

مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره ۱۵، اردیبهشت ۱۳۹۵، ۱۶۵-۱۷۸

ارتباط عوامل دموگرافیک، خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲

شهرزاد سنجری^۱، محمدرضا محمدی سلیمانی^۲، نرگس خانجانی^۳، محبت محسنی^۴، سید وحید احمدی طباطبایی^۵

دریافت مقاله: ۹۴/۷/۲۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۹/۲۹ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/۱/۲۸ پذیرش مقاله: ۹۵/۲/۷

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه با شیر مادر یکی از راهبردهای مهم برای رشد و بقای کودکان است زیرا شیر مادر سرشار از مواد مغذی است و بهتر از هر ماده غذایی دیگری رشد کودک را تضمین می‌کند. با این وجود آمار بالایی از اجتناب مادران نسبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر گزارش شده است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط عوامل دموگرافیک، خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی بود. تعداد ۳۷۵ زن مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲ به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و پرسش نامه مشخصات دموگرافیک، خانواده سالم و سلامت اجتماعی را تکمیل نمودند. از آزمون t مستقل، آزمون مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و نسبت بخت‌ها برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران کمتر و یا مساوی ۳۰ سال و خانه دار بیشتر است ($p < 0.001$). با افزایش نمره خانواده سالم و ابعاد آن شامل ارتباط با خانواده، پذیرش مرگ و جدایی، حل تعارض بدون استرس، ایجاد حساسیت به هم‌فهمی و ایجاد اعتماد به انسان‌ها؛ احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز افزایش نشان داد ($p < 0.001$). با افزایش نمره سلامت اجتماعی و ابعاد آن شامل پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی؛ احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز افزایش داشت ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به رابطه بین خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر، شاید بتوان با ارائه آموزش‌هایی در زمینه خانواده سالم و سلامت اجتماعی به افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: خانواده سالم، سلامت اجتماعی، تغذیه با شیر مادر، جیرفت

۱- لیسانس مامایی، کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و پژوهش گر برتر دانشجویی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- (نویسنده مسئول) دانشجوی دکتری رشته سنجش و آموزش، دانشگاه امام رضا(ع)، مشهد، ایران

تلفن: ۰۳۴-۳۳۲۳۱۷۳۸، دورنگار: ۰۳۴-۳۳۲۳۱۷۳۸، پست الکترونیکی: shsa2011@yahoo.com

۳- دانشیار مرکز تحقیقات نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- دکترای تخصصی بهداشت عمومی و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

کرمان، کرمان، ایران

۵- دکترای حرفه‌ای پزشکی و MPH واحد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

شیر مادر در شش ماه اول زندگی، تمامی نیازهای تغذیه‌ای کودک را تأمین می‌نماید و در حفظ و سلامتی کودکان در دنیا نقش بسیار مهمی دارد [۱]. تغذیه انحصاری با شیر مادر به‌عنوان بهترین تغذیه برای کودک تا سن ۶ ماهگی می‌باشد که علاوه بر تأمین نیازهای جسمی و فیزیولوژیکی، مکمل نیازهای روانی کودک و به‌خصوص مادر است [۲]؛ این مقوله طی سال‌های گذشته از مهم‌ترین توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی و یونیسف بوده است [۳]. بسیاری از کودکان از بیماری‌های غیر واگیر از جمله دیابت و چاقی رنج می‌برند که اگر با شیر مادر تغذیه می‌شدند، هیچ‌گاه به آن مبتلا نمی‌شدند [۴].

وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهر سنجند ۴۹٪ [۵]، مشهد ۵۴٪ [۶] و چهارمحال و بختیاری ۴۴٪ [۷] گزارش شده است. مطالعات مختلف عواملی مانند شرایط مادر و نوزاد، حمایت محیطی، شهری بودن، جدایی مادر و فرزند، کاهش حمایت اطرافیان، باورهای غلط، میزان آگاهی والدین، اشتغال مادران، حاملگی مجدد، نوع زایمان و مانند آن را به عنوان عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر (موفقیت یا عدم موفقیت) مطرح کرده‌اند [۸]. اگرچه شروع تغذیه در اغلب موارد با شیر مادر است، اما امتداد و تداوم شیردهی به ویژه شکل انحصاری با شیر مادر در بسیاری از موارد نادیده گرفته می‌شود که در این بین شناسایی عوامل مؤثر بر عدم شیردهی مادران، می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با ترویج تغذیه با شیر مادر مفید باشد [۷].

در پژوهش‌های صورت گرفته درباره عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر؛ بین سن مادر و تغذیه با شیر در اطفال رابطه معنی‌داری مشاهده شده است [۹-۱۱]، ۷-۱۶. رابطه مثبتی بین سکونت در مکان‌های روستایی و تغذیه انحصاری با شیر مادر گزارش شده است [۷]. بین ایجاد فضای صمیمی خانوادگی و وضعیت شیردهی مادران رابطه مثبتی نشان داده شده است [۱۲]. عوامل اجتماعی شامل حمایت‌های گروه‌های اجتماعی بر شیردهی مادران تأثیر دارد [۱۳]. همین‌طور مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی باعث افزایش میزان شیردهی مادران می‌شود [۱۴].

خانواده، یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه و شکل‌دهنده شخصیت آدمی است. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه خانواده، عوامل بسیار مؤثری در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده هستند و دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است [۱۵].

از طرفی سلامت اجتماعی بعد جدید و مهمی از سلامت به شمار می‌رود که به کیفیت و کمیت روابط فرد در شبکه روابط اجتماعی اشاره دارد. گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست، سلامت اجتماعی فرد را می‌سازد. این بعد سلامت شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی، میزان مفید بودن و تعامل با جامعه، چگونگی روابط وی در اجتماع و محیط زندگی‌اش می‌باشد [۱۶].

هرگونه عدم جذب مادر در اجتماع و خانواده به گونه‌ای که سلامت اجتماعی وی به خطر بیفتد، منجر به بروز تهدیدها و مسائلی می‌شود که تغذیه انحصاری را با مشکلاتی روبرو می‌سازد. بنابراین توجه به اهمیت جلب حمایت خانواده و اجتماع برای کمک به مادران در جهت شروع و ادامه یک شیردهی موفق و همچنین ارتقاء آگاهی در مورد فواید ارزشمند تغذیه با شیر مادر برای مادر و کودک بسیار ضروری است [۱۷].

با توجه به آمار بالای اجتناب مادران از تغذیه کودکانشان با شیر مادر، تفاوت‌های موجود در میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در نقاط مختلف کشور [۷] و عدم انجام چنین مطالعه‌ای در ایران؛ این پژوهش می‌تواند گامی علمی در راستای مشخص و برطرف نمودن مشکلات پیش روی تغذیه انحصاری با شیر مادر باشد. بنابراین این تحقیق با هدف بررسی ارتباط عوامل دموگرافیک، خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش عبارت از مادرانی بود که برای زایمان به بیمارستان کاشانی شهر جیرفت در شش ماه اول سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند. تعداد این افراد ۶۰۰۰ نفر بود که با توجه به فرمول کوکران به ازای $p=0/44$ (نسبت تغذیه انحصاری با شیر مادر به کل مادران [۷])، $d=0/05$ (دقت مطالعه) و $\alpha=0/05$ (سطح معنی‌داری)، تعداد اعضای نمونه برابر ۳۷۵ نفر تعیین شد که با مراجعه به بیمارستان کاشانی جیرفت و کسب اجازه از مسئولان بیمارستان،

لیستی از اعضای جامعه از طریق پرونده‌های تشکیل شده تهیه گردید. در ادامه، تعداد ۳۷۵ شماره بین ۱ تا ۶۰۰۰ به صورت تصادفی ساده از طریق نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۰۷ استخراج شد. در نهایت با مراجعه به لیست اعضای جامعه، افراد نمونه با توجه به شماره‌های تصادفی به دست آمده انتخاب شدند.

معیار ورود در این مطالعه عبارت از زنان مقیم شهرستان جیرفت که دارای کودکان شیرخوار حداقل ۶ ماه و حداکثر یک سال بودند. مادرانی که دارای زایمان دوقلو بودند، به علت بیماری قادر به شیر دادن نبودند و یا دارای نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۰۰۰ گرم بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

پرسش‌نامه تحقیق مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول شامل ۷ سؤال برای ارزیابی اطلاعات دموگرافیک (سؤالاتی درباره وضعیت شیردهی، سن مادر، محل سکونت مادر، اشتغال پدر، اشتغال مادر، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر) بود.

در بخش دوم برای ارزیابی خانواده سالم از پرسش‌نامه استاندارد خانواده سالم Hovestadt و همکاران [۱۸] استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای برای سنجش خانواده سالم شامل ابعاد استقلال (سؤالات ۳۴، ۲۴، ۱۶ و ۹)، مسئولیت (سؤالات ۳۸، ۲۶، ۱۱ و ۱)، احترام به سایرین (سؤالات ۳۹، ۲۸، ۱۵ و ۴)، باز بودن با دیگران (سؤالات ۲۷، ۲۳، ۱۴ و ۶)، پذیرش مرگ و جدایی (سؤالات ۳۶، ۲۵، ۲۰ و ۱۰)، تشویق بیان انواع احساس‌ها (سؤالات ۳۲، ۱۹، ۱۲ و ۵)، ایجاد یک فضای گرم در خانه (سؤالات ۴۰، ۲۹، ۲۲ و ۲)، حل تعارض بدون ایجاد استرس غیر لازم (سؤالات ۳۳،

۳۷، ۱۳ و ۷)، ایجاد حساسیت نسبت به هم‌فهمی (سؤالات ۳۵، ۳۰، ۲۱ و ۱۷) و ایجاد اعتماد به انسان‌ها بر اساس نیکی نهاد و آدمی (سؤالات ۳۱، ۱۸، ۸ و ۳) بود. این آزمون در شکل پنج‌درجه‌ای لیکرت دارای یک نمره کل از ۴۰ تا ۲۰۰ و در ابعاد فرعی دامنه نمرات از ۴ تا ۲۰ می‌باشد. تمام عبارت‌ها دارای ارزش یکسانی بوده و برای هر عبارت پنج گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، بی‌تفاوت (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) در نظر گرفته شده که آزمودنی باید یکی از گزینه‌ها را انتخاب نماید [۱۸]. روایی (محتوا) و پایایی (بازآزمایی) پرسش‌نامه خانواده سالم در مطالعه‌ای توسط Esmaeili به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۰/۹۵ گزارش شده است [۱۹].

در بخش سوم برای ارزیابی سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه سلامت اجتماعی Keyes [۲۰] استفاده شد که این پرسش‌نامه دارای ۳۳ سؤال در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای برای سنجش سلامت اجتماعی شامل ابعاد انسجام (سؤالات ۷-۱)، پذیرش (سؤالات ۸-۱۴)، شکوفایی (سؤالات ۲۷-۳۳)، مشارکت (سؤالات ۲۰-۱۵) و انطباق اجتماعی (سؤالات ۲۶-۲۱) بود. این آزمون در شکل پنج درجه‌ای دارای یک نمره کل از ۳۳ تا ۱۶۵ و در ابعاد فرعی دامنه نمرات انسجام (از ۷ تا ۳۵)، پذیرش (از ۷ تا ۳۵)، شکوفایی (از ۷ تا ۳۵)، مشارکت (از ۶ تا ۳۰) و انطباق اجتماعی (از ۶ تا ۳۰) می‌باشد. تمام عبارت‌ها دارای ارزش یکسانی بوده و برای هر عبارت پنج گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، بی‌تفاوت (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) در نظر گرفته شده است که آزمودنی باید یکی از گزینه‌ها را

انتخاب نماید [۲۰]. روایی (محتوا) و پایایی (بازآزمایی) پرسش‌نامه سلامت اجتماعی توسط Hatami به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۱].

پرسش‌گر با مراجعه حضوری به درب منازل افراد نمونه از طریق آدرس ثبت شده در پرونده‌های تشکیل شده در بیمارستان کاشانی جیرفت، بعد از دادن اطلاعات لازم در مورد اهداف این تحقیق و جلب رضایت آگاهانه آنان و ابراز تعهد به محرمانه بودن اطلاعات خانوارها، اطلاعات لازم را از طریق مصاحبه اخذ و در پرسش‌نامه‌ها درج کرد. کلیه ملاحظات اخلاقی بر طبق آیین‌نامه کمیته اخلاق دانشگاه امام رضا (ع) در نظر گرفته شد. در جمع‌آوری نمونه‌ها سعی بر این بود که از دو گروه (تغذیه با شیر مادر و عدم تغذیه با شیر مادر) به تعداد تقریباً مساوی وارد مطالعه شوند.

بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۰۷ گردید و سپس داده‌ها به وسیله نرم‌افزار Minitab نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون مجذور کای، آزمون دقیق فیشر (برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی)، آزمون t دو نمونه مستقل (برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی و کمی) و نسبت بخت‌ها (برای هر متغیر به‌طور جداگانه و از طریق رگرسیون لجستیک محاسبه گردید) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۱ رابطه وضعیت شیردهی مادر با متغیرهای دموگرافیک آورده شده است. بر اساس این جدول تعداد

افراد گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر ۲۲۱ نفر (۵۸/۹٪) بود. بیشتر نمونه‌های پژوهش سن بالاتر از ۳۰ سال (۲۲۳ نفر، ۵۹/۵٪)، ساکن روستا (۲۴۱ نفر، ۶۴/۳٪)، خانه‌دار (۲۷۳ نفر، ۷۲/۸٪) و دارای مدرک کمتر از لیسانس (۳۲۳ نفر، ۸۶/۱٪) بودند.

بر اساس جدول ۱ شانس تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در بین مادران کمتر و یا مساوی ۳۰ سال ۵/۰۸۶ برابر گروه بالاتر از سی سال است ($OR=5/086$ و $p<0/001$). شانس تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در مادران خانه‌دار ۲۱/۰۹۱ برابر مادران شاغل بود ($OR=21/091$ و $p<0/001$). سایر متغیرهای دموگرافیک بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیری نداشتند ($p>0/05$). در جدول ۲ نتایج مربوط به رابطه وضعیت شیردهی مادر بر اساس متغیرهای خانواده سالم و سلامت اجتماعی با استفاده از آزمون مستقل t و نسبت بخت‌ها آورده شده است. بر اساس این جدول با افزایش هر نمره در خانواده سالم، شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۰۷۲ برابر می‌شود ($OR=1/072$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در ارتباط با خانواده، شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۶۰۳ برابر می‌شود ($OR=1/603$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در پذیرش مرگ و جدایی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۵۰۳ برابر می‌شود ($OR=1/503$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در حل تعارض بدون

استرس شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۶۰۷ برابر می‌شود ($OR=1/607$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در ایجاد حساسیت نسبت به هم‌فهمی، شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۶۴۵ برابر می‌شود ($OR=1/645$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در ایجاد اعتماد به انسان‌ها بر اساس نیکی نهاد و آدمی، شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۴۸۶ برابر می‌شود ($OR=1/486$ و $p<0/001$). سایر ابعاد خانواده سالم بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیری نداشتند ($p>0/05$).

بر اساس جدول ۲ با افزایش هر نمره در سلامت اجتماعی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۰۸۷ برابر می‌شود ($OR=1/087$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در پذیرش اجتماعی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۱۲۹ برابر می‌شود ($OR=1/129$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در شکوفایی اجتماعی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۱۲۸ برابر می‌شود ($OR=1/128$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در انطباق اجتماعی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۱۷۹ برابر می‌شود ($OR=1/179$ و $p<0/001$). با افزایش هر نمره در مشارکت اجتماعی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۳۵۸ برابر می‌شود ($OR=1/358$ و $p<0/001$). بعد انسجام اجتماعی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیری نداشت ($p>0/05$).

جدول ۱- ارتباط وضعیت شیردهی مادر با متغیرهای دموگرافیک در زنان مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲

متغیرها	(درصد) تعداد	تغذیه انحصاری با شیر مادر		نسبت بخت‌ها (OR)	فاصله اطمینان ۹۵		مقدار P	
		بله (n=۲۲۱) (درصد) تعداد	خیر (n=۱۵۴) (درصد) تعداد		درصد برای نسبت بخت‌ها	حد پایین		حد بالا
سن (سال)	≤۳۰	۱۵۲ (۴۰/۵)	۱۲۲ (۵۵/۲)	۵/۰۸۶	۳/۱۵۷	۸/۲۲۴	<۰/۰۰۱	
	>۳۰	۲۲۳ (۵۹/۵)	۹۹ (۴۴/۸)					
محل سکونت	روستایی	۲۴۱ (۶۴/۳)	۱۴۳ (۶۴/۷)	۱/۰۴۵	۰/۶۸۳	۱/۶۱۳	۰/۸۲۳	
	شهر	۱۳۴ (۳۵/۷)	۷۸ (۳۵/۳)					
وضعیت اشتغال پدر	بیکار	۷ (۱/۹)	۴ (۱/۸)	۱/۰۸۳	۰/۲۴۳	۴/۸۹۱	۰/۹۸۶	
	شاغل	۳۶۸ (۹۸/۱)	۲۱۷ (۹۸/۲)					
وضعیت اشتغال مادر	خانه‌دار	۲۷۳ (۷۲/۸)	۲۰۸ (۹۴/۱)	۲۱/۹۰۱	۱۱/۱۳۲	۵۰/۱۲۳	<۰/۰۰۱	
	شاغل	۱۰۲ (۲۷/۲)	۱۳ (۵/۹)					
وضعیت تحصیلات پدر	کمتر از لیسانس	۲۹۰ (۳۳/۸)	۱۷۳ (۷۸/۳)	۱/۱۳۷	۰/۷۰۳	۱/۸۶۲	۰/۶۰۱	
	لیسانس و بالاتر	۸۵ (۲۲/۷)	۴۸ (۲۱/۷)					
وضعیت تحصیلات مادر	کمتر از لیسانس	۳۲۳ (۸۶/۱)	۱۸۶ (۸۴/۲)	۰/۶۵۶	۰/۳۵۴	۱/۲۳۴	۰/۱۸۹	
	لیسانس و بالاتر	۵۲ (۱۳/۹)	۳۵ (۱۵/۸)					

آزمون آماری مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و نسبت بخت‌ها. $p < ۰/۰۵$ اختلاف از نظر آماری معنی‌دار

جدول ۲- ارتباط وضعیت شیردهی مادر با متغیرهای خانواده سالم و سلامت اجتماعی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲

متغیرها	تغذیه انحصاری با شیر مادر		فاصله اطمینان ۹۵		مقدار p	
	بله (n=۲۲۱)	خیر (n=۱۵۴)	نسبت بخت‌ها (OR)	درصد برای نسبت		
				بخت‌ها		
				انحراف معیار ± میانگین		انحراف معیار ± میانگین
خانواده سالم	۱۰۹/۱۷±۱۰/۵۰	۱۰۲/۵۶±۸/۷۷	۱/۰۷۲	۱/۰۵۱	۱/۰۹۳	۰/۰۰۱<
استقلال	۱۰/۶۷±۱/۶۷	۱۰/۷۵±۱/۸۵	۰/۹۶۸	۰/۸۶۴	۱/۱۰۲	۰/۶۵۵
مسئولیت	۱۰/۷۵±۱/۶۳	۱۰/۹۶±۱/۶۹	۰/۹۲۳	۰/۸۱۱	۱/۰۵۱	۰/۲۱۵
برخوردارى از احترام	۱۰/۷۳±۱/۶۹	۱۰/۵۹±۱/۸۰	۱/۰۵۱	۰/۹۲۳	۱/۱۸۳	۰/۴۵۰
ارتباط با خانواده	۱۱/۱۹±۱/۷۶	۹/۹۶±۱/۳۱	۱/۶۰۳	۱/۳۹۱	۱/۸۳۳	۰/۰۰۱<
پذیرش مرگ و جدایی	۱۱/۳۷±۲/۳۷	۹/۷۹±۱/۳۳	۱/۵۰۳	۱/۳۳۷	۱/۶۸۹	۰/۰۰۱<
تشویق بیان انواع احساس‌ها	۱۱/۰۰±۱/۸۵	۱۰/۷۱±۱/۶۸	۱/۱۰۲	۰/۹۸۲	۱/۲۳۴	۰/۱۲۱
ایجاد فضای صمیمی خانوادگی	۱۰/۱۶±۱/۸۰	۱۰/۳۳±۱/۸۶	۰/۹۵۱	۰/۸۹۳	۰/۹۹۵	۰/۳۶۷
حل تعارض بدون ایجاد استرس	۱۰/۸۷±۱/۷۱	۹/۶۵±۱/۳۶	۱/۶۰۷	۱/۴۰۴	۱/۸۶۷	۰/۰۰۱<
ایجاد حساسیت به هم‌فهمی	۱۱/۲۱±۱/۷۵	۹/۷۷±۱/۴۹	۱/۶۴۵	۱/۴۴۳	۱/۸۷۹	۰/۰۰۱<
ایجاد اعتماد به انسان‌ها	۱۱/۲۲±۱/۷۶	۱۰/۰۶±۱/۶۲	۱/۴۸۶	۱/۳۱۲	۱/۷۰۱	۰/۰۰۱<
سلامت اجتماعی	۱۰۵/۳۳±۲۰/۵۹	۸۹/۴۹±۱۳/۴۹	۱/۰۸۷	۱/۰۷۷	۱/۰۹۷	۰/۰۰۱<
انسجام اجتماعی	۲۰/۶۶±۳/۳۳	۲۰/۷۷±۳/۴۹	۰/۹۹۰	۹۳۲/۰	۱/۰۵۲	۰/۷۴۳
پذیرش اجتماعی	۲۵/۴۷±۷/۹۶	۱۹/۰۱±۵/۹۵	۱/۱۲۹	۱/۰۹۲	۱/۱۶۷	۰/۰۰۱<
شکوفایی اجتماعی	۲۲/۲۵±۷/۰۹	۱۶/۹۷±۵/۵۰	۱/۱۲۸	۱/۰۸۹	۱/۱۶۷	۰/۰۰۱<
انطباق اجتماعی	۱۶/۱۴±۲/۱۱	۱۵/۴۳±۱/۹۹	۱/۱۷۹	۱/۰۶۶	۱/۳۰۴	۰/۰۰۱<
مشارکت اجتماعی	۲۰/۸۱±۴/۳۴	۱۷/۳۲±۱/۹۲	۱/۳۵۸	۱/۲۵۴	۱/۴۷۱	۰/۰۰۱<

آزمون آماری آدو نمونه مستقل و نسبت بخت‌ها. $p < ۰/۰۵$ اختلاف از نظر آماری معنی‌دار

بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران کمتر و یا مساوی ۳۰ سال بیشتر از گروه سنی بیشتر از ۳۰ سال است. طی حداقل ۱۰ سال گذشته رابطه سن مادر و تغذیه با شیر در اطفال در گزارش‌هایی از ایران و کشورهای دیگر تکرار شده و با گذر زمان قوی‌تر شده است [۲۲، ۹-۱۱، ۶-۷]. همین‌طور شانس تغذیه انحصاری با شیر توسط مادران خانه‌دار بیشتر از مادران شاغل بود. یافته‌های تحقیقات دیگر نیز بیانگر تأثیرگذاری اشتغال بر تغذیه با شیر مادر بود [۲۳-۲۴]. نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد که مکان زندگی، اشتغال پدر، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر با شیردهی انحصاری ارتباطی ندارند. این یافته با نتایج دیگر محققان هم‌خوانی نداشت، زیرا در تحقیقات صورت گرفته از متغیرهایی مانند مکان زندگی، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات به عنوان عوامل تأثیرگذار در تغذیه انحصاری با شیر مادر نام برده شده است [۲۳-۲۵، ۷].

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، داشتن خانواده سالم منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. گزارش‌ها و تحقیقات متعددی رابطه مثبتی بین شاخص‌های خانواده سالم و تغذیه انحصاری با شیر مادر را گزارش نموده‌اند [۲۶-۲۷، ۲۲]. خانواده دارای کارکرد سالم، خانواده‌ای است که در آن ویژگی‌هایی مانند برون‌سازی متقابل اعضاء با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر مناسب با چرخه حیات خانواده، احساس ایمنی و ارزشمندی بسیار

یافت می‌شود [۱۵]. بنابراین در سایه این ویژگی‌ها مادران

تمایل بیشتری به شیردهی فرزندان خود دارند.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که ارتباط با خانواده منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد که تحقیقات سایر محققان، این یافته را مورد تأیید قرار داده است [۲۸-۲۹]. همین‌طور پذیرش مرگ و جدایی (عزیزان) منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. Haghighi نیز نتایج مشابهی گزارش نمود [۳۰]. Kitano و همکاران نیز در تحقیقی ویژگی‌هایی مانند سخت‌رویی و توانایی سازگاری با شرایط زندگی را بر موفقیت شیردهی مناسب گزارش نمودند [۲۲].

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که حل تعارض بدون استرس منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌شود. این یافته با یافته دیگر پژوهش‌گران هم‌راستا است [۳۱-۳۳]. ایجاد حساسیت نسبت به هم‌فهمی منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. Noble نیز هم‌سو با این نتیجه، رابطه مثبتی بین حساسیت نسبت به هم‌فهمی با شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر به دست آورد [۳۴].

بر اساس نتایج تحقیق حاضر داشتن ایجاد اعتماد به انسان‌ها بر اساس نیکی نهاد و آدمی منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر گردید. در تبیین روابط بین خانواده سالم با تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌توان گفت که خانواده سالم و موفق مجموعه‌ای است که در آن، همه اعضاء موفق هستند و همه مناسبات میان افراد آن روال طبیعی و موفقی دارد. اعضای این خانواده می‌توانند از قدرت‌های انسانی خود استفاده کنند. اعضای این

خانواده‌ها دید مثبتی نسبت به یکدیگر دارند و از یکدیگر حمایت می‌نمایند [۱۹]. از طرفی در اوایل تولد نوزاد؛ مادر این اطمینان خاطر را ندارد که آیا شیر به اندازه کافی دارد تا فرزندش را با آن تغذیه کند. مطالعات گسترده نشان می‌دهد زنانی که خانواده‌شان آن‌ها را در دوران شیردهی مورد حمایت قرار می‌دهند، مدت طولانی‌تری به فرزند خود شیر می‌دهند و احساس امنیت و آرامش خاطر بیشتری تجربه می‌کنند و همین‌طور دید مثبت افراد خانواده و اعتقاد آنان به شیردهی مادر تأثیر به سزایی در حمایت روانی و تصمیم‌گیری مادر به شیردهی دارد [۳۵].

بر اساس نتایج تحقیق حاضر بین استقلال، مسئولیت و برخورداری از احترام با تغذیه انحصاری با شیر مادر رابطه‌ای وجود نداشت. این یافته‌ها با نتایج تحقیق Radzysinski و همکارش همخوانی نداشت [۲۹]. تشویق بیان انواع احساس‌ها و فضای گرم خانوادگی نیز با تغذیه انحصاری با شیر مادر رابطه‌ای نداشت که این دو یافته نیز با تحقیق Hinic همخوانی نداشت [۳۱]. در توجیه نتایج متفاوت این یافته‌ها با دو مطالعه ذکر شده می‌توان به تفاوت در نمونه‌ها، قلمرو اجرایی و روش کار اشاره کرد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد، داشتن سلامت اجتماعی منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. Thomson نیز این یافته را تأیید نموده است [۳۶].

همین‌طور پذیرش اجتماعی منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد، در همین راستا Bailey پذیرش مادران در اجتماع را به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری مادران برای شیردهی کودکان‌شان گزارش نموده است [۳۵]. شکوفایی اجتماعی منجر به افزایش

شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. در راستای این تحقیق Nash در رساله دکتری خود نشان داد که بین شکوفایی اجتماعی و تمایل به شیردهی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد [۳۷].

بر اساس نتایج تحقیق حاضر انطباق اجتماعی منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. تحقیقات محققان دیگر نیز رابطه مثبتی بین انطباق اجتماعی و تغذیه انحصاری با شیر مادر را نشان داده‌اند [۳۸، ۳۶].

مشارکت اجتماعی نیز منجر به افزایش شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر شد. پاره‌ای از گزارش‌های سازمان‌های بهداشتی، از جمله گزارشی که توسط مرکز استراتژی تغذیه کودک با شیر مادر در ایرلند شمالی ارائه شده است، رابطه عوامل اجتماعی شامل حمایت‌های گروه‌های اجتماعی با شیردهی را تأیید نموده‌اند [۱۳].

همین‌طور نتایج تحقیق دیگری در تایوان نشان داد که مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی باعث افزایش میزان شیردهی مادران می‌شود [۱۴].

در تبیین رابطه بین سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌توان گفت که بر اساس بحث نظری فرد با سلامت اجتماعی بالا در چارچوب‌های اجتماعی موجود جذب می‌شود. در این صورت احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به اجزای تشکیل‌دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل است (شکوفایی اجتماعی افزایش می‌یابد). با این تفکر، شخص احساس می‌کند که جامعه آن‌قدر پیچیده نیست که نتوان آینده آن را پیش‌بینی کرد (همبستگی اجتماعی افزایش می‌یابد). لذا شخص احساس می‌کند که وجوه مشترک

زیادی بین ارزش‌های او و ارزش‌های اجتماع وجود دارد و در نتیجه، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی برای او از اهمیت بالایی برخوردار است (انسجام اجتماعی افزایش می‌یابد) [۳۹].

تمام این عوامل موجب می‌شود که شخص نگرش مثبتی نسبت به افراد اجتماع پیدا کند (پذیرش اجتماعی افزایش می‌یابد)، و در نهایت در زمانی که نگرش‌های فوق در شخص به وجود آمد، شخص احساس مسئولیت‌پذیری اجتماعی و کارآمدی بالایی از خود نشان می‌دهد. بنابراین احساس می‌کند که می‌تواند نقش مهمی در پیشرفت و آینده اجتماع داشته باشد (مشارکت اجتماعی افزایش می‌یابد) [۳۶]. بنابراین محتمل است که این شرایط منجر به افزایش عملکرد مادران در شیردهی شوند.

با توجه به رابطه خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر و با توجه به اهمیت تغذیه با شیر مادر در سلامت مادر، کودک و جامعه؛ توصیه می‌شود مسئولان مربوطه آموزش‌هایی در رابطه با مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های کنارآیی، مهارت‌های صمیمیت و همدلی، مهارت‌های مقابله با استرس به زوجها برای تقویت خانواده سالم ارائه دهند. در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی مادران؛ مهارت‌های زندگی و ارتباطی از طریق روش مددکاری فردی و گروهی به مادران آموزش داده شود.

همین‌طور پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات بعدی، نقش اضطراب و افسردگی بر روی تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد بررسی قرار گیرد. البته از محدودیت‌های تحقیق گرما، رطوبت بالای هوا (گرما و رطوبت بالا می‌توانند در انسان منجر به بروز ناهنجاری‌های رفتاری و بیماری و یا برعکس ایجاد یک حس سلامتی کامل شوند [۴۰]) و محدود بودن به بیمارستان کاشانی شهر جیرفت (زیرا این اطلاعات بر پایه تعداد محدود از همین بیمارستان جمع‌آوری می‌شود و تنها می‌توان نتایج را به افراد مشابه تعمیم داد) بود. لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سطح وسیع‌تری تکرار شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، مشخص گردید که زنان در گروه‌های سنی بالاتر و شاغل شانس کمتری برای تغذیه انحصاری کودکانشان با شیر مادر دارند. با توجه به این که بین خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت، شاید بتوان با ارائه آموزش‌هایی در زمینه خانواده سالم، سلامت اجتماعی، سلامت روان، روابط خانوادگی، رضایت زندگی و سازگاری اجتماعی به افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر کمک کرد.

References

- [1] Huggins K. The nursing mother's companion: The Breastfeeding Book Mothers Trust, from Pregnancy through Weaning. New York, Harvard Common Press, 2015; pp: 124-9.
- [2] Sears W. The Breastfeeding Book: Everything You Need to Know About Nursing Your Child from Birth Through Weaning. England, Brown and Company, 2000; pp: 33-42.
- [3] WHO/UNICEF. Joint statement inocenti declaration: on the protection promotion and support of breastfeeding. Available at: <https://www.unicef.org> Accessed. In Aug 25, 1990.
- [4] Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. Williams Obstetrics. Texas, McGraw-Hill Education, 2009; pp: 324-65.
- [5] Khayyati F. An investigation into the reasons of terminating breastfeeding before the age of two. *J Qazvin Univ Med Sci* 2013; 11(3): 25-31. [Farsi]
- [6] Khabazkhoob M, Fotouhi A, Majdi MR, Moradi A, Javaherforoshzadeh A, Haeri KZ, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding in Health center mashhad 2007. *Iran J Epidemiol* 2008; 3(3): 45-53. [Farsi]
- [7] Hamidi M, Khoshdel A, Khadivi R, Deris F, Salehi-Fard A, Parvin N. The causes of formula milk consumption in the infants under 1 year old in Charmahalva Bakhtiari provins Iran, 2007. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 13(3): 77-83. [Farsi]
- [8] Veghari GH, Rahmati R. Breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan Province. *Iran J Nurs* 2011; 24(71): 8-18. [Farsi]
- [9] Aria KJ, Joybari L. The reasons for failure of exclusive breast-feeding in health centers in Gorgan. *J Gorgan Uni Med Sci* 2001; 3(2): 8-81. [Farsi]
- [10] Abedzadeh M, Saberi F. Quality of nutrition & factors related to It in 4/5-year old babies of Kashan. *KAUMS J (FEYZ)* 2005; 9(3): 59-64. [Farsi]
- [11] Hosieni H. Effective factors on duration of breast feeding in mothers in the city of Farooj North Khorasan in 2010. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2011; 1(1): 25-9. [Farsi]
- [12] RahimZadeh M, Hossini M, Mahmoodi M, Kazem M. A survey on some effective factors on the duration of breastfeeding using survival analysis (Mazandaran province). *Koomesh* 2007; 1(3): 34-9. [Farsi]
- [13] DHSSPS. Equality and inequalities in health and social care: A Statistical overview report inequalities and unfair access issues emerging from the DHSSPS (Breastfeeding Strategy for Northern Ireland). Ireland, Department of Health, Social Services and Public Safety, 2004; pp 89-95.
- [14] Chow H, Dong Y. Relationship between participation in leisure activities and constraints on

- Taiwanese breastfeeding mothers during leisure activities. *BMC Public Health* 2013; 30(1): 410-3.
- [15] Sadeghi M. Developing a model of healthy family based on an explorative mixed method Research. *J Family Psychology* 2014; 1(1): 12-21. [Farsi]
- [16] Khotdeea M, Singhirunnusorn W, Sahachaisaeree N. Effects of green open space on social health and behaviour of urban residents: A Case study of communities in Bangkok. *Procedia - Social and Behavioral Scie* 2012; 36: 449-55.
- [17] Khanal V, Sauer K, Zhao Y. Exclusive breastfeeding practices in relation to social and health determinants: a comparison of the 2006 and 2011 Nepal demographic and health surveys. *BMC Public Health* 2013; 1(1): 34-44.
- [18] Hovestadt AJ, Anderson WT, Piercy FP, Cochran SW, Fine M. A family-of-origin scale. *J Marital Fam Ther* 1985; 11(1): 287-97.
- [19] Esmaeili M. Study of family factors, influencing the educational and social control of children's mental health and veterans Ardabil. Research Project, Foundation Shahid Ardabil Province, 2005; 65-78. [Farsi]
- [20] Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly* 1998; 61(2): 121-40.
- [21] Hatami P. Studying the effectual factors in social health of students emphasizing of social Networks. [Master of Sciences dissertation]. Tehran: School of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University; 2010. [Farsi]
- [22] Kitano N, Nomura K, Kido M. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Rep* 2016; 3: 121-6.
- [23] Warr D. 'Money, stress, jobs': residents' perceptions of health-impairing factors in 'poor' neighbourhoods. *Health Place J* 2007; 13(3): 743-56.
- [24] Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001; 4(2): 729-39.
- [25] Victora CG. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387(10017): 475-90.
- [26] Bai DL, Fong D. Relationship between the infant feeding preferences of Chinese mothers' immediate social network and early breastfeeding cessation. *J Hum Lact* 2016; 24(6): 48-55.
- [27] Meedya S, Fahy K, Parratt JA. The milky way educational and support programme: structure, content and strategies. *Women Birth* 2016; 16(5): 30-5.
- [28] Guise J. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003; 2(1): 214-25.
- [29] Radzysinski S, Callister LC. Mother's beliefs, attitudes, and decision making related to infant feeding choices. *J Perinat Educ* 2016; 25(1): 18-28.
- [30] Haghighi M. The relationship between emotional intelligence and breastfeeding success in lactating mothers. *International J of Pediatrics* 2015; 3(2): 54-68. [Farsi]

- [31] Hinic K. The relationships among perceived stress, birth satisfaction, and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *American J of Med* 2015; 128(4): 231-9.
- [32] Tengku Ismail TA, Wan Muda WA, Bakar MI. The extended theory of planned behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutr Res Pract* 2016; 10(1): 49-55.
- [33] Goodman LR, Majee W, Olsberg JE, Jefferson UT. Breastfeeding barriers and support in a rural setting. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016; 41(2): 98-103.
- [34] Noble R. Resolution of lactose intolerance and colic in breastfed babies. Available at: <http://www.health-e-learning.com/articles/Lactose.pdf> Accessed. in Jan 1, 1998.
- [35] Bailey J. Board supports healthy families with month-long tribute to breastfeeding. Multnomah County Health Department. Available at: <https://multco.us/multnomah-county/news/board-supports-healthy-families-month-long-tribute-breastfeeding> Accessed. In Aug 27, 2015.
- [36] Thomson G. Building social capital through breastfeeding peer support: insights from an evaluation of a voluntary breastfeeding peer support service in North-West England. *Int Breastfeed J* 2015; 1(1): 10-5.
- [37] Nash K. Mothers' individual breastfeeding experiences and group support. [PhD dissertation]. Dublin: School of Nursing, Walden University; 2014.
- [38] Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Trying to live with pumping: expressing milk for preterm or small for gestational age infants. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016; 41(2): 110-5.
- [39] Meng Q, Fang H, Liu X, Yuan B. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system. *The Lancet* 2015; 386(10002): 1484-92.
- [40] Hancock P. Effects of heat stress on cognitive performance: the current state of knowledge. *INT J Hyperthermia* 2003; 19(3): 355-72.

The Relationship Between Demographic Factors, Healthy Family and Social Health with Exclusive Breastfeeding in Women Referred to Kashani Hospital of Jiroft in 2014

Sh. Sanjari¹, M.R. Mohammadi Soleimani², N. Khanjani³, M. Mohseni⁴, S. V. Ahmadi Tabatabaei⁵

Received: 12/10/2015

Sent for Revision: 20/12/2015

Received Revised Manuscript: 16/04/2016

Accepted: 26/04/2016

Background and Objectives: Breastfeeding is one of the key strategies for growth and survival of children, as it is rich in nutrients and better than any other food which ensures the growing child. However, statistics have reported that a lot of women avoid exclusive breastfeeding. The aim of this research was to assess the relationship between demographic factors, healthy family and social health with exclusive breastfeeding.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 375 women referred to Kashani hospital in the city of Jiroft in 2014 were selected via simple random sampling and completed demographic, healthy family and social health questionnaires. Independent t-test, chi-square test, Fisher's exact test and odds ratio (OR) were applied to analyze the data.

Results: The results showed that exclusive breastfeeding was more prevalent among women aged ≤ 30 years and housewives ($p < 0.001$). With increasing the score of healthy families and its dimensions including communication with family, acceptance of death and separation, conflict resolution without stress, sensitivity to understanding each other, and building trust in people, the probability of exclusive breastfeeding by mothers increased ($p < 0.001$). With increasing the score of social health and its dimensions including social acceptance, social actualization, social conformity and social participation, exclusive breastfeeding by mothers also increased ($p < 0.001$).

Conclusion: With regard to the relationship between healthy family and social health with exclusive breastfeeding, health education about healthy family and social health may help to increase the rate of exclusive breastfeeding.

Key words: Healthy family, Social health, Breastfeeding, Jiroft

Funding: This research was funded by Imam Reza International University of Mashhad.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Imam Reza International University of Mashhad approved the study.

How to cite this article: Sanjari Sh, Mohammadi Soleimani MR, Khanjani N, Mohseni M, Ahmadi Tabatabaei SV. The Relationship Between Demographic Factors, Healthy Family and Social Health with Exclusive Breastfeeding in Women Referred to Kashani Hospital of Jiroft in 2014. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(2): 165-78. [Farsi]

1- B.S. in Midwifery, M.A. in Health Education, Neurology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 - Ph.D. Student of Assessment and Training, Imam Reza International University, Mashhad, Iran

(Corresponding Author) Tel: (034) 33231738, Fax: (034) 33231738, E-mail: shsa2011@yahoo.com

3 - Associate Prof, Neurology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4 - Ph.D. in Public Health and Health Promotion, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5 - MD, MPH Health Education and Health Promotion Director, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran