

افسردگی بعد از زایمان؛ علائم و مدیریت

حبیبه بادگیسو

دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر سیستان و بلوچستان، ایران.

مهتاب کریمی

دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر سیستان و بلوچستان، ایران.

چکیده

افسردگی از مهم ترین و شایع ترین عوارض دوران بارداری است. به عنوان بزرگ ترین نگرانی بهداشتی در قرن بیست و یکم مطرح شده است. یکی از اختلالات روانشناختی در حاملگی و دوره ی پس از آن، افسردگی پس از زایمان می باشد که تهدیدی بر امنیت و سلامت مادر و نوزاد می باشد. علائم افسردگی، از جمله غم و اندوه مداوم، عدم علاقه، اعتماد به نفس پایین، اختلالات خواب، از دست دادن اشتها، اضطراب، تحریک پذیری همراه با نگرش خصمانه نسبت به نوزادان، سرزنش خود و احساس تحقیر از ویژگی های افسردگی پس از زایمان است. ممکن است تغییراتی را در الگوهای خواب و غذا خوردن، مشکل در برقراری ارتباط با کودک خود و احساس ناامیدی یا بی ارزشی تجربه کنند. علت دقیق افسردگی پس از زایمان به طور کامل شناخته نشده است، عوامل استرس زای ژنتیکی، هورمونی، روانی و اجتماعی در زندگی نقش مهمی در ایجاد آن دارند. پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در بیماران پرخطر با استفاده از مشاوره و درمان شناختی رفتاری و همچنین درمان بین فردی موثر بوده است.

واژگان کلیدی: افسردگی، افسردگی پس از زایمان، علائم

مقدمه

امروزه افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی و معضل عمومی زندگی بشر، محسوب می گردد و تقریباً در همه کشورهای و فرهنگ ها دیده می شود (لشکری پور و همکاران، 1390) آمار مبتلایان به افسردگی در سطح جهان در دهه گذشته تقریباً 20 درصد افزایش داشته است (دادفرنی و همکاران، 1399)

مطالعات مختلف نشان می دهد که زنان 2 برابر بیشتر از مردان افسرده می شوند (Sadock et al, 2007) و بیش از 12/5 درصد پذیرش های زنان به دلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می دهد (Khoramirad et al, 2010) شیوع کلی علائم افسردگی پس از زایمان در 27 ایالت آمریکا 11/5 درصد بود (ko et al 2017) در کانادا میزان خلق افسرده در 3 ماه پس از زایمان 16/4 درصد بود (Verreault et al 2014) در مکزیک شیوع علائم افسردگی پس از زایمان 39/2 درصد بود (Suarez-Rico et al 2021).

در تحقیقاتی که در ایران انجام شده، میزان شیوع، متنوع گزارش شده است؛ به صورتی که در مطالعه روبین تن و همکاران نشان داد که 50/8 درصد مادران افسرده هستند (روبین تن و همکاران 1390)، در مطالعه دیگر میزان افسردگی بعد از زایمان 25/3 درصد گزارش شده است (Bahadoran et al 2014) و در مطالعه صیادی اناری میزان شیوع 37/3 درصد بود (صیادی اناری و همکاران، 1396) در مطالعه خوشه مهر شیوع 30 درصد گزارش شده بود (خوشه مهری و همکاران، 1390).

افسردگی بارداری با شیوع 10 درصد افسردگی پس از زایمان با شیوع 10 تا 20 درصد مرتبط با علل؛ سن پایین مادر، عدم تأهل، رویدادهای استرس زای دوران بارداری، سابقه افسردگی، سواستفاده کلامی یا جسمی طی بارداری و حوادث مامایی شدیداً نامطلوب است (Cunningham et al 2007).

علائم افسردگی پس از زایمان می تواند در هر زمانی بین ماه اول تا دوازده ماه پس از زایمان ظاهر شود، معمولاً از 2 تا 6 هفته پس از تولد شروع می شود و مدت زمان و نتیجه آن مستقیماً به تشخیص و درمان زودرس بستگی دارد (Evagorou et al 2016) افزایش علائم افسردگی پس از زایمان با ناتوانی نوزادان در رشد، افزایش خطر تأخیر رشد و مشکل در تعاملات اجتماعی مرتبط است (Garfield et al 2015).

افسردگی پس از زایمان تأثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر می گذارد ادامه اختلال و عدم تشخیص به موقع آن منجر به تطابق غیر موثر مادر با کودک همسر و خانواده و در نتیجه، عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری می گردد که در صورت تشدید منجر به تراژدی خودکشی مادر یا فرزند کشی می گردد (نیک پور و همکاران، 1391).

این اختلال، موجب ارتباط ضعیف مادر و کودک می شود که به تکامل شناختی، بهره ی هوشی و حتی رشد کودک آسیب می رساند. در روند این اختلال، ارتباط با همسر نیز مختل می شود و اغلب همسران آنان، دچار افسردگی و گاهی در صورت عدم درمان، منجر به جدایی و طلاق می شود (ابراهیمی 1393).

بررسی بیماری های روانی پس از زایمان از سه نظر دارای اهمیت است؛ نخست اینکه آغاز آن قابل پیش بین است و در زمان تولد کودک رخ می دهد، دوم اینکه سبب فشار روانی شدید زن در این دوره می شود و بر تکالیف ویژه و سازگاری او اثرات منفی می گذارد، و سوم اینکه ناتوانی در ارتباط با کودک، پیامد های ناگواری برای رشد توانمندی های شناختی اجتماعی و هیجانی وی دارد (Tannous et al 2011).

توجه به این اختلال و جلوگیری از بروز آن از جنبه اقتصادی هم حائز اهمیت است. سالیانه حدود 44 میلیون پوند در انگلیس برای درمان و مراقبت های مربوط به مبتلایان به افسردگی پس از زایمان هزینه می شود (Petrou et al 2002).

افسردگی پس از زایمان

کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5) افسردگی پس از زایمان را به عنوان یک اختلال افسردگی اساسی با تعیین کننده زمان شروع تعریف می کند. به طور خاص، شامل شروع علائم افسردگی در بارداری یا تا 4 هفته پس از زایمان است، اگرچه اکثر کارشناسان بالینی استفاده از این اصطلاح را تا 12 ماه پس از زایمان توصیه می کنند (ACOG Guideline No. 5, 2023).

با توجه به تغییرات در جنبه های فیزیولوژیکی و روانی، بسیاری از زنان علائم افسردگی را در طول دوره پس از زایمان تجربه می کنند. افسردگی بعد از زایمان زمانی تشخیص داده می شود که حداقل 5 علامت افسردگی برای حداقل 2 هفته وجود داشته باشد. اغلب متخصصان شروع علائمی را که تا 12 ماه پس از زایمان رخ می دهد، می دانند، خلق افسرده (بیشتر روز وجود دارد)

از دست دادن علاقه یا لذت (بیشتر روز)

اختلالات خواب (بی خوابی یا پر خوابی)

بی قراری یا آشفتگی

احساس بی ارزشی یا گناه

از دست دادن انرژی یا خستگی

فکر یا اقدام به خودکشی و افکار مکرر مرگ

اختلال در تمرکز و تصمیم گیری

تغییر در وزن یا اشتها (به عنوان مثال، تغییر وزن 5٪ در طول یک ماه)

علائم می تواند منجر به ناراحتی و اختلال قابل توجهی شود. علاوه بر این، این علائم مربوط به مصرف مواد یا یک وضعیت پزشکی نیست (Hutcherson et al 2020).

یک دوره افسردگی بسته به شدت و تعداد علائم ممکن است به عنوان خفیف، متوسط یا شدید طبقه بندی شود (Carlson et al 2024).

علائم افسردگی، از جمله غم و اندوه مداوم، عدم علاقه، اعتماد به نفس پایین، اختلالات خواب، از دست دادن اشتها، اضطراب، تحریک پذیری همراه با نگرش خصمانه نسبت به نوزادان، سرزنش خود و احساس تحقیر از ویژگی های افسردگی پس از زایمان است. ممکن است تغییراتی را در الگوهای خواب و غذا خوردن، مشکل در برقراری ارتباط با کودک خود و احساس ناامیدی یا بی ارزشی تجربه کنند (Liu et al 2022).

زنان در این دوره ممکن است اضطراب را تجربه کنند، و همچنین علائم روان پریشی نیز داشته باشند که شامل هذیان و توهم می شود، مانند صداهایی که می گوید به نوزاد آسیب می رساند (Carlson et al 2024).

اتیولوژی (سبب شناسی)

علت دقیق افسردگی پس از زایمان به طور کامل شناخته نشده است، اما علل بالقوه زمینه ای که در ایجاد این وضعیت نقش دارند شامل:

عوامل زیستی؛ نظیر علل هورمونی مثل افت ناگهانی غلظت استروژن و افزایش دفع ادراری کورتیزول، ناقل های عصبی.

عوامل ژنتیکی

عوامل روانی مانند نظریه های شخصیتی؛

عوامل اجتماعی؛ نظیر حمایت اجتماعی، تنش های زندگی، فرهنگ و میزان آمادگی جهت تولد نوزاد می باشد (لشکری پور 1390).

کاهش سریع سطح استروژن و پروژسترون پس از زایمان، همراه با استرس و کمبود خواب که اغلب همراه با مراقبت از نوزاد است، می تواند باعث ایجاد دوره های افسردگی در افراد مستعد شود (Konjevod et al 2023).

در یک متآنالیز دیابت بارداری، داشتن نوزادان پسر، سابقه افسردگی و استفاده از بیهوشی اپیدورال به عنوان عوامل خطر ذکر شد. با این حال، برای ارزیابی اهمیت واقعی این عوامل خطر گزارش شده، به ویژه جنسیت نوزاد و استفاده از بی حسی اپیدورال، تحقیقات بیشتری لازم است (Liu et al 2022).

عوامل خطر افسردگی پس از زایمان

عوامل مرتبط با خطر بالای ابتلا به افسردگی پس از زایمان عبارتند از:

روانشناختی: سابقه شخصی افسردگی و اضطراب، سندرم پیش از قاعدگی، نگرش منفی نسبت به نوزاد، عدم تمایل به جنسیت نوزاد و سابقه سوء استفاده جنسی.

عوامل خطر زای زایمان (مامایی): بارداری پرخطر، بستری شدن در بیمارستان در دوران بارداری، و حوادث آسیب زا در حین زایمان که شامل سزارین اورژانسی، عبور مکنونیوم داخل رحمی، افتادگی بند ناف، نوزاد نارس یا کم وزن هنگام تولد و هموگلوبین پایین است.

عوامل اجتماعی: فقدان حمایت اجتماعی، خشونت خانگی به شکل همسر آزاری (به عنوان مثال، جنسی، فیزیکی یا کلامی)، سیگار کشیدن و سن کم مادر در دوران بارداری (Konjevod et al 2023).

سبک زندگی: عادات غذایی نامناسب، کاهش فعالیت بدنی و ورزش، کمبود ویتامین (B6) از طریق تبدیل آن به تریپتوفان و بعداً سروتونین، که به نوبه خود بر خلق و خوی تأثیر می‌گذارد و کمبود خواب (Ghaedrahmati et al 2017).

سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی: مطالعات اخیر نشان داده است که سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی یک عامل خطر برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان است. این خطر افزایش یافته احتمالاً به دلیل عوامل ژنتیکی و محیطی در دوران کودکی و زندگی همراه با کمبود حمایت اجتماعی است که خطری برای افسردگی بعد از زایمان می‌باشد (Zacher et al 2022).

عوامل محافظ از افسردگی بعد از زایمان

منظور از عوامل محافظ عواملی هستند که حضور آنها باعث کاهش بروز افسردگی می‌گردد. به عبارت دیگر، ارتباط این عوامل با

افسردگی یک رابطه معکوس می‌باشد. از جمله عوامل محافظ می‌توان به: تحصیلات بالاتر از دیپلم زن، تحصیلات بالایی زن، تحصیلات بالایی همسر، وضعیت اقتصادی بالا، درآمد بالا، مالکیت مسکن شخصی، برخورداری از حمایت عاطفی- روانی همسر، برخورداری از حمایت خانوادگی- اجتماعی، رضایت از زندگی زناشویی اشاره کرد (سجادی و همکاران، 1392).

ورزش باعث می‌شود عزت نفس پایین ناشی از افسردگی کم شود، و افزایش اندورفین‌ها و مواد افیونی درون زای می‌شود که اثرات مثبتی بر سلامت روان می‌گذارد و اعتماد به نفس و ظرفیت حل مسئله را بهبود می‌بخشد (Ghaedrahmati et al 2017).

مدیریت و درمان

پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در بیماران پرخطر با استفاده از مشاوره و درمان شناختی رفتاری و همچنین درمان بین فردی موثر بوده است. پزشکان باید این مداخلات را به عنوان اقدامات پیشگیرانه برای بیماران پرخطر شناسایی و اجرا کنند

روان درمانی اولین گزینه درمانی برای بیماران مبتلا به افسردگی حین زایمان خفیف تا متوسط است. ترکیبی از درمان داروهای ضد افسردگی برای افسردگی متوسط تا شدید توصیه می‌شود. ارجاع به یک منبع سلامت رفتاری نیز ممکن است توصیه شود (ACOG Guideline No. 5, 2023).

منابع

- 1- ابراهیمی، معصومه، اسماعیلی، علی اکبر، و غنی فر، محمدحسن، مقایسه هوش هیجانی و افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین. مجله مراقبت های نوین، 11(1)، 1393، 55-62.
- 2- دادفرنیا شکوفه، هادیان فرد حبیب، رحیمی چنگیز، افلاک سیر، عبدالعزیز. تنظیم هیجان و نقش آن در پیش بینی نشانه های افسردگی در دانشجویان. مجله طلوع بهداشت. 19 (1)، 1399، 32-47.
- 3- روبین تن، ناهید، اسماعیل پور، خلیل، محمودعلیلو مجید، سیدرسولی، الهه. ارتباط افسردگی پس از زایمان با نوع زایمان و تغذیه نوزاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره 34 شماره 3. شهریور 1391، 52-56.
- 4- سجادی، حمیرا، وامقی، مروثه، فروزان، ستاره، رفیعی، حسین، محقق کمال سید حسین، نصرت آبادی مهدی، مرور سیستماتیک مطالعات مرتبط با افسردگی دوران بارداری در مطالعات ایرانی (90-1375)، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، 5(2)، تابستان 1392؛ 521-530.

- 5- صیادی اناری، علیرضا، دهقان، حسین، زارعیان، داوود، بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان اشکذر، مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی (موسسه آموزش عالی نگاره) شماره 16، دوره 2، بهار 1396، 97-106.
- 6- خوشه مهری، گیتی، شریعتی فیض آبادی، اعظم، ناصر خاکی، وحیده، ناصر خاکی، لیلا، بررسی شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی و درمانی شمال شهر تهران. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، دوره 19، شماره 1، 1390، 59-69.
- 7- لشکری، کبری، بخشائی، نورمحمد، حکم آبادی، سهیلا، سجادی، سید علی رضا، صفرزاده سرآسیایی، آمنه. بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن ارزیابی 4/5 ماهه. مجله اصول بهداشت روانی، دوره 13 شماره 52، زمستان 1390، 12-404.
- 8- نیک پور، مریم، عادیان، زهرا، مخبر، نغمه، خالقی، زهرا، بنی حسینی، سید زهرا، ابراهیم زاده، سعید. ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان. مجله اصول بهداشت روانی، دوره 14 شماره 52 بهار 1391، 46-53.
- 9- مجدالاسلامی، الناز، دولتیان، ماهرخ، شمس، جمال، قاسمی، عرفان، بررسی همبستگی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، دوره 35، شماره 434، مرداد و شهریور 1396، 692-700.
- 10- Bianciardi Emanuela, Vito Cristina, Betrò Sophia, De Stefano Alberto, Siracusano Alberto, Niolu Cinzia.(2020) The anxious aspects of insecure attachment styles are associated with depression either in pregnancy or in the postpartum period. *Annu Gen Psychiatry*. 2020;19(1):1-9
- 11- Bahadoran Parvin, Oreizi HamidReza, Safari Saeideh.(2014) Meta-analysis of the role of delivery mode in postpartum depression (Iran 1997-2011). *J Edu Health Promot*. Nov29,3:118.
- 12- Cunningham F Gary, Leveno Kenneth, Bloom Steven, Dashe J, Hoffman, BL Spong CY Translated by Valdan M, Mohammadi Z. *Williams obstetrics*. 25 th ed; Arjmand publications; 2018:432-434.
- 13- Carlson Karen, Mughal Saba, Azhar Yusra, Siddiqui Waquar.(2024) Postpartum Depression. 2024 Aug 12. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; PMID: 30085612.
- 14- Evagorou Olympia, Arvaniti Aikaterini, Samakouri Maria.(2016) Crosscultural Approach of Postpartum Depression: Manifestation, Practices Applied, Risk factors and Therapeutic Interventions. *Psychiatric Quarterly* ,87:129-54.
- 15- Garfield Lindsey, Holditch-Davis Diane, Carter CSue, McFarlin Barbara L, Schwartz Dorie, Seng Julia S, et al.(2015) Risk factors for Postpartum Depressive Symptoms in low-income Women with Very Low birth weight Infants. *Advances in Neonatal Care: Official journal of the National Association of Neonatal Nurses* ,15:E3-E8.
- 16- Ko Jean Y, Rockhill Karlynn M, Tong Van T, Morrow Brian, Farr Sherry L.(2017) Trends in Postpartum Depressive Symptoms – 27 States, 2004, 2008, and 2012. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* .66(6):153-158.
- 17- Liu Xueyan, Wang Shuhui, Wang Guangpeng.(2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*.31(19-20):2665-2677.
- 18- Petrou Stavros, Cooper Peter, Murray Lynne, Davidson, LeslieL.(2002) Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *Brit J Psychiat* , 181: 505-512.
- 19- Rode J.(2013) The protective effects of social support on postpartum depression: Does emotional intelligence matter? [PhD Thesis]. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- 20- Sadock Benjamin J, Sadock Virginia.(2007) Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry-behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 857-69.
- 21- Sanchez-Vidana Dalinda Isabel, Ngai Shirley Pui, He Wanjia, Chow Jason K, Lau Benon W, Tsang Hector W.(2017) The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: A Systematic Review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 4:1-21:e5869315.
- 22- Stylianides Constantinos, Middleton Nicos, Kouta Christiana, Raftopoulos Vasilios. (2016)The role of emotional intelligence and postpartum depression in predicting mothers' satisfaction with quality of co-operation with obstetricians and midwives. *International Journal of Caring Sciences* . 9(1): 22-33.
- 23- Suarez-Rico Blanca V, Estrada-Gutierrez Guadalups, Sanchez-Martinez Maribel, Perichart-Perera Otilia, Rodriguez- Hernandez Carolina, Gonzalez-Leyva Carla, et al. (2021)Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.18:1-9
- 24- Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice GuidelineNo.5.(2023).*Obstetrics and gynecology*, 141(6), 1262–1288.



- 25- Tannous Leila, Gigante Luciana P, Fuchs Sandra C, Busnello Ellis DA.(2008) Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC Psychiat . 8(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2265281> (Accessed Jul. 2011).
- 26- Verreault Nancy, Da Costa Deborah, Marchand Andre, Ireland Kierla, Dritsa Maria, Khalife Samir.(2014) Rates and Risk factors Associated with Depressive Symptoms during Pregnancy and with Postpartum Onset. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology .35:84-91.
- 27- Veisani, Yousef., Delpisheh, Ali., Sayehmiri, Kourosh, Rezaeian, Shahab. (2013). Trends of postpartum depression in Iran: A systematic review and meta-analysis. Depression research and treatment.(1), 291029.
- 28- Zacher Kjeldsen Mete Marie, Bricca Alessio, Liu Xiaojin, Frokjaer Vibe G, Madsen Kathrine Bang, Munk-Olsen Trine.(2022) Family History of Psychiatric Disorders as a Risk Factor for Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry.79(10):1004-1013.

postpartum depression; Symptoms and management

Habibeh Badgisu¹

**Midwifery Undergraduate Student. Iranshahr
University of Medical Sciences. Sistan and
Baluchistan. Iran**

Mahtab Karimi

**MSc Student in Midwifery. Iranshahr University of
Medical Sciences. Sistan and Baluchistan. Iran**

1-1-

1-2- Abstract

Depression is one of the most important and common complications during pregnancy. It has emerged as the biggest health concern in the 21st century. One of the mental disorders in pregnancy and postpartum period is postpartum depression which can be a harm to safety and health of mother and infant. Symptoms of depression, including persistent sadness, lack of interest, low self-esteem, sleep disturbances, loss of appetite, anxiety, irritability with hostile attitudes toward infants, self-blame, and feelings of inferiority are characteristic of postpartum depression. These symptoms are continuous for at least two weeks, most days of the week. They may experience changes in sleeping and eating patterns, difficulty communicating with their baby, and feelings of hopelessness or worthlessness. The exact cause of postpartum depression is not fully known, genetic, hormonal, psychological and social stressors in life play an important role in causing it. Prevention of postpartum depression in high-risk patients using counseling and cognitive behavioral therapy as well as interpersonal therapy has been effective.

1-3- Keywords: Depression, postpartum depression, symptoms

¹ Corresponding Author