



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

باروری سالم

مجموعه جزوات آموزش بهورزی

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

واحد آموزش بهورزی

زمستان 1393

(ویرایش دوم)

مولفین

فرحناز فرهنگندی	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهدیک
میترا هاشمیان	کارشناس مسؤل واحد باروری سالم مرکز بهداشت استان
زهرا موسی آبادی	کارشناس واحد باروری سالم مرکز بهداشت استان
حمیده اباذری	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تربت جام
تکتم محمودی	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تایباد
فاطمه فلاح	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
محبوبه مفتخر	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس
حمیده عیدخانی	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف
فاطمه آزاد	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران
نیره خسروی	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک
ویدا هاشمیان	کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان



با نظارت:

دکتر حسن عبدالله زاده: کارشناس مسؤل واحد آموزش بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر محمد حسن درخشان: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر محمد احمدیان: مدیر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فصل اول: جمعیت

7	برخی مفاهیم جمعیت
9	ساخت سنی جمعیت
9	رشد جمعیت
9	تحولات جمعیتی در ایران
10	عوامل مؤثر بر کاهش سریع رشد جمعیت در ایران
11	تأثیرات کاهش جمعیت
12	سیاست جمعیتی
13	باروری سالم

فصل دوم: برنامه باروری سالم، اهداف، چارچوب خدمات

18	اهداف برنامه باروری سالم
19	چارچوب برنامه باروری سالم

فصل سوم: شناسایی گروه هدف و ترغیب آنها برای ورود به برنامه

28	شناسایی گروه هدف
29	برقراری ارتباط و آموزش به گروه هدف
31	آموزش و مشاوره با زوج ها به منظور ترغیب زوج برای ورود به برنامه
34	ناباروری
36	آموزش گروهی به منظور ترغیب زوج ها برای ورود به برنامه

فصل چهارم: معاینات و آزمایشات ضروری برای متقاضیان و استفاده کنندگان از روشها

45	بررسی هایی که باید توسط بهورزان انجام شود
45	کنترل فشارخون
45	کنترل وزن، قد و محاسبه BMI
48	معاینه پستان
49	خودآزمایی پستان
51	معاینه چشمها از نظر زردی
51	بررسی احتمالی بارداری
52	بررسی دستگاه گردش خون
52	بررسی دیابت
52	آزمایش خون
52	آزمایش پاپ اسمیر و معاینه لگنی

52.....	بررسی کبد و مجاری صفراوی.....
53.....	بررسی بیماریهای عفونی

فصل پنجم : انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری

57.....	کلیاتی در مورد روش های فاصله گذاری
58.....	تعریف برخی اصطلاحات
59.....	روش های مطمئن فاصله گذاری
90.....	روش های طبیعی
92	مشاوره خدمات فاصله گذاری

فصل ششم : مراقبت از استفاده کنندگان خدمات فاصله گذاری

97	مفهوم و اهداف مراقبت خدمات فاصله گذاری
97	فعالیت ها در مراقبت خدمات فاصله گذاری
97	ارزیابی استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری و برخورد مناسب با نیازها ومشکلات آنان
99	ثبت اطلاعات
100.....	پیگیری موارد عدم مراجعه و ترک روش
100.....	منابع اطلاعاتی برای محاسبه شاخص های پوشش خدمات
107.....	شاخصهای برنامه باروری سالم

فصل اول

جمعیت

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- 1- برخی از مفاهیم مرتبط با جمعیت را تعریف کنید.
- 2- مشکلات ناشی از کاهش رشد جمعیت را نام برده و در مورد هر یک توضیح دهید.
- 3- سیاست جمعیتی و رویکردهای باروری سالم را توضیح دهید.

عناوین

فصل

برخی مفاهیم جمعیت

- ❖ تعریف جمعیت
- ❖ توزیع و ترکیب جمعیت
- ❖ ساخت سنی جمعیت

سیر تحولات جمعیت در ایران

- ❖ عوامل موثر در کاهش جمعیت در ایران
- ❖ تاثیرات کاهش جمعیت

سیاستهای جمعیتی

- ❖ سیاست جمعیتی
- ❖ رویکردهای باروری سالم

برخی مفاهیم جمعیت

تعریف جمعیت

همه ما با واژه جمعیت آشنا هستیم و هر روز اصطلاحاتی از قبیل جمعیت شهری، جمعیت روستایی، جمعیت دانش آموز، جمعیت باسواد، ... را در مکالمه روزمره خود به کار می‌بریم. بنا به تعریف تجمعی از افراد انسانی که در منطقه‌ای معین (محله، روستا، شهر، یا کشور) خواه به طور مستمر و معمولاً به شکل تجمعی از خانوارها زندگی می‌کنند «جمعیت» گفته می‌شود. ساختار کلی جمعیت همانند بدن انسان است که باید بین تمام بخشهای آن نوعی تعادل برقرار باشد و نمی‌توان یک جمعیت ثابت و مفروضی را به عنوان یک وضعیت ایده آل در نظر گرفت زیرا تغییرات جمعیتی علاوه بر اینکه از پارامترهای جمعیتی ناشی می‌شود از بسیاری از عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که به مرور زمان در مسیر تحول کشورها رخ می‌دهند نیز تاثیر می‌پذیرد.

توزیع و ترکیب جمعیت

تنها با شمارش افراد جمعیت در یک منطقه نمی‌توان آگاهی و شناخت کافی از وضعیت جمعیت به دست آورد بلکه باید آن جمعیت را علاوه بر تعداد، از نظر ویژگی‌های دیگری نیز از قبیل سن، جنس، شغل، موقعیت جغرافیایی و ... مطالعه و مقایسه کرد. به عنوان مثال برای شناخت کامل جمعیت ایران، تنها آگاهی از تعداد جمعیت کافی نیست، بلکه باید بدانیم:

❖ چه تعدادی از جمعیت را مردان و چه تعداد را زنان تشکیل داده‌اند؟

❖ جمعیت از لحاظ سنی چگونه تقسیم شده است؟

❖ آیا بیشتر جمعیت در سنین زیر 15 سال قرار دارند؟ یا این که درصد بالایی از آنها در سنین بالاتر از 15 سال هستند؟

❖ چه تعداد از جمعیت جامعه بی‌سواد و چه تعداد با سواد هستند؟

❖ تقسیم‌بندی جمعیت از لحاظ شغلی چگونه است؟

❖ جمعیت بیشتر در شهرها متمرکزاند یا در روستاها؟

تقسیم و دسته‌بندی جمعیت را بر اساس سن، جنس، شغل و ... "توزیع جمعیت" می‌نامند و به شناسایی نحوه ترکیب جمعیت از لحاظ ویژگی‌های فوق "شناخت جمعیت" می‌گویند. شما با نمونه‌هایی از شناخت ترکیب جمعیت از نظر سن، جنس و نیاز به دریافت خدمات بهداشتی در بحث شناخت جمعیت - زیست محیطی روستا آشنا شده‌اید.

توزیع سنی جمعیت

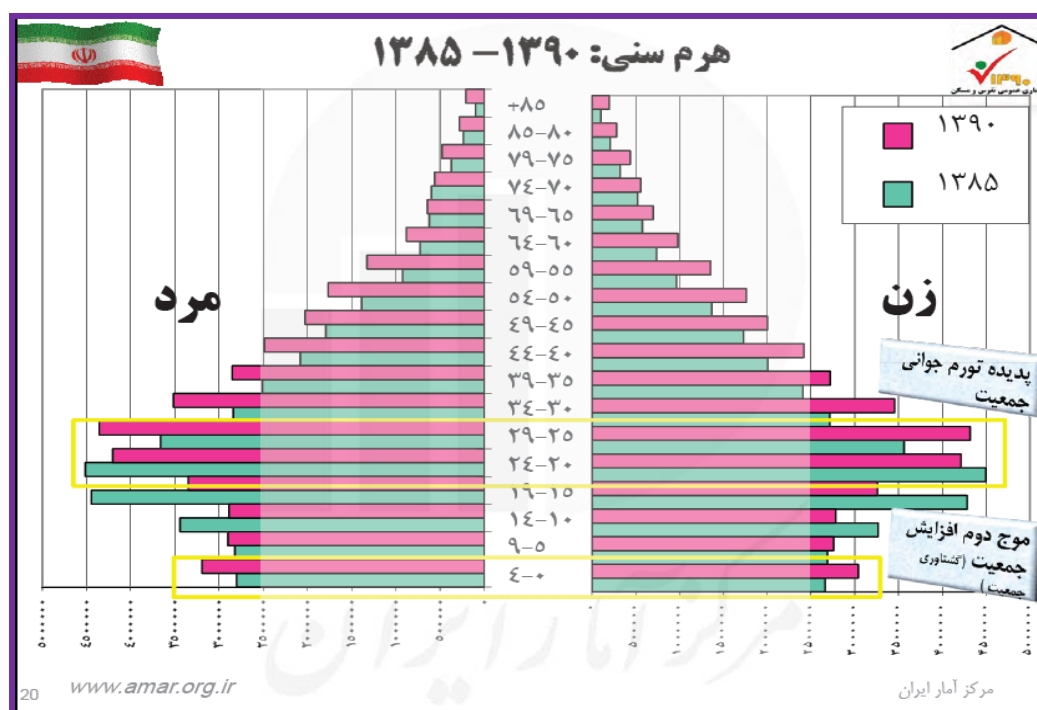
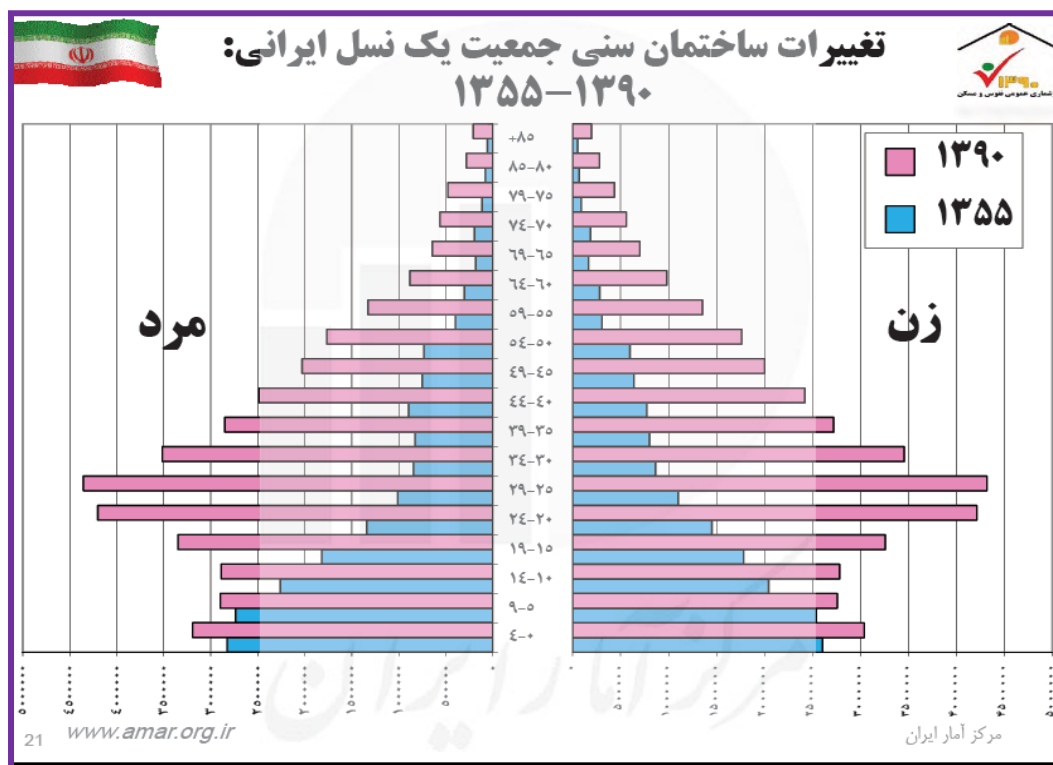
هر گاه در بررسی و طبقه‌بندی جمعیت یک جامعه «سن افراد» را ملاک عمل قرار دهیم، جمعیت را "توزیع سنی" ناموده ایم. یک روش که برای سهولت مطالعه سنی جمعیت به کار می‌برند، تقسیم‌بندی جمعیت بر اساس گروه‌های سنی پنج ساله است. در این روش جمعیت را به گروه‌های سنی پنج ساله تقسیم نموده و مشخص می‌کنند که چه تعداد از افراد در هر یک از این گروه‌ها قرار می‌گیرند؛ مثلاً "گروه‌های تا 4 سال، 5 تا 9 سال، 10 تا 14 سال، 15 تا 19 سال و الی آخر؛ تقسیم‌بندی جمعیت در جدول جمعیت بر حسب سن در زیج حیاتی به همین صورت است.

توزیع جنسی جمعیت

یکی از شیوه‌های مطالعه جمعیت بررسی توزیع جنسی جمعیت در یک زمان معین است. محاسبه تعداد مردان و زنان به تفکیک جنس در کل جمعیت با سن و یا گروه سنی معین، توزیع جنسی نامیده می‌شود.

برای نمایش هندسی توزیع جمعیت بر حسب سن و جنس نموداری تدوین می‌کنند که به نام «هرم سنی» یا «هرم جمعیتی» معروف است.

این نمودار دارای دو محور است که محور عمودی اختصاص به گروه سنی و محور افقی آن اختصاص به تعداد یا درصد افراد هر یک از گروه های سنی دارد. هر قدر از نمودار به طرف بالا برویم به سنین بالا تر می رسیم. معمولاً در هرم سنی، جمعیت مذکر و مؤنث هر یک از گروههای سنی در یک طرف هرم نمایش داده می شود





روند تغییرات جمعیت در گروه‌های عمده سنی:

۱۳۵۵-۱۳۹۰



سال	جمعیت ۱۴-۰ سال	جمعیت ۱۵-۶۴ سال	جمعیت ۶۵ سال و بالاتر
۱۳۹۰	۲۳.۴	۷۰.۹	۵.۷
۱۳۸۵	۲۵.۱	۶۹.۷	۵.۲
۱۳۷۵	۳۹.۵	۵۶.۱	۴.۳
۱۳۶۵	۴۵.۵	۵۱.۵	۳.۰
۱۳۵۵	۴۴.۵	۵۲.۰	۳.۵

گیلان با ۸.۱ درصد در گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر مسن‌ترین استان کشور می‌باشد.
سیستان و بلوچستان با ۳۷.۶ درصد در گروه ۱۴- سال جوان‌ترین استان کشور می‌باشد.

18

www.amar.org.ir

مرکز آمار ایران

ساخت سنی جمعیت

چنان‌چه حداقل 40 درصد جمعیت کشوری را افراد کمتر از 15 سال تشکیل دهند، آن جمعیت را در اصطلاح «جمعیت جوان» می‌نامند. «جمعیت سالخورده» به جمعیتی گفته می‌شود که کمتر از 20 درصد از آن گروه‌های سنی زیر 15 سال باشند. ساخت سنی در کشورهای جهان یکسان نیست؛ مثلاً بسیاری از کشورهای صنعتی دارای جمعیت سالخورده هستند، حال آن‌که کشورهای غیرصنعتی دارای جمعیت جوان هستند و حدود 40 درصد از جمعیت زیر 15 سال و کمتر از 2/5 درصد از جمعیت آن‌ها در گروه‌های سنی بالاتر از 65 سال قرار دارند.

رشد جمعیت

رشد جمعیت یک جامعه را می‌توان از طریق محاسبه و مقایسه میزان مولید به اضافه مهاجرت به داخل، با میزان مرگ‌ومیر به اضافه مهاجرت به خارج اندازه‌گیری کرد. اگر در این مقایسه میزان مولید به اضافه مهاجرت به داخل بیشتر از میزان مرگ‌ومیر به اضافه مهاجرت به خارج باشد، تعداد جمعیت افزایش می‌یابد.

(میزان مهاجرت به خارج + میزان مرگ‌ومیر) - (میزان مهاجرت به داخل + میزان مولید) = میزان رشد جمعیت

تحولات جمعیتی در ایران:

همانند کشورهای در حال توسعه، ایران نیز بعد از جنگ جهانی دوم مراحل انتقال جمعیتی را با کاهش اساسی و مستمر مرگ‌ومیر آغاز کرد. در فاصله دهه 1330 تا دهه 1360، ایران با رشد بی سابقه و شتابان جمعیت مواجه بود. به طوری که میانگین رشد سالانه جمعیت در این چهار دهه به رقمی حدود 3 درصد بالغ می‌شد. رشد سالانه 3 درصد سبب شد جمعیت هر 23 سال دو برابر و در طول یک قرن بیش از شانزده برابر شود. بطوری که جمعیت ایران از رقمی کمتر از 19 میلیون نفر در سال 1335 به رقمی در حدود 50 میلیون نفر در سال 1365 بالغ شد. پیشرفت بهداشت و گسترش آن و به تبع آن کاهش میزان های مرگ‌ومیر به ویژه مرگ‌ومیر نوزادان و اطفال، در این سالها نقش اصلی و تعیین کننده در شتاب رشد جمعیت داشته است.

پس از انجام سرشماری 1365 و وقوف به جمعیت 50 میلیونی کشور، از آن مهم‌تر رسیدن به روند بی سابقه رشد شتابان جمعیت، دولت و دستگاههای برنامه ریزی لزوم اتخاذ سیاست هایی در جهت تعدیل میزان رشد جمعیت از طریق تشویق و ترغیب برنامه های تنظیم خانواده و کاهش سطح زاد و ولد و باروری را اجتناب ناپذیر دانستند. به طوری که از سال 1367 این سیاست ها در متن اولین برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی بعد از انقلاب اسلامی قرار گرفت.

به تدریج آشنایی خانواده ها و زوجین با برنامه های تنظیم خانواده، توجه به بهداشت و آموزش فرزندان و توجه به کیفیت زندگی، منجر به استقبال آنان از برنامه های تنظیم خانواده و کنترل جمعیت شد. بدین ترتیب برنامه ریزی و مساعدت دولت و آمادگی و استقبال خانواده ها و زوجین، در دهه 1370، سطح باروری را با سرعتی استثنایی که در سطح بین الملل کم سابقه و شاید هم بی سابقه بود کاهش داد. در قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران که در سال 1368 تصویب شد، پیش بینی شده بود در سال 1390، میزان باروری کلی زنان از 6.2 به 4 و نرخ رشد طبیعی جمعیت از 3.2 درصد به 2.3 درصد برسد، ولی در عمل رویدادی بسیار فراتر از این پیش بینی رخ داد. بطوریکه در سال 1371 این هدف میسر گردید. در آن زمان می بایست سیاستهای تنظیم خانواده تغییر می یافت ولی این اتفاق نیفتاد. در سال 1390 میزان باروری کلی زنان به 1.7 یا 1.6 و نرخ رشد طبیعی جمعیت 1.29 درصد رسید.

باروری کلی: متوسط تعداد فرزندان که یک زن در طول دوران باروری خود به دنیا می آورد. با این شرط که در تمام این سالها میزان های اختصاصی سنی باروری ثابت باقی بماند.

عوامل موثر بر کاهش سریع رشد جمعیت در ایران:

بی گمان، نمی توان نقش اجرای سیاستهای جمعیتی را در کاهش نسبی رشد جمعیت انکار کرد، ولی بنظر می رسد این عامل به تنهایی نمیتواند موجب کاهش شدید و بسیار فراتر از پیش بینی روند رشد جمعیت کشور شود و باید این پدیده را ناشی از علل و عواملی فراتر و متعددتر از علل و عوامل یاد شده دانست.

برخی صاحب نظران معتقدند که مهمترین عامل کاهش نرخ زاد و ولد در دهه 78 و به تبع آن، کاهش رشد ناگهانی جمعیت، پیش و پیش از آنکه ناشی از اعمال سیاست های کنترل جمعیت نظام اسلامی باشد، از تحولات ساختاری، تغییر سبک زندگی و تسلط گفتمان فردگرایانه و مصرف گرایانه سرچشمه گرفته است که در پی اجرای الگوهای توسعه غربی از اواخر دهه 60 به بعد در کشور رخ داد. در حال حاضر افزایش سن ازدواج، افزایش فردگرایی و استقلال طلبی فردی و تمایل کمتر به تشکیل خانواده و داشتن فرزند، افزایش ناسازگاریهای زوجین و افزایش موارد طلاق از جمله عواملی هستند که پتانسیل فرزندآوری را در ایران کاهش داده است. تحولات خزنده و تدریجی شاخص های تجرد، ازدواج و طلاق گویای این واقعیت است که زمینه های ساختاری فرزندآوری در ایران رو به تضعیف است.

از عمده عواملی که در دو دهه اخیر باعث کاهش سریع جمعیت ایران شده است می توان به موارد زیر اشاره کرد:

■ **افزایش میانگین سن ازدواج:** میانگین سن ازدواج در سال 1345 در آقایان 25 و در خانم ها 18 سال بوده است. در حال حاضر میانگین سن ازدواج در آقایان و خانم ها به ترتیب به 27 و 24 سال افزایش یافته است.

■ **کاهش تعداد موارد ازدواج:** در سال 1392 حدود 56000 هزار مورد ازدواج کمتر از سال 1391، در کشور ثبت گردیده است. در حال حاضر حدود 11 میلیون زوج جوان در آستانه ازدواج در کشور وجود دارد که بخش قابل توجهی از آنها در حال پشت سر گذاشتن سنین مناسب ازدواج و باروری (سنین 20 تا 30 سال) می باشند (در سال 1392 تعداد ازدواج در دانشگاه علوم پزشکی مشهد 53683 مورد بوده که نسبت به سال قبل 3284 مورد کاهش یافته است).

■ **افزایش تعداد موارد طلاق:** یکی از چالش های پیش رو، افزایش آمار طلاق در کشور می باشد. بطوریکه در سال 1392 155 هزار و 369 مورد طلاق به ثبت رسیده است. در حالی که در سال 1391، 150324 مورد طلاق ثبت شده است. (5045 مورد بیشتر نسبت به سال 1391)

■ **طولانی بودن فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول و فاصله بین دو بارداری:** بر اساس مطالعات انجام شده میانگین فاصله بین ازدواج تا فرزند اول در زنان ایرانی در سال 1388، 3.5 سال و فاصله بین فرزند اول و دوم 5.4 سال بوده است. حال آنکه از نگاه سلامت، هرچه این فاصله ها بیشتر باشد احتمال بروز اختلال و آسیب برای فرزند و مادر بیشتر می شود.

■ **ناباروری:** در حدود سه میلیون زوج نابارور در کشور وجود دارند اکثریت قریب به اتفاق موارد ناباروری را در کشور ناباروری اولیه تشکیل می دهد. در این رابطه هزینه های سنگین درمان و تحت پوشش بیمه نبودن خدمات ناباروری یکی از چالشهای پیش رو می باشد.

■ **میزان بالای سقط های عمدی و غیر عمدی و عوارض آن:** سقط، علاوه بر تاثیر بر نرخ باروری کلی با عوارض جسمی و روحی زیادی برای زنان همراه می باشد. از 220 هزار مورد سقط جنین که در سال 91 رخ داده است 120 هزار مورد غیر قانونی می باشد. این در حال است که در این سال تعداد مجوزهای صادره از پزشکی قانونی کمتر از 7 هزار مورد بوده است.

برخی دیگر از عوامل موثر بر کاهش نرخ باروری:

- افزایش میزان با سوادی زنان
- گرایش زنان به تحصیلات و آموزش عالی
- توسعه شهرنشینی
- توسعه اشتغال زنان

تاثیرات کاهش جمعیت

■ کاهش حجم و رشد جمعیت ملی

بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال 1390، میزان باروری کلی در ایران به کمتر از 2.1 فرزند به ازای هر زن کاهش یافته است که تداوم این امر می تواند سبب شود، رشد جمعیت کشور در سالهای آینده (در حدود سالهای 20-1415) به صفر برسد و در صورت ادامه این روند پس از حدود سال 1420، رشد جمعیت به سوی منفی شدن میل خواهد نمود.

■ کم شدن تعداد نیروهای توانمند برای دفاع از امنیت و تمامیت ارضی کشور

این موضوع برای کشوری با ویژگیهای نظام جمهوری اسلامی ایران که همواره در معرض تهدیدهای فزاینده نظام سلطه و استکبار جهان است از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد.

■ کوچک شدن نسل های بعدی

تداوم کاهش باروری، منجر به کاهش جمعیت در سن کار و به دنبال آن افزایش تدریجی جمعیت مهاجرین خارجی است. چرا که به دنبال کاهش جمعیت در سن کار، کشورها برای تامین نیروی کار خود سیاست های مهاجرپذیری را در پیش می گیرند و بدیهی است مهاجران وارد شده به هر کشور به مرور زمان، ساختار فرهنگی و اجتماعی کشور را دچار تغییرات اساسی می کنند.

■ رکود اقتصادی

یک جمعیت در حال رشد و جوان احتیاج بیشتری به کالا و خدمات دارد. علاوه بر آن افزایش تقاضا برای امکانات، مسکن، املاک و مستغلات در این جوامع بیشتر می شود. بدیهی است با افزایش نیازهای متعدد جمعیت در حال رشد، باید مردم بیشتری هم بکار گرفته شوند تا کالاها، خدمات و نیازهای جمعیتی را تدارک ببینند. بنابراین کاهش جمعیت و در نتیجه کاهش نیازهای یک جامعه منجر به رکود اقتصادی در آن کشور خواهد شد.

■ سالمند شدن جامعه

کاهش مرگ و میر همزمان با کاهش زاد و ولد و باروری، منجر به تغییراتی در مسیر و دوره های زندگی می شود. در شرایط باروری کنترل شده، معمولاً هنگامیکه والدین به سنین حدود 50 سالگی می رسند فرزندان آنها استقلال نسبی پیدا کرده و پدر و مادر از مسئولیت های مستقیم فرزندان در ارتباط با بهداشت و آموزش فارغ شده اند. در یک جامعه توسعه یافته، با توجه به کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی (حدود 75 سال) یک فرد 50 ساله بطور متوسط حدود 30 سال از زندگی را پیش رو دارد. بدین ترتیب دوره ی جدیدی از زندگی که جمعیت شناسان اجتماعی آن را دوره "بعد از پدر و مادری" نامیده اند در جوامع نوین نمود پیدا کرده است. تامین نیازهای خاص این دوره اعم از نیازهای اقتصادی و رفاهی و یا نیازهای روانی از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. این در حالی است که به دلیل کاهش تعداد فرزندان چتر حمایتی خانواده از سالمندان بتدریج جمع می شود.

■ آسیب های تربیتی و اجتماعی

ارتباطات و رویدادهای دوران کودکی به عنوان بهترین عوامل موثر در ستون بندی شخصیت انسانها از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار می باشد. نوع تعامل کودکان با خواهر و برادر در کنار والدین در روند رشد و شکوفایی استعداد های آنان موثر است و آثار مثبت این ارتباط را در خانواده های کم جمعیت و بخصوص تک فرزند نمی توان یافت. کودکان در خانواده های تک فرزند اغلب دچار مشکلات و معضلاتی مثل بلوغ زودرس، زود رنجی، عدم تحمل عقاید مخالف، پرتوقع بودن و احساس تنهایی می شوند. از دیگر معضلات تک فرزندی کاهش روابط خویشاوندی و کوچک شدن بعد خانواده هاست.

سیاست جمعیتی

به هر گونه تصمیمی که از سوی دولت به منظور کاهش، افزایش، تغییر ساخت یا جابه جایی جمعیت اتخاذ شود، «سیاست جمعیتی» گفته می شود. با توجه به کاهش نرخ باروری و اثرات سوء آن بر جامعه، کشور ما اخیراً به سمت سیاست افزایش جمعیت روی آورده است. هدف سیاست های جمعیتی موافق با افزایش جمعیت این است که خانواده ها را در جهت داشتن فرزند آوری سالم سوق دهد و ارزش های مربوط به فرزندآوری و فرزند زیاد را ترویج کند این سیاست ها در کشور ما از طریق بخش های بهداشت، آموزش و پرورش و سایر نهادهای ذیربط صورت می پذیرد.

برخی از راهکارهایی که توسط جامعه شناسان و دولتمردان برای مدیریت و افزایش نرخ باروری ارائه گردیده است. شامل:

- 1- رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزندآوری، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوجهای جوان و توانمندسازی آنان در تامین هزینه های زندگی و تربیت نسل صالح و کارآمد.
- 2- اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران به ویژه دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه ای هزینه های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و موسسات حمایتی ذیربط.
- 3- تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزشهای عمومی در باره اصالت کانون خانواده و فرزند پروری و با تاکید بر آموزش مهارتهای زندگی.
- 4- ارتقاء امید به زندگی، تامین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگیهای زیست محیطی و بیماریها.

باروری سالم

آمادگی برای باروری و فرزندآوری در زن، به طور معمول از سنین 15 سالگی آغاز و تا 49 سالگی ادامه می‌یابد. این مدت را سنین باروری می‌نامند. زنان در این مدت می‌توانند با فاصله 2 تا 3 سال و حتی کمتر از آن یک فرزند داشته باشند به نحوی که متوسط فرزندانی که یک زن می‌تواند در این مدت به دنیا بیاورد، حدود 12 فرزند است. **باروری سالم** به مجموعه تدابیر و برنامه‌هایی اطلاق می‌گردد که به زن و شوهر این امکان را می‌دهد تا در مورد تعداد فرزند، فاصله‌گذاری میان کودکان و زمان بچه‌دار شدن خود آزادانه، آگاهانه و مسولانه تصمیم بگیرند. بطوری که نرخ باروری کلی در حد جایگزینی و بالاتر حفظ گردد و سلامت مادر و کودک تامین گردد. این تدابیر عمدتاً شامل آموزش های هنگام ازدواج و پس از ازدواج در زمینه بارداری در زمان و به تعداد مناسب و نیز ارائه خدمات بهداشتی است.

خلاصه فصل اول

- تجمعی از افراد انسانی را که در منطقه‌ای معین به طور مستمر و معمولاً به شکل تجمعی از خانوارها زندگی می‌کنند را «جمعیت» گویند.
- رشد جمعیت یک منطقه تابع میزان‌های موالید، مرگ‌ومیر و مهاجرت به داخل یا خارج آن است.
- دولت‌ها به منظور کاهش، افزایش یا تثبیت جمعیت، اقدام به اعمال سیاست‌های جمعیتی می‌کنند.
- باروری سالم به مجموعه تدابیر و برنامه‌هایی اطلاق می‌گردد که به زن و شوهر این امکان را می‌دهد تا در مورد تعداد فرزند، فاصله‌گذاری میان کودکان و زمان بچه‌دار شدن خود آزادانه، آگاهانه و مسئولانه تصمیم بگیرند. بطوری که نرخ باروری کلی در حد جایگزینی و بالاتر حفظ گردد و سلامت مادر و کودک تامین گردد..

تمرین در کلاس

- 1- به نظر شما مناسب‌ترین روش برای دستیابی به رشد جمعیت مطلوب برای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم چیست؟ در این مورد نظر سایر همکلاسان خود را جویا شوید.
- 2- با مشورت با سایر دوستان خود بگویید که وجود جمعیت سالمند در یک جامعه ممکن است چه تأثیرات منفی بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشت و... داشته باشد؟

تمرین در خارج از کلاس

1. جمعیت را تعریف کنید؟
2. عواملی را که بر رشد جمعیت یک جامعه تأثیر می‌گذارند نام ببرید و نقش هر کدام را توضیح دهید؟
3. ساخت و ترکیب جمعیت در کشور ما چگونه است؟
4. مشکلات ناشی از کاهش جمعیت را نام ببرید؟
5. سیاست جمعیتی را تعریف کرده و توضیح دهید چه نوع سیاست جمعیتی در کشور ما در حال اجرا است؟

فصل دوم

برنامه باروری سالم

اهداف ، چارچوب و خدمات

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- 1- اهداف اختصاصی اجرای برنامه باروری سالم را بیان نمایید .
- 2- فرایندهای مختلف موجود در برنامه باروری سالم را نام برده و هدف از اجرای هر کدام را توضیح دهید .

اهداف

عناوین فصل

اهداف برنامه باروری سالم

- ❖ ارتقاء نرخ باروری کلی
- ❖ حفظ و ارتقاء سلامت مادران و کودکان

چارچوب برنامه باروری سالم

- ❖ شناسایی گروه هدف
- ❖ برقراری ارتباط و آموزش به گروه هدف
- ❖ مشاوره باروری سالم
- ❖ مراقبت
- ❖ پشتیبانی برنامه باروری سالم
- ❖ پایش و ارزشیابی برنامه باروری سالم در روستا

در فصل قبل با شرایط جمعیتی در کشور ایران و برخی از پیامدهای کاهش بی رویه جمعیت آشنا شدید و در یافتید که دولت ها به منظور پیشگیری از بروز مشکلات ناشی از کاهش بی رویه جمعیت و تک فرزندی خانواده ها اقدام به اعمال سیاست های خاص می نمایند.

همان طور که ذکر شد مجری این سیاست ها بخش های مختلف اجتماع هستند که به نوعی می توانند در امور فوق مداخله نمایند. در این میان بخش بهداشت یکی از مهمترین بخش ها در اجرای سیاست های جمعیتی محسوب می شود.

این بخش «**باروری سالم**» را به عنوان راهکار اصلی جهت تحقق اهداف برنامه ارتقاء نرخ باروری کلی و در نهایت سلامت خانواده و جامعه انتخاب نموده است. به منظور اجرای سیاست فوق بخش های وسیعی از نظام شبکه بهداشت و درمان کشور در حال برنامه ریزی و اجرای این مهم هستند. در حال حاضر سطوح مختلف شبکه از جمله خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی، به صورت رایگان اقدام به ارائه خدمات باروری سالم می نمایند.

باروری سالم در مقیاس خانوادگی، سبب ایجادپویایی، پیوستگی و صمیمیت میان اعضای خانواده و سلامت جسمی و روحی وروانی آنان می شود و در نهایت ارتقاء سلامت مادر و کودک را به دنبال دارد و در مقیاس اجتماعی یکی از راه های برقراری تعادل میان توسعه اقتصادی اجتماعی و میزان رشد جمعیت است.

بنابراین اجرای صحیح برنامه باروری سالم برای دولت و سیاست گذاران و برنامه ریزان از اهمیت اساسی برخوردار است. برنامه باروری سالم شامل فراهم آوردن شرایط و امکانات برای خانواده هاست تا بتوانند با تصمیم گیری آزادانه، آگاهانه و مسئولانه جهت فرزند آوری در زمان و دفعات مناسب، افزایش نرخ باروری کلی و سلامت همه افراد خانواده علی الخصوص مادر و کودک تامین نمایند.

برنامه باروری سالم دارای چارچوب، اهداف و خدمات مشخصی است که در ادامه در مورد آن ها به بحث خواهیم پرداخت.

اهداف برنامه باروری سالم

به طور کلی می توان اهداف برنامه باروری سالم را در دو محور زیر خلاصه کرد:

الف - ارتقاء نرخ باروری کلی

در راستای افزایش نرخ باروری کلی در کشور می توان با ارائه مطالب علمی، آماری و تحلیلی و استفاده از آموزه های دینی نسبت به فرهنگ سازی و ارتقاء دانش عمومی در خصوص ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند آوری با تاکید بر دو اصل کمیت و کیفیت مطلوب اقدام کرد.

سیاست گذاری ها و برنامه ریزی ها بایستی به طور خاص بر جمعیت در سنین باروری متمرکز باشد.

ب - حفظ و ارتقاء سلامت مادر و کودک

در سیستم بهداشت و درمان، سلامت مادر و کودک از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. لذا هر زن از زمانی که تصمیم به بچه دار شدن می گیرد تحت مراقبت های مختلف (معاینات، آزمایشات، آموزشهای لازم و....) قرار می گیرد و در طول

دوران بارداری و شیردهی از سوی مراقبان بهداشتی و خانواده اش مورد توجه و مراقبت ویژه است. همچنین کودک از تولد تا 8 سالگی پیوسته مراقبت می شود. بدیهی است که این مراقبت ها باعث می شود کوچکترین مشکل سلامتی در مادر و کودک کشف و پیگیری گردد.

در این راستا بهره مندی از خدمات فاصله گذاری بین تولدها موجب کاستن از میزان بارداری های ناخواسته و پرخطر می شود. مطابق با این برنامه زنانی که در سنین کمتر از 18 سال و بالای 35 سال و یا با فاصله کمتر از 3 سال حامله می شوند باید تحت مراقبت های ویژه قرار گیرند. علاوه بر این زنانی که علیرغم داشتن برخی بیماریهای زمینه ای مانند مشکلات دستگاه قلبی عروقی، بیماری دیابت و... تمایل به فرزندآوری دارند، جهت انجام مشاوره های لازم معرفی می گردند تا کاملاً تحت مراقبت باردار شوند.

چارچوب برنامه باروری سالم

در بحث آشنایی با برنامه های بهداشتی و نظام شبکه با چارچوب برنامه های بهداشتی آشنا شدیم و دانستیم هر برنامه بهداشتی برای آن که قابلیت اجرایی مناسبی داشته باشد باید دارای مراحل مشخصی از اجرای فرایندهای مربوط به خدمات مختلف پیش بینی شده باشد. علاوه بر این دانستیم که برای اجرای هر مرحله از خدمات نیازمند استفاده از امکانات و منابع مختلف هستیم. این منابع توسط فرایندهای پشتیبان برنامه بهداشتی تامین می شود همچنین گفتیم که باید برنامه بهداشتی را به طور مستمر مورد پایش قرارداد تا خدمات ارائه شده در آن مطابق استاندارد انجام شود. در مراحل مختلف نیز باید برنامه را ارزشیابی نمود تا میزان تحقق اهداف برنامه مورد ارزیابی قرار گیرد.

1- شناسایی گروه هدف

شناسایی گروه هدف نخستین اقدام در اجرای برنامه های بهداشتی است. هدف از این فعالیت، این است که بهورزان دریابند چه زوجهایی در جمعیت تحت پوشش واجد شرایط دریافت مشاوره و خدمات برنامه باروری سالم هستند. گروه هدف در برنامه باروری سالم زنان 10-49 همسردار و مردان دارای همسر 10-49 ساله می باشند.

2- برقراری ارتباط و آموزش به گروه هدف

برقراری ارتباط با گروه هدف و ترغیب آنها به برنامه ریزی در زمینه باروری سالم دومین مرحله در اجرای برنامه محسوب می شود. این اقدام می تواند در قالب مشاوره عمومی با زوج ها یا آموزش بهداشت گروهی (مثلاً گروهی از زنان واجد شرایط که آنها را برای آموزش در زمینه باروری سالم در خانه بهداشت گرد آورده ایم) صورت گیرد. از سرفصل های مهم آموزش گروهی، مشاوره هنگام ازدواج برای زوجهای در آستانه ازدواج و آموزش و مشاوره پس از ازدواج می باشد.

3- مشاوره باروری سالم

پس از آماده شدن افراد واجد شرایط برای ورود به برنامه باروری سالم باید مشاوره برای آنها صورت پذیرد. باید ضمن مشاوره، تصمیم زوجها، وضعیت سلامت و موقعیت فرهنگی اجتماعی آن ها ارزیابی گردد. ضروری است بهورز یا مشاوره کننده باید با دستورالعمل های بهداشت باروری آشنایی کامل داشته باشد تا راهنمایی درستی را ارائه نماید.

4- مراقبت

هدف از مراقبت در برنامه باروری سالم، ارزیابی مداوم و همه جانبه گروه هدف و برخورد مناسب با نیازهای آنان است. اقدام به مراقبت از استفاده کنندگان از روش های فاصله گذاری بین موالید یکی از مهمترین وظایف بهورزان است که طبق ضوابط ویژه ای صورت می گیرد. در جریان مراقبت بهورز اقدام به ارزیابی نحوه استفاده از روش و مشکلات و وضعیت سلامت فرد نموده و در هر زمینه برخورد مناسب با نیازهای او خواهد داشت. علاوه براین بهورز در طی مراقبت ها اقدام به ثبت اطلاعات مربوط به استفاده کنندگان از روش هادر فرم های مربوطه، پرونده خانوار و دفتر مراقبت ممتد و..... نموده و موارد عدم مراجعه جهت بهره مندی از مراقبت و ترک روش را مورد پیگیری قرار می دهد.

بدیهی است موارد ترک روش کشف شده جهت دریافت مشاوره و مراقبت پیش از بارداری راهنمایی و ارجاع می گردند.

5- پشتیبانی برنامه باروری سالم

پشتیبانی اجرای برنامه باروری سالم به مفهوم فراهم نمودن مواد و تجهیزات مورد نیاز (انواع وسایل خدمات فاصله گذاری، تجهیزات معاینه، فرمهای مورد نیاز سیستم ارجاع و) و تربیت و بازآموزی نیروی انسانی ماهر برای ارائه این خدمات است. فرایندهای پشتیبان برنامه باید به گونه ای عمل نمایند که منابع مورد نیاز برنامه به صورت استاندارد در اختیار گیرندگان خدمت قرار گیرد. نیروی انسانی ارائه کننده خدمات مختلف برنامه باروری سالم نیز باید از مهارتهای مورد نیاز جهت ارائه این خدمات برخوردار باشد. مهارتهای مورد نیاز و منابع استاندارد جهت ارائه این خدمات در فصلهای بعد مورد بحث قرار گرفته است.

6- پایش و ارزشیابی برنامه باروری سالم در روستا:

پایش عبارت است از اقداماتی که برای ارزیابی فعالیتهای موجود در برنامه به لحاظ میزان تطبیق با استانداردها انجام می شود. اطلاعات مصرف کنندگان روش های فاصله گذاری باید به درستی در فرمهای مختلف ثبت شده باشد آمپول مصرفی نباید تاریخ گذشته باشد، معاینات دوره ای باید در زمان های مشخصی انجام شده باشد و پایش ممکن است توسط مرکز بهداشتی درمانی، خود بهورز یا همکار دیگر او صورت گیرد.

رسیدگی و نظارت بر خدمات به لحاظ میزان تطبیق با استانداردها امری بسیار مهم است که موجب ارتقای کیفیت خدمات و تحقق اهداف برنامه می شود. مطالبی که شما در این کتاب می آموزید تماماً با هدف آشنایی شما با استانداردهای خدمات باروری سالم نگاشته شده است. بنابراین شما می توانید با یادگیری مناسب این مطالب و نیز مقایسه عملکرد خود در روستا با مطالب این کتاب اقدام به پایش فعالیتهای نمایند. این اقدام منجر به ارتقای مداوم مهارت و کیفیت خدمات ارائه شده خواهد شد.

ارزشیابی به معنای گرد اوری و تحلیل داده ها به منظور ارزیابی میزان موفقیت برنامه در رسیدن به اهداف است.

برنامه های واحد باروری سالم



آموزش های هنگام ازدواج

آموزش های هنگام ازدواج بمنظورافزایش آگاهی زوج ها در ابتدای زندگی زناشویی با هدف ارتقای رضایتمندی از زندگی زناشویی و تحکیم بنیان خانواده با تاکید بر سلامت باروری و بر اساس دستورات دین مبین اسلام ارائه می گردد. در این کلاسها آموزش به زوجهای در شرف ازدواج که از طریق محضر معرفی می شوند و با سر فصل های مشخص به مدت 2 ساعت ارائه می گردد .

عناوین آموزشی اصلی کلاس آموزش هنگام ازدواج

- ❖ لزوم آشنایی با اصول روابط اجتماعی زناشویی و باروری سالم در ابتدای زندگی مشترک
- ❖ مبانی ازدواج از دیدگاه دین مبین اسلام
- ❖ روابط عاطفی واجتماعی ازدواج
- ❖ آشنایی با دستگاه باروری زن و مرد
- ❖ فرایند های قاعدگی ، بارداری ، سقط
- ❖ توضیح روابط زناشویی وروابط سالم جنسی در خانواده
- ❖ موارد و مشکلات جنسی و زناشویی
- مواد کمک آموزشی مورد استفاده در کلاس آموزش هنگام ازدواج
 - ❖ DVD دانستنی های لازم برای زوج های جوان
 - ❖ پوسترهای کمک آموزشی
 - ❖ در پایان کلاس با توجه به تمایل زوجها ، رسانه آموزشی (آموزش اینترنتی ، CD آموزشی ، کتاب ازدواج و روابط عاطفی و اجتماعی در زناشویی ، کتاب پیام نیکبختی و) در اختیار زوجین قرار می گیرد.

○ برنامه های پس از ازدواج

□ آموزش و مشاوره در راستای :

- ❖ افزایش بارداری های ارادی و برنامه ریزی شده
- ❖ کاهش میانگین فاصله زمانی بین ازدواج و فرزند اول
- ❖ کاهش میانگین فاصله زمانی بین فرزندان
- ❖ کاهش بارداری های پرخطر
- ❖ کاهش سقط غیر قانونی و غیر شرعی
- ❖ آموزش های پیشگیری از ناباروری
- ❖ شناسایی و ارجاع واجدین شرایط مشاوره پیش از بارداری به واحد مامایی

□ شناسایی و ارایه خدمات

- ❖ یافتن فعال افرادی که بارداری می تواند تهدید جدی برای سلامت مادر ایجاد نماید. 'near miss'
- ❖ ارائه خدمات به متقاضیانی که عدم دریافت خدمات می تواند سلامت آنان را به مخاطره اندازد.
- ❖ ارائه خدمات باروری سالم به منظور فاصله گذاری مناسب بین بارداری ها

شناسایی فعال و ارایه خدمات به زنان 49-10 ساله همسر دار که بارداری تهدید جدی برای سلامت مادرمی باشد (near miss) بخش مهمی از برنامه باروری سالم است.

بارداری خواسته

- طبق برنامه باروری سالم پدر و مادر می توانند به تعداد دلخواه و در زمانی که از نظر شرایط جسمی و اقتصادی آمادگی دارند بچه دار شوند. **بدیهی است که تاکید در این برنامه بر فرزند اوری بیشتر و با کیفیت مطلوب می باشد.**
- در بسیاری موارد وقوع بارداری در زمانی که برای پدر و مادر مطلوب نیست ممکن است سبب اقدام آنها برای سقط های غیرقانونی شود که خود مخاطرات زیادی را برای مادر و فرزند به دنبال دارد. با توجه به اینکه رسالت بهداشت کاهش موارد خطر و عوارض بیماری ها می باشد ، لازم است زنان مراجعه کننده به واحدهای مختلف بهداشتی جهت دریافت آموزش های لازم، مراقبت های پیش بارداری و همچنین در صورت نیاز به دریافت روش های فاصله گذاری مورد مشاوره قرار گیرند

میزان باروری کل، احتمال ازدواج، و احتمال تولد فرزندان اول تا سوم به تفکیک متغیرهای اقتصادی-اجتماعی در دوره ۸۹-۱۳۸۵: داده های طرح DHS

احتمال					میزان باروری کل	متغیر
تولد فرزند سوم	تولد فرزند دوم	تولد فرزند اول	ازدواج تا ۴۰ سالگی			
محل سکونت						
۰.۴۱	۰.۷۵	۰.۹۰	۰.۹۰	۱.۸	شهری	
۰.۶۲	۰.۸۶	۰.۹۲	۰.۹۱	۲.۵	روستایی	
تحصیلات						
۰.۷۴	۰.۹۰	۰.۹۱	۰.۹۷	۳.۰	بیسواد	
۰.۵۳	۰.۸۴	۰.۹۲	۰.۹۵	۲.۲	پایین	
۰.۳۵	۰.۷۳	۰.۹۱	۰.۹۱	۱.۷	متوسط	
۰.۲۹	۰.۶۸	۰.۸۸	۰.۷۸	۱.۳	بالا	
اشتغال						
۰.۳۲	۰.۶۵	۰.۷۴	۰.۷۴	۱.۱	شاغل	
۰.۵۰	۰.۸۰	۰.۹۳	۰.۹۵	۲.۲	غیر شاغل	
موقعیت اقتصادی-اجتماعی						
۰.۶۱	۰.۸۰	۰.۹۲	۰.۹۸	۲.۶	پایین	
۰.۴۴	۰.۷۷	۰.۹۰	۰.۸۸	۱.۸	متوسط	
۰.۳۵	۰.۷۶	۰.۸۸	۰.۷۲	۱.۳	بالا	

خلاصه فصل دوم

- برنامه باروری سالم شامل فراهم آوردن شرایط وامکنات برای خانواده هاست تا در سایه آن با تصمیم گیری آزادانه، آگاهانه ومسئولانه ی زوجینجهت فرزند آوری در زمان ودفعات مناسب، افزایش نرخ باروری کلی و سلامت همه افراد خانواده علی الخصوص مادر و کودک تامین گردد.
- اهداف کلی برنامه باروری سالم عبارتند از : افزایش نرخ باروری کلی ، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و کودکان
- فرایندهای مختلفی که در برنامه باروری سالم اجرا می شوند عبارتند از : شناسایی افراد واجد شرایط برنامه ، ترغیب افراد فوق الذکر برای ورود به برنامه مشاوره باروری سالم، آموزش و مشاوره و ارایه خدمات مورد نیاز
- فرایندهای پشتیبان منابع مورد نیاز را برای اجرای مناسب خدمات فراهم می کند . علاوه بر این با اجرای فرایند پایش و ارزشیابی ، برنامه به شکل مناسبی مورد ارزیابی و هدایت قرار می گیرد .

تمرین در کلاس

1. در کتاب مبانی بهداشت و کار در ورستا با انواع مختلف برنامه های بهداشتی آشنا شدید . براساس آموخته های خود توضیح دهید که برنامه باروری سالم جزء کدام دسته از برنامه های بهداشتی است ؟ دلایل خود را در این مورد به سایر همکلاسان خود توضیح دهید

تمرین در خارج از کلاس

- 1- باروری سالم را تعریف کنید.
- 2- اهداف برنامه باروری سالم را نام برده و در مورد هر کدام توضیح دهید.
- 3- فرایندهای موجود در برنامه باروری سالم را نام برده و در مورد اهداف اجرای هر یک به اختصار توضیح دهید.

فصل سوم

شناسایی گروه هدف و ترغیب برای ورود به برنامه

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

1. ویژگی‌هایی که براساس آن، گروه هدف در برنامهٔ باروری سالم شناسایی می‌شوند را بیان کنید.
2. روش اجرایی شناسایی و ثبت اطلاعات واجدین شرایط برای ورود به برنامه را توضیح دهید.
3. روش‌های برقراری ارتباط با گروه هدف برای ترغیب جهت ورود به برنامه را نام برده و توضیح دهید.
4. اقدام به اجرای مشاوره عمومی برای ترغیب زوج واجد شرایط برای ورود به برنامهٔ باروری سالم نمایید.
5. اقدام به اجرای آموزش گروهی برای ترغیب واجدین شرایط جهت ورود به برنامهٔ باروری سالم نمایید.

عناوین فصل

شناسایی گروه هدف

❖ واجدین شرایط برنامه باروری سالم

برقراری ارتباط و آموزش به گروه هدف

❖ مشاوره با گروه های هدف به منظور ترغیب زوجها برای ورود به برنامه باروری سالم

❖ آموزش گروهی به منظور ترغیب زوجها برای ورود به برنامه باروری سالم

شناسایی گروه هدف، نخستین بخش از فعالیت‌های به‌پورز در برنامه باروری سالم است. پس از شناسایی افراد واجد شرایط باید تلاش کنیم تا آن‌ها را به برنامه وارد کرده و تحت پوشش خدمات قرار دهیم. اقدام مناسب در دو زمینه ذکر شده سبب ایجاد پوشش تعداد بیشتری از افراد واجد شرایط در برنامه می‌شود.

شناسایی گروه هدف

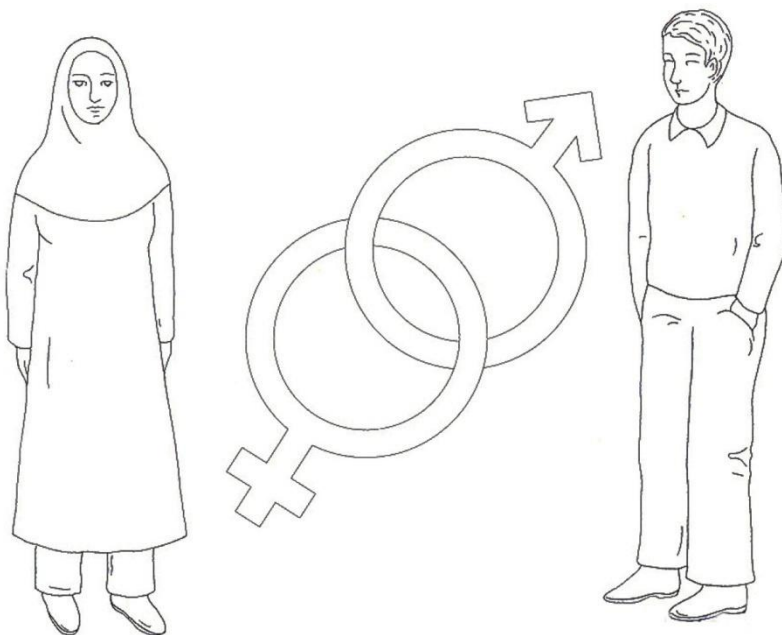
گروه هدف به جمعیتی اطلاق می‌شود که به دلیل موقعیت خاص خود، نیازمند دریافت خدمات بهداشتی است.

گروه هدف در برنامه باروری سالم کلیه زنان 10-49 ساله همسر دار و مردان دارای همسر 10-49 ساله می باشد.

با اجرای برنامه سرشماری سالیانه مشخصات افراد در فرم مشخصات کلی افراد خانوار در پرونده خانوار ثبت می‌شود. افراد واجد شرایط را باید از بین زوج‌هایی انتخاب کرد که در آن‌ها، زن سنی بین 10 تا 49 سال دارد.

تعداد زنان 10 تا 49 ساله همسر دار در جدول جمعیت برحسب سن و جنس در زیج حیاتی ثبت می‌شود اما تمامی این زوجها واجد شرایط مشاوره فرزندآوری و یا دریافت خدمات فاصله گذاری نیستند.

به عنوان مثال زنی که یائسه شده یا در حال حاضر باردار است واجد شرایط برای دریافت خدمت فاصله گذاری نیست.



باروری سالم نه تنها یک راه برای حفظ سلامت مادر و کودک است. بلکه یک شیوه برای حفظ حقوق تمامی افراد خانواده است. ورود زوجین به برنامه سبب استفاده خانواده از امتیازات یک زندگی برتر می‌شود.

واجدین شرایط برنامه باروری سالم چه کسانی هستند؟

به طور کلی هر یک از زوج ها می توانند یکی از شرایط زیر را از نظر باروری داشته باشند:

1. ممکن است به دلایلی امکان بارداری وجود نداشته باشد؛

الف - مواردی مانند یائسگی¹ در زن ، مسافرت یا دوری طولانی مدت یکی از زوج ها و

ب- نازایی در یکی از زوج ها

2. امکان بارداری در زوج ها وجود دارد . در این صورت ممکن است :

الف- یکی از شرایط بارداری پرخطر را دارند.

ب- شرایط بارداری پر خطر را ندارند . در این حالت ممکن است :

➤ زوجین تمایل دارند بچه دار شوند.

➤ زوجین خود تمایلی به بچه دار شدن ندارند.

در اجرای برنامه باروری سالم ، بهورز باید تلاش نماید تا افراد گروه هدف را در دسته های فوق طبقه بندی نموده و با توجه به شرایط و نیاز آنها اقدام به ارائه خدمات نماید.

برقراری ارتباط و آموزش به گروه هدف برای ترغیب جهت ورود به برنامه

برقراری ارتباط و آموزش به گروه هدف به منظور تصمیم گیری درمورد تعداد فرزندان ، زمان باردارشدن ، استفاده یا عدم استفاده از خدمات فاصله گذاری بین بارداری صورت می گیرد. در این مرحله تصمیم گیری نهایی برعهده زوجین است. مشاوره یکی از مهم ترین روش ها برای ایجاد بهره مندی مناسب از خدمات باروری سالم است .



در هنگام ثبت اطلاعات مربوط به گیرندگان خدمت در مورد کاری که

انجام می دهیم به او توضیح دهید و به وی اطمینان دهید که این اطلاعات

و	طرفه	محرمانه می ماند و هرگز در معرض دید افراد غیر مرتبط قرار نخواهد	درمشاوره با ایجاد یک ارتباط دو
طریق	دادن	گفت.	چهره به چهره سعی می کند تا از

¹ تعریف یائسگی: عبارت است از یک رخداد طبیعی در زندگی زن که طی آن تولید سلولهای تخمک در تخمدانها متوقف شده و مقادیر هورمونهای زنانه کاهش می یابد. این پدیده معمولاً" در شروع با تغییراتی در فرم عادت ماهیانه همراه است و در نهایت سیکل های قاعدگی قطع می شوند. یائسگی در بین سنین 40 تا 55 سالگی به وقوع می پیوندد.

اطلاعات مناسب و قابل درک به زوجها یا یکی از آنها کمک کند تا با توجه به شرایط و نیازهای خود بهترین و مناسب‌ترین تصمیم را بگیرند و براساس آن عمل نمایند.



مشاوره با خانواده (زن و شوهر) یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها برای ترغیب آنها به ورود برنامه باروری سالم است. با حضور زن و مرد در جلسات مشاوره مشکلات به نحو بهتری روشن و با مشارکت زن و شوهر راه حل مناسب‌تری بدست می‌آید. مشاوره را در فضای صمیمی و با رعایت اصول آن اجرا کنیم.

ترغیب برای ورود افراد به برنامه باروری سالم از طریق آموزش و مشاوره صورت می‌گیرد.

در این نوع آموزش بهورز در خصوص سن مناسب بارداری، فرزندآوری، آسیب‌های تک فرزندی، فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان و خطرات بارداری در گروه‌های پرخطر، ناباروری و همچنین روش‌های فاصله‌گذاری توضیحاتی ارائه خواهد کرد. در طول این آموزش بهورز فرصت خواهد داشت شرایط مراجعه‌کننده را از نظر واجد شرایط بودن برای فرزندآوری (در چارچوب سلامت) بررسی و اطلاعات لازم را دریافت نماید. پس از این که فرد تمایل به فرزندآوری پیدا کرد جهت انجام مراقبت‌های پیش از بارداری به سطح دوم ارجاع می‌شوند و در صورتی که تمایل به فرزندآوری نداشته باشند دلایل آن پرسیده شود اگر دلایل مبنای سلامت داشته باشد صحت آن ارزیابی گردیده و اگر دلایل فاقد مبنای سلامت باشد با انجام مشاوره اختصاصی ضمن تأمین خدمات فاصله‌گذاری کوتاه مدت و در صورت نبودن همسر، تشویق به مذاکره با وی برای داشتن فرزند و دعوت به مراجعه بعدی برای وی برنامه ریزی شود.

آموزش و مشاوره زوج ها به منظور ترغیب برای ورود به برنامه باروری سالم

مشاوره یک ارتباط دو طرفه بین یک داوطلب و یک مشاور است که در آن نیازها، دانش و نگرش داوطلب در خصوص بهداشت باروری و جنسی مورد ارزیابی قرار گرفته و مشاور بر آن اساس به داوطلب در تصمیم گیری صحیح و عمل به آن کمک می کند.

اصول مشاوره

هر مشاوره باید بر طبق اصول خاصی صورت گیرد. حال این اصول را با تکیه بر ضوابط فنی برنامه باروری سالم مرور می کنیم.

□ ویژگی های مشاور:

- ویژگی های شخصیتی: مشاور بایستی دارای برخوردی گرم، دوستانه، مسئولانه، همدلانه و بدون قضاوت بوده، دارای انگیزه شخصی قوی برای کمک به دیگران، افکاری باز و وسیع و راغب به فراگیری باشد.
- دانش و اطلاعات کافی و مناسب
- داشتن مهارت برقرای ارتباط بین فردی مناسب: ارتباط کلامی و غیر کلامی، سؤالات باز و بسته، گوش دادن مؤثر

□ محل مشاوره: به اندازه کافی خلوت و آرام و برای داوطلب راحت و امن باشد.

□ مراحل مشاوره:

- ارتباط مناسب: برخورد گرم و احترام به مراجعه کننده و اطمینان بخشیدن به وی در مورد محرمانه ماندن تمام مکالمات و
- سوال از داوطلب: به منظور آگاهی از دلیل مراجعه، خواسته ها و نیازهای مراجعه کننده، میزان دانش و آگاهی مراجعه کننده
- پاسخ به نیازها، نگرانی ها و موقعیت مراجعه کننده
- کمک به داوطلب برای اتخاذ بهترین تصمیم
- توضیح هرآنچه که لازم و شفاف کننده است
- تعیین زمان مراجعه بعدی

مشاور باید اطلاعات مورد نیازی که منجر به تصمیم گیری صحیح مراجعه کننده می شود را به او انتقال دهد. این اطلاعات باید با بیانی ساده و قابل فهم بیان شود. در آموزش اطلاعات نباید مسایل غیرضروری و غیر مرتبط با نیازهای مراجعه کننده را مطرح کرد. اما در این آموزش چه اطلاعاتی می تواند در ترغیب مراجعه کننده به خدمات فاصله گذاری یا فرزندآوری مؤثر باشد؟ در ادامه به برخی از عناوین این اطلاعات اشاره می کنیم:

1- زنان قبل از سن 18 سالگی آمادگی جسمی کاملی جهت باردار شدن ندارند. کودکانی که از مادران کمتر از 18 سال متولد می شوند در بسیاری موارد زودتر از موعد مقرر به دنیا می آیند (نارس یا زودرس) و در هنگام تولد وزن آنها کم است. علاوه بر این زایمان این نوزادان به دلیل کامل نبودن رشد لگن خاصره مادر و شرایط بدنی او سخت تر است و به همین دلیل و نیز به دلیل کم وزن بودن نوزادان احتمال آسیب های زایمانی در آنها بیشتر است. نوزادان زودرس، میزان مرگ و میر و آسیب پذیری بالاتری نسبت به نوزادان عادی دارند. همچنین بارداری زنان در سنین بالای 35 سال با افزایش عوارضی مانند سقط جنین، اختلالات کروموزومی، ابتلا به پره اکلامپسی و دیابت در دوران بارداری، زایمان

زودتر از موعد ، جدا شدن زودرس جفت و جفت سرراهی همراه است. بنابر این زنان در صورت تمایل به بارداری در سنین زیر 18 سال و بالای 35 سال باید قبل و در دوران بارداری تحت مراقبت های ویژه قرار گیرند.

2- بارداری های مکرر و با فاصله کم در زنان خصوصاً اگر تغذیه مناسبی نداشته باشند، موجب آسیب های جدی به سلامت مادر می شود. به عنوان مثال بارداری های مکرر در زنانی که مقادیر کافی کلسیم مصرف نمی کنند (شیر و لبنیات) سبب بروز پوکی استخوان در سنین بعد از یائسگی می شود.

بعد از هر حاملگی و زایمان، مدت زیادی طول می کشد تا بدن مادر به وضعیت طبیعی (قبل از بارداری) بازگشت نماید و آمادگی کامل جهت بارداری دیگری را داشته باشد. بین بارداری فعلی و زایمان قبلی باید حداقل 3 سال فاصله زمانی وجود داشته باشد.

3- فرزندآوری در زمان مناسب و به تعداد مناسب آثار و فواید روحی بسیاری دارد. برخی از فواید فرزندآوری برای والدین عبارتند از :

- ❖ لذت بردن از زندگی ، درک بهتر زیبایی ها و شادی والدین
- ❖ احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن در والدین
- ❖ حس مفید بودن و ارزشمندی
- ❖ امید به آینده
- ❖ رشد شخصیت والدین

وقتی زوجی دیر بچه دار می شوند نقش والدبودنشان نسبت به دیگران بسیار پررنگ تر ظاهر می شود و اغلب حساس تر و حتی بیش از اندازه حمایت گر می شوند. حال آنکه حمایت افراطی خواه ناخواه مانع رشد بخشی از توانمندی ها در کودک می شود و کودک را از مسیر طبیعی رشد منحرف می کند. از طرفی در زوجینی که برای ایجاد شرایط زندگی بهتر ، بارداری را به تاخیر می اندازند نمی دانند که در سنین بالای 35 سال در زنان و بالای 40 سال در مردان احتمال بارداری کاهش می یابد.

4. یکی از پدیده هایی که در سالهای اخیر رو به فزونی نهاده است تک فرزندی می باشد. در بعد تربیتی نیز محرومیت کودکان از ارتباط با خواهر و برادر در خانواده موضوعی است که جای بحث بسیار دارد.

بی تردید ارتباطات و رویدادهای دوران کودکی به عنوان مهمترین عوامل موثر در ستون بندی شخصیت انسان ها از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار هستند ؛ تا جایی که کارشناسان تربیتی و مشاوران علم روان شناسی این مرحله را به عنوان پایه و اساس شکل گیری خصوصیات اخلاقی افراد قلمداد می کنند.

یکی از مؤلفه هایی که می توان در این راستا به عنوان عامل موثر در تربیت فرزندان مورد توجه قرار داد نوع تعامل کودکان با خواهر و برادر و آثار مثبت این ارتباط در روند رشد و شکوفایی استعداد های آنان است. مشاهدات و تحقیقات روان شناسان گویای این حقیقت است که علی رغم آنچه به نظر می رسد خانواده هایی که دارای چند فرزند می باشند در مقایسه با خانواده های تک فرزندی و یا حتی دو فرزندی از توفیق بیشتری در تربیت کودکان خود برخوردارند؛ موضوعی که ابعاد مثبت آن در دو دهه ی گذشته و به ویژه سال های اخیر اغلب انکار و یا به فراموشی سپرده شده است. چرا که در جامعه ی امروز تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی و پیش رفتن به سمت زندگی ماشینی، اشتغال مادران و افراط در سیاست های کنترل جمعیت موجب شده تا زوج های جوان رغبت چندانی به داشتن فرزند از خود نشان ندهند و اغلب خانواده ها به داشتن یک و یا حداکثر دو فرزند اکتفا کنند.

وجود یک فرزند در خانه و تنها بودن او و عدم ارتباط کافی او با خانواده و نداشتن برادر و یا خواهر به عنوان همدم ، مشکلات روحی و روانی برای کودکان ایجاد می کند.

برخی از آسیب های تک فرزندی :

- ❖ فرزندسالاری: در خانواده های تک فرزند اغلب افراط و زیاده روی والدین در برآوردن خواسته های تنها فرزندشان مشاهده می شود. این توجه بیش از حد والدین و قرار دادن فرزند در کانون توجهات اثرات سوئی بر شخصیت کودک دارد. اینگونه کودکان غالباً حساس، زودرنج، پرتوقع و کم صبر هستند.
- ❖ بلوغ زودرس: در خانواده تک فرزند، کودک از لحاظ روحی و روانی بسیار سریعتر رشد کرده و دنیا را از دید بزرگسالان می بیند. حضور در چنین خانواده ای که فقط شامل افراد بالغ است سبب بلوغ زودرس کودک می شود. آنها از نظر جسمی نشانه های بلوغ را دارند؛ در حالی که از نظر شخصیتی تجربه کافی ندارند که این شرایط در هر دو جنس باعث ایجاد مشکلاتی می شود.
- ❖ کم شدن روابط اجتماعی و عدم جامعه پذیری: زندگی در کنار برادر یا خواهر، روحیه جامعه گرایانه کودک را تقویت کرده و مدیریت روابط اجتماعی را به وی می آموزد. هم دلی و هم سویی با افراد خانواده، عشق ورزی و سهولت در برقراری ارتباط با افراد هم سن در جامعه و مدرسه از اصلی ترین ویژگی های فرزندان خانواده های دارای چند فرزند است که در خانواده های تک فرزند کمتر مشاهده می شود.
- ❖ کاهش انسجام خانواده: در خانواده های تک فرزند گاهی اوقات فرزند به سبب اشتغال والدین مورد بی مهری و بی توجهی قرار می گیرد و گاهی نیز در کانون توجه بیش از حد والدین هست. تعدد فرزندان می تواند سبب ایجاد هماهنگی لازم و شکل گیری وابستگی متعادل باشد. کاهش وابستگی فرزندان به خانه و خانواده در خانواده های تک فرزند سبب احساس تنهایی عمیق، ترویج فرهنگ استقلال طلبی، افزایش میل به تجرد، کاهش قداست و اهمیت تشکیل خانواده و افزایش سن ازدواج می شود.
- ❖ تضعیف شبکه ارتباطی خویشاوندی: احساس ناشی از داشتن "خواهر" یا "برادر" و در شبکه روابط خویشاوندی داشتن "عمو"، "عمه"، "دایی" و "خاله"، عامل پیوندها و ثبات عاطفی در روابط اجتماعی افراد می باشد و در تربیت کودک بسیار موثر است. از مضرات تک فرزندی می توان به انزوا و تنهایی کودکان و بروز ناهنجاری های رفتاری در آنها اشاره کرد.
- ❖ جایگزینی رسانه: کم شدن ارتباطات کلامی، در خانواده های کم جمعیت، سبب حاکمیت رسانه های تصویری می گردد. کودک یا نوجوانی که از تنهایی رنج می برد به دنبال جایگزینی برای اوقات فراغت خود است در نتیجه به تلویزیون، جاذبه های گرافیکی و هیجان های کاذب در بازی های رایانه ای و دنیای مجازی رو می آورد. اعتیاد و وابستگی، پرخاشگری، القای ارزش های فرهنگی ناهمخوان، توهم، کاهش رضایت از زندگی و احساس محرومیت در افراد، افزایش انتظارات، تشدید روحیه ی مصرف گرایی، تضعیف پایبندی مذهبی و پیامدهای جسمانی اعم از چاقی، دردهای مفصلی، درد مع، گردن، شب ادراری، از جمله مضراتی است که می توان به آن اشاره کرد.

5-فاصله گذاری مناسب بین فرزندان

وقتی اختلاف سنی بین بچه ها زیاد باشد کودک اول نقش یک والد دوم در خانواده را ایفا می کند و ناخودآگاه بخشی از مسئولیت مراقبت و حفاظت از بچه دوم به کودک اول سپرده می شود. شرایطی که عواقب آن هم کودک دوم را تهدید می کند هم کودک اول را.

فاصله سنی مناسب بین دو کودک نه تنها شرایط تربیتی برای والدین را ساده تر می کند و در رفتار آن ها تعادل برقرار می کند بلکه ارتباط دو کودک را هم راحت تر می کند. در واقع بهترین فاصله سنی بین فرزندان 3 تا 5 سال است تا هم سیستم خانواده تقویت شود هم فرزندان در معرض آسیب های احتمالی قرار نگیرند. در صورت داشتن فاصله سنی مناسب، بچه ها با هم رفیق تر می شوند و توافق و تفاهمی را که اغلب در دوره نوجوانی به خاطر ماهیت ارتباط با بزرگترها محدود می شود نمی توانند با پدر و مادرهایشان داشته باشند، با همدیگر تجربه کنند.



فاصله سنی مناسب بین دو کودک نه تنها شرایط تربیتی برای والدین را ساده تر میکند و در رفتار آنها تعادل برقرار میکند، بلکه ارتباط دو کودک را هم راحت تر میکند

با این وجود بهترین افرادی که می توانند زمان مناسب برای بچه دار شدن یک زوج را مشخص کنند، خودشان هستند. آن ها بهتر از هر کسی به ویژگی هایشان آگاه بوده و باید با در نظر گرفتن زمینه های ذکر شده و سنجیدن شرایط خود، تصمیم صحیح را اتخاذ کنند و بهترین زمان برای تولد فرزند خود را مشخص سازند.

ناباروری

یکی از عوامل کاهش دهنده نرخ باروری کلی، ناباروری می باشد. لذا آموزش پیشگیری از ناباروری و شناسایی زوجین نابارور و ارجاع آنها به سطح دوم از وظایف بهورزان می باشد.

ناباروری به معنای عدم وقوع بارداری پس از یک سال مقاربت جنسی بدون استفاده از روش های پیش گیری از بارداری می باشد. در صورتی که هیچ سابقه قبلی از حاملگی در زوجه وجود نداشته باشد، به آن ناباروری اولیه و در صورتی که سابقه بارداری وجود داشته باشد به آن ناباروری ثانویه می گویند. ناباروری تقریباً در 10 تا 15 درصد زوج ها دیده می شود.

در زوج های جوانی که سابقه اختلالات ناباروری را ندارند ، منطقی است قبل از یک سال ، بررسی و درمان ناباروری آغاز نشود. اما در زوج هایی که سابقه بیماری هایی را دارند که باعث کاهش قدرت باروری می شود و نیز در مواردی که سن مادر بالا می باشد باید بررسی ها زودتر آغاز شود و منطقی است پس از 6 ماه تلاش ناموفق برای بارداری ، بررسی و درمان ناباروری آغاز گردد. زوجین باید به این نکته توجه داشته باشند که هرچند تکنولوژی های جدید پزشکی به بسیاری از این زوجین نابارور امکان بچه دار شدن را می دهد اما ممکن است درمان ناباروری مدت زیادی طول بکشد . بنابراین برای شروع و ادامه درمان باید مصمم باشند. ذکر این نکته ضروری است که برای مشاوره و شروع درمان ناباروری حضور هم زمان زن و مرد ضروری می باشد .

علل و عوامل موثر بر ناباروری :

- 1 _ عوامل مردانه :** علل مردانه عامل 20 درصد ناباروری ها می باشد. عواملی که موجب اختلال در ساخت ، کیفیت و انتقال اسپرم می شوند سبب ناباروری مردان می گردند. برخی از عوامل موثر بر ناباروری در مردان عبارتند از: عفونت های سیستم ادراری تناسلی ، ابتلا به اوریون در دوران نوجوانی ، واریکوسل ، سابقه شیمی درمانی یا پرتو درمانی ، جراحی یا آسیب به بیضه ها ، تماس طولانی مدت با گرمای شدید در مشاغل مانند نانوایی و ریخته گری ها ، مواجهه با مواد شیمیایی و سمی مانند حشره کش ها و آفت کش ها ، آلاینده های محیطی هوای تنفسی مانند سرب موجود در هوا که از سوخت بنزین در ماشین ها تولید می شود، مصرف بعضی از دارو ها و وجود انواع ناهنجاری ها در دستگاه تناسلی.
- 2 _ عوامل زنانه :** برخی علل ناباروری در زنان عبارتند از اختلالات تخمک گذاری مانند عدم تخمک گذاری به دلیل تخمدان پلی کیستیک ، انسداد لوله های رحمی به دلیل ابتلا به عفونت های آمیزشی ، سابقه جراحی های گسترده لگنی مثل آپاندیس پاره شده ، آندومتریوز ، توده های خوش خیم رحمی مانند میوم و فیبروم ، ناهنجاری ها و اختلالات دهانه رحم ، سن بالا ، چاقی یا لاغری بیش از حد.
- 3 _ ناباروری با علت نامشخص :** در 25 _ 15 درصد زوج های نابارور هیچ علت مشخصی برای ناباروری پیدا نمی شود . 80 _ 70 درصد این گروه طی 5 سال باردار می شوند.

درمان ناباروری

با توجه به وجود علل مختلف ایجاد کننده ناباروری در زن و مرد ، پس از شناسایی علت ، درمان ناباروری انجام می گردد:
اصلاح شیوه زندگی:

- ترک استعمال دخانیات و مواد مخدر
 - تحرک کافی و انجام حرکات ورزشی متعادل
 - رعایت رژیم غذایی صحیح
 - ایجاد محیطی آرام و دور از استرس
 - پرهیز از عوامل محیطی (شیمیایی و فیزیکی) که بر قدرت باروری تأثیر منفی دارند.
 - درمان مشکلات فردی در روابط جنسی
 - پیشگیری از ابتلا به عفونت های آمیزشی
- کنترل و درمان بیماری های مزمن:** کنترل و درمان بیماری های مزمن مانند تیروئید ، دیابت ، اختلالات کبد ، کلیه و... در پیشگیری و درمان ناباروری موثر می باشد.

درمان های هورمونی و دارویی: داروهای زیادی برای درمان ناباروری بکار می روند که باعث افزایش تعداد تخمک ها، آزاد سازی تخمک، آماده سازی آندومتر، تنظیم زمان آزاد سازی تخمک و حمایت رشد جنین می گردند.

جراحی: روش های درمان جراحی برای بررسی و درمان مشکلات باروری ممکن است استفاده شوند.مانند باز کردن گرفتگی و انسداد لوله رحم با کمک جراحی(باز و یا استفاده از لاپاراسکوپی).

استفاده از روش های نوین کمک باروری : روش های آزمایشگاهی مانند تلقیح اسپرم در داخل رحم (IUI) ، لقاح خارج از رحم (IVF) ، انتقال سلول جنسی از طریق لوله رحمی (GIFT) ، برداشت سلول های جنسی (اسپرم) از بافت بیضه و تلقیح داخل تخمک در آزمایشگاه (ICSI)

سایر روش ها : تخمک اهدائی ، جنین اهدائی ، رحم جایگزین .

بیماری های آمیزشی

بیماری هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می شوند، تحت عنوان بیماری های آمیزشی نامیده می شوند. از بیماری های آمیزشی می توان به سیفلیس ، سوزاک ، زگیل تناسلی ، تبخال تناسلی ، ایدز ، عفونت های ناشی از کلامیدیا و تریکومونا و .. اشاره نمود.

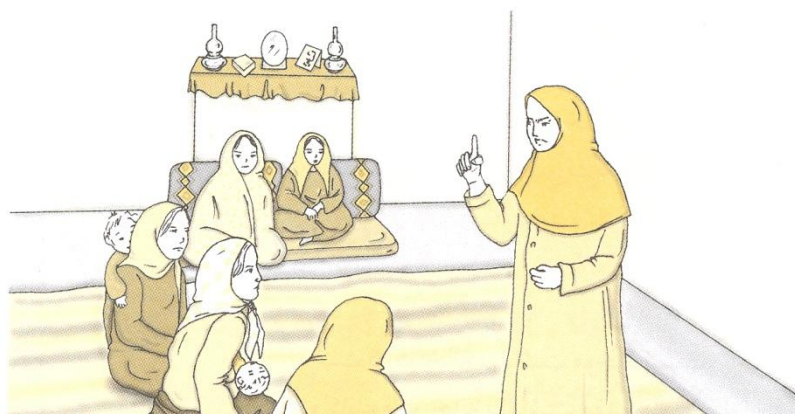
هر یک از بیماری های آمیزشی دارای علائم و نشانه های اختصاصی مربوط به خود هستند. برخی از علائم و نشانه های عفونت های آمیزشی عبارتند از: سوزش و خارش در ناحیه تناسلی ، ترشحات بد بو و بدرنگ واژینال ، وجود زخم تناسلی ، زگیل در ناحیه تناسلی ، بزرگ شدن غدد لنفاوی اطراف کشاله ران ، دردهای لگنی و زیر شکم و... در صورت مشاهده علائم دال بر عفونت های آمیزشی می بایست جهت درمان به پزشک مراجعه نمود . عدم درمان به موقع این عفونت ها می تواند موجب ایجاد عوارضی از جمله نازایی در فرد بشود.

پیشگیری از عفونت های آمیزشی :

- رعایت بهداشت فردی بعد از اجابت مزاج ، بهداشت استحمام و بهداشت لباس زیر.
 - ادرار کردن پس از نزدیکی و شستشوی ناحیه خارجی اعضای تناسلی.
 - استفاده از کاندوم در هنگام نزدیکی
 - خودداری از نزدیکی در هنگام قاعدگی.
 - اجتناب از روش های غیر متعارف نزدیکی.
 - وفاداری زن و شوهر به یکدیگر و پرهیز از رفتارهای پرخطر
- نکته :** در صورت بروز علایمی مثل ترشح ، سوزش و خارش در زن و شریک جنسی او ، هر دو باید برای درمان اقدام کنند و درمان یکی از آنها به تنهایی موثر نیست.

آموزش گروهی به منظور ترغیب زوجها برای ورود به برنامه باروری سالم

استفاده از روش آموزش گروهی به منظور ترغیب زوجها برای ورود به برنامه باروری سالم از خدمات برنامه باروری سالم از جمله



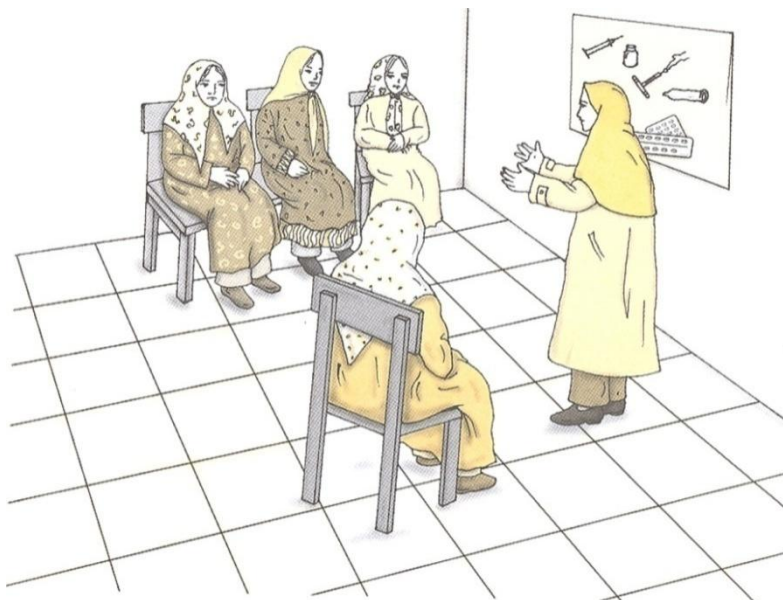
در هنگام آموزش بهداشت هرگز نقش یک نصیحت کننده را ایفا نکنید بدخلقی و تهدید و نفی رفتار مردم سبب پنهان کردن مشکلات و دیدگاه آنها و در نتیجه ضعف ارتباط آنها با شما می شود. در مجموع نتایج مناسبی در برنخواهد داشت.

روش های بسیار مؤثر در افزایش نرخ باروری کلی در جمعیت تحت پوشش شما است. اجرای برنامه آموزش گروهی زوجها در مورد فواید فرزندآوری سالم و به موقع می تواند به روش ها و شیوه های مختلفی صورت گیرد. یکی از روش ها که کاربرد بیشتری دارد، روش آموزش گروهی از طریق بحث و گفتگو و مشارکت است. در این روش می توان گروهی از افراد واجد شرایط را در یک مکان گرد هم آورد. در اغلب موارد بهتر است تا جلسه بحث

گروهی برای مردان و زنان به صورت مجزا انجام شود تا ارتباط بین افراد گروه به شکل مناسبی صورت پذیرد. در جریان بحث گروهی که با هدایت بهورز انجام می شود، افراد شرکت کننده به صورت دایره یا بیضی در کنار یکدیگر می‌نشینند. در بحث گروهی، افراد مختلف نظر خود را در زمینه های مختلف برنامه باروری سالم ابراز می‌نمایند. با اعلام نظرات افراد و ارزیابی احساس و باور یکایک



جلسات بحث و گفتگو به منظور ترغیب افراد گروه هدف برای ورود به برنامه باید هم با زنان و هم با مردان صورت گیرد. مشارکت مردان در برنامه باروری سالم از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

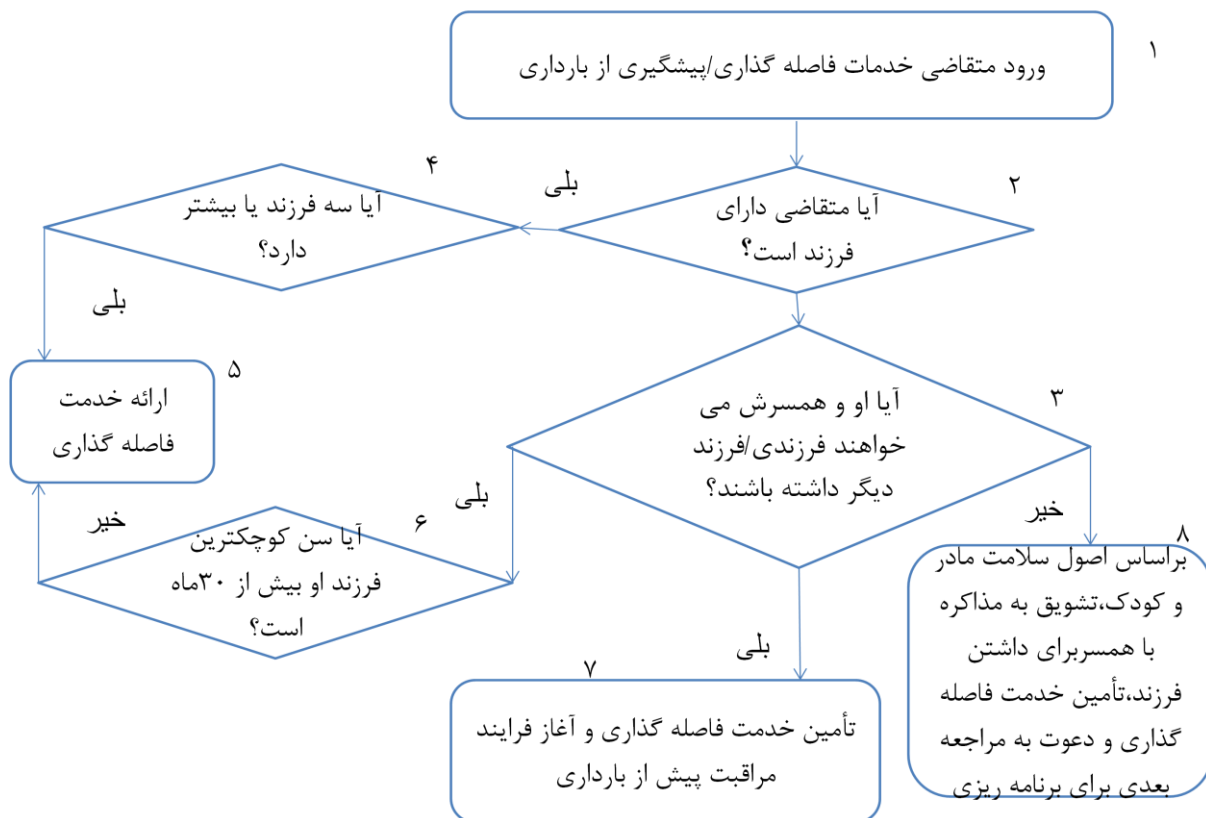


بهورزان می‌توانند با تشکیل جلسات بحث و آموزش گروهی اقدام به آشنا کردن مردم در مورد فواید باروری سالم نمایند. استفاده از وسایل کمک آموزش به نحو چشم گیری بر تأثیر این آموزش ها می‌افزاید. در چنین جلساتی مردم دیدگاه ها، تجارب و سوالات خود را مطرح می‌کنند و بهورز به آنها پاسخ می‌دهد

اعضاء گروه، این امکان به وجود می آید که هر کدام به خوبی نقطه نظرات یکدیگر را مورد تحلیل قرار داده و با راهنمایی و پذیرش اطلاعات از یکدیگر و نیز اطلاعاتی که شما به عنوان راهنمای گروه ارائه می‌نمایید به نتایج مناسبی در زمینه برنامه برسند. استفاده از روش آموزش گروهی علاوه بر آن که موجب صرف وقت کمتری می‌شود، باعث تشویق افراد گروه و حمایت آن‌ها از یکدیگر می‌شود. شرکت‌کنندگان در این آموزش می‌توانند از تجربیات و مهارت‌های یکدیگر در جهت حل مشکلات به خوبی بهره‌مند شوند.

اطلاعاتی را که به‌روز می‌تواند در جریان این آموزش به افراد گروه انتقال دهد همان اطلاعاتی است که در بحث مشاوره عمومی به منظور ترغیب به استفاده از برنامه مورد بحث قرار دادیم.

نمودار گردش کار اولین مراجعه فرد برای دریافت خدمات فاصله گذاری



مشاوره و آموزش برای فرزندآوری در زمان مناسب با رعایت سلامت مادر و کودک

بخش شماره 1: در این بخش پس از آگاهی از هدف مراجعه کننده، در صورتی که فرد دارای سوابق در واحد ارایه خدمت نباشد، برای او پرونده بهداشتی تشکیل خواهد شد.

بخش شماره 2: اولین گام در ارایه خدمت به مراجعه کننده فوق، سوال از داشتن فرزند است. به این ترتیب افراد بدون فرزند مشخص می شوند.

اگر مراجعه کننده فرزند نداشته باشد، به بخش شماره 3 وارد می شود و اگر فرزند داشته باشد وارد بخش شماره 4 خواهد شد.

بخش شماره 3: این بخش ورودی خود را از بخش شماره 2 یا بخش شماره 6 دریافت خواهد نمود که در هر کدام از موارد آموزش های لازم به شرح زیر ارایه خواهد شد:

اگر فرد از بخش شماره 2 وارد این بخش شود (فردی که در بخش قبلی فرزند نداشته است)، به او آموزش های مرتبط با بی فرزندی ارایه خواهد شد. برخی از نکاتی که در این آموزش ها می تواند مورد استفاده قرار گیرد عبارتند از:

در این بخش دلایل بی فرزندی پرسیده خواهد شد. اگر دلایل مبنای سلامت داشته باشد، درستی آن ارزیابی می گردد و اگر دلایل فاقد مبنای سلامت باشد، به مراجعه کننده درباره اینکه بیش از 95٪ خانواده ها خواهان فرزند بوده و در نهایت بچه دار خواهند شد، آموزش داده می شود. باید توجه داشت که یکی از مشکلاتی که بویژه در برخی از مناطق کشور با آن مواجه هستیم، پیدا شدن برخی گرایش ها به بی فرزندی بوده که در اکثریت قریب به اتفاق موارد موقتی است و این خانواده ها با قدری تاخیر دارای فرزند می شوند.

به این ترتیب فرد در می یابد که خانواده او نیز به احتمال بسیار زیاد در همین 95٪ قرار داشته و بنابراین باید سعی نماید که فرزندآوری خود را بدون دلیل موجه به تاخیر نیندازد، زیرا که این تاخیر ممکن است از دست دادن فرصت های مناسب برای فرزندآوری سالم و مشکل در درمان ناباروری (با توجه به اینکه حدود 20٪ زوجین به این مساله مبتلا هستند) را به دنبال داشته باشد و نیز بدون دلیل بارداری او و سلامت فرزند وی را به خاطر تاخیرهای بی مورد با مخاطرات بعدی روبرو نماید.

اگر مراجعه کننده در پایان این بخش با آموزش های ارایه دهنده خدمت همراهی نماید و اعلام نماید که متقاعد شده است، به بخش شماره 7 (مراقبت پیش از بارداری) وارد خواهد شد.

در صورتی که فرد با توجه به آموزشهای ارائه شده خواهان فاصله گذاری باشد و بدون وجود موانع سلامت بخواهد بارداری خود را به تاخیر انداخته یا از فرزنددار شدن پرهیز کند به بخش شماره 8 (تشویق به مذاکره با همسر برای داشتن فرزند، تامین خدمت فاصله گذاری و دعوت به مراجعه بعدی برای برنامه ریزی) وارد خواهد شد.

اگر مراجعه کننده از بخش شماره 6 وارد این بخش شده باشد، براساس تعداد فرزند به او آموزش های چهره به چهره ارائه خواهد شد.

بخش شماره 7: در این قسمت، فرآیند مراقبت پیش از بارداری (مشاوره، معاینه، آزمایش های مربوطه، تجویز و تامین مکملهای لازم) ... برای او آغاز می گردد.

بخش شماره 8: در این بخش، با توجه به اینکه این زوج به احتمال بسیار زیاد در آینده خواهان بارداری و فرزندآوری خواهند بود، برخی از پیامدهای بارداری در سنین بالا مانند: دیابت دوران بارداری، وزن کم نوزاد هنگام تولد، افزایش احتمال مسمومیت دوران بارداری، زایمان زودرس، جفت سرراهی ...، و احتمال ناباروری با افزایش سن برای ایشان گفته خواهد شد و به او پیشنهاد می شود که مطالب را با همسر خود در میان گذاشته و ضمن جلب حمایت وی برای این امر، در اولین فرصت برای ادامه مشاوره و دریافت خدمات مراجعه نماید.

همچنین برای جلب اعتماد مراجعه کننده، اطمینان وی از اینکه ارائه دهنده خدمت قصد تعیین تکلیف کردن برای او و خانواده او را ندارد و زمینه سازی برای مراجعه بعدی و دریافت مشاوره ها و مراقبت های لازم، یک نوبت روش فاصله گذاری موقت (به جز آی یو دی) در اختیار او قرار خواهد گرفت.

بخش شماره 4: در این بخش تعداد فرزند مورد بررسی قرار می گیرد. در این بخش باید به چند نکته دقت شود. همچنین در صورتی که فرد مراجعه کننده کمتر از سه فرزند داشته باشد، از مطالب زیر برای آموزش و مشاوره او بهره گیری خواهد شد:

در آموزش به مردم باید اینگونه مطرح نمود که در صورتی به پایداری و جوانی جمعیت و جمعیتی متعادل دست خواهیم یافت که خانواده ها بین 2-3 فرزند داشته باشند و خانواده دارای سه فرزند در صورتی که به هیچ عنوان نخواهد فرزند بیشتری داشته باشد، قادر به دریافت خدمات فاصله گذاری خواهد بود.

خلاصه فصل سوم

1. نخستین گام در اجرای هر برنامه بهداشتی و از جمله برنامه باروری سالم شناسایی گروه هدف آن برنامه است.
2. واجدین شرایط برنامه باروری سالم را باید از میان زنان 10-49 ساله همسر دار و مردان دارای همسر 10-49 ساله انتخاب کنیم.
3. برای برقراری ارتباط با افراد گروه هدف می‌توان از روش‌های مختلف آموزش بهداشت از جمله روش مشاوره و نیز روش آموزش گروهی بهره جست. رعایت اصول آموزش بهداشت نقش بسیار مهمی در ترغیب افراد گروه هدف برای ورود و ماندن در برنامه باروری سالم دارد.

تمرین در کلاس

1. یک موقعیت آموزش گروهی ترغیب واجدین شرایط برای ورود به برنامه را در کلاس درس ترتیب دهید. برای این کار دو گروه مجزا از برادران و خواهران همکلاس تشکیل دهید. عده ای را به عنوان ناظر بر این موقعیت آموزشی انتخاب نمایید. کار این ناظرین، گوش کردن به اتفاقات رخ داده در این موقعیت آموزشی و ارائه پیشنهادات برای بهبود این آموزش است. در پایان نقطه نظرات و نکات مثبت و منفی موقعیت را مرور کرده و موقعیت آموزش را با افراد ناظر قبلی تکرار نمایید.
2. چند موقعیت مشاوره برای ترغیب زوج واجد شرایط برای ورود به برنامه ترتیب دهید. برای این کار برادران و خواهران همکلاس را در دو مکان جدا گردهم آورید و گروهی را به عنوان تماشاچی این موقعیت انتخاب کنید. پس از پایان هر نمایش نکات مثبت و منفی هر مشاوره را یادداشت و پیشنهادات خود را برای بهبود این مشاوره ارائه نمایید.

تمرین در خارج از کلاس

1. مراحل اجرایی شناسایی زوج‌های واجد شرایط برنامه باروری سالم را توضیح دهید.
2. روش‌های اصلی ترغیب واجدین شرایط برای ورود به برنامه باروری سالم را نام ببرید و در مورد هر کدام به اختصار توضیح دهید.
3. در مشاوره اولیه با زوج واجد شرایط برنامه چه اصولی لازم‌الاجرا است؟ چه ملاحظات را باید در این مشاوره مدنظر داشته باشید؟ در مورد هر کدام به اختصار توضیح دهید.
4. اصول و ملاحظات را که در آموزش گروهی برای ترغیب گروه هدف جهت ورود به برنامه باید مدنظر داشت به اختصار توضیح دهید.

فصل چهارم

معاینات و آزمایشات ضروری برای متقاضیان و استفاده‌کنندگان از روش های فاصله گذاری

اهداف

- پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:
- 1- معاینات و آزمایشات ضروری برای متقاضیان یا استفاده‌کنندگان از روش‌ها را لیست نمایید.
 - 2- اقدام به انجام هر یک از معاینات پیش‌بینی شده برای بهورز نمایید.

عناوین فصل

بررسی‌هایی که باید توسط بهورزان انجام شود

❖ کنترل فشار خون

❖ کنترل وزن، اندازه‌گیری قد و محاسبه نمایه توده بدنی

❖ ارجاع جهت معاینه پستان

سایر بررسی‌ها و معاینات موردنیاز

❖ بررسی احتمال بارداری

❖ بررسی دستگاه گردش خون

❖ بررسی دیابت

❖ آزمایش خون

❖ بررسی چربی‌های خون

❖ آزمایش پاپ اسمیر

❖ معاینه لگنی

❖ بررسی کبد و مجاری صفراوی

❖ بررسی بیماری‌های عفونی

بررسی‌های ضروری برای افراد متقاضی و نیز استفاده‌کنندگان از روش‌های فاصله‌گذاری با هدف ارزیابی سلامت جسمی آن‌ها صورت می‌گیرد. این بررسی‌ها شامل بررسی بالینی (گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی) و بررسی‌های تکمیلی (آزمایشگاهی و ...) افراد است. منظور از معاینه فیزیکی، معاینه بدن فرد به منظور تعیین وجود یا عدم وجود یک مشکل جسمی است.

از آن‌جا که به دلایل مختلف امکان انجام تمامی این ارزیابی‌ها در خانه بهداشت موجود نیست، در برخی موارد باید افراد را به سطوح بالاتر جهت انجام آنها ارجاع داد. ارزیابی‌های اصلی برای متقاضیان یا استفاده‌کنندگان از روش‌ها شامل اندازه‌گیری فشارخون و وزن، پستان، معاینه چشم‌ها از نظر زردی، معاینه لگنی و آزمایش پاپ اسمیر است. معاینه لگنی و آزمایش پاپ اسمیر در خانه بهداشت امکان‌پذیر نیست و باید برای انجام آن‌ها مراجعه‌کنندگان را به سطوح بالاتر ارجاع داد. استفاده‌کنندگان از روش‌های فاصله‌گذاری ممکن است نیازمند انجام بررسی‌های دیگری نیز باشند که ممکن است به دلیل وجود برخی از وضعیت‌ها در فرد متقاضی ضرورت داشته باشد. مثلاً ممکن است فردی مبتلا به یک نوع بیماری زمینه‌ای قلبی باشد که لازم باشد از مراقبت‌های ویژه‌ای برخوردار باشد. ممکن است فردی به دلیل بیماری کبدی در حین استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری دچار زردی در چشم‌ها شود؛ این فرد نیازمند بررسی‌های عمومی و اختصاصی برای پیدا کردن علت زردی است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که معاینات و آزمایشات اصلی در برنامه باروری سالم همواره در کنار سایر بررسی‌ها در مورد وضعیت عمومی مراجعه‌کننده و بررسی‌هایی که با توجه به مشکلات پیش آمده ضرورت می‌یابند، انجام می‌شود.

بررسی‌هایی که باید توسط بهورزان انجام شود:

کنترل فشارخون:

فشار خون عبارت است از نیرویی که قلب در طول انقباض به دیواره سرخرگ‌ها وارد می‌کند. مقدار این نیرو تابع قدرت انقباض، مقدار خونی که پمپ می‌شود و قابلیت اتساع‌پذیری سرخرگ‌ها است. اندازه‌گیری فشارخون در معاینات دوره‌ای استفاده‌کنندگان از روش‌ها یا در حین بروز مشکلات امری بسیار مهم است. در این میان روش‌های هورمونی نیازمند بررسی دوره‌ای فشار خون است. علاوه بر این در صورت افزایش خونریزی نیز کنترل فشار خون ضرورتی مهم محسوب می‌شود. البته باید همواره به خاطر داشته باشید که تشدید فشارخون یا بروز سایر عوارض ناشی از استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در شرایطی که روش انتخاب شده مناسب وضعیت و شرایط فرد متقاضی باشد امری شایع نبوده و همواره عوارض ناشی از استفاده از روش‌های پیشگیری کمتر از خود بارداری است.

کنترل وزن، اندازه‌گیری قد و محاسبه BMI:

کنترل وزن در استفاده‌کنندگان برخی از روش‌ها عمدتاً با هدف ارزیابی این که افراد دچار احتباس مایعات در بدن شده‌اند یا خیر صورت می‌گیرد. منظور از احتباس مایعات عدم دفع کافی آب و املاح از بدن از طریق کلیه‌ها است که ممکن است به دلایل مختلفی در برخی افراد اتفاق بیفتد.

البته باید توجه داشت که افزایش وزن همواره دلالت بر احتباس مایعات ندارد یا به عنوان مثال ممکن است فردی چاق شده باشد. اضافه وزن و چاقی به عنوان عامل تشدیدکننده برخی از بیماری‌ها و نیز به عنوان عاملی که در انتخاب روش پیشگیری تأثیرگذار هستند باید مدنظر قرار گیرند.

نمایه توده بدنی (BMI) شاخص ارزیابی بدن از نظر وضعیت جسمانی در مقایسه با استاندارد است. براساس این شاخص افراد به 4 گروه لاغر، در محدوده وزن طبیعی، دارای اضافه وزن و چاق طبقه‌بندی می‌شوند.

برای محاسبه نمایه توده بدن (BMI) می‌توان از فرمول زیر یا نمودار تهیه شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه استفاده کرد.

$$BMI = \text{BODY MASS INDEX}$$

اندازه‌گیری وزن بدن

در اندازه‌گیری وزن مراجعه کننده توجه به نکات زیر ضروری است:

اطمینان از صحت کار و میزان بودن ترازو (ترازو با وزن شاهد کنترل شود)

ترازو بایستی در محلی امن و سطح صاف قرار گرفته باشد.

سعی کنید مادر در هر بار بدون کفش و با لباس‌های کم، وزن شود.

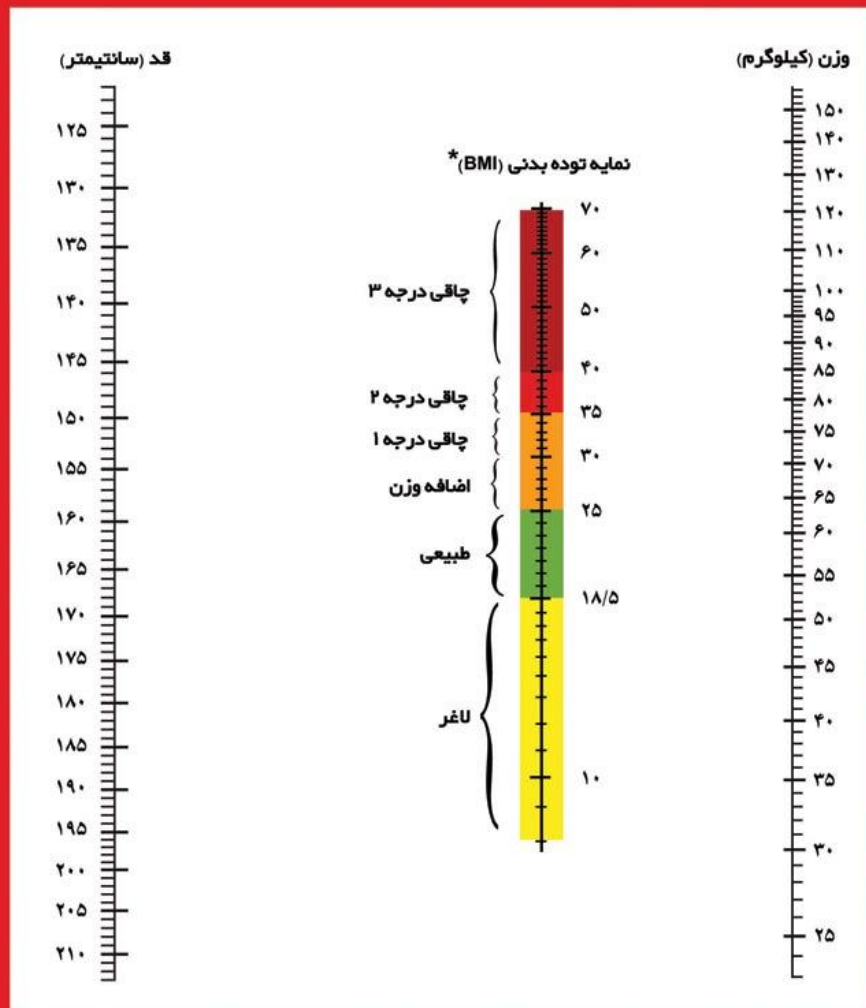
اندازه‌گیری قد و محاسبه BMI

برای اندازه‌گیری قد از مراجعه کننده بخواهید که به پشت در جلوی قدسنج بایستد و پاشنه‌های پا؛ سرین و قسمت فوقانی پشت و ناحیه پس‌سری با قدسنج تماس داشته باشد و پاشنه‌ها در حالت به هم چسبیده و بازوها به طور طبیعی در کنار بدن آویزان باشد؛ چنانچه قدسنج در خانه بهداشت موجود نباشد می‌توانید متر (به صورت وارونه) را در 50 سانتیمتر بالاتر از کف زمین به دیوار نصب کنید.

پس از اندازه‌گیری قد، با استفاده از فرمول نمایه توده بدنی؛ شاخص توده بدنی فرد یا BMI را محاسبه نموده و نمودار آن را رسم کنید.

سپس میزان BMI را با مقیاس‌های تعیین شده مقایسه کنید:

			BMI < 18/5	لاغر
18/5	≤	BMI <	25	طبیعی
25	≤	BMI <	30	اضافه وزن
30	≤	BMI <	35	چاقی درجه 1
35	≤	BMI <	40	چاقی درجه 2
		BMI ≥	40	چاقی درجه 3



* BMI=BODY MASS INDEX= $\frac{(\text{وزن kg})}{(\text{قد m})^2}$



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماری‌ها

BMI < ۱۸/۵	لاغر	زرد
۱۸/۵ < BMI < ۲۵	طبیعی	سبز
۲۵ < BMI < ۳۰	اضافه وزن	نارنجی
۳۰ < BMI < ۳۵	چاقی درجه ۱	قرمز روشن
۳۵ < BMI < ۴۰	چاقی درجه ۲	قرمز
BMI > ۴۰	چاقی درجه ۳	قرمز تیره

معاینه پستان:

از آنجا که سرطان پستان یکی از شایع ترین نوع سرطان ها در زنان است و در مراحل اولیه علائمی ندارد. خودآزمایی یا معاینه پستان اهمیت بسیاری دارد.

معاینه پستان در استفاده کنندگان از روش های پیشگیری از بارداری با هدف پیدا کردن توده های مشکوک صورت می گیرد. توده پستانی به هرگونه تورم موضعی، برجستگی یا توده در پستان اطلاق می شود. این توده ممکن است خوش خیم یا بدخیم باشد، در حالت بدخیم بافت توده از سلول های غیرطبیعی تشکیل شده که رشد بی ضابطه ای داشته و به نسوج اطراف یا سایر اعضای بدن انتشار می یابند. این حالت را «سرطان پستان» نیز می گویند. در صورت پیدا کردن توده مشکوک در پستان باید فرد را برای تشخیص به پزشک ارجاع داد. همواره به خاطر داشته باشید بخش بزرگی از توده های پستان در سنین باروری خوش خیم هستند. معاینه دوره ای پستان در استفاده کنندگان از روش های هورمونی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا سرطان پستان به هورمون حساس است و خطر پیشرفت بیماری در زنان مبتلا یا کسانی که دارای سابقه سرطان پستان هستند افزایش می یابد. در زنان سالم مصرف روش های هورمونی سبب افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان نمی شود.

ارجاع جهت معاینه پستان به پزشک یا ماما توسط بهورز انجام می شود.

مناسب ترین زمان برای انجام معاینه پستان دو تا سه روز بعد از قطع خونریزی قاعدگی و قبل از تخمک گذاری است. زیرا در این موقع اندازه پستان کوچک تر شده و احتقان کمتری دارد. در صورتی که به هر علت زن عادت ماهانه نمی شود (یائسگی، برداشتن رحم و...) معاینه پستان را می توان در یک روز مشخص در هر ماه، مثلاً در روز اول یا پانزدهم هر ماه، انجام داد. در خانم هایی که بچه شیر می دهند بهتر است معاینه پس از شیر دادن به نوزاد و تخلیه ی شیر از پستان انجام شود. همچنین در صورتی که از درمان های هورمونی استفاده می شود، در رابطه با زمان انجام خود آزمایی پستان با پزشک مشورت شود.

عوامل خطر سرطان پستان:

سابقه خانوادگی

چاقی بخصوص چاقی پس از یائسگی

نولی پاریتی (خانمی که هرگز زایمان نکرده است).

منوپوز در سن بالا (بیشتر از 50 سال)

سن بالا (30 سال به بالا خصوصاً 50 سال)

سن بالای 30 سال در زایمان اول

سن منارک پایین (کمتر از 12 سال)

تشخیص زود هنگام سرطان

خودآزمایی پستان (هر ماه از 20 سالگی به بعد)

معاینه پستان (هر سال از 30 سالگی به بعد)

ماموگرافی (عکس برداری از پستان توسط اشعه X)

معاینه پستان برای کلیه زنان متأهل یا مجرد 30 تا 59 ساله در اولین ویزیت و سپس هر سال یک بار توسط ماما یا پزشک انجام می گیرد.

ماموگرافی برای کلیه زنان مجرد و متأهل بالای 40 سال و تکرار آن هر سه سال یک بار توصیه می گردد.

خودآزمایی پستان:

خودآزمایی پستان، معاینه پستان توسط خود فرد است. این معاینه برای هر زن و در هر سنی قابل اجرا است. شایان یادآوری است که هنوز ۸۵ درصد توده های پستانی طی معاینه ی پستان توسط خود فرد کشف می شود ولی حتماً باید به این نکته توجه شود که این روش کاملاً "دقیق نیست و ممکن است برخی از توده ها به دلیل کوچکی قابل لمس نباشد. به همین دلیل معاینه ی ماهانه توسط فرد نمی تواند جایگزین معاینه ی بالینی توسط پزشک یا ماموگرافی شود. در واقع فقط در فاصله ی بین مراجعات پزشکی، این معاینه بیمار را محافظت می کند و از این طریق می توان فقط طبیعی بودن پستان یا هر گونه تغییر در آن را تشخیص داد و به پزشک اطلاع داد. بنابراین معاینات منظم توسط پزشک و انجام ماموگرافی باید حتماً همراه با خودآزمایی پستان انجام گیرد.

خودآزمایی پستان کاری آسان و بدون هزینه است و هر بار ۱۵ دقیقه وقت برای انجام آن لازم است. با معاینه منظم ماهانه پستان، با خصوصیت پستان خود آشنا می شوید و در صورت بروز هر گونه تغییر، در مراحل اولیه قادر به تشخیص آن خواهید بود.

الف - معاینه جلوی آینه:

بعضی از بیماری های پستان، باعث تغییراتی در شکل ظاهری می شوند، بنابراین لازم است که بانوان با شکل ظاهری پستان خود به خوبی آشنا شوند. هیچ زنی دو پستان کاملاً "مشابه و قرینه ندارد.

در معاینه ماهیانه نکته ای که اهمیت دارد این است که خانم ها بتوانند تغییراتی را که در ظاهر پستان آنها نسبت به شکل قبلی آن ایجاد شده، کشف کنند. برای انجام معاینه، باید قسمت بالای بدن خود را لخت کنند و روبه روی یک آینه بزرگ قرار گیرند و به شکل پستان های خود هم از مقابل و هم از کنار دقت کنید و پستان ها باید دقیقاً از نظر تورم، فرورفتگی برآمدگی، علایم پوستی نظیر قرمزی و پوسته پوسته شدن، زخم، تغییرات شکل ظاهری و رنگ نوک پستان بررسی شود.

حالات مختلف خودآزمایی پستان عبارتند از:

- الف - دست ها را آویزان نگه دارید و در این حالت به دقت پستان ها را نگاه کنید.
 - ب - نگاه کردن پستان ها را در حالی که دست ها را بالای سر برده اید انجام دهید.
 - ج - کف دست ها را جلوی سر هم به هم قلاب کنید و شانه ها را به عقب بکشید.
 - د - دست ها را به کمر گذاشته و فشار دهید.
 - ه - در مرحله آخر خم شوید و دست ها را به صورت آویزان در دو طرف قرار دهید.
- نکته مهم این است که هر پنج حالت جلوی آینه می بایست به دقت انجام شود، چون گاهی غده ها در مراحل اولیه فقط در یکی از این حالت ها خود را نشان می دهند.
- ب - معاینه در حالت خوابیده:

برای شروع معاینه، هر خانم باید به حالت خوابیده قرار بگیرد و در صورت بزرگ دیدن پستان‌ها برای معاینه پستان چپ یک بالش کوچک را زیر شانه چپ قرار دهد و دست چپ را زیر سر بگذارد. شانه بایستی به اندازه‌ای بالا باشد که پستان چپ در خط وسط باشد و به هیچ طرف متمایل نشود. معاینه پستان راست عکس حالت فوق است.

روش معاینه در حالت خوابیده:

برای معاینه پستان چپ، از دست راست و برای معاینه پستان راست، از دست چپ باید استفاده کرد. و معاینه را باید با 2 یا 3 انگشت انجام داد.

به علت حس بسیار خوب بند آخر انگشت (نرمه انگشت)، برای لمس پستان‌ها، باید از تمامی سطح آن استفاده کرد و معاینه فقط با نوک انگشت انجام نشود.

در معاینه نباید از انگشت شصت استفاده کرد، چون با قرار گرفتن نسج پستان بین انگشت شصت و سایر انگشتان، باعث اشتباه تشخیصی در معاینه می‌شود و فرد به غلط فکر می‌کند که توده‌ای در پستان خود احساس می‌شود.

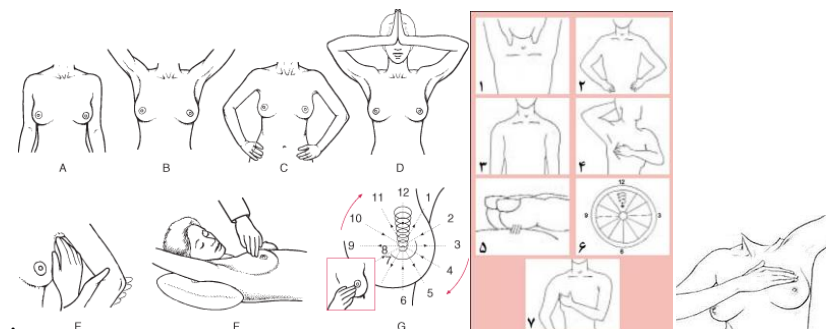
پستان باید با حرکات دورانی انگشتان، لمس شود و با فشار مختصر، در حالی که پوست ناحیه مورد معاینه ثابت نگه داشته شده، دست را روی بافت‌های زیر پوست حرکت دهد.

اساس معاینه، لمس و فشار پستان بین انگشتان و جدار قفسه سینه است و حرکت دادن نوک انگشتان روی پوست به تنهایی هیچ ارزشی ندارد.

از انتهای بالای پستان (حدود استخوان ترقوه) تا انتهای پایینی پستان (حدود لبه پایینی دنده‌ها) و از جناغ سینه تا تمام زیر بغل همه جا باید معاینه شود. برای این که هیچ قسمتی از نظر دور نماند، بهتر است که از اطراف پستان به صورت دایره‌ای، به طرف نوک پستان تمام قسمت‌ها معاینه شود.

در انتهای معاینه نوک پستان را مانند حالت دوشیدن فشار بدهید تا اگر ترشحاتی وجود داشته باشد، از آن خارج شود.

اگر خانم‌ها احساسی را که از پستان طبیعی خود در لمس پیدا می‌کنند به دقت به خاطر بسپارند، می‌توانند به راحتی متوجه هر گونه تغییری در آن شوند. هر تغییر در پستان بایستی جدی فرض شود، به خصوص اگر در ربع فوقانی خارجی باشد و در صورت هر گونه شک در معاینه به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع غیرفوری صورت می‌گیرد.



معاینه چشم‌ها از نظر زردی (ایکتر):

❖ یکی از بررسی‌های ضروری برای استفاده‌کنندگان از روش‌های پیشگیری از بارداری ارزیابی عملکرد دستگاه صفراوی است. این دستگاه شامل کبد، کیسه صفرا و مجاری صفراوی است.

❖ همان‌طور که می‌دانید کبد یکی از اعضای مهم بدن است که نقش اساسی در دفع مواد زائد و داروها از بدن دارد. چنان‌چه این عضو قادر به دفع این مواد از بدن نباشد سموم ناشی از سوخت و ساز سلولی و داروها یا مواد حاصل از آن‌ها در بدن تجمع نموده و سبب بروز مشکلات جدی برای فرد می‌شوند.

اختلال در عملکرد کبد می‌تواند خود را به صورت زردی در پوست یا صلبیه چشم نشان دهد به این حالت اصطلاحاً «زردی» (ایکتر یا یرقان) می‌گویند. این وضعیت ناشی از رسوب املاح صفراوی در بافت پوست یا صلبیه چشم است. در صورت بروز چنین حالتی باید فرد استفاده‌کننده از روش‌های پیشگیری را نزد پزشک ارجاع داد. در صورت وجود بیماری کبدی ممکن است فرد قادر به دفع مناسب داروهای پیشگیری از بارداری از بدن خود نباشد. این بررسی در مصرف‌کنندگان از روش‌های هورمونی اهمیت دارد.

سایر بررسی‌های مورد نیاز:

❖ به غیر از معاینات ذکر شده انجام برخی از بررسی‌ها به صورت دوره‌ای یا موردی در استفاده‌کنندگان از روش‌های پیشگیری از بارداری ضرورت دارد. از آن‌جا که انجام کامل این بررسی‌ها در خانه بهداشت مقدور نیست، در ادامه مطالب این فصل به توضیح مختصر در مورد آن‌ها بسنده می‌کنیم. در این مورد باید بدانیم که وظیفه به‌روز ارجاع افراد به سطوح بالاتر جهت انجام یک بررسی کامل است.

بررسی احتمالی بارداری:

❖ استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در شرایطی که فرد باردار باشد ممنوع است. البته مصرف کاندوم به منظور پیشگیری از وقوع بیماری‌های مقاربتی و مواردی که فرد شک دارد که حامله است یا خیر - و نباید از روش‌های دیگر فاصله گذاری استفاده کند معنی ندارد.

❖ نخستین وظیفه پرسنل مرکز بهداشتی درمانی در مشاوره به منظور انتخاب یک روش مناسب پیشگیری از بارداری این است که مطمئن شوند که فرد متقاضی باردار نیست.

❖ این بررسی از طریق شرح حال، معاینه و آزمایش بارداری صورت می‌گیرد.

تست تشخیص حاملگی : Gravindex Test – Pregnancy Test

❖ وجود گنادوتروپین کوریونی (HCG) در پلاسمای مادر و دفع آن در ادرار اساس و پایه برای تست تشخیص حاملگی است.

❖ هورمون (HCG) منحصر در جفت ساخته می‌شود. ساخت این هورمون در همان ابتدای حاملگی و شاید به یقین بتوان گفت در روز لانه‌گزینی آغاز می‌شود و در روزهای 60 تا 70 حاملگی به میزان حداکثر می‌رسد. پس از غلظت این هورمون کاهش یافته، به طوری که در روزهای 100 تا 130 به حداقل می‌رسد.

❖ انجام آزمایش ادرار در 2 هفته بعد از تأخیر قاعدگی به تشخیص حاملگی کمک می‌کند و در این زمان می‌توان مادر را برای انجام آزمایش ارجاع غیر فوری داد.

❖ در صورت باردار بودن نتیجه آزمایش Positive یا مثبت گزارش می‌شود و در عدم حاملگی نتیجه Negative یا منفی است.

بررسی دستگاه گردش خون:

❖ معاینه و بررسی دستگاه گردش خون با هدف تشخیص بیماری‌های عروقی و دریچه‌ای قلب و نیز سایر اختلالات دستگاه گردش خون صورت می‌گیرد. بدیهی است در صورت وجود برخی از این بیماری‌ها، باید در تجویز بعضی روش‌ها دقت کرد.

بررسی دیابت در فرد:

❖ به طور کلی وجود دیابت در استفاده‌کنندگان از روش‌های هورمونی می‌تواند همراه با افزایش اختلال در سوخت‌وساز قند بوده و بیماری فرد را تشدید نماید.

آزمایش خون:

❖ آزمایش خون برای انجام عمل بستن لوله‌های رحمی و متقاضیان IUD انجام می‌شود.

❖ بررسی چربی‌های خون:

آزمایش چربی خون برای مصرف‌کنندگان روش‌های هورمونی بغیر از قرص مینی پیل و نیز در پیگیری‌های مصرف‌کننده قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی در گروه‌های خاصی انجام می‌شود.

آزمایش پاپ اسمیر و معاینه لگنی:

❖ آزمایش پاپ اسمیر عبارت است از بررسی میکروسکوپی سلول‌های کنده شده از گردن رحم. این آزمایش عمدتاً با هدف غربالگری سرطان‌های گردن رحم (سرویکس) صورت می‌گیرد معاینه لگنی با هدف تشخیص توده در دستگاه تناسلی زنانه خصوصاً رحم و تخمدان‌ها و نیز تشخیص اختلالات ساختمانی رحم ضرورت می‌یابد. در معاینه گردن رحم و آزمایش پاپ اسمیر وجود عفونت در دستگاه تناسلی نیز مشخص می‌شود. در تمامی موارد فوق با توجه به نتیجه حاصل از معاینه و بررسی، پزشک تصمیم قطعی به درمان یا استفاده از روش مناسب برای فاصله گذاری می‌گیرد. به عنوان مثال در موارد وجود رحم دو شاخه، پزشک از تجویز IUD به متقاضی خودداری می‌کند. هنگامی که شخصی را برای آزمایش پاپ اسمیر ارجاع می‌دهید به او توصیه کنید که می‌بایست تا 24 ساعت قبل، از مقاربت، و 48 استفاده قبل از تامپون‌های داخل مهبل و دوش مهبل و کرم‌ها و پمادهای داخل مهبل خودداری کرده باشد.

❖ بر پایه دستورالعمل کشوری پاپ اسمیر، این آزمایش در خانم‌های 20-65 ساله حداقل یکبار ازدواج کرده انجام می‌شود. فاصله زمانی انجام این آزمایش در 3 سال اول سالی یکبار بوده و در صورت وجود نداشتن هر گونه مشکل پس از آن با فاصله 3 ساله انجام خواهد شد.

بررسی کبد و مجاری صفراوی:

❖ بررسی کبد و مجاری صفراوی شامل انجام آزمایشات و معاینات ویژه‌ای است که با صلاحدید پزشک صورت می‌گیرد. به عنوان مثال در مواردی که فرد دچار اختلال در عملکرد کبد باشد، پزشک از تجویز روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری خودداری می‌نماید، چرا که کبد از جمله اعضای است که سبب

سوخت‌وساز هورمون‌ها می‌شود و وجود بیماری کبدی سبب اختلال در سوخت‌وساز داروهای هورمونی می‌شود.

بررسی بیماری‌های عفونی:

❖ بیماری‌های عفونی مختلف می‌توانند مصرف‌کنندگان روش‌های پیشگیری را دچار مشکل نمایند. در این مورد وظیفهٔ بهورز تشخیص و برخورد مناسب با مصرف‌کنندگان روش‌ها و در صورت لزوم ارجاع آن‌ها به پزشک است. از جملهٔ این بیماری‌ها می‌توان از اسهال، مالاریا، سل و عفونت‌های دستگاه تناسلی نام برد. مصرف برخی آنتی‌بیوتیک‌ها نیز می‌تواند بر سوخت‌وساز داروهای هورمونی فاصله گذاری تأثیر داشته باشد. گذاشتن IUD در زنانی که دچار عفونت لگن هستند ممکن است سبب تشدید یا انتشار عفونت شود.

خلاصه فصل چهارم

- بررسی‌های ضروری برای افراد متقاضی یا استفاده‌کنندگان از روش‌ها با هدف ارزیابی سلامت جسمی آن‌ها صورت می‌گیرد. این بررسی‌ها شامل ارزیابی‌های بالینی و آزمایشگاهی مختلف به منظور تعیین وجود یا عدم وجود مشکلات سلامت در فرد است که ممکن است بر تصمیم برای انتخاب روش یا ادامهٔ استفاده از آن تأثیر داشته باشد.
- بررسی‌های اصلی که باید توسط بهورزان صورت پذیرد شامل بررسی احتمالی بارداری، کنترل فشار خون، وزن، اندازه‌گیری قد و محاسبه نمایه توده بدنی ، ، معاینه چشم از نظر زردی است.
- بررسی‌هایی که باید توسط سطوح بالاتر انجام شود شامل ارزیابی دستگاه گردش خون و کبد و مجاری صفراوی، بررسی احتمال وجود دیابت و چربی خون بالا و آزمایش خون و نیز احتمال وجود بیماری‌های عفونی و انجام معاینه پستان و آزمایش پاپ اسمیر و معاینه لگنی در فرد است.

تمرین در کلاس

با استفاده از آنچه که در فصول سایر کتب آموخته‌اید انجام هر یک از ارزیابی‌های مربوط به استفاده‌کنندگان از روش‌های پیشگیری از بارداری که بر عهده بهورزان است را به طور عملی به سایر دانش‌آموزان نمایش دهید. برای نمایش عملی این ارزیابی‌ها باید یکی از دانش‌آموزان نقش مراجعه‌کننده و دیگری نقش ارزیابی‌کننده را برعهده داشته باشد. سایر دانش‌آموزان نقش تماشاچی را برعهده خواهند داشت و نکات مثبت و منفی این نمایش عملی را پس از اجرا به بحث خواهند گذاشت. این نمایش را چندین بار با افراد مختلف تکرار نمایید.

تمرین در خارج از کلاس

1- معاینات و آزمایشات ضروری برای متقاضیان یا استفاده‌کنندگان از روش‌ها به چه منظور صورت می‌گیرد؟

2- بررسی‌هایی که باید توسط بهورز و سطوح بالاتر صورت گیرد را به تفکیک لیست نمایید.

3- به طور مختصر توضیح دهید که هدف از هر یک از بررسی‌های زیر در استفاده‌کنندگان از روش‌ها چیست؟

- ❖ بررسی احتمال بارداری
- ❖ اندازه‌گیری فشارخون
- ❖ کنترل وزن، اندازه‌گیری قد و محاسبه نمایه توده بدنی
- ❖ معاینه پستان
- ❖ معاینه چشم‌ها از نظر زردی
- ❖ بررسی دستگاه گردش خون
- ❖ آزمایش خون
- ❖ بررسی چربی‌های خون
- ❖ آزمایش پاپ اسمیر و معاینه لگنی
- ❖ بررسی کبد و مجاری صفراوی
- ❖ بررسی بیماری‌های عفونی

فصل پنجم

انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- 1- عواملی که بر انتخاب یک روش فاصله گذاری در بارداری تاثیر دارند را شرح دهید.
- 2- روش‌های مرسوم فاصله گذاری در بارداری را که می‌توان به زوج‌ها پیشنهاد کرد نام برده و در مورد آن‌ها توضیح دهید.
- 3- روش‌های پیشگیری از بارداری پس از مقاربت را توضیح دهید.
- 4- اهمیت و چگونگی انجام مشاوره در انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری در بارداری را بیان نمایید.
- 5- آگاهی‌های اختصاصی لازم برای زوج‌هایی که از یک روش استفاده می‌کنند را شرح دهید.
6. خدماتی را که باید برای مراقبت از استفاده‌کنندگان از روش‌ها ارائه کرد توضیح دهید

عناوین فصل

1. کلیاتی در مورد روش‌های فاصله گذاری

2. تعریف برخی اصطلاحات

3. انواع روش‌های فاصله گذاری در بارداری:

- روش‌های مطمئن فاصله گذاری در بارداری
- روش‌های طبیعی فاصله گذاری در بارداری

4. کمک به متقاضیان برای انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری

کلیاتی در مورد روش های فاصله گذاری

از هر صد نفر زن و شوهر که تمایل به بچه دار شدن داشته باشند در حدود 60 نفر آنان خواهند توانست ظرف 6 ماه باردار شوند. ظرف دو سال تعداد این افراد به 90 نفر می رسد. حال فرض کنید که گروهی از این زوج ها به دلایل متفاوتی از جمله بیماری نخواهند بچه دار شوند. برای جلوگیری از وقوع یک بارداری ناخواسته این زوج ها نیازمند استفاده از روش های فاصله گذاری هستند، در غیر این صورت تعداد زیادی از آنان پس از مدتی باردار خواهند شد. موضوع پیشگیری از بارداری های ناخواسته از دیرباز ذهن انسان را به خود مشغول داشته است.

تاریخچه استفاده از روش های فاصله گذاری به قرن ها پیش می رسد. بررسی ها نشان می دهد برخی از روش های فاصله گذاری حتی قرن ها قبل از میلاد مسیح استفاده می شده است. هم اکنون در کشور ما نیز چنانچه زوج ها به دلیل بیماری های حاد و مزمن مادر مثل بیماری قلبی پیشرفته و یا ایدز و یا به هر دلیل دیگری بارداری برای مادر و جنین مخاطراتی در بر داشته باشد و فرد نباید باردار شود روشهایی برای فاصله گذاری تا زمان رفع مشکل وجود دارد که در ادامه به آنها خواهیم پرداخت.

چه عواملی را باید در انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری برای یک زوج مدنظر داشت؟

- ❖ دائمی یا برگشت پذیر بودن روش
 - ❖ میزان تأثیر روش
 - ❖ عوارض و اثرات جانبی استفاده از روش در ارتباط با وضعیت سلامت فرد
 - ❖ سادگی استفاده از روش
 - ❖ سادگی قطع استفاده از روش
 - ❖ آیا روش را می توان در حین شیردهی استفاده کرد؟
 - ❖ آیا استفاده روش از ابتلاء به عفونت های مقاربتی پیشگیری می کند؟
 - ❖ آیا استفاده از این روش نیاز به همکاری زوج دارد؟
- خصوصیات متقاضی استفاده از روش نظیر سن، تعداد فرزندان زنده فرد و وضعیت فرهنگی و اجتماعی وی می تواند در انتخاب یک روش مناسب تأثیر داشته باشد. هر روش فاصله گذاری در بارداری، برای هر زوج میزان مشخصی از مزیت ها و ضررهای مربوط به عوامل ذکر شده فوق را دارد.

در این جا نکته مهم این است که باید زوج ها در مورد روش انتخاب شده خود آگاهی های کافی داشته باشند.

چه روش‌های فاصله گذاری رami توان به زوج‌ها پیشنهاد نمود؟

روش‌های مختلفی را برای فاصله گذاری می‌توان به کار برد از جمله روش‌های با تأثیر کوتاه مدت یا بلند مدت، دائمی یا قابل برگشت، هورمونی یا غیرهورمونی. در ادامه مطالب این بخش در مورد خصوصیات این روش‌ها و آگاهی‌هایی که ارائه‌دهندگان این روش‌ها می‌بایست داشته باشند بحث خواهیم کرد.

این روش‌ها عبارتند از:

- ❖ قرص‌های ترکیبی خوراکی یک مرحله‌ای (ال.دی)
- ❖ قرص‌های ترکیبی خوراکی سه مرحله‌ای (تری‌فازیک)
- ❖ قرص‌های دوران شیردهی (لاینسترنول یا مینی‌پیل)
- ❖ آمپول تزریقی یک‌ماه (سیکلوفم)
- ❖ آمپول‌های تزریقی سه ماهه (مگسترون)
- ❖ وسیله داخل رحمی (آی - یو - دی)
- ❖ غلاف لاستیکی (کاندوم)
- ❖ بستن لوله در زن (توبکتومی)

روش‌های فوق‌الذکر را اصطلاحاً روش‌های مطمئن (مؤثر یا مدرن) پیشگیری از بارداری می‌گویند. علاوه بر این روش‌ها سه روش دیگر نیز برای فاصله گذاری موجود است که معمولاً به علت این‌که استفاده از آن‌ها در مصرف‌کننده از شکست بالایی در پیشگیری برخوردار است جزء روش‌های مؤثر محسوب نمی‌شوند. این روش‌ها عبارتند از:

روش دوره‌ای - روش قطع مقاربت (With drawal) - روش شیردهی

سه روش اخیر را می‌توان روش‌های طبیعی پیشگیری نامید. روش‌های مطمئن پیشگیری که در بالا از آن‌ها نام بردیم روش‌هایی هستند که امکان ارائه برخی از آن‌ها در سطوح مختلف ارائه خدمات در نظام شبکه موجود است. قبل از شروع بحث در مورد هر یک از روش‌ها لازم است با برخی اصطلاحات در زمینه پیشگیری از بارداری آشنا شویم.

تعریف برخی اصطلاحات

دستور العمل مصرف:

دستور العمل مصرف عبارت است از نحوه استفاده از یک روش که باید به درستی به فرد مصرف‌کننده آموزش داده شود.

طرز عمل:

یعنی چگونه یک روش، از بارداری ناخواسته پیشگیری می‌کند؟

اثربخشی:

منظور از میزان اثربخشی درصد افرادی است که در حین استفاده از روش، در سال نخست دچار بارداری ناخواسته نشده‌اند. میزان اثربخشی در استفاده از روش‌های فاصله گذاری در جوامع مختلف که دارای وضعیت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف هستند کاملاً متفاوت است. پرواضح است که این میزان در کشورهای با وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی پایین کمتر است. اندازه این میزان در کشور ما مشخص نشده است. میزان اثربخشی که برای استفاده از هر روش در مباحث این فصل نام برده شده مربوط به کشور ایالات متحد آمریکا است.

عوارض جانبی:

وضعیت‌هایی که متعاقب استفاده از یک روش در بدن فرد ایجاد می‌شود و در برخی موارد می‌تواند برای سلامتی وی مضر باشد؛ مانند کم‌خونی ناشی از خونریزی طولانی‌مدت یا شدید. خونریزی در وسط سیکل قاعدگی، سردرد خفیف یا افزایش وزن.

تأثیر پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی:

میزان محافظتی که این روش در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی (نظیر سوزاک، سیفلیس و ایدز) ایجاد می‌کند.

انواع روش‌های فاصله گذاری در بارداری :

الف – روش‌های مطمئن

بستن لوله در زنان (توبکتومی):

این روش از جمله روش‌های پیشگیری از بارداری محسوب می‌شود که به وسیله عمل جراحی توسط پزشک متخصص، لوله‌های رحمی در زن مسدود می‌شوند. هنگامی که متقاضی توبکتومی به خانه بهداشت مراجعه می‌کند، پس از انجام مشاوره صحیح و دقیق با متقاضی در مورد این روش، به‌روز تعیین می‌کند که آیا فرد اندیکاسیون انجام توبکتومی را دارد؟ در صورت وجود اندیکاسیون، فرم‌های مخصوص ارجاع به کمیته نظارت بر اعمال جراحی توبکتومی تکمیل گردیده و فرد متقاضی به همراه این فرم‌ها و مدارک مورد نیاز، جهت ارزیابی شرایط متقاضی توسط اعضا کمیته نظارت بر اعمال جراحی توبکتومی و تایید ضرورت ارائه خدمت به داوطلب، ارجاع می‌گردد. این کمیته می‌بایست در سطح ستاد شهرستان تشکیل گردد.

در صورتی که متقاضی توبکتومی، اندیکاسیون انجام این عمل را نداشته باشد و جزو گروه‌های پرخطر برای بارداری باشد، مشاوره جهت استفاده از سایر روش‌ها صورت می‌گیرد.

اندیکاسیون‌های انجام توبکتومی :

1. ابتلا فعلی یا قبلی به سرطان (همه قسمت‌های بدن)

2. بیماران دارای دریچه مصنوعی قلبی
3. بیماریهای روانی با نظر دو روانپزشک
4. پلاستنا پرویا توتال
5. بیمارانی که برای بار سوم سزارین می شوند (بشرطی که دو فرزند زنده داشته باشند)
6. افراد آلوده به ایدز
7. افراد 40 سال به بالا
8. تعداد فرزند 5 و بیشتر
9. بیماریهای مزمن ریوی
10. فشارخون مزمن
11. هر ضایعه مغزی

مطالعه آزاد (ادامه اندیکاسیونهای انجام توبکتومی)

1. سابقه ترومبوآمبولی
2. هیپرتانسیون پولمور با هر شدتی
3. بیماریهای مزمن کلیوی ، نارسایی کلیه ، سندروم نفروتیک ، پیوند کلیه
4. بیماری مزمن خونی
5. بیماریهای اتوایمیون
6. سیروز یا هر سندرم بودکیاری که واریس مری دهد
7. بیماریهای نورولوژیک مزمن (MS - صرع ، میاستنی گراو ، ALS و ...)
8. بیماریهای اتوایمون پوست (پمفیگوس ، پسوریازیس)
9. بیماریهای داخلی و جراحی که در لیست فوق نیستند با نظر 2 متخصص

مکانیسم عمل:

در زن عمل توبکتومی از طریق یک برش کوچک در شکم انجام می‌شود. در این عمل لوله‌های رحمی به روش جراحی بسته می‌شوند. با بسته شدن لوله‌های رحمی از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر و تشکیل سلول تخم جلوگیری به عمل می‌آید.

اثر بخشی:

بیش از 99 درصد است.

عوارض جانبی:

در مواردی ممکن است خونریزی و عفونت زخم پس از عمل جراحی مشاهده شود. عمل جراحی توبکتومی هیچ‌گونه تغییری در دوره‌های قاعدگی و توان جنسی زن ایجاد نمی‌کند. احتمال وجود تغییر میزان خونریزی قاعدگی وجود دارد.

عمل جراحی باید توسط افراد متخصص صورت گیرد در غیر این صورت ممکن است سبب آسیب به سایر اعضای شکمی شود. توبکتومی مانند سایر اعمال جراحی می‌تواند عوارض بیهوشی (به میزان بسیار کم) به همراه داشته باشد.

مراقبت‌های قبل از عمل جراحی:

1. نخوردن مایعات و مواد غذایی حداقل هشت ساعت قبل از عمل
2. مصرف نکردن دارو 24 ساعت قبل از عمل (مگر به تجویز پزشک)
3. حمام کردن شب قبل از عمل
4. استفاده از لباس تمیز و راحت
5. نداشتن لوازم زینتی و لاک ناخن
6. توصیه به داشتن همراه برای برگشت به منزل

مراقبت‌های بعد از عمل جراحی:

1. یک هفته پس از عمل جراحی فردی که توبکتومی شده است باید به مراکز بهداشتی درمانی جهت کشیدن بخیه‌ها و معاینه محل عمل مراجعه نماید.
2. بعد از عمل روزانه حمام نماید.
3. در صورت درد از مسکن استفاده کند.
4. محل بخیه‌ها تمیز و خشک نگهداشته شود.
5. حداقل تا یک هفته رابطه زناشویی نداشته باشد.

موارد ارجاع فوری توبکتومی: (در صورت بروز هر کدام از موارد زیر ، فرد باید به بیمارستان ارجاع داده شود.)

1. تب بالای 38 درجه
2. از حال رفتن، گیجی شدید در چهار هفته اول و بویژه در هفته اول پس از عمل
3. درد شکمی که بهبود نیابد یا افزایش یابد
4. درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته و قرمز ی محل عمل که بدتر شود یا از بین نرود.

موارد قابل توجه ارائه دهنده خدمات:

1. پس از انجام توبکتومی باید فرد هر 3 سال یکبار جهت آزمایش پاپ اسمیر مراجعه نماید.
2. فردی که توبکتومی شده باید در صورت بروز مشکل به خانه بهداشت مراجعه کند.
3. عمل جراحی توبکتومی باید توسط افراد متخصص و با استفاده از وسایل خاص صورت گیرد، لذا این عمل فقط در مراکز خاص و بیمارستان ها امکان پذیر است.
4. این عمل را می توان در موقع سزارین یا پس از زایمان طبیعی انجام داد. فاصله 42-7 روز پس از زایمان برای توبکتومی مناسب نیست، هم چنین بعد از سقط عفونی زمان مناسبی نمی باشد.

بستن لوله در مردان (وازکتومی):

وازکتومی روشی است که با یک عمل جراحی کوچک و استفاده بی حسی موضعی صورت می گیرد و نیاز به بی هوشی ندارد. با یک برش کوچک به روی کیسه بیضه مجراهای منی بر (وازودفران) بریده و مسدود می شود.

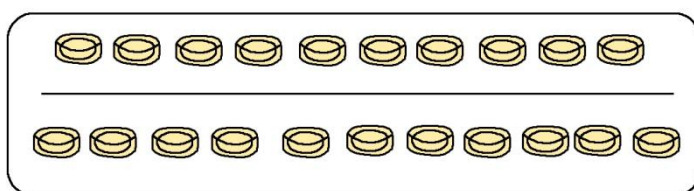
مکانیسم عمل : جلوگیری از ورود اسپرم به مایع منی

اثر بخشی : نزدیک به 100 درصد

قرص های ترکیبی خوراکی

قرص های ترکیبی یکی از روش های فاصله گذاری است. قرص های ترکیبی حاوی هورمون های استروژن و پروژسترون هستند. این قرص ها به دو شکل یک مرحله ای و سه مرحله ای در سیستم بهداشتی ما موجود است .

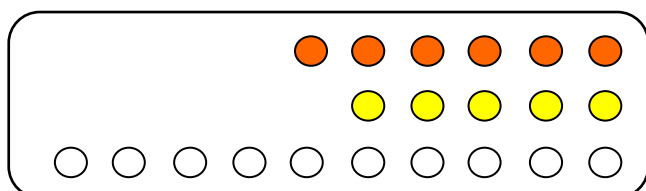
قرص های ترکیبی یک مرحله ای به نام قرص های ال – دی است.



قرص های پیشگیری از بارداری (LD)

هر بسته از قرص های مزبور شامل 21 عدد قرص است که در طول یک دوره 28 روزه با

ضوابطی که شرح آن در ادامه بحث خواهد آمد، مصرف می‌شوند.



قرص‌های ترکیبی سه مرحله‌ای (تری‌فازیک)

قرص‌های پیشگیری از بارداری تری‌فازیک

این قرصها همانند قرص‌های یک مرحله‌ای دارای هورمون‌های استروژن و پروژسترون هستند؛ اما مقادیر هورمون‌ها در قرص‌های برنگ نارنجی، زرد و سفید متفاوت است. این قرص‌ها نیز شامل 21 عدد است. چنانچه مصرف این قرص‌ها درست انجام شده باشد، شروع مصرف مجدد همه بسته‌ها در یک روز خاص از هفته خواهد بود. قرص‌های خوراکی در حال حاضر به طور وسیعی در سطح دنیا مورد استفاده است. مصرف این قرص‌ها سبب کاهش بروز سرطان رحم و تخمدان، احتمال کاهش بروز کیست تخمدان، کاهش حاملگی خارج از رحمی، کاهش کم‌خونی بدنبال قاعدگی، بیماریهای التهابی لگن و دردهای قاعدگی و ... می‌شود.

شیوه استفاده از قرص‌های ترکیبی خوراکی :



خوردن اولین قرص باید در پنج روز اول قاعدگی و برای اطمینان بیشتر در روز اول خونریزی قاعدگی شروع شود. پس از آن هر روز یک عدد قرص در یک ساعت مشخص از شبانه‌روز ترجیحاً شب‌ها پس از شام و قبل از خواب مصرف می‌شود و تا 21 عدد قرص ادامه می‌یابد. پس از اتمام بسته قرص، باید 7 روز کامل مصرف قرص قطع شود. در این حالت خونریزی قاعدگی مدتی پس از قطع مصرف شروع می‌شود. در روز هشتم پس از قطع قرص‌ها مصرف اولین قرص از بسته دیگر آغاز می‌شود؛ خواه در این روز خونریزی قاعدگی قطع شده و یا ادامه داشته باشد. به این ترتیب در طول یک دوره 28 روزه، یک بسته 21 عددی قرص مصرف می‌شود.

قرص‌های فراموش شده:

به استفاده‌کنندگان توصیه کنید هر وعده از قرص‌ها را در زمان مشخصی از

شبانه‌روز ترجیحاً شب مصرف کنند.

در صورتی که مصرف‌کننده قرص، فراموش کند که قرص خود را بخورد سه حالت زیر به وجود می‌آید و باید اقداماتی برای هر حالت صورت پذیرد:

در صورتی که مصرف قرص برای یک نوبت فراموش شود می‌بایست تا نوبت بعد هر موقع که به یاد آورد، قرص فراموش شده مصرف شود و قرص‌های بعدی مطابق دستورالعمل ادامه یابند.

در صورتی که دو نوبت پشت سرهم ، مصرف قرص فراموش شود،، بمحض بخاطر آوردن بایستی در دو شب بعد، هر بار دو قرص مصرف شود و بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یافته و و تا یک هفته نیز از روش مناسب دیگر مانند کاندوم استفاده شود.

در صورت فراموشی سه قرص و بیشتر، خوردن بقیه قرص ها (روزی یک عدد) ادامه یافته، و بمدت یک هفته از داشتن رابطه جنسی خودداری یا از کاندوم استفاده شود و مصرف بسته بعدی بدون رعایت فاصله هفت روزه بین بسته ها و بلافاصله در روز بعد از پایان بسته قبلی آغاز می شود . همچنین در صورت داشتن تماس جنسی در این فاصله زمانی و عدم استفاده از کاندوم ، استفاده از روش پیشگیری اورژانس از بارداری توصیه می شود.

مکانیسم عمل:

- 1- مهار موقت تخمک گذاری
- 2- افزایش ضخامت موکوس (ترشحات) گردن رحم که موجب ایجاد مشکل در ورود اسپرم به داخل فضای رحم می شود
- 3- جلوگیری از لقاح از طریق تأثیر بر حرکات لوله های رحم
- 4- تأثیر بر مخاط داخلی رحم

اثر بخشی:

در صورت مصرف صحیح 98 درصد است .

عوارض جانبی شایع:

قرص های ترکیبی معمولاً عوارض جانبی هم دارند. در برخی زنان ممکن است حالت تهوع، افزایش وزن، سردرد خفیف مشاهده شود که ممکن است پس از 2-3 ماه این اثرات از بین بروند یا مادام که این قرص ها مصرف می شوند عوارض ادامه داشته باشند. حساسیت پستان ها و لکه بینی و خونریزی بین قاعدگی ها نیز شایع است.

نحوه برخورد با عوارض جانبی:

افزایش وزن: دلایل افزایش وزن، تجمع مایعات در بدن به دلیل اثر پروژسترون، افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش مصرف مواد غذایی است. افزایش وزن با ورزش منظم و رژیم غذایی متعادل بهبود می یابد.

لکه بینی و خونریزی بین قاعدگی ها: معمولاً در مدت 2-3 ماه اول مصرف دیده شده و می تواند ناشی از فراموشی قرص نیز باشد (در این صورت توصیه به مصرف مرتب قرص و سعی در فراموش نکردن مصرف مرتب آن، اقدام اصلی خواهد بود)، در صورت ادامه بیش از این مدت ارجاع به پزشک یا ماما لازم است.

حساسیت پستان‌ها: با رعایت توصیه‌های بهداشتی مانند استفاده از پستان‌بندهای محکم، مسکن‌های معمولی و کمپرس سرد یا گرم رفع می‌شود. اگر مشکل ادامه یابد، فرد به ماما یا پزشک ارجاع خواهد شد.

سردردهای خفیف: غالباً با مسکن‌های معمولی برطرف می‌شود. سردردهای شدید و یا سردردهایی که با فشارخون بالا، علائم عصبی یک‌طرفه و یا اختلالات بینایی همراه باشد، از علائم هشدار بوده و باید ارجاع فوری به متخصص مربوطه و تغییر روش را به دنبال داشته باشد.

تهوع: خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، خوردن مایعات بیشتر و سبزی و میوه تازه راهی موثر برای کاهش شدت تهوع‌های خفیف و قابل تحمل خواهد بود. در صورت ادامه تهوع بایستی ارجاع گردد.

مطالعه آزاد:

عوارض جانبی نادر:

- 1-افزایش بروز سکت‌های قلبی و مغزی بویژه در زنان سیگاری
- 2-افزایش فشارخون به بیش از $\frac{160}{100}$ میلیمتر جیوه
- 3- احتمال عوارض پیش سرطانی گردن رحم و بروز سرطان پستان
- 4-بروز تومورهای خوش خیم و بدخیم کبدی
- 5-لخته شدن خون در وریدها بویژه در سیگاری ها و مبتلا به اختلالات انعقادی خون
- 6-تغییر خلق و خوی (افسردگی)
- 7-لکه‌های رنگی در پوست صورت (کلواسما)
- 8-احتمال بروز خونریزی‌های نامنظم رحمی
- 9-قطع قاعدگی (آمنوره)

موارد منع مصرف مطلق قرص‌های پیشگیری از بارداری عبارتند از:

- 1- بیماری‌های فعال یا مزمن کبدی، سابقه زردی همز مان با مصرف قرص
- 2- بیماریهای قلبی مانند بیماری‌های دریچه ای قلب
- 3- بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری‌ها یا شرایط مستعد کننده آنها، سکت‌های مغزی
- 4- ابتلای فعلی یا سابقه لخته در وریدهای عمقی
- 5- شک به وجود سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن
- 6- کارسینوم آندومتر
- 7- ابتلای به دیابت به مدت 20 سال یا بیش از آن یا دیابت همراه با بیماری‌های عروقی، عوارض چشمی، کلیوی و عصبی
- 8- افزایش چربی‌های خون

- 9- خونریزی واژینال بدون علت مشخص
- 10- شک یا اطمینان به وجود حاملگی
- 11- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی (کاهش میدان دید چشم به طور مشابه - دیدن خطوط زیگزاکی روشن - احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو و یا یک طرف صورت یا زبان)
- 12- بدخیمی‌های مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
- 13- خانم‌های سیگاری 35 ساله و بالاتر
- 14- فشار خون $\frac{160}{100}$ میلیمتر جیوه و بالاتر
- 15- درفاصله زمانی کمتر از 3 هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده
- 16- میگرن بدون علائم فوکال عصبی و سن بالای 35 سال

مطالعه آزاد:

موارد منع مصرف نسبی قرص‌های ترکیبی :

- 1- میگرن بدون علائم عصبی 2- فشارخون بین 160/100 و 140/90 میلی‌متر جیوه 3- افسردگی خفیف شدید 4- خانم‌های سیگاری کمتر از 35 سال 5- دیابتی‌های بدون درگیری عروقی 6- بیماری فعال کیسه صفرا 7- سلول‌های غیر طبیعی در گردن رحم 8- سابقه یرقان انسدادی در حاملگی 9- توده پستانی تشخیص داده نشده 10- مادر شیرده‌ای که از زایمان آنان کمتر از شش ماه می‌گذرد 11- مصرف ریفامپین یا گریزوفولوین 12- مصرف دارو برای صرع (به جز والپروئیک اسید) 13- دیابت بدون درگیری عصبی 14- ابتلا به بیماری‌های التهابی روده

آزمایش‌ها و معاینه‌های لازم عبارتند از:

جلسه اول:

- 1- بررسی زردی
- 2- اندازه‌گیری فشارخون
- 3- ارجاع جهت معاینه پستان
- 4- اندازه‌گیری قد و وزن و محاسبه BMI
- 5- آزمایش پاپ اسمیر (6-4 هفته پس از زایمان و براساس دستورالعمل کشوری)
- 6- بررسی مشکلات انعقادی و چربی‌های خون (در صورت سابقه بروز لخته‌های خونی و یا بیماری‌های قلبی در بستگان درجه یک زیر 50 سال
- 7- اندازه‌گیری تری‌گلیسرید

8- در مواردی که BMI مراجعه‌کننده بیش از 30 است . در مراجعه اول ویزیت پزشک پیش از ارائه خدمت ضرورت داشته و تحویل قرص پس از آن انجام خواهد شد.

توجه: انجام آزمایش بند 5 و 6 و 7 در ویزیت اول اجباری نیست، این آزمایش‌ها باید تا حداکثر 3 ماه پس از اولین ویزیت انجام شود.

مراجعه‌های پیگیری:

اولین بررسی بعد از 3 ماه و سپس هر شش ماه یکبار تا دو سال و بعد از در صورت نبودن مشکل هر سال و به شرح زیر انجام می‌شود.

1. فشارخون
2. وزن
3. پیگیری بروز علائم هشدار و عوارض
4. بررسی دقیق‌تر خانم‌هایی با بیماری مزمن که اثر قرص روی آن مشخص نیست مثل گواتر.

بهورز باید موارد زیر را جهت بررسی سالانه قند و چربی و لیپوپروتئین به پزشک مرکز ارجاع دهد:

- 1- خانم‌های 35 ساله و بالاتر
- 2- خانم‌هایی با سابقه بیمار قلبی یا فشار خون بالا
- 3- دیابتی
- 4- خانم‌هایی با سابقه دیابت حاملگی
- 5- خانم با نمایه توده بدنی بیش از 30

موارد ارجاع فوری در مصرف‌کنندگان قرص‌های ترکیبی :

- 1- درد شدید در قسمت بالای شکم
- 2- درد قفسه سینه و یا تنگی نفس¹ یا سرفه با خلط خونی
- 3- تورم یا درد شدید در یک پا
- 4- مشکلات چشمی (از دست دادن یک طرفه قدرت بینایی و کم شدن میدان دید)
- 5- سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر)

2- تنگی نفس یا درد در سینه به حالتی اطلاق می‌شود که بیمار از یکی از حالت‌های سنگینی، فشار، درد یا ناراحتی در سینه شکایت داشته باشد. این حالت ممکن است ناشی از کم‌خونی ماهیچه‌های قلبی در اثر عدم کفایت خون‌رسانی عروق کرونر باشد. چنانچه این کم‌خونی موقت باشد به آن آنژین قلبی می‌گویند. اما اگر به طول انجام ممکن است منجر به وقوع سکته قلبی شود. هر دوی این حالت‌ها نیازمند ارجاع فوری است.

برای آن که از وقوع عوارض ناشی از مصرف قرص، پیشگیری به عمل آورده یا آن‌ها را به حداقل رساند دو مورد زیر را به خاطر داشته باشید:

1. قرص‌های ترکیبی نباید به افرادی که منع مصرف دارند تجویز شود.
2. مصرف کنندگان را در مورد علائم خطر آموزش دهید.

آیا پس از زایمان و سقط می‌توان از قرص‌های ترکیبی استفاده کرد؟

شروع قرص برای زنی که بعد از زایمان تصمیم به شیر دادن به فرزند خود ندارد، سه هفته پس از زایمان منعی ندارد ولی اگر زن به فرزند خود شیر می‌دهد، بهتر است از IUD و یا قرص شیردهی و یا سایر روش‌های مناسب مطابق دستور استفاده کرد. خانمی که سقط و یا کورتاژ کرده است تا 5 روز بلافاصله بعد از سقط یا کورتاژ می‌تواند استفاده از قرص‌ها را آغاز کند.

پیگیری:

زنی که قرص ترکیبی مصرف می‌کند، باید هر 28 روز یکبار جهت دریافت بسته بعدی قرص به شما مراجعه نماید. زمان مراجعه بعدی مصرف کنندگان قرص باید در دفتر مراقبت ممتد قید شود و چنانچه زن در موعد مقرر مراجعه ننمود باید همان روز بخصوص در زنان پرخطر برای بارداری پیگیری را انجام دهید.

چنانچه مصرف کننده قرص‌های ترکیبی در طول دوره 7 روزه قرص، دچار خونریزی قاعدگی نشود چه باید کرد؟

در صورت سابقه یک دوره آمنوره با مصرف صحیح قرص و قاعده نشدن در فاصله 7 روز بین مصرف دو بسته می‌توان بسته بعدی را پس از پایان فاصله 7 روز آغاز کرد ولی شروع بسته سوم مشروط به قاعده شدن پس از پایان بسته دوم است. در غیر اینصورت (دو دوره آمنوره متوالی) باید وجود حاملگی با انجام BHCG بررسی شود.

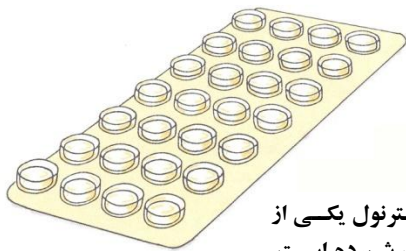
در مراقبت‌های مصرف کنندگان قرص باید به نکات زیر توجه داشت:

- آیا مصرف کننده از روش انتخاب شده راضی است یا خیر؟
- در مورد نحوه مصرف قرص از او سؤال کنید و اشتباهاتش را به او گوشزد کنید.
- در مورد عوارض جانبی از مصرف کننده قرص‌ها سؤال کنید.

- در صورت وقوع هر گونه مشکل اقدام به مشاوره نمایید. او را تشویق کنید تا در موقعی که هر گونه سؤال یا مشکلی در مورد مصرف قرص‌ها داشت به شما مراجعه کند.
- زمان مراجعه بعدی را برای مصرف‌کننده مشخص نموده و در دفتر مراقبت باروری سالم ثبت کنید.

موارد قابل توجه ارائه‌کننده خدمت:

1. کسانی که خدمات قرص‌های ترکیبی را ارائه می‌نمایند، باید مهارت‌های لازم در آموزش افراد مصرف‌کننده را داشته باشند.
2. ارائه‌دهنده این خدمات باید اطمینان حاصل نمایند که مصرف‌کننده هنگامی که قرص خود را تمام کرد مجدداً برای دریافت بسته جدید به او و یا جای دیگری که این قرص‌ها را در اختیارش می‌گذارند مراجعه خواهد نمود.
3. علاوه بر این ارائه‌دهنده این خدمت باید مطمئن شود که متقاضی، آگاهی‌های لازم درباره زمان مصرف قرص را دارد و می‌داند که اگر در وقت لازم خوردن قرص را فراموش کرد و یا دچار عوارض جانبی شد می‌بایست چه اقدامی انجام دهد.
4. ارائه‌دهنده خدمت باید به مصرف‌کننده در مورد علائم خطر آگاهی‌های لازم را بدهد و به او بگوید که در صورت بروز آنها باید به چه کسی مراجعه نماید.
5. شروع استفاده از قرص‌های خوراکی می‌بایست پس از انجام مشاوره با پرسنل بهداشتی مربوطه صورت گیرد. در این حالت پرسنل بهداشتی مربوطه شرایط بیمار را از نظر جسمی و ... مورد ارزیابی کامل قرار خواهد داد، زیرا تجویز این روش در برخی افراد سبب بروز عوارض می‌شود.
6. چنانچه مصرف‌کننده قرص لازم باشد عمل جراحی شود باید چهار هفته قبل از عمل تا پایان دوره بی‌حرکتی پس از آن، از قرص‌های خوراکی ترکیبی استفاده نکند. چون بی‌حرکتی و بستری شدن بیمار متعاقب جراحی و مصرف هم‌زمان قرص‌های پیشگیری، خطر لخته شدن خون در وریدها را افزایش می‌دهد.
7. در صورت استفراغ به فاصله 1-2 ساعت بعد از خوردن قرص باید یک قرص از بسته دیگر خورده شود و مصرف بقیه قرص‌ها از بسته اصلی در زمان مقرر ادامه یابد. ولی اسهال شدید یا تداوم استفراغ سبب کاهش اثر قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌شود، در این صورت لازم است علاوه بر مصرف قرص از یک روش مناسب دیگر مثل کاندوم تا یک هفته پس از بیماری استفاده کرد. در این شرایط باید فرد را به پزشک نیز ارجاع داد.
8. بهترین زمان برای مصرف قرص‌ها بعد از شام و قبل از خواب است. بدین ترتیب عوارض گوارشی کاهش می‌یابد. معمولاً اثرات گوارشی ناشی از مصرف قرص‌ها پس از مدتی کاهش یافته و از بین می‌رود و در صورت تداوم این آثار جانبی بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری نمایید.



قرص‌های دوران شیردهی (لاینسترنول یا مینی‌پیل):

بسته این قرص‌ها حاوی 28 عدد قرص است و استفاده از قرص‌های لاینسترنول یکی از مناسب‌ترین روش‌ها برای زنان شیرده است. تعداد این قرص‌ها 28 عدد است. تا 6 ماه پس از زایمان تجویز می‌شود.

این قرص‌ها حاوی هورمون پروژسترون هستند. خوردن این قرص‌ها روی میزان شیر مادر اثری ندارد. تجویز این قرص توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام می‌شود. این قرص‌ها در طول یک دوره 28 روزه مصرف می‌شوند.

این قرص‌ها به سادگی قابل مصرف هستند و علاوه بر این دردهای زمان قاعدگی را کاهش داده و از میزان خونریزی قاعدگی می‌کاهند و در نتیجه میزان بروز کم‌خونی در مصرف‌کنندگان این قرص‌ها کاهش می‌یابد. شروع مصرف قرص‌های دوران شیردهی، به شرطی که قاعدگی اتفاق نیفتاده باشد و شیرخوار منحصراً از شیر مادر استفاده کند 6 هفته پس از زایمان صورت می‌گیرد. چنانچه قبل از هفته ششم پس از زایمان قاعدگی شروع شود، در یکی از 5 روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول آغاز شود. نکته مهم این است که در 6 ماه نخست پس از زایمان، مصرف قرص‌های دوران شیردهی با اطمینان بالایی سبب فاصله گذاری مناسب می‌شود، اما بعد از این مدت (6 ماه پس از زایمان) این قرص‌ها از اطمینان بالایی در فاصله گذاری برخوردار نیستند. زیرا پس از 6 ماهگی شیرخوار شروع به تغذیه کمکی می‌نماید، علاوه بر این چنانچه تغذیه کمکی زودتر از 6 ماهگی آغاز شود مصرف قرص‌های لاینسترنول اطمینان بالایی در امر فاصله گذاری ندارند. در این شرایط بایستی مجدداً با فرد مشاوره شده تا روش مناسب دیگری را انتخاب نماید.



قرص‌های لاینسترنول یکی از مناسب‌ترین روش‌های فاصله گذاری بارداری در دوران شیردهی است. این قرص‌ها تأثیری بر شیردهی مادر ندارند.

شیوه استفاده از قرص شیردهی:

هر بلیستر لاینسترنول 28 قرص دارد که باید هر شب راس ساعت معینی خورده شود. پس از تمام شدن 28 عدد قرص بسته اول، خوردن اولین قرص بسته دوم از روز بعد شروع می‌شود. در واقع این قرص‌ها به طور مداوم و بدون آن که بین مصرف دو بسته قرص فاصله وجود داشته باشد، مصرف می‌شوند. بنابراین حتی اگر خونریزی قاعدگی شروع شود باید مصرف قرص ادامه یابد.

اگر مصرف قرص‌های دوران شیردهی پس از هفته ششم بعد از زایمان شروع شود، لازم است از حامله نبودن داوطلب این قرص‌ها اطمینان حاصل شود. همانند سایر قرص‌های ترکیبی چنانچه مصرف قرص‌ها درست انجام شده باشد شروع مصرف همه بسته‌ها، در یک روز خاص از هفته خواهد بود.

نکته بسیار مهم در مورد مصرف قرص‌های مزبور این است که این قرص‌ها را باید هر روز در یک ساعت مشخص مصرف کرد و گرنه از تأثیر فاصله گذاری در بارداری آن‌ها به شدت کاسته خواهد شد.

قرص‌های فراموش شده:

1. اگر مصرف یک قرص برای مدت کمتر از سه ساعت فراموش شود، می‌بایست به محض به یاد آوردن، قرص فراموش شده مصرف شود و قرص بعدی نیز در زمان تعیین شده قبلی خورده شود.
2. اگر مصرف قرص برای مدت بیشتر از سه ساعت فراموش شود، می‌بایست در همان زمانی که فرد به یاد آورد، قرص فراموش شده را مصرف نماید و قرص بعدی در زمان تعیین شده قبلی خورده شود و علاوه بر آن فرد به مدت دو روز نزدیکی نکند و یا از کاندوم استفاده نماید.
3. اگر مصرف 2 قرص (2 روز متوالی) فراموش شود، باید به محض به یاد آوردن، قرص‌های فراموش شده یکجا خورده شده و بقیه قرص‌ها ادامه یافته و تا 7 روز کاندوم استفاده شود. در صورت قاعده نشدن به فاصله 4-6 هفته پس از فراموشی، بررسی بارداری لازم خواهد بود. در صورت فراموشی دو قرص و داشتن نزدیکی محافظت نشده در این دو روز، روش اورژانس پیشگیری از بارداری تجویز می‌شود در صورت استفاده EC پس از گذشت سه هفته باید بررسی لازم برای تعیین وضعیت بارداری انجام شود.
4. در صورت فراموشی سه قرص متوالی و بیشتر و داشتن نزدیکی محافظت نشده در عرض 120 ساعت گذشته، تجویز EC و مشاوره برای انتخاب روش مناسب دیگر صورت گیرد. در صورتی که از نزدیکی محافظت نشده در زمان عدم مصرف قرص، بیش از 120 ساعت می‌گذرد، آزمایش بارداری (B-hcG) ضروری است. شایان ذکر است تا مشخص شدن جواب آزمایش (B-hcG) فرد باید کاندوم استفاده نماید.

مکانیسم عمل:

1. قرص‌های لاینسترنول با افزایش غلظت ترشحات گردن رحم سبب پیشگیری از بارداری می‌شوند.
2. این قرص‌ها در نیمی موارد تخمک گذاری را نیز متوقف می‌نمایند.
3. ضمناً بر مخاط داخلی رحم تأثیر می‌گذارند.

4. کسانی که مبتلا به مشکل لخته شدن خون در وریدهای عمقی می باشند

اثر بخشی:

با استفاده همزمان با شیردهی به کودک کمتر از شش ماه 99 درصد است.

عوارض جانبی شایع:

استفاده کنندگان از این روش ممکن است دچار بی نظمی در خونریزی قاعدگی (خونریزی طولانی مدت یا قطع خونریزی یا لکه بینی) شوند. به طور کلی اثرات جانبی و عوارض قرص های شیردهی کمتر از قرص های ترکیبی است. در صورت عدم بهبودی عوارض، ارجاع غیرفوری صورت گیرد.

مطالعه آزاد:

عوارض جانبی غیر شایع:

این عوارض ممکن است به ندرت مشاهده شود و در صورت شک و یا ایجاد هر کدام از عوارض زیر بایستی فرد ارجاع داده شود:

1. کیست های تخمدان
2. حاملگی خارج از رحم
3. خونریزی شدید
4. سردرد (میگرن، سردردهای همراه با تاری دید و یا سردردهای طولانی مدت و مزاحم)
5. حساس شدن پستان ها (در صورتی که با رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم برطرف نشود)

موارد منع مصرف مطلق:

1. خونریزی غیر طبیعی رحم 2
2. اختلالات مزمن یا حاد کبدی
3. سابقه ابتلا به سرطان پستان
4. کسانی که مبتلا به لخته شدن خون در وریدهای عمقی می باشند.

مطالعه آزاد

موارد منع مصرف نسبی :

- 1- سابقه کلستاز بارداری 2- فشار خون بالا $\frac{160}{100}$ و بالاتر
- 3- مصرف همزمان داروهای ضد تشنج (ریفامپین و احتمالاً "گریزوفلووین) 4- سابقه حاملگی خارج از رحم 5- وزن بیش از 70 کیلوگرم

آزمایش‌ها و معاینات لازم:

- 1- اندازه‌گیری و ثبت فشارخون
- 2- اندازه‌گیری وزن
- 3- ارجاع جهت آزمایش پاپ اسمیر با توجه به دستورالعمل کشوری
- 4- ارجاع به پزشک یا ماما در صورت وجود هر گونه نکته خاص در شرح حال
- 5- سپس انجام پیگیری و بررسی لازم در فاصله زمانی سه ماهه صورت می‌گیرد که در هر بار وزن و فشار خون اندازه‌گیری می‌شود.

موارد ارجاع فوری:

1. سردرد شدید (میگرن)
 2. سردردهای همراه با تاری دید
 3. درد شدید قفسه سینه پس از شروع مصرف لاینسترنول
 4. خونریزی نامرتب رحمی و یا هر خونریزی بدون دلیلی که احتمال بیماری زمینه‌ای و یا حاملگی را مطرح نماید
 5. زردی پوست و چشم
 6. درد شدید شکمی بخصوص در قسمت پائین شکم و لگن (احتمال حاملگی خارج رحمی و پاره شدن کیست تخمدان).
- در صورت مشاهده علائم فوق ارجاع به متخصص مربوطه یا بیمارستان ضروری است.

موارد قابل توجه ارائه دهنده خدمت

- 1- این نکته بسیار مهم است که قرص‌های لاینسترنول را در یک ساعت معین در هر روز مصرف کرد تا از تأثیر آن‌ها مطمئن بود.
- 2- ارائه‌دهندگان خدمات باید به استفاده‌کنندگان از این روش در مورد تغییرات خونریزی آگاهی‌های لازم را بدهند.
- 3- چنانچه بعد از چند ماه خونریزی قاعدگی منظم در یک دوره خونریزی اتفاق نیفتد باید فرد برای تشخیص علت قطع قاعدگی و حاملگی به پزشک ارجاع داد.

آمپول‌های تزریقی :

آمپول‌های تزریقی شامل دو نوع کلی آمپول‌های حاوی پروژسترون (مگسترون) آمپول‌های حاوی استروژن و پروژسترون (سیکلوفم) هستند.

آمپول‌های مگسترون هر سه ماه یکبار و آمپول سیکلوفم هر ماه تزریق می‌شود. از مزایای استفاده از این روش آن است که نیاز به یادآوری روزانه نداشته، برگشت‌پذیر است. علاوه بر این سبب کاهش درد هنگام قاعدگی و خونریزی شده و از سرطان رحم و تخمدان می‌کاهد. مگسترون نیز دارای اثر طولانی‌مدت است.

آمپول‌های تزریقی برای افرادی که قصد دارند برای مدت محدودی از حاملگی جلوگیری کنند (مثل زنانی که واکسن سرخ‌جبه زده‌اند و یا زنانی که در انتظار بستن لوله‌های رحمی هستند) مناسب است.

آمپول مگسترون:

یک روش پیشگیری است که حاوی ماده موثره دیومدروکسی پروژسترون استات بوده و سه ماه از بارداری ممانعت جلوگیری می‌کند. ارایه خدمت این روش توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده صورت می‌گیرد.

شیوه مصرف آمپول‌های تزریقی پروژسترونی سه ماهه (DMPA):

- 1- اولین تزریق این آمپول‌ها، باید در پنج روز نخست قاعدگی انجام و تا یک هفته نیز از کاندوم استفاده شود.
- 2- بلافاصله پس از سقط، تا حداکثر 5 روز پس از آن می‌توان آمپول را تزریق کرد.
- 3- در زنان با شیردهی مطلق که هنوز قاعده نشده‌اند باید این آمپول را 6 هفته پس از زایمان استفاده کرد.
- 4- چنانچه به طفل خود شیر ندهند می‌توان آن را 3 هفته پس از زایمان به کار برد.
- 5- قبل از تزریق، باید آمپول را به خوبی تکان داد تا غلظت مایع در آن یکسان شود.
- 6- تزریق آمپول باید به صورت عضلانی و عمیق در داخل عضلات سرین یا بالای بازو صورت گیرد.
- 7- در حین تزریق بایستی دقت کرد که محلول از اطراف سرنگ تراوش نکند تا تمامی محلول وارد بدن شود. باید توجه داشت چنانچه تزریق به طور کامل صورت نگیرد اثر ضدبارداری آمپول کم خواهد شد.
- 8- پس از تزریق، نباید محل تزریق را ماساژ داد نگهداری آمپول‌های تزریقی در یخچال ضرورت ندارد. کافی است آن‌ها را در دمایی کمتر از 30 درجه سانتی‌گراد و دور از نور و گرما نگهداری کرد.

مکانیسم عمل:

- 1- سبب توقف تخمک‌گذاری
- 2- افزایش ضخامت موکوس گردن رحمی
- 3- تأثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر) می‌شوند.

اثر بخشی:

در سال اول استفاده بیش از 99/7٪ است.

عوارض جانبی شایع:

1- اختلالات قاعدگی (لکه بینی، آمنوره و خونریزی نامرتب): خونریزی نامرتب رحمی معمولاً در ماه های اول مصرف دیده شده و در عرض 2-3 ماه اول از بین رفته یا کاهش می یابد و گاهی برای رفع این عارضه نیازمند زمانی معادل 6-12 ماه خواهد بود. در صورت تداوم خونریزی نامرتب رحمی، باید فرد را برای بررسی بیشتر ارجاع داد. اگر آمنوره از ابتدای تزریق آمپول ایجاد شود، نیاز به درمان نداشته و صرفاً باید به فرد اطمینان خاطر داده شود. در مواردی که فرد بعد از تزریق آمپول خونریزی قاعدگی منظم داشته و بعداً دچار آمنوره یا قطع قاعدگی شده باشد ارجاع جهت بررسی بارداری الزامی است.

- 2- حساس شدن پستان ها: با استفاده از پستان بندهای مناسب و مسکن های معمولی برطرف می گردد. در غیر این صورت ارجاع به ماما یا پزشک ضروری است
- 3- افزایش وزن: مشکل افزایش وزن با رعایت رژیم غذایی و ورزش قابل رفع است

مطالعه آزاد

عوارض غیر شایع:

- 1- تغییر خلق (بی خوابی و افسردگی) 2- تأخیر در برگشت باروری 3- سردرد، گیجی 4- نفخ شکم 5- کاهش میل جنسی 6- حساسیت 7- شک به سرطان پستان. که در تمام هفت مورد فوق باید ارجاع غیر فوری به سطح بالاتر انجام شود.

موارد منع مصرف مطلق آمپول های پروژسترونی:

- 1- بارداری
- 2- سرطان پستان
- 3- خونریزی واژینال بدون علت مشخص
- 4- اختلالات شدید در انعقاد خون
- 5- سابقه تومور کبدی
- 6- ترومبوز آمبولی فعلی
- 7- فشارخون کنترل نشده.
- 8- سابقه سکته مغزی

مطالعه آزاد

موارد منع مصرف نسبی:

- 1- بیماری کبد 2- سابقه یا ابتلاء به بیماری شدید قلبی و عروقی 3- تمایل به برگشت سریع باروری
- 4- ترس از تزریق 5- افسردگی شدید 6- فشار خون و بیماری قند کنترل شده BMI -7 بیشتر از 30
- 8- سن کمتر از 16 سال 9- دیابت یا بیماری عروقی یا دیابت طول کشیده به مدت بیش از 20 سال یا
- بیشتر 10- وجود عوامل متعدد ابتلای به بیماری های قلبی و عروقی (سیگاری بودن ، دیابت ، فشارخون بالا و سن بالای 45 سال)

آزمایش ها و معاینه های لازم:

- 1- اندازه گیری و ثبت وزن در هر بار مراجعه
 - 2- اندازه گیری و ثبت فشار خون و مقایسه با فشار خون قبل
 - 3- ارجاع جهت انجام پاپ اسمیر براساس دستورالعمل کشوری
 - 4- ارجاع به پزشک جهت اندازه گیری LDL و کنترل سالانه چربی های خون.
- توجه 1:** در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه ،ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری است. اگر انجام معاینه های فوق در اولین مراجعه ممکن نباشد ، می توان اولین نوبت آمپول را تزریق کرد.بهبورز آموزش دیده قادر به انجام اولین تزریق بوده و باید به خاطر داشت که انجام معاینه های یاد شده حداکثر تا سه ماه پس از تزریق اول ضرورت دارد.
- توجه 2:** انجام آزمایش های بند 3و4 در ویزیت اول اجباری نیست.این آزمایش ها باید تا حداکثر سه ماه پس از اولین ویزیت و بر اساس دستورالعمل ها انجام شود.

موارد ارجاع فوری:

- 1- خونریزی شدید
- 2- سردردهای شدید همراه با تاری دید
- 3- زردی چشم و پوست
- 4- افزایش فشارخون در حدی که نیازمند درمان باشد (فشا. خمن $\frac{160}{100}$ میلی لیتر جیوه و بالاتر)

موارد ارجاع غیرفوری:

- 1- تأخیر قاعدگی در فردی که حین استفاده از آمپول قاعدگی مرتب داشته باشد.
- 2- خونریزی طولانی (در هنگام قاعدگی یا جز آن)

پیگیری و مراقبت از استفاده‌کنندگان مگسترون:

مراجعه‌کننده پس از سه ماه از زمان تزریق باید جهت دریافت مجدد آمپول مراجعه کند. در غیر این صورت باید مورد پیگیری قرار گیرد. تزریق بعدی باید با فاصله سه ماهه (با حداکثر اختلاف دو هفته) صورت گیرد. در این مراجعه، باید رضایت از این روش و مشکلات وی مورد بررسی و مشاهده قرار گیرد. در صورتی که او تمایلی به استفاده مجدد از این روش ندارد با وی مشاوره کرده و تشویق به استفاده از یک روش مناسب فاصله گذاری نمود.

موارد قابل توجه ارائه‌دهنده خدمت:

1. در صورت تاخیر بیش از 2 هفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از این روش، بررسی احتمال بارداری و تذکر به استفاده از یک روش دیگر (مانند کاندوم) تا قاعدگی بعدی ضروری است. در صورت وجود آمنوره به دلیل تزریق آمپول، تاخیر بیش از 2 هفته، ارجاع به پزشک یا ماما، جهت درخواست آزمایش بررسی حاملگی الزامی می باشد و تزریق بعدی پس از دریافت پاسخ منفی آزمایش انجام خواهد شد.
2. قبل از شروع استفاده از این روش زنان داوطلب باید به دقت در مورد تغییرات احتمالی در خونریزی قاعدگی - مانند قطع خونریزی - که ممکن است در زمان مصرف این روش پیش بیاید مشاوره شوند.
3. ارائه‌کنندگان این خدمات باید متقاضیان را در مورد زمان مراجعه بعدی برای دریافت مجدد آمپول راهنمایی نمایند.
4. ممکن است بازگشت باروری در استفاده‌کننده DMPA پس از قطع استفاده از روش با تأخیر 8 تا 9 ماه بعد از آخرین تزریق طول بکشد.
5. در صورت بارداری با این روش احتمال مرگ و میر نوزادی به دلیل کاهش وزن نوزاد وجود دارد.
6. تداوم استفاده از DMPA باعث کاهش تراکم استخوانی می‌شوند لذا توصیه می‌شود 2 تا 3 سال قبل از یائسگی استفاده از آن قطع شود.

آمپول سیکلوفم (cyclofem):

سیکلوفم یک روش هورمونی ترکیبی و تزریقی پیشگیری از بارداری است. آمپول سیکلوفم در بردارنده نیم میلی لیتر ماده موثره استروژن و پروژسترون می باشد. این آمپول توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده یا پزشک و در فاصله های یک ماهه تزریق می شود.

شیوه مصرف آمپول سیکلوفم:

1- تزریق سیکلوفم عضلانی (بالای بازو یا قسمت تحتانی خارجی باسن) و عمیق (با استفاده از سوزن بلند) است.

2- محل تزریق نباید ماساژ داده شود.

3. تزریق آمپول باید هر 30 روز انجام شود اگر متقاضی در فاصله زمانی 3 روز زودتر یا 3 روز (± 3 روز) مراجعه کرد از موعد مقرر مراجعه نماید می توان ضمن تأکید بر لزوم رعایت فاصله زمانی تعیین شده آمپول را تزریق کرد.

4. در صورت تاخیر برای تزریق بعدی (بیش از 33 روز)، انجام تزریق با اطمینان پیدا کردن از نداشتن تماس جنسی (پس از فاصله 33 روز تا زمان مراجعه) و یا اطمینان از باردار نبودن فرد مقدور خواهد بود. در غیر این صورت باید فرد از نظر حاملگی بررسی و تا تزریق بعدی از یک روش کمکی دیگر استفاده کند.

5. پیش از کشیدن آمپول به داخل سرنگ باید آمپول را به آرامی تکان داد، در صورت سرد بودن آمپول باید پیش از تزریق آن را با دمای بدن هماهنگ نمود مالش آمپول بین دست ها به این کار کمک می کند.

زمان شروع استفاده از آمپول سیکلوفم به شرح ذیل می باشد:

- اولین تزریق (شروع استفاده از روش) در یکی از 5 روز اول قاعدگی انجام می شود
- غیر از دوران قاعدگی استفاده از آمپول در هر زمان که اطمینان از باردار نبودن وجود داشته باشد می توان تزریق آمپول را آغاز و به مدت یک هفته از کاندوم استفاده کرد.
- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر می دهد و به استفاده از آمپول اصرار داشته باشد ضمن تأکید بر منع مصرف نسبی تا شش ماهگی اگر خونریزی قاعدگی رخ نداده باشد می توان بعد از انجام BHCG و منفی بودن تست تزریق آمپول را آغاز کرد.
- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد می تواند استفاده از این روش را در فاصله روزهای 21-28 پس از زایمان آغاز کند.
- مصرف آمپول را می توان در 5 روز اول بلافاصله پس از سقط سه ماهه اول یا دوم شروع کرد.
- در صورت تغییر روش از قرص به آمپول سیکلوفم فاصله 7 روزه بین دو بسته بهترین زمان برای تزریق سیکلوفم است.
- در صورت تغییر روش از آمپول های سه ماهه به آمپول سیکلوفم، باید آمپول سیکلوفم در زمان تزریق بعدی آمپول مگسترون تزریق شود.
- در صورت تمایل به تغییر روش از IUD به آمپول سیکلوفم در 5 روز اول قاعدگی باید آمپول را تزریق نمود و داوطلب را بلافاصله برای خارج نمودن، IUD ارجاع داد

مکانیسم عمل:

- 1- جلوگیری از تخمک گذاری
- 2- تأثیر بر مخاط داخلی رحم
- 3- افزایش ضخامت ترشحات دهانه رحم و ایجاد اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم

اثر بخشی:

در سال اول استفاده 99/8٪ است.

عوارض جانبی شایع:

- عوارض شایع معمولاً در ماه‌های اول مصرف بروز نموده و در عرض 2-3 ماه کاهش یافته یا از بین می‌رود. این عوارض عبارتند از:
- 1- سردرد و سرگیجه: (در صورت رویارویی با سردرد و سرگیجه خفیف می‌توان از مسکن‌های معمولی استفاده نمود).
 - 2- حساسیت پستان‌ها: استفاده از پستان بندهای محکم و مسکن‌های معمولی باعث رفع این عارضه می‌شود در صورت برطرف نشدن، فرد ارجاع داده شود.
 - 3- افزایش وزن خفیف: افزایش وزن با انجام ورزش منظم و رعایت رژیم غذایی برطرف خواهد شد.
 - 4- آکنه: کاهش میزان چربی مصرفی خصوصاً تنقلات و افزایش میوه و سبزی تازه و تمیز نگاه داشتن پوست از آکنه پیشگیری می‌کند.
 - 5- افزایش بروز افسردگی و اضطراب: با ادامه استفاده از آمپول تغییرات خلق و خو رفع شده در غیر این صورت ارجاع به پزشک ضروری است.
 - 6- کم شدن مقدار و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی

مطالعه آزاد

عوارض جانبی غیر شایع:

- 1- خونریزی نامنظم رحمی (پس از 3 ماه اگر ادامه یافت ارجاع به پزشک لازم است).
- 2- آمنوره در صورت وقوع که باید بررسی حاملگی انجام شود و اگر آمنوره مربوط به عوارض سیکلوفم بود می‌توان در صورت عدم موافقت وی با این عارضه روش را عوض کرد.

موارد منع مصرف مطلق:

- 1- خونریزی‌های رحمی با علت ناشناخته
- 2- شک یا اطمینان به وجود بارداری
- 3- بیماری‌های فعال یا مزمن کبدی ، سابقه یرقان همزمان با مصرف قرص
- 4- شک به وجود سرطان پستان ، ابتلا و یا سابقه آن
- 5- سرطان آندومتر
- 6- هریدخمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
- 7- بیماری‌های دریچه‌ای قلب ، عروق کرونر ، بیماری سیانوتیک قلبی
- 8- ابتلای فعلی یا سابقه لخته در وریدهای عمقی
- 9- بیماری عروق مغزی ، سابقه این بیماری‌ها یا شرایط مستعد کننده آن‌ها ، سکته مغزی
- 10- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی شامل کاهش میدان دید چشم به طور مشابه - دیدن خطوط زیگزاکی روشن - احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو و یا یک طرف صورت یا زبان
- 11- میگرن بدون علائم عصبی و سن بالای 35 سال
- 12 - ابتلای بیش از 20 سال به دیابت یا دیابت همراه با بیماری‌های عروقی ، عوارض چشمی ، کلیوی یا عصبی
- 13 - خانم‌های سیگاری 35 ساله و بالاتر
- 14- فشار خون بالا (160/100 میلی متر جیوه و بالاتر)
- 15- افزایش چربی‌های خون
- 16- درفاصله زمانی کمتر از 3 هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده
- 17- شرایط نیازمند بی حرکتی کامل (باید مصرف آمپول از 28 روز قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی حرکتی پس از عمل قطع شود)

مطالعه آزاد

موارد منع مصرف نسبی:

1- میگرن بدون علائم عصبی 2- فشارخون کنترل شده بین 160/100 و 140/90 میلی‌متر جیوه 3- افسردگی خیلی شدید 4- خانم‌های سیگاری کمتر از 35 سال 5- دیابتی‌های بدون درگیری عروقی 6- بیماری فعال کیسه صفرا 7- سلول‌های غیر طبیعی در گردن رحم 8- سابقه یرقان انسدادی در حاملگی 9- توده پستانی تشخیص داده نشده 10- مادر شیرده‌ای که از زایمان آنان کمتر از شش ماه می‌گذرد. 11- مصرف ریفامپین یا گریز وفولوین 12- مصرف دارو برای صرع (به جز والپروئیک اسید)

آزمایشات و معاینه‌های لازم:

جلسه اول:

- 1- معاینه مراجعه کننده از نظر زردی (چشم و پوست)
- 2- اندازه‌گیری فشارخون
- 3- ارجاع جهت معاینه پستان
- 4- اندازه‌گیری قد و وزن و محاسبه BMI
- 5- ارجاع جهت آزمایش پاپ اسمیر (4-6 هفته پس از زایمان و براساس دستورالعمل کشوری)
- 6- ارجاع جهت بررسی مشکلات انعقادی و چربی‌های خون (در صورت سابقه بروز لخته‌های خونی و یا بیماری‌های قلبی در بستگان درجه یک زیر 50 سال)
- 7- ارجاع جهت اندازه‌گیری و بررسی تری‌گلیسرید

توجه 1: در مواردی که BMI مراجعه‌کننده بیش از 30 می‌باشد در مراجعه اول ویزیت پزشک پیش از تزریق آمپول ضرورت داشته و تزریق آمپول پس از آن انجام خواهد شد

توجه 2: انجام آزمایش بند 5 و 6 و 7 در ویزیت اول اجباری نیست، این آزمایش‌ها باید تا حداکثر 3 ماه پس از اولین ویزیت انجام شود.

موارد ارجاع فوری

- درد شدید در قسمت بالای شکم
- درد قفسه سینه و یا تنگی نفس یا سرفه با خلط خونی
- تورم و درد شدید در یک پا
- مشکلات چشمی (تاری دید، دوبینی، از دست دادن قدرت دید)
- سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی یا سردرد در یک طرف سر)
- زردی چشم و پوست

مراجعه‌های پیگیری:

اولین بررسی بعد از 3 ماه و سپس هر شش ماه یکبار تا دو سال و بعد از آن و در صورت نبودن هر گونه مشکل هر ساله و به شرح زیر انجام می‌شود:

- 1- اندازه گیری فشارخون
 - 2- اندازه گیری وزن
 - 3- پیگیری بروز علائم هشدار و عوارض
- بررسی دقیق‌تر خانم‌های با بیماری مزمن که اثر آمپول روی آن مشخص نیست (بیماری‌هایی که در موارد منع مصرف اشاره ای به آن نشده است).

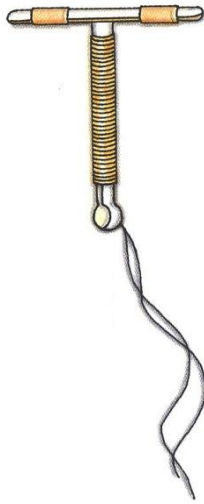
اگر هر کدام از مشکلات یاد شده وجود داشته باشد، باید به متخصص مربوطه ارجاع شود. بررسی سالانه قند، چربی و لیپوپروتئین برای خانم‌های زیردر مراجعه‌های پیگیری انجام می‌شود.

- ❖ خانم‌های 35 ساله یا بالاتر
 - ❖ خانم‌های با سابقه بیماری قلبی، یا فشار خون بالا
 - ❖ خانم‌های با سابقه دیابت حاملگی
 - ❖ دیابتی‌ها
 - ❖ خانم‌های چاق (با نمایه توده بدنی بیشتر از 30)
- در هر مراجعه برای تزریق بعدی، باید در خصوص رضایت از روش، شکایت‌ها، هشدارها و یا عوارض مصرف با دقت پرسش شود.

موارد قابل توجه ارائه‌دهنده خدمت:

- 1- در اغلب موارد بازگشت تخمک‌گذاری 2 تا 3 ماه پس از آخرین تزریق رخ می‌دهد.
- 2- در زمان اولین مراجعه و در صورت عدم حضور پزشک، معاینات پزشک باید حداکثر تا 3 ماه پس از اولین مراجعه انجام شود.
- 3- باید آموزش داد که اثربخشی آمپول در صورت اسهال و استفراغ کم نمی‌شود.
- 4- قابل استفاده همزمان با آنتی‌بیوتیک‌ها به جز ریفامپین و گریزوفلووین می‌باشد.
- 5- برای افراد با سابقه بارداری خارج از رحمی مناسب است.

وسیله داخل رحمی (IUD)



IUD یک وسیله کوچک حاوی مس و از جنس پلاستیک قابل انعطاف است که توسط پزشک یا ماما در داخل رحم کار گذاشته می‌شود. تمام انواع IUD مورد استفاده، یک اندازه و یک شکل نیستند. طول زمان استفاده از انواع IUD بسته به نوع و جنس آن متفاوت است. اغلب IUD های مورد استفاده فاقد هورمون هستند. IUD های مس‌دار در حال حاضر از نوع آی-یو-دی Tcu 380A هستند. بنابراین در ادامه بحث، در مورد IUD های مس‌دار صحبت خواهیم کرد.

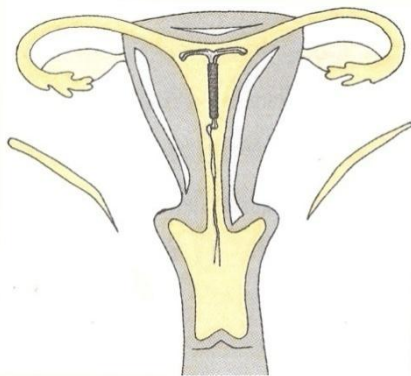
زمان شروع استفاده از آی.یو.دی:

با توجه به اطمینان از باردار نبودن، نرمی سرویکس و راحت بودن ارایه خدمت کارگذاری IUD در پنج روز اول خونریزی قاعدگی توصیه می‌شود. علاوه بر این آی‌یودی را می‌توان 6 هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین استفاده کرد. در پنج روز اول پس از سقط یا کورتاژ غیرعفونی زیر 12 هفته می‌توان IUD گذاشت. در موارد سقط بالای 12 هفته این کار پس از 6 هفته تأخیر و بررسی‌های لازم توسط متخصص زنان انجام می‌شود.

آی-یو-دی انواع مختلفی دارد ولی اغلب آن‌ها از یک بدنه و دو شاخه تشکیل شده‌اند در قسمت تحتانی آی-یو-دی 2 رشته نخ وجود دارد.

موارد مصرف IUD به شرح زیر است:

- خانمی که حداقل یکبار زایمان کرده باشد و بخواهد از یک روش برگشت‌پذیر موثر برای فاصله‌گذاری بین تولدها استفاده کند.
- زنانی که ترجیح می‌دهند از روش‌هایی استفاده کنند که نیاز به مصرف روزانه و یادآوری نداشته باشند.
- زنی که به کودک خود شیر می‌دهد.
- زنانی که در استفاده از روش‌های هورمونی دچار مشکلی می‌شوند.



موقعیت آی - یو - دی در رحم زن

مصرف IUD با شیردهی تداخلی ندارد، نیاز به یادآوری روزانه نداشته و تأثیر آن طولانی مدت است. علاوه بر این پس از برداشت IUD بازگشت توان باروری به سرعت به وقوع می پیوندد.

مکانیسم عمل:

- کاملاً شناخته شده نیست ولی در حال حاضر مکانیسم های زیر به عنوان مکانیسم اصلی عنوان شده است.
- 1- از طریق ایجاد التهاب در رحم و صدمه به اسپرم
 - 2- اختلالات در حرکات لوله های رحمی و در نتیجه پیشگیری از انتقال اسپرم و رسیدن آن به تخمک
 - 3- تغییر در ترشحات دهانه رحم و ترشحات رحمی

اثر بخشی:

حدود 99/8٪ است. بلافاصله پس از گذاشتن آن اثر ضدبارداری شروع می شود. بلافاصله پس از برداشتن اثرات ضدبارداری آن از بین می رود.

عوارض جانبی شایع:

- 1- افزایش خونریزی قاعدگی و دردهای رحمی و پایین کمر که اگر بعد از 2-3 ماه برطرف نشد نیاز به ارجاع غیر فوری دارد.
- 2- خونریزی نامنظم و لکه بینی بین قاعدگی، در صورت عدم بهبودی آن پس از 2-3 ماه ارجاع غیرفوری لازم است.
- 3- افزایش ترشحات واژینال که پس از بررسی نوع ترشحات در صورت نیاز ارجاع غیرفوری صورت می گیرد.

مطالعه آزاد

عوارض جانبی غیر شایع:

1. بیماری التهابی لگن که در صورت بروز معمولاً در 20 روز اول پس از کارگذاری مشاهده می شود. (علائم بیماری های التهابی لگن: درد، حرکات دردناک سرویکس و حساسیت تخمدان ها)
- 2-سوراخ شدن رحم هنگام کارگذاری

موارد منع مصرف مطلق IUD عبارتند از:

- شک یا اطمینان به بارداری
- وجود یا سابقه بیماری های التهابی لگن با بستری در بیمارستان
- کسانی که خونریزی قاعدگی بیش از حد معمول (دفع لخته) و یا آنمی شدید دارند.
- ابتلا به اختلالات انعقادی (بیماری هایی که سبب عدم بند آمدن خونریزی می شود).

- بیماری‌های بدخیم دستگاه تناسلی یا احتمال وجود آن
- ناهنجاری‌های مادرزادی رحمی مانند رحم دیواره‌دار یا دوشاخ
- بیماری ویلسون یا حساسیت به مس
- خونریزی واژینال (مهبلی) غیر عادی، نامنظم یا با علت نامشخص
- سل لگنی
- فیبرومی که اندازه و شکل رحم را تغییر داده باشد.
- در فاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل یکسال)
- نقص سیستم ایمنی

مطالعه آزاد

موارد منع مصرف نسبی IUD عبارتند از:

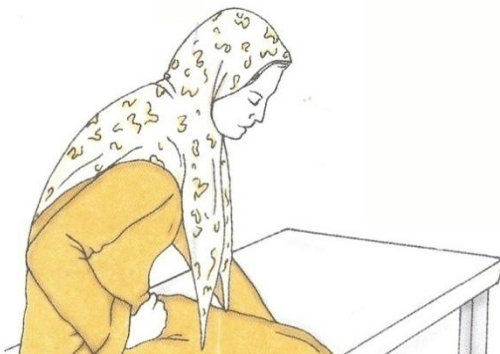
- 1- سابقه بیماری‌های التهابی لگن بدون بستری در بیمارستان 2- ابتلای اخیر به بیماری‌های مقاربتی یا سابقه آن
- 3- عفونت رحم پس از زایمان و یا سقط عفونی در 3 ماهه گذشته
- 4- واژینیت و سرویسیت درمان نشده 5- نداشتن سابقه زایمان 6- سابقه دیسمنوره
- 7- داشتن شریک‌های جنسی در زن یا همسر وی

در صورت وقوع هر یک از موارد زیر مصرف‌کننده IUD را به پزشک ارجاع فوری نمایید.

- 1- تأخیر در خونریزی قاعدگی
- 2- درد قسمت تحتانی شکم، ترشحات چرکی و غیرطبیعی از مهبل، رحم، تب و لرز، حرکات دردناک سرویکس که علامت بیماری التهابی لگن می‌باشد.
- 3- وقوع هر گونه علائمی که دلالت بر وقوع حاملگی‌های خارج رحمی داشته باشند.
- 4- خونریزی شدید و طولانی مدت

پیگیری:

- 1- باید به استفاده‌کنندگان از IUD توصیه کرد که یک ماه پس از جایگذاری IUD و سپس هر 6 ماه (پس از پایان خونریزی قاعدگی) برای کنترل نخ IUD مراجعه کنند.
- 2- همانند سایر روش‌های پیشگیری از بارداری از استفاده‌کننده IUD در مورد رضایت از روش انتخابی و مشکلاتی که دارد سؤال کنید. به او توصیه کنید که در صورت بروز هرگونه مشکل یا عارضه به شما مراجعه نماید.



هریک از علائم ترشح از مهبل، درد در ناحیه زیر شکم و تب و لرز را در استفاده‌کننده آی - یو - دی مورد توجه قرار دهید. در چنین شرایطی بیمار را ارجاع فوری نمایید.

3- زمان تعویض یا خارج کردن IUD بستگی به نوع آن دارد که بایست با نظر پزشک یا ماما صورت گیرد. بهتر است خروج IUD نیز در زمان خونریزی قاعدگی صورت گیرد و در صورت نداشتن شرایط فرزندآوری و عدم تمایل فرد به گذاشتن مجدد IUD از یک روش دیگر فاصله گذاری استفاده شود. در صورت خروج خودبه خود IUD و تماس جنسی بدون محافظت در 120 ساعت گذشته استفاده از EC لازم است.

4- ارجاع برای انجام پاپ اسمیر طبق دستورالعمل کشوری

5- ارجاع خانم برای اندازه گیری هموگلوبین خون در اولین مراجعه برای آی.یو.دی گذاری ضرورت دارد.

6- با توجه به احتمال ایجاد کم خونی در استفاده کنندگان آی.یو.دی باید در مراجعه های پیگیری معاینه کم خونی انجام شود و در صورت لزوم اندازه گیری هموگلوبین صورت گیرد.

موارد قابل توجه ارائه دهنده خدمت:

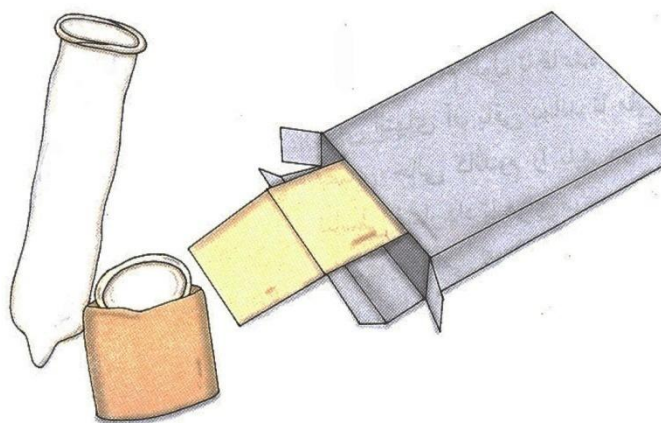
- 1- باید به مادر آموزش داد که TCu380A به مدت 10 سال می تواند در بارداریها فاصله بیندازد.
- 2- ارائه کنندگان خدمات باید به متقاضیان استفاده از این روش گوشزد نمایند که ممکن است با استفاده از IUD دچار تغییراتی در وضعیت خونریزی قاعدگی شوند. علاوه بر این باید در مورد علائم هشدار و چگونگی چک کردن نخ IUD توسط ارائه دهنده خدمت و زمان مراجعه برای پیگیری و مراقبت آموزش دهند.
- 3- در صورت وقوع بارداری با IUD حاملگی در معرض خطر می باشد.

کاندوم:

کاندوم یک وسیله پلاستیکی نازک از جنس لاتکس است که در زمان مقاربت روی آلت تناسلی مرد را می پوشاند و از ورود مایع منی به داخل مهبل و رحم جلوگیری می کند.

از کاندوم می توان در موارد زیر استفاده کرد:

- هنگامی که به دلیلی باید از یک روش دیگر فاصله گذاری نیز استفاده کرد؛ مثلاً، در مواردی که زن مصرف قرص خوراکی ترکیبی را فراموش کرده .
- زمانی که به دلیل وقوع یکی از موارد منع مصرف سایر روش های فاصله گذاری مجبور به قطع استفاده از آن روش هستیم.



کاندوم از بروز بیماری های مقاربتی جلوگیری می کند. هر کاندوم برای یک بار مصرف می شود.

- در مواردی که خطر انتقال بیماری های مقاربتی از مرد به زن یا برعکس وجود دارد. (استفاده از کاندوم یک روش مناسب در پیشگیری از عفونت های مقاربتی است.)

■ در موارد بروز حساسیت زن به منی مرد.

کاندوم می‌تواند از انتقال بیماری‌های مقاربتی جلوگیری نموده و امکان بروز سرطان گردن رحم (سرویکس) را در زنان کاهش می‌دهد. علاوه بر این کاندوم می‌تواند تأثیر درمانی نسبتاً مؤثری در انزال زودرس مرد داشته باشد.

در شرایطی که نیاز به جلوگیری بسیار مطمئن از بارداری است، کاندوم در اولویت انتخاب قرار نمی‌گیرد.

شیوه استفاده از کاندوم:

❖ برای استفاده از کاندوم، آلت تناسلی باید به تحریک کامل رسیده باشد. کاندوم را قبل از شروع به نزدیکی باید بر روی آلت تناسلی در تمام طول تا قاعده آن کشید، به‌طوری که فضای خالی انتهای آن باقی بماند تا مایع منی در آن جمع شود. فضای خالی کاندوم را باید در هنگام کشیدن روی آلت تناسلی فشار داد تا هوای موجود در آن تخلیه شود. باید توجه داشت هنگامی که کاندوم را از بسته خارج می‌کنند آسیب نبیند زیرا کاندوم در تماس با ناخن یا هر جسم تیز دیگر پاره می‌شود.

❖ باید پس از انزال و قبل از پایان نعوظ نزدیکی قطع شود، زیرا ادامه مقاربت در این حالت سبب نشت منی از غلاف کاندوم یا درآمدن در مهبل زن می‌شود. در هنگام خروج آلت نیز باید انتهای غلاف را با دست نگه‌داشت تا از سرخوردن و باقی ماندن آن در مهبل جلوگیری شود.

❖ باید به مصرف‌کنندگان آموزش داد که نباید در هنگام استفاده از کاندوم از نرم‌کننده دیگر مانند وازلین و یاسایر مواد روغنی استفاده نمایند چون این کار ممکن است سبب آسیب‌دیدگی لاتکس و پارگی آن شود.

❖ در هر بار مقاربت باید از یک کاندوم جدید استفاده کرد.

❖ باید به تاریخ مصرف کاندوم دقت کرد زیرا در صورت انقضای آن ممکن است سبب فاسد شدن غلاف لاتکس و ایجاد تغییراتی در آن شود، (خشک شدن و یا چسبندگی)

همیشه قبل از شروع نزدیکی باید کاندوم را روی آلت تناسلی کشید؛ زیرا در ترشحات قبل از انزال مرد نیز اسپرم وجود دارد.

❖ در صورت حساسیت مرد یا زن به کاندوم باید از نوع دیگری از کاندوم یا از روش دیگری استفاده کرد.

❖ چنانچه مصرف‌کننده پس از نزدیکی با کاندوم متوجه شد که این وسیله سوراخ یا پاره شده، برای پیشگیری از بارداری ناخواسته باید ظرف حداکثر 5 روز (120 ساعت) از یکی از روش‌های اورژانس پیشگیری از بارداری استفاده کرد.

مکانیسم عمل:

کاندوم از ورود مایع منی به داخل مهبل و رحم جلوگیری می‌کند. کاندوم‌ها در قسمت جلوی خود یک قسمت شبیه نوک پستانک دارند که امکان آن را ایجاد می‌کند که مایع منی پس از خروج در آن تجمع یابد.

اثر بخشی:

با استفاده صحیح حدود 97٪ است.

موارد منع مصرف:

1. حساسیت به لاتکس و سایر مواد استفاده شده در کاندوم
2. بروز خارش یا لکه‌های پوستی در هر کدام از زوجین به دنبال استفاده از کاندوم.

پیگیری:

استفاده‌کنندگان از کاندوم می‌بایست ماهیانه یکبار (هر 3-4 هفته) و پیش از تمام شدن کاندوم جهت دریافت وسیله مراجعه کنند و در هر بار مراجعه باید رضایت‌مندی استفاده‌کننده از روش و مشکلات او مورد بررسی قرار گرفته و آموزش‌های لازم به وی داده شود. در این مراقبت‌ها باید به تعداد مورد درخواست مراجعه‌کننده کاندوم در اختیار وی قرار گیرد.

استفاده‌کنندگان از کاندوم باید درباره روش‌های پیشگیری اورژانس از بارداری آموزش دیده و قرص‌های مربوطه در اختیار آنان قرار داده شود.

موارد قابل توجه ارائه‌دهنده خدمت:

1. کاندوم باید در شرایط دور از حرارت، نور و رطوبت نگهداری شود و در جای خشک و تاریک و دور از لامپ فلئورسانس و اشعه ماوراء بنفش قرار گیرد.
2. به کلیه استفاده‌کنندگان کاندوم باید روش اورژانس پیشگیری از بارداری آموزش داده شود.

چگونگی نگهداری کاندوم:

کاندوم باید دور از نور مستقیم آفتاب، رطوبت، نور لامپ فلئورسانس و اشعه ماورای بنفش بوده و در جای خشک و خنک نگهداری شود.

روش اورژانس پیشگیری از بارداری [EC Emergency Contraception]:

گاهی اوقات به خاطر استفاده نکردن از روش‌های فاصله گذاری در بارداری یا به وجود آمدن برخی مشکلات (مانند پاره شدن کاندوم) احتمال حاملگی پس از نزدیکی وجود دارد. در این موارد می‌توان از قرص لوونورجسترل یا قرص‌های ترکیبی خوراکی به عنوان روش فاصله گذاری تا حداکثر 120 ساعت پس از نزدیکی به صورت اورژانس استفاده کرد.

زمان شروع و چگونگی استفاده از روش EC:

- 1- قرص لوونور جسترول، دو عدد یک جا در اولین فرصت
- 2- قرص ال دی، 4 عدد در اولین فرصت و چهار عدد 12 ساعت بعد
- 3- قرص تری فازیک، 4 عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید دیگر 12 ساعت بعد. در صورت بروز حالت تهوع با مصرف LD یا تری فازیک یا LNG برای رفع این حالت بهتر است قبل و 4-6 ساعت بعد از مصرف هر دوز این روش، از یک داروی ضد تهوع مانند دیمن هیدرینات یا دیفن هیدرامین استفاده شود. قرص دیمن هیدرینات 25-50 میلی گرم 3-4 بار در روز یا قرص (شربت) دیفن هیدرامین 25-50 میلی گرم (2-4 قاشق غذاخوری کوچک) که مصرف دوز اول آن نیم ساعت قبل از خوردن EC و دوزهای بعدی (در صورت نیاز) با فاصله‌های 6 ساعته پس از آن است، در کاهش شدت تهوع و استفراغ مؤثر است.

اثر بخشی:

با لوونور جسترول حدود 99٪ و با قرص ترکیبی 97٪ است

*** با استفاده از روش EC اگر تأخیر قاعدگی بیش از 7 روز وجود داشت باید احتمال بارداری را در نظر داشت.**

عوارض جانبی:

- 1- تهوع، استفراغ حین مصرف
- 2- اختلال قاعدگی
- 3- سردرد و سرگیجه

افرادی که می‌توانند از این روش استفاده نمایند:

- 1- پارگی کاندوم
 - 2- خارج شدن کاندوم
 - 3- تجاوز جنسی
 - 4- فراموشی قرص ترکیبی برای سه نوبت پیاپی
 - 5- فراموشی قرص شیردهی به مدت بیش از سه ساعت
 - 6- تأخیر بیش از دو هفته در تزریق آمپول مگسترون و بیش از سه روز در تزریق آمپول ترکیبی
 - 7- استفاده نادرست از روش طبیعی یا منقطع
 - 8- خروج IUD در زمانی غیر از قاعدگی.
- * موارد بند 4 تا 8 در صورت داشتن تماس جنسی از روش EC استفاده شود.**

* دقت در این نکته مهم است که این روش نباید مورد استفاده دائم قرار گیرند و فقط به موارد زیر محدود می‌گردد.

تذکرات حین مصرف

1. باید قرص‌ها در اولین فاصله زمانی ممکن پس از تماس جنسی محافظت نشده خورده شوند تا بهترین اثربخشی را ایجاد نمایند.
2. بهتر است که قرص‌ها با شکم خالی خورده نشوند.
3. در صورت استفراغ تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص‌ها ضروری است.
4. حداکثر دفعات مجاز استفاده از این روش در هر سیکل قاعدگی یک بار است. آموزش کاربرد صحیح این روش ضروری بوده و باید تأکید شود که این روش باید در حداقل دفعات ممکن در طول دوران باروری استفاده گردد. مجاز بودن مصرف یکبار از این روش در هر دوره قاعدگی دلیلی بر تأیید مصرف آن در هر دوره قاعدگی به عنوان روش پیشگیری از بارداری نیست.
5. با توجه به اینکه افزایش تعداد تماس‌های جنسی بدون محافظت، اثربخشی روش را کاهش و احتمال حاملگی را افزایش می‌دهد، یک خانم نباید در صورت داشتن چند تماس جنسی محافظت نشده در طول یک دوره قاعدگی، چند بار از روش پیشگیری اورژانس از بارداری استفاده نماید و بر اساس موارد مطرح شده در بند، استفاده از این روش در هر دوره قاعدگی فقط برای یک نوبت مجاز خواهد بود.

تذکر مهم:

استفاده از این روش می‌تواند باعث تغییر در زمان قاعدگی بعدی شود. معمولاً این تغییرات کم بوده و قاعدگی چند روز زودتر یا دیرتر اتفاق می‌افتد. اگر تأخیر قاعدگی بیش از 7 روز شود، باید احتمال بارداری را در نظر داشت. در این صورت فرد را برای بررسی و معرفی برای انجام تست بارداری به سطح دوم ارجاع دهید. (B.HCG)

روش‌های طبیعی فاصله گذاری:

1- روش دوره‌ای:

عبارت است از شناخت دوره با قابلیت باروری تخمک در طول یک سیکل قاعدگی و پرهیز از مقاربت در طول این دوره. در این روش باید در طول 7 تا 14 روز پس از شروع قاعدگی از مقاربت خودداری کرد. طول این دوره در زنان مختلف است. دوره با قابلیت باروری در زن را می‌توان با چندین روش تعیین کرد. روش تقویمی، ارزیابی ترشحات موکوس گردن رحم و نیز کنترل تغییرات درجه حرارت بدن، از راه‌های تشخیص این دوره است که به دلیل پیچیدگی و میزان شکست بالا از ذکر آن‌ها خودداری می‌کنیم.

اثربخشی:

میزان اثربخشی این روش در جامعه آمریکا 80 درصد گزارش شده است. البته در جوامعی که آگاهی‌های لازم جهت استفاده از این روش را ندارند این میزان کمتر خواهد بود. داشتن مهارت لازم در محاسبه دوره باروری از جمله عوامل مهمی است که میزان اثربخشی در استفاده از این روش را تعیین می‌کند.

روش منقطع:

در روش منقطع آلت تناسلی مرد قبل از خروج منی (انزال) از واژن به بیرون کشیده می‌شود. بنابراین از ورود اسپرم به واژن پیشگیری می‌شود.

اثربخشی:

میزان موفقیت این روش 82٪ می‌باشد.

موارد قابل توجه ارائه‌دهنده خدمت:

- 1- مشاور باید به کسانی که می‌خواهند از این روش استفاده نمایند توضیحات کافی بدهد و به آن‌ها گوشزد نماید که ممکن است مقادیری اسپرم قبل از انزال به داخل واژن وارد شود و برای این که این روش مؤثر باشد باید هر دو طرف توانایی کنترل خود را داشته باشند.
- 2- چنانچه متقاضیان فاصله گذاری نتوانند از هیچ روش دیگری استفاده نمایند یا به طور موقت دسترسی به هیچ وسیله فاصله گذاری نداشته باشند، استفاده از این روش از استفاده نکردن از هیچ روش دیگری بهتر است.

روش شیردهی:

همان‌طور که می‌دانید شیر مادر بهترین منبع تغذیه شیرخوار است. شیر مادر با ایجاد ایمنی در بدن شیرخوار او را از بسیاری از بیماری‌ها محافظت می‌کند. علاوه بر این شیردهی مادر سبب فاصله گذاری نیز می‌شود. اما میزان تأثیر این روش در امر فاصله گذاری تا چه حد است؟ در طول نخستین ماه پس از زایمان، احتمال وقوع بارداری در مادر چه به نوزاد خود شیر بدهد یا نه پایین است؛ زیرا در طول این مدت سیکل قاعدگی متوقف شده است. اما پس از این مدت احتمال وقوع قاعدگی یا تخمک‌گذاری به تدریج بالاتر می‌رود. عموماً وقوع قاعدگی در زنان شیرده نسبت به آنان که به فرزند خود شیر نمی‌دهند کمتر است. هرچه دفعات و مدت زمان شیردهی بیشتر باشد، احتمال توقف قاعدگی بیشتر است. در عین حال تشخیص زمان شروع تخمک‌گذاری پس از زایمان در زنان مشکل است، زیرا 80 درصد زنان شیرده، نخستین دوره تخمک‌گذاری خود را قبل از وقوع خونریزی‌های قاعدگی خواهند داشت. بنابراین محتمل است که یک زن شیرده حتی اگر خونریزی ماهیانه‌اش شروع نشده باشد حامله شود. پس استفاده از این روش به عنوان یکی از روش‌های مطمئن فاصله گذاری توصیه نمی‌گردد. مشاوره استفاده از خدمات باروری سالم باید قبل از زایمان یک زن باردار انجام شود. استفاده از روش‌های فاصله گذاری برای زنان شیرده باید 6 هفته پس از زایمان (در صورت عدم قاعدگی) صورت گیرد.

نکته: انتخاب روش پیشگیری شیردهی مادر تأثیر نداشته باشد. موارد IUD، قرص لاینسترنول، پروژسترونی و .. باشد.

باید به گونه‌ای باشد که بر این روش‌ها می‌تواند یکی از کاندوم یا تزریق آمپول



برخی مادران فکر می‌کنند که با شیر دادن طفل خود می‌توانند در مدت زمان طولانی از بارداری پیشگیری کنند. در برخورد با این افراد، باید ضمن تشویق آن‌ها به ادامه شیردهی در مورد شرایطی که ممکن است منجر به بارداری شود به آن‌ها آموزش دهید.

مشاوره خدمات فاصله گذاری:

مشاوره عبارت است از یک ارتباط دو طرفه که در جریان آن مشاور ضمن انجام ارزیابی‌های لازم به مراجعه‌کننده کمک می‌کند تا یک روش مناسب فاصله گذاری در بارداری انتخاب نماید.

هدف از مشاوره باروری سالم انتخاب مناسب‌ترین روش برای زوجین است.

برای انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری باید به وضعیت زوجین از نظر فرهنگی، اجتماعی، تعداد فرزندان، سلامت متقاضی و نیز خواست زوجین در انتخاب روش توجه کرد و همچنین می‌بایست مشاوره باروری سالم توسط فرد ارائه دهنده خدمت و آشنا با روش‌های مختلف پیشگیری صورت گیرد. با دادن اطلاعات حقیقی و مناسب در مشاوره خدمات باروری سالم ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند مطمئن باشند که روش‌های انتخابی با وضعیت متقاضی سازگار است. بررسی‌ها نشان می‌دهد متقاضیانی که اطلاعات کافی در مشاوره کسب نموده‌اند روش انتخابی را به نحو بهتری استفاده کرده و ادامه می‌دهند.

خلاصه فصل پنجم

- روش‌های مطمئن (مؤثر) فاصله گذاری ، روش‌هایی هستند که دارای تأثیر بیشتری بوده و کمترین عوارض و اثرات جانبی را برای استفاده‌کنندگان دارند.
- در انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری خواست زوجین اهمیت اساسی دارد. این امر سبب تداوم مصرف روش می‌شود.
- روش‌های فاصله گذاری را می‌توان از جهات مختلف طبقه‌بندی کرد. یک روش مرسوم برای طبقه‌بندی تقسیم این روش‌ها به انواع هورمونی و غیرهورمونی است. علاوه بر این روش‌ها را می‌توان به انواع موقت و دائم نیز تقسیم‌بندی کرد.
- روش‌های مطمئن فاصله گذاری مرسوم در کشور ما عبارتند از: ، قرص‌های خوراکی، آمپول‌های تزریقی، آی - یو- دی و کاندوم و توبکتومی .
- هر کدام از روش‌ها برای افراد خاصی دارای مزیت و معایبی بوده و نحوه استفاده و مراقبت ویژه‌ای دارند.

تمرین در کلاس درس

1- یک نمونه از هر یک وسایل فاصله گذاری در دسترس را با کمک سایر همکلاسان و مربی خود به کلاس بیاورید و برای آموزش خود و سایرین بر روی تابلویی در کلاس درس نصب نمایید.

2- با همکلاسان خود گروه‌های کوچک یادگیری تشکیل داده و یک یا چند روش فاصله گذاری را به عنوان موضوع کار گروهی برای بحث و تبادل نظر انتخاب کنید. پس از اتمام بحث مطالب و سایر دانستنی‌های لازم در مورد روش‌های فاصله گذاری را در کنفرانس‌های گروهی به سایر همکلاسان خود عرضه نموده و به سؤالات آن‌ها پاسخ دهید.

تمرین در خارج از کلاس

1- مفهوم انتخاب یک روش مناسب فاصله گذاری برای زوج واجد شرایط را شرح دهید و بگویید برای انتخاب یک روش مناسب چه عواملی را باید مدّ نظر قرار داد.

2- روش‌های فاصله گذاری در دسترس را نام برده و آن‌ها را از جهت ویژگی‌های زیر تقسیم‌بندی کنید:

الف - روش با تأثیر کوتاه مدت، روش با تأثیر بلندمدت

ب - روش دائمی، روش قابل برگشت

ج - روش هورمونی، روش غیرهورمونی

3- در مورد هر یک از اصطلاحات مورد استفاده در توصیف روش فاصله گذاری که در ذیل آمده است به اختصار توضیح دهید.

الف - مکانیسم عمل

ب - اثربخشی

ج - تأثیر بر بیماری‌های مقاربتی

د- عوارض جانبی

هـ - دستورالعمل مصرف یا شیوه مصرف

و - ملاحظات که ارائه‌کنندگان خدمات باید مدّ نظر داشته باشند. فاصله گذاری توضیح دهید.

فصل ششم

مراقبت از استفاده‌کنندگان خدمات فاصله گذاری

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

1. مفهوم و نحوه مراقبت از استفاده‌کنندگان خدمات فاصله گذاری را توضیح دهید.
2. فعالیت‌های مختلف اجرایی که در خدمات مراقبتی پیش‌بینی شده را توضیح داده و قادر به انجام هر یک از آن‌ها باشید.

اهداف

عناوین

فصل

مفهوم ونحوه مراقبت در ارائه خدمات فاصله گذاری در برنامه باروری سالم

فعالیت ها در مراقبت خدمات فاصله گذاری

ارزیابی استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری و برخورد مناسب با نیازها و مشکلات آنها

❖ ثبت اطلاعات

❖ پیگیری موارد عدم مراجعه و ترک روش

مفهوم و اهداف مراقبت خدمات فاصله گذاری

«مراقبت» در مفهوم کلی عبارت است از رسیدگی مستمر به همه جنبه‌های فردی که تحت پوشش یک برنامه بهداشتی قرار دارد.

یکی از وظایف بهورزان در اجرای برنامه باروری سالم مراقبت از استفاده‌کنندگان از خدمات فاصله گذاری است.

مراقبت از استفاده‌کنندگان خدمات فاصله گذاری عبارت است از "ارزیابی مداوم جنبه‌های مختلف فردی که از یک روش استفاده می‌کنند مانند ارزیابی رضایت، طرز مصرف، مشکلات، وضعیت سلامت و ... و برخورد مناسب با نیازهایش".

فعالیت‌ها در مراقبت خدمات فاصله گذاری:

کارهای مختلفی که در طول مراقبت انجام می‌شود را می‌توان در چهار مورد ذیل خلاصه کرد:

الف - ارزیابی استفاده‌کنندگان از خدمات فاصله گذاری و برخورد مناسب با نیازها و مشکلات آنان.

ب - ثبت اطلاعات ارزیابی و اقدامات انجام شده در فرم‌های مربوطه در پرونده خانوار و دفتر مراقبت ممتد

ج - پیگیری موارد عدم مراجعه به خانه بهداشت برای مراقبت و موارد ترک استفاده از روش.

الف - ارزیابی استفاده‌کنندگان روش‌های پیشگیری از بارداری و برخورد مناسب با نیازها و مشکلات آنان:

ارزیابی استفاده‌کنندگان از روش‌ها و برخورد مناسب با نیازها و مشکلات پیش‌آمده در حین استفاده در قالب مشاوره صورت می‌گیرد. هدف مشاوره این است که ارائه‌کننده خدمت و دریافت‌کننده خدمت هر دو مطمئن باشند که در زمینه روش انتخاب شده مناسب‌ترین اقداماتی که ضامن سلامت دریافت‌کننده خدمت است، صورت گرفته است. برای این که ارائه‌کننده خدمت مطمئن باشد روش انتخاب شده برای متقاضی مناسب بوده است باید اقدام به ارزیابی وضعیت سلامت استفاده‌کننده و نیز برداشت‌های او در زمینه روش انتخاب شده نماید. به این طریق ارائه‌کننده خدمت، هم می‌تواند از وضعیت سلامت استفاده‌کننده از روش اطمینان حاصل نماید و هم این که می‌تواند دریابد که مصرف‌کننده تا چه حد از تصمیم در زمینه برنامه‌ریزی دریافت خدمات فاصله گذاری و روشی که انتخاب نموده رضایت دارد؟

در واقع در اجرای فرایندهای مختلفی که در خدمات مراقبت برنامه باروری سالم پیش‌بینی شده است، رعایت دو اصل ضروری است:

نخست خواست متقاضی برای استفاده از یک روش و برداشت‌ها و رضایت او در استفاده از این روش و دوم وضعیت سلامت او.

چنانچه فرد در هر یک از این موارد دچار مشکل باشد باید برخورد مناسبی در زمینه مشکلات او صورت پذیرد.

عواملی که ممکن است سبب عدم رضایت مصرف کننده از برنامه ریزی جهت دریافت خدمات فاصله گذاری بین فرزندان شود، می تواند شامل یکی از موارد ذیل باشد:

- ❖ باورهای فرد یا اطرافیان او
- ❖ ابهاماتی که مصرف کننده روش را نگران کرده است
- ❖ بروز عوارض جانبی

همان طور که گفتیم برخورد مناسب با مشکلات و نیازهای متقاضی در قالب «مشاوره» صورت می پذیرد.

برخورد با استفاده کننده از روشهای پیشگیری از بارداری

وقتی فردی که از یک روش استفاده می کند و به شما مراجعه نماید ، نخستین سؤالی که باید در ذهن شما مطرح شود این است که او تا چه حد از برنامه ریزی که در زمینه خدمات فاصله گذاری کرده است رضایت دارد؟ فرد ممکن است بنا به دلایل مختلفی مایل به ادامه فرایند دریافت خدمات فاصله گذاری نباشد ، این دلایل ممکن است یکی از موارد زیر باشد :

- تمایل به بچه دار شدن
 - به وجود آمدن شرایطی که شخص فکر کند دیگر نیازی به استفاده از خدمات فاصله گذاری ندارد.
 - باورهای او یا اطرافیان در زمینه خدمات فاصله گذاری
- در تمامی شرایط فوق بهورز باید با بحث و گفتگو در مورد شرایط جدید به وجود آمده ، فرد یا زوج را مورد ارزیابی و راهنمایی قرار دهد. به عنوان مثال هنگامی که زوجی تمایل به بچه دار شدن دارند ، بهورز باید ارزیابی نماید که آیا این زوج یکی از شرایط بارداری در معرض خطر را دارند یا نه؟ در صورتی که بارداری برای سلامت زن یا فرزند آینده وی خطر جدی داشته باشد ، بهورز می تواند ضمن انتقال اطلاعات با شیوه ای مناسب آنها را تشویق به ادامه استفاده از روش ها تا زمانی نماید که شرایط زوج برای بارداری مناسب شود.

چنانچه فرد استفاده کننده از خدمات فاصله گذاری تمایل به فرزند اوری داشته باشد ، بهورز مادر را جهت انجام مراقبتهای بیش بارداری به سطح دوم ارائه خدمات ارجاع می نماید.

واجدین شرایط مراقبتهای پیش بارداری :

1. تمامی خانم هایی که به قصد بارداری روش پیشگیری خود را قطع و یا می خواهند قطع کنند.
2. تمام خانم هایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری دارند.
3. تمام خانم هایی که تاکنون از هیچ روش استفاده نکرده و برای اولین بار برای دریافت وسیله پیشگیری مراجعه و تصمیم به بارداری در آینده دارند.

ارزیابی دوره ای استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری

کار مراقبت از استفاده کنندگان خدمات فاصله گذاری مطابق ضوابط خاصی صورت می گیرد. این بدین معنا است که بهورزان وظیفه دارند در دوره های زمانی مشخص، اقدام به تحویل وسیله ی پیشگیری از بارداری (یا ارجاع برای دریافت آن) نموده، شرح حال فرد را در زمان های مشخصی بگیرند و از فرد، معاینه فیزیکی به عمل آورند یا او را برای انجام بررسی های لازم به سطوح بالاتر ارجاع دهند. زمان و نحوه ی تحویل وسیله ی پیشگیری جدید بستگی به نوع روشی دارد که مصرف کننده انتخاب کرده است. به عنوان مثال قرص های خوراکی هر 28 روز یکبار، در خانه بهداشت تحویل مصرف کننده آنها می شود.

فردی که شروع به استفاده از یک روش فاصله گذاری می کند باید طبق برنامه ی زمانی خاصی مورد مراقبت قرار گیرد. برای انجام برخی از این مراقبت ها باید فرد به خانه بهداشت مراجعه نماید. انجام برخی از مراقبت ها نیز نیازمند برخورداری از امکانات و مهارت های خاص است که انجام آنها در خانه بهداشت مقدور نبوده و باید در سطوح بالاتر صورت گیرد. در این شرایط باید فرد به سطوح بالاتر ارجاع داده شود. به عنوان مثال مصرف کنندگان IUD در شروع استفاده از این روش باید به فاصله ی یک ماه بعد از پایان خونریزی قاعدگی و سپس به فواصل هر 6 ماه جهت کنترل نخ IUD و بررسی عفونت به سطوح بالاتر ارجاع شوند.

در مورد زمان انجام معاینات دوره ای باید به موارد زیر توجه داشت :

1. ضروری است در هر موقع که فرد دچار عوارض یا اثرات جانبی ناشی از استفاده از روش گردید او را به فراخور نیازش مورد بررسی و معاینه قرار دارد.
 2. چنانچه سطوح بالاتر (پزشک یا ماما) توصیه به مراقبت های ویژه (مراقبت های خاص یا مراقبت در فواصل زمانی کوتاه مدت تر) داشتند، مطابق دستور آنان زمان و نحوه ی مراقبت ها تنظیم می شوند.
 3. در شروع دوره مصرف اغلب روش ها توصیه های مراقبتی ویژه ای موجود است که باید آنها را در زمان مقرر انجام داد.
 4. اقدام به آموزش در مورد نحوه استفاده از روش و شیوه برخورد با عوارض و اثرات جانبی و نیز پاسخ به سؤالات و ابهام های استفاده کنندگان باید به صورت مستمر انجام شود.
- در اینجا ذکر این نکته ضرورت دارد که لازم است نتایج معاینات، آزمایشات، شرح عوارض و اثرات جانبی و آموزش های داده شده و سایر موارد مطابق دستورالعمل در فرم های مراقبتی و دفتر مراقبت تنظیم خانواده ثبت شود.

ب: ثبت اطلاعات استفاده کنندگان از روش ها در فرم های مربوطه:

واژه ثبت کردن در علوم مدیریت و بهداشت به معنای بایگانی کردن اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت یک فرد یا دیگر حالت های بهداشتی در یک جمعیت معین است. با اطلاعات ثبت شده می توان میزان های مختلفی را

محاسبه نمود. هرگاه اطلاعات به طور منظم ثبت شوند می توان روند وقایع مختلف بهداشتی در مورد یک فرد یا یک بیماری را به دست آورد. به عنوان مثال ثبت منظم وزن یک کودک روند رشد او را به دست می دهد و ثبت منظم موارد وقوع اسهال یا هر بیماری عفونی دیگر به ما می گوید که آیا بیماری تحت کنترل است یا نه؟ برخی اطلاعات ثبت شده به طور منظم به سطوح بالاتر گزارش می شوند؛ اما به هر صورت ثبت کردن اقدامی بیش از گزارش نویسی یا گزارش دهی است. اطلاعات ثبت شده باید به طور منظم مورد بازرسی قرار گرفته و وضعیت فرد یا یک رخداد بهداشتی ارزیابی شود. ثبت اطلاعات یکی از مهم ترین اقدامات بهورزان است. فرم ها و دفاتر یکی از مهم ترین ابزار برای بایگانی اطلاعات هستند. در برنامه باروری سالم از فرم های مختلفی برای ثبت اطلاعات استفاده می شود. به طور نمونه فرم مشاوره، فرم های مراقبتی دریافت خدمات، دفتر مراقبت، فرم های آماری، جدول پوشش تنظیم خانواده در زیج حیاتی و

ج: پیگیری موارد عدم مراجعه برای مراقبت و موارد ترک روش:

بهورز در شروع هر روز کاری باید اسامی افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند در فرم پیگیری روزانه ثبت می نماید. چنانچه فرد در آن روز برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه ننموده بهورز می بایست ظرف مدت حداکثر همان روز پیگیری و او را تحت مراقبت قرار دهد. بدیهی است چنانچه به دلایلی فردی از مراجعه به خانه بهداشت خودداری کرد بهورز باید ضمن مراجعه به خانه او فرصتی را به بحث و گفتگو پیرامون علت عدم حضور وی در خانه بهداشت اختصاص دهد. این کار نیز باید در قالب یک مشاوره صورت پذیرد و چنانچه امکان انجام این مشاوره در خانه فرد مقدور نباشد، بهورز باید فرد را تشویق کند که برای بحث و گفتگوی بیشتر به خانه بهداشت مراجعه کند.

منابع اطلاعاتی برای محاسبه شاخص های پوشش خدمات:

همان طور که گفتیم فرم های اطلاعاتی موجود در خانه بهداشت منابع اطلاعاتی ذیقیمتی هستند که از آنها می توان اطلاعات کاملی را در ارتباط با گروه های هدف و وضعیت سلامت آنها به دست آورد.

منابع اطلاعاتی برای محاسبه شاخص های باروری سالم:

- فرم های مراقبتی پرونده خانوار
- فرم بازدید سالیانه خانوار (ستون مربوط به تنظیم خانواده)
- دفتر مراقبت ممتد
- جدول پوشش تنظیم خانواده در زیج حیاتی
- فرم آماری 108

نحوه تکمیل جدول پوشش تنظیم خانواده در زیج حیاتی

در روز آخر هر فصل (31 خرداد، 31 شهریور، 30 آذر و 29 اسفند) تعداد زوج ها (زن یا شوهر) که از خدمات فاصله گذاری استفاده می کنند. در دفتر مراقبت تنظیم خانواده شمارش شده و در این جدول ثبت

می‌شوند. ثبت موارد در این جدول به روش چوب‌خط صورت می‌پذیرد و در آن برای زوجها به تفکیک روشی که استفاده می‌کنند علامت چوب‌خط زده می‌شود. نکته مهم در تکمیل جدول مزبور این است که وضعیت استفاده‌کنندگان از خدمات فاصله‌گذاری در آخرین روز فصل ثبت شود. به عبارت دیگر در این جدول وضعیت استفاده‌کنندگان در طول فصل ثبت نمی‌شود. مثلاً اگر یک زوج در ابتدا تا نزدیک به اواخر فصل از قرص استفاده کرده‌اند ولی در پایان فصل این روش را ترک کرده‌اند، جزء استفاده‌کنندگان از این روش در آخرین روز فصل محسوب نمی‌شوند. نکته دیگری که باید در تکمیل این جدول مدنظر داشت این است که در جدول مزبور تعداد زوج استفاده‌کننده از روش‌ها ثبت می‌شود، نه تعداد وسایلی که استفاده کرده‌اند. مثلاً اگر در طول یک فصل زن و شوهری پنج بسته قرص مصرف کرده باشند، فقط یک زوج به حساب می‌آیند، نه پنج زوج. چرا که ممکن است بنا به دلایلی یک زوج برای چند ماه متوالی وسیله پیشگیری را تحویل گرفته باشند. (مثلاً دریافت قرص برای سه دوره متوالی)، چنانچه بهورز اطمینان داشته باشد که با وجود عدم مراجعه به خانه بهداشت، زوج مزبور در روز آخر فصل از خدمات فاصله‌گذاری استفاده می‌کنند، برای آن‌ها در ردیف مربوطه چوب‌خط خواهد زد. چنانچه خانمی در اواخر ماه مثلاً 28 خرداد ماه شروع به استفاده از یک روش کرده باشد در تاریخ 31 خرداد ماه به عنوان یک مورد استفاده‌کننده از آن روش ثبت می‌شود. در مورد استفاده‌کنندگان از روش‌های دائمی باید تعداد آن‌ها نیز در آخرین روز پایان هر فصل در ردیف مربوطه علامت زده شود. چنانچه هر کدام از این افراد از روستا مهاجرت نموده و یا فوت کرده باشند یا زنی یائسه شده باشد باید آن‌ها را از آمار جمعیت تحت پوشش حذف کرد. در ردیف روش طبیعی، استفاده‌کنندگان از روش شیردهی، و روش منقطع و روش دوره‌ای ثبت می‌شود. در ردیف سایر تعداد افرادی ثبت می‌شود که از روش‌ها و وسایلی به غیر از آنچه که در ردیف‌های دیگر نوشته شده، استفاده می‌کنند.

◀ پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع روش در آخرین روز هر فصل

زمان				منطقه و روش	
۲۹ اسفند	۳۰ آذر	۳۱ شهریور	۳۱ خرداد		
				قرص	شهر / روستای اصلی ☐
				کاندوم	
				آی - یو - دی	
			زن	بستن لوله در	
			مرد		
				آمپول سه ماهه	
				آمپول یک ماهه	
				سایر	
				طبیعی	
				قرص	
				کاندوم	
				آی - یو - دی	
			زن	بستن لوله در	
			مرد		
				آمپول سه ماهه	
				آمپول یک ماهه	
				سایر	
				طبیعی	

فرم گزارش ماهیانه تنظیم خانواده (فرم شماره 108)

این فرم به منظور ثبت عملکرد خدمات باروری سالم در واحدهای ارائه خدمت مانند بیمارستان ، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی ، خانه بهداشت و تیم سیار طراحی گردیده است . در نظام آماری به این فرم کد 108 داده اند و لذا گاه آن را فرم شماره 108 می نامند . فرم مزبور به دیوار خانه بهداشت نصب شده و روزانه چوب خط زده می شود. در پایان ماه تعدا چوب خط ها شمارش شده و به صورت عدد در فرم مشابه ثبت و به سطح بالاتر ارسال می شود. نکته ای که باید در تکمیل اطلاعات این فرم مد نظر داشت این است که در خانه بهداشت اطلاعاتی در این فرم چوب خط زده می شود که در همان محل ارائه میشود و بنابراین چنانچه در یک واحد تسهیلات زایمانی یا مرکز به داشتنی درمانی اقدام به گذاشتن آی - یو - دی یا انجام آزمایش پاپ اسمیر به عمل می آید ، می بایست از ثبت آنها خودداری شود. به منظور دقت در ثبت اطلاعات ، دستورعمل نحوه ی تکمیل فرم در ادامه فصل آمده است.

بسمه تعالی

کد فرم 108

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد:

سال

شهرستان ماه

نوع واحد: بیمارستان ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐ عشایر ☐
تسهیلات زایمانی ☐ تیم سیار ☐ خانه بهداشت ☐ بخش خصوصی ☐

تنظیم خانواده

جمعیت تحت پوشش: نفر

جمعیت زنان 10-49 ساله همسر دار: نفر

نوع وسیله پیشگیری	جمع	قرص (بسته)						IUD(نفر)			کاندوم (بسته)	آمپولهای تزریقی (ویال)		بستن لوله (نفر)		مشاوره (نفر)	پاپ اسمیر (نفر)	
		LD	TPH	LYN	روش اورژانس			گذارن	درآوردن	خود به خود خارج شده		یکماهه	سه ماه	زن	مرد			
					LNG	TPH	LD											
مراجعات																		
مراجعات جدید																		
توزیع با اقدام برای وسيله پیشگیری و گرفتن پاپ اسمیر																		
کل مراجعات																		

نام و امضاء مسئول واحد :

نام و امضاء تکمیل کننده :

تاریخ تکمیل فرم :

دستورالعمل فرم شماره 108

این فرم در مراکز زیر تکمیل می گردد: یادآوری می شود واحدهای تسهیلات زایمانی در صورتی که در امر پاپ اسمیر و گذاردن IUD فعال هستند مستقلاً آمار را ارائه دهند و بایست دقت نمود که مرکز بهداشتی روستائی مربوطه این آمار را دوباره شماری نکند.

1- بیمارستان 2- مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی 3- خانه بهداشت 4- تیم سیار 5- بیمارستان 6- عشایر
طریقه پر کردن این فرم همانند سایر فرمها بدین صورت است که فرم به دیوار نصب شده و روزانه چوب خط زده می شود و در پایان ماه به صورت عدد و رقم در فرم مشابه ثبت و به سطح بالاتر ارسال می شود .

مراجعین جدید: شامل کسانی است که تا بحال از هیچ نوع وسیله پیشگیری استفاده نکرده باشند و برای بستن لوله همگی مراجعین جدید محسوب میشوند . بنابراین موارد جدید بستن لوله تعداد اعمال توبکتومی انجام شده در هر ماه است و برای پاپ اسمیر شامل افرادی است که برای اولین بار تست اسمیر از آنان گرفته میشود. این ردیف توسط واحدهایی پر میشود که ارائه کننده خدمت هستند یعنی وسیله پیشگیری را توزیع می نمایند یا عمل توبکتومی (موارد اندیکاسیون های توبکتومی طبق دستورالعمل) را انجام می دهند و یا تست اسمیر از مراجعه کننده می گیرند.

توزیع یا اقدام برای وسیله پیشگیری و گرفتن پاپ اسمیر:

این ردیف نیز فقط توسط واحدهایی که وسیله را توزیع می کنند و یا آی یو دی را می گذارند و یا در می آورند و یا تست اسمیر می گیرند پر می شود و واحدهای ارجاع دهنده در این ردیف نباید آماری داشته باشند. همچنین در مورد قرص و کاندوم تعداد وسیله ای که به فرد داده می شود ثبت می گردد ولی در مورد سایر روشها چون برای هر نفر فقط یک IUD گذارده و یا یک ویال تزریق می شود بنابراین برای هر نفر فقط یک چوب خط زده می شود . در مورد چهار خانه (درآمدن خودبخود IUD) هر زمان واحد گذارنده IUD مطلع شد که IUD فرد خودبخود خارج شده است آمار مربوطه را درج می نمایند و چنانچه فرد IUD را در بخش خصوصی گذارده ولی برای کنترل تحت پوشش است واحد کنترل کننده این آمار را می تواند ثبت نماید.

کل مراجعین:

مراجعه کننده به هر دلیلی که برای پیشگیری (دریافت روش - ارجاع برای دریافت روش - کنترل - شکایت از روش - انجام مشاوره) و ارجاع و گرفتن پاپ اسمیر به واحد بهداشتی درمانی مراجعه نماید در ستون مربوطه یک چوب خط زده می شود . به طور خلاصه با مراجعه یک نفر برای دریافت یک روش پیشگیری به واحد بهداشتی اگر

روش را از همان واحد دریافت نمود و شرایط جدید را نیز داشت در ستون مربوطه در هر سه ردیف چوب خط زده می شود. و اگر شرایط جدید را نداشت فقط در دو ردیف توزیع و کل مراجعین چوب خط زده می شود و اگر برای دریافت خدمت به محل دیگری ارجاع شد حتی اگر شرایط جدید را هم داشته باشد فقط در ردیف کل مراجعین برای وی چوب خط زده می شود.

مراجعین ستون مشاوره شامل افرادی است که برای انتخاب روش و امر مشاوره به واحد بهداشتی مراجعه می کنند و پس از مشورت نیز وسیله ای را دریافت نمی کنند و چنانچه یک روش را انتخاب کرده و همان روز دریافت کنند در ستون مشاوره آماری ثبت نمی شود و در ستون وسیله چوب خط زده می شود.

لازم به یاد آوری است چوب خط زدن همزمان در دو ستون نبایستی انجام شود و ستون پاپ اسمیر و چهار خانه های مربوط به در آمدن یا در آوردن در ردیف توزیع وسیله از این امر مستثنی هستند.

در ستون مربوط به روش اورژانس ردیف مراجعین جدید کسانی که برای اولین بار روش دریافت می دارند ثبت می شود.

شاخص ها

تعریف : شاخص معمولاً "نوعی نشانه ی عددی است. شاخص های بهداشتی نوعی نشانه های عددی از وضعیت بهداشتی یا تندرستی یک جمعیت معین هستند. شاخص ها ممکن است به صورت یک عدد خام یا یک نسبت عددی باشند. نسبت خود یک اصطلاح کلی است که زیر مجموعه های آن میزان ، درصد و ... می باشد.

بهورزان به راحتی می توانند، تعداد زنان 10 تا 49 ساله همسر دار، تعداد واجدین شرایط برنامه ، تعداد استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری ، درصد وقوع بارداری در سن 18 تا 35 سال و درصد بارداری خواسته ، زوجین آموزش دیده در زمینه فرزندآوری ، زوجین نابارور و... را با استفاده از فرم های اطلاعاتی شمارش نمایند. اما گاه لازم است برای مقایسه یک پدیده یا خصوصیت در جمعیت از نسبت های عددی استفاده کرد. به عنوان مثال چنانچه در روستایی تعداد استفاده کنندگان از روش های فاصله گذاری در یک زمان معین (مثلاً " آخرین روز فصل بهار) 40 زوج و تعداد زوج های واجد شرایط 100 زوج باشد ، 40 درصد زوج های واجد شرایط تحت پوشش استفاده کننده از روش ها هستند؛ اما اگر در همین روستا تعداد زوج های واجد شرایط 50 زوج باشد ، 80 درصد آنها تحت پوشش هستند .

شاخصهای برنامه باروری سالم

1. میزان رشد طبیعی جمعیت = رشد جمعیت با توجه به موالید و مرگ بدون در نظر گرفتن مهاجرتها

در طول یک سال
سال

2. درصد زنان همسر دار 10 تا 49 سال = تعداد زنان همسر دار 10 تا 49 سال به تعداد کل زنان 10 تا 49 سال

10 تا 49 سال
10 تا 49 سال

3. میزان باروری عمومی = موالید زنده به ازای هر 1000 زن 10 تا 49 ساله در سال

در سال

4 ساله و وسط سال

4. میزان باروری اختصاصی سنی = تعداد موالید زنده در میان زنان در یک گروه سنی خاص بر جمعیت میانه همان گروه سنی در یکسال

ساله (گروه 8)
(گروه 8)

5. میزان باروری کلی (TFR) = متوسط تعداد فرزندی که یک زن در طول دوران باروری خود (10 تا 49 سال) به شرط ثابت ماندن وضعیت باروری کنونی خواهد داشت.

ساختار سنی

6. شاخص عدالت در سلامت در بهداشت باروری: میزان باروری اختصاصی سنی زیر 18 سال و بالای 35 سال = تعداد موالید زنده در زنان گروه سنی 10 تا 17 سال به جمعیت همان گروه زنان در سال و تعداد موالید زنده زنان گروه سنی 36 تا 49 سال به جمعیت همان گروه زنان در سال

س 10 تا 17 سال

1 در وسط سال

س 36 تا 49 سال

4 در وسط سال

7. درصد پوشش تنظیم خانواده

س استفاده میکنند

خلاصه فصل ششم

- مراقبت از استفاده‌کنندگان خدمات فاصله گذاری یکی از وظایف مهم بهورزان در اجرای برنامه باروری سالم است.
- در طول این مراقبت‌ها جنبه‌های مختلف فردی که از روش استفاده می‌کند مورد ارزیابی قرار گرفته و با نیازهای او برخورد مناسبی صورت گیرد. سایر فعالیت‌های اجرایی در فرایند مراقبت عبارتند از: ثبت اطلاعات ارزیابی و اقدامات انجام شده در فرم‌ها و پیگیری موارد عدم مراجعه و ترک روش.
- هنگامی که فرد استفاده‌کننده از خدمات فاصله گذاری به شما مراجعه نمود باید سه نکته اساسی در مورد او روشن شود؛ 1- آیا فرد از برنامه‌ریزی در زمینه خدمات فاصله گذاری هنوز رضایت دارد؟ 2- آیا از روش انتخاب شده راضی است؟ 3- آیا او دچار عوارض جانبی شده است؟
- کار مراقبت از استفاده‌کنندگان از روش‌ها باید به صورت مشاوره صورت گیرد. علاوه بر این در انجام مراقبت از استفاده‌کنندگان روش‌ها می‌توان از روش آموزش گروهی نیز استفاده کرد.
- پیگیری موارد عدم مراجعه برای مراقبت و موارد ترک روش در زنان در معرض بارداری پرخطر ، به وسیله دفتر مراقبت و پیگیری صورت می‌گیرد. با استفاده از این دفتر بهورز در ابتدای هر روز کاری می‌داند که باید چه کسانی را مورد مراقبت و پیگیری قرار دهد.

تمرین در کلاس

فرمهای مختلف اطلاعاتی مربوط به استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری را تهیه و در مورد اهداف و روش تکمیل آنها به سایر به سایر دانش آموزان توضیح دهید.

تمرین در خارج از کلاس

- مفهوم و اهداف مراقبت را شرح دهید.
- خدمات مختلفی که برای مراقبت از استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری پیش بینی شده نام برده و فعالیت های لازم برای انجام هر کدام از خدمات را به تفکیک لیست نمایید.
- در ارزیابی استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری باید به چه نکاتی توجه داشته باشیم؟
- اطلاعات مربوط به استفاده کنندگان از خدمات فاصله گذاری در چه فرم هایی ثبت می شوند؟ هر یک از فرم ها چه کاربردی دارند؟
- پیگیری موارد عدم مراجعه برای مراقبت و موارد ترک روش چگونه صورت می گیرد؟