مجله سلامت و مراقبت

دوره هفدهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹٤، صفحات ۱۰۸ تا ۱۱۵

کیفیت زندگی مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

معصومه علیجان پور آقاملکی[1]، پروین بهادران[2]*

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 نمونه گیری 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.

یافته ها: میزان کیفیت گروه شیر مادر انحصاری بالاتر از دیگر گروه ها بود، گرچه این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار 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 گروه های شیر مادر (۳/۶±۲٤/۷)، شیرخشک (٤/۱ ± ۲۳/۷) و گروه توأم (٤/۱±۲۲/۷) اختلاف معنی‌داری داشت (p=۰/۰۳)، اما میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی، در بین گروه‌ها (شیرمادر=۲۱/۳، شیرخشک= ۲۰/۶ و توأم= ۲۰/٤) اختلاف معنی‌داری نشان نداد.

نتیجه گیری: 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.

واژه های کلیدی: الگوی شیردهی، کیفیت زندگی، مادران شیرده

دریافت: ۹۳/۱۰/۲۰ **پذیرش:** ۹٤/۲/۲٤

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

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

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 ١٤ درصد در ۶ ماهگی می‌باشد (٤). 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 آندومتریوز 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[1] 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[2] 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 منحصراً 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.

[1] Harris

[2] Chen

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

روش کار

ایـن مطالعـه مقطعـی، بـر ۱۸۹ زن دارای پرونـده بهداشتی در مراکز منتخـب بهداشـتی درمـانی شـهر اصفهان با روش نمونـه‌گیـری آسـان در سـال ۱۳۹۲ انجـام شـد. بـرای هـر گـروه از سـه گـروه الگـوی شیردهی مورد پژوهش این مطالعه (گروه شیر مادر انحصاری، گروه شیر خشک انحصـاری و گـروه تـوأم یعنی مادرانی که کودک خود را هم بـا شـیر مـادر و هم با شیر خشک تغذیه می‌کردنـد) ۶۳ نفـر انتخـاب شد. تعداد نمونه با استفاده از فرمول زیر بـه دسـت آمد.

$$N= (Z_1 + Z_۲)^۲ \; ۲(S^۲)/d^۲$$

از بین مراکز بهداشتی شهر اصـفهان، تعـداد ۸ مرکـز که دارای تعـداد بیشـتر پرونـده مراقبـت از مـادر و کـودک زیـر یـک سـال بودنـد، انتخـاب شـدند. نمونه‌گیری از این مراکز تـا بـه حـد نصـاب رسـیدن تعداد واحدهای مورد پژوهش، حدود ۵ ماه به طـول انجامید. معیارهای ورود بـه مطالعـه عبـارت بـود از: سن ٤۰-۱۸ سال، دارای شیرخوار سالم ۳ تا ۱۲ ماهـه حاصل از حاملگی ترم و سالم و تک قلو و عدم سـابقه بستری طولانی مدت در بیمارستان، نداشتن مشکلات روانی و جسمانی مزمن، عدم اعتیاد به مـواد مخـدر، عدم اشتغال در کار سخت و سنگین و نمـره اسـترس کمتر از ۲۰۰. مادران بر اساس الگوی شیردهی به سه گـروه ۶۳ نفـری شـیردهی انحصـاری، شیرخشـک انحصاری و ترکیب شیر مـادر و شـیر خشـک تقسـیم شدند. پس از توضیح و اخـذ رضـایت کتبـی از افـراد واجد شرایط، ابتدا پرسشنامه رویداد زندگی هولمز-راهه[1] تکمیل گردید. نمونه‌ها در صـورت اخـذ نمـره استرس کمتر از ۲۰۰ وارد مطالعه می‌شـدند. بعـد از آن پرسشـنامه مشخصـات فـردی و پرسشـنامه خلاصه‌شده کیفیت زندگی سازمان جهـانی بهداشـت[2] به صورت مصاحبه چهره بـه چهـره توسـط پرسشـگر تکمیل شد. پرسشنامه رویدادهای زنـدگی هـولمز و راهه (مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتمـاعی) شـامل ٤۱ رویـداد زنـدگی بـا شـدتی از ۰ تـا ۱۰۰ می‌باشد. بیشترین شدت متعلـق بـه مـرگ همسـر و کمترین شـدت مربـوط بـه تخلفـات کوچـک قـانونی است. این فهرست برای تعیین نوع، تعداد رویدادهای اسـترس‌زا و شـدت اسـترس حاصـل از تجربـه رویـدادهای اسـترس‌زای زنـدگی بکـار مـی‌رود کـه بـه‌صـورت سـوالات بسـته دو گزینـه‌ای بلـی و خیـر می‌باشد و بر اسـاس پاسـخ مثبـت یـا منفـی بـه ایـن سوالات، نمره شدت اسـترس هـر یـک از واحـدهای پژوهش مشخص می‌گردد و سپس طبق طبقـه‌بنـدی موجود در این فهرست در یکی از چهـار طبقـه خیلـی خفیف (۱٤۹-۰)، خفیـف (۱۹۹-۱۵۰)، متوسـط (۲۹۹-۲۰۰) و یا شدید (۳۰۰) قرار می‌گیرد (۱۱).

پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشـت شـامل ۲۶ سـوال در ابعـاد جسـمانی، روانشناختی، اجتمـاعی، محـیط زنـدگی و حیطـه کلـی است که ۷ مورد آن مربوط به حیطه سلامت فیزیکی، ۶ مورد مربوط بـه حیطـه سـلامت روانشـناختی، ۳ مـورد مربوط به روابط اجتمـاعی و ۸ مـورد دیگـر مربـوط بـه محیط زندگی است. در این مقاله بـه بررسـی دو بعـد سلامت فیزیکی و اجتماعی آن پرداخته شد. ۷ شاخص بعـد سـلامت فیزیکـی ماننـد درد، مشـکلات نیازمنـد مراقبت‌های پزشکی، انرژی انجام فعالیت روزانه، تحـرک و پویایی، خواب و استراحت، فعالیت‌های زندگی روزانه و توانمندی انجام کـار اسـت. حـداکثر نمـره ایـن قسـمت حداکثر ۳۵ و حداقل ۷ می‌باشد. سـه مـورد مربـوط بـه روابط اجتمـاعی شـامل ارتباطـات خصوصـی و شخصـی، حمایت اجتماعی و اطلاعات مربوط بـه زنـدگی روزمـره می‌باشد که حـداکثر نمـره در ایـن بعـد ۱۵ و حـداقل ۳ می‌باشد. هر بعد جداگانه بر اساس مقیاس لیکـرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده و نمره بـالاتر نشـان‌دهنـده وضعیت بهتر فرد می‌باشد. روایی پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشـت تاییـد شـده و

[1] Holmes- Rahe
[2] WHOQOL-BREF

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

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 شیرخشک انحصاری	گروه توأم
		میانگین	میانگین	میانگین
سن مادر (سال)		۲۹/۵ ± ٤/۷	۲۸/٤±٤	۲۸/۹ ± ٤/۸
سن شیرخوار (ماه)		۲۷/۵ ± ۲/۹	۷/۹ ± ۲/۸	۷/۰۱ ± 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	۱/٤۶ ± ۰/۶٤
تعداد سقط		۰/۱۱ ± ۰/٤۰	۰/٤٤ ± ۰/۱۳	۰/۳ ± ۰/۰۷
تعداد فرزند زنده		۱/٤۹ ± ۰/۷	۱/۳۵ ± ۰/۶	۱/٤۶ ± ۰/۶
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نوع زایمان	طبیعی	۲۲(۳٤/۹)	۱۵(۲۳/۸)	۲۰(۳۱/۷)
	سزارین	٤۱(۶۵/۱)	٤۸(۷۶/۲)	٤۳(۶۸/۳)
جنس	دختر	۳۷(۵۸/۷)	۳۹(۶۱/۹)	۳۳(۵۲/٤)
	پسر	۲۶(٤۱/۳)	۲٤(۳۸/۱)	۳۰(٤۷/۶)
اشتغال	خانه دار	۵۸(۹۲/۱)	۵۶(۸۸/۹)	۵۰(۷۹/٤)
	شاغل	۵(۷/۹)	۷(۱۱)	۱۳(۲۰/۶)
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۶(۲۵/٤)	۱۸(۲۸/۶)	۱٤(۲۲/۳)
	دیپلم	۲۲(۳٤/۹)	۱۵(۲۳/۸)	۲۱(۳۳/۳)
	دانشگاهی	۲۵(۳۹/۷)	۳۰(٤۷/۶)	۲۸(٤٤/٤)
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۶(۲۵/٤)	۹(۱٤/۳)	۱۶(۲۵/٤)
	متوسط	٤٤(۶۹/۹)	٤۹(۷۷/۸)	٤۱(۶۵/۱)
	ضعیف	۳(٤/۸)	۵(۷/۹)	۶(۹/۵)

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 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

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

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	آنالیز واریانس	
	میانگین	میانگین	میانگین	F	P
جسمی	۲٤/۷ ± ۳/۶	۲۳/۷ ± ٤/۱	۲۲/۷ ± ٤/۱	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 (١٤). 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 لااقل 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

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

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 موفقیت آمیز 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 بالاتربودن میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه شیر مادر انحصاری نسبت به گروه شیر خشک انحصاری وگروه 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 (۱٤). 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 شیر خشک یا ترکیبی از شیرخشک و شیرمادر کرده بودند، شاید تاثیر چندانی بر نمره کلی کیفیت زندگی نگذاشته بود و برای بدست 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 بالاتربودن بعد سلامت جسمی در گروه شیر مادر انحصاری 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 مداخله کننده 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.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

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. 6th 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 Psychiattry 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.Zubaran 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.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

Quality of life of Nursing Mothers Referred to Healthcare Centers

Alijanpoor M[1], Bahadoran P*[2]

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±10.6), formula=83.9±12.2 and combination feeding of breast-feeding and formula=82.1±13.1). Mean score of physical dimension of quality of life was significantly different among groups (breastfeeding= 24.7±3.6, formula=23.7±4.1 and combination feeding of breast milk and formula=22.7±4.1), but mean score of social dimension was not different (breast-feeding=10.7±2.3, formula= 10.9±2 and combination feeding of breast milk and formula=10.5±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.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]