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

ماندانا میرمحمد علی ئی '، اعظم بحیرایی ٰ، عباس رحیمی ٔ ، مژگان هاشمزاده ٰ، نسرین سهرابی ٔ ، زهرا سهرابی '*

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 [نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ بهمن۹۲]

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 نخست زا به روش نمونه گیری آسان و تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. در بخش پس از زایمان، یک گروه بسته آموزشی با آموزش مستقیم، گیره 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. تعلیل دادهها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد، میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه ها تفاوت معنادار با گروه شاهد داشت (۲۰۰۱). افزایش خودکارآمدی به صورت 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

كدكار آزمايي باليني: IRCT201102275912N4

تلفن: ۶۱۰۵۴۲۲۱

E-mail: Zshorabi62@yahoo.com

ویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

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 شير مادر (EBF, Exclusive Breast Feeding)، تغذيه شيرخوار فقط با شیر مادر بدون دریافت مایع و مواد غذایی جامد به جز ویتامین، مواد معدنی و دارو است. برنامه مردم سالم ۲۰۲۰ (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 ادامـه 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 درمناطق 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، بـه ۱۷ در ۱۰۰۰ در سال ۲۰۱۵ برسد و یکی از راهکارهای اصلی بـرای ایــن 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 كردن شيردهي انحصاري آنان مي شود [۴]. ارائه مطالب آموزشي مدت کوتاهی پس از زایمان مادر، آنچه که امروزه در اکثر بیمارستانهای حتی دوستدار کودک درخصوص آموزش شیردهی شاهد آن هستیم، صرفا 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 کننـد[۶]. خودکارآمـدی بـه معنـی باور و اطمینان فرد در توانایی خود جهت انجام رفتار بهداشتی از سازههای معرفی شده توسط Bandura است. در این رابطه معتقد است که هر چه میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران بالاتر باشد، طول مدت شيردهي انحصاري 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 میتواند انگیزش را نابود، آرزوها را کم، با توانایی شناختی تداخل کنـ د و تـأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد. در مقابل افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، معتقدند که میتوانند به طور مؤثری با رویدادها و شرایطی که مواجه شوند، برخورد نمایند[۹]. اگر خودکارآمدی شیردهی مادر بالاتر باشد، تداوم شیردهی راحتتر خواهد بود. همچنین محققان نشان دادند مادران با شیردهی موفق، در تربیت فرزندانشان موفق ترند و احساس قوی تری از خود کار آمدی و پذیرش نقش مادری دارنـد[۱۱-۱۱]. Bandura معتقـد اسـت کـه میتوان با اتخاذ راهکارها و مداخلات آموزشی مناسب در کسب مهارتها و دانش مورد نیاز، میزان خودکارآمـدی و توانمنـدی فـرد را افزایش داد[۱۴-۱۴] با توجه به اینکه خودکارآمدی شیردهی در مادران تحت تأثير تجربه قبلي آنها قرار مي گيرد، لـذا زنـان نخسـتزا برای تغذیه انحصاری خود با شیر مادر بهدلیل عدم تجربه کافی با مشكلاتي مواجه خواهند بود. به نظر ميرسد با توجه به كاهش ميـزان تغذیه با شیر مادر در سالهای اخیر در ایران لزوم تدوین استراتژیهای مناسب در راستای افزایش بیش از پیش خودکارآمدی شیردهی به ویژه در مادران نخستزا، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی به این مساله در جهت بهبود روند شیردهی کاملا ضروری بوده و بسیار توصیه می شود [۱۵]. مطالعات مختلف نقش مثبت برنامههای آموزشی را در بهبود نتایج شیردهی نشان دادهاند ولی اثر بخشی یک برنامه آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی به طور مناسبی انجام نشده است. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعهای به منظور بررسی تاثیر 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.

بررسی تأثیر بسته آموزشی ... زهرا سهرابی و همکاران

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش تجربی یک سوکور سه گروهی بود که جامعه پژوهش آن را مادران نخستزای زایمان کـرده و بسـتری 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، نـوزاد سـالم بـا وزن هنگام تولد بیش از ۲۵۰۰ گـرم، داشـتن دسـتگاه نمـایش دسـیک 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 آزمـون ۸۰ درصـد، ۱۰۰ نفـر در هــر گــروه در نظــر گرفتــه شــد کــه بــه روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. در مجمـوع ۳۰۰ نفـر در دو گـروه 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 مداخلـه نیز به صورت تصادفی با استفاده از کارتهای a و b به گروههای مداخله با آموزش مستقيم (b1) و مداخله بـدون آمـوزش مستقيم (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، روش های 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 جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه خود کار آمدی 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 امتيازات تعلق گرفته به هر گويه 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

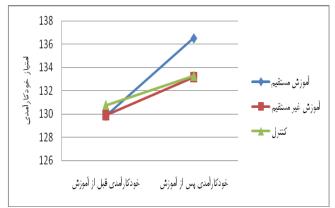
تهران برای سنجش نمره خودکارآمدی شیردهی زنان مورد استفاده قرار گرفت، و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است[۱۷]. به منظـور تعیین پایایی ابزار نیز از روش آزمون مجدد استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه ها توسط ۱۵ نفر از زنان نخستزای مراجعه کننـده بـه بیمارسـتانهای منتخـب شهرسـتان سـاوه کـه ویژگیهای نمونههای پـژوهش را داشـتند ولـی شـامل نمونـههـای 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 بهدلیل 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.

يافتهها

پژوهش حاضر بر روی ۳۰۰ زن نخستزا آغاز شد. ۱۷نفر از افراد مورد پــژوهش (۵ نفــر در گــروه آمــوزش مســتقیم، ۷نفــر در گــروه آموزش غیرمستقیم و ۵ نفر در گروه کنترل) بهدلیل 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 شرکتکنندگان ۱۵تا۳۸ 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 خودکار آمدی پس از مداخله گروه های مورد مطالعه به صـورت دو به دو در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سال ۱۳۹۱

• ,	, ,,	., ., .,
نتيجه أزمون Tucky	ميانگين (انحراف معيار)	
P<-/-· \	189/27(8/488)	أموزش مستقيم
	187/10(4/404)	آموزش غير مستقيم
$P_= {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}}/{\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}} {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}} {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}} {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}} {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}} {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}\hspace{1pt}} {\hspace{1pt}\boldsymbol{\cdot}1pt$	189/07(8/448)	آموزش مستقيم
	188/TA(V/881)	كنترل
$P \!=\! \raisebox{1pt}{$\scriptscriptstyle \bullet$} / \triangle \Upsilon \P$	187/10(7/704)	آموزش غير مستقيم
	188/TX(V/881)	كنترل



نمودار ۱: مقایسه امتیاز خودکار آمدی در طی مطالعه در گروه های مورد مطالعه

بحث و نتیجهگیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان خودکارآمـدی شـیردهی 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 میکند سرمشق دهی توام با عملکرد شیوه بسیار مؤثری برای افزایش خودکارآمدی است سازگاری داشت[۱۲]. یونیسف در بیانیه مربوط به بیماستانهای 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 شـیردهی در صورت انجام مداخله مناسب و ارزیابی نتایج آن بهبود پیدا خواهد بود[۱۹]. مطالعات مختلفی نشان دادهاند آموزش در شروع و تـداوم 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

میدهد امتیاز خودکارآمدی در گروه آموزش مستقیم از کرالا به ۱۲۹/۸۲ به ۱۳۶/۵۲ درگروه آموزش غیر مستقیم از ۱۲۹/۸۵ به ۱۲۹/۸۱ و در گروه کنترل از ۱۲۹/۸۱ به ۱۲۹/۸۱ به ۱۳۲/۱۵ و در گروه کنترل از ۱۲۹/۴۹ به معنا در به به به معنا دار بودن نتیجه آزمون تحلیل واریانس امتیاز خودکارآمدی ماه سوم، از آزمون تحلیل واریانس امتیاز خودکارآمدی ماه سوم، از آزمون رود به دو گروه های مورد مطالعه 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 خودکارآمدی پس از مداخله در گروه آموزش غیر مستقیم و کنترل خودکارآمدی پس از مداخله در گروه آموزش غیر مستقیم و کنترل خودکارآمدی پس از مداخله در گروه آموزش غیر مستقیم و کنترل خودکارآمدی قبل و پس از مداخله به کار رفته است.

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک در مادران مراجعهکننده به بیمارستانهای منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال۱۳۹۱

P	كنترل	آموزش غير	آموزش	
		مستقيم	مستقيم	
٠/۵٢١	۲۳/۵·(۱/۵۳)	TT/T1(T/TT)	TT/YF(T/9X)	سن مادر (میانگین، انحراف معیار)
./1.4	۲۷/۵۵(۳/۱۶)	TS/94(T/T9)	$\Upsilon\Delta/\Upsilon\Delta(\Upsilon/\Upsilon\Upsilon)$	سن همسر مادر
				(میانگین، ا نحراف معیار)
·/۵11	4/98	1/99	*۲/91	شغل مادر (خانه دار/شاغل)
٠/٨۴٠	48/04	47/24	44/21	جنس نوزاد (پسر/دختر)
٠/١٨۶	۲۵/۷۵	۳۷/۶۳	٣١/۶٩	روش زایمان (طبیعی/سزارین)
٠/٩٠٢	٧	٩	۶	وضعيت اقتصادى ضعيف
٠/٣٣٨	۶۵	۵۱	۵۴	تحصيلات دبيرستان و
				دا <i>ن</i> شگاهی

^{سوراوای} جدول ۲: مقایسه نمره خودکار آمدی قبل از مداخله در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال۱۳۹۱

نتيجه آزمون	گروه کنترل	گروه مداخله بدون	گروه مداخله با	
ANOVA*		آموزش مستقيم	آموزش مستقيم	
F=•/١•٨	میانگین	میانگین	میانگین	
$P{=} \text{-} / \text{ANY}$	(انحراف معيار)	(انحراف معيار)	(انحراف معيار)	
	(9/497)	(۲۷۵/۸) (۱۲۹/۹۱	(P/TY9)	قبل از
	18./14		۱۲۹/۸۵	آموزش

^{*}توزیع امتیاز خودکارآمدی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت میکند.

جدول۳: مقایسه نمره خودکار آمدی بعد از مداخله در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال ۱۳۹۱

		•		
نتيجه آزمون *ANOVA	گروه کنترل	گروه مداخله بدون آموزش مستقیم	گروه مداخله با آموزش مستقیم	
F=9/YAA	میانگین	میانگین	میانگین	
P<-/-· \	(انحراف معيار)	(انحراف معيار)	(انحراف معيار)	
	۱۳۳/۲۸(۷/۶۳۱)	187/10(7/708)	189/28(8/888)	بعد از آموزش

^{*}توزیع امتیاز خودکار آمدی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می کند.

بررسی تأثیر بسته آموزشی ...

کنندگان (۱۵تا۳۸ سال) با میانگین ۲۳/۴۸ و انحراف معیار ۳/۹۲ است. در مقایسه با یژوهشهای مشابه میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش پائین تر 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 می شود. در مطالعه Masayo Awano و Keiko Shimada ميانگين سني مادر در گروه مداخله ۱۶-۳۰/۳±و در گروه کنترل ۲/۴±۲۸/۹سـال[۲۰] و در مطالعه Otsuka، Dennis متوسط سين شرکت کنندگان۴/۵ ± ۱/۵سال[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 هـم به این نتیجه رسیدند که برنامه خودمراقبتی باعث افزایش خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله میشود، که در راستای پــژوهش حاضــر اســت. در ایــن مطالعــه نمــره خودکارآمــدی امتیازخودکارآمدی در گروه مداخله به طورواضحی از ۳۴/۸ درمراحـل اولیه پس اززایمان به ۹/ ۴۹یک ماه پس اززایمان رسید برنامه خودمراقبتی جهت افزایش خودکارآمدی شیردهی در پژوهش آنان شامل یک دی وی دی و یک پمفلت بود[۲۰]. احتمالا علت شباهت نتایج این پژوهش با مطالعه حاضر شباهت مداخله آموزشی مورد نظر است. در مطالعه Karen و همكاران نشان داده شد مداخله آموزشي با افزایش امتیاز خودکارآمدی شیردهی در هفته های 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 هفنه پس از زایمان بود[۲۲]. نتایج پـژوهش حاضـر بـا نتـایج مطالعـه اظهـری و 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 یمفلت 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 پـژوهش حاضر را تائيد مي كند [٢٣]. نتايج پـ ژوهش Henderson و همكـاران نشان داد که امتیاز خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله پائینتر از گروه کنترل است که علت این کاهش، ارائه تکنیک آموزشی در ۲۴

ساعت اول پس از تولید 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 نمونه های پژوهش ارتباط معنادار آماری وجود ندارد[۲۲]. در مطالعـه Otsuka و همكـاران ارتبـاط بـین سـن مـادر، تحصیلات، وضعیت تأهل و درآمد وجود نداشت[۲۱]. اظهری و همکاران نشان دادند که بین متغیرهایی نمره درد و سن همسر با خود کارآمدی شیردهی قبل از آموزش ارتباط آماری معنادار وجود دارد. اختلاف در نتایج این مطالعات ممکن است به علت تفاوت مشخصات دموگرافیک نمونههای مورد پـژوهش باشـد. بـهطـور کلـی 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 كند، مى تواند مفيد واقع شود. خودكار آمدى شيردهى عامل قابل اصلاح و بالقوهای است که می تواند در ارتقای تغذیه با شیر مادر نقش بسیار مؤثری داشته باشـد. در ایـن راسـتا لازم اسـت پزشـکان، 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 ئی: 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 نسرین سهرابی: همکار طرح زهرا سهرابی: همکار طرح

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 می دارد.

- 1. Centers for Disease Control and Prevention. Childhood overweight and obesity. Available at: www.cdc.gov/obesity/childhood/index.html. Accessed
- September 8, 2010

 2. 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
- **3.** 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
- **4.** Akbari M, Zarenejhad A. Broadcasting in health in Islamic Republic of Iran. 1st Editon, Rah Farda Publications: Tehran, 2006[in Persian]
- **5.** 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
- **5.** 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
- **6**. Rokou FP, Rokou E, and Rokos Y. Modeling webbased education system process desion teaching model. Educational technology and society 2004; 7: 42-50
- **7.** Blyth R,et al. Elect of maternal confidence on breastfeeding duration:An application of breastfeeding self-efficiency theory 2002; 29: 278-84
- **8.** 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
- **9.** Duane P. Schultz A. History of modern psychology.1st Edition, Samat: Tehran 1999[in Persian].
- **10.** McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk.

تشکر و قدردانی

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

منابع

Journal Obstetrics & Gynecology Neonatal Nurs 2001, 30:515-522

- **11.** Noguchi M. Breastfeeding care process based on understanding of person receiving care. Journal of Clinical Nursing 1999, 5:9
- **12.** Bandura A. self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84:191-215
- **13.** Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing 2008;17:1132-43
- **14.** 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.
- **15.** 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
- **16.** Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Reaserch In Nursing & Health. 1999; 22: 399-409
- **17.** Varaei Sh, Mehrdad N, Bastani N. The relationship between self-efficacy and breast feeding. Hayat 2009;15: 31-8 [in Persian]
- **18.** 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
- **19.** 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
- **20.** 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



زهرا سهرابی و همکاران

بررسي تأثير بسته آموزشي ...

- **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

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

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

Mandana Mirmohamad ali ¹, azam bahiraee¹, abbas rahimi ², Mozhgan Hashemzadeh ¹, Nasrin sohrabi ³, 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

E-mail: zshorabi62@yahoo.com

^{*} Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran Tel: 61054221