بررسی ارتباط افسردگی پس از زایمان با تغذیه انحصاری با شیر مادر

محمدجواد قاسم‌زاده[۱]، احمد معصومی[۱]، جواد کرمعلی[۲]، محمدرضا شریف[۳]، سیامک محبی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر، شاخص‌های مربوط به تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران افت داشته است. از آن جا که شیردهی انحصاری با شیر مادر به فاکتورهای متعددی بستگی دارد، شناخت هر یک از این عوامل تأثیرگذار در اتخاذ استراتژی‌های پیشگیرانه از قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر، کمک کننده خواهد بود. این مطالعه، با هدف تعیین ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با تغذیه انحصاری با شیر مادر صورت گرفته است.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع مورد- شاهد، در طی شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در شهر قم صورت گرفت. مادران به ۳ گروه ۱۰۰ نفره بر حسب وضعیت تغذیه نوزاد خود تقسیم شدند. در این مطالعه، جهت خنثی کردن متغیرهای دخیل در افسردگی، از روش‌های محدودسازی و همسان‌سازی استفاده شد. در این مطالعه جهت گردآوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، از پرسش‌نامه استاندارد Beck نیز استفاده شد. داده‌ها در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره افسردگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱۲/۸۱، در گروه تغذیه تکمیلی همزمان با شیر مادر ۱۳/۵۹ و در گروه قطع کامل شیردهی ۱۵/۰۶ نمره بود که اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها یافت نشد. افسردگی خفیف در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵ درصد، در گروه تغذیه تکمیلی همزمان با شیر مادر ۸ درصد و در گروه قطع کامل شیردهی ۱۰ درصد بود. همچنین افسردگی شدید فقط در گروه قطع کامل شیردهی به میزان ۵ درصد مشاهده شد. همچنین بین افسردگی با کفایت شیر و حمایت همسر، ارتباط معکوس معنی‌دار مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: اگر چه میزان افسردگی در گروه انحصاری تغذیه با شیر مادر کمتر از سایر گروه‌ها بود، اما آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معنی‌داری را در این خصوص نشان نداد. همچنین درک مادران از کفایت شیر و نیز حمایت همسر، موجب کاهش میزان افسردگی می‌شد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، تغذیه انحصاری با شیر مادر، کفایت شیر، حمایت همسر

ارجاع: قاسم‌زاده محمدجواد، معصومی احمد، کرمعلی جواد، شریف محمدرضا، محبی سیامک. **بررسی ارتباط افسردگی پس از زایمان با تغذیه انحصاری با شیر مادر.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۶): ۵۸۶-۵۷۹.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۵

مقدمه

تغذیه شیرخوار با شیر مادر به عنوان تغذیه مطلوب، یکی از ابعاد بسیار مهم در رشد و تکامل ذهنی- شناختی کودک به حساب می‌آید (۱)؛ به طوری که اهمیت غیر قابل انکار تغذیه با شیر مادر، در سلامت و شادابی مادر و کودک در سراسر جهان، مورد قبول همگان است. در واقع، شیر مادر

۱- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران
۲- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران
۳- استادیار، گروه اطفال و نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۴- استادیار، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: smohebi@muq.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]
www.mui.ac.ir

مناسب‌ترین غذا برای شیرخوار است و تأثیر مثبت آن بر سلامت کودک و مادر، کاهش مرگ و میر کودکان، ارضای نیازهای عاطفی مادر و کودک و نیز صرفه‌جویی اقتصادی در بعد خانوار و جامعه، امری آشکار است (۲).

مطالعات متعدد و روزافزون نشان می‌دهد شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، به میزان کمتری دچار بیماری‌های گوارشی، تنفسی، عفونت گوش میانی و عفونت‌های ادراری، بیماری کرون، کولیت اولسراتیو، لنفوم، لوسمی و دیابت وابسته به انسولین می‌شوند (۵-۳)؛ به طوری که میزان مرگ و میر کودکان تغذیه شده با شیر خشک و غذاهای تکمیلی، نسبت به کودکانی که فقط شیر مادر خورده‌اند، به علت اسهال ۴/۲ برابر و به علت عفونت‌های تنفسی ۱/۶ برابر بیشتر بوده است (۶). این در حالی است که علل اصلی مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه، عفونت‌های تنفسی و اسهال می‌باشد. به هر حال، امروزه مزایای تغذیه با شیر مادر به روشنی اثبات شده و در تعالیم دینی و فرهنگ اسلامی هم مورد تأکید قرار گرفته است.

از اوایل دهه ۱۹۸۰ تغذیه با شیر مادر به عنوان بخشی از استراتژی Growth monitoring, oral rehydration therapy, breastfeeding and Immunization (GOBI) یونیسف برای رشد و بقای کودکان معرفی شد و در نهایت، در سال ۱۹۹۰ اعلامیه Inochenti برای حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر صادر شد. بر اساس این اعلامیه، شیرخواران باید در ۶- ۴ ماه اول تولد به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شوند (۷). با وجود اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کاهش مرگ و میر شیرخواران و ارتقای سطح سلامت آنان، فقط ۷۰ درصد زنان آمریکایی شیردهی را پس از زایمان شروع می‌کنند و حدود ۴۲ درصد تا ۶ هفتگی، ۳۲ درصد تا ۶ ماهگی و ۱۸ درصد تا یک سالگی شیردهی را ادامه می‌دهند (۹، ۸). نتایج کشورمان هم نشان می‌دهد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۴ ماهگی در کشور ۵۳/۴ درصد و تا پایان ۶ ماهگی ۲۷/۹ درصد بوده است (۱۰). در برخی مطالعات دیگر، در ایران تبعیت از شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر برای کودکان، به ترتیب ۹۰ و ۴۵ درصد بوده است که تا میزان مطلوب فاصله زیادی دارد (۱۱).

در این بین، عوامل متعددی بر تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر می‌گذارند که شامل مداخلات حین زایمان، بیماری‌های طبی مادر و نوزاد، ناهنجاری‌های آناتومی پستان، تماس پوست به پوست مادر و نوزاد، اعتماد به نفس مادر، افسردگی پس از زایمان، اشتغال به کار و حمایت اجتماعی می‌باشند (۱۳، ۱۲). از آن جا که شیردهی به عوامل متعددی بستگی دارد که شناخت هر یک از این عوامل تأثیرگذار در اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه از قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر، کمک کننده خواهد بود.

به نظر می‌رسد یکی از عوامل تأثیرگذار در تغذیه انحصاری با شیر مادر، افسردگی پس از زایمان باشد. افسردگی پس از زایمان، یک اختلال جدی و پایدار روانشناختی است که برخی از زنان آن را در دوره پس از زایمان تجربه می‌کنند (۱۴). افسردگی پس از زایمان ۸-۲ هفته پس از زایمان آغاز می‌شود و به مدت ۲ هفته تا چندین ماه می‌تواند پا برجا بماند (۱۵). افسردگی پس از زایمان، با افسردگی خلقی، کاهش علاقه به فعالیت‌ها، تغییر اشتها، خستگی، دشواری‌های خواب، دشواری در مراقبت از کودک، احساس گناه، اعتماد به نفس پایین، دشواری در تمرکز و ... مشخص می‌شود (۱۶).

در مطالعات قبلی، ارتباط بین تداوم شیردهی با برخی عوامل مؤثر نظیر سن، روش زایمان، شغل و ... بارها مورد بررسی قرار گرفته است، اما مطالعات بسیار معدودی به طور ویژه به ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با تداوم شیردهی اشاره کرده‌اند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با تغذیه انحصاری با شیر مادر صورت گرفته است.

روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی و از نوع مورد- شاهد بود که در طی شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در شهر قم صورت گرفت. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مادرانی بود که حداکثر ۶ ماه از تاریخ زایمان آن‌ها می‌گذشت. جهت اجرای این مطالعه، مادران بر اساس تغذیه شیرخواران در سه گروه به شرح زیر تقسیم شدند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

گروه الف- گروهی که شیردهی انحصاری داشتند و شیرخوار تنها از شیر مادر تغذیه می‌شد و مادر وی از مایعات یا شیر خشک یا غذاهای دیگر اجتناب می‌کرد.

گروه ب- گروهی که کودک هم شیر مادر و هم غذای دیگر مثل شیر خشک دریافت می‌کرد (شیردهی همزمان با تغذیه مکمل).

گروه ج- گروهی که به هر دلیل کودک از شیر مادر استفاده نمی‌کرد.

حجم نمونه با توجه به مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها، ۲۸۸ نفر (در هر گروه ۹۶ نفر) به دست آمد که برای دقت بیشتر، پژوهشگران نمونه‌گیری را بر روی ۱۰۰ نفر در هر گروه انجام دادند (در مجموع ۳۰۰ نفر). ملاک ورود به این مطالعه شامل داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی- درمانی شهر قم و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. ملاک‌های خروج از این مطالعه نیز داشتن سابقه بستری در بیمارستان یا داشتن سابقه بیماری روانی و نیز عدم تمایل به همکاری در مطالعه در نظر گرفته شد. همچنین جهت کنترل متغیرهای دخیل در افسردگی با توجه به مطالعات قبلی از روش محدودسازی و نیز همسان‌سازی استفاده گردید. بدین صورت که تنها مادران خانه‌دار با روش زایمان طبیعی انتخاب شدند و نیز در گروه‌ها بر اساس متغیرهای تحصیلات و جنسیت نوزاد، همسان‌سازی صورت گرفت.

در این مطالعه، علاوه بر پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک از پرسش‌نامه استاندارد Beck استفاده شد. این پرسش‌نامه مرکب از ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای بود که به هر سؤال از صفر تا ۳ امتیاز اختصاص می‌یافت. در این پرسش‌نامه، نقطه برش ۱۶ جهت تعیین علایم افسردگی در نظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر امتیاز منظور شده برای این پرسش‌نامه صفر و ۶۳ می‌باشد. بر اساس این امتیاز، وضعیت فرد از نظر شدت و درجه افسردگی به صورت زیر ارزیابی شد: امتیاز ۹-۰ به عنوان غیر افسرده (طبیعی)، امتیاز ۱۵-۱۰ افسردگی مرزی، امتیاز ۲۰-۱۶ افسردگی خفیف، امتیاز ۳۰-۲۱ افسردگی متوسط، از امتیاز ۳۱ به بالا به عنوان افسردگی شدید.

روایی و پایایی این پرسش‌نامه، بارها در مطالعات دیگر مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۸، ۱۷). در مطالعه حاضر ضریب همسانی درونی ماده‌های پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای Cronbach برابر ۰/۸۶ محاسبه شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پرسش‌نامه‌ها بدون درج مشخصات فردی گردآوری شد و نمونه‌ها با آگاهی کامل از اهداف مطالعه و با رضایت کامل در مطالعه شرکت کردند.

در نهایت، داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) توسط شاخص‌های آمار مرکزی و نیز آزمون ANOVA، آزمون دقیق Fisher و ضریب همبستگی Spearman در سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵۰$ تحلیل گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی مادران مورد مطالعه ۸/۱۲ ± ۲۸/۲۵ سال بود. ۱۶ درصد (۴۸ نفر) تحصیلات ابتدایی، ۱۹ درصد (۵۷ نفر) تحصیلات راهنمایی، ۴۵/۶۷ درصد (۱۳۷ نفر) تحصیلات متوسطه و ۱۹/۳۳ (۵۸ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۶۵/۶۷ درصد (۱۹۷ نفر) خانه‌دار و مابقی یعنی ۳۴/۳۳ درصد (۱۰۳ نفر) شاغل بودند. میانگین و انحراف معیار سن و وزن نوزادان هنگام تولد به ترتیب ۵/۶۱ ± ۴/۳۴ ماه و ۵۳۱/۷۸ ± ۳۱۴۸/۶۶ گرم بود. ۵۲/۶۷ درصد (۱۵۸ نفر) نوزادان پسر و ۴۷/۳۳ درصد (۱۴۲ نفر) دختر بودند.

میانگین و انحراف معیار آزمون Beck در این مطالعه ۵/۳۴ ± ۱۳/۸۲ نمره به دست آمد که میزان آن بر حسب گروه‌های تحت مطالعه در جدول ۱ ارایه شده است.

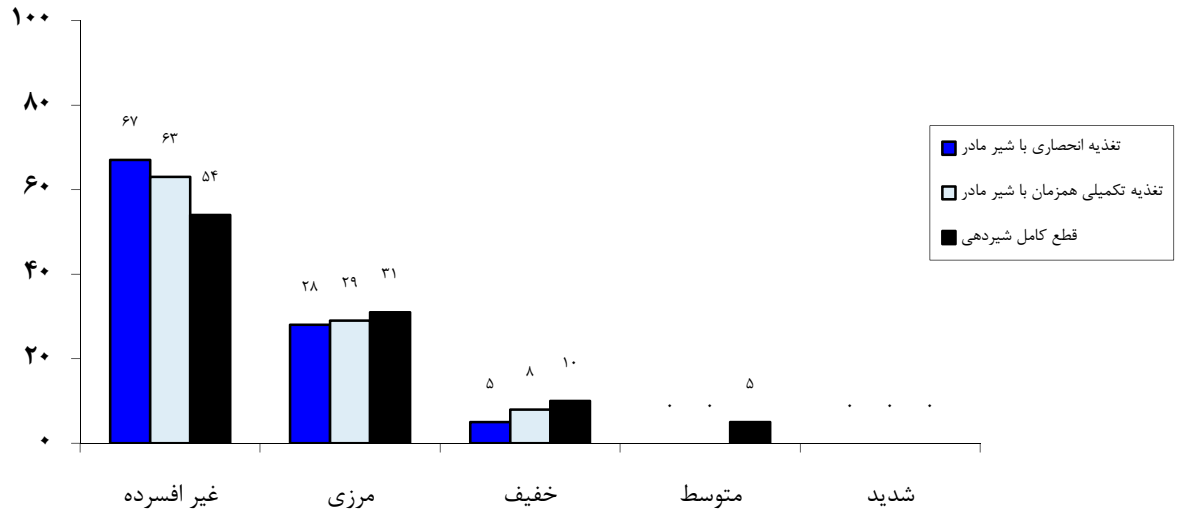
همچنین آزمون دقیق Fisher اختلاف معنی‌داری را در خصوص طبقه‌بندی نمره افسردگی در گروه‌های تحت مطالعه نشان نداد ($P = ۰/۰۶۲$) که این موضوع در نمودار ۱ آورده شده است.

در این مطالعه، ۵۶/۰۰ درصد نمونه‌ها (۱۶۸ نفر) میزان شیر خود را برای تغذیه نوزاد کافی می‌دانستند، ۲۶/۳۳ درصد (۷۹ نفر) میزان شیر را ناکافی، ۱۰/۶۷ درصد (۳۲ نفر) کم و

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

جدول ۱: میانگین و انحراف نمره آزمون افسردگی Beck در گروه‌های تحت مطالعه

گروه	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون ANOVA
تغذیه انحصاری با شیر مادر	۱۲/۸۱	۳/۲۵	
تغذیه تکمیلی همزمان با شیر مادر	۱۳/۵۹	۲/۲۰	P = ۰/۰۵۹
قطع کامل شیردهی	۱۵/۰۶	۵/۶۴	



نمودار ۱: توزیع فراوانی وضعیت افسردگی پس از زایمان در گروه‌های تحت مطالعه

۷ درصد (۲۱ نفر) خیلی کم تلقی می‌کردند. همچنین ۳۶/۳۴ درصد (۱۰۹ نفر) میزان حمایت همسر خود را در خصوص شیردهی خیلی خوب، ۳۳/۶۷ درصد (۱۰۱ نفر) خوب، ۲۳/۶۷ درصد (۷۱ نفر) متوسط و ۶/۳۳ درصد (۱۹ نفر) ضعیف اعلام کردند. در این مطالعه، بین میزان افسردگی پس از زایمان و میزان کفایت شیر ($P < ۰/۰۲۱$ ،$r < -۰/۳۸۹$) و نیز میزان حمایت همسر ($P < ۰/۰۰۳$ ،$r < -۰/۵۸۸$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

بحث

در حوزه پزشکی سه نوع اختلال روانی مربوط به دوران پس از زایمان به عناوین غم پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و پسیکوز پس از زایمان تعریف شده است. اولی حالتی است که خود به خود پس‌رونده است و نیاز به درمان ندارد. اما حالت‌های بعدی به علت تأثیر آن بر خانواده و نوزاد و طولانی شدن و قابل عود بودن بیماری دارای اهمیت است (۱۹). نکته مهم این است که «آیا افسردگی پس از زایمان علت قطع شیردهی می‌شود و یا این که خود، معلول قطع شیردهی است؟» با توجه به مطالعات صورت گرفته بر روی تغییرات هورمونی و مسایل روانی- اجتماعی در مادران، محتمل است که افسردگی پس از زایمان، خود متغیر مستقل باشد و پیامد آن، تغییراتی در عملکرد طبیعی مادران مانند شیردهی باشد (۲۰).

امروزه مشخص شده است که هفته‌های اول پس از زایمان، دوره‌ای بحرانی برای مادر و نوزاد است و مادران ممکن است با شکست شیردهی و افسردگی پس از زایمان رو به رو شوند؛ به طوری که مادرانی که مایل به شیردهی به نوزاد خود در هفته اول پس از زایمان نیستند، به طور معنی‌داری بیشتر دچار افسردگی پس از زایمان در دو ماه اول بعد از زایمان می‌شوند (۲۱).

نتایج این مطالعه نشان داد اگر چه میانگین نمره افسردگی در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر، کمتر از دو گروه دیگر و میانگین نمره افسردگی در گروه مادرانی که به نوزاد خود شیر

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

نمی‌دادند، بیشتر از دو گروه دیگر بود؛ اما نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، حاکی از عدم اختلاف معنی‌دار در این خصوص بود (P = ۰/۰۵۹).

این مطالعه، ۶۷ درصد مادران گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر غیر افسرده بودند که بیشترین توزیع فراوانی را در مقایسه با گروه‌های دیگر نشان می‌داد. همچنین زنان با نمره افسردگی مرزی و خفیف در مادران با قطع شیردهی به ترتیب ۳۱ و ۱۰ درصد به دست آمد که به نسبت گروه‌های دیگر بیشتر بود، هر چند که این موضوع نیز معنی‌دار نبود (P = ۰/۰۶۲). این نتایج با یافته‌های مطالعات محدودی که تنها به ارتباط افسردگی پس از زایمان و تغذیه انحصاری با شیر مادر پرداخته‌اند، همخوانی ندارد؛ به طوری که در تحقیقی در ژاپن مشخص شده است که افسردگی پس از زایمان با قطع تغذیه با شیر مادر، ارتباط دارد و قطع تغذیه با شیر مادر در ۵ ماه اول پس از زایمان، باعث ظهور علایم افسردگی شده است (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر اضطراب و افسردگی پس از زایمان باعث کاهش اعتماد به نفس و در نتیجه با کاهش شیردهی همراه شده است (۲۳). Kools و همکاران نشان دادند که تغذیه با شیر خشک با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد (۲۴).

دلیل عدم مشابهت نتایج مطالعه حاضر با این مطالعات، می‌تواند ناشی از خنثی کردن نقش متغیرهای تأثیرگذار بر افسردگی در این پژوهش باشد؛ چرا که متغیرهای شغل مادر، روش زایمان، جنسیت نوزاد و تحصیلات مادر با روش محدودسازی و همسان‌سازی تعدیل شدند، اما در مطالعات دیگر، این موضوع رعایت نشده بود. از سوی دیگر، تفاوت‌های فرهنگی در این خصوص هم می‌توانند نقش داشته باشند. اما عدم ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با تغذیه انحصاری با شیر مادر در این مطالعه، با مطالعه یاسمی و رازجویان در کشورمان مطابقت دارد؛ چرا که ایشان هم بین گروه‌های تحت مطالعه از لحاظ تغذیه با شیر مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری گزارش نکردند (۲۵). همچنین مطالعه صحتی شفایی و همکاران (۲۶) و نیز Kaplan و Sadock (۲۷) نشان داد که نحوه تغذیه نوزاد، نقشی در افسردگی پس از زایمان ندارد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد بین میزان افسردگی با حمایت درک شده از سوی همسر، ارتباط معکوس معنی‌داری دارد؛ بدین معنی که با افزایش این حمایت، میزان افسردگی کاهش می‌یابد. حمایت همسر، نه تنها از لحاظ فراهم نمودن وقت و فرصت بیشتر برای شیردهی مادر، بلکه از لحاظ حمایت روانی در تداوم شیردهی، بسیار قابل توجه است. در مطالعه‌ای در هنگ کنگ، همسران نقش حساسی در شروع و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند (۲۸). همچنین در مطالعه‌ای دیگر در انگلستان، بین افسردگی پس از زایمان با حمایت همسر ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت (۲۹). نتایج مطالعات دیگر هم با نتایج به دست آمده در این خصوص، همخوان است.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه، ارتباط معکوس معنی‌دار بین افسردگی پس از زایمان با کفایت شیر بود. اگر چه نمی‌توان به طور دقیق اذعان کرد که مادران نمی‌توانند میزان کفایت شیر خود را برای تغذیه نوزاد تشخیص دهند و بهترین ملاک کفایت شیر، وزن‌گیری نوزاد است، اما تا حدودی این موضوع می‌تواند جای تأمل داشته باشد. در واقع، ناکافی بودن شیر جهت تغذیه نوزاد، موجب خود کفایتی پایین شیردهی در مادر و در پی آن استرس درک شده در وی می‌گردد (۳۱، ۳۰) و این موضوع هم با افسردگی پس از زایمان ارتباط نزدیکی دارد. در این مطالعه، سعی شد تا ارتباط افسردگی پس از زایمان با تغذیه انحصاری با شیر مادر، با خنثی کردن برخی متغیرهای دخیل بررسی گردد. اما باز هم متغیرهای دیگری نظیر سن، تعداد فرزند، سابقه شیردهی و ... در این مطالعه نقش خود را داشتند و این موضوع، یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود. از این‌رو پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده، علاوه بر در نظر گرفتن تعداد نمونه‌های بیشتر در هر گروه، متغیرهای دیگری خنثی شود و مطالعه به صورت طولی اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

در نهایت، این مطالعه نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط معنی‌داری وجود ندارد؛ اگر

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

چه میزان افسردگی در این گروه کمتر بود. همچنین با درک حمایت بیشتر از سوی همسر و نیز احساس کفایت شیر بیشتر، میزان افسردگی به طور معنی‌داری کاهش می‌یافت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع دکترای حرفه‌ای مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم به شماره ۱۵۴۱۰۱۰۱۹۰۲۰۱۰ بود. از این‌رو، از همکاری کارکنان حوزه پژوهشی این دانشگاه و نیز همکاری کارکنان محترم مراکز بهداشتی- درمانی شهر قم و مادرانی که در طرح مشارکت و همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Batal M, Boulghourjian C, Abdallah A, Afifi R. Breast-feeding and feeding practices of infants in a developing country: a national survey in Lebanon. Public Health Nutr 2006; 9(3): 313-9.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005; 115(2): 496-506.
3. Maury S. Breastfeeding information & guideline a manual for breastfeeding support in pediatric & neonatal units. Trans. Saadvandian S, Tahery M. Mashhad, Iran: Sokhan Gostar Publication p. 22-70; 2007.
4. Lang S. Breast Feeding Special Care Babies. London, UK: Baillière Tindall p. 5; 2002.
5. Farhat AS, Saeidi R, Mohammad Zadeh A. Physical examination, diagnosis and treatment of neonatal disease. Mashhad, Iran: Mashhad University of Medical Sciences Publication; 2004. p. 91. [In Persian].
6. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. J Hum Lact 2004; 20(1): 30-8.
7. Lavender T, McFadden C, Baker L. Breastfeeding and family life. Matern Child Nutr 2006; 2(3): 145-55.
8. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics 2003; 112(1 Pt 1): 108-15.
9. Wilhelm SL, Stepans MB, Hertzog M, Rodehorst TK, Gardner P. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(3): 340-8.
10. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. Int Breastfeed J 2009; 4: 8.
11. Veghari G, Mansourian A, Abdollahi A. Breastfeeding status and some related factors in northern Iran. Oman Med J 2011; 26(5): 342-8.
12. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(1): 87-97.
13. Haku M. Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research. J Med Invest 2007; 54(3-4): 224-34.
14. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity and Women's Health Care. 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Incorporated; 2000.
15. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24(4): 257-66.
16. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160(3): 279-84.
17. Talaei A, Asna Ashari AM, Mohareri F, Rezaei A, Mirshojaeian M. Depression in unstable angina inpatients in Iran: a case-control study. J Fundam Ment Health 2009; 10(4): 299-304. [In Persian].
18. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depress Anxiety 2005; 21(4): 185-92.
19. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. J Adv Nurs 2004; 45(1): 26-35.
20. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. Midwifery 2007; 23(4): 382-91.
21. Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. Int Breastfeed J 2006; 1(1): 5.
22. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. J Affect Disord 2011; 133(3): 553-9.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

23. Bogen DL, Hanusa BH, Moses-Kolko E, Wisner KL. Are maternal depression or symptom severity associated with breastfeeding intention or outcomes? J Clin Psychiatry 2010; 71(8): 1069-78.
24. Kools EJ, Thijs C, Kester AD, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. Prev Med 2006; 43(5): 394-401.
25. Yasemi MT, Razjooyan K. Relationship of mental disorder anxiety and depression with cessation of breastfeeding. J Guilan Univ Med Sci 2001; 10(39-40): 1-7. [In Persian].
26. Sehati Shafaei F, Ranjbar Kouchaksaraei F, Ghoujazadeh M, Mohammad Rezaei ZH. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. J Ardabil Univ Med Sci 2008; 8(1): 54-61. [In Persian].
27. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 8th ed. Philadelphia, PA: Williams and Wilkins; 1998.
28. Lee WT, Wong E, Lui SS, Chan V, Lau J. Decision to breastfeed and early cessation of breastfeeding in infants below 6 months old-a population-based study of 3,204 infants in Hong Kong. Asia Pac J Clin Nutr 2007; 16(1): 163-71.
29. Lavender T, McFadden C, Baker L. Breastfeeding and family life. Matern Child Nutr 2006; 2(3): 145-55.
30. Bulk-Bunschoten AM, van BS, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, de Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands. Acta Paediatr 2001; 90(9): 1047-53.
31. Bastani, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primiparous Mothers. Iran J Nurs 2008; 21(54): 9-24. [In Persian].

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

Association of Postpartum Depression and Exclusive Breastfeeding

Mohammad Javad Ghasemzadeh[1], Ahmad Masomi[1], Javad Karamali[2], Mohammad Reza Sharif[3], Siamak Mohebi[4]

Original Article

Abstract

Background: Since exclusive breastfeeding depends on several factors, recognition of any of these factors influence the adoption of preventive strategies for early termination of breast-feeding would be helpful. This study aimed to determine the relationship between postpartum depressions and exclusive breastfeeding.

Methods: In this cross-sectional and case-control study, during the second and third seasons of 2012 in the city of Qom, Iran, 100 mothers were divided into groups according to their infants' nutritional status. In addition to collecting demographic data, Beck questionnaire was used to determine the depression status. Data at a significance level of less than 0.05 were analyzed.

Findings: The mean depression score was 12.81, 13.59, and 15.06 in the exclusive breastfeeding, complementary feeding with breast milk, and complete cessation of breast-feeding groups, respectively; the score was not significantly different between the groups. Prevalence of mild depression was 5%, 8%, and 10% in the exclusive breastfeeding, complementary feeding with breast milk, and complete cessation of breast-feeding groups, respectively. Also, major depression disorder was seen only in complete cessation of breast-feeding group with the rate of 5%. There was a significantly inverse association between the depression score and insufficient milk and having supportive spouse.

Conclusion: Although the score of depression in exclusive breastfeeding group was less than other groups, but ANOVA test showed no significant difference in this regard. Maternal perception of milk insufficiency as well as having support of spouse reduced the depression.

Key words: Postpartum Depression, Exclusive Breast Feeding, Adequacy of Breast Milk, Spouse Support

Citation: Ghasemzadeh MJ, Masomi A, Karamali J, Sharif MR, Mohebi S. **Association of Postpartum Depression with Exclusive Breastfeeding.** J Health Syst Res 2013; 9(6): 579-86.

Received date: 20/10/2012 Accept date: 13/02/2013

1- Assistant Professor, School of Medical Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
2- General Practitioner, School of Medical Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
3- Assistant Professor, Department of Pediatrics and Neonatology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
4- Assistant Professor, Health Policy and Promotion Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran (Corresponding Author)
Email: smohebi@muq.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]