

Review

Post Partum Depression: Prevention, Treatment

Zahra Esmacili¹, Seyed Hamzeh Hosseini^{1*}

1. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: Hosseinish20@gmail.com, shhooseini@mszums.ac.ir

(Received 25 January 2013; Accepted 10 February 2014)

Abstract

Postpartum depression is a prevalent and debilitating psychosocial disorder that can vary in intensity. It can occur during the first 4 weeks after delivery. Previous studies have been shown that postpartum depression not only could induce undesirable effects on mother, child, and family but also incurs health care costs on society. Though, some pharmacological and non pharmacological interventions are available in treatment and prevention of postpartum depression, but there are some reports about protean efficacy of these interventions. This article reviews risk factors, screening tools, preventive and therapeutic interventions in postpartum depression with an emphasis on psychotherapy (interpersonal therapy, cognitive-behavioral therapy) and social support.

Keywords: Postpartum depression, Screening, Prevention, Treatment

J Clin Exc 2014; 2(1):70-82 (Persian).

افسردگی پس از زایمان: پیشگیری، درمان

زهرا اسماعیلی^۱، سید حمزه حسینی^{۱*}

چکیده

افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان کننده روانی اجتماعی است، که ممکن است طی ۴ هفته اول پس از زایمان آغاز گردد. این اختلال اثرات ناخوشایند بر مادر، کودک و خانواده داشته و هزینه های هنگفتی را بر جامعه تحمیل می نماید. گرچه در برخی مطالعات، از ابزارهای خاص غربالگری، درمان های دارویی و غیردارویی در پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان حمایت شده است، ابهامات زیادی در رابطه با مداخلات انجام شده وجود دارد. در این مقاله فاکتورهای خطر ابتلای مادر به افسردگی پس از زایمان و ابزار مورد استفاده در شناسایی آن توصیف می گردد، مداخلات پیشگیرانه و درمانی با تاکید بر روان درمانی (درمان بین فردی، درمان شناختی- رفتاری) و حمایت اجتماعی از مادر مورد بحث قرار می گیرد.

واژه های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، پیشگیری، درمان

مقدمه

ایران انجام شد، شیوع کلی افسردگی پس از زایمان ۲۵/۳ درصد گزارش شد (۴).

جدول شماره ۱ شیوع افسردگی پس از زایمان در برخی از مطالعات انجام شده در جامعه ما را نشان می دهد (۱۳-۵). افسردگی پس از زایمان اثرات مخربی بر مادر، کودک و خانواده می گذارد (۱۴). علائم و نشانه های آن ممکن است به صورت تغییرات خلق، اختلال در خواب و اشتها، اختلالات روانی حرکتی، خستگی، کاهش تمرکز، احساس گناه و عدم لذت از کار و فعالیت باشد (۱۶، ۱۵، ۲). که در نتیجه آن مادر قادر به ایفای نقش مادری و همسری نبوده و در موارد شدید

افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان کننده روانی اجتماعی است (۱) که ممکن است حداکثر طی چهار هفته اول پس از زایمان آغاز گردد. اگرچه بعضی مطالعات شروع آن را تا ۱۲ ماه پس از زایمان گزارش کرده اند (۲). شیوع افسردگی پس از زایمان در چند هفته اول پس از زایمان از ۱۳ الی ۲۰ درصد (۳) و در شرایط خاص تا ۴۱ درصد گزارش شده است که این تفاوت به نحوه نمونه گیری، زمان بررسی، معیارهای متفاوت تشخیصی (افسردگی ماژور با مینور)، ابزار خود گزارش دهی و روش مطالعه مرتبط است. بطوری که دریک مطالعه متاآنالیز اخیر که بر روی ۴۱ مقاله در

۱. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم مازندران، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم مازندران، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم مازندران، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم مازندران، ساری، ایران

E-mail: Hosseinish20@gmail.com, shhooseini@mszums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۲/۹/۹ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۱

جدول شماره ۱: مطالعات اخیر در مورد شیوع افسردگی پس زایمان در ایران

نویسنده	سال	نوع مطالعه	ابزار	زمان پیگیری	شیوع
منتظری و همکاران (۹)	۲۰۱۳	مرور سیستماتیک	BDI	۸-۶ هفته پس از زایمان	۲۶/۳ درصد
نیکپور (۱۳)	۲۰۱۲	توصیفی - تحلیلی	EPDS	۸-۲ هفته پس از زایمان	(۱۰-۱۳) درصد
خوشه مهری و همکاران (۱۰)	۲۰۱۱	توصیفی - تحلیلی	BDI	۶ هفته اول پس از زایمان	۳۰ درصد
خیرآبادی و همکاران (۵)	۲۰۱۰	کوهورت	EPD	۸-۶ هفته پس از زایمان	۲۶/۳ درصد
باقرزاده و همکاران (۶)	۲۰۰۹	توصیفی - تحلیلی	BDI	۱۰ روز پس از زایمان	۱۵/۵ درصد
حسینی و همکاران (۱۱)	۲۰۰۸	توصیفی-تحلیلی-مقطعی	BDI	۱۰ روز پس از زایمان	۲۴/۸ درصد، درجات مختلف افسردگی
غفاری نژاد و همکاران (۸)	۲۰۰۷	مقطعی	BDI	۲-ماه ۲ هفته پس از زایمان	۳۱/۱ درصد
عظیمی و همکاران (۱۲)	۲۰۰۵	توصیفی - تحلیلی	EPDS	۸-۶ هفته پس از زایمان	۲۲ درصد
ایرانفر و همکاران (۷)	۲۰۰۵	توصیفی	BDI	۱۰ روز پس از زایمان (بارداری ناخواسته)	۴۱ درصد

BDI: Beck Depression Inventory

EPDS: Edinburgh postnatal depression scale

مختلف، دارو درمانی و میزان ایمنی آن برای مادر و شیرخوار نیز انجام شده است (۲۰). همچنین ابزار شناسایی مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان ناکافی (۲۱) و افتراق آن از انواع دیگر اختلالات افسردگی نیز چندان مشخص نبوده و در اغلب موارد، حتی بررسی های بالینی توسط متخصصین مربوطه نیز انجام نشده است (۱۲). به نظر می رسد متغیرهای متعددی که در ابتلای مادر به افسردگی پس از زایمان نقش مهمی دارند به طور کامل شناسایی نشده اند (۲۲). در این مقاله عوامل خطر ابتلای مادر به افسردگی پس از زایمان و ابزار بررسی این بیماری توصیف شده، مداخلات پیشگیرانه و درمانی با تاکید بر روان درمانی (درمان بین فردی و درمان شناختی- رفتاری) و حمایت اجتماعی از مادر مورد بحث قرار می گیرد.

و عدم درمان، منجر به خودکشی و یا فرزندکشی می گردد (۱۷). افسردگی پس از زایمان را باید از علائم گذرای گرفتگی خلق (Baby blues) افتراق داد که با گریه، تحریک پذیری، بدخواهی و واکنش های عاطفی مادر مشخص می شود (جدول شماره ۲) (۱۸). بعلاوه، این نوع از افسردگی را باید از سایکوز پس از زایمان و علائم مشابه با افسردگی پس از زایمان (With Postpartum Onset) که شروع آن تا ۶ ماه بعد از زایمان می باشد نیز افتراق داد (۱۹). اگرچه در تعدادی از مطالعات از درمان های دارویی و غیردارویی در پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان حمایت شده است، ابهامات و تناقضات زیادی در میزان اثربخشی هر یک از مداخلات وجود دارد. بررسی ها نشان می دهد تحقیقات معدودی پیرامون مداخلات درمانی چندجانبه، درمان های جایگزین، جنبه های پیشگیری در سطوح

جدول شماره ۲: افتراق بین افسردگی پس از زایمان و گرفتگی خلق (۳۳)

خصوصیات	افسردگی عمده پس از زایمان	گرفتگی خلق
طول مدت	بیشتر از دو هفته	کمتر از ۱۰ روز
شروع	اغلب در محدوده اولین ماه پس از زایمان، یا ممکن است تا یک سال پس از زایمان باشد	در حدود ۲-۳ روز پس از زایمان
شیوع	۵-۷ درصد	۸۰ درصد
شدت	اختلال عملکرد در حد متوسط تا شدید	اختلال عملکرد در حد خفیف
افکار خودکشی	ممکن است وجود داشته باشد	وجود ندارد

جدول شماره ۳: فاکتور های مهم در بررسی بالینی افسردگی پس از زایمان (۴۰، ۳۵)

<p>سابقه ای از ابتلاء به اضطراب و افسردگی در دوران بارداری^۵</p> <p>سابقه ی حوادث استرس زا در طی دوران بارداری و مراحل اولیه perperum^۶</p> <p>سابقه ابتلاء به افسردگی^۷</p> <p>سابقه خانوادگی ابتلاء به افسردگی از جمله افسردگی پس از زایمان</p> <p>نگرش زن نسبت به بارداری و متعاقب آن تغییر نقش او</p> <p>سابقه ای از وجود علائم سندرم پیش از قاعدگی</p> <p>حوادث استرس زای قبلی و اخیر^۸</p> <p>عدم حمایت اجتماعی^۹</p>

* مهمترین فاکتور هایی که در بررسی بالینی می بایست مورد توجه باشد.

در پیشگیری سطح سوم محدود نمودن مشکلات و نشانه های مربوط به بیماری مطرح می گردد (۲۴).

عوامل خطر

اگرچه علل افسردگی پس از زایمان به طور کامل شناخته نشده است با اینحال، طیف وسیعی از عوامل خطر مورد شناسایی قرار گرفته اند (۲۱). یکی از مهمترین عوامل خطر، سابقه ابتلاء به افسردگی اساسی همراه با حاملگی قبلی است. بعلاوه سابقه ابتلاء به افسردگی، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، حوادث تهدید کننده زندگی، تنش های دوره بارداری و سابقه خانوادگی از دیگر عوامل خطر می باشند. با مداخلات پیشگیرانه به عنوان یک اقدام ضروری می توان احتمال ابتلاء مادر به اختلال افسردگی در طول بارداری را کاهش داد. در این راستا هزینه های درمان و مدت زمان تأثیر افسردگی بر روی مادر و کودک تقلیل یافته و در نهایت عملکرد مادر، ارتباطات مادر و کودک و خانواده بهبود می یابد (۲۳).

سطح اول: غربالگری

در این سطح شناسایی زودرس زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان از طریق بررسی بالینی عوامل خطر صورت می گیرد که در پیشگیری موفقیت آمیز آن حیاتی است (جدول شماره ۳) (۲۰، ۲۲). در این رابطه با بکار گیری غربالگری بموقع در طی جلسات مشاوره قبل از بارداری (۲۰)، طول دوران بارداری و یا پس از زایمان می توان به شناسایی آن پرداخت (۲۳). در بعضی از مطالعات از تست های غربالگری با سؤالات کلی و کوتاه نام برده شده است که بیماران را قادر می سازد تا در مدتی کوتاه به آن پاسخ دهند (۲۵). مؤسسه ملی برای ارتقاء سلامت و تعالی بالینی در کانادا (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) راهنمای بالینی تحت عنوان The wholly Questions (سؤالات کلی) را برای شناسایی احتمالی افسردگی پس از زایمان پیشنهاد نمود (۲۶) که همراه با آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، ابزار اضطراب و افسردگی، و یا پرسشنامه سلامت برای بررسی معمول زنان در طول بارداری و بعد از زایمان مورد استفاده قرار گیرد. راهنمای بالینی شامل سؤالات کوتاه و مختصر است که با استفاده از آن در اولین تماس مادر با مرکز مراقبت های اولیه قبل از زایمان، اولین مصاحبه انجام می شود. مصاحبه های بعدی، طی ویزیت های دوره ای دوران بارداری انجام شده و در

روش های پیشگیری

در افسردگی پس از زایمان مداخلات پیشگیری کننده در سطوح سه گانه دارای اهمیت ویژه ای می باشد. در سطح اول پیشگیری کاهش آسیب پذیری، حذف یا به حداقل رساندن رفتارها و شرایط محیطی که منجر به افزایش خطر ابتلاء می گردد، مورد توجه متخصصین و مراقبین بهداشتی می باشد. پیشگیری سطح دوم با هدف تشخیص به موقع بیماری، کاهش پیشرفت و یا به تأخیر انداختن ناتوانی متعاقب ابتلاء اولیه است و

علاوه بر این، عدم وجود امکانات، ناآگاهی و انکار مادران نیز مانع از پیگیری های مستمر بالینی می گردد(۱۲). با توجه به جایگاه مهم بررسی و ارزیابی بالینی خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان، کلیه مراقبین تیم بهداشتی می بایست تصاویر بالینی افسردگی در دوره بارداری را که ممکن است عاملی مستعد کننده برای توسعه افسردگی پس از زایمان باشد با طراحی ابزار های مناسب و برنامه های آموزشی مستمر شناسایی نمایند(۲۰). توصیه شده است براساس جداول زمان بندی مشخص، ویزیت زنان نخست از ۱۰ بار و زنان چندزای ۷ بار در طی بارداری توسط متخصصین روان پزشکی انجام گردد. بدین ترتیب فرصت مناسبی جهت شناسایی بیشتر عوامل خطر افسردگی پس از زایمان فراهم می شود(۲۹).

سطح دوم: پیشگیری

کلید پیشگیری در این سطح و سطح سوم، شناسایی سریع و موثر افسردگی و درمان علایم افسردگی پس از زایمان است(۲۰) که زمان مناسب برای غربالگری مادران، اولین ویزیت پس از زایمان می باشد(۳۰،۲۰). دراستراتژی های 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 می باشد. بعنوان مثال، ممکن است برخی از بیماران تحت دارودرمانی قرار گرفته تا از پیامدهای تغییرات هورمونی بروی سیستم نوروترانسمیترها محافظت گردند و یا به برخی کمک شود تا مهارت های مدیریت استرس آنها افزایش یابد(۳۱). گروه دیگری از بیماران تحت حمایت های اجتماعی قرار گرفته و الگوهای خواب و تغذیه(۳۲)، ورزش و فعالیت های بدنی(۳۳،۱۷) آنها اصلاح می شود. اساساً کاربرد مداخلات درمانی در این سطح از پیشگیری با توجه به وضعیت بیمار و نیازهای او برنامه ریزی می شود. ابزارهای مهم مورد استفاده آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Edinburgh)

نهایت در هفته های ۶-۴ و یا ماه های ۴-۳ پس از زایمان تکرار می گردد.

The wholly questions (سوالات کلی) شامل

موارد زیر می باشد:

- آیا در طی ماه گذشته احساساتی چون افسردگی و یا ناامیدی را تجربه کرده اید؟

- آیا در طی ماه گذشته نسبت به انجام دادن فعالیت هایی که قبلاً شما را خوشحال می کرد بی تفاوت شده اید؟

در صورتی که پاسخ سؤالات قبلی مثبت باشد به سؤال سوم نیز باید پاسخ دهید:

- آیا چیزهایی هست که به آن نیاز دارید و یا علاقمند هستید و باید برای به دست آوردن آن مورد حمایت قرار گیرید؟

با جمع آوری اطلاعات فوق می توان بیمار را در مراحل اولیه بیماری شناسایی نمود. اساساً، به نظر می رسد مهمترین عامل ایجاد محدودیت در انجام مداخلات زودرس برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، عدم وجود ابزار های غربالگری با حساسیت و ویژگی بالا باشد(۲۰) بویژه اینکه در جامعه ما کمتر به طراحی ابزارهای مناسب غربالگری در پیشگیری سطح اول توجه شده است.

دو ابزار غربالگری دیگر نیز در مطالعات مختلف نام برده شده است که به ترتیب «پرسش نامه مربوط به خطر دوران بارداری» (The Pregnancy Risk Questionnaire) است که صرفاً خطر روانی اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهد و ارزش پیش گویی کنندگی آن کم است. پرسشنامه دیگر ابزار اصلاح شده پیش گویی کننده افسردگی پس از زایمان (Postpartum Depression Predictors inventory - Revised) است که براساس یافته های یک مطالعه متاآنالیز دارای ارزش پیش گویی کنندگی مثبت بوده ولی ممکن است بسیاری از موارد مثبت واقعی مورد شناسایی قرار نگیرد که از جمله محدودیت های این ابزار است(۲۸-۲۷).

postnatal depression)، پرسشنامه سلامت بیمار (Patient health questionnaire)، تست افسردگی بک (Beck Depression Inventory)، تست غربالگری در افسردگی پس از زایمان و آزمون مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی می باشند که مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و پرسشنامه سلامت (۳۴) به عنوان متداول ترین آزمون های مورد استفاده در افسردگی پس از زایمان است. با اینحال در یک مرور سیستماتیک اخیر که در رابطه با اعتباریابی ابزار آزمون افسردگی پس از زایمان بر روی ۳۷ مقاله انجام شد، نتایج نشان دهنده ناهمگونی بین مقالات بود. تفاوت های متدولوژیکی، زبان های متفاوت، مصاحبه های تشخیصی و یا معیارهای متفاوت تشخیصی به عنوان عوامل موثر در ناهمگونی بین نتایج مقالات شناخته شد. بنابراین نمی توان اعتبار برابر به همه آنها داد. لذا، این مسئله با در نظر داشتن موارد ذکر شده نیاز به بررسی بیشتر دارد (۳۵).

سطح سوم: باز توانی

در این سطح، علاوه بر مراقبت و درمان مادر، باید به ارتقاء مهارت های 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 می گیرد و مادر قادر به ایفای نقش مادری خود و تامین نیاز های تغذیه ای، خواب، واکسیناسیون و ویزیت دوره ای نوزاد نمی باشد (۳۶)، نیازهای خاص هر مادر و نوزاد باید بطور جداگانه مورد ارزیابی قرار گیرد.

مداخلات دارویی

در مقالات اطلاعات کمی در رابطه با مداخلات دارویی در افسردگی پس از زایمان وجود دارد (۳۷). داروهای پیشگیری ضد افسردگی ممکن است برای زنانی استفاده شود که با سابقه ای از حملات افسردگی قبلی به داروهای ضد افسردگی پاسخ داده باشند، به ویژه

چنانچه سابقه ای از ابتلا به افسردگی در دوره پس از زایمان نیز وجود داشته باشد (۲۰). در بین داروهای انتخابی متوقف کننده های باز جذب سروتونین به عنوان اولین دسته دارویی انتخابی و مؤثر بر افسردگی می باشند و در مطالعات از سرترالین، سیتالوپرام و احتمالاً فلوکستین به عنوان درمان های خط اول نام برده شده است (۳۸). بطور کلی بیماری که در گذشته به یک داروی ضد افسردگی پس از زایمان پاسخ داده باشد، آن دارو باید به عنوان اولین داروی انتخابی برای بیمار مذکور باشد (۱۸). از دیگر مداخلات، شوک الکتریکی است که بعنوان درمان مناسب بیولوژیکی در افسردگی حین بارداری و پس از زایمان کاربرد دارد (۲۶).

مداخلات غیر دارویی

اگرچه درمان دارویی به عنوان یک مداخله مؤثر در افسردگی به شمار می رود، تأثیر درمان های غیر دارویی نیز به عنوان درمان های تکمیلی و جایگزین مورد توجه خاصی قرار گرفته است. بعلاوه، برخی از مادران با این استنباط که مصرف دارو در دوران شیردهی باعث ایجاد عوارض در نوزاد می گردد ممکن است تمایلی به مصرف دارو نداشته باشند (۴۰، ۳۹). با این وجود در تحقیقات اخیر بر استفاده از هر دو نوع درمان تأکید شده است. در میان درمان های غیر دارویی، روان درمانی به ویژه درمان بین فردی، درمان شناختی- رفتاری و روانی - اجتماعی نظیر مشاوره های غیرمستقیم نیز نام برده شده است (۳۴). همچنین، مهارت های کنترل استرس، درمان با نور، ماساژدرمانی (۴۱، ۴۲)، آرام سازی و یوگا (۴۱) نیز پیشنهاد شده است، هرچند کاربرد هر یک از مداخلات فوق ممکن است با محدودیت یا عدم پاسخ درمانی همراه باشد. تغذیه صحیح مادر، انجام تمرینات ورزشی (۴۳، ۴۴)، بهبود خواب مادر و حمایت از مادر در تغذیه نوزاد از طریق پستان و تنظیم خانواده (۳۴) نیز در راستای مداخلات درمانی نقش مهمی ایفا می کنند. در این مطالعه از مداخلات روان درمانی، درمان شناختی- رفتاری و همچنین حمایت

انجام شود (۴۶،۴۷) با این وجود، تا زمانی که مطالعات بیشتری براساس یک تئوری مشخص و متدولوژی صحیح انجام نشود، کاربرد این گونه درمان ها با تأمل بیشتر صورت گیرد (۲۹).

درمان شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری نیز به عنوان یک مداخله کوتاه مدت ممکن است درمان واقع بینانه و مؤثر در زنانی باشد که در دوران بارداری دچار افسردگی شده اند. اساس درمان شناختی رفتاری بر تاثیر متقابل بین وقایع، افکار، عقاید و خلق و عواطف تاکید دارد (۱،۲). درمانگران شناختی رفتاری به بیماران افسرده در یادگیری، شناسایی و اصلاح عقاید نادرست و بی نظمی در پردازش سیستمیک اطلاعات کمک می نمایند تا بدین طریق استرس بیمار کاهش یافته و قدرت سازگاری او افزایش یابد (۴۹). در یک بررسی بالینی که با هدف تعیین صحت درمان شناختی رفتاری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان بر روی زنان باردار انجام شد، نتایج، حاکی از اثر درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و نشانه های افسردگی و ارتقاء سطح رضایتمندی و تداوم زندگی زناشویی تا دوره پس از زایمان بود (۵۰). بعلاوه، اثربخشی این نوع درمان با تاکید بر برنامه ویزیت در منزل و همراه با مدیریت استرس در بهبود شاخص های افسردگی و تنظیم سطح نشانگرهای بیولوژی استرس در مادران در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۵۱). اگرچه، در یک مرور سیستماتیک مقالات که جهت ارزیابی موثر و مقرون به صرفه بودن درمان شناختی- رفتاری گروهی در مقایسه با بسته های مراقبتی معمول انجام شد، توصیه شد به دلیل کیفیت ضعیف مقالات، مبهم بودن نوع مداخله شناختی- رفتاری بکار رفته و نمونه های مورد بررسی در مقالات، معنی دار بودن نتایج با احتیاط تفسیر شود (۵۲). لذا کاربرد معمول این نوع درمان نیاز به بررسی های بیشتر با در نظر داشتن محدودیت های فوق است.

اجتماعی به عنوان مداخلات غیر دارویی اشاره می گردد.

روان درمانی

روان درمانی کاربرد آگاهانه روش های بالینی و مواضع میان فردی است که از اصول روانشناسی رایج حاصل شده و هدف آن کمک به بیماران است تا رفتارها، شناخت ها، هیجانات و دیگر ویژگی های فردی خود را در جهت درمان مطلوب تغییر دهند. روان درمانی علاوه بر کاهش میزان افسردگی و استرس، درک و فهم نقش والدی مادر و تعامل بین مادر و نوزاد را نیز افزایش می دهد (۴۵) ضمن این که از پیامدهای نامطلوب ناشی از افسردگی مادر جلوگیری می نماید (۴۶). روان درمانی در درمان افسردگی پس از زایمان می تواند بصورت درمان بین فردی، شناختی- رفتاری، سایکو دینامیک و سایکو تراپی به همراه درمان روانی- اجتماعی (مشاوره غیر مستقیم) انجام شود (۳۹).

روان درمانی بین فردی که ممکن است به صورت فردی و یا گروهی انجام شود (۴۷) بر دستیابی مادر به مسیرهای صحیح ایفای نقش اجتماعی و حمایت مؤثر تأکید دارد (۱۷). این روش درمانی در مدت زمان کوتاه انجام می شود و در آن ارتباط بین مشکلات بین فردی و خلق و خوی بیمار مشخص می گردد (۴۵). این نوع درمان بر تنش زهای بین فردی که طی دوره بعد از زایمان افزایش می یابد، مؤثر است (۴۶). مداخلات بین فردی که از طریق آموزش، مشاهده و هدایت صحیح زنان در دوران بارداری صورت می گیرد، در ارتقاء سطح سلامت مادر و کودک مؤثر بوده و بدین طریق در پیشگیری از مشکلات جسمی و روانی مادر و کودک اثرگذار است (۴۵). کاربرد روان درمانی بین فردی در افسردگی پس از زایمان با توجه به نتایج حاصل از دو مرور سیستماتیک مقالات مرتبط نیز مورد تایید قرار گرفته و برای اثر بخشی بیشتر مداخلات درمانی توصیه گردید. در روان درمانی بین فردی مدت مداخله کوتاه بوده و مداخله می تواند به صورت درون گروهی

حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان

حمایت اجتماعی پاسخ های ملموس و عینی است که فرد از دیگران دریافت می کند. این پاسخ ها می تواند شناخت فعالیت های ارزشمند توسط خود فرد و تأیید دیدگاه های فرد به وسیله دیگران باشد (۵۳). از آن جایی که افزایش حمایت اجتماعی با میزان تعامل و وابستگی مادر و نوزاد، حس شایستگی والدین و عملکرد روانی اجتماعی مادر رابطه مستقیم دارد، مداخلات روانی اجتماعی برای مادران، قبل و بلافاصله بعد از زایمان ضروری است (۵۴). در این رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده توسط مادر، دسترسی مادر به حمایت های اجتماعی و تمایل مادر به بهره مندی از آن از مهمترین شاخص های کاهش خطر افسردگی پس از زایمان می باشد (۱۷).

در راستای فراهم نمودن حمایت اجتماعی، حامی بودن برای مادر و تقویت نقش مادرانه مد نظر است. فعال کردن نقش مدیریتی و حمایت کردن از مادر او را در برنامه ریزی جهت ویزیت دوره ای در کلینیک یا دسترسی به خدمات اجتماعی و یا دیگر خدمات مورد نیاز کمک می نماید (۵۴، ۵۵). بر اساس نتایج مطالعه ای در جامعه ما، بین ابتلا به افسردگی پس از زایمان و میزان حمایت اجتماع از زنان همبستگی منفی وجود داشت ($r = -0.67$). بعلاوه، رابطه معنی داری بین افسردگی پس از زایمان، سازگاری زناشویی و حمایت همسر نیز دیده شد. در این مطالعه گزارش شد حدود ۵۲ درصد موارد افسردگی پس از زایمان را سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی تبیین میکند که نشان دهنده بیشتر بودن سهم متغیرهای میزان حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی در مقایسه با دیگر متغیر های ابتلا به افسردگی پس از زایمان است (۵۶). در مطالعه ای دیگر که با هدف تعیین شیوع و عوامل خطر افسردگی پس از زایمان در زنان انجام شد نتایج نشان دهنده همراهی شدید انتظارات برآورده نشده اجتماعی مادران با تظاهر علائم افسردگی بود و از محرومیت و انزوای

اجتماعی مادران نیز بعنوان عوامل مهم افسردگی زنان نام برده شد (۵۷). تعامل مادر در یک شبکه اجتماعی ممکن است به طور مستقیم یک وضعیت متعادل روانی را به همراه داشته باشد. برخورداری از حمایت اجتماعی به عنوان یک شاخص پیش بینی کننده برای ارتقاء سطح سلامت و کاهش افسردگی مادر و بعلاوه، کاهش مشکلات رفتاری در کودک نقش تعیین کننده دارد (۵۸). توجه به حمایت های اجتماعی از مادر که اغلب مورد اهمال قرار می گیرد، روشی کمک کننده برای توسعه رفتارهای بهداشتی است و چنانچه حمایت از مادر در مراحل اولیه پس از زایمان باشد نگرش اجتماعی مادر را ارتقاء داده و سلامت مادر را در مدت زمان طولانی تر در دوره پس از زایمان تضمین می نماید (۵۹).

نتیجه گیری

افسردگی یک اختلال جدی بهداشتی در زنان، بویژه پس از زایمان است که اقدامات پیشگیرانه در سطوح سه گانه برای شناسایی و درمان افسردگی مادران ضروری می باشد. بیشتر عوامل خطر افسردگی پس از زایمان را می توان در طی دوره بارداری شناسایی کرد که این مسأله اهمیت غربالگری در دوره بارداری و ارزیابی های بالینی توسط متخصصین اعم از روان پزشکان و مراقبین بهداشتی را نشان می دهد. در این رابطه طراحی و استفاده از ابزارهای غربالگری با دقت بالا برای شناسایی متغیرهای مستعد کننده برای افسردگی پس از زایمان با توجه به ویژگی های فرهنگی اجتماعی جمعیت های مختلف، ضروری می باشد. بعلاوه، بر اساس ماهیت چند عاملی بودن افسردگی پس از زایمان و تفاوت هایی که در نیازهای فردی، اجتماعی هر مادر وجود دارد ضروری است برنامه مداخلات درمانی اعم از درمان های دارویی، روانی، اجتماعی و رفتاری و یا دیگر درمان های جایگزین متناسب، طراحی، تدوین و اجرا گردد.

References

1. Corwin EJ, Kohen R, Jarrett M, Stafford B. The heritability of postpartum depression. *Biol Res Nurs*. 2010;12(1):73-83.
2. Maracy MR, Kheirabadi GR. Development and validation of a postpartum depression risk score in delivered women, Iran. *J Res Med Sci*. 2012;17(11):1067-71.
3. Seimyr L, Welles-Nystrom B, Nissen E. A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. *Midwifery*. 2013; 29(2):122-31.
4. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of Postpartum Depression in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Res Treat*. 2013; 2013:291029.
5. Kheirabadi GR, Maracy MR, Akbaripour S, Masaeli N. Psychometric properties and diagnostic accuracy of the edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women. *Iran J Med Sci*. 2012; 37(1):32-8.
6. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Moatamed N, Khorramroudi R, Ganjoo M. Prevalence of maternal blues, postpartum depression and their correlation with premenstrual syndrome in women referred to health centers affiliated to Bushehr University of Medical Sciences. *IJOGL*. 2009;12(3):9-15.(Persian)
7. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women. *East Mediterr Health J*. 2005;11(4):618-24.
8. Ghaffarinejad A, Khobyari F, Pouya F. Prevalence of Postpartum Depression in Kerman. *IJPCP*. 1999; 5(1&2): 24-30.(Persian)
9. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, MT, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *BMC Psychiatry*. 2013;6:567-94.
10. Khooshemehry G, Shariati Feizabady A, Naserkhaki V. Prevalence of Postpartum Depression and the Factors that Decides in Clinics in the North of Tehran. *Nasim-Danesh*. 2011;19(1):59-64.(Persian)
11. Hosseini SH, Naghibi AA, Khadamlou M. Post partum depression and its relationship with some related factors. *JBUMS*. 2008; 10(2):76-81.(Persian)
12. Azimi Lolati H, Danesh M, Hosseini SH, Khalilian A, Zarghami M. Postpartum depression in clients at health care centers in Sari. *IJPCP*. 2005;11(1):31-42.(Persian)
13. Nikpour M, Delavar M, Abedian Z. Type of delivery and self-reported postpartum symptoms among Iranian women. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2012;40(1):144-7.
14. Stein A, Arteche A, Lehtonen A, Craske M, Harvey A, Counsell N, et al. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behav Dev*. 2010;33(3):273-8.
15. Piteo AM, Roberts RM, Nettelbeck T, Burns N, Lushington K, Martin AJ, et al. Postnatal depression mediates the relationship between infant and maternal sleep disruption and family dysfunction. *Early Hum Dev*. 2013;89(2):69-74.
16. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*. 2005; 32(3):187-93.
17. Sit D, Seltman H, Wisner KL. Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women. *Depress anxiety*. 2011; 28(5):400-5.
18. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Women*. 2010;100:17-9.
19. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9(1):379-407.
20. Miller LJ, LaRusso EM. Preventing Postpartum Depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(1):53-65.
21. Zubaran C, Schumacher M, Roxo M, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010;13(5):357-65.
22. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26(4):289-95.
23. McCoy SJB, Beal JM, Shipman SBM, Payton ME, Watson GH. Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation at 4-Weeks Postnatal and a Review of the Literature. *J Am Osteopath Assoc*. 2006;106(4):193-8.
24. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(24):419-24.
25. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF, Spadaro K, Wisner KL. Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(4):585-96.

26. Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing: Population-centered health care in the community. 8th ed. Philadelphia. Mosby 2008. 791-3.
27. Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, Camilleri V, Banti S, Borri C, et al. Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRScU). study Arch Womens Ment Health. 2009;12(4):239-49.
28. Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, Saint K, Parker G. Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. Acta Psychiatr Scand. 2005;112(4):310-17.
29. Dennis C-L, Ravitz P, Grigoriadis S, Jovellanos M, Hodnett E, Ross L, et al. The effect of telephone-based interpersonal psychotherapy for the treatment of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2012;13(1):38-55.
30. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? Pediatrics. 2009;123(6): 982-8.
31. Gurber S, Bielinski-Blattmann D, Lemola S, Jaussi C, von Wyl A, Surbek D, et al. Maternal mental health in the first 3-week postpartum: the impact of caregiver support and the subjective experience of childbirth - a longitudinal path model. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2012;33(4):176-84.
32. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. Am J Prev Med. 2005; 28(1):1-8.
33. Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. Arch Womens Ment Health. 2007;10(6):293-7.
34. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(3):221-7.
35. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand. 2009;119(5):350-64.
36. Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: modifying interactive behaviours. J Affect Disord. 2007; 98(3): 199-205.
37. Mallikarjun PK, Oyeboode F. Prevention of postnatal depression. J R Soc Promot Health. 2005;125(5):221-6.
38. di Scalea TL, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. Expert Opin Pharmacother. 2009;10(16):2593-607.
39. Berle JO, Spigset O. Antidepressant Use During Breastfeeding. Curr Womens Health Rev. 2011;7(1):28-34.
40. Field T. Breastfeeding and antidepressants. Infant Behav Dev. 2008; 31(3):481-7.
41. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. J Body Mov Ther. 2012;16(2):204-9.
42. Corral M, Wardrop A, Zhang H, Grewal A, Patton S. Morning light therapy for postpartum depression. Archives of women's mental health. 2007;10(5):221-4.
43. Barker ED, Kirkham N, Ng J, Jensen SKG. Prenatal maternal depression symptoms and nutrition, and child cognitive function. Br J Psychiatry. 2013; 203(6):417-21.
44. Ko Y-L, Yang C-L, Fang C-L, Lee M-Y, Lin P-C. Community-based postpartum exercise program. J Clin Nurs. 2013; 22(15-16):2122-31.
45. Paris R, Bolton RE, Spielman E. Evaluating a home-based dyadic intervention: Changes in postpartum depression, maternal perceptions, and mother-infant interactions. Infant Mental Health Journal. 2011; 32(3): 319-38.
46. Nylén KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. Infant Mental Health Journal. 2006;27(4):327-43.
47. Pessagno RA, Hunker D. Using short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. Perspect Psychiatr Care. 2013;49(3):202-9.
48. Hollon SD. What is cognitive behavioural therapy and does it work? Curr Opin Neurobiol. 1998; 8(2):289-92.
49. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2th ed. NEW yourk. Guilford Press; 2011.
50. Nardi B, Laurenzi S, Di Nicolo M, Bellantuono C. Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent

- the postnatal depression? A critical review. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(3):211-25.
51. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Stevens J, Teeters AR, Van Ginkel JB. A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Behav Ther.* 2013;44(3):359-72.
 52. Lumley J, Austin M-P, Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care.* 2004;20(2):128-44.
 53. Cohen S, Wills T. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985; 98(2):310-57.
 54. Ngai F-W, Chan SW-C, Ip W-Y. Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nursing research.* 2010;59(3):185-93.
 55. Sheng X, Le H-N, Perry D. Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. *J Transcult Nurs.* 2010; 21(1):35-44.
 56. Mohammadi A, Aghdam GA, Ranji S. Comparison of Postpartum Depression of Working Women and Housewives and its Relationship with Social Support and Marital Adjustment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2011;30:1837-9.
 57. Boothe AS, Brouwer RJ, Carter-Edwards L, Ostbye T. Unmet social support for healthy behaviors among overweight and obese postpartum women: results from the Active Mothers Postpartum Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2011; 20(11):1677-85.
 58. Smith LE, Greenberg JS, Seltzer MM. Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2012;42(9):1818-26.
 59. Chen H-H, Hwang F-M, Tai C-J, Chien L-Y. The Interrelationships Among Acculturation, Social Support, and Postpartum Depression Symptoms Among Marriage-Based Immigrant Women in Taiwan: A Cohort Study. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 2013;15(1):17-23.

سوالات

- ۱- کدام عبارت زیر تعریف مناسب تری از افسردگی پس از زایمان ارائه می دهد؟
 - الف) حداکثر در چهار هفته اول پس از زایمان شروع می شود
 - ب) حداکثر در چند روز اول پس از زایمان شروع می شود
 - ج) یک مشکل شایع بوده و مداخلات درمانی آن ضروری است
 - د) ممکن است بروز علایم آن تدریجی و از زمان بارداری باشد
- ۲- علت عمده نوسانات زیاد در گزارش شیوع افسردگی پس از زایمان چیست؟
 - الف) زمان نامناسب بررسی و تشخیص بیماری
 - ب) وجود عوامل متفاوت فرهنگی و اجتماعی
 - ج) روش مطالعه، ابزار متفاوت تشخیصی و نمونه گیری
 - د) عدم گزارش موارد ابتلاء در بعضی از خانواده ها
- ۳- در ابتلاء مادر به افسردگی پس از زایمان کدامیک از عوامل زیر دخالت بیشتری دارد؟
 - الف) سابقه ابتلاء به افسردگی در سایر اعضای خانواده
 - ب) ابتلاء به افسردگی در حاملگی های قبلی
 - ج) ارتباطات نامناسب در بین اعضاء خانواده
 - د) دیگر عوامل تاثیر گذار محیطی
- ۴- کدامیک از داروهای زیر به عنوان داروی انتخابی در افسردگی پس از زایمان است؟
 - الف) سرتالین
 - ب) ایمی پرامین
 - ج) نورتریپتیلین
 - د) تریپتوفان
- ۵- در تجویز دارو برای افسردگی پس از زایمان به کدام مورد توجه ویژه ای می شود؟
 - الف) دوز دارو و نحوه مصرف
 - ب) عوارض دراز مدت دارو
 - ج) مکانیسم اثر داروها
 - د) پاسخ قبلی بیمار به دارو
- ۶- اساس درمان بین فردی مادر در افسردگی پس از زایمان بر چه موردی تاکید دارد؟
 - الف) تنش زاهای بین فردی در طی دوره بعد از زایمان
 - ب) ارتباط بین رفتار و خلق بیمار در دوره بعد از زایمان
 - ج) تاثیر متقابل بین وقایع محیطی و عواطف بیمار
 - د) اصلاح بی نظمی پردازش اطلاعات در ذهن بیمار

۷- اساس درمان شناختی-رفتاری در افسردگی پس از زایمان بر چه موردی تاکید دارد؟

الف) ارتباط بین محیط بیمار و شخصیت او

ب) ارتباط بین وقایع، افکار و خلق

ج) محوریت دادن بر رفتار در درمان بیماری

د) محوریت دادن بر خلق در درمان بیماری

۸) شاخص های مهم کاهش خطر افسردگی پس از زایمان در مادر تحت حمایت اجتماعی چیست؟

الف) ادراک مادر از حمایت انجام شده

ب) دسترسی مادر به حمایت اجتماعی

ج) تمایل مادر برای حمایت شدن

د) همه موارد

۹- عامل مهم در شناسایی زودرس افسردگی پس از زایمان چیست؟

الف) عدم وجود علائم و نشانه ها در شروع بیماری

ب) عدم وجود ابزار غربالگری با دقت بالا

ج) عدم تمایل خانواده جهت ارجاع بیمار

د) عدم پذیرش اولیه درمان توسط مادر

۱۰- در پیشگیری سطح سوم افسردگی پس از زایمان کدام مورد اولویت بیشتری دارد؟

الف) ارزیابی مکرر پاسخ بیمار به درمان

ب) شناسایی زودرس علائم بیماری

ج) ارتقاء سطح تعامل بین مادر و کودک

د) تشویق بیمار جهت درمان بیماری