

بررسی تأثیر اجرای بسته آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر اعتماد به نفس مادری زنان نخست زار در مراقبت از شیرخوار

فرزانه جعفرنژاد^۱، الهام آزموده^{۲*}، سیدرضا مظلوم^۳، طیبه ریحانی^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۷

خلاصه

مقدمه: خودکارآمدی، عامل اصلی تأثیرگذار بر عملکرد صحیح و مسئولیت پذیری مادران است. اعتماد به نفس نیز متغیری اساسی در روند سازگاری با مادر شدن و ایفای نقش مادری می باشد. استراتژی های ارتقاء خودکارآمدی در برخی مطالعات منجر به بهبود پیامدهای مادری- فرزنددی شدند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر اعتماد به نفس مادری زنان نخست زار در مراقبت از شیرخوار انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۱ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد جهت اخذ مراقبت نوبت دوم پس از زایمان انجام شد. افراد به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بسته آموزشی مبتنی بر استراتژی های ارتقاء خودکارآمدی بندورا تهیه و برای گروه مداخله اجرا شد. ابزار پژوهش در این مطالعه پرسشنامه انتظارات والدی و اعتماد به نفس مادری لپیز بود که قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های تی مستقل، کای دو، تی زوجی، من ویتنی و ویلکاکسون و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره خودکارآمدی و اعتماد به نفس مادری قبل از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ($p > 0/05$). بعد از اجرای بسته آموزشی، افزایش معنادار خودکارآمدی در گروه مداخله $22/5 \pm 20/5$ نسبت به کنترل $18/8 \pm 18/6$ مشاهده شد ($p = 0/039$). اما بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، تفاوت معناداری در نمره اعتماد به نفس بعد از مداخله در دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$). پس از مداخله ارتباط خطی معناداری بین نمره خودکارآمدی و اعتماد به نفس در گروه مداخله وجود داشت ($p = 0/001$).

نتیجه گیری: آموزش و حمایت از مادر در مورد مراقبت از شیرخوار بر اساس تئوری خودکارآمدی منجر به ارتقاء خودکارآمدی مادری می شود اما تفاوت معناداری در نمره اعتماد به نفس مادری در مرحله بعد از مداخله ایجاد نمی کند.

کلمات کلیدی: آموزش، اعتماد به نفس، خودکارآمدی، مادران

* نویسنده مسئول مکاتبات: الهام آزموده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۳۳۱۶۵۷۳۰۲؛ پست الکترونیک:

Azmoudehe901@mums.ac.ir

مقدمه

نقش مادری، یک فرآیند استرس زا و چالش برانگیز در طول زندگی زنان می باشد؛ به گونه ای که مادران نه تنها با وظایف جدید مربوط به نقش مادری، بلکه با تغییراتی در بدن خود نیز مواجه می شوند (۱-۴). مادران به طور همزمان مجبور می شوند یاد بگیرند که چگونه هم از خود و هم از شیرخوارشان مراقبت کنند (۵). هنگامی که مادر به دلیل فقدان تجربه، آگاهی و مهارت های مادر شدن دچار تشویش شود، کاهش اعتماد به نفس رخ می دهد (۶). جون و پرینز معتقدند که اعتماد به نفس والدین در انجام وظایفشان، یک عامل کلیدی در پیامدهای مادری و نوزادی است (۷). زهر (۱۹۹۱) اعتماد به نفس مادری را درک مادر از توانایی اش در مراقبت از فرزند خود و تفسیر صحیح سیگنال های وی تعریف کرد (۸). کاپو و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند که اعتماد به نفس مادر، تکامل نقش مادری را تسهیل کرده و باعث ارتقاء رشد و تکامل مطلوب فرزند می شود (۷). مادرانی که فاقد اعتماد به نفس در اوایل دوران پس از زایمان هستند، ممکن است تجربه منفی از مادر شدن داشته باشند و قادر نباشند به میزان کافی از فرزندشان مراقبت کنند (۵، ۸). در متون، اعتماد به نفس مادری به عنوان یک متغیر اساسی برای سازگاری با مادر شدن و نقش مادری در نظر گرفته شده است (۹). بنابراین کمک به مادران برای افزایش اعتماد به نفس بسیار حائز اهمیت می باشد.

افزایش اطلاعات و قابلیت مادران در مراقبت از نوزاد، باعث بهبود محیط زندگی شیرخواران و کودکان می شود و تعداد کودکان در معرض آسیب های ناشی از ایفای نادرست نقش والدی را کاهش می دهد (۱۰). با این وجود، تنها اطلاع داشتن از نحوه انجام وظایف، برای انجام موفقیت آمیز آن ها کافی نمی باشد. متغیرهای دیگری نیز در تحقق این فرآیندها مؤثر هستند. در مطالعات متعدد خودکارآمدی و آگاهی والدین از تکامل کودک به عنوان پیشگویی کننده های مهم رفتار مناسب والدین در ایفای وظایف والدی آن ها ذکر شده است (۱۱). ریس (۱۹۹۲) نشان داد که خودکارآمدی بالا، ۱

و ۳ ماه پس از زایمان با اعتماد به نفس مادری بیشتر در سال اول پس از زایمان همراه است (۱۲).

خودکارآمدی به لحاظ عمومی، به معنای اعتقاد فرد به توانایی اش در انجام موفقیت آمیز رفتارهای خاص می باشد (۱۳). مفهوم خودکارآمدی در مراقبت از شیرخوار که ریشه در مفهوم خودکارآمدی عمومی دارد، به ما نشان می دهد چگونه دو مادر با ویژگی های فردی یکسان، رفتار متفاوتی از خود نشان می دهند (۱۴).

خودکارآمدی، عامل تعیین کننده اصلی عملکرد شایسته مادری است و ارتباط نزدیکی با تکامل کودک دارد (۱۵). بندورا منابع اطلاعاتی متعددی را برای ارتقاء خودکارآمدی توصیه کرده است که با پایه ریزی آموزش بر این اساس می توان به ارتقاء خودکارآمدی و در نتیجه بهبود بسیاری از پیامدهای مادری-فرزندی کمک کرد (۱۳). در راستای اولین منبع ارتقاء خودکارآمدی، پذیرفته شده است که تجربه موفق در انجام یک رفتار، منجر به ارتقاء حس خودکارآمدی و تجربه شکست در آن، منجر به تضعیف خودکارآمدی می شود. این ممکن است دلیلی بر این باشد که چرا دستاوردهای عملکرد، مهمترین منبع ارتقاء خودکارآمدی است (۱۶). با این حال شواهدی وجود ندارد که نشان دهد دستاورد های عملکرد به تنهایی بتواند تغییرات رفتاری مورد انتظار را ایجاد کند. برای القاء حس خودکارآمدی، شکستن وظیفه و یا رفتار به اجزای قابل اجرا و کوچک تر می تواند کمک کننده باشد که در مورد افرادی نظیر مادران نخست زا که فاقد تجربه قبلی می باشند، کمک کننده می باشد (۱۷).

دومین روش تأثیرگذار بر ارتقاء خودکارآمدی، تجربه جانشینی می باشد. به عنوان مثال گذراندن زمانی با دیگر مادران در موقعیت های مشابه می تواند تأثیرگذار باشد. این منبع از دستاوردهای عملکرد ضعیف تر است، اما وقتی که افراد از توانایی هایشان مطمئن نیستند یا وقتی تجربه قبلی محدودی دارند، نسبت به آن حساس تر می شوند (۱۸).

تشویق کلامی، سومین راه ارتقاء خودکارآمدی است. مادران جوان ممکن است با خود ارزیابی نادرست از دانش، توانایی و مهارت های مرتبط با مراقبت از

شیرخوار، درک نادرستی از صلاحیتشان داشته باشند (۱۹). حمایت از طرف افراد متخصص نظیر ماما و سایر کادر درمان، خانواده، همسر و دیگر افراد مهم می تواند نقش مهمی در تأکید مجدد توانایی های مادر به وی و تفسیر وی از صلاحیتشان داشته باشند (۵-۶).

وضعیت فیزیکی و هیجانی فرد نیز بر خودکارآمدی تأثیرگذار است. درک افراد از پاسخ های فیزیولوژیک و هیجانی در ارتباط با یک رفتار خاص، منبع دیگری برای خودکارآمدی می باشد، زیرا ممکن است این ادراکات بر قضاوت آن ها از توانایی شان تأثیرگذار باشد. بنابراین چهارمین استراتژی ارتقاء خودکارآمدی، ارتقاء سلامت فیزیکی و روانی مادر می باشد که ممکن است با حمایت اجتماعی که از طرف سایر افراد فراهم می شود، محقق می شود (۲۰). ترکیب ۴ منبع اطلاعاتی خودکارآمدی، احتمالاً پتانسیلی را برای ایجاد نتایج مطلوب تر فراهم می کند (۱۵، ۱۶). در مطالعه هیسون و همکاران (۲۰۰۶) آموزش مراقبت از شیرخوار بر اساس تئوری خودکارآمدی، باعث افزایش معنادار اعتماد به نفس مادران در انجام وظایفشان شد (۶). با این حال در برخی مطالعات اعتماد به نفس، مسئله ای ذاتی به حساب آمده است (۱۱).

عوامل متعددی بر دو متغیر خودکارآمدی و اعتماد به نفس تأثیرگذارند که در مطالعات مختلف در مورد اثرگذاری آن ها بر این دو متغیر، نتایج متناقضی ارائه شده است (۲۱). ویژگی هایی نظیر سن مادر، تأهل، سطح تحصیلات، افسردگی، حمایت اجتماعی درک شده، تجربه زایمان، جنس نوزاد، وضعیت سلامت، سرشت و خلق و خوی وی، حمایت اجتماعی از طرف همسر، اعضاء خانواده و کارکنان بهداشتی از عوامل تأثیرگذار بر این دو متغیر می باشند (۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۱، ۲۲).

در مطالعات متعدد زنان نخست زا اعتماد به نفس، احساس صلاحیت، سطح آگاهی کمتر و استرس بیشتری در رابطه با وظیفه مادری داشتند که قسمت اعظم آن می تواند به دلیل فقدان تجربه در این مورد باشد (۲۳). با این حال نیازهای یادگیری این زنان اغلب در دوران بلافاصله پس از زایمان برطرف نمی شود و

اغلب آن ها زمانی که به منزل بر می گردند احساس عدم آمادگی می کنند (۴، ۵).

برخی مطالعات نشان داده اند که آموزش در دوران بارداری برای ایفای نقش مادری ناکافی است و بر مهارت های والدی تأثیری ندارند (۲۳-۲۵). به علاوه دوران بلافاصله پس از زایمان نیز با توجه به مدت کوتاه اقامت در بیمارستان و ناراحتی هایی که مادران در این بازه زمانی دارند نیز فرصت مناسبی برای آموزش نمی باشد (۲۶). در ایران تمرکز اصلی آموزش به مادران در مراقبت های بارداری و پس از زایمان به سلامت فیزیکی نوزاد و مسائل ساده بهداشتی مربوط به آن ها می شود، با این حال برنامه ای ساختارمند که به آموزش مراقبت های همگام با رشد و تکامل شیرخوار و اثربخشی آن بر اعتماد به نفس مادری بر اساس استراتژی های خودکارآمدی باشد در دسترس پژوهشگر نمی باشد. با توجه به اهمیت اعتماد به نفس مادر در انجام وظایف مادری، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر اعتماد به نفس مادری زنان نخست زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروه به آزمون قبل و بعد از شهریور تا آذر ماه سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۱ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهت اخذ مراقبت نوبت دوم پس از زایمان (۱۵-۱۰ روز پس از زایمان) انجام شد. حجم نمونه نهایی با انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر (۱۰ نفر در هر گروه) و فرمول مقایسه میانگین ها و در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۳۰ نفر در هر گروه برآورد شد. جهت انجام نمونه گیری از بین مراکز پنج گانه بهداشتی شهر مشهد، مراکز شماره ۱، ۲ و ۳ به طور تصادفی انتخاب و در مرحله بعد از هر کدام از این مراکز، ۲ مرکز با قرعه کشی انتخاب شدند. پس از مراجعه به این مراکز، پژوهشگر با مطالعه پرونده های بهداشتی واحد مامایی، کسانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند را مشخص و با آن ها تماس تلفنی برقرار کرد و پس از توضیح اهداف مطالعه، از آن ها

خواست در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، زمان مراجعه مراقبت نوبت دوم پس از زایمان را به اطلاع پژوهشگر برسانند. بعد از مراجعه حضوری، افراد از نظر دیگر معیارهای ورود به مطالعه بررسی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸-۳۵ سال، بارداری تک قلو، حاملگی ترم، زندگی با همسر، نمره افسردگی کمتر از ۱۰ بر اساس مقیاس ادینبورگ، نوزاد سالم، طبیعی و وزن هنگام تولد بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم و میسر بودن امکان تماس تلفنی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: تحصیل در رشته های علوم پزشکی، بستری مجدد مادر یا نوزاد در بیمارستان به هر علتی، سابقه نازایی، ابتلاء به بیماری های طبی، سابقه بیماری روانی و شرکت در هرگونه برنامه آموزشی مدون دیگر در ارتباط با مراقبت از شیرخوار قبل از مداخله بود. در صورت داشتن تمام معیارها، مجدداً اهداف پژوهش برای واحدهای پژوهش توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه توسط آن ها تکمیل شد.

پس از تخصیص تصادفی آزمودنی ها، پژوهشگر فرم مشخصات فردی، بارداری-زایمان و نوزاد را برای تمام مادران به صورت مصاحبه تکمیل کرد. در ادامه جهت گردآوری اطلاعات مربوط به اعتماد به نفس مادری از پرسشنامه اعتماد به نفس مادری لیز استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ آیتم در ۶ طیف لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می باشد که سؤالات به صورت مثبت و منفی نگارش شده است. بازه نمرات از ۲۴ تا ۱۴۴ متغیر است و نمره بیشتر نشان دهنده اعتماد به نفس بیشتر است.

جهت اندازه گیری خودکارآمدی مادری به عنوان متغیر واسطه ای نیز از پرسشنامه برآورد انتظارات والدی استفاده شد. این ابزار دارای ۲۵ آیتم در ۱۰ طیف لیکرت (۱= نمی توانم تا ۱۰= قطعاً می توانم) می باشد. حداقل نمره آن ۲۵ و حداکثر نمره ۲۵۰ می باشد. در طراحی این مقیاس از تئوری خودکارآمدی بندورا استفاده شده است و تمام آیتم ها مثبت می باشد که این نکته مطابق با گفته بندورا است که در سنجش خودکارآمدی باید از آیتم های مثبت استفاده شود.

این دو پرسشنامه به همراه پرسشنامه چند بُعدی حمایت اجتماعی درک شده، مقیاس افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه سرشت شیرخوار در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت تا خود آن ها را تکمیل کنند.

روایی پرسشنامه های انتظارات والدی، اعتماد به نفس لیز و سرشت شیرخوار به روش روایی محتوا به دو صورت کیفی و کمی مورد بررسی قرار گرفت. در روش کیفی پس از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی در اختیار صاحب نظران قرار گرفت و پیشنهادات اصلاحی آن ها لحاظ شد. به علاوه شاخص روایی محتوا^۱ (CVR) و نسبت روایی محتوا^۲ (CVI) نیز برای این پرسشنامه ها 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 و برای تأیید شاخص روایی محتوا نیز از معیار بالاتر از ۰/۷۹ استفاده شد. پایایی پرسشنامه های برآورد انتظارات والدی، اعتماد به نفس مادری، سرشت شیرخوار، حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی ادینبورگ نیز پس از اجرا بر روی ۲۰ نفر، به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ تأیید شد.

پس از تکمیل پرسشنامه ها، مداخله آموزشی در گروه مداخله بر اساس ۴ منبع اطلاعاتی ارائه شده توسط بندورا طی سه جلسه آموزشی صورت گرفت که به شرح زیر بودند:

جلسه اول: در این جلسه، آموزش چهره به چهره به مدت ۲۰ دقیقه در هنگام مراجعه حضوری، اجرا شد (دستاوردهای عملکرد). در انتهای این جلسه، کتابچه ۳۰ صفحه ای حاوی پرسش و پاسخ های مرسوم در مورد مراقبت از شیرخوار (استفاده از دستاوردهای عملکرد) و فیلم آموزشی (تجربه جانشینی) ۳۰ دقیقه ای در اختیار مادران قرار داده شد. تهیه کتابچه بر اساس یک مطالعه نیازسنجی صورت گرفت؛ بدین صورت که عناوین محتوای مراقبت از شیرخوار از کتب و مقالات استخراج شد و در جلسه ای با ۱۰ مادر دارای شیرخوار مطرح و سؤالاتی که در مورد این مسائل برای

¹Content validity ratio

²Content validity index

مادران ایجاد شده بود پرسیده و ثبت شد. سپس با مطالعه منابع معتبر پاسخ سؤالات مشخص و کتابچه طراحی شد. کتابچه همچنین دارای بخشی در مورد مراقبت از خود در دوران بعد از زایمان بود (توجه به واکنش های فیزیولوژیک).

جلسه دوم: این جلسه یک هفته بعد از آغاز مداخله آموزشی به صورت مشاوره تلفنی به مدت ۲۵-۱۵ دقیقه انجام شد. ۱۲-۷ دقیقه از این جلسه به تشویق به تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول، توجه به وزن گیری طبیعی شیرخوار، مصرف مداوم مکمل ها، سلامت دهان شیرخوار، بازی و تعامل با شیرخوار اختصاص داشت (تشویق کلامی). در نیم دیگر، مکالمه تلفنی نگرانی مادر در مورد کفایت شیردهی، رشد شیرخوار، کمبود ریز مغذی ها و یا ویتامین ها و توانایی وی در مورد مراقبت از شیرخوار پرسیده می شد، علت نگرانی مشخص و در صورت امکان راهکار برای کاهش نگرانی ارائه می شد (توجه به واکنش های هیجانی). در انتهای جلسه نیز هرگونه سؤال که در مورد مراقبت از شیرخوار برای مادر ایجاد شده بود، پاسخ داده شد.

جلسه سوم: این جلسه، ۳ هفته پس از آغاز مداخله آموزشی اجرا شد که از نظر زمان، مشابه با جلسه دوم بود. نیمی از این جلسه به تشویق کلامی از طرف کادر درمان اختصاص یافت؛ بدین صورت که بروز بیماری در شیرخوار و اقدامات انجام شده سؤال می شد. در صورت صحیح بودن اقدام، تشویق به ادامه انجام آن و در صورت نادرست بودن، روش صحیح انجام آن به مادر یادآوری می شد. در ادامه در مورد نگرانی های مادر پیرامون تکامل بینایی، شنیداری، گفتاری و حرکتی سؤال می شد، علت نگرانی مشخص و در صورت امکان، راهکاری برای کاهش نگرانی ارائه می شد (توجه به واکنش های هیجانی).

گروه کنترل فقط آموزش های معمولی که در بارداری و پس از زایمان در مراکز بهداشت و بیمارستان در مورد مراقبت از شیرخوار ارائه می شد را دریافت کردند. ۸ هفته پس از زایمان با افراد هر دو گروه مداخله و کنترل در محل مرکز بهداشت قرار گذاشته شد و

مجدداً دو پرسشنامه انتظارات والدی و پرسشنامه اعتماد به نفس مادری لپیز تکمیل شد.

در این مطالعه ۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل شرکت داشتند. ۵ نفر در گروه مداخله و ۴ نفر در گروه کنترل به دلایل مهاجرت، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، میسر نبودن امکان تماس تلفنی، عدم مطالعه کتابچه و یا ندیدن فیلم آموزشی از مطالعه خارج شدند. در انتها اطلاعات مربوط به ۳۰ نفر در گروه مداخله و ۳۱ نفر در گروه کنترل در دسترس بود.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. جهت بررسی دو گروه از نظر همگن بودن متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل و در مورد متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. برای مقایسه گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیر اعتماد به نفس و خودکارآمدی والدی از آزمون تی مستقل و برای مقایسه قبل و بعد از مداخله از تی زوجی استفاده شد. برای متغیرهایی که از توزیع طبیعی برخوردار نبودند از آزمون های غیرپارامتریک معادل (من ویتنی و ویلکاکسون) استفاده شد. همبستگی نمره خودکارآمدی با اعتماد به نفس قبل و بعد از مداخله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تعیین شد. ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ در تمام آزمون ها مدنظر قرار گرفت. سطح معناداری آزمون برای تمام تجزیه و تحلیل ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش در این مطالعه ۲۴/۳±۳/۲ سال بود. ۳۳ نفر (۵۴/۱٪) از آزمودنی ها دارای تحصیلات متوسطه و ۱۵ نفر (۲۴/۶٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر افراد (۹۶/۷٪) خانه دار و ۵۲ نفر (۸۵/۲ درصد) درآمد در حد کفاف داشتند. زایمان ۳۱ نفر (۵۱٪) از افراد سزارین بود و ۴۹ نفر (۸۰٪) از افراد و ۴۹ نفر از همسران، از جنسیت نوزاد رضایت داشتند. به طور کلی، دو گروه از نظر تمام متغیرهای فردی، بارداری- زایمان و نوزاد و درک مادر

نمره خودکارآمدی در مرحله قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p=0/001$). در گروه کنترل بر اساس نتایج به دست آمده از همین آزمون، تفاوت معناداری از نظر متغیر خودکارآمدی بین قبل و بعد از مداخله وجود نداشت ($p=0/133$) (جدول ۱). با توجه به عدم همگنی متغیر حمایت اجتماعی در دو گروه قبل از مداخله، از آزمون تحلیل کواریانس 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 داشت ($p=0/027$).

از سرشت شیرخوار همگن بودند ($p>0/05$). اما بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، دو گروه از نظر حمایت اجتماعی درک شده همگن نبودند ($p=0/001$) که میانگین حمایت اجتماعی در گروه کنترل بیشتر از مداخله بود.

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در دو گروه یکسان بود ($p=0/798$). پس از مداخله نیز بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمره خودکارآمدی در دو گروه تفاوت معناداری داشت ($p=0/039$). همچنین بر اساس نتایج آزمون تی زوجی در گروه مداخله، بین میانگین

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی مادری زنان نخست زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه		متغیر	
	کنترل	مداخله		
انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین			
$t=0/257$ $df=59$ $p=0/798$	$176/8 \pm 34/4$	$178/8 \pm 26/6$	قبل از مداخله	خودکارآمدی مادری
$t=2/116$ $df=59$ $p=0/039$	$186/8 \pm 42/7$	$205/4 \pm 22/5$	بعد از مداخله	
	$t=1/543$ $df=30$ $p=0/133$	$t=4/240$ $df=29$ $p=0/001$	نتیجه آزمون تی زوجی	

از مداخله به صورت معناداری بیشتر از مرحله قبل از مداخله می باشد ($p=0/018$). این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود ($p=0/134$) (جدول ۲). با توجه به عدم همگنی متغیر حمایت اجتماعی در دو گروه قبل از مداخله، از آزمون تحلیل کواریانس برای حذف اثر آن استفاده شد که نتایج نشان داد میانگین نمره اعتماد به نفس بعد از مداخله با حذف اثر نمره حمایت اجتماعی در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ($p=0/590$).

در مورد متغیر وابسته مطالعه نیز، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره اعتماد به نفس قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p=0/289$). نتایج همین آزمون بعد از مداخله نیز نشان داد میانگین نمره اعتماد به نفس مادری در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ($p=0/067$). همچنین در گروه مداخله، نتایج آزمون تی زوجی نشان داد میانگین نمره اعتماد به نفس مادری در مرحله بعد

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره اعتماد به نفس مادری زنان نخست زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه		نتیجه آزمون تی مستقل
	مداخله	کنترل	
اعتماد به نفس مادری قبل از مداخله	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
	۱۰۷/۲ $\pm$ ۷/۹	۱۰۴/۵ $\pm$ ۱۱/۳	t=۱/۰۷ df=۵۹ p=۰/۲۸۹
	۱۱۳/۱ $\pm$ ۱۱/۵	۱۰۷/۱ $\pm$ ۱۳/۱	t=۱/۸۶۳ df=۵۹ p=۰/۰۶۷
تفاوت قبل و بعد مداخله	۵/۹ $\pm$ ۱۲/۹	۲/۶ $\pm$ ۹/۶	t=۱/۹۳۴ df=۵۹ p=۰/۲۷۳
	t=۲/۵۰	t=۱/۵۴	
	df=۲۹	df=۳۰	
نتیجه آزمون تی زوج	p=۰/۰۱۸	p=۰/۱۳۴	

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، قبل از مداخله ارتباط معناداری بین خودکارآمدی و اعتماد به نفس در گروه مداخله وجود نداشت ($p=۰/۱۰۳$ ، $r=۰/۳۰۴$). در گروه کنترل نیز این رابطه معنادار نبود ($r=۰/۳۱$ ، $p=۰/۰۹۰$). اما نتایج همین آزمون نشان داد بعد از مداخله رابطه خطی مستقیم و معناداری بین خودکارآمدی و اعتماد به نفس مادری در گروه مداخله وجود داشت ($r=۰/۵۶$ ، $p=۰/۰۰۱$) این ارتباط در گروه کنترل معنادار نبود ($r=۰/۳$ ، $p=۰/۰۵۹$).

بحث

در این مطالعه که با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر اعتماد به نفس مادری زنان نخست زای انجام شد، استفاده از استراتژی های ارتقاء خودکارآمدی، منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی مادری شد. یک حس قوی از خودکارآمدی برای احساس خوب بودن و پافشاری و تلاش برای موفقیت در اهداف الزامی می باشد. افراد با خودکارآمدی بالاتر قادرند تمام توجه و منابع را برای تسلط بر یک موقعیت، مدیریت کنند (۲۵). در مطالعه حاضر در گروه کنترل نیز ارتقاء خودکارآمدی اتفاق افتاد اما این تفاوت

از نظر آماری معنادار نبود. این یافته نیز با تئوری خودکارآمدی مطابقت دارد که با گذشت زمان و امکان پذیر شدن تجارب مستقیم و خصوصاً موفقیت آمیز باعث افزایش خودکارآمدی از طریق استراتژی دستاورد های عملکرد می شود (۴، ۷، ۱۵، ۲۸). در مرور مقالات موجود اجزای مهم مداخلات ارتقاء پیامدهای مادری- فرزندى شامل: طیفی از روش ها، حمایت حرفه ای، تشویق، دادن اطلاعات تکنیکی و ارائه مداخله توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده بود. مداخله مبتنی بر خودکارآمدی شامل تمام این اجزا می باشد. در واقع مداخله مبتنی بر خودکارآمدی یک مطالعه چند بُعدی است که شامل فراهم کردن آموزش، حمایت و تشویق می باشد. در مطالعه حاضر اگرچه پس از اجرای مداخله مبتنی بر تئوری خودکارآمدی، افزایش بیشتر اعتماد به نفس در گروه مداخله نسبت به کنترل اتفاق افتاد، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. با این حال علی رغم این عدم افزایش معنادار، نتایج حاصل از آزمون همبستگی بین دو متغیر خودکارآمدی و اعتماد به نفس مادری بعد از مداخله ارتباط مستقیم و معناداری را بین این دو متغیر نشان داد. از این رو می توان نتیجه گرفت در صورتی که افزایش بیشتری در نمره

خودکارآمدی اتفاق می افتاد، تفاوت اعتماد به نفس مادری گروه مداخله نسبت به کنترل به سطح معناداری می رسید. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه مک کین و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت که در آن، استفاده از ۴ منبع ارتقاء خودکارآمدی طی دو جلسه آموزشی و یک جلسه مشاوره تلفنی، منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی شیردهی ۴ هفته پس از زایمان شد، اما مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بین هفته ۸ و ۴ بعد از زایمان تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد (۲۹). اسونسون و همکاران (۲۰۰۹) نیز پس از اجرای یک برنامه آموزشی ۷ جلسه ای (۶ جلسه در دوران بارداری و یک جلسه در هفته ۶ بعد از زایمان) متوجه شدند آموزش با استفاده از روش های آموزشی حل مسأله، درگیری فعالانه و یادگیری تجربی منجر به ارتقاء بیشتر خودکارآمدی والدی در گروه مداخله نسبت به کنترل شد (۲۷). یکی از شباهت های مطالعه اسونسون با مطالعه حاضر استفاده از استراتژی تجربه جانشینی بود. نوئل ویس 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 ۴ هفته پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به کنترل مشاهده کردند که بر اساس اظهارات نویسندگان مقاله فوق، قابلیت تعمیم این نتایج به دلیل حجم نمونه کم، نمونه های دارای سطح تحصیلات خوب و درآمد بالا به بررسی های بیشتر نیاز است (۳۰). در مطالعه حاضر با انجام نمونه گیری از مراکز متعدد شهری این محدودیت برطرف شد. در مطالعه پرزبلاسکو و همکاران (۲۰۱۳) نیز آموزش تکنیک های ذهن آگاهی، منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی مادری در مادران شیرده گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد (۳۱).

در مطالعه هی سون و همکاران (۲۰۰۶) استفاده از سه منبع ارتقاء خودکارآمدی در دوران بلافاصله بعد از زایمان، منجر به افزایش معنادار تعاملات مادری-نوزادی و اعتماد به نفس مادر در گروه مداخله نسبت به کنترل، یک ماه پس از زایمان شد (۶) که با نتایج مطالعه حاضر

همخوانی نداشت. اغلب استراتژی های استفاده شده در مطالعه هی سون مانند تهیه کتابچه آموزشی حاوی پرسش و پاسخ، مشاوره تلفنی و آموزش انفرادی با مطالعه حاضر مشابه بود، فقط در مطالعه هی سون، یک جلسه بازدید در منزل نیز صورت گرفت. همچنین زمان آموزش و ابزار سنجش اعتماد به نفس نیز با مطالعه حاضر تفاوت داشت. با این حال نتایج این مطالعه به دلیل طراحی فقط پس آزمون و گروه کنترل نامتعادل نیاز به بررسی های بیشتر دارد. اما نتایج مطالعه حاضر که با وجود تخصیص تصادفی و طراحی پیش آزمون-پس آزمون به دست آمدند، تأییدی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر تئوری بندورا بر ارتقاء اعتماد به نفس مادری نمی باشد. در مطالعه کنور و همکاران (۲۰۰۳) نیز آموزش مراقبت از شیرخوار از طریق تماس تلفنی و یا بازدید در منزل در دوران بلافاصله بعد از زایمان هیچگونه تفاوت معناداری در نمره اعتماد به نفس مادری در هفته دوم بعد از زایمان ایجاد نکرد که این تفاوت در مقایسه بین دو گروه نیز معنادار نبود (۳۲). کایو و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند آموزش زنان در سه ماهه سوم بارداری، براساس چارچوب خودکارآمدی بندورا از طریق آموزش غیرمستقیم اینترنتی، منجر به ارتقاء اعتماد به نفس مادران در دوران پس از زایمان می شود (۵). اگرچه با استفاده از آموزش اینترنتی می توان تمام استراتژی های ارتقاء خودکارآمدی را با هم تلفیق نمود، اما در جامعه کنونی ما، هنوز تمام افراد به اینترنت دسترسی ندارند و نمی توانند آموزش را از این طریق دریافت کنند. مطالعه کایو نیز همانند مطالعه هی سون با طراحی فقط پس آزمون انجام شد و به لحاظ روش کار، زمان مداخله و ابزار مورد استفاده با مطالعه حاضر متفاوت می باشد. زنان نخست زا هنگامی که با وظایف مرتبط با مراقبت از شیرخوار مواجه می شوند، به گذراندن زمان بیشتری برای پیدا کردن اعتماد به نفس در آن نیاز دارند (۵، ۶). در مطالعه هی سون و کایو مادران منبعی برای یافتن اطلاعات صحیح در مورد مراقبت از فرزند داشتند و می دانستند در صورت مواجه با مشکل، با چه کسی مشورت کنند. این موضوع در

مطالعه حاضر نیز با تهیه کتابچه آموزشی، مشاوره تلفنی و در اختیار قرار دادن شماره تلفن پژوهشگر محقق شد، اما در نهایت افزایش اعتماد به نفس، محقق نشد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه لی و همکاران همخوانی دارد که در آن، هیچ گونه تفاوت معناداری بین نمره اعتماد به نفس کسانی که به کلاس های آموزشی مراقبت از شیرخوار آمده بودند و گروه کنترل وجود نداشت (۶). البته شاید عدم اثربخشی در این مطالعه را بتوان به این مسئله نسبت داد که در این کلاس ها فقط از استراتژی ارتقاء آگاهی استفاده شده بود نه ارتقاء خودکارآمدی. در مطالعه اوزکان و همکار (۲۰۱۱) نیز آموزش مراقبت از خود و مراقبت از شیرخوار بر اساس مراحل تکامل هویت مادری در دوران بارداری و پس از زایمان، منجر به ارتقاء اعتماد به نفس مادر در ماه چهارم بعد از زایمان شد (۳۳). با توجه به تئوری مادر شدن مرکز، ۴ ماه بعد از زایمان، زمان شکل گیری هویت مادری در اغلب مادران می باشد (۳۴). هویت نقش مادری در فرآیند مادر شدن از دو جزء شناختی و عاطفی تشکیل شده است و اعتماد به نفس مادری، به جزء عاطفی هویت مادری بر می گردد (۳۵). یکی از ویژگی های برتری مطالعه اوزکان را می توان اندازه گیری اعتماد به نفس مادران در زمان شکل گیری هویت مادری دانست که در مطالعه حاضر به علت محدودیت زمانی امکان پذیر نبود. همچنین دوره پیگیری طولانی تر، استراتژی های آموزشی و ابزار اندازه گیری متفاوت می تواند از علل اثربخشی مطالعه اوزکان در مقایسه با مطالعه حاضر باشد.

با توجه به نتایج متناقض مطالعه حاضر با تعدادی از مطالعات گزارش شده و همبستگی معنادار بین دو متغیر اعتماد به نفس و خودکارآمدی مادری در مرحله بعد از مداخله، پیشنهاد می شود مطالعات دیگری مبتنی بر استراتژی های ارتقاء خودکارآمدی بر ارتقاء اعتماد به نفس مادری انجام شود. اثربخشی این مطالعات را شاید بتوان با روش های آموزشی متفاوت و یا با طولانی کردن زمان مداخله افزایش داد.

از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به استفاده از ابزارهایی که برای اولین بار در جامعه زنان

ایرانی استفاده شده بود اشاره کرد که این ابزارها در این جمعیت، هنجاریابی و استانداردسازی نشده بودند. همچنین با توجه به تأثیر مهمی که حمایت اجتماعی از طرف همسر بر بهبود پیامدهای مادری-فرزند دارد، امکان درگیر کردن مستقیم همسران وجود نداشت و فقط آموزش غیر مستقیم از طریق چند صفحه از کتابچه صورت گرفت و حمایت اجتماعی بیشتر از طرف پژوهشگر به عنوان یکی از پرسنل بهداشتی فراهم شد. از نقاط قوت این مطالعه می توان به تازه بودن موضوع و نمونه گیری از مراکز متعدد شهری با وضعیت اجتماعی اقتصادی متنوع و در نتیجه قابلیت تعمیم بالا اشاره کرد.

همبستگی معنادار نمره خودکارآمدی با اعتماد به نفس مادری در گروه مداخله پس از اجرای بسته آموزشی، ضرورت استفاده از روش های آموزشی متفاوت جهت ارتقاء بیشتر خودکارآمدی و در نتیجه اعتماد به نفس را نشان می دهد. با این حال با توجه به نقش مهم خودکارآمدی مادری در بهبود پیامدهای مادری-فرزند، توجه کارکنان و سیاست گذاران بهداشتی به استراتژی های خودکارآمدی توأم با انتقال اطلاعات بسیار مفید می باشد. با توجه به اهمیت منحصر به فرد دوران شیرخوارگی، تهیه بسته های آموزشی مراقبتی و قرار دادن آن در دسترس مادران، خصوصاً مادران نخست زا منجر به بهبود پیامدهای مادری و از این طریق اثرگذاری بر پیامدهای فرزندی می شود. نتایج این مطالعه می تواند مورد استفاده پژوهشگران بعدی قرار گیرد و پایه ای برای تحقیقات گسترده تر با روش های متفاوت آموزشی خصوصاً در مورد اثرگذاری بر اعتماد به نفس مادری باشد.

نتیجه گیری

آموزش و حمایت از مادر در مورد مراقبت از شیرخوار بر اساس تئوری خودکارآمدی منجر به ارتقاء خودکارآمدی مادری می شود اما تفاوت معناداری در نمره اعتماد به نفس مادری در مرحله بعد از مداخله ایجاد نمی کند.

تشکر و قدردانی

معاونت محترم بهداشتی دانشگاه و همکاری صمیمانه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، تشکر و قدردانی می‌شود.

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی با کد ۹۲۰۲۲۹ مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین وسیله از حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی،

منابع

1. 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 Apr;68(4):908-18
2. Banafsheh E, Salari P, Hebrani P, Dadgar S, Rahmani R, Bahri N. [Relationship between maternal fatigues during pregnancy with postpartum blues] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013;16(54):7-15.
3. Kiani F, Khadivzadeh T, Sargolzaee MH. [Relationship between marital satisfaction during pregnancy and postpartum depression (PPD)] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010;13(5):37-44.
4. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Tarkka MT. Development of an internet-based intervention for parents of infants. *J Adv Nurs* 2008 Oct;64(1):60-72.
5. 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 Jun;18(11):1592-601.
6. Soon KH, Kasil O, Young Y, Hee KD, Mi CS, Hye JJ, et al. Effect of a maternal self-efficacy promotion program on maternal confidence and mother-infant interaction. *Korean Acad Child Health Nurs* 2006;12(2):189-95.
7. Kuo CP, Chuang HL, Lee SH, Liao WC, Chang LY, Lee MC. Parenting confidence and needs for parents of newborns in Taiwan. *Iran J Pediatr* 2012 Jun;22(2):177-84.
8. Reck C, Noe D, Gerstenlauer J, Stehle E. Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behav Dev* 2012 Apr;35(2):264-72.
9. Sansom L. Confident Parenting-A Book Proposal. University of Pennsylvania;2010. Available at: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=mapp_capstone
10. Tarverdy M, Basiri P, Alave H. [An investigation on the effects of home care education on mortality and morbidity for preterm infant's mothers Tajrish hospital, 2003-2004] [Article in Persian]. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2006;4(1):1-10.
11. Hessa CR, Tetib DM, Hussey-Gardner B. Self-efficacy and parenting of high-risk infants: the moderating role of parent knowledge of infant development. *Appl Dev Psychol* 2004;25:423-37.
12. Reece SM. The parent expectations survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clin Nurs Res* 1992 Nov;14(4):336-46.
13. Karp S. The effect of maternal psychological factors on maternal competence for infant feeding. Vanderbilt:Vanderbilt University;2008.
14. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F, Sinsuksai N, Sitthimongkol Y. Self-Efficacy in Infant Care Scale: development and psychometric testing. *Nurs Health Sci* 2006 Mar;8(1):44-50.
15. Leahy-Warren P, McCarthy G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* 2011 Dec;27(6):802-10.
16. 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 Nov;45(11):1690-9.
17. 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. [in Persian].
18. Pajares F. Self-efficacy beliefs in academic settings. *Rev Educ Res* 1996 Winter;66(4):543-78.
19. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Parenting self-efficacy after childbirth. *J Adv Nurs* 2009 Nov;65(11):2324-36.
20. Tarverdy M, Basiri P, Alave H. [An investigation on the effects of home care education on mortality and morbidity for preterm infant's mothers Tajrish hospital, 2003-2004] [Article in Persian]. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2006;4(1):2-14
21. Bryanton J, Gagnon AJ, Hatem M, Johnston C. Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nurs Res* 2008 Jul-Aug;57(4):252-9.
22. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs* 2012 Feb;21(3-4):388-97.
23. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005 May;84(5):436-43.
24. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008 Jul 29;8:30.
25. Sercekus P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs* 2010 May;66(5):999-1010.

26. Arcamone A. The effect of prenatal education on adaptation to motherhood after vaginal childbirth primiparous women as assessed by Roy's four adaptative modes. Widener:Widener University;2005.
27. Svensson J, Barclay L, Cooke M. Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 2009 Apr;25(2):114-25.
28. Bandura A, Adams NE. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognit Ther Res* 1977;1(4):287-310.
29. McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011 Jan-Feb;40(1):35-46.
30. 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 Sep-Oct;35(5):616-24.
31. 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 Jun;16(3):227-36.
32. Steel O'Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. *Can J Public Health* 2003 Mar-Apr;94(2):98-103.
33. Özkan H, Polat S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nurs Res* 2011 Jun;5(2):108-17.
34. Baxley SM. Anticipating mothering in the Mexican origin woman. *Hisp Health Care Int* 2008; 04/2014; DOI: 10.1891/1540-4153.10.2.75
35. Russell K. Maternal confidence of first-time mothers during their child's infancy. Georgia:Georgia State University;2006.