

ماتایمز

گاهنامه علمی تخصصی/دانشگاه علوم پزشکی ایران / شماره سیزدهم / سال پنجم / تابستان ۱۴۰۵

کبودی

همیشه
آبی نیست



مردها هم

گریه می کنند



رحم

حافظه دارد



بقا در

۱۴۱۹ صفحه



نه؛

کامل ترین

نسخه درمان



راهنمای بخش‌های نشریه

مادرانه



دیگر بر عالم و آدم عیان شده که یکی از بخش‌های مهم در حرفهٔ مامایی، مباحث مربوط به مادر و نوزاد است. اصلاً مگر می‌شود اسم ماما بیاید و حرفی از بارداری نشود؟ در این بخش، در هر شماره قرار است یک مسئلهٔ مربوط به بارداری را به شما آموزش دهیم؛ از بیماری‌های مربوط به دوران بارداری گرفته تا تغییرات این دوران. و البته چون بعد از بارداری به مسائل شیردهی و نوزادی می‌رسیم، مطمئناً این بخش‌ها هم به‌طور کامل پوشش داده خواهند شد.

ژورنالیز



یک ترکیب طلایی از دو واژهٔ «ژورنال» و «آنالیز». تقریباً هیچ شکی در این نیست که در هر رشته‌ای که باشید، لازم است از مقالات معتبر و به‌روز آن رشته آگاهی داشته باشید؛ اما شاید بررسی چندین و چند پایگاه داده در هر روز برایتان مقدور نباشد. پس ما آمده‌ایم تا در این بخش، در هر شماره، یک مقالهٔ جدید و به‌روز و مرتبط با موضوع «حرفه‌ای شو»ی آن شماره را برایتان تحلیل کنیم.

تقاطع



مامایی فقط یک خط مستقیم نیست؛ این رشته در نقطه‌ای با علوم مختلف تلاقی پیدا می‌کند و همین تقاطع‌هاست که نگاه ما را به سلامت مادر و نوزاد کامل‌تر می‌کند. در این بخش، هر شماره سراغ یکی از رشته‌های مرتبط با مامایی می‌رویم و موضوعاتی را بررسی می‌کنیم که در مرز میان این دو علم قرار گرفته‌اند. تقاطع؛ جایی برای دیدن مامایی از زاویه‌ای متفاوت، جایی که رشته‌ها به هم می‌رسند و دانش، کامل‌تر می‌شود.

کتابخونه



بخشی مختص کتاب‌خوان‌ها؛ چه چیزی از این جذاب‌تر؟ از شمارهٔ سوم تصمیم گرفتیم کتاب‌های مفیدی را که دانشجویان دیگر تجربهٔ خواندنشان را داشته‌اند، معرفی کنیم تا شما هم بخوانید و لذت ببرید.

ماماگرافی



هدف از تدوین این بخش، معرفی کامل رشتهٔ مامایی به شما دوستان عزیز است. این معرفی، از بیان تاریخچه تا تعریف گرایش‌های ارشد و دکترا، طرح مامایی، طرح درس‌ها و غیره را دربر می‌گیرد.

حرفه‌ای شو



از آن بخش‌هایی است که خودش دارد می‌گوید اینجا چه خبرهایی است! قرار است در هر شماره، یکی از بیماری‌های زنان، مسائل مربوط به رشد و بلوغ، یائسگی، غربالگری‌ها و در کل هر آنچه به علم زنان مربوط است را از «الف تا ی» برایتان بیاوریم. همچنین افتراق‌های مهم، شاه‌علامت‌های بیماری‌ها، داروهای رایج و هر چیزی که ممکن است حفظ کردنش چالش‌برانگیز و گیج‌کننده باشد را تحت عنوان «نقطه سر خط» بنویسیم؛ تا بتوانید از آن عکس بگیرید یا نسخهٔ چاپی‌اش را به دیوار اتاقتان بزنید و هر روز مرور کنید.

پناه



پناه، زبان یک انسان بی‌زبان است؛ پناه قرار است برایتان از جنین بگوید. از یک انسان کوچک که گاهی فراموش می‌شود یک انسان است. پناه، یک پارادوکس تلخ و شیرین است؛ نوید شادی و برکت تولد و مرثیه‌ای برای تمام قلب‌هایی که از تپش ایستاده‌اند.

جوانه



هدف ما از قرار دادن این بخش در نشریه، آموزش مطالب مربوط به علم جنین و نوزادان، از کل تا جز، است. در این بخش سعی می‌کنیم مطالب منتشرشده، خلاصه‌ای از رفرنس‌های اصلی این درس در رشتهٔ مامایی باشند.

راهنمای بخش‌های نشریه

یا گمراه‌کننده‌اند. همچنین یاد می‌گیریم چگونه با اطلاعات نادرست و باورهای غیرعلمی مواجهه شویم؛ بدون آنکه سوء تفاهمی پیش بیاید.

ویتامینه



تا بوده همین بوده که آدم‌ها، وقت‌هایی که می‌خواهند قوی‌تر شوند، می‌روند سراغ معجون‌های مختلف ویتامینه که در آن‌ها از انواع میوه‌جات تا مغزها و در کل همه خوشمزه‌جات ترکیب شده است تا ما را از همه لحاظ تقویت کند. پس حالا که انقدر به جسم خودمان اهمیت می‌دهیم چرا به حرفه کاریمان نرسیم؟ در هر حرفه‌ای که باشی لازم است برخی مکمل‌های خاص آن حرفه را مصرف کنید. حال این مکمل‌ها چه مواردی هستند؟ معلوم است؛ در وهله اول اخلاق حرفه‌ای.

آن چیزی که برای ایجاد اعتماد بیشتر و وجدان کاری بالاتر بسیار ضروری است؛ اما به جز آن لازم است مطالعات غیردرسی هم داشته باشید؛ فیلم‌های مختلف ببینید؛ به سایت‌های مختلف سر بزنید و الی آخر. در این بخش قرار است در هر شماره، هم اصول و چالش‌های اخلاقی را برایتان بگوییم؛ و هم با معرفی کتاب‌ها، فیلم‌ها، اپلیکیشن‌ها و سایت‌های معتبر، شما را هرچه بیشتر ویتامینه کنیم.

خبرگزاری: تا حالا شده بخواهی در یک کارگاه شرکت کنی، ولی ندانی کدام یک بهتر است؟ یا شده بخواهی خبرهای مهم علمی و افتخارآفرینی‌های پزشکی را یکجا و به صورت خلاصه بخوانی؟ یا حتی بدانی جدیدترین اختراعات در چه حوزه‌هایی بوده‌اند؟ اگر آری، پس بدان که این بخش فقط برای خودت نوشته شده است.

کتابخونه: بخشی مختص کتاب‌خوان‌ها؛ چه چیزی از این جذاب‌تر؟ از شماره سوم تصمیم گرفتیم کتاب‌های مفیدی را که دانشجوهای دیگر تجربه خواندنشان را داشته‌اند، معرفی کنیم تا شما هم بخوانید و لذت ببرید.

مید مارکتینگ



در دنیای دیجیتال و مجازی، یکی از اصول مهم هر کسب و کاری این است که بدانید چگونه در دنیای واقعی و مجازی کسب‌وکار خود را توسعه دهید و جایگاه کاری‌تان را ارتقا ببخشید. در این بخش، اصولی را که باید برای راه اندازی یک کسب‌وکار مجازی رعایت کنید، یاد می‌گیرید. همچنین شیوه‌های مطب‌داری، بازاریابی مامایی و غیره را نیز به شما می‌گوییم تا راحت‌تر بدانید شرح وظایف‌تان چیست، کجاها می‌توانید استخدام شوید و در کل، هر چیزی را که برای ساختن آینده کاری خود نیاز دارید، در اینجا پیدا کنید.

خبرگذاری



تا حالا شده بخواهی در یک کارگاه شرکت کنی، ولی ندانی کدام یک بهتر است؟ یا شده بخواهی خبرهای مهم علمی و افتخارآفرینی‌های پزشکی را یکجا و به صورت خلاصه بخوانی؟ یا حتی بدانی جدیدترین اختراعات در چه حوزه‌هایی بوده‌اند؟ اگر آری، پس بدان که این بخش فقط برای خودت نوشته شده است.

سوء تفاهم



این هم یکی از آن باورهای عجیب و البته رایج! حتماً برایتان پیش آمده که از زبان دوستان، آشنایان یا حتی دنبال‌کنندگان‌تان، باورها و عقایدی درباره سلامت بشنوید و با خودتان بگویید: «واقعاً؟! این دیگر چیست؟ چه کسی اصلاً این را گفته؟»

گاهی در چنین موقعیت‌هایی نمی‌دانیم چگونه به طرف مقابل بگوییم که باورش نادرست است؛ حتی ممکن است خودمان هم درباره درست یا غلط بودن آن مطمئن نباشیم.

در این بخش، سراغ باورها و شایعات رایج درباره سلامت می‌رویم، آن‌ها را با تکیه بر شواهد و دلایل علمی بررسی می‌کنیم و نشان می‌دهیم کدام باورها نادرست

فهرست

ماماگرافی

بقادر ۱۴۱۹ صفحه ۱۲

حرفه ای شو

کبودی همیشه آبی نیست ۱۶

مردها هم گریه می کنند ۱۸

ژورنالیز

رحم حافظه دارد ۲۱

مادرانه

خشونت؛ تهدیدی برای دوزندگی ۲۶

پشت درهای بسته چه کسی حامی است؟ ۲۹

تقاطع

تغییرات بیومکانیکی در بارداری و اختلالات اسکلتی-عضلانی مرتبط ۳۲

آزمونی کوچک، آینده ای بزرگ ۳۸

مادر شدم اما حال خوب نیست ۴۰

جوانه

ترک؛ آغاز یک نبرد پنهان ۵۲

وقتی مغز، قربانی خاموش خشونت می شود ۵۶

سوء تفاهم

وقتی علم پای صحبت مادر بزرگ ها می نشیند ۵۹

میدمارکتینگ

از اتاق زایمان تا اتاق مدیریت ۶۷

پناه

سقط؛ روایتی که همیشه پزشکی نیست ۶۹

ویتامینه

نه؛ کامل ترین نسخه درمان ۷۵

وقتی زایمان آغاز یک داستان نیست ۸۱

کتابخونه

معرفی کتاب قوانین مغز برای کودکان ۸۴

خبرگزاری

آنچه علم می گوید و بازار پنهان می کند ۸۶

مشخصات

نام نشریه: ماماتایمز

زمینه نشریه: علمی-تخصصی

شماره مجوز: ۲۹۹۷/۱۲۰/د/۱۴۰۰

شماره: سیزدهم

دوره انتشار: گاهنامه

نحوه انتشار: چاپی و الکترونیکی

راه‌های ارتباطی (تلگرام/بله/اینستاگرام): @Mamatimes_iums

نام صاحب امتیاز:

الیکا عباس زادگان



مدیرمسئول:

الیکا عباس زادگان



سر دبیران:

هانیه دریائی



الیکا عباس زادگان



طراح جلد:

مبینا مصطفایی



صفحه آرا:

پارسا زینلی



طراح لوگو:

دنیا بهرامی هزاوه



ویراستاران:

بهاره بختیاری



مقدسه معصومیان



سخن سر دیر

ماماتایمز به شماره سیزدهم رسید. شماره‌ای که در آن خبری از لطافت زنانه و آن طبع دلنشین مامایی نیست؛ این بار قرار است از موضوعی مهم سخن بگوییم. موضوعی که قدمتی به اندازه تاریخ حیات بشریت و جنون قدرت دارد. پرونده‌ای که تا سالیان سال مسکوت مانده بود و این جنبش‌های مختلف قرن‌های ۱۹ و ۲۰ بودند که غبار را از این بخش خاک گرفته تاریخ برداشتند. روندی که شاید با کنوانسیون بلم دو پارا، مصوب ۱۹۹۴ شناخته شده باشد؛ قدیمی‌ترین سند الزام آور تخصصی در زمینه منع خشونت علیه زنان.

در این شماره از خشونت خواهیم گفت؛ همان صفحه تاریکی که یادآوری می‌کند به عنوان یک ماما؛ گاهی لابه‌لای دفتر زندگی مراجعینت، غرق در عمق تاریک یک اقیانوس می‌شوی. سیاه‌چاله‌ای که ناگزیر از روشن کردن آن خواهی بود.

پس خواندن این شماره مهم را از دست ندهید؛ کسی چه می‌داند؟ شاید برای شما هم اتفاق بیفتد!



ارادتمند؛ الیکا عباس زادگان

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی؛

گرایش زنان آسیب‌پذیر و پرخطر

سخن سر دبیر

گاهی یک زن با زخمی روی بدنش به ما مراجعه نمی‌کند؛ با سکوتش مراجعه می‌کند.

خشونت علیه زنان همیشه با نشانه‌ای آشکار همراه نیست. گاهی پشت اضطراب، سکوت، ترس، تغییر رفتار یا حتی یک لبخند پنهان می‌شود. شاید به همین دلیل است که دیدن و شنیدن زنی که خشونت را تجربه کرده، به چیزی فراتر از دانش پزشکی نیاز دارد؛ به دقت، همدلی و نگاهی بدون قضاوت.

در بسیاری از موقعیت‌ها، ماما از نخستین افرادی است که فرصت ارتباط نزدیک و گفت‌وگو با زن را پیدا می‌کند. همین فرصت می‌تواند اهمیت زیادی داشته باشد؛ فرصتی برای دیدن نشانه‌هایی که شاید در نگاه اول دیده نشوند، برای شنیدن بدون قضاوت و برای اینکه زن احساس کند در این مسیر تنها نیست.

در این شماره، تلاش کردیم از زاویه‌ای متفاوت به خشونت علیه زنان نگاه کنیم؛ نه فقط از دریچه آسیب‌ها و پیامدهای آن، بلکه از دریچه زنی که این تجربه را از سر گذرانده و نقشی که ما، به عنوان ماما، در حمایت از او می‌توانیم داشته باشیم.

شاید نتوانیم همیشه تمام زخم‌ها را درمان کنیم، اما می‌توانیم یاد بگیریم بعضی زخم‌ها را زودتر ببینیم، بعضی سکوت‌ها را بهتر بشنویم و در لحظه‌ای که یک زن بیش از همیشه به احساس امنیت نیاز دارد، کنار او باشیم.

این شماره را به زنانی تقدیم می‌کنیم که شاید صدایشان شنیده نشده است؛ و به تمام کسانی که تلاش می‌کنند این سکوت، پایان داستان نباشد.



سر دبیر نشریه ماماتایمز: هانیه دریائی
دانشجوی کارشناسی مامایی ورودی ۴۰۳

کند: سلامت قاعدگی فقط به این پرسش مربوط نیست که «آیا زن می‌داند چه کاری باید انجام دهد؟» بلکه باید پرسید آیا شرایط انجام دادن آن را هم دارد؟

◀ سلامت، فقط انتخاب فرد نیست

یکی از مفاهیم مهم در جامعه‌شناسی پزشکی، توجه به شرایط اجتماعی شکل دهنده سلامت است. سلامت را نمی‌توان صرفاً نتیجه انتخاب‌های فردی دانست. درآمد، آموزش، محل زندگی، شرایط کار، دسترسی به خدمات و زیرساخت‌های بهداشتی، همگی بر فرصت افراد برای مراقبت از خود اثر می‌گذارند.

قاعدگی نمونه ساده و روشنی از این مسئله است.

اگر زنی محصول مناسب در اختیار نداشته باشد، اگر در محل کار یا دانشگاه امکان تعویض آن را نداشته باشد، اگر به آب و سرویس بهداشتی مناسب دسترسی نداشته باشد یا اگر به دلیل تابوهای اجتماعی نتواند درباره درد و تغییرات بدن خود صحبت کند، مشکل را نمی‌توان صرفاً به «تصمیم فرد» نسبت داد.

یونیسف نیز سلامت قاعدگی را در پیوند با فقر، نابرابری جنسیتی، هنجارهای فرهنگی، دسترسی به امکانات بهداشتی، آموزش و خدمات می‌بیند (UNICEF, n.d).

به این ترتیب، قاعدگی به یکی از نقاطی تبدیل می‌شود که در آن می‌توان نابرابری سلامت را در زندگی روزمره دید؛ نه در قالب یک آمار دور از دسترس، بلکه در تجربه‌ای که هر ماه تکرار می‌شود.

◀ بدن، پیش از آنکه بیمار شود

از منظر پزشکی، توجه به قاعدگی فقط زمانی اهمیت دارد که مشکلی ایجاد شده باشد. شناخت الگوی معمول چرخه و توجه به تغییرات آن می‌تواند بخشی از مراقبت از سلامت باشد. البته هر تغییر در چرخه به معنای بیماری نیست، اما تغییرات پایدار، درد قابل توجه یا خونریزی غیرمعمول می‌تواند نیازمند بررسی پزشکی باشد (WHO, 2026).

این موضوع در ایران نیز اهمیت دارد. مرور نظام‌مند و فراتحلیلی از ۳۵ مطالعه در ایران، شیوع قابل توجه اختلالات قاعدگی را گزارش کرده و بر اهمیت توجه به آنها در خدمات سلامت باروری تأکید کرده است (Omani Samani et al, 2018).

Panberes



اگر می‌خواهید در این مسیر همراه بنده روز باشید QR کد را اسکن کنید

نور امیدی روشن کن

به مناسبت روز جهانی بهداشت قاعدگی با خرید تو، نوری در زندگی یک زن دیگر روشن می‌شود.

◀ قاعدگی؛ وقتی یک مسئله شخصی، اجتماعی می‌شود

یادداشت حامی: این متن با همکاری برند پنبه‌ریز تهیه شده است.

قاعدگی در بدن اتفاق می‌افتد، اما تجربه آن فقط به بدن مربوط نیست.

برای یک زن، خرید محصول بهداشت قاعدگی ممکن است بخشی عادی از خریدهای ماهانه باشد. برای زن دیگری، هزینه همین محصول می‌تواند به معنای انتخاب میان یک نیاز ضروری و نیاز ضروری دیگری باشد. یک دانشجو ممکن است در دانشگاه به آب، سرویس بهداشتی و امکان تعویض محصول دسترسی داشته باشد؛ دیگری ممکن است ساعت‌ها با محدودیت‌های همین امکانات روبه‌رو باشد. برای بعضی زنان، صحبت درباره درد و تغییرات قاعدگی بخشی عادی از مراجعه به پزشک یا ماما است؛ برای بعضی دیگر، شرم و تابو مانع سؤال کردن می‌شود.

بدن‌ها یک فرایند زیستی مشابه را تجربه می‌کنند، اما شرایط اجتماعی می‌تواند این تجربه را کاملاً متفاوت کند.

همین‌جا است که قاعدگی از یک موضوع صرفاً پزشکی به یک مسئله سلامت عمومی تبدیل می‌شود.

سازمان جهانی بهداشت، سلامت قاعدگی را فقط به بهداشت هنگام خونریزی محدود نمی‌کند. دسترسی به اطلاعات درست، محصولات مناسب و مقرون‌به‌صرفه، آب و امکانات بهداشتی، خدمات سلامت و امکان تجربه قاعدگی بدون شرم و انگ، همگی بخشی از سلامت قاعدگی محسوب می‌شوند (WHO, 2026).

این تعریف، یک تغییر مهم در نگاه به مسئله ایجاد می‌کند.

در این میان، ماما جایگاه ویژه‌ای دارد. ماما می‌تواند یکی از نخستین

متخصصانی باشد که زن در مسیر شناخت

بدن، سلامت قاعدگی و سلامت باروری با او گفت‌وگو می‌کند. این ارتباط فقط انتقال اطلاعات پزشکی نیست؛ فرصتی برای شنیدن تجربه زیسته زن، تشخیص به موقع، آموزش و ارجاع مناسب نیز هست.

اما یک نکته مهم باقی می‌ماند: حتی بهترین مراقبت پزشکی هم در خلأ اجتماعی اتفاق نمی‌افتد.

• فقر قاعدگی؛ وقتی نابرابری دیده می‌شود

فقر قاعدگی معمولاً با ناتوانی در خرید محصولات بهداشتی شناخته می‌شود، اما مسئله گسترده‌تر از آن است. دسترسی به آب و امکانات بهداشتی، اطلاعات، خدمات سلامت و محیطی که فرد بتواند بدون شرم درباره قاعدگی صحبت کند نیز بخشی از آن است.

در چنین نگاهی، محصول بهداشتی فقط یک کالای مصرفی نیست؛ یکی از ابزارهای دسترسی به سلامت است.

البته تأمین محصول به تنهایی مسئله را حل نمی‌کند. اگر زنی محصول داشته باشد اما به سرویس بهداشتی مناسب دسترسی نداشته باشد، اگر اطلاعات لازم را نداشته باشد یا اگر نتواند برای یک علامت غیرطبیعی به متخصص مراجعه کند، همچنان بخشی از نیاز سلامت او بی‌پاسخ مانده است.

به همین دلیل، فقر قاعدگی مسئله‌ای چندبعدی است و کاهش آن نیز به همکاری نظام سلامت، سیاست‌گذاران، نهادهای آموزشی، سازمان‌های اجتماعی و بخش خصوصی نیاز دارد.

• وقتی یک برند، مسئله را از نزدیک می‌بیند

برای پنبه‌ریز، این بحث از یک واقعیت ساده شروع می‌شود: ما محصولی تولید می‌کنیم که زنان به‌طور منظم و در تمام طول زندگی باروری خود به آن نیاز دارند.

این ارتباط مستقیم با یک نیاز اساسی، به تدریج پرسش بزرگ‌تری را ایجاد کرد: اگر همه زنان به یک اندازه امکان تأمین این نیاز را نداشته باشند، سهم ما در این مسئله چیست؟

پنبه ریز تصمیم گرفت این سهم را فقط به تولید و عرضه محصول محدود نکند.

«نور امید» یکی از اقداماتی است که از همین نگاه شکل گرفت؛ طرحی که با مشارکت مصرف‌کنندگان، به تأمین محصولات بهداشت قاعدگی برای زنان در مناطق کم‌برخوردار کمک می‌کند. با هر خرید نواربهداشتی لطیف، پنبه‌ریز یک پد به مناطق کم‌برخوردار ارسال می‌کند. تاکنون بیش از ۲۶۶ هزار محصول از طریق این طرح ارسال شده و بیش از ۷۶۴۰ نفر در آن مشارکت کرده‌اند.

اما شاید مهم‌تر از عددها، مسئله‌ای باشد که این تجربه برای ما روشن‌تر کرد: فقر قاعدگی زمانی می‌تواند موضوع اقدام اجتماعی قرار بگیرد که ابتدا به عنوان یک مسئله دیده و درباره آن صحبت شود.

به همین دلیل، پنبه‌ریز تلاش کرده است در کنار اقدامات دسترسی، درباره فقر قاعدگی نیز گفت‌وگو کند و آن را از یک مسئله پنهان و شخصی، به موضوعی قابل طرح در فضای عمومی تبدیل کند.

این اقدامات نه جایگزین سیاست عمومی‌اند و نه ادعای حل مسئله دارند. یک برند نمی‌تواند به تنهایی زیرساخت‌های بهداشتی، دسترسی برابر به خدمات سلامت یا نابرابری اقتصادی را حل کند. اما بخش خصوصی می‌تواند در حوزه‌ای که مستقیماً با محصول و فعالیتش مرتبط است، بخشی از منابع و ظرفیت خود را به کاهش یک نابرابری اختصاص دهد.

برای پنبه‌ریز، این همان معنای «بخشی از حل مسئله بودن» است: نه ادعای حل یک مسئله ساختاری، بلکه پذیرفتن سهم خود در آن.

• سلامت زنان، پیش از هر نقش دیگری

سلامت زنان را نباید فقط از دریچه مادری، خانواده یا فرزندآوری دید. سلامت، پیش از هر نقش اجتماعی دیگری، یک حق فردی است.

در عین حال، سلامت زنان یکی از اجزای سلامت عمومی است و سلامت باروری نیز بخشی از سلامت در طول زندگی محسوب می‌شود. بنابراین می‌توان هم بر ارزش مستقل سلامت زنان تأکید کرد و هم پیامدهای گسترده‌تر آن را برای جامعه دید، بدون آنکه یکی را به دیگری تقلیل دهیم.

قاعدگی شاید یکی از روزمره‌ترین تجربه‌های بدن زنان باشد، اما همین روزمرگی آن را به نقطه مهمی برای دیدن نابرابری‌های سلامت تبدیل می‌کند.

اینکه چه کسی می‌تواند محصول بخرد، چه کسی به آب و امکانات بهداشتی دسترسی دارد، چه کسی اطلاعات درست دریافت می‌کند و چه کسی می‌تواند بدون ترس و شرم برای دریافت مراقبت اقدام کند، فقط به بدن او مربوط نیست.

قاعدگی در بدن یک زن اتفاق می‌افتد؛ اما شرایطی که در آن تجربه می‌شود، اجتماعی است.

و شاید جدی گرفتن سلامت قاعدگی، از همین جا آغاز شود: از دیدن هم‌زمان بدن، تجربه زیسته و ساختارهایی که فرصت مراقبت از سلامت را برای همه یکسان توزیع نمی‌کنند.

♦ منابع:

1. World Health Organization. (2026, June 18). Menstrual health. World Health Organization.
2. United Nations Children's Fund (UNICEF). (n.d.). Menstrual hygiene. UNICEF.
3. Omani Samani, R., Almasi Hashiani, A., Razavi, M., Vesali, S., Rezaeinejad, M., Maroufizadeh, S., & Sepidarkish, M. (2018). The prevalence of menstrual disorders in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 16(11), 665-678.

Panberes

همکار گرامی و مامای عزیز،

بهترین و بهروزترین منابع تخصصی مامایی و پزشکی را یکجا داشته باشید.

سایت بوک‌تپ؛ مرجع تخصصی تامین کتاب‌ها و جزوات معتبر پزشکی و مامایی



ارسال سریع به سراسر کشور 🚀
ضمانت اصالت و کیفیت چاپ ✅
تخفیف‌های ویژه جامعه مامایی ⭐

همین حالا سفارش دهید: **BookTeb.com**



پشتیبانی و تلگرام/ایتا:
091236655763

اسکن برای بازدید
BookTeb.com





بقادر ۱۴۱۹ صفحه

نویسنده:

کیمیا طاعتی دانشجوی کارشناسی مامایی
دانشگاه علوم پزشکی اراک



چگونه ویلیامز را بخوانیم تا واقعاً یاد بگیریم؟

«وقتی اسم ویلیامز می‌آید، خیلی از دانشجویها قبل از اینکه حتی صفحه اول کتاب را باز کنند، از حجمش می‌ترسند! بعضی‌ها هم بعد از چند صفحه مطالعه، احساس می‌کنند چیزی یادشان نمانده و تصور می‌کنند مشکل از حافظه‌شان است. اما واقعیت این است که ویلیامز قرار نیست حفظ شود؛ قرار است فهمیده شود. اگر روش درست مطالعه این رفرنس را یاد بگیرید، دیگر در میان صدها صفحه آن سردرگم نخواهید شد. در این شماره، قدم به قدم یاد می‌گیریم چگونه ویلیامز را به منبعی کاربردی برای امتحان، پژوهش و مهم‌تر از همه، تصمیم‌گیری در بالین تبدیل کنیم.»

بارداری و زایمان ویلیامز یکی از معتبرترین و شناخته‌شده‌ترین منابع زنان و مامایی در جهان است. این کتاب تنها مجموعه‌ای از اطلاعات علمی نیست، بلکه به شما یاد می‌دهد در موقعیت‌های واقعی چگونه فکر کنید، شرایط مادر و جنین را تحلیل کنید و بر اساس شواهد، بهترین تصمیم بالینی را بگیرید. به همین دلیل، شیوه مطالعه آن با بسیاری از کتاب‌های درسی تفاوت دارد.

مهم‌ترین اصل در مطالعه ویلیامز این است که آن را مفهومی بخوانید، نه حفظی. هدف این کتاب، حفظ کردن مراحل زایمان، انواع وضعیت‌های جنین یا اندیکاسیون‌های سزارین نیست؛ بلکه درک منطق این اتفاقات است. ابتدا روند طبیعی را بشناسید، سپس بررسی کنید که بیماری یا عارضه چگونه این روند را مختل می‌کند و در هر مرحله، چه تصمیمی باید گرفته شود. وقتی «چرایی» یک موضوع را درک کنید، به خاطر سپردن جزئیات نیز بسیار آسان‌تر خواهد شد.

برای مثال، هنگام مطالعه فصل زایمان طبیعی، فقط مراحل زایمان را حفظ نکنید. چشمانتان را ببندید و مادری را تصور کنید که وارد اتاق زایمان شده است. با شروع انقباضات، دهانه رحم چگونه تغییر می‌کند؟ سر جنین چگونه پیشروی می‌کند؟ شما به عنوان ماما در هر مرحله چه ارزیابی‌ها و مراقبت‌هایی انجام می‌دهید؟

اگر روند زایمان از حالت طبیعی خارج شود، اولین نشانه چیست و چه اقدامی باید انجام دهید؟ این تجسم ذهنی باعث می‌شود مطالب را به جای حفظ کردن، عمیق و ماندگار یاد بگیرید.

قبل از شروع هر فصل چه کنیم؟

یکی از اشتباهات رایج دانشجویان این است که مطالعه را بلافاصله با خواندن خطبه خط متن آغاز می‌کنند. درحالی‌که بهتر است ابتدا در ۵ تا ۱۰ دقیقه، عنوان‌ها، زیرعنوان‌ها، تصاویر، جداول و الگوریتم‌های فصل را مرور کنید. این کار مانند نگاه کردن به نقشه قبل از شروع یک سفر است؛ مسیر کلی را به شما نشان می‌دهد و باعث می‌شود هنگام مطالعه، ارتباط بین مطالب را بهتر درک کنید. در مرحله بعد، هدف خود را از مطالعه مشخص کنید. آیا برای امتحان پایان‌ترم مطالعه می‌کنید؟ می‌خواهید برای کارآموزی آماده شوید؟ یا هدفتان آمادگی برای آزمون کارشناسی ارشد است؟ دانستن هدف، به شما کمک می‌کند مطالب را با دقت و تمرکز بیشتری دنبال کنید. پیش از آنکه متن فصل را بخوانید، سعی کنید بایک سؤال وارد آن شوید، نه صرفاً باهدف خواندن کتاب. از خودتان بپرسید: «دیابت بارداری چرا ایجاد می‌شود؟»، «پره اکلامپسی چگونه بر مادر و جنین اثر می‌گذارد؟» یا «اگر این بیماری درمان نشود، چه پیامدهایی خواهد داشت؟» زمانی که ذهن شما از ابتدا به دنبال پاسخ باشد، مطالعه فعال‌تر، هدفمندتر و ماندگارتر خواهد شد. هنگام مطالعه چگونه فکر کنیم؟

در زمان مطالعه، همیشه از روند طبیعی شروع کنید. ابتدا فیزیولوژی طبیعی را به خوبی درک کنید، سپس بررسی کنید بیماری یا عارضه چگونه این تعادل را برهم می‌زند. بعد از آن به علائم، روش‌های تشخیص، مراقبت‌ها و درمان برسید. این ترتیب باعث می‌شود مطالب در ذهن شما به صورت یک زنجیره منطقی ثبت شوند، نه مجموعه‌ای از اطلاعات پراکنده. در طول مطالعه، همواره چند سؤال کلیدی را از خود بپرسید:

چرا این اتفاق رخ می‌دهد؟

اگر شرایط مادر یا جنین تغییر کند، تصمیم من چه خواهد بود؟

در این شرایط، نقش ماما چیست؟



برای مثال، هنگام مطالعه دیابت بارداری، مادری را تصور کنید که نتیجه تست غربالگری او غیرطبیعی شده است. از خود بپرسید: مرحله بعد چیست؟ چگونه تشخیص را تأیید می‌کنم؟ چه آموزش‌هایی باید به مادر بدهم؟ کنترل قند خون چگونه انجام می‌شود؟ چه مراقبت‌هایی در دوران بارداری لازم است و در چه شرایطی باید بارداری خاتمه یابد؟ یا هنگام مطالعه پره اکلامپسی، بیماری را تصور کنید که با فشارخون بالا، سردرد و تاری دید مراجعه کرده است. چه علائمی را ارزیابی می‌کنید؟ چه آزمایش‌هایی درخواست می‌شود؟ شدت بیماری چگونه تعیین می‌شود و در چه شرایطی باید ختم بارداری را در نظر گرفت؟ در مبحث خونریزی‌های بارداری نیز ابتدا علت خونریزی را مشخص کنید، سپس مراحل ارزیابی مادر، بررسی وضعیت جنین، اقدامات اولیه و درمان را به ترتیب در ذهن مرور کنید. این شیوه مطالعه باعث می‌شود به جای حفظ کردن مطالب، مسیر تصمیم‌گیری را یاد بگیرید.

چه بخش‌هایی را هایلایت کنیم؟

یکی از اشتباهات رایج دانشجویان این است که تقریباً تمام صفحات کتاب را هایلایت می‌کنند؛ در نتیجه هنگام مرور، هیچ نکته‌ای از بقیه متمایز نیست. در ویلیامز فقط بخش‌هایی را علامت‌گذاری کنید که واقعاً ارزش مرور سریع دارند، از جمله:

- الگوریتم‌های تصمیم‌گیری
- اندیکاسیون‌ها و کنترااندیکاسیون‌ها
- عوامل خطر مهم
- نکات بالینی
- هشدارها و موارد اورژانسی
- اعداد، معیارها و طبقه‌بندی‌های مهم
- به خاطر داشته باشید که هایلایت کردن باید ابزار مرور باشد، نه رنگ‌آمیزی کتاب.
- خلاصه‌نویسی؛ هر فصل در یک صفحه
- پس از پایان هر فصل، کتاب را ببندید و تلاش کنید مطالب را با زبان خودتان خلاصه کنید. بهترین روش این است که هر فصل را تنها در یک صفحه جمع‌بندی کنید.
- اگر بتوانید یک فصل چند ده صفحه‌ای را در یک صفحه خلاصه کنید، یعنی ارتباط بین مفاهیم را به خوبی درک کرده‌اید.

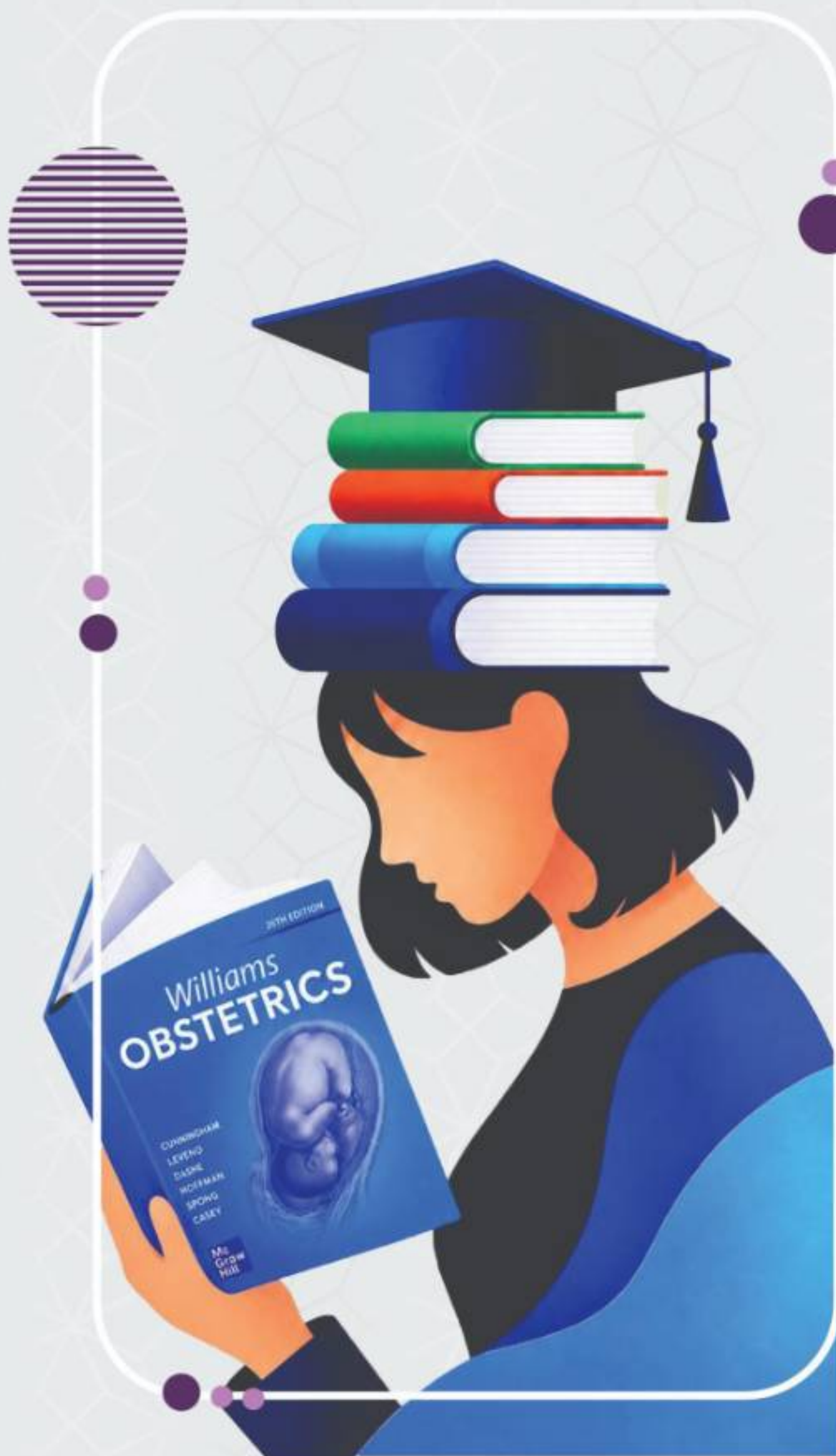
برای همه بیماری‌ها از یک الگوی ثابت استفاده کنید:



اگر من کنار تخت این بیمار باشم، بر چه اساسی تصمیم می‌گیرم؟

پاسخ‌دادن به این سؤال‌ها، ذهن شما را از حفظ کردن مطالب به سمت تفکر بالینی هدایت می‌کند؛ همان مهارتی که ویلیامز تلاش می‌کند آن را در شما پرورش دهد.

تجسم بالینی؛ ویلیامز را در ذهن خود «زندگی» کنید. یکی از مؤثرترین روش‌های یادگیری در علوم پزشکی، تجسم بالینی است. هر مبحث را به یک بیمار واقعی تبدیل کنید و سعی کنید خودتان را در موقعیت تصمیم‌گیری قرار دهید. هرچه بتوانید مطالب کتاب را به یک سناریوی واقعی پیوند بزنید، یادگیری عمیق‌تر، کاربردی‌تر و ماندگارتر خواهد شد.





تفاوت‌ها را یاد بگیرید، نه فقط شباهت‌ها

بسیاری از سؤال‌های امتحانی و حتی تصمیم‌های بالینی، بر پایه تشخیص تفاوت بیماری‌های مشابه است. بنابراین، برای خودتان جدول‌های مقایسه‌ای تهیه کنید. برای مثال:

- پره اکلامپسی و اکلامپسی
- جفت سرراهی و دکولمان جفت
- دیابت بارداری و دیابت پیش از بارداری
- تهدید به زایمان زودرس و زایمان زودرس
- نوشتن این تفاوت‌ها در قالب جدول یا نمودار، مرور مطالب را بسیار سریع‌تر و مؤثرتر خواهد کرد.
- از رسم شکل و نمودار غافل نشوید
- همه مطالب را نمی‌توان فقط با خواندن متن یاد گرفت. گاهی یک شکل ساده، مفهومی را بهتر از چند صفحه توضیح می‌دهد. حرکت جنین در کانال زایمانی، مراحل زایمان، نزول سر، مسیر پاتوفیزیولوژی پره اکلامپسی یا مکانیسم ایجاد دیابت بارداری را برای خودتان رسم کنید. مغز تصاویر را بسیار بهتر از متن‌های طولانی به خاطر می‌سپارد و همین موضوع، یادگیری را عمیق‌تر و ماندگارتر می‌کند.

ویلیامز را با کارآموزی بخوانید

یکی از بزرگ‌ترین اشتباهات دانشجویان این است که مطالعه ویلیامز را از محیط بالین جدا می‌کنند. درحالی‌که بهترین زمان برای یادگیری هر مبحث، زمانی است که آن را در بخش زنان، زایشگاه یا درمانگاه مشاهده کرده‌اید. اگر امروز بیماری مبتلا به پره اکلامپسی، دیابت بارداری یا خونریزی پس از زایمان را در بخش دیدید، همان شب فصل مربوط به آن را در ویلیامز مطالعه کنید. هنگام خواندن، وضعیت بیمار را با مطالب کتاب تطبیق دهید و از خود بپرسید: آیا علت بیماری را می‌دانم؟ چرا این درمان انتخاب شده است؟ اگر شرایط بیمار تغییر کند، تصمیم بعدی چیست؟ این روش که با عنوان یادگیری به موقع شناخته می‌شود، یکی از مؤثرترین شیوه‌های آموزش در علوم پزشکی است؛ زیرا دانش نظری را مستقیماً به تجربه بالینی پیوند می‌دهد و باعث می‌شود مطالب برای مدت طولانی‌تری در ذهن باقی بمانند.

تعریف → علت و عوامل خطر → پاتوفیزیولوژی → علائم
→ تشخیص → درمان → عوارض → مراقبت‌های مامایی

این ساختار علاوه بر منظم کردن ذهن، مرور مطالب را در روزهای نزدیک به امتحان یا آزمون کارشناسی ارشد بسیار آسان‌تر می‌کند.

چگونه مطالب را مرور کنیم؟

یادگیری واقعی با یک‌بار مطالعه اتفاق نمی‌افتد. مرورهای منظم و فاصله‌دار، مطالب را از حافظه کوتاه‌مدت به حافظه بلندمدت منتقل می‌کنند. یک برنامه ساده و مؤثر می‌تواند به این شکل باشد:

- مرور اول: تا ۲۴ ساعت پس از مطالعه، خلاصه فصل را مرور کنید.

- مرور دوم: حدود یک هفته بعد، کتاب را ببندید و مطالب را با زبان خودتان بازگو کنید.

- مرور سوم: حدود یک ماه بعد، با حل تست یا تحلیل یک کیس بالینی، میزان یادگیری خود را ارزیابی کنید.

اگر هنگام مرور متوجه شدید بخشی را فراموش کرده‌اید، نگران نباشید. این کاملاً طبیعی است و اتفاقاً همان بخشی است که باید دوباره روی آن تمرکز کنید.

بین فصل‌ها ارتباط برقرار کنید

بین فصل‌ها ارتباط برقرار کنید

ویلیامز مجموعه‌ای از فصل‌های مستقل نیست؛ بلکه شبکه‌ای از مفاهیم به هم پیوسته است. هرچه این ارتباط‌ها را بهتر درک کنید، یادگیری شما عمیق‌تر خواهد شد. برای مثال، هنگام مطالعه دیابت بارداری، ارتباط آن را با ماکروزومی، دیستوشی شانه، خونریزی پس از زایمان و مراقبت از نوزاد در نظر بگیرید. یا در مبحث پره اکلامپسی، ارتباط آن را با محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس، ختم بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان بررسی کنید. وقتی مطالب را به این شکل مطالعه می‌کنید، کتاب از مجموعه‌ای از فصل‌های جداگانه به یک نقشه ذهنی منسجم تبدیل می‌شود.

- روز چهارم: تطبیق مطالب با یک کیس بالینی یا تجربه کارآموزی

- پایان هفته: مرور نکات هایلایت شده، جداول، تصاویر و خلاصه‌ها

حتی اگر زمان محدودی دارید، سعی کنید این چرخه را برای هر فصل حفظ کنید. استمرار، بسیار مهم‌تر از مطالعه فشرده و مقطعی است.

ماماگرافی | اشتباهات رایج در مطالعه ویلیامز
بسیاری از دانشجویان، بدون آنکه متوجه باشند، با چند اشتباه ساده روند یادگیری خود را دشوار می‌کنند:
_ مطالعه خط به خط کتاب باهدف حفظ کردن مطالب
_ هایلایت کردن بخش زیادی از صفحات کتاب
_ بی‌توجهی به تصاویر، جداول و الگوریتم‌های تصمیم‌گیری

_ مطالعه بدون تجسم یک بیمار یا سناریوی واقعی
_ جدا کردن مطالعه کتاب از تجربه‌های کارآموزی
_ نداشتن خلاصه‌نویسی و مرورهای منظم
_ مطالعه فصل‌ها به صورت پراکنده و بدون ارتباط دادن آن‌ها به یکدیگر
_ چندین بار خواندن یک فصل، بدون اینکه بتوانید آن را با زبان خودتان توضیح دهید
اگر هنگام مطالعه متوجه شدید یکی از این اشتباهات را انجام می‌دهید، نگران نباشید. اصلاح روش مطالعه، مهم‌تر از افزایش ساعت مطالعه است.

سخن پایانی

هدف از مطالعه ویلیامز فقط موفقیت در امتحان یا آزمون کارشناسی ارشد نیست؛ بلکه آماده‌شدن برای تصمیم‌گیری درست و حرفه‌ای در بالین است. هنگام مطالعه، به جای حفظ مطالب، منطق تصمیم‌های بالینی، علت یافته‌ها و ارتباط میان مفاهیم را درک کنید. طبیعی است که در مطالعه اول همه مطالب را کامل متوجه نشوید؛ ویلیامز با هر بار مرور و همراه شدن با تجربه بالینی، معنای عمیق‌تری پیدا می‌کند.

ویلیامز را حفظ نکنید؛ آن را بفهمید و در بالین به کار ببرید. هدف این است که بتوانید میان دانش علمی، تجربه بالینی و تصمیم‌گیری حرفه‌ای ارتباط برقرار کنید و در نهایت، مراقبتی آگاهانه، ایمن و مؤثر برای مادر و نوزاد ارائه دهید.



اگر هدفتان آزمون کارشناسی ارشد است...
اگر برای آزمون کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی می‌کنید، بهتر است زمان بیشتری را به فصل‌های پایه و پرتکرار اختصاص دهید. مباحثی مانند فیزیولوژی بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان طبیعی، دیستوشی‌ها، اختلالات فشارخون و پره اکلامپسی، دیابت بارداری، خونریزی‌های نیمه اول و دوم بارداری، زایمان زودرس، خونریزی پس از زایمان و بارداری چندقلویی از جمله فصل‌هایی هستند که معمولاً اهمیت بیشتری دارند. البته این به معنای حذف سایر فصل‌ها نیست. ویلیامز یک منبع جامع است و موفقیت در آزمون، نتیجه مطالعه منظم و پیوسته همه مباحث خواهد بود. تفاوت فقط در میزان زمانی است که برای مرور هر فصل در نظر می‌گیرید.

یک برنامه نمونه برای مطالعه ویلیامز
داشتن یک برنامه منظم، مطالعه را هدفمندتر و از فراموشی مطالب جلوگیری می‌کند. نمونه‌ای از یک برنامه هفتگی می‌تواند به شکل زیر باشد:
- روز اول: مطالعه فصل و درک مفاهیم اصلی
- روز دوم: تکمیل مطالعه و خلاصه‌نویسی
- روز سوم: مرور خلاصه‌ها و پاسخ به چند سؤال یا تست



کبودی همیشه آبی نیست

نویسنده:

حبیبه رنجبر دانشجو کارشناسی مامایی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز ورودی ۴۰۲

خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی

خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی از چالش‌های بزرگ بهداشت عمومی در سطح جهان و از مصادیق آشکار نقض حقوق بشر هستند. اگرچه در گذشته این پدیده‌ها بیشتر به عنوان مسائل حقوقی یا خانوادگی مطرح می‌شدند، امروز در چارچوب‌های نوین پزشکی و همه‌گیرشناسی، خشونت مبتنی بر جنسیت یکی از تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت شناخته می‌شود. سازمان جهانی بهداشت، خشونت شریک زندگی و خشونت جنسی از سوی افراد غیرشریک را از عوامل گسترده و نظام‌مند آسیب‌زا می‌داند که می‌توانند به آسیب‌های جسمی حاد، صدمات روانی بلندمدت و بیماری‌های مزمن شدید در زنان سراسر جهان منجر شوند. بررسی‌های همه‌گیرشناختی نشان می‌دهد که مواجهه با خشونت، پدیده‌ای فراگیر است و نباید آن را مسئله‌ای نادر یا موردی دانست. برآوردهای جهانی ساردینها و همکاران در سال ۲۰۲۲ نشان می‌دهد حدود ۲۷ درصد از زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ای که تاکنون شریک زندگی داشته‌اند، در طول عمر خود خشونت جسمی یا جنسی را تجربه کرده‌اند.

آغاز خشونت بین فردی به‌طور نگران‌کننده‌ای در سنین پایین رخ می‌دهد و افزایش چشمگیر آن در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی، یعنی هم‌زمان با ورود به دانشگاه، مشاهده می‌شود. عوامل خطر در سطوح فردی، بین فردی و اجتماعی شامل نابرابری اجتماعی-اقتصادی، تجربه‌های ناگوار دوران کودکی، هنجارهای فرهنگی مردسالارانه و حمایت قانونی ناکافی است.

پیامدهای فیزیولوژیک و عصبی ناشی از تجاوز جنسی و سوءاستفاده مزمن:

این پیامدها عمیق و چندوجهی هستند. قرار گرفتن در معرض آسیب روانی می‌تواند به فعال شدن پایدار محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال بینجامد و در نتیجه، ناهماهنگی عصبی-غددی و التهاب مزمن ایجاد کند. عوارض فوری شامل صدمات ناشی از نیروی فیزیکی، بریدگی‌ها و آسیب مغزی تروماتیک در اثر ضربه یا خفگی است.

در بلندمدت نیز درد مزمن لگن، اختلالات گوارشی، فیبرومیالژیا و عوارض مرتبط با سلامت باروری، مانند بارداری ناخواسته، سقط ناایمن و عفونت‌های مقاربتی، از جمله HIV، دیده می‌شود. بار اختلالات روانی ناشی از خشونت جنسی و خشونت شریک زندگی نیز بسیار سنگین است. متاآنالیز دوورایس و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان داد زنانی که با خشونت شریک زندگی مواجه شده‌اند، به‌طور معناداری بیشتر در معرض افسردگی و اقدام به خودکشی قرار دارند. شایع‌ترین پیامدهای بالینی شامل اختلال استرس پس از سانحه با نشانه‌هایی مانند برانگیختگی مفرط، یادآوری‌های مزاحم و کرختی عاطفی، اختلال افسردگی اساسی همراه با درماندگی آموخته‌شده و انزوای

راهنمای مقابله با خشونت علیه زنان:

مقابله با خشونت علیه زنان نیازمند راهبردهایی ساختاریافته، چندبخشی و مبتنی بر مدل بوم شناختی-اجتماعی است. مداخلات مؤثر در سطوح اولیه، ثانویه و ثالثیه باید هم‌زمان در حوزه‌های نهادی، اجتماعی و بالینی اجرا شوند. پیشگیری اولیه با هدف جلوگیری از وقوع خشونت، از طریق آموزش‌های تحول‌آفرین جنسیتی، به‌چالش کشیدن هنجارهای آسیب‌زا و سیاست‌های مرتبط با کنترل مصرف الکل انجام می‌شود. پیشگیری ثانویه شامل پاسخ فوری پس از بحران، مانند معاینات پزشکی قانونی، پیشگیری اورژانسی از بارداری، مراقبت آگاه از تروما و حمایت حقوقی است. پیشگیری ثالثیه نیز بر بهبودی و ایمنی بلندمدت تمرکز دارد و از درمان‌های تخصصی شناختی-رفتاری، دستورات حفاظتی و پناهگاه یا مسکن امن بهره می‌گیرد.



منابع:

- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Childs, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & García-Moreno, C. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10(5), e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: What works? *The Lancet*, 385(9977), 1555-1564. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-1)
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)

در دانشگاه‌ها و مؤسسه‌های آموزشی، اجرای آموزش جامع رضایت جنسی، آموزش مداخله برای شاهدان و فراهم کردن زیرساخت‌های ایمنی در دسترس در محیط دانشگاه، از پایه‌های مهم پیشگیری به شمار می‌رود. خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی، سرنوشت‌های فردی حل‌ناشدنی نیستند، بلکه از مسائل قابل‌پیش‌بینی و قابل‌پیشگیری در حوزه بهداشت عمومی‌اند که مقابله با آن‌ها به گردآوری دقیق داده‌های همه‌گیرشناختی، تأمین بودجه پایدار نهادی و نظام‌های مراقبت سلامت آگاه از تروما نیاز دارد. کاهش این بحران مستلزم تلاشی یکپارچه شامل اصلاحات قانونی، تغییرات اجتماعی و مراقبت





مردان اغلب به دلیل هنجارهای جنسیتی (باورها و انتظارات از پیش تعیین شده اجتماعی درباره رفتارهای "مردانه" و "زنانه")، خشونت روانی را به رسمیت نمی‌شناسند و آن را تحمل می‌کنند [۶].

موانع گزارش دهی و کمک خواهی

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها در مواجهه با این پدیده، پدیده «انکار یا کوچک‌نمایی خشونت» (مکانیسم دفاعی که در آن قربانی، رفتارهای آزاردهنده را بی‌اهمیت جلوه می‌دهد تا از فروپاشی روانی جلوگیری کند) در مردان است [۷]. علاوه بر این، ترس از قضاوت اجتماعی، برچسب خوردن به عنوان "مرد ضعیف"، و عدم اعتماد به سیستم قضایی و پلیس (به دلیل سوگیری جنسیتی در قوانین)، باعث می‌شود مردان قربانی به ندرت به دنبال کمک رسمی باشند [۸]. این سکوت، منجر به تشدید آسیب‌ها و در مواردی، تبدیل شدن قربانی به عامل خشونت (چرخه خشونت) می‌شود [۹].

پیامدها بر سلامت جسم، روان و فرزندان

پیامدهای خشونت خانگی علیه مردان فراتر از آسیب‌های ظاهری است. مطالعات نشان می‌دهند مردان قربانی، نرخ بالاتری از اختلالات خلقی (مانند افسردگی اساسی)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD؛ یک اختلال روانی که پس از تجربه یک رویداد به شدت آسیب‌زا یا ترسناک ایجاد می‌شود) و سوء مصرف مواد و الکل را تجربه می‌کنند [۱۰]. از نظر جسمی نیز، این خشونت می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد جنسی و مشکلات اورولوژیک (مربوط به دستگاه تناسلی و ادراری) در مردان شود [۱۱].

از منظر سلامت خانواده، کودکانی که در محیطی بزرگ می‌شوند که در آن پدر مورد خشونت قرار می‌گیرد، دچار تعارض وفاداری (احساس کشیده شدن بین دو والد و احساس گناه شدید برای دوست داشتن هر دو) می‌شوند [۱۲]. این محیط سمی، ریسک رفتارهای پرخطر، افت تحصیلی و بزهکاری را در نوجوانی آن‌ها به شدت افزایش می‌دهد [۱۳].

مردها هم گریه می‌کنند

نویسنده:

مبینا مصطفایی دانشجوی کارشناسی علوم آزمایشگاهی
دانشگاه علوم پزشکی ایران ورودی ۴۰۳



خشونت خانگی علیه مردان: یک چالش پنهان در سلامت خانواده

مقدمه

خشونت شریک صمیمی به هرگونه رفتار آزاردهنده در یک رابطه عاطفی یا زناشویی گفته می‌شود که شامل آسیب جسمی، جنسی یا روانی است یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سطح جهانی است [۱]. اگرچه سیاست‌های بهداشتی و مداخلات بالینی به طور سنتی بر زنان به عنوان قربانیان اصلی خشونت خانگی متمرکز بوده‌اند، اما شواهد علمی نوین نشان می‌دهد که مردان نیز در معرض قابل توجهی از این پدیده قرار دارند [۲]. نادیده گرفتن قربانیان مرد، نه تنها حقوق این افراد را تضییع می‌کند، بلکه به دلیل تأثیرات مخرب آن بر سلامت روان کودکان و پویایی خانواده، یک شکاف بزرگ در مراقبت‌های بهداشتی خانواده ایجاد می‌نماید [۳].

شیوع و ابعاد پنهان خشونت

مطالعات اپیدمیولوژیک (همه‌گیرشناسی؛ بررسی شیوع و توزیع بیماری‌ها و پدیده‌های سلامت در جوامع) نشان می‌دهند که شیوع خشونت فیزیکی علیه مردان توسط شریک صمیمی، بسته به منطقه جغرافیایی و ابزارهای سنجش، بین ۳ تا ۱۵ درصد متغیر است [۴]. با این حال، خشونت روانی (شامل تحقیر، کنترل‌گری مالی، انزوای اجتماعی از دوستان و خانواده، و تهدید) شایع‌ترین و درعین حال پنهان‌ترین شکل خشونت علیه مردان است [۵].



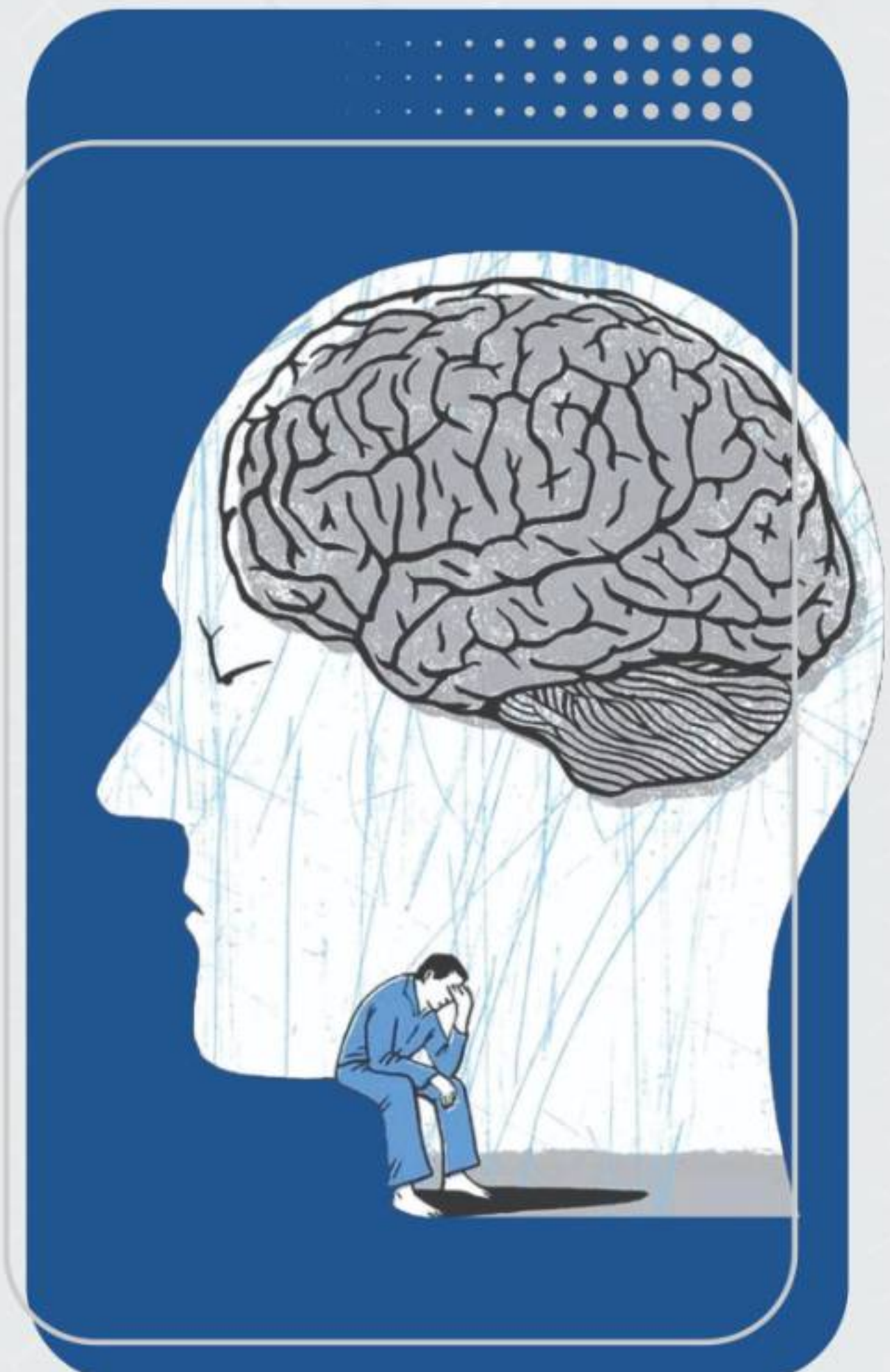
نتیجه‌گیری

خشونت خانگی علیه مردان یک تابوی بزرگ اجتماعی است که نیازمند بازنگری جدی در سیاست‌های سلامت خانواده و مداخلات بالینی است. شکستن این سکوت و ارائه خدمات حمایتی بدون تبعیض جنسیتی، نه تنها به بهبود کیفیت زندگی مردان قربانی کمک می‌کند، بلکه گامی ضروری برای پیشگیری از انتقال تروما (آسیب روانی) به نسل بعد و ارتقای سلامت پایدار خانواده است.

1. World Health Organization (WHO). (2021). Global and regional estimates of violence against women and intimate partner violence. WHO Press.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): Data on Male Victims. U.S. Department of Health.
3. Capaldi, D. M., Noble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280.
4. Deselms, J., & Giordano, C. (2022). Intimate partner violence against men: Prevalence and implications. *Journal of Family Violence*, 37(4), 555-565.
5. Bates, E. A. (2019). Current controversies within intimate partner violence: Overlooking bidirectional violence? *Journal of Family Violence*, 34(8), 699-709.
6. Tsui, V. (2014). Male victims of intimate partner violence: A study of help-seeking behaviors and barriers. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(11), 2065-2084.

نقش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و ماماها

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، از جمله ماماها، پزشکان و پرستاران، باید در غربالگری (فرایند شناسایی سریع افراد در معرض خطر در میان افراد به ظاهر سالم) خشونت خانگی، رویکردی فراگیر (در نظر گرفتن تمام اقصا و جنسیت‌ها بدون پیش‌داوری جنسیتی) داشته باشند [۱۴]. ایجاد فضایی امن، بدون قضاوت، محرمانه و همدلانه، اولین و مهم‌ترین قدم برای شکستن سکوت مردان قربانی است [۱۵]. آموزش به کادر درمان برای شناسایی علائم پنهان خشونت (مانند انزوای ناگهانی، اضطراب شدید یا علائم جسمی بدون علت پزشکی) در مردان، برای ارتقای سلامت کل خانواده ضروری است [۱۶].





16. Feder, G. S., et al. (2019). Identifying and responding to domestic violence in primary care: The importance of an inclusive approach. *British Journal of General Practice*, 69(684), e512-e514.

7. Douglas, E. M., & Hines, D. A. (2011). The help-seeking experiences of men who sustain intimate partner violence: An overlooked population and implications for practice. *Journal of Family Violence*, 26(6), 473-485.

8. Robinson, A. L., & Rowe, L. (2020). Barriers to reporting intimate partner violence for men: A qualitative study. *Violence and Victims*, 35(3), 312-328.

9. Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2018). Intimate partner violence against men: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 112-123.

10. Cavanaugh, C. E., et al. (2012). Intimate partner violence and mental health outcomes in men. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 285-291.

11. Reid, R. J., et al. (2008). Physical and sexual health consequences of intimate partner violence in men. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1832-1837.

12. Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810.

13. Kitzmann, K. M., et al. (2010). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.

14. Bacchus, L., et al. (2022). WHO guidelines on healthcare provider response to intimate partner violence: Inclusive approaches for all genders. *The Lancet Global Health*, 10(5), e650-e651.

15. Hameed, A., et al. (2021). Creating safe spaces: Healthcare providers' perspectives on screening male victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1654-1663.



پدیده‌ای فراگیر و نگران کننده

متأسفانه خشونت در دوران بارداری پدیده‌ای نادر نیست. در مطالعه‌ای که در ویتنام روی ۲۸۵ زن باردار انجام شد، حدود ۱۹ درصد از زنان گزارش کردند که در دوران بارداری دست‌کم یک نوع خشونت را تجربه کرده‌اند. در مطالعه‌ای در ایران نیز که روی ۳۰۰ زن باردار انجام شد، بیش از ۶۵ درصد از شرکت‌کنندگان خشونت خفیف، حدود ۱۹ درصد خشونت متوسط و ۱۵ درصد خشونت شدید را گزارش کردند.

البته تفاوت در تعریف خشونت، ابزارهای سنجش، جامعه مورد مطالعه و روش پژوهش می‌تواند بر میزان شیوع گزارش شده اثر بگذارد؛ بنابراین نمی‌توان نتایج یک مطالعه را به همه زنان یک کشور تعمیم داد. با این حال، مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد که خشونت علیه زنان باردار، مشکلی جهانی است که در جوامع و فرهنگ‌های مختلف دیده می‌شود.

پیامدهای خشونت برای سلامت روان مادر

خشونت در دوران بارداری می‌تواند تأثیر عمیقی بر سلامت روان مادر داشته باشد. مطالعه انجام شده در ویتنام نشان داد زنانی که خشونت را تجربه کرده بودند، نشانه‌های بیشتری از افسردگی دوران بارداری داشتند و احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در آنان نیز حدود ۱٫۶۷ برابر بیشتر بود.

افسردگی ممکن است با نشانه‌هایی مانند غمگینی مداوم، کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره، خستگی، اختلال خواب یا اشتها و احساس بی‌ارزشی همراه باشد. مطالعه‌ای در ایران نیز ارتباط میان تجربه خشونت و افزایش اضطراب مادران را نشان می‌دهد. این اضطراب ممکن است به شکل نگرانی مداوم، دل‌شوره، تپش قلب و دشواری در تمرکز بروز کند.

رحم حافظه دارد

نویسنده:

کوثر طایفه خانی دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران ورودی ۴۰۳



دوران بارداری برای بسیاری از زنان، دوره‌ای از انتظار شیرین و آمادگی برای پذیرش عضوی جدید در خانواده است؛ اما برای زنانی که خشونت را تجربه می‌کنند، این دوران می‌تواند به زمانی سرشار از استرس، ترس و نگرانی تبدیل شود. خشونت در دوران بارداری، چه به شکل جسمی، روانی یا جنسی، نه تنها سلامت مادر را به خطر می‌اندازد، بلکه ممکن است پیوند عاطفی او با جنین و نوزاد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در این مطلب، با مرور یافته‌های شش مقاله علمی، بررسی می‌کنیم که خشونت در دوران بارداری چگونه می‌تواند بر دلبستگی مادر و کودک اثر بگذارد.

خشونت در دوران بارداری چیست؟

منظور از خشونت شریک عاطفی در دوران بارداری، هرگونه رفتار آزارگرانه از سوی همسر یا شریک زندگی است که به آسیب جسمی، جنسی، روانی، عاطفی یا اقتصادی زن باردار منجر شود.

خشونت روانی یا عاطفی، که یکی از شایع‌ترین اشکال خشونت است، رفتارهایی مانند تحقیر، توهین، فریاد زدن، تهدید و کنترل ارتباط زن با دوستان و اعضای خانواده را دربرمی‌گیرد. خشونت جسمی شامل کتک زدن، سیلی زدن، لگد زدن، هل دادن و هر رفتار دیگری است که موجب آسیب بدنی شود. خشونت جنسی نیز اجبار به برقراری رابطه جنسی یا انجام هرگونه رفتار جنسی بدون رضایت فرد را شامل می‌شود. خشونت اقتصادی می‌تواند به شکل جلوگیری از اشتغال، تصاحب درآمد، محروم کردن زن از منابع مالی یا کنترل کامل هزینه‌ها بروز کند.



خشونت، افزون بر ایجاد مشکلات روانی، ممکن است «احساس تسلط» مادر را نیز کاهش دهد. احساس تسلط به باور فرد درباره توانایی خود برای مدیریت زندگی و حل مشکلات اشاره دارد. پژوهشی روی بیش از ۲۳۰۰ مادر نشان داد که تجربه خشونت در دوران بارداری با کاهش احساس تسلط همراه است. این وضعیت ممکن است توانایی مادر را برای مراقبت مؤثر از کودک و برقراری رابطه عاطفی با او تحت تأثیر قرار دهد. به بیان ساده، زنی که خشونت را تجربه می‌کند، ممکن است احساس کند توانایی چندانی برای تغییر شرایط زندگی خود ندارد؛ احساسی که می‌تواند بر رابطه او با کودک نیز اثر بگذارد.

از استرس مادر تا رشد کودک

پیامدهای خشونت به مادر محدود نمی‌شود و ممکن است جنین و نوزاد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. استرس شدید و مزمن مادر می‌تواند از طریق تغییر در سازوکارهای عصبی، هورمونی و رفتاری بر محیط داخل رحم و روند رشد جنین اثر بگذارد. علاوه بر این، افسردگی، اضطراب، کاهش مراقبت از خود و مراجعه نامنظم برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری نیز ممکن است در ایجاد پیامدهای نامطلوب نقش داشته باشند.

در مطالعه ویتنامی، کودکانی که مادرانشان در دوران بارداری خشونت را تجربه کرده بودند، بیش از دو برابر سایر کودکان در معرض خطر تأخیر تکاملی قرار داشتند. از میان ۲۸۵ کودک شش ماهه بررسی شده در این مطالعه، ۱۳ درصد در دست کم یکی از حوزه‌های تکامل، مانند برقراری ارتباط، حرکات یا تعامل با دیگران، تأخیر احتمالی داشتند. بیشترین مشکل گزارش شده نیز در حوزه ارتباط بود؛ برای نمونه، ممکن بود این کودکان در تولید صدا یا پاسخ دادن به اطرافیان عملکرد ضعیف‌تری داشته باشند.

پژوهشی دیگر نشان داد که پیامدهای احتمالی خشونت دوران بارداری ممکن است تا سال‌های پیش دبستانی نیز ادامه یابد.

کودکانی که مادرانشان در دوران بارداری خشونت را تجربه کرده بودند، در پنج‌سالگی مهارت‌های اجتماعی-هیجانی ضعیف‌تری داشتند؛ یعنی ممکن بود در برقراری ارتباط با دیگران، همدلی با همسالان، تنظیم خشم و هیجان‌ها یا حل مسائل اجتماعی با دشواری بیشتری روبه‌رو شوند.

با این حال، این یافته‌ها بیشتر نشان‌دهنده وجود ارتباط میان خشونت و پیامدهای تکاملی اند و به تنهایی رابطه مستقیم علت و معلولی را اثبات نمی‌کنند؛ زیرا عوامل دیگری مانند وضعیت اقتصادی، سلامت روان مادر، حمایت اجتماعی و کیفیت مراقبت پس از تولد نیز می‌توانند بر رشد کودک اثر بگذارند.

دلبستگی مادر به جنین چیست؟

دلبستگی مادر به جنین، احساس نزدیکی و ارتباط عاطفی مادر با فرزند خود در دوران بارداری است. این دلبستگی ممکن است در رفتارهایی مانند صحبت کردن با جنین، لمس شکم برای احساس حرکات او، توجه به نیازهای دوران بارداری یا تصور ظاهر و زندگی کودک پس از تولد نمود پیدا کند.

ادامه پیامدها پس از تولد

تأثیر خشونت بر رابطه مادر و کودک ممکن است پس از تولد نیز ادامه پیدا کند. در مطالعه‌ای مروری که نتایج ۹ پژوهش را بررسی کرد، تجربه خشونت در دوران بارداری به‌طور کلی با کاهش کیفیت دلبستگی یا پیوند عاطفی مادر و نوزاد همراه بود.

مادرانی که خشونت را تجربه کرده‌اند، ممکن است به دلیل افسردگی، اضطراب یا نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، در پاسخ‌گویی به نیازهای نوزاد با دشواری بیشتری روبه‌رو شوند. برای مثال، ممکن است کمتر با کودک صحبت کنند یا در تشخیص و پاسخ دادن به نشانه‌هایی مانند گرسنگی، درد، خستگی و ترس مشکل داشته باشند. اختلال در تعامل و دلبستگی اولیه نیز می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات عاطفی و رفتاری کودک در سال‌های بعد باشد.

پژوهش‌های کیفی نشان داده‌اند که برخی مادران ممکن است نوزاد را یادآور خشونت‌های تجربه‌شده بدانند و به همین دلیل، در برقراری پیوند عاطفی با او دچار مشکل شوند. گریه کودک نیز ممکن است خاطرات آسیب‌زا را در ذهن مادر زنده کند و موجب استرس و ناراحتی او شود. البته این واکنش در همه زنان دیده نمی‌شود و تجربه هر مادر با دیگری متفاوت است.

بارداری ناشی از تجاوز

بارداری ناشی از تجاوز یکی از شدیدترین پیامدهای خشونت جنسی است و می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سلامت روان و رابطه مادر و کودک داشته باشد. اگرچه پژوهش‌های مستقیم در این زمینه محدودند، شواهد موجود نشان می‌دهند زنانی که بارداری آنان در پی تجاوز رخ داده است، ممکن است با چالش‌های روانی پیچیده‌ای مواجه شوند.

برخی از این مادران ممکن است جنین یا نوزاد را یادآور تجربه تجاوز بدانند و در برقراری پیوند عاطفی با او دچار تعارض یا دشواری شوند. آنان همچنین ممکن است از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نباشند یا به دلیل ترس از قضاوت، انگ اجتماعی و نبود خدمات مناسب، برای دریافت کمک به مراکز درمانی مراجعه نکنند. کمبود حمایت اجتماعی می‌تواند پیامدهای روانی خشونت را تشدید کند و بر دلبستگی و رشد عاطفی و اجتماعی کودک اثر بگذارد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دلبستگی بیشتر مادر به جنین می‌تواند با تعامل عاطفی گرم‌تر میان مادر و نوزاد پس از تولد همراه باشد. کیفیت این رابطه نیز در رشد عاطفی، شناختی و اجتماعی کودک اهمیت دارد. از سوی دیگر، دلبستگی ضعیف تر مادر به جنین ممکن است با مشکلاتی مانند افسردگی و اضطراب مادر همراه باشد. البته جهت این ارتباط همیشه یکسان نیست؛ همان‌گونه که مشکلات روانی ممکن است دلبستگی را کاهش دهند، ضعف دلبستگی نیز می‌تواند نگرانی‌های عاطفی مادر را تشدید کند.

خشونت چگونه دلبستگی را مختل می‌کند؟

خشونت ممکن است از چند مسیر بر دلبستگی مادر به جنین اثر بگذارد.

مسیر نخست، افسردگی است. مادری که به افسردگی مبتلاست، ممکن است انرژی و انگیزه کافی برای برقراری ارتباط عاطفی با جنین نداشته باشد یا نسبت به او احساس بی‌تفاوتی کند.

مسیر دوم، کاهش احساس تسلط است. مادری که احساس می‌کند کنترلی بر زندگی خود ندارد، ممکن است در باور به توانایی خود برای مراقبت از کودک نیز دچار تردید شود.

مسیر سوم، بارداری ناخواسته یا ناخواسته‌بودن زمان بارداری است؛ وضعیتی که ممکن است باعث شود مادر احساسات متناقضی نسبت به بارداری و جنین داشته باشد. بارداری ناخواسته می‌تواند هم با خشونت ارتباط داشته باشد و هم احتمال بروز آن را افزایش دهد. از یک سو، خشونت جنسی، اجبار به رابطه یا کنترل روش‌های پیشگیری از بارداری می‌تواند به بارداری ناخواسته منجر شود. از سوی دیگر، آگاهی شریک زندگی از بارداری ناخواسته ممکن است در برخی روابط به تشدید تنش یا خشونت بینجامد. در هر دو حالت، مادر با فشار روانی بیشتری مواجه می‌شود که ممکن است بر دلبستگی او به جنین اثر منفی بگذارد.



آیا خشونت همیشه دلبستگی را کاهش می‌دهد؟

در برخی پژوهش‌ها، نتایج متفاوتی گزارش شده است. برای مثال، مطالعه‌ای در ترکیه از وجود ارتباط مثبت میان خشونت خانگی و میزان دلبستگی مادر به جنین خبر داد. یکی از توضیح‌های احتمالی این است که برخی زنان در غیاب حمایت عاطفی همسر، برای مقابله با شرایط دشوار به جنین روی می‌آورند و پیوند عاطفی عمیق‌تری با او برقرار می‌کنند.

با این حال، این توضیح تنها یک تفسیر احتمالی است و نمی‌توان آن را به همه زنان تعمیم داد. این یافته با نتایج بیشتر پژوهش‌های دیگر همسو نیست و برای تأیید آن به مطالعات بیشتری نیاز است. در مجموع، شواهد نشان می‌دهند که خشونت اغلب با پیامدهای منفی برای سلامت روان مادر و رابطه او با کودک همراه است؛ اما واکنش زنان به خشونت یکسان نیست و به عواملی مانند نوع و شدت خشونت، حمایت اجتماعی، سلامت روان و شرایط فردی بستگی دارد.

چه باید کرد؟



با وجود یافته‌های نگران‌کننده، اقداماتی وجود دارد که می‌تواند پیامدهای خشونت را کاهش دهد و از سلامت مادر و کودک محافظت کند. یکی از مهم‌ترین اقدامات، غربالگری زنان باردار از نظر خشونت شریک عاطفی و فراهم کردن حمایت‌های روانی-اجتماعی مناسب است.

بسیاری از زنان ممکن است به دلیل ترس، شرم، وابستگی مالی یا نگرانی درباره واکنش فرد خشونت‌گر، تجربه خود را گزارش نکنند. بنابراین، پزشکان، ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت باید در محیطی امن و محرمانه، بدون حضور همسر یا همراه، و با رویکردی همدلانه و بدون قضاوت درباره خشونت سؤال کنند. غربالگری زمانی اثربخش است که امکان ارزیابی خطر و دسترسی به خدمات حمایتی نیز وجود داشته باشد.



مداخلات توانمندساز، با هدف افزایش احساس تسلط، خودکارآمدی و توانایی تصمیم‌گیری مادر، ممکن است به بهبود سلامت روان و کیفیت رابطه مادر و کودک کمک کنند. مشاوره فردی یا گروهی، حمایت‌های روان‌شناختی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری مثبت، برنامه‌ریزی برای حفظ ایمنی و ارجاع به خدمات تخصصی حمایت از زنان خشونت دیده نیز می‌توانند در کاهش پیامدهای منفی خشونت مؤثر باشند. حمایت امن و آگاهانه خانواده و دوستان نیز می‌تواند به مادر کمک کند تا با شرایط دشوار سازگار شود و ارتباط عاطفی خود را با کودک حفظ کند.

سخن پایانی

خشونت روانی، جسمی، جنسی یا اقتصادی در دوران بارداری می‌تواند پیامدهایی عمیق و پایدار برای سلامت روان مادر، رشد جنین و کیفیت رابطه مادر و کودک داشته باشد. این پیامدها ممکن است از دوران بارداری آغاز شوند و تا سال‌های پیش دبستانی یا حتی پس از آن ادامه پیدا کنند.

شناسایی زودهنگام زنان در معرض خشونت و ارائه حمایت‌های ایمن، محرمانه و تخصصی می‌تواند از سلامت مادر و پیوند عاطفی او با کودک محافظت کند. نظام سلامت، سیاست‌گذاران و جامعه وظیفه دارند با افزایش آگاهی، آموزش کارکنان، فراهم کردن خدمات مشاوره‌ای و حمایت از زنان خشونت‌دیده، از مادران و کودکان در برابر این آسیب محافظت کنند. هر مادری شایسته آن است که دوران بارداری خود را در امنیت و آرامش سپری کند و هر کودکی حق دارد در محیطی امن و حمایت‌گر رشد کند.



Taal, H. (2025). The impact of prenatal exposure to intimate partner violence on the attachment between the mother and child: A systematic literature review (Bachelor's thesis). University of Groningen.

Tran, H. D. T., Vu, C. T., Nguyen, H. T. L., Vo, D. N. H., Luong-Thanh, B. Y., & Vo, T. V. (2025). Impact of intimate partner violence during pregnancy on maternal mental health and child development: a birth cohort study in central Vietnam. *Journal of Public Health Research*, 16(5), 453-464.

Ulutaş, Ü., & Uçar, T. (2021). The relationship between domestic violence against women, adaptation to pregnancy and maternal-fetal antenatal attachment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1433-1441.

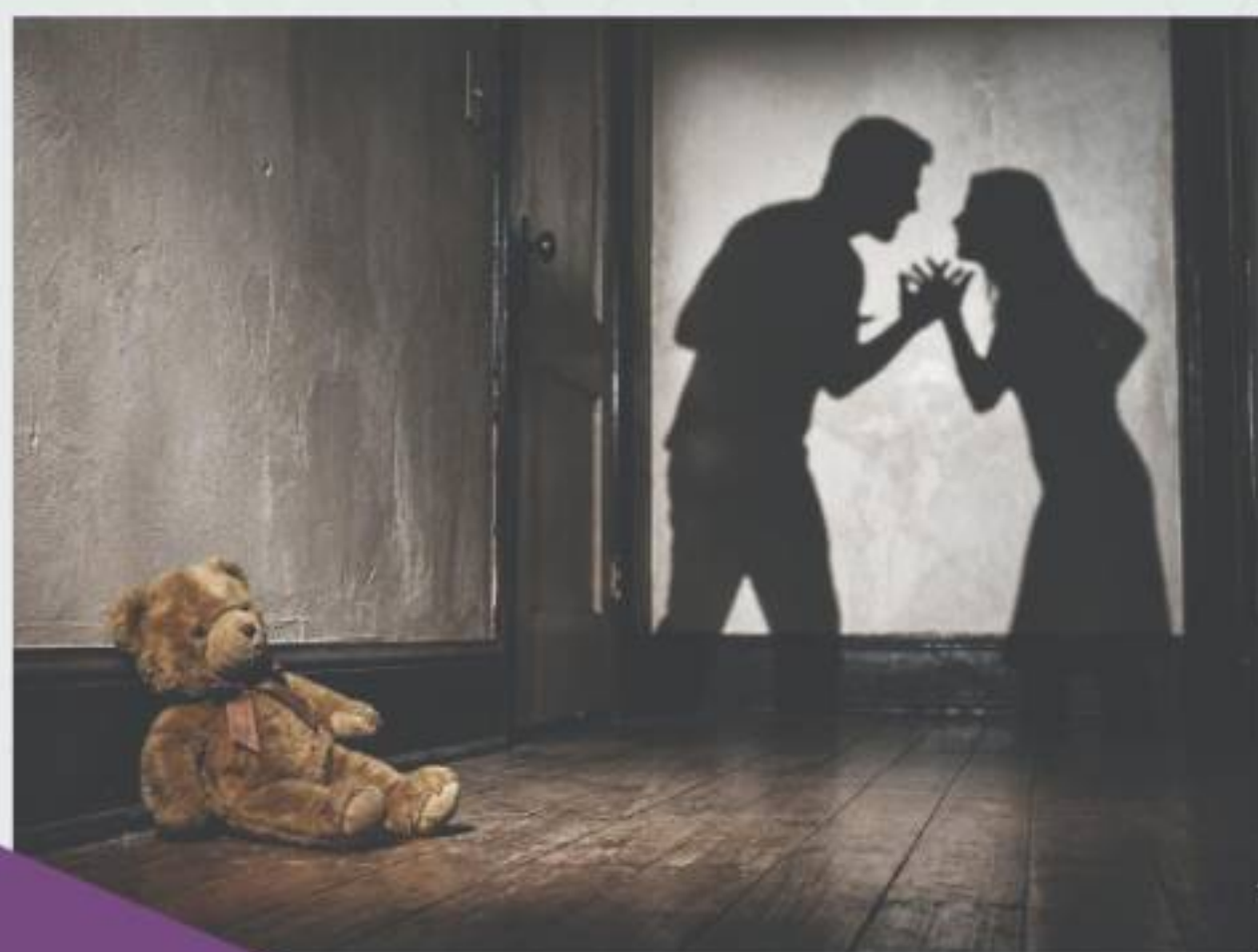


منابع:

Kim, J. Y., Kim, J., Choi, H. H., Kobulsky, J. M., Lee, E. B., Hsieh, Y. P., Holmes, M. R., Lee, J. M., & Wei, W. (2026). The association of prenatal exposure to intimate partner violence with children's socioemotional competence at five years postpartum. *Journal of Family Violence*, 1-13.

Maghalian, M., Nikanfar, R., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2024). Comparison of maternal-fetal attachment, anxiety, depression, and prevalence of intimate partner violence in Iranian women with intended and unintended pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 12(1), 345.

Rabiee, N., Karimi, F., Abolhassani, M., & Keramat, A. (2019). The relationship between domestic violence and maternal-fetal attachment. *International Journal of Health Studies*, 5(1), 27-31.



خشونت؛ تهدیدی برای دوزندگی

نویسنده:

یگانه حسینی دانشجوی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی اراک ورودی ۴۰۳



مراقبت‌های ویژه و تروما در بارداری با تأکید بر خشونت شریک عاطفی

بارداری یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی زنان است؛ دوره‌ای که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مادر و جنین به‌طور هم‌زمان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. هرگونه آسیب یا تروما در این دوران می‌تواند پیامدهای جدی و گاه جبران ناپذیری برای مادر و جنین به همراه داشته باشد. در میان عوامل ایجادکننده تروما، خشونت شریک عاطفی یکی از مهم‌ترین و در عین حال کمترشناخته‌شده‌ترین تهدیدها برای سلامت زنان باردار است.

سازمان جهانی بهداشت، خشونت علیه زنان را هرگونه رفتار مبتنی بر جنسیت می‌داند که موجب آسیب یا رنج جسمی، جنسی یا روانی شود یا آزادی فرد را محدود کند. خشونت شریک عاطفی نیز به رفتار شریک فعلی یا سابق گفته می‌شود که موجب آسیب جسمی، جنسی یا روانی شود و می‌تواند شامل پرخاشگری جسمی، اجبار جنسی، آزار روانی و رفتارهای کنترل‌گرانه باشد.

بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، تقریباً یک نفر از هر سه زن در جهان، در طول زندگی خود نوعی از خشونت جسمی یا جنسی را تجربه می‌کند. وقوع این خشونت در دوران بارداری، علاوه بر تهدید سلامت مادر، می‌تواند روند طبیعی رشد و تکامل جنین را نیز با خطر مواجه کند.

تروما در بارداری؛ یک اورژانس و دو بیمار

در پزشکی، تروما به هرگونه آسیب ناشی از عوامل خارجی گفته می‌شود که می‌تواند به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم سلامت فرد را تهدید کند. مدیریت تروما در دوران بارداری اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا تیم درمان باید هم‌زمان سلامت دو بیمار، یعنی مادر و جنین، را در نظر بگیرد.

از علل شایع تروما در بارداری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. تصادفات رانندگی؛ ۲. سقوط؛ ۳. سوختگی؛ ۴. آسیب‌های نافذ؛ ۵. خشونت خانگی و خشونت شریک عاطفی.

مطالعات نشان داده‌اند که حتی تروماهای ظاهراً خفیف نیز ممکن است به عوارضی مانند جداشدگی جفت، زایمان زودرس، پارگی زودرس پرده‌های جنینی، خونریزی و مرگ داخل‌رحمی جنین منجر شوند. بنابراین، شدت ظاهری آسیب معیار مناسبی برای ارزیابی خطر نیست و هر زن بارداری که دچار تروما شده است باید به‌دقت بررسی شود.

اصول مراقبت از بیمار باردار مبتلا به تروما بر حفظ حیات مادر استوار است. پس از تثبیت وضعیت مادر، سلامت جنین ارزیابی می‌شود. بررسی انقباضات رحمی، پایش ضربان قلب جنین و بررسی احتمال عوارض جفتی نیز از اقدامات ضروری هستند.



نقش کادر درمان در شناسایی و حمایت

سازمان‌های معتبر علمی توصیه می‌کنند که شناسایی خشونت شریک عاطفی در چارچوب مراقبت‌های سلامت، به‌ویژه مراقبت‌های دوران بارداری، مورد توجه قرار گیرد. این فرایند باید در محیطی امن، محرمانه و بدون حضور همراه انجام شود تا زن بتواند بدون ترس یا فشار، شرایط خود را بیان کند.

اقدامات مهم تیم درمان عبارت‌اند از:

- ایجاد فضایی امن و محرمانه؛
- پرسش کردن درباره خشونت به صورت مستقیم، اما همدلانه؛
- پرهیز از سرزنش و قضاوت؛
- ثبت دقیق یافته‌های بالینی و اظهارات بیمار؛
- ارزیابی خطر فوری برای مادر و جنین؛
- بررسی افسردگی، افکار خودکشی و سایر مشکلات روانی؛
- ارائه اطلاعات درباره منابع حمایتی؛
- ارجاع به روان‌شناس، مددکار اجتماعی و خدمات حمایتی؛
- ارائه راهنمایی درباره حمایت‌های قانونی، مطابق قوانین و امکانات موجود.
- پزشکان، ماماها، پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت از نخستین افرادی هستند که می‌توانند نشانه‌های خشونت را شناسایی کنند. مداخله به موقع و برنامه ریزی شده می‌تواند از بروز بسیاری از پیامدهای ناگوار برای مادر و جنین پیشگیری کند.
- با این حال، غربالگری یا پرسش درباره خشونت باید با رعایت محرمانگی، توجه به ایمنی بیمار و در چارچوب قوانین و دستورالعمل‌های محل ارائه خدمت انجام شود. صرف پرسش کردن، بدون فراهم کردن حمایت و مسیر ارجاع مناسب، ممکن است کافی نباشد.

در بسیاری از موارد، حتی پس از آسیب‌های خفیف، چند ساعت پایش مداوم مادر و جنین لازم است تا عوارض دیررس شناسایی شوند.

در زنان باردار بالای ۲۰ هفته که دچار تروما شده‌اند، معمولاً پایش انقباضات رحمی و وضعیت جنین با توکودینامومتری (Tocodynamometry)، دست‌کم به مدت چهار ساعت، توصیه می‌شود. در صورت وجود علائم یا یافته‌های غیرطبیعی، مدت پایش و بررسی‌های تکمیلی افزایش می‌یابد.

خشونت شریک عاطفی؛ تهدیدی پنهان برای مادر و جنین

خشونت شریک عاطفی یکی از عوامل مهم خطر در دوران بارداری است که اغلب به دلیل ترس، وابستگی مالی، نگرانی از قضاوت، حفظ زندگی خانوادگی یا تهدید از سوی فرد خشونت‌گر گزارش نمی‌شود. این خشونت ممکن است به شکل‌های مختلف بروز کند:

خشونت جسمی: مانند ضرب و جرح، هل دادن، لگزدن یا وارد کردن ضربه به شکم؛ خشونت جنسی: مانند اجبار به برقراری رابطه جنسی یا انجام رفتارهای جنسی بدون رضایت؛ خشونت روانی: مانند تحقیر، توهین، تهدید، ایجاد ترس و ارباب؛ رفتارهای کنترل‌گرانه: مانند محدود کردن رفت و آمد، ارتباط با خانواده و دوستان یا دسترسی به تلفن؛ کنترل اقتصادی و اجتماعی: مانند جلوگیری از دسترسی به منابع مالی، مدارک شناسایی یا خدمات درمانی.

زنان بارداری که خشونت شریک عاطفی را تجربه می‌کنند، بیش از سایر زنان در معرض پیامدهایی مانند سقط جنین، زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، آسیب جسمی، افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، مصرف مواد و حتی مرگ مادر یا جنین قرار دارند.

خشونت همچنین ممکن است باعث شود فرد مراقبت‌های دوران بارداری را با تأخیر آغاز کند یا به دلیل شرایط خانوادگی و محدودیت‌های اعمال شده، مراجعات منظم خود را از دست بدهد. این مسئله احتمال شناسایی نشدن عوارض و افزایش خطر برای مادر و جنین را بیشتر می‌کند.



منابع:

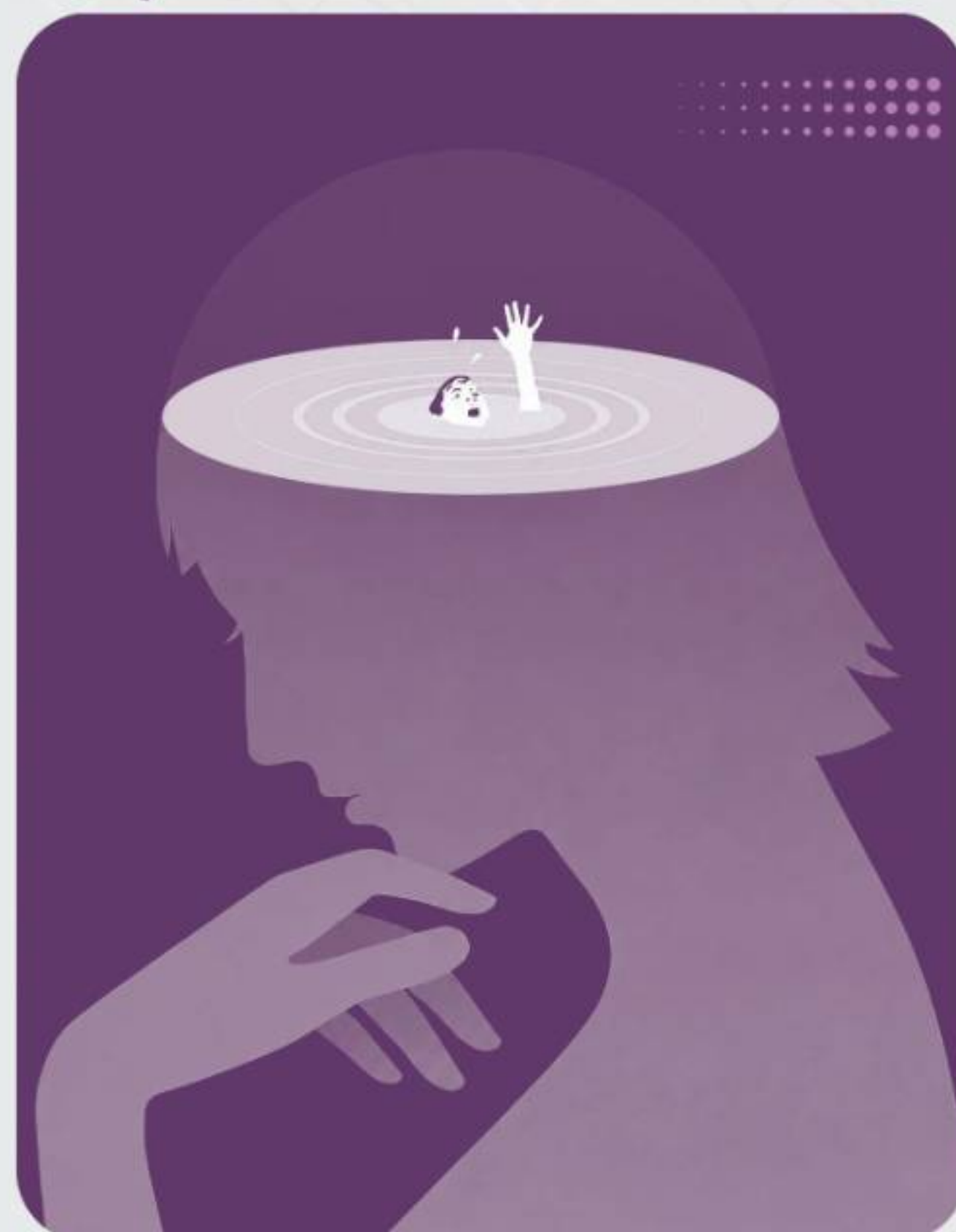
1. World Health Organization (WHO). Violence against Women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. World Health Organization (WHO). Violence against Women - Health Topic. <https://www.who.int/health-topics/violence-against-women>
3. American Academy of Family Physicians (AAFP). Trauma in Pregnancy: Assessment, Management, and Prevention. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/1115/p717.html>
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Intimate Partner Violence During Pregnancy. <https://www.cdc.gov>
5. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Intimate Partner Violence. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 518: Intimate Partner Violence. <https://www.acog.org>
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 26th Edition. McGraw-Hill Education.
8. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 8th Edition. Elsevier.

جمع‌بندی

تروما در بارداری تنها یک آسیب جسمی نیست، بلکه می‌تواند سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مادر و جنین را به طور هم‌زمان تهدید کند. در این میان، خشونت شریک عاطفی یکی از مهم‌ترین و در عین حال پنهان‌ترین عوامل خطر است که پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت فراوانی به دنبال دارد.

ارتقای آگاهی عمومی، آموزش کارکنان نظام سلامت، شناسایی محرمانه و ایمن خشونت، ارزیابی دقیق زنان باردار دچار تروما و فراهم کردن دسترسی آنان به خدمات حمایتی، از مؤثرترین راهکارها برای کاهش آثار این معضل به شمار می‌روند.

بارداری باید دوره‌ای سرشار از امنیت، حمایت و آرامش باشد. تحقق این هدف مستلزم توجه هم‌زمان به سلامت جسم و روان مادران و ایجاد شبکه ای امن برای حمایت از آنان است.



پشت درهای بسته، چه کسی حامی است؟



نویسنده:

ساحل محمدی دانشجوی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی اراک ورودی ۴۰۳

چگونه از زنان و کودکان در برابر خشونت‌های خانگی محافظت کنیم؟

حفاظت از زنان و کودکان در برابر خشونت خانگی، نیازمند رویکردی جامع، چندسطحی و مبتنی بر همکاری میان نهادهای اجتماعی، حمایتی، آموزشی، بهداشتی و حقوقی است. خشونت خانگی پدیده‌ای چندعاملی است که تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد. بنابراین، مقابله مؤثر با آن تنها از طریق مداخلات پس از وقوع خشونت امکان پذیر نیست، بلکه به اجرای برنامه‌های پیشگیرانه، شناسایی عوامل خطر و فراهم کردن حمایت‌های مستمر برای افراد در معرض آسیب نیاز دارد.

یکی از مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری، افزایش آگاهی عمومی درباره ماهیت و انواع خشونت خانگی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، تقویت توانایی حل تعارض، ترویج شیوه‌های فرزندپروری مثبت و گسترش دسترسی به خدمات مشاوره‌ای و حمایت‌های روانی- اجتماعی است. آموزش افراد، خانواده‌ها و جوامع می‌تواند به تغییر نگرش‌هایی که به پذیرش خشونت می‌انجامد، افزایش آگاهی از حقوق فردی و تسهیل مراجعه به خدمات حمایتی کمک کند. همچنین، شناسایی زودهنگام زنان و کودکانی که در معرض خطر قرار دارند و ارائه مداخلات مناسب در مراحل اولیه، نقش مهمی در جلوگیری از تشدید پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی خشونت دارد. [۱-۳]

حمایت مؤثر از قربانیان خشونت خانگی نیازمند همکاری منسجم میان نظام سلامت، خدمات اجتماعی، دستگاه قضایی، نظام آموزشی و سازمان‌های حمایتی است.

هر یک از این نهادها در شناسایی، ارزیابی خطر، ارائه خدمات تخصصی، تأمین امنیت و پیگیری وضعیت قربانیان، نقشی مکمل دارند. تجربه‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که ارائه خدمات هماهنگ و یکپارچه، علاوه بر افزایش دسترسی قربانیان به حمایت‌های لازم، احتمال گزارش‌دهی را افزایش می‌دهد، از تکرار خشونت می‌کاهد و به بهبود پیامدهای جسمی و روانی آنان کمک می‌کند. [۴، ۳، ۱]

در این میان، اورژانس اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای مداخله فوری اجتماعی، در مدیریت موقعیت‌های بحرانی ناشی از خشونت خانگی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. این نهاد با دریافت گزارش‌های مردمی، ارزیابی شرایط فردی و خانوادگی، انجام مداخلات تخصصی مددکاری و روان شناختی، اعزام تیم‌های مداخله در بحران، ارائه خدمات مشاوره‌ای، ارجاع افراد به مراکز حمایتی و هماهنگی با سایر دستگاه‌های مسئول، تلاش می‌کند از ادامه آسیب و تشدید شرایط بحرانی جلوگیری کند. اهمیت این مداخلات، به‌ویژه در مواردی افزایش می‌یابد که سلامت جسمی یا روانی زنان و کودکان در معرض تهدید فوری قرار دارد؛ زیرا واکنش سریع و تخصصی می‌تواند از بروز آسیب‌های جبران ناپذیر پیشگیری کند. [۵، ۲]

علاوه بر مداخلات اولیه، یکی از کارکردهای مهم اورژانس اجتماعی، ایجاد نظام پیگیری و حمایت پس از بحران است. بسیاری از موارد خشونت خانگی، پس از پایان مداخله اولیه، همچنان با خطر تکرار خشونت، وابستگی اقتصادی، مشکلات روانی و دشواری بازگشت فرد به زندگی عادی همراه اند. ازاین‌رو، پیگیری مستمر وضعیت قربانی، توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی، ارجاع به خدمات درمانی و مشاوره‌ای، تقویت شبکه‌های حمایتی و کمک به بازسازی روابط سالم خانوادگی، از جمله اقداماتی است که می‌تواند اثربخشی مداخلات را افزایش دهد. همچنین، جمع‌آوری داده‌های مربوط به موارد گزارش‌شده به اورژانس اجتماعی می‌تواند در شناخت الگوهای خشونت، برنامه‌ریزی سیاست‌های پیشگیرانه و بهبود خدمات حمایتی در سطح جامعه نقش مؤثری داشته باشد. [۵، ۲]



با وجود اهمیت مداخلات قانونی، تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که برخورد حقوقی به‌تنهایی برای حل مسئله خشونت خانگی کافی نیست. اثربخشی واقعی زمانی حاصل می‌شود که اقدامات قانونی در کنار برنامه‌های پیشگیرانه، خدمات اجتماعی تخصصی، حمایت‌های روانی-اجتماعی، آموزش عمومی و مداخلات فوری در بحران قرار گیرد. رویکردی جامع که بر توانمندسازی قربانیان، افزایش مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تقویت نظام حمایت اجتماعی و همکاری میان نهادهای مختلف تأکید داشته باشد، می‌تواند در کاهش خشونت خانگی و ارتقای امنیت و سلامت زنان و کودکان مؤثر باشد. [۵-۱]

نقش اورژانس اجتماعی و نظام حقوقی

در چه شرایطی باید با اورژانس اجتماعی، خط ۱۲۳، تماس بگیریم؟
در شرایط زیر، تماس با اورژانس اجتماعی می‌تواند ضروری باشد:

- خشونت خانگی علیه زنان، کودکان، سالمندان یا افراد دارای معلولیت؛
- کودک‌آزاری، همسرآزاری یا سالمندآزاری، اعم از جسمی، روانی، جنسی یا ناشی از غفلت؛
- آزار، سوءاستفاده یا بهره‌کشی جنسی از کودکان و نوجوانان؛
- تنبیه بدنی شدید، تهدید یا محروم کردن کودک از نیازهای اساسی؛
- غفلت از مراقبت، تغذیه، بهداشت یا آموزش کودک؛
- اختلاف‌ها و درگیری‌های شدید خانوادگی که امنیت اعضای خانواده را به خطر انداخته است؛
- تهدید به قتل، آسیب جسمی یا وقوع مکرر خشونت در محیط خانواده؛
- فرار کودکان و نوجوانان از منزل یا قرارگرفتن آنان در معرض فرار؛
- داشتن افکار خودکشی، اقدام به خودکشی یا خودآسیب‌رسانی؛
- مشاهده کودک کار، کودک خیابانی یا کودک بدون سرپرست یا بدسرپرست؛
- رهاشدگی، بی‌خانمانی یا بی‌پناهی افراد نیازمند حمایت اجتماعی؛

در کنار اقدامات حمایتی، نظام حقوقی نیز در حفاظت از زنان و کودکان در برابر خشونت خانگی نقشی اساسی دارد. وجود قوانین روشن و کارآمد، تضمین دسترسی قربانیان به عدالت، رسیدگی سریع و عادلانه به شکایات، پیش‌بینی حمایت‌های قانونی و اعمال ضمانت‌های اجرایی مناسب، از مؤلفه‌های اصلی یک نظام حقوقی اثربخش در مقابله با خشونت خانگی به شمار می‌روند. همچنین، هماهنگی میان دستگاه قضایی، نیروی انتظامی، پزشکی قانونی، سازمان بهزیستی و سایر نهادهای مرتبط می‌تواند روند حمایت از قربانیان را تسهیل و زمینه کاهش تکرار خشونت را فراهم کند. [۱، ۴، ۲]



یکی از چالش‌های اساسی نظام حقوقی در مواجهه با خشونت خانگی، فاصله میان وجود قوانین حمایتی و امکان بهره‌مندی واقعی قربانیان از این حمایت هاست. عواملی مانند ترس از پیامدهای خانوادگی، وابستگی مالی به فرد خشونت‌گر، ناآگاهی از حقوق قانونی، نگرانی از انگ اجتماعی و پیچیدگی فرایندهای قضایی می‌توانند زنان و کودکان آسیب‌دیده را از مراجعه به مراجع رسمی بازدارند. بنابراین، تقویت سازوکارهای دسترسی آسان به عدالت، ارائه اطلاعات حقوقی به زبان قابل فهم، حمایت از قربانیان در طول فرایند دادرسی و ایجاد رویه‌های هماهنگ میان نهادهای قضایی و حمایتی، از الزامات افزایش کارآمدی نظام حقوقی در مقابله با خشونت خانگی است. [۱، ۲، ۴]





• قرارگرفتن سالمندان یا افراد دارای معلولیت در معرض غفلت، سوءرفتار یا رهاشدگی؛
• ازدواج اجباری یا قرارگرفتن کودکان و نوجوانان در معرض چنین ازدواجی؛
• هر وضعیت بحرانی اجتماعی که سلامت، امنیت یا کرامت فرد را تهدید کند و به مداخله فوری مددکاران اجتماعی نیاز داشته باشد.

منابع

1. World Health Organization (WHO). Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva: WHO; 2013.
2. UN Women. Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence. New York: UN Women.
3. World Health Organization (WHO). INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence Against Children. Geneva: WHO; 2016.
4. UN Women. Handbook for Legislation on Violence against Women. New York: United Nations; 2012.
۵. سازمان بهزیستی کشور. دستورالعمل و آیین نامه خدمات اورژانس





تغییرات بیومکانیکی دوران بارداری و اختلالات اسکلتی-عضلانی مرتبط؛ آنچه هر ماما باید بداند

نویسنده:

محمد امین حیرانی مقدم دانشجوی کارشناسی فیزیوتراپی
دانشگاه علوم پزشکی ایران ورودی ۴۰۲

مقدمه

بارداری با مجموعه وسیعی از تغییرات فیزیولوژیک، هورمونی و بیومکانیکی همراه است که به منظور ایجاد محیط مناسب برای رشد و تکامل جنین رخ می دهند. گرچه این تغییرات بخشی طبیعی از فرایند بارداری به شمار می آیند، می توانند تأثیر قابل توجهی بر سیستم عضلانی-اسکلتی مادر داشته باشند.

در این میان، ماما به عنوان یکی از اعضای اصلی تیم مراقبت از مادر، در بررسی و پایش مادران باردار و همچنین شناسایی زودهنگام علائم، آموزش صحیح و ارجاع به موقع، نقش مهمی دارد.

همچنین، آشنایی ماماها با تغییرات کینزیولوژیک و بیومکانیکی دوران بارداری و اختلالات مکانیکی مفاصل می تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت مراقبت های دوران بارداری داشته باشد.

اختلالات عضلانی-اسکلتی یکی از شایع ترین مشکلات دوران بارداری هستند که می توانند موجب کاهش کیفیت زندگی، کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره و حتی تأثیر بر سلامت روان مادر شوند.

از نظر اپیدمیولوژیک، حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد زنان در طول بارداری، به ویژه در سه ماهه دوم و سوم، کمردرد را تجربه می کنند و حدود ۲۰ تا ۴۵ درصد نیز دچار درد کمربند لگنی (Pelvic Girdle Pain) می شوند. همچنین، حدود ۸ تا ۱۵ درصد زنان، درد شدید و ناتوان کننده ای را تجربه می کنند که می تواند فعالیت های روزمره یا اشتغال آنان را مختل کند.

بخشی از این دردها ممکن است تا بعد از زایمان و حتی برای مدتی طولانی ادامه داشته باشند و تأثیر بسزایی بر توانایی مادر در مراقبت از نوزاد بگذارند.

یکی از مهم ترین تغییرات هورمونی در دوران بارداری، افزایش هورمون ریلکسین (Relaxin) از اوایل بارداری است. سطح ریلکسین در سه ماهه اول افزایش می یابد و در مطالعات مختلف، زمان اوج آن متفاوت گزارش شده است. تغییرات هورمونی، از جمله ریلکسین، همراه با افزایش بار مکانیکی و تغییرات بیومکانیکی، ممکن است در افزایش شلی لیگامانی و کاهش پایداری لگن نقش داشته باشند؛ باین حال، ارتباط مستقیم سطح ریلکسین با درد کمربند لگنی هنوز قطعی نیست.

هم زمان با افزایش تدریجی وزن مادر و رشد رحم، مرکز ثقل بدن (Centre of Mass) به سمت جلو منتقل می شود.

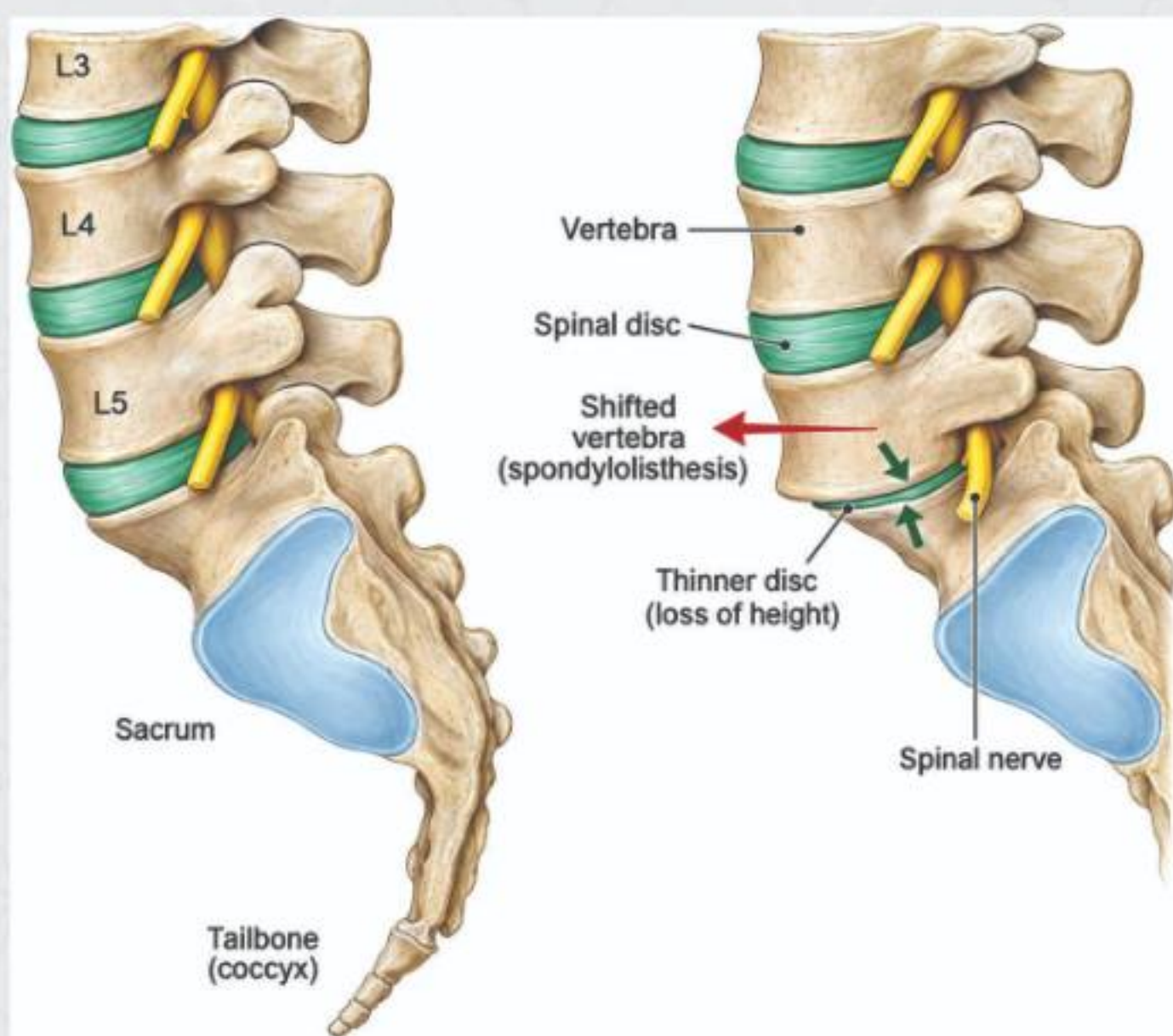
برای حفظ تعادل هنگام راه رفتن، تغییرات جبرانی در پاسچر، مانند افزایش لوردوز کمری، افزایش کایفوز سینه ای و تغییر الگوی راه رفتن، رخ می دهند. اگرچه این تغییرات برای حفظ تعادل ضروری هستند، می توانند موجب افزایش استرس مکانیکی بر ستون فقرات، مفاصل لگنی و اندام تحتانی شوند و زمینه بروز دردهای اسکلتی-عضلانی را فراهم کنند.

کمردرد در دوران بارداری

کمردرد یکی از شایع ترین شکایت های مادران باردار است که می تواند با افزایش لوردوز کمری و افزایش بار فشاری بر مفاصل فاست کمری و عناصر خلفی ستون فقرات مرتبط باشد.

همچنین، در مادرانی که سابقه اختلالات ستون فقرات، مانند فتق دیسک (Disk Herniation) یا سرخوردگی مهره های کمری (Spondylolisthesis)، دارند، توجه و مداخلات مناسب پیش از بارداری و در طول بارداری می تواند به سپری کردن بارداری با شرایط بهتر و کاهش عوارض پس از زایمان کمک کند.





■ اختلالات مفصل ساکروایلیاک

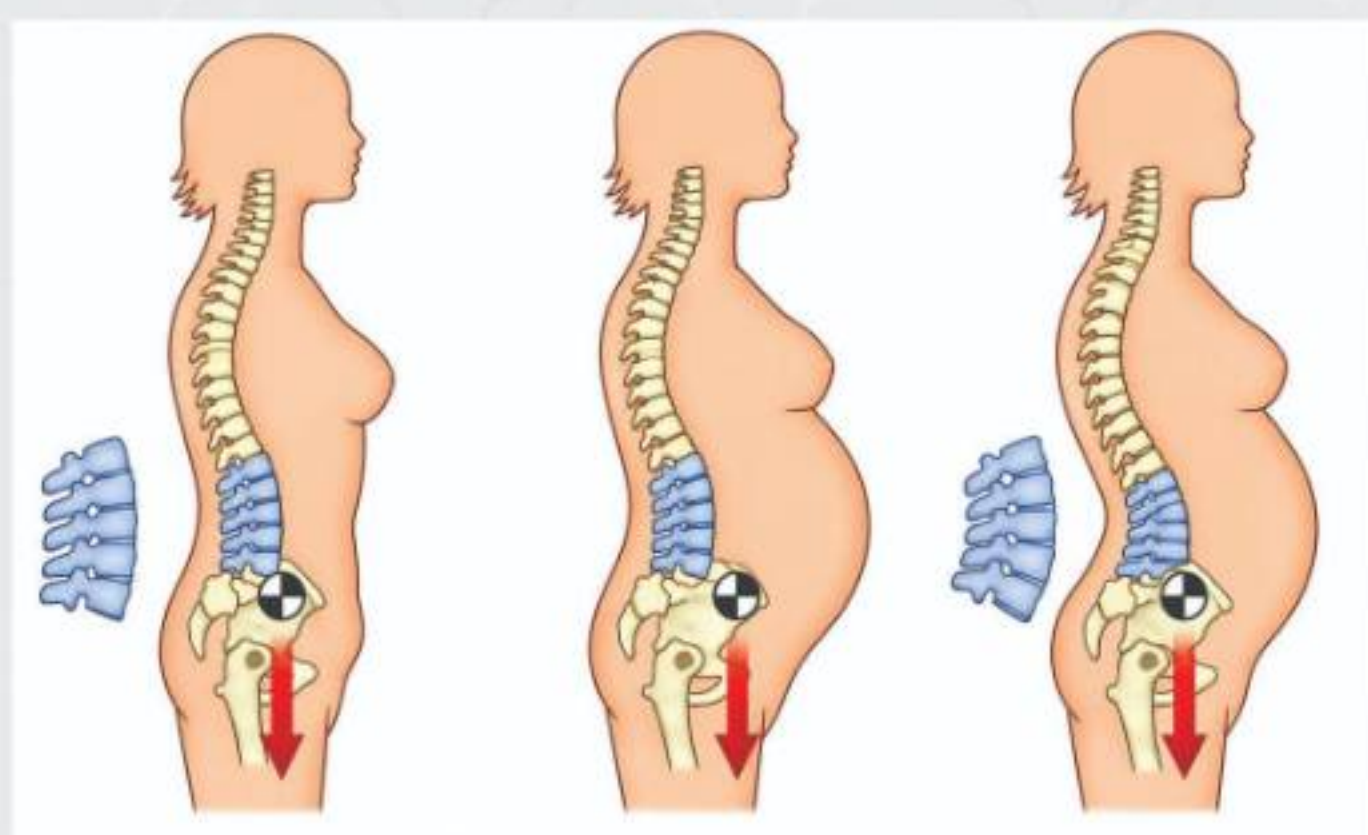
مفصل ساکروایلیاک یکی از مفاصل کمر بند لگنی است که نقش مهمی در انتقال وزن از ستون فقرات به اندام تحتانی بر عهده دارد.

از عوامل مرتبط با ایجاد تظاهرات بالینی اختلال عملکرد مفصل ساکروایلیاک (Sacroiliac Joint Dysfunction) می توان به ضعف عضلات پایدارکننده مرکزی بدن (Core Stability)، انتقال مرکز ثقل به جلو و ترشح هورمون های ریلکسین و پروژسترون اشاره کرد.

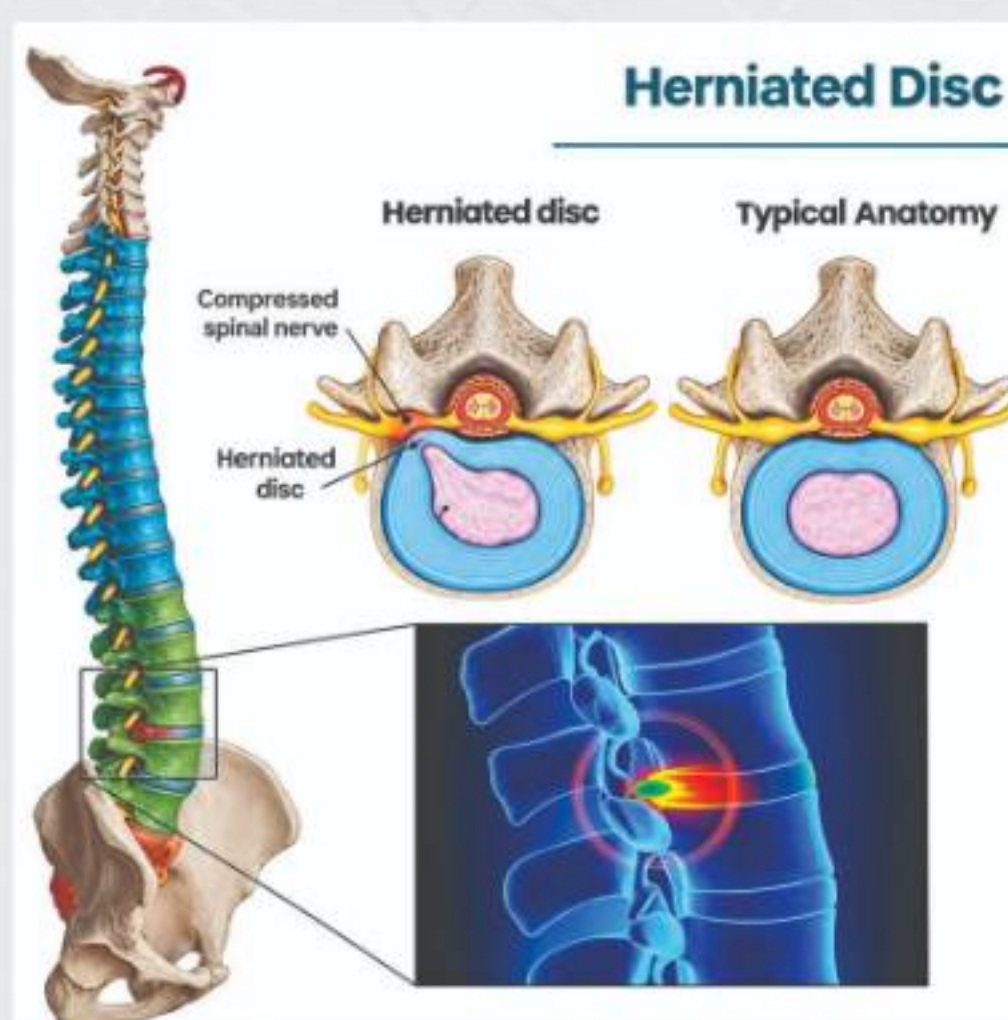
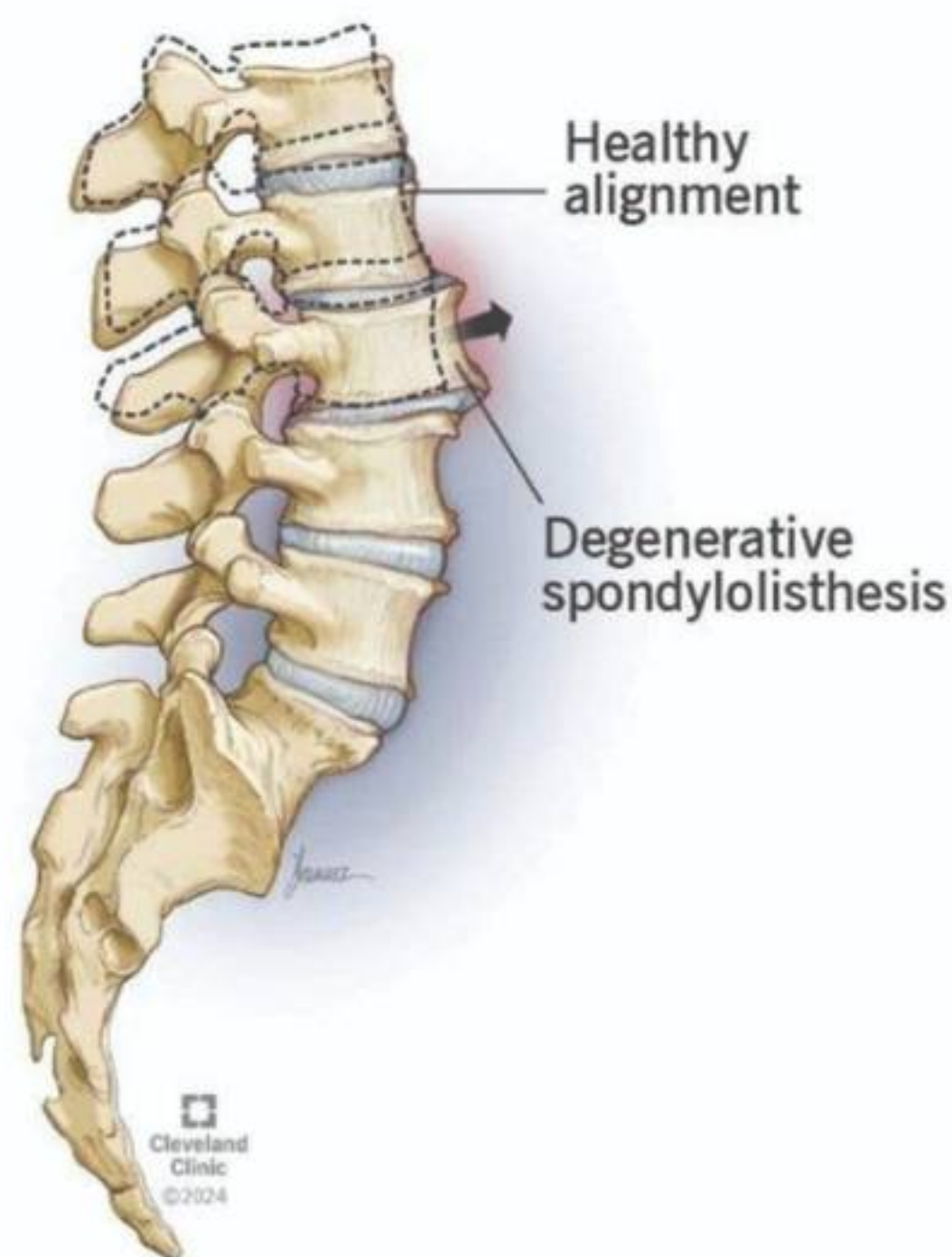
■ نشانه های بالینی

- درد یک طرفه یا دوطرفه در ناحیه باسن
- انتشار درد به کشاله ران و پشت ران، تا بالای زانو
- تشدید درد هنگام بالا رفتن از پله و چرخش در حالت ایستاده
- احساس ناپایداری یا گیرکردگی در ناحیه لگن

تشخیص و درمان این اختلالات در حوزه تخصصی مامایی نیست؛ اما آموزش اصول ارگونومی، اصلاح فعالیت ها و در برخی موارد استفاده از کمر بند حمایتی لگن می تواند به تسکین علائم کمک کند.



Spondylolisthesis





افزایش وزن، جابه‌جایی مرکز ثقل بدن، افزایش پرونیشن پا، چرخش داخلی اندام تحتانی، شلی لیگامان‌ها و ضعف عضلات گلوئتال، موجب تغییر بیومکانیک اندام تحتانی و افزایش نیروهای وارد شده بر مفصل پاتلوفمورال می‌شوند. در نتیجه، احتمال بروز سندرم درد پاتلوفمورال (Patellofemoral Pain Syndrome) افزایش یافته و در برخی افراد نیز ممکن است علائم ناشی از کندرومالاسی کشک تشدید شود.

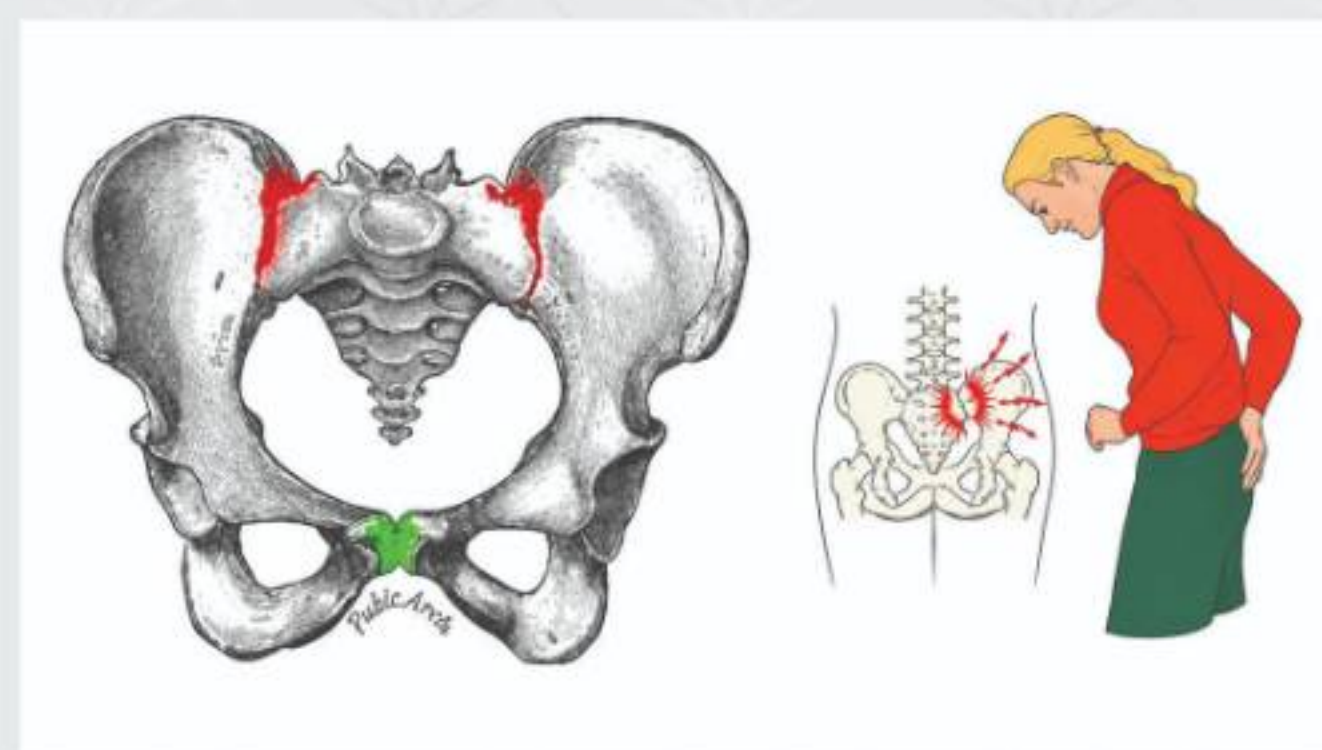
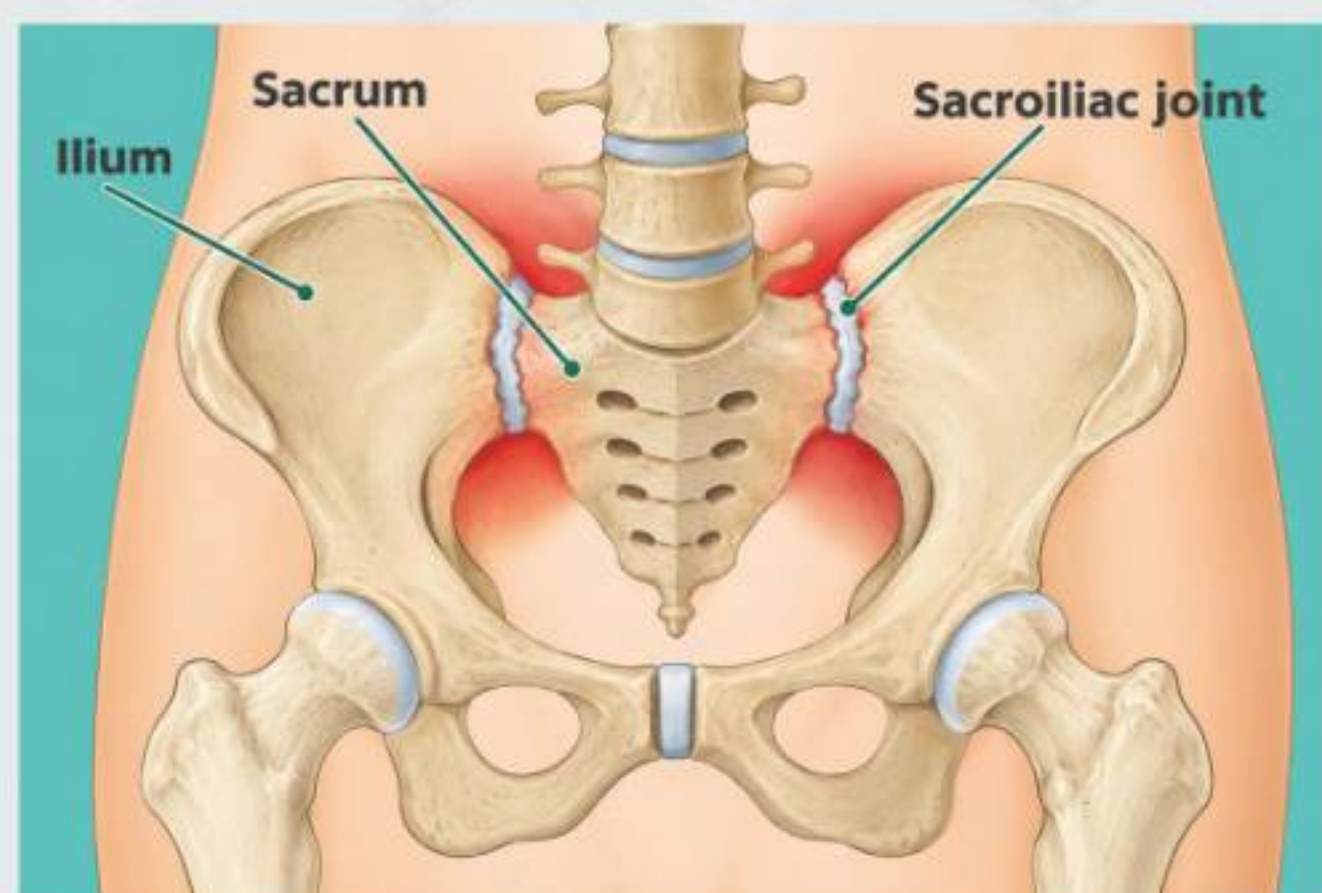
در مادران باردار مبتلا به درد قدام زانو، آموزش انجام تمرینات کم‌خطر، مانند بالا آوردن مستقیم اندام تحتانی (Straight Leg Raise) و حرکت Clamshell، در صورت نداشتن منع پزشکی و پس از ارزیابی مناسب، می‌تواند به بهبود کنترل عضلانی و کاهش علائم کمک کند.

همچنین، در برخی بیماران، استفاده موقت از ارتزها یا زانوبندهای حمایتی، با نظر پزشک یا فیزیوتراپیست، ممکن است موجب افزایش ثبات مفصل و کاهش درد شود.

از آنجا که مفصل زانو نقش مهمی در راه رفتن، حفظ تعادل و انجام فعالیت‌های روزمره مادر باردار دارد، تداوم درد یا اختلال عملکرد این مفصل می‌تواند کیفیت زندگی و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، در صورت پایدار ماندن علائم، تشدید درد یا محدود شدن عملکرد، ارجاع به موقع به پزشک یا سایر اعضای تیم توانبخشی، به‌ویژه فیزیوتراپیست، برای ارزیابی و درمان تخصصی توصیه می‌شود.

همچنین، ضعف عضلات گلوئتال می‌تواند موجب کاهش کنترل حرکتی هنگام راه رفتن و ایجاد درد در ناحیه کشاله ران، باسن و بخش خارجی مفصل هیپ (Greater Trochanter) شود. برای پیشگیری و مداخله مناسب، تمرینات باید پس از ارزیابی و در صورت نبود منع پزشکی، با ارجاع و نظر متخصص مربوطه تجویز شوند.

در هنگام ارائه تمرینات نیز باید وضعیت سایر مفاصل و همچنین متغیرهای هماتولوژیک مورد توجه قرار گیرند.



Patellofemoral pain syndrome

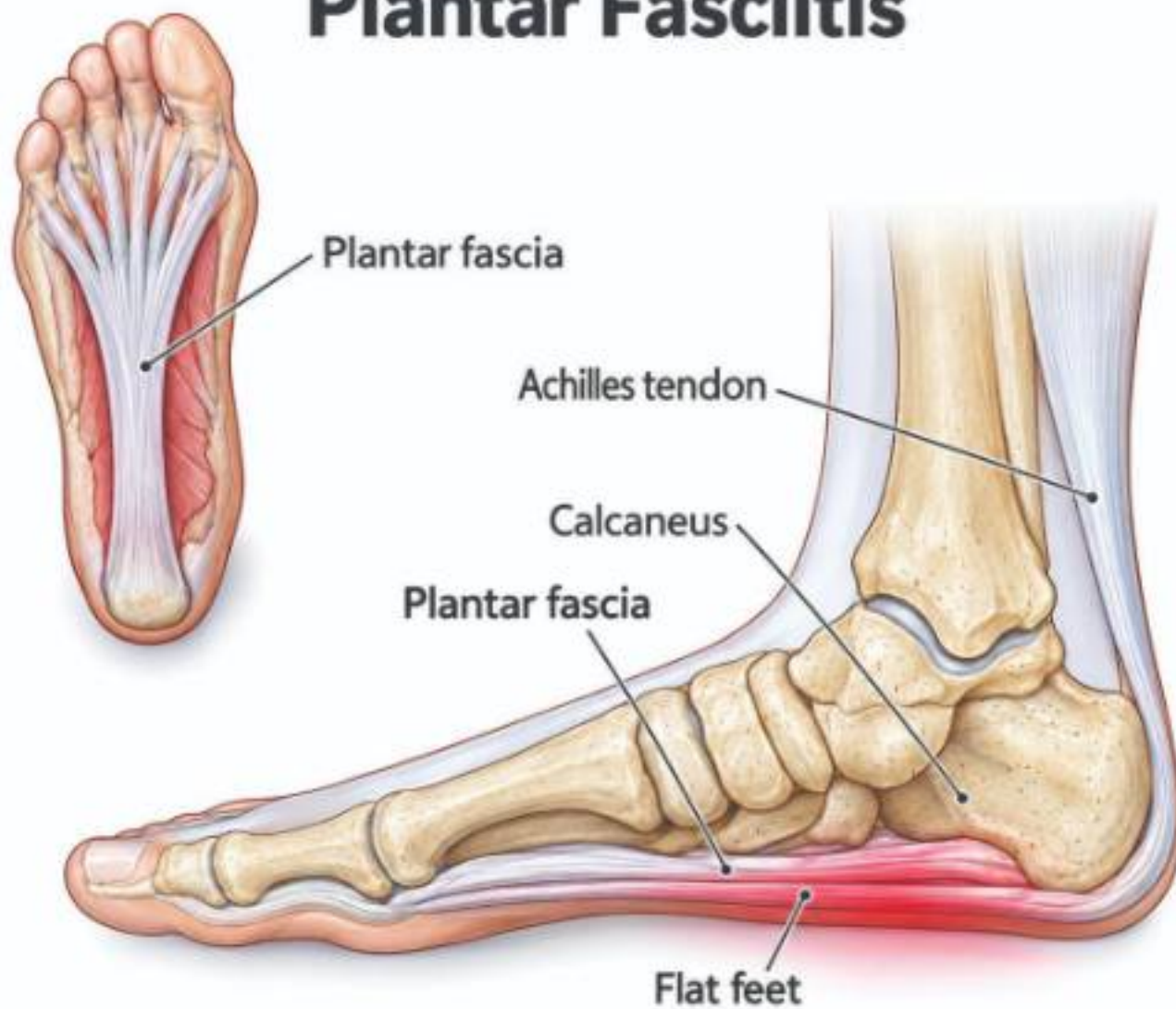


درد زانو در دوران بارداری

از دیگر شکایت‌های شایع اسکلتی-عضلانی در دوران بارداری، درد مفصل زانو، به‌ویژه درد قدام زانو، است.

از سوی دیگر، درد شدید در کشاله ران یا مفصل هیپ که با ناتوانی در تحمل وزن همراه باشد، می‌تواند مطرح‌کننده نکروز آواسکولار سر فمور (Avascular Necrosis) باشد. همچنین، درد مداوم این ناحیه می‌تواند از نشانه‌های استئوپروز گذرای هیپ (Pregnancy-Associated Transient Osteoporosis of the Hip)، به‌ویژه در سه ماهه سوم، باشد که نیازمند مداخلات ارتوپدی و توانبخشی است.

Plantar Fasciitis



درد کف پا و فاشیای کف پا

یکی از شکایت‌های شایع دوران بارداری، درد در ناحیه کف پا است که می‌تواند با التهاب فاشیای کف پا (Plantar Fasciitis) همراه باشد. این وضعیت می‌تواند به دنبال کاهش قوس طولی پا یا چرخش داخلی استخوان تیبیا ایجاد شود. از علائم آن می‌توان به درد هنگام برداشتن نخستین قدم‌های صبحگاهی، درد پاشنه و درد هنگام ایستادن‌های طولانی اشاره کرد. در بسیاری از موارد، این درد به مداخله جدی نیاز ندارد و با استفاده از کمپرس سرد، کشش عضلات پشت ساق و همچنین ارجاع به مراکز ارتوپدی فنی برای دریافت کفی طبی مناسب، می‌تواند بهبود یابد. علائم هشدار (Red Flags)؛ چه زمانی ارجاع فوری لازم است؟

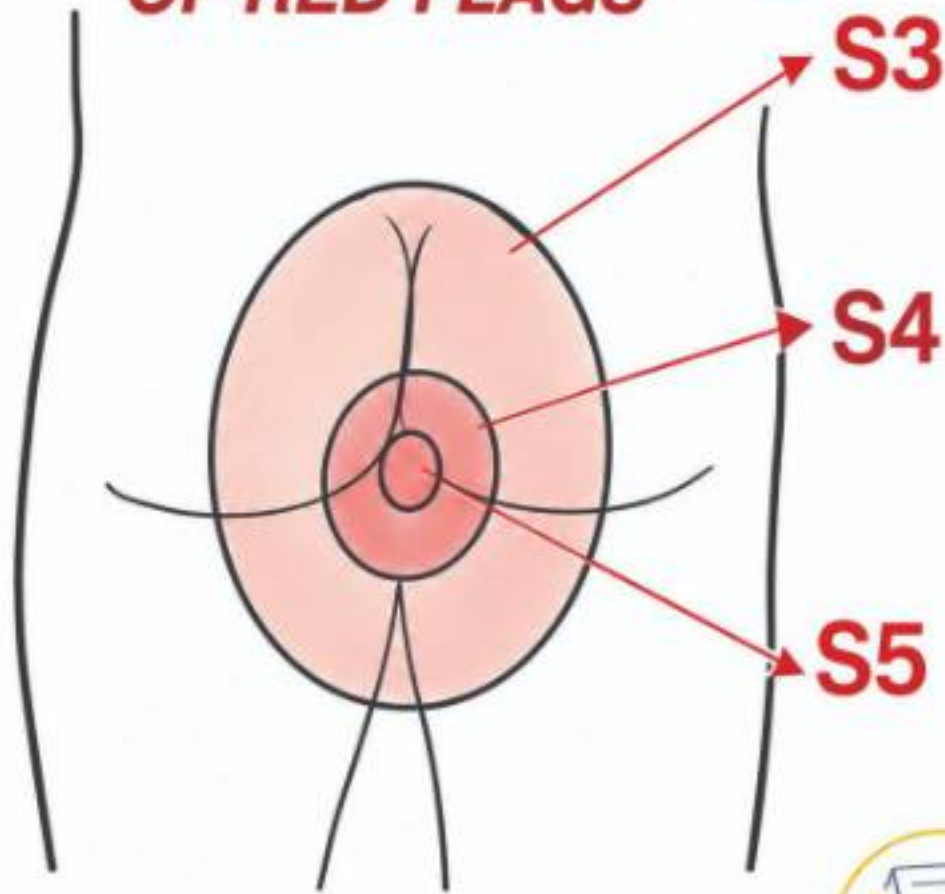
♦ از علائم هشداردهنده‌ای که ماماها باید همواره به آن‌ها توجه کنند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- درد شدید و ناگهانی مفصل هیپ
 - ناتوانی در راه رفتن یا تحمل وزن
 - تورم و قرمزی یک طرفه در ناحیه ساق پا
 - ضعف عضلانی پیشرونده و اختلالات حسی، مانند گزگز یا احساس برق گرفتگی
 - بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و همچنین بی‌حسی ناحیه نشیمنگاه
 - درد شبانه‌ای که با استراحت بهبود نیابد یا موجب بیدار شدن از خواب شود
 - کاهش واضح دامنه حرکتی مفاصل و تغییرات رنگ پوست
- از اختلالات جدی و نیازمند مداخلات سریع می‌توان به ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) اشاره کرد که با علائمی مانند گرمی، تورم، درد و حساسیت در ناحیه درگیر همراه است.



SADDLE ANAESTHESIA

**“ BEST DIAGNOSTIC VALUE
OF RED FLAGS ”**



What is the diagnostic accuracy of red flags related to cauda equina syndrome when compared to MRI: A systematic review - JULY 2019

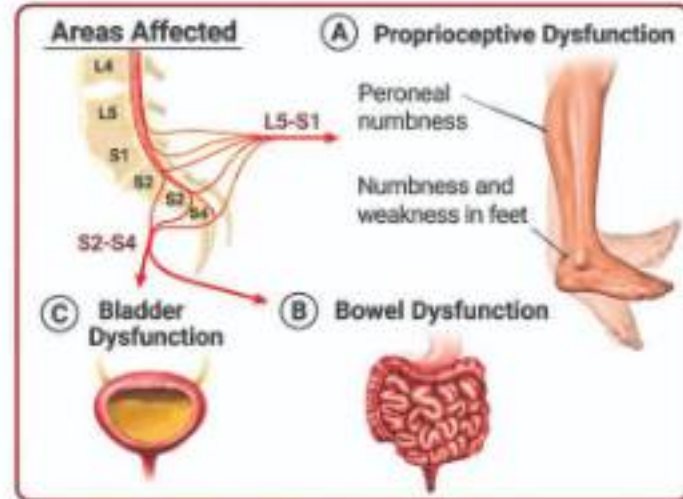
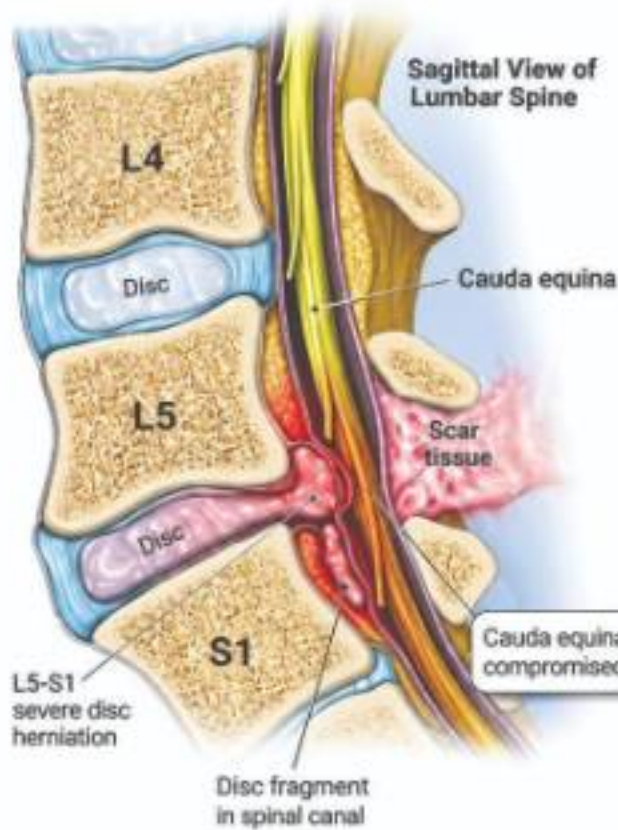


سندرم دم اسبی (Cauda Equina Syndrome)

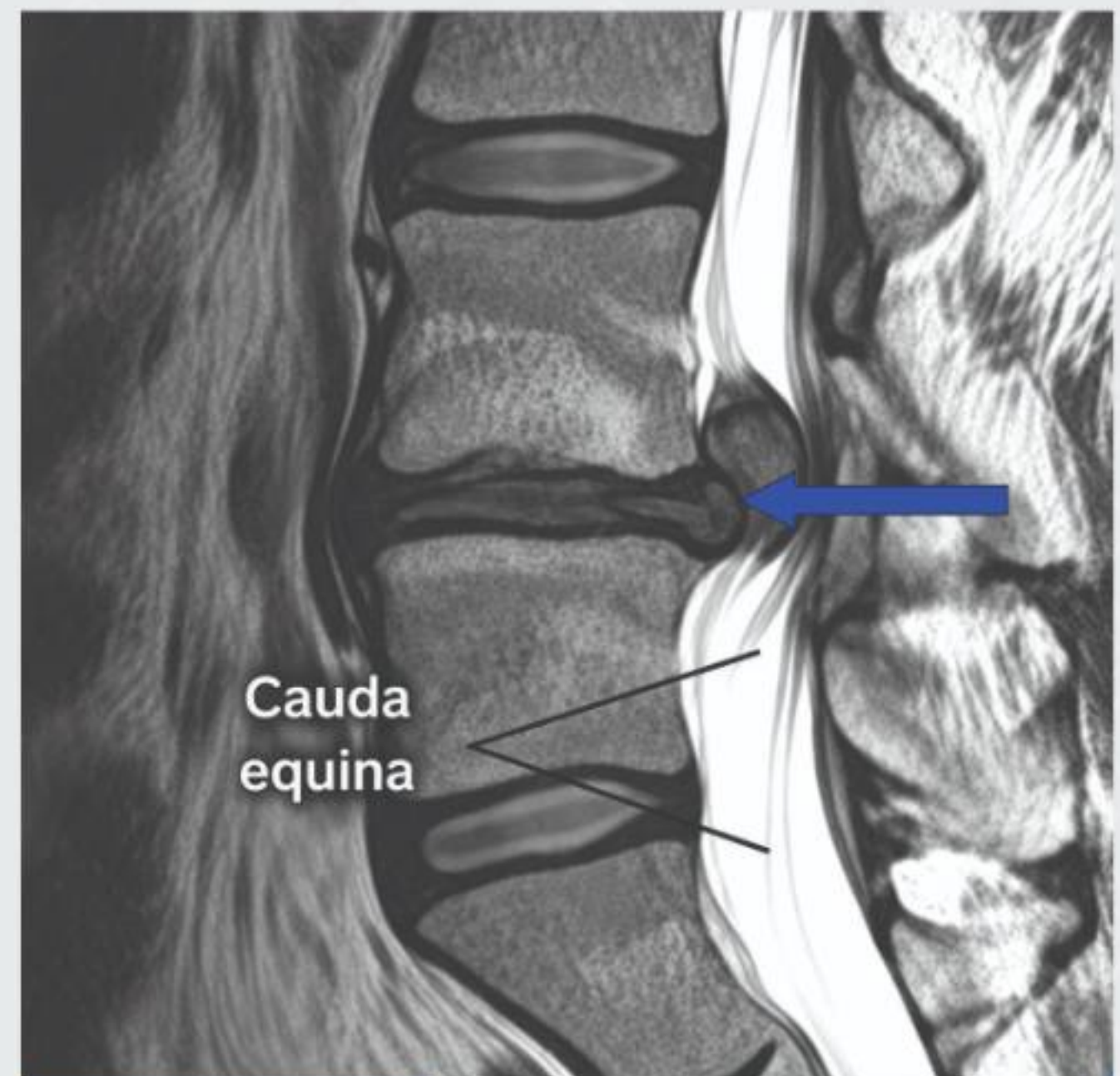
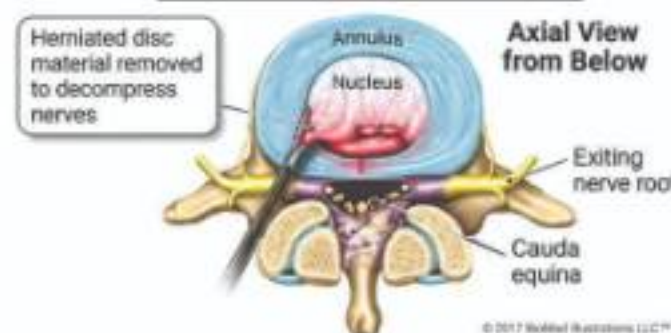
سندرم دم اسبی یک اورژانس جراحی اعصاب (Neurosurgical Emergency) است که در اثر فشرده شدن مجموعه ریشه‌های عصبی لومبوساکرال در انتهای کانال نخاعی ایجاد می‌شود. این سندرم با علائمی مانند بی‌حسی ناحیه پرینه و همچنین اختلال در کنترل ادرار و مدفوع همراه است. هرگونه شک یا احتمال وجود این اختلال باید به ارجاع اورژانسی منجر شود؛ زیرا تأخیر در تشخیص و درمان می‌تواند موجب فلج دائمی اندام تحتانی، اختلال دائمی عملکرد مثانه و روده و اختلال عملکرد جنسی شود.

Cauda Equina Syndrome (CES)

Severe Spinal Injury



CES Treatment: L5-S1 Decompression Surgery



نقش ماما در شناسایی و ارجاع

ماما به عنوان یکی از نخستین اعضای تیم درمان که با مادر باردار در ارتباط است، نقش کلیدی در شناسایی علائم هشدار، آموزش اصول صحیح وضعیت بدن و ارجاع به موقع بیماران ایفا می‌کند.

آگاهی از تغییرات طبیعی دوران بارداری و توانایی افتراق آن‌ها از اختلالات پاتولوژیک، علاوه بر کاهش عوارض، موجب حفظ سلامت مادر، افزایش کیفیت زندگی وی و ارتقای پیامدهای بارداری خواهد شد.

در نهایت، همکاری مؤثر میان ماما، پزشک متخصص زنان، فیزیوتراپیست و سایر اعضای تیم درمان، بهترین راهکار برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام اختلالات است. شناسایی به موقع علائم هشدار توسط ماما، علاوه بر پیشگیری از ناتوانی‌های دائمی، می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامت مادر، کاهش هزینه‌های درمان و بهبود کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری داشته باشد.

علائم هشدار (Red Flags)
چه زمانی ارجاع فوری لازم است؟

ماما باید همواره به علائم هشدار دهنده زیر توجه کنند و در صورت مشاهده، ارجاع فوری انجام دهند.

 درد شدید و ناگهانی مفصل هیپ	 ناتوانی در راه رفتن یا تحمل وزن	 تورم و قرمزی یک طرفه در ناحیه ساق یا	 ضعف عضلانی پیشرونده و اختلالات حسی مانند گزگز و حس برق گرفتگی
 بی اختیاری های ادرار و مدفوع و همچنین بی حس ناحیه لشیمگاه	 درد شبانه که با استراحت بهبود نیابد و یا باعث بیدار شدن از خواب شود	 کاهش واضح دامنه حرکتی مفاصل	 تغییرات رنگ پوست

در صورت مشاهده هر یک از این علائم، ارجاع فوری به پزشک متخصص (ارتوپد، متخصص زنان یا نورولوژی) ضروری است.

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM, Sheffield JS. Williams Obstetrics. 27th ed. New York: McGraw Hill; 2025.
2. Landon MB, Galan HL, Jauniaux E, Driscoll DA, Berghella V, Grobman WA, et al. Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
3. Magee DJ. Orthopedic Physical Assessment. 7th ed. Elsevier; 2021.
4. Braddom RL. Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation. 6th ed. Elsevier; 2021.
5. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J. 2008;17(Suppl 6):794-819.
6. Clinton SC, Newell A, Downey PA, Ferreira PH, et al. Clinical Practice Guideline: Pelvic Girdle Pain in the Peripartum Population. Journal of Women's & Pelvic Health Physical Therapy. 2022;46(1):E1-E53.



آزمونی کوچک، آینده‌ای بزرگ

نویسنده:

دکتر ملیحه مظاهر یزدی

استادیار گروه شنوایی شناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران



شنوایی درچه‌ای حیاتی به سوی تکامل گفتار، زبان و مهارت‌های شناختی در دوران حساس کودکی است؛ به گونه‌ای که هرگونه تأخیر در شناسایی اختلالات شنوایی می‌تواند فرصت‌های طلایی رشد مهارت‌های ارتباطی نوزاد را به خطر بیندازد. با توجه به شیوع بالای کم شنوایی‌های مادرزادی، غربالگری، شناسایی و مداخله زودهنگام، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. نوشتار پیش‌رو با هدف تبیین دقیق پروتکل‌های استاندارد غربالگری شنوایی، نقشه راهی برای متخصصان و والدین جهت شناسایی به موقع و مدیریت مؤثر این اختلالات ارائه می‌دهد.

♦ اهمیت شنوایی در رشد کودک

نقش شنوایی در فراگیری زبان و گفتار، فعالیت‌های حسی حرکتی و حتی کنترل تعادل در کودکان کم‌سن و سال بسیار حیاتی است. بر این اساس، بررسی‌های جامع شنوایی شناسی، به ویژه در کودکانی که مشکوک به افت شنوایی هستند یا احتمال درگیری دستگاه شنوایی در آن‌ها وجود دارد، ضروری است. به محض تردید در مورد کم شنوایی نوزاد، فرایند تشخیص و مداخلات پزشکی و توان بخشی باید با کیفیت مطلوب و در زمان مناسب آغاز شود. در صورت تأیید افت شنوایی، ارائه آگاهی و آموزش‌های لازم به والدین، گام نخست در مسیر توان بخشی است.

آمارها چه می‌گویند؟

مطالعات نشان می‌دهند که افت شنوایی از شایع‌ترین نقایص مادرزادی است. طبق آمار مؤسسه ملی سلامت آمریکا (NIH)، حدود ۱ در ۱۰۰۰ نوزاد با افت شنوایی عمیق یا ناشنوایی، و ۲ تا ۳ در ۱۰۰۰ نوزاد با افت‌های شنوایی خفیف‌تر متولد می‌شوند.

در ایران نیز شیوع اختلال شنوایی دائم کودکان حدود ۲٫۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شده است که این میزان در کودکان پرخطر به ۱۰ تا ۱۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده افزایش می‌یابد.

اگرچه بسیاری از والدین پیش از تأیید نهایی، نسبت به عدم پاسخ نوزاد به صدا ابراز نگرانی می‌کنند، اما افت شنوایی نوزادان اغلب با آزمون‌های معمول خانگی قابل تشخیص نیست. پیش‌تر، میانگین سن تشخیص افت شنوایی بدون بررسی‌های شنوایی شناسی بالای ۳۰ ماهگی بود. اگرچه کودکان دارای افت شنوایی شدید یا چندمعلولیتی زودتر شناسایی می‌شوند، اما کودکان با افت شنوایی متوسط یا ملایم به دلیل ماهیت اختلال (پاسخ به صداها بلند)، اغلب تا سن مدرسه تشخیص داده نمی‌شوند. از دست رفتن زمان طلایی پس از تولد، موجب محرومیت مسیرهای مرکزی شنیداری در مغز و در نتیجه تأخیر در تکامل گفتار و زبان می‌شود. به همین دلیل، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، غربالگری شنوایی را برای تمام نوزادان در بیمارستان‌ها الزامی کرده‌اند.

پروتکل‌های غربالگری شنوایی

۱. غربالگری در بخش نوزادان سالم (Well-baby)

کلیه نوزادان باید پیش از ترخیص از بیمارستان با آزمون TEOAE (گسیل‌های صوتی گذرا) غربالگری شوند. اگر نوزاد در آزمون پذیرفته شد و سابقه خانوادگی کم شنوایی یا ازدواج فامیلی نداشت، با ارائه بروشورهای آموزشی ترخیص می‌شود. اگر نوزاد در آزمون پذیرفته شد اما سابقه کم شنوایی در خانواده وجود داشت، باید پیش از ۱ ماهگی جهت ارزیابی تشخیصی شنوایی شناسی ارجاع داده شود. اگر نوزاد در مرحله نخست رد شد، باید دو هفته بعد مجدداً غربالگری شود. در صورت رد مجدد، ارزیابی تشخیصی شنوایی شناسی پیش از ۳ ماهگی الزامی است.





۲. غربالگری در بخش مراقبت‌های ویژه (NICU)

تمامی نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه باید پیش از ترخیص با هر دو آزمون OAE و AABR (غربالگری عصب شنوایی) بررسی شوند.

به دلیل وجود عوامل خطرزا و احتمال بروز کم‌شنوایی تأخیری یا نوروپاتی شنوایی، فارغ از نتیجه غربالگری، نوزاد باید پس از ترخیص جهت ارزیابی مجدد تشخیصی پیگیری شود تا وضعیت شنوایی او پیش از ۳ ماهگی مشخص گردد.

برخی مراجع علمی، تکرار بررسی در سنین ۹ تا ۱۲ ماهگی (باروش OAE و تمپانومتري) و ارزیابی در ۳ سالگی (باروش ABR) را برای حصول اطمینان از سلامت شنوایی پیشنهاد می‌کنند.

در تمامی مراحل غربالگری، تشخیص و توان بخشی، شنوایی‌شناس به عنوان عضو اصلی تیم، مسئولیت هدایت و پیگیری وضعیت نوزاد و خانواده را بر عهده دارد.

منبع:

Pediatric of audiology





باین حال، بسیاری از پژوهش‌های بالینی و راهنماهای سلامت مادر، به دلیل تداوم آسیب‌پذیری زیستی و روان شناختی زنان در این دوره، بروز علائم تا یک سال پس از زایمان را نیز در چارچوب افسردگی پس از زایمان بررسی می‌کنند [۱،۲].

اگرچه افسردگی اساسی می‌تواند در هر مرحله‌ای از زندگی رخ دهد، دوران بارداری و به‌ویژه ماه‌های پس از زایمان، به دلیل تغییرات گسترده زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، یکی از دوره‌های آسیب‌پذیر برای بروز آن محسوب می‌شود. از همین رو، شناخت ویژگی‌های اختصاصی افسردگی پس از زایمان و تمایز آن از تغییرات طبیعی خلقی پس از تولد نوزاد اهمیت ویژه‌ای دارد. مشکلات سلامت روان مادران از عوارض قابل‌توجه بارداری و دوره پس از زایمان است. دوره پس از زایمان برای رفاه حال و آینده زنان و فرزندانشان بسیار مهم است و زمان مهمی در زندگی یک زن محسوب می‌شود. این دوره شامل تغییرات هورمونی عمده‌ای است که بر وضعیت عاطفی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند زنان را مستعد اختلالات سلامت روان پس از زایمان کند. این شکل از افسردگی، فراتر از احساس غم، خستگی یا نوسانات خلقی طبیعی روزهای نخست پس از تولد نوزاد است و با مجموعه‌ای از علائم هیجانی، شناختی، جسمانی و رفتاری همراه است که می‌توانند عملکرد روزمره مادر را به طور قابل‌توجهی مختل کنند. این علائم همانند سایر دوره‌های افسردگی اساسی شامل خلق افسرده‌پایدار، کاهش علاقه و لذت، احساس بی‌ارزشی یا گناه، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی، دشواری در تمرکز و تصمیم‌گیری و در برخی موارد، افکار مربوط به مرگ یا خودکشی است. علاوه بر این، بسیاری از مادران مبتلا احساس می‌کنند توانایی کافی برای ایفای نقش مادری ندارند، در برقراری پیوند عاطفی با نوزاد خود دچار دشواری هستند یا نگرانی شدید و مداومی درباره سلامت و مراقبت از کودک را تجربه می‌کنند. این ویژگی‌ها سبب می‌شود تجربه افسردگی پس از زایمان، علاوه بر علائم عمومی افسردگی اساسی، با چالش‌های منحصربه‌فردی در رابطه مادر و نوزاد همراه باشد [۱،۲].

مادر شدم، اما حالم خوب نیست

نویسنده:

آیدا کلانتری دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت
دانشگاه علوم پزشکی ایران ورودی ۴۰۴



همه چیز طبق انتظار پیش رفت؛ زایمان انجام شد، نوزاد سالم است و اطرافیان تبریک می‌گویند. اما در میان این «بایدهای شاد بودن»، مادری هست که با خودش تکرار می‌کند: من مادر شدم، اما حالم خوب نیست. احساسی مبهم از غم، اضطراب، خستگی یا حتی بی‌حسی، درست در زمانی که انتظار می‌رود سرشار از عشق و شادی باشد. این تجربه‌ی ناگفته، برای بسیاری از مادران نه نشانه‌ی ضعف است و نه ناتوانی، بلکه می‌تواند نشانه‌ی اختلالی باشد که کمتر درباره‌اش با صدای بلند صحبت می‌کنیم: افسردگی پس از زایمان.

♦ افسردگی پس از زایمان. مادری همیشه با لبخند شروع نمی‌شود

تصویر رایج از مادر شدن، تصویری سرشار از لبخند، آرامش و پیوندی بی‌دردسر است؛ تصویری که در آن جایی برای غم، اضطراب یا سردرگمی وجود ندارد. اما واقعیت برای بسیاری از زنان متفاوت است. مادری همیشه با لبخند شروع نمی‌شود؛ گاهی با اشک، ترس، احساس ناکافی بودن و تنهایی آغاز می‌شود. تجربه‌ای که اگر دیده و درک نشود، می‌تواند به رنجی عمیق و خاموش تبدیل شود. افسردگی پس از زایمان یکی از همین واقعیت‌های نادیده‌گرفته‌شده است؛ واقعیتی روان‌شناختی که شناخت آن، اولین قدم برای حمایت از سلامت روان مادران است.

افسردگی پس از زایمان (Postpartum Depression; PPD) در اصل شکلی از اختلال افسردگی اساسی و یکی از شایع‌ترین اختلالات سلامت روان مرتبط با بارداری و زایمان است که می‌تواند از دوران بارداری آغاز شود یا در ماه‌های پس از تولد نوزاد بروز کند. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (TR-۵-DSM)، این اختلال به صورت یک دوره افسردگی اساسی با شروع در دوران بارداری یا حداکثر تا چهار هفته پس از زایمان طبقه‌بندی می‌شود.

زایمان، تغییرات سریع در سایر هورمون‌ها، خستگی ناشی از زایمان، کمبود خواب، آغاز مسئولیت‌های جدید مادری و سازگاری با نقش تازه، همگی می‌توانند در بروز این حالت نقش داشته باشند. باوجود طبیعی بودن این تجربه، تداوم علائم بیش از دو هفته، افزایش شدت آن‌ها یا ایجاد اختلال در عملکرد روزمره، می‌تواند نشانه‌ای از افسردگی پس از زایمان باشد و نیاز به ارزیابی تخصصی را مطرح کند [۲، ۳].

همه اشک‌ها یک معنا ندارند

اگرچه اندوه پس از زایمان و افسردگی پس از زایمان ممکن است در نگاه اول شباهت‌هایی داشته باشند، اما از نظر شدت علائم، مدت‌زمان، تأثیر بر عملکرد روزمره و نیاز به مداخله درمانی تفاوت‌های مهمی میان آن‌ها وجود دارد.

♦ اندوه پس از زایمان

ماهیت: واکنشی طبیعی به تغییرات پس از زایمان

زمان شروع: معمولاً ۲ تا ۳ روز پس از زایمان

مدت: کمتر از دو هفته

علائم: نوسانات خلقی، گریه، تحریک‌پذیری و حساسیت هیجانی

عملکرد: معمولاً توانایی مراقبت از خود و نوزاد حفظ می‌شود.

نیاز به درمان: معمولاً تنها حمایت عاطفی و اطمینان بخشی کافی است.

♦ افسردگی پس از زایمان

ماهیت: اختلال افسردگی اساسی با شروع در دوره پیرامون زایمان

زمان شروع: در دوران بارداری یا پس از زایمان (از نظر بالینی، علائم ممکن است تا یک سال پس از زایمان نیز آغاز شوند.)

مدت: بیش از دو هفته و گاه ماه‌ها در صورت عدم درمان

علائم: خلق افسرده پایدار، کاهش علاقه و لذت، احساس گناه، اختلال خواب و اشتها، خستگی، دشواری در تمرکز و گاهی افکار خودکشی

عملکرد: عملکرد فرد در زندگی روزمره و مراقبت از نوزاد به طور قابل توجهی مختل می‌شود.

نیاز به درمان: نیازمند ارزیابی و مداخله تخصصی است.

برآوردها نشان می‌دهد که افسردگی پس از زایمان حدود یک نفر از هر هفت زن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از شایع‌ترین عوارض سلامت روان پس از زایمان به شمار می‌رود. باوجود شیوع نسبتاً بالا، این اختلال همچنان در بسیاری از موارد تشخیص داده نمی‌شود یا درمان مناسب دریافت نمی‌کند. از این رو، افسردگی پس از زایمان امروزه به عنوان یکی از مهم‌ترین اولویت‌های سلامت روان مادران شناخته می‌شود؛ اختلالی که در صورت شناسایی و مداخله به موقع، قابل درمان است و پیامدهای آن بر مادر، کودک و خانواده را می‌توان تا حد زیادی کاهش داد. [۲].

وقتی اشک‌ها طبیعی‌اند... اندوه پس از زایمان

همه تغییرات خلقی پس از تولد نوزاد، نشانه یک اختلال روانی نیستند. بسیاری از زنان در روزهای نخست پس از زایمان، مجموعه‌ای از واکنش‌های هیجانی موقتی را تجربه می‌کنند که با عنوان اندوه پس از زایمان (Baby Blues) شناخته می‌شود. این وضعیت، شایع‌ترین تغییر خلقی پس از زایمان است و برآورد می‌شود حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد مادران آن را تجربه کنند.

اندوه پس از زایمان معمولاً طی دو تا سه روز نخست پس از زایمان آغاز می‌شود، در روزهای سوم تا پنجم به اوج می‌رسد و در اغلب موارد، بدون نیاز به درمان اختصاصی، حداکثر طی دو هفته برطرف می‌شود [۳، ۴].

اندوه پس از زایمان ممکن است با علائمی مانند نوسانات خلقی، گریه‌های ناگهانی، تحریک‌پذیری، اضطراب، احساس آشفتگی، خستگی، حساسیت هیجانی و دشواری در تمرکز همراه باشد. این علائم معمولاً خفیف و گذرا هستند و اگرچه ممکن است برای مادر آزاردهنده باشند، اما به طور معمول باعث اختلال قابل توجه در توانایی او برای مراقبت از خود یا نوزاد نمی‌شوند. به همین دلیل، Baby Blues یک اختلال روان‌پزشکی محسوب نمی‌شود، بلکه واکنشی طبیعی به مجموعه‌ای از تغییرات زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است که در روزهای نخست پس از زایمان رخ می‌دهند [۲، ۴].

علت دقیق بروز اندوه پس از زایمان هنوز به طور کامل شناخته نشده است، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افت ناگهانی هورمون‌های استروژن و پروژسترون پس از



چرا بعضی مادران آسیب پذیرترند؟

هیچ عامل واحدی به تنهایی مسئول بروز افسردگی پس از زایمان نیست. امروزه این اختلال بر اساس دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی تبیین می شود؛ دیدگاهی که بر نقش هم زمان تغییرات زیستی، ویژگی های روان شناختی و شرایط اجتماعی در شکل گیری و تداوم مشکلات سلامت روان تأکید دارد. بر همین اساس، افسردگی پس از زایمان نیز حاصل تعامل عوامل متعددی است که می توانند پیش از بارداری، در طول بارداری یا پس از تولد نوزاد بر سلامت روان مادر اثر بگذارند. شناخت این عوامل، علاوه بر کمک به درک بهتر این اختلال، امکان شناسایی زنان در معرض خطر و طراحی مداخلات پیشگیرانه و حمایتی را نیز فراهم می کند [۵،۶].

♦ عوامل روان شناختی

عوامل روان شناختی از مهم ترین پیش بینی کننده های افسردگی پس از زایمان به شمار می روند و در بسیاری از پژوهش ها، ارتباطی قوی تر از بسیاری از عوامل زیستی با بروز این اختلال نشان داده اند. تجربه مشکلات سلامت روان پیش از بارداری یا در طول آن، می تواند توانایی مادر را برای سازگاری با تغییرات جسمی، هیجانی و اجتماعی دوران پس از زایمان کاهش دهد و او را در برابر افسردگی آسیب پذیرتر سازد. مطالعات مرور نظام مند و فراتحلیل ها نشان می دهند که سابقه شخصی افسردگی، به ویژه افسردگی در دوران بارداری، یکی از نیرومندترین عوامل خطر برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان است [۶].

علاوه بر سابقه افسردگی، اضطراب دوران بارداری نیز نقش مهمی در افزایش خطر ابتلا به این اختلال دارد. زنانی که در دوران بارداری سطح بالایی از نگرانی، تنش یا اضطراب را تجربه می کنند، بیش از سایرین در معرض ابتلا به افسردگی پس از زایمان قرار می گیرند. همچنین برخی ویژگی های شخصیتی، مانند روان رنجوری (تمایل به تجربه هیجان های منفی)، خود انتقادی شدید و کمال گرایی، با دشوارتر شدن سازگاری با نقش مادری و افزایش احتمال بروز افسردگی پس از زایمان همراه هستند [۶].

پژوهش ها همچنین نشان داده اند که کاهش خودکارآمدی مادرانه، یعنی باور مادر به توانایی خود در مراقبت از نوزاد و ایفای نقش مادری، یکی از عوامل مهم در بروز افسردگی پس از زایمان است. مادرانی که احساس می کنند از عهده مراقبت از نوزاد بر نمی آیند یا خود را «مادر خوبی» نمی دانند، بیش از دیگران در معرض تجربه علائم افسردگی قرار دارند. در کنار این عوامل، تجربه رویدادهای استرس زای زندگی، سابقه تروما یا سوءاستفاده و قرارگرفتن در معرض خشونت، آسیب پذیری روان شناختی را افزایش داده و احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را به طور قابل توجهی بیشتر می کند [۵،۶].

عوامل اجتماعی

عوامل اجتماعی نقش مهمی در شکل گیری و تداوم افسردگی پس از زایمان دارند. اگرچه تغییرات زیستی و ویژگی های روان شناختی زمینه بروز این اختلال را فراهم می کنند، کیفیت روابط بین فردی و شرایط اجتماعی می توانند احتمال بروز آن را افزایش یا کاهش دهند. پژوهش ها نشان می دهند که حمایت اجتماعی ناکافی یکی از قوی ترین و پایدارترین عوامل خطر برای افسردگی پس از زایمان است. مادرانی که احساس می کنند در دوران بارداری و پس از زایمان از حمایت عاطفی، اطلاعاتی یا عملی همسر، خانواده یا دوستان برخوردار نیستند، بیش از دیگران در معرض ابتلا به این اختلال قرار می گیرند. در میان منابع حمایت اجتماعی، حمایت همسر جایگاه ویژه ای دارد. رابطه ای همراه با همدلی، مشارکت در مراقبت از نوزاد و درک متقابل می تواند فشارهای روانی این دوره را کاهش دهد، درحالی که تعارض های زناشویی، احساس تنهایی، نبود مشارکت همسر و نارضایتی از رابطه، خطر افسردگی پس از زایمان را به طور قابل توجهی افزایش می دهند. مطالعات نشان داده اند که نبود حمایت کافی از سوی شریک زندگی از مهم ترین پیش بینی کننده های این اختلال است [۶].

علاوه بر روابط خانوادگی، شرایط اقتصادی و اجتماعی نیز در سلامت روان مادران نقش تعیین کننده ای دارند. مشکلات مالی، ناامنی شغلی، فشارهای اقتصادی، انزوای اجتماعی، مهاجرت، تجربه رویدادهای استرس زای زندگی و به ویژه قرارگرفتن در معرض خشونت خانگی، از جمله عواملی هستند که به طور مکرر با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان گزارش شده اند.

عوامل زیستی

در کنار عوامل روان شناختی و اجتماعی، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که برخی عوامل زیستی نیز در افزایش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی پس از زایمان نقش دارند. از مهم‌ترین عوامل زیستی، سابقه خانوادگی اختلالات خلقی یا سایر اختلالات روان‌پزشکی است که نشان‌دهنده نقش زمینه‌های ژنتیکی در افزایش آسیب‌پذیری برخی زنان است. علاوه بر این، تغییرات ناگهانی هورمون‌های استروژن و پروژسترون پس از زایمان، به ویژه در زنانی که نسبت به این نوسانات حساسیت بیشتری دارند، می‌تواند احتمال بروز علائم افسردگی را افزایش دهد [۵]. برخی شرایط جسمانی مرتبط با بارداری نیز با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان همراه هستند. کمبود ویتامین D، کم‌خونی، دیابت بارداری، اختلالات خواب و برخی عوارض مامایی از جمله عواملی هستند که در مطالعات مختلف با افزایش احتمال ابتلا به این اختلال ارتباط داشته‌اند. باین حال، به نظر می‌رسد این عوامل نیز از طریق تعامل با وضعیت روانی و شرایط اجتماعی مادر، در شکل‌گیری افسردگی پس از زایمان نقش ایفا می‌کنند [۶].

♦ فراتر از هورمون‌ها: نگاهی به فیزیولوژی افسردگی پس از زایمان

سال‌ها تصور می‌شد که افسردگی پس از زایمان صرفاً پیامد افت ناگهانی هورمون‌ها پس از تولد نوزاد است. اگرچه تغییرات هورمونی نقش مهمی در این اختلال دارند، اما پژوهش‌های سال‌های اخیر نشان داده‌اند که این توضیح به‌تنهایی کافی نیست. در واقع، همه زنان پس از زایمان کاهش چشمگیر هورمون‌های بارداری را تجربه می‌کنند، اما تنها بخشی از آنان به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند. این موضوع نشان می‌دهد که بروز این اختلال نتیجه تعامل پیچیده میان تغییرات هورمونی، عملکرد مغز، سیستم عصبی، پاسخ‌های استرس، سیستم ایمنی و زمینه‌های ژنتیکی و روان‌شناختی است. به همین دلیل، امروزه افسردگی پس از زایمان نه به‌عنوان یک اختلال صرفاً هورمونی، بلکه به‌عنوان یک اختلال زیستی-روانی-اجتماعی شناخته می‌شود (۶).

این شرایط می‌توانند منابع مقابله‌ای مادر را تضعیف کرده و سازگاری با نقش جدید مادری را دشوارتر سازند. در مقابل، شواهد نشان می‌دهند که وجود یک شبکه حمایتی مؤثر، دریافت حمایت از همسر و خانواده، مشارکت در مراقبت از نوزاد و دسترسی به خدمات حمایتی می‌توانند نقش محافظتی مهمی در برابر افسردگی پس از زایمان ایفا کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که سلامت روان مادر، تنها به ویژگی‌های فردی او وابسته نیست، بلکه به کیفیت روابط و محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند نیز ارتباطی عمیق دارد [۶].

◀ عوامل مرتبط با زایمان و بارداری

علاوه بر عوامل روان‌شناختی و اجتماعی، برخی شرایط مرتبط با دوران بارداری، زایمان و هفته‌های نخست پس از تولد نوزاد نیز می‌توانند احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهند. این عوامل معمولاً به‌تنهایی موجب بروز این اختلال نمی‌شوند، اما در کنار سایر آسیب‌پذیری‌های فردی و محیطی، می‌توانند نقش مهمی در آغاز یا تشدید علائم داشته باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بارداری ناخواسته، افسردگی یا اضطراب در دوران بارداری، زایمان دشوار یا سزارین اورژانسی، زایمان زودرس، بستری‌شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه (NICU)، مشکلات شیردهی، دیابت بارداری، کم‌خونی، کمبود ویتامین D و عوارض پزشکی دوران بارداری، همگی با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان ارتباط دارند [۵،۶].





طوفان هورمونی؛ وقتی تعادل به سرعت تغییر می کند...

◀ استروژن

استروژن یکی از مهم‌ترین هورمون‌های دوران بارداری است که علاوه بر نقش شناخته شده‌اش در رشد و حفظ بارداری، در عملکرد مغز و تنظیم هیجان نیز نقش اساسی دارد. این هورمون بر فعالیت انتقال دهنده‌های عصبی مانند سروتونین، دوپامین و نورآدرنالین اثر می‌گذارد؛ سامانه‌هایی که در تنظیم خلق، انگیزه، لذت و پاسخ به استرس نقش دارند. به همین دلیل، استروژن تنها یک هورمون تولید مثلی نیست، بلکه یکی از تنظیم‌کننده‌های مهم سلامت روان نیز به شمار می‌رود [۵، ۸]. در دوران بارداری، سطح استروژن به تدریج افزایش می‌یابد و در هفته‌های پایانی به بالاترین میزان خود می‌رسد. اما پس از تولد نوزاد و خروج جفت، این هورمون ظرف مدت کوتاهی به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. مغز برخی زنان نسبت به این تغییر سریع هورمونی حساسیت بیشتری دارد و همین حساسیت می‌تواند احتمال بروز علائم افسردگی را افزایش دهد. [۵، ۷]

◀ پروژسترون

پروژسترون یکی از مهم‌ترین هورمون‌های دوران بارداری است که به حفظ بارداری و رشد جنین کمک می‌کند. در طول بارداری، سطح این هورمون به تدریج افزایش می‌یابد، اما پس از تولد نوزاد و خروج جفت، مقدار آن به سرعت کاهش پیدا می‌کند. این تغییر ناگهانی، بخشی طبیعی از فرایند پس از زایمان است، اما به نظر می‌رسد در برخی زنان که نسبت به این نوسانات هورمونی حساس‌تر هستند، بتواند بر عملکرد مغز و تنظیم هیجان ها اثر بگذارد و احتمال بروز علائم افسردگی را افزایش دهد. بالاین حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کاهش پروژسترون به تنهایی علت افسردگی پس از زایمان نیست و این اختلال حاصل تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است [۴، ۵]



◆ اکسی‌توسین

اکسی‌توسین هورمونی است که علاوه بر نقش شناخته شده خود در انقباضات رحمی و خروج شیر، در تنظیم رفتارهای مادری، ایجاد دلبستگی مادر - نوزاد، کاهش اضطراب، تعدیل پاسخ به استرس و تنظیم خلق نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. به همین دلیل، تغییرات در عملکرد سیستم اکسی‌توسین به عنوان یکی از مکانیسم‌های احتمالی مؤثر در پاتوفیزیولوژی افسردگی پس از زایمان مورد توجه قرار گرفته است [۵]. مطالعات نشان داده‌اند که کاهش سطح اکسی‌توسین یا اختلال در عملکرد گیرنده های آن می‌تواند با افزایش علائم افسردگی، اضطراب، اختلال در تعامل مادر و نوزاد و کاهش کیفیت دلبستگی همراه باشد. ازسوی دیگر، اکسی‌توسین از طریق مهار نسبی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) موجب کاهش ترشح کورتیزول و تعدیل پاسخ به استرس می‌شود؛ بنابراین، اختلال در این سیستم ممکن است حساسیت زنان را نسبت به استرس‌های پس از زایمان افزایش دهد و در بروز یا تداوم علائم افسردگی نقش داشته باشد [۴].

استرس یکی از عوامل مهمی است که می‌تواند بر سلامت روان مادر پس از زایمان تأثیر بگذارد. بدن انسان برای مقابله با شرایط استرس‌زا از یک سیستم تنظیمی به نام محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) استفاده می‌کند. این محور مانند یک سیستم هشداردهنده در بدن عمل می‌کند و با کنترل ترشح هورمون‌هایی مانند کورتیزول (هورمون استرس)، به بدن کمک می‌کند تا با تغییرات و فشارهای محیطی سازگار شود. در شرایط طبیعی، پس از فعال شدن این محور، افزایش کورتیزول باعث می‌شود بدن بتواند پاسخ مناسبی به استرس نشان دهد و سپس با ایجاد یک مکانیسم تنظیمی، فعالیت این سیستم دوباره به حالت تعادل بازگردد [۵].

دوران بارداری و پس از زایمان با تغییرات گسترده‌ای در عملکرد محور HPA همراه است. در دوران بارداری، فعالیت این محور و سطح کورتیزول مادر افزایش پیدا می‌کند. این تغییرات برای سازگاری بدن با نیازهای بارداری ضروری هستند. اما پس از زایمان، با خروج جفت، سطح این هورمون‌ها به سرعت کاهش پیدا می‌کند و بدن مادر باید دوباره تعادل سیستم استرس را برقرار کند. در برخی زنان، این سازگاری به درستی انجام نمی‌شود و اختلال در تنظیم محور HPA می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد. [۵، ۴]

پیامدهای افسردگی پس از زایمان بر مادر وضعیت جسمانی و تصویر بدنی

دوران بارداری و پس از زایمان با تغییرات گسترده‌ای در بدن مادر همراه است؛ تغییراتی مانند افزایش وزن، تغییر فرم بدن، تغییرات پوستی، تغییرات پستان‌ها و باقی ماندن برخی تغییرات فیزیکی پس از تولد نوزاد. اگرچه این تغییرات بخشی طبیعی از فرایند بارداری و مادر شدن هستند، اما برای برخی زنان می‌تواند باعث شکل‌گیری احساسات منفی نسبت به بدن و کاهش رضایت از تصویر بدنی شوند.

تصویر بدنی به نگرش، احساسات و ادراک فرد نسبت به ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی بدن خود اشاره دارد. پس از زایمان، برخی مادران ممکن است احساس کنند بدن آن‌ها با هویت پیش از بارداری فاصله گرفته است یا دیگر کنترل کافی بر تغییرات جسمانی خود ندارند. این تجربه می‌تواند با کاهش اعتماد به نفس، احساس نارضایتی از خود و افزایش آسیب‌پذیری روانی همراه شود [۹].

با وجود این، شواهد موجود نشان می‌دهد که رابطه میان اکسی‌توسین و افسردگی پس از زایمان پیچیده است و نتایج مطالعات در مورد تغییرات سطح این هورمون همواره یکسان نبوده‌اند. مروری اخیر بیان می‌کنند که اکسی‌توسین به تنهایی عامل ایجاد افسردگی پس از زایمان نیست، بلکه احتمالاً در تعامل با سایر عوامل هورمونی، عصبی، ژنتیکی و روانی - اجتماعی بر خطر ابتلا به این اختلال تأثیر می‌گذارد. [۵، ۸]

◆ پرولاکتین

پرولاکتین هورمونی است که مهم‌ترین نقش آن تحریک و حفظ تولید شیر پس از زایمان است. علاوه بر عملکرد شیردهی، پرولاکتین در تنظیم رفتارهای مادری، پاسخ به استرس، عملکرد سیستم ایمنی و برخی فرایندهای نوروبیولوژیک مرتبط با خلق نیز مشارکت دارد. به همین دلیل، تغییرات در ترشح این هورمون به عنوان یکی از عوامل احتمالی مؤثر در افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته است [۵]. پس از زایمان، ترشح پرولاکتین به‌ویژه در مادران شیرده تحت تأثیر مکیدن نوزاد افزایش می‌یابد و به حفظ شیردهی کمک می‌کند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که سطوح پایین‌تر پرولاکتین ممکن است با افزایش علائم افسردگی، اضطراب و اختلال در رفتارهای مادری همراه باشد [۴].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تغییرات پرولاکتین به تنهایی قادر به تبیین بروز این اختلال نیست و احتمالاً اثر آن در تعامل با سایر تغییرات هورمونی، وضعیت شیردهی، پاسخ‌های استرسی و عوامل فردی معنا پیدا می‌کند. [۵، ۸]

استرس و محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) در افسردگی پس از زایمان



هیجانات مادر در افسردگی پس از زایمان

تولد نوزاد معمولاً به عنوان دوره‌ای از شادی، دلبستگی و شکل‌گیری هویت جدید مادری شناخته می‌شود؛ با این حال، برای برخی زنان، این دوره با مجموعه‌ای از تجربه‌های هیجانی دشوار همراه است. افسردگی پس از زایمان تنها یک حالت گذرا از ناراحتی یا خستگی نیست، بلکه یک اختلال خلقی پیچیده است که می‌تواند بر احساسات، نگرش مادر نسبت به خود، توانایی سازگاری با نقش مادری و ارتباط او با اطرافیان تأثیر بگذارد [۴].

برخلاف تصور عمومی، تجربه مادر مبتلا به افسردگی پس از زایمان تنها به احساس غم محدود نمی‌شود. بسیاری از مادران طیف وسیعی از هیجانات منفی شامل ناامیدی، اضطراب، تحریک‌پذیری، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس و احساس ناکافی بودن در نقش مادری را تجربه می‌کنند. این تغییرات هیجانی می‌توانند باعث شوند مادر احساس کند توانایی لازم برای مراقبت از کودک را ندارد یا با تصویری که از «مادر ایده‌آل» در ذهن خود داشته فاصله گرفته است [۹].

مطالعات نشان داده‌اند که بین علائم افسردگی پس از زایمان و مشکلات مرتبط با تصویر بدنی ارتباط وجود دارد. مادرانی که علائم افسردگی بیشتری دارند، معمولاً نگرش منفی‌تری نسبت به بدن خود گزارش می‌کنند و ممکن است تغییرات جسمانی پس از بارداری را به شکل منفی‌تری ارزیابی کنند. در مقابل، نارضایتی از بدن نیز می‌تواند به عنوان یک عامل فشار روانی عمل کرده و شدت علائم افسردگی را افزایش دهد؛ بنابراین، رابطه میان افسردگی پس از زایمان و تصویر بدنی می‌تواند دوطرفه باشد [۸].

برخی مطالعات نشان داده‌اند زنانی که پس از زایمان وزن بیشتری را حفظ می‌کنند، نمرات بالاتری در مقیاس‌های افسردگی پس از زایمان دارند. داشتن وزن اضافی، به‌ویژه زمانی که با فشارهای اجتماعی درباره بازگشت سریع بدن به وضعیت قبل از بارداری همراه شود، می‌تواند احساس نارضایتی از بدن و کاهش سلامت روان مادر را تشدید کند [۹]. علاوه بر تغییرات ظاهری، خستگی، کاهش انرژی، اختلال خواب و مشکلات جسمانی پس از زایمان نیز می‌توانند بر تجربه روانی مادر اثر بگذارند. مادر مبتلا به افسردگی پس از زایمان ممکن است این مشکلات جسمی را شدیدتر تجربه کند یا احساس کند توانایی کافی برای مراقبت از خود و نوزاد را ندارد. این چرخه میان مشکلات جسمی، برداشت منفی از بدن و کاهش سلامت روان می‌تواند سازگاری مادر با نقش جدید خود را دشوارتر کند [۴]. با این حال، تصویر بدنی پس از زایمان تنها به ظاهر بدن محدود نمی‌شود؛ بلکه بخشی از فرایند سازگاری زن با هویت جدید خود به عنوان مادر است. حمایت اجتماعی، نگرش مثبت نسبت به تغییرات بدن و دریافت حمایت روان‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در بهبود تصویر بدنی و کاهش آسیب‌های روانی پس از زایمان داشته باشند [۸].





احساس گناه، شرم و کاهش اعتماد به نفس در نقش مادری

یکی از دشوارترین جنبه‌های افسردگی پس از زایمان، احساس گناه و شرمی است که بسیاری از مادران تجربه می‌کنند. بسیاری از زنان انتظار دارند پس از تولد فرزند، احساس عشق و ارتباط عاطفی فوری و عمیقی با نوزاد داشته باشند. زمانی که افسردگی باعث کاهش انرژی، بی‌انگیزگی یا فاصله عاطفی می‌شود، مادر ممکن است این شرایط را به عنوان «شکست شخصی» یا ناتوانی در مادری تفسیر کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان، عزت نفس پایین‌تر و احساس شایستگی مادری کمتری نسبت به مادران بدون افسردگی دارند. این احساس ناکافی بودن می‌تواند خود به افزایش علائم افسردگی و کاهش تعامل مثبت با کودک منجر شود [۹].

♦ خشم و تغییر در تنظیم هیجانات

افسردگی پس از زایمان همیشه با غم و گریه همراه نیست؛ در برخی مادران، تحریک پذیری و خشم از علائم برجسته هستند. مطالعات نشان داده‌اند مادرانی که علائم افسردگی شدیدتری دارند، ممکن است سطوح بالاتری از خشم و توانایی پایین‌تری در کنترل آن تجربه کنند. این تغییر در تنظیم هیجان می‌تواند بر رابطه مادر با همسر، اعضای خانواده و حتی تعامل روزمره با کودک اثر بگذارد؛ بنابراین، توجه به خشم و تحریک پذیری به عنوان بخشی از تجربه افسردگی پس از زایمان اهمیت دارد و نباید آن را صرفاً به ویژگی شخصیتی مادر نسبت داد [۹].

◀ کاهش کیفیت زندگی و افزایش فشار روانی

افسردگی پس از زایمان می‌تواند ابعاد مختلف زندگی مادر را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات نشان داده‌اند مادران مبتلا به PPD در مقایسه با مادران بدون افسردگی، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند؛ این کاهش کیفیت زندگی شامل سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، احساس انرژی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره است [۹].

اختلال در خلق، شادی و تجربه هیجانات مثبت

یکی از اصلی‌ترین ویژگی‌های افسردگی پس از زایمان، کاهش پایدار خلق و کاهش توانایی تجربه لذت (Anhedonia) است. مادر ممکن است نسبت به فعالیت‌هایی که پیش از این برای او لذت بخش بوده‌اند، علاقه کمتری نشان دهد و حتی لحظات مربوط به مراقبت از نوزاد نیز برای او با احساس فشار و خستگی همراه شود. مطالعات نشان داده‌اند مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان در مقایسه با مادران بدون افسردگی، احساس شادی کمتر، غمگینی بیشتر و خلق پایین‌تری گزارش می‌کنند. همچنین، این مادران ممکن است سطوح پایین‌تری از هیجانات مثبت و احساس رضایت از زندگی را تجربه کنند [۹]. از دیدگاه زیستی، این تغییرات هیجانی می‌توانند با تغییر در عملکرد سیستم‌های تنظیم‌کننده خلق، از جمله سیستم سروتونرژیک، محور استرس (HPA) و تغییرات هورمون‌های تولیدمثلی پس از زایمان مرتبط باشند. با این حال، تجربه روانی مادر تنها نتیجه تغییرات زیستی نیست و عوامل محیطی مانند حمایت اجتماعی، کیفیت رابطه با همسر و شرایط زندگی نیز در شدت علائم نقش دارند [۵].

اضطراب و نگرانی‌های مادرانه

اضطراب یکی از شایع‌ترین تجربه‌های هیجانی همراه با افسردگی پس از زایمان است. برخی مادران نگرانی شدید و مداومی درباره سلامت نوزاد، توانایی خود در مراقبت از کودک یا احتمال وقوع اتفاقات ناگوار تجربه می‌کنند. این نگرانی‌ها گاهی فراتر از نگرانی طبیعی مادرانه بوده و می‌توانند باعث اختلال در خواب، افزایش خستگی و کاهش آرامش روانی مادر شوند. همچنین، اضطراب پس از زایمان ممکن است در کنار افسردگی ایجاد شود و تشخیص و درمان را پیچیده‌تر کند. به همین دلیل، درک افسردگی پس از زایمان تنها بر اساس علائم افسردگی کافی نیست و باید طیف گسترده‌ای از تجربه‌های هیجانی مادر مورد توجه قرار گیرد [۴].





همچنین، افسردگی پس از زایمان می‌تواند رابطه زوجین را تحت تأثیر قرار دهد. برخی مادران رابطه خود با همسر را دورتر، دشوارتر و همراه با کاهش صمیمیت توصیف می‌کنند. کاهش میل جنسی و افزایش مشکلات عملکرد جنسی نیز در برخی مطالعات با افسردگی پس از زایمان مرتبط گزارش شده است [۴].

تأثیر بر رابطه با کودک و سبک دلبستگی

افسردگی پس از زایمان تنها بر سلامت روان مادر تأثیر نمی‌گذارد، بلکه می‌تواند کیفیت رابطه اولیه میان مادر و نوزاد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران مبتلا به افسردگی ممکن است در برقراری ارتباط عاطفی با نوزاد، پاسخ‌دهی حساس به نیازهای او و تجربه نقش مادری با دشواری بیشتری روبه‌رو شوند. این مادران معمولاً استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، گاهی کودک خود را منفی‌تر ارزیابی می‌کنند و در برخی موارد احساس نزدیکی و پیوند عاطفی کمتری با نوزاد دارند. یکی از مهم‌ترین پیامدهای این وضعیت، تأثیر آن بر دلبستگی است. دلبستگی به پیوند عاطفی عمیقی گفته می‌شود که در سال‌های نخست زندگی میان کودک و مراقب اصلی او شکل می‌گیرد و نقش مهمی در احساس امنیت، تنظیم هیجان و روابط آینده کودک دارد. شکل‌گیری دلبستگی ایمن تا حد زیادی به توانایی والد در تشخیص و پاسخ‌دهی مناسب و همدلانه به نیازهای کودک وابسته است؛ توانایی‌ای که ممکن است در اثر افسردگی پس از زایمان دچار اختلال شود. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که نوزادان مادران مبتلا به افسردگی ممکن است تعامل اجتماعی کمتری نشان دهند، هیجان‌های منفی بیشتری تجربه کنند، در تنظیم هیجان با دشواری بیشتری مواجه شوند و واکنش شدیدتری به موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشند. علاوه بر این، مطالعات طولی نشان می‌دهند هرچه علائم افسردگی مادر شدیدتر و طولانی‌تر باشد، احتمال بروز مشکلات رفتاری و هیجانی در سال‌های بعد زندگی کودک نیز افزایش می‌یابد. با این حال، این پیامدها اجتناب‌ناپذیر نیستند. پژوهشگران تأکید می‌کنند که کیفیت فرزندپروری، حساسیت مادر نسبت به نیازهای کودک، حمایت خانواده و دریافت به موقع خدمات درمانی می‌توانند از شدت این آثار بکاهند و به شکل‌گیری رابطه‌ای ایمن و سالم میان مادر و کودک کمک کنند [۱۰].

همچنین، این مادران معمولاً استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر در معرض رویدادهای منفی زندگی، مشکلات مالی و مشکلات خانوادگی قرار دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد افسردگی پس از زایمان نه تنها یک مشکل فردی، بلکه اختلالی است که می‌تواند کل سیستم زندگی مادر را تحت تأثیر قرار دهد [۸].

رفتارهای مقابله‌ای و افکار آسیب‌رسان

در موارد شدید، افسردگی پس از زایمان می‌تواند با رفتارهای مقابله‌ای ناسالم مانند افزایش مصرف سیگار همراه شود. مطالعات نشان داده‌اند میان افسردگی پس از زایمان و مصرف سیگار ارتباط دوطرفه‌ای وجود دارد؛ به این معنا که مصرف سیگار می‌تواند با افزایش خطر افسردگی همراه باشد و از سوی دیگر، علائم افسردگی ممکن است احتمال بازگشت به مصرف سیگار را افزایش دهد [۹].

همچنین، افزایش شدت علائم افسردگی با افزایش خطر افکار خودکشی همراه است. وجود چنین افکاری نشان‌دهنده شدت بالای رنج روانی مادر و نیاز فوری به حمایت و درمان است. نکته مهم این است که تجربه این افکار به معنای عدم علاقه مادر به کودک یا ناتوانی او در نقش مادری نیست، بلکه نشانه‌ای از یک وضعیت بالینی قابل درمان است [۴].

هیجانات مادر در افسردگی پس از زایمان مجموعه‌ای پیچیده از تغییرات خلقی، اضطراب، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات ارتباطی و کاهش کیفیت زندگی است. این تجربه‌ها حاصل تعامل میان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند و نمی‌توان آن‌ها را تنها به ضعف فردی یا ناتوانی مادر نسبت داد. شناخت و پذیرش این تجربه‌ها، نخستین گام برای کاهش احساس شرم، افزایش حمایت اجتماعی و فراهم کردن مسیر درمان مناسب برای مادر و خانواده است [۸].

تأثیر افسردگی پس از زایمان بر روابط اجتماعی و زوجی

تجربه هیجانی مادر به روابط او با دیگران نیز گسترش پیدا می‌کند. مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان معمولاً حمایت اجتماعی کمتری احساس می‌کنند و ممکن است مشکلات بیشتری در ارتباط با خانواده و اطرافیان داشته باشند [۹].

- ♦ اگر احساس اضطراب شدید، حملات پنیک یا بی‌قراری مداوم دارید.
- ♦ اگر نگران هستید که این احساسات را به‌تنهایی نمی‌توانید کنترل کنید.

پایان سکوت؛ آغاز حمایت

خبر امیدوارکننده این است که افسردگی پس از زایمان، برخلاف تصور بسیاری از مادران، اختلالی قابل‌درمان است. انتخاب نوع درمان به شدت علائم، شرایط جسمی و روانی مادر، وضعیت شیردهی و ترجیح خود او بستگی دارد. امروزه رویکرد درمانی این اختلال معمولاً چندبعدی است و ترکیبی از حمایت‌های روان‌شناختی، مداخلات دارویی، اصلاح سبک زندگی و حمایت اجتماعی را در بر می‌گیرد [۱۱]. در موارد خفیف تا متوسط، روان‌درمانی معمولاً نخستین انتخاب درمانی محسوب می‌شود. دوروش درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان بین‌فردی (IPT) بیشترین شواهد علمی را در درمان افسردگی پس از زایمان دارند. CBT با شناسایی و اصلاح الگوهای منفی فکر و رفتار، به کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس کمک می‌کند، درحالی‌که IPT بر بهبود روابط بین‌فردی، سازگاری با نقش جدید مادری و حل تعارض‌های ارتباطی تمرکز دارد. مطالعات نشان داده‌اند که هر دو روش می‌توانند به طور قابل‌توجهی علائم افسردگی را کاهش داده و عملکرد روانی و اجتماعی مادر را بهبود بخشند. [۱۱، ۱۲]

در کنار روان‌درمانی، حمایت اجتماعی یکی از مؤثرترین عوامل در روند بهبود محسوب می‌شود. مشارکت همسر و اعضای خانواده در مراقبت از نوزاد، تقسیم مسئولیت‌های روزمره، حضور در گروه‌های حمایتی مادران و دریافت مشاوره تخصصی، احساس تنهایی و فشار روانی مادر را کاهش می‌دهد. همچنین آموزش خانواده درباره علائم افسردگی پس از زایمان می‌تواند به تشخیص زودهنگام و دریافت به‌موقع درمان کمک کند. اصلاح سبک زندگی نیز نقش مهمی در مدیریت این اختلال دارد. فعالیت بدنی منظم، خواب کافی، تغذیه سالم و استراحت مناسب می‌توانند شدت علائم را کاهش دهند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که ورزش هوازی و مداخلاتی که کیفیت خواب مادر را بهبود می‌بخشند، تأثیر مثبتی بر خلق‌وخو و روند بهبودی دارند. [۱۱، ۸]



علائم هشدار و زمان مراجعه به درمانگر

نکته: برای این قسمت می‌توانید از تصویر ارسال شده استفاده کنید.

- ♦ اختلال خواب: بی‌خوابی یا خواب بیش از حد
 - ♦ احساس گناه یا بی‌ارزشی: احساس گناه غیرمنطقی یا این باور که فرد مادر خوبی نیست.
 - ♦ کاهش علاقه و لذت: عدم علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً از آن‌ها لذت می‌بردید، حتی در مورد نوزاد.
 - ♦ خلق افسرده پایدار: احساس غم، پوچی یا ناامیدی که بیشتر روزها و تقریباً هر روز وجود دارد.
 - ♦ افکار خودکشی یا آسیب به خود یا نوزاد: فکرکردن به مرگ، خودکشی یا آسیب‌رساندن به خود یا نوزاد.
 - ♦ دشواری در تمرکز یا تصمیم‌گیری: مشکل در تمرکز، حافظه و گرفتن تصمیم‌های ساده روزمره.
 - ♦ خستگی و بی‌انرژی بودن: احساس خستگی مداوم و کمبود انرژی حتی با استراحت کافی.
 - ♦ اختلال اشتها: کاهش یا افزایش قابل‌توجه اشتها و تغییر وزن بدون دلیل.
- چه زمانی باید به پزشک مراجعه کنید؟
- ♦ اگر علائم بیش از دو هفته ادامه دارند یا بدتر می‌شوند.
 - ♦ اگر در انجام کارهای روزمره یا مراقبت از نوزاد دچار مشکل هستید.
 - ♦ اگر احساس غم، ناامیدی یا بی‌ارزشی شدید دارید.
 - ♦ اگر افکار خودکشی یا آسیب به خود یا نوزاد به ذهن شما می‌آید.



هیچ مادری نباید این مسیر را به تنهایی طی کند؛ زیرا کمک خواستن، خود نشانه‌ای از آگاهی و قدرت است، نه ضعف.



منابع

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
2. Khamidullina Z, Marat A, Muratbekova S, Mustapayeva NM, Chingayeva GN, Shepetov AM, et al. Postpartum depression epidemiology, risk factors, diagnosis, and management: an appraisal of the current knowledge and future perspectives. J Clin Med. 2025; 14(15):5066. doi:10.3390/jcm14155066
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2023). Postpartum Depression.
4. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annu Rev Med. 2019; 70:183-196. doi:10.1146/annurev-med-041217-011106.
5. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Front Neuroendocrinol. 2019; 52:165-180. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001.
6. Xu M, Luo Y, Huang Y, Liu Y, Ding L. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. Front Public Health. 2026; 13:1714668. doi:10.3389/fpubh.2025.1714668.
7. Osborne LM, Gispén F, Sanyal A, Yenokyan G, Meilman S, Payne JL. Lower allopregnanolone during pregnancy predicts postpartum depression: An exploratory study. Psychoneuroendocrinology. 2017; 79:116-121. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.02.012.



در موارد متوسط تا شدید یا زمانی که روان‌درمانی به تنهایی کافی نباشد، درمان دارویی توصیه می‌شود. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) مانند سرتالین و فلوکستین از رایج‌ترین داروهای مورد استفاده هستند و شواهد نشان می‌دهد که بیشتر آن‌ها در دوران شیردهی نیز ایمنی قابل قبولی دارند و مقدار بسیار کمی از آن‌ها وارد شیر مادر می‌شود. در سال‌های اخیر، درمان‌های اختصاصی‌تری نیز برای افسردگی پس از زایمان معرفی شده‌اند. برکسانولون (Brexanolone)، نخستین داروی اختصاصی تأیید شده برای درمان افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود و به صورت انفوزیون وریدی در بیمارستان تجویز می‌شود. همچنین زورانولون (Zuranolone) که در سال ۲۰۲۳ توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تأیید شد، نخستین داروی خوراکی اختصاصی برای درمان افسردگی پس از زایمان است و نتایج مطالعات نشان داده‌اند که می‌تواند در مدت کوتاهی علائم افسردگی را به طور معنی‌داری کاهش دهد. در موارد بسیار شدید، به ویژه زمانی که خطر خودکشی، علائم روان‌پریشی یا عدم پاسخ به سایر درمان‌ها وجود داشته باشد، ممکن است از الکتروشوک درمانی (ECT) استفاده شود. اگرچه این روش نیازمند بیهوشی و مراقبت تخصصی است، اما یکی از مؤثرترین و سریع‌ترین درمان‌ها برای افسردگی شدید پس از زایمان به شمار می‌رود. [۸، ۱۱]

در نهایت، یکی از مهم‌ترین راهبردهای کاهش پیامدهای افسردگی پس از زایمان، تشخیص زودهنگام است. غربالگری منظم در دوران بارداری و پس از زایمان، با استفاده از ابزارهایی مانند مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS)، همراه با افزایش آگاهی مادران و خانواده‌ها نسبت به علائم این اختلال، می‌تواند زمینه را برای مداخله سریع‌تر و درمان مؤثرتر فراهم کند [۸].

مادر شدن آغاز فصلی تازه از زندگی است؛ فصلی که در کنار شادی، می‌تواند با خستگی، نگرانی و حتی رنج نیز همراه باشد. پذیرش این واقعیت، آگاهی از علائم افسردگی پس از زایمان و دریافت حمایت به موقع، نه تنها به بهبود سلامت روان مادر کمک می‌کند، بلکه زمینه‌ساز شکل‌گیری پیوندی ایمن و آینده‌ای سالم‌تر برای کودک و خانواده خواهد بود.



8. Ji OO, Wang MY. Epidemiology, pathophysiology, and interventions for postpartum depression: Systematic review. *World J Clin Cases*. 2025; 13(29):10948. doi:10.12998/wjcc.v13.i29.10948.
9. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019; 15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044.
10. Oliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Witaliska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(8):2675. doi:10.3390/ijerph17082675.
11. Richardson E, Patterson R, Meltzer-Brody S, McClure R, Tow A. Transformative Therapies for Depression: Postpartum Depression, Major Depressive Disorder, and Treatment-Resistant Depression. *Annu Rev Med*. 2025; 76:81-93. doi:10.1146/annurev-med-050423-095712.
12. Li X, Laplante DP, Paquin V, Lafortune S, Elgbeili G, King S. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2022; 92:102129. doi:10.1016/j.cpr.2022.102129.



در دوران بارداری:

در بارداری، جفت نه تنها مواد غذایی و اکسیژن را به جنین می‌رساند، بلکه جنین را در یک وضعیت فیزیولوژیک مشابه مادر قرار می‌دهد. وقتی مادر باردار مصرف را قطع یا کاهش می‌دهد، جنین نیز دچار سندروم ترک می‌شود و علائم را به شکل لرزش، گریه جیغ‌مانند، تغذیه ضعیف و عدم تحمل محرک‌های محیطی نشان می‌دهد.

ریشه‌یابی:

بدن انسان تلاش می‌کند تا هموستاز را حفظ کند. هنگامی که ماده‌ای از بدن خارج می‌شود، مکانیسم‌های تنظیم وابستگی باقی‌مانده، اثرات بی‌میلی ایجاد می‌کنند و علائم ترک بروز می‌کنند. به‌طور کلی، قطع مصرف مواد منجر به ایجاد یک سندروم ترک خاص می‌شود. [۲]

ترک الکل:

علائم ترک الکل پیچیده هستند. بیشتر اثرات آن را می‌توان با مصرف الکل یا مسمومیت با الکل مشاهده کرد. الکل، انتقال‌دهنده‌های عصبی و گیرنده‌های عصبی، از جمله گاما-آمینوبوتیریک اسید (GABA)، گلوتامات و تعادل عصبی-شیمیایی در مغز را مختل می‌کند و باعث علائم ترک می‌شود [۳]. مشخصه ترک الکل، طیف وسیعی از علائم و نشانه‌هاست که از لرزش ساده تا هذیان خمری (DT) متغیر است.

علاوه بر الکل، می‌توان به قطع مصرف بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها و سایر داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور اشاره کرد. پس از مصرف طولانی‌مدت، قطع این مواد منجر به علائم ترک مشابه سندروم ترک الکل می‌شود.

برای مثال، ترک مواد افیونی باعث ایجاد یک سندروم مشخص می‌شود که ممکن است شبیه بیماری ویروسی باشد. این سندروم با آبریزش بینی، عطسه، خمیازه، اشک‌ریزش، گرفتگی شکم، گرفتگی عضلات پا، مورمورشدن مو، حالت تهوع، استفراغ، اسهال، گشادشدن مردمک چشم، درد عضلانی و درد مفاصل مشخص می‌شود.

ترک؛ آغاز یک نبرد پنهان

نویسنده:

فرزانه ملک پور دانشجوی دکتری باکتری شناسی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی کاشان ورودی ۴۰۳



مقدمه: وقتی عادت‌ها با بیولوژی بدن پیوند می‌خورند، قطع آن‌ها دیگر یک تصمیم ساده نیست، بلکه آغاز یک چالش بزرگ است. سندرم ترک، درواقع همان مرز پرفرازونشیب میان وابستگی و آزادی است؛ جایی که بدن با بروز مجموعه‌ای از علائم، خود را برای بازسازی دنیای جدیدی بدون آن ماده آماده می‌کند.

سندروم‌های ترک زمانی رخ می‌دهند که بدن، پس از مصرف طولانی‌مدت، به کاهش یا قطع مصرف یک ماده واکنش نشان می‌دهد؛ این وضعیت نشان‌دهنده وابستگی فیزیکی است. این سندروم‌ها به دلیل سازگاری بدن با قرارگرفتن مداوم در معرض مواد ایجاد می‌شوند و علائم آن‌ها بسته به نوع ماده و مدت‌زمان مصرف متفاوت است. علائم ترک اعتیاد از ناراحتی خفیف تا شرایط شدید و تهدیدکننده زندگی، به ویژه در مورد الکل و بنزودیازپین‌ها، متغیر است. [۱]

دلایل پاتوفیزیولوژی:

وقتی فرد به‌طور مداوم از مواد مخدر، مانند اپیوئیدها، استفاده می‌کند، مغز تولید انتقال‌دهنده‌های عصبی خود را کاهش می‌دهد. وقتی ماده مخدر قطع می‌شود، مغز دچار کمبود ناگهانی می‌شود و سیستم عصبی خودمختار دچار طوفان می‌شود.





مثال: سندروم ترک مواد محرک - کوکائین و آمفتامین - یا سندروم رهایی:

سندروم ترک مواد محرک یا رهایی، شبیه اختلال افسردگی شدید است. علائم آن شامل ملال، خواب بیش از حد، گرسنگی و کندی شدید روانی-حرکتی است، درحالی که عملکردهای حیاتی به خوبی حفظ می شوند. [۴]

ترک باعث تحریک پذیری، خستگی، بی خوابی، سردرد و مشکل در تمرکز می شود. گاهی نیز ترک باعث ایست قلبی و سقط جنین می شود. هنگامی که الکل یا دارو قطع می شود، این شرایط ممکن است دوباره ظاهر شود. [۵]

سایر علائم ترک اعتیاد:

- تغییر میل و هوس
- مشکلات خواب
- آشفتگی یا تحریک پذیری
- احساس بی قراری
- مشکلات تمرکز
- تغییرات خلقی
- احساس اضطراب یا افسردگی
- علائم شدید ترک:
- روان پریشی
- گیجی
- سردرگمی

علائم بالینی:

تفاوت سندروم ترک در مواد مختلف:

- افیون هایمانند تریاک و مورفین: دردهای شدید عضلانی، آبریزش بینی، تهوع، اسهال و بی قراری.
- محرک هایمانند آمفتامین: افسردگی، خواب آلودگی، خستگی شدید، کاهش انگیزه و میل شدید به مصرف.
- کانابیس هایمانند حشیش: تحریک پذیری، اختلالات خواب، کاهش اشتها، اضطراب، تشنج و، در موارد شدید، هذیان ترک (Delirium Tremens) که یک اورژانس پزشکی است.

- داروهای آرام بخش و بنزودیازپین ها: اضطراب شدید، بی خوابی، لرزش، تشنج و، در موارد شدید، اختلالات هوشیاری. [۹۳]

شیوع:

- شیوع سندروم های ترک بسته به نوع ماده، از جمله الکل، اپیوئیدها و بنزودیازپین ها، متفاوت است.

- با شروع بحران اپیوئید (Opioid Crisis) در اروپا و آمریکای شمالی، شیوع سندروم ترک ناشی از مواد مخدر در بخش های اورژانس و زایمان به شدت افزایش یافته است. علاوه بر این، وابستگی به بنزودیازپین ها در کشورهای توسعه یافته بسیار شایع است.

- طبق گزارش های اپیدمیولوژی، شیوع مصرف مواد مخدر، به خصوص شیشه، آمفتامین و مواد مخدر سنتی مانند هروئین و تریاک، در ایران بالا است. مسئله و چالش اصلی در ایران، شیوع بالای مصرف مواد مخدر در میان گروه های آسیب پذیر و، در برخی موارد، در دوران بارداری است که منجر به افزایش موارد سندروم قطع مواد (NAS) می شود.

علائم جسمی: لرزش یا Tremors - تعریق شدید (Diaphoresis) - افزایش ضربان قلب - گشاد شدن مردمک ها - اسهال - استفراغ - دردهای عضلانی - در موارد شدید، تشنج - اضطراب شدید - بی خوابی - بی قراری - افسردگی - توهم یا روان پریشی



۲. پایش جنین

در مادران مصرف‌کننده مواد مخدر، ریسک IUGR، یعنی محدودیت رشد جنین، و دکولمان جفت یا جدا شدن جفت بالا است. پس نیاز به آزمایش NST یا تست بدون استرس و سونوگرافی‌های بیوفیزیکال بیشتر است. [۷]

درمان:

آنچه اهمیت دارد این است که درمان به معنای توقف فوری نیست، بلکه کاهش تدریجی (Tapering) است.

۱. برای اپیوئیدها:

متادون یا بوپرنورفین. متادون استاندارد طلایی در بارداری است، نیمه عمر طولانی دارد و از نوسانات شدید جلوگیری می‌کند. بوپرنورفین: پتانسیل پایین‌تری دارد و امروزه محبوبیت زیادی در درمان پیدا کرده است.

۲. برای بنزودیازپین‌ها و الکل:

بنزودیازپین‌های کوتاه‌اثر، مانند دیازپام، برای پیشگیری از تشنج.

۳. داروهای کمکی:

کلوتیامین برای کاهش تعریق و فشارخون.

به طور کلی، درمان یک فرایند چندجانبه است که به پارامترهای زیر بستگی دارد:

- مدیریت حاد: کنترل علائم در بیمارستان یا مراکز پزشکی برای جلوگیری از عوارض جانبی خطرناک، مانند تشنج.

- درمان‌های حمایتی: از قبیل تأمین مایعات، تنظیم تغذیه، مدیریت درد و آرام‌سازی نوزاد در آغوش مادر.

- درمان طولانی‌مدت: از قبیل درمان‌های روان شناختی، گروه‌های حمایت اجتماعی و مدیریت رفتاری برای جلوگیری از لغزش. [۸]

برای بررسی NAS باید از مقیاس Finnegan استفاده کرد که موارد زیر را ارزیابی می‌کند:

. اختلالات عصبی شامل ارتعاشات غیرقابل تحریک، سفتی عضلات یا هایپرتونی، رفلکس بیش از حد و Moro

. اختلالات گوارشی از قبیل اسهال شدید، استفراغ، مکیدن‌های حریصانه

. اختلالات تنفسی شامل تاکی‌پنه یا تنفس تند و شدید، گرفتگی بینی، عطسه‌های مکرر

چه زمانی باید به پزشک مراجعه کرد؟

در صورتی که فرد از موادی مانند الکل، گاما-هیدروکسی بوتیرات (GHB)، بنزودیازپین‌ها و کتامین استفاده می‌کند. مشاوره، ترک سیگار و ویپینگ برای داروساز یا پزشک اهمیت دارد. [۶]

تشخیص:

بسته به پروتکل‌های بالینی، در موارد احتمال قطع مصرف، ممکن است آزمایش‌های زیر تجویز شوند:

- گلوکز سرم - آنالیز گازهای خون شریانی - CBC - پنل جامع متابولیک - آزمایش ادرار - اندازه‌گیری بیومارکرهای زیستی قلبی - اندازه‌گیری پروترومبین - غربالگری سم شناسی

استفاده از روش جدید مقیاس‌های امتیازی، مانند مقیاس CIWA-Ar برای ترک الکل یا مقیاس COWS برای ترک اپیوئیدها، به کادر درمان کمک می‌کند تا شدت علائم را به صورت عددی ثبت کنند.

تشخیص و مداخلات مامایی:

ماما باید بتواند علائم خطر را در دوره پریناتال و پس از زایمان شناسایی کند:

۱. غربالگری - پرسش درباره سوابق مصرف، به صورت محرمانه و بدون قضاوت - استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد

منابع:

Single dose phenobarbital in addition to.1
symptom triggered lorazepam in alcohol
withdrawal 2020

Frequency,risk factors and symptomatology.2
of iatrogenic withdrawal from opioids and
benzodiazepines in critically ill
neonates,,children and adults:A systematic
review of clinical studies 2019

Alcohol,neurotransmitter systems,and.3
behavior 2006 and Role of glutamatergic and
GABAergic systems in alcoholism 2001 and
Withdrawal Syndromes 2024

Withdrawal Syndromes.4

Drug withdrawal 2026.5

Addiction withdrawal(healthdirect).6

Eat,Sleep,Console,Approach or Usual Care for
Neonatal Opioid Withdrawal 2026.7
Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome 2020
and Opioid use disorder during.8
pregnancy:Overview of treatment

Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders (DSM-5-TR).9

American Psychiatric Association. Diagnostic
and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th
ed., Text Revision (DSM-5-TR). American
Psychiatric Association; 2022



وقتی مغز، قربانی خاموش خشونت می‌شود

نویسنده:

هانیه شیوایی دانشجوی کارشناسی مامایی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه ورودی ۴۰۲



خشونت شریک جنسی در دوران بارداری، یک معضل جدی در حوزه سلامت عمومی است که پیامدهای عمیقی بر سلامت مادر و تحول کودک دارد (۱).

خشونت شریک جنسی در دوران بارداری، یکی از شایع ترین و درعین حال یکی از عوامل خطری است که در حوزه سلامت مادر و کودک، کمتر موردتوجه قرار گرفته است. خشونت شریک جنسی به هرگونه آزار جسمی، جنسی یا روانی اطلاق می‌شود که توسط شریک زندگی فعلی یا سابق اعمال گردیده است (۱).

آنچه این معضل را از سایر عوامل خطر متمایز می‌سازد، ماهیت بین‌نسلی آن است؛ یعنی آسیب‌های وارده به مادر، به طور مستقیم بر سیستم عصبی در حال شکل‌گیری جنین اثر می‌گذارد و این اثرات در طول زندگی فرد، نه تنها تداوم می‌یابد، بلکه در هر مقطع سنی به شکلی متفاوت بروز می‌کند. حدود ۲۸٪ از زنان باردار در دوران بارداری IPV جسمی یا جنسی را تجربه می‌کنند، در یک بررسی جامع اخیر مطالعات نشان‌دادن که IPV عاطفی می‌تواند طیف وسیع‌تری داشته باشد (۲).

اثرات در دوره جنینی



دوره جنینی، حساس‌ترین پنجره زمانی برای شکل‌گیری سیستم عصبی مرکزی است. در این دوران، قرارگیری مادر در معرض فشار روانی مزمن ناشی از IPV، منجر به فعال‌سازی بیش از حد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) و ترشح پایدار کورتیزول می‌شود (۳). از آنجایی که کورتیزول مادری به راحتی از جفت عبور می‌کند، جنین در معرض سطوح سمی این هورمون قرار می‌گیرد که نتیجه آن، اختلال در مهاجرت نورونی، کاهش سیناپتوژنز و تغییر در اتصالات ساختاری مغز به ویژه در نواحی آمیگدال و هیپوکامپ است (۴).

مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که نوزادان متولدشده از مادران دارای IPV، حجم ماده خاکستری کمتری در نواحی مرتبط با تنظیم هیجانی دارند و این تغییرات در نوزادان پسر بارزتر است. به علاوه، فشار روانی پیش از تولد از طریق سازوکارهای اپی‌ژنتیک باعث می‌شود که سیستم پاسخ‌دهی به استرس در این کودکان، در تمام طول عمر، بیش‌فعال باقی بماند (۵)؛ بنابراین، دوره جنینی، نقطه عطفی است که در آن خشونت روانی مادر، به یک تغییر زیستی ماندگار در مغز کودک تبدیل می‌شود.

اثرات در دوره کودکی

در دوران کودکی، اثرات عصبی برجای مانده از دوره جنینی، به صورت تأخیرهای رشدی و مشکلات رفتاری عینیّت می‌یابد. شایع‌ترین حوزه‌ای که تحت تأثیر قرار می‌گیرد، حوزه ارتباطات است. یک مطالعه کوهورت در ویتنام نشان داد که کودکانی که در دوران جنینی در معرض IPV بوده‌اند، در ۶ ماهگی ۲/۵ برابر بیشتر از سایرین دچار تأخیر در مهارت‌های ارتباطی می‌شوند و ۱۳ درصد از این کودکان حداقل در یک حوزه رشدی (حرکتی، حل مسئله یا اجتماعی) تأخیر مشکوک دارند (۵).



در این دوره، دختران بیشتر دچار درون‌ریزی مشکلات (مانند افسردگی و اضطراب) و پسران بیشتر دچار برون‌ریزی مشکلات (مانند پرخاشگری و بزهکاری) می‌شوند که این تفاوت‌های جنسیتی، نیاز به رویکردهای مداخله‌ای متمایز را ضروری می‌سازد (۶،۸).

بررسی اثرات خشونت شریک جنسی در سه مقطع مجزای جنینی، کودکی و نوجوانی، نشان می‌دهد که این پدیده، یک آسیب پویا و تکامل‌یابنده است که در هر مرحله از زندگی، چهره بالینی متفاوتی به خود می‌گیرد. در دوره جنینی، آسیب عمدتاً زیستی و ساختاری است و از طریق افزایش کورتیزول مادر و اختلال در محور HPA، معماری مغز جنین را دچار تغییرات ماندگار می‌کند. در دوران کودکی، این آسیب به تأخیرهای رشدی و رفتاری تبدیل می‌شود و خود را به صورت مشکلات ارتباطی، پرخاشگری و ناتوانی در خودتنظیمی هیجانی نشان می‌دهد. در نوجوانی، این زنجیره به بحران‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی اساسی، اضطراب، افکار خودکشی و در نهایت تداوم چرخه خشونت در روابط آینده منجر می‌گردد.



همچنین، این کودکان در سنین پیش‌دبستانی، نمرات پایین‌تری در آزمون‌های کارکردهای اجرایی و توجه پایدار کسب می‌کنند. از منظر رفتاری، کودکانی که در معرض IPV قرار گرفته‌اند، توانایی ضعیفی در خودتنظیمی هیجانی دارند. این کودکان واکنش‌های هیجانی شدیدتری نشان می‌دهند، در آرام‌سازی خود پس از ناراحتی ناتوان‌ترند و رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری از خود بروز می‌دهند (Zhang et al., ۲۰۲۵). یکی از مکانیسم‌های کلیدی در این دوره، کیفیت ضعیف فرزندپروری است. افسردگی مادر ناشی از IPV، حساسیت مادر را نسبت به نیازهای کودک کاهش می‌دهد و منجر به شکل‌گیری دلبستگی ناایمن می‌شود که خود، پیش‌بینی‌کننده قوی اختلالات رفتاری در سال‌های بعد است. به عبارتی، در دوران کودکی، خشونت به عنوان یک عامل محیطی مزمن، اثرات زیستی اولیه را تشدید کرده و به اختلالات عاطفی - رفتاری تبدیل می‌کند (۶،۷).

اثرات در دوره نوجوانی

دوره نوجوانی، اوج بروز پیامدهای روان پزشکی ناشی از

مواجهه اولیه با IPV است. در این مقطع، حساسیت سیستم‌های عصبی - هورمونی به اوج خود می‌رسد و آسیب‌های پنهان دوره‌های قبل، به صورت اختلالات بالینی آشکار می‌شود. متاآنالیزها نشان داده‌اند که نوجوانان در معرض IPV، ۲ تا ۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی در معرض افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و افکار خودکشی قرار دارند. همچنین، این نوجوانان در معرض خطر بالاتر اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه هستند که ریشه در نقص در تنظیم هیجانی و احساس ناامنی مزمن دارد.

نکته هشداردهنده در این دوره، انتقال بین‌نسلی خشونت است. مطالعات طولی نشان داده‌اند که نوجوانانی که در معرض IPV والدین بزرگ شده‌اند، در روابط عاطفی خود در آینده، احتمال بسیار بیشتری برای ارتکاب یا قربانی واقع شدن خشونت دارند (Kita et al., ۲۰۲۱). به عبارت دیگر، دوره نوجوانی نه تنها محل بروز آسیب‌ها است، بلکه نقطه آغاز چرخه جدیدی از خشونت برای نسل بعدی محسوب می‌شود.



6. Aeri R, Farhoud F. (2024). Intimate partner violence during pregnancy: impact on women and children. *J Soc Behav Community Health*, 8(1), 1299-1305.
7. Altafim ERP. (2026). Violence, parenting, and maternal and child mental health. *Millenium*, 29.
8. Spencer CM, Keilholtz BM, Palmer M, Vail SL. Mental and Physical Health Correlates for Emotional Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024 Jan;25(1):41-53. Doi: 10.1177/15248380221137686. Epub 2022 Dec 2. PMID: 36458866.

آنچه این مسیر را از یک سرنوشت ناگزیر به یک چالش قابل حل تبدیل می‌کند، شناخت دقیق این پنجره‌های حساس رشدی است. خشونت شریک جنسی در دوران بارداری، تنها به مادر آسیب نمی‌زند؛ بلکه اثری ماندگار بر مغز یک انسان در حال شکل گیری بر جای می‌گذارد و این اثر تا آخرین روزهای زندگی او، در قالب رنج‌های روانی و تکرار همان الگوی خشونت، ادامه می‌یابد. اما در همین نقطه، امید نیز نهفته است: اگر بدانیم که این زنجیره چگونه شکل می‌گیرد، می‌توانیم آن را بشکنیم. حمایت اجتماعی، فرزندپروری آگاهانه و دسترسی به خدمات سلامت روان، عواملی هستند که می‌توانند این چرخه مخرب را متوقف سازند.

منابع

1. Agarwal S, et al. (2023). A comprehensive review of intimate partner violence during pregnancy. *Cureus*, 15(5), e39262
2. Do HP, et al. (2021). Intergenerational effects of violence on women's perinatal wellbeing and infant health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, 648
3. Liu MY, et al. (2023). Prenatal stress modulates HPA axis homeostasis of offspring. *Mol Psychiatry*, 28, 1383-1395
4. Thomason ME, et al. (2021). Interactive relations between maternal prenatal stress, fetal brain connectivity, and gestational age. *Neuropsychopharmacology*, 46, 1839-1847
5. Fogarty A, Brown S, Gartland D, McMahon G, FitzPatrick K, Seymour M, Kimber M, MacMillan H, Giallo R. Patterns of intimate partner violence exposure across the first 10 years of life and children's emotional-behavioural outcomes at 10 years. *Child Abuse Negl*. 2024 Jul;153:106814. doi: 10.1016/j.chiabu.2024.106814. Epub 2024 May 2. PMID: 38701670.

وقتی علم پای صحبت مادر بزرگ‌ها می‌نشیند



نویسنده:

شادی نگهبان دانشجوی کارشناسی مامایی
دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران ورودی ۱۴۰۰

هدف این نوشتار، رد کردن فرهنگ‌های محلی نیست؛ بلکه تلاشی است برای شناخت ریشه این باورها و بررسی آن‌ها بر پایه شواهد علمی؛ زیرا احترام به فرهنگ مردم، زمانی ارزشمندتر خواهد بود که در کنار آن، آگاهی نیز گسترش یابد.

چرا خرافات درباره بارداری شکل گرفتند؟

اگر امروز از مادری بپرسیم چرا نباید هنگام ماه گرفتگی از خانه خارج شد، یا چرا نباید ویار را نادیده گرفت، احتمالاً پاسخ خواهد داد: «قدیمی‌ها این‌طور می‌گفتند.»

اما قدیمی‌ها چرا چنین می‌گفتند؟

تا کمتر از یک قرن پیش، مرگ مادران و نوزادان بسیار شایع‌تر از امروز بود. بسیاری از زنان بدون حضور ماما یا پزشک زایمان می‌کردند و عوارضی مانند خونریزی، عفونت، پره اکلامپسی، زردی شدید نوزاد یا حتی مرگ ناگهانی، علت مشخصی برای خانواده‌ها نداشت. انسان ذاتاً برای هر اتفاقی به دنبال دلیل می‌گردد و هنگامی که دانش علمی پاسخگو نباشد، فرهنگ و تخیل جای آن را پر می‌کنند.

به همین دلیل، اگر نوزادی با شکاف لب متولد می‌شد، آن را به نگاه کردن مادر به ماه گرفتگی نسبت می‌دادند. اگر نوزادی بیمار می‌شد، چشم‌زخم یا موجودات ماورایی را مقصر می‌دانستند. اگر مادری پس از زایمان دچار خونریزی می‌شد، آن را کار «آل» می‌پنداشتند.

امروزه می‌دانیم بیشتر این حوادث علت‌های پزشکی مشخصی دارند؛ اما نباید فراموش کنیم که بسیاری از این باورها در زمان خود، تلاشی برای معنادادن به ناشناخته‌ها بودند.

از سوی دیگر، برخی از این باورها در عمل نتیجه مثبتی نیز داشتند. برای مثال، توصیه به تنها نگذاشتن مادر تازه‌زا شاید با ترس از موجودات افسانه‌ای همراه بود، اما در عمل باعث می‌شد مادر در روزهای حساس پس از زایمان تحت مراقبت خانواده قرار گیرد. یا محدود کردن رفت‌وآمد نوزاد در هفته‌های نخست، هرچند با مفهوم «چله» توجیه می‌شد، اما احتمال تماس او با بیماری‌های عفونی را نیز کاهش می‌داد.

بنابراین، هنگام بررسی باورهای سنتی، باید میان فلسفه شکل‌گیری آن‌ها و درستی علمی‌شان تفاوت قائل شد.

بارداری و تولد نوزاد، از شگفت‌انگیزترین تجربه‌های زندگی انسان هستند؛ تجربه‌ای که همواره با امید، نگرانی، انتظار و پرسش‌های بی‌شمار همراه بوده است. از روزگاری که هنوز سونوگرافی، آزمایش‌های ژنتیکی، واکسیناسیون و مراقبت‌های نوین دوران بارداری وجود نداشت، انسان برای پاسخ دادن به ناشناخته‌های این دوران به تجربه نسل‌های پیشین، روایت‌های شفاهی و باورهای محلی تکیه می‌کرد. بسیاری از این باورها با نیت محافظت از مادر و نوزاد شکل گرفتند؛ برخی حاصل تجربه‌های ارزشمند بودند و برخی دیگر، به دلیل محدود بودن دانش پزشکی، به مرور زمان رنگ‌وبوی خرافه به خود گرفتند. [۱]

ایران، با تنوع قومیت‌ها و فرهنگ‌های خود، گنجینه‌ای از این باورها را در دل خود جای داده است. از توصیه‌هایی درباره ویار و چشم‌زخم گرفته تا اعتقاد به تأثیر خسوف و کسوف، چله نوزاد، بندناف، موجود افسانه‌ای «آل» و ده‌ها رسم دیگر، هر منطقه روایت خاص خود را از بارداری و تولد دارد. این باورها، فارغ از درست یا نادرست بودنشان، بخشی از تاریخ اجتماعی و هویت فرهنگی ما هستند و شناخت آن‌ها، دریچه‌ای به سبک زندگی و نگرش نسل‌های گذشته می‌گشاید.

اما مرز میان «سنت» و «خرافه» همیشه روشن نیست. بسیاری از رسوم قدیمی، مانند حمایت همه جانبه از مادر، استراحت پس از زایمان، تغذیه مناسب و مراقبت از نوزاد در هفته‌های نخست زندگی، امروزه نیز با اصول پزشکی همسو هستند. در مقابل، برخی باورها می‌توانند موجب اضطراب خانواده، تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی یا حتی به خطر افتادن سلامت مادر و نوزاد شوند.



با این حال، بخش دیگری از این توصیه ارزشمند است؛ زیرا استرس شدید و طولانی مدت می تواند بر سلامت مادر و روند بارداری اثر منفی بگذارد؛ بنابراین، حفظ آرامش مادر اهمیت دارد، اما نه به دلیلی که این باور سنتی بیان می کند.

خسوف، کسوف و ترس از ناهنجاری های جنین

در برخی نقاط ایران، هنگام خورشید گرفتگی یا ماه گرفتگی، به زنان باردار توصیه می شد از خانه خارج نشوند، به آسمان نگاه نکنند، از وسایل تیز استفاده نکنند یا چیزی نبرند.

باور عمومی این بود که در غیر این صورت، نوزاد با شکاف لب، شکاف کام یا نقصی در اندام متولد خواهد شد.

پژوهش های پزشکی تاکنون هیچ ارتباطی میان پدیده های نجومی و بروز ناهنجاری های مادرزادی نشان نداده اند. امروزه علت بسیاری از این ناهنجاری ها به عوامل ژنتیکی، کمبود اسید فولیک، بیماری های مادر یا برخی عوامل محیطی شناخته شده نسبت داده می شود. [۳]

بنابراین، این باور از نظر علمی تأیید نمی شود؛ هرچند به عنوان بخشی از فرهنگ عامه ایران، همچنان در برخی خانواده ها نقل می شود.

عبور از روی طناب؛ آیا بندناف دور گردن جنین می پیچد؟ یکی از باورهای رایج در برخی مناطق ایران این است که زن باردار نباید از روی طناب، زنجیر، شیلنگ یا حتی سیم عبور کند؛ زیرا بندناف دور گردن جنین خواهد پیچید. گاهی نیز به او توصیه می شود از گره زدن طناب یا نخ خودداری کند، زیرا ممکن است «گره در کار زایمان» بیفتد.

امروزه می دانیم پیچیدن بندناف به دور گردن جنین پدیده ای نسبتاً شایع است و در حدود یک پنجم تا یک سوم زایمان های ترم دیده می شود. علت آن، حرکات طبیعی جنین، طول بندناف و شرایط داخل رحم است و هیچ ارتباطی با عبور مادر از روی طناب یا گره زدن وسایل ندارد. [۴]

با این حال، شاید این توصیه در گذشته هدف دیگری نیز داشته است. زنان باردار در محیط های روستایی روی زمین کار می کردند و احتمال زمین خوردن هنگام عبور از روی طناب یا ابزار کشاورزی وجود داشت؛ بنابراین، ممکن است این هشدار در عمل، راهی برای پیشگیری از سقوط و آسیب بوده باشد.

باورهای رایج درباره زنان باردار

ویار؛ اگر برآورده نشود، روی صورت نوزاد اثر می گذارد؟ شاید هیچ باوری به اندازه ویار در فرهنگ ایرانی شناخته شده نباشد. در بسیاری از خانواده ها گفته می شود اگر زن باردار هوس غذایی کند و آن خوراکی برایش فراهم نشود، روی پوست نوزاد خال یا لکه ایجاد می شود. حتی در برخی مناطق اعتقاد دارند اگر مادر هنگام ویار دست به صورت یا قسمتی از بدن خود بکشد، همان قسمت از بدن نوزاد دچار خال خواهد شد.

از دیدگاه پزشکی، چنین ارتباطی وجود ندارد. خال های مادرزادی نتیجه تغییرات ژنتیکی یا تکامل طبیعی سلول های پوستی و عروقی جنین هستند و ارتباطی با ویار ندارند. [۲]

با این حال، اصل توجه به ویار کاملاً بی اهمیت نیست. تغییرات هورمونی دوران بارداری می توانند باعث تمایل یا بیزاری از برخی غذاها شوند و گاهی ویار شدید ممکن است بر دریافت مواد مغذی اثر بگذارد؛ بنابراین، توصیه علمی این است که رژیم غذایی مادر متعادل، متنوع و غنی از مواد مغذی باشد، نه اینکه هر هوس غذایی بدون محدودیت برآورده شود.

هرچه مادر ببیند، نوزاد همان گونه می شود

در برخی فرهنگ های محلی، به زنان باردار توصیه می شود از دیدن افراد دارای ناهنجاری های ظاهری، حیوانات خاص یا صحنه های ترسناک خودداری کنند؛ زیرا تصور می شود این تصاویر بر ظاهر جنین اثر می گذارند.

این باور، تنها مختص ایران نیست و در بسیاری از فرهنگ های جهان نیز وجود داشته است.

امروزه می دانیم ویژگی های ظاهری جنین، نتیجه ژنتیک، سلامت دوران بارداری و عوامل محیطی مؤثر بر رشد جنین است و هیچ ارتباطی با تصاویر دیده شده توسط مادر ندارد.

زن باردار نباید از تشییع جنازه یا قبرستان عبور کند

در برخی مناطق ایران، حضور زن باردار در مراسم سوگواری، تشییع جنازه یا قبرستان خوش یمن دانسته نمی‌شود و گفته می‌شود

ممکن است بر روحیه مادر یا حتی سلامت جنین اثر بگذارد.

از دیدگاه پزشکی، حضور در این مکان‌ها آسیبی برای جنین ایجاد نمی‌کند؛ اما اگر چنین مراسمی باعث اضطراب شدید، گریه طولانی یا فشار روحی بر مادر شود، بهتر است مادر در صورت تمایل از حضور در آن خودداری کند؛ بنابراین، آنچه اهمیت دارد سلامت روان مادر است، نه خود مکان.

از شمال تا جنوب ایران؛ باورهایی که نسل به نسل مانده‌اند

تنوع فرهنگی ایران باعث شده است که هر منطقه، روایت‌های خاص خود را درباره بارداری و زایمان داشته باشد. برخی از این باورها امروزه تنها در میان سالمندان شناخته شده‌اند و برخی دیگر هنوز هم در بسیاری از خانواده‌ها دیده می‌شوند.

گیلان و مازندران؛ افسانه «آل»

شاید مشهورترین باور عامیانه درباره زنان تازه‌زا، داستان «آل» باشد. در فرهنگ عامه بسیاری از مناطق شمال ایران، آذربایجان، کردستان، لرستان و حتی بخش‌هایی از خراسان، «آل» موجودی خیالی توصیف می‌شد که به زنان پس از زایمان و نوزادان آسیب می‌رساند.

به همین دلیل، مادر را تا چند روز پس از زایمان تنها نمی‌گذاشتند، کنار بستر او چراغ روشن می‌کردند، قرآن یا اشیای متبرک قرار می‌دادند و گاهی وسیله‌ای فلزی مانند چاقو یا قیچی زیر بالش می‌گذاشتند.

امروز مردم‌شناسان معتقدند این افسانه احتمالاً بازتاب ترس مردم از خونریزی پس از زایمان، تب نفاسی و مرگ و میر بالای مادران در گذشته بوده است. زمانی که علت این حوادث شناخته شده نبود، نیروهای ماورایی مسئول آن دانسته می‌شدند.

کوتاه کردن مو؛ خوش یمن یا بدیمن؟

در برخی خانواده‌ها هنوز هم شنیده می‌شود که زن باردار نباید موهای خود را کوتاه کند، زیرا عمر جنین کوتاه می‌شود یا زایمان دشواری خواهد داشت.

این باور هیچ پایه علمی ندارد. رشد مو، کوتاه کردن آن یا مدل مو هیچ تأثیری بر رشد جنین ندارد. البته در مورد رنگ مو، پزشکان توصیه می‌کنند از تماس طولانی مدت با مواد شیمیایی، به ویژه در سه ماهه نخست بارداری، پرهیز شود یا در محیطی با تهویه مناسب انجام گیرد.

خوابیدن مادر و شکل ناف نوزاد

یکی دیگر از باورهای قدیمی این است که اگر زن باردار به پشت بخوابد یا هنگام خواب دست‌هایش را بالای سر ببرد، ناف نوزاد بیرون می‌زند یا بندناف دور گردن او می‌پیچد.

از نظر علمی، بیرون زدگی ناف نوزاد معمولاً به ضعف موقت عضلات دیواره شکم (فتق نافی) مربوط است و هیچ ارتباطی با وضعیت خواب مادر ندارد. [۵]

البته توصیه پزشکان به خوابیدن به پهلو چپ در ماه‌های پایانی بارداری، یک توصیه کاملاً علمی است؛ زیرا این وضعیت باعث بهبود بازگشت خون به قلب، افزایش خون‌رسانی به رحم و کاهش فشار روی ورید اجوف تحتانی می‌شود.





سیستان و بلوچستان؛ نخستین مهمان

در برخی مناطق سیستان و بلوچستان باور بر این بود که نخستین فردی که پس از تولد نوزاد وارد خانه می شود، می تواند بر خوش اقبالی یا ویژگی های اخلاقی او اثر بگذارد. به همین دلیل، خانواده تلاش می کرد فردی خوش نام، سالمند یا مورد احترام، نخستین ملاقات کننده باشد. این باور، بیش از آنکه جنبه درمانی داشته باشد، نمادی از آرزوهای نیک خانواده برای آینده فرزند است.

سنت هایی که علم نیز آن ها را تأیید می کند همه باورهای قدیمی را نباید خرافه دانست. برخی از سنت های ایرانی، اگرچه با توضیحاتی متفاوت از امروز همراه بوده اند، اما در عمل آثار مثبتی بر سلامت مادر و نوزاد داشته اند.

جالب آنکه نتیجه عملی این باور، تنها نگذاشتن مادر و مراقبت شبانه روزی از او بود؛ کاری که امروزه نیز از نظر پزشکی، به ویژه در روزهای نخست پس از زایمان، اقدامی ارزشمند محسوب می شود.

آذربایجان؛ بستن فلز به لباس نوزاد

در برخی خانواده های آذری رسم بود که سنجاق، سکه یا قطعه ای فلزی به لباس نوزاد متصل کنند تا از چشم زخم یا نیروهای بد محافظت شود. هرچند چنین باوری از نظر پزشکی اثبات نشده است، اما امروزه توصیه می شود اگر خانواده ای به این رسم پایبند است، از وسایل ایمن استفاده کند؛ زیرا سنجاق قفلی یا اشیای کوچک می توانند برای نوزاد خطر ایجاد کنند.

لرستان و کردستان؛ غروب، زمان خروج نیست در برخی روستاهای لرستان و کردستان گفته می شد زن باردار هنگام غروب نباید تنها از خانه خارج شود، زیرا ممکن است «باد بد»،

«جن» یا نیروهای ناشناخته به او آسیب برسانند. برخی پژوهشگران مردم شناسی معتقدند این باور احتمالاً راهی برای محافظت از زنان در برابر خطرات شب، حیوانات، مسیرهای ناامن یا دوری از خانه بوده است؛ زمانی که روشنایی و امنیت امروزی وجود نداشت.

جنوب ایران؛ دود اسپند و کندر

در استان های جنوبی، دود کردن اسپند یا کندر برای دور کردن چشم زخم و ایجاد آرامش در خانه پس از تولد نوزاد، رسم شناخته شده ای است. اگرچه این رسم بخشی از فرهنگ ایرانی است، اما باید توجه داشت که دود حاصل از سوختن گیاهان می تواند دستگاه تنفسی حساس نوزاد را تحریک کند؛ بنابراین، بهتر است این کار در فضای باز یا محیط دارای تهویه مناسب و دور از حضور مستقیم نوزاد انجام شود.

خوشبختانه با آموزش ماماها و کارکنان نظام سلامت، این باور در سال‌های اخیر تا حد زیادی اصلاح شده است.

آب‌قند؛ درمان همه مشکلات؟

در گذشته، در برخی خانواده‌ها پیش از شروع شیردهی یا هنگام گریه نوزاد، به او آب‌قند، نبات حل شده، عسل یا عرقیات گیاهی می‌دادند. امروزه می‌دانیم نوزاد سالم، در شش ماه نخست زندگی، به هیچ نوشیدنی دیگری جز شیر مادر (یا در صورت نیاز، شیرخشک) احتیاج ندارد. به‌ویژه دادن عسل به نوزاد زیر یک سال، به دلیل خطر بوتولیسم، ممنوع است و آب‌قند نیز جز در شرایط خاص و با تجویز کادر درمان، جایگاهی در مراقبت از نوزاد ندارد. [۷]



از جمله:

- حمایت همه جانبه خانواده از مادر پس از زایمان.
- استراحت نسبی مادر در هفته‌های نخست.
- تهیه غذاهای مقوی و تأمین انرژی مادر.
- تشویق به شیردهی.
- محدود کردن حضور افراد بیمار در کنار نوزاد.
- حضور مداوم اطرافیان در کنار مادر برای کمک و مراقبت.
- این رسوم، امروزه نیز با بسیاری از اصول مراقبت پس از زایمان همخوانی دارند و ارزش حفظ کردن را دارند؛ البته به شرط آنکه جایگزین توصیه‌های علمی و مراقبت‌های پزشکی نشوند.

باورهای رایج درباره نوزادان

اگر دوران بارداری با ده‌ها باور و رسم همراه است، تولد نوزاد نیز آغاز فصل تازه‌ای از آیین‌ها و اعتقادهای مردمی است. از لحظه بریدن بندناف تا پایان چهل روز نخست زندگی، تقریباً هر کاری درباره نوزاد در فرهنگ ایرانی با توصیه‌ها و باورهای خاصی همراه بوده است. برخی از این رسم‌ها هنوز هم در بسیاری از خانواده‌ها اجرا می‌شوند.

آغوز؛ شیری که زمانی دور ریخته می‌شد یکی از رایج‌ترین باورهای گذشته این بود که شیر زردرنگ روزهای نخست پس از زایمان (آغوز) برای نوزاد «سنگین»، «کثیف» یا «مانده» است و بهتر است دور ریخته شود تا بعد از آمدن شیر سفید، شیردهی آغاز شود.

امروزه می‌دانیم این باور نه تنها نادرست، بلکه می‌تواند سلامت نوزاد را به خطر بیندازد.

آغوز ارزشمندترین شیر مادر است؛ مایعی غلیظ و زردرنگ که سرشار از ایمونوگلوبولین A، گلبول‌های سفید، پروتئین، ویتامین A و عوامل ضدالتهابی است. این شیر، نخستین واکسن طبیعی نوزاد محسوب می‌شود و نقش مهمی در محافظت او در برابر عفونت‌ها، تکامل روده و شکل‌گیری سیستم ایمنی دارد. [۶]



درحالی که از نظر پزشکی، ناخن های بلند نوزاد می توانند باعث خراشیدن صورت و عفونت پوست شوند و در صورت نیاز، باید بادقت کوتاه شوند.

چله؛ سنتی که بخشی از آن مفید است

یکی از شناخته شده ترین آیین های ایرانی، «چله نوزاد» است. در بسیاری از خانواده ها، تا چهل روز پس از زایمان، مادر و نوزاد کمتر از خانه خارج می شوند و رفت و آمدها محدود می شود. اگرچه عدد چهل ریشه فرهنگی و مذهبی دارد، اما کاهش تماس نوزاد با افراد مبتلا به بیماری های عفونی، به ویژه در هفته های نخست زندگی، اقدامی منطقی است. بااین حال، این باور نباید باعث شود مراجعه به مراکز درمانی، واکسیناسیون یا ویزیت های ضروری نوزاد به تعویق بیفتد.

وقتی خرافات خطرناک می شوند!

بسیاری از باورهای سنتی، اگر تنها در حد یک رسم فرهنگی باقی بمانند، آسیبی ایجاد نمی کنند؛ اما زمانی که جایگزین مراقبت پزشکی شوند، می توانند خطرناک باشند.

برای مثال:

- تأخیر در مراجعه به پزشک به دلیل نسبت دادن تب یا تشنج نوزاد به چشم زخم.
 - درمان زردی با روش های خانگی و مراجعه دیرنگام به بیمارستان.
 - ندادن آغوز به نوزاد.
 - خوراندن عسل یا گیاهان دارویی به نوزاد.
 - استفاده از مواد غیربهداشتی روی بدن نوزاد.
 - خودداری از مراجعه به مراکز درمانی به دلیل باورهای سنتی.
- وجه مشترک همه این موارد، به تأخیرافتادن درمان مؤثر است؛ موضوعی که گاهی می تواند پیامدهای جبران ناپذیری برای سلامت کودک داشته باشد.

نقش ماما؛ پلی میان سنت و علم

زردی نوزاد؛ از لباس زرد تا نور خورشید

زردی نوزاد یکی از شایع ترین مشکلات روزهای نخست زندگی است و به همین دلیل، باورهای زیادی درباره آن شکل گرفته است.

در برخی خانواده ها گفته می شد اگر لباس نوزاد زرد باشد، زردی او بیشتر می شود. برخی دیگر معتقد بودند بستن پارچه زرد، خواباندن نوزاد کنار اشیای زردرنگ یا خوراندن گیاهان دارویی، زردی را درمان می کند. یکی از رایج ترین توصیه های سنتی، قراردادن نوزاد زیر نور مستقیم خورشید بود. اگرچه نور خورشید به طور محدود می تواند بر تجزیه بیلی روبین اثر بگذارد، اما شدت و طول موج آن قابل کنترل نیست و خطر آفتاب سوختگی، کم آبی و افزایش دمای بدن نوزاد را به همراه دارد. به همین دلیل، امروزه درمان استاندارد زردی، ارزیابی پزشکی و در صورت نیاز، فتوتراپی با دستگاه های استاندارد است. [۸]

بندناف؛ هرچه کمتر دست کاری شود، بهتر است

در برخی مناطق ایران رسم بود که روی بندناف نوزاد، روغن، سرمه، خاکستر، زردچوبه، گیاهان دارویی یا حتی خاک گذاشته شود تا زودتر خشک شود. امروزه توصیه سازمان های علمی این است که بندناف تمیز و خشک نگه داشته شود و از استعمال مواد مختلف روی آن خودداری شود؛ زیرا این کار می تواند احتمال عفونت را افزایش دهد. [۹]

سکه روی ناف

یکی دیگر از باورهای قدیمی، بستن سکه یا جسمی فلزی روی ناف نوزاد بود تا ناف بیرون نرزد. از نظر پزشکی، شکل ناف به نحوه ترمیم طبیعی بندناف و قدرت عضلات دیواره شکم بستگی دارد و بستن سکه یا پارچه هیچ تأثیری در پیشگیری یا درمان فتق ناف ندارد.

ناخن گرفتن و کوتاه کردن موی نوزاد

در برخی خانواده ها اعتقاد داشتند کوتاه کردن ناخن یا موی نوزاد تا پیش از گذشت چهل روز یا حتی تا پایان یک سالگی بدشگون است.

◆ سخن پایانی

باورهای عامیانه درباره بارداری و نوزاد، بخشی از میراث فرهنگی ایرانیان هستند. این باورها به ما نشان می دهند که انسان در گذشته چگونه با ناشناخته ها روبه رو می شده و برای اتفاقاتی که توضیح علمی نداشتند، معنا می آفریده است.

امروز، پیشرفت دانش پزشکی بسیاری از این پرسش ها را پاسخ داده است. می دانیم چرا نوزاد دچار زردی می شود، چرا بدن ناف دور کردن جنین می پیچد، چرا آغوز ارزشمند است و چگونه می توان از بسیاری از عوارض بارداری پیشگیری کرد.

با این حال، علم و فرهنگ نباید در برابر یکدیگر قرار گیرند. بسیاری از سنت های ایرانی، مانند حمایت از مادر، استراحت کافی، تغذیه مناسب و حضور خانواده در کنار زن تازه زاده، همچنان ارزشمند و قابل حفظ هستند. در مقابل، باورهایی که سلامت مادر و نوزاد را تهدید می کنند، باید با آموزش صحیح و گفت و گوی محترمانه اصلاح شوند.

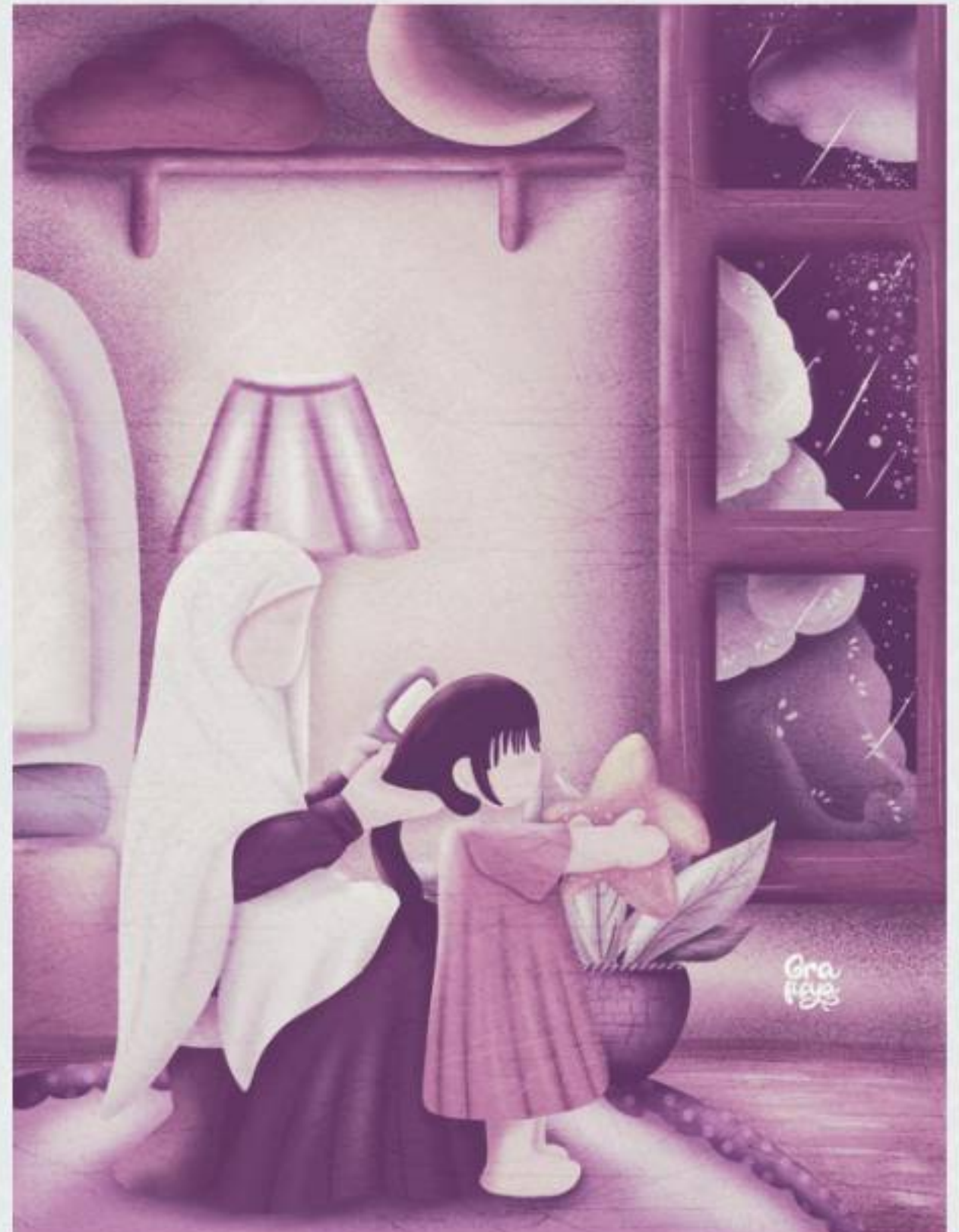
شاید بهترین راه، همان مسیری باشد که ماماها هر روز در آن گام برمی دارند؛ احترام به فرهنگ، تکیه بر شواهد علمی و تلاش برای آنکه هر مادر و هر نوزاد، آغاز زندگی خود را در امنیت، آرامش و آگاهی تجربه کنند

شاید هیچ عضو تیم سلامت به اندازه ماما با فرهنگ خانواده ها در ارتباط نباشد. ماما نه تنها مراقب سلامت مادر و نوزاد است، بلکه نقش مهمی در آموزش، اصلاح باورهای نادرست و حفظ سنت های مفید دارد. نکته مهم این است که برخورد با باورهای سنتی، نباید با تمسخر یا سرزنش همراه باشد. خانواده ای که سال ها بایک باور زندگی کرده، با شنیدن جمله «این ها همه خرافات است» متقاعد نخواهد شد. هنر یک ماما در این است که ابتدا به نگرانی خانواده احترام بگذارد، به حرف های آنان گوش دهد و سپس با زبانی ساده و بر پایه شواهد علمی، اطلاعات درست را در اختیارشان قرار دهد. در حقیقت، ماما تنها مراقب زایمان نیست؛ او واسطه ای میان دانش پزشکی و فرهنگ جامعه است. [۱۰]



منابع:

- [1] World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO; 2022.
- Helman CG. Culture, Health and Illness. 5th ed. CRC Press
- [2] Cunningham FG, et al. Williams Obstetrics. 26th Edition.
- Gabbe SG, et al. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 8th Edition. ACOG Practice Bulletin (Nutrition During Pregnancy)
- [3] Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology. Sadler TW. Langman's Medical Embryology.





- [4] Cunningham FG. Williams Obstetrics. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)
- [5] ACOG Committee Opinion. RCOG Green-top Guidelines. Williams Obstetrics.
- [6] World Health Organization. UNICEF. Lawrence RA. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession.
- [7] American Academy of Pediatrics (AAP). Pediatric Nutrition. WHO. Infant and Young Child Feeding.
- [8] American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant. Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care.
- [9] World Health Organization. Postnatal Care Guidelines. WHO Recommendations on Cord Care.
- [10] International Confederation of Midwives (ICM) WHO Midwifery Education Modules



مزایای حضور ماما در مهدکودک‌ها

◀ **مراقبت یکپارچه:** حضور ماما در مهدکودک، امکان ارائه مراقبتی چندوجهی را فراهم می‌کند. مطالعات نشان داده است که ادغام اصول مامایی با برنامه‌های تربیتی، تأثیرات مثبتی بر جنبه‌های مختلف رشد کودک، از جمله مهارت‌های زبانی، رشد اجتماعی و سلامت جسمانی دارد. این مدل مراقبتی، نه تنها به نفع کودکان است، بلکه رضایت والدین را نیز افزایش می‌دهد.

◀ **تخصص در سلامت کودک:** ماماها با مسائل کلیدی سلامت کودکان نظیر تغذیه، واکسیناسیون، معاینات دوره‌ای و تشخیص زودهنگام اختلالات رشد آشنا هستند. در مهدکودک‌هایی که با همکاری ماماها اداره می‌شوند، مواردی مانند معاینه فیزیکی کودکان هنگام ثبت‌نام، تشکیل پرونده سلامت، آموزش بهداشت فردی و توصیه‌های تغذیه‌ای در اولویت قرار می‌گیرد؛ سطحی از مراقبت که فراتر از توانمندی‌های عمومی مربیان است.

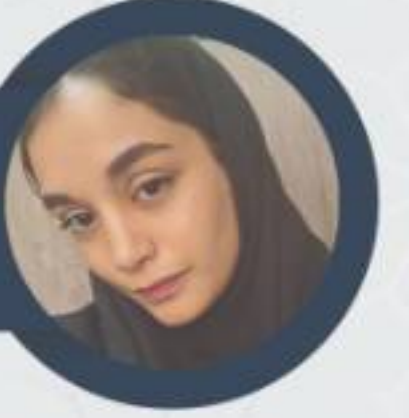
◀ **کاهش نگرانی والدین:** حضور یک ماما به عنوان متخصص سلامت در مهدکودک، نگرانی‌های والدین شاغل را به شدت کاهش می‌دهد. اطمینان از حضور فردی متخصص برای رسیدگی فوری به وضعیت سلامت کودک در محل، یک مزیت رقابتی مهم برای این مراکز محسوب می‌شود.

چشم انداز قانونی و اجرایی

اگرچه در قوانین صراحتاً به نقش ماماها در تأسیس مهدکودک اشاره نشده است، اما نگاه تخصصی آنان، سرمایه‌ای بی‌نظیر برای محیطی است که مستقیماً با مادر و کودک سروکار دارد. بر اساس قوانین فعلی، صدور مجوز مهدکودک بر عهده «سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک» (زیرمجموعه وزارت آموزش و پرورش) است [۲].

رشته مامایی به‌طور صریح در فهرست رشته‌های اصلی برای تأسیس مهدکودک ذکر نشده است؛ با این حال، ماماها می‌توانند به عنوان «مسئول فنی» فعالیت کنند.

از اتاق زایمان تا اتاق مدیریت



نویسنده:

سرور خاکی دانشجو کارشناسی مامایی
دانشگاه علوم پزشکی ایران ورودی ۴۰۲

♦ مقدمه

دوران پیش دبستانی، یکی از حساس‌ترین و تأثیرگذارترین دوره‌های زندگی هر انسان است؛ چرا که پایه‌های رشد جسمانی، شناختی، اجتماعی و عاطفی فرد در این سال‌ها شکل می‌گیرد. با افزایش حضور زنان در عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی، نیاز به فضاهای امن و استاندارد برای نگهداری و پرورش کودکان بیش از پیش احساس شد. از دل همین نیاز، ایده تأسیس مهدکودک‌ها شکل گرفت؛ اما آنچه این ایده را متمایز می‌سازد، نقش کلیدی ماماها در این فرآیند است. ماماها به دلیل تخصص ذاتی در مراقبت از مادر و کودک، می‌توانند پلی میان مراقبت‌های آموزشی و خدمات بهداشتی-درمانی ایجاد کنند.

در سال ۱۳۰۳ خورشیدی، جبار باغچه‌بان که بعدها لقب «پدر کودکان ایران» را گرفت، کلاسی کوچک با نام «باغچه اطفال» را در تبریز راه‌اندازی کرد. او در این کلاس به کودکان نه فقط الفبا، بلکه قصه‌گویی، بازی، نقاشی و مهارت‌های زندگی را آموخت. سال‌ها بعد در ۱۳۴۹، مددکاری اجتماعی به نام داریوش منصوریان با مشاهده مادرانی که مجبور بودند کودکان خود را به محل کار ببرند، تصمیم به تأسیس نخستین مهدکودک مدرن و دارای مجوز رسمی گرفت.

اگرچه در اسناد تاریخی ردپای مستقیمی از ماماها در تأسیس این مراکز دیده نمی‌شود، اما ماماها همواره در پشت صحنه، حامی سلامت مادر و کودک بوده‌اند. ناهید کرمی، رئیس انجمن علمی مامایی ایران، بر لزوم «تأسیس مهدکودک در مراکزی که مجموع فرزندان کارکنان زن آن‌ها بیش از ده کودک زیر شش سال است»، تأکید کرده است [۱].

♦ مزایای حضور ماما در مهدکودک‌ها



منابع:

۱: روزنامه شرق (نقدی راهبردی بر قوانین فصلی جمعیتی)
۲: آکادمی سلامت

<https://garuda.kemdiktisaintek.go.id/documents/detail/5734777>

https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/1983/83B09_763_engl.pdf#32%2324

<https://minstroy.tatarstan.ru/eng/index.htm/news/998626.htm>



شرایط لازم برای احراز این جایگاه عبارت است از:

۱. دارا بودن مدرک کارشناسی در یکی از رشته‌های مرتبط؛
۲. گذراندن دوره‌های آموزشی جهاد دانشگاهی ویژه مدیران مهدکودک؛
۳. موفقیت در مصاحبه تخصصی؛
۴. حداکثر سن ۶۰ سال.

جمع بندی:

ماماها با تکیه بر دانش و تجربیات خود در حوزه سلامت مادر و کودک، می‌توانند مهدکودک را از یک مرکز نگهداری ساده به مکانی برای رشد همه جانبه کودک و حمایت از مادران شاغل تبدیل کنند؛ مسیری که با استفاده از تبصره‌های قانونی، برای آنان هموار است.





سقط؛ روایتی که همیشه پزشکی نیست



نویسنده:

زهرا اعتمادنیا دانشجوی کارشناسی مامایی
دانشگاه علوم پزشکی آزاد زنجان ورودی ۴۰۱

◀ مقدمه

سقط جنین یکی از مهم‌ترین پیامدهای نامطلوب بارداری و از موضوعات مهم در سلامت باروری و سیاست‌های مرتبط با جوانی جمعیت است. اگرچه علل سقط می‌تواند شامل عوامل ژنتیکی، ناهنجاری‌های رحمی، اختلالات هورمونی، بیماری‌های زمینه‌ای، عفونت‌ها و عوامل محیطی باشد، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد عوامل اجتماعی و خانوادگی نیز در افزایش خطر سقط نقش دارند. خشونت خانگی، به‌ویژه خشونت از سوی شریک عاطفی، یکی از این عوامل کمتر دیده‌شده است که می‌تواند از طریق آسیب جسمی، فشار روانی، بارداری ناخواسته و کاهش دسترسی به مراقبت‌های سلامت، بر تداوم بارداری اثر بگذارد.

اهمیت بررسی این ارتباط در آن است که خشونت خانگی ممکن است پیش از بارداری آغاز شده باشد، در دوران بارداری ادامه پیدا کند یا پس از اطلاع از بارداری تشدید شود؛ بنابراین، در برخی زنان، سقط نه یک رویداد مستقل، بلکه نتیجه تعامل خشونت با بارداری ناخواسته، نبود حمایت اجتماعی، محدودیت در تصمیم‌گیری باروری و دسترسی ناکافی به خدمات درمانی است.

◀ سقط خودبه‌خودی و سقط القایی

در بررسی رابطه خشونت خانگی و سقط، باید میان سقط خودبه‌خودی و سقط القایی یا خاتمه‌عمدی بارداری تفاوت قائل شد. سقط خودبه‌خودی به ازدست‌رفتن بارداری بدون مداخله عمدی گفته می‌شود، درحالی‌که سقط القایی ممکن است در شرایطی رخ دهد که بارداری ناخواسته، ناشی از اجبار جنسی، شکست روش پیشگیری یا کنترل باروری توسط شریک باشد.

خشونت خانگی می‌تواند هر دو نوع سقط را تحت تأثیر قرار دهد، اما مسیرهای ایجاد آن‌ها یکسان نیست. در سقط خودبه‌خودی، آسیب فیزیکی، استرس شدید و مزمن، اختلال در مراقبت‌های بارداری و رفتارهای پرخطر اهمیت بیشتری دارند. در سقط القایی، بارداری ناخواسته، اجبار جنسی، جلوگیری از دسترسی به وسایل پیشگیری و نداشتن اختیار در تصمیم‌گیری درباره باروری از عوامل مهم به شمار می‌روند.

شواهد ارتباط خشونت با سقط

♦ مطالعات انجام‌شده در سال‌های اخیر ارتباط قابل توجهی میان خشونت شریک عاطفی و سقط خودبه‌خودی گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه مورد-شاهدی، زنان بارداری که در معرض هر نوع خشونت شریک عاطفی قرار داشتند، تقریباً چهار برابر بیشتر از زنان غیرموجه با خشونت در معرض سقط خودبه‌خودی بودند. در همان مطالعه، خشونت فیزیکی نیز به‌طور مستقل با افزایش احتمال سقط ارتباط داشت.

یک مرور نظام‌مند جدید که مطالعات منتشرشده بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۴ را بررسی کرده است، نشان داد از میان ۲۱ مطالعه درباره رابطه خشونت شریک عاطفی و سقط خودبه‌خودی، ۱۹ مطالعه ارتباط معناداری میان این دو متغیر گزارش کرده‌اند. در این مرور، خشونت فیزیکی شایع‌ترین نوع خشونت گزارش‌شده بود؛ بااین حال، خشونت روانی و جنسی نیز در بسیاری از مطالعات با افزایش خطر ازدست‌رفتن بارداری همراه بودند.

در ایران نیز شواهد موجود از این ارتباط حمایت می‌کنند. در یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز شامل ۱۳ مطالعه و بیش از ۱۱ هزار شرکت‌کننده، خشونت خانگی در دوران بارداری با افزایش احتمال سقط همراه بود و اندازه اثر گزارش‌شده برای این ارتباط قابل توجه بود. باوجوداین، باید توجه داشت که بیشتر مطالعات موجود مشاهده‌ای هستند و نمی‌توان از آن‌ها رابطه علت و معلولی قطعی استنباط کرد؛ بااین حال، هم‌جهتی نتایج در مطالعات مختلف، اهمیت بالینی و بهداشت عمومی این ارتباط را نشان می‌دهد.



خشونت جنسی و بارداری ناخواسته

خشونت جنسی یکی از مسیرهای مهم ارتباط خشونت خانگی با سقط است. اجبار به رابطه جنسی، نادیده گرفتن رضایت زن، جلوگیری از استفاده از روش‌های پیشگیری و تخریب یا پنهان کردن وسایل پیشگیری می‌تواند به بارداری ناخواسته منجر شود. در چنین شرایطی، زن ممکن است درباره ادامه بارداری اختیار کامل نداشته باشد یا برای خاتمه آن تحت فشار شریک قرار گیرد.

یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز درباره رابطه خشونت شریک عاطفی و خاتمه بارداری، ۷۴ مطالعه را بررسی کرد. در این مطالعات، سابقه خشونت در میان زنان مراجعه‌کننده برای خاتمه بارداری شایع بود و خشونت با خاتمه بارداری و سقط‌های تکرارشونده ارتباط داشت. همچنین، در برخی مطالعات، شریک زن از انجام خاتمه بارداری اطلاع نداشت؛ موضوعی که می‌تواند نشان‌دهنده ترس، کنترل‌گری یا ناامنی در رابطه باشد.

در نتیجه، بررسی سقط‌های بالقوی بدون توجه به شرایط بارداری، اختیار باروری و امنیت زن، تصویر کاملی از مسئله ارائه نمی‌دهد. در زنانی که برای سقط یا عوارض پس از سقط مراجعه می‌کنند، پرسشگری محرمانه درباره اجبار جنسی، خشونت و امنیت فرد می‌تواند به شناسایی یک عامل پنهان کمک کند.

کنترل باروری و بارداری ناخواسته

کنترل باروری یکی از ابعاد مهم خشونت خانگی است. ممکن است شریک عاطفی با مخالفت با استفاده از روش پیشگیری، اجبار به بارداری، پنهان کردن وسایل پیشگیری یا جلوگیری از مراجعه زن به مراکز درمانی، تصمیم‌گیری باروری او را محدود کند. این وضعیت احتمال بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد و می‌تواند زن را در معرض تصمیم دشوار درباره ادامه یا خاتمه بارداری قرار دهد.

خشونت فیزیکی و آسیب مستقیم

خشونت فیزیکی یکی از واضح‌ترین مسیرهای ارتباط خشونت خانگی با سقط است. ضربه به شکم، لگزدن، افتادن عمدی، فشردن شکم یا وارد کردن آسیب شدید به بدن می‌تواند با خونریزی، درد شکمی، آسیب رحم، جداشدگی جفت و اختلال در خون‌رسانی به جنین همراه شود. در مراحل مختلف بارداری، شدت و نوع آسیب می‌تواند متفاوت باشد، اما هرگونه ضربه قابل توجه در دوران بارداری نیازمند ارزیابی پزشکی است.

آسیب جسمی ممکن است همیشه به شکل کبودی یا زخم آشکار دیده نشود. گاهی زن باردار به دلیل ترس از همسر، شرم یا نگرانی از پیامدهای گزارش خشونت، علت واقعی آسیب را بیان نمی‌کند؛ بنابراین، در مواجهه با خونریزی واژینال، درد شکمی، انقباضات، کاهش حرکات جنین یا آسیب‌های تکرارشونده با توضیح نامشخص، لازم است احتمال خشونت نیز در ارزیابی بالینی در نظر گرفته شود.



خشونت روانی و استرس مزمن

خشونت روانی ممکن است بدون ایجاد آسیب فیزیکی آشکار، خطر سقط را افزایش دهد. تهدید، تحقیر، ترساندن، کنترل شدید، منزوی کردن زن از خانواده و محروم کردن او از حمایت اجتماعی، فشار روانی مداومی ایجاد می‌کند. این فشار می‌تواند با اضطراب، افسردگی، اختلال خواب، کاهش اشتها و کاهش توانایی زن برای پیگیری مراقبت‌های بارداری همراه شود. استرس شدید و طولانی‌مدت همچنین می‌تواند پاسخ‌های عصبی و هورمونی بدن را تغییر دهد.

فعال شدن مداوم سیستم پاسخ به استرس ممکن است به عملکرد عروقی، خون‌رسانی جفت و تعادل فیزیولوژیک بارداری اثر بگذارد. این سازوکارها به تنهایی علت قطعی سقط محسوب نمی‌شوند، اما می‌توانند در کنار عوامل دیگر، آسیب‌پذیری بارداری را افزایش دهند.

نکته مهم این است که نباید به زن قربانی گفته شود «استرس او باعث سقط شده است». چنین برداشتی می‌تواند احساس گناه ایجاد کند. مسئولیت خشونت بر عهده فرد خشونت‌گرا است و عوامل روانی باید در چارچوبی چندعاملی و بدون سرزنش قربانی بررسی شوند.



تأخیر در مراقبت و تشخیص سقط

خشونت خانگی ممکن است به صورت غیرمستقیم خطر پیامدهای شدید بارداری را افزایش دهد. زن آسیب دیده ممکن است به دلیل کنترل همسر، نداشتن پول یا وسیله رفت و آمد، ترس از افشای محدودیت در خروج از خانه، مراجعه به پزشک یا ماما را به تأخیر بیندازد. در نتیجه، علائم هشدار مانند خونریزی، درد شکمی یا عفونت دیرتر ارزیابی می شوند.

تأخیر در مراجعه الزاماً به معنای ایجاد سقط نیست، اما ممکن است فرصت تشخیص و درمان به موقع برخی عوارض را کاهش دهد. همچنین، زنانی که مراقبت های بارداری را دیر آغاز می کنند، ممکن است از خدمات مشاوره ای، بررسی عوامل خطر و حمایت های روانی - اجتماعی نیز محروم بمانند.

بنابراین، در بررسی سقط، علاوه بر عوامل پزشکی، باید به این پرسش نیز توجه شود که آیا زن امکان دسترسی آزادانه و ایمن به مراقبت های بارداری را داشته است یا خیر.

♦ عوامل همراه و مخدوش کننده

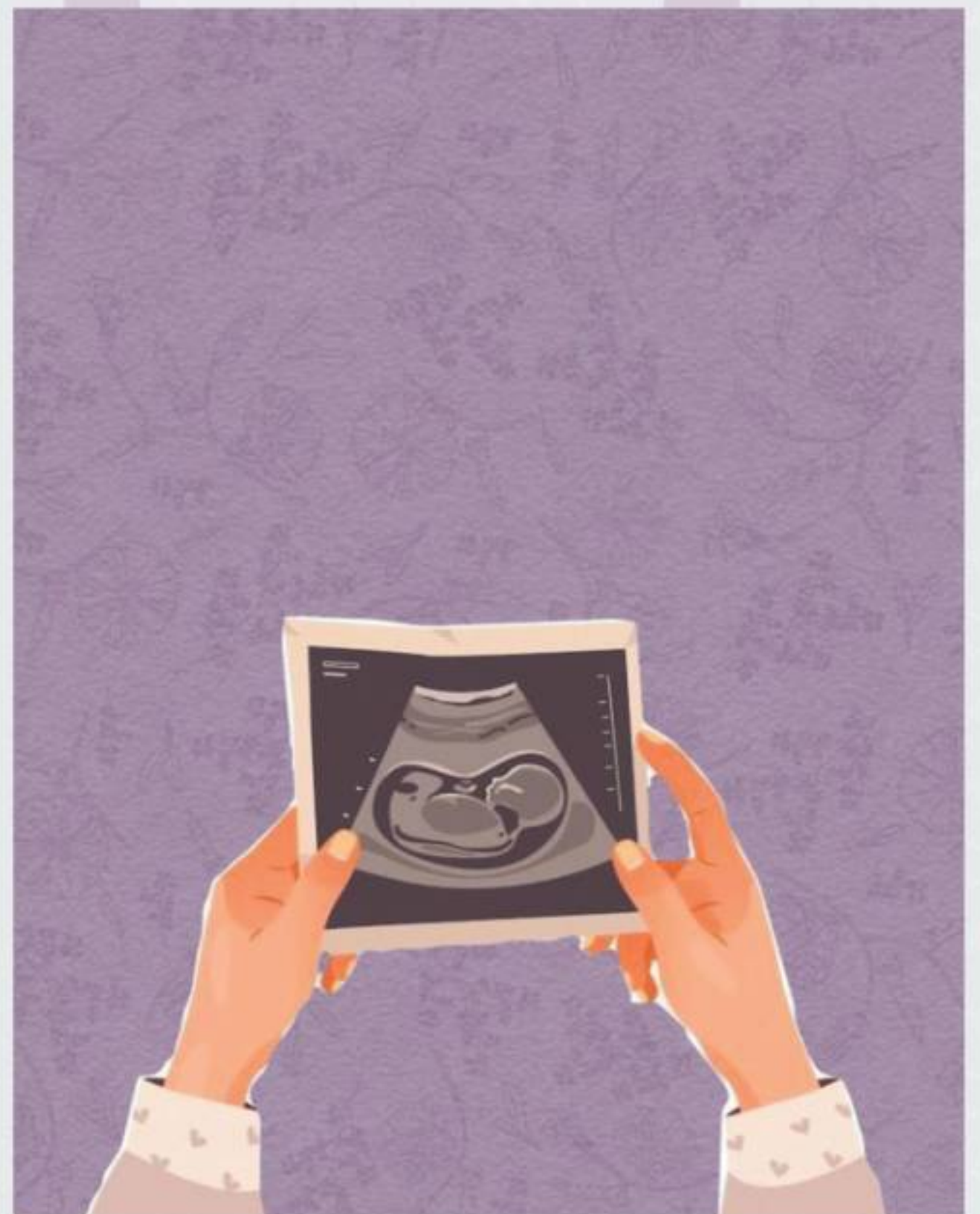
رابطه میان خشونت خانگی و سقط ممکن است تحت تأثیر عوامل دیگری نیز قرار گیرد. وضعیت اقتصادی نامناسب، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار یا مواد، بیماری های زمینه ای، افسردگی، بارداری ناخواسته، فقدان حمایت اجتماعی و دسترسی محدود به خدمات درمانی می توانند هم احتمال تجربه خشونت و هم خطر سقط را افزایش دهند.

به همین دلیل، تفسیر نتایج پژوهش ها باید با احتیاط انجام شود. نمی توان هر مورد سقط را مستقیماً به خشونت نسبت داد و نباید زنان قربانی یا خانواده ها را بدون ارزیابی علمی سرزنش کرد. با این حال، نادیده گرفتن خشونت نیز می تواند باعث شود یکی از عوامل مهم و قابل مداخله در سقط شناسایی نشود.

رویکرد مناسب، ارزیابی چندبعدی است؛ یعنی هم زمان عوامل پزشکی، روانی، اجتماعی و امنیتی بررسی شوند و برای هر زن، بر اساس شرایط فردی، برنامه مراقبتی مناسب تدوین گردد.

در یک مطالعه درباره زنان مراجعه کننده برای مراقبت پس از سقط، خشونت خانگی با بارداری ناخواسته و سقط القایی ارتباط داشت. این یافته نشان می دهد که در برخی موارد، خشونت نه تنها پس از بارداری، بلکه از مرحله پیش از لقاح و در فرایند تصمیم گیری درباره بارداری آغاز می شود.

از دیدگاه سلامت باروری، توجه به این موضوع اهمیت زیادی دارد؛ زیرا پیشگیری از سقط مرتبط با خشونت فقط با توصیه به ادامه بارداری یا تأکید بر پیامدهای سقط امکان پذیر نیست. حمایت از اختیار زن در تصمیم گیری، دسترسی محرمانه به مشاوره، پیشگیری از بارداری و خدمات حمایتی نیز ضروری است.





سوالات ساده و مستقیم می‌توانند آغاز مناسبی برای گفت‌وگو باشند؛ برای مثال:

آیا در خانه احساس امنیت می‌کنید؟

آیا تاکنون کسی شما را تهدید یا مجبور به رابطه جنسی کرده است؟

آیا کسی مانع مراجعه شما برای مراقبت‌های بارداری یا استفاده از روش پیشگیری می‌شود؟

آیا در دوران بارداری ضربه یا آسیبی به شما وارد شده است؟

در صورت پاسخ مثبت، مراقب سلامت باید با همدلی واکنش نشان دهد، از سرزنش خودداری کند، خطر فوری را ارزیابی نماید و اطلاعات لازم درباره خدمات حمایتی و درمانی را ارائه دهد. مستندسازی دقیق یافته‌ها، تنظیم برنامه ایمنی، پیگیری بعدی و ارجاع به روان‌شناس، مددکار اجتماعی، اورژانس یا مراکز حمایت از زنان نیز باید بر اساس شرایط فرد انجام شود.



نشانه‌های هشدار برای شناسایی موارد مشکوک

برخی نشانه‌ها می‌توانند احتمال وجود خشونت در زن باردار یا زنی که با سقط مراجعه کرده است افزایش دهند:

- ◀ آسیب یا کبودی مکرر، به‌ویژه در ناحیه شکم، با توضیح نامشخص یا غیر قانع‌کننده.
 - ◀ خونریزی یا دردهای مکرر بدون پیگیری منظم.
 - ◀ مراجعه دیر هنگام برای مراقبت‌های بارداری یا عدم حضور مکرر در ویزیت‌ها.
 - ◀ همراهی که به جای بیمار پاسخ می‌دهد یا اجازه صحبت آزادانه به او نمی‌دهد.
 - ◀ اضطراب، افسردگی، ترس شدید یا ناتوانی در صحبت کردن در حضور همراه.
 - ◀ سابقه بارداری ناخواسته، سقط‌های مکرر یا مراجعه‌های مکرر برای مراقبت پس از سقط.
 - ◀ عفونت‌های مکرر دستگاه تناسلی یا نشانه‌های احتمالی خشونت جنسی.
 - ◀ بیان ترس از همسر یا نگرانی درباره واکنش او نسبت به بارداری.
 - ◀ شواهد کنترل مالی، محدودیت رفت‌وآمد یا جلوگیری از دریافت خدمات درمانی.
- این نشانه‌ها به‌تنهایی تشخیص خشونت نیستند، اما باید مراقب سلامت را به پرسشگری محرمانه و ارزیابی دقیق‌تر هدایت کنند.

نقش ماما و تیم درمان در پیشگیری از سقط مرتبط با خشونت

ماماها، پزشکان و کارکنان مراقبت‌های بارداری می‌توانند در شناسایی زود هنگام خشونت و کاهش پیامدهای آن نقش مهمی داشته باشند. پرسش درباره خشونت باید در فضای خصوصی، بدون حضور همسر یا سایر همراهان و با لحنی غیر قضاوتی انجام شود. سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند چنین پرسشگری زمانی اجرا شود که کارکنان آموزش لازم را دیده باشند و امکان حمایت و ارجاع وجود داشته باشد.



حمایت از زنان باردار، کاهش خشونت، افزایش دسترسی به مراقبت‌های پیش از تولد، تقویت مشاوره باروری و فراهم کردن خدمات محرمانه می‌تواند به حفظ بارداری‌های مطلوب کمک کند. درعین حال، رویکرد علمی باید از مقصر دانستن زن، ایجاد احساس گناه یا نادیده گرفتن استقلال و امنیت او پرهیز کند. سیاست‌های حمایت از جمعیت زمانی اثربخش‌تر خواهند بود که هم‌زمان سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و حقوق باروری زنان را در نظر بگیرند.



جمع‌بندی

خشونت خانگی یکی از عوامل اجتماعی و بالینی مهمی است که می‌تواند با افزایش خطر سقط خودبه‌خودی و سقط القایی ارتباط داشته باشد. خشونت فیزیکی از طریق آسیب مستقیم، خونریزی و جداشدگی جفت؛ خشونت روانی از طریق استرس مزمن و اختلال در مراقبت؛ و خشونت جنسی و کنترل باروری از طریق ایجاد بارداری ناخواسته و محدود کردن اختیار زن، دراین ارتباط نقش دارند.

شواهد موجود، از جمله مطالعات مرور نظام‌مند و داده‌های به‌دست‌آمده از ایران، نشان می‌دهند که ارتباط میان خشونت خانگی و سقط باید در مراقبت‌های بارداری و خدمات پس از سقط جدی گرفته شود.

باین حال، این رابطه چندعاملی است و نباید هر مورد سقط را مستقیماً به خشونت نسبت داد. شناسایی موارد در معرض خطر، گفت‌وگوی محرمانه، ارزیابی پزشکی و روانی، حمایت اجتماعی و ارجاع به‌موقع می‌تواند به کاهش سقط‌های قابل پیشگیری و ارتقای سلامت مادر کمک کند.

از این منظر، توجه به خشونت خانگی نه به‌عنوان موضوع اصلی مستقل، بلکه به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر سقط، می‌تواند به فهم دقیق‌تر علل سقط و طراحی مداخلات مؤثرتر در چارچوب سلامت باروری و جوانی جمعیت کمک کند.



نکات کاربردی در برخورد با زن باردار یا مراجعه‌کننده پس از سقط

برای افزایش کیفیت مراقبت، رعایت نکات زیر اهمیت دارد: گفت‌وگو درباره خشونت باید همیشه در فضای خصوصی انجام شود.

همراه بیمار نباید نقش مترجم یا پاسخ‌دهنده اصلی را بر عهده بگیرد، مگر در شرایط کاملاً ضروری.

افشای خشونت نباید با سرزنش، شک کردن یا توصیه‌های ساده انگارانه پاسخ داده شود.

در صورت وجود آسیب، خونریزی، درد شدید، بی‌ثباتی علائم حیاتی یا خطر فوری، ارزیابی اورژانسی در اولویت است.

پس از سقط، درباره امنیت زن، اجبار جنسی، بارداری ناخواسته و دسترسی به روش‌های پیشگیری به‌صورت محرمانه پرسش شود.

خطر خودآسیب‌رسانی، افسردگی شدید و افکار خودکشی باید در زنان در معرض خشونت بررسی شود.

اطلاعات شخصی بیمار باید محرمانه بماند و ثبت اطلاعات با رعایت اصول قانونی و حرفه‌ای انجام شود.

زن باید بداند که مسئول خشونت نیست و تصمیم‌های حمایتی باید باتوجه به ترجیحات و سطح امنیت او اتخاذ شوند.

ارجاع به‌تنهایی کافی نیست؛ پیگیری بعدی و اطمینان از دسترسی واقعی به خدمات نیز اهمیت دارد.

آموزش کارکنان درمان و وجود دستورالعمل مشخص در مراکز بارداری می‌تواند شناسایی و حمایت از زنان را بهبود دهد.



اهمیت موضوع در چارچوب جوانی جمعیت

سقط جنین از نظر سلامت مادر، باروری آینده و سیاست‌های جمعیتی اهمیت زیادی دارد. باین حال، پرداختن به سقط از منظر جوانی جمعیت نباید تنها به توصیه‌های فردی یا تأکید بر ادامه بارداری محدود شود. اگر بخشی از سقط‌ها در زمینه خشونت، اجبار جنسی، بارداری ناخواسته یا محرومیت از مراقبت رخ دهند، پیشگیری مؤثر از آن‌ها نیازمند شناسایی و اصلاح این عوامل زمینه‌ای است.



7. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion among women seeking post-abortion care. Trop Med Int Health. 2006. PMID: 16398760. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16398760/>
8. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: clinical enquiry about the possibility of intimate partner violence. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
9. World Health Organization. Health-care provider response to intimate partner violence during pregnancy. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-11.35>

منابع:

1. World Health Organization. Intimate partner violence during pregnancy. Geneva: WHO; 2011. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
2. Schrubbe L, et al. Intimate partner violence against women during pregnancy: a systematic review and meta-analysis protocol for producing global and regional estimates. Syst Rev. 2023. Available from: <https://epub.ub.uni-muenchen.de/104867/1/s13643-023-02232-2.pdf>
3. Hall M, et al. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2014;11(1):e1001581. PMID: 24409101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24409101/>
4. Intimate partner violence as a determinant factor for spontaneous abortion during pregnancy: an unmatched case-control study. 2023. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10280812>
5. The relationship between intimate partner violence and spontaneous abortion: a systematic review. 2025. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23293691.2025.2589210>
6. The association between domestic violence against women during pregnancy and adverse clinical outcomes of pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. Curr Women's Health Rev. 2022. Available from: <https://www.benthamdirect.com/content/journals/cwhr/10.2174/1573404817666210105144505>

نه؛ کامل ترین نسخه درمان



نویسنده :
هانیه نوری شیرازی دانشجوی کارشناسی مامایی
دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران ورودی ۴۰۰

حرفه مامایی یکی از حساس ترین مشاغل حوزه سلامت است؛ زیرا تصمیم ها و اقدامات ماما به طور مستقیم بر سلامت دو انسان، یعنی مادر و جنین یا نوزاد، تأثیر می گذارد. به همین دلیل، ماما علاوه بر داشتن دانش و مهارت بالینی، موظف است اصول اخلاق حرفه ای، قوانین حاکم بر ارائه خدمات سلامت و حدود اختیارات قانونی خود را نیز به خوبی بشناسد.

گاهی حرفه ای بودن یعنی بتوانیم "نه" بگوییم. رفتارهایی که شاید عادی به نظر برسند، ممکن است ما را از نظر اخلاقی و قانونی با چالش های جدی روبه رو کنند.

بخش قابل توجهی از شکایت های مطرح شده علیه کادر درمان، ناشی از کمبود دانش علمی نیست؛ بلکه به دلیل ضعف در ارتباط با بیمار، مستندسازی ناقص، رعایت نکردن حدود صلاحیت حرفه ای، یا بی توجهی به اصول اخلاقی رخ می دهد. در بسیاری از موارد، یک ثبت دقیق در پرونده یا اطلاع رسانی صحیح به پزشک می تواند از بروز یک پرونده حقوقی جلوگیری کند.

ماما از دیدگاه قانونی موظف است خدمات خود را مطابق با استانداردهای علمی، دستورالعمل های وزارت بهداشت و آیین نامه های حرفه ای ارائه دهد. هرگونه کوتاهی در انجام وظیفه (قصور)، انجام اقدام بدون مهارت کافی (تقصیر حرفه ای)، یا انجام اقدام خارج از حدود صلاحیت، می تواند مسئولیت اخلاقی، انتظامی، مدنی یا حتی کیفری ایجاد کند.

۱. هرگز خارج از حدود صلاحیت حرفه ای خود اقدام نکنید.

یکی از مهم ترین دلایل بروز مشکلات قانونی در حرفه مامایی، انجام اقداماتی است که خارج از حدود اختیارات قانونی یا توانایی علمی فرد قرار دارد.

گاهی ماما باهدف کمک به بیمار یا تسریع روند درمان، اقدامی را انجام می دهد که مطابق دستورالعمل ها باید توسط پزشک یا فرد دارای صلاحیت انجام شود. اگر این اقدام منجر به آسیب بیمار شود، حتی نیت خیر نیز مسئولیت قانونی را از بین نخواهد برد. ماما باید حدود اختیارات خود را بر اساس قوانین کشور، شرح وظایف مصوب و پروتکل های محل خدمت بشناسد. هر زمان احساس کند شرایط بیمار از محدوده مراقبت معمول خارج شده است، باید بدون تأخیر موضوع را به پزشک مسئول اطلاع دهد و زمان اطلاع رسانی را در پرونده ثبت کند.

۲. اگر انجام نداده اید، هرگز ثبت یا امضا نکنید.

یکی از مهم ترین اصول حقوق پزشکی این است که پرونده پزشکی یک سند قانونی محسوب می شود.

هر مطلبی که در پرونده نوشته یا امضا می شود، در صورت شکایت بیمار در دادگاه قابل استناد است؛ بنابراین ثبت اطلاعات نادرست، ثبت اقدامات انجام نشده یا امضای مدارکی که شخص دیگری انجام داده است، می تواند عواقب قانونی بسیار جدی داشته باشد.

گاهی در پایان شیفت، همکار از شما می خواهد برگه ای را امضا کنید یا مراقبتی را ثبت کنید که خودتان انجام نداده اید. این کار ممکن است از روی همکاری انجام شود، اما از نظر قانونی کاملاً اشتباه است. نمونه های رایج:

◀ ثبت مانیتورینگ ضربان قلب جنین بدون اینکه واقعاً انجام شده باشد.

◀ ثبت آموزش شیردهی بدون آموزش واقعی.

◀ امضای برگه ای که همکار فراموش کرده امضا کند.

◀ ثبت علائم حیاتی بدون اندازه گیری واقعی.

به خاطر داشته باشید:

اگر در پرونده نوشته شده باشد، قانون فرض می کند آن اقدام انجام شده است؛ و اگر نوشته نشده باشد، قانون معمولاً فرض می کند آن اقدام انجام نشده است.



۴. بدون رضایت آگاهانه اقدام درمانی انجام ندهید.

یکی از مهم‌ترین اصول اخلاق پزشکی و حقوق بیمار، اخذ رضایت آگاهانه است. رضایت آگاهانه صرفاً امضای یک فرم نیست؛ بلکه فرایندی است که در آن بیمار پس از دریافت اطلاعات کافی درباره علت انجام اقدام، مزایا، عوارض احتمالی، روش‌های جایگزین و پیامدهای عدم انجام آن، با اختیار کامل تصمیم می‌گیرد.

در حرفه مامایی، هرگونه اقدام تشخیصی یا درمانی که نیازمند رضایت بیمار باشد، باید پس از اطمینان از آگاهی و رضایت او انجام شود. اگر بیمار سؤال یا ابهامی دارد، وظیفه ماما این است که در حد صلاحیت خود پاسخ دهد یا در صورت نیاز، پزشک معالج را برای توضیح بیشتر مطلع کند. لازم به ذکر است که در شرایط اورژانسی (وضعیتی که تأخیر در درمان جان مادر یا جنین را به خطر می‌اندازد)، بر اساس قوانین و اصول اخلاق پزشکی، انجام اقدامات ضروری برای حفظ جان بیمار مجاز است؛ اما حتی در این شرایط نیز تمامی اقدامات باید به طور دقیق در پرونده ثبت شوند.

"توصیه کاربردی"

هرگاه بیمار نسبت به یک اقدام درمانی مردد بود، به او فرصت تصمیم‌گیری بدهید، سؤالاتش را با احترام پاسخ دهید و هرگز او را تحت فشار قرار ندهید. احترام به حق انتخاب بیمار، یکی از اصول اساسی اخلاق حرفه‌ای است.

۵. محرمانگی اطلاعات بیمار را حفظ کنید؛ حتی پس از پایان شیفت.

حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار یکی از بنیادی‌ترین اصول اخلاق حرفه‌ای است. اطلاعات پزشکی، نتایج آزمایش‌ها، وضعیت بارداری، بیماری‌ها، تصاویر، فیلم‌ها و حتی حضور یک فرد در بیمارستان، جزو اطلاعات محرمانه محسوب می‌شوند.



به همین دلیل گفته می‌شود:

مستندسازی خوب، بهترین ابزار دفاع قانونی یک ماما است.

اصول مستندسازی صحیح:

- ثبت اطلاعات بلافاصله پس از انجام مراقبت
- استفاده از ساعت دقیق
- نوشتن واقعیت‌ها، نه برداشت شخصی
- استفاده از خودکار و بدون لاک گرفتن یا پاک کردن نوشته‌ها
- اصلاح اشتباهات طبق دستورالعمل بیمارستان (خط روی اشتباه، درج اصلاح، تاریخ و امضا)

۳. تأخیر در اطلاع‌رسانی؛ یکی از شایع‌ترین دلایل شکایت علیه کادر درمان

بسیاری از مشکلات حقوقی زمانی ایجاد می‌شوند که ماما تغییر وضعیت بیمار را مشاهده کرده؛ اما آن را به موقع گزارش نکرده است.

گاهی تصور می‌کنیم باید ابتدا چند دقیقه صبر کنیم یا دوباره بیمار را بررسی کنیم؛ درحالی‌که در بسیاری از شرایط، تأخیر

حتی چند دقیقه‌ای می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری ایجاد کند.

علائمی مانند:

- خونریزی غیرطبیعی
- افت یا افزایش شدید فشارخون
- کاهش سطح هوشیاری
- درد شدید و ناگهانی
- کاهش یا تغییر غیرطبیعی ضربان قلب جنین
- کلید جهش همراه با علائم عفونت
- تشنج
- تنگی نفس

همگی نیازمند اطلاع‌رسانی فوری هستند.

نکته مهم این است که صرف تماس با پزشک کافی نیست؛ زمان تماس، نام پزشک، دستورات دریافت‌شده و اقدامات انجام‌شده نیز باید دقیقاً در پرونده ثبت شوند.

در بسیاری از پرونده‌های حقوقی، مشکل اصلی انجام ندادن مراقبت نبوده، بلکه ثبت نکردن مراقبت انجام شده بوده است.



در بسیاری از مراکز درمانی، اصل «دوبار بررسی» برای داروهای پرخطر توصیه می‌شود؛ یعنی قبل از تزریق، دارو توسط دو نفر کنترل شود.



مامایی هم علم است
هم عشق، هم مهارت و هم مسئولیت

۷. تحویل شیفت ناقص؛ خطایی که ممکن است جان بیمار را به خطر بیندازد.

تحویل شیفت یکی از حساس‌ترین مراحل مراقبت است. بسیاری از خطاهای درمانی زمانی رخ می‌دهند که اطلاعات مهم بیمار به طور کامل به شیفت بعد منتقل نمی‌شود.

یک تحویل شیفت استاندارد باید شامل موارد زیر باشد:

- وضعیت فعلی مادر
- وضعیت جنین
- علائم حیاتی اخیر
- داروهای دریافت شده
- نتایج آزمایش‌های مهم
- اقدامات انجام شده
- برنامه درمانی
- مشکلات احتمالی که نیاز به پیگیری دارند.

امروزه یکی از شایع‌ترین خطاهای حرفه‌ای، انتشار ناخواسته اطلاعات بیمار در فضای مجازی است. گاهی کادر درمان با نیت آموزش یا اشتراک تجربه، تصویری از مانیتور، پرونده، نوزاد یا مادر منتشر می‌کنند؛ درحالی که حتی اگر نام بیمار ذکر نشود، ممکن است از روی چهره، تاریخ، شماره پرونده یا سایر مشخصات، هویت او قابل شناسایی باشد.

نمونه‌هایی از تخلفات رایج

- گرفتن عکس از بیمار بدون رضایت کتبی
- انتشار تصاویر اتاق زایمان در شبکه‌های اجتماعی
- صحبت درباره وضعیت بیمار در آسانسور، راهرو یا مکان‌های عمومی بیمارستان
- ارسال نتایج آزمایش یا تصاویر پرونده از طریق پیام رسان‌های شخصی بدون مجوز سازمانی

۶. اشتباهات دارویی؛ کوچک اما گاهی جبران‌ناپذیر.

بخش قابل توجهی از خطاهای پزشکی در سراسر دنیا مربوط به خطاهای دارویی است. این خطاها ممکن است در اثر تشابه نام داروها، عجله، خستگی، برچسب گذاری نامناسب یا عدم بررسی مجدد نسخه رخ دهند.

در مامایی، برخی داروها مانند اکسی‌توسین، منیزیم سولفات، داروهای بی‌حسی و داروهای اورژانسی، در صورت مصرف نادرست

می‌توانند عوارض بسیار جدی ایجاد کنند.

اصول طلایی پیشگیری از خطاهای دارویی

- اطمینان از بیمار صحیح
- اطمینان از داروی صحیح
- اطمینان از دوز صحیح
- اطمینان از زمان صحیح
- اطمینان از راه صحیح تجویز (خوراکی، وریدی، عضلانی و...)

○ ثبت صحیح داروی تجویز شده





"نکته حقوقی مهم"

هرگز به بیماری که از وضعیت خود ناراضی است، نگوئید: این اتفاق به خاطر اشتباه همکار قبلی بوده است. اگر احتمال وقوع خطا وجود دارد، موضوع باید از مسیرهای قانونی و سازمانی پیگیری شود. قضاوت درباره عملکرد سایر اعضای تیم درمان، بدون بررسی رسمی، می‌تواند برای گوینده نیز مسئولیت حقوقی ایجاد کند.

۹. استفاده از تلفن همراه در محیط بالین؛ یک عادت کوچک با پیامدهای بزرگ.

امروزه تلفن همراه به بخشی از زندگی روزمره تبدیل شده است؛ اما استفاده نامناسب از آن در محیط درمان می‌تواند تمرکز ماما را کاهش داده و احتمال بروز خطا را افزایش دهد. استفاده شخصی از تلفن همراه هنگام پایش مادر، آماده‌سازی دارو، ثبت اطلاعات یا انجام مراقبت، علاوه بر کاهش کیفیت خدمات، در صورت بروز حادثه می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مؤثر در قصور حرفه‌ای مورد بررسی قرار گیرد. ازسوی دیگر، گرفتن عکس یا فیلم از بیمار، نوزاد، اتاق زایمان یا پرونده پزشکی بدون مجوز، نقض آشکار حرمانگی اطلاعات بیمار است.

۱۰. اگر خطایی رخ داد، آن را پنهان نکنید.

هیچ سیستم درمانی در دنیا عاری از خطا نیست. آنچه اهمیت دارد، نحوه برخورد با خطا است. پنهان کردن خطا، تغییر اطلاعات پرونده یا تلاش برای حذف شواهد، معمولاً پیامدهای قانونی بسیار سنگین‌تری نسبت به خود خطا ایجاد می‌کند.

در صورت بروز خطا، ماما باید:

○ ابتدا ایمنی بیمار را تأمین کند.

○ در سریع‌ترین زمان ممکن پزشک مسئول و سوپروایزر را مطلع سازد.

○ اقدامات اصلاحی لازم را انجام دهد.

○ واقعیت را بدون تحریف در پرونده ثبت کند.

○ مطابق دستورالعمل بیمارستان، گزارش حادثه را تکمیل نماید.

۸. رفتار حرفه‌ای با بیمار و همراهان؛ اولین سد پیشگیری از شکایت.

مهارت علمی، به تنهایی برای یک ماما کافی نیست. مطالعات نشان داده‌اند که بخش قابل توجهی از شکایت‌های بیماران، نه به علت خطای درمانی، بلکه به دلیل ارتباط نامناسب، بی‌احترامی، بی‌توجهی یا ضعف در اطلاع‌رسانی رخ می‌دهد. بیماری که احساس کند با احترام، همدلی و صداقت با او رفتار شده است، حتی در صورت بروز عارضه‌ای که خارج از کنترل کادر درمان بوده، احتمال کمتری دارد که مسیر شکایت را انتخاب کند. مادر باردار در بسیاری از مواقع دچار اضطراب، درد و نگرانی است. برخورد آرام، معرفی خود در ابتدای مراقبت، توضیح اقدامات قبل از انجام آن‌ها و پاسخ‌گویی محترمانه به سؤالات بیمار، از مهم‌ترین اصول اخلاق حرفه‌ای هستند. گاهی جمله‌ای ساده مانند اجازه بدهید ابتدا شما را معاینه کنم تا علت را بررسی کنیم می‌تواند اعتماد بیمار را حفظ کند و از ایجاد تنش جلوگیری نماید.

- ✓ بیمار صحیح
- ✓ داروی صحیح
- ✓ دوز صحیح
- ✓ زمان صحیح
- ✓ راه صحیح



در ۵ صحیح دارویی دقت کنید
یک اشتباه کوچک، عواقب بزرگ دارد





تحويل شيفت كامل و دقيق، ضامن ايمنى مادر و نوزاد

بازيینه کوتاه قبل از پايان هر شيفت:
پيش از تحويل شيفت، اين پنج سؤال را از خود بپرسيد:
○ آيا تمام مراقبت‌هاى انجام‌شده را به طور كامل
مستند کرده‌ام؟
○ آيا هر تغيير مهم در وضعيت بیمار به پزشک گزارش
شده و زمان آن ثبت شده است؟
○ آيا داروها و اقدامات درمانى به طور صحيح تحويل
شيفت بعد شده‌اند؟
○ آيا نکته مهمى وجود دارد که همکار شيفت بعد بايد
از آن مطلع باشد؟
○ اگر امروز پرونده اين بیمار در يك مرجع قانونى
بررسى شود، آيا مستندات من كامل، دقيق و قابل دفاع
هستند؟
اگر پاسخ شما به اين پرسش‌ها بله باشد، احتمال
بروز بسيارى از مشكلات اخلاقى و حقوقى به شكل قابل
توجهى کاهش خواهد يافت.

♦ جمع‌بندى:

ورود به محيط بالين، آغاز مرحله‌اى جديد از زندگى حرفه
اى يك ماما است؛ مرحله‌اى که در آن، دانش نظريه با
مسئوليت‌پذيرى، مهارت عملى و تعهد اخلاقى در هم
مى‌آميزد. اگرچه تسلط بر اصول علمى و مهارت‌هاى
بالينى، پايه ارائه مراقبت ايمنى است، اما تجربه نشان
داده است که بسيارى از چالش‌هاى اخلاقى و قانونى، نه
به دليل کمبود دانش، بلکه در اثر غفلت از اصول حرفه
اى، ضعف در مستندسازى، ارتباط نامناسب با بیمار يا
بى‌توجهى به حدود صلاحيت ايجاد مى‌شوند.

اشتباهاتى که هرگز نبايد انجام شوند:

- تغيير ساعت ثبت مراقبت پس از وقوع حادثه
- پاک کردن يا لاک گرفتن روى نوشته‌هاى پرونده
- حذف بخشى از اطلاعات
- هماهنگ کردن متن پرونده با ساير افراد براى پنهان کردن خطا
- گزارش صادقانه خطا، نشانه ضعف حرفه‌اى نيست؛ بلکه بيانگر مسئوليت‌پذيرى و پايبندى به اصول ايمنى بیمار است.
- نکات طلايى که هر ماما بايد از اولين روز کار به خاطر بسپارد:
- قبل از هر اقدام، هويت بیمار را با حداقل دو شناسه (مانند نام و تاريخ تولد يا شماره پرونده) بررسى کنيد.
- هر تغييرى در وضعيت مادر يا جنين را جدى بگيريد و به موقع گزارش دهيد.
- اگر درباره دستورى اطمينان نداريد، سؤال بپرسيد؛ هرگز بر اساس حدس عمل نکنيد.
- هر مراقبتى که انجام مى‌دهيد، همان زمان در پرونده ثبت کنيد.
- هيچ‌گاه فراتر از دانش، مهارت يا حدود اختيارات قانونى خود اقدام نکنيد.
- با بیمار و خانواده او با احترام صحبت کنيد؛ حتى در شرايط پراسترس.
- همواره حریم خصوصى و محرمانگى اطلاعات بیمار را حفظ کنيد.
- مطالعه مستمر دستورالعمل‌هاى جديد، گايدلاين‌ها و شرکت در دوره‌هاى بازآموزى را بخشى از وظايف حرفه اى خود بدانيد.



3. Cunningham FG, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. McGraw-Hill; 2022.
4. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آیین نامه اخلاق حرفه ای و منشور حقوق بیمار
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
6. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2024.
7. International Confederation of Midwives (ICM). International Code of Ethics for Midwives. Updated 2024.
8. International Confederation of Midwives (ICM). Essential Competencies for Midwifery Practice. 2024.
9. World Health Organization (WHO). Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: WHO; 2022.
10. World Health Organization (WHO). Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO.
11. World Health Organization (WHO). Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. Geneva: WHO.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion: Informed Consent and Shared Decision Making. Latest available edition.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Patient Safety and Quality Improvement. Latest Practice Guidance.
14. Joint Commission International (JCI). International Patient Safety Goals. Latest edition.
15. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Medication Safety Guidelines. Latest edition.
16. Institute of Medicine (US). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
17. World Medical Association (WMA). Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. Latest revision.
18. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آیین نامه اخلاق حرفه ای و ضوابط انتظامی شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته. آخرین ویرایش

یک ماما باید همواره به خاطر داشته باشد که هر اقدام درمانی، هر جمله ای که به بیمار گفته می شود و هر مطلبی که در پرونده ثبت می شود، می تواند از منظر حرفه ای و قانونی مورد ارزیابی قرار گیرد؛ بنابراین رعایت اصول اخلاق حرفه ای، احترام به حقوق بیمار، حفظ محرمانگی اطلاعات، مستندسازی دقیق، گزارش به موقع شرایط پرخطر و عمل کردن در چارچوب وظایف قانونی، نه تنها از بروز مسئولیت های حقوقی جلوگیری می کند، بلکه موجب افزایش اعتماد بیماران و ارتقای کیفیت خدمات مامایی خواهد شد.

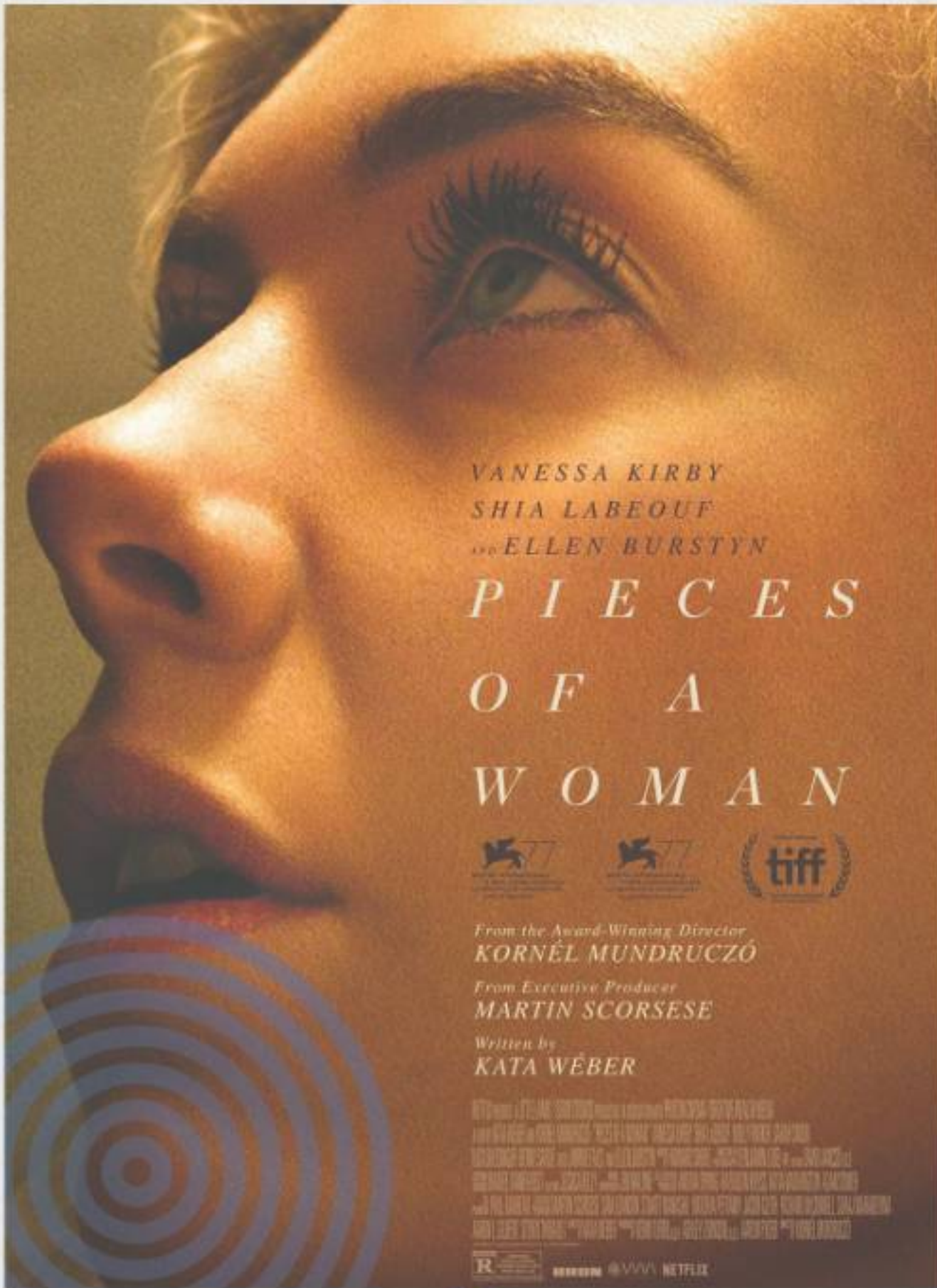
پذیرش این نکته نیز ضروری است که هیچ فردی از خطا مصون نیست. آنچه یک ماما را حرفه ای می کند، نداشتن خطا نیست؛ بلکه توانایی پیشگیری از خطا، شناسایی به موقع آن، اقدام اصلاحی مناسب و پایبندی به صداقت، مسئولیت پذیری و یادگیری مستمر است. در نهایت، اخلاق حرفه ای نباید صرفاً مجموعه ای از قوانین و مقررات تلقی شود؛ بلکه باید به بخشی از هویت حرفه ای ماما تبدیل گردد. مادری که با آرامش، احترام و احساس امنیت از اتاق زایمان خارج می شود، تنها نتیجه یک اقدام درمانی موفق نیست، بلکه حاصل رعایت اصول اخلاقی و حرفه ای توسط تیم درمان است.

"پیام پایانی برای ماماهاى تازه وارد به بالین همیشه این جمله را به خاطر بسپارید:

هر کاری که انجام می دهید، انجام دهید؛ هر کاری که انجام می دهید، ثبت کنید؛ و هر چیزی را که ثبت می کنید، بتوانید از نظر علمی و قانونی از آن دفاع کنید. این اصل ساده، یکی از مهم ترین راهکارهای پیشگیری از بسیاری از چالش های اخلاقی و حقوقی در حرفه مامایی است.

منابع:

1. International Confederation of Midwives (ICM). International Code of Ethics for Midwives. 2024.
2. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO.



وقتی زایمان آغاز یک داستان نیست



نویسنده:

ندا هاشمی فارغ التحصیل کارشناسی مامایی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد استهبان ورودی ۱۳۹۲

♦ احتمالاً تابه حال، بیشتر چیزهایی که درباره زایمان شنیده ایم، تصویری شیرین و آرمانی داشته اند: تولدی پر از اشک شوق، صدای اولین گریه ی نوزاد و لحظه ی گرم بغل گرفتنش. اما واقعیت، همیشه این قدر ساده و بی درد نیست. پایان این سفر، خوش فرجام نیست. گاهی فقط مادر می ماند و سکوت اتاق؛ دردی که تمامی ندارد و نوزادی که هرگز گریه نکرد.

همه چیز از سکوتی سنگین آغاز می شود. اتاقی نیمه تاریک، صدای نفس های بریده، تپش قلبی که تندتر از همیشه می زند، و دردی که از عمق جان بالا می آید. زن آماده است؛ نه فقط برای زایمان، بلکه برای مادر شدن. اما ناگهان، همه چیز در یک لحظه فرومی ریزد. نوزاد نفس نمی کشد و آنچه باقی می ماند، نه فقط یک زایمان ناموفق، بلکه سوگی عظیم است؛ سؤال هایی بی پاسخ و تنهایی سهمگینی که هیچ کس واقعاً درکش نمی کند. فیلم *Pieces of a Woman*، شاید در ظاهر، داستانی شخصی باشد، اما روایتش، حکایت بسیاری از زنان نادیده است. این فیلم، با واقع گرایی ای دردناک، ما را به دل تجربه هایی می برد که معمولاً جایی در گفت وگوهای روزمره یا حتی گزارش های بالینی ندارند؛ از اضطراب های پیش از زایمان و دخالت های پزشکی گرفته، تا فروپاشی زن در لحظه های بحرانی و بی تفاوتی نظام درمان و جامعه در برابر سوگ مادرانه.

این فیلم، بهانه ای است برای نگاه به زایمان از زاویه ای دیگر؛ نه فقط از منظر پزشکی، بلکه از دیدگاهی انسانی. در این نوشته، می کوشیم باتکیه بر علم مامایی، تجربیات واقعی زنان و یافته های روان شناختی، لایه های پنهان این اثر را واکاوی کنیم تا شاید به درک بهتری از نیازهای زنان در لحظات سرنوشت ساز زندگی شان دست یابیم و بیاموزیم که چگونه می توانیم همراه تر باشیم.

نقد و تحلیل فیلم *Pieces of a Woman* 2020 با نگاهی به نقش مداخلات پزشکی و مامایی در چرخه ی زندگی زنان
فیلم تأثیرگذار *Pieces of a Woman* به کارگردانی کورنل موندروچو، با نگاهی انسانی و صادقانه، به روایت سفری پیچیده و پرفرازونشیب در تجربه ی بارداری، زایمان و فقدان می پردازد. در مرکز داستان، مارتا قرار دارد؛ زنی که پس از تجربه ای تلخ در زایمان خانگی، با موجی از احساسات پیچیده و بحران های روانی و خانوادگی روبه رو می شود. این فیلم، بستری غنی برای بررسی علمی و اجتماعی نقش مداخلات پزشکی و مامایی در طول چرخه ی زندگی زنان فراهم می کند.





۱. روایت یک تجربه‌ی زایمان فراتر از سینما

فیلم در همان دقایق ابتدایی، بیننده را با صحنه‌ای نفس‌گیر از زایمان خانگی مواجه می‌کند؛ زایمانی که قرار بود در آرامش خانه رقم بخورد، اما به کابوسی تراژیک تبدیل می‌شود. تصمیم مارتا برای زایمان در خانه، اگرچه از دید برخی زنان گزینه‌ای طبیعی و توانمندساز است، اما در صورت نبود زیرساخت‌های لازم و حمایت‌های حرفه‌ای مامایی، می‌تواند به بحرانی جدی منجر شود. این واقعیت، در پژوهش‌هایی همچون مطالعه‌ی مروری Bergström و همکاران (2020) نیز تأیید شده است.

۲. تبعات روانی یک فقدان

پس از زایمان، فیلم با دقت به تأثیرات روانی این تجربه بر مارتا می‌پردازد. او با طیفی از احساسات از دست‌دادن، سردرگمی، انزوا و خشم مواجه می‌شود؛ حالتی که در چارچوب افسردگی پس از زایمان قابل تحلیل هستند. طبق یافته‌های پژوهشی، بین 10 تا 15 درصد از زنان در دوره‌ی پس از زایمان با این اختلال دست‌وپنجه نرم می‌کنند (O'Hara & Swain, 1996). فیلم به خوبی نشان می‌دهد که این بحران روانی، چگونه می‌تواند بنیان روابط خانوادگی را نیز متزلزل کند. مارتا نه تنها با فقدان نوزادش روبروست، بلکه باید با احساسات متضاد درونش و همچنین انتظارات اجتماعی تحمیل شده کنار بیاید. این تنش‌ها، به فاصله‌ای عاطفی فزاینده میان او و شریک زندگی‌اش، شان، دامن می‌زنند و در نهایت، به فروپاشی خانواده می‌انجامند.

۳. شکاف در حمایت عاطفی و اجتماعی

در کنار بحران فردی، تنش میان مارتا و شان به شکلی ملموس روایت می‌شود. تنهایی، تفاوت در شیوه‌ی سوگواری و نبود درک متقابل، عمق بحران را بیشتر می‌کند. این جنبه از داستان، به طور ضمنی بر اهمیت حمایت اجتماعی و عاطفی تأکید دارد؛ عاملی که بنا بر یافته‌های Leach و همکاران (2016)، نقش قابل‌توجهی در پیشگیری از اختلالات روانی پس از زایمان ایفا می‌کند. در واقع، نبود حمایت عاطفی می‌تواند به تشدید احساس انزوا و ناامیدی در مادر منجر شود و او را در مواجهه با چالش‌های تازه‌ی زندگی، تنها بگذارد.

۴. نگاهی به مداخلات پزشکی و مامایی در طول چرخه‌ی زندگی زنان

♦ مراقبت‌های پیش از بارداری
آمادگی پیش از بارداری، شامل بررسی‌های سلامت جسمی، مشاوره‌ی تغذیه و روان، یکی از مراحل کلیدی در حفظ سلامت مادر و جنین است. در فیلم، نشانه‌هایی از فقدان آمادگی روانی و آموزشی مارتا دیده می‌شود که شاید با مراقبت‌های اولیه‌ی بهتر، قابل‌پیشگیری می‌بود. این مسئله، بر ضرورت توجه به سلامت روان و جسم زنان پیش از بارداری، به عنوان عاملی تأثیرگذار بر روند زایمان و دوره‌ی پس از آن، تأکید دارد.

♦ مراقبت‌های دوران بارداری
دوران بارداری نیازمند نظارت مستمر پزشکی و مامایی است. حمایت روانی و آموزش‌های لازم در این دوره، می‌تواند از بروز اضطراب‌های شدید جلوگیری کند. Kirkegaard و همکاران (2019) نشان داده‌اند که چنین مراقبت‌هایی، تأثیری مستقیم بر کاهش عوارض و بهبود تجربه‌ی زایمان دارند. در این فیلم، فقدان این نوع مراقبت‌ها به وضوح احساس می‌شود و به بحران‌های روانی مارتا دامن می‌زند.

♦ مراقبت‌های پس از زایمان
فیلم به خوبی خلأ مراقبت‌های پس از زایمان را به تصویر می‌کشد. مارتا پس از زایمان، تقریباً تنهاست؛ نه از حمایت روان شناختی بهره‌مند است و نه از همراهی اجتماعی. این مسئله با نتایج پژوهش Yim و همکاران (2015) هم‌راستا است که فقدان حمایت اجتماعی را عامل افزایش ریسک افسردگی پس از زایمان می‌دانند. این واقعیت، ضرورت توجه جدی‌تر به حمایت همه‌جانبه‌ی پس از زایمان را آشکار می‌سازد.



5. Yim, I. S., et al. (2015). The role of social support in the development of postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 1-12.

آموزش و توانمندسازی

آگاهی بخشی، بخش کمتر مورد توجه قرار گرفته‌ی بسیاری از مداخلات در حوزه‌ی سلامت زنان است. ناآگاهی مارتا از ریسک‌ها و فرایند زایمان خانگی، پیامدهایی دردناک به دنبال دارد. این مسئله، بار دیگر بر ضرورت آموزش زنان در مسیر مادر شدن تأکید می‌کند. توانمندسازی زنان از طریق آموزش‌های مناسب، می‌تواند به آنان کمک کند تا با چالش‌های زایمان و مادری بهتر کنار بیایند و از سلامت روانی خود محافظت کنند.

نتیجه‌گیری

Pieces of a Woman تنها یک داستان سینمایی نیست؛ بلکه روایتی است تلخ و واقعی از پیچیدگی‌های بارداری و مادری، و بازتاب‌دهنده‌ی اهمیت حیاتی مداخلات دقیق و چندلایه‌ی پزشکی و مامایی در زندگی زنان.

منابع:

1. Bergström, M., et al. (2020). Home birth: A systematic review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 45-56.
2. Kirkegaard, H., et al. (2019). The effect of antenatal care on maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-12.
3. Leach, L. S., et al. (2016). The role of social support in the development of postnatal depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 1-12.
4. O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.



معرفی کتاب قوانین مغز برای کودکان

نویسنده:

محمد امین حیرانی مقدم دانشجو کارشناسی فیزیوتراپی
دانشگاه علوم پزشکی ایران ورودی ۴۰۲



♦ کتابی برای درک بهتر رشد مغز کودک

قوانین مغز برای کودکان نوشته جان مدینا با ترجمه خانم زهره احمدی یکی از شناخته شده‌ترین کتاب‌های حوزه رشد و تکامل کودک است. این کتاب با تکیه بر یافته‌های علوم اعصاب، روان‌شناسی و زیست‌شناسی، به این پرسش پاسخ می‌دهد که والدین و مربیان چگونه می‌توانند محیطی فراهم کنند که مغز کودک از دوران بارداری تا پنج سالگی بهترین فرصت را برای رشد و یادگیری داشته باشد. برخلاف بسیاری از کتاب‌های تربیتی که بر تجربه‌های شخصی یا توصیه‌های کلی تکیه دارند، این اثر بر پایه شواهد علمی و نتایج پژوهش‌های معتبر نوشته شده و مفاهیم پیچیده را با زبانی ساده و مثال‌های روزمره بیان می‌کند.

◀ نویسنده را بهتر بشناسیم

جان مدینا، زیست‌شناس مولکولی و پژوهشگر علوم اعصاب، سال‌ها در زمینه رشد مغز، حافظه و یادگیری فعالیت کرده است. او علاوه بر پژوهش‌های دانشگاهی، به دلیل توانایی در ساده‌سازی مفاهیم علمی برای مخاطبان غیرمتخصص شهرت دارد. هدف مدینا از نگارش این کتاب، ارائه توصیه‌هایی است که بر پایه شواهد علمی باشند؛ نه باورهای رایج یا توصیه‌های بدون پشتوانه.



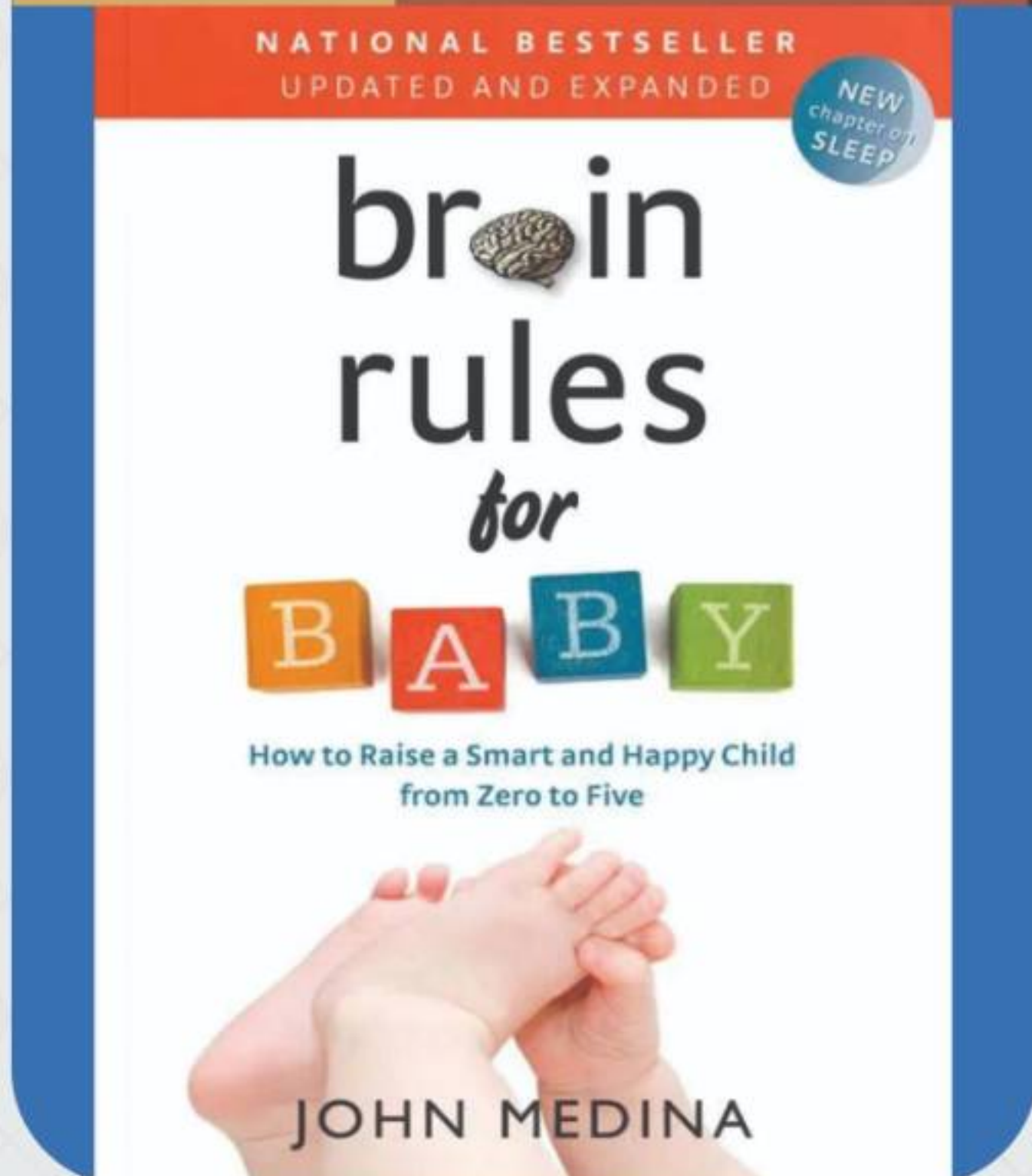
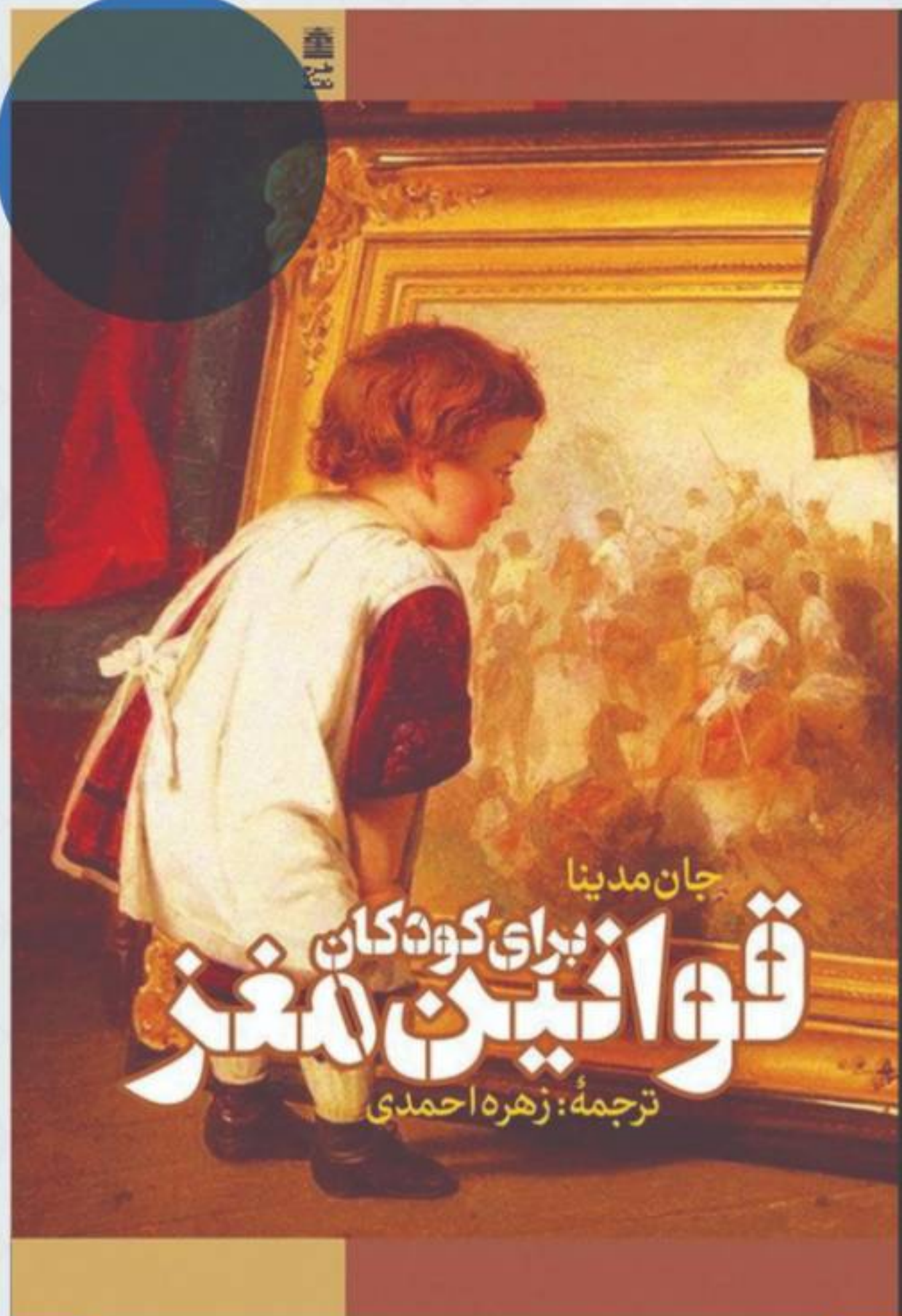
کتاب درباره چیست؟

موضوع اصلی کتاب این است که رشد مغز کودک از مدت‌ها پیش از تولد آغاز می‌شود و کیفیت محیطی که کودک در آن رشد می‌کند، تأثیر عمیقی بر توانایی‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی او خواهد داشت. نویسنده نشان می‌دهد که بسیاری از رفتارهای والدین، از شیوه مدیریت استرس در دوران بارداری گرفته تا نحوه برقراری ارتباط با کودک، می‌توانند مسیر رشد مغز را تحت تأثیر قرار دهند. مدینا در طول کتاب، یافته‌های علمی را با مثال‌های ملموس ترکیب می‌کند و باورهای نادرستی مانند تأثیر قطعی موسیقی کلاسیک بر افزایش هوش یا استفاده از اسباب‌بازی‌های گران‌قیمت برای رشد ذهنی کودک را بررسی می‌کند. او تأکید می‌کند که آنچه بیش از هر چیز اهمیت دارد، داشتن رابطه‌ای گرم، امن و پاسخگو میان والدین و کودک است.

یکی از ویژگی‌های برجسته کتاب، توجه هم‌زمان به سلامت جسم و روان کودک است. نویسنده توضیح می‌دهد که خواب کافی، تغذیه مناسب، فعالیت بدنی، بازی، امنیت عاطفی و مدیریت استرس، همگی از عوامل مؤثر بر تکامل طبیعی مغز هستند و نباید هیچ‌یک از آن‌ها نادیده گرفته شوند.

مهم‌ترین آموزه‌های کتاب

- ♦ رشد مغز کودک از دوران بارداری آغاز می‌شود و سلامت جسمی و روانی مادر نقش مهمی در این فرآیند دارد.
- ♦ رابطه عاطفی ایمن و محبت‌آمیز میان والدین و کودک، یکی از مهم‌ترین عوامل رشد سالم مغز است.
- ♦ استرس مزمن می‌تواند بر یادگیری، حافظه و رشد طبیعی مغز کودک اثر منفی بگذارد.
- ♦ خواب کافی، تغذیه سالم و فعالیت بدنی از ارکان اصلی رشد شناختی و هیجانی کودک هستند.
- ♦ بازی و تعامل اجتماعی، نقش مهمی در یادگیری و شکل‌گیری مهارت‌های شناختی دارند.
- ♦ بسیاری از باورهای رایج درباره افزایش هوش کودکان، پشتوانه علمی کافی ندارند و تصمیم‌گیری باید بر اساس شواهد پژوهشی انجام شود.



چرا مطالعه این کتاب پیشنهاد می‌شود؟

این کتاب با زبانی روان و نگاهی علمی، مفاهیم پیچیده رشد و تکامل مغز را به شکلی قابل فهم بیان می‌کند. اگر به موضوعاتی مانند رشد کودک، علوم اعصاب، روان شناسی، یادگیری یا تربیت علاقه‌مند هستید، مطالعه این اثر می‌تواند دیدگاه‌های ارزشمند و کاربردی در اختیار شما قرار دهد و نگاهتان را نسبت به سال‌های نخست زندگی انسان عمیق‌تر کند.

جمع‌بندی

"قوانین مغز برای کودکان" نشان می‌دهد که پرورش یک کودک سالم، بیش از آنکه به روش‌های پیچیده آموزشی وابسته باشد، به ایجاد محیطی امن، آرام و سرشار از تعامل مثبت نیاز دارد. این کتاب با تکیه بر شواهد علمی و نثری روان، تصویری روشن از عوامل مؤثر بر رشد مغز ارائه می‌دهد و بسیاری از باورهای رایج را با یافته‌های علمی مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

امیدواریم مطالعه این کتاب، علاوه بر آشنایی شما با دنیای شگفت‌انگیز مغز کودکان، تجربه‌ای لذت‌بخش و آموزنده باشد و از خواندن آن نهایت استفاده و بهره را ببرید.





کانابیدیول (CBD): این ترکیب تمایل مستقیمی برای اتصال به گیرنده‌های اصلی کانابینوئیدی مغز ندارد؛ در نتیجه، اثر روان‌گردان یا اعتیادآور ایجاد نمی‌کند و اثرات خود را از مسیرهای دیگری مانند گیرنده‌های سروتونین اعمال می‌کند.

از تاریخچه تا کشف سیستم اندوکانابینوئید

در قرن نوزدهم، شرق‌شناسانی مانند سیلواستر دو ساسی و پزشکانی چون اوشانسی و مورودو تور که با فرهنگ‌های هندی و مسلمان در ارتباط بودند، کاربردهای دارویی شاهدانه را به اروپا معرفی کردند. تاکنون بیش از ۱۰۰ نوع کانابینوئید از این گیاه جداسازی شده است.

ماده CBD نخستین بار در سال ۱۹۴۰ استخراج شد و ساختار آن در سال ۱۹۶۳ مشخص گردید؛ اما به دلیل نداشتن اثرات روان‌گردان، تا سال‌ها زیر سایه THC قرار گرفت و نادیده گرفته شد. ساختار اصلی‌ترین ترکیب روان‌گردان یعنی THC نیز در سال ۱۹۶۴ توسط رافائل مکولام و یحیی گائونی در اسرائیل تعیین شد. مکولام با جداسازی این ترکیب و آزمایش آن روی میمون‌ها و سپس داوطلبان انسانی، واکنش‌های روانی متفاوتی را ثبت کرد که بسته به شخصیت افراد متغیر بود.

این کشف بزرگ، راه را برای شناخت سیستم اندوکانابینوئید (ECS) در بدن انسان هموار ساخت. جالب است بدانید که بدن ما به طور طبیعی ترکیباتی شبیه به شاهدانه (اندوکانابینوئیدها) تولید می‌کند. این سیستم نقش کلیدی در تنظیم خلق و خو، خواب، اشتها و پاسخ به درد دارد.

Sanaviva CBD :

از مکانیسم اثر تا جادوی دارونما

نویسنده :

سحر سادات طبیبی دانشجوی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی سمنان ورودی ۹۸



بازار دارویی امروزی مملو از مکمل‌هایی است که وعده آرامش و تسکین می‌دهند. از جمله این محصولات که با سروصدای زیادی وارد بازار شده، CBD (کانابیدیول) است؛ ماده‌ای استخراج‌شده از گیاه شاهدانه که برخلاف ماری‌جوانا، فاقد اثرات روان‌گردان است. نمونه‌ای از این محصولات در بازار ایران، کپسول Sanaviva CBD (محصول شرکت دارویی sanaviva) است که به عنوان فرآورده‌ای طبیعی با حداقل ۵۰ درصد کانابیدیول، بدون ایجاد وابستگی و برای تسکین درد، التهاب، کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب عرضه می‌شود.

اما پرسش اساسی اینجاست: آیا این ماده واقعاً آرام بخش و مؤثر است، یا بخشی از تأثیر آن به اثر دارونما (پلاسیبو) و باور مصرف‌کننده بازمی‌گردد؟ در این گزارش با تکیه بر مستندات علمی، به بررسی مکانیسم اثر، تفاوت‌های ساختاری CBD با ترکیب روان‌گردان THC، پیشینه تاریخی و شکاف میان یافته‌های پژوهشی با تبلیغات تجاری می‌پردازیم.

♦ شاهدانه؛ گیاهی با دو هویت متضاد

استفاده از شاهدانه (با نام علمی Cannabis) در میان عموم مردم کاربردی دوگانه دارد. برخی آن را برای کاهش درد، درمان بی‌خوابی و دستیابی به آرامش مصرف می‌کنند، در حالی که در مواردی دیگر، به عنوان یک ماده تفریحی روان‌گردان (ماری‌جوانا) برای ایجاد سرخوشی استفاده می‌شود. علت این اثرات متضاد در دو ترکیب شیمیایی اصلی این گیاه نهفته است: THC و CBD.

تتراهیدروکانابینول (THC): این ماده با اتصال مستقیم به گیرنده‌های خاص مغز (به‌ویژه گیرنده‌های CB1)، سیستم پاداش را فعال کرده و احساس سرخوشی و وابستگی ایجاد می‌کند.



چرا THC و CBD اثرات متفاوتی دارند؟

پاسخ در تفاوت در گیرنده‌های هدف و متابولیسم این دو ماده است:

ویژگی تتراهیدروکانابینول (THC) کانابیدیول (CBD) اتصال به گیرنده CB1 مستقیم و قوی (ایجاد سرخوشی) بسیار ضعیف یا غیرمستقیم مسیرهای جانبی فعال سازی مسیر پاداش مغز تاثیر بر گیرنده‌های سروتونین (مانند 5-HT1A) و کانال‌های TRPV1

متابولیسم تبدیل به متابولیت‌های فعال روان گردان با ماندگاری بالا در بافت چربی تبدیل به متابولیت‌های غیرفعال با نیمه عمر کوتاه‌تر (۱۸ تا ۳۲ ساعت)

◀ روش مصرف رایج و جذب استنشاقی (جذب سریع و اثر فوری) خوراکی (جذب کمتر و اثر تدریجی و ایمن‌تر)

یکی از دلایل اصلی محبوبیت CBD، گزارش‌های اولیه مبنی بر کم بودن عوارض جانبی آن است. با این حال، با توجه به تایید رسمی داروی CBD برای صرع و گسترش روزافزون بازار مکمل‌ها، بررسی دقیق ایمنی و عوارض احتمالی آن (نظیر خواب‌آلودگی یا اسهال در دوزهای بالا) از طریق متآنالیزهای بالینی همچنان در حال انجام است.



امروز با وجود پیشرفت‌های علمی، هنوز شکاف بزرگی میان باور عمومی و شواهد بالینی وجود دارد؛ به طوری که گزارش آکادمی ملی پزشکی آمریکا (۲۰۱۷) تأکید می‌کند دانش ما در این زمینه همچنان محدود است و شواهد قطعی اثربخشی کانابینوئیدها تنها به سه حوزه محدود می‌شود:

۱. کاهش درد مزمن در بزرگسالان.
۲. درمان تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی.
۳. بهبود علائم اسپاسم عضلانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS).



ویژگی	تتراهیدروکانابینول (THC)	کانابیدیول (CBD)
اتصال به گیرنده CB1	مستقیم و قوی (ایجاد سرخوشی)	بسیار ضعیف یا غیرمستقیم
مسیرهای جانبی	فعال سازی مسیر پاداش مغز	تأثیر بر گیرنده های سروتونین (مانند 5-HT1A) و کانال های TRPV1
متابولیسم	تبدیل به متابولیت های فعال روان گردان با ماندگاری بالا در بافت چربی	تبدیل به متابولیت های غیرفعال با نیمه عمر کوتاه تر (۱۸ تا ۳۲ ساعت)
روش مصرف رایج و جذب	استنشاقی (جذب سریع و اثر فوری)	خوراکی (جذب کمتر و اثر تدریجی و ایمن تر)

این در حالی است که بازار مکمل های تجاری (مانند کپسول ها، روغن ها و قطره های CBD) پر از محصولاتی با دوزهای بسیار پایین تر (بین ۵ تا ۲۰ میلی گرم) است که ادعاهای درمانی وسیعی دارند. این تفاوت دوز و کیفیت، سوال مهمی را ایجاد می کند: آیا دوزهای پایین موجود در مکمل های تجاری واقعاً می توانند همان اثر درمانی اثبات شده در مطالعات بالینی را داشته باشند، یا بخش عمده ای از اثر آرام بخشی آن ها به «اثر دارونما» و القای ذهنی مصرف کننده مربوط است؟

♦ نتیجه گیری: آیا CBD واقعاً آرام بخش است؟

پاسخ علمی به این پرسش مثبت است، اما با یک تبصره بزرگ: نه به آن اندازه ای که تبلیغات تجاری ادعا می کنند. شواهد آزمایشگاهی و حیوانی نشان می دهند که CBD از طریق مکانیسم های مشخص (مانند فعال سازی گیرنده های TRPV1 و گیرنده های سروتونینی 5-HT1A) اثرات ضدالتهابی و ضد اضطرابی دارد و نتایج نویدبخشی در بهبود دردهایی نظیر استئوآرتریت نشان داده است.

یکی از دلایل اصلی محبوبیت CBD، گزارش های اولیه مبنی بر کم بودن عوارض جانبی آن است. با این حال، با توجه به تایید رسمی داروی حاوی CBD برای صرع و گسترش روزافزون بازار مکمل ها، بررسی دقیق ایمنی و عوارض احتمالی آن (نظیر خواب آلودگی یا اسهال در دوزهای بالا) از طریق متاآنالیزهای بالینی همچنان در حال انجام است.

♦ شکاف عمیق میان علم و بازار مکمل ها

سازمان های معتبر نظارت بر دارو (مانند FDA آمریکا و EMA اروپا) تنها یک کاربرد دارویی را برای CBD خالص (با خلوص ۹۹٪ و در دوزهای بسیار بالا) به طور قطعی تایید کرده اند که آن هم درمان دو نوع صرع نادر و سخت درمان در کودکان است.



با این حال، شواهد بالینی (مطالعات روی انسان) برای اثبات قطعی اثرات درمانی مکمل‌های با دوز پایین هنوز محدود و ناکافی است.

بنابراین، هرچند کیسول‌های CBD به عنوان یک گزینه کمکی و طبیعی برای کاهش اضطراب و بهبود خواب مطرح هستند، نباید آن‌ها را به عنوان درمانی قطعی و جایگزین برای دردهای مزمن یا اختلالات روانی شدید در نظر گرفت. برای اثبات نهایی کارایی این مکمل‌ها، انجام کارآزمایی‌های بالینی انسانی گسترده‌تر با فرمولاسیون‌های استاندارد ضروری است.



منابع:

- Crocq MA. History of cannabis and the endocannabinoid system
Dialogues Clin Neurosci. 2020 .
Sep;22(3):223-228. doi:
10.31887/DCNS.2020.22.3/mcrocq. PMID:
33162765; PMCID: PMC7605027
- Chayasirisobhon, Sirichai. "Mechanisms of action and pharmacokinetics of cannabis." The .Permanente Journal 25 (2020): 19-200
- Chesney E, Oliver D, Green A, Sovi S, Wilson J, Englund A, Freeman TP, McGuire P. Adverse effects of cannabidiol: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Neuropsychopharmacology. 2020 Oct;45(11):1799-1806. doi:
10.1038/s41386-020-0667-2. Epub 2020 Apr 8. .PMID: 32268347; PMCID: PMC7608221
- Cásedas G, Yarza-Sancho M, López V. Cannabidiol (CBD): A Systematic Review of Clinical and Preclinical Evidence in the Treatment of Pain. Pharmaceuticals (Basel). 2024 Oct 28;17(11):1438. doi: 10.3390/ph17111438. PMID: .39598350; PMCID: PMC11597428

بدنت رو بهتر بشناس، آگاهانه‌تر از خودت مراقبت کن.

چرخه قاعدگی فقط به تاریخ شروع و پایان پریود محدود نمی‌شه. حال روحی، سطح انرژی، خواب، دردها و نشانه‌های جسمی می‌تونن در روزهای مختلف چرخه تغییر کنن. هرلایف کمک می‌کنه این تغییرات رو کنار هم ثبت کنی و تصویر روشن‌تری از چرخه و الگوهای بدنت داشته باشی.

چرخه‌ات رو دنبال کن



تاریخ شروع و پایان پریودت رو ثبت کن و روزهای چرخه‌ات رو یک جا ببین.

تغییرات هر روزت رو ثبت کن



از خلق‌وخو، خواب و سطح انرژی تا دردها و سایر علائم بدنت رو یادداشت کن.

الگوهای بدنت رو بهتر بشناس



با ادامه ثبت‌ها، تغییرات تکرارشونده بدنت رو راحت‌تر دنبال کن و شناخت بیشتری از روند چرخه‌ات به دست بیار.



شناخت بدنت، اولین قدم برای مراقبت آگاهانه‌تر از خودته ❤️

بعضی سؤال‌ها، جواب تخصصی می‌خوان مراقبت از خودت، فراتر از شناخت چرخه‌اته

از تغییرات بدن و سلامت روان گرفته تا تغذیه، رابطه و سلامت جنسی؛ گاهی سؤال‌هایی داریم که یک جست‌وجوی ساده برای جواب دادن بهشون کافی نیست.

در کلینیک آنلاین هرلایف می‌تونی بدون نیاز به مراجعه حضوری، دغدغه‌ات رو به صورت متنی یا تلفنی با متخصص مرتبط در میون بذاری و راهنمایی متناسب با شرایط خودت بگیری.

متخصصان کلینیک آنلاین هرلایف:



ماما

برای پرسش‌های مربوط به چرخه
قاعدگی، بارداری و سلامت زنان



پزشک

برای بررسی علائم جسمی و پاسخ
به پرسش‌های پزشکی



روانشناس

برای مراقبت از سلامت روان،
احساسات و روابط



کارشناس تغذیه

برای بررسی عادت‌های غذایی و
نیازهای تغذیه‌ای

برای گفت‌وگو با متخصص، هرلایف رو دانلود کن.



<https://herlifeapp.com/#download>



هرلایف؛ همراه تو برای مراقبت آگاهانه‌تر از خودت

ماما تنها شاهد آغاز یک زندگی نیست؛
او شنونده ناگفته‌ها، همراه رنج‌ها و
پناه سکوت‌هایی است که گاه در پس
لبخند مادران پنهان می‌شوند.

ما باور داریم که رسالت مامایی،
تنها مراقبت از تولد نیست؛
بلکه دیدن، شنیدن و

شکستن سکوت
در برابر خشونت است.



https://t.me/Mamatimes_IUMS