

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

ماندانا میرمحمد علی ئی<sup>\*</sup>، اعظم بحیرایی<sup>۱</sup>، عباس رحیمی<sup>۲</sup>، مژگان هاشمیزاده<sup>۱</sup>، نسرین سهرا بی<sup>۳</sup>، زهرا سهرا بی<sup>۱</sup>

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 ۲۲۱-۲۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۳۰

[نشر 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 سوکور، 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، گروه دوم بسته آموزشی بدون آموزش مستقیم و گروه کنترل مراقبت‌های معمول پس از زایمان دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها 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 پمفت 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

کد کارآزمایی بالینی: IRCT201102275912N4

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

تلفن: ۶۱۰۵۴۲۲۱

E-mail: Zshorabi62@yahoo.com

## مقدمه

خودآموز، مورد توجه بیشتری قرار گرفته و موجب رهایی از قید مکان و زمان شده، چنانکه افراد می‌توانند با توجه به علایق خود، به یادگیری انفرادی و مستقل توجه کنند<sup>[۶]</sup>. خودکارآمدی به معنی باور و اطمینان فرد در توانایی خود جهت انجام رفتار بهداشتی از سازه‌های 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<sup>[۷]</sup>. خودکارآمدی یکی از متغیرهای قابل تعديل و عامل مهم در شناسایی عوامل مستعد کننده برای قطع زودرس شیردهی است که می‌توان از طریق آموزش آنها را اصلاح نمود<sup>[۸]</sup>. خودکارآمدی کم می‌تواند 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 می‌توانند به طور مؤثری با رویدادها و شرایطی که مواجه شوند، برخورد نمایند<sup>[۹]</sup>. اگر خودکارآمدی شیردهی مادر بالاتر باشد، تداوم شیردهی راحت‌تر خواهد بود. همچنین محققان نشان دادند مادران با شیردهی موفق، در تربیت فرزندانشان موفق‌ترند و احساس قوی‌تری از خودکارآمدی و پذیرش نقش مادری دارند<sup>[۱۰-۱۱]</sup>. Bandura معتقد است که می‌توان با اتخاذ راهکارها و مداخلات آموزشی مناسب در کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز، میزان خودکارآمدی و توانمندی فرد را افزایش داد<sup>[۱۰-۱۴]</sup> با توجه به اینکه خودکارآمدی شیردهی در مادران تحت تأثیر تجربه قبلی آنها قرار می‌گیرد، لذا زنان نخست‌زرا برای تغذیه انحصاری خود با شیر مادر به‌دلیل عدم تجربه کافی با مشکلاتی مواجه خواهند بود. به نظر می‌رسد با توجه به کاهش میزان 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 نخست‌زرا، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه ارائه دهنگان مراقبت‌های بهداشتی به این مساله در جهت بهبود روند شیردهی کاملاً ضروری بوده و بسیار توصیه می‌شود<sup>[۱۵]</sup>. 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 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.

اهمیت تغذیه با شیر مادر در کلام الهام بخش قرآن مجید در سوره بقره آیه ۲۳۲ آمده است: "مادرانی که می‌خواهند دوران شیردهی را کامل نمایند، دو سال تمام فرزندانشان را شیر بدهند". تغذیه انحصاری با شیر مادر EBF، Exclusive Breast Feeding فقط با شیر مادر بدون دریافت مایع و مواد غذایی جامد به جز ویتامین، مواد معدنی و دارو است. برنامه مردم سالم (Healthy ۲۰۲۰) people 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<sup>[۱]</sup>. سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان ملل متحد توصیه کرداند که هر کودکی باید تا شش ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشد و تا دو سالگی یا بیشتر ادامه داشته باشد<sup>[۲]</sup>. 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 روسیای 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<sup>[۳]</sup>. 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 می‌کنند که در دوره پس از زایمان و در خانه منجر به رها کردن شیردهی انحصاری آنان می‌شود<sup>[۴]</sup>. ارائه مطالب آموزشی 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 نمی‌شود<sup>[۵]</sup>. در سال‌های اخیر با توجه به اهمیت از بین بردن محدودیت زمان و مکان در آموزش و نیاز به توسعه ابزارهای متحول کننده در سیستم آموزشی، بهره‌گیری از برنامه آموزشی

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 شامل نمونه‌های پژوهش نبودند، در دو مرحله (با فاصله ۲ هفته) تکمیل شد. سازگاری درونی سوالات 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 غیرمنتظره 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.

### یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۳۰۰ زن نخست‌زای آغاز شد. ۷ نفر از افراد مورد پژوهش (۵ نفر در گروه آموزش مستقیم، ۷ نفر در گروه 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 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

### مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش تجربی یک سوکور سه گروهی بود که جامعه پژوهش آن را مادران نخست‌زای زایمان کرده و بسته‌ی 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 دسیک 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 پمپلت 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

جدول ۲: 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)
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 نتیجه‌گیری

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 می‌کند سرمشق دهی توان با عملکرد شیوه بسیار مؤثری برای افزایش خودکارآمدی است سازگاری داشت [۱۲]. یونیسف در بیانیه مربوط به بیمارستان‌های 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 داده‌اند 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

می‌دهد امتیاز خودکارآمدی در گروه آموزش مستقیم از ۱۳۶/۵۲±۶/۷۴ به ۱۲۹/۸۵±۷/۳۷، در گروه آموزش غیر مستقیم از ۱۳۲/۱۵±۷/۲۵ به ۱۲۹/۹۱±۸/۰۵ و در گروه کنترل از ۱۳۳/۲۸±۹/۴۹ به ۱۳۰/۷۷±۷/۶۳ 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 بیمارستان‌های منتخب شهر ساوه در سه گروه مورد پژوهش در سال ۱۳۹۱

P	کنترل	آموزش غیر مستقیم	آموزش مستقیم	سن مادر (میانگین، انحراف معیار)	سن همسر مادر (میانگین، انحراف معیار)
0/۵۲۱	۲۲/۵۰(۱/۵۳)	۲۳/۲۱(۲/۲۳)	۲۳/۷۴(۳/۹۸)	سن مادر (میانگین، انحراف معیار)	سن همسر مادر (میانگین، انحراف معیار)
0/۱۰۴	۲۷/۵۵(۳/۱۶)	۲۶/۹۴(۳/۲۹)	۲۵/۷۵(۳/۷۲)	شغل مادر (خانه دار/شاغل)	جنس نوزاد (پسر/دختر)
0/۵۱۸	۴/۹۶	۱/۹۹	*۲/۹۸	روش زایمان (طبیعی/سازاری)	وضعیت اقتصادی ضعیف
0/۸۴۰	۴۶/۵۴	۴۷/۵۳	۴۳/۵۷	تخصیلات دبیرستان و	دانشگاهی
0/۱۸۶	۲۵/۷۵	۳۷/۶۳	۳۱/۶۹		
0/۹۰۲	۷	۹	۶		
0/۳۳۸	۶۵	۵۱	۵۴		

\*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	گروه مداخله بدون	گروه کنترل	نتیجه آزمون	آموزش مستقیم	آموزش غیر مستقیم	ANOVA*
میانگین	میانگین	میانگین	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	F=۰/۱۰۸
P=۰/۸۹۷						
قبل از	۱۲۹/۹۱(۸/۵۷۲)	۱۲۹/۷۹(۷/۳۷۹)	۱۳۰/۷۷	۱۲۹/۸۵	۱۳۰/۸۵	

\*توزیع امتیاز خودکارآمدی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می‌کند.

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	گروه مداخله بدون	گروه کنترل	نتیجه آزمون	آموزش مستقیم	آموزش غیر مستقیم	ANOVA*
میانگین	میانگین	میانگین	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	F=۹/۲۸۸
P<۰/۰۰۱						
بعد از	۱۲۲/۱۵(۷/۲۵۳)	۱۲۶/۵۲(۶/۷۴۶)	۱۳۳/۲۸(۷/۶۳۱)	۱۳۰/۷۷	۱۳۰/۸۵	

\*توزیع امتیاز خودکارآمدی در هر سه گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال تبعیت می‌کند.

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 معنادار آماری وجود ندارد [۲۲]. در مطالعه Otsuka و همکاران ارتباط بین سن مادر، تحصیلات، وضعیت تأهل و درآمد وجود نداشت [۲۱]. اظهاری و 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، ماماهای و سایر صاحبان حرف بهداشتی، مادران در معرض خطر قطع شیردهی 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 نویسندها

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 نسرين سهرابي؛ همکار طرح زهرا سهرابي؛ نویسنده مسئول

کنندگان (۱۵۳۸ سال) با میانگین  $48/23$  و انحراف معیار  $9/2$  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 پیش از پیش آموزش در زمینه شیردهی با تکیه بر خودکارآمدی شیردهی بیشتر لمس می‌شود. در مطالعه Keiko Shimada و Masayo Awano میانگین سنی مادر در گروه مداخله  $6/3 \pm 0/3$  و در گروه کنترل  $28/9 \pm 0/4$  سال [۲۰] و در مطالعه Jimba و Tatsuoka Dennis Otsuka شرکت کنندگان  $5/4 \pm 1/5$  بود. در مطالعه حاضر امتیاز خودکارآمدی در ماه سوم پس از مداخله در گروه آموزش مستقیم  $6/7/24$  نمره، گروه آموزش غیر مستقیم  $2/24$  نمره و گروه کنترل  $5/1/2$  نمره افزایش داشت. Keiko Shimada و Masayo Awano 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  $4/8/34$  در مراحل اولیه پس از زایمان به  $9/6$  یک ماه پس از زایمان رسید. برنامه خودمراقبتی جهت افزایش خودکارآمدی شیردهی در پژوهش آنان شامل یک دی وی دی و یک پمفت 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  $4$  و  $8$  پس از مداخله همراه است. مداخله در مطالعه نشان داده آنکه در صورت دو جلسه مشاوره حضوری یک ساعته و یک مشاوره تلفنی یک هفته پس از زایمان بود [۲۲]. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه اظهاری 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 کرده در حالیکه در پژوهش حاضر از بسته آموزشی شامل سی دی و پمفت استفاده شد [۱۵]. Park بیان کرده که آموزش مختلط (شنیداری و دیداری) اثربخشی بالاتری نسبت به آموزش دیداری یا شنیداری به تنها یکی دارد که یافته‌های پژوهش حاضر را تائید 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

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.

### تشکر و قدردانی

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

### منابع

1. Centers for Disease Control and Prevention. Childhood overweight and obesity. Available at: [www.cdc.gov/obesity/childhood/index.html](http://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, Zarenejad A. Broadcasting in health in Islamic Republic of Iran. 1<sup>st</sup> 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 web-based education system process design 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-efficacy 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.1<sup>st</sup> Edition, Samat: Tehran 1999[in Persian].
10. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. 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

**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.17<sup>th</sup> 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 ali <sup>1</sup>, azam bahiraei<sup>1</sup>, abbas rahimi <sup>2</sup>, Mozhgan Hashemzadeh <sup>1</sup>, Nasrin sohrabi <sup>3</sup>, Zahra sohrabi <sup>1\*</sup>

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