

## بررسی رابطه اختلال روانی، اضطراب و افسردگی با قطع شیردهی

دکتر محمد تقی یاسمی \* - دکتر کنایون رازجویان \*\*

\* دانشیار گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\* روانپزشک - دانشگاه علوم پزشکی مازندران

### چکیده

قطع شیردهی مادران پس از بارداری، خصوصاً در شش ماه اول پس از زایمان، می تواند اثرات سونی بر روی سلامت جسمی و روانی مادر و کودک و همچنین رابطه بین آن دو بجا گذارد. علیرغم شیوع تقریباً بالای انواع اختلالات روانپزشکی در مادران پس از زایمان، تاکنون شواهد مستقیمی دال بر رابطه بین این اختلالات با قطع شیردهی در مادران ارائه نشده است. در این تحقیق تلاش شده است که به این سوالات پاسخ داده شود: آیا تفاوتی بین میانگین سلامت روانی عمومی، افسردگی و اضطراب مادرانی که شیردهی خود را قطع نموده و با از شیر کمکی استفاده کرده اند با مادرانی که منحصراً از شیر خود استفاده می کنند، وجود دارد یا خیر؟ در این راستا در یک مطالعه مقطعی، بمدت ۶ ماه از ۳۰۰ مادری که در شش ماه اول پس از زایمان خود قرار داشته و واجد شرایط بوده اند، تست سنجش سلامت عمومی (GHQ-28)، تست افسردگی بک (BDI) و تست اضطراب (STAI) به عمل آمد و از روشهای آماری ANOVA یک طرفه، [t-Test و کروسکال والیس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. از نتایج اینگونه استنباط شده است که تفاوت های معنی داری در میانگین اختلال روانی عمومی ( $P=0/02$ ) و اضطراب ( $P<0/001$ ) بین مادران با قطع شیردهی و شیردهی مخلوط با گروه شیردهی انحصاری وجود دارد. معیاداً این تفاوت برای افسردگی معنی دار نبوده است ( $P=0/18$ ). انجام یک مطالعه طولی جهت بررسی رابطه علت و معلولی سلامت روانی و ادامه شیردهی پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: اختلالات روانی / اضطراب / افسردگی / تقدیه با شیرمادر

### مقدمه

زنان پس از زایمان رخ می دهد (۷ و ۶)، اوج این علائم در روز چهارم تا پنجم پس از ختم بارداری است و خودبخود پس از ده روز خوب می شود (۶). در ۸ الی ۱۵ درصد موارد، افسردگی پس از زایمان (post partum depression) زنان زایمان کرده مشاهده می شود. این علائم بتدریج شروع شده و در آن احساسات منفی یا دوگانه مادر نسبت به نوزاد، اضطراب شدید، افسردگی واضح، عقاید خودکشی، بیقراری و گریه زیاد گزارش شده است (۷ و ۶). شدیدترین فرم اختلال روانی در مادران زایمان کرده، پسیکوز پس از زایمان با میزان بروز ۱ تا ۲ درصد می باشد. زمان متوسط شروع اختلال پسیکوز دو تا سه هفته پس از زایمان بوده و در آنها علائم توهم، هذیان و عقاید کودک کشی ظاهری گردد (۷ و ۶). با توجه به میزان شیوع

تغذیه با شیرمادر، طبیعی ترین روش تامین تغذیه مطلوب برای رشد سالم نوزادان بوده و تقویت این عملکرد جزء نیازهای پایه و اولویتهای بهداشتی موجود است. یکی از مشکلات عمده پس از بارداری، قطع شیردهی خصوصاً در ۶ ماه اول پس از زایمان (زمان بحرانی) است که می تواند اثرات سوء چشمگیری بر روی سلامت عاطفی و جسمانی مادر و کودک و تعلق خاطر و ارتباط بین آن دو بجا گذارد (۴-۱). دیده شده است که در دوران پس از زایمان، زنها در خطر بیشتری از بروز انواع بیماریهای روانپزشکی نسبت به سایر مواقع زندگی شان هستند (۷ و ۹). اندوه پس از زایمان (post partum blue) وضعیت خوش خیم و محدود به زمان است که با علائم گریه زیاد، خستگی، اضطراب و برافروختگی، در ۳۰ الی ۸۵ درصد

انواع اختلالات روانپزشکی در بین مادران، بررسی ارتباط آن با قطع رفتار شیردهی که ارتباط نزدیکی با محور شناخته شده درگیر هیپوفیز - هپوتالاموس در اختلالات روانپزشکی دارد، ضروری بنظر میرسد (۱۰). در بررسی مقالات داخلی و خارجی تاکنون مطالعه ای که بصورت مستقیم به بررسی ارتباط آن اختلالات با قطع شیردهی بپردازد مشاهده نشد، لذا نیاز به تحقیق در زمینه فوق احساس می شد از اینرو، در این پژوهش تلاش شد که ارتباط بین اختلالات سلامت عمومی روانی، افسردگی و اضطراب مادران پس از بارداری با قطع شیردهی آنان بررسی گردد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی (cross-sectional) می باشد. ابتدا مادران به سه گروه شیردهی انحصاری، شیردهی همزمان با تغذیه مکمل و قطع کامل شیردهی تقسیم شدند. تعاریف عملیاتی برای سه گروه به شرح زیر بود:

۱- شیردهی انحصاری: شیرخوار فقط با شیر مادر تغذیه شده بطوریکه مایعات یا غذاهای جامد دریافت ننموده و شیر خشک نخورده است. اما مصرف قطره ها و شربت های ویتامین و مواد معدنی در این تعریف مجاز است. ۲- شیردهی همزمان با تغذیه مکمل: کودک هم شیر مادر و هم غذای دیگر (مثلاً شیرخشک) دریافت نموده است.

۳- قطع کامل شیردهی: به هر دلیل کودک از شیر مادر استفاده نمی کند

باتوجه به مطالعه آزمایشی (pilot) انجام شده، حجم نمونه هر گروه ۱۰۰ نفر محاسبه شد ولی برای بهبود توان مطالعه، برای گروه شیردهی انحصاری ۱۰۴ نفر مورد بررسی قرار گرفت و در مجموع ۳۰۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. که پس از هماهنگی با معاونت بهداشتی درمانی دانشگاه

شهید بهشتی تهران، تعداد ۱۵ واحد از مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش را بصورت اتفاقی (از طریق جدول اعداد تصادفی) انتخاب نمودیم. در مرحله بعد، از مادران مراجعه کننده به مراکز انتخاب شده که در فاصله زمانی ۶ ماه اول پس از زایمان خود قرار داشتند، یعنی حداکثر ۶ ماه از زایمان آنها می گذشت (بطوریکه در هر سه گروه مادرانی حضور داشتند که بطور تصادفی در فواصل زمانی مختلفی از زایمان خود قرار داشتند). جهت مشارکت در امر تحقیق، ابتدا موافقت کسب نموده و سپس آزمون های مورد نظر از آنها بعمل آمد. در هر کدام از آن مراکز به یک کارشناس مسئول بهداشت خانواده آموزش های لازم جهت چگونگی پرکردن پرسشنامه های GHQ-28 (تست سنجش سلامت عمومی)، افسردگی بک، و آزمون اضطراب (STAI) داده شد و برای بالا بردن ضریب توافق برای پرسشگران مصاحبه تقلیدی (mock interview) انجام شد. لازم به ذکر است، هر سه پرسشنامه ها قبلاً در ایران استاندارد شده اند. در موارد معدودی که تحصیلات کمتر از ۶ کلاس بوده است، سوالات برای آنها توسط کارشناسان قرائت شد. در نهایت پس از تکمیل پرسشنامه ها در حد حجم نمونه (که بمدت سه ماه بطول انجامید) نتایج بدست آمده توسط محاسبات آماری تجزیه و تحلیل شد. برای این امر از آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) و در مقایسه های دوتائی از t-Test استفاده شد. محاسبات این پژوهش توسط برنامه آماری EPI-6 انجام شد. با توجه به نرمال بودن توزیع در مطالعات قبلی، ANOVA آزمون مناسبی بود ولی در مواردی که تست بارلت نشان دهنده هموژن نبودن واریانس ها بود از آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

**یافته‌ها**

در این مطالعه، میانگین سنی مادران  $27/12 \pm 4/8$  و میانگین سطح تحصیلات آنها  $11/56 \pm 3/25$  سال بود. میانگین سن نوزادان  $3/22 \pm 1/44$  ماه بوده و هیچ مورد دوقلوئی یا بیماری جسمی نوزاد در تحقیق وارد نشد.  $48\%$  از نوزادان دختر و  $52\%$  از نوزادان پسر بودند.  $84/5\%$  بارداری‌ها با برنامه ریزی قبلی و  $15/5\%$  از بارداری‌ها ناخواسته بودند.  $63/2\%$  زایمان‌ها به روش سزارین و  $37/8\%$  به روش طبیعی بودند و هیچ مورد از زایمان فورسپسی یا واکيومی گزارش نشد. نتایج میانگین سلامت عمومی (GHQ-28) برای مادران سه گروه در جدول شماره (1) آمده است که به علت هموزن نبودن واریانس‌ها از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. نتیجه این آزمون با  $P=0/02$  معنی‌دار بود. میانگین تست افسردگی یک نیز در سه گروه مقایسه شد که نتایج در جدول شماره (2) مقایسه شده است. تفاوت در نمره افسردگی بین این سه گروه با توجه به  $P=0/18$  معنی‌دار نبود. میانگین نمره آزمون اضطراب در سه گروه مقایسه شد که در جدول شماره (3) خلاصه شده است. نمره اضطراب در گروه با توجه به  $P < 0/001$  کاملاً متفاوت بود. میانگین تست افسردگی GHQ-28 در بارداری خواسته  $23 \pm 12/67$  و در بارداری ناخواسته  $26/2 \pm 4/6$  بود که با توجه به  $P=0/11$  رابطه معنی‌دار نبود. میانگین تست افسردگی در بارداری خواسته  $12/33 \pm 10/63$  و در بارداری ناخواسته  $13/89 \pm 10/77$  بود که با توجه به  $P=0/64$  رابطه معنی‌دار نبود. میانگین تست اضطراب در بارداری خواسته  $38/96 \pm 11/9$  و در بارداری ناخواسته  $45/42 \pm 10/83$  بوده که با توجه به  $P < 0/001$  این رابطه مجدداً معنی‌دار بود. ارتباط معنی‌داری بین نمره اضطراب و نمره افسردگی،

تست GHQ-28 با سن مادر، تحصیلات مادر و نوع زایمان بدست نیامد. در مورد اثر متغیرهای مخدوش کننده، دو مورد چند قلوئی و بیماری کودک از ابتدا در نمونه‌گیری حذف شدند و متغیر جدائی مادر اصلاً در نمونه وجود نداشت. در بقیه موارد از روش طبقه‌بندی (stratification) استفاده شد. پس از طبقه‌بندی رابطه آماری بدست آمده تغییر چندانی نکرد. در مواردی هم که چنین تغییری بوجود آمد، فقط مربوط به یک زیر گروه طبقه شده بود که در چنین مواردی کاهش معنی‌داری رابطه، با کاهش حجم نمونه در طبقه‌بندی قابل توجه بود و در مجموع کنترل آماری تاثیر مخدوش کنندگی را تأیید نکرد.

جدول 1: مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی \* در سه گروه مادران

مقایسه آماری (کروسکال والیس) **			نوع تغذیه با شیرمادر	نمره میانگین و انحراف معیار GHQ-28
P	df	K-W H		
7/14	2	%	تغذیه انحصاری با شیرمادر n=104	$20/76 \pm 11/48$
			تغذیه تکمیلی همزمان با شیرمادر n=100	$24/09 \pm 12/30$
			قطع کامل شیردهی n=100	$25/76 \pm 14/72$

\* نمره بالاتر در این آزمون دلالت بر سلامت روانی کمتری کند

\*\* به علت هموزن نبودن واریانس‌ها در تست بارتلت از نتایج

ANOVA استفاده نشد

جدول 2: مقایسه میانگین نمره افسردگی در سه گروه مادران

مقایسه آماری (ANOVA)			نوع تغذیه با شیرمادر	نمره میانگین و انحراف معیار و افسردگی بک
P	df	F		
0/18	303	1/709	تغذیه انحصاری با شیرمادر n=104	$11/29 \pm 6/49$
			تغذیه تکمیلی همزمان با شیرمادر n=100	$12/44 \pm 10/62$
			قطع کامل شیردهی n=100	$14/04 \pm 11/56$

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره اضطراب در سه گروه مادران

نوع تغذیه با شیرمادر	نمره میانگین و انحراف معیار اضطراب STAI	مقایسه آماری (ANOVA)		
		P	df	F
تغذیه انحصاری با شیرمادر n=104	37/48±11/12	<0/001	303	7/05
تغذیه تکمیلی همزمان با شیرمادر n=100	40/82±10/64			
قطع کامل شیردهی n=100	42/68±13/22			

### بحث

همانطور که دیده شد تفاوت‌های معنی داری در میزان سلامت عمومی و اضطراب بین سه گروه مادران با شیردهی انحصاری، مادران با شیردهی مخلوط و مادران با قطع شیردهی وجود دارد. در مادرانیکه از مخلوط شیر مادر با شیر خشک یا غذای کمکی استفاده می‌کردند یا شیردهی خود را قطع کرده بودند، وضعیت سلامت عمومی و اضطراب از مادران با شیردهی انحصاری بدتر بود. در مورد افسردگی نیز میانگین نمرات در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر کمتر بود ولی تفاوت معنی دار نبود که می‌تواند مربوط به پائین بودن حجم نمونه باشد. انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌توانند طیف وسیعی از تغییرات را چه از نظر روانی و چه فیزیکی در مادران ایجاد کنند (۶). احتمالاً مادرانی که از نظر روانی (خصوصاً در موارد خفیف و یا متوسط) مشکلاتی دارند، از علائم خود خیلی مطلع نبوده و به راحتی از آنها صحبت نمی‌کنند، بلکه بیشتر از شکایات مبهمی مانند داشتن سینه کوچک، ناکافی بودن شیر، ناآرام بودن فرزند و یا سیر نشدن شیرخوارشان گله مند هستند (۱۱، ۱۳). در عین حال مشابهت‌هایی بین علائم افسردگی و اضطراب با علائم طبیعی پس از زایمان وجود دارد

(۶). کاهش خواب، کاهش وزن، کاهش انرژی و کمی حوصله شاید از علائم طبیعی پس از زایمان به علل تغذیه کودک در هنگام شب، اثر شیردهی روی کاهش وزن و خستگی ناشی از مراقبت کودک باشد (۸). اما باید توجه داشت که هر کدام از این نشانه‌ها امکان دارد علامتی از یک آسیب شناسی عمیق‌تر در مادران بوده که با توجه نکردن به آنها اختلال زمینه‌ای عمیق و عمیق‌تر می‌گردد (۶). حال سوالی که در اینجا مطرح می‌گردد این است که آیا اختلالات روانپزشکی عامل اولیه قطع شیردهی بوده و یا اینکه معلول ثانویه به آن می‌باشند؟ با توجه به تحقیقات انجام شده بر روی تغییرات هورمونی و مسائل روانی اجتماعی در مادران زایمان کرده (۵، ۸، ۱۰) محتمل است که این اختلالات، اولیه بوده و پیامد آنها تغییراتی در عملکرد طبیعی مادران مانند شیردهی باشد. در عین حال توصیه می‌شود جهت اثبات این مطلب مطالعه‌ای طولی بر روی مادران زایمان کرده انجام شود. یکی از یافته‌های جنبی ولی پر اهمیت این تحقیق، شیوع بیشتر زایمان سزارین نسبت به زایمان طبیعی بود (۶۳/۲٪ در قیاس با ۳۶/۸٪). این یافته هم در پیگیری بعمل آمده از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و هم در نتایج بررسی مقایسه‌ای توزیع فراوانی سزارین در بیمارستانهای خصوصی و دولتی مشهود تأیید شد (۵). تفاوت معنی داری بین میزان سلامت عمومی، افسردگی و اضطراب بین دو گروه مادران سزارینی و زایمان طبیعی وجود نداشت، لیکن ارتباطی معنی دار بین بالا بودن سطح تحصیلات مادران با افزایش انجام سزارین در این گروه بدست آمد. این فراوانی مسئله‌ای است که خود مطالعه دیگری را در آینده می‌طلبد. گرچه در مطالعه ما نتیجه نگران‌کننده‌ای در مورد رابطه

اتاقی مادر و کودک علیرغم گزارشهای رسمی در مواردی یا جدی گرفته نمی شود یا فقط جنبه های تغذیه ای آن مورد توجه قرار می گیرد (۱،۲). با توجه به شیوع بالای اضطراب در مادران ، روش های کاهنده اضطراب می تواند در بهبود حال آنها مفید باشد . شاید بتوان با گذاشتن وقت بیشتر جهت این مادران و ردیابی علائم هدف ، بموقع متوجه مشکلات عصبی ، روانی آنها شده و با مشاوره مناسب و یا ارجاع به متخصصین در جهت بهبودی هر چه سریعتر آنها کوشید و بدینوسیله قدمی در جهت ارتقای سلامت روانی و جسمانی مادر و کودک برداشت.

این پژوهش نشان داد که رابطه ای بین شدت اختلال در شیردهی مادر به کودک و شدت اختلال روانی مادر بخصوص اضطراب وجود دارد . گر چه شواهد جنبی و سایر مطالعات به نفع اولیه بودن اختلال روانی است ولی توصیه می شود مطالعه طولی در این زمینه انجام گیرد .

#### سپاسگزاری

هزینه این پژوهش از طرف معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخت شد . از کارشناسان محترم بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که صمیمانه در جمع آوری اطلاعات این پژوهش همکاری داشتند ، تشکر می کنیم . همچنین از مادران عزیزی که در مصاحبه ها همکاری نمودند سپاسگزاریم .

سزارین و سلامت روانی مادران به دست نیامد ولی با توجه به نقش حساس اکسی توسین در رابطه مادر و فرزند (۱۲،۱۳) صلاح است این مطالعه روی نمونه بزرگتری تکرار شود . در عین حال ما در این مطالعه روی سلامت روانی کوتاه مدت مادر متمرکز بودیم و نه روی فرزند . همچنین میانگین نمره اضطراب پس از بارداری ناخواسته بیشتر از بارداری خواسته است . شاید علت ارتباط قویتر بین اضطراب با مسائل و مشکلات دیده شده درمادران وجود رابطه ای تنگاتنگ و پیچیده بین ترشح پرولاکتین با استرس باشد (۱۵،۱۶). در برخی مطالعات مشاهده شده است که میزان پرولاکتین با استرس وارد شده بر مادران کاهش می یابد . همچنین محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال مادران زایمان کرده به نسبت زنان عادی به استرس ها حساستر است (۱۴،۱۶) . با توجه به این میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در بین مادران زایمان کرده و اثر این اختلالات بر روی سلامت جسمی و روانی آنها و شیرخوارانشان شاید بهتر باشد که تدابیری جهت پیشگیری و تشخیص و درمان بموقع ، برای کاهش عواقب این اختلالات اندیشید . با توجه به این مطلب که احتمالاً غالب مادران از این علائم آگاه نبوده (۱۱) و به خودی خود داوطلب حل مشکل نیستند ، شاید بتوان با آموزش بموقع آنها در مورد علائم خطر در حین بارداری و پس از زایمان به آگاهی آنها افزود . در عین حال با توجه به ارتباط مستقیم این مادران با کادر بهداشتی و درمانی ، شاید لازم باشد آموزش بیشتر و منسجم تری را برای این افراد ( اعم از پزشکان ، پرستاران ، کارشناسان و کاردانان بهداشتی و بهورزان ) در برنامه های اولیه آموزشی و برنامه های مدون بازآموزی گنجانند . برخی از پژوهشهای قبلی داخلی نشان می دهد که برنامه هم

منابع

7. Nonacs R , Cohen LS . Postpartum Psychiatric Syndromes . In: Sadock B, Sadock V(Eds). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of psychiatry. 18 th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 2000: 1276-1284 .
8. Brockington CI, etal. Puerperal psychosis: Phenomena & Diagnosis. Archives of General Psychiatry 1981: 38:829-833 .
9. Cunningham F, Macdonald CF. Gant N. Williams Obstetrics. 20 th ed. Baltimore: Appleton & Lange, 1997: 1265-1269 .
10. Magiokou M, Mastrokas G, Rabin D, Duberr B. Hypothalamic CRH Suppression During the Postpartum Period , Implications for the Increase in Psychiatric Manifestation. J Clin Endocrinol Metab 1996: 81: 1912-1917 .
11. Bailey V . Sherrif J. Reasons for the Early Cessation of Breastfeeding . Breastfeeding reviews 1993 : 2: 8-11 .
12. Matthiesen A, Ransjo-Aruidson AB , Nissen E , Uvnas Moberg K . Postpartum Maternal Oxytocin Release by Newborns : Effects of Infant Hand Massage and Sucking . Birth 2001: 28 : 13-19 .
13. Insel TR , Young LJ . The Neurobiology of Attachment. Nat Rev Neurosci 2001: 2: 129-136.
14. Iltemus M , Deuster P. Suppression of Hypothalamic-Adrenal Axis Responses to Stress in Lactating Women. J Clin Endocrin Meta 1995: 80: 2954-9 .
15. Bandy Z , Nagy G, Halasz B .Effects of various partial Separations of the Litters from their Mother on plasma Prl levels of lactating Rats. Acta Biol Hung 1994:45: 169-78 (abstract).
16. Negoro H. Control of Oxytocin in Lactation. Nippon-Naibonpi 1993: 69:520-9 (abstract) .
- ۱- منشی زاده ، مینا ؛ یاسمی ، محمدتقی؛ کهن، مهری: بررسی عملکرد کادر درمانی به منظور برقراری ارتباط مادر و نوزاد و طرح هم اتاقی در زایشگاه نیک نفس شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۵. دوره ۳ شماره ۳، صص: ۱۵۵-۱۴۹ .
- ۲- صفرنواده، مریم؛ یاسمی ، محمدتقی: ارزیابی برنامه های ارتقاء شیر مادر در بیمارستانهای استان کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۵۷ دوره ۳ شماره ۴، صص: ۹۹-۱۹۱ .
- ۳- یاسمی ، محمدتقی: جنبه های روانی شیر مادر . نشریه علمی، خبری شیرمادر، ۱۳۷۶، شماره ۱۴ و ۱۵، صص: ۲۰-۱۹ .
- ۴- یاسمی ، محمدتقی: مزایای تغذیه با شیر مادر به عنوان بهترین سرمایه گذاری از بعد سلامت روانی . نشریه علمی ، خبری شیر مادر، ۱۳۷۷ ، شماره ۱۸ و ۱۹، صص: ۲۳-۲۰ .
- ۵- تاتاری ، فرین: بررسی مقایسه ای توزیع فراوانی و علل سزارین در بیمارستانهای خصوصی و آموزشی مشهد سال ۷۸-۱۳۷۷. راز بهزیستی، نام نشریه، ۱۳۷۹، شماره ۱۲، صص: ۸-۱۳ .
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998:492-594 .

## Relationship of Mental Disorder Anxiety and Depression with Cessation of Breastfeeding

Yasemi MT, Razjooyan K.

### Abstract

Cessation of breastfeeding, especially in the first 6 months after delivery, could have negative effects on mental and physical health of infant and mother and their mutual relationships .

Despite high prevalence of puerperal psychiatric disorders, evidence of correlation between mental disorders and interruption of breastfeeding isn't existent.

In this research, it has been tried to find whether there are any significant differences in general mental health, depression and anxiety mean scores among mothers who stopped breastfeeding, or used supplementary feeding with continued exclusive breastfeeding .

300 mothers who fulfilled the research requirements, were tested by General Health Questionnaire (GHQ 28), Beck Depression Inventory (BDI) and State Trait Anxiety Inventory (STAI). Data were analyzed using One-way ANOVA, t-Test and Kruskal Wallis .

Results suggested that those who stopped breastfeeding and the supplementary feeders, had higher rates in general mental health ( $P=0.02$ ) and anxiety ( $P<0.001$ ), but not in depression ( $P=0.18$ ) .

A longitudinal study is suggested to study the cause and effect relationship between mental health and continuation of breastfeeding .

**Keywords :** Anxiety/ Breast feeding / Depression/ Mental disorder