

# به نام خدا

سرمقاله

انتشار نخستین شماره مجله بهداشت باروری در تابستان سال جاری، اظهارات نقادانه اهل خرد و اندیشه را برانگیخت. خوشحالیم که غالب نظرات مثبت و مؤید ضرورت اطلاع رسانی مناسب در زمینه بهداشت باروری و جنسی به عنوان یک حق اجتماعی بود.

اعلام مشترک ۱۸۰ کشور جهان (از جمله ایران) در کنفرانس سال ۱۹۹۴ جمعیت و توسعه در قاهره مبنی بر ضرورت دسترسی همگانی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴ شمسی) نیز تأیید دیگری بر لزوم تداوم حرکتی است که آغاز شده است. توجه مسئولین آموزش و پرورش، در قالب پروژه آموزش جمعیت، که گزارش آن در این شماره نشریه آمده است (به دنبال اضافه شدن واحد درسی جمعیت و تنظیم خانواده به دروس دانشجویان کلیه رشته ها در سالهای اخیر) شایسته تقدیر و تشکر است.

مسئلاً علاوه بر آغاز حرکت های جدید، بازنگری در زمینه هایی همچون نحوه ارائه مشاورات قبل از ازدواج و پس از آن نیز ضروری به نظر می رسد.

به هر روی مجله بهداشت باروری آمادگی خود را به عنوان پل ارتباطی مردم و مسئولین جهت انعکاس نظرات و پیشنهادات و اطلاع رسانی فعالیتهای انجام شده و در دست انجام اعلام می دارد.

امید است با همت جمعی بتوانیم در فراهم آمدن شرایطی مناسب جهت تحقق کامل این حق مسلم اجتماعی موفق باشیم.

دکتر هومن صدری اردکانی

سر دبیر

دکتر محمد مهدی آخوندی  
متخصص جنین شناسی و ناباروری

# رویای داشتن فرزند



پی گیری های خود امیدوار باشند. اگر چه هیچ مرکز درمان ناباروری نمی تواند بطور صد در صد موفقیت زوج را در درمان ناباروری تضمین نماید. ولی با توجه به پیشرفت های بسیار قابل توجه در ابعاد تکنولوژی و درمان در سال های اخیر، در صورت پی گیری تکرار درمان تقریباً ۷۵٪ زوج های نابارور قادر به داشتن فرزند خواهند بود. در این ارتباط و در اولین قدم سوال های اصلی و ابتدائی مطرح است که دانستن پاسخ آن برای همه زوج ها لازم و ضروری است و شامل موارد زیر است:

**چه زمانی فرد درباره مشکل ناباروری خود سخن می گوید؟**

ناباروری به وضعیتی اطلاق می شود که پس از یکسال تماس جنسی منظم و بدون استفاده از وسایل پیشگیری، حاملگی محقق نشود. این مقدمه بدان معنی نیست که شما

زوجهایی که علاقمند به داشتن فرزند بوده ولی علیرغم توجه و رعایت همه موارد توصیه شده قبلی تاکنون موفقیتی را در این امر نداشته اند، بشدت نگران آن هستند که آیا اشکالی در روابط جنسی خود دارند و یا اینکه یکی از آنها دچار مشکل ناباروری است. در همان مراحل اولیه احتمالاً پزشک اطلاعات کاملی را در ارتباط با سن و موقعیت باروری فرد و همچنین بهترین زمان و موقعیت برای ارتباط جنسی و چگونگی انجام آن در اختیار زوج قرار داده است. در صورت رعایت موارد و عدم حصول نتیجه، نگرانی شدیدی در این ارتباط زوج را در بر می گیرد. امیدواریم که با مطالعه این نوشتار نگرانی های شما رفع و امکان موفقیت شما در حصول به نتیجه فراهم آید. در ابتدا دانستن این امر که مشکل ناباروری تنها به شما اختصاص نداشته و تعدادی زیادی از زوجین با این مشکل مواجه اند (حداقل یکی از هر ده زوج بدون استفاده از کمک های پزشکی قادر به داشتن فرزند نیست)، تا حدودی زمینه نگرانی را در شما کاهش خواهد داد. همچنین بایستی این نکته را در نظر داشت که با توجه به پیشرفت های بسیار چشمگیر در دهه های اخیر در زمینه تکنولوژی و درمان لقاح خارج رحمی، ناباروری کامل بسیار نادر است. لذا اخیراً ترجیح می دهند که بجای استفاده از کلمه ناباروری از ضعف باروری استفاده نمایند.

توجه به این مطلب با اهمیت است که مشکل باروری معمولاً نباید فقط در یکی از زوجین جستجو شود، در بسیاری از موارد مشکل و نقص به هر دو زوج مربوط می شود و لذا هر دو باید تحت بررسی ها و معاینات و آزمایشات قرار گیرند تا دقیقاً امکان تشخیص قطعی علل ناباروری و امکان رفع آن فراهم آید.

**حداقل یکی از هر ده زوج بدون استفاده از کمک های پزشکی قادر به داشتن فرزند نیست**

زوج های نابارور باید نسبت به سرنوشت و نتیجه

این مشکلات فقط در زنان بروز و ظهور پیدا نمی‌کند. قریب به ۳۰ درصد از موارد ناباروری را عامل زنانه و قریب به ۳۰ درصد از موارد ناباروری را عامل مردانه قریب به ۳۰ درصد موارد ناباروری را عوامل توأم مردانه و زنانه تشکیل می‌دهد. برای حدود ۵ تا ۱۰ درصد از موارد تاکنون عامل مشخصی جهت ناباروری شناخته و مشخص نشده است. بر این اساس عدم باروری مشکلی است که بمیزان مساوی، مرد و زن در شکل‌گیری آن موثرند. به این دلیل برای شناخت و آگاهی از عوامل ناباروری زوج و برنامه‌ریزی جهت درمان آنها، هر دو زوج باید مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند.

از طرف دیگر حاملگی حتی برای افرادی که مشکلی از نظر باروری ندارند رخداد و حادثه ساده‌ای نیست، بشر در مقایسه با سایر مخلوقات از توان باروری پایینی برخوردار است. زیرا امکان تحقق حاملگی در زمان نسبتاً محدودی از سیکل باروری زن وجود دارد و لذا شانس حاملگی را در هر ماه تا میزان ۲۵٪ کاهش می‌دهد. بطور تخمینی ده درصد از زوج‌های سالم، حتی پس از یکسال نیز قادر به باروری نبوده و ۵ درصد از زوج‌های سالم، حتی پس از دو سال نیز قادر به باروری نیستند.

**سازمان بهداشت جهانی میزان ناباروری در جهان را بین ۶۰ الی ۸۰ میلیون زوج تخمین زده است**

### برای حل این مشکل چه باید کرد؟

اصولاً درمان ناباروری بستگی مستقیمی به عوامل بروز ناباروری دارد. هرچه این عوامل دقیقتر شناسایی شوند، بصورت اختصاصی‌تری مورد درمان قرار خواهند گرفت و شانس موفقیت بیشتری از درمان را بخود اختصاص خواهند داد. بعنوان مثال در صورت بروز فعالیت بالای غدد تیروئید در زن، و یا افزایش میزان هورمون‌های آندروژنی در مردان، تصحیح میزان هورمون‌های مترشحه در بدن ضروری است. همچنین اگر زنی توان تولید هورمون‌های مورد نیاز را جهت تولید تخمک‌های بالغ نداشت، به راحتی امکان تحریکات هورمونی لازم وجود دارد و در این ارتباط باروری بطور طبیعی محقق خواهد شد.

بایستی بمدت یکسال بدون هیچگونه بررسی و مراجعه‌ای به پزشک، منتظر بمانید. باید به این نکته توجه شود که باروری زن همزمان با افزایش سن او کاهش می‌یابد.

### اخیراً ترجیح می‌دهند که بجای استفاده از کلمه ناباروری از ضعف باروری استفاده نمایند

بنابراین هر چه زودتر نسبت به رفع مشکل اقدام شود، نتیجه بهتر و کاملتری عاید خواهد شد. لذا توصیه می‌شود که بویژه زن‌های ۳۶ ساله و بالاتر در صورت عدم موفقیت در باروری در ظرف مدت شش ماه، حتماً به پزشک مراجعه نمایند.

### چرا مشکل ناباروری بطور خاص برای ما بوجود آمده است؟

در حقیقت تعداد بسیار زیادی از زوج‌ها با این تجربه سخت روبرو می‌شوند، بطور تخمینی یک زوج از ده زوج با مشکل نداشتن فرزند مواجه می‌شود. این بدین معناست که در هر کدام از کشورهای ایران، انگلستان و یا فرانسه، بیش از یک میلیون زوج، در آرزو و رویای داشتن فرزند بسر می‌برند. سازمان بهداشت جهانی میزان ناباروری در جهان را بین ۶۰ الی ۸۰ میلیون زوج تخمین زده است. همزمان با بالا رفتن سن ازدواج، میزان ناباروری نیز افزایش می‌یابد. در سال ۱۹۷۰ بیش از ۹۰ درصد از زنان قبل از ۳۰ سال اولین فرزند خود را متولد نموده‌اند در حالیکه در سال ۱۹۹۰ بیش از ۲۵ درصد از زنان پس از ۳۰ سال بدنبال داشتن فرزند بوده‌اند. متأسفانه شواهد حاکی از آنست که میزان باروری زنان پس از ۳۰ سالگی کاهش می‌یابد و سرعت این کاهش پس از ۲۵ سالگی بمراتب بیشتر می‌شود.

**با پیشرفت‌های اخیر، تقریباً ۷۵٪ از زوج‌های نابارور با تکرار درمان قادر به داشتن فرزند خواهند بود**

### دلایل اصلی عدم باروری چیست؟

دلایل اصلی عدم باروری بسیار گسترده و متنوع است و

میزان طبیعی را عرضه نماید. بنابراین یک زوج نابارور بایستی به این نکته توجه نماید که احتمالاً تکرار چندین سیکل درمانی برای باروری او ضروری است. البته انتظار هر فرد از باروری، خود بستگی به نوع مشکل باروری و همچنین سن زن دارد. در موارد اختلالات هورمونی قابل اصلاح حتی در صورت وجود اختلالاتی در باروری مرد، میزان باروری زوج پس از انجام چهار سیکل درمانی حدود ۷۰ درصد برآورده شده است.

**در صورتیکه حتی یک اسپرم در مایع منی وجود نداشت امکان برداشت اسپرم بطور مستقیم از بیضه وجود دارد**

اگر لقاح خارج رحمی (باروری تخمک با اسپرم در خارج از بدن) بواسطه انسداد لوله های فالوپ و یا مشکل حاد ناباروری مرد ضروری باشد، انتظار حاملگی با انجام چهار سیکل درمانی چیزی حدود ۵۰ الی ۶۰ درصد می باشد. اجمالاً باید توجه داشت که حدود ۷۵٪ از زوج ها که درباره مشکل باروری خود به مراکز لقاح خارج رحمی مراجعه نموده و مشاوره می نمایند می توانند از کمک های پزشکی برای باروری خود منتفع شوند و انتظار حاملگی و تولد فرزند خود را داشته باشند.

**برای یک زوج کاملاً بارور شانس حاملگی در یک سیکل قاعدگی در حدود ۲۵ درصد است**



از سوی دیگر اگر بدایلی تعداد اسپرم ها و یا میزان تحرک اسپرم ها جهت باروری تخمک کافی نبود. همزمان امکان تحریک تخمک گذاری با تلقیح داخل رحمی اسپرم شستشو شده و آماده (IUI) امکان پذیر خواهد بود. در این موقعیت اسپرم ها بوسیله لوله باریکی در حوالی زمان تخمک گذاری بدخل رحم منتقل می شود. بعلاوه اگر لوله های رحمی مسدود باشد و حتی امکان باز شدن لوله ها بوسیله عمل جراحی امکان پذیر نباشد و یا حتی زن فاقد لوله های رحمی باشد، انجام باروری در خارج از بدن (IVF) ضرورت یافته و جنین های حاصل به داخل رحم منتقل می شود و در این ارتباط تحریک تخمک گذاری و تخلیه تخمک های بالغ برای شکل گیری باروری جنین در آزمایشگاه ضروری خواهد بود.

**۵ درصد از زوج های سالم، حتی پس از دو سال نیز قادر به باروری نیستند**

در موارد ناباروری های ناشی از مشکلات مربوط به مرد، تزریق یک اسپرم بدخل سیتوپلاسم تخمک بوسیله یک سوزن شیشه ای بسیار باریک موجب باروری تخمک خواهد شد و در صورتیکه حتی یک اسپرم در مایع منی وجود نداشت امکان برداشت اسپرم بطور مستقیم از بیضه وجود دارد.

**انتظارات واقعی از داشتن فرزند به چه مواردی بستگی دارد؟**

حاملگی روند بسیار پیچیده ای است که احتمال عدم وقوع آن در هر سیکل ماهانه بیش از احتمال شکل گیری آن است. حتی برای یک زوج کاملاً بارور و بدون هیچگونه مشکلی، که روابط جنسی بدون استفاده از وسایل جلوگیری از باروری دارند، شانس حاملگی در یک سیکل قاعدگی در حدود ۲۵ درصد است و این بمعنای آنست که احتمال عدم حاملگی بیش از حاملگی است.

درصد حاملگی پس از درمان مشکل باروری و در صورت صحت اقدامات نیز به همین میزان بر آورده شده است. حتی پزشکی مدرن نیز نتوانسته است موفقیتی بیش از



## تأثیرات منفی امواج تلفنهای همراه بر باروری

رئیس انجمن علمی فیزیک پزشکی ایران اعلام کرد: امواج حاصل از تلفن همراه موجب اختلال و کاهش باروری شده و بر جنین انسان تأثیرات منفی می‌گذارد.

دکتر اربابی در گفتگو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری دانشجویان ایران اظهار داشت: پرتوهای حاصل از تلفن همراه غیر یون ساز و امواج الکترومغناطیسی آن از نوع ماکروویو هستند.

دکتر اربابی در خصوص میزان جذب این پرتوها گفت: میزان جذب این پرتوها بستگی به فرکانس، ترکیب منبع پرتوها، اندازه و شکل اجسامی که آنها را دریافت می‌کنند، دارد.

رئیس انجمن فیزیک پزشکی ادامه داد: فرکانس تلفن‌های همراه بین ۸۰۰ تا ۲۴۵۰ مگاهرتز است و حدود استاندارد صرفه جویی در آمریکا تا ۱۰ میلی وات در سانتیمتر مربع اعلام شده ولی اعتراضاتی بر این میزان وارد است که برخی از دانشمندان ثابت کرده‌اند که صدمات وارده به انسان در اثر امواج تلفن همراه، با انرژی بسیار کمتر از استاندارد آمریکا ایجاد می‌شود.

دکتر اربابی دیگر اثرات ناشی از امواج تلفن همراه را جمع شدن عضلات، اعصاب، صدمه غیرقابل برگشت به سلول‌ها که منجر به از دست دادن فعالیت حیاتی سلول می‌شود، از هم گسیختگی و اختلال در تقسیمات کروموزومی، سلولی و سرطان‌زایی دانست و تأکید کرد: طی مطالعاتی بر روی حیوانات مشاهده شد که امواج ناشی از تلفن همراه موجب بروز تومور مغزی و کاهش موقتی یا دائمی حافظه و حتی آلزایمر می‌شود.

وی در پایان توصیه کرد که افراد در هنگام رانندگی و در مواقع غیرضروری از تلفن همراه استفاده نکنند و در هنگامی که مورد استفاده قرار نمی‌گیرد آن را از خود دور نگه‌دارند.

کودکی است که به شیوه لقاح مصنوعی IVF متولد شد. حتی با گذشت بیست و پنج سال، لقاح مصنوعی هنوز در انحصار کشورها و مردمان ثروتمند است. هر ساله در سراسر جهان ده‌ها هزار مورد معالجه بارداری صورت می‌گیرد، اما بخش عمده این معالجات به تنها چند کشور ثروتمند محدود می‌شود. در آفریقا، قاره‌ای که در آن دسترسی مردم به داروهای نجات بخش HIV (ایدز) تقریباً غیرممکن است، لقاح مصنوعی یک درمان تجملی که تنها تعداد انگشت شماری به آن دسترسی دارند به حساب می‌آید. هیچ نشانه‌ای نیز از تغییر این وضع به چشم نمی‌خورد. پروفیسور فرایدی اوکونوفو، مشاور زنان و زایمان از دانشگاه بنین در نیجریه گفت که براساس تخمین‌ها ۲۰ تا ۳۰ درصد جمعیت آفریقا با مشکلات بارداری روبرو هستند. برای بسیاری از زوج‌ها، ناباروری لکه ننگی است که می‌تواند به طرد آنها منجر شود. دکتر اکونوفو گفت:

به دلیل وجود این باور که نازایی ناشی از تأثیر نیروهای اهریمنی است، بسیاری از زوج‌های نابارور ابتدا به درمان‌های سنتی و مذهبی روی



می‌آورند و معالجات متعارف را به تأخیر می‌اندازند. وی گفت گسست پیوند زناشویی یک پدیده عادی است و اغلب این زنان هستند که به خاطر نازایی گناهکار شناخته می‌شوند، حتی اگر مشکل ناشی از مرد باشد. او می‌افزاید که مساله تنها به آفریقا محدود نمی‌شود. دکتر اکونوفو گفت: هم در آفریقا و هم در آسیا، به ندرت از طریق برنامه‌های موجود با مشکل نازایی برخورد می‌شود و اکثر سازمان‌ها اصلاً به آن رسیدگی نمی‌کنند. این برای زنانی که اغلب از تبعیض در این زمینه رنج می‌برند مساله بزرگی است. تدابیر اتخاذ شده برای جلوگیری از رشد HIV (ایدز)، که خبر کمک چند میلیارد دلاری آمریکا آن را تقویت کرده است، می‌تواند به کاهش نرخ نازایی در کشورهای

## لقاح مصنوعی، رویای آفریقا

امسال بیست و پنجمین سالگرد تولد "لوئیز براون" نخستین

## مصرف سیگار در طی بارداری بر روی تعداد اسپرم های فرزندان پسر تاثیر می گذارد

بر اساس یک مطالعه جدید در دانمارک پسران مادرانی که بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز و در طی حاملگی می کشند، تعداد اسپرم کمتری نسبت به پسران مادران غیرسیگاری دارند. در این مطالعه پسران مادران سیگاری از سطح هورمونی پایین تری نیز برخوردار بودند. دانمارک در میان سایر کشورهای اروپایی از بالاترین میزان زنان سیگاری برخوردار است، در طی پنج دهه اخیر در این کشور تعداد اسپرمهای مردان کاهش یافته است.

محققان نمونه مایع منی و خون ۳۱۶ مرد را بین سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۹ جمع آوری نموده و پس از بررسی مادران آنها از نظر مصرف سیگار و سایر فاکتورها، مشخص شد که تعداد اسپرم در میان پسران مادران سیگاری (در طی حاملگی) ۴۸٪ کمتر از سایر افراد است همچنین سطح اینیبین B (هورمونی که در تولید اسپرم توسط بیضه ها مؤثر است) نیز کمتر بود. محققان معتقدند ترکیبات توتون سیگار تاحدی روی سلولهای جنینی مؤثر در تولید اسپرم در آینده نقش دارند.



در حال توسعه نیز منجر شود، زیرا عفونت های ناشی از آمیزش جنسی علت اصلی نازایی است.

با این حال همه کشورهای آفریقا با کمبود امکانات برای لقاح مصنوعی روبرو نیستند. در کشورهای اسلامی مانند مراکش و مصر، معالجات باروری مورد استقبال قرار گرفته است و دکتر مارسیا اینهورن، محقق دانشگاه میشیگان می گوید که اسلام یک نیروی محرکه این وضع است وی به بی بی سی گفت: اسلام دینی است که پیروان را ترغیب می کند درمانی برای رنج خود بیابند. اسلام دینی است که معالجات پزشکی را تشویق می کند. IVF در واقع به طور حیرت انگیزی در کشورهای اسلامی خاورمیانه جا افتاده است.

ده ها درمانگاه در خاورمیانه و شمال آفریقا وجود دارد که تاریخ پیدایش برخی از آنها به سال ۱۹۸۴ بازمی گردد. دکتر اینهورن، از دانشگاه میشیگان گفت با این حال همچنان محدودیت های مهمی برای بسیاری از مسلمانان وجود دارد. در حالی که لقاح مصنوعی با استفاده از تخمک و نطفه ای که از زوج مورد بحث گرفته می شود مجاز است، اما مسلمانان سنی مذهب حق استفاده از تخمک یا نطفه اهدایی را ندارند و همچنین پس از صدور چندین فتوا پس از سال ۱۹۸۰ در مصر پرورش جنین در رحم هر زنی غیر از مادر نیز ممنوع شد. شیعیان در این زمینه با محدودیت کمتری روبرو هستند و آیت الله علی خامنه ای، رهبر ایران، مجوز استفاده از تخمک اهدایی و حتی نطفه اهدایی را تحت شرایط خاصی صادر کرده است. دکتر اینهورن گفت: وقتی کسی به استفاده از نطفه یا تخمک بدن خود محدود باشد، و اگر زوجی به هر دلیل نتواند آن را تولید کند مشکلی اساسی پیش می آید. با این حال وی این باور را که ناکامی در باروری به فروپاشی پیوند زناشویی منجر می شود را رد کرد و گفت: اکثر زوج ها این وضع را می پذیرند و به رابطه خود ادامه می دهند. آنها اعتقاد دارند که این خواست خدا بوده است.

دکتر افسانه محمدزاده

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

دکتر ناصر امیر جنتی

متخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری

تناسلی، نازایی و ناتوانی جنسی

# چرا فرزندم بالغ نمی‌شود؟



در خصوص بهداشت بلوغ یک دغدغه فکری خیلی شایع والدین همواره این بوده که آیا فرزندم (پسر یا دختر) به موقع به بلوغ می‌رسد؟ در مقام پاسخ به این مشکل در این مقاله به مسائل بلوغ تأخیری پرداخته می‌شود. تغییرات هورمونی مختصر در هر دو جنس در سنین ۸-۶ سالگی و از غده فوق کلیوی شروع می‌شود. بدنبال آن تغییرات مهم دیگری در مغز و در قسمت‌هایی که مستقیماً مسؤول ایجاد بلوغ هستند ایجاد می‌شود. تا ۱۰ سالگی، هورمونهای جنسی به میزان اندک از بیضه‌ها و تخمدانها در شب هنگام ترشح می‌شوند که متعاقباً ترشح این مواد را در ساعت‌های روز هم خواهیم داشت. این هورمونهای خیلی مهم تغییرات فیزیکی را باعث می‌شوند که ما آنرا بلوغ می‌نامیم. ترتیب طبیعی تکامل بلوغ در دخترها معمولاً عبارتند از تکامل پستانها، رویش موهای زهار، قد کشیدن و شروع قاعدگی. سن متوسط برای تکامل پستانها در کشورهای پیشرفته ۹/۸ سال است. اگر تکامل و برجسته شدن پستانها تا ۱۴ سالگی صورت نگیرد، و یا نیز اگر قاعدگی تا ۱۶ سالگی شروع نشود، بلوغ تأخیری گفته می‌شود.

بلوغ دارد و یک ارزیابی کامل برادر و خواهران فرد موردنظر قویاً توصیه می‌گردد. دو نکته دیگر که در اینجا لازم به ذکر است امروزه دختران جوان زیادی حتی در سنین زیر ۱۰ سال به فعالیت ورزشی می‌پردازند. در فعالیت‌های فیزیکی زیاد، دو سال تأخیر در بلوغ شایع می‌باشد. وزن نیز نقش مهمی در بلوغ تأخیری دارد. میزان اندک چربی برای شروع و ادامه قاعدگی طبیعی ضروری می‌باشد. در یک حالت خاصی به اسم «بی‌اشتهایی عصبی» نیز تأخیر در بلوغ را در نزد دختران جوان خواهیم داشت.

**تا ۱۰ سالگی، هورمونهای جنسی به میزان اندک از بیضه‌ها و تخمدانها در شب هنگام ترشح می‌شوند**

**شایع‌ترین علت بلوغ تأخیری، تأخیر سرشتی تکامل می‌باشد**

در پسرها، رویش موهای زهار حدود ۱۳ سالگی شروع و متعاقباً بزرگ شدن تدریجی بیضه‌ها و اندام‌های تناسلی خارجی را خواهیم داشت. اگر تکامل جنسی ذکر شده در پسران تا ۱۴ سالگی صورت نگیرد، بلوغ تأخیری اطلاق می‌گردد. شایع‌ترین علت بلوغ تأخیری، تأخیر سرشتی تکامل می‌باشد. این اصطلاح بدین معناست که رشد و تکامل به صورت کامل ولی با آهنگ آهسته‌تر از معمول صورت می‌گیرد. این تشخیص فقط وقتی گذاشته می‌شود که سایر علل بلوغ تأخیری بصورت کامل رد شوند. از این علل می‌توان به مشکلات مغزی، غدد داخلی، غده تیروئید، تخمدان و رحم اشاره کرد. ژنتیک نقش مهمی در مشکلات

در ادامه به جزئیات بیشتر در خصوص شایع‌ترین علت بلوغ تأخیری (بلوغ تأخیری سرشتی) می‌پردازیم. این

می گیرد. از نظر تاریخچه پزشکی همانطور که ذکر شد این افراد منحنی رشد مخصوص خود را دارند. سن استخوانی که با عکسبرداری از مچ دست مشخص می شود معمولاً ۲-۴ سال نسبت به سن تقویمی تأخیر دارد. جهش رشدی بلوغ در این بچه ها تأخیر دارد. در معاینه این بچه ها توسط پزشک معمولاً نکته خاصی دیده نمی شود، بجز اینکه ظاهر بالغ نشده که با سن شان متناسب نیست دیده می شود. در دوران کودکی نسبت بالاتنه به پایین تنه بیشتر است. در بالغین این نسبت در اثر رشد طولانی تر پاهای، غالباً کاهش می یابد.

تأخیر سرشتی بلوغ به نظر می رسد بطریقه چندژنی از هر دو والد به ارث می رسد و اگر یک فرد در خانواده مبتلا باشد ۹۰-۶۰٪ بچه های دیگر احتمال داشتن این مشکل رشد را دارند. بنابراین در بررسی فامیلی ممکن است مادر و پدر یا برادران و خواهران وی نیز دچار بلوغ دیررس بوده ولی به تدریج سیر بلوغ طبیعی را طی کرده و بزرگسالان سالم می باشند.

نکته مهم این است که قبل از اینکه تشخیص بلوغ دیررس سرشتی توسط پزشک تأیید شود باید سایر علل مهم بلوغ دیررس مثل بیماریهای مزمن و زمینه ای (مثل بیماریهای مزمن کلیوی، سوء تغذیه شدید، بیماریهای مزمن ریوی و...) که با کاهش سلامت منجر به بلوغ دیررس میشوند یا اشکالات ژنتیکی که باعث نارسائی غدد جنسی میگردد، رد شده باشد.

### چگونه بلوغ تأخیری سرشتی باید بررسی شود؟

- ۱- انجام آزمایشات معمول آزمایش شمارش سلولهای خونی (CBC) تست های عملکرد کلیه و کبد، سرعت سدیمان خون و آزمایش کامل ادرار
- ۲- تست های هورمونی شامل عملکرد تیروئید (TSH, T4)، هورمون رشد و LH, FSH
- ۳- اگر پزشک معالج شک نمود باید بررسی کروموزومی نیز صورت گیرد.

بررسی رادیولوژی که شامل عکسبرداری از مچ دست چپ می باشد. MRI در صورت مختل بودن آزمایشات هورمونی و یا علائم بینایی و سردرد شدید کمک کننده

بچه ها علاوه بر تأخیر در شروع بلوغ، کوتاه قد نیز بوده و بیشتر به پزشکان اطفال مراجعه می کنند تا به متخصص زنان یا ارولژیست.

در بلوغ تأخیری سرشتی، وزن هنگام تولد طبیعی بوده و سرعت قد کشیدن و وزن گرفتن از ۶ ماهگی آهسته بوده و در نتیجه آن محور رشدشان در کارت سلامت، جاده سلامتی را به طرف پایین قطع می کند و این مهم، تا ۲-۳ سالگی ادامه می یابد. در این زمان است که رشد، سرعت طبیعی را پیدا کرده و این بچه ها در سالهای قبل بلوغ شان محور رشدی موازی با جاده سلامتی اما زیر آن را خواهند داشت.

در زمان مورد انتظار بلوغ، این بچه ها قد کوتاهی دارند، بدلیل آنکه جهش رشد بلوغ در آنها تأخیر دارد ولی در زمان دیرتری به رشد قدی و جنسی طبیعی می رسند، لازم به ذکر است که اگرچه بلوغ تأخیری سرشتی یک حالت طبیعی است تا یک اختلال و بیماری، ولی ممکن است باعث مشکلات روانی و حتی درمانهای غیرضروری گردد. هرچند که مطالعات اخیر نشان داده که این بچه ها از نظر انجام تکالیف مدرسه و یا اجتماعی بودن فرقی با سایرین ندارند. تأخیر در بلوغ و رشد بوسیله سن استخوانی که با عکس برداری از مچ دست چپ تخمین زده می شود، مشخص می گردد. رشد و تکامل جنسی در این افراد با سن استخوانی یا بیولوژیک که با عکسبرداری از دست مشخص می گردد متناسب می باشد نه با سن شناسنامه ای. از نظر شیوع مطابق منابع غربی حدود ۲-۳٪ پسرها دچار این حالت بوده و به نظر می رسد پسرها دو برابر دخترها مبتلا باشند.

باید والدین بدانند که این حالت، بیماری نبوده بنابراین حیات فرزندشان را تهدید نمی کند. در بعضی از افراد مبتلا ممکن است باعث استرس روانی شده و تصور ذهنی نامناسب از خود باعث گوشه گیری و یا افسردگی گردد. در سالهای اخیر محققین پی برده اند که تأخیر سرشتی بلوغ و رشد ممکن است باعث کاهش توده استخوانی در فرد شود.

همانگونه که ذکر گردید این حالت از ۳-۶ ماهگی شروع می شود ولی مراجعه به پزشک غالباً در سنین بلوغ صورت





جنسی بطور کامل ایجاد شود. با این درمان رشد هم تسریع می شود و به طول قد این کودکان اضافه می شود. تا در نهایت، وضعیت بلوغ بطور طبیعی و کامل تثبیت شود.

دختران، باید هورمونهای استروژن و پروژسترون را بطور دوره‌ای مصرف کنند تا سیکلهای ماهیانه برقرار بماند. در پسران، از آندروژنها (تستوسترون) برای رشد قد و ایجاد صفات ثانویه جنسی استفاده می‌گردد. در پایان باید به این نکته اشاره کرد که بدلیل عدم هماهنگی رشد این کودکان با خواهران، برادران یا همسالان خودشان ممکن است دچار اضطراب و تنش‌های روحی شوند. درمان هورمونی، با ایجاد صفات ثانویه جنسی، و افزایش طول قد از نظر روحی به آنها آرامش می‌دهد. ولی بهر صورت نگرانیهای متعددی در مورد علت ایجاد کننده بلوغ دیررس و یا تأثیر آن روی آینده باروری وجود دارد که منجر به ایجاد تنشهای متعدد در اینان می‌شود. لذا مراجعه منظم به پزشک متخصص و کنترل مداوم تأکید فراوان می‌شود. ورزشهای منظم و پرداختن به تحصیلات و سایر برنامه‌های آموزشی-تفریحی سالم در بالابردن اعتماد به نفس این کودکان کمک مؤثری می‌باشد. بهره‌گیری از مشاوره‌های تخصصی مختلف نظیر متخصصین داخلی، غدد، ژنتیک، مغز و اعصاب و روانپزشکی بسیار مهم است. برگزاری جلسات بحث و تبادل نظر با این کودکان و نیز والدین آنها هم قدمی مهم در ایجاد سازگاری آنها با وضعیت بیماری خود می‌باشد.



می‌باشند.

در بلوغ دیررس سرشتی تمام آزمایشات در محدوده طبیعی قرار دارد و نکته مهم این است که هر ۶ ماه یک بار این کودکان باید ویزیت شوند تا علت زمینه‌ای مخفی، بررسی گردد.

در واقع پس از شرح حال دقیق و انجام معاینات بالینی دختران یا پسران مبتلا به بلوغ دیررس در ۳ گروه بالینی، قرار می‌گیرند:

- ۱- ظاهراً طبیعی و بدون مشکل (بلوغ دیررس سرشتی)
- ۲- دارای علائم بیماریهای زمینه‌ای
- ۳- دارای علائم مشکوک به اختلالات ژنتیکی و بر مبنای این تقسیم بندی درمان انجام می‌شود.

**تأخیر در بلوغ و رشد بوسیله سن استخوانی که با عکس برداری از مچ دست چپ تخمین زده می‌شود، مشخص می‌گردد**

### درمان:

در صورت وجود علت زمینه‌ای قابل درمان، مثل بیماریهای کلیوی و ریوی، توجه اصلی معطوف به درمان این موارد می‌شود. پس از اصلاح بیماری زمینه‌ای و بهتر شدن سطح سلامت، بلوغ خودبخود ایجاد می‌شود. در مواردی که پزشک صلاح بداند می‌تواند از هورمون درمانی جهت القاء یا تسریع بلوغ استفاده کند. در مواردی که مشکل ژنتیکی وجود دارد و لذا علل زمینه‌ای قابل رفع نیستند، درمان با هورمونهای جنسی به منظور القاء بلوغ و ایجاد صفات ثانویه جنسی پیشنهاد می‌گردد.

رژیم مخصوص غذائی برای این بچه‌ها نیاز نیست. گرچه یک رژیم متعادل محتوی کالری کافی و نیز سرشار از کلسیم برای رشد و تکامل استخوانها توصیه میشود. از نظر فعالیت فیزیکی، هیچ محدودیتی در فعالیت برای این افراد توصیه نمی‌شود. در صورت اضطراب و استرس شدید روانی، مشاوره با روانپزشک لازم است و ممکن است درمان لازم شود.

چون سیر طبیعی بلوغ ۴-۲ سال طول می‌کشد، درمان با هورمون هم باید همین مدت طول بکشد تا صفات ثانویه

# آیا مشکلی وجود دارد؟

زیر نوک آن دیده می‌شود و تحت عنوان غنچه سینه معروف است. در این مرحله فرد ممکن است متوجه این مسئله شود که رشد یکی از سینه‌هایش قبل از دیگری شروع شده و یا یکی از سینه‌ها سریعتر از دیگری رشد می‌کند. اصطلاح پزشکی این پدیده، تکامل متفاوت می‌باشد و هیچ جای نگرانی در مورد این مسئله وجود ندارد. در حقیقت بنظر می‌رسد حدود ۴۰٪ زنان دارای سینه‌هایی با اندازه متفاوت هستند، بنابراین، شما قطعاً تنها فردی نیستید که با این مسئله روبرو می‌باشد. مادر، مادر بزرگ، خواهر بزرگتر، عمه و یا خاله شما نیز سینه‌هایی با سایزهای متفاوت دارند. پرسش در مورد این مسئله از اطرافیان نزدیک، و اطمینان از اینکه آنها هم با این مسئله روبرو بوده‌اند، سبب آرامش خیال شما می‌شود.

بسیاری از دخترانی که سینه‌های متفاوت دارند، می‌پذیرند که طبیعی هستند و کار خاصی انجام نمی‌دهند. حقیقت این است که ورزش، مکمل‌های ویتامینی و یا رژیم غذایی به تغییر اندازه سینه شما کمکی نمی‌کنند. معمولاً مردم متوجه تفاوت در اندازه‌های این عضو نمی‌شوند. اگر همچنان نگران این قضیه هستید، بهتر است با پزشک خود مشورت نمایید.

بهرحال مجدداً یادآور می‌شود که هرکس تکامل متفاوتی دارد. هر پسر یا دختری براساس الگوی شخصی متفاوتی رشد می‌کند و شما تنها کسی نیستید که با این مسئله روبرو می‌باشد.



احتمالاً هنگامی که شما دختر نوجوانی هستید، اعضای مختلف بدن بخصوص سینه‌ها، ذهن شما را به خود مشغول می‌کنند. ممکن است در این زمینه نسبت به همکلاسیها و یا دوستانتان در محیطهای ورزشی دقیق شوید و هنگامی که به آینه نگاه می‌کنید متوجه تفاوت اندازه در سینه‌های خود شوید و این سوال برای شما پیش بیاید که آیا شما طبیعی هستید یا اینکه دچار مشکل شده‌اید. باید به این نکته توجه نمود که شما فرد مستقلی هستید. بسیار طبیعی و حتی شایع است که سینه‌هایی با سایز متفاوت از دیگران داشته باشید بخصوص در طی دوران بلوغ. اندازه و شکل سینه‌ها برای هر دختر و زنی منحصر به فرد است. ممکن است بزرگ، کوچک، متوسط، صاف، گرد، توپر و ... باشد. هر دختری با دیگری فرق دارد و هیچ دو سینه‌ای عیناً شبیه بنظر نمی‌رسند. هنگامی که دختران بالغ می‌شوند، معمولاً بین سنین ۸ تا ۱۳ سال، سینه‌هایشان شروع به رشد و تکامل می‌کند که اولین مرحله رشد برجستگی کوچکی است که در



دکتر سیده سهیلا عارفی  
جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

به بهانه از دست رفتن دوقلوهای بهم چسبیده ایرانی: لاله و لادن

## از ناباروری تا حاملگی چندقلوئی



همراه است اهمیت زیادی دارد. در واقع قسمت اعظم عوارض و مرگ و میر نوزادان در جهان در حاملگیهای چندقلوئی اتفاق می افتد.

### چند نوع دوقلوئی داریم؟

گاهی علت دوقلوئی، آزاد شدن دو تخمک به طور همزمان و لقاح این تخمک ها با دو اسپرم می باشد. به این ترتیب در یک سیکل طبیعی، دوحاملگی با تخمک ها و اسپرم های متفاوت، و با ژنتیک متفاوت (دوقلوئیهای غیرهمسان) خواهیم داشت. این نوع دوقلوئی، ۶۶٪ موارد دوقلوئی را شامل می شود. گاهی در یک سیکل یک تخمک آزاد شده و با یک اسپرم لقاح پیدا می کند و پس از تقسیمات سلولی متعدد به دو قسمت مجزا تقسیم می شود و دو جنین ابتدائی، با ژنتیک واحد را بوجود خواهد آورد (دوقلوهای همسان). این نوع دوقلوئی در ۳۳٪ موارد اتفاق می افتد، در واقع با هر دو مکانیزم فوق ممکنست بیش از دو قل (سه یا بیشتر) جنین ایجاد شود. مثلاً چهارقلوئی ممکنست از یک یا چهار تخمک ایجاد شود. بهر صورت دوقلوهای همسان ممکنست ظاهراً، و به طور کامل همسان نباشند. علت آن اینست که احتمالاً ممکنست در مراحل تقسیم یک جنین به دو جنین، این تقسیم به طور مساوی صورت نگیرد. همینطور گاهی ممکنست یک دوقلوئی غیرهمسان، بسیار ظاهر شبیه هم داشته باشند.

نگرانی در چشمهایش موج می زد، نمی دانست با واقعیت موجود چگونه کنار بیاید، بیادش می آمد که از ۲ سال پیش مستاصل و خسته جهت اقدامات درمانی بعلت مشکل ناباروری، به مراکز مختلفی مراجعه و تحت تشخیص و درمانهای مختلفی قرار گرفته بود، در تمام این مدت فکر می کرد که اگر روزگار دست یاری دهد و او بتواند صاحب فرزندی شود تا چه حد در زندگی احساس خوشبختی خواهد کرد. اما حالا با کمال ناباروری می دید که خدای مهربان نه تنها یک، بلکه سه جنین به او هدیه کرده است، بله او در آخرین اقدام درمانی خود، حامله شده بود، یک حاملگی سه قلو...

معرفی داروهای تحریک تخمک گذاری جهت بیماران نابارور در سال ۱۹۶۰ و تکنیک های کمک باروری در سال ۱۹۷۰، تحولی عظیم در دانش باروری ایجاد نمود و البته باعث افزایش تعداد حاملگی چندقلوئی در دو دهه اخیر گردیده است. در واقع این دارو با تحریک تخمدانها جهت بدست آوردن چند تخمک به طور همزمان و در نتیجه افزایش شانس باروری، شانس دوقلوئی را نیز افزایش داده است. از داروهایی که با این هدف استفاده می شوند می توان کلومیفن و HMG را نام برد که به طور گسترده در درمان ناباروری استفاده می شوند.

معرفی داروهای تحریک تخمک گذاری جهت بیماران نابارور در سال ۱۹۶۰ و تکنیک های کمک باروری در سال ۱۹۷۰، تحولی عظیم در دانش باروری ایجاد نمود

حال، آیا می دانید شیوع حاملگی چندقلوئی به طور طبیعی چقدر است؟

حاملگی دوقلوئی به طور کلی خیلی شایع نیست و شیوع آن ۱ مورد از ۹۴ مورد حاملگی تخمین زده میشود. این شانس در درمان ناباروری و استفاده از داروهای تحریک تخمک گذاری به حدود ۲۵-۲۰٪ می رسد. حاملگی چندقلوئی از این نظر که با عوارض زیادی از جمله زایمان زودرس



وصل باشند، معمولاً شایعترین فرم، اتصال از ناحیه سینه می باشد.

#### تشخیص دوقلوئی چگونه میسر می شود؟

معمولاً سونوگرافی راه مطمئنی برای تشخیص می باشد. بهر صورت معمولاً توجه به تاریخچه دوقلوئی در مادر و پدر و استفاده از داروهای تحریک تخمک گذاری ما را مشکوک و جهت تشخیص دو یا چندقلوئی راهنمایی می کند. بزرگی بیش از اندازه شکم و متعدد بودن صدای قلب جنین نیز کمک کننده است. بهر صورت معمولاً تشخیص نهائی در موارد مشکوک با سونوگرافی داده می شود بخصوص در موارد بیماران نازا که تحت درمان با داروهای تحریک تخمک گذاری قرار گرفته و با استفاده از تکنیک های کمک باروری ممکنست چند جنین به مادر منتقل شود، احتمال حاملگی چندقلوئی زیاد بوده و معمولاً سونوگرافی در هفته های اولیه جهت بررسی وضعیت و تعداد جنین ها صورت می گیرد.

معمولاً شایعترین فرم، اتصال از ناحیه سینه می باشد

در مورد عوارض چندقلوئی چه می دانید؟ در حال حاضر با مامائی مدرن، حاملگی های چندقلوئی با عوارض کمتری همراه است و با وجود کنترل های دقیق تر مادر و کودک، عوارض، شیوع بالایی ندارد. به هر صورت

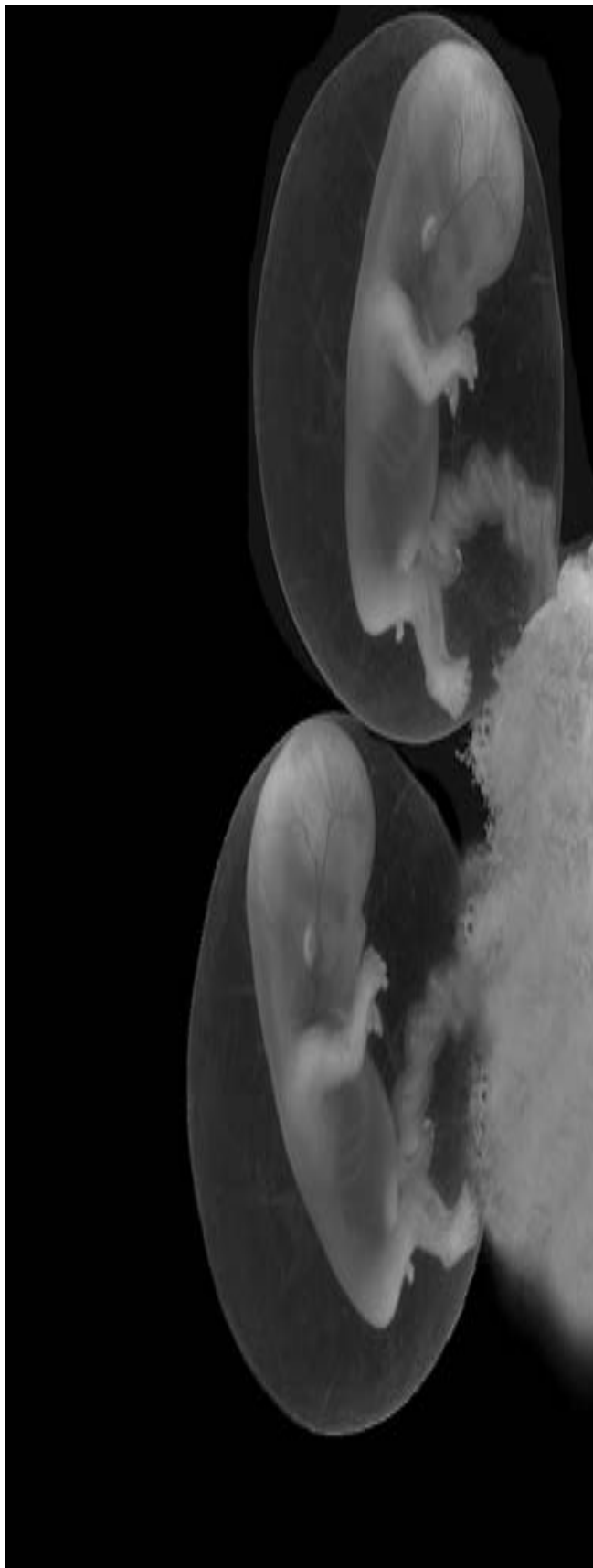
#### نکته قابل توجه و جالب: دوقلوئی بهم چسبیده چگونه بوجود می آید؟

معمولاً تقسیم جنین ها به دو یا چند جنین در سه روز اول پس از لقاح بوجود می آید. در این حالت، جنین ها هرکدام جفت و کیسه آب (آمنیون) منحصربه فرد خواهند داشت. اما بندرت تقسیم بین روز ۴ تا ۸ پس از لقاح صورت می گیرد، در این صورت جنین ها دارای دوکیسه آب و یک جفت مشترک خواهند بود. در موارد نادر که تقسیم جنین ها روز هشتم پس از لقاح صورت بگیرد، جنین ها حاوی یک کیسه آب و یک جفت مشترک خواهند بود. این گروه نیز گروه مورد توجهی می باشد چون وجود یک کیسه آب مشترک بین دو جنین باعث عوارضی مانند گره خوردگی بندناف و پیچ خوردگی بندناف بین دو جنین و مرگ یک یا چند جنین در ۵۰٪ موارد خواهد شد. در مواردی که این نوع نادر دوقلوئی تشخیص داده شود باید با سونوگرافی رنگی (داپلر) وضعیت بند ناف را در جنین ها بررسی کرد. هم چنین کنترل مکرر ضربان قلب جنین ضروری می باشد.

#### قسمت اعظم عوارض و مرگ و میر نوزادان در جهان در حاملگیهای چندقلوئی اتفاق می افتد

در موارد بسیار نادر (یک مورد حاملگی در ۶۰ هزار)، اگر تقسیم جنین ها پس از روز هشتم باشد، تقسیم به طور ناکامل صورت گرفته و باعث ایجاد دوقلوهای بهم چسبیده خواهد شد، در واقع برحسب محل تقسیم جنین ها ممکنست جنین ها از پشت، از سینه، از سر و یا از ناحیه کمر به هم





عوارض معمول حاملگی در چندقلوئی کمی بیشتر از حاملگی یک قلو دیده می شود. این عوارض شامل فشارخون حاملگی (مسمومیت حاملگی)، سقط، اختلالات مادرزادی، زایمان زودرس، کاهش وزن جنین ها، و انتقال نامناسب و نابجای خون از یک جنین به جنین دیگر می باشد، این عارضه آخر به این دلیل که خود باعث یک سلسله عوارض دیگر می شود اهمیت دارد که این عوارض شامل کم خونی و مرگ در یک جنین، پرخونی و بزرگ شدن قلب و کبد در یک جنین دیگر که هر دو منجر به مرگ جنین ها می شود، آسیب مغزی، میکروسفالی یا کوچک شدن سر جنین، و فلج مغزی و ...

**تشخیص نهائی چندقلوئی با سونوگرافی داده می شود**

#### سخن آخر

با توجه به پیشرفت علم تغذیه، و وجود داروهای مناسب جهت جلوگیری از زایمان زودرس و عوارض مربوط به آن و هم چنین پیشرفت تکنولوژی در تشخیص زودرس عوارض و اختلالات، حاملگی دوقلوئی خطر چندانی ندارد. چه اینکه درحال حاضر چندقلوئی یکی از طبیعی ترین اتفاقاتی است که در پروسه درمان ناباروری صورت می گیرد.

**درحال حاضر با مامائی مدرن، حاملگی های چندقلوئی با عوارض کمتری همراه است**

در خاتمه به روح عزیزان از دست رفته، لاله و لادن درود می فرستیم و از محضر حق جهت این دو خواهر، طلب مغفرت می کنیم. یادشان گرامی.

# Contraceptive LD



1 ≠ 1, 1, 1, 1, ...

شرکت داروسازی ایران هورمون  
قرص ضد بارداری



Km 9 Special karadj Road P. O. Box 13185-1767 Tehran, Iran  
Tel: (+9821) 4905513-14 Fax: (+9821) 4905512  
email: iranhormon@tehran.irpost.com

# روش‌های ضدبارداری اورژانسی

روش‌های ضدبارداری اورژانسی چگونه عمل می‌کنند؟ این نوع روش‌های ضدبارداری بطرق زیر از وقوع حاملگی جلوگیری می‌کنند.

- ممانعت از تخمک‌گذاری و یا آزاد شدن تخمک
  - ممانعت از بارور شدن تخمک توسط اسپرم
  - ممانعت از جایگزینی تخم بارور شده در دیواره رحم
- بعلت تغییر در دیواره رحم  
اما در صورتیکه حاملگی از قبل صورت گرفته باشد، روش‌های اورژانسی عمل نخواهند کرد.

نوع دیگر روش ضدبارداری اورژانسی، جایگذاری IUD یا دستگاه داخل رحمی است

## انواع روش‌های ضدبارداری اورژانسی:

۲ نوع روش ضدبارداری اورژانسی وجود دارد: قرص‌های ضدبارداری و دستگاه داخل رحمی (IUD). در این حالت قرص‌های ضدبارداری «قرص صبح روز بعد» نیز نامیده می‌شوند. منظور از قرص‌های ضدبارداری در شرایط فوریت، استفاده از تعدادی قرص ضدبارداری (۳ قرص LD یا ۲ قرص HD هم‌زمان بلافاصله پس از نزدیکی محافظت نشده و همان تعداد قرص به فاصله ۱۲ ساعت بعد) است. که در طی ۷۲ ساعت اول پس از نزدیکی محافظت نشده بایستی استفاده گردند. این قرص‌ها حاوی مقدار زیادی هورمون می‌باشند که ممکن است تنها حاوی یک نوع هورمون (پروژستین یا استروژن) و یا دو نوع هورمون بصورت ترکیبی (استروژن و پروژستین) و یا داروهای دیگر باشند. معمولاً در دوران شیردهی از قرص‌های ضدبارداری که تنها حاوی یک نوع هورمون (پروژستین) هستند استفاده می‌شود. تشخیص این مسئله که چه نوع قرص و به چه میزانی و یا چه نوع روشی جهت افراد مناسب‌تر است بعهده پرسنل بهداشتی می‌باشد. لازم بذکر است که اینگونه استفاده از قرص‌های

## منظور از روش ضدبارداری اورژانسی چیست و چه موقع بکار می‌رود؟

براساس آمارهای موجود اکثر سقط‌هایی که معمولاً به دلیل حاملگی ناخواسته می‌باشد، در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. بنابراین به نظر می‌رسد افزایش استفاده و دسترسی به روش‌های مختلف تنظیم خانواده سبب کاهش این امر می‌گردد. از جمله مواردی که می‌تواند سبب کاهش چشمگیر حاملگی‌های ناخواسته گردد استفاده از روش‌های ضدبارداری اورژانسی می‌باشد که متأسفانه بسیاری از افراد، اطلاعی از این روش‌ها ندارند و یا فاقد اطلاعات صحیح و کامل هستند. به نظر می‌رسد لازمه نگرش مطلوب به این مسئله، داشتن آگاهی و نیز دسترسی به آن است.

## روش‌های ضدبارداری اورژانسی نباید بصورت مداوم استفاده شوند

روش‌های ضدبارداری اورژانسی جهت پیشگیری از بارداری پس از یک نزدیکی محافظت نشده استفاده می‌گردند. منظور از نزدیکی محافظت نشده این است که هیچ روش پیشگیری از بارداری در هنگام تماس جنسی استفاده نشده باشد و یا روش استفاده شده با شکست مواجه شده باشد (مانند پاره شدن کاندوم و یا جابجا شدن کلاهک و یا دیافراگم) و یا اینکه فراموشی در مصرف قرص‌ها صورت گرفته باشد و بالاخره اینکه در موارد سوءاستفاده جنسی هم استفاده می‌شوند.

روش‌های ضدبارداری اورژانسی نباید بصورت مداوم استفاده شوند. خانم‌ها می‌توانند از سایر روش‌های ضدبارداری بطور مداوم استفاده نمایند. همچنین این روش‌ها از بیماری‌های منتقله از راه جنسی پیشگیری نمی‌کنند. اما می‌توانند سبب کاهش عوارض روحی و جسمی و نیز هزینه‌های ناشی از حاملگی ناخواسته گردند.

از حاملگی موثرند و قرصهای حاوی پروژسترون حدود ۸۹٪ موثر می‌باشند. وسیله داخل رحمی (IUD) حدود ۹۹/۹٪ موثر است. زمان نیز بسیار مهم است. هرچه روشهای ضدبارداری اورژانسی پس از یک نزدیکی محافظت نشده زودتر استفاده شوند، اثر آنها بهتر اعمال می‌شود و موثرتر خواهد بود. نزدیک بودن زمان تخمک‌گذاری نیز احتمال حاملگی را افزایش می‌دهد.

**هرچه روشهای ضدبارداری اورژانسی پس از یک نزدیکی محافظت نشده زودتر استفاده شوند، اثر آنها بهتر اعمال می‌شود**

در زمینه عوارض ناشی از مصرف این نوع قرصها در صورت بروز حاملگی باید خاطر نشان کرد که مطالعات بر روی زنانی که از حاملگی خود خبر نداشته و قرصهای ضدبارداری مصرف کرده‌اند نشان می‌دهد که خطر نقایص مادرزادی در این افراد بیشتر از سایرین دیده نشده است.

آیا این روشها همانند روشهای ایجاد سقط هستند؟ خیر، روشهای ضدبارداری اورژانسی از وقوع حاملگی با روشهایی که قبلاً ذکر شد، جلوگیری می‌نمایند اما داروهای ایجاد کننده سقط، پس از وقوع حاملگی و در هنگامیکه تخم بارور شده در دیوار رحم جایگزین شده باشد، عمل می‌کنند.

در پایان مجدداً یادآور می‌شود که جهت استفاده صحیح از روشهای پیشگیری در موارد فوریت و نیز کسب اطلاعات بیشتر با پرسنل بهداشتی مشورت نمایید.



ضدبارداری، در بقیه ایام سیکل ماهانه، از حاملگی محافظت نمی‌کند و باید از سایر روشها استفاده نمود. همچنین این روش نبایستی بعنوان روشی روزمره مورد استفاده قرار گیرد. از طرفی به علت مصرف مقدار زیادی هورمون (در روش استفاده از قرصهای ضدبارداری) استفاده مکرر از این روش، سبب بروز بی‌نظمی در قاعدگی و سایر عوارض جانبی جدی می‌گردد.

نوع دیگر روش ضدبارداری اورژانسی، جایگذاری IUD یا دستگاه داخل رحمی است. از این روش نیز در روزهای اول پس از نزدیکی محافظت نشده استفاده می‌شود. انجام این روش هم توسط پرسنل بهداشتی صورت می‌گیرد و می‌توان بعنوان یک روش ضدبارداری مدتی از آن استفاده نمود یا اینکه مدتی بعد (در زمان قاعدگی بعدی) برداشته شود.

بعضی از خانمها پس از مصرف قرصهای ضدبارداری دچار تهوع می‌شوند. مشورت با پرسنل بهداشتی و تجویز دارو توسط آنها سبب کاهش این مسئله می‌گردد. همچنین بدنبال استفاده از قرصهای ضدبارداری (به روش اورژانسی) انتظار می‌رود قاعدگی پس از چند روز رخ دهد. بهرحال ممکن است تغییراتی در زمان وقوع قاعدگی و حتی مقدار آن دیده شود. در صورتیکه تا این زمان، از هیچ روش ضدبارداری استفاده نمی‌شده است، بهتر است هرچه سریعتر تصمیمی در این باره گرفته شود. در صورت عدم بروز قاعدگی حداکثر تا ۳ هفته پس از مصرف قرصها،

و یا بروز علائم حاملگی، باید هرچه سریعتر با پرسنل بهداشتی مشورت نمود.

**میزان تاثیر این روشها در پیشگیری از حاملگی چقدر است؟**

قرصهایی که حاوی ۲ نوع هورمون استروژن و پروژسترون هستند حدوداً بیش از ۷۵٪ در پیشگیری



# نقش کلیدی استفاده از وسایل ضد بارداری اورژانسی در کاهش میزان سقط جنین



بر اساس نتایج حاصل از بررسی استفاده از وسایل ضد بارداری در میان بیش از ۱۰۰۰۰ زن که در طی سال ۲۰۰۰-۲۰۰۱ سقط جنین داشته اند، مشخص شد که بین سالهای ۱۹۹۴ و ۲۰۰۰ میزان سقط جنین در ایالات متحده به میزان ۱۱ درصد کاهش یافته است که علت آن استفاده زنان از وسایل ضد بارداری اورژانسی بوده است. در این بررسی ۴۶٪ زنان در ماهی که حامله شده بودند، از هیچ روش جلوگیری استفاده نکرده بودند، در حالیکه ۵۴٪ باقیمانده یکی از روشهای پیشگیری را بکار برده بودند. بر اساس این مطالعه استفاده از وسایل ضد بارداری به صورت اورژانسی در سال ۱۹۹۴ بیش از ۴۷ هزار مورد سقط را کاهش داده است. بطور کلی در سال ۲۰۰۰ در مقایسه با سال ۱۹۹۴، تعداد سقط جنین ۱۱۰ هزار مورد کاهش یافته است که ۴۳٪ این کاهش را میتوان به استفاده از وسایل ضد بارداری به صورت اورژانسی نسبت داد. از میان علل عدم استفاده زنان از روشهای پیشگیری، بیشترین تعداد زنان پاسخ داده اند که هرگز احتمال نمیدادند که حامله شوند. ۳۲٪ افراد نیز نسبت به بکارگیری روشها ترس و هراس بعثت اثرات جانبی و مشکلات توأم با روش پیشگیری داشته اند و در ۲۶٪ موارد عنوان کردند که انتظار انجام اعمال جنسی را نداشته اند.

از طرف دیگر زنان استفاده کننده از روشهای ضد بارداری (۵۴ درصد) در ماهی که حامله شده بودند، اغلب اظهار کردند که علیرغم استفاده از یک روش جلوگیری از بارداری به علت استفاده نادرست و نامرتب از این روشها، باردار شده اند.



# کتاب‌های علوم آزمایشگاهی

## تیمورزاده



بهای پشت جلد: ۹۸۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۷۷۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۸۲۵۰ تومان

بهای پشت جلد:

بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۹۸۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۸۲۵۰ تومان

بهای پشت جلد: ۲۹۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۲۳۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۲۵۰۰ تومان

ویرایش بیستم

تألیف: دکتر پیگیری و پارس پور  
ویرایش: دکتر پیگیری و پارس پور  
موضوع: کتاب‌های آزمایشگاهی  
سال انتشار: ۲۰۰۱



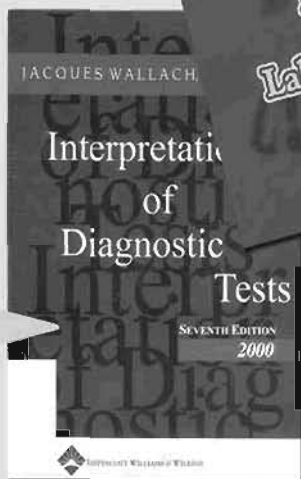
بهای پشت جلد: ۲۵۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۲۰۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۲۱۰۰ تومان

بهای پشت جلد: ۵۹۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۴۷۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۵۰۰۰ تومان

بهای دوره ۲۵ جلدی: ۴۹۲۰۰ تومان  
بهای دوره ۲۵ جلدی با تخفیف ۲۱٪: ۳۸۹۰۰ تومان  
بهای دوره ۲۵ جلدی با تخفیف ۱۶٪: ۴۱۳۵۰ تومان



بهای پشت جلد: ۳۹۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۳۱۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۳۲۰۰ تومان



بهای پشت جلد: ۸۷۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۶۹۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۷۳۰۰ تومان

بهای پشت جلد: ۱۲۸۰۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۱۰۱۲۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۱۰۷۰۰ تومان

بهای پشت جلد: ۳۳۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۲۱٪: ۲۷۵۰ تومان  
بهای کتاب با تخفیف ۱۶٪: ۲۹۰۰ تومان

فروشگاه مرکزی:

بولوار کشاورز، ابتدای خیابان ۱۶ آذر، ساختمان کتاب ۱۱۲  
کدپستی: ۱۳۱۷۹، تلفن: ۸۹۵ ۱۱۲ (خط ۸)، دورنگار: ۸۹۷ ۱۱۲

نحوه خرید پستی:

لطفا در صورت تمایل برای خرید پستی کتاب، مبلغ مورد نظر را با احتساب تخفیف ۱۶٪ به حساب جاری شماره ۴۴۳۴۰ تهران، بانک رفاه کارگران، شعبه نشر، به نام انتشارات تیمورزاده واریز نموده و فیش بانکی را به همراه نشانی کامل خود به شماره ۸۹۷ ۱۱۲ دورنگار و یا به نشانی فروشگاه مرکزی پست نمایید (هزینه ارسال سال پستی به عهده انتشارات است)

## تیمورزاده



# بهداشت باروری در ایران

تهیه و تنظیم: الهام رجبی  
کارشناس مامایی

فعالیت‌ها بر روی بیماریهای جسمی، معلولیتها و مرگ متمرکز است و به جنبه‌های اجتماعی و روانی مربوط به سلامت خانواده، در مجموعه‌های دیگری پرداخته می‌شود.

به طور مثال نحوه حفظ خانواده از تهاجم عوامل خارجی و نیز چگونه گرم نگه داشتن کانون خانواده، به سلامت خانواده مربوط می‌شود و این به معنی دنیایی از کار و حجم عظیمی از



افرادی از جمله متخصص آسیبهای اجتماعی، مسائل فقهی، مسائل حقوقی، روانپزشک، روانشناس و... است که باید دور هم جمع شوند و تصمیم بگیرند ولی متأسفانه در تشکیلات وزارتخانه، چنین مجموعه‌ای نداریم. لذا از نظر من، به کارگیری واژه «سلامت خانواده» اصلاً مناسب چنین اداره‌ای نیست و این عنوان، همیشه یک تعهد اخلاقی ایجاد می‌کند، در صورتیکه ما چالشهای زیادی داریم.

دکتر بهرام دلاور مدیر کل «سلامت خانواده و جمعیت» وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، متخصص اطفال و MPH (بهداشت عمومی) بوده و از سال ۱۳۷۶ عهده دار این مسوولیت می‌باشد.

## برنامه‌های اداره کل سلامت خانواده و جمعیت از زمان جدینی تا سالمندی را دربرمی‌گیرد

در گفتگویی ۴ ساعته با حضور سردبیر مجله، مسائل مختلف بهداشت باروری در ایران را در قالب فعالیت‌های این اداره کل مورد بررسی قرار دادیم که مشروح آن در ذیل جهت اطلاع خوانندگان عزیز آمده است.

مجله بهداشت باروری: لطفاً، برای آشنایی بیشتر خوانندگان مجله با اداره کل سلامت خانواده و جمعیت، به طور مختصر به معرفی این اداره بپردازید.  
دکتر دلاور: به نظر من، عنوان «سلامت خانواده» آنقدر بزرگ است که ما شایستگی این را نداریم که «سلامت خانواده» را در یک مجموعه تحت پوشش یک اداره از یک معاونت در وزارتخانه بیاوریم. در اینجا به طور عمده

## مجله بهداشت باروری: در اینجا چه فعالیت‌هایی انجام می‌شود؟

دکتر دلاور: ما سعی کرده‌ایم در برنامه‌های وزارتخانه یک جهت‌گیری کلی داشته باشیم و آنهم این است که خدمات و فعالیت‌هایی را که می‌توان در سطوح دیگر انجام داد، ما در اینجا انجام ندهیم و به عنوان یک ارزش بنیادی در این مجموعه سعی می‌کنیم کارهایی را انجام دهیم که اگر ما آن را انجام ندهیم، انجام دهنده دیگری هم ندارد. این به معنی آن است که ما سر جای خودمان هستیم. ارگانهای دولتی و غیردولتی مختلفی در ارتباط با فعالیت این اداره در زمینه بحث کودکان، نوزادان، سالمندان، مادران، تنظیم خانواده و بهداشت باروری به صورت یک مجموعه کلی،

کار می‌کنند. تحقیقاتاً برنامه‌های ما از زمان جنینی شروع می‌شود تا سالمندی. وظیفه اساسی ما سیاستگذاری کلان است. لازم است روشن کنیم که جهت‌گیری کلی برنامه‌های بهداشت باروری به کدام سمت می‌رود و یا به کدام سمت باید برود. نقاط قوت و نقاط ضعف چیست و چطور می‌توان از درون آنها استراتژی تعیین کرد.

### مجله بهداشت باروری: ضرورت توجه به بحث بهداشت باروری چیست؟

دکتر داور: طی ۳ دهه اخیر، تقریباً همه سیستم‌های حکومتی و سازمان‌های بین‌المللی بر این باور بوده‌اند که چند گروه اصلی به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه هستند که باید به آنها توجه نمود. در این گروه‌های آسیب‌پذیر، اولین موضوعی که باید به آن توجه نمود، بحث مرگ است. دو گروه از این گروه‌ها، کودکان به خصوص نوزادان یعنی ۲۸ روز اول زندگی و مادران در دوران بارداری، زایمان و ۴۲ روز بعد از زایمان هستند. یکی از برنامه‌هایی که برای کاهش مرگ در این دو دسته پیاده شده است، بحث تنظیم خانواده است که در آن سه اصل اساسی توصیه می‌شود: فاصله‌گذاری بیشتر از ۲ سال بین زایمانها، عدم انجام زایمان در سنین زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال و بیشتر نبودن زایمانها از ۳ زایمان، آمار و اطلاعات نشان می‌دهد که رعایت این ۳ اصل ارتباط مستقیم با حفظ جان مادر و کودک و سلامتی آنها دارد.

وقتیکه این حرکت در دنیا مطرح شد، نگرانی‌های عمومی هم در بحث جمعیت در دنیا وجود داشت که جمعیت دنیا به صورت بی‌محابا پیش می‌رود و این نگرانی وجود دارد که جمعیت فراتر از پیشرفت توسعه و کشف و در اختیارگیری منابع پیش رود و نتوان برای ارائه خدمات به این جمعیت، امکانات مورد نیاز را فراهم کرد. با این دیدگاه برنامه‌های کنترل جمعیت هم در مجموعه برنامه‌های کشورهای مختلف دنیا توصیه شد. قرابت و نزدیکی برنامه‌های کنترل جمعیت با برنامه‌های تنظیم خانواده باعث شد که در واقع این دو برنامه در هم ادغام یافته شوند و به عبارتی چهره بیرونی برنامه‌های جمعیتی دنیا، برنامه تنظیم خانواده شود. اما مدتها بعد از پیاده شدن برنامه تنظیم خانواده، دیدگاه عمومی دنیا به این نتیجه رسید که ظاهراً توجه کردن به بحث تنظیم خانواده به تنهایی، در واقع بسیاری از نیازهای جامعه را برآورده نمی‌کند.

یعنی اگرچه برنامه تنظیم خانواده باعث حفظ جان هزاران مادر و کودک می‌شود و به توسعه در دنیا کمک می‌کند، اما در کنار این برنامه نیازمندیم که به جنبه‌های مرتبط با سلامتی افرادی که زنده می‌مانند و اثربخشی این برنامه هم توجه داشته باشیم. موضوع بهداشت باروری هم از اینجا مطرح شد که اگر قرار است در جامعه انسان‌هایی داشته باشیم که از نظر فرآیند تولیدمثلی افراد سالمی هستند و می‌توانند افراد سالمی را هم به عنوان نسل آینده از خود به یادگار بگذارند، نباید فقط به تنظیم خانواده در قالب برنامه‌های جمعیتی نگاه کرد، بلکه باید دید را کلان‌تر کرد و دوره جنینی را همراه با دوره زایمان، بعد از زایمان، نوزادی، کودکی، نوجوانی، بلوغ و بعد از آن دوره استفاده کردن از وسایل تنظیم خانواده و سپس سایر گروه‌های سنی یعنی میانسالان و سالمندان را هم مورد توجه قرار داد. بر همین اساس از سال ۱۹۹۴ برنامه بهداشت باروری به جای برنامه تنظیم خانواده در دنیا مطرح شد. دیدگاه برنامه بهداشت باروری این است که برای سلامتی گروه‌های مختلف جامعه، باید به صورت جامع، ادغام یافته و برای هر دو جنس (هم زن و هم مرد) برنامه‌ها را طراحی و پیاده نمود. یعنی مثلاً در تنظیم خانواده نباید فقط برنامه را



را خواهید داشت که نمی‌توانند یک مادری ایمن و سالم را داشته باشند و به طور طبیعی خطر مرگ و ناتوانی برای نسل بعد، خودشان و نوزادانشان به همراه خواهند داشت.

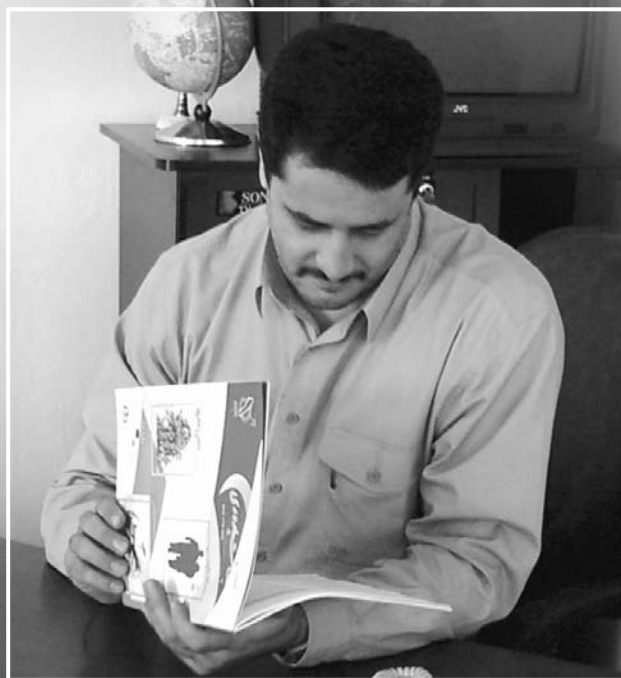
**مجله بهداشت باروری: از چه زمانی برنامه‌های بهداشت باروری به طور جدی مورد توجه قرار گرفته است؟**

دکتر دلاور: از سال ۱۹۹۴ به بعد که کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در دنیا، در قاهره تشکیل شد اکثر کشورهای دنیا به جز کشورهای محدودی توافق کردند که بهداشت باروری را در برنامه‌های خود بگنجانند و برنامه‌های جمعیتی و کنترل جمعیت را فقط به بحث تنظیم خانواده محدود نکنند و به مسائلی که به سلامتی گروه‌های

برروی زنان متمرکز کرد چرا که مردان هم گاهی در این امر محدودیت‌هایی را به همراه می‌آورند و مردان هم در این مساله نقش دارند.

**فاصله گذاری بیشتر از ۲ سال بین زایمانها، عدم انجام زایمان در سنین زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال و بیشتر نبودن زایمانها از ۳ زایمان، ۳ اصل اساسی بحث تنظیم خانواده است.**

در مورد دختر بچه و تبعیض‌های بین دو جنس در جوامع مختلف باید دقت و توجه نمود که آیا در این شرایط دختران از حداکثر پتانسیل رشد و بقا برای رسیدن به باروری و بلوغ بهره‌مند می‌شوند؟ اگر به این نکته توجه نکنید مادرانی



مختلف سنی مرتبط می شود توجه کنند.

### مجله بهداشت باروری: آیا ایران هم جزء متعهدین در این کنفرانس بوده است؟

دکتر دناور: بله، ایران هم این سند را پذیرفته و امضا کرده و قسمت زیادی از برنامه های دوم توسعه در ارتباط با آنچه در قاهره تصویب شده است می باشد.

### مجله بهداشت باروری: چه بخشی از برنامه های بهداشت باروری به دفتر سلامت خانواده و جمعیت مربوط می شود؟

دکتر دناور: این برنامه محدود به یک دستگاه یا سازمان دولتی و غیردولتی نیست بلکه حوزه بزرگی است که باید در آن دستگاه های مختلف هماهنگی کنند. قسمت اعظم فعالیت های مربوط به بهداشت باروری در خصوص تنظیم خانواده در این دفتر پیگیری می شود ضمن اینکه فعالیت های زیادی وجود دارد که در این دفتر نیست اما در ارتباط و با هماهنگی با فعالیت های این دفتر است. با این دیدگاه مجموعه فعالیت ها و خدمات را به گروه های ویژه ای ارائه می دهیم. عمده ترین وظیفه ای که در این دفتر به عهده ماست سیاستگذاریست و اینکه جهت برنامه های بهداشت باروری را که در مجموعه ما قرار می گیرد تعیین کنیم، نقاط قوت و ضعف را بشناسیم و تعیین کنیم که این برنامه ها باید به سمت توسعه، توقف یا تغییر محتوی برود.

### از سال ۱۹۹۴ برنامه بهداشت باروری به جای برنامه تنظیم خانواده در دنیا مطرح شد

مجله بهداشت باروری: با توجه به وسعت بهداشت باروری، چه موضوعاتی از آن در اولویت قرار دارد؟  
دکتر دناور: من از دوره جنینی شروع می کنم، اگرچه این برنامه ها به صورت یک سیکل پیوسته است و از هرکجا شروع کنید دوباره به قسمت قبل برمی گردید. برنامه های ما به این صورت بوده است که مجموعه ای به اسم مادری

ایمن در کشور داشته باشیم و این مجموعه در کشور تا به حال به گونه ای بوده است که در واقع تمرکز آن بر روی سلامت مادر و حفظ جان مادر بوده است. در سال های اخیر حاملگی را فرآیندی می دانیم که در آن جان دو نفر در معرض خطر هست، لذا مجموعه هایی را طراحی کرده ایم که طبق آن مراقبت های دوران بارداری هم برای جنین و هم برای مادر ارائه می شود و این خدمات از زمان اثبات بارداری در مادر تا ۴۲ روز بعد از زایمان برای مادر و جنین شروع شده و ادامه می یابد و در حال حاضر این برنامه ها در سیستم بهداشتی آزمایش می شود تا بعد از نظر ملی و اجرایی هم مورد بررسی قرار گرفته و پیاده شود. ما با توجه به شرایطی که در کشور داریم دو سری برنامه برای ارائه خدمت به مردم طراحی کرده ایم که در دو سطح پزشک و غیرپزشک ارائه می شود. در کشور پانزده هزار خانه بهداشت برای جمعیت ۲۲-۲۳ میلیونی روستاهای کشور وجود دارد که در آنجا مراجعه کنندگان از بهورز که تحصیلات دانشگاهی ندارد خدمات می گیرند. گروه دیگر غیرپزشکانی هستند که در مراکز بهداشتی، درمانی که حدود ۴۵۰۰ مرکز شهری و روستایی است مشغول به کار هستند. یک مجموعه برنامه برای این سطح تهیه شده است. این غیرپزشکان اولین غربالگری مشکلات مربوط به مادر و جنین را انجام داده و در صورت نیاز فرد را به سطح بالاتر ارجاع می دهند. گروه دوم پزشکان عمومی و ماماها انجام دهنده زایمان در مراکز دولتی و غیردولتی هستند که خدمات پیچیده تری را ارائه داده و دریافت کننده ارجاعات گروه اول نیز هستند. گروه سوم هم وجود دارد که متخصصین زنان و زایمان هستند که باید مورد توجه ویژه قرار گیرند. با بررسی در کشور دیدیم که برای متخصصین زنان برنامه استاندارد برای ارائه خدمت وجود ندارد و در مکان های مختلف براساس دیدگاه های مختلف سرویس دهی می شود.

مجله بهداشت باروری: چرا در این برنامه لازم است متخصصین زنان مورد توجه ویژه قرار گیرند؟  
دکتر دناور: علت گرایش به این سمت این است که چون کاهش مرگ مادر یکی از شاخص های توسعه کشور محسوب



مختلف در حال طراحی مجموعه‌ای برای آموزش به دستیاران تخصصی در دانشگاهها هستیم که امیدواریم بتوانیم در آینده با کمک معاونت آموزشی وزارتخانه، آن را به صورت مجموعه‌ای استاندارد مورد استفاده قرار دهیم.

### مجله بهداشت باروری: مهمترین علت مرگ مادر چیست؟

نگارنده: دکتر شایع‌ترین علت مرگ مادر در کشور خونریزی بعد از زایمان است یعنی خونریزی در مرحله‌ای که جفت خارج شده، رحم در حال جمع شدن است و مرحله ایست که مادر باید آماده شیردادن به نوزاد شود. خونریزی واقعه‌ای است که نباید منجر به مرگ شود و به این علت است که ما را بیشتر تحریک و تهییج می‌کند که بیشتر به آن بپردازیم. سایر علل مرگ مادر در کشور افزایش فشارخون بارداری و عفونت پس از زایمان است که همه عوامل قابل پیشگیری هستند.

توصیه دنیا این است که مرگ مادر یک حادثه تقریباً ۱۰۰٪ قابل پیشگیری است و هر جا که مرگ مادر اتفاق می‌افتد یک کم‌کاری، سوء عملکرد و یا نقص در سیستم بوده است. در برنامه جدید برخلاف برنامه قبلی به ناتوانی‌ها توجه ویژه‌ای شده است، به خصوص در مورد مراقبت‌های پس از زایمان در کنار مادران، نوزاد و مرگ نوزاد هم مدنظر است. بحث مرگ نوزاد هم تقریباً سناریوی مشابه مرگ دارد. متأسفانه در حال حاضر سالانه بیش از ۲۰ هزار مرگ نوزاد در کشور اتفاق می‌افتد و ۸۲٪ این میزان در بیمارستان است و این مساله به معنی آن است که نوزادانی که قبلاً می‌مردند و به بیمارستان نمی‌رسیدند، در حال حاضر به بیمارستان می‌رسند و شاید بتوان اقداماتی انجام داد که با آن خطر مرگ نوزاد را کم کرد.

ایران هم جزء کشورهایایی است که متعهد شده‌اند تا بهداشت باروری را در برنامه‌های خود بگنجانند و کنترل جمعیت را فقط به بحث تنظیم خانواده محدود نکنند

می‌شود و نتایج حاصل از بررسی‌ها حاکی از آن است که کم‌کاری و سوء عملکردهای زیادی در نظام ارائه خدمت در کشور اتفاق می‌افتد که منجر به مرگ مادر می‌شود. نظام بازبینی به گونه‌ای طراحی شده است که به ارائه دهنده خدمت در دانشگاه یاد بدهد که در چه جاهایی باید مداخله نمود. اطلاعات اولیه طی ۲ سال اجرا، نشان می‌دهد که ۸۵٪ زایمانها در کشور در بیمارستان انجام می‌شود و حدود ۷۰٪ مرگ مادر نیز در بیمارستان یعنی جائیکه باید حداقل امکانات برای حفظ جان یک انسان موجود باشد، اتفاق می‌افتد.

### برنامه‌های بهداشت باروری را باید به صورت جامع، ادغام یافته و برای هر دو جنس (هم زن و هم مرد) طراحی و پیاده نمود



همچنین اطلاعات اولیه نشان می‌دهد که اگر بتوانیم در کیفیت خدمات بیمارستانی یک مداخله منطقی انجام دهیم که این مداخله هم نیاز به هزینه‌ای ندارد بلکه فقط نیازمند اصلاح فرآیندهای موجود در داخل بیمارستان است، می‌توان تا حدود زیادی از مرگ مادر جلوگیری کرد. با بررسی بیش از ۲۳۰ مورد مرگ مادر که در سال گذشته در کشور اتفاق افتاده بود، به این نتیجه رسیدیم که باید در سطح سوم ارائه دهنده خدمت که متخصصین زنان هستند تغییراتی ایجاد کنیم. برای این کار با هماهنگی بخشهای

## مجله بهداشت باروری: علت عمده مرگ نوزاد در کشور

### چیست؟

نگرانی‌کننده‌ترین: اطلاعات نشان می‌دهد که نارس بودن و وزن کم هنگام تولد علت عمده مرگ هنگام تولد است. یکی از عواملی که منجر به تولد نوزاد به صورت نارس می‌شود سزارین است که نقش و اثر مستقیم در افزایش مرگ نوزاد داشته است و قسمتی از مرگهایی که در نوزادان اتفاق می‌افتد با شیوع بالای سزارین در ارتباط است. در برخی بیمارستانها ۷۰٪ زایمانها به صورت سزارین انجام می‌شود که این میزان، عدد بالایی است. قسمتی از سزارینها به تقاضای مادر است و قسمتی بدون وجود ضرورت‌ها و علل محکم پزشکی است.

در کنار این قضایا باور عمومی خانمهاست که به این سمت رفته است که فکر می‌کنند که زایمان سزارین راحت‌تر است و درد ندارد در نظام آموزشی

ما در دانشگاههای کشور

تقریباً هیچ‌جا زایمان

بدون درد را

آموزش نمی‌دهند و زایمان طبیعی که در زایشگاهها و بیمارستانهای کشور انجام می‌شود یک زایمان آمیخته با خشونت است و زایمانی است که مادر نگران انجام آن است. نظامهای پرداختی و عدم سطح بندی خدمات در این زمینه نیز، زایمان را بیشتر به سمت سزارین سوق می‌دهد. ما برای زایمان سطح بندی نداریم. به طور مثال در بسیاری از مواقع، مادران خدمات قبل از زایمان خود را از ماما دریافت می‌کنند اما خدمات زایمان را از متخصص زنان می‌گیرند. این باور عمومی در کشور و حتی در نظام آموزشی وجود ندارد که یک ماما وظیفه دارد که زایمان را هدایت کند تا زمانی که خطری برای مادر ایجاد شود که نیازمند مداخله جراح است. طبیعی است چون یک چنین سطح بندی وجود ندارد مادران از ابتدا به متخصص سپرده می‌شوند که هم وقت کافی را برای هدایت و انجام یک زایمان طبیعی ندارد و هم محدودیتهای خاص خودش را دارد. نکته بعد که در مرگ نوزاد حائز اهمیت است این است که ما متخصصین اطفالی تربیت می‌کنیم که برخی از آنها دوره نوزادان را که متفاوت از طب اطفال است نگذرانده‌اند. وقتیکه متخصص در دانشگاه آموزش لازم را ندیده است در عمل شاید نتواند جان نوزاد را حفظ کند. برای بسیاری از این فعالیتها و خدمات در حال تهیه یک چهارچوب استاندارد برای استفاده در داخل بیمارستان هستیم. این برنامه هم ادغام شده در مراقبت‌های دوران بارداریست و به صورت مجموعه مراقبت‌های مربوط به مادر و نوزاد در کشور در حال آزمایش و بررسی اولیه است.





میزان خود می‌رسد؟

در حال حاضر ۸۵٪ زایمانها در کشور در بیمارستان انجام می‌شود و حدود ۷۰٪ مرگ مادر نیز در بیمارستان اتفاق می‌افتد

منطق برنامه کودک سالم از اینجا ریشه گرفته است. مساله عمده‌ای که در این برنامه مورد توجه قرار می‌گیرد، نمو کودک است.

در نمو کودک این سوال مطرح می‌شود که درست است که این بچه مریض نمی‌شود و نیاز به پزشک ندارد، آیا روند سلامتی خود را آنطور که باید طی می‌کند یا خیر؟ کودکی که امروز سالم است در واقع مستعد بیماریهایی است که در آینده علائمش را نشان می‌دهد و اگر امروز تحت برنامه کودک سالم مورد بررسی قرار گیرد، می‌تواند رشد بهتری داشته و کاملاً سالم تحویل جامعه داده شود. با این دیدگاه مجموعه پرسشنامه‌هایی تهیه شده که توسط والدین که با حداکثر ۵ کلاس سواد می‌توانند از آن استفاده کنند پر می‌شود. این سوالات با توجه به سن کودک مطرح می‌شود. این برنامه هنوز نهایی نشده است و در صورت تکمیل می‌تواند در بخش خصوصی هم مورد استفاده قرار گیرد. قسمتی از این برنامه این است که نوزاد باید بدو تولد، روز سوم، روز هفتم، آخر یک ماهگی حتماً معاینه شود و در این برنامه تعریف شده است که چه نوع معاینه‌ای باید انجام شود و به پدر و مادر چه باید توصیه شود. نحوه ارائه این خدمات از طریق نظام ارائه خدمات داخل شهر و روستاست که مکلفند این اطلاعات را ارائه دهند. ما برای انجام این کار محدودیت‌هایی هم داریم. ما تمایل داریم این برنامه در بخش خصوصی هم انجام شود که از آن بسیار استقبال شده است. ما معتقدیم که وظیفه پزشک فقط بیمار دیدن نیست، بلکه باید افراد سالم را هم ویزیت کند. هنر پزشک این است که قبل از ایجاد شکایت کاری کند که یا در بیمار شکایت با شدت کمتری ایجاد شود و یا اصلاً شکایتی ایجاد نشود. در طب کودکان این مساله بسیار حائز اهمیت است. متأسفانه نظام آموزشی ما هم



مجله بهداشت باروری: مجله بهداشت باروری: سایر گروه‌های تحت پوشش برنامه‌های بهداشت باروری چه گروه‌هایی هستند؟

دکتر دلاور: گروه بعد از نوزادان، کودکان هستند. تعریف ما از دوره کودکی تا سن ۷ سالگی است که آنرا به سه گروه ۲ ماه اول زندگی، ۲ ماه اول تا ۵ سالگی و ۵ تا ۷ سالگی تقسیم کرده‌ایم. در ۴ سال گذشته عمده تمرکز برنامه‌های کشور بر روی سن ۲ ماه تا ۵ سال بوده است و آن هم به بیماری‌های شایع مثل عفونت‌های تنفسی محدود شده است. بر اساس بررسی‌های انجام شده، این کار منجر به کاهش مرگ نوزادان و افزایش توانمندیهای شیرخواران نمی‌شود. برای مرتفع کردن این معضل دو جهت اصلی را انتخاب کرده‌ایم. اول بار بیماریهای کودکان زیر ۵ سال را محاسبه نموده و اولویت‌ها را تعیین کرده‌ایم و براساس اولویت‌ها برنامه‌ها را طراحی نموده‌ایم. ضمناً برنامه‌های موجود ارزیابی شده تا تغییرات لازم ایجاد شود. در مجموع، دو دسته برنامه ویژه در خصوص نحوه برخورد با کودک بیمار برای پزشک و غیرپزشک منتشر شده است و تا یکی، دو سال آینده آموزشها به تمام کشور منتقل می‌شود. کار دیگری که انجام شده است، کار جدیدی است و از ابتدای سال محصول طراحی آن بیرون آمده و این کار مراقبت کودک سالم است. در شرایطی که ما موفق شده‌ایم مرگ کودکان زیر ۵ سال را کاهش دهیم، سوال اساسی این است که آیا پتانسیل بچه‌هایی که قبلاً می‌مردند و حالا نمی‌میرند، برای رشد و بقا به حداکثر

کودک سالم و بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد، در مدرسه نیز مدنظر قرار بگیرد. در واقع فرهنگ‌سازی و دیدگاه‌سازی را از همان سن مدرسه در کودک ایجاد می‌کنیم. همچنین آموزش بهداشت دوران بلوغ برای گروه‌های سنی بالاتر از ۱۴ سال، با توافق آموزش و پرورش و دفتر بهداشت مدارس به صورت یک برنامه رسمی آغاز شده است مثلاً تغییرات طبیعی و غیرطبیعی بلوغ که هم خانواده، هم مربی و هم دانش‌آموز باید به آن توجه کنند مورد بررسی قرار گرفته است. اجرای این برنامه هم با اداره بهداشت مدارس است نکته جالبی که در خصوص بهداشت باروری در سنین مدرسه به عنوان مثال ذکر می‌کنیم این است که طی یک بررسی اولیه در سال ۱۳۷۶ مشخص شده است که دختران بیش از ۹۰٪ اطلاعات خود را در مورد بهداشت بلوغ از طریق دوستانشان دریافت می‌کنند که این نشان می‌دهد که ما باید مداخلاتی داشته باشیم. و یا ۶۰٪ دختران به هنگام عادت ماهیانه استحمام نمی‌کنند چرا که فکر می‌کنند با استحمام بیمار می‌شوند.

### متأسفانه در نظام آموزشی مادر دانشگاه‌های کشور تقریباً هیچ جازایمان بدون در را آموزش نمی‌دهند

۳۰٪ آنها هم در طهارت از آب استفاده نمی‌کنند، حدود ۶۵٪ آنها از علائم عفونت دستگاه تناسلی بی‌اطلاعند و بیماری‌های مقاربتی را کمتر از ۴۰٪ پسران و کمتر از ۲۰٪ دختران می‌شناسند. اینها همه نشان می‌دهد که عوامل خطری برای توجه کردن وجود دارد. در مورد تنظیم خانواده و کنترل جمعیت، ۹۰٪ دانش‌آموزان گفته‌اند که باید جمعیت کنترل شود و این گزارش حاکی از آن است که این فرهنگ و دیدگاه ایجاد شده است. جالب است که دانش‌آموزان تاکید کرده‌اند که روش‌های تنظیم خانواده باید در موقعیت مناسب به ایشان آموزش داده شود.

### نظام‌های پرداختی و عدم سطح بندی مناسب خدمات نوع زایمان را بیشتر به سمت سزارین سوق می‌دهد

پزشکی را اینگونه تربیت نمی‌کند. مثلاً ارتباط والدین و کودک، برقراری ارتباط بین کودک و غریبه‌ها، بازی کردن کودک و نوع بازی شاید در معاینات معمولی مورد توجه قرار نگیرد. در صورتیکه به طور مثال در دنیا ثابت شده است که اگر به مادر آموزش داده شود که چگونه با کودک بازی کند و در چه سنی از کودک چه توقعی داشته باشد، هوش کودک ۱۵٪ بیشتر از قل همسان تک تخمکی خود است و در اینجا این فرضیه که هوش مقدار و عدد ثابتی برای هر فرد است زیر سوال رفته و گفته می‌شود که اگر بتوان فضایی را برای برقراری تعامل برای کودک ایجاد کرد، هوش بالا می‌رود.

### با بررسی بیش از ۲۳۰ مورد مرگ مادر که در سال گذشته در کشور اتفاق افتاده بود، به این نتیجه رسیدیم که باید در سطح سوم ارائه دهنده خدمت (متخصصین زنان) تغییراتی ایجاد کنیم

در گروه ۷-۵ سال مجلس مصوب کرده است که باید برنامه پیش دبستانی را برای تمامی کودکان این سنین داشته باشیم. گروه بعد جوانان و نوجوانان هستند که با توجه به اینکه این گروه در سنین مدرسه هستند و برای اینکه ما یک کار موازی انجام ندهیم، برنامه‌های لازم برای نوجوانان و جوانان در اداره بهداشت مدارس انجام می‌شود که البته این دفتر با اداره مذکور مستقیماً در ارتباط است.

**مجله بهداشت باروری: در خصوص بهداشت باروری چه اقداماتی برای نوجوانان و جوانان انجام می‌پذیرد؟**  
**دکتر دلاور:** برنامه‌های مختلفی وجود دارد. به طور مثال برنامه تنظیم خانواده و کنترل جمعیت در بچه‌ها معنی ندارد اما بحث مفاهیم جمعیت را سعی کرده‌ایم از طریق نظام آموزشی برای این گروه مطرح کنیم چرا که لازم است در این سنین در ذهن نقش ببندد که اگر جمعیت زیاد شود چه خواهد شد و یا یک خانواده کم جمعیت و یک خانواده پر جمعیت چه تفاوت‌هایی در زمینه رفح نیازهایشان دارند. و یا ترویج تغذیه با شیر مادر که در برنامه مراقبت از



### توضیح دهید.

دکتر داور: مرحله حین ازدواج بسیار حائز اهمیت است، چراکه می‌توان همه حرفها را بی‌پرده و شفاف زد. منظور ما از دوره حین ازدواج، از زمانیکه زوجین برای انجام آزمایشات مراجعه می‌کنند تا ازدواج است.

یک اشکال اساسی که در کشور وجود دارد این است که همیشه ازدواج شرعی و ازدواج قانونی همزمان نیست. چرا که ممکن است زوجین از نظر شرعی به عقد هم درآمده باشند اما این ازدواج به صورت قانونی ثبت نشده باشد و این باعث کاهش پوشش برنامه‌های ما می‌شود چراکه برنامه‌های آموزشی ما زمانی است که برای انجام آزمایشات مراجعه می‌شود.

ایراد دیگر این است که آموزش به صورت مشاوره گروهی



انجام می‌شود درحالی‌که مشاوره یک ارتباط متقابل است که باید مراجعه‌کننده هم از مشاور اطلاعات را طلب کند و آنقدر به مشاور خود اعتماد کند که بتواند تمام مشکلاتش را مطرح کند و این مساله در کلاسهای مشاوره عملی نیست و لازم است مشاوره با زوجین به تنهایی انجام شود. در این خصوص از دانشگاهها خواسته‌ایم که محدودیتی برای دریافت مشاوره برای زوجین قائل نشوند به طوریکه زوجین حتی بتوانند از یک بخش خصوصی مشاوره و خدمات مورد نیاز را دریافت کنند و با ارائه گواهی به مراکز دانشگاهی و دولتی برای تکمیل مراحل قانونی، از جمله انجام آزمایش اعتیاد که صرفاً در مراکز دولتی انجام می‌شود هدایت شوند. اشکال دیگر این است که این آموزشها معمولاً در روزهایی داده می‌شود

مجله بهداشت باروری: آیا در جهت آموزش تنظیم خانواده برای این سنین اقدامی صورت می‌پذیرد؟ دکتر داور: برای گروه سنی مدرسه نمی‌توان این بحث را مطرح کرد. ما سعی کرده‌ایم مفاهیم را منتقل کنیم که آنها را به سمت برنامه تنظیم خانواده سوق بدهد. برنامه تنظیم خانواده در سه محور اجرا می‌شود. قبل از ازدواج، حین ازدواج و بعد از ازدواج. گروه سنی دانش‌آموزان تا پایان دبیرستان، سربازان و بخشی از دانشجویان در مجموعه قبل از ازدواج قرار می‌گیرند که از این میان درخصوص گذراندن اجباری دوره بهداشت باروری طی ۳ ماهه آموزشی سربازان از ستاد فرماندهی کل قوا مجوز گرفته‌ایم.

### برنامه «کودک سالم» در حال تکمیل و نهایی شدن است

برای دانشجویان نیز یک درس ۲ واحدی مصوب مجلس به عنوان «جمعیت و تنظیم خانواده» داریم که این واحد به صورت اجباری و تحت نام درس جمعیت و تنظیم خانواده از سال ۱۳۸۰ تدریس شده است که درخصوص استاندارد شدن کتاب و مدرس این درس با شورای عالی انقلاب فرهنگی جلسات متعددی داشته‌ایم و زمان زیادی صرف شده تا به یک همدلی برسیم در حال حاضر سرفصلها مصوب شده و در حال تهیه کتاب استاندارد هستیم که بخش مرتبط با بهداشت را ما می‌نویسیم درضمن مجموعه‌هایی را هم برای مدرسین به عنوان اطلاعات جنبی تهیه می‌کنیم. با توجه به چالشهایی که تاکنون در این برنامه داشته‌ایم قصد داریم بعد از تدوین و تهیه کتاب، مدرسین این درس را از دانشگاههای سراسر کشور دور هم جمع کنیم و به آنها آموزش دهیم، سیاستهای کشور را مطرح کنیم، نکات حائز اهمیت را بیان کنیم و به طریقی دانشگاهها را به دانشگاههای علوم پزشکی متصل کنیم تا بسیاری از مشکلات حل شود.

مجله بهداشت باروری: شما مرحله حین ازدواج و بعد از ازدواج را به عنوان دو محور دیگر برنامه‌های تنظیم خانواده ذکر کردید، لطفاً در مورد این دو محور هم

برای فرزندان و... در این امر دخیل بوده است. یکی از موفقیت‌های ما در تنظیم خانواده رایگان بودن خدمات و دیگری اجباری نبودن آن بوده است.

### دنیا از برنامه تنظیم خانواده ما به عنوان یک انقلاب در برنامه‌های تنظیم خانواده یاد می‌کند

**مجله بهداشت باروری: لطفاً به طور اجمالی بفرمایید که برای سالمندان در زمینه بهداشت باروری چه برنامه‌هایی دارید؟**

**دکتر دگور:** در کشور ما حدود ۴/۵ میلیون، یعنی ۶٪ جمعیت، سالمند وجود دارد. ما بالاتر از ۶۰ سال را سالمند فرض می‌کنیم و برای این جمعیت دو برنامه اساسی داریم. یکی ارائه آموزش‌هایی است که سالمند بتواند با استفاده از آن و بدون بهره‌مندی از امکانات ویژه زندگی روزانه را مطلوب کند. مثلاً چگونه درد عضلانی و مفصلی را کاهش دهد، مشکل خواب رفتن، ادرار کردن، بی‌بوست، بی‌دندانی و... را چگونه مرتفع سازد. ۴ مجموعه کتاب تهیه کرده‌ایم که در اختیار دانشگاه‌ها قرار می‌گیرد تا آموزش‌های آن به سالمندان ارائه شود. برنامه دوم استفاده از مدلهایی است که کمک می‌کند سالمند قبل از رسیدن به دوره سالمندی و ابتلا به مشکلات این دوره، شیوه زندگی را به گونه‌ای تغییر دهد تا میزان این مشکلات در سالمندی کمتر شود. در کنار این دو برنامه یک چارچوب تهیه کرده‌ایم که با مراجعه سالمند چه خدماتی باید به او ارائه شود و نحوه برخورد منطقی و جامع پزشکی و پیراپزشک با سالمند را روشن می‌سازد. سالمند یک انسان است یعنی مجموعه‌ای است از عوامل روانی، جسمی، اجتماعی که این قضیه بسیار حائز اهمیت است.

**مجله بهداشت باروری: با توجه به اینکه برنامه‌های شما نوزادان، مادران، نوجوانان، جوانان و سالمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد، در چه قسمتی به میانسالان توجه می‌شود؟**

**دکتر دگور:** ما پیشنهاد داده‌ایم که اداره‌ای تحت عنوان اداره میانسالان تشکیل شود تا این چالش پر شود.

که زوجین درصدد تدارک مراسم ازدواج و شروع زندگی مشترک با هیجانات خاص این دوران هستند که قطعاً این زمان زمان مناسبی برای صحبت در مورد مسائلی که نیاز به تعمق و تفکر دارد نیست. با همه این مشکلات ما از زوجین به صورت دوره‌ای بازخورد گرفته‌ایم و محتوی آنچه را که ارائه می‌شود تغییراتی داده‌ایم. درحال حاضر براساس نظرات زوجین سه بحث را مطرح کرده‌ایم. یک بحث تنظیم خانواده است. یک بحث روابط اجتماعی بین زوجین است که هریک از خانواده و فرهنگ ویژه‌ای در این زندگی جدید وارد شده‌اند. بحث دیگر مسائل جنسی ازدواج است که بسیار مورد تقاضا بوده است.

### کمتر از ۴۰٪ پسران و کمتر از ۲۰٪ دختران، بیماری‌های مقاربتی را می‌شناسند

ما در مورد این مسائل هنوز به توافق نرسیده‌ایم. لازم است برای کاهش مشکلات زوجین مسائل جنسی ازدواج را آموزش دهیم. پایه این حرف هم تقاضای زوجین است و هم آمار یک متخصص مسائل جنسی (سکسولوژیست) به نام آقای کنزی که علت ۸۵٪ اختلافات خانوادگی را مسائل جنسی عنوان می‌کند. بخش بعد تنظیم خانواده بعد از ازدواج است که عمدتاً توصیه به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری است. این روش‌ها در سراسر کشور رایگان ارائه می‌شود. تمام مراکز بهداشتی، درمانی دولتی و بعضی از مراکز خصوصی که با دولت همکاری می‌کنند خدمات رایگان را از ما دریافت می‌کنند و به مردم ارائه می‌دهند.

دنیا از برنامه تنظیم خانواده ما به عنوان یک انقلاب در برنامه‌های تنظیم خانواده یاد می‌کند. طی ۱۰ سال اخیر تغییری که در برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور ایجاد شده، تغییر در رفتار مردم در استفاده از روش‌های پیشگیری و کم شدن تعداد موالید برای هر زن است که این امر در کشور ما بسیار سریعتر از مدلهای جمعیت‌شناسی در دنیا اتفاق افتاده و ما مدت‌ها با جمعیت‌شناسان دنیا بحث داشتیم که این سرعت کنترل جمعیت در ایران برایشان قابل قبول نبود و به شدت در آمار و ارقام ما تردید می‌کردند اما مجموع عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی مثل افزایش سواد زنان، اشتغال خانمها، افزایش توقع از زندگی



در بسیاری از موارد ما باید وظایفی را انجام دهیم ولی مردم نمی‌دانند که ما چنین وظیفه‌ای داریم و طلب چنین خدمتی هم نمی‌کنند. اما با این اطلاع‌رسانی قطعاً کیفیت خدمات هم بالا می‌رود ما هم هرچه اطلاعات داشته باشیم در اختیار شما می‌گذاریم.

**مجله بهداشت باروری: با تشکر از اینکه وقتتان را در اختیار ما قرار دادید.**



**مجله بهداشت باروری: بحث نازایی به کدام بخش مربوط می‌شود؟**

**دکتر دگور:** نازایی جزء برنامه‌های اصلی بهداشت باروری است. با توجه به اینکه مرکزی تحت عنوان مرکز پیوند و دیالیز و بیماری‌های خاص در معاونت سلامت داریم، توافق کرده‌ایم که آن بخش، امور مرتبط با نازایی را به عهده بگیرند.  
**مجله بهداشت باروری:** نحوه اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص بهداشت باروری و فعالیت‌ها و برنامه‌های این دفتر چگونه است؟ آیا به نظر شما در زمینه اطلاع‌رسانی ضعیف عمل نشده است؟

**دکتر دگور:** اشکال، اشکالی منطقی است. من به اطلاع‌رسانی به عنوان یک علم نگاه می‌کنم. اطلاع‌رسانی یک دانش است که ما از آن کم بهره‌ایم و این یک عیب اساسی در همه برنامه‌های ما باشد.

**مجله بهداشت باروری:** از نظر شما فصلنامه بهداشت باروری در جهت اطلاع‌رسانی می‌تواند به عنوان یک پل ارتباطی بین شما و مردم عمل کند؟

**دکتر دگور:** تاکنون جای نشریه خالی بوده است و در حال حاضر فرصت مناسبی فراهم شده تا این فضای خالی توسط یک بخش غیردولتی پر شود.

من به عنوان مدیر یکی از برنامه‌های وزارتخانه از این کار و تداوم و توسعه آن بسیار استقبال می‌کنم. بهداشت باروری از مقوله‌هایی است که اگرچه در قسمت‌های مختلف بسیار مورد بحث قرار گرفته، اما در حیطه اطلاع‌رسانی به مردم خوب عمل نشده و این سرآغاز خوبی است. من پیشنهاد می‌کنم که جایی هم برای بیان نقطه نظرات مردم بگذارید تا مردم آزادانه بحث‌های خود را مطرح کنند. این کار در پذیرش اجتماعی این نشریه بسیار موثر است.

من به شما برای شروع این کار موثر تبریک می‌گوییم. نشریه شما می‌تواند بخشی از اطلاع‌رسانی را که ما در آن ضعیف عمل کرده‌ایم به عهده بگیرد و این امر می‌تواند در اصلاح برنامه‌های اجرایی، جهت‌گیری‌های کلان، سیاست‌گذاری‌ها و نیز کسب دانش و بینش بیشتر مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات برای ارائه خدمت بهتر کمک کند. مردم هم باید از خدماتی که ارائه می‌شود و اینکه چه توقعاتی باید داشته باشند مطلع شوند.



## آیا می دانید که ؟؟؟؟؟

در هر دقیقه در جهان:

۳۸۰ زن حامله می گردند

۱۹۰ نفر از این زنان برای حاملگی خود برنامه ریزی نکرده

و خواستار این حاملگی نمی باشند

۱۱۰ نفر از این زنان در طی دوران حاملگی خود مشکلات

و عوارض ناشی از این بارداری را تجربه می کنند

۴۰ نفر از این زنان به سقط جنین از طریق روشهای

غیرمطمئن تن درمی دهند

۱ نفر از این زنان به علل مختلف مرتبط با این حاملگی از

بین می رود

۶۵۰ نفر بوسیله یکی از عفونتهای منتقله از راه تماس

جنسی و قابل درمان آلوده می شوند

۱۰ نفر بوسیله HIV آلوده می شوند

**NIK RAHNAMA KAR**

**PREGNA**

**Ensure your baby  
is by choice, not by chance**

TCU 380 A

*The world of happiness*

قدر و منزلت زندگی فرزند خود را بدانید

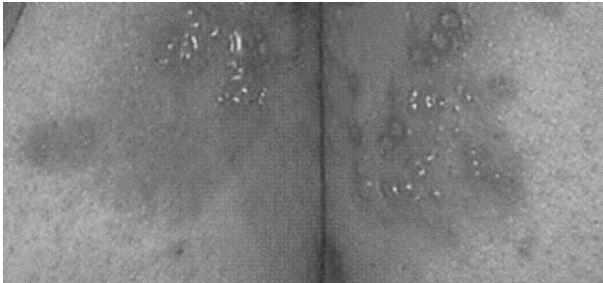
ADD: Unit 7, 4th FL., Majid BUL., Fariman ST., W. Taleghani AVE., TEHRAN IRAN

TEL: +9821 6968773-4

FAX: +9821 6465442

EMAIL: nikrahnama.com@yahoo.com

# تبخال تناسلی



تبخال تناسلی (Herpes Genitalis) اولین بار در سال ۱۷۳۶ توسط جان آستروک (John Astruc) که پزشک پادشاه فرانسه بود توصیف شد. پس از آن بتدریج آشنایی پزشکان با این ضایعات و انواع تبخالهای دهانی و تناسلی بیشتر شد تا سرانجام در سال ۱۹۲۵ ویروس هرپس سیمپلکس (Herpes simplex) که عامل این ضایعات است در آزمایشگاه رشد داده شد.

افراد آلوده می‌تواند باعث انتقال عفونت‌های تبخالی شود لذا شاغلین حرف خاصی از جمله دندانپزشکان، کارکنان ICU و آزمایشگاه‌ها در معرض خطر بیشتری برای اکتساب بیماری‌های تبخالی هستند. همچنین انتقال از مادر به فرزند در حین زایمان یکی از راههای مهم انتقال است. انتقال ویروس از یک نقطه بدن مثل ناحیه تناسلی به سایر نقاط از جمله دستها، بازوها، رانها و نیز به دفعات بدنبال دستکاری دیده شده است.

ویروس تبخال پس از ورود به پوست از انتباهای عصبی خود را به گره‌های عصبی منطقه رسانیده و در آنجا به زندگی خود ادامه می‌دهد و می‌تواند دوباره خود را به سطوح مخاطی و پوستی رسانیده و ضایعات جدیدی را ایجاد نماید و به سایرین نیز منتقل شود. ضایعات تبخالی تمایل به عود مجدد دارند که دفعات عود در افراد مختلف متفاوت است و شرایط فردی و وضعیت ایمنی فرد به شدت روی آن تأثیر می‌گذارد.

بسیاری از افراد مبتلا بدون علامت هستند و دیده شده که افراد بالای ۱۲ سال در آمریکا به این ویروس آلوده هستند ولی تقریباً ۹۵٪ آنان از ابتلاء خود بی‌خبر می‌باشند. زنان بیشتر از مردان مبتلا هستند و با افزایش سن و فعالیت جنسی خصوصاً در افرادی که شرکای جنسی متعدد دارند درصد آلودگی بالاتر می‌رود.

## علائم شایع:

شایعترین علامت تبخال تناسلی پیدایش یک دسته تاول‌های

## تبخال تناسلی درمان قطعی، همراه با ریشه‌کنی ویروس ندارد

این ویروس که گسترش جهانی دارد در دو نوع یک و دو در انسان ایجاد بیماری می‌کند. نوع یک اغلب با تبخالهای دهانی همراه است و ابتلاء به آن از سنین پائین شروع می‌شود بطوری که ۹۰٪ افراد تا قبل از ۵۰ سالگی با ویروس تماس پیدا می‌کنند. ویروس نوع دو اغلب تبخالهای تناسلی ایجاد می‌کند و تماس با آن اغلب مربوط به بعد از بلوغ و شروع فعالیت جنسی می‌شود و اصولاً تبخالهای تناسلی جزء بیماریهای منتقله از راه تماس جنسی تقسیم‌بندی می‌شوند.

## افراد بالای ۱۲ سال در آمریکا به این ویروس تبخال آلوده هستند ولی تقریباً ۹۵٪ آنان از ابتلاء خود بی‌خبر می‌باشند

ویروس تبخال (HSV) در دمای اتاق و محیط خشک غیرفعال است و انتقال بیماری از طریق تماس نزدیک با ترشحات دهانی حلقی، تناسلی و چشمی حاوی ویروس فرد مبتلا صورت می‌گیرد. باید توجه داشت که افراد مبتلا حتی در مواقعی که ظاهراً هیچگونه علائمی از بیماری را ندارند نیز ویروس را در ترشحات دهانی یا تناسلی خود دفع می‌کنند. علاوه بر تماس جنسی، تماس پوست با ترشحات تنفسی

اوقات خوش خیم بوده و با بهبودی کامل همراه است. یکی از مهمترین مسائل در خانمهای مبتلا به تبخال تناسلی خطر انتقال ویروس به جنین درحین زایمان است که در نوزادان با عوارض و مرگ و میر بالایی همراه است و خصوصاً در مواردی که مادر در حوالی زمان زایمان برای اولین بار به بیماری مبتلا شده باشد خطر انتقال به نوزاد بیشتر خواهد بود. به منظور اجتناب از این انتقال انجام جراحی و سزارین خصوصاً به مادرانی که در هنگام زایمان دچار ضایعات فعال باشند توصیه می شود و دیده شده که در کاهش میزان انتقال بیماری به جنین نقش مؤثری داشته است.

### یکی از مهمترین مسائل در خانمهای مبتلا به تبخال تناسلی خطر انتقال ویروس به جنین درحین زایمان است

#### تشخیص:

تشخیص بیماری توسط پزشک و پس از انجام معاینات بالینی صورت می گیرد. به منظور تأیید تشخیص خصوصاً در مواردی که فرد به هنگام مراجعه فاقد ضایعات مشخص تبخالی باشد یا در موارد بررسی عوارض احتمالی می توان از روشهای آزمایشگاهی مختلفی استفاده نمود که طبق صلاحدید پزشک درخواست و انجام می شود.

### بیماری تبخال تناسلی هنوز دارای واکنش نیست

#### درمان:

پس از معاینه و انجام بررسی های ضروری توسط پزشک تبخال تناسلی را می توان با داروهای ضدویروس موجود درمان نمود. درمان معمولاً به صورت خوراکی بوده و در اولین بار ابتلا برای ۱۰ الی ۱۴ روز و در موارد عود به مدت حدود ۵ روز صورت می گیرد و باعث کوتاه شدن دوره بیماری و بهبود سریعتر ضایعات می شود. در افرادی که بسیار مکرر دچار ضایعات تبخال تناسلی می شوند می توان

کوچک آبدار در ناحیه تناسلی است که بعداً پاره می شوند و زخمهای دردناکی را ایجاد می کنند سپس زخمها خشک شده و بتدریج در طی چند روز بهبود می یابند. برخی افراد ممکن است فقط ضایعاتی قرمز رنگ یا برجسته پیدا کنند و برخی هم هنگام دفع ادرار درد داشته باشند. در خانمها ممکن است ترشحات آبکی واژینال هم مشاهده شود. درکل وجود سوزش ادرار بعلاوه ترشحات آبکی شفاف اغلب در عفونت پیشابراه با ویروس تبخال (HSV) دیده می شود. زخمها معمولاً ۴ الی ۷ روز بعد از اولین عفونت ایجاد می شوند و بیمار ممکن است علائمی شبیه به یک سرماخوردگی شامل تب، تورم غدد لنفاوی کشاله ران و کوفتگی داشته باشد. زخمهای تبخالی معمولاً در اولین ابتلا شدیدتر هستند ولی در دفعات بعدی ضایعات کوچکتر بوده، درد کمتری دارند و زودتر بهبود می یابند.

### شایعترین علامت تبخال تناسلی پیدایش یک دسته تاول های کوچک آبدار در ناحیه تناسلی است که بعداً پاره می شوند و زخمهای دردناکی را ایجاد می کنند

قبل از هر عود اغلب فرد در ناحیه مبتلا احساس خارش، ضربان یا سوزش دارد و ممکن است دردهایی در لگن یا پاها داشته باشد. تظاهرات تبخال تناسلی در قسمت های مختلفی از جمله: آلت تناسلی و بیضه ها در آقایان، اجزاء دستگاه تناسلی در خانمها، مقعد، پیشابراه، باسن و پاها می توانند ایجاد شوند. باید بخاطر داشت که بسیاری از مبتلایان علامتدار نیستند و یا علائم خود را با مشکلات دیگری از جمله بیماریهای قارچی، گزش حشرات، هموروئید و... اشتباه می کنند.

#### عوارض:

در برخی افراد بدنبال انتشار ویروس به دستگاه عصبی علائمی مثل تب، سردرد، استفراغ و سفتی گردن ۳ الی ۱۲ روز بعد از ضایعات تناسلی ایجاد می شود. این حالت اگرچه برای بیمار بسیار ناراحت کننده است ولی اغلب



منظور کاهش میزان انتقال به همسر.

### بیماری تبخال تناسلی هنوز دارای واکنش نیست

این بیماری هنوز دارای واکنش نیست و بیشترین تأکيدها هنوز به پیشگیری از ابتلا به آن قرار دارد.

از درمان طولانی مدت نگهدارنده برای مدت طولانی ۳ ماه الی یکسال بسته به شرایط فرد استفاده نمود. این درمانها می توانند به کنترل و یا مهار بیماری کمک کنند ولی باعث درمان قطعی یا ریشه کنی ویروس نخواهند شد.

#### پیشگیری:

پیشگیری از اکتساب تبخال تناسلی همچون سایر بیماری های منتقله از راه تماس جنسی از طریق ذیل امکان پذیر است:

- اجتناب از تماس های جنسی پرخطر و مشکوک
- اجتناب از بی بندوباری جنسی و داشتن شرکای جنسی

متعدد

- استفاده از کاندوم در حین تماس جنسی
- اجتناب از تماس جنسی هنگام فعال بودن ضایعات به



# مفهوم زندگی پس از ابتلا به بیماری ایدز



ایدز نوعی عفونت ویروسی است که با تأثیر بر سیستم ایمنی، موجب نقص سیستم دفاعی بدن گردیده و شخص مبتلا را با ساده‌ترین میکروارگانیسم‌های بی‌خطر، بی‌دفاع رها می‌نماید و در کمین می‌نشیند تا در فرصتی مناسب با عفونتی ساده، قربانی خویش را به کام مرگ فراخواند.

سالانه حداقل ۴۰۰۰۰ نفر به مبتلایان ایدز اضافه می‌گردد که ۲۵ درصد آنها در سن ۱۳ الی ۲۱ سالگی می‌باشند

## راههای انتقال:

این بیماری از طرق مختلف نظیر روابط جنسی با شخص آلوده (۷۰ الی ۸۰ درصد)، تزریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده، پیوند اعضا و نسوج آلوده، استفاده مشترک از سرنگ و سوزن در میان معتادان تزریقی و همچنین از طریق مادر به جنین (۳۰ الی ۴۰ درصد) و یا از طریق شیر آلوده مادر به کودک انتقال می‌یابد.

## اپیدمیولوژی:

HIV و ابتلای به ایدز در جوانان و زنان رو به افزایش است. هر چند نرخ انتقال آن از مادر به جنین با استفاده دارویی در دوران حاملگی کاهش یافته است ولی بر طبق برآورد (HRSA) Health Resources Services Administration و ایالت متحده آمریکا، سالانه حداقل ۴۰۰۰۰ نفر به مبتلایان ایدز اضافه می‌گردد که ۲۵ درصد آنها در سن ۱۳ الی ۲۱ سالگی می‌باشند. بر اساس همین گزارش درصد بیشتری از این افراد را زنان و دختران نوجوان تشکیل می‌دهند (۵۵/۵ درصد بین ۹ الی ۱۳ سالگی و ۴۰/۵ درصد بین ۲۰ الی ۲۴ سالگی) و تعداد کودکانی که به علت ابتلای والدین آنها به ایدز یتیم گردیده‌اند تنها در ایالت متحده آمریکا تا سال ۱۹۹۲، ۲۴۰۰۰ کودک ذکر شده است. آمار دقیق مبتلایان به ویروس HIV به دلایل مختلف در دست نمی‌باشد. در ایران

نیز، گزارش دقیقی از میزان واقعی افراد مبتلا به ایدز موجود نمی‌باشد. هرچند بر اساس آمارهای تخمینی ارائه شده از سوی مسئولین وزارت بهداشت میزان مبتلایان به ویروس HIV بین ۲۳ الی ۲۵ هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمارهای رسمی اعلام شده از سوی مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در ایران، تا مهرماه ۱۳۸۱ تعداد ۴۲۳۷ نفر آلوده به ویروس ایدز شناسایی گردیدند. از این تعداد ۴/۷ درصد از راه خون و فرآورده‌های خونی آلوده، ۸/۴ درصد از طریق آمیزش جنسی، ۴ درصد از طریق مادر آلوده به ایدز و ۶۵ درصد از طریق سرنگ و سوزن مشترک آلودگی را دریافت نمودند. بر اساس گزارش یکی از اعضای کمیته کشوری مبارزه با ایدز، گسترش ایدز در ایران رو به افزایش بوده و از سال ۱۳۷۶ به بعد این بیماری در میان زندانیان رواج بیشتری داشته است نگرانی که از این بابت وجود دارد این است که بسیاری از افراد آلوده محکوم به حبس در زندان از یکسو با آلوده ساختن هم سلولی‌های خود و از سوی دیگر پس از بازگشت به خانه، تعداد بیشتری را در معرض ابتلای به ایدز قرار می‌دهند.

## زنان قربانیان خاموش:

نزدیک به ۴۲ درصد از ۳۰ میلیون نفر آلوده به ویروس HIV

موقعیت غیر قابل پیشگیری بیماری و وخامت آن، ترس از افسردگی، ناامیدی، جدایی از دوستان و همکاران، زمینه را جهت جداسازی و ایزوله شدن مبتلایان به ایدز فراهم نموده و آنها را با احساسی عمیق از غم و جدایی در جامعه رها می‌سازد. ایدز را بیماری از دست دادن ها نامیده‌اند بدین معنا که فرد مبتلا به ویروس HIV، شاهد از دست دادن سلامت، توانایی و شادابی، اشتها، وزن، جذابیت های جسمی و احتمالاً شاهد از دست دادن همسر، خانواده، نقش و منزلت اجتماعی، شغل، درآمد و ... می‌باشد. ابتلای به بیماری و از دست دادن سلامت جسمی و روحی، عدم توانایی کار، عدم همدلی و همدردی سیستم های حمایتی، یاس و نومیدی از بهبودی و درمان بیماری و ... زمینه عصبانیت و خود سرزنشی را در افراد آلوده پرورش داده و آنها را به سمت افسردگی و در مواردی خودکشی سوق می‌دهد.

نزدیک به ۴۲ درصد از ۳۰ میلیون نفر آلوده به ویروس HIV را در جهان، زنان تشکیل می‌دهند

نگرش منفی مردم نسبت به هویت شخصی این افراد، از مشکلات اصلی این بیماران بشمار می‌رود. افراد آلوده در جامعه از جایگاه و منزلت اجتماعی خوبی برخوردار نمی‌باشند و با نابرابری و تبعیض در حقوق اجتماعی آنها از فعالیت های اجتماعی کاری محروم گردیده و حتی از بسیاری از خدمات درمانی بی بهره‌اند. طرد بیمار ایدزی در زمان دردمندی و احساس نیاز از سوی اعضای خانواده و اجتماع بسیار غم انگیز است. ترس از فاش شدن و انگ هایی که به سوی آنها نشانه می‌رود بسیاری از خانواده‌ها را وادار ساخته تا از سایر اقوام و دوستان و بطور کلی از اجتماع دوری نموده و گوشه گیری و انزوا را ترجیح می‌دهند و بدین وسیله خود را از رفتارهای غلط و بدرفتاریهای دیگران مصون و محفوظ بدارند و از حمایت با ارزش و مفید جامعه جداگردند و از اطلاعات صحیح در زمینه انتقال و پیشگیری بیماری محروم بمانند این عوامل، خطر ناخوشی های سلامت روح و ذهن (نظیر

را در جهان، زنان تشکیل می‌دهند.

بر اساس آمارهای تخمینی ارائه شده از سوی مسئولین وزارت بهداشت، میزان مبتلایان به ویروس HIV بین ۲۳ الی ۲۵ هزار نفر برآورد شده است

در ایران ۵ درصد جمعیت آلوده به ویروس ایدز را زنان تشکیل می‌دهند که ۴۶ درصد آنها متأهل می‌باشند. از این تعداد ۷۰ درصد از طریق همسر خود به ویروس HIV آلوده گردیده‌اند. احتمال انتقال ویروس ایدز از زن به مرد ۲۰ برابر کمتر از مرد به زن گزارش گردیده لذا تأکید شده است تمامی زنان باردار در مناطق با میزان درصد شیوع بالا و زنانی که دچار بیماریهای مقاربتی نظیر سیفلیس، سوزاک و تب خالهای تناسلی هستند بعلت ورود ویروس پس از تماس جنسی، برای جلوگیری از انتقال ویروس به جنین تحت آزمایش قرار گیرند.

#### ایدز، فرد، خانواده، اجتماع:

ایدز و ویروس HIV بیماری درمان ناپذیر و مزمنی است که به فرد و اعضاء خانواده فشار آورده تا خود را با پیشرفت نامعلوم و بی ثبات بیماری تطبیق دهند و رژیم های پیچیده دارویی، غم و سوگواری از دست دادن سلامت و احتمالاً از دست دادن اعضاء خانواده را تجربه نمایند. بر خلاف سایر بیماریها و ناخوشیهای علاج ناپذیر و مزمن ایدز و ویروس HIV بعلت عفونت قابل انتقال (در روابط جنسی، استفاده از مواد مخدر تزریقی) با پیچیدگی های رفتاری بیشتری همراه است. افرادی که در معرض خطر بالای بیماری قرار دارند تجربه بیشتری در زمینه احساس گناه، خجالت و شرمساری و عصبانیت کسب نموده‌اند. این مسئله در ارتباط با زنانی که خود عامل انتقال بیماری به کودک می‌باشند از شدت بیشتری برخوردار است. ترس و شرمساری در افراد مبتلا به با ویروس HIV، امکان حمایت و اعتماد به دیگران را سلب نموده و آنها را از سازمانها و ارگانهای حمایتی دور می‌سازد. ترس از

ایدز بیشتر بیماری جوانان گزارش گردیده است. یک جوان موفق و کارآ با ابتلا به ایدز، ناگهان تمام حقوق خود را در جامعه از دست داده و از کسب درآمد برای امرار معاش خود و خانواده محروم می‌ماند. نتیجه چنین روندی فقر و تنگدستی است که گریبانگیر او و خانواده‌اش می‌شود. بنابراین ایدز به همان اندازه که یک مشکل بهداشتی است یک معضل اجتماعی نیز محسوب می‌گردد. ایدز ارتباط تنگاتنگ با مواد مخدر، همجنس‌بازی و فحشا دارد که در تضاد با ارزشهای مذهبی و اجتماعی و فرهنگی بسیاری از جوامع است.

بیماران نه بعنوان یک فرد دردمند که به شکل یک خاکی و گناهکار در اذهان عمومی مورد محاکمه قرار می‌گیرند.

### ایدز را بیماری «از دست دادن‌ها» نامیده‌اند

همسران و فرزندان آنها نیز در معرض تبعیض اجتماعی قرار دارند. این نوع نگرش نتیجه عدم آگاهی از بیماری ایدز است. مظلومترین قربانیان ایدز کودکانی هستند که از مادران آلوده متولد گردیده و از حمایت والدین و اجتماع محروم می‌مانند. برخورداری از حق آموزش و تحصیل در مراکز عمومی از جمله نیازهای اولیه کودکان بیمار محسوب گردیده که در بسیاری از جوامع از آن محروم مانده‌اند. هر چند اعلامیه حقوق بشر، محرومیت در تحصیل به علت ابتلای به ایدز را تجاوز به حقوق اولیه کودک دانسته است.

### ایدز و پیچیدگی رژیم‌های دارویی:

رژیم دارویی پیچیده، از جمله موارد بیشماری است که افراد آلوده را در سازگاری با آن با مشکل مواجه می‌نماید. عدم آگاهی از نتایج طولانی مدت مصرف نمودن دارو، تصورات واهی در ارتباط با تأثیر پذیری دارو، بی‌اعتمادی به جامعه پزشکی، هزینه بسیار بالای دارو، در دسترس نبودن آن، تأثیرات سوء دارو بر سلامت ذهن، عوارض جانبی دارو از جمله موانع دارویی است که فرد مبتلا به ویروس HIV را به عدم اطاعت و سرپیچی از مصرف دارو

افسردگی، استرسهای بعد از ضایعه و نگرانی و دلواپسی) و مشکلات رفتاری (نظیر استفاده از الکل، مواد مخدر، ضعف و ناتوانی در کسب شغل و رفتارهای بزهکارانه و ...) را برای افراد مبتلا و اعضاء و خانواده آنها بدنبال خواهد داشت.

### احتمال انتقال ویروس ایدز از زن به مرد ۲۰ برابر کمتر از مرد به زن است

امروزه ایدز بعنوان بیماری چند نسلی مطرح می‌باشد و با حضور بیماری چند نسل درگیر می‌شوند. با تشخیص بیماری امکان سازگاری افراد با آن میسر است ولی غم از دست دادن خانواده، افراد مبتلا به ویروس HIV را از پای درخواهد آورد. ابتلای به بیماری، مداخلات دلسوزانه دیگران و نهایتاً مرگ والدین کودکان آلوده به ویروس HIV، سرپرستی و مراقبت ویژه و منسجمی را جهت کودکان طلب می‌نماید. سرپرستی و مراقبت از کودکان مبتلا به ویروس HIV را اغلب مادر بزرگها و جامعه به عهده می‌گیرند.

### ترس و شرمساری در افراد مبتلا به ویروس HIV، امکان حمایت و اعتماد به دیگران را سلب نموده و آنها را از سازمانها و ارگانهای حمایتی دور می‌سازد

بیماری ایدز، فقدان والدین، تغییر در سرپرستی، نقطه عطفی در توانایی کودکان و نوجوانان در سازگاری با بیماری والدین بشمار می‌رود. انکار وخامت بیماری، ترس از آشکار شدن آن، موقعیت سلامت والدین و کودکان مبتلا به ویروس HIV، فقدان افرادی مطمئن جهت سرپرستی و مراقبت از کودکان، سازگاری روانی والدین با ویروس HIV، خشونت‌های خانگی ناشی از استرس‌های آمیخته با ایدز و ... از جمله دلایل بیشماری است که والدین مبتلا به ویروس HIV را به چالش فرا می‌خواند. توسعه و تداوم طرحها و برنامه‌هایی که بتواند مراقبت دائمی از کودکان را بعهده گیرد از جمله مواردی است که نقش بسزایی در سازگاری افراد با بیماری خواهد داشت.

هدایت می نماید.

برنامه های پیشرفته در این راستا، می تواند با تأکید بیشتر به روابط بین بیمار و مراقبین پزشکی، افزایش حمایت های سیستم پزشکی و تعیین اینکه آیا مصرف قرص و دارو در افراد مبتلا به ویروس HIV مؤثر است یا خیر. جهت تعالی روحیه اطاعت و سازگاری در بزرگسالان و نوجوانان بکارگرفته شود.

در فرد گردد، ارزیابی دقیق از عملکرد سیستم شناختی اعصاب به شناسایی علت نقص و درمان مناسب کمک شایانی خواهد نمود.

در خاتمه، تلاش در جهت سازگاری افراد و خانواده های آلوده به ویروس HIV (ایدز) با فشارهای گوناگون، از اهمیت خاصی برخوردار است. روانپزشکی حمایتی، با افزایش کیفیت بکارگیری زندگی و پیروی و اطاعت از مراقبت های پزشکی و رژیم های دارویی و توجه کامل به اختلال سلامت ذهن نقش مهمی را در این امر ایفا خواهد نمود.

### ایدز و اختلال سیستم اعصاب مرکزی:

پیشرفت بیماری AIDS/HIV به اختلال عملکرد سیستم اعصاب مرکزی برمی گردد. این علائم و نشانه ها، به سیستم اعصاب مرکزی (CNS) مرتبط می شود که با آسیب رسانی به شناخت (نقص در حافظه کوتاه مدت و بهم ریختگی آن)، آسیب به شخصیت (رفتارهای نامنظم، فقدان احساسات و هیجانان)، ظهور علائم روان پریشی (توهمات و تصورات باطل و شک و تردید و بدگمانی) و علائم مرتبط به اعصاب حرکتی (نظیر ناهماهنگی (کامل یا نسبی عضلات)، تغییراتی را در افراد مبتلا به ویروس HIV ایجاد می نمایند. ارزیابی دقیق علائم جهت تمیز و تشخیص اختلال سیستم اعصاب مرکزی از تأثیرات بیماری سلامت ذهن (نظیر افسردگی، نگرانی و دلواپسی) همانند سایر عوامل مؤثر (استفاده دارویی تجویزی یا تفننی، استرس های همراه با بیماری های علاج ناپذیر و مزمن، کمبودهای تغذیه ای و ....) در عملکرد سیستم شناختی اعصاب ضروری است.

### اعلامیه حقوق بشر، محرومیت در تحصیل به علت ابتلای به ایدز را تجاوز به حقوق اولیه کودک دانسته است

مداخلات روانشناختی آموزشی و روان درمانی سنتی و تاریخی تأثیر بسزایی در موضوعات گوناگون قومی و فرهنگی که غالباً بسوی این بیماران نشانه می رود ندارد، لکن کارشناسان بهداشتی و مددکاران اجتماعی با بکارگیری مداخلات مؤثر و قابل تعدیل در افراد آلوده و روانشناسان و مشاوران سلامت ذهن با پرورش روابط بین مراقبین بهداشتی و کودکان و نوجوانان و زنان مبتلا به ایدز قادر خواهند بود مراقبت پزشکی مناسب را در دسترس بیماران و خانواده ها قرار دهند.

### ایدز به همان اندازه که یک مشکل بهداشتی است یک معضل اجتماعی نیز محسوب می گردد

در کودکان مبتلا به ویروس HIV، از جمله مشکلات رفتاری قابل ذکر فعالیتهای زیاد، بی دقتی، پس روی و کناره گیری از اجتماع و افسردگی است. بعلاوه نقصهای شناختی، ناتوانی در یادگیری، تأخیرات رشدی که به اختلال سیستم اعصاب مرکزی در کودکان مربوط می شود از مشکلات دیگری است که قابل ذکر است. هر چند ممکن است تأثیرات محیطی و عفوونتهای مرتبط به ایدز موجب اختلالاتی



## ختنه از گسترش ویروس ایدز جلوگیری می کند

براساس گزارش آژانس توسعه بین الملل، مردان ختنه شده حداقل ۵۰ درصد کمتر از سایرین احتمال دارد که در هنگام مواجهه با ویروس مسبب بیماری ایدز در طی ارتباطات جنسی محافظت نشده، به این ویروس آلوده شوند.

براساس یک مرور سیستماتیک بر مطالعات علمی منتشر شده توسط کالج بهداشت و پزشکی منطقه ای لندن، احتمال آلودگی به ویروس HIV در مردان ختنه شده کمتر از ۵۰ درصد از افراد ختنه نشده است، چرا که ارتباط قوی بین ختنه و حفاظت از HIV وجود دارد. محققین معتقدند در صورتیکه تمام افراد مذکر ساکن در آفریقا ختنه شوند، شیوع ایدز از ۲۰ درصد به ۱۰ درصد از ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ سال آینده جنسی را نیز کاهش دهد.

اما مدرکی وجود ندارد دال بر اینکه ختنه در خانمها هیچگونه فایده ای داشته باشد، بلکه زخم حاصل از این عمل حتی سبب تسهیل انتقال بیماری می شود و بنابراین با آن قویاً مخالفت می شود.

البته این تصور نایستی برای مردان ایجاد شود که با انجام عمل ختنه بطور کامل از بیماری ایدز مصون هستند، بلکه تنها خطر آن کاهش می یابد. بنابراین خودداری از برقراری تماس جنسی و پایبندی به اصول ازدواج و یا استفاده از کاندوم بهترین روش پیشگیری از این بیماری است.



## تعهد رئیس سازمان بهداشت جهانی در زمینه ایدز

مدیر کل جدید سازمان بهداشت جهانی می گوید داروهای حیاتی ضدویروسی را ظرف دو سال آینده در اختیار سه

میلیون نفر از بیماران مبتلا به ویروس ایدز (HIV) قرار خواهد داد. دکتر جانگ- ووک لی، از کره جنوبی در نخستین روز کاری خود در سمت تازه بر این موضوع تاکید کرد که مقابله با



ویروس همه گیر (HIV) باید در صدر برنامه های سازمان بهداشت جهانی باشد. او گفت که تامین تازه ترین داروهای ضدویروسی برای افراد آلوده به ویروس HIV در آفریقا یک هدف واقع بینانه است. در حال حاضر حتی نمونه های مشابه (ژنریک) این داروها نیز از دسترسی و توانایی مالی اکثر مردم آفریقا خارج است. دکتر لی یکی از مشاوران ارشد کالین پاول، وزیر خارجه آمریکا را به عنوان رئیس بخش ایدز سازمان بهداشت جهانی برگزیده است. دکتر جک چو، یک بخش تازه در سازمان بهداشت جهانی را که برای تنظیم برنامه های مبارزه با ایدز راه اندازی شده است، هدایت خواهد کرد. این بخش در مجموعه تازه ای شامل بخش مبارزه با سل و مالاریا فعالیت خواهد کرد. دکتر لی همچنین گفت که یک طرح تازه جهانی مبارزه با ایدز در روز جهانی ایدز معرفی خواهد شد که بر معالجه، پیشگیری و مراقبت از افراد مبتلا به این ویروس تمرکز خواهد کرد. برنامه (HIV) ایدز سازمان ملل متحد می گوید تنها در سال گذشته سه میلیون نفر در سراسر جهان در اثر ایدز جان باختند و پنج میلیون نیز به ویروس (HIV) آلوده شدند. حدود ۴۲ میلیون نفر نیز هم اکنون به این ویروس آلوده هستند.

### سایر اولویت ها

دکتر لی همچنین قول داد با مساله بحران گسترده منابع انسانی در بخش بهداشتی مقابله کند. به گفته وی بهبود آموزش کارمندان بهداشتی و تربیت افراد بیشتری در جهان برای ارائه مراقبت های اولیه پزشکی از جمله اهداف تازه خواهد بود. اولویت دیگر، بهبود نظام اطلاع رسانی و نظارت بر بیماری های عفونی نظیر سارس است. دکتر لی در مراسم تحلیف خود به کارمندان سازمان بهداشت

سرسام آور آن، تنها برای عده معدودی قابل دسترسی است و در مناطق فقیرنشین و در کشورهای فقیر، مصرف این دارو امکان پذیر نخواهد بود. به نظر می رسد از هر ۴ نفری که به تازگی تشخیص داده می شود که مبتلا به HIV هستند، حداقل یک نفر به داروهای جدید مقاوم است.

امروزه با توجه به راه طولانی ای که بشر برای رسیدن به درمان ایدز در پیش دارد، وجود داروهای تازه برای جلوگیری از پیشرفت بیماری و سرکوب موقت ویروس ضروری است.

جهانی گفت: کار جمعی ما در سال های آتی با توجه به سه اصل هدایت خواهد شد. باید به اقدامات درست دست بزنیم. این اقدامات باید در مکان مناسب صورت گیرد و باید آنها را به شکلی درست انجام دهیم. دکتر لی رئیس سابق بخش مبارزه برای توقف سل سازمان بهداشت جهانی است.

## داروی جدید برای بیماران مبتلا به ویروس ایدز (HIV) مقاوم به داروهای رایج

دارویی جدید که برای اولین بار در انگلستان توزیع شده است، برای مبتلایان به ویروس ایدز که مقاوم به داروهای رایج هستند، دریچه ای تازه از امید گشوده است. Fuzeon، که توسط شرکت دارویی Roche به بازار عرضه شده، به منظور کمک به بیماران مقاوم به درمان عرضه شده است.

برخلاف داروهای رایج که پس از حمله و ورود ویروس به داخل سلولهای ایمنی به آن حمله می کند، این داروی جدید، قبل از ورود ویروس به داخل سلولهای ایمنی به آن حمله ور می شود. دارو به صورت تزریقی و دوبار در روز مصرف می شود. علاوه بر این دارو، ۲ داروی دیگر نیز همزمان تجویز می شود. مصرف تزریقی دارو از شکسته شدن آن در سیستم ایمنی جلوگیری می کند. طبق مطالعه ای که در New England Journal Of Medicine به چاپ رسیده است، افرادی که این دارو را مصرف می کنند، نسبت به کسانی که دارو مصرف نمی کنند، سطح کمتری از ویروس در خونشان یافت شده است. همچنین این دارو می تواند سطح ویروس را در خون افراد مبتلا به HIV که مقاوم به درمانهای رایج هستند کاهش دهد. البته لازم به ذکر است که این دارو گران و هزینه سالانه آن در حدود ۱۳۰۰۰ پوند است؛ که بنابراین با توجه به هزینه



## آموزش بهداشت باروری برای دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان کشور

مسئولیت خطیری که بعنوان پدران و مادران آینده، عهده دار آن هستید، بتوانند آگاهانه درمورد آینده خود، تشکیل خانواده، تعداد فرزندان و... با توجه به منابع و موقعیت کشور، تصمیم گیری نمایند.

وی افزود: «این پروژه بصورت یک برنامه پنج ساله آزمایشی آغاز بکار کرده و هم اکنون ۳ سال از فعالیت آزمایشی آن می گذرد.

درخاتمه این پروژه، قصد داریم با ارزشیابی نتایج، آنرا در کل جامعه ۱۸ میلیونی دانش آموزان بسط داده و بتوانیم در ارتقاء سلامت جامعه و نسل آینده که مسئولیت جامعه را بر دوش دارند، مؤثر باشیم.»

دکتر لاهیجانیان در خصوص نحوه اجرای این پروژه اظهار داشت: «این پروژه در راستای برنامه آموزشی بهداشت باروری، در غالب برگزاری کارگاهها و اجرای سمینارها بصورت دوره ای جهت اولیاء و مربیان، دانش آموزان، مشاوران، مدیران مدارس، مربیان تربیتی و کل عوامل و دست اندکاران برنامه های آموزشی، اجرا می شود که هر یک در کارگاههای متفاوت و در زمانهای مختلف، آموزش داده می شود.»

وی درخاتمه، ضمن تأکید بر اهمیت آموزش بهداشت باروری جهت دانش آموزان اذعان داشت که در صورت مثبت بودن نتایج ارزشیابی این پروژه، آموزش بهداشت باروری در کتب رسمی مدارس آمده و جزو نظام آموزش

وزارت آموزش و پرورش با همکاری صندوق جمعیت ملل سازمان ملل متحد (UNFPA)، در راستای اجرای پروژه جمعیت آن سازمان، اقدام به آموزش بهداشت باروری برای دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان نموده است.

پروژه جمعیت که هم اکنون در وزارت آموزش و پرورش در حال اجرا است، با هدف آموزش نحوه استفاده از منابع کشور، (با توجه به محدود بودن منابع موجود) و همچنین نحوه حمایت از محیط زیست به دانش آموزان طراحی گردیده است تا در نهایت بیاموزند که چگونه مصرف نمایند تا برای آیندگان، منابع زمینی، هوایی و دریایی، به میزان کافی حفظ شده و بتوانند پاسدار منابع موجود، برای آیندگان باشند.

این پروژه از سال ۱۳۷۹، فعالیت خود را در کشور آغاز نمود و جامعه دانش آموزی تحت پوشش آن، هزار مدرسه بصورت آزمایشی می باشد که دانش آموزان مقاطع چهارم ابتدایی تا سوم راهنمایی را دربرمی گیرد.

**پروژه پنج ساله آموزش جمعیت وزارت آموزش و پرورش با همکاری صندوق جمعیت از سال ۱۳۷۹ آغاز بکار نموده است**

در بخشی از این پروژه، به آموزش بهداشت باروری پرداخته می شود که دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان این هزار حوزه را پوشش میدهند. دکتر اکرم لاهیجانیان، مدیر پروژه آموزش جمعیت وزارت آموزش و پرورش، در یکی از برنامه های آموزشی که در اردوگاه شهید باهنر و با حضور جمعی از اولیاء، مربیان و دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهرستان اسلامشهر برگزار شد، ضمن بیان مطالب فوق، هدف از آموزش بهداشت باروری به دانش آموزان را ارائه اطلاعات آگاهانه و منسجمی در ابعاد مختلف بهداشت باروری، حقوق باروری، حقوق بشر و آنچه مربوط به تحولات و تغییرات دوران بلوغ است، عنوان کرد تا با دانستن







برنامه بسیار خوبی بود چرا که درباره مسائل مختلف بهداشت باروری، مطالب زیادی را به ما آموخت، اطلاعات من قبلاً در این زمینه بسیار محدود بود که از طریق دوستان و مربیان خود شنیده بودم ولی ترجیح می‌دهم که پزشکان که از اطلاعات بالاتری برخوردارند و بهتر می‌توانند ما را راهنمایی نمایند، این مطالب را به ما بیاموزند. همچنین اگر بصورت کتاب درسی در برنامه درسی مان گنجانیده شود بسیار خوب خواهد بود.

همچنین دانش آموز دختر دیگری با ۱۶ سال سن که در مقطع دوم دبیرستان مشغول تحصیل بود گفت: برنامه امروز خوب بود، البته ما بخشی از این اطلاعات را در کتاب بهداشت که جزو درس پرورشی داشتیم، آموخته بودیم ولی کافی نبود. به عقیده من بهتر است افرادی به آموزش در این زمینه بپردازند که اطلاعات کافی را دارا می‌باشند.

بنظر من بهرحال این مطالب را ما باید بیاموزیم. والدین ما اغلب به نسل قبل مربوطند و این مطالب را نمی‌دانستند. ما دوست نداریم مثل آنها باشیم و می‌خواهیم برای فرزندانمان زندگی بهتری را فراهم نماییم و خودمان نیز در رفاه باشیم. پس بهتر است این مطالب به ما گفته شود تا آنرا به فرزندانمان نیز انتقال دهیم.

**موضوعات بهداشت روانی، بلوغ، بیماریهای مقاربتی، ازدواج و تنظیم خانواده از موضوعات مورد بحث در این دوره یکروزه بودند**



رسمی کشور در مدارس خواهد بود تا تمامی دانش آموزان بتوانند از آن استفاده نمایند. گفتنی است که این دوره آموزشی یک روزه، با موضوعات بهداشت روانی، بلوغ، بیماریهای مقاربتی، ازدواج و تنظیم خانواده... راس ساعت ۱۰ صبح در دو کارگاه مجزا جهت والدین و دانش آموزان، فعالیت خود را آغاز کرد و در ساعت ۵ بعدازظهر، خاتمه یافت.

**دانش آموز دختر ۱۳ ساله: والدین ما اغلب این مطالب را نمی‌دانستند، بهتر است این مطالب به ما گفته شود تا آنرا به فرزندانمان نیز انتقال دهیم**

در طی این برنامه یک روزه سعی کردیم ضمن پرسش از برخی دانش آموزان و والدین حاضر، نظر آنها را در خصوص ضرورت اجرای برنامه‌های مذکور در کشور جویا باشیم.

در ابتدا با مادر یکی از دانش آموزان به گفتگو پرداختیم: وی مادری جوان دارای ۲ فرزند ۷ ساله و ۱۵ ساله (مقاطع اول دبستان و اول دبیرستان) بوده و خود تا سال دوم راهنمایی تحصیل نموده‌اند. ایشان نظر خود را اینچنین بیان کردند:

این آموزشها بسیار لازم است، رادیو تلویزیون مسائل را بسیار بسته مطرح می‌کند درحالیکه این مسائل باید باز مطرح شوند تا جوان بداند چگونه عمل نماید، البته بهتر است بهداشت باروری، در مدارس بصورت کتب آموزشی و توسط دبیران، آموزش داده شود چرا که این دوره‌ها، در حد یک الی دو جلسه کافی نمی‌باشند.

مادر دیگری که ۳۰ ساله و دارای ۳ فرزند ۱۵ ساله، ۱۲ ساله و ۱۰ ساله بود، اینچنین اظهار داشت:

این برنامه‌ها بسیار خوبست و باید بسط داده شود، مدارس باید بیشتر اقدام به برگزاری این جلسات نمایند و والدین نیز باید حضور فعالی داشته باشند.

دانش آموز دختر ۱۳ ساله‌ای که در مقطع دوم راهنمایی تحصیل می‌کرد، ارزیابی و انتظارات خود را اینچنین بیان کرد:

هاله ملکی  
کارشناس مامایی

# ورزش در بارداری

ورزیده داشته باشید (به کمک شرکت در کلاسهای ورزش، قبل از بارداری و همچنین استفاده از تنفس و آرامش) دوره درد و زایمان را راحت تر پشت سر خواهید گذاشت. با توجه به اینکه توانایی های بدنی هر فرد با فرد دیگر متفاوت است، قبل از شروع و یا ادامه دادن هر یک از نرمشها یا ورزشهایی که در ادامه معرفی می شود با پزشک خود مشورت نمائید.

**چه میزان ورزش در طی بارداری توصیه می شود؟**  
شاید انجام ورزش معمول روزانه با توجه به برنامه کاری بسیار شلوغ، چندان دست یافتنی نباشد. شما می توانید بسیاری از این ورزشها را که در طی بارداری توصیه می شود در طی فعالیت های دیگر روزانه تان انجام دهید؛ به طور مثال تمرینهای لگنی (کف لگن) در طی شستشوی دندانها انجام شود؛ ورزش پا و قوزک پا را می توانید در حالیکه پشت میزتان نشسته اید و یا در اتوبوس هستید انجام دهید؛ و یا حالیکه در حال خواندن کتاب و یا تماشای تلویزیون هستید تمرین تیلور را انجام دهید. تمرینات مکرر ولی کوتاه مدت بهتر از تمرینات طولانی مدت یکبار در روز است. در حالت غیربارداری یک زن می تواند با استراحت یکساعت و نیمه، انرژی خود را ذخیره کند؛ اما زن باردار، شاید نیمی از روز برای رهایی از خستگی به استراحت احتیاج داشته باشد. پس با خودتان مهربان باشید و فعالیت تان را محدود کنید تا برایتان لذت بخش و آرامش بخش باشد.

در طی حاملگی شما آزاد هستید به همان میزانی که قبل از بارداری به طور مرتب در ورزش شرکت می کردید ورزش تان را ادامه دهید. ادامه دادن تمرینات طی بارداری باعث می شود بدنتان در همان وضعیت سابق و آماده باقی بماند. همچنین بعضی ورزشها مخصوصاً در طی بارداری توصیه می شوند مانند پیاده روی، شن، یوگا و... پیاده روی برای هضم غذا، گردش خون و نگهداری شکل بدن بسیار مفید است. در هنگام پیاده روی سعی کنید

حفظ و تقویت میزان قوای عاطفی و جسمانی در طی حاملگی دارای اهمیت بسیاری است. ورزش به شما کمک می کند قبل و بعد از زایمان از نظر جسمی در وضعیت مناسبی باقی بمانید. منافع ورزش شامل افزایش انرژی و تقویت حس سلامت بوده و به شما کمک خواهد کرد که کشش بیش از حد بدنتان در دوران بارداری را تعدیل کنید و بتوانید پیامدهای بارداری را به خوبی تحمل نمائید. همچنین ورزش به شناخت بهتر توانایی های بدنتان و یادگیری راههای مختلف رسیدن به آرامش، کمک خواهد کرد؛ بنابراین شما می توانید با اطمینان به زمان زایمان نزدیک شوید.

**در طی ورزش، گردش خون بسیار مناسب می شود؛ بنابراین جنین به میزان فراوانی اکسیژن از راه خون دریافت می کند**

ورزش کردن به طور مرتب می تواند باعث رضایت خاطر روحی و همچنین جسمی شما باشد. ورزش راه لذت بخشی برای آماده شدن برای تغییرات دوران بارداری است.

## ورزش:

- **موجب افزایش آزاد شدن هورمونهایی به نام اندورفین ها می شده که باعث کمتر شدن احساس خستگی و افسردگی می شود.**

- **موجب آزاد شدن نوع خاصی از هورمونها شده که باعث آرامش بیشتری می شود.**

- **موجب کاهش درد پشت، گرفتگی ساق پا، یبوست و تنگی نفس می شود.**

- **موجب افزایش میزان انرژی شده شما را برای دوره زایمان آماده می نماید.**

- **موجب بدست آوردن زودتر شکل مناسب و طبیعی بدن پس از زایمان می شود.**

ورزش، گردش خون را افزایش می دهد که در نتیجه به تنظیم فشارخون کمک می کند. در صورتیکه عضلات



می شوند مضر است؛ زیرا این فعالیت‌ها رباطهای پشت را در کشش بیش از حد قرار می‌دهند و رباطها در حالت کشیده باقی می‌مانند، و بازگشت عضلات به وضعیت سابق طول می‌کشد.

- دراز و نشست: این تمرینات را انجام ندهید. عضلات طولی شکم طوری طراحی شده‌اند که در قسمت میانی، اجازه رشد رحم را بدهد، و نرمش دراز و نشست باعث سفت شدن این عضلات می‌شود. این کشش، بازگشت به حالت اول را بعد از زایمان طولانی می‌کند. همچنین نگه داشتن پا در حالت ارتفاع در حالیکه به پشت خود خوابیده‌اید می‌تواند موجب همان اثر شود.

**پیاده روی برای هضم غذا، گردش خون و نگهداری شکل بدن بسیار مفید است**

### اصول کلی ورزش:

- ۱- ورزش را در یک مکان آرام شروع کنید. قبل از هر تمرین، چند نفس عمیق بکشید. تنفس عمیق موجب اکسیژن رسانی مناسب به عضلات می‌شود.
- ۲- اگر در حین تمرین دچار درد، گرفتگی عضلانی و تنگی نفس شدید تمرینات را قطع کنید. در این هنگام در حالت آرام، استراحت کنید. در طی ورزش، گردش خون بسیار مناسب می‌شود؛ بنابراین جنین به میزان فراوانی اکسیژن از راه خون دریافت می‌کند. اکسیژن رسانی به تمامی بافتها وجود دارد به خصوص مغز که باعث عملکرد بهتر آن می‌شود. اگر به شما به خوبی اکسیژن نرسد، به جنین شما نیز به حد کافی اکسیژن نخواهد رسید. هورمون‌هایی که در حین ورزش ترشح می‌شوند از طریق عبور از جفت به جنین می‌رسد؛ بنابراین در شروع ورزش هورمون آدرنالین به جنین می‌رسد. در حین ورزش اثرات اندروین‌ها بر روی جنین آشکار می‌شود (که موجب احساس خوب بودن و با نشاط بودن می‌شوند).
- ۳- در روی زمین مسطح ورزش کنید.
- ۴- همواره بالاتنه را راست و مستقیم نگاه دارید.
- ۵- در صورت نیاز به کمک، به دیوار تکیه دهید.

بالاتنه در حالت کشیده، باسن جمع، باشد و همچنین کشیده بودن شانه به عقب و بالا بودن سر را حفظ کنید. هرچه به انتهای بارداری نزدیک می‌شوید، با توجه به نرمتر شدن رباطهای لگنی، ممکن است در طی پیاده روی طولانی، احساس درد در ناحیه پشت کنید. همیشه در هنگام پیاده روی کفشهای مناسب با کف نرم بپوشید.

### شنا کردن:

شنا باعث تقویت اکثر عضلات می‌شود و برای افزایش انرژی بسیار مناسب است. به دلیل اینکه وزن‌تان در داخل آب کمی کاهش می‌یابد، احتمال کشیدگی عضلات و مفاصل کمتر است؛ بنابراین احتمال آسیب دیدن عضلات و مفاصل کمتر می‌شود.

در هنگام راه رفتن در کنار استخر مراقب سر خوردن باشید. برای جلوگیری از این مورد، از دمپایی‌های مناسب استفاده کنید و با احتیاط کامل حرکت کنید.

### یوگا:

یوگا دارای منافع متعددی است مانند تقویت میزان انرژی و کاهش فشارهای ذهنی- روانی. همچنین یوگا به شما یاد می‌دهد که چگونه تنفستان را کنترل کنید و در طی زایمان کاملاً متمرکز باشید.

چه ورزش‌هایی در دوران بارداری خطرناک است؟ ورزش‌هایی مانند اسکی و اسب سواری به خصوص در هنگامیکه سن بارداری افزایش می‌یابد و رحم بزرگتر می‌شود با خطرات بیشتری همراه است؛ زیرا در این هنگام نقطه ثقل بدن به طرف جلو متمایل و احتمال سقط بیشتر می‌شود. از انجام فعالیت‌های دیگری که در زیر می‌آید به دلیل کشش بسیار زیادی که به بدن وارد می‌کند، باید پرهیز شود.

- پرش: در دوران بارداری تمرینهای پرشی انجام ندهید. این کار به شدت به سینه‌های شما (که در طی بارداری به حمایت بیشتری نیاز دارد) آسیب می‌زند و برای ناحیه پشت، ستون مهره‌ها و لگن، مفصل سر استخوان ران و زانوها مضر است.

- حمل کوله پشتی: کلیه فعالیت‌هایی که منجر به حمل وزنه

### مفصل دست



در حالت راحتی در حالیکه در حالت چهارزانو هستید و پشتتان کشیده است بنشینید؛ در حالیکه سرتان را به آرامی مستقیم نگاه داشته اید نفستان را بیرون دهید و بالاتنه را به آرامی به

سمت راست بچرخانید. در همین هنگام دست راست خود را در پشت خود قرار دهید. این تمرین را با دست چپ و به طرف چپ نیز انجام دهید. برای کاهش خستگی مفصل دست می‌توانید آن را به آرامی در حالت کشیده قرار دهید. مطابق شکل برای کنترل میزان کشیدگی، دست خود را می‌توانید بروی زانو قرار دهید.

### بازوها و شانه‌ها



روی زانوهایتان بنشینید. دست راستتان را به آرامی به طرف بالا بکشید. سپس آن را به پشت خم کنید و دست چپتان را مطابق شکل به دست راست قلاب کنید. سپس مطابق شکل به ترتیب دست راست و

سپس دست چپ خود را به صورت آویزان برای ۲۰ ثانیه نگاه دارید. دست دیگرتان را بروی آرنج قرار دهید و به آرامی دست دیگر را به طرف پایین فشار دهید. سپس دستها را در حالت راحت قرار دهید. در صورتیکه نمی‌توانید این تمرین را انجام دهید ناراحت نباشید.

### تمرین ساق و کف پا:

روی زمین بنشینید. در حالیکه بدن‌تان کاملاً کشیده و پاها به طرف جلو دراز شده است، دستها را در پشت بروی زمین نزدیک مفصل سر استخوان ران قرار دهید تا بتواند در تحمل وزن به شما کمک کند. زانو را خم کنید سپس آن

۶- نرمش را به آرامی شروع کنید و به نرمی ادامه دهید.  
۷- در صورتیکه احساس درد، و یا ناراحتی، سرگیجه و خستگی کردید، ورزش را قطع کنید.  
۸- همیشه مراقب تنفس‌هایتان باشید.

همواره قبل از شروع ورزش، نرمشهایی جهت گرم کردن انجام دهید. گرم کردن به آرامی بدن شما را برای تمرینات سنگین‌تر آماده می‌کند و همچنین موجب انطباق مناسبی با تمرینات روزانه می‌شود.

گرم کردن باعث می‌شود عضلات و مفاصل به آرامی گرم شوند و از کشش آنها جلوگیری می‌کند و در نتیجه احتمال بروز آسیب کمتر می‌شود. در صورتیکه تمرینات مربوط به گرم کردن را انجام ندهید، ممکن است گرفتگی و یا خشکی مفاصل و عضلات شما را آزار دهد.

### تمرینات کششی:

قبل از شروع هر نوع ورزش روزانه، همواره به آرامی خود را گرم کنید. نمونه‌ای از این تمرینات در تصاویر زیر دیده می‌شود. این تمرینات باعث می‌شوند که خون به نحو مناسبی در بدن گردش کند و باعث اکسیژن‌رسانی مناسب به شما و جنین شود. هر تمرین را ۵ تا ۱۰ بار به آرامی انجام دهید. در هنگام انجام این تمرینات شما نباید احساس ناراحتی کنید. همچنین حتماً در هنگام انجام این تمرینات در موقعیت بدنی مناسب باشید.

### تمرینات سر و گردن:

۱- همواره سرتان را به آرامی تکان دهید. در ابتدا به آرامی سرتان را به یکطرف خم کنید. این تمرین را در جهت دیگر انجام دهید.



۲- مطابق شکل سر را به آرامی به پشت خم کنید و مجدداً به حالت اول برگردانید.

۳- سر را به طرف چپ و راست بچرخانید.



به نمایش درآمده است. مطابق شکل پاهایتان را در حدود ۳۰ سانتی متر از هم باز کنید و به صورت موازی قرار دهید. دستهایتان را در پشت قلاب کنید و به آرامی به جلو خم شوید، پشتتان را کاملاً صاف نگاه دارید. چند نفس کوتاه ولی عمیق بکشید و سپس به آرامی بلند شوید.

پس از خم شدن به طرف جلو، به آرامی دستهایتان را تا جایی که می‌توانید به طرف بالا بکشید و به هم قلاب کنید. به روی زانوها و دستها قرار بگیرید. فاصله زانو را در حدود ۳۰ سانتی متر تنظیم کنید. عضلات ناحیه باسن را سفت کنید و عضلات شکم را بالا بکشید و چند لحظه در این حالت نگاه دارید و سپس آن را رها کنید. این تمرین را چند بار تکرار کنید.

مطابق شکل به پشت دراز بکشید. در حالیکه دستهایتان در کنار بدن است کف پا را به زمین فشار دهید و لگن را تا ارتفاعی که می‌توانید از زمین بلند کنید. سپس به آرامی به طرف پایین برگردید. در این حین به آرامی و عمیق تنفس کنید.



برروی زمین صاف دراز بکشید و زانوها را به آرامی در

را در حالت کشیده قرار دهید. این کار را با پای دیگر تکرار کنید. این حرکت باعث تقویت عضلات ساق پا و ران می‌شود.

### بهبود گردش خون:

مستقیم بنشینید و دستها را در پشت حایل کنید. پایتان را از زمین بلند کنید و آن را به طرف داخل به حالت کشیده سفت کنید. سپس با حرکت مفصل قوزک در هوا یک دایره رسم کنید. برای رفع خستگی می‌توانید کف پا را به خارج متمایل کنید.

### عضلات کف لگن:

عضلات کف لگن محوطه‌ای را تشکیل می‌دهد که رحم، روده و مثانه را حمایت می‌کند. در طی حاملگی به دلیل افزایش هورمون پروژسترون، عضلات نرم و شل می‌شوند. برای جلوگیری از این اتفاق ورزشهای زیر کمک کننده خواهند بود تا قوام عضلات کف لگن به حالت طبیعی باقی بماند. این عضلات به دلیل تقویت قوام عضلات از افتادگی مثانه و بروز «بی‌اختیاری ادرار» در سالهای بعد جلوگیری می‌کند.

عضلات ناحیه اطراف واژن و مقعد را به داخل بکشید و در حالت جمع و منقبض نگاه دارید؛ مانند زمانیکه شما می‌خواهید جریان ادرار را متوقف کنید. این کار را تا زمانی که احساس ناراحتی نکرده‌اید ادامه دهید. همچنین این تمرینات را باید هرچه زودتر پس از زایمان آغاز کنید تا خطر افتادگی به حداقل برسد. این تمرینات همچنین به آمادگی واژن برای شروع مقاربت پس از زایمان کمک می‌کند. بهتر است این تمرینات را تبدیل به یکی از تمرینات مداوم و روزانه کنید. شما می‌توانید این تمرین را ۲۵ مرتبه در طول روز تکرار نمائید.

در کنار تمرینات ورزشی مناسب عمومی تمام بدن، شما باید بیشتر به تمریناتی بپردازید که در طی زایمان و پس از آن شما را یاری دهد. یعنی تمریناتی که به شما کمک کند تا دوران بارداری و زایمان را راحت‌تر طی کنید. بعضی از متخصصین امر، تعدادی از تمرینات یوگا را که مناسب برای این دوران است پیشنهاد می‌کنند که در شکل‌های زیر



از شدت اضطراب شما خواهد کاست.

### تمرین تیلور:

بر روی زمین بنشینید و پاهایتان را دراز کنید. سپس به آرامی زانوها را مطابق شکل خم کنید و کف پاهایتان را در کنار هم قرار دهید. رانها را از هم باز کنید و به آرامی به زمین نزدیک کنید. در هنگام این تمرین پشت باید کاملاً صاف و کشیده باشد و شانه‌ها و گردن باید در حالت راحت قرار بگیرد. نفسهای عمیق بکشید.



در صورتیکه تمایل داشته باشید می‌توانید از یک پتو و یا بالش نازک برای نشستن استفاده کنید و از دیوار برای حمایت پشت استفاده نمایید.



داخل شکم جمع کنید. و در این حالت چند ثانیه بمانید و به طور عمیق تنفس کنید. و سپس در حالت راحت قرار بگیرید.

پای راست را در حالت کشیده روی زمین دراز کنید و به آرامی پای چپ را داخل شکم جمع کنید. سپس این حرکت را با پای دیگر تکرار کنید.

پاها را داخل شکم جمع کنید و پاها را در حالت ضربدر قرار دهید. سپس به آرامی به طرف راست و چپ بچرخید. مطابق شکل به پشت دراز بکشید و دستها را از هم باز کنید و در حالیکه نفستان را بیرون می‌دهید به آرامی زانو را به طرف چپ و سر را به راست بچرخانید. این حرکت موجب گردش آرام ستون مهره‌ها می‌شود. در این حالت برای چند ثانیه کوتاه بمانید و به حالت اول بازگردید و این کار را در جهت مخالف تکرار کنید.

### آمادگی بدن برای زایمان

در صورتیکه قبل از شروع زایمان شما از نظر جسمی و روحی خود را برای این شرایط آماده کرده باشید، مسلماً این دوران را راحت‌تر و آسانتر می‌گذرانید. تمرینات زیر در طی دوران بارداری بسیار مفید هستند. این تمرینات عضلات شما را برای زایمان آماده می‌کند و باعث خونرسانی مناسب در عضلات ران و پرینه خواهد شد و فواصل درگیر در زایمان را آماده می‌نماید. بعد از هر تمرین، ۲۰-۳۰ دقیقه در حال آرامش باقی بمانید. حدود ۵-۱۰ دقیقه با چشمهای بسته در حالت آرام دراز بکشید و در این هنگام ریتم تنفستان را تنظیم کنید. این تمرینات



قرار دارد  
تمرین  
مناصبی  
است. شما  
می توانید به



راحتی در این حالت به استراحت بپردازید.

همچنین مطابق شکل می توانید پاهایتان را بر روی یک صندلی قرار دهید تا پاها و مفاصل زانو استراحت کنند. ارتفاع صندلی باید طوری باشد که زاویه ران با زمین مطابق شکل حفظ شود.

#### دراز کشیدن:

در حالیکه یک  
بالش زیر  
سرتان قرار



دارد به پهلو دراز بکشید. بازویتان را مطابق شکل قرار دهید و پاها را در موقعیت مشابه شکل به حالت راحت قرار دهید. چشمه‌ایتان را ببندید و بر روی تنفستان تمرکز کنید.

#### ماساژ:

یکی از راههای مناسب برای ایجاد آرامش و همچنین رفع خستگی، ماساژ می باشد. این روش در دوران بارداری نیز می تواند مورد استفاده قرار بگیرد. ماساژ نواحی مختلف بدن می تواند باعث تحریک انتهای اعصاب پوست شود و همچنین گردش خون ناحیه را بهبود بخشد و موجب برطرف شدن خستگی شود. در نتیجه تمام این موارد نوعی احساس شادابی و خوب بودن در فرد ظاهر می شود.

بهتر است ماساژ در یک اتاق نیمه تاریک و در حالیکه موزیک ملایمی شنیده می شود انجام گردد. نشستن بر روی یک بالش نرم نیز می تواند کمک کننده باشد در هنگام ماساژ به طور کلی حرکات دست باید آرام باشد و استفاده از روغنهای مخصوص ماساژ به خصوص روغنهایی که دارای عصاره گیاهی هستند توصیه می شود تا اصطکاک بین دست و پوست به حداقل برسد.

در صورتیکه در ابتدا چسباندن کف پاها مشکل است می توانید با فاصله این کار را انجام دهید. مثلاً کف پاها حدود ۳۰ سانتی متر فاصله داشته باشد. استمرار در این تمرین و نزدیک کردن آرام کف پاها باعث خواهد شد که بتوانید کف پاها را به هم بچسبانید.

#### تمرین چمباتمه زدن:

در حالیکه پاهایتان حدود ۴۵ سانتی متر از هم فاصله دارد و پشت کاملاً کشیده است بایستید و سپس به آرامی در

حالت چمباتمه بنشینید و دستها را

مطابق شکل در جلوی بدن قلاب کنید.

سعی کنید باسن در تماس با زمین قرار

بگیرد به طوریکه وزن بدن بر روی

انگشتان و سرران تقسیم شود. تا

زمانیکه احساس ناراحتی نکرده اید

می توانید در این حالت بمانید و سپس

به طرف جلو متمایل شوید و به آرامی

بایستید. این حرکت می تواند به صورت یکی از تمرینات روزانه شما درآید. شما می توانید از این حرکت در هنگام

برداشتن وسایل و وزنه ها، استفاده کنید.

این حرکت باعث می شود که عضلات و مفاصل ناحیه لگن قابلیت انعطاف داشته باشد و عضلات ران و پشت قویتر

و درد ناحیه پشت

کمتر شود.

#### تعادل مطمئن:

در صورتیکه لازم

می دانید برای

انجام این تمرین از

وسيله ای مانند



صندلی و لبه پنجره و ... استفاده نمائید تا بدین ترتیب در هنگام چمباتمه زدن شما را حمایت کند. (مطابق شکل)

#### تمرینات آرام سازی (ایجاد آرامش):

به تدریج که رحم رشد می کند احتمالاً شما متوجه می شوید که دراز کشیدن به پشت در حالیکه یک بالش زیر سرتان

## نظافت منزل سبب پیشگیری از سرطان تخمدان می‌گردد



بر اساس یک مطالعه

جدید که توسط محققان استرالیایی و چینی صورت گرفته، گردگیری و نظافت منزل می‌تواند از بروز سرطان تخمدان پیشگیری کند. بر اساس این مطالعه که در مجله بین‌المللی سرطان به چاپ رسیده است، فعالیتهای متوسطی مانند خانه‌داری خطر سرطان تخمدان را کاهش می‌دهد. مطالعه ۲ ساله بر روی ۹۰۰ زن چینی مشخص کرد که با افزایش فعالیت بدنی خطر سرطان تخمدان کاهش می‌یابد.

آنها معتقدند: اگر شما تنها ۲۰ دقیقه در هفته کار خانه انجام دهید، خیلی به حساب نمی‌آید، اما اگر روزی ۳ تا ۴ ساعت فعالیت داشته باشید، این فعالیت زیاد سبب محافظت در برابر سرطان تخمدان می‌گردد.

قبلاً نیز دانشمندان معتقد بودند که افزایش فعالیت سبب کاهش احتمال سرطان تخمدان و سایر سرطانهای وابسته به هورمون در زنان می‌گردد.

به عقیده محققان نقش فعالیت در کاهش سرطان تخمدان مشخص نیست احتمالاً ممکن است بدلیل کاهش ذخیره چربی در اثر ورزش کردن باشد که در نتیجه بر روی فعالیت هورمونی نیز اثر می‌گذارد. همچنین سیستم ایمنی نیز با انجام فعالیت بدنی، تقویت می‌گردد.



## چگونه بر افسردگی پس از زایمان چیره گشتم؟!

جواب بگوید «نمی دانم»؟

شروع به گریستن کردم زیرا او به پرسشی پاسخ داده بود که در تمام طول تابستان از خودم سوال می کردم. همه مشکلات مربوط به خواب، تمرکز و حفظ تعادل که داشتم، نشانگر پریشانی حواس من بود. حالا دیگر ضرورتی به انکار، توجیه یا گریز، احساس نمی شد، تنها نیازمند یاری بودم.

چند ماه بعد از تولد دومین فرزندم، افشین، مشکلاتم بروز کرد. او هر دو ساعت شیر می خواست و پس از هفته ها بی خوابی شبانه روزی، خیلی غرغرو و ناراحت شده بودم. خیال می کردم که علت این حالت تنها بی خوابی پیاپی است، ولی کلاً دچار فشار روحی بودم. مادر شوهرم درگیر سرطان تخمدان بود و خطر مرگ زودرسش چنان بالای سر ما پرواز می کرد که من از نا افتاده و احساس سنگینی و کرختی می کردم. برایم مهم نبود که چه ساعتی از روز است یا دست به چه کاری می زنم- رانندگی یا خرید می کنم، یا پیتزا سفارش می دهم- حالم طوری بود که گویی ساعت ۴ صبح است و هنوز بیدارم. ولی وقتی که سرانجام ساعت های آخر روز به بستر می رفتم، خواب به چشمانم راه نمی یافت

وقتی دختر ۳ ساله ام عاطفه نوزاد بود، حال و روز بهتری داشتم. به طوری که صبح زود، بعد از خوردن شیرش، تا ساعت ۹ یا ۱۰ کنار هم می خوابیدیم. اما الان با داشتن دو بچه، اصلاً وقت استراحت ندارم. مدام در رفت و آمد عاطفه را با ماشین به کودکانستان می برم. آب میوه اش را می ریزم، خوراکی میان وعده اش را آماده می کنم. ضمن اینکه او رابه آروغ زدن و می دارم، فیلم ویدیو را تند جلو می برم تا جاهای ترسناکش را نبیند. پاکت های حاوی خواربار را داخل خودرو می گذارم و بیرون می آورم. انجام امور روزمره و مرتب کردن خانه، ذهنم را به خود مشغول داشته است. نظم و ترتیب، در زندگی من از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیم از آن داشتم که مبادا عنان اختیار از کف بدهم.



بعد از به دنیا آمدن بچه دومم، چنان افسرده شدم که بیم داشتم هرگز دوباره مادر طبیعی نمی شوم. آن شب، بدترین شب زندگیم بود. باز بی خواب شده بودم و احساس ناخوشایندی که در تمام طول شب سراپای وجودم را فرا گرفته بود، لحظه ای رها نمی ساخت. سعی می کردم با مطالعه، شمارش معکوس اعداد، تماشای تلویزیون، خوردن قرص خواب آور گیاهی و نوشیدن لیوانی شیر، خود را آرامش بخشم، اما نتیجه نگرفتم و ناچاراً همسرم را بیدار کردم.

از وی پرسیدم: «به نظر تو، من دچار درهم ریختگی عصبی شده ام؟» می دانستم که می گوید نه و طبق معمول هیستری ام را به گونه ای توجیه می کند و سرانجام آن قدر آرام می سازد تا خوابم ببرد.

در حالی که چشمانش با ترس و دلهره بی سابقه ای آمیخته بود، گفت: نمی دانم، نمی دانم؟! آیا نشده است که از همسران بپرسید در معرض جنون هستید یا نه و وی در

سویس بشتابم، سرم را روی دامنش بگذارم و «مامان، مامان گویان» گریه سر دهم. هر چند از دوران کودکی یکدلترین دوستم بود، اما در بزرگسالی برای حفظ استقلال از وی کناره گرفته بودم. ولی حالا می‌خواستم سر به دامنش نهم، نیازمند مواظبت بودم، اما نمی‌دانستم که خواستم را چه سان بر زبان آورم!

سرانجام پس از آن درهم ریختگی روانی وحشتناک نیمه شبی که در کنار همسرم نصیبم شد، از روان درمانگری که در مورد افسردگی پس از زایمان از تجربه‌های زیادی برخوردار بود، وقت گرفتم. روزی که نزدش رفتم، شرح حالم را برایش گفتم و به شدتی که در دوران بزرگسالی ام سابقه نداشت، گریستم. او گفت که به نظرش دچار افسردگی پس‌زایمانی شده‌ام و مؤکداً توصیه کرد که داروهای ضدافسردگی مصرف کنم. با این دیدگاه، کاملاً مخالف بودم. همانند اکثر مردم عقیده داشتم که داروهای یادشده مخصوص کسانی است که بسیار سست، ضعیف یا تنبل‌اند و یارای آن را ندارند که گره مشکلات خویشان را بکشایند. با این حال، از فعل و انفعالات شیمیایی مغز اطلاعی نداشتم و نمی‌دانستم که چه‌گونه هورمون‌ها آن مواد شیمیایی را تنظیم می‌کنند و چه‌سان مواد مزبور، خلق و خو را منظم می‌سازند. اشتباه من این بود که می‌کوشیدم اندیشه‌هایم را با مغزم منطبق‌سازم و این ناشدنی بود و به آن می‌ماند که انسان ریه‌ای از کارافتاده‌ای را بخواهد با نفس عمیقی به حال اول برگرداند. به خود گفتم: «من دیوانه نیستم. خودم را از شر این وضع روحی رها خواهم ساخت.»

نمی‌خواستم بپذیرم که بیمار روانی هستم شدیداً تلاش می‌کردم. پرستار پسر را جواب کردم و او را از مهدکودک درآوردم چون فکر می‌کردم هراس از ترک او، ریشه مشکلاتم باشد. هفته‌ای سه روز در استخر محل، که امکانات نگهداری کودکان را هم داشت، شنا می‌کردم، شیشه‌های شیر گوناگونی می‌خریدم به این خیال که هر چیز نو، شیئی بد و کهنه را می‌زداید.

می‌بایست بر روان‌درمانگرم یقین می‌شد که هیچ یک از راهبردهایم اثر ندارد. علاوه بر دو مرتبه دیدارش در هفته، هر چند روز به وی زنگ می‌زدم و چنین پرسش‌های

از هنگام به دنیا آمدن عاطفه سر کار نمی‌رفتم، لیکن از زمان حاملگی افشین تصمیم گرفتم دوباره مرتباً شروع به نوشتن کنم. پرستاری گرفتم که هفته‌ای یک روز نگهداریش کند و او دو روز در هفته را در مهدکودک خانوادگی می‌گذراند. روزی را که پرستار برای نخستین بار به دیدن افشین چهارماهه آمد، موبه‌مو به یاد دارم. دیدار به خوبی و خوشی انجام پذیرفت و بعد از رفتن وی به طبقه بالا رفتم و حس کردم چیزی در درونم فرو پاشید. به خود گفتم اگر یک آدم صددرصد غریبه، کودکم را بخواباند و او بترسد و یا آسیب ببیند، کار من ساخته است! در این صورت من چه مادری هستم؟ ناگهان تمام هیجانانام مبالغه‌آمیز شد، همچون پیچ تنظیم‌کننده تصویر شدم که کارایی اش را از دست داده باشد.

چند روز بعد عاطفه به اردو رفت و من بعد از هفته‌ها برای نخستین بار با افشین تنها شدم. از این وضع بیمناک بودم. در کنار عاطفه به مادر بودنم می‌بالیدم. بی او، خشمگین بودم. دلم نمی‌خواست با افشین تنها باشم. وی پسرکی قشنگ بود، به همه لبخند می‌زد و ندرتاً اذیتم می‌کرد، ولی در عین حال دچار وحشت شده بودم.

حمله‌های اضطراب و بیرون رویهای (اسهال‌های) پیاپی رنجم می‌داد، تا جایی که رفت و آمد با دوستانم راقطع کردم. بیشتر غذاهای ساده و بی‌مزه مثل برنج، غلات خشک، موز و خاگینه می‌خوردم تا معده‌ام آرام گیرد. فقط به مکان‌های همگانی می‌رفتم، جاهایی که ناشناس بودم و می‌توانستم از همه دوری بجویم.

درباره وضع نامطلوب جسمانی‌ام با همسرم صحبت کردم، البته گفتم حال آنقدرها هم وخیم نیست که نتوانم از بچه‌ها مراقبت کنم. دل‌واپس بودم که مشکلاتم را حتی با صمیمی‌ترین دوستم یعنی پریسا در میان گذارم، زیرا فکر می‌کردم که اگر به آشفته‌حالیم پی ببرد، چه بسا که از من دست بکشد. از خودم خجالت می‌کشیدم، لیکن نمی‌توانستم تحمل کنم که دوستدارانم از وجودم شرمندة شوند.

مادرم هفته‌ای یکی دو دفعه از کرج به خانه ما واقع در شرق تهران می‌آمد تا در نگهداری فرزندانم به من یاری کند. یک شب که آماده رفتن می‌شد، دلم می‌خواست به



استخر را شناکنان طی کنم. ریه ها و شانه هایم تنها بخش هایی از تنم نبوده اند که نیرو کسب می کنند. همان گونه که شنا می کنم و به یاری دست و پایم آب را کنار می زنم، گویی برخی شیاطین درونیم را از خود می رانم.

از آن جایی که خیلی به خواب احتیاج داشتم، همسر م طی شب بلند می شد تا شیشه شیر را به دهان افشین بگذارد. او عاشقانه مراقب من بود، بیش از حد مجاز کارش را تعطیل می کرد، اگر درمی یافت که صدایم ضعیف شده، خودش را زود به خانه می رساند و به شرح نشانه های بیماریم گوش فرا می داد. اذعان داشت که ماهها نگرانم بوده است، لکن می گفت که مرضم دوره ای دارد که باید آن را پشت سر گذارم.

بعد از سپری شدن دوره زایمان، برای نخستین بار با گروه پشتیبان محلی افسردگی پس از زایمانی، که در طول تابستان دوره هایشان دچار وقفه شده بود، دیدار کردم. فاطمه، رهبر گروه مذکور از افسردگی بعد از زایمان ده ساله اخیرش سخن راند که چه سان او و دختر بچه اش هر روز از پله برقی مرکز خریدی بالا و پایین می رفتند زیرا نظرش این بود که جای امنی برای ایشان است.

آنگاه وی از من و دیگر زنان دماغ و ترشرو خواست که ماجراهای خود را تعریف کنیم. وقت رفتن که شد، می خواستم در را قفل کنم و موضوعی به این مضمون پیشنهاد کنم که: «بیایید آنقدر در کنار هم بمانیم تا حالم بهتر شود!» پنداشتم که بگویم: «اگر با هم باشیم، وضع روحی مان رضایت بخش تر می گردد.» ولی صبح روز بعد حرفهای بعیدی از دهانم درآمد به این معنی که از عاطفه و همسرم پرسیدم: «دلتن می خواهد برویم سیب چینی؟» روز جمعه تابستانی دلپذیری بود. سیب باغهای دماوند رسیده بودند و سیب چینی در خانواده من پیوسته جنبه سرگرمی داشت.

عاطفه فریاد زد: «بله! سیب!»

ناهار پیک نیکی را به کمک همسرم بسته بندی کردم و راه افتادیم. در راه دلشوره داشتم که نکند حمله اضطرابم شروع شود و اجباراً برگردیم. ولی وقتی به آنجا رسیدیم، همسر م، افشین را در کوله پشتی اش حمل می کرد و من

نگران کننده ای مطرح می ساختم: «چرا انگشتانم مورمور می شوند؟ او پاسخ داد شاید به سبب تنفس های تند و شدید اکسیژن کافی به دست و پایم نمی رسد. موقعی که خواستم در مورد اثر دارو، بیشتر بدانم، توضیح داد که تصور می رود افسردگان از لحاظ ناقل عصبی موسوم به سروتونین که موجب رفاه و بهزیستی عاطفی می گردد، دچار کمبود هستند. داروهای ضد افسردگی که به نظر او برایم بسیار مفید بوده، دارای مقادیر زیادی سروتونین می باشند.

از او سوال کردم: «چنانچه دارو مصرف نکنم، چه خواهد شد؟» صراحتاً در جواب گفت: «خیلی طول می کشد تا بهتر شوی و درمان دردت دشوارتر می گردد. حالا مثل آن می مانی که وزنه سنگینی را به دنبال خودت می کشی و اگر از دارو استفاده کنی، آن وزنه از میان می رود.» طولی نکشید که در تابستان گرفتار هولناک ترین حمله اضطراب شدم. به این ترتیب که یک روز عصر لرزه بر اندام افتاد و تنم خیس عرق شد. ویدیو را برای عاطفه روشن کردم و افشین را روی تاب بچه گانه اش گذاشتم و تا زمان بازگشت همسر م به خانه، به لبه میز آشپزخانه چسبیدم، گویی آن تنها چیزی بود که پایم را به زمین محکم کرده بود. آخر سر قبول کردم که به دارو احتیاج دارم. روز بعد، اولین نسخه مربوط به داروی تجویزی را پیچیدم، اما فوراً درمان نشدم. تأثیر دارو، هفته ها به طول انجامید حتی اول حالم بدتر شد و بعد رو به بهبود نهاد. روزهایم به شدت بین خوشی و ناخوشی در نوسان بود. چند روزی حس می کردم که توانا و پرو پا قرصم، اما دو روز بعد نگران و وسواسی می شدم. یک روز بعد از ظهر که افشین را به آشپزخانه می بردم، اجاق گاز به نظرم تهدیدآمیز رسید. خیال کردم آرواره هایش را باز کرده تا افشین را بخورد. قبلاً شنیده بودم که برخی زنان افسرده بعد از زایمان، از این هراسناک بودند که مبادا کودکانشان را درون ماکروویو بگذارند. من هم چنین بیمی را از اجاق گاز به دل داشتم. ولی نمی خواستم به کودکم آسیب برسانم. پیش خود گفتم: «بیماری است که چنین افکار ترسناکی را در مغزم می پروراند!» نهایتاً حالم بهتر شد. به رغم خستگی بی وقفه ام، اکنون قادرم ۲۰ دفعه دور

عاطفه را به اندازه‌ای بلند می‌کردم تا بتواند از درخت سیب بچیند. لبخندی بر لبانم نقش بست. چیزی در درونم دگرگون شده بود. زیر لب گفتم: «وقت خوشی دارم.» در عرض دو هفته، پس از مصرف مقدار تجویزی داروی ضد افسردگی که مغزم به آن نیاز داشت، احساس کردم تندرستی‌ام رابازیافته‌ام. حمله‌های اضطرابم کلاً متوقف شد. بالاخره تعادل ذهنی‌ام صورت گرفت و این دفعه برایم خیلی راحت تر بود که به مسایل روان شناختی مشاورم بپردازم. دنیا تدریجاً نوری تازه بر پیکرم تاباند و تصویری آشکار در جلوی دیدگانم نمایان ساخت.

یادم هست یک روز صبح که عاطفه، افشین و من دور میزی نشسته بودیم و مربای سیب می‌خوردیم، برای اولین مرتبه از زمان تولد افشین به ذهنم خطور کرد که ما همچون گروهی هستیم. دیگر من و افشین تقلاً نمی‌کردیم که روزی را به پایان برسانیم و من و عاطفه نمی‌کوشیدیم روزهای گذشته را تکرار کنیم. دیگر ما سه تن، با مشت‌های گره کرده و حالت عصبی من، روزها رابه شب نمی‌رساندیم. ما یک جمع سه نفره مرکب از یک مادر و دو فرزند بودیم و این همان چیزی بود که در دوران حاملگی، می‌اندیشیدم. جدایی در بین نبود. کسی از یاد نمی‌رفت و یا کسی مریض نمی‌شد. بر بدترین ترس خود غلبه کردم: خشمناکی. عجیب اینکه ابتلا به افسردگی بعد از زایمان، خوش‌ترین رخداد زندگی‌ام بود. می‌دانم که این حرف احمقانه به نظر می‌آید، زیرا در واقع تجربه ناگواری را پشت سر نهادم اما ضمناً نقطه عطفی در زندگی‌م بود. فهمیدم که از عهد خردسالی بادلواپسی و افسرده حالی خفیفی دست و پنجه نرم کرده بودم و دل و دماغی نداشتم. احساسم این بود که بار دیگر می‌توانم همه چیز را از نو آغاز کنم. بعد از یک سال، مصرف دارو را متوقف کردم، اما پاره‌ای از نشانی‌های بیماری قدیمی‌ام مجدداً بازگشت این حقیقت را پذیرفتم که کاستی شخصیتی ندارم، لیکن ضعف جسمی در مغزم وجود دارد و در نتیجه از آن زمان استفاده از همان مقدار دارو را ادامه دادم.

پیوسته خیلی سرخوش و دلشاد نیستم ولی تضاد پریشان‌دلی و حالت تعادل در ابتدا برایم بسی چشمگیر و شگفت‌انگیز بود. آخر سر عادت کردم که با نشاط باشم.

لیکن مسلم است که هیچگاه از مزایای ذهن سالم نمی‌توانم بهره برم. حالا قادرم حس آینده‌نگری را حفظ کرده و همواره توانا و امیدوار باشم. رخداد‌های ناگوار همیشه روی می‌دهند، ولی آنها دیگر مرا از بین نخواهند برد. می‌دانم که چه سان پنجه در پنجه آنها بیفکنم!

### بیماری موزی (پنهان)

امروزه نزدیک به ۲۰٪ مادران، سالانه افزون‌بر ۷۰۰،۰۰۰ زن، زمانی در سال اول به افسردگی بعد از زایمان دچار می‌شوند. (این‌گونه افسرده حالی با پریشان‌خاطری که ۷۵ تا ۸۰ درصد زنان پس از چندروز بعد از زایمان به آن مبتلا می‌شوند، فرق دارد و نشانه‌هایش اشگباری، تحریک‌پذیری (زود خشمی) و کج خلقی است) که در عرض ۲ یا ۳ هفته از بین می‌رود. هرچند بیشتر افسردگان پس از زایمانی نیازمند دارو نیستند، اما شماری از آنان ممکن است بدون مصرف دارو بهبود نیابند و از همین روست که مادران نسل جدید، غالباً از مسکن‌ها استفاده می‌کنند. کارشناسانی که پیرامون افسردگی بعد از زایمان پژوهش می‌کنند، بیماری مورد بحث را آمیزه‌ای از عوامل فیزیولوژیک و روان شناختی می‌دانند. مادران امروزین با افت شدید بعضی هورمون‌ها روبه‌رو هستند که در دوران بارداری باید به سطح وسیعی برسند. تصور می‌رود که این هورمون‌ها، ناقل‌های عصبی را که تنظیم‌کنندگان خلق و خوی هستند، مهار می‌سازند. امکان دارد عدم تعادل هورمونی به اختلال خلقی بیانجامد. وانگهی، عوامل روان شناختی در فروپاشی روانی زنان نقش دارد. پیشینه افسردگی، یا در خود زن یا در خانواده‌اش، شاید بزرگترین عامل خطرآفرین برای مبتلایان به بیماری یاد شده محسوب گردد. ولی عوامل دیگری چون شخصیت کمال‌گرایی، سابقه سقط جنین، مرده زایی، تولد ناشی از ضربه یا تجربه مایوس‌کننده، مرگ فردی و خانواده، مشکلات مالی، اسباب‌کشی به خانه جدید، ازدواج توأم باناکامی، و سرانجام وجود طفلی بیمار یا گرفتار قولنج و دل‌درد نیز نقش دارند.



بارداری، دوران خوشی داشته باشند و شاید بهمین دلیل تمایلی ندارند که علایم افسردگی خود را به پزشک بازگو کنند. آنها نمی‌خواهند دیگران را ناامید کنند. در صورتیکه افرادی که این گونه علایم را تجربه می‌کنند باید با کسی درباره آن صحبت کنند. آنها همچنین باید مطمئن باشند از تغذیه منظم و خواب کافی برخوردارند و در موارد شدیدتر هم از روان‌درمانی و داروهای ضدافسردگی استفاده کنند. تحقیقات نشان می‌دهند خانمهایی که از دسته‌ای از داروهای ضدافسردگی (تحت عنوان مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین یا SSRIs) استفاده می‌کنند نقایص تولد در فرزندان‌شان نسبت به سایرین بیشتر نمی‌باشد.

از هر ۵ زن، یک نفر در طی حاملگی افسرده می‌شود



تقریباً یکی از هر پنج زن حامله، علایم افسردگی را نشان می‌دهد اما خیلی از آنها درباره این مشکل صحبتی نمی‌کنند. بر اساس مطالعه دکتر شایلا مارکوس، پیشنهاد می‌شود که حاملگی می‌تواند زمان مناسبی برای غربالگری افسردگی در زنان باشد چراکه در این دوران افراد، بیشتر تحت مراقبت قرار دارند.

بنظر می‌رسد زنان دو برابر مردان افسردگی را تجربه می‌کنند و علایم معمولاً در سالهای باروری شروع می‌شود. در حقیقت مطالعات قبلی نشان می‌دادند که احتمال ابتلا خانمها در طی دوران بارداری، حتی بیش از دوران پس از زایمان است.

دکتر مارکوس معتقد است: زنان انتظار دارند که در طی

## نقش ویتامینها در کاهش خطر تولد نوزادان دارای نقائص مادرزادی در مادران دیابتی



مصرف مرتب مولتی ویتامینها خطر نقایص مادرزادی را در نوزادان مادران دیابتی کاهش می دهد. پیش از این به زنان سنین باروری توصیه می شد که مکملهای حاوی فولیک اسید جهت پیشگیری از نقایص مادرزادی مصرف کنند. محققان قبلاً قادر به مشخص کردن ماده غذایی که بتواند چنین اثرات سودمندی داشته باشد، نبودند. اما در این مطالعه، زنان دیابتی که بطور مرتب مولتی ویتامین استفاده کرده بودند همانند زنان غیردیابتی که آنها هم از مکمل ویتامینی استفاده کرده بودند، فرزندان سالم بدنیا آوردند. در مقابل زنان دیابتی که مولتی ویتامین مصرف نکرده بودند حدود ۴ برابر بیشتر از زنان غیردیابتی، فرزند ناقص بدنیا آوردند.

این گزارش بر اهمیت استفاده از مولتی ویتامینها در ۳ ماه قبل و ۳ ماه اول بارداری تاکید می کند. در هفته های اول بارداری، هنگامی که زنان نمی دانند باردار هستند، اندامهای اصلی و سیستمهای بدن جنین تشکیل شده است. زنانی که در ماههای اول بارداری دیابت کنترل شده خوبی ندارند، احتمالاً ۲ تا ۴ برابر بیشتر از زنان غیردیابتی فرزندانشان دارای نقص تولد هستند.

مراقبتهای خوب دوران بارداری که شامل کنترل دیابت، قبل و در طی اوایل بارداری است به همراه سایر فاکتورها مانند تغذیه کافی برای تمام زنان دیابتی توصیه می شود. نقایص تولد در مغز، طناب نخاعی و قلب فرزندان مادران دیابتی بیشتر از سایر افراد است.

## آنچه باید بدانیم:

### ایمنی غذایی در دوران بارداری

مسلماً تمام انواع غذاها برای زنان باردار مناسب نمی‌باشند. بعضی از مواد غذایی دارای میزان بالایی مواد شیمیایی هستند که می‌تواند روی تکامل جنین تأثیر بگذارد. بعضی از غذاها هم شما را در معرض بیماریهای عفونی قرار می‌دهند که این مورد هم سبب آسیب رسیدن به فرزند شما می‌گردد.

#### پس چه باید کرد؟

بهتر است به موارد زیر توجه کنید:  
- در هفته بیش از ۲۲۰ گرم ماهی تون استفاده نشود

- عدم استفاده از ماهی خام بخصوص صدفهای خوراکی  
- عدم استفاده از گوشت، مرغ، غذاهای دریایی و سوسیس نیم پز شده، تمام این مواد بایستی کاملاً پخته شوند تا باکتریهای موجود در آن از بین برود. خانمهای باردار در هنگام مصرف غذاهای آماده مانند همبرگر، سوسیس و کالباس بایستی مجدداً آنها را حرارت دهند و یا از مصرف آنها خودداری کنند

- عدم استفاده از تخم مرغ خام، همزده شده و کلاً غذاهایی که با تخم مرغ خام یا نیم پز شده تهیه می‌گردند  
- اجتناب از مصرف پنیر، شیر و سایر محصولات لبنی غیر پاستوریزه

- اجتناب از مصرف آب میوه های غیر پاستوریزه  
- عدم استفاده از جوانه های خام، بخصوص جوانه یونجه



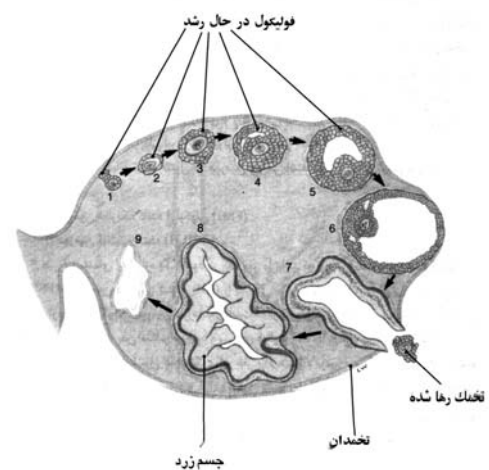
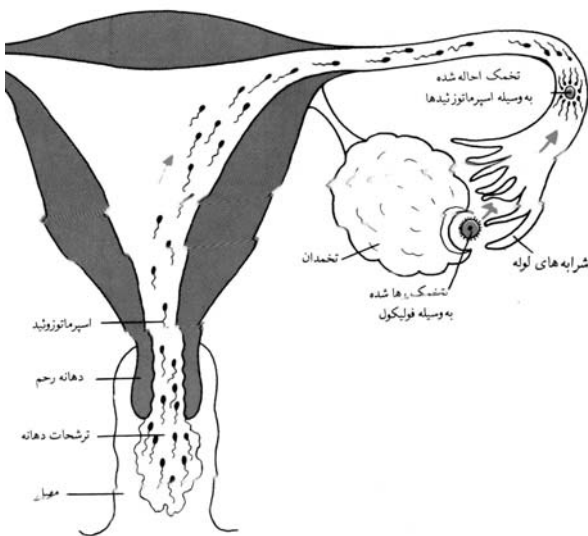
# چرا علائم یائسگی ایجاد می‌شود؟

به نوبه خود سبب بالغ شدن فولیکول‌ها در تخمدان شما شده و یک تخمک جدید از فولیکول شما همراه آزاد می‌شود. فولیکول همچنین تولید هورمون‌های جنسی استروژن و پروژسترون را افزایش داده که این هورمون‌ها سبب ضخیم‌تر شدن پوشش داخلی رحم می‌شود. این پوشش داخلی خود را آماده کرده تا تخمک بارور شده را بپذیرد و آن را تغذیه نماید. در صورت عدم لقاح، مقدار استروژن و پروژسترون کاهش یافته و پوشش داخلی رحم شما کنده و ریزش می‌کند و خونریزی قاعدگی شروع می‌شود. همزمان با رسیدن به حوالی یائسگی، تخمدان‌های شما شروع به چروکیده شدن کرده و فولیکول‌های داخل آن با سرعت بیشتری از بین می‌رود. سطح هورمون‌های جنسی همزمان با تلاش تخمدانها در جهت نگهداری تولید هورمونی در سطح قبلی پایین و بالا می‌رود. تخمدانهای شما شروع به مقاومت در برابر هورمون FSH کرده و غده هیپوفیز بیشتر و بیشتر FSH تولید کرده تا سطح استروژن را بالا نگه دارد. این حالت سبب سیکل قاعدگی نامرتب شده و خونریزیهای سنگین و غیرقابل پیش بینی در طول پریودهای

فکر می‌کنم که یائسگی یک مرحله طبیعی از زندگی است. مایلم بدانم چگونه آن اتفاق می‌افتد. قصد ندارم فقط بنشینم و از گرگرفتگی مانند مادرم رنج ببرم. اگر من علت ایجاد یائسگی را بدانم شاید بتوانم درباره آن کاری انجام دهم.

هورمون استروژن به وسیله تخمدانها تولید می‌شود. با افزایش سن تغییرات مهمی در شما رخ داده که بر تولید این هورمون تاثیر می‌گذارد. دو تخمدان شما اندامی بیضوی شکل کوچک هستند که در دو طرف بالای رحم قرار گرفته‌اند. در زمان تولد آنها حاوی ۷۰۰/۰۰۰ فولیکول کیسه مانند بوده که هرکدام یک تخمک را محصور کرده است. از این تعداد تنها حدود ۴۰۰ تا ۵۰۰ فولیکول بطور کامل بالغ شده و تخمک در طی سیکل‌های قاعدگی شما آزاد می‌شوند. بقیه فولیکول‌ها در طی گذشت زمان از بین رفته و ناپدید می‌شوند. فولیکول‌های بالغ در تولید استروژن و بالغ شدن تخمک نقش دارند. در طی سنین باروری در شما، هیپوتالاموس (قسمتی از مغز شما) هورمون رها کننده گنادوتروپین (GnRH) را آزاد می‌کند. این هورمون بر روی غده هیپوفیز شما که در قسمت

و میانسالی  
بهداشت یائسگی



شما رخ می‌دهد. پزشک ممکن است در این حالت درخواست آزمایش FSH خونی برای شما نماید.

پایه مغز قرار گرفته اثر کرده و منجر به ترشح هورمون LH و FSH از غده هیپوفیز می‌شود. هورمون LH و FSH





## چرا علائم یائسگی ایجاد می شود؟

ماهی به ماه دیگر تغییر نماید.

- حاملگی ممکن است تا زمان توقف پریود برای یک سال اتفاق بیافتد.

- تخمدانها در حوالی یائسگی آزاد کردن تخمکها را متوقف می کنند.

بسیاری از مردم فکر می کنند که یائسگی سبب کاهش علاقه در رابطه جنسی می شود. مردان و زنان هر دو احساس می کنند با افزایش سن زمان بیشتری طول می کشد تا از نظر جنسی تحریک شوند. در صورتیکه داروهای همچون ضدافسردگی ها، آرام بخش ها و ضد فشارخون بالا که در زمان یائسگی بیشتر استفاده می شود می تواند عامل جلوگیری کننده از پاسخ جنسی شما باشد. در سال ۲۰۰۰، دانشمندان در انستیتو تحقیقاتی New England و دانشکده پزشکی ماساچوست دریافتند که تعدادی از زنان، تغییراتی در تمایل جنسی در طی یائسگی تجربه می کنند این زنان همچنین معتقدند که علاقه آنها به نزدیکی با افزایش سن کاهش می یابد. بطور جالبی پژوهشگران مشخص کردند که چنین تغییراتی به کاهش استروژن ارتباطی نداشته بلکه به فاکتورهای دیگری همچون خلق و خوی، سلامتی کلی و شرایط زناشویی ارتباط دارد. کاهش استروژن تنها به درد در طی نزدیکی ارتباط دارد.

اگر شما یکی از زنانی هستید که علاقه به نزدیکی را حوالی این زمان از دست داده اید با پزشک خود صحبت کنید. او تمامی علل ممکن را بررسی خواهد نمود. بدن زنان همچنین تعدادی از هورمونهای مردانه، تستوسترون را تولید می کند. بعضی از دانشمندان فکر می کنند که تغییرات در سطح تستوسترون می تواند منجر به کاهش تمایل جنسی شود. دلایل بسیار کمی اشاره بر آن دارد که تعدادی از زنان ممکن است از تجویز مقدار کم تستوسترون سود ببرند اما اثر این درمان نیازمند مطالعات بیشتری دارد. اثرات جانبی تستوسترون در زنان شامل مشکلات پوستی همچون افزایش مو در صورت و بدن و تغییر صدا می باشد.

### حاملگی

اگر تمایل به حامله شدن در این سن ندارید به استفاده از

در صورتی که یک سال پریود نداشته باشید و سطح FSH شما بالا (معمولاً بالای ۳۰ تا ۴۰ واحد بین المللی) باشد وارد مرحله یائسگی شده اید. با توجه به اینکه میزان FSH در حوالی یائسگی در حال بالا و پایین رفتن می باشد لذا تنها یک نتیجه آزمایش FSH برای تشخیص یائسگی کافی نمی باشد. حتی بعد از یائسگی، تولید استروژن بوسیله تخمدان های همیشه بطور کامل متوقف نمی شود. اگرچه سطح استرادیول (یک فرم از استروژن) کاهش می یابد، فرم ضعیف تر استروژن (استرون) به تولید خود بخصوص در بافت چربی با کمک غدد فوق کلیه ادامه می دهد. اگرچه این فرم استروژن ضعیف تر از استرادیول تولید شده بوسیله تخمدانهای شما است اما تولید آن با افزایش سن و با میزان بافت چربی شما افزایش می یابد.

### حتی بعد از یائسگی، تولید استروژن بوسیله تخمدان ها همیشه بطور کامل متوقف نمی شود

پروژسترون هورمون جنسی دیگر است که بوسیله تخمدانهای شما تولید می شود. کار این هورمون کمک به آماده شدن رحم برای تخمک بارور شده و ریزش پوشش داخلی رحم اگر تخمک بارور نشود است. اگر تخمدان به اندازه کافی پروژسترون تولید نکند تا این عمل را انجام دهد، پوشش داخلی ممکن است به رشد خود ادامه داده تا زمانیکه یک کاهش در مقدار استروژن در یک سیکل رخ دهد. در این پریود خونریزی شدید ممکن است دیده شود، زیرا رحم بطور غیرمعمول پوشش کامل خود را از دست می دهد.

### حاملگی و یائسگی

در زمان نزدیکی آیا باید نگران حامله شدن باشم؟ من چه باید انجام دهم؟

### بخاطر بسپارید:

- میزان استروژن و پروژسترون همزمان با مسن شدن و نزدیک شدن شما به یائسگی می تواند بطور نامنظمی از

اگر در حال حاضر از قرص بعنوان داروی ضدبارداری استفاده می کنید پریودهای شما بطور منظم حتی اگر وارد یائسگی باشد ادامه خواهد یافت. قرص های ضدبارداری خوراکی، حتی با دوز بسیار کم استروژن ممکن است به کنترل علائم یائسگی همچون گرگرفتگی کمک نماید.

**نکاتی که باید در مورد یائسگی به خاطر سپرد:**  
- اکثر زنان توانایی خود را در لذت بردن از نزدیکی از دست نمی دهند.  
- کاهش علاقه به نزدیکی معمولاً وابسته به فقدان استروژن نمی باشد.  
- از وسایل جلوگیری کننده در صورت عدم تمایل به حاملگی استفاده نمائید.

وسایل جلوگیری کننده از حاملگی ادامه دهید تا زمانیکه پزشک شما تشخیص دهد که شما وارد یائسگی شده اید.

**همزمان با رسیدن به حوالی یائسگی، تخمدانها شروع به چروکیده شدن کرده و فولیکول های داخل آن با سرعت بیشتری از بین می رود**

با توجه به اینکه استروژن و دیگر هورمون های جنسی توسط بدن شما در حوالی یائسگی هنوز تولید می شود و ممکن است تخمک هنوز آزاد شود لذا احتمال حاملگی در حوالی یائسگی نیز وجود دارد. نامنظمی سیکل های قاعدگی احتمال پیش بینی زمان تخمک گذاری (زمانی که نزدیکی در این زمان شانس حاملگی را زیاد می کند) را بسیار مشکل می کند.



# بهداشت باروری جوانان در جمهوری اسلامی ایران

گزارش سمینار روز جهانی جمعیت (۲۵ تیرماه ۱۳۸۲)

تهیه و تنظیم: عباس عسگری ندوشن

باروری مورد بحث قرار دادند. پس از مراسم افتتاحیه دو پانل علمی- تخصصی برگزار شد، که در آن صاحبان نظران به طرح مباحث و موضوعات مختلفی پیرامون بهداشت باروری جوانان پرداختند. عنوان پانل اول این سمینار « ابعاد جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی بهداشت باروری جوانان در ایران» و عنوان پانل دوم این سمینار «مسائل بهداشت باروری جوانان؛ چالشها و سیاستها» بود. ریاست پانل اول سمینار بعهده دکتر حبیب الله زنجانی، رئیس بخش تحقیقات جمعیت مرکز مطالعات شهرسازی و معماری وزارت مسکن و ریاست پانل دوم سمینار بعهده دکتر بهرام دلاور، مدیر کل سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت بود.

در پانل « ابعاد جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی بهداشت باروری جوانان» ابتدا دکتر محمد جلال عباسی شوازی بحث خود را با عنوان « نگرش جوانان به باروری و خانواده، انتقال نسلی یا تغییر ایده‌ها» ارائه نمودند. نتیجه حاصل از بحث فوق بر تحول ایده‌آلها و نگرشهای ازدواج و باروری در سطح جامعه و لزوم اتخاذ راهکاری متناسب با آن تأکید داشت. سپس دکتر شهلا کاظمی پور به بحث در باب موضوع «مضيقه ازدواج در ایران» پرداختند. بطور خلاصه بحث مذکور بر علل و همچنین پیامدهای عدم توازن در تعداد زنان و مردان واقع در سنین ازدواج اشاره داشت. در ادامه این پانل حجت الاسلام حسینی به بحث در مورد «تغییر ارزشهای اجتماعی: جوانان و قانون» پرداختند.

**بهداشت باروری جوانان یکی از موضوعاتی است که اخیراً در کانون توجه جدی محافل علمی و آژانس های بین المللی قرار گرفته است.**

سپس دکتر اکرم لاهیجانیان در باب موضوع «آموزش، بهداشت باروری جوانان و نوجوانان» به بحث پرداختند و گزارش مختصری از اجرای پروژه بهداشت باروری در وزارت آموزش و پرورش با تأکید بر تنگناها و موفقیت های

برگزار کنندگان: انجمن جمعیت شناسی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.

بهداشت باروری جوانان یکی از موضوعاتی است که اخیراً در کانون توجه جدی محافل علمی و آژانس های بین المللی قرار گرفته است. با گسترش توجه به این موضوع، روز جهانی جمعیت در سال ۱۳۸۲ از طرف صندوق جمعیت سازمان ملل متحد با موضوع «بهداشت و حقوق باروری و جنسی جوانان» و با شعار « یک میلیارد جوان: حق دسترسی به بهداشت، اطلاعات و خدمات» مطرح گردید. بنابه توصیه این صندوق محور بحث های این روز نیز، بهداشت باروری جوانان، جوانان و ایدز و مشارکت جوانان عنوان گردید.

سمینار روز جهانی جمعیت فرصت مغتنمی فراهم آورد تا مسائل و موضوعات مرتبط با بهداشت باروری جوانان بطور جدی تری مورد توجه قرار گیرد. در این سمینار که به همت انجمن جمعیت شناسی ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حمایت مالی صندوق جمعیت سازمان ملل در روز چهارشنبه ۲۵ تیرماه ۱۳۸۲ در محل تالار علامه امینی دانشگاه تهران برگزار گردید، ابعاد و مسائل مختلف بهداشت باروری جوانان در جمهوری اسلامی ایران مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در افتتاحیه این سمینار پس از قرائت کلام الله مجید و پخش سرود جمهوری اسلامی ایران دکتر اکبری، معاون سلامت وزارت بهداشت ضمن عرض خیرمقدم به حضار بطور خلاصه به اهداف این سمینار اشاره نمودند. سپس به ترتیب پیام وزیر محترم بهداشت، پیام دبیرکل سازمان ملل و پیام رئیس صندوق جمعیت سازمان ملل متحد قرائت گردید. در انتهای مراسم افتتاحیه رئیس انجمن جمعیت شناسی ایران دکتر محمد میرزایی بحث خود را با موضوع «دموگرافی جوانان در ایران» ارائه نمودند و با اشاره به وضعیت نسبی جوانان در ایران، تحولات ساختمان سنی و جنسی جمعیت ایران را با تأکید بر چالشهای جمعیتی جوانان بویژه بهداشت

آن ارائه نمودند. در انتهای این پانل سخنرانان به بحث و گفتگو در مورد مسائل مطرح شده در پانل پرداختند و به سوالات حضار پاسخ گفتند.

### در سمینار روز جهانی جمعیت در ایران، ابعاد و مسائل مختلف بهداشت باروری جوانان در جمهوری اسلامی ایران مورد بحث و بررسی قرار گرفت

در پانل دوم سمینار با موضوع «مسائل بهداشت باروری جوانان؛ چالشها و سیاستها» ابتدا دکتر محمد مهدی گویا سخنرانی خود را تحت عنوان «جوانان، بیماریهای مقاربتی و ایدز» ارائه نمودند و با اشاره به دامنه در حال گسترش اپیدمی ایدز و دیگر بیماریهای مقاربتی بین جوانان در سطح جهان و در ایران عواقب و پیامدهای حاصل از آنرا یادآور شدند. دکتر امیرهوشنگ مهربار سخنان دوم این پانل بودند که مطالب خود را تحت عنوان «حاملگی های ناخواسته در بین مادران نوجوان» ارائه نمودند و پس از مرور آخرین اطلاعات موجود در زمینه میزانهای وقوع ازدواج زودرس در کشور، به میزانهای باروری ناخواسته در بین مادران نوجوان ویژگیها، تفاوتها و عواقب و پیامدهای بهداشتی و اجتماعی آن اشاره نمودند. در ادامه این پانل دکتر افسانه محمدزاده به موضوع «مسائل بهداشت بلوغ» پرداختند و ضمن اشاره به اهمیت بهداشت بلوغ، تحولات و پیامدهای مرتبط با آن، لزوم توجه والدین به توصیه های بهداشتی را یادآور شدند.

### روز جهانی جمعیت در سال ۱۳۸۲ از طرف صندوق جمعیت سازمان ملل متحد با موضوع بهداشت و حقوق باروری و جنسی جوانان مطرح گردید

در انتهای این پانل دکتر بهرام دلاور به موضوع «سیاستهای بهداشت باروری جوانان در ایران» پرداختند و مطالبی را در مورد چالشهای فراروی بهداشت باروری جوانان در ایران و همچنین سیاستهای وزارت بهداشت

در این زمینه ارائه نمودند. در مراسم اختتامیه این سمینار، جوایز در نظر گرفته شده توسط مرکز آمار ایران برای جمعیت شناسان جوانی که در اولین همایش انجمن مقاله ای ارائه داده بودند و همچنین برای ارائه دهندگان مقاله از مرکز آمار، از طرف دکتر محمد میرزایی رئیس انجمن جمعیت شناسی ایران، آقای نصیری نماینده مرکز آمار ایران و دکتر بهرام دلاور مدیر کل سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت به ایشان اهداء و همچنین از باننشستگان بهداشت خانواده وزارت بهداشت نیز تجلیل بعمل آمد.



#### انجمن جمعیت شناسی ایران

تهران، پل گیشا، نرسیده به بیمارستان شریعتی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

تلفن: ۸۰۲۵۹۹۷ و ۸۰۲۰۰۷۶-۸۰ داخلی ۳۲۵۶

نمابر: ۸۰۲۵۹۹۷ و ۸۰۱۲۵۲۴

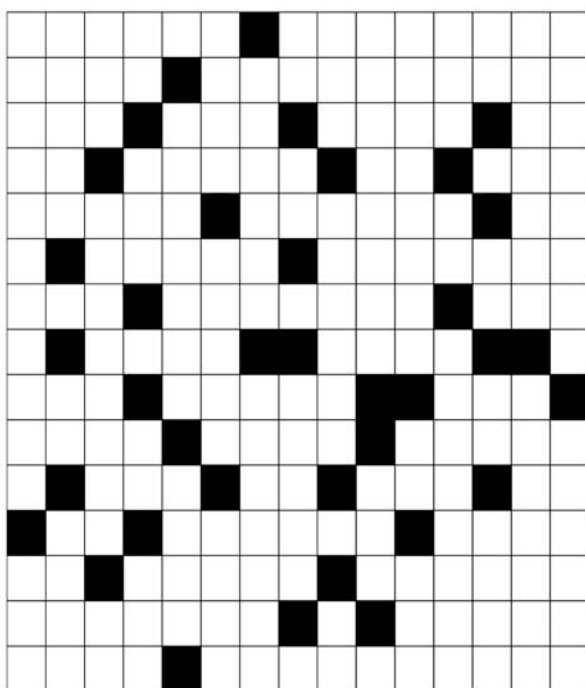
پست الکترونیکی (E-mail): pai@shariati.ut.ac.ir



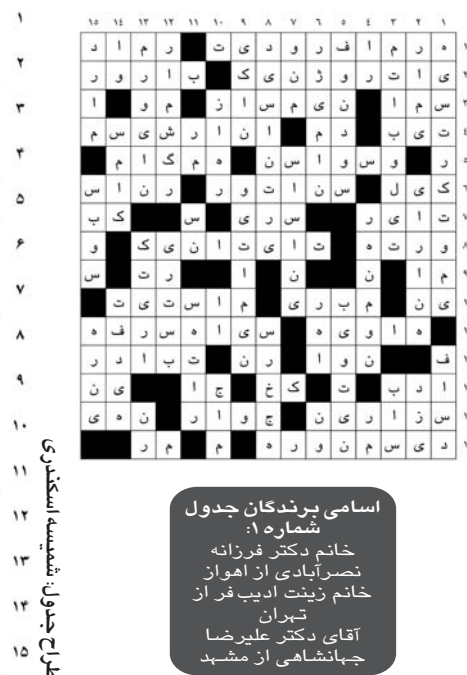
۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱

## جایزه

به سه نفر از خوانندگان عزیز که حل کامل جدول را به آدرس مجله ارسال نمایند به قید قرعه اشتراک یک ساله ماهنامه پیام باروری و ناباروری (از مجموعه انتشارات پژوهشکده ابن سینا) اهدا خواهد شد.



## حل جدول شماره قبل



اسامی برندگان جدول شماره ۱:  
 خاتم دکتر فرزانه نصرآبادی از اهواز  
 خاتم زینت ادیب قران تهران  
 آقای دکتر علیرضا جهانشاهی از مشهد

طراح جدول: شمیمه اسکندری

### عمودی:

- ۱- واریس عروق بیضه- حمام
- ۲- یاری خواستن- بیماری خونی و ارثی
- ۳- پایان نامه واژگون!- انتقال دهنده صفات ارثی- مکان- مهتابی
- ۴- سرای سلطنتی- زمستان با آن شروع میشود- التهاب لوزه
- ۵- از خوردنیهای پرطرفدار- علامت جمع- آتش
- ۶- پیدا شدن حالات مردانگی در زن- جوانمرد
- ۷- به رخ کشیدن نیکی کردن- خوراکی از بادمجان- از اعیاد ویتنام
- ۸- شما به زبان بیگانه- ضمیر اول شخص مفرد- جمع مکان
- ۹- پیری و سالخوردگی- علایمی که از یک بیمار بوسیله دستگاه لگوسکوپ ثبت شود.
- ۱۰- از محصولات لبنی- موسیقیدان مشهور ناشنوا- اهل روسیه
- ۱۱- از انگلهای روده- مکر و فریب
- ۱۲- ویتامین انعقاد خون- معدن- لباس پرندگان- عددی یک رقمی
- ۱۳- حیوانی نجیب- از بیماریهای واکسن دار- تکرار یک حرف
- ۱۴- از درجات ارتش- صنم- مقصود و آرمان
- ۱۵- ایمن سازی با میکروب ضعیف شده یا سم میکروب - خوب و نیکو

### افقی

- ۱- جراحی عقیم سازی در مردان- نقاش معروف اسپانیایی
- ۲- مسکن، تب بر- در بندان
- ۳- موش صحرایی- آزموده بودن- دورویی- کتاب به زبان بیگانه
- ۴- کشور نیک بختی- فدکشیدن برنج- آدمک مزارع- پایه و اساس
- ۵- کوشش در طلب رزق- پایتخت هندوستان- از گیاهان دارویی
- ۶- عفونت مهبل- همدستی برای انجام کاری
- ۷- پوشش و پرده- یک دهم لیتر- سرور و بزرگ
- ۸- وضو بدون آب- هیزم
- ۹- بدگویی کردن- از شهرهای شمالی کشورمان- راه آشکار بی انتها
- ۱۰- حدس زدن- یکدست و یکنواخت- شعله و نور
- ۱۱- وسیله پیشرفت بعضی ها- پرنده ای کوچک و زیبا- کجا- جمع حرفه
- ۱۲- فتوی دهنده- پیشه کاوه معروف- قصد و اراده
- ۱۳- از کشورهایی که مدتها مستعمره انگلیس بود- نوعی حرکت بین راه رفتن و دویدن- رودی در اروپا
- ۱۴- جمع بلیه- برگشت غذا از معده و خروج آن از دهان
- ۱۵- عمل برش رحم- وسیله ای در ماشین

# فرم اشتراک فصلنامه بهداشت باروری

درخواست اشتراک

کپی فرم نیز قابل قبول است.

نام حقوقی (سازمانها و مراکز): .....

نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: روز □□ ماه □□ سال □□

شغل: ..... میزان تحصیلات و رشته تحصیلی: .....

نشانی کامل پستی: شهر: ..... استان: ..... صندوق پستی: .....

خیابان / کوچه / پلاک .....

کد پستی ده رقمی: ..... تلفن: ..... دورنگار: .....

شروع اشتراک از شماره: ..... اهدا کننده: ..... امضاء

## اشتراک داخل کشور:

بهای اشتراک سالانه: با پست عادی ۱۹۶۰ تومان با پست سفارشی ۲۵۰۰ تومان

## اشتراک خارج از کشور:

حوزه خلیج فارس و جمهوری‌های آسیای نزدیک ۱۹۶۰ تومان + ۴۵۰۰ تومان هزینه پستی

اروپا ۱۹۶۰ تومان + ۶۰۰۰ تومان هزینه پستی

امریکا، کانادا، استرالیا و ژاپن ۱۹۶۰ تومان + ۷۰۰۰ تومان هزینه پستی

سایر کشورها ۱۹۶۰ تومان + ۴۵۰۰ تومان هزینه پستی

برای پیوستن به جمع مشترکان، می‌توانید بهای اشتراک (به علاوه هزینه پستی برای دیگر کشورها)، را به شماره حساب ۹۱۳۵۴ بانک رفاه کارگران شعبه بیمارستان آیت‌الله طالقانی (کد ۱۴۱)، فصلنامه بهداشت باروری پژوهشده ابن سینا (قابل واریز در کلیه شعب بانک رفاه کارگران) واریز نموده و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده به نشانی: تهران، صندوق پستی ۱۷۷-۱۹۸۳۵ ارسال نمایید. لطفاً در فیش بانکی، نشانی و شماره تلفن خود را بنویسید، همچنین فنوکپی فیش بانکی را نزد خود نگه دارید.