

افسردگی در زنان باردار

مؤلف: زهره مرتضایی



سرشناسه: مرتضایی کرهرودی، زهره، ۱۳۵۸ -

عنوان و نام پدیدآور: افسردگی در زنان باردار / نویسنده زهره مرتضایی کرهرودی.

مشخصات نشر: تهران: دیلماج، ۱۳۹۶.

مشخصات ظاهری: ۱۷۰ ص. شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۰۵۲-۵-۵

وضعیت فهرست نویسی: فیفا

موضوع: بیماری‌های روانی در بارداری

موضوع: افسردگی پس از زایمان

Mental illness in pregnancy: موضوع

موضوع: اختلالات عاطفی

Postpartum depression: موضوع

موضوع: اختراب در زنان

Affective disorders: موضوع

موضوع: بارداری - جنبه‌های روان‌شناسی

Anxiety in women: موضوع

Pregnancy—Psychological aspects: موضوع

رده بندی کنگره: ۸۸۸۲۰۷ / ۶۹۳۱۷

رده بندی دیویی: ۴۶۷/۸۱۶

شماره کتابشناسی ملی: ۴۶۶۰۱۳

افسردگی در زنان باردار



نویسنده: زهره مرتضایی

ناشر: دیلماج

شمارگان: ۳۰۰

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۰۵۲-۵-۵

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۶

طراحی جلد: سعید عبدالله زاده

آدرس: خیابان انقلاب، بین فروردین و اردیبهشت، پاساژ اندیشه طبقه همکف واحد B

تلفن ۰۹۱۲۵۴۴۵۹۱۱-۶۶۴۸۷۰۴۰

فروشگاه اینترنتی www.nashredilmag.com

کلیه حقوق چاپ و نشر این کتاب متعلق به ناشر می‌باشد

قیمت: ۱۵۰۰۰ ریال

فهرست مطالب

۱۱	مقدمه
۱۸	ضرورت بررسی افسردگی در زنان باردار
۲۱	افسردگی چیست؟
۲۳	تعریف افسردگی
۲۷	تفاوت بین اندوه سالم و افسردگی چیست؟
۲۸	سبب شناسی افسردگی
۲۹	توارث
۳۰	آمین‌های بیوزنید
۳۲	عوامل تاثیر گذار بر افزایش احتمال ابتلا به افسردگی
۳۴	انواع اختلالات افسردگی
۳۵	افسردگی اساسی
۳۵	افسردگی دو قطبی
۳۶	افسردگی ادواری خویی (سیکلو تایمیا)
۳۷	افسردگی جزئی
۳۷	افسردگی بازگشت کننده کوتاه مدت
۳۸	افسردگی زنان
۳۹	اختلالات خلقی مربوط به قاعدگی
۳۹	سندرم قبل از قاعدگی (PMS)
۴۰	سبب شناسی
۴۰	بروز تشخیص
۴۲	اختلال ملال پیش از قاعدگی
۴۴	- علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی بر اساس DSM-IV

- ۴۴..... درمان اختلالات خلقی قاعدگی
- ۴۵..... ارزیابی تاثیر درمان ها
- ۴۶..... اختلالات خلقی مربوط به زایمان
- ۴۸..... افسردگی بعد از زایمان
- ۴۸..... سبب شناسی اختلالات خلقی حین و بعد از زایمان
- ۵۲..... سبب شناسی اختلالات خلقی در زنان
- ۵۲..... بروز و تشخیص افسردگی بعد از زایمان
- ۵۳..... علایم افسردگی در طول بارداری
- ۵۴..... اختلالات خلقی پس از زایمان
- ۵۴..... غمزدگی پس از زایمان (دوده نوزاد)
- ۵۵..... افسردگی پس از زایمان
- ۵۷..... روان پریشی پس از زایمان
- ۵۸..... درمان اختلالات خلقی پس از زایمان
- ۶۰..... ابعاد درمانی اختلالات خلقی پس از زایمان
- ۶۱..... دیدگاه های نظری درباره افسردگی
- ۶۱..... دیدگاه زیست شناختی
- ۶۲..... دیدگاه روانشناختی
- ۶۳..... الگوهای روانکاوی
- ۶۳..... الگوی خشم معطوف به درون
- ۶۴..... الگوی فقدان شی
- ۶۵..... دیدگاه رفتاری
- ۶۶..... دیدگاه انسانگرایی
- ۶۷..... دیدگاه شناختی
- ۶۸..... خطاهای منطق

۶۸	استنباط دلخواه
۶۸	انتزاع گزینشی
۶۹	تعمیم مفرط
۶۹	بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی
۶۹	شخصی‌سازی
۶۹	الگوی درمانی آموخته شده افسردگی
۷۰	روش‌های درمان افسردگی
۷۲	درمان مبتنی بر نظریه‌های زیست‌شناختی
۷۲	دارو درمانی
۷۳	الکترو شوک درمانی
۷۳	نور درمانی
۷۴	- درمان مبتنی بر نظریه‌های روان‌شناختی
۷۴	- روان درمانی روان‌پویشی
۷۶	- روان درمانی حمایتی
۷۷	- روان درمانی میان‌فردی
۷۸	- روان درمانی فمینیستی
۷۹	- درمان مبتنی بر نظریه‌های شناختی و رفتاری
۸۰	شواهد و مدارک مربوط به گروه درمانگری شناختی- رفتاری افسردگی
۸۱	مروری بر راهبردهای شناختی- رفتاری در درمان افسردگی زنان باردار
۸۸	- رفتار درمانی
۹۰	- رابطه درمانی
۹۰	- شناخت درمانی
۹۲	- درمان مبتنی بر گروه درمانی
۹۲	اشکال مختلف گروه درمانی

- ۹۳ خانواده درمانی
- ۹۴ زوج درمانی
- ۹۵ گروه‌های حمایتگر
- ۹۵ نقش حمایتی ماما و پرستار روانگر در پیشگیری افسردگی پس از زایمان
- ۹۸ درمان‌های تکمیلی
- ۹۹ داروهای گیاهی
- ۹۹ رژیم غذایی و مکمل‌های غذایی
- ۱۰۰ فنر آرمیدگی
- ۱۰۱ هومیوپاتی
- ۱۰۲ کلاس‌های آمادگی دوران بارداری
- ۱۰۲ جلسه اول: آناتومی و فیزیولوژی بارداری و تغییرات زمان بارداری
- ۱۰۴ تغذیه و بهداشت دوران بارداری
- ۱۰۸ جلسه دوم: علائم هشدار دهنده دوران بارداری و چگونگی رشد جنین
- ۱۱۲ جنین‌شناسی و رشد جنین
- ۱۱۳ تغذیه دوران بارداری
- ۱۱۵ تغذیه در زمان زایمان
- ۱۱۵ بهداشت دوران بارداری
- ۱۱۶ جلسه سوم: انواع زایمان، میزان اضافه وزن در دوران بارداری
- ۱۱۸ میزان اضافه وزن در دوران بارداری
- ۱۱۹ جلسه چهارم: مراحل مختلف زایمان و زمان مراجعه به بیمارستان
- ۱۲۲ جلسه پنجم: زایمان بی درد و یا کم درد
- ۱۲۳ روش‌های غیر دارویی
- ۱۲۴ روش‌های دارویی تسکین دردهای زایمانی
- ۱۲۵ سایکوز زایمان و چگونگی برخورد با آن

- ۱۲۷..... چگونگی تنفس هنگام لیبر و زایمان
- ۱۲۹..... جلسه ششم: تغذیه با شیر مادر، نگهداری شیر جهت خانم‌های شاغل در خارج از خانه
- ۱۳۳..... مشکلات شیر دهی
- ۱۳۴..... بهداشت تنظیم خانواده
- ۱۳۷..... منابع
- ۱۵۹..... پیوست

مقدمه

در طی قرن حاضر یکی از زمینه‌های مطالعاتی که توجه روز افزون بسیاری از متخصصان رشته‌های مختلف را به خود جلب نموده است، بررسی نقش جنسیت و تفاوت‌های مربوط به آن در زمینه‌های گوناگون علمی است. یکی از مباحث جالب در حیطه روان‌پزشکی و پزشکی نیز تفاوت‌های وابسته به جنس و ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی عنوان شده در راهنمای آماری و تشخیص اختلال روانی^۱ می‌باشد (ترکان، ۱۳۹۰). در بخش همه گیرشناسی اختلال‌ها، نرخ بروز بیماری‌های مختلف در دو جنس، تفاوت‌های فراوانی را نشان می‌دهد. برای مثال، مردها در خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری قلبی - عروقی، الکسیم، پسیکوپاتی^۲ (جامعه ستیزی) می‌باشند. در حالی که زنان در طول زندگی شان بیشتر در خطر ابتلا به بیماری‌های مربوط به تیروئید، اختلال‌های خوردن و افسردگی هستند (نمازی، ۱۳۹۰).

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی، با شیوع ۱۵٪ - ۲۵٪ در طول عمر به شمار می‌رود (جود^۳، ۲۰۱۰). افسردگی نه تنها در بسیاری از پژوهش‌ها، رایج‌ترین اختلال روانی گزارش شده، بلکه شاید از قدیمی‌ترین نشانگان روانی باشد که در متون پزشکی بدان پرداخته شده است (یانکر^۴، ۲۰۰۶). تفاوت‌های مربوط به جنس در بروز افسردگی می‌تواند پس از بلوغ شروع شده و

1 - Diagnostic and Statistical Manual

2 - psychopathy

3 - Juod

4 - Yonkers

ادامه یابد. ابتلا به افسردگی به ویژه افسردگی یک قطبی، افسردگی مربوط به اختلال‌های عاطفی فصلی در بین زن‌ها بسیار شایع تر از مردها است. در مجموع حوادث مربوط به سیکل باروری تا حد زیادی زمینه ساز مشکلات عاطفی زنان شناخته شده است. برای مثال می‌توان از افسردگی همراه با داروهای ضد حاملگی، افسردگی مربوط به قاعدگی، افسردگی پس از زایمان و افسردگی دوران یائسگی را نام برد (مازی، ۱۳۹۰).

شواهد وجود دارد که زنان در کشورهای مختلف در معرض خطر بالای ایجاد تغییرات سایکولوژیک در سال اول بعد از تولد فرزند خود می‌باشند. بارداری علی‌رغم آنکه اغلب شری و اشتیاق زائد الوصفی ایجاد می‌کند برای اکثر زنان تنش‌زا است. از هر ۸ نفر ۱ نفر از افسردگی رنج می‌برد و این رقم برای زنان تقریباً برابر است. افسردگی بعد از زایمان بزرگترین عذاب زنان بوده و بر ارتباطات اجتماعی و تکامل نوزاد نتایج منفی دارد. افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان کننده اجتماعی است که اثرات ناگهانی بر مادر، کودک و خانواده می‌گذارد (فریال، ۱۳۸۹). اثرات فوری این اختلال، توانایی مادر در انجام مراقبت و خطر خودکشی و نوزاد کشی می‌باشد. اثرات بعدی و بلند مدت آن افسردگی دائم در زن، مشکلات و کشمکش‌های زناشویی، اختلال در رابطه کودک و اختلال در جنبه‌های گوناگون رشد و تکامل کودک می‌باشد. زنان جهانی بهداشت برآورد نموده است که این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد. در حدود نیمی از مادران با فرزندان کوچک علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و ده تا پانزده درصد آنها به سمت بیماری افسردگی مازور پیش می‌روند که عدم تشخیص آن تبعات مختلف را به

دنبال خواهد داشت (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۱). افسردگی پس از زایمان اختلال روانی جدی و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره می‌باشد. آموزش‌های دوران بارداری بر آمادگی جسمی^۲، عاطفی^۳ و روانی^۴ خانواده‌ها برای زایمان و ارتقاء سلامتی^۵ تمرکز می‌کند (ساروخانی، ۱۳۹۰).

ریسک فاکتورهای شیوع افسردگی در طی بارداری عبارتند از: مشکلات ازدواج، حاملگی ناخواسته، سابقه افسردگی قبلی و یا افسردگی در فامیل، از دست دادن حاملگی قبلی و حاملگی بلافاصله بعد از حاملگی قبلی، مشکل جدی در نگهداری از فرزند، حدود ۲۰٪ تا ۱۰٪ از خانم‌های حامله که سابقه افسردگی دارند، افسردگی پس از زایمان را تجربه خواهند کرد و شانس افسردگی در حاملگی‌های بعدی ۵۰٪ است. علت افسردگی پس از زایمان را تغییرات در سطوح سرمی پروژسترون، استروژن، کورتیزول و باندورین‌ها می‌دانند (کیتامورا^۶ دمبورسکی^۷، ۱۹۹۳ به نقل از حسن زهرایی، ۱۳۸۹).

افسردگی ظرفیت افراد را در ارتباط با انجام کنترل بارداری و مراقبت از سلامت فردی تحت تاثیر قرار می‌دهد. افسردگی ارزش‌های فردی را دگرگون می‌کند مادر حامله ارزش‌های فردی خود را از دست داده و نسبت به تنهایی خود در مادر شدن و یا نگهداری از نوزاد تردید پیدا می‌کند. عارضه مهم دیگر افسردگی، تمایل به

1. The World Health Organization

2. Physical

3. emotional

4. mental

5. Health promotion

6-Kitamura

7. Dembrosky

خودکشی و حتی اقدام به خودکشی^۱ است. باید توجه داشت که خود حاملگی عامل هر چند اندک، اما ممانعت کننده از خودکشی است و باید توجه داشت که خودکشی کامل در طی بارداری شایع نیست. درباره افسردگی در طی دوران بارداری مطالعات خاصی انجام گرفته است اما مشکلات عدیده‌ای نیز در این مطالعات وجود دارد و رابطه علت و معلولی مشخص نشده است. مثلاً ارتباط مشخص بین افسردگی و مصرف سیگار دیده می‌شود. این مصرف سیگار می‌تواند علت افسردگی باشد و یا ممکن است ریسک فاکتوری باشد که فرد را مستعد افسردگی می‌کند (رز زرسکی^۲، چلینس کا^۳ و ایگر^۴، ۲۰۰۹).

افسردگی در حاملگی به سبب اختلال رشد داخل رحمی IUGR^۵ و تاخیر رشد داخل رحمی جنین و سیندرم زودرس^۶ می‌شود. در یک تحقیق بر روی ۷۹ زن باردار پاکستانی نشان داده که افسردگی در دوران بارداری با عواقبی مانند جنین زودرس و یا تولد نوزادان کم وزن همراه است. در این مطالعه محیط اجتماعی زنان باردار از عمده‌ترین فاکتورهای افسردگی محسوب می‌شود، زنان باید اشخاصی مطیع و تابع باشند و طی تحقیقات انجام شده در یکی از مناطق روستایی پاکستانی معلوم شد که ۲۵٪ زنان در طی دوران بارداری و ۳۸٪ پس از زایمان از افسردگی رنج می‌بردند (آمبرن کازی^۷ و سالیوان^۸، ۲۰۰۶).

-
1. Suicide
 2. Wrzeniewski
 3. Chylinska
 4. Eaker
 - 5 - Intra Uterin Growth Retardation
 6. Preterm delivery
 - 7 - Ambreen Kazi
 8. Sullivan

اولین بار مارسه^۱ (۱۸۵۸) به طور سیستماتیک نشان داد که دوره پس از زایمان، مخصوصاً شش هفته پس از آن یک دوره آسیب پذیری مهم برای ابتلا به اختلال‌های روانی می‌باشد و افسردگی می‌تواند در فرایند دلبستگی و تعهد طبیعی مادر، مراقبت موثر او از طفل و مهارت‌های او بعنوان یک مادر مداخله کند و زمان پس از تولد یا زایمان به عنوان دوره افزایش خطر شیوع افسردگی در زنان قلمداد می‌شود. اختلالات خلقی پس از زایمان که به فراوانی پیش می‌آید و معمولاً گذرا است، نزد عموم مردم مساله‌ای شناخته شده است. اما در برخی موارد این حالت‌ها بصورت بیماری افسردگی و مداوم و پایدار ظهور کرده و درمان جدی و منظمی را نیاز دارد. افسردگی شامل مزین حالت روانی پس از زایمان است و باید توجه داشت حالت‌های اسکیزوفرنی و اسکیزوفرنی و تیروئیدی و تیروئیدی هم پس از زایمان دیده می‌شوند و در برخی موارد اسکیزوفرنی ابتدا به صورت افسردگی ظاهر شده و پس از چند هفته علائم اصلی آشکار می‌شود (نیلدر، ۱۹۸۹؛ به نقل از خمسه، ۱۳۸۹). بطور کلی اکثر منابع موجود اختلال‌های روانی پس از زایمان را شامل غم پس از زایمان^۲، افسردگی پس از زایمان^۳ و سایکوز پس از زایمان^۴ می‌دانند. این اختلال‌ها از روز سوم پس از زایمان تا یک سال پس از آن امکان بروز همان وجود دارد. شیوع افسردگی دوران بارداری در سه ماهه اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۲/۷، ۸/۴، ۱۲٪ می‌باشد. عدم تشخیص و درمان افسردگی دوران بارداری منجر

1-Marceh

2-Gelder

3-Postpartum Blues

4-Postpartum Depression

5-Postpartum Psychosis

به ایجاد ناخوشی در مادر و نوزاد می‌شود و حاملگی فرصتی استثنایی جهت غربالگری افسردگی دوران بارداری می‌باشد. با وجود نقش مثبت و سازنده هیجان‌ها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آنها وجود دارد که همان جنبه مخرب هیجانها در زندگی افراد است (آندرسون^۱ و الیسون^۲، ۲۰۱۰).

اغلب اطلاعات بدست آمده از مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در زنان تقریباً ۲ برابر مردان بوده و با توجه به این مطلب که جمعیت زنان در هر جامعه‌ای حداقل یک بار، بارداری را تجربه خواهند کرد، لذا افسردگی در طی بارداری اهمیت خاص خود را خواهد یافت. ما اکنون می‌دانیم که افسردگی در طی بارداری با یک ریسک بالای افسردگی و حتی سایکوز پس از زایمان و تاثیرات و عوارض رفتاری آینده و رفتارهای مخالف سلامتی مادران همراه است (کلوردیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). در آره تشخیص افسردگی در طی حاملگی مطالعاتی انجام گرفته اما به جرات می‌توان گفت که افسردگی در طی حاملگی به طور شایع تشخیص داده نمی‌شود. مشکل عمده در تشخیص افسردگی در طی بارداری همانا اشتراکی است که بین علائم افسردگی و علائم حاملگی وجود دارد. مثل اختلال خواب، اشتها، از دست دادن انرژی و افزایش مشکلات جسمی. شیوع افسردگی در طی حاملگی بسیار متفاوت گزارش شده است. از ۴٪ تا ۱۷/۶٪ متفاوت است. شیوع افسردگی پس از زایمان ۱۹٪ الی ۲۰٪ است (دونلان^۴، ۲۰۰۹).

-
1. Anderson
 2. Elison
 - 3- Coverdale
 - 4 .Donnellan