

دانشور

پزشکی

ارتباط میان قصد شیردهی انحصاری پیش از زایمان با عملکرد مادران در شش ماه پس از زایمان در زنان نخست‌زا

نویسندگان: فهیمه محبوبی قزآنی^۱، نسرين روزبهانی^{۲*} و محسن شمسی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش و ارتقای سلامت، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. استادیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، دکتری تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳. استادیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، دکتری تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

E-mail: Roozbahani@arakmu.ac.ir

* نویسنده مسئول: نسرين روزبهانی

چکیده

مقدمه و هدف: تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی به منظور افزایش بقای کودکان و کاهش میزان بیماری‌های آنها مورد توصیه سازمان بهداشت جهانی است. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط میان قصد شیردهی انحصاری پیش از زایمان با عملکرد مادران در شش ماه پس از زایمان در شهر کاشان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی-تحلیلی، روی ۲۲۴ زن باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر کاشان در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه‌ها از شانزده مرکز بهداشتی-درمانی شهر به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای، شامل مشخصات دموگرافیک و پرسش‌های مربوط به سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین سن مادران ۲۴/۹ سال بود. ۸۶/۶ درصد زنان باردار شرکت‌کننده قصد داشتند، تغذیه انحصاری را تا ۶ ماهگی ادامه دهند؛ از این مادران، ۸۹/۷ درصد تا ۳ ماهگی و ۷۰/۱ درصد تا ۶ ماهگی، شیردهی انحصاری را ادامه دادند. از ۱۳/۴ درصد مادران با عدم قصد شیردهی انحصاری، ۸۶/۷ درصد تا ۳ ماهگی و ۴۶/۷ درصد تا ۶ ماهگی، شیردهی انحصاری را انجام دادند. میان قصد شیردهی انحصاری زنان باردار با سازه‌های کنترل رفتاری درک شده، نگرش، هنجار ذهنی و آگاهی، به ترتیب، همبستگی معنی‌دار مثبت وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، قصد مادران در خصوص تغذیه انحصاری در دوران بارداری، پیشگویی‌کننده‌ای مهم برای ادامه این تغذیه تا ۶ ماهگی کودک است. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، در بررسی قصد و رفتار شیردهی انحصاری، مفید است.

واژگان کلیدی: نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، شیردهی انحصاری، قصد، زنان نخست‌زا.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و دوم-شماره ۱۱۵
اسفند ۱۳۹۳

دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۹
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۳/۱۰/۲۸
پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۰۷

مقدمه

تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی، در سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان، بسیار اهمیت دارد (۱،۲). شیردهی انحصاری با شیر مادر، حمایت حداکثری از رشد و تکامل نوزاد را در شش ماه اول تولد فراهم می‌آورد. سازمان جهانی بهداشت، تغذیه انحصاری با شیر مادر را «تغذیه نوزاد با شیر مادر به تنهایی بدون استفاده از سایر مواد غذایی و حتی آب به استثنای دارو، واکسن، ویتامین و مکمل‌های غذایی» تعریف می‌کند (۳).

متأسفانه به دلایلی مختلف، آمار تغذیه انحصاری در ایران و جهان در حدی مطلوب نیست. سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که طی سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۰ به طور متوسط، فقط ۳۷ درصد از کودکان در جهان، تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا پایان ۶ ماهگی داشته‌اند (۴)؛ در همین گزارش، شیردهی انحصاری در آفریقا، ۳۴ درصد؛ در آسیا، ۳۸ درصد و در کشورهای توسعه یافته، ۳۷ درصد اعلام شده است؛ هرچند این گزارش، میزان تغذیه انحصاری را در ایران، فقط ۲۳ درصد بیان کرده، طبق گزارشی دیگر در ایران، این میزان، ۵۳ درصد اعلام شده است که هنوز تا حد مطلوب (ایده آل) فاصله دارد (۵).

قصد، شامل تفکر برای انجام رفتار و عامل تعیین کننده مستقیم (بلافاصل) رفتاری مشخص است. مزیت اندازه گیری قصد رفتاری، این است که اگر رفتار واقعی را نتوان به سادگی سنجید، قصد رفتاری را می‌توان به عنوان شاخص مفید به کاربرد. باید بدانیم، همیشه قصد به رفتار منجر نمی‌شود؛ قصد رفتاری، لازمه رفتار است ولی کافی نیست. قصد، سازه مرکزی نظریه رفتار برنامه ریزی شده بوده، سطح انگیزه و اراده فرد را برای تلاش به منظور انجام رفتار منعکس می‌کند (۶،۷)؛ برای نمونه، اگر مادری پیش از بارداری قصد داشته باشد که پس از زایمان، کودک خود را با شیر مادر به صورت انحصاری تغذیه کند، احتمال بیشتری وجود دارد تا به رفتار واقعی (که همان انجام تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی

است) برسد. یکی از نظریه‌های آموزش بهداشت که قصد رفتار را ارزیابی می‌کند، نظریه رفتار برنامه ریزی شده است؛ آجزن، این نظریه را در سال ۱۹۹۱ پیشنهاد کرد و این نظریه، دارای سه سازه «نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده» است که قصد رفتاری یا تمایل فرد را برای انجام رفتاری مطلوب پیشگویی می‌کنند؛ نگرش، به ارزیابی مثبت یا منفی یک فرد در خصوص نتایج انجام رفتاری خاص اشاره می‌کند؛ هنجارهای انتزاعی، به فشار درک شده از سوی افراد مهم در زندگی فرد برای انجام دادن یا ندادن رفتاری خاص اشاره دارند و کنترل رفتاری درک شده، به خودکارآمدی، شبیه است و به باور و اطمینان فرد در توانایی خود برای انجام رفتاری خاص اشاره می‌کند (۸).

تعدادی از مطالعات از این نظریه برای ارزیابی رفتار شیردهی مادران استفاده کرده‌اند (۹-۱۵) که بعضی از آنها ارتباطی مثبت و قوی را میان قصد مادران برای شیردهی انحصاری در بارداری و عملکرد آنان پس از زایمان به دست آورده‌اند (۹، ۱۴، ۱۵)؛ بر اساس جستجوی ما در ایران، این ارتباط بررسی نشده است لذا هدف ما از انجام این مطالعه به کارگیری نظریه رفتار برنامه ریزی شده برای بررسی ارتباط میان قصد شیردهی انحصاری مادران نخست‌زای شهر کاشان، پیش از زایمان با عملکرد مادران در شش ماه پس از زایمان و همچنین، بررسی ارتباط سازه‌های این نظریه (نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده) و متغیرهای دموگرافیک (سن مادر، میزان تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر و پدر و میزان درآمد خانواده) با قصد رفتاری است.

روش تحقیق

این مطالعه مقطعی - تحلیلی با هدف بررسی ارتباط میان قصد شیردهی انحصاری دوران بارداری با عملکرد مادران، طی شش ماه پس از زایمان در زنان نخست‌زای شهر کاشان در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان شیردهی انحصاری در شهر کاشان (که ۳۳/۱ درصد) گزارش شده بود (۱۶) و با $\alpha = 0.05$

پذیرفتنی تلقی شدند؛ در بررسی CVI نیز متخصصان، هر بخش را از لحاظ مربوط بودن، وضوح و سادگی ارزیابی کردند و مقدار بالای ۰/۷۰، قابل قبول تلقی شد. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

آگاهی با ۲۶ پرسش چندگزینه‌ای بررسی شد؛ به پاسخ صحیح، نمره ۱ و به پاسخ نادرست، نمره ۰ (صفر) تعلق گرفت. دامنه نمره پرسش‌نامه از ۰ تا ۲۶ بود ($\alpha=0/85$). پرسش‌نامه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد، دارای طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافقم با نمره ۵ تا کاملاً مخالفم با نمره ۱ بودند. نگرش با هشت بخش ($\alpha=0/79$)، هنجارهای ذهنی با هشت بخش ($\alpha=0/85$)، کنترل رفتاری درک‌شده با هفت بخش ($\alpha=0/87$) و قصد با دو بخش ($\alpha=0/98$) بررسی شدند. پرسش‌های عملکرد، شامل شش بخش بود و پایایی آن با ضریب توافقی کاپا بررسی شد ($0/90$)؛ به عملکرد صحیح، نمره ۱ و به عملکرد نادرست، نمره ۰ تعلق گرفت.

مادران، این پرسش‌نامه‌ها را (به جز پرسش‌نامه عملکرد) در ماه هشتم بارداری تکمیل کردند؛ سه و شش ماه پس از زایمان نیز، عملکرد شیردهی انحصاری ارزیابی شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS انجام شد. ابتدا با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف، توزیع داده‌ها بررسی و سپس آزمون متناسب انجام شد. از آمار توصیفی برای تعیین میانگین و فراوانی متغیرها، از آزمون T برای مقایسه میانگین‌ها، از آزمون مربع کای برای ارزیابی متغیرهای کیفی و از همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط میان قصد، عملکرد شیردهی انحصاری و متغیرهای دیگر استفاده شد.

پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مطرح شده، کد اخلاق دریافت کرده است. از تمامی شرکت‌کنندگان نیز، رضایت‌نامه کتبی، اخذ و تمامی مفاد بیانیه هلسینکی در اخلاق پژوهش رعایت شدند.

درصد و $\beta=0/2$ ، ۲۲۴ نفر برآورد شد. برای نمونه‌گیری، به کل مراکز بهداشتی-درمانی شهر کاشان (شانزده مرکز) مراجعه شد و از دفتر مراقبت‌های بارداری، اسامی زنانی که در ماه هشتم بارداری بودند، استخراج و به صورت تصادفی ساده، تعدادی نمونه دارای معیارهای ورود از هر مرکز انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های هر مرکز براساس تعداد پرونده‌های آن مرکز به نسبت تعداد پرونده‌های کل مراکز برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: «زنان نخست‌زا، زنان در ماه هشتم بارداری، داشتن رضایت برای ورود به مطالعه و سن بالای ۱۸ سال».

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای بود که با استفاده از پرسش‌نامه برایان مک‌میلان و همکاران (۲۰۰۹) و با در نظر گرفتن شیردهی انحصاری طراحی شد (۱۷). پرسش‌های پرسش‌نامه در خصوص زنان باردار، این موارد را در برمی‌گرفتند: «متغیرهای دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل و درآمد سرانه)، سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (قصد، نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده)، آگاهی و شاخص توده بدنی پیش از بارداری؛ سه و شش ماه پس از زایمان نیز از پرسش‌نامه بررسی عملکرد شیردهی انحصاری استفاده شد. برای بررسی روایی پرسش‌نامه، روایی محتوی به کار گرفته شد. هیئت (پانلی) مشتمل بر ده نفر از استادان صاحب‌نظر در زمینه آموزش بهداشت، اطفال، مامایی و تغذیه، روایی محتوی را به شیوه‌های کیفی و کمی بررسی کردند؛ در شیوه کیفی از متخصصان درخواست شد تا ابزار را براساس معیارهای «رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری بخش‌ها (آیتم‌ها) در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب» بررسی کرده، بازخورد لازم را ارائه دهند؛ در بررسی روایی محتوی به شیوه کمی، نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) تعیین شدند؛ برای تعیین نسبت روایی محتوی، در خصوص ضرورت یا عدم ضرورت هر بخش از متخصصان نظرخواهی شد؛ مقادیر CVR بالای ۰/۶۲،

یافته‌ها

توده بدنی، وضعیت شغلی و جنس نوزاد در هر دو دسته‌بندی، تفاوتی معنی‌دار نداشتند؛ اما تحصیلات مادران دارای قصد مثبت برای شیردهی انحصاری، به‌طور معنی‌داری بیشتر از مادران دارای قصد منفی بود؛ بااین‌حال، سطح تحصیلات نیز در مادران با شیردهی انحصاری موفق با مادران ناموفق در این رفتار، تفاوتی معنی‌دار نداشت.

در این مطالعه، میانگین سن خانم‌های شرکت‌کننده $24/9 \pm 3/92$ سال و میزان تحصیلات $12/7 \pm 2/95$ سال بود. جدول ۱، اطلاعات دموگرافیک را میان دو گروه مادران باردار دارای قصد مثبت و منفی شیردهی انحصاری در بارداری و جدول ۲، همین اطلاعات را میان مادران دارای عملکرد مثبت و منفی شیردهی انحصاری در شش ماه پس از زایمان با هم مقایسه می‌کنند. متغیرهای سن، درآمد سرانه، شاخص

جدول ۱. مقایسه اطلاعات دموگرافیک میان خانم‌های باردار با قصد مثبت و منفی برای شیردهی انحصاری

P value	قصد منفی		قصد مثبت		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
NS	۳/۸۷	۲۴/۹۷	۳/۹۴	۲۴/۹۷	سن
۰/۰۲۵	۲/۳۸	۱۱/۳۳	۲/۹۸	۱۲/۹۸	تحصیلات (سال رسمی)
NS	۹۵	۳۹۳	۱۱۷	۴۲۴	درآمد سرانه (۱۰۰۰ تومان)
NS	۳/۳۲	۲۴/۲۹	۴/۵۲	۲۴/۶۷	شاخص توده بدنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
					شغل مادر
NS	۱۰۰	۱۵	۸۹/۷	۸۷	خانه‌دار
	۰	۰	۱۰/۳	۱۰	شاغل
					جنس نوزاد
NS	۶۶/۷	۱۰	۶۱/۹	۶۰	پسر
	۳۳/۳	۵	۳۸/۱	۳۷	دختر

NS: P > 0.05

جدول ۲. مقایسه اطلاعات دموگرافیک میان خانم‌های با عملکرد مثبت و منفی در خصوص شیردهی انحصاری تا

۶ ماهگی

P value	عدم شیردهی انحصاری تا ۶ ماهگی		شیردهی انحصاری تا ۶ ماهگی		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
NS	۳/۸۷	۲۴/۵۴	۳/۹۴	۲۵/۱۲	سن
NS	۲/۸۵	۱۲/۷۶	۳/۰۱	۱۲/۷۶	تحصیلات (سال رسمی)
NS	۹۱	۴۰۱	۱۱۰	۴۲۰	درآمد سرانه
NS	۳/۴۲	۲۳/۸۸	۳/۵۲	۲۴/۵۷	شاخص توده بدنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
					شغل مادر
NS	۸۹/۲	۳۳	۹۲	۶۹	خانه‌دار
	۱۰/۸	۴	۸	۶	شاغل
					جنس نوزاد
NS	۵۹/۵	۲۲	۶۴	۴۸	پسر
	۴۰/۵	۱۵	۳۶	۲۷	دختر

NS: P > 0.05

سه ماه بعد از زایمان بین مادران با قصد مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری از نظر شیردهی انحصاری وجود نداشت. اما در شش ماهگی این تفاوت معنی‌دار ($p < 0.001$) بود. به طوری که مادران دارای قصد مثبت در بارداری به طور معنی‌داری بیشتر به شیردهی انحصاری پایبند بودند (جدول ۳).

از ۲۲۴ مادر باردار، ۱۹۴ نفر (۸۶/۶ درصد) قصد داشتند تا ۶ ماهگی فرزند خود را تنها با شیر خود تغذیه کنند؛ از میان این مادران، ۸۹/۷ درصد تا ۳ ماهگی و ۷۰/۱ درصد تا ۶ ماهگی به صورت انحصاری به فرزند خود شیر دادند. از میان مادرانی که شیردهی انحصاری را انتخاب نکرده بودند، ۸۶/۷ درصد تا ۳ ماهگی و ۴۶/۷ درصد تا ۶ ماهگی، شیردهی انحصاری را انجام دادند.

جدول ۳. مقایسه وضعیت شیردهی انحصاری سه و شش ماه پس از زایمان در مادران دارای قصد مثبت و منفی برای شیردهی انحصاری در ماه هشتم بارداری

عملکرد	شیردهی انحصاری تا ۳ ماهگی (درصد) تعداد		شیردهی انحصاری تا ۶ ماهگی (درصد) تعداد	
	خیر	بلی	خیر	بلی
مجموع				
قصد شیردهی انحصاری مثبت	۱۷۴ (۸۹/۷)	۱۳۶ (۷۰/۱)	۲۰ (۱۰/۳)	۵۸ (۲۹/۹)
منفی	۲۶ (۸۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳)
مجموع	۲۰۰ (۸۹/۳)	۷۵ (۶۷)	۲۴ (۱۰/۷)	۳۷ (۳۳)
P value	۰/۵۰۱		۰/۰۴۹	

عملکردها، عملکرد ۶ ماهه نسبت به عملکرد ۳ ماهه، بیشتر با قصد مادران همبستگی داشت؛ عملکرد شش ماهه نیز علاوه بر قصد و عملکرد سه ماهه با نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده همبستگی معنی‌داری نشان داد که بیشترین همبستگی را با عملکرد سه ماهه و کنترل رفتاری درک شده داشت (جدول ۴).

همبستگی پیرسون نشان داد که میان قصد شیردهی انحصاری زنان باردار با عملکرد سه و شش ماه پس از زایمان و همچنین سازه‌های آگاهی، نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده، همبستگی معنی‌دار مثبت وجود داشته، به ترتیب: کنترل رفتاری درک شده، نگرش، هنجار ذهنی و آگاهی، بیشترین همبستگی را با قصد شیردهی انحصاری داشتند ($p < 0.001$). از میان

جدول ۴. همبستگی میان قصد، عملکرد شیردهی انحصاری و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- قصد	۱						
۲- عملکرد ۳ ماهه	۰/۳۱**	۱					
۳- عملکرد ۶ ماهه	۰/۳۳**	۰/۶۴**	۱				
۴- آگاهی	۰/۴۵**	۰/۱۷	۰/۱۸	۱			
۵- نگرش	۰/۶۹**	۰/۱۵	۰/۲۲*	۰/۵۶**	۱		
۶- هنجارهای ذهنی	۰/۶۸**	۰/۲۰*	۰/۳۰**	۰/۴۳**	۰/۶۶**	۱	
۷- کنترل رفتاری درک شده	۰/۷۵**	۰/۲۷**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۶۴**	۰/۷۲**	۱

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

بحث

براساس جستجوی ما، این اولین مطالعه‌ای است که طی آن، شیردهی انحصاری در زنان بالای ۱۸ سال ایرانی به وسیله نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بررسی شده است؛ طبق نتایج این مطالعه، قصد رفتار شیردهی انحصاری در بارداری با تداوم این رفتار تا ۶ ماهگی شیرخوار، مرتبط بود. با اینکه در ۳ ماهگی، تفاوتی معنی‌دار از نظر عملکرد شیردهی انحصاری میان دو گروه مادران دارای قصد مثبت و منفی وجود نداشت، این تفاوت در ۶ ماهگی، معنی‌دار و چشمگیر بود (۷۰/۱ به نسبت ۴۶/۷ درصد)؛ همچنین، میان قصد دوران بارداری برای شیردهی انحصاری با عملکرد ۳ و ۶ ماهه، همبستگی معنی‌داری وجود داشت اما این همبستگی نیز در ۶ ماهگی، قوی‌تر بود (ضریب همبستگی ۰/۳۳ به نسبت ۰/۳۱). کریا جی پرین و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نتیجه گرفتند، مادرانی که در دوران بارداری به تغذیه انحصاری تمایل داشته‌اند، در مقایسه با سایر مادران، تغذیه انحصاری را بیشتر رعایت کرده‌اند (۱۹)؛ این یافته با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد؛ براساس این نتایج به نظر می‌رسد که برای تداوم شیردهی انحصاری مادران تا ۶ ماهگی، لازم است به منظور ارتقای قصد مادران، طی دوران بارداری، برنامه‌های آموزشی لازم، طراحی و اجرا شوند؛ لذا شناخت عوامل تأثیرگذار بر قصد مادران، در طراحی آموزشی، مؤثر و ضروری است.

در این خصوص و طبق نتایج مطالعه حاضر، سازه‌های کنترل رفتاری درک‌شده و نگرش (از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده)، همبستگی معنی‌داری با قصد شیردهی انحصاری داشتند و هنجارهای ذهنی و آگاهی، در رتبه‌های پسین قرار گرفتند.

کنترل رفتاری درک‌شده، قوی‌ترین همبستگی را با قصد و همچنین با عملکرد ۶ ماهه شیردهی انحصاری داشت. کنترل رفتاری درک‌شده جزو سازه‌های مهم در نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بوده، مفهوم آن به نظریه خودکارآمدی باندورا، بسیار نزدیک است. انتظار می‌رود

هر دو سازه خودکارآمدی و کنترل رفتاری درک‌شده، قصد را تقویت کرده، رفتار را تداوم بخشند؛ زیرا فرد برای انجام رفتارهای قابل کنترل و اجرایی، بیشتر تلاش خواهد کرد (۷،۶). مک کارتر و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود، میان خودکارآمدی مادران با درک آنها از کافی نبودن شیر، ارتباطی معنی‌دار یافتند (۲۰)؛ مطالعات متعددی دیگر نیز، کنترل رفتاری درک‌شده و خودکارآمدی بالای مادر را پیش‌بینی کننده قصد و رفتار شیردهی معرفی کرده‌اند (۲۴-۲۱)؛ هرچند در بعضی موارد نیز، کنترل رفتاری، پیش‌بینی کننده‌ای مطلوب برای قصد شیردهی انحصاری نبود (۲۵). تجزیه و تحلیل بخش‌های کنترل رفتاری درک‌شده نشان داد که مادران شرکت‌کننده در این مطالعه، در صورت شاغل بودن یا داشتن کارهای روزمره زیاد برای شیردهی انحصاری مشکلی نداشتند ولی شیردادن در جمع افراد را سخت می‌دانستند؛ براساس دیدگاه شرکت‌کنندگان، آنها در صورت حجم کار بالا و محدودیت وقت، کنترلی مطلوب بر شیردهی انحصاری خود دارند ولی روی مسائل فرهنگی، مانند خجالت کشیدن، کنترلی مناسب ندارند؛ بنابراین، آموزش این موضوع که «شیردادن، ارزشی فرهنگی است و دیگران به این موضوع با دید مثبت می‌نگرند»، برای ارتقای رفتار شیردهی انحصاری، مفید است؛ همچنین تشویق مادر توسط دیگران و استفاده از الگوهای مناسب در این زمینه کمک‌کننده می‌نماید. جمعیت مطالعه حاضر، جمعیت شهری و با میانگین تحصیلات بالا و نخست‌زا بودند و در زمینه شیردهی تجربه‌ای نداشتند؛ شاید عامل خجالت و شرم آنها به دلایل بالا باشد و زنان روستایی، زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر و زنان چندزا، کمتر با این موضوع مشکل داشته باشند که می‌توان در مطالعات بعدی، این موارد را بررسی کرد. برای بهبود و ارتقای کنترل رفتاری درک‌شده می‌توان از روش سخنرانی، بحث گروهی و نمایش عملی بهره‌جست.

سانسون و همکارش (۲۰۰۵)، برخلاف مطالعه حاضر، هنجارهای ذهنی، مهم‌ترین تعیین‌کننده شیردهی بودند. افراد تأثیرگذار در مطالعه آنها، همسران، پرستاران و ماماها اعلام‌شدند (۱۱)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد، برگزاری برنامه‌های آموزشی توسط دست‌اندرکاران سلامت برای مادران به‌خصوص در دوران بارداری و همچنین آموزش همسران و مادران زنان می‌تواند در افزایش قصد شیردهی انحصاری، مؤثر باشد. *کتایون جلالی آریا* و همکاران (۱۳۸۰) در مطالعه خود، به این نتیجه رسیدند که مادر بزرگ‌ها بیشترین نقش را در توصیه به شیردهی غیرانحصاری داشتند و در نتیجه، به‌طور صرف، آموزش دادن مادران باردار درخصوص تغذیه انحصاری، چندان کارآمد نیست و باید اعضای کلیدی خانواده نیز در آموزش، دخیل شوند (۳۰)؛ مطالعه *استوارت* و همکاران (۲۰۰۳) در ایرلند شمالی نیز این نکته را تأیید می‌کند که هنجارهای نامناسب، بر شیردهی تأثیر منفی دارند (۳۱).

در این مطالعه، آگاهی با قصد شیردهی انحصاری، ارتباط معنی‌دار داشت اما درباره عملکرد، این‌گونه نبود؛ مطالعات پیشین نیز نتایجی مشابه داشتند (۳۲، ۳۳).

در این مطالعه، دو گروه دارای قصد و عملکرد مثبت و منفی، از نظر متغیرهای دموگرافیکی مانند «سن، درآمد سرانه، وضعیت شغلی و شاخص توده بدنی»، تفاوتی معنی‌دار نداشتند؛ فقط مادران دارای قصد مثبت، سطح تحصیلاتی بالاتر از مادران با قصد منفی داشتند. در بعضی از مطالعات پیشین برخلاف مطالعه حاضر، عوامل دموگرافیک با قصد، ارتباطی معنی‌دار داشتند (۱۶، ۱۷، ۴)؛ در اغلب این مطالعات، جامعه پژوهش را علاوه بر مادران نخست‌زا، مادران چندزا با رده‌های سنی مختلف تشکیل می‌دادند که این موضوع می‌تواند دلیل تفاوت موجود باشد. در مطالعه *خبازخوب* و همکاران (۱۳۸۶)، مادران خانه‌دار دارای سن بالاتر و تحصیلات کمتر، بیشتر شیردهی انحصاری را انجام داده بودند (۳۴).

نگرش، دومین متغیر مرتبط با قصد و سومین متغیر درخصوص عملکرد شیردهی انحصاری بود. نگرش به ارزیابی مثبت یا منفی یک فرد در زمینه نتایج انجام رفتاری خاص اشاره می‌کند. تجزیه و تحلیل بخش‌ها نشان داد که خوشایند بودن تغذیه با شیر مادر، بهترین نمره نگرشی و ترس از تشنه ماندن کودک به دلیل عدم استفاده از آب، کمترین نمره نگرشی را به خود اختصاص دادند؛ مطالعات دیگر نیز بیان کردند که نگرش، پیشگویی‌کننده قصد شیردهی است (۲۸-۲۶، ۱۷)؛ هرچند در بعضی موارد، نگرش در این باره پیش‌بینی‌کننده نبود (۲۹). برخلاف مطالعه حاضر، در بیشتر مطالعات، نگرش، همبستگی بهتری نسبت به کنترل رفتاری درک‌شده با قصد شیردهی داشت (۱۷، ۲۵، ۲۷).

به‌نظر می‌رسد در فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف، متغیرهایی متفاوت، بیشترین ارتباط را با قصد شیردهی انحصاری داشته باشند. در مطالعه *لاوتون* و همکاران (۲۰۱۲)، بهترین پیش‌بینی‌کننده قصد شیردهی انحصاری برای مادران سفید، «نگرش»؛ برای مادران آمریکایی-آفریقایی، «هنجارهای ذهنی» و برای مادران لاتین، «کنترل رفتاری درک‌شده» بود (۲۷)؛ می‌توان در مطالعات بعدی، این تفاوت را در نژادهای ایرانی نیز بررسی کرد. برای افزایش نگرش مثبت به شیردهی انحصاری می‌توان از روش ایجاد طوفان فکری و روش بحث گروهی استفاده کرد.

سازه دیگر مرتبط با قصد رفتاری در این مطالعه، هنجارهای ذهنی بود؛ این سازه، دومین متغیر مرتبط با عملکرد شیردهی انحصاری محسوب می‌شد. هنجارهای ذهنی به فشار درک‌شده از سوی افراد مهم در زندگی فرد برای انجام دادن یا ندادن رفتاری خاص اشاره می‌کنند که در این مطالعه، منظور از آن، فشار از طرف افرادی مانند «همسر، مادر، دوستان و اطرافیان مادر شیرده» برای انجام دادن یا ندادن تغذیه انحصاری است. در این مطالعه، دست‌اندرکاران سلامت، بیشترین تأثیر را بر قصد مادران برای شیردهی انحصاری داشتند؛ همسر و مادر زنان، افراد دیگر تأثیرگذار بر قصد آنها بودند. در مطالعه

اطلاعاتی پراکنده درخصوص شیردهی انحصاری کسب می‌کنند ولی به دلیل کافی نبودن آموزش‌های اصولی، «باورهای فرهنگی و اجتماعی» نیز در امر شیردهی تأثیری گذارند؛ از طرفی، عقاید افراد مهم در زندگی فرد، می‌توانند در انجام رفتار واقعی فرد تأثیرگذار باشند. با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود، جلسات آموزشی به‌طور مداوم در مراکز بهداشتی- درمانی برای زنان باردار درخصوص داشتن شیردهی موفق برگزار شوند؛ همچنین، ترغیب مادر و حتی همسر زن باردار به شرکت در کلاس‌های آموزش شیردهی و کسب اطلاعات لازم پیش از زایمان و همچنین استفاده از آموزش‌های نوین و نظریه‌های آموزش بهداشت به‌جای روش‌های سنتی می‌تواند تأثیری بسزا در بهبود قصد مادران برای این امر و در نتیجه، بهبود عملکرد آنها برای انجام تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی کودک داشته‌باشد.

سپاس و قدردانی

این مطالعه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و کمیته اخلاق این دانشگاه، کد اخلاق به شماره ۵-۱۳۸-۹۱ دریافت کرده‌است؛ بدین وسیله، پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک برای حمایت مالی طرح و از معاونت بهداشتی شهرستان کاشان و کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی آن برای فراهم آوردن تسهیلات لازم و همکاری ایشان، تشکر و قدردانی می‌کنند.

در مطالعه می‌ترا و همکاران (۲۰۰۴)، مادران دارای تجربه پیشین شیردهی و دارای تحصیلات پایین‌تر، بیشتر برای شیردهی کودک خود قصد داشتند (۳۵)؛ همچنین میراحمدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود نشان دادند، متغیرهایی مانند «سطح تحصیلات، وضعیت شغلی مادر و جنس کودک» بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر نداشتند (۳۶) که با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت.

محدودیت این مطالعه، شامل جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت خودگزارش‌دهی بود که سعی شد با تأکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات و اهمیت اطلاعات صحیح در برنامه‌ریزی آموزشی بهتر، اثر این محدودیت را کمتر کرد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این مطالعه نتیجه می‌گیریم که قصد یا تمایل مادران به انجام تغذیه انحصاری، یکی از متغیرهای مهمی است که می‌تواند تأثیری قابل توجه، روی عملکرد مادران برای انجام تغذیه انحصاری داشته‌باشد. عواملی که می‌توانند قصد مادران را برای انجام تغذیه انحصاری با شیر مادر، تحت تأثیر قرار دهند، کنترل رفتاری درک‌شده، نگرش، هنجارهای ذهنی و آگاهی مادران نسبت به تغذیه انحصاری و مزایای انجام آن هستند. بسیاری از مادران باردار در زمان بارداری، چندان برای انجام تغذیه انحصاری تمایل ندارند یا اینکه تمایل دارند ولی به دلایلی مختلف، موفق نمی‌شوند این عمل را انجام دهند؛ همچنین، مادران از زمان بارداری،

منابع

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The lancet* 2003;362(9377):65-71.
2. Organization World Health. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000;355(9202):451-5.
3. Organization World Health. WHO Expert committee report. Geneva, WHO. 2001.
4. Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. *Journal of human lactation* 2012;28(1):45-54.
5. UNICEF. The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2012.
6. Safari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heidarnia A, Pakpur H. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran: Sobhan; 2009.
7. Downs DS, Hausenblas HA. Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport and Exercise* 2005;6(1):1-31.
8. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology* 2001; 40(4):471-99.
9. Hamilton K, Daniels L, White KM, Murray N, Walsh A. 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.
10. Wambach KA. Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Research in nursing & health* 1997;20(1):51-9.
11. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of advanced nursing* 2005; 50(3):272-82.
12. Kim HS, Nam ES. Prediction of breastfeeding intentions and behavior: An application of the theory of planned behavior. *The Journal of Nurses Academic Society* 1997;27(4):796-806.
13. Dodgson JE, Henly SJ, Duckett L, Tarrant M. Theory of planned behavior-based models for breastfeeding duration among Hong Kong mothers. *Nursing Research* 2003;52(3):148-58.
14. Kim E, Hoetmer SE, Li Y, Vandenberg JE. Relationship between intention to supplement with infant formula and breastfeeding duration. *Canadian Journal of Public Health* 2013;104(5): 388-393.
15. Léger-Leblanc G, Rioux FM. Effect of a prenatal nutritional intervention program on initiation and duration of breastfeeding. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 2008; 69(2): 101-5.
16. Almasi H, Saberi H, Moravveji SA. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006. *Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences* 2010.14(2):163-168. (persian)
17. McMillan B, Conner M, Green J, Dyson L, Renfrew M, Woolridge M. Using an extended theory of planned behaviour to inform interventions aimed at increasing breastfeeding uptake in primiparas experiencing material deprivation. *British journal of health psychology* 2009;14(2):379-403.
18. Xu F, Binns C, Zheng S, Wang Y, Zhao Y, Lee A. Determinants of exclusive breastfeeding duration in Xinjiang, PR China. *Asia Pacific journal of clinical nutrition* 2007.16(2):316-21.
19. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012; 130(1) :54 -60.
20. McCarter-Spaulling DE, Kearney MH. Parenting Self-Efficacy and Perception of Insufficient Breast Milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2001;30(5):515-22.
21. Bai Y, Wunderlich SM, Fly AD. 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.
22. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *Journal de pediatria* 2004;80(2):99-105.
23. Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2006;35(3):349-57.
24. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis C-L, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation* 2004; 20(1):30-8.
25. Bai Y, Middlestadt SE, Peng C-YJ, Fly AD. Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life; *Journal of Human Lactation* 2010; 26(1):26-34.
26. Kloeblen-Tarver AS, Thompson NJ, Miner KR. Intent to breast-feed: The impact of attitudes, norms, parity, and experience. *American journal of health behavior* 2002; 26(3):182-7.
27. Lawton R, Ashley L, Dawson S, Waiblinger D, Conner M. Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. *British Journal of Health Psychology* 2012;17(4):854-71
28. Aidam B, Perez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. *European journal of clinical nutrition* 2005; 59(6):789-96.
29. Hill GJ, Arnett DB, Mauk E. Breast-feeding intentions among low-income pregnant and lactating women. *American journal of health behavior* 2008; 32(2):125-36.

30. Jalaly Aria K , Joybari L , Sanagoo A . The reasons for failure of exclusive breast-feeding in health centers in Gorgan (1378-79) . Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2001; 3(2):81-86. (persian)
31. Stewart-Knox B, Gardiner K, Wright M. What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2003;16(4):265-73.
32. Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population; Breastfeeding Medicine 2011; 6 (6): 413-20.
33. Swanson V, Power K, Kaur B, Carter H, Shepherd K. The impact of knowledge and social influences on adolescents' breast-feeding beliefs and intentions; Public Health Nutrition 2006; 9(3):297- 305.
34. Khabazkhoob M, Fotouhi A, Majdi M, Moradi A, Javaherforoshzadeh A, Haeri Kermani Z, et al. Prevalence of Exclusive Breastfeeding in Health Center Mashhad, 2007. Iranian Journal of Epidemiology 2008;3(3):45-53. (persian)
35. Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. Maternal and Child Health Journal. 2004;8(2):65-70.
36. Mirahmadizadeh A, Zare P, Moradi F, Sayadi M, Hesami E, Moghadami M. Exclusive breast-feeding weaning pattern and its determinant factors in Fars province in 2010. Daneshvar 2012; 99:1-13. (persian).

The relationship between prenatal intention to exclusive breast-feeding and mothers practice within 6 months after delivery in primipar women

Fahimeh Mahboobi Gazaani, Nasrin Roozbahani*, Mohsen Shamsi

Department of Health Education, Faculty of Health Sciences, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

* E-mail: roozbahani@arakmu.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Exclusive breastfeeding up to 6 months after birth is recommended by the World Health Organization in order to increase infants' survival and reduce the rate of their diseases. This study was carried out aimed to investigate the relationship between prenatal intention to exclusive breastfeeding and maternal practice within 6 months after delivery in Kashan.

Materials and Methods: This cross-sectional and analytical study was conducted in 2014 on 224 primiparous pregnant women referred to Health Centers of Kashan. The samples were randomly selected from 16 health centers in the city of Kashan. Data were collected and analyzed using a questionnaire containing demographic characteristics and questions related to the constructs of theory of planned behavior.

Results: The mean maternal age was equal to 24.9 years. Among the pregnant women participating in the study, 86.6% of them intended to continue exclusive breastfeeding up to 6 months of the infants' age. Among these mothers, 89.7% and 70.1% continued exclusive breastfeeding up to three months and six months, respectively. From 13.4% of mothers with no intention of exclusive breastfeeding, 86.7% and 64.7% did exclusive breastfeeding up to the first three and six months of age, respectively. There were significant positive correlations respectively between the intention of exclusive breastfeeding in pregnant women with the constructs of perceived control behavior, attitude, subjective norms and knowledge.

Conclusion: Considering the results of this study, the mothers' intention for exclusive breastfeeding during pregnancy is an important predictor of continuing this type of feeding up to the six month of infant age, and the theory of planned behavior can be effectively used to design the improving interventions of exclusive breastfeeding.

Keywords: Theory of planned behavior, Exclusive breastfeeding, Intention, Primipar women