

## Effect of Theory of Planned Behavior-based Educational Intervention on Breastfeeding Behavior in Pregnant Women in Fasa City, Iran

Seyedeh Marjan Arshad (MD)<sup>1</sup>, Ali Khani-Jeihooni (PhD)<sup>2,\*</sup>, Zahra Moradi (MSc)<sup>3</sup>, Seyed Amin Kouhpayeh (PhD)<sup>4</sup>, Seyed Mansour Kashfi (MD)<sup>5</sup>, Azizollah Dehghan (PhD)<sup>6</sup>

<sup>1</sup> School of Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

<sup>2</sup> Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

<sup>3</sup> Department of Nursing, School of Nursing, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

<sup>4</sup> Department of Pharmacology, School of Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

<sup>5</sup> Department of Public Health, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>6</sup> Department of Epidemiology, School of Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

\* **Corresponding Author:** Ali Khani-Jeihooni, Department of Public Health Education, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran. Email: khani\_1512@yahoo.com

### Abstract

**Received:** 26/06/2017

**Accepted:** 19/09/2017

#### How to Cite this Article:

Arshad SM, Khani-Jeihooni A, Moradi Z, Kouhpayeh SA, Kashfi SM, Dehghan A. Effect of Theory of Planned Behavior-based Educational Intervention on Breastfeeding Behavior in Pregnant Women in Fasa City, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4(2): 55-63. DOI: 10.21859/jech.4.2.55

**Background and Objective:** Breastfeeding is a matter of significant importance. Given the role of such factors as attitude and subjective norms on the behavior of mothers and the low level of exclusive breastfeeding, the present study aimed to determine the effect of educational program based on the theory of planned behavior on breastfeeding behavior among the pregnant women in Fasa, Iran.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study was conducted on 100 pregnant women with the gestational age of 30-35 weeks who referred to the health care centers of Fasa, Iran, in 2017. The study population was selected using random sampling technique, and then assigned into two groups of control (n=50) and intervention (n=50). The data were collected using a demographic form, components of the theory of planned behavior questionnaire, and a breastfeeding checklist. The intervention group received three 55-to-60-minute training sessions. The mothers' breastfeeding behavior was evaluated before the training sessions and 40 days post-delivery in both groups. The data were analyzed in SPSS software, version 22, using Chi-square test, independent t-test, and paired sample t-test.

**Results:** According to the results, there was no significant difference between the two groups in terms of the components of the theory of planned behavior before the educational intervention (P=0.208). However, after the training sessions, the intervention group showed a significant improvement in all components of the theory of planned behavior, including intention and breastfeeding behavior, compared to the control group (P=0.001).

**Conclusion:** Based on the findings of this study, appropriate training programs, social network support, and suitable conditions for breastfeeding in the community are among the effective factors that can change the mothers' attitudes towards lactation and result in successful breastfeeding in the first three months after childbirth.

**Keywords:** Breastfeeding Behavior; Exclusive Breastfeeding; Theory of Planned Behavior

## تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار بر برنامه‌ریزی شده بر رفتار شیردهی زنان باردار شهر فسا

سیده مرجان ارشد<sup>۱</sup>، علی خانی جیحونی<sup>۲\*</sup>، زهرا مرادی<sup>۳</sup>، سید امین کوهپایه<sup>۴</sup>، سید منصور کشفی<sup>۵</sup>، عزیزالله دهقان<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران  
<sup>۲</sup> دکترای تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران  
<sup>۳</sup> کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران  
<sup>۴</sup> دکترای تخصصی، گروه فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران  
<sup>۵</sup> پزشک عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
<sup>۶</sup> دکترای تخصصی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران  
\* نویسنده مسئول: علی خانی جیحونی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.  
ایمیل: Khani\_1512@yahoo.com

### چکیده

**سابقه و هدف:** با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر و نقش عواملی چون نگرش و هنجارهای انتزاعی بر رفتار مادران و نیز میزان پایین تغذیه انحصاری با شیر مادر، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر رفتار شیردهی در زنان باردار شهر فسا انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش نیمه‌تجربی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۰۰ نفر از زنان باردار در سن بارداری ۳۰ تا ۳۴ هفته (۵۰ نفر در گروه آزمون و ۵۰ نفر در گروه کنترل) که به‌صورت تصادفی ساده از بین مراجعین مراکز بهداشتی- درمانی شهر فسا انتخاب شده بودند انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: پرسش‌نامه مشتمل بر اطلاعات جمعیت‌شناختی، سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و چک‌لیست بررسی تغذیه با شیر مادر بود. مداخله آموزشی به‌صورت ۳ جلسه آموزشی ۵۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمون برگزار گردید و رفتار شیردهی مادران قبل از آموزش و ۴۰ روز پس از زایمان در هر دو گروه ارزیابی شد. لازم به ذکر است که اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و به‌کارگیری آزمون‌های کای اسکور، تی مستقل و تی زوجی تحلیل گردیدند.

**یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که قبل از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده وجود ندارد ( $P=0/208$ )؛ اما پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون تمام سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده از جمله قصد و رفتار شیردهی بهبود یافته است ( $P=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج مشاهده شد که تغییر نگرش مادر نسبت به شیردهی با برنامه‌های آموزشی مناسب، حمایت شبکه‌های اجتماعی و وجود شرایط مناسب برای تغذیه با شیر مادر در جامعه از عوامل مؤثر در شیردهی موفق مادران در سه ماه اول پس از زایمان محسوب می‌شوند.

**واژگان کلیدی:** تغذیه انحصاری با شیر مادر؛ رفتار شیردهی؛ نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

### مقدمه

به عفونت‌های تنفسی، عفونت گوش میانی، بیماری‌های اسهالی، دیابت، انواع آلرژی، آسم و سندرم مرگ ناگهانی نوزاد قرار دارند [۵-۲]. تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌تواند منافع ذکرشده را بهبود بخشد و احتمالاً زمان تغذیه با شیر مادر را

تغذیه نوزاد با شیر مادر نه‌تنها به سلامتی نوزاد و مادر کمک می‌کند؛ بلکه باعث ایجاد اثرات مثبت در سلامت جامعه نیز می‌گردد [۱]. نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند در مقایسه با سایر نوزادان در معرض سطح پایین‌تری از خطر ابتلا

افزایش می‌دهد [۱۴]. تغذیه نوزاد با شیر مادر تحت تأثیر فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی قرار دارد؛ به طوری که میزان اقدام به شیردهی به نوزاد در زنان گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، کمتر گزارش شده است [۱۵]. یکی از فاکتورهای مهم در تغذیه نوزاد با شیر مادر، هنجارهای انتزاعی زنان شامل: دیدگاه همسر، دوستان و مراقبان بهداشتی می‌باشد که در شیوع و ادامه تغذیه با شیر مادر تعیین‌کننده هستند [۱۶]. در این راستا نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند که نگرش مادر نسبت به شیردهی، حمایت شبکه‌های اجتماعی و وجود شرایط مناسب برای تغذیه با شیر مادر در جامعه از عوامل مؤثر در یک شیردهی موفق در سه ماه اول پس از زایمان محسوب می‌شوند [۱۷].

مطالعات مختلفی در مورد تأثیر آموزش بر رفتار شیردهی مادران انجام شده است که بیانگر اهمیت مداخله آموزشی در این زمینه می‌باشند [۲۰-۱۸]. طی سالیان گذشته تعدادی از پژوهشگران در مطالعات مربوط به رفتار شیردهی از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به عنوان چهارچوب تئوریک پژوهش استفاده کرده‌اند. در مطالعات ذکرشده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به عنوان الگویی مفید برای پیش‌بینی رفتار شیردهی مادر یاد شده است. قدرت نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی رفتارهای متنوع بهداشتی طی مطالعات متعددی اثبات شده است [۲۱، ۱۸]. این نظریه که توسط Ajzen و Fishbein در سال ۱۹۸۰ تدوین شد بر مبنای سازه‌های زیر استوار می‌باشد: نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده، قصد رفتاری و رفتار فرد [۲۱]. در این پژوهش به دو دلیل عوامل مؤثر و برنامه‌های آموزشی در جهت افزایش شیردهی با شیر مادر در زنان باردار براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده مورد بررسی قرار گرفت: ۱. عوامل مختلفی مانند عوامل انسانی (نگرش فرد)، اجتماعی (هنجارهای ذهنی) و محیطی (کنترل رفتاری درک‌شده) بر شیردهی از پستان مؤثر می‌باشد. یکی از الگوهایی که این عوامل را به خوبی بیان و ارزیابی می‌کند نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده است؛ به طوری که استفاده از نظریه تغییر رفتار بر افزایش توجه مادران به تغذیه شیرخوار با شیر مادر مؤثر می‌باشد؛ ۲. براساس این نظریه زمانی مادر قصد شیردهی طبیعی را دارد که: الف) دید مثبتی نسبت به شیردهی طبیعی داشته باشد (نگرش)؛ ب) احساس کند افراد مهم در زندگی وی خواهان انجام شیردهی او به صورت طبیعی هستند (هنجارهای اجتماعی)؛ ج) احساس کند عواملی وجود دارند که تسهیل‌کننده یا بازدارنده او از شیردهی هستند؛ اما با وجود این عوامل او قادر است شیردهی موفق داشته باشد (کنترل رفتاری درک‌شده).

با توجه به اهمیت شیردهی و نقش عواملی چون نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی بر تغییر رفتار مادران و

به طور کلی افزایش دهد [۶]. اهمیت تغذیه مطلوب شیرخواران و کودکان خردسال با شیر مادر برای بقا، رشد و تکامل آن‌ها به خوبی شناخته شده و به عنوان یک موضوع مهم بهداشت عمومی در طول دهه‌های گذشته پذیرفته شده است [۷]. تغذیه با شیر مادر بهترین شروع در زندگی هر کودک می‌باشد. ارزش تغذیه با شیر مادر و نقش آن در کاهش مرگ و میر و ابتلای شیرخواران به بیماری‌ها، افزایش بهره هوشی، تأمین بهترین الگوی رشد، تکامل و تأمین سلامت آن‌ها در بزرگسالی و حفظ سلامت مادران بر کسی پوشیده نیست. مطالعات نشان داده‌اند که مصرف شیر مادر علاوه بر تحمیل هزینه کمتر به خانواده، خاصیت مصونیت‌زایی و ایمنی‌بخشی باعث افزایش علاقه و نزدیکی مادر و کودک به یکدیگر می‌شود [۸]. علاوه بر این شیر مادر سرشار از مواد مغذی و ویتامین‌های مختلف است و بهتر از هر ماده غذایی دیگری رشد کودک را تضمین می‌کند.

سالانه بیش از یک میلیون کودک در اثر ابتلا به بیماری‌های اسهال، عفونت‌های تنفسی و سایر عفونت‌های ناشی از تغذیه ناکافی با شیر مادر جان خود را از دست می‌دهند. بسیاری از کودکان از بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت و چاقی رنج می‌برند که اگر با شیر مادر تغذیه می‌شدند ابتلای آن‌ها به این بیماری‌ها کمتر بود [۹]. سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری با شیر مادر را در ۶ ماه نخست پس از تولد و همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی و بیشتر توصیه نموده است [۱۰]. تغذیه با شیر مادر از شیرخوار در مقابل بیماری‌هایی نظیر عفونت‌های دستگاه تنفسی، آلرژی، گاستروانتریت و سوءتغذیه محافظت می‌نماید. همچنین در طولانی مدت خطر ابتلا به دیابت، سرطان تخمدان و سرطان پستان را در مادران کاهش داده و توانایی آن‌ها را برای سازگاری با ایفای نقش مادری افزایش می‌دهد. از سوی دیگر هزینه مراقبت‌های بهداشتی را بیش از سه هزار میلیون دلار در سال در آمریکا کاهش می‌دهد [۱۱].

برخی از مطالعات انجام‌شده در ایران حاکی از آن هستند که با وجود اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر هنوز دانش کافی در ارتباط با تغذیه با شیر مادر وجود ندارد و تنها ۲۳ درصد از مادران شیرده در کشور تا ۶ ماهگی شیرخوار خود را از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند می‌نمایند [۱۲، ۱۳]؛ بنابراین انجام مداخلاتی با هدف افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر ضروری به نظر می‌رسد. در این بین مداخلات مبتنی بر نظریه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زمینه تغذیه با شیر مادر می‌تواند اطلاعات حقیقی و تکنیکی درباره تغذیه با شیر مادر را برای گروه‌های هدف به‌ویژه در بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی-درمانی و یا جامعه فراهم کند. این‌گونه مداخلات بر پایه تخصص‌های حرفه‌ای استوار بوده و ادراکات و توانایی‌های زنان را در رابطه با تغذیه با شیر مادر

کدام یک از فواید تغذیه با شیر مادر است؟) با مقیاس ۳ گزینه‌ای (بلی، خیر و نمی‌دانم) بود که به پاسخ صحیح نمره ۱ و به پاسخ اشتباه یا نمی‌دانم نمره صفر تعلق می‌گرفت. دامنه نمرات قابل‌اکتساب بین ۱۴-۰ بود و کسب نمره بالاتر از آگاهی بهتر زنان حکایت داشت. علاوه بر این سازه نگرش شامل ۱۳ سؤال (مانند: شیردادن از پستان باعث شل شدن سینه‌ها می‌شود) با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) بود و دامنه نمرات قابل‌اکتساب آن بین ۱۳ تا ۶۵ متغیر بود و نمره بالاتر حکایت از نگرش مثبت زنان نسبت به انجام رفتار داشت. سازه کنترل رفتار درک شده نیز ۸ سؤال (مانند: من توانایی انجام شیردهی از پستان را ندارم) را با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) شامل می‌شد که دامنه نمرات قابل‌اکتساب آن بین ۸ تا ۴۰ متغیر بود و نمره بالاتر از کنترل رفتاری بیشتر زنان بر انجام رفتار حکایت داشت.

از سوی دیگر سازه هنجارهای انتزاعی شامل ۹ سؤال (مانند: همسر شما چه پیشنهادی در مورد شیردهی شما دارد؟) با مقیاس ۴ گزینه‌ای بود که بر حسب سؤال و مطلوب بودن پاسخ به ترتیب به هر گزینه نمره ۱ تا ۴ تعلق می‌گرفت. دامنه نمرات قابل‌اکتساب در این سازه بین ۹ تا ۳۶ متغیر بود و نمره بالاتر نشان از هنجارهای انتزاعی ترغیب‌کننده انجام رفتار داشت. سازه قصد رفتاری نیز دربرگیرنده ۵ سؤال (مانند: آیا قصد شیردهی از پستان دارید؟) با مقیاس دو گزینه‌ای بلی و خیر بود که به صورت ۰ و ۱ نمره‌گذاری می‌شد. جهت بررسی عملکرد شیردهی از چک‌لیست بررسی تغذیه با شیر مادر وزارت بهداشت و درمان ایران که شامل ۲۹ سؤال با پاسخ بلی یا خیر بود و از طریق پرسش از مادر و مشاهده نحوه شیردهی تکمیل می‌گردید استفاده شد [۲۵]. دامنه نمرات قابل‌اکتساب این ابزار بین ۰ تا ۲۹ متغیر بود. جهت بررسی روایی پرسش‌نامه‌ها از روش روایی محتوا استفاده گشت؛ بدین ترتیب که پرسش‌نامه‌ها براساس اهداف پژوهشی و با استفاده از منابع علمی، مقالات و مطالعات سایر پژوهشگران [۱۸، ۲۳، ۲۶] تنظیم شدند و اعتبار آن‌ها پس از تأیید اساتید گروه مامایی و آموزش بهداشت، متخصصان زنان و زایمان، متخصصان اطفال و لحاظ‌شدن اصلاحات تأیید گردید. علاوه بر این اعتماد پرسش‌نامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ بررسی شد که میزان آن برای آگاهی ( $\alpha=0/84$ ) و سازه‌های نگرش ( $\alpha=0/87$ )، کنترل رفتاری درک شده ( $\alpha=0/85$ )، هنجارهای انتزاعی ( $\alpha=0/88$ ) و قصد رفتاری ( $\alpha=0/87$ ) در سطح قابل‌قبولی برآورد گردید.

مداخله آموزشی به صورت ۳ جلسه آموزشی هر یک به مدت ۵۵ تا ۶۰ دقیقه (هفته‌ای یک جلسه) طراحی شد و در سالن جلسات مراکز بهداشتی-درمانی برگزار گردید. محتوای آموزشی براساس کتاب "آموزش شیر مادر" تألیف وزارت

کمبود مطالعات با تأکید بر نقش نظریه‌های مختلف و آمار پایین شیردهی انحصاری با شیر مادر در کشور و شهر فسا، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر عملکرد شیردهی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر فسا انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی است که در سال ۱۳۹۶ در ارتباط با ۱۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر فسا که در هفته ۳۰ تا ۳۴ بارداری بودند (۵۰ نفر در گروه آزمون و ۵۰ نفر در گروه کنترل)، انجام شد. معیار ورود به پژوهش شامل: حاملگی تک‌قلویی و عدم ابتلا به بیماری که درمان آن با شیردهی از پستان تداخل داشته باشد بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های پستان که منع شیردهی داشته باشند، ابتلا به بیماری‌هایی که درمان آن‌ها با شیردهی از پستان تداخل داشته باشد، استفاده مادران از داروهای ضد افسردگی و روان‌گردان، زایمان مادران قبل از پایان جلسه چهارم، بستری‌شدن نوزاد، بستری‌شدن مادر، مرگ داخل رحمی جنین و عدم تمایل مادر به ادامه همکاری.

حجم نمونه با استفاده از مطالعات شریفی و همکاران [۲۲]، احمدی و همکاران [۲۳] و بشارتی و همکاران [۲۴] با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۸۰ درصد در سطح خطای حداقل ۲ نمره اختلاف بین دو گروه مورد مطالعه حداقل ۸۰ نفر محاسبه گردید؛ اما به منظور کنترل خطاهای تصادفی احتمالی و افزایش توان آماری پژوهش تعداد افراد به ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر در گروه آزمون و ۵۰ نفر در گروه کنترل) افزایش یافت. از بین ۶ مرکز بهداشتی-درمانی شهری فسا ۲ مرکز به طور تصادفی انتخاب گردیدند و نمونه‌ها براساس پرونده خانوار و دفتر زنان باردار به طور تصادفی وارد پژوهش شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. شایان ذکر است که گروه‌های مورد پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح، محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه گردیدند و تمامی شرکت‌کنندگان با ارائه رضایت‌نامه کتبی و اعلام تمایل وارد پژوهش شدند. ذکر این نکته ضرورت دارد که مطالعه حاضر دارای تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی فسا با شناسه IR.FUMS.REC.1396.257 می‌باشد.

ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل: پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی (از قبیل سن زنان، سن همسران، سطح تحصیلات زنان و همسران، درآمد خانوار، پوشش بیمه خدمات درمانی و وضعیت اشتغال زنان)، سؤالات آگاهی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بود. آگاهی شامل ۱۴ سؤال (مانند:

بهداشت و درمان ایران در اختیار مادران قرار گرفت [۲۷، ۲۸]. برای هر یک از جلسات آموزشی اهداف رفتاری تعیین شد و جهت دستیابی این اهداف از روش‌های مختلفی از قبیل سخنرانی، فیلم آموزشی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و مشاوره فردی استفاده گردید. همچنین یک جلسه برای افزایش آگاهی و یک جلسه جهت تغییر در نگرش زنان باردار نسبت به روش‌های شیردهی و ارزیابی مثبت آن‌ها از شیردهی با شیر مادر در نظر گرفته شد و جلسه آخر نیز در مورد کنترل رفتاری زنان باردار و قصد آن‌ها در انتخاب بهترین نوع روش شیردهی برگزار گردید. لازم به ذکر است که با توجه به نقش اطرافیان مادر و به‌ویژه همسر در ترغیب مادر به شیردهی، آموزش به همسران گروه مداخله به‌صورت غیرمستقیم و توسط خود زنان باردار انجام شد؛ اما گروه کنترل تنها آموزش‌های روتین را که در مراکز بهداشتی- درمانی ارائه می‌گردید دریافت نمودند. پرسش‌نامه‌های آگاهی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده قبل و بعد از آموزش توسط واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه آزمون و کنترل تکمیل شدند. همچنین رفتار شیردهی قبل از آموزش و ۴۰ روز پس از زایمان توسط مادران در هر دو گروه آزمون و کنترل ارزیابی گردید.

علاوه بر این داده‌های گردآوری شده در نرم‌افزار SPSS 22 وارد شدند و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای دو، تی مستقل و تی زوجی تحلیل گردیدند. شایان ذکر است که سطح معناداری برای تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته

شده بود.

### یافته‌ها

میانگین سن زنان مورد مطالعه در گروه آزمون  $26/25 \pm 3/22$  و گروه کنترل  $27/02 \pm 3/14$  سال بود. میانگین سن همسران آن‌ها نیز در گروه آزمون و کنترل به ترتیب  $31/23 \pm 2/16$  و  $31/65 \pm 2/12$  سال بود که براساس نتایج آزمون تی مستقل در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ( $P=0/108$ ). علاوه بر این طبق نتایج آزمون کای دو و دقیق Fisher سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (جدول ۱).

مقایسه میانگین نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی- شده در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی در جدول ۲ ارائه شده است. طبق یافته‌ها قبل از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین گروه آزمون و کنترل از نظر میزان آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده، هنجارهای انتزاعی، قصد و رفتار شیردهی مشاهده نشد ( $P>0/05$ )؛ اما پس از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین گروه آزمون و کنترل از نظر میزان آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده، هنجارهای انتزاعی، قصد و رفتار شیردهی وجود داشت ( $P<0/001$ ) که این تغییرات در گروه کنترل از نظر آماری معنادار نبود ( $P>0/05$ ).

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه آزمون (n=50)		گروه کنترل (n=50)		سطح معناداری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲	۴	۳	۶
	ابتدایی	۸	۱۶	۶	۱۲
	راهنمایی	۱۴	۲۸	۱۶	۳۲
	دبیرستان	۱۹	۳۸	۱۸	۳۶
سطح تحصیلات همسر	دانشگاهی	۷	۱۴	۷	۱۴
	بی‌سواد	۱	۲	۱	۲
	ابتدایی	۶	۱۲	۹	۱۸
	راهنمایی	۱۳	۲۶	۱۴	۲۸
درآمد خانوار	دبیرستان	۲۰	۴۰	۱۸	۳۶
	دانشگاهی	۱۰	۲۰	۸	۱۶
	زیر ۱ میلیون تومان	۱۰	۲۰	۱۲	۲۴
پوشش بیمه خدمات درمانی	۱-۲ میلیون تومان	۲۴	۴۸	۲۰	۴۰
	بیش از ۲ میلیون تومان	۱۶	۳۲	۱۸	۳۶
	بلی	۴۸	۹۶	۴۹	۹۸
وضعیت اشتغال زنان	خیر	۲	۴	۱	۲
	شاغل	۱۴	۲۸	۱۶	۳۲
وضعیت اشتغال زنان	غیر شاغل	۳۶	۷۲	۳۴	۶۸

\* نتایج آزمون دقیق Fisher

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در گروه آزمون و کنترل قبل و پس از مداخله آموزشی

متغیر	گروه	قبل از مداخله انحراف معیار±میانگین	پس از مداخله انحراف معیار±میانگین	سطح معناداری*
آگاهی	آزمون	۶/۲۱±۲/۱۸	۱۰/۷۱±۲/۲۰	<۰/۰۰۱
	کنترل	۶/۸۹±۲/۰۹	۷/۰۲±۲/۰۵	۰/۱۲۵
	سطح معناداری**	۰/۲۰۸	<۰/۰۰۱	
نگرش	آزمون	۲۴/۳۱±۳/۶۰	۵۱/۱۷±۳/۱۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲۵/۲۱±۳/۲۴	۲۶/۱۸±۳/۱۱	۰/۱۳۶
	سطح معناداری**	۰/۰۹۸	<۰/۰۰۱	
کنترل رفتاری درک‌شده	آزمون	۱۴/۱۲±۳/۱۳	۳۲/۳۱±۳/۲۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵/۰۴±۳/۱۹	۱۵/۸۶±۳/۱۷	۰/۱۰۹
	سطح معناداری**	۰/۱۱۶	<۰/۰۰۱	
هنجارهای انتزاعی	آزمون	۱۴/۲۲±۲/۴۴	۳۰/۰۳±۲/۱۷	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵/۱۰±۲/۲۲	۱۶/۰۱±۲/۰۹	۰/۱۳۳
	سطح معناداری**	۰/۱۰۷	<۰/۰۰۱	
قصد رفتاری	آزمون	۱/۲۴±۱/۱۲	۴/۲۱±۰/۴۵	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۲۱±۱/۰۸	۱/۲۳±۱/۰۹	۰/۲۲۵
	سطح معناداری**	۰/۱۵۲	<۰/۰۰۱	
رفتار شیردهی	آزمون	۹/۲۲±۲/۲۸	۲۵/۱۵±۲/۱۴	<۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۸۰±۲/۲۰	۱۰/۴۱±۲/۰۲	۰/۱۸۴
	سطح معناداری**	۰/۱۰۴	<۰/۰۰۱	

\* نتایج آزمون تی زوجی، \*\* نتایج آزمون تی مستقل

## بحث

کنترل افزایش معناداری در پس از مداخله آموزشی داشته است. نگرش مبتنی بر پیامدهای تجربه فردی رفتار یا تجربیات جانشینی از راه یادگیری مشاهده‌ای از دیگران می‌باشد؛ از این رو پس از تجربه مستقیم یک رفتار، اعتقادات مثبت درباره پیامدهای رفتار تقویت شده و به‌عنوان انگیزه بر ادامه آن تأثیر می‌گذارد. همچنین نگرش به احساسات ناشی از انجام رفتار اشاره دارد و تجربه این احساسات خوشایند می‌تواند بر ارتقا و تداوم آن اثرگذار باشد [۳۲]. در پژوهش Lange و همکاران به نقش عوامل انگیزشی در شیردهی اشاره شده است [۳۳]. در پژوهش Mutuli و Walingo نیز گزارش شد که نگرش به‌طور معناداری بر قصد شیردهی تأثیر دارد [۳۴]. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر در مطالعه Giles و همکاران برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده سبب افزایش نمره نگرش مادران نسبت به شیردهی با شیر مادر گردید [۳۵]. در مطالعات جلمبادانی و همکاران [۳۶] و کرامت و همکاران [۱۸] نیز مداخله آموزشی باعث افزایش میانگین نمره نگرش پس از مداخله آموزشی شده بود که این امر با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ اما در مطالعات احمدی و همکاران [۲۳] و پیمان و همکاران [۳۰] میزان نمره نگرش زنان پس از مداخله آموزشی افزایش معناداری نداشت که علت این امر می‌تواند بیشتر بودن زمان جلسات سنجش مجدد نگرش توسط پس‌آزمون در ۴۰ روز پس از زایمان باشد. از سوی دیگر در مطالعه احمدی پس‌آزمون پس از اتمام

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر عملکرد شیردهی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر فسا انجام شد. نتایج نشان داد که میزان آگاهی مادران قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه آزمون و کنترل در سطح پایینی قرار داشت؛ اما پس از مداخله آموزشی افزایش معناداری در گروه آزمون مشاهده شد. به نظر می‌رسد که علت آگاهی پایین مادران هنگام شروع مطالعه، عدم ارائه آموزش‌های کافی و لازم در مراکز بهداشتی-درمانی بوده باشد؛ از این رو آموزش منظم و برنامه‌ریزی‌شده در این پژوهش باعث ارتقای سطح آگاهی مادران باردار گردید. در این راستا در پژوهش شریفی راد و همکاران پس از اجرای ۴ جلسه آموزشی آگاهی مادران باردار نسبت به روش‌های صحیح شیردهی افزایش یافت [۲۲]. نتایج مطالعات آقابابایی و همکاران [۲۹]، پیمان و همکاران [۳۰]، بشارتی و همکاران [۲۴] و Mellin و همکاران [۳۱] نیز حاکی از تأثیر مداخله آموزشی در افزایش میزان آگاهی مادران بود که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد که یکی از وظایف اصلی کارکنان بهداشتی ارائه آموزش صحیح، مستمر و اصولی به زنان باردار از اواخر دوران بارداری در مورد اهمیت شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره نگرش زنان در ارتباط با شیردهی انحصاری در گروه آزمون نسبت به گروه

جلسه چهارم آموزش و قبل از زایمان صورت گرفته بود که این فاصله زمانی انجام پس‌آزمون می‌تواند در اختلاف نمره نگرش دو پژوهش تأثیر داشته باشد. با توجه به اینکه نگرش در مورد یک رفتار برگرفته از عقاید فرد در مورد آن رفتار می‌باشد؛ بنابراین زمان بیشتری برای تغییر نگرش لازم است.

علاوه بر این در پژوهش حاضر پس از مداخله آموزشی میانگین نمره کنترل رفتاری درک‌شده در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشت. آموزش مهارت و تکنیک‌های شیردهی از طریق جلسه آموزشی و ارائه بازخوردهای تشویقی و اطلاعاتی مناسب در بحث گروهی موجب بهبود کنترل رفتاری درک‌شده در گروه آزمون گردید. شایان ذکر است که کنترل رفتاری درک‌شده و احساس تحت اراده و در اختیار بودن اقدام برای رفتار، یکی از عوامل مهم اقدام به آن رفتار می‌باشد [۲۳] و افزایش کنترل رفتار درک‌شده به دنبال مداخله، نشان‌دهنده تأثیر آموزش در به وجود آمدن این توان و ادراک که "اگر بخواهم می‌توانم شیردهی داشته باشم" می‌باشد.

نتایج مطالعه متاآنالیزی که توسط Guo و همکاران در سال ۲۰۱۵ مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام شده بود نشان داد که سازه‌های کنترل رفتار درک‌شده، نگرش و هنجارهای انتزاعی پیش‌بینی‌کننده شیردهی مادران هستند و قصد پیشگویی‌کننده قوی برای رفتار شیردهی می‌باشد [۳۷]. در مطالعات پیمان و همکاران [۳۰]، قاسمی و همکاران [۳۸]، جلمبادانی و همکاران [۳۶]، کرامت و همکاران [۱۸] و احمدی و همکاران [۲۳] نیز مداخله آموزشی موجب افزایش نمره کنترل رفتاری درک‌شده گردید که این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی براساس نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار در افزایش کنترل رفتاری درک‌شده بسیار سودمند خواهد بود.

در این پژوهش هنجارهای انتزاعی بالاتر به معنای تشویق و ترغیب مادران باردار به تغذیه شیرخوار با شیر مادر بود و افزایش نمره هنجارهای انتزاعی گروه آزمون در پژوهش حاضر تأثیر مداخله آموزشی را نشان داد. در این راستا در پژوهش شریفی راد و همکاران تغییر معناداری در هنجارهای انتزاعی مادران در انتخاب روش شیردهی در گروه آزمون پس از انجام مداخله آموزشی گزارش گردید [۲۲]. همچنین Giles و همکاران در پژوهش خود به نقش حمایتی مادران، همسران، خانواده، دوستان نزدیک و شاغلان در حرف پزشکی در تداوم شیردهی اشاره کرده و عنوان نمودند که مادران زنان شیرده، نقش مهم‌تری در شروع و به اتمام رسیدن دوره شیردهی دارند و آموزش پزشکان و پرستاران نیز در این مورد نقش مهمی خواهد داشت [۳۵]. نتایج پژوهش Swanson و همکاران نیز که بر مبنای نظریه عمل منطقی برای شروع و تداوم رفتار شیردهی انجام شده بود، حکایت از اهمیت هنجارهای انتزاعی و نقش مهم پرستاران و ماماها در ایجاد دیدگاه مثبت اجتماعی در این زمینه داشت [۳۹].

علاوه بر این در پژوهش لطیفی و همکاران هنجارهای انتزاعی شوهر، پزشک، مادر، پرسنل بهداشتی و مادر شوهر به‌عنوان مهم‌ترین هنجارها بودند و هنجارهای دوست و فامیل کمترین ارتباط را در امر شیردهی مادران مورد بررسی داشتند [۴۰]. نتایج مطالعه Brown و همکاران نیز نشان داد که حمایت گروهی نقش بسیار مهمی در شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر دارد. اعتقاد به آسانی امر شیردهی، پذیرفته‌شدن امر شیردهی به‌عنوان یک هنجار طبیعی در محیط زندگی شخص و دریافت حمایت و تشویق از سوی دیگران باعث می‌شود که تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی ادامه داشته باشد [۴۱]. با این حال بر خلاف یافته‌های پژوهش حاضر در مطالعه جلمبادانی و همکاران هنجارهای انتزاعی پس از مداخله آموزشی تغییر نکرده بود [۳۶]. باید توجه داشت که هنجارهای انتزاعی مهم در شیردهی بین جوامع مختلف متفاوت است که این تفاوت می‌تواند با توجه به ساختار متفاوت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی قابل توجیه باشد. به‌عنوان یک قاعده کلی، نگرش مطلوب و هنجارهای انتزاعی مطلوب و کنترل رفتاری درک‌شده بالاتر باعث می‌شود که قصد انجام‌دادن رفتار توسط فرد بیشتر شود. علت بالا بودن قصد رفتاری در گروه آزمون پس از مداخله آموزشی به دلیل بالا بودن نگرش افراد گروه آزمون نسبت به شیردهی، افزایش آگاهی مادران نسبت به مزایای شیردهی با شیر مادر و مؤثر بودن مداخله آموزشی می‌باشد. در پژوهش حاضر میزان رفتار شیردهی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل پس از مداخله آموزشی افزایش یافت. به عبارت دیگر تعداد مادرانی که پس از زایمان در گروه آزمون شیردهی انحصاری با شیر مادر داشتند افزایش یافت که این امر با نتایج مطالعات مشابه صورت‌گرفته در این راستا همخوانی دارد. در مطالعات کرامت و همکاران [۱۸] و قاسمی و همکاران [۳۸] قصد و رفتار شیردهی زنان مورد مطالعه پس از مداخله آموزشی افزایش یافته بود. در پژوهش شریفی راد و همکاران نیز مداخله آموزشی موجب کاهش شیردهی از شیشه شده بود [۲۲]. همچنین نتایج پژوهش Su و همکاران نشان داد که آموزش‌های ارائه‌شده قبل از زایمان و دریافت حمایت از اطرافیان پس از زایمان باعث افزایش شیردهی انحصاری می‌شود [۴۲]. در پژوهش صبا و همکاران نیز آموزش سبب ارتقای عملکرد مادران شده و میزان شیردهی انحصاری در ۶ ماه اول زندگی از ۵۶/۵ درصد به ۸۲/۷ درصد افزایش یافته بود [۴۳]. علاوه بر این در مطالعات Tol و همکاران [۱۹]، Caine و همکاران [۴۴]، Imdad و همکاران [۴۵] و Joshi و همکاران [۴۶] مداخله آموزشی موجب افزایش رفتار شیردهی گردید. با توجه به مطالعات فوق انجام مداخلات آموزشی سبب افزایش رفتار شیردهی در مادر شده و میزان شیردهی از شیشه را کاهش داده است. با این حال در پژوهش احمدی و همکاران قصد شیردهی انحصاری با شیر مادر پس از مداخله آموزشی تغییر معناداری نیافته بود [۲۳] که این اختلاف می‌تواند به دلیل حجم کم نمونه

بالایی پیدا می‌کنند و اگر قصد به درستی تبیین شود، اقدام به شیردهی با پستان (انحصاری) می‌گردد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش پیشنهاد می‌شود که آموزش رفتار شیردهی براساس دیگر نظریه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت طراحی گردد و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که برنامه آموزشی مدونی برای زنان باردار در مراکز بهداشتی-درمانی برگزار شود و رفتار شیردهی آن‌ها به‌طور متناوب مورد بررسی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه دوره دکترای حرفه‌ای (پزشکی عمومی) دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی فسا با شماره ۹۶۰۸۳ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی فسا و همچنین کلیه نمونه‌های مورد پژوهش و همکاران مراکز بهداشتی-درمانی به جهت همکاری با پژوهشگران تشکر و قدردانی می‌شود. علاوه‌براین اعلام می‌گردد که نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

مطالعه مذکور در مقایسه با پژوهش حاضر باشد. به نظر می‌رسد که استمرار آموزش‌ها پس از زایمان و تأکید بر تغذیه انحصاری بلافاصله بعد از زایمان می‌تواند رفتار شیردهی مادر را افزایش دهد. در نهایت از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به رفتار خود گزارش‌دهی شیردهی مادران اشاره کرد. همچنین برخی از جلسات آموزشی به زمان طولانی‌تری نیاز داشت که به دلیل محدودیت‌های زمانی و مکانی برخی از موضوعات به‌صورت خلاصه بیان گردید.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بهره‌گیری از آموزش بر پایه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده با توجه به تأکید این نظریه بر عوامل مهم روان‌شناختی ایجاد و یا تغییر رفتار می‌تواند رفتار شیردهی انحصاری را در زنان باردار ارتقا دهد. بر این اساس هر زمان که زنان آگاهی کافی و صحیح به همراه نگرش مثبت نسبت به شیردهی با پستان را به‌دست آوردند و احساس کنند که شیردهی با پستان خود از نظر عوامل محیطی (تسهیلات و موانع) در اختیار و اراده آن‌ها می‌باشد، برای انجام رفتار شیردهی قصد

## REFERENCES

- Murtagh L, Moulton AD. Working mothers, breastfeeding, and the law. *Am J Public Health*. 2011;**101**(2): 217-23. PMID: 21164100 DOI: 10.2105/AJPH.2009.185280
- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;**129**(3):827-41.
- Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics*. 2006;**117**(2):425-32. PMID: 16452362 DOI: 10.1542/peds.2004-2283
- McNiel ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A reanalysis and review. *Birth*. 2010;**37**(1):50-8. PMID: 20402722 DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00378.x
- Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2009;**123**(3):e406-10. PMID: 19254976 DOI: 10.1542/peds.2008-2145
- Balaban G, Silva GA. Protective effect of breastfeeding against childhood obesity. *J Pediatr*. 2004;**80**(1):7-16. PMID: 14978543
- Wilhelm SL, Rodehorst TK, Stepan MB, Hertzog M, Berens C. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. *Appl Nurs Res*. 2008;**21**(3):123-30. PMID: 18684405 DOI: 10.1016/j.apnr.2006.10.005
- Noel-weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;**35**(3):349-57. PMID: 16706684 DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00053.x
- Kim Y. Effects of a breast-feeding empowerment program on exclusive breast-feeding. *J Korean Acad Nurs*. 2009;**39**(2):279-87. PMID: 19411799 DOI: 10.4040/jkan.2009.39.2.279
- Roig AO, Martinez MR, Garcia JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JC, Pujalte Mdel M, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;**18**(3):373-80. PMID: 20721426
- Darby-Carlberg CL. Attitudes of young adults about breastfeeding and the association of breastfeeding exposure. [Master Thesis]. Las Vegas: University of Nevada Las Vegas; 2010.
- Hatami AZ, Talebi Toti Z. Patterns of breastfeeding in infants. *Hayat*. 2007;**13**(2):71-6. [Persian]
- Goya M. Iranian Annual Cancer Registration Report 2005/2006. Ministry of Health and Medical Education, Health Deputy. Tehran: Center for Disease Control and Prevention; 2007.
- Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiengre J. Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: a systematic review of the literature. *Midwifery*. 2016;**37**:32-40. PMID: 27217235 DOI: 10.1016/j.midw.2016.02.016
- Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2017;**12**:6. PMID: 28167998 DOI 10.1186/s13006-016-0097-2.
- Hoseini BL, Vakili R, Khakshour A, Saeidi M, Zarif B, Nateghi S. Maternal knowledge and attitude toward exclusive breast milk feeding (BMF) in the first 6 months of infant life in Mashhad. *Int J Pediatr*. 2014;**2**(1):63-9.
- Parsa P, Masoumi Z, Parsa N, Parsa B. Parents' health beliefs influence breastfeeding patterns among Iranian women. *Oman Med J*. 2015;**3**(30):187-92. PMID: 26171125 DOI: 10.5001/omj.2015.40
- Keramat A, Masoumi SZ, Shobeiri F, Raei M, Andarzugoo M, Babazadeh R. Effectiveness of educational program related to persuade women for breast feeding based on theory of planned behavior (TPB). *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul*. 2013;**21**(2):21-31. [Persian]
- Tol A, Majlesi F, Shojaeizadeh D, Esmaelee Shahmirzadi S, Mahmoudi Majdabadi M, Moradian M. Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior. *J Nurs Educ*. 2013;**2**(2):39-47. [Persian]
- Kim Y. Effects of a breast feeding empowerment program on exclusive breast feeding. *J Korean Acad Nurs*. 2009;**39**(2):279-87. PMID: 19411799 DOI: 10.4040/jkan.2009.39.2.279
- Ajzen I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychol Health*. 2011;**26**(9):1113-27. PMID: 21929476 DOI: 10.1080/08870446.2011.613995
- Sharifrad Gr, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanazadeh A, Charkazi AR, et al. The impact of educational program



- based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. *Arak Med Univ J.* 2010;**13**(1):63-70. [Persian]
23. Ahmadi M, Jahanara S, Moeini B, Nasiri M. Impact of educational program based on the theory of planned behavior on primiparous pregnant women's knowledge and behaviors regarding breast feeding. *J Health Care.* 2014;**16**(1):19-31. [Persian]
  24. Besharati F, Hazavehei SM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on Theory of Planned Behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht Health Centers. *Zanjan Univ Med Sci J.* 2011;**19**(77):94-106. [Persian]
  25. Afrakhteh M. 20-hour training course to support and promote breast feeding for the Baby Friendly Hospital staff. Unicef: World Health Organization; 2006.
  26. Alami A, Moshki M, Alimardani A. Development and validation of theory of planned behavior questionnaire for exclusive breastfeeding. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2014;**2**(4):45-53. [Persian]
  27. Association promotes breastfeeding Islamic Republic of Iran. Breast feeding Tehran: Shadrang Publication; 2012.
  28. Dewan N, Wood L, Maxweel S, Cooper C, Barbin B. Breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool. *J Hum Diet.* 2002;**15**(1):33-7. PMID: 11903787
  29. Aghababaei S, Bakht R, Bahmanzadeh M, Aghamohammadi L. Effects of breastfeeding education among primiparous women referring to Fathemih Hospital in Hamadan, Iran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul.* 2009;**17**(12):41-51. [Persian]
  30. Shishegar F. Comparison effect of breast feeding education on knowledge and function of cesarean and normal vaginal delivery mothers. *J Urmia Nurs Midwifery Facul.* 2007;**5**(4):53-63. [Persian]
  31. Mellin PS, Poplawski DT, Gole A, Mass SB. Impact of a formal breastfeeding education program. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;**36**(2):82-8. PMID: 21150474 DOI: 10.1097/NMC.0b013e318205589e
  32. Mack MG, Shaddox LA. Changes in short-term attitudes toward physical activity and exercise of university personal wellness students. *Coll Student J.* 2004;**38**(4):587-94.
  33. Lange A, Nautsch A, Weitmann K, Itermann T, Heckmann M. Breastfeeding motivation in Pomerania: survey of neonates in Pomerania (SNiP-Study). *Int Breastfeed J.* 2017;**12**:3. PMID: 28070209 DOI: 10.1186/s13006-016-0093-6
  34. Mutuli LA, Walingo MK. Applicability of theory of planned behavior in understanding breastfeeding intention of postpartum women. *Int J Multidiscip Curr Res.* 2014;**2**: 258-66.
  35. Giles M, Connor S, McClenahan C, Mallett J, Stewart-Knox B, Wright M. Measuring young people's attitudes to breastfeeding using the theory of planned behavior. *J Public Health.* 2007;**29**(1):17-26. PMID: 17204510 DOI: 10.1093/pubmed/fdl083
  36. Jalambadani Z, Shojaei Zadeh D, Hoseini M, Sadeghi R. The effect of education for iron consumption based on the theory of planned behavior in pregnant women in Mashhad. *J Clin Nurs Midwifery.* 2015;**4**(2):59-68. [Persian]
  37. Guo JL, Wang TF, Liao JY, Huang CM. Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling. *Appl Nurs Res.* 2016;**29**:37-42. PMID: 26856486 DOI: 10.1016/j.apnr.2015.03.016
  38. Ghasemi M, Dehdari T, Mohagheghi P, Gohari MR. The effect of educational intervention based on theory of planned behavior (TPB) for improving method of care of premature infant by mother. *Razi J Med Sci.* 2014;**20**(115):39-48. [Persian]
  39. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. *J Adv Nurs.* 2005;**50**(3):272-82. PMID: 15811106 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03390.x
  40. Latifi M, Saggarr R, Seyyedghasemi NS, Moghaddam Z, Soleymaninejad M, Ghaedi M, et al. Investigating of breast feeding situation in mothers who have 8-24 months infant and its related factors based on BASNEF model constructs in Aqqala city. *J Prev Health.* 2015;**1**(1):64-73.
  41. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery.* 2011;**27**(1):53-9. PMID: 19896254 DOI: 10.1016/j.midw.2009.09.004
  42. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomized controlled trial. *BMJ.* 2007;**335**(7620):596. PMID: 17670909 DOI: 10.1136/bmj.39279.656343.55
  43. Saba MS, Bazm H, Razavi Z. Comparison of face to face education with other methods to pregnant mothers in increase exclusive breast feeding. *Sci J Hamadan Univ Med Sci Health Serv.* 2005;**12**(3):42-7. [Persian]
  44. Caine VA, Smith M, Beasley Y, Brown HL. The impact of prenatal education on behavioral changes toward breast feeding and smoking cessation in a healthy start population. *J Natl Med Assoc.* 2012;**104**(5-6):258-64. PMID: 22973675
  45. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health.* 2011;**11**(Suppl3):S24. PMID: 21501442 DOI: 10.1186/1471-2458-11-S3-S24
  46. Joshi PC, Angdembe MR, Das SK, Ahmed S, Faruque ASG, Ahmed T. Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in rural Bangladesh: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2014;**9**:7. PMID: 24904683 DOI: 10.1186/1746-4358-9-7