

بررسی میزان خودکارآمدی و الگوی شیردهی و عوامل پیشگویی کننده آن در مادران ساکن استان قزوین

فرنوش معافی*^۱، سمیه عسگری^۲، زهرا یکه فلاح^۳، مریم مؤمنی^۴، حمیده حاج نصیری^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۹/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: شیر مادر به‌واسطه فواید فیزیولوژیک و سایکولوژیک برای مادر و کودک بهترین غذا برای شیرخوار شناخته شده است. با این وجود میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران با افزایش سن شیرخوار ماه‌به‌ماه کاهش می‌یابد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط شناسایی خودکارآمدی شیردهی و الگوی شیردهی و عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کوهورت آینده‌نگر بر روی ۳۵۰ زن بستری در بخش پس از زایمان مرکز آموزشی و درمانی کوثر شهر قزوین که طی ۲۴ ساعت گذشته زایمان کرده بودند انجام شد. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. پرسشنامه دموگرافیک - مامایی و خودکارآمدی شیردهی در بیمارستان تکمیل شد. سپس در ۲ مقطع زمانی (۱ و ۳ ماه پس از زایمان) چک‌لیست الگوی شیردهی از طریق تماس تلفنی تکمیل شد. داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری تی، کای دو و رگرسیون لجستیک با سطح معنی‌داری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین شرکت‌کنندگان در مطالعه ۸۸/۳ درصد شیردهی را در بیمارستان آغاز کرده و در ماه سوم پس از زایمان ۷۸ درصد شیردهی انحصاری داشتند. میزان خودکارآمدی شیردهی در حد مطلوبی نبود ($57/28 \pm 7/65$). شروع مراقبت‌های بارداری در سه‌ماهه اول بارداری، شروع شیردهی در ۱ ساعت پس از زایمان و خودکارآمدی شیردهی، شیردهی انحصاری را در ماه سوم پس از تولد پیشگویی کرده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: تلاش برای تشویق مادران به شیردهی و مداخله جهت ارتقا خودکارآمدی شیردهی و همچنین توجه به جایگاه پرسنل بهداشتی در ارتقا میزان شیردهی باید در سیاست‌گذاری‌های بهداشت عمومی گنجانده شود تا بدین‌وسیله از قطع زود هنگام شیردهی انحصاری جلوگیری شود.

کلمات کلیدی: شیردهی انحصاری، خودکارآمدی شیردهی، عوامل پیشگویی کننده

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۹۹، دی ۱۳۹۶، ص ۷۷۷-۷۸۷

آدرس مکاتبه: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۸۳۳۳۳۶۰۰۱

Email: f.moaffi@qums.ac.ir

مقدمه

علاقه و نزدیکی مادر و کودک به یکدیگر می‌شود (۳). همچنین تداوم شیردهی تا ۶ ماهگی و بیشتر، عاملی محافظتی در برابر اضافه‌وزن و چاقی در دوران کودکی و نوجوانی است (۴). در بسیاری از کشورهای منطقه مدیترانه‌ای شرقی^۱، باوجود اینکه در بیش از ۶۰ درصد نوزادان تازه متولدشده، شیردهی به‌صورت انحصاری با شیر مادر شروع می‌شود، این میزان کاهش یافته و در نوزادان زیر شش ماه به ۴۰ درصد یا کمتر تقلیل می‌یابد (۱). در

شیر مادر بدون شک بزرگ‌ترین هدیه خداوند است که به‌واسطه آن نوزادان با مواد مغذی موردنیاز برای رشد و تکامل سالم تغذیه خواهند شد (۱). شیر مادر انواع عفونت‌ها به‌ویژه عفونت‌های گوارشی و تنفسی و مرگ ناگهانی نوزادی را کاهش می‌دهد (۲). مطالعات نشان داده علاوه بر خاصیت مصونیت‌زایی و ایمنی موجود در شیر مادر، مصرف آن هزینه کم‌تری را به خانواده تحمیل کرده و باعث

^۱ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۴ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۵ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۱ Eastern Mediterranean Region (EMR)

می‌شود (۱۸) و یکی از عوامل مؤثر بر تداوم شیردهی در طی ۶ ماه پس از زایمان است (۱۹). خودکارآمدی تحت تأثیر عوامل متعددی از قبیل تحصیلات مادر، حمایت اجتماعی، نوع زایمان، رضایت از بی‌دردی حین زایمان، رضایت از مراقبت‌های پس از زایمان، درک مادر از روند شیردهی، روشی که مادر برای تغذیه نوزاد در نظر گرفته است و اضطراب مادر می‌باشد (۲۰). همچنین وضعیت روانی-اجتماعی مادر، حمایت از زن توسط مادرش، شیردهی در اولین ساعات تولد، وضعیت اشتغال و پاریته مادر نیز از عوامل مؤثر بر خودکارآمدی شیردهی هستند (۲۱-۲۳). لذا با توجه اینکه خودکارآمدی شیردهی از عوامل مؤثر بر تداوم شیردهی است، مطالعات اعم از توصیفی و مداخله‌ای در این زمینه ادامه دارد و همچنان به دنبال راهکاری برای بهبود و افزایش این عامل مهم هستند.

با توجه به اهمیت جهانی شیردهی انحصاری و آمارهای ارائه‌شده که مبنی بر نامطلوب بودن وضعیت شیردهی انحصاری می‌باشد، سیاست‌های جهانی هنوز در پی یافتن راهکاری برای افزایش میزان شیردهی هستند. در این راستا مطالعات گسترده‌ای در حال انجام است. در مطالعه حاضر نیز پژوهشگران در تلاش هستند تا با تعیین الگوی شیردهی در جامعه و میزان خودکارآمدی، به‌عنوان یکی از عوامل مهم و مؤثر بر شیردهی انحصاری و همچنین شناسایی عوامل مؤثر بر شیردهی، قدمی در جهت بهبود وضعیت شیردهی انحصاری در جامعه بردارند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر و برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین با کد شناسایی IR.QUMS.REC.1394.827 می‌باشد. حجم نمونه بر اساس مقاله حسن‌پور و همکاران (۲۴) و طبق فرمول $n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 * \sigma^2}{d^2}$ و با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد برابر 268 نفر به دست آمد که با احتساب ۳۰ درصد ریزش نمونه، حجم نهایی ۳۵۰ نفر برآورد شد. نمونه‌ها شامل زنان زایمان کرده و بستری در بخش مراقبت‌های پس از زایمان بیمارستان آموزشی کوثر در طی سال‌های ۱۳۹۴-۹۵ بود که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از داشتن ملیت ایرانی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نوزاد تک قلو، ترم و سالم که همراه با مادر از بیمارستان ترخیص شود، نداشتن آنومالی پستان و تصمیم به شیردهی از پستان، که جهت پیگیری به تلفن دسترسی داشته باشند. معیارهای خروج شامل عدم رضایت به شرکت در مطالعه و

کانادا تنها یک‌سوم از زنان شیردهی دارند و ۸ هفته پس از زایمان، کودکان خود را از شیر می‌گیرند (۵). در مطالعه‌ای در اروپا، در کشور اسپانیا نیز میزان شیردهی انحصاری در ۶ ماهگی ۲۵/۴ درصد و در ۲ سالگی تنها ۷/۷ درصد گزارش شده بود (۶). در نتیجه درصد بسیاری از زنان در بدو تولد شیردهی انحصاری را آغاز می‌کنند اما این میزان با افزایش سن کودک کاهش می‌یابد. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران در سطح ملی ۵۶/۸ درصد در چهارماهگی و ۲۷/۷ درصد در شش‌ماهگی گزارش شده است. که این میزان در مناطق شهری، ۵۶ درصد در چهارماهگی و ۲۷ درصد در شش‌ماهگی و در مناطق روستایی، ۵۸ درصد در ۴ ماهگی و ۲۹ درصد در ۶ ماهگی می‌باشد (۷). لذا یکی از اهداف سیاست‌های تغذیه‌ای جهانی، افزایش شیردهی انحصاری در ۶ ماهگی به میزان حداقل ۵۰ درصد تا سال ۲۰۲۵ است (۸).

با توجه به اهداف سیاست‌های تغذیه‌ای جهانی در جهت افزایش میزان شیردهی انحصاری و هدایت برنامه‌های ترویج تغذیه شیر مادر، یکی از راهکارها، تمرکز بر عوامل مؤثر بر شیردهی مادران است. در این زمینه عوامل بسیاری مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و در نتیجه یافته‌های مقالات مروری عوامل مؤثر بسیاری را گزارش کرده‌اند (۹). که از جمله‌ای آن عوامل می‌توان به عوامل فردی از جمله سن، وضعیت ازدواج، سطح تحصیلات، درآمد و زمینه‌های قومی و مذهبی، عوامل اجتماعی از جمله حمایت اجتماعی و عوامل روان‌شناختی مادر مانند وجود خشونت خانگی اشاره نمود (۱۰-۱۳). اما این یافته‌ها در تمام مطالعات مورد تأیید قرار نگرفته‌اند. به‌عنوان مثال یافته‌های برین و همکاران^۲ (۲۰۰۸) تأثیر سطح تحصیلات، شغل مادر، تجربه قبلی شیردهی را بر شیردهی انحصاری گزارش نکردند (۱۴). اما در مقابل، در مطالعه دیگری، تحصیلات، استعمال سیگار، تجربه قبلی شیردهی، تصمیم به نوع شیردهی و قصد برگشت به کار از عوامل تأثیرگذار بودند و سن، مصرف الکل، سابقه خانوادگی آسم، آلرژی و آگزام، محل زایمان و محل نگهداری نوزاد پس از زایمان تأثیری بر میزان شیردهی انحصاری در ماه سوم پس از زایمان نداشتند (۱۵). همچنین عوامل روان‌شناختی مؤثری از جمله افسردگی، اضطراب، دیسترس و عزت‌نفس گزارش شده‌اند که نتایج مطالعات در این زمینه نیز ضدونقیض می‌باشد (۱۴، ۱۶، ۱۷). در ایران تعداد مطالعات انجام شده در زمینه عوامل مؤثر بر شیردهی انحصاری اندک می‌باشد.

خودکارآمدی شیردهی یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر طول مدت شیردهی می‌باشد (۱۴). خودکارآمدی شیردهی به‌صورت اعتماد مادر نسبت به توانایی خویش در شیر دادن به نوزادش تعریف

² O'Brien et al.

بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه در بازه زمانی مطالعه بود.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دموگرافیک- مامایی، چک‌لیست الگوی شیردهی و فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی استفاده شد. بخش دموگرافیک شامل سؤالاتی از قبیل سن، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد خانواده، محل سکونت، مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل، تعداد بارداری و تمایل به بارداری و بخش مامایی شامل سه قسمت بود: دوران بارداری شامل سؤالاتی پیرامون زمان شروع مراقبت‌های بارداری، تعداد دفعات مراقبت‌های بارداری، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان؛ دوران پس از زایمان شامل سؤالاتی پیرامون نوع زایمان، جنسیت نوزاد، تماس پوست به پوست، نوع تغذیه در بیمارستان و درک مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان و شیردهی شامل سؤالاتی پیرامون تجربه قبلی شیردهی، زمان اولین شیردهی، زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی، تصمیم‌گیری در مورد طول مدت شیردهی، تصمیم‌گیری در مورد نوع شیردهی بود. چک‌لیست الگوی شیردهی، سطح شیردهی در طی یک هفته اخیر (شیردهی انحصاری (تنها شیر مادر)، شیردهی تقریباً انحصاری (شیر مادر به همراه مایعات دیگر به‌غیر از شیر خشک)، شیردهی بیشتر (شیر مادر به همراه کم‌تر از یک بطری شیرخشک در روز)، شیردهی نسبی (شیر مادر به همراه حداقل یک بطری شیر خشک در روز)، از شیر مادر گرفته‌شده (پستان مادر صرفاً برای راحتی کودک در اختیار او قرار می‌گیرد اما شیردهی از پستان ندارد) (۲۵)، طول مدت شیردهی در هر بار، دفعات شیردهی در شبانه‌روز، زمان قطع تغذیه انحصاری را می‌سنجید. جهت کسب روایی صوری و محتوایی پرسشنامه دموگرافیک- مامایی و چک‌لیست الگوی شیردهی، از نظرات و پیشنهادها پنج تن از اساتید هیئت‌علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین استفاده گردید و بر آن اساس اصلاحات لازم صورت گرفت. فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی دارای ۱۴ گویه با بار مثبت است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از همواره یا کاملاً مطمئنم (نمره ۵) تا هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم (نمره ۱) نمره دهی می‌شود. مجموع امتیازات تعلق‌گرفته به هر گویه، نمره خودکارآمدی شیردهی را نشان می‌دهد که کمینه و بیشینه نمرات به ترتیب ۱۴ و ۷۰ می‌باشد. به‌طوری‌که بالاترین نمره نشان‌دهنده

بالاترین میزان خودکارآمدی در شیردهی تلقی می‌شود (۲۶). پایایی این پرسشنامه در مطالعه باستانی و همکاران بررسی‌شده و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی سؤالات این پرسشنامه می‌باشد (۲۷). پژوهشگر پس از معرفی خود به نمونه‌ها و بعد از بیان اهداف پژوهش و روش کار، از آنان جهت همکاری در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ کرد. پرسشنامه دموگرافیک - مامایی و فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی توسط شرکت‌کنندگان و در حضور پژوهشگر تکمیل شد. سپس در ۲ مقطع زمانی (زمان اول: ۱ ماه پس از زایمان، زمان دوم: ۳ ماه پس از زایمان) با شرکت‌کنندگان تماس تلفنی برقرار شد. در طی تماس تلفنی از شرکت‌کنندگان پرسیده شد که آیا در طی ۲۴ ساعت گذشته به نوزاد خود شیر داده‌اند یا خیر و در صورت مثبت بودن پاسخ، چک‌لیست الگوی شیردهی برای آنان پر شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماري SPSS ویرایش ۲۰ و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و درصد) و استنباطی شامل آزمون‌های تی تست و کی دو استفاده شد. در نهایت اثر پیش‌بینی کننده متغیرها با استفاده از رگرسیون لجستیک با در نظر گرفتن $p < 0.05$ بررسی شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در کل ۳۸۵ پرسشنامه تکمیل شد و در تماس تلفنی ۳۱ مورد از شرکت‌کننده‌ها به تماس تلفنی پاسخ ندادند و از مطالعه حذف شدند و ۴ پرسشنامه نیز به دلیل کامل نبودن کنار گذاشته شد و در نهایت اطلاعات ۳۵۰ شرکت‌کننده مورد بررسی نهایی قرار گرفتند. مشخصات عوامل دموگرافیک در جدول شماره ۱ و مشخصات عوامل مامایی و میزان خودکارآمدی شیردهی در جدول شماره ۲ گزارش و در دو گروه تغذیه انحصاری و غیر انحصاری با شیر مادر در ماه سوم پس از زایمان مقایسه شده است. از بین عوامل دموگرافیک - مامایی مورد بررسی، دو گروه اختلاف معنی‌داری در زمان شروع مراقبت‌های دوران بارداری ($p=0.01$)، زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی ($p=0.04$)، نوع تغذیه در بیمارستان ($p=0.01$) و زمان اولین شیردهی ($p=0.02$) داشتند. میزان خودکارآمدی شیردهی نیز در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری داشت ($p=0.00$).

جدول (۱): مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک زنان در گروه دارای تغذیه انحصاری و غیر انحصاری ۳ ماه پس از زایمان

متغیر	الگوی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان	
	انحصاری تعداد (درصد)	غیر انحصاری تعداد (درصد)
تحصیلات	۲۵۱ (۹۱/۹)	۷۴ (۹۶/۱)
غیردانشگاهی		۰/۳۱

آزمون کای دو	غیر انحصاری تعداد (درصد)	انحصاری تعداد (درصد)	الگوی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان	
			متغیر	
۰/۷۵	۳ (۳/۹)	۲۲ (۸/۱)	دانشگاهی	شغل
	۷۶ (۹۸/۷)	۲۶۸ (۹۸/۲)	خانه‌دار	
	۱ (۱/۳)	۵ (۱/۸)	شاغل	
۰/۰۹	۳ (۳/۹)	۱۷ (۶/۲)	کم‌تر از حد کیفیت	وضعیت درآمد خانواده
	۴۷ (۶۱)	۱۵۹ (۵۸/۲)	کافی	
	۲۷ (۳۵/۱)	۹۷ (۳۵/۵)	در حد پس از انداز	
۰/۱۸	۴۶ (۵۹/۷)	۱۸۵ (۶۷/۸)	شهر	محل سکونت
	۳۱ (۴۰/۳)	۸۸ (۳۲/۲)	روستا	
۰/۳	۵۲ (۶۸/۴)	۲۰۳ (۷۴/۴)	بله	تمایل به بارداری
	۲۴ (۳۱/۶)	۷۰ (۲۵/۶)	خیر	
۰/۲۸	۰	۴ (۱/۵)	بله	دخانیات، مواد مخدر و الکل
	۷۷ (۱۰۰)	۲۶۹ (۹۸/۵)	خیر	
۰/۳۷+	۲۷/۹۶ ± ۶/۶۴++	۲۷/۲۹ ± ۵/۶۲ ++	سن	
۰/۲۱+	۲/۲۱ ± ۱/۱۳++	++۲/۰۳ ± ۱/۱۲	تعداد بارداری	

$p < 0.05^*$

+آزمون تی مستقل

++میانگین ± انحراف معیار

جدول (۲): مقایسه ویژگی‌های مامایی و نمره خودکارآمدی شیردهی زنان در گروه دارای تغذیه انحصاری و غیر انحصاری ۳ ماه پس از زایمان

آزمون کای دو	غیر انحصاری تعداد (درصد)	انحصاری تعداد (درصد)	الگوی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان	
			متغیر	
۰/۰۱*	۶۳ (۸۱/۸)	۲۵۰ (۹۱/۶)	سه‌ماهه اول	زمان شروع مراقبت‌های دوران بارداری
	۱۴ (۱۸/۲)	۲۳ (۸/۴)	سه‌ماهه دوم به بعد	
۰/۴۷	۱۲ (۱۵/۶)	۳۴ (۱۲/۵)	کم‌تر از ۸ بار	تعداد مراقبت‌های دوران بارداری
	۶۵ (۸۴/۴)	۲۲۹ (۸۷/۵)	۸ بار و بیشتر	
۰/۱۶	۸ (۱۰/۴)	۴۶ (۱۶/۸)	بله	شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان
	۶۹ (۸۶/۶)	۲۲۷ (۸۲/۲)	خیر	
۱	۱ (۱/۳)	۵ (۱/۸)	کم‌تر از ۶ ماه	تصمیم برای مدت‌زمان شیردهی انحصاری
	۷۶ (۹۸/۷)	۲۶۸ (۹۸/۲)	۶ ماه و بیشتر	
۰/۰۴*	۴۳ (۵۵/۸)	۱۸۱ (۶۶/۳)	قبل بارداری	زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی
	۳۱ (۴۰/۳)	۹۰ (۳۳)	دوران بارداری	
	۳ (۳/۹)	۲ (۷)	نامشخص	
۰/۰۹	۷۲ (۹۳/۵)	۲۶۶ (۹۷/۴)	انحصاری	تصمیم نوع شیردهی
	۵ (۶/۵)	۷ (۲/۶)	غیر انحصاری	
۰/۸	۳۴ (۴۴/۲)	۱۲۵ (۴۵/۸)	طبیعی	نوع زایمان
	۴۳ (۵۵/۸)	۱۴۸ (۵۴/۲)	سزارین	
۰/۲۴	۳۴ (۴۴/۲)	۱۴۱ (۵۱/۶)	پسر	جنسیت نوزاد
	۴۳ (۵۵/۸)	۱۳۲ (۴۸/۴)	دختر	

آزمون کای دو	غیر انحصاری تعداد (درصد)	انحصاری تعداد (درصد)	الگوی شیردهی ۳ ماه پس از زایمان	
			متغیر	
۰/۵۵	۵۴ (۷۰/۱)	۲۰۰ (۷۳/۵)	بله	تماس پوست به پوست
	۲۳ (۲۹/۹)	۷۲ (۲۶/۵)	خیر	
۰/۰۱*	۶۲ (۸۰/۵)	۲۴۷ (۹۰/۵)	شیرمادر	نوع تغذیه در بیمارستان
	۱۵ (۱۹/۵)	۲۶ (۹/۵)	غیر شیرمادر	
۰/۰۷	۹ (۱۱/۷)	۱۴ (۵/۱)	عدم رضایت	رضایت مادر از کیفیت تغذیه
	۴۹ (۶۳/۶)	۱۶۸ (۶۱/۸)	رضایت نسبی	نوزاد در بیمارستان
	۱۹ (۲۴/۷)	۹۰ (۳۳/۱)	رضایت کامل	
۰/۶۷	۴۸ (۶۲/۳)	۱۶۳ (۵۹/۷)	بله	تجربه قبلی شیردهی
	۲۹ (۳۷/۷)	۱۱۰ (۴۰/۳)	خیر	
۰/۰۲*	۶۹ (۸۹/۶)	۲۱۴ (۷۸/۴)	کمتر از یک ساعت پس از زایمان	زمان اولین شیردهی
	۸ (۱۰/۴)	۵۹ (۲۱/۶)	بیشتر از یک ساعت پس از زایمان	
۰/۰۰×+	۵۵/۰۱ ± ۷/۷۲++	۵۷/۹۲ ± ۷/۵۳ ++	خودکارآمدی شیردهی	

p<۰/۰۵*

+آزمون تی مستقل

++میانگین ± انحراف معیار

مقابل طول مدت شیردهی در هر بار و دفعات شیردهی در شبانه روز افزایش یافته بود.

جدول شماره ۳ الگوی شیردهی یک و سه ماه پس از زایمان را گزارش کرده است که نشانگر کاهش شیردهی انحصاری در ماه سوم پس از زایمان و افزایش شیردهی ترکیبی و شیر خشک است. در

جدول (۳): ویژگی‌های الگوی شیردهی ۱ و ۳ ماه پس از زایمان

الگوی شیردهی	۱ ماه پس از زایمان تعداد (درصد)	۳ ماه پس از زایمان تعداد (درصد)
سطح شیردهی در یک هفته اخیر	۲۹۶ (۸۴/۶)	۲۷۳ (۷۸)
انحصاری	۴۱ (۱۱/۷)	۵۸ (۱۶/۶)
ترکیبی	۱۳ (۳/۷)	۱۹ (۵/۴)
شیر خشک	۷۳ (۲۱/۷)	۲۸ (۲۸)
طول مدت شیردهی در هر بار ×	۲۶۴ (۷۸/۳)	۳۰۳ (۹۱/۵)
کمتر از ۱۰ دقیقه	۷۰ (۲۰/۸)	۳۰ (۹/۱)
۱۰ دقیقه و بیشتر	۲۶۷ (۷۹/۲)	۳۰۱ (۹۰/۹)
کمتر از ۸ بار	۲۶۷ (۷۹/۲)	۳۰۱ (۹۰/۹)
۸ بار و بیشتر	۲۸/۱۱ ± ۵/۵۲+	۸۲/۰۹ ± ۱۹/۵۴+
زمان قطع تغذیه انحصاری (روز)		

+میانگین ± انحراف معیار

*تعداد (درصد) از بین ۳۳۷ شرکت کننده که به صورت انحصاری یا ترکیبی نوزاد را با شیرمادر تغذیه می کردند، گزارش شده است.

تک متغیره معنی دار بودند که وارد مدل نهایی شدند. در مدل نهایی زمان شروع مراقبت‌های بارداری، زمان اولین شیردهی و خودکارآمدی شیردهی توانسته بودند شیردهی انحصاری را در ماه

در آنالیز نهایی رگرسیون، از میان عوامل دموگرافیک - مامایی زمان شروع مراقبت‌های بارداری، زمان اولین شیردهی، نوع تغذیه در بیمارستان و همچنین خودکارآمدی شیردهی در آنالیز رگرسیون

سوم پس از تولد پیشگویی کنند. بدین صورت که افزایش نمره خودکارآمدی، شروع مراقبت‌های بارداری در سه‌ماهه اول شانس شیردهی انحصاری را به ترتیب به میزان ۱/۰۴ و ۲/۲ افزایش داده بودند. همچنین به تعویق انداختن زمان اولین شیردهی بیشتر از ۱ ساعت پس از زایمان، شانس شیردهی انحصاری را به میزان ۰/۴۴ کاهش داده بود (جدول ۴).

جدول (۴): تحلیل رگرسیون الگوی شیردهی در سه‌ماهه سوم برحسب ویژگی‌های دموگرافیک - مامایی و نمره خودکارآمدی شیردهی در

کل آزمودنی‌ها

P value	فاصله اطمینان (/۹۵)	نسبت شانس	ضریب رگرسیونی	رگرسیون متغیر
P=۰/۰۱*	۱/۰۰۸-۱/۰۷	۱/۰۴	۰/۰۴	خودکارآمدی
P=۰/۰۳*	۱/۰۴-۴/۶۴	۲/۲	۰/۷۹	زمان شروع مراقبت‌های بارداری
P=۰/۰۴*	۰/۱۹-۰/۹۸	۰/۴۴	-۰/۸۱	زمان اولین شیردهی
P=۰/۰۵۷	۰/۹۷-۴/۱۸	۲/۰۲	۰/۷	نوع تغذیه در بیمارستان

p<۰/۰۵*

تفاوت است. این مسئله در مطالعه‌ای که ورعی و همکاران (۲۰۰۹) در جامعه ایرانی و در تهران انجام داده بودند، نیز مشهود بود و نتایج مطالعه‌ی آن‌ها با مطالعه حاضر هم‌راستا بود، بدین صورت که از بین ۳۷۸ مادر، ۸۰/۴ درصد در ماه اول و ۷۹/۴ درصد در ماه سوم پس از زایمان همچنان شیردهی انحصاری داشتند (۳۱).

در مطالعه حاضر خودکارآمدی شیردهی مؤثرترین عامل در پیشگویی شیردهی انحصاری در ماه سه سوم پس از زایمان بوده و توانسته بود شانس شیردهی انحصاری را به میزان ۱/۰۴ افزایش دهد. در مطالعه ورعی و همکاران (۲۰۰۹) خودکارآمدی بالاتر با میزان شیردهی انحصاری و طول مدت شیردهی بیشتر مرتبط بود (۳۱). مک کوپین و همکاران^۱ (۲۰۱۵) نیز خودکارآمدی شیردهی را به‌عنوان عامل پیشگویی‌کننده طول مدت و انحصاری بودن شیردهی مطرح کرده بودند (۳۰). در مطالعه گلاسمن و همکاران^۲ (۲۰۱۴) خودکارآمدی شیردهی بالاتر ۰/۳۸ میزان شیردهی انحصاری را افزایش داده بود (۳۲). مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که میزان نمره خودکارآمدی شیردهی در اوایل دوره پس از زایمان، می‌تواند طول مدت شیردهی را در هفته‌های ۴، ۶، ۸ و ۱۶ پس از زایمان پیش‌بینی کند و همچنین با شیردهی انحصاری ارتباط قابل‌توجهی دارد (۲۶، ۲۸، ۳۳). در نتیجه یافته‌های این مطالعه هم‌راستا با مطالعات انجام شده می‌باشد و تأیید می‌کند که خودکارآمدی شیردهی عامل مهمی در طول مدت شیردهی و میزان شیردهی انحصاری است. همچنین یکی از متغیرهای قابل‌تعدیل در قطع زود هنگام شیردهی می‌باشد (۳۴). در واقع خودکارآمدی، درک هر فرد از توانایی‌هایش در انجام کار یا رفتار خاصی است (۳۵) و

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین میزان خودکارآمدی و الگوی شیردهی و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین بود. نتایج مطالعه نشان داد که میزان شیردهی انحصاری در سه‌ماهه سوم کاهش یافته بود. از میان عوامل موردبررسی، خودکارآمدی شیردهی، زمان شروع مراقبت‌های دوران بارداری، زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی، نوع تغذیه در بیمارستان، زمان اولین شیردهی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند.

میزان شیردهی انحصاری در سه‌ماهه اول ۸۴/۶ درصد بود که در سه‌ماهه سوم کاهش یافته بود، با این وجود ۷۸ درصد از مادران هنوز شیردهی انحصاری داشتند. در استرالیا تنها ۲۸/۶ درصد از مادران در ماه چهارم شیردهی انحصاری داشتند (۲۸). در امریکا در ۱ ماهگی، ۷۰ درصد از ۱۱۴۹ مادر، شیردهی انحصاری داشتند که در ۶ ماهگی به ۵۴ درصد رسیده بود (۲۹). در کانادا نیز تنها ۶۹ درصد از مادران شیردهی را به صورت انحصاری شروع کرده بودند که در ۴ ماهگی این میزان به ۳۷/۵ درصد تقلیل یافته بود (۳۰). با توجه به هدف سیاست‌های تغذیه‌ای جهانی در جهت افزایش شیردهی انحصاری در ۶ ماهگی به میزان حداقل ۵۰ درصد تا سال ۲۰۲۵ (۸)، وضعیت شیردهی انحصاری در استان قزوین از وضعیت قابل‌قبولی برخوردار می‌باشد. آموزش شیردهی در طی مراقبت‌های دوران بارداری، وجود بیمارستان‌های دوستدار کودک و ترغیب مادر به انجام شیردهی بلافاصله پس از زایمان می‌تواند از عوامل مؤثر بر این نتیجه‌گیری باشد. همچنین تفاوت در فرهنگ و تأکید مذهب اسلام بر شیردهی با شیرمادر یکی از عوامل مهم و مؤثر بر وجود این

² Glassman et al.

¹ McQueen et al.

کوبین و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده شده بود. بدین صورت که شیردهی انحصاری در بیمارستان، سبب افزایش احتمال شیردهی انحصاری در هفته ۸ پس از زایمان شده بود (۳۰). در مقابل شروع هرگونه مایع یا غذایی قبل از شیرمادر، یکی از عوامل مهم و مؤثر بر شروع دیرهنگام تر شیردهی انحصاری و تداوم آن است (۴۲).

زمان تصمیم‌گیری در مورد نوع شیردهی با شیردهی انحصاری ارتباط معنی‌داری داشت و در صورتی که قبل از بارداری مادر شیردهی انحصاری را انتخاب کرده بود، در ماه سوم پس از زایمان با احتمال بالاتری به شیردهی انحصاری ادامه داده بود. یافته‌های مطالعه ابرین و همکاران (۲۰۰۸) با مطالعه حاضر هم‌راستا بود و زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی ارتباط معنی‌داری با طول مدت شیردهی داشت (۱۴). این یافته در مطالعه ابرین و فالن^۶ (۲۰۰۵) نیز تأیید شده بود (۴۳). همچنین لوک و چان (۲۰۱۳) گزارش کردند در صورتی که زنان بیشتر از ۶ ماه باشد که تصمیم به شیردهی انحصاری گرفته باشند، میزان شیردهی به صورت انحصاری افزایش خواهد یافت (۴۴).

سیاست‌های تغذیه‌ای جهان همواره در پی یافتن راهکاری برای افزایش میزان شیردهی انحصاری و تداوم آن هستند. نتایج این مطالعه می‌تواند در شناسایی مادرانی که در معرض قطع زودهنگام شیردهی هستند مفید باشد. با توجه به قابل تعدیل بودن عوامل مؤثر بر شیردهی انحصاری مانند خودکارآمدی شیردهی، زمان شروع مراقبت‌های بارداری، زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی، زمان شروع شیردهی در بیمارستان و نوع تغذیه در بیمارستان، می‌توان با انجام مداخلاتی این عوامل را اصلاح نمود. بر پایه نتایج مطالعه حاضر، تحقیقات آتی باید بر روش‌های ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی به‌عنوان مؤثرترین عامل و همچنین آموزش پرسنل بهداشتی در جهت شناسایی و اصلاح عوامل قابل تعدیل متمرکز گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که در تأمین هزینه‌های اجرای طرح ما را یاری نمودند، همچنین پرسنل مرکز آموزشی و درمانی کوثر و تمام مادران عزیز شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

می‌تواند تعیین کند که مادر چه مقدار برای شیردهی تلاش می‌کند، در هنگام مواجه شدن با موانع تا چقدر بر تداوم شیردهی اصرار می‌ورزد و در شرایط نامطلوب چقدر انعطاف‌پذیر است (۱۸).

شروع زودهنگام تر مراقبت‌های دوران بارداری با تداوم شیردهی انحصاری ارتباط معنی‌داری داشت. مطالعات محدودی به بررسی تأثیر این عامل بر شیردهی پرداخته‌اند. در مراقبت‌های دوران بارداری آموزش‌هایی در زمینه شیردهی داده می‌شود. شروع مراقبت‌های دوران بارداری قبل از ۳ ماهگی سبب می‌شود تا کارشناسان بهداشت مدت‌زمان بیشتری را با مادر باردار در تماس باشند و مشاوره‌ها را در اوایل بارداری شروع کرده و همچنین به مادر در زمینه تصمیم‌گیری برای نوع شیردهی کمک کنند. همان‌گونه که در نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داده شده است زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی نیز ارتباط معنی‌داری با تداوم شیردهی انحصاری دارد. یکی از دلایل اصلی قطع شیردهی دانش‌اندک مادران در رابطه با اهمیت شیردهی و نحوه شیردهی است (۳۶). کوکس^۳ (۲۰۱۶) آموزش مادر در دوران بارداری را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر شیردهی گزارش کرده بودند (۳۷). این یافته در مطالعه ایلماز و همکاران^۴ (۲۰۱۷) در ترکیه نیز تأیید شده است و عدم آموزش شیردهی به مادر در دوران بارداری سبب قطع زودهنگام شیردهی شده بود (۳۶).

در مطالعه حاضر، شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان، شانس تداوم شیردهی انحصاری در ماه سوم پس از زایمان را افزایش داده بود. یافته‌های مطالعه پراماتاساری و همکاران^۵ (۲۰۱۷) نشان داده بود که شروع زودهنگام شیردهی نقش مهمی در شروع شیردهی انحصاری و افزایش طول مدت شیردهی دارد (۳۸). اکلای و همکاران^۶ (۲۰۱۴) نیز این یافته را تأیید کرده بودند (۳۹). از سال ۲۰۰۳ به بعد سازمان جهانی بهداشت توصیه به شروع زودهنگام شیردهی و علی‌الخصوص در ساعت اول پس از تولد کرده است (۴۰). شروع زودهنگام شیردهی سبب بهبود ارتباط مادر و نوزاد شده و سبب ارتباطی سالم و قدرتمند بین مادر و کودک می‌شود (۴۱). لذا می‌تواند اعتمادبه‌نفس مادر را افزایش داده و سبب تداوم شیردهی شود.

نوع تغذیه در بیمارستان یکی از عوامل مؤثر بر تداوم شیردهی انحصاری بود. تأثیر این عامل بر طول مدت شیردهی در مطالعه مک

References:

⁶ Oakley et al.

⁷ O'Brien & Fallon

³ Cox

⁴ Yilmaz et al.

⁵ Permatasari et al.

1. WHO. WHO EMRO | Breastfeeding | Health topics [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 19]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/breastfeeding/index.html>
2. Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Technol Asses (Full Rep)* 2007;153(153): 1-186.
3. Noel - Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self - efficacy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(3): 349-57.
4. Scott JA, Ng SY, Cobiac L. The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. *BMC Public Health* 2012;12(1): 107.
5. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(1): 87-97.
6. Ramiro Gonzalez MD, Ortiz Marron H, Arana Canedo-Arguelles C, Esparza Olcina MJ, Cortes Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*. 2017.
7. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *Int Breastfeed J* 2009;4(1): 8.
8. Organization WH. Global nutrition targets 2025. Policy brief series; 2014.
9. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38(3): 259-68.
10. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery* 2009;25(2): 187-94.
11. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martínez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19(2):136-44.
12. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi-Majid H. Relationship between domestic violence during pregnancy with breastfeeding. *Adv Nurs Midwifery* 2009;18(61): 632. (Persian)
13. Fallon T, Crepinsek M, Hegney D, O'Brien M. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding duration: Relating the evidence to the Australian context. *Birth* 2005;14(3): 90-5.
14. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs* 2008;63(4): 397-408.
15. Kools EJ, Thijs C, Kester AD, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. *Prev Med* 2006;43(5): 394-401.
16. Damato EG, Dowling DA, Madigan EA, Thanattherakul C. Duration of breastfeeding for mothers of twins. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(2): 201-9.
17. Cooke M, Schmied V, Sheehan A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery* 2007;23(1): 66-76.

18. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact* 1999;15(3):195-201.
19. Sinsuksai N, Nuampa S, Chanprapaph P. Factors Predicting 6-Month-Exclusive Breastfeeding in Mothers with Cesarean Section. *J Nurs Sci* 2017;35(1): 14-22.
20. Dennis C-LE. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health* 2006;29(4):256-68.
21. Guimarães CMdS, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCdS. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents. *Acta paul enferm* 2017;30(1): 109-15.
22. Pakseresht S, Pourshaban F. Comparing maternal breastfeeding self-efficacy during first week and sixth week postpartum. *Electronic physician* 2017;9(2): 3751.
23. Sukmawati DP, Rachmawati IN. Maternal Psychosocial Condition Affect on Breastfeeding Self-Efficacy in Pregnant Teenager. *UI Proceedings on Health and Medicine*. 2017.
24. Hasanpoor S, Bani S, Ansari S, Ebrahimi H. Measuring Breastfeeding Self – Efficacy among Pregnant Women Referred to Health Centers of Ahvaz. *Tabriz Nurs Midwifery J* 2010;5(19): 47-53. (Persian)
25. 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.
26. Dennis C-L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32(6): 734-44.
27. Bastani F, Rahmatnejad L E, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primiparous Mothers. *Iran J Nurs* 2008;21(54): 9-24.
28. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self - efficacy theory. *Birth* 2002;29(4): 278-84.
29. Henninger ML, Irving SA, Kauffman TL, Kurosky SK, Rompala K, Thompson MG, et al. Predictors of Breastfeeding Initiation and Maintenance in an Integrated Healthcare Setting. *J Hum Lact* 2017;33(2):256-66.
30. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, Dennis CL. Prevalence and factors affecting breastfeeding among aboriginal women in Northwestern Ontario. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44(1): 51-68.
31. Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The Relationship between Self-efficacy and Breastfeeding, Tehran, Iran. *Hayat* 2009;15(3): 31-8. (Persian)
32. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an Urban, Predominantly Dominican Community. *Breastfeed Med* 2014;9(6): 301-7.
33. Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the breastfeeding self - efficacy scale into Chinese. *JMWH*. 2003;48(5): 350-6.
34. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghizadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar - Vafaie ME. Iranian version of childbirth self - efficacy inventory. *J Clin Nurs* 2008;17(21): 2846-55.

35. Kingston D, Dennis C-L, Sword W. Exploring breast - feeding self - efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21(3): 207-15.
36. Yılmaz E, Öcal FD, Yılmaz ZV, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol* 2017;14(1).
37. Cox KN. A cohort study of factors influencing breastfeeding in regional Western Australia. (Dissertation). Australia: Curtin University; 2016.
38. Permatasari TAE, Syafruddin A. Early Initiation of Breastfeeding Related to Exclusive Breastfeeding and Breastfeeding Duration in Rural and Urban Areas in Subang, West Java, Indonesia. *J Health Res* 2017;30(5): 9.
39. Oakley LL, Henderson J, Redshaw M, Quigley MA. The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1): 88.
40. Organization WH, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding: World Health Organization; 2003.
41. Maestriperi D. Is there mother–infant bonding in primates? *Dev Rev* 2001;21(1): 93-120.
42. Sundaram ME, Labrique AB, Mehra S, Ali H, Shamim AA, Klemm RD, et al. Early Neonatal Feeding Is Common and Associated with Subsequent Breastfeeding Behavior in Rural Bangladesh. *J Nutr* 2013;143(7): 1161-7.
43. O'Brien M, Fallon A. The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding duration. *Birth* 2005;14(4): 135-42.
44. Loke AY, Chan LK. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013;42(6): 672-84.

ASSESSMENT OF BREASTFEEDING SELF-EFFICACY AND PATTERNS AND ITS PREDICTORS IN MOTHERS LIVING IN QAZVIN PROVINCE

Farnoosh moafi¹, somayeh asgari², zahra yekefalah³, maryam momeni⁴, Hamideh Hajnasiri⁵

Received: 06 Sep, 2017; Accepted: 22 Nov, 2017

Abstract

Background & Aims: Breast milk is the best food for infants due to physiological and psychological benefits to mother and child. However, breastfeeding in Iran decreases with increasing infant age from month to month. So, the present study was conducted to investigate the relationship between breastfeeding self-efficacy and pattern and its effective factors.

Materials & Methods: This prospective cohort study was conducted on 350 women who were admitted to the postpartum unit of Kowsar hospital during the last 24 hours. Sampling was done in two steps. The demographic and obstetric questionnaire and breastfeeding self-efficacy scale were completed in the hospital and then Then, at the two time (1 and 3 months after delivery), the breastfeeding checklist was completed by telephone. Data were analyzed by t-test, Chi-square and logistic regression.

Results: Of the participants in the study, 88.3% had breastfeeding initiation in the hospital, and in the third month after delivery, 78% had exclusive breastfeeding yet. Breastfeeding self-efficacy was not optimal (57.28 ± 7.65). Initiation of prenatal care in the first trimester of pregnancy, the start of breastfeeding in 1 hour postpartum and breastfeeding self-efficacy predicted exclusive breastfeeding in the third month after birth.

Conclusion: Efforts to encourage mothers to breastfeed intervene to enhance breastfeeding self-efficacy and also paying attention to the position of health personnel in promoting breastfeeding should be included in public health policies to prevent early breastfeeding cessation.

Keywords: exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy, Predictors

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Tel: (+98) 02833336001

Email: f.moafi@qums.ac.ir

¹ Instructor, Faculty Member of Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (Corresponding Author)

² Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁴ Instructor, Faculty Member of Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁵ Instructor, Faculty Member of Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran