Improving breastfeeding self-efficacy in mothers; A policy brief

Salarvand Sh[1], Khodayarimotlagh Z[2]*, Behzadifar M[3]

1.Hepatitis Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2. Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

3.Department of Public Health, School of Health and Nutrition, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences

Received: *2025/9/30* Accepted: *2025/11/2*

Abstract

Background: Early reduction or cessation of breastfeeding has detrimental effects on the health of mothers, infants, and society, while imposing substantial costs on the healthcare system. Maternal breastfeeding self-efficacy is a key factor influencing breastfeeding continuation, and numerous studies have sought strategies to enhance it. This study aimed to develop a policy brief to promote breastfeeding self-efficacy among mothers. The research was conducted as a review study to identify essential policies for enhancing maternal breastfeeding self-efficacy within the community health context. Evidence from research articles, systematic reviews, and validated clinical guidelines was utilized to formulate relevant policy recommendations. Findings were categorized into five main areas: challenges and barriers to enhancing breastfeeding self-efficacy, benefits of increased self-efficacy, factors influencing self-efficacy, existing and proposed policies and interventions, and consequences of policy non-implementation. The results indicated that improving breastfeeding self-efficacy requires multi-level interventions and coordination across different sectors of the health system. The discussion emphasized that managing and promoting maternal breastfeeding self-efficacy necessitates a multidisciplinary approach. Health planners and policymakers should consider cross-sectoral collaboration, targeted education, social support, and maternal empowerment when designing interventions. Implementing such strategies can lead to improved maternal and child health outcomes and reduce the financial burden on the healthcare system.

Keywords: Self-efficacy, Breastfeeding, Policy brief.

Citation: Salarvand Sh, Khodayarimotlagh Z, Behzadifar M. Improving breastfeeding self-efficacy in mothers; A policy brief. Yafte. (Special Policy Brief) :38-50.

***Correspondence Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad.**

Email: zaynab.khodayari@gmail.com

ارتقا خودکارآمدی شیردهی در مادران؛ خلاصه سیاستی

شهین سالاروند[1]، زینب خدایاری مطلق[2]*، مسعود بهزادی فر[3]

۱-مرکز تحقیقات هپاتیت، دانشکده پرستاری مامایی خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲-دانشکده پرستاری مامایی خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۳-دانشکده بهداشت و تغذیه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

یافته / ویژه نامه خلاصه سیاستی / پاییز ۱۴۰۴

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۷/۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۸/۱۱

مقدمه: کاهش یا قطع زودهنگام شیردهی پیامدهای زیانباری برای سلامت مادر، کودک و جامعه به همراه دارد و هزینه‌های قابل‌توجهی را بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. یکی از عوامل مؤثر بر تداوم شیردهی، خودکارآمدی مادران در شیردهی است؛ عاملی که مطالعات مختلف به‌دنبال شناسایی راهکارهایی برای تقویت آن هستند. این مطالعه با هدف تدوین خلاصه سیاستی در جهت ارتقای خودکارآمدی شیردهی در مادران انجام شد. روش پژوهش به‌صورت مطالعه مروری طراحی گردید تا خط‌مشی‌های کلیدی لازم برای ارتقای خودکارآمدی شیردهی در عرصه سلامت جامعه شناسایی شود. در این راستا، از شواهد حاصل از مقالات پژوهشی، مرورهای نظام‌مند و راهنماهای بالینی معتبر برای تدوین سیاست‌ها استفاده شد. یافته‌ها در پنج طبقه اصلی دسته‌بندی شدند: چالش‌ها و موانع ارتقای خودکارآمدی شیردهی، مزایای افزایش خودکارآمدی، عوامل مؤثر و مرتبط با خودکارآمدی، سیاست‌ها و اقدامات موجود یا پیشنهادی، و پیامدهای عدم اجرای آن‌ها. نتایج نشان داد که ارتقای خودکارآمدی شیردهی نیازمند مداخلات چندسطحی و هماهنگی بین بخش‌های مختلف نظام سلامت است. در بخش بحث و نتیجه‌گیری تأکید شد که مدیریت و ارتقای خودکارآمدی شیردهی مستلزم رویکردی چندرشته‌ای است و برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت باید به تعامل و همکاری بین رشته‌ای، آموزش هدفمند، حمایت اجتماعی و توانمندسازی مادران توجه ویژه‌ای داشته باشند. اتخاذ چنین رویکردی می‌تواند موجب بهبود سلامت مادر و کودک و کاهش هزینه‌های نظام سلامت شود.

واژه‌های کلیدی: شیردهی، خودکارآمدی، خلاصه سیاستی.

***آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی.**

پست الکترونیک: Zeynab.khodayari@gmail.com

مقدمه

تغذیه با شیر مادر یک مفهوم کلیدی و یکی از اولویت های بهداشت عمومی در جهان است (۱) شیر مادر نه تنها سبب ارتقاء سلامت در دوره نوزادی می شود، بلکه در تضمین سلامت انسان در ادوار مختلف زندگی و سالمندی نیز موثر است (۲). مصرف شیر مادر، احتمال بروز کم خونی و کمبود ویتامین را در کودکان، و خطر ابتلا به سرطان تخمدان و سینه و نیز دیابت را در مادران کاهش می دهد(۳, ۴). فقدان تغذیه با شیر مادر، خطر بیماری هایی نظیر عفونت های تنفسی، آلرژی، مشکلات گوارشی، سوء تغذیه، دیابت و چاقی را افزایش می دهد (۴).

از آنجایی که پیوندهای قوی تری بین تغذیه با شیر مادر و پیشگیری از بیماری در طول زندگی ایجاد می شود، ترویج تغذیه با شیر مادر به طور فزاینده ای به عنوان اولویت سازمان های بهداشتی و در میان متخصصان سلامت قرار می گیرد(۵) در سال های اخیر، سازمان های جهانی بیان داشته اند که تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول زندگی، بهترین نتایج جسمی و روحی را برای نوزاد به ارمغان می آورد. تاثیرات مثبت شیر مادر با افزایش مدت و انحصاری بودن آن، افزایش می یابد(۶). یکی از اهداف WHO در زمینه تغذیه نوزادان، افزایش میزان تغذیه انحصاری از شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی، تا ۵۰٪ در سال ۲۰۲۵ می باشد(۷). بنابراین کاهش و قطع زودهنگام شیردهی اثرات زیانبار زیادی بر سلامت مادر، کودک و جامعه دارد و هزینه‌های اضافی را برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی به همراه دارد (۱).علیرغم تلاش های بسیار، در سراسر جهان هنوز تغذیه با شیرمادر دور از حد مطلوب است. در بسیاری از مناطق جهان تغذیه انحصاری با شیر مادر پایین است و بسیاری از زنان زودتر از موعد تعیین شده برای شیردهی اقدام به قطع شیردهی مینمایند (۷). مروری بر متون بیانگر سیر نزولی میزان شیردهی انحصاری با گذشت زمان پس از زایمان است (۸-۱۲).

به بیان دیگر، ارتقاء سطح شیردهی مادران، موجب کاهش سطح بیماریهای نوزادان در جامعه می شود (۱۳). برتری شیر مادر به نسبت انواع دیگر، به واسطه عواملی مثل: ۱. وجود لاکتوز چند برابر شیر گاو و ۲. قابلیت ۷ برابری جذب آهن موجود به نسبت شیر گاو است. که این موضوع باعث می‌شود کودکان بهره‌مند از شیر مادر، کمتر در معرض کم خونی و کمبود ویتامین قرار بگیرند (۱۴). مطالعات پیشین نشان دادند که فقدان تغذیه با شیر مادر، خطر بیماری هایی نظیر عفونت های تنفسی، آلرژی، مشکلات گوارشی، سوء تغذیه، دیابت و چاقی را افزایش می دهد. همچنین، مادرانی که فرزندانشان را با شیر خود تغذیه می‌کنند، به احتمال بیشتری به وزن قبل از حاملگی خود برمی گردند و خطر کمتری برای ابتلا به سرطان تخمدان،سینه ونیز دیابت نسبت به مادرانی که به فرزندانشان شیر نمی‌دهند، دارند (۱۵).

خودکارآمدی شیردهی؛ اطمینان مادر به قابلیت خود در شیردهی نوزادش است (۱۶). این ویژگی، یک عامل قابل تعدیل است که می تواند میزان و کیفیت شیردهی را بهبود دهد (۱۵) و از سازه های تئوری شناختی اجتماعی است. به عبارتی باور و اطمینان فرد به توانایی خود جهت انجام رفتارهای بهداشتی از جمله شیردهی انحصاری و موفق است که Dennis در این رابطه معتقد است این افزایش خودکارآمدی شیردهی در مادران با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری ارتباط معناداری وجود دارد (۶). همچنین خودکارآمدی یکی از متغیرهای قابل تعدیل،تاثیرگذار و برجسته در طول مدت شیردهی است. مادرانی که خودکارآمدی پایینی دارند باید مورد حمایت قرار بگیرد زیرا مادران با خودکارآمدی پایین در معرض قطع زودرس شیردهی هستند (۱۷). اگر مادر از موفقیت خویش در شیردهی اطمینان داشته باشد، خودکارآمدی

وی در شیردهی افزایش خواهد یافت. زنی کـه در گذشـته تجربه موفقی در شیردهی داشته است از اعتماد بـه نفـس بالایی برخوردار است. لذا با توجه بـه اینکـه خودکارآمـدی شیردهی از عوامل موثر بر تداوم شیردهی است، مطالعـات اعم از توصیفی و مداخلـه ای در ایـن زمینـه ادامـه دارد و همچنان به دنبال راهکار برای بهبود و افزایش ایـن عامـل هستند (۱۸). در نظر گرفتن عواملی کـه ممکـن اسـت بـا رفاه و خودکارآمدی زنان مرتبط باشند، اهمیت دارد (۱۹). این مطالعه با هدف تدوین خلاصه سیاستی در جهت ارتقـا خودکارآمدی مادران شیرده انجام شد.

روش پژوهش

مطالعه ایی مروری با هـدف تـدوین خـط مشـی هـای ضروری جهـت ارتقـا خودکارآمـدی شـیردهی در مـادران شیرده در سلامت جامعه انجـام شـد. جهـت تـدوین خـط مشی ها از شواهد مقالات پژوهشی، مـرور سیسـتماتیک و گایدلاین های معتبر اسـتفاده شـد. کلیـدواژه هـای مـورد اسـتفاده شـامل: شـیر دهـی، خودکارآمـدی. از سـایتهای دانشـگاهی، scopus, SID, Magiran,,… مـورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها

چالش‌ها و موانع ارتقا خودکارآمدی شیردهی در مادران

۱- باورها و افسـانه‌های فرهنگـی در مـورد شـیردهی: شیردهی در برخی فرهنگ‌ها، امری ناپسند و مبتذل تلقـی می‌شود. در نتیجه، مادران از شـیردهی در امـاکن عمـومی احساس ناراحتی یا شرم می‌کننـد(۲۰). از طرفـی، تصـویر بدنی (Body Image) مادر از خود و شـیردهی متقـابلاً برهم تأثیر می گذارند. بطوریکه زنان دارای نارضایتی بدنی در دوران بارداری، با احتمال کمتـری شـیردهی را شـروع می کنند. بعلاوه، نگرانی درمورد افزایش وزن و تغییر شکل سینه (افتادگی، کوچک شدن و...) در دوران شـیردهی، بـا قطع زودهنگام شیردهی ارتباط دارد (۲۱). ایـن مشـکلات روانی همچنین ممکن است منجر به کـاهش میـزان شـیر مادر و مشکل در موقعیت قرارگیری سینه شود (۲۲).

۲- عدم حمایت اجتماعی از زنان شیرده: زنـانی کـه از حمایت شـیردهی برخـوردار نیسـتند، زودتـر شـیردهی را متوقف می کنند (۲۳) از سوی مقابـل حمایـت عـاطفی و روانی، حمایت در مراقبت از نـوزاد و انجـام مسـئولیت‌های منزل، حمایت مالی و سلامت حرفه‌ای از مـادران، احتمـال شـیردهی بـدون درد (EBF) را افـزایش می‌دهـد (۲۴). همچنـین، مشـارکت پـدران در شـیردهی، موفقیـت آن را افزایش می‌دهـد (۲۵). حمایـت از سـوی همسـر و سـایر اعضای خانواده می‌توانـد توانـایی مـادر را بـرای شـیردهی انحصاری افزایش داده و بـه او احسـاس آرامـش و راحتـی بدهد (۲۱). همچنـین حمایـت از سـوی کارکنـان و ارائـه دهندگان خدمات می‌تواند مـدت زمـان شـیردهی پـس از زایمان را افزایش دهد (۲۶).

۳- عدم حمایت از زنان شـیرده در محـل کـار: برخـی سازمان‌ها مرخصی زایمان با حقوق ندارند یا محـدودیتهای بسیاری دارند. این وضعیت برای مادران جوان‌تر بدتر است، زیرا آنها مجبورند کار کنند و به دلیل منابع مـالی محـدود خود، توانایی رفتن به مرخصی زایمان را ندارند. بازگشت به کار و محیط‌های کـاری غیرحمـایتی، ماننـد مرخصـی‌های زایمان کوتاه‌تر و برنامه‌های کاری کم‌انعطاف‌تر از مشکلات ویژه برای شیردهی عنوان شـده اسـت (۲۳) همچنـین در محل کار فضای مناسب برای شیردهی مادران وجود ندارد (۲۷, ۲۸).

۴- موانع اقتصـادی و اشـتغال زنـان: شـایع‌ترین مـانع شـیردهی در بـین همـه زنـان، اشـتغال اسـت. شـیردهی انحصاری به احتمال زیاد با بازگشـت زنـان بـه کـار پایـان می‌یابد. برخی زنان بیشتر تحت تأثیر منفی این عوامل قرار می‌گیرند. به عنوان مثال، زنـان کم‌درآمـد از همـه نژادهـا، کمتـرین احتمـال شـیردهی را دارنـد(۲۳) مـادران در خانواده‌های کم‌درآمد اغلب در خارج از منزل کار می‌کننـد

و زمان شیردهی خود را محدود می‌کنند (۲۹). مادران شاغل ممکن است شیرخشک را یک گزینه مقرون به صرفه بدانند؛ به خصوص کسانیکه مجبورند بلافاصله پس از زایمان به کار خود ادامه دهند (۳۰، ۳۱).

۵- درآمد خانوار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان، تأثیرگذارترین عوامل اجتماعی-اقتصادی بر شیردهی مادران هستند(۲۴). درآمد سالانه متوسط تا بالا، احتمال شیردهی بدون درد (EBF) را افزایش می‌دهد. فقر و شرایط اقتصادی ضعیف، موفقیت EBF را کاهش می‌دهد (۳۲). علاوه، تغذیه با شیر مادر بطور چشمگیری تحت تأثیر وضعیت تغذیه مادر قبل از بارداری قرار دارد که خود تحت تأثیر درآمد خانواده است. بنابراین، وضعیت اقتصادی خانواده نقش مهمی در موفقیت شیردهی ایفا می‌کند (۳۳).

۶- با توجه به اینکه مادران و خصوصا مادران نخست زا، استرس را تجربه می کنند. و امکان دارد بخوبی اموزش ها را درک نکنند. لذا جلسات مشاوره جهت حمایت های روحی باید برگزار شود (سالاروند).

۷- عدم وجود محیط خلوت یا فضای کافی جهت حفظ راز داری و پرایوسی در بسیاری از مراکز بهداشتی درمانیکه سبب اختلال در ارتباط درمانی موثر بین مادران و مراقبین و مشاوران می شود (سالاروند).

مزایای ارتقا خودکارآمدی شیردهی

ارتقاء سطح شیردهی مادران، موجب کاهش سطح بیماریهای نوزادان در جامعه می شود. مادرانی که خودکارآمدی پایینی دارند باید مورد حمایت قرار بگیرد زیرا مادران با خودکارآمدی پایین در معرض قطع زودرس شیردهی هستند (۱۷).

تأثیر شیردهی بر سلامت نوزادان و کودکان خردسال، مادران آنها و افراد در حال زایمان و کل جوامع بی‌نظیر است. سرمایه‌گذاری و آموزش قابل توجهی برای افزایش سرمایه‌گذاری و حمایت از شیردهی در بخش‌ها ضروری است (۳۴).

عوامل مرتبط و اثر گذار بر خود کارآمدی شیر دهی

عوامل اجتماعی-جمعیتی، مامایی و روانشناختی نقش مهمی در تأثیرگذاری بر کارآمدی شیردهی والدین دارند. این امر ضرورت مشارکت مادران و پدران را در استراتژی‌های آینده ترویج شیردهی برجسته می‌کند(۳۵). لذا یکی از راهکارهای ارتقاء وضعیت شیردهی، تعدیل خودکارآمدی شیردهی به واسطه شناسایی عوامل مرتبط است(۲).

خودکارآمدی شیردهی تحت تاثیر فاکتورهایی همچون سطح اضطراب، سطح تحصیلات مادر، درک از فرایند شیردهی، و آگاهی و نگرش نسبت به شیردهی قرار دارد(۱۵). خودکارآمدی تغذیه انحصاری با شیر مادر را می‌توان با پیش‌بینی‌کننده‌های قابل اصلاح مانند تحصیلات مادر، وضعیت شغلی، تعداد زایمان، تجربه شیردهی، دانش کافی در مورد شیردهی و نگرش مثبت نسبت به شیردهی پیش‌بینی کرد. اگر چنین پیش‌بینی‌کننده‌هایی در طول مداخلات آموزشی مرتبط با شیردهی در نظر گرفته شوند، می‌تواند منجر به اثرات مؤثرتر و پایدارتری در آگاهی جامعه در مورد شیردهی شود (۳۶).

شواهد قوی از ارتباط بین تحصیلات عالی و شیردهی پس از زایمان وجود دارد (۲۴). تحصیلات بالاتر مادر، با میزان بالاتر شیردهی پس از زایمان (۳۷, ۳۸) و دانش مربوط به سلامت نوزاد مرتبط است و مادران را قادر می‌سازد مسائل شیردهی را به طور مؤثرتری شناسایی و برطرف کنند (۳۸). در واقع، تحصیلات مادر با توانایی و خودکارآمدی مادر مرتبط است. مادران دارای تحصیلات عالی بدنبال منابع علمی معتبر برای حل مشکلات شیردهی خود هستند (۳۹, ۴۰).

به نظر می رسد یکی دیگر از فاکتورهای مرتبط با خودکارآمدی شیردهی، سواد سلامت مادری است. سواد سلامت به صورت توانایی افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات پایه سلامت و خدمات مورد نیاز برای اخذ تصمیمات مناسب سلامتی تعریف می شود (۴۱, ۴۲)

تعداد زایمان‌ها رابطه مثبتی با موفقیت شیردهی دارد و در زنان نخست‌زا، فاصله زمانی بین زایمان و شروع اولین شیردهی نیز بیشتر از زنان چندزا بود (۴۳). وضعیت نخست‌زای مادر و سن بالای ۳۵ سال با کاهش شیردهی انحصاری مرتبط است (۴۴). داشتن فرزند قبلی منجر به تجربه شیردهی می‌شود و مادر می‌تواند مشکلات شیردهی خود را شناسایی کند. بنابراین، چندزا بودن یک عامل تأثیرگذار در شیردهی است (۴۴, ۴۵). سن مادر نیز عامل مهمی است، بطوری که مادران در دهه ۲۰ زندگی خود بالاترین میزان EBF را تجربه می‌کنند. با افزایش سن مادران، سبک زندگی پرمشغله می‌تواند منجر به کاهش مدت شیردهی شود، در حالی که مادران نوجوان اغلب به دلیل کمبود دانش و مهارت با مشکل مواجه می‌شوند (۴۶).

اقدامات و سیاست های پیشنهادی و موجود:

- ابتکار بیمارستانهای دوستدار کودک (BFHI)
- استخدام مشاوران شیردهی دارای مجوز،
- گروه‌های حمایتی همسالان مبتنی بر جامعه،
- برنامه‌های بازدید از منزل،
- تسهیلات محل کار برای مادران شیرده
- کمپین‌های بهداشت عمومی،
- شیردهی از طریق شیوه‌هایی مانند هم‌اتاقی کردن مادر و نوزاد و تغذیه براساس تقاضای نوزاد،
- اجرای اقداماتی برای اطمینان از دسترسی افراد به منابع مورد نیاز، ایجاد محیط‌های شغلی حمایتی‌تر، رفع موانع فرهنگی و اجتماعی و ارائه آموزش برای نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی کارامد (۴۷).
- حمایت از شیردهی باید قبل از تولد آغاز شود و در طول دوره پس از زایمان و پس از آن نیز ادامه یابد. خانواده‌ها و کارکنان بهداشتی باید به این موضوع توجه کنند (۴۸). آموزش نحوه شیر دهی موثر در ماه آخر بارداری به مادران از جمله آماده شدن جسم مادر مانند نوک سینه برای شیردهی و پوزیشن مناسب به شیرخوار، نحوه آروغ گرفتن و علائم شیردهی موثر که شامل سه شاخص می باشند: هاله دور سینه درون دهان شیر خوار باشد، تکان خوردن بناگوش در هنگام مکیدن سینه و شنیدن صدای قورت دادن شیر توسط مادر. شاخص دیگر شیر دهی موثر وزن گرفتن نوزاد است.
- ارتقا سطح سواد سلامت مادران شیرده با برنامه های آموزشی از طریق رسانه های گروهی و شبکه های اجتماعی و مراقبین سلامت.
- ارائه حمایت از مادر و آموزش ساختارمند شیردهی قبل و بعد از زایمان، موثرترین راه دستیابی به موفقیت در شیردهی است. در طول ویزیت‌های دوران نوزادی، نوزاد باید به دقت از نظر زردی، کاهش وزن و علائم عدم رشد ارزیابی شود. در صورت نیاز به بررسی بیشتر، باید از والدین در تصمیم خود برای شیردهی حمایت شود. مشاوران شیردهی دارای مجوز می‌توانند پشتیبانی و آموزش ارزشمندی را به بیماران ارائه دهند. پزشکان باید به زنان شاغل شیرده در مورد دسترسی به پمپ‌های سینه و نگهداری مناسب شیر دوشیده شده آموزش دهند (۴۹). پشتیبانی ممکن است توسط حامیان حرفه‌ای یا غیرحرفه‌ای/همسال، یا ترکیبی از هر دو ارائه شود. پشتیبانی همچنین می‌تواند به صورت حضوری، از طریق تلفن یا فناوری‌های دیجیتال، یا ترکیبی از این دو باشد (۵۰).
- مشاوره های روان در صورت لزوم برای مادر جهت کاهش اضطراب.
- دادن سبد مواد غذایی حمایتی به مادران فقیر.

- آموزش مصرف گیاهان دارویی موثر بر افزایش شیردهی (از جمله: .....)

- آموزش به همسر و خانواده مادر شیرده جهت ارائه حمایت روحی و جسمی و اجتماعی لازم به مادر.

- برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی باید بر ارائه مراقبت و آموزش بهینه برای دو طیف مادران نوجوان و مسن تمرکز کنند تا پیامدهای شیردهی را بهبود بخشند (۵۱). برای تسهیل شیردهی موفق، مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند مداخلاتی را در مورد تجربیات مثبت شیردهی ترویج دهند (۵۲).

- افزایش آگاهی جامعه در مورد شیردهی، حمایت همه‌جانبه از مادر (اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، خانوادگی، روانی)، زایمان طبیعی، شروع تغذیه در ساعات اولیه زندگی و دریافت مراقبت‌های بهداشتی مناسب بر شیردهی مؤثر است. بنابراین، ارائه راهکارهایی مانند افزایش آگاهی و آموزش شیردهی، حمایت سیاسی و مالی از شیردهی، حمایت اجتماعی و خانوادگی از زنان شیرده، ایجاد امکانات و برنامه‌هایی برای تشویق زایمان طبیعی، ارائه خدمات مناسب به مادران و بهبود مراقبت‌های مادر و نوزاد در ساعات اولیه زندگی، می‌تواند میزان شیردهی پس از زایمان طبیعی را افزایش دهد (۲۴).

- ارائه حمایت از شیردهی به عنوان یک فرهنگ اجتماعی و بخشی از خدمات بهداشتی معمول. علاوه بر حمایت خانواده، ضرورت ارائه حمایت توسط ارائه دهندگان خدمات درمانی مانند ماماها و پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی (۵۳)، تعهد، سیاست‌های حمایتی و برنامه‌های جامع ترویج، حمایت و پشتیبانی از شیردهی برای موفقیت برنامه‌های شیردهی (۲۴).

- ضرورت توجه به بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی برای افزایش میزان تغذیه با شیر مادر در سیاست‌های دولت (۲۴،۲۵).

- افزایش خدمات بهداشتی برای بارداری و زایمان، افزایش زایمان به روش طبیعی و آموزش ماماهای ماهر در زایمان، شروع زودهنگام شیردهی و تماس پوست به پوست برای بهبود میزان شیردهی (۵۵). شروع مداخلات هدفمند مانند مراقبت‌های دوران بارداری و ماماهای ماهر به ترویج تماس پوست به پوست و شروع زودهنگام شیردهی (۵۶).

پیامدهای عدم اجرا

فقدان تغذیه با شیر مادر، خطر بیماری هایی نظیر عفونت های تنفسی، آلرژی، مشکلات گوارشی، سوء تغذیه، دیابت و چاقی را افزایش می دهد.

نتیجه گیری

با توجه به چند رشته ایی بودن چالش ها و موانع خودکارآمدی شیردهی در مادران شیرده، لزوم تدارک زیر ساخت های لازم جهت بهبود وضعیت شیردهی حیاتی است. بسیاری از این مداخلات به هم مرتبط هستند. بعید است مداخلات بالینی خاص به تنهایی مؤثر باشند. بنابراین نیاز به رویکردی چند رشته ایی در مدیریت و ارتقا خودکارآمدی شیر دهی وجود دارد.

مشارکت نویسندگان

شهین سالاروند: نگارش مقاله، بازنگری، سابمیت

زینب خدایاری مطلق: نگارش مقاله، بازنگری، سابمیت

مسعود بهزادی فر: بازنگری مقاله

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان که امکان نگارش و سابمیت این مقاله را فراهم نمودند صمیمانه قدردانی می نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافعی را ذکر نمی کنند.

حمایت مالی

این مطالعه هیچگونه حمایت مالی از هیچ مؤسسه یا سازمانی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان سعی نمودند استنادات و مراجع را دقیق بنویسند و از نام بردن افراد یا سازمان های بصورت قابل شناسایی اجتناب نمودند. این مطالعه بر روی سوژه های انسانی یا حیوانی انجام نشده است.

References

1. Maleki-Saghooni N, Amel Barez M, Karimi FZ. Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2020;33(18):3097–102. DOI: 10.1080/14767058.2019.1568986
2. Moafi F, H. 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. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2019;17(11):1003–16. (In Persian). Available from: https://sid.ir/paper/71150/en
3. Heidari M, Yadollahpour M, Hoseiny Z, Basirat Z. Comparative study of the importance of breast milk from Qur'an and medical science approach. Islam and Health Journal. 2014;1(3):69–77. (In Persian). URL: http://iahj.ir/article-1-63-fa.html
4. Rafizadeh R, Heidari Z, Karimy M, Zamani-Alavijeh F, Araban M. Factors affecting breast-feeding practice among a sample of Iranian women: a structural equation modeling approach. Italian journal of pediatrics. 2019;45(1):1–8. DOI: 10.1186/s13052-019-0724-9
5. Gillis DE, Gray NJ, Murphy E. Multiple domains of health literacy as reflected in breastfeeding promotion practice: A Canadian case study. Journal of health psychology. 2013;18(8):1023–35. DOI:10.1177/1359105312454041
6. Salehi F, Motaghi Z, Keramat A, Goli S, Rasouli M, Hoseini Z, et al. Comparing the Effect of Talks and Motivational Interviews on Self-efficacy of Exclusive Maternal Breastfeeding in Primiparous Women. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2019;29(171):45–57. (In Persian). URL: http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12522-en.html
7. Organization WH. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. World Health Organization; 2014. https://iris.who.int/handle/10665/149022
8. Sidey A. Whaley and Wong's Nursing Care of Infants and Children. Nursing Standard (through 2013). 1999;14(3):26. Available, General Collection ; WY 159 W872wb 1995
9. Graus TM, Brandstetter S, Seelbach-Göbel B, Melter M, Kabesch M, Apfelbacher C, et al. Breastfeeding behavior is not associated with health literacy: evidence from the German KUNO-Kids birth cohort study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2021;304(5):1161–8. DOI: 10.1007/s00404-021-06038-2
10. Moafi f, Asgari s, Yekefalah z, Momeni m, Hajnasiri H. Assessment of breastfeeding self-efficacy and its patterns and its predictors in mothers living in Qazvin province. Nursing and Midwifery Journal. 2018;15(10):777–87. (In Persian). URL: http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2189-fa.html

11. Behzadifar M, Saki M, Behzadifar M, Mardani M, Yari F, Ebrahimzadeh F, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding practice in the first six months of life and its determinants in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC pediatrics. 2019;19(1):1–10. DOI: 10.1186/s12887-019-1776-0
12. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Mena-Tudela D, Quesada JA, Castro-Sánchez E. Health literacy of pregnant women and duration of breastfeeding maintenance: a feasibility study. Journal of Advanced Nursing. 2021;77(2):703–14. doi: 10.1111/jan.14625
13. Jafari F, Farahrooz H, Abyar Z, Tadayyon B, Azami F. The Relationship Between Duration of Breastfeeding and Maternal Factors. Journal of Advanced Biomedical Sciences. 2015;5(2):202–9.
14. Heidari M, Yadollahpour M, Hoseiny Z, Basirat Z. Comparative study of the importance of breast milk from Quran and medical science approach. Islam and Health Journal. 2014;1(3):69–77.[In Persian]. URL: http://iahj.ir/article-1-63-fa.html
15. Rafizadeh R, Heidari Z, Karimy M, Zamani-Alavijeh F, Araban M. Factors affecting breast-feeding practice among a sample of Iranian women: a structural equation modeling approach. Italian Journal of Pediatrics. 2019;45(1):147. doi:https://doi.org/10.1186/s13052–019–0724–9.
16. Dennis C-L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. Journal of human lactation. Journal of human lactation. 1999;15(3):195–201. DOI: 10.1177/089033449901500303.
17. Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The Relationship between Self-efficacy and Breastfeeding, Tehran, Iran. Hayat/Ḥayāt. 2009;15(3). Doi: 10.22038/jhl.2025.88780.1799
18. Moafi F, Hajnasiri H, Hosseini T, Alimoradi Z. Breastfeeding self-efficacy and its associated factors in women who gave birth in Kosar Hospital of Qazvin in 2016-2017: A descriptive study. 2019. Available: https://sid.ir/paper/71150/en
19. Değer MS, Sezerol MA, Altaş ZM. Breastfeeding self-efficacy, personal well-being and related factors in pregnant women living in a district of Istanbul. Nutrients. 2023;15(21):4541. DOI: 10.3390/nu15214541
20. Radzyminski S, Callister LC. Health professionals' attitudes and beliefs about breastfeeding. The Journal of perinatal education. 2015;24(2):102. DOI: 10.1891/1058-1243.24.2.102
21. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. Journal of advanced nursing. 2014;70(3):587–98. DOI: 10.1111/jan.12219
22. Bülbül H, Menekşe D. Breastfeeding self-efficacy in mothers: The body image and emotional intelligence perspective. Midwifery. 2024;139:104199. DOI: 10.1016/j.midw.2024.104199
23. Rasheed S, Roy SK, Das S, Chowdhury SN, Iqbal M, Akter SM, et al. Policy

content and stakeholder network analysis for infant and young child feeding in Bangladesh. BMC Public Health. 2017;17(Suppl 2):402. DOI: 10.1186/s12889-017-4338-0

24. Kalhor M, Yazdkhasti M, Simbar M, Hajian S, Kiani Z, Khorsandi B, et al. Predictors of exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. International Breastfeeding Journal. 2025;20(1):52. DOI: 10.1186/s13006-025-00744-2
25. Koksal I, Acikgoz A, Cakirli M. The effect of a father's support on breastfeeding: a systematic review. Breastfeeding Medicine. 2022;17(9):711–22. DOI: 10.1089/bfm.2022.0058
26. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane database of systematic reviews. 2017(2). DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
27. Dinour LM, Szaro JM. Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers: a systematic review. Breastfeeding medicine. 2017;12(3):131–41. DOI: 10.1089/bfm.2016.0182
28. Bartick M, Stuebe A, Shealy K, Walker M, Grummer-Strawn L. Closing the quality gap: Promoting evidencebased breastfeeding support practices in the US. Journal of Human Lactation. 2009;25(4):450–63. DOI: 10.1542/peds.2009-0430
29. Mawa R, Nabasirye CK, Mulira J, Nakidde C, Kalyango F, Wakida DMAA, et al. Socio-economic status and exclusive breastfeeding among infants in a Ugandan cross-sectional study. 2019. DOI:10.11648/j.jfns.20190701.13
30. Lichter AM. It's the law: break time for nursing mothers. Breastfeeding Medicine. 2011;6(5):333–5. DOI: 10.1089/bfm.2011.0072
31. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. American Journal of Health Promotion. 1995;10(2):148–53. DOI: 10.4278/0890-1171-10.2.148
32. Yourkavitch J, Hall Smith P. Women's status, breastfeeding support, and breastfeeding practices in the United States. PloS one. 2022;17(9):e0275021. DOI: 10.1371/journal.pone.0275021
33. Shofiya D, Sumarmi S, Ahmed F. Nutritional status, family income and early breastfeeding initiation as determinants to successful exclusive breastfeeding. Journal of Public Health Research. 2020;9(2):jphr. 2020.1814. Doi: 10.4081/jphr.2020.1814
34. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJ, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. The Lancet. 2023;401(10375):472–85. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8
35. Chipojola R, Huda MH, Gondwe KW, Mbeye NM, Kuo S-Y. Relationship and Determinants of Breastfeeding Self-Efficacy Among Postpartum Mothers and Fathers in Malawi: A Cross-Sectional Study. Journal of Human Lactation.

2025;41(2):272–82. DOI: 10.1177/08903344251318274
36. Al-Thubaity DD, Alshahrani MA, Elgzar WT, Ibrahim HA. Determinants of high breastfeeding self-efficacy among nursing mothers in Najran, Saudi Arabia. Nutrients. 2023;15(8):1919. DOI: 10.3390/nu15081919
37. Mohammed S, Yakubu I, Fuseini A-G, Abdulai A-M, Yakubu YH. Systematic review and meta-analysis of the prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the first six months of life in Ghana. BMC Public Health. 2023;23(1):920. DOI: 10.1186/s12889-023-15758-w
38. Gebeyehu NA, Tegegne KD, Shewangashaw NE, Biset G, Abebaw N, Tilahun L. Knowledge, attitude, practice and determinants of exclusive breastfeeding among women in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. Public Health in Practice. 2023;5:100373. DOI: 10.1016/j.puhip.2023.100373
39. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Systematic reviews of etiology and risk. JBI manual for evidence synthesis. 2020;1:217–69. Available from: https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-06
40. Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. BMC pregnancy and childbirth. 2011;11(1):2. DOI: 10.1186/1471-2393-11-2
41. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. Evidence Based Care. 2017;6(4):18–25. DOI:10.22038/ebcj.2016.7986
42. Salarvand S, Ghazvineh S, Mousivand F, Ahmadi Gharaei H, Bitaraf S. Health literacy and its related factors as predictors for the breastfeeding self-efficacy in a western province in Iran. BMC Public Health. 2023;23(1):593. DOI: 10.1186/s12889-023-15522-0
43. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. Breastfeeding Medicine. 2015;10(3):156–62. DOI: 10.1089/bfm.2014.0119
44. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. Preventive medicine reports. 2016;3:121–6. DOI: 10.1016/j.pmedr.2015.12.010
45. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. Maternal & child nutrition. 2015;11(4):433–51. DOI: 10.1111/mcn.12180
46. Sari F, Astuti D. The Image of Age and Occupation Toward Exclusive Breastfeeding Success in the Working Area of Turi Primary Health Center, Sleman District, Yogyakarta. Pakistan Journal of

Medical and Health Sciences. 2021;15(2):587–90.
47. Chinelo U, Olabode P, Chidera V, Chiamaka O, Alexander N. Breastfeeding Support and Infant Health Outcomes: A Narrative Review of Current Policies. SciBase Hum Nutr Food Sci. 2024;1(1):1001.
48. Fraser M, Dowling S, Oxford L, Ellis N, Jones M. Important times for breastfeeding support: a qualitative study of mothers' experiences. International Journal of Health Promotion and Education. 2020;58(2):71–82. Doi: 10.1080/14635240.2019.1676811
49. Keister D, Roberts KT, Werner SL. Strategies for breastfeeding success. American Family Physician. 2008;78(2):225–32. PMID: 18697506
50. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022(10). DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub6
51. Rahman A, Nomani D, Taneepanichskul S. Trends and determinants of EBF among adolescent children born to adolescent mothers in rural Bangladesh. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(24):9315. DOI: 10.3390/ijerph17249315
52. Gonzales Jr AM. Breastfeeding self-efficacy in Asia and Pacific: Scoping review. Nursing Practice Today. 2021. DOI: https://doi.org/10.18502/npt.v8i1.4489
53. Blixt I, Axelsson O, Funkquist E-L. Partners' experiences of breastfeeding: a qualitative evaluation of a breastfeeding support intervention in Sweden. International Breastfeeding Journal. 2024;19(1):6. DOI: 10.1186/s13006-023-00609-6
54. Pakilaran G, Rasni H, Rosyidi Muhammad Nur K, Wijaya D. Family support on exclusive breastfeeding in babies aged 0-6 months in Indonesia: Literature Review. Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ). 2022;2(2):104–7. DOI:10.53713/nhs.v2i2.53
55. Ahmed KY, Page A, Arora A, Ogbo FA. Trends and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in Ethiopia from 2000 to 2016. International breastfeeding journal. 2019;14(1):40. DOI: 10.1186/s13006-019-0234-9
56. Al Fidah MF, Efa SS. Skin-to-skin contact and early initiation of breast feeding in Bangladesh: a cross-sectional study using MICS6, Bangladesh (2019) data. BMJ Paediatrics Open. 2023;7(1):e002163. DOI: 10.1136/bmjpo-2023-002163