



The Effect of Telemidwifery Counseling on Breastfeeding Self-efficacy in Primiparous Women during the COVID-19 Pandemic

Fatemeh Mohammadi¹ , Nasim Bahrami², Zainab Alimoradi^{2*} 

¹ Medical Education Development Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Social Determinants of Health Research Center, Non-Communicable Diseases Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article history:

Received: 23 October 2023

Revised: 23 January 2023

Accepted: 25 January 2023

ePublished: 19 June 2023

*Corresponding author:

Zainab Alimoradi, Social Determinants of Health Research Center, Non-Communicable Diseases Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
Email: z.alimoradi@qums.ac.ir



Abstract

Background and Objective: Introduction: The COVID-19 pandemic restricts face-to-face breastfeeding counseling. The present study aimed to investigate "the effect of telemidwifery counseling on breastfeeding self-efficacy of primiparous mothers during the COVID-19 pandemic."

Materials and Methods: This randomized controlled trial was conducted on 122 primiparous pregnant mothers referring to health centers in Qazvin, Iran, from January to May 2022. Random allocation was done using the balanced blocks method. In addition to the usual counseling during prenatal care, the intervention group received virtual breastfeeding counseling individually on the social media platform during pregnancy. Breastfeeding self-efficacy, the mother's perception of breastfeeding adequacy, and the mother's breastfeeding status were investigated on the 5th, 15th, and 45th days after childbirth.

Results: The mean breastfeeding self-efficacy score on the 5th day after childbirth between the intervention and control groups was not significantly different; however, the mean difference of this score (95% Confidence Interval) between the two groups on the 15th day equals 4.13 (1.41- 6.86) and on the 45th, day it was 6.62 (1.12- 4.41), which was significantly higher in the intervention group than the control group. There was no significant difference in the breastfeeding status of the mothers in the two groups during the follow-up period. The mean score of the mother's perception of breastfeeding adequacy in the intervention group was significantly higher than the control group only on the 45th day after delivery with a mean difference of 1.12 (0.53-1.71).

Conclusion: Telemidwifery breastfeeding counseling can be suggested as an effective method to increase the breastfeeding self-efficacy of primiparous mothers.

Keywords: Breastfeeding self-efficacy, COVID-19, Pandemic, Primiparous women, Telemidwifery

Extended Abstract

Background and Objective

Mothers' breastfeeding self-efficacy is regarded as an important factor in the initiation and continuation of breastfeeding. This self-efficacy means self-confidence and the ability of mothers to breastfeed, and as a modifiable variable, it is of interest and concern to healthcare providers. The inclusion of breastfeeding education in the prenatal care program is one of the effective factors in improving the self-efficacy level of breastfeeding. Currently, the provision of various telemedicine services is an important tool for the easy provision of extensive services, including teleconsultation. Teleconsultation service, including consultations based on midwifery issues, is a model of guidance and counseling that clients can use and consult with their counselor during the COVID-19 pandemic without the need to visit them in person. Considering the importance of breastfeeding, the lower rates of exclusive breastfeeding in Iran, compared to the statistics of the World Health Organization, and the limitation of face-to-face breastfeeding counseling during the COVID-19 epidemic, the present study aimed to "investigate the effect of telemidwifery counseling on the breastfeeding self-efficacy of primiparous mothers during the COVID-19 pandemic".

Materials and Methods

This randomized controlled clinical trial was conducted on 122 mothers referred to comprehensive health centers in Qazvin, Iran, from December 2021 to May 2022. The inclusion criteria were being primiparous, gestational age of 24-28 weeks (to ensure the absence of miscarriage and having enough time to participate in counseling sessions weekly until childbirth), having low-risk singleton pregnancy, being literate, having access to a smartphone and the platform of virtual networks and the Internet, the ability to use virtual networks, and willingness to participate in the study. On the other hand, those with prohibitions of breastfeeding after childbirth (e.g., such diseases as severe depression), AIDS infection, untreated tuberculosis, and breast diseases, as well as mothers who used drugs that prevent breastfeeding were excluded from the study. The qualified people who were willing to participate in the study were allocated to two study groups using a randomized block design (with four replications). The primary and secondary outcomes included breastfeeding self-efficacy, as well as the mother's perception of breastfeeding adequacy and breastfeeding status, respectively. After the intervention, both groups were evaluated in terms of breastfeeding self-efficacy, the mother's perception of breastfeeding adequacy, and breastfeeding status on the 5th, 15th, and 45th days after delivery. The required data were collected using demographic and fertility

characteristics form, a breastfeeding self-efficacy scale-short form, a questionnaire on the mother's perception of breastfeeding adequacy, and a checklist of the mother's breastfeeding status. The repeated measures ANOVA was used to evaluate the changes in the mean score of breastfeeding self-efficacy, breastfeeding status, and mothers' perception of breastfeeding adequacy between the study groups at different times.

Results

In total, 122 people participated in this study (intervention: n=61; control: n=61). The results of the study showed that breastfeeding self-efficacy scores in the intervention group were significantly higher than those in the control group on days 15 and 45 after delivery. Based on the standardized mean difference, the intervention had a medium effect size (0.54) in increasing the breastfeeding self-efficacy of mothers on the 15th day after delivery and a large effect size (1.08) in increasing the breastfeeding self-efficacy of mothers on the 45th day after delivery. In addition, the size of the intervention effect over time and for the intervention group was also large based on the size of the partial eta squared. Therefore, this intervention could effectively increase the breastfeeding self-efficacy of mothers. There was no significant difference between the intervention and control groups during the follow-up in terms of the breastfeeding status of mothers. Regarding the breastfeeding status, based on the standardized mean difference, the effect size of the intervention was weak (day 5 and 15 postpartum) and moderate (day 45 postpartum); however, it was statistically insignificant. Regarding breastfeeding adequacy, the results revealed that the mother's perception of the adequacy of breastfeeding increased over time in both groups; however, this increase was more in the intervention than in the control group. The mean score of the mother's perception of breastfeeding adequacy in the intervention group, compared to the control group, was significant only on the 45th day after delivery. Moreover, the effect size of the intervention on the mother's perception of breastfeeding adequacy was moderate and was significant only on the 45th day after delivery.

Conclusion

The findings showed that breastfeeding counseling by telemidwifery method has increased breastfeeding self-efficacy scores and the level of mothers' perception of breastfeeding adequacy in the intervention group and at follow-up; however, the level of breastfeeding status showed no significant difference between the groups over time. Therefore, telemidwifery counseling can be used to improve the breastfeeding self-efficacy of mothers and their perception of the adequacy of breastfeeding.

تأثیر مشاوره دوربرد مامایی (تله‌میدوایفتری) بر خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا در دوران پاندمی کووید ۱۹

فاطمه محمدی^۱ ID، نسیم بهرامی^۲، زینب علی‌مرادی^{۲*} ID

^۱ کمیته دانشجویی توسعه آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ دانشیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

سابقه و هدف: در دوران همه‌گیری کووید ۱۹، مشاوره حضوری شیردهی محدود شد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره به روش تله‌میدوایفتری بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادران نخست‌زا در دوران پاندمی کووید ۱۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده با گروه کنترل با مشارکت ۱۲۲ مادر باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر قزوین در دی ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ انجام شد. تخصیص تصادفی به روش بلوک‌های متعادل انجام شد. علاوه بر مشاوره‌های معمول دوران بارداری، گروه مداخله مشاوره شیردهی را به صورت فردی در شبکه مجازی دریافت کرد. خودکارآمدی شیردهی، درک مادر از کفایت شیردهی و وضعیت شیردهی هر دو گروه در روزهای ۵، ۱۵ و ۴۵ بعد از زایمان بررسی شد.

یافته‌ها: خودکارآمدی شیردهی در روز پنجم بعد از زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. اختلاف میانگین (فاصله اطمینان ۹۵ درصد) این نمره در دو گروه در روز ۱۵ برابر با (۶/۸۶؛ ۱/۴۱) و در روز ۴۵ برابر با (۴/۴۱؛ ۱/۱۲) بود که به صورت معنی‌داری در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود. وضعیت شیردهی مادران در دو گروه در طول زمان‌های پیگیری تفاوت معنی‌داری با هم نداشت. درک مادر از کفایت شیردهی در گروه مداخله نسبت به کنترل تنها در روز ۴۵ بعد از زایمان با اختلاف میانگین (۱/۷۱-۰/۵۳) به صورت معنی‌داری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: مشاوره به روش تله‌میدوایفتری می‌تواند به‌عنوان روشی اثربخش برای افزایش خودکارآمدی شیردهی و درک مادر از کفایت شیردهی در مادران نخست‌زا استفاده شود.

واژگان کلیدی: پاندمی، تله‌میدوایفتری، خودکارآمدی شیردهی، زنان نخست‌زا، کووید ۱۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۰۵
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: زینب علی‌مرادی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
ایمیل: z.alimoradi@qums.ac.ir

استناد: محمدی، فاطمه؛ بهرامی، نسیم؛ علی‌مرادی، زینب. تأثیر مشاوره دوربرد مامایی (تله‌میدوایفتری) بر خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا در دوران پاندمی کووید ۱۹. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، بهار ۱۴۰۲؛ ۳۱(۲): ۱۲۳-۱۲۴

مقدمه

جهانی بهداشت مبنی بر ۲۴ ماه، کمتر بوده است [۲]. یک عامل مهم در شروع و تداوم شیردهی، خودکارآمدی شیردهی مادران است [۴]. خودکارآمدی شیردهی به معنی اعتمادبه‌نفس و توانایی مادران در انجام شیردهی [۵] به‌عنوان یک متغیر قابل اصلاح مورد توجه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است [۶]. گنجاندن آموزش

با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر، آموزش و حمایت قدم‌به‌قدم شیردهی به‌عنوان شعار هفته جهانی تغذیه با شیر مادر در سال ۲۰۲۲ اعلام شد [۱]. شیوع شیردهی انحصاری در ایران طبق گزارش سال ۲۰۱۹، حدود ۵۳ درصد [۲] و میانگین مدت شیردهی در ایران در سال ۲۰۲۰ برابر با ۱۷/۳۱ ماه بود که از میزان توصیه‌های سازمان

بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر قزوین طراحی شد تا گامی در راستای سلامت مادران و کودکان شهر قزوین باشد.

روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده شاهددار بود که روی ۱۲۲ مادر مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر قزوین از ابتدای دی ۱۴۰۰ تا پایان اردیبهشت ۱۴۰۱ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در اولین بارداری، سن بارداری ۲۴ تا ۲۸ هفته (برای اطمینان از سقط نشدن و داشتن فرصت کافی برای شرکت در جلسات مشاوره‌ای به صورت هفتگی تا قبل از زایمان)، بارداری تک‌قلو و کم‌خطر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، دسترسی به گوشی هوشمند و پلتفرم شبکه‌های مجازی و اینترنت، توانایی استفاده از شبکه‌های مجازی و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل موارد منع شیردهی پس از زایمان نظیر بیماری‌هایی مثل افسردگی شدید، آلودگی به ایدز، توپرکلوزیس درمان‌نشده، بیماری‌های پستان و مصرف داروهایی با منع شیردهی و غیره بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه آقابابایی و همکاران در سال ۲۰۲۰ [۲۱]، با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵، خطای نوع دوم ۰/۲۰ و با استفاده از نرم‌افزار G Power، ۵۵ نفر در هر گروه برآورد شد. با در نظر گرفتن احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه در طول آموزش و پیگیری، برای هر گروه ۶۱ نفر به مطالعه دعوت شد. به‌منظور نمونه‌گیری در این پژوهش، در مرحله اول تمام مراکز جامع سلامت شهر قزوین به صورت ۵ خوشه (بر اساس مناطق جغرافیایی) در مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز قزوین در نظر گرفته شد. سپس از هر خوشه دو مرکز با روش تصادفی ساده (۱۰ مرکز) انتخاب شد. با مراجعه به این مراکز از افراد واجد شرایط با تمایل به شرکت در مطالعه به صورت در دسترس ثبت‌نام شد و با روش بلوک‌بندی تصادفی ۴ تایی، تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه انجام شد.

پیامد اولیه شامل خودکارآمدی شیردهی و پیامد ثانویه شامل درک مادر از کفایت شیردهی و وضعیت شیردهی بود که در هر دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از فرم کوتاه پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی، درک مادر از کفایت شیردهی و وضعیت شیردهی بعد از مداخله در روزهای ۵، ۱۵ و ۴۵ پس از زایمان بررسی شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و باروری، پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی، پرسش‌نامه درک مادر از کفایت شیردهی و چک‌لسیت وضعیت شیردهی مادر بود.

پرسش‌نامه محقق ساخته شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل مادر باردار، وضعیت اقتصادی و غیره) و اطلاعات مامایی (سن بارداری، نوع زایمان، جنسیت نوزاد و غیره) بود. فرم کوتاه پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی-دنيس (BSES-

شیردهی در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری از عوامل مؤثر ارتقای سطح خودکارآمدی شیردهی است [۷].

انواع مختلفی از روش‌های آموزشی و مشاوره‌ای مانند آموزش شیردهی به صورت چهره‌به‌چهره [۸] و مشاوره تلفنی [۹] با افزایش خودکارآمدی در شیردهی و افزایش طول مدت شیردهی به‌ویژه در مادران نخست‌زا مؤثر بوده است. در حال حاضر، ارائه خدمات متنوع پزشکی از راه دور ابزار مهمی برای ارائه آسان مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه برای بیماران در مکان‌های دور با دسترسی محدود به خدمات استاندارد بهداشتی است [۱۰]. پزشکی از راه دور (Tele medicine) به معنای استفاده از فناوری اطلاعات در برقراری ارتباط اطلاعات پزشکی و ارائه خدمات ارتباط پیوندی بین بیمار و تیم پزشکی است که شامل خدمات گسترده‌ای از جمله مشاوره از راه دور می‌شود [۱۱]. مشاوره از راه دور (Tele counseling) ارائه خدمات کمک‌درمانی را از طریق دستگاه‌هایی مانند تلفن، ایمیل و سایر بسترهای رسانه‌های اجتماعی فراهم می‌سازد [۱۲-۱۴].

مشاوره شیردهی و حمایت اجتماعی مادران در همه‌گیری کووید ۱۹ تحت تأثیر قرار گرفت و مادران بدون تجربه قبلی شیردهی، بار بیشتری را از نظر کاهش دریافت مشاوره و حمایت شیردهی تجربه کردند [۱۵]. خدمات مشاوره از راه دور از جمله مشاوره‌های مبتنی بر مسائل مامایی، مدلی از راهنمایی و مشاوره است که مراجع در همه‌گیری کووید ۱۹ بدون نیاز به مراجعه حضوری، همچنان می‌توانست با مشاور خود مشورت کند [۱۶]. مدل مشاوره‌ای به‌منظور تداوم مراقبت و خدمات مامایی باکیفیت و ایمن، بر پایه یک پلتفرم به صورت آنلاین در قالب رسانه‌های نوشتاری، دیداری، صوتی و تلفیقی است که با عبارت جدید «تله‌میدوایفیری» تعریف می‌شود و نقش اصلی ماما را در تداوم مراقبت مامایی نشان می‌دهد [۱۷].

بانک جهانی به همه کشورهای عضو سازمان ملل توصیه کرده است اجرای سیستم‌های مامایی از راه دور را در تمام محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی و برنامه درسی مامایی تشویق کنند؛ زیرا ماماها مایل به بهبود مراقبت از طریق استفاده از فناوری هستند [۱۸]. پیشرفت‌های فناوری نیز اجازه داده است حمایت‌های شیردهی به صورت مجازی از طریق فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی ارائه شود [۱۹]. با توجه به محدودیت‌های مربوط به بیماری همه‌گیر کووید ۱۹، مدل‌های سنتی حمایت از شیردهی محدود شد. از این رو، نوآوری در مشاوره مجازی به‌عنوان گزینه مناسبی در این زمینه استفاده شد [۲۰].

با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر، کمتر بودن آمار تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران در مقایسه با آمار سازمان جهانی بهداشت، نبود مطالعه در خصوص استفاده از روش تله‌میدوایفیری (Tele midwifery) بر خودکارآمدی شیردهی با وجود جست‌وجوی گسترده گروه تحقیق در پایگاه‌های داده‌ای آکادمیک، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره به روش تله‌میدوایفیری

راحتی مادر است. «H» برای کمک به مادر به نگه داشتن نوزاد روی سینه است. هر مورد بین صفر تا ۳ نمره دارد. بیشترین نمره ۱۲ است. هرچه نمره LATCH بیشتر باشد، موفقیت در شیردهی بیشتر است [۲۴]. این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به فارسی ترجمه و نسخه ترجمه‌شده به انگلیسی برگردانده شد. در نهایت، صحت معنایی نسخه ترجمه‌شده تأیید شد. روایی نسخه ترجمه‌شده فارسی بر اساس روایی صوری به روش کیفی (توسط ۱۰ نفر مادر تازه زایمان کرده خارج از مطالعه حاضر) بررسی شد. متن گویه‌ها برای مادران از نظر محتوایی و کلمات قابل درک بود. روایی محتوایی کیفی با نظر ۵ نفر از اساتید گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بررسی و تأیید شد. تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس پاسخ‌های مرحله اول تمام مشارکت‌کنندگان کفایت لازم را براساس ضریب کایزر-مایر-الکین برابر با ۰/۷۶ و معنی‌دار بودن آزمون کرویت بارتلت (سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱) داشت. تحلیل عاملی اکتشافی تک‌مؤلفه بودن نسخه فارسی این پرسش‌نامه را تأیید کرد. این گویه‌ها ۶۲/۵۲ درصد از واریانس وضعیت شیردهی را تبیین می‌کرد. پایایی پرسش‌نامه در سه بار سنجش بر اساس ضریب آلفای کورنباخ ۰/۷۸، بر اساس ضریب همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۸۰ و قابل قبول بود. بنابراین، روایی و پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر بررسی و تأیید شد.

مداخله در این پژوهش به صورت ۸ جلسه مشاوره شیردهی به روش تله‌میدوایفیری به صورت فردی در شبکه مجازی بود که هر جلسه ۴۵ دقیقه و فواصل جلسات یک هفته بود. مادران باردار در هفته ۲۴ تا ۲۸ وارد مطالعه شدند و به مدت ۸ هفته این مشاوره را دریافت کردند. با توجه به اینکه ماهیت مشاوره، حالت پرسش‌وپاسخ و رفع اشکال داشت، امکان مشاوره شیردهی پس از زایمان نیز وجود داشت. گروه کنترل مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کرد و هیچ مداخله‌ای غیر از مراقبت‌های روتین دوران بارداری و پس از زایمان برای آنان انجام نشد. مداخله توسط یکی از افراد تیم تحقیق و تحت نظر اساتید راهنما و مشاور انجام شد. محتوای جلسات مشاوره از بوکلت (مراقبت‌های ادغام‌یافته کودک سالم ویژه پزشک و غیرپزشک ۱۴۰۰ بخش شیردهی) [۲۵] به همراه فیلم [۲۶] و پمفلت و تصاویر در ۸ جلسه (جدول ۱) ارائه شد.

SF) یک مقیاس ۱۳ گویه‌ای با بار مثبت سوالات با پیشوند «من همواره می‌توانم» است 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. نمره بیشتر نشان‌دهنده بیشترین میزان خودکارآمدی در شیردهی است [۲۲].

پرسش‌نامه درک مادر از کفایت شیردهی یک مقیاس ۶ گویه‌ای با مقیاس پاسخ‌دهی لیکرت از «مطمئناً می‌تواند» (نمره ۱۰) تا «نمی‌تواند» (نمره صفر) است؛ برای مثال، «من می‌توانم بگویم چه وقت نوزادم گرسنه است» با عددی از صفر (نمی‌تواند) تا ۱۰ (مطمئناً می‌تواند) امتیازدهی می‌شود. به دنبال پژوهش McCarter و همکاران (۲۰۰۱)، اعتبار داخلی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کورنباخ در سه‌ماهه آخر بارداری ۰/۹۲ و در یک ماه پس از زایمان ۰/۹۱ بود [۲۳]. این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به فارسی ترجمه و نسخه ترجمه‌شده به انگلیسی برگردانده شد. در نهایت صحت معنایی نسخه ترجمه‌شده تأیید شد. روایی نسخه ترجمه‌شده فارسی بر اساس روایی صوری به روش کیفی (توسط ۱۰ مادر تازه زایمان کرده خارج از مطالعه حاضر) بررسی شد. متن گویه‌ها برای مادران از نظر محتوایی و کلمات قابل درک بود. روایی محتوایی کیفی با نظر ۵ نفر از اساتید گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بررسی و تأیید شد. تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس پاسخ‌های مرحله اول تمام مشارکت‌کنندگان کفایت لازم را بر اساس ضریب کایزر-مایر-الکین (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) برابر با ۰/۷۸ و معنی‌دار بودن آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test of Sphericity) (سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱) داشت. تحلیل عاملی اکتشافی تک‌مؤلفه بودن نسخه فارسی این پرسش‌نامه را تأیید کرد. این گویه‌ها ۵۳/۱۹ درصد از واریانس درک مادر از کفایت شیردهی را تبیین می‌کرد. پایایی پرسش‌نامه در سه بار سنجش بر اساس ضریب آلفای کورنباخ ۰/۸۲، بر اساس ضریب همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۹۲ و قابل قبول بود. بنابراین، روایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر بررسی و تأیید شد.

چک لسیه وضعیت شیردهی مادر (LATCH): «L» برای چگونگی چسبیدن نوزاد به سینه است. «A» برای میزان بلع قابل شنیدن است. «T» برای نوع نوک سینه مادر است. «C» برای سطح

جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره

جلسه اول	شرح کامل برنامه آموزشی و توضیح اهداف، ارزیابی اطلاعات مادر درباره اهمیت شیردهی، شرح اهمیت و مزایای شیر مادر
جلسه دوم	مزایای شیر مادر و معایب تغذیه مصنوعی
جلسه سوم	چگونگی شروع تغذیه با شیر مادر و تداوم آن
جلسه چهارم	وضعیت صحیح شیردهی
جلسه پنجم	دوشیدن شیر مادر، نحوه نگهداری و مصرف شیر دوشیده‌شده
جلسه ششم	اقدامات اولیه برای موفقیت شیردهی، تماس پوستی مادر و نوزاد پس از زایمان و مزایای آن، تأکید بر شیردهی ساعت اول تولد
جلسه هفتم	بیماری‌های پستان و درمان آن، تغذیه مادر در دوران شیردهی، مراقبت پس از زایمان
جلسه هشتم	مروری بر مباحث جلسات پیشین و پاسخ به سوالات مادران

از کفایت شیردهی و وضعیت شیردهی مادر به ترتیب ۴/۸۵، ۱/۵۸ و ۲/۲۹ بود. برای بررسی اندازه اثر در مطالعه حاضر از دو معیار اندازه اثر آماری بر اساس مقادیر شاخص اتا اسکوتر (در آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر) و اندازه اثر اختلاف میانگین استاندارد شده استفاده شد. شاخص اتا اسکوتر کمتر از ۰/۱ به منزله اندازه اثر بدون ارزش، بین ۰/۱ تا ۰/۰۶ اندازه اثر ضعیف، بین ۰/۰۶ تا ۰/۱۴ اندازه اثر متوسط و مقادیر بیش از ۰/۱۴ تا ۰/۲ اندازه اثر قوی تفسیر می‌شود. اندازه اثر اختلاف میانگین استاندارد شده کمتر از ۰/۲ به منزله اندازه اثر ضعیف، بین ۰/۲ تا ۰/۵ اثر متوسط و بیش از ۰/۵ اندازه اثر قوی تفسیر می‌شود [۲۹]. سطح معنی‌داری تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

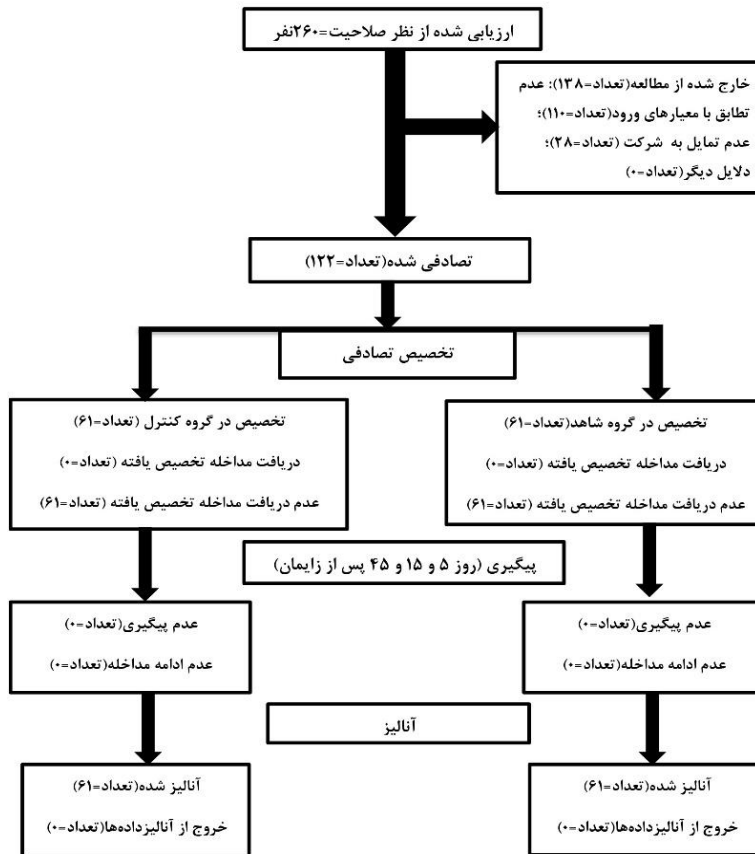
در این مطالعه ۱۲۲ نفر (۶۱ نفر در گروه آزمون و ۶۱ نفر در گروه کنترل) مشارکت داشتند. نمودار کنسورت روند بیماریابی و پیگیری را در جریان مطالعه نشان می‌دهد (شکل ۱). در گروه آزمون، مشاوره شیردهی به روش مامایی از راه دور انجام شد. در گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای انجام نشد. هر دو گروه مراقبت‌ها و آموزش‌های روتین دوران بارداری را از مراکز جامع سلامت دریافت کردند.

پروپوزال مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بررسی و با دریافت کد اخلاق (IR.QUMS.REC.1400.407) تأیید شد. همچنین در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی با کد (IRCT20210803052064N2) ثبت و تأیید شده است. قبل از جمع‌آوری اطلاعات، هدف مطالعه برای نمونه‌ها توضیح داده و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. به آنان اطمینان داده شد اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و در هر زمان که بخواهند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شد. مقایسه توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه بر اساس معیارهای Imbens و Rubin انجام شد [۲۷]. از آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی، وضعیت شیردهی و درک مادر از کفایت شیردهی بین گروه‌های مطالعه در زمان‌های مختلف استفاده شد. تفاوت میانگین برای ارزیابی حداقل تفاوت بالینی مهم (Minimum Clinical Important Difference: MCID) بررسی شد. محاسبه MCID بر اساس روش مبتنی بر توزیع Jacobson و همکاران [۲۸] و با فرمول زیر محاسبه شد:

$$MCID = 1.96 * SD_{base} * \sqrt{2 * (1 - ICC)}$$

حداقل تفاوت بالینی مهم خودکارآمدی شیردهی، درک مادر



شکل ۱. نمودار جریان فرایند کنسورت

ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

توزیع ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان به تفکیک

گروه‌های مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سنی شرکت‌کنندگان در دو گروه ۲۸ سال، با

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان بر اساس گروه مطالعه

متغیر	مداخله (تعداد=۶۱)	کنترل (تعداد=۶۱)
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
سن (سال)	۲۸/۱۰ (۵/۰۳)	۲۷/۸ (۵/۴۶)
سن حاملگی در بدو تولد (هفته)	۳۸/۵۷ (۱/۳۸)	۳۸/۵۴ (۱/۲۸)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
شغل مادر	شاغل	۱۱ (۱۸/۰۰)
	خانه‌دار	۵۰ (۸۲/۰۰)
	کارگر	۲۱ (۳۴/۴۰)
شغل پدر	کارمند	۱۹ (۰۳۱/۱)
	شغل آزاد	۲۱ (۳۴/۴۰)
	ضعیف	۶ (۹/۸۰)
وضعیت اقتصادی درک‌شده در خانواده	متوسط	۴۲ (۶۸/۹۰)
	خوب	۱۳ (۲۱/۳۰)
	زیر دیپلم	۵ (۸/۲۰)
وضعیت تحصیلی مادر	دیپلم	۲۲ (۳۶/۱۰)
	مدرک دانشگاهی	۳۴ (۵۵/۷۰)
	بلی	۵۱ (۸۳/۶۰)
تماس پوست با پوست	خیر	۱۰ (۱۶/۴۰)
	پسر	۳۳ (۵۴/۱۰)
	دختر	۲۸ (۴۵/۹۰)
جنسیت نوزاد	طبیعی	۴۹ (۸۰/۳۰)
	سزارین	۱۲ (۱۹/۷۰)
	بلی	۴۰ (۶۵/۶۰)
شیردهی انحصاری	خیر	۲۱ (۳۴/۴۰)
		۳۷ (۶۰/۷۰)

بنابراین، این مداخله به‌طور مؤثری توانست خودکارآمدی شیردهی مادران را افزایش دهد. با در نظر گرفتن حداقل تفاوت بالینی مهم، اختلاف میانگین تنها در ۴۵ روز بعد از زایمان از نظر بالینی هم معنی‌دار بود.

وضعیت شیردهی مادر و میزان درک مادر از کفایت شیردهی

نتایج مطالعه نشان داد وضعیت شیردهی مادران در دو گروه مداخله و کنترل در طول زمان‌های پیگیری تفاوت معنی‌داری با هم نداشت (جدول ۴). اندازه اثر مداخله بر اساس اختلاف میانگین استاندارد شده درباره وضعیت شیردهی ضعیف (روز ۵ و ۱۵ بعد از زایمان) و متوسط (روز ۴۵ بعد از زایمان)، اما از نظر آماری غیرمعنی‌دار بود. در زمینه کفایت شیردهی هم نتایج مطالعه نشان داد درک مادر از کفایت شیردهی در هر دو گروه به مرور زمان افزایش داشت، اما این افزایش در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود. میانگین نمره درک مادر از کفایت شیردهی در گروه مداخله نسبت به کنترل تنها در روز ۴۵ بعد از زایمان معنی‌دار بود. اندازه

میانگین سن بارداری ۳۸ هفته بود. شغل بیشتر مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه خانه‌دار بود. بیشتر افراد اظهار داشتند که وضعیت اقتصادی خانواده آن‌ها متوسط است. در مجموع، توزیع ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در هر دو گروه مداخله و کنترل به‌جز وضعیت تحصیلات مادر، متوازن بود. بنابراین، در تحلیل به‌عنوان متغیر کوواریت در نظر گرفته شد.

خودکارآمدی شیردهی

نتایج مطالعه نشان داد نمرات خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله نسبت به کنترل ۱۵ و ۴۵ روز بعد از زایمان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (جدول ۳). بر اساس اختلاف میانگین استاندارد شده، مداخله اندازه اثر متوسط (۰/۵۴) در افزایش خودکارآمدی شیردهی مادران در روز ۱۵ بعد از زایمان و اندازه اثر بزرگ (۱/۰۸) در افزایش خودکارآمدی شیردهی مادران در روز ۴۵ بعد از زایمان تأثیر داشت. همچنین اندازه اثر مداخله در طول زمان برای گروه مداخله بر اساس اندازه اتا اسکور نسبی هم بزرگ بود.

اثر مداخله در زمینه درک مادر از کفایت شیردهی در حد متوسط و تنها در روز ۴۵ بعد از زایمان معنی دار بود.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس کوواریانس برای سنجش‌های مکرر برای ارزیابی تأثیر مداخله بر میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی شیردهی

زمان‌های پیگیری	گروه		تفاوت میانگین (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	تفاوت میانگین استاندارد شده (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)
	مداخله (تعداد=۶۱)	کنترل (تعداد=۶۱)		
۵ روز پس از زایمان	۵۰/۷۱ (۹/۲۱)	۵۰/۰۲ (۸/۳۲)	۰/۶۹ (-۲/۴۶؛ ۳/۸۴)	۰/۰۸ (-۰/۲۸؛ ۰/۴۳)
۱۵ روز پس از زایمان	۵۴/۱۱ (۷/۸۵)	۴۹/۹۸ (۷/۳۵)	۴/۱۳ (۱/۴۱؛ ۶/۸۶)	۰/۵۴ (۰/۱۸؛ ۰/۹۱)
۴۵ روز پس از زایمان	۵۹/۹۳ (۵/۱۴)	۵۳/۳۱ (۷/۰۳)	۶/۶۲ (۱/۱۲؛ ۱۱/۱۲)	۱/۰۸ (۰/۷۰؛ ۱/۴۶)
نتایج تحلیل واریانس	اثر	آماره F	سطح معنی داری	مقدار اتا اسکوئر نسبی
اندازه‌گیری مکرر	زمان	۷۶/۶۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۰
	گروه	۹/۵۴۸	۰/۰۰۲	۰/۰۷۴
	گروه و زمان	۱۶/۲۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۹

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس کوواریانس برای سنجش‌های مکرر برای ارزیابی تأثیر مداخله بر میانگین و انحراف معیار وضعیت شیردهی و درک مادر از کفایت شیردهی

زمان‌های پیگیری	گروه		تفاوت میانگین و فاصله اطمینان ۹۵ درصد	تفاوت میانگین استاندارد شده و فاصله اطمینان ۹۵ درصد	نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر		
	مداخله (تعداد=۶۱)	کنترل (تعداد=۶۱)			آماره F (سطح معنی داری)	اثر	مقدار اتا اسکوئر نسبی
۵ روز پس از زایمان	۲/۰۵ (۱/۶۳)	۹/۷۹ (۱/۶۳)	۰/۲۰ (-۰/۸۶)؛ ۰/۴۷	۰/۲۵ (-۰/۱۱)؛ ۰/۴۶	۶۰/۷۶۵	زمان	۰/۳۳۶
۱۵ روز پس از زایمان	۱۰/۵۴ (۱/۶۰)	۱۰/۴۴ (۱/۴۳)	۰/۱۰ (-۰/۴۴)؛ ۰/۶۴	۰/۰۷ (-۰/۲۹)؛ ۰/۴۲	۰/۱۲ (۰/۷۳)	گروه	۰/۰۰۱
۴۵ روز پس از زایمان	۱۱/۵۳ (۰/۷۷)	۱۱/۲۱ (۱/۰۳)	۰/۳۱ (-۰/۰۲)؛ ۰/۶۴	۰/۳۵ (-۰/۰۱)؛ ۰/۷۱	۱/۴۰۱	*گروه	۰/۰۱۲
۵ روز پس از زایمان	۴/۲۵ (۱/۷۸)	۳/۳۸ (۲/۱۷)	۰/۸۹ (۰/۱۶)؛ ۱/۵۸	۰/۴۴ (۰/۰۸)؛ ۰/۸۰	۲۳/۲۲۵	زمان	۰/۱۶۲
۱۵ روز پس از زایمان	۴/۳۶ (۱/۸۲)	۳/۸۴ (۲/۱۳)	۰/۵۳ (۰/۱۹)؛ ۱/۲۳	۰/۲۶ (۰/۰۹)؛ ۰/۶۲	۷/۸۹۳	گروه	۰/۰۶۲
۴۵ روز پس از زایمان	۵/۳۱ (۱/۲۵)	۴/۲۰ (۱/۹۷)	۱/۱۲ (۰/۵۳)؛ ۱/۷۱	۰/۶۷ (۰/۳۱)؛ ۱/۰۴	۲/۱۸۶	گروه و زمان	۰/۰۱۸

بحث

در بیمارستان و یک جلسه از طریق تلفن) نتوانسته بود سبب افزایش معنادار خودکارآمدی در زنان نخست‌زا شود [۳۰]. به نظر می‌رسد زمان انجام مشاوره شیردهی مهم باشد. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر این مشاوره‌ها قبل از زایمان به مادران داده شده بود، شاید شناخت و آمادگی افراد برای فرایند شیردهی توانسته باشد خودکارآمدی شیردهی را در آن‌ها افزایش دهد. در پژوهش حاضر، مشاوره در زمان بارداری به افراد ارائه شد که فرصت کافی مطالعه و رفع مشکلات وجود داشته باشد. درحالی‌که ارائه مشاوره در مطالعه فوق زمانی بود که افراد به‌تازگی زایمان کرده بودند و در شرایط درد بعد از زایمان و خستگی فرایند زایمان بودند که باعث کاهش میزان یادگیری آن‌ها شده بود. همچنین تعداد جلسات

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده است که با هدف بررسی تأثیر مشاوره به روش تله‌میدوایفیری بر میزان خودکارآمدی شیردهی مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر قزوین طراحی شد. نتایج مطالعه نشان داد افزایش میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در روز ۱۵ و ۴۵ در هر دو گروه مشاهده می‌شود، اما این افزایش در گروه مداخله به‌طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه McQueen و همکاران هماهنگ نبود؛ چراکه در مطالعه McQueen، مداخله انجام‌شده (۳ جلسه برنامه افزایش خودکارآمدی در دوران پس از زایمان به صورت دو جلسه حضوری

نقاط قوت و محدودیت‌ها

مطالعه حاضر با سه بار سنجش توانست تأثیر مشاوره شیردهی مادران را بر خودکارآمدی شیردهی و درک مادر از کفایت شیردهی و وضعیت شیردهی را در دوره‌های مختلف پس از زایمان بررسی کند. این کار امکان بررسی روند تغییرات پیامدهای مطالعه‌شده را در گذر زمان و ماندگاری تأثیر روش مشاوره‌ای را فراهم می‌کند. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، بررسی پیامدها به روش خودگزارش‌دهی بود؛ بخصوص بررسی مادران در روز پنجم بعد از زایمان که به‌منظور بررسی زود هنگام پیامدهای مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد مشاوره شیردهی به روش تله‌میدوایفری، نمرات خودکارآمدی شیردهی و میزان درک کفایت شیردهی مادران را در گروه‌های مداخله و در دوره‌های پیگیری افزایش داده است، ولی وضعیت شیردهی در طول زمان در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. بنابراین، می‌توان مشاوره به روش تله‌میدوایفری را به‌منظور بهبود خودکارآمدی شیردهی مادران و درک کفایت شیردهی به کار برد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت محترم و مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه به دلیل دادن مجوز انجام مطالعه و از شرکت‌کنندگان در این مطالعه اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تعارضی در منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بررسی و با دریافت کد اخلاقی (IR.QUMS.REC.1400.407) تأیید شد. همچنین در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ثبت و با دریافت کد (IRCT20210803052064N2) تأیید شد. قبل از جمع‌آوری اطلاعات، هدف مطالعه برای نمونه‌ها توضیح داده و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه دریافت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و در هر زمان که بخواهند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

حمایت مالی

ندارد.

مشاوره نیز در مطالعه حاضر ۸ جلسه بود که دفعات تکرار فرایند آموزش و مشاوره نیز عاملی برای تثبیت دانسته‌های فرد در این زمینه است. نتایج حاضر با نتایج مطالعه Sari و Altay [۳۱] و حیدری و همکاران [۳۲] همسو است.

میانگین نمره وضعیت شیردهی مادران در دو گروه مداخله و کنترل در طول زمان‌های پیگیری در هر دو گروه افزایش داشت، اما تفاوت معنی‌داری با هم نداشت. در مطالعه Sari و Altay، میانگین نمرات وضعیت شیردهی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور قابل توجهی بیشتر بود [۳۱] که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو است. Emine Gercek و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین میانگین نمرات خودکارآمدی شیردهی با میانگین نمرات وضعیت شیردهی مادران نخست‌زا ارتباط و همبستگی ضعیفی وجود دارد [۳۳]. بر این اساس و به‌عنوان یک یافته متعاقب، در مطالعه حاضر همبستگی بین خودکارآمدی شیردهی با وضعیت شیردهی و درک مادر از کفایت شیر بررسی شد. نتایج نشان داد همبستگی متوسط بین خودکارآمدی شیردهی با وضعیت شیردهی (ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۴، ۰/۵۱ و ۰/۴۷ به ترتیب ۵، ۱۵ و ۴۵ روز بعد از زایمان) و همبستگی قوی با درک مادر از کفایت شیر (ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۳، ۰/۶۵، ۰/۶۳ به ترتیب ۵، ۱۵ و ۴۵ روز بعد از زایمان) وجود داشت. در زمینه تأثیر مشاوره تله‌میدوایفری بر وضعیت شیردهی مادران به نظر می‌رسد دریافت یکنواخت آموزش‌های شیردهی به صورت حضوری در زمان بستری مادران باعث افزایش هماهنگ نمرات وضعیت شیردهی در هر دو گروه شده است. بنابراین، انجام مشاوره از راه دور به‌تنهایی در بهبود آن کافی نیست.

در زمینه کفایت شیردهی، نتایج مطالعه نشان داد درک مادر از کفایت شیردهی در هر دو گروه به مرور زمان افزایش داشت، اما این افزایش در گروه مداخله کمی بیشتر از گروه کنترل بود. میانگین نمره درک مادر از کفایت شیردهی در گروه مداخله نسبت به کنترل تنها در روز ۴۵ بعد از زایمان معنی‌دار بود. Deniss و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افزایش خودکارآمدی شیردهی بلافاصله پس از زایمان درک مادر را از کفایت شیردهی افزایش و قطع زودرس شیردهی را کاهش می‌دهد و به انجام تحقیقات تکمیلی توصیه کرده است [۳۰]. مطالعه حاضر نیز نشان داد با افزایش خودکارآمدی شیردهی می‌توان میزان درک مادران را از کفایت شیردهی افزایش داد.

REFERENCES

1. WABA. World breastfeeding week. Malaysia: World Alliance for Breastfeeding Action; 2022.
2. 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.
3. 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;54:23-30. PMID: 32553476. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.04.011
4. Parsa P, Boojar A, Roshanai G, Bakht R. The effect

- breastfeeding counseling on self-efficacy and continuation breastfeeding among primiparous mothers: a randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2016;**24**(2):98-104. DOI: [10.20286/nmi-24024](https://doi.org/10.20286/nmi-24024)
5. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. *Evid Based Care J*. 2017;**6**(4):18-25. DOI: [10.22038/ebcj.2016.7986](https://doi.org/10.22038/ebcj.2016.7986)
 6. 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: [28644764](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28644764/). DOI: [10.1177/0890334417707957](https://doi.org/10.1177/0890334417707957)
 7. Mirghafourvand M, Malakouti J, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Faridvand F. Predictors of breastfeeding self-efficacy in Iranian women: a cross-sectional study. *Int J Women's Health Reprod Sci*. 2018;**6**(3):380-5. DOI: [10.15296/ijwhr.2018.62](https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.62)
 8. Hashemzadeh M. Effect of educational package on breastfeeding self-efficacy in postpartum period. *Payesh*. 2014;**13**(2):221-8.
 9. Raisi Dehkordi Z, Raei M, Ghassab Shirazi M, Raisi Dehkordi SAR, Mirmohammadali M. Effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparous women. *Hayat*. 2012;**18**(2):57-65.
 10. Ateriya N, Saraf A, Meshram VP, Setia P. Telemedicine and virtual consultation: the Indian perspective. *Natl Med J India*. 2018;**31**(4):215-8. PMID: [31134926](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31134926/). DOI: [10.4103/0970-258X.258220](https://doi.org/10.4103/0970-258X.258220)
 11. Yousefzade M, Azad M, Davaridolatabadi N. Nursing, midwifery and para medicine university students' attitude towards the application of tele medicine. *JMIS*. 2017;**3**(1):9-15.
 12. Hafizah M, Abu Yazid Abu B, Salleh A. The provision of Tele-counseling in Malaysia: an in-depth qualitative analysis. *Bisma T Journal Conseling*. 2020;**4**(3):291-8. DOI: [10.23887/bisma.v4i3.30694](https://doi.org/10.23887/bisma.v4i3.30694)
 13. Khodaveisi M, salmani ghabeshi m, Amini R, Tapak L. The effect of post-discharge telephone training and follow-up on self-care behaviors of myocardial infarction patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2022;**30**(2):98-106. DOI: [10.32592/ajnmc.30.2.98](https://doi.org/10.32592/ajnmc.30.2.98)
 14. Gomar E, Karampourian A, Molavi Vardanjani M, Manafi B, Khazaei S. The effect of telephone training and follow-up on patients' adherence to the treatment regimen after myocardial infarction. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2022;**30**(3):151-62. DOI: [10.32592/ajnmc.30.3.151](https://doi.org/10.32592/ajnmc.30.3.151)
 15. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 infections and impact of the Covid-19 pandemic in pregnancy and breastfeeding: results from an observational study in primary care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;**17**(18):6766. PMID: [32957434](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32957434/). DOI: [10.3390/ijerph17186766](https://doi.org/10.3390/ijerph17186766)
 16. Equatora MA, Rachmayanthi R, Jarodi O, Muliati S, Upe A, editors. Tele-counseling services for clients. 2nd International Conference on Law and Human Rights 2021 (ICLHR 2021); 2021. DOI: [10.2991/assehr.k.211112.023](https://doi.org/10.2991/assehr.k.211112.023)
 17. Stellata AG, Rinawan FR, Winarno GNA, Susanti AI, Purnama WG. Exploration of Telemidwifery: an initiation of application menu in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;**19**(17):10713. DOI: [10.3390/ijerph191710713](https://doi.org/10.3390/ijerph191710713)
 18. Pivadga C, Ekpah D. Technology: role in maternal and infant mortality ratios. Midwives and nurses perception in Cameroon-West Africa. A cross-sectional quantitative survey. *SJHR-Africa*. 2022;**3**:12. DOI: [10.51168/sjhrafrica.v3i3.104](https://doi.org/10.51168/sjhrafrica.v3i3.104)
 19. Blackmore A, Howell B, Romme K, Gao Z, Nguyen H, Allwood Newhook LA, et al. The effectiveness of virtual lactation support: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact*. 2022;**38**(3):452-65. PMID: [35695423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35695423/). DOI: [10.1177/08903344221099914](https://doi.org/10.1177/08903344221099914)
 20. Schindler-Ruwisch J, Phillips KE. Breastfeeding during a pandemic: the influence of Covid-19 on lactation services in the northeastern United States. *J Hum Lact*. 2021;**37**(2):260-8. PMID: [33730895](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33730895/). DOI: [10.1177/08903344211003898](https://doi.org/10.1177/08903344211003898)
 21. Aghababaei S, Khodakarami B, Farhadian M, Kamali M. Effectiveness of counseling on mother's breastfeeding self-efficacy. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2020;**28**(4):84-91. DOI: [10.30699/ajnmc.28.4.84](https://doi.org/10.30699/ajnmc.28.4.84)
 22. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;**32**(6):734-44. PMID: [14649593](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14649593/). DOI: [10.1177/0884217503258459](https://doi.org/10.1177/0884217503258459)
 23. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001;**30**(5):515-22. PMID: [11572532](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11572532/). DOI: [10.1111/j.1552-6909.2001.tb01571.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01571.x)
 24. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994;**23**(1):27-32. PMID: [8176525](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8176525/). DOI: [10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x)
 25. Booklet of integrated care of the healthy child for the doctor. Qom-Ministry of health and medical education Andishe Mandegar; 2021.
 26. Breastfeeding training video - Nozadteb. IRAN :Ministry of health and medical education; 2019.
 27. Imbens G, Rubin D. Causal inference in statistics, social, and biomedical sciences: Cambridge University Press; 2015.
 28. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991;**59**(1):12-9. PMID: [2002127](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2002127/). DOI: [10.1037//0022-006x.59.1.12](https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12)
 29. Yanti I, Suryani L, Kinanti RR. Interest of midwives in providing midwifery services through teleconsultation in the pandemic time of Covid-19. *PalArch's J Archaeol Egypt/ Egyptol*. 2020;**17**:7619-27.
 30. 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;**40**(1):35-46. PMID: [21244493](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21244493/). DOI: [10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x)
 31. Sari C, Altay N. Effects of providing nursing care with web-based program on maternal self-efficacy and infant health. *Public Health Nurs*. 2020;**37**(3):380-92. PMID: [32017251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32017251/). DOI: [10.1111/phn.12712](https://doi.org/10.1111/phn.12712)
 32. Heydari Z, Akhondzadeh G, Hojati H. The effect of education through cyberspace on breastfeeding efficacy of primiparous women in Shahroud in 2018: a randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019;**27**(5):315-25. DOI: [10.30699/ajnmc.27.5.315](https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.5.315)
 33. Gerçek E, Sarıkaya Karabudak S, Ardiç Çelik N, Saruhan A. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *J Clin Nurs*. 2017;**26**(7-8):994-1004. PMID: [27272098](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272098/). DOI: [10.1111/jocn.13423](https://doi.org/10.1111/jocn.13423)