

نگاه به افسردگی در زنان باردار
از منظر روانشناختی

تألیف و ترجمه

هانیه شیخان

سرشناسه	:	شیخان، هانیه، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	:	نگاه به افسردگی در زنان باردار از منظر روانشناختی / مولف هانیه شیخان.
مشخصات نشر	:	تهران: اروانه، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	:	۱۳۰ ص.
شابک	:	978-622-7368-44-4
وضعیت فهرست نویسی	:	فیا
موضوع	:	افسردگی پس از زایمان
موضوع	:	Postpartum depression
موضوع	:	بارداری -- جنبه‌های روان‌شناسی
موضوع	:	Pregnancy-- Psychological aspects
موضوع	:	بیماری‌های روانی در بارداری
موضوع	:	Mental illness in pregnancy
موضوع	:	افسردگی در زنان
موضوع	:	Depression in women
رده بندی کنگ	:	۸۵۲RG
رده بندی دیویی	:	۷۶/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	:	۷۰۰۸۲۰



نگاه به افسردگی در زنان باردار از منظر روانشناختی

- تألیف و ترجمه: هانیه شیخان
- ناشر: اروانه
- صفحه آرا و طراح جلد: بهاره عزت تبار
- قطع: وزیری
- مشخصات ظاهری: ۱۳۰ صفحه
- چاپ و صحافی: موسسه چاپ بهمن
- نوبت چاپ: اول، ۱۳۹۹
- شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۳۶۸-۴۴-۴
- شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
- قیمت: ۴۵۰۰۰ تومان

«کلیه حقوق این اثر متعلق به مولف می باشد»

فهرست مطالب

۹	مقدمه.....
۱۴	ضرورت بررسی افسردگی در زنان باردار.....
۱۶	افسردگی چیست؟.....
۱۸	تعریف افسردگی.....
۲۱	تفاوت بین اندوه سالم و افسردگی چیست ؟.....
۲۱	سبب شناسی افسردگی.....
۲۴	عوامل تاثیر گذار بر افزایش احتمال ابتلا به افسردگی.....
۲۶	انواع اختلالات افسردگی.....
۲۶	افسردگی اساسی.....
۲۷	افسردگی دو قطبی.....
۲۷	افسردگی ادواری خویی (سیکلو تایم).....
۲۸	افسردگی جزئی.....
۲۸	افسردگی بازگشت کننده کوتاه مدت.....
۲۸	افسردگی زنان.....
۲۹	اختلالات خلقی مربوط به قاعدگی.....
۳۱	اختلال ملال پیش از قاعدگی.....
۳۲	اقتباس از DSM-IV.....
۳۳	درمان اختلالهای قاعدگی.....
۳۵	اختلالات خلقی مربوط به زایمان.....
۳۶	شیوع بر اساس DSM-IV.....
۳۶	افسردگی بعد از زایمان :.....
۳۶	سبب شناسی اختلالات خلقی بعد از زایمان.....
۳۹	بروز و تشخیص افسردگی بعد از زایمان.....
۴۰	علائم افسردگی در طول بارداری.....
۴۱	اختلالات خلقی پس از زایمان.....
۴۱	غمزدگی پس از زایمان (اندوه نوزاد).....
۴۱	افسردگی پس از زایمان.....
۴۳	روان پریشی پس از زایمان.....

۴۴	- درمان اختلالات خلقی پس از زایمان.....
۴۷	دیدگاه‌های نظری درباره افسردگی.....
۴۷	- دیدگاه زیست شناختی :.....
۴۷	دیدگاه روانشناختی.....
۴۸	الگوهای روانکاوی :.....
۴۸	- الگوی خشم معطوف به درون.....
۴۹	- الگوی فقدان شی.....
۴۹	- دیدگاه رفتار.....
۵۰	- دیدگاه انگراس :.....
۵۱	دیدگاه شناختی.....
۵۱	خطاهای منطق.....
۵۲	استنباط دلخواه.....
۵۲	انتزاع گزینشی.....
۵۲	تعمیم مفرط.....
۵۲	بزرگمایی و کوچکنمایی.....
۵۳	شخصی سازی.....
۵۳	الگوی درمان آموخته شده افسردگی.....
۵۴	خروش های درمان افسردگی.....
۵۵	-درمان مبتنی بر نظریه های زیست شناختی.....
۵۵	خدارو درمانی.....
۵۵	الکترو شوک درمانی.....
۵۶	خنور درمانی.....
۵۶	- درمان مبتنی بر نظریه های روان پویایی.....
۵۷	- روان درمانی روان پویشی.....
۵۸	- روان درمانی حمایتی.....
۵۹	- روان درمانی میان فردی.....
۶۰	- روان درمانی فعلیستی.....
۶۰	- درمان مبتنی بر نظریه های شناختی و رفتاری.....
۶۱	شواهد و مدارک مربوط به گروه درمانگری شناختی - رفتاری افسردگی.....

۶۲	.....	مروری بر راهبردهای شناختی- رفتاری در درمان افسردگی زنان باردار
۶۶	.....	- رفتار درمانی
۶۸	.....	- رابطه درمانی
۶۸	.....	- شناخت درمانی
۶۹	.....	- درمان مبتنی بر گروه درمانی
۷۰	.....	اشکال مختلف گروه درمانی
۷۰	.....	- خانواده درمانی
۷۱	.....	- زوج درمانی
۷۱	.....	- گروههای حمایتی
۷۲	.....	- نقش حمایتی ماما و پرستار روانگ در پیشگیری افسردگی پس از زایمان
۷۴	.....	- درمانهای تکمیلی
۷۴	.....	- داروهای گیاهی
۷۵	.....	- رژیم غذایی و مکملهای غذایی
۷۵	.....	- فنون آرمیدگی
۷۶	.....	- هومیوپاتی
۷۶	.....	- کلاسهای آمادگی دوران بارداری
۷۶	.....	جلسه اول آناتومی و فیزیولوژی بارداری و تغییرات زمان بارداری
۷۸	.....	تغذیه و بهداشت دوران بارداری
۸۱	.....	جلسه دوم
۸۱	.....	علائم هشدار دهنده دوران بارداری و چگونگی رشد جنین
۸۴	.....	جنین شناسی و رشد جنین
۸۵	.....	تغذیه دوران بارداری
۸۶	.....	تغذیه در زمان زایمان
۸۷	.....	بهداشت دوران بارداری
۸۸	.....	جلسه سوم
۸۸	.....	انواع زایمان، میزان اضافه وزن در دوران بارداری
۸۹	.....	میزان اضافه وزن در دوران بارداری
۹۰	.....	جلسه چهارم
۹۰	.....	مراحل مختلف زایمان و زمان مراجعه به بیمارستان

۹۲	جلسه پنجم.....
۹۲	زایمان بی درد و یا کم درد.....
۹۳	روشهای غیر دارویی.....
۹۴	روشهای دارویی تسکین دردهای زایمانی.....
۹۴	سایکوز زایمان و چگونگی برخورد با آن.....
۹۶	چگونگی تنفس هنگام لیبر و زایمان.....
۹۷	جلسه ششم.....
۹۷	تغذیه با شیر مادر، نگهداری شیر جهت خانم های شاغل در خارج از خانه.....
۱۰۱	مشکلات شیردهی.....
۱۰۱	بهداشت تنظیم خانواده.....
۱۰۴	منابع.....
۱۲۳	پیوست.....

مقدمه

در طی قرن حاضر یکی از زمینه های مطالعاتی که توجه روز افزون بسیاری از متخصصان رشته های مختلف را به خود جلب نموده است، بررسی نقش جنسیت و تفاوت های مربوط به آن در زمینه های گوناگون علمی است. یکی از مباحث جالب در حرفه روانپزشکی و پزشکی نیز تفاوت های وابسته به جنس و ابتلا به بیماریها و اختلال های عنوان شده در راهنمای آماری و تشخیص اختلال روانی^۱ می باشد (ترکان، ۱۳۹۰). در بخش همه گیرشناسی اختلال ها، نرخ بروز بیماریهای مختلف در دو جنس، تفاوت های فراوانی را نشان می دهد. برای مثال، مردها در خطر بیشتری برای ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی، الکسیم، پسیکوپاتی^۲ (جامعه ستیزی) می باشند. در حالی که زنان در طول زندگی بیشتر در خطر ابتلا به بیماریهای مربوط به تیروئید، اختلال های خوردن و افسردگی هستند (ساز، ۲۰۱۰).

اختلال افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی، با شیوع ۱۵٪ - ۲۵٪ در طول عمر به شمار می رود (جوید^۳، ۲۰۱۰). افسردگی نه تنها در بسیاری از پژوهش ها، رایج ترین اختلال روانی گزارش شده، بلکه شاید از قدیمی ترین نشانگان روانی باشد که در متون پزشکی بدان پرداخته شده است (یانکرز^۴، ۲۰۰۶). تفاوت های مهم با جنس در بروز افسردگی می تواند پس از بلوغ شروع شده و ادامه یابد. ابتلا به افسردگی به ویژه افسردگی یک قطبی، افسردگی مربوط به اختلال های عاطفی فصلی در بین زنان بسیار شایع تر از مردان است. در مجموع حوادث مربوط به سیکل باروری تا حد زیادی زمینه ساز مشکلات عاطفی زنان شناخته شده است. برای مثال می توان از افسردگی همراه با داروهای ضد حاملگی، افسردگی مربوط به حاملگی، افسردگی پس از زایمان و افسردگی دوران یائسگی را نام برد (نمازی، ۱۳۹۰).

شواهدی وجود دارد که زنان در کشورهای مختلف در معرض خطر بالای ایجاد تغییرات سایکولوژیک در سال اول بعد از تولد فرزند خود می باشند. بارداری علی رغم آنکه اغلب شور و

^۱ - Diagnostic and Statistical Manual

^۲ - psychopathy

^۳ - Juod

^۴ - Yonkers

اشتیاق زائد الوصفی ایجاد می کند برای اکثر زنان تنش زا است. از هر ۸ نفر انسان ۱ نفر از افسردگی رنج می برد 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 ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می گذارد (فریال، ۱۳۸۹). اثرات فوری این اختلال، ناتوانی مادر در انجام مراقبت و خطر خودکشی و نوزاد کشی می باشد. اثرات بعدی و بلند مدت آن افسردگی دائم در زن، مشکلات و کشمکش های زناشویی، اختلال در روابط کودک و اختلال در جنبه های گوناگون رشد و تکامل کودک می باشد. سازمان 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 می کنند و ده تا پانزده درصد آنها به سمت بیماری افسردگی مازور پیش می روند که عدد 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 می باشد. آموزشهای دوران بارداری بر آمادگی جسمی^۲، عاطفی^۳ و روانی^۴ خانواده ها برای زایمان و ارتقاء سلامتی^۵ تمرکز می کند (ساروخانی، ۱۳۹۰).

ریسک فاکتورهای شیوع افسردگی در طی بارداری عبارتند از: مشکلات ازدواج، حاملگی ناخواسته، سابقه افسردگی قبلی و یا افسردگی در فامیل، ارادت دادن حاملگی قبلی و حاملگی بلافاصله بعد از حاملگی قبلی، مشکل جدی در نگهداری از فرزند، حاملگی ۲۰ تا ۳۰٪ از خانم های حامله که سابقه افسردگی دارند، افسردگی پس از زایمان را تجربه خواهند کرد و شانس افسردگی در حاملگی های بعدی ۵۰٪ است. علت افسردگی پس از زایمان را تغییرات در سطوح سرمی پروژسترون، استروژن، کورتیزول و بتا آندورفین ها می دانند (کیتامورا^۶ دیمورسکی^۱، ۱۹۹۳ به نقل از حسن زهرایی، ۱۳۸۹).

^۱ The World Health Organization

^۲ Physical

^۳ emotional

^۴ mental

^۵ Health promotion

^۶ Kitamura