

Association between Maternal Quality of Life and Exclusive Breastfeeding: A Cross-Sectional Study

Maryam Nasrabadi¹, Elham Charoghchian-Khorasani², Mansoreh Khandehroo³,
Mahin Moravejjifar¹, Mostafa Boskabadi⁴, Nasibeh Zerangian¹, Nooshin Peyman⁵

Original Article

Abstract

Background: Exclusive breastfeeding is known as the basis of child survival and affects all aspects of women's lives. There is little scientific evidence about the relationship between the quality of life (QOL) of the mother and the type of infant nutrition. This study aimed to determine the relationship between QOL and exclusive breastfeeding among the mothers with infants living in Mashhad City, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 247 women, between April and June 2023, in Mashhad City. Sampling was done by stratified method, so that each of the five health centers of Mashhad City were considered as a stratum. The research tool included two sections, demographic characteristics and World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF). Using SPSS software, the data were analyzed firstly as descriptive statistics and then based on normality, chi-square, Mann-Whitney, and Kruskal-Wallis tests at a significance level of 0.05.

Findings: The current study revealed a significant relationship between the average score of the physical dimension and the social relationship dimension of the QOL between the two groups ($P < 0.05$). In addition, a significant correlation was observed between the physical dimension of QOL with body mass index (BMI), mother's education, and father's occupation and education ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results, the physical health and social relationship dimensions of QOL significantly affect exclusive breastfeeding. It can be inferred that with increasing maternal physical health and social support, exclusive breastfeeding increases. Future health interventions, therefore, should be planned to improve these dimensions of QOL by attracting family support.

Keywords: Breast feeding; Breast milk; Quality of life; Postpartum period; Mothers; Lactation; Iran

Citation: Nasrabadi M, Charoghchian-Khorasani E, Khandehroo M, Moravejjifar M, Boskabadi M, Zerangian N, et al. Association between Maternal Quality of Life and Exclusive Breastfeeding: A Cross-Sectional Study. J Health Syst Res 2026; 22(1): 139-47.

1- PhD Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health AND Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center AND Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- PhD Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- PhD, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health AND Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Nooshin Peyman; Professor, Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health AND Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Email: peymann@mums.ac.ir

ارتباط کیفیت زندگی مادران و تغذیه انحصاری با شیر مادر: یک مطالعه مقطعی

مریم نصرآبادی¹، الهام چارچیان خراسانی²، منصوره خندهرو³، مهین مروجی فر⁴، مصطفی بسکابادی⁵،
نسبیه زرنگیان¹، نوشین پیمان⁵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تغذیه انحصاری با شیر مادر به عنوان سنگ بنای بقای کودک شناخته شده است و بر تمام جنبه‌های زندگی زنان تأثیر می‌گذارد. شواهد علمی کمی در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی مادر و نوع تغذیه نوزاد وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و تغذیه انحصاری در مادران دارای کودک شیرخوار ساکن مشهد انجام شد. **روش‌ها:** این مطالعه از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۴۷ زن، در فاصله زمانی ماه‌های فروردین تا خرداد سال ۱۴۰۲ در شهر مشهد به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای انجام شد. ابزار تحقیق شامل دو بخش خصوصیات دموگرافیک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of Life Scale) یا WHOQOL-BREF بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری، ابتدا به صورت آمار توصیفی و سپس بر اساس آزمون‌های نرم‌التی، χ^2 ، Mann-Whitney و Kruskal-Wallis در نرم‌افزار SPSS و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین میانگین نمره بعد جسمانی و بعد رابطه اجتماعی کیفیت زندگی بین دو گروه رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). همچنین، بین بعد فیزیکی کیفیت زندگی با شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI)، تحصیلات مادر، شغل و تحصیلات پدر همبستگی معنی‌داری مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، بعد سلامت جسمی و رابطه اجتماعی کیفیت زندگی، به طور قابل توجهی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر گذار است و چنین می‌توان استنباط نمود که با افزایش سلامت جسمانی مادر و همچنین، حمایت اجتماعی، تغذیه انحصاری با شیر مادر افزایش می‌یابد. بنابراین، مداخلات بهداشتی آینده باید در راستای بهبود این ابعاد کیفیت زندگی از طریق جلب حمایت خانواده‌ها برنامه‌ریزی گردد.

واژه‌های کلیدی: تغذیه با شیر مادر؛ کیفیت زندگی؛ دوره پس از زایمان؛ مادران؛ شیردهی؛ ایران

ارجاع: نصرآبادی مریم، چارچیان خراسانی الهام، خندهرو منصوره، مروجی فر مهین، بسکابادی مصطفی، زرنگیان نسبیه، پیمان نوشین. ارتباط کیفیت زندگی مادران و تغذیه انحصاری با شیر مادر: یک مطالعه مقطعی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۱): ۱۴۷-۱۳۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۹/۷

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۵/۲۰

همراه دارد، دوران مهمی در زندگی زنان است که تغییرات عمده‌ای را در کیفیت زندگی آن‌ها به دلیل پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی به دنبال دارد (۴، ۵). شیر مادر نه تنها بهترین و کامل‌ترین تغذیه برای نوزادان است، بلکه تأثیرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی مادر و کودک دارد. یونیسف تغذیه با شیر مادر را به عنوان بخشی از رشد و بقای کودک معرفی می‌کند و بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، برای دستیابی به حداکثر فواید شیر مادر، نوزاد باید در شش ماه اول زندگی به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود (۶). این روش تغذیه به طور قابل توجهی به کاهش مرگ و میر کودکان کمک می‌کند، نیازهای عاطفی مادر

مقدمه

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و پیچیده و فرایندی جامع و منعطف است که تمام جنبه‌های زندگی افراد را در برمی‌گیرد و علاوه بر برآورده کردن نیازهای ضروری، عواملی که باعث خودشکوفایی می‌گردد را نیز شامل می‌شود (۱). عوامل متعددی از جمله دسترسی به خدمات بهداشتی، وضعیت شغلی، شرایط اقتصادی-اجتماعی، وضعیت جسمی و آرامش روانی فرد و حمایت خانواده می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۳، ۲). دوران بارداری، تولد و پس از زایمان و تولد فرزند همراه با نقش جدید مادر و مسؤولیت‌هایی که به

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و دانشکده بهداشت و کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۲- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۳- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۴- دکتری تخصصی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۵- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- نویسنده مسؤول:** نوشین پیمان؛ استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: peymann@mums.ac.ir

و نوزاد را برآورده می‌سازد و در نهایت، منافع اقتصادی زیادی برای خانواده‌ها و جامعه به همراه دارد، علاوه بر مزایای آن برای نوزاد، کاهش خطر ابتلا به سرطان سینه و تخمدان را برای مادران به دنبال دارد (۹-۷).

کیفیت زندگی مادران در دوران شیردهی بسیار مهم است. تغییرات چشمگیر جسمی، روانی و اجتماعی که پس از زایمان و در دوره شیردهی رخ می‌دهد، به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی زنان تأثیر می‌گذارد و به دنبال آن، این تغییرات بر ظرفیت عملکرد مادران در مراقبت از خود و انتخاب روش تغذیه نوزادشان تأثیرگذار است (۷، ۶). بسیاری از مادران با وجود مشکلاتی که در شروع شیردهی وجود دارد، با موفقیت به فرزندان خود شیر می‌دهند (۱۰). با این حال، ممکن است برخی مادران تجربه خوشایندی از شیردهی نداشته باشند (۱۱، ۳)؛ چرا که مقابله با مشکلاتی مانند احساس کمبود شیر، درد نوک پستان و همچنین، تداخل مراقبت از کودک و انجام کارهای خانه به خصوص در هفته‌های اولیه پس از زایمان، ممکن است از نظر فیزیکی و عاطفی دشوار باشد (۱۲، ۱۳). علاوه بر این، برخی از مادران ممکن است به دلیل ناتوانی در برآوردن نیازهای کودک، احساس گناه داشته باشند و در مورد ادامه شیردهی دچار تردید شوند و حتی تصمیم به قطع شیردهی بگیرند (۱۵، ۱۴).

تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر، باعث افزایش طول عمر در بین زنان می‌شود. در این راستا، پژوهش‌های صورت گرفته در اصفهان و فلاورجان نشان داد که نمره درک سلامت عمومی در مادران شیرده، بیشتر از مادران غیر شیرده است (۱۷، ۱۶). اما در مطالعات Lau و همکاران در چین (۱۸) و Foresti و Zubaran (۱۹) ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و شیردهی مشاهده نشد.

به نظر می‌رسد کیفیت زندگی یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر شیردهی باشد. با وجود اهمیت موضوع، هنوز اثرات این شاخص بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد نوزاد، به طور کامل ارزیابی نشده است و اندک تحقیقات انجام شده در خارج و داخل کشور، کیفیت زندگی زنان را در دوران بارداری یا اوایل زایمان بررسی کرده‌اند. از سوی دیگر، نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها نیز متناقض می‌باشد. با این حال، هم کیفیت زندگی و هم شیردهی می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و سنت‌های مذهبی قرار گیرد و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متغیر باشد. بنابراین، مطالعات بیشتر در جوامع متعدد، می‌تواند به دانش موجود کمک کند و کشف این ارتباط مهم، در انجام مداخلات مؤثر در آینده جهت بهبود سلامت و کیفیت زندگی مادران را میسر نماید و ارتقای شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر و همچنین، کیفیت زندگی مادر را از طریق برنامه‌ریزی‌های گسترده و راهبردهای حمایتی تحقق بخشد. از آنجایی که مشهد پایتخت معنوی و فرهنگی ایران محسوب می‌شود، بیشترین جمعیت با فرهنگ‌های مختلف را در خود جای داده و چنین تحقیقی تاکنون در این بافت جمعیتی صورت نگرفته است، طراحی و انجام پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر در مراکز خدمات جامع سلامت مشهد ضروری به نظر رسید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۴۷ زن در فاصله زمانی ماه‌های فروردین تا خرداد سال ۱۴۰۲ در شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود به تحقیق شامل سکونت در شهر مشهد، ملیت ایرانی داشتن، مادران دارای

شیرخوار ۷-۳ ماهه، نوزاد ترم، فقدان هرگونه اختلال در دهان یا زبان نوزاد که می‌تواند بر تغذیه او از سینه مادر تأثیر بگذارد (مانند گلوستیت، فرنولوم کوتاه و شکاف کام و لب)، عدم بستری شدن نوزاد و مادر در بیمارستان در دوران شیرخوارگی، عدم فاصله مادر و نوزاد در روزهای اولیه پس از تولد و سایر بیماری‌های کودک مانند گالاکتوزمی، شکاف کام و لب، سندرم داون و سایر بیماری‌ها و ناهنجاری‌های مادرزادی و متابولیک که شیرخوار قادر به تغذیه با شیر مادر نباشد، نبود بیماری خاص در مادر شامل دیابت، پرفشاری خون، Human immunodeficiency virus (HIV)، سرطان، مبتلا به سل فعال درمان نشده، Human T-cell lymphotropic virus types 1 and 2 (HTLV1/2)، زنان تحت درمان سرطان سینه، نوزادان واکسینه نشده و زنان مبتلا به هپاتیت B بود. تکمیل ناقص پرسش‌نامه و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

حجم نمونه با استفاده از مطالعه علیجان‌پور و بهادران (۱۷) و با در نظر گرفتن نمره میانگین و انحراف معیار بعد جسمی کیفیت زندگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر، $24/7 \pm 3/6$ و در گروه تغذیه غیر انحصاری، $4/1 \pm 23/7$ و در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، حجم نمونه نهایی ۲۵۷ نفر برآورد گردید.

نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای در مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد انجام شد. بدین صورت که هر یک از مراکز بهداشت پنج‌گانه مشهد به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد. نمونه‌ها از بین مادران واجد شرایط که به مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش این پنج مرکز اصلی مراجعه کرده بودند، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. برای انجام نمونه‌گیری، ابتدا فهرستی از زنان شیرده با شیرخواران ۳ تا ۷ ماهه که شرایط ورود به تحقیق را داشتند، از پرونده‌های موجود در مراکز بهداشتی-درمانی استخراج گردید. نمونه‌ها با استفاده از نرم‌افزار Randomizer به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس از نمونه‌ها برای حضور در جلسه توجیهی از طریق تماس تلفنی دعوت به عمل آمد. پس از شرکت در جلسه توجیهی و توضیحات لازم در مورد اهداف و روش پژوهش، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

ابزار مطالعه متشکل از سه قسمت بود؛ بخش اول خصوصیات دموگرافیک مانند سن مادر، سن کودک، شغل مادر، وضعیت حاملگی (خواسته یا ناخواسته)، نوع زایمان، تحصیلات مادر، نمایه توده بدنی (Body mass index یا BMI) مادر، وضعیت آموزش شیردهی، حمایت خانواده را بررسی کرد. بخش دوم مربوط به نوع تغذیه شیرخوار بود که جهت تعیین آن، از سطوح شیردهی Labbok و همچنین، مقالات مرتبط استفاده شد (۲۲-۲۰). در این فرم، سطوح شیردهی به پنج طبقه شامل «شیردهی انحصاری (فقط شیر مادر)، مصرف شیر مادر همراه با سایر مایعات، مصرف شیر مادر و کمتر از یک بطری شیر مصنوعی در روز، مصرف شیر مادر و حداقل یک بطری شیر خشک در روز و شیردهی جزئی که به منظور تغذیه کودک صورت نمی‌گیرد» تقسیم گردید. بخش سوم مربوط به کیفیت زندگی بود و از پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of Life Scale) یا WHOQOL-BREF (۲۳) استفاده شد که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را بررسی نمود. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس «سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اجتماعی» و یک نمره سلامت عمومی و یک نمره کلی می‌باشد. نمره نهایی هر بعد به این صورت است که در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک

فرمول، به نمره‌ای استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

در ایران یوسفی و همکاران این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را محاسبه کردند. ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن می‌باشد. پایایی ابزار با استفاده از روش بازآزمون، برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ و سازگاری درونی نیز با کمک استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۷ به دست آمد (۲۴).

داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های نرم‌الیتی، توصیفی، میانگین، انحراف معیار، χ^2 ، Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و ANOVA در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از بین ۲۵۷ مادر واجد شرایط دعوت شده، ۱۰ نفر به دلیل تکمیل ناقص پرسش‌نامه حذف شدند و در مجموع، ۲۴۷ پرسش‌نامه مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. میانگین سن مادران در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر و گروه تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر به ترتیب $۲۹/۵ \pm ۶/۳$ و $۳۱/۸ \pm ۶/۰$ سال بود. ۱۴۹ نفر از کودکان به صورت انحصاری با شیر مادر (تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد مد نظر است) و ۹۸ نفر به صورت غیر انحصاری (شیر مادر و سایر مایعات مانند ترنجبین و آب قند، شیر مصنوعی) تغذیه می‌شدند. بیشتر مادران شاغل و از تحصیلات بالایی برخوردار بودند و وضعیت اقتصادی بیشتر شرکت‌کنندگان متوسط بود. بر اساس یافته‌ها، ارتباط معنی داری بین سن مادر، تحصیلات مادر، شغل پدر، تحصیلات پدر، نوع زایمان، تعداد فرزند و حمایت همسر با تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت. ویژگی‌های دموگرافیک گروه‌های هدف در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج نشان داد که میانگین نمره کلیه ابعاد زندگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به گروه تغذیه غیر انحصاری بالاتر بود و ارتباط معنی داری بین بعد جسمی و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی بین دو گروه مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۲).

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت مشهد بود. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی زنان با نوع تغذیه کودک ارتباط دارد. بر این اساس، میانگین نمره کلیه ابعاد کیفیت زندگی در مادرانی که کودکان را به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه می‌کردند، نسبت به گروه تغذیه غیر انحصاری بالاتر بود و علاوه بر این، اختلاف معنی داری بین بعد جسمی و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی در دو گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر و تغذیه غیر انحصاری مشاهده شد.

در مطالعه حاضر، نمره بعد جسمی کیفیت زندگی در گروه تغذیه انحصاری

بیشتر بود و تفاوت معنی داری در مقایسه این بعد از کیفیت زندگی بین دو گروه وجود داشت؛ بدین صورت که مادران شیرده از سلامت جسمی بالاتری برخوردار بودند. در تحقیق مقطعی Chen و همکاران، نمره سلامت جسمی در مادرانی که به مدت شش ماه یا بیشتر شیردهی داشتند، نسبت به مادرانی که مدت کمتری شیردهی داشته و یا اصلاً شیردهی نداشتند، بالاتر بود (۲۵) که با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت، اما با نتایج پژوهش Foresti و Zubaran (۱۹) همسو نبود که این تفاوت احتمالاً مربوط به شرایط اقتصادی-اجتماعی جامعه مورد بررسی آن‌ها می‌باشد؛ چرا که در مطالعه آنان بیشتر شرکت‌کنندگان را زنان جوان در محدوده ۲۰ سال تشکیل می‌دادند و در شرایط جسمی خوبی به سر می‌بردند و ۸۱ درصد آنان از وضعیت سلامت خود احساس رضایت می‌کردند؛ اگرچه دارای پیشینه تحصیلی محدود بودند و در رده پایین جامعه قرار داشتند. این گروه از افراد در برزیل از نظر خدمات بهداشتی به طور ویژه مورد توجه هستند و از حمایت خوبی برخوردار می‌باشند (۱۹)، اما زنان مطالعه حاضر در محدوده سنی بالاتری قرار داشتند و اغلب آنان شاغل بودند. بنابراین، می‌توان ادعان نمود که عوامل متعددی از جمله سلامت جسمی و عاطفی مادر، سلامت نوزاد، تعامل با خانواده بزرگ آن‌ها، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و شرایط زندگی محیطی و همچنین، تعدد و تداخل وظایف مادر بر ادراک مادران از تجارب شیردهی مؤثر می‌باشد. بنابراین، تجربه شیردهی به عنوان عملی در نظر گرفته می‌شود که توسط هنجارهای اجتماعی-فرهنگی حاکم و شرایط اقتصادی شکل گرفته است و مسؤولان باید با شناسایی این عوامل، مادران را در جهت سلامت مطلوب و انتخاب صحیح نوع تغذیه کودک یاری نمایند.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، میانگین نمره بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر بالاتر بود و از سلامت روانی بهتری نسبت به گروه تغذیه غیر انحصاری برخوردار بودند، اما این تفاوت معنی دار نبود و با یافته‌های پژوهش Triviño-Juárez و همکاران (۲۶) همخوانی داشت، اما با نتایج مطالعات Chen و همکاران (۲۵) و مرتضوی و همکاران (۱۲) در ارتباط با رابطه کیفیت زندگی و تغذیه نوزاد متفاوت بود. آن‌ها به این نتیجه رسیدند مادرانی که حداقل شش ماه کودکان خود را با شیر مادر تغذیه می‌کنند، از کیفیت زندگی بالاتری از نظر سلامت روانی نسبت به مادرانی که شیر نمی‌دهند یا مادرانی که کمتر شیر می‌دهند، برخوردارند (۲۵، ۱۲). در تحقیق Triviño-Juárez و همکاران، صرف‌نظر از نوع تغذیه نوزاد، نمره بعد سلامت روان کیفیت زندگی در مادرانی که به دلیل نگرانی در مورد سلامت نوزادشان به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بودند، کمتر بود (۲۶). بنابراین، تغذیه با شیر مادر می‌تواند بر کیفیت زندگی مادران تأثیر مثبتی داشته باشد، اما این تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی ممکن است ناشی از عواملی باشد که مربوط به منافع تغذیه با شیر مادر است (۲۹، ۲۸)؛ چرا که با طولانی‌تر شدن شیردهی، حمایت اجتماعی و خانوادگی، عناصری که به خودی خود با کیفیت زندگی مرتبط هستند، افزایش می‌یابد (۲۹، ۲۸). این کودکان به دلیل خواص ایمنی شیر مادر، کمتر به عفونت‌های تنفسی و گوارشی مبتلا می‌شوند. بنابراین، این مادران استرس کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین، انتقال ملاتونین از طریق شیر مادر نقش عمده‌ای در بهبود خواب و کاهش قولنج کودک ایفا می‌کند و باعث می‌شود کودکان شیر مادرخوار در مقایسه با کودکانی که منحصراً با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند، خواب بهتری داشته و آرام‌تر باشند (۷).

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک در دو گروه تغذیه انحصاری و تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر (کل ۲۴۷ نفر)

متغیر	تغذیه انحصاری (۱۴۹ نفر)	تغذیه غیر انحصاری (۹۸ نفر)	کل (۲۴۷ نفر)	مقدار P
سن مادر (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۲۹/۵ ± ۶/۳	۳۱/۸ ± ۶/۰	۳۰/۱ ± ۶/۱	*./۰۰۴
سن کودک (ماه) (میانگین ± انحراف معیار)	۶/۹ ± ۴/۹	۷/۴ ± ۵/۱	۷/۰ ± ۵/۰	*./۲۷۰
سن مادر (سال) [تعداد (درصد)]	۷ (۴/۷)	۰ (۰)	۷ (۴/۷)	**./۰۲۰
کمتر از ۱۸	۱۱۴ (۷۶/۵)	۷۰ (۷۱/۴)	۱۸۴ (۷۴/۵)	
۱۸-۳۵	۲۸ (۱۷/۸)	۲۸ (۲۸/۵)	۵۶ (۲۲/۷)	
بیشتر از ۳۵	۱۷ (۱۱/۴)	۱۵ (۱۵/۳)	۳۲ (۱۳/۰)	**./۴۳۰
شغل مادر [تعداد (درصد)]	۱۲۲ (۸۱/۹)	۷۷ (۷۸/۶)	۱۹۹ (۸۸/۶)	
خانه‌دار	۱۰ (۶/۷)	۶ (۶/۱)	۱۶ (۶/۵)	
کارمند	۱۹ (۱۲/۸)	۷ (۷/۱)	۲۶ (۱۰/۵)	**./۰۳۰
سایر	۳۳ (۲۲/۱)	۳۶ (۳۶/۷)	۶۹ (۲۷/۹)	
بیکار	۹۷ (۶۵/۱)	۵۵ (۵۶/۱)	۱۵۲ (۶۱/۵)	
کارمند آزاد	۸ (۵/۴)	۱۱ (۱۱/۲)	۱۹ (۷/۷)	**<./۰۰۱
تحصیلات مادر [تعداد (درصد)]	۲۰ (۱۳/۸)	۰ (۰)	۲۰ (۱۳/۸)	
ابتدایی	۲۲ (۱۵/۵)	۶ (۶/۱)	۲۹ (۱۱/۷)	
راهنمایی	۲۸ (۲۶/۲)	۴۰ (۴۰/۸)	۶۸ (۳۱/۶)	
دبیرستان	۶۰ (۴۰/۰)	۴۱ (۴۱/۸)	۱۰۱ (۴۰/۹)	
دیپلم	۱۳ (۸/۷)	۸ (۸/۲)	۲۱ (۸/۵)	**<./۰۰۱
دانشگاهی	۲۲ (۱۴/۸)	۷ (۷/۱)	۲۹ (۱۱/۷)	
ابتدایی	۱۴ (۹/۸)	۰ (۰)	۱۴ (۹/۸)	
راهنمایی	۳۴ (۲۲/۸)	۴۴ (۴۴/۹)	۷۸ (۳۱/۶)	
دبیرستان	۶۶ (۴۴/۳)	۳۹ (۳۹/۸)	۱۰۵ (۴۶/۵)	
دیپلم	۶۷ (۴۵/۰)	۶۹ (۷۰/۴)	۱۳۶ (۵۵/۰)	**<./۰۰۱
دانشگاهی	۸۲ (۵۵/۰)	۲۹ (۲۹/۶)	۱۱۱ (۴۴/۹)	
سزارین	۱۳۲ (۸۸/۶)	۸۸ (۸۹/۸)	۲۲۰ (۸۹/۰)	۰/۷۱۰
نوع زایمان [تعداد (درصد)]	۱۶ (۱۱/۰)	۱۰ (۱۰/۲)	۲۶ (۱۰/۵)	
طبیعی	۱ (۵۳/۰)	۳۴ (۳۴/۶)	۳۵ (۱۳/۷)	۰/۰۳۰
تمایل به حامگی [تعداد (درصد)]	۲ (۲۶/۱)	۱۷ (۱۷/۳)	۱۹ (۷/۶)	
خواسته	۳ (۱۵/۴)	۹ (۹/۱)	۱۲ (۴/۷)	
ناخواسته	۴ و بیشتر	۱۱ (۱۱/۲)	۲۷ (۱۰/۹)	۰/۳۲۰
تعداد فرزندان [تعداد (درصد)]	۱۶ (۱۰/۷)	۱۱ (۱۱/۲)	۲۷ (۱۰/۹)	
۱	۲۵۰۰-۳۵۰۰	۶۷ (۶۸/۳)	۱۸۰ (۱۰/۹)	
۲	بیشتر از ۳۵۰۰	۲۰ (۲۰/۴)	۴۰ (۱۶/۱)	
۳	تعداد زایمان [تعداد (درصد)]	۷۸ (۵۲/۳)	۱۱۵ (۴۶/۵)	۰/۱۶۰
۴ و بیشتر	۲ (۲۵/۵)	۳۲ (۳۲/۶)	۷۰ (۲۸/۳)	
وزن تولد (گرم) [تعداد (درصد)]	۲۳ (۱۵/۴)	۲۰ (۲۰/۴)	۴۳ (۱۷/۴)	
کمتر از ۲۵۰۰	۱۰ (۶/۷)	۹ (۹/۱)	۱۹ (۷/۶)	
۲۵۰۰-۳۵۰۰	۱۱۳ (۷۵/۸)	۶۷ (۶۸/۳)	۱۸۰ (۱۰/۹)	
بیشتر از ۳۵۰۰	۲۰ (۱۳/۴)	۲۰ (۲۰/۴)	۴۰ (۱۶/۱)	
تعداد زایمان [تعداد (درصد)]	۷۸ (۵۲/۳)	۳۷ (۳۷/۷)	۱۱۵ (۴۶/۵)	۰/۱۶۰
۱	۲ (۲۵/۵)	۳۲ (۳۲/۶)	۷۰ (۲۸/۳)	
۲	۲۳ (۱۵/۴)	۲۰ (۲۰/۴)	۴۳ (۱۷/۴)	
۳	۴ و بیشتر	۹ (۹/۱)	۱۹ (۷/۶)	
وضعیت اقتصادی [تعداد (درصد)]	۱۱۹ (۷۷/۵)	۷۶ (۷۷/۶)	۱۹۵ (۷۸/۹)	۰/۷۵۰
متوسط	۳۰ (۲۰/۷)	۲۲ (۲۲/۴)	۵۲ (۲۱/۰)	
خوب				

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک در دو گروه تغذیه انحصاری و تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر (کل ۲۴۷ نفر) (ادامه)

مغزین	تغذیه انحصاری (۱۴۹ نفر)	تغذیه غیر انحصاری (۹۸ نفر)	کل (۲۴۷ نفر)	مقدار P
نمایه توده بدنی [تعداد (درصد)]	طبیعی	۳۰ (۳۰/۶)	۷۸ (۳۱/۵)	۰/۸۰۰
	اضافه وزن	۵۰ (۵۱/۰)	۱۲۴ (۵۰/۲)	
	چاق	۱۸ (۱۸/۴)	۳۴ (۱۳/۷)	
آموزش شیردهی [تعداد (درصد)]	بلی	۵۱ (۵۲/۰)	۱۲۹ (۵۲/۲)	۰/۵۳۰
	خیر	۴۷ (۴۸/۰)	۱۱۸ (۴۷/۷)	
حمایت همسر [تعداد (درصد)]	بلی	۶۸ (۶۹/۴)	۱۹۰ (۷۶/۹)	۰/۰۱۰
	خیر	۳۰ (۳۰/۶)	۵۸ (۲۳/۴)	

*آزمون Mann-Whitney، **آزمون χ^2

بنابراین، تجربه شیردهی برای برخی از زنان لذتبخش نیست. تفاوت‌های فرهنگی در شیوه‌های فرزندپروری مانند هم‌اتاقی و هم‌خوابی با نوزاد و کیفیت رابطه مادر با شریک زندگی و زندگی جنسی، عزت نفس، کیفیت محبت و مراقبت مادر از نوزاد، از مسایل بسیار مهمی است که بر کیفیت زندگی مادر و نوزاد تأثیر می‌گذارد. از این‌رو، تلاش‌ها برای حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر باید در زمینه‌ای وسیع‌تر و در کنار برنامه‌های بهبود سلامت مادر و کودک، به گونه‌ای طراحی شود که حریم خصوصی و احساس ارزشمندی برای مادران شیرده حفظ گردد و همچنین، با فرهنگ جامعه و دستورات مذهبی مطابقت داشته باشد. از دیگر نتایج پژوهش حاضر، می‌توان به تفاوت نمره بعد محیط اجتماعی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به گروه تغذیه ترکیبی اشاره کرد، اما این اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود که با یافته‌های مطالعات مرتضوی و همکاران در شاهرود (۳۱) و نیک‌پور و همکاران در آمل (۳۲) همسو بود و با نتایج تحقیق Foresti و Zubaran در برزیل (۱۹) مغایرت داشت. این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و شرایط اجتماعی-اقتصادی بین دو کشور باشد. اگرچه نتایج پژوهش‌های مرتضوی و همکاران (۳۱) و نیک‌پور و همکاران (۳۲) با یافته‌های بررسی حاضر مشابه بود؛ با این حال مقایسه نمرات کیفیت زندگی زنان مشهد با زنان شاهرود (۳۱) و آمل (۳۲) در حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی نشان داد که زنان مشهدی در تمامی حوزه‌ها نمره کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و این یافته با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و بافت جمعیتی بین دو شهر تا حدودی منطقی به نظر می‌رسد. شهرهای شاهرود و آمل در شمال ایران قرار دارند و دارای شرایط محیطی سالم و جمعیت کمتری نسبت به مشهد هستند.

آموزش به مادران در دوران بارداری در مورد درک مزایای شیردهی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی مادر و شیرخوار توسط مراقبان سلامت، باعث می‌شود که مادران خودکارآمدی بالاتر و در نتیجه، انگیزه بیشتری جهت شیردهی داشته باشند (۳۰). نتایج پژوهش حاضر مؤید این مطلب بود که مادران در گروه تغذیه انحصاری، نمره بالاتری را در حوزه روابط اجتماعی نسبت به گروه تغذیه غیر انحصاری کسب نمودند و بر اساس نتایج آزمون‌ها، ارتباط معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات علیچان‌پور و بهادران (۱۷) و بهادران و همکاران (۳) در ارتباط با کیفیت زندگی در زنان شیرده همخوانی داشت. این حوزه از کیفیت زندگی، با سه سؤال در مورد رضایت از خود، رضایت از روابط خود با دیگران و رضایت از روابط جنسی سنجیده می‌شود. بنابراین، بعد روابط اجتماعی مربوط به روابط فرد با دیگران و دریافت حمایت از آنان است. در تحقیق حاضر، مادرانی که حمایت بیشتری از همسر دریافت می‌کردند، به مدت طولانی‌تری نسبت به آنان که حمایتی دریافت نمی‌کردند به کودکان خود شیر می‌دادند؛ چرا که حمایت اجتماعی نیرومندترین قدرت مقابله برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا و تسهیل تحمل مشکلات برای افراد می‌باشد. زنانی که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی خوبی دارند، به احتمال زیاد احساسات خود را با دیگران به اشتراک می‌گذارند و به دنبال حمایت اجتماعی و خانوادگی بیشتری هستند (۲۶، ۲۵). با این حال، ممکن است تجارب برخی از زنان از شیردهی با تصاویر کامل آن‌ها پس از زایمان مطابقت نداشته باشد و این باعث می‌شود آن‌ها احساس کنند که نمی‌توانند زندگی خود را کنترل کنند و به عزت نفس آن‌ها آسیب وارد می‌شود (۳۰).

جدول ۲. مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه تغذیه انحصاری و غیر انحصاری با شیر مادر

ابعاد کیفیت زندگی	تغذیه انحصاری با شیر مادر	تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر	مقدار P*
جسمی کیفیت زندگی	۶۱/۷ ± ۱۶/۲	۵۶/۹ ± ۱۵/۶	۰/۰۲
روان‌شناختی کیفیت زندگی	۵۸/۵ ± ۱۶/۲	۵۵/۲ ± ۱۶/۵	۰/۳۵
روابط اجتماعی	۶۶/۱ ± ۱۶/۶	۵۷/۸ ± ۲۱/۴	۰/۰۳
محیط اجتماعی	۶۲/۶ ± ۱۶/۰	۶۰/۲ ± ۱۵/۶	۰/۱۸
سلامت عمومی	۶۷/۷ ± ۱۸/۶	۶۴/۹ ± ۱۵/۰	۰/۱۳

داده‌ها بر اساس میانگین ± انحراف معیار گزارش شده است.

*آزمون Mann-Whitney

دوره‌ای کودک در مشهد بود و کیفیت زندگی مادران با نوزاد نارس و چند قلو بررسی نشد. دوم این که با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی مادران دارای نوزاد کمتر از ۷ ماه انجام شد، دارای سوگیری یادآوری می‌باشد. سوم این که در مطالعه حاضر علل قطع شیردهی و مشکلات شیردهی بررسی نشد. بنابراین، توصیه می‌شود تحقیق مشابهی در مادران پرخطر به خصوص مادران دارای نوزاد نارس و چند قلو و مادران دارای مشکل شیردهی انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که با وجود عدم وجود تفاوت معنی‌دار بعد محیط زندگی کیفیت زندگی عمومی و سلامت روانی بین گروه‌ها، کلیه ابعاد کیفیت زندگی از امتیاز بالاتری برخوردار بود؛ اگرچه در بعد سلامت جسمانی و روابط اجتماعی بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بنابراین، می‌توان چنین استنباط کرد که شیردهی بر کیفیت زندگی مادر تأثیرگذار است و از طرف دیگر، تقویت روابط اجتماعی و حمایت مادران از طرف خانواده و سایر افراد تأثیرگذار، باعث بهبود سلامت جسمی مادر می‌شود و انگیزه شیردهی در مادر را بهبود می‌بخشد. تجربه شیردهی به عنوان عملی در نظر گرفته می‌شود که توسط هنجارهای اجتماعی - فرهنگی و شرایط اقتصادی غالب به وجود آمده است. از این رو، کیفیت زندگی مطلوب می‌تواند منجر به شیردهی موفقیت‌آمیز شود و بر انتخاب نوع تغذیه شیرخوار تأثیرگذار باشد. ضروری است آموزش مهارت‌های زندگی و همچنین، روش برخورد علمی با مشکلات شیردهی در دستورالعمل‌های مراقبت از مادران در دوران بارداری به عنوان راهکارهایی جهت کیفیت زندگی بهتر و تشویق و حمایت مادران به شیردهی انحصاری گنجانده شود. از طرف دیگر، باید توجه داشت که گروهی از مادران با وجود میل خود قادر به شیردهی نیستند و باید به طور ویژه تحت حمایت قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود مراقبان سلامت به ویژه آن‌هایی که مراقبت‌های بهداشتی اولیه را ارائه می‌کنند، در دوران بارداری، زنان در معرض خطر از نظر مشکلات شیردهی مانند مادران کمتر از ۱۸ سال، مادران نخست‌زاد، مادران با حاملگی چند قلوئی، خانواده‌های با سطح تحصیلات پایین و آن‌هایی که در گروه‌های کم‌درآمد جامعه قرار دارند را شناسایی نمایند. سپس برنامه‌ریزی لازم جهت ارائه آموزش‌های لازم جهت مادران و افراد تأثیرگذار خانواده همچون همسر و مادر بزرگ‌ها صورت پذیرد و بلافاصله پس از زایمان پیگیری لازم جهت اطلاع از وضعیت شیردهی و سلامت مادر و نوزاد و ارزیابی شیردهی انجام شود تا مادران به‌موقع و در اسرع وقت آموزش‌ها و خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۴۰۱۱۵۴۶ و کد اخلاق IR.MUMS.FHMPM.REC.1402.031، مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت حمایت مالی این مطالعه و همچنین، معاونت بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی منتخب شهر مشهد تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از کلیه مشارکت‌کنندگانی که در انجام تحقیق حاضر مساعدت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

از آن‌جایی که شهر مقدس مشهد یکی از بزرگ‌ترین شهرهای مذهبی، توریستی و تفریحی ایران به شمار می‌رود، از لحاظ جمعیت پس از تهران دومین شهر پرجمعیت ایران محسوب می‌شود و جمعیت زیادی از شهرهای دیگر با فرهنگ و بافت جمعیتی گوناگون را در خود جای داده است. همچنین، به دلیل وجود بارگاه ملکوتی امام رضا (ع)، به شهری پر از زائر و توریست مبدل شده است که تأثیر زیادی بر رونق کسب و کار ساکنان مشهد دارد و به طور طبیعی در کنار پیشرفته‌تر بودن، مشکلات خاصی مانند ترافیک، هوای آلوده، ازدحام و نرخ نسبتاً بالای هزینه‌ها را به دنبال دارد.

در ادامه نتایج می‌توان گفت که با وجود بالاتر بودن نمره سلامت عمومی کیفیت زندگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد که با یافته‌های مطالعه Foresti و Zubaran در ارتباط با کیفیت زندگی زنان همسو بود، اما با نتایج تحقیقات مرتضوی و همکاران (۱۹) و کمالی فرد و همکاران (۲۷) با موضوع پیش‌بینی‌کننده‌های تغذیه انحصاری با شیر مادر و پژوهش Chen و همکاران (۲۵) مغایرت داشت. در مطالعات فوق، نمره سلامت عمومی کیفیت زندگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر در مقایسه با گروه شیر خشک و توأم، به طور معنی‌داری بالاتر بود (۳۱، ۲۷، ۲۵). علت این تفاوت ممکن است تفاوت در حجم نمونه و ویژگی‌های دموگرافیک و همچنین، تفاوت در نوع ابزار مورد استفاده باشد. ابزار مورد استفاده در تحقیق Chen و همکاران، پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی The Short Form Health Survey (SF-36) بود (۲۵)، اما در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی WHOQOL-BREF استفاده گردید. بنابراین، نیاز به بررسی بیشتر در این خصوص، در مطالعات آینده احساس می‌شود. بعد سلامت عمومی در تحقیق حاضر با دو سؤال پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مورد رضایت از سلامت خود و رضایت از کیفیت زندگی سنجیده شد. بر اساس یافته‌های به دست آمده، به طور کلی ۶۵ درصد زنان از وضعیت سلامت خود و ۵۳/۵ درصد آن‌ها از کیفیت زندگی خود رضایت داشتند. علاوه بر این، مشخص گردید زنانی که کیفیت زندگی خود را «خوب» یا «خیلی خوب» می‌دانستند، نسبت به مادرانی که کیفیت زندگی خود را «نه بد، نه خوب» می‌دانستند، بیشتر اقدام به تغذیه انحصاری کرده بودند. بنابراین، مادران با کیفیت زندگی ضعیف‌تر، ممکن است که مشکلات شیردهی بیشتری را در اوایل پس از زایمان تجربه کنند. از این رو، پیشنهاد می‌شود به منظور ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر، مادران با کیفیت زندگی پایین و در معرض خطر مشکلات شیردهی، شناسایی شوند و در دوران بارداری و اوایل زایمان مورد حمایت قرار گیرند. ضروری است مهارت‌های شیردهی در آموزش‌های دوران بارداری در مراکز خدمات جامع سلامت برای مادران و همچنین، افراد تأثیرگذار خانواده گنجانده شود و بعد از زایمان پیگیری لازم تا زمان برطرف شدن مشکلات شیردهی ادامه یابد.

در پژوهش حاضر از WHOQOL-BREF که ابزاری مناسب برای سنجش کیفیت زندگی زنان بود، استفاده گردید و نتایج جالبی را ارائه کرد که اندکی بر شواهد موجود افزود و می‌تواند زمینه مداخلات آینده جهت ارتقای تغذیه با شیر مادر را فراهم نماید. با این وجود، در بررسی حاضر مانند سایر مطالعات مقطعی، محدودیت‌هایی وجود داشت که فرصت‌هایی برای تحقیقات بیشتر را فراهم می‌کند. اول این که جمعیت نمونه نماینده زنان ایرانی سالم و دارای نوزاد ترم مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت برای دریافت مراقبت‌های

References

1. Karimi S, Karimian J. The relationship between sports participation and quality of life of women in Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research*. 2017; 13(1): 79-84.
2. Mirghafourvand M, Kamalifard M, Ranjbar F, Gordani N. Relationship of breastfeeding self-efficacy with quality of life in Iranian breastfeeding mothers. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2018; 31(20): 2721-8.
3. Bahadoran P, Alijanpoor M, Usefy 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.
4. Baghirzada L, Downey KN, Macarthur AJ. Assessment of quality of life indicators in the postpartum period. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2013; 22(3): 209-16.
5. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010; 26(3): 357-66.
6. Ghasemzadeh MJ, Masomi A, Karamali J, Sharif MR, Mohebi S. Association of postpartum depression and exclusive breastfeeding. *Journal of Health System Research*. 2013; 9(6): 579-86.
7. Mohamed Taha Rashed B, Hamdio S, Saleh N. Effect of Exclusive Breastfeeding on the Quality of Life among Primiparous Women. *Egyptian Journal of Health Care*. 2021; 12(4): 1731-42.
8. Okhovat F, Okhovat S, Karimiankakolaki Z, Yoshany N. The effect of educational support intervention including peer groups for infant care on the growth rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol. *Reproductive health*. 2022; 19(1): 214.
9. Emmanuel EN, Sun J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *Journal of clinical nursing*. 2014; 23(11-12): 1611-9.
10. Mortazavi F, Mousavi S-A, Chaman R. Does maternal quality of life influence breastfeeding difficulties? *Iranian Journal of Pediatrics*. 2014; 24(4): 452.
11. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*. 2008; 65(7): 805-15.
12. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Do maternal quality of life and breastfeeding difficulties influence the continuation of exclusive breastfeeding? *International journal of pediatrics*. 2014; 2014.
13. Rahat H, Qazi WA, Bokhari NA, Jahan S, Begum R, ur Rasheed H. Association of breastfeeding cessation with health-related quality of life in working multiparous women of Rawalpindi and Islamabad. *Breast*. 2020; 6: 3.
14. Akýn B, Ege E, Koçođlu D, Demirören N, Yýlmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2009; 35(1): 86-93.
15. Mozingo JN, Davis MW, Droppleman PG, Merideth A. " It Wasn't Working": Women's Experiences with Short-Term Breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2000; 25(3): 120-6.
16. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014; 16(5).
17. Alijanpoor M, Bahadoran P. Quality of life of nursing mothers referred to healthcare centers. *Journal of Health and Care*. 2015; 17(2): 108-15.
18. Lau Y, Htun TP, Im Lim P, Ho-Lim SST, Chi C, Tsai C, et al. Breastfeeding attitude, health-related quality of life and maternal obesity among multi-ethnic pregnant women: A multi-group structural equation approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 67: 71-82.
19. Zubarán C, Foresti K. The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in southern Brazil. *Breastfeeding Medicine*. 2011; 6(1): 25-30.
20. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. *Evidence Based Care*. 2017; 6(4): 18-25.
21. Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The Relationship between Self-efficacy and Breastfeeding, Tehran, Iran. *Hayat/Hayāt*. 2009; 15(3).
22. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in family planning*. 1990; 21(4): 226-30.
23. Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. World Health Organization; 1996.

24. Usefy A, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei A, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community mental health journal*. 2010;46:139-47.
25. 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: 1281-8.
26. Triviño-Juárez JM, Nieto-Pereda B, Romero-Ayuso D, Arruti-Sevilla B, Avilés-Gámez B, Forjaz MJ, et al. Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month post partum and type of infant feeding. *Midwifery*. 2016; 34: 230-8.
27. Kamalifard M, Mirghafourvand M, Ranjbar F, Gordani N. Quality of life predictors in breastfeeding mothers referred to health centers in Iran. *Int J Women Health Reprod Sci*. 2018; 6: 84-9.
28. Kim SH. Factors affecting mother's adaptation to breastfeeding. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2010; 40(2): 225-35.
29. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. *Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Social science & medicine*. 2006; 62(1): 70-80.
30. Harris M, Summers A, Nayda R. Breasts and breastfeeding: Perspectives of women in the early months after birthing. *Breastfeeding Review*. 2003; 11(3).
31. Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M. Women's experiences of unwanted pregnancy. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 15(6).
32. Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzadeh S, Khani S. Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. 2011.