

به نام خدا

از قصد بارداری تا شیردهی: راهنمای جامع سلامت روحی و جسمی مادر

ناظر علمی:

پروین اشرف گنجویی

مولفان:

شادی نگهبان

مهسا احمدی

هانیه نوری شیرازی

مهلا پیام عسکری

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۵)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

Chaponashr.ir



سرشناسه : نگهبان ، شادی ، ۱۳۸۱
عنوان و نام پدیدآورندگان : از قصد بارداری تا شیردهی: راهنمای جامع سلامت روحی و جسمی مادر /
مولفان شادی نگهبان ، مهسا احمدی ، هانیه نوری شیرازی، پروین اشرف گنجویی ، مهلا پیام عسکری
مشخصات نشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری : ۱۰۸ ص.
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۴۱۸-۳
شناسه افزوده: احمدی ، مهسا ، ۱۳۸۱
شناسه افزوده: نوری شیرازی، هانیه ، ۱۳۸۱
شناسه افزوده: اشرف گنجویی ، پروین ، ۱۳۷۷
شناسه افزوده: پیام عسکری ، مهلا ، ۱۳۷۵
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتابنامه.
موضوع : بارداری - شیردهی - راهنمای جامع سلامت روحی و جسمی مادر
رده بندی کنگره : TP ۹۸۳
رده بندی دیویی : ۶۶۸/۵۵
شماره کتابشناسی ملی : ۷۸۳۷۶۱۵۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نام کتاب : از قصد بارداری تا شیردهی: راهنمای جامع سلامت روحی و جسمی مادر
ناظر علمی: پروین اشرف گنجویی
مولفان : شادی نگهبان - مهسا احمدی - هانیه نوری شیرازی - مهلا پیام عسکری
ناشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: محدثه فرهنگد
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۵
چاپ: زبرجد
قیمت: ۱۸۵۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۴۱۸-۳
تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست

فصل ۱: پیش از بارداری ۷

مقدمه ۷

درس ۱: تغذیه و مکمل ها ۸

کلسیم: ۱۰

روی (Zinc): ۱۱

سلنیوم (Selenium): ۱۱

درس ۲: آمادگی روانی ۱۳

درس ۳: غربالگری پزشکی ۱۸

توصیه سازمان کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا (ACOG): ۲۰

فصل ۲: سلامت جسمی در بارداری ۲۷

مقدمه ۲۷

درس ۱: تغذیه سه ماهه ۲۹

مهم ترین ریزمغذی ها در سه ماهه اول: ۳۱

غذاهای توصیه شده در سه ماهه اول: ۳۱

مهم ترین ریزمغذی ها در سه ماهه دوم: ۳۲

غذاهای توصیه شده در سه ماهه دوم: ۳۳

مهم ترین ریزمغذی ها در سه ماهه سوم: ۳۴

غذاهای محدود یا ممنوع در سه ماهه سوم (و کل بارداری): ۳۵

روز اول (کمتر از ۲۰۰۰ کیلوکالری): ۳۵

روز دوم: ۳۶

درس ۲: ورزش ایمن	۳۷
درس ۳: از کف لگن تا خط‌های نقره‌ای	۴۴
بخش اول: کف لگن - ساختار پنهان اما حیاتی	۴۵
تمرینات کگل: چگونه به درستی انجام دهیم؟	۴۵
چه زمانی و چند بار تمرین کنیم؟	۴۶
بایدها و نبایدهای کف لگن در بارداری	۴۷
بخش دوم: پوست در بارداری - از درخشش تا ترک	۴۷
ترک‌های پوستی (استریا یا خط‌های نقره‌ای):	۴۸
پیشگیری از استریا: چه کار می‌توان کرد؟	۴۸
درمان استریا پس از زایمان: چه گزینه‌هایی وجود دارد؟	۴۹
سایر تغییرات پوستی شایع در بارداری	۵۰
فصل ۳: ابرهای گاه‌گاه	۵۱
مقدمه	۵۱
درس ۱: مهمانان هورمونی	۵۲
درس ۲: وقتی نگرانی دست می‌دهد	۵۸
درس ۳: دست در دست هم، قوی‌تر	۶۳
فصل ۴: تولد آگاهانه	۶۹
مقدمه	۶۹
درس ۱: جاده را بشناس	۷۰
مرحله اول: باز شدن دهانه رحم (اتساع)	۷۱
مرحله دوم: خروج نوزاد	۷۱
مرحله سوم: خروج جفت	۷۲
درس ۲: از ترس تا توان	۷۶

درس ۳: اولین آغوش، اولین شیر	۸۱
فصل ۵: مادر شدن ادامه دارد.....	۸۷
مقدمه.....	۸۷
درس ۱: شیر دادن، عشق عملی	۸۸
الف) شروع قوی: اصول طلایی روزهای اول	۸۹
ب) وضعیت‌های شیردهی: پیدا کردن جای راحت تو	۹۰
ج) مشکلات رایج و راهکارهای عملی	۹۱
د) دوشیدن شیر و نگهداری: کلید آزادی تو	۹۳
ه) شیردهی و بازگشت به کار	۹۳
و) پایان شیردهی	۹۴
درس ۲: روزهای ابری پس از تولد.....	۹۵
الف) بیبی بلوز: یک مهمان گذرا	۹۶
ب) افسردگی پس از زایمان: وقتی سایه سنگین می‌شود.....	۹۶
ج) اضطراب پس از زایمان: قاتل خاموش	۹۸
د) وسواس فکری-عملی پس از زایمان	۹۸
ه) روان‌پریشی پس از زایمان: یک اورژانس حقیقی.....	۹۹
و) چه زمانی و کجا کمک بگیریم؟.....	۱۰۰
درس ۳: بازگشت به خود پیشین	۱۰۱
الف) بازتوانی جسمی پس از زایمان طبیعی	۱۰۱
ب) بازتوانی جسمی پس از سزارین	۱۰۲
ج) بازگشت به کف لگن سالم	۱۰۳
د) بازگشت به رابطه‌ی جنسی پس از زایمان	۱۰۴
ه) بازگشت به هویت خود؛ مادر بودن، اما نه فقط مادر بودن	۱۰۵

۱۰۵..... (و) بازگشت به کار؛ برنامه‌ریزی و آشتی

۱۰۷..... منابع:

فصل ۱:

پیش از بارداری

مقدمه

دوران پیش از بارداری، که در طب امروز با عنوان «پری کانسپشن» (**Preconception**) شناخته می‌شود، بی‌شک مهم‌ترین بازه زمانی برای تضمین سلامت مادر و کودک آینده است. بسیاری از مادران تصور می‌کنند مراقبت‌های سلامت از لحظه مثبت شدن جواب آزمایش بارداری آغاز می‌شود، در حالی که پایه‌های سلامت جنین ماه‌ها پیش از شکل‌گیری نخستین سلول‌های او ریخته می‌شود. رشد و تکامل اندام‌های حیاتی کودک، از جمله لوله عصبی که بعدها به مغز و نخاع تبدیل می‌شود، در هفته‌های نخست بارداری رخ می‌دهد زمانی که بسیاری از مادران هنوز از باردار بودن خود آگاه نشده‌اند. به همین دلیل، برنامه‌ریزی پیش از بارداری نه یک انتخاب لوکس، بلکه یک ضرورت پزشکی است.

این فصل شما را با سه رکن اساسی آمادگی پیش از بارداری آشنا می‌کند: (۱) **تغذیه و مکمل‌ها**؛ که پایه‌های فیزیکی سلامت جنین را می‌ریزند. (۲) **آمادگی روانی**؛ که ظرفیت شما را برای پذیرش تغییرات هورمونی، هویتی و نقشی افزایش می‌دهد. (۳) **غربالگری پزشکی**؛ که اطمینان می‌دهد هیچ بیماری زمینه‌ای بدون درمان رها نشده است. بر اساس راهنمای کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (**ACOG**)، مشاوره پیش از بارداری می‌تواند خطر نقص‌های مادرزادی را تا ۷۰ درصد کاهش دهد و احتمال عوارضی مثل دیابت بارداری و پره‌اکلامپسی را به طور معناداری پایین بیاورد.

در این کتاب، تمام مطالب بر مبنای جدیدترین دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت (**WHO**)، کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (**ACOG**)، کالج سلطنتی متخصصان زنان و زایمان بریتانیا (**RCOG**) و مقالات مروری از پایگاه‌های **PubMed**، **Cochrane Library** و **UpToDate** ارائه می‌شود. هدف ما این است که شما را با زبانی دقیق اما قابل فهم، به سفیری آگاه برای سلامت خود و فرزندتان تبدیل کنیم. بیایید این مسیر را از امروز آغاز کنیم؛ سه ماه پیش از بارداری، بهترین هدیه‌ای است که می‌توانید به کودک خود بدهید.

درس ۱: تغذیه و مکمل‌ها

تغذیه در دوره پیش از بارداری، تفاوتی اساسی با تغذیه روزمره دارد؛ هدف در اینجا، نه تنها تأمین انرژی و مواد مغذی برای خود مادر، بلکه ایجاد «مخزنی از ریزمغذی‌ها» در بدن است تا جنین در بحرانی‌ترین روزهای شکل‌گیری خود پیش از آنکه حتی جفت تشکیل شود هیچ کمبودی را تجربه نکند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO, ۲۰۲۳)، کمبود ریزمغذی‌ها در دوره پری‌کانسپشن مسئول ۱۵ تا ۲۰ درصد نقص‌های مادرزادی قابل پیشگیری است.

الف) اسید فولیک: غیرقابل مذاکره

مهم‌ترین مکمل پیش از بارداری، اسید فولیک (ویتامین B9) است. نقش آن در بسته شدن لوله عصبی جنین (فرایند تبدیل صفحه عصبی به لوله عصبی که بعدها به مغز و نخاع تبدیل می‌شود) طی روزهای ۲۱ تا ۲۸ پس از لقاح، کاملاً حیاتی است.

نکته کلیدی: این روزها مصادف با هفته‌های ۵ تا ۶ بارداری است یعنی زمانی که بسیاری از زنان تازه متوجه تاخیر در قاعدگی خود شده‌اند.

دوز توصیه شده بر اساس دستورالعمل مشترک ACOG و CDC :

- زنان بدون عامل خطر: ۴۰۰ میکروگرم (۰٫۴ میلی گرم) روزانه؛ حداقل از یک ماه پیش از اقدام به بارداری تا پایان سه‌ماهه اول (ادامه مصرف در سه‌ماهه دوم و سوم نیز بی‌ضرر و مفید است).
- زنان با سابقه نقص لوله عصبی در بارداری قبلی: ۴ میلی گرم (۴۰۰۰ میکروگرم) روزانه.
- زنان با شرایط خاص (مانند صرع تحت درمان با والپروئیک اسید یا کاربامازپین، دیابت نوع ۱ یا ۲، یا چاقی ($BMI > 30$) : ۵ میلی گرم روزانه (تحت نظر پزشک).

یک مطالعه کوهورت بزرگ (Czeizel, 2011) نشان داد مصرف حداقل ۴ هفته اسید فولیک پیش از لقاح، بروز نقص لوله عصبی را تا ۷۲ درصد کاهش می‌دهد. کمبود اسید فولیک همچنین با افزایش خطر سقط زودرس، جداسازی جفت و وزن کم هنگام تولد ارتباط دارد.

ب) آهن: برای ذخیره‌سازی پیشگیرانه

کمبود آهن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در زنان باروری است. در دوران بارداری، حجم خون مادر حدود ۴۵-۵۰ درصد افزایش می‌یابد که این امر مستلزم تولید هموگلوبین اضافی است. اگر ذخیره آهن

شما (فریتین سرم) پیش از بارداری کمتر از ۳۰ نانوگرم در میلی لیتر باشد، احتمال ابتلا به کم خونی فقر آهن در سه ماهه دوم به شدت افزایش می یابد.

توصیه سازمان جهانی بهداشت (WHO): غربالگری سطح فریتین و هموگلوبین پیش از بارداری الزامی است.

- ذخیره طبیعی (فریتین < ۳۰ نانوگرم بر میلی لیتر): نیاز به مکمل پیشگیرانه نیست؛ اما مصرف منابع غذایی حاوی آهن هم (مانند گوشت قرمز، جگر و قلوه) توصیه می شود.
 - ذخیره مرزی (فریتین ۳۰-۱۵ نانوگرم بر میلی لیتر): مصرف ۶۰-۳۰ میلی گرم آهن المنتال روزانه یا یک روز درمیان.
 - کمبود آشکار (فریتین < ۱۵ یا هموگلوبین < ۱۲ گرم بر دسی لیتر): مصرف ۲۰۰-۱۰۰ میلی گرم آهن المنتال روزانه تا رسیدن به سطح طبیعی.
- نکته بالینی مهم: مصرف آهن همراه با ویتامین C (مثل یک لیوان آب پرتقال) جذب را تا ۳ برابر افزایش می دهد، در حالی که چای و قهوه (تانن) و لبنیات (کلسیم) جذب را کاهش می دهند. فاصله حداقل یک ساعته از لبنیات و دو ساعته از چای/قهوه رعایت شود.

ج) ید: مغز در انتظار ید

ید برای تولید هورمون های تیروئید ضروری است که تکامل مغز جنین را در هفته های اول بارداری هدایت می کنند. کمبود ید حتی به شکل خفیف، با کاهش ۵ تا ۱۰ نمره IQ کودک ارتباط دارد (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲).

توصیه بر اساس دستورالعمل انجمن تیروئید آمریکا (ATA):

- **دوز استاندارد:** مصرف روزانه ۱۵۰ میکروگرم ید (در قالب مکمل های حاوی یدید پتاسیم) برای تمامی زنان در سنین باروری توصیه می شود.
- در صورت کمبود ید یا زندگی در مناطق کم ید (داخل کویر مرکزی ایران): ۲۵۰ میکروگرم روزانه

⚠ هشدار و موارد منع مصرف:

در صورت ابتلا به بیماری‌های خودایمنی تیروئید (مانند هاشیموتو)، مصرف هرگونه مکمل ید تنها و فقط باید تحت نظارت مستقیم و با تجویز پزشک متخصص غدد انجام شود؛ چرا که مصرف بی‌رویه ید در این افراد می‌تواند وضعیت تیروئید را وخیم‌تر کند.

توجه: نمک یددار کافی نیست زیرا ید نمک در حین پخت و نگهداری تا ۵۰ درصد از بین می‌رود. مکمل اختصاصی ید ضروری است.

(د) ویتامین D و کلسیم: اسکلت‌سازی زودهنگام

اگرچه نیاز جنین به کلسیم برای تشکیل اسکلت عمدتاً در سه‌ماهه سوم است، سطح ویتامین D مادر پیش از بارداری مستقیماً بر جذب کلسیم و ایمنی تأثیر می‌گذارد. کمبود ویتامین D با افزایش خطر پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری و زایمان زودرس ارتباط دارد.

دوز توصیه شده توسط مؤسسه ملی سلامت آمریکا (NIH):

• در صورت سطح طبیعی (بالای ۲۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر): مصرف ۶۰۰ واحد بین‌المللی (IU) روزانه.

• در صورت کمبود (کمتر از ۲۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر): مصرف ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ واحد بین‌المللی (IU) روزانه تا رسیدن به سطح مطلوب (بالای ۳۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر).

کلسیم:

از آنجایی که ذخیره استخوانی مادر، منبع اصلی تأمین کلسیم برای جنین است، حفظ سطح کلسیم خون بسیار حیاتی است.

• **توصیه غذایی:** مصرف روزانه ۱۰۰۰ میلی‌گرم کلسیم از منابع طبیعی (مانند لبنیات کم‌چرب، بادام، کنجد و ماهی ساردین با استخوان) اولویت دارد.

• **توصیه مکمل:** در صورت عدم تحمل لبنیات (Lactose intolerance) یا پیروی از رژیم وگان ناقص، مصرف مکمل کلسیم تنها باید تحت نظر پزشک باشد.

ه) روی و سلنیوم: نقش در لقاح و تقسیم سلولی

این دو عنصر نقش تعیین کننده‌ای در کیفیت سلول‌های جنسی (تخمک و اسپرم) و فرآیندهای بنیادی سلولی دارند.

روی (Zinc):

روی برای تقسیم سلولی، سنتز DNA و بلوغ تخمک ضروری است. کمبود روی با ناباروری، سقط مکرر و نقص‌های مادرزادی قلب همراهی دارد.

• **دوز توصیه شده:** ۸ تا ۱۱ میلی گرم روزانه (معمولاً در فرمولاسیون مولتی‌ویتامین‌های پیش از بارداری موجود است).

• **منابع غذایی:** گوشت قرمز، تخم کدو، حبوبات و پروتئین‌های دریایی.

سلنیوم (Selenium):

سلنیوم به عنوان یک آنتی‌اکسیدان قدرتمند، از آسیب‌های اکسیداتیو به تخمک و اسپرم جلوگیری کرده و سلامت آن‌ها را تضمین می‌کند.

- **دوز توصیه شده:** ۵۵ تا ۶۰ میکروگرم روزانه.
- **منبع طلایی:** مصرف روزانه دو عدد «مغز برزیلی» (BrazilNut) به تنهایی نیاز بدن به سلنیوم را تأمین می‌کند.

و) مکمل‌هایی که باید از مصرف آن‌ها اجتناب کرد:

- **ویتامین A اضافی (رتینول بیش از ۳۰۰۰ واحد بین‌المللی در روز):** رتینول در دوزهای بالا یک تراتوژن (عامل نقص جنین) شناخته شده است که می‌تواند منجر به نقص در تشکیل جمجمه، صورت و قلب شود. بنابراین، هرگز از مکمل‌های حاوی ویتامین A به صورت جداگانه استفاده نکنید؛ در حالی که مصرف بتاکاروتن (پیش‌ساز ویتامین A) در منابع غذایی یا مکمل‌های استاندارد، بی‌خطر است.

- مکمل‌های گیاهی بدون استاندارد: برخی از گیاهان دارویی مانند جینسینگ، جینکو بیلوبا، خار مریم (ریحان مقدس) و ریشه شیرین بیان می‌توانند تعادل هورمونی را بر هم زنند یا خونریزی ایجاد کنند.

ز) الگوی غذایی توصیه شده: رژیم مدیترانه‌ای اصلاح شده

به جای فهرست کردن خوراکی‌های ممنوع، یک الگوی پایدار ایجاد کنید:

- روزانه: سبزیجات برگ سبز (اسفناج، کلم بروکلی، جعفری) به‌عنوان منابع طبیعی فولات.
- روزانه: ۱-۲ عدد تخم مرغ (منبع غنی از کولین؛ ماده‌ای که در کنار فولات، نقشی حیاتی در بسته شدن لوله عصبی ایفا می‌کند).
- ۲-۳ وعده در هفته: ماهی چرب کم جیوه (سالمون، ساردین، قزل‌آلا) منبع اسید چرب **DHA** برای تکامل مغز جنین.
- روزانه: لبنیات یا جایگزین‌های غنی شده با کلسیم.
- به‌عنوان میان‌وعده: مصرف منظم حبوبات و مغزیجات.
- محدودیت‌های مطلق:
- الکل: مصرف آن باید به صفر برسد. هیچ سطح بی‌خطری از الکل در دوره پری‌کانسپشن وجود ندارد.
- کافئین: حداکثر ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه (معادل دو فنجان قهوه یا ۴ عدد چای معمولی).
- ماهی‌های با جیوه بالا: مصرف ماهی‌هایی مانند کوسه، شاه‌ماهی خال‌مخالی، شمشیرماهی و تن بزرگ (Albacore) به‌دلیل سطح بالای جیوه ممنوع است.

ح) زمان‌بندی شروع مکمل‌ها

بسیاری از مادران می‌پرسند: «چه قدر پیش از اقدام به بارداری شروع کنم؟» پاسخ بر اساس شواهد:

- اسید فولیک: حداقل ۴ هفته، ایده‌آل ۳ ماه
- آهن در صورت کمبود: ۳ تا ۶ ماه برای بازسازی ذخایر

- ویتامین D: حداقل ۲ ماه

- ید: حداقل ۳ ماه

یک مولتی ویتامین پره ناتال استاندارد (حاوی ۴۰۰ میکروگرم فولیک اسید، ۲۰۰-۱۵۰ میکروگرم ید، ۶۰۰ IU ویتامین D، ۲۰-۱۵ میلی گرم آهن، ۱۱-۸ میلی گرم روی) معمولاً اکثر نیازها را پوشش می‌دهد. محصولات را از داروخانه معتبر تهیه کنید و تاریخ انقضا را چک کنید.

گزارش نهایی به مادر: از امروز مصرف مکمل را شروع کنید، حتی اگر قصد بارداری در چند ماه آینده را دارید. بدنتان یک سرمایه‌گذار خاموش است آنچه امروز می‌خورید، سه ماه دیگر به حساب سلامت کودکتان واریز می‌شود. اگر سابقه بیماری خاص یا جراحی چاقی دارید، حتماً پیش از شروع مکمل با پزشک مشورت کنید، زیرا جذب برخی مواد مغذی ممکن است مختل شود.

درس ۲: آمادگی روانی

آمادگی برای مادر شدن تنها به مصرف مکمل‌ها و انجام آزمایش‌ها خلاصه نمی‌شود. ذهن شما، باورها، نگرانی‌ها، الگوهای دلبستگی و حتی نحوه مواجهه‌تان با استرس، همگی در سلامت بارداری و کیفیت رابطه‌تان با کودک آینده نقش مستقیم دارند.

حوزه پزشکی روان‌تنی (**Psychosomatic medicine**) به وضوح نشان داده است که سطح کورتیزول (هورمون استرس) مادر پیش از لقاح، بر الگوی ترشح هورمون‌های استرس در جنین تأثیر می‌گذارد و این اثر تا سال‌های اول زندگی قابل ردیابی است (یک مطالعه کوهورت از دانشگاه روتردام، ۲۰۱۹). این درس شما را با مؤلفه‌های ضروری آمادگی روانی پیش از بارداری آشنا می‌کند.

الف) بررسی انگیزه‌ها و انتظارات: چرا می‌خواهم مادر شوم؟

بسیاری از زنان هرگز به طور صریح به این سؤال پاسخ نمی‌دهند. انگیزه‌های ناآگاهانه می‌توانند منبع استرس دوران بارداری شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنانی که به دلایل زیر برای بارداری اقدام می‌کنند، سلامت روان بهتری در بارداری و پس از زایمان تجربه می‌کنند:

- اشتیاق درونی برای تجربه فرزندپروری
- باور به توانایی خود برای فراهم کردن محیط امن و حمایت‌گر
- احساس آمادگی در رابطه زوجین

در مقابل، انگیزه‌های زیر با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان همراهی دارند:

- فشار خانواده (به ویژه مادر یا مادرشوهر)
- ترس از تنهایی در آینده
- تلاش برای ترمیم رابطه آسیب‌دیده زوجین (بارداری درمانی)
- احساس «وقتش رسیده» بدون بررسی درونی

تمرین خودارزیابی: یک صفحه دفترچه بردارید و بدون قضاوت بنویسید: «من می‌خواهم مادر شوم زیرا...». هر عبارتی که نوشتید، زیر آن بنویسید «این خواسته از کجا در من شکل گرفته؟». سپس از خود بپرسید: «آیا بدون تحقق این خواسته، زندگی من ارزش زیستن ندارد؟» اگر پاسخ مثبت است، احتمالاً انتظار بیش از حدی از فرزند خود دارید که می‌تواند بعدها منبع سرخوردگی شود.

ب) بازنگری در الگوهای دلبستگی (Attachment patterns)

نظریه دلبستگی بالبی و مراحل بعدی آن توسط مین، به وضوح نشان داده است که الگوی دلبستگی خود مادر با مادرش، مستقیماً بر سبک فرزندپروری او تأثیر می‌گذارد. چهار سبک دلبستگی اصلی در بزرگسالان (که از طریق پرسشنامه تجربیات در روابط نزدیک **ECR-R** ارزیابی می‌شوند) عبارتند از:

۱. **دلبستگی ایمن (Secure):** فرد به خود و دیگران اعتماد دارد. در بارداری، این مادران با آرامش بیشتری تغییرات را تحمل می‌کنند و پس از زایمان، به راحتی به نشانه‌های کودک پاسخ می‌دهند.

۲. **دلبستگی اجتنابی (Avoidant):** فرد به دیگران اعتماد ندارد، استقلال افراطی دارد. مادر، ممکن است گریه کودک را نادیده بگیرد یا تماس فیزیکی را محدود کند.

۳. **دلبستگی دوسوگرا (Anxious/Ambivalent):** فرد به شدت نیازمند تأیید دیگران است، اما هرگز احساس امنیت نمی‌کند. مادر، ممکن است بیش از حد نگران شود یا رفتارهای متناقض با کودک داشته باشد.

۴. **دلبستگی آشفته (Disorganized):** فرد الگوی ثابتی ندارد، معمولاً سابقه تروما یا فقدان حل‌نشده دارد.

چه باید کرد؟ اگر احساس می‌کنید الگوی شما ایمن نیست، ناامید نشوید. دلبستگی بزرگسالان قابل تغییر است، به ویژه از طریق:

- روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (Mentalization-based therapy)
- شرکت در دوره‌های فرزندپروری آگاهانه پیش از بارداری مانند برنامه (Circle of Security)
- گفتگوهای شفاف با همسر یا یک دوست صمیمی درباره ترس‌هایتان

ج) مدیریت ترس از بارداری و زایمان (تکوکوفوبیا - Tokophobia)

ترس شدید و ناتوان‌کننده از بارداری و زایمان، در حدود ۶ تا ۱۰ درصد زنان در سنین باروری دیده می‌شود (بر اساس متآنالیز ۲۰۲۲ در مجله Obstetrics & Gynecology). این اختلال به دو شکل است:

- **نوع اولیه:** از دوران نوجوانی یا پیش از هر بارداری وجود دارد، معمولاً ریشه در شنیدن داستان‌های ترسناک یا داشتن زمینه اضطرابی دارد.
- **نوع ثانویه:** پس از یک زایمان تروماتیک یا سقط دردناک ایجاد می‌شود.

نشانه‌های تکوکوفوبیا شامل موارد زیر است (حداقل سه مورد برای تشخیص بالینی):

- کابوس‌های مکرر درباره زایمان یا مردن حین زایمان
- حملات پانیک هنگام دیدن زنان باردار یا فیلم زایمان
- اجتناب شدید از رابطه جنسی یا عدم استفاده از روش‌های پیشگیری به دلیل ترس از بارداری (رفتار متناقض)
- تمایل به سزارین انتخابی صرفاً برای اجتناب از درد زایمان طبیعی

رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد:

- **درمان شناختی-رفتاری (CBT) با تمرکز بر تروما:** شامل ۱۲ تا ۱۶ جلسه که با اثربخشی ۷۵ تا ۸۰ درصد همراه است.

- **مواجهه درمانی تدریجی:** شروع با تصاویر و سپس تماشای فیلم‌های آموزشی واقعی (تحت نظارت و راهنمایی درمانگر).