

The Effect of Early Parenthood Education on Concerns of Primiparous Women in Performing Maternal Roles

Elham Azmoudeh¹,
Farzaneh Jafarnejad²,
Seyed Reza Mazlom²

¹ Lecturer, Faculty of Nursing and Midwifery, Torbat Heidariye University of Medical Sciences, Torbat Heidariye, Iran

² Lecturer, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received March 28, 2014 ; Accepted February 15 , 2015)

Abstract

Background and purpose: Different concerns in attaining maternal role have negative effects on mother-infant interaction and maternal perception of infant temperament. It also leads to adverse maternal and child outcomes. Therefore, it is important to identify women at-risk, their sources of concern and designing appropriate interventions. This study was conducted to determine the effect of early parental-educational intervention on concerns of primiparous women in performing maternal role.

Materials and methods: A pretest/posttest experimental design was applied including a control group. The participants were 55 primiparous women attending Mashhad health centers that were randomly allocated to intervention and control groups. The intervention consisted of face to face training sessions, informative booklet and video and two sessions of telephone counseling, that was based on principles of Bandura's self-efficacy. Cambridge Worry Scale was also completed before and 60 days after child birth.

Results: The main concerns were the child's future health (4.01 ± 1.01) and current health (3.81 ± 1.19). There was a significant difference between the intervention (28.0 ± 1.8) and control group (33.5 ± 8.3) in the mean score for maternal worry before the intervention ($P=0.017$). Analysis of covariance showed that the mean score of worry was significantly lower in the intervention group when the effect of pre-intervention worry score was eliminated ($P=0.008$).

Conclusion: Identifying the sources of concern and designing educational interventions based on self-efficacy would positively influence these factors and reduce maternal worry. Therefore, this approach is recommended as an effective, low cost and non-invasive intervention to reduce psychological problems in primiparous women.

Keywords: Concern, self-efficacy, maternal role

بررسی تاثیر آموزش در ابتدای دوران والدی بر نگرانی زنان نخست ز را در ایفای نقش مادری

الهام آزموده^۱

فرزانه جعفرنژاد^۲

سیدرضا مظلوم^۲

چکیده

سابقه و هدف: نگرانی در ایفای نقش مادری بر تعاملات مادری - فرزندی و درک مادر از سرشت شیرخوار اثرات منفی گذاشته و منجر به پیامدهای مادری فرزندی نامطلوب می شود. این موضوع اهمیت شناسایی افراد در معرض خطر، توجه به منابع ایجادکننده نگرانی و طراحی مداخلات مطلوب را نشان می دهد. از این رو این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش در ابتدای دوران والدی بر نگرانی زنان نخست ز را در ایفای نقش مادری انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه یک پژوهش تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. واحدهای پژوهش ۵۵ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بودند که به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. مداخله شامل یک جلسه آموزش چهره به چهره، کتابچه و فیلم آموزشی و مشاوره تلفنی بر اساس اصول خودکارآمدی بندورا بود. ابزار پژوهش، پرسشنامه نگرانی کمبریج بود که قبل از مداخله و شصت روز بعد از زایمان تکمیل گردید.

یافته ها: مهم ترین منابع نگرانی، نگرانی در مورد سلامت آتی ($4/01 \pm 1/02$) و سلامت کنونی شیرخوار ($3/81 \pm 1/19$) بود. بر اساس نتایج حاصل از آزمون تی مستقل، میانگین نمره نگرانی قبل از مطالعه در گروه مداخله ($28/0 \pm 1/8$) و کنترل ($33/5 \pm 8/3$) تفاوت معناداری داشت ($p=0/017$). بعد از مداخله نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، میانگین نمره نگرانی بعد از مداخله با حذف اثر نمره نگرانی قبل از مداخله در گروه مداخله به طور معناداری کم تر از کنترل می باشد ($p=0/008$).

استنتاج: شناسایی عوامل ایجادکننده نگرانی و طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی در راستای اثرگذاری بر این عوامل منجر به کاهش نگرانی مادری می شود. بنابراین توصیه می شود این رویکرد به عنوان یک مداخله آموزشی اثر بخش، کم هزینه و غیرتهاجمی در کاهش مشکلات روان شناختی مادران نخست ز را به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: نگرانی، خودکارآمدی، ایفای نقش مادری

مقدمه

مادر شدن یک فرآیند پویا، قابل یادگیری، و اجتماع می باشد (۱). دستیابی به نقش مادری نیز به استرس زاء، فاقد هرگونه دستورالعمل و وابسته به فرهنگ دانش، مهارت و انگیزش نیاز دارد. فقدان دانش، توانایی

E-mail: jaafarnejadf@mums.ac.ir

مؤلف مسئول: فرزانه جعفرنژاد - مشهد: چهارراه دکتر، دانشکده پرستاری مامایی

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۲. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۱۱/۲۶

یا انگیزش منجر به ایجاد نقص در قابلیت‌های مادر شده‌و برای وی ایجاد استرس و نگرانی می‌کند (۲). در این دوران مادران با تغییرات بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی مواجه می‌شوند که نیازمند سازگاری با این تغییرات می‌باشند که خود می‌تواند منبعی برای ایجاد مشکل و نگرانی در آن‌ها باشد (۳). اختلالات روانی، استرس و نگرانی‌های مادر ممکن است بر تعاملات مادری-فرزندی و درک مادر از سرشت شیرخوار تاثیر منفی بگذارد (۴،۵). به علاوه اضطراب و نگرانی در مادر با حساسیت، صمیمیت و استقلال کم‌تر، کیفیت نامطلوب مراقبت از فرزند و شیوع بیش‌تر اختلالات اضطرابی در فرزند ارتباط دارد (۶). Matthey و همکاران در مطالعه خود گزارش نمودند در ۱۶/۲ درصد زنان در طول مدت شش ماه بعد از زایمان یک اختلال اضطرابی تشخیص داده می‌شود (۷). در مطالعات مختلف منابع متعددی برای ایجاد حس نگرانی در مادران گزارش شده است. در مطالعه Hung و همکاران مشخص شد که نگرانی در مورد تغییرات بدن، دستیابی به نقش مادری و حمایت اجتماعی سه جزء مهم استرس بعد از زایمان می‌باشد (۲،۸). Matthey و همکاران در مطالعه خود مشخص نمودند نیمی از مادران و پدران به توانایی‌شان در مراقبت از شیرخوار فکر می‌کنند و در این مورد نگرانند. فقدان اطلاعات مربوط به مراقبت از نوزاد و مهارت‌های مورد نیاز والدین در این رابطه در دوره بعد از تولد در بسیاری از مطالعات به‌عنوان یک عامل نگرانی مادر مشخص شده است (۹). ناراحتی‌های ناشی از اپیزوتومی، احساسات منفی در مورد ظاهر بدن و تغییرات هورمونی ممکن است منجر به اختلال در ارتباط جنسی و روابط زناشویی شده که خود می‌تواند منبع دیگری برای نگرانی مادر باشد (۱۰). در این دوره زن به یادگیری چگونگی و فهم الگوهای منحصر به فرد شیرخوار در گریه، خواب، تغذیه و دیگر رفتارها نیاز دارد (۸). در زنان نخست‌زا استرس سازگاری با نقش جدید مادرشدن به این مسائل اضافه می‌شود که این موضوع ممکن است استرس و

نگرانی وی را تشدید کند (۱۱). Smith و همکاران متوجه شدند نگرانی‌های زنان نخست‌زا در هفته‌های اول بعد از زایمان بیش‌تر پیرامون یادگیری نحوه مراقبت و برطرف کردن نیازهای شیرخوار است، در نتیجه به اطلاعات و نصایح مناسب در مورد فرزند و عملکرد مراقبتی از وی نیاز دارند (۱۲). مادران برای برطرف کردن نگرانی‌های این دوران استراتژی‌های مقابله متعددی را به کار می‌گیرند. با این وجود تنها مطالعات اندکی به بررسی استراتژی‌های مقابله زنان نخست‌زا با این نگرانی‌ها پرداخته‌اند. یکی از این استراتژی‌هایی که توسط Miller و Solie معرفی شد، جستجو و یافتن سیستم‌های حمایت اجتماعی از اطرافیان بود. استراتژی مقابله دیگر نیز جستجو و درخواست کمک از طرف منابع حرفه‌ای و رسانه‌ای می‌باشد (۱۳). این تحقیقات مطرح کننده این موضوع است که رفتارهای سازگارانه مادری تاثیر مهمی از درک مادر از مقدار حمایت اجتماعی دریافتی می‌پذیرد (۱۴،۱۵). حمایت اجتماعی فاکتوری مهم برای سازگاری با نقش مادری، کمک به آن‌ها برای پاسخ‌دهی مطلوب به کودک و ارتباط صمیمی با یکدیگر می‌باشد (۱۶،۱۷). در گذشته به مادر شدن به عنوان یک مرحله تکامل طبیعی و بدون تلاش در زندگی زن نگریسته می‌شد (۱۸). در حالی که والد شدن قابل یادگیری است و به خودی خود در ابتدای تولد ایجاد نمی‌شود (۱). نیازهای یادگیری مادران نخست‌زا اغلب در دوران بلافاصله پس از زایمان برطرف نمی‌شود و آن‌ها زمانی که به منزل بر می‌گردند، احساس عدم آمادگی و نگرانی می‌کنند (۱۹). نتایج مطالعه کیفی انجام شده توسط Svensson و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان "علائق و نگرانی‌های والدین منتظر فرزند: ارزیابی نیازهای آموزشی" نشان داد احساس تنهایی و اضطراب مادران نخست‌زا ناشی از کمبود اطلاعات والدینی است (۲۰). آگاهی از علل ایجادکننده نگرانی و استراتژی‌های مقابله با آن در مادران نخست‌زا اهمیت به‌سزایی برای کارکنان بهداشتی در فراهم کردن مداخلات و آموزش‌های لازم دارد (۲۱).

مطابق با نظرات Mercer و Walker بیش تر برنامه‌های آموزش والدی فاقد اساس تئوریک می‌باشند (۲۲). یکی از تئوری‌های مطرح در این زمینه تئوری خودکارآمدی است که Bandura آن را چارچوب مناسبی برای آموزش به مادران در روند انجام وظایف والدی معرفی نموده است (۲۳). تحقیقات اخیر بر نقش خودکارآمدی به عنوان هسته مرکزی رفتار والدین تاکید کرده‌اند و شواهد مطرح می‌کند که خودکارآمدی تاثیر تعدادی از متغیرهای والدی و فرزند را بر روی کیفیت والد بودن واسطه‌گری می‌کند (۲۴). والدین با خودکارآمدی بالا به پرورش فرزند به عنوان یک چالش می‌نگرند نه به عنوان یک تهدید، از این رو به توانایی خود اعتماد کرده، در مواجهه با این مسئله از خود پشتکار نشان می‌دهد و در مواجهه با نیازهای مربوط به نقش والدی کم‌تر احساس استرس و نگرانی می‌کنند (۲۵). نشان داده شده بین خودکارآمدی، استرس، اضطراب، نگرانی، نشانه‌های بدنی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد و خودکارآمدی باعث افزایش بهزیستی روانی، جسمانی، روحی و تشکیل هویت سالم می‌گردد (۲۶). خودکارآمدی در مراقبت از شیرخوار چارچوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که به منظور بهبود پیامدهای مربوط به سلامت مادر و شیرخوار طراحی شده است (۲۷). از این رو این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش در ابتدای دوران والدی بر نگرانی زنان نخست‌زا در مراقبت از شیرخوار انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش آزمون و پس آزمون و با گروه کنترل است که با هدف تعیین تاثیر آموزش در ابتدای دوران والدی بر نگرانی والدی زنان نخست‌زا در ایفای نقش والدی انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام زنان نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهت اخذ مراقبت نوبت دوم پس از زایمان (۱۵-۱۰ روز بعد از زایمان)

بود. معیارهای ورود به این مطالعه برای واحدهای پژوهش شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، میسر بودن امکان تماس تلفنی، حاملگی تک قلو، طول بارداری بین ۳۷-۴۲ هفته، زندگی با همسر، نمره افسردگی پس از زایمان کم تر از ۱۰ بر اساس مقیاس ادینبورگ، وزن هنگام تولد شیرخوار بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، نوزاد سالم، طبیعی و فاقد هرگونه ناهنجاری بود. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: سوء مصرف مواد، استعمال الکل و سیگار، بستری مجدد مادر و یا نوزاد در بیمارستان به هر علتی، سابقه نازایی، ابتلا به بیماری‌های طبی، سابقه بیماری روانی و یا مصرف داروهای اعصاب و روان و شرکت در هرگونه برنامه آموزشی مدون دیگر در ارتباط با مراقبت از شیرخوار قبل از مداخله. حجم نمونه نهایی با انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر (در هر گروه ۱۰ نفر) و فرمول مقایسه میانگین‌ها و در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، بر اساس متغیر نگرانی ۲۷ نفر در هر گروه برآورد شد. در نهایت ۳۰ نفر در گروه مداخله و ۳۰ نفر در گروه کنترل وارد مطالعه شدند، که سه نفر در گروه مداخله و دو نفر در گروه کنترل به دلایل مهاجرت، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و میسر نبودن تماس تلفنی از پژوهش حذف شدند. جهت انجام نمونه‌گیری از میان مراکز پنج گانه شهر مشهد مراکز شماره ۱، ۲ و ۳ به طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از هر کدام از این مراکز ۲ مرکز با قرعه کشی انتخاب شد و در نهایت تخصیص تصادفی این مراکز به مراکز مداخله و کنترل صورت گرفت.

بعد از مراجعه به این مراکز، پژوهشگر با مطالعه پرونده‌های بهداشتی واحد مامایی، کسانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند مشخص نموده، با آنها تماس تلفنی می‌گرفت و هدف از پژوهش را برای آنها توضیح می‌داد و از آنها می‌خواست در صورت تمایل برای شرکت در مطالعه زمان مراجعه جهت دریافت مراقبت نوبت دوم پس از زایمان (روز ۱۵-۱۰) را به

اطلاع پژوهشگر برسانند. بعد از مراجعه‌ی حضوری، افراد از نظر دیگر معیارهای ورود به مطالعه بررسی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه فرم مشخصات فردی، بارداری، زایمان و نوزاد و پرسشنامه‌های نگرانی مادری کمبریج^۱ (Cambridge Worry Scale)، حمایت اجتماعی درک شده، سرشت درک شده شیرخوار و مقیاس افسردگی ادینبورگ (Edinburgh Depression Scale) بود که متغیرهای اصلی، زمینه‌ای و مداخله‌گر در روند آموزش ایفای نقش مادری را مورد بررسی قرار دادند. بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای تمام مادران فرم مشخصات فردی، بارداری-زایمان و نوزاد به طریق مصاحبه تکمیل شد.

پرسشنامه استاندارد نگرانی کمبریج در ۱۰ آیتم نگرانی مادر را در مورد سلامت کودک در سن کنونی، سلامت آتی کودک، توانایی خود در مراقبت از کودک، کفایت تغذیه کودک، سلامت خود از زمان زایمان، زندگی جنسی، ارتباط با همسر، مسئولیت رسیدن به کارهای منزل، مشکلات مالی و مشکلات شغلی و تحصیلی در ۵ طیف لیکرت (اصلاً نگران نیستم تا خیلی نگرانم) می‌سنجد. بازه نمرات این پرسشنامه از ۱۰ تا ۵۰ متغیر می‌باشد. نمره بیش‌تر دلالت بر نگرانی بیش‌تر دارد. این پرسشنامه به همراه پرسشنامه چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)، مقیاس افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه سرشت شیرخوار بیت (Infant Characteristics Questionnaire) در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت تا خود آن‌ها را تکمیل کنند.

روایی پرسشنامه‌های نگرانی کمبریج، حمایت اجتماعی درک شده و پرسشنامه سرشت شیرخوار به روش روایی محتوا تعیین شد. بدین صورت که این پرسشنامه‌ها بعد از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی آن در اختیار ده تن از افراد متخصص قرار گرفت و پس از

کسب نظرات و پیشنهادات اصلاحی در ابزار نهایی لحاظ شد. به علاوه شاخص روایی محتوا^۱ (CVR) و نسبت روایی محتوا^۲ (CVI) نیز برای این پرسشنامه‌ها محاسبه شد. با توجه به پانل خبرگان که ده 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. برای تأیید پایایی نیز، پرسشنامه‌های نگرانی مادری کمبریج، سرشت شیرخوار، حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی ادینبورگ بر روی ۲۰ نفر اجرا و پایایی آن‌ها به ترتیب با ضرایب آلفا کرونباخ ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ به تأیید رسید.

در مرحله قبل از مداخله عناوین محتوای مراقبت از شیرخوار از کتب و مقالات استخراج گردید و طی یک جلسه بحث گروهی با ۱۵ مادر دارای شیرخوار مطرح و سوالاتی که در مورد این مسائل برای مادران ایجاد شده بود و منابع ایجادکننده‌ی نگرانی در طول سال اول مراقبت از شیرخوار از آنان پرسیده و ثبت شد. سپس کتابچه آموزشی حاوی پرسش و پاسخ‌های مرسوم در مورد مراقبت از شیرخوار و فیلم آموزشی بر اساس منابع نگرانی و نظرات مادران طراحی گردید.

در مرحله مداخله، آموزش مبتنی بر تئوری خودکارآمدی به این نحو اجرا شد که یک جلسه آموزش چهره به چهره برای هر کدام از مادران گروه مداخله اجرا شد. در انتهای این جلسه کتابچه ۳۰ صفحه‌ای حاوی پرسش و پاسخ‌های مرسوم در مورد مراقبت از شیرخوار و فیلم آموزشی ۳۰ دقیقه‌ای در اختیار مادران قرار داده شد. در ادامه یک نوبت مشاوره تلفنی یک هفته و نوبت بعدی سه هفته بعد از آغاز مداخله آموزشی به مدت ۱۵-۲۵ دقیقه به صورت پرسش و پاسخ انجام شد. در انتهای این جلسات نیز سوالات مادران پاسخ داده شد (جدول شماره ۱).

1. Content validity ratio
2. Content validity index

جدول شماره ۱: برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی در این پژوهش با توجه به چهار منبع اطلاعاتی توصیه شده توسط بندورا

برنامه آموزشی	استراتژی های ارتقای خودکارآمدی توصیه شده توسط بندورا	محتوی آموزشی ارائه شده
آموزش چهره به چهره	✓ دستاوردهای عملکرد ✓ تشویق کلامی	توضیح و تفسیر منحنی رشد، نحوه اندازه گیری دمای شیرخوار، ضرورت استفاده از مکمل های شیرخوارگی و نحوه استفاده از آن ها و معرفی کلی محتوی موجود در کتابچه و فیلم آموزشی
کتابچه آموزشی	✓ دستاوردهای عملکرد ✓ تشویق کلامی	بخش اول کتابچه: نکات برجسته تکامل تا سن یک سالگی کودک، پرسش و پاسخ های همگام با رشد شیرخوار، توضیح در مورد علل و اقدامات صحیح در صورت بروز بیماری های شایع در دوران شیرخوارگی بخش دوم کتابچه: با عنوان "پدران بخوانند" در مورد ضرورت توجه به مراقبت از شیرخوار و حمایت از مادر جهت تحقق حمایت اجتماعی از طرف همسر
فیلم آموزشی	✓ تجربه جانشینی ✓ تشویق کلامی	بخش سوم کتابچه: با عنوان "لذت مادرانه" به منظور تفسیر احساسات مادرانه و پیامدهای مثبت آن و مراقبت فیزیکی از خود در سال اول بعد از زایمان با عنوان "مراقبت از خود در دوران پس از زایمان"
مشاوره تلفنی نوبت اول	✓ واکنش های هیجانی	پایش شاخص های رشد و اهمیت آن، اقدامات لازم در موارد وزن گیری ناکافی، مکمل ها، اهمیت شیرمادر، ایمنی شیرخوار و استحمام وی
مشاوره تلفنی نوبت دوم	✓ تشویق کلامی ✓ واکنش های هیجانی	تشویق به تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول، توجه به وزن گیری طبیعی شیرخوار، شیردهی بر حسب تقاضای شیرخوار، مصرف مداوم مکمل ها، سلامت دهان شیرخوار، بازی و تعامل با شیرخوار توجه به نگرانی ها و استرس مادر در مورد کفایت تغذیه، وزن گیری و رشد طبیعی و مطلوب، کمبود ریزمغذی ها و توانایی مادر در مراقبت از شیرخوار
	✓ تشویق کلامی ✓ واکنش های هیجانی	ابتلا شیرخوار به بیماری ها و تصحیح اقدامات انجام شده توجه به نگرانی و استرس مادر در مورد تکامل شنیداری، بینایی، حرکتی و گفتاری

گروه کنترل فقط آموزش های روتینی را که در مورد مراقبت از شیرخوار در دوران بارداری و پس از زایمان در مراکز بهداشت و بیمارستان ارائه می شد دریافت نمودند. ۶۰ روز بعد از زایمان همزمان با مراجعه جهت واکسیناسیون دو ماهگی شیرخوار با واحدهای پژوهش در محل مرکز بهداشت قرار گذاشته شد و مجددا پرسشنامه نگرانی والدی تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. جهت بیان مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی استفاده شد. همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کمی و کیفی با استفاده از آزمون های تی مستقل، کای دو، فیشر و آزمون غیرپارامتری من ویتنی بررسی شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش در زمینه مقایسه متغیر نگرانی در دو مرحله قبل و بعد در دو گروه از آزمون تی زوج و ویلکاکسون و جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون تی مستقل و من ویتنی استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش $24/3 \pm 3/2$ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش خانه دار ($96/7$ درصد) و تحصیلات در حد دیپلم ($75/4$ درصد) داشتند. بررسی

متغیرهای مطالعه نشان داد دو گروه هیچ تفاوت معنی داری از نظر مشخصات فردی، بارداری، زایمان و نوزاد نداشتند. به علاوه درک مادر از سرشت شیرخوار و حمایت اجتماعی درک شده نیز در دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$) (جدول شماره ۲).

بررسی پاسخ مادران به سوالات پرسشنامه در مرحله قبل از مداخله نشان داد منابع نگرانی مادر به این ترتیب هستند: نگرانی در مورد سلامت کودک در آینده ($4/01 \pm 1/02$)، نگرانی در مورد سلامت کنونی شیرخوار ($3/81 \pm 1/19$)، نگرانی در مورد توانایی خود در مراقبت از کودک ($3/56 \pm 1/18$)، تغذیه کودک ($3/16 \pm 1/36$)، مشکلات مالی ($2/98 \pm 1/29$)، زندگی جنسی ($2/86 \pm 1/33$)، سلامت خود از زمان زایمان ($2/83 \pm 1/15$) و کیفیت ارتباط با همسر ($2/83 \pm 1/60$)، مسئولیت رسیدن به کارهای منزل ($2/81 \pm 1/31$) و مشکلات شغلی و تحصیلی خود ($1/90 \pm 1/25$). بر اساس نتایج حاصل از آزمون من ویتنی هیچ گونه تفاوت معناداری در دو گروه قبل از مداخله در منابع ایجادکننده نگرانی وجود نداشت ($p > 0/05$). یافته های حاصل از آزمون تی مستقل در مرحله قبل از مداخله نشان داد میانگین نمره نگرانی گروه کنترل

جدول شماره ۲: وضعیت متغیرهای زمینه ای و مداخله گر در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	انحراف معیار میانگین	تعداد (درصد)	انحراف معیار میانگین	تعداد (درصد)
سن	۲۴/۶±۳/۴	۱	۲۴/۱±۳/۱	۱
لذت بخش بودن تجربه بارداری	۸/۲±۱/۹	۱۱	۸/۰±۲/۸	۱۶
لذت بخش بودن تجربه زایمان	۵/۹±۳/۱	۱۶	۶/۶±۳/۴	۱۲
درک مادر از سرشت شیرخوار	۵۱/۶±۹/۴	۲۳	۵۱/۹±۱۳/۳	۲۶
حمایت اجتماعی درک شده	۵۷/۶±۱۲/۳	۴	۶۰/۹±۸/۳	۲
شغل				
کارمند	۳/۸	۱	۰	۰
خانه دار	۹۶/۲	۲۶	۱۰۰	۲۸
نوع زایمان				
طبیعی	۴۰/۷۵	۱۱	۵۷/۱۴	۱۶
سزارین	۵۹/۲۵	۱۶	۴۲/۸۵	۱۲
خواسته بودن بارداری				
بله	۸۵/۱۸	۲۳	۹۲/۸۵	۲۶
خیر	۱۴/۸۱	۴	۷/۱۴	۲
جنس نوزاد				
دختر	۶۲/۹	۱۷	۵۷/۱۴	۱۶
پسر	۳۰/۱۰	۱۰	۴۲/۸۵	۱۲
تجربه قبلی مراقبت از شیرخوار				
بله	۲۲/۲	۶	۱۷/۹	۵
خیر	۷۷/۸	۲۱	۸۲/۱۱	۲۳
کمک همسر در مراقبت از نوزاد				
بله	۸۸/۸۸	۲۴	۹۲/۸۵	۲۶
خیر	۱۱/۱۱	۳	۷/۱۴	۲

آزمون ویلکاکسون این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود ($p=0/187$) (جدول شماره ۳).

با توجه به عدم همگنی نمره نگرانی در دو گروه قبل از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس برای حذف اثر آن استفاده شد؛ که نتایج نشان داد میانگین نمره نگرانی بعد از مداخله با حذف اثر نمره نگرانی قبل از مداخله نیز در دو گروه تفاوت آماری معناداری دارد ($p=0/008$).

در بررسی سوالات پرسشنامه نگرانی مادری در مرحله بعد از مداخله مشخص شد تفاوت معنادار نمره نگرانی بعد از مداخله بین دو گروه ناشی از تفاوت نمره نگرانی در مورد سلامت کنونی کودک ($p=0/005$)، تغذیه کودک ($p=0/043$)، سلامت خود از زمان زایمان ($p=0/045$)، زندگی جنسی ($p=0/006$) و ارتباط با همسر ($p=0/042$) می باشد. به عبارتی مداخله آموزشی حاضر بر این چهار مورد اثر معناداری داشته است.

بحث

یافته های مطالعه حاضر نشان داد بیشترین منبع ایجادکننده نگرانی در مادر مسائل مربوط به سلامت کودک و تواناییش در مراقبت از کودک می باشد. Hung و همکاران نیز در مطالعه ای که به ارزیابی تفاوت منابع نگرانی در مادران نخستزا و چندزا پرداخته بود، مهم ترین منابع نگرانی مادران نخستزا را پیرامون

به طور معناداری بیش تر از گروه مداخله می باشد ($p=0/017$). بعد از مداخله نیز نتایج حاصل از آزمون من ویتنی نشان داد میانگین نمره نگرانی در گروه مداخله به طور معنی داری کم تر از گروه کنترل است ($p=0/001$). در مقایسه درون گروهی نیز نتایج حاصل از آزمون تی زوجی تفاوت معناداری را بین نمره قبل و بعد در گروه مداخله نشان داد ($p=0/019$). طبق نتایج

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره نگرانی مادری زنان نخست زای مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	انحراف معیار میانگین	تعداد	انحراف معیار میانگین	تعداد
قبل از مداخله	۲۸/۰±۸/۱	۳۰	۳۳/۵±۸/۳	۳۱
نگرانی والدی				
بعد از مداخله	۲۵/۰±۶/۶	۳۰	۳۲/۴±۷/۷	۳۱
تی زوج	$t=1/9$ $df=26$ $p=0/019$			
نتیجه آزمون ویلکاکسون			$Z=1/3$ $p=0/187$	

دستیابی به نقش مادری و تغییر ظاهر بدن گزارش نمود که هماهنگ با مطالعه حاضر می‌باشد (۸). یافته‌های مطالعه Smith و همکاران نیز در هفته‌های اول بعد از زایمان نشان داد بیش‌ترین نگرانی مادر یادگیری نحوه مراقبت و برطرف کردن نیازهای مربوط به شیرخوار است (۱۲). Davis نیز در مطالعه‌ای که به بررسی اولویت‌های آموزشی زنان در ابتدای پس از زایمان پرداخته بود متوجه شد بالاترین خواسته مادران در مورد مراقبت از شیرخوار پیرامون "بیماری‌های شیرخوار" است که می‌تواند نشان‌دهنده نگرانی مادر در مورد سلامت کودک و به خطر افتادن آن باشد (۲۸). مشخص شدن علت ایجاد کننده نگرانی در مادران نخست‌زا، طراحی و اجرای مداخلات موثرتری را به دنبال خواهد داشت. مطالعه انجام شده توسط Harrison و Hicks نیز نشان داد برطرف کردن خواسته‌های همسر، کارهای منزل و کودک بیش‌ترین علل ایجاد کننده نگرانی در مادران است (۲۹).

یافته‌های این مطالعه به علاوه نشان داد که آموزش به مادران در ابتدای دوران والدی بر اساس تئوری خودکارآمدی تاثیر معناداری بر کاهش نگرانی مادری دارد. بر اساس نظر بندورا خودکارآمدی نه تنها بر نحوه تفکر و عمل فرد اثر می‌گذارد، بلکه بر چگونگی احساس وی نیز اثر گذار است. در مواجهه با موقعیت‌های تهدید کننده افراد با احساس کارایی و کنترل درک شده بالا، کم‌تر احساس آشفتگی می‌کنند. در مقابل آن‌هایی که معتقدند کارایی مدیریت موقعیت‌های بالقوه تهدید کننده را ندارند، ممکن است سطح نگرانی و اضطراب بیش‌تری را تجربه کنند (۳۰).

Perez-Blasco و همکاران (۲۰۱۳) نیز با استفاده از آموزش تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش معنادار استرس مادری در مادران شیرده شدند. با این حال نتایج این مطالعه طبق اظهار نظر نویسندگان خود مقاله به علت حجم نمونه کم نیاز به بررسی‌های بیش‌تری دارد (۳۱). در مطالعه Hayes و همکاران نیز

برنامه‌ی فشرده آموزشی یک روزه مبتنی بر مهارت که با تلفیقی از آموزش فردی و گروهی انجام می‌شد، منجر به کاهش معنادار اضطراب مادری بلافاصله و شش هفته بعد از پایان مداخله نسبت به گروه کنترل شد. محتوی این برنامه آموزشی مراقبت‌های روزانه از شیرخواران و کودکان نوپا در زنانی بود که به علت ایجاد مشکل در روند مراقبت معمول از شیرخواران و کودکان نوپای خود به این مرکز آموزشی مراجعه کرده بودند. کاهش معنادار اضطراب در این مطالعه را شاید بتوان به این موضوع نسبت داد که نمونه‌های این مطالعه افرادی بودند که سختی مراقبت از کودک را حس کرده و خود در جستجوی کمک و حمایت برآمده بودند. از این رو احتمالاً ارزشمند بودن مداخله را بیش‌تر درک کرده و توجه بیش‌تری به استفاده از محتوی مداخله کرده بودند (۳۲). در مطالعه مشابهی که توسط Barlow و همکاران تحت عنوان "تاثیر برنامه آموزشی و حمایتی بر خودکارآمدی و بهزیستی روانی مادران دارای فرزند معلول" انجام شد نشان داده شد آموزش و حمایت از والدین خودکارآمدی آن‌ها را افزایش و میزان اضطراب آن‌ها را کاهش داده است، با این حال باید توجه نمود در مقایسه با مطالعه حاضر، فرزندان این مادران در بازه سنی متفاوتی قرار داشته (۱۶-۲۰ سال) داشته و دارای انواع معلولیت بودند، در نتیجه منشا نگرانی آن‌ها متفاوت می‌باشد (۳۳).

نتایج مطالعه حاضر متناقض با یافته‌های Austin و همکاران است که در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند درمان شناختی رفتاری در دوران بارداری تاثیر معناداری بر اضطراب مادران دو و چهار ماه بعد از زایمان ندارد که می‌توان احتمالاً نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر اصول خودکارآمدی در کاهش نگرانی والدی نسبت به درمان‌های شناختی رفتاری موثرتر می‌باشد. با این حال شاید عدم اثرگذاری این مداخله را بتوان به زمان انجام مداخله یعنی دوران بارداری و زمان مواجه نشدن با نوزاد و یا ابزار اندازه‌گیری متفاوت نسبت داد (۳۴). Svensson

و همکاران نیز در مطالعه ای که به ارزیابی تاثیر یک برنامه آموزشی هفت جلسه ای (شش جلسه در دوران بارداری و یک جلسه در هفته شش بعد از زایمان) پرداخته بودند متوجه شدند اثر بخشی آموزش با استفاده از روش های آموزشی حل مساله، درگیری فعالانه و یادگیری تجربی در کاهش نگرانی مادری، تفاوتی با گروه آموزش روتین نداشته است. اگرچه این کاهش در هر دو گروه نسبت به قبل از مداخله معنادار بود (۳۵). محتوای آموزشی حاضر که با تاکید بر اقدامات مراقبتی همگام با رشد و تکامل شیرخوار، بهبود مراقبت بهداشتی و فیزیکی از خود و تا حدودی افزایش مشارکت پدر در روند مراقبت از شیرخوار و درک همسر در دوران گذر به والدشدن بود منجر به کاهش نگرانی مادر در چهار بعد نگرانی در مورد سلامت کنونی کودک، تغذیه کودک، سلامت خود از زمان زایمان، زندگی جنسی و ارتباط با همسر شد. اما کاهش معناداری در نگرانی مادر در مورد سلامت آتی کودک، مسئولیت رسیدگی به کارهای منزل، مشکلات مالی و مشکلات شغلی و تحصیلی ایجاد نکرد که علت آن تاکید کم تر محتوای آموزشی بر این موضوعات بود. این مطالعه هم چون سایر پژوهش ها دارای محدودیت ها و نواقصی است که باید یافته های مطالعه را در آن چارچوب نگرینست. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به عدم هنجاریابی و استانداردسازی ابزارهای مورد استفاده در جامعه زنان ایرانی اشاره نمود. به علاوه منابع نگرانی مادر محدود به چند آیتیم موجود در پرسشنامه می باشد که به بررسی

نگرانی مادر در حیطه های کلی پرداخته است. از نقاط قوت این مطالعه می توان به تازه بودن موضوع، تخصیص تصادفی و نمونه گیری از مراکز متعدد شهری با وضعیت اجتماعی اقتصادی متنوع و در نتیجه قابلیت تعمیم بالا اشاره نمود. در پایان می توان نتیجه گیری کرد که نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که آموزش نقش مادری بر اساس چارچوب خود کارآمدی بندورا بر کاهش نگرانی مادر تاثیر مثبتی دارد. بنابراین با توجه به اثرات منفی نگرانی مادری می توان مداخله مبتنی بر استراتژی های ارتقای خود کارآمدی را به عنوان مداخله ای موثر در کاهش نگرانی مادری زنان نخست زای معرفی نمود. از آن جایی که نگرانی مادر، اثر به سزایی در کیفیت مراقبت از فرزند و پیامدهای مادری فرزندی دارد، در نظر گرفتن علل ایجادکننده نگرانی و کمک به مادر برای تعدیل این نگرانی ها اهمیت به سزایی در تعاملات مادری-فرزندی مطلوب خواهد داشت.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۹۲۰۲۲۹ می باشد. بدین وسیله از حمایت های معاونت محترم پژوهشی، معاونت محترم بهداشتی دانشگاه، همکاری صمیمانه واحدهای پژوهش و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Karp S. The Effect of Maternal Psychological Factors On maternal Competence For Infant Feeding, Etd. library. vanderbilt. edu; 2008.
2. Hung CH. Correlates of first-time mothers' postpartum stress. Kaohsiung J Med Sci 2006; 22(10): 500-507.
3. Staehelin K, Kurth E, Schindler C, Schmid M, Zemp Stutz E. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care--results from a nested case-control study. Swiss medical weekly. Swiss Med Wkly 2013; 143: w13862.
4. Mäntymaa M, Puura K, Luoma I, Salmelin RK, Tamminen T. Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant

- interaction. *Nord J Psychiatry* 2006; 60(5): 379-386.
5. Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B, et al. Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder.. *Journal of abnormal psychology. J Abnorm Psychol* 2012; 121(4): 795-809.
6. Schneider S, Houweling JE, Gommlich-Schneider S, Klein C, Nündel B, Wolke D. Effect of maternal panic disorder on mother-child interaction and relation to child anxiety and child self-efficacy. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12(4): 251-259.
7. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders. J Affect Disord* 2003; 74(2): 139-147.
8. Hung CH. The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23(7): 352-360.
9. Matthey S, Morgan M, Healey L, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Postpartum issues for expectant mothers and fathers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(4): 428-435.
10. Ruchala PL, Halstead L. The postpartum experience of low-risk women: a time of adjustment and change. *Matern Child Nurs J* 1994; 22(3): 83-89.
11. Osman H, Chaaya M, El Zein L, Naassan G, Wick L. What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health. BMC Public Health* 2010; 10: 611.
12. Smith MP. Postnatal concerns of mothers: an update. *Midwifery. Midwifery* 1989; 5(4): 182-128.
13. Miller BC, Sollie DL. Normal Stresses during the Transition to Parenthood. In: Moos R, editor. *Coping with Life Crises*. Springer US: The Springer Series on Stress and Coping; 1986. p. 129-138.
14. Tulman L, Fawcett J. Recovery from childbirth: looking back 6 months after delivery. *Health Care Women Int* 1991; 12(3): 341-350.
15. Crnic KA, Greenberg MT, Robinson NM, Ragozin AS. Maternal stress and social support: effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months. *Am J Orthopsychiatry* 1984; 54(2): 224-235.
16. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs. J Clin Nurs* 2012; 21(3-4): 388-397.
17. Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev* 1986; 57(6): 1507-1518.
18. Hessa C, Tetib D, Hussey-Gardner B. Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2004; 25(4): 423-437.
19. Salonen A. Parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period: evaluation of an internet-based intervention 2010. Available from: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=mapp_capstone. Accessed March 1, 2006.
20. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *J Perinat Educ* 2006; 15(4): 18-27.

-
21. Janzen I, Stewart M. Maternal Concerns: What Are They? *Canadian Family Physician* 1990; 36: 1103-1107.
 22. Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(5): 568-582.
 23. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
 24. Kendall S, Bloomfield L. Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *J Adv Nurs* 2005; 51(2): 174-181.
 25. Sansom L. Confident Parenting-A Book Proposal: University of Pennsylvania; 2010. Available from: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=mapp_capstone. Accessed March 1, 2006.
 26. Jafari J. Studying the Impact of life Skills Training on Raising the General Efficacy of Women Heads of Household in Tehran Municipality in 2010-2011. *Journal of Women's Research* 2013; 3(6): 47-70.
 27. Leahy Warren P. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs* 2005; 50(5): 479-88.
 28. Davis JH, Brucker MC, Macmullen NJ. A study of mothers' postpartum teaching priorities. *Matern Child Nurs J* 1988; 17(1): 41-50.
 29. Harrison MJ, Hicks SA. Postpartum concerns of mothers and their sources of help. *Can J Public Health* 1983;74(5): 325-328.
 30. Hsu HC, Sung J. Separation anxiety in first-time mothers: infant behavioral reactivity and maternal parenting self-efficacy as contributors. *Infant Behav Dev* 2008; 31(2): 294-301.
 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;16(3): 227-236.
 32. Hayes L, Matthews J, Copley A, Welsh D. A randomized controlled trial of a mother-infant or toddler parenting program: demonstrating effectiveness in practice. *J Pediatr Psychol* 2008; 33(5): 473-486.
 33. Barlow J, Powell L, Gilchrist M. The influence of the training and support programme on the self-efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities: a controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12(1): 55-63.
 34. Austin M-P, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2008; 105(1-3): 35-44.
 35. Svensson J, Barclay L, Cooke M. Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 2009; 25(2): 114-125.