

## تحلیل کیفی پیوند حمایت اجتماعی و تغذیه با شیر مادر در بین مادران شاغل شهر اصفهان

سعیده الهی دوست<sup>۱</sup> \* علی ربانی<sup>۲</sup>

### چکیده

در این مقاله سعی شده فرهنگ شیردهی مادران بر اساس تجارب آنها و با تأکید بر مفهوم حمایت اجتماعی مورد کاوش قرار گیرد. این پژوهش، با بهره‌گیری از روش کیفی، مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۳۷ نفر از پرسنل بهداشتی و مادران صورت گرفت. این افراد با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند ترکیبی انتخاب شدند و یافته‌های حاصل از مصاحبه با آنها توصیف و با استفاده از روش کدگذاری تجزیه و تحلیل شد. سه سنخ حمایت اجتماعی در فرهنگ شیردهی نمونه مورد مطالعه است. بر این اساس مقولات «وجود روابط محبت‌آمیز بین زوجین» و «درک نیازها و کمک همسر، خانواده و دوستان» سازنده حمایت عاطفی، «لزوم آموزش شیردهی در دوران بارداری و پس از زایمان» و «کسب اطلاعات از مراکز بهداشت، پزشکان و مشاوره شیردهی»، سازنده حمایت اطلاعاتی، «رعایت قوانین شیردهی» و «تأمین نیازهای مالی مادران شاغل» سازنده حمایت ابزاری هستند.

**واژگان کلیدی:** تغذیه با شیر مادر، حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ابزاری.

فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی • سال سوم • شماره دوازدهم • پاییز ۹۳ • صص ۲۰۴-۱۷۵

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۴/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۱

۱. کارشناس ارشد مطالعات زنان، نویسنده مسئول (saide.elahidoost@gmail.com).  
۲. عضو هیئت علمی و دانشیار دانشگاه اصفهان (a.rabbani@ltr.ui.ac.ir).

### مقدمه

تغذیه با شیر مادر یکی از موضوعاتی است که همواره توجه پژوهشگران را در حوزه پزشکی و علوم اجتماعی به خود جلب کرده است. اهمیت این مسئله بدان جهت است که تغذیه با شیر مادر می‌تواند شالوده مناسبی برای سلامتی جسمی و روحی فرد باشد. سازمان بهداشت جهانی تغذیه انحصاری با شیر مادر را از بدو تولد تا پایان ۶ ماهگی مطلوب‌ترین نوع تغذیه عنوان کرده و آن را بسیار با اهمیت می‌داند. (Pillittery, 2007) به طوری که تحقیقات مختلف و فراوان صورت گرفته در این زمینه نشان می‌دهد: کودکانی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند نسبت به کودکان دیگر کمتر به بیماری‌هایی همچون انواع سرطان‌ها، چاقی، دیابت، سندروم متابولیک و... مبتلا شده و به طور کلی از سلامت بیشتری برخوردار خواهند بود (مجله ۱۳۸۸؛ چرکزی، ۱۳۸۹؛ کلیشادی و دیگران، ۱۳۸۴؛ وفا و دیگران، ۱۳۸۷؛ رضاسلطانی و دیگران، ۱۳۸۹؛ کلانتری و دیگران، ۱۳۸۸؛ نیک‌پور و دیگران، ۱۳۸۸؛ Mohamad-beigi & Bayati, 2008). همچنین در زمینه عوامل روانی تغذیه با شیر مادر زمینه دل‌بستگی ایمن را برای کودک فراهم آورده و وی را در برابر بسیاری از بیماری‌های روانی مصون می‌سازد (Khabazkhoob et al., 2007). از این رو ترویج تغذیه با شیر مادر می‌تواند زمینه‌ای در ایجاد نسلی با سلامت بیشتر از نظر جسمی و روحی فراهم آورد و زمینه رشد اجتماعی را ایجاد نماید.

تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاست‌های بهداشتی، ویژگی‌های فردی و روانی مادر بر روی شیردهی مادران تأثیرگذار است. (Cooke, 2007, Spiby 2009, Farahani, 2009, Khammy, 2004؛ خزاعی، ۱۳۸۵؛ خیاطی، ۱۳۸۶؛ کریمی، ۱۳۹۰؛ علی اکبر و دیگران، ۱۳۸۹) یکی از مهم‌ترین این عوامل نقش حمایت اجتماعی بر روی تغذیه با شیر مادر است. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد: مادرانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، موفقیت بیشتری در شیردهی

خواهند داشتند (Barona-Vilar, 2007).

حمایت اجتماعی به کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه بهداشتی، حمایت عاطفی از سوی دیگرانی که فرد به آنها علاقمند است و یا ارزشمند تلقی می‌شود و بخشی را شبکه اجتماعی فرد به شمار می‌روند (مانند همسر، بستگان، دوستان و نیز تماس با نهادهای مذهبی) گفته می‌شود. حمایت اجتماعی شکل‌های متعددی دارد: حمایت ارزیابی، کمک به فرد به منظور فهم و مقابله بهتر رویداد استرس‌زا، حمایت مادی، کمک مالی یا کالایی، حمایت اطلاعاتی اطلاعاتی که در زمینه رویداد استرس‌زا به فرد داده می‌شود و حمایت هیجانی اطمینان بخشی و یا دلگرمی دادن به فرد در شرایط استرس‌زا (Taylor, 1999).

متأسفانه در بسیاری از نقاط دنیا از جمله در ایران طی سال‌های اخیر، شیوع و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر کاهش یافته است (Almasi et al., 2010). از آنجایی که تغذیه با شیر مادر در طی سال‌های اخیر کاهش یافته است، محققان به دنبال کشف و بررسی عوامل مؤثر بر تغذیه با شیر مادر هستند. حمایت اجتماعی و به‌طور کلی عوامل اجتماعی، مقوله‌ای است که بیشترین تأثیرات را بر روی شیردهی مادران داشته و کمتر به آن پرداخته شده است. از طرفی کاوش در مورد حمایت اجتماعی و مقوله‌های اجتماعی نیاز به ارتباط تنگاتنگ با پدیده‌های انسانی دارد و تحقیقات کمی به تنهایی نمی‌تواند رابطه بین انسان‌ها و پدیده‌ها را مورد بررسی قرار دهد. از این رو استفاده از روش کیفی به ما کمک می‌کند تا روابط بین انسان‌ها را از نزدیک مورد تحلیل قرار داده و اثر آن بر رفتار شیردهی به خوبی مشخص شود. همچنین تحقیق کیفی به ما کمک می‌کند تا پدیده را در بستر طبیعی آن مطالعه نموده (بر خلاف تحقیقات کمی) و نتایج به دست آمده از واقع‌بینی بیشتری برخوردار خواهد بود. از این رو در بررسی حاضر، به تحلیل کیفی پیوند حمایت اجتماعی و تغذیه با شیر مادر در بین مادران شاغل شهر اصفهان پرداخته است.

امروزه یکی از مشکلات رایج در اقشار مختلف جامعه، ابتلا به بیماری‌های مزمن و تحمیل هزینه‌های سنگین بر افراد است. از آنجایی که تغذیه با شیر مادر اثرات بسیار مفیدی برای مادر و کودک به همراه دارد و باعث کاهش ابتلا به بیماری‌های مزمن و افسردگی می‌شود، شناخت عوامل مؤثر بر تغذیه بر شیر مادر و اصلاح الگوهای شیردهی مادران می‌تواند اثرات مفیدی در زمینه کاهش بیماری‌های مزمن و کاهش هزینه‌های درمان به

دنبال داشته باشد. همچنین با شناخت موانع شیردهی مادران و با شناخت آن می‌توان به بهبود عوامل تأثیرگذار و برطرف نمودن موانع به 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 برای شیردهی مادر و کودک می‌توان نسلی توانمند از نظر جسمی، فکری و خلقی پرورش داد. پرسش‌های مورد بررسی در این مقاله عبارتند از: نقش روابط زوجین بر شیردهی مادران چگونه است؟ نقش دوستان و آشنایان بر شیردهی مادران چگونه است؟ نقش سیستم‌های بهداشتی و پزشکان بر شیردهی مادران چیست؟ آموزش‌های صحیح چه نقشی بر شیردهی مادر دارد؟ مادران شاغل چگونه می‌توانند بر مشکلات شیردهی غلبه نمایند؟ وجود قوانین شیردهی و رعایت آنها چه تأثیری بر شیردهی مادران دارد؟ تأمین نیازهای مالی و فقر اقتصادی چه تأثیری بر شیردهی مادران دارد؟

### ۱. پیشینه تحقیق

- در تحقیق صورت گرفته توسط میترا زارعی و همکاران به مقایسه تغذیه با شیر مادر در ایران و استرالیا طی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۶ پرداخته شده است. در این مقاله نویسنده علت بیشتر بودن تغذیه با شیر مادر در ایران نسبت به استرالیا را چهار عامل می‌داند: ۱. وجود برنامه ارتقا 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، ۲. وجود بیمارستان‌های دوستدار کودک؛ در ایران ۱۰۰ درصد بیمارستان‌ها دوستدار کودک هستند در حالی که در استرالیا فقط ۴/۵ درصد از بیمارستان‌ها دوستدار کودک هستند (بیمارستان‌های دوستدار کودک ۱۰ اقدام جهت افزایش تغذیه با شیر مادر انجام می‌دهند)، ۳. بازگشت به کار؛ در ایران مرخصی زایمان ۶ ماه به اضافه یک ساعت روزانه به مدت دو سال برای شیردهی فرزند و این در حالی است که در استرالیا ضمانتی برای مرخصی زایمان مادران وجود ندارد. همچنین در استرالیا فقط ۲۳ درصد از ادارات مرخصی زایمان دارند (۸ هفته) و ۴. فرهنگ‌های متفاوت؛ از آنجایی که تغذیه با شیر مادر در ایران یک هنجار به شمار می‌رود، مادران دسترسی بیشتری به آگاهی نسبت به تغذیه با شیر مادر دارند و از حمایت بیشتری برخوردارند. همچنین افراد انگیزه‌های مذهبی قوی در رابطه با این مسئله دارند. از طرفی رسانه‌های گروهی نیز در ارتقا تغذیه با شیر مادر نقش بسزایی دارند و باعث انگیزه و حمایت مادران و در نتیجه موفقیت در شیردهی آنان می‌شود (Zareai, 2007).

- نتایج حاصل از بررسی صورت گرفته توسط میدیا که مروری بر تحقیقات پیشین است، نشان می‌دهد: وضعیت تأهل، تحصیلات و میزان درآمد نسبت مستقیم با طول مدت شیردهی مادران دارد. همچنین حمایت اجتماعی بر روی شیردهی مادران بسیار مؤثر است. از طرفی عقاید همسر در مورد شیردهی، مداخلاتی همچون آموزش دانستنی‌هایی درباره شیردهی و حمایت همسر و والدین نیز بر روی شیردهی مؤثر است (Meedya, 2010).

- کلیفورد در مقاله مروری خود که بر روی ۲۴ کشور مختلف، نشان می‌دهد که پدر (به‌ویژه)، خویشاوندان، دوستان، مشاوران شیردهی، مشاوره طرفینی، پزشکان و پرستاران و به‌طور کلی گروه‌های حامیان شیردهی باعث می‌شوند که مادران بتوانند بر مشکلات ناشی از شیردهی غلبه کنند. اما در میان زنان کارمند نگرانی‌هایی در مورد شیردهی وجود دارد که نیاز به تشویق و حمایت بیشتری دارند (Clifford, 2008).

- چرکزی و همکاران به بررسی وضعیت تغذیه تا پایان دو سالگی و عوامل مؤثر بر آن از طریق سازه‌های مدل بزنف در شهر اصفهان پرداخته است. در این مطالعه که بر روی ۴۰۶ مادر دارای کودک ۶ تا ۲۴ ماهه صورت گرفته، نتایج حاکی از آن است که علاوه بر وجود آگاهی و اطلاعات مادران شیرده، حمایت و تشویق همسر، مادر و مادر شوهر به‌عنوان هنجارهای انتزاعی در رفتار شیردهی مادران تأثیر مثبتی دارند (چرکزی و دیگران، ۱۳۸۹).

- در تحقیق صورت گرفته توسط علائی و فقیه‌زاده، به ارتباط عوامل مادری با نگرش مادران درباره تغذیه کودک با شیر مادر پرداخته شده است. نتایج حاصل از این تحقیق که بر روی ۳۰۰ تن از مادران تازه‌زایمان کرده صورت گرفته نشان می‌دهد: نوع نگرش مادران به شیردهی با درآمد خانواده، شاغل و غیر شاغل بودن، نوع مشاورین و نوع حمایت‌کنندگان ارتباطی نداشته اما با تحصیلات، سن، تعداد فرزندان، دفعات بارداری، مشوقین شیردهی و منابع اطلاعاتی ارتباط داشته است (علائی و فقیه‌زاده، ۱۳۸۷).

- در بررسی صورت گرفته بر روی ۲۸۸ مادر به منظور تعیین علل قطع زودهنگام شیردهی توسط خیاطی و همکاران، نتایج نشان داد: مدت شیردهی با سواد ارتباط و با شغل ارتباط منفی داشت. از جمله مهم‌ترین علل قطع شیردهی قبل از دو سال عبارتند از: تفکر مادر مبنی بر کافی بودن مدت شیردهی و ناکافی بودن شیر مادر و امتناع کودک به‌دلیل نامعلوم. همچنین در ۳۰ درصد موارد، مادران هیچ‌گونه حمایتی از سوی شوهران خود

احساس نکردند و تعدادی از آنها انتظار کمک در امور منزل، مادران شاغل انتظار افزایش مرخصی زایمان و تعدادی نیز توقع برخورد مناسب از سوی مراکز بهداشتی - درمانی را داشتند. همچنین حمایت مراکز با مدت شیردهی مادران ارتباط معنا دار و مثبت داشت (خیاطی، ۱۳۸۶).

- در پژوهش صورت گرفته توسط سکاکی و همکاران بر روی ۱۰۰ نفر از مادران مبنی بر تأثیر بازدید منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر، یافته‌های تحقیق نشان داد: برنامه‌های بازدید و آموزش به مادر در منزل پس از ترخیص بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در دوره نوزادی تأثیر بسزایی دارد. از این رو می‌توان گفت: آموزش در محیط منزل، کمک و حمایت مادران سزارین شده و رها نکردن آنها پس از ترخیص از بیمارستان یکی از روش‌های مناسب برای ارتقای تغذیه با شیر مادر است (سکاکی و دیگران، ۱۳۸۹).

- در مطالعه صورت گرفته توسط مجلی و همکاران بر روی ۱۶۲ نفر از زنان زایمان کرده به منظور تأثیر محیط آموزشی و عوامل مرتبط بر عملکرد شیرده مادران، نتایج حاکی از آن است که ارائه بسته فیلم آموزشی سازمان بهداشت جهانی در منزل تأثیر بیشتری بر عملکرد شیردهی مادران دارد (مجلی، ۱۳۸۸).

- نتایج تحقیق دکتر اظهري بر روی ۱۲۴ زن نخست زان نشان می‌داد که آموزش نحوه شیردهی به نوزاد به صورت چهره به چهره و بدون دخالت مستقیم آموزش دهنده با افزایش خودکارآمدی شیردهی در ۸ هفته اول بعد از زایمان همراه است (اظهري و دیگران، ۱۳۸۹).

- در مطالعه انجام گرفته توسط دکتر خبازخوب و همکاران بر روی ۱۴۵۰ کودک مشهدی، یافته‌ها نشان داد: سن مادر، آگاهی مادر از کافی بودن شیر و توصیه اطرافیان به مصرف شیر خشک از عوامل مؤثر بر تغذیه با شیر مادر بودند (Khabazkhoob et al., 2007).

- در پژوهشی دکتر زنجانی و همکاران (۲۰۰۲) به بررسی عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم شیردهی مادران با روش کیفی و به صورت گروه مرکز، پرداخته است. در این پژوهش ۴ منطقه شهری و روستایی ۴ استان کشور مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل از مصاحبه‌های صورت گرفته نشان می‌داد: بسیاری از مادران در مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر، تغذیه شیرخوار بر اساس تقاضای او، عدم استفاده از بطری و گول زنک، نقش حمایتی همسر، ادامه تغذیه کودک بیمار با شیر مادر اطلاعات بسیار

خوب و باورهای درستی داشتند، اما تعدادی نیز باورها و اطلاعات نادرستی داشتند (Zanjani, 2002).

- در تحقیقی دادگسون و همکاران به بررسی الگوهای اجتماعی - فرهنگی که تغذیه با شیر مادر را ارتقا می‌بخشد، پرداخته است. این پژوهش با روش اتنوگرافی بر روی ۵۲ نفر از زنان در سه گروه مختلف (کارکنان خدمات بهداشتی، مادران شیرده و افراد منبع) انجام گرفته است. نتایج حاکی از این بود که شیردهی مادران تحت تأثیر چهار الگوی فرهنگی است: ۱. فرهنگ رایج (سنت‌ها)، ۲. موانع مرتبط از منابع مختلف، ۳. شرایط اقتصادی - اجتماعی و ۴. حمایت اجتماعی (Dodgson et al., 2002).

- اینگرام و جانسون (۲۰۰۴) مداخله‌ای به منظور بررسی حمایت اجتماعی و اثر آن بر روی افزایش شیردهی بر روی ساکنین جنوب بریستول انگلیس انجام دادند. این مطالعه به روش کیفی (با رویکرد اتنوگرافی) و با استفاده از روش گروه مرکز و مصاحبه با ۱۰ مادر بزرگ و ۵ پدر به منظور بررسی دانسته‌های آنها نسبت به شیردهی و توانایی آنها در حمایت از شیردهی انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد: مادر بزرگ‌هایی که نوه هایشان با شیر مادر تغذیه شده بودند، اطلاعاتی درباره فواید شیر مادر داشتند، همچنین آنها به دنبال راه‌های برای کمک به شیردهی دخترانشان بودند و نیز نگرانی‌هایی نسبت به کفایت شیر مادر داشتند. آنها دانسته‌های خود را مراکز سلامتی، پزشکان، مجلات، اینترنت و... به دست آورده بودند. در مقابل مادر بزرگ‌هایی که نوه هایشان با شیر خشک تغذیه شده بودند، اطلاعات کمی نسبت به فواید تغذیه با شیر مادر داشته و نمی‌توانستند کمک زیادی به شیردهی دخترانشان کنند. پدران معمولاً اطلاعاتی نسبت به تغذیه با شیر مادر نداشتند و حمایت آنان محدود به خرید، حمام کردن و تعویض کودک می‌شد (Ingram & Johnson, 2004).

- ابوالقاسمی و خوبی به شناسایی تعیین‌کننده‌های ترویج تغذیه با شیر مادر از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی به روش کیفی پرداخته است. از دیدگاه شرکت‌کنندگان، ادراکات عمومی به علت ساختار مبنی بر کج فهمی‌ها می‌تواند یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌ها در موفقیت یا شکست ترویج شیر مادر باشد. باورهای غلط، بیماری‌های مادر و کودک و سزارین، شاغل بودن مادر را از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه و پزشکان اطفال و متخصصین زنان، کارکنان بهداشتی از عوامل کلیدی تأثیرگذار بر این

بستر هستند. همچنین شیردهی و مداومت در تغذیه با شیر مادر پدیده‌ای مبتنی بر تنوع فرهنگ‌ها و ساختار اجتماعی است که علاوه بر اجرای برنامه‌های ارتقا شیردهی نیاز به استخراج متغیرها و تعیین کننده‌های بومی دارد (ابوالقاسمی و خوبی، ۱۳۹۰).

- در مطالعه انجام گرفته توسط نسبیت و همکاران به شناخت عوامل تسهیل کننده و موانع تصمیم برای شیردهی در مادران کانادایی پرداختند. در این مطالعه که به روش کیفی و با مصاحبه نیمه ساختاریافته بر روی ۱۶ مادر کانادایی انجام گرفت، نتایج نشان داد: عقاید همسر و خانواده بر روی شیردهی مؤثر است و بیشترین انگیزه مادران برای شیردهی سلامت کودکشان بود. به طور کلی عواملی که شیردهی را تحت تأثیر قرار می‌دادند عبارتند از: روابط اجتماعی و دوستانه، حمایت اجتماعی، نیازهای فیزیکی شیردهی، دانسته‌های مادران نسبت شیردهی و مزایای آن و احساس راحتی مادر نسبت به شیردهی. بر اساس این مطالعه، مرکز سلامت برای ارتقای شیردهی راه‌هایی را به کار بستند، از جمله آموزش‌های حرفه‌ای در طول بارداری، از میان برداشتن موانع شیردهی، افزایش حمایت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی در حمایت از شیردهی، انجام مصاحبه‌های انگیزشی جهت افزایش شیردهی و به وجود آوردن فرصت جهت مداخله مراکز سلامت (Nesbitt, 2012).

- در مطالعه‌ای اریکسون و همکاران به بررسی تأثیر حمایت با تماس تلفنی بر روی شیردهی مادرانی که کودک نارس دارند، پرداخته است. نوزادان نارس به دلیل سختی شرایط نسبت به نوزادان معمولی بیشتر با شیرخشک تغذیه می‌شوند. روش به کار گرفته در این بررسی کمی و کیفی است. تعداد ۱۱۱۶ مادر که دارای نوزاد نارس تا ۱۴ روز بودند در مراکز مختلف به صورت تصادفی انتخاب شدند. این تعداد به دو گروه مساوی ۵۵۸ نفری تقسیم شدند: گروه شاهد و کنترل. در گروه شاهد با افراد تماس گرفته شد و مورد حمایت قرار گرفتند و در گروه کنترل با آنها تماسی گرفته نشد. نتایج نشان می‌داد که گروه شاهد نسبت به گروه کنترل بیشتر از الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر پیروی کرده و طول مدت شیردهی آنان بیشتر بوده است (Ericson et al., 2013).

به طور کلی نتایج حاصل از تحقیقات صورت گرفته در زمینه تغذیه با شیر مادر نشان می‌دهد: در بیشتر تحقیقات صورت گرفته عوامل جسمانی مادر و کودک از جمله نوع زایمان، سن مادر، رتبه زایمان، مشکلات شیردهی در اولین روز پس از زایمان، ناکافی



بودن شیر مادر و... از جمله عوامل تأثیرگذار بر تغذیه با شیر مادر 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 نقشی تعیین‌کننده در تغذیه با شیر مادر دارند.

در بیشتر مطالعات صورت گرفته در زمینه تغذیه با شیر مادر از روش کمی استفاده شده، از این رو به متغیرهای پنهانی و بستر طبیعی آن توجه نشده است. همچنین متغیرهای به دست آمده بیشتر عوامل زیستی بوده و یا متغیر اجتماعی سطحی مانند میزان درآمد، بعد خانوار و اشتغال و... و کمتر به عوامل اجتماعی و فرهنگی در سطوح عمیق پرداخته شده است. از طرفی در مطالعات پیشین فقط به بیان عوامل پرداخته و در زمینه تحلیل و ارائه پیشنهاد جهت ارتقای تغذیه با شیر مادر کاری در خور توجه صورت نگرفته است. با توجه به اینکه مطالعات کیفی زمینه‌ای را جهت کشف متغیرهای مغفول مانده در بستر طبیعی و فرهنگ بومی پدیده فراهم می‌آورند و به تحلیل اوضاع و شرایط کنونی و ارائه پیشنهاد می‌پردازد، استفاده از این روش می‌تواند راهکارهای جدیدی جهت ارتقاء تغذیه با شیر مادر فراهم آورد.

## ۲. چارچوب نظری

از نظر ویلکینسن، استحکام روابط اجتماعی، پیوند درون اجتماع، وجود حمایت اجتماعی و احساس امنیت، اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامتی نسبی یک جامعه هستند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۲۰). او کلی معتقد است: حمایت اجتماعی - مثل خدمات مشاوره‌ای حضوری یا تلفنی، یا ملاقات خانگی - می‌تواند در برابر پیامدهای منفی فشارهای عصبی برای سلامتی، که زنان عموماً آن را تجربه می‌کنند، مثل یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی عامل مهمی است که می‌تواند به مردم کمک کند تا با مرض و بیماری کنار بیایند. (همان: ۲۲۱).

کوهن و ویلز بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی به واسطه اثر بر روی عواقب استرس، موجب بهبود وضعیت سلامت فرد می‌گردد. به عبارت دیگر، زمانی که در زندگی دوره‌هایی از استرس اتفاق می‌افتد، افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، بیشتر علائم اختلال را نشان می‌دهند (Cohen, 1985: 310).

جورج به این نکته اشاره کرد که فراهم کردن حمایت اجتماعی به میزان کافی اثرات

مستقیم قابل توجهی بر روی سلامت روان دارد، به طوری که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با میزان پایین تر اختلال روانی همراه است (George, 1989: 201).

به اعتقاد چوچی، ابعاد حمایت اجتماعی عبارت است از: ۱. وسعت شبکه اجتماعی، ۲. ترکیب شبکه، ۳. فرکانس تماس اجتماعی، ۴. رضایت از حمایت اجتماعی، ۵. حمایت عاطفی و ۶. حمایت مادی مؤثر (Chou, 2001: 155).

یافته‌های محققین نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری کرده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد بر جای گذارد و به طور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود (Yu et al., 2004: 135-143).

از طرفی حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات زیانباری داشته باشد. به عبارت دیگر باعث رنجیدگی خاطر فرد می‌گردند و در نهایت اثرات منفی بر سلامت وی خواهد داشت. تعاملات منفی در یک شبکه حمایتی با کاهش رضایت همراه است و باعث افزایش افسردگی در افراد موجود در شبکه می‌شود. به طور احتمالی نگرانی و دلخوری افراد با اثرات مثبت، حمایت اجتماعی، در بهبود سلامت روان تداخل می‌کند، چراکه باعث افزایش استرس آنها می‌گردد (Lu, 1997: 618).

پروچسکا معتقد است زنان در نقش‌های شغلی جدید حق انتخاب کمی برای مراقبت از فرزندان دارند، شوهر آنها مایل نیست در فرزندپروری و مسئولیت‌های خانه‌داری، با آنها هم شأن باشند و کارفرمایان معدودی تمایل دارند نوبت‌های کاری انعطاف‌پذیری برای آنها قائل شوند. فشار و تلاش برای برقرار کردن توازن بین کار و خانه‌داری باعث شده که زنان بسیاری گرفتار اضافه بار نقش و فشار نقش شوند (پروچسکا، ۱۳۸۹: ۵۰۸).

بخش عمده‌ای از زنان شاغل به دلیل جدایی کار از خانواده، نمی‌توانند همزمان و توأم وظایف و فعالیت‌های شغلی و خانوادگی را انجام دهند. پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که تعارض مذکور می‌تواند بر کیفیت زندگی شغلی و خانوادگی تأثیر منفی بگذارد و به ضعف سلامتی شخص منجر گردد (رستگارخالد، ۱۳۸۵: ۳۵؛ سفیری، ۱۳۸۵: ۵۰). بعضی نیز براین اندیشه‌اند که اشتغال زنان موجب می‌شود که آنان به وظایف مادری توجه کمتری کرده و نسل آینده از آن آسیب می‌بیند (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۸۵۹).

### ۳. روش پژوهش

این پژوهش به روش کیفی انجام شده است. در این تحقیق برای گردآوری داده‌های کیفی از روش مشاهده مستقیم، مشاهده مشارکتی و مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته استفاده شده است. جامعه آماری این مطالعه شامل مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی که دارای کودکان ۰ تا ۲ سال هستند، پرسنل بهداشتی از جمله متخصصین اطفال، متخصصین زنان، کارشناسان بهداشت و مامایی هستند. روش نمونه‌گیری در تحقیقات کیفی از نوع هدفمند بوده و حجم نمونه نیز به سطح اشباع نظری سؤال‌های تحقیق بستگی دارد. اشباع نظری زمانی اتفاق می‌افتد که محقق به این نتیجه برسد که در یک مرحله از کار به مفاهیم و پاسخ‌های مشابه دست یافته و مفاهیم جدیدی ظهور نیابد (Glaser & Strauss, 1967:61). با این حال گفته می‌شود که در مطالعات کیفی، حجم نمونه نباید کمتر از ۲۰ نفر باشد (Creswel, 1998). در این پژوهش محقق به‌عنوان عضوی از گروه مادران با مادران بسیاری ارتباط نزدیک و تنگاتنگ داشته و طی مدت طولانی با آنها همزیستی و مشارکت داشته و به مشاهده رفتار شیردهی آنان و ویژگی‌های فردی و اجتماعی آنها پرداخته. در طول انجام تحقیق، محقق به ثبت دیده‌ها و شنیده‌های خود پرداخته به‌طوری که انبوهی از یادداشت‌ها راجع به شیر مادر به دست آمد. همچنین با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با ۳۷ نفر از مشارکت‌کنندگان مصاحبه شد. با توجه به اینکه روش تحقیق کیفی بوده، برای گردآوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. در ابتدا مختصری در مورد پروژه تحقیقاتی توضیح داده می‌شد و پس از کسب رضایت، صدای هر مادر ضبط می‌شد. با هر یک از افراد نمونه در فضایی دوستانه و صمیمی درباره مشکلات شیردهی، چگونگی غلبه بر مشکلات، باورهایشان نسبت به شیر خشک یا تغذیه با شیر مادر، افراد تأثیرگذار و کمک‌کننده در این مسئله و... صحبت شد (چک لیستی از موارد مصاحبه در اختیار محقق قرار داشت تا فرایند مصاحبه به‌طور پیوسته کنترل شود). مصاحبه‌ها بین ۱۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید و مکالمات با استفاده از دستگاه ضبط صوت، ضبط و سپس لغت به لغت روی کاغذ پیاده شد.

برای تحلیل و تفسیر داده‌ها از شیوه تحلیل تماتیک یا موضوعی استفاده شد که از متعارف‌ترین و پرکاربردترین روش‌های تحلیل داده‌های کیفی است (محمدپور، ۱۳۸۹). تحلیل تماتیک عبارت است از: تحلیل مبتنی بر استقرار تحلیلی که طی آن محقق از طریق

طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی دروندادهای و برون‌دادهای به یک سنخ‌شناسی تحلیلی دست می‌یابد. به عبارت دیگر، تحلیل تماتیک عبارت است از: عمل کدگذاری و تحلیل داده‌ها با این هدف که داده‌ها چه می‌گویند. این نوع تحلیل به دنبال الگویابی در داده‌هاست. زمانی که الگویی از داده‌ها به دست آمد، باید حمایت موضوعی از آن صورت گیرد؛ به عبارتی، تم‌ها از داده‌ها نشأت می‌گیرند (محمدپور، ۱۳۸۸؛ Thomas & Harden, 2008). داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل تماتیک، دسته‌بندی، سازماندهی و مقوله‌بندی شده و مقوله‌های عمده استخراج شدند. سپس، مقوله‌ها با ارجاع و استناد به داده‌های مصاحبه‌ای و مشاهده‌ای تفسیر شده و در نهایت در قالب یک الگوی موضوعی ارائه شدند.

از ۳۷ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۹ نفر از آنها پرسنل بهداشتی مرکز بهداشت نواب صفوی اصفهان بودند که با مادران به‌طور مداوم ارتباط داشته‌اند (شامل: ۱ نفر متخصص اطفال، ۱ نفر متخصص زنان و ۷ نفر کارشناس بهداشت) و نفر از آنان مادران اصفهانی که حداقل دارای یک فرزند بوده و دامنه سنی آنها بین ۲۰ تا ۳۵ سال بود. که تعدادی از آنان مادران مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت نواب صفوی اصفهان بودند و نیز تعدادی از مادران نمونه‌های در دسترس محقق بودند. جدول ۱ توزیع مادران مورد مصاحبه بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و تعداد فرزندان را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	درصد
سن		
۳۰-۲۰	۱۸	۰/۶۴
۴۰-۳۰	۱۰	۰/۳۵
تحصیلات		
زیردیپلم	۱	۰/۰۳
دیپلم	۹	۰/۳۲
فوق دیپلم	۱	۰/۰۳
کارشناسی	۱۳	۰/۴۶
کارشناسی ارشد	۴	۰/۱۴
تحصیلات همسر		

ادامه جدول ۱.

متغیر	تعداد	درصد
زیردیپلم	۱	۰/۰۳
دیپلم	۱۱	۰/۳۹
فوق دیپلم	۵	۰/۱۷
کارشناسی	۱۰	۰/۳۵
کارشناسی ارشد	۲	۰/۰۷
وضعیت شغلی		
خانه‌دار	۱۸	۰/۶۴
شاغل نیمه‌وقت	۵	۰/۱۷
شاغل تمام‌وقت	۵	۰/۱۷
وضعیت شغلی همسر		
کارمند	۹	۰/۳۲
آزاد	۱۸	۰/۶۴
بیکار	۱	۰/۰۳
بارداری		
خواسته	۲۲	۰/۷۸
ناخواسته	۶	۰/۲۱
نوع زایمان		
سزارین	۱۷	۰/۶۰
طبیعی	۱۱	۰/۳۹
چندمین فرزند		
نخست‌زا	۱۰	۰/۳۵
غیرنخست‌زا	۱۸	۰/۶۴

با وجود آنکه در مردم نگاری به عنوان یکی از رهیافت‌های پژوهش کیفی نیز راهبردهای مختلفی برای تحلیل وجود دارد، اما هیچ فرمول و دستور کار از پیش تعیین شده‌ای برای تحلیل داده‌های مردم نگارانه وجود ندارد. هابرمن و میلز (۱۹۹۸) تحلیل داده‌های کیفی را شامل سه مرحله مجزا دانسته‌اند: تقلیل داده‌ها (انتخاب واحدهای داده از میان کلیه داده‌ها) نمایش داده (مونتاز اطلاعات به شکل‌های مختلف) و ترسیم نتایج (تفسیر یافته‌ها) (فاضلی، ۱۳۹۲: ۴۰۵).

بر این اساس پس از دسته‌بندی و تلفیق کدهای تکراری و تشکیل دسته‌بندی‌های

جدید ۳۶۵ کد استخراج شد. این معانی فرموله شده به صورت خوشه‌هایی از موضوعات، دسته‌بندی شدند که در این تحقیق به عنوان مفاهیم یا کدهایی که بیشتر به اصطلاحات مورد استفاده در مصاحبه نزدیک است شناخته می‌شوند. پس از این مرحله، تمامی ایده‌های حاصله در قالب یک توصیف بسیار مفصل از پدیده تحت مطالعه، ذیل عنوان کدهای باز مجتمع شد. این کدها مشتمل بر معانی است که به کدهای باز داده شده است. در این مرحله ۶۸ کد متمرکز استخراج شد که پس از ادغام آنها ۱۰ کد محوری حاصل شد. در نهایت در آخرین مرحله کدهای محوری به ۳ کد انتخابی تقلیل یافت. جدول شماره ۲ مثالی از نحوه استخراج کدهای محوری و انتخابی را نشان می‌دهد.

در این پژوهش به منظو دستیابی به اعتبار کافی فعالیت‌های زیر صورت گرفت: ثبت مشاهدات و یادداشت‌برداری‌ها به دقت و با جزئیات کامل و به دور از هر گونه سوگیری صورت گرفته است. همچنین مصاحبه‌های صورت گرفته با مادران به صورت کلمه به کلمه پیاده می‌شد. از طرفی به منظور تصحیح و تحلیل اطلاعات به دست آمده، یافته‌ها در اختیار مطلعین (متخصص اطفال و مسئول مشاوره شیردهی) قرار داده شده و مورد اصلاح و بازنگری قرار گرفت. استفاده همزمان از چند روش گردآوری اطلاعات از ویژگی‌های دیگر این تحقیق است. در هر مرحله نیز نتایج به دست آمده مورد مشورت با اساتید راهنما قرار گرفت. همچنین کدها و نتایج به دست آمده در جلسه‌ای با حضور مشاورین شیردهی سراسر استان اصفهان، مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج به دست آمده مورد تأیید آنان قرار گرفت.

#### ۴. یافته‌های تحقیق

پس از تجربه و تحلیل داده‌ها، یافته‌های این مطالعه نشان دهنده سه سنخ حمایت اجتماعی شامل: «حمایت عاطفی»، «حمایت اطلاعاتی» و «حمایت ابزاری» است. بر این اساس مقولات «وجود روابط محبت آمیز بین زوجین» و «درک نیازها و کمک همسر، خانواده و دوستان» سازنده حمایت عاطفی، «لزوم آموزش شیردهی در دوران بارداری و پس از زایمان» و «کسب اطلاعات از مراکز بهداشت، پزشکان و مشاوره شیردهی»، سازنده حمایت اطلاعاتی، «رعایت قوانین شیردهی» و «تأمین نیازهای مالی مادران شاغل» سازنده حمایت ابزاری هستند که در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. طبقات و زیر طبقات مفهوم حمایت اجتماعی

زیر طبقات (مقوله‌ها)	
نوع روابط میان زوجین	حمایت عاطفی
درک نیازها توسط همسر، خانواده و دوستان	
لزوم آموزش شیردهی در دوران بارداری و پس از زایمان	حمایت اطلاعاتی
کسب اطلاعات از مراکز بهداشت، پزشکان و مشاوره شیردهی	
رسمی: رعایت قوانین شیردهی و تأمین نیازهای مالی مادران شاغل	حمایت ابزاری
غیر رسمی: کمک همسر و اطرافیان در امور خانه	

جدول ۳. جدول کدبندی

کدهای گزینشی	کدهای محوری	کدهای باز و متمرکز
حمایت عاطفی	نوع روابط میان زوجین	صمیمیت در روابط زوجین
		عدم صمیمیت و وجود اختلافات زناشویی
		همکاری و تشویق همسر
حمایت اطلاعاتی	لزوم آموزش شیردهی	درک نیازها و کمک خانواده و دوستان
		آموزش شیردهی در دوران بارداری
		آموزش شیردهی پس از زایمان
		کسب اطلاعات از پزشک
حمایت ابزاری	به صورت رسمی	کسب اطلاعات از مراکز بهداشت
		کسب اطلاعات نسبت به کفایت شیر مادر و رشد کودک
		لزوم وجود و رعایت قوانین حمایت از تغذیه با شیر مادر
	به صورت غیر رسمی	فاصله بین محل نگهداری کودک و محل کار
		اولویت گذاری با برنامه‌های تغذیه با شیر مادر
		رفع فقر اقتصادی و تأمین نیازهای مالی مادران شیرده
		کمک و همکاری همسر در امور مربوط به خانه
		کمک و همکاری اطرافیان در روزهای اول پس از زایمان

اغلب مادران و پرسنل بهداشتی مصاحبه‌شونده در این مطالعه، برخورداری از حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری در شیردهی را عاملی مهم در تغذیه بر شیر مادر بر شمرده و بر

آن تأکید داشتند. مادران حمایت عاطفی همسر خود را مهم‌ترین عامل قلمداد می‌کردند و پرسنل بهداشتی بر لزوم آموزش صحیح شیردهی و آگاهی مادران تأکید داشتند. به‌طور کلی مفاهیم به دست آمده در حمایت اجتماعی شامل کدهای گزینشی، حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ابزاری است.

#### ۴-۱. حمایت عاطفی

حمایت عاطفی، در حکم یک کد گزینشی است و در سطح محوری مشتمل بر نوع روابط میان زوجین و درک نیازها توسط همسر، خانواده و دوستان است. همراهی و تشویق همسر، مادران را به ادامه شیردهی دلگرم کرده و 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 و چنین بیان می‌کند: «یکی چند بار اون بچه‌ام هم وزنش کم بود، می‌خواستم شیر خشک بدم می‌گفتند نه و حیفه بیا شیر بده. خودشان کمک می‌کردند و شیر می‌دوشیدند. شیر را با هزار مکافات می‌دوشیدیم و بهش می‌دادیم» (عاطفه ۳۰ ساله).

اکثریت مادران به نقش حمایتی اطرافیان از جمله مادر خود اشاره داشتند که آنها را در شیردهی تشویق کرده‌اند. مادر دانشجوی نخست‌زا راجع به نقش اطرافیان خود چنین می‌گوید: «خیلی تشویق می‌کردند و خیلی تأثیر داشت؛ مادر و پدر خودم و مادر و پدر شوهرم. شوهرم مرتباً رسیدگی و تشویق می‌کردند. چقدر سروقت شیر می‌دی، داره تپل می‌شه. شیرت خوبه. بالاخره تشویقشان اثر داشت» (زینب ۲۶ ساله).

پزشک متخصص اطفال در بیان اهمیت نقش حمایتی خانواده و همسر چنین می‌گوید: «تجربه افرادی که در کنار مادر قرار دارند و اونها چقدر حرف گوش می‌دهند. یک سری مشکلات دارند؛ ضمن اینکه مادر نیاز به حمایت دارد؛ برای شیر دادن. مادری که ماه اولشه و شیر می‌ده درد سینه که داره. درد شکم هم داره. اگر مشکلات اجتماعی هم داشته باشه نبودن بابایی، بابای ناسازگاری، تنهایی شان، اونا سبب می‌شه که مادر نتونه شیردهی موفق داشته باشه» (جعفر ۷۰ ساله).

مادر شاغل دارای سه فرزند به نقش کلیدی همسر خود در شیردهی اشاره کرده و می‌گوید: «شوهرم هم خیلی همکاری می‌کردند. حتی یک سال اول را مرخصی بدون



حقوق گرفتند که کمکم کنند و خیلی کمک بود. بالاخره شیر دادن آرامش می‌خواهد. من سرکارم از نظر اعصاب و اینها؛ اون یه جورایی حمایت بود. مثلاً صبح‌ها توی خونه بودند کمک می‌کردند. من خیالم راحت بود، اون را می‌گرفتند تا من بتونم این را شیر بدم. خیلی کمک بودند. اگر کمکشان نبود، من نمی‌تونستم. با اینکه خانواده ام ازم دورند...» (سمیرا ۳۲ ساله).

به‌طور کلی رفتارهای افراد تا حدودی تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی آنها است. 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 کرده و می‌گوید: «به‌طور کلی اطرافیان خیلی تأثیر گذارند. تشویقی که اطرافیان می‌کنند؛ خیلی از وقت‌ها مادرانی که میاند اینجا بهشون می‌گیم: صبحانه خوردید؟ می‌گند نه، خانم شب تا صبح بیدار بودم. مگر خانم می‌تونم؟ اینها خیلی تأثیر گذاره. مادری که تازه زایمان کرده، کم خوابه؛ استرس داره؛ همه اینها روی شیر مادر تأثیر می‌گذاره و تغذیه مناسبی هم نداشته باشه؛ یعنی خیلی درگیر می‌شوند» (مصاحبه شماره ۳۵).

اختلافات زناشویی و مشکلات خانوادگی بر شیردهی تأثیر منفی می‌گذارد و می‌تواند باعث ناتوانی مادر در غلبه بر مشکلات شود. مادری به واحد مشاوره شیردهی مراجعه کرده و به دلیل نداشتن شیر کافی خواستار گرفتن کوپن شیر است. مادری با تحصیلات کارشناسی دارای دو فرزند در طی صحبت‌های مسئول واحد با وی سخنانی می‌گوید که حاکی از اختلاف با همسر و عدم حمایت کافی همسر و وجود مشکلات خانوادگی است و این چنین می‌گوید: «نه من کسی را ندارم کمکم کنه. شوهرم ۶ صبح از خونه می‌ره بیرون. شب‌ها صدایش می‌کنم؛ یه چند دقیقه بچه را بگیر. بلند می‌شه. چند دقیقه بعد خُر خُر... رو مردها نمی‌شه حساب کرد. من الان دو ماه افتاده بودم از کمر درد کی اومد کمکم؟ شوهرم ده بار زنگ زد من از سر کارش کشوندمش آوردمش اینجا. خیلی اذیتم کرد مادر شوهرم درسته که تحصیل کرده است؛ ولی بی‌سواد خیلی بهتره. من مادر شوهرم را دوست دارم و بعضی کارهاش را هم خوشم میاد اما یه رفتارهایی می‌کنه» (مشاهده).

## ۲-۴. حمایت اطلاعاتی

حمایت اطلاعاتی، در حکم یک کد‌گزینی است و در سطح محوری مشتمل بر لزوم

آموزش شیردهی و کسب اطلاعات نسبت به کفایت شیر مادر و رشد کودک است. اکثریت مادران آموزش‌های لازم در ارتباط با شیردهی را پس از زایمان در بیمارستان و یا مراکز بهداشتی دیده بودند و به تأثیر آن در شیردهی خود اذعان داشتند. اما در چند مورد از مادران، مادر آموزش شیردهی ندیده بود و این افراد از جمله کسانی بودند که به فرزندشان شیر خشک می‌دادند. کارشناس بهداشت خانواده به بیان تأثیر آموزش شیردهی قبل از زایمان پرداخته و چنین می‌گوید: «آموزش شیردهی قبل از زایمان خیلی مهم است؛ یعنی قبل از اینکه مادری بچه دار شود، اینها را بهش آموزش بدهند، مؤثرتر است. مثلاً در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج این آموزش‌ها نیاز است» (حمیده ۴۲ ساله).

مادر دارای تحصیلات کارشناسی نخست‌زا به این مطلب اشاره می‌کرد که قبل و پس از زایمان آموزش‌های لازم در ارتباط با شیردهی را دیده و از مزایای شیر مادر آگاه است و در بیان علت انتخاب تغذیه با شیر مادر چنین می‌گوید: «خیلی خوبه، مزایایی داره تحقیق کردم، خیلی خوبه برای خودم و بچه ام. من پرسیدم، رحمم را خیلی زودتر جمع می‌کنه؛ جلوگیری می‌کنه از حاملگی بعدی و برای استخوان‌بندی برای رشدش. از نظر روحی محبتی که بین مادر و فرزند ایجاد می‌کنه» (الهام ۳۰ ساله).

کارشناس واحد شیردهی به نقش پرسنل بهداشتی اشاره کرده و آن را عاملی در بهبود عملکرد مادران برمی‌شمارد: «وقتی می‌آیند اینجا ما بچه را وزن می‌کنیم و می‌گیم بچه خوب رشد کرده؛ دور سرش و وزنش خوب رشد کرده. همین شیرت کافیه. این خیلی برای خانم‌ها مؤثره تشویق می‌شوند» (اقدس ۴۵ ساله).

نتایج مصاحبه‌ها نشان می‌دهد: اکثریت مادران خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در صورت نیاز مورد حمایت پرسنل بهداشتی قرار گرفته‌اند و در مواردی نیز مورد تشویق واقع شده‌اند. همچنین در سال‌های اخیر آموزش‌های شیردهی نسبت به گذشته مورد توجه واقع شده و واحد شیردهی به مرکزی ویژه جهت رفع مشکلات شیردهی تبدیل شده است و در مواردی مادران در دوران بارداری آموزش‌های شیردهی دیده‌اند. از این رو به نظر می‌رسد که مراکز بهداشتی نقشی تعیین‌کننده در ترویج تغذیه با شیر مادر دارند. برخی از مادران به نقش پرسنل بهداشتی در ادامه شیردهی خود اشاره می‌کنند. به‌عنوان نمونه مادر شاغل دارای سه فرزند چنین می‌گوید: «من که دوقلو داشتم توی بیمارستان همون روز خیلی چیزها بهم دادند؛ سی دی آموزشی و کتاب خیلی بهم دادند. پرستار هم خانم خیلی

خوبی بود بچه‌ها هم ماشااا... وزنشون خوب بود. می‌گفت: اگه بتونی شیر بدی اینها بچه‌های خیلی خوبی می‌شوند. خیلی تشویقم می‌کرد. مرکز بهداشت گفتند: می‌خواهند به‌عنوان مادر نمونه انتخاب کنند» (سمیرا ۳۲ ساله).

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 و توصیه وی اشاره کرده و می‌گوید: «اما دکتر هم که می‌رفتم، می‌گفتند: نباید بهش شیر خشک بدید. باید حتما شیر خودتون باشه» (ثمین ۲۱ ساله).

کارشناس واحد مشاوره شیردهی معتقد است که در برخی موارد پزشکان نقشی اساسی در استفاده از شیر خشک دارند: «گاهی متخصص‌ها مقصرند که می‌گویند خانم در حق بچه‌ها ظلم کردی شیر نداشتی چرا شیر خشک را شروع نکردی» (افدس ۴۵ ساله).

### ۴-۳. حمایت ابزاری

حمایت ابزاری در حکم یک کدگزینی و در سطح محوری مشتمل بر حمایت ابزاری رسمی و غیررسمی است. حمایت رسمی شامل لزوم وجود و رعایت قوانین حمایت از تغذیه با شیر مادر، فاصله بین محل نگهداری کودک و محل کار، اولویت‌گذاری با برنامه‌های تغذیه با شیر مادر و رفع فقر اقتصادی و تأمین نیازهای مالی مادران شیرده است. حمایت ابزاری غیررسمی شامل کمک و همکاری همسر در امور مربوط به خانه و کمک و همکاری اطرافیان در روزهای اول پس از زایمان است.

طی چند سال گذشته قوانینی به تصویب رسیده که در صورت اجرای درست آن، زنان تا ۹ ماه از مرخصی زایمان بهره برده و نیز روزانه یک ساعت می‌توانند از پاس شیر خود استفاده کنند. اگرچه تا کنون قوانین و برنامه‌هایی جهت ترویج تغذیه با شیر مادر به تصویب رسیده و به اجرا درآمده، اما نیاز به صرف وقت و هزینه بیشتری در این زمینه است. کارشناس بهداشت به ضرورت و اهمیت برنامه‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر پرداخته و معتقد است: «این مسئله باید در حد مسائل جلوگیری از بارداری باهاش باید برخورد شود. اونم در همان حد باید باهاش برخورد بشه و در درجه اولویت باشه و روش حساسیت باشه و وقتی حساسیت ایجاد شد افراد بیشتر حساسیت و توجه نشان می‌دهند. چند سال اخیر

رسانه بیشتر داره روی شیر مادر مانور می‌دهد، نسبت به سال‌های قبل. بازهم نسبتاً بهتر بود. جزء برنامه‌های دست‌آخشان است. این قدر بی‌اهمیت‌ه در صورتی که این امر مهمه» (عاطفه ۳۷ ساله).

وضعیت اقتصادی خانواده از چند جهت می‌تواند بر روی شیردهی مادران تأثیر داشته باشد: نخست اینکه مادرانی که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، در مواردی مادر دچار کمبود شیر و ضعف جسمانی می‌شود. همچنین خانواده‌هایی که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، مادر مجبور می‌شود برای گذران زندگی و تأمین مایحتاج خود به فعالیت اقتصادی بپردازد. از این رو مادر با مشکلاتی برای شیردهی فرزندش روبرو می‌شود. اما در خانواده‌های از نظر وضعیت اقتصادی متوسط پایین که توانایی پرداخت هزینه‌های زندگی خود را به صورت حداقلی دارند، هزینه بالای شیرخشک عاملی در جهت استفاده از شیر مادر است. کارشناس مامایی به تأثیر وضعیت اقتصادی در شیردهی مادران اشاره کرده و چنین می‌گوید: «عده‌ای از مادرها نمی‌گویند، اما غذاشون واقعاً خوب نیست و از نظر مالی نمی‌توانند غذای خوب بخورند تا شیردهی خوبی داشته باشند» (اشرف ۴۳ ساله).

برخی از مادران هزینه بالای شیر خشک را عاملی برای تغذیه با شیر مادر برمی‌شمردند. به عنوان نمونه مادر دانشجوی دارای سه فرزند در پاسخ به این سؤال که چه عاملی باعث می‌شد که شیر خشک را قطع کنید، چنین می‌گوید: «اولا گران بود. بعد هم اینکه اون شیری که دوست می‌داشت، گران بود» (شکوه، ۳۸ ساله).

در برخی از مادران شاغل انگیزه اقتصادی باعث می‌شود که مادر به یک شغل تمام‌وقت روی آورده و با مشکلاتی برای شیردهی کودکان خود مواجه شوند. مادر شاغل نخست‌زا چنین می‌گوید: «خیلی مسائل باعث می‌شود که تصمیم را تغییر بدهم. ممکنه بعضی وقت‌ها تصمیم بگیرم که نیام اما شرایط اقتصادی اجازه نمی‌دهد. بیشتر به خاطر شرایط اقتصادی؛ اما نه اینکه بگم عاشق کارم هستم. اما شرایط اقتصادی واقعاً اجازه نمی‌ده که من هم برم توی خونه بشینم. اصلاً نمی‌شه. وقتی فکرش را می‌کنم، همه چیز به هم می‌ریزه؛ اگر بخوام یه چنین کاری بکنم» (مرضیه ۲۹ ساله).

بر اساس مطالعه حاضر، مادرانی که شغل نیمه‌وقت داشتند زمان بیشتر برای شیردهی داشتند و معمولاً مشکلی در شیردهی خود نداشتند. اما مادرانی که شغل تمام‌وقت داشتند، به دلیل فاصله زیاد بین محل نگهداری کودک و محل کار مادر و یا به دلیل عدم همکاری

کارفرما برای استفاده از پاس شیر نمی توانستند در زمانی که در محل کار خود بودند به کودک خود شیر بدهند و مجبور به استفاده از شیر خشک در کنار تغذیه با شیر مادر بودند. مادر شاغل نخست‌زا چنین 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» (مرضیه ۲۹ ساله).

کارشناس بهداشت دارای یک فرزند در پاسخ به این سؤال که مادران شاغل چه وضعیتی از نظر شیردهی دارند، چنین می گوید: «اکثراً شیر خشک می دهند، حتماً کمکی هم که باشه می دهند» (فرحناز ۳۴ ساله).

مادران شاغل برای شیردهی خود نیاز به همکاری و حمایت بیشتری نسبت به زنان شاغل دارند تا بتوانند از عهده وظایف مادری، همسری، خانه داری و وظایف شغلی به صورت همزمان برآیند. کارشناس بهداشت دارای دو فرزند معتقد است که زنان شاغل برای شیردهی نیاز به حمایت و همکاری بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل دارند. وی می گوید: «حمایت یک نفر را حتماً می خواد. شاغل‌ها را شوهرانشان باید خیلی حمایت کنند. دوست من می گفت که این قدر درگیر ذهنی و فکری و مالی دارم که... شیردهی بچه ام یک معضلیه برام. من مامانم خیلی تشویقم می کرد که شیر بدم، اگه به دست خودم بود، این را با همین شیر خشک بزرگ می کردم. مردها می گویند مامانای ما هم این کار را کردند؛ کاری نیست که از تو دراومده باشه چقدر ذهن، فکر و جسم زن‌ها را درگیر می کنه» (عاطفه ۳۷ ساله).

فاصله بین محل نگهداری کودک و محل کار از جمله عوامل بسیار تأثیرگذار بر شیردهی است. اغلب مادران شاغل امکان نگهداری کودک در کنار خود نداشتند و این امر باعث می شد که نتوانند در بین روز شیردهی کامل را داشته باشند. اما مادر شاغل دارای دو فرزند که فرزند خود را در محل کار نگهداری می کرد و از حمایت و همکاری مافوق و همکاران برخوردار بود، چنین می گوید: «پیش همکارا گذاشته بودمش. می آمدم شیرش می دادم. هر موقع که شیر می خواست، می آمدم بهش شیر می دادم. همکارا کمک کردند واقعاً. مدیرمون گفته بود که هر وقت صدای زنگ موبایلت اومد، آب هم که دسته بذار و برو سراغ بچه‌ات» (زهرا ۳۹ ساله).

کارشناس واحد مشاوره شیردهی نیز معتقد است: رعایت فواصل شیردهی در زنان شاغل بسیار مهم است. وی چنین بیان می‌کند: «بعد مسافت هم مهمه اونایی که اطراف می‌روند؛ صبح ساعت ۶ صبح از خونه می‌روند بیرون ۲ و ۳ می‌رسند. اینها طبیعتاً شیرشان می‌خشکه و تمایل بچه هم به خوردن کم می‌شه» (رضوان ۴۴ ساله).

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 را می‌شه بهشون برنامه داد. به خصوص آموزش و پرورشی‌ها تقریباً مشکلاشون حله و ساعتشان محدودتر» (جعفر ۷۰ ساله).

برخی از مادران شاغل به عدم رعایت قوانین شیردهی توسط مدیران اشاره کرده و اینکه اجازه پاس شیر در برخی موارد به آنها داده نمی‌شود و یا در نیروهای غیر رسمی آنها مجبور به بازگشت به کار قبل از شش ماهگی می‌باشند و همین امر بر شیردهی آنها تأثیر گذار است. مادر شاغل دارای دو فرزند چنین می‌گوید: «اولش شیر خودم را می‌دادم. بعد چون می‌آدم سر کار، کم کم شیرم کم شد و شیر خشک را شروع کردم و دائماً شیر خشک خوردم. من از چهار ماهگی اوادم سر کار» (فاطمه ۲۸ ساله).

برخی از مادران شاغل، به تأثیر استرس شغلی و تعدد وظایف خود بر روی شیردهی خود اذعان داشتند، که بر شیردهی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. مادر دارای تحصیلات کارشناسی شاغل دارای یک فرزند در این رابطه می‌گوید: «ولی من شیر نداشتم. اینجا هم استرس داشتم یا اوائل که اوادم شیرم خوب بود، اما بچه نبود که شیر بخوره اما در کل بد بود و من خاطره خوبی ندارم. موقع‌هایی که اروم بودم بهتر بود اما موقعی که غذا روی گاز بود و کارهای فردام را نکرده بودم؛ اینها برام استرس‌زا بود و می‌خواستم بنده‌امش اون طرف. ولی وقتی اروم بودم دوست داشتم توی بغلم باشه اما بیشتر اوقات این شرایط را نداشتم» (لیلا ۲۷ ساله).

## ۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات صورت گرفته در زمینه تغذیه با شیر مادر نشان می‌دهد: حمایت اجتماعی نقش بسزایی در شیردهی مادران دارد. مادرانی که موفق به شیردهی کامل شده‌اند، حداقل از یکی از منابع حمایتی بهره‌مند بوده‌اند. مادران معمولاً به منظور

شیردهی کامل نیاز به منابع حمایتی متعددی دارند، از جمله: حمایت عاطفی شامل نوع روابط میان زوجین و درک نیازها توسط همسر، خانواده و دوستان است. حمایت اطلاعاتی شامل لزوم آموزش شیردهی و کسب اطلاعات نسبت به کفایت شیر مادر و رشد کودک است. حمایت ابزاری به صورت رسمی و غیررسمی است.

حمایت اجتماعی دارای اثر مستقیم و غیر مستقیم بر روی شیردهی مادران می‌باشد. حمایت اجتماعی از طرفی باعث افزایش توان مادر در شیردهی شده و نیز با ایجاد آرامش روانی برای مادر زمینه یک شیردهی موفق برای مادر را فراهم می‌آورد.

یافته‌ها حاکی از این است که ارتباط دوستانه میان زوجین و همکاری و تعامل همسر می‌تواند تأثیر بسزایی در ادامه شیردهی مادر داشته باشد، به طوری که اختلافات زناشویی، عدم صمیمیت در روابط زوجین و عدم همکاری همسر مادران را دلسرد کرده و مادر آرامش کافی را برای ادامه شیردهی از دست می‌دهد. همچنین تشویق و حمایت عاطفی همسر، خانواده و دوستان به مادر کمک می‌کند تا بتواند بر مشکلات ناشی از شیردهی غلبه کند. چنانکه او کلی معتقد است حمایت اجتماعی به زنان کمک می‌کند تا با بیماری کنار بیایند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۲۱).

از آنجایی که خانواده در ایران نقش اساسی و تعیین کننده در اجتماعی شدن فرزندان و بروز رفتارها دارد، خانواده‌ها با تشویق و حمایت عاطفی خود و حمایت ابزاری غیررسمی به صورت کمک و همکاری در انجام امور منزل و نگهداری از کودک در روزهای نخستین پس از زایمان، می‌توانند نقشی تعیین کننده در رفتار شیردهی مادران داشته باشند.

اغلب مادران اطلاعات راجع به شیردهی را از مراکز بهداشت و پزشکان کسب کرده بودند. از این رو پزشکان و پرسنل بهداشتی نقشی تعیین کننده در حمایت اطلاعاتی و ترویج تغذیه با شیر مادر بر عهده دارند. بسیاری از مشارکت کنندگان به تأثیر آموزش شیردهی قبل و پس از زایمان بر روی شیردهی خود اشاره کرده، همچنین برخی از مادران به توصیه پزشک مبنی بر تغذیه انحصاری شیر مادر و عدم استفاده از شیر خشک اذعان داشتند. برخی از مادران چنین اظهار نمودند که پزشک آنها به منظور رشد بهتر کودک مادر را به استفاده از شیر خشک تشویق کرده است. نتایج تحقیقات مختلف نشان داد که آموزش شیردهی و حمایت مراکز بهداشتی با شیردهی مادران ارتباط دارد.

بر اساس نظریه‌های فشار نقش و تعارض نقش، در زنان شاغل به دلیل استرس شغلی و

وظایف متعدد آنان، شیردهی در آنان نسبت به زنان غیر شاغل با مشکلات بیشتری مواجه می‌شوند. اگرچه برخی زنان شاغل از شیر خشک برای تغذیه کودک خود استفاده می‌کنند، در صورت حمایت ابزاری به صورت رسمی با رعایت قوانین صحیح شیردهی و... و نیز حمایت ابزاری به صورت غیررسمی با کمک و همکاری اطرافیان به‌ویژه همسر، مادران شاغل خواهند توانست بر مشکلات غلبه کرده و کودک خود را با شیر خود تغذیه کنند. نتایج تحقیق محمدیگی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که شغل مادر بر شیردهی وی اثرگذار است. همچنین کلیفورد (۲۰۰۸) با بررسی‌های خود بر روی ۲۴ کشور مختلف نشان می‌دهد که در میان زنان کارمند نگرانی‌هایی در مورد شیردهی وجود دارد که نیاز به تشویق و حمایت بیشتری دارند.

چنانکه نتایج این تحقیق و تحقیق زارعی نیز نشان می‌دهد: وجود قوانین حمایت از خانواده (مرخصی زایمان و بازگشت به کار) و بیمارستان‌های دوستدار کودک که نقش حمایت ابزاری رسمی در شیردهی مادران بر عهده دارند، باعث افزایش شیردهی مادران ایرانی نسبت به مادران استرالیایی شده است. اگرچه این قوانین در همه ادارات به طور کامل اجرا نمی‌شود، در صورت رعایت صحیح قوانین توسط مدیران، مادران با مشکلات کمتری برای شیردهی مواجه خواهند شد.

اگرچه به دلیل هزینه بالای شیر خشک، طبقه پایین جامعه از شیر خشک اجتناب می‌ورزند، اما این مسئله باعث نمی‌شود که طبقه بالا و مرفه جامعه از شیر خشک استفاده کنند. عوامل ذکر شده تأثیر بیشتری نسبت به عامل اقتصادی بر روی تغذیه با شیر مادر دارند. اما در مادران شاغلی که به انگیزه اقتصادی کار می‌کنند، در برخی موارد اشتغال آنان مانعی برای شیردهی کامل آنان می‌شود. از این رو حمایت مالی و نظارت بر حسن اجرای قوانین می‌تواند مشکلات مادران شاغل را کمرنگ کرده و فرهنگ تغذیه با شیر مادر را ارتقا بخشد.

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد: حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ابزاری) تأثیر بسزایی بر روی تغذیه با شیر مادر داشته است. از این رو جهت برنامه‌ریزی برای برنامه‌های ترویج تغذیه با شیر مادر علاوه بر توجه به متغیرهای فردی باید به متغیرهای بومی و حمایت اجتماعی توجه کرد. تغییرات جهانی و به دنبال آن تغییرات در زندگی فردی و خانوادگی، زنان را با مسائل



و نقش‌های جدیدی مواجه کرده است. هم‌اکنون قشر وسیعی از زنان جامعه تحصیلکرده و خواستار اشتغال تمام‌وقت و نیمه‌وقت هستند. از طرفی خانواده مثل گذشته از انسجام کافی برخوردار نیست و خانواده‌ها از شکل گسترده به هسته‌ای تغییر یافته‌اند. از طرفی رسانه‌ها نسبت به گذشته می‌توانند نقشی تعیین‌کننده در جهت دهی به افکار عمومی داشته و باورها و رفتارهای مختلف را در افراد جامعه به وجود آورند. در گذشته خانواده نقشی تعیین‌کننده در شیردهی مادران بر عهده داشت، اما امروزه علاوه بر خانواده سیستم‌های بهداشتی از جمله مراکز بهداشتی، پرسنل بهداشتی و پزشکان نقشی تعیین‌کننده در رفتارهای سلامتی و شیردهی بر عهده دارند. مطالعه حاضر بر اساس یافته‌های به دست آمده مجموعه راهکارهایی جهت ارتقا تغذیه با شیر مادر ارائه می‌دهد:

- زمینه فردی: با تغییرات به وجود آمده در زندگی جدید و ایجاد نقش‌های جدید برای زنان، زندگی آنان نسبت به گذشته تغییرات اساسی پیدا کرده است. وظایف شغلی و اشتغال بیرون از خانه و به دنبال آن فشار و تعارض نقش‌ها، مادران را مستعد بیماری‌های روانی کرده است. از این رو آماده‌سازی مادران در دوران بارداری و حتی قبل از بارداری در ابعاد کنترل استرس، روش‌های آرام‌سازی، برنامه‌ریزی فردی و نحوه شیردهی حائز اهمیت است.

- زمینه خانوادگی: خانواده اولین بستر شکل‌گیری رفتارهای اعضای جامعه است، به طوری که در برنامه‌ریزی‌های کلان هر جامعه به منظور تغییر رفتار افراد باید از خانواده‌ها آغاز کرد. از این رو باید به منظور تقویت رفتار شیردهی مادران، در جهت افزایش آگاهی اعضای خانواده به‌ویژه همسران تلاش کرد. در این راستا برگزاری جلسات آموزشی و افزایش آگاهی آنان نسبت به شیر مادر و نقش حمایتی آنان، ضروری است. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش و دیگر تحقیقات، آگاهی مادر بزرگ‌ها می‌تواند نقشی تعیین‌کننده در بروز رفتارهای صحیح شیردهی داشته باشد. از این رو برگزاری کلاس افزایش آگاهی نسبت به شیردهی با حضور آنان می‌تواند گامی بلند در جهت ارتقای تغذیه با شیر مادر باشد.

- زمینه جامعه: اگرچه در طی دو دهه گذشته تلاش‌های فراوانی در جهت ارتقای تغذیه با شیر مادر صورت گرفته، اما با توجه به تغییرات به وجود آمده در زندگی مردم، نیاز فراوانی جهت بهبود وضعیت تغذیه با شیر مادر وجود دارد. رسانه‌ها از جمله تلویزیون،

رادیو، مجلات و... در این زمینه می‌توانند نقشی تعیین کننده بر عهده گیرند. ادامه سیاست‌های بهداشتی موجود در زمینه تغذیه با شیر مادر و اتخاذ راهکارهای جدید می‌تواند نقشی تعیین کننده داشته باشد. هماهنگی پزشکان و مراکز بهداشتی و وجود دستورالعمل یکسان در زمینه تغذیه با شیر مادر می‌تواند مادران را از سردرگمی نجات داده و راهکاری واحد به آنها ارائه کند. ایجاد مراکز حمایتی تغذیه با شیر مادر در مراکز بهداشت و انتقال تجربیات مادران موفق در شیردهی و می‌تواند نقشی مهم ایفا کند. تنظیم دستورالعملی جهت شناخت عوامل خطر در تغذیه با شیر مادر به‌طور دقیق و غربالگری مادرانی که احتمال وجود این عوامل خطر را نسبت به دیگران بیشتر دارند اگرچه در طی سال‌های اخیر قوانین افزایش مرخصی زایمان به تصویب رسیده است، اما این قوانین در همه ادارات توسط کارفرمایان به اجرا در نمی‌آید. همچنین در طول روز امکان دسترسی به کودک و استفاده از پاس شیر به منظور شیردهی برای مادران شاغل وجود ندارد. از این رو ایجاد تسهیلات لازم برای زنان شاغل جهت شیردهی آسان مثل قرار دادن اتاق شیردهی در ادارات، قرار دادن شیردوش برقی در ادارات، ملزم کردن کارفرمایان جهت همکاری با مادران به منظور استفاده درست و به‌جا از پاس شیر و مدت مرخصی زایمان به مدت ۶ ماه، ضروری به نظر می‌رسد.

## فهرست منابع

### الف) منابع فارسی

۱. ابوالقاسمی، ناریا و عفت مرقاتی خویی (۱۳۹۰). «شناسایی تعیین کننده‌های ترویج تغذیه با شیر مادر از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی»، مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۹ (شماره ۴): ۳۳-۴۲.
۲. اظهري، 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 ۱۷ (شماره ۴): ۲۴۴-۲۵۱.
۳. پروچسکا، ج. و ج. نورکراس (۱۳۸۹). نظریه‌های روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: رشد.
۴. چرکزی، عبدالرحمن، زینب میرآنیز و آتنا رزاق نژاد (۱۳۸۹). «وضعیت تغذیه با شیر مادر تا پایان دو سالگی و عوامل مؤثر بر آن از طریق سازه‌های مدل بزنف در شهر اصفهان»، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال ششم (شماره دوم): ۲۳۶-۲۲۶.
۵. 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 ۳ (شماره ۱ و ۲): ۳۵-۴۵.
۶. خیاطی، فریبا (۱۳۸۶). «علل قطع زود هنگام شیردهی و انتظارات مادران شیرده از خانواده و جامعه در سنج»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم (شماره ۳): ۳۱-۲۵.
۷. رستگار خالد، ا. (۱۳۸۵). «اشتغال زنان و ضرورت کنترل فشارهای ناشی از کارخانگی»، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، دوره سیزدهم، شماره ۱۹: ۵۰-۳۳.
۸. رضا سلطانی، پروانه، آفاق حسن زاده و عاطفه قنبری (۱۳۸۹). «ارتباط تغذیه با شیر مادر و شاخص توده بدنی کودکان دبستانی شهر رشت»، پژوهش پرستاری، دوره ۵ (شماره ۱۶): ۳۳-۴۵.
۹. ساروخانی، باقر (۱۳۷۰). جامعه‌شناسی خانواده، تهران: سروش.
۱۰. سفیری، خ. و ز. زارع (۱۳۸۵). «احساس ناسازگاری میان نقش‌های اجتماعی و خانوادگی در زنان»، مجله مطالعات زنان، سال چهارم، شماره ۲: ۴۷-۷۰.
۱۱. 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 ۲۳ (شماره ۶۴): ۷۲-۸۰.
۱۲. علایی، نسرين و سقراط فقیه‌زاده (۱۳۸۷). «ارتباط عوامل مادری با نگرش مادران درباره تغذیه کودک با شیر مادر»، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی، سال پانزدهم، شماره ۷۴: ۳۱-۴۱.
۱۳. علی اکبر، محبوبه، طاهره صفرآبادی و سیمین تعاونی (۱۳۸۹). تأثیر تماس پوستی بین مادر و

- نوزاد بر رفتارهای پیش تغذیه‌ای نوزادان، نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۳ (شماره ۶۷): ۷۲-۶۳.
۱۴. فاضلی، نعمت‌الله (۱۳۹۲). پشت دریاها شهریست، تهران: نشر تیسرا.
۱۵. کریمی، شهناز، مجید نجفی کلیانی و محمدمهدی نقی زاده (۱۳۹۰). «مقایسه الگوی شیردهی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۴۶-۵۳.
۱۶. کلاتری، ناصر، رضیه شناور و بهرام رشیدخانی (۱۳۸۹). «ارتباط چاقی و اضافه وزن کودکان اول دبستان شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر، وزن هنگام تولد و وضعیت اقتصادی - اجتماعی»، مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، سال پنجم (شماره ۳): ۲۸-۱۹.
۱۷. کلیشادی، رویا. هاشمی پور، مهین. فاموری، فاطمه. (۱۳۸۴): نقش تغذیه با شیر مادر در پیشگیری از چاقی کودکان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شماره ۳۵: ۸۷-۹۵.
۱۸. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶). جامعه شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
۱۹. 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 ۱۶ (شماره ۱): ۵۹-۶۵.
۲۰. محمدپور، احمد (۱۳۸۸). «تحلیل داده‌های کیفی: رویه‌ها و مدل‌ها»، مجله انسان‌شناسی، دوره دوم، سال یکم، شماره پیاپی ۱۰، تهران: انجمن انسان‌شناسی ایران: ۱۶۰-۱۲۷.
۲۱. محمدپور، احمد (۱۳۸۹). ضد روش: منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، جلد ۱، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
۲۲. نیک‌پور، صغری، شیما رحیمیان و شعله شکرایی (۱۳۸۸). «ارتباط بین مدت زمان شیردهی با ابتلا به لوسمی حاد در کودکان»، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره یازدهم، شماره ۲: ۱۹۰-۱۸۵.
۲۳. وفا، محمدرضا، شیرین افشاری و نازنین مصلحی (۱۳۸۷). «نوع تغذیه دوران شیرخوارگی و همبستگی آن با چاقی دوران کودکی در دانش‌آموزان پایه اول ابتدایی شهر تهران»، مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، دوره دوازدهم، شماره ۵: ۵۱۲-۵۰۵.

## (ب) منابع لاتین

1. Almasi H., Saberi H., Moravegi A. (2010). "Exclusive Breast Feeding in Infants Referred to Health Centers of Kashan in 1386", Journal Faiz, 2: 164
2. Barona-Vilara C. Escriba-Aguira, B, V. Ferrero-Gandri R. (2009). "A Qualitative Approach to Social Support and Breast-Feeding Decisions", Midwifery 25: 187-194.
3. Chou, KL, Chi I. (2001). "Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Social Support and Sense of Control As Mediators or Moderators?"; J Aging Hum Dev, 52 (2): 155-71 .
4. Clifford, J. and McIntyre, E. (2008). "Who supports breastfeeding?", Breast feeding review : professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia, 16: 9-19
5. Cohen, S, Wills T.A. (1985). "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis", Psychol Bull; 98 (2): 310-57 .

6. Cooke, M, Schmied V, Sheehan A. (2007). "An Exploration of the Relationship Between Postnatal Distress and Maternal Role Attainment", breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia Midwifery, 23 (1): 66-76 .
7. Creswell, J. W. (1998). Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions, Thousand Oaks, CA: Sage .
8. Dodgson, Joan E., Laura Duckett, Ann Garwick, Barbara L. (2002). "An Ecological Perspective of Breastfeeding in an Indigenous Community", Journal of Nursing Scholarship, 34(3): 235-241
9. Ericson, J. Eriksson, v. Hellström-Westra, L. et al. (2013). "The Effectiveness of Proactive Telephone Support Provided to Breastfeeding Mothers of Preterm Infants: Study Protocol For a Randomized Controlled Trial", Pediatrics, 13: 73
10. Farahani -Sfrabady T., Tavoni S, Haghani H. (2009). "Effect of Contact on the Duration of Exclusive Breast Feeding and Breastfeeding Success in Primiparous", Journal of Nursing, 59: 61 .
11. George L.K. (1989). "Stress, Social Support and Depression over the Life-course", Ink S, editor. markids & C. L Cooper (Eds.) Aging, stress and health. New York: John Wiley & Sons:195-201 .
12. Glaser, Barney and Anselm Strauss (1967). Discovery of Grounded Theory, Transaction Publishers .
13. Ingram, J. Johnson, D. (2004). "A Feasibility Study of an Intervention to Enhance Family Support for Breast Feeding in a Deprived Area in Bristol", UK. Midwifery, 20: 367-379 .
14. Khabazkhoob M., Fotouhi A, Magdi M, Moradi, A, Jvahrfrush A, Kermani Z. (2007). "Exclusive Breast Feeding and its Influencing Factors in Children Referred to Health Centers in Mashhad in 2007", Iranian Journal of Epidemiology, 3 (4): 45-53 .
15. Khmamy M. (2004). "Knowledge and Attitude of Mothers During the First Year After Delivery about Breast Feeding", Medical Journal of Gilan University, 51: 23 .
16. Lu, L. (1997). "Social Support, Reciprocity and Well-being", J Soc Psychol, 137 (5): 618-28 .
17. Meedya, Shahla, Kathleen Fahy, Ashley K. Kable, Meedya, S., Fahy, K. & Kable, A. (2010). "Factors that Positively Influence Breastfeeding Duration to 6 Months: A Literature Review", Women and Birth, vol. 23, No. 4: 135-145 .
18. Mohamad- Beigy A, Mohamadsalhy N, Bayati A. (2008). "Pattern of Exclusive Breast Feeding in Infants Referred to Health Centers of Arak", Gilan University of Medical Sciences Journal, 70: 17 .
19. Nesbitt, Sherry. Campbell, Karen. Jack, Susan et al. (2012). "Canadian Adolescent Mothers' Perceptions of Influences on Breastfeeding Decisions: A Qualitative Descriptive Study", BMC Pregnancy and Childbirth, 12: 149 .
20. Pillittery, A. (2007). Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins:876-890.
21. Spiby H., McCormick F., Wallace L., Renfrew M.J, D'Souza L., Dyson L. (2009). "A

- Systematic Review of Education and Evidence-Based Practice Interventions with Health Professionals and Breast Feeding Counsellors on Duration of Breast Feeding ", *Midwifery*, 25 (1): 50-61 .
22. Taylor, S.E. (1999). *Health Psychology*, 4th ed, New York: MacGraw-Hill.
23. Thomas, James and Angela Harden (2008). *Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews*, ESRC National Centre for Research Methods NCRM Working Paper Series Number (10/07), Social Science Research Unit, London .
24. Yu, DSF, Lee FTD, Woo J. (2004). *Psychometric Testing of the Chinese Version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey*", *Res Nurs Health*; 27: 135-143.
25. Zanjani, E. Faghihi, F. and Tavakoli, M. (2002). *A Qualitative Survey of Effective Factors on Exclusive breastfeeding and Continuation in Urban and Rural Areas of Iran, 2000-2001*", *Hakim Research Journal*, 5: 133-144 .
26. Zareai, M. Obrien M. Fallon A. (2007). *Creating a breastfeeding Culture: A Comparison of Breastfeeding Practice in Australia and Iran* .