

تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی بر احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زا در مراقبت از

شیرخوار

الهام آزموده^۱، *فرزانه جعفرنژاد^۲، سیدرضا مظلوم^۳

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، تربت‌حیدریه، ایران
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: Jaafanejadf@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: اغلب زنان نخست‌زا فاقد احساس صلاحیت کافی در ایفای نقش مادری هستند؛ که قسمت اعظم آن ناشی از فقدان تجربه است. آموزش به مادر بر اساس خودکارآمدی منجر به بهبود تعدادی از پیامدهای مادری-فرزندی شده است.

هدف: تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی بر احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زا در مراقبت از شیرخوار

روش: در این کارآزمایی بالینی، ۶۱ مادر نخست‌زا به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله، برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی بندورا ۱۵-۱۰ روز بعد از زایمان اجرا شد. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های انتظارات والدی، احساس صلاحیت مادری، حمایت اجتماعی درک‌شده، سرشت شیرخوار و مقیاس افسردگی ادینبورگ بود. روایی ابزارها به روش روایی محتوا و پایایی آن‌ها با همسانی درونی تأیید شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، من‌ویتنی، تی زوجی و ویلکاکسون انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران $24/4 \pm 3/2$ سال بود. دو گروه از نظر تمامی مشخصات فردی به جز حمایت اجتماعی درک‌شده ($p < 0/001$) همگن بودند. میانگین نمره احساس صلاحیت مادری قبل از مداخله در گروه مداخله $68/8 \pm 7/6$ و کنترل $66/7 \pm 7/9$ تفاوت معناداری نداشت ($p = 0/32$). بعد از مداخله، میانگین نمره احساس صلاحیت در گروه مداخله نسبت به کنترل $75/5 \pm 9/0$ در برابر $68/3 \pm 9/6$ تفاوت معناداری داشت ($p < 0/004$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت استراتژی‌های ارتقای خودکارآمدی در بهبود پیامدهای مادری-فرزندی، استفاده از منابع ارتقای خودکارآمدی می‌تواند منجر به بهبود احساس صلاحیت در ایفای نقش مادری شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش، احساس خودکارآمدی، صلاحیت مادری، مراقبت از شیرخوار

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۱۸

مقدمه

دوران پس از زایمان برای بسیاری از والدین زمانی پرهیجان و شادی‌آور است؛ با این حال، این دوران با چالش‌های متعددی روبروست و برای اغلب مادران توأم با استرس می‌باشد (۱). مادران به طور همزمان مجبور می‌شوند یاد بگیرند که چگونه هم از خود و هم از شیرخوارشان مراقبت کنند (۲ و ۳).

متغیرهای مهمی بر کیفیت مراقبت از نوزاد و افزایش تعاملات مادری- نوزادی اثرگذار است. یکی از مهمترین این متغیرها احساس صلاحیت در ایفای نقش مادری می‌باشد. صلاحیت در نقش مادری به دانش مادر از نقش مادری خود و توانایی وی در کسب و ایفای آن وابسته است (۴). زنان با احساس صلاحیت و رضایت قوی از نقش مادری دارای سبک دلبستگی ایمن هستند و رفتارهای تربیتی مسؤولانه و حساس دارند؛ که رشد و تکامل شیرخوار را تسهیل می‌کند. مهارت‌های مادری، حساسیت، واکنش‌های فکری و رفتارهای تربیتی که سلامت شیرخوار و تکامل وی را ارتقا می‌دهد نیز منعکس‌کننده صلاحیت در نقش مادری می‌باشد.

زنانی که احساس صلاحیت بالاتری دارند، به علاوه، برای انجام وظایف مرتبط با نقش مادری پافشاری بیشتری کرده و از سرزنش خود اجتناب می‌کنند و به احساس کمال و رضایت بیشتری به نقش مادری نایل می‌شوند (۵). نقش مهم احساس صلاحیت مادری، لزوم توجه مراقبین بهداشتی به این مقوله را به دلایل متعددی مثل مشخص شدن مشکلات درک‌شده از نظر وی و همچنین انتخاب و طراحی مداخله مناسب برای آموزش نشان می‌دهد.

Ferketich و Mercer (۱۹۹۵) در مطالعات خود اشاره نمود که با یادگیری چگونگی مراقبت از شیرخوار و نحوه خواندن واکنش‌های وی و پاسخ دادن مناسب به آن‌ها مثل آرام کردن یک شیرخوار در حال گریه، نایل شدن به احساس صلاحیت مادری تسهیل می‌شود (۶).

با وجود اهمیت ارتقای آگاهی و هماهنگی با بسیاری از تئوری‌های تغییر رفتار، افزایش دانش ممکن است منجر به افزایش صلاحیت فرد شود (۷). اطلاع داشتن از نحوه انجام وظایف برای انجام موفقیت‌آمیز آن‌ها مطلوب است؛ اما کافی نیست. متغیرهای دیگری نیز در تحقق این فرآیندها مؤثر است (۳). در مطالعات متعدد خودکارآمدی والدین، علاوه بر آگاهی آن‌ها از تکامل کودک را پیشگویی‌کننده‌های مهم رفتار مناسب والدین دانسته‌اند (۸). ارتباط بسیار قوی نیز بین صلاحیت والدین با خودکارآمدی آن‌ها دیده شده است (۹).

مفهوم خودکارآمدی در مراقبت از شیرخوار که ریشه در مفهوم خودکارآمدی عمومی دارد، به ما نشان می‌دهد که چگونه دو

مادر با ویژگی‌های دموگرافیک یکسان رفتار متفاوتی از خود نشان می‌دهند (۱۰). خودکارآمدی والدینی به طور معناداری پیشگویی‌کننده میزان بالای اشتیاق، سازگاری، پذیرش و اظهار صمیمیت نسبت به کودک است و همچنین با میزان پایین اجتناب و رفتارهای منفی نسبت به کودک همراه می‌باشد (۱۱). منابع اطلاعاتی متعددی برای ارتقای خودکارآمدی توسط بندورا توصیه شده است؛ که با پایه‌ریزی آموزش بر این اساس می‌توان به ارتقای خودکارآمدی کمک نمود (۱۲).

در مورد اولین منبع ارتقای خودکارآمدی پذیرفته شده که تجربه موفقیت‌آمیز از انجام یک رفتار منجر به ارتقای حس خودکارآمدی و تجربه نامطلوب منجر به تضعیف این حس خواهد شد. این ممکن است دلیلی بر این باشد که چرا دستاوردهای عملکرد مهمترین منبع ارتقای خودکارآمدی است (۱۳). برای القای حس خودکارآمدی، شکستن وظیفه و یا رفتار به اجزای قابل اجرا و کوچکتر می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ که در مورد افرادی که فاقد تجربه قبلی انجام عملی می‌باشند کمک‌کننده می‌باشد (۱۴). در مورد مراقبت از شیرخوار نیز تجربه قبلی مراقبت از شیرخوار بسیار کمک‌کننده است؛ اما اغلب زنان نخست‌زا فاقد تجربه مراقبت از شیرخوار می‌باشند (۱۵ و ۱۶).

دومین روش اثرگذار بر ارتقای خودکارآمدی تجربه جانشینی می‌باشد. به عنوان مثال، گذراندن زمانی با دیگر مادران در موقعیت‌های مشابه می‌تواند اثرگذار باشد. این منبع اطلاعات از دستاوردهای عملکرد ضعیف‌تر است؛ اما وقتی که افراد از توانایی‌هایشان مطمئن نیستند یا وقتی تجربه قبلی محدودی دارند، نسبت به آن حساس‌تر می‌شوند (۱۷). ویژگی‌های منبع تجربه جانشینی باید متناسب با فرد تحت آموزش تغییر کند. افراد با سبک زندگی قابل مقایسه مثل دوستان و همکاران، یا افرادی با ویژگی‌های مشابه در سن، جنس، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و فرهنگ مدل‌های مناسبی برای یادگیری می‌باشند (۱۸).

تشویق کلامی سومین منبع ارتقای خودکارآمدی است. مادران جوان ممکن است با خودارزیابی نادرست از دانش و مهارت‌های مرتبط با مراقبت از شیرخوار درک نادرستی از صلاحیت‌شان داشته باشند. حمایت از طرف افراد متخصص همچون ماما و سایر کارکنان واحد درمان، خانواده و دیگر افراد مهم می‌تواند نقش مهمی در تأکید مجدد توانایی‌های مادر به وی و تفسیر وی از صلاحیتش داشته باشد (۱۵).

چهارمین استراتژی ارتقای خودکارآمدی ارتقای سلامت فیزیکی و روانی مادر می‌باشد؛ که ممکن است با حمایت اجتماعی که از طرف سایر افراد فراهم می‌شود محقق می‌شود (۱۱). در واقع،

احساس صلاحیت مادری و گذر به نقش مادری ندارد (۲۸). به علاوه، دوران بلافاصله پس از زایمان نیز با توجه به مدت کوتاه اقامت در بیمارستان و ناراحتی‌هایی که مادران در این بازه زمانی دارند نیز فرصت مناسبی برای آموزش نمی‌باشد (۲۹).

در ایران، تمرکز اصلی آموزش به مادران در مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان به سلامت فیزیکی نوزاد و مسایل ساده بهداشتی مربوط به آن‌ها می‌شود؛ با این حال، برنامه‌ای ساختارمند که به انتقال مراقبت‌های همگام با رشد و تکامل شیرخوار و اثربخشی آن بر احساس صلاحیت بر اساس تئوری خودکارآمدی باشد در دسترس پژوهشگر نبود. با توجه به اهمیت ارتقای خودکارآمدی و احساس صلاحیت مادر در انجام وظایف مادری، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی بر احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زا انجام دهد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح دوگروه پیش‌آزمون-پس‌آزمون است؛ که بر روی ۶۱ نفر از مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد ابتدا از بین مراکز پنج‌گانه شهر مشهد به طور تصادفی مراکز شماره ۱، ۲ و ۳ انتخاب و از هر کدام از این مراکز، ۲ مرکز انتخاب شد.

در مرحله بعد، تخصیص تصادفی این مراکز به گروه‌های کنترل و مداخله صورت گرفت. به این ترتیب، مراکز حجت، وحدت ۲ و شهیدمطهری به عنوان مراکز مداخله و مراکز نجفی، شهیدهاشمی‌نژاد و سیلو به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. بعد از مراجعه به این مراکز، پژوهشگر با مطالعه پرونده‌های بهداشتی واحد مامایی، کسانی که معیارهای ورود به مطالعه را دارند مشخص نمود. سپس با آن‌ها تماس تلفنی گرفته شد و هدف از پژوهش به آن‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها خواست که زمان مراجعه به منظور خدمات مراقبت نوبت دوم پس از زایمان‌شان را به اطلاع پژوهشگر برسانند.

معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بود از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، میسر بودن امکان تماس تلفنی، حاملگی تک‌قلو و طول بارداری بین ۳۷-۴۲ هفته، زندگی با همسر، نمره افسردگی پس از زایمان کمتر از ۱۰ بر اساس مقیاس ادینبورگ، وزن هنگام تولد شیرخوار بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم، نوزاد سالم، طبیعی و فاقد هرگونه آنومالی. معیارهای خروج نیز عبارت بود از تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی، سوء مصرف مواد، الکل و سیگار، بستری مجدد مادر و یا نوزاد در بیمارستان به هر علتی، سابقه نازایی، ابتلا به بیماری‌های طی، سابقه بیماری، کسب

درک افراد از پاسخ‌های فیزیولوژیک و هیجانی در ارتباط با یک رفتار خاص، منبع دیگری برای خودکارآمدی می‌باشد؛ زیرا ممکن است این ادراکات بر قضاوت آن‌ها از توانایی‌شان اثرگذار باشد و کمک به مادران نخست‌زا برای به دست آوردن خودکارآمدی در انجام وظایف ممکن است باعث افزایش شانس سازگاری با وظایف جدید و تداوم انجام این وظایف شود (۱۵). تفسیر علایم و استفاده از روش‌هایی برای کاهش اضطراب می‌تواند کارآمدی درک‌شده و عملکرد فرد را ارتقا دهد (۷) و (۱۹).

با این وجود، Hessa و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود متوجه شدند که مادرانی که دارای خودکارآمدی بالا در مراقبت از فرزندشان هستند اما آگاهی کمی در مورد تکامل شیرخوار و عملکرد والدی دارند، حداقل صلاحیت را در تعامل با فرزند دارند. این مادران دارای اعتماد به نفس ذاتی ممکن است از پیچیدگی وظایف مربوط به این نقش اطلاعی نداشته باشند (۸). بنابراین در صورت استفاده از تئوری خودکارآمدی نباید فقط خودکارآمدی مادر را ارتقا داد؛ بلکه باید دانش وی را در مورد رفتارهای مورد نیاز برای مراقبت مطلوب از شیرخوار ارتقا داد.

دانش دقیق و اختصاصی در مورد تکامل شیرخوار در ترکیب با خودکارآمدی بالا، صلاحیت مادری بالاتر را در تعامل با شیرخوار در یک مطالعه طولی یک‌ساله نشان داده است. دانش بیشتر در مورد تکامل فرزند با توانایی بیشتر مادران برای ساخت محیطی مناسب برای ارتقای تکامل مثبت شیرخوار و تعاملات مثبت مادری-فرزند همراه است (۲۰).

عوامل متعددی بر شکل‌گیری احساس صلاحیت در ایفای نقش مادری اثرگذارند؛ که در مطالعات مختلف در مورد اثرگذاری آن‌ها نتایج متناقضی ارائه شده است. ویژگی‌هایی از مادر همچون سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، افسردگی، تعداد حاملگی، حمایت اجتماعی درک‌شده، لذت‌بخش بودن تجربه زایمان و درک وی از سرشت شیرخوار از جمله این عوامل اثرگذار می‌باشد. به علاوه، جنس شیرخوار، سن هنگام تولد، وضعیت سلامت و سرشت و خلق و خوی وی نیز از جمله ویژگی‌هایی مربوط به شیرخوار و حمایت اجتماعی از طرف همسر و اعضای خانواده و کارکنان بهداشتی نیز از عوامل محیطی اثرگذار بر این روند می‌باشد (۲۱-۲۳).

تعدادی از مطالعات نشان داده است که آموزش در دوران بارداری برای ایفای نقش مادری ناکافی است و بر مهارت‌های والدی تأثیری ندارد (۲۴-۲۷). Nichols (۱۹۹۵) نشان داد که حضور در کلاس‌های آموزشی در دوران بارداری تأثیری بر

نمره افسردگی بیشتر مساوی ۱۰ بر اساس مقیاس افسردگی ادینبورگ، شرکت در هرگونه برنامه آموزشی بدون دیگر در ارتباط با مراقبت از شیرخوار قبل از مداخله.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی و فرمول مقایسه میانگین‌ها و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۳۰ نفر در هر گروه برآورد شد؛ که با پیش‌بینی حذف احتمالی، ۳۸ نفر در هر گروه بررسی شدند و در نهایت، تجزیه و تحلیل بر روی ۶۱ نفر (۳۰ نفر مداخله و ۳۱ نفر کنترل) انجام شد.

با توجه به این که افسردگی بعد از زایمان یکی از مهمترین متغیرهای اثرگذار بر احساس مادر از صلاحیت در نقش مادری می‌باشد؛ در ابتدا، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ (Edinburg Depression Scale) توسط افراد مایل به شرکت در مطالعه تکمیل شد. در صورت کسب نمره بیشتر یا مساوی ۱۰، این افراد از مطالعه حذف شدند. در ادامه، برای افراد باقیمانده، فرم مشخصات فردی، بارداری-زایمان و نوزاد به صورت مصاحبه تکمیل شد. سپس واحدهای پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

به منظور اندازه‌گیری خودکارآمدی از پرسشنامه برآورد انتظارات والدی، برای سنجش احساس صلاحیت مادری (Parenting Sense of Competence Scale)، از پرسشنامه احساس صلاحیت مادری گیبود-والستون و همچنین به منظور کنترل متغیرهای حمایت اجتماعی درک‌شده (Perceived Social Support Scale) و سرشت شیرخوار که دو متغیر بسیار مهم در روند ایفای نقش مادری است؛ به ترتیب از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی درک‌شده زیمت و پرسشنامه مشخصات شیرخوار بیت استفاده شد.

پرسشنامه برآورد انتظارات والدی رییس (Postpartum Parental Expectations Survey) دارای ۲۵ آیتیم با طیف لیکرت ۱۰ قسمتی (۱=نمی‌توانم تا ۱۰=قطعاً می‌توانم) می‌باشد. حداقل نمره این پرسشنامه ۲۵ و حداکثر آن نمره ۲۵۰ می‌باشد. در طراحی این مقیاس از تئوری خودکارآمدی بندورا استفاده شده است و تمام آیتیم‌ها مثبت می‌باشد؛ که این نکته مطابق با گفته بندورا است؛ که در سنجش خودکارآمدی باید از آیتیم‌های مثبت استفاده شود (۳۰).

پرسشنامه احساس صلاحیت مادری گیبود-والستون (Parenting Sense of Competence Scale) نیز دارای ۱۶ پرسش با طیف لیکرت ۶ قسمتی و دارای دو خرده‌مقیاس می‌باشد: ۱- خرده‌مقیاس آگاهی/مهارت: به میزان احساس والدین از دارا بودن مهارت‌های لازم برای ایفای نقش مادری و درک خود به عنوان یک والد خوب و ۲- خرده‌مقیاس

ارزش‌گذاری/راحتی: به میزان ارزشی که مادر به نقش مادری می‌دهد و راحتی که با نقشش دارد مربوط می‌شود. بازه نمرات این پرسشنامه از ۱۶ تا ۹۶ می‌باشد و نمره بیشتر بر احساس صلاحیت بیشتر دلالت دارد (۲۸).

حمایت اجتماعی درک‌شده پرسشنامه حمایت اجتماعی درک‌شده زیمت یک ابزار ۱۲ پرسشی با طیف لیکرت ۷ قسمتی می‌باشد. بازه نمرات این پرسشنامه از ۱۲ تا ۸۴ متغیر است. نمره بیشتر دلالت بر حمایت درک‌شده بیشتر دارد (۳۱).

پرسشنامه سرشت شیرخوار در این مطالعه برگرفته از پرسشنامه ویژگی‌های شیرخوار بیت می‌باشد. پرسشنامه ویژگی‌های شیرخوار بیت دارای ۲۸ آیتیم (۲۴ آیتیم اصلی و ۴ آیتیم فرعی) با طیف لیکرت ۷ قسمتی می‌باشد؛ که از آن برای اندازه‌گیری سرشت سخت و آسان شیرخوار در سن ۶ ماهگی استفاده می‌شود. طبق توصیفات انجام شده در مورد این ابزار توسط بیت و همکاران آورده شده که می‌توان از این ابزار برای اندازه‌گیری سرشت شیرخوار با حذف آیتیم‌های غیرمرتبط با سن استفاده نمود (۳۳).

در مطالعه انجام شده توسط Edhborg و همکاران (۲۰۰۵) که از این پرسشنامه برای اندازه‌گیری سرشت شیرخوار در سن دوماهگی استفاده شد؛ آیتیم‌های غیرمرتبط با سن حذف شده و به ۱۸ آیتیم کاهش یافت (۳۴). در مطالعه حاضر، نیز آیتیم‌های ۸-۱۲، ۱۵-۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۶ و ۲۸ حذف شده و ۱۴ آیتیم، پرسش‌های نهایی این پرسشنامه را تشکیل دادند. بازه نمرات این پرسشنامه از ۱۴ تا ۹۸ می‌باشد و نمره بیشتر دلالت بر سرشت سخت‌تر دارد.

روایی پرسشنامه‌های انتظارات والدی، پرسشنامه احساس صلاحیت مادری و پرسشنامه مشخصات شیرخوار به روش روایی محتوا به دو صورت کیفی و کمی بررسی شد. در روش کیفی بعد از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت و پیشنهادات اصلاحی آن‌ها لحاظ شد. به علاوه، شاخص روایی محتوا (Content validity ratio) و نسبت روایی محتوا (Content validity index) نیز برای این پرسشنامه‌ها محاسبه شد. با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر بودند و در نظر گرفتن معیار بالاتر از ۰/۶۲ در جدول لاوشه، نسبت روایی محتوا تأیید شد و برای تأیید شاخص روایی محتوا نیز از معیار بالاتر از ۰/۷۹ استفاده شد.

پایایی ابزارها با روش همسانی درونی محاسبه گردید؛ که پایایی پرسشنامه‌های برآورد انتظارات والدی، احساس صلاحیت مادری، سرشت شیرخوار، حمایت اجتماعی درک‌شده و افسردگی

می‌شد. در نیم دیگر مکالمه نیز نگرانی‌های مادر در مورد تکامل بینایی، شنیداری، گفتاری و حرکتی پرسش شده، علت نگرانی مشخص و در صورت امکان راهکار برای کاهش نگرانی ارائه می‌شد (تشویق کلامی و توجه به واکنش‌های هیجانی مادر).

گروه کنترل فقط آموزش‌های معمول را که در بارداری و پس از زایمان در مراکز بهداشت و بیمارستان در مورد مراقبت از شیرخوار ارائه می‌شد دریافت کردند. ۸ هفته بعد از آغاز مداخله با واحدهای پژوهش در هر دو گروه مداخله و کنترل در محل مرکز بهداشت قرار گذاشته شد و مجدداً دو پرسشنامه انتظارات والدی و پرسشنامه احساس صلاحیت مادری تکمیل می‌شد.

شرکت در این مطالعه بر اساس تمایل مادران صورت می‌گرفت و امکان انصراف واحدهای پژوهش از همکاری با محقق در هر زمان بدون تحت تأثیر قرار گرفتن روند مراقبتی آن‌ها وجود داشت. به علاوه، در این مطالعه برای تمام افرادی که به علت نمره افسردگی بالاتر از ۱۰ از مطالعه حذف شدند بر ضرورت ایجاد تنوع در زندگی و اختصاص دادن وقت به خود و پیگیری به منظور جلوگیری از پیشرفت افسردگی تأکید شد و در صورت صلاحدید خود مادر و حضور همسر وی در مرکز بهداشت در مورد ضرورت حمایت بیشتر از مادر و کمک به وی در فرآیند مراقبت از شیرخوار توصیه‌هایی ارائه شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آمار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیروویلیکس طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی آزمون شد. بررسی دو گروه از نظر همگن بودن متغیرهای کمی با آزمون تی مستقل و در مورد متغیرهای کیفی با آزمون مجذورکای انجام شد.

برای مقایسه گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیر احساس صلاحیت و خودکارآمدی والدی از آزمون تی مستقل و برای مقایسه قبل و بعد از تی‌زوجی استفاده شد. برای متغیرهایی که از توزیع طبیعی برخوردار نبود از آزمون‌های غیرپارامتریک معادل (من‌ویتنی و ویلکاکسون) استفاده شد. اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد در تمام آزمون‌ها مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن مادران در این مطالعه $24/4 \pm 3/2$ سال بود. اکثر مادران (۵۴/۱ درصد) دارای تحصیلات متوسطه و خانه‌دار (۹۶/۷ درصد) بودند. ۸۵/۲ درصد از مادران درآمد در حد کفاف داشتند. بارداری خواسته اکثر واحدهای پژوهش و همسرانشان بود و در ۸۰ درصد موارد خود و همسر از جنسیت نوزاد رضایت داشتند.

ادینبورگ نیز پس از اجرا بر روی ۲۰ نفر، به ترتیب با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، ۰/۷۱، ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ به تأیید رسید.

سپس در گروه مداخله، برنامه آموزشی مبتنی بر استراتژی‌های ارتقای خودکارآمدی ۱۵-۱۰ روز بعد از زایمان آغاز شد؛ به این ترتیب که در گام اول، عناوین محتوای مراقبت از شیرخوار از کتب و مقالات استخراج گردید و طی یک بررسی و نظرسنجی با ۱۵ مادر دارای شیرخوار مطرح گردید و پرسش‌هایی که در مورد این مسایل برای مادران ایجاد می‌شد پرسیده و ثبت شد. سپس با مطالعه منابع معتبر، پاسخ پرسش‌های مشخص و کتابچه ۳۰ صفحه‌ای طراحی گردید. کتابچه حاوی پرسش‌هایی شایع در مورد نکات برجسته تکامل در دوران شیرخوارگی، مراقبت‌های همگام با رشد و تکامل شیرخوار، بیماری‌های شایع دوران شیرخوارگی و مراقبت‌های آن، لذت‌های مادر بودن، مراقبت از خود در دوران بعد از زایمان و مراقبت پدر از شیرخوار بود.

در ادامه، یک جلسه آموزش چهره‌به‌چهره به مدت ۳۰ دقیقه در روز مراقبت نوبت دوم پس از زایمان برای مادران اجرا شد (دستاوردهای عملکرد). در انتهای این جلسه کتابچه حاوی پرسش و پاسخ‌های مرسوم در مورد مراقبت از شیرخوار (استفاده از دستاوردهای عملکرد و توجه به واکنش‌های فیزیولوژیک مادر) و فیلم آموزشی (تجربه جانشینی) ۳۰ دقیقه‌ای در اختیار مادران قرار داده شد.

در مرحله بعد، یک هفته بعد از آغاز مداخله آموزشی نوبت اول مشاوره تلفنی به مدت ۱۵-۲۵ دقیقه انجام شد. ۷-۱۲ دقیقه از این جلسه به تشویق به تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول، توجه به وزن‌گیری طبیعی شیرخوار، شیردهی بر حسب تقاضای شیرخوار، مصرف مداوم مکمل‌ها، سلامت دهان شیرخوار، بازی و تعامل با شیرخوار اختصاص یافت. در نیم دیگر مکالمه تلفنی، نگرانی مادر در مورد کفایت شیردهی، وزن‌گیری شیرخوار، دور سر و یا قد شیرخوار، کمبود ریزمغذی‌ها و یا ویتامین‌ها و توانایی در مورد مراقبت از شیرخوار پرسیده شده، علت نگرانی مشخص و در صورت امکان راهکار برای کاهش نگرانی ارائه می‌شد (تشویق کلامی و توجه به واکنش‌های هیجانی مادر). در انتهای جلسه نیز هر گونه پرسش که در مورد مراقبت از شیرخوار برای مادر ایجاد شده بود پاسخ داده شد.

در مرحله آخر، سه هفته بعد از آغاز مداخله آموزشی نوبت دوم مشاوره تلفنی به مدت ۱۵-۲۵ دقیقه انجام شد. ۷-۱۲ دقیقه از این مکالمه به تشویق کلامی از طرف کادر درمان اختصاص یافت؛ به این صورت که بروز بیماری در شیرخوار و اقدامات انجام شده پرسش شد. در صورت درست بودن اقدام، تشویق مادر به ادامه آن و در صورت نادرست بودن، تصحیح آن انجام

به طور کلی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که دو گروه از نظر تمام متغیرهای فردی، بارداری-زایمان و نوزاد و درک مادر از سرشت شیرخوار همگن بودند ($p > 0.05$). اما طبق نتایج حاصل جدول ۱: مقایسه مشخصات فردی، بارداری، زایمان، حمایت اجتماعی درک‌شده و سرشت شیرخوار در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروه	متغیر	
P	کنترل	مداخله	
$*p = 0.069$	۲۴/۲±۳/۱	۲۴/۲±۳/۴	سن
			انحراف معیار± میانگین
$*p = 0.095$	۵۱/۲±۱۳/۰	۵۱/۴±۹/۱	سرشت درک‌شده شیرخوار
			انحراف معیار± میانگین
$**p < 0.001$	۷۰/۱±۷/۲	۵۸/۵±۲/۰	حمایت اجتماعی درک‌شده
			انحراف معیار± میانگین
			تحصیلات
			تعداد (درصد)
			ابتدایی
$**p = 0.050$	۱ (۳/۲)	۰ (۰/۰)	راهنمایی
	۴ (۱۲/۹)	۸ (۲۶/۷)	متوسطه
	۱۸ (۵۸/۱)	۱۵ (۵۰/۰)	دانشگاهی
	۸ (۲۳/۵)	۷ (۲۳/۳)	شغل
			تعداد (درصد)
			خانه دار
$***p = 0.000$	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۳)	کارمند
	۳۰ (۹۶/۸)	۲۹ (۹۶/۷)	نوع زایمان
			تعداد (درصد)
			طبیعی
$***p = 0.054$	۱۵ (۴۸/۸)	۱۰ (۳۳/۳)	سزارین
	۱۶ (۵۱/۲)	۲۰ (۶۶/۷)	خواسته بودن بارداری
			تعداد (درصد)
			بله
$***p = 0.023$	۲۹ (۹۳/۵)	۲۵ (۸۳/۳)	خیر
	۲ (۶/۵)	۵ (۱۶/۷)	جنس نوزاد
			تعداد (درصد)
			پسر
$***p = 0.080$	۱۸ (۵۸/۱)	۱۹ (۶۳/۳)	دختر
	۱۳ (۴/۹)	۱۱ (۳۶/۷)	کمک همسر در مراقبت از نوزاد
			تعداد (درصد)
			بله
$**p = 0.082$	۱۷ (۵۴/۸)	۱۶ (۵۳/۳)	تأخیری
	۱۲ (۳۸/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	خیر
	۲ (۶/۵)	۳ (۱۰/۰)	

* Independent T-Test

**Mann Whitney Test

***Chi-Square Test

نسبت به کنترل ($186/8 \pm 42/7$) افزایش یافته است ($p < 0.04$). به علاوه، نتایج حاصل از آزمون تی زوجی در گروه مداخله نشان داد که بین میانگین نمره خودکارآمدی در مرحله قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). در گروه کنترل، بر اساس نتایج به دست آمده از همین آزمون، تفاوت

میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله به ترتیب در گروه مداخله و کنترل $178/8 \pm 26/6$ و $176/8 \pm 34/4$ بود؛ که نتایج حاصل از آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را در دو گروه نشان نداد ($p = 0.80$). بعد از مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله ($205/4 \pm 22/5$)

معناداری بین قبل و بعد از مداخله وجود نداشت ($p=0/13$) (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی مادری زنان نخست‌زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروه			نتیجه آزمون	متغیر
	کل	مداخله	کنترل		
من‌ویتنی	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	قبل از مداخله
تی مستقل	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	بعد از مداخله
$t=0/26$	۶۱	$177/8 \pm 30/6$	۳۱	$176/8 \pm 34/4$	قبل از مداخله
$df=59$					
$p=0/80$					
$t=2/12$	۶۱	$196/0 \pm 35/2$	۳۱	$186/8 \pm 42/7$	بعد از مداخله
$df=59$					
$p=0/04$					
			$t=1/54$	$t=4/24$	نتیجه آزمون
			$df=30$	$df=29$	تی زوجی
			$p=0/13$	$p=0/01$	

خودکارآمدی مادری

مرحله قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($p=0/89$). در مرحله بعد از مداخله نیز، نتایج حاصل از آزمون من‌ویتنی نشان داد که میانگین نمره بعد آگاهی و مهارت در دو گروه تفاوت معناداری ندارد ($p=0/89$).

نتیجه مقایسه درون‌گروهی با آزمون تی‌زوج نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره بعد آگاهی و مهارت مرحله بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله قبل از آن است ($p<0/005$). طبق نتایج حاصل از آزمون ویلکاکسون، در گروه کنترل نیز میانگین این نمره در مرحله بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله قبل از آن است ($p<0/01$) (جدول ۴).

در مورد بعد راحتی و ارزش‌گذاری نیز نتایج حاصل از آزمون تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره بعد راحتی و ارزش‌گذاری در مرحله قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($p=0/42$). اما در مرحله بعد از مداخله، نتایج همین آزمون نشان داد که میانگین نمره بعد راحتی و ارزش‌گذاری در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ($p<0/001$).

نتیجه مقایسه درون‌گروهی با آزمون تی‌زوج نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره بعد راحتی و ارزش‌گذاری مرحله بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله قبل از آن است ($p<0/005$). این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود ($p=0/58$) (جدول ۵).

با توجه به عدم همگنی متغیر حمایت اجتماعی در دو گروه قبل از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس برای حذف اثر آن استفاده شد؛ که نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی بعد از مداخله با حذف اثر نمره حمایت اجتماعی، در دو گروه تفاوت آماری معناداری دارد ($p<0/03$).

در مورد متغیر وابسته مطالعه نیز، نتایج حاصل از آزمون تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره احساس صلاحیت مادری در مرحله قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل $68/8 \pm 7/6$ در برابر $66/7 \pm 7/9$ تفاوت معنی‌داری نداشته است ($p=0/32$). در صورتی که نتایج همین آزمون در مرحله بعد از مداخله، تفاوت معناداری را از نظر میانگین نمره احساس صلاحیت مادری ($75/5 \pm 9/0$ در برابر $68/3 \pm 9/6$) بین دو گروه نشان داد ($p<0/004$).

همچنین میانگین تفاوت مرحله قبل و بعد از مداخله نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($p<0/03$). نتیجه مقایسه درون‌گروهی با آزمون تی‌زوج نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره احساس صلاحیت مادری مرحله بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله قبل از آن است ($P<0/001$). این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود ($p=0/23$) (جدول ۳).

با توجه به عدم همگنی دو گروه از نظر متغیر حمایت اجتماعی قبل از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس برای حذف اثر آن استفاده شد؛ که نتایج نشان داد که میانگین نمره احساس صلاحیت مادری بعد از مداخله با حذف اثر نمره حمایت اجتماعی، در دو گروه تفاوت آماری معناداری دارد ($p<0/04$).

در بررسی ابعاد صلاحیت مادری، نتایج حاصل از آزمون تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره بعد آگاهی و مهارت در

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه						متغیر
	کل		کنترل		مداخله		
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
$t=1/01$ $df=59$ $p=0/32$	61	$67/7 \pm 7/8$	31	$66/7 \pm 7/9$	30	$68/8 \pm 7/6$	قبل از مداخله
$t=1/97$ $df=59$ $p=0/004$	61	$71/8 \pm 9/9$	31	$68/3 \pm 9/6$	30	$75/5 \pm 9/0$	بعد از مداخله
		$t=1/22$ $df=30$ $p=0/23$		$t=3/68$ $df=29$ $p=0/001$		نتیجه آزمون تی زوجی	

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره بعد آگاهی و مهارت احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون من ویتنی	گروه						متغیر
	کل		کنترل		مداخله		
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
$t=0/14$ $df=59$ $p=0/89$	61	$34/7 \pm 4/2$	31	$34/6 \pm 4/4$	30	$34/8 \pm 4/0$	قبل از مداخله
$U=455/5$ $p=0/89$	61	$37/7 \pm 7/1$	31	$38/1 \pm 8/9$	30	$37/2 \pm 4/5$	بعد از مداخله
		$Z=2/48$ $p=0/01$		$t=3/01$ $p=0/005$ $df=29$		نتیجه آزمون تی زوجی و یلکاکسون	

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمره بعد راحتی و ارزش‌گذاری احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه						متغیر
	کل		کنترل		مداخله		
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
$t=0/82$ $df=59$ $p=0/42$	61	$33/2 \pm 6/5$	31	$32/5 \pm 6/8$	30	$33/9 \pm 3/6$	قبل از مداخله
$t=3/28$ $df=59$	61	$34/9 \pm 7/4$	31	$31/9 \pm 7/9$	30	$37/9 \pm 5/5$	بعد از مداخله

p=۰/۰۰۱

t=۰/۵۶

df=۳۰

p=۰/۵۸

t=۳/۰۰

df=۲۹

p=۰/۰۰۵

نتیجه آزمون تی زوجی

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی بندورا منجر به افزایش معنادار نمره خودکارآمدی و احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زا در گروه مداخله نسبت به کنترل می‌شود. درصد اثربخشی خالص ناشی از این مداخله آموزشی در ارتقای خودکارآمدی ۱۰ درصد (۳/۹۵-۱۷/۲۵) می‌باشد.

نتایج این مطالعه هماهنگ با یافته‌های McQueen و همکاران (۲۰۱۱) و همکاران است؛ که در آن، استفاده از چهار منبع ارتقای خودکارآمدی طی دو جلسه آموزشی و یک جلسه مشاوره تلفنی، منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی شیردهی چهار هفته بعد از زایمان شد. اما در این مطالعه مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بین هفته چهار و هشت بعد از زایمان تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد، که شاید بتوان آن را به بالا بودن نمره خودکارآمدی در هفته چهار بعد از زایمان نسبت داد (۳۵).

Svensson و همکاران (۲۰۰۹) و همکاران نیز بعد از اجرای یک برنامه آموزشی هشت جلسه‌ای (شش جلسه در دوران بارداری و یک جلسه در هفته شش بعد از زایمان) متوجه شدند که آموزش با استفاده از روش‌های آموزشی حل مسأله، درگیری فعالانه و یادگیری تجربی منجر به ارتقای بیشتر خودکارآمدی والدی در گروه مداخله نسبت به کنترل شده است (۳۶).

یکی از تشابهات و استراتژی‌های مورد استفاده در این مطالعه تجربه جانشینی بود؛ درصد تغییر خالص ناشی از این مداخله نیز ۱۰/۵۱ درصد بود؛ که قابل مقایسه با مطالعه حاضر می‌باشد و نشان‌دهنده این است که اثربخشی این دو مداخله بر ارتقای خودکارآمدی تقریباً یکسان می‌باشد؛ در حالی که مدت آن طولانی‌تر است و نیاز به حضور والدین و استفاده بیشتر از منابع انسانی می‌باشد. Noel-Weiss و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود با استفاده از یک کارگاه آموزشی ۲/۵ ساعته مبتنی بر اصول یادگیری بزرگسالان و تئوری خودکارآمدی بندورا افزایش معنادار خودکارآمدی شیردهی را در چهار هفته بعد از زایمان در گروه مداخله نسبت به کنترل مشاهده نمود.

طبق اظهارات نویسندگان مقاله مذکور، قابلیت تعمیم این نتایج به علت حجم نمونه کم، افراد دارای سطح تحصیلات خوب و درآمد بالا نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد (۳۷). در مطالعه حاضر،

با انجام نمونه‌گیری از مراکز متعدد شهری، این محدودیت برطرف گردید و نتایج حاکی از اثربخشی این مداخلات بود. در مطالعه Perez-Blasco و همکاران (۲۰۱۳) نیز آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی مادری در مادران شیرده گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. با این حال، اثربخشی خالص مطالعه Perez-Blasco ۱۱/۵۹ درصد بوده است؛ که نسبت به پژوهش حاضر بیشتر می‌باشد.

با این حال، نتایج این مطالعه طبق اظهار نظر نویسندگان خود مقاله به علت حجم نمونه کم، نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد (۳۸). اثربخشی مداخلات مختلف در بهبود خودکارآمدی در ایفای نقش مادری هماهنگ با نظرات بندورا است؛ که بیان نمود مداخلات مختلف می‌تواند در افزایش خودکارآمدی مؤثر باشد (۳۹).

یافته‌های پژوهش حاضر متناقض با یافته‌های سالون و همکاران است. در این مطالعه که با هدف ارزیابی یک مداخله آموزشی اینترنتی بر افزایش رضایت و خودکارآمدی مادری انجام شد؛ مادران گروه مداخله از هفته ۲۰ بارداری به یک سایت آموزشی با محتوی آموزش مراقبت از شیرخوار دسترسی داشتند و گروه کنترل فقط آموزش‌های معمول را دریافت نمودند. خودکارآمدی و رضایت والدی در هر دو گروه شش تا هشت هفته بعد از زایمان نسبت به قبل از مداخله افزایش معناداری پیدا کرده بود؛ اما این افزایش ناشی از تأثیر مداخله نبوده است؛ زیرا مقایسه دو گروه در این زمان تفاوت معناداری را نشان نداد (۴۰).

تناقض یافته‌های Salonen و همکاران (۲۰۱۰) با مطالعه حاضر را احتمالاً بتوان به این موضوع نسبت داد که نمونه مورد مطالعه Salonen شامل ترکیبی از زنان چندزا و نخست‌زا با بارداری ترم یا پره‌ترم و وزن طبیعی یا غیرطبیعی هنگام تولد بود. به علاوه این که تعدادی از زنان در دو گروه نمره افسردگی بالاتر از ۱۰ داشتند؛ که در مطالعه حاضر، این‌گونه نبود. به علاوه، این مطالعه جنبه حمایتی داشت؛ به گونه‌ای که افراد بر حسب نیاز از مداخله آموزشی استفاده می‌کردند؛ که برخی از آن‌ها فقط میزان کمی از اینترنت استفاده کردند.

مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر و با وجود افزایش بیشتر خودکارآمدی در گروه مداخله (۲۴/۸ درصد)، در گروه کنترل نیز ارتقای خودکارآمدی اتفاق افتاده است؛ اما این تفاوت به لحاظ

را بهتر درک می‌کردند و انگیزه بیشتری برای یادگیری داشتند (۴۶). اثربخشی خالص این برنامه آموزشی بلافاصله بعد از مداخله ۷/۷ درصد و شش هفته بعد ۶/۹ درصد بود؛ که می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که مداخله مبتنی بر خودکارآمدی تأثیر تقریباً بیشتری بر ارتقای احساس صلاحیت مادری داشته است. با این حال، این نکته را نباید از یاد برد که نمونه این دو مطالعه از حیث انگیزه برای آموزش نحوه مراقبت از شیرخوار تفاوت زیادی داشتند. در مطالعه Kennett و Chislett (۲۰۰۹) نیز که به ارزیابی تأثیر یک برنامه آموزشی مبتنی بر یادگیری تجربی پرداخته بود؛ افزایش معنادار احساس صلاحیت والدین بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن اتفاق افتاد. اثر خالص این آموزش نیز ۶/۸ درصد بلافاصله و ۶ درصد دو ماه بعد از مداخله آموزشی بود؛ که این یافته هم می‌تواند تأییدی بر اثربخشی بهتر مداخلات مبتنی بر تئوری خودکارآمدی بندورا بر احساس صلاحیت مادری باشد. طرح این مطالعه یک‌گروهی بود و جامعه پژوهشی آن شامل پدران و مادران با فرزندان بیشتر و کمتر از یک‌سال بود (۴۷).

Gao و همکاران (۲۰۰۸) نیز مطالعه‌ای را با هدف ارزیابی دو جلسه برنامه روان‌درمانی بین فردی در دوران بارداری علاوه بر آموزش‌های معمول دوران بارداری و یک جلسه مشاوره تلفنی در هفته دوم بعد از زایمان بر احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زا انجام دادند و متوجه شدند که این مداخله تأثیری بر احساس صلاحیت مادری شش هفته بعد از زایمان نداشت؛ اما توانست سه ماه بعد از زایمان تفاوت معناداری را در نمره احساس صلاحیت مادری در دو گروه آموزش ایجاد کند. درصد اثربخشی خالص ناشی از این مداخله نیز سه ماه بعد از زایمان ۵/۵ درصد بود؛ که در مقایسه با مطالعه حاضر کمتر می‌باشد (۴۸).

یافته‌های مطالعه حاضر متناقض با یافته‌های Ngai و همکاران (۲۰۰۹) است. Ngai در مطالعه‌ای که به ارزیابی تأثیر یک مداخله آموزش روان‌شناختی مبتنی بر مفهوم تدبیر آموخته شده (با تمرکز بر بازسازی شناختی، حل مسأله و خودکارآمدی) در زنان باردار پرداخته بود، به این نتیجه رسید که آموزش بر اساس این مفاهیم تأثیری بر احساس صلاحیت مادری بلافاصله، شش هفته و شش ماه بعد از زایمان ندارد. با این حال، عدم اثربخشی این مداخله را احتمالاً می‌توان به آموزش در زمان بارداری و زمان مواجه نشدن مادر با نوزاد نسبت داد.

بندورا اذعان می‌کند که محقق شدن امکان تجربه مستقیم در انجام وظایف والدی مهمترین منبع بالقوه ارتقای خودکارآمدی می‌باشد. در این پژوهش، اذعان شد که تحقیقات بیشتر و با انتقال مداخله به دوران پس از زایمان لازم است؛ زیرا در این

آماری معنادار نبوده است. به گونه‌ای که درصد تغییر نمره خودکارآمدی گروه کنترل در طول مداخله ۱۳/۶ درصد بود. این یافته نیز مطابق با تئوری خودکارآمدی است؛ که در آن اذعان شده است که با گذشت زمان و محقق شدن امکان تجارب مستقیم و خصوصاً موفقیت‌آمیز خودکارآمدی از طریق ارتقای استراتژی دستاوردهای عملکرد افزایش می‌یابد (۱۵ و ۳۹). با این حال، نقش مداخلات آموزشی ارتقای بیشتر و زودتر خودکارآمدی به لحاظ اهمیت آن در بهبود پیامدهای مادری-فرزندی می‌باشد. همان طور که در مطالعات نشان داده شده است، روابط مادری-فرزندی مطلوب اولیه که قسمت اعظم آن متأثر از خودکارآمدی مادر می‌باشد؛ تأثیر به‌سزایی در پیامدهای فرزندی و مادری آتی خواهد گذاشت (۴۱).

به علاوه، مطابق با نتایج این مطالعه، آموزش مبتنی بر خودکارآمدی، منجر به افزایش احساس صلاحیت مادری نیز می‌شود؛ که درصد اثربخشی خالص ناشی از این مداخله آموزشی در ارتقای احساس صلاحیت مادری ۷/۴۳ درصد (CI95%: 3.49-10.51) بود. برخی از تحقیقات ارتباط اعتقادات خودکارآمدی را با صلاحیت رفتاری مادری نشان داده است (۴۱-۴۳ و ۴۵). به منظور بهبود کیفیت والدبودن، مادران و پدران به یادگیری داشتن اعتقاد به توانایی‌شان نیاز دارند. از آن جا که خودکارآمدی افراد متفاوت است؛ مداخلات درست می‌تواند اعتقاد آن‌ها را در فعالیت‌های مراقبت از شیرخوار افزایش دهد و از این طریق، منجر به بهبود مهارت‌های والدی همچون احساس صلاحیت شود (۹). مداخله آموزشی حاضر می‌تواند نمونه‌ای از این دسته مداخلات باشد؛ که با وجود طراحی آسان، کم‌هزینه و بدون عارضه اثربخشی مطلوبی را در بهبود احساس مادر از صلاحیتش در ایفای نقش مادری داشته است.

با وجود این که تعدادی از تحقیقات ارتباط اعتقادات خودکارآمدی را با صلاحیت رفتاری مادری نشان داده است؛ اما مطالعات محدودی که اختصاصاً به ارتقای احساس صلاحیت مادری از طریق بهبود خودکارآمدی بپردازد در دسترس پژوهشگر بود. مطالعه انجام شده توسط Hayes و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که برنامه فشرده آموزشی یک‌روزه مبتنی بر مهارت که با تلفیقی از آموزش فردی و گروهی انجام می‌شد، منجر به ارتقای معنادار احساس صلاحیت مادری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل گردید.

محتوی این برنامه آموزشی مراقبت‌های روزانه از شیرخواران و کودکان نوپا در زنانی بود که به علت ایجاد مشکل در روند مراقبت معمول از شیرخواران و کودکان نوپای خود به این مرکز آموزشی مراجعه کرده بودند. در نتیجه، این افراد مشکلات خود

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به تازه بودن موضوع و نمونه‌گیری از مراکز متعدد شهری با وضعیت اجتماعی اقتصادی متنوع و در نتیجه، قابلیت تعمیم بالا اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، مبنی بر اثربخشی آموزش به مادر در مورد مراقبت از شیرخوار بر اساس تئوری خودکارآمدی بندورا در ارتقای احساس صلاحیت مادری و با توجه به نقش مهم این مقوله در بهبود پیامدهای آتی مادر و فرزند، توجه کارکنان و سیاست‌گذاران بهداشتی به استراتژی‌های خودکارآمدی توأم با انتقال اطلاعات بسیار مفید می‌باشد. با توجه به اهمیت منحصر به فرد دوران شیرخوارگی، تهیه بسته‌های آموزشی مراقبتی و قرار دادن آن در دسترس مادران خصوصاً مادران نخست‌زا منجر به بهبود پیامدهای مادری و از این طریق، اثرگذاری بر پیامدهای فرزندی می‌شود. با توجه به نقش مهم حمایت اجتماعی خصوصاً از طرف همسر در بهبود پیامدهای مادری-فرزندی، ضرورت انجام مطالعاتی با هدف تعیین تأثیر آموزش مشارکت در مراقبت از شیرخوار به همسران بر روند ارتقای خودکارآمدی و احساس صلاحیت مادری احساس می‌شود. به علاوه، می‌توان در قالب طرح‌های مقایسه‌ای، اثربخشی این برنامه آموزشی-حمایتی را با سایر مداخلات و یا روش‌های مختلف آموزشی مقایسه و ارزیابی نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی با کد ۹۲۰۲۲۹ و کد ثبت کارآزمایی بالینی IRCT2014012416335N1 مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. به این وسیله، از حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی، معاونت محترم بهداشتی دانشگاه، سرکار خانم طیبه ریحانی، کارکنان مراکز بهداشتی و واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

زمان است که مادران عملکردهای مراقبتی را با فرزند خود تمرین نموده و می‌توانند از طرف آموزش‌دهندگان بازخورد مناسب بگیرند (۴۹).

در بررسی ابعاد احساس صلاحیت مادری، مشخص شد که درک مادر از آگاهی و مهارتی که در مراقبت از شیرخوار دارد در هر دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله نسبت به قبل افزایش معناداری داشته است و بنابراین مداخله تأثیری در افزایش این درک نداشته است. اما بعد از مداخله، درک مادر از راحتی که با نقش مادری داشته و ارزشی که برای ایفای نقش مادری قائل می‌شود، در گروه مداخله به طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. به عبارتی، افزایش معنادار نمره احساس صلاحیت مادری در گروه مداخله ناشی از اثرگذاری بر بُعد راحتی و ارزش‌گذاری احساس صلاحیت مادری بوده است.

در بررسی متون، مداخله‌ای که به ارزیابی و تفسیر این دو بُعد از احساس صلاحیت مادری بپردازد در دسترس پژوهشگر نبود. اما شاید بتوان این یافته‌ها را این گونه توجیه نمود که طول زمان مطالعه، تجربه مراقبت از شیرخوار و دریافت آموزش از اطرافیان و کارکنان بهداشتی برای ارتقای اعتقاد مادر به دانش و مهارتش برای مراقبت از شیرخوار کافی بوده است؛ و مداخله مبتنی بر تئوری منجر به ارتقای درک مادر از راحتی در ایفای نقش مادری و ارزشی که برای نقش مادری قائل می‌شود، شده است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از ابزارهایی که برای اولین بار در جامعه زنان ایرانی استفاده شده بود اشاره نمود؛ که این ابزارها در این جمعیت هنجاریابی و استانداردسازی نشده بودند. به علاوه، با توجه به تأثیر مهمی که حمایت اجتماعی از طرف همسر بر بهبود پیامدهای مادری-فرزندی دارد؛ امکان درگیر کردن مستقیم همسران وجود نداشت و فقط آموزش غیرمستقیم از طریق چند صفحه از کتابچه صورت گرفت و حمایت اجتماعی بیشتر از طرف پژوهشگر به عنوان یکی از کارکنان بهداشتی فراهم شد.

References

1. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time Mothers: Social Support, Maternal Parental Self-efficacy and Postnatal Depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3-4):388-97.
2. Kuo SC, Chen YS, Lin KC, Lee TY, Hsu CH. Evaluating The Effects of an Internet Education Programme on Newborn Care in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009;18(11):1592-601.
3. Leahy Warren P. First-time Mothers: Social Support and Confidence in Infant Care. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):479-88.
4. Liu CC, Chen YC, Yeh YP, Hsieh YS. Effects of Maternal Confidence and Competence on Maternal Parenting Stress in Newborn Care. *J Adv Nurs*. 2012;68(4):908-18.
5. Ngai F, Chi Chan S. Stress, Maternal Role Competence, and Satisfaction Among Chinese Women in the Perinatal Period. *Res Nurs Health*. 2012;35:30-9.

6. Mercer RT, Ferketich SL. Experienced and Inexperienced Mothers' Maternal Competence During Infancy. *Res Nurs Health*. 1995;18(4):333-43.
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
8. Hessa C ,Tetib D, Hussey-Gardner B. Self-efficacy and Parenting of High-risk Infants:The Moderating Role of Parent Knowledge of Infant Development. *J Appl Dev Psychol*. 2004;25:423-37.
9. Jones TL, Prinz RJ. Potential Roles of Parental Self-efficacy in Parent and Child Adjustment: a review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):341-63.
10. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F, Sinsuksai N, Sitthimongkol Y. Self-Efficacy in Infant Care Scale: Development and Psychometric Testing. *Nurs Health Sci*. 2006;8(1):44-50.
11. Jones TL, Prinz RJ. Potential Roles of Parental Self-efficacy in Parent and Child Adjustment: a Review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):341-63.
12. sharon K .The Effect of Maternal Psychological Factors On maternal Competence For Infant Feeding: Vanderbilt University; 2008
13. Lee LL, Arthur A, Avis M. Using Self-efficacy Theory to Develop Interventions That Help Older People Overcome Psychological Barriers to Physical Activity: a Discussion Paper. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1690-9.
14. Peyman N. Modifying and Evaluating of Steps of Behavioral Changes (SBC) Model Integrated with Self-efficacy Theory In Order to Decrease Unwanted Pregnancy. Tehran: Tarbiat Modares University; 2007.(persion)
15. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Parenting Self-efficacy After Childbirth. *J Adv Nurs*. 2009;65(11):2324-36.
16. Leahy-Warren P, McCarthy G. Maternal Parental Self-efficacy in The Postpartum Period. *Midwifery*. 2011;27(6):802-10.
17. Pajares F. Self-efficacy Beliefs in Academic Settings. *Rev Educ Res*. 1996;66(4):543-78.
18. Bowman KG. Postpartum Learning Needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(4):438-43.
19. Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The Role of Self-efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Educ Behav*. 1986;13(1):73-92..
20. Sansom L. Confident Parenting-A Book Proposal: University of Pennsylvania; 2010. Available from: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=mapp_capstone
21. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time Mothers: Social Support, Maternal Parental Self-efficacy and Postnatal Depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3-4):388-97.
22. Bryanton J, Gagnon AJ, Hatem M, Johnston C. Predictors of Early Parenting Self-Efficacy: Results of a Prospective Cohort Study. *Nurs Res*. 2008;57(4):252-9.
23. Tarkka MT. Predictors of Maternal Competence by First-time Mothers When The Child is 8 Months Old. *J Adv Nurs*. 2003;41(3):233-40.
24. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and Parenthood Education Classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(5):436-43.
25. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to Parenthood: The Needs of Parents in Pregnancy and Early Parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:30.
26. Sercekus P, Mete S. Effects of Antenatal Education on Maternal Prenatal and Postpartum Adaptation. *J Adv Nurs*. 2010;66(5):999-1010.
27. Gagnon AJ. Individual or Group Antenatal Education for Childbirth/Parenthood. *Cochrane Database Syst Rev*; 2000.
28. Nichols MR. Adjustment to New Parenthood: Attenders versus Nonattenders at Prenatal Education Classes. *Birth*. 1995;22(1):21-6.

29. Arcamone A. The Effect Of Prenatal Education On Adaptation To Motherhood After Vaginal Chldbirth Primiparous Women As Assessed By Roys Four Adaptative Modes: Widener University; 2005.
30. Reece SM. The Parent Expectations Survey: a Measure of Perceived Self-efficacy. *Clin Nurs Res.* 1992;1(4):336-46.
31. Copeland DB, Harbaugh BL. Transition of Maternal Competency of Married and Single Mothers in Early Parenthood. *J Perinat Educ.* 2004;13(4):3-9.
32. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol.* 1991;47(6):756-61.
33. Bates JE, Freeland CA, Lounsbury ML. Measurement of Infant Difficultness. *Child Dev.* 1979;50(3):794-803.
34. Edhborg M, Matthiesen AS, Lundh W, Widstrom AM. Some Early Indicators for Depressive Symptoms and Bonding 2 Months Postpartum-a Study of New Mothers and Fathers. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8(4):221-31.
35. McQueen KA, Dennis CL, Stremmer R, Norman CD. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention with Primiparous Mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(1):35-46.
36. Svensson J ,Barclay L, Cooke M. Randomised-controlled Trial of Two Antenatal Education Programmes. *Midwifery.* 2009;25(2):114-25.
37. 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.
38. Perez-Blasco J, Viguer P, Rodrigo MF. Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Psychological Distress, Well-being, and Maternal Self-efficacy in Breast-feeding Mothers :Results of a Pilot Study. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(3):227-36.
39. Salonen A. Parenting Satisfaction and Parenting Self-efficacy During the Postpartum Period: Evaluation of an Internet-based Intervention 2010. Available from: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66655>
40. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Effectiveness of an Internet-based Intervention Enhancing Finnish Parents' parenting Satisfaction and Parenting Self-efficacy During The Postpartum Period. *Midwifery.* 2011;27(6):832-41.
41. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control.* New York: W.H. Freeman 1997.
42. Cutrona CE, Troutman BR. Social support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: a Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Dev.* 1986;57(6):1507-18
43. Coleman PK, Karraker KH. Self-efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Dev Rev.* 1998;18(1):47-85.
44. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral Competence Among Mothers of Infants in The First Year: The Mediational Role of Maternal Self-efficacy. *Child Dev.* 1991;62(5):918-29.
45. Mash EJ, Johnston C. The Prediction of Mothers' Behavior with Their Hyperactive Children During Play and Task Situations. *Child Fam Behav Ther.* 1983;5(2):1-14.
46. Hayes L, Matthews J, Copley A, Welsh D. A Randomized Controlled Trial of a Mother-Infant or Toddler Parenting Program: Demonstrating Effectiveness in Practice. *J Pediatr Psychol.* 2008;33(5):473-86.
47. Chislett G, Kennett D. The Effects of the Nobody's Perfect Program on Parenting Resourcefulness and Competency. *J Child Fam Stud.* 2007;16(4):473-82.
48. Gao LL, Chan SW, Sun K. Effects of an Interpersonal-Psychotherapy-Oriented Childbirth Education Programme for Chinese First-time Childbearing Women at 3-month Follow up: Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(3):274-81.

49. Ngai FW, Chan SW, Ip WY. The Effects of a Childbirth Psychoeducation Program on Learned Resourcefulness, Maternal Role Competence and Perinatal Depression: a Quasi-Experiment. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(10):1298-306.

Effect of self-efficacy-based training on maternal sense of competency of primiparous women in the infants care

Elham Azmoude^{1,*}, Farzane Jaafarnejad², Seyedreza Mazlom³

1. MS in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Instructor of Midwifery, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* Corresponding author, Email: Jaafanejadf@mums.ac.ir

Abstract

Background: Most primiparous women don't have enough sense of competency, most of it being due to lack of experience. Maternal self efficacy-based training, have led to improved maternal-infant outcomes.

Aim: : To determine the effect of self-efficacy education on maternal sense of competency of primiparous women in the infant care.

Methods: In this clinical trial, 61 primiparous women were randomly divided into two groups. In the intervention group, an educational program was applied based on Bandura's self-efficacy theory 10-15 days postpartum. The research instruments were parental expectations survey, Parenting Sense of Competence Scale, Perceived Social Support Scale, Infant Temperament, and Edinburg Depression Scale. Reliability and validity of the instruments were confirmed using the method of content validity and internal consistency.

Data were analyzed using independent t-tests, Mann-Whitney U, paired t test and Wilcoxon.

Results: The mean age of the mothers was $24/4 \pm 3/2$ years. The two groups were homogenous in terms of personal characteristics, although a significant difference was seen in terms of perceived social support ($p < 0.05$). Before the intervention, the mean score for maternal sense of competency was not statistically difference between the intervention ($68/8 \pm 7/6$) and control groups ($66/7 \pm 7/9$) ($P = 0/315$). After the intervention, the difference between the mean score of maternal sense of competency in the intervention group ($75/5 \pm 9/0$) and control group ($68/3 \pm 9/6$) was statistically significant ($p = 0/004$).

Conclusion: Given the importance of self-efficacy improvement strategies in the improvement of maternal – child outcomes, application of self-efficacy resource can improve the sense of competency in motherhood.

Keywords: education, self efficacy, infant caring, maternal sense of competency

Received: 08/02/2014

Accepted: 09/09/2014