

مجله پرستاری و مامایی تبریز

شماره ۱۹ (پاییز ۱۳۸۹) ص ۵۳-۴۷

## خودکارآمدی شیردهی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر

### اهواز

شیرین حسن پور: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری مامایی تبریز (نویسنده رابط)

Email : Shirinhasanpoor@yahoo.com

سهیلا بانی: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری مامایی تبریز

سمیه انصاری: کارشناس ارشد مامایی

دکتر حسین ابراهیمی: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری مامایی تبریز

دریافت: ۸۹/۱۰/۱۳ پذیرش: ۸۹/۱۰/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** خودکارآمدی در شیردهی چهارچوب با ارزشی است که رفتار شیردهی را پیش بینی کرده، اعتماد به نفس مادری و درجه توانایی وی را در انجام شیردهی نشان می‌دهد. از آن جایی که خودکارآمدی بالا می‌تواند نقش موثری در افزایش طول مدت شیردهی انحصاری داشته باشد، این پژوهش با هدف تعیین میزان خودکارآمدی شیردهی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اهواز طراحی و اجرا شده است.

**مواد و روشها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی می‌باشد که در آن ۱۲۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز که واجد شرایط مطالعه بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند و در ماه آخر بارداری نمره خودکارآمدی آنان توسط پرسشنامه فکس و دنیس سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS/Ver17 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان‌گر این بود که میانگین نمره خودکارآمدی زنان  $104/85 \pm 15/10$  بود و تنها ۲/۵ درصد نمونه‌های مورد پژوهش نمره‌ی خودکارآمدی بالا داشتند. همچنین نتایج این پژوهش ارتباط معناداری بین سن حاملگی و تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش با نمره خودکارآمدی نشان داد ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** علی‌رغم مزایای اثبات شده تغذیه با شیر مادر و نقش مهمی که خودکارآمدی شیردهی در انتخاب تغذیه با شیر مادر و طول مدت شیردهی انحصاری دارد، یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دهنده درصد پایینی از نمره خودکارآمدی بالا در نمونه‌های مورد پژوهش می‌باشد و به نظر می‌رسد تدوین برنامه آموزشی مناسب جهت افزایش خودکارآمدی شیردهی زنان باردار ضروری باشد.

**کلمات کلیدی:** خودکارآمدی / شیردهی / زنان باردار

### مقدمه

عنوان بخشی از برنامه «GOBIF»<sup>۱</sup> یونیسف برای رشد و بقای کودک معرفی شد، بر اساس این اعلامیه شیرخواران باید در ۴-۶ ماه اول تولد به صورت انحصاری با شیر مادر

شیر مادر مناسب‌ترین غذا برای شیرخوار و مهم‌ترین و مؤثرین اقدام برای حفظ و تداوم سلامت شیرخواران می‌باشد (۱). در اوایل دهه ۱۹۸۰ تغذیه با شیر مادر به

انتخاب تغذیه نوزاد با شیر مادر با استفاده از افکار خود تشویقی در شیردهی و تصور مشکلات شیردهی به عنوان یک چالش مثبت زیاد است (۹).

در مطالعه‌ی توصیفی اوکامپو<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۲ که روی ۱۹۸ زن باردار انجام شد به ۱۱ متغیر جمعیت شناختی نظیر اعتقادات معمول، اعتماد و اطمینان مادری، یادگیری‌های اجتماعی و رفتارهای اعتقادی درباره شیردهی اشاره شده است. از بین این متغیرها خود کارآمدی شیردهی از متغیرهای مهم بر تداوم شیردهی است که طول مدت شیردهی را پیش بینی می‌کند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که زنان با خود کارآمدی پایین در مقایسه با زنان با خود کارآمدی بالا ۳/۱ برابر بیشتر قطع زودرس شیردهی دارند (۱۰).

با وجود این که سازمان‌های ملی و بین‌المللی، شیردهی انحصاری را بسیار مورد حمایت قرار می‌دهند، در تاریخچه شیردهی کودک از کم رنگ شدن شیردهی و حمایت‌های مورد نیاز در انجام این رفتار بهداشتی سخن به میان آمده است (۶). در کشور ما طبق آخرین مطالعه تحت عنوان «بررسی ویژگی‌های شاخص‌های جمعیتی در سال ۱۳۸۴» شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی ۲۳/۱ درصد در کل کشور، ۱۲/۸ درصد در آذربایجان شرقی، ۲۸ درصد در تهران ۱۵/۴ درصد در مازندران و ... و ۱۹/۵ درصد در اهواز گزارش شده است (۱۱).

با توجه به کاهش شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر از یک سو و نقش ماماها به عنوان یکی از مراقبین اصلی سلامتی مادران و نوزادان در دنیا و ایران از سویی دیگر و با توجه به این که شهر اهواز کاهش چشمگیر این شاخص را نسبت به شهرهای ایران نشان می‌دهد و نیز بر اساس تجربه شخصی اینجانب، بر آن شدیم که یکی از فاکتورهای مهم مؤثر بر این شاخص یعنی خود کارآمدی

تغذیه شوند (۲،۳). میزان پایین واکسیناسیون، آب آشامیدنی آلوده و کاهش ایمنی در نتیجه سوء تغذیه در کشورهای در حال توسعه سبب می‌شود شیر مادر به عاملی حیات بخش برای کاهش عفونت‌های مرگ‌بار تبدیل شود. در مطالعه هم گروهی هزاره انگلستان که روی ۱۵۸۹۰ نوزاد انجام شد ۶ ماه تغذیه با شیر مادر با کاهش ۵۳ درصدی موارد بستری شدن در بیمارستان به علت اسهال و کاهش ۳۷ درصدی عفونت‌های تنفسی در هر ماه و تغذیه نسبی با شیر مادر به ترتیب با کاهش‌هایی به میزان ۳۱ و ۳۵ درصد همراه بود. نتایج این مطالعات نشان می‌دهند که اثرات حفاظتی به سرعت پس از قطع شیردهی از بین می‌رود. گرچه شواهد نشان‌گر آن است که مزایای شیردهی برای نوزاد انسان با افزایش طول مدت شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر افزایش می‌یابد اما اکثر زنان شیردهی را قطع می‌کنند، که قطع شیردهی به خصوص در ۶ ماه اول زندگی برای مادر، کودک و جامعه زیان بخش خواهد بود (۴، ۵).

مطالعه‌ی اتوسکا<sup>۱</sup> و همکاران در ژاپن (۲۰۰۸) نشان داد با وجود این که ۹۶ درصد مادران تمایل به تغذیه نوزاد خود با شیر مادر داشته‌اند تنها ۴۴ درصد آن‌ها برای ۴ هفته اول پس از زایمان شیردهی انحصاری داشته‌اند و همچنین کمتر از ۳۵ درصد مادران کانادایی و ۲۹ درصد مادران آمریکایی شیردهی انحصاری تا ۴ ماه داشتند (۶).

در ایران نیز با وجود این که 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 بسیار کم می‌باشد (۶). عوامل بسیاری بر تداوم شیردهی مؤثر می‌باشد که یکی از این عوامل اعتماد به نفس مادری و خود کارآمدی شیردهی می‌باشد (۷، ۸). به عبارتی در مادرانی که خود کارآمدی بالا دارند احتمال

گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد که نشان دهنده پیوستگی درونی بالای سؤالات بود. پرسشنامه استاندارد خود کارآمدی شیردهی فکس و دنیس پس از تعیین روایی ترجمه و اخذ رضایت آگاهانه در اختیار نمونه‌های مورد پژوهش قرار داده شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت و انصراف در مطالعه در هر مرحله از تحقیق به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. مجموع امتیازات تعلق گرفته به هر گویه نمره خود کارآمدی شیردهی را نشان می‌داد که کم‌ترین و بیشترین نمرات به ترتیب ۳۳ و ۱۶۵ بود که نمره ۷۶-۳۳ خود کارآمدی پایین، نمره ۱۲۰-۷۷ خود کارآمدی متوسط و نمره ۱۶۵-۱۲۱ خود کارآمدی بالا در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه آماری Spss/Ver17 و آمار استنباطی شامل آزمون‌های آماری کای دو و ضریب همبستگی پیرسون و از آمار توصیفی نیز برای تدوین جداول فراوانی مطلق و نسبی و تعیین میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که محدوده سنی نمونه‌های مورد پژوهش بین ۱۸ تا ۳۹ سال بوده، میانگین سنی ۵/۵ + ۲۶/۶ سال بود. متوسط سن ازدواج ۵/۲ + ۲۳/۷ بود. از نظر سن حاملگی زنان مورد مطالعه بین ۳۶ و ۴۲ هفته حاملگی بودند، میانگین سن حاملگی ۱/۷۸ + ۳۸/۰۶ بود. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش تحصیلات دیپلم داشته و درآمد ماهیانه‌ی آن‌ها بین ۲۰۰-۵۰۰ هزار تومان بود. همچنین اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش خانه‌دار بوده و ۴۷/۵ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش از حمایت عاطفی همسران خود در حد بالا برخوردار بوده و فقط ۶/۷ درصد از آن‌ها حمایت عاطفی بسیار کمی را از سوی همسر خود بیان کردند (جدول ۱). همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره خود کارآمدی زنان باردار ۱۰۴/۸۵ با انحراف معیار ۱۵/۱۱ بود و ۲/۵ درصد نمره خود کارآمدی بالا، ۸۴/۰ درصد نمره خود کارآمدی

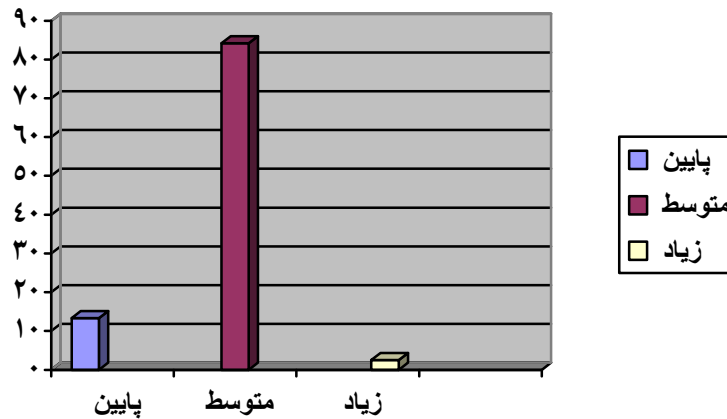
شیردهی مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اهواز را مورد مطالعه قرار دهیم.

### مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۸۹ در ۱۱ مرکز بهداشتی-درمانی که به صورت تصادفی ساده از بین ۳۳ مرکز بهداشتی و درمانی شهر اهواز انتخاب شده بودند، انجام شد. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعات قبلی با انحراف معیار ۲۱، آلفای ۰/۰۵ و  $d=$  و با استفاده از فرمول برآورد یک میانگین به تعداد ۱۲۰ نفر برآورد شد (۱۱). جهت نمونه گیری ابتدا لیست زنان باردار مراجعه کننده برای مراقبت‌های دوران بارداری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند از دفاتر و پرونده‌های مراکز بهداشتی و درمانی استخراج شد. این شرایط عبارت بودند از: حاملگی اول، سن حاملگی بالای ۳۶ هفته، سن بالای ۱۸ سال، عدم ابتلا به بیماری سیستمیک، عدم ابتلای مادر به آنومالی‌های پستان، داشتن حداقل سواد راهنمایی. سپس در هر مرکز به تعداد ۱۲-۱۰ نفر به طور تصادفی ساده از لیست استخراج شده انتخاب شدند و جهت شرکت در مطالعه دعوت تلفنی شدند. در این مطالعه ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ی ۲ بخشی بود که، بخش اول مربوط به مشخصات فردی-اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش و بخش دوم، پرسشنامه استاندارد خود کارآمدی در شیردهی فکس و دنیس شامل ۳۳ بیانیه بوده و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) نمره دهی می‌شود. این ابزار توسط بندورا در سال ۱۹۹۷ طراحی شد و برای اولین بار توسط فکس و دنیس در شیردهی مورد استفاده قرار گرفت (۲). جهت تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد و پرسشنامه توسط ده تن از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز مورد بررسی قرار گرفت و نظرات ایشان در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین پایایی ابزار، مطالعه‌ای مقدماتی روی ده تن از نمونه‌های واجد شرایط انجام

و با افزایش سطح تحصیلات زنان نمره خود کارآمدی آنان افزایش پیدا کرده است اما بین خود کارآمدی سایر مشخصات فردی - اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش ارتباط معنادار آماری مشاهده نگردید (جدول ۲).

متوسط و ۱۳/۳ درصد نمره خود کارآمدی پایین داشتند (نمودار ۱). آزمون‌های آماری نشان داد که بین متغیرهای سن حاملگی و سطح تحصیلات با خود کارآمدی شیردهی زنان ارتباط معنادار آماری وجود دارد، بدین صورت که با افزایش سن حاملگی خود کارآمدی شیردهی کاهش میابد



نمودار ۱: وضعیت نمره خود کارآمدی در نمونه‌های مورد پژوهش

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی- اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش

متغیر	(درصد) تعداد	متغیر	(درصد) تعداد
سن حاملگی			
زیر ۲۰ سال	۴۸ (۴۰)	۳۶-۳۸	۷۴ (۶۱/۷)
۲۰ تا ۳۰	۵۲ (۴۳/۳)	۳۹-۴۰	۳۷ (۳۰/۸)
بالای ۳۰	۲۰ (۱۶/۷)	۴۱-۴۲	۹ (۷/۵)
حمایت عاطفی			
شغل همسر			
خیلی زیاد	۲۸ (۲۳/۳)	بی کار	۹ (۷/۵)
زیاد	۲۹ (۲۴/۲)	کارگر	۲۱ (۱۷/۵)
متوسط	۳۱ (۲۵/۸)	کشاورز	۶ (۵۰)
کم	۲۴ (۲۰/۰)	کارمند	۳۴ (۲۸/۳)
خیلی کم	۸ (۶/۷)	آزاد	۵۰ (۴۱/۷)
سن ازدواج			
تحصیلات همسر			
۱۸-۲۴	۳۸ (۳۱/۷)	زیر دیپلم	۴۹ (۴۰/۸)
۲۵-۳۱	۶۸ (۵۶/۷)	دیپلم	۳۹ (۳۳/۵)
۳۲-۳۹	۱۴ (۱۱/۷)	دانشگاهی	۳۲ (۲۶/۷)
تحصیلات			
اشتغال			
زیر دیپلم	۵۱ (۴۲/۵)	خانه دار	۹۸ (۸۱/۷)
دیپلم	۴۶ (۳۸/۳)	شاغل در منزل	۱۳ (۱۰/۸)
دانشگاهی	۲۳ (۱۹/۲)	شاغل در خارج از منزل	۹ (۷/۵)

جدول ۲: ارتباط برخی از مشخصات فردی- اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش با خودکارآمدی شیردهی

نتیجه آزمون همبستگی	خودکارآمدی شیردهی انحراف معیار + میانگین	برخی مشخصات فردی- اجتماعی
سن		
	۱۰۵/۸±۱۳/۱	زیر ۲۰
P=۰/۷۴۴	۱۰۳/۷±۵/۳	۲۰-۳۰
r=۰/۳۲۲	۱۰۳/۷±۵/۳	بالای ۳۰
سن حاملگی		
	۱۰۶/۹±۱۳	۳۶-۳۸
P=۰/۰۲	۱۰۲/۱±۱۴/۷	۳۹-۴۰
r=۰/۲۷۶	۹۵/۴±۱۳/۵	۴۱-۴۲
تحصیلات		
	۹۴/۶±۱۴/۴	راهنمایی
P=۰/۰۲۵	۱۰۵/۷±۹/۰۶	دبیرستان
df=۳	۱۰۵/۸±۱۸/۴	دیپلم
X <sup>2</sup> =۹/۳	۱۰۸/۰±۹/۳	دانشگاهی
اشتغال		
	۱۰۱/۶±۱۳/۶	خانه دار
P=۰/۱۲۴	۹۹±۱۵/۱	شاغل در منزل
df=۲	۱۱۵±۱۲/۷	شاغل در خارج منزل
X <sup>2</sup> =۴/۱۸۱		

## بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز ۱۰۴/۸۵ بود و تنها ۲/۵ درصد نمونه‌های مورد پژوهش نمره خودکارآمدی در شیردهی بالایی داشتند. که تقریباً با مطالعه واجد حاتمله<sup>۱</sup> و همکاران در سین سیناتی که میانگین نمره خودکارآمدی ۱۰۸ را گزارش نموده‌اند هم‌خوانی دارد (۱۲). مطالعه ورعی و همکاران در این زمینه در تهران نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مادران ۱۳۹/۹ بوده و ۵۵/۶ درصد مادران نمره خودکارآمدی بالایی داشتند که با نتایج مطالعه ما متفاوت می‌باشد (۱۱). به نظر می‌رسد علت این تفاوت مربوط به سابقه زایمان و شیردهی باشد چرا که تجربه شیردهی روی خودکارآمدی بعدی تاثیرگذار است (۱۲). در مطالعه حاضر تمامی نمونه‌ها حاملگی اولشان بوده و تجربه شیردهی نداشتند در صورتی که در مطالعه ورعی و همکاران ۵۵ درصد نمونه‌ها سابقه زایمان داشتند و به احتمال قوی درصدی از آن‌ها سابقه شیردهی هم داشته‌اند.

از آنجایی که خودکارآمدی در شیردهی اهمیت فراوانی داشته و تغییری برجسته در تعیین مواردی مانند موارد زیر می‌باشد:

آیا مادر تغذیه با شیر مادر را انتخاب خواهد کرد؟

آیا مادر در این زمینه تلاش خواهد کرد؟

پاسخ او به مشکلات شیردهی چگونه خواهد بود؟ (۱۳)

پس بالا نبودن این نمره در مادران باردار می‌تواند درصد پایین تغذیه انحصاری با شیر مادر را در شهر اهواز توجیه نماید.

همچنین نتیجه مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین خودکارآمدی شیردهی با میزان تحصیلات نشان داد، که با مطالعه‌ای که ورعی و همکاران در تهران انجام دادند هم-خوانی دارد (۱۱).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معناداری بین سن حاملگی و خودکارآمدی شیردهی وجود دارد به طوری که با بالا رفتن سن حاملگی میزان نمره خودکارآمدی کاهش می-

یابد که می‌توان این مساله را به استرس و هیجانات روحی و ترس از نزدیک شدن به زمان زایمان نسبت داد. در این زمینه مطالعه مشابهی توسط نویسنده یافت نشد.

خودکارآمدی از متغیرهای قابل تعدیل و اصلاح پذیر بوده و ممکن است با تدوین برنامه آموزشی مناسب بتوان آن را افزایش داد. خودکارآمدی شیردهی چهارچوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که قرار است برای افزایش طول مدت و سطح شیردهی در نظر گرفته شود، در ضمن ابزار معتبری برای شناسایی مادران در معرض خطر قطع شیردهی می‌باشد (۱۴).

با توجه به نتایج این پژوهش میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در شهر اهواز در حد مطلوبی نمی‌باشد و نیاز به حمایت و آموزش زنان در شیردهی ضروری به نظر می‌رسد. متغیرهای دخیل در خودکارآمدی قابل کنترل بوده و می‌توان تا حدود زیادی تاثیر آن‌ها را تعدیل کرد. مثلاً با کاهش استرس و ترس مادران باردار از زایمان و آموزش زایمان آسان و در کنار آن بیان مزایای استفاده از شیر مادر تا حدود زیادی می‌توان اضطراب مادران را کاهش داد. چنانچه در کشورهای پیشرفته برای موفقیت هر چه بیشتر مادران در زمینه شیردهی، آموزش شیردهی را قبل از تولد شروع می‌کنند و پس از زایمان، افراد کاردان و علاقمند با دقت و مراقبت کافی، مادر را برای شیردهی موفق آماده می‌سازند.

انجام مطالعات بعدی در زمینه تعیین تاثیر برنامه‌های آموزشی و حمایتی شیردهی بر خودکارآمدی شیردهی و رفتارهای شیردهی زنان پیشنهاد می‌شود تا بتوان از نتایج آن‌ها در تدوین برنامه مناسب مداخله‌ای جهت ارتقای خودکارآمدی شیردهی و افزایش تغذیه با شیر مادر استفاده نموده و در اختیار مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی قرار داد.

این پژوهش در رابطه با خانم‌های نخست‌زا و مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر اهواز انجام شد که قابل

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی می‌شود و همچنین از تمام مادران باردار شرکت کننده در این پژوهش و کلیه کادر مراکز بهداشتی و درمانی شهر اهواز که در انجام این پژوهش با ما همکاری نموده‌اند تقدیر و تشکر می‌شود.

## References

1. Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. (2006) . *Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(3), 349-57.
2. Deniss L.(2003). *The breastfeeding self-efficacy psychometric assessment of the short form. JOGNN* ,32(6),734-744.
3. Fisher C.H (2000).*Text book for midwives*, 13th ed. London, Bennett co, ,707-29.
4. Otsuka K, Dennis C, Tatsuka H, Jimba M.(2008). *The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. JOGNN*,37,546-555.
5. Torabizadeh E, Jafarnezhad F, Kordi M. (1995). *[The survey of mothers failure in exclusive breastfeeding of infant from birth to 4 month].The journal of medical faculty of Mashhad university of medical sciences*,48(1),74-80.(Persian)
6. *The ministry of health and medical education. (2001). Research design report of the survey of population index characteristics in Islamic Republic of Iran. Tehran*, 102.(Persian)
7. Cernadas J, Noceda G, Barrera L, Martinez A.M, Garsd A. (2003). *Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. J Hum Lact*, 19(2), 136-44.

تعمیم به سایر زنان نمی‌باشد لذا انجام مطالعات دیگر در محیط‌های وسیع‌تر و روی زنان چندزنا پیشنهاد می‌گردد.

## تقدیر و تشکر

تبریز جهت مساعدت مالی در انجام این پژوهش سپاسگزاری

8. Gijbers B, Mesters I, Knottnerus J.A, Van Schayck C.P. (2006). *Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families .Breastfeed Med*, 1(4), 236-46.
9. Hatami A, Talebi Toti Z. (2007) [*Patterns of breastfeeding in infants*]. *Hayat* ,13(2) ,71-6.(Persian)
10. O'Campo P, Faden R.R, Gielen A.C, Wang M.C. (1992). *Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. Birth*. 19(4), 195-201.
11. Varej Sh, Mehrdad N, Bohrani N.(2009).*[The relation between breastfeeding self – efficacy and position of breastfeeding in mothers]. Journal of Nursing& midwifery faculty of Tehran university of medical sciences*. 15(3),31-38.( Persian)
12. Hatamleh W. (2006).*The Effect of a breast-feeding self-Efficacy intervention on Breast Feeding Self-Efficacy and Duration . Unpublished doctoral dissertation, University of Cincinnati*.
13. Gregory A, Penrose k, Morisson C, Dennis C.L, Macarthur C.B.(2008). *Psychometric Properties of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in an ethnically diverse u.k sample. J compilation*, 3(25), 278-284.
14. Dennis C.L.(2002). *Breastfeeding initiation and duration. J Obstetric Gynecology Neonatal Nurse*, 31(1), 12-32.

