BREASTFEEDING BEHAVIOR'S PREDICTIVE FACTORS

Predictive Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Duration Behaviors of 6-months Postpartum Mothers Referred to Health Centers in the City of Qazvin Based on Theory of Planned Behavior

ABSTRACT

Background and objective: Exclusive breastfeeding (EBF) is an important issue in the field of children's health promotion. The aim of this study was to identify the predictive factors of breastfeeding behaviors in order to improve the quality of breastfeeding among Iranian mothers.

Materials and methods: A longitudinal study was conducted to collect the data from a large sample of 1445 six-months postpartum mothers referred to health centers in the city of Qazvin, Qazvin province, Iran in 2014. Demographic variables and the constructs of Theory of Planned Behavior (TBP) were measured by a questionnaire. Use of Pearson and Spearman correlation tests along with analysis of variance were conducted to investigate potential associations. Then both hierarchal multiple regression and logistic regression were applied to identify potential determinative factors through SPSS version 21.00.

Results: The average age of the participants was 28.6 ± 5.5 and the majority of maternal were housewives (75.2%). Variables such as age, income, employment and primiparity were associated with EBF ($p < 0.05$). The constructs of TPB could significantly predict the EBF behavior, which accounts for 59% of the variance among the predicting factors. Self-identity and moral norms could increase the variance by an additional 15%. Younger mothers with lower education levels and insufficient income were at higher risk of EBF cessation.

Conclusion: Interventions to promote knowledge, attitude and behavioral control towards EBF among the young mothers with low socioeconomic status should be considered.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Breastfeeding behavior, Exclusive breastfeeding (EBF), Theory of Planned Behavior (TPB), Breastfeeding predictive factors, Iranian mothers, Qazvin.

▶ **Citation:** Pakpour A., Alijanzadeh M., Pouresmaeil M., Taherkhani F., Mohammadgholiha R., Jozi N. Predictive Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Duration Behaviors of 6-months Postpartum Mothers Referred to Health Centers in the City of Qazvin Based on Theory of Planned Behavior. *Iran J Health Educ Health Promot.* Spring 2016;4(1):20-30.

Amir Pakpour
*Assistant Professor in Health Education, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences (QUMS), Qazvin, Iran (Corresponding author) Tel: 02833239259 Pakpour_amir@yahoo.com

Mehran Alijanzadeh
Ph.D. Candidate in Health Care Management, Social Determinants of Health Research Center, QUMS, Qazvin, Iran

Mahnaz Pouresmaeil
MSc in Health Education, Social Determinants of Health Research Center, QUMS, Qazvin, Iran

Fahimeh Taherkhani
BSc in Public Health, Social Determinants of Health Research Center, QUMS, Qazvin, Iran

Rana Mohammadgholiha
BSc in Public Health, Social Determinants of Health Research Center, QUMS, Qazvin, Iran

Narges Jozi
BSc in Public Health, Social Determinants of Health Research Center, QUMS, Qazvin, Iran

Received: 13 JaNuary 2016
Accepted: 09 April 2016

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

عوامل پیشگویی‌کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین بر اساس الگوی رفتار برنامه‌ریزی‌شده

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه انحصاری با شیر مادر موضوعی مهم در زمینه ارتقا سلامت کودکان است. هدف از این مطالعه شناسایی عوامل مرتبط پیشگویی‌کننده رفتار شیردهی به‌منظور شناخت رفتار شیردهی در مادران ایرانی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به‌صورت طولی انجام شد. نمونه پژوهش ۱۴۴۵ از مادران دارای کودک شش ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ بودند. متغیرهای جمعیت‌شناختی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسط پرسشنامه اندازه‌گیری شد. ارتباط عوامل با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون سنجیده شد. برای تجزیه‌وتحلیل سایر داده‌ها از رگرسیون سلسله مراتبی و رگرسیون لجستیک با استفاده از SPSS ورژن ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن مادران شرکت‌کننده در مطالعه برابر ۵/۵ ± ۲۸/۶ سال بود. ۷۵/۲٪ مادران خانه‌دار بودند. متغیرهای همچون سن، درآمد، اشتغال و نخست‌زایی با تغذیه انحصاری با شیر مادر رابطه معنادار داشت ($p>0/05$). سازه‌های نظریه رفتاری برنامه‌ریزی‌شده به‌طور معناداری تغذیه انحصاری با شیر مادر را با پیش‌بینی ۵۹٪ واریانس عوامل پیش‌بینی نمود. خودهویتی و هنجارهای اخلاقی توانست واریانس را تا مقدار ۱۵٪ افزایش دهد. همچنین مادران جوان و با سطح آموزش پایین و درآمد ناکافی، ریسک بالاتری در جهت توقف شیردهی داشتند.

نتیجه‌گیری: به‌منظور بهبود شیردهی انحصاری باید مداخلات لازم در جهت ارتقا دانش، نگرش و کنترل رفتاری بین مادران جوان با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین به‌منظور بهبود شیردهی انحصاری در نظر گرفته شود.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: رفتار شیردهی، تغذیه انحصاری با شیر مادر، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، عوامل پیشگویی‌کننده شیردهی، مادران ایرانی، قزوین.

◄ **استناد:** پاکپورحاجی‌آقا الف.، علیجان‌زاده م.، پوراسماعیل م.، طاهرخانی ف.، محمدقلیها ر.، جوزی ن. عوامل پیشگویی‌کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین بر اساس الگوی رفتار برنامه‌ریزی‌شده. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۳۹۵؛۴(۱):۲۰-۳۰

امیر پاکپورحاجی‌آقا
* استادیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول).
pakpour_amir@yahoo.com

مهران علیجان‌زاده
دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

مهناز پوراسماعیل
کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

فهیمه طاهرخانی
کارشناسی بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

رعنا محمدقلیها
کارشناسی بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

نرگس جوزی
کارشناسی بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۲۱

مقدمه

امروزه، توجه ملی بر این نکته معطوف شده است که سال‌های اولیه عمر، به‌عنوان فرصت طلائی بر پیشبرد سلامت کودک مؤثر است (۱). یکی از مهم‌ترین راه‌های بهبود سلامت کودکان در جوامع مختلف شیردهی است. مطابق با یافته‌های یونیسف بیش از سه هزار کودک هرروزه از بیماری‌های عفونی به علت تغذیه با بطری شیر می‌میرند و ۱/۵ میلیون کودک سالانه به دلیل تغذیه‌نشدن با شیر مادر به سمت مرگ سوق پیدا می‌کنند (۲). در اواخر دهه ۱۹۹۰، مادران نسبت به مزایای شیر مادر آگاهی بیشتری یافته بودند و اغلب آن‌ها تغذیه با شیر مادر را برای کودک خود انتخاب می‌کردند. اما تأثیر برخی از عوامل منجر به این شد که رفتارهای غلط شیردهی از خود نشان دهند و فوراً شیردهی را قطع کرده و تغذیه کمکی را برای کودک خود آغاز کنند؛ این امر صدمات جسمی، روانی و اقتصادی- اجتماعی جبران‌ناپذیری به کودک و درنهایت جامعه وارد می‌کند (۳).

شیرمادر، تغذیه‌ای مطلوب برای رشد و تکامل کودکان است؛ شیردهی مادر تأثیرات عاطفی و زیستی به‌سزایی بر سلامت خودِ مادر و نیز کودک دارد (۴-۵). سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا سن ۶ ماهگی برای کودکان توصیه کرده است (۶). تغذیه با شیر مادر فواید بسیاری برای مادر و نوزاد دارد؛ کلستروم موجود در شیر مادر حاوی مقادیر زیادی ایمونوگلوبولین و مواد مغذی است که نوزاد را در مقابل بیماری‌ها ازجمله بیماری‌های عفونی مانند بیماری‌های اسهالی، ذات‌الریه و اختلالات آلرژیک مانند آسم و اگزما ایمن می‌کند (۷). طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، میزان مرگ‌ومیر نوزاد را ۱۹ تا ۲۲٪ کاهش می‌دهد (۸).

مطالعه اولانگ و همکاران (۹) نشان دادند که فقط ۵۶٪ کودکان ایرانی تا چهارماهگی و ۲۸٪ تا شش‌ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند؛ این میزان کمتر از میزان پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت بود. مطالعه پیمایش ملی پایش و ارزشیابی پکپارچه[1] در سال ۱۳۸۴ در ایران نشان داد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه ۲۳/۱٪ است؛ که این میزان در استان قزوین ۳۱/۹٪ بود (۱۰). اگرچه در بیشتر موارد تغذیه با شیر مادر در بدو تولد شروع می‌شود اما ادامه شیردهی، به‌ویژه به‌صورت انحصاری از شیر مادر، در مواردی نادیده گرفته می‌شود (۱۱). در این زمینه، شناسایی عوامل مؤثر بر شیردهی مادران حائز اهمیت است؛ این امر به خاطر هدایت برنامه‌های ترویج تغذیه شیر مادر با تمرکز بر این عوامل در جهت افزایش توانایی و تمایل مادران به شیردهی است. در مطالعه اولانگ و همکاران قطع شیردهی در شهرها بیشتر از روستاها بود و مهم‌ترین دلایل قطع شیردهی قبل از ۶ ماهگی توصیه پزشک (۵۴٪)، ناکافی بودن شیر مادر (۲۸٪) و پس از ۶ ماهگی ناکافی بودن شیرمادر (۴۵٪)، بیماری مادر و مصرف دارو (۱۰٪)، بیماری کودک (۶٪) شاغل بودن مادر (۳٪) بود. نتایج نیز نشان داد استفاده از بطری و پستانک منجر به افزایش احتمال قطع شیردهی می‌شود (۹). مکیدن صحیح و مکرر شیر در وضعیت مناسب و در روزهای اول و سایر موارد مانند آرامش خاطر و نگرانینداشتن مادر، سابقه قبلی زایمان و سابقه قبلی شیردهی موفق، حمایت همسر و افراد خانواده و نیز اطمینان خاطر از تأمین اقتصادی و شغلی می‌تواند نقش مؤثری در تداوم شیردهی داشته باشد. درحالی‌که هم‌اتاق نبودن مادر و نوزاد، شیردهی دیرتر، شروع نکردن به‌موقع تغذیه تکمیلی، ترخیص نشدن هم‌زمان مادر و نوزاد، زایمان سزارین و فقدان تمامی عوامل ذکرشده می‌تواند منجر به قطع روند مناسب شیردهی شود (۱۲).

بنابراین، اندازه‌گیری نگرش‌ها و باورها، تعیین هنجارهای اجتماعی و شناسایی موانع موجود در زمینه تغذیه با شیر مادر می‌تواند به درک رفتار شیردهی کمک کند. نظریات متعددی در مورد نقش باورها و عقاید جمعیت‌ها در مورد انجام رفتارهای سلامتی مطرح‌شده است. دراین‌بین، نظریه‌های شناخت اجتماعی چهارچوب خوبی برای فهم رفتارهای سلامتی ارائه می‌دهند(۱۳). نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده[2] یکی از الگوهای شناخته‌شده تغییر

1. National Integrated Monitoring and Evaluation Survey (IMES)

2. Theory of Planned Behavior (TPB)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

رفتار است. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، الگوی شناختی-اجتماعی انتظارِ ارزش است.این نظریه، قصد را تعیین‌کننده اصلی رفتار می‌داند. در این الگو، خودِ قصد تحت تأثیر سه سازه مستقل نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل درک‌شده است. اعتقاد فرد به نتایج رفتار و ارزشیابی او به شکل‌گیری نگرش منجر می‌شود. بعضی اعتقادات رفتاری از تجارب مستقیم خود فرد سرچشمه می‌گیرند، برخی از طریق کسب اطلاعات و برخی دیگر از تجربه مستقیم دیگران به وجود می‌آیند. نگرش نسبت به رفتار، بازتابی از برآیند ارزشیابی مثبت یا منفی شخص از اتخاذ آن رفتار است. هنجارهای ذهنی نیز تحت تأثیر باورهای فرد در مورد انتظارات دیگران و نیز انگیزه او برای برآوردن این انتظارات است. پس، این هنجارها به معنی درک فشارهای اجتماعی برایتصمیم به انجام دادن یا انجام ندادن رفتار است. باورهای هنجاری به‌صورت «تائید یا رد انجام رفتار موردنظر توسط سایر افرادِ مهم از نظر فرد» تعریف می‌شود. انگیزه فرد برای پیروی از خواست دیگران و پذیرش انتظارات به‌عنوان انگیزه فرد برای برآوردن انتظارت دیگران شناخته می‌شود. کنترلِ رفتاری درک‌شده یعنی درجه‌ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام دادن یا انجام ندادن یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی است. کنترل رفتاری درک‌شده به‌صورت مستقیم و نیز غیرمستقیم از طریق قصد ممکن است بر رفتار تأثیر بگذارد. این سازه تحت تأثیر عقیده شخص در مورد میزان آسانی یا سختی رفتار است و اغلب از کنترل واقعی بر رفتار نشأت می‌گیرد.

به دلیل اهمیت تغذیه با شیر مادر و لزوم شناسایی عوامل مؤثر در ایجاد رفتار، بر اساس اصول نظری، لازم است تا مؤثرترین سازه‌ها در ایجاد رفتار و اثر مستقیم یا غیرمستقیم آن‌ها شناسایی شوند. این امر به این خاطر است تا بر اساس آن بتوان مداخلات آموزشی مؤثری طراحی و برنامه‌ریزی کرد (۱۴). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل پیشگویی‌کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان قزوین انجام شد. بر اساس نتایج این پژوهش تا با نتایج حاصل از آن، بتوان عوامل مؤثر بر حفظ و تداوم شیردهی مادران را مشخص کرد و این عوامل را به مسئولان، کارکنان بهداشتی، مادران و خانواده‌های آنان معرفی کرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه طولی بود که در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۴۴۵ مادر دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان قزوین انجام شد. نمونه‌های مطالعه به‌صورت خوشه‌ای طبقه‌بندی‌شده دومرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا استان قزوین به پنج شهرستان قزوین، البرز، تاکستان، آبیک و بوئین‌زهرا تقسیم شد. سپس مرکز بهداشت هر شهرستان به‌عنوان طبقات انتخاب و تمام مراکز شهری-روستایی به‌عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. نمونه‌ها متناسب با جمعیت مراکز بهداشتی (طبقات) انتخاب شدند. در مرحله اول، تعدادی خوشه از هر مرکز به‌طور تصادفی انتخاب و سپس در مرحله دوم نمونه‌گیری تصادفی در هر خوشه انجام شد. حجم نمونه برای نسبت ۴۵٪ با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪ تعداد ۱۰۵۶ نمونه به دست آمد. با توجه به نوع نمونه‌گیری اثر طرح ۱/۲۵ و پاسخ افراد ۹۰٪ در نظر گرفته شد و تعداد نمونه نهایی ۱۴۴۵ نفر برآورد شد.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته گردآوری شدند. این پرسشنامه دارای هفت بخش بود. بخش اول، سؤالات جمعیت‌شناختی شامل این موارد بود: سن مادر، تاریخ تولد نوزاد، جنس شیرخوار، بیماری شیرخوار، بیماری مادر، محل سکونت، سطح درآمد خانواده، شغل مادر، نوع زایمان، سطح تحصیلات مادر، وزن تولد شیرخوار، ترم بودن شیرخوار. بخش دوم شامل ۱۶ سؤال سه گزینه‌ای آگاهی بود؛ به‌عنوان‌مثال «شیردهی باعث کاهش سرطان پستان و تخمدان می‌شود». به پاسخ‌های صحیح یک و به پاسخ‌های غلط صفر تعلق گرفت. بخش سوم شامل ۹ سؤال برای اندازه‌گیری نگرش بود. به‌عنوان‌مثال «تغذیه کودک با شیر مادر برای من کاری خوشایند است.» طیف پاسخ‌ها بین نمره

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

پنج (مطلوب‌ترین پاسخ) و صفر بود. در بخش چهارم از سه سؤال پنج گزینه‌ای برای سنجش نرم‌های انتزاعی استفاده شد. سؤالات قسمت چهارم نیز بر اساس طیف لیکرت با گزینه‌های پاسخ از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) اندازه‌گیری شد. به‌عنوان‌مثال برای خانواده‌ام مهم است که من فرزندم را با شیر مادر تغذیه کنم. بخش پنجم: برای اندازه‌گیری سازه کنترل رفتاری درک‌شده از سه سؤال استفاده شد. این قسمت نیز بر اساس طیف لیکرت با گزینه‌های پاسخ از۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) اندازه‌گیری شد. به‌عنوان‌مثال «اگر بخواهم برای من آسان است که به فرزندم شیر بدهم.» در بخش ششم سؤالات مربوط به‌قصد رفتاری شامل ۳ سؤال پنج گزینه‌ای بود. به‌عنوان‌مثال، «تصمیم دارم در هر شرایطی کودکم را با شیر مادر تغذیه کنم». بخش آخر یعنی هفتم مربوط به رفتار شیردهی بود که تعداد دفعات شیردهی، مدت‌زمان شیردهی، علت قطع شیردهی، ادامه تغذیه با شیرمادر پس از شروع تغذیه کمکی را مورد ارزیابی قرارداد.

جهت تعیین روایی علمی پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شد. در این روش، پرسشنامه با توجه به منابع و کتب معتبر و سایر پرسشنامه‌های تائید شده در این زمینه تهیه و پس از تائید اساتید، کارشناسان بهداشت خانواده و متخصصین اطفال، بر اساس نظرات ایشان و با هماهنگی خبرگان اصلاحات لازم صورت گرفت. برای تعیین پایایی نیز از طریق انجام روش بازآزمون بررسی و تعیین گردید به‌این‌ترتیب که پرسشنامه توسط تعدادی از مادران تکمیل و پس از یک هفته دوباره پرسشنامه‌ها به همان افراد داده شد؛ مقدار ضریب آزمون بازآزمون برابر با ۹۶٪ بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ تجزیه‌وتحلیل شدند و نتایج با استفاده از جداول و نمودارها گزارش شد. ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن برای شناسایی متغیرهای جمعیت‌شناختی و شناسایی رابطه معنادار متغیرهای جمعیت‌شناختی با رفتار شیردهی بکار رفت. آزمون تی زوجی برای بررسی اثرات متغیرهای کنترل بالقوه استفاده شد. علاوه بر این، آنالیز رگرسیون سلسله‌مراتبی برای بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی کنترل رفتاری متصور، قصد، برنامه‌ریزی برای عمل و برنامه‌ریزی برای از عهده برآمدن با رفتار تغذیه انحصاری با شیر مادر استفاده شد. تکنیک جانسون- نیمن[1] برای شناسایی محدوده در دامنه متغیرهای میانجی (قصد) بکار رفت.

یافته‌ها

به‌طورکلی ۱۴۴۵ مادر در مطالعه شرکت کردند. ازآنجایی‌که ۲۰ نفر از مادران پرسشنامه پیگیری را ۶ ماه پس از تولد کودک تکمیل نکردند، از مطالعه خارج شدند. باوجوداین، تفاوت معنادار بین مادران خارج‌شده از مطالعه و مادران مشارکت‌کننده در متغیرهای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده یا متغیرهای زمینه‌ای مشاهده نشد. میانگین سنی مادران ۲۸/۶ (با انحراف معیار ۵/۴۶ سال) و میانگین تحصیلات ۶/۷ سال بود. از بین مادران شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰۸۷ نفر (۷۵/٪) شاغل نبودند، ۷۵۶ نفر (۵۲/۵٪) نخست‌زا بودند و ۱۱۶۰ نفر (۸۰/۳٪) از آنان قصد شیردهی داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی و میانگین سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده و متغیرهای جمعیت‌شناختی مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ (n=۱۴۴۵)

متغیرها	فراوانی و میانگین
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۲۸/۵۹±۵/۴۶
سال‌های تحصیل	۶/۷۰±۳/۶۶
درآمد خانوار (۱۰۰۰ ریال)	۹۱۸/۴۹± ۵۹۷/۳۶
آگاهی	۹/۳۶±۳/۸۶
نگرش	۴/۱۷±۱/۳۳
هنجارهای انتزاعی	۳/۳۳±۱/۳۵
کنترل رفتاری درک‌شده	۳/۲۳±۱/۳۱
قصد رفتاری	۳/۱۹±۱/۱۶
هنجارهای اخلاقی	۳/۳۵±۱/۴۲
خود هویتی	۳/۲۸±۱/۱۹

1. Johnson-Neyman technique

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

	تعداد (٪)
جنس کودک پسر دختر	(٪۵۱/۰)۷۳۷ (٪۴۹/۰) ۷۰۸
فرزند اول بله خیر	(٪۵۲/۵) ۷۵۸ (٪۴۷/۵) ۶۸۷
وضعیت اشتغال شاغل خانه‌دار	(٪۲۴/۸) ۳۵۹ (٪۷۵/۲) ۱۰۸۶
نوع زایمان طبیعی سزارین	(٪۳۴/۲) ۴۹۴ (٪۶۵/۸) ۹۵۱
تغذیه با شیر مادر هنگام تولد بله خیر	(٪۸۰/۳) ۱۱۶۱ (٪۱۹/۷) ۲۸۴
تغذیه با شیرمادر در ۶ ماهه اول تولد بله خیر	(٪۳۴/۴) ۴۹۰ (٪۶۵/۶) ۹۳۵

بیشتر مادران شاغل در این مطالعه نگرش مثبت و قصد شیردهی داشتند. آن‌ها اهمیت فشار اجتماعی را برای شیردهی به نوزادان درک کرده و ادعا می‌کردند که شیردهی خود را تحت کنترل دارند. آزمون همبستگی ارتباط معناداری بین سن، درآمد، وضعیت اشتغال، نخست‌زایی با قصد و تداوم شیردهی نشان داد (جدول ۲). همچنین همه متغیرهای ساختاری نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده همچون نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد، خودهویتی و هنجارهای اخلاقی با یکدیگر همبستگی داشتند (جدول ۲). در مرحله اول، کنترل رفتاری درک‌شده پیشگویی‌کننده معناداری برای قصد شیردهی بود. تجزیه‌وتحیل‌ها نشان داد که مادران با تحصیلات بیشتر و درآمد بیشتر خانوارها قصد راسخ‌تری برای شیردهی داشتند. همچنین خودهویتی و هنجارهای اخلاقی به‌طور معناداری اختلاف (واریانس) مدل را حدود ۱۴/۶٪ افزایش داد (جدول ۳). متغیرهای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده ۵۸/۹٪ واریانس قصد شیردهی را پیش‌بینی می‌کردند.

جدول ۲. جدول همبستگی متقابل متغیرهای زمینه‌ای و ساختاری دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ (n=۱۴۴۵)

	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱. سن	۰/۰۹	-۰/۰۶	۰/۱۳**	-۰/۲۱**	۰/۰۵	۰/۱۰**	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۱۵**	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۱۶*	۰/۰۶
۲. جنس کودک+		۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۰۴	-۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۰۵
۳. وضعیت اشتغال +			۰/۳۱**	۰/۰۳	۰/۲۴**	۰/۱۲*	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۱۶**	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۱۴**	۰/۰۸
۴. درامد				۰/۰۳	۰/۳۴**	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۱۱**	۰/۰۷
۵. فرزند نخست+					۰/۱۱*	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۹*	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۱۳**	۰/۱۰**
۶. تحصیلات						۰/۱۲**	۰/۰۹*	۰/۱۰*	۰/۰۹*	۰/۱۱**	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۱۹**	۰/۰۹*
۷. نگرش							۰/۳۲**	۰/۴۰**	۰/۲۰*	۰/۲۴**	۰/۳۵**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۲۲**
۸. هنجارهای انتزاعی								۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۲۹**	۰/۱۹**	۰/۳۷**	۰/۱۷**	۰/۲۸**
۹. کنترل رفتاری درک‌شده									۰/۳۹**	۰/۳۴**	۰/۲۹**	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۴۰**
۱۰. قصد رفتاری										۰/۳۱**	۰/۳۸**	۰/۲۸**	۰/۱۹**	۰/۳۵**
۱۱. تغذیه با شیر مادر در ۶ ماهه اول تولد											۰/۲۱**	۰/۲۴**	۰/۳۰**	۰/۴۵**
۱۲. خود هویتی												۰/۴۷**	۰/۱۹**	۰/۴۵**
۱۳. هنجارهای اخلاقی													۰/۲۳**	۰/۴۴**
۱۴. آگاهی														۰/۲۶**
۱۵. تغذیه با شیر مادر هنگام تولد														

*p>۰/۰۵ ، ** p>۰/۰۱، + ضریب همبستگی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

جدول ۳. پیشگویی‌کننده‌های قصد رفتاری برای تغذیه انحصاری با شیرمادر در سال ۱۳۹۳ (n=۱۴۴۵)

	β	تغییرات R^2	تغییرات F	انحراف معیار	CI ٪۹۵	
					پایین‌ترین	بالاترین
t گام اول		۰/۴۹۴	۷/۷۰۳**			
سن	۰/۰۲۰			۰/۰۳۱	۰/۰۴۱	۰/۰۷۶
فرزند نخست						
خیر						
بله	۰/۰۴۱			۰/۰۸۴	-۰/۱۲۴	۰/۲۰۶
تحصیلات	۰/۱۰۰**			۰/۰۷۰	۰/۰۳۴	۰/۱۶۷
وضعیت اشتغال						
خانه‌دار						
شاغل	۰/۰۶۷			۰/۰۴۶	-۰/۲۴۰	۰/۲۷۷
درامد خانوار	۰/۱۰۹**			۰/۰۳۱	۰/۰۴۹	۰/۱۶۹
آگاهی	۰/۱۴۰**			۰/۰۳۴	۰/۰۷۳	۰/۲۰۷
نگرش	۰/۱۶۵**			۰/۰۳۶	۰/۰۹۴	۰/۲۳۶
هنجارهای انتزاعی	۰/۳۲۲**			۰/۰۳۷	۰/۲۴۸	۰/۳۹۵
کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۴۹۷**			۰/۰۳۵	۰/۴۲۹	۰/۵۶۵
t گام دوم		۰/۱۴۶	۳۱/۶۵**			
سن	۰/۰۲۳			۰/۰۲۰	-۰/۰۳۴	۰/۰۸۰
فرزند نخست						
خیر						
بله	۰/۰۱۵			۰/۰۲۹	-۰/۰۴۳	۰/۰۷۲
تحصیلات	۰/۱۱۳**			۰/۰۳۳	۰/۰۴۷	۰/۱۷۹
وضعیت اشتعال						
خانه‌دار						
شاغل	۰/۰۶۲			۰/۰۴۶	-۰/۱۵۲	۰/۰۲۸
درامد خانوار	۰/۱۶۷**			۰/۰۵۲	۰/۰۶۴	۰/۲۶۹
آگاهی	۰/۱۰۳**			۰/۰۳۴	۰/۰۳۶	۰/۱۷۰
نگرش	۰/۱۰۲**			۰/۰۳۷	۰/۰۲۸	۰/۱۷۵
هنجارهای انتزاعی	۰/۲۸۹**			۰/۰۳۸	۰/۲۱۶	۰/۳۶۲
کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۳۸۴**			۰/۰۴۰	۰/۳۰۵	۰/۴۶۳
خود هویتی	۰/۲۱۵**			۰/۰۴۳	۰/۱۳۱	۰/۲۹۹
هنجارهای اخلاقی	۰/۰۷۷**			۰/۰۳۴	۰/۰۱۰	۰/۱۴۴

*p<۰/۰۵ ، **p<۰/۰۱

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

در مرحله اول، احتمال تداوم رفتار شیردهی در مادران غیر شاغل خانه‌دار با تحصیلات بالاتر بیشتر بود (جدول ۴). در مرحله دوم، سازه کنترل رفتاری درک‌شده و قصد به‌طور معناداری تمایل به شیردهی را پیش‌بینی می‌کرد. همچنین نتایج نشان داد توان یا قدرت قصد برای پیش‌بینی بیشتر از کنترل رفتاری درک‌شده بود (جدول ۴).

جدول ۴. پیشگویی‌کننده‌های رفتار آغاز و تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر در سال ۱۳۹۳(n=۱۴۴۵)

متغیر	تغذیه با شیر مادر							
	شروع			تداوم				
	β	OR	CI ٪۹۵		β	OR	CI٪۹۵	
t گام اول								
سن	-۰/۰۱۴	۰/۹۸۶	۰/۹۶۰	۱/۰۱۲	-۰/۰۱۶	۰/۹۸۴	۰/۹۵۹	۱/۰۱۰
فرزند نخست								
خیر								
بله	۰/۲۹۷	۱/۳۴۶	۰/۹۹۷	۱/۸۱۷	۰/۲۹۸**	۱/۳۴۷	۱/۰۱۱	۱/۷۹۵
تحصیلات	۰/۱۱۴***	۱/۱۲۱	۱/۰۸۱	۱/۱۶۲	۰/۱۰۹***	۱/۱۱۵	۱/۰۷۶	۱/۱۵۶
وضعیت اشتغال								
شاغل								
خانه‌دار	۰/۸۰۳***	۲/۲۳۳	۱/۵۰۹	۳/۳۰۴	۰/۶۵۴***	۱/۹۲۳	۱/۲۹۱	۲/۸۶۲
درامد خانوار	-۰/۰۲۳	۰/۹۷۷	۰/۹۴۵	۱/۰۱۱	۰/۰۹	۰/۹۹۱	۰/۹۵۹	۱/۰۲۴
t گام دوم								
سن	-۰/۰۱۵	۰/۹۸۵	۰/۵۷۹	۱/۰۱۳	-۰/۰۱۴	۰/۹۸۶	۰/۹۶۱	۱/۰۱۱
فرزند نخست								
خیر								
بله	۰/۲۷۹	۱/۳۲۱	۰/۹۶۰	۱/۸۲۰	۰/۲۹۸*	۱/۳۴۷	۱/۰۰۴	۱/۸۰۷
تحصیلات	۰/۰۸۶**	۱/۰۹۰	۱/۴۷۰	۱/۱۳۴	۰/۱۰۰***	۱/۱۰۳	۱/۰۶۳	۱/۱۴۵
وضعیت اشتغال								
شاغل								
خانه‌دار	۰/۷۴۶***	۲/۱۰۹	۱/۳۷۲	۳/۲۴۰	۰/۵۲۰*	۱/۶۸۱	۱/۱۱۳	۲/۵۳۹
درامد خانوار	۰/۰۷۸**	۱/۰۸۱	۱/۰۳۰	۱/۱۳۴	۰/۰۳۲	۰/۹۹۳	۰/۹۶۰	۱/۰۲۷
قصد	۰/۸۵۸***	۲/۸۸۱	۲/۳۸۲	۳/۴۸۴	۰/۱۲۲***	۲/۶۶۳	۲/۰۲۸	۳/۴۹۷
کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۲۴۱***	۱/۲۷۲	۱/۱۵۸	۱/۳۹۸	۰/۹۸۰***	۱/۱۳۰	۱/۰۳۶	۱/۲۳۲

p>۰/۰۰۱ *** ،p>۰/۰۱ ** ،p>۰/۰۵*

بحث

هدف از این مطالعه بررسی عوامل پیشگویی‌کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان قزوین بود. نتایج مطالعه نشان داد، ۸۰٪ مشارکت‌کنندگان بعد از تولد نوزاد قصد شیردهی داشتند؛ اما تنها ۳۴٪ آن‌ها، توانایی حفظ رفتار شیردهی را بعد از

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

۶ ماه را گزارش کردند. متغیرهای شناختی مثل آگاهی از تأثیرات مفید شیردهی، نگرش، هنجارهای ذهنی، خودهویتی و هنجارهای اخلاقی عوامل معنادار برای پیش‌گویی قصد و عمل انجام رفتار شیردهی بودند. اکثریت مطالعات پیشین درصد کمتری (حدود ۵۰٪) از شیردهی مادران را پیش از ۶ ماه از زایمان گزارش کرده‌اند (۱۵-۱۸). در مطالعه‌ای در بنگلادش تنها ۳۶٪ نوزادان در ۶ ماهه اول توسط مادرانشان شیر داده شدند (۱۹)؛ که مشابه گزارش مطالعات جنوب آسیا بود. در این مطالعات میزان شیردهی در ماه‌های سوم، چهارم و ششم پس از زایمان به ترتیب از مقدار ۴۸٪ به ۲۶ و سپس به ۱۱٪ کاهش یافت (۲۰). در کشورهای کمتر توسعه یافته مقدار شیردهی برخلاف کشورهای توسعه یافته بسیار پایین تر است. طبق مطالعات مک‌دونالد نزدیک به ۶۲٪ مادرانِ جمعیت کانادا طبق توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت رفتار شیردهی داشتند (۲۱). نیلسن و همکاران (۲۲) نیز نشان دادند در اسکاتلند درصد دریافت رفتار شیردهی مادران به نوزادان در ۱۵ و ۲۵ هفته پس از تولد بسیار بیشتر از میانگین سایر کشورهای جهان بود.

طبق الگوهای رفتاری، حفظ بسیاری از رفتارهای سلامت محور بسیار مشکل است؛ اما اذعان می‌شود که زمانی که قصد انجام رفتار ویژه‌ای قوی باشد، عمل به رفتار موردنظر بسیار بیشتر از زمانی است که قصد انجام رفتار فوق ضعیف باشد (۲۳). در مطالعه حاضر کمتر از نیمی از مادرانی که در ذهن خود قصد شیردهی به نوزاد را هنگام تولد نوزاد داشتند، توانستند عمل شیردهی را پس از ۶ ماه انجام دهند. این مسئله نشان می‌دهد که قصد حرکت به سمت رفتاری همچون شیردهی، عاملی پیش‌بینی تأییدی و بسنده برای حفظ رفتار نیست؛ درحالی‌که عوامل زیادی ممکن است در این زمینه مؤثر بوده باشند. در مطالعه بای و همکاران (۲۴) استفاده از ساختار نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده همچون نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتارهای دریافتی ارتباط معناداری را با قصد شیردهی (تمایل شیردهی) مادران نشان داد. در مطالعه مشابه دیگر (۲۵) ساختار نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، نقش مؤثری در پیش‌بینی رفتارهای شیردهی مادران برای ۶ ماه نشان داد و ۵۰٪ تغییرات تمایل به شیردهی به نوزادان را پیش‌بینی نمود؛ که یافته‌های مطالعات موردبررسی همسو با مطالعه حاضر بود.

هوگ و آبراهامز (۲۶) بیان می‌کنند، هنگامی‌که رفتاری به صورت مثبت در اجتماع جلوه گر شود، ارتباط رفتار با قصد انجام این عمل بسیار محتمل‌تر است. بر طبق نتایج این مطالعه، هنجارهای اخلاقی اثر خود را بر رفتار شیردهی نشان داد؛ به‌طوری‌که منجر به کاهش شکاف بین قصد و انجام رفتار شیردهی شد. نتایج استفاده از این الگوهای جدید در نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مطالعات پیشین (۲۷) نیز گزارش‌شده بود. طبق نتایج مطالعه حاضر عوامل سن، وضعیت اقتصادی و اشتغال با قصد شیردهی ارتباط داشت. همچنین آموزش و درآمد به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده معنادار برای این مسئله تعریف شدند. یافته‌های گزارش‌شده در مطالعات قبلی (۲۸) حاکی از آن بود که خطر از شیر گرفتن زودرس نوزادان در مادران با سن پایین‌تر از ۲۰ سال، شش برابر بیشتر از سایرین است. سطح تحصیلات مادر نیز به‌عنوان یک عامل در جهت شیردهی مناسب به نوزاد گزارش‌شده است؛ به‌طوری‌که مادرانی که تحصیلات پایین‌تری داشتند، احتمال توقف شیردهی در آن‌ها بیشتر بود (۲۹). مادرانِ شاغل به علت سرکار رفتن، زمان کافی نداشتند و از نوزادان خود بیشتر جدا بودند. این مسئله ممکن است در شیردهی به نوزاد اختلال ایجاد کند (۳۰). درآمد بالای خانوار یک نشانگر مثبت برای شیردهی است. در صورتی که خانوارهای درآمد مناسب دارند، بهتر است مادران سر کار نروند تا زمان کافی برای حضور در کنار کودک داشته باشند. بدین‌وسیله مادر خواهد توانست شرایطی را برای شیردهی مناسب به نوزاد خود فراهم کند.

در مطالعه حاضر نخست‌زایی نشانگری برای پیشگیری از شیردهی مناسب به کودک نمایان شد؛ که این مسئله منطبق بر مطالعه انجام‌شده در کشور هند بود (۲۸). ممکن است این مسئله مرتبط با آگاهی و مهارت ناکافی مادر برای شیردهی صحیح به

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

نوزاد باشد. همچنین ممکن است تصور غلط که شیردهی اثر نامطلوب بر تناسب‌اندام و بهبود پس از زایمان دارند، باعث اختلال شیردهی مادر به نوزاد شود.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه انتخاب یک استان برای مطالعه بود؛ لذا نمی‌توان نتایج را بر سایر استان‌ها، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی، تعمیم داد. در این مطالعه شیردادن توسط خود فرد گزارش شده بود؛ که این مسئله ممکن است باعث ایجاد مقداری خطا گردد.

نتیجه‌گیری

درنهایت می‌توان اظهار داشت که متغیرهایی مانند آگاهی و نگرش مادران و نیز متغیرهای زمینه‌ای مانند تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد خانوار می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر روی رفتار شیردهی مادران داشته باشد. آگاهی و نگرش می‌تواند به‌عنوان نشانگرهایی قوی در جهت بهبود رفتار شیردهی مادران تأثیر بگذارد. شناخت صحیح این متغیرها و توجه به آن‌ها می‌تواند بر موانع رفتار عدم شیردهی مادران غلبه نماید و به بهبود میزان شیردهی در مادران به‌خصوص در مادران جوان و مادران در حال تحصیل و با درآمد پایین منجر گردد.

سپاسگزاری

از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین به‌پاس حمایت از این طرح تحقیقاتی قدردانی می‌گردد.

References

1. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. Prev Sci. 2002 Sep 1;3(3):153-72. http://dx.doi.org/10.1023/A:1019990432161
2. Hunt H. breastfeeding and society. Pediatric nursing.2006; 18(8): 240-246
3. Shadzi Sh. Principles for reaching children's Health. Esfahan Kankash.1998; 100-102
4. Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ: Being a good mother; managing breastfeeding and merging identities. Social ScienceMedicine.2007; 65(10):2147-2159
5. Kamer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv Exp Med Biol.2004; (554): 63–77
6. WHO: The World Health Organizations Infant Feeding recommendation http://www.who.int/nut/
7. The World Health Organizations: Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices Part 1 Definition. Washington DC [USA]: World Health Organization. Dept. of Child and Adolescent Health and Development; 2007
8. Adhikari M, Khanal V, et al. Factors associated with early initiation of breastfeeding among Nepalese mothers: further analysis of Nepal Demographic and Health Survey. 2011 International Breastfeeding Journal.2014; (9): 21-27.
9. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. International Breast Feeding Journal.2012; (7): 1-9.
10. National Integrated Monitoring and Evaluation Survey (IMES) of Family Health. Islamic Republic of Iran Summer.2009; (1): 272-4
11. Hockenberry, Wilson k. Wong's nursing care of infant and children. 8th ed. Missouri: Mosby; 2007.p. 290-291
12. Ziaee T, Qanbari A, HassanzadehRad A, Yazdani MA. The causes failure in breastfeeding in the first 6 month of life among children under 3 years Referred to health centers of Rasht city, IJOGI.2015; 15(18): 32-39.
13. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Kabootarkhani MH. Applying Socioecological Model to Improve Women's Physical Activity: A Randomized Control Trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(2).
14. Defranc A, Van den Broucke S, Leroy R, Hoppenbrouwers K. Measuring oral health behavior in Flemish health care workers: an application of the theory of planned behavior Community Dental Health.2008; 25(2): 107-1417-
15. Mgongo, M., et al., Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kilimanjaro region, Northern Tanzania: a population based cross-sectional study. International Breastfeeding journal.2013; 8(1): p. 12.
16. Queluz, M.C., et al., [Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, Sao Paulo, Brazil]. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3): 537-43.
17. Noughabi, Z.S., et al., Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding at 6 months of life in Tehran: a population-based study. Eastern Mediterranean Health Journal.2014; 20(1): 24-32.
18. Olang, B., et al., Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. International Breastfeeding journal 2009; 4: 8.
19. Joshi, P.C., et al., Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in rural Bangladesh: a cross-sectional study. International Breastfeeding journal. 2014; 9: 7.
20. Laisiriruangrai, P., et al., Prevalence of exclusive breastfeeding at 3, 4 and 6 months in Bangkok

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]

Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Journal of Medical Association Of Thailand. 2008; 91(7): 962-7.

21. McDonald, S.D., et al., Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. Journal of Obstetrics and Gynecology.2012; 119(6): 1171-9.
22. Nielsen, S.B., et al., Adequacy of milk intake during exclusive breastfeeding: a longitudinal study. Pediatrics. 2011; 128(4): 907-14.
23. VafaiNajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimipour H, Tehrani H, Esmaeli H, et al. Determining the Theory of Planned Behavior's Predictive Power on Adolescents' Dependence on Computer Games. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2015;2(4):303-11.
24. Bai, Y., S.M. Wunderlich, and A.D. Fly, Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: a comparison among racial/ethnic groups. Maternal and Child Health Journal.2011; 15(8): 1257-64.
25. Bai Y, Middlestadt SE, Peng CY, Fly AD. Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. J Hum Lact. 2010 Feb 1;26(1):26-34. http://jhl.sagepub.com/content/26/1/26.short
26. Hogg, M.A. and D. Abrams, Social identification: a social psychology of intergroup relations and group processes. 1988, London: Routledge.
27. Hamilton, K., et al., Predicting mothers' decisions to introduce complementary feeding at 6 months. An investigation using an extended theory of planned behaviour. Appetite. 2011; 56(3): 674-81.
28. Chudasama, R.K., P.C. Patel, and A.B. Kavishwar, Determinants of exclusive breastfeeding in South Gujarat region of India. J Clin Med Res. 2009; 1(2): 102-8.
29. do Nascimento, M.B., et al., Exclusive breastfeeding in southern Brazil: prevalence and associated factors. Breastfeed Med.2010; 5(2): 79-85.
30. Mascarenhas ML, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. J. Pediatr. (Rio J.). 2006 Aug;82(4):289-94. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000500011

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20]