

Misconceptions about Exclusive Breastfeeding among Pregnant Women and Related Demographic Factors: An Analytical Cross-Sectional Study

Amir Hosein Babapour¹ , Maryam Baradaran Binazir^{2*} , Zhila Khamenian^{2*} 

¹ Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Social Determinants of Health Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 16 Aug 2025

Revised: 23 Nov 2025

Accepted: 25 Dec 2025

ePublished: 19 Mar 2026

Keywords:

Exclusive Breastfeeding, Pregnant Women, Misconceptions, Demographic Factors, Health Education

Abstract

Background. Exclusive breastfeeding is one of the most important determinants of infant health and growth. Despite global recommendations, adherence to exclusive breastfeeding remains suboptimal in many countries, and misconceptions continue to be among the main barriers. This study aimed to identify misconceptions related to exclusive breastfeeding among pregnant women and examine their association with demographic factors in the city of Tabriz, Iran.

Methods. This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 2021 among 225 pregnant women attending outpatient clinics at Al-Zahra and Taleghani hospitals in Tabriz. Data were collected using a 30-item questionnaire rated on a five-point Likert scale (0=strongly disagree to 4=strongly agree). All items represented misconceptions; thus, higher scores indicated greater misconception levels. The total score (0–120) was categorized into four levels (low, moderate, high, very high) based on the 25th, 50th, and 75th percentiles. Content validity was assessed using the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI), with acceptable thresholds of ≥ 0.62 and ≥ 0.79 , respectively. Reliability was confirmed through a test-retest approach and calculation of the Intraclass Correlation Coefficient (ICC), with values above 0.60 indicating adequate reliability. Data were analyzed using appropriate statistical tests in SPSS version 26, and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results. The most common misconceptions were the perceived need to give infants water during hot weather, the belief that breastfeeding causes changes in breast shape, and concerns about infants becoming underweight with exclusive breastfeeding. The least frequent misconceptions were the perceived ease of formula feeding and the belief that colostrum is unsuitable. The overall mean misconception score indicated a moderate level. Among demographic variables, only maternal education was significantly associated with misconception scores ($p < 0.05$), with higher-educated mothers reporting more misconceptions. No significant associations were found for age, employment status, or parity.

Conclusion. Misconceptions about exclusive breastfeeding remain prevalent among pregnant women, particularly those related to water supplementation and breast appearance. The higher misconception levels among more educated mothers may reflect exposure to diverse yet unreliable information sources. Strengthening health literacy and providing targeted, evidence-based prenatal education may help correct these misconceptions and improve breastfeeding-related behaviors.

Babapour A, Baradaran Binazir M, Khamnian Z. Misconceptions about Exclusive Breastfeeding among Pregnant Women and Related Demographic Factors: An Analytical Cross-Sectional Study. *Depiction of Health*. 2026; 17(1): 73-86. doi: 10.34172/doh.2026.07. (Persian)

* Corresponding author; Maryam Baradaran Binazir, Zhila Khamenian, E-mail: Maryam_baradaran@hotmail.com, zhila.khamenian@gmail.com



Extended Abstract

Background

Early childhood represents a critical period during which modifiable factors—particularly nutrition—can exert lasting effects on health and developmental outcomes. The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding for the first six months of life, followed by continued breastfeeding alongside appropriate complementary foods up to two years of age or beyond. Evidence consistently demonstrates that breastfeeding protects against numerous childhood conditions, including otitis media, diarrheal diseases, lower respiratory infections, sudden infant death syndrome, inflammatory bowel disease, childhood leukemia, diabetes, obesity, asthma, and atopic dermatitis. Long-term cognitive and neurodevelopmental advantages have also been reported.

Despite these well-established benefits, global adherence to exclusive breastfeeding remains suboptimal. Cultural beliefs, traditional practices, and the transmission of inaccurate information across generations contribute significantly to this challenge. In Iran, although several initiatives have aimed to promote breastfeeding, limited attention has been paid to systematically examining maternal misconceptions. Given the influence of cultural beliefs on maternal decision-making, identifying these misconceptions is essential for developing targeted and context-specific educational interventions.

Methods

This descriptive–analytical cross-sectional study was conducted over six months in 2021 among pregnant women attending prenatal care clinics at Al-Zahra and Taleghani teaching hospitals in Tabriz, Iran. Participants were selected through convenience sampling. Inclusion criteria were being pregnant, attending the clinics for routine prenatal care, and willingness to participate. Exclusion criteria included cognitive or psychological disorders, inability to understand the questionnaire, unwillingness to continue participation, or incomplete responses.

The sample size was determined based on the rule of five participants per item for the 30-item instrument. Considering a design effect of 1.2 and a 20% anticipated dropout rate, the final sample size was set at 225. Data were collected using a researcher-developed 30-item questionnaire assessing misconceptions about exclusive breastfeeding. All items were unidirectional; agreement indicated a misconception, and disagreement indicated a correct belief. Items were rated on a five-point Likert scale (0–4), yielding a total score of 0–120. Higher scores reflected greater misconception levels. Total scores were categorized into four levels based on

percentile cutoffs: low (0–30), moderate (31–60), high (61–90), and very high (91–120). Mean item scores (0–4) and percentage-of-maximum scores were also calculated.

Content validity was evaluated by a panel of 10 experts using the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI), with acceptable thresholds of ≥ 0.62 and ≥ 0.79 . Reliability was assessed through a test–retest procedure on 30 participants over one week, and an Intraclass Correlation Coefficient (ICC) above 0.60 indicated acceptable stability.

Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics included means, standard deviations, frequencies, and percentages. The Kolmogorov–Smirnov test assessed normality. Independent t-tests were used for dichotomous variables, and one-way ANOVA with Tukey post hoc tests for multi-category variables. Statistical significance was defined as $p < 0.05$.

Results

A total of 225 pregnant women meeting the inclusion criteria participated in this cross-sectional study, and all questionnaires were completed without missing data. The mean age of participants was 29.77 ± 7.00 years, ranging from 16 to 51 years.

The mean total misconception score was 44.02 ± 6.66 , indicating a “moderate” level of misconceptions in the study population. Mean item scores ranged from 0.73 to 2.06. The highest misconception score was observed for the statement: “Healthy infants under six months of age need additional water in hot weather” (mean=2.058; 51.44%). The second most common misconception was “Breastfeeding causes changes in the mother’s breast shape and body” (mean=1.996; 49.89%). The lowest misconception score was related to the item “Formula feeding is easier than breastfeeding” (mean=0.733; 18.33%), followed by “Colostrum should be discarded because it may cause neonatal jaundice” (mean=1.022; 25.56%).

Comparison of misconception scores between women aged < 30 years and those aged ≥ 30 years using an independent t-test showed no statistically significant difference between the age groups ($p = 0.072$).

To examine misconceptions based on parity, participants were categorized into three groups: one pregnancy, two pregnancies, and three or more pregnancies. One-way ANOVA revealed no significant differences in misconception scores among these groups ($p = 0.311$).

Regarding educational level, participants were grouped into three categories: illiterate/ primary, middle/high school, diploma-level education or higher. One-way ANOVA demonstrated a statistically significant difference in misconception scores between

educational groups ($p < 0.001$). Post hoc analysis using Tukey's test indicated that women with diploma-level education or higher had significantly higher misconception scores compared with those in lower educational categories.

Finally, misconception scores were compared between employed and non-employed mothers using an independent t-test. No statistically significant difference was observed between the two groups ($p = 0.141$), indicating that employment status was not associated with the level of breastfeeding-related misconceptions among participants.

Conclusion

This study demonstrated that misconceptions about exclusive breastfeeding remain common among pregnant women, with the most frequent being the perceived need to give infants water during hot weather and concerns about changes in breast shape due to breastfeeding. Among all demographic variables examined, only maternal education was significantly associated with misconception levels, with more highly educated mothers reporting higher scores. This pattern suggests that higher educational attainment does not necessarily guarantee access to accurate breastfeeding information and that exposure to diverse but unreliable sources may contribute to confusion and the persistence of incorrect beliefs. Given the critical role that maternal attitudes play in decisions related to initiating and maintaining exclusive

breastfeeding, targeted and evidence-based educational interventions during prenatal care are essential. Enhancing maternal health literacy and directly addressing prevalent misconceptions may improve breastfeeding behaviors and contribute to better health outcomes for both mothers and infants.

Practical Implications of Research

The findings underscore the need for targeted prenatal education that directly addresses common misconceptions such as the perceived need for supplemental water in hot weather, concerns about breast shape changes, and inaccurate beliefs regarding maternal diet and milk production. Integrating evidence-based guidance on these topics into routine prenatal counseling may help correct these misunderstandings.

Concerns related to breastfeeding in the workplace highlight the importance of providing structural support for employed mothers, including dedicated lactation spaces and flexible scheduling.

Given that higher educational attainment was associated with greater misconception levels, strengthening maternal health literacy and information-appraisal skills should be prioritized. Incorporating brief misconception-screening questions into routine prenatal visits may also facilitate early identification and timely correction of inaccurate beliefs.

باورهای نادرست مادران باردار درباره تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل دموگرافیک مرتبط: یک مطالعه مقطعی - تحلیلی

امیرحسین باباپور^۱، مریم برادران بی‌نظیر^{۲*}، ژילה خامنیان^{۳*}

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. تغذیه انحصاری با شیر مادر از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت نوزاد است. با وجود توصیه‌های جهانی، میزان پای‌بندی به این الگوی تغذیه‌ای پایین است و باورهای نادرست یکی از موانع اصلی آن محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف شناسایی باورهای نادرست مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر و بررسی ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی در میان مادران باردار شهر تبریز انجام شد.

روش کار این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۴۰۰ بر روی ۲۲۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیمارستان‌های الزهرا و طالقانی تبریز انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه ۳۰ گویه‌ای با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) بود. تمام گویه‌ها بیانگر باور نادرست بودند و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر باور نادرست محسوب می‌شد. نمره کل پرسش‌نامه (۰ تا ۱۲۰) براساس صدک‌های ۲۵، ۵۰ و ۷۵ در چهار سطح پایین، متوسط، بالا و خیلی بالا طبقه‌بندی شد. روایی محتوایی با شاخص نسبت روایی محتوا (CVR: Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوا (CVI: Content Validity Index) با حد قابل قبول $0.62 \leq$ و $0.79 \leq$ تأیید شد. پایایی ابزار نیز با روش آزمون- بازآزمون و محاسبه ضریب همبستگی درون‌کلاسی (ICC: Intraclass Correlation Coefficient) ارزیابی شد و مقدار بالاتر از 0.70 نشان‌دهنده پایایی مطلوب بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند ($P < 0.05$).

یافته‌ها. شایع‌ترین باورهای نادرست شامل «نیاز نوزاد به آب در هوای گرم»، «تغییر شکل پستان‌ها در اثر شیردهی» و «لاغر ماندن کودک با تغذیه انحصاری» بودند. کمترین باورها مربوط به «آسان‌تر بودن تغذیه با شیر مصنوعی» و «نامناسب بودن آغوز» گزارش شد. میانگین نمره کل باورهای نادرست در سطح متوسط قرار داشت. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها سطح تحصیلات با میزان باورهای نادرست ارتباط معنادار داشت ($P < 0.05$). سن، وضعیت اشتغال و تعداد بارداری با باورهای نادرست ارتباطی نداشتند.

نتیجه‌گیری. باورهای نادرست درباره تغذیه انحصاری در میان مادران باردار همچنان شایع است و برخی باورهای فرهنگی مانند نیاز به آب دادن در هوای گرم برجستگی بیشتری دارند. مشاهده باورهای نادرست بیشتر در میان مادران با تحصیلات بالاتر احتمالاً ناشی از مواجهه با منابع متعدد اما غیرمعتبر اطلاعاتی است. طراحی آموزش‌های هدفمند و تقویت سواد سلامت در دوران بارداری می‌تواند به اصلاح این باورها و ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای صحیح کمک کند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵
اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲
پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۴
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۲/۲۸

کلیدواژه‌ها:

تغذیه انحصاری با شیر مادر،
مادران باردار،
باورهای نادرست،
عوامل دموگرافیک،
آموزش بهداشتی

مقدمه

دوران کودکی، مرحله‌ای حیاتی برای ارتقای رشد سالم جسمی و شناختی به‌شمار می‌آید؛ چرا که در این دوره می‌توان از طریق مداخلات مبتنی بر عوامل قابل اصلاح، از جمله تغذیه، تأثیرات پایداری بر سلامت آینده کودک ایجاد کرد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) تغذیه انحصاری با شیر مادر را طی شش ماه نخست زندگی و

دوران کودکی، مرحله‌ای حیاتی برای ارتقای رشد سالم جسمی و شناختی به‌شمار می‌آید؛ چرا که در این دوره می‌توان از طریق مداخلات مبتنی بر عوامل قابل اصلاح، از

* پدیدآور رابط: مریم برادران بی‌نظیر و ژילה خامنیان، آدرس ایمیل: Maryam_baradaran@hotmail.com, zhila.khamnian@gmail.com



نوع، فراوانی و عوامل مرتبط با باورهای نادرست مادران باردار در کشور محدود است. از آنجا که نگرش‌ها و باورهای فرهنگی می‌توانند بر تصمیم‌گیری مادران برای شروع و تداوم تغذیه انحصاری تأثیر بگذارند،^{۲۶} شناسایی دقیق این باورها در بستر اجتماعی هر منطقه، گامی ضروری برای طراحی مداخلات آموزشی هدفمند و بومی‌سازی شده محسوب می‌شود. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی باورهای نادرست مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک در میان مادران باردار شهر تبریز انجام شده است، تا با شفاف‌سازی الگوهای فکری و فرهنگی مؤثر، زمینه ارتقای برنامه‌های آموزشی دوران بارداری و بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و شیردهی مادران فراهم گردد.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که طی شش ماه در سال ۱۴۰۰ در درمانگاه‌های بیمارستان‌های آموزشی الزهرا و طالقانی شهر تبریز انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل مادران باردار مراجعه‌کننده به این مراکز برای مراقبت‌های دوران بارداری بود. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس (Convenience Sampling) انجام گرفت.

معیارهای ورود شامل باردار بودن، مراجعه به مراکز درمانی برای مراقبت‌های دوران بارداری، و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات شناختی یا روانی، ناتوانی در درک پرسش‌ها، عدم تمایل به ادامه همکاری یا تکمیل ناقص پرسش‌نامه بود.

برای تعیین حجم نمونه، با توجه به تعداد گویه‌های پرسش‌نامه (۳۰ گویه)، به ازای هر گویه ۵ نفر در نظر گرفته شد. با لحاظ ضریب طراحی ۱/۲ و نرخ ریزش ۲۰ درصدی^{۲۷} حجم نمونه نهایی ۲۲۵ نفر برآورد شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق‌ساخته‌ای شامل ۳۰ گویه درباره باورهای نادرست مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. تمامی گویه‌ها ماهیت یک‌جهت داشته و به‌گونه‌ای طراحی شده بودند که موافقت با آن‌ها نشان‌دهنده «باور نادرست» و مخالفت نشان‌دهنده «باور صحیح» محسوب می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل «کاملاً مخالفم = ۱»، «مخالفم =

تداوم آن همراه با مصرف غذاهای کمکی سالم تا دو سالگی یا بیشتر را توصیه می‌کند.^{۲۰} مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تغذیه با شیر مادر می‌تواند نقش محافظتی قابل توجهی در برابر بسیاری از اختلالات حاد و مزمن دوران کودکی، از جمله عفونت گوش میانی، اسهال حاد، بیماری‌های تنفسی تحتانی، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، بیماری التهابی روده، لوسمی دوران کودکی، دیابت، چاقی، آسم و درماتیت آتوپیک داشته باشد.^{۳-۱۲} علاوه بر این، شواهد پژوهشی بیانگر آن است که تغذیه انحصاری یا طولانی‌مدت با شیر مادر با کاهش خطر بروز تأخیرهای رشدی و اختلالات زبان و عملکردهای عصب‌رشدی اجتماعی در کودکان، عملکرد شناختی بهتر و افزایش نمره هوش (IQ) همراه است.^{۱۳} از سوی دیگر، این شیوه تغذیه برای مادران نیز مزایای متعددی دارد؛ از جمله افزایش مدت آمنوره شیردهی، تسهیل در کاهش وزن پس از زایمان، و کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان و تخمدان و نیز بیماری‌های قلبی-عروقی.^{۱۴}

با وجود توصیه‌های جهانی و اثبات علمی مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر، پای‌بندی مادران به این شیوه تغذیه در بسیاری از کشورها همچنان پایین است؛^{۱۵} به‌طوری‌که نرخ تغذیه انحصاری در شش ماه نخست زندگی ۴۲ درصد در سطح جهان، ۲۵/۶ درصد در ایالات متحده آمریکا، و در سه ماه نخست زندگی نیز در برزیل ۳۹ درصد، یونان ۱۹ درصد، تایوان ۱۶/۷ درصد و سنگاپور ۳۰ درصد گزارش شده است.^{۱۶، ۱۷} یکی از مهم‌ترین عوامل این وضعیت، باورهای نادرست و نگرش‌های غلط درباره شیردهی است که ریشه در فرهنگ، سنت‌های محلی و انتقال تجربیات نادرست میان نسل‌ها دارد.^{۱۸، ۱۷، ۱۵} به‌ویژه در بسیاری از جوامع، باورهای نادرستی همچون نامناسب دانستن کلاستروم، ناکافی بودن شیر مادر برای رشد نوزاد، نیاز نوزاد به آب و مایعات کمکی در ماه‌های نخست شیردهی، یا تأثیر منفی شیردهی بر تناسب اندام مادر و نگرانی از بیماری‌های پستان از موانع اصلی تداوم تغذیه انحصاری محسوب می‌شوند.^{۱۹-۲۱}

اغلب پژوهش‌های داخلی صرفاً به بررسی عملکرد مادران در رابطه با تغذیه انحصاری با شیر مادر پرداخته‌اند و باورهای نادرست و عوامل مؤثر بر آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است.^{۲-۲۵} در نتیجه، اطلاعات موجود درباره

متغیرهای دوگانه مانند سن و وضعیت اشتغال از آزمون t مستقل و برای متغیرهای چندگانه مانند تعداد بارداری و سطح تحصیلات از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (One-way ANOVA) استفاده شد. به منظور تحلیل دقیق‌تر تأثیر سن بر باورهای نادرست، شرکت‌کنندگان بر اساس میانه‌ی سنی جامعه مطالعه (۳۰ سال) به دو گروه زیر ۳۰ سال و ۳۰ سال و بالاتر تقسیم‌بندی شدند. این تقسیم‌بندی با مطالعات مشابه در ایران^{۲۸} که از همین مرز سنی برای مقایسه مادران جوان و میان‌سال استفاده کرده‌اند، هم‌راستا است. در متغیر سطح تحصیلات، به منظور تعیین محل دقیق اختلاف میان گروه‌ها، از آزمون تعقیبی Tukey استفاده گردید. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه در این مطالعه مقطعی، در مجموع، تعداد ۲۲۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های الزهرا و طالقانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفتند. هیچ پرسش‌نامه‌ای از تحلیل حذف نشد و تمامی پرسش‌نامه‌ها به‌طور کامل بررسی و وارد تحلیل آماری گردیدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۹/۷۷ سال با انحراف معیار ۷/۰۰ سال بود، به‌گونه‌ای که کمترین سن ۱۶ و بیشترین آن ۵۱ سال گزارش گردید. مشخصات جمعیت‌شناختی مادران در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین کل نمره باورهای نادرست شرکت‌کنندگان برابر با ۴۴/۰۲ (انحراف معیار = ۶/۶۶) بود که نشان‌دهنده سطح «متوسط» باورهای نادرست در جامعه مورد مطالعه است. میانگین نمره گویه‌های پرسش‌نامه نیز بین ۰/۷۳ تا ۲/۰۶ متغیر بود. بالاترین میزان باور نادرست مربوط به گویه «شیرخواران سالم که کمتر از ۶ ماه سن دارند در هوای گرم نیاز به آب اضافی دارند» با میانگین ۲/۰۵۸ و درصد ۵۱/۴۴ بود. پس از آن، گویه «شیر دادن باعث تغییر شکل پستان‌ها و اندام مادر می‌شود» با میانگین ۱/۹۹۶ و درصد ۴۹/۸۹ قرار داشت. کمترین میزان باور نادرست در گویه «تغذیه با شیر مصنوعی آسان‌تر از شیر مادر است» با میانگین ۰/۷۳۳ و درصد ۱۸/۳۳ و بعد از آن گویه «آغوز به دلیل ایجاد زردی برای تغذیه نوزاد مناسب نیست و باید دور ریخته شود» با

۱، «نظری ندارم = ۲»، «موافقم = ۳» و «کاملاً موافقم = ۴» نمره‌گذاری شدند. بنابراین، دامنه نمره هر گویه بین ۰ تا ۴ و دامنه نمره کل پرسش‌نامه بین ۰ تا ۱۲۰ است. افزایش نمره بیانگر شدت بیشتر باور نادرست در شرکت‌کنندگان است. برای تفسیر نمره کل پرسش‌نامه، سطوح باور نادرست بر اساس صدک‌های توزیع نمرات در چهار سطح طبقه‌بندی شد: نمره ۰ تا ۳۰ (صدک > ۲۵) به‌عنوان «پایین»، نمره ۳۱ تا ۶۰ (صدک ۲۵-۵۰) به‌عنوان «متوسط»، نمره ۶۱ تا ۹۰ (صدک ۵۰-۷۵) به‌عنوان «بالا» و نمره ۹۱ تا ۱۲۰ (صدک < ۷۵) به‌عنوان «خیلی بالا» در نظر گرفته شد. علاوه بر این، برای تحلیل دقیق‌تر هر گویه، میانگین نمره آن‌ها (۰ تا ۴) محاسبه شد. میانگین نمره هر گویه همچنین به‌صورت درصدی از نمره بیشینه (۴) محاسبه و به‌عنوان شاخص «درصد باور نادرست» گزارش شد. داده‌ها به‌صورت خوداظهاری و در حضور پژوهشگر جمع‌آوری شدند تا در صورت نیاز توضیحات لازم ارائه گردد.

به منظور بررسی روایی محتوایی پرسش‌نامه، نظر ۱۰ نفر از اساتید متخصص در حوزه کودکان و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به روش نمونه‌گیری در دسترس اخذ شد. در این ارزیابی، هر گویه بر اساس چهار شاخص «ضرورت»، «مرتبط بودن»، «شفافیت» و «سادگی» بررسی گردید و بر پایه نتایج، شاخص‌های CVI و CVR برای هر گویه محاسبه شد. مقدار قابل قبول برای CVR بر اساس جدول لاوشه حداقل ۰/۶۲ و برای CVI حداقل ۰/۷۹ در نظر گرفته شد.

برای تعیین پایایی ابزار، از روش آزمون-بازآزمون با فاصله زمانی یک هفته روی ۳۰ نفر از نمونه‌ها استفاده گردید. پایایی پرسش‌نامه با محاسبه ضریب همبستگی درون‌رده‌ای (ICC) ارزیابی شد که مقادیر بالاتر از ۰/۶ نشان‌دهنده سطح قابل قبول پایایی تلقی گردید.

داده‌ها پس از بررسی کامل پرسش‌نامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شدند. در ابتدا آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی محاسبه گردید. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-سمیروف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شد. برای مقایسه میانگین نمرات باورهای نادرست در گروه‌های مختلف از آزمون‌های استنباطی مناسب استفاده گردید؛ به‌گونه‌ای که برای

شدند. آزمون ANOVA اختلاف آماری معناداری میان سطوح مختلف تحصیلی و نمره پرسش‌نامه را نشان داد ($P < 0.001$). بر اساس آزمون تعقیبی توکی (Tukey Post Hoc)، میانگین نمره باورهای نادرست در گروه‌های دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر به‌طور معناداری بیشتر از سایر گروه‌ها بود. نتایج این مقایسه در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

برای بررسی تفاوت میانگین نمرات باورهای نادرست بر حسب وضعیت اشتغال، مادران به دو گروه خانه‌دار و شاغل تقسیم شدند و با استفاده از آزمون t مستقل، میانگین نمرات پرسش‌نامه میان این دو گروه مقایسه گردید. نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت آماری معنادار بین این دو گروه بود. ($P = 0.141$)

مقایسه میانگین نمرات باورهای نادرست بر اساس عوامل سن، تعداد حاملگی، سطح تحصیلات و شغل در جدول ۳ خلاصه شده است.

میانگین ۱/۰۲۲ و درصد ۲۵/۵۶ قرار داشت. میانگین و درصد گویه‌های باور نادرست درباره تغذیه انحصاری با شیر در جدول ۲ نمایش داده شده است.

مقایسه میانگین نمره باورهای نادرست در دو گروه سنی زیر ۳۰ سال و ۳۰ سال و بالاتر با استفاده از آزمون تی مستقل انجام گرفت که نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت آماری معنادار بین دو گروه بود ($P = 0.072$).

در ادامه، برای مقایسه میانگین نمرات باورهای نادرست بر اساس تعداد حاملگی، مشارکت‌کنندگان در سه گروه شامل یک، دو، و سه حاملگی و بیشتر طبقه‌بندی شدند. آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمرات پرسش‌نامه در این سه گروه وجود نداشت. ($P = 0.311$)

در مقایسه میانگین نمرات باورهای نادرست بر اساس سطح تحصیلات، افراد به سه گروه تحصیلی شامل بی‌سواد و ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان و دیپلم و بالاتر تقسیم

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران باردار شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	طبقه‌بندی	فراوانی (n)	درصد (%)
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۱۸	۸/۰
	راهنمایی	۴۳	۱۹/۱
	دبیرستان	۵۲	۲۳/۱
	دیپلم	۵۳	۲۳/۶
	کاردانی	۰	۰
	کارشناسی	۵۹	۲۶/۲
شغل	کارشناسی ارشد و بالاتر	۰	۰
	خانه‌دار	۱۷۱	۷۶/۰
تعداد فرزند زنده فعلی	شاغل	۵۴	۲۴/۰
	۰	۴۳	۱۹/۱
	۱	۹۹	۴۴
	۲	۴۹	۲۱/۸
	۳ و بیشتر	۳۴	۱۵/۱
	۰	۴۳	۱۹/۱
تعداد حاملگی قبل	۱	۱۰۲	۴۵/۳
	۲ و بیشتر	۸۰	۳۵/۶
	۰	۴۳	۱۹/۱
تعداد زایمان قبل	۱	۹۹	۴۴
	۲ و بیشتر	۸۳	۳۶/۹
	۰	۱۹۲	۸۵/۳
تعداد سقط قبل	۱	۲۱	۹/۳
	۲ و بیشتر	۱۲	۵/۳
	۰	۱۹۲	۸۵/۳
سابقه مصرف قرص ضدبارداری	بله	۸۶	۳۸/۲
	خیر	۱۳۹	۶۱/۸

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و درصد گویه‌های باور نادرست درباره تغذیه انحصاری با شیر

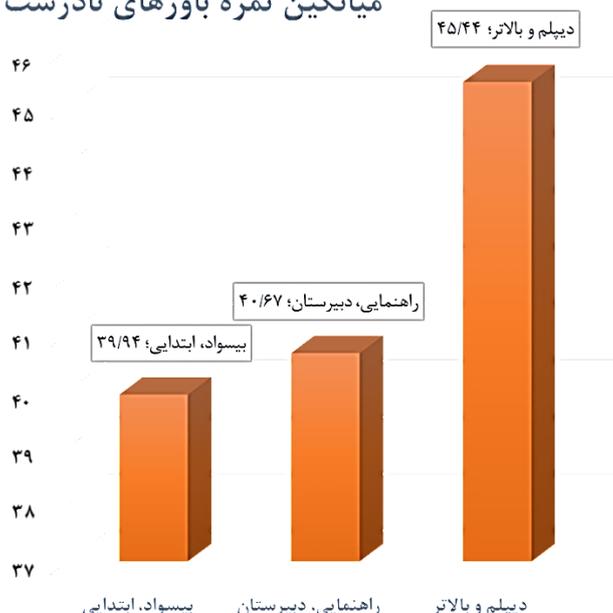
شماره	گویه	میانگین	انحراف معیار	درصد باور نادرست
۱	آغوز به دلیل ایجاد زردی برای تغذیه نوزاد مناسب نیست و باید دور ریخته شود.	۱/۰۲۲	۱/۰۲۸	۲۵/۵۶
۲	شیر دادن باعث تغییر شکل پستان‌ها و اندام مادر می‌شود.	۱/۹۹۶	۱/۲۸۷	۴۹/۸۹
۳	شیر اگر در پستان بماند، فاسد می‌شود.	۱/۵۸۲	۱/۱۴۳	۳۹/۵۶
۴	تا چند روز بعد از زایمان و یا هر زمان که مادر احساس می‌کند شیرش کم شده نباید شیر بدهد تا شیر بیشتری در پستان‌هایش جمع شود.	۱/۴۴۹	۱/۱۶۸	۳۶/۲۲
۵	پستان‌های کوچک نمی‌توانند شیر کافی تولید کنند.	۱/۴۷۱	۱/۱۵۴	۳۶/۷۸
۶	شیرخواران بیمار نباید با شیر مادر تغذیه شوند.	۱/۵۷۳	۱/۱۹۷	۳۹/۳۳
۷	شیرخواران سالم که کمتر از ۶ ماه سن دارند و با شیر مادر تغذیه می‌شوند در هوای خیلی گرم نیاز به آب اضافی دارند.	۲/۰۵۸	۱/۲۸۹	۵۱/۴۴
۸	بیدار شدن شیرخوار در شب و یا زود به زود شیر خوردن و گریه و بی‌قراری او دلیل ناکافی بودن شیر مادر است.	۱/۴۰۴	۱/۱۷۷	۳۵/۱۱
۹	اگر شیر مادری خشک شد، دیگر امکان برگشت شیر وجود ندارد.	۱/۲۱۳	۱/۱۵۳	۳۰/۳۳
۱۰	امکان افزایش تولید شیر در هیچ یک از مادران وجود ندارد.	۱/۱۲۴	۱/۱۵۴	۲۸/۱۱
۱۱	مادری که سیگار می‌کشد بهتر است به شیرخوار شیر ندهد.	۱/۶۱۳	۱/۱۹۸	۴۰/۳۳
۱۲	مادر هر چه بیشتر غذا بخورد شیر بیشتری هم تولید می‌کند و برای تولید شیر باید از رژیم غذایی خاص پیروی نماید.	۱/۵۲۰	۱/۱۹۶	۳۸/۰۰
۱۳	در صورت مصرف هر نوع دارو توسط مادر شیر دادن منع می‌شود.	۱/۵۱۶	۱/۱۵۰	۳۷/۸۹
۱۴	بیماری مادر هر چه باشد شیر دادن باید قطع شود.	۱/۳۵۱	۱/۱۴۰	۳۳/۷۸
۱۵	شیر بعضی از مادران رقیق و آبکی است.	۱/۴۰۰	۱/۲۰۳	۳۵/۰۰
۱۶	نداشتن شیر مساله ارثی و خانوادگی است.	۱/۵۶۰	۱/۲۶۷	۳۹/۰۰
۱۷	مادری که شیرخوار دوقلو نارس یا کم وزن دارد نمی‌تواند شیر بدهد.	۱/۳۶۹	۱/۱۹۲	۳۴/۲۲
۱۸	مدفوع شیر مادر خواران، مانند کودکانی است که با شیر مصنوعی تغذیه می‌کنند.	۱/۵۶۰	۱/۱۲۱	۳۹/۰۰
۱۹	مدت تغذیه از پستان باید محدود باشد.	۱/۲۸۹	۱/۱۸۱	۳۲/۲۲
۲۰	ترک نوک پستان مانع شیر دادن است و مادری که مبتلا به ماستیت است یا آبسته پستان دارد نباید شیر بدهد.	۱/۵۸۷	۱/۲۲۶	۳۹/۶۷
۲۱	شیر دادن یک امر صرفاً غریزی است.	۱/۵۶۹	۱/۲۰۹	۳۹/۲۲
۲۲	شیر دوشیده شده مادری قابل نگهداری نیست.	۱/۵۷۳	۱/۲۰۸	۳۹/۳۳
۲۳	قبل از هر بار شیر دادن باید پستان‌ها را شست.	۱/۲۴۰	۱/۰۹۶	۳۱/۰۰
۲۴	تغذیه با شیر مصنوعی آسان‌تر از تغذیه با شیر مادر است.	۰/۷۳۳	۰/۹۳۱	۱۸/۳۳
۲۵	کار خارج از منزل مانع شیردهی مادر است و باید تغذیه با شیر مصنوعی را شروع کند.	۱/۶۵۸	۱/۲۰۴	۴۱/۴۴
۲۶	استفاده از پستانک برای آرام کردن شیرخوار لازم است.	۱/۶۰۹	۱/۱۹۴	۴۰/۲۲
۲۷	شیرخوار را نباید زیاد در آغوش گرفت چون بغلی می‌شود.	۱/۲۱۳	۱/۱۲۶	۳۰/۳۳
۲۸	عادت ماهیانه مادر و روابط جنسی او بر شیر اثر دارد.	۱/۵۴۷	۱/۲۳۲	۳۸/۶۷
۲۹	آشامیدن زیاد مایعات میزان شیر را افزایش می‌دهد.	۱/۴۱۳	۱/۲۱۸	۳۵/۳۳
۳۰	کودکانی که با شیر مادر خود تغذیه می‌شوند لاغر اندام‌اند و کوچک می‌مانند.	۱/۸۰۹	۱/۲۱۹	۴۵/۲۲

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره باورهای نادرست درباره تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران باردار

متغیر دموگرافیک	طبقه‌بندی	تعداد (n)	میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری	P-value
سن (سال)	<۳۰	۷۴	۴۴/۹۰ (۶/۸۳)	t مستقل	۰/۰۷۲
	≥۳۰	۱۵۱	۴۳/۰۹ (۶/۵۱)		
تعداد بارداری	۱	۱۰۰	۴۴/۶۳ (۶/۴۷)	ANOVA	۰/۳۱۱
	۲	۷۸	۴۳/۸۴ (۶/۹۹)		
	≥۳	۴۷	۴۲/۲۳ (۵/۳۵)		

متغیر دموگرافیک	طبقه‌بندی	تعداد (n)	میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری	P-value
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۱۸	۳۹/۹۴ (۶/۳۱)	ANOVA	<۰/۰۰۱
	راهنمایی و دبیرستان	۹۵	۴۰/۶۷ (۴/۷۶)		
	دیپلم و بالاتر	۱۱۲	۴۵/۴۴ (۶/۷۹)		
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۱۷۱	۴۳/۲۸ (۶/۴۶)	مستقل	۰/۱۴۱
	شاغل	۵۴	۴۴/۹۸ (۷/۰۸)		

میانگین نمره باورهای نادرست



نمودار ۱. میانگین نمره باورهای نادرست درباره تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس سطح تحصیلات مادران باردار

بحث

بودند که شیر مادر برای رفع تشنگی در هوای گرم کافی نیست و باید به نوزاد آب داد. همچنین، مطالعه جورج (George) و همکاران^۵ با گزارش استفاده گسترده از مایعات اضافی در ماه‌های نخست تولد، بر ریشه‌دار بودن این برداشت نادرست در برخی جوامع تأکید کرده است. با این حال، این نتیجه با یافته‌های مطالعات موس (Mose) و همکاران^{۳۹} و سیسای (Sisay) و همکاران^{۳۰} ناهمسو بود؛ زیرا در آن جوامع، گرچه باور مربوط به نیاز نوزاد به تغذیه غیر از شیر مادر وجود داشت، اما این نیاز با آب‌قند، کره یا شیر حیوانی تفسیر می‌شد. یکی دیگر از باورهای شایع در مطالعه حاضر، نگرانی درباره «تغییر شکل پستان‌ها در اثر شیردهی» بود. این نگرش با نتایج مطالعات جیامفی (Gyamfi) و همکاران^{۱۷} و اودین (Uddin) و همکاران^{۳۱} همسو است؛ در تحقیق جیامفی، مادران سیاه‌پوست شیردهی را با آسیب به ظاهر پستان و بدن مرتبط می‌دانستند و در مطالعه اودین نیز برداشت‌های نادرستی

یافته‌های این مطالعه نشان داد که چند باور نادرست خاص، بیشترین سهم را در بین مادران باردار داشتند. شایع‌ترین باور نادرست، اعتقاد به «نیاز نوزادان کمتر از شش‌ماهه به آب اضافی در هوای گرم» بود؛ پس از آن، باور «تغییر شکل پستان‌ها در اثر شیردهی» و نیز تصور اشتباه «لاغر ماندن و کوچک‌جثه بودن کودکان تغذیه‌شونده با شیر مادر» در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. در مقابل، کمترین میزان باور نادرست مربوط به گزاره «آسان‌تر بودن تغذیه با شیر مصنوعی نسبت به شیر مادر» بود و پس از آن، باور «نامناسب بودن آغوز به دلیل ایجاد زردی» کمترین شیوع را داشت.

شایع‌ترین باوردر مطالعه حاضر تصور نادرست «نیاز نوزادان کمتر از شش‌ماهه به آب اضافی در هوای گرم» بود. این نتیجه با یافته‌های تاهيرو (Tahiru) و همکاران^{۱۸} در غنا همسو است؛ در آن مطالعه نیز مادران بر این باور

همچنین، در برخی فرهنگ‌ها نگرانی درباره ظاهر بدن یا توانایی جسمی مادر برای شیردهی تحت تأثیر فشارهای زیبایی، هنجارهای جنسیتی یا ساختارهای اجتماعی-نژادی شکل می‌گیرد، درحالی‌که در برخی دیگر، این نگرانی‌ها بیشتر به توصیه‌های غیرعلمی، تجربه‌های اطرافیان یا برداشت‌های سنتی از سلامت مادر نسبت داده می‌شود. تفاوت در پیام‌های نظام سلامت، میزان مشاوره دوران بارداری، و سطح اعتماد به کارکنان سلامت نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در شدت باورهای نادرست دارد. مجموع این شواهد نشان می‌دهد که باورهای نادرست، گرچه در ظاهر مشابه‌اند، اما ریشه‌ها و محرک‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوتی دارند و هرگونه مداخله آموزشی مؤثر باید متناسب با این زمینه‌های متفاوت طراحی و اجرا شود.^{۱۷، ۱۸، ۲۹-۳۲}

نتایج این مطالعه نشان داد که از میان متغیرهای دموگرافیک بررسی‌شده، تنها سطح تحصیلات با میزان باورهای نادرست ارتباط معنادار داشت و مادران با تحصیلات بالاتر نمرات بیشتری از باورهای نادرست کسب کرده بودند. در مقابل، سن، وضعیت اشتغال و تعداد بارداری با باورهای نادرست ارتباط معناداری نداشتند.

در مورد سن مادر، یافته حاضر با نتایج مطالعات هادی و همکاران^{۳۳} و نظری و همکاران^{۳۳} مشابه است که در آن‌ها نیز تفاوت معناداری در نگرش یا رفتار تغذیه‌ای بر اساس سن گزارش نشد. با این حال، نتایج مطالعات سنجری و همکاران^{۲۸} و نایب‌نیا و همکاران^{۲۲} نشان داده است که مادران جوان‌تر احتمال بیشتری برای پای‌بندی به تغذیه انحصاری دارند؛ اختلافی که می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع متغیر بررسی‌شده باشد. در مطالعه حاضر، باورها و نگرش‌های ذهنی سنجیده شده‌اند، در حالی که پژوهش‌های پیشین عمدتاً رفتار تغذیه‌ای را ارزیابی کرده‌اند. در زمینه اشتغال نیز یافته مطالعه حاضر با نتایج نایب‌نیا و همکاران^{۲۲} هم‌راستا است که تأثیر معنی‌داری برای وضعیت شغلی گزارش نکرده‌اند؛ اما با مطالعات نظری و همکاران^{۳۳}، هادی و همکاران^{۳۳} و سنجری و همکاران^{۲۸} که مادران خانه‌دار را پای‌بندتر به تغذیه انحصاری معرفی کرده‌اند، تفاوت دارد. این تفاوت نیز می‌تواند بازتاب این نکته باشد که رفتار تغذیه‌ای لزوماً معادل سطح باور یا نگرش مادر نیست و ممکن است تحت تأثیر

درباره ضعف، لاغری یا از دست رفتن زیبایی مادر گزارش شده است. در خصوص توانایی بدن برای تولید شیر، گویه «پستان‌های کوچک نمی‌توانند شیر کافی تولید کنند» در مطالعه حاضر شیوع متوسطی داشت. مقایسه این یافته با مطالعه جیامفی نشان می‌دهد که هرچند هر دو مطالعه با تردید درباره توانایی بدن در تولید شیر اشاره کرده‌اند، اما ماهیت این نگرانی متفاوت است. در مطالعه حاضر این باور مبتنی بر اندازه پستان بود، در حالی که در مطالعه جیامفی این تردید به زمینه‌های نژادی و تصور «نامناسب بودن» بدن زن سیاه‌پوست نسبت داده شده است. باور دیگری که بخشی از مادران در این مطالعه به آن اشاره داشتند، «بغلی شدن نوزاد در اثر شیردهی یا تماس زیاد» بود. این نگرش از نظر مضمون با یافته‌های جیامفی قابل مقایسه است؛ آنان گزارش کردند که برخی مادران شیردهی مکرر را باعث وابستگی بیش از حد کودک می‌دانستند. باورهای نادرست مربوط به رژیم غذایی مادر، از جمله اعتقاد به اینکه «مصرف مایعات زیاد» یا «غذا خوردن بیش از حد» باعث افزایش شیر می‌شود، در مطالعه حاضر شیوع متوسطی داشتند. این یافته‌ها با نتایج کارز (Karcz) و همکاران^{۳۲} در لهستان همسو است؛ در آن مطالعه نیز مادران و حتی برخی کارکنان سلامت رژیم‌های محدودکننده یا مصرف بیش از حد مایعات را با تولید شیر مرتبط می‌دانستند. مطالعه تاهيرو و همکاران نیز نشان داد که اعتقاد به برخی غذاها یا نوشیدنی‌ها به‌عنوان محرک افزایش شیر، میان مادران رایج است.^{۱۸} در نهایت، باور مربوط به آغوز در مطالعه حاضر شیوع کمتری داشت، در حالی‌که در مطالعات Sisay، Mose و Uddin، باورهای نادرست درباره «کثیف بودن»، «مضر بودن» یا «نامناسب بودن» آغوز بسیار شایع گزارش شده است.^{۲۹-۳۱}

مرور مطالعات انجام‌شده در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که شکل‌گیری و تداوم باورهای نادرست درباره تغذیه با شیر مادر، بیش از آن‌که صرفاً ناشی از کمبود آگاهی باشد، ریشه در تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و نظام‌های باور مبتنی بر تجربه‌های بین‌نسلی دارد. در برخی جوامع، اقلیم و شرایط آب‌وهوایی برداشت‌های نادرستی درباره نیاز مایعاتی نوزاد ایجاد می‌کند، در حالی‌که در برخی دیگر، سنت‌های محلی و الگوهای تغذیه پیش‌لاکتال نوع مداخله جایگزین برای شیر مادر را تعیین می‌کند.

اجتماعی مطلوب وجود دارد. همچنین، مطالعه حاضر تنها در یک شهر (تبریز) انجام شده و تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق کشور، به‌ویژه با تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، امکان تعمیم نتایج به کل جمعیت مادران باردار محدود است و یافته‌ها باید در چارچوب جامعه مورد مطالعه تفسیر گردند. از سوی دیگر، به دلیل طراحی مقطعی، امکان بررسی رابطه علی میان باورهای نادرست و رفتارهای تغذیه‌ای مادران وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی طولی یا مداخله‌ای، روند تغییر باورها و اثر آموزش‌های فرهنگی محور را در طول زمان بررسی کنند. به دلیل ماهیت توصیفی-تحلیلی مطالعه، از آزمون‌های آماری پایه برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد و به دلیل عدم طراحی تحلیلی چندمتغیره، امکان کنترل هم‌زمان متغیرهای مخدوش‌کننده فراهم نبود. در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود از مدل‌های چندمتغیره برای تحلیل دقیق‌تر عوامل مؤثر استفاده شود. همچنین انجام مطالعات کیفی یا ترکیبی می‌تواند درک عمیق‌تری از زمینه‌های فرهنگی و خانوادگی مؤثر بر باورهای تغذیه‌ای مادران فراهم آورد. بررسی نقش منابع اطلاعاتی، شبکه‌های اجتماعی و آموزش‌های سلامت در شکل‌گیری یا اصلاح این باورها نیز از دیگر محورهای مهمی است که در مطالعات آتی باید مورد توجه قرار گیرد. در مجموع، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر با رویکرد مقایسه‌ای میان مناطق مختلف کشور می‌تواند به تدوین مداخلات آموزشی و سیاست‌های فرهنگی متناسب با شرایط اجتماعی هر منطقه کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که باورهای نادرست درباره تغذیه انحصاری با شیر مادر در میان مادران باردار همچنان شایع است و برخی برداشت‌های نادرست، مانند نیاز به آب در هوای گرم و تغییر شکل پستان‌ها، بیشترین فراوانی را داشتند. همچنین مشخص شد که از میان متغیرهای دموگرافیک، تنها سطح تحصیلات با میزان باورهای نادرست ارتباط معنادار دارد؛ به‌گونه‌ای که مادران با تحصیلات بالاتر باورهای نادرست بیشتری گزارش کردند.

محدودیت‌های محیط کار، حمایت اجتماعی یا دسترسی به مرخصی زایمان شکل گیرد. یافته مربوط به سطح تحصیلات در مطالعه حاضر نیز با بخشی از ادبیات همخوان است؛ در پژوهش‌های نظری و همکاران،^{۳۳} هادی و همکاران^{۲۳} و نایی‌نیا و همکاران،^{۲۲} تحصیلات به‌عنوان متغیری اثرگذار گزارش شده است، هرچند جهت اثر در آن‌ها متفاوت بوده و تحصیلات بالاتر با عملکرد بهتر شیردهی همراه بوده است. همچنین، مطالعه سنجری و همکاران^{۲۸} تفاوت معناداری میان سطوح مختلف تحصیلات گزارش نکرده است. اختلاف میان نتایج این مطالعات می‌تواند ناشی از تفاوت در تعریف متغیر پیامد باشد؛ در حالی که پژوهش‌های پیشین بیشتر به رفتار شیردهی پرداخته‌اند، مطالعه حاضر به باورهای ذهنی و نگرش‌های فرهنگی مرتبط توجه کرده است. در خصوص تعداد بارداری (باریتی)، نتایج مطالعه حاضر نیز با بخش‌هایی از پیشینه پژوهش متفاوت است. در مطالعه هادی و همکاران،^{۲۳} افزایش تعداد بارداری با کاهش تغذیه انحصاری همراه بوده است، در حالی که در پژوهش حاضر چنین الگویی مشاهده نشد. با توجه به اینکه تعداد بارداری بیشتر ممکن است با تجربه عملی و اطمینان بیشتر مادر در شیردهی همراه باشد، عدم مشاهده تفاوت در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از تمرکز بر باورها و نگرش‌ها به جای رفتار واقعی شیردهی باشد.

به نظر می‌رسد مهم‌ترین دلیل تفاوت میان نتایج مطالعه حاضر و پژوهش‌های پیشین، تفاوت در ماهیت متغیر وابسته باشد. بیشتر مطالعات پیشین در ایران بر عملکرد یا رفتار تغذیه‌ای مادران تمرکز داشته‌اند، در حالی که در مطالعه حاضر باورها، ادراکات و ساختارهای ذهنی ارزیابی شده‌اند. از آنجا که رفتار تغذیه‌ای می‌تواند بازتابی از نگرش باشد، مقایسه میان این دو نوع مطالعه همچنان ارزشمند است؛ با این تفاوت که رفتار مادر به عوامل متعددی مانند حمایت خانوادگی، شرایط محیط کار، وضعیت اقتصادی و موانع ساختاری نیز وابسته است و لزوماً بازتاب دقیق باورهای درونی و فرهنگی او نیست.^{۲۲}

۳۳، ۲۸، ۲۳

از محدودیت‌های این پژوهش آن است که داده‌ها بر اساس پرسش‌نامه خودگزارشی جمع‌آوری شده‌اند؛ بنابراین احتمال وجود سوگیری پاسخ‌دهی یا گرایش به پاسخ‌های

قدردانی‌ها

بدین وسیله از تمامی مادران بارداری که با صرف وقت و همکاری صمیمانه خود در تکمیل پرسش‌نامه‌ها ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم. همچنین، از مسئولان و کارکنان بیمارستان‌های الزهرا و طالقانی تبریز که همکاری و حمایت لازم را در مراحل جمع‌آوری داده‌ها فراهم کردند، سپاسگزاری می‌نماییم.

مشارکت پدیدآوران

امیرحسین بابیور مسئولیت جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش پیش‌نویس اولیه و ویرایش نهایی مقاله؛ مریم برداران بی نظیر مسئولیت ایده‌پردازی، طراحی مطالعه، تفسیر داده‌ها، مسئولیت مکاتبات، ویرایش و بازنگری نهایی مقاله؛ ژیلخامنیان مسئولیت طراحی مطالعه، تحلیل آماری، نقد و بررسی مقاله را بر عهده داشتند.

منابع مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی مستقیم یا غیرمستقیم از سوی سازمان‌ها، مؤسسات یا نهادهای تأمین‌کننده بودجه دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1400.774 انجام شد. شرکت در مطالعه به صورت داوطلبانه بود و رضایت آگاهانه کتبی از همه شرکت‌کنندگان اخذ شده بود. همچنین اطمینان داده شد که اطلاعات شرکت‌کنندگان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و هزینه‌ای به آنان تحمیل نخواهد گردید.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع علمی، مالی یا شخصی در ارتباط با این مطالعه ندارند.

این الگو نشان می‌دهد که برخورداری از تحصیلات بالا لزوماً با دسترسی به اطلاعات صحیح در زمینه شیردهی همراه نیست و میزان مواجهه با توصیه‌های غیرعلمی می‌تواند در شکل‌گیری نگرش‌ها نقش داشته باشد. با توجه به اهمیت نقش باورها در تصمیم‌گیری مادران برای شروع و تداوم تغذیه انحصاری، به نظر می‌رسد توجه به این باورهای نادرست و اصلاح آن‌ها از طریق آموزش‌های هدفمند دوران بارداری، می‌تواند در ارتقای رفتارهای صحیح تغذیه نوزاد مؤثر باشد.

پیامدهای عملی پژوهش

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مداخله‌های آموزشی دوران بارداری باید به صورت هدفمند بر باورهای نادرست شایع، از جمله نیاز نوزاد به آب در هوای گرم، نگرانی درباره تغییر شکل پستان‌ها و برداشت‌های نادرست مربوط به رژیم غذایی دوران شیردهی، متمرکز باشد. گنجاندن محتوای مبتنی بر شواهد درباره این موضوعات در جلسات آموزش بارداری و مشاوره‌های ماماها می‌تواند به اصلاح برداشت‌های نادرست کمک کند. وجود برخی نگرانی‌ها و محدودیت‌های مطرح‌شده در زمینه امکان شیردهی در محیط کار، اهمیت توجه به حمایت ساختاری از مادران شاغل را برجسته می‌سازد. فراهم‌کردن فضاهای مناسب برای شیردهی یا دوشیدن شیر در محیط کار، انعطاف‌پذیری زمانی در ساعات کاری و اطلاع‌رسانی به کارفرمایان درباره اصول حمایت از تغذیه با شیر مادر می‌تواند به کاهش فشارهای محیطی و جلوگیری از شکل‌گیری یا تداوم برخی باورهای نادرست کمک کند. با توجه به اینکه مادران با تحصیلات بالاتر باورهای نادرست بیشتری داشتند، تقویت سواد سلامت، مهارت تحلیل اطلاعات و آشنایی با منابع علمی معتبر باید بخش ثابت آموزش‌های دوران بارداری باشد. به نظر می‌رسد ادغام سوالات غربالگری باورهای نادرست در مراقبت‌های روتین بارداری نیز می‌تواند به شناسایی زودهنگام این نگرش‌ها و اصلاح آن‌ها کمک کند.

References

1. World Health Organization. Breastfeeding recommendations. Geneva: WHO; 2022.
2. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk.

- Pediatrics*. 2022; 150(1): e2022057988. doi:10.1542/peds.2022-057988
3. Al-Nawaiseh FK, Al-Jaghibir MT, Al-Assaf MS, Al-Nawaiseh HK, Alzoubi MM. Breastfeeding initiation and duration and acute otitis media among children less than two years of age in Jordan: results from a case-control study. *BMC Pediatr*. 2022; 22(1): 370. doi:10.1186/s12887-022-03427-7
 4. Hamer DH, Solomon H, Das G, Knabe T, Beard J, Simon J, et al. Importance of breastfeeding and complementary feeding for management and prevention of childhood diarrhoea in low- and middle-income countries. *J Glob Health*. 2022; 12: 10010. doi:10.7189/jogh.12.10010
 5. George A, Bonne S, Ekpenyong EN, Edem EN, Ajayi S. Breastfeeding and acute respiratory infection (ARI) in infants: a systematic review in Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med*. 2024; 22(3): 39–47.
 6. Thorne R, Ivers R, Dickson M, Charlton K, Pulver LJ, Catling C, et al. The Marri Gudjaga project: a study protocol for a randomised control trial using Aboriginal peer support workers to promote breastfeeding of Aboriginal babies. *BMC Public Health*. 2023; 23(1): 823. doi:10.1186/s12889-023-15558-2
 7. Bertin B, Foligne B, Ley D, Lesage J, Beghin L, Morcel J, et al. An overview of the influence of breastfeeding on the development of inflammatory bowel disease. *Nutrients*. 2023; 15(24): 5103. doi:10.3390/nu15245103
 8. Sjøgaard SH, Andersen MM, Rostgaard K, Davidsson OB, Olsen SF, Schmiegelow K, et al. Exclusive breastfeeding duration and risk of childhood cancers. *JAMA Netw Open*. 2024; 7(3): e243115.
 9. Ćwiek D, Malinowski W, Ogonowski J, Zimny M, Szymoniak K, Czechowska K, et al. The effects of breastfeeding and gestational diabetes mellitus on body mass composition and the levels of selected hormones after childbirth. *Nutrients*. 2023; 15(22): 4828. doi:10.3390/nu15224828
 10. Muraglia M, Faienza MF, Tardugno R, Clodoveo ML, Matias De la Cruz C, Bermúdez FG, et al. Breastfeeding: science and knowledge in pediatric obesity prevention. *Front Med (Lausanne)*. 2024; 11: 1430395. doi:10.3389/fmed.2024.1430395
 11. Chen CN, Lin YC, Ho SR, Fu CM, Chou AK, Yang YH. Association of exclusive breastfeeding with asthma risk among preschool children: an analysis of National Health and Nutrition Examination Survey data, 1999 to 2014. *Nutrients*. 2022; 14(20): 4250. doi:10.3390/nu14204250
 12. Wang J, Shi H, Wang X, Dong E, Yao J, Li Y, et al. Exploring the role of breastfeeding, antibiotics, and indoor environments in preschool children atopic dermatitis through machine learning and hygiene hypothesis. *Sci Rep*. 2025; 15(1): 9796. doi:10.1038/s41598-025-94255-z
 13. Goldshtein I, Sadaka Y, Amit G, Kasir N, Bourgeron T, Warriar V, et al. Breastfeeding duration and child development. *JAMA Netw Open*. 2025; 8(3): e251540.
 14. Dinleyici EC. Breastfeeding and health benefits for the mother-infant dyad: a perspective on human milk microbiota. *Ann Nutr Metab*. 2025; 81(Suppl 1): 7–19. doi:10.1159/000541711
 15. Dündar T. Factors affecting breastfeeding. In: Özsoy S, editor. *Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık: Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021: 59–65.
 16. Ebrahim B, Al-Enezi H, Al-Turki M, Al-Turki A, Al-Rabah F, Hammoud MS, et al. Knowledge, misconceptions, and future intentions towards breastfeeding among female university students in Kuwait. *J Hum Lact*. 2011; 27(4): 358–366. doi:10.1177/0890334411411163
 17. Gyamfi A, O'Neill B, Henderson WA, Lucas R. Black/African American breastfeeding experience: cultural, sociological, and health dimensions through an equity lens. *Breastfeed Med*. 2021; 16(2): 103–111. doi:10.1089/bfm.2020.0312
 18. Tahiru R, Amoako M, Apprey C. Exclusive breastfeeding: an exploratory thematic analysis of the perspectives of breastfeeding mothers and significant others in the Tamale metropolis of Northern Ghana. *BMC Nutr*. 2024; 10(1): 161. doi:10.1186/s40795-024-00973-4
 19. Ekubay M, Berhe A, Yisma E. Initiation of breastfeeding within one hour of birth among mothers with infants ≤ 6 months of age in Addis Ababa, Ethiopia. *Int Breastfeed J*. 2018; 13:4. doi:10.1186/s13006-018-0156-1
 20. Legesse M, Demena M, Mesfin F, Haile D. Factors associated with colostrum avoidance among mothers of children aged less than 24 months in Raya Kobo district, Ethiopia. *J Trop Pediatr*. 2015; 61(5): 357–363. doi:10.1093/tropej/fmv039
 21. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2015; 11(4): 433–451. doi:10.1111/mcn.12180
 22. Nayebinia AS, Faroughi F, Asadi G, Fathnezhad-Kazemi A. Factors affecting breastfeeding self-efficacy among mothers with preterm infants. *Womens Health (Lond)*. 2024; 20: 17455057241305297. doi:10.1177/17455057241305297
 23. Hadi F, Eftkhar H, Djazayeri A, Mazloomzadeh S. Exclusive breast feeding and its determinants in

- infants born in Zanjan hospitals: a longitudinal study. *J Compr Ped*. 2021; 12(3): e108667. doi:10.5812/compreped.108667
24. Hajizadeh F, Ebrahimi F, Tabatabaei SZ. Feeding patterns in one-year-old children referred to urban and rural health care centers in Rafsanjan City in 2017. *J Arak Univ Med Sci*. 2022; 25(3): 422–435. (Persian)
 25. Behzadifar M, Saki M, Behzadifar M, Mardani M, Yari F, Ebrahimzadeh F, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding practice in the first six months of life and its determinants in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2019; 19(1): 384. doi:10.1186/s12887-019-1776-0
 26. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *Int Breastfeed J*. 2016; 11: 12. doi:10.1186/s13006-016-0072-0
 27. Pezeshki MZ, Khajeh FK, Ghaffarifar S, et al. Iranian study on social determinants of self-management in patients with hypertension referring to Tabriz health care centers in 2017–2018. *Int J Prev Med*. 2020; 11: 58.
 28. Sanjari S, Mohammadi Soleimani M, Khanjani N, Mohseni M, Ahmadi Tabatabaei SV. [The relationship between demographic factors, healthy family and social health with exclusive breastfeeding in women referred to Kashani Hospital of Jiroft in 2014]. *Journal of Rafsanjan University Medical Sciences*. 2016; 15(2): 165–178. (Persian)
 29. Mose A, Dheresa M, Mengistie B, Wassihun B, Abebe H. Colostrum avoidance practice and associated factors among mothers of children aged less than six months in Bure District, Amhara Region, North West Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2021; 16(1): e0245233. doi:10.1371/journal.pone.0245233
 30. Sisay BM, Endale SZ, Senbeta FW. Colostrum avoidance and associated factors among postnatal mothers in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia: a mixed method study. *BMC Public Health*. 2025; 25: 248. doi:10.1186/s12889-025-21351-0
 31. Uddin MF, Jabeen I, Islam MA, Rahman M, Chisti MJ, Ahmed T, et al. Barriers to breastfeeding are shaped by sociocultural context: an exploratory qualitative study in Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. 2022; 41:34. doi:10.1186/s41043-022-00312-y
 32. Karcz K, Lehman I, Królak-Olejnik B. The link between knowledge of the maternal diet and breastfeeding practices in mothers and health workers in Poland. *Int Breastfeed J*. 2021; 16: 58. doi:10.1186/s13006-021-00406-z
 33. Nazari J, Esmaili A, Mousavi ES, Mirshafiei P, Amini S. Socioeconomic factors affecting exclusive breastfeeding in the first 6 months of life. *J Pediatr Neonat Individ Med*. 2021; 10(2): e100255. doi:10.7363/100255