

است ، مترادف بوده ، در حالی که امروز ثابت شده است که کمبودید عامل ایجاد اختلالات گوناگون عصبی عضلانی و از جمله کند ذهنی می باشد .  
ج - گزروفتالمی ( خشکی ملتحمه چشم ) و سایر تظاهرات ناشی از کمبود ویتامین A ، ویتامین D و سایر ویتامینهای محلول در چربی ، اگر چه در بسیاری از کشورها به عنوان يك مشکل مطرح نیست اما در حال حاضر عامل نگرانی در قسمتهایی از کشور عربستان سعودی شده است .

## حزن

## بعد از

## زایمان

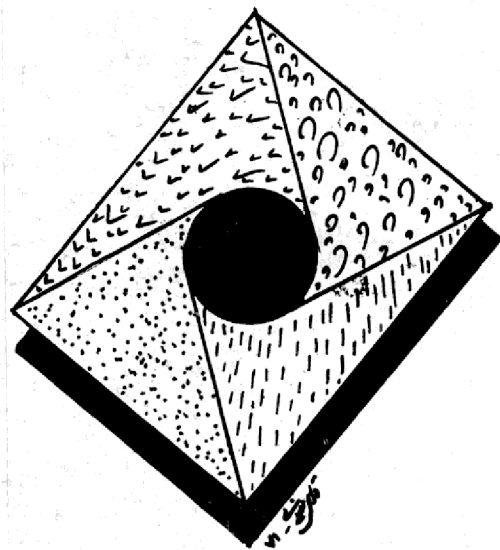
Strengthening maternal and child health programmes through primary health care .

WHO Regional office for the Eastern Mediterranean , 1997 .

کلثوم پارسا - کارشناس

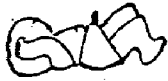
پرستاری - مربی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

دالتون می گوید : اگرچه PND (۱) يك بیماری محسوب نمی شود ، اما از هر ۱۰ زن يك نفر از افسردگی پس از زایمان (۱) رنج می برد کلاپلان (۲) می گوید چون انرژی ذخیره شده مادر باعث خستگی یا اثرات دارویی طول مدت زایمان ، مشکلات ایجاد شده در روند زایمان و



1) (Postnatal depression).

2) Caplan



مانند آن از بین می رود ، بانوان در دوره پس از زایمان بیش از هر زمان دیگری مستعد ابتلاء به بحرانهای احساسی می باشند .

ابتلاء به PND از مدتها قبل وخصوصاً پس از ارائه رساله معروف ( Marche ) شناخته شده ودر حال حاضر بیش از ۳۰۰ مرجع موضوعی در این مورد وجود دارد .

حداقل ۳ مشخصه تحت عنوان عمومی افسردگی پس از زایمان ، در جزوات پزشکی مورد بحث قرار گرفته است :

دلسردی پس از زایمان ، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان .

برخلاف درك عامه از PND ، دلسردی و یا سایکوز پس از زایمان ، به معنی افسردگی پس از زایمان نمی باشد .

دلسردی پس از زایمان می تواند به عنوان يك آشفتگی قابل انتقال و خود محدود شونده عاطفی تعریف شده ، که در ۱۰ روز اول پس از زایمان بروز می کند . حالت فوق در ۸۰ - ۶۰ درصد زنانی که زایمان طبیعی داشته اند ، تجربه می شود . ( دالتون ) مقابله با دلسردی پس از زایمان ، بیش از آنکه نیازمند درمان طبی باشد ، درك ، توجه و همفکری پرسنل بهداشتی را می طلبد .

مادری که از دلسردی پس از زایمان رنج می برد ، معمولاً احساس تائر کرده و ممکن است بدون دلیل واضحی ، شروع به گریه شدید نماید . علائم شایع دیگر شامل کاهش تمرکز فکر ، گیجی ، ضعف

حافظه ، تنش ، اضطراب ، اختلال در خواب ، کم اشتهاپی و نگرانیهایی می باشد که او را در انجام امور منزل ناتوان می کند .

در يك بررسی ، ۳۱ مادر در مورد تغییرات خلق و خو در بیست و يك روز اول پس از زایمان مورد پرسش قرار گرفتند . ۶۰ معیار شادی ، افسردگی ، اضطراب ، تحريك پذیری ، گریه کردن و احساس بی ثباتی ، در این پرسشنامه مطرح شد . اوج نوسانات افسردگی ، گریه و احساس بی ثباتی در روز پنجم پس از زایمان بود و پس از آن نوسانات بطور یکنواخت کاهش پیدا می کرد . معلوم شد در زنانی که مدتی پس از تولد كودك دچار افسردگی می شوند ، شدت افسردگی ، بی ثباتی و اوج منحنی افسردگی آنها در روز پنجم پس از زایمان بیشتر از زنانی است که بلافاصله پس از زایمان دچار افسردگی می شوند .

ضمناً تعداد فرزند و نوع تغذیه نوزاد ( شیرخشك و یا شیرمادر ) تأثیری بر نقطه اوج منحنی در روز پنجم پس از زایمان نداشته ودر همه آنها مشابه می باشد . اشتین ( Stein ) ثابت کرد که شیوع دلسردی پس از زایمان در زنانی که وضع حمل آنها در بیمارستان انجام شده مشابه کسانی است که در منزل وضع حمل می کنند .

تعریفی از P.N.D که بطور وسیع مورد قبول واقع شده است ، شامل بروز علائم روانی در شش ماه اول پس از زایمان در خانمی است که قبلاً هیچگونه علائم اختلالات روانی نداشته است . افسردگی معمولاً نسبت به دلسردی یا سایکوز با فاصله طولانی تری



پس از زایمان بروز می کند . معمولاً افسردگی در سومین هفته پس از زایمان پدید آمده و به عقیده دالتون بعنوان يك افسردگی عصبی تظاهر می نماید .  
۲۷٪-۳٪ از زنانی که اخیراً زایمان کرده اند از نشانه های روانی رنج می برند . طیف گسترده ابتلاء زنان ممکن است بعلت این واقعیت باشد که بیشتر زنان مبتلاء به افسردگی پس از زایمان در سکوت بسربرده و مشکل خود را ابراز نمی کنند. تخمین زده می شود که هر سال بین بیست تا صد هزار زن در انگلستان و ولز به P.N.D مبتلاء می شوند .

P.N.D نیز مانند اشکال دیگر افسردگی ، بابی علائقی ، بی تفاوتی ، بدبینی ، فقدان انرژی ، ناتوانی در تطبیق یافتن و مقاومت واحساس بی کفایتی تظاهر می نماید . غالباً مادران افسرده روز بروز بیشتر دچار گیجی شده و ممکن است پانیک (۱) داشته باشند . قدرت تمرکز حواس ضعیف تر شده ، بی خوابی بصورت تیپیک ونیز فقدان علائق و تمایلات جنسی بسیار شایع می باشد . ممکن است این علامت با احساس گناه از رفتار خود ترکیب شوند . اغلب P.N.D بر روابط مادر وفرزند نیز تاثیر می گذارد . طیف این تاثیر از محافظت شدید کودک شروع و تا بی توجهی فیزیکی و عاطفی نسبت به او وسعت می یابد .

در بعضی از مطالعات ، زنانی که در معرض ابتلاء به P.N.D قرار دارند ، شناسایی شده اند . مثلاً دالتون دریافت P.N.D در زنان مفرور ومادرانی که در کمال سلامتی دوران بارداری را می گذارند شیوع

بیشتری دارد . شاید علت خطر بیشتر برای این گروه انتظارات غیرواقعی آنها باشد . کیت زینجر (Kitzinger) معتقد است مادری همه زندگی نیست و ممکن است در تطبیق با شرایط جدیدی که پس از تولد کودک پدید می آید ، مشکلاتی برای مادرایجاد شود . کامر (Kumar) نیز می گوید P.N.D بیشتر در زنان مسنی که بیشتر از ۲ سال برای باردار شدن انتظار می کشند ، دیده می شود . بطورکلی همه مطالعات مادری رابعنوان يك تجربه احساسی شدید توصیف می کنند ولی به نظر مادر ، مادری همان درآغوش کشیدن کودک در خواب ویا لبخند زدن اومی باشد در حالیکه تجربه واقعی زندگی به مراتب مشکل تر بوده واگرمادراانتظار چنین مشکلاتی را نداشته باشد ، نمی تواند با آنان مقابله نماید .

چون علامت سایکوز زایمانی بسیار دراماتیک بوده و شروع آن ناگهانی است ، بندرت از بین می رود . افسردگی روانی در حین زایمان از دیگر اشکال سایکوز متفاوت بوده ویا تولد کودک شدت می یابد . سایکوز پس از زایمان شیوع نسبتاً کمی داشته و بین ۱ تا ۲ مورد درهر ۱۰۰۰ زایمان مشاهده میشود . شروع آن بسیار ناگهانی ودراولین روزهای بعد از زایمان وپس از يك یا دوشب بی خوابی تظاهر می نماید . اغلب اضطراب جای خود رابه سرخوردگی گناه آلود و یا یاس و ناامیدی داده که به تمایلات

1) punic



آزیتسه باشد . پیش آگهی این نوع سایکوز  
 خوب است .  
 کندل و همکاران او ( Kendell, etal ) معتقدند

خودکشی و یا کشتن کودک منتهی می گردد .  
 اختلالات فیزیولوژیکی سایکوز شامل زودبرخاستن



هیچگونه علت بیوشیمیایی و یا سایکولوژیک برای

از خواب ، احساسی نامطلوب در صبح ، بی اشتهاهی  
 و فقدان انرژی می باشد . بعلاوه ممکن است مادر



P.N.D وجود ندارد.

حاملگی از طرف مادر می شوند ، تنفر ناخودآگاه نسبت به مادر شدن ویا وجود شرایطی که امکان صحبت درمورد بارداری رابه زن نمی دهد، تظاهر نماید . ممکن است P.N.D برای ایجاد احساس برابری با جنس مخالف ، بصورت عدم پذیرش جنسیت خود ، مادر شدن وسریاززدن از انجام وظایف وامور خانه داری خود را آشکار کند .

حادثه تولد به علت عدم پذیرش نقش مادری بوسیله زن ، ممکن است سبب تعارض او با مادر خودش گردد . برخی از خانم های شاغل که پس از مرخصی زایمانی مجبور به قطع یا کاهش ارتباط با کودک خود هستند ، برای تطابق با شرایط و ویژگیهای مادر دچارمشکلات بیشتری می شوند تغییر در شیوه زندگی ، از بین رفتن حمایت همکاران وتغییر تصویر ذهنی مادر درایجاد مشکلات نقش موثری دارند .

ویوین (۳) که P.N.D را تجربه کرده است می گوید : که قبل از مادرشدن ، او بعنوان زنی باهوش ، خانه دار ، کارآمد ، بالیاقت و یک آشپزماهر مورد توجه قرار می گرفت در حالیکه پس از مادر شدن زن درتعارض با دیگر نقش های خود قرار میگيرده.عاطفه مادری بعلت آنکه غیر قابل پیش بینی است سبب ایجاد استرس و نگرانیهای زیاد مادر می گردد . احساسات و تصورات مادرانه بطورکامل با تصورات

فمینیست ها (۱) برای علت ایجاد P.N.D، دونظریه اختلالات هورمونی و اختلالات شخصیتی را پیشنهاد می کنند .

دالتون که از پرچمداران تئوری هورمونی است می گوید : پس از تولد کودک همراه با خروج جفت از رحم ، در واقع منبع تولید پروژسترون نیز از بدن دفع می گردد . دراین شرایط مادرمجبور است با سطح پروژسترونی که صد برابر از زمان بارداری کمتر است ، تطابق حاصل نماید . بنابر این کاهش ناگهانی سطح پروژسترون بدن مادر سبب ایجاد P.N.D در چند روز اول پس از زایمان می شود که با علائمی مانند بی تفاوتی ، بی اشتهاپی ، گریه کردن و کاهش علاقه ، انرژی و معاشرت تظاهر می نماید .

درهر حال عوامل ایجادکننده P.N.D به متغیرهای دیگری نیز نیاز دارد . ضربه تولد نوزاد که درحین زایمان پدید می آید، ممکن است عامل تسریع کننده ای برای بروز اختلالات فیزیولوژیک نهفته مادر ، تغییر شخصیت ناکامل او و یاعدم تطابق پایدار گردد .

می دانیم در مقیاسی که برای تعیین حوادث زندگی مورد استفاده قرار می گیرد ، حاملگی بعنوان عامل بوجود آورنده استرس مطرح می گردد . گرچه کاکس (۲) معتقد است چنین مقیاسی باید مفاهیم فردی واجتماعی زایمان و مادرشدن از نظر زنان رانیز دربرداشته باشد.علائم افسردگی ممکن است درائرنگرش منفی نسبت به حاملگی و مادرشدن ، حضور فرزندان که مانع ابراز

1) feminist

2) Cox

3) Vivienne



تداوم مراقبت امری مهم بوده و سبب ایجاد اعتماد بین والدین و پرسنل ی گردد که خود سبب تضمین توانایی پرسنل برای شناسایی و تشخیص زودرس علائم اضطراب ، نگرانی و P.N.D ، درمان آن و راهنمایی در مورد مکانیسم های دفاعی می شود . تحقیقات برای کمک به درک بهتر شرایط و شناسایی زنانی که در معرض خطر قرار دارند ، موثر خواهد بود . یک نمونه از چگونگی تاثیر چنین تحقیقی ، مطالعه ای است که پرسنل بهداشتی در اسکاتلند بر عهده گرفته اند . آنها نشان دادند که مشاوره برای خانم هایی که از P.N.D رنج می برند ، بهتر از درمان رایج می باشد . بدین ترتیب احساس می شود که حمایت از مادر و تشخیص سریع P.N.D از وظایف پرسنل بهداشتی باشد . چگونگی شیوع P.N.D ، عوامل ایجاد کننده آن و نیازهای حمایتی والدین میتواند بوسیله پرسنل بهداشتی آموزش داده شود .

Morris thompson patricia , " Baby blues " Nursing Times , June 1991 , page 52-54

زنانه تضاد دارند این احساسات میتواند باقیمانده احساسات زن را تخریب نماید . کاکس ( COX ) با توجه به تئوریهایی که در مورد علت P.N.D وجود دارد و مشاهدات دانشمندان در آن مورد ، معتقد است اگر تحقیقات نورویپولوژیک و جامعه شناسی هماهنگ گردند برای یافتن علت P.N.D به موفقیت هایی دست خواهیم یافت . علاوه بر بررسی وضعیت جسمی و فیزیکی مادر و کودک ، بررسی روانی آنها و پدر کودک نیز مورد تاکید قرار گرفته است .

یک مامای شاغل در بیمارستان می گوید : من از تجربیات خود چنین نتیجه گرفته ام که تاکید بر مراقبت های روانی و آموزش آن بسیار دشوار است . پرسنل بهداشتی چگونه می توانند در پیشگیری از P.N.D کمک نمایند ؟ ایشان معتقدند که آگاهی وسیع پرسنل از بیماری و صحبت در همین مورد با والدین در تشخیص سریع بیماری و تاثیر درمان آن مفید خواهد بود . متخصصان زنان و پزشکان عمومی باید والدین را به گفتگو در مورد اضطراب و ترس خود تشویق کنند . البته این امر زمانی امکان پذیر است که پرسنل بهداشتی ، مهارتهای ارتباطی خود را ارتقاء بخشیده و مراقبت ها را بصورت راهنماییهای قابل دسترسی ارائه نمایند .

کارکنان بهداشتی و ماماها باید برای حمایت از شبکه ها در جمع آوری اطلاعات در مورد P.N.D و برای کمک به والدین ، خانواده و دوستان آنها را تشویق نمایند . با اینکار والدین امکان آن را می یابند که در صورت نیاز از آنان کمک بگیرند .