



شاهد

اولین نفس

ماما...

نشریه صنفی اولین نفس
سال اول ، شماره اول

مدیر مسوول و سردبیر :

مهديه شكوري

هيئت تحريريه :

مهديه شكوري ، فاطمه مودب ، زهرا حميدي

سخن مدير مسوول:

با اولین شماره از نشریه صنفی دانشکده مامایی در خدمت شما هستیم هدف از چاپ این نشریه اشتراک و افزایش سطح آموخته ها ، توجه به جایگاه والای این رشته و همچنین نشر آثار علمی و فرهنگی جامعه محترم مامایی می باشد. بی شک آغاز هر راهی نقصههایی دارد که امیدواریم با کمک و همراهی شما عزیزان در شماره های بعدی برطرف گردد

{ اولین نفس } بی صبرانه منتظر همکاری شماست
باتشکر
مهديه شكوري



عوامل موثر بر افسردگی پس از زایمان

چکیده مقاله / زهرا حمیدی ، دانشجوی مامایی

مقدمه:

پایین تحصیلات و بیکاری از نقش کوچک اما معناداری در ایجاد این اختلال برخوردار هستند. فقدان حمایت اجتماعی از سوی شریک زندگی و خانواده و مادر بیشترین تاثیر را در بروز افسردگی پس از زایمان داشتند؛ در حالیکه فقدان حمایت از سوی پدر تاثیر چندانی بر بروز این مشکل نشان نمیداد. همچنین عوامل فرهنگی و نژادی ارتباط تنگاتنگی با شیوع این اختلال داشتند. در بعضی از مطالعات نوع زایمان یک عامل خطر ساز دیگر برای افسردگی پس از زایمان قلمداد شده بود. زایمان سزارین به خصوص بصورت اورژانس باعث افزایش بروز افسردگی پس از زایمان می شود؛ در حالیکه برخی از مطالعات این رابطه را نقض کرده اند.

افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان کننده اجتماعی است که اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می گذارد اثرات فوری این اختلال ناتوانی مادر در انجام مراقبت از کودک، ترس، احساس تنهایی، عدم اعتماد به نفس، عصبانیت و در موارد شدید خطر خودکشی و نوزادکشی می باشد. بنابراین شناسایی علت این اختلال و عواملی که میتوانند از آن جلوگیری کنند نه تنها بر کیفیت سلامت مادران اثرگذار است بلکه میتواند به بهبود سلامت، روابط خانوادگی و رشد کودک کمک کند.

نتیجه گیری:

بررسی مقالات ارتباط عوامل و روابط اجتماعی و نحوه زندگی را در بروز افسردگی پس از زایمان بررسی کرده اند و نتایج نشان میدهد که بروز این اختلال رابطه تنگاتنگی با وقایع و نحوه زندگی فرد دارد اما مطالعات در زمینه تاثیر عوامل هورمونی و تغذیه در بروز این مشکل محدود هستند و یا حتی هنوز به نتیجه ثابتی نرسیده اند بنابراین با توجه به اینکه این اختلال افراد و خانواده های زیادی را درگیر میکند و بر نسل آینده نیز تاثیرگذار خواهد بود نیاز است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

روش بررسی:

این مطالعه یک مطالعه ی مروری است که با استفاده از موتور جست و جوگر گوگل و بررسی چندین مقاله مرتبط با کلیدواژه های افسردگی و زایمان انجام شده است.

یافته ها:

مقالات مرتبط طیف وسیعی از علل شامل عوامل زیستی، روان شناختی، هیجانی و اجتماعی را بعنوان سبب شناسی افسردگی پس از زایمان مطرح کرده اند. افسردگی قبل از زایمان، رخدادهای زندگی نقش بزرگ، وضعیت ازدواج، وضعیت اقتصادی- اجتماعی سطح

روشی مطمئن در غربالگری سندرم داون و سندرمهای دیگر

اهمیت غربالگری سندرم داون و پروتکل آن

آزمون جامع (The Integrated Test)

آزمون جامع یکی از چهار آزمون موجود در غربالگری سندرم داون بوده، که سه آزمون دیگر شامل دابل تست (Double Test) یا تست ترکیبی (Combined Test)، تریپل تست (Triple Test) و کواد راپل تست (Quadruple Test) میباشد. همگی این آزمونها برای غربالگری، از مارکرهای سرمی خون مادر استفاده مینمایند، که این مارکرهای سرمی عبارتست از:



غیرتهاجمی در وهله اول بوده، که در صورت مثبت بودن نتایج و قرار گرفتن در گروه با ریسک بالا، برای تأیید و قطعی شدن نتیجه مثبت از روشهای تهاجمی استفاده نمود.

تشخیص قبل از تولد بیماریهای ژنتیکی، مادرزادی و ارثی، مطمئن ترین روش پیشگیری و کنترل این بیماریها در جامعه بوده، که از طریق بکارگیری روشهای تشخیصی مختلف به منظور بررسی وضعیت جنین در دوران بارداری امکانپذیر شده است؛ تا بدین طریق بتوان از تولد نوزاد مبتلا به این بیماریها جلوگیری نمود. در بین این بیماریها، سندرم داون با شیوع ۱ در ۵۰۰ زایمان منتهی به تولد نوزاد زنده، بعنوان شایعترین اختلال کروموزومی شناخته شده و از اینرو با توجه به شیوع فراوان آن، روش های مختلفی نیز جهت تشخیص قبل از تولد آن ابداع شده اند؛ که بطور کلی در دو گروه روشهای تهاجمی (Invasive) نظیر انجام آمینوسنتز، نمونه گیری از پرزهای جنینی یا CVS و روشهای غیرتهاجمی (Non-Invasive) از قبیل انجام سونوگرافی سه یا چهار بعدی و اندازه گیری غلظت مارکرهای سرمی خون مادر قرار میگیرند. روش های غیرتهاجمی تشخیص سندرم داون نقش غربالگری را داشته و روش های تهاجمی با توجه به

۱- پروتئین پلاسمایی A مرتبط با حاملگی یا PAPP-A۲ ، که بوسیله جفت در حال تکامل تولید شده و غلظت آن در سرم مادر بسرعت پس از هفتمین روز حاملگی افزایش مییابد. اندازه گیری این پروتئین در سه ماه اول بارداری، مارکر مفیدی در غربالگری سندرم داون میباشد.

۲- آلفا توپروتئین ، که یک کلیکوپروتئین انکوفتال بوده و در خلال تکامل جنینی توسط کبد، کیسه زرده و به مقدار کمی مجاری معدی- روده ای تولید میگردد. مقداری از آلفا توپروتئین سنتر شده، از طریق جفت وارد گردش خون مادر شده و میزان آن تا اواخر سه ماهه دوم بارداری افزایش یافته و پس از آن رو به کاهش میگذارد. لذا پس از تولد ، سریعاً غلظت آن در سرم کاهش یافته، بطوریکه پس از دومین سال تولد، مقدار ناچیزی از آن در سرم قابل اندازه گیری میباشد.

۳- بخش آزاد زنجیره بتا هورمون گنادوتروپین جفتی یا free B-HCG .

۴- استریول غیر کونژوگه یا uE₃ که توسط غدد آدرنال جنین ساخته شده و در جفت، متابولیزه میشود. استریول با عبور از جفت، وارد جریان خون مادر شده و از طریق کلیه ها یا کبد، در صفرا دفع میشود.

۵- Inhibin A که یک هورمون پروتئینی هترو دایمر بوده و بوسیله سلولهای گرانوزایی تخمدان و سلولهای

سرتولی بیضه ها ترشح شده که بطور انتخابی ترشح هورمون FSH را مهار مینماید.

تفاوت این آزمونها علاوه بر حساسیت، میزان مثبت کاذب و ارزش پیش بینی نتایج مثبت متعاقباً بدانها اشاره خواهد شد، همانطوریکه از نامگذاری آنها نیز پیداست؛ در تعداد مارکر مورد سنجش میباشد.

بطوریکه در دابل تست یا تست ترکیبی دو مارکر PAPP و free B-HCG ، در تریپل تست سه مارکر ، آلفا توپروتئین، B-HCG Titer و uE₃ و در کواد راپل تست علاوه بر سه مارکر تریپل تست ، مارکر Inhibin A نیز اندازه گیری می شود. در حالیکه در آزمون جامع، تمامی پنج مارکر فوق الذکر در دو مرحله زمانی متفاوت مورد ارزیابی قرار میگیرند.

مرحله اول انجام آزمون جامع در سه ماهه اول بارداری و بهترین زمان انجام آن هفته یازدهم بارداری بوده، که البته مابین هفته های ۱۰-۱۳ نیز قابل انجام است. در این مرحله ضمن انجام اندازه گیری سطح سرمی مارکر

PAPP-A یک اسکن سونوگرافی نیز بمنظور تعیین سن بارداری و نیز اندازه گیری ضخامت پین پشت گردن یا NT انجام میپذیرد.

مرحله دوم آزمون جامع در سه ماهه دوم و مناسبترین زمان انجام آن هفته های ۱۵-۱۶ بوده، ولی تا پایان هفته ۲۲ نیز قابل انجام است. در این مرحله سطح سرمی مارکرهای آلفا توپروتئین، uE₃، B-HCG Titer و Inhibin A اندازه گیری میشوند.

نتیجه آزمون جامع تنها زمانی قابل ارائه خواهد بود که مادر در هر دو مرحله آزمون شرکت نموده و نمونه گیری شده باشد. اگر نمونه خون دوم تا پایان هفته بیستم دریافت نشود ریسک سندرم داون با استفاده از اطلاعات آزمایشات مرحله اول به تنهایی گزارش خواهد شد، که ارزش آن نسبت به آزمون جامع کمتر خواهد بود. زیرا استفاده از نتایج دو مرحله آزمایش مطمئن تر و مؤثرتر از استفاده از نتایج مرحله اول در تشخیص بارداری مبتلا از سالم خواهد بود.

کمبود ویتامین D برای مادران...



خانم های بارداری که ویزیت های منظم دارند و مرتب از مراقبت های پزشکی برخوردار می شوند، بیشتر مولتی ویتامین مصرف می کنند و مراقبت تغذیه شان هستند اما بسیاری از خانم های باردار گمان نمی کنند دچار کمبود ویتامین D باشند و توجه شان این است که مولتی ویتامین در بسیاری موارد کل نیاز خانم به ویتامین D را تامین نمی کند. در مورد کمبود ویتامین D و میزان شیوع آن در جامعه زیاد شنیده اید. با دکتر تیرنگ نیستانی، متخصص تغذیه و دانشیار انستیتو تحقیقات تغذیه کشور درباره همین موضوع گفت و گو کردیم.

کمبود ویتامین D در کشور ما بین خانم های باردار هم مساله ای شایع است؟
تقسیم بندی که برای ویتامین D شده؛ حالت کفایت، عدم کفایت (کمبود حاشیه ای) و کمبود است و آنچه برای متخصص تغذیه مهم است؛ حالت عدم کفایت و کمبود است. متأسفانه بیشتر زنان و کودکان در کشور ما در این ۲ حالت قرار دارند.

کمبود ویتامین D در دوران بارداری

دلیل آن مشخص شده است؟

بله، راه اصلی دریافت ویتامین D مواجهه با نور مستقیم آفتاب است. هر چیزی که در این میان حائل شود، کفایت ساخت درونی ویتامین D را کم می کند؛ شیشه، کرم ضد آفتاب، ابر و آلودگی هوا حائل محسوب می شوند. علاوه بر اینها، معمولاً خانم های باردار یا از خانه خارج نمی شوند یا بیشتر سوار بر اتومبیل هستند یا از اماکن مسقف رد می شوند. خانم های کارمند نیز در ساعت هایی که نور آفتاب خوب است، زیر سقف هستند و کمتر در مواجهه با نور آفتاب قرار می گیرند.

تنها راه دریافت ویتامین D نور آفتاب است؟
ویتامین D منبع خارج چندانی ندارد. میزان ویتامین D موجود در مواد غذایی یا بسیار ناچیز است یا از سهم آن در سفره ایرانی ها کاسته شده است. مثلاً روغن جگر ماهی یا ماهی های

کمبود ویتامین D در دوران بارداری

این کمبود چه عوارضی در پی دارد؟

مطالعات در خور توجهی در دنیا در مورد پیامدهای کمبود ویتامین D در زنان باردار انجام شده و نتایج آن نشان داده در زنانی که کمبود ویتامین D دارند، احتمال مسمومیت بارداری، زایمان سخت، اختلال های تنفسی نوزاد و... به درجات و مقادیری افزایش می یابد. البته اگر خانم بارداری کمبود ویتامین D نداشته باشد، به این معنا نیست که به این بیماری ها مبتلا نمی شود اما در افرادی که عدم کفایت و کمبود ویتامین D دارند، احتمال بروز عوارض بیشتر است.

برای آغاز مکمل یاری به ارزیابی نیاز است یا هر کسی می تواند مکمل بخورد؟

اگر خانمی سابقه مصرف مکمل و قرار گرفتن در آفتاب را ندارد، به احتمال زیاد کمبود ویتامین D دارد. در این شرایط دیگر نیازی به ارزیابی نیست و می توان از دوزهای ایمن ولی موثر ویتامین D استفاده کرد و در بارداری ادامه داد.

نوزادان چگونه؟ به مکمل یاری با ویتامین D نیاز دارند؟
نه، اگر خانم بارداری سطح کفایت ویتامین D داشته باشد، یعنی شیر او هم از نظر ویتامین D غنی است و نوزاد به دریافت مکمل ویتامین D نیازی ندارد.

برای خانم هایی که باردارند و به قند خون یا فشار خون مبتلا هستند، مصرف این مکمل تداخلی با سایر داروها ایجاد نمی کند؟

کمبود ویتامین D در ایجاد یا تشدید بیماری قند خون نقش دارد و بهبود وضعیت ویتامین D به پیشگیری و درمان این بیماری ها هم کمک می کند. حتی در بیماری های مربوط به گرفتگی عروق ویتامین D تا حدودی کمک کننده است، اما اینکه چه دوزی مصرف شود، باید زیر نظر پزشک باشند.

