

مقایسه خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان با مادران دارای نوزاد سالم در هفته اول، ماه اول و ماه سوم پس از زایمان

اکرم فرهادیه^۱، نرگس صادقی*^۲، بهناز ترکان^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۷/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۰/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بهترین غذا برای همه شیرخواران شیر مادر است. خودکارآمدی شیردهی شامل باور و اطمینان فرد به توانایی خود در انجام رفتارهای بهداشتی از جمله شیردهی انحصاری و موفق می‌باشد و عامل قابل اصلاح و بالقوه‌ای است که می‌تواند در ارتقای تغذیه با شیر مادر نقش بسیار مؤثری داشته باشد. ضمن آن که ابزار معتبر و قابل‌اعتمادی برای شناسایی مادران در معرض خطر است. مطالعه حاضر باهدف مقایسه خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان با مادران دارای نوزاد سالم در هفته اول، ماه اول و ماه سوم پس از زایمان انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر توصیفی است و در بیمارستان عیسی بن مریم (ع) شهر اصفهان انجام شد. تعداد نمونه در هر گروه از مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم ۴۹ نفر با توجه به معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. ابزار گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه دویخشی اطلاعات بود. پرسشنامه بخش اول، شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم، شامل مقیاس کوتاه خودکارآمدی شیردهی "دنیس" بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل، کوواریانس و واریانس با تکرار مشاهدات استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد پردازش قرار گرفت.

یافته‌ها: دو گروه مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی، همگن بودند. در هر دو گروه از مادران، میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بالای ۵۲/۲۲ بود که نشان می‌داد مادران در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. در گروه دارای نوزاد بستری، اکثر نوزادان به علت زردی بستری شده بودند. میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی و وضعیت خودکارآمدی شیردهی مادران در هیچ‌یک از سه زمان بین دو گروه و در هیچ‌یک از دو گروه بین زمان‌های مختلف تفاوت معنادار نداشت ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: در این پژوهش، اگرچه خودکارآمدی شیردهی در دو گروه از مادران در زمان‌های مختلف پس از زایمان تفاوت معناداری نداشت ولی میزان خودکارآمدی شیردهی مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان، پایین‌تر از مادران دارای نوزاد سالم بود، که شاید ناشی از شرایط روحی و روانی مادران به دنبال بستری شدن نوزاد باشد. وضعیت خودکارآمدی شیردهی خوب در گروه مادران دارای نوزاد سالم، در طول سه ماه پس از زایمان نیز کاهش یافته بود که نیاز به تداوم آموزش و حمایت از مادران در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر را مطرح می‌سازد.

کلید واژگان: خودکارآمدی، شیر مادر، نوزاد، بستری شدن

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۱۳، اسفند ۱۳۹۷، ص ۹۲۶-۹۱۴

آدرس مکاتبه: اصفهان، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، تلفن: ۰۹۱۳۳۰۱۹۵۶۷

Email: farhadieh76@gmail.com

مقدمه

روانی را برای شیرخوار فراهم می‌کند (۲). اهمیت تغذیه با شیر مادر در کلام الهام‌بخش قرآن مجید در سوره بقره آیه ۲۳۲ آمده است: «مادرانی که می‌خواهند دوران شیردهی را کامل نمایند، دو سال تمام فرزندان‌شان را شیر بدهند» (۱، ۳). در آیات ۱۵ سوره

بی‌تردید شیر مادر از جمله مهم‌ترین نعمت‌های الهی است که بشر باوجود پیشرفت‌های چشمگیر هنوز نتوانسته است ترکیبی مشابه آن تهیه کند (۱). تغذیه با شیر مادر بهترین رشد جسمی و

^۱ کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ استادیار گروه کودکان، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

احقاف، ۱۴ سوره لقمان، ۲۳ سوره نسا، ۶ سوره طلاق، ۲ سوره حج و ۷ و ۱۲ سوره قصص نکاتی در مورد شیردهی بیان گردیده است. منافع بی نظیر شیر مادر باعث شده که از اوایل دهه ۱۹۸۰، یونیسف تغذیه با شیر مادر و آموزش آن را به عنوان بخشی از استراتژی‌های رشد و بقای کودکان معرفی کند (۱).

شیر مادر حاوی آنزیم‌ها، هورمون‌ها، فاکتورهای رشد و مواد ایمنولوژیک است که به ایجاد یک دفاع مؤثر میزبان در مقابل عوامل عفونی کمک می‌کند (۴، ۵). فواید شیردهی برای نوزاد شامل کمک به تکامل سیستم ایمنی، تحریک رشد باکتری‌های مفید برای دستگاه گوارش، شروع ایمنی غیرفعال در بدو تولد، تماس حداکثری مادر و نوزاد، کاهش یبوست نوزاد، تحمل آسان شیر، هضم راحت، حرارت مناسب، در دسترس بودن شیر، بهبود حرکات فک و صورت، محافظت علیه آلرژی‌های غذایی، کاهش دیابت تیپ یک و بیماری‌های قلبی می‌باشد (۶).

شیردهی برای مادر موجب سهولت در از دست دادن وزن اضافی بعد از زایمان، افزایش انقباضات رحم برای کنترل خونریزی رحمی، بهبود برگشت رحم در نتیجه آزادسازی اکسی توسین، کاهش خطر سرطان پستان، کاهش پوکی استخوان و کاهش احتمال حاملگی و باعث مهار پیشرفت بیماری آندومتر یوز رحم می‌شود (۶، ۷، ۸). شیردهی موفق بستگی به عوامل متعدد فیزیولوژیکی و روان‌شناختی در مادران دارد (۹). باور مادر نسبت به تغذیه با شیر مادر، به عنوان انتخاب روش تغذیه نوزاد احتمال آغاز شیردهی و ادامه تغذیه با شیر مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰، ۱۱). خودکارآمدی از سازه‌های تئوری - شناختی اجتماعی بندورا^۱ (۱۹۷۷) است، که شامل باور و اطمینان فرد به توانایی خود در انجام رفتارهای بهداشتی از جمله شیردهی انحصاری و موفق می‌باشد (۳). 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 (۱، ۳). خودکارآمدی تغذیه با شیر مادر تحت تأثیر چهار عامل مهم قرار دارد که شامل تجارب گذشته شیردهی، تجارب جانشینی (تماشای مادرانی که در شیردهی موفق بوده‌اند)، تشویق کلامی توسط افراد مهم برای مادر، مانند: همسر، دوستان، خانواده و مشاوران شیردهی و برانگیختگی‌های هیجانی (شرایطی مانند: بیماری، خستگی، استرس، اضطراب) است (۱۲). باینکه بیشتر زنان بلافاصله بعد از زایمان و طی اقامت در بیمارستان شیردهی را شروع می‌کنند، متأسفانه در هفته‌ها یا ماه‌های اول تولد شیرخوار، تغذیه بسیاری از

آن‌ها با شیر مادر متوقف می‌شود که پیامد آن افزایش دو یا سه برابر میزان سوءتغذیه، عفونت و مرگومیر شیرخواران است (۲). نخستین روزهای تولد زمان حساسی برای نوزادان به شمار می‌رود و نوزاد در این دوران بسیار آسیب‌پذیر است (۱۳). تحمل تغییرات فیزیولوژیک، مخصوص نوزادان سالم قوی است. اما نوزادان نارس و بیمار این قدرت سازش‌پذیری را ندارند (۹). شرایط جسمی، روانی و اجتماعی مادر بر فرآیند شیردهی تأثیرگذار است (۱۴). والدین نوزادان بیمار میزان تنش بیشتری در مقایسه با والدین نوزادان ترم و سالم متحمل می‌شوند (۱۵). شیر مادر برای کودکی که بستری است، علاوه بر غذای مطلوب و نوشیدنی مفید، منتقل‌کننده ایمنی و آرام‌بخش کودک و مادر است (۱۶). تماس پوستی بین مادر و نوزاد، میزان دل‌بستگی مادر و نوزاد را افزایش و میزان اضطراب مربوط به نوزاد را کاهش می‌دهد (۱۷). مراقبت مادرانه آغوشی می‌تواند به عنوان یکی از استراتژی‌های مؤثر به منظور افزایش خودکارآمدی شیردهی مورد استفاده قرار گیرد تا بدین‌وسیله با افزایش خودکارآمدی شیردهی در نهایت میزان شیردهی افزایش یابد (۱۸).

نحوه شیردهی در روزهای اول، زمان جریان یافتن شیر و شناسایی مشکلات شیردهی، عوامل مهمی در کنترل دریافت مقدار کافی شیر توسط نوزاد می‌باشند. آموزش اصول و روش‌های صحیح شیردهی به مادر، موجب کاهش مشکلات جسمی در طول تغذیه، بهبود وضعیت پستان گرفتن و افزایش انتقال شیر به نوزاد خواهد شد. رعایت وضعیت مناسب شیردهی و راه‌های تحریک رفلکس جهش شیر می‌تواند منجر به حداکثر دریافت شیر در نوزاد با حداقل مشکل برای مادر شود. با افزایش طول مدت بستری مادران، مراقبت بیشتر از مادر و نوزاد، آموزش مناسب‌تری برای شیردهی انجام می‌شود (۱۹).

در زمان بستری بودن نوزاد، هنگامی که والدین خود را جزئی از تیم مراقبتی احساس نمایند، اعتماد به نفس و حس رقابت آن‌ها در مراقبت از فرزندشان افزایش یافته و در نهایت توانایی آن‌ها جهت تصمیم‌گیری در مراقبت و درمان فرزندشان افزایش می‌یابد. بعد از ترخیص از بخش انتظار می‌رود، که والدین مسئولیت‌های کامل مراقبت از نوزاد خود از جمله تغذیه، دارو و غیره را بر عهده گیرند، بنابراین شرکت دادن والدین در انجام مراقبت از نوزاد خود در زمان بستری در بخش نه تنها به شناسایی نیازهای والدین کمک می‌کند بلکه به افزایش اعتماد به نفس آن‌ها در انجام مراقبت در منزل نیز کمک‌کننده خواهد بود (۲۰). مادر و نوزاد زمانی را در بیمارستان سپری می‌کنند که در این مدت مادران رفتارها و مهارت‌هایی را

¹- Bandura

و با در نظر گرفتن عوامل مختلفی که در بهبود کیفیت شیردهی مادر در دوره پس از زایمان در شرایط متفاوت مادران و شیرخواران مؤثرند، این مطالعه باهدف مقایسه میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان با مادران دارای نوزاد سالم در هفته اول و در ماه اول و در ماه سوم پس از زایمان بوده است. به عبارتی، پژوهشگر در پی یافتن پاسخ این سؤال بوده که آیا بستری شدن نوزادان بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادرانشان در مقایسه با مادران دارای نوزاد سالم تأثیرگذار بوده است یا نه؟ و آیا برانگیختگی‌های ناشی از بستری شدن نوزاد بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادران تأثیر بیشتری دارد یا حمایت‌هایی که مادران در طول بستری بودن نوزاد در مقایسه با مادران دارای نوزاد سالم، دریافت می‌کنند بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادران تأثیر بیشتری دارند؟

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، یک پژوهش توصیفی است که در آن پژوهشگر وضع موجود را در چند مقطع زمانی مورد مطالعه و مقایسه قرار داده است. در این پژوهش، با توجه به محدودیت تعداد واحدهای مورد پژوهش (مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان بیمارستان دوستدار کودک عیسی بن مریم (ع) در طی چند مقطع زمانی)، محقق از نمونه‌گیری در دسترس استفاده کرده است. جمعیت در دسترس شامل کلیه مادران شیرده دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران شیرده دارای نوزاد سالم متولد شده در بیمارستان دوستدار کودک عیسی بن مریم (ع) شهر اصفهان که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، در طی یک دوره چهارماهه در سال ۱۳۹۷ مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه برای مادران دارای نوزاد سالم شامل نوزاد در هفته اول تولد باشد، تمایل مادران برای شرکت در پژوهش، شیردهی توسط مادر و تمایل به شیر دادن نوزاد از پستان، نداشتن سابقه اختلالات روانی و مصرف داروهای روان‌گردان، عدم اعتیاد مادر به مواد مخدر، تک قلو بودن نوزاد، وزن زمان تولد نوزاد بیشتر یا مساوی ۲۵۰۰ گرم، سن داخل رحمی بیشتر یا مساوی ۳۷ هفته برای نوزادان، عدم وجود ناهنجاری‌های مادرزادی در نوزاد، نبود مشکل آناتومیکی در پستان از قبیل فرورفتگی نوک سینه و شقاق بودند و معیارهای ورود به مطالعه برای مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان شامل بستری شدن نوزاد در بخش نوزادان در هفته اول تولد (ایکتر، هیپوگلیسمی، تب)، عدم وجود ناهنجاری در نوزاد، عدم نیاز به بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، تمایل مادران برای شرکت در پژوهش، شیردهی توسط مادر و تمایل به شیر دادن نوزاد از پستان، نداشتن

برای شیر دادن مؤثر فرامی‌گیرند (۶). تغذیه موفق شیرخوار با شیر مادر در هفته‌های اول پس از تولد، مستلزم دریافت حمایت‌های ضروری در بیمارستان و ادامه حمایت‌ها در منزل است (۲). بنابراین مداخلاتی که بتواند از تغذیه با شیر مادر حمایت نمایند و میزان تغذیه با شیر مادر را افزایش دهد، حائز اهمیت است (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۷). حمایت‌های مثبت از طرف ارائه‌دهندگان مراقبت از کودک به مادران کمک می‌کند که شیردهی خود را حفظ کنند (۲۷، ۳۱، ۳۳، ۳۸).

توسعه و اجرای استراتژی‌هایی که در ایجاد نگرش‌های مثبت تغذیه با شیر مادر کمک می‌کند، باید به‌عنوان یک اولویت برای خدمات بهداشتی، از قبیل ارائه اطلاعات مبتنی بر شواهد سازگار در انواع مختلف خدمات آموزشی روزمره، برای افزایش مهارت و اعتمادبه‌نفس مادر در امر تغذیه با شیر مادر محسوب شوند (۱۰).

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 آن که ابزار معتبر و قابل‌اعتمادی برای شناسایی مادران در معرض خطر است (۳).

شیرخوارانی که در بخش‌های کودکان بیمارستان‌ها پذیرفته می‌شوند، نیاز بیشتری برای بر خورداری از مزایای شیر مادر دارند و وقتی دسترسی آن‌ها به شیر مادر با موانعی مواجه می‌شود، بسیار آسیب‌پذیرتر می‌شوند. بستری شدن شیرخواران در بیمارستان وقتی با جدایی مادر و شیرخوار همراه باشد، خطرناک بوده و تغذیه با شیر مادر را به مخاطره می‌اندازد. تغذیه با شیر مادر وقتی شیرخواری به دلیل بیماری خیلی شدید در بخش نوزادان و کودکان بیمار بستری می‌شود، بسیار متفاوت است. شروع شیردهی و حفظ تداوم آن ممکن است به علت نارس بودن نوزاد و بیماری یا ناهنجاری جسمی شیرخوار مختل شود. رفع موانع و تلاش در جهت بهره‌مند نمودن شیرخواران از شیر مادر خودشان با بهبودی سریع‌تر و ارتقاء سطح سلامت آنان همراه است. ارائه اطلاعات صحیح، حمایت دلسوزانه، نمایش مهارت‌های عملی و ارائه استراتژی‌هایی برای حل مشکل مادران توسط کارکنان بهداشتی، می‌تواند محیط مثبتی جهت شیردهی از پستان برای مادران ایجاد نماید (۱۶).

با توجه به اهمیت شیر مادر که ضامن سلامت و بهبود کیفیت زندگی کودک و افراد خانواده و جامعه است و تأثیر خودکارآمدی شیردهی در رسیدن به معیارهای مطلوب رشد و تکامل شیرخواران

سابقه اختلالات روانی و مصرف داروهای روان‌گردان، عدم اعتیاد مادر به مواد مخدر، تک قلو بودن نوزاد، سن داخل رحمی بیشتر یا مساوی ۳۷ هفته برای نوزادان، وزن زمان تولد نوزاد بیشتر یا مساوی ۲۵۰۰ گرم، نبود مشکل آناتومیکی در پستان از قبیل فرورفتگی نوک سینه و شقاق بودند. سعی شد که دو گروه از نظر متغیرهایی مانند میانگین سن مادر و سن پدر و سطح تحصیلات مادر و پدر و توزیع فراوانی شغل پدر و شغل مادر، نوع زایمان مادر (طبیعی-سزارین) و جنس نوزاد، همگن باشند. معیارهای عدم ورود برای مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم شامل عدم تمایل مادر به ادامه مشارکت در مطالعه، مرگ نوزاد به هر دلیل در طی انجام مطالعه و تشخیص موارد منع شیردهی در طی انجام مطالعه بود. تعداد نمونه در هر گروه از مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم با توجه به محدودیت تعداد واحدهای مورد پژوهش (مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان بیمارستان دوستدار کودک عیسی بن مریم (ع) در طی چند مقطع زمانی)، ۴۴ نفر در نظر گرفته شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۴۹ نفر حجم نمونه در هر گروه انتخاب شدند.

جهت انجام این پژوهش، پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، معرفی‌نامه برای حضور در محیط پژوهش گرفته شد و پس از اخذ اجازه از ریاست بیمارستان و مسئولین بخش‌های نوزادان و مامایی جهت حضور و انجام اقدامات لازم توسط پژوهشگر، با رعایت کلیه ملاحظات اخلاقی، جمع‌آوری اطلاعات آغاز گردید.

پس از دسترسی به مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان که در هفته اول تولد نوزاد در بیمارستان اقامت و حضور مستمر داشتند (پس از ترخیص نوزاد، در ماه اول و ماه سوم پس از زایمان به صورت تلفنی پیگیری شدند) و مادران دارای نوزاد سالم بخش مامایی و معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و با شرح کامل هدف از انجام پژوهش و روش انجام مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در مطالعه و نحوه پاسخ‌گویی به سوالات و با کسب رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی برای شرکت در مطالعه، داده‌ها از طریق تکمیل پرسشنامه کتبی توسط واحدهای مورد پژوهش یا در برخی شرایط توسط پژوهشگر در هفته اول و به صورت تلفنی، در ماه اول و ماه سوم پس از زایمان در هر دو گروه از مادران، جمع‌آوری شد.

در مورد دسترسی به مادران دارای نوزاد بستری، پس از پذیرش و بستری شدن نوزاد در بخش نوزادان بیمارستان عیسی بن مریم (ع) در هفته اول تولد نوزاد و با حضور مادر واجد شرایط معیارهای ورود به مطالعه که در طول مدت بستری بودن نوزاد در

بیمارستان اقامت و حضور مستمر داشتند، پس از موافقت و در شرایط مناسب جسمی و روحی مادر، پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک مادر در هفته اول تولد نوزاد توسط پژوهشگر، تکمیل گردید. سپس پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی مادر توسط پژوهشگر، در هفته اول تولد نوزاد به صورت حضوری در شرایطی که نوزاد با شیر مادر تغذیه می‌شد، تکمیل گردید و طی برنامه زمان‌بندی شده، در ماه اول تولد نوزاد با مادر تماس تلفنی برقرار گردید و در شرایط مطلوب مادر، پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی مادر به صورت تلفنی تکمیل گردید و پاسخ مادر در پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی کدگذاری شده نوبت دوم، توسط پژوهشگر، ثبت گردید و مجدد در ماه سوم تولد نوزاد، در شرایط مطلوب مادر، پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی مادر به صورت تلفنی تکمیل گردید و پاسخ مادر در پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی کدگذاری شده نوبت سوم، توسط پژوهشگر، ثبت گردید.

همچنین، دسترسی به مادران دارای نوزاد سالم از طریق بخش مامایی بیمارستان عیسی بن مریم (ع) انجام شد که در طی پژوهش با پذیرش و ورود هر مادر واجد شرایط معیارهای ورود به مطالعه به بخش مامایی پس از زایمان و موافقت وی، در شرایط مناسب جسمی و روحی مادر، پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک مادر تکمیل گردید. سپس پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی مادر در هفته اول تولد نوزاد به صورت حضوری تکمیل گردید و طی برنامه زمان‌بندی شده، در ماه اول تولد نوزاد با مادر تماس تلفنی برقرار گردید و در شرایط مطلوب مادر، پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی مادر به صورت تلفنی تکمیل گردید و پاسخ مادر در پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی کدگذاری شده نوبت دوم، توسط پژوهشگر، ثبت گردید و مجدد در ماه سوم تولد نوزاد، در شرایط مطلوب مادر، پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی مادر به صورت تلفنی تکمیل گردید و پاسخ مادر در پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی کدگذاری شده نوبت سوم، توسط پژوهشگر، ثبت گردید.

در هر دو گروه از مادران، هنگام تکمیل پرسشنامه نوبت سوم، مدت زمان رعایت تغذیه انحصاری شیر مادر بر اساس روز توسط پژوهشگر در ماه سوم تولد نوزاد در برگه پرسشنامه بخش اول که حاوی اطلاعات دموگرافیک نمونه مورد مطالعه بود، ثبت گردید و در تجزیه و تحلیل آماری جهت تعیین میانگین مدت زمان رعایت تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد استفاده قرار گرفت.

در این پژوهش سعی شد هر دو گروه، از نظر متغیرهایی مانند میانگین سن مادر و سن پدر، سطح تحصیلات مادر و پدر، توزیع فراوانی شغل پدر و شغل مادر، نوع زایمان مادر (طبیعی-سزارین) و جنس نوزاد، به طور همسان انتخاب شوند. مهمترین ابزار گردآوری

گرفته است. بنابراین نمره خام در بخش سنجش نگرش حداقل ۱۳ و حداکثر ۶۵ بوده است. نمره کمتر از ۴۵ به عنوان نگرش ضعیف و بالای ۴۵ نگرش خوب تعریف شده است (۱۲).

روش تجزیه و تحلیل داده ها جهت مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در این دو گروه مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم در هر یک از زمان ها (هفته اول پس از تولد، ماه اول پس از تولد و سه ماهه پس از تولد)، از آزمون تی مستقل یا آنالیز کوآریانس استفاده شد و برای مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بین ۳ زمان در هر یک از دو گروه مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم، از آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات استفاده شد.

در این پژوهش از دو روش آمار توصیفی برای تحلیل اطلاعات جمعیت شناختی و آمار استنباطی برای آزمون فرضیه ها استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار spss ویرایش ۱۸ مورد پردازش قرار گرفت.

یافته ها

نتایج مطالعه حاضر در جداول شماره های (۱) و (۲) و (۳) و (۴) و (۵) در راستای مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی و جداول شماره های (۶) و (۷) در راستای مقایسه خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان با مادران دارای نوزاد سالم در هفته اول، ماه اول و ماه سوم پس از زایمان، تنظیم شده اند.

اطلاعات استفاده از پرسشنامه دویخشی اطلاعات بود که به روش مصاحبه حضوری و تلفنی جمع آوری شد. پرسشنامه دویخشی که بخش اول، اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش، بر حسب شاخص های سن مادر و همسر، شغل مادر و همسر، تاریخ زایمان، نوع زایمان، جنس نوزاد، میزان تحصیلات مادر و همسر، قصد شیردهی در مادر، بستری شدن یا نشدن نوزاد، علت بستری شدن نوزاد، طول مدت بستری شدن نوزاد، حامی مادر در شیردهی، مدت زمان تغذیه انحصاری شیرخوار را در بر می گرفت و بخش دوم، مقیاس کوتاه خودکارآمدی شیردهی "دنيس" که در اصل یک ابزار خود گزارش دهی ۳۳ آیتمی جهت اندازه گیری اعتماد به نفس تغذیه با شیر مادر، در مادران است که پس از انجام مطالعات گوناگون وجود همسانی درونی و آلفای کرونباخ بالا به ۱۴ گویه کاهش یافته که نگرش و اعتقادات مادر در مورد تغذیه با شیر مادر را می سنجد. این مقیاس، ابزاری است که اعتماد به نفس مادر در توانایی خود برای شیر دادن به نوزاد را اندازه گیری می کند و روایی و پایایی آن تایید شده است (۱۲).

در بخش سنجش نگرش، همه آیتم ها با عبارت "من همیشه می توانم" آغاز می شوند. پاسخ ها به صورت ۵ گزینه ای لیکرت هستند. امتیازدهی به هر عبارت یا گویه با استفاده از طیف لیکرت و معیار درجه بندی ۱ تا ۵ انجام گرفته که این طیف با درجات کاملاً موافق، موافق، بی نظر، مخالف و کاملاً مخالف نشان داده شده است، در نهایت جهت سنجش نگرشها، پس از همسو کردن گویه ها، سه عبارتی که نشانگر نگرش مثبت بودند، گزینه (کاملاً موافق) امتیاز ۵، گزینه (موافق) امتیاز ۴، گزینه (نظری ندارم) امتیاز ۳، گزینه (مخالف) امتیاز ۲ و گزینه (کاملاً مخالف) امتیاز ۱، تعلق

جدول (۱): میانگین سن مادر، سن پدر و مدت تغذیه نوزاد فقط با شیر مادر در دو گروه

متغیر	دارای نوزاد بستری		دارای نوزاد سالم		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
سن مادر (سال)	۲۹/۹۰	۵/۰۰۹	۲۸/۴۷	۴/۹۶	۱/۴۲	۰/۱۶
سن همسر (سال)	۳۳/۴۱	۵/۳۷	۳۲/۲۹	۵/۳۶	۱/۰۴	۰/۳۰
مدت تغذیه نوزاد فقط با شیر مادر (روز)	۵۷/۶۰	۴۱/۴۱	۶۹/۲۰	۳۶/۸۵	۱/۴۲	۰/۱۶

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین سن مادر، سن پدر و مدت تغذیه نوزاد فقط با شیر مادر بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P > 0/05$).

2- BSES-SF

جدول (۲): توزیع فراوانی شغل مادر، شغل پدر، نوع زایمان و جنس نوزاد در دو گروه

متغیر	دارای نوزاد بستری		دارای نوزاد سالم		آزمون کای اسکوتر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
خانه دار	۴۷	۹۵/۹	۴۷	۹۵/۹	
شغل مادر	۲	۴/۱	۲	۴/۱	۱
آزاد	۳۳	۶۷/۳	۳۵	۷۱/۴	
شغل پدر	۱۰	۲۰/۴	۷	۱۴/۳	۰/۷۲
کارمند	۶	۱۲/۲	۷	۱۴/۳	
طبیعی	۲۴	۴۹	۲۵	۵۱	
نوع زایمان	۲۵	۵۱	۲۴	۴۹	۰/۸۴
سزارین	۱۸	۳۶/۷	۲۳	۴۶/۹	
جنس نوزاد	۳۱	۶۳/۳	۲۶	۵۳/۱	۰/۳۱
پسر					۱/۰۵

آزمون کای اسکوتر نشان داد که توزیع فراوانی شغل پدر، نوع زایمان و جنس نوزاد بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ($P > 0/05$).
توزیع فراوانی شغل مادران در دو گروه کاملاً یکسان بود. ضمناً همه مادران در هر دو گروه قصد شیر دادن به نوزاد خود را داشته‌اند.

جدول (۳): توزیع فراوانی حامی مادر در امر شیردهی در دو گروه

حامی	دارای نوزاد بستری		دارای نوزاد سالم		آزمون کای اسکوتر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مادر	۲۲	۴۴/۹	۲۷	۵۵	
مادربزرگ	۱	۲	۰	۰	
همسر	۳	۶/۱	۴	۸/۲	
خواهر	۵	۱۰/۲	۷	۱۴/۳	۰/۵۱
سایر	۱۲	۲۴/۶	۷	۱۴/۳	
ترکیبی از موارد بالا	۶	۱۲/۲	۴	۸/۲	

آزمون کای اسکوتر با نسبت درست‌نمایی نشان داد که توزیع فراوانی حامی مادر در امر شیردهی بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ($P > 0/05$).

جدول (۴): توزیع فراوانی سطح تحصیلات مادر و پدر در دو گروه

متغیر	دارای نوزاد بستری		دارای نوزاد سالم		آزمون من-ویتنی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
زیر دیپلم و دیپلم	۲۹	۵۹/۲	۳۰	۶۱/۲	
سطح تحصیلات مادر	۲۰	۴۰/۸	۱۹	۳۸/۸	۰/۸۴
زیر دیپلم و دیپلم	۳۶	۷۳/۵	۳۶	۷۳/۵	
سطح تحصیلات پدر	۱۲	۲۴/۵	۱۱	۲۲/۴	۰/۹۵
فوق لیسانس	۱	۲	۲	۴/۱	

آزمون من-ویتنی نشان داد که سطح تحصیلات مادر و پدر بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P > 0/05$).

جدول (۵): توزیع فراوانی علت بستری نوزادان در گروه دارای نوزاد بستری

علت بستری	تعداد	درصد
دیسترس تنفسی	۱۱	۲۲/۴
زردی	۲۸	۵۷/۱
کاهش قند خون	۲	۴/۱
دیسترس تنفسی و زردی	۱	۲
سایر دلایل	۷	۱۴/۴

جدول (۶): مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران بین دو گروه و در هر یک از دو گروه بین زمان‌های مختلف

زمان	دارای نوزاد بستری		دارای نوزاد سالم		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
هفته اول پس از زایمان	۵۲/۳۳	۷/۸۸	۵۴/۶۱	۷/۳۸	۱/۴۸	۰/۱۴
ماه اول پس از زایمان	۵۲/۲۲	۷/۶۲	۵۴/۰۴	۷/۴۱	۱/۱۷	۰/۲۴
ماه سوم پس از زایمان	۵۳/۱۸	۷/۵۸	۵۳/۸۵	۸/۰۵	۰/۴۱	۰/۶۸
آزمون آنالیز واریانس	F	۱/۳۱				
یا تکرار مشاهدات	P	۰/۲۸				

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران در هیچ یک از سه زمان بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P > 0/05$).
 آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران در هیچ یک از دو گروه بین زمان‌های مختلف تفاوت معنادار نداشت ($P > 0/05$).

جدول (۷): توزیع فراوانی وضعیت خودکارآمدی شیردهی در دو گروه در زمان‌های مختلف

زمان	وضعیت خودکارآمدی	دارای نوزاد بستری		دارای نوزاد سالم		آزمون کای اسکور	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	χ^2	P
هفته اول پس از زایمان	ضعیف	۱۱	۲۲/۴	۵	۱۰/۲	۲/۶۹	۰/۱۰
	خوب	۳۸	۷۷/۶	۴۴	۸۹/۸		
ماه اول پس از زایمان	ضعیف	۷	۱۵/۲	۵	۱۰/۶	۰/۴۳	۰/۵۱
	خوب	۳۹	۸۴/۸	۴۲	۸۹/۴		
ماه سوم پس از زایمان	ضعیف	۶	۱۳/۳	۵	۱۰/۹	۰/۱۳	۰/۷۲
	خوب	۳۹	۸۶/۷	۴۱	۸۹/۱		

آزمون کای اسکور نشان داد که وضعیت خودکارآمدی شیردهی در هیچ یک از سه زمان بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

همگن بودند و تفاوت آماری بین دو گروه دیده نشد که این نتایج با مطالعه کربندی و رئیسی دهکردی و پارسا همخوانی دارد. کربندی و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهشی با عنوان "تأثیر آموزش تن آرامی بر خودکارآمدی شیردهی مادران دارای نوزاد نارس" دریافتند که تفاوت معنی داری از نظر متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه آزمون و

در مطالعه حاضر، در گروه دارای نوزاد بستری، اکثر نوزادان به علت زردی بستری شده بودند. دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی (سن، مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، نوع زایمان و جنس نوزاد، قصد شیر دادن به نوزاد، سطح تحصیلات مادر و پدر)

کنترل مشاهده نشد (۹). در مطالعه رئیسی دهکردی و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهشی با عنوان "تأثیر مشاوره تلفنی بر تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری زنان نخست زان" دو گروه آزمون و شاهد از نظر مشخصات جمعیت شناختی و برخی ویژگیهای مرتبط به جز، نوع زایمان و شیردهی بلافاصله پس از زایمان با یکدیگر مشابه بودند (۲۴). در مطالعه پارسا و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی با عنوان "تأثیر مشاوره شیردهی بر خودکارآمدی و تداوم شیردهی مادران نخست زان" ارتباط آماری معنی داری بین متغیرهای زمینه‌ای با خودکارآمدی شیردهی یافت نشد (۱). در این پژوهش سعی شد هر دو گروه، از نظر متغیرهایی مانند میانگین سن مادر و سن پدر، سطح تحصیلات مادر و پدر، توزیع فراوانی شغل پدر و شغل مادر، نوع زایمان مادر (طبیعی-سزارین) و جنس نوزاد، به طور همسان انتخاب شوند و دو گروه مراجعه‌کننده به این مرکز، از نظر طبقه اجتماعی و اقتصادی مشابه بودند. لذا آزمون آماری نتوانست ارتباط معناداری را بین متغیرهای مذکور نشان دهد.

در رابطه با مقایسه میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم در هفته اول، ماه اول و ماه سوم پس از زایمان، نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران، بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت. در مطالعه کربندی و همکاران (۱۳۹۳)، در ابتدای مطالعه و بدون مداخله، تفاوت معنیداری در میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بین دو گروه وجود نداشت (۹) و نتایج مطالعه آن‌ها با مطالعه حاضر هم‌راستا بود. مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۱۳۹۳)، نشان داد آموزش و حمایت از مادر در مورد مراقبت از شیرخوار بر اساس تئوری خودکارآمدی، منجر به ارتقاء خودکارآمدی مادری می‌شود اما تفاوت معناداری در نمره اعتمادبه‌نفس مادری در مرحله بعد از مداخله ایجاد نمی‌کند (۳۰)، که نتایج مطالعه آن‌ها با مطالعه حاضر هم‌راستا بود، بدین صورت که در پژوهش حاضر گروه مادران دارای نوزاد سالم، خودکارآمدی شیردهی بالاتری داشتند اما تفاوت معناداری در میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بین دو گروه وجود نداشت. معصومی و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی با عنوان "تأثیر مشاوره تغذیه انحصاری با شیر مادر بر آگاهی و نگرش مادران با نوزاد نارس" دریافتند که بین میزان آگاهی و نگرش در دو گروه آزمون و کنترل مادران با نوزاد نارس بستری در بیمارستان قبل از مشاوره، اختلاف معناداری وجود نداشت اما بعد از مشاوره، در ماه اول تا چهارم پیگیری، این اختلاف بین دو گروه معنادار بود (۲۵). در مطالعه چان^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، به این نتیجه رسیدند که اجرای

آموزش‌های شیردهی افزایش خودکارآمدی شیردهی و میزان تغذیه انحصاری شیردهی در مادران را به دنبال دارد (۳۲). نتایج مطالعه یانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۶)، نشان دادند که به منظور افزایش سطح خودکارآمدی شیردهی مادران لازمست که مادران برای دریافت توصیه‌های لازم به مرکزی دسترسی داشته باشند و پدر و مادر باید در کلاس‌های آموزش شیردهی شرکت نمایند و همسران باید تشویق شوند که از شیردهی مادران حمایت کنند و پرستارها و ماماها باید مادران را به تغذیه ابتدایی هر چه زودتر که ممکن باشد، تشویق کنند و ایجاد زمینه‌های لازم برای تسهیل تماس پوستی مادر و نوزاد در کوتاهترین زمان ممکن فراهم شود (۳۳). نتایج مطالعه میرمحمدعلی و همکاران (۱۳۹۳)، نشان داد که آموزش شیردهی به صورت چهره به چهره و با دخالت مستقیم آموزش‌دهنده با افزایش خودکارآمدی شیردهی مادران در ماه سوم پس از زایمان همراه بود (۳). پارسا و همکاران (۱۳۹۴)، دریافتند که مشاوره شیردهی بر خودکارآمدی و تداوم شیردهی مؤثر است (۱). یافته‌های مطالعه غلامی‌تبار و همکاران (۱۳۸۹)، حاکی از آن است که آموزش‌های دوران بارداری و سیستم حمایتی و مشاوره قبل و بعد از زایمان در استفاده بیشتر نوزادان، از شیر مادر مؤثر است (۳۴). در مطالعات فوق با انجام مداخلاتی مانند: آموزش شیردهی به صورت چهره به چهره و با دخالت مستقیم آموزش‌دهنده و مشاوره و حمایت پس از زایمان بر اساس تئوری خودکارآمدی، تشویق مادران به شیردهی توسط همسران و پرستارها و ماماها، تماس پوستی مادر و نوزاد در کوتاهترین زمان، مراقبت مادرانه آغوشی، آموزش‌های دوران بارداری و سیستم حمایتی و مشاوره قبل و بعد از زایمان، آموزش و افزایش آگاهی مادران در خصوص فواید شیر مادر، آموزش روش‌های صحیح شیردهی، منجر به افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران گشته و بر تداوم و عملکرد شیردهی مادران تأثیر مثبت داشته‌اند، درحالی‌که در پژوهش حاضر مداخله‌ای صورت نگرفته تا بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادران تأثیرگذار باشد و در این پژوهش به بررسی متغیرها، همانگونه که بودند، بدون دخل و تصرف و در طول زمان پرداخته شده است و هر دو گروه از مادران، مراقبت‌های معمول در بیمارستان‌ها، را دریافت کرده‌اند. در این مطالعه، گرچه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران، بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ولی میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان پایین‌تر از مادران دارای نوزاد سالم بود و همچنین توزیع فراوانی وضعیت خودکارآمدی شیردهی ضعیف، در گروه مادران دارای نوزاد بستری

1- Chan

2- Yang

زایمان بوده (۳۱). در مطالعه ورعی و همکاران (۱۳۸۸)، خودکارآمدی بالاتر با میزان شیردهی انحصاری و طول مدت شیردهی بیشتر مرتبط بود (۳۸). مک کوبین^۴ و همکاران (۲۰۱۱)، خودکارآمدی شیردهی را به عنوان عامل پیشگوییکننده طول مدت و انحصاری بودن شیردهی مطرح کرده بودند (۲۷). مک فادن^۵ و همکاران (۲۰۱۷)، نشان دادند که حمایت شیردهی زنان، به افزایش مدت شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر کمک می کند (۲۸). باقری و همکاران (۱۳۹۳)، دریافتند که با افزایش خودکارآمدی شیردهی در نهایت، میزان شیردهی افزایش می یابد (۱۸). در نتیجه یافته های مطالعات ذکر شده، با مطالعه حاضر همراستا می باشد، به طوری که، مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی پایین تری داشتند، از مدت تغذیه انحصاری کوتاه تری نیز در مقابل مادران دارای نوزاد سالم، برخوردار بودند. در این مطالعه پایین تر بودن میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان، در مقایسه با مادران دارای نوزاد سالم و کوتاه تر بودن زمان تغذیه انحصاری در نوزادان بستری گرچه معنی دار نبود ولی می تواند نشان دهنده در معرض خطر بودن بیشتر این گروه از مادران و آسیب پذیرتر بودن نوزادان شان باشد، همانطوری که در مطالعه پارسا و همکاران (۱۳۹۴)، نیز اشاره شده است که خودکارآمدی شیردهی چارچوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که می تواند در ارتقای سلامت کودکان در نظر گرفته شود و ضمن آنکه ابزار معتبر و قابل اعتمادی برای شناسایی مادران در معرض خطر است (۱). بنابراین، می توان از خودکارآمدی تغذیه با شیر مادر به عنوان یک ابزار شناسایی برای کمک به مادران در معرض خطر و نیازمند حمایت بیشتر استفاده کرد و در جهت حفظ و ترویج تغذیه با شیر مادر، راهکارهایی در زمینه آموزش، پژوهش و بالین اتخاذ شود و با تقویت سایر عوامل موثر بر خودکارآمدی شیردهی و مداخلات آموزشی مناسب، بر برانگیختگی های هیجانی مادران غلبه کرده و میزان خودکارآمدی شیردهی و توانمندی آنان را افزایش داد.

یکی از محدودیت های این مطالعه این بود که چون پژوهش حاضر در طی یک دوره چهارماهه و در چند مقطع زمانی انجام شد و امکان دسترسی به تمامی واحدهای مورد پژوهش به صورت حضوری نبود، پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی در هفته اول تولد به صورت حضوری و در ماه اول و سوم پس از تولد به صورت تلفنی تکمیل شد و با توجه به محدودیت در تعداد واحدهای مورد پژوهش

در بخش نوزادان در تمامی زمان ها، بیشتر از گروه مادران دارای نوزاد سالم، و مدت تغذیه انحصاری در نوزادان بستری کوتاه تر از نوزادان سالم بود که شاید ناشی از شرایط روحی و روانی و محیطی مادران به دنبال بستری شدن نوزاد، باشد و با توجه به اهمیت شیردهی در هفته اول تولد نوزاد، نیاز به بررسی بیشتر در این زمینه را مطرح می سازد. همانطوری که در سایر مطالعات نیز اشاره شده است که شرایط جسمی، روانی و اجتماعی مادر بر فرآیند شیردهی تأثیرگذار است (۱۴)، و یکی از عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی تغذیه با شیر مادر، برانگیختگی های هیجانی مانند: بیماری، خستگی، استرس و اضطراب می باشد (۱۲)، و از طرفی والدین نوزادان بیمار میزان تنش بیشتری در مقایسه با والدین نوزادان ترم و سالم متحمل می شوند (۱۵). بنابراین نتایج فوق با مطالعات ذکر شده همراستا می باشد. همچنین توزیع فراوانی وضعیت خودکارآمدی شیردهی در گروه مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان از هفته اول پس از زایمان تا ماه سوم پس از زایمان از وضعیت ضعیف به خوب، روند صعودی داشته است که خود می تواند ناشی از کاهش استرس و اضطراب مادر بعد از ترخیص نوزاد باشد. از طرف دیگر وضعیت خودکارآمدی شیردهی خوب در گروه مادران دارای نوزاد سالم نشان می دهد که با گذشت زمان و در طول سه ماه پس از زایمان کاهش یافته است و منجر به افت نمره خودکارآمدی شیردهی در این مادران شده است که بیانگر نقش فرسایشی زمان و نیاز به تداوم آموزش و حمایت از مادران در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر می باشد. همچنین در مطالعه حاضر، بررسی ها نشان دادند که مدت تغذیه نوزاد فقط با شیر مادر (انحصاری) در مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان و مادران دارای نوزاد سالم، تفاوت معناداری نداشت. خرشسه^۳ و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی نشان دادند آموزش و حمایت پس از زایمان، به طور قابل ملاحظه ای میزان آگاهی مادران را در زمینه تغذیه با شیر مادر افزایش می دهد، اما در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول تولد، تفاوت معنی داری وجود نداشت (۲۶) که با مطالعه حاضر همراستا می باشد. در این پژوهش، گرچه مدت تغذیه انحصاری در دو گروه، تفاوت معناداری نداشت اما مدت تغذیه نوزاد فقط با شیر مادر (انحصاری) در نوزادان بستری ۵۷/۶۰ روز و مدت تغذیه نوزاد فقط با شیر مادر (انحصاری) در نوزادان سالم ۶۹/۲۰ روز بوده است. در مطالعه حاج نصیری و همکاران (۱۳۹۶)، دریافتند که خودکارآمدی شیردهی مؤثرترین عامل در پیشگویی شیردهی انحصاری در ماه سه سوم پس از

^۵- McFadden

^۳- Khresheh

^۴- McQueen

که با استفاده از استمرار مداخلات آموزشی و تشویق کلامی مادران شیرده توسط کارکنان بهداشتی درمانی و کلینیک‌های شیردهی و یا گروه‌های حامی و شناسایی و حمایت مادران پرخطر، برای افزایش و تداوم شیردهی از طریق ارتقاء خودکارآمدی شیردهی، تلاش شود و برنامه‌ریزی‌های لازم در سیاستگذاریهای بهداشت عمومی گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد و با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.101 مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری صمیمانه مادران و پرسنل محترم بیمارستان عیسی بن مریم (ع) اعلام می‌نمایند.

(مادران دارای نوزاد بستری در دوره زمانی مورد مطالعه)، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. لذا توصیه می‌شود مطالعاتی با امکان پیگیری حضوری در تمامی زمان‌ها، مبنی بر مقایسه میزان خودکارآمدی شیردهی مادران دو گروه، در مراکز با تعداد نمونه‌های بیش‌تر انجام شود.

با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه خودکارآمدی شیردهی در دو گروه از مادران در زمانهای مختلف پس از زایمان، تفاوت معناداری نداشت ولی میزان خودکارآمدی شیردهی مادران دارای نوزاد بستری در بخش نوزادان، پایین‌تر از مادران دارای نوزاد سالم بود و وضعیت خودکارآمدی شیردهی خوب در گروه مادران دارای نوزاد سالم، در طول سه ماه پس از زایمان نیز کاهش یافته بود که با توجه به اهمیت شیر مادر که ضامن سلامت و بهبود کیفیت زندگی کودک و افراد خانواده و جامعه است و تأثیر خودکارآمدی شیردهی در رسیدن به معیارهای مطلوب رشد و تکامل شیرخواران، لازم است

References:

1. Parsa P, Boojar A, Roshanai G, Bakht R. The Effect Breastfeeding Counseling On Self-Efficacy And Continuation Breastfeeding Among Primiparous Mothers: A Randomized Clinical Trial. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2016; 24(2):89-104. (Persian)
2. Tork Zahrani S, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian A, Sheikhan Z. Effect of Support from the Mothers with Positive Breast Feeding Experience on Breast Feeding Pattern and Duration among Primiparous Women Referred to Maternity Ward of Ilam Hospital, 2010. *J Ilam Univ Med Sci* 2012; 20(2):9-16. (Persian)
3. Mirmohammad Am, Bahiraii A, Rahimi A, Hashemzadeh M, Sohrabi N, Sohrabi Z. Effect of educational package on breastfeeding self-efficacy in postpartum period. *Payesh* 2014; 13(2):221-8. (Persian)
4. Colen CG, Ramey DM. Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Soc Sci Med* 2014;109:55-65.
5. Dettwyler KA. Beauty and the breast: The cultural context of breastfeeding in the United States. *Breastfeeding: Routledge*; 2017. p. 167-216.
6. Mojalli M, Basiri Moghadam M, Shamshiri M. Effectiveness of Instructional Environment and Related Factors on Breastfeeding Function of Mothers. *Ofoh-e-Danesh* 2014; 16(1):59-64. (Persian)
7. Ahmadi Y. Comparison of the Quality of Breastfeeding in Postpartum Mothers Undergone Cesarean and Vaginal Delivery in Selected Military Hospitals of Tehran. *J Mil Med* 2017;4(1):70-9. (Persian)
8. Seighali F, Fallahi M, Farahani Z. The effect of breastfeeding workshop on attitude, knowledge and practice of participants. *Razi J Med Sci* 2014;21(118):92-101. (Persian)
9. Karbandi S, Hosseini S M, Masoudi R, Mamori G A. The effect of relaxation training on breastfeeding self-efficacy of mothers with preterm infants: A randomized clinical trial. *J Clin Nurs Midwifery*. 2014; 3 (2) :37-45. (Persian)
10. Cox KN, Giglia RC, Binns CW. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration:

- evidence from a cohort study in rural Western Australia. *Int Breastfeed J* 2015; 10(1):25.
11. jafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A. 2014. Related factors to continued breastfeeding in infants. *NMC* 24(2):1-8. (Persian)
 12. Araban M, Falahiyan MF, Shahry P, Montazeri A. The Persian version of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): translation and psychometric assessment. *Payesh* 2016; 15(1):87-93. (Persian)
 13. Yadollahi Farsani M, Rasti F, Alavi Majd H, Soleimani F, Tork Zahrani S. 2017. Assessment of care offered to the healthy newborn in the natural normal vaginal delivery and the cesarean section. *J Clin Nurs Midwifery* 2017;6(2). (Persian)
 14. Hajikazemi E, Allahgholi L, JamshidiManesh M, Hosseini F. The relationship between body mass index before pregnancy and duration of breast feeding. *Iran J Nurs* 2009; 22(57):9-18. (Persian)
 15. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. Assessment of parental support system in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *JPEN* 2015;1(2):1-9. (Persian)
 16. Maury S. Breastfeeding information & guideline a manual for breastfeeding support in pediatric & neonatal units. *Trans Saadvandian S, Tahery M Mashhad, Iran: Sokhan Gostar Publication; 2007. P.22-70.* (Persian)
 17. Karimi A, Tara F, Khadivzadeh T, Sharbaf A, Reza H. The effect of skin to skin contact immediately after delivery on the maternal attachment and anxiety regarding infant. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013;16(67):7-15. (Persian)
 18. Bagheri S, Tara F, Mousavi Bazaz SM. Effect of Kangaroo Mother Care on breastfeeding self-efficacy in primiparous women, 3 month after child birth. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;17(120):1-8. (Persian)
 19. Boskabadi H, Godarzi M, Zakerihamidi M. The study of the relationship between hypernatremia in neonates and mode of maternal breast feeding in hospitalized infants in Ghaem Hospital of Mashhad, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;16(90):1-9. (Persian)
 20. Mirjalili M, Sabzevari S, Haghdoost A, Heydarzadeh A. Assessment of discharg needs of mothers in neonatal intensive care units. *JPEN* 2015; 1(2):40-8. (Persian)
 21. Tol A, Majlesi F, Shojaeizadeh D, Esmalee Shahmirzadi S, Mahmoudi Majdabadi M, Moradian M. Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior. *J Nurs Educ* 2013; 2(2):39-47. (Persian)
 22. Jacobson LT, Wetta R. Breastfeeding interventions in Kansas: A qualitative process evaluation of program goals and objectives. *Eval Program Plan* 2014;46:87-93.
 23. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387(10017):491-504.
 24. Raisi Dehkordi Z, Raei M, Ghassab Shirazi M. Raisi Dehkordi SAR, Mirmohammadali M. Effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparus women. *Hayat* 2012; 18(2):57-65. (Persian)
 25. Masoumi SZ, Khalili A, Shayan A, Yazdi-Ravandi S, Ahmadi S, Ghodrattollah R. The effect of exclusive breast feeding counseling on knowledge and attitudes of mothers with premature infants. *Pajouhan Sci J* 2016;15(1):9-17. (Persian)
 26. Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2011;48(9):1058-65.
 27. McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40(1):35-46.

28. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. The Cochrane Library. 2017.
29. Panahi F, Simbar M, Lotfi R, Rahimzadeh M. The effect of parents' training on their knowledge, attitudes and performance in exclusive breastfeeding up to four months: A randomized clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5):48-57. (Persian)
30. Jafarnejad F, Azmoudeh E, Mazloun SR, Reyhani T. The effect of self-efficacy training package on maternal self-confidence of primiparous women in infant care. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;17(104):18-28. (Persian)
31. Hajnasiri H. Assessment of Breastfeeding Self-Efficacy and Patterns and its Predictors in Mothers Living in Qazvin Province. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2008; 15(10), 777-87. (Persian)
32. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery* 2016;36, 92-98.(1)
33. Yang X, Gao L, Ip W-Y, Chan WCS. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery* 2016; 41, 1-8.
34. GHOLAMITABAR TM, Heidarzadeh M, Sattarzadeh N, Kooshavar H. Performing and evaluation of breast feeding education program on exclusive breastfeeding and growth indices of preterm infant at 4 months after birth. *J Babol Univ Med Sci* 2011. (Persian)
35. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis C-L. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015;135(1):102-10.
36. Bai DL, Fong DYT, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J* 2015; 19(5):990-9.
37. Dennis C-L, Heaman M, Mossman M. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *J Adolesc Health*. 2011;49(3):265-71.
38. Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The Relationship between Self-efficacy and Breastfeeding, Tehran, Iran. *Hayat* 2009; 15(3). (Persian)

COMPARISON OF BREASTFEEDING SELF-EFFICACY AMONG MOTHERS OF HOSPITALIZED AND NON-HOSPITALIZED NEWBORN, DURING THE FIRST WEEK, THE FIRST MONTH AND THE THIRD MONTH AFTER CHILDBIRTH

Akram Farhadieh¹, Narghws Sadeghi², Behnaz Torkan³

Received: 04 Oct, 2018; Accepted: 25 Dec, 2018

Abstract

Background & Aims: Breast milk is the best food for all neonates. Self-efficacy includes the belief and confidence of the individual in his ability to perform health behaviors, including exclusive successful breastfeeding. Self-efficacy in breastfeeding is vital for breastfeeding continuation. In addition, self-efficacy is an important variable in predicting the duration of breastfeeding, as well as the identification of mothers who terminate their breastfeeding promptly. The aim of this study was to compare Breast-feeding Self-Efficacy in mothers with infants admitted in the neonatal ward and mothers with healthy infants in the first week, the first month and third month after delivery.

Materials & Methods: This present descriptive study has been performed in Isabn-E-Maryam Hospital. The number of individuals in each group of mothers with infants admitted in the neonatal ward and mothers with healthy infants was 49 who met the criteria for entering the study. Convenience sampling was used for the selection of the participants. The data were collected by a two-part questionnaire. Demographic data were collected in the first part of the questionnaire and the Dennis Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short form was the second part of the questionnaire. To analyze the data, independent t-test, co-variance and variance with repeated observations were used and data were analyzed using SPSS-18 software. In the hospitalized group, most neonates were admitted because of pathological jaundice.

Results: The two groups of mothers with infants admitted in the neonatal ward and mothers with healthy infants were homogeneous. In both groups, mother's Breast-feeding Self-Efficacy average was more than 52.22 which indicated a good attitude of mothers and showed that mothers were in favorable condition. In the hospitalized neonates' group, most neonates were admitted because of pathological jaundice. The mean of Breast-feeding Self-Efficacy scores of mothers and Breast-feeding Self-Efficacy was not significantly different between the two groups at any time and in any of the three times between two groups ($P > 0.05$).

Conclusion: In this study, although Breast-feeding Self-Efficacy in two groups of mothers was not significantly varied at different postpartum intervals, Breast-feeding Self-Efficacy of mothers with infants who were admitted to the newborns was lower than those mothers whose babies was healthy, which may be due to the mental and environmental conditions of the mothers following the admission of the newborn babies. The Breast-feeding Self-Efficacy in the group of mothers with a healthy baby also declined during the three months after delivery, which calls for continued education and support for mothers in the promotion of breastfeeding.

Key words: Self-efficacy, Breast milk, Newborn, Hospitalization

Address: Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Tel: (+98) 09131091715

Email: farhadieh76@gmail.com

¹ MSc in Pediatric Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Ph.D. in Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

³ Ph.D. in Midwifery, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran