

► میزان باروری کل :

► تعداد مولیدی که هر زن می‌تواند تا سن 50 سالگی داشته باشد به شرط زنده بودن طی سال‌های فرزندآوری و تجربه احتمالات فرزندآوری ویژه‌ی سنی طی دوره‌ی خود

► باروری زیر نرخ جانشینی :

► وقتی میزان باروری کل تقریباً کمتر از 2/1 فرزند برای هر زن باشد، این جامعه هر زن با یک فرزند دختر که تا اواسط دوره فرزندآوری زنده باشد جانشین نمی‌شود.

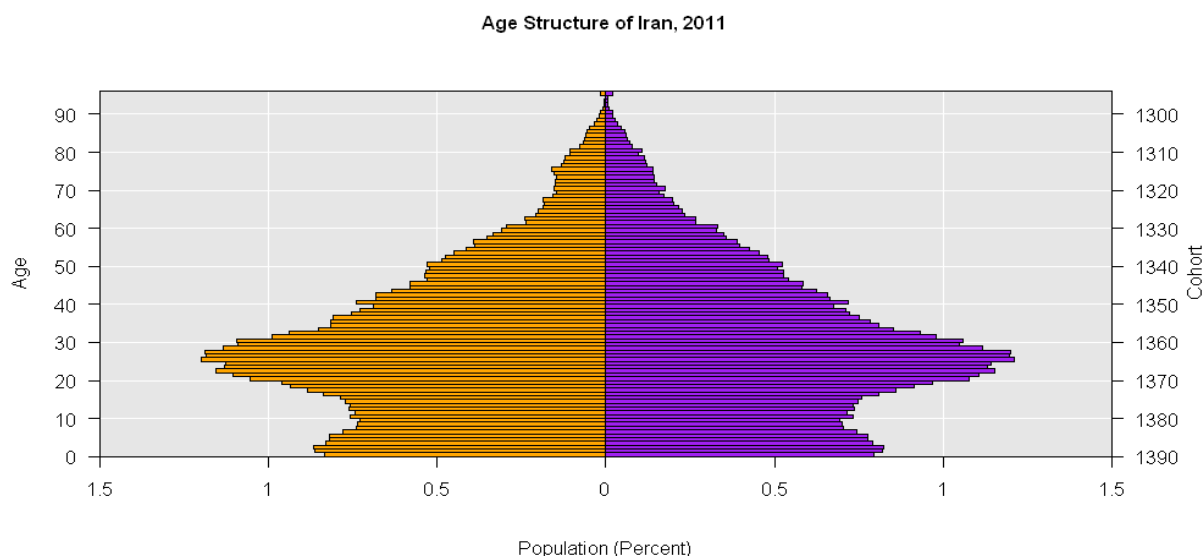
► باروری زیر نرخ جانشینی = رشد منفی جمعیت در دراز مدت

► ایران از نظر وسعت در مرتبه 16 جهان

► از نظر جمعیت رتبه 17 جهان -رتبه 2 خاورمیانه و رتبه 9 درآسیا

► دوره پنجره طلایی ایران از 1385 به مدت 4 دهه به روی جمعیت ایران گشوده شده است

هرم سنی و جنسی جمعیت ایرانی سرشماری 1390



چرا باروری روند کاهشی خود را ادامه می‌دهد؟

► انتظار می‌رود بعد از انتقال جمعیتی باروری و مرگ و میر به تعادلی جدید برسند که رشد آرام جمعیت را تضمین می‌نماید.

► برخلاف انتظار، باروری به روند کاهشی خود ادامه داده و به زیر نرخ جانشینی کاهش می‌یابد.

دو دلیل عمده ادامه روند کاهشی باروری:

► تغییرات ساختاری در جامعه

► تغییر در زمان بندی فرزندآوری

تغییرات ساختاری در جامعه

1- رشد فردگرایی 2- تحصیلات عالی برای زنان 3- اشتغال زنان 4- تغییر در زمان فرزندآوری

الگوی باروری در جوامع بعد از انتقال جمعیت:

الگوی باروری در جوامع بعد از دوره انتقال جمعیت:

° به تعویق انداختن فرزندآوری در سنین زیر 30 سال

° جبران در سنین بالاتر

شاخص های مقطعی باروری برای سال هایی که نسل های جوان تر باروری خود را به تعویق می اندازند و نسل های سنین بالاتر، قبلا فرزندآوری داشته اند کمتر می شوند.

با شروع جبران باروری معوقه شاخص های مقطعی باروری افزایش خواهند یافت.

زنان با تحصیلات بالا، شاغل، و با موقعیت اقتصادی - اجتماعی بالا پیشگامان کاهش باروری در ایران هستند

عوامل مؤثر بر در تغییر و تحولات باروری و مولید

- 1) تحولات سن ازدواج
- 2) افزایش میزان طلاق
- 3) افزایش زنان واقع در سنین باروری که بدون همسر "در اثر فوت همسر؛ میزان مجرد قطعی، مطلقه
- 4) افزایش میزان ناباروری
- 5) افزایش سقط جنین "عمدی و غیر عمدی

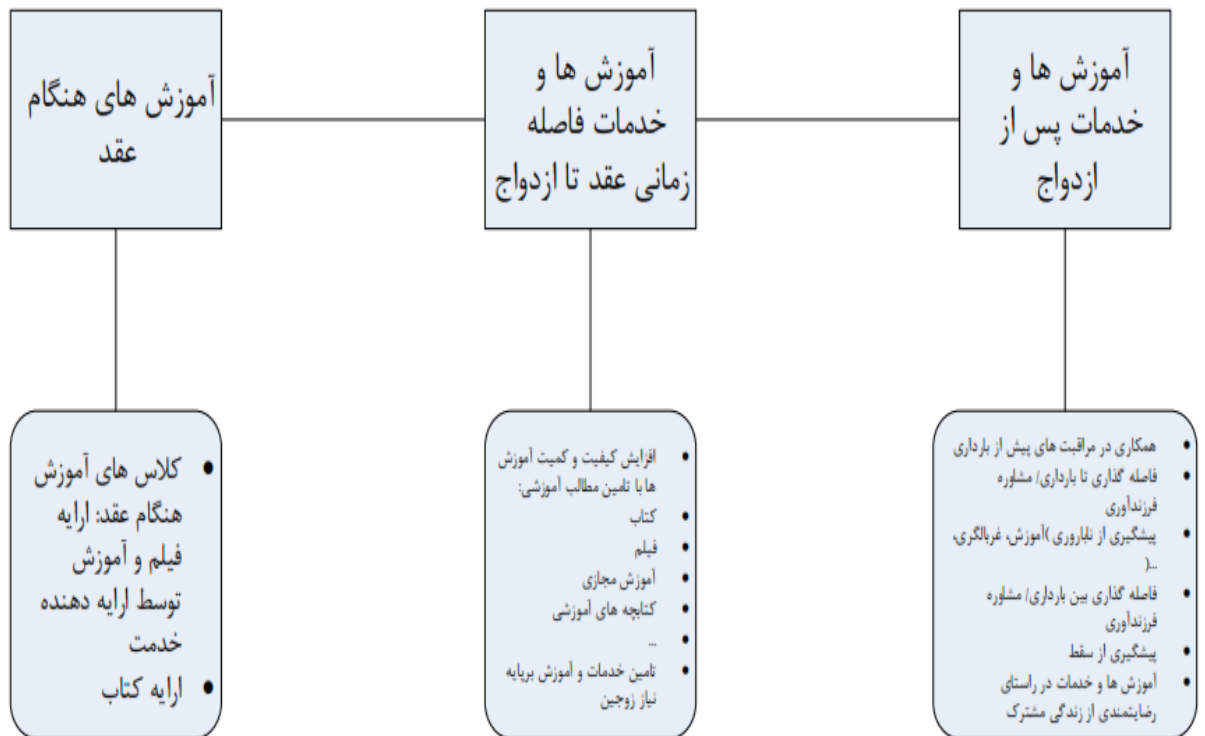
دلالت های سیاسی تغییرات باروری

► با کاهش باروری به زیر نرخ جانشینی، به منظور جلوگیری از رشد منفی جمعیت (در آینده)، یکسری مداخلات لازم است.

► اگر شرایط اقتصادی-اجتماعی مطلوب نباشد، زنانی که فرزندآوری را به تعویق انداخته اند، ممکن است هیچ وقت "بدهی جمعیتی" خود را پرداخت نکنند.

سیاست های مبتنی بر افزایش جمعیت و باروری باید شامل بسته ایی از سیاست های مختلف مانند:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1) بهبود شرایط اقتصادی-اجتماعی | 6) نگهداری از کودکان (مهد کودک ها) |
| 2) اشتغال، بیکاری، و امنیت شغلی | 7) حمایت های اجتماعی |
| 3) ازدواج | 8) کاهش مرگ و میر |
| 4) فرزندآوری خواسته | 9) کاهش مهاجرت نیروی کار باسواد |
| 5) مسکن | |



مهمترین شاخص های اداره باروری سالم در سطح ارایه خدمت

درصد زنان همسر دار بدون فرزند:

○ صورت کسر: تعداد زنان همسر داری که مطابق آخرین تعریف زیج حیاتی در سال 1394 بدون فرزند* تعریف می شوند.

○ مخرج کسر: تعداد زنان 10-49 ساله همسر دار

*در صورتی که از زندگی مشترک زوجین بر اساس اطلاعات پرونده خانوار حداقل 24 ماه گذشته باشد و زن سابقه بارداری، سقط یا مرده زایی نداشته باشد و در حال حاضر باردار نباشد؛ بی فرزند محسوب می گردد.

کاربرد این شاخص:

1- استفاده از این شاخص برای برنامه ریزی برای مشاوره فرزندآوری به منظور کاهش فاصله بین ازدواج و تولد فرزند اول استفاده می گردد.

2- استفاده از این شاخص برای برنامه ریزی در راستای شناسایی و غربالگری زوجین از نظر ناباروری استفاده می شود.

○ درصد زنان همسر دار بیفرزند که مشاوره فرزندآوری شده اند:

صورت کسر: تعداد زنان همسر دار بی فرزند که مشاوره فرزندآوری شده اند

مخرج کسر: کل زنان همسر دار 10-49 ساله بی فرزند

کاربرد این شاخص: بررسی و تعیین عملکرد ارایه دهنده خدمت از نظر مشاوره فرزندآوری و ارائه مواد آموزشی مرتبط

○ درصد زنان همسر دار تک فرزند

• صورت کسر: تعداد زنان همسر دار 10-49 ساله * تک فرزند

*در صورتی که زوج دارای فقط یک فرزند و با حداقل سن 1 سال و 11 ماه و 29 روز باشد

• مخرج کسر: کل زنان همسر دار 10 - 49 ساله

کاربرد این شاخص: تعیین درصد تک فرزندی در منطقه تحت پوشش و طراحی مداخله به منظور کاهش تک فرزندی و کاهش متوسط فاصله بین تولد فرزند اول و دوم می باشد.

○ درصد زنان همسر دار تک فرزند که مشاوره فرزندآوری شده اند:

• صورت کسر: تعداد زنان همسر دار تک فرزند که مشاوره فرزندآوری شده اند

• مخرج کسر: کل زنان همسر دار 10-49 ساله تک فرزند

کاربرد این شاخص: بررسی و تعیین عملکرد ارایه دهنده خدمت از نظر مشاوره فرزندآوری و ارایه مواد آموزشی مورد نیاز

○ درصد خانواده های کمتر از سه فرزند که دارای فرزند دو ساله بوده که مشاوره فرزندآوری شده اند:

• صورت کسر: تعداد مادران دارای کودک 24-36 ماهه (در آن سال) که در طول مدت یک سال حداقل یک بار در خصوص فرزندآوری مشاوره گردیده اند و منعی از نظر بارداری ندارند.

• مخرج کسر: تعداد مادران دارای کودک 24-36 ماهه (در آن سال) که برای مراقبت مراجعه نموده و کمتر از سه فرزند داشته و منعی از نظر بارداری ندارند.

کاربرد این شاخص: این شاخص به عنوان شاخص عملکردی است.

هدف از این شاخص بررسی و مقایسه عملکرد مشاوره فرزندآوری برای این گروه هدف است.

○ درصد زنان همسر دار واجد شرایط فرزندآوری برنامه ریزی شده:

- صورت کسر: تعداد زنان همسر دار که مورد مشاوره فرزندآوری قرار گرفته اند و برای مراقبت پیش از بارداری مراجعه نموده اند.
- مخرج کسر: تعداد زنان همسر داری که مورد مشاوره فرزندآوری قرار گرفته اند.

کاربرد این شاخص: بررسی تاثیر مشاوره فرزندآوری بر تصمیم گیری برای بارداری به عنوان یکی از عوامل موثر بر باردار شدن.

○ درصد زنان در معرض بارداری پرخطر که خدمات فاصله گذاری رایگان را دریافت نموده اند:

- صورت کسر: تعداد زنانی که واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری رایگان هستند و این خدمت را دریافت نموده اند.
- مخرج کسر: کل زنان واجد دریافت خدمات فاصله گذاری رایگان

مثال: اگر زنان 49-10 ساله همسر داری 700 نفر باشد که از این گروه تعداد زنان واجد دریافت خدمت رایگان 210 نفر باشند و تعداد زنان دریافت کننده خدمت رایگان 126 نفر باشد. عدد شاخص: 60 درصد می باشد انتظار داریم 100 درصد این افراد خدمت را دریافت نمایند.

کاربرد این شاخص:

1- بررسی روند دریافت و تامین خدمات فاصله گذاری در افراد واجد شرایط دریافت این خدمت

2- شناسایی و برآورد و مقایسه درصد افراد مورد نیاز دریافت خدمات رایگان در مناطق مختلف

○ درصد محتواها یا آموزشی توزیع شده در راستای ارتقای نرخ باروری کلی (به تفکیک نوع محتوا):

- صورت کسر: تعداد محتوای توزیع شده به تفکیک نوع محتوا
- مخرج کسر: تعداد گروه هدف محتوای مربوطه

کاربرد این شاخص: بررسی روند توزیع کتابچه ها به گروه هدف می باشد.

به عنوان مثال: در خصوص کتابچه اندومترئوز و ناباروری اگر تعداد گروه هدف (زنان 30-15 ساله) 375 نفر باشد و در طول سال به 200 نفر از این افراد کتاب تحویل داده شده باشد 53.3 درصد از گروه هدف این کتابچه را دریافت نموده اند.

○ کتابچه سن و ناباروری (گروه هدف):

○ همه ارایه دهندگان خدمت

○ زوجین در آستانه ازدواج که سن خانم در هنگام ازدواج بیشتر از 19 سال است. (بدیهی است گروه های سنی بالاتر در اولویت می باشند)

○ خانواده های بی فرزندی که در مشاوره تصمیمی برای فرزندآوری ندارند و یا برای گرفتن سایر خدمات مراجعه نموده اند

○ خانواده های دارای یک فرزند که سن فرزند آنها حداقل 24 ماه می باشد، خانواده های دارای دو فرزند که سن آخرین فرزند آنها بیش از 30 ماه است.

○ کتابچه شیوه زندگی و ناباروری (گروه هدف):

○ همه ارایه دهندگان خدمت، زوجین در آستانه ازدواج، گروه های شغلی مرتبط با محتوای کتابچه، زوجین بی فرزند مراجعه کننده به واحدهای ارایه خدمت)

- کتابچه آندومتريوز و ناباروری (گروه هدف):

- زنان 15-30 ساله همسر دار یا مجرد

○ کتابچه مشکلات و پیامدهای تک فرزندی (گروه هدف):

- همه ارایه دهندگان خدمت
- همه زوجین بدون فرزند
- کلیه زوجینی که فقط دارای یک فرزند با سن حداقل 24 ماه دارند و دارای یکی از شرایط زیر می باشند:
- هنگام مراجعه برای انجام مراقبت کودک سالم و بررسی توسط ارایه کنندگان خدمت تمایلی برای فرزندآوری ندارند. برای دریافت خدمات فاصله گذاری مراجعه می نمایند. برای مراقبت های کودک سالم در سنین 3، 4، 5 و 6 سالگی مراجعه نموده اند. - برای دریافت گواهی سلامت برای مهدکودک و یا برای سنجش سلامت دانش آموزان بدو ورود به مدارس مراجعه می نمایند. مربیان مهدهای کودک و مشاورین مدارس والدین دانش آموزان تک فرزند در دبستان ها و مهدکودک ها)

○ تعداد زوجین نابارور (ابتدای سال)

تعداد زوجینی که تشخیص ناباروری برای آنها داده شده است و یا به دلیل ناباروری تحت درمان هستند

کاربرد این شاخص: این شاخص به منظور آشنایی با روند تعداد افراد نابارور تحت پوشش و ارجاع آنان به سطوح بعدی برای دریافت خدمات می باشد.

○ درصد/تعداد زوجینی که مورد ارزیابی از نظر ناباروری قرار گرفته اند:

- صورت کسر: تعداد زوجینی که مورد ارزیابی از نظر ناباروری قرار گرفته اند.
- مخرج کسر: تعداد زوجینی که حداقل دو سال از ازدواج آنها گذشته است و سابقه بارداری نداشته اند.

کاربرد این شاخص:

تعیین و بررسی عملکرد مراقب سلامت در زمینه شناسایی زوجین نابارور

بررسی تعداد زوج نابارور شناسایی و ارجاع شده

شاخص های باروری

مهم ترین ابزارهای اندازه گیری:

1- نسبت ها (Ratio)

2- میزان ها (Rate)

1- نسبت

نسبت کمیت نسبی یک عدد را به عدد دیگر نشان می دهد.

انواع نسبت ها:

الف) نسبت هایی که شامل یک جامعه هستند مثلاً نسبت جنسی یک جامعه که عبارت است از تعداد مردان به تعداد زنان جامعه.

ب) نسبت هایی که سهم یک عدد را در کل نشان می دهند. مانند نسبت مردان به کل جامعه یا نسبت مرگ از سرطان به کل مرگ ها.

ج) نسبت هایی که بین دو سری داده ها یی که از دو جامعه متفاوت معین می شوند. مانند نسبت تعداد افراد خانوار به تعداد اتاق های مسکونی یا نسبت پرستار به پزشک

2- میزان

- میزان عبارت است از نسبت تعداد یک واقعه به حاصل جمع تعداد واقعه و تعداد عدم واقعه.
- حاصل تقسیم دو عدد
- احتمال اتفاق یک واقعه را در مدت زمان معین در جامعه منعکس می کند.
- صورت کسر: تعداد پیامدهایی که در طی یک دوره زمانی اتفاق افتاده
- مخرج کسر: تعداد جمعیت افرادی که پیامد در آنها اتفاق افتاده (جمعیت در معرض خطر)
- زمان را نیز شامل می شود

❖ مثال میزان : میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ایران

• تعداد مرگ ها در سال 82: 26000 نفر

• جمعیت در سال 82: 68 میلیون نفر

• میزان مرگ:

• $26000 / 68000000 = 38 / 100,000 / \text{year}$

میزان ها را معمولاً در توانی از 10 ضرب می کنند (100, 1000, 100000)

○ جمعیت وسط سال:

به علت تغییرات روزانه در جمعیت به دلیل تولد و مرگ و مهاجر معمولاً جمعیت وسط سال را انتخاب و قرار می دهند. جمعیت وسط سال برابر آورد جمعیت در اول مهر ماه است.

محاسبه جمعیت وسط سال:

$$\text{جمعیت اول سال} + \text{جمعیت آخر سال} = \frac{\text{جمعیت وسط سال}}{2}$$

$$\dots \text{مرگ و میر} \frac{1}{p} - \text{موالید} \frac{1}{p} + \text{جمعیت اول سال} = \text{جمعیت وسط سال}$$

1- میزان های موالید یا باروری:

○ میزان موالید خام (**Crude Birth Rate=CBR**): تعداد موالید زنانه در یک سال تقسیم بر جمعیت منطقه در وسط سال (ضربدر 1000) _ در ایران: 17 در هزار

❖ تعداد موارد باروری بستگی دارد به:

- سن ازدواج
- سطح تحصیلات
- سطح اجتماعی اقتصادی (socioeconomic status)
- تنوع و دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری
- ساختار سنی (CBR پایین خواهد بود اگر افراد زیر 15 سال یا سالمند زیاد باشند)

○ میزان باروری عمومی (**Fertility Rate=GFR**) (General)

(تعداد موالید زنانه در یک سال تقسیم بر تعداد زنان 10 تا 49 ساله در وسط سال ضربدر 1000)

- GFR بیان میکند که از هر هزار زن در سن باروری چند فرزند زنده متولد می شود.

○ میزان باروری اختصاصی سنی (**Age Specific Fertility Rate=ASFR**):

نشانهنده الگوی باروری جامعه است (باروری در کدام گروه سنی بیشتر انجام شده است)

○ میزان باروری کلی (**Total Fertility Rate=TFR**):

$$\text{TFR} = \frac{\text{مجموع میزانهای باروری اختصاصی سنی} \times 5}{1000}$$

- این میزان عبارت است از تعداد فرزندان که یک زن در طول باروری خود متولد میکند

- این شاخص مرکب از شاخصهای باروری اختصاصی سنی است و شامل تمام سنین میباشد
 - نشاندهنده الگوی باروری جامعه است .
 - سنجش مختصرومفید باروری خالص یک زندهمقطع زمانی مشخص
- نسبت جنسی در بدوتولد:

$$\frac{\text{تعداد زنده تولد های پسر}}{\text{دختر زنده تولد های دختر}}$$

○ درصد مرده زایی:

$$\frac{\text{تعداد متولدین مرده آمده}}{\text{تعداد کل زایمان ها}}$$

2- میزان های مرگ و میر:

○ میزان خام مرگومیر (Crude Death Rate یا CDR)

$$CDR = \text{Crude Death Rate}$$

$$\frac{\text{تعداد مرگ در طی یک سال}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 1000$$

- تعداد مرگ در یک سال به ازاء هزار نفر جمعیت
- ساده ترین وسیله اندازه گیری میرایی است.
- برای تعیین رشد طبیعی جمعیت به کار میرود.
- این شاخص با ساختار سنی جامعه همبستگی مستقیم دارد
- برای ارزیابی فعالیتهای بهداشتی یک جامعه در طول زمانهای متوالی مناسب است.
- عدم امکان مقایسه در بین جوامع مختلف از نظر ترکیب سنی، جنسی، نژادی
- بالا یا پایین بودن آن در یک مقطع زمانی نشانه وضعیت بهداشتی جامعه نیست (برای تعیین وضعیت بهداشتی یک جامعه حساس نیست)

○ میزان مرگ نوزادان (Neonate Mortality Rate یا NMR)

$$NMR = \frac{\text{تعداد مرگ نوزادان (کودکان کمتر از یک ماه) در یک منطقه در یکسال}}{\text{تعداد موالید زنده آن محل در همان سال}} \times 1000$$

- تعداد مرگ نوزادان زیر یک ماهه یا 28 روزه به ازای هر هزار تولد زنده در یک سال
- نسبت به وضعیت بهداشتی درمانی جامعه حساس است
- باتوجه بیشتر به مرگ های 4 هفته اول زندگی و یافتن علل آن و گسترش مراقبت های دوران بارداری می توان مقدار این شاخص را کاهش داد.
- یکی از شاخصهای مهم در ارزیابی توسعه کشورهاست.

○ میزان میرایی شیرخواران (Infant Mortality Rate یا IMR):

$$IMR = \frac{\text{تعداد مرگ و میر کودکان کمتر از یکسال در یک سال}}{\text{تعداد موالید زنده آن محل در همان سال}} \times 1000$$

میزان مرگ شیرخواران (کودکان زیر یک سال) تعداد مرگ شیرخواران زیر یک سال به ازای هر هزار تولد زنده در سال

این میزان نشان دهنده:

- از هزار تا تولد، چند تا به یک سالگی نمی‌رسند؟
- هر قدر این میزان در جامعه ای کمتر باشد، آن جامعه از سطح بهداشتی بالاتری برخوردار است
- این شاخص به شدت تحت تاثیر اقدامات صحیح بهداشتی قرار می گیرد.
- مناسب‌ترین نشانگر شرایط اقتصادی اجتماعی جامعه است
- نشانگری حساس برای دسترسی، کاربرد و موثر بودن مراقبتهای بهداشتی خصوصاً مراقبتهای قبل از تولد هم هست.
- نشانگر سطح سلامتی نه تنها شیرخواران، بلکه کل جامعه است.

بالا بودن این میزان نشاندهنده موارد ذیل است:

- نیازهای برآورد نشده بهداشتی
 - عوامل نامساعد محیطی
 - شرایط نامناسب اقتصادی، تغذیه، آموزش، بهداشت محیط و مراقبتهای پزشکی
- ❖ به عنوان مثال: وقتی می‌گوییم میزان مرگ شیرخواران در سال 1380 در کشور ما 25 در 1000 است یعنی به ازای هریک هزار تولد زنده، 25 کودک زیر یکسال در طول سال 1380 مرگ و میر داشته ایم

○ (U5Mortality Rate – U5MR) میزان مرگ کودکان زیر 5 سال

محاسبه به دو طریق:

• مخرج کسر، موالید زنده یکسال باشد

• مخرج کسر، کودکان زیر 5 سال باشد

بالا بودن آن نشانه موارد ذیل است: میزان بالای تولد، میزان بالای مرگ کودکان، کمبود امید به زندگی

○ (Life Expectancy) امید به زندگی در بدو تولد:

متوسط محتمل سالهای عمر است که هرکس در هنگام تولد امید دارد زندگی کند..

- برای کشورهای توسعه یافته حدود 80 تا 85 سال برآورد شده است.
- در مقیاس جهانی امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان است.
- امید به زندگی در ایران حدود 75 سال است.
- به شدت تحت تأثیر IMR است.

○ (Pregnancy Rate) میزان بارداری:

- نسبت تعداد زنان باردادر یک سال به زنان ازدواج کرده گروه سنی 10 تا 49 سال
- تعداد بارداری شامل همه بارداریها میشود (تولد زنده + سقط + مرده زایی)

○ میزان مرگ و میر مادران (Maternal Mortality Rate) یا MMR

$$MMR = \text{Maternal Mortality Ratio} = \frac{\text{تعداد مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان در طی یک سال}}{\text{تعداد کل تولدهای زنده در همان سال}} \times 100000$$

میزان مرگ مادران گویای موارد زیر است:

- درجه کیفیت مراقبت های دوره بارداری
- بازتابی از اوضاع اقتصادی و اجتماعی
- چگونگی مراقبتهای پزشکی در قبل و هنگام زایمان
- استفاده موثر یا ناموثر از وسایل تنظیم خانواده
- نشان گری حساس برای عدالت و برابری در سلامت است
- مرگ در ابتدا و انتهای سنین باروری بیشتر است.
- چون ثبت موالید به صورت کامل و جامع تری در مقایسه با ثبت موارد مرگ جنین انجام میگیرد این میزان تنها بر اساس تعداد موالید زنده (مخرج کسر) صورت می گیرد.

تعریف WHO از مرگ مادری: مرگ یک زن در طول دوران بارداری تا 42 روز پس از زایمان، به هر علتی که به بارداری مرتبط باشد و یا در اثر بارداری و تغییرات مربوط به آن تسریع شده باشد.

پس: تصادف، سقوط، سوختگی و ... مرگ مادری نیست.

تعریف مشاوره:

مشاوره فرآیندی کمک کننده است که در طی آن یک مشاور با تمام وجود سعی میکند توانایی و قدرت تصمیم گیری صحیح را در داوطلب یا

Client ایجاد نماید.

- مشاوره یک ارتباط دوطرفه بین یک داوطلب و یک مشاوره است که در آن نیازها، دانش و نگرش داوطلب در خصوص موضوع مورد مشاوره مورد ارزیابی قرار گرفته و مشاور بر آن اساس به داوطلب در تصمیم گیری صحیح و عمل به آن کمک میکند.
- علم و هنر برقراری ارتباطی دوطرفه، فعال و پویا بین مشاور و مراجع که پس از تبادل اطلاعات و عقاید و بحث در مورد آنها برای موضوع خاصی تصمیمگیری میکنند.
- بیان مشکلات از سوی مراجعه کننده و در اختیار قرار دادن اطلاعات جدید و مورد نیاز در جهت افزایش توانمندی وی
- نقش مشاور پیدا کردن یک راه حل و یا حل کردن مشکل داوطلب نیست بلکه مشاور با دادن اطلاعات و ارتقاء دانش داوطلب و نیز تشویق و یا زو حمایت میکند (نقش حمایت کننده)

- مشاور تلاش میکند قدرت تصمیم گیری را در داوطلب ایجاد نماید.
- در نهایت اینکه، تصمیم گیری یابستی توسط شخص داوطلب انجام پذیرد و این عمل هیچ گاه توسط مشاور یا ارائه دهنده خدمت انجام نشود.

هدف مشاوره:

- (1) افزایش آگاهی و شناخت (cognition)
- (2) تغییر مناسب در نگرش و در سطح عاطفی (affect)
- (3) کسب مهارت و رفتار مناسب در سطح روانی حرکتی (psychomotor)

به منظور:

- اصلاح باورهای غلط
- افزایش اعتماد به نفس در داوطلب (Client)
- کاهش شایعه پذیری
- کمک به تصمیم گیری
- افزایش استمرار خدمات

اصول مشاوره:

- توجه به نیازهای مراجعه کننده
- انتخاب آگاهانه و داوطلبانه مراجعه کننده
- واقع بین بودن مشاور
- سرّی و مخفی بودن اطلاعات نزد مشاور
- رضایت مراجعه کننده

خصوصیات مشاور خوب:

- | | |
|---|---|
| • داشتن یک ارتباط خوب | • احترام به حقوق Client |
| • علاقه مندی به مشاوره | • رفتار فاقد تبعیض |
| • آشنایی به حقوق مشتری | • درک مراجعه کنندگان |
| • داشتن اطلاعات جامع فنی، فرهنگی، اقتصادی، روانی، جغرافیایی محلی، ملی، بین المللی | • حمایت از مراجعین |
| • بدون پیش داوری برخورد کردن | • محرمانه نگهداشتن مسائل Client |
| • عدم قصد تحمیل | • آگاهی از خود و خودشناسی، دانش، تواناییها، تجربه |
| • میل کار کردن با مردم | • مسلط به علم مشاوره و آگاهی از |
| | • سیستم ارجاع و سایر همکاران |

بنابراین مشاور خوب: انتخاب نمیکند، توصیه نمیکند نصیحت نمیکند، دلسوزی نمیکند، همدردی نمیکند، موعظه نمیکند، بلکه همدلی می کند.

برخی از مهارت‌های لازم در فرد مشاور جهت مشاوره موفق:

- برخورد احترام آمیز و گرم و توجه کامل به مراجعه کننده
- ایجاد احساس راحتی و تقویت اعتماد به نفس در مراجعه کننده
- کمک به مراجعه کننده برای مطرح کردن همه سؤالاتش
- آگاهی از فرهنگ و آداب و رسوم (صحیح یا غلط) مردم منطقه
- ارزیابی کردن سطح اطلاعات مراجعه کننده و متناسب با نیازهای او صحبت کردن
- توجه داشتن به تفاوت‌های مراجعین
- داشتن اطلاعات علمی دقیق و لازم در مورد تنظیم خانواده

از نظر مراجعه کنندگان، زمانی خدمت مشاوره با کیفیت مناسب بوده است که:

- به مراجعه کنندگان احترام گذاشته شده است.
- اطلاعات ارائه شده، نیازها و انتظارات آنها را برآورده ساخته و به سؤالات آنها پاسخ داده است.
- خدمات با مهارت‌های تکنیکی خوب و کافی ارائه شده است.

مراتب ذیل برای مشاوره خوب نیاز است:

- 1) محیطی آرام و راحت برای Client
- 2) ارائه اطلاعات (واضح، دقیق، روشن)
- 3) ترغیب کردن مراجعه کننده به سوال
- 4) مشاهده کردن رفتار Client
- 5) گوش دادن خوب
- 6) صحبت با Client بر اساس سطح سواد، فرهنگ و زبان او
- 7) کمک به تصمیم گیری در داوطلب

نحوه برخورد مشاور چگونه باید باشد؟

- تقویت اعتماد به نفس
- محرمانه بودن
- خصوصی بودن و حضور همسر
- منش احترام آمیز و گرم با داوطلب
- توجه کامل به داوطلب
- بررسی نظرهای خاص او و پرسش در مورد نحوه کمک به وی

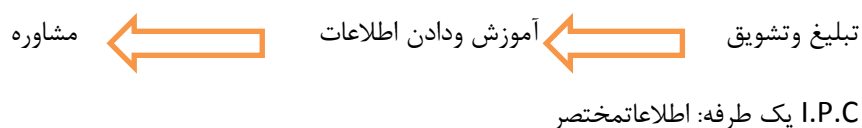
حقوق Client

- (1) **Access** • حق دسترسی به خدمات
- (2) **Information** • حق دسترسی به اطلاعات
- (3) **Choice** • حق دسترسی به انتخاب
- (4) **Privacy/Confidential** • حق خصوصی بودن و محرمانه بودن
- (5) **Comfort** • حق آسایش
- (6) **Continuity/switch** • حق تداوم یا تغییر روش
- (7) **Express** • حق اظهار نظر
- (8) **Dignity** • حق برخورداری از شان و منزلت

ارتباط فردی (I.P.C) Inter Personal Communication

برقراری ارتباط فردی موثر که منجر به تغییر رفتار در دواطلب میشود این مسئله برای یک مشاور موثر (کارا) لازم است که هسته تمام روابط انسانی است.

مراحل I.P.C:



I.P.C یک یا دو طرفه : اطلاعات کاملتر و افزایش آگاهی و اصلاح رفتار

P.C. دو طرفه : اطلاعات جامع، افزایش آگاهی و رفع باورهای غلط، ایجاد توانایی و اصلاح رفتار

موانع ارتباط:

- (1) فیزیولوژیک (مشکل شنوایی)
- (2) روانشناختی (هیجان، سطح هوش و....)
- (3) محیطی (سرو صدا، نور کم و....)
- (4) فرهنگی (بیسوادی، نگرش، اختلاف زبانی و ...)

علیرغم فراهم بودن خدمات بهداشتی، گاه موانع اجتماعی فرهنگی مشکلات زیادی بر سر راه تحقق تغییر در رفتارهای بهداشت ایجاد میکند.

متدهای ارتباطات:

تماس، لمس	• Touch	حرکات بدن	• Body Movement
کلمات	• Words	تغییرهای صورت	• Facial Expression
صدا	• Voice	تماس چشمی	• Eye contact

مراحل مشاوره به فارسی به طور مخفف (بهداشت)

ب: برخورد محترمانه و مناسب با مشتری

ه: هدف متقاضی

د: دادن اطلاعات جامع

ا: انتخاب یک روش

ش: شرح جزئیات

ت: تماس های بعدی

(GATHER): مخفف مراحل مشاوره به نگلیسی:

1. G: Great Clients بابتداسلام کرده و سپس با او ارتباط برقرار کنید.

2. A: Ask Clients about themselves از سوال کرده و اطلاعات بگیرید.

3. T: Tell Clients about family planning Methods

ب مورد روشهای مختلف پیشگیری از بارداری صحبت نمایید.

4. H: Help clients choose a method

ب مورد انتخاب یک روش پیشگیری از بارداری کمک نمایید.

5. E: Explain how to use the methods

ب مورد استفاده صحیح روش را توضیح دهید.

6. R: Return for follow up

ب مورد پیگیری توضیح دهید.

خوشآمدگویی GREETING

• دوستانه و محترمانه : احساس پذیرش

• در هر ویزیت و با هر کس

❖ مشخصات خوشآمدگویی خوب:

(1) مکان مناسب برای انتظار

- (2) مکان مطلوب و جذاب، پوسترهای آموزشی - بهداشتی
- (3) بروشور و پمفلت برای مطالعه
- (4) توضیح در مورد انتظارات شفاهی، کتبی MULTIMEDIA
- (5) آمادگی پرسنل برای پاسخگویی به سوالات مراجعه کننده
- (6) توضیح در مورد فرآیند دریافت خدمت
- (7) رعایت حریم خصوصی
- (8) اطمینان بخشیدن در خصوص حفظ اسرار

* مثال : سلام به مرکز ما خوش آمدید، من اسمم است، چه کمکی میتوانم بکنم، آیا قبل از به مرکز ما آمده اید؟

سوال کردن ASKING

- سوال خوب نصف پاسخ
- چرا سوال میکنیم؟
- (1) علت آمدن
- (2) آگاهی از خواسته ها، نیازها
- (3) آگاهی از احساسات و نگرشها
- (4) نشان بدهیم حواسمان به اوست
- (5) آگاهی از سطح دانش و تجربیات
- (6) آگاهی از رفتارها

نحوه موثر پرسیدن سوال:

- (1) لحن صدا : علاقه و توجه
 - (2) کلمات قابل فهم
 - (3) هر بار یک سوال و منتظر پاسخ شدن
 - (4) استفاده از کلمات مشوق: (فکر میکنی اگر اینجوری بشه، چطور میشه؟)
 - (5) استفاده از کلمات : بعد، و،
 - (6) بیان علت سوال (تظریف و حساس) (روشنپیشگیری باردار یا قبل از بهار چیه؟)
 - (7) اجتناب از (چرا): جستجویمقصر
 - (8) جابجا کردن سوال غیر قابل فهم
 - (9) سوال از انتظار از مشاوره : با ادب ولی مستقیم
 - (10) سوالات باز بهتر از سوالات بسته
- آیا برای تنظیم خانواده آمده اید؟
 - آیا در مورد این روش چیزی شنیده اید؟
 - آیا این روش را ترجیح نمیدهید؟

سوالات بسته:

سوالاتباز:

- درمورد این روش چه چیزی شنیده اید؟
- چه سوالاتی درمورد این روش دارید؟

- ممکن است درخصوص علت آمدن تن توضیح دهید.

چگونه گوش کننده فعال باشید؟

- 1) پذیرش مراجعه کننده همانگونه که هست - به عنوان خودونه نماینده گروه
- 2) به چگونگی بیان توجه کنید.
- 3) حرکت با سرعت مراجعه کننده - اجازه فکر کردن، سوال و صحبت
- 4) فکر کردن به آنچه می گویند آنچه خواهد گفت
- 5) تکرار و خلاصه کردن حرفهای وی
- 6) راحت نشستن : اجتناب از حرکت های اضافی

بیان کردن TELLING

دادن اطلاعات صحیح درمورد موضوع مورد مشاوره بازبانی متناسب با سطح فرهنگ و اطلاعات مراجعه کننده

- پاسخ دادن به انتظارات - ارائه اطلاعات
- انواع انتخاب، مزایا و مضرات
- دقیق و اختصاصی
- پرهیز از ارائه اطلاعات بی مورد
- مثال: ❖

* روش خوب: داشتن کلسترول بالا احتمال سکته رابا لا میبرد

** روش بهتر (خلاصه): برای کسی که کلسترول بیش از 160 دارد/ بهترین راه حفاظت از سکته کم کردن مصرف کلسترول است

*** بهترین (خلاصه و دقیق): اگر بخواهی سکته نکنی باید کلسترولت رابا داروزیر 130 بیاوری

کمک کردن HELP

کمک به داوطلب برای اتخاذ بهترین تصمیم

در این مورد باید توجه داشت که نباید گزینه ای را به جای گیرنده خدمت انتخاب و به او ارائه داد بلکه باید به وی کمک نمود تا وی خود درک و تعیین نماید که آیا راه انتخابی مؤثر و صحیح است یا خیر.

سوال از روشی که خودش فکر کرده و ارزیابی آن

اگر پاسخ به هر سه سوال زیر منفی بود هر روشی بود قابل قبول است:

1) آیا شیر میدهد؟ چه مدت؟

زیر 6 هفته : اجتناب از روشهای هورمونی

6 هفته تا 6 ماه: اجتناب از قرصهای ترکیبی و تزریق ماهانه

بالای 6 ماه : آمپور شیردهی مناسب نیست

(2) آیا باز هم بچه میخواهند؟

(3) آیا در معرض STD هستند؟ کاندوم در کنار یک روش دیگر

حتمالاً این سوال پرسیده میشود: تصمیم گرفتی که چه کنی؟

(1) واضح کردن تصمیم

(2) نشان میدهد تصمیم مال اوست

(3) ایجاد نوعی تعهد

(4) روشن شدن تصمیم نهایی برای مشاور

پس تصمیم گرفتی که

توضیح دادن EXPLAINING

اطلاعات در مورد نحوه عملی کردن تصمیم

سوال خوب : آیا فکر میکنی از عهده کاربر میآئی؟ چه چیزی مانع تو میشود؟

نکته هائی برای کمک به یادآوری آموزه ها:

(1) کوتاه : فقط مهم ها

(2) ساده : جملات و لغات ساده

(3) نکات جدا جدا

(4) شمارش نکات

(5) اولویت در بیان

(6) دسته بندی نکات

(7) تکرار

(8) مثال و نمونه

(9) اختصاصی و دقیق: نخ IUD را به طور منظم هر 6 ماه چک کنید

(10) درست کردن لینک : موقع صبحانه فرصت رابخور، جلوی آئینه و....

(11) چک فهمیدن : درخواست تکرار

(12) ارائه دستنویس

برنامه ریزی جهت ویزیت و ملاقات مجدد RETURNING

ای نقرار ملاقات با داوطلب با هدف مشخص ساختن توفیق آنها در اجرای برنامه های مورد مشاوره و ایجاد تغییرات احتمالی در برنامه هامیباشد.

- امکان و اجازه بازگشت در صورت نیاز
 - عدم اجبار در بازگشت: ارائه وسائل به اندازه کافی
 - محدود کردن ملاقات به دلائل بازگشت
- (1) پیدا کنید چه می خواهد؟ (آیاری بودی، آیامشکلی پیدا کردی؟)
- (2) به آنچه می خواهد پاسخ دهید؟

مشکل راحل کنید . چک کنید آیاروش رافهمیده یاخیر

استفاده از کلمات زیر برای افزایش احتمال بازگشت در صورت تمایل:

به هر دلیل، هروق تدو استداشتی بیا، امیدوارم دوباره ببینمتان

ناباروری

با توجه به اسناد بالا دستی مشتمل بر بند 1 سیاستهای جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ 93/2/30 مبنی بر ارتقاء، پویایی و بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری ضروری است.

✓ حل مشکل زوجین نابارور و دستیابی آنان به تعداد فرزند دلخواه سبب افزایش قابل قبول نرخ باروری کلی است

افزایش مراجعتهای نابارور در سالهای اخیر به دلایلی احتمالی زیر:

- (1) افزایش شیوع و میزان ناباروری
- (2) آگاهی بیشتر از درمان پذیر بودن مشکل
- (3) دسترسی بیشتر به امکانات درمانی و مراکز تخصصی
- (4) شرایط محیطی و آلودگیهای شهرهای مدرن و پیشرفته

زوج های مشمول برنامه:

- (1) ناباروری اولیه داشته باشند.
- (2) سن خانم کمتر از 42 سال باشد.
- (3) حداقل یکی از زوج ها دارای تابعیت ایرانی باشد.

تعریف ناباروری:

به زوجی نابارور گفته می شود که علیرغم تمایل به بچه دار شدن و عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و داشتن تماس جنسی منظم برای بارداری شدن تا یکسال باردار نگردند. (در زنان با سن بالاتر از 35 سال بعد از شش ماه)

► شرایطی که در این یک سال باید وجود داشته باشد، شامل:

- زن و شوهر با هم زندگی کنند.

- تعداد نزدیکی زوجین بین 2 تا 3 بار در هفته باشد

انواع ناباروری:

- ▶ **ناباروری اولیه:** زمانی ناباروری اولیه است که زوجین تجربه بارداری نداشته باشند. در اکثریت قریب به اتفاق زوجین نابارور این نوع ناباروری اتفاق می افتد.
- ▶ **ناباروری ثانویه:** در درصد کمتری از زوجین نابارور تجربه قبلی بارداری وجود دارد اگر چه الزاما منجر به تولد نوزاد زنده نشده باشد .
- احتمال بارداری در بازه زمانی مختلف: احتمال بارداری بعد از یکسال 85 درصد، احتمال بارداری پس از دو سال 93 درصد
- شیوع ناباروری در ایران:** برآورد می شود در ایران بیش از سه میلیون زوج نابارور وجود داشته باشند.

علل ناباروری:

برای سهولت کار تقسیم بندی علل ناباروری به شکل زیر است:

- 40 درصد علل مردانه، 40 درصد علل زنانه، 10 درصد علل توام، 10 درصد علل ناشناخته

اجزای اصلی فرایند باروری که برای ارزیابی باروری لازم می باشند:

- ▶ اسپرم باید در گردن رحم یا نزدیک آن در حوالی زمان تخمک گذاری قرار گیرد و از طریق لوله های رحمی بالا رفته و ظرفیت لقاح با تخمک را داشته باشد.(فاکتور مردانه)
- ▶ تخمک گذاری تخمک بالغ باید به صورت منظم و قابل پیش بینی انجام شود.(عوامل تخمدانی)
- ▶ گردن رحم باید پس از گرفتن و تغذیه اسپرم آن را به داخل رحم و لوله های رحمی آزاد نماید.(عوامل سرویکال)
- ▶ رحم باید جنین را در خود جایگزین نماید و قابلیت حمایت از رشد و تکامل جنین را داشته باشد.(فاکتورهای رحمی)
- ▶ لوله های رحمی باید قابلیت گرفتن سلول تخم و انتقال موثر اسپرم و جنین را داشته باشند.(عوامل لوله ای)

علل ناباروری مردانه:

الف) پیش بیضه ای:

1) اختلال ترشح هورمون های هیپوتالاموس

- 2) بیماری های هیپوفیز: تومور، عمل جراحی، اشعه، هیپر پرولاکتینمی، کمبود هورمون رشد، درمان های هورمونی: استروژن، اندروژن، افزایش کورتیکواستروئید، هیپرو هیپوتیروئید)

ب) پس بیضه ای

- 1) انسداد مجاری باروری (مشکلات مادرزادی، انسداد اپیدیدیم، مجاری انزالی، عفونت، تروما به عصب سمپاتیک، دارویی)
- 2) اختلال در عمل یا حرکت اسپرم (عفونت، علل ایمنولوژیک، اختلال در تکامل)

3) اختلال مقاربتی: اختلال نعوظ، اختلال انزال، هیپوسپادیازیس

ج) بیضه‌های:

- 1) ژنتیک: سندروم کلاین فلتر، حذف کروموزوم Y؛ سندروم مژه بی حرکت
- 2) مادرزادی (بیضه پنهان شده یا کریپتورکیدیسم)
- 3) عفونی (ارکیت)
- 4) عوامل ضد اسپرماتوژنیک (گرما، شیمی درمانی، داروها، پرتوتابی)
- 5) عروقی (واریکوسل)
- 6) صدمه به بیضه (پیچش)
- 7) بیماری‌های سیستمیک (نارسایی کبد، نارسایی کلیه، سیکل سل آنمی)
- 8) ایمنونولوژیک
- 9) ناشناخته

عوامل کاهش دهنده شانس بارداری:

در زنان

در مردان

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1) سن بالاتر از 40 سال | 1) سن 30 سال یا بالاتر |
| 2) سیگار | 2) سیگار |
| 3) مصرف الکل | 3) مصرف الکل |
| 4) داروها | 4) استرس |
| 5) سموم محیطی (آفت کش ها و سرب، حشره کش ها) | 5) رژیم غذایی نامناسب |
| 6) مشکلات سلامت مانند اوریون | 6) ورزش سنگین |
| 7) مشکلات هورمونی | 7) بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی |
| 8) رادیوتراپی یا شیمی درمانی | 8) مشکلات سلامتی با تغییرات هورمونی |
| | 9) رادیوتراپی یا شیمی درمانی |

نکات مورد توجه در بررسی زوجین مشکوک به ناباروری:

- بررسی ناباروری باید بر روی زوجین متمرکز گردد و فقط یکی از زوجین نباید بررسی گردد.
- میزان درمان ناباروری قابل توجه است و این میزان با توجه به سن زن، مدت ناباروری، سابقه قبلی حاملگی و علت ناباروری متغیر است.
- تجربیات بین المللی نشان می دهد که متوسط زمان ناباروری در زوجینی که در مراکز درمانی سطح سه مراجعه می نمایند 42 ماه است که دو برابر مدت زمان در افرادی است که به مراکز مراقبت های اولیه مراجعه می نمایند (21 ماه).

حداکثر احتمال حاملگی های خودبه خود در طول 3 سال اتفاق می افتد و بعد از آن، پیش آگهی موفقیت بدون انجام درمان ضعیف است

تسریع و ارزیابی زودتر در بررسی زوجین مشکوک به ناباروری در موارد زیر موجه است:

- در زنانی که دارای قاعدگی‌های نامنظم و کم تعداد هستند.
 - در زنانی که سابقه عفونت لگنی یا آندومتریوز دارند
 - در افرادی که کیفیت مایع منی شوهر آنها بنا به دلایلی ضعیف تشخیص داده شده است. (مثلا سابقه واریکوسل یا اورسیون)
 - پس از 6 ماه تلاش ناموفق در زنان بالای 35 سال ارزیابی ابتدایی زوج‌های نابارور
- اولویت ناباروری در معاونت بهداشت پیشگیری از ناباروری با راهبردهای زیر است:**
- ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه در زمینه عوامل مستعد کننده ناباروری
 - تشخیص زودرس افراد در معرض ناباروری
 - تشخیص زودرس زوجین نابارور
 - در این راستا کتاب‌های ذیل طراحی و به چاپ رسیده و گروه هدف این کتاب‌ها مشخص گردیده است
 - سن و ناباروری، شیوه زندگی و ناباروری، آندومتریوز، سندروم تخمدان پلی کیستیک