

Original Article



The Effect of an Educational Intervention Based on the Health Belief Model on the Level of Breastfeeding Self-efficacy in Mothers Referring to Qazvin Health Centers: A Randomized Clinical Trial Study

Fatemeh Mohammadi¹, Mahdi Ranjbaran², Hamed Bigdeli¹, Zinat Jourabchi^{3,*}

¹ Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Metabolic Diseases Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Metabolic Diseases Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article history:

Received: 18 Jan 2024

Revised: 24 Apr 2024

Accepted: 22 Jun 2024

ePublished: 19 Dec 2024

*Corresponding author:

Zinat Jourabchi, Metabolic Diseases Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Email: zinat.jourabchi@ymail.com



Abstract

Background and Objective: The increasing of early discontinuation of exclusive breastfeeding in Iran has been observed in recent years. Enhancing maternal awareness is a pivotal factor in advancing exclusive breastfeeding rates. One of the best teaching methods about health challenges is the health belief model. The primary objective of this study was to determine the impact of an educational intervention grounded in the health belief model on maternal breastfeeding self-efficacy.

Materials and Methods: This research constitutes a randomized controlled clinical trial involving 120 pregnant women who sought care at Qazvin health centers. Through the random allocation method of 4 blocks, the participants were assigned to either the intervention group or the control group. Commencing from the 36th week of pregnancy, the intervention group underwent 4 virtual breastfeeding training sessions, structured around the principles of the health belief model. Meanwhile, the control group received standard prenatal care. Prior to delivery and at 1, 4, and 6 weeks postpartum, participants completed the breastfeeding self-efficacy questionnaire and health belief model assessments. Data analysis was carried out utilizing SPSS26 software, with a predetermined significance level of 0.05 for all statistical tests.

Results: Following the intervention, a statistically significant difference was noted in the mean values between the two cohorts with regard to the components of the health belief model ($p < 0.05$). Furthermore, the mean self-efficacy ratings during the initial week post-intervention were 52.23 ± 4.65 in the control group and 55.8 ± 4.09 in the experimental group, which was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: Educational intervention utilizing the health belief model has demonstrated the potential to enhance the level of breastfeeding self-efficacy among mothers. Consequently, healthcare professionals can consider employing this approach as a dependable and easily accessible educational tool.

Keywords: Health Belief Model, Self-Efficacy, Exclusive Breastfeeding, Breast Milk



Extended Abstract

Background and Objective

Breastfeeding is accepted as the best way of feeding children, and the World Health Organization (WHO) recommends that breastfeeding start in the first hour of birth and continue exclusively in the first six months of life. Exclusive feeding with mother's milk, in addition to the economic benefits, can lead to the reduction of many infectious, nervous and mental diseases in the infant and various diseases in the mother. Despite the evidence of the importance of exclusive breastfeeding, global statistics indicate that only 41% of mothers are exclusively breastfeeding. The rate of exclusive breastfeeding in Iran in 2019 was approximately 53%, and there appears to be an increasing trend in the early cessation of exclusive breastfeeding in recent years. Increasing the awareness level of mothers is one of the most important effective factors in promoting exclusive breastfeeding. The health belief model is one of the best teaching methods regarding health challenges. The present study aimed to determine the effect of the educational intervention based on the health belief model on the level of breastfeeding self-efficacy in mothers.

Materials and Methods

This research was a randomized clinical trial with a control group and a single-blind design conducted in 2021-2022 on 120 mothers referred to Qazvin health centers in Iran. For sampling, eligible individuals were registered by visiting healthcare centers. The samples were divided into intervention and control groups using a random allocation method of four blocks. From the 36th week onwards, the intervention group received four breastfeeding training sessions virtually, based on the constructs of the health belief model. Demographic data and midwifery information checklists, Dennis's breastfeeding self-efficacy checklist, and a researcher-made exclusive breastfeeding questionnaire based on the constructs of the health belief model were used to collect data. The checklist made by the researcher included two parts: (1) demographic information (age, education, occupation of the expectant mother, economic status, etc.) and (2) obstetric information (gestational age, number of pregnancies, type of delivery, etc.). The breastfeeding self-efficacy questionnaire and health belief model were completed before delivery and 1, 4, and 6 weeks postpartum. Data analysis was carried out using SPSS (version 26) software. The significance level of all tests was considered to be 0.05.

Results

In the present study, the mean and standard deviation of the mothers' age in the test and control groups were 29.62 ± 5.675 and 28.33 ± 5.713 , respectively, and the number of children was 1.19 ± 1.32 and 1.19 ± 1.33 . Moreover, statistical tests did not show significant differences in demographic and obstetric variables between control and intervention groups. In the control group, the rate of normal delivery was 78%, while in the intervention group, it was 75%. Skin contact was consistent in both groups at 75%, with no statistically significant difference observed. The comparison of the average scores of the health belief model constructs indicated that, before the intervention, no statistically significant difference was observed in the average scores in the two intervention and control groups. However, after the intervention, a statistically significant difference was observed in the average of the intervention and control groups in terms of model constructs, including sensitivity, intensity, benefits, obstacles, action guidelines, and self-efficacy ($P < 0.05$).

The results of the comparison of the mean self-efficacy score demonstrated that before the intervention, there was no statistically significant difference in the mean score in the intervention and control groups. However, after the intervention, a statistically significant difference was observed in the mean score of the intervention and control groups regarding breastfeeding self-efficacy score ($P < 0.05$). Therefore, after the intervention, a statistically significant difference was observed in the average of the two groups in terms of the constructs of the health belief model ($P < 0.05$). In addition, the mean breastfeeding self-efficacy scores in the first week after the intervention were 52.23 ± 4.65 in the control group and 55.8 ± 4.09 in the intervention group, which was statistically significant ($P < 0.001$). The results of the repeated measures ANOVA indicated that the effects of time, group, and the interaction between time and group were statistically significant ($P < 0.001$, Figure 1).

Conclusion

The results of the analysis of the constructs of the Health Belief Model in the intervention group revealed that all constructs showed statistically significant changes before and after the educational intervention at three time points (weeks 1, 4, and 6). As a result, educational interventions based on the health belief model can enhance the self-efficacy of breastfeeding mothers. Therefore, healthcare workers can utilize it as a reliable and accessible educational method..

Please cite this article as follows: Mohammadi F, Ranjbaran M, Bigdeli H, Jourabchi Z. The Effect of an Educational Intervention Based on the Health Belief Model on the Level of Breastfeeding Self-efficacy in Mothers Referring to Qazvin Health Centers: A Randomized Clinical Trial Study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2024; 32(4): 320-330. DOI: 10.32592/ajnmc.32.4.320

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

فاطمه محمدی^۱ ID، مهدی رنجبران^۲ ID، حامد بیکدلی^۱ ID، زینت جورابچی^۳ ID*

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر قطع زودهنگام شیردهی انحصاری در ایران در حال افزایش است. افزایش سطح آگاهی مادران از مهم‌ترین عوامل موثر در ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر است؛ یکی از بهترین روش‌های آموزشی درباره چالش‌های سلامتی، مدل اعتقاد بهداشتی است. مطالعه حاضر، با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده شاهددار است که درباره ۱۲۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین انجام شد. نمونه‌ها با روش تخصیص تصادفی بلوکی ۴ تایی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله از هفته ۳۶ به بعد، ۴ جلسه آموزشی شیردهی، مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، به صورت مجازی دریافت کردند. گروه کنترل مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کردند. پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی و مدل اعتقاد بهداشتی، قبل از زایمان و ۱، ۴ و ۶ هفته پس از آن تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 انجام شد. سطح معناداری همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بعد از انجام مداخله، تفاوت آماری معناداری در میانگین دو گروه از نظر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین میانگین نمرات خودکارآمدی شیردهی در هفته اول بعد از مداخله در گروه کنترل $4/65 \pm 52/23$ و در گروه آزمون $4/09 \pm 55/8$ بوده که از نظر تفاوت آماری معنادار بوده است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند میزان خودکارآمدی شیردهی مادران را بهبود دهد؛ بنابراین، مراقبان بهداشتی می‌توانند از آن به عنوان روش آموزشی قابل اعتماد و در دسترس استفاده کنند.

واژگان کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، خودکارآمدی، شیردهی انحصاری، شیر مادر

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۲۸

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۰۲

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: زینت جورابچی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، بلوار باهنر، قزوین، ایران.

ایمیل: zinat.jourabchi@ymail.com

استناد: محمدی، فاطمه؛ رنجبران، مهدی؛ بیکدلی، حامد؛ جورابچی، زینت. تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۳؛ ۳۲(۴): ۳۲۰-۳۳۰.

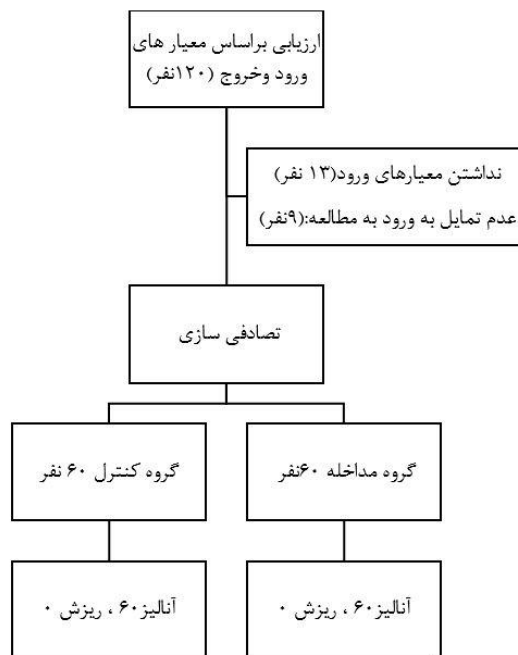
مقدمه

اهمیت بالایی دارد [۴،۵،۶]. با وجود شواهد مربوط به اهمیت شیردهی انحصاری، آمار جهانی نشان‌دهنده آن است که فقط ۴۲ درصد از زنان در یک ساعت اول پس از تولد شروع به شیردهی می‌کنند و تنها ۴۱ درصد از مادران شیردهی انحصاری انجام می‌دهند [۷]. آمار شیردهی انحصاری در ایران در سال ۲۰۱۹ حدود ۵۳ درصد بوده است [۸]. با وجود اینکه مدت زمان شیردهی انحصاری در ایران بر طبق محدوده توصیه شده سازمان جهانی بهداشت بین ۴ تا ۶ ماه

شیرمادر بهترین روش تغذیه نوزادان پذیرفته شده است [۱]. توصیه سازمان بهداشت جهانی این است که شیردهی مادر به نوزاد در اولین ساعت تولد شروع و در ۶ ماه اول زندگی به طور انحصاری ادامه پیدا کند [۲]. تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی، از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه است [۳] و منجر به کاهش بسیاری از بیماری‌های عفونی، عصبی و ذهنی در نوزاد و کاهش بیماری‌های مختلف در مادر می‌شود؛ در نتیجه آموزش به مادران در این زمینه

برنامه مراقبت‌های دوران بارداری و تشویق مادران برای شیردهی بلافاصله پس از زایمان از عوامل موثر ارتقای سطح خودکارآمدی شیردهی است [۱۷، ۱۸]. البته روش‌های دیگری مانند مشاوره به روش تله‌میدوایفیری می‌تواند به‌عنوان روشی اثربخش برای افزایش خودکارآمدی شیردهی و درک مادر از کفایت شیردهی در مادران نخست‌زا استفاده شود [۲۰]. یکی از بهترین روش‌های آموزشی مدل اعتقاد بهداشتی است که در ابعاد حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، مزایای درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی مادران است [۱۹، ۲۰]. این مدل اساس مداخلات برای افزایش دانش درباره چالش‌های سلامتی مانند اصلاح الگوهای رفتار تغذیه‌ای زنان باردار، افزایش درک از تهدید شخصی، تشویق اقدامات کاهش یا از بین بردن تهدید است و در ایجاد احساس خودکارآمدی برای تغییرات لازم نقش دارد [۲۱، ۲۲، ۲۳] (شکل ۲).

است، به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر قطع زودهنگام شیردهی انحصاری در حال افزایش است [۹، ۱۰، ۱۱]. افزایش دادن سطح آگاهی مادران در زمینه فواید شیر مادر، حمایت همسر و اطرافیان، رشد خوب کودک و درنهایت خودکارآمدی و اعتماد به نفس مادر، از مهم‌ترین عوامل موثر در ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر است [۱۲]. خودکارآمدی شیردهی، اعتماد به نفس و توانایی مادران در انجام شیردهی، سواد بهداشتی مادران و توانایی در دسترسی به شیوه‌هایی است که سلامت آن‌ها و فرزندانشان را حفظ می‌کند [۱۳، ۱۴]. خودکارآمدی شیردهی افزون بر اینکه پیشگوی محکمی برای شروع شیردهی و مدت زمان آن است (۱۵)، عامل قابل اصلاحی است که می‌توان به‌عنوان یک هدف برای بهبود میزان شیردهی در نظر گرفت [۱۶]. گنجاندن آموزش شیردهی، به ویژه آموزش چهره به چهره در



شکل ۱: فلوجارت نمونه گیری

قزوین یافته نشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین طراحی شد.

روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده با گروه کنترل و یک سو کور بوده که در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ درباره ۱۲۰ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین انجام شده است. با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط ۰/۲۵، همچنین خطای نوع اول برابر ۰/۰۵ و توان مطالعه ۰/۸۰ ضمن توجه به دو گروه مداخله و کنترل و تکرار اندازه‌گیری‌ها در ۴ مقطع زمانی، با کمک نرم‌افزار

با توجه به مطالب بیان‌شده، مداخله آموزشی به روش مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند در افزایش میزان خودکارآمدی شیردهی و در نهایت توسعه و افزایش میزان شیردهی مادران موثر باشد. همچنین با عنایت به محدودیت بیان‌شده در مطالعه معافی و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان «بررسی خودکارآمدی شیردهی و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین» محدود بودن محیط پژوهش صرفاً به یک بیمارستان آموزشی - درمانی از جهت مراجعه طیف خاصی از جامعه به این مرکز عاملی در جهت بی‌توجهی به تاثیرپذیری خودکارآمدی شیردهی از فرهنگ و سنت‌ها بوده است [۲۳، ۲۴]؛ بنابراین، با توجه به اینکه مطالعه‌ای در زمینه شیردهی انحصاری به روش بیان‌شده در شهر

¹G*POWER به تعداد ۱۰۸ نمونه در مجموع و ۵۴ نمونه در هر گروه نیاز بوده است. با توجه به احتمال ریزش ۱۰ درصدی، در مجموع ۱۲۰ نمونه و ۶۰ نفر در هر گروه وارد شدند. جهت نمونه‌گیری با مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی، افراد واجد شرایط در دسترس ثبت‌نام شدند. سپس تصادفی‌سازی با روش بلوک‌بندی تصادفی ۴ تایی، شرکت‌کنندگان در دو گروه (مداخله و کنترل) بدون آگاهی از گروه خود قرار داده شدند. جهت تعیین توالی تخصیص به روش بلوک‌بندی ۴ تایی از نرم‌افزارهای تولید توالی تخصیص تصادفی استفاده شد.

معیارهای ورود به مطالعه علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه، سن در محدوده ۴۰-۱۸ سال، سن حاملگی بالای ۳۶ هفته، بارداری کم‌خطر و تک‌قلویی، حداقل سواد خواندن و نوشتن و توانایی استفاده از نرم‌افزارهای اینترنتی بوده است. معیارهای خروج نیز تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه و موارد منع شیردهی پس از زایمان مانند افسردگی شدید، آلودگی به HIV، توبرکلوزیس درمان نشده،

G*power 3.1.9.2¹

بیماری‌های پستان و مصرف داروهای با منع شیردهی و غیره بوده است.

برای گردآوری داده‌ها از بازبینی‌های اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مامایی، بازبینی خودکارآمدی شیردهی دنیس و پرسش‌نامه محقق‌ساخته سنجش شیردهی انحصاری بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شد.

بازبینی محقق‌ساخته شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل مادر باردار، وضعیت اقتصادی و ...) و اطلاعات مامایی (سن بارداری، تعداد بارداری، نوع زایمان و ...) بوده است.

فرم کوتاه پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی SES-SF دنیس، یک مقیاس ۱۳ گویه با بار مثبت سوال‌ها با پیشوند «من می‌توانم همواره» شروع می‌شود که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از همواره یا کاملاً مطمئنم (نمره ۵) تا هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم (نمره ۱) نمره‌دهی می‌شود. کمینه و بیشینه نمرات به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است؛ به طوری که بالاترین نمره نشان‌دهنده بالاترین میزان خودکارآمدی در شیردهی دانسته می‌شوند [۲۵]. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه عربان و همکاران (۱۳۹۴) تایید شده است. تحلیل عاملی اکتشافی نیز بیانگر روایی ساختاری پرسش‌نامه با یک عامل بوده است. ضمن اینکه در پژوهش آن‌ها نتایج بررسی روایی افتراقی نشان داد که پرسش‌نامه مد نظر از همبستگی معناداری با مقیاس خودکارآمدی عمومی و استرس ادراک‌شده برخوردار است. درنهایت پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۹۱ به دست آمده است [۲۶].

۳- پرسش‌نامه محقق‌ساخته سنجش شیردهی انحصاری بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، شامل شش سازه مدل اعتقاد بهداشتی (۵ سوال سازه حساسیت درک‌شده، ۷ سوال سازه شدت

درک‌شده، ۴ سوال سازه منافع درک‌شده، ۷ سوال سازه موانع درک‌شده، ۴ سوال سازه راهنما برای عمل و ۷ سوال خودکارآمدی شیردهی) بوده و امتیازدهی بر اساس آن به این صورت بوده که هر سوال از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) نمره‌دهی شده است. بر اساس فرضیات اصلی این مدل، فرد بر اساس موارد پیش رو رفتار بهداشتی خود را اتخاذ می‌کند: ۱. افزایش حساسیت نسبت به ابتلا به یک بیماری یا دچار شدن به حالتی زیان‌بار در نتیجه اقدام به رفتاری خاص؛ ۲. بالا رفتن ادراک شخص درباره شدت آسیبی که در نتیجه بیماری یا رفتاری خاص پدید می‌آید؛ ۳. افزایش درک فرد نسبت به منافع حاصل از انجام یک رفتار بهداشتی؛ ۴. کاهش موانع و هزینه‌ها در نتیجه یک رفتار بهداشتی؛ ۵. اطمینان فرد از اینکه دارای توانایی لازم برای پیگیری یک رفتار بهداشتی است؛ ۶. راهنمایی جهت تسریع در اتخاذ رفتار بهداشتی. از جمله سوال‌های پرسیده‌شده جهت این سازه‌ها که از دلایل شروع شیر مصنوعی مادران در هفته اول پس از زایمان بوده، شامل «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک و توصیه پزشک متخصص کودکان به مصرف شیر مصنوعی در موارد زردی نوزادان» بوده است

به منظور بررسی روایی، ۱۰ نفر از متخصصان شاخص روایی (بررسی معیار سادگی، مرتبط بودن و وضوح) را در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی تکمیل کردند. این شاخص، با تجمع امتیازهای موافق برای هر مورد بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. امتیازات بالاتر از ۰/۷۹ مورد قبول واقع شد. سپس در جهت بررسی CVR (ضریب نسبت روایی محتوا) از پانل خبرگان (ده نفر از متخصصان) درخواست شد تا هر مورد را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است؛ مفید است ولی ضروری نیست؛ ضرورتی ندارد) بررسی کنند. سپس با فرمول $ne - n/2/n/2$ حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس جدول لاوشه تعیین شد [۲۷]. برای روایی صوری با روش تاثیر مورد (Item Impact Method) که برای تعیین اهمیت هر یک از آیتم‌ها استفاده می‌شود، گزینه‌های خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، قوی و خیلی قوی به ترتیب از ۱ تا ۵ بر طبق طیف لیکرت امتیاز در نظر گرفته شد. پژوهشگر امتیاز تاثیر هر یک از آیتم‌ها را بر اساس فرمول (فراوانی درصد هر یک از موارد ضرب در اهمیت آن مورد) به طور جداگانه محاسبه کرد و در نهایت هر موردی که بیش از ۱/۵ امتیاز کسب کرد، مناسب تشخیص داده شد. آلفای کرونباخ برای همه گویه‌های پرسش‌نامه بالای ۰/۷ (بیش از حد مطلوب) بوده است.

همچنین پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ تعیین شد. ضریب پایایی برای کل پرسش‌نامه بالای ۰/۷ به دست آمد.

پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، روش کار و محرمانه ماندن اطلاعات، در صورت موافقت، جهت همکاری در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی گرفت. مداخله آموزشی در این پژوهش

در نهایت در جلسه چهارم، موارد جلسات قبل مرور شد، سپس به سوالات مادران پاسخ داده شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، برای توصیف نمونه مورد مطالعه از جدول‌های توصیفی و نمودارهای فراوانی و آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی فرض نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگراف اسمیرنوف و برای مقایسه میزان خودکارآمدی شیردهی در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد. به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده و همچنین برای بررسی مقایسه خودکارآمدی شیردهی در مراحل مختلف پس از زایمان از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در نهایت نتایج با استفاده از نرم افزار spss26 تجزیه و تحلیل آماری شد. سطح معناداری همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مطالعه حاضر با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۱۲۰ مادر باردار وارد پژوهش شدند که ۶۰ نفر در گروه مداخله و ۶۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $5/675 \pm 29/62$ و $5/713 \pm 28/33$ تعداد فرزندان هم $1/32 \pm 1/19$ و $1/33 \pm 1/19$ بوده است. آزمون‌های آماری اختلاف معناداری در متغیرهای دموگرافیک و مامایی دو گروه شاهد و مداخله نشان نداد (جدول ۱).

در گروه کنترل، زایمان طبیعی شامل ۴۷ نفر (۷۸/۳ درصد) و بارداری اول ۴۴ نفر (۷۳/۳ درصد) شد. در صورتی که در گروه آزمون زایمان طبیعی در ۴۵ نفر (۷۵ درصد) و بارداری اول در ۴۱ نفر (۶۸/۳ درصد) مشاهده شد. تماس پوستی در هر دو گروه (۷۵ درصد) یکسان بود که از نظر آماری اختلاف معناداری نداشتند (جدول ۲).

به صورت چهار جلسه آموزش شیردهی مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی [۲۲] به صورت گروهی در شبکه مجازی واتس‌آپ و در دوران بارداری انجام شد.

اداره جلسات بر اساس بحث، پرسش و پاسخ و آموزش درباره اهداف کلی از پیش تعیین شده (جهت ایجاد مسیر معین و تسهیل دستیابی به اهداف مشخص) که شامل مهم‌ترین و برجسته‌ترین مشکلات و عوامل موثر بر میزان خودکارآمدی شیردهی بوده، به صورت برنامه‌های سازمان‌یافته و از طریق تعامل بین اعضای گروه با یکدیگر صورت گرفت. طول مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. فواصل جلسات یک هفته بود و محقق آن‌ها را برگزار می‌کرد. در جلسات مادران با سن مختلف حاملگی شرکت می‌کردند. طول مدت آموزش با توجه به هماهنگی‌های لازم برای مادران حدود دو ماه بوده است. گروه کنترل نیز مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کرد و هیچ‌گونه مداخله برای آنان انجام نشد. پیامد اولیه، خودکارآمدی شیردهی مادران بوده که با استفاده از پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی قبل از زایمان و هفته‌های ۱، ۴ و ۶ (برای هر مادر) پس از آن اندازه‌گیری شد. پیامد ثانویه شیردهی انحصاری بوده که با ابزار سنجش شیردهی انحصاری براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ارزیابی شد.

محتوای جلسات آموزشی به این صورت بود که در جلسه اول، ابتدا برنامه آموزشی و اهداف توضیح داده شد. از تمامی مادران جهت رعایت موازین اخلاقی از رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. سپس مادران درباره اهمیت شیردهی تعامل داشتند. در این جلسه بر روی سازه‌های حساسیت و شدت درک‌شده تمرکز شد. در جلسه دوم، مطالب در زمینه منافع و موانع شیردهی متمرکز بود و از مادران خواسته شد درباره عملکرد و تجربه شیردهی در خود و یا نزدیکان توضیح دهند. جلسه سوم، روش صحیح شیردهی به شکل گروهی در شبکه مجازی به همراه فیلم، پمفلت و تصاویر آموزش داده شد.

جدول ۱: توزیع متغیرهای دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	آزمون		کنترل		*P-Value
	(انحراف معیار) میانگین		(انحراف معیار) میانگین		
سن مادران	۲۹،۶۲ (۵،۶۷۵)		۲۸،۳۳ (۵،۷۱۳)		۰،۲۱۹
تعداد فرزندان	۱،۱۹ (۱،۳۲)		۱،۱۹ (۱،۳۳)		
متغیر	سطوح	آزمون فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	P-Value*	
تعداد بارداری	۱	۴۱ (۶۸،۳)	۴۴ (۷۳،۳)	۰،۶۶۳	
	۲	۱۶ (۲۶،۷)	۱۲ (۲۰،۰)		
	۳	۳ (۵،۰)	۴ (۶،۷)		
تحصیلات	زیر دیپلم	۶ (۱۰)	۶ (۱۰)	۰،۱۹۶	
	دیپلم	۲۴ (۴۰)	۳۵ (۵۸،۳)		
	فوق دیپلم	۶ (۱۰)	۳ (۵)		
اشتغال زن	لیسانس و بالاتر	۲۴ (۴۰)	۱۶ (۲۶،۷)	۰،۶۱۸	
	خانه دار شاغل	۵۲ (۸۶،۷) ۸ (۱۳،۳)	۴۹ (۸۱،۷) ۱۱ (۱۸،۳)		

ادامه جدول ۱

۰,۱۷۶	۱۵ (۲۵)	۱۷ (۲۸,۳)	کارمند	شغل همسر
	۱۵ (۲۵)	۱۴ (۲۳,۳)	کارگر	
	۳۰ (۵۰)	۲۹ (۴۸,۳)	آزاد	
۰,۶۴۹	۳ (۵)	۵ (۸,۳)	ضعیف	وضعیت اقتصادی
	۴۸ (۸۰)	۴۵ (۷۵)	متوسط	
	۹ (۱۵)	۱۰ (۱۶,۷)	خوب	

جدول ۲: مشخصات مامایی کل نمونه ها

متغیر	سطوح	آزمون فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	P-Value*
نوع زایمان	طبیعی	۴۵ (۷۵)	۴۷ (۷۸,۳)	۰,۸۲۹
	سزارین	۱۵ (۲۵)	۱۳ (۲۱,۷)	
تماس پوست با پوست	بلی	۴۵ (۷۵)	۴۵ (۷۵)	۰,۵۸۳
	خیر	۱۵ (۲۵)	۱۵ (۲۵)	
اولین زمان شیردهی	فوری (زیر یک ساعت)	۴۳ (۷۱,۷)	۴۴ (۷۳,۳)	۰,۵
	تأخیر در تماس مادر کودک (به دلیل اقدامات طبی)	۱۷ (۲۸,۳)	۱۶ (۲۶,۷)	
بارداری	بارداری اول	۴۱ (۶۸,۳)	۴۴ (۷۳,۳)	۰,۷۲۸
	بارداری دوم	۱۶ (۲۶,۷)	۱۲ (۲۰)	
	بارداری سوم یا بالاتر	۳ (۵)	۴ (۶,۷)	
جنسیت نوزاد	پسر	۳۲ (۵۳,۳)	۴۴ (۷۳,۳)	۰,۰۳۷
	دختر	۲۸ (۴۶,۷)	۱۶ (۲۶,۷)	

*Chi-Square - Fisher Exact, # Mann Whitney

خودکارآمدی، و کاهش معناداری در نمره موانع درک شده مشاهده شده است ($P < 0.01$)، اما در گروه کنترل میانگین نمره سازه‌های شدت، موانع، راهنمای عمل و خودکارآمدی بعد از انجام مداخله نسبت به قبل مداخله تفاوت معناداری نشان نداده است ($P > 0.05$)، و میزان حساسیت و شدت در مرحله اول بعد از انجام مداخله (هفته اول پس از زایمان) در مقایسه با قبل از مداخله کاهش و در سه مرحله بعد از انجام مداخله در مقایسه با قبل مداخله تفاوت معناداری نشان نداد ($P > 0.05$) (جدول ۳).

مقایسه میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نشان داد که قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرات در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشده است. اما بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری در میانگین گروه آزمون و کنترل از نظر سازه‌های مدل شامل حساسیت، شدت، منافع، موانع، راهنمای عمل و خودکارآمدی مشاهده شد ($p < 0.05$). همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد که در گروه آزمون بعد از مداخله، افزایش معناداری در میانگین حساسیت، شدت، منافع، راهنمای عمل و

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از انجام مداخله

متغیر	گروه زمان	انحراف معیار ± میانگین قبل از مداخله	انحراف معیار ± میانگین پس از زایمان (بعد از مداخله) هفته اول	انحراف معیار ± میانگین پس از زایمان (بعد از مداخله) هفته چهارم	انحراف معیار ± میانگین پس از زایمان (بعد از مداخله) هفته ششم	اثر متقابل زمان و گروه	اثر گروه
حساسیت درک شده	گروه آزمون	۲۰,۹۱ ± ۲,۹۳	۲۱,۵۸ ± ۱,۹۸	۲۲,۳ ± ۱,۷۹	۲۲,۲۱ ± ۱,۷۵	F(۱۱,۹۷)	F(۲۶,۷۹)
	گروه کنترل	۲۰,۹۸ ± ۲,۴۵	۱۹,۸۱ ± ۲,۰۶	۲۰,۰۳ ± ۲,۱۱	۱۹,۹۶ ± ۲,۵۳	P(۰,۲۰۱)	P<۰,۰۰۱
			<۰/۰۰۱				

ادامه جدول ۳

			۲۹,۱۶±۳,۰۴	۲۹,۰۳±۳,۱۶	۲۸,۵۶±۳,۵۲	۲۶,۰۶±۴,۵۳	گروه آزمون	شدت درک شده
F(۱۹,۷۸)	F(۱۱,۰۴)	F(۱۱,۴۵)	۲۶,۳۵±۳,۲۴	۲۵,۸۶±۲,۶۴	۲۶,۴۳±۲,۵۹	۲۶,۱۵±۲,۶۵	گروه کنترل	
P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱			<۰/۰۰۱		P-value	
			۱۸,۴۵±۱,۴۱	۱۸,۴۱±۱,۴۰	۱۸,۲۶±۱,۵۴	۱۷,۶۸±۲,۲۱	گروه آزمون	منافع درک شده
F(۴۱,۹۳)	F(۲۸,۵۹)	F(۳,۳۳)	۱۶,۲±۱,۶۵	۱۶,۳۸±۱,۳۹	۱۶,۵۸±۱,۲۹	۱۷,۸±۱,۳۸	گروه کنترل	
P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱	P(۰,۰۵۳)			<۰/۰۰۱		P-value*	
			۱۲,۸۳±۲,۵۲	۱۳,۰۸±۲,۵۸	۱۵,۱۶±۳,۲۳	۱۶,۶۳±۴,۵۵	گروه آزمون	موانع درک شده
F(۳۶,۲۷)	F(۱۷,۳۴)	F(۲۰,۶)	۱۶,۵۳±۲,۴۱	۱۶,۷۵±۲,۴۹	۱۷,۴۸±۲,۷۲	۱۶,۵۵±۲,۶۵	گروه کنترل	
P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱			<۰/۰۰۱		P-value*	
			۱۸,۳۸±۱,۲۹	۱۸,۳۱±۱,۳۳	۱۸,۰۶±۱,۴۳	۱۷,۰۳±۲,۰۴	گروه آزمون	راهنمای عمل
F(۷,۳۱)	F(۴,۴۱)	F(۱۴,۷۹)	۱۷,۴۸±۱,۶۵	۱۷,۴۸±۱,۶۵	۱۷,۴۳±۱,۳۱	۱۷,۱±۱,۳۹	گروه کنترل	
P(۰,۰۰۸)	P(۰,۰۲۳)	P<۰,۰۰۱			0.021		P-value*	
			۳۲,۰۱±۲,۰۵	۳۱,۸۱±۲,۰۱	۳۱,۶۵±۲,۱۶	۲۹,۴±۳,۸۶	گروه آزمون	خودکارآمدی درک شده
F(۲۲,۲۴)	F(۱۱,۲۱)	F(۱۲,۶)	۲۹,۶±۲,۸	۲۹,۳۳±۲,۸۲	۲۹,۵±۲,۸۷	۲۹,۴۱±۲,۰۲	گروه کنترل	
P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱	P<۰,۰۰۱			۰,۰۰۲		P-value*	

* آزمون t مستقل

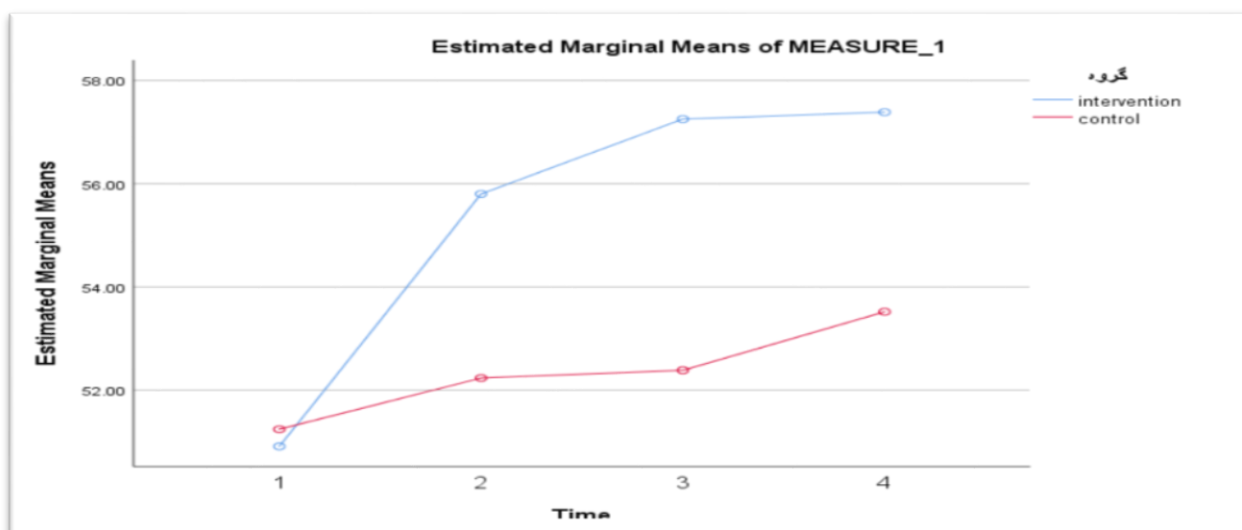
در میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی وجود دارد ($p < 0/001$)، اما در گروه کنترل میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بعد از انجام مداخله در مقایسه با قبل مداخله تفاوت معناداری نشان نداده است (جدول ۴). نتایج آزمون واریانس اندازه‌های تکراری نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه از نظر آماری معنادار بوده است ($P < 0/001$) (شکل ۱).

نتایج مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی نشان داد که قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشده است ($p > 0/05$)؛ اما بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری در میانگین گروه آزمون و کنترل از نظر نمره خودکارآمدی شیردهی مشاهده شد ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش معناداری

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی دنیس در دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از انجام مداخله

متغیر	زمان گروه	میانگین ± معیار	قبل از مداخله ± معیار	مداخله (هفته) بعد از اول پس از تأثیر (۱۰-):	مداخله (هفته) بعد از پس از زائمان ± معیار	تأثیر از زائمان ± معیار	پس از زائمان (هفته ششم) بعد از مداخله ± معیار	اثر زمان	اثر گروه	اثر متقابل زمان گروه	اثر گروه
	گروه آزمون	۵۰,۹±۸,۰۱	۵۷,۲۵±۳,۰۴	۵۵,۸±۴,۰۹	۵۷,۳۸±۳,۷۸						
	گروه کنترل	۵۱,۲۳±۲,۷۸	۵۲,۳۸±۴,۷۹	۵۲,۲۳±۴,۶۵	۵۳,۵۱±۴,۹۳						
	P-value*			<۰/۰۰۱							

مستقل t آزمون*



شکل ۲: تغییرات نمره خودکارآمدی شیردهی دو گروه آزمون و کنترل در طی مراحل قبل و بعد از مداخله

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاثیر آموزش شیردهی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان خودکارآمدی شیردهی در دو گروه آزمون و کنترل صورت گرفت. دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک مانند سن، تحصیلات، شغل زن، شغل همسر و وضعیت اقتصادی و همچنین مشخصات مامایی مانند نوع زایمان، تعداد بارداری، جنسیت نوزاد، تماس پوست با پوست بعد از زایمان، اولین زمان شیردهی همسان بودند.

نتایج تحلیل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله نشان داد که میزان تمامی سازه‌ها، حساسیت درک شده ($P < 0/001$)، شدت درک شده ($P < 0/001$)، منافع درک شده ($P < 0/001$)، موانع درک شده، راهنما برای عمل ($P = 0/021$) و خودکارآمدی شیردهی ($P = 0/002$) قبل و پس از مداخله آموزشی از لحاظ آماری معنادار بوده است. در بین سازه‌های این مدل، سازه منافع درک شده با بیشترین اثر و راهنمای عمل کمترین تاثیر را در افزایش خودکارآمدی شیردهی نشان داد. در مطالعه طل و همکاران (۲۰۱۳) مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی توانست در تداوم رفتار شیردهی موثر باشد (۲۲). چنانکه در مطالعه حاضر نیز نمره خودکارآمدی شیردهی بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه طی سه مرحله ارزیابی پس از زایمان تفاوت معناداری نشان داد ($P < 0/001$).

همسو با نتایج پژوهش حاضر در مطالعه لی‌هو و همکاران (۲۰۱۷)، آموزش قبل از تولد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی توانست بر نگرش و میزان خودکارآمدی و شاخص‌های مرتبط با آن موثر باشد [۲۵]. همچنین مطالعه امینی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که آموزش بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی در افزایش

ارتقای نمره سازه‌های حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی و بهبود عملکرد شیردهی موثر بوده است [۲۶]؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که یکی از وظایف اصلی کارکنان بهداشتی ارائه آموزش صحیح، مستمر و اصولی به زنان باردار از اواخر دوران بارداری درباره اهمیت شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر است.

از یافته‌های مهم مطالعه حاضر تغییرات نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله ($2/06 \pm 19/81$) و هفته اول بعد از مداخله ($2/98 \pm 2/45$) بوده است. همچنین منافع درک شده نیز قبل از مداخله ($1/29 \pm 16/58$) و هفته اول بعد از مداخله ($1/7/8 \pm 1/38$)، تغییر قابل توجهی داشت؛ اما میانگین نمره سازه‌های شدت، موانع، راهنمای عمل و خودکارآمدی بعد از انجام مداخله در مقایسه با قبل مداخله تفاوت معناداری نشان نداد ($P > 0/05$).

در مطالعه امینی نور و همکاران (۲۰۲۰)، عمده‌ترین علت قطع زودرس شیر مادر و استفاده از شیر مصنوعی از دیدگاه مادران، به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک و توصیه پزشک متخصص کودکان» بوده است. انجام مداخلات آموزشی در زمینه اهمیت، مزایا، نحوه تغذیه، نحوه برطرف کردن مشکلات شیردهی و نشانه‌های کیفیت شیر در کودک، ضروری دانسته شده است [۲۸].

همچنان که در مطالعه حاضر نیز از دلایل شروع شیر مصنوعی مادران در هفته اول پس از زایمان، «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک و توصیه پزشک متخصص کودکان به مصرف شیر مصنوعی در موارد زردی نوزادان» بوده است. به نظر می‌رسد موارد بیان شده از علل کاهش حساسیت درک شده و منافع درک شده در گروه کنترل باشند؛ پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در این

می‌توانند از آن به عنوان روش آموزشی قابل اعتماد و در دسترس استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT20210803052064N1 است. نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی محترم، مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه و همه شرکت‌کنندگان که ما را در این مطالعه همراهی کردند، اعلام می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچگونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین با کد اخلاقی IR.QUMS.REC.1400.178 تایید شده است و از مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه کتبی گرفته شده است.

سهام نویسندگان

تمام نویسندگان در تولید و نگارش مقاله سهیم بوده‌اند.

حمایت مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

REFERENCES

- Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Med Chir*. 2017;**39**(2):155. PMID: 28673076 DOI: 10.4081/pmc.2017.155
- Schubiger G, Schwarz U, Tönz O, Group NS. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European journal of pediatrics*. 1997;**156**(11):874-7. PMID: 9392404 DOI: 10.1007/s004310050734
- Breastfeeding So. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;**129**(3): e827-41. PMID: 22371471 DOI: 10.1542/peds.2011-3552
- Spatz DL. Using World Breastfeeding Week to Transform Institutional Culture. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2020;**45**(2):126. PMID: 32097226 DOI: 10.1097/NMC.0000000000000608
- Wiciński M, Sawicka E, Gebalski J, Kubiak K, Malinowski B. Human Milk Oligosaccharides: Health Benefits, Potential Applications in Infant Formulas, and Pharmacology. *Nutrients*. 2020;**12**(1). PMID: 31968617 DOI: 10.3390/nu12010266
- Von der Ohe G. Benefits of Breastfeeding. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;**115**(26):453. PMID: 30017029 DOI: 10.3238/arztebl.2018.0453a
- Gupta A, Suri S, Dadhich JP, Trejos M, Nalubanga B. The World Breastfeeding Trends Initiative: Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 84 countries. *J Public Health Policy*. 2019;**40**(1):35-65. PMID: 30538269 DOI: 10.1057/s41271-018-0153-9
- Behzadifar M, Saki M, Behzadifar M, Mardani M, Yari F, Ebrahimzadeh F, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding practice in the first six months of life and its determinants in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2019;**19**(1):384. PMID: 31656169 DOI: 10.1186/s12887-019-1776-0
- Dalili H, Shariat M, Nayeri F, Emami Z, Sahebi R, Sahebi L. Duration of Breastfeeding and Maternal-Related Factors in Iran, Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr Nurs*. 2020;**54**: e23-e30. PMID: 32553476 DOI: 10.1016/j.pedn.2020.04.011
- Dalili H, Shariat M, Nayeri F, Emami Z, Sahebi R, Sahebi L. Exclusive breastfeeding duration and its effect on the health of the children in Iran, a meta-analysis. *Journal of pediatric nursing*. 2019;**48**: e8-e14. PMID: 31138485 DOI: 10.1016/j.pedn.2019.04.030
- Sayres S, Visentin L. Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Curr Opin Pediatr*. 2018;**30**(4):591-6. PMID: 29782384 DOI: 10.1097/MOP.0000000000000647
- Peyman N, Charoghchian Khorasani E. To explore experiences of mothers on exclusively Breastfeeding in Iran (Mashhad): A phenomenological Study. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2017;**8**(3):395-404. DOI:10.18869/acadpub.jnkums.8.3.395
- Azizi E, Maleki A, Mazloomzadeh S, Pirzeh R. Effect of Stress Management Counseling on Self-Efficacy and Continuity of Exclusive Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2020;**15**(8):501-8. PMID: 32503365 DOI: 10.1089/bfm.2019.0251
- Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. *Evidence Based Care*. 2017;**6**(4):18-25. DOI:10.22038/ebci.2016.7986
- Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. *J Hum Lact*. 2016;**32**(1):35-45. PMID: 26319113
- Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact*. 2017;**33**(3):486-99. PMID: 26319113 DOI: 10.1177/0890334415599533
- Azizi E, Maleki A, Mazloomzadeh S, Pirzeh R. Effect of stress management counseling on self-efficacy and continuity of exclusive breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. 2020;**15**(8):501-8. PMID: 32503365 DOI: 10.1089/bfm.2019.0251

زمینه انجام شود و بر آموزش‌های مادران در دوران بارداری و قبل از زایمان در زمینه شیردهی، عوارض شروع نکردن شیردهی و درک منافع شیردهی تاکید بیشتری شود.

از محدودیت‌های این مطالعه، بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بر همه مادران نخست‌زا و چندزا بوده است که این موضوع با توجه به نتیجه مطالعه معافی و همکاران (۲۰۱۸) پاسخ داده شده است که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در زنان چندزا و زنانی که تجربه قبلی شیردهی داشتند، بیشتر بوده است [۲۹]؛ بنابراین، با توجه به تاثیرپذیری خودکارآمدی شیردهی از تعداد بارداری و تجربه قبلی شیردهی مادران، پیشنهاد می‌شود نمونه‌گیری و بررسی تاثیر آموزش بر روی مادران نخست‌زا و بی‌تجربه انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله نشان داد که میزان تمام سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و پس از مداخله آموزشی در طی سه مرحله (هفته‌های اول، چهارم و ششم) از لحاظ آماری معنادار بوده است. در نتیجه مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند میزان خودکارآمدی شیردهی مادران را بهبود ببخشد؛ بنابراین، مراقبان بهداشتی

18. Kahfroushan A, Hasanpour S, Mirghafourvand M. Breastfeeding Self-Efficacy and Its Relationship with the Perceived Stress and the Breastfeeding Performance in Iranian Mothers with Late Preterm Infants, 2019. 2020. [DOI:10.21203/rs.3.rs-87806/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-87806/v1)
19. Sulat JS, Prabandari YS, Sanusi R, Hapsari ED, Santoso B. The validity of health belief model variables in predicting behavioral change: a scoping review. *Health Education*. 2018; **118**(6):499-512. [DOI:10.1108/HE-05-2018-0027](https://doi.org/10.1108/HE-05-2018-0027)
20. Malik r. Effect of health belief model based educational intervention on promoting breast feeding among primiparous women of punjab, india-a case-control quasi experimental study. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 2017;**5**(5):54. [DOI:10.21276/jamdsr.2017.5.5.16](https://doi.org/10.21276/jamdsr.2017.5.5.16)
21. Green EC, Murphy EM, Gryboski K. The Health Belief Model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. 2020:211-4. [DOI:10.1002/9781119057840.ch68](https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch68)
22. Tol A, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Esmalee SS, Mahmoudi MM, Moradian M. Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior. 2013;**2**(2):39-47. [Link](#)
23. Bonuck KA, Freeman K, Trombley M. Country of origin and race/ethnicity: impact on breastfeeding intentions. *J Hum Lact* 2005; **21**(3): 320-6. [PMID: 16113020](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16113020/) [DOI: 10.1177/0890334405278249](https://doi.org/10.1177/0890334405278249)
24. Moafi F, H. 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) :1003-1016. [DOI: 20.1001.1.17353165.1397.17.11.3.2](https://doi.org/20.1001.1.17353165.1397.17.11.3.2)
25. Hu L, Ding T, Hu J, Luo B. Promoting breastfeeding in Chinese women undergoing cesarean section based on the health belief model: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2020;**99**(28): e2081528. [PMID: 32664074](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32664074/) [DOI: 10.1097/MD.00000000000020815](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020815)
26. Amini R, Moayeri E, Khodaveisi M, Soltanian A, Veisi F. The effect of education based on health belief model on breastfeeding performance of nulliparous women referred to Imam Reza Medical Training center. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016; **3**:17-23. [DOI:10.21859/jpen-03023](https://doi.org/10.21859/jpen-03023)
27. Ayre C and Scally AJ . Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2014; **47**(1): 79-86. [DOI: 10.1177/0748175613513808](https://doi.org/10.1177/0748175613513808)
28. Amini-Nour Z, Hassanzadeh A, Bagherniya M, Ghiasvand R. Factors Associated with Early Breastfeeding Cessation and Initiation of Artificial Milk in 0-18-Month-Old Infants and Children from Isfahan City, Iran. *HSR*. 2020; **16** (2) :108-115. [DOI:10.22122/jhsr.v16i2.3669](https://doi.org/10.22122/jhsr.v16i2.3669)
29. Moafi F, Asgari S, Yekefalah Z, Momeni M, Hajnasiri H. Assessment of breastfeeding self-efficacy and patterns and its predictors in mothers living in Qazvin province. *Nurs Midwifery J*. 2018; **15** (10) :777-787. [Link](#)
30. Mohammadi F, Bahrami N, Alimoradi Z. The Effect of Telemidwifery Counseling on Breastfeeding Self-efficacy in Primiparous Women during the COVID-19 Pandemic. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2023; **31**(2): 124-133. [DOI: 10.32592/ajnm.31.1.124](https://doi.org/10.32592/ajnm.31.1.124)
31. Saadatnia S, Soltani F, Saber A, Kazemi F. The Effect of Group Counseling Based on Health Belief Model on Nutritional Behavior of Pregnant Women with Overweight: A Randomized Controlled Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2021; **29** (2) :101-112s. [DOI: 10.30699/ajnm.29.2.102](https://doi.org/10.30699/ajnm.29.2.102)