

زنان، مادری و شیردهی

پدیدآورنده (ها) : الهی دوست، سعیده؛ ربانی، علی؛ شمس، بهزاد
علوم اجتماعی :: نشریه پژوهش نامه زنان :: بهار و تابستان ۱۳۹۱، سال چهارم - شماره ۱
(علمی-پژوهشی)CSI/از ۱ تا ۳۸ آدرس ثابت :

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/۱۰۶۹۷۸۹>

مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) جهت ارائه مجلات عرضه شده در پایگاه، مجوز لازم را از صاحبان مجلات، دریافت نموده است، بر این اساس همه حقوق مادی برآمده از ورود اطلاعات مقالات، مجلات و تألیفات موجود در پایگاه، متعلق به "مرکز نور" می باشد. بنابر این، هرگونه نشر و عرضه مقالات در قالب نوشتار و تصویر به صورت کاغذی و مانند آن، یا به صورت دیجیتالی که حاصل و بر گرفته از این پایگاه باشد، نیازمند کسب مجوز لازم، از صاحبان مجلات و مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) می باشد و تخلف از آن موجب پیگرد قانونیاست. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه [قوانین و مقررات](#) استفاده از پایگاه مجلات تخصصی نور مراجعه فرمائید.



پایگاه مجلات تخصصی نور

پژوهش نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
سال چهارم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۲، صص ۱- ۳۸

زنان، مادری و شیردهی

سعیده الهی دوست* علی

ربانی**، بهزاد شمس***

چکیده

در جوامع امروزی بیماری های واگیر نسبت به گذشته کاهش چشمگیری یافته، اما بیماری های غیر واگیر و انواع سرطان ها رو به افزایش است. تحقیقات مختلف نشان می دهد که تغذیه با شیر مادر یکی از عواملی است که از بسیاری امراض پیشگیری می کند. بنابراین، ترویج تغذیه با شیر مادر می تواند مادران و کودکان را از ابتلا به بسیاری از بیماری های مزمن مصون کند. در سال های اخیر اهداف تغذیه انحصاری با شیر مادر در کشور به طور مطلوب محقق نشده است. از آن جا که پدیده شیردهی با سازه های فرهنگی - اجتماعی درهم آمیخته است، برای شناخت عوامل مؤثر در آن بایستی به بستر و زمینه های آن در جامعه توجه کرد. از این رو، شناخت الگوهای اجتماعی - فرهنگی مؤثر در تغذیه با شیر مادر می تواند راه مؤثری برای ترویج تغذیه با شیر مادر باشد. روش به کار گرفته شده در این پژوهش به صورت کیفی و به شیوه مردم نگاری است. جامعه آماری ۳۷ نفر از کارکنان بهداشتی و مادرانی است که مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. یافته های این پژوهش در

قالب سه کد تبیینی - که حاصل استخراج و مقوله بندی داده در ۳۶۵ کد باز، ۶۸ کد محوری، و ۱۰ کد گزینشی است - عبارت است از: عوامل فردی مؤثر در تغذیه با شیر مادر، عوامل فرهنگی مؤثر در تغذیه با شیر مادر، و عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر در تغذیه با شیر مادر. یافته های این مطالعه نشان

* کارشناس ارشد مطالعات زنان، دانشگاه اصفهان saide.elahidoost@gmail.com

** دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان a.rabbani@ltr.ui.ac.ir

*** دانشیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان shams@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۲

می دهد که عوامل روانی و مادری، آگاهی و آمادگی مادر، باورها و باورهای مادر، و حمایت اجتماعی از جمله مهم ترین عوامل تأثیرگذار در شیردهی مادران است. این مطالعه نشان می دهد که اگرچه عوامل زیست - فیزیکی از جمله عواملی است که در شیردهی مادران تأثیر می گذارد، این عوامل خود تحت تأثیر احساسات مادرانه، آرامش و اعتماد به نفس مادر، و باورهای فرد است. از آن جا که باورهای فرد تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی و از جمله خانواده است و با توجه به این که در جامعه ایرانی هنوز خانواده نقشی تعیین کننده در باورها و رفتارهای افراد دارد، بدیهه شایسته بررسی ارزشی اجتماعی به شمار می رود. همچنین، حمایت اجتماعی اطرافیان از جمله مادر، همسر، پزشک، و کارکنان بهداشتی نقش تعیین کننده ای در روند شیردهی مادران دارد. از طرفی، در زنان شاغل، علاوه بر عوامل ذکر شده، حمایت اطرافیان و رعایت قوانین شیردهی از عوامل مؤثر در شیردهی مادران است.

کلیدواژه ها: الگوهای فرهنگی، تغذیه با شیر مادر، حمایت اجتماعی، مادر، مردم نگاری.



۱. مقدمه

قرن بیستم شاهد افزایش نمایانی در امید به زندگی مردمانی بود که در کشورهای صنعتی زندگی می کردند. بیماری های واگیردار کاهش یافتند، اما از طرفی دردهای مزمن در جوامع صنعتی رو به افزایش است (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۲). زنان در تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مهم و مؤثری بر عهده دارند، زیرا آنان نه تنها مسئول سلامت خود، بلکه بیشترین مسئولیت را برای سلامت و بهداشت خانواده شان بر عهده دارند. از جمله عوامل پیشگیری کننده انواع بیماری های مزمن در مادر و کودک شیر مادر است. تحقیقات مختلف در این زمینه نشان می دهد که شیر مادر کامل ترین غذا برای نوزادان تا سن شش ماهگی است که علاوه بر تأمین نیازهای جسمی و فیزیولوژیکی آنها مکمل نیازهای روانی کودک و به خصوص مادر است (Khabazkhoob, ۱۳۸۶؛ رخشانی، ۱۳۸۳؛ یاسمی، ۱۳۸۰). تغذیه با شیر مادر خود تحت تأثیر عوامل بسیاری از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاست گذاری، رسانه ها، عوامل روان شناختی، و ... است (Farahani, ۲۰۰۹؛ خامی، ۱۳۸۳؛ خزاعی، ۱۳۸۵؛ خیاطی، ۱۳۸۶؛ کریمی، ۱۳۹۰؛ علی اکبر، ۱۳۸۹).

در چند سال اخیر، در بسیاری از نقاط دنیا شیوع و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر کاهش یافته است. در کشور ما نیز تا سال ۱۳۷۶ تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی پیشرفت چشمگیری داشت و این آمار به ۵۳ درصد در شهر و ۵۷ درصد در روستا رسید، اما به نظر می رسد اهداف تغذیه انحصاری با شیر مادر در کشور به طور مطلوب محقق نشده و تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی در سال ۱۳۸۴ ۲۳ درصد بوده است (فریمانی، ۱۳۸۱؛ باستان، ۱۳۸۷). در گذشته عوامل مؤثر در شیردهی مطالعه و بررسی شده، اما در این مطالعات به شناخت این پدیده در بستر طبیعی آن کمتر توجه شده است. در این حوزه متغیرها و تعیین کننده های پنهانی دخیل اند که با سازه های فرهنگی - اجتماعی درهم آمیخته اند و باروش کیفی می توان آن ها را کشف و استخراج کرد. با توجه به این که تغذیه با شیر مادر در سال های اخیر کاهش یافته، یکی از برنامه های بهداشتی در سطح کشور ترویج تغذیه با شیر مادر و افزایش سلامت کودکان و مادران است؛ از این رو، در این مقاله الگوهای اجتماعی و فرهنگی مؤثر در تغذیه با شیر مادر بررسی می شوند.

۲. اهمیت و اهداف

امروزه یکی از مشکلات رایج در اقشار مختلف جامعه ابتلا به بیماری های مزمن و تحمیل هزینه های سنگین بر افراد است. از آن جا که تغذیه با شیر مادر اثر بسیار مفیدی در مادر و کودک به همراه دارد و باعث کاهش ابتلا به بیماری های مزمن و افسردگی می شود، شناخت عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر و اصلاح الگوهای شیردهی مادران می تواند در زمینه کاهش بیماری های مزمن و کاهش هزینه های درمان نیز تأثیرات مفیدی به دنبال داشته باشد. همچنین، با شناخت موانع شیردهی مادران می توان به بهبود عوامل تأثیرگذار و برطرف کردن موانع شیردهی مادران کمک کرد. از طرفی، شیر مادر بهترین، اولین، و مهم ترین غذای فرد در زندگی است؛ با توجه به این امر، با بهبود شرایط شیردهی مادر و کودک می توان

نسلی توانمند از نظر جسمی، فکری، و خلقی پرورش داد. در این مقاله بهسؤالات زیر می پردازیم:

- الگوهای اجتماعی و فرهنگی مؤثر در تغذیه با شیر مادر چیست؟
- عوامل مؤثر در شیردهی مادران چیست؟

۳. مروری بر منابع

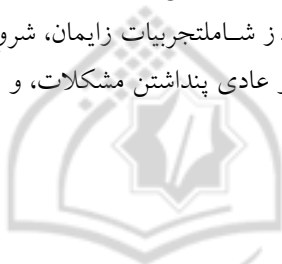
۱. رخشانی (۱۳۸۰): سن مادر، سن شروع غذای کمکی، رتبه تولد، و وزن زمان تولد کودک با میزان تداوم تغذیه با شیر مادر ارتباط دارند، اما شغل والدین، میزان تحصیلات والدین، جنسیت کودک، و نوع زایمان با میزان تداوم تغذیه با شیر مادر رابطه معناداری ندارند. همچنین، یافته های این مطالعه حاکی از آن است که تداوم شیردهی نسبت به چهار سال قبل کاهش معناداری داشته است.
۲. Zanjani (۱۳۸۱): از عوامل مؤثر در شیردهی مادران این است که بسیاری از مادران درباره اهمیت تغذیه با شیر مادر، تغذیه شیرخوار بر اساس تقاضای او، استفاده نکردن از بطری و گول زنک، نقش حمایتی همسر، و ادامه تغذیه کودک بیمار با شیر مادر اطلاعات بسیار خوب و باورهای درستی داشتند، اما تعدادی نیز باورها و اطلاعات نادرستی داشتند.
۳. Dodgson (۲۰۰۲): شیردهی مادران تحت تاثیر چه ارگ وی فرهنگ ی است:
- الف) فرهنگ رایج (سنتها)؛ ب) موانع مرتبط از منابع مختلف؛ ج) وضعیت اقتصادی اجتماعی؛ د) حمایت اجتماعی.
۴. خیاطی (۱۳۸۶): مدت شیردهی با سواد ارتباط مثبت و با شغل ارتباط منفی داشت. از جمله مهم ترین علل قطع شیردهی قبل از دو سال عبارت است از: تفکر مادر مبنی بر کافی بودن مدت شیردهی، ناکافی بودن شیر مادر، و امتناع کودک به علت نامعلوم. همچنین، حمایت مراکز با مدت شیردهی مادران ارتباط معنادار و مثبت داشت.

۵. علایی (۱۳۸۷): ۷۷ درصد از مادران مورد بررسی به تغذیه کودک با شیر مادر نگرش مثبت داشته اند و بیشترین نگرش منفی مربوط به آثار این نوع تغذیه در مادر بوده است. همچنین، نوع نگرش مادران با درآمد خانواده، شاغل و غیر شاغل بودن، نوع مشاورین و نوع حمایت کنندگان ارتباطی نداشته، اما با تحصیلات، سن، تعداد فرزندان، دفعات بارداری، مشوقان شیردهی، و منابع اطلاعاتی ارتباط داشته است.

۶. Zareai (۲۰۰۷): علت بیشتر بودن تغذیه با شیر مادر در ایران نسبت به استرالیا را چهار عامل می داند: الف) وجود برنامه ارتقای تغذیه با شیر مادر: این در حالی است که در استرالیا کارخانه های ساخت شیر مصنوعی برای کودکان و مراکز نگهداری از کودکان در حال افزایش است؛ ب) وجود بیمارستان های دوستدار کودک: در ایران ۱۰۰ درصد از بیمارستان ها دوستدار کودک اند در حالی که، در استرالیا فقط ۴/۵ درصد از بیمارستان ها دوستدار کودک اند (بیمارستان های دوستدار کودک ۱۰ اقدام برای افزایش تغذیه با شیر مادر انجام می دهند)؛ ج) بازگشت به کار: در ایران مرخصی زایمان ششماه به اضافه یک ساعت روزانه به مدت دو سال برای شیردهی فرزند است در حالی که، در استرالیا ضمانتی برای مرخصی زایمان مادران وجود ندارد. همچنین، در استرالیا فقط ۲۳ درصد از ادارات مرخصی زایمان دارند و آن هم به مدت هشت هفته؛ د) فرهنگ های متفاوت: از آن جا که تغذیه با شیر مادر در ایران هنوز به شمار می رود، مادران به آگاهی های لازم به تغذیه با شیر مادر دسترسی بیشتری دارند و از حمایت بیشتری برخوردارند. همچنین، افراد درباره این مسئله انگیزه های مذهبی قوی دارند. از طرفی، رسانه های گروهی نیز در ارتقای تغذیه با شیر مادر نقش بسزایی دارند و باعث انگیزه و حمایت مادران و در نتیجه موفقیت در شیردهی آنان می شوند. همچنین، مصرف سیگار در بین زنان ایرانی ۲ درصد است در حالی که، ۲۱ درصد از زنان استرالیایی سیگار مصرف می کنند و این مسئله در طول مدت شیردهی مادران بسیار تأثیرگذار است.

۷. Mohammad-Beygi (۲۰۰۸): تغذیه انحصاری با شیر مادر با حاملگی خواسته، زایمان طبیعی، و چندزای بودن مادر ارتباط داشت، اما با سن مادر، تحصیلات مادر، شغل مادر، درآمد خانواده، و آموزش شیردهی ارتباطی نداشت.

۸. Clifford (۲۰۰۸) : در مقاله مروری خود بر ۲۴ کشور نشان می دهد که پدر (به ویژه)، خویشاوندان، دوستان، مشاوران شیردهی، مشاوره طرفینی، پزشکان و پرستاران، و به طور کلی گروه های حامیان شیردهی باعث می شوند که مادران بتوانند بر مشکلات ناشی از شیردهی غلبه کنند، اما در میان زنان کارمند نگرانی هایی درباره شیردهی وجود دارد که نشان می دهد آن ها به تشویق و حمایت بیشتری نیاز دارند. همچنان، از آن جا که شیردهی در مکان های عمومی نابهنجاری به شمار می رود، مانعی بر سر راه شیردهی مادران است.
۹. چرکزی (۱۳۸۹): علاوه بر آگاهی و اطلاعات مادران شیرده، حمایت و تشویق همسر، مادر، و مادرشوهر به منزله هنجارهای انتزاعی در رفتار شیردهی مادران تأثیر مثبتی دارد.
۱۰. سکاکی (۱۳۸۹): آموزش در محیط منزل، کمک و حمایت مادران سزارین شده، و رهاکردن آن ها پس از ترخیص از بیمارستان یکی از روش های مناسب برای ارتقای تغذیه با شیر مادر است.
۱۱. مجلی (۱۳۸۹): عرضه بسته فیلم آموزشی سازمان بهداشت جهانی در منزل تأثیر بیشتری در عملکرد شیردهی مادران دارد.
۱۲. اظهري (۱۳۸۹): آموزش نحوه شیردهی به نوزاد به صورت چهره به چهره و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده با افزایش خودکارآمدی شیردهی در هشت هفته اول بعد از زایمان همراه است.
۱۳. خبازخوب (۱۳۸۹): سن مادر، آگاهی مادر از کاف بیودن شیر، و توصیه اطرافیان به مصرف شیر خشک از عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر بودند.
۱۴. میدیا (۲۰۱۰): نتایج مطالعه مروری نشان می دهد که سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، و میزان درآمد از جمله مهم ترین عوامل اجتماعی - دموگرافیکی اند. این عوامل با طول مدت شیردهی مادران نسبت مستقیم دارد. عوامل زیست - فیزیکی نیز شامل تجربیات زایمان، شروع به موقع شیردهی، مشکلات شیردهی، مثبت اندیشی و عادی پنداشتن مشکلات، و ناکافی بودن شیر مادر است که



تحت تأثیر عوامل روانی و اعتماد مادری قرار دارد. دسته دیگر عوامل روانی است. تصمیم برای شیردهی، حمایت اجتماعی، عقاید همسر، اعتماد به نفس مادر برای شیردهی، آموزش دانستن یهایی درباره شیردهی، و حمایت همسر و والدین نیز از عوامل اثرگذار محسوب می شوند.

۱۵. حمیدی (۱۳۹۰): مادران روستایی، خانهدار، و کم سوادتر بیشتر از تغذیه انحصاری با شیر مادر تا سن شش ماهگی استفاده می کردند. ناکافی بودن شیر مادر بیشترین علت برای تغذیه با شیر مصنوعی بود.

۱۶. ابوالقاسمی (۱۳۹۰): ادراکات عمومی می تواند یکی از مهم ترین تعیین کننده ها در موفقیت یا شکست ترویج شیر مادر باشد. ادراکات عمومی عمیقاً تحت تأثیر دموگراف، نظریه های بومی، و متغیرهای اجتماعی است. باورهای غلط، بیماری های مادر و کودک، سزارین، و شاغلبودن مادر از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه اند. پزشکان اطفال، متخصصان زنان، و کارکنان بهداشتی از عوامل کلیدی تأثیرگذار در این بستر به شمار می روند.

به طور کلی، نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه تغذیه با شیر مادر نشان می دهد که عوامل جسمانی مادر و کودک (از جمله نوع زایمان، سن مادر، رتبه زایمان و مشکلات شیردهی در اولین روز پس از زایمان، و ناکافی بودن شیر مادر) در تغذیه با شیر مادر تأثیرگذار است. همچنین، حمایت همسر و اطرافیان، فرهنگ و سنت های رایج در زمینه تغذیه با شیر مادر، تحصیلات مادر و شاغل بودن وی، میزان درآمد خانواده، و در سطح کلان تر سیاست های بهداشتی و رسانه ها نیز در تغذیه با شیر مادر تأثیرگذارند.

در بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه تغذیه با شیر مادر، از روش کمی استفاده شده و به همین علت به متغیرهای پنهانی و بستر طبیعی آن توجه نشده است. همچنین، متغیرهای به دست آمده بیشتر عوامل زیستی یا متغیر اجتماعی سطحی بوده اند (مانند میزان درآمد، بعدخانوار، و اشتغال) و به عوامل اجتماعی و فرهنگی در سطوح عمیق کمتر پرداخته شده است. از طرفی، در مطالعات پیشین فقط به بیان عوامل پرداخته شده و در زمینه تحلیل و عرضه پیشنهاد برای ارتقای تغذیه با شیر مادر کاری درخور

توجه انجام نشده است. باتوجه به این که مطالعات کیفی برای کشف متغیرهای مغفول مانده در بستر طبیعی و فرهنگبومی پدیده زمینه ای را فراهم می آورند و اوضاع و شرایط کنونی را تحلیل می کنند و پیشنهاد عرضه می کنند، استفاده از این روش می تواند برای ارتقای تغذیه با شیر مادر راهکارهای جدیدی فراهم آورد.

۴. مروری بر رویکردهای نظری

در این بخش از مقاله به برخی از نظریه های مطرح در حوزه مادر ی، خانواده ، نقش ، فمینیست، یادگیری اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی، سرمایه اجتماعی، طبقه اجتماعی، وضع رفتار، آسیب شناسی روانی، و عقاید غیر منطقی پرداخته می شود. به علت این که تحقیق حاضر به روش مردم نگاری انجام می شود، از این نظریه ها می توان به منزله راهنمای نظری در تفسیر و تبیین بیشتر ابعاد موضوع مورد مطالعه یا به عبارت دیگر ارتقای حساسیت نظری (Strauss, ۱۹۹۸) در تحقیق استفاده کرد. در این تحقیق برخی از مهم ترین نظریه های مرتبط برای رهنمون سازی اهداف تحقیق آورده شده اند.

۴.۱ نظریه های مادری و فمینیست

مادری عبارت است از انجام دادن سلسله ای از امور برای فرزندان. بنابراین، مادری بافرزنددارشدن معنا می یابد. مادران هم زمان با بارداری خود احساس مسئولیت و پدیده ای می یابند. این احساس با زایمان و در مراحل رشد کودک گسترش می یابد. مراقبت، حمایت، محبت، بازی، و تربیت از سلسله اموری اند که مادران در ارتباط با فرزندان شان انجام می دهند. زمانی که مادر فرزندش را شیر می دهد او را از غریزه مادری، محبت

آمیخته با آن، و برکات تماس بدنی بهره مند می کند. برای همین در روایات آمده است :

هر شیری که به فرزند نوشانده شود، از شیر مادرش بابرکت تر نیست. بنابراین، هم از نظر ویژگی های روانی و هم از نظر قوای بدنی، زنان برای مادری آماده اند. در کنار این اشارات، شریعت اسلامی نه تنها تقسیم مسئولیت فرزندان میان پدران و مادران را نهی نکرده، بلکه آن را تأیید و بر آن تأکید کرده است. احساس مادرانه پرورش و مراقبت از کودکان - که در همه زنان به ودیعه نهاده شده است - در عملکرد مجموعه ای از ترکیبات شیمیایی مشترک در همه پستانداران ریشه دارد. این عملکرد با تغییرات در اندام های اختصاصی زنان (مانند رحم) همراه است. هورمون پرولاکتین را هورمون محبت مادری می نامند. بر اثر آن، زن قدرت لازم را برای هر گونه فداکاری درباره فرزندش به دست می آورد. بنابراین، همدلی کردن و شیوه مادری زنان امری ذاتی است.

وضعیت برتری اخلاقی زنان به آن ها احساس رضایت می داد که علیه موقعیت مادر می نشورند. از نظر اسلامی، عقد ازدواج کارکردها و اهداف گوناگونی دارد که همسری و برقراری روابط زناشویی یکی از کارکردهای اصلی و فرزندآوری مهم ترین مقصد طبیعی آن است. بنابراین، همسری و مادری دو نقش اصلی و اولویت دار برای زنان به شمار می رود (علاسوند، ۱۳۹۰: ۹۷-۱۱۲).

نظریه فمینیست معتقد است که هویت فرد تحت تأثیر فشارهای محیطی مانند نقش های جنسیتی و تبعیض جنسیتی قرار دارد. این عوامل در ساختارهای شناختی و الگوهای رفتار تأثیر می گذارند. نانسی چودورو (۱۹۸۹) می گوید: تفاوت های روان درمانی بین جنسیت ها ناشی از این دو موقعیت است که کودکان را بیشتر زنان پرورش می دهند. هویت هر دختر بچه بر پایه حس پیوستگی او در روابط با مادرش شکل می گیرد. او پیام های شخصیتی را که مادرش می فرستد درونی می کند و می کوشد آن ها را در خزانه رفتاری خود وارد کند. در مقابل، هویت پسر بچه از طریق ناپیوستگی در روابط با مادرش شکل می گیرد. او یاد می گیرد همانندسازی با مادر را کنار بگذارد و از طریق رابطه با پدر مثل مردها

شود. همین امر موجب اختلاف قابلیت های روانی بین پسران و دختران می شود. دختران از مادر یاد می گیرند که پرورنده و مهرورزنده باشند و با انگیزه مادری کردن بزرگ شوند، اما پسرها چون فعالانه از پیروی کردن از مادرشان اجتناب می کنند، هرگز یاد نمی گیرند پرورنده باشند.

آن ها معمولاً از ماهیت پرخاشگر و قدرت طلب مردان مسن تر الگوبرداری می کنند (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۴۹۴).

فمینیستها خاطر نشان کرده اند که باید بین قابلیت طبیعی بچه دار شدن و نقش طبیعی اجتماعی مادر تمایز قائل شد. مادر شدن نه تنها مفهومی ساخته و پرداخته اجتماع است، بلکه از نظر تاریخی نیز مفهومی خاص دارد؛ به این معنا که هویت اصلی و مشغولیت عمده زنان پنداشته شده است (آبوت، ۱۳۸۰: ۱۳۱).

کرافت معتقد بود که رشد علمی و عقلانی زنان به آنان کمک می کند همسران و مادران بهتری باشند؛ در واقع وی نقش مادری را می ستود، اما سیمون دوبوار و شولامیت فایرستون برچیدن بساط مادری (به شکل کنونی اش) را عامل مهمی در تغییر جامعه می دانستند.

فمینیست های لیبرال تقدس نقش مادری را ساختگی و عاملی مهم در پیدایش مشکلات مربوط به این نقش برای زنان به شمار می آورند. فمینیست های سوسیالیست معتقدند که مادری از آن روی مشکل ساز است که قدرت اقتصادی به دست مردان است و در این وضعیت اقتصادی زنان مادر می شوند. فمینیست های رادیکال نگاهی دوگانه به مادری دارند. از نظر آنان مادری هم منبعی از ارزش ها و ویژگی های خاص زنان و هم شکلی از سرکوب آنان است که مردسالاری آن را نهادینه کرده است.

گروهی از فمینیست ها، به دلیل اعتقاد به تفاوت های ذاتی میان زن و مرد، برای زن بودن و مادر بودن ارزش قائل اند. آنان اخلاق مراقبت را اخلاق زنانه یا مادرانه می دانند. کارل گیلیکان ارتباط خوب میان مادر و فرزند را الگوی اطمینان بخش هر ارتباطی می داند (علاسوند، ۱۳۹۰: ۱۱۳-۱۱۵).

۴.۲ تعارض نقش

از نظر تفاوت های جنسیتی، نقش های زنان و مردان در جوامع گوناگون متفاوت است. نتایج مطالعه کوماروفسکی نشان م ی دهد که میان دو نقشی که در آن واحد به دختران محول شده است، تعارض آشکاری وجود دارد. نقش نخستین، که نقش زنان نامیده می شود، زنان راناکزیر می کند حساستر و ملایم تر از مردان باشند، سلطه جویی و ستیزه جویی آنها کمتر باشد، پیش مردان خود را دلربا جلوه دهند، و به زناشویی و کودکان علاقمند باشند؛ نقش دوم، که نقش جدید نامیده می شود، از زن صفات و شیوه رفتاری توقع دارد که تقریباً شبیه صفات و شیوه رفتار مردان است. این وضع در زندگی بسیاری از زنان مسائل مهمی را مطرح میکند (برگ، ۱۳۸۶: ۴۲۹).

آندره میشل معتقد بود مادری، خانه داری، و همسری نقش هایی اند که زنان در حوزه خانوادگی بر دوش می گیرند. گاهی به این نقش ها، نقش های اجتماعی هم افزوده می شود.

انجام دادن همه این کارها با هم گرانبار است و نیازمند صرف انرژی فراوان و مدیریت شایسته است. در موارد بسیاری انسجام آنها با یکدیگر تداخل می کند و موجب تعارض های گوناگون در زندگی زنان می شود. آندره میشل با مطالعات خود در کشورهای گوناگون نتیجه می گیرد که: «حتی اگر زن در بیرون خانه کار کند، سنگین ترین وظایف مربوط به کارخانه را بر دوش دارد و شوهرش در کارخانه به او یاری نمی رساند» (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۱۷۱). بیرون بیوم (۱۹۷۱) معتقد است که احساس گناه، نگرانی، و اضطراب زنان شاغل بیشتر از زنان خانه دار است (جمشیدی، ۱۳۸۱: ۴۶).

۴.۳ نظریه آسیب شناسی روانی

اجتماعی شدن جنسیت نه تنها به شیوع بیماری، بلکه به ابراز آن کمک می کند. می‌زنان شیوع انواع اختلال های رفتاری بین زن و مرد فرق می کند. در زمینه نگرش قالبی جنسیتی - که زنان را به درون سازی ناراحتی و مردان را به بیرون سازی آن سوق می دهد - انبوهی از عوامل اجتماعی و سیاسی زنان را بیشتر در معرض خطر برخی مشکلات رفتاری قرار می دهد؛ مشکلاتی مثل تصور قالبی نقش جنسیتی، انتظارات نقش جنسیتی، فشار و تعارض نقش، آسیب جنسیتی، و اقتصادهای مربوط به جنسیت.

تعارض ها و انتظارات نقش جنسیتی معمولاً حس خودکاذب به بار می آورند. از زنان انتظار می رود همیشه خانم باشند، هرگز ناسزا نگویند یا عصبانی نشوند، مردان را خوشنود کنند، و آنان را شکست ندهند. بعد از سال ها زندگی در چنین شرایطی، خشم و ناکامی در زنان متراکم می شود و اغلب به صورت رفتارهای خوددویرانگر بروز می کند (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۴۹۶).

ناراحتی نهان مادر ناشی از استرس هایی است که ثمرهٔ نبود حمایت جامعه از تغییر نقش های آن هاست. زنان وارد نقش های تازه ای شده اند و استقلال بیشتری کسب کرده اند، ولی چون جامعه اکراه دارد که همراه با آن ها تغییر کند، مانع از موفقیت آنان می شود. زنان در نقش های شغلی جدید حق انتخاب کمی برای مراقبت از فرزنداندازند، شوهر مایل نیست در فرزندپروری و مسئولیت های خانه داری با آنان هم شدن باشد، و کارفرمایان معدودی تمایل دارند نوبت های کاری انعطاف پذیری برای آنان قائل شوند. فشار و تلاش برای برقرارکردن توازن بین کار و خانه داری باعث شده است که زنان بسیاری گرفتار اضافه بار نقش و فشار نقش شوند. فشار نقش عبارت است از فشارهای متضاد نقش های متفاوت و تعارض نقش یعنی برخورد نقش ها با هم. مثل زمانی که عناصر موجود در مادر خوب بودن با عناصر دانشجوی خوب بودن در تعارض قرار می گیرند. فشارهای نقش اجازه نمی دهند که فرد وظایف نقش های دیگر را انجام دهد. بسیاری از زنان، به علت سپردن فرزندانشان به مهد کودک، احساس می کنند که باید بین مادر خوب بودن و داشتن شغلی با معنا و هدفمند یکی را انتخاب کنند. سرزنش کردن مادر و حمله به مادر بیانگر آن است که مسئول همهٔ مشکلات بچه ها مادران اند. خشونت علیه زنان به طرز وحشتناکی شایع است و پیامدهای مخرب آن می تواند زنان را برای باقی عمر زجر دهد (همان: ۵۰۸).

۴.۴ نسبیت فرهنگی و بروز مشکلات روانی برای زنان

در فرهنگ در حال تحول امکان پیدایش دشواری ها و کشمکش ها روزافزون است. در چین، پیش از کمونیستی شدن، انتقال از ساختمان خانوادگی قدیم به نوع جدید غربی آن برای جوانان دشواری هایی به بار آورده بود. در خانوادهٔ چینی قدیم، عروس جوان می بایستی کاملاً از مادرشوهر خود اطاعت کند و دختری که از روی آداب و رسوم چینی تربیت شده بود در این کار با مشکلی روبه رو نمی شد، اما وقتی دختری با مفهوم غربی خانوادهٔ محدود و مستقل آشنا می شود، ممکن است هر لحظه در خانوادهٔ گسترده کشمکش و برخوردهایی به بار آورد. مواردی در بیمارستان بیماری های روانی یکن نشان داد که این امر علت تسریع ظهور بیماری است (برگ، ۱۳۸۶: ۶۱).

۴.۵ فرهنگ

فرهنگ به معنای روش های زندگی اعضا یا گروه های هر جامعه است. فرهنگ شامل نحوه لباس پوشیدن، آداب و رسوم ازدواج و زندگی خانوادگی، الگوهای کار، آیین های دینی، و تفریح و فراغت است. در واقع، فرهنگ آن دسته از جنبه های جوامع بشری است که آموخته می شوند، نه آن هایی که به صورت ژنتیکی به ارث می رسند. اعضای جامعه همه در این عناصر فرهنگ سهیم اند و به همین علت امکان همکاری و ارتباط متقابل فراهم می شود. بنیان همه فرهنگ ها، تصورات و اندیشه هایی است که مشخص می کنند چه چیزی مهم، ارزشمند، مطلوب، و پسندیده است. این تصورات انتزاعی یا ارزش ها به آدمیان در تعامل با دنیای اجتماعی معنا می دهند و آن را هدایت می کنند. هنجارها قواعدی برای رفتارند که ارزش های هر فرهنگ را منعکس می کنند یا تجسم می بخشند. ارزش ها و هنجارها در کنار یکدیگر به چگونگی رفتار اعضای یک فرهنگ در محیط اجتماعی شان شکل می دهند. ارزش ها و هنجارهای فرهنگی غالباً طی زمان تغییر می کنند. افراد طی فرایند اجتماعی شدن و طی کنش های متقابل اجتماعی ارزش ها، هنجارها، و عقایدی را می آموزند که الگوهای فرهنگ آن ها را تشکیل می دهد. در خلال فرایند اجتماعی شدن، افراد نقش های اجتماعی و چگونگی درونی سازی آن ها را می آموزند و در نهایت آن ها را درونی می کنند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۳۵-۳۷).

۴.۶ نظریه سرمایه اجتماعی: بوردیو، کلمن و اثر آن در سلامتی

کلمن سرمایه اجتماعی را چنین تعریف می کند: «مجموعه ای از روابط که در خانواده و سازمان محلی وجود دارند و برای رشد اجتماعی یا شناختی کودک یا جوان مفیدند. این منابع برای افراد مختلف متفاوت اند و می توانند امتیاز مهمی را برای توسعه سرمایه انسان ی کودک و جوان فراهم کنند».

مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم اسلامی

هنجارها، شبکه های اجتماعی، و روابط بین بزرگ سالان و کودکان برای رشد بچه ها ارزشمندند. سرمایه اجتماعی هم در خانواده و هم در خارج از خانواده و داخل اجتماع وجود دارد. در واقع خانواده کلاف قدیمی سرمایه اجتماعی است (فیلد، ۱۳۸۶: ۴۴).

پانام نشان داد بین مجموعه ای از شاخص های بهداشتی و شاخص سرمایه اجتماعی مورد نظر خود هم بستگی مثبتی وجود دارد؛ همچنین، بین شاخص سرمایه اجتماعی و نرخ مرگ و میر پیوستگی منفی قوی ای وجود دارد. از طرفی، سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی می تواند دست یابی بهتر به مراقبت بهداشتی را فراهم کند. وی برای ارتباط سرمایه اجتماعی و بهداشت چهار دلیل را برشمرده است:

- شبکه های اجتماعی می توانند مساعدت ملموسی را فراهم کنند که باعث کاهش اضطراب شوند؛
- این شبکه ها می توانند هنجارهای بهداشت را تقویت کنند؛
- این ها بهتر می توانند برای استفاده از خدمات درمانی اعمال نفوذ کنند؛
- تعامل می تواند به تحریک سیستم ایمنی بدن کمک کند (همان: ۷۶).

۴.۷ نظریه تشکیل وضع رفتار آلپورت

از نظر آلپورت وضع رفتاری، وضع نفسانی و عصبی است که سازمان آن از تجربه است و در واکنش های فرد به همه اشیا و همه اوضاع اثر هدایت کننده و دینامیک دارد. وی در تشکیل وضع رفتار چهار شرط کلی را ذکر کرده است: نخستین آن ها تجارب است؛ دوم، فردی شدن یا فرقی گذاشتن یا تبعیض است؛ شرط سوم تشکیل رفتار، ضربت خوردن یا تجربه دراماتیک است؛ شرط چهارم تقلید است یعنی ممکن است شخص بر اثر تقلید از پدر و مادر یا استادان خود یا دیگران وضع رفتاری را پیدا کند.

۴.۸ نظریه عقاید منطقی و غیر منطقی ایس و بک

آلبرت ایس (۱۹۶۲) نظریه عقلانی - عاطفی - رفتاری خود را این چندین ارائه داد که این وقایع و رویدادها نیستند که باعث آشفتگی، پریشانی، یا اضطراب آدمی می شوند، بلکه برداشت و باور خود فرد از وقایع و پدیده هاست که موجب آشفتگی، پریشانی، اضطراب، و بروز مشکلات مختلف در زندگی فرد می شود. باور معرف فکر کردن، احساس کردن، و رفتار کردن است. باورهای منطقی به پیامدهای عاطفی و رفتار سازنده و منطقی در فرد، به رشد، بقا، و حفظ سلامت روانی او منجر خواهند شد (ساعتچی، ۱۳۷۴).

هر گونه فکر، هیجان، یا رفتاری که به تخریب نفس و از بین رفتن خود منجر شود باور غیر منطقی است و از پیامدهای مهم آن اختلال در بقا، خوشحالی، و شادمانی است. انواع باورهای غیر منطقی عبارت اند از: توقع تأیید دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، آمادگی برای سرزنش، واکنش عجولانه به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر، و کمال گرایی (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۳۵۸).

بک به چند خطای شناختی اشاره می کند که احساس افسردگی را سبب می شود:

تعمیم افراطی: با این فرض که اگر این موضوع در یک موقعیت درست باشد، در هر موقعیت دیگری هم، که کمترین شباهت را دارد، درست است؛ برداشت گزینشی: با این فرض که فقط رویدادهایی که به شکست می انجامند اهمیت دارند و این شکست ها یگانه معیار ارزیابی من از خودم هستند؛ مسئولیت بیش از حد: با این فرض که من مسئول همه رویدادهای ناگوار هستم؛ از جمله رویدادهای ناخوشایند و شکست های زندگی؛ ارجاع به خود: با این فرض که من کانون توجه همه هستم، مخصوصاً وقتی در کار می شکست می خورم؛

تفکر دومقوله ای: با این فرض که هر چیزی در یک انتها یا انتهای دیگر قرار دارد

(خوب یا بد) (همان: ۴۰۱).

۱۳. چهارچوب نظری مورد استفاده

جدول ۱. نظریات مطرح درباره مسائل زنان

کاربرد	نظریات مورد استفاده
	برخی وجود هورمون ها و غریزه مادری را عامل اصلی برای شیردهی مادران می دانند. برخی از فمینیست ها تربیت جنسیتی را منشأ رفتارهای مادرانه می دانند و آن را عاملی برای فرومایگی زنان برمی شمارند.
	برای مادران شاغل در انجام دادن هم زمان نقش های اجتماعی و مادری تداخل پیش می آید و در برخی موارد باعث افزایش نگرانی و اضطراب در مادر می شود.
	نظریه آسیب شناسی روانی زنان به علت انتظارات نقش های جنسی، تعارض نقش، فشار نقش، و ... بیشتر در معرض آبهای روانی قرار می گیرند و این مسئله در ن ردهی آنها اثرگذار است.
	نظریه نسبیت فرهنگی نسلی تغییر شیوه زندگی و تغییرات ساختاری خانواده در بین نسل ها باعث بروز مشکلات بین عروس جوان و مادرشوهر می شود و این امر افزایش مشکلات روانی برای مادران را در پی دارد و در شیردهی آنان تأثیر منفی می گذارد.
	نظریه تشکیل وضع رفتار رفتار (شیردهی) فرد تحت تأثیر تجارب فردی، فردی شدن، تجربه دراماتیک، و تقلید رفتار است.

نظریه عقاید غیر منطقی الیس و بک	برداشت و باور فرد از وقایع اطراف و پدیده ها موجب آشفتگی، پریشانی، و اضطراب در زندگی فرد می شود و می تواند اثری منفی در شیردهی داشته باشد.
نظریه فرهنگ	روش زندگی افراد، تعامل ها، ارزش ها، و هنجارهای آن ها تحت تأثیر فرهنگ است. ارزش ها و هنجارها به چگونگی رفتار شکل می دهند. افراد الگوهای فرهنگی را طی فرایند اجتماعی شدن می آموزند.
نظریه سرمایه اجتماعی	سرمایه اجتماعی مجموعه ای از روابط در خانواده و خارج از خانواده است که به علت وجود پیوندها و حمایت درون این شبکه ها فرد از سلامت روحی و جسمانی بهتری برخوردار خواهد شد.

۵. روش شناسی تحقیق

این پژوهش به روش ک یفی و با استفاده از روش مردم نگاری انجام شده است.

مردم نگاری روشی است که بر اساس آن محقق به مطالعه رفتارها و فعالیت های افراد مورد مطالعه در محیط طبیعی می پردازد (محمدپور و رضایی، ۱۳۸۷). برای گردآوری داده های کیفی از روش مشاهده مستقیم، مشاهده مشارکتی، و مصاحبه های نیمه ساخت یافته استفاده شد. جامعه آماری این مطالعه شامل مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که کودکان صفر تا دو ساله دارند و کارکنان بهداشتی از جمله متخصصان اطفال، متخصصان زنان، و کارشناسان بهداشت و مامایی است. روش نمونه گیری در تحقیقات کیفی از نوع هدفمند است، حجم نمونه نیز به سطح اشباع نظری سؤال های تحقیق بستگی دارد. اشباع نظری زمانی اتفاق می افتد که محقق در مرحله ای از کار به مفاهیم و پاسخ های مشابه دست یابد و مفاهیم جدیدی ظهور نیابد (گلانسر و استراوس، ۱۹۶۷: ۶۱). با این حال، در مطالعات کیفی حجم نمونه نباید کمتر از ۲۰ نفر باشد (Creswell, ۱۹۹۸). بر همین اساس، با استفاده از نمونه گیری هدفمند با ۳۷ نفر از جامعه آماری مصاحبه شد. داده

های گردآوری شده با استفاده از کدگذار ی آزاد به روش موضوعی تجزیه و تحلیل شدند.

از ۳۷ نفر شرکت کننده در این تحقیق، ۹ نفر کارکنان بهداشتی بودند که با مادران به طور مداوم ارتباط داشتند (شامل ۱ نفر متخصص اطفال، ۱ نفر متخصص زنان، و ۷ نفر کارشناس بهداشت) و ۲۸ نفر مادرانی که حداقل یک فرزند داشتند و دامنه سنی آن هابین ۲۰ تا ۳۵ سال بود. جدول ۲ توزیع دو گروه افراد مورد مصاحبه بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل، و تعداد فرزندان را نشان می دهد.

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

متغیر	تعداد
سن	
۲۰-۳۰	۱۸
۳۰-۴۰	۱۰
تحصیلات	
زیردیپلم	۱

دیپلم	۹
فوق دیپلم	۱
کارشناسی	۱۳
کارشناسی ارشد	۴
تحصیلات همسر	
زیردیپلم	۱
دیپلم	۱۱
فوق دیپلم	۵

۱۰	کارشناسی
۲	کارشناسی ارشد
	وضعیت شغلی
۱۸	خانه دار
۵	شاغل نیمه وقت
۵	شاغل تمام وقت
	وضعیت شغلی همسر
۹	کارمند
۱۸	آزاد
۱	بیکار
	بارداری
۲۲	خواسته
۶	ناخواسته

	نوع زایمان
۱۷	سزارین
۱۱	طبیعی
	چندمین فرزند
۱۰	نخست‌زا
۱۸	غیر نخست‌زا

۶. یافته‌های تحقیق

در پژوهش حاضر، شیوه اصلی گردآوری داده‌ها مشاهده و مصاحبه عمیق تحلیلی موضوعی بوده است. بر این اساس، پس از دسته‌بندی و تلفیق کدهای تکراری و تشکیل دسته‌بندی‌های جدید ۳۶۵ کد استخراج شد. این معانی فرموله شده، به صورتخوشه‌هایی از موضوعات، دسته‌بندی شدند؛ خوشه‌هایی که در این تحقیق به منزله مفاهیم یا کدهایی شناخته می‌شوند که بیشتر به اصطلاحات مورد استفاده در مصاحبه نزدیک‌اند.

پس از این مرحله، تمامی ایده‌های به دست آمده در قالب توصیفی بسیار مفصل از پدیده مورد مطالعه ذیل عنوان کدهای باز جمع‌آوری شدند. این کدها مشتمل بر آن دسته از معنایی است که به کدهای باز داده شده است. در این مرحله ۶۸ کد متمرکز استخراج شد که پس از ادغام آن‌ها ۱۰ کد محوری به دست آمد. در نهایت، کدهای محوری به سه کدگزینشی تقلیل یافت. جدول ۳ مثالی از نحوه استخراج کدهای توصیفی و تفسیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. مثالی از نحوه استخراج کدها

کدهای متمرکز	کدهای محوری	کدگزینشی
--------------	-------------	----------

عوامل اجتماعی و اقتصادی	سیاست های بهداشتی تغذیه با شیر مادر	<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت در دادن کوپن شیر خشک - مدت مرخصی زایمان - تبلیغات رسانهای - تماس پوستی مادر و نوزاد - اجرای برنامه بیمارستان های دوستدار کودک
	عوامل اقتصادی	<ul style="list-style-type: none"> - تأثیر وضعیت اقتصادی در شیردهی - هزینه بالای شیر خشک - انگیزه اقتصادی برای اشتغال - دسترسی آسان به شیر مادر
	سیستم های حمایتی و رفاهی	<ul style="list-style-type: none"> - حمایت و تشویق کارکنان بهداشتی - توصیه پزشک - بودن یا نبودن فضای مناسب برای شیردهی - رعایت قوانین شیردهی
	تداخل نقش های اجتماعی با مادری	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده بیشتر از شیر خشک در مادران شاغل - اولویت بخشی بین شیردادن به فرزند و وظایف شغلی - نوع شغل - استرس شغلی - تعدد وظایف - فاصله بین محل نگهداری کودک و محل کار - رعایت نکردن قوانین شیردهی

پس از تجزیه و تحلیل داده ها، عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر در سه عرصه عوامل فردی، عوامل فرهنگی، و عوامل اجتماعی - اقتصادی دسته بندی شدند.

۱.۶ عوامل فردی

عوامل فردی در حکم کد گزینش ی است و در سطح مجوری مثل تمل ب ر عوامل زیست فیزیکی، عوامل روانی و مادری، و آگاهی و آمادگی مادر است.

۱.۱.۶ عوامل زیست - فیزیکی

شامل عوامل مربوط به کودک و عوامل مربوط به مادر است. عوامل مربوط به کودک شامل امتناع کودک از خوردن، زردی نوزاد، شکاف کام، شیر خوردن شبانه، وابستگی شدید کودک، ناآرامی کودک، و نارس بودن نوزاد است. عوامل مربوط به مادر شامل کم شیرینی ارثی، بارداری و زایمان سخت، خستگی مادر، ضعف جسمانی مادر، نداشتن شیر کافی، مشکلات سینه، تغذیه نامناسب مادر، استفاده از داروی کاهش دهنده شیر مادر، بوی بدن مادر، مزه شیر مادر، استراحت مادر، و دسترسی آسان شیر مادر است؛ چنان که مادر دیپلمه نخست زاعلت قطع شیردهی خود را نارس بودن نوزاد و خستگی و ضعف جسمانی خود برمی شمارد و چنین می گوید:

تمایل داشتم شیر بدم، اما شیرم کم بود، نارس به دنیا اومد وقتی اومد خونه خیل ی زیاد درگیری داشتیم و دیگه نتونستم تلاش کنم برای این که شیرم زیاد بشه و همون شیر خشک را ادامه دادم (مصاحبه ۸).

اگرچه اکثریت مادران مشکلات شیردهی و علت استفاده از شیر خشک را از عوامل زیست - فیزیکی ذکر شده برمی شمارند، اما این عوامل خود تحت تأثیر عوامل دیگری از جمله عوامل روانی، فرهنگی، و اجتماعی است. مادر لیسانسه شاغل نخست زاعذیه نامناسب خود را علت نداشتن شیر کافی بیان می کند و می گوید:

چیزی هم که نمی خورم دو تا چایی صبحانه مون هم که یه لقمه است و نهار هم ساعت ۴ می خوریم اون وقت می خواید شیر داشته باشیم مسلمه که شیر نداریم از اول مهر تا حالا نهار نمی دن (مصاحبه ۲۰).

برخی از مادران علت قطع شیردهی را امتناع کودک از خوردن به علت نامعلوم می دانند. برای نمونه، مادر لیسانسه نخست زاعچنین بیان می کند:

پسرم هشت ماهش بود که کم کم شیر نخورد و بعد از یک هفته شیرم خشک شد هر کاری می کردم شیر نمی خورد و علتش را هم نمی دونستم (مصاحبه ۳).

مادر لیسانسه شاعلی که سه فرزند دارد علت استفاده از شیر خشک را بی قراری و تعدد وظایف خود برمی شمارد و چنین بیان می کند:

یه موقعی که خیلی گریه می کرد می خواستم شیر خشک بهش بدم برایش خریدم یه دو بارش را نداشتم بهداشت بفهمه خیلی دعوا می کرد وقتی آدم خیلی خسته می شه ماهر مضمون که مهمون داشتیم و خیلی کار داشتیم و خسته بودم و شیر نداشتم وظایفم خیلی زیاد بود چون دو تای دیگه هم داشتم (مصاحبه ۲۷).

همچنین، کارشناس بهداشتی که دو فرزند دارد به خستگی و استراحت مادران، که در شیردهی مؤثر است، اشاره می کند:

هرچی مادر کارش کمتر باشه و آرامشش بیشتر باشه و خستگی ش کمتر باشه همه این عوامل در شیردهی اثر داره خود شما اگر خسته نباشید خیلی بهتر می تونید یه کاری را انجام بدید حالا اونم مسئله مهمی مثل شیردهی (مصاحبه ۳۷).

۱.۲.۶ عوامل روانی و مادری

عوامل روانی و مادری شامل آرامش و استرس مادر در شیردهی، اعتماد به نفس مادر، افسردگی و سرحالی پس از زایمان، پشتکار مادر (صبر و حوصله مادر)، احساسات مادرانه، و ایجاد محبت و وجدان مادری است. آرامش مادر مهم ترین عامل موفقیت در شیردهی است؛ به طوری که، اکثریت مادران نداشتن استرس و داشتن آرامش را شرط اساسی در شیردهی موفق برمی شمردند. مادر کارشناس ارشد نخست زان داشتن آرامش را مهم ترین عامل در شیردهی برمی شمارد و چنین می گوید: مهم ترین چیز آرامشیه که مادر باید داشته باشه اگر آدم یک تکیه گاه محکم داشته باشه و آرامش داشته باشه می تونه یه شیردهی خوب داشته باشه ولی اگر نگرانی داشته باشه ...

مادر فوق دیپلم دارای دو فرزند چنین می گوید:

عصبی شدن شیر را کم می کنه. وقتی جایی می خوام برم و استرس پیدا می کنم شیر کم می شه. همون روز می خوام شیر براش بذارم و برم نمی تونم (مصاحبه ۲۵).

کارشناس واحد مشاوره شیردهی در توضیح مشاهدات خود از مادران می گوید:

یعنی مادرای هستند که اومدن این جا نشستن و گریه می کنن و می گن نمی تونیم شیر بدیم، شیر هم داره، وقتی مادر حس خوبی نداره، بچه نمی گیره، وقتی مادر موقع شیردهی استرس داره بچه زیر سینه نمی یاد (مصاحبه ۳۵).

مادر کارشناس ارشد نخست زا شرکت در کلاس های آمادگی زایمان و افزایش اعتمادبه نفس در شیردهی را عامل موفقیت در شیردهی خود می داند و چنین بیان می کند:

خیلی اعتمادبه نفسم بالا رفت. قبلش نگران بودم که احتمالاً بلد نیستم شیر بدم، چه جور می شه، خیلی اعتمادبه نفس پیدا کردم و به بقیه هم می گفتم نگران نباشند و راحت و خیلی با اعتمادبه نفس بهش شیر می دادم (مصاحبه ۱۳).

پزشک متخصص اطفال افسردگی و خستگی پس از زایمان را یکی از عوامل مؤثر در شیردهی مادران برمی شمارد و می گوید:

افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلاتیه که مردم باهاش مواجه اند اینا نیاز به شناسایی دارند و شاید متخصص زنانشان بهتر از همه بتونه تشخیص بده این ها را بشناسه و راهنمایی درست باشه (مصاحبه ۳۳).

مادر لیسانسه دارای دو فرزند، مراجعه کننده به واحد مشاوره شیردهی که قصد گرفتگوپن شیردهی را داشت، در گفت وگو با مسائل واحد چنین می گوید:

هیچ محبتی از مامانم ندیدم به مامانم می گم تو در حق من ظلم کردی کارم را ول کردم بهخاطر بچه هام گفتم مادری که شاغله ظلم می کنه در حق بچه اش مامانم

می گه بشکنه این دست که نمک نداره مامانم دو شیفت می رفت پدرم هم فوت کرده بود خیل ی سخت بود
(مصاحبه ۱۴).

مادر لیسانسه نخست زای دیگری که علاوه بر تغذیه با شیر مادر از شیر خشک نیز استفاده می کرد، در بیان علت رفتار خود چنین می گوید:
یک کمی حوصله نداشتم مثلاً یک جور بخوابم یا بشینم و بهش شیر بدم زیاد مشکل ی نداشتم (مصاحبه ۱۱).

مادر دانشجوی نخست زای به امتناع کودک خود از خوردن شیر مادر اشاره می کند و می گوید که بالاخره وی پس از صبر و حوصله و با پشتکار توانسته است کودک خود را با شیر مادر تغذیه کند:
هی با قاشق جای خوری می ریختیم توی دهنش تا سه چهار روز این جوری بود و وزنش هم کم شده بود و نمی خورد، اما کم کم بعداً شروع کرد به خوردن.
(مصاحبه ۴).

اکثر مادران در جواب به چرایی انتخاب تغذیه با شیر مادر احساسات مادرانه و محبت مادری را مهم ترین عامل برمی شمارند. مادر دیپلمه دارای دو فرزند چنین می گوید:

وقتی آدم بچه ش رو شیر می ده یه آرامش خاصی داره اولین لحظه ای که متولد می شن و شیر می خورن خیلی لذت بخشه محبتی که بین مادر و فرزند به وجود میاد (مصاحبه ۲).

مادر کارشناس ارشد نخست زای این گونه می گوید:

فکر می کنم نقش محبت مادری خیلی قویه و با شیردهی بیشتر هم می شه.
(مصاحبه ۲۴).

برخی از مادران وجدان مادری و احساس وظیفه در مقابل فرزند را مهم ترین عامل انتخاب تغذیه با شیر مادر می دانند. برای مثال، مادر لیسانسه ای که دو فرزند دارد، می گوید:

آدم اون وظیفه ش رو نسبت به پدر و مادر بودن انجام می ده. تو ی اون سن احساس می کردم وظیفه م رو درست دارم انجام می دم و بعد نگم این مشکل رو داره و شیر نخورده (مصاحبه ۲۸).

۱.۳.۶ آگاهی و آمادگی مادر

این مقوله شامل آموزش شیردهی، تجربه مادر در شیردهی قبلی، و آگاهی مادر در زمینه نحوه شیردهی، استفاده از شیشه، روند رشد کودک، نحوه دوشیدن، و نگهداری از شیر است. بیشتر مادران آموزش های لازم درباره شیردهی را پس از زایمان در بیمارستان و یا مراکز بهداشتی دیده بودند و به تأثیر آن در شیردهی خود اذعان داشتند، اما چند مورد از مادران هم آموزش شیردهی ندیده بودند؛ این ها از جمله کسانی بودند که به فرزندشان شیر خشک می دادند. کارشناس بهداشت خانواده درباره تأثیر آموزش شیردهی قبل از زایمان می گوید:

آموزش شیردهی قبل از زایمان خیلی مهمه؛ یعنی قبل از این که مادری بچه دار بشه اینها رو بهش آموزش بدن، مؤثر تره. مثلاً تو کلاس های مشاوره قبل از ازدواج این آموزشها نیاز است (مصاحبه ۲۹).

مادر لیسانسه نخسترا به این مطلب اشاره می کرد که قبل و پس از زایمان آموزش های لازم درباره شیردهی را دیده و از مزایای شیر مادر آگاه است. او در بیان علت انتخاب تغذیه با شیر مادر چنین می گوید:

خیلی خوبه، مزایایی داره، تحقیق کردم، خیلی خوبه برای خودم و بچه م. من پرسیدم ...

رحم را خیلی زودتر جمع می کنه، جلوگیری می کنه از حاملگی بعدی و ب رای استخوان بندی و برای رشدش از نظر روحی محبتی که بین مادر و فرزند ایجاد می کنه

(مصاحبه ۵).

همچنین، برای مادرانی که تجربه قبلی در شیردهی داشتند شیردهی دوم راحت تر بود و در دسر کمتری داشت. مادرانی هم که تجربه موفق ی در شیردهی قبلی خود داشتند، با آمادگی و اعتماد به نفس بیشتری نوزاد خود را تغذیه می کردند. مادر دیپلمه ای که دو فرزند دارد در تبیین این نکته می گوید:

چون فرزند اولم رو خودم شیر می دادم، می دونستم که شیرم خوبه و می تونه سیرش کنه (مصاحبه ۶).

کارشناس مشاوره شیردهی به سطح آگاهی و شناخت مادر و پدر و تأثیر آن در شیردهی اشاره می کند و چنین می گوید:

سطح اجتماعی و شناخت پدر و مادر هرچی بیشتر باشه، این ها خودشون بیشتر شیر می دن چون متوجه ان که شیر مادر چه ارزشی داره. این رو من به عینه می بینم (مصاحبه ۳۰).

۲.۶ عوامل فرهنگی

فرهنگ در حکم کدی تبیینی است و در سطح تفسیری شامل فرهنگ عامه و خانوادگی می شود.

۲.۱.۶ فرهنگ عامه

فرهنگ عامه خود شامل باورهای مذهبی و باورهای سنتی (به معنای سنت های حاکم بر رفتارها نسبت به استفاده از شیر خشک یا شیر مادر) است. بیشتر شرکت کنندگان در این تحقیق بر آن بودند که شیر مادر بهتر از شیر خشک است و غذای کاملی محسوب می شود.

مادر لیسانسه شاغل در این باره می گوید:

همه ش فکر می کردم که نباید شیر خشک بدم و روی این موضوع حساس بودم، تا اون جایی که می تونم شیر بدم شیر خشک یه جورایی بچه رو کم جون

می کنه . طبق همین عقیده هایی که داشتیم، می گفتم تا اون جایی که بشه ندم، شیر خشک ندم و شیر خشک معلوم نیست که چیه بالاخره مواد ننگه دارنده داره، بچه کوچولوهرچی این ها وارد بدنش نشه بهتره، اما الان که برمی گردم و فکر می کنم می بینم که فقط خدا کمکم کرد، اگر کمکم نمی کرد نمی تونستم. چون من این جا هیچ کس رو کمک ندارم (مصاحبه ۲۱).

از طرفی، باورهای مذهبی افراد در رفتار مادران تأثیرگذار است؛ به طوری که، مادران دانشجوی نخست زا به این مسئله اشاره می کند:

اولاً که حق طبیعی بچه ست و خدا این رو براش قرار داده. احساس می کنم این یه وظیفه الهیه که برای من قرار داده، خواصی که از نظر روحی برای مادر و بچه داره و این که بچه از خیلی از بیماری ها ایمن می شه (مصاحبه ۱۳).

کارشناس بهداشت دارای دو فرزند به این مسئله اشاره می کند که شیردهی باید به فراتر از یک عادت معمول تبدیل شود:

اما این امر باید به صورت یه اسطوره دربیاد که وقتی به مادر ی این کار رو انجام می ده خیلی کار مهمی انجام داده برای بچه ش و بالاتر از حد عادت. دلم می خواد امری بشه که خیلی برای همه جا بیفته، نه به این حالت که خب این مامان شیر داره باید بچه ش رو همشیر بده. خیلی مهمه (مصاحبه ۳۷).

۶.۲.۲ فرهنگ خانوادگی

این مقوله شامل نقش خانواده و نقش همسر است. نقش خانواده شامل باور خانواده به شیر خشک یا شیر مادر، همکاری و همراهی خانواده، تشویق و حمایت خانواده، و نبود مشکلات خانوادگی است. نقش همسر نیز باور مثبت همسر به شیر مادر، همکاری و همراهی همسر، تشویق و حمایت همسر، و نبود اختلافات زناشویی را شامل می شود. بیشتر مادران به نقش حمایتی والدین (از جمله مادر خود) اشاره می کنند که پس از زایمان آن ها را در شیردهی و کارهای منزل کمک کرده اند. مادر دانشجوی نخست زا راجع به نقش اطرافیان چنین می گوید:

خیلی تشویق می کردن و خیلی تأثیر داشت. مادر و پدر خودم و مادر و پدر شوهرم مرتب رسیدگی و تشویق می کردن. چقدر سر وقت شیر می دی، داره تپل می شه، شیرت خوبه، ...

بالاخره تشویقشون اثر داشت (مصاحبه

۱۳).

کارشناس بهداشت درباره اهمیت نقش حمایتی خانواده و همسر چنین می گوید:

تجربه افرادی که در کنار مادر قرار دارن و اونها چقدر حرف گوش م یدن یک سری مشکلات دارن، ضمن این که مادر نیاز به حمایت داره برای شیردادن. مادری که ماه اولشه و شیر م یده، درد سینه که داره، درد شکم هم داره. اگر مشکلات اجتماعی هم داشته باشه نبودن بابایی، بابای ناسازگار، تنهایی شان، اونا سبب م یشه که مادر نتونه ش یردهی موفق ی داشته باشه (مصاحبه ۳۲).

یکی از عوامل مؤثر در شیردهی مادران باور و آگاهی همسرانشان به شیردهی است. همکاری و تشویق همسر مادران را به ادامه شیردهی دلگرم می کند، مادر م بتواند با پشتوانه عاطفی به دست آمده بر مشکلات ناشی از شیردهی غلبه کند. مادر کارشناس ارشد دارای دو فرزند به همکاری همسر خود در شیردهی اشاره می کند: اون بچه م هم وزنش کم بود، یه چند بار می خواستم شیر خشک بدم، م یگفتن نه و ح یفه، بیا شیر بده، خودشون کمک م ی کردن و شیر م ی دوشیدن، ش یر را با هزار مکافاتمی دوشیدیم و بهش م یدادیم (مصاحبه ۳).

یکی دیگر از مادران شاغل دارای سه فرزند به نقش کلیدی همسر خود در شیردهی اشاره می کند:

شوهرم هم خیلی همکاری می کردن، حتی یک سال اول رو مرخصی بدون حقوق گرفتند که کمک کنن و خیلی کمک بود. بالاخره شیردادن آرامش می خواد. من سر کارم، از نظراعصاب و این ها اون ی هجورایی حمایت بود، مثلاً صبح ها توی

خونه بودن کمک می کردن، من خیالم راحت بود اون را می گرفتن تا من بتونم این را شیر بدم، خیلی کمک بودن، اگر کمکشون نبود من نم یتونستم؛ با این که خانوادهم ازم دورن ... (مصاحبه ۲۱).

به طور کلی، رفتارهای افراد تا حدودی تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی آن هاست. از این رو، خانواده و اطرافیان می توانند نقشی تعیین کننده در شکست یا موفقیت در شیردهی داشته باشند. کارشناس واحد مشاوره شیردهی طی تجربیات مشاوره ای خود به این مسئله اشاره می کند:

به طور کلی تشویق اطرافیان خیلی تأثیرگذار، خیلی وقت ها مادری که میان این جا بهشومی گیم صبحانه خوردید، می گن نه خانم شب تا صبح بیدار بودم، مگر خانم می تونم؟ این ها خیلی تأثیرگذاره. مادری که تازه زایمان کرده کم خوابه، استرس داره، همه این ها روی شیر مادر تأثیر می گذاره، چه برسه به اینکه تغذیه مناسبی هم نداشته باشه، یعنی خیلی درگیر می شن (مصاحبه ۳۵).

اختلافات زناشویی و مشکلات خانوادگی در شیردهی تأثیر منفی می گذارد و می تواند باعث ناتوانی مادر در غلبه بر مشکلات شود. مادری به واحد مشاوره شیردهی مراجعه کرده و به علت نداشتن شیر کافی خواستار گرفتن کوبن شیر شده است. این مادر لیسانسسه که دو فرزند دارد، طی صحبت های مسئول واحد با وی، سخنانی می گوید که حاکی از اختلاف با همسر و نداشتن حمایت کافی همسر و وجود مشکلات خانوادگی است:

نه من کسی رو ندارم کمک کنه، شوهرم شش صبح از خونه می ره بیرون، شب ها صداهش می کنم به چند دقیقه بچه رو بگیر، بلند می شه چند دقیقه بعد ... رو مردها نمی شه حساب کرد. من الان دو ماه افتاده بودم از کمردرد، کی اومد کمکم؟ شوهرم ده بار زنگ زد من از سر کارش کشوندمش آوردمش این جا. من هم خاموشش می کنم. نه خیلی اذیت تم کرد مادرشوهرم درسته که تحصیل کرده ست، ولی بی سواد خیلی بهتره. من مادرشوهرم رو دوست دارم و از بعضی کارهاش هم خوشم میاد، اما یه رفتارهایی می کنه مادرشوهرم. حرف های دیگران رو گوش می ده بهش می گم شب ها نمی خوابه می گه بس که قرآن بالا سرش نخوندی، چه ربطی داره (مصاحبه ۱۴).

۳.۶ عوامل اجتماعی و اقتصادی

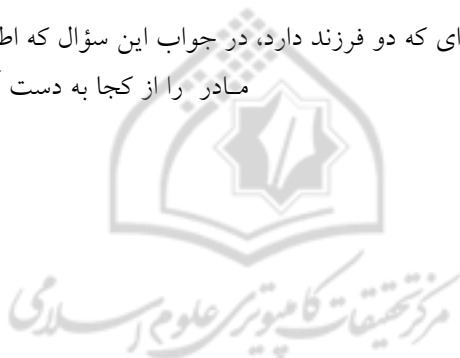
عوامل اجتماعی و اقتصادی در حکم کد تبیینی است و در سطح تفسیری مشتمل بر این موارد است: سیاست های بهداشتی تغذیه با شیر مادر، عوامل اقتصادی، سیستم های حمایتی و رفاهی، و تداخل نقش های اجتماعی با مادری.

۳.۱.۶ سیاست های بهداشتی تغذیه با شیر مادر

این مقوله شامل محدودیت در دادن کوپن شیر خشک، مدت مرخصی زایمان، تبلیغات رسانه ای، تماس پوستی مادر و نوزاد، و اجرای برنامه بی بیمارستانهای دوستدار کودک است. در چند دهه اخیر، سیاست های بهداشتی کل کشور در جهت ترویج تغذیه با شیر مادر بوده است؛ از این رو، برنامه های متعددی به منظور گسترش تغذیه با شیر مادر به اجرا درآمده است. از جمله این که در همه بیمارستان های کشور برنامه بیمارستان های دوستدار کودک اجرا می شود. همچنین، تبلیغات رسانه ای در جهت ترویج تغذیه با شیر مادر است و کوپن شیر خشک فقط به افراد خاصی داده می شود. کارشناس بهداشت به محدودیت در دادن کوپن شیر اشاره می کند و می گوید:

کوپن رو به اون هایی که واقعاً احتیاج دارن می دیم. مثل چندقلویی، جدایی مادر، فرزندخوانده، رحم استیجاری یا مادری که تحت شیمی درمانیه، یا مادری که فرزندش دارای شکاف کام است. ما این مادران رو کمک می کنیم، اما چیزی که برایمان مد نظره اینه که بقیه مادران باید خودشون شیر بدن (مصاحبه ۳۰).

مادر لیسانسه ای که دو فرزند دارد، در جواب این سؤال که اطلاعات راجع به شیر مادر را از کجا به دست آورده اید، می گوید:



بیشترش را آدم شنیده از رسانه ها که شیر مادر از چه بیماری های جلوگیری می کند

(مصاحبه ۲۸).

پزشک متخصص زنان می گوید:

خیلی از این باورها برمی گرده به تبلیغاتی که در سال های ۶۵ تا ۷۰ شد. در مراکز بهداشت پتل داشتن، صدا و سیما تبلیغ می کرد. این تبلیغ که کسانی که شیر می دهند وزن از دست می دن و هیکلشون خوب می شه باعث شده که خیلی ها دوباره بیان به این سمت که شیر بدن (مصاحبه ۳۶).

علاوه بر این، در چند سال گذشته، قوانینی به تصویب رسیده که در صورت اجرای درست آن زنان تا شش ماه از مرخصی زایمان بهره می برند، روزانه یک ساعت می توانند از پاس شیر خود استفاده کنند. اگرچه تاکنون قوانین و برنامه هایی به منظور ترویج تغذیه با شیر مادر به تصویب رسیده و به اجرا درآمده است، هنوز وقت و هزینه بیشتری باید صرف این زمینه شود. کارشناس بهداشت به ضرورت و اهمیت برنامه های مربوط به تغذیه با شیر مادر پرداخته و معتقد است:

این مسئله باید در حد مسائل جلوگیری باهش برخورد شه، ببینید چقدر روش مانور می دن، چقدر همه استقبال می کنن، اونم در همون حد باید باهش برخورد بشه و در اولویت باشه و روش حساسیت باشه، وقتی حساسیت ایجاد شد، افراد بیشتر توجه نشون می دن. چند سال اخیر رسانه بیشتر داره روی شیر مادر مانور می ده نسبت به سال های قبل باز هم نسبتاً بهتر بود، جزء برنامه های دست آخرونه این قدر بی اهمیته در صورتی که این امر مهمه (مصاحبه ۳۷).

۳.۲.۶ عوامل اقتصادی

عوامل اقتصادی شامل تأثیر وضعیت اقتصادی در شیردهی، هزینه بالای شیر خشک، انگیزه اقتصادی برای اشتغال، و دسترسی آسان به شیر مادر است. وضعیت اقتصادی خانواده از چند جهت می تواند در شیردهی مادران تأثیر داشته باشد. اول این که مادرانی که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، معمولاً کیفیت شیر مناسبی ندارند و در مواردی مادر دچار کمبود شیر و ضعف جسمانی می شود. همچنین، در خانواده هایی که



وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند مادر مجبور می شود برای گذران زندگی و تأمین مایحتاج خود به فعالیت اقتصادی بپردازد از این رو، برای شیردهی فرزندش با مشکلاتی روبه رو می شود؛ از سوی دیگر، در این خانواده ها هزینه بالای شیر خشک عاملی در جهت استفاده از شیر مادر است.

کارشناس مامایی به تأثیر وضعیت اقتصادی در شیردهی مادران اشاره می کند:

یه عده ای از مادرها نمی گن اما غذاشون واقعاً خوب نیست و از نظر مالی نمی تونن غذای خوب بخورن تا شیردهی شون خوب باشه (مصاحبه ۳۴).

برخی از مادران هزینه بالای شیر خشک را عاملی برای تغذیه با شیر مادر برمی شمردند. برای نمونه، مادر دانشجویی که سه فرزند دارد، در پاسخ به این سؤال که چه عاملی باعث شد شیر خشک را قطع کنید؟ چنین می گوید:

اولاً گرون بود، بعد هم این که اون شیری که دوست داشت گرون بود (مصاحبه ۲۷).

در برخی از مادران شاغل انگیزه اقتصادی باعث می شود که به شغلی تمام وقت رو آورند و با مشکلاتی برای شیردهی کودکان خود مواجه شوند. مادر شاغل نخست زامی گوید:

خیلی مسائل باعث می شه که تصمیم رو تغییر بدم ممکنه بعضی وقت ها تصمیم بگیرم کههنیم، اما شرایط اقتصادی اجازه نمی ده، بیشتر به خاطر شرایط اقتصادی، نه این که بگم عاشقکارم هستم، اما شرایط اقتصادی واقعاً اجازه نمی ده که منم برم توی خونه بشینم، اصلاً نمی شه، وقتی فکرش رو می کنم همه چیز به هم می ریزه، اگر بخوام چنین کاری بکنم (مصاحبه ۲۰).

همچنین، بعضی از مادران دسترسی آسان به شیر مادر را عاملی برای تغذیه کودک خود با شیر مادر برمی شمارند. مادر لیسانسه ای که دو فرزند دارد، می گوید:

غذای راحت و دم دستی بود. نسبت به شیر خشک ترجیح می دادم خودم شیر بدم تا این که نصفه شب بلند شم و شیر خشک بدم (مصاحبه ۱۵).

۳.۳.۶ سیستم های حمایتی و رفاهی

این مقوله شامل حمایت و تشویق کارکنان بهداشتی، توصیه پزشکی، بودن یا نبودن فضای مناسب برای شیردهی، و رعایت قوانین شیردهی است. نتایج مصاحبه ها نشان می دهد که بیشتر مادران خانه دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، در صورت نیاز مورد حمایت کارکنان بهداشتی قرار گرفته اند و در مواردی نیز تشویق شده اند. همچنین، در سال های اخیر، به آموزش های شیردهی نسبت به گذشته توجه بیشتری شده و واحد شیردهی به مرکزی ویژه برای رفع مشکلات شیردهی تبدیل شده است و در مواردی مادران در دوران بارداری آموزش های شیردهی دیده اند. از این رو، به نظر می رسد مراکز بهداشتی نقشی تعیین کننده در ترویج تغذیه با شیر مادر داشته باشند. برخی از مادران به نقش کارکنان بهداشتی در ادامه شیردهی خود اشاره می کنند. برای نمونه، مادر شاغل دارای سه فرزند می گوید:

من که دوقلو داشتم توی بیمارستان همون روز خیلی چیزها بهم دادن، سی دی آموزشی و کتاب خیلی بهم دادن، پرستار هم خانم خیلی خوبی بود، بچه هام هم ماشاا... وزنشون خوب بود می گفت اگه بتونی شیر بدی این ها بچه های خیلی خوبی می شن. خیلی تشویق می کرد. مرکز بهداشت گفتن می خوان به عنوان مادر نمونه انتخابم کنن (مصاحبه ۲۱).

کارشناس واحد شیردهی به تأثیر تشویق و حمایت کارکنان بهداشتی اشاره می کند و آن را عاملی در بهبود عملکرد مادران برمی شمارد:

وقتی میان این جا ما بچه رو وزن می کنیم و می گیم بچه خوب رشد کرده دور سرش و وزنش خوب رشد کرده، همین شیرت کافیه، این خیلی برای خانم ها مؤثره تشویق می شن

(مصاحبه ۳۱).

در مادرانی که برای پایش کودکان خود به پزشک متخصص مراجعه می کردند، توصیه یه پزشک نقش ویژه ای در تغذیه با شیر مادر دارد. مادر دیپلمه نخست زا به نقش پزشک خود در بهبود عملکرد شیردهی و توصیه ی اشاره می کند و می گوید:

اما دکتر هم که می رفتم می گفتن نباید بهش شیر خشک بدید، باید حتماً شیر خودتون باشه

(مصاحبه ۷).

کارشناس واحد مشاوره شیردهی معتقد است که در برخی موارد پزشکان نقشی

اساسی در استفاده از شیر خشک دارند:

گاهی متخصص ها مقصرند که می گن خانم در حق بچه ات ظلم کردی شدی بر نداشتی چرا شیر خشک را شروع نکردی (مصاحبه ۳۵).

۳.۴.۶. تداخل نقش های اجتماعی با مادری

این مقوله شامل استفاده بیشتر از شیر خشک در مادران شاغل، اولویت بخشی بین شیردادن به فرزند و وظایف شغلی، نوع شغل، استرس شغلی، تعدد وظایف، فاصله بین محل نگهداری کودک و محل کار، و رعایت نکردن قوانین شیردهی است. بر اساس مطالعه حاضر، مادران دارای شغل نیمه وقت زمان بیشتری برای شیردهی داشتند و معمولاً در شیردهی مشکل ی نداشتند، اما مادران دارای شغل تمام وقت به علت فاصله زیاد بین محل نگهداری کودک و محل کار مادر، یا به علت همکاری نکردن کارفرما برای استفاده از پاس شیر، نمی توانستند در زمانی که در محل کار خود بودند به کودک خود شیر بدهند؛ از این رو، مجبور بودند در کنار تغذیه با شیر خود از شیر خشک نیز استفاده کنند. مادر شاغل نخست زا می گوید:

بعدش دیگه مجبور بودم شیر خشک بدم، چون اگه شیر خشک نمی دادم و شیشه پستونک نمی دادم، الان کسی نبود نگاهش داره، از اول می دونستم چون من

شاغلم باید عادت کنه شیر خشک هم بخوره من این قدر شیر نداشتم که بخوام بدوشم و براش بذارم (مصاحبه ۲۰).

کارشناس بهداشتی که یک فرزند دارد، در پاسخ به این سؤال که مادران شاغل چه وضعیتی از نظر شیردهی دارند، می گوید:

اکثراً شیر خشک می دن، حتماً کمکی هم که باشه می دن (مصاحبه ۲۹).

مادران شاغل، نسبت به زنان غیر شاغل، برای شیردهی خود نیاز به همکاری و حمایت بیشتری دارند تا بتوانند از عهده وظایف مادری، همسری، خانه داری، همچنین وظایف شغلی به صورت هم زمان برآیند. کارشناس بهداشتی که دو فرزند دارد معتقد است که زنان شاغل برای شیردهی به حمایت و همکاری بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل نیاز دارند.

وی می گوید:

حمایت یک نفر را حتماً می خواد، شاغل ها رو شوهراشون باید خیلی حمایتشون کنن، دوست من می گفت این قدر درگیری ذهنی و فکری و مالی دارم که ... شیردهی بچه میده معضلیه برام. من مامانم خیلی تشویق می کرد که شیر بدم، اگه دست خودم بود این رو باهمین شیر خشک بزرگ می کردم. مردها می گن مامانای ما هم این کار رو کردن، کاری نیست که از تو دراومده باشه، نمی دونن چقدر ذهن، فکر و جسم زن ها رو درگیر می کنه (مصاحبه ۳۷).

همچنین، از آن جا که امروزه بیشتر مادران بیرون از خانه کار می کنند و شیردادن در منظر عمومی ممنوع است، مادران برای شیردهی با مشکل مواجه اند. اکثر مادران شیردهی را مسئله مهمی تلقی کرده اند، حتی مادران شاغل به رغم سختی ها و مشکلات فراوان، به شیردهی خود ادامه داده اند. مادر دانشجویی که یک فرزند دارد، می گوید:

این برام از هر چیزی مهم تره ... درس و این ها در کنارش بود، وقتی آدم مادر می شه یک کمی از خودگذشتگی هم نیازه (مصاحبه ۱).

برخی از مادران شاغل به تأثیر استرس شغلی و تعدد وظایف خود در شیردهی اذعان داشتند. به نظر آن‌ها این عوامل در شیردهی آن‌ها تأثیر منفی دارد. مادر لیسانسه شاغلی که بچیک فرزند دارد در این باره می‌گوید:

ولی من شیر نداشتم، این جا هم استرس داشتم، یا اوایل که اوادم شیرم خوب بود، اما بچه نبود که شیر بخوره، اما در کل بد بود و من خاطره خوبی ندارم. موقع‌ها بی‌که آرام بودم بهتر بود اما موقعی که غذا روی گاز بود و کارهای فردام رو نکرده بودم، این‌ها برام استرس‌زا بود و می‌خواستم بکنمش و بندازمش اون طرف، ولی وقتی آرام بودم دوست داشتم توی بغلم باشه، اما بیشتر اوقات این شرایط را نداشتم (مصاحبه ۱۹).

نتایج مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که زنان شاغل معمولاً، علاوه بر وظایف شغلی، کارهای خانه و وظایف مادری و تربیت فرزندان را هم به تنهایی به عهده دارند. این امر باعث می‌شود که حتی اگر مادر بتواند شیردهی موفق‌تری داشته باشد، تعدد وظایف برای او استرس‌زا باشد. کارشناس بهداشت به تأثیر اشتغال در شیردهی اشاره می‌کند:

ما که خودمون شاغل بودیم می‌دونیم که مجبوری شیر خشک بدی یا غذای کمکی رو زودتر شروع کنی، اضطراب کار باعث می‌شه یواش یواش شیرت به مرور زمان کم بشه، عجله می‌کنی وقتی می‌رسی خونه هول داری که بهش شیر بدی، بخوای به کارات برسی شیر دادنت خیلی کمتر می‌شه. مادری که توی خونه ست خوابش به موقع ست، آگه شب نخوابیده باشه فردا می‌خوابه، اما مادری که سر کار می‌ره، شب هم نخوابیده باشه صبح مجبوره بره سر کار. خانمی که توی خونه ست استرسش کمتره و راحت‌تر می‌تونه بچه‌ش رو شیر بده و شیرش بیشتره (مصاحبه ۳۱).

فاصله بین محل نگهداری کودک و محل کار از جمله عوامل بسیار تأثیرگذار در شیردهی است. اغلب مادران شاغل امکان نداشتند کودکان را در کنار خود نگهداری

کنند و این امر باعث می‌شد نتوانند در بین روز شیردهی کاملی را داشته باشند. مادر شاغل دارای دو فرزند که فرزند خود را در محل کار نگهداری می‌کرد و از حمایت و همکاری مافوق و همکارانش برخوردار بود، می‌گوید:

پیش همکارا گذاشته بودمش میومدم شیرش می‌دادم هر موقع که شیر می‌خواست میومدم بهش شیر می‌دادم، همکارا کمک کردن واقعاً. مدیرمون گفته بود که هر وقت صدای زنگ موبایلت اومد آب هم که دسته بذار و برو سراغ بچه ت چند ماه که این بالا بود (مصاحبه ۱۷).

پزشک اطفال به این مسئله اشاره می‌کند:

باید از ساعت شیردهی درست استفاده کنیم، قوانین هست، اما بستگی به حس مسئولیت مادر و اداره داره که حس می‌کنه و بستگی به کارها داره، شهرداری بیشتر طول می‌کشه، اینا رو می‌شه بهشون برنامه داد به خصوص آموزش و پرورش‌ی‌ها تقریباً مشککشون حله و ساعاتشون محدودتره (مصاحبه ۳۲).

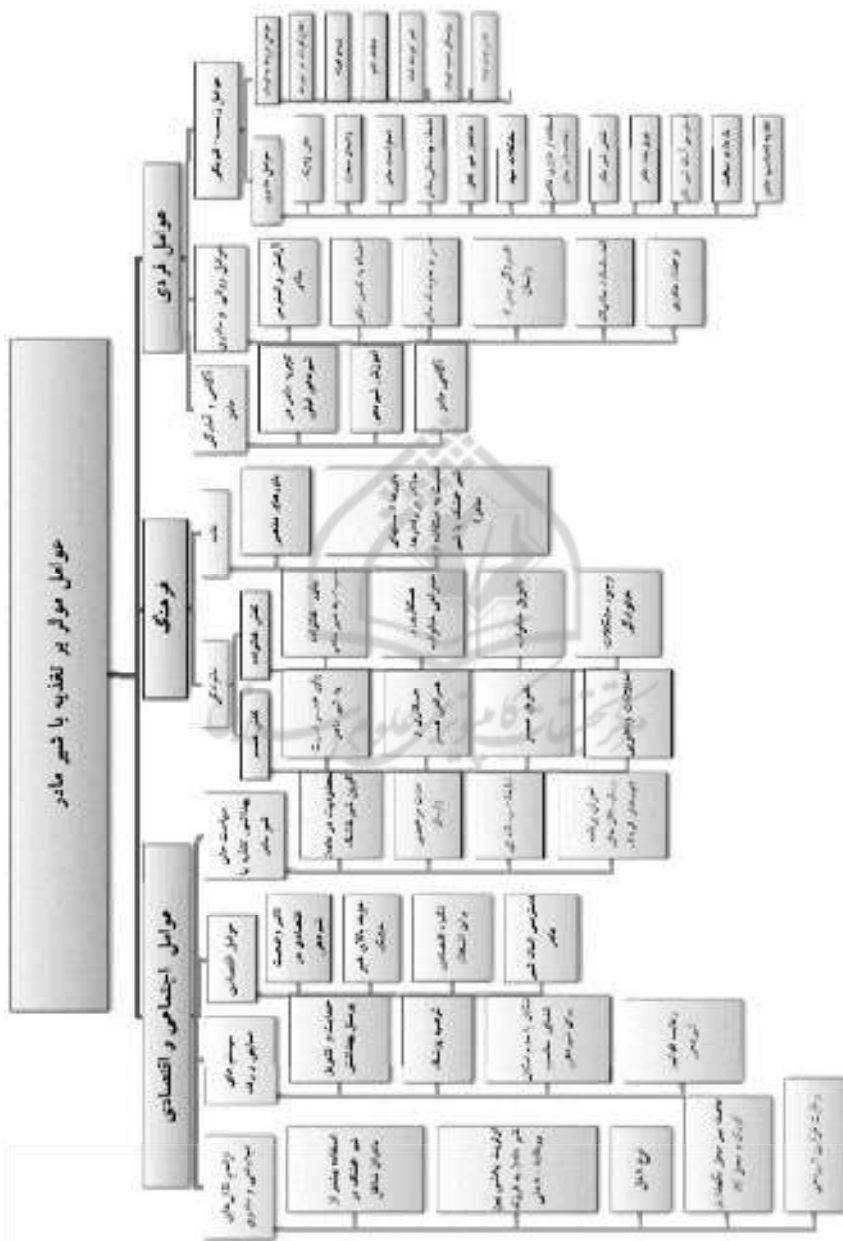
کارشناس واحد مشاوره شیردهی نیز معتقد است که رعایت فواصل شیردهی در زنان شاغل بسیار مهم است:

بعد مسافت هم مهمه، اونایی که اطراف می‌رن، صبح ساعت شش صبح از خونه می‌رن بیرون دو و سه می‌رسن. این‌ها طبیعتاً شیرشون می‌خشکه و تمایل بچه هم به خوردن کم می‌شه (مصاحبه ۳۵).

برخی از مادران شاغل اشاره می‌کنند که مدیرانشان قوانین شیردهی را رعایت نمی‌کنند و در برخی موارد به آن‌ها اجازه پاس شیر داده نمی‌شود. برخی مادران غیر رسمی هم مجبورند قبل از اتمام شش ماه مرخصی زایمان به کارشان برگردند و همین امر در شیردهی آن‌ها تأثیرگذار است. مادر شاغل دارای دو فرزند چنین می‌گوید:

اولش شیر خودم را می‌دادم بعد چون می‌اومدم سر کار کم کم شیرم کم شد و شیر خشک را شروع کردم و دائماً شیر خشک خورد من از چهار ماهگی اومدم سر کار (مصاحبه ۱۸).

جدول ۴. عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر



۷. نتیجه گیری

یافته های این پژوهش عوامل تأثیرگذار در تغذیه با شیر مادر را در سه گروه اصلی قرار می دهد. این عوامل شامل عوامل فردی مؤثر در تغذیه با شیر مادر، عوامل فرهنگی مؤثر در تغذیه با شیر مادر، و عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر در تغذیه با شیر مادر است. همچنین، این مطالعه نشان می دهد که عوامل روانی و مادری (زیرمجموعه عوامل فردی) از عوامل بسیار تأثیرگذار در شیردهی مادران است. بیشتر مادران مهم ترین عامل مؤثر در شیردهی خود را داشتن آرامش و نداشتن استرس بیان می کنند. زنان معمولاً به علت انجام دادن کارهای متعدد از جمله خانه داری، بچه داری، در مواردی وظایف اجتماعی، و خارج از خانه دچار فشار نقش و در برخی موارد تعارض نقش می شوند؛ از این رو، استرس بسیاری را تحمل می کنند که در شیردهی آن ها تأثیر منفی می گذارد. مهم ترین مسئله در شیردهی مادر تنظیم برنامه روزانه و فراهم کردن اوقات فراغت برای مادر به صورت روزانه یا هفتگی است.

بر اساس نظریه ایس برداشت و باور خود فرد از وقایع و پدیده هاست که موجب آشفتگی، پریشانی، اضطراب، و بروز مشکلات مختلف در زندگی فرد می شود. باور منطقی مادر موجب سلامت روانی وی می شود و نقش مثبتی در شیردهی خواهد داشت. اکلی اظهار داشته است که، با توجه به فاصله میان آرمان واقعیت مادر، شمار بسیاری از زنان دچار افسردگی پس از زایمان می شوند. همچنین، زنان دو برابر بیشتر از مردان تحت فشار روانی قرار می گیرند، زیرا حائل و ضربه گیر دیگر اعضای خانواده اند (آبوت، ۱۳۸۰: ۱۳۳). یکی از کارکردهای خانواده حمایت و مراقبت است (بستان، ۱۳۸۵).

۲۴۵؛ اگر والدین و همسر نقش خود را به خوبی ایفا کنند و مادر را حمایت و مراقبت کنند، مادر کمتر دچار فشار روانی و افسردگی پس از زایمان می شود. همچنین، تحقیقات مختلف نشان می دهد افرادی که از سرمایه اجتماعی (روابط در خانواده و خارج از خانواده) بالاتری برخوردارند، سلامت جسمی و روانی بیشتری خواهند داشت.

اعتماد به نفس مادر و توانایی او در غلبه بر مشکلات نیز عامل کلیدی در شیردهی به شمار می رود. نتایج تحقیق هگنی در بررسی علل موفقیت و شکست شیردهی

مادرانشان می دهد که موفقیت مادران در شیردهی به توانایی غلبه آن ها بر مشکلات بستگی دارد (Hegney, ۲۰۰۷).

چنان که در چهارچوب نظری گذشت، برخی منشأ رفتار شیردهی را وجود بعضی از هورمون ها و احساسات مادرانه می دانند؛ در حالی که، عده ای تربیت جنسیتی را عامل اصلی رفتارهای مادرانه برمی شمارند. یافته های این مطالعه نشان می داد که اغلب مادران علت انتخاب تغذیه با شیر مادر را وجود احساسات مادرانه بیان می کنند.

میدیا در مطالعه مروری خود نشان می دهد که ناکافی بودن شیر مادر تحت تأثیر عوامل

روانی و اعتماد مادری است (Meedya, ۲۰۱۰). همچنین، آگاهی و آمادگی مادر که مبتنی بر تجربیات قبلی مادر و نیز آموزش شیردهی است، در بروز رفتار شیردهی مادران بسیار تأثیرگذار است.

یافته های این تحقیق نشان می دهد که مادران تغذیه با شیر مادر را کامل ترین تغذیه می دانند و تغذیه با شیر مادر برای مادران مورد مطالعه ارزش به شمار می رود و آن ها خود را موظف به این امر می دانند. مجموعه این باورها، ارزش ها، و هنجارها الگوهای فرهنگی جامعه را نشان می دهد که افراد آن را طی فرایند اجتماعی شدن و طی کنش های متقابل اجتماعی می آموزند. نتایج تحقیق ابوالقاسمی نشان می دهد که اعتقادات و باورها در شیردهی مادران تأثیرگذار است. حمایت اجتماعی از جمله مهم ترین عوامل تأثیرگذار در شیردهی مادران است (ابوالقاسمی، ۱۳۸۹).

به طور کلی، یافته های این مطالعه نشان می دهد که اگرچه عوامل زیست - فیزیکی از جمله عوامل تأثیرگذار در شیردهی مادران است، این عوامل خود تحت تأثیر احساسات مادرانه، آرامش، اعتماد به نفس مادر، و باورهای فرد است. همچن

این، حمایت اجتماعی اطرافیان نقش تعیین کننده ای در موفقیت یا شکست شیردهی دارد؛ به طوری که، اکثر مادران به نقش و حمایت والدین و همسر خود در شیردهی اذعان داشتند و در برخی موارد همکاری و تشویق همسر در شیردهی مادران مؤثر بود. از طرفی، توصیه پزشکی و حمایت پرسنل بهداشتی در شیردهی مادران تأثیرگذار است. نتایج تحقیق دادگسون نشان می دهد که حمایت اجتماعی از جمله عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر است (Dodgson, ۲۰۰۲). زنان شاغل (به علت استرس شغلی و تعدد وظایف) نسبت به زنان غیر شاغل، با مشکلات بیشتری در شیردهی مواجه می شوند. اگرچه برخی زنان شاغل از شیر خشک برای تغذیه کودک خود استفاده می کنند، در صورت رعایت قوانین صبح یخ شیردهی و نیز حمایت اجتماعی اطرافیان (به ویژه همسر) می توانند بر مشکلات غلبه کنند و کودکان را با شیر خود تغذیه کنند. همان طور که نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات نشان می دهد، تغذیه با شیر مادر، علاوه بر عوامل فردی، به عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز بستگی دارد و این عوامل در عوامل فردی نیز تأثیرگذار است. از این رو، در برنامه ریزی برای ترویج تغذیه با شیر مادر، علاوه بر توجه به متغیرهای فردی، باید به متغیرهای بومی، اجتماعی، و فرهنگی متناسب با ویژگی های خاص آن مردم نیز توجه کرد. مطالعه حاضر بر اساس یافته های به دست آمده، مجموعه راهکارهایی را برای ارتقای تغذیه با شیر مادر عرضه می کند:

- آغاز آموزش های مرتبط با شیردهی از دوران بارداری و حتی قبل از آن؛

- شناخت مادرانی که سابقه شکست در شیردهی داشته اند؛

- شناخت عوامل خطر در تغذیه با شیر مادر به طور دقیق و غربالگری مادران

ی که احتمال وجود این عوامل خطر را نسبت به دیگران بیشتر دارند؛

- برای غلبه بر مشکلات زیست - فیزیکی به مادران اطلاعات لازم داده شود؛

- بررسی مشکلات روحی و روانی مادران قبل از تصمیم به بارداری؛ - ایجاد

باورهای منطقی در بین مادران برای غلبه بر مشکلات شیردهی؛

- تأکید بر نقش همسر و خانواده در شیردهی و دادن آموزش های لازم به آنها به

منظور همکاری و تشویق مادران برای شیردهی صحیح و موفق؛

- ایجاد کانونی در مراکز بهداشتی برای حمایت از مادران شیرده؛
- جمع آوری کمک های مردمی در این کانون به منظور کمک به خانواده های کم درآمد؛ - استفاده از تجربیات مادران موفق در شیردهی در این کانون؛
- ایجاد تسهیلات لازم برای زنان شاغل در شیردهی آسان (مثل قرارداد اتاق شیردهی در ادارات، قرارداد شیردوش برقی در ادارات، ملزم کردن کارفرمایان جهت همکاری با مادران به منظور استفاده درست و بجا از پاس شیر و مدت مرخصی زایمان به مدت شش ماه)؛
- ترویج فرهنگ تغذیه با شیر مادر به طور جدی تر از سوی رسانه های گروهی و ...

منابع

- ابوالقاسمی، ناریا و عفت مرقاتی خویی (۱۳۹۰). «شناسایی تعیین کننده های ترویج تغذیه با شیر مادر از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی*، دوره نهم، ش ۴.
- آبوت، پاملا و کلر والاس (۱۳۸۰). *جامعه شناسی زنان*، ترجمه منیژه نجم عراقی، تهران: نشر نی.
- اظهري، صديقه، رويبا باغاني، و فريده اخلاقي (۱۳۸۹). «مقایسه تأثیر دو روش آموزش شیردهی با و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده بر میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران نخست زا»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، دوره هفدهم، ش ۴.
- برگ، ا. (۱۳۸۶). *روان شناسی اجتماعی*، ترجمه علی محمد کاروان، تهران: علمی و فرهنگی.
- بستان، ح. (۱۳۸۵). *اسلام و جامعه شناسی خانواده*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- پروچسکا، ج. و ج. نورکراس (۱۳۸۹). *نظریه های روان درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: رشد.

- چرکزی، عبدالرحمن، زینب میرآینز، و آتنا رزاق نژاد (۱۳۸۹). «وضعیت تغذیه با شیر مادر تا پایان دو سالگی و عوامل مؤثر در آن از طریق سازه های مدل بزنف در شهر اصفهان»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۶، ش ۲.
- حمیدی، مجید، ابوالفضل خوشدل، و رضا خدیوی (۱۳۹۰). «بررسی علل مصرف شیر مصنوعی در شیرخواران زیر یک سال در استان چهار محال و بختیاری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهکرد*، دوره سیزدهم، ش ۳.
- خزاعی، طیبه، فرح مادر شاهیان، و محسن حسن آبادی (۱۳۸۵). «موانع تغذیه با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در متقاضیان شیر خشک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بیرجند»، *فصلنامه دنا*، دوره سوم، ش ۱ و ۲.
- خیاطی، فریبا (۱۳۸۶). «علل قطع زودهنگام شیردهی و انتظارات مادران شیرده از خانواده و جامعه در سنجج»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، س ۱۱، ش ۳.
- رخشانی، فاطمه، علیرضا انصاری مقدم، و مهدی محمدی (۱۳۸۳). «میزان تداوم تغذیه با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در کودکان ۶-۲ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی زاهدان»، *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، س ۹، ش ۴۲.
- ساعتچی، م. (۱۳۷۴). *مشاوره و رواندرمانی*، تهران: ویرایش.
- سکاکی، مریم، مهوش دانش کجوری، و معصومه خیرخواه (۱۳۸۹). «تأثیر بازدید منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان مادران سزارین شده»، *نشریه پرستاری ایران*، دوره بیست و سوم، ش ۶۴.
- علاسوند، فریبا (۱۳۹۰). *زن در اسلام*، ج ۲، قم: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان.
- علایی، نسرین و سقراط فقیه زاده (۱۳۸۷). «ارتباط عوامل مادری با نگرش مادران درباره تغذیه کودک با شیر مادر»، *دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی*، س ۱۵، ش ۷۴.
- عل یاکبر، محبوبه، طاهره صفرآبادی، و سیمین تعاونی (۱۳۸۹). «تأثیر تماس پوستی بین مادر و نوزاد بر رفتارهای پیش تغذیه ای نوزادان»، *نشریه پرستاری ایران*، دوره بیست و سوم، ش ۶۷.
- فرودین، فاطمه، سکینه محمدعلیزاده، و سیروس فروهری (۱۳۷۵). «بررسی طول مدت شیردهی انحصاری مادران شاغل و غیر شاغل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرمان»، *فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد*، س ۵، ش ۲۰.
- فیلد، ج. (۱۳۸۶). *سرمایه اجتماعی*، ترجمه غلامرضا غفاری و حسین رضائی، تهران: کویر.

کریمی، شهناز، مجید نجفی کلیانی، و محمدمهدی نقی زاده (۱۳۹۰). «مقایسه الگوی شیردهی در زنان با

زایمان طبیعی و سزارین» *مجله زنان، نازایی و مامایی ایران*، دوره چهاردهم، ش ۶.

گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶). *جامعه شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی. مجلی، محمد، مهدی بصیری مقدم، و محمود شمشیری (۱۳۸۸). «تأثیر محیط آموزشی و عوامل مرتبط بر عملکرد شیردهی مادران» *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گناباد*، دوره شانزدهم، ش ۱. یاسمی، محمدمتقی و کنایون رازجویان (۱۳۸۰). «بررسی رابطه اختلال روانی، اضطراب و افسردگی با قطع شیردهی» *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، س ۱۰، ش ۳۹ و ۴۰.

- Clifford, J. and E. McIntyre (۲۰۰۸). 'Who Supports Breastfeeding?', *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, Vol. ۱۶.
- Cockerham, William C. (۲۰۰۰). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles*, London: Prentice Hall College.
- Cooke, M., V. Schmied, and A. Sheehan (۲۰۰۷). 'An Exploration of the Relationship Between Postnatal Distress and Maternal Role Attainment', *Breast Feeding Problems and Breast Feeding Cessation in Australia Midwifery*, Vol. ۲۳, No. ۱.
- Creswell, J. W. (۱۹۹۸). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dodgson Joan, E. et al. (۲۰۰۲). 'An Ecological Perspective of Breastfeeding in an Indigenous Community', *Journal Of Nursing Scholarship*, Vol. ۳۴, No. ۳.
- Farahani, S. et al. (۲۰۰۹). 'Effect of Contact on the Duration of Exclusive Breast Feeding and Breastfeeding Success in Primiparous', *Journal of Nursing*, No. ۵۹.
- Glaser, Barney and Strauss Anselm (۱۹۶۷). *Discovery of Grounded Theory*, Transaction Publishers.

- Hegney, D., T. Fallon, and M. L O'Brien (۲۰۰۷). 'Against all Odds: A Retrospective CaseControlled Study of Women Who Experienced Extraordinary Breastfeeding Problems', *Journal of Clinical Nursing*, Vol. ۱۷, No. ۹.
- Khabazkhoob, M. et al. (۲۰۰۷). 'Exclusive Breastfeeding and its Influencing Factors in Children Referred to Health Centers in Mashhad in ۲۰۰۷', *Iranian Journal of Epidemiology*, Vol. ۳, No. ۴.
- Khmamy, M. (۲۰۰۴). 'Knowledge and Attitude of Mothers During the First Year After Delivery about Breastfeeding', *Medical Journal of Gilan University*, No. ۵۱.
- Meedya, Shahla et al. (۲۰۱۰). 'Factors that Positively Influence Breastfeeding Duration to ۶ Months', A Literature Review, *Women and Birth*, Vol. ۲۳, No. ۴.
- Mohamad Beigy, A., N. Mohamadsalhy, and A. Bayati (۲۰۰۸). 'Pattern of Exclusive Breastfeeding in Infants', Referred to Health Centers of Arak, *Gilan University of Medical Sciences Journal*, Vol. ۷۰.
- Strauss, A. and J. Corbin (۱۹۹۸). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, Thousand Oaks, CA: Sage
- Streubert, Speziale H. and D. Carpeter (۲۰۰۳). *Qualitative Research in Nursing*, Lippincott Williams & wilking.
- Zanjani, N., F. Faghihi, and M. Tavakoli (۲۰۰۲). 'A Qualitive Survey of Effective Factors on Exclusive Breastfeeding and Continuation in Urban and Rural Areas of Iran, ۲۰۰۰-۲۰۰۱', *Hakim Research Journal*, No. ۵.
- Zareai, M., M. Obrien, and A. Fallon (۲۰۰۷). 'Creating a Breastfeeding Culture: A Comparison of Breastfeeding Practice in Australia and Iran', *Breastfeed Rev*, ۱۵(۲).

