

بررسی عوامل مؤثر بر قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در مادران باردار بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

مهری سعیدی^۱، مونس اسدی شوکی^۲، مریم ساریخانی^۲، میترا رحیم زاده^۳، افسون تیزویر^۴

چکیده

مقدمه: تغذیه انحصاری با شیر مادر یک عامل مهم برای سلامت شیرخوار و مادر است که عوامل متعددی بر آن اثر دارد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده چارچوب مناسبی را برای مطالعه در این زمینه ارائه می‌دهد. هدف از این پژوهش تعیین عوامل مؤثر بر قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در مادران باردار بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۱۲ نفر از مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرج به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی انجام شد.

نتایج: میانگین نمره نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری و قصد انجام رفتار به ترتیب ۴۶/۲، ۳۱/۱، ۱۵/۹ و ۱۳/۰۷ به دست آمد. مدل رگرسیون خطی نشان داد متغیرهای نوع تغذیه فرزند قبلی، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده اثر مثبت بر قصد تغذیه انحصاری کودک در مادران داشتند و این متغیرها قادر به تبیین ۲۲/۳ درصد از تغییرات آن بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده چارچوب مناسبی برای تبیین قصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان باردار داشت؛ بنابراین با تلاش برای بهبود نگرش و هنجارهای انتزاعی و همچنین افزایش کنترل رفتاری درک شده می‌توان نسبت به افزایش تغذیه انحصاری کودکان با شیر مادر، زنان باردار، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

واژگان کلیدی: تغذیه انحصاری با شیر مادر، زنان باردار، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

مقدمه

تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر که مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت نیز قرار گرفته است، دارای منافع سلامتی کوتاه و بلند مدت زیادی برای مادر و کودک می‌باشد که بسیاری از آن‌ها به خوبی شناخته شده‌اند؛ از جمله این منافع می‌توان به محافظت کودک در برابر بیماری‌های عفونی و ناراحتی‌های

دستگاه گوارش، کاهش خطر دیابت، کاهش چاقی و افزایش وزن در آینده، تعادل تغذیه‌ای و رشد طبیعی، ایجاد ارتباط عاطفی و وابستگی بین مادر و کودک اشاره کرد. در مادران نیز می‌تواند باعث کاهش احتمال ابتلا به سرطان تخمدان و سینه، دیابت نوع ۲، افسردگی پس از زایمان، کاهش احتمال بارداری ناخواسته، بازگشت سریع‌تر به وزن قبل از بارداری و

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۴- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

Email: dr.afsoontizvir@yahoo.com

نویسنده مسئول: افسون تیزویر

آدرس: کرج، ۴۵ متری گلشهر، دانشکده بهداشت تلفن: ۰۹۱۲۲۶۰۲۰۱۶ فاکس: ۰۲۶۳۲۵۴۳۳۰۰

افزایش سلامت استخوان‌ها گردد (۳-۱). حتی مطالعات نشان داده‌اند که موفقیت تحصیلی، توانایی‌های شناختی و هوش کودکان تغذیه شده از شیر مادر از کودکان دیگر بیشتر خواهد بود (۴). به علاوه باید اشاره کرد که شیردهی مادران می‌تواند سالانه به میزان زیادی باعث صرفه‌جویی اقتصادی در کشورها شود (۵).

شیر مادر به راحتی تمام نیازهای تغذیه‌ای کودک برای رشد و تکامل او را تأمین می‌نماید و ترکیب آن متناسب با نیازهای کودکان مرتباً در طول زمان تغییر می‌کند (۱). استفاده از شیر مصنوعی از آنجا که فاکتورهای ایمنی شیر مادر را ندارد و همچنین به دلیل احتمال انتقال آلودگی از طریق آب، دست‌ها و شیشه شیر، ممکن است باعث شود نوزاد به بیماری‌های عفونی مبتلا گردد. همچنین ممکن است به دلیل هزینه‌های زیاد آن، والدین اقدام به رقیق کردن شیر بیش از میزان استاندارد کنند (۶).

در مناطقی که به آب بهداشتی و سالم دسترسی ندارند، نرخ مرگ به دلیل اسهال در کودکان زیر دو سالی که با شیر مادر تغذیه نمی‌شوند، بسیار بالاتر از دیگر کودکان است. به طور کلی می‌توان گفت شاخص مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در کودکان تغذیه شده از شیر مادر پایین‌تر است. همچنین باید اشاره کرد تغذیه انحصاری ناکافی با شیر مادر سالانه عامل ۳/۱ میلیون مرگ کودک زیر دو سال در دنیا است (۶، ۴).

با وجود فواید و مزایای گفته شده آمارها نشان می‌دهد که در بسیاری از نقاط دنیا شیوع و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر به دلایل مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و فردی کاهش یافته است و تعداد کمی از کشورها به داشتن کامل تغذیه

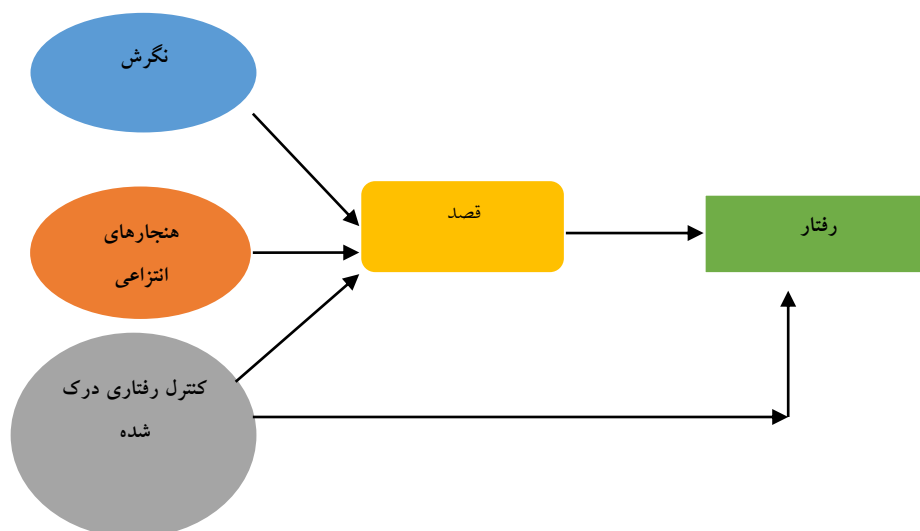
انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی نزدیک شده‌اند (۷، ۸). در آمریکا تنها یک نفر از ۱۰ مادر، کودک خود را تا ۶ ماهگی به طور انحصاری شیر می‌دهد و ۵ نفر از ۱۰ نفر شیردهی خود را از همان آغاز تولد شروع می‌کنند (۹). در اسرائیل اکثریت مادران تغذیه انحصاری نوزاد را تا ۶ ماهگی ادامه نمی‌دهند (۳) و در چین تنها حدود ۲۹ درصد از کودکان تا سن ۶ ماهگی به طور انحصاری از شیر مادر تغذیه می‌شوند (۱۰). در ایران شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در شهر بندرعباس ۵۵/۴ درصد (۱۱)، در تهران ۵۲/۶ درصد (۱۲)، در اراک ۴۱/۵ درصد (۱۳)، در شازند ۷۰/۷ درصد (۱۴)، در آق قلا ۸۷/۵ درصد (۱۵) و در رشت ۵۷/۶ درصد (۱۶) گزارش شده است.

مطالعات نشان داده‌اند که تفاوت‌های زیادی در رفتار شیردهی مادران در مناطق و فرهنگ‌های مختلف وجود دارد و عوامل متعددی بر آن اثرگذار است؛ مانند مشخصات دموگرافیک (درآمد، تحصیلات، سن و ...)، نگرش‌های مختلف در مورد اهمیت و دلیل شیردهی به نوزاد، تصور و باور افراد در مورد توانایی و قدرت خود برای انجام آن، حمایت‌های اطرافیان و ... (۱). در این زمینه شناسایی عوامل مؤثر در شروع و تداوم رفتار شیردهی مادران بسیار مهم است.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بهترین چارچوب مفهومی برای مطالعه عوامل مذکور به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های قصد انجام رفتار می‌باشد (نمودار ۱). در این نظریه که توسط Ajzen در سال ۱۹۸۷ مطرح شده، سه سازه نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های قصد؛ و قصد هم مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار

مختلف متفاوت است و لازم است مورد پژوهش قرار گیرد (۱۷). کاربرد این تئوری در پیش‌بینی عوامل مرتبط با رفتارهای سلامتی در مطالعات مختلف نشان داده شده است (۱۹، ۱۸، ۳).

معرفی شده است. به عنوان یک قانون کلی قصد انجام رفتار بستگی دارد به داشتن نگرش مثبت، تجربه هنجارهای ذهنی برای انجام رفتار و درک کنترل بر فاکتورهایی که انجام رفتار را تسهیل می‌کنند که این عوامل از فردی به فرد دیگر و در فرهنگ‌های



نمودار ۱: نمایی شماتیک از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

می‌تواند ۳/۳۵ درصد از قصد تغذیه انحصاری کودک در آینده را در مادران پیش‌بینی کند. در این مطالعه زنان مسلمان قصد بیشتری از زنان یهودی در مورد تغذیه انحصاری کودک با شیر خود داشتند (۳). مطالعه‌ای دیگر در آمریکا بر روی ۷۸ نفر از مادران نشان داد که نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی با هم ۲/۵۰ درصد از واریانس قصد مادران برای شیردهی انحصاری کودک تا ۶ ماهگی را تبیین می‌کنند. نگرش و هنجارهای ذهنی پیش‌بینی کننده‌های قوی‌تری بودند و نقش هنجارهای انتزاعی در مادران ازدواج کرده از بقیه پررنگ‌تر بود. در این مطالعه همچنین مشخص شد که ارتباط مثبت و معناداری بین سازه قصد و مدت زمان تغذیه انحصاری کودک برقرار بوده؛ یعنی مادرانی که در

Bai و همکاران مطالعه‌ای بر روی ۲۳۶ مادر با هدف تعیین پیش‌بینی کننده‌های قصد تداوم شیردهی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در آمریکا انجام دادند. در این مطالعه نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار قصد رفتار بودند. مهم‌ترین سازه مرتبط در زنان سفید پوست نگرش، در زنان آفریقایی/آمریکایی هنجارهای انتزاعی و در زنان لاتین کنترل درک شده بود. در این مطالعه تأکید شده که شناخت و در طول آن بهبود عوامل مؤثر بر قصد شیردهی مادران بر اساس سازه‌های این تئوری اقدامی مهم و مؤثر خواهد بود (۱).

نتایج پژوهش Ben Natan و همکاران در اسرائیل نشان داد که سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی، توصیفی-تحلیلی است که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۵ و در مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرج انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه مطالعه پایلوتی انجام شد. بدین منظور تعداد ۳۰ عدد پرسشنامه در زنان باردار در سطح مراکز بهداشتی شهر کرج تکمیل شد و انحراف معیار سازه‌ها اندازه‌گیری گردید. با توجه به بالاترین انحراف معیار که در سازه نگرش، ۴/۵۴ بود و بر اساس فرمول حجم نمونه مربوط به برآورد میانگین (با حدود اطمینان ۹۵ درصد و با خطای قابل قبول ۰/۵) حداقل حجم نمونه لازم ۳۱۹ نفر برآورد شد.

جهت نمونه‌گیری از ۲۱ مرکز بهداشتی-درمانی موجود در شهر کرج، ۱۰ مرکز به صورت تصادفی از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر (هر منطقه ۲ مرکز) انتخاب شدند. سپس برای هر مرکز انتخابی به نسبت جمعیت زنان باردار تحت پوشش آن و با در نظر گرفتن حجم نمونه محاسبه شده کل، حجم نمونه‌ای برآورد گردید. بر اساس آن به مراکز موردنظر مراجعه شد و به طور تصادفی مادرانی که به طور مستمر به آنجا مراجعه می‌کردند، پس از شرح کامل عنوان و اهداف پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. مراجعه به هر مرکز تا تکمیل حجم نمونه موردنظر ادامه یافت. لازم به ذکر است معیارهای ورود به مطالعه، بارداری مراجعه‌کننده (از ماه سوم به بعد)، عدم ابتلا به بیماری‌های پستان و ناتوانی در شیردهی، تمایل به شرکت در مطالعه و سکونت در شهرستان کرج بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که در دو بخش تنظیم شد. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل، درآمد، وضعیت

دوران بارداری نمره بالاتری در سازه قصد کسب کرده بودند، پس از زایمان، تغذیه انحصاری کودک خود را مدت بیشتری رعایت کرده و ادامه دادند (۶). مطالعه چرکزی و همکاران در اصفهان نشان داد که بین هنجارهای انتزاعی (حمایت همسر، مادر و مادر شوهر) با شیردهی در مادران ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ اما در مورد نگرش و کنترل رفتاری چنین ارتباطی مشاهده نشد (۲۰). در پژوهش مداخله‌ای محمدی زیدی و همکاران در تنکابن در مادران نخست‌زا، اجرای برنامه آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده باعث افزایش معنادار در نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، خودکارآمدی، قصد رفتاری و رفتار مادران در جهت تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر شده بود (۲۱).

اهمیت تغذیه انحصاری کودکان با شیر مادر و همچنین این مسئله که مطالعات انجام شده درباره آن محدود می‌باشد، نشان می‌دهد که لازم است پژوهشی در این زمینه صورت گیرد تا مشخص شود نگرش مادران درباره تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر چگونه است، میزان حمایت و پشتیبانی درک شده از طرف افراد مهم درباره انجام این رفتار چقدر است، وضعیت کنترل رفتاری درک شده در مادران چگونه است و در نهایت قصد تغذیه انحصاری کودک در مادران چقدر است. بدیهی است ارزیابی دقیق این فاکتورها، آن‌هم بر اساس نظریه‌ای علمی که دارای مبانی تئوریک قوی و مناسبی است، برای طراحی برنامه‌های سلامت محور پر اهمیت و ضروری می‌باشد؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در مادران باردار شهر کرج بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی صورت گرفت. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد و توزیع نرمال داده‌ها نیز از طریق آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk) بررسی و تأیید گردید.

در این پژوهش برای رعایت نکات اخلاقی نام و اطلاعات افراد محفوظ ماند و همگی با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند.

نتایج

به جهت این‌که ۷ پرسشنامه فاقد اعتبار لازم برای نمره‌دهی بودند، تعداد نمونه‌های مطالعه به ۳۱۲ نفر کاهش یافت. میانگین سنی مادران مورد مطالعه $28/74 \pm$ سال بود. بیشتر آن‌ها خانه‌دار ($86/5\%$) و دارای تحصیلات دیپلم بودند ($44/9\%$). $96/8\%$ از افراد در شهر زندگی می‌کردند و $60/9\%$ دارای درآمد ماهیانه کمتر از $1/5$ میلیون تومان بودند (جدول ۱).

از میان مادران باردار مورد بررسی $17/9\%$ گزارش کردند که بارداری‌شان ناخواسته بوده است. بیشتر آن‌ها ($57/4\%$) دارای فرزند دیگری نیز بودند. $83/2\%$ از این افراد فرزند قبلی خود را تا سن ۶ ماهگی با شیر خود تغذیه می‌نمودند. همچنین $88/1\%$ از مادران در کودکی خود از شیر مادر تغذیه شده بودند و میانگین مدت زمان آن $5/2 \pm 19/96$ ماه برآورد شد (جدول ۲).

بارداری، محل سکونت و ... و بخش دوم پرسشنامه‌ای بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود. سازه نگرش با ۱۱ سؤال (مانند: به نظر من تغذیه کودک با شیر مادر باعث بهم خوردن تناسب اندام می‌شود)، سازه هنجارهای ذهنی با ۷ سؤال (مانند: دوستان نزدیکم، تغذیه کودکم با شیر خودم را تشویق می‌کنند)، سازه کنترل رفتاری درک شده با ۴ سؤال (مانند: موانع و مشکلات نمی‌توانند مانع تغذیه کودکم با شیر خودم شوند) و سازه قصد رفتاری هم با ۳ سؤال (مانند: قصد دارم کودکم را تا ۶ ماهگی به طور انحصاری با شیر خودم تغذیه نمایم) در طیف لیکرت ۵ قسمتی اندازه‌گیری شدند. در صورت توافق کامل (کاملاً موافقم)، نمره ۵ و در صورت عدم توافق (کاملاً مخالفم) نمره ۱ به سؤال مربوطه تعلق می‌گرفت و در نهایت مجموع نمرات برای هر سازه به صورت جداگانه محاسبه شد. حداقل و حداکثر نمرات در سازه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری به ترتیب ۱۱-۵۵، ۳۵-۷، ۲۰-۴ و ۱۵-۳ بود.

روایی و پایایی این پرسشنامه توسط عالمی و همکاران تأیید شده است. مطالعه آن‌ها نشان داد که تمامی سؤالات دارای روایی -محتوایی قابل قبول ($0/66$ تا $0/99$) بودند. همچنین مقدار شاخص ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون کلاسی (Intraclass Correlation Coefficient) ICC به ترتیب برابر با $0/79$ و $0/81$ گزارش شد (۲۲).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و ارتباط آنها با قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در افراد مورد پژوهش

P-Value	میانگین (انحراف معیار) نمره قصد	تعداد (درصد)	متغیر
۰/۰۴۴	۱۲/۹۴(۲/۳۹)	۷۰(۲۲/۴)	سن ۱۶ - ۲۵
آنالیز واریانس	۱۲/۹۶(۲/۵۳)	۱۹۵(۶۲/۵)	۲۵ - ۳۵
یک طرفه	۱۳/۷۲(۲/۵۶)	۴۷(۱۵/۱)	۳۵ - ۴۴
۰/۹۵۱	۱۳/۰۶(۲/۵۱)	۲۷۰(۸۶/۶)	شغل خانه‌دار
آنالیز واریانس	۱۳/۰۸(۲/۳۷)	۲۴(۷/۷)	کارمند (بخش دولتی)
یک طرفه	۱۳/۶۷(۱/۷۵)	۶(۱/۹)	شغل آزاد (بخش خصوصی)
	۱۳/۰۸(۳/۲۳)	۱۲(۳/۸)	سایر
۰/۲۰۴	۱۳/۵۰(۱/۹۱)	۶۸(۲۱/۸)	شغل همسر کارمند
آنالیز واریانس	۱۳/۱۹(۲/۴۸)	۸۳(۲۶/۵)	کارگر
یک طرفه	۱۴(۱/۷)	۴(۱/۳)	بیکار
	۱۲/۸۵(۲/۶۱)	۱۴۴(۴۶/۲)	شغل آزاد
	۱۴/۲۵(۱/۵)	۳(۱)	بازنشسته
	۱۱/۵۰(۴/۳۰)	۱۰(۳/۲)	سایر
۰/۲۸۹	۱۳/۰۴(۲/۵۳)	۳۰۲(۹۶/۸)	محل سکونت شهر
تی مستقل	۱۳/۹۰(۱/۶۶)	۱۰(۳/۲)	روستا
۰/۹۱۱	۱۳/۱۰(۲/۴۳)	۱۹۰(۶۰/۹)	متوسط درآمد ماهیانه خانواده کمتر از ۱/۵ میلیون تومان
آنالیز واریانس	۱۳/۱۱(۲/۶۶)	۹۱(۲۹/۲)	۱/۵ تا ۲ میلیون تومان
یک طرفه	۱۲/۸۳(۲/۶۹)	۲۴(۷/۷)	۲ تا ۳ میلیون تومان
	۱۲/۵۷(۲/۳۷)	۷(۲/۲)	بیشتر از ۳ میلیون تومان

همسر

مادر باردار

تحصیلات

مادر:	میانگین (انحراف معیار) نمره قصد	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار) نمره قصد	تعداد (درصد)
۰/۷۵۵	۱۳/۸۶(۲/۰۳)	۷(۲/۲)	۱۵(۰)	۴(۱/۳)
همسر:	۱۳/۳۹(۲/۷۳)	۳۳(۱۰/۶)	۱۳/۰۶(۲/۵۵)	۳۶(۱۱/۵)
۰/۸۷۰	۱۳/۰۱(۲/۳۰)	۷۱(۲۲/۸)	۱۳/۰۸(۲/۳۸)	۵۹(۱۸/۹)
آنالیز واریانس	۱۲/۹۳(۲/۶۵)	۱۲۷(۴۰/۷)	۱۲/۹۷(۲/۵۸)	۱۴۰(۴۴/۹)
یک طرفه	۱۳/۱۹(۲/۴۹)	۶۳(۲۰/۲)	۱۳/۱۶(۲/۵۴)	۶۲(۱۹/۹)
	۱۲/۹۱(۲/۱۱)	۱۱(۳/۵)	۱۳/۰۹(۲/۵۸)	۱۱(۳/۵)

بی سواد

ابتدایی

سیکل (راه‌نمایی)

دبیرستان / دیپلم

کاردانی / کارشناسی

کارشناسی ارشد و دکترا

جدول ۲: وضعیت بارداری، تغذیه کودک قبل و نوع تغذیه مادر در کودکی و ارتباط آنها با قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در افراد مورد پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	نمره قصد	P-Value
وضعیت بارداری	خواسته	۲۵۶ (۸۲/۱)	۱۳/۱۹ (۲/۴۳)	۰/۰۷۹
	ناخواسته	۵۶ (۱۷/۹)	۱۲/۵۴ (۲/۷۸)	تی مستقل
داشتن فرزند دیگر	بلی	۱۷۹ (۵۷/۴)	۱۳/۵۰ (۲/۱۹)	۰/۰۰۱
	خیر	۱۳۳ (۴۲/۶)	۱۲/۵۰ (۲/۷۹)	تی مستقل
نوع تغذیه فرزند قبلی	شیر مادر	۱۴۹ (۸۳/۲)	۱۳/۶۶ (۲/۱۴)	۰/۰۰۱
	شیر خشک	۱۴ (۷/۸)	۱۲/۵۷ (۲/۵۰)	آنالیز واریانس
	شیر مادر و شیر خشک	۱۶ (۹/۰)	۱۲/۸۱ (۲/۲۵)	یک طرفه
مواد داده شده به شیر خوار تا ۶ ماهگی در کودکان تغذیه شده با شیر مادر	آب	۱۹ (۱۲/۸)	۱۳/۴۸ (۲/۰۴)	۰/۲۴۴
	آب قند	۱۰ (۶/۷)	۱۳/۰۸ (۱/۷۵)	آنالیز واریانس
	آب میوه	۵ (۳/۴)	۱۲/۹۰ (۱/۹۱)	یک طرفه
	چای یا دم کرده گیاهی	۲ (۱/۳)	۷/۵۰ (۶/۳۶)	
	غذای جامد یا نیمه جامد	۳ (۲)	۱۲/۸۳ (۱/۹۴)	
	سایر مایعات	۱۰ (۶/۷)	۱۳/۵۰ (۲/۷۱)	
	انتخاب چند گزینه از موارد بالا	۹ (۶)	۱۳/۷۹ (۱/۹۴)	
	هیچ کدام	۹۱ (۶۱/۱)	۱۳/۷۱ (۲/۶۴)	
نوع تغذیه مادر در کودکی	شیر مادر	۲۷۶ (۸۸/۵)	۱۳/۰۹ (۲/۵۲)	۰/۶۹۷
	سایر	۳۶ (۱۱/۵)	۱۲/۹۲ (۲/۴۱)	تی مستقل

کودک ارتباط مثبت و معناداری داشت (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، $P=0/044$). بدین معنا با افزایش سن مادران، نمره قصد آنها نیز افزایش پیدا می‌کرد (جدول ۱). به علاوه داشتن فرزند دیگر (آزمون تی مستقل، $P=0/001$) و نوع تغذیه فرزند قبلی (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، $P=0/001$) نیز ارتباط معنی‌داری با قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر داشت (جدول ۲). بدین معنی که مادرانی که دارای فرزند دیگری بودند و همچنین مادرانی که فرزند قبلی خود را با شیر خود تغذیه می‌نمودند به طور معناداری دارای میانگین نمره قصد بالاتری بودند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد تغذیه انحصاری کودک به ترتیب به $4/4 \pm 3/1$ ، $3/3 \pm 1/5$ و $2/5 \pm 1/07$ به دست آمد که با توجه به دامنه نمرات، وضعیت نسبتاً مناسبی را نشان می‌دهد (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط مثبت و معنی‌داری بین سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با قصد تغذیه انحصاری کودک برقرار بود ($P < 0/05$) (جدول ۳). از بین متغیرهای دموگرافیک نیز تنها سن مادر با قصد تغذیه انحصاری

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون، میانگین و دامنه سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در افراد مورد پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	انحراف معیار ± میانگین	دامنه نمرات
۱. نگرش	۱				۴۶/۲۲ ± ۶/۹	۲۰ - ۵۵
۲. هنجارهای انتزاعی	۰/۶۵۲ **	۱			۳۱/۱۳ ± ۴/۴	۵ - ۳۵
۳. کنترل رفتاری درک شده	۰/۵۸۹ **	۰/۵۳۵ **	۱		۱۵/۹۲ ± ۳/۳	۴ - ۲۰
۴. قصد	۰/۳۵۴ **	۰/۳۶۷ **	۰/۳۵۱ **	۱	۱۳/۰۷ ± ۲/۵	۳ - ۱۵

** معنی‌دار در سطح ۰/۰۱، دو طرفه

نهایت مطابق با جدول ۴، نوع تغذیه فرزند قبلی (تغذیه با شیر مادر)، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده پیش‌بینی کننده معنی‌دار قصد مادران برای تغذیه انحصاری کودک خود بودند ($P < ۰/۰۵$) و این متغیرها قادر به تبیین ۲۲/۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته بودند (R Square= ۰/۲۲۳).

برای بررسی پیش‌بینی کننده‌های قصد تغذیه انحصاری کودک در مادران، متغیرهایی که ارتباطشان معنی‌دار بوده (یعنی سن مادر، داشتن فرزند دیگر، نوع تغذیه فرزند قبلی و همچنین سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده) به روش گام به گام وارد مدل رگرسیون شدند. در

جدول ۴: آنالیز رگرسیون خطی عوامل مرتبط با قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در افراد مورد پژوهش

سطح معنی داری	t	Unstandardized Coefficients		R Square = ۰/۲۲۳
		Std. Error	B	
< ۰/۰۰۱	۵/۸۳	۰/۹۱۱	۵/۳۱	(Constant)
۰/۰۰۳	۲/۹۵	۰/۲۵۹	۰/۷۶۵	نوع تغذیه فرزند قبلی (تغذیه با شیر مادر)
۰/۰۰۰	۵/۰۷	۰/۰۳۳	۰/۱۶۹	هنجارهای انتزاعی
۰/۰۰۴	۲/۹۳	۰/۰۴۵	۰/۱۳۴	کنترل رفتاری درک شده

بحث

شیر مادر استفاده از مدل‌های رفتار انسانی است و از این نظر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، چارچوب مناسبی برای مطالعه تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر ارائه می‌دهد (۱، ۴، ۶، ۲۴).

همان طور که از جدول ۳ مشخص است میانگین نمره نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد انجام رفتار تقریباً بالا بوده که نشان دهنده داشتن نگرش مثبت و مطلوب در مورد تغذیه انحصاری کودک، برخورداری از حمایت و پشتیبانی کافی خانواده و نزدیکان مادر باردار، درک توانایی و

دوران شیرخواری از این نظر که مهم‌ترین مرحله رشد و تکامل انسان بوده و می‌تواند بر تمام طول عمر فرد اثرگذار باشد، نیازمند توجه فراوانی است. در این دوران عامل مهم تأثیرگذار بر سلامت فرد، تغذیه می‌باشد (۱۱). با وجود فواید بسیار تغذیه انحصاری کودک، پیروی از پیشنهادات در این زمینه در اغلب کشورها پایین است و با سطح ایده‌آل فاصله زیادی دارد (۲۳). یکی از اساسی‌ترین راه‌کارها جهت شناسایی عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری کودک با

قدرت کافی برای غلبه بر مشکلات و تحت اختیار و کنترل بودن رفتار و در نهایت قصد بالای مادران برای شیردهی به کودک خود است. از این نظر نتایج مطالعه لطیفی و همکاران در شهر آق قلا (استان گلستان) (۱۵) با مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ اما در مطالعه Zhu و همکاران در چین (۴) چنین نتیجه‌ای مشاهده نشد. پایین بودن نمرات سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در آن مطالعه را می‌توان به دلیل اختلافات فرهنگی-اجتماعی و تفاوت‌های ابزار مورد استفاده تلقی کرد.

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با قصد تغذیه انحصاری کودک وجود دارد. در مورد نگرش این ارتباط بدین معنا است که زنانی که احساس می‌کنند و باور دارند تغذیه نوزاد با شیر مادر فواید بیشتری دارد، در مقایسه با کسانی که باور و نگرش منفی دارند، قصد بیشتری برای تغذیه کودک با شیر مادر خواهند داشت. Libbus و همکاران (۲۵) و Bai و همکاران (۱) نیز در مطالعات خود به ارتباط مثبت بین نگرش و قصد تغذیه انحصاری در مادران دست یافتند که در راستای نتایج مطالعه حاضر است. در داخل کشور نیز نتایج مطالعه محمدی زیدی و همکاران (۲۱) در تنکابن و مطالعه لطیفی و همکاران (۱۵) در شهر آق قلا نیز از این نظر با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

همچنین ارتباط مثبت و معنادار بین هنجارهای انتزاعی و قصد تغذیه انحصاری کودک نیز به معنای این است که زنان بارداری که از طرف افراد مهم جامعه، خانواده، همسر، مادر، دوستان نزدیک و پرسنل بهداشتی، حمایت و پشتیبانی بیشتری را درک و احساس می‌کردند، با اختلاف معناداری قصد

بیشتری برای تغذیه انحصاری کودک خود داشتند. این نتیجه در راستای نتایج مطالعه Cohen و همکاران (۲۹-۲۶) می‌باشد. در مطالعه Cohen و همکاران (۳۰) و Kronborg و همکاران (۳۱) نیز، همسو با یافته‌های مطالعه حاضر اشاره شده که خدمات حمایتی نقش کلیدی در افزایش طول مدت شیردهی مادران داشته‌اند. ارتباط مثبت و معنادار بین کنترل رفتار درک شده و قصد تغذیه انحصاری کودک نیز نشان دهنده این موضوع است که هر چه مادران تغذیه کودک با شیر خود را ممکن‌تر بدانند، خودکارآمدی بیشتری داشته باشند و توانایی خود را برای غلبه بر مسائل و موانع و کنترل شرایط بالاتر بدانند، دارای قصد بیشتری برای تغذیه انحصاری کودک با شیر خود هستند. یافته‌های مطالعه محمدی و همکاران (۲۱) و Ertem و همکاران (۳۲) همسو با این مطالعه بوده و بر این نکته تأکید دارند.

در مطالعه حاضر سن مادران ارتباط معنی‌داری با قصد تغذیه انحصاری کودک داشت. این ارتباط بیان کننده این مطلب است که مادران سنین بالاتر قصد بیشتری برای تغذیه انحصاری کودک خود داشته‌اند که این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگر (۳۳، ۳۴) همخوانی دارد. در این پژوهش‌ها نیز ذکر شده که سن پایین مادر یک عامل مؤثر در عدم تغذیه کودک با شیر مادر و قطع زود هنگام شیردهی است. در این مطالعه مشخص شد که داشتن فرزند دیگر ارتباط معناداری با سازه قصد تغذیه انحصاری کودک داشته است. هم راستا با این نتیجه فبئرژاد و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که شیردهی مادران در حاملگی قبلی ارتباط معنی‌داری با تغذیه انحصاری کودک داشته است (۱۱). همچنین یافته‌های مطالعات

پژوهش در یک مقطع در دوران بارداری مادران انجام شده است و ممکن است در طول زمان به دلیل اثرات متغیرهای مختلف تغییر در نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری و حتی قصد تغذیه انحصاری کودک ایجاد شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در مقاطع مختلف دوران بارداری مادر این موارد بررسی شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در ساکنین مناطق حاشیه شهر که ممکن است تفاوت‌های فرهنگی مؤثری داشته باشند انجام شود.

از نقاط مثبت این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که پرسشگری پژوهش توسط کارشناسان بهداشت و مامایی شاغل در مراکز انجام شد و به دلیل ارتباط بهتر و قابل اطمینان‌تری که برای مادران ایجاد شده بود، نتایج پژوهش با اطمینان بیشتری قابل استناد می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده چارچوب مناسبی برای تبیین قصد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در زنان باردار داشته است. با توجه به ارتباط مثبتی که در این مطالعه بین سازه‌ها با قصد تغذیه انحصاری کودک مشاهده شد و همچنین نتایج سایر مطالعات مبنی بر اثربخشی مداخلات صورت گرفته بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در افزایش رفتار تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مناسبی بر پایه این نظریه (در جهت بهبود نگرش و هنجارهای انتزاعی و افزایش کنترل رفتاری درک شده) در مادران باردار و حتی قبل از دوران بارداری طرح‌ریزی و اجرا گردد. همچنین برای کشف

خارج از کشور هم به چنین ارتباطی اشاره کرده‌اند (۳۵،۳۶). این نتیجه را می‌توان این‌گونه تحلیل نمود که داشتن تجربه از آسانی و فواید و آثار مثبت شیردهی می‌تواند باعث شود مادران برای شیردهی به فرزند خود آماده‌تر و علاقه‌مندتر باشند.

در این مطالعه میانگین نمرات تمام سازه‌های تئوری در مادرانی که حاملگی خود خواسته داشتند نسبت به مادران با حاملگی ناخواسته بالاتر بوده است که این نتیجه با یافته‌های مطالعات سایر محققین همخوانی دارد (۱۱،۱۳). برنامه‌ریزی برای بچه‌دار شدن و داشتن آمادگی جسمی، روانی و خانوادگی باعث می‌شود که مادران تمایل و گرایش بیشتری به تغذیه انحصاری کودک خود و پرورش مناسب‌تر او داشته باشند.

بررسی میانگین نمرات سازه‌ها در مادران مورد بررسی نشان داد که ساکنین روستاها وضعیت بهتری داشته‌اند. این نتیجه در راستای نتایج مطالعه رنجبران و همکاران در شهرستان شازند بوده است (۱۴). ارتباطات نزدیک‌تر افراد به یکدیگر و برخورداری از حمایت بیشتر و همچنین باورهای مذهبی و دینی قوی‌تر روستاییان نسبت به افراد ساکن در شهر می‌تواند دلیل این اختلاف باشد.

در مطالعه حاضر از نظر تحصیلات، میانگین نمرات تمام سازه‌ها در مادران بی‌سواد و کم‌سوادر از بقیه بیشتر بود که با نتیجه سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۴،۳۷). احتمالاً مادران دارای تحصیلات دانشگاهی به دلیل اشتغال در خارج از منزل و مشغله بیشتر نسبت به خانم‌های کم‌سواد که اکثراً هم‌خانه‌دار هستند، قصد کمتری برای تغذیه انحصاری کودک خود دارند.

از جمله محدودیت مطالعه حاضر این است که این

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمام مادرانی که در این مطالعه شرکت نمودند و تمام کارشناسان شاغل در مراکز بهداشتی به جهت همکاری ارزشمندشان و همچنین معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز به دلیل حمایت مالی از طرح صمیمانه قدردانی نمایند.

موانع تغذیه انحصاری مادران به نظر می‌رسد لازم است مطالعات گسترده‌تری و با تأکید بر سایر متغیرها انجام شود.

تشکر و قدردانی

References

- Bai Y, Wunderlich SM, Fly AD. Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: a comparison among racial/ethnic groups. *Matern Child Health J* 2011;15(8):1257-64.
- Jefferson UT. Predictors of breastfeeding attitudes among college-educated African Americans. *Res Theory Nurs Pract* 2015;29(3):189-99.
- Ben Natan M, Wiener A, Ben Haim Y. Women's intention to exclusively breast feed: The Israeli perspective. *Midwifery* 2016;34:173-7.
- Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, Wan H. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women Birth* 2017;30(2):146-152.
- Weimer J. *The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis*. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture, Food Assistance and Nutrition Research Report No.: 13, 2001.
- 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;26(1):26-34.
- World Health Organization (WHO). Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere; 2011 [cited 2011 Jan 15]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/.
- Dick MJ, Evans ML, Arthurs JB, Barnes JK, Caldwell RS, Hutchins SS, et al. Predicting early breastfeeding attrition. *J Hum Lact* 2002;18(1):21-8.
- Wolter KM, Smith PJ, Khare M. Statistical methodology of the National Immunization Survey, 2005–2014. *National Center for Health Statistics. Vital and Health Statistics* 2017; 1(61): 1-107.
- Guo S, Fu X, Scherpbier RW, Wang Y, Zhou H, Wang X, et al. Breastfeeding rates in central and western China in 2010: implications for child and population health. *Bull World Health Organ* 2013;91(5):322-31.
- Ghanbarnejad A, Abedini S, Taqipoor L. Exclusive breastfeeding and its related factors among infants in Bandar Abbas city, Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2014;16(1):85-91. Persian
- Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers. *Iran Journal of Nursing* 2008;21(54):9-24. Persian
- Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati A. The pattern of exclusive breast feeding in referred neonatal to health centers of Arak. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2009;18(70):17-25. Persian
- Ranjbaran M, Jafari Manesh H, Panahi M, Baderan M, Shamsi M, Nakhaei M, et al. The survey of exclusive breast feeding and some socio-economical determinants in Shazand-Arak in 2014. *Community Health Journal* 2014; 8(2):10-8. Persian
- Latifi M, Saggari R, Seyyedghasemi NS, Moghaddam Z, Soleymaninejad M, Ghaedi M. 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. *Journal of Prevention and Health* 2015; 1(1): 64-73.
- Gafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A, Ahmad Shear bafi M. Related factors to continued breastfeeding in infants. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2014;24(2):1-8. Persian
- Ajzen I. *Attitudes, Personality and Behaviour*. 2th ed. UK: McGraw-Hill Education; 2005.
- Bai Y, Wunderlich SM, Fly AD. Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: a comparison among racial/ethnic groups. *Matern Child Health J* 2011;15(8):1257-64.
- McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review* 2011;5(2):97-144.

20. Charkazi A, Mir Aeiz SZ, Razzagh Nejad A, Shahnazi H, Hasanzadeh A, Taghi Badleh M. Breast feeding status during the first two years of infants' life and its risk factors based on BASNEF model structures in Isfahan. *Health System Research (HSR)* 2010; 6(2): 226-34. Persian
21. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Effectiveness of educational intervention on exclusive breast feeding in primipara women: application of planned behavior theory. *Razi Journal of Medical Sciences* 2015;21(127):12-23. Persian
22. 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
23. Moravej H, Edraki M, Rambod M. The effect of home visitation educational program on the nutrition pattern and duration of exclusive breastfeeding in preterm newborns. *Sadra Medical Sciences Journal* 2013; 2(1): 1-10. Persian
24. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Williams Domian, Rojjanasrirat W, Yeh H. A Randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western Journal of Nursing Research* 2010; 33(4): 486-505.
25. Libbus MK, Bullock LF. Breastfeeding and employment: an assessment of employer attitudes. *J Hum Lact* 2002;18(3):247-51.
26. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. *J Hum Lact* 2001;17(1):24-30.
27. Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29(3):282-94.
28. Charkazi A, Miraeiz SZ, Razzaghnejad A, Shahnazi H, Hasanzadeh A, Badleh MT. Breastfeeding status during the first two years of infants' life and its risk factors based on BASNEF model structures in Isfahan. *J Educ Health Promot* 2013;2:9. Persian
29. 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.
30. Cohen R, Lange L, Slusser W. A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program. *J Hum Lact* 2002;18(1):61-5.
31. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr* 2007;96(7):1064-70.
32. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics* 2001;107(3):543-8.
33. Sasaki Y, Ali M, Kakimoto K, Saroeun O, Kanal K, Kuroiwa C. Predictors of exclusive breast-feeding in early infancy: a survey report from Phnom Penh, Cambodia. *J Pediatr Nurs* 2010;25(6):463-9.
34. Veghari GH, Rahmati R. Breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan province. *Iran Journal of Nursing* 2011;24(71):8-18. Persian
35. Ogbuide DO, Siddiqui S, Al Khalifa IM, Karim A. Breast feeding in a Saudi Arabian community. Profile of parents and influencing factors. *Saudi Med J* 2004;25(5):580-4.
36. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)* 2010;86(5):441-4.
37. Hamidi M, Khoshdel A, Khadivi R, Deris F, Salehi-Fard A, Parvin N et al. The causes of formula milk consumption in the infants under 1 year old in Charmahalva Bakhtiari province Iran, 2007. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 13(3):77-83. Persian

Factors Affecting Pregnant Women's Intention for Exclusive Breastfeeding Based on the Theory of Planned Behavior

Mehri Saeedi¹, Mounes Asadi Shavaki², Maryam Sarikhani², Mitra Rahimzadeh³,
Afsoon Tizvir⁴

Abstract

Background: Exclusive breastfeeding is an important factor for neonatal and maternal health and several factors affect it. The theory of planned behavior provides a suitable framework for study in this field. The purpose of this study was to determine the effective factors on the intention of exclusive breastfeeding in pregnant women based on the theory of planned behavior.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 312 pregnant women covered by health centers of Karaj city through multistage sampling method. The data gathering tool was a questionnaire based on constructs of the theory of planned behavior. Data were analyzed through SPSS (version 19) and using Pearson correlation coefficient, independent t-test, one-way ANOVA and linear regression tests.

Results: Mean score of attitude, subjective norms, perceived behavioral control and intention of exclusive breastfeeding were 46.2, 31.1, 15.9 and 13.07 respectively. Linear regression showed that previous child feeding type, subjective norms and perceived behavioral control had a positive effect on the intention of exclusive breastfeeding in mothers and these variables were able to explain 22.3% of its variance.

Conclusion: Theory of Planned Behavior had a good framework for explaining the intention of exclusive breastfeeding in pregnant women. Therefore, through improving attitudes and subjective norms, as well as increasing perceived behavioral control, increase of exclusive breastfeeding would be more promising.

Keywords: Exclusive Breastfeeding, Pregnant Women, Theory of planned behavior

1- MSc, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

2- MSc, Student in Health Education and Promotion, Student Research Committee, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

3- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

4- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Corresponding Author: Afsoon Tizvir **Email:** dr.afsoontizvir@yahoo.com

Address: School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Golshahr St., Karaj

Tel: 09122602016 **Fax:** 02632543300