

ارتباط بین شیردهی و افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان دره شهر، استان ایلام

معصومه کشکولی*^۱، سعیده ضیایی^۲

۱. کارشناس ارشد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
 ۲. استاد تمام، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۲
 تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳

زمینه و هدف افسردگی پس از زایمان (PPD) اپیزودی از افسردگی ماژور است که تأثیرات منفی بسیاری بر مادر و فرزندش دارد. عواملی در نقش فاکتورهای پیشگویی کننده در حول زایمان، مانند افسردگی در قبل و طی بارداری و تولد پیش از موعد نوزاد، برای آن شناخته شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط شیردهی با PPD انجام شده است.

مواد و روش‌ها این پژوهش از نوع طولی و از بین ۳۶۵ خانم باردار ۳۸ هفته‌ای مراجعه کننده به درمانگاه‌های شهرستان دره شهر، استان ایلام، در سال ۹۵-۹۴ انجام شده است. تعداد ۳۰۳ نفر که در بررسی با پرسش‌نامه ادینبرگ دچار افسردگی نبودند وارد بررسی شدند. این گروه در ۶ تا ۸ هفته پس از زایمان مورد بررسی مجدد با پرسش‌نامه ادینبرگ قرار گرفتند که ۳۱ نفر نمره ۱۳ یا بیشتر کسب کردند. پژوهش بر ۲۹ نفر انجام شد که افسردگی آنان توسط روان‌پزشک تأیید شد. ارتباط بین PPD با شیردهی و دیگر متغیرهای تأثیرگذار شامل نوع زایمان، محل زندگی و غیره با تقسیم نمونه‌ها به ۲ گروه افسرده و غیر افسرده سنجیده شد.

یافته‌ها از بین متغیرهای بررسی شده تنها شیردهی بود که با افسردگی پس از زایمان مرتبط بود ($P=0/004$) و در آنالیز رگرسیون چند متغیره نیز این ارتباط همچنان برقرار بود ($P=0/02$).

نتیجه‌گیری نتایج حاصل نشان می‌دهد در صورت شیردهی انحصاری با شیر مادر از میزان ابتلا به PPD کاسته می‌شود. با توجه به آمار بالای ابتلا به PPD در برخی از مناطق کشور جای آن دارد که برای کاستن از این میزان ابتلا مراقبت‌های بهداشتی ویژه‌ای در دوران پس از زایمان، نسبت به شروع و تداوم شیردهی انحصاری با شیر مادر صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها:

شیردهی، افسردگی پس از زایمان، پرسش‌نامه ادینبرگ، مراکز بهداشتی-درمانی.

۱. مقدمه

افسردگی پس از زایمان (PPD) در قالب اپیزودی از افسردگی ماژور تعریف می‌شود که از لحاظ زمانی با تولد نوزاد مرتبط است (۱-۲). انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ نام این اختلال را به Peripartum Depression تغییر داد و تصریح کرد که شروع آشفتگی خلقی می‌تواند طی بارداری یا در ۴ هفته اول پس از تولد نوزاد باش

(۳). از خصوصیات نسبت داده شده به PPD می‌توان به خلق افسرده، اضطراب، افکار اجباری، دشواری در خواب رفتن، اختلال در تمرکز، زودرنجی، از دست دادن کنترل، ترس‌های غیرمنطقی، احساس گناه، کاهش میل جنسی، تفکر خودکشی یا آسیب به فرزند اشاره کرد (۴). انجمن زنان و مامایی آمریکا بر این اعتقاد است که افسردگی حول زایمان، از هر ۷ زن یکی را زیر تأثیر قرار می‌دهد (۵) و شیوع آن در پژوهش‌های متعدد از ۱۳-۲۶ درصد در مادران نوجوان گزارش شده

* نویسنده مسئول: معصومه کشکولی

نشانی: ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، بیمارستان ولیعصر (عج) دره شهر

تلفن: ۰۹۱۸۳۴۳۳۴۷۵

رایانه: kashkoulimasoumeh@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0001-5516-6073

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0001-5516-6073

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹، ص ۲۶۷-۲۷۳

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

گرفت. یکی برای گردآوری داده‌های دموگرافیک، بارداری و زایمان و دیگری افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (EPDS) بود که برای بررسی افراد از نظر افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گرفت (۹). درباره پژوهش و انجام آن برای همه افراد توضیح داده شد و برای ورود به تحقیق از ایشان رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. از بین ۳۶۵ خانم باردار ۳۸ هفته‌ای مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها (شهری و روستایی)، تعداد ۳۰۳ نفر که شروط لازم را داشتند و در بررسی با پرسش‌نامه ادینبرگ دچار افسردگی نبودند (نمره کمتر از ۱۳ گرفته بودند) وارد تحقیق شدند. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: کسب نمره کمتر از ۱۳ در غربال‌گری ۳۸ هفته بارداری، نبود هر گونه بیماری طی بیماری شامل تهدید به سقط، پره‌کلامپسی، دیابت بارداری، بیماری‌های بافت هم‌بند، بیماری قلبی، کلیوی، انواع هیپاتیت، فشار خون پیش، حین و پس از زایمان، بیماری‌های صعب‌العلاج، ابتلای نبودن به افسردگی یا دیگر اختلال‌های روانی پیش یا حین بارداری، ابتلای نبودن به بیماری‌های روانی در دیگر افراد خانواده. معیارهای خروج عبارت بود از: وجود زایمان سخت شامل مواردی مثل زایمان ابزاری، تولد نوزاد ناهنجار، عوارض یا مشکلات ناشی از زایمان (طبیعی یا سزارین) که سبب اقدامات درمانی مثل تزریق خون، احیاء بستری در ICU یا CCU یا انتقال به اتاق عمل شده باشد (۵).

داده‌های دموگرافیک و بارداری برای همگی آنان ثبت و از آنان خواسته شد که تاریخ زایمان خود را در هر ساعتی از شبانه‌روز اطلاع دهند. با مراجعه مکرر به زایشگاه، تاریخ زایمان افراد حاضر در پژوهش جست‌وجو و ثبت شد. همه ۳۰۳ فرد حاضر در تحقیق با پرسش‌نامه ادینبرگ در یکی از روزهای ۶ تا ۸ هفته پس از زایمان بررسی شدند و نمره کسب‌شده آنان از پرسش‌نامه ثبت شد و در صورت کسب نمره ۱۳ یا بیشتر از آن برای تأیید افسردگی به روان‌پزشک ارجاع داده شدند و نتیجه ارجاع پی‌گیری شد. داده‌های پس از زایمان برای آنان اخذ شد (پرسش از بیمار، مراجعه به دفتر زایمانی، پرونده بیمار). از جامعه مورد بررسی، ۳۱ نفر از پرسش‌نامه ادینبرگ نمره ۱۳ یا بیشتر کسب کردند که افسردگی ۲۹ نفر از آنان از سوی روان‌پزشک تأیید شد و مطالعه بر روی این افراد انجام شد. ارتباط بین روش شیردهی (شیردهی انحصاری با شیر مادر) با نمره کسب‌شده در پرسش‌نامه ادینبرگ و دیگر متغیرهای اثرگذار شامل نوع زایمان، محل زندگی، جنس نوزاد، سابقه بستری نوزاد، ترجیح جنس نوزاد پیش از بارداری توسط مادر، سطح تحصیلات مادر و همسر، نخست‌زایی، BMI بر این ارتباط با تقسیم نمونه‌ها به ۲ گروه افسرده و غیر افسرده در بین این ۲ گروه سنجیده شد. برای بررسی ارتباط بین روش شیردهی با افسردگی پس از زایمان از آزمون کای ۲ استفاده شد. برای بررسی ارتباط دیگر متغیرها (نوع زایمان، محل زندگی، سابقه بستری نوزاد، ترجیح جنس نوزاد، جنس نوزاد، سطح

است (۸-۶). شیوع آن در ایران در ۸-۶ هفته پس از زایمان ۲۲ درصد و در ۱۴-۱۲ هفته ۱۸ درصد گزارش شده است (۹). PPD تأثیرات منفی بسیاری بر مادر و فرزند تازه متولدشده دارد. از جمله مشکلات ایجادشده برای فرزند را می‌توان اختلال‌های رشد و نمو، مشکلات تکلمی، شناختی، اجتماعی و ظهور احتمالی بعدی آشفتگی رفتاری در فرزند نام برد (۱۱-۱۰). درحالی‌که دلایل ابتلا به PPD به‌طور کامل شناخته نشده‌اند، تعدادی از عوامل در نقش فاکتورهای پیشگویی‌کننده برای افسردگی در حول زایمان شناخته شده‌اند (۱۰ و ۱۲).

انجمن زنان و مامایی آمریکا ریسک فاکتورهای افسردگی پری‌ناتال را به ۲ دسته ریسک فاکتورهای افسردگی طی بارداری و پس از زایمان تقسیم کرده است. فاکتورهای طی بارداری عبارت است از: اضطراب مادری، زندگی استرس‌زاه، سابقه افسردگی، فقدان حمایت اجتماعی، حاملگی ناخواسته، خشونت خانگی، درآمد پایین، تحصیلات پایین، مجرد بودن، مصرف سیگار، وضعیت ضعیف ارتباط با همسر. فاکتورهای پس از زایمان عبارت است از: افسردگی در طول بارداری، نگرانی طی بارداری، حوادث استرس‌زای زندگی طی بارداری یا اوایل دوره پس از زایمان، تجربه زایمان تروماتیک، تولد قبل از موعد، پذیرش نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، سابقه ابتلا به افسردگی و مشکلات شیردهی (۱۳). در ایران نیز در بررسی‌های زیادی به ارتباط فاکتورهای متعددی با افسردگی پس از زایمان پرداخته شده است (۱۶-۱۴) و در هر یک نتایج متفاوتی به‌دست آمده است. روبین‌تن و همکارانش (۱۳۸۹) در پژوهش خود بین تغذیه نوزاد، نوع زایمان، سن مادر، حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنادار یافته‌اند (۱۴). همچنین زهرایی و همکارانش (۱۳۷۶)، در پژوهشی بین فاکتورهایی مانند روش تغذیه و سابقه افسردگی در فرد و خانواده با افسردگی پس از زایمان پیدا کرده‌اند (۱۵). در پژوهش‌های دیگری مانند لشکری‌پور و همکاران (۱۳۸۶) بین نوع تغذیه نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری نیافته‌اند، در عوض این عارضه را با عواملی مانند نوع زایمان، سن مادر، جنسیت ناخواسته نوزاد از طرف والدین، سابقه ابتلا به افسردگی مادر و میزان تحصیلات ارتباط معنادار پیدا کرده‌اند (۱۶). با توجه به شیوع بالای این عارضه در کشور ما (۱۸-۱۷) و اثرات سوء آن بر مادر و خانواده و با توجه به اینکه دلایل ابتلا به آن کاملاً مشخص نیست (۱۰)، اولین قدم در کاهش میزان ابتلا به آن شناسایی عوامل مستعدکننده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف شناسایی این عوامل طراحی و اجرا شده است.

۲. مواد و روش‌ها

این پژوهش در سال ۹۵-۹۴ بر خانم‌های باردار ۳۸ هفته‌ای مراجعه‌کننده برای انجام مراقبت‌های پره‌ناتال در مانگاه‌های شهرستان دره-شهر، انجام شد. در این پژوهش دو پرسش‌نامه مورد استفاده قرار

داشتند و ۸/۹ درصد افراد به دلیل مشکلاتی مانند تصور درباره کافی نبودن شیر مادر، گریه شیرخوار، تصور خوب وزن نگرفتن شیرخوار (برخلاف منحنی رشد نرمال و بیدار بودن شبانه نوزاد) از شیرخشک همراه با شیر مادر استفاده می کردند. حدود ۳۵ درصد افراد افسرده و تنها ۳ درصد افراد غیر افسرده به یکی از دلایل بالا تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. برای بررسی ارتباط وضعیت شیردهی با افسردگی پس از زایمان از آزمون کای ۲ استفاده شد که با $P=0/004$ ارتباط معنادار شد و در مدل رگرسیونی چند متغیره شامل سن مادر، وضعیت نخست زایی، سطح تحصیلات مادر، نوع زایمان، محل زندگی، سابقه بستری نوزاد، سابقه سقط، BMI، ارتباط بین نمره افسردگی و وضعیت شیردهی (شیردهی انحصاری با شیر مادر) معنادار و از نوع محافظتی بود ($P=0/02$) (جدول ۲). این پژوهش در نوع خود تنها تحقیق انجام شده در ایران است که پس از بررسی ارتباط فاکتورهای متعدد با افسردگی پس از زایمان، تنها، بین روش شیردهی و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنادار می یابد.

تحصیلات مادر و همسر، سابقه سقط و تعداد زایمان) با افسردگی پس از زایمان از آزمون کای ۲ استفاده شد. برای بررسی ارتباط سن مادر با افسردگی پس از زایمان از آزمون t مستقل و برای بررسی عوامل اثرگذار بر نمره کسب شده در معیار افسردگی پس از زایمان ادینبرگ از رگرسیون چندگانه استفاده شد.

۳. یافته های پژوهش

در بررسی ۸-۶ هفته پس از زایمان ۳۰۳ خانم باردار ۳۸ هفته ای با پرسشنامه ادینبرگ، تعداد ۳۱ نفر مبتلا به افسردگی بودند (کسب نمره ۱۳ و بالاتر از پرسشنامه ادینبرگ) که پس از ارجاع آنان به روان پزشکی، افسردگی ۲۹ نفر از آنان تأیید شد. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان نزدیک ۱۰/۲۳ درصد بود که پس از تأیید افسردگی افراد از سوی روان پزشکی شیوع افسردگی ۹/۵۷ درصد محاسبه شد. تمامی مادران پس از زایمان شیردهی را آغاز کرده بودند و در بررسی ۸-۶ هفته، هیچ یک از مادران شیردهی را قطع نکرده بودند. ۹۱/۰۸ درصد تغذیه انحصاری یا اغلب انحصاری

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد فراوانی روش شیردهی در افراد مورد بررسی (n=303)

شیردهی انحصاری	تعداد	درصد
بله	۲۷۶	۹۱/۰۸
خیر	۲۷	۸/۹
تعداد	۳۰۳	۱۰۰

بیشتر مادران در این بررسی به روش شیردهی انحصاری به فرزندان خود شیر می دادند.

جدول ۲. عوامل اثرگذار بر نمره کسب شده در معیار افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در رگرسیون چندگانه

Model	ضرایب غیر استاندارد شده		T	Sig.
	B	Std. Error		
(Constant)	13.250	1.941	6.827	0.000
روش شیردهی	-4.799	2.033	-2.360	0.020

a. Dependent Variable: EPDS

Model	Beta In	T	Sig.
سن	.059 ^b	.563	.575
BMI	.042 ^b	.399	.691
جنس	-.061 ^b	-.585	.560
ترجیح جنس نوزاد	.073 ^b	.698	.487
سطح تحصیلات مادر	-.200 ^b	-1.960	.053
نوع زایمان	.076 ^b	.729	.468
تعداد زایمان	.137 ^b	1.330	.187
نخست زایی	-.198 ^b	-1.950	.054
سابقه سقط	-.158 ^b	-1.540	.127
سابقه بستری	-.070 ^b	-.670	.505

a. متغیر مستقل EPDS :

تنها متغیر مرتبط با نمره کسب شده در معیار افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، روش شیردهی بود ($P=0/02$).

۴. بحث

در این پژوهش، شیوع افسردگی پس از زایمان ۹/۵۷ درصد بود که حاکی از آن است که شیوع افسردگی پس از زایمان در این پژوهش بالا نیست. بین نخست‌زایی، سن مادر، BMI، تعداد زایمان، جنس نوزاد، تحصیلات مادر، ترجیح جنس نوزاد، سابقه سقط و سابقه بستری نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری یافت نشد و تنها عامل مؤثر در ابتلا به افسردگی پس از زایمان روش شیردهی نوزاد بود ($P=0/004$) که با تعدادی از پژوهش‌ها هم‌سو نیست.

در یک پژوهش طولی بر ۱۰۵ زن در انگلستان، با استفاده از روش Goldberg's Standardised Psychiatric Interview (SPI)، یک بار پیش از زایمان و سپس ۱۰ هفته و دوباره ۲۰-۱۲ هفته پس از زایمان، نتیجه‌گیری شده که شیردهی بر خلق مادر اثرگذار نبوده، و با پژوهش حاضر هم‌سو نیست. شاید به این دلیل که هفته‌های بررسی افراد در بارداری و پس از زایمان با پژوهش حاضر تفاوت دارد و از ورود افرادی با افسردگی به پژوهش پیشگیری نشده است، نیز برای بررسی افراد از نظر افسردگی از روش SPI استفاده شده است که در این روش با توجه به اینکه افراد با نظر فردی روان-پزشک افسرده یا غیر افسرده تشخیص داده می‌شوند ممکن است سوگیری رخ دهد. از سوی دیگر، پژوهش مذکور از نوع گذشته‌نگر بود و از پست یا ایمیل پرسش‌نامه استفاده کرده بودند. طبیعی است که عودت پرسش‌نامه توسط افراد افسرده کمتر صورت می‌گیرد یا افراد افسرده به دلیل وضع روحی موجود نگرش‌های منفی‌تری به شیردهی خود دارند. شاید به این دلیل که برای این مادران سخت است فهم واقعی از خودشان در نقش مراقب شیرخوار داشته باشند (۱۹). در یک بررسی مقطعی بر ۱۴۲ زن برای بررسی فاکتورهای اتیولوژیک افسردگی پس از زایمان، و با استفاده از پرسش‌نامه ادینبرگ در ۶ هفته پس از زایمان نتیجه گرفته شده که روش شیردهی شیرخوار پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان نیست. در پژوهش آنان افرادی با سابقه افسردگی و دیگر اختلال‌های روانی نیز حاضر بوده‌اند. نیز غربالگری افسردگی طی بارداری انجام نشده بود و افراد با زایمان سخت نیز حضور داشته‌اند که ورود چنین افرادی به پژوهش سبب مخدوش شدن نتایج آنان شده است (۲۰).

در تعدادی دیگر از پژوهش‌ها، هم‌سو با تحقیق حاضر، از ارتباط شیردهی با افسردگی پس از زایمان حمایت شده است. یانکرس و همکارانش (۲۰۰۰) در پژوهش خود در آمریکا بر ۸۰۲ زن، برای بررسی ریسک فاکتورهای افسردگی

پس از زایمان، از پرسش‌نامه ادینبرگ در ۳ هفته پس از زایمان استفاده کردند. آنان نتیجه گرفته‌اند مادرانی که شیردهی داشتند، محتمل‌تر بودند که علائم افسردگی کمتری در ۳ هفته پس از زایمان داشته باشند (۲۱). در بررسی دیگری توسط تامنتای و همکاران (۲۰۰۲) در ۳۷۳ زن فنلاندی در روز اول پس از زایمان و سپس ۸-۶ هفته پس از زایمان با استفاده از پرسش‌نامه ادینبرگ نتایج پژوهش بالا را تأیید کرده‌اند (۲۲). در پژوهش تامینن (۱۹۸۸) برای بررسی تأثیر افسردگی مادر بر شیردهی و گرایش‌ها و اعمال مراقبتی از شیرخوار بر ۱۱۹ زن پرایمی پار سالم بررسی پایلوتی انجام شد. در این بررسی برای تشخیص افراد افسرده از پرسش‌نامه بک استفاده شد. مادران افسرده در این پژوهش مشکلات بیشتری درباره شیردهی گزارش می‌کردند مثل: مشکل در پستان‌گرفتن شیرخوار، وجود شیر خیلی کم یا خیلی زیاد در بعضی اوقات، گریه یا نخوابیدن شیرخوار در شب. اگر مشکلاتی در زمینه شیردهی وجود داشت، مادران افسرده احساس منفی بیشتری درباره مشکل شیرخوار بروز می‌دادند. بیشتر بیان می‌کردند که از حمایت کافی برای شیردهی برخوردار نیستند (۲۳). در پژوهی توسط روبین‌تن و همکارانش (۱۳۸۹) در تبریز بر ۱۹۵ مادر در هفته هشتم پس از زایمان و با استفاده از پرسش‌نامه ادینبرگ، بین نوع تغذیه نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنادار وجود داشت چنان‌که افسردگی پس از زایمان در مادرانی که با شیر خشک نوزاد خود را تغذیه می‌کردند بیشتر بود (۱۴). در پژوهش صحتی شفایی و همکارانش در شهر تبریز و بر روی ۶۰۰ زن که دست‌کم ۲ ماه از زایمان آنان می‌گذشت، نتایج بالا تأیید شد (۲۴) که با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو است. با بررسی پژوهش‌های گفته‌شده نتایج متفاوتی به دست آمده است که دلایل این اختلافات را می‌وان چنین بیان کرد: در پژوهش‌های مختلف برای نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان از ابزارهای مختلفی استفاده شده است که حتی در موارد استفاده از یک نوع ابزار، نمره‌های کات‌اف متفاوتی برای تشخیص افراد مختلف به‌کار رفته است. طبقه‌بندی اشتباه افراد افسرده و غیر افسرده ممکن است به دلیل بررسی نکردن بالینی در بیشتر پژوهش‌ها باشد. در بسیاری از پژوهش‌ها، تعاریفی که برای بررسی شیردهی شده یا تعاریف استاندارد نبود یا از فرمت بله یا نه استفاده کرده‌اند. از طرف دیگر در بسیاری از پژوهش‌هایی که روش‌های تغذیه نوزاد را بررسی می‌کنند، تعداد کمی به‌وضوح مشخص کرده‌اند که آیا زنان در واقع شیردهی را پس از زایمان شروع کرده‌اند یا نه.

مرتبط با افسردگی پس از زایمان شیردهی بود. نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد شیوع افسردگی در زنانی که نوزاد خود را با شیردهی انحصاری تغذیه می‌کنند کمتر است. به استناد این نتایج می‌توان با به‌کارگیری راهکارهایی مانند تشکیل گروه‌های حامی ترویج تغذیه با شیر مادر و آموزش افراد خانواده در حمایت از تغذیه انحصاری با شیر مادر گام بزرگی برای ترغیب مادران به شیردهی انحصاری و کاهش افسردگی پس از زایمان برداشته شود تا از نتایج مضر این اختلال بر مادر و نوزاد تازه متولد شده و بر خانواده و سیستم بهداشت و درمان پیشگیری یا دست‌کم کاسته شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همه مادران عزیز و همه کسانی که در این پژوهش شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌کنیم. یافته‌های این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با کد کمیته اخلاق IR.TMU.REC.1394.182 است که با شماره ۳۸۲۳۸۹ در سایت پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایران داک) ثبت شده است.

در این پژوهش از تعریف لایوک و کراسووک (۱۹۹۰) استفاده کردیم که برای یک‌پارچگی تعریف شیردهی در بررسی‌های مختلف ارائه شده است. هیچ یک از مادران، از جمله مادران افسرده، شیردهی خود را قطع نکرده بودند. ارتباطی بین قطع شیردهی با افسردگی پس از زایمان در این پژوهش وجود ندارد. از مدل رگرسیون چند متغیره در همراهی با دیگر متغیرها نقش شیردهی در نمره کسب‌شده در پرسش‌نامه ادینبرگ استفاده کردیم که مشخص شد ارتباط این متغیر در همراهی با دیگر متغیرها بر نمره کسب‌شده معنادار است. می‌توان گفت وجود مشکل در تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر سبب افزایش استرس و نگرانی از تغذیه مناسب نوزاد و کاهش اعتمادبه‌نفس مادر و در نهایت بروز افسردگی می‌شود؛ زیرا بین کاهش اعتمادبه‌نفس و استرس و اضطراب پس از زایمان (۱۳ و ۲۴) رابطه معنادار وجود دارد.

۵. نتیجه‌گیری

در پژوهش‌های زیادی ارتباط متغیرهای مختلف با افسردگی پس از زایمان بررسی شده است. در پژوهش حاضر نیز متغیرهای مختلفی بررسی شد که در نهایت تنها متغیر

References

- [1]. Epperson CN. Postpartum major depression: Detection and treatment. *Am Fam Physician*. 1999; 59(8): 2247-54.
- [2]. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. 2011. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011; 14(1):1-27. Cited in PubMed; PMID: 21052833.
- [3]. Nuckols CC. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. American psychiatric Associations. America Psychiatric publishing; 2013. ISBN 978-0-89042-55-80.
- [4]. Jones HW, Venis JA. Identification and classification of postpartum psychiatric disorders. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2001; 39(12): 23-30. Cited in PubMed; PMID: 11775292.
- [5]. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee Opinion NO. 630. 2015; 125: 1268-71.
- [6]. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996; 8(1): 37-54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- [7]. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol*. 1990; 99(1): 69-78. Cited in PubMed; PMID: 2307769.
- [8]. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63(3): 445-453. Cited in PubMed; PMID: 7608357.
- [9]. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007; 4(7): 11. Cited in PubMed; PMID: 17408479.
- [10]. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *Br J Psychol*. 2007; 191: 378-86. Cited in PubMed; PMID: 17978316.
- [11]. Dave S, Sherr L, Senior R, Nazareth I. Association between parental depression and behavior problem in children of 4-6 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17(5): 306-15. Cited in PubMed; PMID: 18365134.
- [12]. McCov SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-5 weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc*. 2006; 106(4): 193-8. Cited in PubMed; PMID: 16627773.
- [13]. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013; 9: 379-407. Cited in PubMed; PMID: 23394227.
- [14]. Roubintan N, Esmailpour K, Mahmoud Aliloo M, Seyedrasooli E. The relationship of type of delivery and infant feeding with Postpartum Depression. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2012; 34(3): 52-56. (Persian).
- [15]. Hassan Zahraei R, Asadollahi GA, Bashardoost N, Khodadoostan Shahraki M. Evaluation of the relationship between post-natal depression and other different factors in women who have visited the health care centers of Isfahan in 1376. *J Nurs Midwifery Univ Isfahan* 1997; 11: 50-57. (Persian).
- [16]. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh Sarasiyabi A. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. *J Fund Mental Health* 2012; 4(52): 404-412. (Persian).
- [17]. Khooshemehry G, Shariati Feizabady A, Naserkhaki V. Prevalence of Postpartum Depression and the Factors that Decides in Clinics in the North of Tehran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2011; 19(1): 59-69. (Persian).
- [18]. Veisani Y, Delpisheh A, Savehmiri K, Rezaeian Sh. Trends of Postpartum Depression in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Res Treat*. 2013; 15(14): 21-29. Cited in PubMed; PMID: 23936640.

- [19]. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry*. 1982; 140: 111-7. Cited in PubMed; PMID: 7074291.
- [20]. O'Neill T, Murphy P, Green VT: Postnatal depression-aetiological factors. *Ir Med J*. 1990; 83(1):17-18. Cited in PubMed; PMID: 2361830.
- [21]. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic System. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11): 1856-63. Cited in PubMed; PMID: 11691692.
- [22]. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8(5):240-6. Cited in PubMed; PMID: 12225350.
- [23]. Tamminen T. The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. *Acta Paediatr Scand Suppl*. 1988; 344: 87-94. Cited in PubMed; PMID: 3265836.
- [24]. Sehhatie Shafaei F, Ranjbar Koochaksariie F, Ghojzadeh M and Mohamadrezai Z. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 8(1): 54-61. (Persian).

The relationship between breastfeeding and Postpartum Depression in women referring to Health Centers in Darreh Shahr County, Ilam Province

Masoumeh Kashkoui^{1*}, Saeideh Ziaei²

1. MSc of Midwifery, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Science, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Full professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Science, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Postpartum depression (PPD) is an episode of major depression that has many negative effects on the mother and the newborn child. Some factors have been identified as the predictive factors for PPD in peripartum such as Peripartum and Postpartum Depression, and preterm labor. The aim of this study was to investigate the relationship between breastfeeding and PPD.

Materials and Methods: This research was a longitudinal study conducted in Darreh Shahr County, Ilam Province in 2015-2016. Of the 365 women who were pregnant about 38 weeks, 303 ones who had no depression according to the Edinburgh questionnaire were put under the study. The under study group was reexamined again with the Edinburgh questionnaire 6 to 8 weeks after delivery. 31 of them achieved grade 13 or greater of whom 29 ones were approved that had depression by a psychiatrist. The study was conducted on this group. Afterwards the relationship between breastfeeding and PPD and other effective variables including type of delivery, place of residence and etc, was investigated by dividing the samples into two groups namely depressed and non-depressed subjects.

Results: Among the variables studied it was only breastfeeding that was connected to postpartum depression ($P=0/004$). This relationship was also positive ($P=0/02$) in the multivariate regression analysis.

Conclusion: The results revealed that in the case of exclusive breastfeeding, the rate of PPD was decreased. Due to the high rate of prevalence of PPD in some parts of the country, it is important to reduce the rate of this prevalence, the special health care is important during the postpartum period, relative to the initial, and the continuation of exclusive breastfeeding.

Received: 2017/12/03

Accepted: 2018/07/25

Keywords Postpartum depression, Edinburgh questionnaire, Breastfeeding, Health Care Centers.