

THE IMPACT OF APPLYING THE BREAST CRAWL (TBC) WITH OTHER EDUCATIONAL STRATEGIES ON BREASTFEEDING SELF-EFFICACY

The Impact of Applying the Breast Crawl (TBC) with other Educational Strategies on Breastfeeding Self-Efficacy after the First Breastfeeding among Primiparous Women in Dezful

ABSTRACT

Background and objective: Breastfeeding self-efficacy could be a strong predictive factor in breastfeeding. The aim of this study was to compare the impact of breastfeeding self-efficacy applying TBC (crawling baby to the mother's breast) and other self-efficacy promoting strategies after the first breastfeeding in primiparous women admitted to the maternity ward of Ganjavian hospital in the city of Dezful, Khuzestan Province, Iran.

Materials and methods: In this quasi-experimental study, the sample size was 120 primiparous pregnant women admitted to the maternity ward of Ganjavian hospital in Dezful. Eligible individuals with consent were enrolled in the study. Participants completed a five-part pre-test questionnaire prior to childbirth. After childbirth, subjects were randomly divided into two intervention groups and one control group. Post-test was taken by breastfeeding self-efficacy questionnaire during the first 24 hours after delivery. For data analysis, descriptive statistics and ANOVA were used through SPSS 16. Significant correlation was considered as $p < 0.05$.

Results: Breastfeeding self-efficacy scores increased in all three groups. But only the intervention group based on educational strategies showed a statistically significant compared to the control group ($p = 0.039$). The breast crawl (TBC) group showed no statistically significant ($p = 0.076$) compared with other groups ($p = 0.990$).

Conclusion: Due to the many advantages of TBC, besides educating based on self-efficacy promoting strategies, TBC is also recommended for primiparous

Keywords: Educational intervention, self-efficacy, Breastfeeding strategies, Primiparous mothers, Dezful.

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Abdollahipour F, Noughjah S, Latifi SM, Araban M. The impact of applying the breast crawl (TBC) with other educational strategies on breastfeeding self-efficacy after the first breastfeeding among primiparous women in Dezful. *Iran J Health Educ Health Promot.* Spring 2017;5 (1): 20-32. [Persian]

► **Citation (APA):** Abdollahipour, F., Noughjah, S., Latifi, S.M., Araban, M. (Spring 2017). The impact of applying the breast crawl (TBC) with other educational strategies on breastfeeding self-efficacy after the first breastfeeding among primiparous women in Dezful. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 5 (1), 20-32. [Persian]

Fereshteh Abdollahipour

MSc Student in Health Education and Health Promotion, Dept of Public Health, School of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Science (AJUMS), Ahvaz, Iran. fereshteh.abdollahi@gmail.com

Sedigheh Noughjah

Instructor in Public Health, PhD Candidate in Pregnancy Diabetes, Diabetes Research Center, Health Research Institute, AJUMS, Ahvaz, Iran. s_noughjah@yahoo.com

Seyed Mahmoud Latifi

Instructor in Biostatistics, Dept of Biostatistics, School of Public Health, AJUMS, Ahvaz, Iran. SML1381@yahoo.com

Marziyeh Araban

* Assistant Professor, Dept. of Public Health, School of Public Health, Social Determinants of Health Research Centre, AJUMS, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author) Tel: +9861133357543-50 Ext 2871 Araban62@gmail.com

Received: 29 November 2015

Accepted: 30 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.5.1.20

تأثیر مداخله خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی

تأثیر مداخله خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی بر خودکارآمدی شیردهی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان در مادران نخست‌زای شهر دزفول

چکیده

زمینه و هدف: خودکارآمدی شیردهی می‌تواند قوی‌ترین پیشگویی‌کننده تغذیه با شیر مادر باشد. هدف این پژوهش بررسی تأثیر مداخله خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر (به‌عنوان تجربه‌مستقیم رفتار شیردهی) در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی بر خودکارآمدی شیردهی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان در مادران نخست‌زای بستری‌شده در زایشگاه بیمارستان شهید گنجویان دزفول بود. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر پژوهشی نیمه‌تجربی است؛ که در ۱۳۹۴ بر روی ۱۲۰ نفر مادر باردار نخست‌زای بستری‌شده در زایشگاه بیمارستان شهید گنجویان دزفول انجام شد. آزمودنی‌ها پرسشنامه استاندارد پنج‌قسمتی پیش‌آزمون را قبل از زایمان تکمیل کردند. پس از زایمان، شرکت‌کنندگان بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و یک گروه شاهد تقسیم شدند. پس‌آزمون با پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی طی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آنالیز واریانس یک‌طرفه در SPSS ۱۶ استفاده شد. رابطه معناداری $p/0.05 >$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نمره خودکارآمدی شیردهی در هر سه گروه افزایش یافته بود؛ اما این افزایش تنها در گروه مداخله بر اساس راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی نسبت به گروه شاهد تفاوت معنادار آماری نشان داد ($p/0.039 =$). میزان افزایش نمره خودکارآمدی شیردهی گروه مداخله TBC با گروه شاهد ($p/0.076 =$) و گروه راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی ($p/0.990 =$) تفاوت معنادار نداشت. **نتیجه‌گیری:** انجام TBC به علت مزایای بسیار، در کنار آموزش بر اساس راهبردهای ارتقای خودکارآمدی در مادران نخست‌زای توصیه می‌شود. **کلیدواژه:** مداخله آموزشی، خودکارآمدی، راهبرد شیردهی، مادران نخست‌زای، دزفول. **نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.

◀ **استناد (ونکوور):** عبدالله‌پور ف، نوح‌جاه ص، لطیفی س، م، عربان م. تأثیر مداخله خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی بر خودکارآمدی شیردهی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان در مادران نخست‌زای شهر دزفول. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۳۹۶؛ ۵(۱): ۲۰-۳۲.

◀ **استناد (APA):** عبدالله‌پور، فرشته؛ نوح‌جاه، صدیقه؛ لطیفی، سیدمحمود؛ عربان، مرضیه (بهار ۱۳۹۶). تأثیر مداخله خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی بر خودکارآمدی شیردهی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان در مادران نخست‌زای شهر دزفول. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۵(۱): ۲۰-۳۲.

فرشته عبدالله‌پور

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
fereshteh.abdollahi@ymail.com

صدیقه نوح‌جاه

دانشجوی دکتری دیابت بارداری، مربی گروه بهداشت عمومی، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
s_nouhjah@yahoo.com

سیدمحمود لطیفی

مربی گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
SML1381@yahoo.com

مرضیه عربان

استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)
Araban62@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۹

مقدمه

فواید تغذیه با شیر مادر بر کسی پوشیده نیست (۱). بارزترین و مهمترین مزیت تغذیه با شیر مادر تأثیر فوری آن بر سلامت و نجات نوزادان است. تغذیه با شیر مادر نتایج متعددی دارد: رشد و تکامل مطلوب نوزاد و کاهش احتمال ابتلا به عفونت‌های تنفسی و گوارشی، کاهش بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، کاهش دیابت نوع اول و دوم، کاهش سرطان‌های دوران کودکی، کاهش میزان عفونت گوش میانی، عفونت‌های پوستی و ریسک چاقی و آسم و کمتر شدن مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها (۱-۲). کاهش مرگ‌ومیر دوران نوزادی در اثر بیماری‌های عفونی جزو فواید کوتاه‌مدت تغذیه با شیر مادر است؛ درحالی‌که در درازمدت فوایدی چون موفقیت در تحصیل، کاهش پرفشاری خون، کاهش شیوع کلسترول بالا و چاقی در سنین بالاتر دارد (۳). سازمان جهانی بهداشت، اتحاد جهانی برای اقدام به شیردهی^۱ صندوق کودکان سازمان ملل متحد و تمام سازمان‌های بین‌المللی، شیردهی انحصاری تا شش ماه و تداوم شیردهی تا پایان دوسالگی را همراه با غذای کمکی توصیه می‌کنند؛ و تمام این سازمان‌ها تأکید دارند که اولین شیردهی باید در اولین ساعت بعد از تولد انجام شود (۴). اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر به حدی است که می‌تواند سالانه از مرگ یک میلیون کودک پیشگیری کند (۵). اگر میزان شیردهی مطابق با اهداف برنامه مردم سالم سازمان جهانی بهداشت ارتقا یابد، ۳/۶ بلیون دلار صرفه‌جویی اقتصادی خواهد شد (۶). اما با این وجود، بر اساس اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱ کمتر از نیمی از کودکان دنیا از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند شده‌اند (۷).

تغذیه با شیر مادر در کشورهای مختلف و فرهنگ‌های متفاوت با هم فرق دارد (۱). آمار شیردهی انحصاری در چین تنها ۴۵/۳ درصد گزارش شده است (۷). در ایالات متحده تقریباً هفتاد درصد مادران تغذیه با شیر مادر را برای نوزاد خود شروع می‌کنند؛ اما فقط ۴۰ درصد آنان شیردهی را تا شش ماهگی نوزاد

ادامه می‌دهند و تنها ۲۵ درصد نوزادان تا یک سالگی از شیر مادر بهره‌مند می‌شوند (۸). در استرالیا نیز ۸۰ درصد مادران، پس از زایمان، تغذیه با شیر مادر را شروع می‌کنند؛ اما تنها ۶۰ درصد تا پایان سه ماهگی و فقط ۱۸ درصد تا پایان شش ماهگی تغذیه با شیر مادر را ادامه می‌دهند (۹). با وجود اینکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران مروج تغذیه با شیر مادر است، اما میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر بسیار کم بوده و شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر در سال ۱۳۸۴ تنها ۲۳/۱ درصد در کل کشور گزارش شده است و استان خوزستان نیز با شاخص ۱۹ درصدی نسبت به سایر شهرها کاهش چشمگیری در میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته است (۱۰).

با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر بر سلامت کودکان، ارتقای تغذیه با شیر مادر به‌عنوان راهبرد کلیدی نجات کودکان در نظر گرفته شده است (۱۱). عوامل متعددی در تغذیه با شیر مادر مؤثرند؛ عوامل اجتماعی، جمعیت‌شناختی و عوامل رفتاری و روان‌شناختی (۷، ۱۱). یکی از مهمترین مؤلفه‌های رفتاری روان‌شناختی که می‌تواند به‌عنوان یک چهارچوب نظری برای مداخلات در نظر گرفته شود خودکارآمدی است. به‌طوری‌که خودکارآمدی شیردهی می‌تواند قوی‌ترین پیشگویی‌کننده تغذیه با شیر مادر باشد (۱۱-۱۴). خودکارآمدی شیردهی روی تصمیم تغذیه با شیر مادر، تلاش‌های مادر برای انجام این کار، الگوبرداری‌های ارتقادهنده یا ناموفق و نحوه پاسخگویی وی به مشکلات شیردهی اثر می‌گذارد و به‌طور معناداری طول دوران شیردهی و شیردهی انحصاری به نوزاد را تعیین می‌کند (۱۵). پژوهش‌های انجام‌شده بر اساس الگوهای آموزش بهداشت نشان دادند که خودکارآمدی درک‌شده مادران باردار کمترین نمره را داشته است (۱۱). در پژوهشی که در استان خوزستان انجام شده بود، تنها ۲/۵ درصد مادران خودکارآمدی شیردهی بالایی داشتند (۱۰). لذا، انجام مداخلات ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی زنان باردار بر اساس منابع خودکارآمدی منطقی به نظر می‌رسد (۹، ۱۶).

1. World Alliance for Breastfeeding Action

تجربه موفق شیردهی یادکرده‌اند (۱۳).

به‌رغم اینکه طبق عقیده بندورا تجربه مستقیم و موفق رفتار مهمترین منبع ارتقادهنده خودکارآمدی است (۱۲) و زنان نخست‌زا، به دلیل نداشتن تجربه قبلی شیردهی، بیشتر در معرض مواجهه با مشکلات شیردهی قرار دارند (۱۴)، تاکنون پژوهشی که از این پدیده به‌عنوان نوعی از تجربه رفتار شیردهی در جایگاه یک منبع ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی استفاده کرده باشد به دست نیامد. لذا هدف این پژوهش بررسی تأثیر مداخله خردین نوزاد به سمت سینه مادر (TBC) در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی بر خودکارآمدی شیردهی مادران نخست‌زای بستری‌شده در زایشگاه بیمارستان گنجویان دزفول بود.

مواد و روش‌ها

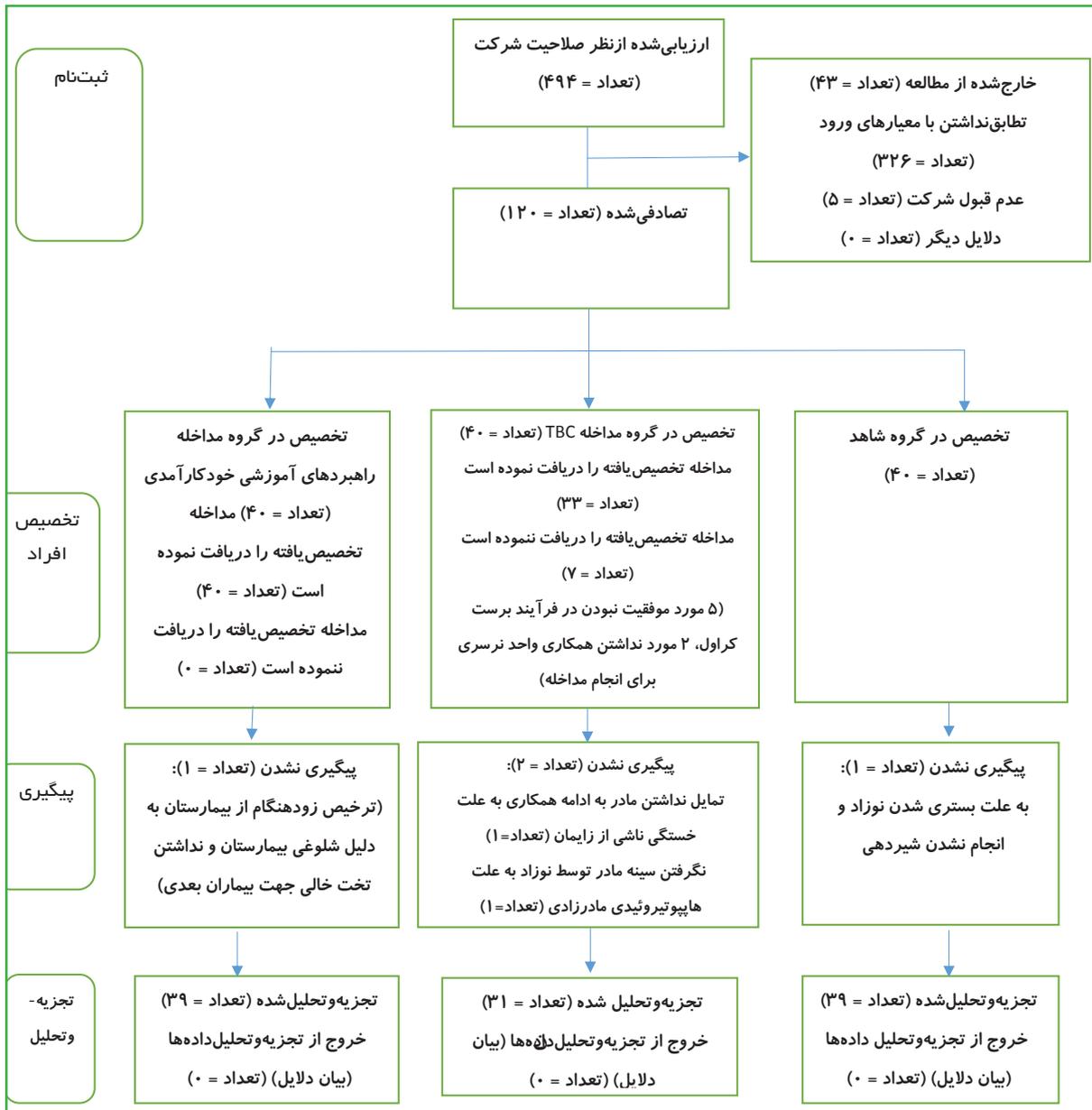
پژوهش حاضر مداخله‌ای نیمه‌تجربی بود. جامعه آن مادران باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به واحد زایشگاه بیمارستان دولتی آموزشی شهید گنجویان دزفول بودند. نمودار ۱ یک نمودار جریان فرآیند پژوهش را نشان می‌دهد.

ابزار پژوهش پرسشنامه پنج‌قسمتی بود. قسمت اول آن شامل مشخصات جمعیت‌شناختی بود: سن مادر، قومیت، تحصیلات و وضعیت شغلی وی و همسر، درآمد ماهانه خانوار، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، جنس نوزاد، سن حاملگی و قصد تغذیه نوزاد با شیر مادر. قسمت دوم شامل سؤالات خودکارآمدی عمومی بود؛ که از پرسشنامه‌ای روا و پایای خودکارآمدی عمومی، به عنوان ابزاری خودگزارش‌ده، استفاده شد (۱۵). این پرسشنامه ۱۰ سؤال دارد و پاسخ‌ها به‌صورت مقیاس لیکرت چهارتایی است: اصلاً صحیح نیست، کمی صحیح است، تا حدی صحیح است و کاملاً صحیح است. حداقل نمره برای این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر نمره ۴۰ است. برای سنجش خودکارآمدی شیردهی از پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی کوتاه مقیاس^۲ دنیس استفاده

خودکارآمدی یکی از مفاهیم کلیدی نظریه شناختی-اجتماعی بندورا در سال ۱۹۹۷ است. بر اساس نظریه بندورا، خودکارآمدی به معنای اعتقاد افراد در خصوص توانایی‌شان برای انجام رفتاری خاص است. در نتیجه، خودکارآمدی شیردهی به معنای باور زنان در توانایی‌های خود برای انجام شیردهی است. خودکارآمدی، روی تصمیم افراد و احساس آن‌ها هنگام رویارویی با چالش‌ها تأثیر می‌گذارد و افراد با خودکارآمدی زیادتر تلاش بیشتری انجام می‌دهند و موفق‌تر هستند. به اعتقاد بندورا، خودکارآمدی چهار منبع دارد: انجام فعالیت، تجارب جانشینی (یادگیری)، حمایت اجتماعی یا ترغیب کلامی و تنش‌های احساسی یا فیزیولوژیکی. اولین منبع ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی انجام موفقیت‌آمیز عمل شیردهی است. منبع دوم، یادگیری از طریق مشاهده دیگر مادران شیرده است. ترغیب کلامی یا حمایت اجتماعی نیز یکی دیگر از منابع قابل‌اعتماد برای ارتقای خودکارآمدی شیردهی است. با کاهش استرس‌ها و تصحیح اعتقادات و باورهای غلط نیز می‌توان از چهارمین منبع ارتقادهنده خودکارآمدی بهره برد (۱۲). عوامل آموزشی در ارتقای خودکارآمدی نقش دارند. لذا در مداخلات ارتقادهنده سلامت سعی شده از روش‌های آموزشی نظریه‌محور استفاده شود. این روش‌ها بر اساس بعضی از منابع خودکارآمدی برای ارتقای خودکارآمدی شیردهی در زنان باردار استفاده می‌شود (۶، ۸، ۱۴، ۱۷-۱۸). با این‌که امروزه به اثبات رسیده است که یک نوزاد سالم برای شروع اولین تغذیه با شیر مادر نیاز به کمک ندارد و چنانچه بلافاصله پس از تولد به‌صورت برهنه روی سینه مادر و در تماس با پوست مادر قرار بگیرد، بدون نیاز به هیچ کمکی توانایی خزیدن به سمت پستان مادر، یافتن نوک پستان و انجام تغذیه صحیح از شیر مادر را طی شصت دقیقه اول بعد از تولد پیدا می‌کند. این پدیده مشهور به «خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر»^۱ یا به اختصار TBC است؛ که توانایی غریزی خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر برای شروع اولین تغذیه با شیر مادر است (۴). مادرانی که شاهد این پدیده بوده‌اند از آن به‌عنوان

2. Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Short Form (BSES-SF)

1. The Breast Crawl (TBC)



نمودار ۱. نحوه پیگیری افراد طی مطالعه

شد؛ که ۱۴ سؤال دارد و پاسخ‌های آن در مقیاس لیکرت پنج‌تایی است: اصلاً مطمئن نیستم، کمی مطمئن هستم، نسبتاً مطمئنم، مطمئن هستم و کاملاً مطمئن هستم. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است ($\alpha=0/93$) (۱۶). با توجه به بیانیه‌های چهارده‌تایی این پرسشنامه نمره خودکارآمدی شیردهی از حداقل ۱۴ تا حداکثر ۷۰ در نظر گرفته شد؛ که نمره بیشتر نشان‌دهنده خودکارآمدی شیردهی زیادتر است. از نسخه ۱۰ آیتمی پرسشنامه استرس درک‌شده کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳، که قبلاً روایی و پایایی آن بررسی شده است، برای سنجش میزان استرس درک‌شده مادران استفاده شد. این مقیاس ۴ آیتم مثبت و ۶ آیتم منفی دارد؛ که سؤالات مثبت نمراتی از ۰ تا ۴ دارند و گزینه پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌تایی بودند: هرگز، تقریباً هیچ‌گاه، گاهی اوقات، تقریباً بیشتر زمان‌ها و بسیاری از زمان‌ها. برای سؤالات منفی معکوس نمره داده شدند (۱۸-۱۷).

مادران، حاوی شرح حال و اطلاعات مربوط به بارداری مادران و نیز به روش مصاحبه و مشاهده بررسی می‌شد. نداشتن مشکل منع شیردهی بر اساس سوابق موجود در دفترچه مراقبت بارداری مادر و بررسی سینه‌ها از نظر آنومالی و پرشش از خود مادر در خصوص وجود مشکل منع شیردهی اثبات می‌شد. وضع نوزاد نیز بر اساس ارزیابی وضعیت جسمی و آپگار دقیقه اول و پنجم و تائید ماما یا پزشک مسئول زایمان بررسی شد. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از مطالعه عبارت بودند از: موفقیت‌آمیز نبودن موارد مداخله خردین نوزاد به سمت سینه مادر^۱ پس از زایمان، بستری نوزاد پس از تولد به هر دلیلی، وجود بیماری زمینه‌ای در نوزاد، نداشتن تمایل مادر به ادامه مشارکت در پژوهش، یا نداشتن امکان تکمیل پرسشنامه پس‌آزمون به هر دلیل.

پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین ذی‌ربط بیمارستان شهید گنجویان دزفول نمونه‌گیری در محل زایشگاه آغاز شد. وضعیت تمام مادران باردار نخست‌زای بستری‌شده جهت انجام زایمان بررسی شد. این کار مبتنی بر معیارهای ورود به مطالعه بر اساس دفترچه مراقبت بارداری مادران حاوی شرح حال و اطلاعات مربوط به بارداری و نیز به روش مصاحبه و مشاهده انجام شد. پس از دریافت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بارداری و پرسشنامه استاندارد کوتاه مقیاس خودکارآمدی شیردهی به روش مصاحبه برای افراد واجد شرایط تکمیل شد. با توجه به معیارهای ورود، پس از زایمان و اطمینان از وقوع زایمان واژینال بدون عارضه با نوزاد سالم بدون منع شیردهی و بر اساس ترتیب تعیین‌شده طبق جدول اعداد تصادفی کد موردنظر به فرد تعلق می‌گرفت و به‌طور کاملاً تصادفی نوع مداخله تعیین و اجرا می‌شد. چنانچه کد تعلق‌گرفته مربوط به گروه شاهد بود، مداخله‌ای صورت نمی‌گرفت؛ بلکه مادران تنها اقدامات روتین بیمارستان را دریافت می‌کردند. البته اقدامات روتین برای سایر مادران گروه‌های مداخله با سایر راهبردهای خودکارآمدی و مادران گروه

برای سنجش عزت‌نفس نیز از پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی عزت‌نفس روزنبرگ با پاسخ‌هایی در مقیاس لیکرت ۵ تایی (بسیار موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف) استفاده شد؛ که پنج سؤال اول جهت مثبت و پنج سؤال بعد دارای جهت منفی بوده و نمره‌دهی معکوس داشتند. حداکثر نمره آن نیز ۵۰ و حداقل نمره ۱۰ بود. برای پرسشنامه عزت‌نفس روانی و پایایی مناسب گزارش شده است (۱۹).

با توجه به هدف مطالعه برای تعیین حجم نمونه، مادران باردار بایستی به سه گروه شاهد، گروه مداخله TBC و گروه مداخله بر اساس سایر راهبردهای ارتقادنده خودکارآمدی شیردهی تقسیم می‌شدند. لذا جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار Minitab استفاده شد. بر اساس اطلاعات پژوهش‌های نظری و همکاران (۲۰) که میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی را در هفته اول پس از مداخله در گروه اول برابر با $4/78 \pm 9/59$ ، در گروه دوم $7/55 \pm 4/54$ و در گروه سوم $8/93 \pm 3/53$ اعلام نموده است، با $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/2$ حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر به دست آمد؛ که با احتساب ریزش ۳۰ درصدی، حجم نمونه برای هر گروه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. به این ترتیب، حجم کل نمونه ۱۲۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌های شماره ۱ تا ۴۰ در گروه شاهد، ۴۱ تا ۸۰ در گروه مداخله TBC و ۸۱ تا ۱۲۰ در گروه مداخله بر اساس راهبردهای آموزشی ارتقادنده خودکارآمدی قرار گرفتند. برای نمونه‌گیری تصادفی از جدول اعداد تصادفی استفاده شد. در نتیجه، ترتیب نمونه‌گیری به‌طور تصادفی تعیین گردید.

معیار ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: نخست‌زا بودن، داشتن بارداری بدون عارضه، داشتن زایمان واژینال بدون عارضه، به دنیا آوردن نوزاد سالم و ترم بدون مشکل منع شیردهی، نداشتن سابقه ناراحتی روحی در مادر، داشتن قصد تغذیه با شیر مادر، رضایت برای شرکت در پژوهش، داشتن امکان برقراری تماس تلفنی با مادران، تسلط به زبان فارسی، نداشتن آنومالی در ناحیه پستان مادر و نداشتن مشکل منع شیردهی در مادر و نوزاد. معیارهای ورود به مطالعه بر اساس دفترچه مراقبت بارداری

مداخله خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر نیز، مانند گروه شاهد، از سوی کارکنان بیمارستان انجام می‌شد.

با توجه به هدف پژوهش که استفاده از پدیده خزیدن نوزاد به سمت سینه مادر به عنوان جایگزینی برای تجربه رفتار شیردهی بود، برای مادران گروه مداخله TBC بلافاصله پس از زایمان و پس از تأیید سلامت نوزاد از سوی عامل زایمان سر و بدن نوزاد کاملاً خشک می‌شد؛ ولی از خشک کردن دست‌های نوزاد بر اساس اصول انجام پدیده TBC خودداری می‌شد و نوزاد در تماس پوست با پوست کامل با مادر به صورت دمر روی شکم مادر گذاشته می‌شد. برای جلوگیری از کاهش دمای بدن نوزاد یک حوله خشک روی بدن مادر و نوزاد کشیده می‌شد. سپس در خصوص پدیده حرکت غریزی نوزاد به سمت سینه مادر برای شروع شیردهی توضیحات لازم بیان می‌شد. در این مرحله توضیحات تنها روی پدیده TBC و غریزی بودن آن معطوف می‌شد. این روند تا زمانی ادامه پیدا می‌کرد که مادر به حرکات خاص نوزاد در تلاش برای رسیدن به نوک سینه خود و شروع مک زدن آرئول و نوک پستان شیردهی توجه کرده و وقوع این مسئله را تأیید می‌کرد. بعد از این مرحله، در صورت تمایل مادر، نوزاد همچنان روی سینه مادر باقی می‌ماند تا شیردهی به صورت کامل انجام شود. و یا در صورت نداشتن تمایل مادر به ادامه شیردهی (به علت شرایط خاص تخت زایمان) نوزاد به واحد نوزادان جهت انجام سایر مراقبت‌های روتین تحویل داده می‌شد. پس از انتقال مادر به واحد بعد از زایمان و در هنگام شروع تغذیه نوزاد، برای مادران گروه مداخله آموزشی بر اساس سایر راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی انجام می‌شد. روش مداخله شامل این موارد بود: تشویق کلامی، ارائه کارت‌های حاوی نوشته‌ها و عکس‌های جذاب برای ایجاد انگیزه شیردهی در مادران و ارائه کلیپ‌های زیبای شیردهی برای ایجاد تجربه جانشینی. در خصوص وجود استرس و نگرانی احتمالی از مادر سؤال می‌شد و در صورت وجود هرگونه استرس به مادر اطمینان لازم داده می‌شد. پس از انجام تجربه شیردهی نوزاد و استراحت

مادر، پرسشنامه پس‌آزمون از طریق مصاحبه برای تمامی مادران تکمیل گردید.

تمامی داده‌ها پس از اتمام نمونه‌گیری وارد SPSS ۱۶ شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آمار توصیفی و برای انجام مقایسه نمره خودکارآمدی در سه گروه، با توجه به برابری واریانس‌ها از آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. رابطه معناداری $p > 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در نهایت، از میان ۱۲۰ نفر مادران نخست‌زای یک نفر از گروه شاهد، ۹ نفر از گروه مداخله TBC و یک نفر از گروه مداخله بر اساس راهبردهای خودکارآمدی، یعنی جمعا ۱۱ نفر، پرسشنامه پس‌آزمون را تکمیل نکردند و در نتیجه مطالعه روی ۱۰۹ نفر انجام شد. جدول ۱ گروه‌های موردپژوهش را از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، نمره خودکارآمدی عمومی، استرس درک‌شده و عزت‌نفس با هم مقایسه می‌کند.

جدول ۲ نیز مقایسه گروه‌های پژوهش را از نظر نمره خودکارآمدی شیردهی قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. تمامی مادران باردار در هر سه گروه به میزان ۱۰۰ درصد قصد داشتند نوزادشان را با شیر خود تغذیه کنند. ۸۱/۷ درصد بارداری‌ها خواسته هر دوی پدر و مادر بودند. پنج درصد کل بارداری‌ها فقط خواسته مادر و ۵/۸ درصد فقط خواسته پدر بودند و ۷/۵ درصد بارداری‌ها ناخواسته بودند. قومیت ۴۳/۱ درصد مادران لر، ۱۱/۱ درصد کرد، ۷/۶ درصد فارس، ۱۲ درصد عرب و ۱۹ درصد دزفولی بودند. شغل ۹۲/۲ درصد مادران خانه‌دار و ۱۸/۳ درصد همسران ایشان کارمند بودند. تنها ۳۳/۳ درصد مادران و ۲۵/۸ درصد همسران ایشان تحصیلات دانشگاهی داشتند. پیرامون درآمد خانوار آزمودنی‌ها اعلام کردند که ۲۸/۳ درصد درآمدشان کمتر از حد تأمین مخارج زندگی، ۵۲/۵ درصد در حد تأمین مخارج زندگی و ۱۹/۳ درصد درآمد خانوارشان را بیشتر از حد تأمین مخارج زندگی بودند. در گروه یک (گروه شاهد)

جدول ۱. مقایسه گروه‌های مورد پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمره خودکارآمدی عمومی، استرس درک‌شده و عزت‌نفس

عزت‌نفس	استرس درک‌شده	خودکارآمدی عمومی	سن بارداری	سن مادر	آزمون آماری	
۳۸/۰۰۰۰	۱۷/۶۵	۱۹/۷۲۵	۳۹/۶	۲۳/۴۲۵	میانگین	گروه یک (گروه شاهد)
۴/۸۳۵۷۶	۵/۴۸۴۴۸	۶/۲۳۴۶۷	۱/۰۰۷۶۶	۳/۶۰۸۳۱	انحراف معیار	
۲۷/۰۰	۷/۰۰	۱۷/۰۰	۳۸/۰۰	۱۸/۰۰	حداقل	
۵۰/۰۰	۲۹/۰۰	۵۰/۰۰	۴۱/۰۰	۳۳/۰۰	حداکثر	
۳۶/۷	۱۶/۲۲۵	۳۱/۰۷۵	۳۹/۷۷۵	۲۳/۰۲۵	میانگین	گروه دو (گروه مداخله TBC)
۶/۳۸۱۸۷	۴/۷۹۰۴۲	۵/۸۲۲۶۶	۱/۱۴۳۲۶	۳/۶۰۵۴۶	انحراف معیار	
۱۸/۰۰	۸/۰۰	۱۹/۰۰	۳۸/۰۰	۱۸/۰۰	حداقل	
۴۶/۰۰	۲۶/۰۰	۴۲/۰۰	۴۱/۰۰	۳۲/۰۰	حداکثر	
۳۶/۹۷۵	۱۸/۱۵	۳۰/۴۵	۳۹/۶۵	۲۴/۰۰۰۰	میانگین	گروه سه (گروه مداخله بر اساس راهبردهای خودکارآمدی)
۶/۳۴۶۷۶	۵/۷۵۸۱۶	۴/۲۲۴۱۷	۱/۰۵۱۲۵	۴/۰۲۵۵۶	انحراف معیار	
۲۲	۵/۰۰	۲۲/۰۰	۳۸/۰۰	۱۸/۰۰	حداقل	
۴۸/۰۰	۳۳/۰۰	۳۹/۰۰	۴۲/۰۰	۳۳/۰۰	حداکثر	

۵۷/۵ درصد، در گروه شماره دو (گروه مداخله TBC) ۴۵ درصد خودکارآمدی) درصد نوزادان دختر بودند. خواسته یا ناخواسته و در گروه شماره سه ۵۵ (گروه مداخله بر اساس راهبردهای بودن بارداری‌ها به تفکیک در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه گروه‌های پژوهش از نظر نمره خودکارآمدی شیردهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

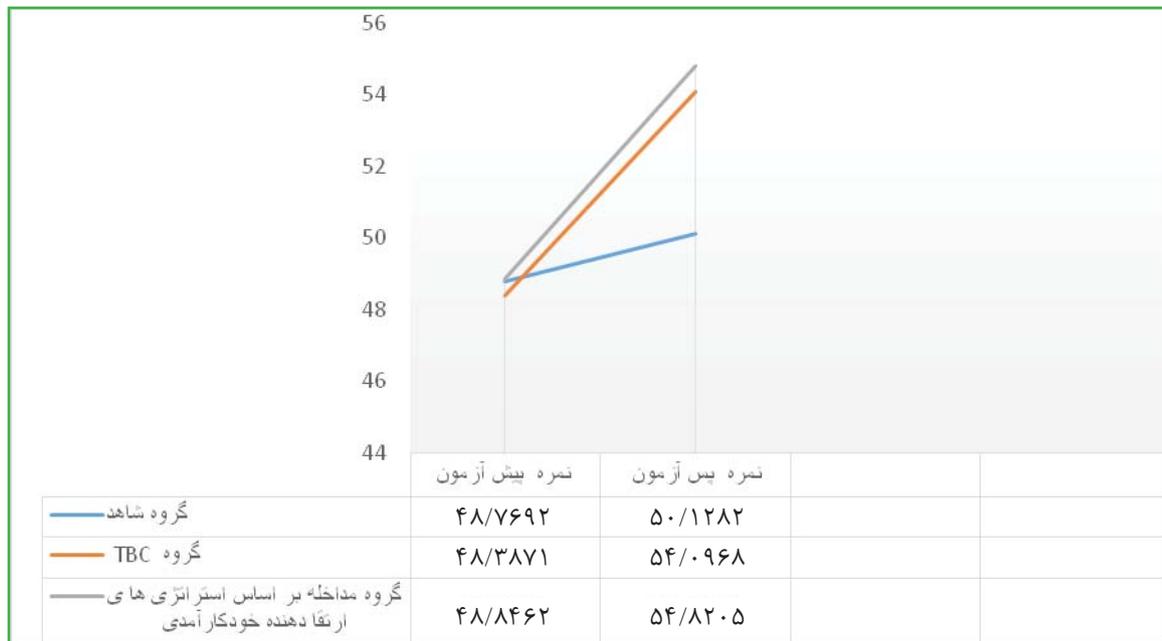
خودکارآمدی شیردهی پس‌آزمون	خودکارآمدی شیردهی پیش‌آزمون	آزمون آماری	
۳۹	۴۰	تعداد معتبر	گروه یک (گروه شاهد)
۱	۰	تعداد خارج‌شده	
۵۰/۱۲۸۲	۴۸/۷۵	میانگین	
۹/۶۹۸۵۶	۸/۷۰۸۲۳	انحراف معیار	
۲۸/۰۰	۲۸/۰۰	حداقل	گروه دو (گروه مداخله TBC)
۷۰/۰۰	۶۶/۰۰	حداکثر	
۳۱	۴۰	تعداد معتبر	
۹	۰	تعداد خارج‌شده	
۵۴/۰۹۶۸	۴۸/۵۵	میانگین	گروه سه (گروه مداخله بر اساس راهبردهای خودکارآمدی)
۱۰/۰۵۴۳۷	۹/۷۷۹۴۹	انحراف معیار	
۲۸/۰۰	۱۸/۰۰	حداقل	
۷۰/۰۰	۶۶/۰۰	حداکثر	
۳۹	۴۰	تعداد معتبر	گروه سه (گروه مداخله بر اساس راهبردهای خودکارآمدی)
۱	۰	تعداد خارج‌شده	
۵۴/۸۲۰۵	۴۸/۹۲۵	میانگین	
۸/۶۳۲۴۷	۷/۸۶۲۲۴	انحراف معیار	
۳۱/۰۰	۳۰/۰۰	حداقل	گروه سه (گروه مداخله بر اساس راهبردهای خودکارآمدی)
۷۰/۰۰	۶۹/۰۰	حداکثر	

جدول ۳. آزمون تفکیکی توکی بین گروه‌های پژوهش

سطح معناداری*	انحراف معیار	اختلاف میانگین‌ها	گروه‌های مورد مقایسه
۷۶.	۱/۹۷۶۲۷	-۴/۳۵۰۷	۱
۳۹.	۱/۸۵۹۹۱	-۴/۶۱۵۳۸ ^۰	
۷۶.	۱/۹۷۶۲۷	۴/۳۵۰۷	۲
۹۹۰.	۱/۹۷۶۲۷	-۰/۲۶۴۶۸	
۳۹.	۱/۸۵۹۹۱	۴/۶۱۵۳۸ ^۰	۳
۹۹۰.	۱/۹۷۶۲۷	۰/۲۶۴۶۸	

*سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است

در هر سه گروه نمره خودکارآمدی شیردهی پس از تجربه مستقیم اولین شیردهی افزایش یافته بود. برای مقایسه اختلاف نمره خودکارآمدی شیردهی پس از آزمون و پیش از آزمون بین سه گروه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه با توجه به تساوی واریانس‌ها استفاده شد؛ که با $p=0/026$ حداقل دو گروه اختلاف معنادار داشتند. نتایج در جدول ۳ ارائه شده است. آزمون تفکیکی توکی تفاوت معناداری بین گروه اول و سوم را با $p=0/039$ نشان داد. نمودار ۲ تغییرات نمره خودکارآمدی شیردهی مادران هر سه گروه را پیش و پس از مداخله نشان می‌دهد.



نمودار ۲. تغییرات نمره خودکارآمدی شیردهی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر مداخله TBC (خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر) در مقایسه با سایر راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی بر خودکارآمدی شیردهی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان در مادران نخست‌زای بستری شده در زایشگاه بیمارستان شهید گنجویان دزفول در سال ۱۳۹۴ بود. نتایج این پژوهش نشان داد مداخله بر اساس راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی شیردهی در مادران باردار نخست‌زای باعث ارتقای نمره خودکارآمدی شیردهی در آن‌ها می‌شود و این تأثیر قابل تعمیم به جامعه است. لذا انجام

آن برای تمام مادران نخست‌زای توصیه می‌شود. در مقابل، انجام مداخله TBC نتیجه‌ای متفاوت داشت و با هیچ‌یک از گروه‌های مطالعه تفاوت معنادار نشان نداد. با توجه به مزایای بسیار زیاد و پذیرفته شده TBC و نیز با در نظر گرفتن نداشتن تفاوت معنادار نتایج آن با گروه مداخله بر اساس راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی، انجام این مداخله نیز در کنار سایر راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی برای مادران نخست‌زای توصیه می‌شود.

بلیث و همکاران (۲۱) به بررسی تأثیر خودکارآمدی شیردهی بر طول دوره شیردهی پرداختند؛ که نتایج یافته‌های ایشان نشان

و همکاران (۲۲) مغایر است و می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع مداخله باشد. نیکولاس و همکاران (۲۳) تأثیر مداخله خودکارآمدی شیردهی را روی پیامدهای زودهنگام شیردهی ۹۰ نفر از مادران باردار بررسی نمودند. پژوهش ایشان نیز مشابه با مطالعه حاضر اثبات کرد با انجام مداخلاتی بر اساس چهار منبع ارتقا دهنده خودکارآمدی بر اساس نظریه بندورا می‌توان خودکارآمدی شیردهی را ارتقا بخشید و رویکرد ارتقای شیردهی با استفاده از اصول ارتقای خودکارآمدی رویکردی اثربخش است. البته مطالعه دو گروه داشت (مداخله و شاهد)، مادران الزاماً نخست‌زا نبوده و ضمناً پیش‌آزمون انجام نشده بود (۲۳). نتول و ایس و همکاران (۲۴) طی کارآزمایی تصادفی کنترل شده تأثیر برگزاری کارگاه آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی و طول دوره شیردهی در مادران نخست‌زا را بررسی کردند؛ ابزار پژوهش و جامعه آن (مادران نخست‌زا) مشابه با مطالعه پژوهش بوده است. برای افراد گروه مداخله کارگاه آموزشی بر پایه نظریه خودکارآمدی بندورا و اصول یادگیری بزرگسالان در قالب کلاس‌های هشت‌نفره به مدت دو و نیم ساعت برگزار می‌شد. پس از انجام زایمان خودکارآمدی شیردهی چهار و هشت هفته پس از زایمان مجدداً به صورت تلفنی بررسی شد و بین دو گروه مقایسه شد. نتایج این پژوهش مشابه با نتیجه به دست آمده در پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی شیردهی در افراد هر دو گروه افزایش یافته بود؛ اما این افزایش در گروه مداخله به طور معناداری بالاتر از گروه شاهد بود (۲۴). کریمی و همکاران (۲۵) طی کارآزمایی بالینی تصادفی تأثیر مراقبت مادرانه آغوشی بر خودکارآمدی شیردهی مادران نخست‌زا در سه ماه اول پس از زایمان را بررسی کردند. طی این پژوهش نمونه‌ها به طور تصادفی به دو گروه مراقبت مادرانه آغوشی و مراقبت مرسوم تقسیم می‌شدند. پس از زایمان، نوزادان مادران گروه مراقبت مادرانه آغوشی بلافاصله پس از زایمان در تماس با پوست مادر قرار داده شدند و طی سه ماه بعدی نیز از آنان خواسته می‌شد که روزانه نیز تماس پوست با پوست را انجام دهند. با استفاده از پرسشنامه،

داد خودکارآمدی شیردهی مادران در دوره قبل از زایمان و یک هفته پس از آن ارتباط مستقیمی با پیامدهای شیردهی دارد. مادران با سطح خودکارآمدی شیردهی زیادتر، تمایل بیشتری برای انجام شیردهی و تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر داشتند و خودکارآمدی شیردهی یک پیشگویی کننده قوی طول و سطح شیردهی است و با به‌کارگیری راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی شیردهی می‌توان سطح مراقبت‌های بهداشتی را ارتقا بخشید (۲۱). در پژوهش مک کوئین و همکاران (۲۲) از روش مداخله استاندارد شخصی توسط پرستار مخصوص برای ارتقای خودکارآمدی شیردهی در مادران باردار نخست‌زا استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد رضایتمندی مادران از مداخله، طول دوره شیردهی، شیردهی انحصاری و نمره خودکارآمدی شیردهی در هفته‌های چهار و هشت در گروه مداخله بالاتر از گروه شاهد بود؛ اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. در پژوهش مک کوئین و همکاران (۲۲) مشابه پژوهش حاضر مداخله در دوره بلافاصله پس از زایمان انجام گردید؛ ولی پیش‌آزمون گرفته نشده است و تنها نتایج چهار و هشت هفتگی دو گروه با هم مقایسه شده است. نمونه‌ها در دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شده بودند. مداخله در پژوهش آن‌ها طی سه جلسه شامل دو جلسه حضوری در بیمارستان و یک جلسه تلفنی پس از ترخیص بیمار انجام می‌شد؛ اما پژوهش حاضر تک جلسه‌ای بود. شواهد این پژوهش، علمی و قابل قبول بودن مداخلات خودکارآمدی را نشان داد.

میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش داشت؛ ولی معنادار نبود. این یافته با افزایش میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی گروه مداخله TBC در مقایسه با گروه شاهد در پژوهش حاضر همخوانی داشت؛ زیرا مشابه با پژوهش مک کوئین و همکاران (۲۲)، به‌رغم ارتقای خودکارآمدی این یافته قابل تعمیم به جامعه نبود. البته مداخله بر اساس سایر راهبردهای خودکارآمدی نسبت به گروه شاهد دارای افزایش نمره معنادار بود؛ که از این جهت با پژوهش مک کوئین

در پایان سه ماهگی خودکارآمدی شیردهی بین دو گروه مقایسه انجام شد. یافته‌های کریمی و همکاران (۲۵) نمره خودکارآمدی زیادتری را در گروه مداخله نشان داد. مداخله مراقبت آغوشی تا حدودی مشابه با مداخله TBC در پژوهش حاضر است. در پژوهش حاضر افراد مداخله TBC نسبت به گروه شاهد مشابه با مطالعه کریمی و همکاران (۲۵) نمرات خودکارآمدی شیردهی زیادتری داشتند؛ اما این تفاوت معنادار نبود. در پژوهش کریمی و همکاران (۲۵) برخلاف پژوهش حاضر پیش‌آزمون برای مقایسه اولیه نمرات خودکارآمدی شیردهی دو گروه، قبل از انجام مداخله، انجام نشده بود، برخلاف پژوهش حاضر، که پس‌آزمون طی ۲۴ ساعت اول پس از مداخله انجام شده بود، پس‌آزمون سه ماه بعد از زایمان و پس از تکرار تماس پوستی طی این مدت انجام شده بود. لذا نتایج متفاوت را می‌توان به تفاوت در روش کار نسبت داد.

میرمحمدعلی‌ئی و همکاران (۲۶) در مطالعه تجربی یک سوکور به بررسی تأثیر بسته آموزشی بر خودکارآمدی مادران در دوره پس از زایمان پرداختند. این پژوهش سه گروه داشت؛ نمونه‌ها به روش در دسترس و به صورت تصادفی به گروه‌های بسته آموزشی با دخالت مستقیم، بسته آموزشی بدون دخالت مستقیم و گروه کنترل تقسیم شدند. سنجش نمره خودکارآمدی شیردهی مادران جهت پیش‌آزمون قبل از انجام مداخله و جهت پس‌آزمون سه ماه پس از مداخله انجام می‌شد. مشابه با پژوهش حاضر، پژوهش میرمحمدعلی‌ئی و همکاران (۲۶) نمره خودکارآمدی شیردهی در هر سه گروه با گذشت زمان بیشتر شده بود. بین گروه بسته آموزش با مداخله مستقیم و دو گروه دیگر تفاوت معنادار دیده شد. همچنین گروه بسته آموزشی بدون دخالت مستقیم هم نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری در نمره خودکارآمدی شیردهی داشت (۲۶). هندرسون در مقاله خود «دانستنی‌هایی در مورد TBC» بیان داشته است که طی این پدیده پاسخ‌های عاطفی و فیزیکی خاصی به وقوع می‌پیوندد و اولین مزیت آن شروع تغذیه مؤثر در اولین ساعات بعد از تولد به شمار

می‌آید. در پژوهش هندرسون تصریح شده است که داشتن تجربه موفق شیردهی با تمایل به شیردهی طولانی‌تر در مادران ارتباط دارد (۱۳). با این وجود در پژوهش حاضر با آنکه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی کسب‌شده در گروه مداخله TBC از گروه شاهد بیشتر بود؛ اما تفاوت معناداری با دو گروه دیگر نشان نداد. این در حالی است که مداخله بر اساس سایر منابع ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی به همراه ایجاد تجربه جانشینی باعث ارتقای معنادار نمره خودکارآمدی شیردهی شده بود.

از محدودیت‌های پژوهش حضور همراه در کنار مادران با مداخله راهبردهای خودکارآمدی بود؛ که باعث می‌شد مادران تمرکز نداشته باشند. جهت حل این مسئله از همراه مریض خواسته می‌شد هنگام انجام مداخله در اتاق دیگر حضور داشته باشد. به علت شرایط ویژه اتاق زایمان و ضرورت تحویل زود هنگام نوزادان به واحد نرسری امکان صرف زمان طولانی برای شیردهی کامل نوزادان مادران گروه مداخله TBC کمتر فراهم می‌شد.

نتیجه‌گیری: به دلایل مختلف زیر انجام این مداخله در کنار به‌کارگیری راهبردهای ارتقادهنده خودکارآمدی برای مادران نخست‌زا توصیه می‌شود؛ با توجه به مطالعات قبلی؛ با در نظر گرفتن تأثیر پذیرفته شده TBC بر طول شیردهی که می‌تواند به علت آثار مثبت ناشی از برقراری تماس پوست با پوست طولانی بین مادر و نوزاد، جدانشدن مادر و نوزاد برای انجام مراقبت‌های روتین و در نتیجه کمک به برقراری شیردهی مؤثر در نیم ساعت اول بعد از تولد و برقراری پیوند عاطفی ناشی از این پدیده باشد؛ و با در نظر گرفتن اینکه نتایج ارتقای نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه TBC با گروه مداخله بر اساس راهبردهای خودکارآمدی تفاوت معنادار آماری نشان نداده است. با این حال، پژوهش حاضر مطابق با بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، ارتقای معنادار نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله بر اساس راهبردهای ارتقای خودکارآمدی را در مقایسه با گروه شاهد تأیید می‌کند. این پژوهش نشان داد که برای بررسی تأثیر مداخله TBC بر نمره خودکارآمدی شیردهی از دیدگاه تجربه رفتار باید آن را با مداخلاتی که صرفاً شامل تجارب جانشینی یا

سپاسگزاری

از شرکت کنندگان در این پژوهش و از مسئولین و کارکنان محترم زایشگاه و بخش زنان و زایمان بیمارستان شهید گنجویان دزفول که در انجام این پژوهش همکاری کردند و از مسئولین مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه اهواز که از این پژوهش حمایت مالی کردند، تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تجربه مستقیم رفتار می‌باشد مقایسه نمود. زیرا وجود سایر منابع ارتقا دهنده خودکارآمدی شیردهی در کنار تجارب جانشینی در گروه مداخله بر اساس راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی شیردهی در این پژوهش مانع از مقایسه مستقیم TBC با تجربه جانشینی شده است. انجام پژوهش‌های بیشتر با هدف مقایسه TBC با تجربه جانشینی و تجربه مستقیم رفتار شیردهی در مادران نخست‌زا به پژوهشگران بعدی توصیه می‌گردد.

References:

- Demirtas b. Strategies to support breastfeeding: a review. *International nursing review*. 2012;59 (4):474-81.
- León-cava n, lutter c, ross j, martin l. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence: paho washington^ edc dc; 2002.
- Horta bl, organization wh. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: who geneva; 2007.
- Bhagat k. V6 breast crawl: the natural method of initiation of breastfeeding. *International journal of gynecology & obstetrics*. 2009;107, supplement 2 (0):s398-s9.
- Raisi dehkordi, z., et al., effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparus women. *Hayat*, 2012. 18 (2): p. 57-65[in persian]
- Bartick m, reinhold a. The burden of suboptimal breastfeeding in the united states: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010;125 (5):e1048-e56.
- Di shi wu jh, thomas p. Mccoy & jimmy t. Efirid. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term Breastfeeding outcomes among primiparous mothers in wuhan, china. 2013.
- Forster da, mclachlan hl. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *Journal of midwifery & women's health*. 2007;52 (3):273-80.
- Nichols j, schutte ns, brown rf, dennis c-l, price i. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. *Health education & behavior*. 2009;36 (2):250-8.
- Hassanpour sh, bani s., ansari s, ibrahimi h. Breastfeeding self-efficacy in pregnant women referred to health centers of ahwaz. *Journal of nursing and midwifery*;2010.5 (19):47-53[in persian]
- Zarei F TM, Tehrani H. Normalizing health values in the socialization process. *J Research Health*. 2012;2(2):169-71.
- Noel-weiss j, bassett v, cragg b. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*. 2006;35 (3):349-57.
- Henderson a. Understanding the breast crawl. *Nursing for women's health*. 2011;15 (4):296-307.
- Azhari s, baghani r, akhlaghi f, ebrahimzadeh s, salehi fadardi j. Compare the effect of breastfeeding education and training without direct intervention on breastfeeding self-efficacy in nulliparous women 2011.17 (4):248-255. [persian]
- Creedy dk, dennis cl, blyth r, moyle w, pratt j, de vries sm. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an australian sample. *Research in nursing & health*. 2003;26 (2):143-52.
- Marzieh araban, f.f.m., parvin shahry, ali montazeri, the persian version of the breastfeeding self-efficacy scale short form: translation and psychometric assessment. [persian]
- Cohen s, kamarck t, mermelstein r. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385-96.
- Cohen s, janicki-deverts d. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the united states in probability samples from 1983, 2006, and 2009.1. *Journal of applied social psychology*. 2012;42 (6):1320-34.
- Zanjani z, goodarzi m. The study of validity and reliability of standard figural stimuli scale on iranian students. *Journal of fundamentals of mental health*. 2008;10 (38):149-56.
- Azhari s, baghani r, akhlaghi f, ebrahimzadeh s, salehi j. Comparing the effects of hands-on and hands-off breastfeeding methods on self-efficacy in primiparous mothers. 2011.
- 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.
- Mcqueen ka, dennis cl, stremler r, norman cd. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-

- efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*. 2011;40 (1):35-46.
23. Nichols j, schutte ns, brown rf, dennis c-l, price i. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. *Health education & behavior*. 2007.
24. Noel-weiss j, rupp a, cragg b, bassett v, woodend ak. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*. 2006 sep 1;35(5):616-24. [Http://doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x](http://doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x/full>
25. Karimi, f.z., et al., effect of kangaroo mother care on breastfeeding self-efficacy in primiparous women, 3 month after child birth. *Journal of obstetrics gynecology and infertility* 2014.17 (120): 1-8. [persian]
26. Mirmohammadali yi m, bhyrayy a, rahimi a, hashem zadeh m, sohrabi n,sohrabi z.determinng effect of educational package on maternal breastfeeding selfefficacy in postpartum period 2014.13 (2):221-228. [persian]