

وجود دارد. هر چند که برخی مطالعات نشان می دهد که در صد بروز افسردگی بعد از زایمان بیشتر از بروز آن در سایر دوره های زندگی یک زن نیست. اما نکته مورد بحث این است که افسردگی بعد از زایمان یک مسئله متفاوت و مشکل آفرین تر است چرا که زن اثرات بیماری را هنگامی تجزیه می کند که باید از فرزند و خانواده اش مراقبت نماید.

مطالعات نشان داده است در صورتیکه مراقبین بهداشتی بر اساس یک مداخله شنیداری سازمان یافته، هفته ای یکبار برای ۸ هفته در زنانیکه افسردگی بعد از زایمان دارند ملاقات های شنیداری داشته باشند، تعداد زنانیکه مدت ابتلاء آنان بیشتر از ۶ ماه است از ۶۲٪ به ۳۱٪ کاهش می یابد. بررسی های بعدی تأثیر مثبت چنین مداخله ای را بر سلامت روانی بعد از زایمان زنان ثابت می کنند. پیشنهاد میشود که مداخلات شنیداری دوران حاملگی برای زنانی که از شرایط عاطفی خوبی برخوردار نیستند، انجام شود که می تواند اثرات مفید مشابهی داشته باشند.

دلایل منطقی برای پیشگیری:

در دوران حاملگی عوامل متعددی مانند مشکلات ارتباط بین زوجین یا عدم ارتباط با خویشاوندان، مشکلات اقتصادی اجتماعی و سابقه قبلی بیماری روانی می تواند ارتباط قوی تر با افسردگی بعد از زایمان داشته باشند. بنابراین احتمالاً بعضی از کسانی که بعد از زایمان دچار افسردگی شده اند ممکن است قبلاً در طول حاملگی افسرده شده باشند. مطالعات نشان می دهد که افسردگی قبل و بعد از زایمان در واقع علایم مشترکی دارند. تداوم نسبی علایم افسردگی از حاملگی تا دوره بعد از زایمان در برخی از مطالعات ثابت شده است. در مطالعات دیگر مشاهده شده که وجود افسردگی در طول حاملگی معیار پیش بینی کننده معنی دار برای بروز افسردگی بعد از زایمان است. گستره مرز مشترك بین افسردگی قبل و بعد از زایمان نامعلوم

ملاقات های شنیداری^۱ در حاملگی روشی جهت پیشگیری از افسردگی بعد از زایمان

مترجم

ملک نساء میرهن یکتایی

کارشناس مامایی - مربی دانشکده پرستاری و مامایی رشت

افسردگی بعد از زایمان مشکل شایعی می باشد که بر اساس مطالعات طولی و با استفاده از مصاحبه های استاندارد شده روانپزشکی میزان شیوع آن بین ۱۲٪ تا ۱۵٪ برآورد شده است.

این نوع افسردگی یک مشکل زودگذر نیست و گاه تا یکسال یا بیشتر بطول می انجامد و ممکن است تا حاملگی بعدی ادامه یابد. افسردگی بعد از زایمان یک اختلال جدی است، چرا که باعث استرس بیش از حد در فردی که به تازگی مادر شده است می گردد و می تواند آثار طولانی مدت بر رشد هیجانی، رفتاری و شناختی نوزاد بگذارد و نیز ممکن است در بچه های بزرگتر (خواهر - برادرها) مشکلات رفتاری ایجاد کند. همین می تواند سبب استرس در زندگی زناشویی شود و در صورت حل نشدن مشکل امکان جدایی یا طلاق

1- Listening visits

میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان ۱۲٪ تا ۱۵٪ برآورد شده است.

افسردگی بعد از زایمان بود. ملاقات‌های شنیداری در طول حاملگی و فراهم آوردن فرصتهایی برای چنین ملاقات‌هایی در زنان که مشکل روانی درمان نشده قبل از حاملگی دارند کمک کننده می باشد. این مشکلات ممکن است که در پرونده دوران بارداری و مصاحبه قبل از زایمان کمتر مورد توجه قرار گرفته و یادداشت شده باشد. بررسیهای بعمل آمده در زمینه یافتن راههای مؤثر برای کاهش میزان افسردگی در حاملگی نشان داده است که افسردگی حاملگی می تواند با عدم رعایت رفتارهای بهداشتی مانند استعمال سیگار که اثرات مضر بر روی جنین می گذارد، همراه باشد.

مداخلات روانشناختی

آزمایشاتی درباره تأثیر حمایت اجتماعی در طول بارداری وجود داشته است. مطالعاتی درباره حاملگی و تولد بچه در لیستهای سیزده گانه انجام پذیرفت. با این حال این آزمایشات با رویکردهای پیشنهاد شده متفاوت است زیرا هیچکدام از آنها مسایل روانشناختی را هدف قرار نداده اند. ۱۱ مورد آزمایشات در مورد خطرات مامایی و ۲ مورد باقی مانده درباره خطرات اجتماعی بود که در گروه اول نتایج بالینی مثل وزن هنگام تولد و زایمان زودرس بررسی شد. بررسیهای اولیه و بعدی اساساً درباره مسائلی مرتبط به تولد بچه می باشد و درباره افسردگی بعد از زایمان یا اصولاً مسائل روانشناختی بررسی انجام نشده که این خود نکته مهمی می باشد. مدارک نشان میدهند حمایت روانی اجتماعی در

است. واتسون و همکاران^۱ در سال ۱۹۸۴ مشاهده نمودند که $\frac{1}{3}$ کسانی که در سه ماه بعد از زایمان دچار افسردگی شده بودند، افسردگی آنها در طی حاملگی شروع شده بود. گرین و مورای^۲ در سال ۱۹۹۴ گزارش کردند که ۴۲٪ از افرادی که چهار اندوه هنگام حاملگی بودند احساس غمگینی و کج خلقی را بعد از زایمان نیز داشتند و ۷۲٪ از آنان نمره ای که براساس الگوی افسردگی بعد از زایمان ادینبرگ^۳ کسب نمودند به اندازه ۳ برابر نمره EPDS دوران حاملگی شان بوده است.

سایر تحقیقات نشان دهنده این مسئله است که $\frac{2}{3}$ از زنان با نمره بالای $\frac{12}{13}$ منحنی EPDS در ۶ هفته بعد از زایمان، در هفته ۳۴ حاملگی و بعد از زایمان ممکن است ناشی از اختلاف در ابزار مورد استفاده بوده و هم چنین امکان دارد این تفاوتها بازتابی از مطالعات جمعیت های مختلف باشد زیرا کسانی که هم سابقه افسردگی حین حاملگی و هم افسردگی بعد از زایمان دارند بیشتر از کسانی که تنها سابقه افسردگی حین حاملگی و یا افسردگی بعد از زایمان داشتند از وضعیت نامطلوب اجتماعی برخوردارند.

یکی از فواید اثرات مداخلات شنیداری در طول حاملگی احتمالاً به این علت است که در بهبود خلق دوران حاملگی به اندازه بعد از زایمان می تواند مؤثر باشد. افسردگی در طول حاملگی مسئله مهمی بوده اما مورد غفلت واقع شده است، که توجهات بالینی و تحقیقی بیشتری را طلب می کند. این مسئله در نوع خود یک مشکل بسیار مهم است زیرا یک تجربه ناراحت کننده هم برای زن حامله و هم برای افراد فامیل وی محسوب می شود و از آنجائیکه پیش درآمدی برای افسردگی بعد از زایمان می باشد حائز اهمیت است از طرفی افسردگی حین حاملگی رایج است. در مورد بالاتر بودن نمره کسب شده در حاملگی نسبت به بعد از زایمان اتفاق نظر وجود دارد. در حالیکه در مطالعاتی که شیوع افسردگی بعد از زایمان با استفاده از ملاکهای تشخیصی تعیین گردیده اتفاق نظر وجود ندارد. با این حال در این دو مطالعه شیوع افسردگی حین حاملگی بیشتر از

1- Vatson-et al

2- Green and murray

3- Edinborg

مشکل تکمیل شده است و بطور واضح مورد استقبال کارکنان کادر پزشکی و مامایی قرار گرفت و استفاده از آن منجر به افزایش ارجاع مورد‌های روانپزشکی گردید.

۳- عده‌ای از همکاران مامایی بطور واضحی از این مقیاس در حاملگی استفاده کردند (لوی^۴ ۱۹۹۲) و در نهایت به نظر میرسد که خانم‌های باردار پذیرش بیشتری برای ملاقات‌های شنیداری بر اساس مشکلات عاطفی جاری در طول حاملگی دارند. به علت عدم شناخت دقیق فاکتورهای آسیب‌پذیری به افسردگی بعد از زایمان هنوز مشخص نشده است که چه مقیاسی در حاملگی جهت غربالگری زنان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

۴- زنهائیکه در ۳ ماهه سوم حاملگی دچار افسردگی میشوند احتمال ادامه آن بعد از زایمان بیشتر از افرادی است که در ۳ ماهه اول دچار این مشکل می‌گردند. بنابراین توصیه میشود که این جداسازی در اوایل ۳ ماهه سوم صورت گیرد با این حال برخی دیگر پیشنهاد می‌نمایند که بررسی در اوایل حاملگی انجام شود.

زمان مشاوره

در زمینه تعداد ملاقات‌های شنیداری قبل و بعد از زایمان، فواصل آن و اینکه چه مسائلی را باید در آن گنجانند از جمله حمایت اجتماعی، و دُز دارویی در طول درمان باید بررسی‌هایی صورت گیرد. مسلم است که ملاقات‌های قبل از زایمان باید تا دوره بعد از زایمان ادامه یابد. بدون یک مراقبت دلسوزانه در اواخر حاملگی ممکن است مادری که تازه زایمان کرده احساس تنهایی نموده و حس کند که دیگر کسی نگران او نیست. این احساس با زمان حاملگی فرق دارد و مراقبت و حمایت ویژه‌ای را می‌طلبد. به مادر باید اجازه داد که هرچقدر می‌خواهد در مورد حوادث و اتفاقات اتاق درد و زایمان صحبت کند و این مسئله از ضربه‌های هیجانی بعد از تولد نوزاد

حاملگی می‌تواند اثرات مثبتی بر نتایج روانشناختی مثل اندوه دوران بارداری و نگرانی درباره تولد بچه داشته باشد. در برخی از تحقیقات یکی از مسایل مورد ارزیابی تأثیر حمایت گروهی بر روی افرادی است که انتظار می‌رفت افسردگی بعد از زایمان داشته باشند. اعضای گروه ماهی یکبار همدیگر را ملاقات می‌کردند و هدف از دیدارها حمایت اجتماعی و آماده کردن افراد برای پذیرش مسئولیت آینده بود. ۱۲٪ از این افراد در ۲ ماه اول پس از زایمان حدود ۲ هفته دچار افسردگی شدند در صورتیکه در گروه کنترل حدود ۳۳٪ افراد دچار این مسئله گردیدند. یکی از محدودیت‌های این روش عدم تمایل زنهای چندزا برای شرکت در این گروه‌ها بود. در صورتیکه از نظر ابتلا به افسردگی بعد از زایمان تفاوتی در دو گروه نخست‌زا و چندزا وجود ندارد. بنابراین مشاوره باید به نحوی صورت گیرد که قابل قبول و دستیابی باشد.

چگونگی انتخاب زنان برای ملاقات‌های شنیداری:

در مطالعه الیوت و همکارانش^۱ کسانی انتخاب شدند که فاکتورهای مبنی بر آسیب‌پذیری به افسردگی بعد از زایمان را داشتند و یا در تاریخچه قبلی آنها نشانی از اختلالات روانی و یا مشکلات روابط زناشویی ذکر شده بود. در سال ۱۹۸۷ جدول افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ توسط کوکس و همکارانش^۲ تکمیل شد و به نظر می‌رسد احتمالاً روش مناسبتری برای انتخاب زنان جهت ملاقات‌های شنیداری باشد. ۴ دلیل برای پیشنهاد این روش وجود دارد:

۱- مقیاس EPDS به عنوان تنها وسیله انتخاب زنان برای ملاقات‌های شنیداری افسردگی بعد از زایمان بطور موفقیت‌آمیزی مورد استفاده قرار گرفت (ژرارد و همکاران^۳ ۱۹۹۳)

۲- علیرغم اینکه جدول به نام جدول افسردگی بعد از زایمان می‌باشد برای حاملگی هم قابل استفاده است و شاید در واقع بزودی به نام مقیاس پره ناتال ادینبورگ نامیده شود. مورای و کوکس در سال ۱۹۹۰ گزارش کردند که این مقیاس در زنان حامله مورد مطالعه آنها هم قابل قبول بوده و بدون

1- Elliott-etals

2- Cox-etals

3- Gerrard-etals

4- Levy

جلوگیری می‌کند. یکی از مواردیکه به موفقیت ملاقات‌های شنیداری بعد از زایمان کمک می‌کند این است که این ملاقات‌های بعد از زایمان در حداقل زمان ممکن (مثلاً حداکثر تا یک‌ماه) بعد از زایمان در نظر گرفته شود و حتی می‌توان برای مطرح کردن اختلالات روانی بعد از زایمان با یک مشاور روانی مشورت کرد. بنابراین ضرورت وجود یک مامای باتجربه که بتواند در سریع‌ترین زمان ممکن و در آن لحظاتی که زن آشفتگی روحی دارد او را دریابد احساس می‌شود.

نیاز برای ملاقات رسمی:

ماماها باید زنانی را که از سلامت روانی پایینی برخوردارند تشخیص دهند و تعداد ملاقات‌های شنیداری آنان را افزایش دهند. با این وجود برخی از مدارک غیرمستقیم خلاف آنرا بیان می‌نماید. مطالعات انجام شده با استفاده از EPDS جهت غربالگری زنان مبتلا به افسردگی بعد از زایمان نشان می‌دهد که در بیش از ۶۰٪ از نمونه‌ها مراجعین بهداشت از احساس‌های افسردگی زنان در طول بارداری ناآگاه بودند که ممکن است به این دلیل باشد که برای آنها صحبت درباره افسردگی خود با مراقبین بهداشتی دشوار است. استفاده از جدول EPDS ظاهراً این امکان را می‌دهد که فرد راجع به احساسات خود و گاه حتی خلیقات منفی خود صحبت کند حتی وقتی ماماها از مشکلات روانشناختی زن‌ها آگاه باشند دشوار است بتوانند در سیستم حاضر وقت اضافی در اختیار آنها بگذارند. محققین ارتباطی بین مشکلات اجتماعی هیجان زن‌ها و طول مدت ملاقات‌های بعد از زایمان در روش بیماریابی با تست‌های روانشناختی پیدا نکردند و ملاقات‌های شنیداری باعث شناخت موارد افسردگی در زن‌های حامله گردیده و این کمک را به ماما می‌نماید تا برای این بیماران اقدامات سودمند انجام دهند.

نتایج:

در انگلستان اداره تشخیص بهداشت روانی یکی از پنج حوزه کلیدی جهت اجرای راهکار بهداشتی به شمار می‌رود

هدف کاهش بیماری‌های روانی است و مطالعات بر روی اهمیت اجرای تحقیقاتی جهت رسیدن به این هدف تأکید می‌کند. ارتباط زنان با مراکز بهداشتی در طول بارداری و تولد بچه تداوم دارد. بنابراین حاملگی فرصت بسیار مناسبی برای نیازهای روانی زنان و جلوگیری از عوارض روحی است. در سال‌های اخیر تعدادی از محققین متوجه این حقیقت گردیدند که ماماها نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های روانی در طول حاملگی دارند و به پیشگیری از افسردگی‌ها و بالا بردن سلامت روانی در قبل و بعد از زایمان کمک می‌نمایند. به علاوه در گزارشات بدست آمده از متخصصین اظهار شده است که مراقبت‌های خوب مادری علاوه بر سلامت فیزیکی، سلامت روانی را نیز در بر می‌گیرد. از هنگامیکه در زمینه طبی مربوط به وضعیت جسمی زنان بعد از زایمان پیشرفت حاصل شده و این امر با کاهش میزان مرگ و میر مادر و نوزاد در کشورهای پیشرفته همراه بود، به نتایج روانی دوره قبل از زایمان توجهی نشده و لازم است قبل از ملاقات‌های شنیداری هنگام حاملگی ارزیابی دقیق به عمل آید.

هم چنین لازم است نه تنها در زمینه تأثیر ملاقات‌های شنیداری در حاملگی بلکه در مورد چگونگی، وسعت و دقت در شنیدن و نقش مشاوره‌ای ماماها تلاش‌هایی صورت گیرد.

در واقع هدف ماماها این است که در زمینه ملاقات‌های شنیداری در حاملگی نقش بهتری ایفا کنند و اطلاعات بدست آمده حاکی از آن است که چنین مراقبت‌هایی نه تنها مضر نیستند، بلکه ممکن است در زمینه بهبود روانی مادر مؤثر باشند. با در نظر گرفتن نیازهای آموزشی و حمایتی ممکن است ماماها در ایفای نقش خود در زمینه سلامت روانی متمرکز باشند. آنها می‌توانند به عنوان مراقبین بهداشت روان هم در حوزه وظایفشان کار کنند، برای ارتقاء کار عملی خود کوشش نمایند و یافته‌های بدست آمده را منتشر سازند.

منبع:

Cara clement "Listening visit's in pregnancy" a strategy for preventing postnatal depression" Midwifery 1995. 977-80