

ویژه نامه سلامت زنان



سال شانزدهم • شماره ۱۸۲ • مهر ۱۴۰۵
ماهنامه خبری پژوهشی کلید سلامت



با کلید سلامت خورا معرفی
کنید.
جهت سفارش آگهی با
شماره ۰۹۳۰۰۴۸۵۴۶۴
خانم قلیزاده تماس بگیرید.

ISSN: 2251- 6018

در این شماره می خوانیم:

سلامت زنان شاغل: ضرورت رویکرد جنسیت محور در محیط های کاری ایران >>>

مهاردزد خاموش؛ راهنمای سلامت استخوان پس از یائسگی >>>

بازگشت استروژن به خط مقدم نجات استخوان ها >>>

تلاقی یائسگی و ام اس؛ رمزگشایی از پیری زیستی و خاموشی هورمون ها در زنان >>>

انتخاب شیوه زایمان در مادران مبتلا به ام اس >>>

درمان کمردرد از راه قفسه سینه >>>

زنگ خطر سرطان ثانویه پس از درمان سرطان پستان >>>

آیا سلامت روان مادر می تواند ترکیب شیر مادر را تغییر دهد؟ >>>



کلید سلامت

شماره شاپا:

۶۰۱۸_۲۲۵۱

سال شانزدهم - شماره ۱۸۲ - مهر ۱۴۰۵



صاحب امتیاز و مدیر مسئول

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت



سر دبیر

دکتر سعید شهابی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
ایمیل: saeedshahi1@gmail.com تلفن: ۰۹۶۱۵۰۳۳۳۰۱۱۱ داخلی: ۴۴۴۱



طراحی و گرافیک

نگین قلیزاده



فهرست



۱۰

بازگشت استروژن
به خط مقدم نجات استخوان‌ها



۷

مهار دزد خاموش؛
راهنمای سلامت استخوان
پس از یائسگی



۴

سلامت زنان شاغل؛
ضرورت رویکرد
جنسیت‌محور در محیط‌های
کاری ایران



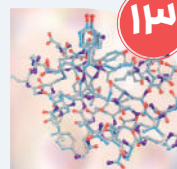
۱۹

درمان کمردرد از راه قفسه سینه



۱۶

انتخاب شیوه زایمان
در مادران مبتلا به ام‌اس



۱۳

تلاقی یائسگی و ام‌اس؛
رمزگشایی از پیری زیستی و
خاموشی هورمون‌ها در زنان



۲۵

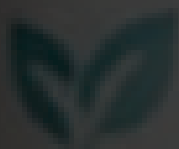
آیا سلامت روان مادر
می‌تواند ترکیب شیر مادر را
تغییر دهد؟



۲۲

زنگ خطر سرطان ثانویه پس
از درمان سرطان پستان

سلامت زنان شاغل صرفاً مسئله فردی
نیست؛ بلکه پیش‌نیاز پایداری نظام سلامت
و توسعه اجتماعی است.





زنان بخش قابل‌توجهی از نیروی کار رسمی و غیررسمی کشور را تشکیل می‌دهند و به‌ویژه در بخش سلامت، سهم غالب دارند. با این حال، محیط‌های کاری اغلب بر اساس الگوی مردانه طراحی شده‌اند و نیازهای فیزیولوژیک، ارگونومیک و روانی خاص زنان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این امر نه‌تنها سلامت جسمی و روانی زنان شاغل را تهدید می‌کند، بلکه بهره‌وری نظام سلامت و پایداری نیروی کار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سلامت زنان شاغل: ضرورت رویکرد جنسیت‌محور در محیط‌های کاری ایران

بار چندگانه نقش‌ها

زنان شاغل معمولاً همزمان نقش‌های مادری، همسری و گاه مراقبت از والدین سالمند یا فرزندان را بر عهده دارند. این «بار مضاعف» یا «سه‌گانه» یکی از مهم‌ترین عوامل استرس مزمن و فرسودگی شغلی است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) و سازمان بین‌المللی کار (ILO) بار مراقبتی نامتوازن را به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی نابرابری جنسیتی در سلامت شغلی شناسایی کرده‌اند.

چالش‌های اسکلتی-عضلانی و طراحی مردانه محیط کار

محیط‌های کاری، صندلی‌ها، ابزارها و تجهیزات حفاظتی شخصی (PPE) غالباً بر اساس ابعاد بدن مردان طراحی شده‌اند. مطالعات ارگونومی و گزارش‌های ILO نشان می‌دهد که زنان بیشتر در معرض اختلالات اسکلتی-عضلانی (به‌ویژه درد گردن، شانه، کمر و سندرم تونل کارپال) قرار دارند؛ زیرا کارهای تکراری، وضعیت‌های نامناسب طولانی‌مدت و ابزارهای نامتناسب با آناتومی زنانه شایع‌تر است. WHO و ILO صراحتاً توصیه می‌کنند که ارزیابی ریسک شغلی و طراحی ابزارها باید جنسیت‌محور باشد و استانداردهای ارگونومی برای هر دو جنس تنظیم شود.

وضعیت اشتغال زنان در ایران و بخش سلامت

بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران و گزارش‌های بانک جهانی، نرخ مشارکت اقتصادی زنان در سال‌های اخیر در محدوده ۱۳ تا ۱۴/۵ درصد نوسان داشته است؛ رقمی که بسیار پایین‌تر از میانگین جهانی (حدود ۴۹ درصد) و حتی میانگین منطقه است. در مقابل، نرخ مشارکت مردان حدود ۶۷ تا ۶۸ درصد گزارش شده است. این شکاف عمیق ساختاری، همراه با نرخ بیکاری بالاتر زنان (به‌ویژه زنان جوان و فارغ‌التحصیل)، نشان‌دهنده موانع نهادی، فرهنگی و حمایتی است. در بخش سلامت وضعیت متفاوت است. حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد پرسنل وزارت بهداشت را زنان تشکیل می‌دهند و سهم پرستاران زن حدود ۷۰ تا ۷۵ درصد برآورد می‌شود. این تمرکز بالای زنان در مشاغل مراقبتی و درمانی، در حالی که محیط‌های کاری و ابزارها اغلب برای بدن و نیازهای مردانه طراحی شده‌اند، چالش‌های ویژه‌ای ایجاد کرده است.

حساسیت بالاتر به برخی عوامل محیطی و سلامت باروری



زنان به دلیل تفاوت‌های بیولوژیک (توده بدنی کمتر، ترکیب بافت چربی، چرخه هورمونی و دوران بارداری) نسبت به برخی مواد شیمیایی، حلال‌ها، فلزات سنگین و عوامل فیزیکی حساس‌ترند. علاوه بر این، مسائل مربوط به قاعدگی، بارداری، شیردهی و یائسگی اغلب در محیط‌های کاری مردانه نادیده گرفته می‌شود.

مدیران مرد در بسیاری از موارد آگاهی کافی از نیازهای این دوره‌ها ندارند و سیاست‌های حمایتی محدودی اعمال می‌شود. این بی‌توجهی می‌تواند به افزایش غیبت، کاهش بهره‌وری و حتی ترک شغل منجر شود. استانداردهای جدید بین‌المللی (از جمله راهنماهای در حال توسعه ISO در زمینه قاعدگی و یائسگی در محیط کار) بر ضرورت سیاست‌های حمایتی، استراحت مناسب و فرهنگ سازمانی بدون انگ تأکید دارند.

بارروانی و خطر افسردگی

ترکیب بار کاری، مسئولیت‌های خانوادگی، تبعیض احتمالی و نبود حمایت سازمانی، زنان شاغل را در معرض خطر بالاتر فرسودگی شغلی، اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد. مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که اگرچه اشتغال می‌تواند اثرات مثبتی بر عزت‌نفس و سلامت روان داشته باشد، اما در شرایط نبود تعادل کار-زندگی و حمایت ناکافی، پیامدهای منفی غالب می‌شود.

اقدامات انجام‌شده در ایران و جهان

در سطح جهانی، WHO چارچوب «محیط کار سالم» را با رویکرد جنسیتی توسعه داده و ILO ده کلید اصلی برای ادغام جنسیت در ایمنی و بهداشت شغلی ارائه کرده است. این اسناد بر موارد زیر تأکید دارند:

ارزیابی ریسک جنسیت‌محور
طراحی ابزار و تجهیزات متناسب با هر دو جنس
حمایت از تعادل کار-زندگی
توجه به سلامت باروری
مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌های ایمنی و بهداشت

در ایران، مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه (۲۷۶ روز) افزایش یافته و در صورت تولد دوقلو یا چندقلو به ۱۲ ماه می‌رسد. این مرخصی با دریافت کمک‌هزینه معادل دوسوم دستمزد (با شرایط بیمه‌ای مشخص) همراه است و از پیشرفت‌های مهم قانونی محسوب می‌شود. با این حال، اجرای کامل، پوشش بخش خصوصی و حمایت‌های پس از بازگشت به کار هنوز نیازمند تقویت است.

سلامت زنان شاغل صرفاً مسئله فردی نیست؛ بلکه پیش‌نیاز پایداری نظام سلامت و توسعه اجتماعی است. برای حرکت به سوی محیط‌های کاری عادلانه‌تر، اقدامات زیر ضروری است:

- بازنگری ارگونومی محیط‌های کاری و تجهیزات با رویکرد جنسیتی.
- آموزش مدیران (به‌ویژه مدیران مرد) در زمینه نیازهای فیزیولوژیک و روانی زنان.
- تقویت اجرای کامل مرخصی زایمان و توسعه حمایت‌های پس از بازگشت به کار (از جمله تسهیلات مهدکودک و شیردهی).
- ادغام توصیه‌های WHO و ILO در سیاست‌های ملی ایمنی و بهداشت شغلی.
- جمع‌آوری و انتشار داده‌های تفکیک‌شده جنسیتی در حوزه سلامت شغلی.

تنها با تبدیل توصیه‌های علمی جهانی به سیاست‌های عملی و فرهنگ سازمانی حساس به جنسیت می‌توان سلامت زنان شاغل را به‌عنوان سرمایه‌ای ملی حفظ و ارتقا داد.

اولویت دارودرمانیِ نوینِ مرحله‌ای و پیشگیری از سقوط، به‌جای تکیه بر مکمل‌های سنگین
کلسیم در سلامت استخوان پس از یائسگی

مهار دزد خاموش؛ راهنمای سلامت استخوان پس از یائسگی

- پایان دوران مکمل‌های سنگین کلسیم: برخلاف باور رایج، قرص‌های کلسیم نقش چشمگیری در پیشگیری از شکستگی ندارند؛ اولویت اصلی با تأمین کلسیم از غذا و اصلاح کمبود ویتامین D است.
- ورود نسل جدید داروهای استخوان‌ساز: علاوه بر داروهای تزریقی سالانه (مانند زولدرونات)، داروهای نوین عضله‌ساز و استخوان‌ساز می‌توانند اسکلت افراد با پوکی شدید را بازسازی کنند.
- هشدار جدی درباره قطع خودسرانه داروها: درمان پوکی استخوان یک مسیر مرحله‌به‌مرحله است؛ قطع ناگهانی داروهایی مثل دنوزوماب می‌تواند خطر شکستگی‌های پی‌پی ستون فقرات را به شدت بالا ببرد.
- پیشگیری از زمین خوردن؛ نیمی از درمان: خطر اصلی شکستگی ناشی از افتادن است؛ اصلاح محیط خانه و تقویت تعادل به اندازه مصرف دارو نجات‌بخش است.

استخوان‌ها داربست‌های زنده‌ای هستند که در طول زندگی به‌طور مداوم در حال تخریب بخش‌های کهنه و ساخت بافت‌های نو و مستحکم‌اند. با این حال، در بدن زنان با ورود به دوران یائسگی، این تعادل زیستی دستخوش تغییری اساسی می‌شود. هورمون استروژن که همچون سپری محافظ مانع از تخریب بیش از حد بافت استخوانی بود، به یک‌باره کاهش می‌یابد و فرایند بازجذب و تخریب استخوان از ساخت آن پیشی می‌گیرد. این وضعیت، استخوان‌ها را اسفنجی، شکننده و مستعد شکستگی می‌سازد؛ وضعیتی که علم پزشکی آن را پوکی استخوان پس از یائسگی می‌نامد و به دلیل ماهیت بدون علامت و بی‌صدایش، به درستی «دزد خاموش» لقب گرفته است.

ارزیابی خطر شکستگی؛ فراتر از یک عدد تراکم سنجی

تا سال‌ها تصور می‌شد تشخیص پوکی استخوان تنها با آزمایش تراکم استخوان (DEXA) و ثبت یک عدد منفی خلاصه‌شده است. اما یافته‌های جدید پزشکی نشان می‌دهند که تراکم استخوان تنها یکی از عوامل خطر ساز است. ابزارهای جدید ارزیابی خطر (مانند ابزار FRAX) به پزشک این امکان را می‌دهند که خطر واقعی شکستگی را طی ۱۰ سال آینده محاسبه کند. در این محاسبه، عواملی نظیر سابقه شکستگی قبلی (حتی یک شکستگی خفیف مچ دست با ضربه اندک)، سابقه شکستگی لگن در والدین، مصرف کورتون‌ها، کشیدن سیگار، وزن بسیار پایین، سن و میزان مصرف الکل همگی وزنی حیاتی دارند. بنابراین، تصمیم‌گیری برای شروع درمان دارویی صرفاً بر پایه یک اسکن ساده انجام نمی‌شود، بلکه بر اساس مجموعه‌ای از خطرات فردی است.

سبک زندگی؛ سنگ بنای حفاظت از استخوان‌ها

پیش از بحث درباره داروها، مطالعات نشان می‌دهند اصلاح عادات روزمره تا پایان عمر نقش محافظتی ایفا می‌کند: تغذیه متعادل و حفظ وزن متناسب؛ رژیم‌های سخت لاغری و لاغری مفرط در سنین یائسگی، از مهم‌ترین دشمنان استخوان هستند، زیرا چربی طبیعی بدن مقادیر اندکی استروژن ترشح می‌کند و وزن مناسب نوعی بار مکانیکی مفید بر اسکلت تحمیل می‌کند. ورزش ایمن و فعالیت بدنی منظم؛ تمرینات تحمل وزن (مثل پیاده‌روی سریع و رقص) و تمرینات مقاومتی سبک (با وزنه یا کش)، عضلات را تقویت کرده و فرمان استخوان‌سازی را به بافت‌ها مخابره می‌کنند.

ترک دخانیات و الکل؛ استعمال سیگار به‌طور مستقیم متابولیسم استخوان را تضعیف کرده و سن یائسگی را جلو می‌اندازد. پیشگیری از سقوط؛ کلید گم‌شده در سلامت سالمندی: بیش از ۹۰ درصد شکستگی‌های استخوان لگن و مچ دست ناشی از افتادن و سر خوردن هستند. بررسی دوره‌ای داروهایی که باعث خواب‌آلودگی یا افت فشار خون ناگهانی می‌شوند، معاینه دوره‌ای بینایی، نصب دستگیره در سرویس‌های بهداشتی، جمع کردن فرش‌های لغزنده و تأمین روشنایی مناسب شبانه در خانه، اقداماتی حیاتی‌اند که نجات‌بخش جان افراد به‌شمار می‌روند.

بازنگری در یک فرضیه عمومی: آیا واقعاً باید قرص کلسیم بخوریم؟

یکی از جذاب‌ترین بخش‌های این بازنگری علمی، نگاه انتقادی به مصرف انبوه مکمل‌های کلسیم است. در دهه‌های گذشته تصور می‌شد مصرف روزانه ۱۲۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی‌گرم کلسیم دارویی ضامن سلامت استخوان است؛ اما شواهد گسترده امروزی نشان می‌دهند که قرص‌های کلسیم تاثیر ماندگار و چشمگیری در جلوگیری از شکستگی‌های بزرگ اسکلتی ندارند و در عوض ممکن است در برخی افراد ریسک سنگ کلیه یا مشکلات عروقی را افزایش دهند. انجمن‌های جهانی امروزه توصیه می‌کنند کلسیم مورد نیاز ترجیحاً از رژیم غذایی (لبنیات، دانه‌ها، کلم‌ها و سبزیجات برگ‌سبز) تأمین شود.

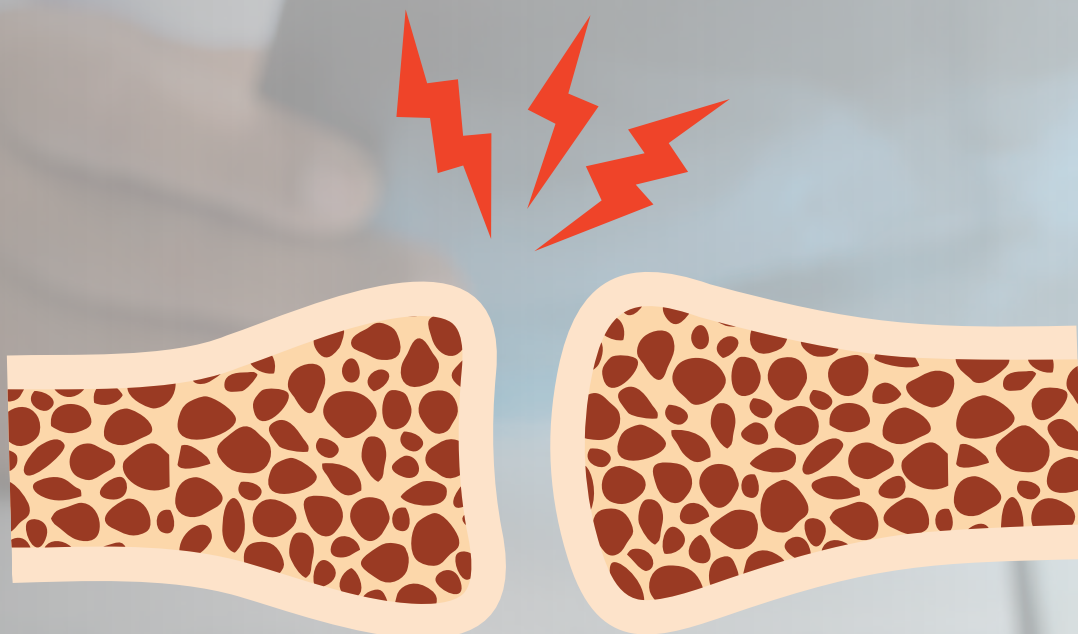
در مقابل، ویتامین D همچنان جایگاه کلیدی خود را حفظ کرده است. بدن برای جذب کلسیم به این ویتامین نیاز دارد و از آن‌جا که سنتز پوستی آن در سالمندان افت می‌کند، اصلاح کمبود شدید ویتامین D (رساندن سطح خونی به محدوده مطلوب) ضرورت دارد؛ البته دوزهای فوق‌العاده بالا و سالانه ویتامین D رد شده و مصرف منظم دوزهای فیزیولوژیک روزانه یا هفتگی/ماهانه طبق دستور پزشک ارجح است.

پوکی استخوان یک بیماری مزمن مادام‌العمر است و راهبرد مدیریت آن مانند ماراتن است، نه دو سرعت:

توالی هوشمندانه: استاندارد مدرن درمان در افراد پرخطر این است که ابتدا دوره ۱ تا ۲ ساله با داروهای استخوان‌ساز طی شود تا حجم استخوان جهش پیدا کند، و بلافاصله پس از آن، یک داروی ضدتخریب (مانند زولدرونات) آغاز شود تا دستاوردهای به دست آمده را تثبیت کرده و قفل کند.

تعطیلات دارویی: در بیمارانی که سال‌ها از بیس‌فسفونات‌ها استفاده کرده‌اند و تراکم استخوان آن‌ها بهبود یافته و خطر شکستگی فعلی پایینی دارند، پزشک ممکن است دوره‌ای از «تعطیلات دارویی» را تجویز کند (مثلاً ۲ تا ۵ سال توقف دارو) تا عوارض نادر استفاده بسیار طولانی‌مدت به حداقل برسد و هم‌زمان اثر محافظتی انباشته‌شده دارو در استخوان کار خود را ادامه دهد؛ البته این توقف نیازمند پیگیری دوره‌ای منظم است.

پیام روشن طب امروز برای همه زنان در آستانه میانسالی این است: پوکی استخوان نه سرنوشت اجتناب‌ناپذیر سالمندی است و نه بیماری غیرقابل جبران. با شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر، اتخاذ سبک زندگی محافظ اسکلت، تأمین هوشمندانه ویتامین D و تغذیه مناسب، ایمن‌سازی محیط زندگی، و انتخاب هوشمندانه درمان‌های دارویی نوین و زنجیره‌ای، می‌توان دهه‌های شیرین زندگی پس از میانسالی را با گام‌هایی محکم، قامتی راست و بدون کابوس شکستگی سپری کرد.



Source: Reid IR, Bolland MJ. Management of postmenopausal osteoporosis. Endocrine Reviews. 2026 Aug;47(4):468-95.

اثبات ایمنی هورمون درمانی برای پیشگیری قطعی از تمامی انواع شکستگی‌ها



بازگشت استروژن به خط مقدم نجات استخوان‌ها

- سازمان غذا و داروی آمریکا هشدار خطرناک‌ترین سطح خود را از روی داروهای استروژنی برداشت؛ تحلیل ده‌ها کارآزمایی بالینی بزرگ نشان داد هورمون‌درمانی باعث افزایش مرگ ناشی از سرطان نمی‌شود و در شروع زودهنگام حتی مرگ‌ومیر کلی را کاهش می‌دهد.
- استروژن برخلاف بسیاری از داروها که فقط بر مهربه‌ها اثر دارند، خطر شکستگی در تمامی نواحی حساس از جمله لگن، مهربه‌های ستون فقرات و سایر استخوان‌ها را به طور معناداری کاهش می‌دهد.
- استفاده از استروژن‌های پوستی (ترنس‌درمال) با دور زدن کبد، خطرات لخته‌شدن خون را به حداقل رسانده و حتی در دوزهای پایین نیز اثربخشی بالایی در حفظ تراکم استخوان دارد.
- هورمون‌درمانی در کنار مهار تحلیل استخوان، به تسکین علائم آزاردهنده یائسگی (گرگرفتگی و تعریق)، سلامت قلب و عروق و کاهش خطر زوال عقل کمک شایانی می‌کند.

یائسگی یکی از طبیعی‌ترین و در عین حال حساس‌ترین فصول زندگی هر زن است؛ دوره‌ای که با افت ناگهانی ترشح هورمون‌های تخمدانی، به‌ویژه «استروژن»، همراه است. تا دهه‌ها، تجویز هورمون‌درمانی یائسگی (HT) راه‌حل طلایی برای رهایی از گرگرفتگی‌های شبانه، بی‌خوابی و البته محافظت از استخوان‌ها در برابر پوکی استخوان به شمار می‌رفت. اما انتشار نتایج اولیه یک پژوهش جنجالی در اوایل دهه ۲۰۰۰ موسوم به مطالعه «ابتکار سلامت زنان» (WHI)، مانند یک زلزله علمی جهان پزشکی را لرزاند. گزارش‌های اولیه حاکی از افزایش اندک خطر بیماری‌های قلبی و سرطان سینه بود؛ همین امر باعث شد سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) سنگین‌ترین برچسب هشدار دارویی، یعنی «جعبه سیاه هشدار» (Black Box Warning) را بر روی جعبه‌های حاوی استروژن درج کند. در پی این تصمیم، هراسی عمومی جامعه پزشکی و زنان را فرا گرفت، میلیون‌ها زن مصرف هورمون را قطع کردند و پیامد تلخ آن، افزایش چشمگیر نرخ پوکی استخوان و شکستگی‌های دردناک لگن در سال‌های بعد بود. اکنون، مقاله‌ای جامع و تحلیلی از دانشکده پزشکی کک دانشگاه کالیفرنیا جنوبی (USC)، با تکیه بر تصمیم تاریخی سازمان غذا و داروی آمریکا در پایان سال ۲۰۲۵، خط بطلانی بر باورهای نادرست گذشته کشیده و حقایق نوینی را درباره ایمنی و اثربخشی استروژن آشکار ساخته است.

برای درک اهمیت استروژن، باید سازوکار بازسازی استخوان را مرور کرد. استخوان بافتی پویا است که در آن دو گروه سلولی اصلی مدام در حال کارند: «استئوکلاست‌ها» که استخوان‌های پیر را تخریب و پاکسازی می‌کنند، و «استئوبلاست‌ها» که داربست جدید می‌سازند. استروژن دقیقاً مانند یک ترمز هوشمند برای سلول‌های تخریب‌کننده عمل می‌کند. این هورمون از طریق اتصال به گیرنده‌های اختصاصی خود در بافت استخوانی و مهار مسیرهای پیام‌رسان تخریب (به‌ویژه سیستم پروتئینی RANK/RANKL)، طول عمر سلول‌های خورنده استخوان را کاهش داده و تعادل را به سود استخوان‌سازی حفظ می‌کند. هنگامی که در جریان یائسگی سطح استروژن فرو می‌ریزد، این ترمز حیاتی آزاد می‌شود و فعالیت تخریبی با شتابی چندبرابر ادامه می‌یابد؛ پدیده‌ای که به از دست رفتن سریع توده استخوانی در ۵ تا ۷ سال نخست پس از یائسگی ختم می‌شود. بازگرداندن این هورمون، بازجذب استخوان را آرام کرده و چگالی استخوان را حفظ می‌کند.



مهم‌ترین رویداد پزشکی که این پژوهش بر آن تأکید دارد، تصمیم رسمی FDA در نوامبر ۲۰۲۵ مبنی بر حذف برچسب جعبه سیاه از محصولات استروژنی است. این تصمیم بزرگ بر پایه بررسی مجدد و موشکافانه داده‌های بیش از ۳۰ کارآزمایی بالینی معتبر و گسترده بر روی بیش از ۲۶ هزار زن اتخاذ شد. نتایج قطعی نشان دادند که:

- ترس از مرگ ناشی از سرطان به دلیل هورمون‌درمانی پایه‌ای در شواهد قوی علمی ندارد؛ هورمون‌درمانی نه تنها موجب افزایش مرگ‌ومیر ناشی از سرطان سینه نشده، بلکه با پیگیری طولانی‌مدت بیماران مشخص شد مصرف استروژن به‌تنهایی حتی با کاهش نسبی خطر سرطان سینه همراه بوده است.
- زنانی که مصرف هورمون را در سنین مناسب (قبل از ۶۰ سالگی یا در فاصله کمتر از ۱۰ سال پس از شروع یائسگی) آغاز کرده‌اند، نه تنها دچار عوارض قلبی عروقی نشدند، بلکه مرگ‌ومیر کلی (مرگ به هر دلیلی) در آن‌ها کاهش یافته است.

این تحول، راه را برای پزشکان و زنان هموار کرده تا بدون دلدرد و بر اساس شواهد روز، از این داروی مؤثر بهره‌مند شوند.

بسیاری از داروهای رایج پوکی استخوان، عمدتاً در تقویت استخوان‌های اسفنجی مهره‌های ستون فقرات موفق‌اند و تأثیر کمتری بر استخوان‌های متراکم کورتیکال (مانند گردن ران و لگن) دارند. در مقابل، این مطالعه یادآوری می‌کند که استروژن یکی از محدود درمان‌هایی است که اثر محافظتی اثبات‌شده و یکپارچه‌ای بر کاهش تمامی انواع شکستگی‌ها (شکستگی‌های خردکننده لگن، شکستگی‌های دردناک فشاری مهره‌ها و شکستگی‌های ساعد و مچ) دارد. این محافظت حتی با دوزهای پایین نیز برقرار است و مانع از معلولیت‌های شدید ناشی از آسیب‌دیدگی‌های لگن در سنین پیری می‌شود.

یکی از پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه هورمون‌درمانی نوین، تغییر مسیر مصرف از قرص‌های خوراکی به سمت ترکیبات ترنس‌درمال (جذب پوستی نظیر چسب، ژل و لوسیون) است. وقتی استروژن به صورت قرص خورده می‌شود، ابتدا باید از کبد عبور کند که این «گذر اول کبدی» می‌تواند پروتئین‌های انعقادی را تحریک کرده و ریسک لخته‌های وریدی یا ترومبوز را کمی بالا ببرد. اما مصرف پوستی استروژن، هورمون را مستقیماً وارد جریان خون محیطی می‌کند و بار اضافه به کبد تحمیل نمی‌کند؛ بنابراین عارضه لخته خون یا سکنه با فرم‌های پوستی نزدیک به صفر گزارش شده است. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهند که برای نجات استخوان‌ها، نیازی به دوزهای بالای هورمونی نیست؛ حتی دوزهای بسیار پایین استروژن پوستی نیز اثر مهاری قاطعی بر تخریب اسکلت دارند.

شاید بزرگ‌ترین برتری هورمون‌درمانی نسبت به سایر داروهای انحصاری پوکی استخوان، منافع همه‌جانبه آن باشد. زنی که به دلیل خطر پوکی استخوان تحت هورمون‌درمانی قرار می‌گیرد، به طور هم‌زمان از مزایای دیگری نیز بهره‌مند می‌شود:

رهایی سریع از گرگرفتگی، تعریق شبانه و بدخلقی‌های ناشی از افت هورمون. پیشگیری از خشکی و آتروفی واژن و بهبود کیفیت روابط زناشویی.

شواهد امیدوارکننده از محافظت از سلامت مغز و کاهش خطر زوال عقل و آلزایمر در صورتی که درمان در زمان طلایی آغاز شود.

مهار فرایندهای تصلب شرایین و بهبود پروفایل چربی‌های خون در سنین ابتدایی یائسگی.

پیام نهایی این مرور مرجع علمی برای جامعه و کادر درمان این است که زمان پایان دادن به «هورمون‌هراسی» فرارسیده است. دهه‌ها ترس بی‌اساس موجب محرومیت نسلی از زنان از حق برخورداری از استخوان‌هایی مستحکم و کیفیتی شایسته در زندگی شد. هورمون‌درمانی استروژنی، به‌ویژه در اشکال پوستی و کم‌دوز، ابزاری طبیعی، بسیار مؤثر و با ایمنی بالا برای مقابله با سونامی شکستگی‌های سالمندهی است. زنان با مشورت پزشک و بررسی شرایط فردی خود، می‌توانند در همان سال‌های آغازین یائسگی از این فرصت طلایی برای ساختن آینده‌ای پویا، شاداب و سرپا بهره ببرند.

Source: Stanczyk FZ, Winer S, Sriprasert I, Wong A, Shoupe D, Paulson R. Efficacy and safety of estrogen therapy for prevention of osteoporosis in postmenopausal women. Women's Health. 2026 Jun;22:17455057261459264.

یائسگی عامل تشدید ام اس نیست، هورمون درمانی نیز کاملاً ایمن است.

تلاقی یائسگی و ام‌اس؛

رمزگشایی از پیری زیستی و خاموشی هورمون‌ها در زنان

- **یائسگی، علت پیشرفت ناگهانی ام‌اس نیست:** شواهد علمی جدید نشان می‌دهند یائسگی به‌تنهایی نقطه عطف حادی برای تشدید ناتوانی حرکتی یا عود بیماری نیست، بلکه فرایند تدریجی «پیری زیستی و سن بیمار» عامل اصلی تغییرات این دوران است.
- **پدیده علائم مشترک و گمراه‌کننده:** بسیاری از نشانه‌های یائسگی نظیر خستگی شدید، اختلال خواب، مه مغزی و نوسانات خلقی با علائم ام‌اس هم‌پوشانی دارند و نباید به اشتباه، فعال شدن دوباره بیماری تلقی شوند.
- **ایمنی هورمون‌درمانی در زنان مبتلا به ام‌اس:** هورمون‌درمانی یائسگی منعی برای مبتلایان به ام‌اس ندارد و می‌تواند کیفیت زندگی، خلق‌وخو و علائم روزمره را بهبود دهد و هم‌زمان از عوارضی چون پوکی استخوان پیشگیری کند.
- **ضرورت رویکرد چندتخصصی در میانسالی:** با ورود به میانسالی، مراقبت از زنان مبتلا به ام‌اس باید فراتر از بررسی ام‌آرآی باشد و همکاری تنگاتنگ میان متخصص مغز و اعصاب، پزشک خانواده و متخصص زنان شکل گیرد.

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) در دهه‌های گذشته بیشتر به عنوان بیماری زنان جوان شناخته می‌شد. اما با پیشرفت چشمگیر علم پزشکی، دستیابی به داروهای مهارکننده موثر و ارتقای چشمگیر امید به زندگی، امروزه با جمعیت جدید و روبه‌رشدی از بیماران روبه‌رو هستیم: بانوانی که با ام‌اس روزگار گذرانده‌اند و اکنون به دوران میانسالی و پدیده زیستی «یائسگی» گام نهاده‌اند. آمارهای کنونی نشان می‌دهند که نزدیک به یک‌سوم کل مبتلایان به ام‌اس را زنانی تشکیل می‌دهند که در سنین حوالی یا پس از یائسگی به سر می‌برند. هم‌زمانی تغییرات هورمونی گسترده با روند طبیعی پیری و یک بیماری عصبی مزمن، پرسش‌ها و نگرانی‌های متعددی را در ذهن بیماران و خانواده‌های آن‌ها ایجاد کرده است. مقاله‌ای تحلیلی و معتبر که به تازگی توسط پژوهشگران دانشگاه اسلو در نشریه *Frontiers in Neurology* منتشر شده، به صورت همه‌جانبه به بررسی تعامل میان یائسگی، پیری زیستی و بیماری ام‌اس پرداخته و پرده از باورهای نادرست برداشته است.

یکی از بزرگ‌ترین دغدغه‌های زنان مبتلا به ام‌اس با نزدیک شدن به سنین ۵۰ سالگی، ترس از شتاب گرفتن سیر پیشرفت ناتوانی است. در گذشته تصور می‌شد از دست رفتن اثرات محافظتی استروژن در مغز ممکن است مانند یک شوک ناگهانی به شعله‌ور شدن مجدد بیماری بینجامد. با این حال، تحلیل داده‌های جامع و بلندمدت در این پژوهش نشان می‌دهد که:

۱) یائسگی نقطه عطف مستقلى برای تشدید حملات نیست: نرخ عودهای بالینی یا تشکیل پلاک‌های جدید در ام‌آرآی با ورود به یائسگی افزایش نمی‌یابد. در واقع، سیستم ایمنی بدن با افزایش سن وارد پدیده‌ای به نام «پیری ایمنی» (Immunosenescence) می‌شود که طی آن، التهاب‌های حاد و طوفانی دوران جوانی به طور طبیعی فروکش می‌کنند.

۲) پیشرفت ناتوانی ناشی از سن است، نه هورمون: گرچه ناتوانی‌های جسمی در دوران میانسالی ممکن است به تدریج افزایش یابند، اما مطالعات تطبیقی نشان داده‌اند که این شیب پیشرفت ارتباط مستقیمی با «سن تقویمی و طول مدت ابتلا به بیماری» دارد و نه وضعیت ترشح هورمون‌های تخمدان. این مسیر تغییر در بیماران مرد با سن مشابه نیز دقیقاً با همین روند مشاهده می‌شود.

بنابراین، یائسگی را نباید به عنوان «موتور محرکه اصلی» یا عامل مخرب ام‌اس نگرست، بلکه یک «تعدیل‌کننده بیولوژیک» در بستر کلی فرایند پیری به شمار می‌رود.

یکی از برجسته‌ترین پیام‌های کاربردی این مقاله برای بیماران، موضوع «تداخل و هم‌پوشانی شدید علائم» است. یائسگی خود مجموعه‌ای از تغییرات ناخوشایند را به همراه دارد؛ از افت کیفیت خواب و تعریق شبانه گرفته تا گرگرفتگی، فراموشی‌های مقطعی، خستگی مزمن، درد مفاصل و تغییرات خلقی. از سوی دیگر، خستگی شدید، اختلالات شناختی (معروف به مه مغزی) و بی‌حوصلگی از شاخص‌ترین شکایت‌های همیشگی بیماران ام‌اس نیز هستند.

هنگامی که این دو اتفاق با هم تلاقی می‌کنند، بیمار یا حتی پزشک ممکن است این تشدید احساس خستگی و کلافگی را به پیشرفت آسیب‌های عصبی ام‌اس نسبت دهند. در نتیجه، گاهی داروهای گران‌قیمت مغز و اعصاب بی‌دلیل تعویض می‌شوند، در حالی که ریشه واقعی مشکل، به‌هم‌ریختگی هورمونی، افت کیفیت خواب ناشی از گرگرفتگی، یا مشکلات زمینه‌ای جدید مانند اختلالات تیروئید و کم‌خونی است. تفکیک این علائم و ارزیابی دقیق، کلید آرامش روانی و درمان درست بیمار است.

اگرچه یائسگی اثر تخریبی مستقیمی بر شدت التهاب مغز ندارد، اما یک پیامد فیزیکی مهم به همراه دارد: کاهش تراکم استخوان. بیماران مبتلا به ام‌اس به دلایلی نظیر کاهش تحرک بدنی، استفاده از دوره‌های کورتون‌درمانی برای مهار حملات در طول سال‌های گذشته و کمبود احتمالی ویتامین D، بیش از سایر افراد در معرض خطر پوکی استخوان هستند. افت سطح استروژن پس از یائسگی این روند را شتاب می‌بخشد. از آنجا که مشکلات تعادلی و ضعف عضلانی در برخی از این بیماران وجود دارد، خطر زمین خوردن و شکستگی لگن یا مهربه‌ها به یک تهدید جدی تبدیل می‌شود. این مقاله تأکید می‌کند که پایش سلامت استخوان‌ها و تمرینات تقویتی در زنان مبتلا به ام‌اس باید بسیار جدی‌تر از جمعیت عمومی دنبال شود.

آیا هورمون‌درمانی (MHT) برای بیماران ام‌اس مجاز است؟

پاسخ این پژوهش یک «بله» محتاطانه و امیدوارکننده است. برخلاف برخی دیدگاه‌های محافظه‌کارانه قدیمی، پژوهشگران تأکید می‌کنند که ابتلا به ام‌اس به هیچ عنوان مانعی برای استفاده از هورمون‌درمانی یائسگی نیست. زنانی که از علائم آزاردهنده وازوموتور (گرگرفتگی شدید، اختلال خلق و بی‌خوابی) رنج می‌برند، در صورت نداشتن منع پزشکی خاص (نظیر سابقه لخته خونی فعال یا تومورهای وابسته به هورمون)، می‌توانند مانند سایر افراد جامعه از هورمون‌درمانی سود ببرند.

شواهد موجود نشان می‌دهند که هورمون‌درمانی نه تنها کیفیت زندگی، روحیه و توان عملکردی این زنان را به طرز چشمگیری بهبود می‌بخشد، بلکه سپری محافظ در برابر تحلیل سریع استخوان‌ها و بیماری‌های قلبی عروقی ایجاد می‌کند. اگرچه هنوز کارآزمایی‌های قطعی ثابت نکرده‌اند که هورمون‌درمانی می‌تواند مستقیماً سرعت پیشرفت بیماری ام‌اس را کند نماید، اما تأثیر مثبت آن بر توانبخشی و زندگی روزمره انکارناپذیر است.

به سوی یک مدل مراقبت یکپارچه و آگاه به یائسگی

پژوهشگران نتیجه می‌گیرند که عصر تمرکز صرف بر پلاک‌های مغزی به پایان رسیده است. یک زن میانسال مبتلا به ام‌اس به مراقبتی فراتر از نسخه متخصص نورولوژی نیاز دارد. مدل ایده‌آل درمان شامل یک رویکرد تیمی است:

متخصص مغز و اعصاب: برای مهار هوشمندانه بیماری و پایش دقیق با ابزارهای روزآمد.

متخصص زنان یا پزشک خانواده: برای غربالگری‌های دوره‌ای، ارزیابی هورمونی، تنظیم هورمون‌درمانی در صورت لزوم و مراقبت‌های انکولوژی معمول.

تیم توانبخشی و فیزیوتراپی: برای حفظ قدرت عضلانی، بهبود تعادل و به حداقل رساندن خطر افتادن.



Source: Simonsen CS, Celius EG. Menopause and ageing in women with multiple sclerosis. Frontiers in Neurology. 2026 Jun 9;17:1838550.

ژورنال: Multiple Sclerosis and Related Disorders

سزارین در مادران مبتلا به ام اس خطر عفونت پس از زایمان را افزایش می دهد.

انتخاب شیوه زایمان در مادران مبتلا به ام اس

- افزایش ۵۴ درصدی خطر عفونت پس از سزارین: در مادران مبتلا به ام اس، زایمان به روش سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی، خطر بروز عفونت‌های پس از زایمان (در ۴۲ روز اول) را به طور معناداری حدود ۵۴ درصد افزایش می‌دهد (نسبت شانس تعدیل شده: ۱٫۵۴).
- شیوع ۲۱ درصدی عفونت‌ها در مادران سزارین شده: حدود ۲۱ درصد (بیش از یک پنجم) از مادران مبتلا به ام اس که تحت سزارین قرار گرفتند، در ۶ هفته نخست پس از زایمان دچار عفونت شدند (در مقایسه با ۱۴٫۱ درصد در زایمان طبیعی) که عمده آن‌ها عفونت‌های خفیف تا متوسط نیازمند درمان آنتی‌بیوتیکی سرپایی بودند.
- ابتلا به ام اس به تنهایی دلیل انجام سزارین نیست: بیماری ام اس نباید ملاک انتخاب سزارین غیرضروری باشد؛ در غیاب اندیکاسیون‌های قطعی مامایی و زنان، زایمان طبیعی به دلیل کاهش چشمگیر عوارض عفونی، گزینه ایمن‌تری برای این مادران است.
- لزوم پایش دقیق بالینی در ۶ هفته پس از تولد: دوره نقاهت ۴۲ روزه پس از زایمان زمان حساسی برای مادران مبتلا به ام اس است و تیم درمانی (متخصص زنان و مغز و اعصاب) باید هوشیاری بالایی در رصد علائم عفونت ادراری، زخم جراحی و تنفسی داشته باشند.

تصمیم‌گیری برای فرزندآوری و ورود به مرحله مادری همواره با شور و امید فراوان همراه است؛ اما برای زنانی که با یک بیماری خودایمنی مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) زندگی می‌کنند، این مسیر نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، آگاهی بیشتر و مراقبت‌های بالینی تخصصی‌تر است. در دهه‌های گذشته، پیشرفت‌های دارویی به هزاران زن جوان مبتلا به ام اس این امکان را داده است که بارداری‌های ایمن و موفق‌تری را تجربه کنند. با این حال، یکی از چالش‌برانگیزترین تصمیم‌ها در اواخر بارداری، تعیین «روش زایمان» است: آیا سزارین برای مادری که ام اس دارد ایمن‌تر است یا زایمان طبیعی؟

گاهی باورهای نادرستی وجود دارد مبنی بر این‌که ابتلا به یک بیماری عصبی ممکن است توان جسمی مادر را برای زایمان طبیعی بگیرد و سزارین انتخاب مطمئن‌تری باشد. برای پاسخ علمی به این دغدغه مهم، پژوهشگران دانشگاه جنوب دانمارک و بیمارستان دانشگاهی اودنسه دست به پژوهشی گسترده و کم‌نظیر زدند. نتایج این مطالعه کوهورت ملی که به تازگی در نشریه معتبر Multiple Sclerosis and Related Disorders منتشر شده است، حاوی هشدارهایی بسیار مهم درباره پیامدهای بالینی سزارین در زنان مبتلا به ام اس است.

بررسی جامع داده‌های ۳۴۰۰ زایمان در طول نزدیک به سه دهه

پژوهشگران دانمارکی با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی جامع ملی سلامت، پرونده تمامی مادران مبتلا به ام اس را که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۳ صاحب فرزند شده بودند (مجموعاً ۳,۴۱۴ زایمان تک‌قلو) با دقت ردیابی کردند. از این تعداد، ۲۶ درصد مادران (۸۷۲ نفر) به روش سزارین (اعم از اورژانسی یا انتخابی) و ۷۴ درصد (۲,۵۴۲ نفر) به روش زایمان طبیعی نوزاد خود را به دنیا آورده بودند. محققان وقوع هرگونه عفونت خفیف، متوسط یا شدید مادری را در بازه زمانی ۴۲ روزه (دوره پورپرال یا نفاس) ثبت و تحلیل کردند.

Source: Andersen ML, et al. Risk of postpartum infection after cesarean section in women with multiple sclerosis: A population-based cohort study. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2026 Feb 16:107076.

افزایش چشمگیر احتمال عفونت در مادران سزارین شده

یافته‌های این پژوهش تصویری کاملاً شفاف ارائه داد:

۱. خطر بیشتر عفونت‌های روزمره: نرخ کلی ابتلا به عفونت پس از زایمان در گروه سزارین ۲۱/۰ درصد بود، در حالی که این رقم در مادرانی که زایمان طبیعی داشتند به ۱۴/۱ درصد می‌رسید. پس از تعدیل آماری اثر فاکتورهای مختلفی چون سن مادر، شاخص توده بدنی (BMI)، بیماری‌های زمینه‌ای، سابقه سزارین قبلی، طول مدت و شدت بیماری ام‌اس، مشخص شد که انجام عمل سزارین خطر بروز عفونت را ۵۴ درصد افزایش می‌دهد (نسبت شانس تعدیل‌شده: ۱/۵۴).
۲. عفونت‌های نیازمند تجویز آنتی‌بیوتیک: بیشترین حجم این عوارض مربوط به عفونت‌های خفیف تا متوسط بود که منجر به تجویز آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی (مانند انواع پنی‌سیلین‌ها برای عفونت زخم و مجاری ادراری) شد؛ خطر دریافت نسخه آنتی‌بیوتیک پس از سزارین ۶۰ درصد بیشتر از زایمان طبیعی گزارش شد.
۳. عفونت‌های شدید نیازمند بستری: خوشبختانه نرخ عفونت‌های حاد و خطرناکی که مادر را به بخش مراقبت‌های ویژه یا بستری مجدد بکشاند، در هر دو گروه نسبتاً اندک بود (حدود ۲/۳ درصد در سزارین و ۱/۶ درصد در زایمان طبیعی)، اگرچه تمایل به بروز عفونت‌های شدیدتر نیز در گروه سزارین بالاتر ارزیابی شد.

چرا عفونت در بیماران مبتلا به ام‌اس یک زنگ خطر است؟

شاید بپرسید یک عفونت ساده پس از جراحی چه اهمیتی دارد؟ در جمعیت عمومی، عفونت‌های جراحی با درمان دارویی مهار می‌شوند؛ اما در بیماران مبتلا به ام‌اس ماجرا فراتر از این است: خطر تحریک حملات ام‌اس: در پزشکی این واقعیت اثبات شده که هرگونه تب و عفونت سیستمیک در بدن می‌تواند سیستم ایمنی را شعله‌ور کند و خطر عود بیماری ام‌اس یا بروز حملات کاذب (بدتر شدن گذرا و شدید علائم عصبی مانند تاری دید و بی‌حسی دست و پا) را بالا ببرد. تداخل با مراقبت از نوزاد: بروز تب، درد زخم و مصرف مداوم آنتی‌بیوتیک در روزهایی که مادر در اوج خستگی نیازمند آرامش و رسیدگی به نوزاد تازه متولد شده است، کیفیت زندگی او را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

آیا ام‌اس به‌تنهایی دلیلی برای سزارین است؟

پاسخ قاطع کارشناسان بر اساس این مطالعه «خیر» است. ابتلای قطعی به ام‌اس هرگز نباید به عنوان توجیهی برای اصرار بر سزارین غیرضروری در نظر گرفته شود. نتایج این مطالعه بر شواهد پزشکی گذشته مهر تأیید می‌زند: دستگاه تناسلی و عضلات رحمی در بیشتر مادران مبتلا به ام‌اس عملکرد کاملاً طبیعی دارند و توانایی زایمان فیزیولوژیک و طبیعی را فراهم می‌کنند.

در نبود دلایل قطعی پزشکی و مامایی (مانند تنگی شدید لگن، وضعیت غیرعادی جنین، افت ضربان قلب نوزاد یا اسپاسم‌های عضلانی بسیار شدید لگنی در مادر)، زایمان طبیعی انتخابی ایمن‌تر است که بدن مادر را از یک برش جراحی بزرگ و خطرات عفونی مرتبط با آن مصون می‌دارد.

توصیه‌های کاربردی برای کادر درمان و مادران باردار

پژوهشگران برای حفظ حداکثری سلامت مادر و نوزاد توصیه‌های زیر را یادآور می‌شوند:

- مشاوره مشترک پیش از زایمان: ضروری است متخصص زنان و زایمان در جلسه‌ای هماهنگ با متخصص مغز و اعصاب، میزان ناتوانی حرکتی و کنترل بیماری را بررسی کنند و طرح زایمان طبیعی را در اولویت قرار دهند.
- پایش عفونت تا ۶ هفته پس از زایمان: به مادران مبتلا به ام‌اس و اطرافیان آن‌ها باید آموزش داده شود که هرگونه علائمی چون تب، سوزش ادرار، ترشحات بدبوی زخم یا قرمزی غیرعادی پوست را در دوران پس از زایمان جدی بگیرند و فوراً به پزشک مراجعه کنند.
- رعایت دقیق اصول بهداشتی و در صورت لزوم آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه: در مواردی که سزارین اجتناب‌ناپذیر است، باید تمامی دستورالعمل‌های کنترل عفونت بیمارستانی و درمان‌های حمایتی به‌دقت اجرا شوند.

مداخلات دستی روی مهره‌های پشتی و بازآموزی تنفس دیافراگمی با اصلاح ثبات تنه، تأثیر چشمگیری در کاهش ناتوانی حرکتی و تسکین دردهای مزمن کمر دارند.

درمان کمردرد از راه قفسه سینه

- کاهش چشمگیر ناتوانی حرکتی با تمرکز بر بالاتنه: تکنیک‌های دستی قفسه سینه و تمرینات تنفسی اثر بالینی قدرتمندی در بهبود ناتوانی و بازگشت توان حرکتی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن دارند
- تأثیر مثبت اما ملایم‌تر بر شدت درد: این مداخلات علاوه بر بهبود ناتوانی، شدت احساس درد کم‌تر را نیز به‌طور معناداری کاهش می‌دهند
- برتری تکنیک‌های دستی نسبت به تمرین تنفسی به‌تنهایی: استفاده از تکنیک‌های متحرک‌سازی ستون فقرات پشتی (توراسیک) نسبت به تمرینات تنفسی انفرادی، اثر تسکین‌بخشی بیشتری بر کاهش کمردرد نشان می‌دهد.
- اهمیت استمرار جلسات درمانی: بالاترین میزان اثربخشی در بیمارانی مشاهده شد که درمان آن‌ها حداقل ۴ هفته به طول انجامید و بیش از ۱۲ جلسه درمانی منظم را پشت سر گذاشتند.

کمردرد مزمن را به‌درستی «اپیدمی خاموش دوران مدرن» نامیده‌اند؛ مشکلی شایع و فرساینده که میلیون‌ها انسان را در سراسر جهان درگیر کرده و نخستین عامل افت توان کاری و ناتوانی جسمی در جهان است. اغلب افراد مبتلا به کمردرد هنگام مراجعه به فیزیوتراپی یا پزشک، تمام تمرکز درمانی را متوجه مهره‌های انتهایی و ناحیه نشیمنگاه خود می‌بینند؛ ماساژ موضعی، فیزیوتراپی کمر، ورزش‌های عضلات شکم و فیله، یا آب‌درمانی. اما آیا تاکنون فکر کرده‌اید که ریشه بخش بزرگی از دردهای مزمن گودی کمر ممکن است در قفسه سینه، مهره‌های پشتی یا حتی الگوی نادرست نفس کشیدن شما نهفته باشد؟ در یک پژوهش مروری نظام‌مند و فراتحلیل (متاآنالیز) گسترده که به تازگی در نشریه معتبر و بین‌المللی PLOS One توسط جمعی از متخصصان فیزیوتراپی و توانبخشی منتشر شده است، دانشمندان پرده از پیوند شگفت‌انگیز میان عملکرد مکانیکی قفسه سینه (ناحیه توراسیک) با تسکین کمردرد برداشته‌اند.

مهندسی ظریف بدن؛ چرا قفسه سینه و دیافراگم بر کمر اثر می‌گذارند؟

ستون فقرات و تنه انسان مانند یک زنجیره به‌هم‌پیوسته کار می‌کنند. مهره‌های میانی پشت (توراسیک) به همراه دنده‌ها، پایگاهی استوار برای تنفس و پایداری بدن فراهم می‌آورند. در پایه این جعبه استخوانی، عضله قدرتمند «دیافراگم» قرار دارد که موتور محرک نفس کشیدن است. دیافراگم تنها برای دم و بازدم طراحی نشده؛ اتصال آناتومیک مستقیم آن به مهره‌های کمری و هماهنگی‌اش با عضلات کف لگن و عضلات عمقی شکم، دیواره‌ای طبیعی به نام «سیلندر ثبات‌دهنده تنه» ایجاد می‌کند.

وقتی فرد به دلیل استرس، کم‌تحركی، نشستن نامناسب و قوز کردن‌های طولانی دچار خشکی مهره‌های قفسه سینه شود یا تنفس‌های سطحی و کم‌عمق سینه‌ای داشته باشد، دیافراگم به درستی کار نمی‌کند. این اختلال موجب افزایش فشار مستقیم روی مهره‌های کمری و ناپایداری ستون فقرات شده و در نهایت، به شکل دردهای مبهم و مقاوم در پایین کمر بروز می‌کند.

ترکیب یافته‌های ۳۱ کارآزمایی بالینی معتبر

پژوهشگران برای سنجش علمی این ارتباط، داده‌های حاصل از ۳۱ مطالعه کارآزمایی تصادفی‌سازی‌شده بالینی (RCT) را که بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۵ انجام شده بود، با روش‌های آماری پیشرفته استخراج و تحلیل کردند. در این مطالعات، اثربخشی دو مداخله نوین ارزیابی شده بود:

۱. تمرینات تنفسی ساختاریافته (BT): شامل تمرینات تنفس دیافراگمی عمیق، بازآموزی تنفس شکمی و تقویت عضلات تنفسی.
۲. تکنیک‌های دستی قفسه سینه (TT): شامل متحرک‌سازی مهره‌های پشتی (موبیلیزیشن)، مانورهای سریع تنظیمی ستون فقرات (مانیپولاسیون)، و آزادسازی بافت‌های نرم و عضلات سفت دنده‌ها.



نتایج درخشان: از بین رفتن ناتوانی و مهار درد

تحلیل داده‌ها نشان داد مداخله در قفسه سینه، تأثیر قابل‌توجهی در روند درمان کمردرد دارد:

- جهش بزرگ در بهبود توان عملکردی: بیشترین شگفتی نتایج مربوط به شاخص «ناتوانی حرکتی» بود. تکنیک‌های توراسیک و تنفسی توانستند با اندازه اثر بسیار بزرگ محدودیت‌های روزمره بیماران را برطرف کنند؛ به‌طوری‌که افراد توانستند راحت‌تر خم شوند، راه بروند و کارهای روزانه را با محدودیت فیزیکی بسیار کمتری انجام دهند.
- تسکین شدت درد کمر: این تکنیک‌ها اثر معناداری در کاهش احساس شدت درد داشتند.
- تأثیر دستان درمانگر: نتایج زیرگروهی نشان داد مداخلات دستی روی مهره‌های پشتی، اثر قدرتمندتری در مقایسه با تمرین تنفسی صرف دارند. با این حال ترکیب این دو مداخله بهترین بازده درمانی را فراهم می‌سازد.

فرمول طلایی درمان: جلسات کافی و استمرار در تمرین

نکته بالینی حیاتی در این پژوهش، مدت‌زمان دریافت درمان بود. اثر درمانی در افرادی که درمان کوتاه‌مدت یا کمتر از ۱۰ جلسه داشتند چشمگیر نبود. اما در بیمارانی که دوره درمان آن‌ها بیش از ۴ هفته به طول انجامید و بیش از ۱۲ جلسه منظم درمانی را پشت سر گذاشتند، اثربخشی درمان دوچندان شد و کاهش درد و ناتوانی در بالاترین سطح به ثبت رسید.

پیامدهای کاربردی برای درمان کمردرد

این پژوهش دیدگاه سنتی درمان کمردرد را دگرگون می‌کند:

کمردرد را جدا از بالاتنه نبینید: متخصصان فیزیوتراپی و طب فیزیکی باید ارزیابی حرکات دنده‌ها، مهره‌های پشتی و تنفس بیمار را در ارزیابی روتین کمردرد بگنجانند. تنفس عمیق شکمی، ورزشی روزانه برای دیسک کمر: آموزش تنفس دیافراگمی به بیماران نه تنها سیستم عصبی سمپاتیک و انقباضات اضطرابی را آرام می‌کند، بلکه با تثبیت فشار داخل شکم، مانند کمربند طبی طبیعی از دیسک‌های کمری محافظت می‌کند. رفع خشکی قفسه سینه با تکنیک‌های فیزیوتراپی: آزادسازی خشکی مهره‌های پشت به ستون فقرات اجازه می‌دهد فشارهای خم شدن و چرخیدن را در کل بالاتنه توزیع کند و بار سنگین را از روی مهره‌های کمری بردارد.



Source: Seyedhoseinpoor T, Jafari R, Shafizadegan Z, Abbaszadeh-Amirdehi M. Effects of breathing exercise and thoracic techniques on pain and disability in low back pain: A systematic review and meta-analysis. Plos one. 2026 Jan 14;21(1):e0339263.

با افزایش سن، غربالگری گوارش و ریه پس از سرطان پستان حیاتی است.



زنگ خطر سرطان ثانویه

پس از درمان سرطان پستان

- سن بالا، قوی‌ترین عامل خطر سرطان ثانویه: در زنان نجات‌یافته از سرطان پستان، سن بالای ۷۰ سال خطر ابتلا به یک سرطان اولیه مستقل دیگر (SPC) را بیش از ۳ برابر افزایش می‌دهد.
- تغییر عامل اصلی مرگ در سالمندی: در بیماران زیر ۴۰ سال، عامل ۸۰٪ مرگ‌ها همان سرطان پستان اولیه است؛ اما در سنین بالای ۷۰ سال، سرطان ثانویه با پیشی گرفتن از سرطان پستان، به علت اصلی مرگ (۴۶.۴٪ در برابر ۳۹.۳٪) تبدیل می‌شود.
- شایع‌ترین اندام‌های درگیر: شایع‌ترین سرطان‌های ثانویه که پس از بهبود سرطان پستان ظاهر می‌شوند، به ترتیب در دستگاه گوارش (GI) با سهم حدود ۳۰ تا ۳۴ درصد، اندام‌های زنان (ژینکولوژیک) و قفسه سینه/ریه (توراسیک) هستند.
- نقش قند خون و عوامل اقتصادی-اجتماعی: قند خون ناشتای بالا خطر سرطان‌های گوارشی ثانویه را تشدید می‌کند؛ همچنین بیماران کم‌درآمدتر با نرخ بالاتری از سرطان‌های ریه و قفسه سینه مواجه می‌شوند که نشان‌دهنده لزوم غربالگری حمایتی ویژه است.

پیروزی بر سرطان پستان یکی از بزرگ‌ترین دستاوردهای پزشکی مدرن است. با پیشرفت روش‌های تشخیص زودهنگام و درمان‌های هدفمند، امروزه میلیون‌ها زن در سراسر دنیا پس از سپری کردن دوران سخت درمان، سال‌های طولانی به زندگی بازمی‌گردند. اما این پیروزی بزرگ، پزشکان و پژوهشگران را با چالش جدیدی در طب سالمندی و انکولوژی روبرو کرده است: «مراقبت از بازماندگان». وقتی از یک سرطان جان سالم به در می‌بریم، بدن ما در برابر سرطان‌های دیگر چه رفتاری نشان می‌دهد؟

یک مطالعه جمعیتی و کوهورت گسترده با همکاری دانشمندان کره جنوبی که در ژورنال معتبر و نیچر-پارتنر npj Breast Cancer منتشر شده است، با بررسی دقیق سرنوشت بیش از ۱۵,۰۰۰ زن بهبودیافته از سرطان پستان در یک دوره پیگیری طولانی، به این پرسش پاسخ داده است. نتایج این پژوهش توجه نظام‌های سلامت را از صرفاً «پایش عود سرطان پستان» به سوی «مراقبت جامع از کل بدن، به‌ویژه در سنین بالا» جلب کرده است.

تفاوت عود تومور با «سرطان اولیه دوم» چیست؟

بسیاری تصور می‌کنند اگر فردی پس از بهبود سرطان پستان به تومور دیگری مبتلا شود، این همان دست‌اندازی یا متاستاز بیماری قبلی است. اما پژوهشگران میان عود بیماری و سرطان اولیه دوم (SPC) تفاوت قائلند. سرطان دوم، تومور جدید و کاملاً مستقلی است که در بافتی دیگر (مانند روده، معده یا ریه) آغاز می‌شود. این پدیده می‌تواند همزمان با سرطان پستان (sSPC) یا ماه‌ها و سال‌ها پس از بهبود آن (mSPC) شناسایی شود.

ثبت داده‌های ۱۵,۴۳۰ بیمار؛ چه کسانی بیشتر در خطرند؟

پژوهشگران با پایش بیش از ۸۶,۰۰۰ نفر سال از بیماران توانستند ۸۱۲ مورد سرطان ثانویه متاکرون (با فاصله زمانی) و ۴۹۷ مورد سرطان ثانویه همزمان را تحلیل کنند. نتایج نشان داد:

۱. سن، خط‌کش اصلی تعیین خطر: هرچه سن فرد بالاتر باشد، شانس ابتلا به سرطان دوم به شکل معناداری بالا می‌رود. در زنان بالای ۷۰ سال، خطر ابتلا به سرطان ثانویه بیش از ۳ برابر جوانان زیر ۴۰ سال است.
۲. جابه‌جایی نگران‌کننده عامل مرگ: تکان‌دهنده‌ترین یافته مطالعه مربوط به علت فوت بیماران بود. در حالی که در زنان جوان (زیر ۴۰ سال) تقریباً تمام تمرکز درمانی باید روی جلوگیری از بازگشت سرطان پستان باشد (چرا که علت ۸۰٪ مرگ‌هاست)، در زنان بالای ۷۰ سال، این سرطان‌های جدید گوارشی و ریوی هستند که بیش از خود سرطان پستان جان بیماران را می‌گیرند (۴۶/۴٪ در برابر ۳۹/۳٪).
۳. قند خون را جدی بگیرید: بیمارانی که قند خون ناشتای آن‌ها بالای ۱۴۰ بود، با احتمال بسیار بالاتری به سرطان‌های دستگاه گوارش مبتلا شدند؛ زنگ خطری که اهمیت مدیریت قند خون و دیابت پس از درمان سرطان را گوشزد می‌کند.
۴. تأثیر طبقه اقتصادی و معیشت: بررسی داده‌ها نشان داد بیماران متعلق به قشر کم‌درآمد جامعه، شیوع بالاتری از سرطان‌های ثانویه قفسه سینه و ریه داشتند؛ موضوعی که صرفاً به دخانیات مربوط نبوده و احتمالاً ناشی از عوامل محیطی، آلودگی هوا یا تغذیه است.

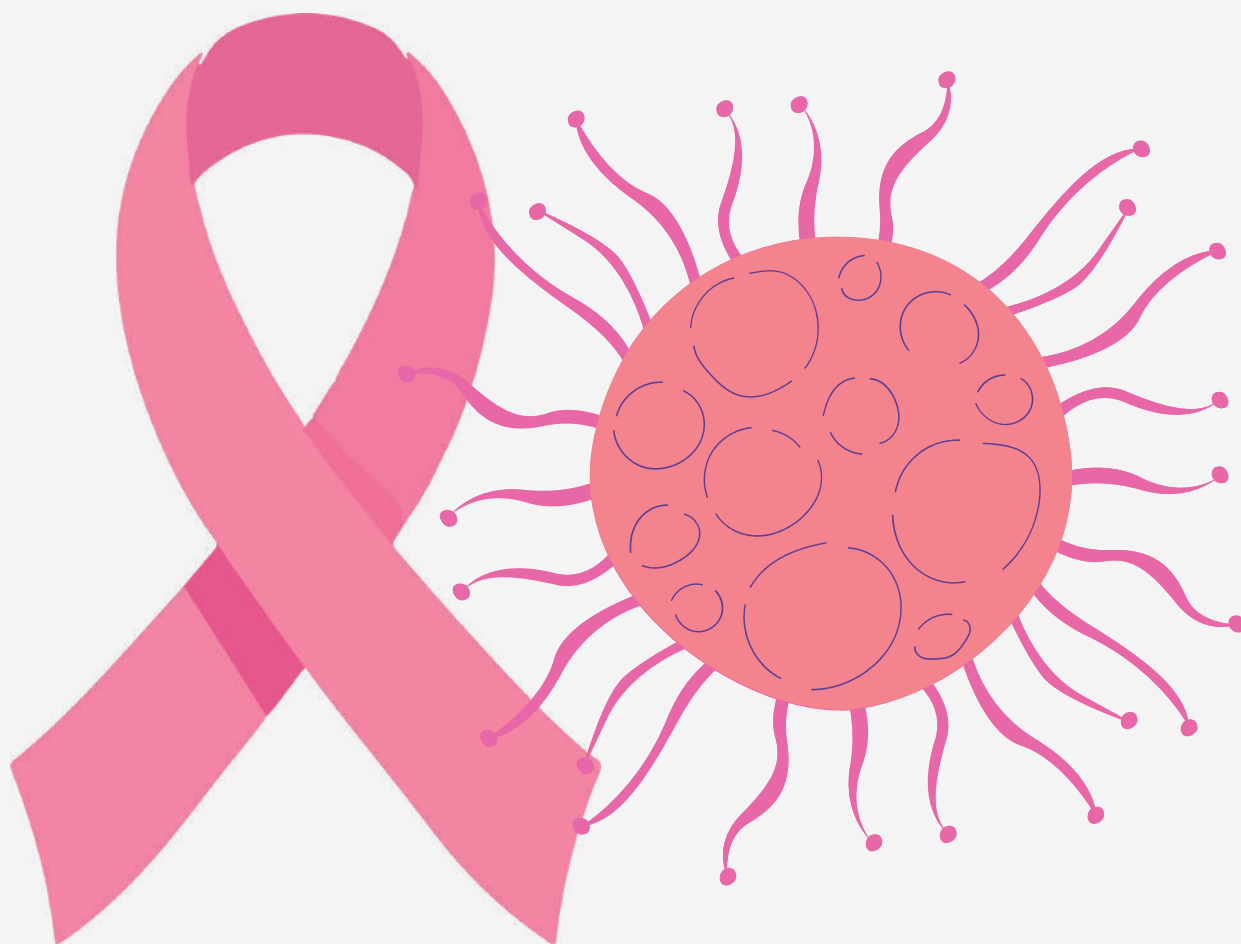
کدام اقدام‌ها بیشتر در کمین هستند؟

بررسی توزیع تومورهای ثانویه نشان داد که بیش از ۳۰٪ کل سرطان‌های دوم در دستگاه گوارش (معده، کولون و رکتوم) رخ می‌دهند. پس از آن، سرطان‌های دهانه رحم و رحم (زنان) با حدود ۱۶ تا ۲۰ درصد و سرطان‌های ریه و قفسه سینه با حدود ۱۳٪ در رده‌های بعدی قرار دارند.

پیام‌های بالینی و کاربردی برای بیماران و خانواده‌ها

این مطالعه یک نقشه راه حیاتی برای دوران پس از بهبودی ترسیم می‌کند:

چکاپ فقط ماموگرافی نیست: بانوان بازمانده از سرطان پستان نباید بررسی‌های دوره‌ای سلامت را تنها به سونوگرافی و ماموگرافی پستان محدود کنند. غربالگری‌های روتین ملی نظیر کولونوسکوپی (برای روده بزرگ)، آندوسکوپی (برای معده) و تست‌های دوره‌ای زنان پس از بهبودی اهمیت دوچندان می‌یابد. توجه مضاعف به افراد مسن خانواده: در مادران و مادر بزرگ‌هایی که سابقه درمان سرطان پستان دارند، با ورود به سن ۶۰ و ۷۰ سالگی، هر علامت هشدار جدیدی مانند کاهش وزن بی‌دلیل، تغییر در اجابت مزاج، خونریزی گوارشی یا سرفه‌های طولانی‌مدت باید با جدیت و بدون فوت وقت پیگیری شود. کنترل قند خون و سبک زندگی متابولیک: رعایت رژیم غذایی مناسب و پیشگیری از دیابت، نه تنها سلامت قلب و عروق بازماندگان را تضمین می‌کند، بلکه سپری دفاعی در برابر سرطان‌های ثانویه روده و معده خواهد بود.



استرس، اضطراب و افسردگی مادر میتواند باعث تأخیرات هورمونی، ترکیب ایمنی و متابولیک شیر مادر شوند.

آیا سلامت روان مادر می‌تواند ترکیب شیر مادر را تغییر دهد؟

- شیر مادر یک مایع زنده است که ترکیب آن تحت تأثیر عوامل زنده، روانی و محیطی مادر قرار دارد.
- استرس، اضطراب و افسردگی مادر می‌توانند باعث تغییرات هورمونی، ترکیب ایمنی و متابولیک شیر مادر شوند.
- هورمون‌های مرتبط با استرس، به‌ویژه کورتیزول، می‌توانند بر رشد عصبی، پاسخ ایمنی و تنظیم هیجانی نوزاد تأثیر گذار باشند.
- حمایت روانی از مادران شیرده می‌تواند بخشی از راهبردهای سلامت عمومی برای بهبود سلامت کودکان در دوره کوتاه و بلندمدت باشد.

تغییرات در ترکیب شیر می‌تواند باعث افزایش خطر اختلالات متابولیک، مشکلات رفتاری و اختلالات روانی در سال‌های بعدی زندگی شود. بنابراین، اهمیت توجه به سلامت روانی مادر به عنوان بخشی از سیاست‌های سلامت عمومی برجسته است.

حمایت اجتماعی و روانی از مادران شیرده، غربالگری و درمان افسردگی پس از زایمان و ارائه خدمات سلامت روان می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت شیر مادر و ارتقای سلامت نسل آینده ایفا کند. مداخلات ساده اما هدفمند در این زمینه می‌توانند به عنوان یک راهبرد پیشگیرانه کم هزینه و موثر در نظام‌های سلامت مورد توجه قرار گیرند.

شیر مادر یک سیستم زنده و پیچیده است که حاوی تمامی مواد مغذی، هورمون‌ها، آنزیم‌ها، عوامل ایمنی و ترکیبات زیستی ضروری است. این ترکیبات نه تنها نیازهای تغذیه‌ای نوزاد را پوشش می‌دهند، بلکه در ساختار سیستم ایمنی، رشد عصبی و تنظیم متابولیسم نقش بسزایی دارند. بر خلاف باور عمومی، ترکیب شیر مادر ثابت نیست و می‌تواند به تغییرات فیزیولوژیک و روانی مادر واکنش نشان دهد.

تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که وضعیت روانی مادر، به خصوص در دوران بارداری و شیردهی، می‌تواند بر ترکیب شیر اثرگذار باشد از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال. استرس و اضطراب باعث افزایش ترشح هورمون‌هایی مانند کورتیزول می‌شود که این هورمون‌ها می‌توانند به شیر مادر منتقل شده و اثرات آن بر روی نوزاد را تحت تأثیر قرار دهند. همچنین، حضور کورتیزول در شیر مادر با تغییرات در الگوهای خواب، رفتار، پاسخ به استرس و حتی رشد عصبی نوزاد در ارتباط دانسته شده است.

علاوه بر هورمون‌ها، وضعیت روانی مادر می‌تواند بر ترکیبات ایمنی شیر اثر بگذارد. این ترکیبات شامل ایمونوگلوبولین‌ها، سایتوکاین‌ها و فاکتورهای ضدالتهابی هستند که تأثیر زیادی بر مقاومت نوزاد در برابر عفونت‌ها و بیماری‌ها دارند. هرگونه تغییر یا کاهش در این ترکیبات می‌تواند توانایی سیستم ایمنی نوزاد را در مقابل بیماری‌ها کاهش دهد. این تغییرات ممکن است پیامدهای مهمی برای سلامت کودک به وجود آورند، زیرا سیستم ایمنی نوزاد در اوایل زندگی بسیار ضعیف است.

پژوهش‌ها نشان داده است که تأثیرات شیر مادر تنها در دوران نوزادی محدود نمی‌شود، بلکه ممکن است تأثیراتی بر سلامت آینده فرد داشته باشد.





پانزدهمین کنفرانس بین المللی

سلامت زنان

با محوریت سلامت زنان شاغل

The 15th International Conference on

Women's Health

(Health of Working Women)

۲۲-۲۳ مهر ۱۴۰۵، شیراز، ایران

Oct 14 & 15, 2026 - Shiraz, Iran



بلوار چمران، بلوار نیایش، کوچه ۳

مجتمع فرهنگی ورزشی ولایت

Velayat Complex

www.whc2026.sums.ac.ir

Tel: +98-7132084436



پنجمین کنگره بین المللی مطالعات اجتماعی سلامت

The Fifth International Congress on Social Studies in Health

تاب آوری فردی و اجتماعی، زیربنای سلامت اجتماعی

محورهای سمینار:

- مؤلفه‌های روان‌شناختی تاب‌آوری فردی و سلامت اجتماعی
- سرمایه اجتماعی و تاب‌آوری جمعی
- سیاست‌های اجتماعی تاب‌آورانه در نظام سلامت
- تاب‌آوری در برابر بحران‌ها و بلایا
- نابرابری‌های اجتماعی و تاب‌آوری
- اندازه‌گیری و شاخص‌های تاب‌آوری اجتماعی
- تاب‌آوری گروه‌های آسیب‌پذیر
- مداخلات اجتماعی مبتنی بر تاب‌آوری



مهلت ارسال خلاصه مقالات
۳۰ مهر ۱۴۰۵

<https://ssh5.sums.ac.ir/fa/>

آدرس دبیرخانه: شیراز - میدان امام حسین(ع) - دانشکده پزشکی
ساختمان شماره ۲ - طبقه ۸ - مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

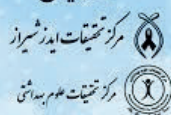
تلفن: ۰۷۱-۳۲۰۸۴۴۳۶

۳۰ دی الی ۱ بهمن ماه ۱۴۰۵

شیراز-ایران

20-21 January 2027

حامیان



برگزار کنندگان





هفتمین کنگره بین المللی سلامت همراه

نقش سلامت همراه در پایداری و تاب آوری نظام سلامت

شیراز - ۱۴ و ۱۵ بهمن ۱۴۰۵

محورهای کنگره

۱. حکمرانی و سیاست‌گذاری در سلامت همراه
۲. سلامت همراه و تحول نظام سلامت
۳. نقش سلامت همراه در آموزش و توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
۴. پیشگیری از بیماری‌ها و مراقبت از بیماران با سلامت همراه
۵. نقش سلامت همراه در مدیریت بحران‌ها و تاب‌آوری نظام سلامت
۶. فناوری‌های نوظهور و هوش مصنوعی در سلامت همراه
۷. نوآوری، کارآفرینی و تجاری‌سازی در سلامت همراه
۸. نقش سلامت همراه در پژوهش‌های حوزه سلامت

ثبت‌نام و ارسال مقاله



mhealth2027.sums.ac.ir

اطلاعات تماس

۰۹۳۹۳۲۸۹۲۴۴

mhc2027@sums.ac.ir

mhealth2027.sums.ac.ir

آدرس دبیرخانه: شیراز - خیابان زند -

دانشکده پزشکی - ساختمان شماره ۲ - طبقه ۸

مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت

محل برگزاری کنگره: شیراز

برگزارکننده

مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



تاریخ‌های مهم

شروع ارسال مقالات: ۱ شهریور ۱۴۰۵

مهلت ارسال مقالات: ۱۵ آبان ۱۴۰۵

اعلام نتایج داوری: ۳۰ آذر ۱۴۰۵

برگزاری کنگره: ۱۴ و ۱۵ بهمن ۱۴۰۵