

# تبیین تجارب زنان موفق در تغذیه انحصاری با شیر مادر از استراتژی‌های به کار گرفته شده این دوره: یک مطالعه کیفی

زهرا سبزی<sup>۱</sup>، منیره انوشه<sup>۲</sup>، عیسی محمدی<sup>۳</sup>، سوسن پارسای<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** به کارگیری مداخلات مؤثر و مناسب توسط مادران شیرده در تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر که متناسب با شرایط موجود باشد، می‌تواند در حفظ، تداوم و ارتقای شیردهی تأثیر بسزایی داشته باشد. بنابراین، تبیین یا شناسایی راهبردهای موفقیت‌آمیز جهت برنامه‌ریزی‌های آینده برای سلامت مادر، شیرخوار و تضمین تغذیه انحصاری ضروری به نظر می‌رسد.

**روش:** این مطالعه به صورت کیفی و از نوع آنالیز محتوای قراردادی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۱۶ مادر شیرده دارای فرزند کمتر از یک سال و تجربه موفق در تغذیه انحصاری با شیر مادر بودند که به مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و مازندران مراجعه نمودند. تجارب مادران در خصوص راهبردهای به کار گرفته شده در زمینه موفقیت در تغذیه انحصاری شش ماهه اول تولد فرزندشان، از طریق مصاحبه بدون ساختار و عمیق جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از آنالیز مقایسه‌ای مداوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۸ درون‌مایه اصلی مربوط به ماهیت درک مادران شیرده موفق از تدابیر به کار گرفته شده شامل «تمهید شرایط راحت و دلپذیر قبل از شیردهی»، «کسب اطلاعات از منابع مطمئن»، «انطباق شیوه زندگی با دوران شیردهی»، «تاب‌آوری هوشمندانه»، «رفع شیر نخوردن شیرخوار»، «تقویت و تضمین کفایت شیر و شیردهی»، «مراقبت از پستان در دوران شیردهی» و «به کارگیری آموزه‌های دینی» شد.

**نتیجه‌گیری:** توصیه می‌شود نقش و جایگاه مادران و نحوه به کارگیری این استراتژی‌ها و راهبردها در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مرتبط با شیردهی به طور جدی مد نظر قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** شیردهی، تغذیه انحصاری، توانمندسازی، مادران، راهبردها، تحقیق کیفی

**ارجاع:** سبزی زهرا، انوشه منیره، محمدی عیسی، پارسای سوسن. تبیین تجارب زنان موفق در تغذیه انحصاری با شیر مادر از استراتژی‌های به کار گرفته شده این دوره: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۳۸۵-۳۹۹.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۹

۱- دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: منیره انوشه

## مقدمه

شیر مادر، یک مایع بیولوژیک، پیچیده و غذای بسیار مطلوبی برای نوزادان است و می‌تواند حداکثر تعادل تغذیه‌ای را از نظر کیفیت و کمیت برای نوزاد فراهم کند (۱) و به عنوان بهترین فرم تغذیه شیرخوار در سراسر دنیا شناخته شده است (۲). بنابراین، تغذیه انحصاری با شیر مادر برای شش ماه اول زندگی و تداوم آن همراه با تغذیه تکمیلی تا دو سال مورد تأکید قرار گرفته است (۳). مزایای مهم تغذیه با شیر مادر، علاوه بر نوزادان، برای مادران، خانواده‌ها و محیط زیست نیز نشان داده شده است. تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماهه اول زندگی، استراتژی مهمی جهت بهبود بهداشت عمومی نوزاد، کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش عوارض در مادر و کنترل هزینه‌های مراقبت بهداشتی در بردارد (۴). با وجود فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهه اول پس از تولد، امروزه کاهش میزان شیردهی، یکی از اساسی‌ترین مشکلات بهداشت عمومی می‌باشد (۵).

در نظام جمهوری اسلامی ایران، وظیفه مراقبت از کودک و تغذیه مناسب او با اولویت استفاده از شیر مادر، جزء منشور حقوق و مسؤولیت‌های زنان برشمرد شده است. بنابراین، با توجه به اهمیت و ضرورت تغذیه با شیر مادر، در ایران همگام با سایر کشورها در سطح بین‌المللی، جهانی و منطقه‌ای، برنامه‌هایی جهت حفظ، ارتقا و تداوم تغذیه انحصاری اتخاذ گردیده است. یکی از برنامه‌های مورد تصویب، اجرای دستورالعمل ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک می‌باشد که در این دستورالعمل، اقدامات ده‌گانه‌ای برای کارکنان بهداشتی - درمانی در زمینه مشارکت مادران در برنامه ارتقای تغذیه انحصاری مورد توجه و تأکید قرار گرفته است (۶).

با وجود به کارگیری این برنامه‌ها، بر اساس آمارهای رسمی در ایران، اگرچه شروع تغذیه با شیر مادر از میزان به نسبت بالایی (۹۰ درصد) برخوردار است، اما وضعیت شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر، اگرچه از میانگین کشورهای در حال توسعه بهتر است (۵۰ درصد)، اما با توجه به بستر فرهنگی - دینی کشور و ۲۰ سال تلاش در این زمینه، ارتقای

بیشتر شاخص‌های تغذیه انحصاری مورد انتظار می‌باشد و هنوز نیمی از شیرخواران کمتر از شش ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر ندارند و تغذیه نیمی دیگر از کودکان با شیر مادر تا دو سالگی ادامه نمی‌یابد (۷). همچنین، با وجود اقدامات اتخاذ شده در جهت افزایش انتخاب شیر مادر و طولانی نمودن مدت شیردهی انحصاری، هنوز مادران مشکلاتی را گزارش می‌کنند که در دوره بعد از زایمان منجر به رها کردن شیردهی انحصاری آنان می‌شود (۸). این کوتاه شدن طول مدت تغذیه انحصاری به خصوص در کشورهای در حال توسعه همچنان یک مشکل جدی است؛ چرا که سالانه بیش از یک میلیون کودک کمتر از یک سال به علت عدم استفاده از شیر مادر تلف می‌شوند (۹).

مطالعات مختلفی موفقیت و شکست برنامه‌های ترویج تغذیه با شیر مادر را در کشور بررسی کرده‌اند (۱۱، ۱۰). متغیرهای جمعیت‌شناختی، فیزیکی، اجتماعی و روانی پدیده شیردهی، مداومت تغذیه با شیر مادر را پیچیده می‌سازد (۱۱). از آن‌جا که تغذیه با شیر مادر یک مقوله رفتاری اجتماعی است و ترویج آن نیازمند تغییر رفتار و هنجارهای اجتماعی می‌باشد و ارتقای شیردهی مبتنی بر ویژگی‌های متفاوت جوامع است؛ بنابراین، استراتژی‌های مختلفی را می‌طلبد (۱۲) و شناخت استراتژی‌های به کار گرفته شده جهت این فرایند توسط مادران در بستر طبیعی حایز اهمیت است. از طرف دیگر، با وجود گستردگی برنامه‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در سطح ملی و بین‌المللی، هنوز این سؤال که «چرا برنامه‌ها پیشرفت مطلوبی نداشته است» بی‌پاسخ مانده است (۱۱)؛ به گونه‌ای که عده کمی از مادران در این دوره توانسته‌اند در تغذیه انحصاری موفق شوند. اکنون این سؤال مطرح می‌شود که این مادران چگونه موفق شده‌اند؟ و چه راهکارهایی برای موفقیت اتخاذ نموده‌اند؟

بررسی متون نشان داده است که بیشتر مطالعات انجام شده در خصوص موانع تغذیه انحصاری و یا بررسی اثربخشی مداخلات اتخاذ شده در جهت ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر بوده است و پاسخگوی تجارب موفق مادران آن‌گونه که زیسته شده، نیست. بنابراین، شناسایی و شفاف‌سازی دقیق،

و یا مادران دارای فرزند کمتر از یک سال که تجربه شیردهی انحصاری موفق داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. البته با بررسی پرونده بهداشتی و سؤال از کارکنان بهداشتی، مادرانی که به طور کامل تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند، مشخص شدند. سعی گردید مادرانی انتخاب شوند که علاوه بر این که دارای تجربه غنی از پدیده مورد مطالعه (تغذیه انحصاری کامل تا شش ماهگی) بودند، تمایل به همکاری و شرکت در تحقیق و توانایی خوب صحبت کردن داشته باشند. اطلاعات به دست آمده از مصاحبه به انتخاب شرکت کننده بعدی کمک می‌کرد. در نهایت، با ۱۶ مادر دارای معیار ورود مصاحبه صورت گرفت و از مصاحبه یازدهم، اشباع داده‌ها حاصل شد؛ به طوری که کد جدیدی دریافت نشد که منجر به طبقه جدیدی شود. شرکت کنندگان با حداکثر تنوع (از لحاظ سن، تعداد فرزند، نوع زایمان، تحصیلات، شغل و محل اقامت) انتخاب شدند.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با استفاده از سؤالات باز بود. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، برای پژوهش کیفی مناسب است (۱۵). تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اول انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیط آرام در منزل مصاحبه شونده یا مصاحبه کننده انجام گرفت. مصاحبه ابتدا با سؤال باز مبتنی بر این که «می‌توانید برایم بازگو نمایید که چطور در زمینه تغذیه انحصاری برای فرزندتان موفق شدید؟ یا می‌توانید برایم بازگو نمایید که چه کارهایی انجام دادید تا توانستید شش ماه اول به طور کامل فرزند خودتان رو شیر بدهید؟» شروع می‌شد. سپس با توجه به پاسخ‌ها و جهت روشن شدن پاسخ‌ها و عمق دادن به آن‌ها، گفتگو و سؤال پیگیری کننده و اکتشافی مانند «در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ منظورتان چیست؟، آیا می‌توانید مثالی بزنید تا من معنی این را بهتر بفهمم؟» پرسیده شد. مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

تمام مصاحبه‌ها ضبط گردید و سپس بلافاصله کلمه به کلمه تایپ شد تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. با توجه به این که در تحقیق کیفی نیاز است محقق در اطلاعات غوطه‌ور

عمیق، همه جانبه و کامل راهکارهای اتخاذ شده مبتنی بر تجربه و زمینه مادران موفق در تغذیه انحصاری ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این که یکی از راه‌های مادری کردن، شیردهی است و شیردهی موفق به عوامل متعدد فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مادران بستگی دارد (۱۳) و این که در کشور ما مطالعه‌ای درخصوص استراتژی به کار گرفته شده توسط مادران موفق در تغذیه انحصاری انجام نشده و یا به صورت علمی مستند نشده است؛ بنابراین، محققان تصمیم گرفتند که موفقیت در تغذیه انحصاری را از دیدگاه مادرانی که شش ماهه اول فرزندشان را فقط با شیر مادر تغذیه کرده بودند و این پدیده را آن‌گونه که جریان است، تجربه و درک کرده‌اند، بررسی نمایند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب زنان شیرده موفق از اقدامات به کار گرفته شده در تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام گردید.

### روش

این پژوهش از نوع کیفی بود که در سال ۱۳۹۳ با توجه به هدف مطالعه، با روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام شد. تحلیل محتوای قراردادی نوعی روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های مکتوب به کار می‌رود. در این شیوه، طبقات به طور مستقیم از داده‌های متنی استخراج می‌شود و چیزی فراتر از استخراج عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد و از طریق آن می‌توان مضامین و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت کنندگان در مطالعه نمایان کرد. در حقیقت، این روش قادر است تجارب افراد را در زندگی روزمره آشکار و تبیین نماید (۱۴).

محیط مطالعه، مراکز بهداشتی- درمانی روستای و شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان و مازندران بود. برای انتخاب شرکت کنندگان، طبق اصول روش تحقیق کیفی، نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. با توجه به هدف، شرکت کنندگان اولیه از بین مادران شیرده نخست‌زا یا چندزا که در زمان مطالعه دارای فرزند شش ماه کامل بودند و جهت برنامه مراقبتی روتین (واکسیناسیون) به مرکز بهداشتی- درمانی مراجعه کرده بودند

شود (۱۶)؛ بنابراین، پژوهشگر مصاحبه‌ها را چندین بار گوش کرد و متن تایپ شده آن‌ها را بارها مرور نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها و به صورت مقایسه مداوم داده‌ها (Constant comparison analysis) صورت گرفت. در راستای هدف پژوهش، از رویکرد Graneheim و Lundman جهت تحلیل داده‌ها استفاده گردید که به ترتیب مراحل آن انجام شد. این مراحل شامل آشنا شدن محقق با داده‌ها، تولید کدهای اولیه از داده‌ها، جستجو برای یافتن درون‌مایه‌ها با مرور بر کدهای مختلف استخراج شده در مراحل قبلی، بازنگری درون‌مایه‌ها و مقایسه مجدد آن‌ها با داده‌ها برای اطمینان از صحت آن‌ها، تعریف و نام‌گذاری درون‌مایه‌ها و آماده کردن برای گزارش نهایی بود (۱۷). نمونه‌ای از فرایند شکل‌گیری یکی از درون‌مایه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. در ضمن، در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هرگونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن می‌رسید، یادداشت گردید و برای مصاحبه بعدی از آن‌ها استفاده شد.

در طی مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها و یافته‌ها برای تأمین معیارهایی مانند اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، تناسب (Fittingness) و قابلیت تأیید (Conformability) که توسط Guba و Lincoln ارائه شد (۱۵) و مورد استفاده قرار گرفت.

یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری

طولانی مدت با موضوع است که در تحقیق حاضر پژوهشگر به مدت یک سال با موضوع تحقیق، داده‌ها و مادران شیرده در ارتباط بود. ضمن این که برای مقبولیت داده‌ها، قبل از انجام مصاحبه محقق چند بار شرکت کنندگان را ملاقات نمود تا بتواند اعتماد آنان را جلب نماید و رابطه و فضای مناسبی برای انجام مصاحبه عمیق فراهم گردد. همچنین، یافته‌ها توسط مشارکت کنندگان مرور شد. برای این کار بخش‌هایی از متن مصاحبه و کدگذاری‌ها به آن‌ها بازگردانده شد تا نظر آن‌ها نسبت به صحت مطالب تأیید گردید و حداکثر تنوع در نمونه‌گیری رعایت شد. جهت تأیید و تصدیق یافته‌ها، بازنگری یافته‌ها توسط ناظران و تیم تحقیق نیز صورت گرفت. بدین منظور، بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده توسط تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند. همچنین، جهت ثبات یافته‌ها، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هم‌زمان انجام شد. برای تأیید و حسابرسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم گردد. برای انتقال‌پذیری و تناسب، یافته‌ها با تعدادی از مادران شیرده که در تحقیق شرکت نداشتند، در میان گذاشته شد تا آن‌ها تناسب یافته‌ها را تأیید نمایند. همچنین، استفاده از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران کمک می‌کند، در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفت.

جدول ۱. نمونه‌ای از روند شکل‌گیری یکی از درون‌مایه‌های اصلی

| درون‌مایه اصلی                     | درون‌مایه فرعی                                                                                                                                                                                                                            | کدهای زمینه‌ای                                                                                                                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| رفع خلاقانه عوامل شیر نخوردن       | راهکارهای عملی رفع بی‌قراری شیرخوار                                                                                                                                                                                                       | شیردهی هم‌زمان باره رفتن در صورت بی‌قراری بچه<br>سعی در دادن شیر دوشیده شده با شیشه در زمان بی‌قراری<br>در آغوش گرفتن مداوم بچه بی‌قرار<br>بررسی دلیل گریه بچه |
| راهکارهای مقابله با امتناع شیرخوار | کم و زیاد کردن پوشش بچه برای کاهش گریه بدون دلیل گرسنگی<br>تلاش مکرر و اصرار مادر برای شیردهی در روزهای اول در صورت امتناع شیرخوار<br>جستجوی علل سینه نگرفتن شیرخوار در روز اول<br>مشاوره با پزشک اطفال<br>تماس مکرر سینه با دهان شیرخوار |                                                                                                                                                                |

متناسب با شرایط موجود و به کارگیری راه‌های تقویت کننده و جبرانی در جهت شروع و تداوم شیردهی حاکی از مدیریت صحیح و استفاده بهینه از فرصت‌ها بود. در واقع، می‌توان گفت این مادران خودشان آگاهانه اقدام نمودند و در جهت خودارتقایی و توانمندسازی تلاش کردند. بنابراین، مفاهیم حاصل شده به دلیل ماهیت، تشابه و تناسب و نقش آن‌ها، در مقوله انتزاعی‌تری تحت عنوان «خودتوانمندسازی آگاهانه» مفهوم‌پردازی شد.

### تمهید شرایط راحت و دلپذیر قبل از شیردهی:

یکی از درون‌مایه‌های استخراج شده در خصوص استراتژی به کار گرفته شده مادران موفق در تغذیه انحصاری بود؛ به گونه‌ای که مادران سعی می‌کردند قبل از شیردهی، محیطی خلوت، راحت، آرام و توأم با آرامش را فراهم نمایند و به ایجاد مکان، زمان و حتی لباس مناسب و راحت جهت شیردهی می‌پرداختند تا بدین ترتیب از هرگونه استرس به دور باشند و بر شیردهی و شیر خوردن شیرخوار تمرکز نمایند.

یکی از مادران در خصوص فراهم کردن آرامش ذهنی چنین گفت: «وقتی می‌خواستم شیر بدم، خودمو با موضوعات ناراحت کننده درگیر نمی‌کردم. سعی می‌کردم استرس نداشته باشم. به بچه بیشتر فکر می‌کردم تا از مسایل دیگه دور باشم و راحت بتونم بچه‌مو شیر بدم» (مادر ۲۹ ساله).

در زمینه فراهم کردن محیط امن و حفظ محیط خصوصی در داخل و یا خارج از منزل نیز یکی از مادران بیان کرد: «وقتی بیرون می‌رفتم، قبلش با خواهرم هماهنگ می‌کردم که مغازه است یا نه؛ تا اگه لازم باشه شیر بدم بچه رو برم اونجا و تو مغازه راحت شیرش بدم» (مادر ۳۱ ساله).

در همین راستا، یکی دیگر از مشارکت کنندگان چنین اظهار نمود: «خونمون کوچک بود؛ یه حال و به آسپرخونه. وقتی مهمان داشتم برای شیر دادن یا یه گوشه اتاق که خلوت‌تر بود، می‌رفتم که رفت و اومد کمتر بود یا وقتی برادر شوهرم می‌اومد نامحرم بود دیگه، به گوشه می‌نشستم پشتمو بهش می‌کردم و بچه را شیر می‌دادم» (مادر ۳۱ ساله).

همچنین، آن‌ها در تجارب خود به استفاده از لباس راحت و مناسب جهت راحتی در شیردهی اشاره نمودند. در همین

پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه مورد تأیید قرار گرفت. نمونه‌گیری بعد از کسب مجوزهای لازم شروع شد. قبل از مصاحبه درباره هدف تحقیق، روش کار، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حق آن‌ها در شرکت یا خروج از مطالعه به مشارکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان کسب گردید. زمان مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست مشارکت کننده تنظیم شد؛ به صورتی که سبب اختلال در برنامه‌های روزانه آن‌ها نشود.

شرکت کنندگان در محدوده سنی ۲۴-۴۲ سال قرار داشتند (با میانگین ۳۰/۹۱ سال). از نظر تحصیلات، ۲ نفر کارشناسی ارشد، ۸ نفر کارشناسی، ۵ نفر دیپلم و ۱ نفر فوق دیپلم بود. شغل ۷ نفر از نمونه‌ها خانه‌دار، ۸ نفر شاغل و ۱ نفر دانشجو بود. ۹ نفر از مشارکت کنندگان به شیوه سزارین و ۷ نفر به شیوه طبیعی زایمان کردند. ۴ نفر از شرکت کنندگان در روستا و ۱۲ نفر در شهر سکونت داشتند و وضعیت اقتصادی ۷ نفر خوب و ۹ نفر متوسط بود.

### یافته‌ها

تحلیل مقایسه‌ای و هم‌زمان داده‌ها منجر به استخراج کدهای اولیه متعددی (۲۳۰ کد اولیه) از مصاحبه‌ها گردید. این کدها پس از چند بار مرور، خلاصه سازی و بر اساس تشابه و تناسب طبقه‌بندی شد و سپس با مرور بیشتر و مقایسه طبقات، معنای درونی آن‌ها در ۲۳ درون‌مایه اولیه شناسایی گردید. درون‌مایه‌های اولیه بر اساس ماهیتشان در قالب ۸ درون‌مایه انتزاعی‌تر نام‌گذاری شد که شامل «تمهید شرایط راحت و دلپذیر قبل از شیردهی، کسب اطلاعات از منابع مطمئن، انطباق شیوه زندگی با دوران شیردهی، صبر پیشگی هوشمندانه، رفع خلاقانه عوامل شیر نخوردن نوزاد، تقویت و تضمین کفایت شیر و شیردهی، مراقبت از پستان در دوران شیردهی و به کارگیری آموزه‌های دینی» بود. اقدامات مراقبتی به کار گرفته شده مادران بر اساس تفکر، علاقمندی و تلاش در جهت افزایش سطح آگاهی، افزایش مهارت عملی، رفع موانع و مشکلات موجود در فرایند شیردهی بود. همچنین، تغییر الگوی زندگی، فراهم کردن مقدمات لازم

مانع از قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر نشد و در جهت رفع این مشکلات با انجام یک سری فعالیت‌ها و اتخاذ تدابیری مانند خوابانیدن به روی شکم، شیردهی هم‌زمان با راه رفتن و کم کردن پوشش شیرخوار، به رفع بی‌قراری پرداختند و به مصرف شیر خشک روی نیاوردند. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت: «وقتی بچه‌ام دو سه ماهه بود، خیلی بی‌قراری می‌کرد. مشکلی هم نداشت. سریع دنبال آب قند و این چیزا نرفتم. فکر کردم... اونو به شکم روی دستم می‌خواباندم و دوش می‌دادم. لباسشو کم می‌کردم. بعدش آروم می‌شد. دنبال شیر خشک دادن نمی‌رفتم، خودم سعی کردم که یه چاره پیدا کنم» (مادر ۳۲ ساله). آن‌ها اظهار نمودند که از با شیوه‌های گوناگون درصدد رفع هرگونه امتناع شیرخوار نسبت به شیر خوردن بودند. یکی از مشارکت کنندگان این‌گونه بیان کرد: «هر کار می‌کردم بچه سینه منو نمی‌گرفت و شیر نمی‌خورد. گریه نمی‌کرد، ولی به سینه نزدیک می‌کردم پستان منو نمی‌گرفت... هر کار کردم نگرفت. تا این که گفتم برم دوش بگیرم، تمیز بشم، لباسمو عوض کنم. بعدش دوباره تلاش کردم، دیدم گرفت سینه رو. انگار متوجه شده بود که تنم بوی عرق می‌ده و شیر نمی‌خورد» (مادر ۲۷ ساله).

**تقویت و تضمین کفایت شیر و شیردهی:** یکی دیگر از درون‌مایه‌های استخراج شده در خصوص استراتژی به کار گرفته شده مادران موفق در تغذیه انحصاری بود؛ به گونه‌ای که این مادران موفق از راهبردهایی شامل «به کارگیری شیوه‌های متنوع شیردهی در زمان عدم حضور، استفاده از غذاهای افزایش دهنده شیر، انجام شیردهی مکرر و منظم، توجه به تأثیر مثبت تلقین، توجه به نشانه‌های کفایت شیر و رعایت اصول شیردهی» استفاده نمودند. آن‌ها برای تداوم شیردهی در زمان شروع به کار و اتمام مرخصی‌ها، سعی کردند که شیرخوار را به خوردن شیر دوشیده شده با شیشه عادت دهند تا بدین ترتیب از دادن غذای تکمیلی یا شیر خشک در زمان عدم حضورشان جلوگیری شود. یکی از مادران این‌گونه گفت: «دو سه هفته قبل از این که مرخصی‌هایم تمام بشه، شیرمو می‌دوشیدم با شیشه بهش

زمینه یکی از مادران این‌گونه بیان کرد: «سعی می‌کردم لباس جلو زیب‌دار بپوشم تا هر زمان که لازم باشه بتونم راحت بازش کنم و بچه را شیر بدم. دکمه‌ای نبود که باز کردنش خودش کلی زحمت داشته باشه» (مادر ۳۲ ساله).

**انطباق شیوه زندگی با دوران شیردهی:** یکی دیگر از درون‌مایه‌های استخراج شده در خصوص استراتژی به کار گرفته شده مادران موفق در تغذیه انحصاری بود؛ به گونه‌ای که این مادران در تجربارب خود به تغییر روند مدیریت منزل و تغییر الگوی خواب نیز اشاره داشتند و به پیروی از آداب و رسوم مفید این دوره نیز اذعان نمودند. بدین ترتیب آن‌ها ضمن کنار آمدن با مشکلات دوران شیردهی، به تغذیه انحصاری ادامه دادند. درخصوص تغییر اداره زندگی، یکی از مادران گفت: «وقتی بچه خواب بود، گاهی من غذا رو زودتر درست می‌کردم و یا استراحت می‌کردم تا جون بگیرم. موقع شیردهی حال داشته باشم. این‌طوری سعی می‌کردم کارا و برنامه‌های خونه را تنظیم کنم. به قولی مدیریت می‌کردم تا موقع شیر دادن مشکلی نباشه دیگه» (مادر ۳۰ ساله).

همچنین، مادران به تغییر الگوی خوابشان از جمله خوابیدن در طول روز یا خواب بعدازظهر و تنظیم خواب متناسب با خواب شیرخوار اشاره کردند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: «من ۳-۲ ساعت بعدازظهر می‌خوابیدم تا کسری خواب شب قبلم جبران بشه یا این که اگر شب بچه گریه کنه، بتونم بیدار بشم و خوب شیرش بدم، اما قبل از این بعدازظهرها اصلاً نمی‌خوابیدم» (مادر ۲۷ ساله). ضمن این که مادران به عادات و رسم و رسوم سنتی و خانوادگی از جمله اقامت در خانه مادری در چند هفته اول بعد از زایمان و تنها نگذاشتن مادر و شیرخوار در دوره بعد زایمان اشاره نمودند. در این راستا، مشارکت کننده دیگری چنین بیان کرد: «ما رسم داریم که ۳-۴ هفته اول زن زائو خونه مادرش می‌مونه. برای من هم اینطوری بود... من بیشتر استراحت می‌کردم و به خودم و بچه بیشتر می‌رسیدم» (مادر ۳۵ ساله).

**رفع خلاقانه عوامل شیر نخوردن نوزاد:** یکی دیگر

از درون‌مایه‌های مستخرج بود. در این دوره، مادران در تجربارب خود اذعان داشتند که هرگونه امتناع و یا بی‌قراری شیرخوار،

### مراقبت از پستان در دوران شیردهی: یکی دیگر

از درون مایه‌های استخراج شده بود مادران در تجارب خود به آن اشاره نمودند. این مادران به اتخاذ یک‌سری فعالیت‌های کاربردی از جمله باقی گذاشتن مقداری شیر بر نوک سینه ترک‌دار در انتهای شیردهی و توجه در قرار دادن هاله پستان در دهان شیرخوار در زمان شیردهی اشاره نمودند. در همین زمینه، یکی از مادران چنین بیان کرد: «وقتی نوک سینه‌ام ترک برداشته بود، درد داشتم، اما از شیردادن منصرف نشدم... دنبالش گشتم که چکار کنم، با همان ترک باز هم به بچه شیر می‌دادم، بعدش هر دفعه یه کم شیر بعد شیر خوردن بچه روی ترک سینه‌ام باقی گذاشتم تا زودتر خوب بشه و نتیجه هم گرفتم» (مادر ۳۰ ساله). همچنین، آن‌ها اذعان داشتند که از محافظ پستان، تمرینات کششی نوک سینه، مالیدن روغن زیتون جهت کمک در برطرف شدن نوک سینه فرورفته استفاده می‌کردند. یکی از مشارکت کنندگان این‌گونه گفت: «با این که نوک سینه‌ام فرورفته بود و تو بارداری هم کسی بهم چیزی نگفته بود. وقتی بچه به دنیا اومد و می‌خواست شیر بخوره، شیر دادن خیلی سخت بود. گفتم حتماً هر مشکلی یه راهی داره. امتحان کردم، خیلی تلاش کردم تا با همون وضعیت شیرش بدم. از محافظ سینه استفاده کردم تأثیر داشت» (مادر ۳۲ ساله).

### به کارگیری آموزه‌های دینی: از درون مایه‌های

استخراج شده دیگری که مادران در تجارب خود به آن اشاره نمودند. این مادران به باورهای مذهبی و تأثیر آن بر شیردهی اعتقاد داشتند و در تجارب خود بیان کردند که به دلیل شیردهی موفق، از توسل به دعا، خواندن قرآن و وضو گرفتن هنگام شیردهی استفاده می‌نمودند. در همین راستا، آن‌ها شیردهی را نوعی ثواب دانستند و به دلیل داشتن اعتقادات مذهبی، سختی شیردهی را تحمل می‌کردند. یکی از مادران چنین اظهار داشت: «مثلاً وقتی آدم بدونه که شیر دادن چه ثوابی داره... مجاهد فی سبیل الله، این آدمو مجاب می‌کنه که سختی شیر دادنو تحمل کنه؛ چون اعتقاد دارم حق فرزندم هست. خدا پیغمبر هم تأکید دارند. حق فرزند که فقط تهیه لباس و تربیت نیست... شیرخوردن هم حقشه، من هم شیر

می‌دادم تا بچه عادت کنه من که نیستم باز هم شیر منو بهش بدن و غذای کمکی یا شیر خشک شروع نکنن» (مادر ۳۲ ساله). مشارکت کنندگان بیان نمودند که از مواد غذایی و مقوی در جهت رفع کم‌شیری استفاده می‌نمایند. در همین راستا، یکی از مادران چنین اظهار داشت: «خاکشیر بیشتر استفاده می‌کردم... شیرمو بیشتر می‌کرد» (مادر ۳۰ ساله). علاوه بر موارد ذکر شده، آن‌ها به شیردهی مکرر و منظم هر ۲-۳ ساعت یک‌بار و به خصوص شیردهی شبانه جهت افزایش شیردهی اشاره کردند. یکی از مشارکت کنندگان این‌گونه بیان نمود: «سعی می‌کردم شباً بیشتر شیر بدم. بچه را مرتب زیر سینه می‌داشتم تا بیشتر مک بزنه. شیرمو بیشتر می‌کرد. دقیقاً اینو احساس می‌کردم» (مادر ۲۴ ساله). در ضمن، آن‌ها بیان نمودند که تلقین مکرر به خود، نقش کمکی در داشتن احساس خوب و افزایش شیردهی دارد. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان چنین گفت: «دایم به خودم می‌گفتم من می‌تونم مادر خوبی باشم و می‌تونم بچه‌ام را شیر بدم... اینو مرتب به خودم می‌گفتم و تکرار می‌کردم. این باورا و تلقینا خیلی کمک کننده بود» (مادر ۲۷ ساله).

مادران به رعایت اصول صحیح شیردهی (شیردهی مستقیم از پستان و یا دوشیدن شیر) از جمله نحوه در آغوش گرفتن شیرخوار جهت شیردهی خوب نیز توجه کافی داشتند. یکی از مشارکت کنندگان این‌گونه بیان کرد: «موقع شیر دادن مواظب نحوه نگهداشتن بچه بودم که سینه درست تو دهنش قرار بگیره... بچه بودم و نگاهش می‌کردم تا همه اصولو رعایت کرده باشم و بعد شیر دادن حتماً یه مدت کوتاهی بچه را به پهلوی می‌داشتم تا یه وقتی اکه شیر برگردونه، خفه نشه» (مادر ۲۷ ساله). در این دوره، مادران برای اطمینان از کافی بودن شیر به وضعیت روانی شیرخوار از جمله هوشیاری، آرام بودن و سرحال بودن شیرخوار به دنبال شیردهی توجه می‌کردند. یکی از شرکت کنندگان گفت: «بعد شیر خوردن بچه آرام بود. گریه نمی‌کرد. گاهی هوشیار بود، بیدار بود، بازیگوشی می‌کرد. به قول شوهرم انگار که دوپینگ کرده و سرحال بود. خب اینا نشون می‌ده که بچه سیر شده و شیرم بسه شه» (مادر ۳۲ ساله).

می‌دادم» (مادر ۳۲ ساله).

ضمن این که مادران اذعان داشتند که با خواندن آیاتی از قرآن قبل از شیردهی و دعا کردن، آرامش لازم را قبل از شیردهی به دست می‌آورند و بدین ترتیب شیردهی موفق و راحتی را داشتند. یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان کرد: «نگران بودم که چرا بچه سینه منو نمی‌گیره. قرآن می‌خوندم، دعا دعا می‌کردم که بچه سینه منو بگیره. ذکر می‌گفتم مانند الحمدلله که خوشبختانه دعاها معجزه کرد و بچه سینه منو گرفت و تونستم بهش شیر بدم. خیلی خوب بود... خیالم راحت شد دیگه» (مادر ۲۹ ساله).

### کسب اطلاعات از منابع مطمئن: یکی دیگر از

درون‌مایه‌های استخراج شده مربوط به استراتژی‌های اتخاذ شده مادران موفق در تغذیه انحصاری بود. این مادران موفق، اطلاعات مفید را از افراد معتبر و منابع مکتوب و رسانه‌های علمی جستجو می‌کردند. آن‌ها بیان نمودند که اطلاعات لازم و مرتبط با شیردهی را از طریق مدرسان کلاس‌های بارداری، افراد مسن و باتجربه و کارکنان بیمارستان‌های زنان و زایمان کسب می‌نمودند. یکی از شرکت کنندگان این‌گونه بیان کرد: «تو کلاس‌های بارداری که شرکت می‌کردم، اونجا هم به اهمیت و مزایای شیر مادر اشاره کرده بودند. یاد گرفتم که اگه شیرم کم باشه چه کارایی می‌تونم بکنم. خب اونا سوادشون علم‌تره و بهتر می‌دونن» (مادر ۳۲ ساله). همچنین، آن‌ها اذعان نمودند که یک‌سری اطلاعات لازم و مفید را از طریق کتب، جزوات آموزشی معتبر و سایت‌های معتبر علمی در اینترنت نیز به دست می‌آورند. یکی از مادران چنین گفت: «از سی‌دی و کتاب و جزوه آموزشی که بیمارستان یا بهداشت می‌داد، استفاده می‌کردم و اینترنت هم که داشتم. البته تو سایت‌های معتبر که رفرنس و منبع علمی داشتن سرچ می‌کردم و اطلاعات می‌گرفتم. یادمه که دارو می‌خواستم استفاده کنم، سرچ کردم که دارو روی شیرم تأثیر نداشته باشه» (مادر ۲۴ ساله).

### صبر پیشگی هوشمندانه: این درون‌مایه نیز از موارد

استخراج شده مربوط به استراتژی‌های اتخاذ شده مادران موفق در تغذیه انحصاری بود. مادران در تجارب خود اذعان

نمودند که با علم و آگاهی به این که سختی و مشکلات شیردهی از جمله درد، بی‌قراری، کم‌شیری و... موقت است و به دلیل اعتقاد راسخ به فواید شیردهی و در راستای برطرف کردن تعهد خود به شیردهی و نمود احساس مادری، فداکاری، صبر و شکیبایی اتخاذ می‌نمودند. در همین راستا، یکی از مادران این‌گونه بیان نمود: «بعد از عمل جراحی سزارین تا ۳-۲ هفته درد زیادی تو محل عملم داشتم. وقتی می‌خواستم بچه رو بغل کنم و شیرش بدم، دردم بیشتر می‌شد. هم درد محل عمل، هم وقتی بچه سینه‌ام را مک می‌زد، درد زیر شکمم بیشتر می‌شد. چاره‌ای هم نداشتم باید تحمل می‌کردم. خب می‌دونستم که مکیدن بچه خونریزی‌ام را کم می‌کنه، پس راضی بودم سختی باشه، ولی بعدش نتیجه‌اش خوبه... اینا خیلی سخت بود واقعاً تجربه شیردهی تو این زمان خیلی سخته، ولی وقتی فکر می‌کردم که چه ماده طبیعی م قوی و سالمی را دارم به بچه می‌دم، می‌گفتم به خودم که باید شکیبا باشی. گر صبر کنی ز غوره حلوا سازی. از قدیم هم این ضرب‌المثل را گفتن دیگه» (مادر ۲۹ ساله).

همچنین، مشارکت کنندگان اذعان داشتند که در مقابل تنش‌های روانی این دوره از جمله ترس و ناراحتی از مشخص شدن تنه و پستان هنگام شیردهی در محل‌های عمومی و رعایت حریم خصوصی، صبر و بردباری اتخاذ می‌نمودند. یکی از مادران چنین گفت: «وقتی بیرون می‌رفتم و بچه گریه می‌کرد و مجبور می‌شدم که شیرش بدم، خب سخت بود که یه گوشه خلوت پیدا کنم... یه گوشه می‌نشستم، مقعنه‌ام رو جلو می‌کشیدم روی صورت بچه و شیر می‌دادم. اذیت می‌شدم هم برای شیر دادن تسلط نداشتم و هم از این که نکنه تنم دیده بشه، احساس خجالت می‌کردم. خیلی معذب بودم، اما وقتی به آرام شدن بچه و سلامتی اون فکر می‌کردم و می‌گفتم همیشه که این‌طوری نیست؛ پس حوصله به خرج می‌دادم» (مادر ۲۷ ساله).

### بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مادران خودشان سعی می‌نمایند که راهبردهایی را در راستای ایفای وظایف مادری

شخصی، از پیش‌بند مخصوص به عنوان پوشش مناسب در هنگام شیردهی در امکان عمومی استفاده می‌شود که با نتایج بررسی حاضر همخوانی داشت.

مادران در تجارب خود به تقویت و تضمین کفایت شیر از جمله توجه به نشانه‌های کفایت شیر، رعایت اصول صحیح شیردهی، پیروی از رسوم و عادات خوب، استفاده از مواد غذایی افزایش دهنده شیر و اتخاذ راه‌های جبرانی جهت حضور بی‌وقفه نیز اشاره نمودند. در همین زمینه، McQueen و همکاران نیز در تحقیقی به این نتیجه دست یافتند که توجه و اطمینان مادر به کفایت شیر، در تداوم شیردهی تأثیر دارد (۲۱). بسکابادی و همکاران نیز در مطالعه خود اشاره نمودند که دفعات ادرار و مدفوع، از جمله نشانه‌های کفایت شیر می‌باشد که مادران مشارکت‌کننده در پژوهش آنان نیز به این نکات توجه می‌نمودند (۲۲). در خصوص رعایت اصول شیردهی، محققان توصیه کرده‌اند که طرز نگهداشتن شیرخوار جهت تغذیه موفق با شیر مادر بسیار مهم است (۲۳). مادر باید به گونه‌ای شیرخوار را در آغوش بگیرد که تماس پوست با پوست داشته باشند (۴). در صورتی که مادر از وضعیت دست آزاد (روش فوتبال) جهت تغذیه با شیر مادر استفاده نماید، میزان شیر بیشتری را به نوزاد منتقل خواهد کرد (۳). از طرف دیگر، تحقیقات نشان داده است که تنها کمک مادران برای شیردهی موفق، نیاز به کمک در داشتن وضعیت مناسب خود و شیرخوار می‌باشد و وضعیت نامناسب هنگام شیردهی ممکن است باعث آسیب نوک پستان، عرضه کمتر شیر، تورم پستان و تغذیه غیر مؤثر گردد (۲۳، ۳).

پستان‌ها طوری باید در دهان نوزاد قرار گیرد که بینی و چانه نوزاد با سینه مادر کاملاً در تماس باشد و تمام هاله قهوه‌ای در دهان نوزاد قرار گیرد (۲۴). در همین راستا، مادران موفق در مطالعه حاضر نیز به رعایت تکنیک صحیح شیردهی اشاره نمودند. همچنین، این مادران از شیوه‌های متنوع شیردهی مانند شیشه، فنجان، قاشق و سرنگ در زمان عدم حضورشان (هنگام بیرون رفتن و بازگشت به کار) استفاده می‌نمودند تا تغذیه شیرخوار با شیر مادر ادامه داشته باشد. در همین راستا، می‌توان به این نکته اشاره کرد که روش‌های

اتخاذ نمایند. به یادگیری و توانایی علاقمند هستند و بر مشکلات غلبه می‌کنند، به سوی هدف تعیین شده خود که شروع و تداوم تغذیه انحصاری می‌باشد، حرکت می‌کنند و در این راستا، از موقعیت‌ها و فرصت‌های پیش رو نیز استفاده می‌نمایند. فعالیت‌های آن‌ها مقطعی نبود و در جهت رفع نیازمندی‌های خود و شیرخوارشان برنامه‌ریزی داشتند و به این ترتیب سعی می‌کردند که خود را توانمند نمایند و به مدیریت خوب اداره امور شیردهی توجه داشته باشند. از هیچ تلاش و کوششی دریغ نمی‌کردند. در واقع، در جهت خودارتقای یا خودتوانمندسازی به تغذیه انحصاری با شیر مادر اهتمام داشتند.

مادران در تجارب خود اظهار نمودند که سعی می‌کردند شرایط راحت و دلپذیری را قبل از شیردهی به وجود آورند. در همین راستا، امیر در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان با فراهم کردن محیط راحت و آرام، پوشش مناسب هنگام شیردهی حتی در اماکن عمومی به شیردهی می‌پردازند و این اقدام را به عنوان هنر شیردهی زنانه مطرح می‌نمایند (۱۸). نتایج تحقیق Bellintxon و همکاران نیز نشان داد که مادران نخست‌زا به داشتن محیط خلوت و آرام در طی شیردهی تمایل دارند (۱۹). از طرف دیگر، برخی مطالعات به شیردهی مؤثر در تنهایی، سکوت و بدون حضور دیگران جهت برقراری رابطه شیردهی در شیرخوارانی که پستان را پس زده و اعتصاب کرده‌اند، تأکید داشته‌اند (۲۰).

در منابع معتبر، به پوشش مناسب در محیط کار جهت شیر دادن به شیرخوار و دوشیدن شیر اشاره شده و تأکید گردیده لباس‌هایی که به آسانی از قسمت جلو باز شود و یا به سهولت بالا زده شود، کاملاً مطلوب می‌باشد و لباس کتانی، قابل شستشو و دارای طرح و نقش نسبت به لباس‌های تیره رنگ و ساده ترجیح دارد؛ چرا که لکه‌های شیر تراوش شده از پستان را چندان نشان نمی‌دهد (۳). نتایج پژوهش‌های گوناگون (۱۸) حاکی از آن است که علاوه بر کشورهای اسلامی که مادران از روسری، چادر و... جهت فراهم کردن پوشش مناسب هنگام شیردهی در امکان عمومی استفاده می‌نمایند، در کشورهای غیر اسلامی نیز جهت رعایت قلمرو انسانی و حفظ حریم

گوناگون تغذیه در طول تاریخ در بسیاری از فرهنگ‌ها مورد استفاده قرار گرفته که مرسوم‌ترین روش جایگزین، استفاده از فنجان و شیشه بوده است. سایر روش‌ها مانند تغذیه با انگشت، قاشق، سرنگ و سیستم مکمل شیردهی نیز که با هدف حفظ و برقراری جریان شیر مادر صورت گرفته، تا زمانی که امکان تغذیه مستقیم و کامل از پستان به وجود آید، گزارش شده است (۲۰). خوشبختانه مادران در بررسی حاضر به اثربخشی این راهبردهای به کار گرفته شده اشاره و تأکید داشتند.

مشارکت کنندگان اذعان نمودند که از راه‌های مختلف مانند تغییر در الگوی تغذیه‌ای همچون مصرف سوپ، مایعات، خاکشیر، رازیانه، شنبلیله و قطره‌های شیرافزا، شیردهی مکرر و منظم و تلقین کردن به خود، درصدد افزایش مقدار شیر بودند. در همین زمینه، بر اساس منابع معتبر می‌توان بیان داشت اگرچه حجم شیر مادر و محتوای آن در زمان‌های مختلف و حتی در یک زن در ساعات مختلف متغیر و تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله ویژگی ژنتیکی، تغذیه مادر و... می‌باشد. نکته قابل توجه این است که مصرف مایعات و افزایش حجم شیر از موضوعات مورد بحث بوده و هست. از طرف دیگر، هنوز آمار و ارقام مستندی در دسترس نیست که نشان دهد اضافه دریافت هر نوع مایع، میزان حجم شیر را افزایش می‌دهد و یا محدود کردن آن، منجر به کاهش حجم شیر می‌شود. البته برخی تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف مایعات و آشامیدن بیش از حد مایعات و شیر، کمکی به افزایش شیر مادر نمی‌کند (۲۰). Trieu و Lundberg با انجام پژوهشی در ویتنام، به این نکته اشاره نمودند که مادران در دوره بعد از زایمان از غذاهای گرم یا با پروتئین بیشتر بنا به سنت و باور فرهنگی به مقدار زیادی استفاده می‌نمایند تا بتوانند انرژی لازم را دریافت کنند و به تأثیر افزایش مصرف چای در میزان شیر اعتقاد داشتند (۲۵). مادران مشارکت کننده در مطالعه حاضر، به شیردهی مکرر و منظم در جهت افزایش شیر اشاره نمودند. در همین راستا، رودباری و همکاران در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که طول مدت شیردهی در مادرانی که به دفعات مکرر به شیرخوار خود شیر می‌هند و شیردهی شبانه دارند، بیشتر است (۲۶) که این

نتیجه با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی داشت. مروتی شریف‌آباد و همکاران نیز مهم‌ترین علل عدم تداوم شیردهی را از دیدگاه مادران مورد بررسی قرار دادند و نتیجه‌گیری کردند که بی‌قراری نوزاد و احساس ذهنی مادر مبنی بر عدم کفایت شیر برای نوزاد، مانع از تداوم شیردهی می‌شود (۲۷). جعفری اصل و همکاران نیز با انجام مطالعه‌ای دریافتند که امتناع شیرخوار از شیر خوردن ارتباط معنی‌داری با عدم تداوم تغذیه انحصاری دارد (۲۸). همچنین، McDonald و همکاران نیز در تحقیقی بیان داشتند که امتناع کودک به دلیل نامعلوم در ۱۷ درصد موارد موجب قطع شیردهی توسط مادر شده است (۲۹)؛ در حالی که مادران مورد بررسی اذعان داشتند که با به کارگیری اقدامات مناسب و کافی، هرگونه شیر نخوردن شیرخوار را برطرف می‌کردند و این مسأله مانع قطع تغذیه انحصاری شیرخوار نشده است.

نتایج برخی مطالعات نشان داده است که دانش و آگاهی مادر از تغذیه با شیر مادر، یکی از مقدمات تغذیه مؤثر با شیر مادر می‌باشد (۳۰). همچنین، برخی محققان اذعان داشته‌اند که کسب اطلاعات از کلاس‌های بارداری، مجلات و تلویزیون، از جمله عواملی هستند که بر انتخاب مادران به تغذیه نمودن شیرخوار با شیر مادر کمک می‌نماید (۳۱). نتایج برخی پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که اغلب مادرانی که در کلاس‌های بارداری و آمادگی برای زایمان شرکت می‌نمایند، شیوه زندگی خود را تغییر می‌دهند و ۷۵ درصد آن‌ها افزایش شیردهی از پستان داشته‌اند (۳۲). در همین راستا، مشارکت کنندگان مطالعه حاضر بیان نمودند که از منابع علمی معتبر و مفید دانش لازم را کسب می‌نمایند.

نتایج تحقیق Cantrill و همکاران در استرالیا نشان داد که بسیاری از ماماها با اتکا به تجربیات شخصی خود، به مادران در شیردهی کمک می‌کنند. در مطالعه آنان ماماها بیان نمودند که به واسطه داشتن تجربه شیردهی شخصی، در ارتقای دانش شیردهی مادران تأثیر مثبتی دارند. همچنین، تجربیات سبب افزایش دلگرمی آن‌ها در ارایه کمک، آموزش و ارتقای شیردهی مادران می‌شود (۳۳). از طرف دیگر، Howe و Hellings در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند

افزایش می‌دهد. همچنین، ایمان به خدا چشم دوختن به امداد غیبی را به همراه دارد. از طرف دیگر، اعتقاد به وجود امداد غیبی در رفع نگرانی، افسردگی و دلهره آدمی نقش بسزایی دارد و آن کس که ایمان به خدا دارد، از همه نگرانی‌ها در امان است و وقتی کسی احساس کند که خداوند توانایی حل همه مشکلات را دارد، در برابر مشکلات خم بر ابرو نمی‌آورد و کمتر دچار استرس و افسردگی می‌شود (۳۶). این یافته در مطالعه حاضر بارز و برجسته بود. اگرچه این نتیجه مهم در یافته‌های پژوهش‌های دیگر یافت نشد، اما می‌توان گفت که با توجه به فرهنگ دینی اسلامی حاکم بر جامعه ما قابل توجیه می‌باشد.

مادران مشارکت کننده مطالعه حاضر در تجارب خود بیان نمودند که با پیروی از عرف و سنت‌های خانوادگی از جمله تغییر الگوی غذایی و اقامت در منزل مادری در هفته‌های اول پس از زایمان، به مدیریت صحیح برنامه زندگی در این دوره پرداختند. در همین زمینه، Barona-Vilar و همکاران با انجام تحقیقی دریافتند که شیردهی یک عملکرد فرهنگی است و سنت‌ها و پیام‌های رسیده از نسل‌های پیشین، در شیر دادن مادر به کودک مؤثر است (۱۲). همچنین، نتایج پژوهش سالار کیا و همکاران در خصوص نقش عوامل اقتصادی و فرهنگی در تغذیه کودک کمتر از دو سال از دیدگاه مادران در دماوند، نشان داد که شرایط فرهنگی و باورهای غلط معمول، نقش مؤثری در عدم موفقیت در شیردهی و تغذیه تکمیلی دارد (۳۷). Lundberg و Trieu و ویتنام (۲۵) و Wang و همکاران در چین (۳۸) نیز به پابندی زنان به باورهای فرهنگی و سنت‌های دوران پس از زایمان برای حفظ و سلامت خود و بچه‌هایشان اشاره نمودند؛ در حالی که Osman و همکاران در یک مطالعه کیفی در لبنان، به تأثیر برخی عقاید و باورهای فرهنگی نسبت به دلسردی در تغذیه با شیر مادر اشاره کردند (۳۹). مقایسه یافته‌های مطالعات مذکور با نتایج به دست آمده از بررسی حاضر نشان می‌دهد که مادران موفق مشارکت کننده مانند سایر مادران در کشورهای مختلف، به پیروی از رسومات و عقاید سنتی خانوادگی در شیردهی اذعان نمودند، با این تفاوت که این مادران با تفکر، آگاهی و تحلیل سنت‌ها، به پیروی رسوم خوب شیردهی به عنوان یکی از

که تجربه شخصی کارکنان کادر درمانی، عامل بسیار مهمی در افزایش میزان آگاهی آن‌ها می‌باشد؛ به گونه‌ای که این تجربه، تمایل آن‌ها را برای ورود به مسایل مربوط به مادران در زمینه شیردهی افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، تجربه شیردهی خود کارکنان، به عنوان اولین منبع اطلاعاتی جهت ارایه کمک به مادر محسوب می‌شد و این تجربه شیردهی به عنوان مهم‌ترین عامل پیشگویی کننده در موفقیت ارایه مشاوره به مادران بود (۳۴). مشارکت کنندگان مطالعه حاضر نیز اذعان نمودند که اگرچه با شرکت در کلاس‌های بارداری و استفاده از کتب مورد تأیید وزارت بهداشت به عنوان منبع معتبر، اطلاعات لازم را کسب می‌نمایند، اما بیشتر کارکنان کادر بهداشتی- درمانی در زمینه آموزش شیردهی از کارآمدی نسبی برخوردار می‌باشند و اطلاعات کامل و کافی ارایه نمی‌دهند و این خود مادران هستند که همواره جویای اطلاعات هستند و باز هم مادران با تأسف بیان نمودند که تنها در صورت کنجکاوی و پرسش مکرر خود آن‌ها، کادر درمانی پاسخگوی آنان بودند.

شرکت کنندگان در تجارب خود بیان کردند که از آموزه‌های دینی جهت شیردهی موفق استفاده می‌نمایند. در همین راستا، اسلام برای منابع مقتدر (قرآن و سنت) و الگوهای دینی جایگاه خاصی قایل است و بیان کرده است که اولیای تربیتی به ویژه مادران، باید هم علم و هم شناخت نسبت به این منابع و الگوهای دینی داشته باشند و با توجه به فرهنگ اسلامی و دینی حاکم بر جامعه ما، مادران نیز پیروی از دستورات الهی مندرج در این منابع را سرلوحه کار خود در شیردهی قرار داده بودند و از احادیث و آیات قرآنی هنگام شیردهی استفاده کردند؛ به گونه‌ای که مادران در تجارب خود نیز به وضو و ذکر خداوند قبل از شیردهی اشاره داشتند. بدون شک حفظ ارتباط با خداوند که منبع مطمئن فیض در عالم هستی می‌باشد، می‌تواند انسان را از عوامل برهم زننده تعادل مصون و محفوظ نگهدارد. خداوند در آیه ۱۲۴ سوره طه می‌فرماید: «هر کسی از یاد من رویگردان شود، زندگی‌اش تنگ و سخت خواهد شد» (۳۵).

ایمان موجب امیدآوری می‌شود و خوش‌بینی افراد را

استراتژی‌های مؤثر در تداوم تغذیه انحصاری پرداختند.

مادران در دوران شیردهی نسبت به سختی و مشکلات این دوره صبوری کردند و با تفکر منطقی مبنی بر درک موقتی بودن این مشکلات، در جهت ایفای نقش مادری نسبت به مواجهه با این مشکلات صبر و شکیبایی آگاهانه اتخاذ نمودند. در این زمینه، de Jager و همکاران در استرالیا به تعیین نقش عوامل روانی- اجتماعی در تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماهه پس از زایمان پرداختند و نشان دادند خانم‌هایی که در شش ماهه اول نگرش و خودکارآمدی بالاتری نسبت به شیردهی دارند، مشکلات شیردهی کمتری را درک و تجربه می‌کنند و به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی در شیردهی، شاخص بسیار قوی و معنی‌داری برای تمایل به شروع و تداوم شیردهی می‌باشد. همچنین، عوامل- روانی اجتماعی نقش مهم اساسی در حفظ تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماهه اول بعد از تولد ایفا می‌نمایند (۴۰). در واقع، می‌توان گفت که صبوری به ویژگی‌های فردی انسان‌ها بستگی دارد. این یافته (اتخاذ صبرپیشگی هوشمندانه) از نکات مهم مطالعه حاضر می‌باشد که به طور شفاف توسط مادران درک شده بود؛ در حالی که به این مقوله در تحقیقات دیگر اشاره نشده است.

مشارکت کنندگان در تجارب خود به مراقبت از پستان از جمله اصلاح شیوه شیردهی در هنگام بروز ترک نوک پستان و سینه فرورفته اشاره نمودند تا بدین ترتیب روند شیردهی از پستان تسهیل گردد. نتایج پژوهش Cadwell و همکاران در این زمینه نشان داد که می‌توان مادران شیرده را از طریق ارزیابی، آموزش و مداخلات اصلاح کننده روش شیردهی برای درمان زخم و درد نوک پستان به همراه درمان‌های تجاری معمول (مانند وازلین و ویتامین آ+د) حمایت کرد (۴۱). نتایج یک مطالعه مروری در انگلستان گزارش کرد که اگرچه هیچ عامل موضعی رایج، نتیجه بسیار عالی در تسکین ناراحتی نوک پستان ندارد، اما مهم‌ترین عامل در کاهش شیوع درد، آموزش رعایت تکنیک صحیح شیردهی و همچنین، راهنمایی قبلی در خصوص شیوع بالای درد زودرس نوک پستان در دوره پس از زایمان می‌باشد (۲۳).

نتایج پژوهش تفضلی و همکاران نشان داد که وضعیت صحیح قرارگیری نوزاد هنگام شیردهی، درد و حساسیت شقاق نوک پستان را در دوره بعد زایمان کاهش می‌دهد (۴۲). رعایت وضعیت مناسب شیردهی و راه‌های تحریک رفلکس جهش شیر می‌تواند منجر به حداکثر دریافت شیر در نوزاد با حداقل مشکل برای مادر شود (۴۳). خوشبختانه مادران تحقیق حاضر به اثربخشی این راهبردهای به کار گرفته شده اشاره و تأکید داشتند.

**محدودیت‌ها:** محدودیت‌های مربوط به مطالعات کیفی در پژوهش حاضر نیز وجود داشت. قابل تعمیم نبودن و وابسته بودن نتایج تحقیق به شرایط، از جمله محدودیت‌ها به شمار می‌رود؛ در حالی که خود می‌تواند از دیدگاه دیگری با توجه به لحاظ شدن متغیرهای محیطی و فرهنگی در پژوهش‌های کیفی و عمق آن نسبت به پژوهش‌های کمی، نقاط قوت محسوب گردد.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مادران شیرده جهت حفظ و تداوم تغذیه انحصاری، از راهبردهای متنوع، مؤثر و مناسبی استفاده نمودند و توانستند این دوره را با موفقیت پشت سر بگذارند. در واقع، تلاش هوشمندانه مادران، نقشی اساسی در موفقیت آن‌ها برای تغذیه انحصاری با شیر مادر داشت و این رمز موفقیت می‌تواند برای دیگر مادران شیرده الگوی قابل یادگیری و پیروی باشد. بنابراین، توصیه می‌شود ضمن انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه، برای حفظ، ارتقا و تداوم تغذیه انحصاری در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی- درمانی مرتبط با شیردهی، به مشاوره دقیق شیردهی در دوران بارداری و پس از زایمان و ویژگی‌های فردی، خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی مادران شیرده در اتخاذ راهبرد مؤثر و مناسب توجه بیشتری صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران می‌باشد.

این تحقیق همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی به جهت حمایت مالی، معنوی و همچنین، از کلیه افرادی که در

## References

1. Kliegman R. Nelson textbook of pediatrics. 19<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2012.
2. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's essentials of pediatric nursing 9: Wong's essentials of pediatric nursing. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2013.
3. Olds SW, Marks L, Eiger MS. The complete book of breastfeeding. New York, NY: Workman Publishing Company, Incorporated; 2010.
4. Szucs KA. American academy of pediatrics section on breastfeeding. J Hum Lact 2011; 27(4): 378-9.
5. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. Women Birth 2014; 27(1): 37-40.
6. Breastfeeding Promotion Society Commissioned the Ministry of Health. Training set of promotion of breastfeeding education. Tehran, Iran: United Nations children's fund (UNICEF); 2009. [In Persian].
7. Ministry of Health, Treatment, and Medical Education. The National Program for the Promotion of Breastfeeding in the Islamic Republic of Iran: Past, Present and Future. Tehran, Iran: Foojan Geraphic Publication; 2012. [In Persian].
8. Raisi Dehkordi Z, Raei M, Ghassab Shirazi M, Raisi Dehkordi S A, Mirmohammadali M. Effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparus women. Hayat 2012; 18(2): 57-65. [In Persian].
9. Kyle T. Essentials of pediatric nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. [In Persian].
10. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: Prevalence, duration and current recommendations. Int Breastfeed J 2009; 4: 8.
11. Abolghasemi N, Merghati Khoie ES. Determinants of breastfeeding promotion as perceived by health personnel. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2012; 9(4): 33-42. [In Persian].
12. Barona-Vilar C, Escriba-Aguir V, Ferrero-Gandia R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. Midwifery 2009; 25(2): 187-94.
13. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: The influence of modifiable antenatal factors. J Hum Lact 2004; 20(1): 30-8.
14. Rambod M, Rafii F. Perceived social support in hemodialysis patients. Iran J Nurs 2009; 22(58): 99-110. [In Persian].
15. Haidari S, Salahshourian A, Rafii F. The relationship between social support and quality of life in cancer patients affiliated to Iran University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2006. p. 124-5. [In Persian].
16. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-88.
17. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
18. Amir LH. Breastfeeding in public: "You can do it?". Int Breastfeed J 2014; 9(1): 187.
19. Bellintxon M, Zarageta MC, Adrian MC, Lopez-Dicastillo O. Initiating breastfeeding: Experiences of first-time mothers. An Sist Sanit Navar 2011; 34(3): 409-18.
20. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB. Breastfeeding handbook for physicians. Washington, DC: American Academy of Pediatrics; 2013.
21. McQueen KA, Dennis CL, Stremmler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2011; 40(1): 35-46.
22. Boskabadi H, Maamouri G, Ebrahimi M, Ghayour-Mobarhan M, Esmaeily H, Sahebkar A, et al. Neonatal hypernatremia and dehydration in infants receiving inadequate breastfeeding. Asia Pac J Clin Nutr 2010; 19(3): 301-7.
23. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(4): 428-37.
24. Powers D. Understanding the physics behind correctly positioning a baby at the breast. Int J Childbirth Educ

- 2008; 23(2): 18-9.
25. Lundberg PC, Trieu TN. Vietnamese women's cultural beliefs and practices related to the postpartum period. *Midwifery* 2011; 27(5): 731-6.
  26. Roudbari M, Mousavi SA, Asadi B. The breastfeeding period and its associated factors in mothers with less than 3 years infants at Zahedan health centers in 2005. *Koomesh* 2006; 7(1-2): 49-54. [In Persian].
  27. Morowatisharifabad M, Hajizadeh H, Akhavan Karbasi S, Fallahzadeh H. Study of the status of 6-12 months children exclusive breast-fed up to six months and its related factors in the urban health care centers of Ardakan City. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 40(3): 64-94. [In Persian].
  28. Gafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A, Ahmad Shearbafi M. Related factors to continued breastfeeding in infants. *Holist Nurs Midwifery* 2014; 24(2): 1-8. [In Persian].
  29. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Obstet Gynecol* 2012; 119(6): 1171-9.
  30. Huang MZ, Kuo SC, Avery MD, Chen W, Lin KC, Gau ML. Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. *J Clin Nurs* 2007; 16(8): 1571-9.
  31. Sturrock WA, Johnson JA. The relationship between childbirth education classes and obstetric outcome. *Birth* 1990; 17(2): 82-5.
  32. Cwiek D, Grochans E, Sowinska-Glugiewicz I, Wysiecki P. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. *Wiad Lek* 2004; 57(Suppl 1): 48-51.
  33. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M. An Australian study of midwives' breast-feeding knowledge. *Midwifery* 2003; 19(4): 310-7.
  34. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2004; 18(1): 8-14.
  35. Maulana MA. The Holy Quran: Surah Taha, verse 124. In: English Translation of the Holy Quran. London, UK: A.a.i.i.l.; 2011.
  36. Yahyazadeh Jeloudar S, Lotfi Godarzi F. Treatment of depression by praying and worship. *J Babol Univ Med Sci* 2013; 15(1): 94-100. [In Persian].
  37. Salarkia N, Amini M, Abdollahi M, Eshrati B. Socio-economic and cultural factors affecting child feeding practices: An exploratory qualitative study in Damavand. *Iran J Nutr Sci Food Technol* 2017; 5(4): 75. [In Persian].
  38. Wang X, Wang Y, Zanzhou S, Wang J, Wang J. A population-based survey of women's traditional postpartum behaviours in Northern China. *Midwifery* 2008; 24(2): 238-45.
  39. Osman H, Chaaya M, El ZL, Naassan G, Wick L. What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health* 2010; 10: 611.
  40. de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery* 2014; 30(6): 657-66.
  41. Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, Brimdyr K, Maja MZ. Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *J Perinat Educ* 2004; 13(1): 29-35.
  42. Tafazoli M, Ebrahimi A, Mohammad Zadeh A, Esmaili H. Effect of breastfeeding technique modification on prevention of nipple sore. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(138): 10-7. [In Persian].
  43. Boskabadi H, Ramazanadeh M, Zakerihamidi M, Rezagholizade OF. Risk factors of breast problems in mothers and its effects on newborns. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(6): e8582.

## Mothers' Experiences of the Strategies Used to Gain Successful Exclusive Breastfeeding: A Qualitative Study

Zahra Sabzi<sup>1</sup>, Monireh Anoosheh<sup>2</sup>, Eesa Mohammadi<sup>3</sup>, Susan Parsay<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Effective and appropriate interventions used by nursing mothers in exclusive breast feeding, in accordance with existing conditions, can have a great effect on the maintenance, continuity and promotion of breastfeeding. So, identifying these successful strategies is essential to make future breast feeding health plans for mothers and infants, and to ensure exclusive breastfeeding.

**Method:** This was a qualitative study of conventional content analysis conducted in the year 2014. Participants included sixteen lactating mothers of kids up to one year old, and of successful experience in exclusive breastfeeding, who have refereed to health centers in Golestan and Mazandaran universities of medical sciences, Iran. Their experiences on the strategies used successfully in the first six months of exclusive breastfeeding were collected through unstructured and in-depth interviews. Sampling was purposive and was continued until reaching data saturation. The study data were analyzed using constant comparison analysis technique.

**Results:** Eight main themes related to the nature and dimensions of mothers' understanding of the strategies used to gain successful exclusive breastfeeding were extracted. These themes were as "comfortable and pleasant preparation before breastfeeding", "information from reliable sources", "lifestyle adjustment to breastfeeding", "intelligent resiliency", "resolutions for infant's reluctance in breastfeeding", "strengthening and ensuring the adequacy of milk and lactation", "breast care during breastfeeding", and "the use of religious instructions".

**Conclusion:** It is recommended to consider the role and eminence of mothers, and their successful strategies and guidelines related to successful exclusive breastfeeding seriously in codification of health care policies.

**Keywords:** Breastfeeding, Exclusive breastfeeding, Empowerment, Mothers, Strategies, Qualitative research

**Citation:** Sabzi Z, Anoosheh M, Mohammadi E, Parsay S. **Mothers' Experiences of the Strategies Used to Gain Successful Exclusive Breastfeeding: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(4): 385-99.

Received date: 08.06.2016

Accept date: 24.07.2016

1- PhD in Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Social Medicine, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Monireh Anoosheh, Email: anoosheh@modares.ac.ir