

## کیفیت زندگی مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

معصومه علیجان پور آقاملکی<sup>۱</sup>، پروین بهادران<sup>۲\*</sup>

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران  
 ۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
 \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۱۱۵۷۶۱۹. ایمیل: bahadoran@nm.mui.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** شیردهی یکی از دوران‌های بحرانی از نظر حفظ سلامت در زنان می‌باشد. امروزه در اندازه‌گیری سلامت، در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامت و به بیان دیگر «کیفیت زندگی» بیش از پیش مطرح است. هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی مقطعی بود که با روش نمونه‌گیری آسان بر روی ۱۸۹ زن دارای پرونده بهداشتی در مراکز منتخب بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام شد. اطلاعات با پرسشنامه استرس هولمز راهه و پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری و با آمار توصیفی و استنباطی از طریق SPSS-18 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میزان کیفیت گروه شیر مادر انحصاری بالاتر از دیگر گروه‌ها بود، گرچه این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (گروه شیر مادر ۱۰/۶±۸۵/۷، گروه شیر خشک ۱۲/۲±۸۳/۹ و در گروه توأم ۱۳/۱±۸۲/۱). میانگین نمره بعد فیزیکی کیفیت زندگی بین گروه‌های شیر مادر (۲۴/۷±۳/۶)، شیرخشک (۲۳/۷±۴/۱) و گروه توأم (۲۲/۷±۴/۱) اختلاف معنی‌داری داشت (p=۰/۰۳)، اما میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی، در بین گروه‌ها (شیرمادر=۲۱/۳، شیرخشک=۲۰/۶ و توأم=۲۰/۴) اختلاف معنی‌داری نشان نداد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج که نشان‌دهنده بالاتر بودن نمره کیفیت زندگی در گروه شیرمادر بود، می‌توان با برنامه‌ریزی گسترده و اقدامات حمایتی توسط خانواده و جامعه، مانند کمک و حضور همسر در امر شیردهی با پستان، هم کیفیت زندگی و سلامت مادران جامعه و هم میزان شیردهی را افزایش داد.

**واژه‌های کلیدی:** الگوی شیردهی، کیفیت زندگی، مادران شیرده

دریافت: ۹۳/۱۰/۲۰ پذیرش: ۹۴/۲/۲۴

### مقدمه

کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است و از رضایت و یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم است ناشی می‌شود و شامل حوزه‌های سلامتی، شغلی، اقتصادی-اجتماعی، روحی-روانی و خانوادگی بوده و به عنوان معیار اندازه‌گیری مراقبت‌های سلامتی حائز اهمیت است (۱). یک مسئله بسیار مهم در دوره پس از زایمان شیردهی است که در تمام طول زندگی مادر به عنوان یک خاطره و

تجربه باقی می‌ماند و می‌تواند یک دوره بحرانی از نظر سلامت در زندگی زنان باشد (۲). الگوهای شیردهی در سال اول تولد به صورت الگوهای انحصاری شیر مادر، انحصاری شیر خشک و ترکیب شیرخشک و شیر مادر می‌باشد. شیردهی یک موضوع کلیدی در سلامت عمومی است که از سال‌ها پیش به عنوان روش برتر تغذیه در سال اول زندگی تشخیص داده شده است و از طرفی اعتقاد بر این است که امید به زندگی زنان با شیردهی ارتقا

می‌یابد (۳). سازمان بهداشت جهانی و آکادمی پزشکی اطفال آمریکا، تغذیه انحصاری با شیر مادر را به عنوان روش بهینه برای تغذیه شیرخوار بری ۶ ماه اول زندگی و ادامه آن تا ۱۲ ماهگی توصیه می‌کند. اهداف سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۲۰ برای تغذیه انحصاری ۶۰ درصد در ۳ ماهگی و ۲۵ درصد در ۶ ماهگی می‌باشد، اما رقم‌های کنونی تنها ۳۳ درصد در ۳ ماهگی و ۱۴ درصد در ۶ ماهگی می‌باشد (۴). همچنین در روایات و آیات قرآنی نیز به اهمیت شیر مادر اشاره شده است (۵). شیر مادر دارای مزیت و برتری‌های روانی-اجتماعی، شناختی، مصونیتی و تغذیه‌ای می‌باشد. در پژوهش‌های متعددی فواید روانشناسی، ایمونولوژی، بیومدیکال، اقتصادی و تغذیه‌ای شیر مادر برای سلامت مادر و نوزاد تعیین شده است (۳).

شیردهی برای مادر موجب سهولت در از دست دادن وزن اضافی بعد از زایمان، افزایش انقباضات رحم برای کنترل خونریزی رحمی، بهبود برگشت رحم در نتیجه آزادی اکسی توسین، کاهش خطر سرطان پستان، کاهش پوکی استخوان و کاهش احتمال حاملگی و باعث مهار پیشرفت بیماری آندومتر یوز رحم می‌شود (۶). از طرف دیگر شیردهی برای بعضی از زنان تجربه مثبتی نیست و ممکن است برای آنها دشوار، ناخوشایند و مخل باشد (۷). هاریس<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که تجارب شیردهی بعضی از زنان با تصاویر کامل بعد از زایمان آنها تناسب ندارد و احساس می‌کنند که اعتماد به نفسشان آسیب دیده و در کنترل زندگی ناتوان هستند و از شیردهی لذت نمی‌برند (۷). عوامل متعددی مانند سلامت جسمی و روحی مادر، سلامت شیرخوار، ارتباط با خانواده، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و شرایط محیط زندگی، درک مادران را در مورد تجارب شیردهی تحت تاثیر قرار

می‌دهد. بنابراین تجربه شیردهی به عنوان عملی در نظر گرفته شده است که توسط هنجارهای اجتماعی-فرهنگی و شرایط اقتصادی غالب به وجود آمده است (۸). چن<sup>۲</sup> و همکاران به مقایسه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی مادرانی که از الگوهای مختلف شیردهی استفاده می‌کردند، پرداختند. نتایج نشان داد مادرانی که به مدت ۶ ماه یا بیشتر شیردهی داشتند نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند. علاوه بر آن نمره عملکرد فیزیکی، درک سلامت عمومی و سلامت روحی در مادرانی که به مدت ۶ ماه یا بیشتر شیردهی داشتند نسبت به مادرانی که اصلاً شیردهی با پستان نداشتند بالاتر بود (۹). همچنین نتایج مطالعه زوباران و همکاران نشان داد که در مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه منحصرأ شیرمادر و گروه توأم، بین دو گروه تنها در بعد اجتماعی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در ابعاد دیگر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (۱۰). مادر به عنوان رکن اساسی در خانواده مطرح است و نقش مهمی در تربیت کودکان بر عهده دارد که توصیه‌های فراوانی در مورد شیردهی از پستان شده است، اما شیردهی ممکن است مشکلاتی را برای زنان ایجاد کند که سبب شود از شیردهی باز بمانند. این مشکلات ممکن است در کیفیت زندگی وی تاثیر بگذارد. علیرغم اینکه ممکن است عوامل متعددی با کیفیت و توالی تجربه شیردهی و سطوح متغیر صلاحیت مادر برای تجربه شیردهی تداخل داشته باشد، شواهد علمی محدودی درباره امکان تغییرات در کیفیت زندگی تجربه شده توسط مادر در طی شیردهی وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط الگوی شیردهی با ابعاد فیزیکی و اجتماعی کیفیت زندگی مادران تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان انجام گرفت.

<sup>2</sup> Chen<sup>1</sup> Harris

## روش کار

این مطالعه مقطعی، بر ۱۸۹ زن دارای پرونده بهداشتی در مراکز منتخب بهداشتی درمانی شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری آسان در سال ۱۳۹۲ انجام شد. برای هر گروه از سه گروه الگوی شیردهی مورد پژوهش این مطالعه (گروه شیر مادر انحصاری، گروه شیر خشک انحصاری و گروه توأم یعنی مادرانی که کودک خود را هم با شیر مادر و هم با شیر خشک تغذیه می‌کردند) ۶۳ نفر انتخاب شد. تعداد نمونه با استفاده از فرمول زیر به دست آمد.

$$N = (Z_1 + Z_2)^2 \cdot \sigma^2 / d^2$$

از بین مراکز بهداشتی شهر اصفهان، تعداد ۸ مرکز که دارای تعداد بیشتر پرونده مراقبت از مادر و کودک زیر یک سال بودند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری از این مراکز تا به حد نصاب رسیدن تعداد واحدهای مورد پژوهش، حدود ۵ ماه به طول انجامید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: سن ۴۰-۱۸ سال، دارای شیرخوار سالم ۳ تا ۱۲ ماهه حاصل از حاملگی ترم و سالم و تک قلو و عدم سابقه بستری طولانی مدت در بیمارستان، نداشتن مشکلات روانی و جسمانی مزمن، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم اشتغال در کار سخت و سنگین و نمره استرس کمتر از ۲۰۰. مادران بر اساس الگوی شیردهی به سه گروه ۶۳ نفری شیردهی انحصاری، شیرخشک انحصاری و ترکیب شیر مادر و شیر خشک تقسیم شدند. پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی از افراد واجد شرایط، ابتدا پرسشنامه رویداد زندگی هولمز-راهه<sup>۱</sup> تکمیل گردید. نمونه‌ها در صورت اخذ نمره استرس کمتر از ۲۰۰ وارد مطالعه می‌شدند. بعد از آن پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه خلاصه‌شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> به صورت مصاحبه چهره به چهره توسط پرسشگر

تکمیل شد. پرسشنامه رویدادهای زندگی هولمز و راهه (مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتماعی) شامل ۴۱ رویداد زندگی با شدتی از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. بیشترین شدت متعلق به مرگ همسر و کمترین شدت مربوط به تخلفات کوچک قانونی است. این فهرست برای تعیین نوع، تعداد رویدادهای استرس‌زا و شدت استرس حاصل از تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی بکار می‌رود که به صورت سوالات بسته دو گزینه‌ای بلی و خیر می‌باشد و بر اساس پاسخ مثبت یا منفی به این سوالات، نمره شدت استرس هر یک از واحدهای پژوهش مشخص می‌گردد و سپس طبق طبقه‌بندی موجود در این فهرست در یکی از چهار طبقه خیلی خفیف (۰-۱۴۹)، خفیف (۱۵۰-۱۹۹)، متوسط (۲۰۰-۲۹۹) و یا شدید (۳۰۰) قرار می‌گیرد (۱۱).

پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت شامل ۲۶ سوال در ابعاد جسمانی، روانشناختی، اجتماعی، محیط زندگی و حیطة کلی است که ۷ مورد آن مربوط به حیطة سلامت فیزیکی، ۶ مورد مربوط به حیطة سلامت روانشناختی، ۳ مورد مربوط به روابط اجتماعی و ۸ مورد دیگر مربوط به محیط زندگی است. در این مقاله به بررسی دو بعد سلامت فیزیکی و اجتماعی آن پرداخته شد. ۷ شاخص بعد سلامت فیزیکی مانند درد، مشکلات نیازمند مراقبت‌های پزشکی، انرژی انجام فعالیت روزانه، تحرک و پویایی، خواب و استراحت، فعالیت‌های زندگی روزانه و توانمندی انجام کار است. حداکثر نمره این قسمت حداکثر ۳۵ و حداقل ۷ می‌باشد. سه مورد مربوط به روابط اجتماعی شامل ارتباطات خصوصی و شخصی، حمایت اجتماعی و اطلاعات مربوط به زندگی روزمره می‌باشد که حداکثر نمره در این بعد ۱۵ و حداقل ۳ می‌باشد. هر بعد جداگانه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد می‌باشد. روایی پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت تایید شده و

<sup>1</sup> Holmes- Rahe

<sup>2</sup> WHOQOL-BREF

پایایی آن نیز با تعیین نمره آلفا کرونباخ (مساوی یا بیشتر از ۰/۷) مشخص شده است (۱۲). اطلاعات به دست آمده با استفاده از SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های کروسکال-والیس، آنالیز واریانس و کای اسکوئر و آزمون LSD تجزیه تحلیل شد و  $p < ۰/۰۵$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مشخصات فردی نمونه‌های مورد پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. آنالیز

واریانس یک طرفه بین خصوصیات فردی و الگوی شیردهی به جز در تعداد سقط ( $p = ۰/۰۳$ ) ارتباط معنی‌داری نشان نداد. همچنین آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین خصوصیات فردی کیفی و الگوی شیردهی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. آنالیز واریانس یک طرفه در بررسی نمره کلی کیفیت زندگی با الگوی شیردهی نشان‌دهنده عدم تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه بود.

جدول ۱. خصوصیات فردی اجتماعی در سه گروه شیر مادر انحصاری، شیرخشک انحصاری و توأم

متغیر	گروه شیر مادر انحصاری		گروه توأم
	میانگین	میانگین	
سن مادر (سال)	۲۹/۵ ± ۴/۷	۲۸/۴ ± ۴	۲۸/۹ ± ۴/۸
سن شیرخوار (ماه)	۲۷/۵ ± ۲/۹	۲۷/۹ ± ۲/۸	۲۷/۰ ± ۲/۹
تعداد حاملگی	۱/۶۲ ± ۰/۷	۱/۸۲ ± ۱/۲۶	۱/۷۵ ± ۰/۹
تعداد زایمان	۱/۵۱ ± ۰/۷	۱/۳۸ ± ۰/۶	۱/۴۶ ± ۰/۶۴
تعداد سقط	۰/۱۱ ± ۰/۴۰	۰/۴۴ ± ۰/۱۳	۰/۳ ± ۰/۰۷
تعداد فرزند زنده	۱/۴۹ ± ۰/۷	۱/۳۵ ± ۰/۶	۱/۴۶ ± ۰/۶
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نوع زایمان	طبیعی	۲۲(۳۴/۹)	۲۰(۳۱/۷)
	سزارین	۴۱(۶۵/۱)	۴۳(۶۸/۳)
جنس	دختر	۳۷(۵۸/۷)	۳۳(۵۲/۴)
	پسر	۲۶(۴۱/۳)	۳۰(۴۷/۶)
اشتغال	خانه دار	۵۸(۹۲/۱)	۵۰(۷۹/۴)
	شاغل	۵(۷/۹)	۱۳(۲۰/۶)
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۶(۲۵/۴)	۱۴(۲۲/۳)
	دیپلم	۲۲(۳۴/۹)	۲۱(۳۳/۳)
	دانشگاهی	۲۵(۳۹/۷)	۲۸(۴۴/۴)
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۶(۲۵/۴)	۱۶(۲۵/۴)
	متوسط	۴۴(۶۹/۹)	۴۱(۶۵/۱)
	ضعیف	۳(۴/۸)	۶(۹/۵)

گروه شیر مادر انحصاری به طور معناداری بهتر از گروه توأم بود ( $p = ۰/۰۰۷$ ). ولی در مقایسه با گروه شیرخشک انحصاری ( $p = ۰/۱۵$ ) و همچنین مقایسه گروه شیرخشک انحصاری با گروه توأم، اختلاف معناداری در میانگین نمرات دیده نشد. همچنین آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره

در بعد فیزیکی، آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی در سه گروه وجود داشت ( $p = ۰/۰۳$ ). ضمناً آزمون LSD (آزمون t student با استفاده از واریانس خطای ادغام شده) نیز نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد فیزیکی در

## بعد اجتماعی بین سه گروه تفاوت معناداری نداشت (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و اجتماعی در سه گروه شیر مادرانحصاری، شیرخشک انحصاری و توأم

ابعاد کیفیت زندگی	گروه شیر مادر انحصاری			گروه شیر خشک انحصاری		گروه توأم	
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	F	P
جسمی	۲۴/۷ ± ۳/۶	۲۳/۷ ± ۴/۱	۲۲/۷ ± ۴/۱	۳/۶۷	۰/۰۳		
اجتماعی	۱۰/۷ ± ۲/۳	۱۰/۹ ± ۲	۱۰/۵ ± ۲/۲	۰/۵۶	۰/۵۷		
بعد کلی کیفیت زندگی	۸۵/۷ ± ۱۰/۶	۸۳/۹ ± ۱۲/۲	۸۲/۱ ± ۱۳/۱	۱/۳۹	۰/۲۵		

## بحث

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمی در گروه شیر مادر انحصاری نسبت به گروه شیر خشک انحصاری و گروه توأم بالاتر بود و تفاوت آماری معنی‌داری در مقایسه این بعد از کیفیت زندگی بین سه گروه وجود داشت، به این معنی که این گروه مادران از سلامت جسمی بالاتری برخوردار بودند. همسو با این نتایج، در تحقیق چن و همکاران مشاهده شد که تفاوت معنی‌داری در بعد عملکرد جسمی و درک سلامت عمومی کیفیت زندگی بین مادرانی که به مدت شش ماه یا بیشتر شیردهی داشتند، نسبت به مادرانی که اصلاً شیردهی نداشتند وجود داشت. بدین معنی که نمره عملکرد فیزیکی و درک سلامت عمومی در مادرانی که به مدت ۶ ماه یا بیشتر شیردهی داشتند نسبت به مادرانی که اصلاً شیردهی با پستان نداشتند بالاتر بود (۹). در بررسی نتایج مشاهده شد که در گروه مادران شیرده تعداد موارد زایمان طبیعی بیشتر از موارد سزارین بود و مسلماً سلامتی و عملکرد جسمی مادران با نوع زایمان ارتباط دارد، بدین معنی که در زایمان طبیعی مادر از سلامت جسمانی بالاتری برخوردار است. در این ارتباط، مطالعه ضیا اسلامی و همکاران نشان داد که مادران سزارین شده به مراتب کمتر از مادران با زایمان طبیعی در امر تغذیه انحصاری با شیر مادر موفق بودند (۱۳). همچنین در مطالعه نیک پور و همکاران مشاهده شد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی در گروه زایمان سزارین به طور معنی‌داری

نسبت به گروه زایمان طبیعی پایین‌تر بود (۱۴). در مطالعه حاضر نیز همسو با مطالعات فوق مشاهده شد که در گروه شیرخشک و گروه توأم نسبت به گروه شیرمادر، تعداد سزارین به طور واضح ولی غیر معنی‌داری بالاتر و میانگین نمره کیفیت زندگی پایین‌تر بود. مادرانی که شیردهی (با شیر مادر) دارند ممکن است نسبت به گروه‌های دیگر، از نظر نوع تغذیه و استراحت از طرف خانواده مورد توجه و حمایت بیشتری قرار گیرند و نیز شیردهی سبب افزایش انقباضات رحم برای کنترل خونریزی رحمی، بهبود برگشت رحم در نتیجه آزادی اکسی توسین و راحت‌تر بودن خیال مادر از بابت حاملگی لاقول در چند ماه اول بعد از زایمان و همچنین سبب کاهش بستری‌شدن شیرخوار در بیمارستان و موارد دیگر می‌گردد (۱۵). پس به نظر منطقی است که مادران شیرده سلامت جسمی بیشتری را احساس کنند که می‌تواند نتایج این تحقیق را حمایت نماید. غیر همسو با نتایج این مطالعه، در مطالعه زوباران و همکاران مشاهده شد که میانگین نمره بعد جسمی کیفیت زندگی در دو گروه منحصراً شیرمادر و گروه توأم تفاوت معنی‌داری نداشت. همسو نبودن این نتایج با مطالعه حاضر ممکن است به دلیل تعداد نمونه‌های مورد پژوهش باشد. همچنین در مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در گروه شیر خشک نسبت به گروه شیرمادر و گروه توأم بالاتر بود، ولی تفاوت آماری معنی‌داری از این نظر بین سه گروه مشاهده نشد. همسو با این نتایج، مطالعه چن بین بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی

آوردن نتایج کاملتر نیاز به مطالعات بیشتری وجود دارد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به سنجش وضعیت اقتصادی در این تحقیق که با یک سوال کیفی دیدگاه مادران نسبت به وضعیت اقتصادی خود ارزیابی شد، اشاره نمود.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده که نشان‌دهنده بالاتر بودن بعد سلامت جسمی در گروه شیر مادرانحصاری بود، می‌توان نتیجه گرفت که لازم است مادران به شیردهی از پستان تشویق شوند، چون سلامت جسمی بالاتر مادر متضمن سلامت بیشتر خانواده خواهد بود. از طرف دیگر باید توجه داشت که گروهی از مادران علیرغم میل خود قادر به شیردهی نیستند و باید همانند مادران شیرده از سلامت جسمی کافی برخوردار باشند، لذا این مادران باید مورد مراقبت و آموزش بیشتر قرار گیرند که وظیفه سیستم بهداشتی درمانی هر جامعه است. نیاز به انجام مطالعاتی در آینده برای تعیین عوامل مداخله‌کننده در ارتباط بین شیردهی و کیفیت زندگی مادر از پیشنهادات دیگر است.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اصفهان (با شماره ۳۹۲۰۹۰) می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که تامین‌کننده هزینه طرح پژوهشی بودند و همچنین معاونت محترم بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

و گروه‌های شیر مادر انحصاری، توأم و شیرخشک انحصاری رابطه معنی‌داری نشان نداد (۹). اما در مطالعه زوباران نتایج نشان داد میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی بین گروه‌های منحصراً شیرمادر و توأم متفاوت است (۱۰).

عوامل متعددی در سلامت عملکرد اجتماعی تاثیرگذار است. حمایت اجتماعی و خانوادگی یکی از سازه‌های بعد اجتماعی است که سبب افزایش میزان شیردهی و افزایش کیفیت زندگی خواهد شد (۶). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا و تسهیل تحمل مشکلات برای افراد می‌باشد (۱۳). در تحقیق حاضر، تفاوت معنی‌داری بین الگوی شیردهی و بعد اجتماعی مشاهده نشد. در ادامه نتایج نشان داد که علیرغم بالاتر بودن میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه شیر مادرانحصاری نسبت به گروه شیرخشک انحصاری و گروه توأم، اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه دیده نشد. در مطالعه نیک پور، نمره کلی کیفیت زندگی دوره پس از زایمان در واحدهای مورد پژوهش ۷۷/۱۸ بود که با نتایج این مطالعه مشابهت و همخوانی داشت (۱۴). همین‌طور در مطالعه چن مشخص شد که میانگین نمره کیفیت زندگی در مادران گروه شیرمادر انحصاری نسبت به مادران گروه شیرخشک انحصاری و توأم به طور معناداری بالاتر بود (۹) که با مطالعه حاضر مطابقت ندارد. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه در مطالعه حاضر اکثریت افراد در گروه شیرخشک و گروه توأم معمولاً در ۱ الی ۲ ماه اول (کمتر از ۳ ماه) تا حدی شیرخوار را با شیر خود تغذیه نموده و سپس اقدام به دادن شیرخشک یا ترکیبی از شیرخشک و شیرمادر کرده بودند، شاید تاثیر چندانی بر نمره کلی کیفیت زندگی نگذاشته بود و برای بدست

## References

1. Bahadoran P, Alijanpoor M, Yousefy A. Relationship between infants' feeding pattern and mothers' physical and psychological health among the mothers covered by the health centers of Isfahan in 2013. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015; 20(2) 216-220. [Persian]
2. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 2001; 24(3), 212-219.
3. Ghasemi S, Azari GH, Rahchamani M. Investigating rate of physical activities and its associated factors in breastfeeding mothers referred to health center. *Payesh* 2010;11:643-9.[Persian]
4. Holmes AV, Auinger P, Harward CR. Combination feeding of breast milk and formula: evidence for shorter breast-feeding duration from the nation health and nutrition examination survey *The Journal of Pediatrics* 2011; 159(2):186-191.
5. Ghanbarnejhad A, Abediny S, Tagipoor L. Exclusive breastfeeding and its related factors among infants in Bandar Abbas. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2014; 16(1):85-91 [Persian].
6. Scott RS. *Essentials of Maternity, Newborn and woman's health nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
7. Harris M, Nayda R, Summers A. Breasts and breastfeeding: perspectives of women in the early months after birthing. *Breastfeed review* 2003;11(3): 21-29.
8. Vesga-lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(7):805-815.
9. Chen YC, Chie WC, Kuo SC, Lin YH, Lin SJ, Chen PC. The association between infant feeding pattern and mother's quality of life in Taiwan. *Quality of Life Research* 2007;16(8):1281-1288.
10. Zubarán C, Foresti K. The Correlation between breastfeeding and maternal quality of life in Southern Brazil. *Breastfeeding Medicine* 2011;6(1):25-30.
11. Hamid N, Mazarei R, Pak S. Correlation between daily stresses and coping styles with mental health in patients with migraine headache. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2013;21(84):73-81. [Persian]
12. Usefy A R, Ghassemi Gh R, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei A M, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Mental Health* 2010;46(2):139-147.
13. Eslami Z, Golestan M, Fallah R, Shajaree A. Relationship between delivery type and successful breastfeeding. *Iranian Journal of Pediatrics* 2008; 18(1): 47-52. [Persian]
14. Nikpoor M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzade S, Khani S. Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and Cesarean Section. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010; 13(158):44-50. [Persian]
15. Shishehgar S, Dolatian M, Bakhtiari M, Alavi-Majd H. A survey of relationship between social support with quality of life as well as stress among pregnant women referred to Shahryar hospital affiliated to Social Security Organization in 2012. *Journal of school of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and health services* 2013; 23(81): 27-32.

## Quality of life of Nursing Mothers Referred to Healthcare Centers

Alijanpoor M<sup>1</sup>, Bahadoran P\*<sup>2</sup>

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences. Babol, Iran

2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Iran.

\* *Corresponding author.* Tel: +989131157619 E-mail: bahadoran@nm.mui.ac.ir

Received: Jan 10, 2015 Accepted: May 14, 2015

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Infant feeding is one of the critical periods in the women's life. Today, considering the multiple dimensions of health, in other words quality of life, is greater measure in assessing the health status. The aim of this study was to investigate quality of life of nursing mothers referring to healthcare centers in Isfahan.

**Methods:** In this cross-sectional and correlational study, 189 mothers were selected during 2013 by the convenience sampling method in Isfahan. Demographic and World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life questionnaire was completed by the each participant. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data in SPSS v.18.

**Results:** the score of quality of life in breast feeding mothers was higer than other groups, although it was not significant (breast-feeding= $85.7 \pm 10.6$ ), formula= $83.9 \pm 12.2$  and combination feeding of breast-feeding and formula= $82.1 \pm 13.1$ ). Mean score of physical dimension of quality of life was significantly different among groups (breastfeeding= $24.7 \pm 3.6$ , formula= $23.7 \pm 4.1$  and combination feeding of breast milk and formula= $22.7 \pm 4.1$ ), but mean score of social dimension was not different (breast-feeding= $10.7 \pm 2.3$ , formula= $10.9 \pm 2$  and combination feeding of breast milk and formula= $10.5 \pm 2.2$ ).

**Conclusions:** According to the results that showed higher quality of life score among the breastfeeding group, we can increase the mother's quality of life by encouraging them for breastfeeding as well as national program and supportive interventions by families and communities such as support and presence of husbands in breast-feeding time.

**Keywords:** Feeding Pattern, Quality of Life, Nursing Mothers.