

# مقایسه تأثیر دو روش آموزش شیردهی با و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده بر میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران نخست‌زا

صدیقه اظهري<sup>۱</sup>، رویا باغانی<sup>۲</sup>، فریده اخلاقی<sup>۳</sup>، سعید ابراهیم زاده<sup>۴</sup>، جواد صالحی فدردی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

<sup>۲</sup> عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

<sup>۳</sup> دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

<sup>۴</sup> عضو هیأت علمی گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

<sup>۵</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری - مامایی، رویا باغانی

E\_mail: ry.baghany@yahoo.com

وصول: ۸۹/۶/۱۶، اصلاح: ۸۹/۸/۲۴، پذیرش: ۸۹/۹/۲۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** خودکارآمدی عامل روانشناختی و انگیزشی مهم و قابل تغییری برای تداوم تغذیه با شیر مادر است که باور و اطمینان فرد به توانایی خود در شیردهی انحصاری و موفق را در بر می‌گیرد. بنابراین، با توجه به اهمیت آموزش در افزایش خودکارآمدی، این مطالعه با هدف مقایسه اثر دو روش آموزش شیردهی با دخالت مستقیم و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده، بر میزان خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه تجربی یک سو کور، تعداد ۱۲۴ زن نخست‌زا به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. مادران طی دو ساعت اول بعد از زایمان، در یک گروه با استفاده از تصاویر و بدون کمک مستقیم آموزش دهنده و در گروه دیگر با کمک مستقیم آموزش دهنده در مورد وضعیت صحیح قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان به‌صورت فرد به فرد توسط یکی از پژوهشگران آموزش می‌دیدند. افراد گروه کنترل، مراقبت معمول بخش را دریافت می‌کردند. پیگیری واحدهای آزمودنی در هفته ۱ و ۴ و ۸ انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق فرم‌های مصاحبه، معاینه و مشاهده، فهرست واریس و وضعیت شیردهی و فرم خودکارآمدی شیردهی انجام شد. جهت آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 11.5 و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و آزمون ضریب همبستگی استفاده شد. مقدار  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار و توان مطالعه ۸۰ درصد می‌باشد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره خودکارآمدی در هفته ۱ در گروه آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده  $59/9 \pm 4/78$  و در گروه آموزش با دخالت مستقیم آموزش دهنده  $54/59 \pm 7/55$  و مراقبت معمول  $53/3 \pm 8/93$ ؛ در هفته ۴ در گروه آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده  $63/28 \pm 6/63$  و در گروه آموزش با دخالت مستقیم آموزش دهنده  $58/78 \pm 9/05$  و مراقبت معمول  $56/1 \pm 9/04$ ؛ در هفته ۸ در گروه آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده  $66/7 \pm 5/3$  و در گروه آموزش با دخالت مستقیم آموزش دهنده  $61/7 \pm 8/4$  و مراقبت معمول  $60/9 \pm 6/2$  بود که در هر سه دوره پیگیری این اختلاف معنادار بود ( $P=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش نحوه شیردهی به نوزاد به‌صورت چهره به چهره و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده با افزایش خودکارآمدی شیردهی در ۸ هفته اول بعد از زایمان همراه است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷/شماره ۴ / صص ۲۵۵-۲۴۸).

**واژه‌های کلیدی:** خودکارآمدی شیردهی؛ آموزش با دخالت مستقیم آموزش دهنده؛ آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده.

## مقدمه

اهمیت غیر قابل انکار تغذیه با شیر مادر در سلامت و شادابی مادر و کودک در سراسر جهان، مورد قبول همگان است. چنانچه در بیانیه آکادمی طب کودکان آمریکا در سال ۱۹۹۷ ذکر گردیده است، شیر مادر استاندارد طلائی تغذیه شیرخواران و نوزادان سالم و رسیده است و در اکثر موارد باید تنها ماده غذایی باشد که تا حدود ۶ ماه اول زندگی به شیرخوار داده می‌شود (۱).

شیردهی موفق بستگی به عوامل متعدد فیزیولوژیکی و روانشناختی در مادران دارد (۲). عوامل فیزیولوژیک مثل سن و موقعیت اجتماعی و اقتصادی عوامل کمتر قابل تغییر هستند و مراقبان سلامت باید جهت بهبود نتایج، متغیرهای قابل تغییر مؤثر نظیر قصد مادر در شیردهی به نوزاد، نوع حمایت دریافتی مادر طی زایمان و خودکارآمدی شیردهی را مورد بررسی قرار دهند (۲). در این رابطه توجه به فاکتورهایی نظیر خودکارآمدی که عامل روانشناختی و انگیزشی مهم و قابل تغییری برای تداوم تغذیه با شیر مادر است، از اهمیت بالایی برخوردار است (۳-۵). خودکارآمدی شیردهی از سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۷۷) است، که شامل باور و اطمینان فرد به توانایی خود در انجام رفتارهای بهداشتی از جمله شیردهی انحصاری و موفق می‌باشد (۶)؛ در این ارتباط، دنیز معتقد است که افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران، ارتباط معناداری با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری خواهد داشت (۶).

یافته‌های مطالعه اکامپو و همکاران (۱۹۹۲) نشان داد که زنان با خودکارآمدی پایین در مقایسه با زنان با خودکارآمدی بالا، ۳/۱ بار بیشتر ترک زودرس شیردهی داشتند (۷). طبق تئوری بندورا خودکارآمدی شیردهی تحت تأثیر چهار منبع اطلاعاتی اصلی قرار می‌گیرد که شامل: تجربه شیردهی قبلی، مشاهده زنان شیرده موفق، خستگی، استرس، اضطراب و تشویق از طریق افراد مؤثر از جمله دوستان، خانواده و مشاوره‌های قبلی (۸، ۶).

بندورا 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 (۹-۱۲).

طبق اصول یادگیری در بزرگسالان، روش‌های مورد استفاده برای افزایش مهارت فراگیر شامل نمایش عملی، ایفای نقش، نوارهای شنیداری و تصویری و استفاده از مدل است. بزرگسالان با مشارکت مستقیم بهترین یادگیری را دارند. لذا به نظر می‌رسد به کارگیری روش‌های آموزشی که بیشترین حمایت را از عملکرد مستقل مادر در فرآیند یادگیری می‌نمایند بیشترین اثر را بر نتایج آموزش خواهد داشت (۱۳).

برنامه‌های آموزشی و راه‌های افزایش انگیزه مادران در شیردهی در دوران بدو تولد در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین روش‌ها و برنامه‌های مختلفی جهت افزایش تمایل و توانایی شیردهی در مادران مورد توجه بوده است (۱۴). یک روش آموزشی که جهت آموزش به مادران شیرده وجود دارد، آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش‌دهنده (Hands off) است که در سال ۱۹۹۵ معرفی گردیده است (۱۵).

در این روش، ماما برای کمک به تصحیح وضعیت و چسباندن نوزاد به پستان، مادر یا نوزاد را لمس نمی‌کند و با جواب دادن به سؤالات مادر و ارائه اطلاعات به صورت شفاهی با استفاده از فیلم، عکس و یا ایفای نقش، نقش تسهیل‌کننده در یادگیری دارد. مادر به‌طور فعال در امر یادگیری درگیر بوده و عمل یادگیری در کنترل خود اوست. این نوع آموزش بر اساس اصول یادگیری در بزرگسالان می‌باشد (۱۱، ۱۶).

آنچه که امروزه در اکثر بیمارستان‌ها حتی بیمارستان‌های دوست‌دار کودک در خصوص آموزش شیردهی شاهد آن هستیم، اجرای روش آموزشی آزمون و خطا توسط پرستار و مادر است (۱۴). در حالی که بندورا

معتقد است هر آنچه که از راه تجربه مستقیم یاد گرفتنی است از راه تجربه غیر مستقیم یا جانشینی نیز یاد گرفتنی است. به علاوه، از راه الگوبرداری بهتر می‌توان یاد گرفت زیرا بیشتر فرآیندهای کوشش و خطا که در یادگیری از راه تجربه مستقیم اتفاق می‌افتد در یادگیری از طریق الگوبرداری از بین می‌رود (۱۷).

با توجه به این که خودکارآمدی شیردهی در مادران تحت تأثیر تجربه شیردهی قبلی آن‌ها قرار می‌گیرد، لذا زنان نخست‌زا برای تغذیه انحصاری خود با شیر مادر به دلیل 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 نخست‌زا، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی به این مسأله در جهت بهبود روند شیردهی کاملاً ضروری بوده و بسیار توصیه می‌شود (۸،۱۰). لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای به منظور بررسی اثر دو روش آموزش شیردهی با و بدون دخالت مستقیم بر میزان خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا انجام دهند تا با استفاده از نتایج آن روش آموزشی کارآمدتری برای بهبود نتایج شیردهی پیشنهاد گردد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه تجربی یک سوکور، سه گروه وجود داشتند که جامعه پژوهش آن را زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ام‌البنین مشهد تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زایمان طبیعی، نوزاد طبیعی، عدم منع شیردهی از جهت مادر و نوزاد، دارا بودن شماره تماس و رضایت به شرکت در مطالعه بوده است. حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی، با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها و نسبت‌ها و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، ۱۳۶ نفر محاسبه گردید. در

گروه با استفاده از دست، ۴۵ نفر در گروه بدون استفاده از دست ۴۵ نفر و در گروه مراقبت معمول ۴۶ نفر قرار گرفتند که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و سپس به صورت تخصیص تصادفی (در هر روز آموزش به یک گروه بر اساس قرعه‌کشی) در سه گروه قرار گرفتند. در پایان به دلیل اُفت نمونه (بیماری نوزاد، عدم همکاری، تغییر شهر محل زندگی و غیره) تجزیه و تحلیل بر روی ۱۲۴ نفر از واحدهای پژوهش انجام شد.

در دو گروه مداخله، وضعیت صحیح شیردهی در دو ساعت اول پس از زایمان به مادر آموزش داده شد. این آموزش به صورت چهره به چهره و توسط یکی از پژوهشگران انجام شد. مدت زمان آموزش بسته به توانایی مادر ۲۰ تا ۴۰ دقیقه طول کشید. آموزش در برگرفته اصول صحیح قرارگیری و گذاشتن پستان به دهان نوزاد بود که در گروه آموزش با دخالت مستقیم، پژوهشگر با دخالت مستقیم جهت اجرای صحیح آن به مادر کمک کرد. در این روش، به مادران اجازه سؤال داده شد و در صورت وجود ابهام در قسمتی از کار دوباره آن عمل توسط پژوهشگر انجام می‌شد.

در گروه آموزش بدون دخالت مستقیم، اصول صحیح قرارگیری و گذاشتن پستان به دهان نوزاد با نشان دادن تصاویر صورت می‌گرفت. در آموزش با استفاده از تصاویر به مادران اجازه داده شد که در هر قسمت که سؤال داشتند، عکس را مجدداً ببینند. در گروه‌های مداخله، آموزش تا زمانی ادامه می‌یافت که مادر مهارت کافی در شیردهی به نوزاد خود را پیدا کند؛ این مهارت با استفاده از فرم مشاهده شیردهی ارزیابی می‌شد. محتوای آموزش در دو گروه مداخله یکسان بود و مبنای این آموزش دفترچه راهنمای مادران شیرده از نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. در گروه مراقبت-های معمول، آموزش‌های رایج شیردهی که برای زائوی بستری در اتاق ریکاوری انجام می‌شد، توسط پرسنل مربوطه انجام می‌گرفت که این آموزش به صورت رو در

رو و با کمک مستقیم فرد آموزش‌دهنده و گاهی به صورت ارائه توصیه‌ها به صورت شفاهی به مادر صورت گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها در دو مرحله تکمیل می‌شد. مرحله اول پرسش‌ها در خصوص مشخصات دموگرافیک، مشخصات زایمان و خودکارآمدی شیردهی بود که بعد از زایمان و قبل از شروع آموزش در بیمارستان تکمیل شد و داده‌های مرحله دوم در خصوص میزان خودکارآمدی شیردهی طی هفته اول، چهار و هشت بعد از زایمان با ملاقات حضوری با مادران اخذ گردید. در صورت عدم تمایل مادر به ادامه همکاری، استفاده از داروهای آرام‌بخش مؤثر بر روان و وقوع حوادث استرس-زا برای مادر، نمونه مورد نظر از مطالعه حذف شد.

تجزیه و تحلیل آماری در SPSS نسخه ۱۱/۵ انجام شد و از آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و آزمون ضریب همبستگی استفاده شد.

## یافته‌ها

سه گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و سایر متغیرهای مداخله‌گر همگن بودند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان ۱۸ تا ۳۳ سال، ۹۶ درصد خانه‌دار و تنها ۸/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. علی‌رغم این که ۷۷/۴ درصد مادران در کلاس‌های آموزش شیردهی در طی دوران بارداری شرکت نکرده بودند، ۹۶/۸ درصد آنان تصمیم داشتند که فقط با شیر خود در ۶ ماه اول، نوزاد خود را تغذیه کنند.

در خصوص تعیین خودکارآمدی شیردهی مادران نخست‌زا بلافاصله بعد از زایمان میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران قبل از آموزش ۴۸/۱ با انحراف معیار ۶/۶ بود.

آزمون‌های آماری نشان داد که بین متغیرهایی همچون مادر، همسر و اطرافیان در مورد شیردهی، نمره درد و سن همسر با خودکارآمدی شیردهی قبل از آموزش ( $P < 0/05$ ) ارتباط آماری معناداری وجود دارد.

نتایج نشان داد که در هفته اول بعد از آموزش میانگین نمره خودکارآمدی در گروه بدون دخالت مستقیم  $54/59 \pm 7/55$ ، در گروه با دخالت مستقیم  $59/9 \pm 4/78$ ، در گروه مراقبت معمول  $53/3 \pm 8/93$  می‌باشد که بین سه گروه از نظر متغیر مذکور اختلاف آماری معناداری وجود دارد. با مقایسه گروه‌ها به صورت دو به دو مشخص گردید که این اختلاف بین گروه آموزش بدون دخالت مستقیم و مراقبت معمول ( $p = 0/001$ ) و بین گروه آموزش بدون و با دخالت مستقیم ( $p = 0/003$ ) معنا دار می‌باشد ولی بین گروه با دخالت مستقیم و مراقبت معمول تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ( $P = 0/7$ ) (جدول ۱ و نمودار ۱).

آزمون‌های آماری نشان داد که بین حمایت اطرافیان از شیردهی، دفعات شیردهی در شبانه روز، افسردگی مادر با خودکارآمدی در هفته اول ( $P < 0/05$ ) ارتباط آماری معناداری وجود دارد. بین خودکارآمدی قبل از آموزش نیز با خودکارآمدی هفته اول ارتباط آماری معناداری وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

در هفته چهارم بعد از آموزش، بین سه گروه از نظر متغیر مذکور تفاوت آماری معناداری وجود دارد. بیشترین میانگین خودکارآمدی شیردهی در گروه آموزش بدون دخالت مستقیم آموزش‌دهنده  $63/28 \pm 3/63$ ، سپس در گروه آموزش با دخالت مستقیم آموزش‌دهنده  $58/78 \pm 9/05$  و نهایتاً در گروه مراقبت معمول  $56/1 \pm 9/04$  می‌باشد (جدول ۱ و نمودار ۱).

آزمون‌های آماری نشان داد که بین دفعات شیردهی در شبانه‌روز، مدت شیردهی در هر وعده و افسردگی مادر با خودکارآمدی شیردهی در هفته چهارم ( $P < 0/05$ ) ارتباط آماری معناداری وجود دارد. بین خودکارآمدی هفته اول با خودکارآمدی هفته چهارم ارتباط آماری معناداری وجود داشت ( $p = 0/001$ ) (جدول ۱).

نتایج نشان داد که در هفته هشتم بین سه گروه از

جدول ۱: توزيع فراواني ميزان خودكارآمدي شيردهي بعد از مداخله به تفكيك گروه ها

نتيجه آزمون	نمره خودكارآمدي			گروه ها
	هفته هشتم	هفته چهارم	هفته اول	
	انحراف معيار $\pm$ ميانگين	انحراف معيار $\pm$ ميانگين	انحراف معيار $\pm$ ميانگين	
$P=0/0001$	$66/7 \pm 5/3$	$63/28 \pm 3/63$	$59/9 \pm 4/78$	بدون دخالت مستقيم
$P=0/0001$	$61/7 \pm 8/4$	$58/78 \pm 9/05$	$54/59 \pm 7/55$	با دخالت مستقيم
$P=0/0001$	$60/9 \pm 6/2$	$56/1 \pm 9/04$	$53/3 \pm 8/93$	مراقبت معمول

گروه بدون دخالت مستقيم آموزش دهنده  $26/4$  بود.

### بحث

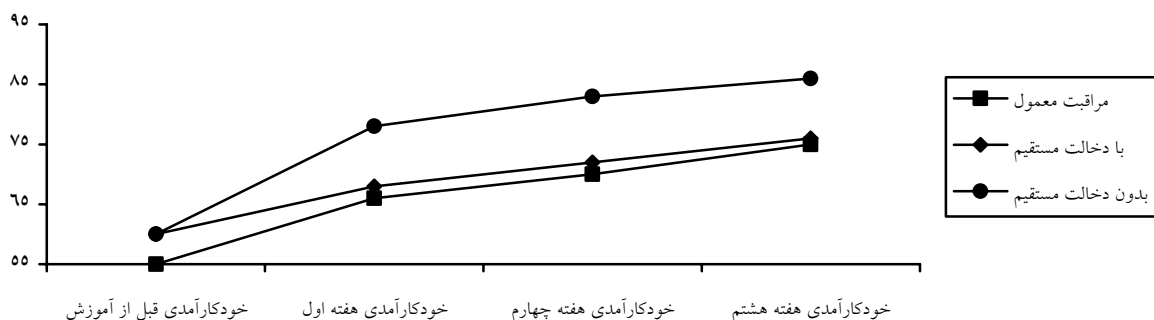
نتايج اين مطالعه نشان داد كه ميزان خودكارآمدي شيردهي در طول مطالعه در گروه آموزش بدون دخالت مستقيم ماما بيشتر از گروه آموزش با دخالت مستقيم و مراقبت معمول مي باشد. نتايج حاضر با ثنوري خودكارآمدي سازگاري دارد كه ذكر كند سرمشق دهي توأم با عملكرد شيوه بسيار مؤثر براي افزايش خودكارآمدي است (۱۱).

در مطالعه ويس در هفته چهار گروه آموزش بدون دخالت مستقيم آموزش دهنده خودكارآمدي بالاتري داشت، اما در هفته هشت خودكارآمدي در دو گروه اختلاف معناداري نداشت كه احتمالاً اين نتيجه به دليل افت زياد نمونه ها مي باشد (۱۸). در مطالعه هندرسون و همكاران، کاهش ميزان خودكارآمدي در گروه آموزش بدون دخالت مستقيم آموزش دهنده نسبت به گروه كنترل مشاهده شد كه علت اين کاهش، ارائه تكنيك آموزشي در ۲۴ ساعت اول بعد از زايمان بود (۱۶). نتايج مطالعه

نظر متغير مذكور تفاوت آماري معناداري وجود دارد. بيشترين ميانگين خودكارآمدي شيردهي در گروه آموزش بدون دخالت مستقيم آموزش دهنده  $66/7 \pm 5/3$ ، سپس در گروه آموزش با دخالت مستقيم آموزش دهنده  $61/7 \pm 8/4$  و نهايتاً در گروه مراقبت معمول  $60/9 \pm 6/2$  مي باشد (جدول ۱ و نمودار ۱).

آزمون هاي آماري نشان داد كه بين دفعات شيردهي در شبانه روز و افسردگي مادر با خودكارآمدي شيردهي در هفته هشتم ( $P < 0/05$ ) ارتباط آماري معناداري وجود دارد. بين خودكارآمدي هفته چهارم با خودكارآمدي هفته هشتم نيز ارتباط آماري معناداري وجود داشت ( $p=0/0001$ ).

در بررسي افراد مورد مطالعه از نظر نمره تجربه شيردهي در هفته ۱، ۴ و ۸، نتايج آزمون كروسكال واليس نشان داد كه سه گروه از نظر متغير مذكور در هفته ۱ و ۸ همگن و در هفته ۴ اختلاف آماري معناداري دارند. بيشترين ميانگين نمره تجربه شيردهي در هفته چهارم در گروه آموزش مراقبت معمول  $29/6$  سپس در گروه آموزش با دخالت مستقيم آموزش دهنده  $26/9$  و نهايتاً در



نمودار ۱: تغييرات ميزان خودكارآمدي شيردهي در طول مطالعه به تفكيك گروه

دارد. در این گام اشاره شده است که در صورت ترغیب و تشویق کلامی افراد مقبول، خودکارآمدی رفتار بهداشتی افزایش و احتمال انجام آن رفتار بهداشتی بیشتر خواهد شد (۴).

نتایج مطالعه حاضر یافته‌های پژوهش دینیز و فاکس (۴) را تأیید می‌کند؛ آنان نشان دادند که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی شیردهی در طی روزهای اول پس از زایمان و شش هفته پس از آن وجود دارد (۴). در مطالعه حاضر در سه گروه تجربه شیردهی نیز مورد بررسی قرار گرفت که تفاوت آماری معناداری بین سه گروه در هفته چهار وجود داشت ( $p=0/018$ ). در پژوهش اینگرام، مشکلات شیردهی در طی شش هفته پیگیری اختلاف آماری معناداری نداشت (۲۳). در مطالعه هندرسون و همکاران فقط در ۲ الی ۳ روز اول اختلاف معناداری مشاهده شد (۱۶). در مطالعه والاس و همکاران نیز بین دو گروه از نظر میزان مشکلات شیردهی در دوره پیگیری بین دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود نداشت (۲۴).

در مطالعه حاضر بین تجربه شیردهی و نمره خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود داشت و با تئوری بندورا همخوانی دارد که ذکر می‌کند مادران با خودکارآمدی بالاتر، شیردهی را بیشتر انتخاب کنند و زمانی که با مشکلات مواجه می‌شوند مقاومت می‌کنند، این افراد در برخورد با مشکلات دریافت شده به‌صورت مثبت واکنش می‌دهند؛ در زنان نخست‌زا که با مشکلات زیادی در طول مدت شیردهی به نوزاد خود مواجه می‌شوند، این نکته بسیار حائز اهمیت است (۱۱).

به طور کلی، استفاده از روش آموزشی بدون دخالت مستقیم آموزش‌دهنده می‌تواند شیوه مناسب جهت جایگزینی با شیوه آموزشی حاضر باشد. البته تحقیقات بیشتری نیز لازم است تا مشخص شود که آیا این تکنیک آموزشی بر بهبود نتایج شیردهی مؤثر است.

حاضر با نتایج مطالعه هندرسون و همکاران همخوانی دارد. چرا که در مطالعه آنان مادرانی که کمک کمتری را دریافت می‌کردند، خودکارآمدی بالاتری داشتند (۱۶).

مطالعات فراوانی نشان دادند که سطح تحصیلات مادر، سن، وضعیت اجتماعی و دیگر فاکتورهای زمینه‌ای با خودکارآمدی شیردهی در ارتباط هستند. در حالی که در مطالعه حاضر، ارتباط آماری معناداری بین متغیرهای زمینه‌ای همچون سن، شغل، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی و اقتصادی با خودکارآمدی شیردهی یافت نشد که این نتایج با نتایج مطالعه باستانی و همکاران (۱۹) و نیز مطالعه بلیت و همکاران (۲) و دینیز (۸) همخوانی دارد (۲، ۸، ۱۹) اما با نتایج مطالعه مارکر (۲۱) و ورعی و همکاران (۲۰)، متفاوت می‌باشد که احتمالاً به این علت است که در مطالعه حاضر جامعه مورد پژوهش فقط شامل مادران نخست‌زا می‌باشد؛ این ناهمخوانی در مورد سن به چشم نمی‌خورد. از آن‌جا که اکثر جامعه پژوهش یعنی مادران در طبقه اقتصادی اجتماعی دوم قرار داشته و اکثراً تحصیلات دبیرستانی داشتند، لذا آزمون آماری نتوانست ارتباط معناداری را بین متغیرهای مذکور نشان دهد.

طبق نتایج حاصل از تحقیقات دینیز (۸) و بر اساس تئوری خودکارآمدی که استرس و اضطراب را از فاکتورهای مؤثر بر خودکارآمدی شیردهی می‌داند، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین درد و اضطراب مادر در طی زایمان و خودکارآمدی شیردهی ارتباط آماری معناداری وجود دارد اما میزان خستگی مادر طی زایمان ارتباطی با میزان خودکارآمدی نداشت. در مطالعه کینگستون و همکاران نیز بین خودکارآمدی و درد و اضطراب رابطه معناداری وجود داشت اما میزان خودکارآمدی با خستگی مادر ارتباطی نداشت (۲۲).

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که میزان حمایت اطرافیان در شیردهی به نوزاد در هفته اول بعد از زایمان یک فاکتور مهم در میزان خودکارآمدی شیردهی است که با گام سوم نظریه خودکارآمدی شیردهی تطابق

## تشکر و قدردانی

باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به خاطر تأمین هزینه‌های پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی نویسنده دوم در سال ۱۳۸۹ می‌-

## References

1. Schanler SJ, Dooley S, editors. Breastfeeding handbook for physicians. Washington: American College of Obstetricians and Gynecology, 2006
2. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.* 2004;20(1):30-8.
3. Otsuka K, Dennis CL, Tasuoka H, Jimba M. The Relationship Between Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(5):546-55.
4. Wells KJ, Thompson NJ, Kloebler-Tarver AS. Development and psychometric testing of the prenatal breastfeeding self-efficacy scale. *Am J Health Behav.* 2006;30(2):177-87.
5. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs.* 2008;63(4):397-408.
6. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact.* 1999;15(3):195-201.
7. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth.* 1992;19(4):195-201.
8. Dennis CL. Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. *Res Nurs & Health.* 2006 6;29(4):256-68
9. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting Self-Efficacy and Perception of Insufficient Breast Milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001;30(5):515-22.
10. 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. *Int Breastfeed J.* 2006 26;1:20.
11. Bandura A. self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
12. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2008;17(9):1132-43.
13. Ebrahim zadeh E. adult learning. Mashhad :payamenuor,1372. [in Persian]
14. Tavafian S, Adili F. Promoting breastfeeding through health education:A randomized controlled trial .payesh. 2005;4(2):127-131. [in Persian]
15. Breastfeeding: Best practice guidelines for nurses.[ebook online]. 2003. [cited 2009 Aug 29]. Available from: [http://www.rnao.org/Storage/11/564\\_BPG\\_Breastfeeding.pdf](http://www.rnao.org/Storage/11/564_BPG_Breastfeeding.pdf)
16. Henderson A, Stamp G, Princomb J. Postpartum Positioning and Attachment Education for Increasing Breastfeeding: A Randomized Trial. *Birth* 2001 12;28(4):236-242
17. Hergenhahn, B R,Olson Mathew H.An Introduction to theories of learning.translated by: A saif. Tehran: Dowran, 2005. [in Persian]
18. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to Determine effects of prenatal Breastfeeding Work shop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breast -feeding Duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(5):616-24.
19. Bastani F,Rahmatnejad L,Jahdi F,Haghani H.breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers.IJN.2008,21(54):9-23
20. Varaei Sh, Mehrdad N, Bastani N. The relationship between self-efficacy and breast feeding . Hayat.2009,15(3): 31-38 [in Persian]

21. Marcer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nurs Res*;1981.30(2);73-7.
22. Kingston D, Dennis CL, Sword W. Exploring Breast-Feeding Self-Efficacy. *perinat neonat nurs* 2007;21(3):207-15
23. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support from fathers and families. *midwifery*. 2002;18(2):87-101
24. Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK, Law SM. A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration. *Midwifery*. 2006;22(3):262-73

Archive of SID