

Reconstructing Traditional Delivery and Midwifery Process: A Qualitative Study in Sardasht District

Shirin Hatamifar¹, Mehdi Rezaei^{2*}

Abstract

This paper deals with the process of delivery and childbirth in traditional communities prior the entrance of modern health and medicine. It tries to investigate the role of attendants in this process too. In an ethnographic study we refer to still alive traditional attendants as well as other elderly women to provide a clear picture of traditional delivery process and attendant role. For collecting data, 46 in-depth interviews have been conducted, then manuscripts were classified according to pre-delivery, delivery and post-delivery stages. Traditional deliveries took place in domestic context with least medical equipment and banal tools. Attendants provided the pregnant women with some behavioral, nutritional and sometimes curing advices. At the time of difficult deliveries, they employed purely local, experience-based techniques as well as spiritual ways. Different domestic, biological and cultural factors could have been caused infant/fetus or maternal death. The finding narrates some traditionally unknown causes of deaths of mothers or fetus. At the post-delivery stage, the attendant's cares had substantial impact on mother and child health. All the attendant's conducts and the delivery and childbearing process were culturally mediated.

Keywords: Traditional delivery, Local attendant, Premodern community, Kurdistan, Sardasht.

Received: 2022-08-06

Accepted: 2022-11-10

¹ M.A. in Demography, Payame Noor University; samalnew@yahoo.com

² Assistance Professor of Demography, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author); mehdirezaei@pnu.ac.ir

بازسازی فرایند زایمان و مامایی سنتی: پژوهشی کیفی در شهرستان سردشت

شیرین حاتمی‌فر^۱، مهدی رضائی^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر به موضوع فرایند زایمان و تولد نوزاد در اجتماعات سنتی، قبل از ورود پزشکی و بهداشت مدرن، می‌پردازد و سعی در بررسی نقش ماماهاى محلی در این فرایند دارد. با بهره‌گیری از روش اتنوگرافی و با مراجعه به زنان ماما و سایر افراد مطلع از جمله زنان سالمند، روایتی از فرایند زایمان ارائه می‌شود. با ۴۶ نفر مصاحبه‌های عمیقی انجام گرفت، یافته‌های مصاحبه‌ای حول سه مرحله پیش‌زایمان، حین زایمان و بعد از زایمان تم‌بندی شدند. زایمان‌های سنتی در محیطی خانگی، با حداقل امکانات بهداشتی و البته با ابزارهای بسیار ساده و دم‌دستی انجام می‌گرفتند. ماماها در دوره پیش‌زایمان توصیه‌های رفتاری و تغذیه‌ای و در موارد متعدد معالجه‌ای به زنان باردار ارائه می‌کردند. در جریان زایمان، در صورت دشواری زایمان، راهکارهای کاملاً تجربی بومی و نیز راهکارهایی اعتقادی اتخاذ می‌شد. شرایط خاص محیطی و زیستی و فرهنگی در مواردی باعث مرگ‌ومیر مادران یا جنین می‌شد. یافته‌ها می‌توانند علل ناشناخته مرگ‌ومیر مادران یا جنین را در گذشته نشان دهند. در مرحله پس از زایمان مراقبت‌های مؤثر ماما از زانو، بر سلامتی مادر و فرزند بسیار مؤثر بوده است. تمامی اقدامات ماما و کل فرایند زایمان و فرزندآوری در بطن فرهنگ و به میانجی عناصر فرهنگ بومی انجام شده است.

واژگان کلیدی: زایمان سنتی، مامای محلی، اجتماعات پیشامدرن، کردستان، سردشت.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۵

۱. دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران؛ samalnew@yahoo.com

۲. استادیار جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)؛

mehdirezaei@pnu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2023.559773.1246>

مقدمه و بیان مسئله

زاد و ولد انسانی از جمله پدیده‌های زیستی و اجتماعی است که در هر اجتماع انسانی اتفاق می‌افتد. باروری یا زاد و ولد از آن جهت اجتماعی است که کنشی معطوف به ارزش‌های فردی و گروهی و متأثر از آن‌ها است (ویکس ۱۳۹۵: ۲۱۷-۲۲۲). از همین‌رو، بارداری و زایمان دوره‌ای گذرا و مهم در زندگی زنان است و به‌خاطر همین مشخصه در طول تاریخ منبع بسیاری از باورهای سنتی عرفی و دینی در هر محیطی بوده است (Karahan et al. 2017: 190). به همین دلیل، هر فرهنگی ضرب‌المثل‌هایی در این باره دارد. اما خود «زایش» یا تولد، معمولاً به شکلی دیگر نیز کنشی اجتماعی است؛ از این نظر که با حضور فعال فردی غیر از مادر اتفاق می‌افتد: ماما یا قابله. همچنین، رخدادی جمعیت‌شناختی است از آن جهت که با وقوع تولد بر حجم جمعیت افزوده می‌شود و در صورت فوت مادر در حین زایمان، از حجم جمعیت کاسته می‌شود.

در گذشته به خاطر نبودن مراکز بهداشتی تمام زایمان‌ها در محل زندگی افراد و به کمک قابله محلی صورت می‌گرفت. به‌طور معمول هم در جوامع سنتی و هم در جوامع مدرن، زایمان‌ها با حضور فردی حاذق در این حوزه در منزل یا در زایشگاه با امکانات مدرن اتفاق می‌افتد. در هر حال هدف به‌دنیا آوردن سالم جنین و زایمانی کم‌خطر برای مادر است. «زنان آداب و رسوم مختلفی را در زمان بارداری و زایمان تجربه می‌کنند که تفاوت ملل و فرهنگ‌ها را نشان می‌دهد؛ این سنت‌ها نقش مهمی در سلامت مادر و کودک دارد (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۱۰). امروزه از این سنت‌های باقی‌مانده در تکمیل تجویزهای پزشکی مدرن بهره می‌گیرند، مثلاً توصیه به مصرف گرمی‌جات در زنان در حال زایمان یا پس از زایمان هنوز مورد تأکید است (Hashem Zaher et al. 2021: 188) یا خوردن خرما در کنترل خونریزی موثر بوده و بهترین ماده مغذی برای عضلات رحم است (مجاهد و همکاران ۱۳۹۱: ۱۶۰). بخش عمده مطالعات موجود به این بخش از دانش‌های بومی پرداخته‌اند (Maimbolwa et al. 2003; Naser

et al 2012; Kaphle, Hancock & Newman 2013; جعفریان و رحیمی‌نیا ۱۳۹۴؛ کشاورز و همکاران ۱۳۹۶) اما این که در یک اجتماع سنتی غالباً مبتنی بر اقتصاد و شیوه زندگی کشاورزی و دهقانی، خود زایمان و تولد چگونه اتفاق افتاده است و ماما چه نقشی را ایفا نموده کمتر مورد توجه قرار گرفته است. تعاملات فرد ماما و زائو چگونه و مبتنی بر چه چیزی است و با میانجی‌گری چه عناصری اتفاق می‌افتند، مباحثی هستند که در حوزه انسان‌شناسی سلامت یا پزشکی و اتنوپرستاری قرار می‌گیرد. از این رو، مطالعه فرایند زایمان و مامایی در اشکال ماقبل مدرن آن، یعنی زایمان در منزل، از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا می‌تواند در تبیین برخی وضعیت‌های پزشکی، مراقبتی و جمعیت‌شناختی گذشته، از جمله مرگ‌ومیر حین زایمان مادران یا مرگ‌ومیر نوزادان، به یاری جمعیت‌شناسان و انسان‌شناسان سلامت بیاید. چرا که در مطالعات مرتبط با گذار جمعیت‌شناختی، همواره به میزان‌های بالای مرگ‌ومیر در دوران قبل از گذار اشاره می‌شود (ویکس ۱۳۹۵؛ سرایی ۱۳۷۶) و بخشی از آن را به مرگ‌ومیر مادران و نوزادان نسبت می‌دهند، بنابراین در مطالعات کیفی تحولات جمعیت، کاوش در وضعیت‌های خاص آن دوران با رجوع به ادبیات شفاهی، امری ضروری است.

پژوهش حاضر در صدد کاوش در فرایند زایمان سنتی و پیشامدرن به روایت زنان قابله یا ماما و زنان سالمند در حال حیات یا سایر افراد مطلع است. کاوش در ادبیات شفاهی این حوزه‌ها به ما می‌گوید که فرایند زایمان چگونه اتفاق می‌افتاد؟ از چه ابزارهایی استفاده می‌شد؟ یک زایمان نرمال چگونه اتفاق می‌افتاد؟ در لحظات بحرانی زایمان چه اقداماتی صورت می‌گرفت؟ چه ارتباطی بین ماما و زن پاردار برقرار بود؟ چه وضعیت‌هایی بیشتر سبب مرگ مادر یا نوزاد می‌شد؟ در این میانه فرهنگ چه جایگاهی داشت؟ و چه پیوندی میان دانش بومی زایش و مامایی با سایر نظام‌های معنایی آن فرهنگ (برای نمونه دین) وجود داشته است؟ این‌ها و بسیاری پرسش‌های مشابه می‌توانند زمینه‌ساز پژوهش‌هایی در این حوزه باشند. محققین در پی پاسخ به این پرسش اکتشافی هستند که در دوران پیشامدرن بهداشتی در جامعه گُردستان، با تأکید بر شهرستان سردشت، زنجیره فرایند پیش‌زایمان، زایمان و بعد از زایمان چگونه بوده است؟

میدان پژوهش

مطالعه حاضر در شهرستان سردشت، یکی از شهرستان‌های کردستان ایران، واقع در استان آذربایجان غربی، انجام شده است. این شهرستان در منطقه‌ای بسیار کوهستانی و در نقطه صفر مرزی همجوار با اقلیم کردستان عراق قرار دارد. ساکنان این منطقه به زبان کُردی سخن می‌گویند. به لحاظ مذهبی اهل سنت و از پیروان امام شافعی هستند. این شهرستان بیشترین تغییر و تحولات اقتصادی و اجتماعی و بهداشتی را در نیم قرن گذشته تجربه کرده است و به دلایل گوناگون، «مدرنیزاسیون بهداشتی»، از جمله تأسیس خانه‌های بهداشت، در آن منطقه از سال ۱۳۶۹ آغاز شد (محمدپور ۱۳۹۲: ۲۴۴). شرایط جغرافیایی و صعب‌العبور بودن و دشواری ارتباطات میان مناطق مختلف روستایی و شهری در گذشته، در کنار برخورداری از پوشش گیاهی و جنگی متنوع، مثل بسیاری از اجتماعات انسانی دیگر باعث به‌وجود آمدن دانش‌های خاصی در زمینه‌های مختلف شده است. از جمله آن حوزه‌ها، فرزندآوری و زایمان است.

پیشینه پژوهش

مرور مطالعات تجربی پیشین در این حوزه نشان می‌دهد که بخش زیادی از آنچه درباره زایمان و مامایی سنتی انجام شده است یا به جایگاه مامایی سنتی در دنیای امروز توجه کرده‌اند یا چگونگی ارتقای کیفیت کار ماماهاى سنتی از طریق مجموعه‌ای از آموزش‌ها را بررسی کرده‌اند و یا در مواردی به تحلیل تجویزها و توصیه‌های سنتی درباره زایمان در کنار رویه‌های بهداشتی مدرن پرداخته‌اند. هیچ مطالعه‌ای که در آن به خود فرایند زایمان و عمل مامایی در دوران قبل از ورود بهداشت مدرن پرداخته باشد و بتواند سیمایی روشن از این فرایند و تعاملات قبل از آن، حین آن و پس از آن را ترسیم کند یافت نشد. در ادامه به مرور مطالعاتی می‌پردازیم که به‌نوعی با موضوع این پژوهش مرتبط هستند.

لیدام^۱ (۱۹۸۵) در مطالعه‌ای با عنوان *ماماهای سنتی*، ضمن بررسی وضعیت زایمان‌های سنتی و خانگی در سطح جهان، بر این باور است که قدرت ماماهاى سنتی ریشه در این واقعیت دارد که او بخشی از حیات فرهنگی و اجتماعی جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کند. ضعف او نیز در این است که اعمال سنتی وی می‌تواند برای خدمات‌گیرنده‌اش خطرآفرین باشد. از نظر وی با اندکی آموزش به این افراد می‌توان از این مخاطرات کاست و آن‌ها خواهند توانست نقش مهمی در سلامت مادران و نوزادان داشته باشند.

مولدیر^۲ (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای با عنوان *ماماهایی در مناطق روستایی هندوستان: مطالعه‌ای پیرامون سرپرستان زایمان در تامیل نادوی هندوستان*، در پی گردآوری شیوه و روش‌های کمک به زن باردار در تسهیل زایمان و دستورات و قواعد مرتبط با آن است. طبق این مطالعه، زنان ماما از قشر پایین و به اصطلاح نجس جامعه بودند. مامایی نزد آنان معمولاً یک شغل خانوادگی بوده است. مایمبولوا^۳ و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به عنوان *اعمال و باورهای فرهنگی زایمان در زیمبابوه*، به بررسی این موضوع در یکی از فقیرترین کشورهای جهان با بالاترین میزان مرگ‌ومیر مادران است پرداخته است. در این کشور بیش از نیمی از زایمان‌ها در منزل انجام می‌گیرد. این مطالعه بر باورها و اعمال فرهنگی مربوطه متمرکز است. ماماهاى محلی در این کشور زنان را به زایمان در خانه و پیروی از طب سنتی توصیه می‌کنند. آنان در حین زایمان از زنان می‌خواهند به کارهای بدی که انجام داده‌اند اعتراف کنند و برای تبیین رویدادهای ناگوار به جادو پناه می‌برند. این مطالعه همچنین به بررسی همین موضوع در میان زنانی که کمک‌حال زنان باردار در واحدهای زایشگاه بوده‌اند نیز پرداخته است که در این مراکز به آموزش روش‌های جدید مشغول‌اند.

1 Leedam

2 Mulder

3 Maimbolwa

تات^۱ و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه خود تلاش کرده‌اند نقش ماما‌های سنتی را در برنامه‌های بهداشت و مادر و نوزاد بررسی کنند. هدف مطالعه آنان شناخت دانش، نگرش و عمل ماما‌های سنتی در مناطق روستایی نپال بوده است. ناصر و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان *مطالعه اکتشافی عمل زایمان سنتی زنان چینی مالایایی و هندی در سنگاپور*، با رویکردی پدیدارشناسانه به بررسی اعمال سنتی فرزندان و زایمان در میان زنان سنگاپور پرداخته است. در پژوهش مذکور دو تم اصلی پیروی از سنت‌ها و به چالش کشاندن سنت‌ها ظهور کرده‌اند. طبق این مطالعه، پیروی از سنت‌ها بیشتر به دلیل نفوذ مادر و مادرشوهر اتفاق افتاده است و آن ناشی از ترس از پیامدهای عدم پیروی است. به چالش کشاندن اعمال سنتی بیشتر به دلیل عدم پذیرش یا رد صلاحیت اعمال سنتی زایمان و همچنین نقش‌ها و انتظارات خانوادگی بوده است.

کافله، هانکوک و نیومن^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان *سنت بچه‌زایی و ادراکات فرهنگی از سلامت و ایمنی در نپال: فضاهای انتقادی برای تأمین بقای مادران و نوزادان در روستاهای دورافتاده*، سعی در کشف باورهای محلی درباره حاملگی و زایمان در روستاهای کوهستانی نپال دارد تا عوامل مؤثر بر تجارب مادران از حاملگی و زایمان را به همراه سنت‌های مرتبط با آن بشناسد، از جمله باورهای روحانی، مخاطرات و ایمنی که بر روی آن تجارب تأثیر دارند. طبق یافته‌ها زنان، خانواده‌هایشان و بسیاری از افراد جامعه ارزش زیادی برای سنت‌های فرزندی و باورهای روحانی مرتبط با زایمان قائلند و عمیقاً بر دیدگاه احساس ایمنی زنان و مخاطرات طول حاملگی و زایمان تأثیر دارند، همچنین بر این که چگونه نوزاد و مادر جدید با زندگی روزمره سازگاری پیدا کند بسیار مؤثر است. این رویکرد به شدت با دیدگاه‌های پزشکی جدید درباره ایمنی و سلامت مادر در تضاد است.

1 Thatte

2 Kaphle, Hancock & Newman

آداتارا^۱ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با عنوان *نگرش ماما‌های سنتی به تجارب و نقش خود در مراقبت از مادران در مناطق روستایی غنای شمالی*، معتقدند زنان ماما نقشی اساسی در مراقبت مادران دارند: زایمان در منزل، آموزش مادر درباره تغذیه در طول دوران بارداری و پس از زایمان، کمک به زنان در کارها و مهیا کردن وسایل لازم برای بهداشت و سلامتی آنان، حمایت روانی و مشاوره، عدم دریافت دستمزد نقدی.

قادری، جعفریان و رحیمی نیا (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای به نام *چگونگی بازتعریف طب بومی در دوره مدرن: مطالعه موردی عقاید و باورهای مربوط به باروری و ناباروری در شهرستان اردستان*، ضمن بررسی روش‌های بومی بکارگرفته شده در گذشته سعی دارد به نحوه کاربست آن‌ها در زندگی امروز نیز بپردازد. عقاید و باورهای خرافی، باورهای زیستی مبنای تقسیم‌بندی باورها در این مطالعه است. مطالعه مذکور به شکلی تحلیلی به تقابل طب بومی و مدرن از منظر افراد مورد مطالعه می‌پردازد و معتقد است که در طب بومی «امر معطوف به دیگری» وجود ندارد و به دنبال غیریت‌سازی نیست. طبق این مطالعه طب مدرن در حوزه باروری و ناباروری عقبه طب بومی است و اگر از آن گرفته شود طب مدرن قابل درک نخواهد بود چرا که معنابخشی به طب مدرن بسته به وجود طب بومی است.

کشاوری و همکاران (۱۳۹۶) نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان *قومیت، فرهنگ و رفتار باروری اقوام خراسان شمالی*، به کنکاش در رسوم مربوط به زنان باردار اقوام مختلف منطقه خراسان شمالی پرداخته‌اند. براساس یافته‌های این مطالعه، با وجود فراموشی شماری از باورهای فرهنگی مرتبط با باروری، هر آنچه در حال حاضر بر جای مانده به لحاظ حمایتی، برای زنان باردار کمک‌کننده هستند. برای نمونه، به حمایت‌های عاطفی و روانی از مادر و نوزاد و یا رعایت وضعیت‌های مناسب در زایمان در منزل اشاره شده است. در این میان از عدم باور به استفاده از

کلستروم جهت جلوگیری از زردی نوزادی و باورهای خنثی مانند چله‌بریدن در بین اقوام و مخصوصاً افراد ساکن در روستاها بحث شده است. در این مطالعه به روش‌های خاصی که قبل زایمان، حین زایمان و پس از آن برای تسکین آلام زن و سازگار کردن نوزاد اتخاذ می‌شود اشاره شده است. همچنین به باورهای عملی مردم گروه‌های فرهنگی مختلف کُرد و ترک و فارس و ترکمن درباره هر یک از این مراحل می‌پردازد.

چارچوب مفهومی

به لحاظ نظری و موضوعی، مطالعه حاضر می‌تواند در سه حوزه به هم مرتبط انسان‌شناسی پزشکی (انسان‌شناسی سلامت)، اتنوپرستاری و جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی قرار بگیرد. «قضیه بنیادین انسان‌شناسی پزشکی یا سلامت این است که موضوعات مرتبط با سلامت، از جمله بیماری و مداوا، چگونگی و چرایی بیمارشدن و ماهیت بهبودی فراتر از پدیدار صرفاً بیولوژیک است. تمامی این فرایندها قویاً متأثر از عوامل محیطی، اقتصادی - سیاسی، اجتماعی - ساختاری، و اجتماعی فرهنگی هستند. در نتیجه، انسان‌شناسی سلامت نوعی رهیافت بیواجماعی فرهنگی را توسعه داده و سلامتی را به صورت بُعدی از وضعیت انسانی نشان می‌دهد» (Singer et al. 2020: 1). این شاخه از انسان‌شناسی به رابطه بین فرهنگ و سلامت می‌پردازد. «این رشته، به میانجی‌های پزشکی، فرهنگ و رفتار سلامت می‌پردازد و چشم‌اندازهای فرهنگی را به بسترهای کلینکی و برنامه‌های سلامت عمومی ربط می‌دهد... مفهوم فرهنگ در این میان از اهمیت خاصی برخوردار است و آن الگوهای آموختنی رفتار مشترک گروهی است. آن‌ها چارچوبی برای شناخت و تبیین رفتار انسانی نشان می‌دهند» (Winkelman. 2009: 2-3).

در این میان، بیوپزشکی و اتنوپزشکی در چند حوزه اشتراک دارند: «فراهم‌کردن معنا و تأثیر: طراحی و سازماندهی تجربه بیماری؛ خلق مقولات و دسته‌جات شناختی برای نامگذاری، طبقه‌بندی، نظم‌دهی و تبیین بیماری؛ اجرای اعمال معالجه» (Winkelman 2009: 7). در نهایت این‌که پرسش‌های بنیادین انسان‌شناسی سلامت این است که «فرهنگ چگونه

فرایندهای پزشکی را تعیین و میانجی‌گری می‌کند؟ در یک نظام معالجه‌ای، مردم چگونه در مقام عاملان و بیماران قرار می‌گیرند، و چگونه این نقش‌ها را می‌آموزند، اجرا می‌کنند و تغییر می‌دهند؟ رابطه بین باورهای سلامت و رفتارهای سلامت چیست؟ چگونه نظام معالجه با دیگر نظام‌ها در یک فرهنگ پیوند برقرار می‌کنند؟ رابطه بین الگوی زندگی و الگوی بیماری چیست؟» (Singer & Erickson 2011: 15).

اتنوپرستاری، همان‌گونه که بنیانگذار آن لنینگر^۱ می‌گوید «نظریه مراقبت فرهنگ» است که مدعی است پرستاران تنها می‌توانند مراقبت «به لحاظ فرهنگی متناسب» به بیماران ارائه دهند، وقتی که تظاهرات، الگوها و اعمال فرهنگ بیماران‌شان را بشناسند... اتنوپرستاری تلاشی است برای ترکیب مفاهیم پرستاری و اتنوگرافی، و اساساً مبتنی بر مشاهده و مستندکردن تعاملات با مردم است در این‌باره که شرایط زندگی روزمره و الگوهای آن، بر مراقبت‌های انسانی و اعمال مراقبتی پرستاری تأثیرگذار است (Molloy *et al.* 2015: 19). در حقیقت «نوعی شناخت از رابطه بین فرهنگ و مراقبت است. اتنوپرستاری همانا ترکیب فرهنگ و مراقبت است» (Ray, Morris, 2013). در نهایت این‌که می‌تواند در حوزه مطالعات جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی قرار بگیرد، زیرا به موضوعی کاملاً جمعیت‌شناختی، یعنی زاد و ولد و شاید مرگ و میر، از منظر فرهنگ و الگوهای فرهنگی عمل می‌نگرد. علاوه بر این، بهره‌گیری از روش‌های انسان‌شناختی برای گردآوری و تحلیل اطلاعات جمعیتی از جمله دیگر ابعاد جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی است (ن.ک. کرتزر و فریک، ۱۳۹۸). در نهایت این‌که در حیطه دانش بومی قرار می‌گیرد. یعنی ذخایری از دانش عملی که در طول سالیان دراز مردمان هر اجتماعی در نتیجه تجارب روزمره خود روی هم انباشت نموده‌اند و راهنمای کارها و امورات زندگی خود قرار داده‌اند (Horsthmeke 2008).

مطالعه حاضر به لحاظ پارادایمی مطالعه‌ای تفسیرگرایانه نیز است (ن.ک.: کرتزر و فریک، ۱۳۹۸؛ محمدپور ۱۳۹۸؛ Newman 2014) زیرا تفاسیر کنشگران را از کنش یا کنش‌هایی خاصی مورد کنکاش قرار می‌دهد، و این کار را در حوزه عینی و ذهنی آن کنش تحلیل می‌کند. در هر فرهنگی، ذخایری از دانش عامیانه یا بومی در حیطه‌های مختلف زندگی شکل گرفته است که منبع غنی معنایی و کنشی و گردانندهٔ امورات زندگی عادی و خاص (در اینجا زایمان) است. در بسیاری از موارد این ذخایر به صورت سنت در آمده و باورپذیر شده که اغلب حیطهٔ باورها را شامل می‌شود و در مواردی همواره در نتیجهٔ مواجهه با موقعیت‌های جدید عمل شکل می‌گیرند و شگردهای خاصی را می‌طلبند و بر انبوه داشته‌های عملی و تجربی قبلی می‌افزاید یا ترمیم و اصلاح می‌کند. در شماری از موارد که خود «عمل» با چالش مواجه می‌شود این امکان همواره وجود دارد که جنبهٔ سنتی باورها و اعتقادات به یاری طلبیده شوند. گیدنز^۱ در این باره از «آگاهی عملی» نام می‌برد، که به معنای ذخیرهٔ معرفتی مورد استفادهٔ فرد در حین عمل است (محمدپور، ۱۳۹۸: ۳۸۵). در اجتماعات سنتی این ذخایر معرفتی و این آگاهی عملی، متأثر از منابع درون اجتماعی است و بیشتر امری محلی است و در مقابل جوامع مدرن است که ذخایر معرفتی می‌تواند متعلق به فراسوی مرزهای آن اجتماع باشد.

کشف شرایط، زمینه‌ها، الگوهای تعاملی و رفتاری، زبان، فنون و روش‌های کنترل موقعیت‌ها در فرایند زایمان و کنش مامایی، از منظر فاعلان آن، یعنی ماما و زن باردار در جوامع سنتی گذشته می‌تواند تمامی حیطه‌های فوق را بپوشاند. فاعلیت ماما در تشخیص امورات قبل و حین و بعد از زایمان، کاملاً مبتنی بر دانش بومی آن حوزه بوده است. از آن جهت نوعی انسان‌شناسی پزشکی است، زیرا به شرایط جسمانی معنا می‌بخشد و تجربهٔ بیماری را، هر چند ساده، سازماندهی و طبقه‌بندی می‌کند؛ شرایط بیماری (همان زایمان و دردهای آن و...) را طبقه‌بندی می‌کند و نهایتاً این که «عملاً» معالجه یا تسهیل می‌کند. این مطالعه از آن جهت اتنوپرستاری است

که سعی دارد جایگاه فرهنگ را در تعاملات پرستارانه ماما (در تمامی سطوح مراقبتی) بکاود، زیرا زن ماما عملاً همزمان هم پرستار بوده و هم جزئی از آن بافتار فرهنگی، و کنش‌های پرستارانه‌اش کاملاً مبتنی بر شرایط فرهنگی آن اجتماع است. و در نهایت، از آن نظر که می‌خواهد کنکاشی در کنش‌های زنان زائو و ماما در اجتماعات ماقبل مدرن انجام دهد که اصولاً بر حجم جمعیت می‌افزود، جمعیت‌شناختی است. همچنین از این جهت که مرگ‌ومیر مادری در حین زایمان یا مرگ‌ومیر نوزادان به هنگام تولد از جمله مهمترین تعیین‌کننده‌های جمعیتی در جوامع گذشته بوده، این مطالعه بیش از پیش جمعیت‌شناختی می‌شود. با چنین چشم‌انداز نظری، پژوهشگران سعی کرده‌اند به بازسازی فرایند زایمان از منظر زنان و ماماهاى محلی بپردازند.

روش تحقیق

مطالعه حاضر از نوع مردم‌نگاری است. مردم‌نگاری نوعی طرح تحقیق کیفی است که در آن محقق الگوهای مشترک و آموختنی ارزش‌ها، رفتارها، باورها و زبان یک گروه فرهنگی را تفسیر می‌کند. به عبارتی، اتنوگراف در پی مطالعه معنای رفتار، زبان و تعامل میان اعضای یک گروه فرهنگی مشترک است (Creswell & Poth 2018: 143). پژوهش حاضر از مسیر زبان و روایت در پی بازسازی الگوهای مشترک فرهنگی در حوزه زایمان در میان بخشی از جامعه کُردستان است، به عبارتی به میانجی فرهنگ به سراغ امور پزشکی و مراقبتی در این حیطه می‌رود. همچنین این پژوهش به نوعی با تاریخ شفاهی در ارتباط است. هدف شناخت معانی مشترک و رفتارها و باورهای رایج و پذیرفته شده در آن حوزه از تعاملات اجتماعی در گذشته است. در حقیقت این مطالعه زایمان را فرایندی در نظر می‌گیرد که دارای ابعاد باوری و کنشی است که در آن دانش عملی و اعتقادی با هم ترکیب می‌شوند تا تولد نوزاد توأم با سلامتی مادر و نوزاد تحقق پیدا کند. برای این منظور به سراغ افراد مطلع و غالباً فاعل در این حوزه رفته‌ایم. به عبارتی دیگر، مشارکت‌کنندگان پژوهش این مطالعه را زنان قابله یا مامای سنتی و افراد شاهد یا مطلع از فرایند تولد نوزاد در شهرستان سردشت تشکیل می‌دهند. محقق اول این مقاله، به‌طور هدفمند با

زنان مامای سنتی و نیز زنانی که خود تجربه زایمان یا مشاهده زایمان و رسومات مربوطه را در دوران قبل از ورود بهداشت مدرن به سردهشت داشته‌اند مصاحبه‌های عمیقی انجام داده است. در جریان مصاحبه‌ها سعی شده است با کمک روایت‌های دقیق، نه تنها ابعاد اعتقادی مربوط به زایمان بلکه ابعاد کنشی آن و بازسازی تاکتیک‌ها و رویه‌های اتخاذشده بهداشتی مبتنی بر دانش بومی قبل و حین و بعد از زایمان مورد کاوش قرار بگیرد.

تعداد مصاحبه‌شوندگان ۴۶ نفر بودند. در این تحقیق، نمونه‌گیری با دو روش اکتشافی و زنجیره‌ای شبکه‌ای هدفمند انجام گرفت. ابتدا در پی یافتن افراد مطلع برآمدیم. از طریق بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان سردهشت ماما‌های سنتی و یا افرادی که دوره ماما روستا را گذرانده بودند و هنوز در قید حیات بودند شناسایی کردیم. شرط ورود افراد مطلع یا نمونه‌ها به پژوهش آگاهی آنان بر زایمان و مامایی سنتی (چه به‌طور مستقیم، یعنی ماما بودن، و چه به‌صورت غیرمستقیم و براساس مشاهده امر مامایی در جریان زایمان)، توان بازگویی تجارب و انجام گفتگو بود. و شرط خروج صرفاً این بوده که زن ماما یا زایمان کرده، به رغم تجربه هر دو، به هر دلیل قادر به بازگویی مطالب گذشته‌نگر نباشد. لازم به ذکر است که شماری از افراد نمونه مامای محلی بوده اما دوره لازم را گذرانده‌اند. بر این اساس نمونه ما شامل ۳۱ نفر ماما بوده که از ۵۶ تا ۹۷ سال سن، دارای تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد بودند، ۱۵ نفر غیرماما هستند؛ سه نفر از مشارکت‌کنندگان غیرماما دیپلم، چهار نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۸ نفر بی‌سواد، دو نفر دارای تحصیلات کارشناسی‌ارشد هستند. ۱۵ نفر از ماما‌های سنتی با یادگیری از سایر ماماها، یک مورد از مادر بزرگ، هشت مورد از مادر، یک مورد از نامادری خود، یک مورد از مادر شوهر، یک مورد از ماما‌های تحصیل کرده حین کار در بیمارستان، و چهار مورد با گذراندن دوره آموزش ماما - روستا این مهارت را کسب کرده بودند. مصاحبه تا زمان اشباع نتایج و تکرار آن‌ها توسط زنان ادامه یافت. داده‌های گردآوری شده بر حسب موضوع دسته‌بندی شدند و در روایت مجدد آن‌ها تلاش شد نظم و نظام حاکم بر فرایند مذکور به خوبی به تصویر کشیده شود.

جدول ۱، مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

ردیف	نام (مستعار)	سن	تحصیلات	نقش	ردیف	نام	سن	تحصیلات	نقش
۱	پری‌خان	۷۱	بی‌سواد	مامای سنتی	۲۴	غنچه	۹۷	بی‌سواد	مامای سنتی
۲	عایشه‌گل	۷۶	بی‌سواد	مامای سنتی	۲۵	زرین	۶۷	بی‌سواد	مامای سنتی
۳	خزال	۷۳	بی‌سواد	مامای سنتی	۲۶	نازه	۶۰	بی‌سواد	مامای سنتی
۴	کابان	۶۹	بی‌سواد	مامای سنتی	۲۷	منیجه	۸۵	بی‌سواد	مامای سنتی
۵	بیری	۶۵	بی‌سواد	مامای سنتی	۲۸	ریحان	۶۳	بی‌سواد	مامای سنتی
۶	کلثوم	۷۲	بی‌سواد	مامای سنتی	۲۹	جمیله	۶۵	بی‌سواد	مامای سنتی
۷	آمان	۷۸	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۰	کاله	۷۲	بی‌سواد	مامای سنتی
۸	حلیمه	۶۸	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۱	شیلان	۱۰۰	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۹	خانزاد	۶۰	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۲	منیره	۷۳	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۱۰	حنیفه	۶۶	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۳	رعنا	۶۸	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۱۱	پیروز	۸۸	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۴	بنار	۴۸	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۱۲	معصومه	۷۳	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۵	کژال	۷۶	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۱۳	هه‌تاو	۷۹	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۶	شه‌مام	۶۳	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۱۴	بناز	۸۴	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۷	سنور	۴۳	دیپلم	شاهد زایمان سنتی
۱۵	گلاویژ	۶۸	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۸	گلاله	۶۸	ابتدایی	تجربه‌زایمان سنتی
۱۶	عصمت	۷۳	بی‌سواد	مامای سنتی	۳۹	سیران	۴۸	فوق‌لیسانس	شاهد زایمان سنتی
۱۷	صبری	۸۱	بی‌سواد	مامای سنتی	۴۰	سروه	۴۳	فوق‌لیسانس	شاهد زایمان سنتی
۱۸	بدری	۶۵	ابتدایی	مامای سنتی	۴۱	زیور	۷۰	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۱۹	استی	۸۶	بی‌سواد	مامای سنتی	۴۲	سنور	۴۳	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۲۰	ملک	۷۰	بی‌سواد	مامای سنتی	۴۳	شیدا	۴۴	دیپلم	شاهد زایمان سنتی
۲۱	مروت	۷۰	بی‌سواد	مامای سنتی	۴۴	زبید	۹۰	بی‌سواد	تجربه‌زایمان سنتی
۲۲	چیمین	۵۶	بی‌سواد	مامای سنتی	۴۵	هلاله	۵۷	دیپلم	تجربه‌زایمان سنتی
۲۳	دلبر	۶۹	بی‌سواد	مامای سنتی	۴۶	رابعه	۷۶	بی‌سواد	مامای سنتی

به منظور ارزیابی اعتمادپذیری پژوهش، از سه معیاری که گوبا و لینکلن (۱۹۸۵)، به نقل از محمدپور (۱۳۹۲ الف: ۱۸۴-۱۸۶)، یعنی باورپذیری (درگیری طولانی مدت با داده‌ها، زاویه‌بندی، بهره‌گیری از روش‌های دقیق کار میدانی)، اطمینان‌پذیری (مشخص کردن مسیر روشن و ثابت بین داده‌ها و کاربرد آن‌ها، کنترل اعضاء و تأیید از سوی افراد حاذق)، تأییدپذیری (پیروی از روش‌شناسی‌های بکاررفته در تحقیق، انجام یادداشت‌ها و تصمیمات اجرایی در مسیر تحلیل داده‌ها) استفاده شده است. در این پژوهش، برای ارتقای سطح باورپذیری، محققان به گرات متون مصاحبه، یعنی داده‌ها را مطالعه کرده‌اند. دو محقق بودن این پژوهش خود زمینه زاویه‌بندی را فراهم کرد. همچنین حساسیت زیاد بر روی کیفیت مصاحبه‌ها از جمله موارد مورد توجه در این حیطه بودند. برای ارتقای سطح اطمینان‌پذیری، محققان سعی کرده‌اند کیفیت روایت فرایند زایمان سنتی را با بحث مداوم و مشورت با افراد حاذق در حوزه زایمان و مامایی و پژوهش کیفی بالا ببرند. در شش نمونه، متن بازسازی شده از روایت مربوط به مامایی و زایمان سنتی را با خود مشارکت‌کنندگان در میان گذاشتیم و از صحت و سقم آن‌ها اطمینان حاصل کردیم. در نهایت این‌که برای ارتقای تأییدپذیری تلاش شده است که تمامی مراحل تحلیل محتوای مضمونی یا تماتیک را به خوبی رعایت نماییم یعنی از متن مصاحبه‌ها مفاهیم اولیه و مقولات فرعی و نهایی را با دقت استخراج نماییم.

یافته‌ها

در نتیجه تحلیل مصاحبه‌ها، مفاهیم و مقولات مختلفی ظهور کردند. به‌طور کلی آن‌ها را در سه مرحله پیش‌زایمان، حین زایمان و پس‌از زایمان تقسیم‌بندی کرده‌ایم. هر کدام از آن‌ها دارای زیرشاخه‌های مفهومی خاص خود هستند که در متن به هر کدام پرداخته می‌شود. در بخش پیش‌زایمان به اقداماتی که ماما پیش از زایمان انجام می‌دهد می‌پردازیم. در بخش دوم به چگونگی وقوع زایمان و مدیریت آن توسط زن قابل‌خواهیم پرداخت و نهایتاً در بخش سوم اقدامات حمایتی ماما را پس از زایمان زن بررسی می‌کنیم. در کل بخش یافته‌ها سعی

شده جنبه روایتی آن حفظ شود به همین دلیل بر روایات مشارکت‌کنندگان تأکید زیادی شده است.

۱- پیش‌زایمان

این مرحله شامل مدت زمانی است که زن حامله است و یا به روزهای زایمان نزدیک می‌شود. به اصطلاح در ماه‌های آخر حاملگی خود به سر می‌برد. این مرحله شامل دو حوزه است: تشخیص، تجویز - تسهیل.

۱-۱. تشخیص: منظور این است که زن ماما به وضعیت جسمانی مادر و جنین پرداخته و موقعیت جنین را در زهدان مادر و عوارض احتمالی آن و یا زمان تقریبی زایمان را تشخیص می‌دهد. با تشخیص مبتنی بر تجربه خود، در بسیاری از موارد برای بهبود دردهای دوران حاملگی یا برای تشخیص زمان تولد هم ایفای نقش می‌کند. برای نمونه، در مواردی همچون درد شدید در لگن زن باردار تشخیص‌شان این بود که جنین در وضعیت نامناسبی قرار گرفته است، به اصطلاح گردی «وه‌رگه‌راوه»، یعنی از جای خود تکان خورده است. یکی از ماما‌های سنتی و سالمند در این باره این‌گونه روایت می‌کند:

مادری باردار دنبالم فرستاد و گفت درد زایمان دارم. وقتی شکمش را معاینه کردم دیدم بچه سرش داخل استخوان لگن مادر قرار گرفته است. گفتم الان وقت زایمانت نیست، بچه‌ات وه‌رگه‌راوه، و این باعث درد شده است. با چند حرکت دست روی شکم مادر و خواباندن مادر به پشت و بالا بردن و تکان دادن پاهای وی، وضعیت بچه را درست کردم. سر بچه نباید به پهلوهای مادر باشد باید یا زیر پستان‌هایش باشد یا روی گیان (رو به دهانه رحم) مادر باشد. شکمش را جا انداختم و یک هفته بعد زایمان کرد.

زیرین ۶۷ ساله هم می‌گوید:

«در ماه‌های اول که بچه کوچکتره باید یواش یواش اینکارو کرد تا خونریزی نکنه و مشکلی پیش نیاد، می‌گفتم وقتی رفت خونه، به پشت بخوابه و مدتی پاهاشو بالا بگیره.»

ریحان ۶۳ ساله نیز در خصوص جا انداختن شکم می‌گوید:

«تکه‌ای پارچه، روسری یا گوشه‌ای از دامن لباسش را زیر شکم گذاشته و یواش یواش به سمت بالا تکان می‌دادم تا شکم بره سر جای خودش.»

۱-۲. تجویز - تسهیل: منظور از این مفهوم این است که ماما پس از تشخیص وضعیت جسمانی مادر یا موقعیت جنین در درون رحم، تجویزهایی را برای بهبود حال مادر یا تغییر موقعیت نامناسب جنین انجام می‌داد. در مواردی تجویزهایی برای حرکات مادر باردار انجام می‌شد. از جمله این‌که برای پیشگیری از پیچیدن بند ناف به دور گردن جنین، مادر به هنگام خواب یا دراز کشیدن، باید بداند چگونه تغییر وضعیت بدهد. یکی از ماماها علت پیچیدن بند ناف دور گردن جنین را نحوه خوابیدن نامناسب مادر حامله می‌داند. او می‌گوید:

«وقتی مادر حامله می‌خواهد پهلو به پهلو کند ابتدا باید در وضعیت نشسته قرار بگیرد و سپس به پهلوئی دیگر دراز بکشد.»

هنگامی که درد زایمان مادر شروع می‌شد، مامای روستا را خبر می‌کردند. اگر ماما تشخیص می‌داد که تا موعد زایمان هنوز زمان زیادی مانده، مثلاً یک ژان (درد) در یک یا دو ساعت باشد، می‌گفت باید صبر کنند تا درد زایمانش به اصطلاح «گرم» شود، یعنی دردهای شدید با فواصل کمتر، مثلاً هر ربع ساعت دو ژان داشته باشد. نازه ۶۰ ساله می‌گوید «هر وقت آب گرمی از بدن خارج می‌شد می‌فهمیدم وقت زایمانش است.» برای انجام زایمان، مقدمات زیادی در کار نبود. آب گرم، لگن، کاموا یا نخ جهت بستن بند ناف و مقداری پارچه کهنه یا نایلون. از نایلون یا کهنه به منظور جلوگیری از کثیف شدن فرش یا زیرانداز استفاده می‌شد؛ در برخی جاها ابتدا زیرانداز سپس نایلون و روی آن پتویی پهن می‌کردند که پس از اتمام کار، پتو شسته می‌شد.

اما خود زایمان همواره با سهولت انجام نمی‌شد، طول می‌کشید. گاهی چندین روز متوالی. قابله در این‌گونه موارد رویه‌های خاصی را در پیش می‌گرفت. از جمله این موارد در پتو پیچاندن زن باردار بود. یکی از زنان مامای قدیمی می‌گوید: «مادر را لای پتو می‌گذاشتیم و دو مرد

ورزیده را صدا می‌زدیم. دو طرف پتو را گرفته و زن باردار را تاب می‌دادند، خیلی زود آن زن زایمان می‌کرد.» خود ماما در یکی از زایمان‌هایش که شوهرش هم به شکار رفته بوده از برادر شوهرش به همراه چند زن حاضر در منزل کمک گرفته است تا وی را در پتو گذاشته و تاب دهند. معتقد بود وضعیت جنین در شکمش گه‌واوگه‌و (افقی) بوده است. به همین دلیل تا وضعیتش به حالت عمودی برنگردد نمی‌تواند زایمان کند. معصومه می‌گوید:

پس از تاب‌دادنم، زود زایمان کردم. اما بعد از زایمان احساس کردم شبیحی دیدم که مرا تا سقف بلند کرده و زمین زد. سپس بیهوش شدم. یک نفر وارد به امور زایمان را که اهل آنجا نبود و در یکی از روستاهای مجاور بود، برای کمک آورده بودند. گفته بود آی گُرد بدبخت! همه رحم مادر بیرون آمده است. درمانی به بدنم زد، پاهایم را تکان داده بود تا رحم داخل برگردد.

برای تسهیل زایمان‌های دشوار، شگردهای دیگری هم به کار می‌رفت. مثلاً در برخی مناطق به مادر روغن گُردی (محلی) با غسل یا دوشاب می‌خوراندند. می‌گفتند خودش را گرم پوشانده و در فصل سرما نزدیک بخاری بنشیند، یا در اتاق قدم بزند تا عرق کند و زود زایمان کند. اما یکی از مهم‌ترین روش‌ها آویزان شدن زن باردار بود. یکی از ماماها می‌گوید:

در مواردی نیز پشندی^۱ (شال لباس گُردی زنانه و مردانه) از تیرهای سقف آویزان می‌کردیم. مادر بایستی روی پاهایش می‌ایستاد و دست‌های خود را بالا برده شال را می‌گرفت تا سنگینی وزن مادر به پایین تنکم منتقل شود و نوزاد به درون گیان (کانال زایمان) هدایت شود.

همچنین، اگر زایمان مادری طول می‌کشید همسرش پشت به پشتش قرار می‌گرفت، دستایش را در دستان مادر (در قسمت آرنج) حلقه کرده و شبیه بازی «آفتاب مهتاب»، مادر را بلند کرده و آرام زمین گذاشته است. وضعیت دیگری که برای تسهیل زایمان‌های سخت به آن

متوسل می‌شدند دیگ‌های بزرگ بود: «دیگی را سر و ته می‌کردیم و مادر روی آن می‌نشست تا وزن شکم به قسمت پایین شکم فشار بیاورد.»

اما کمک به سهولت زایمان صرفاً به این‌گونه مهارت‌ها ختم نمی‌شد. بلکه در موارد پای اعتقادات عامیانه و یا دینی هم به میان می‌آمد. یکی از مطلعین که خود شاهد یکی از زایمان‌های مادرش در منزل بوده و این‌گونه روایت می‌کند: «مادرم می‌خواست وضع حمل کند. یکی از زنان همسایه آمد و کف زد چون اعتقاد بر این بود که این کف زدن باعث تشویق جنین به تولد می‌شود.» همچنین برای تسهیل زایمان به زبان عربی دعایی روی آب قند خوانده می‌شد. در همین رابطه همان فرد مطلع می‌گوید که:

«مادرم ملازاده بود و این دعا را از مادر بزرگش یاد گرفته بود. یادمه اگر کسی در حال زایمان بود و نجات نمی‌یافت^۱ اطرفیانش یک استکان آب قند می‌آوردند و مادرم بر روی آن دعا می‌خواند و فوت می‌کرد می‌گفت کمی از آن را بنخورد و کمی هم به شکمش بمالد. منم اون دعا رو بلد بودم و در غیاب مادرم برایشون می‌خواندم. ولی الان دیگه یادم رفته.»

درد زایمان گاهی روزها طول می‌کشید. یکی از ماماهاى قدیمی به این نکته اشاره کرده و می‌گوید: «در روستای ما در برخی موارد ژان (دردهای زایمان) مادر تا هفت شبانه‌روز طول می‌کشید. هیچ اقدامی هم نمی‌کردیم، فقط صبر می‌کردیم؛ مادر هم به سلامت زایمان می‌کرد.»

۲- زایمان

زایمان حساس‌ترین مرحله از یک باروری است. در اجتماعی سنتی که خبری از امکانات مدرن پزشکی نبوده فرایند زایمان چگونه مدیریت می‌شد؟ چه نیروهایی به کار گرفته می‌شد تا زایمان اتفاق بیفتد؟ چه چالش‌هایی در آن شرایط پیش رو داشتند؟ زن ماما چه جایگاهی در این فرایند

۱ در زبان گُردی به منظور فارغ شدن است.

داشت؟ این مرحله دارای سه مقوله فرعی است: موقعیت‌یابی مناسب بدن مادر برای زایمان، تدابیر حین خروج جنین، ناکامی زایمان و مرگ جنین/مادر.

۲-۱. موقعیت‌یابی مناسب بدن مادر برای زایمان: طبق روایت‌های مطلعین این پژوهش، بیشتر زایمان‌ها (به‌ویژه در موارد دشوار) به‌صورت ایستاده انجام می‌گرفت. مادر را چند نفر می‌گرفتند یا وی به فردی پرتوان و ورزیده تکیه می‌زد و اگر کسی نبود شوهرش تکیه‌گاهش می‌شد. در این حالت فردی، که معمولاً ماما بود، با پارچه‌ای تا شده به معقد مادر فشار می‌آورد تا جنین به سمت عقب نخزد و بهتر به داخل کانال زایمان هدایت شود. در مواردی نیز در حالت چمباتمه زایمان می‌کردند. در مواردی نیز تعدادی از مادران حین زایمان روی زانو می‌نشستند و به جلو خم شده و ماما از پشت سر مادر نوزاد را می‌گرفت. معمولاً صبر می‌کردند تا نوزاد خودش خارج شود. اما در مواردی نیز ماماها اذعان کردند که در روستای آن‌ها اغلب زنان به پشت‌خوابیده زایمان می‌کردند. یکی از ماماها این‌گونه روایت می‌کند:

برای زایمان زنی صدایم زدند. رفتم. فرد خاص و کارایی برای کمک کردن نبود. دیگری را سر و ته کردم. به زن گفتم روی آن بنشینند. گفتم کف پاهایت را به دیوار بچسبان. خودم زانوهایش را گرفتم بلکه خداوند بهش رحم کند و بچه را به دنیا بیاورد. خودش هم به جایی تکیه می‌کرد. شکر خدا بچه سالم به دنیا آمد.

۲-۲. تدابیر حین خروج جنین: این مقوله قصد دارد به تدابیری بپردازد که در حین خروج جنین از سوی ماما اتخاذ می‌شدند، تدابیری که در بسیاری از موارد مبتنی بر تجربه است و یا تدبیری آنی است. به هنگام زایمان، گاهی ماما با مشکلاتی در خروج جنین مواجه می‌شد. یعنی جنین به سهولت خارج نمی‌شد و باعث آزار و درد مادر و در مواردی آسیب‌دیدن و حتی مرگ جنین می‌شد. از جمله وضعیت‌های دشوار آن بود که جنین سر و ته شده باشد. یعنی سرش در بالای رحم و پاهایش در پایین و نزدیکی دهانه رحم قرار گرفته باشد. در اصطلاح کُردی به آن

«سواران پی^۱» یا «سواران پیاده» یا «سه‌روبن» گفته می‌شود. در چنین حالاتی در برخی روستاها معمولاً با یک کله قند یا یک حلب گندم برایش صدقه می‌دادند و به اصطلاح دور سرش می‌گرداندند بلکه «به سلامت نجات یابد». یکی از ماماها در این باره تعریف می‌کند: «نوزادی را دیدم که کامل تنش بیرون آمده بود، ولی سرش گیر کرده بود. عین ماهی تکون می‌خورد. ما نمی‌دانستیم چکار کنیم؟ بعداً که به دنیا آمد بچه حرکتی نداشت و فوت کرده بود.» ولی مامای دیگری اظهار می‌کند که «در این جور موارد نباید دست و پای خود را گم کرد. چون به علت وجود چربی اطراف بدن نوزاد، بدنش حالت لیزی دارد و خودش خارج می‌شود، یا این‌که در نهایت با تکان‌های آرام می‌توان به بیرون آمدنش کمک کرد.»

یکی از ماماها تجربه خودش را در شرایط «سواران پی» این‌گونه روایت می‌کند:
وقتی بچه به دنیا آمد کبود شده بود و هیچ حرکتی نداشت، منم گفتم این حلبی رو واسم گرم کنید، حلبی رو روی خاکستر گرم بخاری چوبی گذاشتند. بعداً جفت مادر رو روی اون حلبی گذاشتم و به آرامی جفت و بند ناف را به طرف بچه ماساژ دادم، یواش یواش رنگش برگشت؛ اولش لباش کبود بود، ولی بعداً کم‌کم رنگش قرمز شد، نفس بلندی کشید و گریه کرد. جان، روحش داخل بند نافش بود.

یکی دیگر از ماماها سستی این‌گونه از تجارب مامایی خودش در گذشته می‌گوید:
خواهر خدایم مرز خودم یکبار از بیمارستان اومد خونه مون، گفت بهم گفتن فعلاً وقت زایمانت نیست و ۲۰ شب نمونه^۲. وقتی شکمش را بالا زدم گفتم وقت خودته، یک شب هم نمونه، باید زایمان کنی. فهمیدم بچه‌اش «سواران پی» است. دلم نیامد بهش بگم. گفتم می‌ترسه. وقتی بچه‌اش آمد، اول پاهایش آمد. بچه را گرفتم. پارچه‌ای را چند بار تا کردم و

۱ با سکون حروف "س" و "و". Swaraan pe، سواران پیاده (Swaaraan piyada) و سه‌روبن (Saroobn) نیز گفته می‌شود.

۲ در فرهنگ کُردی در بسیاری موقعیت‌ها معیار شمارش زمان شب است که بیانگر ۲۴ ساعت شبانه روز است.

با اون محکم به مقعدش فشار آوردم تا بچه به اون طرف نره. کم کم سرش آمد. ولی بیست دقیقه یا یک ربع طول کشید.

زیرین ۶۷ ساله در مورد وضعیت زایمان می گوید:

«وقتی بچه سواران پی بود نمی گذاشتم ایستاده یا روی زانو زایمان کند و حتماً بایستی به پشت می خوابید. در حالت ایستاده به بچه فشار وارد می شه، سرش تو لگن گیر می کند و امکان داره خفه شود.»

وقتی در مورد بیرون کشیدن نوزاد سؤال شد گفتند «بچه را نمی کشیدیم، چون ممکن بود باز به سمت بالا کشیده شود، فقط آرام آرام تکان می دادیم». یکی دیگر از ماماها که شاهد زایمان یک نفر در این وضعیت بودند روایت می کند:

زمستان بود و جاده ها بسته. زنی داشت زایمان می کرد. فقط یک پای بچه اومده بود با یک مامای دیگه که خیلی مامای قابلی بود و الان فوت کرده، رفتیم، دستم را داخل بدن زن کردم پای دیگه بچه را پیدا کردم بواش بواش کشیدم بیرون. خدا رو شکر خود مادر نجات یافت. اما بچه اش که دختر بود سیاه و کبود شده بود. معلوم بود دو سه روز بود که مرده.

۲-۳. ناکامی زایمان و مرگ جنین/مادر: این خرده مقوله به وضعیتی می پردازد که در آن

زایمان با موفقیت به اتمام نمی رسد و مرگ مادر یا جنین/نوزاد را به دنبال دارد. همان گونه که قبلاً هم بیان شد، بخشی از مرگ و میر مادران در دوران قبل از ورود عناصر بهداشتی و پزشکی مدرن، به مرگ هنگام زایمان نسبت داده می شود. همین دسته بندی را در مورد مرگ و میر نوزادان یا مرگ بدو تولد هم انجام داده اند. این که مرگ و میر زنان و یا نوزادان در گذشته چگونه بوده و در زایمان های سنتی به چه دلایلی اتفاق می افتاد و اصولاً مردم چگونه آن را تبیین می کردند از جمله موضوعات قابل توجه است.

به طور کلی، مرگ های ناشی از زایمان را به چند عامل نسبت می دهند که برخی از آن ها مبتنی بر تجربه است و برخی دیگر اعتقادی هستند. طبق روایت های مشارکت کنندگان در این پژوهش، مرگ مادر به دلایل خونریزی پس از زایمان، اسهال، فرارسیدن اجل، آلودگی و یا حاملگی خارج

رحمی و دلایل ناشناخته اتفاق افتاده است. تعدادی از ماماهاى سنتیِ مشارکت‌کننده شاهد مرگ‌های قبل از زایمان بوده‌اند. آنان زنانی را دیده‌اند که «بعد از چند روز خونریزیِ قبل از زایمان، با بچه در شکم، فوت شده‌اند.» یک مورد مرگ مادر نیز، که مربوط به ۲۸ سال قبل در روستا بوده است و از بستگان نزدیک یکی از مشارکت‌کنندگان بوده، «پس از زایمان دو هفته دچار اسهالی شده و سپس فوت کرد». خزال ۷۳ ساله یک مورد فوت مادر را این‌گونه تعریف می‌کند:

دخترِ زایمان‌کرده آمد در خانه‌مان و گفت: پوره^۱ (عمه یا خاله) بیا مادرم کارِت داره. وقتی رسیدم گفت شه‌وه^۲ منو برد، من دیگه زنده نمی‌مانم. گفتم دل خودتو تنگ نکن، این حرفو نزن. گفت پهلومو بین! دیدم که پهلوش سیاه و کبود شده بود. گفت شه‌وه خودشو انداخت روم. گفتم روله نباید می‌ترسیدی باید شاده و ئیمان^۳ (شهادتین) می‌آوردی، اسم خدا رو می‌آوردی. من رفتم خونه. ولی چند ساعت بعد فوت کرد.

به گفته یکی از ماماهاى محلی گاهی مادر موقع زایمان گفته خوابم می‌آید، بدون هیچ‌گونه علایمی و بدون تولد نوزاد فوت کرده، پیروز ۸۸ ساله می‌گوید:

زن حامله هم مثل بقیه مردم، اجزش بیاد می‌میره دیگه. مگر الان زنان حامله نمی‌میرند؟ یادمه یک زن دردش شروع شده بود و بچه‌اش دنیا نمی‌آمد. گفتم خوابم میاد، خوابید و دیگر بیدار نشد. خواب مرگش بود روله، بچه‌اش هم کول^۴ (بار) قیامتش شد.

و غنچه ۹۷ ساله می‌گوید:

دختر عمه‌ام در روستای دیگری سر زافوت کرده اولین زایمانش دوقلو بود. وقتی بچه‌هایش به دنیا آمده بودند گفته بود یه لقمه نان باید گرسنمه. آوردند بهش بانند، دیدند فوت کرده است. خیلی خوشکل بود هیچ بیماری هم نداشت. بچه‌هایش هم دو تا پسر بودند، آنان هم مردند.

1 Pooreh

2 shava

3 Shaada

4 Koll

خانزاد یک مورد فوت مادر را این گونه تعریف کرد:

...منم باهاش رفتم دیدم. بچه داخل رحم مادرش نبوده، به‌رپست^۱ (داخل پوست) بود. گفتم برادر من مگه نگفتی گفتن باید ببری ارومیه؟ اشکال نداره دو هفته برو اونجا بمان، بچه داخل رحم مادر نیست. ... گفتم غصه زنت را بخور. زنت می‌میره، به‌خدا می‌میره. همه چیز بچه مشخصه. دستش، پاهاش، سرش، آرنجش و همه بدنش... من رفتم... چند هفته بعد شنیدم که زنشو نبرده بود ارومیه، در منزل خونریزی کرده بود. نهایتاً دکتر هم برده بودند و عملش هم کرده بودند، ولی هم خودش هم بچه‌اش فوت شدند.

بسیاری از ماماها مشارکت‌کننده در این مطالعه، هر یک تعداد معدودی مرگ قبل یا هنگام زایمان را مشاهده کرده بودند. دلبر ۶۹ ساله می‌گوید: «وقتی در هه‌وار (بیلاق) بودیم زنی شب زایمان کرد، ولی بعداً به علت خونریزی فوت کرد. مردم می‌گفتند شه‌وه مادر را برده است.» مرگ‌هایی را هم دیده‌اند که «بدون دلیل خاص و پس از پاره‌شدن کیسه آب، بدون خروج جنین، فوت شده است.»

۳- پسازایمان

این مرحله از آن زمانی آغاز می‌شود که جنین به کمک تدابیر ماما از رحم مادر بیرون می‌آید. در این مرحله اقداماتی خاص درباره مادر و نوزاد انجام می‌گیرد. این مرحله خود شامل دو حوزه است: اقدامات تکمیلی، اقدامات ترمیمی.

۳-۱. اقدامات تکمیلی: منظور آن دسته از اقداماتی است که ماما برای تکمیل زایمان انجام می‌دهد که شامل جدا کردن جفت از بدن مادر و بردن ناف نوزاد است. هر دو مرحله در زایمان‌های سنتی راه و روش خاص خودش را داشته و گاه تدابیر خاصی در مورد آن‌ها اندیشیده می‌شد.

خروج جفت: پس از زایمان یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی که می‌توانست پیش روی زن زائو یا ماما قرار بگیرد، خروج جفت بود. طبق اظهارات افراد مطلع، در مواردی ممکن بود جفت به‌طور کامل خارج نشود و یا به سمت بالای رحم برگردد که برای سلامت مادر مشکل‌آفرین می‌شود. برای انجام بهینه این کار و جلوگیری از بروز مشکل، ماما‌های سنتی راه‌های مختلفی در پیش می‌گرفتند. به نقل از ماماها، برای خروج سریع جفت و جلوگیری از بالا رفتن آن، «به آرامی بند را تکان می‌دادم و زیر لب کلمه «کووت» را چندین بار پشت سرهم تکرار می‌کردم: «کووت کووت کووت پسی وهره خواری»^۱. ماما‌های دیگر اظهار می‌داشتند که در چنین مواردی، در کنار این عبارت، فقط به خدا و پیغمبر متوسل می‌شدند. یکی از آنان اشاره می‌کند که:

در صورتی که جفت خارج نمی‌شد، مقداری کاه گندم «بهاررو» را با مقداری آب ترکیب کرده و گرم می‌کردم. سپس روی رحم مادر گذاشته با پارچه‌ای می‌بستم. ازشان می‌خواستم اتاق را گرم کنند یا بخاری را زیاد کرده و نزدیک آن بنشینند و خود را بپوشانند تا عرق کند. این باعث می‌شد که جفت هم زودتر خارج شود. در مواردی هم گیاه ماکوس^۲ را می‌جوشانیدیم، می‌کوبیدیم و با کاه گندم بهاررو قاطی کرده روی شکم زائو می‌گذاشتیم تا جفتش بیرون بیاید، ماکوس اطراف رودخونه پیدا می‌شد. اگر هم زمستان بود از زیر برف بیرونش می‌آوردیم.

یکی دیگر از ماماها تعریف می‌کند:

«وقتی نزد مادری که سه روز قبل بدون حضور ماما زایمان کرده و به دلیل عدم خروج جفت آمدند دنبالم، با تکان دادن آرام بند ناف و ماساژ شکم به خروج جفت کمک کردم.»

یکی دیگر از ماماها تجربه خود را این گونه تعریف می‌کند:

وقتی به این روستا اومدم فرد دیگری قابلیت می‌کرد. یکبار دنبالم فرستادند گفتن بیا این زن جفتش رو نمی‌ده بیرون. دیدم یک ذره از بند ناف معلومه و به سمت داخل رحم بالا

۱ کووت در زبان گُردی واژه‌ای است که برای صدا زدن سگ یا توله به کار می‌گرفتند. «کووت کووت کثیف بیا پایین».

رفته. هزار حقه بکار بردم گفتم تو آفتابه فوت کنه. موهایش را داخل دهانش کردم تا عرق بزنه، وقتی عرق زد جفتشم اومد پایین.

آنان در ادامه همین مبحث می‌گویند: «باید فرصت بدی بند نافش^۱ بالا برود و گرنه خونریزی می‌کند.»

بریدن بند ناف نوزاد: معمولاً پس از گذشت سه الی چهار دقیقه، به اندازه دو الی چهار انگشت فاصله از شکم نوزاد بند ناف را با نخ، کاموا یا در گذشته‌های دورتر با تاری از نخ گونی می‌بستند و با چاقو یا تیغ می‌بریدند. به گفته یکی از ماماها: «باید ناف رو محکم ببندی؛ ناف‌هایی که من بستم هیچوقت نه خونریزی کردند نه مشکلی داشتند.» یکی از ماماها که خیلی هم مشهور بوده، عنوان می‌کند که:

«بتدا باید چند دقیقه بند ناف نوزاد را به سمت نوزاد ماساژ داد تا خون بیشتری وارد بدن نوزاد شود. با این کار نوزاد سالم‌تر بوده و بهتر وزن می‌گیرد. همیشه پنج الی ۱۰ دقیقه بعد از تولد بند ناف را می‌بریدم.»

یکی از ماماها، که در کودکی شاهد تولد نوزادی بی‌حال و رمق بوده، مشاهداتش را این‌گونه بیان کرد:

«زمانی که نوزادی به دنیا می‌آید و بی‌رمق یا بی‌هوش بود بلافاصله داخل ساج گذاشته و بند نافش را ماساژ می‌دادند تا زودتر سر حال شود؛ بریدن بند ناف را در چنین نوزادانی اندکی دیرتر انجام می‌دادیم.»

یکی دیگر از ماماها می‌گوید: «تا بچه گریه نمی‌کرد بند نافش را نمی‌بریدم. بعد از این که گریه کرد چهار انگشت دورتر از شکم بچه با تیغ می‌بریدم.» همچنین ایشان در خصوص نوزادی که سرو ته دنیا آمده و کبود شده بود می‌گوید: «بچه خواهرم سواران پی به دنیا آمد، خیلی خسته شده بود، سیاه و کبود

۱ در اصطلاح گردی به آن «ریخه‌لو» یا «ریخوله» می‌گویند.

شده بود، درازش کردم، پاهاشو بالا گرفتم، به پشتش ضربه می‌زدم، بعد از بیست دقیقه گریه کرد. آن وقت بند نافش را بریدم.»

به لحاظ اعتقادی، در یکی از مناطق سردشت، بعد از تولد نوزاد ابتدا تکه‌ای نان را روی صورت نوزاد تکان داده و بعد از آن بند ناف را می‌بریدند. در توضیح می‌گفتند: «خودت می‌دانی که، نان یک صفحه بیشتر از قرآن دارد و برای سلامتی نوزاد خوب است.» در بعضی مناطق برای این که نوزاد نافش زودتر خشک شده و اضافه‌اش بیفتد روی بند نافش پارچه‌ای نخی به رنگ آبی گذاشته و نیمرو را روی پارچه گذاشته و شکم نوزاد را می‌بستند؛ برخی افراد حنا به دور ناف نوزاد می‌ریختند و معتقد بودند با این کار لباس قرمز رنگ و خوشکل‌تر خواهد شد. پس از خروج جفت، آن را دفن می‌کردند بعضی معتقد بودند مادر نباید به آن نگاه کند چون شگون ندارد (البته همه این اعتقاد را نداشتند) و بعضی آنرا دفن می‌کردند تا حیوانات نخورند، برخی معتقد بودند دفن جفت باعث میشه نوزاد زیاد استفراغ نکند.

۲-۳. اقدامات ترمیمی: این مقوله بیانگر آن دسته از اقداماتی است که ماما برای بهبود هر چه زودتر سلامت مادر پس از زایمان انجام می‌دهد. این اقدامات شامل توصیه‌ها و تجویزهای غذایی و رفتاری و حرکتی است. توصیه‌های رفتاری شامل مواردی است که مادر باید برای بازیابی هر چه زودتر سلامتی خود رعایت کند چرا که در فضای سنتی گذشته، زن باید برای شروع مجدد امورات زندگی بویژه در روستاها، سرپا بایستد و زندگی روزمره را مجدداً آغاز کند. از جمله این موارد ترمیم رحم، موضوع خونریزی، استحمام اندام‌ها پس از زایمان و اقدامات برای افزایش شیر مادر، و نهایتاً استراحت و مراقبت بود.

محافظت از اندام‌ها: نقل به مضمون از روایت ماماهاى مشارکت‌کننده در این پژوهش، پس از زایمان کمر و دست و پای مادر را ماساژ می‌دادند، سپس در رختخواب دراز کشیده پتو یا لحافی بر وی می‌انداختند. زائو جهت دوری از هوای سرد باید لباس زیادی می‌پوشید (حتی اگر تابستان زایمان می‌کرد). استی ۸۶ ساله، توصیه می‌کرده: «زائو باید گوش‌هایش را خوب بپوشاند»

تا کر نشود». پس از زایمان زائو بایستی پشتندلی (شالی) را محکم دور کمر می‌بست تا رحم زودتر سر جای خود برگردد چونکه معتقد بودند بعد از زایمان شکم کللور^۱ (توخالی) است. یکی از مشارکت‌کنندگان که حدود ۱۰۰ سال سن دارد در این باره می‌گوید:

«۲۲ متر پشتند می‌بستم، ۱۳ بچه دنیا آوردم کوچیک‌ترین مشکلی ندارم، ببین حتا شکم ندارم.»

و استی ۸۶ ساله می‌گوید:

«وقتی بچه دنیا می‌آید رحم می‌گه من یک دیاری^۲ (هدیه) داشتم، الان نیست؛ دنبالش می‌گرده، میاد پایین. باید شکم را با به پشتیند ببندی تا رحم برگردد سر جای خودش.» رابعه ۷۶ ساله پس از زایمان، «پاهای مادر را بالا گرفته و تکان داده است تا رحم سر جای خودش برگردد.»

خونریزی: درباره خونریزی پس از زایمان این‌گونه عمل می‌کردند: خونریزی پس از زایمان هر چقدر که بود برای کم‌کردنش اقدامی انجام نمی‌دادند چون معتقد بودند خون کثیفی است که باید از بدن خارج شود، خانزاد می‌گوید: «زن حامله نه ماه قاعده نشده این خون کثیف این چند ماه جمع شده، نباید پوشک گرفت، چون این خون به رحم برمی‌گردد، باید اجازه داد خارج شود.» زرین ۶۷ ساله می‌گوید:

«بعضی اوقات زن آنقدر خونریزی می‌کرد که بی‌هوش می‌شد. در این حالت تیکه‌ای پارچه آتش می‌زدیم و جلو بینی‌اش می‌گرفتن تا از بوی سوختگی بهوش بیاید.»

استحمام: در رابطه با استحمام زن تازه‌زایمان کرده، معمولاً اولین استحمام زائو از سه الی ۱۴ روز پس از زایمان انجام می‌شد. یکی از ماماها دلیل عدم استحمام زائو تا سه روز را این‌گونه بیان کرد:

شیر زائو ابتدا ژک^۱ (آغوز) است که برای بچه بسیار مفید است. پس تا سه روز نباید سرش را بشوید و گرنه ژک تبدیل به شیر می‌شود. اگر خیلی خونریزی داشت و کثیف شد از کمر به پایین را اجازه دارد بشوید. سه روز بعد سرش را بشورد، بعد از یک هفته هم حمام کند.

در مواردی هم اتفاق افتاده که روز بعد از زایمان دیگری از آب گرم کرده و زن زائو را استحمام داده‌اند. در رابطه با ژک هم نظرها متفاوت است. گالاله ۶۸ ساله می‌گوید: «ماما توصیه می‌کرد فقط یک روز ژک را به نوزاد بدهند و فردای روز زایمان، بایستی سرش را بشوید تا شیرش از حالت ژک به شیر جاری تبدیل شود.»

غنچه ۹۷ ساله می‌گوید:

«در روستای ما زائو پس از ۷ روز موهای خود را می‌شست تا ژک تبدیل به شیر شود.» دلبر ۶۹ ساله نیز می‌گوید: «در روستای ما نیز تا هفتم، مادر موهای خود را نمی‌شست.» اما در روستایی دیگر باورها مبنی بر ندادن ژک به نوزاد بود، جمیله ۶۵ ساله می‌گوید:

زایمان کرده سه تا چهار روز نباید به نوزادش شیر می‌داد، باید ژکش را می‌دوشید و دور می‌ریخت و سینه‌هایش را می‌شست، موهایش را هم می‌شست. بعداً پس از این چند روز بهش ماستا^۲ و غلیظ می‌دادند تا شیرش زیاد باشد. اون سه چهار روز هم یه زن دیگری را صدا می‌زدند و می‌گفتن بیا روزه بچه رو باز کن. دو سه وعده شیر بهش می‌داد. خیار چنبر با شیر، آب قند، کره محلی یا نبات یا خاک قند هم می‌دادیم. وقتی بچه خیلی گریه نمی‌کرد یکم خاک قند که بالاسرش می‌گذاشتند بهش می‌دادند. اگر هم خیلی گریه می‌کرد آن چند روز، صبح و عصر یکی دیگه رو می‌آوردند بهش شیر بده.»

دلبر ۶۹ ساله در این باره می‌گوید:

«هیچ نوزادی را تا قبل از هفتم نشسته است و به مادر نیز توصیه کرده بعد از هفتم استحمام کند و هفتم را از خود در کند. از قدیمی‌ترها شنیدم به‌درکردن هفتم مفید است.»

معمولاً پس از قطع خونریزی که گاهی زودتر از چهلیم بود غسل کرده و به اصطلاح «سماز خواندن را شروع می‌کردند.»

ازدیاد شیر: نظر به این که فرزند از شیر مادر تغذیه می‌کرد بنابراین باید مادر از این لحاظ تقویت شود. توصیه‌های مختلفی برای زیاد شدن شیر مادر وجود داشت. پری خان ۷۱ ساله می‌گوید: «اگر تا سه روز مادر اصلاً شیر نداشته، بایستی سر خود را می‌شست.» در بعضی موارد در عرض هفت روز اول سه چهار بار سر خود را می‌شستند تا شیر مادر زیاد شود. برای زیاد شدن شیر مادر مصرف چایی کم‌رنگ، شیر، اشکنه، برنج، شیربرنج، خرما، ماست و غذاهای چرب یا دوشاب توصیه می‌شد. در روستای شیلان که ۱۰۰ سال دارد از بریشکه (گندم برشته‌شده) برای افزایش شیر مادر استفاده شده است. غنچه ۹۷ ساله می‌گوید:

«اگه کسی تیلت اشکنه می‌خورد سینه‌هاش پر شیر می‌شد. بعد زایمان، به جای آب، ماستاو می‌دادند. من آب نمی‌خوردم، آب شکم زن زائو را بزرگ می‌کند. چون با آب، خون داخل رحم دلمه می‌شود و بیرون نمی‌آید، ولی ماستاو اینجوری نیست.»

در مواردی دیگر مشارکت‌کنندگان توصیه‌های دیگری هم برای افزایش شیر مادر می‌کرده‌اند: تعدد دفعات شیردهی به نوزاد، تغذیه خوب، خوردن شیر و شیرینی جات همچون په‌لو، حلوا، آب‌قند، ماستاو و کره تازه، دانووله (ترکیب گندم و نخود)، گندم کوبیده، بلغور، برنج، سیب‌زمینی، شیربرنج با روغن گردی.

پرهیز از چله‌گیر شدن: توصیه‌های سنتی برای زن زائو صرفاً به موارد تغذیه‌ای محدود نبود بلکه موارد رفتاری توأم با باورهای سنتی را هم شامل می‌شد. از جمله این موارد باور «چله‌گیری» است. باور بر این است که اگر بچه خوب رشد نکند یا اگر مادر دچار اختلالات یا ضعف‌هایی شود چله‌گیر شده است. بحث چله‌گیری شاید اشاره‌ای باشد به مواجهه زنان زائو با یکدیگر در یک دوره زمانی خاص (گاهی هفته یا چهل روز)، اما در حقیقت عوارض آن نه فقط برای خود زن بلکه در مواردی معطوف به نوزاد نیز است. یعنی نتایج برخورد زنان تازه

زایمان کرده با یکدیگر، بدون تعویض سنجاق قفلی با همدیگر، برای هر دوی آنان آسیب‌زا است. آسیب‌های چله‌گیری عبارت بودند از ناتوان ماندن زائو، کرختی حاد و ماندگار مادر، عدم رشد نوزاد یا پانگرفتن نوزاد یا هر نوع آسیب دیگری برای آنان. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

اگه دو زائو قبل از چهلم با هم روبرو می‌شدند بایستی سنجاق قفلی با یکدیگر مبادله کنند. وقتی بچه‌ای خوب رشد نمی‌کرد می‌گفتند چله‌گیر شده. با جام چهل کلید یا پوسته تخم مرغ چهل بار روی بچه آب می‌ریختند تا چله ازش بدر شود. جام چهل کلید بهتر بود چون می‌گفتند مال حج است.

طبق گفته برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان، اگر بچه‌ای پا نمی‌گرفت و سر موعد راه نمی‌رفت، این احتمال را می‌دادند که چله‌گیر شده باشد. جالب این‌که چله‌گیری صرفاً به دیدن زن تازه‌زایمان‌کرده دیگر محدود نمی‌شد، در مواردی اعتقاد داشتند که شاید در آن حوالی گربه‌ای یا... زائیده و چله‌وی روی بچه آنان افتاده است. برای پرهیز از این امر احتمالی، «بچه را با جام چهل کلید می‌شستند چله را از نوزاد بدر می‌کردند». منظور از چله‌گیر شدن این بود که قورسایی‌اش (سنگینی‌اش) روی آنان افتاده است. شستن را با شرایطی خاص تنها راه علاج آن می‌دانستند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید برای بدر کردن چهلم برادرزاده‌اش چهل بار سوره اخلاص را روی آب خوانده و به آن دمیده سپس پس از استحمام کودک، با جام چهل کلید چهل بار روی وی آب ریخته‌اند. لازم به ذکر است که این روبرو شدن صرفاً محدود به زنان تازه زایمان‌کرده نبود، در مواردی روبرو شدن با زنی که تازه ازدواج کرده و هنوز چهلمش تمام نشده را از عوامل چله‌گیر شدن می‌دانستند.

تغذیه مادر: بازتوانی زائو پس از زایمان از جمله مهم‌ترین عناصر فرایند زایمان سنتی و مدرن است. بویژه این امر در زایمان‌های سنتی بسیار مهم بود، و آن نه تنها به دلیل بازگشت سلامتی مادر است بلکه برای بازگشت دوباره مادر به عرصه نیرو کار در امورات منزل و اقتصاد خانوار است. برای این منظور توصیه‌های تغذیه‌ای متعددی می‌شد. عمدتاً روزهای اول پس از

زایمان برای زائو نیمرو یا حلوا، که با آرد و مقدار زیادی روغن حیوانی و شکر یا دوشاب می‌پختند، تهیه می‌شد. خرما پخته‌شده، در بعضی مناطق برنج پخته و در موارد نادر برای کسانی که وضعیت مالی بهتری داشتند مرغ آب‌پز محلی نیز تهیه می‌شد. میوانی^۱ نیز نوعی غذای زائوست؛ نوعی حلواست ولی به جای شکر از دوشاب یا شیره انگور در آن به‌کار برده می‌شود، نوع آرد آن نیز متفاوت (به نام آرد بهارو) است که گندم آن متفاوت است و آرد رنگ تیره‌تری دارد، این غذا نسبت به حلوا با شیرینی کم‌تر و رقیق‌تر آماده می‌شود و بسیار چرب است. از دیگر غذاهای مخصوص زائو می‌توان به پهلوی^۲ و حاسیلکه^۳ اشاره کرد، که به لحاظ ترکیب تقریباً شبیه حلوا و میوانی هستند. نقطه مشترک تمامی این غذاها غله‌ای بودن، چرب بودن، آبکی بودن و شیرین بودن آن‌هاست. از آنجایی که خوردن غذاهای شیرین ممکن بود دل را زده و اشتهای مادر را کم‌تر کند بعضی از ماماها توصیه می‌کردند بهتر است زائو بعد از خوردن غذای چرب و شیرین، یا دو الی سه روز پس از زایمان، نوشیدنی ماستاو که ترش مزه و سرد نباشد بنوشد. یکی از ماماها مشارکت‌کننده می‌گوید: «من رونه‌کره^۴ را ذوب و با عسل مخلوط می‌کردم و به زائو می‌دادم». مخلوط رونه‌کره و دوشاب را نیز توصیه می‌کردند. انتخاب نوع غذا براساس مواد در دسترس، توصیه اطرافیان و یا میل زائو بوده است برای مثال، یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «تا ۷ روز، هر روز چهار تخم مرغ نیمرو شده با مقدار زیادی رونی زهنگ^۵ می‌خوردم». و بدری می‌گوید:

پروژه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

1 Mivaani
2 Paloo
3 Haasilkah

۴ منظور کره حیوانی است.

۵ Roni Zang: منظور روغن حیوانی است. یعنی کره‌ای که ذوب شده و پالایش شده باشد.

«وقتی کسی زایمان می‌کرد می‌پرسیدم چی می‌خوری تخم مرغ یا میوانی؟ با رونی زهنگ
براش درست می‌کردیم. اولش می‌گفتیم فعلاً دو سه تا قاشق روغن خالی بخور تا داخل
شکمتم تمیز شود^۱ و این‌که برای رفع درد شکم هم خوبه.»

و دلبر ۶۹ ساله نیز معتقد است په‌لوی پر از روغن باعث می‌شود خون باقیمانده در رحم
زائو خارج شود، همچنین برای بهبود مادر، خوردن نیمروی مخلوط با رونی زهنگ و عسل را
توصیه کرده است، همچنین بعد از هفتم غذای به‌رہ‌سیل^۲ (نوعی آبگوشت، معمولاً گوشت بز یا
گوسفند که با ماستاو تهیه می‌شود) و آبگوشت را به زائو توصیه کرده‌اند.

اما توصیه‌های غذایی برخی پرهیزها را نیز شامل می‌شد. برای نمونه هر نوع سردی (از
جمله خوراکی‌های سردمزاج) ممنوع بود. از مصرف ماست، دوغ، خیار، گوجه‌فرنگی، گوشت
گاو، پیاز، آدامس، ترشی، شوری، آب سرد باید پرهیز می‌کردند. یکی از ماماها گفتند «مادر تا سه
روز نباید سفیدی^۳، گوشت گاو و پیاز بخورد و گرنه بچه‌اش دچار باژله^۴ می‌شود.» درباره
گوشت قرمز می‌گویند که دیر هضم است و برای مادر و نوزاد (که شیر مادر را می‌خورد)
مشکل‌ساز است. شیلان ۱۰۰ ساله می‌گوید:

«نباید گیاوگول^۵ (سبزیجات) بخوریم ممکنه باعث تب و لرز شود. ۲۰ تا ۳۰ روز هم نباید
آب بخوری. به جای آن چایی بخوری بهتره. باید با روسری جلوی دهنتم بپوشانی چون
اگه باد به دندان‌هایت بخوره، می‌ریزند.» چرا که «بدن زن از زیر ناخن‌هایش تا کل بدنش
کللور (توخالی) است.»

۱ یعنی خون باقیمانده رحم خارج شود.

2 Barbasell

۳ منظور لبنیات است.

۴ شکم درد همراه نفخ.

5 Giyavgol

مراقبت و استراحت: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مراقبت‌ها در گذشته در مقایسه با امروز بسیار ناچیز بوده‌اند، اما در بستر اجتماعی و فرهنگی وقت، اهمیت خودش را داشته است. یعنی همواره مراقبت از زائو از ضروریات بوده است اما در بسیاری از موارد شرایط اقتصادی و اجتماعی اطرافیان، همچون مشغله‌های کاری فصلی، اجازه مراقبت مناسب را نداده است. یکی از مشارکت‌کنندگان که ۹۷ سال سن دارد این گونه تجربه زیسته نسبتاً تلخ خودش را از نخستین زایمانش در سال ۱۳۲۳ روایت می‌کند:

وقتی نوبرهام^۱ (فرزند اول) دنیا آمد مادرم پیشم بود، زود بچه را داخل پارچه‌ای پیچید و رفت. رو زمین مردم کار می‌کرد. کارش زیاد بود، حتی فرصت نکرد پیشم بیه لیوان آب بخورد. ناوالم (جفتم) بعد از ۲۴ ساعت اوامد بیرون. دختری پیشم بود، جایی را که زایمان کرده بودم تمیز کرد. آنقدر ضعف کرده بودم حتی زبانم نمی‌چرخید بگم خدا خیرت بده. بعد از خروج ناوالم، از هوش رفتم. وقتی بهوش آمدم همه چیز جلو چشمم زرد رنگ بود. مادرشوهر و خواهرشوهرم که آنروز در حال نان پختن برای خانواده بودند موقع غروب برگشتند، خدا رحمت کند مادرشوهرم را؛ گفت: چرا به دخترت شیر نمی‌دی؟ گفتم همه چیز جلو چشم زرده. ... وقتی هم از نان پختن برگشتند آنقدر خسته بودند که از خداشون بود بتوانند غذای بقیه رو بدهند و چیزی بخورند و بخوابند. خواهرشوهرم نیمرو درست کرد، کنارم گذاشت و گفت بخور. خودشم کار داشت و رفت. زندگی آن موقع خیلی پر رنج و زحمت بود.

اگرچه در بسیاری از موارد، بسیاری از زایمان‌ها بدون ماما انجام می‌گرفت و آن هم به دلیل «مهارت پیدا کردن خودم در نتیجه چندین زایمان بود که گاه به تنهایی بدون حضور هیچ کسی بچه را به دنیا می‌آوردم و خودم ناف را می‌بریدم و بلند می‌شدم سر پا»، اما به‌طور کلی در مواردی که زایمان با حضور ماما اتفاق می‌افتاد، ماما می‌توانست تا یک هفته به‌طور متناوب مراقبت‌هایی از زائو انجام دهد. وضعیت این مراقبت‌ها متغیر بود چرا که مواردی هم بوده که

ماما دیگر به امورات زائو کاری نداشت. اما آنچه غالب بوده مراقبت‌های پس از آن از سوی ماما بوده است و دلیلش هم صرفاً انجام وظیفه و «ثواب بودن» کار بوده است، البته در مواردی دستمزدی هم داده می‌شد. حلیمه ۶۸ ساله می‌گوید: «وقتی زن زایمان می‌کرد ماما دیگر طرف اونجا هم نمی‌رفتم مگر چند روز بعد که برای تبریک قدم نوزاد به منزلشان می‌رفتم و هرچی در توان بود برایش هدیه می‌بردم.» تعدادی از ماماها نیز تا دو الی هفت روز به زائو سر می‌زدند و کهنه‌های نوزاد یا لباس‌های کثیف زائو را می‌شستند. زرین ۶۷ ساله می‌گوید:

«تا هفت روز به زائو سر می‌زدم. حلوا، نیمرو یا میوانی برایش دست می‌کردم و لباس‌های نوزاد را هم می‌شستم. این کار را به توصیه مادرم و برای ثوابش و صدقه حفظ سلامتی فرزندانم انجام می‌دادم و در ازای آن چیزی نمی‌گرفتم.»

ماما همچنین برای مادر حلوا و یا چایی درست می‌کرد، در مواردی هم موهای سر زائو را می‌شست. یکی از ماماها در مورد زایمان‌های خودش می‌گوید:

«من هشت شکم زاییدم بیمارستان نرفتم. وقتی زایمان می‌کردم ماما بچه‌مو می‌شست و کنارم می‌گذاشت. تا هفت روز می‌آمد و کمک می‌کرد، بچه را باز می‌کرد، تمیزش می‌کرد دوباره می‌پیچید.» همچنین می‌گوید: «وقتی کسی زایمان می‌کرد تمیزش می‌کردم، می‌بردمش سر جاش می‌خواباندم، لباس‌هایش را می‌بردم چشمه می‌شستم.»

جمیله ۶۵ ساله می‌گوید: «روسی که با علم‌انان از مطالبات فرزندگی بعد از زایمان دست و صورت و پاهای را می‌شستیم و بعداً دو سه بار سر می‌زدیم و ناف بچه رو بررسی می‌کردیم ببینیم محکم بستیم یا نه. اگر تخم مرغ و رون زه‌نگ نداشت با خودم می‌بردم و براش نیمرو درست می‌کردم و بعدش را گرم می‌پوشاندم. تا هفتمش بهش سر می‌زدم.»

گاهی این مراقبت‌ها همراه با تجویزهایی برای بهبود حال مادر هم بود. در این باره گل‌اله ۶۸ ساله می‌گوید:

ماما تا سه یا هفت روز هر روز می‌آمد و بچه را از کمر به پایین می‌شست، لباسش را عوض می‌کرد، قنادی می‌کرد. روز هفتم می‌گفت بلند شو دخترم، و رختخوابش را جمع

می‌کرد. همان‌روز یا فردایش را حمام می‌برد، کف زمین را خوب می‌شست و یک پارچه تمیز پهن می‌کرد و یک تخم مرغ محلی را روی آن می‌شکست، آن تخم مرغ را درسته روی آن پارچه می‌گذاشت و می‌گفت روی تخم مرغ بنشین تا بدنت خودش را بگیره.

برخی از ماماها در زمان تولد یا تا یک ماه پس از تولد، گوش‌های نوزاد دختر را نیز سوراخ می‌کردند؛ گلابه ۶۸ ساله به‌خاطر دارند که در شهر سردشت ماما همان موقع گوش نوزاد دختر را هم سوراخ کرده است.

از آنجایی‌که زایمان امری عادی انگاشته می‌شد و انگهی اکثر اوقات زنان به‌ویژه در روستا، غیر از آشپزی و تمیزکاری منزل کارهای زیاد دیگری نظیر دوشیدن شیر حیوانات، تمیز کردن طویله، درست کردن دوغ، ماست، پنیر، روغن محلی، کشک، بافتن گوریس (نوعی طناب با موی بز) و غیره را به‌عهده داشتند، لذا چیزی به نام استراحت به معنای امروزی وجود نداشت و اساساً مقدور نبود. در نتیجه وظایف عادی از سر گرفته می‌شد، معمولاً زائو در صورت امکان سه تا ۱۵ روز استراحت می‌کرد. یکی از ماماها تعریف کردند:

من زنی را دیدم خون از پاهاش می‌آمد پایین و همان‌روزی که زایمان کرده بود در خانه مشغول امورات بود، چون کسی را نداشت کارهای منزلش را انجام بدهد. در ضمن، بچه‌های دیگری هم داشت. اگر کسی با خانواده مادرشوهر بود راحت بود. اگر مادرشوهر یا خواهرشوهری داشت که کارهای منزل را انجام دهد او هم می‌توانست یک هفته استراحت کند.

ریحان ۶۳ ساله نیز می‌گوید: در روستای آنان، به‌طور معمول زائو تا یک هفته پس از زایمان استراحت می‌کرد. منیره ۷۳ ساله تعریف کردند:

خودم پسری دنیا آوردم الان فوت کرده و زنده نیست، بعد از به‌دنیا آوردنش بلند شدم و برای شام غذا پختم. هیچ‌وقت یک هفته توی رختخواب نماندم. چنین چیزی نبود. فقط سه چهار روز تونستم استراحتی بکنم، بعدش باید پا می‌شادی؛ سرم گیج می‌رفت به‌خاطر خونریزی. اذیت می‌شادی، بدنت شل می‌شد؛ بچه به‌دنیا بیاری و پاشی کار کنی، بدنی برات نمی‌مونه.

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان ۱۰۰ ساله گفت:

«من بعد از زایمان ۱۱ روز استراحت می‌کردم، ولی به خاطر این‌که مردم نبینند صبح زود پا می‌شدم گاو رو می‌دوشیدم بعد می‌رفتم سر جایم و استراحت می‌کردم.» پرسیدم چرا نخواستید مردم ببینند؟ گفت «تا چشمم نزنند.»

رابعه ۷۶ ساله در خصوص کمبود امکانات برای استراحت مادر گفتند:

«آن دوره پتویی در کار نبود. دو سه روز اول پس از زایمان که خونریزی زیاد بود، روی گونی دراز می‌کشیدیم، عمه‌ای داشتیم گونی‌ای را پر کاه کرده بود، خیلی نرم بود. بعد از سه روز روی لحاف می‌خوابیدیم، هفت تا ۹ روز استراحت می‌کردیم.»

منیجه ۸۵ ساله نیز می‌گوید:

«چند روز اول پس از زایمان به علت خونریزی زیاد برای جلوگیری از کثیف‌شدن لحاف و تشک، روی رختخوابی که از گیاهان تهیه شده بود می‌خوابیدند.»

۴- ملاحظات اخلاق حرفه‌ای مامایی سنتی

این مقوله بیانگر آن دسته از باورها و کنش‌هایی است که ماماها به لحاظ اخلاقی به آن پایبند بودند. این موارد هم شامل موقعیت‌های حین زایمان است و هم شامل خود مامایی به‌عنوان نقشی اجتماعی و تأثیرگذار. این مقوله شامل دو زیرمقوله حفاظت از حریم خصوصی زن زائو و مامایی به مثابه امر ثواب است.

۴-۱. **حفاظت از حریم خصوصی زن زائو:** شامل محافظت از حریم خصوصی زن باردار یا

زائو است. در اینجا شاهد این هستیم که زنان ماما رازداری و حفظ حریم خصوصی زن زائو را از جمله وظایف خود می‌دانستند. یعنی تا زمانی که ضرورت پیدا نکرده اقدام به مشاهده اندام‌های زاد و ولدی زنان نمی‌کردند و هیچ‌یک از وضعیت‌های جسمانی زن را نزد دیگران

بازگو نمی‌کردند. به قول یکی از ماماها، «تا بچه وارد ده‌ری^۱ (شلوار کردی زنانه) زن نمی‌شد در پی وی را در نمی‌آوردیم و خیلی اوقات اصلاً بدن مادر را نمی‌دیدم، زن خجالت می‌کشید، گناه داشت.» گلاویژ ۶۸ ساله نیز اظهار می‌دارد: «وقتی نوزاد وارد شلوار مادر می‌شد شلوار را از تن مادر خارج کرده، با نوزاد داخل آن روی پایش گذاشته و ناف نوزاد را می‌بریدیم.» مامای دیگری نیز که ۶۵ سال سن دارد می‌گوید: «هیچ‌وقت نه بدن مادری را دیده‌ام و نه موقع زایمان با معاینه‌ایدیت یا دستکاری کرده‌ام.» این موضوع یکی از دلایل تمایل زنان برای زایمان در منزل بوده است. طبق روایت مشارکت‌کنندگان، زنانی که برای زایمان به بیمارستان مراجعه می‌کردند در بسیاری موارد از معاینات مکرر توسط ماماها ی بخش زایمان شاکی بودند و در مواردی برای زایمان به منزل برگشته‌اند. بر این اساس، رازداری از نکات قابل ذکر و با اهمیتی از دید ماماها بود؛ یکی از ماماها بیان کردند که «ملای روستا گفته ماما نباید هیچ چیزی از زایمان زنان برای بقیه تعریف کند و بایستی محرم اسرار آنان باشد و اگر عیب و ایرادی هم در بدن آنان دیدند نباید پیش بقیه فاش کند.»

۴-۲. مامایی به مثابه امر ثواب: تا به این‌جا مشخص شد که زنان ماما نقشی کلیدی در به‌دنیا آمدن نوزاد و مراقبت‌ها اولیه و ثانویه از مادر و نوزاد داشته‌اند. اما این‌که این دسته از زنان معمولاً از چه اقشاری از جامعه هستند و چرا به این کار، به‌عنوان بخشی از زندگی و نه به‌عنوان حرفه‌ای در معنای امروزی‌ش، روی آورده‌اند موضوعی قابل تأمل است. افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش که غالباً ماماها ی سنتی بوده‌اند می‌گویند که این کار را «به‌خاطر ضرورت زندگی خود» یاد گرفته‌اند. برخی‌ها به‌خاطر حیات اقتصادی دامداری به هه‌وار^۲ (بیلاق) می‌رفتند و کسی برای انجام زایمان‌شان در دسترس نبوده است از همین رو خود با مشاهده یا سوال از بقیه ماماها که ممکن بود خویشاوند یا غیرخویشاوند باشند، مامایی را یاد گرفته‌اند. آنان با کمال میل،

1 Darpe

2 Hawaar

در صورت نیاز، در زایمان اطرافیان نیز نقش‌آفرینی کرده‌اند. به دلیل مشغله فراوان زندگی، کمتر کسی تمایل زیادی به انجام مامایی داشت. منیجه ۸۵ ساله می‌گویند: «از روی ضرورت، مامایی زنان روستای مان را به عهده گرفتم. اگرچه خیلی تمایل نداشتم اما برای ثوابش اینکار را انجام می‌دادم.» در مواردی صرفاً به دلیل مشاهدات زیاد زایمان زنان و عملکرد دیگر ماماها، افرادی در این کار تبحر پیدا کرده‌اند. به گفته یکی از مشارکت‌کنندگان: «خیلی ناف و سرم می‌افتاد همش می‌رفتم پیش یه ی که تو روستا بود تا برایم جا بندازه. آخرشم خودم این‌ها را یاد گرفتم. مامایی هم همین‌طور بود. وقتی ماما می‌آمد زایمان من را بگیره، ازش یاد می‌گرفتم. بعدشم که تبحری پیدا کردم می‌آمدند دنبالم. منم به خاطر رضای خدا می‌رفتم و مامایی‌شان را می‌کردم.»

در جوامع سنتی هر کس که مهارتی داشته است عهده‌دار بخشی از امورات مربوطه می‌شد و غالباً بدون چشمداشت این کار را انجام داده است. حتی خیلی از اهالی آن منطقه دادن چیزی به عنوان دستمزد را لازم ندانسته‌اند و گاهی برای تشکر هر چیزی که مقدر بوده است و در توان داشته‌اند به ماما داده‌اند. چنانچه غنچه ۹۷ ساله می‌گوید:

«چه پولی؟ پول نبود که به ماما بدهند. حتی دستتاش را هم نمی‌شست و می‌رفت... می‌رفت و از چشمه دست‌هایش را می‌شست. یک بار پوست بزی که برای گویزه‌بانه^۱ سر بریده بودیم برای ماما فرستادیم.»

جمیله ۶۵ ساله می‌گوید: «من وقتی برای زایمان کسی می‌رفتم حتی دست‌هایم را هم آنجا نمی‌شستم، یه چایی هم نمی‌خوردم، چه برسه به این که چیزی بگیرم. این کار را فقط برای رضای خدا می‌کردم حتا وقتی بهش سر می‌زدم لباس‌هایش را هم می‌شستم.»

طبق گفته ایشان، در مواردی هدیه‌ای به ماما می‌دادند. مثلاً «چای، حنا یا پارچه کلونجه^۱ (جلیقه لباس کُردی زنانه)». در مواردی هم کله‌ای قند، یکی دو قوطی پودر رخت‌شویی، یکی دو قالب صابون. رابعه ۷۶ ساله می‌گوید:

« فقط یک بار ماموستای روستا با هزار قسم بهم ده تومان داد و گفت اگر نگیری دلخور می‌شم. همین. من برای شادی روح پدر و مادرم و شکرانه سلامتی خودم مامایی می‌کردم.»

در معدود مواردی پولی به ماما داده می‌شد. گلاله ۶۸ ساله می‌گوید:

«ماما هم پول زیادی نمی‌گرفت. چیزی که به یاد دارم این است که پس از تولد یکی از فرزندانم ۱۰۰ تومان به ماما دادم. ولی ماما گفت زیاد است و ۵۰ تومان آنرا بهم برگرداند.»
گاهی ۲۰ تومان، ۳۰ تومان هم می‌دادند. «برخی اگر نوزاد پسر بود پول بیشتری هم می‌دادند.»

اما با گذر زمان، در این اواخر دادن دستمزد نقدی متداول‌تر شده است. با گذر زمان و تغییر معیشت مردم، دستمزد ماما نیز بیشتر شده است ولی معمولاً بنا به بضاعت خانواده مادر تعیین می‌شد و اگر خیلی بی‌بضاعت بودند هزینه کم‌تری گرفته شده است. معصومه گفتند:

«نگاه می‌کردم بینم خونه یا ماشین داره یا مستأجره. آگه مستأجر بود دلم نمی‌آمد چیزی بگیرم، با هزار قسم چیزی نمی‌گرفتم. بقیه هم بعضی وقتا یک یا دو ماه بعد دستمالی چیزی برابم می‌فرستادند.»

به‌طور کلی یافته‌های این مطالعه تا حدودی توانسته‌اند فرایند مرحله‌ای زایمان و مامایی را در جوامع سنتی نشان دهند و جایگاه ماما را برجسته نمایند. همان‌گونه که مشاهده شد هر مرحله اصول و قواعد خاص خودش را داشت و مبتنی بر مجموعه‌ای از هنجارهای رفتاری مراقبتی و البته اعتقادات و باورهای دینی و غیردینی بود. در تمامی این مراحل شاهد مجموعه تعاملاتی میان ماماها با زائو، نوزاد و خانواده‌های آنان هستیم. نگاه دقیق به این تعاملات نشان

می‌دهد که این فرایند مبتنی بر چه دانشی بوده است، دانشی بومی و مبتنی بر تجربیات پیشینیان که در حالت خرد جمعی حول زاد و ولد جمع شده‌اند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به فرایند زایمان در جامعه سنتی شهرستان سردشت در کردستان ایران، قبل از ورود بهداشت مدرن، پرداخته است. برای انجام این امر، سراغ ادبیات شفاهی زنان ماما، سالمند یا سایر افراد مطلع در آن دوران رفته‌ایم. به این طریق سعی در بازسازی زایمان‌های سنتی در سه مرحله قبل از زایمان، حین زایمان و پس از زایمان داشته است و تلاش کرده ضمن برجسته کردن فاعلیت ماما، مراحل زایمان، شرایط زایمان، تجویزها، چالش‌ها و راه‌حل‌های زایمان را در آن جامعه تشریح نماید. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که زایمان طبیعی به میانجی فرهنگ و دانش بومی چگونه انجام می‌شد. یافته‌ها نشان می‌دهند که زایمان به‌طور کلی در مسیری طبیعی و به میانجی فرهنگ پیش رفته است: فرهنگ کار، تحمل، فرهنگ تغذیه، باورهای دینی و غیردینی، فرهنگ همیاری، بخشش و کمک‌رسانی و ... از تغذیه گرفته تا راهکارهای تسهیل زایمان و تا بازتوانی زائو، حتی الامکان به‌صورت طبیعی انجام گرفته است. بنابر نظام اقتصادی معیشتی رایج در آن دوره و نیز فرهنگ سخت‌گیرانه در تعریف بیماری/سلامت، متوجه برخی از دلایل عدم امکان استراحت مناسب زنان زائو و عواقب آن، در آن جامعه می‌شویم. از دیگر سوی، یافته‌های این مطالعه شواهد و نشانه‌هایی از چرایی و دلایل و حتی کیفیت مرگ‌ومیر مادر، نوزاد یا جنین را در جوامع گذشته، که هنوز عناصر بهداشتی مدرن در آن وارد نشده بود، بر ما آشکار می‌سازد. بدون شک کاوش عمیق‌تر در این دلایل می‌تواند سیمای روشن‌تری از وضعیت بهداشتی قبل از ورود تکنولوژی بهداشتی و سبک زندگی مدرن ارائه دهد و ابعاد دیگری از دلایل مرگ‌ومیر را، جدای از دلایلی که به وفور در منابع علمی به آن‌ها اشاره می‌شود، بر ما آشکار کند. دلایلی که برخاسته از سبک زندگی، تغذیه، فرهنگ، ساختار اجتماعی و اقتصادی هستند. یافته‌های این پژوهش درباره تبیین

فرهنگی از مرگومیر مادر یا نوزاد به نوعی همسو با یافته‌های شپر- هوگس^۱ (۱۳۹۸) درباره مرگومیر مادر و نوزاد در مناطق حاشیه‌ای برزیل است که در آن به خوبی نشان می‌دهد مرگومیر بالای نوزادان بیش و پیش از هر چیز از ناشی از فقدان امکانات بهداشتی مناسب و نیز عقب‌ماندگی شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه است و باورهای فرهنگی مادران در این میان نقشی اساسی دارند.

مقایسه برخی از یافته‌های این مطالعه با مطالعات تجربی پیشین نشان می‌دهد که شماری از تجویزات رفتاری در سایر فرهنگ‌ها هم وجود داشته و دارد. برای مثال قدم زدن مادر قبل از زایمان برای تسهیل زایمان در زنان ترکیه (Karahana et al. 2017: 190)، گرم پوشاندن زائو یا پوشاندن دهان برای جلوگیری از ورود مستقیم هوا (Liamputtong 2002: 817)، این باور که نگاه کردن به جفت توسط زائو برای سلامتی وی خوب نیست و باید کسی آنرا دفن کند و این دفن کردن برای سلامتی نوزاد (کشاورز و همکاران ۱۳۹۶: ۱۱۵؛ Adatara et al. 2019: 356) در نپال زنان گورانگ^۲، جفت را پای درخت دفن می‌کنند، زنان ناماری و تامانگ^۳ آنرا در تقاطعی یا زیر جاده دفن می‌کنند (Sharma et al. 2016: 3). در بسیاری از موارد دیگر همچون تشخیص پیچیدن بند ناف به دور گردن جنین، شستشوی سر، استحمام، توصیه‌های رفتاری، تغذیه‌ای، مراقبتی و ... تشابهاتی بین یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های دیگر در سایر فرهنگ‌ها وجود دارد (Mohd Yusof et al. 2018: 4; Coutinho et al. 2014: 149؛ جهازی و همکاران ۱۳۸۶: ۵۵).

در نهایت اگر به ملاحظات اخلاقی توأم با مامایی بخواهیم اشاره کنید باید گفت که نتایج این پژوهش از جهتی مؤید برخی یافته‌های علمی است که از آن جمله می‌توان به مطالعه شفعتی و زاهدی (۱۳۹۳: ۱۲۲) اشاره کرد که در آن آمده است اغلب اوقات به همراه پزشک چندین ماما نیز بر بالین بیمار حضور می‌یابند به دلیل احساس شرم و نگرانی، برخی از مادران از مطرح

1 Sheper & Hogs

2 Gurung

3 Newari and Tamang

کردن مشکلات و نگرانی‌های خود واهمه دارند؛ حفظ حریم خصوصی و رازداری یکی از دلایل ترجیح مادران برای زایمان در منزل بوده است. چنانچه در مطالعه‌ای با عنوان تبیین جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار عنوان شده است انجام ویزیت گروهی در ۹۰ درصد متخصصان زنان و زایمان شهرستان اهواز مشاهده شده است و این امر یکی از مواردی بوده است که توسط بیماران به‌عنوان عامل نارضایتی ذکر شده است بیماران اظهار کردند که این وضعیت و "حضور بیماران دیگر" در هنگام ویزیت آن‌ها در اتاق پزشک باعث می‌شود آن‌ها از روی شرم و خجالت برخی مسائل مهم مربوط به مشکل خود را مطرح نکنند و احساس "ناراحتی" و "استرس" می‌کنند.

در جای جای این پژوهش ردپای اعتقادات فرهنگی با تأکید بیشتر بر دین را می‌توان مشاهده کرد. پناه آوردن به نمادهای دینی کلامی و دعا از یک‌سو و انجام کارهایی هر چند ساده اعتقادی فرهنگ بومی از سوی دیگر، همواره در کنار تاکتیک‌های مامایی حضور داشته است. اما نمی‌توان منکر این نکته شد که فقدان امکانات بهداشتی مناسب، نداشتن مهارت‌های سیستماتیک بالینی، تجویز موقعیت‌های بدنی خاص برای زن زائو یا تجویزهایی صرفاً مبتنی بر تجربه، بدون لحاظ کردن تفاوت‌های فردی، و گاه استیصال در انجام امر مامایی در مواقع بحرانی، خود از عوامل مرگ مادران و یا جنین / نوزاد بوده است.

اما آنچه یافته‌های این مطالعه را از سایر مطالعات تجربی پیشین متمایز می‌کند تأکیدی است که بر فرایند زایمان و توصیف عمیق آن داشته است. این وجه تمایز باعث شده تا ما آگاهی نسبتاً جامعی از شیوه زایمان در اجتماعات سنتی و جایگاه ماما در آن داشته باشیم. یافته‌های این مطالعه جوانب کارآمد و ناکارآمد زایمان سنتی را نمایان می‌کند. همچنین نشان می‌دهد که کدام قسمت از فرایند مامایی سنتی یا توصیه‌های رفتاری و مراقبتی آنان می‌تواند در زایمان‌های امروزی مدنظر قرار گیرد یا کدام ابعاد آن‌ها امروزه مورد تأیید پزشکی مدرن است. برای نمونه موقعیت‌های بدنی زن زائو به هنگام زایمان که بسته به وضعیت قرارگیری جنین ممکن است متفاوت باشد؛ یا استفاده از روش‌های طبیعی خوراک یا حرکت برای تسهیل زایمان از جمله

مواردی است که می‌تواند جایگزین آمپول‌های القاء زایمان شود. در کنار تمامی این‌ها، توصیه‌های رفتاری و تغذیه‌ای پس از زایمان از جمله مواردی است که می‌تواند امروزه نیز به‌کار گرفته شود. نکته این است که در سال‌های اخیر با تأکید بر زایمان‌های طبیعی، زایشگاه صرفاً یک مکان زایش است و بس، و مادر تازه زایمان کرده برای مراقبت‌های پس از زایمان مجدداً دست به دامان فرهنگ و عناصر فرهنگی خود می‌شود. این در حالی است که ماما یا پرستار می‌تواند در همان محیط کلینیکی حامل عناصر فرهنگی جامعه برای مراقبت‌های پیشا و پس‌ازایمان هم باشد.

پیشنهاد می‌شود براساس ادبیات شفاهی موجود از زنان سالمند، انواع بیماری‌های نوزادان و کودکان، شیوه‌های معالجه، روش‌های بومی پیشگیری از بارداری، شیوه‌های سقط جنین و ... مورد مطالعه عمیق قرار گیرد. کاوش بر این موضوعات کمک می‌کند تا آن جوانبی را که به دلیل تسلط روایات مدرن از زایمان‌های سنتی، مکتوم باقی مانده به‌عنوان دانش‌های بومی در حوزه بهداشت و سلامت زنان و کودکان باسازی شوند.

منابع

- جهازی، اعظم؛ معصومه کُردی، سیدرضا مظلوم (۱۳۸۶). "مقایسه تأثیر بستن زودرس و دیررس بندناف بر آپگار نوزاد." *زنان، مامایی و نازایی ایران*. شماره ۲، صص ۶۶ - ۵۵.
- سرایی، حسن (۱۳۷۶). "مرحله اول گذار جمعیتی در ایران." *نامه علوم اجتماعی*. شماره ۹ و ۱۰، صص ۷۵ - ۷۶.
- شپر- هوگس، نانسی (۱۳۹۸). "جمعیت‌شناسی بدون عدد"، در: *جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی*، دیوید کرتز و تام فریک، (ترجمه: مهدی رضائی)، تهران: موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- شفعتی، معصومه و محمد جواد زاهدی (۱۳۹۳). "تبیین جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار (مطالعه کیفی در شهر اهواز)." *مطالعات اجتماعی ایران*. شماره ۱، صص ۱۲۷ - ۱۰۵.

قادری، طاهره؛ علی اکبر جعفریان، نفیسه رحیمی‌نیا (۱۳۹۴). "چگونگی بازتعریف طب بومی در دوره مدرن، مطالعه مورد عقاید و باورهای مرتبط به باروری و ناباروری در شهرستان اردستان." *دانش‌های بومی ایران*. شماره ۳، بهار و تابستان ۱۳۹۴.

کرتزر، دیوید و تام فریک (۱۳۹۸). *جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی*، (ترجمه: مهدی رضائی)، تهران: موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.

کشاوری، زهره، زهره عباسی، محمد جلال عباسی شوازی، عباس عبادی، فروزان علوی مقدم و الهه سالاری (۱۳۹۶). "قومیت، فرهنگ و رفتار باروری اقوام خراسان شمالی." *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. شماره ۱، صص ۱۱۶ - ۱۰۹.

محمدپور، احمد (۱۳۹۸). *روش در روش: ساخت معرفت در علوم انسانی*، تهران: انتشارات لوگوس.

محمدپور، احمد (۱۳۹۲ الف). *ضد روش ۲، مراحل و رویه‌های عملی در روش‌شناسی کیفی*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

محمدپور، احمد (۱۳۹۲ ب). *از سنت به نوسازی: مطالعه تغییرات اجتماعی به روش اتنوگرافی*، تهران: جامعه‌شناسان.

مجاهد شهناز، عباس افلاطونیان، نیره خادم، راضیه دهقانی فیروزآبادی، مژگان کریمی (۱۳۹۱). "بررسی تأثیر رطب بر خونریزی بعد از زایمان طبیعی." *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. شماره ۲، صص ۱۶۶ - ۱۵۹.

ویکس، جان (۱۳۹۵). *جمعیت: مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات*، (ترجمه: الهه میرزایی)، تهران: مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.

Adatar, P. J. Strumpher, E. Ricks, P. P. M. Nyaledzigbor (2019). "Cultural beliefs and practices of women influencing home births in rural Northern Ghana." *International Journal of Women's Health*, 11(4): 353-361. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S190402>

Adatar, P. , A. Afaya, E. Baku, S. M. Salia and A. Asempah (2018). "Perspective of Traditional Birth Attendants on Their Experiences and Roles in Maternal Health

- Care in Rural Areas of Northern Ghana.” *International Journal of Reproductive Medicine* 17: 1-10. <https://doi.org/10.1155/2018/2165627>
- Coutinho, E., L. Silva, L. Alcione, C. Lopes, V. Parreira. and Vitória, Duarte (2014). “Becoming a Mother in a Strange Land: What cultural care immigrant women experience in Portugal?” *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, Anápolis – Goiás 3(3):142-160.
- Creswell, J. W., C. N. Poth (2018). *Qualitative inquiry & research design*, California: Sage.
- Hashem Zaher. E., N. F. Hassan Khedr and A. F. Eman (2021). “Effect of Eating Date Fruit on the Progress of Labor for Parturient Women”. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing* 8(3): 188-196.
- Horsthmeke, K (2008). “The Idea of Indigenous Knowledge.” *Archeology: The Journal of the World Archaeological Congress* 4 (1), 129- 143.
- Kaphle, S., H. Hancock, L. A. Newman (2013). “Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in Nepal: critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages.” *Midwifery* 29: 1173-1181.
- Leedam, E (1985). “Traditional birth attendants.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 23(4): 249-274.
- Liamputtong, P (2002). “Childrearing practices and child health among the Hmong in Australia: implications for health services.” *International Journal of Health Services* 32(4):817-36. <https://doi.org/10.2190/TTLO-YC48-GTVQ-3DJH>
- Maimbolwa, M. C. B. Yamba, V. Diwan, A. Ransjo (2003). “Cultural childbirth and beliefs in Zambia.” *Leading Global of Nursing Research* 43 (3): 263- 274.
- Ray, M. A. Morris, M. McFarland (2013). “Ethnonursing method of Dr. Madeleine Leininger.” in: Ray, M. A., Morris, M. McFarland (eds) *Routledge International handbook of Qualitative Nursing Research*, Routledge.
- Mohd Yusoff, Z., A. Amat, D. Naim and S. Othman (2018). “Postnatal Care Practices among the Malays, Chinese and Indians: A Comparison.” *SHS Web of Conferences* 45, 05002. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184505002>
- Molloy, L., K. Walker, R. Lakeman and I. Skinner (2014). “Ethnonusing and ethnographic approach in nursing.” *Nurse Researcher* 23 (2): 17-21.
- Mulder, S. (1995). “Midwifery in Rural India: a study of traditional birth attendants in Tamil Nadu, India.” *Australian College of Midwifery Incorporated Journal*, 8(1)24-30.

- Karahan, N., R. Aydın, D. Yılmaz Güven, A. R. Benli and N. B. Kalkan (2017). "Traditional Health Practices Concerning Pregnancy, Birth, and the Postpartum Period of Women Giving Birth in the Hospital." *Southern Clinic of Istanbul. Eurasia* 28(3):190-198. <https://doi.org/10.14744/scie.2017.33042>
- Naser, E., S. Mackey, D. Arthur, P. Klainin, Youbas, H. Chen, D. K. Creedy (2012). "An exploratory study if traditional birthing practices of china, Malaya and Indian Women in Singapore." *Midwifery* 28, e865 – e871.
- Sharma, S., E. Teijlingen, V. Hundley, C. Angell, P. Simkhada (2016). "Dirty and 40 days in the wilderness: Eliciting childbirth and postnatal cultural practices and beliefs in Nepal." *BMC Pregnancy and Childbirth* 16:147. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0938-4>
- Singer, M., H. Baer, D. Long, A. Pavlotsici (2020). *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*, Roman & Littlefield. Lanham.
- Singer M., P. Erickson (2011). *A Companion to Medical Anthropology*, Blackwell, West Sussex.
- Thatte, N., L.C. Mullany, S.K. Khatry, J. Katz, J.M. Tielsch & G.L. Darmstadt (2009). "Traditional birth attendants in rural Nepal: Knowledge, attitudes and practices about maternal and newborn health." *Global Public Health* 4(6):600–617. <https://doi.org/10.1080/17441690802472406>
- Winkelman, M (2009). "Culture and Health: applying medical anthropology". Jossey-Bass, San Francisco.