

## بررسی ارتباط خودکارآمدی شیردهی با تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران نخست‌زا

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۳/۳؛ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۱

### چکیده

لیلی رحمت‌نژاد<sup>۱</sup>، فریده باستانی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران  
<sup>۲</sup>دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تغذیه کودک در سال‌های اول پس از تولد، به‌ویژه دو سال اول از جنبه‌های مختلف اهمیت دارد. مهم‌ترین ویژگی این دوران آن است که آسیب‌های جسمی و مغزی ناشی از سوء تغذیه پس از سپری شدن این دوران قابل جبران نیستند. شیردهی موفق نه تنها به فاکتورهای روانشناختی و اجتماعی بستگی داشته، بلکه به شرایط فیزیولوژیکی که می‌تواند شروع شیردهی را تحت تأثیر قرار دهند بستگی دارد. به‌علاوه عوامل دیگری بر طول مدت شیردهی دخالت دارند که شامل: سن و تحصیلات مادر، درآمد خانواده، زمان تصمیم‌گیری برای اولین شیردهی، زمان اولین تغذیه و همچنین مهارت و خودکارآمدی مادر در شیردهی است. به این لحاظ، پژوهش حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی شیردهی انحصاری در مادران و ارتباط آن با تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام شده است. در این تحقیق توصیفی، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. حجم نمونه ۳۳۱ نفر بود که به‌طور مستمر از میان مادران نخست‌زا در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی تهران انتخاب شدند.

یافته‌های تحقیق حاضر، نتایج امیدوارکننده‌ای داشت. به این ترتیب که در کل نمونه‌های مورد پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه دارای تغذیه انحصاری  $53/64 \pm 9/8$  و در گروه دارای تغذیه غیرانحصاری  $46/11 \pm 9/23$  بدست آمد که نشان می‌داد افراد دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر، دارای نمره خودکارآمدی شیردهی بالاتری نسبت به افراد دارای تغذیه غیر انحصاری بودند. به منظور افزایش بیش از پیش خود کارآمدی شیردهی در مادران نخست‌زا در جهت افزایش میزان شیردهی آنها، تدوین استراتژی‌های مناسب توصیه می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** خودکارآمدی شیردهی، تغذیه انحصاری، مادران نخست‌زا

\* نویسنده مسئول: عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۰۹۱۲-۳۲۱۲۳۱۱  
E-mail: Faridehbastani@yahoo.com

### مقدمه

تغذیه کودک در سال‌های اول پس از تولد، بویژه دو سال اول از جنبه‌های مختلف اهمیت دارد. مهم‌ترین ویژگی این دوران آن است که آسیب‌های جسمی و مغزی ناشی از سوء تغذیه پس از سپری شدن این دوران قابل جبران نیستند. همچنین عادات غذایی در این دوران شکل می‌گیرد. بنابراین توجه به مواد غذایی مصرفی کودک و ایجاد الگوی مصرف مناسب غذایی، اهمیت فوق‌العاده زیادی دارد.<sup>۱</sup> در طول مرحله شروع زندگی، شیر مادر، بدون شک، غذایی است که اغلب ویژگی‌های تغذیه ایده آل را دارا می‌باشد. به‌طوریکه اثر مثبت شیر مادر بر روی رشد و تکامل کودک مورد تأیید اصولی

قرار گرفته است. شیر مادر از مزایای روانشناختی و ایمنولوژیکی فراوانی برخوردار است که در کاهش مرگ و میر نوزادان بسیار با اهمیت می‌باشد.<sup>۲</sup>

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۱) مادران سراسر دنیا را به تغذیه انحصاری نوزادان تا ۶ ماهه اول کودک جهت دستیابی به رشدبهبینه، تکامل و سلامتی توصیه می‌کند.<sup>۳</sup>

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) شیردهی انحصاری را تا ۶ ماه اول تولد کودک و ادامه آن به همراه غذای جامد تا ۲ سالگی به مادران توصیه نموده است و مدت زمان بین سه ماهه آخر بارداری تا ۶ ماه پس از تولد، بحرانی‌ترین دوره برای تغذیه جنین و شیرخوار به حساب

شیردهی در نظر گرفته شود، در ضمن ابزار معتبری برای شناسایی مادران در معرض خطر قطع شیردهی می‌باشد.<sup>۱۰</sup>

خود کفایتی یا خود کارآمدی شیردهی (Breastfeeding Self-Efficacy (BSE) شناختی اجتماعی social-cognitive theory بندورا Bandura است، باور و اطمینان فرد در توانایی خود جهت رفتارهای بهداشتی منجمله شیردهی انحصاری و موفق می‌باشد. در این رابطه دنیس معتقد است که هر چه میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران بالا رود، ارتباط معناداری با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری خواهد داشت.<sup>۱۱</sup> بر طبق تئوری بندورا، خودکارآمدی تحت تأثیر چهار منبع اطلاعاتی اصلی قرار می‌گیرد<sup>۱۲،۱۳</sup> که عبارتند از:

- ۱- دستاوردهای عملکردی Performance Accomplishments (برای مثال تجربه شیردهی قبلی)
  - ۲- تجربه های نیابتی یا جانشینی Vicarious Experiences (برای مثال مشاهده زنان شیرده دیگر)
  - ۳- متقاعد سازی کلامی Verbal Persuasion (برای مثال تشویق از طرف افراد موثر مثل دوستان، خانواده و مشاوره های قبلی)
  - ۴- پاسخ های فیزیولوژیکی Physiological Responses (برای مثال خستگی، استرس، اضطراب)
- دنیس در سال (۲۰۰۶) در کانادا یک مدل پیشگویی چند عاملی خود کارآمدی شیردهی را در هفته اول بعد از زایمان توسعه داد. به منظور قسمتی از یک مطالعه طولی، یک نمونه متشکل از ۵۲۲ مادر شیرده پرسشنامه هایی را در هفته اول بعد از زایمان پر کردند. در این مدل ۸ متغیر زیر در یک هفته اول پس از زایمان بیشترین سهم را داشتند: آموزش مادران، حمایت شدن از طرف سایر زنان دارای فرزند، نوع زایمان، احساس رضایت با برطرف شدن درد زایمان، احساس رضایت با مراقبت پس از زایمان، درک پیشرفت شیردهی، روش شیردهی نوزاد به صورت برنامه ریزی شده و اضطراب مادران. ایشان نتیجه گیری کردند که مقیاس خودکارآمدی شیردهی انحصاری (BSES) Breastfeeding Self Efficacy Scale ممکن است برای تعیین فاکتورهای خطر مورد استفاده قرار گرفته، تا متخصصین بهداشتی قادر به بهبود کیفیت مراقبت از مادران تازه شیرده باشند.<sup>۱۴</sup>

آمده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر را در ۶ ماه اول پس از تولد مطلوب ترین تغذیه عنوان کرده و بسیار با اهمیت می‌داند.<sup>۴</sup> آمار نشان می‌دهد که عدم استفاده از شیر مادر میزان مرگ و میر کودکان را در کشورهای در حال توسعه به هر ۳۰ ثانیه ۱ کودک و هر سال ۱/۵ میلیون کودک رسانده و ۷۰ درصد مرگ و میر کودکان در این کشورها در نتیجه عدم استفاده از شیر مادر است.<sup>۵</sup>

مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها Centers for Disease Control and Prevention (CDC) طی یک مطالعه وسیع در امریکا اعلام نموده که گرچه تعداد زنانی که از شیر خود، کودکان را تا ۶ ماه بطور انحصاری تغذیه می‌کنند در حال افزایش است، اما هنوز این میزان چندان مطلوب بنظر نمی‌رسد. به عبارت بهتر، مطالعات اخیر در امریکا نشان می‌دهد که ۷۰/۹۱٪ مادران پس از زایمان، تغذیه با شیر مادر را شروع می‌کنند اما تنها ۳۶/۲٪ آنها تا ۶ ماهگی تغذیه با شیر مادر را بطور انحصاری ادامه می‌دهند و ۱۷/۲٪ آنان، تا ۱۲ ماهگی شیر مادر را به همراه غذای جامد و مکمل به کودکانشان ادامه می‌دهند.<sup>۶</sup>

طبق گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران در سال ۱۳۸۵ کمتر از یک سوم و به عبارتی تنها ۲۸ درصد از نوزادان زیر شش ماه ایران از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بوده‌اند.<sup>۷</sup> از طرفی فاکتورهایی که جهت تعیین میزان کلی شیردهی و مدت زمان شیردهی شناخته شده‌اند به فاکتورهای دموگرافیکی، ارتباطی- روانشناختی و بهداشت نیز ارتباط پیدا می‌کنند.<sup>۸</sup> فاکتورهای متعددی بطور ذاتی با موفقیت شیردهی در انسان در ارتباط می‌باشند. مهمترین فاکتور شناخته شده جهت شیردهی آموزش مادران می‌باشد. عوامل دیگری نیز بر طول مدت شیردهی دخالت دارند که شامل: سن و تحصیلات مادر، درآمد خانواده، حمایت خانواده، اقدامات قبل از تولد، زمان تصمیم گیری برای اولین شیردهی، زمان اولین تغذیه و همچنین مهارت و خودکارآمدی (Self Efficacy) مادر در شیردهی هستند.<sup>۹</sup>

خود کارآمدی از متغیرهای قابل تعدیل و اصلاح پذیر بوده و ممکن است با تدوین برنامه آموزشی مناسب بتوان آن را افزایش داد. خودکارآمدی شیردهی چهارچوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که قرار است برای افزایش طول مدت و سطح

بیمارستان شهید اکبر آبادی تهران می‌باشد. جامعه پژوهش در این تحقیق را کلیه مادران نخست‌زایی که زایمان (طبیعی، سزارین یا با فرسپس و واکيوم) کرده بودند و دارای معیارهای ورود به تحقیق بودند را شامل می‌شد. معیارهای ورودی مادران در مطالعه عبارت بودند از:

۱- ایرانی الاصل بودن

۲- مادرانی که دارای فرزند زنده و بدون ناهنجاری شناخته شده باشند

۳- مادران نخست‌زایی که حداقل ۲۴ ساعت (از تاریخ زایمانشان) در بیمارستان بستری بوده و قادر به تکمیل پرسشنامه بطور کتبی یا شفاهی باشند.

۳- مادرانی که طبق اظهار شخصی خود سابقه هیچ گونه بیماری جسمی، روانی و اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر را نداشته باشند. در این مطالعه روش نمونه‌گیری بطور مستمر در مدت سه ماه انجام شد، به این صورت که پژوهش‌گر به منظور نمونه‌گیری هر روز به محیط پژوهش (بیمارستان شهید اکبر آبادی تهران)، بخش بعد از زایمان postpartum و یا سزارین مراجعه نموده و با کسب اجازه از واحدها و ارائه توضیح در رابطه با اهداف پژوهش، از میان مادران واجد شرایط، که تمایل به همکاری داشتند و موافقت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام می‌داشتند، با دریافت رضایتنامه کتبی، اقدام به نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌های تحقیق از طریق تکمیل پرسشنامه می‌نمود. در این تحقیق تعداد نمونه‌ها با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و با توان آزمون ۸۰٪ برابر با ۳۳۱ نفر برآورد گردید. برای گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده شد که پرسشنامه اول در خصوص اطلاعات دموگرافیک مادران نخست‌زا، پرسشنامه دوم در خصوص خودکفایتی یا خودکارآمدی شیردهی (دنيس، ۲۰۰۳).<sup>۱۷</sup> که توسط مادران شرکت‌کننده در پژوهش تکمیل می‌شد و در صورت بیسواد بودن افراد مورد پژوهش، توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه مشخصات فردی مادر شامل سؤالات بسته و پاسخ کوتاه در ارتباط با سن، تحصیلات، شغل مادران، وضعیت اقتصادی خانواده و وزن نوزاد در هنگام تولد بود. متغیر خودکارآمدی شیردهی توسط پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی (دنيس، ۲۰۰۳) که شامل ۱۴ سوال بود مورد سنجش قرار گرفت. تمامی سؤالات با پیشوند "من

ارتم و همکاران در سال ۲۰۰۱ به منظور تعیین شیوع و ارتباط قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر یک مطالعه طولی را در ترکیه روی مادران واجد شرایط انجام دادند. یک مطالعه طولی مشاهده‌ای در ۶۴ زن با درآمد پایین، در مادران انگلیسی‌زبانی که شیردهی را در یک هفته بعد از زایمان با نوزادان ترم شروع کردند، انجام شد. دانش، گرایش‌ها، باورها و مشکلات مربوط به تغذیه انحصاری با شیر مادر، به وسیله مصاحبه‌هایی در ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان، و ۲ هفته بعد از زایمان و به وسیله چارت‌های مروری در ۴ و ۶ ماه پس از زایمان بررسی شد. ایشان به این نتیجه رسیدند که اطمینان شیردهی، به نسبت مشکلات درک شده، در ارتباط با ختم زودهنگام شیردهی است. به طور ویژه مادران بارداری که از اطمینان پایینی از توانایی خود برای شیردهی برخوردار بودند، ۲ مرتبه قطع شیردهی پیش از دو ماه بعد از زایمان را بیشتر داشتند.<sup>۱۵</sup>

اوکامپو و همکاران به منظور بررسی ارتباط فاکتورهای قبل از زایمان مرتبط با طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر که روی ۱۹۸ زن شیرده با بررسی فاکتورهای دموگرافیکی روانی اجتماعی و فاکتورهای پزشکی انجام شد، دریافتند که اطمینان مادری از بین ۱۱ فاکتور روانشناختی و دموگرافیکی که بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر مؤثر هستند، ۵ فاکتور در طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر اهمیت بیشتری دارند که یکی از آنها اطمینان مادران در شیردهی است. زنان دارای خودکارآمدی شیردهی پایین ۳/۱ بار بیشتر در مقایسه با زنان دارای اطمینان شیردهی بالا در معرض خطر قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر قرار داشتند.<sup>۱۶</sup> با توجه به اهمیت تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و همچنین کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در سال‌های اخیر، در این تحقیق، خودکارآمدی شیردهی انحصاری در مادران نخست‌زا و ارتباط آن با شیردهی انحصاری مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است.

## روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بوده که بمنظور بررسی "خودکارآمدی شیردهی" و ارتباط آن با تغذیه انحصاری در مادران نخست‌زا انجام گردیده است. محیط پژوهش در این مطالعه،

مربوط به میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی شیردهی می‌باشد که با استفاده از آزمون تی مستقل اختلاف آنها در دو گروه دارای تغذیه انحصاری و عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد بررسی قرار گرفته است.

نوع زایمان در ۵۵/۳ درصد نمونه‌ها زایمان طبیعی و ۴۴/۷ درصد سزارین بود. وزن هنگام تولد نوزادان در ۶/۶ درصد واحدهای مورد پژوهش زیر ۲۵۰۰ گرم، در ۷۸/۵ درصد ۲۵۰۰-۳۵۰۰ گرم و در ۱۴/۸ درصد بالاتر از ۳۵۰۰ گرم بود وزن نوزاد در دو گروه دارای خودکارآمدی شیردهی بالا و پایین با استفاده از آزمون تی مستقل مقایسه شد و از لحاظ آماری اختلاف معنی داری در میانگین وزن نوزادان این دو گروه مشاهده نگردید.

همچنین ۵۵/۳ درصد دارای سطح تحصیلات پایین تر از دیپلم، ۳۹ درصد دیپلم و ۵/۷ درصد دارای سطح تحصیلات بالا تر از دیپلم بودند. ۳/۶ درصد آنها شاغل و ۹۶/۴ درصد خانه دار بودند. ۱۴/۲ درصد از نمونه‌ها وضعیت اقتصادی خود را خوب، ۷۶/۱ درصد متوسط و ۹/۷ درصد ضعیف گزارش کردند که میتوان اظهار نمود که با خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنادار آماری نداشت ( $p=0/059$ )،  $\chi^2=5/66$ ، و ارتباط خودکارآمدی شیردهی مادران و شغل آنها با استفاده از آزمون کای اسکور مقایسه شد و از لحاظ آماری ارتباط معنی داری بین آنها مشاهده نگردید. ارتباط خودکارآمدی

جدول ۱. توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری متغیر خودکارآمدی شیردهی در ۲۴ ساعت اول بعد زایمان در نمونه‌های مورد پژوهش در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران

متغیر	فراوانی	درصد	شاخصهای آماری
خودکارآمدی بالا	۱۶۲	۵۱/۱	حداقل ۲۰
شیردهی			حداکثر ۷۰
پایین	۱۶۹	۴۸/۹	میانگین ۵۱
			انحراف معیار ۱۰/۲۴
			میان ۵۰
جمع	۳۳۱	۱۰۰	

جدول ۲. توزیع نوع تغذیه در نمونه‌های مورد پژوهش

نوع تغذیه	فراوانی	درصد
انحصاری	۱۷۴	۵۲/۶
غیرانحصاری	۱۵۷	۴۷/۴
جمع	۳۳۱	۱۰۰

میتوانم همواره ".... شروع شده که در مقیاس ۵ طبقه‌ای لیکرت و بر طبق پیشنهاد بندورا در تئوری خودکارآمدی، بصورت جملات مثبت طراحی شده اند. بدین ترتیب که دامنه نمرات بین ۱ نشاندهنده " هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم" تا ۵ که نشاندهنده "همواره یا کاملاً مطمئنم" برای هر پاسخ در نظر گرفته می‌شد که دامنه امتیازات خودکارآمدی شیردهی، بترتیب بین ۱۴ تا ۷۰ بود. بطوری که بالاترین نمره نشان دهنده بالاترین خودکارآمدی در شیردهی تلقی می‌شد و بالعکس. بعبارت دیگر هرچه نمرات بالاتر از میانه قرار داشت، فرد، دارای خودکارآمدی شیردهی بالا و بالعکس هرچه نمرات پایین تر از میانه بود، فرد دارای خودکارآمدی پایین بحساب می‌آمد.<sup>۱۱</sup>

در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی ابزار و جهت ثبات درونی Internal reliability مقیاس مورد استفاده، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی- تحلیلی شامل محاسبه شاخص‌های مرکزی، تنظیم جداول توزیع فراوانی و آزمون کای اسکور و آزمون تی مستقل استفاده شد. نرم افزار مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ۱۶ SPSS بود.

## نتایج

نتایج حاصل از پژوهش در جداول شماره ۱ تا ۳ نشان داده شده است. در این پژوهش ۵۱/۱ درصد از نمونه‌ها دارای خودکارآمدی شیردهی بالا و ۴۸/۹ درصد از نمونه‌ها دارای خودکارآمدی شیردهی پایین بودند. محدوده سنی از ۱۶ تا ۴۰ سال متغیر بود. ۶۰/۴ درصد نمونه‌ها دارای سن کمتر از ۲۴ سال، ۳۶/۶ درصد نمونه‌ها دارای ۲۴-۳۰ سال، ۳ درصد نمونه‌ها دارای سن بالاتر از ۳۰ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سن در خودکارآمدی بالا و پایین بترتیب ۲۳/۰۴±۴/۱۷ و ۲۲/۸±۳/۶ بود. همچنین نتیجه آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف معنی داری در خصوص سن بر حسب خودکارآمدی بالا و پایین وجود ندارد ( $p=0/63$ ).

در رابطه با تعیین ارتباط "خودکارآمدی شیردهی" با "قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر" در مادران نخست‌زا در دوران نوزادی در بیمارستان اکبرآبادی « جدول شماره ۳ تنظیم شده است. این جدول

جدول ۳. مقایسه نمرات کسب شده از متغیر خودکارآمدی شیردهی به تفکیک تغذیه انحصاری در نمونه‌های مورد پژوهش

خودکارآمدی شیردهی	تغذیه انحصاری		بله		خیر		جمع	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بالا	۷۱/۶	۱۱۶	۲۸/۴	۴۶	۱۰۰	۱۶۹	۱۰۰	۱۶۹
پایین	۳۴/۳	۵۸	۶۵/۷	۱۱۱	۱۰۰	۱۶۲	۱۰۰	۱۶۲
جمع	۵۲/۶	۱۷۴	۴۷/۴	۱۵۷	۱۰۰	۳۳۱	۱۰۰	۳۳۱
میانگین و انحراف معیار	۵۳/۶۴±۹/۸		۴۶/۱۱±۹/۲۳					

$$t=7/176, df=329, p=0/001$$

مستقل t نتیجه آزمون

نیستند، به طور قابل ملاحظه‌ای از سطوح پایینتری از اطمینان شیردهی نسبت به مادرانی که به مدت بیش از ۶ ماه شیر دادند، برخوردارند.<sup>۱۸</sup>

همچنین نتایج این مطالعه با مطالعات اوکامپو و دیگران همخوانی داشت که دریافتند که در رابطه با اطمینان مادری از بین ۱۱ فاکتور روان‌شناختی و دموگرافیکی که بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر مؤثرند، زنان دارای خودکارآمدی شیردهی پایین ۳/۱ برابر بیش از زنان دارای اطمینان شیردهی بالا، در معرض خطر قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر قرار داشتند.<sup>۱۶</sup> همچنین یافته‌های این تحقیق با مطالعات بوکستون و دیگران نیز همخوانی دارد که دریافتند که ۲۷٪ از زنان با اطمینان پایین شیردهی در دوره قبل از زایمان، در مقایسه با فقط ۵٪ زنان دارای اطمینان بالا، در طول هفته اول بعد از زایمان، تغذیه انحصاری با شیر مادر را قطع کردند.<sup>۱۹</sup> همچنین یافته‌های این تحقیق با مطالعات ورعی و همکاران نیز همخوانی دارد که دریافتند که خودکارآمدی شیردهی مادران ارتباط معناداری با وضعیت شیردهی دارد.<sup>۴</sup> نتایج حاصل از این تحقیق در راستای پژوهش‌های ذکر شده مؤید این ارتباط است.

این مطالعه نشان می‌دهد که ارتباط آماری معنی داری بین خودکارآمدی شیردهی و سن و وضعیت اقتصادی مادران مورد پژوهش وجود ندارد که این یافته با یافته‌های Marcer در سال ۱۹۸۱ که نشان داد سن و سطوح اقتصادی-اجتماعی فاکتورهای قابل توجهی هستند که دستیابی به نقش مادری را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در تناقض است<sup>۲۰</sup> که احتمالاً به علت متفاوت بودن جامعه‌های مورد پژوهش باشد زیرا در تحقیق حاضر جامعه مورد پژوهش فقط شامل مادران نخست‌زا می‌باشد. بین استرس درک شده با وزن نوزاد نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. این در حالی

شیردهی مادران و وضعیت اقتصادی آنها با استفاده از آزمون کای اسکور مقایسه شد و هر چند از لحاظ آماری ارتباط معنی داری بین آنها مشاهده نگردید ولی تمایل به معنی داری از لحاظ آماری با  $p=0/059$  بین آنها مشاهده شد.

برای مقایسه میانگین خودکارآمدی شیردهی دردو گروه مادران نخست‌زا با تغذیه انحصاری و غیر انحصاری از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که با  $(p=0/001)$  بین دو گروه از مادران (با تغذیه انحصاری و غیر انحصاری با شیر مادر) اختلاف معنی داری وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که مطابق جدول شماره ۳، در کل نمونه‌های مورد پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه دارای تغذیه انحصاری  $53/64 \pm 9/8$  و در گروه دارای تغذیه غیر انحصاری  $46/11 \pm 9/23$  بدست آمد که نشان می‌داد افراد دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر، دارای نمره خودکارآمدی شیردهی بالا و افراد دارای تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر، دارای نمره خودکارآمدی شیردهی پایین بودند.

برای مقایسه میانگین خودکارآمدی شیردهی دردو گروه مادران نخست‌زا با تغذیه انحصاری و غیر انحصاری با شیر مادر، از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که مطابق جدول ۳، با  $(p=0/001)$  بین دو گروه از مادران (با تغذیه انحصاری و غیر انحصاری با شیر مادر) اختلاف معنی داری وجود دارد که این مطالعه با مطالعات پاپینزاک و ترنر همخوانی داشت. بطوریکه پاپینزاک و ترنر دریافتند مادرانی که برای برقراری شیردهی توانمند

بطور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی شیردهی مادران با شیردهی انحصاری آنان در ارتباط است لذا افزایش سطح آگاهی مادران به ویژه در اولین بارداری و تأثیر آن روی خودکارآمدی شیردهی ضروری می‌باشد.

است که مطابق یافته Kersting و همکاران، نوزادان خیلی کم وزن برای مادران به عنوان یک ترومای روحی پس از زایمان تلقی می‌شوند،<sup>۲۱</sup> که این تناقض می‌تواند بدلیل عدم وجود نوزاد خیلی کم وزن در پژوهش فعلی باشد.

## References

۱. مرندی ع، بنی فضل م، روزمه د، همایون هاشمی ا. تغذیه و اختلالات تغذیه‌ای در کودکان. نلسون ۱۹۹۲.
2. Marques R F, Lopez F A and Braga J A. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. J Pediatr (Rio J) 2004;80(2):99-105 .
3. World Health Organization (WHO) Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere.
4. World Health Organization (WHO) The optimal duration of exclusive breast feeding. Results of a WHO systematic review. 2001. www.who.int/inf-pr-2001/en/note 2001-07.html ed: World Health Organization.
۵. ورعی ش، مهرداد ندا و همکاران. ارتباط بین خودکارآمدی شیردهی و وضعیت شیردهی در مادران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۵، شماره ۳، ۱۳۸۸، ۳۸-۳۱.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding: Data and statistics. Breastfeeding practices 2003. Results from the 2003 National Immunization Survey (updated August 11, 2004). Retrieved May 2005 from <http://www.cdc.gov/breastfeeding/NIS-data>
7. UNICEF- BreastFeeding information in Iran. Available at <http://www.unicef.org/iran/fa/media.html>. Accessed 2006.
8. Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding on Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress?. International Journal of Nursing Studies 2006, 43, 11-20.
9. Krouse A M. The family management of breastfeeding Low Birth Weight infants. J Hum Lact 2002;18(2):155-65.
۱۰. حسن‌پور ش، بانی س و همکاران. خودکارآمدی شیردهی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز. مجله پرستاری و مامایی تبریز. شماره ۱۹ (پاییز ۱۳۸۹) ص ۵۳-۴۷.
11. Blyth R, Creedy DK, Deniss CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. Birth 2002; 29(4):278-84.
12. Dai X, Dennis CL. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Chinese. Journal of Midwifery & Women's Health 2003;48(5):351-6.
13. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. J Hum Lact 1999; 15(3):195-201.
14. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. Res Nurs Health 2006;29(4):256-68.
15. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breast feeding. Pediatrics 2001; 107(3): 543-80.
16. Ocampo P, Faden RR, Cielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breast feeding duration: Recommendations for prenatal interventions. Birth 1992; 19(4): 195-201.
17. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003 Nov-Dec;32(6):734-44.
18. Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breast feeding in a large Queensland maternity hospital. Breast feed Rev 2000; 8(1): 25-33.
19. Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chawaloow AJ. Women intending to breast feed: Predictors of early infant feeding experiences. Am J prevent Med 1991;7(2):101-6.
20. Marcer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. Nursing Research 1981 ; 30(2): 73-77.
21. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann, Ludorff K, Withhaut J, Ohrmann P, Hornig-Franz I, Klockenbusch , Harms E, Arolt V. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. J Psychosomatic Research 2004 ; 57: 473-476.