

## بررسی خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت در زنان شیرده شهر سیرجان

فرزانه قدسی‌زاده<sup>۱</sup>، سکینه سبزواری<sup>۲</sup>، زهرا ایمانی‌گوغری<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۴/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۳/۲۲

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** شیردهی مؤثر مادر تحت تأثیر خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت مادر است. هدف این پژوهش تعیین خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت در مادران شیرده شهر سیرجان در سال ۱۳۹۹ است.

**مواد و روش کار:** این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود. ۳۸۴ مادر شیرده از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. اطلاعات بر اساس فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی (BSES-SF) و پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ساکن شهرهای ایران، جمع‌آوری گردید و توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و به کمک روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های من ویتنی یو، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن) تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** آنالیز داده‌ها نشان داد که وضعیت خودکارآمدی شیردهی زنان شیرده شهر سیرجان با میانگین و انحراف معیار  $8/25 \pm 52/25$  مطلوب بود. همچنین بین خودکارآمدی شیردهی با شغل، درآمد و منبع دریافت آموزش‌های مرتبط با سلامتی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ). علاوه بر سطح سواد سلامت مادران با میانگین و انحراف معیار  $18/35 \pm 23/65$  در وضعیت سواد سلامت ناکافی بود و با شغل مادر، درآمد، منبع دریافت آموزش، طبقه باروری، خواسته یا نخواستگی بودن باروری و مصرف مواد مغذی در دوره شیردهی ارتباط معنی‌دار داشت ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج مطالعه حاضر، خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت زنان شهر سیرجان نیاز به ارتقا دارد، لذا انجام مداخلات به جهت ارتقای وضعیت موجود ضروری است، علاوه بر این مسیر ویژگی‌های جمعیت شناختی نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

**کلیدواژه‌ها:** شیردهی، خودکارآمدی شیردهی، سواد سلامت

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره دوم، پیاپی ۱۶۳، اردیبهشت ۱۴۰۲، ص ۱۴۰-۱۳۰

آدرس مکاتبه: سیرجان، خیابان ابن‌سینا، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، تلفن: ۰۹۱۳۱۷۹۲۲۹۷

Email: Imanigoghary@yahoo.ca

## مقدمه

پس از تولد، امروزه کاهش میزان شیردهی، یکی از اساسی‌ترین مشکلات بهداشت عمومی است (۴)، آمار نشان می‌دهد که عدم استفاده از شیر مادر میزان مرگ‌ومیر کودکان را در کشورهای درحال توسعه به هر ۳۰ ثانیه ۱ کودک در هر ۱/۵ میلیون کودک رسانده و ۷۰ درصد مرگ‌ومیر کودکان در این کشورها در نتیجه عدم استفاده از شیر مادر است (۵)، بر اساس اهداف سیاست‌های تغذیه‌ای جهانی، تا سال ۲۰۲۵ میزان شایستگی انحصاری در ۶ ماهگی باید به میزان حداقل ۵۰ درصد برسد (۶)، راه‌های مختلفی برای رسیدن به این هدف ذکر شده است. یکی از راهکارهای رسیدن به این هدف، تمرکز بر عوامل مؤثر بر شایستگی مادران (۷، ۸)، و

شیر مادر، یک مایع بیولوژیک پیچیده و یک غذای بسیار مطلوب و ایدئال برای نوزاد است و می‌تواند حداکثر تعادل تغذیه‌ای را از نظر کیفیت و کمیت برای نوزاد فراهم کند (۱)، و 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 (۲)، تغذیه از پستان مادر، استاندارد طبیعی غذا خوردن و تغذیه‌ی شیرخوار است و بایستی به‌عنوان اولویت بهداشت و سلامت ملی و بین‌المللی مورد توجه قرار گیرد (۳) علی‌رغم فواید تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه اول

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران (نویسنده مسئول)

اساسی‌ترین مشکلات بهداشت عمومی، که سالیانه باعث مرگ‌ومیر قابل‌توجه نوزادان می‌شود (5)، همچنین با توجه به تأثیر عوامل مرتبط به شیردهی از جمله خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت مادران شیرده در ارتقای عملکرد شیردهی مادران، و موجود نبودن مطالعه‌ای که به بررسی خودکارآمدی و سواد سلامت زنان شیرده شهرستان سیرجان پرداخته باشد مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت در زنان شیرده شهر سیرجان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

### مواد و روش کار

این پژوهش، مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که باهدف تعیین خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت در زنان شیرده شهر سیرجان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. محیط این پژوهش مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر سیرجان بود و جامعه مورد مطالعه کلیه مادران شیرده شهرستان سیرجان به تعداد ۴۳۶۲ نفر بودند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات توصیفی استفاده شد. میزان  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد و بر اساس مطالعه مشابه (18)، انحراف معیار  $7/65$  و  $d = 0/176$  در نظر گرفته شد. و بر اساس فرمول محاسبه حجم نمونه، تعداد حجم نمونه ۳۸۴ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot s^2}{d^2} \quad \frac{1.96^2 \cdot (7.65)^2}{(0.176)^2} \sim 384$$

به جهت نمونه‌گیری از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده شد بدین گونه که ابتدا جامعه آماری منطبق باهدف مطالعه در هر پایگاه بهداشت مشخص شد. از آنجایی که هر پایگاه بهداشت ناحیه متفاوتی از شهر را بر اساس سطح اقتصادی و اجتماعی تحت پوشش دارد هر مرکز بهداشت به‌عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و فهرست اسامی مادران شیردهی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند از هر مرکز اخذ شد. تعداد نمونه انتخابی از هر مرکز با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید.

تعداد نمونه انتخابی در هر مرکز = حجم نمونه ضربدر درصدی از جامعه موردپژوهش که تحت پوشش مرکز موردنظر بودند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه موردنظر از بین افراد هر طبقه (لیست زنان شیرده هر مرکز) انتخاب شد. تعداد مراکز بهداشتی و شمار مادران شیرده و تعداد نمونه در هر مرکز در جدول شماره ۱ آورده شده است.

موانع سر راه آن است. از جمله عوامل مثبت می‌توان به دانش مادر (سواد سلامت) در مورد مزایای شیردهی، وجود سیستم‌های حمایتی، موقعیت اجتماعی و اقتصادی خوب و خودکارآمدی شیردهی اشاره کرد (۷، ۸).

خودکارآمدی شیردهی توانایی درک شده مادر برای شیردهی کودک بوده و چهارچوب بارزنی است که رفتار شیردهی مادر را پیش‌بینی کرده، اعتمادبه‌نفس مادری و درجه توانایی او را در انجام شیردهی نشان می‌دهد (۵)، خودکارآمدی شیردهی چهارچوب نظری مناسبی برای هدایت مداخلاتی است که قرار است برای افزایش طول مدت شیردهی در نظر گرفته شود، در ضمن ابزار معتبری برای شناسایی مادران در معرض خطر قطع شیردهیمی باشد (۹). مک کوپین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵)؛ خودکارآمدی شیردهی را به‌عنوان عامل پیشگویی کننده طول مدت و انحصاری بودن شیردهی مطرح کردند (۱۰)، پیرو<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) عنوان نمود که درصد پایینی از زنان باردار از نمره خودکارآمدی بالایی برخوردار اند و تدوین برنامه آموزشی مناسب جهت افزایش خودکارآمدی شیردهی زنان باردار و ارتقای عملکرد شیردهی لازم دانست (۱۱).

از سوی دیگر سواد سلامت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است (۱۲)، به عبارتی سواد سلامت به ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات موردنیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه سلامت گفته می‌شود (۱۳)، دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی می‌تواند بر رفتار افراد به‌ویژه مادران شیرده در انتخاب روش مناسب شیردهی تأثیرگذار باشد (۱۴). قنبری و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که سواد سلامت محدود، مشکلی شایع در زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی است و از آنجاکه سواد سلامت محدود می‌تواند مانع از درک صحیح پیام‌ها و توصیه‌های بهداشتی شود، ضروری است که کارکنان بهداشتی از روش‌های مؤثر انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده کنند (۱۵)، در مطالعه دیگری سواد بهداشتی در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری در اکثر زنان تحت مطالعه در حد متوسط بود و حدود ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه سواد بهداشتی ضعیفی در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری داشتند (۱۶). تیتالی<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) ارتباط مستقیم سطح سواد سلامت با خودکارآمدی شیردهی را عنوان نمود و بر تأثیر مثبت دریافت مداخلات آموزشی بر خودکارآمدی شیردهی تأکید نمود (۱۷).

به‌طورکلی با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر و مطرح بودن کاهش میزان شیردهی انحصاری در سالیان اخیر به‌عنوان یکی از

<sup>3</sup> Titaley

<sup>1</sup> McQueen

<sup>2</sup> Piro

جدول (۱): مراکز بهداشتی و شمار مادران شیرده و تعداد نمونه

پایگاه بهداشتی درمانی	تعداد مادران شیرده	حجم نمونه در طبقه (هر پایگاه)
خرم‌آباد	۱۶۲	۱۴
سمنگان	۲۲۱	۲۰
جوادالائمه	۳۵۳	۳۱
شمس‌الدینی	۵۴۹	۴۹
سلامت	۱۸۱	۱۶
رشد	۲۹۹	۲۶
علی بن موسی‌الرضا	۱۳۴	۱۲
سینا	۱۳۲	۱۱
سیدالشهدا	۱۹۵	۱۷
ولی‌عصر	۲۰۳	۱۸
بهار	۶۲۳	۵۵
رزمندگان	۳۴۰	۲۹
مادر	۳۳۰	۲۸
هدیه	۲۱۹	۲۱
زینبیه	۴۲۱	۳۷
جمع	۴۳۶۲	۳۸۴

گزارش آلفای کرونیباخ ۰/۹۱/۰ تأیید شد (۲۰) این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه با بار مثبت است. سوالات با پیشوند "من می‌توانم همواره" شروع می‌شود و در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مطمئنم (۵) تا اصلاً مطمئن نیستم (۱) نمره دهی می‌شود. کمینه و بیشینه نمرات به ترتیب ۱۴ و ۷۰ محاسبه شده است. نمره کمتر از ۴۵ به‌عنوان خودکارآمدی ضعیف هست و هرچه نمرات بالاتر از میانه قرار بگیرند بدین معنا است که خودکارآمدی مطلوب‌تر است (۲۱) هرچند نمره بالاتر از ۵۶ خودکارآمدی بالا را نشان می‌دهد (۲۲).

پرسشنامه سوم: پرسشنامه سواد سلامت است پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ساکن شهرهای ایران، ابزاری بومی و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی ایران است که، جهت سنجش سواد سلامت جمعیت عمومی ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرهای ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳) طراحی شد. این مقیاس در ابعاد دسترسی، خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری قادر به سنجش سواد سلامت است. پایایی این پرسشنامه نیز بررسی شده و آلفای کرونیباخ ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ برای مقیاس‌های فرعی آن محاسبه شده است (۲۳). این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه است که ابعاد دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی

**معیارهای ورود به مطالعه:** داشتن نوزاد شیرخوار، ملیت ایرانی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نوزاد تک قلو و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

**معیار خروج از مطالعه:** عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به شکل صحیح بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول به جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک شامل موارد: (سن، شغل مادر، شغل همسر، میزان درآمد، سن مادر در زمان حاملگی، فاصله بارداری‌ها، طول مدت شیردهی قبلی در صورت داشتن سابقه، سابقه دریافت آموزش در مورد شیردهی و منبع دریافت آموزش، تمایل به بارداری، طریقه باروری، جنسیت فرزند، خواسته بودن جنسیت نوزاد، سابقه شیردهی، استفاده از داروهای شیرافزا و مصرف مواد مغذی ضمن شیردهی) بود.

پرسشنامه دوم: فرم کوتاه شده پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی شیردهی بود این پرسشنامه توسط دنیس<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) از تلخیص پرسشنامه ۳۳ گویه ای خودکارآمدی شیردهی طراحی شد (۱۹) و در مطالعه امینی و همکاران (۲۰۱۹) پس از ترجمه به فارسی، روایی آن موردبررسی و تأیید قرار گرفت؛ پایایی ابزار نیز با

<sup>۱</sup> Dennis

طریق شبکه اجتماعی موردنظر شرکت‌کننده (واتساپ یا ایتا)، پرسشنامه‌ها به وی ارسال شدند. محقق با مادر در تماس بود و در ارتباط با پرسشنامه به سوالات وی جواب می‌داد برای مادرائی که تمایل به پاسخگویی الکترونیکی به پرسشنامه‌ها را نداشتند و یا مشکلات مرتبط با دسترسی به گوشی هوشمند داشتند پرسشنامه در روز مراجعه مادر به مرکز بهداشت، به صورت حضوری تکمیل شد. سپس داده‌ها برای تحلیل‌های لازم جهت بررسی اهداف وارد نرم‌افزار SPSS ۲۴ شدند.

### یافته‌ها

متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه موردبررسی قرار گرفتند و خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت زنان شیرده بر اساس عوامل دموگرافیک نیز ارزیابی شد. برای انتخاب آزمون مناسب، ابتدا نرمالیتی داده‌ها با آزمون کولموگراف اسمیرنوف بررسی شد و با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها ( $P < 0.05$ ) از آزمون‌های ناپارامتری من ویتنی یو (برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دوحالته با نمرات خودکارآمدی و سواد سلامت)، کراوس کالوالیس (برای بررسی ارتباط بین متغیرهای سه حالته یا بیشتر با نمرات خودکارآمدی و سواد سلامت) و ضریب همبستگی اسپیرمن (جهت ارتباط متغیرهای کمی با نمرات خودکارآمدی و سواد سلامت) استفاده شد.

(۴ گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) را ارزیابی می‌کند (۲۳)؛ نحوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که این طیف برای سوالات مرتبط با مهارت خواندن در دامنه‌ی (کاملاً آسان است، آسان است، نه آسان است و نه سخت، سخت است و کاملاً سخت است)، و در مورد سایر ابعاد در دامنه‌ی (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی از اوقات، به ندرت و به هیچ وجه) نمره دهی شد. نحوه امتیازدهی در این ابزار به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست آمد. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول: تفاضل کسب‌شده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن ضربدر ۱۰۰، استفاده شد. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (بر اساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد (عدد ۵) تقسیم شد. به این ترتیب که نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمرات ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته شدند (۲۳، ۲۴)، با توجه به شرایط ناشی از کرونا همه پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیک آماده شدند.

بعد از اخذ مجوز و هماهنگی‌های لازم، به مراکز بهداشتی در نوبت‌های کاری مراجعه شد. و پس از هماهنگی‌های لازم با مرکز، با مادر تماس تلفنی گرفته شد هدف پژوهش به مادران شرکت‌کننده تبیین شد رضایت آگاهانه تلفنی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید و از

جدول (۲): توزیع متغیرهای دموگرافیک (کمی) و ارتباط آن‌ها با خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت

سواد سلامت		خودکارآمدی شیردهی		انحراف معیار	میانگین	متغیر
ضریب همبستگی	P value	ضریب همبستگی	P value			
۰/۶۳	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۸	۶/۳	۳۱/۰۰	سن (بر اساس سال)
۰/۸۰	-۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۲۸	۱۱/۲۱	۲۰/۱۵	سن اولین بارداری (بر اساس سال)
۰/۶۳	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۸۱	۲/۸۳	۳/۶۳	فاصله بارداری (بر اساس سال)
۰/۷۸	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۷۲	۱۳/۲۶	۱۴/۰۷	طول مدت شیردهی قبلی (بر اساس ماه)

دو بارداری در شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳/۶۳±۲/۸۳ سال بود. از نظر طول مدت شیردهی مادر، میانگین ۱۳/۲۶ ± ۱۴/۰۷ ماه به دست آمد. بعلاوه نتایج نشان دادند که بین متغیرهای ذکر شده با خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد میانگین سن بارداری زنان در حاملگی اخیر ۳۱±۶/۳ سال بود و با توجه به اینکه تعدادی از زنان در این مطالعه سابقه بارداری و شیردهی قبلی نیز داشتند میانگین سن اولین بارداری ۲۰/۱۵±۱۱/۲۱ به دست آمد. میانگین فاصله بین

**جدول (۳): توزیع متغیرهای دموگرافیک (کیفی) و ارتباط آن‌ها با خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت**

متغیرها	وضعیت	تعداد	درصد	خودکارآمدی شیردهی		سواد سلامت	
				آماره آزمون	P value	آماره آزمون	P value
شغل زنان شیرده	کارمند	۱۱۹	۳۱				
	خانه‌دار	۲۲۴	۵۸/۳	۱/۴۳ K	۰/۴۸	۲۷/۲۵ K	۰/۰۱×
	آزاد	۴۱	۱۰/۷				
شغل همسر	کارمند	۲۲۳	۵۸				
	آزاد	۱۱۷	۳۰/۵	۱۰/۰۸ K	۰/۰۱×	۹/۸۳ K	۰/۰۱×
	کارگر	۴۴	۱۱/۵				
میزان درآمد	کمتر از سه میلیون	۶۸	۱۷/۷				
	سه تا شش میلیون	۲۱۸	۵۶/۸	۴/۹۹ K	۰/۰۱×	۱۶/۴۴ K	۰/۰۱×
	بیش از شش میلیون	۹۸	۲۵/۵				
	دوستان و خانواده	۴۵	۱۱/۷				
منبع آموزش در مورد شیردهی	پرستار (بخش بستری بعد از زایمان)	۱۸۰	۴۶/۹	۱۰/۰۸ K	۰/۰۳×	۲۲/۰۵ K	۰/۰۱×
	پزشک	۸۸	۲۲/۹				
	سایر موارد	۱۴	۳/۶				
تمایل به بارداری	خودخواسته	۳۳۵	۸۷/۲	۰/۴۸ Z	۰/۹۵	-۰/۴۰ Z	۰/۶۸
	ناخواسته	۴۹	۱۲/۸				
طریقه باروری	طبیعی	۳۶۰	۹۳/۸	-۱/۱۵ Z	۰/۲۴	-۲/۰۸ Z	۰/۰۳×
	ART <sup>۱</sup>	۲۴	۶/۳				
خواسته بودن جنسیت نوزاد	خواسته	۲۲۸	۵۹/۴	-۱/۷۹ Z	۰/۰۷	-۲/۰۸ Z	۰/۰۳×
	ناخواسته	۱۵۶	۴۰/۶				
جنسیت فرزند	پسر	۱۹۲	۰/۵۰	۰/۶۶ Z	۰/۵	-۱/۷۳ Z	۰/۱۷
	دختر	۱۹۲	۰/۵۰				
سابقه شیردهی	بله	۲۷۵	۷۱/۶	-۰/۰۵ Z	۰/۹۵	-۱/۰۹ Z	۰/۲۳
	خیر	۱۰۹	۲۸/۴				
استفاده از داروهای شیرافزا	بله	۱۳۰	۳۳/۹	-۰/۶۸ Z	۰/۴۹	-۱/۳۷ Z	۰/۱
	خیر	۲۵۴	۶۶/۱				
مصرف مواد مغذی ضمن شیردهی	بله	۳۰۵	۷۹/۴	-۱/۶۳ Z	۰/۱	-۳/۵۹ Z	۰/۰۱×
	خیر	۷۹	۲۰/۶				
سابقه دریافت آموزش در مورد شیردهی	بله	۳۳۸	۸۸/۰	-۰/۰۵ Z	۰/۹۵	-۱/۶۵ Z	۰/۰۹
	خیر	۴۶	۱۲/۰				

<sup>۱</sup> Assisted Reproductive Technology

شیرافزا را در طی شیردهی عنوان کرده بودند. از بین متغیرهای موردبررسی تنها شغل همسر، میزان درآمد و منبع دریافت آموزش با خودکارآمدی شیردهی ارتباط مستقیم داشتند. از سوی دیگر متغیرهای تمایل به بارداری، جنسیت فرزند، سابقه شیردهی، دریافت مواد شیرافزا و سابقه دریافت آموزش با سواد سلامت رابطه معنی‌داری نداشتند.

میانگین نمرات خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت زنان شیرده (در کل ابزار و در مقیاس‌های فرعی) نیز بررسی شد که نتایج در جدول ۴ گزارش شده است.

همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد اکثریت زنان خانه‌دار، و شغل اکثر همسران کارمند و اکثر خانواده‌ها درآمد ۳-۶ میلیون تومانی داشتند. اکثریت زنان آموزش شیردهی را دریافت نموده بودند و بیشترین منبع دریافت آموزش از پرستار بود که زنان در بخش مراقبت بعد از زایمان و یا مراقبت بعد از سزارین دریافت می‌کردند. بیشتر بارداری‌ها خودخواسته و به روش طبیعی بود و اکثریت نمونه مورد مطالعه جنسیت فرزند را خواسته عنوان نمودند هرچند نیمی از فرزندان دختر و نیمی پسر بودند. بیشتر زنان سابقه شیردهی قبلی را داشتند و اکثریت دریافت مواد مغذی و نه مواد

جدول (۴): میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و سواد سلامت زنان شیرده شهر سیرجان

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	۵۳/۲۵	۸/۳۶
سواد سلامت	۲۳/۶۵	۱۸/۳۵
دسترسی	۲۱/۶۶	۴/۰۰
مهارت خواندن	۲۴/۶۹	۲/۸۴
فهم	۱۶/۰۳	۴/۲۵
ارزیابی	۲۶/۸۱	۲/۹۵
تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت	۲۹/۰۶	۷/۲۵

خودکارآمدی شیردهی در مطالعه معافی و همکاران (۱۸) و نورسان<sup>۱</sup> و همکاران (۲۷) در سطح بالا (بیش از عدد ۵۶) گزارش شد که می‌تواند مرتبط با دریافت آموزش‌های ارتقادهنده خودکارآمدی شیردهی در زنان شیرده باشد، مطالعات مختلف اعلام می‌کنند که خودکارآمدی شیردهی در زنان نخست‌زا نسبت به زنان چندزا کمتر است که ناشی از دریافت کمتر آموزش و تجربه شیردهی کمتر است (۹) و تهدیدی برای تغذیه انحصاری با شیر مادر و خاتمه زودهنگام شیردهی با پستان است (۲۶). مادران با نمره خودکارآمدی شیردهی بالا، شیردهی را به مدت طولانی‌تری نسبت به مادرانی که نمره خودکارآمدی پایین‌تری دارند، ادامه می‌دهند (۲۸) زیرا خودکارآمدی بالا تأثیر قوی بر درک مادر نسبت به توانمندی خویش در شیردهی و تداوم آن دارد (۵) در حالیکه خودکارآمدی ضعیف انگیزه انجام عمل را کاهش می‌دهد (۲۸). همچنین محققان پا را فراتر گذاشته و عنوان می‌کنند مادران با شیردهی موفق در تربیت فرزندان نشان نیز موفق‌ترند و احساس قوی‌تری از خودکارآمدی و پذیرش نقش مادری دارند (۲۹). هرچند در این مطالعه میانگین نمره در محدوده نمره خودکارآمدی مطلوب قرار داشت اما تا رسیدن به وضعیت ایدئال فاصله وجود دارد، بنابراین بایستی به ارتقای

بر اساس نتایج، میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی زنان شیرده  $53/25 \pm 8/36$  به دست آمد. بعلاوه میزان سواد سلامت با میانگین و انحراف  $23/65 \pm 18/35$  به دست آمد. داده‌های مرتبط با زیر مقیاس‌ها نیز آنالیز شدند و نتایج در جدول شماره ۴ گزارش شدند.

بعلاوه ارتباط بین خودکارآمدی و سواد سلامت نیز با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن بررسی شد که نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت زنان شیرده رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ( $t=0.39, P<0.01$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف تعیین خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت در زنان شیرده شهرستان سیرجان انجام شد. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی زنان شیرده در محدوده مطلوب (بیشتر از میانگین اما کمتر از عدد مربوط به خودکارآمدی بالا) قرار داشت. همسو با نتایج این مطالعه در مطالعات فرهادیه (۲۵)، رحمت نژاد (۲۶) نیز نمرات خودکارآمدی در وضعیت مطلوب و در محدوده ۵۲ تا ۵۳ بودند. در حالیکه که نمره

<sup>1</sup> Nursan

خودکارآمدی شیردهی با برنامه‌های آموزشی شیردهی و پشتیبانی عملی و عاطفی از مادر باهدف، افزایش تداوم تغذیه با شیر مادر و افزایش خودکارآمدی شیردهی مادر توجه شود (۱۷). ارائه مشاوره و آموزش‌ها در افزایش میزان خودکارآمدی شیردهی مادران و عملکرد آنان مؤثر عنوان شده است و می‌تواند عملکرد زنان در رابطه با تغذیه با شیر مادر را ارتقاء بخشد (۲۸).

همچنین بر اساس یافته‌های این مطالعه، میانگین نمره کل سواد سلامت در زنان شیرده مشارکت‌کننده  $18/35 \pm 23/65$  بود، کمترین نمره کسب‌شده در بُعد فهم و بالاترین نمره در بُعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت به دست آمد. بعلاوه با توجه به تقسیم‌بندی نمره دهی ابزار، سواد سلامت زنان شیرده شرکت‌کننده در این مطالعه، (نمره کل و نمره تمامی ابعاد پرسشنامه)، در محدوده ناکافی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش با یافته‌های مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۸، ۳۰، ۳۱). تجدیدنظر مواد آموزشی به زبان ساده و ارائه آموزش شفاهی و تصویری به زنان باردار، علاوه بر مواد آموزشی مکتوب و همچنین ارتقاء مهارت‌های ارتباطی بین کارکنان بهداشتی و مادران می‌تواند در ارتقای سواد سلامت آن‌ها مؤثر باشد (۳۱). در مطالعه دیگری سواد سلامت در تمام حیطه‌ها ناکافی یا نه‌چندان کافی عنوان شد و بیشترین نمره سواد سلامت در حیطه فهم و درک و کمترین نمره در حیطه دسترسی بود (۳۰).

بعلاوه نتایج این مطالعه همسو با نتایج سایر مطالعات نشان داد که سواد سلامت تأثیر مثبت بر خودکارآمدی شیردهی دارد (۱۷، ۳۲). یافته‌های مطالعه مولیانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) نشان داد که مادران با سواد سلامت بالاتر، آمادگی بیشتری برای تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند (۳۳) و ارتقای سواد سلامت می‌تواند در شروع زود هنگام و موفق شیردهی با شیر مادر و تداوم آن مؤثر باشد (۳۲). پورمن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نیز عنوان نمودند که افرادی که شیردهی برای نوزاد را هرگز انجام نمی‌دهند سواد سلامت پایین‌تری دارند (۳۴) بعلاوه اثرات مثبت سواد سلامت بالا بر طول مدت شیردهی و تصمیم‌گیری برای انجام رفتارهای سلامت مانند شیردهی (۳۵) نیز عنوان شده است.

بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۳۱/۰۰ سال بود که همسو با سایر مطالعات می‌باشد (۳۶-۳۸) و مرتبط با بارداری و شیردهی مادران در سنین جوانی است. اکثر مادران شرکت‌کننده در این مطالعه همسو با مطالعات مشابه (۱۸، ۲۷، ۳۰) خانه‌دار بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان تجربه ۲ بار بارداری را داشتند و بر اساس یافته‌ها بارداری ۳۳۵ نفر از

مشارکت‌کنندگان، خودخواسته بود، بعلاوه اکثر شرکت‌کنندگان در این مطالعه از طریق طبیعی باردار شده بودند که با نتایج مطالعات دیگر مشابه بود (۱۸). از آنجا که جوامع انسانی نیاز به دریافت اطلاعات مختلف در زمینه‌های مختلف و به‌ویژه در ارتباط با عوامل مؤثر بر سلامتی و نحوه حفظ آن دارند، در این مطالعه همسو با مطالعات دیگر (۳۹)، اکثریت مشارکت‌کنندگان منبع دریافت مطالب مربوط به سلامت و بیماری را پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی؛ اعلام کردند که اطمینان افراد را به سیستم بهداشتی نشان می‌دهد. این اطلاعات می‌تواند بر سطح سلامتی و متعاقب آن خودکارآمدی افراد مؤثر باشد. نتایج مطالعه نشان داد که منبع دریافت آموزش شیردهی بر خودکارآمدی شیردهی تأثیرگذار است. میرمحمد و همکاران (۲۰۱۴) عنوان نمودند که آموزش با دخالت مستقیم ماما میزان خودکارآمدی شیردهی را افزایش می‌دهد (۴۰). در مطالعه دیگری نیز آموزش حضوری و چهره به چهره در افزایش آگاهی مادران و افزایش عملکرد آن‌ها در شیردهی به فرزندان مؤثر عنوان شده است (۴۱). بدون شک منبع دریافت آموزش شیردهی مهم است و اینکه اگر آموزش‌ها از منابع علمی و حرفه‌ای دریافت گردند نتایج آن مفیدتر خواهد بود.

بعلاوه طبق نتایج این مطالعه، خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت زنان شیرده از میزان درآمد و شاغل بودن فرد نیز تأثیر می‌پذیرد. بر اساس یافته‌های مطالعات خانم‌های گروه شغلی کارمند و دانشجو و مشاغل آزاد از سواد سلامت بهتری برخوردارند (۴۲). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند افزایش درآمد ماهیانه رابطه مستقیمی با سواد سلامت مادران باردار و در نتیجه خودکارآمدی شیردهی آن‌ها دارد (۳۸، ۳۹). به نظر می‌رسد سطوح بالای وضعیت اقتصادی-اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری با سواد سلامت دارد (۴۳). در بیشتر مطالعات از سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی به‌عنوان دو عامل مؤثر بر سواد سلامت یاد شده است (۳۹، ۴۳). البته برخی مطالعات نیز وجود همبستگی معنی‌دار بین سواد سلامت و میزان درآمد را رد می‌کنند (۴۴).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر خودکارآمدی شیردهی زنان شیرده شهر سیرجان در وضعیت مطلوبی قرار دارد اما از وضعیت ایدئال فاصله داشت، سطح سواد سلامت مشارکت‌کنندگان نیز ناکافی بود که هر دو نیازمند ارتقا می‌باشند. در این مطالعه رابطه سواد سلامت با خودکارآمدی تأیید شد بنابراین باید زیرساخت‌ها و امکانات آموزشی در مراکز بهداشتی فراهم شود و آموزش مناسب توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به مادران در مراکز بهداشتی ارائه شود تا سطح سواد سلامت و به دنبال آن خودکارآمدی شیردهی

<sup>1</sup> Mulyani

<sup>2</sup> Poorman

روز مراجعه مادر به مرکز بهداشت، به صورت حضوری تکمیل شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی «بررسی خودکارآمدی شیردهی و سواد سلامت در زنان شیرده شهر سیرجان در سال ۱۳۹۹» با مجوز کمیته اخلاق (IR.KMU.REC.1399.314)، از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد. پژوهشگران از همکاری معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی سیرجان، کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشتی و مشارکت‌کنندگان در طرح قدردانی می‌نمایند.

### References:

1. Veghari G, Rahmati R. Breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan Province. *Iran J Nurs* 2011;24(71):8-18. (Persian)
2. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients* 2020;12(4):1039.
3. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB. Breastfeeding handbook for physicians: American Academy of Pediatrics; 2013.
4. Esbati A, Barnes M, Henderson A, Taylor J. Legislation, policies and guidelines related to breastfeeding and the Baby Friendly Health Initiative in Australia: a document analysis. *Aust Health Rev* 2017;42(1):72-81.
5. Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The Relationship between Self-efficacy and Breastfeeding, Tehran, Iran. *Hayat* 2009;15(3) (Persian)
6. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. WHO 2014.
7. Pincombe J, Baghurst P, Antoniou G, Peat B, Henderson A, Reddin E. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* 2008;24(1):55-61.
8. Krouse AM. The family management of breastfeeding low birth weight infants. *J Hum Lact* 2002;18(2):155-65.
9. De Roza JG, Fong MK, Ang BL, Sadon RB, Koh EY, Teo SS. Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery* 2019;79:102532.
10. McQueen K, Sieswerda LE, Montepare W, Dennis CL. Prevalence and factors affecting breastfeeding among Aboriginal women in Northwestern Ontario. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44(1):51-68.
11. Piro SS, Ahmed HM. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:1-2.
12. Hoseini F, Rasekhi A, Myandoab ML. Investigating the relationship between exclusive breast-feeding and health literacy in primiparous women. *Daneshvar Med* 2018;26(4):31-6. (Persian)
13. La Vonne AD, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc* 2008;100(11):130-4
14. Fransen M, Van Schaik T, Twickler T, Essink-Bot M. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J. Health Commun* 2011;16(sup3):134-49.



15. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Med* 2012;19(97):1-12. (Persian)
16. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, Hosseini S, et al. Study of health literacy level of women referring to health centers in 2010. *J N Khorasan Univ Med Sci* 2014;5(5):1071-8. (Persian)
17. Titaley CR, Dibley MJ, Ariawan I, Mu'asyaroh A, Alam A, Damayanti R, Do TT, Ferguson E, Htet K, Li M, Sutrisna A. Determinants of low breastfeeding self-efficacy amongst mothers of children aged less than six months: results from the BADUTA study in East Java, Indonesia. *Int Breastfeed J* 2021;16(1):1-5.
18. 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. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2019;17(11):1003-16. (Persian)
19. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32(6):734-44.
20. Amini P, Omani-Samani R, Sepidarkish M, Almasi-Hashiani A, Hosseini M, Maroufizadeh S. The breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers. *BMC Res Notes* 2019;12(1):1-6.
21. Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding self-efficacy and perceived stress in primiparous mothers. *Iran J Nurs* 2008;21(54):9-24. (Persian)
22. Awaliyah SN, Rachmawati IN, Rahmah H. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. *BMC Nurs* 2019;18(1):1-7.
23. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014;13(5):589-99. (Persian)
24. Rahimnia M, Esfahanian H, Bazoobandi B, Shams M. Health Literacy level of Adults in Neyshabur City: A Cross-Sectional Study. *J Educ Community Health* 2019;6(3):161-7.
25. Farhadieh A, Sadeghi N, Torkan B. comparison of breastfeeding self-efficacy among mothers of hospitalized and non\_hospitalized newborn, during the first week, the first month and the third month after childbirth. *Nurs Midwifery J* 2019;16(12):914-26. (Persian)
26. Rahmatnejad L, Bastani F. An investigation of Breast-Feeding Self Efficacy and its Relationship with exclusive breast feeding. *Alborz Univ Med J* 2012;1(1):31-6. (Persian)
27. Nursan C, Dilek K, Sevin A. Breastfeeding self-efficacy of mothers and the affecting factors. *Aquichan* 2014;14(3):327-35.
28. Aghababaei S, Khodakarami B, Farhadian M, Kamali M. Effectiveness of Counseling on Mother's Breastfeeding Self-Efficacy. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020;28(4):84-91. (Persian)
29. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(5):515-22.
30. Khodabakhshi-Kolaei A, Rostami Goharni H, Kafashpour Marandi A. The comparison between health literacy and quality of life in three groups of mothers with cerebral palsy, Autism and intellectual impairments. *J Health Lit* 2018;2(4):245-54. (Persian)
31. Safari Moradabadi A, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Dadipoor S. The health literacy of pregnant women in Bandar Abbas, Iran. *Sci J Sch Pub Health Inst Pub Health Res* 2017;15(2):121-32. (Persian)

32. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. *Evid Based Care* 2017;6(4):18-25.
33. Mulyani S, editor *Maternal Health Literacy Towards the Readiness of Exclusive Breastfeeding*. 2nd International Seminar on Global Health (ISGH); 2018.
34. Poorman E, Gazmararian J, Elon L, Parker R. Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population? *Arch Pub Health* 2014;72(1):1-9.
35. Gillis DE. *Exploring dimensions of health literacy: a case study of interventions to promote and support breastfeeding [dissertation]*. University of Nottingham; 2009.
36. Hoseini F, Rasekhi A, Lamyian Myandoab M. Investigating the relationship between exclusive breast-feeding and health literacy in primiparous women. *Daneshvar Med* 2020;26(4):31-6. (Persian)
37. Heydari Z, Akhondzadeh G, Hojati H. The Effect of Education Through Cyberspace on Breastfeeding Efficacy of Primiparous Women in Shahroud in 2018: A Randomized Clinical Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2019;27(5):315-25. (Persian)
38. Hoseini F, Rasekhi A, Lamyian M. Factors associated with exclusive breastfeeding among primiparous women. *J Nurs Edu* 2019;8(2):51-7. (Persian)
39. Zaree F, Karimi F, Mohseni S, Mdani S, Dadipoor S, Mdani AH. Health literacy of pregnant women and some related factors in pregnant women referred to Minab health centers. *J Prev Med* 2017;4(2):40-6. (Persian)
40. MirMohammad Ali M, Bahirall A, Rahimi A, Hashemzadeh M, Sohrabi N, Sohrabi Z. Effect of Educational Package on Breastfeeding Self-Efficacy in Postpartum Period. *Payesh* 2014;13(2):221-8. (Persian)
41. Saba MS, Bazmamoun H, Razavi Z. Comparison of face-to-face education with other methods to pregnant mothers in increase exclusive breast feeding. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2005;12(3):42-7. (Persian)
42. Parisa A-T, Masoumeh H, Hamid J, Atoosa S, Sedigheh R. A Survey on the Level of Health Literacy among the Women in Bardaskan City, Iran, in Year 2016: A Cross-Sectional Study. *J Health Sys Res* 2018;14(1):35-40. (Persian)
43. Saatchi M, Panahi M, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, et al. Health Literacy and Its Associated Factors: A Population-Based Study, Hormuz Island. *Iran J Epidemiol* 2017;13(2):136-44.
44. Abdolmaleki B, Peyman N, Esmaily H, Tajfard M. Associated Factors with the Use of Health Services among Postmenopausal Women in Mashhad Based on the Theory of Planned Behavior: The Role of Health Literacy. *J Educ Community Health* 2019;6(2):111-7. (Persian)

## INVESTIGATING BREASTFEEDING SELF-EFFICACY AND HEALTH LITERACY IN BREASTFEEDING MOTHERS IN SIRJAN

Farzaneh Ghodsizadeh <sup>1</sup>, Sakineh Sabzevari <sup>2</sup>, Zahra Imani-Goghary <sup>3\*</sup>

Received: 13 July, 2021; Accepted: 12 June, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** Effective breastfeeding is influenced by breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy. This research evaluated breastfeeding self-efficacy and health literacy in breastfeeding mothers in Sirjan in 2020.

**Materials & Methods:** This study was a cross-sectional study with a descriptive-analytical approach. Three hundred and eighty-four breastfeeding mothers were recruited using stratified random sampling. Data were gathered through the breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF) and health literacy for adults (HELIA) questionnaire and were analyzed using SPSS version 24 and by descriptive and analytical (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, and Spearman correlation) tests.

**Results:** Data analysis showed that the breastfeeding self-efficacy status of mothers was good, with a mean and standard deviation of 53.25±8.35. There was also a significant relationship between breastfeeding self-efficacy and occupation, income, and source of receiving health education ( $p<0.05$ ). In addition, the level of health literacy of mothers, with a mean and standard deviation of 23.65 ± 18.35, was insufficient and had a significant relationship with the mother's job, income, source of receiving health education, fertility method, whether or not to have children and the consumption of nutrients during breastfeeding ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Breastfeeding self-efficacy and mothers' health literacy of breastfeeding mothers in Sirjan need to be improved, so interventions are necessary to improve the current situation. In addition, demographic characteristics should be considered.

**Keywords:** Breastfeeding, Breastfeeding Self-Efficacy, Health Literacy

**Address:** Sirjan school of medical science, Sirjan, Iran

**Tel:** +989131792297

**Email:** imanigoghary@yahoo.ca

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master student of community education in the health system, Medical Education Development center, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Dept of Medical-Surgical Nursing, Razi School of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Dept of Nursing, Sirjan school of medical science, Sirjan, Iran. (Corresponding Author)