

**مرور و تلفیق یافته های موجود درباره پیامدهای روانی جنگ و بحران بر زنان باردار و راهبردهای حمایتی**محدثه قاسم خانی<sup>۱</sup>، محمدطاهر رضائزاد(نویسنده مسئول)<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

۲. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری های غیر واگیر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

**چکیده**

مقدمه و هدف: جنگ، آوارگی و بحران های انسانی از مهم ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان زنان باردار و مادران پس از زایمان هستند. این گروه به دلیل آسیب پذیری همزمان زیستی، روانی و اجتماعی، در شرایط درگیری های مسلحانه با خطر بالاتر اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی پس از زایمان و اختلال در پیوند مادر نوزاد مواجه می شوند. با وجود افزایش توجه جهانی به سلامت روان در بحران ها، شواهد مربوط به ابعاد این آسیب ها، موانع دسترسی به خدمات و الگوهای حمایتی مؤثر برای زنان باردار در بستر جنگ همچنان پراکنده است. این مطالعه با هدف مرور و تلفیق یافته های موجود درباره پیامدهای روانی جنگ و بحران بر زنان باردار و راهبردهای حمایتی گزارش شده انجام شد.

روش: این مطالعه به صورت یک مرور روایتی/تلفیقی بر اساس ۲۷ منبع علمی مرتبط انجام شد. منابع منتخب با تمرکز بر تجربه زنان باردار و مادران پس از زایمان در زمینه های جنگ، درگیری مسلحانه، آوارگی و بحران های انسانی بررسی شدند. داده ها به صورت تحلیلی و موضوعی سازمان دهی شدند و مضامین اصلی شامل پیامدهای سلامت روان، نقش تروما و جابه جایی، موانع دسترسی به حمایت روانی، مدل های حمایتی چندسطحی، و ظرفیت های نوظهور فناوری های دیجیتال و هوش مصنوعی استخراج شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که زنان باردار در شرایط جنگ به طور نامتناسبی در معرض بار بالای پریشانی روانی قرار دارند. شایع ترین پیامدهای گزارش شده شامل اضطراب، افسردگی، علائم استرس پس از سانحه، احساس ناامنی مزمن، و افزایش خطر افسردگی پس از زایمان بود. مطالعات همچنین به پیامدهای ثانویه مهمی مانند اختلال در پیوند عاطفی مادر نوزاد، کاهش احساس کفایت مادری و فرسایش عملکرد مراقبتی اشاره داشتند. یافته ها نشان داد که این پیامدها نه فقط حاصل مواجهه مستقیم با خشونت، بلکه ناشی از برهم کنش تروما، فقدان، جابه جایی اجباری، فقر، ناامنی غذایی و فروپاشی مراقبت های روتین مادرانه هستند. از سوی دیگر، موانع دسترسی به خدمات در دو سطح اصلی قابل مشاهده بود: موانع ساختاری، از جمله تخریب زیرساخت های سلامت، کمبود نیروی انسانی و گسست در پیوستگی مراقبت؛ و موانع اجتماعی-فرهنگی، به ویژه انگ مرتبط با مشکلات سلامت روان. در برابر این وضعیت، راهبردهای حمایتی مؤثر در سه سطح شناسایی شدند: مداخلات فردی و بالینی مانند غربالگری و مشاوره کوتاه مدت؛ حمایت های خانوادگی و اجتماعی برای تقویت تاب آوری و کاهش انزوا؛ و مدل های جامعه محور و ادغام یافته در مراقبت های اولیه، به ویژه در بافت هایی که نظام سلامت تضعیف شده است. همچنین، شبکه های اجتماعی و ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی به عنوان ظرفیت های نوظهور برای غربالگری اولیه، آموزش، حمایت از راه دور و تسهیل ارجاع مطرح شدند، هرچند بهره گیری از آن ها نیازمند توجه جدی به محرمانگی، عدالت دسترسی و تناسب فرهنگی است.

نتیجه گیری: سلامت روان زنان باردار در شرایط جنگ باید به عنوان یک اولویت جدی در پاسخ های بشردوستانه و نظام های سلامت در نظر گرفته شود. پاسخ مؤثر به این نیازها مستلزم رویکردی چندسطحی، غیرانگزا و پایدار است که همزمان بر شناسایی زود هنگام اختلالات روانی، تقویت حمایت اجتماعی، ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت های مادرانه، و استفاده محتاطانه و اخلاق مدار از فناوری های دیجیتال و هوش مصنوعی تکیه داشته باشد. بی توجهی به این حوزه نه تنها پیامدهای کوتاه مدت برای مادران، بلکه آثار بین نسلی بر رشد کودک، پیوند مادر-نوزاد و سلامت خانواده ها برجای خواهد گذاشت.

**کلیدواژه ها:** سلامت روان، زنان باردار، جنگ، آوارگی، افسردگی پس از زایمان، اختلال استرس پس از سانحه، حمایت اجتماعی، هوش مصنوعی، شبکه های اجتماعی.

دوره بارداری و پس از زایمان، به طور طبیعی یکی از حساس ترین و آسیب پذیرترین مراحل در چرخه زندگی زنان محسوب می شود که با تغییرات گسترده فیزیولوژیک، هورمونی و روان شناختی همراه است. با این حال، هنگامی که این تجربه زیسته با پدیده های ویرانگری چون جنگ، آوارگی اجباری و بحران های بشردوستانه تلاقی می کند، سلامت مادر و جنین با تهدیدی وجودی روبرو می شود. طبق گزارش های بین المللی، در سال های اخیر بیش از ۴۶۸ میلیون کودک و میلیون ها زن باردار در مناطق درگیر منازعات مسلحانه از جمله غزه، اوکراین، سودان و اتیوپی زندگی می کنند [۱۱، ۲۱]. در این مناطق، بارداری که باید تجربه ای نویدبخش باشد، به "تجربه ای بین حیات و ممات" تبدیل شده است [۲۳]. جنگ نه تنها زیرساخت های فیزیکی سلامت را تخریب می کند، بلکه با فروپاشی امنیت روانی، بستری برای بروز اختلالات روانی پایدار فراهم می سازد که اثرات آن ممکن است از طریق مکانیسم های اپی ژنتیک به نسل های بعد نیز منتقل شود [۵]. یکی از مفاهیم کلیدی که در مطالعات اخیر (به ویژه در مطالعه زنان اقلیت و پناهنده) برجسته شده، مفهوم آسیب پذیری سه گانه<sup>۱</sup> است. زنان باردار در مناطق جنگی نه تنها به دلیل جنسیت و قرار گرفتن در دوره پری ناتال (دوران پیرامون زایمان) تحت فشار هستند، بلکه به عنوان بخشی از یک جامعه تحت ستم یا اقلیت آواره، لایه های مضاعفی از تروما را تجربه می کنند [۱۰]. این وضعیت را می توان در قالب سیندیمیک<sup>۲</sup> نیز تحلیل کرد؛ جایی که تلاقی فقر، خشونت جنسیتی، سوء تغذیه و آوارگی، اثرات یکدیگر را تقویت کرده و منجر به پیامدهای وخیم سلامت در زنان باردار سوری و سودانی شده است [۶، ۸]. برای مثال، در غزه، تخریب حریم خصوصی و از دست دادن کرامت انسانی در پناهگاه های جمعی، به عنوان یک استرسور روانی عمده گزارش شده است که مستقیماً سلامت روان مادر را هدف قرار می دهد [۱۴]. شواهد پژوهشی در مناطق درگیر بحران، از جمله لبنان و غزه، نشان دهنده شیوع نگران کننده اختلالات روانی است. افسردگی پس از زایمان (PPD) در میان زنان پناهنده به مرز ۴۸٪ رسیده است که علت اصلی آن ناامنی در مسکن و فقدان حمایت اجتماعی عنوان می شود [۱۳]. استرس های حاد ناشی از بمباران و صدای انفجار، ریسک زایمان زودرس را تا دو برابر افزایش داده و با کاهش وزن جفت، سلامت جنین را به مخاطره می اندازد [۳، ۲۰]. علاوه بر این، تروما های جنگی با مختل کردن ترشح هورمون اکسی توسین، پیوند عاطفی مادر و نوزاد<sup>۳</sup> را سست کرده و منجر به کرختی عاطفی در مادر می شود که در درازمدت دلبستگی ایمن نوزاد را از بین می برد [۷، ۹]. در مناطقی مانند شمال غنا، این فشارها با انگ های اجتماعی و سنتی ترکیب شده و دسترسی زنان به مراقبت های اولیه را بیش از پیش محدود می کند [۲۴]. در شرایط جنگی، سیستم های ارجاع و مراقبت های روتین مامایی به سرعت از هم می پاشند. تخریب بیمارستان های تخصصی (مانند بیمارستان کودکان در اوکراین یا مراکز زایمان در غزه) باعث شده است که زایمان ها در شرایط غیربهداشتی و در چادرها بدون حضور متخصص انجام شود [۱، ۱۱]. در این میان، ماماها به عنوان خط مقدم حمایت های روحی و جسمی ظاهر می شوند. حضور ماماها در شرایط بشردوستانه می تواند مرگومیر مادری را تا ۶۰٪ کاهش دهد، اما این ارائه دهندگان خود نیز تحت تروما های ثانویه قرار دارند [۲]. در شهرهایی مثل خارطوم، زنان با استفاده از مدل های تاب آوری جامعه محور و تله مدیسین غیررسمی، سعی در مدیریت خونریزی ها و بحران های روانی خود داشته اند، که نشان دهنده ظرفیت بالای خود-مدافعی در میان زنان تحت محاصره است [۱۶ و ۲۷]. جنگ همواره با افزایش خشونت های جنسی و فیزیکی علیه زنان همراه است. در

<sup>۱</sup> Triple Vulnerability<sup>۲</sup> Syndemic<sup>۳</sup> Mother-Infant Bonding

اتیوپی و سودان، خشونت جنسی به عنوان ابزاری جنگی برای فروپاشی ساختار جوامع به کار گرفته شده است [۱۷]. محرومیت عمدی از لوازم بهداشتی باروری، وسایل پیشگیری از بارداری و کیت‌های بهداشتی، نقض آشکار حقوق بین‌الملل و "حق بر سلامت" است [۴، ۲۲]. این محرومیت‌ها نه تنها سلامت جسمی، بلکه با ایجاد ترس مداوم از بارداری‌های ناخواسته در شرایط ناامن، سلامت روان زنان را به شدت فرسوده می‌کند. با وجود حجم بالای تحقیقات پراکنده، هنوز خلأ بزرگی در زمینه مدل‌های مداخله‌ای بومی‌سازی شده برای حمایت روانی از زنان باردار در مناطق جنگی وجود دارد. اکثر مداخلات فعلی بر نیازهای بیولوژیک (غذا و دارو) تمرکز دارند و ابعاد روانی-اجتماعی مانند احساس انسجام<sup>۱</sup> و تقویت تاب‌آوری معنوی نادیده گرفته شده است [۱۲]. همچنین، ناکامی سازمان‌های بین‌المللی در پاسخگویی به نیازهای درازمدت زنان در بحران‌های طولانی‌مدت (مانند سوریه) ضرورت بازنگری در پروتکل‌های اضطراری را دوچندان می‌کند [۱۵ و ۲۵].

این مقاله مروری با هدف جمع‌شواهد موجود از بحران‌های اخیر جهان، به دنبال پاسخ به این پرسش است که: موثرترین استراتژی‌های حمایتی برای حفظ سلامت روان زنان باردار در زمان جنگ کدامند و چگونه می‌توان از فروپاشی پیوند مادر-نوزاد در زیر فشار تروماهای جمعی جلوگیری کرد؟ با بررسی تجارب زنان در غزه، سودان، اوکراین و سایر مناطق درگیر، این مطالعه سعی دارد چارچوبی جامع برای مداخلات روانی-اجتماعی در شرایط اضطراری ارائه دهد.

## روش اجرای مطالعه

این مطالعه به صورت یک مرور روایتی<sup>۲</sup> با هدف جمع‌بندی و تحلیل شواهد موجود درباره حمایت‌های روحی و روانی از زنان باردار در شرایط جنگ، درگیری‌های مسلحانه و بحران‌های انسانی انجام شد. هدف از این مطالعه شناسایی چالش‌های سلامت روان زنان باردار در مناطق درگیر بحران و بررسی مداخلات و راهکارهای حمایتی گزارش شده در متون علمی بود. برای شناسایی مطالعات مرتبط، جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی شامل ProQuest، PubMed، Scopus، Web of Science، SpringerLink و Google Scholar انجام شد. همچنین برای تکمیل داده‌ها از گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی مرتبط با سلامت مادران در شرایط بحران مانند سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>، صندوق جمعیت سازمان ملل<sup>۴</sup> و کنفدراسیون بین‌المللی مامایی<sup>۵</sup> استفاده شد. جستجو در بازه زمانی ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۵ انجام گرفت تا جدیدترین شواهد مرتبط با بحران‌های اخیر جهانی مانند جنگ غزه، جنگ اوکراین، بحران سودان و پیامدهای درگیری‌های خاورمیانه و آفریقا پوشش داده شود. برای جستجوی منابع از ترکیب کلیدواژه‌های انگلیسی و معادل‌های آن‌ها استفاده شد. مهم‌ترین کلیدواژه‌ها شامل موارد زیر بود: pregnant، pregnancy، humanitarian crisis، armed conflict، war، psychological support، maternal mental health، women، maternal health in conflict settings، displacement، perinatal mental health، refugee women.

<sup>۱</sup> Sense of Coherence

<sup>۲</sup> Narrative Review

<sup>۳</sup> WHO

<sup>۴</sup> UNFPA

<sup>۵</sup> ICM

psychosocial support. این کلیدواژه‌ها با استفاده از عملگرهای بولی AND و OR ترکیب شدند تا دامنه جستجو گسترده‌تر و دقیق‌تر شود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مطالعات پژوهشی کمی یا کیفی، مرورها، گزارش‌های سیاستی و پایان‌نامه‌هایی که به سلامت روان، حمایت روانی یا پیامدهای روان‌شناختی زنان باردار در شرایط جنگ و بحران پرداخته بودند، مقالات منتشر شده به زبان انگلیسی یا دارای چکیده انگلیسی، مطالعاتی که در جمعیت زنان باردار، مادران پس از زایمان یا زنان در سن باروری در شرایط درگیری مسلحانه، آوارگی یا پناهندگی انجام شده بودند. در مقابل، مطالعاتی که صرفاً به پیامدهای جسمانی بارداری بدون بررسی ابعاد روانی یا اجتماعی پرداخته بودند، یا پژوهش‌هایی که خارج از زمینه جنگ و بحران انجام شده بودند، از مطالعه حذف شدند. در مرحله نخست، عناوین و چکیده مقالات بازبای شده بررسی شد تا مطالعات نامرتب حذف شوند. در مرحله بعد، متن کامل مقالات واجد شرایط مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، منابعی که بیشترین ارتباط را با هدف مطالعه داشتند انتخاب و وارد مرحله استخراج داده شدند. در مجموع ۲۷ منبع علمی شامل مقالات پژوهشی، مرورهای علمی، گزارش‌های بین‌المللی و پایان‌نامه‌ها برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفتند. برای استخراج داده‌ها، اطلاعات کلیدی هر مطالعه شامل نام نویسندگان، سال انتشار، محل انجام مطالعه، نوع مطالعه، جمعیت مورد بررسی، مهم‌ترین یافته‌ها درباره سلامت روان زنان باردار و نوع مداخلات یا حمایت‌های روانی گزارش شده استخراج و ثبت شد. سپس داده‌ها با روش تحلیل محتوای مقایسه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند تا مضامین مشترک در مطالعات مختلف شناسایی شود. در مرحله تحلیل، یافته‌های مطالعات در چند محور اصلی طبقه‌بندی شدند که شامل: پیامدهای روانی جنگ بر زنان باردار (مانند اضطراب، افسردگی، PTSD)، عوامل خطر و آسیب‌پذیری‌های اجتماعی و فرهنگی، تأثیر فروپاشی نظام سلامت بر سلامت روان مادران، نقش حمایت‌های اجتماعی، خانوادگی و جامعه‌محور، مداخلات روانی و برنامه‌های حمایتی در شرایط بحران بود. به‌منظور افزایش دقت علمی، نتایج مطالعات مختلف با یکدیگر مقایسه و نقاط اشتراک و تفاوت آن‌ها تحلیل شد. در نهایت، بر اساس شواهد استخراج شده، چارچوبی مفهومی برای درک بهتر نیازهای روانی زنان باردار در شرایط جنگ و بحران ارائه شد. این مطالعه با توجه به ماهیت مرور متون و استفاده از داده‌های منتشر شده، نیازی به اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان یا ملاحظات اخلاقی مرتبط با مطالعات انسانی نداشت. با این حال، در تمامی مراحل نگارش، اصول امانت‌داری علمی و استناد دقیق به منابع رعایت شد.

## نتایج

در این مرور روایتی، در مجموع ۲۷ منبع شامل مطالعات کمی، کیفی، مرورهای علمی و یک پایان‌نامه مرتبط با سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی زنان باردار و مادران در دوره پیرامون زایمان در بستر جنگ، آوارگی و بحران‌های انسانی تحلیل شد. منابع، طیفی از زمینه‌های جغرافیایی و سیاسی را پوشش می‌دادند و عمدتاً بر بحران‌های اخیر در غزه، سودان، لبنان، اتیوپی، اوکراین، سوریه و اسرائیل متمرکز بودند؛ همچنین برخی منابع به جمعیت‌های آسیب‌پذیر در دیگر مناطق (مانند غنا) پرداخته بودند. تحلیل و تلفیق یافته‌ها نشان داد تجربه بارداری در شرایط جنگی، به‌صورت هم‌زمان تحت تأثیر استرسورهای مستقیم جنگ (بمباران، ناامنی، فقدان عزیزان)، استرسورهای ساختاری (فروپاشی خدمات سلامت، فقر، کمبود غذا و دارو) و استرسورهای اجتماعی-فرهنگی (انگ سلامت روان، خشونت مبتنی بر جنسیت، تبعیض و محدودیت‌های حقوقی/عرفی) قرار می‌گیرد.

بر اساس استخراج داده‌ها، نتایج در قالب چند محور اصلی ارائه می‌شود:

## ۱- الگوی غالب پیامدهای روانی در زنان باردار و پس از زایمان در بسترهای جنگ و بحران

تحلیل نظام‌مند شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که قرارگیری در معرض جنگ و درگیری‌های مسلحانه، سلامت روان زنان را در حساس‌ترین برهه زیستی آن‌ها، یعنی دوره پیرامون زایمان<sup>۱</sup>، دستخوش آسیب‌های عمیق و چندبعدی می‌سازد. بر اساس یافته‌های تجمیع‌شده، طیف وسیعی از اختلالات روانی در این جمعیت شناسایی شده است که شایع‌ترین آن‌ها شامل اضطراب شدید بالینی، افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، آشفتگی‌های مزمن خواب، نشانگان فرسودگی عاطفی و سندرم‌های بدنی‌سازی<sup>۲</sup> ناشی از تنش عصبی است [۱، ۲]. این پیامدها فراتر از واکنش‌های گذرا به استرس‌های حاد، اغلب به عنوان اختلالات روان‌پزشکی پایدار و هم‌بسته بروز می‌کنند که ظرفیت انطباقی و مکانیسم‌های دفاع روانی مادر را به‌طور کامل فلج می‌کنند [۳]. بررسی عمیق‌تر مطالعات منطقه‌ای، ابعاد عینی این آسیب‌پذیری را نمایان می‌سازد. در مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار و مادران آواره داخلی در منطقه جنگ‌زده جنوب دارفور در سودان انجام شد، بار روان‌پزشکی فوق‌العاده بالایی گزارش گردید [۴]. در این جامعه، تلاقی شرایط جنگی با محدودیت‌های شدید اجتماعی مبتنی بر جنسیت، ناامنی مفرط غذایی و فقر مطلق، زمینه‌ساز شیوع نگران‌کننده افسردگی اساسی<sup>۳</sup> شده بود؛ به طوری که این عوامل مانند یک حلقه محاصره روانی، مانع از دسترسی زنان به کمترین میزان از عاملیت فردی و بهداشت روان می‌شد [۴، ۵]. به طور مشابه، در لبنان، بررسی‌های مقطعی صورت‌گرفته بر روی جمعیت پناهندگان و آوارگان داخلی نشان داد که افسردگی پس از زایمان (PPD) به عنوان یکی از جدی‌ترین چالش‌های نظام سلامت باروری خودنمایی می‌کند [۶]. یافته‌های این حوزه نشان دادند که شیوع PPD به شدت تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDOH)، قرارگیری در معرض خشونت بین‌فردی و خانوادگی و نیز میزان دسترسی (یا عدم دسترسی) به منابع حمایتی است؛ امری که نشان می‌دهد تروماهای بیرونی ناشی از جنگ، چگونه تروماهای ساختاری درون‌گروهی را بازتولید و تشدید می‌کنند [۷ و ۸]. از سوی دیگر، در بسترهایی با شدت درگیری فزاینده مانند باریکه غزه، الگوی آسیب‌های روانی فراتر از دسته‌بندی‌های تشخیصی کلاسیک رفته و به شکل ترومای جمعی<sup>۴</sup> و اضطراب مستمر زنده<sup>۵</sup> تظاهر یافته است [۹]. در غزه، زنان باردار و مادران خردسال نه تنها با فاجعه عینی بمباران دست‌وپنجه نرم می‌کنند، بلکه آوارگی‌های مکرر و اجباری، ناامنی حاد غذایی و کمبود شدید آب شرب، به همراه از دست رفتن کامل حریم خصوصی و کرامت انسانی در پناهگاه‌های پرجمعیت، فرآیند روان‌شناختی مادری را به یک «تلاش دائمی برای بقا» تقلیل داده است [۱۰، ۱۱]. این عوامل محیطی مستمر، بستری پاتولوژیک ایجاد می‌کنند که در آن مرز میان واکنش طبیعی به شرایط غیرعادی و اختلال روانی از بین می‌رود و اضطراب به عنوان یک واقعیت همیشگی در سیستم عصبی مادر رسوخ می‌کند [۱۲]. بخش مهمی از یافته‌های متون به پدیده هم‌ابتلائی<sup>۶</sup> اختصاص دارد.

<sup>۱</sup> Perinatal Period

<sup>۲</sup> Somatic Complaints

<sup>۳</sup> Major Depression

<sup>۴</sup> Collective Trauma

<sup>۵</sup> Continuous Traumatic Stress

<sup>۶</sup> Comorbidity

شواهد نشان می دهند که پیامدهای روانی در این زنان به ندرت به صورت اختلالات تک بعدی بروز می کنند؛ بلکه در اغلب موارد، همزمانی پاتولوژیک اضطراب شدید، افسردگی عمیق و نشانه های PTSD گزارش شده است [۱۳، ۱۴]. این هم افزایی بالینی مستقیماً با مفهوم بار آلوستاتیک<sup>۱</sup> و مواجهه تجمعی با استرس<sup>۲</sup> تبیین می شود؛ بدین معنا که تجمع متوالی استرسورهای جنگی (مانند از دست دادن سرپناه، فقدان حریم خصوصی، گرسنگی و تهدید مرگ)، آستانه تحمل روانی مادر را در هم شکسته و پاسخ های هیجانی او را به شدت متزلزل می سازد [۱۵، ۱۶]. این سازوکار در مطالعات انجام شده بر روی مادران پس از زایمان در اسرائیل نیز تایید شده است؛ یافته های این بخش نشان دادند که مواجهه تجمعی با استرس های جنگی، از طریق تشدید واکنش های تروماتیک و تظاهرات بدنی استرس، رابطه مستقیم با بروز اختلال در عملکرد عاطفی مادر و به ویژه گسست در فرآیند حیاتی پیوند مادر-نوزاد دارد [۱۷، ۱۸]. این پدیده هشدار می دهد که تروما جمعی جنگ، با تضعیف اولین و مهم ترین رابطه عاطفی انسان (رابطه دیادیک مادر و نوزاد)، پیامدهای روانی خود را به نسل های بعدی که هنوز مستقیماً جنگ را تجربه نکرده اند، منتقل می سازد [۱۹، ۲۰].

## ۲- تحلیل عوامل خطر چندسطحی: از استرسورهای مستقیم تا فروپاشی ساختاری

یافته های حاصل از تحلیل منابع، بر ماهیت پیچیده و چندسطحی عوامل خطر مؤثر بر سلامت روان زنان باردار در بحران ها تأکید دارند. این عوامل نه به صورت ایزوله، بلکه در یک شبکه درهم تنیده عمل کرده و آسیب پذیری مادران را تشدید می کنند. بر اساس شواهد موجود، این عوامل در سه سطح کلان قابل دسته بندی و تحلیل هستند:

### استرسورهای مستقیم و حاد<sup>۳</sup>

نخستین لایه، مشتمل بر استرسورهای حاد و تهدیدکننده ی بقاست. شواهد متعدد، از جمله پژوهش های متمرکز بر بحران های جاری در غزه، نشان می دهند که مواجهه مستقیم با عملیات نظامی—شامل بمباران های هوایی، صدای مستمر انفجار، مشاهده عینی خشونت های مرگبار، فقدان عزیزان و جابه جایی های مکرر و اجباری—به عنوان محرک های اصلی «ترومای حاد» شناخته می شوند [۱، ۲]. این عوامل محیطی نه تنها واکنش های اضطرابی فوری ایجاد می کنند، بلکه با فعال سازی مداوم محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)، سلامت فیزیولوژیک مادر و جنین را مستقیماً به خطر می اندازند [۳]. تکرار و تداوم این وقایع، مانع از بازیابی روانی شده و فرد را در وضعیتی از هوشیاری بیش از حد<sup>۴</sup> قرار می دهد که مانع از کارکردهای شناختی لازم برای مراقبت از نوزاد می شود [۴ و ۵].

### استرسورهای ساختاری و خدماتی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> Allostatic Load

<sup>۲</sup> Cumulative Stress Exposure

<sup>۳</sup> Direct War Stressors

<sup>۴</sup> Hyperarousal

<sup>۵</sup> Structural Stressors

در سطح دوم، فروپاشی نظاممند زیرساخت‌های سلامت مادر و کودک، لایه دیگری از پریشانی را بر زنان تحمیل می‌کند. منابع مورد بررسی، به‌ویژه در مطالعه کیفی در خارطوم سودان، به وضوح نشان دادند که ناکارآمدی ساختاری شامل تخریب فیزیکی مراکز درمانی، قطع خطوط مواصلاتی و ناامنی مسیرهای دسترسی، کمبود شدید دارو و تجهیزات، و فقدان نیروی انسانی متخصص یک «اضطراب سیستمی» در زنان ایجاد کرده است [۶، ۷]. در غزه نیز، گزارش‌ها حاکی از آن است که فروپاشی سیستم مراقبت‌های پیرامون زایمان، ناتوانی در ارائه خدمات ضروری (مانند مراقبت‌های حین زایمان یا سزارین‌های اورژانسی) و تجربه «مراقبت‌های غیرمحترمانه»، به منبع ثانویه تروما تبدیل شده است [۸، ۹]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در زمان جنگ، سیستم بهداشتی که باید نقش «حفاظتی» داشته باشد، خود به عاملی برای استرس بیشتر تبدیل شده و اعتماد مادران به نظام مراقبتی را از بین می‌برد [۱۰].

### عوامل اجتماعی، فرهنگی و حقوقی<sup>۱</sup>

لایه سوم و عمیق‌تر، مربوط به بسترهای اجتماعی و فرهنگی است که زن را در موقعیت آسیب‌پذیری مضاعف قرار می‌دهد. مفاهیم نظری نظیر «آسیب‌پذیری سه‌گانه» که در مطالعات زنان عرب در مناطق تحت جنگ مطرح شده، به خوبی نشان می‌دهد که تقاطع «جنسیت، اقلیت بودن و دوره حساس بارداری» چگونه لایه‌های حمایتی فرد را تضعیف می‌کند [۱۱]. در این فضا، انگ اجتماعی سلامت روان، محدودیت‌های ساختاری در حقوق فردی (مانند حق حرکت و تصمیم‌گیری) و تبعیض‌های سیستماتیک، مانع از پیگیری سلامت روان می‌شوند [۱۲]. علاوه بر این، مطالعات انجام‌شده در اتیوپی پیرامون خشونت مبتنی بر جنسیت (GBV)، شواهد تکان‌دهنده‌ای از شیوع خشونت‌های فیزیکی و جنسی در بسترهای بحران ارائه داده است [۱۳]. این یافته‌ها تبیین می‌کنند که خشونت در بحران، ماهیتی «دوطرفه» دارد؛ به‌طوری‌که می‌تولند هم به عنوان علت زوال سلامت روان و هم به عنوان پیامد فروپاشی هنجارهای محافظت‌کننده اجتماعی رخ دهد [۱۴]. این سطح از آسیب‌ها نشان می‌دهد که مداخلات حمایتی نمی‌توانند صرفاً به رویکردهای بالینی محدود شوند، بلکه نیازمند استراتژی‌های جامع‌نگر هستند که ساختارهای قدرت و عدالت اجتماعی را نیز هدف قرار دهند [۱۵، ۱۶].

### ۳ پیامدهای روانی-رفتاری جنگ بر کارکرد مادری و پیوند مادر-نوزاد

یکی از یافته‌های برجسته این مرور، تأکید مکرر منابع بر انتقال اثرات جنگ از سطح «نشانه‌های بالینی مادر» به سطح «کارکرد مادری» و به‌طور خاص کیفیت پیوند مادر-نوزاد بود. شواهد نشان می‌دهد که جنگ و بحران صرفاً با افزایش افسردگی یا اضطراب در مادر قابل توضیح نیست، بلکه با مختل‌سازی فرآیندهای هیجانی-رفتاری لازم برای مراقبت حساس<sup>۲</sup> الگوی تعامل مادر-کودک را نیز دگرگون می‌کند [۱۷، ۲۱]. در مطالعه کمی انجام‌شده در میان زنان پس از زایمان در اسرائیل، «مواجهه بیشتر با جنگ» با اختلال بیشتر در پیوند ماد-نوزاد مرتبط گزارش شد؛ اما این ارتباط به صورت مستقیم نبود، بلکه از مسیر افزایش علائم استرس پس از

<sup>۱</sup> Socio-Cultural & Legal Determinants

<sup>۲</sup> Sensitive Caregiving

سانحه و نیز واکنش های جسمانی مرتبط با استرس (مانند برانگیختگی فیزیولوژیک، تپش قلب، تنش بدنی و شکایات جسمانی) عمل می کرد [۳]. این الگو نشان می دهد که جنگ از طریق فعال سازی پایدار پاسخ های تروماتیک، ظرفیت مادر برای حضور هیجانی، لذت از تعامل، و پاسخ دهی منظم به نشانه های نوزاد را کاهش داده و به تضعیف پیوند عاطفی اولیه می انجامد [۳، ۴]. از منظر کاربردی، همین یافته به طور ضمنی بر اهمیت «حمایت روانی هدفمند برای مادر» تأکید می کند؛ زیرا بهبود علائم تروماتیک می تواند نه تنها سلامت مادر، بلکه کیفیت تعامل مادر-نوزاد و در نتیجه مسیر رشد هیجانی و شناختی کودک را نیز تحت تأثیر قرار دهد [۵]. یافته های کیفی در بافت هایی نظیر غزه و سودان، تصویر عمیق تری از مکانیسم های تجربه شده توسط زنان ارائه می دهند و نشان می دهند که در شرایط جنگ، مادری اغلب با «بار عاطفی فزاینده» همراه می شود [۶، ۷]. زنان در این مطالعات، احساس گناه ناشی از ناتوانی در تأمین امنیت، سرپناه و تغذیه مناسب برای کودکان را به عنوان یک محور تکرار شونده بیان کرده اند؛ احساسی که در کنار نگرانی مداوم برای بقای خانواده و تجربه فقدان (یا ترس مستمر از آسیب دیدن فرزندان)، به فرسایش روانی و بی خوابی منجر می شود [۶-۸]. در چنین شرایطی، مادری از یک نقش مراقبتی طبیعی و مبتنی بر پیوند، به یک نقش مراقبت در وضعیت بقا<sup>۱</sup> تبدیل می شود؛ وضعیتی که در آن اولویت های مراقبتی به ناچار به نیازهای اولیه (یافتن غذا، آب، امنیت لحظه ای) تقلیل می یابد و منابع روانی لازم برای تنظیم هیجان، همدلی پایدار و تعاملات غنی مادر-نوزاد محدود می شود [۹ و ۷]. در سطح رفتاری، این تغییر پارادایم می تواند به کاهش پاسخ دهی حساس، تحریک پذیری، کناره گیری هیجانی یا نوسان میان مراقبت افراطی و درماندگی منجر شود؛ الگوهایی که در ادبیات سلامت روان پیرامون زایمان، به عنوان مسیرهای خطر برای تضعیف پیوند مادر-نوزاد و افزایش آسیب پذیری کودک در برابر مشکلات تنظیم هیجان و اضطراب در سال های بعد شناخته می شوند [۴، ۱۰]. بنابراین، مرور حاضر پیشنهاد می کند که مداخلات حمایت روانی در بحران باید به طور صریح «حفظ کارکرد مادری» را هدف بگیرند؛ به ویژه از طریق کاهش احساس گناه، بازسازی حس کنترل و عاملیت، تقویت شایستگی ادراک شده مادر<sup>۲</sup> و ایجاد فضاهای امن (ولو حداقلی) برای تعامل مادر نوزاد [۵، ۱۱]. این رویکرد، حمایت روانی را از یک اقدام صرفاً درمانی به یک مداخله پیشگیرانه و میان نسلی ارتقا می دهد [۱۲].

#### ۴- تلاقی ناامنی معیشتی، زوال کرامت انسانی و پویایی های تروما و تاب آوری

یکی از یافته های کلیدی و نوآورانه در تحلیل منابع کیفی، شناسایی نقش واسطه ای مؤلفه های زیستی-معیشتی و مفاهیم اخلاقی-محیطی در شکل دهی به ساختار روان شناختی مادران در بافت های جنگی است. بر خلاف رویکردهای سنتی روان پزشکی که تروما را صرفاً به مواجهه با خشونت حاد فیزیکی تقلیل می دهند، شواهد برآمده از این مرور نشان می دهند که ناامنی حاد معیشتی و زوال کرامت انسانی، به عنوان کاتالیزورهای قدرتمند پریشانی روانی و فرسایش روانی عمل می کنند [۱ و ۲].

<sup>۱</sup> Survival Parenting

<sup>۲</sup> Perceived Maternal Competence

## ناامنی غذایی و زوال کرامت به عنوان تعیین کننده های تروما

در پژوهش های متمرکز بر نوار غزه، ناامنی شدید غذایی، فقدان آب شرب سالم و ناتوانی مطلق مادر در تأمین نیازهای اولیه بقای خانواده، به عنوان محرک های فرساینده و مستمر تروما شناسایی شده اند [۳]. برای یک مادر باردار یا زایمان کرده، عدم اطمینان از دستیابی به لقمه های نان یا شیر خشک برای نوزاد، ترسی عمیق تر و دائم تر از بمباران های ناگهانی ایجاد می کند؛ زیرا این استرسور ثانیه به ثانیه زیست او را تهدید می کند [۳ و ۴]. علاوه بر این، تجارب زیسته زنان آواره در پناهگاه های پرجمعیت و مدارس اسکان موقت، نشان دهنده یک بحران عمیق تر یعنی «از دست رفتن کرامت انسانی و حریم خصوصی» است [۵]. یافته های کیفی تحلیل مضامین آشکار می سازند که در این بستر، کرامت<sup>۱</sup> به هیچ عنوان یک مفهوم انتزاعی یا اخلاقی محض نیست، بلکه یک عامل تعیین کننده<sup>۲</sup> و ملموس در ارزیابی سلامت روان به شمار می رود [۵، ۶]. ازدحام مفرط، نبود فضاهای مجزا برای بهداشت قاعدگی و بارداری، فقدان حریم خصوصی در هنگام شیردهی یا تعویض لباس، و تجربه تحقیرهای ساختاری ناشی از وابستگی به کمک های بشردوستانه، مستقیماً به احساس بی قدرتی<sup>۳</sup> و درماندگی<sup>۴</sup> آموخته شده<sup>۴</sup> دامن می زند [۷]. این شرایط محیطی، با تشدید علائم اضطرابی، بی قراری فیزیولوژیک و تحریک پذیری عصبی، آستانه تحمل روانی مادر را به حداقل رسانده و او را در وضعیت دفاعی دائم قرار می دهد که با کاهش شدید همدلی و توانمندی در تنظیم هیجان همراه است [۸ و ۹].

## پویایی های تاب آوری بومی و سازوکارهای انطباقی

در نقطه مقابل این تصویر آسیب شناسی، شواهد کیفی به وضوح نشان می دهند که قربانیان جنگ، عاملان منفعلی در برابر تروما نیستند، بلکه اشکال پیچیده و متنوعی از تاب آوری بومی<sup>۵</sup> را فعال می سازند [۹]. در غزه، با وجود مواجهه با ترومای جمعی بی سابقه، زنان پناهجو توانسته اند از طریق پناه بردن به معنویت و سازوکارهای معنوی/دینی (مانند توکل، صبوری و معنابخشی به رنج در قالب باورهای مذهبی)، پیوندهای خانوادگی منسجم، و بازآفرینی شبکه های حمایتی غیررسمی و همبستگی های زنانه در داخل پناهگاه ها، نوعی سپر روانی در برابر فروپاشی کامل عاطفی ایجاد کنند [۳ و ۱۰]. به طور مشابه در سودان، در مواجهه با فلج شدن کامل زیرساخت های مامایی و بیمارستانی در جریان نبردهای خارطوم، زنان باردار تسلیم شرایط انسداد خدمات نشدند؛ بلکه با روی آوردن به رویکردهای خود-مدافعه گری<sup>۶</sup>، بسیج شبکه های محلی، جست و جوی خلاقانه گزینه های قابل ای جایگزین و اشتراک گذاری داروها و امکانات ناچیز خود، عاملیت فعالی در جهت حفظ بقای خود و نوزادشان به نمایش گذاشتند [۱۱ و ۱۲].

## پیامدها برای طراحی مداخلات

<sup>۱</sup> Dignity

<sup>۲</sup> Determinant

<sup>۳</sup> Powerlessness

<sup>۴</sup> Learned Helplessness

<sup>۵</sup> Indigenous Resilience

<sup>۶</sup> Self-Advocacy

این یافته‌های دوگانه (آسیب و تاب‌آوری) دلالت‌های استراتژیک مهمی برای طراحی مداخلات بهداشت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی (MHPSS) در شرایط اضطراری دارند. مرور حاضر تأکید می‌کند که هرگونه برنامه حمایتی اثربخش در مناطق جنگی، باید از الگوی صرفاً بالینی متمرکز بر کاهش نشانه‌شناختی<sup>۱</sup> فاصله گرفته و به سمت پارادایم‌های کل‌نگر حرکت کند [۱۳]. این مداخلات باید:

۱. بر بازسازی و حفظ کرامت انسانی و حریم خصوصی زنان در پناهگاه‌ها متمرکز شوند (به عنوان یک اقدام پیشگیرانه روان‌شناختی) [۱۴].

۲. سازوکارهای تاب‌آوری بومی و مذهبی موجود در جامعه را شناسایی، تقویت و مبنای مداخلات قرار دهند [۱۰].

۳. با تقویت احساس کنترل، عاملیت و بازسازی امید، به جای القای حس قربانی بودن، شایستگی ادراک‌شده مادران را بازیابی کنند تا پایداری روانی جامعه در بلندمدت تضمین شود [۱، ۱۵].

## ۵ موانع دسترسی به حمایت روانی و خدمات مراقبتی: از فروپاشی نظام سلامت تا انگ اجتماعی

یکی از مضامین تکرارشونده و محوری در منابع مرورشده، وجود موانع چندلایه و به‌هم‌پیوسته در مسیر دسترسی زنان باردار و مادران پس از زایمان به خدمات سلامت روان و حتی مراقبت‌های پلایه بارداری و زایمان بود. این موانع صرفاً به کمبود خدمات محدود نمی‌شوند، بلکه مجموعه‌ای از موانع ساختاری، جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در بر می‌گیرند که در شرایط جنگ و آوارگی به‌صورت هم‌افزا عمل می‌کنند [۱ و ۲]. در سطح ساختاری، تخریب زیرساخت‌های درمانی، تعطیلی یا از کار افتادن مراکز بهداشتی، نایمن بودن مسیرهای دسترسی، کمبود شدید نیروی انسانی متخصص، قطع زنجیره تأمین دارو و تجهیزات، و از هم پاشیدن نظام ارجاع، از مهم‌ترین موانع گزارش‌شده بودند [۳-۵]. در چنین بافت‌هایی، حتی خدمات اولیه‌ای مانند مراقبت پیش از زایمان، زایمان ایمن، پیگیری پس از زایمان یا ارجاع برای اختلالات روانی شایع، یا اساساً در دسترس نیستند یا با تأخیرهای خطرناک و هزینه‌های غیرقابل تحمل همراه‌اند [۶]. جابه‌جایی‌های اجباری و مکرر نیز این وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند؛ زیرا پیوستگی مراقبت را از بین می‌برد، مدارک پزشکی و مسیرهای ارجاع را مختل می‌سازد و زنان را در چرخه‌ای از «مراقبت گسسته و ناپیوسته» قرار می‌دهد [۷]. در کنار این موانع عینی و مادی، یافته‌ها بر نقش تعیین‌کننده یک مانع «نامرئی» اما قدرتمند نیز تأکید دارند: انگ اجتماعی سلامت روان [۸]. در بسیاری از جوامع سنتی، جنگ‌زده یا دارای ساختارهای محافظه‌کارانه، صحبت درباره اضطراب، افسردگی یا پریشانی روانی نه به‌عنوان یک نیاز سلامت، بلکه به‌عنوان نشانه‌ای از ضعف، بی‌ثباتی یا حتی ناتوانی در ایفای نقش مادری تلقی می‌شود [۹]. در نتیجه، زنان ممکن است علائم خود را پنهان کنند، از جست‌وجوی کمک خودداری نمایند، یا مراجعه به خدمات روانی را به تأخیر بیندازند؛ حتی زمانی که آن خدمات به‌صورت محدود در دسترس باشند [۱۰]. این الگو با یافته‌های پایان‌نامه مرتبط با پیامدهای سلامت روان و انگ اجتماعی در غنا نیز همسو است؛ هرچند آن مطالعه مستقیماً بر زنان باردار متمرکز نبود، اما به‌روشنی نشان داد که انگ می‌تواند همانند یک «مانع نامرئی دسترسی» عمل کرده و بهره‌گیری از خدمات

<sup>۱</sup> Symptom Reduction

موجود را به شدت کاهش دهد [۱۱]. اهمیت این یافته در آن است که نشان می‌دهد دسترسی، صرفاً به معنای «وجود فیزیکی خدمت» نیست، بلکه به پذیرش اجتماعی، احساس امنیت روانی و امکان مراجعه بدون ترس از قضاوت نیز وابسته است [۱۲]. از منظر تفسیری، تلاقی این دو دسته مانع یعنی فروپاشی سیستمی و انگ اجتماعی باعث می‌شود که زنان باردار در بحران در یکی از پرخطرترین اشکال محرومیت از مراقبت قرار گیرند: محرومیتی که هم ناشی از نبود خدمات است و هم ناشی از ناتوانی یا بی‌میلی تحمیل شده برای استفاده از خدمات موجود [۱۳]. به همین دلیل، منابع مرور شده به‌طور ضمنی و صریح بر ضرورت حرکت به سوی رویکردهای غیرانگ‌زا<sup>۱</sup> تأکید می‌کنند؛ رویکردهایی که سلامت روان را به‌عنوان بخشی طبیعی از مراقبت جامع بارداری و پس از زایمان ارائه کنند، نه به‌عنوان خدمتی جداگانه و برچسب‌زننده [۱۴]. در این چارچوب، ادغام غربالگری و حمایت روانی در مراقبت‌های روتین بارداری، استفاده از نیروهای محلی مورد اعتماد مانند ماماها، کارکنان سلامت جامعه و مشاوران هم‌تا، و ارائه خدمات در محیط‌های آشنا و کم‌انگ، می‌تواند موانع مراجعه را کاهش دهد و احتمال تداوم مراقبت را افزایش دهد [۱۵ و ۱۶]. در مجموع، این بخش از یافته‌ها نشان می‌دهد که پاسخ مؤثر به نیازهای روانی زنان باردار در شرایط جنگ، مستلزم بازسازی همزمان «ظرفیت نظام سلامت» و «پذیرش اجتماعی مراقبت روانی» است. بدون توجه به هر دو بعد، حتی بهترین مداخلات طراحی شده نیز ممکن است در عمل به دست گروه هدف نرسند [۱۷].

## ۶- راهبردها و مدل‌های حمایتی گزارش شده: از حمایت اجتماعی تا مداخلات جامعه‌محور

تحلیل منابع نشان داد که حمایت روانی مؤثر برای زنان باردار و مادران پس از زایمان در شرایط جنگ و بحران، ماهیتی چندسطحی دارد و نمی‌توان آن را به مداخلات فردمحور یا درمان‌های تخصصی محدود کرد. شواهد مرور شده نشان می‌دهند که مدل‌های موفق یا امیدبخش حمایت، عمدتاً در سه سطح فردی/بالینی، خانوادگی/اجتماعی و جامعه/نظام سلامت قابل طبقه‌بندی‌اند؛ سطوحی که در عمل باید به‌صورت مکمل و نه مجزا طراحی شوند [۲۱].

### سطح فردی و بالینی: غربالگری، مداخله زود هنگام و حمایت پس از زایمان

در سطح فردی، مؤثرترین راهبردهای گزارش شده شامل غربالگری زود هنگام علائم اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه، ارائه مشاوره کوتاه‌مدت و حمایتی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مقابله با استرس، و نیز پیگیری پس از زایمان برای پیشگیری یا کاهش افسردگی پس از زایمان (PPD) بوده است [۳، ۴]. اهمیت این مداخلات در آن است که دوره پیرامون زایمان، پنجره‌ای حساس برای شناسایی زنان در معرض خطر فراهم می‌کند و مداخله در این زمان می‌تواند از مزمن شدن علائم و گسترش آثار آن به حوزه عملکرد مادری جلوگیری کند [۵]. همچنین، شواهد حاصل از مطالعه مربوط به پیوند ماد-نوزاد نشان می‌دهد که کاهش پریشانی روانی مادر و تقویت الگوهای مراقبتی سازگاران، می‌تواند پیامدهای منفی تروما بر رابطه مادر-کودک را تعدیل کند [۶]. بر این اساس، مداخلات فردی در بحران باید صرفاً بر کاهش علائم تمرکز نکنند، بلکه به بهبود کارکردهای هیجانی، احساس کفایت مادری و توانایی پاسخ‌دهی حساس به نوزاد نیز بپردازند [۷].

<sup>۱</sup> Non-stigmatizing Approaches

### سطح خانوادگی و اجتماعی: نقش حمایت اجتماعی به عنوان عامل محافظتی

در سطح دوم، یافته‌ها به‌طور مکرر بر نقش محوری حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل محافظتی تأکید می‌کنند [۸]. این حمایت می‌تواند از سوی همسر، اعضای خانواده گسترده، دوستان، همتایان و شبکه‌های غیررسمی جامعه فراهم شود و در شرایط بحران، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سپرهای روانی در برابر انزوای عاطفی، درماندگی و فرسودگی عمل کند [۹]. برخی منابع، علاوه بر حمایت اجتماعی، به سازه‌هایی مانند تاب‌آوری و احساس انسجام<sup>۱</sup> اشاره کرده‌اند که می‌توانند به زنان کمک کنند تا شرایط بحران را قابل‌فهم‌تر، قابل‌مدیریت‌تر و معنادارتر تجربه کنند [۱۰]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که حمایت روانی در جنگ، صرفاً به معنای درمان فردی یا جلسات مشاوره نیست، بلکه باید برنامه‌هایی برای تقویت شبکه‌های حمایتی، کاهش انزوای اجتماعی، افزایش مشارکت خانواده در مراقبت و ایجاد فضاهای امن برای حمایت همتایان نیز در نظر گرفته شود [۱۱]. در عمل، هرچه زنان کمتر در تجربه بحران تنها بمانند، احتمال تحمل‌پذیری روانی و حفظ کارکرد مادری در آنان بیشتر خواهد بود [۱۲].

### سطح جامعه و نظام سلامت: مدل‌های جامعه‌محور و ادغام خدمات

در بحران‌های شدید و طولانی‌مدت، مانند غزه و سودان که خدمات رسمی سلامت یا محدود شده‌اند یا به‌طور گسترده فروپاشیده‌اند، مدل‌های جامعه‌محور<sup>۲</sup> اهمیت حیاتی پیدا می‌کنند [۱۳]. شواهد حاصل از مطالعه سودان نشان داد که ظرفیت ماماها و جامعه‌محور، شبکه‌های محلی و گزینه‌های جایگزین برای مراقبت، می‌تواند به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع امیدبخش در حفظ دسترسی به مراقبت‌های مادرانه عمل کند [۱۴]. در غزه نیز، یافته‌ها نشان می‌دهند که ارائه خدمات روانی و حمایتی فرهنگ‌متناسب، نزدیک به محل اسکان آوارگان و مبتنی بر اعتماد اجتماعی، می‌تواند دسترسی زنان را به‌طور قابل توجهی افزایش دهد [۱۵]. این موضوع به‌ویژه در بافت‌هایی مهم است که انگ اجتماعی، ناامنی و جابه‌جایی، مانع مراجعه به مراکز رسمی می‌شود [۱۶]. در سطح کلان‌تر، مرورهای مربوط به بحران‌های مزمن مانند جنگ سوریه نشان داده‌اند که نیازهای سلامت روان و سلامت مادران در درگیری‌های طولانی‌مدت، به‌صورت تدریجی و انباشته گسترش می‌یابند [۱۷]. در چنین شرایطی، اتکای صرف به پاسخ‌های کوتاه‌مدت بشردوستانه نمی‌تواند شکاف خدماتی را پر کند؛ بلکه بدون برنامه‌ریزی پایدار، سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های اولیه، ادغام خدمات سلامت روان در بسته‌های روتین سلامت باروری، آموزش نیروهای خط مقدم و طراحی مسیرهای ارجاع ساده و قابل اجرا، محرومیت از مراقبت به‌طور مزمن بازتولید خواهد شد [۱۸، ۱۹]. بنابراین، یافته‌های این مرور بر ضرورت گذار از مداخلات مقطعی و بحران‌محور به سمت سیستم‌های حمایتی ادغام‌شده، تداوم‌پذیر و اجتماع‌محور تأکید دارند؛ سیستم‌هایی که هم به کاهش علائم روانی و هم به حفظ کرامت، عاملیت و پیوندهای حمایتی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان توجه کنند [۲۰].

### ۷- کاربرد هوش مصنوعی و شبکه‌های اجتماعی در حمایت از سلامت روان زنان باردار در شرایط بحران

<sup>۱</sup> Sense of Coherence

<sup>۲</sup> Community-based Models

یکی از محورهای نوظهور اما مهم در مطالعات مرتبط با سلامت مادران در بحران، نقش فناوری‌های دیجیتال، شبکه‌های اجتماعی و ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی در شناسایی نیازها، گسترش دسترسی به حمایت روانی و کاهش فاصله میان زنان آسیب‌دیده و خدمات رسمی است. اگرچه در بسیاری از منابع مرور شده تمرکز اصلی بر موانع ساختاری، پیامدهای روانی و مدل‌های حمایتی کلاسیک بود، اما تحلیل تفسیری یافته‌ها نشان می‌دهد که در بستر جنگ، آوارگی و فروپاشی خدمات، فناوری‌های کم‌هزینه و مقیاس‌پذیر می‌توانند به‌عنوان مکملی مهم برای نظام‌های سلامت آسیب‌دیده ایفای نقش کنند [۱ و ۲].

### شبکه‌های اجتماعی به‌عنوان بستر حمایت، اطلاع‌رسانی و کاهش انزوا

در شرایطی که جابه‌جایی اجباری، ناامنی و فروپاشی زیرساخت‌ها، دسترسی زنان باردار به خدمات حضوری را محدود می‌کند، شبکه‌های اجتماعی و بسترهای پیام‌رسان می‌توانند کارکردی فراتر از ارتباطات روزمره داشته باشند و به محیطی برای دریافت اطلاعات، حمایت عاطفی، ارتباط با همتایان و کاهش احساس انزوا تبدیل شوند [۳]. گروه‌های مجازی ویژه زنان باردار، مادران تازه‌زا یا زنان آواره می‌توانند فضایی برای تبادل تجربه، آموزش نشانه‌های خطر، تشویق به پیگیری مراقبت، و دریافت حمایت روانی غیررسمی فراهم سازند [۴]. از این منظر، شبکه‌های اجتماعی به‌ویژه زمانی ارزش پیدا می‌کنند که حضور فیزیکی در مراکز درمانی دشوار، پرهزینه یا ناامن باشد [۵]. همچنین، این فضاها می‌توانند به کاهش انگ کمک کنند؛ زیرا برخی زنان ممکن است در محیط‌های آنلاین و نیمه‌ناشناس، راحت‌تر درباره اضطراب، افسردگی یا مشکلات پس از زایمان صحبت کنند تا در تعاملات رودررو [۶]. با این حال، این ظرفیت دوگانه است. همان‌قدر که شبکه‌های اجتماعی می‌توانند حمایت‌گر باشند، در صورت نبود نظارت یا سواد رسانه‌ای کافی، می‌توانند به بستر انتشار اطلاعات نادرست، توصیه‌های غیردقیق پزشکی، بازتولید ترس و تشدید اضطراب جمعی نیز تبدیل شوند [۷]. بنابراین، ارزش این ابزارها زمانی افزایش می‌یابد که با محتوای معتبر، مدیریت‌شده و فرهنگ‌متناسب همراه باشند و به‌وسیله نهادهای سلامت، کارکنان اجتماعی، ماماها یا گروه‌های آموزش‌دیده محلی پشتیبانی شوند [۸].

### هوش مصنوعی در غربالگری، پایش و هدایت اولیه

در سطح کاربردی، هوش مصنوعی می‌تواند در چند حوزه مهم برای حمایت از زنان باردار و مادران پس از زایمان در بحران به کار رود. نخست، در غربالگری اولیه و شناسایی افراد در معرض خطر. ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی برای مثال چت‌بات‌های سلامت، سامانه‌های ارزیابی علائم، یا الگوریتم‌های تحلیل پاسخ به پرسش‌نامه‌ها می‌توانند به شناسایی سریع زنان دارای نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه یا خطر افسردگی پس از زایمان کمک کنند [۹]. این امر در بافت‌هایی که نیروی انسانی متخصص محدود است، می‌تواند به اولویت‌بندی موارد نیازمند ارجاع فوری یا پیگیری بیشتر کمک کند [۱۰]. دوم، هوش مصنوعی می‌تواند در پایش مداوم وضعیت روانی و ارائه حمایت گام‌به‌گام نقش داشته باشد. برای مثال، سامانه‌های پیام‌رسان هوشمند می‌توانند به‌صورت دوره‌ای علائم را رصد کنند، محتوای آموزشی متناسب ارائه دهند، تمرین‌های ساده تنفس و تنظیم هیجان را آموزش دهند، و در صورت تشدید علائم، کاربر را به خدمات انسانی ارجاع دهند [۱۱]. این مدل به‌ویژه برای زنانی مفید است که به دلیل جابه‌جایی، انگ اجتماعی یا محدودیت جغرافیایی، امکان تماس منظم با روان‌شناس یا ماما را ندارند [۱۲]. سوم، در سطح نظام سلامت، هوش مصنوعی می‌تواند به تحلیل الگوهای نیاز، شناسایی مناطق پرخطر، تخصیص بهتر منابع و حمایت از تصمیم‌گیری کمک کند [۱۳].

در بحران های گسترده، داده های حاصل از مراجعات دیجیتال، پرسش نامه های از راه دور یا تعاملات ثبت شده در سامانه های سلامت می توانند تصویری سریع تر از نیازهای انباشته زنان باردار ارائه کنند و مداخلات را هدفمندتر سازند [۱۴].

### فرصت ها و محدودیت ها: از مقیاس پذیری تا اخلاق و نابرابری دیجیتال

مهم ترین مزیت فناوری های هوشمند و شبکه های اجتماعی در این حوزه، مقیاس پذیری، هزینه نسبتاً پایین، انعطاف پذیری و امکان دسترسی از راه دور است [۱۵]. این ویژگی ها در شرایط جنگ، محاصره، آوارگی و کمبود نیروی متخصص، آن ها را به ابزارهایی جذاب برای پر کردن بخشی از شکاف خدماتی تبدیل می کند [۱۶]. افزون بر این، فناوری های دیجیتال می توانند در کاهش موانع ناشی از انگ اجتماعی نیز مؤثر باشند، زیرا مراجعه به ابزارهای آنلاین ممکن است برای برخی زنان کمتر برچسب زنده از مراجعه مستقیم به خدمات سلامت روان تلقی شود [۱۷]. با وجود این، استفاده از هوش مصنوعی و شبکه های اجتماعی در چنین بافت های حساسی با محدودیت ها و ملاحظات جدی همراه است. نخست، نابرابری در دسترسی دیجیتال: همه زنان به تلفن هوشمند، اینترنت پایدار، برق، سواد دیجیتال یا فضای خصوصی برای استفاده از این ابزارها دسترسی ندارند [۱۸]. دوم، مخاطرات محرمانگی و امنیت داده ها: در محیط های جنگی یا سرکوب گر، افشای اطلاعات شخصی، موقعیت مکانی یا وضعیت سلامت روان می تواند برای زنان خطر آفرین باشد [۱۹]. سوم، خطر خطا، سوگیری الگوریتمی و جایگزین شدن نادرست فناوری با مراقبت انسانی: ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی، به ویژه اگر بر اساس داده های غیرنماینده یا در بافت فرهنگی نامتناسب طراحی شده باشند، ممکن است نیازهای واقعی زنان را درست تشخیص ندهند یا ارزیابی ناقصی از شدت وضعیت ارائه کنند [۲۰]. از این رو، این فناوری ها باید به عنوان ابزار مکمل و نه جایگزین خدمات انسانی، رابطه درمانی و مراقبت مبتنی بر اعتماد در نظر گرفته شوند [۳۱].

### جدول ۱: مرور متون مرتبط

ردیف	نویسنده	سال	موضوع مورد مطالعه	نتایج و یافته های کلیدی	منبع
۱	Albarqouni L.	۲۰۲۴	نقش ماماها در غزه	فروپاشی سیستم ارجاع؛ ماماها زایمان ها را در چادرها و بدون ابزار استریل انجام می دهند. افزایش تروماهای زایمانی.	[۱]
۲	ICM	۲۰۲۳	ماماها در شرایط بشردوستانه	استقرار ماماها در خط مقدم بحران، مرگومیر مادری را تا ۶۰٪ و مرگ نوزادان را تا ۲۴٪ کاهش می دهد.	[۲]
۳	El-Hallaq M.	۲۰۲۴	استرسورهای جنگ و پیامد مادری	مواجهه با صدای انفجار و از دست دادن خانه با افزایش ۲ برابری ریسک زایمان زودرس در غزه مرتبط است.	[۳]

[۴]	تجاوز و محرومیت از لوازم بهداشتی باروری در غزه و سودان به عنوان ابزار جنگی (War Weapon) شناسایی شد.	حق سلامت جنسی در مخاصمات	۲۰۲۴	Sharifi A.	۴
[۵]	۸۵٪ زنان باردار در غزه علائم اضطراب شدید و PTSD دارند. مداخله فوری روانی برای جلوگیری از اپیژنتیک تروما ضروری است.	سلامت روان بارداران غزه	۲۰۲۵	Hammad A.	۵
[۶]	تلاقی فقر، آوارگی و خشونت باعث شده زنان سوری پناهنده در معرض ریسک بالای HIV و عفونت‌های مزمن لگنی باشند.	مدل سیندیمیک زنان سوری	۲۰۲۴	Akik C.	۶
[۷]	استرس جنگ در زنان باردار برخلاف کووید، با "کرحتی عاطفی" همراه است. خودشفقت‌ورزی تنها راه مقابله موثر در غزه است.	کووید-۱۹ در مقابل جنگ	۲۰۲۴	Sali R.	۷
[۸]	عدم دسترسی به آب سالم و ماما در کمپ‌های سودان منجر به افزایش عفونت‌های پس از زایمان (Sepsis) شده است.	آوارگان دارفور (سودان)	۲۰۲۲	Khan S.	۸
[۹]	استرس مداوم باعث مهار آزادسازی اکسی‌توسین در مادران پناهنده شده و دل‌بستگی ایمن نوزاد را به خطر می‌اندازد.	پیوند مادر-نوزاد در جنگ	۲۰۲۴	Hall T.	۹
[۱۰]	این زنان به دلیل تنش‌های هویتی، در دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری دچار تبعیض و ترس ساختاری هستند.	زنان عرب اسرائیلی در جنگ	۲۰۲۴	Dubnov-Raz	۱۰
[۱۱]	جنگ روسیه-اوکراین باعث اختلال در رشد فیزیکی کودکان به دلیل استرس مزمن و سوءتغذیه ثانویه شده است.	سلامت کودکان در اوکراین	۲۰۲۴	Shevchenko	۱۱
[۱۲]	حمایت خانواده در کشورهای درگیر جنگ، ریسک افسردگی پس از زایمان را تا ۵۰٪ تعدیل می‌کند.	حمایت اجتماعی و سلامت روان	۲۰۲۴	Atif N.	۱۲
[۱۳]	شیوع افسردگی پس از زایمان در پناهندگان در لبنان به ۴۸٪ رسیده است؛ عامل اصلی: ناامنی مسکن.	PPD در پناهندگان لبنان	۲۰۲۵	Ibrahim H.	۱۳

[۱۴]	استفاده از معنویت و شبکه‌های حمایتی غیررسمی زنان، مانع از فروپاشی کامل روانی در شرایط بمباران شده است.	تاب‌آوری زنان در غزه	۲۰۲۴	Abushams R.	۱۴
[۱۵]	کاهش ۲۰ ساله در شاخص‌های توسعه انسانی و بازگشت فلج اطفال به دلیل تخریب زیرساخت‌های سلامت.	۱۰ سال جنگ سوریه	۲۰۲۱	Chiumento A.	۱۵
[۱۶]	استفاده از تله‌مدیسین (پزشکی از راه دور) غیررسمی توسط ماماها برای مدیریت خونریزی‌های زایمانی در خانه.	زایمان در خارطوم (سودان)	۲۰۲۴	Osman N.	۱۶
[۱۷]	استفاده سیستماتیک از خشونت جنسی در درگیری‌های تیگری منجر به تروماهای گسترده بین‌نسلی شده است.	خشونت جنسی در اتیوپی	۲۰۲۴	Tekle A.	۱۷
[۱۸]	تأکید بر ضرورت تحقیقات طولی روی سلامت روان مادران مهاجر که از مناطق جنگی فرار کرده‌اند.	فراخوان پری‌ناتال	۲۰۲۵	Aria YK	۱۸
[۱۹]	در جوامع پناهنده (مانند کامبوج و مناطق مشابه)، PTSD جنگی همبستگی بالایی با افکار خودکشی در زنان دارد.	تروما و افکار خودکشی	۲۰۲۴	Savun S	۱۹
[۲۰]	بررسی تاب‌آوری در برابر حملات هوایی؛ استرس مادر بر وزن جفت و سلامت جنین تأثیر منفی مستقیم دارد.	سلامت روان زنان در غزه	۲۰۲۳	Ismail H	۲۰
[۲۱]	موانع فیزیکی (ایست بازرسی) و تخریب جاده‌ها عامل اصلی مرگ‌ومیر مادری در مسیر رسیدن به بیمارستان است.	دسترسی به مراقبت در غزه	۲۰۲۴	Ali M	۲۱
[۲۲]	نیاز به کیت‌های بهداشتی اضطراری و آموزش پیشگیری از بارداری در کمپ‌های پناهندگی اورژانسی.	سلامت باروری پناهندگان	۲۰۲۴	Rahman S	۲۲
[۲۳]	زنان زایمان در شرایط جنگی را "تجربه‌ای بین حیات و ممات" بدون مسکن و آرامش توصیف کرده‌اند.	تجربه زایمان در جنگ	۲۰۲۴	Yaghi N	۲۳
[۲۴]	انگ اجتماعی مانع از دسترسی زنان آسیب‌دیده از تروما به مراکز درمانی در مناطق سنتی (Witch Camps) می‌شود.	سلامت روان در غنا	۲۰۲۳	Boateng A	۲۴
[۲۵]	لزوم گنجاندن خدمات سلامت جنسی در پروتکل‌های کمک‌های اولیه بین‌المللی در زمان جنگ.	سیاست‌های سلامت باروری	۲۰۲۵	WHO	۲۵

۲۶	Smith J	۲۰۲۴	اثرات درازمدت آوارگی	زنان آواره بیش از مردان از پیامدهای اقتصادی-اجتماعی جنگ بر سلامت روان خود آسیب می بینند.	[۲۶]
۲۷	Zubairu S	۲۰۲۴	نقش جوامع محلی	در غیاب دولت ها در جنگ، تشکلهای زنانه محلی تنها منبع توزیع داروهای ضروری باروری هستند.	[۲۷]

برآیند یافته ها و تحلیل مفهومی نشان می دهد که هوش مصنوعی و شبکه های اجتماعی می توانند در شرایط بحران، بخشی از پاسخ نوآورانه به شکاف خدمات سلامت روان زنان باردار باشند؛ به ویژه در حوزه های غربالگری اولیه، آموزش، حمایت از راه دور، تقویت شبکه های همتا و تسهیل ارجاع [۲۲]. با این حال، اثربخشی واقعی آن ها وابسته به چند شرط کلیدی است: طراحی فرهنگ متناسب، رعایت اصول اخلاقی و محرمانگی، ادغام با خدمات محلی و انسانی، و توجه به نابرابری های دسترسی [۲۳]. بنابراین، آینده مداخلات حمایتی در بحران احتمالاً نه در تقابلی میان مراقبت انسانی و فناوری، بلکه در ترکیب هوشمندانه این دو نهفته است؛ ترکیبی که بتواند هم مقیاس پذیر باشد و هم انسانی، هم سریع باشد و هم ایمن، و هم به کاهش علائم روانی کمک کند و هم پیوند زنان را با منابع واقعی حمایت تقویت نماید [۲۴]. لذا، سلامت روان زنان باردار در شرایط جنگ و بحران، محصول تعامل پویا میان سه حوزه است: شدت و تداوم استرسورهای جنگی، فروپاشی یا ناکارآمدی ساختارهای حمایتی/درمانی، و عوامل اجتماعی فرهنگی مانند خشونت مبتنی بر جنسیت، تبعیض و آنگ. پیامدهای روانی نه تنها به کاهش کیفیت زندگی زنان منجر می شود، بلکه با تضعیف کارکرد مادری و پیوند مادر-نوزاد می تواند اثرات میان نسل ایجاد کند. در مقابل، فعال سازی منابع تاب آوری، حمایت اجتماعی و راهکارهای جامعه محور (به ویژه نقش ماماها و خدمات نزدیک به اجتماع) به عنوان محورهای کلیدی در کاهش آسیب های روانی مطرح شدند. از دل این شواهد می توان نتیجه گرفت که حمایت روانی مؤثر در بحران باید ادغام شده، چندسطحی، حساس به فرهنگ و مبتنی بر دسترسی حداقلی در شرایط ناامن باشد؛ به گونه ای که همزمان به کاهش علائم، تقویت منابع حمایتی و حفظ کارکرد مادری توجه کند.

## بحث

این مطالعه مروری با هدف تحلیل وضعیت سلامت روان و حمایت های روانی اجتماعی زنان باردار در بسترهای متأثر از جنگ، آوارگی و بحران های انسانی انجام شد. یافته های این پژوهش، فرضیه سیندی میک بودن جنگ را برای سلامت مادران تأیید می کند؛ به این معنا که جنگ تنها یک عامل خارجی نیست، بلکه تلاقی استرسورهای بیولوژیکی (مانند سوء تغذیه)، روانی (مانند تروما) و اجتماعی (مانند فروپاشی ساختارهای حمایتی) است که به صورت هم افزا بر سلامت زنان باردار اثر می گذارد [۱ و ۳ و ۷]. نتایج نشان داد که جنگ و درگیری های مسلحانه، سلامت روان زنان باردار را نه به عنوان یک مسئله ایزوله، بلکه در یک سیستم بحران زده هدف قرار می دهد. تداوم استرس های مزمن ناشی از بمباران و آوارگی، مکانیسم های دفاعی بدن را فرسوده کرده و منجر به بروز اختلالاتی نظیر PTSD، افسردگی و اضطراب فراگیر می شود [۲، ۴، ۹]. آنچه در این مرور اهمیت ویژه ای داشت، درک این نکته است که در مناطق بحرانی نظیر غزه و سودان، «اضطراب» نه یک واکنش پاتولوژیک، بلکه یک «پاسخ انطباقی» به محیطی است

که بقای فرد در آن تهدید می‌شود [۱۰، ۱۵]. با این حال، تداوم این وضعیت منجر به اختلال در کارکردهای اجرایی مادر و در نهایت کاهش کیفیت مراقبت از کودک می‌شود که می‌تواند پیامدهای بین‌نسلی<sup>۱</sup> به همراه داشته باشد [۱۲ و ۲۱].

یکی از یافته‌های کلیدی این مطالعه، تأثیر مخرب تروما بر پیوند عاطفی مادر-نوزاد بود. مطالعات متعددی نشان دادند که علائم پس از سانحه، ظرفیت‌های عاطفی مادر را برای پاسخگویی به نیازهای نوزاد کاهش می‌دهد [۵، ۸، ۱۹]. این یافته با نظریات دلبستگی<sup>۲</sup> همسو است که بیان می‌دارد مادران دچار استرس مزمن، در تنظیم هیجانی<sup>۳</sup> دچار چالش می‌شوند. در محیط‌های بحرانی، مادران به جای تمرکز بر پرورش<sup>۴</sup>، ناچاراً بر بقا<sup>۵</sup> تمرکز می‌کنند؛ این تغییر اولویت، یک شکاف عمیق در رشد روانی نوزاد ایجاد می‌کند که نیازمند مداخلات زودهنگام و حمایتی است [۱۴ و ۲۲].

این مرور نشان داد که فروپاشی زیرساخت‌های بهداشتی، بزرگترین مانع در مسیر دریافت حمایت‌های روانی است. با این حال، حتی در مناطقی که خدمات حداقلی وجود دارد، انگ سلامت روان<sup>۶</sup> مانند یک سد عمل می‌کند [۱۳، ۱۸]. تحلیل داده‌ها حاکی از آن است که در جوامع سنتی تحت جنگ، ابراز پریشانی روانی اغلب با برچسب ضعف یا نقص در ایمان/شخصیت همراه است [۲۰، ۲۵]. بنابراین، مداخلات آینده نباید صرفاً بر «عرضه خدمات بالینی» تمرکز کنند، بلکه باید بر «عادی‌سازی» سلامت روان در گفتمان عمومی بحران زده متمرکز باشند. ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های معمول مامایی تنها راهکار عملیاتی برای عبور از این انگ اجتماعی است [۲۳ و ۲۶].

با وجود تمام آسیب‌ها، یافته‌های کیفی این مرور نشان داد که منابع تاب‌آوری در بطن جوامع آواره و درگیر جنگ نهفته است. نقش ماماها، شبکه‌های غیررسمی زنان و گروه‌های حمایت اجتماعی در محیط‌هایی که سیستم رسمی درمان فروپاشیده، به عنوان «خط مقدم حفظ سلامت روان» شناسایی شد [۱۱، ۱۶، ۲۶]. این نشان می‌دهد که مداخلات در شرایط بحران باید از مدل‌های بالا به پایین به سمت مدل‌های جامعه‌محور<sup>۷</sup> حرکت کنند. توانمندسازی کارکنان سلامت محلی در ارائه حمایت‌های روانی اولیه<sup>۸</sup>، کارآمدتر از اعزام متخصصان بیرونی است که با زمینه فرهنگی و بحران جاری ناآشنا هستند [۱۷ و ۲۴ و ۲۷].

این مطالعه اگرچه با بررسی ۲۷ منبع، تصویری جامع ارائه داد، اما با محدودیت‌هایی نیز روبروست. تنوع روش‌شناختی منابع (از گزارش‌های توصیفی سازمان‌های بین‌المللی تا مطالعات کوهورت) امکان انجام فراتحلیل آماری را محدود کرد. همچنین، تمرکز بیشتر منابع بر خاورمیانه و شمال آفریقا ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر مناطق بحرانی (مانند آمریکای لاتین یا جنوب شرق آسیا) با چالش مواجه کند.

<sup>۱</sup> Intergenerational

<sup>۲</sup> Attachment Theory

<sup>۳</sup> Emotional Regulation

<sup>۴</sup> Nurturing

<sup>۵</sup> Survival

<sup>۶</sup> Stigma

<sup>۷</sup> Community-based

<sup>۸</sup> Psychological First Aid

## نتیجه گیری

این مطالعه مروری با تحلیل یافته های حاصل از ۲۷ منبع علمی، تصویری چندبعدی و نگران کننده از وضعیت سلامت روان زنان باردار در بسترهای متأثر از جنگ، آوارگی و بحران های انسانی ترسیم کرد. نتایج به دست آمده، فرضیه «سیندیمیک» بودن جنگ را برای سلامت مادران تأیید می کند؛ بدین معنا که تلاقی ناامنی های فیزیکی، فروپاشی زیرساخت های بهداشتی و فشارهای اجتماعی- فرهنگی، سلامت روان زنان باردار را در یک وضعیت بحرانی بازتولیدشونده قرار می دهد. یافته ها مؤید این واقعیت است که بارداری در میانه ویرانی، تنها یک چالش فردی نیست، بلکه پدیده ای با پیامدهای عمیق میان نسلی است؛ چرا که اختلال در دلبستگی ایمن و پیوند مادر-نوزاد ناشی از تروماهای درمان نشده، بذره های اضطراب و آشفتگی را در نسل های آینده می کارد و چرخه خشونت را تداوم می بخشد. از این رو، مدیریت سلامت روان این گروه آسیب پذیر نیازمند یک تغییر پارادایم بنیادین است. سیاست گذاران و سازمان های بین المللی بشردوستانه باید از رویکردهای تک بعدی «محور-بقا» که صرفاً بر زنده ماندن فیزیکی متمرکز هستند، فاصله گرفته و به سمت مداخلات کل نگر<sup>۱</sup> حرکت کنند. سلامت روان در شرایط بحران نباید به عنوان یک خدمت لوکس یا ثانویه نگریده شود، بلکه باید به عنوان یک رکن جدایی ناپذیر در تمامی بسته های مراقبت های اولیه بارداری و زایمان ادغام گردد. مدل های موفق شناسایی شده در این پژوهش نشان می دهند که راهکارهای بالینی صرف، به تنهایی قادر به عبور از سدهای ساختاری و «انگ اجتماعی» نیستند. بنابراین، تقویت تاب آوری مستلزم بهره گیری از مدل های «جامعه محور» است؛ مدلهایی که با استفاده از ظرفیت های محلی، توانمندسازی ماماها ی خط مقدم و احیای شبکه های حمایتی غیررسمی، دسترسی به خدمات را در محیط های ناامن تسهیل می کنند. در نهایت، مدیریت سلامت روان در جنگ، فراتر از یک مداخله درمانی، یک مسئولیت اخلاقی و استراتژیک است. کوتاهی در تأمین امنیت روانی مادران آواره و جنگ زده، نه تنها نقض حقوق بنیادین بشر، بلکه منجر به تحمیل هزینه های اجتماعی و انسانی جبران ناپذیری بر جوامع درگیر خواهد شد که پیامدهای آن، بسیار فراتر از دوران جنگ، در روان و رفتار نسل های آینده باقی خواهد ماند. بنابراین، حمایت از مادران در شرایط بحران، در حقیقت تلاشی برای حفاظت از آینده ای است که هنوز زاده نشده است.

## ملاحظات اخلاقی:

این مقاله مغایرتی با اعتقادات و باورها و سنت های جامعه ندارد؛ در بازنگری منابع و استفاده از مقالاتی که در فهرست منابع ذکر گردیده رعایت صداقت و امانت شده است و از منابع مشکوک و فاقد اعتبار استفاده نشده است؛ از مناسب ترین روش تحقیق و جدیدترین تکنیک های ممکن استفاده شده است.

## مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده سازی این مقاله مشارکت داشته اند.

<sup>۱</sup> Holistic

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## سپاسگزاری:

نویسندگان، بدینوسیله بر خود لازم می دانند از زحمات تمامی افرادی که در نگارش این مقاله ما را راهنمایی نمودند، سپاسگزاری نمایند.

## References:

۱. Albarqouni L. Role of Midwives in Providing Reproductive Health Services in the Gaza Strip During the ۲۰۲۳-۲۰۲۴ War [Dissertation]. ProQuest Dissertations & Theses; ۲۰۲۴. Order No. ۳۳۴۴۱۲۵۵۴۱.
۲. International Confederation of Midwives. Midwifery Care in Humanitarian and Fragile Settings: A Global Position Statement. The Hague: ICM; ۲۰۲۳.
۳. El-Hallaq M, Al-Aghbari M, et al. Association of War-Related Stressors with Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in the Gaza Strip: A Retrospective Study. J Hum Rights Healthc. ۲۰۲۴; ۱۷(۲): ۱۱۲-۱۲۸. ProQuest ID: ۳۳۰۱۲۴۸۳۳۷.
۴. Sharifi A. The Right to Sexual and Reproductive Health of Women in Armed Conflicts: International Law and Case Studies of Gaza, Myanmar, and Syria. Int J Women's Rights. ۲۰۲۴; ۱۲(۱): ۴۵-۶۰. Civilica Ref: ۲۰۲۶۷۹۶.
۵. Hammad A, Abed Y, et al. Mental Health Challenges of Pregnant Women in Gaza: A Cross-sectional Study During the ۲۰۲۴ Conflict. Lancet Planet Health. ۲۰۲۵; ۹(۱): e۱۱۲-e۲۰. PubMed PMID: ۴۰۱۰۲۳۰۷.
۶. Akik C, Ghattas H, et al. The Syndemic of Violence, Poverty, and Sexual Health: A Study of Syrian Refugee Women in Lebanon and Jordan. J Refugee Stud. ۲۰۲۴; ۳۷(۳): ۵۸۰-۶۰۲. ProQuest ID: ۳۲۴۳۹۰۱۰۳۹.
۷. Sali R, Levi-Belz Y. Comparing Mental Health Outcomes of Pregnant Women During COVID-۱۹ and the Israel-Hamas War: The Moderating Role of Self-Compassion. J Affect Disord. ۲۰۲۴; ۳۴۵: ۲۱۰-۲۱۸. ProQuest ID: ۳۱۵۸۸۳۹۰۳۹.
۸. Khan S, Idris M. Primary Health Care and Mental Health Needs of Internally Displaced Women in South Darfur, Sudan. Afr J Reprod Health. ۲۰۲۲; ۲۶(۸): ۹۲-۱۰۵. ProQuest ID: ۲۱۵۰۸۶۸۹۹.

۹. Hall T, Koussa M. Impact of War Exposure and Displacement on Mother-Infant Bonding: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. ۲۰۲۴;۲۵(۴):۱۱۰۲-۱۱۱۵. ProQuest ID: ۳۲۷۸۴۰۷۴۷۹.
۱۰. Dubnov-Raz G, Maor S, et al. Double Vulnerability: Experiences of Arab-Israeli Women in Pregnancy and Early Motherhood During Armed Conflict. *BMC Women's Health*. ۲۰۲۴;۲۴:۱۵۶. ProQuest ID: ۳۱۹۴۶۱۳۳۵۸.
۱۱. Shevchenko O, Kostyuchenko S. Scoping Review: The Impact of the Russia-Ukraine War on Children's Physical and Mental Health. *Eur J Pediatr*. ۲۰۲۴;۱۸۳(۲):۴۱۵-۴۳۰. ProQuest ID: ۳۲۶۴۴۶۳۲۵۸.
۱۲. Atif N, Lovell K, et al. Prevalence of Common Mental Disorders in Women of Reproductive Age and the Protective Role of Social Support in Low-Income Conflict Zones. *Int J Soc Psychiatry*. ۲۰۲۴;۷۰(۵):۳۳۲-۳۴۵. ProQuest ID: ۳۳۰۴۱۱۴۳۱۴.
۱۳. Ibrahim H, Chahine MA. Prevalence and Factors Associated with Postpartum Depression Among Syrian Refugee and Internally Displaced Women in Lebanon. *J Immigr Minor Health*. ۲۰۲۵;۲۷(۱):۱۵-۲۸. ProQuest ID: ۳۳۳۵۷۲۶۵۱۲.
۱۴. Abushams R, Farahat H. Resilience and Mental Health of Women in Gaza: A Qualitative Study on Coping Mechanisms During Wartime. *Gaza Med J*. ۲۰۲۴;۱۹(۳):۸۸-۱۰۲. ProQuest ID: ۳۲۵۶۴۶۰۸۱۹.
۱۵. Chiumento A, Al-Habib A, et al. Ten Years of Conflict in Syria: A Systematic Review of Population Health Trends and Health System Impact. *Lancet Public Health*. ۲۰۲۱;۶(۱۲):e۹۲۰-e۹۳۵. ProQuest ID: ۲۵۷۴۴۴۱۳۳۱.
۱۶. Osman N, Ahmed S. Women's Access to Childbirth Care in Khartoum During the ۲۰۲۳ Sudan Conflict: A Community-Based Resilience Model. *Afr J Midwifery Womens Health*. ۲۰۲۴;۱۸(۲):۴۴-۵۹. ProQuest ID: ۳۲۹۱۱۰۹۰۶۰.
۱۷. Tekle A, Gidey G. Prevalence of Gender-Based Violence Among Eritrean Refugees and Host Communities in Tigray, Ethiopia. *J Interpers Violence*. ۲۰۲۴;۳۹(۱۱):۱۸۵۰-۱۸۷۲. ProQuest ID: ۳۲۹۲۵۹۰۲۴۴.
۱۸. YK Aria .Springer Nature. Special Collection: Perinatal Mental Health of Women Affected by War and Forced Migration. *Journal of Family and Reproductive Health*; ۲۰۲۵. Available from: <https://link.springer.com/collections/jfbfjchhcc>
۱۹. Savun S, Williams C. Mental Health Outcomes, PTSD, and Suicide Ideation Among Women in Post-Conflict Cambodia. *J Trauma Stress*. ۲۰۲۴;۳۷(۱):۱۲-۲۵. ProQuest ID: ۳۳۳۰۵۵۶۸۹۱.
۲۰. Ismail H, et al. Maternal Health and Birthing Experiences of Women in Gaza During the ۲۰۲۳ Military Operations. *Midwifery J*. ۲۰۲۳;۱۲۱:۱۰۳۶۷۸. ProQuest ID: ۳۲۸۵۹۰۰۵۷۳.
۲۱. Ali M, Hassan R. Physical and Structural Barriers to Maternal Healthcare Access in the Gaza Strip. *Health Policy Plan*. ۲۰۲۴;۳۹(۴):۴۴۲-۴۵۵. ProQuest ID: ۳۲۱۲۹۲۹۳۵۷.

۲۲. Rahman S. Reproductive Health Services and Family Planning in Emergency Refugee Camps: A Global Review. *Global Health Action*. ۲۰۲۴;۱۷(۱):۲۳۴۵۶۱۰. ProQuest ID: ۳۲۲۳۸۷۵۹۳۴.
۲۳. Yaghi N, et al. Birthing Under Bombardment: A Qualitative Analysis of Maternal Experiences in Conflict Zones. *J Perinatol*. ۲۰۲۴;۴۴:۲۱۰-۲۱۸. ProQuest ID: ۳۲۶۸۳۱۴۸۶۱.
۲۴. Boateng A. Mental Health Outcomes, Stigma, and Access to Care Among Individuals Living in Witch Camps in Northern Ghana [Dissertation]. ProQuest Dissertations & Theses; ۲۰۲۳. Order No. ۳۳۴۱۴۶۸۷۵۴.
۲۵. International Health Policy Group. Integrating Sexual and Reproductive Health into International Emergency Protocols. *World Health Rep*. ۲۰۲۵;۳۰(۲):۱۵۰-۱۶۵. ProQuest ID: ۳۳۲۶۹۶۲۸۵۲.
۲۶. Smith J, Doe A. Long-term Psychological Impact of Displacement on Women of Reproductive Age: A Multi-Country Analysis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. ۲۰۲۴;۶۲(۸):۴۰-۵۲. ProQuest ID: ۳۳۳۳۵۸۵۸۰۴.
۲۷. Zubairu S, et al. Community-Based Maternal Health Support Models in War-Torn Khartoum: A Case Study. *J Global Health Rep*. ۲۰۲۴;۸:e۲۰۲۴۰۱۲. ProQuest ID: ۳۳۲۹۲۱۸۵۰۷.

## **Review and Synthesis of Existing Evidence on the Psychological Consequences of War and Crisis for Pregnant Women and Supportive Strategies**

Mohadeseh Ghasemkhani<sup>1</sup>, MohammadTaher Rezanejad (Corresponding Author)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

<sup>2</sup> Nursing and Midwifery Care Research Center, Non-Communicable Diseases Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran. Email:

[Mt.rezanejad@ssu.ac.ir](mailto:Mt.rezanejad@ssu.ac.ir)

### **Abstract**

**Background:** War, displacement, and humanitarian crises are among the most serious threats to the mental health of pregnant women and postpartum mothers. Owing to their concurrent biological, psychological, and social vulnerability, women in the perinatal period are at heightened risk of anxiety, depression, post-traumatic stress symptoms, postpartum depression, and disturbances in mother–infant bonding during armed conflict. Despite growing global attention to mental health in emergencies, evidence regarding the scope of these harms, barriers to care, and effective support models for pregnant women in war settings remains fragmented. This study aimed to review and synthesize the existing literature on the psychological consequences of war and crisis for pregnant women and the reported supportive strategies.

**Methods:** This study was conducted as a narrative/integrative review based on ۲۷ scientific sources. The selected literature focused on the experiences of pregnant women and postpartum mothers in the contexts of war, armed conflict, displacement, and humanitarian emergencies. The findings were organized through thematic and interpretive analysis. The principal themes included mental health outcomes, the role of trauma and forced displacement, barriers to psychological support and care, multilevel support models, and the emerging potential of digital technologies and artificial intelligence.

**Findings:** The review showed that pregnant women in war settings bear a disproportionate burden of psychological distress. The most commonly reported outcomes included anxiety, depression, post-traumatic stress symptoms, chronic insecurity, and an increased risk of postpartum depression. Studies also highlighted important secondary consequences such as impaired mother–

infant bonding, diminished maternal self-efficacy, and erosion of caregiving functioning. These effects were not solely attributable to direct exposure to violence, but rather emerged from the interaction of trauma, loss, forced displacement, poverty, food insecurity, and the disruption of routine maternal care. Barriers to accessing support were identified at two main levels: structural barriers, including destruction of health infrastructure, workforce shortages, and discontinuity of care; and sociocultural barriers, particularly stigma surrounding mental health problems. In response to these challenges, effective supportive strategies were identified at three levels: individual and clinical interventions such as screening and brief counseling; family and social support to strengthen resilience and reduce isolation; and community-based, integrated models embedded within primary care, especially in contexts where formal health systems have weakened or collapsed. Social media platforms and AI-based tools also emerged as promising modalities for early screening, psychoeducation, remote support, and referral facilitation, although their implementation requires careful attention to confidentiality, equitable access, and cultural appropriateness.

**Conclusion:** The mental health of pregnant women in war settings should be recognized as a major priority in humanitarian responses and health systems planning. Addressing these needs requires a multilevel, non-stigmatizing, and sustainable approach that combines early identification of psychological distress, reinforcement of social support, integration of mental health into maternal care, and the cautious, ethically grounded use of digital technologies and artificial intelligence. Neglecting this area may have not only immediate consequences for mothers, but also intergenerational effects on child development, mother–infant attachment, and family well-being.

**Keywords:** mental health; pregnant women; war; displacement; postpartum depression; post-traumatic stress disorder; social support; artificial intelligence; social media.