

## ارتباط بین خودکارآمدی شیردهی و وضعیت شیردهی در مادران

شکوه ورعی\* ندا مهرداد\*\* ناصر بحرانی\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** شیردهی یکی از اثر بخش‌ترین رفتارهای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت است که مادران دارای فرزند شیرخوار باید بدان عمل کنند. در تحقیقات بسیاری به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر شیردهی و طول مدت آن پرداخته شده است. خودکارآمدی اعتقادی است که یک فرد به توانایی خود برای به انجام رساندن یک جریان کاری دارد. خودکارآمدی شیردهی اعتقاد مادر به توانایی خود برای شیردهی فرزندش است و یکی از متغیرهای قابل تعدیل، تأثیرگذار و بر جسته بر طول مدت شیردهی می‌باشد که کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی شیردهی و وضعیت شیردهی مادران انجام گرفته است.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع طولی است. پرسشنامه سه قسمتی توسط ۴۲۷ مادر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پره‌ناتال بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ که در هفته ۳۷ بارداری بوده و تصمیم به شیردهی داشتند تکمیل شد. در ماه اول و چهارم پس از زایمان پرسشنامه خودکارآمدی و وضعیت شیردهی آنان مجدداً تکمیل گردید و ارتباط بین این دو سنجیده شد. **یافته‌ها:** ۸۰/۴٪ مادران در ماه اول پس از زایمان شیردهی انحصاری داشتند. ارتباط معناداری بین خودکارآمدی شیردهی قبل از زایمان و تصمیم به شیردهی وجود نداشت. هر چند که این ارتباط با طول مدت شیردهی در ماه اول و چهارم پس از زایمان معنادار بود. بدین ترتیب که مادران با خودکارآمدی بالا در مقایسه با مادران با خودکارآمدی پایین درصد شیردهی انحصاری و طول مدت شیردهی بیشتری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد خودکارآمدی شیردهی مادران ارتباط معناداری با وضعیت شیردهی دارد. این مقیاس نه تنها قادر به شناسایی مادران با خودکارآمدی شیردهی پایین است، بلکه اطلاعات مهمی را برای صاحبان حرف بهداشتی فراهم می‌کند تا اعتماد به نفس مادران جهت شیردهی افزایش یافته و در صورت روبه‌رو شدن با مشکل به شیردهی خود ادامه دهند.

**واژه‌های کلیدی:** خودکارآمدی، شیردهی، وضعیت شیردهی، مادران باردار، مادران شیرده

نویسنده مسئول: شکوه ورعی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: svareai@yahoo.com

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۸ - پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۸

### مقدمه

شیر مادر هدیه پروردگار مهربان برای مخلوق محبوبی چون طفل شیرخوار است که با محبت و عاطفه مادری آمیخته و به تناسب نیاز کودک و به سفارش او ساخته می‌شود. این

هدیه الهی نه تنها پاسدار سلامت دوران کودکی بلکه زمینه‌ساز صحت و سلامت انسان در طی دوران زندگی می‌باشد (۱). تغذیه با شیر مادر بهترین شروع در زندگی هر کودک است. ارزش تغذیه با شیر مادر و نقش آن در کاهش مرگ و میر و کاهش ابتلای شیرخواران به بیماری‌ها، افزایش بهره‌مندی هوشی، تأمین بهترین الگوی رشد

\* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* استادیار گروه آموزشی بهداشت جامعه و مادران و نوزادان و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
\*\*\* مربی گروه آموزشی ریاضی - آمار دانشکده علوم پایه دانشگاه هوایی شهید ستاری

کاهش پیدا می‌کند و کمتر از ۳۵٪ مادران در ماه چهارم پس از زایمان به فرزندان خود شیر می‌دهند (۸). مطالعه Dennis نشان داده است که تعداد محدودی از مادران در کشورهای توسعه یافته شیردهی را پس از سه ماه ادامه می‌دهند (۹).

با وجود این که در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترویج تغذیه با شیر مادر را یکی از راهبردهای مهم برای رشد و بقای کودکان دانسته و گام‌های موثری در این زمینه برداشته است، شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مناطق شهری تا ۶ ماهگی و میزان آن کمتر از ۲۸٪ و زمان پایان شیردهی به‌طور متوسط ۱۰/۷ ماهگی کودک گزارش شده است (۱۰) و تداوم شیردهی در زنان آمریکایی و کانادایی از این میزان هم کمتر است (۱۱). شواهد آماری نشان می‌دهد علی‌رغم پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی در اکثر نقاط دنیا بیشتر زنان قبل از ۶ تا ۱۲ ماهگی کودکشان شیردهی را قطع می‌کنند (۱۲-۱۴) در کانادا یک سوم از زنان کانادایی شیردهی دارند و ۸ هفته پس از زایمان کودکان خود را از شیر می‌گیرند. آنان دلیل عمده ترک زودهنگام شیردهی را نداشتن شیر عنوان می‌کنند (۱۵).

عوامل بسیاری از جمله سن ازدواج، سطح تحصیلات و میزان درآمد خانواده، حمایت‌های دریافتی مادر از سوی خانواده، تصمیم به شیردهی در دوران بارداری، تجربیات مربوط به اولین دوران شیردهی، اعتماد به نفس مادری و خودکارآمدی در طول مدت شیردهی دخالت دارند (۱۶ و ۱۷). خودکارآمدی به عنوان اعتقادی تعریف شده است که یک فرد به توانایی خود

و تکامل کودکان و تأمین سلامت آنان در بزرگسالی و نیز حفظ سلامت مادران بر کسی پوشیده نیست. مطالعات نشان داده علاوه بر خاصیت مصونیت‌زایی و ایمنی موجود در شیر مادر، مصرف آن هزینه کمتری را به خانواده تحمیل کرده و باعث افزایش علاقه و نزدیکی مادر و کودک به یکدیگر می‌شود (۲).

شیردهی منافع بسیاری برای مادر و کودک دارد (۳). شیر مادر سرشار از مواد مغذی و انواع ویتامین‌هاست و بهتر از هر ماده غذایی دیگری رشد کودک را تضمین می‌کند. سالانه بیش از یک میلیون کودک در اثر ابتلا به بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های تنفسی و سایر عفونت‌های ناشی از تغذیه ناکافی با شیرمادر می‌میرند. بسیاری از کودکان از بیماری‌های غیر واگیر از جمله دیابت و چاقی رنج می‌برند که اگر با شیر مادر تغذیه می‌شدند، هیچگاه به آن مبتلا نمی‌شدند (۴). آمار نشان می‌دهد که عدم استفاده از شیر مادر میزان مرگ و میر کودکان را در کشورهای در حال توسعه به هر ۳۰ ثانیه یک کودک و هر سال ۱/۵ میلیون کودک رسانده و ۷۰٪ مرگ و میر کودکان در این کشورها در نتیجه عدم استفاده از شیر مادر است (۵).

در تاریخچه شیردهی کودک از کم رنگ شدن فرهنگ شیردهی و حمایت‌های مورد نیاز در انجام این رفتار بهداشتی سخن به میان آمده است (۶)، در حالی که سازمان‌های ملی و بین‌المللی قویاً این رفتار را مورد حمایت قرار می‌دهند (۷).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که میزان شیردهی در شش ماه اول پس از زایمان

O'Campo و همکاران که در مورد ۱۹۸ مادر باردار انجام گرفت، به ۱۱ متغیر جمعیت‌شناختی، روانی و اجتماعی (نظیر اعتقادات معمول، اعتماد و اطمینان مادری، یادگیری‌های اجتماعی و رفتارهای اعتقادی درباره شیردهی) اشاره شده است. نتایج مطالعه یاد شده با ورود ده متغیر به مدل رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی شیردهی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر تداوم شیردهی است که طول مدت شیردهی را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که زنان با خودکارآمدی پایین در مقایسه با زنان با خود کار آمدی بالا، ۳/۱ بار بیشتر ترک زودرس شیردهی داشتند (۲۳). بنابراین تعیین خودکارآمدی شیردهی عاملی است که می‌تواند مادران در خطر قطع شیردهی را شناسایی کند. مطالعات انجام گرفته درباره خودکارآمدی شیردهی در ایران بسیار محدود بوده و گزارش‌های کمی در این زمینه منتشر شده است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین خودکارآمدی شیردهی و وضعیت شیردهی مادران مراجعه‌کننده به در مانگاه‌های پره‌ناتال بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ انجام یافته است.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع طولی است. شرکت‌کنندگان در مطالعه زنان باردار با حداقل ۱۸ سال سن و در هفته ۳۷ حاملگی بودند که تصمیم به شیردهی داشتند. هیچ کدام از نمونه‌های پژوهش مبتلا به بیماری‌های سیستمیک دوران بارداری نبوده و

جهت انجام دادن یک طریقه یا روش مشخصی برای کسب اهداف معین دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی اعتقادی است که یک فرد به توانایی خود برای به انجام رساندن یک جریان کاری دارد، تا با انجام این جریان کاری موقعیت‌هایی را در آینده اداره نماید. در واقع قضاوت فرد روی توانایی‌های خود بر اساس تسلط، مهارت و صلاحیت‌های فردی در چارچوب مشخص بنا می‌شود. این تسلط و مهارت فرد بر مبنای تجارب قبلی وی شکل گرفته و به وی احساس قدرت برای تولید یک اثر یا وظیفه را به طور کامل می‌دهد (۱۸).

خودکارآمدی یکی از متغیرهای قابل تعدیل و عامل مهمی در شناسایی مادرانی است که سریعاً دوران شیردهی خود را خاتمه می‌دهند (۱۹). اساس تعیین اعتماد به نفس مادری در شیردهی، مدل شناختی نظریه خودکارآمدی است که بر اساس نظریه یادگیری مشاهده‌ای Albert Bandura بنا نهاده شده است (۲۰). خودکارآمدی شیردهی چهار چوب با ارزشی است که رفتار شیردهی مادر را پیش‌بینی کرده، اعتماد به نفس مادری و درجه توانایی وی را در انجام شیردهی نشان می‌دهد (۲۱). Gijsbers و همکاران می‌نویسند در نظریه یادگیری اجتماعی Bandura خودکارآمدی فرایند شناختی پویایی است که توانمندی افراد را در انجام یک رفتار بهداشتی مورد ارزشیابی قرار داده و یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار بهداشتی شیردهی است که نشان می‌دهد تا چه حد مادر در تداوم شیردهی ثابت قدم بوده و برای رسیدن به آن هدف تلاش کرده است (۲۲). در مطالعه توصیفی

بحرانی برای ترک زودرس شیردهی (۱۵) است از طریق تماس تلفنی یا به صورت حضوری مجدداً تکمیل شد. بدین ترتیب ۳۷۸ مادر در یک ماه پس از زایمان و ۳۵۹ مادر در چهار ماه پس از زایمان، پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی را تکمیل نمودند (به دلایل مختلفی نظیر فوت نوزاد، نقل مکان یا قطع تلفن دسترسی به تمام نمونه‌ها امکان‌پذیر نگردید).

جهت کسب روایی صوری و محتوایی پرسشنامه از نظرات و پیشنهادهای ده تن از اساتید متخصص در دانشگاه‌های سطح تهران استفاده گردید و بر آن اساس اصلاحات لازم صورت گرفت. سپس مطالعه‌ای مقدماتی جهت تعیین پایایی با استفاده از ۲۰ تن از نمونه‌های واجد شرایط انجام گرفت که در مطالعه اصلی شرکت داده نشدند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ نشان‌دهنده پیوستگی درونی بالای سؤالات بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه آماری SPSS v.11 و آمار توصیفی نظیر جداول فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و از آمار استنباطی همچون آزمون‌های کای‌دو، تی‌زوج، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی، آزمون دقیق فیشر و ویلکاکسون استفاده شد.

### یافته‌ها

محدوده سنی شرکت‌کنندگان ۱۸ تا ۴۸ سال با میانگین ۲۶/۸ و انحراف معیار ۵/۳ بود. ۹۶/۳٪ خانه‌دار، ۴۶/۱٪ تحصیلات زیر دیپلم و تنها ۷/۵٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۵٪ تجربه زایمان قبلی نداشتند. ۴۳/۱٪ زنان مادرانی بودند که سن آخرین فرزند آن‌ها ۷-۵ سال بود.

سابقه سایکوز بعد از زایمان نداشتند. ۴۳۷ مادر باردار که واجد شرایط فوق بودند به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند بدین ترتیب که پس از ارایه توضیحات لازم و اخذ رضایت در زمان ورود به مطالعه، نمونه‌ها در زمان انتظار ملاقات با پزشک یا مامای درمانگاه پرسشنامه را تکمیل می‌کردند.

پرسشنامه مورد استفاده شامل سه بخش بود، بخش اول سؤالات مربوط به اطلاعات فردی و بخش دوم اطلاعات مربوط به وضعیت شیردهی مادران در یک و چهار ماه بعد از زایمان از نظر طول و سطح شیردهی شرکت‌کنندگان در مطالعه بود. سطح شیردهی طبق Labbok به پنج طبقه شیردهی انحصاری (فقط شیر مادر)، مصرف شیر مادر همراه با سایر مایعات، مصرف شیر مادر و کمتر از یک بطری شیر خشک در روز، مصرف شیر مادر و حداقل یک بطری شیر خشک در روز، و شیردهی جزئی که به منظور تغذیه کودک صورت نمی‌گیرد، تقسیم شد (۲۴) با نظر تعدادی از اعضای هیأت علمی صاحب نظر در این زمینه مادرانی که با دوشیدن شیر خود در بطری کودکان خود را تغذیه می‌نمودند، به عنوان یک طبقه به این جدول اضافه گردیدند.

بخش سوم پرسشنامه بر گرفته از مقیاس خودکارآمدی شیردهی دارای ۳۳ گویه با بار مثبت بود که توسط Faux و Dennis مورد استفاده قرار گرفته است. مجموع امتیازات تعلق گرفته به هر گویه نمره خودکارآمدی شیردهی را نشان می‌داد که کمینه و بیشینه نمرات به ترتیب ۳۳ و ۱۶۵ بود (۲۵). پرسشنامه فوق در ماه اول و چهارم پس از زایمان که زمان

زایمان خودکارآمدی شیردهی افزایش پیدا کرده بود.

نتایج نشان داد در ماه اول پس از زایمان ۸۰/۴٪ مادران شیردهی انحصاری داشته‌اند (جدول شماره ۱) همچنین در این مرحله ۷۶/۷٪ زنان خودکارآمدی بالایی داشتند. آزمون آماری کای دو نشان داد بین خودکارآمدی شیردهی و وضعیت شیردهی در ماه اول پس از زایمان ارتباط معنادار آماری وجود دارد ( $p=0/03$ ).

#### خودکارآمدی ماه چهارم

متوسط نمره خودکارآمدی مادران چهار ماه پس از زایمان ۱۴۸ با انحراف معیار ۵ بود و ۸۹/۶٪ از مادران سطح خودکارآمدی بالایی داشتند (جدول شماره ۲). آزمون تی زوج بین دو میانگین خودکارآمدی شیردهی یک ماه و چهار ماه بعد از زایمان بیانگر اختلاف معنادار آماری بود ( $p=0/03$ ) یعنی در ماه چهارم پس از زایمان خودکارآمدی شیردهی افزایش پیدا کرده بود. نتایج همچنین نشان داد در ماه چهارم پس از زایمان ۷۹/۴٪ مادران شیردهی انحصاری داشته‌اند (جدول شماره ۱) در این مرحله ۸۹/۶٪ مادران خودکارآمدی بالایی داشتند. آزمون آماری کای دو نشان داد بین خودکارآمدی شیردهی و وضعیت شیردهی در ماه چهارم پس از زایمان ارتباط معنادار آماری وجود دارد ( $p=0/03$ ).

برای سنجش اختلاف سطح شیردهی یک ماه و چهار ماه پس از زایمان از آزمون ویلکسون استفاده شد و نتایج آزمون نشان داد که اختلاف معنادار است ( $p<0/001$ ). یعنی چهار ماه بعد از زایمان شیردهی بهتر شده است.

علی‌رغم آن که ۸۷/۴٪ مادران در کلاس‌های آموزش شیردهی در طی دوران بارداری شرکت نکرده بودند، ۹۹/۵٪ آنان قبل از زایمان تصمیم به شیردهی داشته‌اند. از بین ۳۷۸ مادر در یک ماه بعد از زایمان ۸۰/۴٪ و از ۳۵۹ مادر در چهار ماه بعد از زایمان ۷۹/۴٪ شیردهی انحصاری داشتند. جدول شماره یک سطح شیردهی مادران را در پایان یک و چهار ماه پس از زایمان نشان می‌دهد.

#### خودکارآمدی قبل از زایمان

متوسط نمره خودکارآمدی مادران باردار قبل از زایمان ۱۳۹/۹ با انحراف معیار ۲۱ بود. در این مقطع زمانی ۵۵/۶٪ از مادران باردار سطح خودکارآمدی بالایی داشتند (جدول شماره ۲). نتایج آزمون دقیق فیشر ارتباطی بین خودکارآمدی شیردهی قبل از زایمان و تصمیم به شیردهی نشان نداد.

آزمون‌های آماری نشان داد که بین متغیرهای سن ( $p<0/001$ ) و سطح تحصیلات ( $p=0/02$ ) با خودکارآمدی شیردهی زنان باردار ارتباط معنادار آماری وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سن و سطح تحصیلات زنان نمره خودکارآمدی آنان افزایش پیدا کرده است.

#### خودکارآمدی یک ماه پس از زایمان

متوسط نمره خودکارآمدی مادران یک ماه پس از زایمان ۱۴۵/۲ با انحراف معیار ۱۱ بود و ۷۶/۷٪ از مادران سطح خودکارآمدی بالایی داشتند (جدول شماره ۲). آزمون تی زوج بین دو میانگین خودکارآمدی شیردهی قبل و یک ماه بعد از زایمان بیانگر اختلاف معنادار آماری بود ( $p<0/001$ ). یعنی یک ماه بعد از

**جدول ۱-** توزیع سطح شیردهی مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پره‌ناتال بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ در ماه اول و چهارم پس از زایمان

چهارم		اول		ماه	سطح شیردهی
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۷۹/۴	۲۸۵	۸۰/۴	۳۰۴		شیردهی انحصاری (فقط شیر مادر)
۱/۷	۶	۵/۳	۲۰		شیر مادر و سایر مایعات
۸/۴	۳۰	۴/۸	۱۸		شیر مادر و کمتر از یک بطری شیر خشک در روز
۴/۲	۱۵	۶/۹	۲۶		شیر مادر و یک بطری شیر خشک در روز
۱/۴	۵	۰/۵	۲		شیر مادر فقط برای آرام کردن نوزاد
۰	۰	۰/۸	۳		شیر مادر با بطری
۵	۱۸	۱/۳	۵		عدم استفاده از شیر مادر
۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۷۸		جمع کل

**جدول ۲-** میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی شیردهی قبل از زایمان، یک و چهار ماه پس از زایمان

میانگین	انحراف معیار	آزمون تی زوج شده
۱۳۹/۹	۲۱	$t=۴/۲۳$
۱۴۵/۲	۱۱	$p=۰$
۱۴۸	۵	$t=۰/۳$

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد بیشتر شرکت‌کنندگان شیردهی را بلافاصله پس از زایمان شروع کرده و تا ماه چهارم پس از زایمان ادامه داده‌اند. این یافته با نتایج مطالعه Blyth و همکاران که تنها ۲۸/۶٪ مادران در ماه چهارم پس از زایمان شیردهی انحصاری داشتند (۲۶) و همچنین با چند مطالعه انجام یافته در استرالیا متفاوت است (۲۹-۲۷). بدین معنی که بیشتر مادران استرالیایی شیردهی را تا زمان پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی که ۶ تا ۱۲ ماه اعلام نموده است ادامه نمی‌دهند. این تفاوت می‌تواند به دلیل تبعیت از فرهنگ اسلامی مادران ایرانی باشد که طبق دستور دین مبین اسلام خود را موظف می‌دانند که به فرزندان خود شیر دهند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که خودکارآمدی شیردهی با وضعیت شیردهی ارتباط معناداری دارد. خودکارآمدی شیردهی قبل از زایمان نیز با وضعیت شیردهی در ماه اول و چهارم پس از زایمان ارتباط داشت. خصوصاً این که خودکارآمدی شیردهی در ماه اول زایمان با شروع شیردهی انحصاری ارتباط داشت. در حقیقت مادران با خودکارآمدی پایین در ماه اول پس از زایمان شیردهی با بطری داشتند و مادرانی که خودکارآمدی شیردهی بالاتری داشتند تا ماه چهارم پس از زایمان شیردهی انحصاری را بیشتر از مادرانی که نمره خودکارآمدی آنان پایین بود ادامه دادند. این یافته با نظریه خودکارآمدی سازگار است (۹). در این نظریه تأکید شده است عملکرد موفقیت‌آمیزی که سریعاً حاصل شده باشد، یکی از قوی‌ترین منابع تأثیرگذار بر درک

مدت شیردهی لازم است پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر صاحبان حرف بهداشتی، مادران در معرض خطر قطع شیردهی را شناسایی کنند. خودکارآمدی شیردهی چهار چوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که قرار است برای افزایش طول مدت و سطح شیردهی در نظر گرفته شود. ضمن آن که ابزار معتبر و مورد اعتمادی برای ارزیابی مادران در معرض خطر می باشد. تحقیقات بیشتری نیز لازم است انجام شود تا نشان دهد آیا افزایش خودکارآمدی می تواند رفتار شیردهی را تغییر دهد و این که آیا نتایج این مطالعه می تواند به سایر افراد و رفتارهای بهداشتی مانند ترک سیگار و انجام فعالیت های ورزشی تعمیم پیدا کند.

### تشریح و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۳۲/۵۹۴۶ مورخ ۸۴/۷/۲۳ می باشد، بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از رؤسای بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاران شاغل در درمانگاه های پرهناتال اعلام می داریم.

مادران نسبت به توانمندی آنان در شیردهی و تداوم آن است. نتایج این مطالعه یافته های پژوهش Faux و Dennis را تأیید می کند که نشان دادند ارتباط معناداری بین خودکارآمدی شیردهی در طی روزهای اول پس از زایمان و شش هفته پس از آن وجود دارد (۲۵). نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است، مادرانی که خودکارآمدی شیردهی پایینی دارند باید مورد حمایت قرار گیرند زیرا در این مطالعه نشان داده شد که مادران با خودکارآمدی پایین در معرض قطع زودرس شیردهی قرار می گیرند. لذا یکی از راهکارهای مؤثر در افزایش طول مدت شیردهی مورد حمایت قرار گرفتن مادران شیرده توسط مادران دیگری است که شیردهی موفق داشته اند (۲۶). این راهکار با گام دوم و سوم نظریه خودکارآمدی شیردهی مطابقت دارد. در این گام ها اشاره شده است که در صورت مشاهده عملکرد الگوها و ترغیب و تشویق کلامی افراد مقبول، خودکارآمدی رفتار بهداشتی افزایش و احتمال انجام آن رفتار بهداشتی بیشتر خواهد شد (۲۰).

خودکارآمدی شیردهی عامل قابل اصلاح و بالقوه ای است که می تواند طول مدت و سطح شیردهی را پیش بینی کند. به منظور افزایش طول

### منابع

- 1 - Marandy A. [Abstract of article that presented in the work shop of nutrition with breast feeding: advantage of psycho social of breast feeding]. Tehran: Society of nutrition of breast feeding; 2001. (Persian)
- 2 - Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006 May-Jun; 35(3): 349-57.
- 3 - Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am. 2001 Feb; 48(1): 143-58.
- 4 - Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, Stanley FJ. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. Arch Dis Child. 2003 Mar; 88(3): 224-8.
- 5 - Bahramy M. [Nutrition with breast feeding is a right for new born and this a right that mother have to breast feed her new born]. Seasonal Journal of Breast Feeding. 2000; 2: 3-5. (Persian)

- 6 - Mulford C. Swimming upstream: breastfeeding care in a nonbreastfeeding culture. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1995 Jun; 24(5): 464-74.
- 7 - WHO, Innocent declaration on the protection, promotion, and support of breastfeeding. *Breastfeeding in the 1990's: A global initiative meeting in Florence, Italy and New York*. Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF; 1990.
- 8 - Barber CM, Abernathy T, Steinmetz B, Charlebois J. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Can J Public Health*. 1997 Jul-Aug; 88(4): 242-5.
- 9 - Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Jan-Feb; 31(1): 12-32.
- 10 - The ministry of health management, medical education. [Perspective of children nutrition in states]. Tehran: Ministry health of nutrition department; 1998. (Persian)
- 11 - Caulfield LE, Gross SM, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, Weathers B, Paige DM. WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation. *J Hum Lact*. 1998 Mar; 14(1): 15-22.
- 12 - World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the Press No. 7, 2 April 2001. Available from: <http://who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.
- 13 - [No authors listed]. Meeting the iron needs of infants and young children: an update. Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society. *CMAJ*. 1991 Jun 1; 144(11): 1451-4.
- 14 - [No authors listed]. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics*. 1997 Dec; 100(6): 1035-9.
- 15 - Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Jan-Feb; 35(1): 87-97.
- 16 - Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Sep-Oct; 35(5): 616-24.
- 17 - Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact*. 2003 May; 19(2): 136-44.
- 18 - Wikipedia, the free encyclopedia, self-efficacy. 2009. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Main\\_Page](http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page)
- 19 - Loughlin HH, Clapp-Channing NE, Gehlbach SH, Pollard JC, McCutchen TM. Early termination of breast-feeding: identifying those at risk. *Pediatrics*. 1985 Mar; 75(3): 508-13.
- 20 - Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 1977; 84(2): 191-215.
- 21 - Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health*. 1993 Apr; 16(2): 141-9.
- 22 - Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. *Health Educ Res*. 2008 Feb; 23(1): 158-69.
- 23 - O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth*. 1992 Dec; 19(4): 195-201.
- 24 - Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*. 1998 Jul; 88(7): 1042-6.
- 25 - Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999 Oct; 22(5): 399-409.
- 26 - 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 Dec; 29(4): 278-84.
- 27 - Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev*. 2000 Mar; 8(1): 25-33.
- 28 - Donath SM, Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? *Breastfeed Rev*. 2000 Nov; 8(3): 29-33.
- 29 - Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health*. 2001 Jun; 37(3): 254-61.