

افسردگی پس از زایمان؛ از تشخیص تا درمان

Postpartum Depression; from Diagnosis to Treatment



Corresponding author:
Mahdi Talebi, MD

E-mail: talebimh@mums.ac.ir

نویسنده مسئول: دکتر مهدی طالبی؛

استادیار روانپزشکی گروه پزشکی خانواده،
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد، مشهد، ایران

How to cite this article: Talebi M.
Postpartum Depression; from
Diagnosis to Treatment. *Mashhad
J Med Coun* 2017;21:22-3.

اختلال افسردگی پس از زایمان که در تقسیم بندی جدید DSM-5 افسردگی حول و حوش زایمان نامیده شده است، یک اختلال روانپزشکی است که به صورت خلق افسرده و تحریک پذیر، همراه با اضطراب و حملات اضطرابی حاد مشخص می شود. اختلال خواب (کاهش خواب، اختلال چرخه خواب و بیداری و یا افزایش خواب) و اشتها (کاهش اشتها یا پرخوری)، اشتغال ذهنی با افکار منفی در خصوص سلامت کودک، احساس خستگی و ناتوانی از انجام وظایف مادری و کارهای روزمره زندگی، کاهش احساس لذت از فعالیت های لذت بخش یا نگهداری از فرزند، اختلال در تمرکز، فراموشکاری، نشانه های جسمی (سردرد، مشکلات گوارشی، درد شکم) از جمله علائم این بیماری هستند. در این اختلال گاه فرد دچار افکار مرگ (آرزوی مردن)، اشتغال ذهنی با افکار خودکشی و یا صدمه به نوزاد می شود. اندوه پس از زایمان (Baby Blues) در تشخیص افتراقی این بیماری قرار می گیرد که سندرم شایعی است که حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد از زنان در ۲ هفته اول پس از زایمان آن را تجربه می کنند. این وضعیت عموماً مرتبط با سابقه خانوادگی یا فردی و مشکلات خلقی نمی باشد. از علائم این اختلال می توان به تحریک پذیری، غمگین بودن، گریه کردن، سردرگمی و اختلال خواب اشاره کرد. به طور معمول، بیمار در این شرایط به درمان های غیر تخصصی و حمایت روانی مناسب از سوی خانواده پاسخ می دهد. در صورت تداوم علائم بیش از دو هفته، ارزیابی بیشتر وضعیت بیمار از نظر سایر اختلالات روانپزشکی ضروری است.

اختلال افسردگی پس از زایمان یک وضعیت خلقی است که شیوع آن از ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است. شروع این اختلال معمولاً در چهار هفته اول بعد از زایمان است، اگرچه در برخی موارد شروع علائم تا شش ماه بعد از زایمان نیز گزارش شده است. شواهد مؤید وجود ارتباط قطعی ارتباط بین اندوه پس از زایمان و افسردگی پس از زایمان نیستند. از موارد افتراق این دو می توان به عدم وجود علائم سایکوتیک و افکار آسیب رسان در اندوه پس از زایمان اشاره کرد. در خصوص اتیولوژی این بیماری علل مختلفی از جمله تغییرات هورمونی در استروژن و پروژسترون پس از زایمان و خروج جفت، نقش احتمالی داروهای بیهوشی، عفونت های پس از زایمان، عوامل استرس زای عاطفی و وضعیت اجتماعی نامناسب، فقدان حمایت مؤثر خانواده و مادران جوان بیان شده است. سابقه خانوادگی در زمینه اختلال خلقی، مشکلات خانوادگی مانند روابط بین فردی نامناسب، اضطراب و افسردگی حین بارداری یا در زایمان قبلی و حمایت عاطفی نامناسب، عوامل خطر ساز مرتبط با مشکلات خلقی در حین بارداری هستند. طیف علائم این اختلال از یک افسردگی خفیف تا افسردگی شدید همراه با علائم سایکوتیک گزارش شده است.

با توجه به پیامدهای کوتاه و بلند مدت این اختلال مانند احتمال آسیب به خود یا نوزاد، اختلال در رابطه عاطفی مادر و نوزاد، افت بهره هوشی و عملکردهای شناختی، مشکلات رفتاری در کودک، مشکلات خانوادگی، افزایش زمینه ابتلا به افسردگی در کودک و احتمال بروز مجدد بیماری در بارداری های آینده، تشخیص و درمان این اختلال ضروری است. با لحاظ موارد بیان شده، غربالگری مادران در خصوص این اختلال حائز اهمیت است. همچنین، توصیه می شود که همه زنان باردار و کلیه زنانی که تمایل به بارداری دارند، در زمان مراجعه شیرخوار به بخش اورژانس یا مراقبت های برنامه ریزی شده مانند واکسیناسیون و در هنگام ویزیت های تنظیم خانواده و ویزیت های معمول در حین بارداری، از نظر وجود علائم اضطرابی و خلقی مورد ارزیابی قرار گیرند. بهترین روش ارزیابی، مصاحبه بالینی توسط کادر درمانی است. آموزش کادر درمانی (متخصصین زنان، پزشکان خانواده، کارشناسان مامایی، بهورزها) جهت در نظر گرفتن احتمال مشکلات خلقی در برخورد با گروه های در معرض خطر ضروری است.

سروتونین (SSTI)، داروهای آنتی‌سایکوتیک و داروهای تنظیم‌کننده خلق استفاده کرد. مدت درمان دارویی چندین ماه طول می‌کشد که نیازمند مراجعات برنامه‌ریزی شده است. در موارد شدید بیماری و وجود افکار خودکشی یا آسیب به نوزاد، بستری در بخش روانپزشکی باید در نظر گرفته شود و مراقبت از بیمار در هنگام شیردهی ضروری است. با توجه به اهمیت شیردهی و رابطه عاطفی مادر و نوزاد، تا حد امکان توصیه می‌شود که شیردهی ادامه یابد. به‌طور کلی، این بیماری با درمان و پیگیری مناسب از پیش‌آگهی مناسبی برخوردار است.

مداخلات درمانی به منظور کنترل علائم بیماری شامل طیف وسیعی از درمان‌های دارویی و غیر دارویی (روان‌درمانی حمایتی، شناختی، رفتاری و غیره) می‌باشد. اگرچه در موارد اختلال افسردگی شدید، بیماران سایکوتیک، بیماران با افکار آسیب به خود یا نوزاد و مشکلات هم‌زمان طبی با فقدان حمایت مؤثر خانواده، ارجاع به روانپزشک توصیه می‌شود. در خصوص درمان‌های دارویی با توجه به نوع و شدت بیماری، بیماری‌های هم‌زمان جسمی و روانپزشکی، چگونگی وضعیت شیردهی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار، میزان حمایت خانوادگی و با در نظر داشتن احتمال اختلال خلقی دوقطبی می‌توان از داروهای مهارکننده بازجذب

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

کد مقاله: ۷۳۰۷ نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله

References

1. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2016 Dec 1;375:2177-2186.
2. Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ* 2004;103:56-63.
3. Goldbort JG. Collaborative initiatives for postpartum depression. *AWHONN Lifelines* 2005;9:377-81.
4. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:264-73.
5. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs* 2006;106:40-50; quiz 50-1.
6. Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002;27:282-7.