

بررسی تأثیر مراقبت مادرانه آغوشی بر خودکارآمدی

شیردهی مادران نخست زان ۳ ماه پس از زایمان

فاطمه زهرا کریمی^۱، دکتر سپیده باقری^۲، دکتر فاطمه تارا^۳،

دکتر طلعت خدیوزاده^{۴*}، دکتر سید مجتبی موسوی بزاز^۵

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۸

خلاصه

مقدمه: شیر مادر بهترین منبع غذایی برای نوزادان است و تغذیه انحصاری با شیر مادر برای ۶ ماه اول زندگی و تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۲ سال توصیه می شود. یکی از متغیرهای مهم در طول مدت شیردهی، خودکارآمدی شیردهی است که احساس اطمینان و باور مادر در مورد توانایی وی برای شیردهی می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مراقبت مادرانه آغوشی بر خودکارآمدی شیردهی مادران نخست زان ۳ ماه پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۷۲ زن نخست باردار مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان ام البنین (س) شهر مشهد انجام شد. شرکت کنندگان به دو گروه مراقبت مادرانه آغوشی و مراقبت مرسوم تقسیم شدند و تا ۳ ماه پس از زایمان جهت ارزیابی خودکارآمدی شیردهی مورد پیگیری قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های کای دو و تی دانشجویی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان در گروه مراقبت مادرانه آغوشی $۵۶/۲۹ \pm ۴/۵۷$ و در گروه مراقبت مرسوم $۵۱/۸۷ \pm ۱۰/۴۳$ بود که تفاوت آماری معنی داری را نشان داد ($p=۰/۰۳۵$).

نتیجه گیری: مراقبت مادرانه آغوشی بلافاصله پس از زایمان منجر به افزایش میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران می شود و به عنوان یک روش آسان، ارزان و در دسترس برای افزایش میزان های شیردهی می باشد.

کلمات کلیدی: خودکارآمدی، شیردهی، مراقبت مادرانه آغوشی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر طلعت خدیوزاده؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۵۴۹۶۷۷؛ پست الکترونیک: khadvizadeht@mums.ac.ir

مقدمه

شیر مادر، یک مایع بیولوژیک پیچیده و یک غذای بسیار مطلوب و ایده آل برای نوزادان است و می‌تواند حداکثر تعادل تغذیه ای را از نظر کیفیت و کمیت برای نوزاد فراهم کند (۱-۳)، لذا تغذیه انحصاری با شیر مادر برای ۶ ماه اول زندگی و تداوم آن همراه با تغذیه تکمیلی تا ۲ سال مورد تأکید قرار گرفته است (۴). اما علی‌رغم فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه اول پس از تولد، امروزه کاهش میزان های شیردهی، یکی از اساسی ترین مشکلات بهداشت عمومی است (۵). یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر تغذیه با شیر مادر، خط مشی های بیمارستانی و مراقبت ها و مداخلات مامایی در هنگام زایمان است (۶) و جداسازی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، یکی از این اقدامات است (۷). جداسازی مادر و نوزاد پس از تولد، حتی به صورت کوتاه مدت می‌تواند منجر به کاهش موفقیت نوزاد برای شروع رفتارهای غریزی تغذیه‌ای، کاهش اعتماد به نفس و خودکارآمدی مادر در ارتباط با شیردهی شود (۸-۱۰). خودکارآمدی، احساس اطمینان و باور افراد در مورد توانایی انجام یک کار و یا یک رفتار است (۱۱). خودکارآمدی شیردهی نیز توانایی درک شده مادر برای شیردهی کودک است و چهارچوب با ارزشی است که رفتار شیردهی مادر را پیش بینی کرده، اعتماد به نفس مادری و درجه توانایی او را در انجام شیردهی نشان می‌دهد (۱۲). خودکارآمدی، یک متغیر مهم در پیشگویی طول مدت شیردهی و همچنین شناسایی مادرانی است که سریعاً دوران شیردهی خود را خاتمه می‌دهند (۱۳)، به علاوه داشتن خودکارآمدی در شیردهی برای تداوم شیردهی حیاتی است. خودکارآمدی شیردهی تحت تأثیر چهار عامل مهم قرار می‌گیرد که عبارتند از: دستاوردهای عملکردی^۱، تجربه های نیابتی یا جانشینی^۲، متقاعدسازی کلامی^۳ و پاسخ های فیزیولوژیکی^۴. دنیس معتقد است که مراقبین بهداشتی می‌توانند از طریق این عوامل، خودکارآمدی شیردهی را افزایش دهند (۹).

دستاوردهای عملکردی به تغذیه با شیر مادر اشاره می‌کند؛ بدین معنا که هر نوع تجربه شیردهی موفق، توانایی درک شده مادر را برای شیردهی افزایش می‌دهد، یعنی یک تجربه موفق، خودکارآمدی را افزایش و شکست خودکارآمدی را کاهش می‌دهد. بنابراین به نظر می‌رسد که اقدامات حمایتی در زمان تولد مانند به حداقل رساندن مداخلات و عدم جداسازی مادر و نوزاد می‌تواند جایگاه منطقی برای متمرکز نمودن تلاش هایی باشد که به منظور افزایش خودکارآمدی شیردهی انجام می‌شود (۸). بر این اساس، مراقبت مادرانه آغوشی توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است. مراقبت مادرانه آغوشی نوعی مراقبت از نوزادان است که در آن نوزاد در تماس پوستی با مادر حمل می‌شود، روشی آسان است که بر اساس قوانین علمی برای مراقبت نوزادان به کار می‌رود (۱۵-۱۶). در مراقبت مادرانه آغوشی، نوزاد در تماس پوستی با مادر حمل می‌شود و به دو شکل مداوم و متناوب (از چند دقیقه تا ۲۴ ساعت شبانه روز و از چند روز تا چندین هفته) صورت می‌گیرد و زمان شروع آن از لحظه تولد تا چند روز پس از آن متغیر است. نوزادان هنگامی که در تماس پوستی با مادرشان قرار می‌گیرند، رفتارهای فطری اختصاصی گونه^۵ را از خود بروز می‌دهند. بروز این رفتارها منجر به افزایش پاسخ به تحریکات بدن مادر و بروز و پیشرفت رفتارهای تغذیه‌ای به وسیله بو در نوزاد می‌شود که در نتیجه آن، نوزاد پستان مادر را می‌گیرد و توانایی مکیدن را به دست می‌آورد و شروع به تغذیه می‌کند (۱۱، ۱۲، ۱۷، ۱۸). اما جداسازی نوزاد از مادر در این مرحله برای انجام اقدامات مرسوم بیمارستان با بروز اینگونه رفتارها تداخل داشته و منجر به ایجاد اختلال در شروع شیردهی می‌شود. لذا با توجه به اینکه جداسازی نوزاد از مادر بلافاصله پس از زایمان منجر به کاهش موفقیت در تغذیه با شیر مادر و در نتیجه کاهش خودکارآمدی شیردهی می‌شود و با توجه به اینکه خودکارآمدی شیردهی، قوی ترین پیشگویی کننده طول مدت شیردهی است و به دنبال کاهش آن، میزان تغذیه با شیر مادر نیز کاهش می

¹ Performance Accomplishments

² Vicarious Experiences

³ Verbal Persuasion

⁴ Physiological Responses

⁵ Species specific innate behavior

معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلاء مادر به بیماری طبعی، استفاده از داروهای خاص در دوران شیردهی (مانند آمفتامین ها، عوامل ضد نئوپلاسم، کلرفنیرآمین، بروموکریپتین، پریمیدون، دوکسوروبیسین، تتراسایکلین، تیواوراسیل، مپروپامات، متی مازول، کوکائین، سیکلوفسفامید، سیکلوسپورین، کلرامفنیکل، لیتیم، متوترکسات، فن سیکلیدین، فنین دیون، دی اتیل استیل بسترول، ارگوتها، نمکهای طلا و مواد دارویی رادیو اکتیو)، مواجهه با حادثه ناگوار مانند مشکلات زناشویی، مرگ عزیزان و ورشکستگی مالی، عدم دسترسی و عدم تمایل به ادامه همکاری و ابتلاء نوزاد به مشکلاتی که منجر به اختلال در تماس پوستی و تغذیه با شیر مادر شده باشد (مانند ناهنجاری عصبی- حرکتی، مشکلات قلبی، تنفسی، عصبی- حرکتی، متابولیک و یا هر گونه ناهنجاری و مشکل طبی دیگر) بود.

مادران به طور تصادفی به دو گروه ۳۶ نفره مراقبت مادرانه آغوشی و مراقبت مرسوم تقسیم شدند. در گروه مراقبت مادرانه آغوشی، بلافاصله پس از تولد، نوزاد بدون پوشش و لخت در وسط سینه مادر به صورت سینه به سینه قرار می گرفت؛ به گونه ای که سر به یک طرف برگردانده شده و گردن نوزاد در وضعیت تقریباً کشیده به عقب نگه داشته می شد و ران ها و بازوهای نوزاد خم می شدند، بند ناف قطع و جهت جلوگیری از اتلاف گرما در حالی که نوزاد در تماس پوستی با مادرش بود، خشک می شد. سر نوزاد با استفاده از یک کلاه پارچه ای و پشت نوزاد نیز با استفاده از ۲ حوله گرم شده از قبل پوشیده می شد. مراقبت مادرانه آغوشی در اتاق زایمان، حین انتقال به اتاق پس از زایمان و در اتاق پس از زایمان تا انتقال مادر به بخش مامایی صورت گرفت که طول این مدت ۲ ساعت بود. نمره آپگار در حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد تعیین شد و اندازه گیری وزن، قد و دور سر نوزاد و تزریق ویتامین K پس از پایان ۲ ساعت، در زمان انتقال به بخش مامایی صورت گرفت. در گروه مراقبت مرسوم، طبق معمول زایشگاه بلافاصله پس از زایمان و قطع بندناف، نوزاد خشک شده و نمره آپگار تعیین و توزین و تزریق ویتامین K انجام و تا

یابد، ضرورت شناسایی استراتژی های مؤثر در برقراری شیردهی موفق به عنوان یک عامل مهم افزایش دهنده خودکارآمدی شیردهی در مادران مشاهده می شود. همچنین مطالعات انجام شده در ایران نشان می دهد که میزان خودکارآمدی شیردهی در زنان در حد پایینی است؛ به طوری که در مطالعه حسن پور و همکاران (۲۰۱۰) که میزان خودکارآمدی شیردهی در ماه آخر بارداری مورد بررسی قرار گرفت، فقط ۲/۵ درصد از زنان باردار نمره خودکارآمدی بالا داشتند، لذا تدوین استراتژی های مناسب جهت افزایش خودکارآمدی شیردهی زنان ضروری است (۱۹). لذا با توجه به فقدان مطالعات و به ویژه مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت مادرانه آغوشی بلافاصله پس از زایمان بر خودکارآمدی شیردهی مادران نخست زا ۳ ماه پس از زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۷۲ زن نخست باردار مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان ام البنین (س) شهر مشهد که واجد شرایط پژوهش بودند و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انجام شد. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی، با استفاده از فرمول حجم نمونه برای آزمون اختلاف بین دو میانگین با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۵۴ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن امکان افت نمونه، ۷۲ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر مشهد بودن، سن بین ۱۸-۳۵ سال، حداقل سواد ابتدایی، عدم مصرف دخانیات و مواد مخدر، بارداری اول و خواسته، سن بارداری بین ۳۷-۴۲ هفته کامل، تصمیم به شیردهی از پستان، زایمان تک قلو و طبیعی، عدم ابتلاء به بیماری طبی، نبود نقص آناتومیکی و یا سابقه جراحی در پستان و عدم تحصیل در رشته های علوم پزشکی، روانشناسی و مشاوره و نوزاد سالم و طبیعی با وزن بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم بود.

زمان ترمیم صدمات پرینه و اپی زیاتومی مادر در داخل پتویی زیر وارمر نگهداری می شد. پس از ترمیم، نوزاد در داخل پتو تحویل مادر می شد.

در هنگام ترخیص به مادران گروه مراقبت مادرانه آغوشی، فرم گزارش روزانه تماس پوستی و لباسی داده شد که دارای مکانی جهت قرار دادن شیرخوار در آن و در تماس با بدن مادر بود و به آنان توصیه شد تا پایان دوره نوزادی، روزانه با پوشیدن لباس به مدت حداقل نیم ساعت با شیرخوار خود، تماس پوست به پوست برقرار کنند و اطلاعات مربوط به آن را در فرم مربوطه ثبت کنند. با ایجاد انگیزه و تأمین هزینه رفت و برگشت، از مادران هر دو گروه خواسته شد که در پایان دوره نوزادی، ۲ ماه و ۳ ماه پس از زایمان به درمانگاه زنان بیمارستان ام البنین (س) مراجعه کنند. در دوره پیگیری در صورت وجود هر یک از معیارهای خروج در حین مطالعه، مشارکت کننده از مطالعه حذف می شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه، پرسشنامه پژوهشگر ساخته و ابزار استاندارد خودکارآمدی شیردهی بود.

پرسشنامه پژوهشگر ساخته، پرسشنامه ای دو بخشی بود که بخش اول آن جهت ثبت اطلاعات مربوط به مشخصات فردی، اجتماعی، مامایی و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان مادر و بخش دوم جهت ثبت اطلاعات مربوط به نوزاد بود. جهت تعیین روایی این پرسشنامه از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد. این پرسشنامه در زمان بستری شدن مادران در بخش زایشگاه تکمیل می شد.

ابزار بررسی خودکارآمدی شیردهی، ابزاری روا و پایاست (۲۰) که دارای ۱۰ گویه می باشد و بر اساس مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۶) نمره دهی می شود. نمره بالاتر، نشان دهنده بیشتر بودن (بالاتر بودن) میزان

خودکارآمدی شیردهی است. این ابزار در طی ویزیت ماه سوم پس از زایمان توسط واحدهای پژوهش تکمیل می شد. روایی ویرایش فارسی ابزار با استفاده از روایی صوری و محتوا تأیید شد و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹ مورد تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) انجام شد. جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از روش های آمار توصیفی شامل شاخص های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی و جهت مقایسه گروه ها از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و جهت مقایسه گروه ها از نظر متغیرهای کمی با توزیع نرمال از آزمون تی دانشجویی استفاده شد. در تمام آزمون ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و سطح معنی داری ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

یافته ها

در پایان مطالعه حاضر به دلیل ریزش نمونه (به دلیل تغییر مکان زندگی و عدم تمایل مادر به ادامه همکاری) تجزیه و تحلیل داده ها بر روی ۶۵ زوج از واحدهای پژوهش (۳۰ مادر و نوزاد در گروه مراقبت مادرانه آغوشی و ۳۵ مادر و نوزاد در گروه مراقبت مرسوم) انجام شد. میانگین سنی واحدهای پژوهش ۲۱/۹۰±۲/۹۰ سال و بیشترین فراوانی (۴۴/۶٪) مربوط به سطح تحصیلات متوسطه بود و اکثر زنان خانه دار (۹۶/۷٪) بودند. اکثر نوزادان متولد شده (۵۸/۵٪) نیز دختر بودند. در مطالعه حاضر بین متغیرهای فردی مانند سن مادر (p=۰/۴۰)، سطح تحصیلات مادر (p=۰/۹۷)، تحصیلات همسر (p=۰/۴۵)، شغل مادر (p=۰/۲۷)، وزن نوزاد (p=۰/۳۷) و جنس نوزاد (p=۰/۸۱) بین دو گروه مراقبت مادرانه آغوشی و مراقبت مرسوم تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی ویژگی های فردی و مامایی واحدهای پژوهش

متغیرها	مراقبت مادرانه آغوشی	مراقبت مرسوم	p
بیسواد	۰ (۰)	۵ (۱۴/۳)	
ابتدایی	۹ (۳۰)	۱۴ (۴۰)	
راهنمایی	۵ (۱۶/۷)	۱۵ (۴۲/۹)	۰/۹۷
متوسطه	۱۴ (۴۷/۶)	۱۲ (۹)	
عالی	۲ (۶/۷)	۵ (۱۴/۳)	
شغل مادر	۲۹ (۹۶/۷)	۳۵ (۱۰۰)	۰/۲۷
تعداد (درصد)	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	
بیسواد	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	
ابتدایی	۵ (۱۶/۷)	۷ (۲۰)	
راهنمایی	۱۸ (۶۰)	۱۷ (۴۸/۶)	۰/۴۵
متوسطه	۶ (۲۰)	۱۱ (۳۱/۴)	
عالی	۰ (۰)	۰ (۰)	
جنس نوزاد	۱۸ (۶۰)	۲۰ (۵۷/۱)	۰/۸۱
تعداد (درصد)	۱۲ (۴۰)	۱۵ (۴۲/۹)	
سن مادر (میانگین ± انحراف معیار)	۲/۹۹ ± ۲۲/۲۳	۲/۸۵ ± ۲۱/۶۲	۰/۴۰
طول فاز فعال مرحله اول زایمان (میانگین ± انحراف معیار)	۸۴/۸۴ ± ۲۵۹/۶۹	۸۲/۰۲ ± ۲۴۵/۹۷	۰/۱۶
طول مرحله دوم زایمان (میانگین ± انحراف معیار)	۲۰/۰۴ ± ۳۹/۰۸	۲۰/۵۸ ± ۳۶/۰۸	۰/۵۵
وزن نوزاد (میانگین ± انحراف معیار)	۲۹۸/۷۸ ± ۳۱۷۴/۷۲	۳۴۳/۰۸ ± ۳۲۴۶/۸۵	۰/۳۷

در رابطه با اهداف اصلی مطالعه، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان در گروه مراقبت مادرانه آغوشی و در گروه مراقبت مرسوم تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p=۰/۰۳۵$) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره کل خودکارآمدی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان در دو گروه

متغیر	گروه	مراقبت مادرانه آغوشی (میانگین ± انحراف معیار)	مراقبت مرسوم (میانگین ± انحراف معیار)
خودکارآمدی شیردهی		۴/۵۷ ± ۵۶/۲۹	۱۰/۴۳ ± ۵۱/۸۷
		$p=۰/۰۳۶$	

بر اساس نتایج آزمون کای دو، درصد پاسخ مثبت به برخی گوپه های مقیاس خودکارآمدی شیردهی در دو گروه تفاوت آماری معنی داری داشت ($p \leq ۰/۰۵$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه ابعاد خودکارآمدی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان در دو گروه

ابعاد خودکارآمدی	گروه	مراقبت مادرانه آغوشی (تعداد (درصد))	مراقبت مرسوم (تعداد (درصد))	سطح معنی داری
من مهارت های لازم برای شیردهی را دارم.		۲۱ (۷۰)	۱۴ (۴۰)	۰/۰۳
من از نظر جسمانی قادر به شیردهی هستم.		۲۶ (۸۶/۶)	۱۵ (۴۲/۸۵)	۰/۰۰۰۳
من می دانم که چگونه باید شیر بدهم.		۲۲ (۷۳/۳۳)	۱۶ (۴۵/۷۱)	۰/۰۴
من می دانم که شیر کافی برای نوزادم خواهم داشت.		۲۰ (۶۶/۶۶)	۱۴ (۴۰)	۰/۰۵۷

بحث

در مطالعه حاضر میزان خودکارآمدی شیردهی در گروه مراقبت مادرانه آغوشی در مقایسه با گروه مراقبت مرسوم تفاوت آماری معنی داری داشت و میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مراقبت مادرانه آغوشی نسبت به گروه مراقبت مرسوم بیشتر بود. در مطالعه اظهاری و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۱۲۴ زن نخست زان انجام شد، 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 به صورت فرد به فرد توسط یکی از پژوهشگران آموزش دیدند. افراد گروه کنترل نیز مراقبت مرسوم بخش را دریافت کردند. در مطالعه آنان در دو گروهی که پس از زایمان مداخلاتی مانند آموزش نحوه شیردهی به نوزاد به صورت چهره به چهره و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده و یا با کمک مستقیم آموزش دهنده را دریافت کرده بودند نسبت به گروهی که پس از زایمان فقط مراقبت های مرسوم را دریافت کرده بودند، میزان خودکارآمدی شیردهی افزایش یافته بود (۲۱). مک کوئین و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی عملی بودن، سازگار (منطبق) بودن و میزان پذیرش پروتکل های (مداخلات) جدید برای افزایش خودکارآمدی شیردهی در دوران پس از زایمان و همچنین تعیین ارتباط بین این نوع مداخلات و میزان خودکارآمدی شیردهی، طول مدت و تغذیه انحصاری با شیر مادر پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که انجام مداخلاتی با هدف افزایش خودکارآمدی شیردهی بسیار عملی، منطبق و قابل پذیرش شرکت کنندگان است. همچنین میزان خودکارآمدی شیردهی، طول مدت شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر در هفته های ۴ و ۸ پس از زایمان در گروهی که مداخلات را دریافت کرده بودند نسبت به گروهی که فقط مراقبت های مرسوم پس از زایمان را دریافت کرده بودند بیشتر بود (۲۲). در مطالعه کریندی و همکاران (۲۰۱۴) ۶۰ مادر دارای نوزاد نارس بستری به صورت تصادفی طی دو بلوک

زمانی دو ماهه در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. مادران گروه مداخله طی ۷۲-۲۴ ساعت پس از زایمان توسط پژوهشگر به صورت عملی و انفرادی ۴۵-۳۰ دقیقه تحت آموزش آرام سازی پیشرونده عضلانی به روش جاکوبسون قرار گرفتند. نتایج مطالعه تفاوت آماری معنی داری را بین میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله نشان داد (۲۳). نتایج مطالعات فوق به نحوی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. زیرا در مطالعه حاضر همانند دو مطالعه فوق، انجام مداخله (مراقبت مادرانه آغوشی) منجر به افزایش خودکارآمدی شیردهی در گروه دریافت کننده مداخله شده بود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر مراقبت مادرانه آغوشی بلافاصله پس از زایمان منجر به افزایش میزان خودکارآمدی شیردهی در مادر می شود، این افزایش شاید به دلیل دستاورد های عملکردی ناشی از مراقبت مادرانه آغوشی مانند موفقیت در تغذیه با شیر مادر باشد، زیرا در طول مراقبت مادرانه آغوشی، تعامل کلامی و تماسی بین مادر و نوزاد افزایش می یابد و منجر به افزایش پاسخ نوزاد به تحریکات بدن مادر و بروز و پیشرفت رفتارهای تغذیه ای در نوزاد و موفقیت در تغذیه با شیر مادر می شود و به دنبال این موفقیت، میزان خودکارآمدی شیردهی در مادر افزایش می یابد. مطالعه توصیفی-تحلیلی ورعی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که خودکارآمدی شیردهی مادران ارتباط معناداری با وضعیت شیردهی دارد (۱۲). در مطالعه رحمت نژاد و همکار (۲۰۱۲) نیز افراد دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر، دارای نمره خودکارآمدی شیردهی بالاتری نسبت به افراد دارای تغذیه غیر انحصاری بودند (۲۴). کریمی و همکاران (۲۰۰۸) به نقل از هیل و همکاران، اوکمپیو و همکاران و دنیس و همکاران بیان کردند که میزان تغذیه با شیر مادر در مادرانی که اعتماد به نفس پایین تری دارند، به طور معنی داری کمتر است و در بررسی اثر ۱۱ متغیر فردی و روانی-اجتماعی بر طول مدت شیردهی، احساس اطمینان از توانایی خود برای شیردهی به عنوان قوی ترین پیشگویی کننده طول مدت شیردهی شناسایی شده و در زنانی که اطمینان

تأخیر بیافتد. همچنین در راستای تداوم این روش تا پایان دوره نوزادی، به تمامی مادران آموزش داده شود و به انجام آن تأکید شود تا بدین وسیله با افزایش خودکارآمدی شیردهی در نهایت میزان های شیردهی افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تمام مادران و نوزادان مشارکت کننده که ما را در انجام این طرح یاری کردند و همچنین از خانم دکتر الیزابت مور استاد دانشگاه وردنبیلت آمریکا به دلیل راهنمایی های ارزنده، تشکر و قدردانی می شود.

کافی از توانایی خود برای شیردهی ندارند، میزان قطع زودرس شیردهی ۳/۱ بار بیشتر است. همچنین افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری ارتباط معناداری دارد (۲۵) بنابراین اقدامات حمایتی در زمان تولد مانند مراقبت مادرانه آغوشی و به حداقل رساندن جداسازی مادر و نوزاد، استراتژی مناسبی برای افزایش خودکارآمدی شیردهی زنان نخست زا است.

نتیجه گیری

مراقبت مادرانه آغوشی می تواند به عنوان یکی از استراتژی های مؤثر به منظور افزایش خودکارآمدی شیردهی مورد استفاده قرار گیرد. لذا پیشنهاد می شود که این روش مراقبتی بلافاصله پس از زایمان اجرا شود و اقدامات معمول مراقبت از نوزاد تا پایان مراقبت به

منابع

- Schanler RJ, Dooley S, Gartner LM, Krebs N, Mass S. Breastfeeding handbook for physicians. 2nd ed. Washington: American Academy of Pediatrics; 2006. p. 19-32.
- Kliegman RM, Stanton B, Geme JS, Schor N, Behrman RE. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Amsterdam: Elsevier; 2011; p. 459-60.
- Veghari GH, Rahmati R. Breastfeeding Status and Some of its Related Factors in the Golestan Province. IJN. 2011; 24 (71):8-18.
- Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012; 129(3):e827-41 .
- Angela Taft. Policy-at-a-glance – Breastfeeding Policy. Australia: Public Health Association of Australia; 2010. Available from: http://www.phaa.net.au/documents/policy/101216_Breastfeeding%20Policy.pdf 15/2013
- Walke M. Core curriculum for lactation consultant practice. Sudbury: Jones and Bartlett; 2006.p.147.
- Forster DA, McLachlan HL. Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. J Midwifery Womens Health. 2007; 52 (3): 273–80 .
- Genna CW. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. 2nd ed. Jones & Bartlett Learning; 2013. p. 106-8 .
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2007;5::CD003519.
- Moor E, Anderson G. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(2):116-25.
- Blyth R, Creedy DK, Dennis 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.
- Varaei SH, Mehrdad N, Bahrani N. The relationship between self- efficacy and breastfeeding .Hayat. 2009; 15(3):31-8 .
- Carlson Bowles B. Promoting Breastfeeding Self-Efficacy: Fear Appeals in Breastfeeding Management Clinical Lactation. Clinical Lactation. 2011; 2 (1): 11-14.
- Puig G, Sguassero Y. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary (last revised: 9 November 2007). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/15/2013>
- Arona S, Mukin C, Wehrem J, Kuhh P. Major factors influencing feeding rate; Mother perception of fathers attitude and milk supply. Pediatrics. 2000; 106(5): 67.
- Betgman N. Kangaroo mother care and skin to skin contact as determinant of breastfeeding success. Mowbray Maternity Hospital, Cape Town, South Africa; 2005.
- Karimi A, Tara F, Khadivzadeh T, Aghamohammadian Sharbaf HR. The Effect of Skin to Skin Contact Immediately after Delivery on the Maternal Attachment and Anxiety Regarding Infant. IJOGI. 2013; 16(67): 7-15.

18. Alikasifoglu M, Erginoz E, Gur ET, Baltas Z, Beker B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. *J Hum Lact* .2001; 17(3): 220-6.
19. Hasanpoor Sh, Bani S, Ansari S, Ebrahimi H. Measuring Breastfeeding Self – Efficacy among Pregnant Women Referred to Health Centers of Ahvaz. *Nursing & Midwifery Journal*. 2010; 5(19): 47-53.
20. Janke JR. Development of the breastfeeding attrition prediction tool. *Nursing Research*.1994;43,100-104.
21. Azhari S, Baghani R, Akhlaghi F, Ebrahimzadeh S, Salehi Federdi J. Comparing the effect of hands – on and hands off breastfeeding methods on self – efficacy in primiparous mothers. 2011; 17 (4):248-55.
22. 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 .
23. karbandi S, Hosseini S, Masoudi R, Mamori G. The effect of relaxation training on breastfeeding self-efficacy of mothers with preterm infants: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3 (2) :37-45
24. Rahmatnejad L, Bastani F. An investigation of Breast Feeding Self Efficacy and its Relationship with exclusive breast feeding. *Alborz University Medical Journal* . 2012; 1 (1) :31-6.
25. Karimi A, Khadivzadeh T, Tara F. Evaluate effects maternal infant skin-to-skin contact on success of first breastfeeding and exclusive breastfeeding in neonatal period . Mashhad:Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences; 2008.

