

لذت مادری با مدیریت افسردگی پس از زایمان



ثریا حمیدی

کارشناس سلامت روان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



احد عظیمی

رئیس گروه سلامت روان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



فضه رستمی

کارشناس سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

- از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه مقاله:
- نشانه‌های افسردگی پس از زایمان را بیان کنند.
- روش‌های پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان را شرح دهند.

افسردگی، ناراحتی و غم یک واکنش طبیعی به شرایط و موقعیت های دشوار زندگی است و معمولاً گذراست، اما افسردگی، زندگی روزمره و عملکرد معمول فرد را تحت تأثیر قرار داده و برای فرد و نیز برای نزدیکانش آزاردهنده است.

افسردگی نشانه ضعف فرد یا نقص شخصیت او نیست و یک بیماری واقعی است. شما نمی‌توانید تنها با اراده و تصمیم افسردگی را برطرف کنید. افرادی که افسردگی را تجربه می‌کنند معمولاً برای بهبودی به درمان نیاز دارند. بیماری افسردگی ممکن است برای هر کسی و در هر سنی پیش بیاید. بیماری افسردگی نتیجه تنبلی افراد نیست، بلکه برعکس، رخوت و سستی که در بیماران افسرده دیده می‌شود، حاصل وجود این بیماری در بدن آنهاست.

افسردگی چیست؟

افسردگی عبارت است از شرایطی که در آن، فرد احساس حزن، ناامیدی و نبود و نداشتن قدرت می‌کند. هر فردی ممکن است در معرض افسردگی قرار گیرد. شدت افسردگی ممکن است از کم تا زیاد متفاوت باشد؛ وقتی شدت افسردگی کم باشد فرد زندگی عادی خود را انجام می‌دهد اما وقتی افسردگی شدید شود نمی‌تواند به زندگی عادی خود ادامه دهد و به افکاری مثل مرگ، آسیب زدن به خود و دیگری فکر می‌کند. افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی است که سبب تضعیف رابطه والدین و مادر و کودک شده و تأثیرات منفی بر سلامت، کیفیت زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده دارد. افسردگی زنان تأثیرپذیری زیادی از عوامل خطر اجتماعی و جمعیت شناختی دارد. خوشبختانه افسردگی قابل درمان است. برای پیشگیری از این اختلال می‌بایست برنامه‌های آموزشی و حمایتی طی بارداری و پس از زایمان برای مادر و اطرافیانش اجرا شود و با ارجاع بموقع مادران در معرض خطر افسردگی پس از زایمان تا حدودی از عوارض این اختلال پیشگیری شود.

۱. انتقال دهنده های عصبی

دلایل افسردگی

افسردگی مانند سایر بیماری‌های روان‌شناختی یک علت واحد ندارد و حاصل تعامل عوامل مختلف ژنتیک، زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی است. برای مثال تحقیقات نشان داده است احتمال بروز افسردگی در کسانی که در خانواده و اقوام‌شان سابقه افسردگی وجود دارد بیشتر است و این نشان می‌دهد که احتمالاً عوامل ژنتیک در بروز این اختلالات مؤثرند.

علاوه بر این، همان‌طور که تغییر در ترشح انسولین از سلول‌های لوزالمعده باعث ایجاد دیابت می‌شود، تغییر مواد شیمیایی داخل مغز بر ایجاد افسردگی مؤثر است، در افسردگی، سطح برخی از مواد^۱ بین سلول‌های مغز ما که کارشان انتقال پیام از یک سلول به سلول دیگر است کم یا زیاد می‌شود. مهم‌ترین انتقال دهنده‌های عصبی که در بروز افسردگی نقش دارند، سروتونین و نوراپی‌نفرین هستند.

علاوه بر عوامل ژنتیک و بیولوژیک، عوامل اجتماعی و عوامل روان‌شناختی نیز از عوامل مؤثر در بروز افسردگی هستند. تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از بیماران قبل از شروع افسردگی یک استرس شدید را تجربه می‌کنند. این استرس نقش عامل آشکارساز افسردگی را بازی می‌کند. استرس‌ها می‌توانند شامل مرگ یک فرد نزدیک، از دست دادن ارتباط با یک فرد مهم در زندگی، از دست دادن شغل، شکست تحصیلی و ورشکستگی و ... باشند. از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بر ایجاد افسردگی نیز می‌توان به این عوامل اشاره کرد:

- داشتن افکار منفی و غیرواقع بینانه در مورد خود یا در مورد دیگران و آینده



افسردگی مانند سایر بیماری‌های روان‌شناختی یک علت واحد ندارد و حاصل تعامل عوامل مختلف ژنتیک، زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی است.

- کاهش حافظه و تمرکز
- ممکن است انجام کارهای ساده یا کارهای روزمره برای وی دشوار باشد.
- ممکن است ارتباط خود را با افراد دیگر قطع کند.

افسردگی پس از زایمان

این نوع افسردگی بعد از زایمان رخ می‌دهد، افسردگی ممکن است در دوران حاملگی به وجود بیاید ولی اگر بعد از به دنیا آمدن نوزاد نیز ادامه پیدا کند، افسردگی پس از زایمان نامیده می‌شود. نشانه‌های افسردگی پس از زایمان مشابه افسردگی در زمان‌های دیگر است، مانند داشتن خلق پایین که به مدت حداقل دو هفته به طول می‌انجامد. افسردگی پس از زایمان اغلب در عرض یک یا دو ماه پس از زایمان شروع می‌شود اما ممکن است چند ماه پس از تولد نوزاد شروع شود. حدود یک سوم از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، نشانه‌های افسردگی را در طول دوران بارداری دارند و عوارض آن پس از زایمان هم ادامه پیدا می‌کند.

علت‌های افسردگی پس از زایمان

علل احتمالی زیادی برای افسردگی پس از زایمان مطرح شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تغییر ناگهانی در میزان ترشح هورمون‌ها یکی از دلایل اصلی افسردگی پس از زایمان است. کاهش ترشح دو هورمون استروژن و پروژسترون تا پیش از اولین عادت ماهانه پس از وضع حمل ادامه دارد. به این ترتیب روانشناسان معتقدند فاصله بین وضع حمل تا اولین عادت ماهیانه پس از زایمان، بحرانی‌ترین شرایط روانی عاطفی زنان پس از وضع حمل بوده و احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان در این دوره ۵ برابر است. ترشح هورمون‌های غده تیروئید نیز دستخوش تغییر شده و کاهش می‌یابد. این کاهش از دیگر علل ابتلا به افسردگی است که با ایجاد نشانه‌هایی چون بی‌علاقگی به هر چیز و هر کس، تحریک‌پذیری و تند مزاجی، احساس خستگی شدید،

- مصرف مواد و الکل، تنهایی و داشتن بیماری مزمن هم احتمال ابتلا به افسردگی را بیشتر می‌کنند.
- افسردگی ممکن است همراه با بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی، دیابت، پارکینسون و ... رخ دهد و باعث بدتر شدن وضعیت سلامت در این بیماران شود.
- گاهی هم داروهایی که برای درمان بیماری‌های دیگر تجویز می‌شود باعث افسردگی می‌شود.
- بعضی مواقع نیز هیچ دلیل مشخصی برای ابتلا به افسردگی یافت نمی‌شود.

نشانه‌ها

- گریه زیاد یا احساس ناتوانی برای گریستن
- احساس تنهایی حتی هنگام حضور در جمع
- خستگی و کمبود انرژی
- بی‌قراری
- مشکلات خواب
- احساس بد در ساعاتی از روز (معمولاً صبح)
- کاهش یا افزایش اشتها و وزن
- از دست دادن اعتماد به نفس
- منتظر اتفاقات ناگوار بودن و داشتن افکار منفی یا غم‌انگیز
- احساس یأس و ناامیدی
- بروز افکاری در مورد مرگ و خودکشی
- احساس تنفر از خود



1. Postpartum Depression

بهداشت و درمان پیشگیری یا دست کم کاسته شود. (معصومه کشکولی و همکاران، ۱۳۹۹)

• در خصوص عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان، پژوهش‌ها نشان می‌دهد تأکید بیشتر بر لزوم افزایش آمادگی مادران و مراقبان آن‌ها در زمینه عوامل خطر اختلال افسردگی پس از زایمان و جلب حمایت خانوادگی و اجتماعی توسط مراقبان بهداشتی شامل پرستاران و ماماها می‌تواند در پیشگیری از اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد. (فرناز رحمانی و همکاران، ۱۳۹۰)

پیشگیری و درمان

در افسردگی پس از زایمان مداخلات پیشگیری کننده در سطوح سه گانه اهمیت ویژه‌ای دارند. در سطح اول پیشگیری کاهش آسیب‌پذیری، حذف یا به حداقل رساندن رفتارها و شرایط محیطی که منجر به افزایش خطر ابتلاء می‌شود، مورد توجه متخصصان و مراقبان بهداشتی است. پیشگیری سطح دوم با هدف تشخیص بموقع بیماری، کاهش پیشرفت یا به تأخیر انداختن ناتوانی متعاقب ابتلای اولیه است و در پیشگیری سطح سوم محدودسازی مشکلات و نشانه‌های مربوط به بیماری مطرح می‌شود.

سطح اول / غربالگری: در این سطح شناسایی زودرس زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان از طریق بررسی بالینی عوامل خطر انجام می‌گیرد که در پیشگیری موفقیت آمیز آن حیاتی است. در این رابطه با به‌کارگیری غربالگری بموقع در طی جلسات مشاوره قبل از بارداری اول، دوران بارداری یا پس از زایمان می‌توان به شناسایی آن پرداخت.

سطح دوم / پیشگیری: کلید پیشگیری در این سطح و سطح سوم، شناسایی سریع و مؤثر افسردگی و درمان علائم افسردگی پس از زایمان بوده که زمان مناسب برای غربالگری مادران، اولین ویزیت پس از زایمان است. در راهبردهای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، شناسایی عوامل محافظت کننده و تدوین یک برنامه برای هر بیمار با توجه به نیازهای ایشان و اولویت مداخلات درمانی ضروری است.

سطح سوم / بازتوانی: در این سطح، علاوه بر مراقبت و

کاهش میزان تمرکز، بروز مشکلات خواب و افزایش وزن بدن مشخص می‌شود.

روانشناسان علل دیگر بروز افسردگی پس از زایمان را به این شرح می‌دانند:

- احساس خستگی، پریدن از خواب یا خواب منقطع که اغلب با کابوس همراه است.
- احساس بیگانگی با نوزاد به جهت ترس از ناتوانی در نگهداری مناسب از او
- افسردگی به خاطر تغییر در شرایط کار و امور منزل
- هیجان ناشی از نگهداری و تربیت فرزند همپای رسیدگی به امور منزل و امور شخصی
- احساس بیهودگی و از دست دادن حس شخصیت و هویت، به عبارتی از دست دادن اعتماد به نفس به دنبال ظهور این تفکر در ذهن ایجاد می‌شود که مادر می‌پندارد با تولد نوزاد هویت خویش را گم کرده است.
- از دست دادن اوقات فراغت و به دنبال آن برهم خوردن تعادل روانی

علائم افسردگی پس از زایمان

افسردگی، زود رنج شدن، خستگی، بی‌خوابی، تغییر اشتها، لذت نبردن از زندگی، از دست دادن علاقه به رابطه جنسی، افکار منفی و احساس گناه، اضطراب، دوری از افراد دیگر، ناامیدی، افکار خودکشی، روانپریشی

مروری بر چند پژوهش انجام شده

در خصوص افسردگی پس از زایمان

• نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و شیردهی 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 برداشت تا از تأثیرات مضر این اختلال بر مادر و نوزاد تازه متولدشده و بر خانواده و سیستم

درمان مادر، باید به ارتقای مهارت‌های مراقبت از کودک و تعامل بین مادر و کودک نیز توجه ویژه داشت. از آنجایی که در افسردگی پس از زایمان، مراقبت از نوزاد نیز تحت تأثیر مشکلات مربوط به بیماری مادر قرار می‌گیرد و مادر قادر به ایفای نقش مادری خود و تأمین نیازهای تغذیه‌ای، خواب، واکسیناسیون و ویزیت دوره‌ای نوزاد نیست، نیازهای خاص هر مادر و نوزاد باید بطور جداگانه مورد ارزیابی قرارگیرد.

روش‌های درمان

دارو درمانی: داروهای ضد افسردگی دوهفته طول می‌کشد تا اثر خود را بگذارد و در صورت لزوم قطع شیردهی نیز لازم است.

درمان‌های روان‌شناختی و مشاوره‌ای: یکی از روش‌های مؤثر است.

درمان‌های حمایتی: با حمایت خانواده و دوستان افسردگی خفیف بهبود می‌یابد و در نوع شدید بستری در بیمارستان لازم است.

از دیگر راه‌های مؤثر در مدیریت افسردگی پس از زایمان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- فعال بودن
- صحبت کردن با دیگران
- خودمراقبتی
- تلاش برای خارق‌العاده نبودن
- دوستی با زنان باردار یا مادر شده
- عدم قطع خودسرانه داروهای ضد افسردگی

- تداوم ارتباط با مراقب سلامت یا پزشک در صورت داشتن سابقه قبلی افسردگی
 - قبول کمک از سوی دوستان و خانواده
- و در نهایت مصرف میوه و سبزی و ماهی به دلیل داشتن امگا ۳، ورزش تحت نظر پزشک، صحبت کردن با سایر مادران که امکان استفاده از تجربیات و هم‌فکری دیگران را فراهم می‌کند، حمایت عاطفی و اطلاعاتی ماما قبل از زایمان و انجام زایمان طبیعی از دیگر راه‌های مؤثر پیشگیری هستند.

نتیجه‌گیری

اضطراب و افسردگی شایع‌ترین مشکلات بهداشت روانی در دوران بارداری هستند که از هر صد زن بر ۱۰ الی ۱۵ نفر تأثیر می‌گذارند. به افسردگی در دوران بارداری می‌توان به همان شیوه افسردگی پس از زایمان کمک کرد.

بیشتر زنان بدون هیچ درمانی ظرف سه تا شش ماه بهبود پیدا می‌کنند. از هر چهار مادری که افسردگی پس از زایمان دارند یک نفر تا زمانی که فرزندش یک ساله شود، همچنان افسرده می‌ماند. افسردگی پس از زایمان می‌تواند تجربه مادر جدید بودن را از بین ببرد، می‌تواند بر روی رابطه مادر با کودک و نیز همسر، تأثیر بدی بگذارد. همچنین می‌تواند حتی پس از پایان افسردگی بر روی رشد و رفتار کودک تأثیر بگذارد، بنابراین هرچه کمتر طول بکشد، بهتر است. در این راستا روان‌درمانی و دارو درمانی از مؤثرترین راه‌های درمانی برای کوتاه کردن دوره افسردگی پس از زایمان است.

منابع

- راهنمای خودمراقبتی در سلامت روان، دکتر امیرحسین جلالی ندوشن و همکاران، زمستان ۱۳۹۶، مرکز مشاوره دانشگاه تهران
- کشکولی، معصومه و همکاران. ارتباط بین شیردهی و افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان دره‌شهر، استان ایلام. ۷۶۹- مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹، ص ۲۷۳ - ۲۶۷
- مجله بهروز، سال بیست و پنجم، شماره ۹۰، تابستان و پاییز ۱۳۹۳
- رحمانی، فرناز و همکاران. عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۴، شماره ۷۲، آبان ۱۳۹۰، ص ۷۸-۸۷
- ابوالقاسم فیروزکوهی، فرزانه و همکاران. حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی پس از زایمان با نقش واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای. مجله مطالعات روانشناختی و اجتماعی زنان. سال ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸، ص ۸۶-۵۷
- اسماعیلی زهرا، حسینی سید حمزه. افسردگی پس از زایمان: پیشگیری، درمان. تعالی بالینی. ۱۳۹۲؛ ۲ (۱): ۷۰-۸۲