مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۷، بهمن ۱۳۹۷، ۱۰۱۶-۱۰۰۳

بررسی خودکارآمدی شیردهی و عوامل مرتبط با آن در زنان زایمان کرده در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۹۶-۱۳۹۵: یک مطالعه توصیفی

فرنوش معافی[۱]، حمیده حاج نصیری[۲]، طاهره حسینی[۳]، زینب علی مرادی[۴]، زهرا باجلان[۵]

دریافت مقاله: ۹۷/۲/۱۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۷/۳/۱۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۷/۷/۸ پذیرش مقاله: ۹۷/۷/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: خودکارآمدی شیردهی متغیری قابل تعدیل و مؤثر بر شروع و تداوم شیردهی است. لذا یکی از راهکارهای ارتقاء وضعیت شیردهی، تعدیل خودکارآمدی شیردهی به واسطه شناسایی عوامل مرتبط است. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خودکارآمدی شیردهی و عوامل مرتبط با آن در زنان زایمان کرده در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی حاضر، شامل ۳۵۰ زن بستری در بخش زنان بیمارستان آموزشی کوثر شهر قزوین بود که طی ۲۴ ساعت گذشته زایمان کرده بودند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک - مامایی و فرم کوتاه پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی جمع‌آوری شد و با استفاده از آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی در میان شرکت کنندگان، ۷/۶۵±۵۷/۲۸ بود. از بین عوامل مورد بررسی، تعداد بارداری (p=۰/۰۱۲)، تجربه قبلی شیردهی (p=۰/۰۰۱)، تصمیم نوع (p=۰/۰۰۸) و مدت زمان شیردهی (p=۰/۰۲۵) و رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان (p< ۰/۰۰۱) با خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌داری داشتند.

نتیجه‌گیری: بر پایه نتایج مطالعه حاضر، عواملی هستند که با خودکارآمدی شیردهی مرتبط بوده و می‌توانند آن را پیش‌بینی کنند. لذا به نظر می‌رسد بتوان با آموزش پرسنل بهداشتی و انجام مداخلاتی در بیمارستان و مراکز سلامت عوامل مرتبط با خودکارآمدی شیردهی را اصلاح نموده و متعاقباً وضعیت شیردهی را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، شیردهی، عوامل مرتبط، قزوین

۱- مربی گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
تلفن: ۳۳۳۳۶۰۰۱-۰۲۸، دورنگار: ۳۳۲۳۷۲۶۸-۰۲۸، پست الکترونیکی: f.moafi@qums.ac.ir
۲- مربی گروه آموزشی 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- استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۵- مربی گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

مقدمه

تغذیه با شیر مادر بهترین شروع در زندگی هر کودک است. شروع شیردهی بلافاصله پس از زایمان سبب کاهش خطر مرگ و میر دوره نوزادی می‌شود [۱]. هم‌چنین عاملی محافظتی در برابر انواع عفونت‌ها به ویژه عفونت‌های گوارشی و تنفسی می‌باشد [۲]. شیر مادر نه تنها سبب ارتقاء سلامت در دوره نوزادی می‌شود، بلکه حیات و سلامت انسان در دوره‌های مختلف زندگی اعم از نوجوانی، جوانی، میان‌سالی و حتی سال‌مندی را نیز تضمین می‌کند [۳].

بر اساس اهداف سیاست‌های تغذیه ای جهانی، تا سال ۲۰۲۵، میزان شیردهی انحصاری در ۶ ماهگی باید به میزان حداقل ۵۰ درصد برسد [۴]. سازمان بهداشت جهانی نیز توصیه به آغاز شیردهی در یک ساعت اول پس از تولد، شیردهی انحصاری تا ۶ ماه و سپس ادامه شیردهی تا ۲ سالگی کودک دارد [۵]. یکی از راهکارهای رسیدن به این هدف، تمرکز بر عوامل مؤثر بر شیردهی مادران است. عوامل بسیاری با شیردهی انحصاری مرتبط هستند، از جمله سن، وضعیت ازدواج، سطح تحصیلات، درآمد، استعمال دخانیات، نوع زایمان، تجربه قبلی شیردهی، تصمیم نوع شیردهی، قصد برگشت به کار، زمینه‌های قومی و مذهبی، تمایل به بارداری، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی [۹-۶]. خودکارآمدی شیردهی یکی از متغیرهای قابل تعدیل و مؤثر بر قطع زود هنگام شیردهی می‌باشد [۱۰] و می‌تواند میزان و طول مدت شیردهی را پیش‌بینی کند [۱۲-۱۱]. خودکارآمدی به معنی باور فرد در توانایی خود جهت انجام کار یا رفتاری خاص است [۱۳] و مدل خود کارآمدی شیردهی، انتخاب مادر برای شیردهی و تلاشی که او صرف این انتخاب خواهد کرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و چگونگی مقابله او با مشکلات مربوط به شیردهی را پیش‌بینی می‌کند [۱۴]. اعتماد به نفس پایین مادر سبب احساس مسئولیت بیش از حدی می‌شود که توانایی مقابله با آن را ندارد و همین مطلب مانعی در برابر موفقیت وی در شیردهی خواهد شد [۱۵].

پیرامون شناسایی عوامل مؤثر بر خودکارآمدی شیردهی مطالعاتی صورت گرفته است. خودکارآمدی شیردهی تحت تأثیر عوامل متعددی از قبیل تحصیلات، اشتغال و پاریته مادر، حمایت از زن توسط مادرش، حمایت اجتماعی، شیردهی در اولین ساعات تولد، نوع زایمان، رضایت از بی دردی 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 [۱۹-۱۶]. اما این یافته‌ها در تمام مطالعات مورد تأیید قرار نگرفته‌اند. در مطالعه Hasanpoor و همکاران ارتباطی میان سن و اشتغال مادر با خودکارآمدی شیردهی یافت نشد [۲۰]. هم‌چنین در مطالعه Varaei و همکاران، خودکارآمدی شیردهی با سن و تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری داشت و با اشتغال ارتباطی یافت نشد [۲۱]. لذا با توجه به این‌که خودکارآمدی شیردهی از عوامل مؤثر بر تداوم شیردهی است، مطالعات اعم از توصیفی و مداخله ای در این زمینه ادامه دارد و هم‌چنان به دنبال راهکاری برای بهبود و افزایش این عامل هستند [۱۷-۱۹].

با توجه به مطالب ارائه شده چنین نتیجه‌گیری می‌شود که خودکارآمدی شیردهی تأثیر به سزایی بر وضعیت

شیردهی دارد. لذا از آن‌جایی که مطالعه ای در این زمینه در شهر قزوین یافت نشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خودکارآمدی شیردهی و عوامل مرتبط با آن در زنان زایمان کرده در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بوده که بر روی زنان زایمان کرده و بستری در بخش مراقبت‌های پس از زایمان بیمارستان آموزشی کوثر در سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه Hasanpoor و همکاران [۲۰] و طبق فرمول $n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times \sigma 2}{d^2}$ و با در نظر گرفتن α=۰/۰۵، σ = ۱۱/۱۵ و d = ۱/۸۱ برابر ۲۶۸ نفر به دست آمد که با احتساب ۳۰ درصد ریزش نمونه، حجم نهایی ۳۵۰ نفر برآورد شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان در مطالعه دارای ملیت ایرانی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نوزاد تک قلو، ترم و سالم که همراه با مادر از بیمارستان ترخیص شدند، پستان‌هایی فاقد آنورمالی بودند که تصمیم به شیردهی از پستان داشتند و در صورتی که راضی به شرکت در مطالعه نبودند و یا در بازه زمانی مطالعه نوزادشان در بخش مراقبت-های ویژه بستری شده بود، از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه دموگرافیک - مامایی و خودکارآمدی شیردهی بود. پرسش‌نامه دموگرافیک - مامایی شامل دو بخش بود. بخش دموگرافیک پرسش‌نامه شامل سؤالاتی از قبیل سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد خانواده (درک مادر از وضعیت اقتصادی خانواده)، محل سکونت، مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل، تعداد بارداری و خواسته بودن بارداری فعلی 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 رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان (درک مادر و ارزیابی وی از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان) و شیردهی شامل سؤالاتی پیرامون تجربه قبلی شیردهی، زمان اولین شیردهی، زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی، تصمیم گیری در مورد طول مدت شیردهی و تصمیم‌گیری در مورد نوع شیردهی بود. فرم کوتاه پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی دارای ۱۴ گویه با بار مثبت سؤالات با پیشوند "من می‌توانم همواره" شروع می‌شود که در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از همواره یا کاملاً مطمئنم (نمره ۵) تا هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم (نمره ۱) نمره‌دهی می‌شود. کمینه و بیشینه نمرات به ترتیب ۱۴ و ۷۰ می‌باشد. به طوری‌که بالاترین نمره نشان دهنده بالاترین میزان خودکارآمدی در شیردهی تلقی می‌شوند [۲۳-۲۲]. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه Varaei و همکاران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۲۱]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه Bastani و همکاران بررسی شده و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است [۲۴].

پژوهش‌گر با بررسی زنان زایمان کرده و بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان آموزشی کوثر شهر قزوین، نمونه‌ها را بر اساس دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش، برای

شرکت در مطالعه انتخاب کرده و پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، روش کار و محرمانه ماندن اطلاعات، در صورت موافقت، جهت همکاری در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ کرد. سپس پرسش‌نامه دموگرافیک-مامایی و فرم کوتاه پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی به روش خودگزارشی توسط شرکت کنندگان و در حضور پژوهش‌گر تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ و روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و درصد) و جهت تعیین روابط بین متغیرها از آزمون‌های t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. به منظور بررسی اثر پیش‌بین عوامل دموگرافیک و مامایی بر خودکارآمدی شیردهی، از رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره به شیوه Enter استفاده شد. برای استفاده از رگرسیون خطی، پیش فرض‌ها در دو مرحله قبل و بعد از اجرای مدل مورد ارزیابی قرار گرفت. در مرحله قبل از انجام رگرسیون خطی، توزیع متغیر وابسته چک شد که دارای توزیع نرمال بود و داده پرتی وجود نداشت. بعد از اجرای مدل رگرسیونی، شاخص‌های variance inflation Factor (VIF) و Tolerance چک شد. در مدل نهایی شاخص VIF تمام متغیرها کم‌تر از ۲/۳ و شاخص Tolerance کم‌تر از ۰/۹ بوند. هم‌چنین شاخص دوربین - واتسون ۱/۵ بود. بنابراین تمام پیش فرض‌های استفاده از مدل رگرسیون خطی برقرار بود و نگرانی در این مورد وجود نداشت. جهت تعیین متغیرهایی که باید وارد مدل رگرسیون خطی چند متغیره می‌شد، ابتدا تحلیل رگرسیون تک متغیره با در نظر گرفتن نمره خودکارآمدی شیردهی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای دموگرافیک و مامایی به عنوان متغیر مستقل انجام شد. لازم به توضیح است که در این مرحله متغیرهای رتبه‌ای با بیش از دو طبقه ابتدا به صورت متغیر Dummy تعریف شدند و سپس وارد مدل شدند. متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره p کمتر از ۰/۲ داشتند وارد مدل رگرسیون چند متغیره شدند. سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، ۳۵۴ پرسش‌نامه تکمیل شد. ۴ پرسش‌نامه به دلیل کامل نبودن کنار گذاشته شد و در نهایت اطلاعات ۳۵۰ شرکت کننده مورد بررسی نهایی قرار گرفت. در نتیجه، نرخ پاسخ‌دهی در پژوهش حاضر ۹۸/۸۷ درصد برآورد شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی در میان شرکت کنندگان ۷/۶۵ ± ۵۷/۲۸ بود. محدوده سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۴۳-۱۵ سال با میانگین و انحراف معیار ۵/۸۶ ± ۲۷/۴۴ سال بود. اکثر نمونه‌ها تحصیلات دانشگاهی نداشتند (۹۲/۹ درصد)، خانه دار (۹۸/۳ درصد) و دارای وضعیت درآمد خانواده در حد کافی (۵۸/۹ درصد) بودند و در شهر (۶۶ درصد) زندگی می‌کردند. بارداری در ۷۳/۱ درصد از شرکت کنندگان خواسته بود. نمره خودکارآمدی در میان هیچ یک از ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بر اساس متغیرهای دموگرافیک در زنان زایمان کرده در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۹۶-۱۳۹۵

متغیر	خودکارآمدی شیردهی	(درصد) تعداد	انحراف معیار ± میانگین	مقدار P
*سن	کم‌تر از ۲۰ سال	۳۳ (۹/۴)	۵۶/۳۳ ± ۹/۱۴	۰/۱۴۸
	۳۰-۲۰ سال	۲۲۲ (۶۳/۴)	۵۶/۸۷ ± ۷/۷۶	
	بیشتر از ۳۰ سال	۹۵ (۲۷/۱)	۹۵ ± ۶/۷۳	
سطح تحصیلات	غیردانشگاهی	۳۲۵ (۹۲/۹)	۵۷/۴۵ ± ۷/۶۹	۰/۱۴۳
	دانشگاهی	۲۵ (۷/۱)	۵۵/۱۲ ± ۶/۹۴	
شغل	خانه دار	۳۴۴ (۹۸/۳)	۵۷/۳۴ ± ۷/۶۷	۰/۳۱۵
	شاغل	۶ (۱/۷)	۵۴/۱۷ ± ۶/۲۱	
*وضعیت درآمد خانواده	کم تر از حد کفایت	۲۰ (۵/۷)	۵۹/۱۵ ± ۸/۲۹	۰/۴۹۸
	کافی	۲۰۶ (۵۸/۹)	۵۷/۲۹ ± ۷/۷۶	
	در حد پس از انداز	۱۲۴ (۳۵/۴)	۵۶/۹۷ ± ۷/۳۹	
محل سکونت	شهر	۲۳۱ (۶۶)	۵۷/۰۲ ± ۷/۵۹	۰/۳۷۵
	روستا	۱۱۹ (۳۴)	۵۷/۷۹ ± ۷/۷۸	
خواسته بودن بارداری فعلی	بله	۲۶۶ (۷۳/۱)	۵۷/۳۹ ± ۷/۴۱	۰/۶۹۹
	خیر	۹۴ (۲۶/۹)	۵۷/۰۲ ± ۸/۳۴	

آزمون t مستقل، * آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، سطح معنی‌دار $p<0/05$

۲۱۴ نفر (۶۱/۱ درصد) از شرکت کنندگان بارداری دوم تا چهارم خود را تجربه می‌کردند و ۲۱۱ نفر (۶۰/۳ درصد) از آن‌ها قبلاً شیردهی انجام داده بودند. اکثر شرکت کنندگان مراقبت‌های بارداری را در سه ماهه اول آغاز (۸۹/۴ درصد) و در طی بارداری بیش‌تر از ۸ بار مراجعه (۸۶/۹ درصد) داشتند و در کلاس‌های آمادگی برای زایمان (۸۴/۶ درصد) شرکت کرده بودند. آن‌ها غالباً قبل از بارداری تصمیم گرفته بودند (۶۴ درصد) که شیردهی انحصاری (۹۶/۶ درصد) را برای مدت ۶ ماه و بیش‌تر (۹۸/۳ درصد) ادامه دهند. ۱۹۱ نفر (۵۴/۶ درصد) زایمان سزارین داشتند که ماحصل در ۱۷۵ مورد (۵۰ درصد) دختر بود. تماس پوست به پوست در ۲۵۴ نفر (۷۲/۶ درصد) برقرار و شیردهی در کم‌تر از یک ساعت پس از زایمان برای ۲۸۴ نفر (۸۱/۱ درصد) انجام شده بود. در ۳۰۹ نفر (۸۸/۳ درصد) از موارد شیردهی در بیمارستان با شیر مادر انجام شده بود و ۲۱۸ نفر (۶۲/۳ درصد) از مادران از وضعیت تغذیه در بیمارستان رضایت نسبی داشتند. از میان ویژگی‌های مامایی، میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در زنانی که بارداری‌های بیشتر و تجربه قبلی شیردهی داشتند، بالاتر بود و این تفاوت معنی‌دار بود (به ترتیب، p=۰/۰۱۲ و p=۰/۰۰۱). هم‌چنین میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در مادرانی که تصمیم به انجام شیردهی انحصاری برای مدت ۶ ماه و بیش‌تر

داشتند، بالاتر بود و تفاوت معنی‌داری داشت (به ترتیب، p=۰/۰۰۸ و p=۰/۰۲۵). ارتباط آماری معنی‌داری در رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان با خودکارآمدی شیردهی وجود داشت (p< ۰/۰۰۱) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بر اساس متغیرهای مامایی در زنان زایمان کرده در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۹۶-۱۳۹۵

متغیر	خودکارآمدی شیردهی	(درصد) تعداد	انحراف معیار ± میانگین	مقدار P
*تعداد بارداری	بارداری اول	۱۲۲ (۳۴/۹)	۵۵/۷۵ ± ۷/۵۲	۰/۰۱۲
	۴-۲ بار	۲۱۴ (۶۱/۱)	۵۷/۹۵ ± ۷/۶۸	
	۵ بار و بیش‌تر	۱۴ (۴)	۶۰/۳۶ ± ۶/۴۷	
تجربه قبلی شیردهی	بله	۲۱۱ (۶۰/۳)	۵۸/۳۶ ± ۷/۲۳	۰/۰۰۱*
	خیر	۱۳۹ (۳۹/۷)	۵۵/۶۴ ± ۸	
زمان شروع مراقبت‌های دوران بارداری	سه ماهه اول	۳۱۳ (۸۹/۴)	۵۵/۹۲ ± ۷/۶۶	۰/۲۵۳
	سه ماهه دوم به بعد	۳۷ (۱۰/۶)	۵۷/۴۴ ± ۷/۶۶	
تعداد مراقبت‌های دوران بارداری	کم تر از ۸ بار	۴۶ (۱۳/۱)	۵۶/۹۸ ± ۸/۰۴	۰/۷۷۳
	۸ بار و بیشتر	۳۰۴ (۸۶/۹)	۵۷/۳۳ ± ۷/۶۱	
شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان	بله	۲۹۶ (۸۴/۶)	۵۶/۳۱ ± ۷/۰۶	۰/۳۱۳
	خیر	۵۴ (۱۵/۴)	۵۷/۴۶ ± ۷/۷۶	
تصمیم برای مدت زمان شیردهی انحصاری	کم‌تر از ۶ ماه	۶ (۱/۷)	۵۰/۳۳ ± ۷/۷۸	۰/۰۲۵*
	۶ ماه و بیشتر	۳۴۴ (۹۸/۳)	۵۷/۴۰ ± ۷/۶۱	
*زمان تصمیم گیری برای شیردهی	قبل بارداری	۲۲۴ (۶۴)	۵۷/۶۳ ± ۷/۶۳	۰/۲۵۵
	دوران بارداری	۱۲۱ (۳۴/۶)	۵۶/۸۳ ± ۷/۵۵	
	نامشخص	۵ (۱/۴)	۵۲/۶۰ ± ۱۰/۷۳	
تصمیم نوع شیردهی	انحصاری	۳۳۸ (۹۶/۶)	۵۷/۴۹ ± ۷/۵۹	۰/۰۰۸
	غیر انحصاری	۱۲ (۳/۴)	۵۱/۵۰ ± ۷/۴۴	
نوع زایمان	طبیعی	۱۵۹ (۴۵/۴)	۵۷/۱۱ ± ۷/۷۶	۰/۷۰۶
	سزارین	۱۹۱ (۵۴/۶)	۵۷/۴۲ ± ۷/۵۸	
جنسیت نوزاد	پسر	۱۷۵ (۵۰)	۵۷/۷۱ ± ۷/۷۳	۰/۲۹۳
	دختر	۱۷۵ (۵۰)	۵۶/۸۵ ± ۷/۵۸	
تماس پوست به پوست	بله	۲۵۴ (۷۲/۶)	۵۷/۲۲ ± ۷/۹۸	۰/۸۰۳
	خیر	۹۶ (۲۷/۴)	۵۷/۶۰ ± ۶/۵۹	
زمان اولین شیردهی	کم‌تر از یک‌ساعت پس از زایمان	۲۸۴ (۸۱/۱)	۵۶/۹۲ ± ۷/۷۸	۰/۰۶۸
	بیش‌تر از یک‌ساعت پس از زایمان	۶۶ (۱۸/۹)	۵۸/۸۳ ± ۶/۹۲	
نوع تغذیه در بیمارستان	شیرمادر	۳۰۹ (۸۸/۳)	۵۷/۴۹ ± ۷/۴۷	۰/۱۶۸
	غیر شیرمادر	۴۱ (۱۱/۷)	۵۵/۷۳ ± ۸/۸۸	
*رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان	عدم رضایت	۲۳ (۶/۶)	۴۹/۷۴ ± ۹/۵۶	<۰/۰۰۱
	رضایت نسبی	۲۱۸ (۶۲/۳)	۵۶/۶۱ ± ۷/۲۸	
	رضایت کامل	۱۰۹ (۳۱/۳)	۶۰/۱۸ ± ۶/۵۷	

آزمون t مستقل، *آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، سطح معنی‌دار p<۰/۰۵

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی خودکارآمدی شیردهی از طریق عوامل دموگرافیک و مامایی در زنان زایمان کرده در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۹۶-۱۳۹۵

متغیرهای پیش بین		بتای استاندارد نشده	بتای استاندارد شده	خطای معیار بتای استاندارد نشده	مقدار t	مقدار P
سن	*بیش‌تر از ۳۰ سال					
	۳۰-۲۰ سال	- ۰/۸۲	- ۰/۰۵	۰/۹۳	- ۰/۸۹	۰/۳۷۶
	کم‌تر از ۲۰ سال	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۱/۶۲	۰/۰۲	۰/۹۸۳
تحصیلات	*دانشگاهی					
	غیردانشگاهی	۱/۴۸	۰/۰۵	۱/۵۳	۰/۹۷	۰/۳۳۳
تعداد بارداری	*بارداری اول					
	۴-۲ بار	۰/۳۶	۰/۲۰	۱/۱۷	۰/۳۱	۰/۷۶۰
	۵ بار و بیش‌تر	۱/۷۷	۰/۰۵	۲/۲۲	۰/۸۰	۰/۴۲۵
تجربه قبلی شیردهی	*بلی					
	خیر	- ۱/۹۴	- ۰/۱۲	۱/۱۸	- ۱/۶۴	۰/۱۰۲
تصمیم برای نوع شیردهی	*انحصاری					
	غیر انحصاری	-۳/۶۰	۰/۰۹	۲/۱۹	۱/۶۴	۰/۱۰۲
تصمیم برای مدت زمان شیردهی انحصاری	*۶ ماه و بیشتر					
	کم‌تر از ۶ ماه	- ۵/۳۳	- ۰/۰۹	۳/۰۴	- ۱/۷۵	۰/۰۸۰
زمان اولین شیردهی	*کم‌تر از یک ساعت پس از زایمان					
	بیش‌تر از یک ساعت پس از زایمان	۱/۲۱	۰/۰۶	۰/۹۸	۱/۲۳	۰/۲۱۹
نوع تغذیه در بیمارستان	*انحصاری					
	غیر انحصاری	- ۰/۵۷	-۰/۰۲	۱/۱۲	- ۰/۴۷	۰/۶۳۷
رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان	*رضایت نسبی					
	رضایت کامل	۳/۳۱	۰/۲۰	۰/۸۴	۳/۹۴	<۰/۰۰۱
	عدم رضایت	- ۶/۲۱	-۰/۲۰	۱/۵۷	- ۳/۹۵	<۰/۰۰۱
ویژگی‌های مدل		R: ۰/۴۱	R2: ۰/۱۷		ADJ.R2: ۰/۱۴	

گروه مرجع، سطح معنی‌دار $p<۰/۰۵$

نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره برای انتخاب متغیرهای پیش‌بین جهت تحلیل در مدل رگرسیون چند متغیره، نشان داد که متغیرهای سن، سطح تحصیلات، تعداد بارداری، رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان، زمان اولین شیردهی، نوع تغذیه در بیمارستان، تجربه شیردهی، مدت شیردهی و تصمیم برای نوع شیردهی دارای $p < ۰/۲$ هستند. نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد که رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان تنها متغیر پیش‌بین معنی‌دار از نظر آماری است. نمره خودکارآمدی شیردهی در افرادی که رضایت کامل داشتند، ۳/۳۱ نمره بیش از افراد با رضایت نسبی بود و نمره خودکارآمدی افراد ناراضی، ۶/۲۱ نمره کم‌تر از افراد با رضایت نسبی بود. البته نکته قابل توجه این است که علی رغم معنی‌دار نبودن از نظر آماری، نمره خودکارآمدی در

افرادی که تصمیم به شیردهی انحصاری نداشتند، ۳/۶ نمره کم‌تر از افراد مصمم برای شیردهی انحصاری بود. هم‌چنین افرادی که تصمیم داشتند، کم‌تر از ۶ ماه شیردهی انحصاری داشته باشند، ۵/۳۳ نمره کم‌تر از گروه مصمم برای شیردهی بیش از ۶ ماه کسب کرده بودند. در مجموع بررسی ویژگی‌های مدل رگرسیونی نشان داد که متغییرهایی که وارد مدل شده بودند، توانایی تبیین ۱۴ درصد از واریانس مفهوم خودکارآمدی شیردهی را داشتند. نتایج مدل رگرسیون چند متغیره به صورت کامل در جدول ۳ ارائه شده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر شناسایی برخی عوامل مرتبط با خودکارآمدی شیردهی بود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی شیردهی ۷/۶۵ ± ۵۷/۲۸ می‌باشد. مطالعاتی در این زمینه انجام شده است که از نسخه‌های متفاوت مقیاس خودکارآمدی شیردهی استفاده کرده اند. در بین مطالعاتی که فرم کوتاه این پرسش‌نامه را به کار برده بودند، Hosseini و همکاران میانگین خودکارآمدی شیردهی در مشهد را ۴۷/۰۱ گزارش کردند [۲۵]. در مطالعه دیگری در مشهد این میزان ۴۸/۱ بود [۲۶]. در تهران نیز ۵۱ گزارش شده بود [۲۴]. Rahmatnejad و Bastani میانگین خودکارآمدی شیردهی را در زنان دارای شیردهی انحصاری ۵۳/۶۴ و شیردهی غیرانحصاری ۴۶/۱۱ گزارش کرده بودند [۲۷]. یافته‌های این مطالعه حاکی از وضعیت نسبتاً بهتر خودکارآمدی شیردهی می‌باشد. از آنجایی که مطالعات انجام شده مربوط به سال‌های گذشته است، بهبود وضعیت خودکارآمدی شیردهی می‌تواند حاصل تمرکز بیشتر سیستم بهداشتی بر مراقبت‌های بعد از زایمان که شامل شیردهی انحصاری نیز می‌شود، باشد. هم‌چنین فرهنگ حاکم بر جامعه مورد پژوهش نیز می‌تواند از علل این تفاوت باشد.

در مطالعه حاضر، بر اساس مدل رگرسیونی، رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان، تنها متغیر پیش‌بین نمره خودکارآمدی شیردهی بود که از نظر آماری معنی‌دار بود. نمره خودکارآمدی در مواردی که مادر رضایت کامل داشت، نسبت به رضایت نسبی ۳/۳۱ نمره بالاتر بود؛ و در موارد نارضایتی ۶/۲۱ نمره پایین‌تر بود. هماهنگ با نتایج پژوهش حاضر، مطالعات پیشین هم نشان داده اند که یکی از دلایل شایع قطع زودهنگام شیردهی، ناکافی بودن شیر از دیدگاه خود مادر است [۲۹-۲۸]. در مطالعه McQueen و همکاران یافته‌ها نشان داده بود مادرانی که از شیر خود راضی نبودند و احساس می‌کردند که شیر آن‌ها ناکافی است در معرض قطع زودهنگام‌تر شیردهی بوده‌اند [۱۱]. از آنجایی که خودکارآمدی شیردهی به صورت اعتماد مادر نسبت به توانایی خویش در شیردادن به نوزادش تعریف می‌شود [۱۴] لذا عملکرد موفقیت آمیزی که سریعاً حاصل شده باشد، می‌تواند تأثیر قوی و بسیاری بر درک مادر نسبت به توانمندی خویش در شیردهی و تداوم آن داشته باشد [۲۲]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان می‌تواند به عنوان عامل اطمینان بخش از کفایت و توانایی مادر در شیردهی عمل کند. بنابراین با استفاده از بهبود کیفیت مشاوره شیردهی می‌توان نمره خودکارآمدی شیردهی مادران را ارتقاء داد؛ زیرا مشاوره در بیمارستان، اولین زمانی است که مادر علاوه

بر دریافت اطلاعات (مشاوره‌های دوران بارداری) می‌تواند به صورت عملی مهارت شیردهی خود را نیز تقویت کند. در این زمینه نقش مشاوران شیردهی حائز اهمیت است، زیرا آن‌ها می‌توانند به مادر در شناسایی موانع شیردهی کمک کنند و استراتژی‌هایی را برای رفع این موانع ارائه دهند. هم‌چنین می‌توانند مادر را در شناسایی نقاط قوت و منابع حمایتی تشویق کنند [۳۰].

میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در زنان چندزا و زنانی که تجربه قبلی شیردهی داشتند، بیش‌تر بود. هر دو متغیر در مدل رگرسیونی نیز قابلیت پیش‌بینی خودکارآمدی شیردهی را داشتند، اما با وجود تفاوت قابل توجه نمره خودکارآمدی مرتبط با این متغیرها، نتایج از نظر آماری معنی‌دار نبود که می‌تواند به دلیل حجم نمونه کم در این مطالعه باشد. داشتن تجربه شیردهی در حاملگی‌های چندزا، می‌تواند عامل مؤثری بر خودکارآمدی شیردهی مادران باشد. یافته‌های مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نشان داده‌اند که میزان خودکارآمدی شیردهی در زنانی که تجربه قبلی شیردهی دارند، بالاتر می‌باشد [۳۵-۳۱]. اگر مادر از موفقیت خویش در شیردهی اطمینان داشته باشد و در واقع موفق هم باشد، خودکارآمدی وی در شیردهی افزایش خواهد یافت [۱۵]. زنی که در گذشته تجربه موفقی در شیردهی داشته است، از اعتماد به نفس بالایی برخوردار خواهد بود. اگر مادر در جلسات مراقبت‌های دوران بارداری یک سابقه کامل از شیردهی به مشاوران شیردهی بدهد، این امکان را به آن‌ها می‌دهد تا موفقیت‌های قبلی را تقویت و تجربیات منفی وی را بررسی کنند و احساسات منفی را خنثی و اطلاعات اشتباه را اصلاح کنند و نقاط مثبت این تجربیات را به استراتژی‌های آموزشی اضافه کنند [۳۰].

در این مطالعه، بین تصمیم به نوع و مدت زمان شیردهی با خودکارآمدی شیردهی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. این یافته در مدل رگرسیون خطی هم با توجه به تفاوت قابل ملاحظه‌ای که در نمره خودکارآمدی افراد مصمم به شیردهی انحصاری نسبت به گروه مقابل و هم‌چنین در افراد مصمم به شیردهی بیش از ۶ ماه نسبت به افراد با تصمیم به شیردهی کم‌تر از ۶ ماه، تأیید شد. با این‌که این تفاوت در نمره خودکارآمدی، قابل ملاحظه بود اما از نظر آماری معنی‌دار نبود که می‌تواند به دلیل حجم نمونه کم در این مطالعه باشد. McCarter□Spaulding و Gore رابطه‌ای بین این دو عامل نیافتند، اما تصمیم به نوع شیردهی توانسته بود نوع شیردهی را در ماه اول پس از زایمان پیش‌بینی کند [۳۱]. این عامل می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و سنت‌ها باشد [۳۶]. اگر مادر در محیطی پرورش یافته که شیردهی جزئی از رفتارهایی باشد که او فرا گرفته است، در نتیجه در توانایی خویش به شیردهی موفق از اعتماد به نفس بالایی برخوردار خواهد بود [۱۵]. نتایج این مطالعه حاکی از ارتباط معنی‌دار عامل تصمیم برای مدت زمان شیردهی با خودکارآمدی شیردهی بود که مطالعات در این زمینه بسیار محدود بود. یافته‌های مطالعه McCarter□Spaulding و Gore نیز با مطالعه حاضر هم راستا بود [۳۱]. هم‌چنین این عامل می‌تواند بر طول مدت شیردهی انحصاری نیز مؤثر باشد [۳۷]. در واقع می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد، زمانی که مادری از قبل تصمیم می‌گیرد که شیردهی را تا ۶ ماه و بیش‌تر ادامه دهد، تلاش بیش‌تری جهت رسیدن به هدف

خود می‌کند و از اعتماد به نفس بالاتری نسبت به توانایی خویش در شیردهی موفق برخوردار است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که متغیرهای بسیاری بررسی شده بودند که ارتباط معنی‌داری با خودکارآمدی شیردهی نداشته و در مدل رگرسیونی نیز با وجود تفاوت قابل توجه در نمرات خودکارآمدی شیردهی مادران در برخی از متغیرها، اما نتایج از نظر آماری معنی‌دار نبودند. این موضوع می‌تواند به علت تعدد عوامل مورد بررسی و عدم کفایت حجم نمونه برای هدف تعیین پیش‌بینی کننده‌های خودکارآمدی شیردهی باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با هدف بررسی متغیرهای پیش‌بین خودکارآمدی شیردهی با حجم نمونه بیش‌تر انجام شود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، محدود بودن محیط پژوهش به یک بیمارستان آموزشی - درمانی است. از آن‌جایی که اکثر مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های آموزشی درمانی از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در سطح متوسط و پایین جامعه قرار دارند، بنابراین تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در مشارکت کنندگان کم‌تر بود. این گروه ممکن است از لحاظ فرهنگی و باورها با سطوح بالای جامعه متفاوت باشند. بنابراین با توجه به تأثیرپذیری خودکارآمدی شیردهی از فرهنگ و سنت‌ها [۳۶]، پیشنهاد می‌شود که نمونه‌گیری از محیط‌های پژوهشی متنوع مانند بیمارستان‌های خصوصی یا مراکز جامع سلامت در مناطق مختلف سطح شهر نیز انجام شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، رضایت مادر از کیفیت تغذیه نوزاد در بیمارستان می‌تواند خودکارآمدی شیردهی را تحت تأثیر قرار داده و پیش‌بینی کند، لذا می‌توان با تمرکز بر آموزش پرسنل بهداشتی در جهت شناسایی موانع شیردهی در بیمارستان و ارتقاء رضایت آنان از شیردهی، وضعیت خودکارآمدی شیردهی را بهبود بخشید. تصمیم مادر به نوع و مدت زمان شیردهی و تجربیات قبلی وی نیز از عوامل مؤثر بر خودکارآمدی شیردهی بود که با آموزش و مشاوره مادارن در مراکز بهداشتی و درمانی در جهت افزایش آگاهی آنان از فواید و مشکلات قابل رفع شیردهی و بررسی تجربیات منفی و مثبت مادران در این زمینه، می‌توان اعتماد به نفس مادران را افزایش داده و در امر تصمیم‌گیری آنان را یاری نمود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی قزوین با کد شناسایی IR.QUMS.REC.1394.827 می‌باشد. به‌این وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که هزینه‌های این طرح را متقبل شدند، از پرسنل مرکز بهداشتی و درمانی کوثر که با انجام این طرح در این مرکز موافقت نمودند و مادرانی که وقت خود را در اختیار ما قرار دادند و ما را در جهت جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

[1] Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13(3): S19.

[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* 2007; 153(153): 1-186.

[3] Marandi A. The summary of articles at breast milk nutrition prometiom. Breast milk psychosocial advantages. (Report) Tehran, Breast milk nutrition promotion assembly. 2012.

[4] World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Policy brief series. 2014. Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/ globaltargets2025_policybrief_overview/en/. September 29, 2018.

[5] World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 1st ed, Switzerland, World Health Organization, 2003:7-8.

[6] 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.

[7] Cernadas JMC, 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; 19(2): 136-44.

[8] 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 Issues* 2005; 14(3): 90-5.

[9] 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): 1-9.

[10] Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar□Vafaie ME. Iranian version of childbirth self□efficacy inventory. *J Clin Nurs* 2008; 17(21): 2846-55.

[11] 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.

[12] 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.

[13] Kingston D, Dennis C-L, Sword W. Exploring breast□feeding self□efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007; 21(3): 207-15.

[14] Dennis C-L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact* 1999; 15(3): 195-201.

[15] Entwistle F, Kendall S, Mead M. Breastfeeding support–the importance of self□efficacy for low□income women. *Matern Child Nutr* 2010; 6(3): 228-42.

[16] Dennis CLE. Identifying predictors of breastfeeding self□efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health* 2006; 29(4): 256-68.

[17] 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.

[18] Pakseresht S, Pourshaban F. Comparing maternal breastfeeding self-efficacy during first week and sixth week postpartum. *Electron Physician* 2017; 9(2): 3751.

[19] Sukmawati DP, Rachmawati IN. Maternal Psychosocial Condition Affect on Breastfeeding Self-Efficacy in Pregnant Teenager. *UI Proceedings on Health and Medicin* 2017; 2.

[20] Hasanpoor S, Bani S, Ansari S, Ebrahimi H. Measuring Breastfeeding Self – Efficacy among Pregnant Women Referred to Health Centers of Ahvaz. *Tabriz Nursing and Midwifery Journal* 2010; 5(19): 47-53. [Farsi]

[21] Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The Relationship between Self-efficacy and Breastfeeding, Tehran, Iran.. *Hayat* 2009; 15(3): 31-8.

[22] Dennis C-L, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002; 166(1): 21-8.

[23] Dennis C-L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(6): 734-44.

[24] Bastani F, RahmatnejadL e, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primiparous Mothers. *IJN* 2008; 21(54): 9-24.

[25] Hosseini SM, Masoudi R, Mamori GA. The effect of relaxation training on breastfeeding self-efficacy of mothers with preterm infants: A randomized clinical trial. *JCNM* 2014; 3(2): 37-45. [Farsi]

[26] Akhlaghi F, Ebrahimzadeh S, Baghani R, Azhari S, Salehi Federdi J. Comparing the effects of hands-

on and hands-off breastfeeding methods on self-efficacy in primiparous mothers. *JSUMS* 2011; 17(4): 248-55. [Farsi]

[27] Rahmatnejad L, Bastani F. An investigation of Breast Feeding Self Efficacy and its Relationship with exclusive breast feeding. *AUMS* 2012; 1(1): 31-6. [Farsi]

[28] Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(4): 355-63.

[29] 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.

[30] Bowles BC. Promoting breastfeeding self-efficacy: Fear appeals in breastfeeding management. *Clinical Lactation* 2011; 2(1): 11-4.

[31] McCarter□Spaulding D, Gore R. Breastfeeding self□efficacy in women of African descent. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(2): 230-43.

[32] Nursan C, Dilek K, Sevin A. Breastfeeding self-efficacy of mothers and the affecting factors. *Aquichan* 2014; 14(3): 327-35.

[33] Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis CL, MacArthur C. Psychometric properties of the Breastfeeding Self□Efficacy Scale□Short Form in an ethnically diverse UK sample. *Public Health Nurs* 2008; 25(3): 278-84.

[34] Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self□efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(5): 546-55.

[35] Tokat MA, Okumuş H, Dennis C-L. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery* 2010; 26(1): 101-8.

[36] Bonuck KA, Freeman K, Trombley M. Country of origin and race/ethnicity: impact on breastfeeding intentions. *J Hum Lact* 2005; 21(3): 320-6.

[37] 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.

Breastfeeding Self-Efficacy and Its Associated Factors in Women who Gave Birth in Kosar Hospital of Qazvin in 2016-2017: A Descriptive Study

F. Moafi[۱], H. Hajnasiri [۲], T. Hosseini[۳], Z. Alimoradi[٤], Z. Bajalan[٥]

Received: 01/05/2018 Sent for Revision: 03/09/2018 Received Revised Manuscript: 30/09/2018 Accepted: 14/10/2018

Background and Objectives: Breastfeeding self-efficacy is a modifiable and effective factor in initiation and continuation of breastfeeding. So, modifying breastfeeding self-efficacy by identifying the affecting factors is one of the strategies to improve breastfeeding status. This study was conducted to determine the breastfeeding self-efficacy status and its affecting factors in Kosar Hospital of Qazvin in 2016-2017.

Materials and Methods: This descriptive study consisted of 350 mothers who were admitted to the postpartum unit of the Kosar Hospital of Qazvin during the last 24 hours. The data were collected using demographic-obstetric questionnaire and short form of breastfeeding self-efficacy scale and evaluated using the independent t-test, one-way ANOVA and multiple liner regression.

Results: Mean and standard deviation of breastfeeding self-efficacy was 57.28±7.65. Among the factors studied, pariety (p=0.012), previous breastfeeding experience (p=0.001), planned breastfeeding type (p=0.008) and duration (p=0.025) and mother's satisfaction from infant feeding in the hospital (p<0.001) were significantly correlated with breastfeeding self-efficacy.

Conclusion: Based on the results of this study, there are some factors that associate with breastfeeding self-efficacy and can predict it. We can modify the factors that affect breastfeeding self-efficacy by educating health personnel and conducting interventions in hospitals and health centers, and subsequently improve the breastfeeding status.

Key words: Breastfeeding, Self-efficacy, Affecting factors, Qazvin

Funding: The study was funded by Qazvin University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Qazvin University of Medical Sciences approved the study (IR.QUMS.REC.1394.827).

How to cite this article: Moafi F, Hajnasiri H, Hosseini T, Alimoradi Z, Bajalan Z. Breastfeeding Self-Efficacy and Its Associated Factors in Women who Gave Birth in Kosar Hospital of Qazvin in 2016-2017: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2019; 17 (11): 1003-16 [Farsi]

1- Instructor, Dept. of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
ORCID: 0000-0002-3650-9293
(Corresponding Author) Tel: (028) 33336001, Fax: (028) 33237268, E-mail: f.moafi.sbmu@gmail.com
2- Instructor, Dept. of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
ORCID: 0000-0003-2527-1504
3- BSc of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
ORCID: 0000-0001-6991-4490
4- Assisitant Prof., Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
ORCID: 0000-0001-5327-2411
5- Instructor, Dept. of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
ORCID: 0000-0002-3419-1509