

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 (TPB) 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 hierarchical 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., Poursmaeil 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 Poursmaeil

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

عوامل پیشگویی کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین بر اساس الگوی رفتار برنامه ریزی شده

امیر پاکپور حاجی آقا

* 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

کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

فهیمة 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

چکیده

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

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت طولی انجام شد. نمونه پژوهش ۱۴۴۵ از مادران دارای کودک شش ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ بودند. متغیرهای جمعیت شناختی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه ریزی شده توسط پرسشنامه اندازه گیری شد. ارتباط عوامل با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل سایر داده‌ها از رگرسیون سلسله مراتبی و رگرسیون لجستیک با استفاده از SPSS ورژن ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن مادران شرکت کننده در مطالعه برابر $28/6 \pm 5/5$ سال بود. $75/2\%$ مادران خانه دار بودند. متغیرهای همچون سن، درآمد، اشتغال و نخست زایی با تغذیه انحصاری با شیر مادر رابطه معنادار داشت ($p < 0/05$). سازه‌های نظریه رفتاری برنامه ریزی شده به طور معناداری تغذیه انحصاری با شیر مادر را با پیش بینی 59% واریانس عوامل پیش بینی نمود. خودهویتی و هنجارهای اخلاقی توانست واریانس را تا مقدار 15% افزایش دهد. همچنین مادران جوان و با سطح آموزش پایین و درآمد ناکافی، ریسک بالاتری در جهت توقف شیردهی داشتند.

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

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: رفتار شیردهی، تغذیه انحصاری با شیر مادر، نظریه رفتار برنامه ریزی شده، عوامل پیشگویی کننده شیردهی، مادران ایرانی، قزوین.

◀ **استناد:** پاکپور حاجی آقا الف.، علیجانزاده م.، پوراسماعیل م.، طاهرخانی ف.، محمدقلیها ر.، جوزی ن. عوامل پیشگویی کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین بر اساس الگوی رفتار برنامه ریزی شده. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۳۹۵؛ ۱(۴): ۲۰-۳۰

مقدمه

امروزه، توجه ملی بر این نکته معطوف شده است که سال‌های اولیه عمر، به‌عنوان فرصت طلایی 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؛ کلاستروم موجود در شیر مادر حاوی مقادیر زیادی ایمونوگلوبولین و مواد مغذی است که نوزاد را در مقابل بیماری‌ها از جمله 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 پکیارچه^۱ 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 نگرانی‌داشتن 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 مطرح شده است. دراین‌بین، نظریه‌های شناخت اجتماعی چهارچوب خوبی برای فهم رفتارهای سلامتی ارائه می‌دهند (۱۳). نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده^۲ یکی از الگوهای شناخته‌شده تغییر

1. National Integrated Monitoring and Evaluation Survey (IMES)

2. Theory of Planned Behavior (TPB)

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 مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان قزوین انجام شد. نمونه‌های مطالعه به صورت خوشه‌ای طبقه‌بندی شده دومرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا استان قزوین به پنج شهرستان قزوین، البرز، تاکستان، آبیک و بوئین‌زهرا تقسیم شد. سپس مرکز بهداشت هر شهرستان به عنوان طبقات انتخاب و تمام مراکز شهری-روستایی به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. نمونه‌ها متناسب با جمعیت مراکز بهداشتی (طبقات) انتخاب شدند. در مرحله اول، تعدادی خوشه از هر مرکز به طور 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 محقق ساخته 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؛ به عنوان مثال «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. به عنوان مثال «تغذیه کودک با شیر مادر برای من کاری خوشایند است.» طیف پاسخ‌ها بین نمره

رفتار است. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، الگوی شناختی-اجتماعی انتظار ارزش است. این نظریه، قصد را تعیین کننده اصلی رفتار می‌داند. در این الگو، خود قصد تحت تأثیر سه سازه مستقل نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل درک شده 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 بر تصمیم به انجام دادن یا انجام ندادن رفتار است. باورهای هنجاری به صورت «تأیید یا رد انجام رفتار مورد نظر توسط سایر افراد مهم از نظر فرد» تعریف می‌شود. انگیزه فرد برای پیروی از خواست دیگران و پذیرش انتظارات به عنوان انگیزه فرد برای برآوردن انتظارات دیگران شناخته می‌شود. کنترل رفتاری درک شده 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 درک شده به صورت 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 پیشگویی کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان قزوین انجام شد. بر

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^۱ برای شناسایی محدوده در دامنه متغیرهای میانجی (قصد) بکار رفت.

یافته‌ها

به‌طورکلی ۱۴۴۵ مادر در مطالعه شرکت کردند. از آنجایی که 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٪) نخست‌زا بودند و ۱۱۶۰ نفر (۸۰٪) 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 \pm انحراف معیار)	۲۸/۵۹ \pm ۵/۴۶
سال‌های تحصیل	۶/۷۰ \pm ۳/۶۶
درآمد خانوار (۱۰۰۰ ریال)	۹۱۸/۴۹ \pm ۵۹۷/۳۶
آگاهی	۹/۳۶ \pm ۳/۸۶
نگرش	۴/۱۷ \pm ۱/۳۳
هنجارهای انتزاعی	۳/۳۳ \pm ۱/۳۵
کنترل رفتاری درک‌شده	۳/۲۳ \pm ۱/۳۱
قصد رفتاری	۳/۱۹ \pm ۱/۱۶
هنجارهای اخلاقی	۳/۳۵ \pm ۱/۴۲
خود هویتی	۳/۲۸ \pm ۱/۱۹

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. به‌عنوان مثال 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 از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) اندازه‌گیری شد. به‌عنوان مثال «اگر بخواهم برای من آسان است که به فرزندم شیر بدهم.» در بخش ششم سؤالات مربوط به قصد رفتاری شامل ۳ سؤال پنج گزینه‌ای بود. به‌عنوان مثال، «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 تأیید شده در این زمینه تهیه و پس از تأیید 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 به این ترتیب 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 تجزیه و تحلیل 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

1. Johnson-Neyman technique

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 برنامه‌ریزی شده همچون نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد، خودهویتی و هنجارهای اخلاقی با یکدیگر همبستگی داشتند (جدول ۲). در مرحله اول، کنترل رفتاری درک شده پیشگویی کننده معناداری برای قصد شیردهی بود. تجزیه و تحلیل‌ها 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 برنامه‌ریزی شده ۵۸/۹٪ واریانس قصد شیردهی را پیش‌بینی می‌کردند.

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

بیشتر مادران شاغل در این مطالعه نگرش مثبت و قصد

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)

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

* $p > 0.05$ ، ** $p > 0.01$ ، + ضریب همبستگی

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

CI %۹۵		انحراف معیار	تغییرات F	تغییرات ۲R	β	
بالاترین	پایین‌ترین					
			۷/۷۰۳**	۰/۴۹۴		t گام اول
۰/۰۷۶	۰/۰۴۱	۰/۰۳۱			۰/۰۲۰	سن
						فرزند نخست
						خیر
۰/۲۰۶	-۰/۱۲۴	۰/۰۸۴			۰/۰۴۱	بله
۰/۱۶۷	۰/۰۳۴	۰/۰۷۰			۰/۱۰۰**	تحصیلات
						وضعیت اشتغال
						خانه‌دار
۰/۲۷۷	-۰/۲۴۰	۰/۰۴۶			۰/۰۶۷	شاغل
۰/۱۶۹	۰/۰۴۹	۰/۰۳۱			۰/۱۰۹**	درآمد خانوار
۰/۲۰۷	۰/۰۷۳	۰/۰۳۴			۰/۱۴۰**	آگاهی
۰/۲۳۶	۰/۰۹۴	۰/۰۳۶			۰/۱۶۵**	نگرش
۰/۳۹۵	۰/۲۴۸	۰/۰۳۷			۰/۳۲۲**	هنجارهای انتزاعی
۰/۵۶۵	۰/۴۲۹	۰/۰۳۵			۰/۴۹۷**	کنترل رفتاری درک شده
			۳۱/۶۵**	۰/۱۴۶		t گام دوم
۰/۰۸۰	-۰/۰۳۴	۰/۰۲۰			۰/۰۲۳	سن
						فرزند نخست
						خیر
۰/۰۷۲	-۰/۰۴۳	۰/۰۲۹			۰/۰۱۵	بله
۰/۱۷۹	۰/۰۴۷	۰/۰۳۳			۰/۱۱۳**	تحصیلات
						وضعیت اشتغال
						خانه‌دار
۰/۰۲۸	-۰/۱۵۲	۰/۰۴۶			۰/۰۶۲	شاغل
۰/۲۶۹	۰/۰۶۴	۰/۰۵۲			۰/۱۶۷**	درآمد خانوار
۰/۱۷۰	۰/۰۳۶	۰/۰۳۴			۰/۱۰۳**	آگاهی
۰/۱۷۵	۰/۰۲۸	۰/۰۳۷			۰/۱۰۲**	نگرش
۰/۳۶۲	۰/۲۱۶	۰/۰۳۸			۰/۲۸۹**	هنجارهای انتزاعی
۰/۴۶۳	۰/۳۰۵	۰/۰۴۰			۰/۳۸۴**	کنترل رفتاری درک شده
۰/۲۹۹	۰/۱۳۱	۰/۰۴۳			۰/۲۱۵**	خود هویتی
۰/۱۴۴	۰/۰۱۰	۰/۰۳۴			۰/۰۷۷**	هنجارهای اخلاقی

p>۰/۰۱**، p>۰/۰۵*

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 درک شده و قصد به‌طور معناداری تمایل (جدول ۴) به شیردهی را پیش‌بینی می‌کرد. همچنین نتایج نشان داد توان یا قدرت قصد برای پیش‌بینی بیشتر از کنترل رفتاری درک شده بود (جدول ۴).

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

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

*p>۰/۰۵, **p>۰/۰۱, ***p>۰/۰۰۱

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 بحث هدف از این مطالعه بررسی عوامل پیشگویی‌کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران دارای کودک ۶ ماهه مراجعه‌کننده

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٪ مادران 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 برنامه‌ریزی شده 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 برنامه‌ریزی شده،

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.

هوک و آبراهامز (۲۶) بیان می‌کنند، هنگامی که 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 برنامه‌ریزی شده در مطالعات پیشین (۲۷) نیز گزارش شده 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 گزارش شده 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 گزارش شده است؛ به‌طوری‌که مادرانی که تحصیلات پایین‌تری داشتند، احتمال توقف شیردهی در آن‌ها بیشتر بود (۲۹). مادران 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 انجام شده در کشور هند بود (۲۸). ممکن است این مسئله مرتبط با آگاهی و مهارت ناکافی مادر برای شیردهی صحیح به

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 به پاس حمایت از این طرح تحقیقاتی قدردانی می‌گردد.

References

- 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>
- Hunt H. breastfeeding and society. *Pediatric nursing.*2006; 18(8): 240-246
- Shadzi Sh. Principles for reaching children's Health. *Esfahan Kankash.*1998; 100-102
- Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ: Being a good mother; managing breastfeeding and merging identities. *Social ScienceMedicine.*2007; 65(10):2147-2159
- Kamer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.*2004; (554): 63-77
- WHO: The World Health Organizations Infant Feeding recommendation <http://www.who.int/nut/>
- 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
- 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.
- 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.
- National Integrated Monitoring and Evaluation Survey (IMES) of Family Health. Islamic Republic of Iran Summer.2009; (1): 272-4
- Hockenberry, Wilson k. Wong's nursing care of infant and children. 8th ed. Missouri: Mosby; 2007.p. 290-291

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

- 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.
- 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).
- 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-
- 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.
- 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.
- 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.
- Olang, B., et al., Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *International Breastfeeding journal* 2009; 4: 8.
- 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.
- Laisiruangrai, P., et al., Prevalence of exclusive breastfeeding at 3, 4 and 6 months in Bangkok

- 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>