پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۴، پی در پی ۱۰۰، صفحات ۲۱۹ تا ۲۲۷
مهر و آبان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۸

بررسی اثر برنامه‌ی آموزشی با بهره‌گیری از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر انتخاب روش شیردهی در زنان باردار

محبوبه احمدی[۱]، صفورا جهان‌آرا[۲]، دکتر بابک معینی[۳]، ملیحه نصیری[۴]*

۱. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد مامایی، تهران، ایران
۳. دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: امروزه مادران تحت تأثیر عواملی، شیردهی را قطع کرده و تغذیه‌ی مصنوعی یا کمکی را برای کودک خود آغاز می‌کنند. این مسأله باعث صدمات جسمی و روانی بر کودکان و آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی در جوامع می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر انتخاب روش شیردهی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر همدان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی، روی ۸۷ زن باردار انجام شد. نمونه‌ها به طور تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌ی روا و پایا شده در دو گروه مداخله و کنترل، آموزش بر اساس اجزای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و اهداف رفتاری مشخص، در گروه مداخله، طی چهار جلسه‌ی آموزشی صورت گرفت. پس از مداخله، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. در نهایت، اطلاعات حاصل با استفاده از آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، تفاوتی نداشتند. تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره‌ی آگاهی، کنترل رفتار درک شده و هنجارهای ذهنی بین زنان گروه‌های مداخله و کنترل بعد از انجام مداخله‌ی آموزشی، وجود داشت ($P<0/05$). از نظر میانگین نمره‌های نگرش، قصد رفتاری و رفتار، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش اجرا شده بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، از طریق تأثیر بر برخی سازه‌ها، سبب ترغیب زنان باردار به شیردهی می‌شود. لذا طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای ترغیب زنان باردار به شیردهی بر اساس تئوری تغییر رفتار، پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، شیردهی، برنامه‌ی آموزشی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Ahmadi M, Jahanara S, Moeini B, Nasiri M. Effectiveness of educational program based on theory of planned behavior in selecting breastfeeding method among pregnant women referred to Hamadan health centers. Pejouhandeh 2014;19(4):219-227.

مقدمه

شیر مادر، طبیعی‌ترین و بهترین غذایی است که می‌تواند به آسانی در اختیار نوزاد قرار گیرد. تغذیه با شیر مادر به تنهایی برای ۴ تا ۶ ماه اول عمر و همراه با سایر غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی، مهمترین طریقه‌ی تغذیه‌ی شیرخواران است (۳-۱). در شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، اسهال، خونریزی روده‌ای، برگرداندن شیر، کولیک و اگزمای آتوپیک کمتر دیده شده و کمتر دچار آلرژی‌های خاص و بیماری‌های مزمن در طول زندگی می‌شوند (۸-۴). عدم استفاده از شیر مادر، میزان مرگ و میر کودکان را در کشورهای در حال توسعه به هر ۳۰ ثانیه یک کودک و هر سال ۱/۵ میلیون کودک رسانده و ۷۰ درصد مرگ و میرکودکان در این کشورها، در نتیجه‌ی عدم استفاده از شیر مادر است (۹). طبق

*نویسنده مسؤول مکاتبات: صفورا جهان‌آرا؛ کارشناس ارشد مامایی؛ پست الکترونیک: sa_jahanara@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

آخرین گزارش نظام پایش و ارزشیابی بهداشت باروری در سال ۱۳۸۴ در ایران، میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیرمادر ۲۳/۱ درصد و در شهر همدان ۲۵/۵ درصد بوده است.

عوامل بسیاری از جمله سن ازدواج، سطح تحصیلات و میزان درآمد خانواده، حمایت‌های دریافتی مادر از سوی خانواده، تصمیم به شیردهی در دوران بارداری، تجربیات مربوط به اولین دوران شیردهی، اعتماد به نفس مادری و خودکار آمدی در طول مدت شیردهی، دخالت دارند (۱۰). یکی از فاکتورهای مهم در تغذیه‌ی نوزاد با شیرمادر، هنجارهای ذهنی زنان شامل دیدگاه همسر، مادر، دوستان و مراقبان بهداشتی است که در شروع و ادامه‌ی تغذیه با شیر مادر، تعیین کننده می‌باشند (۱۲،۱۱). مطالعات مختلفی در جهان و ایران در رابطه با تأثیر آموزش در شیردهی موفق انجام شده که در مجموع همگی گویای تأثیر مثبت آموزش بوده‌اند (۱۴،۱۳). در انجام مداخلات آموزشی، استفاده از تئوری‌های رفتاری، ظرفیت بالقوه‌ای برای اثربخشی این مداخلات ایجاد می‌کند. الگوی رفتار برنامه‌ریزی شده توسط آیزن و فیش‌بین که در سال ۱۹۸۰ ابداع شد، بر سازه‌های نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و رفتار فرد، استوار است (۱۵). در این مطالعه سعی شد به دو دلیل، عوامل مؤثر و برنامه‌های آموزشی در جهت افزایش شیردهی با شیرمادر در زنان باردار را بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مورد بررسی قرار دهیم: ۱- عوامل مختلفی مانند عوامل انسانی (نگرش فرد)، اجتماعی (هنجارهای ذهنی) و محیطی (کنترل رفتاری درک شده) بر شیردهی از پستان مؤثر است. یکی از الگوهایی که این عوامل را به خوبی بیان و ارزیابی می‌کند، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده است به طوری که استفاده از تئوری تغییر رفتار، بر افزایش توجه مادران به تغذیه‌ی شیرخوار با شیر مادر، مؤثر بوده است (۱۷،۱۶). ۲- بر اساس این تئوری، زمانی مادر قصد شیردهی طبیعی را دارد که دید مثبتی نسبت به شیردهی طبیعی داشته باشد (نگرش)، احساس کند افراد مهم در زندگی خواهان انجام شیردهی او به صورت طبیعی می‌باشند (هنجارهای اجتماعی) و احساس کند عواملی وجود دارند که تسهیل کننده یا بازدارنده‌ی او از شیردهی هستند ولی با وجود این عوامل، او قادر است شیردهی موفقی داشته باشد (کنترل رفتاری درک شده). با توجه به اهمیت شیردهی و نقش عواملی چون نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی بر تغییر رفتار مادران و کمبود مطالعات با تأکید بر نقش تئوری‌های مختلف و آمار پایین شیردهی انحصاری با شیرمادر در کشور و شهر همدان، این مطالعه با هدف تعیین تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان، جهت انتخاب روش شیردهی، انجام شد.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی با شماره IRCT۲۰۱۲۱۰۳۰۵۶۹۸N8 به ثبت رسیده است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر همدان، که بین هفته‌ی ۳۰ تا ۳۴ بارداری، دارای حاملگی تک‌قلویی، عدم وجود بیماری که درمان آن با شیردهی از پستان تداخل داشته باشد و داشتن حداقل سواد ابتدایی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مبتلا شدن به بیماری‌های پستان که منع شیردهی داشته باشد، مبتلا شدن بعد از زایمان به بیماری‌هایی که درمان آنها با شیردهی از پستان تداخل داشته باشد، قبل از پایان جلسه‌ی چهارم زایمان می‌کردند، بستری شدن نوزاد، بستری شدن مادر، مرگ داخل رحمی جنین و عدم همکاری مادران بود. حجم نمونه برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه، طبق مطالعه‌ی شریفی‌راد و همکاران (۱۳۸۹) و بشارتی و همکاران (۱۳۹۰) (۱۹،۱۸) با فرض حدود اطمینان ۹۵٪، توان ۸۰٪ و میانگین متغیر در گروه اول و دوم به ترتیب ۴۵/۵ و ۴۷/۵ در هر گروه مداخله و کنترل، ۳۷ نفر به دست آمد و به علت ریزش نمونه در گروه مداخله، ۴۴ نفر و در گروه کنترل ۴۳ نفر بررسی شدند.

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود. ابتدا بر اساس ۴ منطقه‌ی بهداشتی- درمانی شهر همدان، از هر منطقه به صورت تصادفی ۲ مرکز بهداشتی- درمانی انتخاب شد و سپس انتساب تصادفی مراکز بهداشتی- درمانی برای نمونه‌گیری گروه مداخله و کنترل، صورت گرفت. زنان بارداری که برای مراقبت‌های بارداری مراجعه می‌کردند، در صورت دارا بودن مشخصات ورود و تمایل جهت شرکت در مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی، به عنوان نمونه در نظر گرفته می‌شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته و چک لیست بررسی تغذیه با شیر مادر وزارت بهداشت و درمان بود. پرسشنامه، شامل ۵ بخش مشخصات فردی و مامایی، آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری بود. سؤالات بخش آگاهی شامل ۱۴ سؤال و به پاسخ صحیح، نمره‌ی یک و به پاسخ اشتباه یا جواب نداده، نمره‌ی صفر تعلق می‌گرفت و نمره‌ای بین صفر تا ۱۴ داشت. سؤالات بخش

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

نگرش، شامل ۱۳ سؤال اختصاصی در مقیاس لیکرت شامل گزینه‌های کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف بود که بر حسب سؤال و مطلوب بودن پاسخ، به ترتیب به هر گزینه، نمره‌ی ۵ تا ۱ تعلق می‌گرفت. سؤالات بخش کنترل رفتار درک شده، شامل ۸ سؤال اختصاصی در مقیاس لیکرت شامل گزینه‌های کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف بود که بر حسب سؤال و مطلوب بودن پاسخ، به ترتیب به هر گزینه، نمره‌ی ۵ تا ۱ تعلق می‌گرفت. سؤالات بخش هنجارهای ذهنی شامل ۹ سؤال چهار گزینه‌ای بود که برحسب سؤال و مطلوب بودن پاسخ، به ترتیب به هر گزینه، نمره‌ی ۴ تا ۱ تعلق می‌گرفت. سؤال قصد رفتاری شامل یک پرسش سه گزینه‌ای بود و به گزینه‌ی مطلوب که شیردهی از پستان می‌باشد، نمره‌ی ۳، به شیردهی ترکیبی نمره‌ی ۲ و شیردهی با شیرخشک، نمره‌ی ۱ تعلق می‌گرفت. جهت بررسی عملکرد شیردهی، از چک لیست بررسی تغذیه با شیر مادر وزارت بهداشت و درمان که شامل ۲۹ سؤال با پاسخ بلی یا خیر بود و از طریق پرسش از مادر و مشاهده‌ی نحوه‌ی شیردهی تکمیل می‌گردید، استفاده شد. از آنجایی که انجام اعمال ضرب و تقسیم، تأثیری بر نتیجه‌ی آزمون‌ها ندارد، جهت سهولت در انجام مقایسه، کلیه‌ی نمرات بر مبنای ۱۰۰ محاسبه شد.

جهت روایی پرسشنامه‌ها از روش روایی محتوی استفاده شد، به این ترتیب که پرسشنامه‌ها بر اساس اهداف پژوهشی و با استفاده از منابع علمی، مقالات و مطالعات سایر پژوهشگران، تنظیم شده و پس از تأیید اساتید محترم هیأت علمی و لحاظ شدن اصلاحات، اعتبار آنان تأیید شد. برای تعیین اعتماد پرسشنامه، از آلفای کرونباخ استفاده شد و این مقدار α=۰/۸۴ محاسبه گردید.

مداخلات، به صورت ۴ جلسه‌ی آموزشی، هر یک به مدت ۴۵ تا ۵۵ دقیقه، در طی ۴ هفته طراحی شدند. محتوای آموزشی بر اساس کتاب آموزش شیر مادر تألیف وزارت بهداشت و درمان ایران در سال ۱۳۹۱، در اختیار مادران قرار گرفت. برای هر یک از جلسات آموزشی، اهداف رفتاری تعیین و تلاش شد که با استفاده از روش‌های مختلف از قبیل سخنرانی، فیلم آموزشی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و مشاوره‌ی فردی، به اهداف تعیین شده نایل گردیم. دو جلسه، به منظور افزایش آگاهی زنان باردار و یک جلسه برای تغییر نگرش از طریق بیان فواید تغذیه با شیرمادر و یک جلسه برای کنترل رفتار درک شده‌ی مادران از روش‌های شیردهی طبیعی از طریق آموزش روش‌های صحیح شیردهی برای غلبه بر مشکلات شیردهی و جلسه‌ی آخر نیز در مورد کنترل رفتاری زنان باردار و قصد آنان در انتخاب بهترین نوع روش شیردهی برگزار شد. به دلیل نقش هنجارهای ذهنی بر قصد رفتار، از دوستان یا مادران زنان باردار دعوت شد که به طور آزادانه در جلسات آموزشی بعدی شرکت کنند. آموزش به همسران گروه مداخله به صورت غیر مستقیم و توسط خود زنان باردار انجام شد. همچنین کتاب شیر مادر تألیف وزارت بهداشت و درمان ایران، در اختیار مادران باردار گروه مداخله قرار گرفت و گروه کنترل، تنها آموزش‌های معمولی که در مراکز بهداشتی و درمانی ارایه می‌گردد را دریافت کردند. قبل و بعد از آموزش، پرسشنامه‌های آگاهی، نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری، توسط واحدهای مورد پژوهش، در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شدند. روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ۴۵ تا ۵۵ پس از زایمان، روش شیردهی انتخاب شده توسط مادران در هر دو گروه مداخله و کنترل ارزیابی گردید.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری پارامتری و ناپارامتری مانند t مستقل، t زوجی، من‌ویتنی و کای دو، صورت گرفت. حد خطای نوع اول آزمون در این تحقیق α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. گروه‌های مورد پژوهش، در زمینه‌ی چگونگی انجام طرح، محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین، هدف از انجام این طرح، توجیه و تمامی شرکت‌کنندگان با ارائه‌ی رضایت‌نامه‌ی کتبی و با تمایل، وارد پژوهش شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان در گروه مداخله ۲۵/۸۴ و در گروه کنترل، ۲۴/۸۴ سال بود. میانگین سنی همسران در گروه مداخله، ۲۹/۹۱ و در گروه کنترل ۲۹/۴۰ سال بود. سطح تحصیلات بیشتر زنان در دو گروه، دیپلم بود. از نظر سطح تحصیلات همسران نیز بین دو گروه اختلاف معنی‌دار وجود نداشت. ۹۴/۳ درصد از زنان باردار در هر دو گروه، خانه‌دار بودند. اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و گواه از نظر سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر و میزان درآمد، وجود نداشت.

میانگین نمره‌ی آگاهی گروه مداخله از ۷۶/۲۹ قبل از مداخله‌ی آموزشی، به ۸۹/۱۲ بعد از آموزش رسید (P<۰/۰۰۱). قبل از اجرای مداخله‌ی آموزشی، از نظر میانگین نمره‌ی آگاهی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه، وجود نداشت (جدول ۱).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی و مقایسه‌ی واحدهای پژوهش، بر حسب متغیرهای آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی در دو گروه مداخله و کنترل در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۱.

متغیرها		گروه مداخله	گروه کنترل	P-value (t مستقل)
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
آگاهی	قبل از مداخله	۷۶/۲۹ (۱۴/۸۳)	۷۰/۹۱ (۱۷/۰۱)	۰/۱۲۱
	بعد از مداخله	۸۹/۱۲ (۱۲/۰۷)	۷۶/۰۲ (۱۵/۶)	<۰/۰۰۱
	P-value (t زوجی)	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	
نگرش	قبل از مداخله	۸۲/۲۵ (۹/۷۸)	۷۸/۰۴ (۱۱/۶۱)	۰/۰۷۴
	بعد از مداخله	۸۲/۳۸ (۱۱/۱۱)	۷۸/۰۹ (۱۶/۲۷)	۰/۱۹۶
	P-value (t زوجی)	۰/۸۸۱	۰/۹۸۴	
کنترل رفتاری درک شده	قبل از مداخله	۸۳/۸ (۱۰/۹۱)	۷۸/۹۹ (۱۱/۵۷)	۰/۰۵
	بعد از مداخله	۸۷/۲۱ (۱۰/۴۳)	۸۱/۴۶ (۱۱/۸۳)	۰/۰۱۸
	P-value (t زوجی)	۰/۰۱	۰/۱۷۵	
هنجارهای ذهنی	قبل از مداخله	۹۱/۱۶ (۹/۰۴)	۸۷/۶۸ (۸/۳۴)	۰/۰۷۳
	بعد از مداخله	۹۴/۶۹ (۵/۳۸)	۸۷/۲۵ (۸/۳۷)	<۰/۰۰۱
	P-value (t زوجی)	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۱	

در گروه مداخله، میانگین نمره‌ی نگرش بعد از برنامه‌ی آموزشی، افزایش یافت. اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود. بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش، از نظر میانگین نمره‌ی نگرش، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، بعد از مداخله‌ی آموزشی نیز اختلاف آماری معنی‌داری از نظر افزایش نمره‌ی نگرش بین دو گروه، وجود نداشت (جدول ۱).

قبل از شروع مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمره‌ی هنجارهای ذهنی در تشویق و ترغیب مادران به انجام شیردهی با شیر مادر بین دو گروه مداخله و کنترل، وجود نداشت. اما بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی هنجارهای ذهنی در گروه مداخله، افزایش معنی‌داری پیدا کرد، در حالی که در گروه کنترل، میانگین نمره‌ی هنجارهای ذهنی کاهش یافته بود. همچنین، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر نمره‌ی هنجارهای ذهنی بین دو گروه مداخله و شاهد بعد از آموزش، دیده شد (P<۰/۰۰۱). افزایش میانگین نمره‌ی کنترل رفتاری درک شده در عدم انجام شیردهی مصنوعی در گروه مداخله بعد از اتمام برنامه‌ی آموزشی، از نظر آماری معنی‌دار بوده است (P=۰/۰۱)، در صورتی که در گروه کنترل، افزایش میانگین نمره‌ی کنترل درک شده در بررسی مجدد، از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (جدول ۱).

در گروه مداخله قبل از شروع آموزش، ۴۳ نفر (۹۷/۷ درصد) از مادران باردار، قصد شیردهی با شیر مادر و ۱ نفر (۲/۳ درصد)، قصد شیردهی مصنوعی را داشته‌اند. پس از اتمام برنامه‌ی آموزشی، تمام ۴۴ نفر (۱۰۰ درصد) مادران گروه مداخله، قصد انجام شیردهی با شیر مادر را داشتند (P<۰/۰۰۱). در گروه کنترل قبل از شروع آموزش، ۴۰ نفر (۹۳ درصد) از مادران باردار، قصد شیردهی با شیرمادر، ۱ نفر (۲/۳ درصد) قصد شیردهی با شیر خشک و ۲ نفر (۴/۷ درصد)، قصد شیردهی ترکیبی را داشتند. پس از بررسی مجدد، ۴۱ نفر (۹۵/۳ درصد) از مادران گروه کنترل، قصد انجام شیردهی با شیر مادر و ۲ نفر (۴/۷ درصد)، قصد شیردهی با شیر خشک را داشتند (P<۰/۰۰۱). از نظر قصد رفتاری، بین دو گروه قبل و بعد از آموزش، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

در گروه مداخله، ۴۳ نفر (۹۷/۷ درصد) شیردهی با پستان و ۱ نفر (۲/۳ درصد)، شیردهی ترکیبی در روزهای ۱۵-۱۰ بعد از زایمان داشته است. در گروه کنترل، ۳۹ نفر (۹۰/۷ درصد) شیردهی با پستان، ۱ نفر (۲/۳ درصد) شیردهی با شیرخشک و ۳ نفر (۷ درصد) شیردهی ترکیبی در روزهای ۱۵-۱۰ بعد از زایمان داشتند. علی‌رغم افزایش شیردهی با پستان در گروه مداخله، با توجه به آزمون کای دو، از نظر نوع روش شیردهی در روزهای ۱۵-۱۰ بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. در گروه مداخله، تعداد مادرانی که شیردهی با پستان در روزهای ۵۵-۴۵ پس از زایمان داشتند، ۴۳ نفر (۹۷/۷ درصد) و ۱ نفر (۲/۳ درصد) شیردهی ترکیبی در روزهای ۵۵-۴۵ بعد از زایمان داشت. در گروه کنترل، ۳۸ نفر (۸۸/۴ درصد) شیردهی با پستان، ۱ نفر (۲/۳ درصد) شیردهی با شیرخشک و ۴ نفر (۹/۳ درصد) شیردهی ترکیبی در روزهای ۵۵-۴۵ بعد از زایمان داشتند. از

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

نظر آماری، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

بحث

این مطالعه، به روش مداخله‌ی آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور ترغیب به شیردهی، روی ۸۷ زن باردار شهر همدان انجام شد. با توجه به افزایش میانگین نمره‌ی آگاهی مادران بعد از مداخله، نتایج، نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی بر افزایش میزان آگاهی مادران بوده است.

در پژوهشی که توسط آقابابایی و همکاران در سال ۱۳۸۸ روی ۲۰۰ زن باردار، با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه‌ی آموزشی بر آگاهی و عملکرد تغذیه با شیرمادر در زنان نخست‌زا انجام شد، پس از اجرای ۱۰۰ دقیقه برنامه‌ی آموزشی، تفاوت میانگین نمره‌ی آگاهی قبل و بعد از مداخله، بین گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری معنی‌دار بوده است (۲۰). مطالعه‌ی Roby و Woodson (۲۰۰۴) با هدف بررسی میزان تأثیر آموزش تغذیه با شیر مادر بر آگاهی و نگرش مادران، تأثیر مثبت آموزش را بر افزایش میزان آگاهی مادران، نشان داد (۲۱). مطالعه‌ی دیگری که توسط پیمان و شیشه‌گر در سال ۱۳۸۵ با عنوان مقایسه‌ی تأثیر آموزش شیردهی بر میزان آگاهی و عملکرد مادران سزارینی و زایمان طبیعی انجام شد، نشان‌دهنده‌ی تأثیر برنامه‌ی آموزشی بر افزایش میزان آگاهی مادران بود (۲۲). همچنین در پژوهشی که در سال ۱۳۹۰ توسط بشارتی و همکاران روی ۷۲ نفر از زنان باردار با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری برنامه‌ریزی شده در انتخاب روش زایمان انجام شد، پس از انجام مداخله‌ی آموزشی، تفاوت میانگین نمره‌ی آگاهی بین دو گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری معنی‌دار بود (۱۹).

عدم تغییر نگرش در این پژوهش را می‌توان چنین بیان کرد که با توجه به اینکه نگرش فرد نسبت به رفتاری خاص، نتیجه‌ی ارزیابی مطلوب یا نامطلوب وی در طول زمان بوده و بستگی به تمام واکنش‌های شناختی، احساسی و رفتاری دارد و نگرش نسبت به یک عمل مشخص، نتیجه‌ی مجموع عقاید فرد نسبت به آن عمل یا رفتار می‌باشد و برای تغییر نگرش فرد باید عقاید او نیز تغییر کند، در نتیجه برای تغییر نگرش فرد باید تمام عوامل در نظر گرفته شوند و زمان طولانی‌تری صرف شود، زیرا تغییر عقاید فرد در زمان کوتاه به سختی صورت می‌پذیرد که این امر مستلزم آموزش بیشتر در زمان طولانی‌تری می باشد. نتایج حاصل در این زمینه با یافته‌های احمدی طباطبایی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد. آنان در مطالعه‌ی خود با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر فعالیت فیزیکی کارمندان، نشان دادند که قبل از مداخله‌ی آموزشی، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر نمره‌ی نگرش بین دو گروه مداخله و کنترل، وجود نداشت و البته بعد از مداخله نیز اختلاف آماری، معنی‌دار نبود (۲۳).

در مطالعه‌ی شریفی‌راد و همکاران (۱۳۸۹) که روی ۸۸ نفر از زنان باردار با هدف ارزیابی تأثیر برنامه‌ی آموزشی بر انجام شیردهی موفق در طی ۴ جلسه‌ی آموزشی انجام شد، نتایج نشان داد بعد از مداخله‌ی آموزشی، اختلاف میانگین نمره‌ی نگرش بین دو گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین، آزمون تی زوجی، اختلاف معنی‌داری از نظر افزایش میانگین نمره‌ی نگرش قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله نشان داد، که با نتایج مطالعه‌ی فوق همخوانی ندارد (۱۸). دلیل این امر می‌تواند این باشد که در مطالعه‌ی شریفی‌راد و همکاران، مدت زمان جلسات بیشتر بوده و همچنین سنجش مجدد نگرش توسط پس آزمون در روزهای ۴۵-۳۵ بعد از زایمان انجام شده است، ولی در مطالعه‌ی حاضر، پس آزمون پس از اتمام جلسه‌ی چهارم آموزش و قبل از زایمان صورت گرفت که این فاصله‌ی زمانی انجام پس آزمون، می‌تواند در اختلاف نمره‌ی نگرش دو مطالعه، تأثیر داشته باشد.

در مطالعه‌ی گیلز و همکاران در سال ۲۰۰۷ نیز برنامه‌ی آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، سبب افزایش نمره‌ی نگرش نوجوانان نسبت به شیردهی با شیر مادر شده بود که با نتایج مطالعه‌ی حاضر، همخوانی ندارد (۱۶). دلیل این امر شاید جامعه‌ی مورد پژوهش باشد که در مطالعه‌ی فوق، تنها نوجوانان بودند ولی در مطالعه‌ی حاضر، تمام گروه‌های سنین باروری مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین، نوجوانان نسبت به زنان باردار قبل از مداخله‌ی آموزشی، نگرش پایین‌تری به شیردهی با شیرمادر داشتند. از نظر مکان انجام مطالعه و خصوصیات فرهنگی نیز بین دو مطالعه اختلاف وجود دارد. در این مطالعه، هنجارهای ذهنی بالاتر به معنی تشویق و ترغیب مادران باردار به تغذیه‌ی شیرخوار با شیر مادر بود و افزایش این متغیر از اهداف انجام مداخله‌ی آموزشی بوده است.

افزایش نمره‌ی هنجارهای ذهنی در مطالعه‌ی حاضر تأثیر مداخله‌ی آموزشی را بر هنجارهای ذهنی نشان می‌دهد. در مطالعه‌ی شریفی‌راد و همکاران (۱۳۸۹)، تغییر معنی‌داری در هنجارهای ذهنی مادران در انتخاب روش شیردهی در گروه

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از انجام برنامه‌ی آموزشی دیده شد (۱۸). همچنین، مهری و همکاران در سال ۱۳۹۰، با بهره‌گیری از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توانستند تأثیر آموزش را بر تغییر معنی‌دار هنجارهای ذهنی نسبت به استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان، در گروه مداخله گزارش کنند (۲۴). مطالعه‌ی نیکنامی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان تأثیر آموزش بر مبنای الگوی رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور ارتقای انجام ماموگرافی در زنان شاغل، افزایش معنی‌داری از نظر میانگین نمره‌ی هنجارهای ذهنی در گروه مداخله بعد از آموزش وجود داشت، که با نتایج مطالعه‌ی فوق همخوانی دارد (۲۵).

افزایش میانگین نمره‌ی کنترل رفتار درک شده در عدم انجام شیردهی مصنوعی در گروه مداخله بعد از اتمام برنامه آموزشی، از نظر آماری معنی‌دار بوده و نشان می‌دهد برنامه‌ی آموزشی اجرا شده، در افزایش میزان کنترل رفتار درک‌شده به صورت عدم شیردهی مصنوعی، تأثیر مثبتی داشته است. این در حالی است که در گروه کنترل، افزایش میانگین نمره‌ی کنترل درک شده در بررسی مجدد، از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. یافته‌های پژوهش حاضر، تأییدکننده‌ی نتایج مطالعات سایر پژوهشگران در زمینه‌ی تأثیر به‌کارگیری تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در افزایش میزان میانگین نمره‌ی کنترل رفتاری درک شده می‌باشد. در همین ارتباط، کارون و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ی خود نشان دادند گروهی که مداخله‌ی آموزشی دریافت کرده بودند، تغییر مثبتی در کنترل رفتار درک شده در استفاده از کاندوم برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در مقایسه با گروه کنترل داشتند (۲۶). همچنین، نیکنامی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر آموزش بر مبنای الگوی رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور ارتقای انجام ماموگرافی در زنان شاغل، نشان دادند که پس از مداخله‌ی آموزشی، میانگین نمره‌ی کنترل رفتار درک‌شده در گروه مداخله، به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است (۲۵).

کنترل رفتاری درک شده و احساس تحت اراده و در اختیار بودن اقدام برای رفتار، یکی از عوامل مهم اقدام به آن رفتار می‌باشد و افزایش کنترل رفتار درک شده به دنبال مداخله، نشان‌دهنده‌ی تأثیر آموزش در به وجود آمدن این توان و ادراک که "اگر بخواهم می‌توانم شیردهی با شیر مادر را انجام دهم" می‌باشد. با توجه به این نکته که شیردهی یک مهارت بوده و در مداخله‌ی آموزشی حاضر، به مادران این مهارت آموزش داده شده و تقویت گردیده است، نتایج فوق، نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی بر کنترل رفتاری درک‌شده‌ی مادران می‌باشد.

قصد رفتاری، مهمترین متغیر در مدل آیزن و فیشبین می‌باشد و به این نکته اشاره دارد که عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق افتاده و بدون قصد، رفتاری اتفاق نخواهد افتاد. به عنوان یک قاعده‌ی کلی، نگرش مطلوب و هنجارهای ذهنی مطلوب و کنترل رفتاری درک شده‌ی بالاتر باعث می‌شود که قصد انجام دادن رفتار توسط فرد، بیشتر شود. علت بالا بودن قصد رفتاری در هر دو گروه را می‌توان به علت بالا بودن نگرش دو گروه نسبت به شیردهی، همچنین افزایش آگاهی مادران نسبت به مزایای شیردهی با شیر مادر و مؤثر بودن آموزش‌هایی که در مراکز بهداشتی- درمانی و رسانه‌های جمعی صورت می‌گیرد، دانست. پژوهش حاضر با با یافته‌های مطالعه‌ی شریفی‌راد و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد. در پایان پژوهش آنان، میزان قصد رفتاری در گروه مداخله، از نظر آماری افزایش معنی‌داری پیدا کرده بود (۱۸). مطالعه‌ی جان و همکاران (۲۰۰۶) نیز افزایش قصد انجام ماموگرافی در گروه مداخله پس از اتمام برنامه‌ی آموزشی را نشان می‌دهد که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۲۷).

در راستای هدف کلی پژوهش، به منظور تعیین اثربخشی برنامه‌ی آموزشی اجرا شده در ترغیب زنان باردار به شیردهی با شیر مادر، میزان شیردهی با پستان، شیرخشک و شیردهی ترکیبی در روزهای ۱۵-۱۰ و ۵۵-۴۵ بعد از زایمان در گروه‌های پژوهش، مورد بررسی و مقایسه گرفت. رفتار در هر دو گروه مداخله و کنترل، نشان‌دهنده‌ی افزایش شیردهی با شیر مادر در دو مقطع زمانی مورد بررسی می‌باشد. از آنجایی که قصد رفتاری مادران نیز در پایان مداخله‌ی آموزشی، بالا بوده است و قصد رفتاری به طور مستقیم منجر به انجام رفتار می‌شود و مهمترین متغیر در مدل آیزن و فیشبین می‌باشد و به این نکته اشاره دارد که عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق می‌افتد، نتایج مطالعه‌ی فوق این ارتباط را به طور قوی تأیید می‌کند. دلیل این امر شاید افزایش آگاهی مادران از مزایای تغذیه با شیرمادر و تأثیر آموزش‌هایی باشد قبل از زایمان در مراکز بهداشتی- درمانی و بعد از زایمان در بیمارستان به مادران داده می‌شود. در بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک که از سال ۱۹۹۲ میلادی تأسیس شده‌اند، یکی از اهداف آنان، تغذیه‌ی انحصاری با شیرمادر بوده و پس از زایمان، به این موضوع اهمیت فراوانی می‌دهند. لازم به ذکر است که در در کشور ما نیز تعداد فراوانی از این بیمارستان‌ها وجود دارند. همچنین، همه ساله روزی به نام روز جهانی تغذیه با شیر مادر

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

وجود دارد که می‌تواند سبب افزایش آگاهی مادران و در نتیجه افزایش میزان شیردهی با شیر مادر شود.

در مطالعه‌ای که توسط پاروت و همکاران (۲۰۰۸) با هدف افزایش فعالیت فیزیکی کارمندان صورت گرفت، در پایان مداخله‌ی آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، مقایسه‌ی افزایش فعالیت فیزیکی در گروه مداخله و کنترل از نظر آماری، معنی‌دار نبود که با مطالعه‌ی فوق همخوانی دارد (۲۸). همچنین در مطالعه‌ای که توسط کین مونت و همکاران (۲۰۰۸) در گروه در معرض خطر خدمات بهداشتی اولیه در کشور انگلستان انجام شد، مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بر فعالیت فیزیکی تأثیر معنی‌داری نداشت که با مطالعه‌ی فوق همخوانی دارد (۲۹).

از مادران هر دو گروه که شیردهی با پستان داشتند، علت رفتارشان پرسیده شد که بیشتر آنها مزایای شیردهی با پستان برای شیرخوار و خودشان، نداشتن هزینه، آلودگی کمتر و در دسترس بودن را بیان می‌کردند. همراهی و کمک اطرافیان مادر نیز یکی از مهمترین دلایلی بود که مادران ذکر می‌کردند. پژوهشی که توسط سو و همکاران (۲۰۰۷) انجام شد نشان داد که آموزش‌های ارایه شده قبل از زایمان و حمایت‌هایی که توسط اطرافیان مادر بعد از زایمان صورت می‌گیرد، باعث افزایش شیردهی انحصاری می‌شوند (۱۳). مادرانی که شیردهی غیر از شیر مادر داشتند، بیشترین دلیل را سیر نشدن شیرخوارشان و خوب وزن نگرفتن و توصیه‌ی مراقبین بهداشتی عنوان می‌کردند. طبق مطالعات انجام شده، مهمترین دلیل قطع زودرس تغذیه با شیر مادر، باور غلط مادران از نشانه‌های کفایت شیر مادر و توصیه‌ی پزشکان بوده است (۳۰). همچنین، شقاق و زخم شدن و دردناک بودن نوک پستان هنگام شیردهی نیز از دیگر دلایل عدم تغذیه‌ی انحصاری شیرخوار با شیرمادر بوده است. در انتخاب روش شیردهی، نوع زایمان نیز مؤثر است. در مطالعه‌ی حاضر، از نظر نوع زایمان، بین دو گروه، همسان‌سازی انجام شده بود و انتخاب روش شیردهی با شیر مادر در مادرانی که زایمان طبیعی داشتند در هر دو گروه مداخله و کنترل بیشتر بود. در مطالعه‌ی پیمان و شیشه‌گر (۱۳۸۵) نشان داده شد که میزان تغذیه‌ی شیرخوار با شیر مادر در مادرانی که زایمان طبیعی داشتند، از مادرانی که سزارین شده بودند، بیشتر بوده است. همچنین، عوامل فرهنگی، اجتماعی و شاغل بودن مادران نیز می‌تواند در این امر مؤثر باشد (۲۲).

نتیجه‌گیری

آموزش اجرا شده بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بیشترین تأثیر را بر سازه‌های آگاهی، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده‌ی مادران و کمترین تأثیر را بر سازه‌های نگرش، قصد رفتاری و رفتار داشته است. علی‌رغم آنکه از شناخته شدن نقش اساسی تغذیه با شیر مادر در سلامت، رشد و تکامل کودکان و همچنین سلامت مادران سال‌ها می‌گذرد، اما هنوز بسیاری از شیرخواران یا به طور کامل با شیرخشک تغذیه می‌شوند و یا شیر کمکی و مایعات اضافی را از ماه‌های اول عمر دریافت می‌کنند. می‌توان با ایجاد سیستم حمایتی از زنان در جامعه، در ایجاد انگیزه و توانمندسازی مادران به انجام شیردهی، به افزایش میزان تغذیه‌ی شیرخواران با شیر مادر در جامعه دست یافت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل پایان‌نامه‌ی پژوهشی و طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله، از معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی شهید بهشتی، همچنین معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان و کلیه‌ی نمونه‌های مورد پژوهش و همکاران مامایی مراکز بهداشتی- درمانی، به جهت همکاری‌های بی‌دریغ، تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Ghotbi F. Comparison between breastfeeding in employed and unemployed women. Pejouhesh 2008; 32: 159-64. (Full Text in Persian)

2. Rahmatnejad L, Bastani F. Factors associated with discotinuation of exclusive breast feeding by first time mothers. Iran J Nurs 2011; 24: 42-53. (Full Text in Persian)

3. Faruque ASG, Ahmed AS, Ahmed T, Islam MM, Hossain MI, Roy SK, *et al*. Nutrition: basis for healthy children and mothers in Bangladesh. J Health Popul Nutr 2008; 26: 335-9.

4. Ekhtiari A, Emami P. Comparison of success rates in breastfeeding after vaginal delivery and cesarean section. Med Sci J Islamic Azad Univ, Tehran Medical Branch 2008; 18: 51-4. (Full Text in Persian)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

5. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 129(3): e827-41.

6. Hamidi M, Khoshdel A, Khadivi R, Deris F, Zamen Salehifard A, Parvin N, *et al*. The causes of formula milk consumption in the infants under 1 year old in Charmahal and Bakhtiari Province, Iran, 2007. Shahrekord Univ Med Sci J 2011; 13(3): 77-83. (Full Text in Persian)

7. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. J Nutr2008; 138(3): 599-603.

8. Veghari G, Rahmati R. Breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan Province. Iran J Nurs 2011; 24: 8-18. (Full Text in Persian)

9. Ystrom E, Niegel S, Klepp KI, Vollrath ME. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. J Pediatr 2008; 152: 68-72.

10. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2006; 35: 616-624.

11. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: role of attitudes, support, and perceived control. Women's Health Issues 2005; 15: 64-72.

12. Ogbuanu CA, Probst J, Laditka SB, Liu J, Baek J, Glover S. Reasons why women do not initiate breastfeeding: a southeastern state study. Women Health Issues 2009; 19: 268-78.

13. 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): 574-5.

14. Kim Y. Effects of a breast-feeding empowerment program on exclusive breast-feeding. J Korean Acad Nurs 2009; 39: 279-87.

15. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organiz Behav Hum Decis Process 1991; 50: 179-211.

16. 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 Behaviour. J Public Health 2007; 29: 17-26.

17. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. J Adv Nurs 2005; 50: 272-82.

18. Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanzadeh 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: 63-70. (Full Text in Persian)

19. Besharati F, Hazavehei SMM, 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. J Zanjan Univ Med Sci 2011; 19: 94-106. (Full Text in Persian)

20. Aghababaei S, Bakht R, Bahmanzadeh M.Effects of Breastfeeding Education among Primiparous Women Referring to Fathemieh Hospital in Hamadan, Iran. Sci J Faculty Nurs Midwifery Hamadan 2009; 2: 41-5. (Full Text in Persian)

21. Roby JL, Woodson KS. An evaluation of a breast-feeding education intervention among Spanish-speaking families. Soc Work Health Care 2004; 40(1): 15-31.

22. Peyman A, Shishegar F. Comparison of breastfeeding education effect on knowledge and practice in cesarean and normal vaginal delivery mothers. J Urmia Nurs Midwifery Faculty 2007; 5(4): 53-63. (Full Text in Persian)

23. Ahmadi Tabatabaei SV, Taghdisi MH, Nakheei N, Balali F. Effect of educational intervention based on the theory of planned behavior on the physical activities of Kerman health center's staff. J Babol Univ Med Sci (JBUMS) 2010; 12(2): 62-9. (Full Text in Persian)

24. Mehri A, Mazloomy Mahmoodabad SS, Morowatisharifabad MA, Nadiran H. Determinants of helmet use behaviour among employed motorcycle riders in Yazd, Iran based on theory of planned behavior. Injury 2011; 42: 864-9.

25. Hatefnia E, Niknami SH, Mahmudi M, Lamyian M. The effects of theory of planned behavior based education on the promotion of mammography performance in employed women. J Birjand Univ Med Sci 2010; 17: 50-8. (Full Text in Persian)

26. Caron F, Godin G, Otis J, Lambert LD. Evaluation of a theoretically based AIDS-STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom among adolescents attending high school. Health Educ Res 2004; 19: 133-48.

27. Juon HS, Choi S, Klassen A, Roter D. Impact of breast cancer screening intervention on Korean-American women in Maryland. Cancer Detect Prev 2006; 30(3): 297-305.

28. Parrott MW, Tennant LK, Olejnik S, Poudevigne MS. Theory of planned behavior: Implication for an email-based physical activity intervention. Psychol Sport Exercise 2008; 9: 511-26.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

29. Kinmonth AL, Wareham NJ, Hardeman W, Sutton S, Prevost AT, Fanshawe T, *et al*. Efficacy of a theory based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. Lancet 2008; 371(9606): 41-8.

30. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics 2008; 122: 69-76.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]