

افسردگی پس از زایمان؛ بیماری قابل درمان یا تهدیدی برای مادر و نوزاد؟

1 اردیبهشت 1405

عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: در اختلال افسردگی پس از زایمان حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از مادران درگیر می‌شوند.

مریم سلمانیان متخصص روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گفتگو با خبرنگار مهر در رابطه با افسردگی پس از زایمان و حادث شدن وضعیت مادر در شرایط بحرانی توضیحاتی داد و گفت: اختلال افسردگی پس از زایمان (Postpartum Depression) یکی از شایع‌ترین چالش‌های روان‌شناختی مرتبط با تولد نوزاد است که بر اساس مطالعات علمی، حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از مادران را درگیر می‌کند. این وضعیت فراتر از نوسانات خلقی خفیف و گذرا (معروف به غم زایمان) بوده و تجربه‌ای عمیق‌تر و پیچیده‌تر است که نیازمند توجه ویژه و مداخلات تخصصی است.

نشانه‌شناسی و علائم بالینی

وی در رابطه با افسردگی پس از زایمان اظهار داشت: مادران درگیر با این اختلال، طیف گسترده‌ای از علائمی که شامل مواردی چون خلق افسرده و اضطراب شدید، احساس گناه مفرط و کاهش چشمگیر سطح انرژی، خستگی مفرط و اختلال در خواب (کم‌خوابی یا پرخوابی) و در موارد حاد، شکل‌گیری افکار مربوط به آسیب رساندن به خود یا نوزاد، را تجربه می‌کنند.

ریشه‌شناسی و عوامل زمینه‌ساز

سلمانیان اذعان کرد: از منظر علمی، این اختلال محصول تعامل پیچیده چندین عامل است و نمی‌توان تنها یک علت واحد برای آن برشمرد. عوامل زیستی که به تغییرات ناگهانی و شدید هورمونی بلافاصله پس از زایمان اشاره داشته و نقش کلیدی در بروز این وضعیت دارند، عوامل روان‌شناختی که به ویژگی‌های شخصیتی مادر و آمادگی روانی مادر مربوط می‌شود و همچنین عوامل اجتماعی که به میزان حمایت اجتماعی، کیفیت روابط اطرافیان و فشارهای محیطی مربوط است.

معیارهای دقیق تشخیصی

وی افزود: بر اساس پروتکل‌های تشخیصی، آنچه به عنوان افسردگی پس از زایمان شناخته می‌شود، در واقع نوعی «اختلال افسردگی اساسی» است که با ویژگی «شروع در حوالی زایمان» مشخص می‌گردد. معیارهای اصلی تشخیص عبارتند از زمان شروع آن که علائم در دوران بارداری یا حداکثر تا چهار هفته پس از زایمان آغاز شوند.

سلمانیان بیان کرد: افسردگی پس از زایمان علائمش باید حداقل به مدت دو هفته به صورت مستمر ادامه داشته باشند و برای تشخیص قطعی، وجود حداقل ۵ علامت الزامی است که دو مورد اصلی آن شامل «خلق افسرده و پایین» و «کاهش شدید علاقه و لذت در فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بوده‌اند» است.

وی توضیح داد: از علائم دیگر این اختلال، اختلال اشتها (کم‌اشتهایی یا پرخاشگری غذایی)، احساس بی‌ارزشی، کاهش تمرکز و افکار مرگ یا خودکشی است که این علائم باید به گونه‌ای باشد که عملکرد روزمره مادر را مختل کرده و ناشی از بیماری جسمی یا مصرف مواد نباشد.

سلمانیان متذکر شد: بسیاری از مادران ممکن است دوره‌ای کوتاه از غمگینی خفیف و گذرا را پس از زایمان تجربه کنند. اما افسردگی پس از زایمان، حالتی پایدارتر، ناتوان‌کننده‌تر و شدیدتر است که برخلاف غم معمولی، خودبه‌خود بهبود نمی‌یابد و نیازمند مداخلات تخصصی روان‌پزشکی و روان‌شناسی است.

تأثیر تشدیدکننده شرایط جنگی بر اختلال

این متخصص روانشناسی بالینی توضیح داد: در شرایط بحرانی مانند جنگ، این اختلال به طور قابل‌توجهی تشدید می‌شود. جنگ مجموعه‌ای از استرس‌های شدید از جمله ناامنی عمومی و ترس از دست دادن عزیزان، جابجایی اجباری و ترک محل سکونت و کاهش شدید دسترسی به خدمات درمانی و مراقبتی مورد نیاز مادر و نوزاد، را به مادر تحمیل می‌کند.

سلمانیان در ادامه گفت: فشارهای روانی ناشی از جنگ باعث می‌شود سیستم استرس بدن مادر به طور مداوم فعال بماند که نتیجه آن ترشح مداوم و طولانی‌مدت هورمون «کورتیزول» است. این فعالیت مداوم هورمونی، آسیب‌پذیری مادر را افزایش داده و منجر به مزمن شدن و شدت یافتن افسردگی می‌گردد.

فشار دوگانه و پیامدهای احتمالی



این متخصص روانشناسی بالینی متذکر شد: مادر در زمان جنگ با یک «فشار دوگانه» مواجه است؛ از یک سو با تغییرات فیزیولوژیک و روانی پس از زایمان دست و پنجه نرم می‌کند و از سوی دیگر با محیطی ناامن و پیش‌بینی‌ناپذیر روبرو است که هیچ چشم‌انداز روشنی برای آینده ندارد. این وضعیت نه تنها افسردگی را طولانی‌تر و شدیدتر می‌کند، بلکه خطر بروز اختلالات دیگری نظیر «اختلال استرس پس از سانحه» (PTSD) را نیز به شدت افزایش می‌دهد و فشار مضاعفی بر سلامت کل خانواده وارد می‌سازد.

تأثیرات ثانویه بر نوزاد و پیامدهای بلندمدت

سلمانیان در ادامه گفت: نکته بسیار حائز اهمیت این است که اختلال افسردگی پس از زایمان هرگز به مادر محدود نمی‌شود، بلکه تأثیرات عمیقی بر رشد همه‌جانبه نوزاد (عاطفی، شناختی و حتی جسمی) دارد. در مادری که با این اختلال درگیر است، تعامل عاطفی با نوزاد به شدت کاهش یافته و پاسخ‌دهی هیجانی به نیازهای نوزاد با اختلال مواجه می‌شود. این مسئله می‌تواند منجر به بروز مشکلاتی در فرآیند شیردهی شده و پیامدهای منفی بلندمدتی را برای کودک به همراه داشته باشد. از همین رو، در شرایط جنگی، سلامت روان مادرانی که تازه زایمان کرده‌اند باید به عنوان یک «اولویت جدی و حیاتی» در نظر گرفته شود؛ چرا که این مادران بار مضاعفی از تغییرات جسمی-روانی و ناامنی ناشی از جنگ را به طور همزمان تحمل می‌کنند.

راهکارهای مداخله‌ای و حمایتی

وی افزود: برای مقابله با این اختلال و پیشگیری از پیامدهای جدی آن، اقداماتی اعم از شناسایی سریع علائم در دوران بارداری و پس از زایمان جهت مداخله به‌موقع، فراهم کردن خدمات مشاوره (حتی به صورت از راه دور و تله‌مدیکال) و آموزش خانواده‌ها برای افزایش حمایت عاطفی از مادر، تلاش برای مهیا کردن محیطی آرام و ایمن برای مادر و نوزاد جهت کاهش فشارهای محیطی و در موارد شدید، ارجاع به متخصص جهت انجام روان‌درمانی و درمان‌های دارویی الزامی است. باید توجه داشت که این

اختلال یک ضعف شخصیتی یا تقصیر مادر نیست، بلکه یک بیماری قابل درمان است که با شناسایی درست و حمایت مناسب، می‌توان از آن عبور کرد.

زمان‌بندی دقیق غربالگری

سلمانیان توضیح داد: بر اساس پروتکل‌های علمی، بهترین زمان‌ها برای انجام غربالگری در دوران بارداری است که یک نوبت در سه ماهه دوم یا سوم انجام شود و در مادران پرخطر یا شرایط بحرانی مثل جنگ، این غربالگری می‌تواند در چند نوبت تکرار شود، بلافاصله پس از زایمان یعنی در روزهای نخست تولد و ترجیحاً پیش از ترخیص از بیمارستان غربالگری صورت گیرد، در هفته دوم و بازه هفته چهارم تا ششم (همزمان با ویزیت‌های دوره‌ای نوزاد) نیز میتوان غربالگری را انجام داد و در آخر در ۶ ماهگی و حتی تا یک سال پس از تولد نوزاد هم بهترین زمان انجام غربالگری و مداخله درمانی برای مادران است.

خطر عود و بازگشت در زایمان‌های بعدی

سلمانیان تصریح کرد: مادرانی که در زایمان اول خود افسردگی پس از زایمان را تجربه کرده‌اند، در بارداری‌های بعدی با ریسک بالاتری برای بازگشت این اختلال مواجه هستند. احتمال عود مجدد در این مادران بین ۳۰ تا ۵۰ درصد برآورد می‌شود.

وی خاطر نشان کرد: شدت بالای افسردگی در مرتبه اول، ناتمام ماندن فرآیند درمان قبلی، وجود استرس‌سورهای پایدار (مانند تداوم شرایط جنگی)، سابقه اختلالات اضطرابی و کمبود حمایت‌های اجتماعی؛ بنابراین، مادرانی با سابقه قبلی این اختلال، نیازمند مراقبت و پایش بسیار دقیق‌تری در دوران بارداری و زایمان‌های بعدی هستند تا با مدیریت صحیح، این دوره حساس را به سلامت پشت سر بگذارند.