

بررسی تاثیر بسته آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی مادران در دوره پس از زایمان

ماندانا میرمحمد علی نئی^۱، اعظم بحیرایی^۱، عباس رحیمی^۲، مژگان هاشم‌زاده^۱، نسرين سهرابی^۳، زهرا سهرابی^{۱*}

۱. گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

فصلنامه پایش

سال سیزدهم شماره دوم فروردین - اردیبهشت ۱۳۹۳ صص ۲۲۸-۲۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۳۰

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۳ بهمن ۹۲

چکیده

خودکارآمدی عامل روانشناختی و انگیزشی مهمی برای تداوم تغذیه با شیر مادر است که باور فرد به توانایی خود در شیردهی انحصاری و موفق را در بر می‌گیرد. با توجه به اهمیت آموزش در افزایش خودکارآمدی، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر بسته آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی مادران در دوره پس از زایمان انجام شد. در این مطالعه تجربی یک سو کور، ۳۰۰ زن نخست‌زا به روش نمونه گیری آسان و تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. در بخش پس از زایمان، یک گروه بسته آموزشی با آموزش مستقیم، گروه دوم بسته آموزشی بدون آموزش مستقیم و گروه کنترل مراقبت های معمول پس از زایمان دریافت کردند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و سوالات مربوط به خودکارآمدی شیردهی بود که جهت گردآوری اطلاعات یک بار پس از زایمان و سپس سه ماه بعد به کار گرفته شد. بسته آموزشی شامل یک CD و یک پمفلت بود. آموزش مربوط به صورت چهره به چهره به مدت ۲۰ دقیقه انجام شد. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد، میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه‌ها تفاوت معناداری نداشت ولی پس مداخله میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله تفاوت معنادار با گروه شاهد داشت ($P < 0.001$). نتایج مطالعه حاکی از آن بود که آموزش شیردهی به صورت چهره به چهره و با دخالت مستقیم آموزش دهنده با افزایش خودکارآمدی شیردهی در ماه سوم پس از زایمان همراه است.

کلیدواژه: خودکارآمدی شیردهی، آموزش با دخالت مستقیم آموزش دهنده، آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده

کدکارآزمایی بالینی: IRCT201102275912N4

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۶۱۰۵۴۲۲۱

E-mail: Zshorabi62@yahoo.com

مقدمه

اهمیت تغذیه با شیر مادر در کلام الهام بخش قرآن مجید در سوره بقره آیه ۲۳۲ آمده است: «مادرانی که می خواهند دوران شیردهی را کامل نمایند، دو سال تمام فرزندانشان را شیر بدهند». تغذیه انحصاری با شیر مادر (EBF, Exclusive Breast Feeding)، تغذیه شیرخوار فقط با شیر مادر بدون دریافت مایع و مواد غذایی جامد به جز ویتامین، مواد معدنی و دارو است. برنامه مردم سالم ۲۰۲۰ (Healthy people 2020) با هدف شروع تغذیه با شیر مادر و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در ماه سوم ۴۶/۲ درصد و در ماه ششم ۲۵/۵ درصد شروع به فعالیت کرد [۱]. سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان ملل متحد توصیه کرده‌اند که هر کودکی باید تا شش ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشد و تا دو سالگی یا بیشتر ادامه داشته باشد [۲]. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در سطح بین المللی، 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 است. در حالی که در مناطق شهری ۵۶ درصد در چهار ماهگی و ۲۷ درصد در شش ماهگی است [۳]. در ایران میزان مرگ و میر کودکان در سال ۱۹۹۰، ۹۵ در ۱۰۰۰ بوده و در سال ۲۰۰۰ به ۲۸ در ۱۰۰۰ کاهش یافته و امید است که براساس هدف چهارم اهداف هزاره توسعه که کاهش مرگ و میر است، به ۱۷ در ۱۰۰۰ در سال ۲۰۱۵ برسد و یکی از راهکارهای اصلی برای این کاهش، تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی است. در حالی که اقدامات جهانی در جهت افزایش انتخاب شیر مادر و طولانی نمودن مدت شیردهی انحصاری است، هنوز مادران مشکلاتی را گزارش می کنند که در دوره پس از زایمان و در خانه منجر به رها کردن شیردهی انحصاری آنان می شود [۴]. ارائه مطالب آموزشی مدت کوتاهی پس از زایمان مادر، آنچه که امروزه در اکثر بیمارستان‌های حتی دوستدار کودک درخصوص آموزش شیردهی شاهد آن هستیم، صرفاً در اختیار گذاشتن یک سری اطلاعات و حقایق مسلم به مادر و ارائه توصیه به شیردهی به صورت مقطعی و گذراست که به علت شرایط نامناسب مادر در پی تحمل رنج و درد ناشی از زایمان و خستگی پس از آن منجر به یادگیری صحیح و ایجاد اعتقاد راسخ و تصمیم قطعی به شیردهی در مادران نمی شود [۵]. در سال های اخیر با توجه به اهمیت از بین بردن محدودیت زمان و مکان در آموزش و نیاز به توسعه ابزارهای متحول کننده در سیستم آموزشی، بهره گیری از برنامه آموزشی

خودآموز، مورد توجه بیشتری قرار گرفته و موجب رهایی از قید مکان و زمان شده، چنانکه افراد می توانند با توجه به علایق خود، به یادگیری انفرادی و مستقل توجه کنند [۶]. خودکارآمدی به معنی باور و اطمینان فرد در توانایی خود جهت انجام رفتار بهداشتی از سازه های معرفی شده توسط Bandura است. در این رابطه Dennis معتقد است که هر چه میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران بالاتر باشد، طول مدت شیردهی انحصاری بالاتر خواهد بود [۷]. خودکارآمدی یکی از متغیرهای قابل تعدیل و عامل مهم در شناسایی عوامل مستعدکننده برای قطع زودرس شیردهی است که می توان از طریق آموزش آنها را اصلاح نمود [۸]. خودکارآمدی کم می تواند انگیزش را نابود، آرزوها را کم، با توانایی شناختی تداخل کند و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد. در مقابل افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، معتقدند که می توانند به طور مؤثری با رویدادها و شرایطی که مواجه شوند، برخورد نمایند [۹]. اگر خودکارآمدی شیردهی مادر بالاتر باشد، تداوم شیردهی راحت تر خواهد بود. همچنین محققان نشان دادند مادران با شیردهی موفق، در تربیت فرزندانشان موفق ترند و احساس قوی تری از خودکارآمدی و پذیرش نقش مادری دارند [۱۰-۱۱]. Bandura معتقد است که می توان با اتخاذ راهکارها و مداخلات آموزشی مناسب در کسب مهارت ها و دانش مورد نیاز، میزان خودکارآمدی و توانمندی فرد را افزایش داد [۱۴-۱۰] با توجه به اینکه خودکارآمدی شیردهی در مادران تحت تأثیر تجربه قبلی آنها قرار می گیرد، لذا زنان نخست زای برای تغذیه انحصاری خود با شیر مادر به دلیل عدم تجربه کافی با مشکلاتی مواجه خواهند بود. به نظر می رسد با توجه به کاهش میزان تغذیه با شیر مادر در سال های اخیر در ایران لزوم تدوین استراتژی های مناسب در راستای افزایش بیش از پیش خودکارآمدی شیردهی به ویژه در مادران نخست زای، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی به این مساله در جهت بهبود روند شیردهی کاملاً ضروری بوده و بسیار توصیه می شود [۱۵]. مطالعات مختلف نقش مثبت برنامه های آموزشی را در بهبود نتایج شیردهی نشان داده اند ولی اثر بخشی یک برنامه آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی به طور مناسبی انجام نشده است. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه ای به منظور بررسی تأثیر بسته آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی مادران در دوره پس از زایمان انجام دهند تا با استفاده از نتایج آن روش کارآمدتری در بهبود نتایج شیردهی پیشنهاد گردد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش تجربی یک سوکور سه گروهی بود که جامعه پژوهش آن را مادران نخست‌زای زایمان کرده و بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان‌های ۱۷ شهریور و شهید چمران ساوه تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری، زایمان و پس از زایمان طبیعی، حاملگی تک قلو، ترم، نوزاد سالم با وزن هنگام تولد بیش از ۲۵۰۰ گرم، داشتن دستگاه نمایش دسپیک فشرده در منزل بود. در این مطالعه هدف اصلی برآورد و مقایسه کردن میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود که با آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و مقایسه چند گانه دو به دو مقایسه شد. بنابراین تعداد نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۱۰۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. در مجموع ۳۰۰ نفر در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل مورد پژوهش قرار گرفتند. برای پیشگیری از ارتباط افراد گروه مداخله و کنترل، بیمارستان‌های مذکور به صورت تصادفی با استفاده از کارت‌های A و B به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. نمونه‌های پژوهش در گروه مداخله نیز به صورت تصادفی با استفاده از کارت‌های a و b به گروه‌های مداخله با آموزش مستقیم (b1) و مداخله بدون آموزش مستقیم (b2) تقسیم شدند. آموزش مورد نظر به صورت چهره به چهره به مدت بیست دقیقه توسط پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش داده شد. به افراد در بیمارستان کنترل مراقبت معمول پس از زایمان بدون هیچ مداخله‌ای داده شد. بسته آموزشی شامل یک دیسک فشرده تصویری ۳۰ دقیقه‌ای و یک پمفلت 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. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی بود. پرسشنامه مذکور دارای دو بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم برگرفته از مقیاس خودکارآمدی شیردهی دارای ۳۳ گزینه با بار مثبت بود که توسط Dennis و Faux بود. مجموع امتیازات تعلق گرفته به هر گویه نمره خودکارآمدی شیردهی را نشان می‌داد که کمینه و بیشینه نمرات به ترتیب ۳۳ و ۱۶۵ بود [۱۶]. این پرسشنامه توسط ورعی و همکاران در سال ۱۳۸۴ در درمانگاه‌های پره ناتال دانشگاه علوم پزشکی

تهران برای سنجش نمره خودکارآمدی شیردهی زنان مورد استفاده قرار گرفت، و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷]. 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 ولی شامل نمونه‌های پژوهش نبودند، در دو مرحله (با فاصله ۲ هفته) تکمیل شد. سازگاری درونی سؤالات با محاسبه مقدار آلفای کرونباخ تعیین شد. پرسشنامه مذکور یک بار در بخش پس از زایمان و بار دیگر سه ماه بعد تکمیل شد. مادرانی که در صورت بروز بیماری در آنها یا نوزادشان که با ادامه شیردهی منافات داشت، یا حوادث غیر منتظره مثل مرگ اقوام و غیره که روی حالات روحی مادران تأثیر شدیدی داشت یا در صورت عدم تماشای دیسک فشرده پس از ترخیص از بیمارستان از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه به دلیل ماهیت آن امکان کورسازی برای پژوهشگر وجود نداشت ولی مادران در مورد گروه بندی و نحوه مداخله هیچ اطلاعی نداشتند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون تی، کای دو، کروسکال والیس و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۳۰۰ زن نخست‌زا آغاز شد. ۱۷ نفر از افراد مورد پژوهش (۵ نفر در گروه آموزش مستقیم، ۷ نفر در گروه آموزش غیرمستقیم و ۵ نفر در گروه کنترل) 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 مداخله گر همگن بودند (جدول شماره ۱). محدوده سنی شرکت کنندگان ۱۵ تا ۳۸ سال با میانگین ۲۳/۴۸ و انحراف معیار ۳/۹۲، ۹۷/۷ درصد خانه دار و تنها ۹ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی در سه گروه قبل از مداخله اختلاف معناداری نشان نداد (جدول شماره ۲ آمده است). برای مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی بعد از مداخله در سه گروه از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنادار دارد. مقایسه جداول شماره ۱ و ۲ نشان

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله گروه های مورد مطالعه به صورت دو به دو در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سال ۱۳۹۱

نتیجه آزمون Tucky	میانگین (انحراف معیار)	آموزش مستقیم
$P < 0.001$	۱۳۶/۵۲ (۶/۷۴۶)	آموزش مستقیم
	۱۳۲/۱۵ (۷/۲۵۳)	آموزش غیر مستقیم
$P = 0.006$	۱۳۶/۵۲ (۶/۷۴۶)	آموزش مستقیم
	۱۳۳/۲۸ (۷/۶۳۱)	کنترل
$P = 0.529$	۱۳۲/۱۵ (۷/۲۵۳)	آموزش غیر مستقیم
	۱۳۳/۲۸ (۷/۶۳۱)	کنترل



نمودار ۱: مقایسه امتیاز خودکارآمدی در طی مطالعه در گروه های مورد مطالعه

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان خودکارآمدی شیردهی در طول مطالعه در گروه آموزش با دخالت مستقیم ماما بیشتر از گروه بدون آموزش بدون دخالت مستقیم و مراقبت معمول بود. نتایج حاضر با نظریه خودکارآمدی که ذکر می کند سرمشق دهی توام با عملکرد شیوه بسیار مؤثری برای افزایش خودکارآمدی است سازگاری داشت [۱۲]. یونیسف در بیانیه مربوط به بیمارستان های دوستدار کودک اعلام کرد که مادران قبل از ترخیص از بیمارستان باید توانایی شیر دادن به نوزاد، آگاهی از فواید شیر مادر، اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم آن تا ۲ سالگی داشته باشند. محتوای بسته آموزشی استفاده شده در این مطالعه در همین راستا بود [۱۸]. آکادمی اطفال آمریکا بیان کرد که کیفیت شیردهی در صورت انجام مداخله مناسب و ارزیابی نتایج آن بهبود پیدا خواهد بود [۱۹]. مطالعات مختلفی نشان داده اند آموزش در شروع و تداوم شیردهی مؤثر است ولی در پژوهش حاضر از یک بسته آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی شیردهی مادران استفاده شد که نتایج آن نشان داد روش مؤثرتری برای آموزش به مادران است. بررسی مشخصات دموگرافیک مطلب حائز اهمیت محدوده سنی شرکت

می دهد امتیاز خودکارآمدی در گروه آموزش مستقیم از $129/85 \pm 7/37$ به $136/52 \pm 6/74$ ، در گروه آموزش غیر مستقیم از $129/91 \pm 8/52$ به $132/15 \pm 7/25$ و در گروه کنترل از $130/77 \pm 9/497$ به $133/28 \pm 7/63$ رسیده است. با توجه به معنا دار بودن نتیجه آزمون تحلیل واریانس امتیاز خودکارآمدی ماه سوم، از آزمون Tucky برای مقایسه دو به دو گروه های مورد مطالعه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است. بر اساس این آزمون میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله در گروه آموزش مستقیم و غیر مستقیم و همچنین گروه آموزش مستقیم و کنترل اختلاف آماری معنادار نشان داد. مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله در گروه آموزش غیر مستقیم و کنترل اختلاف آماری معنادار نداشت. نمودار شماره ۱ برای مقایسه امتیاز خودکارآمدی قبل و پس از مداخله به کار رفته است.

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال ۱۳۹۱

P	کنترل	آموزش غیر مستقیم	آموزش مستقیم	سن مادر (میانگین، انحراف معیار)
۰/۵۲۱	۲۳/۵۰ (۱/۵۳)	۲۳/۲۱ (۲/۲۳)	۲۳/۷۴ (۳/۹۸)	سن همسر مادر
۰/۱۰۴	۲۷/۵۵ (۳/۱۶)	۲۶/۹۴ (۳/۲۹)	۲۵/۷۵ (۳/۷۲)	(میانگین، انحراف معیار)
۰/۵۱۸	۴/۹۶	۱/۹۹	۲/۹۸	شغل مادر (خانه دار/ شاغل)
۰/۸۴۰	۴۶/۵۴	۴۷/۵۳	۴۳/۵۷	جنس نوزاد (پسر/ دختر)
۰/۱۸۶	۲۵/۷۵	۳۷/۶۳	۳۱/۶۹	روش زایمان (طبیعی/ سزارین)
۰/۹۰۲	۷	۹	۶	وضعیت اقتصادی ضعیف
۰/۳۳۸	۶۵	۵۱	۵۴	تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی

*فرآوانی

جدول ۲: مقایسه نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال ۱۳۹۱

گروه مداخله با آموزش مستقیم	گروه مداخله بدون آموزش مستقیم	گروه کنترل	نتیجه آزمون ANOVA*
میانگین	میانگین	میانگین	$F = 0.108$
(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	$P = 0.897$
۷/۳۷۹	۸/۵۷۲	۹/۴۹۷	
۱۲۹/۸۵	۱۳۰/۷۷		

*توزیع امتیاز خودکارآمدی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می کند.

جدول ۳: مقایسه نمره خودکارآمدی بعد از مداخله در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال ۱۳۹۱

گروه مداخله با آموزش مستقیم	گروه مداخله بدون آموزش مستقیم	گروه کنترل	نتیجه آزمون ANOVA*
میانگین	میانگین	میانگین	$F = 9.288$
(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	$P < 0.001$
۱۳۶/۵۲ (۶/۷۴۶)	۱۳۲/۱۵ (۷/۲۵۳)	۱۳۳/۲۸ (۷/۶۳۱)	

*توزیع امتیاز خودکارآمدی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می کند.

ساعت اول پس از تولد است. در پژوهش حاضر با اینکه مداخله آموزشی در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان بود ولی با افزایش نمره خودکارآمدی در گروه مداخله همراه بود [۲۴]. در پژوهش حاضر نشان داده شد تنها بین خودکارآمدی شیردهی و متغیرهای شغل همسر و تصور در مورد وضعیت اقتصادی ارتباط وجود دارد. Karen در مطالعه خود نشان داد بین متغیرهای سن حاملگی و سطح تحصیلات با خودکارآمدی شیردهی زنان ارتباط معنادار وجود دارد، بدین صورت که با افزایش سن حاملگی خودکارآمدی شیردهی کاهش می یابد و با افزایش سطح تحصیلات زنان نمره خودکارآمدی آنان افزایش پیدا کرده است اما بین خودکارآمدی و سایر مشخصات فردی-اجتماعی نمونه‌های پژوهش ارتباط آماری وجود ندارد [۲۲]. در مطالعه Otsuka و همکاران ارتباط بین سن مادر، تحصیلات، وضعیت تأهل و درآمد وجود نداشت [۲۱]. اظهار می‌دارد همکاران نشان دادند که بین متغیرهایی نمره درد و سن همسر با خودکارآمدی شیردهی قبل از آموزش ارتباط آماری معنادار وجود دارد. اختلاف در نتایج این مطالعات ممکن است به علت تفاوت مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش باشد. به‌طور کلی آموزش شیردهی در مراحل اولیه پس از زایمان به مادران نخست‌زا که تجربه و اطلاعات کافی در زمینه شیردهی ندارند، ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا ارائه یک بسته آموزشی مناسب که امکان یادآوری مطالب گفته شده را در شرایط و محیط بهتری در منزل فراهم کند، می‌تواند مفید واقع شود. خودکارآمدی شیردهی عامل قابل اصلاح و بالقوه‌ای است که می‌تواند در ارتقای تغذیه با شیر مادر نقش بسیار مؤثری داشته باشد. در این راستا لازم است پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر صاحبان حرف بهداشتی، مادران در معرض خطر قطع شیردهی را شناسایی کنند. خودکارآمدی شیردهی چارچوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که می‌تواند در ارتقای سلامت کودکان در نظر گرفته شود ضمن آنکه ابزار معتبر و قابل اعتمادی برای شناسایی مادران در معرض خطر است.

سهم نویسندگان

ماندانا میرمحمد علی ثی: تدوین و اجرای پایان نامه و تدوین مقاله
اعظم بحیرائی: مشاوره علمی پایان نامه
عباس رحیمی: مشاوره آمار پایان نامه
مژگان هاشم زاده: همکار طرح
نسرين سهرابی: همکار طرح
زهره سهرابی: نویسنده مسئول

کنندگان (۳۸ تا ۹۲ سال) با میانگین ۲۳/۴۸ و انحراف معیار ۳/۹۲ است. در مقایسه با پژوهش‌های مشابه میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش پائین‌تر است که به نظر محقق با توجه به این مطلب و همچنین نخست‌زا بودن آنان ضرورت بیش از پیش آموزش در زمینه شیردهی با تکیه بر خودکارآمدی شیردهی بیشتر لمس می‌شود. در مطالعه Masayo Awano و Keiko Shimada میانگین سنی مادر در گروه مداخله 30.3 ± 0.6 و در گروه کنترل 28.9 ± 0.4 سال [۲۰] و در مطالعه Otsuka, Dennis, Jimba و Tatsuoka متوسط سن شرکت کنندگان $31.5 \pm 4/5$ سال [۲۱] بود. در مطالعه حاضر امتیاز خودکارآمدی در ماه سوم پس از مداخله در گروه آموزش مستقیم ۶/۶۷ نمره، گروه آموزش غیر مستقیم ۲/۲۴ نمره و گروه کنترل ۲/۵۱ نمره افزایش داشت. Masayo Awano و Keiko Shimada هم به این نتیجه رسیدند که برنامه خودمراقبتی باعث افزایش خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله می‌شود، که در راستای پژوهش حاضر است. در این مطالعه نمره خودکارآمدی امتیاز خودکارآمدی در گروه مداخله به طور واضحی از ۳۴/۸ در مراحل اولیه پس از زایمان به ۴۹/۹ یک ماه پس از زایمان رسید. برنامه خودمراقبتی جهت افزایش خودکارآمدی شیردهی در پژوهش آنان شامل یک دی وی دی و یک پمفلت بود [۲۰]. احتمالاً علت شباهت نتایج این پژوهش با مطالعه حاضر شباهت مداخله آموزشی مورد نظر است. در مطالعه Karen و همکاران نشان داده شد مداخله آموزشی با افزایش امتیاز خودکارآمدی شیردهی در هفته‌های ۴ و ۸ پس از مداخله همراه است. مداخله در مطالعه آنان به صورت دو جلسه مشاوره حضوری یک ساعته و یک مشاوره تلفنی یک هفته پس از زایمان بود [۲۲]. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه اظهار می‌دارد همکاران مغایرت داشت. در این مطالعه نشان داده شد که خودکارآمدی شیردهی در گروه آموزش بدون دخالت مستقیم بالاتر از گروه آموزش با دخالت مستقیم آموزش‌دهنده است که احتمالاً تفاوت نتایج به این علت است که ایشان صرفاً از یک عکس شیردهی به عنوان مداخله استفاده کردند در حالیکه در پژوهش حاضر از بسته آموزشی شامل سی دی و پمفلت استفاده شد [۱۵]. Park بیان کرده که آموزش مختلط (شنیداری و دیداری) اثربخشی بالاتری نسبت به آموزش دیداری یا شنیداری به تنهایی دارد که یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند [۲۳]. نتایج پژوهش Henderson و همکاران نشان داد که امتیاز خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله پائین‌تر از گروه کنترل است که علت این کاهش، ارائه تکنیک آموزشی در ۲۴

تشکر و قدردانی

پژوهشگر مراتب تقدیر و تشکر خود را از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پرسنل محترم بیمارستان‌های ۱۷ شهریور و شهید چمران ساوه اعلام می‌دارد.

این پژوهش از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران اکتساب شده است.

منابع

- Centers for Disease Control and Prevention. Childhood overweight and obesity. Available at: www.cdc.gov/obesity/childhood/index.html. Accessed September 8, 2010
- WHO Principles in Working with the Private Sector on Diet, Physical Activity and Health, Speaking notes prepared for the Prince of Wales International Business Leaders Forum (IBLF) dialogue with WHO in London, 28 October 2003. Yach D, Executive Director, Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO. Available at: URL: <http://www.who.int/hpr/nutrition/who.principles.htm>
- Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B and Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *International Breastfeeding Journal* 2009; 4:8
- Akbari M, Zarenejhad A. Broadcasting in health in Islamic Republic of Iran. 1st Editon, Rah Farda Publications: Tehran , 2006[in Persian]
- Zahed Pasha E, Zenoozi F, Baleghi M, Bijani A, Zahed Pasha Y. Association of Breastfeeding in the First Hours of Life with Duration of Lactation. *Babol University of Medical Sciences* 2012; 14: 17-24
- Zahed Pasha E, Zenoozi F, Baleghi M, Bijani A, Zahed Pasha Y. Association of Breastfeeding in the First Hours of Life with Duration of Lactation. *Babol University Medical Sciences* 2012; 14: 17-24
- Rokou FP, Rokou E, and Rokos Y. Modeling web-based education system process desion teaching model. *Educational technology and society* 2004; 7: 42-50
- Blyth R, et al. Elect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficiency theory 2002; 29: 278-84
- khorsandi M., Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Baghban A, and Aguilar-Vafaie. Iranian version of child birth self- efficacy inventory. *Journal Of Clinical Nursing* 2008; 17: 2846-2855
- Duane P. Schultz A. History of modern psychology. 1st Edition, Samat: Tehran 1999[in Persian].
- McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *Journal Obstetrics & Gynecology Neonatal Nurs* 2001, 30:515-522
- Noguchi M. Breastfeeding care process based on understanding of person receiving care. *Journal of Clinical Nursing* 1999, 5:9
- Bandura A. self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84:191-215
- Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:1132-43
- Weimers L, Svensson K, Dumas L, Navér L, Wahlberg V. Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. *International Breastfeeding Journal* 2006; 26;1:20.
- Azhari S, Baghany R, Akhlaghi F, Ebrahim Zadeh S, Salehi J. Comparison of two methods of training on breastfeeding self efficacy in primiparous mothers. *Sabzevar University of Medical Sciences Journal* 2009; 17; 4: 244- 51
- Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Reaserch In Nursing & Health*. 1999; 22: 399-409
- Varaei Sh, Mehrdad N, Bastani N. The relationship between self-efficacy and breast feeding. *Hayat* 2009;15: 31-8 [in Persian]
- UNICEF: Baby-Friendly Hospital Initiative. A 20-hour course for maternity staff. Revised updated and expanded for integrated care 2009. Available at: URL: World Health Organization
- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding* 2005, 115:496-506
- Masayo A, Keiko S. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: a quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal , International Breastfeeding Journal* 2009; 5:9

21. Otsuka K, Dennis C, Tatsuka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2008; 37:5
22. Karen A. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-Efficacy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2010; 40:1
23. Park j. Preventive and social medicine. 17th Editon, Samat: Tehran, 2002[in Persian]
24. Henderson A, Stamp G, Karen A. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2010; 37:1

ABSTRACT

Effect of educational package on breastfeeding self-efficacy in postpartum period

Mandana Mirmohamad ali¹, azam bahirae¹, abbas rahimi², Mozghan Hashemzadeh¹, Nasrin sohrabi³, Zahra sohrabi^{1*}

1. Department of Maternal and Child Health, Tehran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran

2. Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of genetics Faculty of Medical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Payesh 2014; 13: 221-228

Accepted for publication: 20 May 2013

[EPub a head of print-2 February 2014]

Objective (s): Although the importance of breastfeeding is well known, the rate of breastfeeding is low. The purpose of this study was to develop a self-care program for increasing mothers' breastfeeding confidence.

Methods: A sample of 300 primiparous mothers were selected from two hospitals (A, B) through random selection and were assigned to one of the three study arms. The control group received standard education while one group of mothers received educational package with instruction and one group received the educational package only. Breastfeeding self-efficacy was measured before intervention, and three month later by using Persian version of Breastfeeding Self-Efficacy Scale.

Results: After intervention the mean score of breastfeeding self-efficacy increased significantly in experimental groups but not in control group.

Conclusion: The results indicated that educational intervention was effective to increasing breastfeeding self-efficacy among primiparous mothers in post partum.

Key Words: Breastfeeding Self- Efficacy, education wit instruction, education without instruction

* Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran

Tel: 61054221

E-mail: zshorabi62@yahoo.com