

بررسی چرایی و عوامل تعیین کننده و تشدید کننده

افسردگی پس از زایمان

(تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۳/۱۵ تاریخ تصویب ۱۴۰۱/۰۹/۱۲)

دکتر محمدرضا خبازی راوندی^۱

فرشته جبل عاملی

چکیده

گرفتگی خلق و خو به شکل شدید در دوران پس از زایمان که پس از تولد کودک ایجاد می‌شود که معمولاً پس از تولد کودک ایجاد می‌شود. این افسردگی یک بیماری شایع روانپزشکی است که اکثریت مادران در دوره پس از زایمان آن را تجربه می‌کنند. افسردگی پس از زایمان به یک نگرانی جهانی برای سلامت روان تبدیل شده است که سالانه میلیون‌ها نفر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افسردگی موجب افت کاری، کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه و پیدایش مشکلات شغلی و خانوادگی است به طوری که ۷۵ درصد افرادی که در بخش‌های روانی بستری می‌شوند دچار افسردگی هستند. نوع شدید افسردگی با کاهش علاقه، انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار دیگرگشی و خودکشی مشخص می‌شود ولی نوع خفیف‌تر آن به شکل مزمن‌تری تظاهر می‌کند. باید توجه داشت اوج اختلالات خلقی زنان در باروری رخ می‌دهد و این خود می‌تواند به عنوان عاملی تاثیرگذار در بروز افسردگی دوران بعد از زایمان باشد که یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در پی زایمان است و حداکثر طی ۴ هفته اول بعد از زایمان شروع می‌شود و بطور متوسط تقریباً ۱۳ درصد زنان افسردگی بعد از زایمان را تجربه می‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع در این پژوهش قصد داریم به بررسی چرایی و عوامل تعیین کننده و تشدید کننده افسردگی پس از زایمان بپردازیم.

واژگان کلیدی: افسردگی پس از زایمان، وضع حمل، اختلالات روانی، روان پریشی، اخلاق

بخش اول: بررسی و شناخت واژه افسردگی

اصطلاح «افسردگی» به منظور های گوناگون و برای توصیف خلق، شناسایی یک نشانگان، و به عنوان یک مفهوم در طبقه بندی بیماریهای روانی بکار می رود. «خلق افسرده» را بیشتر افراد به عنوان «احساس ناخشنودی» یا «درماندگی» می شناسند؛ این تجربه ممکن است شامل احساسات بی حوصلگی، گناه، بی ارزش بودن، خود خوار شماری، واماندگی و بی تفاوتی باشد. در مورد عناصر تشکیل دهنده ی «خلق افسرده» اختلاف نظر چندانی وجود ندارد و برای سنجش میزان شدت آن انواع گوناگونی از مقیاسها در دسترس است. احساس غم، ناکامی و ناامیدی در مورد زندگی، همراه با از دست دادن علاقه به اغلب فعالیتها و اختلال در خواب، اشتها، تمرکز و انرژی شایع ترین مشکل روانی است. در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد به یک یا چند رویداد افسردگی اساسی مبتلا بوده اند. بین ۲ تا ۸ درصد از آنها، به طور مزمّن افسرده، محزون و سرزنش کردن خود به مدت چندین ماه هستند و گاهی تا چندین سال باقی می مانند (بیر ماهر و همکاران، ۱۹۹۶؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۴). بروز نشانه های خفیف افسردگی، در واقع، پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای متعدد زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن عزیزان، یا آگاهی از اینکه با پیری توان آدمی تحلیل می رود از جمله موقعیت هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می شوند. افسردگی تنها زمانی نا بهنجار تلقی می شود که در عملکرد بهنجار اختلال کند و هفته ها بدون وقفه ادامه یابد. اختلالات افسردگی نسبتاً شایع هستند و حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگانی یک دوره افسردگی حاد پیدا می کنند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از براهنی، ۱۳۸۵).

بند اول: نشانه ها و علائم افسردگی بعد از زایمان

هر چند افسردگی به عنوان اختلالی واحد در «هیجان و خلق» شناخته می شود، با این حال عملاً چهار مجموعه نشانه و علامت در آن وجود دارد. علاوه بر نشانه های هیجانی و خلقی، نشانه هایی در زمینه های شناختی، انگیزشی، جسمی و فیزیکی نیز در آن مطرح است. اما برای آنکه تشخیص افسردگی برای کسی مطرح شود لزومی ندارد که همه ی چهار دسته نشانه در او وجود داشته باشد بلکه هر چه نشانه های بیشتری از این چهار دسته در شخص باشد، اطمینان بیشتری خواهد بود که گرفتار افسردگی شده است. غم و اندوه و شاد نبودن از جمله ناگوارترین نشانه های هیجانی

افسردگی است. شخص ناامید و ناخاد است، غالباً به گریه می افتد و ممکن است به فکر خود کشی بیافتد. کسی که افسرده شده، رفته رفته علاقه به سرگرمی ها و تفریحات و کارهای خانوادگی را از دست می دهد. غالب مردم افسرده گزارش می دهند که نسبت به چیزهایی که قبلاً رضایت آفرین و خشنود کننده بود کششی احساس نمی کنند. و بسیاری از آنان می گویند علاقه و محبت به مردم دیگر را از دست داده اند. نشانه های اصلی اختلال شناختی به صورت افکار و اندیشه های منفی ظاهر می شود. در این قبیل مردم اعتماد به نفس بسیار کم می شود. خودشان را نالایق و ناشایست می دانند و خود را به خاطر خطاهایشان سرزنش می کنند، نسبت به آینده احساس ناامیدی دارند و در اینکه بتوانند کاری برای بهبود حال خود انجام دهند تردید دارند همچنین میزان انگیزش آنان کاهش یافته است به این معنا که به فعل پذیر بودن تمایل پیدا کرده و قادر به راه اندازی کارها نیستند. نشانه های جسمی و فیزیکی افسردگی شامل تغییر اشتها و اختلال خواب و خستگی و بی جان و رمق بودن است. افکار آدم افسرده بیشتر درباره خودش است تا درباره رویدادهای بیرونی و در نتیجه درد و رنج کوچکی را ممکن است بسیار بزرگ سازد و نگران سلامت خود شود (براهنی، ۱۳۸۵).

بخش دوم: انواع اختلال افسردگی

اختلالهای افسردگی به دو نوع افسردگی یک قطبی و دو قطبی طبقه بندی می شوند. اختلال دو قطبی با دوره های آشفتگی - افسردگی مشخص می گردد. دوره آشفتگی ممکن است از چند دوره تا چند هفته طول بکشد، دوره افسردگی غالباً سه برابر طولانی تر از دوره آشفتگی است. این اختلال در مردان و زنان بطور یکسان شیوع دارد اما میزان بروز افسردگی یک قطبی (فقط حالت غمگینی) در زنان سه برابر بیشتر از مردان است. افراد مبتلا به این نوع افسردگی، احساس بی ارزشی و گناه می کنند، از انرژی اندکی برخوردارند، به آهستگی حرکت کرده یا سخن می گویند، برخی اوقات بی وقفه و بی هدف در اطراف قدم می زنند، نمی توانند از زندگی لذت ببرند، تمایل خود را نسبت به تغذیه و رفتار جنسی از دست میدهند، خواب آنها مختل می گردد، معمولاً به موقع می خوابند ولی بسیار زود از خواب برمی خیزند، دیگر نمی توانند بخوابند که

دچار ییوست می شوند و ترشح بزاق آنها کاهش می یابد (کارلسون^۱، ۱۹۹۲ به نقل از خدا پناهی، ۱۳۸۰).

بخش سوم: عوامل مرتبط با افسردگی

پژوهشگران معتقدند که ترکیبات گوناگون عوامل زیستی و محیطی به افسردگی می انجامد؛ این ترکیب از فردی به فرد دیگر تفاوت دارد. بررسی های خویشاوندی نشان می دهند که وراثت نقش مهمی دارد. ژنها می توانند با تاثیر گذاشتن بر توازن شیمیایی مغز، رشد مناطق مغزی که از هیجان منفی جلوگیری می کنند، یا پاسخ هورمونی بدن به استرس، موجب افسردگی شوند (سی چی^۲ و توت^۳، ۱۹۹۸). اما تجربه نیز می تواند افسردگی را بر انگیزد و تغییرات زیستی یاد شده را ایجاد نماید. افسردگی و سایر اختلالات روانی در والدین کودکان و نوجوانان افسرده، بیشتر شایع است. با اینکه عامل خطر ژنتیکی می تواند از والد به کودک منتقل شده باشد، ولی والدین افسرده یا تحت فشار معمولاً شیوه های فرزند پروری نا سازگارانه دارند. در نتیجه خود گردانی هیجانی، دلبستگی، و عزت نفس فرزند آنها میتواند صدمه دیده باشند که در این صورت، برای مهارتهای شناختی و اجتماعی آنها عواقب جدی دارند (گاربر^۴، برافلادت^۵ و ویس^۶، ۱۹۹۵). افراد افسرده معمولاً سبک انتسابی درمانده دارند، به طوری که پیامدهای مثبت در عملکرد تحصیلی و روابط با همسالان را خارج از کنترل می دانند. در نتیجه، رویدادهای متعددی مانند شکست خوردن در کارهای مهم، طلاق والدین، یا خاتمه ی یک دوستی صمیمی یا رابطه ای عاشقانه، می توانند در نوجوانان آسیب پذیر موجب افسردگی شوند. ناتوانی نوجوانان افسرده در تجسم کردن آینده ای ارزشمند، رشد هویت آنها را شدیداً مختل می کند (هارینگتون^۷ و راتر^۸، ۱۹۹۶).

^۱ - Karlson

^۲ - Cicchetti

^۳ - Toth

^۴ - Garber

^۵ - Brafladt

^۶ - Weis

^۷ - Harrington

^۸ - Rutter

بخش چهارم: تفاوت‌های جنسی در افسردگی

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی بزرگسالان می‌باشد. علت شیوع بالاتر این اختلال در زنان نسبت به مردان (۲ به ۱) را می‌توان به وجود عواملی همچون مواجهه زنان با استرس‌های متفاوت ناشی از زایمان و بارداری، منزلت پایین اجتماعی، درماندگی آموخته شده و آثار هورمونی نسبت داد (فریبا حسینی‌سازی، ۱۳۸۴).

بند اول: افسرده‌خویی

اخیرا یک طرح از سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که در سال ۲۰۲۰، از میان همه ی بیماری‌ها، افسردگی دومین بار سنگینی خواهد بود که بر دنیای سلامت تحمیل می‌شود. (سگال و ویلیامز، ۲۰۰۲). اختلال افسرده‌خویی اختلالی مزمن است که با خلق افسرده‌ای که قسمت عمده ی روز و در اکثر روزها وجود دارد، مشخص می‌شود. این اختلال، اختلالی شایع در کل جمعیت است، نرخ شیوع در طول عمر تقریباً ۶٪ و نرخ شیوع سالانه تقریباً برابر ۳٪ کل جمعیت است. همچنین در بین بیماران سرپایی روانپزشکی بیش از ۳۶٪ از افسردگی رنج می‌برند. افسردگی مزمن در مقایسه با افسردگی اساسی، با دوره ی درمان طولانی‌تر، سلامت جسمانی کمتر، اختلالات همراه بیشتر، اختلالات شدیدتر در عملکردهای اجتماعی، هیجانی و روانشناختی مشخص می‌شود. همچنین مبتلایان به این اختلال به میزان بیشتری از سیستم‌های مراقبت سلامتی استفاده می‌کنند و اقدامات بیشتر برای خودکشی و بستری شدن‌های متعدد دارند (کریستون و ولف، ۲۰۱۰). اعتقاد بر این است که افسرده‌خویی به میزان بالایی با سایر اختلالات محور ۲ در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی همپوشی دارد. مطالعات نشان داده است که میزان همبودی اختلال‌های شخصیت با افسرده‌خویی (۶۰٪) به گونه ی معنی‌داری بالاتر از اختلال افسردگی اساسی (۱۸٪) است. (پیپر و کلین؛ ۱۹۹۵). اختلال افسرده‌خویی اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود و ۴۰٪ از مبتلایان به این اختلال به دارو جواب نمی‌دهند. (گوتلیب و اسکریدلی، ۲۰۰۰ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). مطالعات کنترل شده کاربرد شناخت درمانی بک را برای درمان افسردگی اساسی تایید کرده‌اند. همچنین مطالعات از اثربخشی این روش برای جلوگیری از عود در افرادی که در فاز باقیمانده یا دوره ی حاد افسردگی بودند، حکایت دارند. (پیکل، ۱۹۹۹، بارلو و هوفمن، به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). ضد افسردگی‌ها و روان

درمانی های ویژه ی افسردگی، آشکارا برای افسردگی عمده موثر اند. با این وجود اثربخشی این درمان ها برای افسردگی های با شدت کمتر مورد تردید است. شواهد کمی برای دارودرمانی و روان درمانی توصیه شده برای افسرده خویی و افسردگی جزئی وجود دارد. از آنجا که شیوع اختلالات افسردگی خفیف تر نسبت به افسردگی عمده بیشتر است، این کمبود منابع اطلاعاتی می تواند برای سیستم های مراقبت بهداشتی و نیز بالینیگران مساله ساز باشد. (وليامز و بارت، ۲۰۰۰). سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری، که مک کلاف ویژه ی درمان افسردگی مزمن تدوین کرد، فرض می کند که بیماران افسرده ی مزمن در رفتار متناسب در تعاملات بین فردی با شکست مواجه می شوند. این بیماران اغلب از نظر اجتماعی گوشه گیر، نافع و منفعل هستند و ابراز وجود را به عنوان خودخواهی تلقی می کنند. آنها به خشم به عنوان یک احساس ناخوشایند می نگرند تا نشانگری مفید در روابط بین فردی که نشانه ی این است که دیگری آنها را می رنجاند. این افراد معمولا دوره های افسردگی واضح و مشخصی را تجربه نمی کنند و اغلب به دنبال مشاوره های سرپایی و رواندرمانی مشکلاتی هستند که بالینیگران آن را "افسردگی وجودی" به حساب می آورند که احساس خالی بودن و فقدان لذت در محیط های بیرون از فضاهای کاری از ویژگی های این افراد است. این نوع افسردگی غالبا با خصوصیات نافذ درونزاد مانند سکون و بی لذتی مشاهده می شود. از نظر ملاک ها بین افسرده خویی و افسردگی عمده همپوشی زیادی دیده می شود با این تفاوت که در افسرده خویی علائم بیشتر است تا نشانه ها، یعنی افسردگی بیشتر ذهنی است تا عینی (سادوک، ۲۰۰۹). از آنجا که به افسردگی به عنوان یک اختلال عود کننده نگریسته می شود، اگر کسی بخواهد بر دارودرمانی برای درمان تکیه کند، باید با دید طولانی مدت به آن بنگرد. شواهد نشان می دهد افراد افسرده پس از بهبود از دوره ی افسردگی نیز باید به مصرف دارو ادامه دهند (سگال و ویلیامز، ۲۰۰۲).

مطالعات اپیدمیولوژیک درباره ماهیت، شیوع و دوره افسردگی پس از زایمان بیانگر آن است که ۱۰ تا ۲۰ درصد زنان، نشانه های افسردگی را در هفته های اول پس از زایمان بروز می دهند. افزایش در میزان بروز افسردگی معمولا در ۳۰ روز پس از زایمان می باشد و در موارد شدید ممکن است تا ۲ سال بعد از زایمان باقی بماند. به هر حال، بیشتر این دوره ها به طور خود به خود در طول ۳ تا ۶ ماه بعد از زایمان برطرف می شوند. علائم افسردگی پس از زایمان شبیه به دوره افسردگی اساسی است

که در مواقع دیگر زندگی رخ می‌دهند. اما در این زنان، تنها دربرگیرنده رابطه مادر - نوزاد و معمولاً خانواده است. افسردگی پس از زایمان بیشتر در بین زنانی شایع است که در مواقع دیگر به افسردگی اساسی هم مبتلا بوده‌اند و همین‌طور در بین زنانی که به هنگام قاعدگی دچار ناراحتی شدید می‌شوند. به نظر می‌رسد علت افسردگی پس از زایمان، تغییرات هورمونی، روان‌شناختی و آسیب‌پذیری عاطفی این دوره باشد. اگر ملامت پس از زایمان به گونه‌ای خاص شدید به نظر برسد یا برای بیش از چند هفته ادامه یابد، فرد باید موضوع را با متخصص در میان بگذارد. بروز افسردگی پس از زایمان (PPD)^۱ به مرور زمان شروع شده و اغلب ناشناخته است، بویژه زمانی که شدت آن از وضعیت خفیف به متوسط سیر می‌کند و رفتار کمک‌جویانه تشویق نشده و کم اهمیت تلقی می‌شود. افسردگی پس از زایمان در این زنان ممکن است ادامه یابد و سرانجام به حدی شدید شود که لازم شود در بیمارستان بستری شوند، بنابراین تشخیص زودهنگام بسیار مهم است.

بند دوم: درمان افسردگی

داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای در درمان افسردگی موثرند. به طوری که این اثر از یک تا سه هفته پس از مصرف دارو آشکار می‌شود. اگر چه تاکنون مکانیزم تاثیر دارو در بهبود افسردگی کاملاً مشخص نشده، محققان معتقدند که داروهای سه حلقه‌ای نورآدرنالین و سروتونین در شیار سیناپسی را افزایش می‌دهند، زیرا مصرف رزپین که یک داروی کاهنده فشار خون است، میزان نور آدرنالین و سروتونین را کاهش می‌دهد (در اثر آزاد سازی آنزیم منوآمینواکسیداز هر دو ناقل تجزیه می‌شوند) و بدین ترتیب مصرف رزپین در پاره‌ای از افراد ایجاد افسردگی می‌کند و داروهای باز دارنده منوآمینواکسیداز در بهبودی افسردگی موثر است.

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که داروهای ضد افسردگی منجر به کاهش ارتباط گیرندگان نورآدرنژیک آلفا ۲ و بتا می‌شود. اثر این داروها به میزان سرعت کاهش ارتباط آن گیرندگان بستگی دارد و نه به میزان افزایش نورآدرنالین و سروتونین در پایانه عصبی. بدین ترتیب افسردگی می‌تواند به علت فزونی تولید نورآدرنالین در دستگاه عصبی ایجاد شود که در این صورت

^۱ Post partum depression

داروهای باز دارنده گیرندگان پس سیناپسی در بهبودی موثر هستند. به نظر می رسد که مشکل فرضیه منو آمین افسردگی به این واقعیت مربوط می شود که ناقلهای موثر در نظام خود تحریکی درون مجسمه ای، مانند دوپامین در این فرضیه نقشی ندارند و افزون بر این نور آدرنالین و سروتونین با فرایند تقویت مثبت و شادی کمتر ارتباط دارند با توجه به اینکه نشانگان اصلی افسردگی خلق نامناسب، کم تحرکی و فعالیت اندک حرکتی است که به کاهش نظام دوپامینژیک مربوط می شود، داروهای ضد افسردگی احتمالاً منجر به فزونی حساسیت گیرندگان دوپامینژیک و در نتیجه افزایش فعالیت سیناپس دوپامینژیک می شوند (کالات^۱، ۱۹۹۸). الکتروشوک درمانی، عبور جریان الکتریکی بین ۷۰ تا ۱۳۰ ولت درون سر بیمار که بین شش تا دوازده جلسه طول می کشد نیز برای درمان بیماران افسرده موثر است. این احتمال وجود دارد که فعالیت تشنجی در سطح انتقال دهندگان عصبی یا در حساسیت الکتریکی نورون تغییراتی پدید می آورد. از الکتروشوک درمانی بر این پایه که امکان دارد موجب ضایع شدن مغز یا از دست دادن حافظه شود، انتقادهای زیادی شده است، اما ارزیابی های اخیر شواهد آشکاری از بی زیان بودن آن بدست داده اند (اسکورن^۲ و کیلمن^۳، ۱۹۸۰). بعضی پژوهندگان چنین استدلال می کنند که وابستگی به داروها موجب می شود که افراد مبتلا به اختلال یک قطبی یا دو قطبی به احتمال کمتر بتوانند مکانیزمهای خود را بهبود بخشند و بدین ترتیب احتمال بروز مسائل عاطفی عمیق تر را افزایش می دهد. بنابراین درمانهای روان تحلیلی و روانشناختی نیز جهت درمان افسردگی می توانند کار ساز باشند.

مرور مطالعات نشان می دهد که ایران از جمله کشورهایی است که از نظر اجتماعی-فرهنگی و مذهبی اهمیت خاصی به فرزندآوری می دهد. فرهنگ عمومی جامعه ایران نیز از نقطه نظر مذهبی و تاریخی، فرزندان را موهبت الهی قلمداد می کند بنابراین حداقل هر زن که دارای قدرت باروری باشد یکبار دوران بارداری را سپری می کند. زیرا یکی از انتظارات و اهدافی که افراد در تشکیل خانواده دارند داشتن فرزند است که این امر می تواند علی رغم اینکه بنیان خانواده را تحکیم

^۱ -kalat

^۲ -scovern

^۳ -kilman

بخشد و نیاز عاطفی و روحی افراد را برطرف نماید میتواند در شرایط نامساعد نتیجه ای معکوس نیز به همراه داشته باشد. در سیستم های پدرسالاری مادر شدن منشأ احترام و قدرت است. جامعه برای زنی که مادر می شود ارزش قائل است. اهمیت داشتن فرزند و حمایت و تأکید جامعه در این مورد به اندازه ای است که چنانچه زوجی داوطلبانه قصد کنترل تعداد فرزندان در جهت فاصله گذاری بین تعداد فرزندان و بویژه بین ازدواج و تولد اولین فرزند را داشته باشند، فشارهای اعضای خانواده و جامعه موجب می شود که افراد در تصمیم خود تجدید نظر کنند. در فرهنگ و سنت ایرانی، همانند بسیاری از کشورهای دیگر، نقش مادری زن اهمیت و جایگاه ویژه ای داراست. خود زنان نیز نقش مادری را مهمترین وظیفه خود می دانند.

فریبا حسینی سازی (۱۳۸۴) در مطالعه خود بر اهمیت مشارکت همسران و نقش آنان در این زمینه نشان داد که دیدگاه ها و نگرش آنان در بروز افسردگی در زنانشان موثر است و هر چه همکاری بین زوجین و آرامش میان آنان بیشتر باشد زنان اعتماد به نفس بالاتری داشته و میزان افسردگی در آنان کاهش یابد. کیفیت زندگی مشترک و کار گروهی زوجین در زمان بچه دار شدن بیشتر ارزیابی می شود زیرا ازین پس علاوه بر تلاش جهت رسیدن به اهداف قبلی، تامین آینده فرزند نیز به طور جدی مد نظر قرار می گیرد. بنابراین همدلی همسر و مشارکت هرچه بیشتر زن و مرد را با یکدیگر طلب می کند. شوهر می تواند با توجه و حمایت های عاطفی خود و همچنین اطمینان بخشی به همسر در ارتباط با نگرانی هایی که دارد به او دلگرمی و امید دهد (به نقل از فاطمه کیانی، ۱۳۸۹).

بخش پنجم: عوامل تعیین کننده افسردگی بعد از زایمان

تاکنون توافق کلی در مورد علت افسردگی بعد از زایمان بدست نیامده است، ولی عوامل متعددی مستعد کننده افسردگی بعد از زایمان هستند که شناسایی این عوامل و کنترل آنها می تواند در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشد. (حسن زهرایی و همکاران، ۱۳۷۷)

بند اول: ارتباط مشخصات فردی با افسردگی پس از زایمان

• سن مادر

اینطور به نظر می رسد که با بالا رفتن سن، انطباق و سازش با شرایط موجود بیشتر و نتیجتاً اضطراب و افسردگی به همین خاطر ممکن است کاهش یابد. این درحالی است که اضطراب در جامعه

هنجار با افزایش سن نه تنها کاهش نمی یابد بلکه تا حد کمی نیز افزایش می یابد. در بیشتر مطالعات تاثیر سن یک یافته متناقض است. سن کم مادران در دوران حاملگی می تواند به افزایش اضطراب به دلیل ترس از آینده، کم تجربگی آنان منجر به بروز افسردگی پس از زایمان شود از سوی دیگر در مادران نخست زایا با سن بالا نیز بخاطر اهمیت فرزند و نگرانی وی از مراقبت های حمایتی نیز منجر به بروز افسردگی شود.

● تحصیلات مادر و همسر

نیومن و نیومن (۱۹۹۱ به نقل از کار، ۲۰۰۰) یکی از عوامل موثر در کاهش بروز افسردگی بعد از زایمان را سطح تحصیلات بالا و نیز موقعیت اجتماعی - اقتصادی بالا می دانند، یعنی این عوامل منجر به رضایت زناشویی بیشتر می گردند، زیرا جایی که این عوامل وجود دارند افراد احتمالاً مهارت های حل مسئله بهتر و استرس های مزمن کمتری در زندگی (مانند زندگی در محیط شلوغ) دارند. نتایج پژوهش بنی جمالی و همکاران (۱۳۸۳) نیز نشان داد که رابطه معنی داری بین میزان تحصیلات و موفقیت در زندگی، هم در شوهران و هم در همسران وجود دارد. در نتیجه بالا بودن سطح تحصیلات زوجین عامل تفاهم و تداوم زندگی است. میراحمدی زاده و همکاران (۱۳۸۲) نیز گزارش نمودند که سطح تحصیلات زوج های متقاضی طلاق به طور معنی داری کمتر از سایر زوج هاست که این یافته موید نتایج حاصل از آن دسته از پژوهش هاست که در طبقات اجتماعی پایین تر و افراد دارای تحصیلات کمتر، میزان طلاق بیشتر است. علاوه بر این در مطالعات متعدد نشان داده شده که هر چه میزان تحصیلات مادران افزایش یابد نحوه تطابق آنان با شرایط کنونی افزایش می یابد از طرفی زنان تحصیل کرده با مطالعه کتب مختلف می توانند آگاهی های لازم علمی و بهداشتی لازم را کسب کنند و این امر در جهت تطابق با شرایط کنونی و آتی بسیار سودمند باشد.

● پاریته (تعداد زایمان)

تعداد زایمان ها به علت آثار هورمونی متفاوتی که بر روی مادران داشته به نوعی می تواند خانواده را دچار تغییراتی کند و هر چه تعداد فرزندان افزایش می یابد دلیل افزایش بار مسئولیتی در حمایت و تامین معاششان می تواند نگرانی و بار مالی را به زوجین تحمیل کند که همین افزایش نگرانی ها و دغدغه ها بی تاثیر در بروز افسردگی پس از زایمان نمی باشد مطالعات ضد و نقیضی

در این رابطه وجود دارد بطوریکه در مطالعه شریفی و همکاران ارتباطی بین تعداد فرزندان و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد ولی در مطالعات غفاری نژاد، رحمانی و همکاران عکس این قضیه صادق است که می توان گاهی آن را با بی تجربگی زنان نخست زا توجیه نمود!

• جنس نوزاد

در مطالعاتی بین جنسیت مورد انتظار از طرف پدر یا مادر و میزان بروز افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری مشاهده شد و دیده شده که در افرادی که جنسیت نوزاد مطابق با خواسته ی پدر و مادر نبوده است، افسردگی بیشتر مشاهده شده است (لشکری پور و همکاران) این مطلب با مطالعات فروزنده در شهر کرد و حسینی در کرمانشاه مطابقت دارد که این موضوع می تواند ناشی از مسائل فرهنگی خانواده ها به دلیل توجه خاص به جنس پسر به عنوان حامی در انجام مسئولیت های کاری و خانوادگی باشد. این در حالی است که نضال آژ با جنس نوزاد و بروز افسردگی بعد از زایمان ارتباط معنی داری یافت نکرده است.

بند دوم: ارتباط عوامل اجتماعی با افسردگی پس از زایمان:

• روابط با همسر، رضایت از زندگی با همسر، روابط با مادر شوهر، روابط با

خانواده شوهر

مطالعات نشان میدهد زنانی که از زندگی خود راضی نیستند مستعد ابتلا به بیماری های روانی هستند. علاوه بر این آن دسته از زنانی که از حمایت های خانوادگی برخوردارند از نظر روانی و میزان تنش در سطح مطلوب تری نسبت به سایرین قرار دارند در کل داشتن رضایت زناشویی، برقراری ارتباط با والدین خود و همسر، داشتن حمایت های خانوادگی مناسب از عوام پیش گوی افسردگی در زنان می باشد این در حالی است که در برخی از مطالعات رابطه آماری معنی داری میان عوامل مذکور با بروز اختلالات خلقی از جمله افسردگی را ذکر نکرده اند!

• رضایت شغلی

به نظر میرسد افرادی که از شغل خود راضی هستند در انجام وظایف خود موفق تر هستند و در نتیجه اعتماد به نفس بالاتری دارند شفیع آبادی به نقل از صحتی شقایب معتقد است هیچ چیز به اندازه شغلی که درست انتخاب شده باشد برای انسان لذت آور و رضایت بخش نیست به نظر می رسد افراد شاغل بدلیل تماس های اجتماعی بیشتر و تماس با همکاران از حمایت بیشتری برخوردار

هستند و وجود حمایت اجتماعی تحمل تنش را راحتتر می کند به علاوه معمولاً این افراد از سطح تحصیلات بالایی برخوردارند که خود عاملی است که منجر به کاهش بروز افسردگی میشود و درآمد حاصله نیز در رفع تنش کمک بسزایی می کند.

بند سوم: ارتباط عوامل مادری-نوزادی با افسردگی پس از زایمان

• خوشایند بودن تجربه زایمان، خواسته بودن حاملگی اخیر، اقدام به سقط در

حاملگی اخیر، نوع زایمان اخیر

با توجه به اینکه زایمان طبیعی یک روش ایمن محسوب می شود اما متأسفانه در کشور ما در بیشتر موارد زایمان طبیعی با دور نمایی از تحمل درد شدید همراه است که سبب ترس و اضطراب مادر شده و احتمالاً در بروز افسردگی بعد از زایمان نقش دارد از طرف دیگر نیز ممکن است مادران سزارینی حمایت بیشتری نبست به کسانی که زایمان طبیعی شده اند دریافت می کنند. با وجود این در برخی از پژوهش ها افسردگی در زنانی که سزارین کرده اند نیز دیده شده مثلاً در مطالعه شریفی و همکاران،^۱ خمسه، ادواردز^۲ به نقل از صحتی شقایب و همکاران، نقهبان بنابی به نقل از خمسه، آکپونگ^۳ و اولابی^۳ به نقل از شریفی و همکاران و هادی زاده، دولیان و همکاران به نقل از نیک پور. در مطالعات متعدد دیگر یافته ها حاکی از آن است که زنانی که تجربه ناخوشایند از بارداری خود دارند و یا دوران بارداری و زایمان را به سختی پشت سر گذاشته اند مستعد ابتلا به اختلالات خلقی می باشند و این اختلال همچنین می تواند به دنبال دلخواه نبودن جنس نوزاد از سوی والدین، نا خواسته بودن بارداری، بیماری مادر در دوران قبل و بعد از زایمان نیز ظهور یابد. همچنین در برخی از مطالعات دیگر برخی از این یافته ها را در بروز اختلالات بی تاثیر دانسته اند.

• سقط، بیماری نوزاد، مرگ نوزاد:

بیماری نوزاد بدلیل درگیری عاطفی مادر، تاخیر در تشکیل رابطه دلبستگی عاطفی میان مادر و نوزاد، مسئول دانستن و بوجود آمدن حس گناه در مادر بخاطر بیماری ایجاد شده در نوزاد و همچنین افزایش بار مالی در مراقبت از نوزاد از عوامل موثر و مداخله کننده و همچنین پیش گو در

^۱ edwards

^۲ Ukpang

^۳ Owolabi

بروز افسردگی پس از زایمان در مادر باشد این در حالی است که عکس آن در پژوهش هایی دیده شده است. مثلاً در مطالعات بیماری نوزاد در زمان تولد و پس از آن (حسن زهرایی و همکاران) سابقه سقط، مرگ کودک (لشکری پور و همکاران) ارتباطی با افسردگی بعد از زایمان نداشته اند که بیماری نوزاد و سقط کودک به ترتیب در مطالعات رحمانی و همکاران، غفاری نژاد نتایجی خلاف نظریات فوق در پی داشته و بروز افسردگی را با بیماری نوزاد در زمان تولد، سابقه سقط یا مرگ کودک بی تاثیر ندانسته است!

• نوع تغذیه نوزاد و مشکلات شیردهی

داشتن مشکل در تغذیه نوزاد موجب افزایش استرس و نگرانی مادر از تغذیه موثر و مناسب فرزندش شده که می تواند بیش از نحوه تغذیه در احتمال بروز افسردگی مادر دخیل باشد که در این رابطه حسن زهرایی و Deenis به نقل از صحتی شقایب ارتباط آماری معنی داری بین رضایت از روش تغذیه و نداشتن مشکل در شیردهی با افسردگی بعد از زایمان را پیدا کرده اند. ولی از نظر صحتی شقایب و همکاران، کاپلان و سادوک نحوه تغذیه نوزاد نقشی در افسردگی پس از زایمان ندارد.

• وضعیت تاهل

ارتباط میان ناراحتی روان شناختی و عدم رضایت زناشویی در بیماران متأهلی که طیف وسیعی از مشکلات روان شناختی را تجربه می کنند به اثبات رسیده است در میان اختلالات روان شناختی عمده، افسردگی به طور وسیع تری مورد بررسی قرار گرفته و نشان داده شده است که ارتباطی قوی با آشفتگی زناشویی دارد (میرزولاندزبرگر، ۲۰۰۲) پژوهش گران همچنین ارتباطی قوی میان اختلالات اضطرابی و آشفتگی زناشویی اثبات کرده اند. علاوه بر اختلالات روانی، مشکلات ارتباطی با بیماری های جسمانی نیز همبستگی دارد. افرادی که روابط رضایت بخش و حمایت کننده دارند، احتمال کمی وجود دارد که مبتلا به بیماری سختی شوند و اگر هم بیمار شوند سریع تر بهبود می یابند (هالفورد، ۱۳۸۴)

• سن

لارسون و هلمن^۱ (۱۹۹۴) پس از مرور ادبیات موجود در زمینه افسردگی بدنبال زایمان نتیجه

^۱. Larson & Helman

گرفتند که قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی بعد از زایمان، سن کم به هنگام بارداری می‌باشد. هم‌چنین کرو و ریدلی (۱۳۸۴) اشاره می‌کنند که یافته‌ای که در تمام تحقیقات یکسان بوده است تاکید بر این موضوع دارد که امکان شکست ازدواج در سن پایین، زیاد است. نتایج پژوهش‌های کلیک^۲ (۱۹۵۷) و کارتر^۳ (۱۹۷۱) نشان داده‌اند که ازدواج‌هایی که قبل از سن ۱۸ سالگی واقع می‌شوند سه برابر ازدواج‌هایی که بعد از ۱۸ سالگی روی می‌دهند، احتمال طلاق دارند و ازدواج‌هایی که قبل از رسیدن به سن ۲۰ سالگی صورت می‌گیرند دو برابر ازدواج‌هایی که بعد از ۲۰ سالگی رخ می‌دهند احتمال طلاق دارند. این در حالی است که ممکن است زنان در آن شرایط دوران بارداری را سپری کرده باشند و حتی صاحب فرزند نیز شده باشند.

به بیان دیگر، هرچه سن ازدواج پایین‌تر باشد احتمال از هم‌گسیختگی خانواده بیشتر می‌شود، زیرا در سنین پایین، افراد از قابلیت‌های لازم برای ایفای نقش همسری بی‌بهره‌اند. در عین حال، ازدواج در سنین بسیار بالا نیز خطر طلاق را افزایش می‌دهد (میر احمدی زاده و همکاران، ۱۳۸۲). علاوه بر این سن کم در هنگام ازدواج بدلیل بی‌تجربگی زوجین، اطلاعات نا کافی و بعضاً غلط آنان از مشاورات قبل از ازدواج و روش‌های تنظیم خانواده منجر به تولد نوزادی شده که در بیشتر موارد ناخواسته بوده است و این خود عاملی تاثیرگذار در بوجود آمدن علائم افسردگی در زن شده زیرا که او هنوز در بکارگیری نقش همسری خود تکامل نیافته و در این امر نیز بایستی نقشی جدید و متفاوت تری را در قالب وظیفه مادری تبیین کند از این رو دچار سردرگمی نقشی شده و متعاقب آن شرایط کنونی را نامطلوب ارزیابی کرده و همین امر منجر به نا سازگاری میان زوجین گشته و زمینه ابتلا به افسردگی بعد از زایمان را در زنان فراهم سازد.

• درآمد و شغل

درآمد کم و نا امنی شغلی با رضایتمندی زناشویی پایین همراه است. هنگامی که زوجین دائماً درباره پول نگرانی داشته باشند، رضایتمندی زناشویی پایین خواهد بود (سپینگتون، ۱۳۸۲). به همین منوال، هر قدر در سطوح قشر بندی اجتماعی پایین‌تر بیایم، میزان افسردگی بعد از زایمان

^۲ click

^۳ carter

رو به افزایش می گذارد ولی بالعکس، میزان بروز افسردگی و طلاق که ناشی از تبعات آن است در بین گروه های دارای منزلت حرفه ای و فنی، کمتر می باشد. (بنی جمالی و همکاران، ۱۳۸۳). از طرف دیگر بیکاری نیز یکی از عوامل پیش بینی کننده طلاق است (کرو و ریدلی، ۱۳۸۴). در عین حال، رضایتمندی شغلی به ویژه برای شوهرها، با خشنودی زناشویی رابطه دارد (سایپنگتون، ۱۳۸۲) و بنابراین شغل تاثیر بسزایی در غنی سازی رابطه دارد. ولیکن در عین حال ملزومات شغلی گاهی اوقات می تواند با نقش زوجین رقابت کند (هالفورد، ۱۳۸۴).

• فرزندان

در زمینه نقش فرزند یا فرزندان در ازدواج از دو منظر می توان نگریست: یکی اثر فرزند بر کیفیت روابط زناشویی والدین و دیگر تاثیر روابط والدین بر فرزندان. مرور تحلیلی توانگ، کمپبل و فاستر^۳ (۲۰۰۳) نشان داد که والدین رضایت زناشویی پایین تری را در مقایسه با غیر والدها گزارش می دهند. هم چنین ارتباط منفی معناداری بین رضایت زناشویی و تعداد فرزندان وجود دارد. تفاوت در افسردگی پس از زایمان در میان مادرانی که کودک نوزاد داشتند مشهود ترین میزان را داشت. برای مردان این اثرپذیری به طور مشابه از سن فرزندان صورت می گرفت. اثر والد بودن بر رضایت زناشویی در میان گروه های اجتماعی - اقتصادی بالا منفی تر است. این داده ها مبین آن هستند که بعد از تولد فرزندان، به دلیل تعارضات مربوط به نقش و محدود شدن آزادی، رضایت زناشویی کاهش می یابد. با این وجود مثال های بسیاری وجود دارند که کودکان، رضایت را بهبود یا افزایش می دهند یا حداقل اثر منفی ندارند (توانگ و دیگران، ۲۰۰۳). به عنوان مثال، پژوهش کاردک^۴ (۱۹۹۵) نشان می دهد که حضور فرزندان به طور مثبتی با رضایت زناشویی مرتبط می باشد. از همین رو متناقض بودن تاثیر فرزند در بروز افسردگی بعد از زایمان چشمگیر است و پژوهشگران نتایج یکسانی دست نیافته اند. در کل تعداد فرزندان با تاثیر در رضایت زناشویی می تواند بطور مستقیم و یا غیر مستقیم در بروز افسردگی پس از زایمان تاثیر بگذارد.

^۳. Twenge, Campbell & Foster

^۴. kurdek

• حمایت خانوادگی و اجتماعی

نتایج پژوهش دمیر و فیسیلوگلو (۱۹۹۹) نشان داد که تنهایی به طور معنی دار و منفی با سازگاری افسردگی مرتبط است. آنها هم چنین بر طبق نظر باربور^۱ (۱۹۹۳) می گویند اگر چه معلوم شده است که داشتن همسر یک عامل مثبت تغییر دهنده احساس تنهایی می باشد، کیفیت روابط خانوادگی نیز باید مدّ نظر قرار گیرد. هالفورد (۱۳۸۴) معتقد است، میزان حمایت های عاطفی (مانند گوش دادن همدلانه به درد و دل های همسر) و عملی (مانند کمک کردن به دیگران) که زوجین به یکدیگر ابراز می کنند به طور قابل توجهی رضایتمندی از رابطه را در عرض سال های اولیه ازدواج پیش بینی می کند. افزایش رضایتمندی بطور معنی داری در کاهش بروز افسردگی پس از زایمان دخیل می باشد. رابطه معنی داری بین عدم پذیرش زوجین از سوی خانواده های یکدیگر و توفیق یا عدم توفیق در زندگی وجود دارد، همچنین میزان دخالت بستگان در زندگی مشترک در خانواده های ناموفق بیشتر است. به علاوه، خانواده های زوج های موفق بیشتر در جریان آشنایی های قبل از ازدواج فرزندان خود با یکدیگر بوده اند، بنابراین آگاهی والدین و هدایت صحیح آنها می تواند در موقعیت زندگی فرزندان شان موثر باشد (بنی جمالی و همکاران، ۱۳۸۳).

• عوامل فرهنگی

ازدواج و روابط مشابه با آنان در داخل یک بافت فرهنگی رخ می دهد که این بافت چگونگی ازدواج را تعیین می کند (هالفورد، ۱۳۸۴). در فرهنگ های مختلف، زایمان الگوهای فرهنگی خاص خود را دارد. برای مثال زایمان برای زوج ها از طبقه اجتماعی بالا در مرحله اول، درگیر شدن در یک رابطه صمیمانه، در میان گذاشتن احساسات به طور آشکار و انجام فعالیت ها به طور مشترک است. علاوه بر این فراهم کردن بهترین خدمات بهداشتی حداقل در حد قابل قبول می باشد بر عکس در طبقه اجتماعی پایین هزینه کم نقش موثری در روند زایمانی آنان دارد بطوریکه در مناطق روستایی یا در مناطقی که امکانات بهداشتی محدود می باشد زایمان در منزل صورت می گیرد و خدمات بهداشتی و مراقبتی مطلوبی دریافت نمی کنند. اصولاً ازدواج به جای پیوند میان دو نفر به عنوان پیوند دو خانواده و سنت های مربوط به آنها مفهوم پردازی می گردد (کار،

^۱. Barbour

۲۰۰۰). زوجینی که از نظر زمینه فرهنگی، قومی و نژادی با هم تفاوت دارند، انتظارات و باورهای شان در مورد روابط زناشویی نیز متفاوت است. این تفاوت ها در پیش فرض ها، مفروضات و باورهای زوجین می تواند منبع قدرت یک رابطه باشد، در صورتی که زوجین بتوانند عاقلانه نقاط قوت و تفاوت فرهنگی شان را در نظر بگیرند علاوه بر این فرآیند زایمان، تولد، تربیت فرزندان در فرهنگ های مختلف از تفاوت های بی شمار دیگری نیز برخوردار است.

• رویدادهای زندگی

رویدادهای زندگی به تحولات رشدی و تغییر یافتن موقعیت هایی که زوجین با هم و یا به صورت فردی با آن مواجه می شوند اشاره می کند. به احتمال زیاد در دورانی که نرخ تغییر و حوادث استرس آور زندگی زیاد می شود، مشکلات ارتباطی نیز بیشتر می شود. (هالفورد، ۱۳۸۴). مثلاً در آغاز دوره زناشویی؛ بارداری و فرزند پروری؛ موارد مشکل و مورد اختلاف در فرزند پروری؛ بیماری شدید یا مرگ فرزند یا خویشاوندان؛ دوره نوجوانی فرزندان؛ ترک کردن خانه توسط فرزندان. خیانت و جدایی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). بازنشستگی نیز یک انتقال عمده دیگر برای زوجین است که با آشفتگی در رابطه همراه است (هالفورد، ۱۳۸۴).

• ایفای نقش و مسئولیت پذیری

ایفای نقش به انجام وظایف اصلی اشاره می کند که برای تداوم زندگی زناشویی لازم است (هالفورد، ۱۳۸۴). افراد از لحاظ نگرش در مورد نقش هایی که برای جنسیت آنها مناسب هستند متفاوتند. در کل نقش های جنسی می توانند به سنتی (که زن در خانه می ماند و مسئول کارهای خانه و مراقبت از فرزند می باشد) یا مدرن (که هر دو همسر تکالیف شغلی و خانگی مساوی دارند) طبقه بندی می شوند (آماتو و بوث، ۱۹۹۵ به نقل از مک گاوردن و میرز، ۲۰۰۲). نقش هایی که مسئولیت بیشتری را بر دوش یکی از همسران قرار می دهد، خطر مشکلات ارتباطی را افزایش می دهد. نقش زیاده از حد و باری که روی دوش همسران و به ویژه زنان می گذارد، با استرس، آشفتگی و افسردگی همراه است؛ استرس و افسردگی نیز به نوبه ی خود مشکلات ارتباطی را تداوم بخشیده و افزایش می دهد (هالفورد، ۱۳۸۴).

نتیجه گیری

در نتیجه گیری پایانی پژوهش حاضر فهمیدیم افسردگی بعد از زایمان اثرات زیان بخش در روابط مادر و کودک تأثیر گذاشته و کیفیت ارتباط عاطفی مادر و کودک را تغییر می دهد. همچنین روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه های مختلف رابطه ی با همسر را تحت تأثیر قرار داده و مشکلات متعددی را بوجود می آورد که از جمله می توان به افزایش درگیری های خانوادگی از دست دادن یا کاهش منبع درآمد خانواده، سپردن مراقبت کودک به فردی غیر از مادر که بر تکامل کودک اثر سو خواهد گذاشت و همچنین بروز افسردگی در همسرانشان و اختلال در ارتباط با همسر اشاره نمود که در صورت عدم درمان گاه منجر به آسیب و خفه کردن نوزادان، خودکشی زنان، طلاق و جدایی شود. در پایان باید اذعان داشت علل جسمانی و روحی هر دو در افسردگی بعد از زایمان نقش ایفا می کنند که درخصوص علل جسمانی باید گفت بعد از تولد فرزند کاهش چشمگیر هورمون ها (استروژن و پروژسترون) در بدن می تواند منجر به این بیماری شود. سایر هورمون های ساخته شده توسط غده تیروئید نیز ممکن است سریعاً افت پیدا کنند که می تواند باعث احساس خستگی، تبلی و افسردگی شود. در رابطه با علل روحی نیز باید توجه داشت هنگامی که مادر دچار محرومیت از خواب می شود ممکن است برای مدیریت حتی مشکلات کوچک دچار مشکل شود؛ بنابراین ممکن است درمورد توانایی خود برای مراقبت از کودک اضطراب داشته باشد. ممکن است شوق کمتری داشته باشد و با احساس هویت خود درگیر باشد یا احساس کند کنترل زندگی خود را از دست داده است. ممکن است از تغییرات جسمی بعد از زایمان احساس بدی داشته باشد هر کدام از این موارد می تواند منجر به افسردگی بعد از زایمان شود. نهایتاً همانطور که اشاره داشتیم علت اصلی افسردگی پس از زایمان هنوز کاملاً مشخص نیست. برخی از عللی که می توانند افسردگی پس از زایمان ایجاد کنند عبارتند از:

• داشتن سابقه مشکلات بهداشت روان به ویژه افسردگی در سنین پایین؛

• داشتن مشکلات سلامت روان در بارداری؛

• نداشتن حامی عاطفی مانند همسر، خانواده و دوستان؛

• رابطه عاطفی نامناسب با شریک جنسی؛

• وقوع حوادث استرس زا مانند از دست دادن نزدیکان و سوگواری؛

• داشتن سابقه اندوه پس از زایمان.

در پایان پژوهش حاضر می توان پیشنهاد های زیر را بیان داشت:

۱- با توجه به پیامد های نامطلوب افسردگی پس از زایمان، آموزش مهارت حل مسئله

و تطابق با شرایط موجود کمک به فرآیند های تصمیم گیری در مورد درمان، حل

مشکلات مرتبط با افسردگی بدنبال زایمان توسط روانشناسان بالینی در مراکز

تشخیص و درمان صورت بگیرد.

۲- آموزش، بالا بردن آگاهی زنان باردار جهت بهبود کیفیت زندگی آنان با مراجعه و

همکاری با روانشناسان بالینی.

۳- حضور روان شناسان بالینی در تیم درمان افسردگی پس از زایمان برای بررسی و

تشخیص زود هنگام مشکلات و پیامد های روان شناختی ناشی از بارداری و پس از

آن.

۴- زنان باردار و یا زایمان کرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در طول مدت

دوران مراقبتی خود و یا نوزادشان از لحاظ وجود و یا عدم وجود اختلالات روانی

به ویژه افسردگی غربالگری شوند و مورد بررسی بیشتر و درمان قرار گیرند.

منابع و مآخذ

الف) منابع فارسی

- عابدی نیا نسرين و همکاران، رابطه افسردگی واضطراب با طول مدت نازایی، فصلنامه پایش، ۲۵۸، ۴، ۱۳۸۲-۲۵۳.
- شفیع آبادی علی، راهنمایی و مشاوره شغلی و حرفه ای. چاپ اول- تهران، انتشارات رشد، صفحات ۵۳-۶۹.
- گودرزی آذرمیدخت. بررسی مقایسه ای شیوع افسردگی پس از زایمان و سزارین در مراجعین به بیمارستان های علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰.
- کرکه آبادی مریم. بررسی مقایسه ای میزان افسردگی در مادران شاغل و خانه دار. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ سال ۱۳۷۶، ص ۳۰.
- ملا باقری معصومه و همکاران، بررسی نشانه های افسردگی نوجوانان و ارتباط آن با رضایت زناشویی مادران آن در شهرستان تویسرکان ۱۳۸۳.
- حسن زهرایی روشنک و همکاران. بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۷۶. خلاصه مقالات تازه های همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا توانی، تبریز، ۱۳۷۹، صفحات ۱۹۵-۱۸۸.
- صحتی شقائی فهیمه و همکاران. بررسی ارتباط برخی عوامل مستعدکننده با افسردگی پس از زایمان. مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم و پزشکی اردبیل: دوره هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۸۷، صفحات ۵۴ تا ۶۱.
- دولتیان ماهرخ و همکاران، (۱۳۸۵). رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان، فصلنامه باروری و ناباروری، پاییز ۸۵، ص ۲۶۸-۲۶۰.
- شفیع آبادی علی، راهنمایی و مشاوره شغلی و حرفه ای. چاپ اول- تهران، انتشارات رشد، صفحات ۵۳-۶۹.

- صحتی شقایب فهمیه، بررسی ۴۲ مورد افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های زنان و مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۷۷. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، شماره ۱۳، پاییز ۱۳۷۹، ص ۵۸-۵۴.
- ملا باقری معصومه و همکاران، بررسی نشانه های افسردگی نوجوانان و ارتباط آن با رضایت زناشویی مادران آن در شهرستان تویسرکان ۱۳۸۳.
- فروزنده نسرین و همکاران، بررسی میزان شیوع و عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶، مجموعه مقالات همایش سراسری مادری ایمن، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز؛ خرداد ۱۳۸۷، ص ۹۷-۱۰۲.
- فروزنده نسرین و همکاران، وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد ۱۳۸۱-۱۳۸۰، فصلنامه باروری و ناباروری، بهار ۱۳۸۶، ۱۴۶-۱۴۵.
- حسن زهرایی روشنک و همکاران. بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۷۶. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، شماره ۱۱، زمستان ۱۳۷۷، ص ۵۷-۵۰.
- ویلیامز ج و کانینگهام گ. بارداری و زایمان ویلیام، ترجمه گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ اول، تهران، انتشارات خسروی و نشر سالمی، ۱۳۸۵، صفحات ۲۹۱ تا ۲۹۶.

(ب) منابع لاتین

- Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Fertil Steril. ۲۰۱۰; ۹۳(۴): ۱۰۸۸-۹۶.
- Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization

treatment.Hum Reprod.۲۰۰۸;۲۳(۹):۲۰۵۶۶۳.

- Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Ghojzadeh M.Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples.J Reprod Infertil.۲۰۰۷;۸(۱):۵۲-۹.
- Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC.Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community.Int J Gynaecol Obstet.۲۰۰۲; ۷۹(۲):۱۵۹-۶۶.
- Cook RJ.Women's health and human rights.World Health Organization.Geneva.۱۹۹۴
- Verdoux H, Sutter Al, Dallay E, Minisini A Obstetrical complications and the
- development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort.Acta psychiatry Scand.۲۰۰۲; ۱۰۶: ۲۱۲-۲۱۹.
- Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstron CM, Gunnervik C.Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms.Obstet Gynecol.۲۰۰۲;۹۹(۲):۲۲۳-۸.
- Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I.Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment.Fertil Steril.۲۰۱۰;۹۳(۴):۱۰۸۸۹۶.
- Seif D, Alborzi Sh, Alborzi S.Effect of some affective and demographic variables on life satisfaction of infertile women.J Reprod Infertil.۲۰۰۱;۲ (۴):۶۶-۷۴.
- Wong, A.(۲۰۰۴) Stress & Miscarriage & Infertility.Biological Psychophysiology, Vol ۵۲, pp.۱۴۷-۱۵۷