

زنان، مادری و شیردهی

سعیده الهی دوست *

علی ربانی **، بهزاد شمس ***

چکیده

در جوامع امروزی بیماری‌های واگیر نسبت به گذشته کاهش چشمگیری یافته، اما بیماری‌های غیر واگیر و انواع سرطان‌ها رو به افزایش است. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر یکی از عواملی است که از بسیاری امراض پیشگیری می‌کند. بنابراین، ترویج تغذیه با شیر مادر می‌تواند مادران و کودکان را از ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن مصون کند. در سال‌های اخیر اهداف تغذیه انحصاری با شیر مادر در کشور به طور مطلوب محقق نشده است. از آنجا که پدیده شیردهی با سازه‌های فرهنگی - اجتماعی درهم آمیخته است، برای شناخت عوامل مؤثر در آن بایستی به بستر و زمینه‌های آن در جامعه توجه کرد. از این رو، شناخت الگوهای اجتماعی - فرهنگی مؤثر در تغذیه با شیر مادر می‌تواند راه مؤثری برای ترویج تغذیه با شیر مادر باشد. روش به‌کار گرفته‌شده در این پژوهش به صورت کیفی و به شیوه مردم‌نگاری است. جامعه آماری ۳۷ نفر از کارکنان بهداشتی و مادرانی است که مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش در قالب سه کد تبیینی - که حاصل استخراج و مقوله‌بندی 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. یافته‌های 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

می‌دهد که عوامل روانی و مادری، آگاهی و آمادگی مادر، باورهای مادر، و حمایت اجتماعی از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در شیردهی مادران است. این مطالعه نشان می‌دهد که اگرچه عوامل زیست-فیزیکی از جمله عواملی است که در شیردهی مادران تأثیر می‌گذارد، این عوامل خود تحت تأثیر احساسات مادرانه، آرامش و اعتمادبه‌نفس مادر، و باورهای فرد است. از آنجا 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 تعیین‌کننده در باورها و رفتارهای افراد دارد، پدیده شیردهی ارزشی اجتماعی به شمار می‌رود. همچنین، حمایت اجتماعی اطرافیان از جمله مادر، همسر، پزشک، و کارکنان بهداشتی نقش تعیین‌کننده‌ای در روند شیردهی مادران دارد. از طرفی، در زنان شاغل، علاوه بر عوامل ذکرشده، حمایت اطرافیان و رعایت قوانین شیردهی از عوامل مؤثر در شیردهی مادران است.

کلیدواژه‌ها: الگوهای فرهنگی، تغذیه با شیر مادر، حمایت اجتماعی، مادری، مردم‌نگاری.

۱. مقدمه

قرن بیستم شاهد افزایش نمایانی در امید به زندگی مردمانی بود که در کشورهای صنعتی زندگی می‌کردند. بیماری‌های 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 خانواده‌شان بر عهده دارند. از جمله عوامل پیشگیری‌کننده انواع بیماری‌های مزمن در مادر و کودک شیر مادر است. تحقیقات مختلف در این زمینه نشان می‌دهد که شیر مادر کامل‌ترین 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، سیاست‌گذاری، رسانه‌ها، عوامل روان‌شناختی، و ... است (Farahani, ۲۰۰۹؛ خامی، ۱۳۸۳؛ خزاعی، ۱۳۸۵؛ خیاطی، ۱۳۸۶؛ کریمی، ۱۳۹۰؛ علی‌اکبر، 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 می‌رسد 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 تعیین‌کننده‌های پنهانی دخیل‌اند که با سازه‌های فرهنگی - اجتماعی درهم آمیخته‌اند و با روش کیفی می‌توان آن‌ها را کشف و استخراج کرد. با توجه به این‌که تغذیه با شیر مادر در سال‌های اخیر کاهش یافته، یکی از برنامه‌های 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 می‌شوند.

۲. اهمیت و اهداف

امروزه یکی از مشکلات رایج در اقشار مختلف جامعه ابتلا به بیماری‌های مزمن و تحمیل هزینه‌های سنگین بر افراد است. از آن‌جا که تغذیه با شیر مادر اثر بسیار مفیدی در مادر و کودک به همراه دارد و باعث کاهش ابتلا به بیماری‌های مزمن و افسردگی می‌شود، شناخت عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر و اصلاح الگوهای شیردهی مادران می‌تواند در زمینه کاهش بیماری‌های مزمن و کاهش هزینه‌های درمان نیز تأثیرات مفیدی به دنبال داشته باشد. همچنین، با شناخت موانع شیردهی مادران می‌توان به بهبود عوامل تأثیرگذار و برطرف کردن موانع شیردهی مادران کمک کرد. از طرفی، شیر مادر بهترین، اولین، و مهم‌ترین غذای فرد در زندگی است؛ با توجه به این امر، با بهبود شرایط شیردهی مادر و کودک می‌توان نسلی توانمند از نظر جسمی، فکری، و خلقی پرورش داد. در این مقاله به سؤالات زیر می‌پردازیم:

- 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، یافته‌های 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 گول‌زنک، 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 تأثیر چهار الگوی فرهنگی 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 مهم‌ترین 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 داشته‌اند 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 حمایت‌کنندگان 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 می‌داند: الف) وجود برنامه ارتقای تغذیه با شیر مادر: این در حالی است که در استرالیا کارخانه‌های ساخت شیر مصنوعی برای کودکان و مراکز نگهداری از کودکان در حال افزایش است؛ ب) وجود بیمارستان‌های دوستدار کودک: در ایران ۱۰۰ درصد از بیمارستان‌ها دوستدار کودک‌اند در حالی که، در استرالیا فقط ۴/۵ درصد از

بیمارستان‌ها دوستدار کودک‌اند (بیمارستان‌های دوستدار کودک ۱۰ اقدام برای افزایش تغذیه با شیر مادر انجام می‌دهند؛ ج) بازگشت به کار: در ایران مرخصی زایمان شش ماه 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) فرهنگ‌های متفاوت: از آن‌جا که تغذیه با شیر مادر در ایران هنجار به شمار می‌رود، مادران به آگاهی‌های لازم به تغذیه با شیر مادر دسترسی بیشتری دارند و از حمایت بیشتری برخوردارند. همچنین، افراد درباره این مسئله انگیزه‌های مذهبی قوی دارند. از طرفی، رسانه‌های گروهی نیز در ارتقای تغذیه با شیر مادر نقش بسزایی دارند و باعث انگیزه و حمایت مادران و در نتیجه موفقیت در شیردهی آنان می‌شوند. همچنین، مصرف سیگار در بین زنان ایرانی ۲ درصد است در حالی که، ۲۱ درصد از زنان استرالیایی سیگار مصرف می‌کنند 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 چندزاییدن 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 می‌دهد که پدر (به ویژه)، خویشاوندان، دوستان، مشاوران شیردهی، مشاوره طرفینی، پزشکان و پرستاران، و به طور کلی گروه‌های حامیان شیردهی باعث می‌شوند که مادران بتوانند بر مشکلات ناشی از شیردهی غلبه کنند، اما در میان زنان کارمند نگرانی‌هایی درباره شیردهی وجود دارد که نشان می‌دهد آن‌ها به تشویق و حمایت بیشتری نیاز دارند. همچنین، از آن‌جا که شیردهی در مکان‌های عمومی نابهنجاری به شمار می‌رود، 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 آن‌ها پس از ترخیص از بیمارستان یکی از روش‌های 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 چهره‌به‌چهره و بدون دخالت مستقیم آموزش‌دهنده با افزایش خودکارآمدی شیردهی در هشت هفته اول بعد از زایمان همراه است.
 ۱۳. خبازخوب (۱۳۸۹): سن مادر، آگاهی مادر از کافی بودن شیر، و توصیه اطرافیان به مصرف شیر خشک از عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر بودند.
 ۱۴. میدیا (۲۰۱۰): نتایج مطالعه مروری نشان می‌دهد که سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، و میزان درآمد از جمله مهم‌ترین عوامل اجتماعی - دموگرافیکی‌اند. این عوامل با طول مدت شیردهی مادران نسبت مستقیم دارد. عوامل زیست - فیزیکی نیز شامل تجربیات زایمان، شروع به موقع شیردهی، مشکلات شیردهی، مثبت‌اندیشی و عادی‌پنداشتن 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، اعتمادبه‌نفس مادر برای شیردهی، آموزش دانستنی‌هایی درباره شیردهی، و حمایت همسر و والدین نیز از عوامل اثرگذار محسوب می‌شوند.
 ۱۵. حمیدی (۱۳۹۰): مادران روستایی، خانه‌دار، و کم‌سوادتر بیشتر از تغذیه انحصاری با شیر مادر تا سن شش ماهگی استفاده می‌کردند. ناکافی بودن شیر مادر بیشترین علت برای تغذیه با شیر مصنوعی بود.
 ۱۶. ابوالقاسمی (۱۳۹۰): ادراکات عمومی می‌تواند یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌ها در موفقیت یا شکست ترویج شیر مادر باشد. ادراکات عمومی عمیقاً تحت تأثیر دموگرافی، نظریه‌های بومی، و متغیرهای اجتماعی است. باورهای غلط، بیماری‌های مادر و کودک، سزارین، و شاغل بودن مادر از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه‌اند. پزشکان اطفال، متخصصان زنان، و کارکنان بهداشتی از عوامل کلیدی تأثیرگذار در این بستر به شمار می‌روند.
- به طور کلی، نتایج تحقیقات انجام‌شده در زمینه تغذیه با شیر مادر نشان می‌دهد 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 سنت‌های رایج در زمینه

تغذیه با شیر مادر، تحصیلات مادر و شاغل بودن وی، میزان درآمد خانواده، و در سطح کلان‌تر سیاست‌های بهداشتی و رسانه‌ها 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 به‌دست‌آمده بیشتر عوامل زیستی یا متغیر اجتماعی سطحی بوده‌اند (مانند میزان درآمد، بعد خانوار، و اشتغال) و به عوامل اجتماعی و فرهنگی در سطوح عمیق‌تر 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. با توجه به این‌که مطالعات کیفی برای کشف متغیرهای مغفول‌مانده در بستر طبیعی و فرهنگ بومی پدیده زمینه‌ای را فراهم می‌آورند و اوضاع و شرایط کنونی را تحلیل می‌کنند و پیشنهاد عرضه می‌کنند، استفاده از این روش می‌تواند برای ارتقای تغذیه با شیر مادر راهکارهای جدیدی فراهم آورد.

۴. مروری بر رویکردهای نظری

در این بخش از مقاله به برخی از نظریه‌های مطرح در حوزه مادری، خانواده، نقش، فمینیست، یادگیری اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی، سرمایه اجتماعی، طبقه اجتماعی، وضع رفتار، آسیب‌شناسی روانی، و عقاید غیر منطقی پرداخته می‌شود. به علت این‌که تحقیق حاضر به روش مردم‌نگاری انجام می‌شود، از این نظریه‌ها می‌توان به‌منزله 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 مهم‌ترین نظریه‌های مرتبط برای رهنمون‌سازی اهداف تحقیق آورده شده‌اند.

۱.۴ نظریه‌های مادری و فمینیست

مادری عبارت است از انجام دادن سلسله‌ای از امور برای فرزندان. بنابراین، مادری با فرزنددار شدن معنا می‌یابد. مادران هم‌زمان با بارداری خود احساس مسئولیت ویژه‌ای می‌یابند. این احساس با زایمان و در مراحل رشد کودک گسترش می‌یابد. مراقبت، حمایت، محبت، بازی، و تربیت از سلسله اموری‌اند که مادران در ارتباط با فرزندانشان انجام می‌دهند. زمانی که مادر فرزندش را شیر می‌دهد او را از غریزه مادری، محبت

آمیخته با آن، و برکات تماس بدنی بهره‌مند می‌کند. برای همین در روایات آمده است: هر شیری که به فرزند نوشانده شود، از شیر مادرش بابرکت‌تر نیست. بنابراین، هم از نظر ویژگی‌های روانی و هم از نظر قوای بدنی، زنان برای مادری آماده‌اند. 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 مجموعه‌ای از ترکیبات شیمیایی مشترک در همه پستانداران ریشه دارد. این عملکرد با تغییرات در اندام‌های اختصاصی زنان (مانند رحم) همراه است. هورمون پرولاکتین را هورمون محبت مادری می‌نامند. بر اثر آن، زن قدرت لازم را برای هر گونه فداکاری درباره فرزندش به دست می‌آورد. بنابراین، همدلی کردن و شیوه مادری زنان امری ذاتی است. وضعیت برتری اخلاقی زنان به آن‌ها احساس رضایت می‌داد که علیه موقعیت مادری نشورند. از نظر اسلامی، عقد ازدواج کارکردها و اهداف گوناگونی دارد که همسری و برقراری روابط زناشویی یکی از کارکردهای اصلی و فرزندآوری مهم‌ترین مقصد طبیعی آن است. بنابراین، همسری و مادری دو نقش اصلی و اولویت‌دار برای زنان به شمار می‌رود (علاسوند، ۱۳۹۰: ۹۷-۱۱۲).

نظریه فمینیست معتقد است که هویت فرد تحت تأثیر فشارهای محیطی مانند نقش‌های جنسیتی و تبعیض جنسیتی قرار دارد. این عوامل در ساختارهای شناختی و الگوهای رفتار تأثیر می‌گذارند. نانسی چودورو (۱۹۸۹) می‌گوید: تفاوت‌های روان‌درمانی بین جنسیت‌ها ناشی از این دو موقعیت است که کودکان را بیشتر زنان پرورش می‌دهند. هویت هر دختر بچه بر پایه حس پیوستگی او در روابط با مادرش شکل می‌گیرد. او پیام‌های شخصیتی را که مادرش می‌فرستد درونی می‌کند و می‌کوشد آن‌ها را در خزانه رفتاری خود وارد کند. در مقابل، هویت پسر بچه از طریق ناپیوستگی در روابط با مادرش شکل می‌گیرد. او یاد می‌گیرد همانندسازی با مادر را کنار بگذارد و از طریق رابطه با پدر مثل مردها شود. همین امر موجب اختلاف قابلیت‌های روانی بین پسران و دختران می‌شود. دختران از مادر یاد می‌گیرند که پرورنده و مهرورزنده باشند و با انگیزه مادری کردن بزرگ شوند، اما پسرها چون فعالانه از پیروی کردن از مادرشان اجتناب می‌کنند، هرگز یاد نمی‌گیرند پرورنده باشند. آن‌ها معمولاً از ماهیت پرخاشگر و قدرت‌طلب مردان مسن‌تر الگوبرداری می‌کنند (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۴۹۴).

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

کرافت معتقد بود که رشد علمی و عقلانی زنان به آنان کمک می‌کند همسران و مادران بهتری باشند؛ در واقع وی نقش مادری را می‌ستود، اما سیمون دوبوار و شولامیت فایرستون برچیدن بساط مادری (به شکل کنونی‌اش) را عامل مهمی در تغییر جامعه می‌دانستند. فمینیست‌های لیبرال تقدس نقش مادری را ساختگی و عاملی مهم در پیدایش مشکلات مربوط به این نقش برای زنان به شمار می‌آورند. فمینیست‌های سوسیالیست معتقدند که مادری از آن روی مشکل ساز است که قدرت اقتصادی به دست مردان است و در این وضعیت اقتصادی زنان مادر می‌شوند.

فمینیست‌های رادیکال نگاهی دوگانه به مادری دارند. از نظر آنان مادری هم منبعی از ارزش‌ها و ویژگی‌های خاص زنان و هم شکلی از سرکوب آنان است که مردسالاری آن را نهادینه کرده است.

گروهی از فمینیست‌ها، به دلیل اعتقاد به تفاوت‌های ذاتی میان زن و مرد، برای زن‌بودن و مادر‌بودن ارزش قائل‌اند. آنان اخلاق مراقبت را اخلاق زنانه یا مادرانه می‌دانند. کارل گیلیکان ارتباط خوب میان مادر و فرزند را الگوی اطمینان بخش هر ارتباطی می‌داند (علاسوند، ۱۳۹۰: ۱۱۳-۱۱۵).

۲.۴ تعارض نقش

از نظر تفاوت‌های جنسیتی، نقش‌های زنان و مردان در جوامع گوناگون متفاوت است. نتایج مطالعهٔ کوماروفسکی نشان می‌دهد که میان دو نقشی که در آن واحد به دختران محول شده است، تعارض آشکاری وجود دارد. نقش نخستین، که نقش زنان نامیده می‌شود، زنان را ناگزیر می‌کند حساس‌تر و ملایم‌تر از مردان باشند، سلطه‌جویی و ستیزه‌جویی آن‌ها کمتر باشد، پیش مردان خود را دلربا جلوه دهند، و به زناشویی و کودکان علاقمند باشند؛ نقش دوم، که نقش جدید نامیده می‌شود، از زن صفات و شیوهٔ رفتاری توقع دارد که تقریباً شبیه صفات و شیوهٔ رفتار مردان است. این وضع در زندگی بسیاری از زنان مسائل مهمی را مطرح می‌کند (برگ، ۱۳۸۶: ۴۲۹).

آندره میشل معتقد بود مادری، خانه‌داری، و همسری نقش‌هایی‌اند که زنان در حوزه خانوادگی بر دوش می‌گیرند. گاهی به این نقش‌ها، نقش‌های اجتماعی هم افزوده می‌شود. انجام‌دادن همه این کارها با هم گرانبار است و نیازمند صرف انرژی فراوان و مدیریت شایسته است. در موارد بسیاری انسجام آن‌ها با یکدیگر تداخل می‌کند و موجب تعارض‌های گوناگون در زندگی زنان می‌شود. آندره میشل با مطالعات خود در کشورهای گوناگون نتیجه می‌گیرد که: «حتی اگر زن در بیرون خانه کار کند، سنگین‌ترین وظایف مربوط به کار خانه را بر دوش دارد و شوهرش در کار خانه به او یاری نمی‌رساند» (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۱۷۱). بیرون بیوم (۱۹۷۱) معتقد است که احساس گناه، نگرانی، و اضطراب زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار است (جمشیدی، ۱۳۸۱: ۴۶).

۳.۴ نظریه آسیب‌شناسی روانی

اجتماعی شدن جنسیت نه تنها به شیوع بیماری، بلکه به ابراز آن کمک می‌کند. میزان شیوع انواع اختلال‌های رفتاری بین زن و مرد فرق می‌کند. در زمینه نگرش قالبی جنسیتی - که زنان را به درون‌سازی ناراحتی و مردان را به برون‌سازی آن سوق می‌دهد - انبوهی از عوامل اجتماعی و سیاسی زنان را بیشتر در معرض خطر برخی مشکلات رفتاری قرار می‌دهد؛ مشکلاتی مثل تصور قالبی نقش جنسیتی، انتظارات نقش جنسیتی، فشار و تعارض نقش، آسیب جنسیتی، و اقتصادهای مربوط به جنسیت.

تعارض‌ها و انتظارات نقش جنسیتی معمولاً حس خودکاذب به بار می‌آورند. از زنان انتظار می‌رود همیشه خانم باشند، هرگز ناسزا نگویند یا عصبانی نشوند، مردان را خشنود کنند، و آنان را شکست ندهند. بعد از سال‌ها زندگی در چنین شرایطی، خشم و ناکامی در زنان متراکم می‌شود و اغلب به صورت رفتارهای خودویرانگر بروز می‌کند (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۴۹۶).

ناراحتی نهان مادر ناشی از استرس‌هایی است که ثمره نبود حمایت جامعه از تغییر نقش‌های آن‌هاست. زنان وارد نقش‌های تازه‌ای شده‌اند و استقلال بیشتری کسب کرده‌اند، ولی چون جامعه اکراه دارد که همراه با آن‌ها تغییر کند، مانع از موفقیت آنان می‌شود. زنان در نقش‌های شغلی جدید حق انتخاب کمی برای مراقبت از فرزندان دارند، شوهر مایل نیست در فرزندپروری و مسئولیت‌های خانه‌داری با آنان هم‌شان باشد، و کارفرمایان معدودی تمایل دارند نوبت‌های کاری انعطاف‌پذیری 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 نقش‌های متفاوت و تعارض نقش یعنی برخورد نقش‌ها با هم. مثل زمانی که عناصر موجود در مادر خوب بودن با عناصر دانشجوی خوب بودن در تعارض قرار می‌گیرند. فشارهای نقش اجازه نمی‌دهند که فرد وظایف نقش‌های دیگر را انجام دهد. بسیاری از زنان، به علت سپردن فرزندانشان به مهد کودک، احساس می‌کنند که باید بین مادر خوب بودن و داشتن شغلی بامعنا و هدفمند یکی را انتخاب کنند. سرزنش کردن مادر و حمله به مادر بیانگر آن است که مسئول همه مشکلات بچه‌ها مادران‌اند. خشونت علیه زنان به طرز وحشتناکی شایع است و پیامدهای مخرب آن می‌تواند زنان را برای باقی عمر زجر دهد (همان: ۵۰۸).

۴.۴ نسبیّت فرهنگی و بروز مشکلات روانی برای زنان

در فرهنگ در حال تحول امکان پیدایش دشواری‌ها و کشمکش‌ها روزافزون است. در چین، پیش از کمونیستی‌شدن، انتقال از ساختمان خانوادگی قدیم به نوع جدید غربی آن برای جوانان دشواری‌هایی به بار آورده بود. در خانواده چینی قدیم، عروس جوان می‌بایستی کاملاً از مادرشوهر خود اطاعت کند و دختری که از روی آداب و رسوم چینی تربیت شده بود در این کار با مشکلی روبه‌رو نمی‌شد، اما وقتی دختری با مفهوم غربی خانواده محدود و مستقل آشنا می‌شود، ممکن است هر لحظه در خانواده گسترده کشمکش و برخوردهایی به بار آورد. مواردی در بیمارستان بیماری‌های روانی پکن نشان داد که این امر علت تسریع ظهور بیماری است (برگ، ۱۳۸۶: ۶۱).

۵.۴ فرهنگ

فرهنگ به معنای روش‌های زندگی اعضا یا گروه‌های هر جامعه است. فرهنگ شامل نحوه لباس پوشیدن، آداب و رسوم ازدواج و زندگی خانوادگی، الگوهای کار، آیین‌های دینی، و تفریح و فراغت است. در واقع، فرهنگ آن دسته از جنبه‌های جوامع بشری است که آموخته می‌شوند، نه آن‌هایی که به صورت ژنتیکی به ارث می‌رسند. اعضای جامعه همه در این عناصر فرهنگ سهیم‌اند و به همین علت امکان همکاری و ارتباط متقابل فراهم می‌شود. بنیان همه فرهنگ‌ها، تصورات و اندیشه‌هایی است که مشخص می‌کنند

چه چیزی مهم، ارزشمند، مطلوب، و پسندیده است. این تصورات انتزاعی یا ارزش‌ها به آدمیان در تعامل با دنیای اجتماعی معنا می‌دهند و آن را هدایت می‌کنند. هنجارها قواعدی برای رفتارند که ارزش‌های هر فرهنگ را منعکس می‌کنند یا تجسم می‌بخشند. ارزش‌ها و هنجارها در کنار یکدیگر به چگونگی رفتار اعضای یک فرهنگ در محیط اجتماعی‌شان شکل می‌دهند. ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی غالباً طی زمان تغییر می‌کنند. افراد طی فرایند اجتماعی شدن و طی کنش‌های متقابل اجتماعی ارزش‌ها، هنجارها، و عقایدی را می‌آموزند که الگوهای فرهنگ آن‌ها را تشکیل می‌دهد. در خلال فرایند اجتماعی شدن، افراد نقش‌های اجتماعی و چگونگی درونی‌سازی آن‌ها را می‌آموزند و در نهایت آن‌ها را درونی می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۳۵-۳۷).

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

کلمن سرمایه اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: «مجموعه‌ای 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 می‌توانند امتیاز مهمی را برای توسعه سرمایه انسانی کودک و جوان فراهم کنند».

هنجارها، شبکه‌های اجتماعی، و روابط بین بزرگسالان و کودکان برای رشد بچه‌ها 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 مجموعه‌ای از شاخص‌های بهداشتی و شاخص سرمایه اجتماعی مورد نظر خود هم‌بستگی مثبتی وجود دارد؛ همچنین، بین شاخص سرمایه اجتماعی و نرخ مرگ‌ومیر پیوستگی منفی قوی‌ای وجود دارد. از طرفی، سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی می‌تواند دست‌یابی بهتر به مراقبت بهداشتی را فراهم کند. وی برای ارتباط سرمایه اجتماعی و بهداشت چهار دلیل را برشمرده است:

- شبکه‌های اجتماعی می‌توانند مساعدت ملموسی را فراهم کنند که باعث کاهش اضطراب شوند؛

- این شبکه‌ها می‌توانند هنجارهای بهداشت را تقویت کنند؛

- این‌ها بهتر می‌توانند برای استفاده از خدمات درمانی اعمال نفوذ کنند؛

- تعامل می‌تواند به تحریک سیستم ایمنی بدن کمک کند (همان: ۷۶).

۷.۴ نظریه تشکیل وضع رفتار آلپورت

از نظر آلپورت وضع رفتاری، وضع نفسانی و عصبی است که سازمان آن از تجربه است و در واکنش‌های فرد به همه اشیا و همه اوضاع اثر هدایت‌کننده و دینامیک دارد. وی در تشکیل وضع رفتار چهار شرط کلی را ذکر کرده است: نخستین آن‌ها تجارب است؛ دوم، فردی شدن یا فرق 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.

۸.۴ نظریه عقاید منطقی و غیر منطقی الیس و بک

آلبرت الیس (۱۹۶۲) نظریه عقلانی-عاطفی-رفتاری خود را این‌چنین ارائه داد که این وقایع و رویدادها نیستند که باعث آشفتگی، پریشانی، یا اضطراب آدمی می‌شوند، بلکه برداشت و باور خود فرد از وقایع و پدیده‌هاست که موجب آشفتگی، پریشانی، اضطراب، و بروز مشکلات مختلف در زندگی فرد می‌شود. باور معرف فکرکردن، احساس کردن، و رفتارکردن 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 عبارت‌اند از: توقع تأیید دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، آمادگی برای سرزنش، واکنش عجولانه به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر، و کمال‌گرایی (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۳۵۸).

بک به چند خطای شناختی اشاره می‌کند که احساس افسردگی را سبب می‌شود: 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؛ برداشت‌گزینشی: با این فرض که فقط رویدادهایی که به شکست می‌انجامند اهمیت دارند و این شکست‌ها 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 شکست‌های زندگی؛

ارجاع به خود: با این فرض که من کانون توجه همه هستم، مخصوصاً وقتی در کاری شکست می‌خورم؛
تفکر دومقوله‌ای: 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 دربارهٔ مسائل زنان

کاربرد	نظریات مورد استفاده
برخی وجود هورمون‌ها و غریزهٔ مادری را عامل اصلی برای شیردهی مادران می‌دانند. برخی از فمینیست‌ها تربیت جنسیتی را منشأ رفتارهای مادرانه می‌دانند و آن را عاملی برای فرومایگی زنان برمی‌شمارند.	نظریهٔ مادری
برای مادران شاغل در انجام‌دادن هم‌زمان نقش‌های اجتماعی و مادری تداخل پیش می‌آید و در برخی موارد باعث افزایش نگرانی و اضطراب در مادر می‌شود.	نظریهٔ تعارض نقش
زنان به علت انتظارات نقش‌های جنسیتی، تعارض نقش، فشار نقش، و ... بیشتر در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌گیرند و این مسئله در شیردهی آن‌ها اثرگذار است.	نظریهٔ آسیب‌شناسی روانی
تغییر شیوهٔ زندگی و تغییرات ساختاری خانواده در بین نسل‌ها باعث بروز مشکلات بین عروس جوان و مادرشوهر می‌شود و این امر افزایش مشکلات روانی برای مادران را در پی دارد و در شیردهی آنان تأثیر منفی می‌گذارد.	نظریهٔ نسبیّت فرهنگی میان نسلی
رفتار (شیردهی) فرد تحت تأثیر تجارب فردی، فردی‌شدن، تجربهٔ دراماتیک، و تقلید است.	نظریهٔ تشکیل وضع رفتار
برداشت و باور فرد از وقایع اطراف و پدیده‌ها موجب آشفتگی، پریشانی، و اضطراب در زندگی فرد می‌شود و می‌تواند اثری منفی در شیردهی داشته باشد.	نظریهٔ عقاید غیر منطقی الیس و بک
روش زندگی افراد، تعامل‌ها، ارزش‌ها، و هنجارهای آن‌ها تحت تأثیر فرهنگ است. ارزش‌ها و هنجارها به چگونگی رفتار شکل می‌دهند. افراد الگوهای فرهنگی را طی فرایند اجتماعی‌شدن می‌آموزند.	نظریهٔ فرهنگ
سرمایهٔ اجتماعی مجموعه‌ای از روابط در خانواده و خارج از خانواده است که به علت وجود پیوندها و حمایت درون این شبکه‌ها فرد از سلامت روحی و جسمانی بهتری برخوردار خواهد شد.	نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی

۵. روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش به روش کیفی و با استفاده از روش مردم‌نگاری انجام شده است. مردم‌نگاری روشی است که بر اساس آن محقق به مطالعه رفتارها و فعالیت‌های افراد مورد مطالعه در محیط طبیعی می‌پردازد (محمدپور و رضایی، ۱۳۸۷). برای گردآوری داده‌های کیفی از روش مشاهده مستقیم، مشاهده مشارکتی، و مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته استفاده شد. جامعه آماری این مطالعه شامل مادران مراجعه‌کننده 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 نمونه‌گیری در تحقیقات کیفی از نوع هدفمند است، حجم نمونه نیز به سطح اشباع نظری سؤال‌های تحقیق بستگی دارد. اشباع نظری زمانی اتفاق می‌افتد که محقق در مرحله‌ای از کار به مفاهیم و پاسخ‌های مشابه دست یابد و مفاهیم جدیدی ظهور نیابد (گلاسر 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 نمونه‌گیری هدفمند با ۳۷ نفر از جامعه آماری مصاحبه شد. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از کدگذاری آزاد به روش موضوعی تجزیه و تحلیل شدند.

از ۳۷ نفر شرکت‌کننده 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 آن‌ها بین ۲۰ تا ۳۵ سال بود. جدول ۲ توزیع دو گروه افراد مورد مصاحبه بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل، و تعداد فرزندان را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

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

۹	دیپلم
۱	فوق دیپلم
۱۳	کارشناسی
۴	کارشناسی ارشد
	تحصیلات همسر
۱	زیر دیپلم
۱۱	دیپلم
۵	فوق دیپلم
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 تحلیل موضوعی بوده است. بر این اساس، پس از دسته‌بندی و تلفیق کدهای تکراری و تشکیل دسته‌بندی‌های جدید ۳۶۵ کد استخراج شد. این معانی فرموله‌شده، به صورت خوشه‌هایی 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 کد‌گزینی تقلیل یافت. جدول ۳ مثالی از نحوه استخراج کدهای توصیفی و تفسیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. مثالی از نحوه استخراج کدها

کد گزینی	کدهای محوری	کدهای متمرکز
عوامل اجتماعی و اقتصادی	سیاست‌های بهداشتی تغذیه با شیر مادر	<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت در دادن کوبین شیر خشک - مدت مرخصی زایمان - تبلیغات رسانه‌ای - تماس پوستی مادر و نوزاد - اجرای برنامه بیمارستان‌های 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
	سیستم‌های 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

	<p>تداخل نقش‌های اجتماعی با مادری</p>	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده بیشتر از شیر خشک در مادران شاغل - اولویت‌بخشی 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 داده‌ها، عوامل مؤثر در تغذیه با شیر مادر در سه عرصه عوامل فردی، عوامل فرهنگی، و عوامل اجتماعی - اقتصادی دسته‌بندی شدند.

۱.۶ عوامل فردی

عوامل فردی در حکم کد گزینشی است و در سطح محوری مشتمل بر 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، شیرخوردن شبانه، وابستگی شدید کودک، ناآرامی کودک، و نارس بودن نوزاد است. عوامل مربوط به مادر شامل کم‌شیری ارثی، بارداری و زایمان سخت، خستگی مادر، ضعف جسمانی مادر، نداشتن شیر کافی، مشکلات سینه، تغذیه نامناسب مادر، استفاده از داروی کاهش‌دهنده شیر مادر، بوی بدن مادر، مزه شیر مادر، استراحت مادر، و دسترسی آسان شیر مادر است؛ چنان‌که مادر دیپلمه نخست‌زا علت قطع شیردهی خود را نارس بودن نوزاد و خستگی و ضعف جسمانی خود برمی‌شمارد و چنین می‌گوید:

تمایل داشتم شیر بدم، اما شیرم کم بود، نارس به دنیا اومد وقتی اومد خونه خیلی زیاد درگیری داشتیم و دیگه نتونستم تلاش کنم برای این‌که 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 برمی‌شمارند، اما این عوامل خود تحت تأثیر عوامل دیگری از

جمله عوامل روانی، فرهنگی، و اجتماعی است. مادر لیسانسه شاغل نخست‌زا تغذیه نامناسب خود را علت نداشتن شیر کافی بیان می‌کند و می‌گوید:

چیزی هم که نمی‌خورم دو تا چایی صبحانه مون هم که یه لقمه است و نهار هم ساعت ۴ می‌خوریم اون وقت می‌خواید شیر داشته باشیم مسلمه که شیر نداریم از اول مهر تا حالا نهار نمی‌دن (مصاحبه ۲۰).

برخی از مادران علت قطع شیردهی را امتناع کودک از خوردن به علت نامعلوم می‌دانند. برای نمونه، مادر لیسانسه نخست‌زا چنین بیان می‌کند:

پسرم هشت ماهش بود که کم کم شیر نخورد و بعد از یک هفته شیرم خشکید هر کاری می‌کردم شیر نمی‌خورد و علتش را هم نمی‌دونستم (مصاحبه ۳).

مادر لیسانسه شاغلی که سه فرزند دارد علت استفاده از شیر خشک را بی‌قراری و تعدد وظایف خود برمی‌شمارد و چنین بیان می‌کند:

یه موقعی که خیلی گریه می‌کرد می‌خواستم شیر خشک بهش بدم براش خریدم یه دو بارش را نداشتم بهداشت بفهمه خیلی دعوا می‌کرد وقتی آدم خیلی خسته می‌شه ماه رمضان که مهمون داشتیم و خیلی کار داشتم 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 می‌کند:

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

۲.۱.۶ عوامل روانی و مادری

عوامل روانی و مادری شامل آرامش و استرس مادر در شیردهی، اعتمادبه‌نفس مادر، افسردگی و سرحالی پس از زایمان، پشتکار مادر (صبر و حوصله مادر)، احساسات مادرانه، و ایجاد محبت و وجدان مادری است. آرامش مادر مهم‌ترین عامل موفقیت در شیردهی است؛ به طوری که، اکثریت مادران نداشتن استرس و داشتن آرامش را شرط اساسی در شیردهی موفق برمی‌شمردند. مادر کارشناس ارشد نخست‌زا داشتن آرامش را مهم‌ترین عامل در شیردهی برمی‌شمارد و چنین می‌گوید:

مهم‌ترین چیز آرامشیه که مادر باید داشته باشد اگر آدم یک تکیه‌گاه محکم داشته باشد و آرامش داشته باشد می‌تونه به شیردهی خوب داشته باشد ولی اگر نگرانی داشته باشد ... (مصاحبه ۲۶).

مادر فوق‌دیپلم دارای دو فرزند چنین می‌گوید:

عصبی شدن شیر را کم می‌کنه. وقتی جایی می‌خوام برم و استرس پیدا می‌کنم شیرم کم می‌شه. همون روز می‌خوام شیر براش بذارم و برم نمی‌تونم (مصاحبه ۲۵).

کارشناس واحد مشاوره شیردهی در توضیح مشاهدات خود از مادران می‌گوید:

یعنی مادری هستند که او مدن این جا نشستن و گریه می‌کنن و می‌گن نمی‌تونیم شیر بدیم، شیر هم داره، وقتی مادر حس خوبی نداره، بچه نمی‌گیره، وقتی مادر موقع شیردهی استرس داره بچه زیر سینه نمی‌یاد (مصاحبه ۳۵).

مادر کارشناس ارشد نخست‌زا شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و افزایش اعتمادبه‌نفس در شیردهی را عامل موفقیت در شیردهی خود می‌داند و چنین بیان می‌کند:

خیلی اعتمادبه‌نفسم بالا رفت. قبلاً نگران بودم که احتمالاً بلد نیستم شیر بدم، چه جوری می‌شه، خیلی اعتمادبه‌نفس پیدا کردم و به بقیه هم می‌گفتم نگران نباشند و راحت و خیلی با اعتمادبه‌نفس بهش شیر می‌دادم (مصاحبه ۱۳).

پزشک متخصص اطفال افسردگی و خستگی پس از زایمان را یکی از عوامل مؤثر در شیردهی مادران برمی‌شمارد و می‌گوید:

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

مادر لیسانسه دارای دو فرزند، مراجعه‌کننده به واحد مشاوره شیردهی که قصد گرفتن کوپن شیردهی را داشت، در گفت‌وگو با مسائل واحد چنین می‌گوید:

هیچ محبتی از مامانم ندیدم به مامانم می‌گم تو در حق من ظلم کردی کارم را ول کردم به خاطر بچه‌هام گفتم مادری که شاغله ظلم می‌کنه در حق بچه‌اش مامانم می‌گه بشکنه این دست که نمک نداره مامانم دو شیفت می‌رفت پدرم هم فوت کرده بود خیلی سخت بود (مصاحبه ۱۴).

مادر لیسانسه نخست‌زای دیگری که علاوه بر تغذیه با شیر مادر از شیر خشک نیز استفاده می‌کرد، در بیان علت رفتار خود چنین می‌گوید:

یک کمی حوصله نداشتم مثلاً یک‌جور بنخوابم یا بشینم و بهش شیر بدم زیاد مشکلی نداشتم (مصاحبه ۱۱).

مادر دانشجوی نخست‌زا به امتناع کودک خود از خوردن شیر مادر اشاره می‌کند و می‌گوید که بالاخره وی پس از صبر و حوصله و با پشتکار توانسته است کودک خود را با شیر مادر تغذیه کند:

هی با قاشق چای‌خوری می‌ریختیم توی دهنش تا سه چهار روز این جور بود و وزنش هم کم شده بود و نمی‌خورد، اما کم‌کم بعداً شروع کرد به خوردن (مصاحبه ۴).

اکثر مادران در جواب به چرایی انتخاب تغذیه با شیر مادر احساسات مادرانه و محبت مادری را مهم‌ترین عامل برمی‌شمارند. مادر دیپلمه دارای دو فرزند چنین می‌گوید:

وقتی آدم بچه‌ش رو شیر می‌ده به آرامش خاصی داره اولین لحظه‌ای که متولد می‌شن و شیر می‌خورن خیلی لذت‌بخشه محبتی که بین مادر و فرزند به وجود میاد (مصاحبه ۲).

مادر کارشناس ارشد نخست‌زا این‌گونه می‌گوید:

فکر می‌کنم نقش محبت مادری خیلی قویه و با شیردهی بیشتر هم می‌شه (مصاحبه ۲۴).

برخی از مادران وجدان مادری و احساس وظیفه در مقابل فرزند را مهم‌ترین عامل انتخاب تغذیه با شیر مادر می‌دانند. برای مثال، مادر لیسانسه‌ای که دو فرزند دارد، می‌گوید:

آدم اون وظیفه‌ش رو نسبت به پدر و مادر بودن انجام می‌ده. توی اون سن احساس می‌کردم وظیفه‌م رو درست دارم انجام می‌دم و بعد نگم این مشکل رو داره و شیر نخورده (مصاحبه ۲۸).

۳.۱.۶ 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 آموزش‌های 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؛ این‌ها از جمله کسانی بودند که به فرزندشان شیر خشک می‌دادند.

کارشناس بهداشت خانواده دربارهٔ تأثیر آموزش شیردهی قبل از زایمان می‌گوید:

آموزش شیردهی قبل از زایمان خیلی مهمه؛ یعنی قبل از این‌که مادری بچه‌دار بشه این‌ها رو بهش آموزش بدن، مؤثرتره. مثلاً تو کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج این آموزش‌ها نیاز است (مصاحبه ۲۹).

مادر لیسانسه نخست‌زا به این مطلب اشاره می‌کرد که قبل و پس از زایمان آموزش‌های لازم دربارهٔ شیردهی را دیده و از مزایای شیر مادر آگاه است. او در بیان علت انتخاب تغذیه با شیر مادر چنین می‌گوید:

خیلی خوبه، مزایایی داره، تحقیق کردم، خیلی خوبه برای خودم و بچهم. من پرسیدم ... رحمم را خیلی زودتر جمع می‌کنه، جلوگیری می‌کنه از حاملگی بعدی و برای استخوان‌بندی و برای رشدش از نظر روحی محبتی که بین مادر و فرزند ایجاد می‌کنه (مصاحبه ۵).

همچنین، برای مادرانی که تجربه قبلی در شیردهی داشتند شیردهی دوم راحت‌تر بود و دردسر کمتری داشت. مادرانی هم که تجربه موفقی در شیردهی قبلی خود داشتند، با آمادگی و اعتمادبه‌نفس بیشتری نوزاد خود را تغذیه می‌کردند. مادر دیپلمه‌ای که دو فرزند دارد در تبیین این نکته می‌گوید:

چون فرزند اولم رو خودم شیر می‌دادم، می‌دونستم که شیرم خوبه و می‌تونه سیرش کنه (مصاحبه ۶).

کارشناس مشاوره شیردهی به سطح آگاهی و شناخت مادر و پدر و تأثیر آن در شیردهی اشاره می‌کند و چنین می‌گوید:

سطح اجتماعی و شناخت پدر و مادر هرچی بیشتر باشه، این‌ها خودشون بیشتر شیر می‌دن چون متوجهان که شیر مادر چه ارزشی داره. این رو من به‌عینه می‌بینم (مصاحبه ۳۰).

۲.۶ عوامل فرهنگی

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

۱.۲.۶ فرهنگ عامه

فرهنگ عامه خود شامل باورهای مذهبی و باورهای سنتی (به معنای سنت‌های حاکم بر رفتارها نسبت به استفاده از شیر خشک یا شیر مادر) است. بیشتر شرکت‌کنندگان در این تحقیق بر آن بودند که شیر مادر بهتر از شیر خشک است و غذای کاملی محسوب می‌شود. مادر لیسانسه شاغل در این باره می‌گوید:

همه‌ش فکر می‌کردم که نباید شیر خشک بدم و روی این موضوع حساس بودم، تا اون‌جایی که می‌تونم شیر بدم شیر خشک به جواریی بچه رو کم چون می‌کنه. طبق همین عقیده‌هایی که داشتم، می‌گفتم تا اون‌جایی که بشه ندم، شیر خشک ندم و شیر خشک معلوم نیست که چیه بالاخره مواد نگه‌دارنده داره، بچه کوچولو هرچی این‌ها وارد بدنش نشه بهتره، اما الان که برمی‌گردم و فکر می‌کنم می‌بینم که فقط خدا کمک کرد، اگر کمک نمی‌کرد نمی‌تونستم. چون من این‌جا هیچ‌کس رو کمک ندارم (مصاحبه ۲۱).

از طرفی، باورهای مذهبی افراد در رفتار مادران تأثیرگذار است؛ به طوری که، مادر دانشجوی نخست‌زا به این مسئله اشاره می‌کند:

اولاً که حق طبیعی بچه‌ست و خدا این رو برایش قرار داده. احساس می‌کنم این یه وظیفه الهیه که برای من قرار داده، خواصی که از نظر روحی برای مادر و بچه داره و این‌که بچه از خیلی از بیماری‌ها ایمن می‌شه (مصاحبه ۱۳).

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

اما این امر باید به صورت یه اسطوره دربیاد که وقتی یه مادری این کار رو انجام می‌ده خیلی کار مهمی انجام داده برای بچه‌ش و بالاتر از حد عادت. دلم می‌خواد امری بشه که خیلی برای همه جا بیفته، نه به این حالت که خب این مامان شیر داره باید بچه‌ش رو هم شیر بده. خیلی مهمه (مصاحبه ۳۷).

۲.۲.۶ 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 می‌شود.

بیشتر مادران به نقش حمایتی والدین (از جمله مادر خود) اشاره می‌کنند که پس از زایمان آن‌ها را در شیردهی و کارهای منزل کمک کرده‌اند. مادر دانشجوی نخست‌زا راجع به نقش اطرافیانش چنین می‌گوید:

خیلی تشویق می‌کردن و خیلی تأثیر داشت. مادر و پدر خودم و مادر و پدر شوهرم مرتب رسیدگی و تشویق می‌کردن. چقدر سر وقت شیر می‌دی، داره تپل می‌شه، شیرت خوبه، ... بالاخره تشویقشون اثر داشت (مصاحبه ۱۳).

کارشناس بهداشت درباره اهمیت نقش حمایتی خانواده و همسر چنین می‌گوید:

تجربه افرادی که در کنار مادر قرار دارن و اون‌ها چقدر حرف گوش می‌دن یک سری مشکلات دارن، ضمن این که مادر نیاز به حمایت داره برای شیردادن. مادری که ماه اولشه و شیر می‌ده، درد سینه که داره، درد شکم هم داره. اگر مشکلات اجتماعی هم داشته باشه نبودن بابایی، بابای ناسازگار، تنهایی‌شان، اونا سبب می‌شه که مادر نتونه شیردهی موفق 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 می‌کند، مادر می‌تواند 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 می‌کند:

اون بچه هم وزنش کم بود، یه چند بار می‌خواستم شیر خشک بدم، می‌گفتن نه و حیفه، بیا شیر بده، خودشون کمک می‌کردن و شیر می‌دوشیدن، شیر را با هزار مکافات می‌دوشیدیم و بهش می‌دادیم (مصاحبه ۳).

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

شوهرم هم خیلی همکاری می‌کردن، حتی یک سال اول رو مرخصی بدون حقوق گرفتن که کمک کنن و خیلی کمک بود. بالاخره شیردادن آرامش می‌خواد. من سر کارم، از نظر اعصاب و این‌ها اون یه جورایی حمایت بود، مثلاً صبح‌ها توی خونه بودن کمک می‌کردن، من خیالم راحت بود اون را می‌گرفتن تا من بتونم این را شیر بدم، خیلی کمک بودن، اگر کمکشون نبود من نمی‌تونستم؛ با این‌که خانوادم ازم دورن ... (مصاحبه ۲۱).

به طور کلی، رفتارهای افراد تا حدودی تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی آن‌هاست. از این رو، خانواده و اطرافیان می‌توانند نقشی تعیین‌کننده در شکست یا موفقیت در

شیردهی داشته باشند. کارشناس واحد مشاوره شیردهی طی تجربیات مشاوره‌ای خود به این مسئله اشاره می‌کند:

به طور کلی تشویق اطرافیان خیلی تأثیرگذار، خیلی وقت‌ها مادری که میان این‌جا بهشون می‌گیم صبحانه خوردید، می‌گن نه خانم شب تا صبح بیدار بودم، مگر خانم می‌تونم؟ این‌ها خیلی تأثیرگذار. مادری که تازه زایمان کرده کم‌خوابه، استرس داره، همه این‌ها روی شیر مادر تأثیر می‌گذاره، چه برسه به این‌که تغذیه مناسبی هم نداشته باشه، یعنی خیلی درگیر می‌شن (مصاحبه ۳۵).

اختلافات زناشویی و مشکلات خانوادگی در شیردهی تأثیر منفی می‌گذارد و می‌تواند باعث ناتوانی مادر در غلبه بر مشکلات شود. مادری به واحد مشاوره شیردهی مراجعه کرده و به علت نداشتن شیر کافی خواستار گرفتن کوپن شیر شده است. این مادر لیسانسه که دو فرزند دارد، طی صحبت‌های مسئول واحد با وی، سخنانی می‌گوید 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 می‌ره بیرون، شب‌ها صدش می‌کنم یه چند دقیقه بچه رو بگیر، بلند می‌شه چند دقیقه بعد ... رو مردها نمی‌شه حساب کرد. من الان دو ماه افتاده بودم از کمردرد، کی اومد کمکم؟ شوهرم ده بار زنگ زد من از سر کارش کشوندمش آوردمش این‌جا. من هم خاموشش می‌کنم. نه خیلی اذیتم کرد مادرشوهرم درسته که تحصیل کرده ست، ولی بی‌سواد خیلی بهتره. من مادرشوهرم رو دوست دارم و از بعضی کارهایش هم خوشم میاد، اما یه رفتارهایی می‌کنه مادرشوهرم. حرف‌های دیگران رو گوش می‌ده بهش می‌گم شب‌ها نمی‌خوابه می‌گه 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: سیاست‌های بهداشتی تغذیه با شیر مادر، عوامل اقتصادی، سیستم‌های حمایتی و رفاهی، و تداخل نقش‌های اجتماعی با مادری.

۱.۳.۶ سیاست‌های بهداشتی تغذیه با شیر مادر

این مقوله شامل محدودیت در دادن کوپن شیر خشک، مدت مرخصی زایمان، تبلیغات رسانه‌ای، تماس پوستی مادر و نوزاد، و اجرای برنامه بیمارستان‌های دوستدار کودک است.

در چند دهه اخیر، سیاست‌های بهداشتی کل کشور در جهت ترویج تغذیه با شیر مادر بوده است؛ از این رو، برنامه‌های متعددی به منظور گسترش تغذیه با شیر مادر به اجرا درآمده است. از جمله این‌ها که در همه بیمارستان‌های کشور برنامه بیمارستان‌های دوستدار کودک اجرا می‌شود. همچنین، تبلیغات رسانه‌ای در جهت ترویج تغذیه با شیر مادر است و کوپن شیر خشک فقط به افراد خاصی داده می‌شود. کارشناس بهداشت به محدودیت در دادن کوپن شیر اشاره می‌کند و می‌گوید:

کوپن رو به اون‌هایی که واقعاً احتیاج دارن می‌دیم. 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 می‌کنیم، اما چیزی که برایمان مد نظره اینه که بقیه مادرا باید خودشون شیر بدن (مصاحبه ۳۰).

مادر لیسانسه‌ای که دو فرزند دارد، در جواب این سؤال که اطلاعات راجع به شیر مادر را از کجا به دست آورده‌اید، می‌گوید:

بیشترش را آدم شنیده از رسانه‌ها که شیر مادر از چه بیماری‌هایی جلوگیری می‌کنه (مصاحبه ۲۸).

پزشک متخصص زنان می‌گوید:

خیلی از این باورها برمی‌گرده به تبلیغاتی که در سال‌های ۶۵ تا ۷۰ شد. در مراکز بهداشت پتل داشتن، صدا و سیما تبلیغ می‌کرد. این تبلیغ که کسانی که شیر می‌دن زودتر وزن از دست می‌دن و هیکلشون خوب می‌شه باعث شده که خیلی‌ها 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 می‌برند، روزانه یک ساعت می‌توانند از پاس شیر خود استفاده کنند. اگرچه تاکنون قوانین و برنامه‌هایی 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 برنامه‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر پرداخته و معتقد است:

این مسئله باید در حد مسائل جلوگیری باهاس برخورد شه، ببینید چقدر روش مانور می‌دن، چقدر همه استقبال می‌کنن، اونم در همون حد باید باهاس برخورد بشه و در

اولویت باشد و روش حساسیت باشد، وقتی حساسیت ایجاد شد، افراد بیشتر توجه نشون می‌دن. چند سال اخیر رسانه بیشتر داره روی شیر مادر مانور می‌ده نسبت به سال‌های قبل باز هم نسبتاً بهتر بود، جزء برنامه‌های دست‌آخروشه این قدر بی‌اهمیت در صورتی که این امر مهمه (مصاحبه ۳۷).

۲.۳.۶ 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 می‌تواند در شیردهی مادران تأثیر داشته باشد. اول این‌که مادرانی که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، معمولاً کیفیت شیر مناسبی ندارند و در مواردی مادر دچار کمبود شیر و ضعف جسمانی می‌شود. همچنین، در خانواده‌هایی که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند مادر مجبور می‌شود برای گذران زندگی و تأمین مایحتاج خود به فعالیت اقتصادی بپردازد از این رو، برای شیردهی فرزندش با مشکلاتی روبه‌رو می‌شود؛ از سوی دیگر، در این خانواده‌ها هزینه بالای شیر خشک عاملی در جهت استفاده از شیر مادر است.

کارشناس مامایی به تأثیر وضعیت اقتصادی در شیردهی مادران اشاره می‌کند:

یه عده‌ای از مادرها نمی‌گن اما غذاشون واقعاً خوب نیست و از نظر مالی نمی‌تونن غذای خوب بخورن تا شیردهی شون خوب باشه (مصاحبه ۳۴).

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

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

در برخی از مادران شاغل انگیزه اقتصادی باعث می‌شود که به شغلی تمام‌وقت رو آورند و با مشکلاتی برای شیردهی کودکان خود مواجه شوند. مادر شاغل نخست‌زا می‌گوید:

خیلی مسائل باعث می‌شه که تصمیم رو تغییر بدم ممکنه بعضی وقت‌ها تصمیم بگیرم که نیام، اما شرایط اقتصادی اجازه نمی‌ده، بیشتر به خاطر شرایط اقتصادی، نه این‌که بگم عاشق کارم هستم، اما شرایط اقتصادی واقعاً اجازه نمی‌ده که منم برم توی خونه بشینم، اصلاً نمی‌شه، وقتی فکرش رو می‌کنم همه‌چیز به هم می‌ریزه، 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 برمی‌شمارند. مادر لیسانسه‌ای که دو فرزند دارد، می‌گوید:

غذای راحت و دم‌دستی بود. نسبت به شیر خشک ترجیح می‌دادم خودم شیر بدم تا این‌که نصفه شب بلند شم و شیر خشک بدم (مصاحبه ۱۵).

۳.۳.۶ سیستم‌های حمایتی و رفاهی

این مقوله شامل حمایت و تشویق کارکنان بهداشتی، توصیه پزشک، بودن یا نبودن فضای مناسب برای شیردهی، و رعایت قوانین شیردهی است. نتایج مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که بیشتر مادران خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، در صورت نیاز مورد حمایت کارکنان بهداشتی قرار گرفته‌اند و در مواردی نیز تشویق شده‌اند. همچنین، در سال‌های اخیر، به آموزش‌های 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 آموزش‌های شیردهی دیده‌اند. از این رو، به نظر می‌رسد مراکز بهداشتی نقشی تعیین‌کننده در ترویج تغذیه با شیر مادر داشته باشند.

برخی از مادران به نقش کارکنان بهداشتی در ادامه شیردهی خود اشاره می‌کنند. برای نمونه، مادر شاغل دارای سه فرزند می‌گوید:

من که دوقلو داشتم توی بیمارستان همون روز خیلی چیزها بهم دادن، سی‌دی آموزشی و کتاب خیلی بهم دادن. پرستار هم خانم خیلی خوبی بود، بچه‌هام هم ماشاا... وزنشون خوب بود می‌گفت آگه بتونی شیر بدی این‌ها بچه‌های خیلی خوبی می‌شن. خیلی تشویقم می‌کرد. مرکز بهداشت گفتن می‌خوان به‌عنوان مادر نمونه انتخابم کنن (مصاحبه ۲۱).

کارشناس واحد شیردهی به تأثیر تشویق و حمایت کارکنان بهداشتی اشاره می‌کند و آن را عاملی در بهبود عملکرد مادران برمی‌شمارد:

وقتی میان این‌جا ما بچه رو وزن می‌کنیم و می‌گیم بچه خوب رشد کرده دور سرش و وزنش خوب رشد کرده، همین شیرت کافیه، این خیلی برای خانم‌ها مؤثره تشویق می‌شن (مصاحبه ۳۱).

در مادرانی که برای پایش کودکان خود به پزشک متخصص مراجعه می‌کردند، توصیه پزشک نقش ویژه‌ای در تغذیه با شیر مادر دارد. مادر دیپلمه نخست‌زا به نقش پزشک خود در بهبود عملکرد شیردهی و توصیه وی اشاره می‌کند و می‌گوید:

اما دکتر هم که می‌رفتم می‌گفتن 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 متخصص‌ها مقصرند که می‌گن خانم در حق بچه‌ها ظلم کردی شیر نداشتی چرا شیر خشک را شروع نکردی (مصاحبه ۳۵).

۴.۳.۶. تداخل نقش‌های اجتماعی با مادری

این مقوله شامل استفاده بیشتر از شیر خشک در مادران شاغل، اولویت‌بخشی 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 نیمه‌وقت زمان بیشتری برای شیردهی داشتند و معمولاً در شیردهی مشکلی 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، نمی‌توانستند 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 نخست‌زا می‌گوید:

بعدش دیگه مجبور بودم شیر خشک بدم، چون اگه شیر خشک نمی‌دادم و شیشه پستونک نمی‌دادم، الان کسی نبود نگاهش داره، از اول می‌دونستم 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، می‌گوید:

اکثراً شیر خشک می‌دن، حتماً کمکی هم که باشه می‌دن (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، خانه‌داری، همچنین وظایف شغلی به صورت هم‌زمان 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 می‌گوید:

حمایت یک نفر را حتماً می‌خواد، شاغل‌ها رو شوهراشون باید خیلی حمایتشون کنن، دوست من می‌گفت این قدر درگیری ذهنی و فکری و مالی دارم که ... شیردهی بچم یه معضلیه برام. من مامانم خیلی تشویقم می‌کرد که شیر بدم، اگه دست خودم بود این رو با همین شیر خشک بزرگ می‌کردم. مردها می‌گن مامانای ما هم این کار رو کردن، کاری نیست که از تو دراومده باشه، نمی‌دونن چقدر ذهن، فکر و جسم زن‌ها رو درگیر می‌کنه (مصاحبه ۳۷).

همچنین، از آن‌جا که امروزه بیشتر مادران بیرون از خانه کار می‌کنند و شیردادن در منظر عمومی ممنوع است، مادران برای شیردهی با مشکل مواجه‌اند. اکثر مادران شیردهی را مسئله مهمی تلقی کرده‌اند، حتی مادران شاغل به‌رغم سختی‌ها و مشکلات فراوان، به شیردهی خود ادامه داده‌اند. مادر دانشجویی که یک فرزند دارد، می‌گوید:

این برام از هر چیزی مهم‌تره ... درس و این‌ها در کنارش بود، وقتی آدم مادر می‌شه 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 یک فرزند دارد در این باره می‌گوید:

ولی من شیر نداشتم، این‌جا 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. موقع‌هایی که آروم 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 اون‌طرف، ولی وقتی آروم 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 به‌تنهایی به عهده دارند. این امر باعث می‌شود که حتی اگر مادر بتواند شیردهی موفق 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 یواش‌یواش 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 به‌موقع ست، اگه شب

نخوابیده باشه فردا می خوابه، اما مادری که سر کار می ره، شب هم نخوابیده باشه صبح مجبوره بره سر کار. خانمی که توی خونه ست استرسش کمتره و راحت تر می تونه بچه ش 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 می شد نتوانند در بین روز شیردهی کاملی را داشته باشند. مادر شاغل دارای دو فرزند که فرزند خود را در محل کار نگهداری می کرد و از حمایت و همکاری مافوق و همکارانش برخوردار بود، می گوید:

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

پزشک اطفال به این مسئله اشاره می کند:

باید از ساعت شیردهی درست استفاده کنیم، قوانین هست، اما بستگی به حس مسئولیت مادر و اداره داره که حس می کنه و بستگی به کارها داره، شهرداری بیشتر طول می کشه، اینا رو می شه بهشون برنامه داد به خصوص آموزش و پرورشی ها تقریباً مشکلشون 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 می رن، صبح ساعت شش صبح از خونه می رن بیرون دو و سه می رسن. این ها طبیعتاً شیرشون می خشکه و تمایل بچه هم به خوردن کم می شه (مصاحبه ۳۵).

برخی از مادران شاغل اشاره می کنند که مدیرانشان قوانین شیردهی را رعایت نمی کنند و در برخی موارد به آنها اجازه پاس شیر داده نمی شود. 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 می گوید:

اولش شیر خودم را می دادم چون می اومدم 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).

۷. نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش عوامل تأثیرگذار در تغذیه با شیر مادر را در سه گروه اصلی قرار می‌دهد. 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 می‌دهد که عوامل روانی و مادری (زیرمجموعه عوامل فردی) از عوامل بسیار تأثیرگذار در شیردهی مادران است. بیشتر مادران مهم‌ترین عامل مؤثر در شیردهی خود را داشتن آرامش و نداشتن استرس بیان می‌کنند. زنان معمولاً به علت انجام دادن کارهای متعدد از جمله خانه‌داری، بچه‌داری، در مواردی وظایف اجتماعی، و خارج از خانه دچار فشار نقش و در برخی موارد تعارض نقش می‌شوند؛ از این رو، استرس بسیاری را تحمل می‌کنند که در شیردهی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. مهم‌ترین مسئله در شیردهی مادر تنظیم برنامه روزانه و فراهم کردن اوقات فراغت برای مادر به صورت روزانه یا هفتگی است.

بر اساس نظریه‌ی ایس برداشت و باور خود فرد از وقایع و پدیده‌هاست که موجب آشفتگی، پریشانی، اضطراب، و بروز مشکلات مختلف در زندگی فرد می‌شود. باور منطقی مادر موجب سلامت روانی وی می‌شود و نقش مثبتی در شیردهی خواهد داشت. اکلی اظهار داشته است که، با توجه به فاصله میان آرمان و واقعیت مادر، شمار بسیاری از زنان دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند. همچنین، زنان دو برابر بیشتر از مردان تحت فشار روانی قرار می‌گیرند، زیرا حائل و ضربه‌گیر دیگر اعضای خانواده‌اند (آبوت، ۱۳۸۰: ۱۳۳). یکی از کارکردهای خانواده حمایت و مراقبت است (بستان، ۱۳۸۵: ۲۴۵)؛ اگر والدین و همسر نقش خود را به‌خوبی ایفا کنند و مادر را حمایت و مراقبت کنند، مادر کمتر دچار فشار روانی و افسردگی پس از زایمان می‌شود. همچنین، تحقیقات مختلف نشان می‌دهد افرادی که از سرمایه اجتماعی (روابط در خانواده و خارج از خانواده) بالاتری برخوردارند، سلامت جسمی و روانی بیشتری خواهند داشت.

اعتمادبه‌نفس مادر و توانایی او در غلبه بر مشکلات نیز عامل کلیدی در شیردهی به شمار می‌رود. نتایج تحقیق هگنی در بررسی علل موفقیت و شکست شیردهی مادران نشان می‌دهد که موفقیت مادران در شیردهی به توانایی غلبه آن‌ها بر مشکلات بستگی دارد (Hegney, ۲۰۰۷).

چنان که در چهارچوب نظری گذشت، برخی منشأ رفتار شیردهی را وجود بعضی از هورمون‌ها و احساسات مادرانه می‌دانند؛ در حالی که، عده‌ای تربیت جنسیتی را عامل اصلی رفتارهای مادرانه برمی‌شمارند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌داد که اغلب مادران علت انتخاب تغذیه با شیر مادر را وجود احساسات مادرانه بیان می‌کنند.

میدیا در مطالعه‌ی مروری خود نشان می‌دهد که ناکافی بودن شیر مادر تحت تأثیر عوامل روانی و اعتماد مادری است (Meedy, 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.

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که مادران تغذیه با شیر مادر را کامل‌ترین تغذیه می‌دانند و تغذیه با شیر مادر برای مادران مورد مطالعه ارزش به شمار می‌رود و آن‌ها خود را موظف به این امر می‌دانند. مجموعه‌ی این باورها، ارزش‌ها، و هنجارهای فرهنگی جامعه را نشان می‌دهد که افراد آن را طی فرایند اجتماعی شدن و طی کنش‌های متقابل اجتماعی می‌آموزند. نتایج تحقیق ابوالقاسمی نشان می‌دهد که اعتقادات و باورها در شیردهی مادران تأثیرگذار است. حمایت اجتماعی از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در شیردهی مادران است (ابوالقاسمی، ۱۳۸۹).

به طور کلی، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد 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. همچنین، حمایت اجتماعی اطرافیان نقش تعیین‌کننده‌ای 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، توصیه‌ی پزشک و حمایت پرسنل بهداشتی در شیردهی مادران تأثیرگذار است. نتایج تحقیق دادگسون نشان می‌دهد 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 می‌شوند. اگرچه برخی زنان شاغل از شیر خشک برای تغذیه‌ی کودک خود استفاده می‌کنند، در صورت رعایت قوانین صحیح شیردهی و نیز حمایت اجتماعی اطرافیان (به‌ویژه همسر) می‌توانند بر مشکلات غلبه کنند و کودکان را با شیر خود تغذیه کنند. همان طور که نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات نشان می‌دهد، 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 برنامه‌ریزی برای ترویج تغذیه با شیر مادر، علاوه بر توجه به متغیرهای فردی، باید به متغیرهای بومی، اجتماعی، و فرهنگی متناسب با ویژگی‌های خاص آن مردم نیز توجه کرد.

مطالعه حاضر بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، مجموعه راهکارهایی را برای ارتقای تغذیه با شیر مادر عرضه می‌کند:

- آغاز آموزش‌های مرتبط با شیردهی از دوران بارداری و حتی قبل از آن؛
- شناخت مادرانی که سابقه شکست در شیردهی داشته‌اند؛
- شناخت عوامل خطر در تغذیه با شیر مادر به طور دقیق و غربالگری مادرانی 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 آموزش‌های لازم به آن‌ها به منظور همکاری و تشویق مادران برای شیردهی صحیح و موفق؛
- ایجاد کانونی در مراکز بهداشتی برای حمایت از مادران شیرده؛
- جمع‌آوری کمک‌های مردمی در این کانون به منظور کمک به خانواده‌های کم‌درآمد؛
- استفاده از تجربیات مادران موفق در شیردهی در این کانون؛
- ایجاد تسهیلات لازم برای زنان شاغل در شیردهی آسان (مثل قراردادن اتاق شیردهی در ادارات، قراردادن 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 جدی‌تر از سوی رسانه‌های گروهی و

منابع

- ابوالقاسمی، ناریا و عفت مرقاتی خویی (۱۳۹۰). «شناسایی تعیین‌کننده‌های 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). *جامعه‌شناسی زنان*، ترجمه منیژه نجم عراقی، تهران: نشر نی.

- اظه‌ری، صدیقه، رویا باغانی، و فریده اخلاقی (۱۳۸۹). «مقایسه تأثیر دو روش آموزش شیردهی با و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده بر میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران نخست‌زا»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، دوره هفدهم، ش ۴.
- برگ، ا. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه علی‌محمد کاروان، تهران: علمی و فرهنگی.
- بستان، ح. (۱۳۸۵). *اسلام و جامعه‌شناسی خانواده*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- پروچسکا، ج. و ج. نورکراس (۱۳۸۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: رشد.
- چرکزی، عبدالرحمن، زینب میرآئیز، و آتنا رزاق‌نژاد (۱۳۸۹). «وضعیت تغذیه با شیر مادر تا پایان دو سالگی و عوامل مؤثر در آن از طریق سازه‌های مدل بزنف در شهر اصفهان»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، س ۶، ش ۲.
- حمیدی، مجید، ابوالفضل خوشدل، و رضا خدیوی (۱۳۹۰). «بررسی علل مصرف شیر مصنوعی در شیرخواران زیر یک سال در استان چهارمحال و بختیاری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره سیزدهم، ش ۳.
- خزاعی، طیبیه، فرح مادر شاهیان، و محسن حسن‌آبادی (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 زود هنگام شیردهی و انتظارات مادران شیرده از خانواده و جامعه در سنج» *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 سزارین‌شده»، *نشریه پرستاری ایران*، دوره بیست‌وسوم، ش ۶۴.
- علاسوند، فریبا (۱۳۹۰). *زن در اسلام*، ج ۲، قم: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان.
- علایی، نسرین و سقراط فقیه‌زاده (۱۳۸۷). «ارتباط عوامل مادری با نگرش مادران درباره تغذیه کودک با شیر مادر»، *دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی*، س ۱۵، ش ۷۴.
- علی‌اکبر، محبوبه، طاهره صفرآبادی، و سیمین تعاونی (۱۳۸۹). «تأثیر تماس پوستی بین مادر و نوزاد بر رفتارهای پیش‌تغذیه‌ای نوزادان»، *نشریه پرستاری ایران*، دوره بیست‌وسوم، 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 رضضانی، 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، آتونی (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی*، 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، محمدتقی و کتابون 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 Case-Controlled 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).