

بررسی رابطه رضایت از زایمان با خودکارآمدی شیردهی در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان

ملیکا سادات خورشیدی فرد^۱، زهره سادات^۲، مائده شبانین^۱، سعیده نصیری^{۱*}

^۱گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران، ^۲مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۷

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۵/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش رضایت از زایمان بر خلق فرد در دوران پس از زایمان و نقش احتمالی آن بر خودکارآمدی شیردهی، لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی رابطه رضایت از زایمان با خودکارآمدی شیردهی در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان بود.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری شامل ۳۰۰ مادر مراجعه کننده طی ۸-۴ هفته بعد از زایمان در مراکز بهداشتی می باشد، جهت جمع آوری داده ها از چک لیست مشخصات دموگرافیک و مامایی، مقیاس رضایت زایمانی تجدیدنظر شده و مقیاس کوتاه خودکارآمدی شیردهی استفاده شد. روایی و پایایی ابزارهای مورد استفاده مورد تأیید قرار گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری تی تست، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی زنان $46/75 \pm 10/75$ و میانگین نمرات رضایت از زایمان آنان $23/58 \pm 4/90$ بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد رضایت زنان از زایمان با میزان خودکارآمدی شیردهی آنان ارتباط معنی داری نداشت ($p=0/932, r=-0/005$). نتایج رگرسیون خطی نشان داد که متغیرهای افزایش درآمد خانواده، تجربه مثبت شیردهی مادر، عدم مصرف شیرخشک به وسیله نوزاد، تعداد دفعات بیشتر شیردهی و فاصله زمانی کمتر از زایمان تا اولین شیردهی می توانند میزان خودکارآمدی شیردهی زنان را پیشگویی کنند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین رضایت از زایمان و خودکارآمدی شیردهی همبستگی وجود نداشت. عواملی نظیر حمایت مطلوب در زمان زایمان، سابقه قبلی شیردهی و فاصله کم بین زمان زایمان تا شیردهی اثر غالبی نسبت به رضایت از زایمان داشتند.

واژه های کلیدی: رضایت زایمانی، خودکارآمدی شیردهی، زایمان

* نویسنده مسئول: سعیده نصیری، کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه مامایی

Email: saeideh.nasiri@yahoo.com

مقدمه

تغذیه با شیر مادر برای رشد و تکامل نوزادان و توسعه جهانی ضروری است. شروع شیردهی بلافاصله پس از زایمان سبب کاهش خطر مرگ و میر دوره نوزادی می‌شود (۱). همچنین تغذیه با شیر مادر منجر به ایجاد پیوند قوی بین مادر و نوزاد می‌شود (۲). انجمن جهانی تغذیه با شیر مادر، هدف جهانی شیردهی انحصاری را تا سال ۲۰۳۰، ۷۰ درصد اعلام کرده است (۳). یکی از راهکارهای رسیدن به اهداف سازمان جهانی بهداشت در زمینه تغذیه با شیر مادر، تمرکز بر عوامل مؤثر بر شیردهی مادران است. خودکارآمدی یک عامل مهم در شیردهی انحصاری و حفظ شیردهی در بسیاری از بخش‌های جهان است (۴-۶). دنیس معتقد است که افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران، نه تنها در شروع شیردهی مؤثر است؛ بلکه بر افزایش طول مدت شیردهی نیز تأثیرگذار است. بنابراین برای طولانی کردن مدت شیردهی و عدم قطع آن قبل از ۶ ماه، یک راهکار مؤثر، تمرکز بر خودکارآمدی فرد به خصوص خودکارآمدی شیردهی در وی است (۷).

خودکارآمدی شیردهی به معنای درک فرد در توانایی وی جهت شیر دادن به کودک می‌باشد. خودکارآمدی شیردهی، رفتار شیردهی مادر را پیش‌بینی کرده، اعتماد به نفس مادر و درجه توانایی وی را در انجام شیردهی نشان می‌دهد (۸). هر چه خودکارآمدی زن بیشتر باشد مدت بیشتری به کودک خود شیر خواهد داد (۹). همچنین خودکارآمدی

می‌تواند به افزایش میزان شیردهی انحصاری کمک کند و ما را به اهداف جهانی برساند (۱۰). خودکارآمدی تغذیه با شیر مادر تحت تأثیر چهار عامل مهم قرار دارد که شامل؛ تجارب گذشته شیردهی، تجارب جانشینی (تماشای مادرانی که در شیردهی موفق بوده‌اند)، تشویق کلامی به وسیله افراد مهم برای مادر (مانند؛ همسر، دوستان، خانواده و مشاوران شیردهی) و برانگیختگی‌های هیجانی (شرایطی مانند؛ بیماری، خستگی، استرس، اضطراب) است (۱۱ و ۱۲).

موقعیت‌های استرس‌زا از جمله مراحل لیبر و زایمان معمولاً حالت طبیعی مادر را به هم می‌زنند که اگر در این شرایط به مادران کمک نشود، می‌تواند از رفلکس خروج شیر به میزان چشمگیری جلوگیری نماید و به قطع شیردهی می‌انجامد (۱۵-۱۳). اگر مادر احساس ناتوانی در کنترل و مراقبت از خود در حین زایمان داشته باشد، خودکارآمدی کلی وی کاهش می‌یابد و این مسئله می‌تواند بر خودکارآمدی شیردهی وی اثر گذاشته و به خودی خود طول مدت شیردهی را به خاطر احساس ناتوانی که در خود دارد کاهش دهد (۱۸-۱۶).

صحتی شفایی و همکاران در مطالعه خود در تبریز در یافتند که میزان رضایت‌مندی زنان در زمینه دریافت اطلاعات خصوصاً بعد از زایمان کمتر از رضایت‌مندی جسمانی آنان است (۱۴). این مسئله خود می‌تواند بر خودکارآمدی شیردهی زنان تأثیرگذار باشد. زیرا طبق نظریه بندورا افزایش آگاهی و تغییر

نگرش می‌تواند بر خودکارآمدی اثر بگذارد. هینیک و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان تازه زایمان کرده گزارش کردند رضایت از زایمان با خودکارآمدی شیردهی همبستگی مثبتی دارد (۱۹). زایمان همیشه با پیامدهای ضعیف‌تری در زمینه شیردهی همراه نیست. با توجه به این که زایمان به عنوان یک حادثه پر استرس قلمداد می‌شود، زمانی که مادر و نوزاد سطوح بالایی از استرس را حین زایمان تجربه کنند، ممکن است با خطر بیشتری مواجه باشند و این استرس مادر می‌تواند از رفلکس خروج شیر به میزان چشمگیری جلوگیری نماید (۲۰). هر چه خلق فرد بعد از زایمان بهتر باشد خودکارآمدی بهتری را گزارش خواهد کرد (۲۱). در حالی که خلق منفی باعث می‌شود فرد توانایی‌های خود را باور نداشته باشد، اعتماد به نفس وی کاهش می‌یابد و مزمن شدن این مسئله منجر به کاهش خودکارآمدی وی یک تا دو ماه بعد از زایمان خواهد شد. به نظر می‌رسد که اقدامات حمایتی در زمان تولد مانند به حداقل رساندن مداخلات غیرضروری و عدم جداسازی مادر و نوزاد می‌تواند جایگاه منطقی برای متمرکز نمودن تلاش‌هایی باشد که به منظور افزایش خودکارآمدی شیردهی انجام می‌شود (۲۲).

خودکارآمدی شیردهی انحصاری در مادران عامل مؤثری در شروع شیردهی موفق و تداوم آن است و باید عوامل مؤثر بر آن را شناسایی کرد، با توجه به نقش رضایت از زایمان بر خلق فرد در دوران

پس از زایمان و نقش احتمالی آن بر خودکارآمدی شیردهی، و این که ارتباط این دو عامل تنها در یک مطالعه به طور اختصاصی مورد بررسی قرار گرفته است، با شناسایی رابطه رضایت‌مندی از زایمان با خودکارآمدی شیردهی، می‌توان مداخله و برنامه لازم برای بهبود فاکتور مورد نظر در طول لیبر و حین زایمان و بهبود خودکارآمدی شیردهی در زنان را طراحی کرد. لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی رابطه رضایت از زایمان با خودکارآمدی شیردهی در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان بود.

روش بررسی

این یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد، جامعه آماری شامل؛ ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند طی ۸-۴ هفته بعد از زایمان انجام شد. معیارهای ورود شامل ایرانی بودن، سنین ۱۸ سال و بالاتر، دارای نوزاد تک قلو، حاصل زایمان ترم، داشتن همسر و نوزاد سالم بدون ناهنجاری، داشتن قصد شیردهی، عدم مشکل آناتومیک پستان، نبود سابقه بیماری یا مصرف دارو که مانع از شیردهی وی شود، عدم مصرف الکل، عدم سیگاری بودن، عدم بستری مجدد مادر و نوزاد در بیمارستان، بدون سابقه ناباروری و اختلالات طبی یا روانی قبلی و معیارهای خروج شامل

مانند؛ سن، تحصیلات زن و همسر، شغل، تعداد فرزندان، جنسیت فرزندان، تعداد سقط، داشتن تجربه زایمانی و تغذیه شیرخوار)، مقیاس رضایت زایمانی تجدیدنظر شده و مقیاس کوتاه خودکارآمدی شیردهی استفاده شد. مقیاس رضایت زایمانی تجدیدنظر شده به وسیله هالینز مارتین و همکاران طراحی شد و به وسیله نصیری و همکاران ترجمه و روانسنجی شد (۲۰). این ابزار دارای ۱۰ سوال می‌باشد. هر آیتم امتیاز ۱ تا ۴ را دریافت می‌کرد و محدوده نمرات از ۰ تا ۴۰ بود. نمرات بالاتر نشان دهنده میزان رضایت بیشتر می‌باشد. پرسشنامه مقیاس کوتاه خودکارآمدی شیردهی به وسیله دنیس و همکاران تدوین شده و نسخه فارسی این پرسشنامه دارای ۱۳ سوال است و در سال ۱۳۹۳ به وسیله عربان و همکاران ترجمه شده است (۱۱). پاسخ‌ها به صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت است و محدوده نمردهی پرسشنامه از ۱۳ تا ۶۵ است. نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر خودکارآمدی شیردهی هستند. روایی محتوایی چک لیست اطلاعات دموگرافیک و مامایی به وسیله ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مورد تأیید قرار گرفت. پایایی دو مقیاس رضایت زایمانی و خودکارآمدی شیردهی از طریق بررسی ثبات داخلی در مطالعه حاضر به وسیله انجام مطالعه پایلوت بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۰ به دست آمد.

اطلاعات ناقص یا مغشوش در تکمیل پرسشنامه و عدم تمایل به ادامه همکاری در تحقیق بود. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان و معاونت پژوهشی به مراکز بهداشتی مراجعه شد و پس از توضیح هدف انجام مطالعه، از کلیه مادران جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. به تمامی واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده محرمانه بوده، نتایج به صورت کلی و بدون ذکر نام ارایه خواهد شد. به مادران اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

جهت نمونه‌گیری شهر به ۵ منطقه جغرافیایی تقسیم‌بندی شد و از هر منطقه دو مرکز به طور تصادفی انتخاب شد. در هر مرکز بر حسب جمعیت تحت پوشش، تعدادی نمونه به صورت در دسترس انتخاب گردید. در این مطالعه به وسیله مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر، همبستگی ۰/۲ به دست آمد که طبق فرمول زیر که برای پژوهش‌های همبستگی به کار می‌رود، حجم نمونه با توجه به مقادیر فرمول ۲۵۹ محاسبه شد. برای دقت بیشتر و احتمال ریزش افراد، حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{c} \right]^2$$
$$c = 0.5 * Ln[(1+r)/(1-r)]$$

$$\alpha=0.05, \beta=0.1$$

برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست مشخصات دموگرافیک و مامایی (شامل سواتی

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی تست، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، کولموگروف اسمیرنوف و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش $28/68 \pm 5/09$ سال می‌باشد. ۴۳/۵ درصد مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند. ۵۲/۸ درصد مادران زایمان طبیعی داشته که ۷۷/۷ درصد آنها در بیمارستان‌های دولتی بود. ۷۳/۴ درصد مادران دارای تجربه قبلی شیردهی بودند. میانگین نمرات خودکارآمدی شیردهی زنان شرکت کننده در پژوهش $10/75 \pm 6/75$ و میانگین نمرات رضایت از زایمان آنان $23/58 \pm 4/90$ بود. ۷۰/۸۰ درصد زنان نمره خودکارآمدی بالا و ۷۰/۱۰ درصد زنان نمره خودکارآمدی متوسط به دست آوردند و ۲۸/۲۰ درصد زنان، از زایمان خود رضایت زیادی داشتند. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد رضایت زنان از زایمان با میزان خودکارآمدی شیردهی آنان ارتباط معنی‌داری ندارد ($p=0/932$, $r=-0/005$).

هم چنین در این مطالعه ارتباط عوامل دموگرافیک و بارداری با خودکارآمدی شیردهی مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱، ارتباط بین میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی با متغیرهای دموگرافیک و

بارداری را نشان می‌دهد. تجربه قبلی شیردهی با نمره کل خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌داری داشت ($p=0/009$). زنانی که تجربه شیردهی داشتند، نمره خودکارآمدی بالاتری کسب کردند. زمان اولین شیردهی نیز با نمره کل خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌دار و معکوسی داشت ($p=0/007$). مصرف شیر خشک با نمره کل خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌دار و مثبتی داشت ($p<0/001$). درآمد ماهانه خانواده با نمره کل خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌دار و مثبتی داشت ($p=0/011$). تعداد دفعات شیردهی در طول شبانه روز با نمره کل خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌دار و مثبتی داشت ($p<0/001$). آزمون همبستگی پیرسون نشان داد در میان متغیرهای کمی مورد مطالعه، سن زنان ($r=0/086$ ، $r=0/135$) و تعداد دفعات مراقبت در طول بارداری ($r=0/079$ ، $p=0/172$) با میزان خودکارآمدی شیردهی ارتباط خطی معنی‌داری نداشتند.

نتایج تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که متغیرهای افزایش درآمد خانواده، تجربه مثبت شیردهی مادر، عدم مصرف شیرخشک به وسیله نوزاد، تعداد دفعات بیشتر شیردهی و فاصله زمانی کمتر از زایمان تا اولین شیردهی می‌توانند میزان خودکارآمدی شیردهی زنان را پیش‌گویی کنند (جدول ۲). متغیرهای عنوان شده توانستند ۲۵ درصد از واریانس خودکارآمدی شیردهی در زنان را پیش‌گویی کنند.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی بر حسب مشخصات دموگرافیک و باروری زنان

ویژگی های دموگرافیک	تعداد	میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
ابتدایی	۱۸	۴۸/۶۶±۱۱/۸۲	
راهنمایی،	۳۰	۴۷/۸۳±۱۰/۸۱	
دبیلیم	۱۲۱	۴۶/۳۵±۱۱/۱۴	** /۰/۷۶۶
فوق دبیلیم و کارشناسی،	۱۰۹	۶۷/۲۷±۱۰/۵۱	
کارشناسی، ارشد	۱۰	۴۸/۸۱±۶/۸۲	
دکتري	۲	۵۴/۰۰±۷/۰۷	
خانه دار	۲۴۳	۴۶/۳۶±۱۱/۰۴	** /۰/۴۴۱
محصل	۱۵	۴۸/۰۶±۹/۹۷	
شاغل	۴۲	۴۸/۵۰±۹/۱۴	
آزاد	۱۳۷	۴۶/۶۰±۱۱/۴۱	
کارمند	۵۲	۴۷/۶۱±۸/۷۷	** /۰/۷۹۲
کارگر	۱۱۰	۴۶/۶۰±۱۰/۸۲	
بیگار	۱	۳۸/۰۰±۰/۵۳	
کمتر از حد کفاف	۵۰	۴۳/۰۲±۱۳/۸۱	** /۰/۰۱۱
در حد کفاف	۲۴۸	۴۷/۴۱±۹/۸۸	
بیشتر از حد کفاف	۲	۵۷/۵۰±۷/۷۷	
صفر	۷۸	۴۴/۸۷±۹/۹۵	
یک	۱۱۹	۴۷/۱۷±۱۱/۱۹	** /۰/۳۰۹
دو	۷۸	۴۷/۳۷±۱۰/۳۱	
سه و بیشتر	۲۵	۴۸/۶۴±۱۲/۱۱	
خیر	۲۵۰	۴۶/۶۴±۱۰/۹۱	* /۰/۷۰۴
بلی،	۵۰	۴۷/۲۸±۹/۹۷	
<۲۵۰۰	۲۷	۴۵/۲۵±۱۳/۱۵	
۲۵۰۰-۴۰۰۰	۲۶۷	۴۶/۷۹±۱۰/۵۱	** /۰/۴۳۰
<۴۰۰۰	۶	۵۱/۵۰±۹/۶۲	
۲۶-۲۸	۱۶	۴۶/۳۱±۷/۸۱	
۲۹-۳۲	۴	۴۳/۰۰±۷/۰۷	** /۰/۹۱۲
۳۲-۳۷	۳۶	۴۶/۶۹±۱۱/۷۲	
۳۸-۴۰	۲۴۴	۴۶/۸۴±۱۰/۸۵	
بلی،	۲۵۳	۴۷/۰۶±۱۰/۳۲	* /۰/۳۱۱
خیر	۴۷	۴۵/۰۴±۱۲/۸۲	
دختر	۱۵۲	۴۷/۴۴±۹/۹۹	* /۰/۲۵۷
پسر	۱۴۸	۴۶/۰۴±۱۱/۴۶	
بلی،	۲۹۵	۴۶/۷۲±۱۰/۵۵	* /۰/۹۰۰
خیر	۵	۴۸/۰۰±۲۱/۲۶	
بلی،	۴۵	۴۶/۰۰±۹/۴۶	* /۰/۶۱۲
خیر	۲۵۵	۴۶/۸۸±۱۰/۹۷	
بلی	۲۲۰	۴۷/۸۵±۹/۶۷	* /۰/۰۰۹
خیر	۸۰	۴۳/۶۸±۱۲/۸۴	
بلی،	۲۶۴	۴۷/۱۵±۱۰/۳۴	* /۰/۱۵۱
خیر	۳۶	۴۳/۸۰±۱۳/۱۸	
نیم ساعت	۲۷۱	۴۷/۰۴±۱۰/۵۲	
یک ساعت	۲۱	۴۳/۰۴±۱۳/۶۹	** /۰/۳۶۳
دو ساعت	۶	۴۴/۸۳±۹/۳۲	
سه ساعت	۲	۵۱/۰۰±۹/۸۹	
فورا پس از تولد	۱۵۴	۴۷/۹۰±۱۰/۰۰	
یک ساعت پس از تولد	۹۰	۴۶/۸۷±۱۰/۵۰	** /۰/۰۰۷
دو ساعت پس از تولد	۲۶	۴۶/۶۹±۱۲/۴۳	
بیش از دو ساعت	۳۰	۴۰/۴۶±۱۲/۰۱	
بلی	۱۲۶	۴۱/۹۶±۱۰/۸۶	* /۰/۰۰۱
خیر	۱۷۴	۵۰/۲۴±۹/۲۳	
واژینال	۱۵۸	۴۷/۸۹±۱۰/۵۵	* /۰/۰۵۰
سزارین	۱۴۲	۴۵/۴۶±۱۰/۸۵	
دولت،	۲۳۳	۴۷/۱۵±۱۰/۵۳	* /۰/۲۲۰
خصوصی،	۶۷	۴۵/۳۲±۱۱/۴۴	
مطب پزشک	۶۳	۴۷/۱۰±۱۱/۴۲	
مرکز بهداشت	۱۲	۴۴/۴۱±۱۱/۴۱	** /۰/۷۴۷
مطب پزشک و مرکز بهداشت	۲۰۵	۴۶/۸۶±۱۰/۸۵	
مطب ماما و مرکز بهداشت	۸	۵۰/۵۰±۴/۱۷	
مطب ماما و مطب پزشک	۱۲	۴۸/۰۰±۷/۵۵	
۵ بار	۱۹	۳۸/۱۰±۱۳/۲۱	** < /۰/۰۰۱
۶-۷ بار	۱۴۳	۴۵/۲۹±۱۰/۹۱	
۸-۱۰ بار	۱۲۸	۴۹/۴۵±۹/۲۶	

* تی تست، ** آنوا

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون خطی برای پیش بینی خودکارآمدی شیردهی از طریق عوامل دموگرافیک و باروری در زنان شرکت کننده در مطالعه

متغیرهای پیش بین	بتای استاندارد نشده	بتای استاندارد شده	خطای معیار بتای استاندارد شده	مقدار تی	سطح معنی داری
درآمد	۳/۳۵	۰/۱۱	مرجع	۲/۲۷	۰/۰۲
خانواده	۱۶/۸۲	۰/۱۲	۱/۴۷	۲/۴۹	۰/۰۱
جنس نوزاد	۱/۷۱	۰/۰۸	۶/۷۳	۱/۵۵	۰/۱۲۰
تجربه ی شیردهی	-۳/۴۶	-۰/۱۴	مرجع	-۲/۶۳	۰/۰۰۹
تماس پوست با پوست	۰/۱۶	۰/۰۰۵	مرجع	۱/۳۱	۰/۰۰۹
زمان اولین شیردهی	۰/۳۳	۰/۰۱	مرجع	۱/۲۵	۰/۷۸۶
مصروف شیرخشک	-۰/۷۶	-۰/۰۲	مرجع	۲/۰۳	۰/۷۰۷
تعداد دفعات شیردهی در طول شبانه روز	-۳/۸۸	-۰/۱۰	مرجع	۱/۹۳	۰/۰۴۶
نوع زایمان	-۱/۰۲	-۰/۰۴	مرجع	۱/۱۱	۰/۰۰۰
نوع بیمارستان محل زایمان	-۰/۷۳	-۰/۰۲	مرجع	۱/۲۱	۰/۰۰۲
رضایت از زایمان	-۰/۰۶	-۰/۰۲	مرجع	۱/۴۶	۰/۸۳۱
تعداد دفعات مراقبت در طول بارداری	۰/۲۲	۰/۰۹	مرجع	۱/۱۱	۰/۰۵۹
سن	۰/۱۳	۰/۰۶	مرجع	۰/۱۱	۰/۲۵۵

بیشترین پیشگویی کننده: درآمد بالای خانواده، کمترین پیشگویی کننده: تجربه ی شیردهی $R^2=۰/۲۵$

بحث

رابطه رضایت از زایمان با خودکارآمدی شیردهی در

زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان بود.

نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی $۱۰/۷۵ \pm ۶/۷۵$ بود. $۷۰/۸۰$ درصد زنان شرکت کننده در پژوهش نمرات بالایی از

خودکارآمدی شیردهی عامل مؤثری در شروع شیردهی موفق و تداوم آن می باشد. اگر مادر در حین زایمان احساس ناتوانی در کنترل و مراقبت از خود داشته باشد، خودکارآمدی وی کاهش می یابد (۱۶-۱۸)، لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی

عمل برای زنان که می‌توانند در انتخاب شیردهی و تداوم آن کمک کننده باشد، شاید بتوان دلیل نمرات بهتر خودکارآمدی شیردهی را این مسئله ذکر کرد. حمایت اجتماعی از زن می‌تواند بر تصمیم‌گیری وی در شیردهی تأثیر بگذارد و اعتماد به نفس وی را در این امر افزایش دهد و بدین وسیله در موفقیت وی مؤثر باشد. مطالعه هینیک و همکاران نشان داد که رضایت از زایمان همبستگی مثبتی با احساس آمادگی برای زایمان و خودکارآمدی شیردهی دارد (۱۹). نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. شاید بتوان دلیل متفاوت بودن نتایج را به زمان تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به خودکارآمدی نسبت داد. زنان در مطالعه هینیک طی ۴ روز اول بعد از زایمان فرم‌ها را تکمیل می‌کردند که فاصله کمتری با زمان زایمان داشت و به شدت می‌توانست تحت تأثیر رضایت و تجربه زایمانی باشد، اما زمانی که این فاصله بیشتر می‌شود، بسته به دغدغه‌های مادران ممکن است دلایل مهم‌تری جایگزین رضایت از زایمان شوند و بتوانند بر میزان خودکارآمدی شیردهی اثر بگذارند.

با توجه به نتایج مطالعه، تجربه قبلی شیردهی، فاصله زمانی از زایمان تا شیردهی نوزاد، مصرف شیرخشک به وسیله نوزاد، درآمد ماهانه خانواده، تعداد دفعات شیردهی در شبانه روز با نمره خودکارآمدی شیردهی زنان ارتباط معنی‌داری داشتند. زنانی که سابقه شیردهی در بارداری قبلی خود داشتند نمره خودکارآمدی بالاتری داشتند. در

خودکارآمدی شیردهی به دست آوردند. در مطالعه کربندی و همکاران در مشهد نیز نمره خودکارآمدی تقریباً مشابه با نتایج مطالعه فعلی بود (۴۷/۰۱) (۲۱). در مطالعه معافی در قزوین، نمرات بالاتری کسب شد (۵۷/۲۸±۷/۶۵) (۲۲). یکی از دلایلی که می‌تواند این تفاوت را در نمرات ایجاد کند، تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف می‌باشد. در مطالعه حاضر با توجه به هم‌زمانی پاندمی کووید-۱۹ با زمان نمونه‌گیری می‌توان دلیل تفاوت میانگین خودکارآمدی شیردهی را وجود نگرانی و ترس در مادران از این که ممکن است بیماری از مادر به نوزاد منتقل شود و کاهش تمایل به شیردهی و کاهش اعتماد به نفس آنان دانست.

۲۸/۲۰ درصد زنان نمره بالایی از رضایت از زایمان کسب کردند و بیشتر آنان میزان رضایت متوسطی از زایمان داشتند، هرچند زنان روند زایمان را فرآیندی دردناک و پرتنش یافتند، اما آنان از ارتباط پرسنل با آنان و نقش حمایتی آنها احساس رضایت داشتند. میلانی در مطالعه خود نتیجه گرفت که ارتباط بین حمایت به وسیله دولا و خودکارآمدی شیردهی و رضایت از زایمان قابل بررسی است. زمانی که که دولا همراه مادر باشد و وی را حمایت کند، هم رضایت زایمانی افزایش می‌یابد و هم میزان خودکارآمدی بیشتر می‌شود (۲۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد رضایت زنان از زایمان آنها با میزان خودکارآمدی شیردهی آنان همبستگی ندارد. هرچند ارتباط معنی‌داری یافت نشد، اما با توجه به نقش حمایتی پرسنل اتاق زایمان و اتاق

مطالعه گردانی در فلاورجان ارتباط معنی داری بین نمره خودکارآمدی شیردهی و سابقه شیردهی وجود داشت (۲۴). همچنین در مطالعه معافی و همکاران نیز مشخص شد زنانی که چندزا بودند و تجربه قبلی شیردهی داشتند نمره خودکارآمدی بالاتری داشتند، اما از نظر آماری معنی دار نبود (۲۲). اگر مادر اطمینان داشته باشد که می تواند شیردهی موفق داشته باشد، اعتماد به نفس وی افزایش می یابد و خودکارآمدی وی افزایش خواهد یافت. بندورا معتقد است داشتن تجربه شیردهی یکی از عوامل کمک کننده در خودکارآمدی شیردهی است (۲۵). داد در مطالعه خود چنین ارتباطی را نشان نداد (۲۶). می توان افرادی که تجربه منفی در زایمان قبلی داشته اند را آموزش و مشاوره داد تا خودکارآمدی آنان تقویت یابد و زنان اولزا نیز با شرکت در کلاس هایی که تجربیات زنان چندزا از شیردهی بیان می شود شرکت کنند تا درک بهتری از شیردهی و نحوه اجرای آن داشته باشند (۲۷). زمانی که فاصله زمانی اولین شیردهی تا زایمان زیاد بود زنان نمره خودکارآمدی کمتری داشتند. بهتر است ماماها مادران را به تغذیه زودرس بعد از زایمان تشویق کنند و زمینه لازم برای تسهیل تماس پوستی مادر و نوزاد در کوتاه ترین زمان ممکن را فراهم کنند. زنانی که نوزادشان شیرخشک مصرف می کرد، نمره خودکارآمدی پایین تری داشتند. همچنین زنانی که نوزاد بستری در بیمارستان داشتند که منجر به مصرف شیرخشک در نوزاد می شد، خودکارآمدی کمتری داشتند. البته پژوهش ها دلیل این مسئله را

کاهش ارتباط مادر و نوزاد و میزان استرس بالای مادر دانستند. درآمد خانواده نیز بر نمره خودکارآمدی مؤثر بود، به طوری که زنانی که خانواده آنها درآمد پایین تری داشت، نمره خودکارآمدی کمتری نیز کسب کرده بود. در مطالعه گردانی و همکاران خودکارآمدی شیردهی با وضعیت اقتصادی و شغل همسر ارتباط معنی داری داشت. بیشترین نمره خودکارآمدی برای زنانی بود که وضعیت اقتصادی مطلوبی داشتند. مطالعه ی نورسان و همکاران هیچ ارتباطی بین وضعیت اقتصادی خانواده و نمره خودکارآمدی زنان در شیردهی نیافتند. زنانی که زایمان واژینال داشتند، نمره خودکارآمدی بالاتری داشتند، اما ارتباط بین نوع زایمان و خودکارآمدی شیردهی معنی دار نشد (۲۸). در مطالعه نورسان نیز نتایج مشابه با نتایج مطالعه فعلی بود.

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، عدم مراجعه تمامی مادران به مراکز بهداشتی به دلیل بروز پاندمی کووید-۱۹ بود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین رضایت از زایمان و خودکارآمدی شیردهی همبستگی وجود ندارد. بیشتر زنان در این مطالعه از حمایت مطلوبی در زمان زایمان برخوردار بودند، سابقه قبلی شیردهی داشتند و در فاصله کمی از زمان زایمان شیردهی به نوزاد را آغاز کرده بودند و نمرات

خودکارآمدی بالاتری داشتند که شاید اثر غالبی نسبت به زایمان و رضایت از آن داشته باشد. پیشنهاد می‌شود جهت بهبود خودکارآمدی شیردهی، بر میزان حمایت حول زایمان و بعد از آن تمرکز شود.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1398.071 از دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی این دانشگاه و مادران شرکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

REFERENCES

1. Bernardo H, Cesar V, World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. 2013. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79198>
2. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America* 2013; 60(1): 31-48.
3. WHO, UNICEF. Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes: Global breastfeeding scorecard. Geneva: WHO; 2019; 1-4.
4. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, Dennis CL. Prevalence and factors affecting breastfeeding among Aboriginal women in Northwestern Ontario. *Journal of Obstetric, gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)* 2015; 44(1): 51-68.
5. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to months: a literature review. *Women Birth* 2010; 23(4): 135-45.
6. Sinsuksai NNS, Chanprapaph P. Factors predicting month-exclusive breastfeeding in mothers with cesarean section. *Nursing Science Journal of Thailand* 2017; 35(1): 14-22.
7. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health* 2006; 29(4): 256-68.
8. Lowe N. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Res Nurs Health* 1993; 2: 141-9.
9. Pollard D, Guill M. The relationship between baseline self-efficacy and breastfeeding duration. *Southern Online J Nurs Res* 2009; 9(4): 1-6.
10. McQueen KA, Dennis CL, Stremmer R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40(1): 35-46.
11. Araban M, Falahiyan F, Shahry P, Montazeri A. The Persian version of breastfeeding self-efficacy scale-short form (bses-sf): translation and psychometric assessment. *Payesh* 2016; 15(1): 87-93.
12. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth (Berkeley, Calif)* 2010; 37(4): 275-9.
13. Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros J. Oxytocin and maternal stress during the postpartum period. *Ann Endocrinol* 2006; 67(3): 214-23.
14. Sehati Shefaei FAS, Ebrahimi H. Satisfaction of cesarean mothers with care provided in public and private hospitals in Tabriz. *Nursing and Midwifery Journal* 2010; 5(19): 13-21.
15. Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal* 2006; 1(5): 1.
16. Baker S, Choi P, Henshaw C, Tree J. I Felt as though I'd been in Jail'. Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Fem Psychol* 2005; 15(3): 315-42.
17. Larkin P, Begley C, Devane D. Not enough people to look after you. An Exploration of Women's experiences of Childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* 2012; 28(1): 98-105.
18. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience. Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth (Berkeley, Calif)* 2004; 31(1): 17-27.
19. Hinic K. Understanding and promoting birth satisfaction in new mothers. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing* 2017; 42(4): 210-5.
20. Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *Int Breastfeed J* 2006; 10:5.
21. Ngo LTH, Chou HF, Gau ML, Liu CY. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. *Midwifery* 2019; 70: 84-91.
22. Genna C. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013; 46.
20. Nasiri S, Kariman N, Ozgoli G. Psychometric properties of the Iranian version of Birth Satisfaction Scale-Revised. *J Res Med Sci* 2020; 25: 90.
21. Karbandi S, Hosseini S M, Masoudi R, Mamori G A. The effect of relaxation training on breastfeeding self-efficacy of mothers with preterm infants: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2014; 3(2): 37-45.
22. Moafi F, Hajnasiri H, Hosseini T, Alimoradi Z, Bajalan Z. Breastfeeding self-efficacy and its associated factors in women who gave birth in Kosar hospital of Qazvin in 2016-2017: A Descriptive Study. *JRUMS* 2019; 17(11): 1003-16.

23. Milani N. Doula support, childbirth satisfaction, and breastfeeding self-efficacy among Iranian women [dissertation]. Sacramento: California State University; 2017.
24. Gordani N. Relationship between breastfeeding self-efficacy and quality of life, self-esteem and general health in breastfeeding mothers referring to Falavarjan health centers [dissertation]. Tabriz University of Medical Sciences and Health Services 2017.
25. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther* 1978; 1(4): 139-161.
26. Dodt RC, Joventino ES, Aquino PS, Almeida PC, Ximenes LB. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(4): 725-32.
27. Yang X, Gao L, Ip W-Y, Chan WCS. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery* 2016; 41:1-8.
28. Nursan C, Dilek K, Sevin A. Breastfeeding self-efficacy of mothers and the affecting factors. *Aquichan* 2014; 14(3): 327-35.

The Relationship Between Childbirth Satisfaction and Breastfeeding Self-Efficacy in Women Referring to Comprehensive Health Centers in Kashan

Khorshidifard MS¹, Sadat Z², Shabanian M¹, Nasiri S^{1*}

¹Department of Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran, ²Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Received: 04 Aug 2021 Accepted: 18 Dec 2021

Abstract:

Background & aim: Considering the role of childbirth satisfaction on mood in postpartum period and its possible role on breastfeeding self-efficacy, the aim of the present study was to determine the relationship between childbirth satisfaction and lactation self-efficacy in women referred to comprehensive health centers. It was the city of Kashan.

Methods: The present descriptive cross-sectional study was conducted from 2020-2021. The statistical population included 300 mothers who referred to health centers during 4-8 weeks after delivery. To collect data, a checklist of demographic and obstetric characteristics, revised maternity satisfaction scale and short scale of breastfeeding self-efficacy were used. Validity and reliability of the instruments used were approved. The collected data were analyzed using t-test, analysis of variance, Pearson correlation coefficient and linear multiple regression by SPSS software.

Results: The mean score of breastfeeding self-efficacy of women was 46.75 \pm 10.75 and the mean score of their satisfaction with childbirth was 23.58 \pm 4.90. Pearson correlation test showed that women's satisfaction with childbirth had no significant relationship with their breastfeeding self-efficacy ($r = -0.005$, $p = 0.932$). The results of linear regression indicated that the variables of increasing family income, positive experience of breastfeeding, non-consumption of infant formula, more frequent breastfeeding and shorter interval from delivery to the first breastfeeding can predict the self-efficacy of breastfeeding women.

Conclusion: The results of the present study revealed that there was no correlation between delivery satisfaction and breastfeeding self-efficacy. Factors such as optimal support at delivery, previous history of breastfeeding and short interval between delivery and lactation had a predominant effect on delivery satisfaction.

Keywords: Maternity Satisfaction, Breastfeeding Self - Efficacy, Delivery

Corresponding Author: Nasiri S, Department of Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Email: saeideh.nasiri@yahoo.com

Please cite this article as follows: Khorshidifard MS, Sadat Z, Shabanian M, Nasiri S. The Relationship Between Childbirth Satisfaction and Breastfeeding Self-Efficacy in Women Referring to Comprehensive Health Centers in Kashan. Armaghane-danesh 2022; 27(1): 84-96.