

The Effect of Health Belief Model Based Education on Breastfeeding of Unipara Mothers Referred to Imam Reza Educational Hospital

Roya Amini ¹, Elham Moayeri ², Masoud Khodaveisi ^{3,*}, Alireza Soltanian ⁴, Firozeh Veisi ⁵

¹ Instructor, Department of Community Health Nursing, Chronic Diseases (Home care) Research Center, Hamadan university of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² MSc Student, Department of Community Health Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Assistant professor, Department of Community Health Nursing, Chronic Diseases (Home care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of public Health, Research Center For Modeling of Noncommunicable Disease, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Obstetrics, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

* **Corresponding author:** Masoud Khodaveisi, Assistant professor, Department of Community Health Nursing, Chronic Diseases (Home care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: Khodaveisi@umsha.ac.ir

Received: 03 Sep 2016

Accepted: 13 Sep 2016

Abstract

Introduction: Proper breastfeeding, particularly in the first hours of birth is an important factor for successful breastfeeding in unipara women. The aim of this study was to determine the effect of education based on health belief model on breastfeeding of unipara women.

Methods: In this randomized controlled trial, 92 primiparous mothers in the Imam Reza hospital of Kermanshah were selected based on available sampling in 2015. Mothers with 32 weeks of pregnancy completed a questionnaire based on Health Belief Model (HBM) before education. They also completed the questionnaire after a four-hour training session and also one hour after delivery. The breastfeeding performance of mothers was observed and recorded by the researcher.

Results: The two groups were similar in demographic characteristics and structure of the HBM model at the beginning of the study. Independent t-test showed a significant difference in mean scores of perceived susceptibility ($P < 0.001$), perceived severity ($P < 0.001$), perceived benefits ($P < 0.001$), perceived barriers ($P < 0.001$), cues to action ($P < 0.001$), and self efficacy ($P < 0.001$) between the two groups after delivery. The performance of breastfeeding in the two groups (case and control) had a significant difference ($P < 0.001$). Analysis of variance with repeated measurements showed a significant difference in all the structures of HBM in the three stages of intervention in the experimental group ($P < 0.001$).

Conclusions: Education Based on Health Belief Model in breastfeeding promoted the health belief model structures (percieved susceptibility, severity, benefits, barriers, cues to action and self efficacy) and improved the lactation performance.

Keywords: Education, Breastfeeding, Pregnant Women

تأثیر آموزش بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی بر عملکرد شیردهی زنان نخست زا ی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)

رؤیا امینی^۱، الهام معیری^۲، مسعود خداویسی^{۳*}، علیرضا سلطانیان^۴، فیروزه ویسی^۵

^۱ مربی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماریهای مزمن در منزل، همدان، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۳ استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماریهای مزمن در منزل، همدان، ایران
^۴ دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماریهای غیر واگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۵ دانشیار، گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
* نویسنده مسئول: مسعود خداویسی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماریهای مزمن در منزل، همدان، ایران. ایمیل: khodaveisi@umsha.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۰۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۰۸

چکیده

مقدمه: عملکرد صحیح شیردهی بخصوص در ساعات اولیه تولد عامل مهمی جهت شیردهی موفق در مادران نخست زا می باشد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی بر عملکرد شیردهی زنان نخست زا بود.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی روی ۹۲ مادر نخست زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. مادران دو گروه مداخله و کنترل با بارداری ۳۲ هفته، قبل از آموزش پرسشنامه طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (سازه های حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی) را تکمیل نمودند. برای گروه مداخله چهار جلسه آموزشی (۴ ساعت) طراحی شد. سپس هردو گروه بلافاصله پس از آموزش و یکساعت پس از زایمان مجدداً پرسشنامه را تکمیل نموده و عملکرد شیردهی آنان نیز یکساعت پس از زایمان توسط محقق مشاهده و ثبت گردید.

یافته ها: دو گروه مداخله و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در بدو مطالعه همگن بودند. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری را از نظر میانگین نمره سازه حساسیت درک شده ($P < 0/001$)، شدت درک شده ($P < 0/001$)، منافع درک شده ($P < 0/001$)، موانع درک شده ($P < 0/001$)، راهنما برای عمل ($P < 0/001$)، خودکارآمدی ($P < 0/001$) پس از زایمان نشان داد. همچنین عملکرد شیردهی دو گروه پس از زایمان با یکدیگر تفاوت داشت ($P < 0/001$). استفاده از آزمون آنالیز واریانس با داده های تکراری تفاوت معنی داری را در گروه مداخله در تمامی سازه ها با ($P < 0/001$) در سه مرحله، قبل و پس از آموزش و یکساعت پس از زایمان نشان داد.

نتیجه گیری: آموزش بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی سبب ارتقا نمره سازه های حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی شده و در بهبود عملکرد شیردهی مؤثر بوده است.

کلیدواژه ها: آموزش، عملکرد شیردهی، زنان باردار

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

کودکان و تأمین سلامت آنان در بزرگسالی و نیز حفظ سلامت مادران بر کسی پوشیده نیست (۱). مطابق یافته های یونیسف روزانه بیش از سه هزار کودک به علت بیماری های ناشی از تغذیه با بطری می میرند و

تغذیه با شیر مادر بهترین شروع در زندگی هر کودک است. ارزش تغذیه با شیر مادر در کاهش مرگ و میر و کاهش ابتلای شیرخواران به بیماری ها، افزایش بهره هوشی، تأمین بهترین الگوی رشد، تکامل

نکردن آن را در بر می‌گیرد (۱۷-۱۹). سومین ساختار مدل اعتقاد بهداشتی، منافع درک شده نام دارد که در رابطه با اعتماد به مزایای روشهای پیشنهادی جهت کاهش خطر یا وخامت بیماری یا وضعیت زاینبار حاصل از یک رفتار خاص می‌باشد. ساختار چهارم که در کنار منافع درک شده قرار می‌گیرد، موانع درک شده است که به باورهای در مورد هزینه‌های واقعی و متصور پیگیری رفتار جدید دارد. ممکن است مددجو تصور نماید که انجام آن رفتار، پرهزینه، دشوار، دردناک یا آشفته کننده باشد. ساختار پنجم، راهنمایی برای عمل می‌باشد که شامل نیروهای تسریع کننده‌ای می‌باشد که موجب احساس نیاز مددجو به انجام عمل می‌گردد. چنین راهنمایی می‌تواند درونی یا بیرونی (تعاملات بین فردی، رسانه‌ها، ...) باشد (۲۰). خود کارآمدی درک شده که به عنوان آخرین ساختار این مدل در سال ۱۹۷۷ توسط بندورا مطرح گردید، حاصل اطمینان این مسئله است که فرد دارای توانایی لازم برای پیگیری یک رفتار می‌باشد (۲۱). بر اساس این مدل جهت شیردهی، مادران باید پیامدهای ناشی از عدم شروع شیردهی را درک نموده و احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی درک نمایند (شدت درک شده) و با حمایتی که از محیط اطراف خود دریافت می‌کنند (راهنماهای عمل) مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای صحیح (شیردهی) را باور کنند (منافع درک شده). همچنین عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را پرهزینه‌تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده) تا در نهایت به اجرای صحیح عملکرد بهداشتی (شیردهی صحیح و زود هنگام) اقدام نمایند. با توجه به اهمیت موضوع شیردهی زود هنگام در پیشگیری از بیماریها و مرگ و میر نوزادان و لزوم آموزش به مادران بخصوص مادرانی که اولین بارداری را تجربه نموده و بهترین زمان آموزش برای آنان قبل از دوران بارداری (در سه ماهه سوم بارداری) است، محقق بر آن شد تا با بکارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی که مفهومی مناسب برای تجزیه و تحلیل نیروهایی است که بر روی رفتار بهداشتی مؤثر است، این پژوهش را با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر عملکرد مادران نخست زان انجام دهد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی است که در سال ۱۳۹۴ بصورت مطالعه قبل و بعد بر روی ۹۲ مادر نخست زایی که در هفته ۳۶-۳۲ بارداری بودند، انجام شد. تعداد حجم نمونه با توجه به مطالعات انجام شده (۲۲)، با حداقل تفاوت معناداری بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حدود ۷) و با در نظر گرفتن واریانس حدود ۱۲ جهت نمره سازه‌ها و از جمله نمره سازه موانع درک شده و همچنین توان آزمون ۸۰٪، و سطح اطمینان ۹۵٪، به تعداد حداقل ۴۶ نفر در هر گروه، به دست آمد. روش نمونه گیری به صورت در دسترس انتخاب شد و تخصیص افراد در دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی ساده بود. معیار ورود به مطالعه شامل: نخست زان بودن مادر، عدم وجود شرایط غیر طبیعی پس از زایمان (خونریزی، اینرسی رحم، ...)، عدم وجود موارد منع شیردهی پس از زایمان (بیماری‌هایی نظیر افسردگی شدید، آلودگی به HIV، توپرکلوزیس درمان نشده، بیماری‌های پستان، مصرف داروهایی که منع شیردهی دارند نظیر

یک و نیم میلیون کودک هر سال به دلیل عدم تغذیه با شیر مادر جان خود را از دست می‌دهند (۲). مطالعات نشان داده که دو هفته اول شیردهی یکی از حساس‌ترین زمان‌ها جهت شیردهی موفق می‌باشد. طی این زمان، مادر با تولد نوزاد خود تطابق پیدا می‌کند. در این رابطه زنان نخست زان مشکلات شیردهی بیشتری را تجربه نموده و این موضوع باعث می‌شود که شیردهی انحصاری نداشته و طول مدت شیردهی‌شان هم کم شود (۳). سازمان بهداشت جهانی شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر را در فاصله زمانی یک ساعت پس از تولد توصیه می‌نماید (۴). نتایج مطالعات در زمینه شروع زود هنگام شیردهی با شیر مادر در کشورهای در حال توسعه نشان داده که شروع شیردهی طی یک ساعت اول پس از تولد سبب حفظ حیات ۱/۴۵۰/۰۰۰ کودک گردیده است (۵). به این نکته مهم باید توجه نمود مادرانی که با فاصله هر چه کوتاه‌تری پس از زایمان تغذیه نوزاد با شیر خود را آغاز نموده‌اند، شیردهی آنان در آینده تداوم بیشتری داشته است (۶). شواهد اخیر نشان دهنده این حقیقت است که تماس پوست با پوست به هنگام تولد، به شروع شیردهی کمک نموده و احتمال شیردهی انحصاری با شیر مادر را به یک تا چهار ماه می‌رساند. همچنین طول مدت شیردهی را افزایش می‌دهد (۷). در مطالعه‌ای یو کو ناکائو نشان داده شد که بین شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر طی ۳۰ دقیقه پس از زایمان و شیردهی انحصاری با شیر مادر تا چهار ماهگی ارتباط مستقیمی وجود دارد (۸). متأسفانه علی‌رغم اهمیت این موضوع، شیردهی با شیر مادر طی یکساعت پس از زایمان پائین می‌باشد. این میزان از ۱۷٪ در کشورهای شرق اروپا و آسیای مرکزی تا ۵٪ در مناطق آمریکای لاتین و شرق و شمال آفریقا متغیر است (۹، ۱۰). موفقیت در تغذیه با شیر مادر نیازمند داشتن آگاهی کافی، کسب مهارت لازم و نیز حمایت همه جانبه از مادر می‌باشد. آموزش مزایای تغذیه با شیر مادر باید حداقل از نیمه دوم بارداری مادر شروع و با آغاز دردهای زایمانی و بلافاصله پس از زایمان با کمک کردن و آموزش نحوه صحیح گذاشتن نوزاد به پستان مادر و حمایت مستمر از او ادامه پیدا کند (۱۱). مادران نخست زان، بدلیل عدم تجربه مشابه با مشکلات بیشتری مواجه می‌گردند که سبب می‌شود تا شیردهی انحصاری نداشته و طول مدت شیردهی‌شان کمتر شود. حمایت‌های اجتماعی از این مادران از عوامل مؤثری است که در این زمینه می‌توان به انجام آموزش توسط کارکنان بهداشتی اشاره نمود (۱۲). تدارک برنامه آموزشی متناسب با نیازها، تجارب و علایق بیماران هنوز به عنوان یک چالش بزرگ برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی شناخته می‌شود. بایستی در نظر داشت که استفاده از الگو احتمال تأثیر برنامه‌های آموزشی را افزایش داده و به شناسایی ویژگی‌های افراد و محیط احاطه کننده که به نحوی بر رفتارها تأثیر گذارند کمک می‌کند (۱۳). الگوی اعتقاد بهداشتی یکی از اولین الگوهایی است که از تئوری‌های علوم رفتاری برای بررسی مشکلات مرتبط با سلامت استفاده می‌کند و به طور وسیعی برای توضیح رفتارهای پیشگیرانه به کار برده شد (۱۴، ۱۵). مدل اعتقاد بهداشتی از شش ساختار حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنماهای برای عمل و خودکارآمدی تشکیل شده است (۱۶). حساسیت درک شده اولین جزء از مدل اعتقاد بهداشتی است که به درک ذهنی از خطری که به سلامت لطمه می‌زند، گفته می‌شود. شدت درک شده احساساتی در باره توجه به جدی بودن ابتلا به یک بیماری یا درمان

ماه به صورت چهار جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای در هفته ۳۶-۳۲ بارداری برگزار گردید. تعداد افراد در گروه‌های آموزشی ۱۲-۱۰ نفر بودند. محتوی کلاس‌های آموزشی با توجه به اجزای تشکیل دهنده الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص تغذیه با شیر مادر، طراحی گردید. بدین ترتیب که: در ابتدای جلسه اول به تشریح کامل برنامه آموزشی و اهداف پرداخته شده و از شرکت کنندگان در خصوص اطلاعات آنان در خصوص اهمیت شیردهی سؤال گردید. تمرکز بحث‌ها بر روی سازه‌های حساسیت و شدت درک شده بود. در جلسه دوم: در خصوص منافع و موانع شیردهی مطالب آموزش تنظیم و ارائه شد. در جلسه سوم: روش مناسب شیردهی نمایش داده شد. همچنین از شرکت کنندگان خواسته شد تا در خصوص عملکرد شیردهی و شروع شیردهی نزدیکیان، تجربه خویش را بیان نمایند. در این زمینه از تصاویر، پمفلت و دفترچه آموزشی استفاده شد. همچنین مادران جهت نشان دادن علاقه مندی به عملکرد مناسب شیردهی و حضور فعال مورد تشویق قرار گرفتند. در جلسه چهارم: مروری بر بحث جلسات گذشته انجام شد و به سؤالات مادران پاسخ داده شد. لازم به ذکر است گروه کنترل، جهت مراقبت‌های دوران بارداری و منجمله شیردهی، آموزش‌های روتین درمانگاه بیمارستان را دریافت کردند. هر دو گروه طی سه مرحله قبل و پس از آموزش و پس از زایمان، پرسشنامه شیردهی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی را تکمیل نمودند. همچنین عملکرد شیردهی هر دو گروه طی یکساعت پس از زایمان (در بیمارستان)، توسط محقق مشاهده و در فرم چک لیست شیردهی ثبت گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها، با بکارگیری نرم افزار SPSS16، تجزیه و تحلیل آماری انجام شد. با استفاده از شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و جداول توافقی به توصیف مشاهدات جمع‌آوری شده پرداخته شد. همچنین از آزمون‌های آماری استنباطی نظیر کای دو، تی مستقل و آنالیز واریانس با داده‌های تکراری نیز استفاده شد. در تمامی آزمون‌های آماری سطح معنادار آماری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمون $5/30 \pm 24/26$ و میانگین سنی گروه کنترل نیز $5/28 \pm 24/26$ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان در گروه کنترل و مداخله به ترتیب، در محدوده سنی ۲۳ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات بیشتر افراد شرکت کننده در هر دو گروه دیپلم و فوق دیپلم و بالاتر بوده و از نظر شغلی اکثر زنان خانه دار و مردان شغل آزاد داشتند (جدول ۱). بر اساس جدول شماره یک هر دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای کمی و کیفی با استفاده از آزمون‌های کای دو و فیشر همسان بودند.

یافته‌ها نشان داد دو گروه مداخله و کنترل از نظر سازه حساسیت درک شده $(P = 0/52)$ ، شدت درک شده $(P = 0/07)$ ، منافع درک شده $(P = 0/13)$ ، موانع درک شده $(P = 0/07)$ ، راهنما برای عمل $(P = 0/1)$ ، خودکارآمدی $(P = 0/06)$ در مرحله قبل از آموزش یکسان بوده‌اند. همچنین آزمون تی مستقل در مرحله بعد از آموزش تفاوت معنی داری را در دو گروه در رابطه با سازه حساسیت درک شده $(P < 0/001)$ ، شدت درک شده $(P < 0/001)$ ، موانع درک شده $(P < 0/001)$ ، خودکارآمدی $(P < 0/001)$ و راهنما برای عمل $(P < 0/001)$ نشان داد. علاوه بر آن استفاده از این آزمون اختلاف

شیمی درمانی و...) و حاملگی تک قلو بود. معیار خروج نیز زایمان به روش سزارین، زایمان زودرس و بیماری‌های مرتبط با بارداری مانند: دیابت در بارداری، پره اکلامپسی و غیبت بیش از یک جلسه از مجموع جلسات آموزشی در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه شیردهی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عملکرد شیردهی بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک حاوی سؤالاتی در مورد مشخصات فردی مادر شامل: سن مادر، سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر، میزان درآمد خانواده و ابتلا به بیماری خاص بود. پرسشنامه شیردهی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی حاوی ۴۸ سؤال که شامل: حساسیت درک شده (۹ سؤال)، شدت درک شده (۷ سؤال)، منافع درک شده (۱۱ سؤال)، موانع درک شده (۱۰ سؤال)، خودکارآمدی (۶ سؤال)، راهنما برای عمل (۵ سؤال) می‌باشد. پنج سازه (حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده و خودکارآمدی) بصورت لیکرت پنج تایی و سازه راهنما برای عمل بصورت دو گزینه‌ای طرح گردید. نحوه امتیاز دهی این ابزار بدین صورت بود که به هر سؤال از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) امتیاز و برای سؤالات دو گزینه‌ای بلی (۱) و خیر (۰) امتیاز تعلق گرفت. لازم به ذکر است جهت طراحی اولیه پرسشنامه از ابزار مطالعه طل و همکاران (۲۳) استفاده شد. حداقل نمره ۴۳ و حداکثر نمره پرسشنامه مذکور ۲۲۰ بود. همچنین جهت سنجش عملکرد شیردهی از پرسشنامه مورد استفاده در مراکز بهداشتی - درمانی تحت عنوان " فرم بررسی تغذیه با شیر مادر " که شامل مشاهده شیردهی که شامل وضعیت بغل کردن شیرخوار (۴ سؤال)، وضعیت گرفتن پستان (۴ سؤال)، نحوه مکیدن (۵ سؤال)، وضعیت پستان (۵ سؤال) غربالگری زودرس (۴ سؤال) نحوه شیرخوردن (۴ سؤال) دفع نوزاد (۲ سؤال) استفاده شد. نحوه امتیاز دهی ابزار بدین صورت می‌باشد که با توجه به دو گزینه‌ای بودن سؤالات، به سؤالات بلی (۱) و خیر (۰) امتیاز تعلق می‌گیرد. در صورتیکه پاسخ همه موارد بلی باشد فرد جمعاً ۲۸ نمره می‌گیرد. نمرات بالاتر عملکرد بهتر را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر به منظور بررسی اعتبار محتوای ابزار، از نظرات جمعی از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان (ده نفر) استفاده و اصلاحات مورد نظر در ابزارها اعمال گردید. جهت تعیین اعتماد علمی یا پایایی، پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر زنان باردار مراجعه کننده قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت (۲۴). پایایی کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸ و حساسیت درک شده (۰/۷۶)، شدت درک شده (۰/۷۸)، منافع درک شده (۰/۹)، موانع درک شده (۰/۷۷)، خودکارآمدی درک شده (۰/۷) قابل قبول تشخیص داده شد. در خصوص سؤالات راهنما برای عمل، سؤالات در دونوبت توسط ده نفر از مادران با فاصله دو هفته پر شده و جهت سنجش پایایی از روش بازآزمایی استفاده شد که با ضریب پایایی ۰/۷ مناسب تشخیص داده شد.

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و مسئولین مراکز بهداشتی، درمانی، به محیط پژوهش مراجعه و ضمن معرفی خود، بعد از جلب رضایت مادران و توضیح اهداف پژوهش، به توزیع پرسشنامه اقدام نمود. لازم به ذکر است نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خوداظهاری بود. در مرحله بعدی جهت گروه مداخله، مداخله آموزشی طراحی شده در طول یک

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر دموگرافیک کیفی | کنترل | مداخله | سطح معنی داری |
|-------------------------------------------|----------|----------|--------------------|
| $P = ۰/۴۶۵$ ، $df = ۳$ ، $\chi^2 = ۲/۵۵۸$ | | | تحصیلات پدر |
| | ۳(۶/۵) | ۳(۶/۵) | خواندن و نوشتن |
| | ۶(۱۳) | ۱۱(۲۳/۹) | زیر دیپلم |
| | ۲۰(۴۳/۵) | ۱۴(۳۰/۴) | دیپلم |
| | ۱۷(۳۷) | ۱۸(۳۹/۱) | فوق دیپلم و بالاتر |
| $P = ۰/۴۵۳$ ، $df = ۳$ ، $\chi^2 = ۲/۶۲۶$ | | | تحصیلات مادر |
| | ۳(۶/۵) | ۱(۲/۲) | خواندن و نوشتن |
| | ۷(۱۵/۲) | ۱۲(۲۶/۱) | زیر دیپلم |
| | ۱۶(۳۴/۸) | ۱۳(۲۸/۳) | دیپلم |
| | ۲۰(۴۳/۵) | ۲۰(۴۳/۵) | فوق دیپلم و بالاتر |
| $P = ۱$ ، $\chi^2 = ۱/۲۶$ | | | شغل مادر |
| | ۳۵(۷۶/۱) | ۳۴(۷۳/۹) | خانه دار |
| | ۶(۱۳) | ۷(۱۵/۲) | کارمند |
| | ۵(۱۰/۹) | ۴(۸/۷) | شغل آزاد |
| | (۰) | ۱(۲/۲) | سایر موارد |
| $P = ۱$ ، $\chi^2 = ۰/۲۵۲$ | | | شغل پدر |
| | ۳(۶/۷) | ۴(۸/۷) | بیکار |
| | ۱۷(۳۷/۸) | ۱۸(۳۹/۱) | کارمند |
| | ۲۵(۵۵/۶) | ۲۴(۵۲/۲) | شغل آزاد |
| | (۰) | (۰) | سایر موارد |

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر و گروه‌ها | قبل از آموزش میانگین \pm انحراف معیار | پس از آموزش میانگین \pm انحراف معیار | هنگام زایمان میانگین \pm انحراف معیار | تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری سطح معناداری | F |
|------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------|
| شدت درک شده | | | | | |
| مداخله | ۲/۷۳ \pm ۲۸/۰۸ | ۳/۸۰ \pm ۳۰/۲۶ | ۳/۹۴ \pm ۳۰/۸۰ | < ۰/۰۰۱ | ۱۸/۱۴ |
| کنترل | ۲/۳۴ \pm ۲۷/۱۷ | ۲/۲۸ \pm ۲۸/۱۵ | ۲/۸۷ \pm ۲۸/۳۹ | ۰/۰۷۸ | ۲/۶۲ |
| حساسیت درک شده | | | | | |
| مداخله | ۶/۴۵ \pm ۳۰/۷۷ | ۵/۸۳ \pm ۳۷/۸۴ | ۵/۲۵ \pm ۳۹/۵۵ | < ۰/۰۰۱ | ۵۴/۱۴ |
| کنترل | ۴/۷۵ \pm ۳۱/۴۵ | ۴/۷۳ \pm ۳۲/۷۱ | ۳/۷۴ \pm ۳۳/۱۷ | < ۰/۰۰۱ | ۲۵/۰۲ |
| منافع درک شده | | | | | |
| مداخله | ۸/۸۱ \pm ۴۱/۸۲ | ۵/۷۰ \pm ۴۶/۶۶ | ۵/۴۷ \pm ۴۸/۵۳ | < ۰/۰۰۱ | ۱۶/۱۰۱ |
| کنترل | ۴/۰۹ \pm ۳۹/۶۷ | ۱۰/۲۰ \pm ۴۲/۰۴ | ۴/۵۰ \pm ۴۱/۶۹ | ۰/۰۲۴ | ۴/۰۷۰ |
| موانع درک شده | | | | | |
| مداخله | ۵/۹۲ \pm ۳۳/۶۷ | ۸/۵۴ \pm ۲۰/۲۱ | ۸/۹۵ \pm ۱۹/۲۶ | < ۰/۰۰۱ | ۸۱/۱۶ |
| کنترل | ۴/۸۸ \pm ۳۶/۴۷ | ۷/۸۵ \pm ۳۴/۶۳ | ۹/۷۷ \pm ۳۲/۷۶ | < ۰/۰۰۱ | ۳۵/۵۳ |
| خودکارآمدی | | | | | |
| مداخله | ۴/۲۲ \pm ۲۰/۹۵ | ۳/۹۱ \pm ۲۵/۰۲ | ۴/۶۰ \pm ۲۵/۶۰ | < ۰/۰۰۱ | ۴۰/۶۲ |
| کنترل | ۳/۱۰ \pm ۱۸/۹۱ | ۳/۸۲ \pm ۲۰/۱۹ | ۳/۶۵ \pm ۲۱/۵۴ | ۰/۰۰۳ | ۵/۹۰ |
| راه‌نما برای عمل | | | | | |
| مداخله | ۱/۴۷ \pm ۱/۶۴ | ۱/۵۶ \pm ۴/۲۲ | ۱/۱۷ \pm ۴/۵۵ | < ۰/۰۰۱ | ۱۰۴/۲۲ |
| کنترل | ۱/۱۵ \pm ۱/۲۶ | ۱/۴۳ \pm ۱/۹۳ | ۱/۳۲ \pm ۲/۵۵ | < ۰/۰۰۱ | ۲۲/۸۲ |

جدول ۳: مقایسه دو گروه مداخله و کنترل بر اساس عملکرد شیردهی یکساعت پس از زایمان

| گروه | عملکرد شیردهی حداقل نمره | میانگین (انحراف معیار) حداکثر نمره | آزمون تی مستقل |
|--------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| مداخله | ۱۵ | ۲۸ | $df = ۷/۳۹$ ، $t = -۹۰$ |
| کنترل | ۱۲ | ۲۸ | $P = ۰/۰۰۰$ |

بستری شده بودند، انجام شد، نتایج مقایسه ۳۰ مادر با یا بدون شرکت در کلاس‌های آموزشی، نشان داد آگاهی مادران از ۸۵٪ به ۹۹٪ ارتقاء یافت. همچنین عملکرد مادران از نحوه صحیح شیردهی، روش دوشیدن شیر و همچنین تداوم شیردهی به نوزاد بهبود داشته است. که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد. بود.

در مطالعه کیفی که الهی دوست و همکاران در سال ۱۳۹۲ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که عوامل روانی و مادری، آگاهی و آمادگی مادر، باورهای مادر و حمایت اجتماعی از جمله مهمترین عوامل تأثیر گذار در شیردهی مادران است. بنابراین به نقش آگاهی و آموزش که در مطالعه حاضر نیز بر آن تأکید شده و ز عوامل مؤثر در شیردهی مادران است اشاره می‌کند. در پژوهش انجام شده توسط مسعودی فر و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش مادران باردار و شیرده به خصوص در زمینه ایجاد انگیزه شیردهی و ترویج زایمان طبیعی و اجرای هر چه موفق‌تر بیمارستان‌های دوستدار کودک می‌تواند نقش مهمی در کاهش مصرف شیر مصنوعی داشته باشد. نتایج مطالعه توصیفی- مقطعی رحمت نژاد و همکاران روی ۳۳۱ نفر از مادران نخست زان نشان داد که یکی از سه دلایل قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر عوامل مادری (خودکارآمدی پایین و سایر عوامل همچون درک مادر از کم بودن حجم شیر، مشکلات مربوط به پستان و تغذیه نوزاد توسط دیگران) ۳۸/۹ درصد بود که با نتایج یکی از سازه‌های مطالعه ما در رابطه با خودکارآمدی در مرحله قبل از آموزش همسو می‌باشد که طبق این مطالعه پیشنهاد شده مداخلات آموزشی برای مادران کم تجربه و نخست زان می‌تواند به طور جدی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مد نظر قرار گیرند. نتایج یافته‌های مطالعه غلامی تبار طبری و همکاران در سال ۱۳۸۹ نیز نشان داد که آموزش‌های دوران بارداری، سیستم حمایتی و مشاوره قبل و بعد از زایمان در استفاده بیشتر از شیر مادر مؤثر است و نوزادان گروه مداخله از شیر مادر بیشتر استفاده می‌کردند. در مطالعه حاضر نیز آموزش سبب بهبود سازه‌ها و در نتیجه عملکرد مادر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد.

نتیجه گیری

نتایج تحلیل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با استفاده از الگوی تحلیل آزمون اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه مداخله نشان داد که تفاوت آماری تمام سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و پس از مداخله آموزشی معنادار بود. بر اساس این مدل جهت شیردهی، مادران را باید با عوارض و نتایج ناشی از عدم شروع شیردهی آشنا نمود (حساسیت درک شده)، سپس مادران بایست جدی بودن عوارض عدم شیردهی را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی درک نمایند (شدت درک شده) و با دریافت حمایت از اطرافیان منجمله همسر، مادر، کارکنان بهداشتی درمانی (راهنماهای عمل)، مورد تشویق و حمایت قرار گیرند. در نتیجه آموزش و حمایت، مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای صحیح (شیردهی) را باور نموده (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را پرهزینه‌تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده) تا در نهایت به شیردهی صحیح و زود هنگام اقدام نمایند.

سپاسگزاری

معنی داری را بین دو گروه از نظر میانگین نمره سازه حساسیت درک شده ($P < 0/0001$)، شدت درک شده ($P < 0/001$)، منافع درک شده ($P < 0/0001$)، موانع درک شده ($P < 0/0001$)، راهنما برای عمل ($P < 0/0001$)، خودکارآمدی ($P < 0/0001$) پس از زایمان نشان داد. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار تمامی سازه‌ها را در سه مرحله قبل و پس از آموزش و یکساعت پس از زایمان نشان می‌دهد. استفاده از آزمون آنالیز واریانس با داده‌های تکراری تفاوت معنی داری را در گروه مداخله در تمامی سازه‌ها با ($P < 0/0001$) در سه مرحله، قبل و پس از آموزش و یکساعت پس از زایمان نشان داد. بر اساس یافته‌های جدول ۳ تفاوت معنی دار آماری در دو گروه کنترل و مداخله بر اساس عملکرد شیردهی طی یکساعت پس از زایمان وجود داشت.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی بر عملکرد شیردهی زنان نخست زان انجام شد. جهت تعیین تأثیر آموزش ۹۲ زن نخست زان مورد انتخاب قرار گرفته و بصورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی سبب بهبود عملکرد شیردهی زنان با تجربه اولین بارداری شده است. همسو با یافته‌های حاضر نتایج مطالعه طل و همکاران حاکی از آن بود که اختلاف آماری معنا داری در مرحله پس از آزمون اول (بلافاصله بعد از زایمان) بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سازه‌های حساسیت درک شده ($P < 0/001$)، شدت درک شده ($P = 0/004$)، موانع درک شده ($P = 0/002$)، و راهنما برای عمل ($P = 0/002$) وجود داشت. همچنین در فاصله زمانی سه ماه بعد از زایمان، ارتباط معنا داری بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سازه‌های منافع درک شده ($P = 0/004$)، موانع درک شده ($P = 0/002$)، راهنما برای عمل ($P < 0/001$) و رفتار شیردهی ($P = 0/002$) مشاهده شد. نتایج تحلیل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با استفاده از الگوی تحلیل آزمون اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه مداخله نشان داد که میزان تمام سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و پس از مداخله آموزشی از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0/001$).

کرامت و همکاران مطالعه مداخله‌ای بر روی ۶۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر شاهرود در سال ۱۳۹۰ به منظور تعیین اثر بخشی برنامه آموزشی در رابطه با ترغیب زنان باردار به شیردهی با بهره گیری از تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام دادند. ابتدا داده‌ها توسط پرسشنامه جمع آوری شد، سپس آموزش اختصاصی بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام گردید یک ماه بعد آزمون مجدد در هر دو گروه انجام شد یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنا داری در میانگین نمره آگاهی، ارزیابی از نتایج و نگرش و کنترل رفتاری درک شده، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری بین زنان باردار گروه‌های مداخله و شاهد پس از انجام مداخله آموزشی وجود داشته است. بنابراین این مطالعه نشان داد که آموزش مادران باردار در زمینه ترغیب به شیردهی از پستان مؤثر تر بوده است. که نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مذکور هم سو بوده است. در یک مطالعه مداخله‌ای که توسط نوری و همکاران در سال ۱۳۹۰ بر روی مادرانی که نوزادشان به مدت طولانی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) گنبد کاووس

همدان جهت تصویب و حمایت از این پایان نامه قدردانی نمایند. همچنین محققین مراتب تقدیر و تشکر خود را نسبت به مادران باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه اعلام می‌دارند.

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری با شماره ۹۴/۵/۶ مورخ ۱۶/۳۵/۹/۲۴۳۹ است که در کمیته اخلاق حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان مطرح و با کد شناسه IRCT2015061422712N1 تأیید گردیده است. محققین بر خود لازم می‌دانند از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

References

- 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. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):616-24. DOI: [10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x) PMID: [16958717](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16958717/)
- Jang GJ, Kim SH. [Effects of breast-feeding education and support services on breast-feeding rates and infant's growth]. *J Korean Acad Nurs*. 2010;40(2):277-86. DOI: [10.4040/jkan.2010.40.2.277](https://doi.org/10.4040/jkan.2010.40.2.277) PMID: [20453574](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20453574/)
- Babaei G. Use of survival analysis to examine the relationship between maternal and neonatal factors associated with onset of lactation. *Med J*. 1386;6(3):33-41.
- Zupan J, Åhman E. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates: World Health Organization; 2006. 69 p.
- Tana AK. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding: RHL commentary (last revised: 2 March 2009). Geneva: World Health Organization, 2009.
- Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr*. 2008;138(3):599-603. PMID: [18287373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18287373/)
- Berkat S, Sutan R. The Effect of Early Initiation of Breastfeeding on Neonatal Mortality among Low Birth Weight in Aceh Province, Indonesia: An Unmatched Case Control Study. *Adv Epidemiol*. 2014;2014:e358692. DOI: [10.1155/2014/358692](https://doi.org/10.1155/2014/358692)
- Nakao Y, Honda S. Early Initiation of Breastfeeding and Its Beneficial Effects in Japan. *Infant Feeding Practices*: Springer. p. 303-13.
- Mallik S, Dasgupta U, Naskar S, Sengupta D, Choudhury K, Kumar S. Knowledge of breast feeding and timely initiation of it amongst post natal mothers: An experience from a baby friendly teaching hospital of a metropolitan city. *J Dent Med Sci*. 2013;4(1).
- Shwetal B, Pooja P, Neha K, Amit D, Rahul P. Knowledge, attitude and practice of postnatal mothers for early initiation of breast feeding in the obstetric wards of a tertiary care hospital of Vadodara city. *Hindu*. 2012;134:81-5.
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. DOI: [10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3) PMID: [24965816](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24965816/)
- Sharifirad G, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hassanzadeh A. [The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak]. *Arak Univ Med Sci J*. 2010;13(1):63-70.
- Dundar PE, Ozmen D, Ozturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006;6(1):43. DOI: [10.1186/1471-2407-6-43](https://doi.org/10.1186/1471-2407-6-43) PMID: [16504119](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16504119/)
- Wu TY, West B, Chen YW, Hergert C. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. *Cancer Detect Prev*. 2006;30(1):58-66. DOI: [10.1016/j.cdp.2005.06.013](https://doi.org/10.1016/j.cdp.2005.06.013) PMID: [16458452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16458452/)
- Unicef. Training promote breastfeeding. 1st, editor. Tehran: Unicef; 1388.
- Ekhtiari YS, Shojaeizadeh D, Foroushani AR, Ghofranipour F. [The effect of an intervention based on the PRECEDE-PROCEED model on preventive behaviors of domestic violence among Iranian high school girls]. *Iranian Red Crescent Med J*. 2013;15(1):21-8.
- Sharma M. Theoretical foundations of health education and health promotion: Jones & Bartlett Publishers; 2016. 294 p.
- Tol A, Majlesi F, Shojaeizadeh D, Esmaelee Shahmirzadi S, Mahmoudi Majdabadi M, Moradian M. [Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior]. *J Nurs Educ*. 2013;2(2):39-47.
- Keramat A, Masoumi SZ, Shobeiri F, Raei M, Andarzgoo M, Babazadeh R. [Effectiveness of educational program related to persuade women for breast feeding based on theory of planned behavior (TPB)]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2013;21(2):21-31.
- Nori R. [The Effectiveness of Education on Breastfeeding Continuity]. *Mashhad Congress Mashhad* 2012. p. 453.
- Elahidoost S, Rabani A, Shams B. [Maternal and Lactation]. *Bullet Women*. 2013;4(1):38-41.
- Masoudifard M, Daroogheh L, Yousefian A, Lame E. [Effective factors on using artificial milk in under- one children in Aran-Bidgol (2009)]. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2009;16(3):78-84.

23. Rahmatnejad L, Bastani F. [Factors Associated with Discontinuation of Exclusive Breast Feeding by First Time Mothers]. Iran J Nurs. 2011;24(71):42-53.
24. Gholamitabar Tabari M, Heidarzadeh M, Sattarzadeh N, Kooshavar H. [Performing and Evaluation of

Breast Feeding Education Program on Exclusive Breastfeeding and Growth Indices of Preterm Infant at 4 Months after Birth]. J Babol Univ Med Sci. 2011;13(2):57-62.