

## بررسی تأثیر آموزش شیردهی از طریق همتا بر خودکارآمدی شیردهی در مادران نخست‌زا: یک کارآزمایی تصادفی خوشه‌ای

زهرا گودرزی<sup>1</sup>، محبوبه سعیدی<sup>1\*</sup>، زهرا دانشورعامری<sup>1</sup>، احمدرضا شمشیری<sup>2</sup>، طاهره صادقی<sup>3</sup>

1- گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران 2- گروه سلامت دهان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
3- گروه کودکان و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
\* نویسنده مسؤل: گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن: 09112740163  
پست الکترونیک: m.saeidi2000@yahoo.com

دریافت: 93/11/25 پذیرش: 94/2/17

### چکیده

**مقدمه:** زنان نخست‌زا برای شروع و ادامه شیردهی با چالش‌های زیادی روبرو هستند. خودکارآمدی شیردهی یک متغیر روان‌شناختی و انگیزشی مهم و در عین حال تعدیل‌پذیر برای تداوم تغذیه با شیرمادر است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش شیردهی از طریق همتا بر خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه کارآزمایی خوشه‌ای، شش مرکز بهداشتی درمانی شهر دامغان به طور تصادفی ساده در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. 107 مادر نخست‌زا از هر مرکز به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه کنترل، تحت آموزش معمول و استاندارد مراکز بهداشتی درمانی شامل دو جلسه آموزش شیردهی، یک جلسه قبل از زایمان و یک جلسه بعد از زایمان قرار گرفتند ولی گروه مداخله، علاوه بر آموزش‌های معمول، دو جلسه آموزش شیردهی دیگر را از یک همتای واجد شرایط و با دو سال تجربه شیردهی در زمان قبل و بعد از زایمان دریافت کردند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی دنیس در هفته هشتم پس از زایمان انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و کای‌دو در سطح معناداری 95% صورت گرفت.

**یافته‌ها:** دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همگن بودند. نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله  $51/78 \pm 6/08$  و در گروه کنترل  $46/55 \pm 6/23$  می‌باشد. به طوری که میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری ( $p < 0/001$ ) داشتند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شیردهی از طریق همتا موجب افزایش خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زای گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در بازه زمانی هشت هفته پس از مداخله شد.

**کل‌واژگان:** آموزش شیردهی، همتا، خودکارآمدی شیردهی، زنان نخست‌زا

### مقدمه

جهانی بهداشت نیز تغذیه انحصاری با شیر مادر حداقل تا شش ماه و سپس تداوم آن همراه تغذیه تکمیلی تا دو سال برای تأمین رشد مطلوب برای تمام شیرخواران را توصیه می‌کند (1). پژوهش‌های انجام شده از سال‌های 1920 به بعد نیز رابطه بین هوش و شیر مادر را ثابت کرده‌اند. به عبارت دیگر، کودکانی که شیر مادر می‌خورند از ضریب هوشی بیشتری برخوردارند (2).

قرآن به عنوان مهم‌ترین رکن معارف اسلامی و کتاب سعادت و سرای، طی چند آیه، مسأله شیر مادر را مطرح فرموده است. در یکی از این آیات شریفه آمده است که "مادران فرزندان‌شان را دو سال کامل شیر دهند، این برای کسی است که بخواهد دوران شیرخوارگی را به حد کمال برساند"<sup>1</sup>. امروزه حتی سازمان

<sup>1</sup> آیه 233 سوره بقره

پیش‌بینی کند. خودکارآمدی شیردهی همچنین یک چارچوب نظری مناسب برای هدایت مداخلاتی است که قرار است برای افزایش طول مدت شیردهی در نظر گرفته شود (10).

دان<sup>4</sup> و همکاران در سال 2006 در یک مطالعه مقطعی روی 526 مادر دریافتند که اعتماد به نفس پایین مادر در شیردهی یا همان سطح پایین خودکارآمدی شیردهی در وی (نسبت به سایر متغیرهای غیرقابل تعدیل مثل سن و تحصیلات) بیشترین تأثیر را در خاتمه زودهنگام شیردهی دارد (12). به عبارت دیگر پژوهش‌های انجام شده، انجام مداخله جهت افزایش اعتماد به نفس مادر و افزایش خودکارآمدی مادر در شیردهی را ضروری می‌دانند (13 و 14). طبق مطالعات انجام شده، خودکارآمدی شیردهی از چهار منبع اطلاعاتی تأثیر می‌پذیرد: 1- دستاوردهای گذشته (مثل تجربیات گذشته)؛ 2- تجربه‌های نیابتی یا جانشینی (مشاهده دیگران)؛ 3- تشویق و ترغیب کلامی (مثل تشویق از طرف افراد دارای نفوذ مانند همتا و دوستان، خانواده و مشاور شیردهی)؛ 4- واکنش‌های جسمی (مثل ضعف، استرس و اضطراب) (9 و 10). در این رابطه پیشنهاد شده است که گروه همتا می‌تواند با تشویق و ترغیب کلامی و از طریق در اختیار گذاشتن تجربه‌های مشترک، عوامل خودکارآمدی را تقویت نموده و بر خودکارآمدی شیردهی مادران شیرده تأثیر بسزایی بگذارد (15 و 16). از طرفی تحقیقات نشان می‌دهد که افراد تمایل بیشتری به شنیدن و باور پیام‌ها و جنبه شخصی دادن به آن‌ها دارند؛ به خصوص هنگامی که می‌بینند که پیام‌دهنده شبیه آن‌هاست و با نگرانی‌ها و مشقت‌هایی شبیه آن‌ها روبرو بوده است (17). استفاده از همتا، یکی از راهکارهای سودمند در افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر است که امروزه به طور قابل توجهی در حال گسترش می‌باشد و مطالعات مروری انجام شده آن را به عنوان یک راهکار مناسب پیشنهاد می‌کنند (18). در سال 2004، چپمن<sup>5</sup> و همکارانش در یک کارآزمایی بالینی تصادفی، تأثیر مشاوره شیردهی همتا بر جمعیت کم درآمد را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که مشاور همتا می‌تواند تأثیر معناداری بر شروع و میزان شیردهی با شیر مادر در ماه اول و سوم پس از زایمان داشته باشد (19).

در ایران نیز در سال 1389 مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه تأثیر حمایت همتا و آموزش توسط مراقبین بهداشتی بر زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر در زنان نخست‌زای مشهد انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد استفاده از حمایت همتا تأثیر

تغذیه کودک در سال‌های اول پس از تولد به ویژه در سال اول زندگی از جنبه‌های مختلف اهمیت دارد. در واقع رشد سالم و مناسب کودک با تغذیه صحیح فراهم می‌شود و در این راستا اثر مثبت شیر مادر بر رشد و تکامل کودکان کاملاً شناخته شده است (3). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت تقریباً تمامی مادران توانایی شیردهی نوزاد از سینه خود را دارند (4)؛ اما گزارش مطالعه انجام شده در سال 1389 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان "شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت" در کشورمان نشان داد میزان تغذیه انحصاری شیرخواران با شیر مادر در حدود 53/13% بوده است (5) که تا میزان توصیه شده سازمان جهانی بهداشت فاصله زیادی دارد. میزان تغذیه انحصاری شیرخواران با شیر مادر در سال 2010 در آمریکا نیز 13/3% گزارش شده است (6). شواهد نشان دهنده این است که بسیاری از مادران، تغذیه کودک را با شیر خود آغاز می‌کنند ولی قادر به تغذیه انحصاری با شیر مادر و شیردهی به مدت طولانی‌تر نمی‌باشند که بیشترین میزان این کاهش، در هفته اول پس از زایمان می‌باشد (6).

شیردهی موفق تحت تأثیر عوامل مؤثری چون سن و سطح سواد مادر، درآمد خانواده، آموزش‌های قبل از تولد، زمان اولین تغذیه نوزاد با شیر مادر، تجربه مادر در شیردهی و از همه مهم‌تر مهارت و خودکارآمدی مادر در شیردهی می‌باشد (7). از میان این عوامل، خودکارآمدی یکی از متغیرهای قابل تعدیل می‌باشد به طوری که یکی از عوامل مهم پیش‌بینی کننده طول مدت شیردهی در ماه‌های اول پس از زایمان نیز می‌باشد (8). نظریه خودکارآمدی بر مبنای تئوری یادگیری اجتماعی توسط بندورا<sup>2</sup> در سال 1977 معرفی شد (9). پس از تئوری خودکارآمدی بندورا در سال 1977، دنیس<sup>3</sup> در سال 1999 مفهوم اعتماد به نفس مادر را جهت چارچوب خودکارآمدی گسترش داد. طبق نظر دنیس خودکارآمدی شیردهی، توانایی درک شده توسط مادر برای شیردهی فرزندش می‌باشد. خودکارآمدی شیردهی ممکن است به عنوان اعتماد به نفس مادر در مورد توانایی وی در موفقیت در شیردهی نوزاد نیز تعریف شود که یک متغیر بسیار مؤثر بر طول مدت شیردهی است (10). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی پیش شرط اساسی و مهم در تغییر رفتار از جمله رفتارهای بهداشتی است (11). خودکارآمدی شیردهی که همان اعتماد به نفس مادر در شیردهی می‌باشد، عامل قابل تعدیل و بالقوه‌ای است که می‌تواند طول مدت شیردهی را

<sup>4</sup> Dunn

<sup>5</sup> Chapman

<sup>2</sup> Bandura

<sup>3</sup> Dennis

بارداری تک‌قلو و شکم اول، هفته 36-35 حاملگی (ماه نهم)، عدم داشتن بیماری جسمی و یا روانی، عدم مصرف دارو برای درمان بیماری خاص، محدوده سنی حداقل 18 سال و حداکثر 35 سال، علاقمند به شرکت در مطالعه، دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود نقص ساختاری در پستان، عدم سابقه مصرف سیگار و الکل و مواد مخدر، عدم وجود عوارض در حاملگی و زایمان (نظیر خونریزی و پره‌اکلامپسی و...) و داشتن نوزاد سالم بدون هیچ گونه نقص مادرزادی بود. همچنین زنانی که نوزاد نارس (کمتر از 37 هفته) داشتند یا نوزاد آن‌ها پس از تولد نیاز به مراقبت‌های ویژه داشت و همراه مادر از بیمارستان ترخیص نمی‌شد از مطالعه حذف شدند.

قبل از شروع مداخله، مادران گروه همتا انتخاب شدند و برای انجام مداخله به آنان آموزش داده شد. نحوه انتخاب همتا در این مطالعه به این ترتیب بود که مادرانی که برای پایش قد و وزن در سن دو سالگی فرزند خود به درمانگاه مراجعه می‌کردند، در صورت بومی بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و دارا بودن تجربه دو سال شیردهی موفق (رضایت‌مندی کامل از شیردهی با وزن‌گیری مناسب فرزند بدون داشتن مشکل در تغذیه تکمیلی همراه با ادامه شیردهی تا دو سالگی)، داشتن توانایی انتقال اطلاعات و علاقمندی به شرکت در گروه همتایان برای حضور در مطالعه دعوت می‌شدند. بعد از گرفتن پیش‌آزمون، آموزش‌های مورد نیاز شامل: 1- تعریف حمایت همتا و هدف آن و نقش و مسؤلیت همتا؛ 2- مهارت‌های برقراری ارتباط؛ و 3- اصول شیردهی (شامل: آناتومی و فیزیولوژی تولید شیر به طور خیلی مختصر، مزایای شیر مادر برای نوزاد، مزایای شیردهی برای مادر، تفاوت شیر مادر با شیرخشک، علایم گرسنگی نوزاد، نحوه پیشگیری از زخم پستان، علایم خوردن شیر کافی در نوزاد، وضعیت‌های صحیح شیردهی، زمان تولید و جریان یافتن شیر، سوالات و نگرانی‌های شایع و داستان‌ها و باورهای غلط درباره شیردهی) طی سه جلسه دو ساعته توسط پژوهشگر در همان کلاس آموزشی که آموزش معمول و استاندارد در مراکز بهداشتی درمانی شهر دامغان به مادران ارایه می‌شد به همتا ارایه شد. پس از گذراندن آموزش‌های لازم از مادران گروه همتا پس آزمون گرفته شد و تعداد شش نفر (دو نفر در سه مرکز مداخله) که 75% نمره پس آزمون را کسب نموده بودند به عنوان همتا انتخاب شدند. سپس مادران همتا آموزش‌های شیردهی را در کلاس آموزشی معمول هر مرکز و در ساعت آموزشی رایج در مرکز (ساعت 10 صبح) به مادران نخست‌زا ارایه دادند.

معناداری بر زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر نداشته است (20). تاکنون مطالعه‌ای در کشورمان جهت بررسی تأثیر آموزش شیردهی از طریق همتا بر خودکارآمدی شیردهی انجام نشده است.

با توجه به این که کوتاه شدن طول مدت تغذیه شیرخوار با شیر مادر یکی از مسایل و آسیب‌های جدی بهداشتی در کشور می‌باشد، به طوری که این امر می‌تواند سبب عوارض بسیار از جمله سوءتغذیه و پیامدهای منفی دیگر شود، پیشگیری از توسعه آن با اتخاذ راهکارهای مناسب در راستای موفقیت مادر در امر شیردهی ضروری به نظر می‌رسد. هدف مطالعه حاضر، اجرای یک برنامه آموزشی نو در قالب آموزش از طریق الگوی موفق دارای خودکارآمدی بالا تحت عنوان همتا می‌باشد. ما در حقیقت با قرار دادن همتا یا مادران دارای دو سال تمام تجربه موفق در شیردهی به عنوان یک الگو در مدار تأثیرگذاری بر مادران نخست‌زا برای دادن آموزش شیردهی موفق از معیارهایی چون الهام گرفتن از همتا، شبیه‌سازی خود با همتا، شناختن روش موفق همتا در شیردهی به فرزند و شناختن مسؤلیت خود به عنوان یک مادر استفاده نمودیم. به این ترتیب برآن شدیم تا برای نخستین بار در کشورمان با انجام مطالعه‌ای به بررسی این مطلب بپردازیم که آیا استفاده از آموزش توسط همتا می‌تواند راهکاری مفید جهت ارتقای خودکارآمدی شیردهی در مادران نخست‌زا باشد؟

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی خوشه‌ای با ثبت شماره IRCT2014060717972N3 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران و با طول مدت پنج ماه از تیرماه 1392 تا دی ماه 1392 انجام شد. شش مرکز بهداشتی درمانی شهر دامغان به عنوان جامعه پژوهش به صورت تخصیص تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل (اعداد زوج گروه کنترل، اعداد فرد گروه مداخله) تقسیم شدند. نمونه‌ها در مراکز بهداشتی درمانی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از کنترل از نظر شرایط معیار ورود و پس از اخذ رضایت آگاهانه به مطالعه دعوت شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی، با فرض تساوی واریانس در دو گروه مطالعه، برای آزمون انحرافی به میزان پنج نمره، در سطح اطمینان 95% و توان آماری 80% با استفاده از فرمول حجم نمونه 120 نفر محاسبه گردید، به طوری که 60 نفر از آن‌ها در گروه کنترل و 60 نفر دیگر در گروه مداخله قرار گرفتند (20 نفر در هر مرکز). معیار ورود به مطالعه شامل زنان باردار دارای

داخلی این ابزار را تأیید می‌کند (22). در مطالعه حاضر خودکارآمدی در هفته هشتم پس از زایمان به وسیله این ابزار بررسی شد. جهت نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>6</sup> استفاده شد و از آنالیز آماری کای دو برای بررسی همگن بودن متغیرهای دموگرافیک و در نهایت از تی مستقل<sup>7</sup> و من‌ویتنی<sup>8</sup> برای مقایسه میانگین خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد. تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 20 انجام شد. تمام آنالیزهای آماری در سطح معناداری 95% گزارش شده است.

### نتایج

پژوهش حاضر بر روی 120 مادر نخست‌زا آغاز شد. 13 نفر از افراد مورد پژوهش به دلایل شخصی و عدم شرکت در جلسه دوم آموزش (8 نفر از گروه مداخله و 5 نفر از گروه کنترل) از مطالعه خارج شدند و آنالیز نهایی با 107 نمونه انجام شد. دو گروه از نظر مشخصات فردی و سایر متغیرهای مداخله‌گر همگن بودند ( $p > 0/05$ ). محدوده سنی مادران 18 تا 33 سال و میانگین سنی آن‌ها  $23/5 \pm 4/59$  سال بود؛ به طوری که اکثریت (72%) مادران زیر 25 سال بودند. 76/1% مادران گروه کنترل و 71/1% مادران گروه مداخله تحصیلات دیپلم و زیردیپلم داشتند و بقیه مادران در هر دو گروه تحصیلات دانشگاهی داشتند. 83/3% مادران گروه کنترل و 84/3% مادران گروه مداخله خانه‌دار بودند و بقیه مادران در هر دو گروه شاغل بودند. همچنین اکثریت مادران گروه مداخله و کنترل (72% در گروه کنترل و 61/5% در گروه مداخله) در آمد متوسط داشتند. همچنین 47/2% مادران گروه کنترل و 63/5% مادران گروه مداخله زایمان طبیعی داشتند و بقیه مادران در هر دو گروه زایمان سزارین داشتند. 50/9% مادران گروه کنترل و 50% مادران گروه مداخله تمایل داشتند فرزند خود را تا 2 سالگی از شیر خود تغذیه نمایند و بقیه مادران در هر گروه تمایل داشتند کودک خود را تا کمتر از دو سال از شیر خود تغذیه نمایند (جدول 1). نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله  $6/08 \pm 51/78$  و در گروه کنترل  $6/23 \pm 46/55$  می‌باشد. به طوری که میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری داشتند ( $p < 0/001$ ) (جدول 2). میزان خودکارآمدی بالا در گروه کنترل 23/6% و در گروه مداخله 53/8% بود. میانگین رتبه

آموزش‌های معمول در مراکز بهداشتی درمانی برای هر دو گروه یکسان بود. به طوری که مادران دو گروه مداخله و کنترل، آموزش معمول و استاندارد مراکز بهداشتی درمانی که شامل دو جلسه آموزش شیردهی (یک جلسه قبل از زایمان در ماه نهم و یک جلسه بعد از زایمان در بخش پس از زایمان) می‌باشد را دریافت نمودند. مادران گروه مداخله علاوه بر آموزش‌های معمول، دو جلسه آموزش شیردهی دیگر را که یک جلسه آن قبل از زایمان در ماه نهم و یک جلسه دیگر در هفته اول پس از زایمان توسط همتا برگزار شد دریافت نمودند. آموزش‌های همتا در این مطالعه به صورت سخنرانی همراه با بحث گروهی (در گروه‌های پنج نفره)، پرسش و پاسخ و با استفاده از تصاویر انجام شد. در پایان هر جلسه به مدت 15 دقیقه همتا به نگرانی‌ها و سؤالات مادران پاسخ می‌داد. جزوه و پمفلت آموزش‌های ارائه‌شده نیز به مادران داده می‌شد.

ابزار مربوط به مطالعه دو قسمت داشت: قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات فردی (سن، شغل، میزان درآمد و سطح تحصیلات) و میزان تمایل به شیردهی بود که توسط مادران گروه مداخله و کنترل در بدو ورود به مطالعه تکمیل می‌شد. در ادامه مطالعه بعد از هشت هفته اطلاعات مربوط به نوع زایمان و نگرش همسر و اطرافیان نسبت به شیردهی و خودکارآمدی شیردهی توسط پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی دنیس در زمانی که مادران دو گروه جهت واکسیناسیون فرزند خود به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه داشتند تکمیل می‌شد.

پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی دنیس شامل 14 سؤال است که توسط مادران و بعد از مداخله تکمیل شد. تمامی سؤالات با پیشوند "من می‌توانم ..." شروع شده است و در مقیاس پنج طبقه‌ای لیکرت است. بر طبق پیشنهاد بندورا در تئوری خودکارآمدی تمامی سؤالات به صورت جملات مثبت طراحی شده‌اند. بدین ترتیب که دامنه نمرات برای هر سؤال بین 1 (هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم) و 5 (کاملاً مطمئنم) در نظر گرفته شده است. بنابراین دامنه نمره یا امتیازات خودکارآمدی شیردهی بین 14 تا 70 می‌باشد. به طوری که هر چه نمرات بالاتر از میانه باشد، خودکارآمدی شیردهی فرد، بالاتر و هر چه نمره پایین‌تر از میانه باشد خودکارآمدی شیردهی پایین‌تر می‌باشد. در این مطالعه، مادرانی که نمره بالاتر از 51 (عدد میانه) را کسب کرده بودند، خودکارآمدی شیردهی بالا و مادرانی که نمرات پایین‌تر از 51 داشتند، خودکارآمدی شیردهی پایین داشتند (21). باستانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی این مقیاس را 0/87 به دست آورده‌اند که همبستگی

<sup>6</sup> Kolmogorov-Smirnov

<sup>7</sup> Independent t

<sup>8</sup> Mann Whitney U

بهداشتی افزایش و احتمال انجام آن رفتار بهداشتی بیشتر خواهد شد (9). یونیسف در بیانیه مربوط به بیمارستان‌های دوستدار کودک اعلام کرد که مادران قبل از ترخیص از بیمارستان باید توانایی شیردادن به نوزاد را داشته باشند و آگاهی لازم در خصوص فواید شیر مادر، اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم آن تا دو سالگی را کسب کرده باشند. محتوای بسته آموزشی هم‌تای استفاده شده در این مطالعه نیز در همین راستا بود (23). این نتایج همچنین با مطالعه اینگرام<sup>9</sup> که در سال 2013 در انگلستان انجام شده همسو می‌باشد. مطالعه اینگرام با هدف ارزیابی حمایت هم‌تا و اثرات آن بر شیردهی انجام شد و طی آن تأثیر هم‌تا بر شیردهی از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که حمایت هم‌تا در قالب رفتارهای آموزشی سبب افزایش خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله شده بود (24). نتایج نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه دریافت‌کننده حمایت هم‌تا در مطالعه اینگرام، به مطالعه حاضر شباهت دارد. علت شباهت نتایج می‌تواند در ارتباط با نوع مداخله آموزشی باشد که از طریق هم‌تا، در دوران قبل و پس از زایمان و به صورت بحث گروهی اجرا شده است.

مطالعه مروری مداخلات ارتقای شیردهی که توسط چانگ<sup>10</sup> و همکاران در سال 2008 انجام شد نشان داد که اگر مداخلات حمایت هم‌تا به تنهایی در زمان قبل یا پس از زایمان انجام شوند اثربخش نخواهند بود. به بیان دیگر برای اثربخشی مداخلات مربوط به هم‌تا باید هم در زمان قبل و ادامه آن تا پس از زایمان اجرا شوند (25). پژوهشگر مطالعه حاضر از این نکته در پژوهش خود استفاده نمود و با پی‌ریزی دو جلسه آموزشی، یکی قبل از زایمان و دیگری در هفته اول پس از زایمان، اثربخشی مداخله خود را بیشتر نمود. نتایج مطالعه حاضر همچنین با مطالعه مک کوئین<sup>11</sup> و همکاران که تحت عنوان کارآزمایی بالینی بالینی مداخلات خودکارآمدی شیردهی در کانادا انجام شد، مطابقت ندارد. چرا که در این مطالعه، مداخله انجام شده نتوانسته بود سبب افزایش معنادار خودکارآمدی در زنان نخست‌زا شود. مداخله انجام شده در این مطالعه شامل سه جلسه برنامه افزایش خودکارآمدی در دوران پس از زایمان بود که دو جلسه آن در بیمارستان و یک جلسه از طریق تلفن اجرا شده بود (26). علت تفاوت نتایج آن با مطالعه حاضر به علت استفاده از هم‌تا در مطالعه حاضر باشد و علت دیگر آن می‌تواند در ارتباط با نوع

خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون من‌ویتنی محاسبه شد و تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده شد ( $p < 0/001$ ) (جدول 3). آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها را تأیید کرد ( $p > 0/05$ ).

#### جدول 1- بررسی همگنی مادران گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات فردی

متغیر فردی	کنترل		مداخله	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تمایل به شیردهی				
تا 1 سال	9	16/40	10	19/20
1-2 سال	18	32/70	16	30/80
2سالگی	28	50/90	26	50/00
جمع	55	100	52	100
نوع زایمان				
طبیعی	26	47/20	33	63/50
سزارین انتخابی	9	16/40	7	13/40
سزارین اورژانسی	20	36/40	17	23/10
جمع	55	100	52	100
میزان علاقه‌مندی همسر به شیردهی				
خیلی زیاد	48	87/30	17	32/70
زیاد	6	10/90	32	61/50
بی تفاوت	1	1/80	3	5/80
جمع	55	100	52	100

#### جدول 2- میانگین خودکارآمدی مادران گروه مداخله و کنترل

میزان	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون	درجه آزادی	مقدار احتمال
گروه کنترل	46/55	6/23	-4/462	105	$p < 0/001$
گروه مداخله	51/78	6/08			

#### جدول 3- وضعیت خودکارآمدی مادران گروه مداخله و کنترل

متغیر فردی	کنترل		مداخله	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت خودکارآمدی	13	23/60	28	53/80
خودکارآمدی بالا	42	76/40	24	46/20
خودکارآمدی پایین	55	100	52	100
جمع				

در این مطالعه مادرانی که نمره بالاتر از 51 (عدد میانه) را کسب کرده بودند خودکارآمدی شیردهی بالا و مادرانی که نمرات پایین‌تر از 51 داشتند خودکارآمدی شیردهی پایین داشتند  
\* میانگین رتبه‌ها محاسبه شده است

#### بحث

در رابطه با تقویت شیردهی موفق، مطالعات انجام شده به خوبی نشان داده‌اند که شروع و تداوم شیردهی موفق در سایه اقدامات بین‌المللی و ملی می‌باشد (14). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل می‌باشد و این به این معنا می‌باشد که اگر آموزش شیردهی توسط هم‌تا به آموزش‌های روتین مراکز بهداشتی درمانی اضافه شود، خودکارآمدی شیردهی در مادران نخست‌زا افزایش خواهد یافت و این با گام دوم و سوم نظریه خودکارآمدی مطابقت دارد. در این گام‌ها اشاره شده است که در صورت مشاهده عملکرد الگوها، ترغیب و تشویق کلامی افراد مقبول، خودکارآمدی رفتار

<sup>9</sup> Ingram

<sup>10</sup> Chung

<sup>11</sup> McQueen

نسبت به گروه کنترل (در بازه زمانی هشت هفته پس از مداخله) شد. مطالعه مروری مداخلات حمایت همتا در شیردهی نشان می‌دهد اگر آموزش معمول و حمایت در شیردهی در سطح بالایی قرار داشته باشد (مثل کشور انگلستان)، حمایت همتا اثربخش‌تر از مراقبت روتین نخواهد بود (31). اما آمارهای مربوط به شیردهی در کشورمان و در بسیاری از کشورهای جهان نشان می‌دهد که آموزش معمول شیردهی دچار کاستی‌هایی است (5 و 32). در کشور ما آموزش معمول شیردهی شامل یک جلسه آموزش شیردهی در ماه نهم است که در مراکز بهداشتی درمانی، هنگامی که مادر جهت مراقبت بارداری مراجعه می‌کند توسط ماما اجرا می‌شود و همچنین شامل یک جلسه آموزش شیردهی دیگر که پس از تولد نوزاد هنگامی که مادر برای اولین بار قصد شروع شیردهی را دارد توسط پرستار یا مسئول آموزش شیردهی در بخش انجام می‌شود. این امر نشان دهنده عدم وجود آموزش‌دهنده ثابت در زمان قبل و بعد از زایمان می‌باشد (33). از طرفی سیاست سیستم بهداشت و درمان و تلاش برای اقامت هرچه کمتر مادر در بیمارستان باعث می‌شود که مادران در این دوران دسترسی اندکی به مراقبین بهداشتی داشته باشند (34). در حالی که بسیاری از مطالعات، وجود حمایت و دسترسی مادر به یک منبع برای رفع ابهامات و مشکلات مربوط به شیردهی را در زمان پس از ترخیص از بیمارستان ضروری می‌دانند (18)، در مراقبت‌ها و آموزش‌های روتین شیردهی در کشور ما، منبع حمایتی برای مادر در زمان پس از ترخیص از بیمارستان وجود ندارد (33). به عبارت دیگر با توجه به نتایج این مطالعه، اگر مادر در این دوران، به یک منبع حمایتی و اطلاعاتی مثل همتا که مقرون به صرفه نیز می‌باشد دسترسی داشته باشد، بسیاری از چالش‌ها، مشکلات و ابهامات مادر برای ادامه شیردهی رفع خواهد شد. از طرف دیگر با توجه به این که پرستاران یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین افراد تیم بهداشتی در برخورد با مادران باردار در زمان قبل و پس از زایمان هستند و از همه مهم‌تر این که آموزش یکی از وظایف اصلی پرستاران در همه سطوح مراقبتی می‌باشد، پرستاران و سایر حرف بهداشتی باید با توجه به نتایج این پژوهش، در برنامه‌ریزی برنامه‌های آموزشی خود به خودکارآمدی و استفاده از مادران موفق و حمایت در شیردهی توجه نمایند تا بتوانند به مادران در غلبه بر موانع شیردهی کمک نمایند. همچنین نتایج این مطالعه نکته‌ای قابل توجه برای مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی دارد، به طوری که می‌توان با استفاده ساختارمند از آموزش همتا به عنوان یک راهکار ارزان و

آموزش باشد که در مطالعه حاضر از نوع گروهی و در مطالعه مک کوئین از نوع فرد به فرد بوده است. مطالعه هادینت<sup>12</sup> و همکاران در سال 2006 که با هدف مقایسه آموزش گروهی و فرد به فرد مداخلات شیردهی انجام شد نشان داد مداخلات شیردهی هنگامی که به صورت گروهی اجرا می‌شوند اثربخشی بیشتری دارند (27).

نتایج مطالعه حاضر همچنین با مطالعه تفضلی و همکاران که با هدف مقایسه تأثیر حمایت همتا و آموزش توسط مراقبین بهداشتی بر زمان شروع اولین شیردهی در زنان نخست‌زای مشهد انجام شد مطابقت ندارد. نتایج مطالعه تفضلی و همکاران نشان داد که زمان شروع اولین شیردهی در بین گروه حمایت همتا، گروه آموزش توسط مراقبین بهداشتی و گروه کنترل تفاوت معناداری نداشت. علت عدم تأثیر حمایت همتا در مطالعه تفضلی و همکاران که توسط پژوهشگر ذکر شده بود این بود که حمایت فقط در دوران بارداری برای مادر انجام شده بود (20). علت تفاوت نتایج مطالعه تفضلی و همکاران با مطالعه حاضر می‌تواند در ارتباط با نوع مداخله باشد که در مطالعه حاضر از نوع آموزش گروهی بود که هم در دوران قبل و هم در دوران پس از زایمان اجرا شد، ولی در مطالعه تفضلی از نوع حمایت فرد به فرد بود که فقط در دوران قبل از زایمان اجرا شد.

مطالعات فراوانی نشان دادند که سطح تحصیلات مادر، سن، وضعیت اجتماعی و دیگر عوامل زمینه‌ای با خودکارآمدی شیردهی در ارتباط هستند. در حالی که در مطالعه حاضر، ارتباط آماری معناداری بین متغیرهای زمینه‌ای همچون سن، شغل، سطح تحصیلات و میزان درآمد با خودکارآمدی شیردهی یافت نشد که این نتایج با نتایج مطالعه باستانی و همکاران (22) و نیز مطالعه بلیث<sup>13</sup> و همکاران (28) و ونیس (29) همخوانی دارد. اما با نتایج مطالعه مرک<sup>14</sup> (30) و ورعی و همکاران (16) متفاوت می‌باشد که احتمالاً به این علت است که در مطالعه حاضر جامعه مورد پژوهش فقط شامل مادران نخست‌زا می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

در این پژوهش، تأثیر آموزش شیردهی از طریق همتا بر خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش از طریق همتا سبب افزایش معنادار خودکارآمدی شیردهی در مادران گروه مداخله

<sup>12</sup> Hoddinott

<sup>13</sup> Blyth

<sup>14</sup> Mercer

پیشگیری از بیماری و درمان استفاده می‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد که اگر در کنار مراقبین امر سلامت، از همتا نیز به عنوان آموزش‌دهنده در زمینه شیردهی استفاده گردد، این آموزش می‌تواند اثربخش‌تر از آموزش مراقبین سلامت به تنهایی باشد. مدیران و سیاست‌گذاران سلامت می‌توانند با توجه به نتایج این مطالعه، با استفاده از همتا (مادران موفق در شیردهی) در آموزش شیردهی، خصوصاً پس از ترخیص از بیمارستان (هفته اول پس از زایمان) که به علت دسترسی اندک مادران به مراقبین سلامت، بیشترین میزان شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود دارد، شاهد اثرات مثبت آن بر میزان تغذیه انحصاری و طول مدت تغذیه با شیر مادر در جامعه باشند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی به شماره مصوب طرح پژوهشی 5338/250/د در دانشکده پرستاری و مامایی همراه با تأمین مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. نویسندگان مراتب سپاس خود را به همه بزرگوارانی که در انجام مراحل مختلف پژوهش یاری نمودند، به ویژه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، سرپرستان محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر دامغان، همچنین مادران محترم و صبور شرکت‌کننده در این تحقیق تقدیم می‌دارند.

### References

- 1- World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. [cited 2013 Jul 30]. Available at: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding\\_20110115/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/)
- 2- Hoefler C, Hardy MC. Later development of breast fed and artificially fed infants: comparison of physical and mental growth. *Journal of the American Medical Association* 1929;92(8):615-9.
- 3- Kleigman RM, Stanton BF, Geme GWSt, Schor NF, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19<sup>th</sup> ed. New York: Elsevier; 2011:160-188
- 4- World Health Organization. Breastfeeding: Only 1 in 5 countries fully implement WHO's infant formula Code. [cited 2013 May 22]. Available at: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world\\_breastfeeding\\_week\\_20130730/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_breastfeeding_week_20130730/en/)
- 5- Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic republic of Iran's multiple indicator demographic and health survey (IRMIDHS). Ministry Of Health and Medical Education: Iran, Tehran. 2010:69-70. (in Persian)
- 6- Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC guide to breastfeeding interventions. *Center for Disease Control and Prevention* 2005:1-29.
- 7- Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2009;38(3):259-68.
- 8- McCarter SD, Gore R. Breastfeeding self efficacy in women of African descent. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2009;38(2):230-43.
- 9- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977;84(2):191.
- 10- Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation* 1999;15(3):195-201.
- 11- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1978;1(4):139-61.
- 12- Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2006;35(1):87-97.
- 13- O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth* 1992;19(4):195-201.
- 14- Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers.

تأثیرگذار در زمینه شیردهی، شاهد افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران و سپس شاهد اثرات مثبت آن بر میزان تغذیه انحصاری و طول مدت تغذیه با شیر مادر در جامعه باشیم رسیدن به این مهم زمانی ممکن می‌گردد که با حمایت مدیران و تأمین منابع بودجه‌ای در این زمینه همراه باشد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که چون از نظر اخلاقی امکان نداشت که از تماس مادران با متخصصان امر سلامت جلوگیری نمود، اثر واقعی همتا بر نمونه‌ها مشخص نشد. محدودیت دیگر مطالعه این بود که نمونه‌ها مادران نخست‌زا و سالم با نوزادانی سالم بودند که مربوط به یک منطقه جغرافیایی بودند؛ به همین دلیل در تعمیم دادن نتایج این مطالعه به کل جمعیت محدودیت وجود دارد. بنابراین لازم به نظر می‌رسد که چنین پژوهشی در مورد مادرانی با شرایط آسیب‌پذیر مثل مادران مبتلا به بیماری‌های خاص، کم‌درآمد و ساکن در روستا که دسترسی کمتری به سیستم بهداشت و درمان دارند یا مادرانی با نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام پذیرد.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا از همتا به عنوان آموزش‌دهنده، حامی و رابط فرهنگی در بسیاری از زمینه‌ها نظیر

- Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2008;37(5):546-55.
- 15- Schunk DH. Self-efficacy, motivation, and performance. *Journal of Applied Sport Psychology* 1995;7(2):112-37.
  - 16- Varaei Sh, Mehrdad N, Bastani N. The relationship between self-efficacy and breast feeding. *Hayat* 2009, 15(3): 31-38. (in Persian)
  - 17- Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001;25(2):134.
  - 18- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2003;17(4):407-17.
  - 19- Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004;158(9):897-902.
  - 20- Tafazoli M, Moodi A, Boskabadi H, Ebrahimzadeh S. The effect of peer support and education of health workers on beginning the first breastfeeding in primiparous women in Mashhad. *IJOGI* 2012;15(4): 19-28. (in Persian)
  - 21- Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health* 1999;22(5):399-409.
  - 22- Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers. *Iran J Nurs* 2008, 21(54):9-23. (in Persian)
  - 23- Zakarija-Grković I, Šegvić O, Božinović T, Čuže A, Lozančić T, Vučković A, et al. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *Journal of Human Lactation* 2012;28(3):389-99.
  - 24- Ingram J. A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. *BMC pregnancy and childbirth* 2013;13(1):192.
  - 25- Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2008;149(8):565-82.
  - 26- McQueen KA, Dennis CL, Stremmler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2011;40(1):35-46.
  - 27- Hoddinott P, Chalmers M, Pill R. One to one or group based peer support for breastfeeding? women's perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention. *Birth* 2006;33(2):139-46.
  - 28- Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation* 2004;20(1):30-8.
  - 29- Dennis CLE. Identifying predictors of breastfeeding self efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing and Health* 2006;29(4):256-68.
  - 30- Mercer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research* 1981;30(2):73-7.
  - 31- Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ* 2012;344.
  - 32- Sheehan D, Watt S, Krueger P, Sword W. The impact of a new universal postpartum program on breastfeeding outcomes. *Journal of Human Lactation* 2006;22(4):398-408.
  - 33- Emamifshar N, Jalilvand P, Hejazi S, Radpoyan L, Rahimighasbeh S, Valafar Sh, et al. Country guides provide obstetric services. 3rd ed. Tehran: Charsoy Honar; 2011:26-203. (in Persian)
  - 34- Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs— an exploratory study. *Journal of Human Lactation* 2003;19(4):391-401.

## Impact of Peer Education on Breastfeeding Self-Efficacy in Primiparous Women: a Cluster Randomized Controlled Trial

Godarzi Z<sup>1</sup> (MSc.), Saeidi M<sup>1\*</sup> (MSc.), Daneshvar Ameri Z<sup>1</sup> (MSc.), Shamshiri AR<sup>2</sup> (Ph.D), Sadeghi T<sup>3</sup> (Ph.D)

<sup>1</sup>*Department of Pediatrics and NICU Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

<sup>2</sup>*Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

<sup>3</sup>*Department of Pediatrics and Neonatal Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

### Original Article

Received: 14 Feb 2015, Accepted: 7 May 2015

### Abstract

**Introduction:** Primiparous women who start breastfeeding face with many challenges. Breastfeeding self-efficacy is an important psychological and motivational influencing factor in breastfeeding success. The aim of the present study was to examine the impact of peer education on breastfeeding self-efficacy in primiparous women.

**Methods:** This cluster randomized controlled trial was conducted among 107 primiparous women. Six health centers were selected and randomly divided into two control and intervention groups. Women were recruited through consecutive sampling. The control group received two routine educational sessions in the health centers (one session before and one session after childbirth). Intervention group received two more sessions of breastfeeding education before and after delivery from peers that were qualified and experienced two years of successful breastfeeding. Data were collected using the Breastfeeding Self-efficacy questionnaire at eight weeks postpartum. Data were analyzed in the SPSS-20 using the t-test and chi-squared test.

**Results:** The mean score of breastfeeding self-efficacy in the control and intervention groups were  $46.55 \pm 6.23$  and  $51.87 \pm 6.08$ , respectively after the intervention ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The findings of this study revealed that breastfeeding through peer education increased self-efficacy in primiparous women eight weeks after the education.

**Key words:** breastfeeding education, peer, self-efficacy, primiparous women

---

### Please cite this article as follows:

Godarzi Z, Saeidi M, Daneshvar Ameri Z, Shamshiri AR, Sadeghi T. Impact of Peer Education on Breastfeeding Self-Efficacy in Primiparous Women: a Cluster Randomized Controlled Trial. *Hakim Health Sys Res* 2015; 18(2): 105- 113.

---

\*Corresponding Author: Department of Pediatrics and NICU Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Tel: +98- 911- 2740163. E-mail: [m.saeidi2000@yahoo.com](mailto:m.saeidi2000@yahoo.com)