

"خودکفایتی شیردهی" و "استرس درک شده" در مادران نخست‌زا

*دکتر فریده باستانی^۱ لیلی رحمت نژاد^۲ فرشته جهدی^۳ حمید حقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه با شیر مادر فعالیتی با بیشترین اثربخشی، ارتقاء دهنده سلامتی و پیشگیری کننده بسیاری از اختلالات و بیماری‌ها است. شیردهی موفق به فاکتورهای متعدد فیزیولوژیکی و روانشناختی در مادران بستگی دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی فاکتورهای روانشناختی (خودکفایتی شیردهی و استرس درک شده) در مادران نخست‌زا می‌باشد.

روش بررسی: در این تحقیق مقطعی ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های خودکفایتی شیردهی و استرس درک شده بود. شرکت کنندگان در این مطالعه ۳۳۱ نفر بودند که به طور مستمر از میان مادران نخست‌زا در مرکز آموزشی درمانی شهیداکبرآبادی تهران، در طی مدت سه ماه انتخاب شدند.

یافته‌ها: نتایج تحقیق حاضر، حاکی از این بود که حدود نیمی از مادران مورد مطالعه (۴۶/۵ درصد) دارای استرس درک شده بالا و بیش از ۵۱/۱ درصد از آنان، دارای خودکارآمدی شیردهی بالا بودند.

نتیجه‌گیری: بر مبنای یافته‌های پژوهش و با توجه به کاهش میزان تغذیه با شیر مادر در سال‌های اخیر در ایران، لزوم تدوین استراتژی‌های مناسب در راستای افزایش بیش از پیش خودکفایتی شیردهی و نیز مواجهه مؤثر با استرس‌ها، به ویژه در مادران نخست‌زا اکیداً توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: خودکفایتی شیردهی - استرس درک شده - مادران نخست‌زا

تاریخ دریافت: ۸/۵/۸۶

تاریخ پذیرش: ۲۰/۴/۸۷

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ استادیار گروه آموزش بهداشت مادران و نوزادان، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول)

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران، ایران

^۳ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران، ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

امکان رشد سالم و مناسب کودک، با تغذیه صحیح فراهم می شود. تغذیه صحیح در مراحل اولیه زندگی، جهت رشد و تکامل نوزاد از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا اثر مثبت شیر مادر بر روی رشد و تکامل شیرخواران، به طور همه جانبه‌ای مورد تأیید قرار گرفته است.^(۱) در واقع تغذیه با شیر مادر فعالیت با بیشترین اثربخشی در ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بسیاری اختلالات و بیماری‌ها می باشد. اگر چه در طول سال‌های اخیر، میزان شیردهی در گستره جهانی کاهش یافته است، لیکن بسیاری از سازمان‌های ملی و بین‌المللی مؤکداً تغذیه با شیر مادر را توصیه می کنند. به طوری که در سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی بر سیاستی تأکید کرد که مطابق آن کودکان جهان می‌بایست برای شش ماه نخست به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه شوند.^(۲) بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، شیردهی انحصاری (exclusive breast feeding) به تغذیه شیرخوار، تنها با شیر مادر و بدون اضافه نمودن هیچ‌گونه آب و غذا به غیر از شربت‌ها، ویتامین‌ها و مواد معدنی مجاز اطلاق می شود.^(۳)

طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، در سال ۱۳۸۵ کمتر از یک سوم یا تنها ۲۸ درصد از نوزادان زیر شش ماه، از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بوده اند.^(۴) در سال‌های اخیر، شاخص‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر در ایران افت شدیدی داشته است و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به نسبت نا مطلوبی ادامه دارد. لذا تحقیقات در این زمینه از اولویت خاصی برخوردار بوده و یک فعالیت هزینه- اثربخش و ارتقاءدهنده سلامتی برای

مادر و کودک به حساب می آید. در این رابطه توجه به فاکتورهایی نظیر خودکارآمدی، که عامل روانشناختی و انگیزشی مهمی برای تداوم تغذیه با شیر مادر است و افزایش آن با اتخاذ راهکارها و مداخلات آموزشی به زنان، حتی در دوره بارداری و قبل از تولد کودک میسر می باشد، از اهمیت بالایی برخوردار است. مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) در آمریکا طی یک مطالعه وسیع اعلام کرده است که اگر چه تعداد زنانی که کودکان را تا ۶ ماه به طور انحصاری از شیر خود تغذیه می کنند در حال افزایش است، اما هنوز این میزان با استاندارد مطلوب فاصله زیادی دارد. به عبارت دیگر، مطالعات اخیر در آمریکا نشان می‌دهد که ۷۰/۹ درصد مادران پس از زایمان، تغذیه با شیر خود را شروع می‌کنند اما تنها ۳۶/۲ درصد آن‌ها تا ۶ ماهگی این شیوه تغذیه را به طور انحصاری ادامه داده و ۱۷/۲ درصد آنان، تا ۱۲ ماهگی شیر مادر را به همراه غذای جامد و مکمل به کودکانشان می‌دهند.^(۵)

شیردهی موفق نه تنها به فاکتورهای فیزیولوژیکی، بلکه به شرایط روانشناختی (psychological) و اجتماعی مادران نیز بستگی دارد. در این زمینه چندین هورمون روی تکامل ساختمان پستان و اولین مراحل تولید شیر (milk production) تأثیر دارند. آزاد شدن این هورمون‌ها به موقعیت‌ها یا وضعیت‌های روانی و فیزیولوژیکی فرد وابسته است.^(۶) علاوه بر این، عوامل دیگری بر طول مدت شیردهی دخالت دارند که از آن جمله می توان به سن و تحصیلات مادر، درآمد و حمایت خانواده، اقدامات قبل از تولد، زمان تصمیم‌گیری برای اولین شیردهی، زمان اولین تغذیه و همچنین مهارت و خودکارآمدی مادر در شیردهی و میزان استرس درک شده توسط او اشاره کرد.^(۷)

طبیعی است که بعید به نظر می‌رسد که این موضوع هیچ اثرات زیان‌آوری را به همراه نداشته باشد.^(۱۳) با این وجود، مادران و نوزادانی که سطوح از بالایی استرس، را تجربه می‌کنند، ممکن است با خطر بیشتری مواجه باشند. به طوری که برخی شواهد نشان می‌دهند که استرس مادران می‌تواند از رفلکس خروج شیر (milk let down) نیز، به میزان چشمگیری جلوگیری نماید.^(۱۴)

انسان سالم، محور توسعه هر جامعه قلمداد می‌شود. در این میان زنان و مادران سالم می‌توانند در فرآیند رشد و تکامل کودکان که آینده سازان جامعه هستند، سهم عظیمی را ایفا کنند. پرداختن به موضوع سلامت مادران، به ویژه مادران شیرده از اهمیت بسزایی برخوردار است و به عنوان یک ضرورت در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی تلقی می‌شود. با توجه به این که مسائل روانشناختی زنان در فرایند شیردهی آنان اهمیت زیادی دارد، لذا ارزیابی کلی وضعیت سلامت روان مادران شیرده (از نظر استرس درک شده) یک شاخص مهم به حساب می‌آید. در این زمینه Kathryn در مطالعه خود، ارتباط فاکتورهای استرس مادری و جنینی را با نقص تولید شیر در مادر مورد بررسی قرار داده است. یافته‌های این تحقیق حاکی از آن است که استرس فیزیکی و ذهنی حاد می‌تواند رفلکس خروج شیر را در مادر، با کاهش رهاسازی اکسی‌توسین در طول شیردهی مختل سازد. اگر چنانچه این امر به طور مکرر اتفاق بیفتد، می‌تواند تولید شیر را به دلیل تخلیه نشدن کامل سینه‌ها در هر نوبت شیردهی، کاهش دهد. علاوه بر این، گزارش می‌شود که عوامل استرس مادری، جنینی و نوزادی در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان، با شروع تاخیری شیردهی همراه است و در واقع اثرات استرس روانی مزمن بر روی ترشح شیر

خودکفایتی یا خودکارآمدی شیردهی (breast feeding self efficacy) که از سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی (Bandura social cognitive theory) است، باور و اطمینان فرد به توانایی خود جهت انجام رفتارهای بهداشتی منجمله شیردهی انحصاری و موفق می‌باشد. در این رابطه Dennis معتقد است که افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران، ارتباط معنی‌داری با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری خواهد داشت.^(۸) بر طبق تئوری بندورا، خودکارآمدی تحت تأثیر چهار منبع اطلاعاتی اصلی قرار می‌گیرد.^(۹،۱۰) که عبارتند از: ۱) دستاوردهای عملکردی (Performance Accomplishments) مثل تجربه شیردهی قبلی، ۲) تجربه‌های نیابتی یا جانشینی (vicarious experiences) مثل مشاهده زنان شیرده دیگر، ۳) متقاعد سازی کلامی (verbal persuasion) مثل تشویق از طرف افراد مؤثر از جمله دوستان، خانواده و مشاوره‌های قبلی و ۴) پاسخ‌های فیزیولوژیکی (physiological responses) مثل خستگی، استرس و اضطراب در این میان استرس‌ها هم به عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل مورد مطالعه در زمینه سلامت روانی، بر روی عملکرد فیزیولوژیکی انسان (منجمله شیردهی) تأثیر منفی دارند.^(۱۱) به طور کلی واکنش‌های استرسی، در دو حیطة هیجانی و فیزیولوژیکی می‌باشند. از واکنش‌های هیجانی که Lazarous نیز به آن‌ها اشاره می‌کند تحت عنوان واکنش‌های روانی- فیزیولوژیکی یاد می‌شود. از واکنش‌های فیزیولوژیکی می‌توان به افزایش تعداد ضربان قلب، افزایش جریان خون و افزایش متابولیسم سلولی اشاره کرد.^(۱۲) در بسیاری از مطالعات، زایمان به عنوان یک حادثه پر استرس قلمداد شده است. بنابراین زمانی که حوادث پیرامون زایمان و آغاز شیردهی مدنظر قرار می‌گیرد، وجود مقدار معینی استرس،

می‌کند و میزان آن در بین زنان نخست‌زا و چندزا نیز متفاوت می‌باشد.^(۴) و همچنین با در نظر گرفتن این که خودکفایتی شیردهی در مادران، فاکتور مؤثری در شیردهی مؤفق و تداوم آن به صورت انحصاری است^(۱۶) که می‌تواند تحت تأثیر تجربه شیردهی قبلی و استرس قرار گیرد، مطالعه حاضر با هدف تعیین استرس درک شده و خودکفایتی در شیردهی انحصاری، در مادران نخست‌زا، برای اولین بار در ایران، انجام گردید. با امید به این‌که یافته‌های حاصل از تحقیق حاضر، علی‌رغم موانع موجود، در بالین مورد استفاده پرسنل بهداشتی درمانی، منجمله ماماها و پرستاران قرار گیرد.^(۱۷)

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بوده که به منظور بررسی "خودکفایتی شیردهی انحصاری" و "استرس درک شده" در مادران نخست‌زا انجام گردیده است. محیط پژوهش در این مطالعه، بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران بوده است. جامعه پژوهش را کلیه مادران نخست‌زایی که زایمان طبیعی، سزارین یا زایمان با فورسپس و واکيوم کرده و دارای معیارهای ورود به تحقیق بودند را شامل می‌شد. معیارهای ورود مادران در این مطالعه عبارت بودند از: (۱) ایرانی الاصل بودن، (۲) داشتن فرزند زنده و بدون ناهنجاری شناخته شده، (۳) مادران نخست‌زایی که حداقل ۲۴ ساعت (از تاریخ زایمان) در بیمارستان بستری بوده و قادر به تکمیل پرسشنامه به‌طور کتبی یا شفاهی باشند. (۴) مادرانی که طبق اظهار شخصی خود سابقه هیچ‌گونه بیماری جسمی، روانی و اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر را نداشته باشند.

هر چند بسیار مشهود، اما با مکانیزم پیچیده‌ای همراه می‌باشد که نیاز به مطالعات وسیع‌تری دارد. به این ترتیب مادرانی که سطوح بالایی از استرس را در طول لیبر و بعد از زایمان تجربه می‌کنند، می‌بایست هدایت و راهنمایی بیشتری را جهت شیردهی در طول هفته اول و دوم بعد از زایمان نسبت به خدمات روتین دریافت نمایند.^(۱۳)

Papinczac و Turner در طی مطالعه خود دریافتند مادرانی که برای شیردهی توانمند نیستند، به‌طور قابل ملاحظه‌ای سطوح پائین‌تری از خودکفایتی شیردهی را نسبت به مادرانی که به مدت بیش از ۶ ماه با پستان خود به کودکشان شیر داده‌اند، دارا می‌باشند.^(۱۵) در این زمینه Dennis در سال ۲۰۰۶ یک مدل پیشگویی کننده چند عاملی را در راستای "خود کارآمدی شیردهی" در هفته اول بعد از زایمان طراحی کرد. در این تحقیق نتیجه‌گیری شد که مقیاس خودکفایتی شیردهی انحصاری ممکن است برای تعیین فاکتورهای خطر مورد استفاده قرار گیرد، تا متخصصین و کادر بهداشتی درمانی قادر به بهبود کیفیت مراقبت از مادران تازه شیرده و افزایش میزان شیردهی به ویژه در مادران نخست‌زا باشند.^(۱۶)

با توجه به این‌که خودکفایتی شیردهی انحصاری در مادران، تحت تأثیر تجربه شیردهی قبلی و استرس آنان قرار می‌گیرد، لذا زنان نخست‌زا برای تغذیه انحصاری نوزاد خود با شیر مادر به دلیل عدم تجربه کافی، با مشکلاتی مواجه خواهند بود. از آنجائی که استرس‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل مورد مطالعه در زمینه سلامت روان، بر روی عملکرد فیزیولوژیکی انسان تأثیر منفی می‌گذارند.^(۱۱) و این‌که مقدار استرس تجربه شده توسط مادر در طول لیبر و زایمان و دوره پس از زایمان به طور قابل توجهی تغییر

برای هر پاسخ در نظر گرفته شد. دامنه امتیازات خودکفایتی شیردهی، به ترتیب بین ۱۴ تا ۷۰ بود. به طوری که بالاترین نمره نشان دهنده بالاترین خودکارآمدی یا خودکفایتی در شیردهی تلقی می‌شد. به عبارت دیگر هر چه نمرات بالاتر از میانه قرار داشت، فرد، دارای خودکفایتی شیردهی بالاتر و هر چه نمرات پایین تر از میانه بود، فرد دارای خودکفایتی پایین‌تری به حساب می‌آمد.^(۱۰،۱۸)

متغیر استرس درک شده نیز توسط پرسشنامه استرس درک شده Sheldon و همکاران که شامل ۱۴ سؤال است سنجیده شد. در این تحقیق نمونه های مورد آزمون بر اساس میانگین نمرات یا امتیازات کسب شده به دو گروه استرس پایین (نمره کسب شده کمتر از میانگین) و استرس بالا (نمره کسب شده بیشتر از میانگین) طبقه بندی شدند.^(۱۹)

برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین و پایائی و ثبات درونی (internal reliability) آن از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس خودکفایتی شیردهی ۰/۸۷ بود که نشان‌دهنده همسانی درونی سوالات پرسشنامه در این مطالعه بوده است. این ضریب در مقیاس استرس درک شده ۰/۸۱ بود که ضریب قابل قبولی به حساب می‌آید.

برای تجزیه و تحلیل داده ها جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی - تحلیلی شامل محاسبه شاخص های مرکزی، رسم نمودار و تنظیم جداول توزیع فراوانی و آزمون کای اسکور و تی مستقل استفاده شد و توسط نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه نمونه گیری به طور مستمر در طی مدت سه ماه انجام شد، به این صورت که پژوهشگر به منظور نمونه گیری هر روز به محیط پژوهش (بیمارستان شهیداکبر آبادی تهران)، بخش بعد از زایمان 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 داده های تحقیق از طریق تکمیل پرسشنامه می نمود. در این تحقیق تعداد نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و با توان آزمون ۸۰ درصد برابر با ۳۳۱ نفر برآورد گردید. ابزار گردآوری داده ها شامل سه پرسشنامه بوده است. پرسشنامه اول در خصوص اطلاعات دموگرافیک مادران نخست زا، پرسشنامه دوم در خصوص خودکفایتی شیردهی^(۱۸) و پرسشنامه سوم در خصوص استرس درک شده بود^(۱۹) که توسط مادران شرکت کننده در پژوهش تکمیل می‌شد و در صورت بی‌سواد بودن آنان، توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه مشخصات فردی مادر شامل سوالات بسته و کوتاه پاسخ در ارتباط با سن، تحصیلات، شغل مادران، وضعیت اقتصادی خانواده و وزن نوزاد در هنگام تولد بود. متغیر خودکفایتی شیردهی توسط پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی شامل ۱۴ سوال مورد سنجش قرار گرفت.^(۸) تمامی سوالات با پیشوند "من می‌توانم همواره" شروع می‌شد که در مقیاس ۵ طبقه ای لیکرت و بر طبق پیشنهاد بندورا (در تئوری خودکارآمدی)، به صورت جملات مثبت طراحی شده اند. بدین ترتیب که نمرات بین ۱ نشان‌دهنده "هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم" تا ۵ که نشان‌دهنده "همواره یا کاملاً مطمئنم"

یافته ها

نتایج حاصل از پژوهش در ارتباط با خودکفایتی شیردهی و استرس درک شده در نمونه های پژوهش در نمودار شماره ۱ و ۲ و جداول شماره ۱ و ۲ نشان داده شده است. در این پژوهش ۴۶/۵ درصد از نمونه ها دارای استرس درک شده بالا و ۵۱/۱ درصد

از نمونه ها دارای خودکارآمدی شیردهی بالا بودند. محدوده سنی واحدهای مورد پژوهش از ۱۶ تا ۴۰ سال متغیر بود. ۶۰/۴ درصد نمونه ها دارای سن کمتر از ۲۴ سال، بودند. میانگین و انحراف معیار سن در خودکفایتی بالا و پایین به ترتیب $4/17 \pm 23/04$ و $22/8 \pm 3/6$ بود.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و شاخص های آماری متغیر خودکفایتی شیردهی در ۲۴ ساعت اول بعد زایمان در نمونه های مورد

پژوهش در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران در سال ۱۳۸۶

| متغیر | فراوانی(درصد) |
|------------------|--------------------|
| خودکفایتی شیردهی | بالا ۱۶۲ (۵۱/۱) |
| | پایین ۱۶۹ (۴۸/۹) |
| | جمع ۳۳۱ (۱۰۰) |
| شاخص های آماری | حداقل ۲۰ |
| | حداکثر ۷۰ |
| | میانگین ۵۱ |
| | انحراف معیار ۱۰/۲۴ |

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی و شاخص های آماری استرس درک شده در ۲۴ ساعت اول بعد زایمان در نمونه های مورد

پژوهش در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران در سال ۱۳۸۶

| متغیر | فراوانی(درصد) |
|----------------|-------------------|
| استرس درک شده | بالا ۱۵۴ (۴۶/۵) |
| | پایین ۱۷۷ (۵۳/۵) |
| | جمع ۳۳۱ (۱۰۰) |
| شاخص های آماری | حداقل ۶ |
| | حداکثر ۴۹ |
| | میانگین ۲۵/۱ |
| | انحراف معیار ۷/۰۳ |

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف معنی داری آماری در خصوص سن بر حسب خودکفایتی ($P=0/63$) و استرس درک شده ($P=0/87$) بالا و پایین وجود ندارد. همچنین ۵۵/۳ درصد نمونه ها دارای

سطح تحصیلات پایین تر از دیپلم، ۳۹ درصد دیپلم و ۵/۷ درصد بالاتر از دیپلم بودند. ۳/۶ درصد مادران شاغل و ۹۶/۴ درصد خانه دار بودند. ۱۴/۲ درصد از نمونه ها وضعیت اقتصادی خود را خوب، ۷۶/۱ درصد

پژوهش در ۷۸/۵ درصد ۳۵۰۰-۲۵۰۰ گرم، در ۶/۶۵ درصد زیر ۲۵۰۰ گرم، و در ۱۴/۸۵ درصد بالاتر از ۳۵۰۰ گرم بود. میانگین و انحراف معیار وزن نوزادان بر حسب استرس درک شده بالا و پایین به ترتیب ۳۰۵۱/۱۲±۴۹۵/۶۷ و ۳۰۹۹/۸۷±۴۴۰/۹۴ بود که اختلاف معنی‌دار آماری را نشان نداد ($t=۰/۹۳$). نوزادان ۸۹/۷ درصد واحدهای مورد پژوهش، نوزادانشان در بخش نوزادان طبیعی و ۱۰/۳ درصد آنان در بخش مراقبت‌های ویژه پذیرش شده بودند.

متوسط و ۹/۷ درصد آنان ضعیف گزارش کردند. نتیجه آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف معنی‌داری درخصوص هیچ‌یک از متغیرهای دموگرافیک با دو متغیر اصلی خودکفایتی و استرس درک شده وجود نداشت مگر وضعیت اقتصادی که هر چند با خودکفایتی شیردهی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت ($P=۰/۰۵۹$). اما با متغیر استرس درک شده این ارتباط معنی‌دار را نشان می‌داد ($P=۰/۰۰۹$). نوع زایمان در ۵۵/۳ درصد نمونه‌ها زایمان طبیعی و ۴۴/۷ درصد سزارین بود. وزن هنگام تولد نوزادان واحدهای مورد

جدول شماره ۳- فراوانی استرس درک شده بر حسب وضعیت اقتصادی در نمونه‌های مورد پژوهش در بیمارستان

شهید اکبرآبادی تهران در سال ۱۳۸۶

| وضعیت اقتصادی | استرس درک شده مادر | | |
|--------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | بالا فراوانی (درصد) | پایین فراوانی (درصد) | جمع فراوانی (درصد) |
| خوب | ۱۶ (۳۴) | ۳۱ (۶۶) | ۴۷ (۱۰۰) |
| متوسط | ۱۱۶ (۴۶) | ۱۳۶ (۵۴) | ۲۵۲ (۱۰۰) |
| ضعیف | ۲۲ (۶۸/۸) | ۱۰ (۳۱/۳) | ۳۲ (۱۰۰) |
| جمع | ۱۵۴ (۴۶/۵) | ۱۷۷ (۵۳/۵) | ۳۳۱ (۱۰۰) |
| نتیجه آزمون کای دو | $df=۲$ | $P=۰/۰۰۹$ | $\chi^2=۹/۳۲۱$ |

جدول شماره ۴- فراوانی استرس درک شده بر حسب وضعیت اقتصادی در نمونه‌های مورد پژوهش در بیمارستان شهید

اکبرآبادی تهران در سال ۱۳۸۶

| وضعیت اقتصادی | استرس درک شده | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| | خوب فراوانی (درصد) | متوسط فراوانی (درصد) | ضعیف فراوانی (درصد) | جمع فراوانی (درصد) |
| بالا | ۱۶ (۱۰/۴) | ۱۱۶ (۷۵/۳) | ۲۲ (۱۴/۳) | ۱۵۴ (۱۰۰) |
| پایین | ۳۱ (۱۷/۵) | ۱۳۶ (۷۶/۸) | ۱۰ (۵/۶) | ۱۷۷ (۱۰۰) |
| جمع | ۴۷ (۱۴/۲) | ۲۵۲ (۷۶/۱) | ۳۲ (۹/۷) | ۳۳۱ (۱۰۰) |
| میانگین و انحراف معیار | ۲۳/۹۱±۶/۴۱ | ۲۴/۸۲±۶/۸۲ | ۲۹/۰۶±۸/۳۶ | |
| نتایج آزمون one way ANOVA | $df=۲$ | $F=۲۹۳/۴۴$ میانگین مربعات | $F=۶/۱۰$ | $P=۰/۰۰۲$ |

است، در حالی که میانگین استرس بین گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی خوب و متوسط اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نمی‌دهد.

نتایج آزمون شفه نشان می‌دهد که میانگین استرس در گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی خوب و ضعیف با $P=۰/۰۰۶$ و همچنین گروه‌های متوسط و ضعیف با $P=۰/۰۰۵$ از نظر آماری دارای اختلاف معنی‌داری

بحث و نتیجه گیری

از آنجائی که بازتاب جهش شیر یک مکانیسم عصبی - هورمونی است که قسمتی توسط عوامل سیستم اعصاب مرکزی تنظیم می شود و به تغییرات کم میزان اکسی‌توسین خون حساس است،^(۱۹) یافته‌های بسیاری از مطالعات نشان می دهد که استرس در جاری شدن شیر نقش مهار کننده دارد و در مادران شیرده که تحت استرس قرار دارند پاسخ به رفلکس مکیدن نوزاد با مکانیسم‌هایی که در هیپوتالاموس- هیپوفیز اتفاق می‌افتد با تأخیر صورت می‌گیرد.^(۲۰) ضمن این‌که خودکفایتی شیردهی در زنان شیرده، با دستاوردهای عملکردی، همچون تجربه شیردهی قبلی مادر و پاسخ‌های فیزیولوژیکی و استرس نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد.^(۱۰) لذا در خصوص «تعیین خودکارآمدی شیردهی» مادران نخست‌زا در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، همان‌گونه که نتایج نشان داد (جدول شماره ۱)، فراوانی و درصد نمره خودکارآمدی شیردهی در دو گروه دارای خودکارآمدی شیردهی بالا و پایین به ترتیب ۱۶۲ نفر (۴۸/۹ درصد) و ۱۶۹ نفر (۵۱/۱ درصد) بود. لازم به ذکر است که در کل نمونه‌های مورد پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی، $51 \pm 10/24$ بدست آمد که این یافته به طور کلی با نتایج تحقیق Dai و Dennis مطابقت دارد که دریافتند میزان قابل توجهی از واحدهای مورد پژوهش در کانادا، دارای خودکارآمدی شیردهی ضعیف هستند که این واقعیت، لزوم مراقبت و تدوین استراتژی‌های شیردهی مناسب را در این گروه از مادران ضروری می‌سازد.^(۹)

در این میان، استرس‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل مورد مطالعه در زمینه سلامت روان، بر روی

عملکرد فیزیولوژیکی انسان تأثیر منفی می‌گذارند.^(۱۱) و با توجه به این‌که مقدار استرس تجربه شده توسط مادر در طول لیبر، زایمان و دوره پس از زایمان به‌طور قابل توجهی تغییر می‌کند و میزان آن در بین زنان نخست‌زا و چندزا نیز متفاوت می‌باشد،^(۶) لذا همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌گردد با بررسی فاکتور مؤثر بر روی خودکارآمدی شیردهی (یعنی عدم تجربه شیردهی قبلی و استرس درک شده)، فراوانی استرس درک شده بالا در مادران به مراتب کمتر از فراوانی استرس درک شده پایین بود. به عبارتی بیش از نیمی از مادران نخست‌زا مورد مطالعه (۵۳/۵ درصد) از استرس پایینی برخوردار بودند. علی‌رغم این نتایج امیدوار کننده (مبنی بر این‌که اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای استرس درک شده پایینی بودند) این نکته هم قابل تأمل است که نزدیک به نیمی از واحدهای مورد پژوهش دارای استرس درک شده بالایی بودند (۴۶/۵ درصد) که این میزان در مادران شیرده رقم قابل توجهی است. به‌طوری‌که اگر درصدی از این استرس درک شده بالا موجب کاهش تولید شیر در مادر شود به میزان قابل توجهی از میزان شیردهی موفق مادران در جامعه کاسته می‌گردد. در این خصوص، در کل نمونه‌های مورد پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده $25/1 \pm 7/03$ به دست آمد که با سطوح استرس درک شده در جوامع دیگر از جمله با ارزیابی این متغیر در مطالعه Dewey همخوانی داشته و اختلاف فاحشی ندارد،^(۲۱) ضمن این‌که میزان استرس درک شده با پژوهشی که در قالب رساله دکترا در خصوص میزان تنش درک شده در زنان نخست‌حامله ایرانی، در سه ماهه دوم بارداری در رابطه با تأثیر یک مداخله آموزشی که مبتنی بر تلفیق مدل پرسید با مدل اعتقاد

مطالعه بین استرس درک شده و وضعیت اقتصادی مادران مورد بررسی ارتباط آماری معنی داری دیده شد. بدین ترتیب که مادران دارای وضعیت اقتصادی بالا از استرس درک شده کمتری نسبت به مادران دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف برخوردار بودند.

در این راستا Rozier نیز درآمد پایین را به‌عنوان یک استرس‌سور مطرح کرده است.^(۲۶) که بر رفتارهای بهداشتی تأثیر گذار است. علاوه بر این، در مطالعه کنونی، ارتباط معنی دار آماری بین نوع زایمان و استرس درک شده مادران مشاهده نگردید که این یافته با نتایج Kathryn که نشان می‌دهد نوع زایمان (واژینال در برابر سزارین، سزارین الکتیو در برابر سزارین اورژانسی)، مدت زمان لیبر و به کارگیری داروها در لیبر، می‌توانند به عنوان استرس‌سورهای مادری و یا جنینی در ارتباط با یکدیگر باشند هم خوانی ندارد.^(۲۷) این عدم توافق می‌تواند ناشی از ماهیت مطالعات فوق باشد. بدین صورت که در این تحقیق ارتباط استرس درک شده با نوع زایمان بر اساس نمرات کسب شده مادران از مقیاس استرس درک شده بود در حالی که Kathryn در مطالعه خود نوع زایمان را به عنوان یک استرس‌سور که می‌توانست بر روی تولید شیر مؤثر باشد بررسی نموده بود. نتایج آزمون شغه نیز نشان داد که اختلاف در میانگین نمرات کسب شده از استرس، ما بین گروه‌های مادران (دارای وضعیت اقتصادی خوب و دارای وضعیت اقتصادی ضعیف و همچنین مادران دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف) از نظر آماری معنی دار بوده است. در حالی که میانگین استرس بین گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی خوب و متوسط دارای اختلاف آماری معنی داری نبودند این امر احتمالاً می‌تواند به علت

بهداشتی و تئوری خودکارآمدی بوده است.^(۲۲) کمتر می‌باشد، که مؤید این مطلب است که این بعد از جنبه روانشناختی در زنان مورد مطالعه، تفاوت بارزی با سایر گروه‌ها ندارد، گرچه مداخلات آموزشی- مشاوره‌ای وسیعی را در این زمینه می‌طلبد.

در این میان Souza و Rondó طی مقاله‌ای تأکید می‌کنند: "استرس و تنیدگی از عوامل تعیین‌کننده در پیامدهای نامطلوب دوره پس از زایمان، منجمله رفتارهای مرتبط با شیردهی می‌باشند،^(۲۳) ضمن این که Davis و Groer نیز در مطالعه خود دریافتند که زنان شیرده‌ای که در دوره پس از زایمان خود تحت استرس بالا بوده‌اند بیش از سایر مادران تمایل به قطع شیردهی و شروع تغذیه با شیر خشک را در کودکان خود داشته‌اند.^(۲۴) لذا با توجه به فواید بسیار زیاد تغذیه با شیر مادر، پرداختن به مسائل روانشناختی مؤثر بر شیردهی مؤفق در مادران شیرده از اهمیت و اولویت ویژه‌ای برخوردار است، به طوری که مادران واجد شرایط می‌بایست در کلینیک‌ها، غربالگری شده و با تلفیق کلینیک بهداشت روان با کلینیک‌های پس از زایمان مورد توجه خاص در سیستم بهداشتی درمانی قرار گیرند.

همان‌گونه که در نتایج تحقیق منعکس است، در این مطالعه، ارتباط متغیرهای زمینه‌ای- دموگرافیک با استرس درک شده و خودکفایتی مادران نیز مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفت. به‌طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که ارتباط آماری معنی دار آماری بین استرس درک شده و متغیرهای جمعیت شناختی، همچون سن وجود نداشت که با یافته‌های مطالعات Dilmore و همکاران که نشان دادند که بین استرس و افسردگی پس از زایمان، با سن ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد هم‌خوانی دارد.^(۲۵) در این

می‌شود تأثیر بسزایی در بهبود پیامدهای مادری و کودکی خواهد داشت.^(۳۳) Boutet و همکاران نیز در تحقیق خود به ارتباط تنگاتنگ بین استرس (روانی و فیزیکی) و آزاد شدن اکسی توسین (Oxytocin) که از هورمون‌های ضروری برای رفلکس جهش و خروج شیر (let down reflex) می‌باشد تأکید دارند. در واقع استرس عاملی برای کوتاه شدن مدت شیردهی و کاهش جریان شیر است. موقعیت‌های استرس‌زا معمولاً حالت طبیعی مادر را به هم می‌زنند که اگر در این شرایط به مادران کمک نشود به قطع شیردهی می‌انجامد.^(۳۴)

اگر چنانچه متغیرهای دموگرافیک جزو متغیرهای قابل تعدیل و تغییر در این امر نباشد، مساله خودکفایتی یا خودکارآمدی شیردهی از جمله فاکتورهایی است که بنا بر تئوری بندورا می‌توان آن را در جهت افزایش تغییر داد. در این پژوهش ۵۱/۱ درصد از نمونه‌ها دارای خودکارآمدی شیردهی بالا بودند. بسیاری از متغیرهای دموگرافیکی همچون سن مادران، سطح تحصیلات و موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی غیر قابل تعدیل به نظر می‌رسند لیکن خودکفایتی در شیردهی به طور ذاتی یک متغیر قابل تعدیل است که می‌تواند با پیشگویی نتایج شیردهی، چهارچوب نظری روشنی را برای توسعه و طراحی مداخلات آموزشی-مشاوره‌ای به منظور بهبود نتایج شیردهی فراهم نماید. علاوه بر این، عامل خودکفایتی در شیردهی یک ابزار معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی و تشخیص مادران در معرض خطر بالا می‌باشد.^(۸)

مطالعات فراوانی نشان داده‌اند که سطح تحصیلات مادر، سن، وضعیت اجتماعی و دیگر فاکتورهای زمینه‌ای با خودکفایتی شیردهی در ارتباط هستند.^(۳) در حالی که در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین

قرار داشتن در یک وضعیت رفاه نسبی و مطلوب در دو گروه فوق باشد.

در این زمینه Yengve و SjoÈstroÈm این نکته را مورد تأیید قرار می‌دهند که وضعیت اقتصادی-اجتماعی از تعیین‌کننده‌های مهم در شیردهی می‌باشند که می‌بایست بدان توجه نمود.^(۲۸) همچنین Warr و همکاران در یافته‌های تحقیق خود مساله پول، درآمد و شغل را از نشانگرهای (indicators) مهم در وضعیت سلامتی افراد می‌دانند.^(۲۹) Marjanovic و همکاران، نیز در نتیجه‌گیری نهایی تحقیق کیفی خود، تأکید می‌کنند که از جمله فاکتورهای مهمی که موجب ناخوشی و پیامدهای نامطلوب در بین افراد می‌باشد، مسائل روانی، فقر و بیکاری است که موجب تنش و تنیدگی می‌شوند.^(۳۰) در واقع، استرس‌ها عواملی هستند که حتی در نوار مغزی افراد می‌توانند تغییرات غیرطبیعی و واکنش‌ها و بازتاب‌های نامطلوب را ایجاد نمایند.^(۳۱) در این رابطه، علی‌رغم این‌که مسائل روانشناختی و استرس‌ها می‌توانند از عوامل پیشگویی‌کننده کیفیت زندگی و نحوه استفاده از سرویس‌های بهداشتی-درمانی در مددجویان به حساب آیند،^(۳۲) پیشگویی وضعیت شیردهی در مادران در معرض خطر بالا توسط متخصصین بهداشتی، می‌بایست مبتنی بر متغیرهای قابل تعدیل باشد.^(۳۹)

در خصوص ارتباط مسائل اقتصادی با استرس و وضعیت بهداشتی، Bennett و همکاران صریحاً عنوان می‌کنند که کودکان شیرخوار مادرانی با وضعیت اقتصادی اجتماعی نامطلوب، در دامنه وسیعی از مشکلات بهداشتی قرار می‌گیرند و بسیار آسیب‌پذیرتر از کودکان مادران، با سطوح استرسی کم می‌باشند. لذا حمایت‌هایی که در محل سکونت آن‌ها، به‌صورت منزل محور (home-based support) ارائه

می‌شود که به‌همراه زایمان غیر طبیعی و تنش روحی ناشی از بستری شدن نوزاد در بیمارستان، فشارهای مضاعفی بر روی مادران تازه ایجاد می‌کند. این امر می‌تواند بر روند شیردهی مادر اثرات سوء گذارد.^(۳۷) از آنجا که در پژوهش حاضر نوع زایمان واحدهای مورد پژوهش در ۴۴/۷ درصد، سزارین و وزن هنگام تولد نوزادان آن‌ها در ۶/۶۵ درصد موارد زیر ۲۵۰۰ گرم بوده و در ۱۰/۳ درصد موارد این نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه پذیرش شده بودند، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این عوامل احتمالاً میزان نه‌چندان مطلوب خودکفایتی شیردهی را در مادران مورد مطالعه توجیه می‌کند.

همچنین در این مطالعه بین متغیرهای خودکفایتی شیردهی و وضعیت اقتصادی مادران مورد بررسی ارتباط معنی‌داری دیده نشد ولی این ارتباط متمایل به معنی‌دار بودن بود ($P=0/59$). در این راستا Baker معتقد است که سطح اقتصادی-اجتماعی یک فاکتور مؤثر در شیردهی و خودکفایتی شیردهی انحصاری در مادران است به طوری که زنان طبقه متوسط، میزان خودکفایتی و شیردهی انحصاری بیشتری نسبت به زنان با درآمد پایین را دارا می‌باشند.^(۳۸) بر اساس آنالیز آماری داده‌ها و با طبقه‌بندی مادران مورد پژوهش از روی نمره کسب شده مقیاس خودکارآمدی شیردهی، به دو گروه خودکارآمدی بالا و پایین مشخص گردید که فراوانی مادران دارای خودکارآمدی شیردهی بالا و پایین تقریباً از میزان مشابهی برخوردار است. بر طبق نتایج حاصل از تحقیقات Dennis که استرس درک شده را از فاکتورهای مؤثر بر روی خودکفایتی شیردهی می‌داند،^(۳۹) اعتقاد بر این است که ایفای نقش مادری نیز به‌طور معکوسی تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد.

متغیرهای زمینه‌ای همچون سن، شغل، سطح تحصیلات و... با خودکفایتی شیردهی و استرس درک شده یافت نشد. در این میان، مطالعه Marga و همکاران در رابطه با ارتباط بین علائم افسردگی پس از زایمان و استرس والدین، با شیردهی انحصاری مادران در ۲-۳ ماه اول پس از زایمان، نشان داد که استرس با سطوح پائین‌تر شیردهی انحصاری ارتباط داشته و شیردهی انحصاری در مادران با سطوح بالاتر تحصیلات بیشتر می‌شود.^(۳۵) که با مطالعه حاضر که ارتباطی ما بین خودکفایتی شیردهی و سطح تحصیلات مادران به دست نیامد موافقت ندارد. در پژوهش دیگری اثرات مثبت و منفی ویژگی‌های مختلف همچون ویژگی‌های دموگرافیک بر روی شیردهی مشخص شده است، به طوری که سطح تحصیلات، سن بالای مادر و دارا بودن خانواده کوچک از ویژگی‌های دموگرافیکی با اثرات مثبت و سطح تحصیلات پائین، سن کم مادر، نخست‌زا بودن و شاغل بودن مادر از ویژگی‌های دموگرافیکی با اثرات منفی روی شیردهی محسوب شده‌اند.^(۳۶)

همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد که ارتباط آماری معنی‌داری بین خودکفایتی شیردهی و فاکتورهای زمینه‌ای نظیر سن و وضعیت اقتصادی مادران مورد پژوهش وجود نداشت که این یافته با نتایج Marcer که نشان داد سن و سطوح اقتصادی-اجتماعی فاکتورهای قابل توجهی هستند که دستیابی به نقش مادری و شیردهی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، منافات دارد.^(۴۰) که احتمالاً به علت این‌که در این تحقیق، جامعه مورد پژوهش فقط شامل مادران نخست‌زا می‌باشد این هم‌خوانی به چشم نمی‌خورد.

مطابق یافته‌های Kersting و همکاران، در مادرانی که نوزادان خیلی کم وزن به دنیا می‌آورند، این واقعه به عنوان یک ضربه روحی عظیم در پس از زایمان تلقی

فهرست منابع

- 1- Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *J Pediatr*; 2004.80(2):99-105.
- 2- Dai X, Dennis CL. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Chinese. *J Mid Women's Health*; 2003.48:350-6.
- 3- Thome M, Elisabeth MA, Aifons R. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress?. *Int J of Nurs Stud*; 2006.43:11-20.
- 4- UNICEF-Breast Feeding information in Iran. Available from: <http://www.unicef.org/iran/fa/media.html>. Accessed Aug 20, 2006.
- 5- Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding: Data and statistics: Breastfeeding practices, 2003. Results from the 2003 National Immunization Survey (updated 2004 August 11). Available from: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/NIS-data>. May 2005.
- 6- Dorothy CC, Laurie NR, Kathryn GD and Bo L. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr*; 1998. 68: 335-344.
- 7- Krouse AM. The family management of breastfeeding Low Birth Weight infants. *J Hum Lact*; 2002.18(2):155-65.
- 8- Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, et al. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*; 2002.8(166):21-8.
- 9- Dai X, Dennis CL. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Mid Women's Health*; 2003.48(5):351-6.
- 10- Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *J Hum Lact*; 1999.15(3):195-201.
- 11- Dadsetan, P. Tension and Stress. Tehran: Roshd Publishers; 1998.7-11.

از طرفی درک مادران از نقش مادری، در خودکارآمدی آنها برای رفتارهای مادری منعکس می‌گردد.^(۴۰) بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که با توجه به این‌که شیردهی موفق، به فاکتورهای متعدد فیزیولوژیکی و روانشناختی در مادران بستگی دارد، با برآورد خود کارآمدی بالای ۵/۶۶ درصدی و استرس درک شده بالای ۱/۵۱ درصدی در مادران مورد پژوهش انتظار چندانی نمی‌توان داشت که اکثریت قاطع آنان در ایفای نقش مادری و رفتارهای شیردهی انحصاری، کاملاً موفق عمل نمایند. به نظر می‌رسد با توجه به کاهش میزان تغذیه با شیر مادر در سال‌های اخیر در ایران،^(۴) لزوم تدوین استراتژی‌های مناسب در راستای افزایش بیش از پیش خود کفایتی شیردهی و نیز مواجهه مؤثر با استرس‌ها، به ویژه در مادران نخست‌زا از اهمیت خاصی برخوردار باشد و توجه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به برخی مشخصات فردی و ویژگی‌های روانشناختی مادران در جهت بهبود روند شیردهی کاملاً ضروری بوده و مؤکداً توصیه می‌گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (کد ۳۹۴/پ) بوده که بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی و اعضاء کمیته مشاوره امور پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، و پرسنل محترم مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی تهران که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند اعلام می‌داریم.

- 12- Boyd M. Psychiatric Nursing. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2005.P.772-8.
- 13- Kathryn GD. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr*; 2001.131:30125-155.
- 14- Karleen DG. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *Int Breastfeed J*; 2006.1(5),1-15.
- 15- Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital breastfeed Rev; 2000.8(1):25-33.
- 16- Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*; 2006.29(4):256-68.
- 17- Mehrdad N, Salsali M, Kazemnejad A. The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing. July 2008, *J of Clin Nurs*;17(16):2194-2202.
- 18- Dennis CL The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neo Nurs*; 2003.32(6):734-44.
- 19- Sheldon C, Karmarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*; 1983.24(4):385-96.
- 20- Ueda T, Yokoyama Y, Irahara, Aono T. Influence of psychological stress on sucking induced pulsatile oxytocin release, *Obstet Gynecol*; 1994.84(2):259-262.
- 21- Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr*; 2001.131:30125-155 .
- 22- Bastani F. Effect of Relaxation Training based on the integration of PRECEDE Model and Health Belief Model with the Self Efficacy Theory on Anxiety and Pregnancy Outcomes among Primigravid Women. PhD Dissertation, Tarbiat Modarres University, 2004.
- 23- Rondó PH, Souza MR. Maternal distress and intended breastfeeding duration. *J Psychos Obstet Gynaecol*; 2007.28(1):55-60.
- 24- Groer MW, Davis MW. Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 2006.35(5):599-607.
- 25- Dilmore DL. A comparison of confidence levels of postpartum depressed and non-depressed first-time mothers. A thesis submitted to the department of graduate studies in partial fulfillment of the requirements for the degree master of science in nursing. Florida; 2004.
- 26- Rozier B. Fundamentals of Nursing. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2004.P.345.
- 27- Kathryn GD. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr*; 2001.131:30125-30155.
- 28- Yngve A, SjöÈstroÈm M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Pub Health Nut*; 2001.4(2B):729-739.
- 29-- Warr DJ, Tacticos T, Kelaher M, Klein H. Money, stress, jobs: Residents' perceptions of health-impairing factors in 'poor' neighborhoods. *Health Place*; 2007.13(3):743-756.
- 30- Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *Int J Nur Stud*; 2007. 44(6): 991-998.
- 31- Lewis RS, Weekes NY, Wang TH. The effect of a naturalistic stressor on frontal EEG asymmetry, stress and health. *Biolog Psych*; 2007.75(3):239-247.
- 32- Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G and Dickens C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*. 2007, Article in Press.
- 33- Bennett C, Macdonald GM, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Home-based support for disadvantaged adult mothers. *Cochrane Data Sys Rev*; 2007.18(3):CD003759.

34- Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros JJ. Oxytocin and maternal stress during the postpartum period. *Ann Endocrinol*; 2006.67(3):214-23.

35- Marga T, Elisabeth MA, Alfons R. A population-based study of exclusive breastfeeding on Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress. *Int J Nurs Stud*; 2006.43:11-20.

36- Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Pub Health Nut*; 2001.4(2B):729-739.

37- Kersting A, Dorsch M, Wesselmann, Ludorff K, Witthaut 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 Psychos Res*; 2004.57,473-476.

38- Baker S. The infant feeding decision: A survey of Limited – Resource women in North Carolina. A dissertation submitted to the graduate faculty of North Carolina State University; 2003.P.58.

39- Molina Torres M, Davila Torres RR, Parrilla Radriguez AM, Deniss CL. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *J Hum Lact*; 2003.19(1):35-42.

40- Marcer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nurs Res*; 1981.30(2);73-77.