اعتماد، ارائه دهندگان خدمت نه تنها نگرانی از تضعیف مدیریت مشاوره نداشتند، بلکه مشاوره غیرحضوری را زمینه‌ساز پیگیری بهتر مراقبت می‌دانستند. با این حال، مقایسه گروه‌های شغلی نشان داد که ماماها نسبت به مراقبان سلامت، اهمیت بسیار بیشتری برای هنجارهای سازمانی، دستورالعمل‌های بالینی شفاف و استانداردسازی فرایندها قائل هستند. این تفاوت نشان می‌دهد که رده‌های تخصصی‌تر به دلیل حساسیت‌های

بالینی و مسئولیت‌های حقوقی، برای پذیرش کامل فناوری نیازمند شفافیت در قوانین، حفظ محرمانگی و تدوین پروتکل‌های ابلاغی مشخص هستند (۱۷).

این مطالعه با چند محدودیت روبرو بود؛ از جمله حجم نمونه کم و انحصار آن به یک شهرستان که تعمیم‌پذیری یافته‌ها به کل کشور را با احتیاط مواجه می‌سازد. همچنین، گردآوری داده‌ها بر پایه پرسشنامه خودگزارش‌دهی احتمال بروز سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، جامعه پژوهش متشکل از ماماها و مراقبان سلامت بود که بر اساس شرح وظایف سازمانی در نظام سلامت ایران، ارائه دهندگان اصلی خدمات مشاوره شیردهی محسوب می‌شوند؛ لذا عدم حضور پزشکان منطبق بر ساختار اجرایی ارائه این خدمت بوده است، اگرچه ارزیابی دیدگاه آنان در زمینه مراجعات تخصصی می‌تواند ارزشمند باشد.

به‌طور کلی، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ارائه دهندگان خدمت از نظر نگرش، قصد رفتاری، ادراک سودمندی و سهولت استفاده، آمادگی بالایی برای به کارگیری مشاوره شیردهی از راه دور دارند؛ با این حال، توسعه و استقرار مؤثر این خدمت مستلزم تقویت زیرساخت‌ها، استانداردسازی فرایندها، آموزش کارکنان و ایجاد چارچوب‌های قانونی و مالی مناسب است. از آنجا که تنها حدود نیمی از زیرساخت‌های موردنیاز در مراکز مورد مطالعه فراهم بوده است، توجه به تجهیز مراکز، فراهم‌سازی دسترسی پایدار به اینترنت، ارتقای مهارت‌های کارکنان و ایجاد حمایت مدیریتی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت اجرای این خدمت داشته باشد. علاوه بر این، با توجه به تأکید مطالعات جدید بر اهمیت عدالت دیجیتال در ارائه خدمات سلامت از راه دور، ضروری است که در برنامه‌ریزی‌ها به نیازهای گروه‌های کم‌برخوردار و مناطق با دسترسی محدود به اینترنت توجه ویژه شود تا امکان بهره‌مندی عادلانه از این نوع خدمات فراهم گردد (۲۷).

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامه مهتاب محمدی است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز تصویب شده بود. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم

پزشکی البرز و پرسنل محترم معاونت بهداشتی و مراکز جامع سلامت شهرستان ملارد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و اعتمادشان ابراز می‌دارند.

References

- LoCasale-Crouch J, Wallace MK, Heeren T, Kerr S, Yue Y, Deeken G, et al. The importance of community resources for breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2024;19(1):16 PMID: 38448983.
- Dewanti LP, Sitoayu L, Idarto A. Digital tele-counseling for sustainable maternal health services in Indonesia: focus on telelactation. *IAIC Trans Sustain Digit Innov* 2024;6(1):10-20.
- Masi AC, Stewart CJ. Role of breastfeeding in disease prevention. *Microb Biotechnol* 2024;17(7):e14520 PMID: 38946112.
- Agrina A, Afandi D, Suyanto S, Erika E, Dewi YI, Helina S, Pramita D, Safira N. Analysis of supporting factors associated with exclusive breastfeeding practice in the urban setting during the COVID-19 pandemic. *Children*. 2022 Jul 19;9(7):1074.
- Fan Y, Li J, Wong JYH, Fong DYT, Wang KMP, Lok KYW. Text messaging interventions for breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2024;150:104647 PMID: 38056353.
- Mirahmadizadeh A, Zahmatkesh S, Kashfinezhad MS, Moradi F, Rabiei H, Mokhtari AM. Evaluation of breastfeeding in 6–24 month children in south of Iran. *Epidemiol Health Syst J* 2021;8(4):182–187.
- Rodríguez-Gallego I, Corrales-Gutierrez I, Gomez-Baya D, Leon-Larios F. Effectiveness of a postpartum breastfeeding support group intervention in promoting exclusive breastfeeding and perceived self-efficacy: a multicentre randomized clinical trial. *Nutrients* 2024;16(7):988 PMID: 38613021.
- World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- Chua CMS, Mathews J, Ong MSB, Liew KK, Shorey S. Use of telelactation interventions to improve breastfeeding outcomes among mothers: a mixed-studies systematic review. *Women Birth* 2023;36(3):247–256 PMID: 35792035.
- Kelly PJ, Sidhu A, Sajja A, Majeethia D, Dodge E, Aboul-Enein BH. Breastfeeding interventions and programs conducted in the Islamic Republic of Iran: a scoping review. *Health Educ Res* 2025;40(1):cyae042 PMID: 39699558.
- Mirafzali S, Akbari Sari A, Iranpour A, Alizadeh S. Breastfeeding duration and its effective factors in Kerman Province, Iran. *Glob Pediatr Health* 2022;9:2333794X221133019 PMID: 36420453.

- 12- Mohammadi F, Bahrami N, Alimoradi Z. The effect of telemidwifery counseling on breastfeeding self-efficacy in primiparous women during the COVID-19 pandemic. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2023;31(2):124–133.(persian)
- 13- Dalili H, Shariat M, Nayeri F, Emami Z, Sahebi R, Sahebi L. Duration of breastfeeding and maternal-related factors in Iran: systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Nurs* 2020;54:e23–e30 PMID: 32553476.
- 14- Ferraz dos Santos L, Borges RF, de Azambuja DA. Telehealth and breastfeeding: an integrative review. *Telemed e-Health* 2020;26(7):837–846 PMID: 31633467.
- 15- AlHreashy FA, AlObeid GA, Elbashir BM, Alshathry AS. Telemedicine breastfeeding consultation: the Saudi experience. *Cureus* 2023;15(9):e45392 PMID: 37854766.
- 16- Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdekens A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 infections and impact of the COVID-19 pandemic in pregnancy and breastfeeding: results from an observational study in primary care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(18):6766 PMID: 32957434.
- 17- Waluyanti FT, Rustina Y, Fudla H, Nurhaeni N, Liaw JJ, Arya IFD, et al. Counselors' experiences with infant and young child feeding tele-counseling: a phenomenological study. *Jurnal Keperawatan Indones* 2022;25(3):145–154.
- 18- Davanzo R, Bettinelli ME, Baldassarre M, Mondello I, Soldi A, Perugi S, et al. Tele-support in breastfeeding: position statement of the Italian Society of Neonatology. *Ital J Pediatr* 2024;50(1):240 PMID: 39516812.
- 19- Hadizadeh-Talasaz Z, Abdollahpour S. Effectiveness of telemedicine-based intervention on breastfeeding self-efficacy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health* 2025;54(1):13-23 PMID: 39902360.
- 20- Uscher-Pines L, Kapinos K, Waymouth M, Howell K, Alvarado G, Ray K, et al. Telelactation services and breastfeeding by race and ethnicity: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2025;8(2):e2461958 PMID: 40014345.
- 21- Mejah H, Bakar AYA, Amat S. The provision of tele-counseling in Malaysia: an in-depth qualitative analysis. *Bisma J Couns* 2020;4(3):291–298.
- 22- DeYoreo M, Kapinos K, Waymouth M, James KF, Demirci J, Uscher-Pines L. The impact of telelactation on breastfeeding satisfaction at 6 months postpartum: evidence from a randomized controlled trial. *Acad Pediatr* 2025;25(7):102837 PMID: 40253004.
- 23- Uscher-Pines L, Demirci J, Waymouth M, Lawrence R, Parks A, Mehrotra A, et al. Impact of telelactation services on breastfeeding outcomes among Black and Latinx parents: protocol for the Tele-MILC randomized controlled trial. *Trials* 2022;23:5 PMID: 34980212.
- 24- Madinah N, Bolatito AO. Breastfeeding Practices Among Mothers in Uganda: An Exploratory Study of Challenges and Support Systems. *Journal of Neonatal Surgery*. 2025;14(4).
- 25- Editorial. Healthcare providers and breastfeeding support skills: the need for education and training. *S Afr J Clin Nutr* 2024;37(4):i–ii.

- 26- Kusteja NF, Anwar R, Pramatirta AY, Susiarno H, Gurnida DA, Irianti S. The role of health education in primary health care facilities in supporting exclusive breastfeeding success: A scoping review. *JTP-Jurnal Teknologi Pendidikan*. 2025 Aug 10;27(2):407-19.
- 27- Uscher-Pines L, Lawrence R, Waymouth M. Telehealth for breastfeeding support and lessons for digital equity. *JAMA Health Forum* 2023;4(3):e225464.
- 28- World Health Organization, International Telecommunication Union. Implementation toolkit for accessible telehealth services. Geneva; 2024
- 29- Iamchareon T, Maneesriwongul W. The effectiveness of real-time telelactation intervention on breastfeeding outcomes among employed mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2025;25:341.
- 30- Atkinson J, Hastie R, Walker S, Lindquist A, Tong S. Telehealth in antenatal care: recent insights and advances. *BMC Med* 2023;21:332 PMID: 37649028.
- 31- Samaran E. Integration of digital health technologies in maternal and child health management: opportunities and challenges. *J Soc Sci* 2024;1(4):554-566.
- 32- Lee S. Telehealth in maternal and child health: revolutionizing healthcare delivery for mothers and children. *Number Analytics*. 2025
- 33- Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay Company; 1956.
- 34- Verfürth M. Design and validation of a questionnaire to measure the acceptance of telemedicine by healthcare professionals in Germany. *Research Square* 2020 .
- 35- Barkati SH, Sadavandian S, Alaei Sh, Farior M, Motlagh M, Homayounfar N. Mothers' guide to breastfeeding: answers to common questions. Tehran: Andisheh Mandegar Publications; 2019 (Persian)
- 36- Ghasemi Ravari Z, Mehraeen E, Bagheri S, Karimi M. Review of necessary infrastructures to telemedicine implementation in hospitals affiliated with Zabol University of Medical Sciences. *J Paramed Sci Rehabil* 2016; 5(3):74–82.
- 37- Hosseini SM, Boushehri SA, Alimohammadzadeh K. Challenges and solutions for implementing telemedicine in Iran from health policymakers' perspective. *BMC Health Services Research*. 2024 Jan 10;24(1):50.