



برنامه کشوری باروری سالم و جمعیت

مراقبت های ادغام یافته باروری سالم و جمعیت

(ویژه مراقب سلامت)

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره باروری سالم و جمعیت

۱۳۹۷-۱۳۹۸

مسئول طراحی و تدوین: اداره باروری سالم و جمعیت-دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس

اعضای گروه طراحی و تدوین:

دکتر سید تقی یمانی (معاون دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس) دکتر ناهید اکبری (رئیس اداره باروری سالم و جمعیت)

پرنیان عندلیب (کارشناس ارشد آموزش پزشکی) دکتر مهدیه یزدانپناه (پزشک)

اعظم دخت رحیمی (کارشناس ارشد جمعیت) دکتر فائزه غفوری (دکترای بهداشت باروری)

زیر نظر: دکتر سید حامد برکاتی (مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)

با تشکر از همکاری صمیمانه عزیزانی که تدوین نسخه اول این کتاب با همت ایشان آغاز شد:

- دکتر ربابه طاهری پناه (متخصص زنان و مامایی / فلوشیپ ناباروری)
- دکتر نسرین چنگیزی (متخصص زنان و مامایی / فلوشیپ اختلالات کف لگن)
- دکتر شاهعلی
- شهرزاد والافر (کارشناس دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)
- لیلی مرادپور (کارشناس مسئول باروری دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- ماندانا نائی (کارشناس باروری سالم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
- فاطمه عرب علیدوستی (کارشناس ارشد باروری سالم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
- مدیران محترم گروه بهداشت خانواده و کارشناسان مسئول باروری سالم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و شهید بهشتی

مقدمه

مقام معظم رهبری فرموده اند: "باید در تمام طرح ها خانواده مبنا و محور باشد"

خانواده نخستین نهاد اجتماعی است و حفظ زندگی خانوادگی نشان از اهمیت ویژه نهاد خانواده است. سلامت جسمی، روحی - روانی و عاطفی خانواده با محوریت سلامت باروری و جنسی به ویژه با رعایت ارزش ها و کرامت انسانی همچون احترام و مسئولیت پذیری در افراد و زوجین شکل می گیرد. سلامت جنسی و باروری محور اصلی تداوم و پایداری ازدواج، پویایی و بالندگی جمعیت و خانواده است. چنانچه در بسیاری از کشورها، سلامت باروری و جنسی به عنوان یکی از محورهای کلیدی در سیاست گذاری های سلامت و رفاه آن جامعه بشمار می آید. همچنین باروری و فرزندآوری یکی از متغیر های تعیین کننده جمعیت می باشند. کشور ایران گذار باروری خود را مثل اکثر کشورهای در حال توسعه در نیمه دوم قرن بیستم تجربه کرده است. از سال ۱۳۶۴ به بعد میزان باروری روند کاهشی پیدا نمود. چنانچه از سال ۷۹ به سطح جانشینی حدود ۲/۱ و در سال ۱۳۹۰ به ۱/۸ رسید. این امر به این مفهوم است که کمتر از دو فرزند جایگزین یک زوج می شوند. این امر در طولانی مدت (بر اساس پیش بینی ها) در حدود سال های ۱۴۲۰ منجر به صفر شدن رشد جمعیت و پس از آن منفی شدن جمعیت خواهد شد. برای پیشگیری از این امر، نرخ باروری کلی باید به حداقل ۲,۱ (حد جایگزینی) افزایش یابد.

برنامه ریزی برای گروه های دارای باروری پایین، مانند زنان شاغل و تحصیل کرده و توسعه بازار کار و اشتغال و تسهیل ازدواج به رفع مشکل باروری پایین در ایران می تواند کمک کند. یکی دیگر از مولفه های مهم تاثیر گذار سن ازدواج و سن فرزندآوری است.

در سال ۱۳۸۵ موالید مربوط به زنان گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال ۳۱,۴ درصد بوده که به ۲۰,۲۶ درصد در ۱۰ سال بعد کاهش یافته است. از سویی گروه سنی ۳۹-۳۵ سال تنها ۷,۹ در صد موالید سال ۸۵ را به دنیا آورده بودند. در حالیکه در فاصله کوتاه ۱۰ سال به دلیل افزایش سن ازدواج و افزایش میانگین سن فرزندآوری سهم این گروه زنان به ۱۲,۹ درصد افزایش یافته است. این مساله یکی از دلایل کاهش باروری مقطعی است (اثر زمانبندی). با توجه به وضعیت موجود باروری ایران، ازدواج/ تشکیل و تحکیم خانواده از مولفه های اساسی فزونی باروری و فرزندآوری است و می تواند در افزایش باروری کلی نقش برجسته ای را ایفا نماید. خوشبختانه سیاست های کلی جمعیت که به صورت مدبرانه و آینده نگرانه توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شده است نشان از رویکرد جامع در اجرای درست سیاست فزونی نسل است.

در پی اعلام سرشماری سال ۱۳۸۵ مبنی بر کاهش نرخ باروری کلی به کمتر از حد جایگزینی این مهم یکی از دغدغه های اساسی دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس محسوب گردید. پیرو رهنمودهای مقام معظم رهبری در ارتباط با بازنگری جدی و علمی در سیاست های جمعیتی و براساس رهنمود مقام محترم وزارت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس نیز به عنوان متولی ارتقای سلامت خانواده ها در جمهوری اسلامی ایران، ضمن ایجاد برخی تغییرات در برنامه های قبلی، رویکردهای جدیدی را در راستای سیاست های کلان نظام تبیین نموده است.

شایان ذکر است که در متن سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری، ابعاد مختلفی از سلامت که عمده آن مربوط به سلامت باروری است، تاکید شده است.

دورنمای کلی برنامه و خدمات باروری سالم و فرزندآوری

نتیجه ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
در آستانه ازدواج	واجد شرایط دریافت آموزش های هنگام ازدواج	ورود به برنامه آموزش های هنگام ازدواج
بعد از ازدواج (۵ سال اول زندگی مشترک)	واجد شرایط دریافت آموزش و مشاوره ، خدمات پس از ازدواج	ورود به برنامه سلامت ازدواج و جنسی خانواده
تمایل به بارداری ندارد	واجد شرایط آموزش و فرزند آوری	در صورتی که فرزند نداشته باشد و کمتر از ۲ سال از ازدواج وی بگذرد، آموزش فرزند آوری
		در صورتی که فرزند نداشته باشد و بیش از ۲ سال از ازدواج وی بگذرد، بررسی از نظر باروری / ناباروری و آموزش فرزند آوری
		در صورتی که فرزند داشته باشد و سن آخرین فرزند وی بیشتر از ۲۴ ماه باشد، آموزش فرزندآوری
تمایل به بارداری پرخطر	در معرض بارداری پرخطر	مراقبت و پیشگیری از بارداری پرخطر - تاخیر در باروری تا کنترل بیماری
		آموزش پیشگیری از سقط
تمایل به بارداری دارد	اقدام برای بارداری در مدت کمتر از یک سال	ارجاع برای مراقبت های پیش از بارداری
	اقدام برای بارداری در مدت بیشتر از یک سال و سن زیر ۳۵ سال	بررسی فرد از نظر شناسایی مشکلات باروری / ناباروری
	اقدام برای بارداری در مدت شش ماه و سن بالای ۳۵ سال	بررسی فرد از نظر شناسایی مشکلات باروری / ناباروری
باردار است	متقاضی برگشت باروری	ارجاع به مراقب سلامت- ماما/ پزشک
	واجد شرایط دریافت مراقبت های دوران بارداری	ارجاع برای مراقبت های دوران بارداری

گروه بندی و اقدام

ارزیابی
تشکیل پرونده در ملاقات اول
بررسی پرونده وضعیت فرزندآوری و سلامت باروری
سوال کنید: وضعیت تاهل تمایل به فرزندآوری تاریخچه و وضعیت فعلی سلامت باروری و جنسی خانواده
بررسی کنید: سوابق باروری فرد و ارجاعات مورد نیاز بر اساس خدمت

مرور کلی برنامه باروری سالم و فرزند آوری

بر اساس تعاریف چارچوب های سازمان جهانی بهداشت، سلامت یک وضعیت خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی بوده و فقط به مفهوم نبودن بیماری نیست. بر همین اساس سلامت باروری شرایطی است که فرآیند باروری در یک وضعیت خوب بودن کامل فیزیکی، ذهنی / روانی و اجتماعی قرار داشته و صرفا به معنی نبودن بیماری یا اختلال در فرآیند باروری نیست. سلامت باروری به فرآیند، عملکرد و سیستم باروری در طول عمر می پردازد (از دیدگاه سلامت باروری انسان ها قادر به برخورداری از یک زندگی جنسی مسوولانه، رضایتبخش و سالم هستند که آن ها را توانمند می سازد تا قادر و آزاد در تولید نسل و باروری باشند هر زمان و هر تعداد که خواسته آن ها باشد). مفهوم سلامت باروری تاکید بر آن دارد که یک زن بالغ ورای دوران فرزندآوری نیازهای سلامتی مهمی که وابسته به سیستم های باروری هستند دارد. باید توجه داشت که مفهوم سلامت باروری محدود به خانم ها نیست. مردان نیز نیازهای سلامت باروری داشته که پاسخ دادن به این نیازهای مردان از سوی همسران بسیار مهم است. در این راستا زوجین حق دسترسی به خدمات مناسب سلامت باروری داشته و آن ها را قادر می سازد که بتوانند زندگی باروری و جنسی سالم و خوشایند را در طول زندگی مشترک داشته باشند. مشارکت مردان در بهداشت باروری هم در امر سلامت زوج نقش مهمی دارد زیرا نقش حمایت کننده و نیز مشارکت جویانه مردان در سلامت باروری و ابعاد آن سبب خواهد شد که مسوولیت فرزندآوری و فرزندپروری بین زوج تقسیم شود. بدیهی است که با ارتقای مشارکت مردان در سلامت باروری و تقسیم عادلانه وظایف بین زوجین، این یک امر مشترک بین زوجین تلقی شده و زنان نیز دیگر همه وظایف را متوجه خود نمی بینند و پذیرش بهتر و بیشتری برای فرزندآوری و فرزندپروری خواهند داشت. قطعاً این امر به ارتقای نرخ باروری کلی کمک خواهد کرد.

از این رو همه ارائه دهندگان خدمات سلامت باروری ضروری است در راستای سیاست های جمعیت و خانواده خدمات باکیفیت باروری سالم و فرزندآوری را برای داشتن ایرانی جوان ارائه نماید و به عنوان مروجان باروری در کل کشور نقش کلیدی در ترویج باروری سالم و خوشایند برای خانواده ها ایفا نمایند. در انتها خاطر نشان می سازد که برای تبیین بیشتر ابعاد سلامت باروری و ارتباط آن با سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در زمینه جمعیت، اداره باروری سالم و جمعیت برنامه های زیر را که از اجزای سلامت باروری می باشند، به جد در دستور کار خود قرار داده است:

❖ توانمند سازی جامعه در خصوص اهمیت فرزند آوری سالم و اجتناب از تک فرزندی و بی فرزندی:

یکی از پدیده هایی که در جامعه رو به رشد است، پدیده تک فرزندی است. پدیده تک فرزندی از مسایلی است که در جامعه علمی همواره مورد بحث و تبادل نظر قرار دارد و در بسیاری از مستندات علمی به آن با رویکرد منفی توجه می شود. بسیاری از مستندات علمی فرزندان خانواده های تک فرزند را از نظر برقراری ارتباط اجتماعی در مقایسه با فرزندان خانواده های بیش از یک فرزند ضعیف تر قلمداد می کنند. آموزش و توانمندی خانواده در فرزندآوری و ارائه اطلاعات در مرتفع نمودن مسائل احتمالی تک فرزندی و توجیه خانواده ها به این مسئله که بهترین انکیباتور برای رشد و پرورش فرزندان خواهران و برادران هستند می توان در مقابله با پدیده تک فرزندی رویکرد مناسبی را اتخاذ نمود.

❖ توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت سلامت در راستای ارائه خدمات باروری سالم بر مبنای حقوق سلامت باروری و فرزندآوری:

یکی از مهم ترین اصولی که باید توسط همه ارائه کنندگان خدمت باروری سالم مدنظر قرار گیرد، مراعات حقوق سلامت باروری افراد و خانواده ها است. تصمیم گیری درست زوجین برای فرزندآوری متأثر از ارائه با کیفیت خدمات مشاوره فرزندآوری است تا آموزش و مشاوره بدون هیچ قضاوت و کلیشه های شخصی (فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) ارائه گردد. از سویی دیگر حق جامعه و زوجین این است که از اطلاعات درست درباره سلامت باروری و فرزندآوری برخوردار باشند و بدانند که برای اینکه به تعداد فرزند دلخواه خود دستیابی پیدا کنند، باید چه برنامه ای را برای سلامت باروری خود تعیین نموده و از آن پیروی نمایند که در بهترین سنین به تعداد فرزند دلخواه خود دست یافته و بارداری های خود را بدون دلیلی موجه به تاخیر نیندازند و حداکثر سعی خود را در بهره گیری از فرصت های مناسب باروری استفاده نمایند.

❖ تامین خدمات باروری سالم در راستای افزایش بارداری های ارادی و برنامه ریزی شده:

ارتقای نرخ باروری کلی نیازمند ترویج شیوه زندگی باروری سالم در خانواده ها است به ویژه سرمایه گذاری در فزونی توان باروری خانواده ها نیازمند حمایت همه جانبه از سلامت خانواده است. مراقبت و پیشگیری از وقوع بیماری های غیرواگیر و واگیر به گونه ای که سلامت خانواده، مادر و کودک را به مخاطره بیاندازد از اولویت های همه نظام های سلامت است تا سلامتی کودک و حتی نسل های بعدی تضمین گردد. با آموزش خودمراقبتی و بکارگیری شیوه زندگی سالم ؛ تغذیه ، فعالیت فیزیکی و ... و مراقبت قبل از بارداری و پیشگیری از وقوع بارداری پرخطر می توان امید به زندگی بالاتری برای مادران و کودکان تضمین نمود. برخی از بیماری ها نیازمند تاخیر در باروری و بارداری است زیرا ممکن است عوارض و بیماری ها در طول بارداری تشدید و یا عود نماید که منجر به تصمیم بالینی و انجام سقط درمانی گردد که در هر صورت جان مادر به خطر می افتد. لذا دسترسی این گروه به خدمات مراقبت و پیشگیری از بارداری پرخطر در مدت زمان که بیماری چندان قابل کنترل نیست برای حفظ سلامتی مادر، جنین و نوزاد ضروری است.

❖ کاهش میانگین فاصله زمانی بین ازدواج و فرزند اول:

براساس برخی اطلاعات موجود، فاصله بین ازدواج و تولد فرزند اول در طی سال های گذشته افزایش داشته است. این فاصله زمانی حدود ۳,۵ سال برآورد شده است. با توجه به روند صعودی متوسط سن ازدواج در کشور در سال های اخیر، تاخیر طولانی در فرزندآوری اول سبب خواهد شد که فرصت های مناسب برای بارداری اول و بارداری های بعدی تحلیل یابد که این امر به نوبه خود محدود شدن فرزندآوری را به دنبال دارد. همچنین اگر زوجین در آغاز زندگی دارای مشکلات ناباروری باشند، ایجاد فاصله طولانی بین ازدواج و تولد اولین فرزند موجب خواهد شد که مشکل ناباروری برای مدت طولانی تری از نظر پوشیده بماند و طبیعتاً درمان های بعدی را نیز با مشکلات بیشتری روبرو کند. بنابراین در قسمت مشاوره فرزند آوری این بسته باید زوجین را به کاهش این متوسط زمانی تا حداکثر دوسال ترغیب نمود.

❖ کاهش میانگین فاصله زمانی بین فرزندان:

براساس اطلاعات موجود میانگین فاصله زمانی بین فرزند اول و دوم و سوم حدود ۵,۵ سال است. براساس تعاریف فاصله گذاری سالم بین بارداری ها، حداکثر فاصله بین دو بارداری نباید از پنج سال بیشتر باشد. طولانی تر شدن فاصله زمانی بین دوبرداری به بیش از پنج سال باعث می شود که هم نوزاد و هم مادر در معرض مخاطرات بیشتری از منظر سلامت قرار گیرند. بنابراین در قسمت مشاوره فرزند آوری این بسته باید به این امر تاکید گردد که با توجه به لزوم ارتقای نرخ باروری کلی، زوجین می بایست در صورتی که آخرین فرزند آنها بیش از ۲۴ ماه داشته باشد، می بایست برای بارداری بعدی ترغیب شوند و به محض ابراز تمایل برای بارداری بعدی، مراقبت های پیش از بارداری برای آنان انجام شود تا بارداری و زایمان سالم تری را تجربه نمایند.

❖ ایجاد دسترسی و تسهیلات مناسب به خدمات بازگشت باروری پس از اعمال جراحی:

با توجه به اینکه در برنامه باروری سالم، حق دسترسی گیرندگان خدمت به خدمات مورد نیاز از ضرورت ها بوده است، تحت پوشش قرار گرفتن خدمات بازگشت اعمال جراحی پیشگیری از بارداری توسط سازمان های بیمه گر، در گذشته به سراسر کشور ابلاغ شده است. با توجه به وجود نیروهای تخصصی در سراسر کشور، دسترسی به خدمات برگشت روش های جراحی امری دور از تصور نبوده است. حلقه مفقوده در این مسیر اطلاع رسانی به جامعه در راستای وجود خدمات برگشت روش های جراحی در همه دانشگاه های علوم پزشکی و نیز تحت پوشش بیمه بودن خدمات مورد نظر می باشد. بدین ترتیب اطلاع رسانی به جامعه در این راستا از اولویت خاص خود برخوردار است.

❖ ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه در زمینه عوامل مستعد کننده ناباروری:

بسیاری از شیوه های زندگی اتخاذ شده توسط افراد جامعه آن ها را در معرض مخاطرات ناباروری قرار می دهد. استعمال دخانیات، ازدواج در سنین بسیار دیر، تصمیم به فرزندآوری دیررس یا بسیار زودرس، برخی رفتارهای پرخطر منجر به عفونت های دستگاه تناسلی، بهره گیری بی رویه از تلفن های همراه، برخی رژیم های خاص غذایی و ... از عواملی است که به آسانی توسط افراد قابل پیشگیری بوده و با رعایت آن ها درصد قابل توجهی از مشکلات مربوط به ناباروری در جامعه کمرنگ خواهد شد. بنابراین ارتقای آگاهی جامعه درباره مسایل پیشگفت و تشویق آن ها به اتخاذ رفتار مناسب در قابل این عوامل در ارتقای نرخ باروری کلی از جایگاه ارزشمندی برخوردار است.

❖ استاندارد سازی، سطح بندی، غربالگری و تامین خدمات ناباروری

ناباروری از اجزای مهم سیاست های ابلاغی جمعیت است. وجود حمایت قانونی برای پیشگیری و درمان ناباروری هم در ابعاد جسمی سلامت خانواده ها و جامعه و بسیار فراتر از آن در ابعاد اجتماعی، روانی و معنوی سلامت تاثیرگذار است. باید توجه داشت که کمک کردن به زوجین نابارور و کم بارور ضمن اینکه تاثیر قابل ملاحظه ای در ارتقای نرخ باروری کلی جامعه خواهد داشت، سبب ارتقای شاخص های سلامت روان جامعه خواهد بود. طبیعتاً مانند هر امر دیگری، در ناباروری نیز پیشگیری مقدم بر درمان است. ارائه مداخلات پیشگیرانه و تشخیصی به گونه ای افراد با مشکل ناباروری زودتر شناسایی و در مسیر درست ارجاع اقدامات درمانی دریافت نمایند بسیار کلیدی است. در حال حاضر اداره باروری سالم پیش نویس برنامه ی آزمایشی پیشگیری از ناباروری را تدوین و بعد از اجرای آزمایشی آن فرایند ادغام آن در نظام سلامت مراقبت کشور پیگیری می شود (پیوست یک).

❖ سلامت ازدواج و جنسی خانواده:

سلامت ازدواج و جنسی خانواده جزئی از سلامت باروری است. ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زوجین و خانواده ها در باروری، تولید مثل و رابطه زناشویی امر کلیدی در پایداری و پویایی خانواده است. با توجه به اهمیت ارتقای رضایتمندی زوجین از زندگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زناشویی در راستای پایداری خانواده، پیش نویس بسته تامین خدمات سلامت ازدواج و جنسی خانواده ویژه زوجین تا ۵ سال پس از ازدواج (مداخله و ارجاع) تدوین و در مرحله بررسی است تا متعاقباً "در سطوح مختلف ارایه خدمات باروری سالم در کشور استقرار یابد (پیوست دو).

اهداف تالیف این بسته خدمت:

هدف بسته خدمت حاضر این است که کارشناسان مراقب سلامت مطالب زیر را بیاموزند و بتوانند آنها را آموزش دهند:

- ✓ با سیاست های کلی افزایش جمعیت و باروری و فرزندآوری به موقع آشنا شوند.
- ✓ با برنامه های بعد از ازدواج آشنا شده و نحوه اجرای آن را فراگیرند.
- ✓ عوارض و بیماریهای تهدید کننده سلامت مادر و کودک را بشناسد و چگونگی ارائه خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر را فراگیرد.
- ✓ با برنامه ناباروری شامل: تعاریف، علل و عوامل مستعد کننده و چگونگی غربالگری افراد در معرض خطر ناباروری آشنا شوند و نیز بتواند عوامل مستعد کننده ناباروری و راه های پیشگیری از آن را فراگیرند (پیوست یک)
- ✓ با برنامه سلامت ازدواج و جنسی خانواده آشنا شوند و زوجین در معرض خطر شناسایی اولیه نموده و جهت غربالگری و مشاوره سلامت جنسی و ازدواج به سطح بعدی ارجاع نمایند (پیوست دو).

آموزش / مشاوره سلامت باروری و فرزند آوری (اصول و فرآیند)

اولین قدم در ارزیابی وضعیت سلامت باروری، مهارت برقراری ارتباط خوب است. برقراری این ارتباط با توجه به موضوع، ممکن است هم برای گیرنده خدمت و هم برای ارایه دهنده خدمت مشکل باشد. بنابراین باید در هنگام ارایه خدمت اصول مشاوره صحیح مد نظر قرار گیرد.

مراجعه کننده نباید به هیچ دلیل و توجیهی از دریافت اطلاعات درست و کافی محروم شود. به این ترتیب اطلاع رسانی از طریق مراقبین سلامت می تواند بسیار مغتنم باشد. باید از این فرصت بهترین استفاده را نمود. برای اینکه مراجعه کننده قادر به بیان مسایل مرتبط با باروری سالم خود بوده و برای انتخاب آگاهانه درباره سلامت و رفتار باروری خود، آزادی داشته باشند، باید یک محیط حمایتی و توانمند ساز از طریق آموزش/ مشاوره در هنگام ارایه خدمات ایجاد شده باشد.

باید توجه داشت که برای ارایه خدمات باروری سالم، مراجعین باید تشویق به سوال کردن کردند و سعی به برطرف کردن هرگونه ابهامی در مورد خدمات باروری سالم، بنمایند. تاکید می گردد که ارایه دهندگان خدمت هیچگاه نباید سعی به تحمیل خدمات باروری سالم نمایند. انتظار می رود با ادغام مشاوره در ارایه خدمات باروری سالم، از بسیاری از مشکلاتی که در این راستا با آن روبرو می باشیم، جلوگیری نمود. همچنین به نظر می رسد با رعایت اصول اطلاع رسانی، آموزش و مشاوره بتوان نسبت به بهبود کیفیت خدمات باروری سالم و ارتقاء شاخص های مربوطه، دست یافت.

به این نکته توجه شود که آموزش و مشاوره با تبلیغ متفاوت است. توجه به شرایط محیطی و فردی مراجعه کننده و تصمیم گیری شخصی وی تاکید می گردد. در واقع در هنگام آموزش و مشاوره، ضمن دادن اطلاعات به مراجعه کننده، تشویقی صورت نمی گیرد بلکه یکسری اطلاعاتی که برای اتخاذ تصمیم وی ضروری است، به وی داده می شود. به طور خلاصه می توان گفت که در آموزش و مشاوره باروری سالم، نه تنها واقعیت هایی درباره سلامت باروری به وی داده می شود بلکه به داوطلب کمک میشود تا این اطلاعات را با خواسته ها و نیازهای خود بکار گیرد. برای ارایه آموزش و مشاوره بصورت ادغام یافته در خدمات باروری سالم، مراقبین سلامت می بایست مهارت و دانش کافی برای برقراری یک ارتباط صحیح و جامع را داشته باشند.

حداقل ویژگی هایی که یک آموزش دهنده می بایست داشته باشد عبارتند از:

ویژگی های شخصیتی: مشاور باید برخوردی گرم، دوستانه، مسئولانه، همدلانه و بدون قضاوت داشته باشد. مشاور باید انگیزه شخصی قوی برای کمک به دیگران داشته باشد همچنین دارای فکر باز و راغب به فراگیری باشد. دانش و اطلاعات: مشاور باید در خصوص بهداشت باروری و جنسی اطلاعات مناسب و کافی داشته باشد و اشراف کافی به دستورالعمل های مربوطه و نحوه ارایه خدمات در سیستم خدمات بهداشتی درمانی داشته باشد. مهارت های برقراری ارتباط: داشتن اطلاعات و مهارت های لازم و تسلط استفاده از فن مشاوره در هنگام ارایه خدمات، شرطی لازم و قطعی برای ارایه دهنده خدمت باروری سالم، می باشد. توجه به این نکته ضروری است که نحوه برقراری ارتباط و مهارت مراقبین بهداشت در استفاده از فن مشاوره در هنگام ارایه خدمات می تواند تاثیر جدی (مثبت/ منفی) بر کل خدمت ارایه شده داشته باشد.

حداقل شرایط لازم برای مکان آموزش و مشاوره:

وجود اتاقی ویژه و رسمی با وسایل مناسب و وسایل و مواد کمک آموزشی متنوع، از شرایط مناسب و ایده آل برای ارائه خدمات/ مشاوره فرزندآوری و باروری سالم می باشد اما باید این انعطاف وجود داشته باشد که شرایط محل را بتوان با توجه به شرایط خاص برخی از مراجعین و امکانات موجود تطبیق داد به نحوی که مراجعین دریافت خدمات آموزش و مشاوره نباید به دلیل ایده آل نبودن امکانات از دریافت خدمت محروم گردند. بنابراین آموزش و مشاوره می تواند در هر محلی انجام شود اما این محل باید حتما به اندازه کافی خلوت، آرام و برای داوطلب راحت و امن باشد تا او بتواند آزادانه احساسات و عقاید خود را با ارایه دهنده خدمت در میان بگذارد و نگران شنیده شدن حرف های خود با دیگران نباشد.

مراحل آموزش:

مراحل زیر تحت عنوان GATHER مراحل است که می بایست در هنگام مشاوره هم زمان با ارائه خدمت، رعایت گردند.

احترام به مراجعه کننده (G): به مراجعه کننده ابتدا سلام کرده و سپس با او ارتباط برقرار کنید. با اینکار به دلیل آگاهی از محرمانه تلقی شدن و برخورد دوستانه، مراجعه کننده به بیان احساسات و نیازهای خود تشویق خواهد شد.

سوال از مراجعه کننده در مورد خود (A): از فرد در مورد خودش سؤال کرده و اطلاعات بگیرید. در این مرحله ارائه دهنده خدمت/ مشاور به شکل موثری می بایست سوالات خود را بیان نموده و با دقت به پاسخ های گیرنده خدمت گوش دهد.

پاسخ به نیازها، دغدغه/ نگرانی های مراجعه کننده (T): با مراجعه کننده در مورد مسایل مرتبط با دلیل مراجعه فرد، صحبت نمایید. ارائه دهنده خدمت می بایست با توجه به شرایط و ویژگی های مراجعه کننده، نسبت به مقدار و حجم اطلاعات لازم، اقدام نماید.

کمک به مراجعه کننده برای گرفتن بهترین تصمیم (H): به مراجعه کننده در مورد تصمیم گیری در خصوص چگونگی وضعیت باروری سالم (فرزند آوری/ ناباروری) کمک نمایید. با مشاوره می توان به مراجعه کننده برای اتخاذ بهترین تصمیم کمک نمود.

توضیح دادن (E): هر آنچه که لازم است مراجعه کننده بداند را می بایست به وی توضیح داده شود.

پی گیری/ مراجعه های بعدی (R): به مراجعه کننده در مورد چگونگی پی گیری توضیح دهید. همچنین برنامه ریزی به منظور تعیین زمان مراجعه های بعدی می بایست صورت گیرد.

شناخت مراجعه کننده از طریق درک احساسات و نیازهای وی:

یکی از مهمترین گام های انجام یک مشاوره موفق، شناخت مراجعه کننده است. مسلماً "ارائه دهنده خدمت/ مشاور در یک جلسه مشاوره قادر نخواهد بود که شناخت کاملی از تمامی جنبه های شخصیتی و موقعیت مراجعه کننده را حاصل کند ولی تلاش برای دانستن حداقل ها، نیازی است که باید برآورده شود. ارائه دهنده خدمت زمانی قادر خواهد بود به مراجعه کننده کمک کند که بتواند مشکل او را بشناسد.

رعایت حقوق مراجعه کننده:

مبنای برنامه ها و خدمات سلامت باروری رعایت حقوق زنان و مردان و زوجین است و ارائه با کیفیت خدمات سلامت باروری با محوریت این اصل امکان پذیر است. لذا رعایت حقوق باروری خانواده ها با این رویکرد که زوجین و خانواده ها آگاهانه و آزادانه در مورد تعداد و فواصل فرزندآوری تصمیم گیری نمایند جز استانداردهای اساسی ارائه خدمات مشاوره سلامت باروری و فرزندآوری است. مبنا و اصل مهم در ارائه خدمات مشاوره سلامت باروری که به ویژه مسائل خصوصی زندگی افراد را در بر می گیرد، عدم القاء در تصمیم گیری، رعایت عدم قضاوت (در همه ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی...) و این که به دور از هر گونه سلاقی و باورها و کلیشه های شخصی این خدمات به مراجعین ارائه گردد، حائز اهمیت است. زوجین و خانواده ها باید فارغ از هر گونه اجبار، تمایز و خشونت به اطلاعات درست و خدمات با کیفیت سلامت باروری و فرزندآوری دسترسی داشته باشند و مطابق با اصول زیر خدمات سلامت باروری و فرزندآوری ارائه گردد:

- درخواست و دریافت اطلاعات مربوط به سلامت باروری و فرزندآوری مبتنی بر حقوق و مسئولیت زوجین؛
- آموزش/ مشاوره در خصوص باروری سالم و فرزندآوری مبتنی بر حقوق و مسئولیت زوجین؛
- احترام به حرمت بدن انسان؛

- تصمیم به فرزند دار شدن و زمان و تعداد آن؛
- برخورداری از مراقبت ها، اطلاعات، آموزش / مشاوره فرزندآوری و خدمات پیشگیری از ناباروری، زناشویی و جنسی ؛
- برخورداری از محیط خصوصی و محرمانه در دریافت خدمات و مراقبت های سلامت باروری، جنسی و زناشویی؛
- تقاضا برای داشتن یک زندگی جنسی رضایت بخش، سالم و لذت بخش؛
- آموزش و مشاوره باکیفیت در ارایه خدمات باروری سالم و فرزندآوری که نتایج زیر را به دنبال خواهد داشت:

- مراجعه کننده احساس کند فعالانه در اتخاذ تصمیم برای باروری و فرزندآوری خود دخیل بوده است.
- مراجعه کننده نهایت رضایت را از دریافت خدمات باروری سالم و فرزندآوری داشته باشد.
- بهره مندی مداوم متقاضی خدمت از خدمات باروری سالم و فرزندآوری تضمین گردد.

بدیهی است ارتقاء بهبود کیفیت خدمات باروری سالم و فرزندآوری و رضایت مندی زوجین، امکان دستیابی به اهداف کلان سلامت باروری و جمعیت را نیز فراهم خواهد نمود.

فرآیند ارایه خدمت :

گام اول آگاهی از هدف مراجعه کننده:

در ابتدا می بایست هدف از مراجعه به واحد باروری سالم سوال شود. در صورت نیاز اگر فرد دارای سوابق در واحد ارایه خدمت نباشد، برای او پرونده بهداشتی تشکیل خواهد شد.

گام دوم طبقه بندی شرایط مراجعه کننده از نظر شرایط باروری و فرزند آوری (بررسی تصمیم فرد برای فرزند آوری):

برای شروع ارایه خدمت به متقاضیان خدمات باروری سالم، ابتدا می بایست شرایط وی از نظر باروری و فرزندآوری بررسی گردد.

گام سوم داشتن تمایل به بارداری، بررسی شرایط فرد از نظر شرایط باروری و فرزندآوری:

✓ در صورتی که فرد تمایل به بارداری داشته باشد و :

- سن وی کمتر از ۳۵ سال باشد و کمتر از ۱۲ ماه باشد که اقدام به باردار شدن نموده است، برای مراقبت های پیش از بارداری به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود.
 - سن وی کمتر از ۳۵ سال باشد و بیش از ۱۲ ماه باشد که اقدام به باردار شدن نموده است، بررسی از نظر مشکلات باروری انجام شود.
 - سن وی بیش از ۳۵ سال باشد و کمتر از ۶ ماه باشد که اقدام به باردار شدن نموده است، برای مراقبت های پیش از بارداری به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود.
 - سن وی بیش از ۳۵ سال باشد و بیش از ۶ ماه باشد که اقدام به باردار شدن نموده است، بررسی از نظر مشکلات باروری انجام شود.
- ✓ در صورتی که فرد تمایل به بارداری نداشته باشد، می بایست وی را از نظر اندیکاسیون های خدمات فاصله گذاری بررسی نمود.

گام چهارم نداشتن تمایل به بارداری، بررسی شرایط فرد از نظر اندیکاسیون های دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر:

✓ در صورتی که فرد شرایط تهدید کننده سلامت/ جان مادر باردار (نامه شماره ۸۴۴۷۲/پ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۰ سازمان پزشکی قانونی در خصوص اندیکاسیون های سقط درمانی) را داشته باشد و تمایل به استفاده از خدمات جراحی داشته باشد، می بایست در خصوص واجد شرایط بودن استفاده از روش جراحی ، مورد بررسی قرار گیرد. در صورتی که فرد یکی از شرایط زیر را داشته باشد، مراقب سلامت می بایست وی را همراه با مستندات مربوطه و برای بررسی بیشتر به مراقب سلامت- ماما/ پزشک ارجاع دهد:

- ابتلای فعلی یا قبلی به سرطان (همه قسمت های بدن)،
- بیماران دارای دریچه مصنوعی قلبی،
- سابقه ترومبوآمبولی،
- هیپرتانسیون پولمونر با هر شدتی،
- بیماری های مزمن ریوی،
- بیماری های مزمن کلیوی، نارسایی کلیه، سندروم نفروتیک، پیوند کلیه،
- بیماری مزمن خونی،

- بیماری های اتو ایمنون،
 - هر ضایعه مغزی،
 - سیروز یا هر سندرم بودکیاری که واریس مری دهد،
 - بیماری های نورولوژیک مزمن (MS - صرع - میاستنی گراو- ALS)،
 - بیماری های اتو ایمنون پوست (پمفیگوس - پسوریازیس)،
 - بیماری های روانی با نظر دو روانپزشک،
 - بیماری های داخلی و جراحی که در لیست فوق نیستند با نظر دو متخصص،
 - پلاستنا پرویا توتال،
 - بیمارانی که برای بار سوم C/S می شوند (به شرطی که دو فرزند زنده داشته باشند)،
 - افراد آلوده یا مبتلا به ایدز،
 - افراد ۴۰ سال به بالا،
 - تعداد فرزند ۵ و بیشتر.
- ✓ در صورتی که فرد شرایط تهدید کننده سلامت/ جان مادر باردار (نامه شماره ۸۴۴۷۲/پ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۰ سازمان پزشکی قانونی در خصوص اندیکاسیون های سقط درمانی) را داشته باشد و تمایل به استفاده از خدمات جراحی نداشته باشد، می بایست از نظر واجد شرایط بودن روش های موقت پیشگیری از بارداری پر خطر، مورد بررسی قرار گیرد. در صورتی که فرد دارای یکی از شرایط زیر باشد، مراقب سلامت می بایست با توجه به روش انتخابی مراجعه کننده، اقدام لازم انجام دهد:
- دارای فرزند کمتر از ۲۴ ماه،
 - سن کمتر از ۱۸ سالو یا بالای ۳۵ سال و داشتن حداقل ۳ فرزند،
 - مشکوک یا در معرض رفتارهای پر خطر و یا مبتلا به STIs/ HIV و یا سوء مصرف مواد
- ✓ در صورتی که فرد دارای یکی از شرایط زیر باشد، مراقب سلامت باید مراجعه کننده را همراه با مستندات بیماری، برای بررسی بیشتر به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع دهد.
- بیماری قلبی (ایسکمی، دریچه ای، ناهنجاری مادرزادی نارسایی)، آسم
 - فشارخون بالا، فشارخون غیرقابل کنترل با دارو
 - بیماری مزمن کلیه (ابتلا به بیماری حداقل به مدت ۳ ماه)، پیوند کلیه نارسایی کلیه
 - دیابت یا بیماری تیروئید
 - بیماری بافت همبند - لوپوس
 - صرع؛ ام اس ناتوان کننده
 - سل، ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری ایدز شده اند
 - بیماری های روانی، عقب افتادگی ذهنی
 - آنمی سیکل سل

- آنمی فقر آهن
- مصرف داروی تراتوزن، شیمی درمانی، پرتو درمانی، ...

گام پنجم عدم تمایل به بارداری و نداشتن اندیکاسیون های دریافت خدمات پیشگیری از بارداری های پر خطر:

در صورتی که فرد فاقد اندیکاسیون های دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پر خطر باشد و تمایل به بارداری نداشته باشد:

- ✓ اگر مراجعه کننده فاقد فرزند است و مشکل بارداری ندارد، می بایست بر اساس محتوای کتاب سن و ناباروری ، مشکلات به تاخیر انداختن تولد اولین فرزند آموزش داده شود.
- ✓ اگر وی دارای فقط یک فرزند بالای ۲۴ ماه داشته باشد و منعی برای بارداری نداشته باشد، می بایست بر اساس متن توجیهی مشاوره تک فرزندی (نامه شماره ۳۰۲/۱۴۱۶۵ مورخ ۱۳۹۵/۸/۱۵) در زمینه پیامدهای تک فرزندی به وی آموزش داده شود.
- ✓ اگر فرد بیش از یک فرزند داشته باشد و منعی برای بارداری نداشته باشد، همچنین سن آخرین فرزند وی بالای ۲۴ ماه باشد، می بایست در خصوص پیامدهای ناشی از افزایش بین فاصله فرزندان و احتمال وقوع ناباروری ثانویه، به فرد آموزش داده شود.

در نتیجه مراجعه کننده برای بار اول در یکی از سه گروه زیر مجموعه باروری سالم قرار می گیرد:

- فرد واجد شرایط دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر است.
- فرد واجد شرایط دریافت خدمات مشاوره فرزندآوری است.
- فرد واجد دریافت خدمات پیشگیری و تشخیص زودرس ناباروری است.

آموزش / مشاوره فرزندآوری

نتیجه ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
فرزند آوری مطلوب	زوجینی که دو سال از زندگی مشترک گذشته است و فرزند دارند	آموزش سلامت باروری و جنسی و رجوع به برنامه های دیگر باروری سالم
واجد شرایط خدمت آموزش / مشاوره فرزندآوری	زوجینی که حداقل ۲ سال از زندگی مشترک آنها گذشته و فرزند ندارند / بی فرزند	آموزش فرزند آوری، آموزش سلامت باروری و جنسی، بررسی از نظر مشکلات باروری، بررسی مجدد پس از سه ماه، در صورت نیاز ارجاع به سطح بالاتر
	زوجینی که کمتر از ۳ فرزند دارند و سن آخرین فرزند آنها از ۲۴ ماه بیشتر باشد	آموزش فرزندآوری، بررسی مجدد پس از سه ماه، در صورت نیاز ارجاع به سطح بالاتر آموزش سلامت باروری و جنسی
فرزند آوری نامطلوب	زنان ۳۵ سال و بالاتر که فرزند ندارند	ارجاع به پزشک / مراقب سلامت - ماما به منظور مشاوره فرزند آوری
	زوجین تک فرزند	ارجاع به پزشک / مراقب سلامت - ماما به منظور مشاوره فرزندآوری

گروه بندی و اقدام

تشکیل پرونده در ملاقات اول

بررسی وضعیت باروری و فرزند آوری
مراجعه کننده

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت

مراجعه کننده

سوال کنید:

سن، تاریخ ازدواج، سن در زمان ازدواج، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد مرده زایی، تعداد فرزندان زنده، سن آخرین فرزند، سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، وضعیت باروری (یائسگی زودرس، هیستریکتومی، استفاده قبلی از خدمات جراحی پیشگیری از بارداری پر خطر/ بستن لوله های رحمی - وازکتومی)، تمایل به خدمات برگشت باروری

بررسی کنید:

ترجیحات و رفتار فرزندآوری فرد، سوابق بیماری فرد، باردار / مشکوک به بارداری

معاینه کنید:

شاخص توده بدنی

فشارخون

در صورت شک به بارداری درخواست

-hcg

طبقه بندی شرایط مراجعه کننده برای فرزندآوری

وضعیت فعلی	گروه بندی	اقدام
زوجینی که فاقد فرزند می باشند	فرزندآوری نامطلوب/ واجد شرایط خدمت آموزش یا مشاوره فرزندآوری	بر اساس محتوای کتاب سن و ناباروری، مشکلات به تاخیر انداختن تولد اولین فرزند آموزش داده شود.
دارای یک فرزند بالای ۲۴ ماه		بر اساس متن توجیهی مشاوره تک فرزندی، در زمینه پیامدهای تک فرزندی به وی آموزش داده شود.
زوجین با ۲ فرزند و تمایل به فرزندآوری ندارند	فرزندآوری مطلوب/ واجد شرایط خدمات سلامت باروری و جنسی	آموزش سلامت باروری و جنسی
زوجینی که حداقل دو سال از زندگی مشترک آن ها گذشته است و فرزند دارند		
زوجینی که حداقل سه فرزند دارند		

نکات کلیدی براساس دستورالعمل ۳۰۲/۱۴۱۶۵ مورخ ۹۵/۸/۱۵ (مشاوره تک فرزندی) و نیز محتوای زیر در خصوص آموزش و مشاوره فرزند آوری، اشاره شود:

مراقبین سلامت می بایست در آموزش و مشاوره فرزندآوری به گروه هدفی که واجد دریافت آموزش هستند توجه ویژه نمایند. این گروه ممکن است در یکی از گروه های بی فرزند، تک فرزند یا کمتر از سه فرزند قرار داشته باشند. دقت گردد که آموزش این افراد می بایست بر اساس تعاریف و محتوای آموزشی زیر صورت گیرد:

بی فرزند: به زوجین بی فرزند گفته می شود که علیرغم گذشتن ۲۴ ماه از شروع زندگی مشترک فرزندی نداشته باشند این زوج ممکن است تمایل به فرزندآوری داشته باشند و یا نداشته باشند. بدیهی است با توجه به سن و شرایط این زوج باید آموزش های لازم در خصوص فرزند آوری، ارایه گردد. توجه شود که ارایه دهنده خدمت باید با جلب اعتماد مراجعه کننده به وی اطمینان دهد که قصد تعیین تکلیف برای او و خانواده وی را ندارد.

باروری یکی از مهمترین اتفاقات زندگی مشترک برای هر زوج است و داشتن فرزند بر استحکام خانواده می افزاید. توجه به زمان فرزند آوری یکی از نکات مهم در باروری سالم است. سن مادر یکی از مهم ترین عوامل باروری سالم بوده و با افزایش سن علاوه بر کاهش شانس باروری موفق، احتمال مشکلات سلامت مادر و جنین و مشکلات دوران بارداری و هنگام زایمان افزایش خواهد داشت. متاسفانه تاخیر در فرزندآوری در ۱۰ تا ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است و این مسئله با افزایش خطر ناباروری، عوارض حاملگی و عوارض جنینی همراه است.

میزان باروری خانم ها با سن ارتباط نزدیک دارد و معمولاً قدرت باروری با افزایش سن کاهش می یابد. دوران باروری دختران با اولین تخمک گذاری و قاعدگی شروع می شود. دختران در ابتدای نوجوانی اغلب قاعدگی نامنظمی دارند که ناشی از تخمک گذاری نامنظم است. قاعدگی از حدود سن ۱۶ سالگی، با منظم شدن تخمک گذاری تثبیت می شود. دوره های قاعدگی یک خانم از سن ۲۶ تا ۳۵ سالگی تقریباً ثابت باقی می ماند. زنان با افزایش سن بتدریج تاخیر در قاعدگی را به دلیل عدم تخمک گذاری تجربه خواهند نمود. در نهایت قاعدگی ها به طور فزاینده ای نامنظم و در نهایت پس از گذشت زمانی به طور کامل متوقف می شوند. همچنین بتدریج در این دوره (از سن ۳۵ تا ۴۰ سالگی) ذخیره تخمک کاهش می یابد. این کاهش در حدود ۴۰ تا ۴۵ سالگی به حداکثر خود می رسد، به نحوی که خانم ها در حوالی سن یائسگی و پس از آن دیگر قادر به بارداری نخواهند بود .

امروزه ناباروری وابسته به سن به دلایل مختلف دیده می شود. بسیاری از خانم ها ازدواج خود را تا حدود ۲۵ تا ۳۰ سالگی به تاخیر می اندازند. این مساله همراه با تاخیر در تولد اولین فرزند، موجب کاهش در تعداد فرزندان می شود که هر خانواده می خواهد و بنابراین تعداد فرزند دلخواه یک خانواده تحت تاثیر قرار خواهد گرفت. اگرچه وضعیت بهداشت، سلامت و مراقبت دوران بارداری امروزه بهبود یافته است، ولی این امر تاثیری بر روند کاهش توان باروری مرتبط با افزایش سن ندارد.

باروری و افزایش سن مادر: با افزایش سن توان باروری به تدریج کاهش می یابد این مساله از سن ۳۰ سالگی شروع می شود ولی بعد از ۳۵ سالگی کاهش باروری بیشتر است. به طوری که در یک ماه شانس بارداری یک خانم ۳۰ ساله که تمایل به بارداری داشته باشد ۲۰ درصد است این بدان معنا است که از هر ۱۰۰ زن ۳۰ ساله بارور که تمایل به بارداری دارند (در یک دوره یا سیکل) ۲۰ خانم در آن دوره باردار شده و ۸۰ خانم باید مجدداً برای بارداری تلاش نمایند.

شانس بارداری در هر سیکل در سن ۴۰ سالگی به کمتر از ۵ درصد کاهش می یابد. باید به یاد داشت که زنان تا یائسگی بارور باقی نمی مانند. سن متوسط یائسگی حدود ۵۱ سالگی است، ولی بیشتر زنان بعد از حدود ۴۵ سالگی نمی توانند بارداری موفقیت آمیزی داشته باشند.

کیفیت تخمک: ذکر این نکته ضروری است که کاهش باروری به دنبال افزایش سن ناشی از کاهش تعداد و کیفیت تخمک ها است. ممکن است توان کم باروری یا سقط مکرر در یک خانم ناشی از کیفیت پایین تخمک به دلیل افزایش سن باشد. این تغییرات به ویژه زمانی که سن خانم به میانه تا انتهای دهه چهارم زندگی می رسد دیده می شود.

بنابراین سن خانم یکی از دقیق ترین راهنماها برای بررسی کیفیت تخمک است. وقتی که سن زن افزایش می یابد، تعداد تخمک های با کروموزوم بیشتر (تخمک های غیرعادی) زیاد شده و این بدان معناست که احتمال تشکیل سلول تخم با تعداد کروموزوم بیشتر (جنین های غیر طبیعی) بالا می رود.

شرایط جسمانی مادر: در موارد بارداری با سن بالای مادر، به علت تغییرات فیزیولوژیک در کلیه و قلب و بروز برخی بیماری های مزمن مانند فشارخون و بیماری قند، حاملگی های پرخطر افزایش می یابد. زیرا بارداری موجب تشدید بیماری های مزمن و حتی نهفته می گردد که در برخی موارد به منظور حفظ سلامت مادر، مانع از ادامه بارداری و به نتیجه رسیدن آن می شود. شدت این مخاطرات در بارداری های چندقلویی افزایش می یابد.

باروری و افزایش سن در مردان: شواهدی وجود دارد که نشان می دهد با افزایش سن آقایان، از حجم مایع منی و همچنین کیفیت اسپرم از نظر حرکت و شکل طبیعی و قدرت باروری کاسته می شود. به نحوی که زمان مورد نیاز برای بارداری همسر در مردان بالای ۴۵ سال ۵ برابر مردان ۲۵ ساله است. همچنین افزایش سن مردان با افزایش مشکلات کروموزومی اسپرم همراه بوده و برخی مطالعات نشان داده اند شانس ابتلای به برخی بیماری های شدید روانی (مانند اسکیزوفرنی) و اوتیسم را در فرزندان بیشتر می کند.

با افزایش سن مرد، بیضه ها کوچکتر شده، شکل اسپرم تغییر یافته و حرکت آن کاهش می یابد.

از طرف دیگر افزایش سن مردان سبب بیماری هایی می شود که روی عملکرد جنسی و باروری مرد اثر گذار خواهد بود.

اگر مردی مشکلاتی از قبیل کاهش میل جنسی یا نعوظ را داشته باشد، نیازمند مراجعه به مربیان ادواج است.

توصیه ها:

با توجه به اهمیت بارداری در زمان مناسب برای خانواده و برای پیشگیری و کاهش مشکلات ناشی از به تاخیر انداختن آن موارد زیر را مد نظر قرار دهید:

۱- خانم هایی که تولد فرزند را به تاخیر می اندازند در خطر ناباروری هستند و توان باروری در خانم ها از سن ۳۵ سالگی به طور مشخصی کاهش پیدا می کند .

۲- در زوجینی که به مدت یک سال خواهان فرزند بوده و نزدیکی منظم بدون استفاده از روش پیشگیری از بارداری داشته اند و باردار نشده اند بایستی بررسی از نظر ناباروری صورت گیرد. در خانم های بالاتر از ۳۵ سال، این بررسی باید بعد از ۶ ماه صورت گیرد.

۳- زوجین باید آگاهی داشته باشند که با افزایش سن آقایان کیفیت نطفه مرد و توان باروری کاهش و خطر اختلالات ژنتیکی افزایش می یابد.

۴- تاخیر در فرزندآوری با عوارض بارداری و زایمان همراه است و خانواده هایی که در سنین بالا اقدام به فرزندآوری می کنند باید به این مسایل دقت داشته باشند و از مراقبت های لازم برخوردار شوند.

۵- هر فردی که در سنین باروری است بایستی در زمینه عوارض بارداری ناشی از بالا رفتن سن آگاه باشد تا آگاهانه در زمینه زمان فرزند آوری تصمیم بگیرد.

تک فرزند: به زوجی تک فرزند اطلاق میشود که دارای یک فرزند بیش از ۲۴ ماه باشند این زوج ممکن است تمایل به داشتن تنها همین یک فرزند را داشته باشند بدیهی است آموزش های لازم برای پیشگیری از تک فرزندی و پیامدهای ناشی از آن امری ضروری است.

فرزندآوری در فرهنگ ایرانی اسلامی ما یک ارزش محسوب می شود. ارزشی که منطبق بر فطرت و غریزه انسانی است و برای تداوم نسل و بقای وی ضروری است و نیز همان ارزشی است که سبب می شود زوجین نابارور، حل مشکل ناباروری و نداشتن فرزند خود را به عنوان یکی از اساسی ترین اولویت های خود پیگیری نمایند.

بررسی‌های کشوری نیز نشان می‌دهد که زوجین ایرانی تمایل به داشتن بیش از ۲ فرزند دارند. تحقیق کشوری انجام شده در سال ۱۳۹۳ نشان داد: زوج‌هایی که تازه ازدواج می‌کنند خواهان داشتن ۲,۳ فرزند هستند.^۱ نتیجه نظرسنجی از زوجین ایرانی که ۶-۵ سال از ازدواج آن‌ها گذشته است نشان می‌دهد که تمایل به داشتن ۲,۸ فرزند دارند.^۲ در حال حاضر حدود ۱۹ درصد خانواده‌های کشور تک فرزند هستند. در خیلی از موارد غفلت از فرزندآوری به موقع باعث می‌شود که خانواده‌ها نتوانند به تعداد فرزند دلخواه خود دست یابند.

با توجه به مطالبی که در خصوص تاثیر سن بر باروری زنان و مردان گفته شده است باید این مسئله مد نظر قرار گیرد که همه زوج‌ها در اولین فرصت ممکن به تعداد فرزند دلخواه خود دست یافته و از تاخیرهای بدون دلیل پرهیز کنند. به یاد داشته باشیم که از دست دادن فرصت‌های خوب، همیشه قابل جبران نیست.

لازم است بدانید بررسی‌های علمی ثابت کرده است که بهترین فاصله بین فرزندان ۳ سال است که به نفع سلامتی مادر، جنین و فرزندان است و فاصله‌های کوتاه‌تر و طولانی‌تر از آن می‌تواند پیامدهای خاص خود را برای کودک، مادر و خانواده به دنبال داشته باشد. احتمال تک‌فرزندی با افزایش تحصیلات و اشتغال زنان افزایش می‌یابد. تک‌فرزندی از جنبه‌های مختلفی در سطح خانواده و جامعه قابل بررسی است. در زیر به برخی از آنها اشاره می‌شود:

برخی از تصورات ممکن درباره فواید تک‌فرزندی

- ✓ ارتباط بهتر با والدین به دلیل وابستگی بیشتر به آن‌ها
- ✓ صمیمیت عمیق والدین با تک‌فرزند
- ✓ انجام کارها به بهترین شکل
- ✓ اعتماد به نفس بالاتر کودک
- ✓ بهره‌مندی از توجه کامل و بی‌وقفه خانواده
- ✓ عدم نیاز به رقابت با خواهر و برادران برای جلب توجه والدین
- ✓ عدم مقایسه با خواهر و برادر
- ✓ دریافت امکانات رفاهی بیشتر
- ✓ دریافت وقت و توجه بیشتر والدین

برخی از این موارد اگر چه به ظاهر می‌توانند به عنوان محاسن تک‌فرزندی تصور شوند، اما در حقیقت جزو معایب هستند. زیرا معمولاً این کودکان بدون رقابت با خواهر/برادر و بدون زحمت زیاد به خواسته‌های خود می‌رسند و از این رو زمانی که در کشاکش زندگی با نا کامی روبرو شوند آسیب‌پذیری بیشتری خواهند داشت.

^۱بیش از دو فرزند

^۲نزدیک به سه فرزند

معایب تک فرزندی از دو بعد خانواده و جامعه که باید متناسب با نیاز خانواده های تک فرزند به آن ها گفته شود^۳.
از بعد خانواده:

ممکن است کودک شما احساس کند که:

- ✓ تنها است.
- ✓ نمی تواند با خواهر/ برادر خود تعامل داشته باشد.
- ✓ در خانه ای که زندگی می کند فضای کودکی وجود ندارد، چون همیشه تعداد بزرگسالان بیشتر از کودکان است.
- ✓ برای بهتر بودن در درس و دیگر فعالیت ها تحت فشار بیشتری از طرف خانواده است.
- ✓ به خاطر دلواپسی های بیش از حدی که والدین برای محافظت از او دارند، از آزادی های لازم و متناسب سن خود برخوردار نیست.

ممکن است فرزند شما:

- ✓ به دلیل توجه زیاد پدر و مادر و سایر بستگان نزدیک از اعتماد به نفس کمتری برخوردار باشد.
- ✓ به دلیل نداشتن خواهر/ برادر فرصت تجربه برخی از احساسات و چگونگی کنترل و مدیریت آن ها را نداشته باشد.
- ✓ به دلیل نداشتن ارتباط با خواهر/ برادر در ذهن و خیال خود با دوستان خیالی بازی کند.
- ✓ بخاطر مراقبت بیش از حد پدر و مادر، از دخالت آنها در کارش خسته شود.
- ✓ به دلیل نداشتن برادر/ خواهر و ارتباط با آن ها تمایل (بیش از حد) به اسباب بازی و حیوانات داشته باشد.
- ✓ تحمل کمتر و حساسیت بیشتر نسبت به رفتار دیگران داشته باشد (انتظار رفتار خلاف خواسته خود را نداشته و معمولاً هر مخالفت را بدون دلیل و به خاطر نیتی خاص تفسیر می کند).
- ✓ به دلیل ارتباط کمتر با کودکان و تماس بیشتر با بزرگسالان، مقتضای کودکی خود را بروز ندهد و رفتاری مانند بزرگسالان داشته باشد (نتواند آن گونه که لازم است بچگی کند).
- ✓ به دلیل خود محوری، سخت تر با دیگران ارتباط برقرار کند/ دوست پیدا کند.
- ✓ به دلیل نداشتن الگویی از جنس مخالف در خانواده، آسیب پذیری بیشتر از لحاظ جنسی و روابط اجتماعی داشته باشد

نکات مورد توجه در زمینه آموزش برای تولد فرزند دوم به بعد:

زوجی که دارای حداقل دو فرزند می باشند باید به این نکته توجه داشته باشند که در صورت تمایل به داشتن فرزند دیگر بهترین زمان فاصله بین فرزندان ۲ سال است به عبارت دیگر به آنها باید این مسئله تبیین شود که این فاصله را به تاخیر نیندازند برخی از عوارض ناشی از تاخیر در به دنیا آوردن فرزندان بعدی به شرح ذیل می باشند

۱. احتمال ناباروری ثانویه با افزایش سن فرزند آوری به دلیل

- افزایش سن و کاهش ذخیره تخمدانی
- اختلالات تخمک گذاری : مثل تخمدان پلی کیستیک

^۳با توجه به اینکه اطلاعات خانواده های تک فرزند در مورد پیامدهای این امر باید در طول زمان افزایش یابد، تاکید می گردد که در هر جلسه مراجعه و مشاوره چند عنوان از این موارد به بحث گذاشته شود. با بکارگیری تکنیک های مشاوره و در اختیار دادن بسته های آموزشی پیامدها و مشکلات تک فرزندی، پذیرش و اشتیاق مراجعه کننده جهت دریافت اطلاعات بیشتر و همچنین تصمیم گیری درست ترغیب نماید.

- اندومتريوز
- بيماری خود ایمنی و بيماری تیروئید
- عدم تعادل هورمونی
- مشکلات ساختمانی مثل چسبندگی لوله رحم در اثر باقیماندن جفت یا سزارین قبلی
- شیوه زندگی : افزایش وزن- سیگار مصرف زیاد الکل
- افزایش وزن

همانطور که می دانیم با افزایش سن و پس از بارداری اول احتمال افزایش وزن و چاقی در خانم ها افزایش می یابد. هر چه وزن بالاتر باشد با مقاومت انسولین و شیوع بالاتر سندرم تخمدان پلی کیستیک و قاعدگی های نامرتب همراه خواهد بود و این مسئله شرایط را برای ناباروری فراهم می آورد.

موارد مهمی که موجب اختلال در باروری نسبت به بارداری اولیه شده چیست ؟

مهمترین مسئله در این زمینه شیوه زندگی است و شما می توانید با توجه به نکات زیر و اصلاح موارد موجود شانس بارداری خود را افزایش دهید:

افزایش وزن بیش از حد مجاز

عادات غیر سالم مثل سیگار کشیدن و الکل

مصرف بیش از حد قهوه چای و کولا

استرس بیش از حد

عدم زمان کافی یا عدم تمایل برای روابط جنسی مناسب و مداوم

تغییرات الگوی عادات ماهیانه

فشار خون بالا یا دیابت

خستگی مزمن ناشی از مشغله زیاد

در صورت وجود هر یک از موارد فوق بهتر است نسبت به تغییر و اصلاح آن اقدام نماید.

خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر در زنان واجد شرایط

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
ارجاع فوری به پزشک /مراقب سلامت- ماما جهت بررسی مستندات بیماری، تایید دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر	شرایط دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر	احتمال داشتن شرایط استفاده از روش های موقت پیشگیری از بارداری پر خطر ^۴ با توجه به سوابق و مستندات همراه مراجعه کننده)
آموزش / مشاوره و ارایه خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر و مشاوره فرزندآوری برای پیشنهاد زمان مناسب بارداری با توجه به شرایط فرد	دارای شرایط دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر	دارای کودک زیر ۲۴ ماه
آموزش / مشاوره و ارایه خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر. در مورد سن زیر ۱۸، مشاوره فرزندآوری برای پیشنهاد زمان مناسب بارداری با توجه به شرایط فرد و در مورد سن بالای ۳۵ و داشتن حداقل ۳ فرزند، استفاده از روش های پیشگیری از بارداری پر خطر		سن زیر ۱۸ سال / سن بالای ۳۵ سال با حداقل سه فرزند
آموزش / مشاوره و ارایه خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر و کاندوم و ارجاع به بخش رفتار پرخطر		رفتار پرخطر و اعتیاد
بررسی از نظر ناباروری	شک به ناباروری	هیچکدام از موارد فوق ، بدون فرزند و گذشت بیش از ۲۴ ماه از ازدواج
آموزش و مشاوره فرزندآوری	واجد شرایط فرزند آوری	هیچکدام از موارد فوق با سن آخرین فرزند بیش از ۲۴ ماه

گروه بندی و اقدام

ارزیابی
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده <u>سوال کنید:</u>
تاریخ ازدواج، سن ازدواج، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد مرده زایی، تعداد فرزندان زنده، سن آخرین فرزند برحسب ماه
<u>اندازه گیری کنید^۴:</u> فشار خون شاخص توده بدنی

شرایط استفاده از روش های پیشگیری از بارداری پرخطر، عبارتند از: بیماری های قلبی (ایسکمی، دریجه ای، ناهنجاری های مادرزادی، نارسایی)، آسم، فشارخون بالا، فشارخون غیر قابل کنترل با دارو، بیماری مزمن کلیه، پیوند کلیه، نارسایی کلیه، دیابت یا بیماری تیروئید، بیماری بافت همبند، لوپوس، صرع، ام اس ناتوان کننده، سل، ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری ایدز شده اند، بیماری های روانی، عقب افتادگی ذهنی، آنمی سیکل سل، آنمی فقر آهن، مصرف داروهای تراتوژن، شیمی درمانی، پرتودرمانی، ...

راهنمای خدمت آموزش و مشاوره پیشگیری از بارداری پرخطر در زنان واجد شرایط – دارای کودک کمتر از ۲۴ ماه

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
ارجاع به مراقب سلامت – ماما	نیاز به ارجاع	انتخاب روش IUD
بررسی از نظر واجد شرایط بودن دریافت روش قرص پروژسترونی لاینسترنول	شروع روش / مراقبت اول	انتخاب روش قرص پروژسترونی لاینسترنول
بررسی از نظر واجد شرایط بودن دریافت روش آمپول / قرص های ترکیبی		انتخاب قرص های ترکیبی / آمپول یک ماهه
بررسی از نظر واجد شرایط بودن دریافت روش آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA)		انتخاب روش آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA)
بررسی از نظر واجد شرایط بودن دریافت روش کاندوم		انتخاب روش کاندوم

گروه بندی و اقدام

ارزیابی

سوال کنید:

زمان و نوع زایمان، سابقه استفاده از روش، محل دریافت خدمات، عوارض، تجربه استفاده از وسایل، اطلاعات کلی در مورد هر روش، بررسی وضعیت شیردهی^۵ و سن کودک

اندازه گیری کنید^۴:

فشار خون
شاخص توده بدنی

راهنمایی کنید

ارائه اطلاعات کلی در مورد همه روشها
انتخاب روش مورد نظر
ارائه اطلاعات بیشتر در مورد روش
ارائه مراقبت مورد نیاز

^۵ رجوع به بسته ی خدمات سلامت نوزادان و کودکان

خدمت آموزش و مشاوره پیشگیری از بارداری پرخطر در زنان واجد شرایط- زنان زیر ۱۸ سال / زنان بالای ۳۵ سال با بیش از سه فرزند / زنان مشکوک با رفتار پرخطر و دارای اعتیاد

ارزیابی

سوال کنید:

زمان و نوع زایمان، سابقه استفاده از روش، محل دریافت خدمات، عوارض، تجربه استفاده از وسایل، اطلاعات کلی در مورد هر روش، وضعیت رابطه جنسی

اندازه گیری کنید^۴:

فشار خون و شاخص توده بدنی

راهنمایی کنید

ارائه اطلاعات کلی در مورد همه روش ها
انتخاب روش مورد نظر، و ارائه اطلاعات کامل تر
انتخاب روش و ارائه مراقبت لازم

گروه بندی و اقدام

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
ارجاع به پزشک / ماما	نیاز به ارجاع	انتخاب روش IUD
رجوع به بخش روش قرص / آمپول تری فازیک	شروع روش و مراقبت اول	انتخاب قرص / آمپول تری فازیک
رجوع به بخش روش دپومدروکسی پروژسترون		انتخاب روش دپومدروکسی پروژسترون
رجوع به بخش روش کاندوم و جهت بررسی بیشتر ارجاع به مراقب سلامت- ماما		انتخاب روش کاندوم در زنان پرخطر

راهنمای خدمت آموزش و مشاوره پیشگیری از بارداری پرخطر در زنان واجد شرایط - مراقب سلامت

با توجه به رویکرد ارتقای نرخ باروری کلی بر اساس سیاست های ابلاغی جمعیت مبنی بر حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک، هدف مراقبین سلامت به عنوان ارایه دهندگان خدمت میبایست بدین گونه باشد که بر اساس ارزیابی شرایط مراجعه کننده، وضعیت او را از لحاظ واجد شرایط بودن فرزند آوری (در چارچوب سلامت) بررسی نموده و فرآیند خدمت را با ارایه اطلاعات لازم درباره سلامت باروری و فرزندآوری آغاز نماید.

توصیه های جدی:

- می بایست به تمام زنان مراجعه کننده خدمات باروری که واجد شرایط استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر نیستند، آموزش و مشاوره فرزندآوری ارائه گردد و در صورت عدم تمایل به فرزندآوری به مراقب سلامت - ماما/پزشک ارجاع صورت گیرد.
- برای تمام مراجعین به این سطح، ضروری است بعد از شروع روش، تحت مراقبت های دوره ای مراقب سلامت - ماما قرار گیرند و بر اساس پسخوراند ایشان، مراقبت بعدی ارائه گردد.
- در جریان مشاوره پیشگیری از بارداری پرخطر، می بایست انتخاب یک روش موثر و ایمن به جد تاکید گردد. بنابراین در انتخاب روش ها، القای یک روش خاص مانند کاندوم، می تواند کیفیت خدمات را زیر سوال برد. در مواردی روش کاندوم به عنوان روش تکمیلی پیشنهاد می شود. بدینصورت که طبق راهنمای خدمات، در صورتی که روش انتخابی IUD، قرص و یا ... باشد استفاده از کاندوم نیز در زمان هایی مانند شروع استفاده از روش، فراموشی مصرف قرص و (طبق دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری پرخطر)، توصیه میشود.
- مراجعین پرخطر منجمله؛ سابقه زندان در خود و همسر، سابقه اعتیاد در فرد و همسر، فرد و یا همسر مشکوک یا مبتلا به اچ آی وی/ایدز حتما در انتخاب روش موثر و ایمن تاکید می گردد. علاوه، روش کاندوم هم به عنوان روش ایمن در پیشگیری از انتقال عفونت های آمیزشی در هر مراجعه توصیه می شود. زنان با رفتار پرخطر حتما طبق دستورعمل پیشگیری از اچ آی وی /ایدز ارجاع صورت گیرد و بر اساس پسخوراند مراقبت بعدی ارائه گردد. در صورت مستند دال بر ابتلا فرد به اچ آی وی/ایدز حتما به مراقب سلامت ماما ارجاع داده شود.
- در افراد مشکوک به ابتلا به عفونت های آمیزشی در صورتی که در سوابق درج شده در پرونده ابتلا به عفونت آمیزشی (کلامی، اچ آی وی، تریکومونا) قید شده باشد و یا مستندات دال بر این باشد که وی تحت درمان عفونت آمیزشی است، روش کاندوم در هر مراجعه توصیه می شود و جهت بررسی بیشتر به مراقب سلامت - ماما/پزشک ارجاع شده و ادامه مراقبت بعدی بر اساس پسخوراند (ابتلا به عفونت آمیزشی) صورت خواهد گرفت. بدیهی است این فرد بعد از تکمیل دوره درمان، می بایست تحت آموزش فرزندآوری و باروری قرار گیرد.
- در صورتیکه فرد متقاضی استفاده از روش اورژانس پیشگیری از بارداری پرخطر باشد، بعد از بررسی وی از نظر واجد شرایط بودن دریافت خدمات پیشگیری از بارداری اورژانس، این خدمت ارائه خواهد شد و آموزش و مشاوره جهت استفاده از روش ایمن برای این فرد صورت خواهد پذیرفت. در صورتی که فرد واجد شرایط دریافت این خدمت نباشد، به وی آموزش فرزندآوری و آموزش پیشگیری از سقط القایی ارایه شده و در صورت نیاز به بررسی بیشتر، می بایست وی را ارجاع داد.

- مطابق با بخش راهنمای خدمات همه زنانی که سابقه بیماری های جدی قلبی - عروقی ، داخلی و دارند لازم است به مراقب سلامت - ماما / پزشک ارجاع داده شوند و در صورت بروز عوارض ناشی از مصرف روش های پیشگیری از بارداری پرخطر نیز ضروری است به فرد کمک شود تا یک روش مطمئن و ایمن را انتخاب نماید. در صورت اصرار فرد به استفاده از روش های غیر مطمئن و نامناسب، می بایست وی را به مراقب سلامت - ماما / پزشک ارجاع داد.

خدمت قرص پیشگیری از بارداری دوران شیردهی (لایسنرنول) در زنان واجد شرایط - مراقبت های مراجعه اول

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
عدم تجویز قرص، مشاوره در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر	منع مصرف دارد	داشتن حداقل یک مورد از موارد منع مصرف مطلق موارد منع مصرف مطلق شامل: ابتلای فعلی به مشکل لخته شدن خون در وریدهای عمقی - آمبولی، سابقه/ ابتلای به سرطان پستان، خونریزی غیر طبیعی رحمی، اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هیپاتیت و ...).
مشاوره در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر. در صورت اصرار فرد به استفاده از این روش ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک برای بررسی بیشتر.	نیازمند بررسی بیشتر	نداشتن منع مصرف مطلق و داشتن حداقل یک مورد منع مصرف نسبی موارد منع مصرف نسبی شامل: سابقه بارداری خارج رحمی، وزن بیش از ۷۰ کیلوگرم، فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)، سابقه کلستاز بارداری، مصرف همزمان داروی ضد تشنج، ریفامپین، گریزوفولین.
آموزش نحوه مصرف روش، موارد فراموشی، علائم هشدار و عوارض احتمالی- ارائه روش (طبق راهنما /ضمیمه)	منع مصرف ندارد	نداشتن موارد منع مصرف مطلق و نسبی و زمان مناسب جهت استفاده از روش

گروه بندی و اقدام

تشکیل پرونده در ملاقات اول

گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت باروری سالم

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت

مراجعه کننده

سوال کنید:

بررسی وضعیت باروری (زمان قاعدگی/پس از زایمان (طبیعی، سزارین) پس از سقط* یا کورتاژ/آخرین روش پیشگیری)

اندازه گیری کنید:

وزن

فشارخون

بررسی کنید:

بررسی های لازم، حسب وجود نکته ای خاص در شرح حال

خدمت قرص پیشگیری از بارداری دوران شیردهی (لایسنترنول) در زنان واجد شرایط – زمان شروع

اقدام	زمان شروع مصرف
ارایه روش و بیان نکات آموزشی لازم	شش هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین (در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر)
ارایه روش و بیان نکات آموزشی ^۲ لازم (شروع استفاده از روش، ترجیحا" در روز اول)	بازگشت قاعدگی (۵ روز اول خونریزی قاعدگی -روز اول تا روز پنجم) و تغذیه انحصاری با شیر مادر
ارجاع به مراقب سلامت- ماما برای بررسی بارداری با درخواست آزمایش B-hcG و ارایه خدمت لایسنترنول در صورت عدم بارداری	سایر زمان ها
در صورت مصرف قرص ترکیبی، شروع لایسنترنول بلافاصله پس از قطع قرص ترکیبی بدون نیاز به استفاده از کانوم	تغییر از سایر روش ها (در صورت گذشت کمتر از ۶ ماه از زمان زایمان): قرص های ترکیبی، آمپول سه ماهه، کاندوم، آی یو دی
در صورت استفاده از آمپول سه ماهه: شروع خوردن قرص لایسنترنول در زمان تزریق دوز بعدی یا حداکثر یک هفته بعد از آن بدون نیاز به استفاده از کاندوم. در صورت تاخیر بیشتر از یک هفته از زمان تزریق دوز بعدی آمپول، استفاده از کاندوم به مدت یک هفته.	
در صورت استفاده از کاندوم یا آی یو دی: شروع استفاده از قرص لایسنترنول در پنج روز اول قاعدگی. در غیر اینصورت استفاده از کاندوم به مدت یک هفته.	

خدمت قرص پیشگیری از بارداری دوران شیردهی (لایسنرنول) در زنان واجد شرایط – مراقبت های دوره ای

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
ارجاع فوری به متخصص زنان و یا بیمارستان	مشکل جدی احتمالی	احتمال پارگی کیست های تخمدانی، حاملگی خارج رحمی، خونریزی شدید، درد شدید قفسه سینه، زردی پوست و چشم، خونریزی نامرتبی رحمی.
ارجاع فوری به متخصص داخلی یا اعصاب		سر درد شدید (میگرن-سر درد های شدید همراه با تاری دید)
آموزش در خصوص رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم. در صورت ادامه یافتن مشکل، ارجاع فرد به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک	نیازمند بررسی بیشتر	حساس شدن پستان ها
ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک		سایر عوارض احتمالی
ادامه مصرف روش، آموزش و دریافت روش و یادآوری مراجعه زمان بعدی	مشکلی ندارد	نداشتن هیچیک از علائم هشدار و عوارض احتمالی
		رضایت از روش

گروه بندی و اقدام

بررسی پرونده و آشنایی با

وضعیت مراجعه کننده

سوال کنید:^۱

علائم هشدار

علائم نشان دهنده عارضه

رضایت از روش

اندازه گیری کنید:

فشار خون^۴

وزن

تاکید کنید

اهمیت دریافت به موقع قرص

راهنمای ارایه خدمت قرص پیشگیری از بارداری دوران شیردهی (لاینسترنول)

- با توجه به پایین بودن میزان ماده موثره در قرص لاینسترنول، استفاده از این قرص منحصرأ در شش ماه اول تولد و همزمان با شیردهی مادر ممکن خواهد بود. برای پیشگیری از بارداری در خانم های با منع مصرف استروژن می توان از سایر روش های پیشگیری از بارداری بدون هورمون یا آمپول های پیشگیری از بارداری پروژسترونی استفاده کرد.
- عارضه های زیر به ندرت مشاهده می شوند. اگر شک به بروز هر کدام از این عارضه ها وجود داشته باشد، ارجاع به سطح بالاتر مطابق آنچه نوشته شده است ضرورت خواهد داشت.
- برای بررسی اختلالات مزمن یا حاد کبدی، از مراجعه کننده وجود علائمی مانند زردی، خستگی، خارش، درد یک چهارم فوقانی سمت راست شکم، اتساع شکمی، ضعف، تهوع، تیره شدن ادرار، روشن شدن مدفوع، پف آلودگی صورت بررسی شود.
- درباره سابقه کلستاز بارداری، از مراجعه کننده وجود علائمی مانند خارش پوستی در ماه های دوم و سوم دوران بارداری پرسیده شود.
- استفاده از داروهای ضد تشنج و ریفامپین منع مصرف نسبی برای استفاده از ترکیبات پروژسترونی خوراکی پیشگیری از بارداری است. در صورت اجبار به استفاده از پروژسترون های خوراکی، مصرف روزانه دو قرص (با نظر پزشک) توصیه می شود.
- در صورت وزن بیشتر از ۷۰ کیلوگرم یا فشارخون بالاتر از ۱۶۰/۱۰۰، بهتر است فرد از لاینسترنول استفاده نکند.
- در صورت هر گونه شک به کیست تخمدان و حاملگی خارج رحمی، می بایست فرد را به متخصص زنان ارجاع داده شود
- وزن و فشار خون توسط مراقب سلامت در زمان های مقتضی (ماهانه) اندازه گیری و پاسخ عددی آنها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه خواهد شد. در صورت وزن بیشتر از ۷۰ کیلوگرم یا فشار خون بالاتر از ۱۶۰/۱۰۰ منع مصرف نسبی دارد و بهتر است متقاضی خدمت از این روش استفاده نکند.

توصیه و آموزش ها:

- هرلیستر لاینسترنول ۲۸ قرص دارد که باید هر شب یک عدد از آن راس ساعت معینی خورده شود. فرد استفاده کننده از لاینسترنول باید تشویق شود تا خوردن قرص را با یک کار مداوم هر روزه مانند مسواک زدن، نماز خواندن و ... هماهنگ نماید. شروع مصرف بسته بعدی قرص، بلافاصله پس از پایان بسته قبلی بین مصرف دو بسته قرص نباید هیچ فاصله زمانی وجود داشته باشد.
- فراموشی مصرف یک قرص تا ۳ ساعت مسئله ای نبوده و ضمن خوردن قرص فراموش شده (تا ۳ ساعت)، آموزش و تاکید برای خوردن قرص بعدی در ساعت مقرر لازم است.
- در صورتی که مصرف یک قرص بیش از ۳ ساعت به تاخیر افتد و یا خوردن یک قرص تا نوبت بعدی فراموش شود، قرص فراموش شده هر زمان که به یاد آید، خورده شده و قرص نوبت بعدی نیز تعیین شده خورده خواهد شد. ضمناً تا ۲ روز هم از کاندوم استفاده شود.
- در صورتی که مصرف ۲ قرص (۲ روز متوالی) فراموش شود باید به محض به یاد آوردن، قرص ها ی فراموش شده یکجا خورده شده و بقیه قرص ها ادامه یافته و تا ۷ روز از کاندوم هم استفاده شود. در صورت قاعده نشدن در مدت ۶-۴ هفته پس از فراموشی، بررسی بارداری لازم است. در صورت داشتن نزدیکی محافظت نشده در این دو روز از EC استفاده شود. پس از گذشت سه هفته باید بررسی های لازم برای تعیین وضعیت بارداری انجام شود.
- در صورت فراموشی سه قرص متوالی و بیشتر داشتن نزدیکی محافظت نشده در عرض ۱۲۰ ساعت گذشته، تجویز EC و مشاوره برای انتخاب روش مناسب دیگر صورت گیرد. در صورتی که از نزدیکی محافظت نشده در زمان عدم مصرف قرص، بیش از ۱۲۰ ساعت ارجاع به مراقب سلامت- ماما برای درخواست آزمایش بارداری(B-hCG) ضروری است. تا مشخص شدن جواب آزمایش استفاده از کاندوم ضروری است.

پیگیری:

- با توجه به اینکه استفاده از این روش حداکثر تا شش ماهگی کودک (و همزمان با شیردهی)، مجاز است. پیگیری و بررسی های لازم در فاصله های زمانی سه ماهه انجام می شود.
- در صورت نبودن عارضه برای مصرف کننده و داشتن موجودی کافی در محل ارایه خدمت، می توان چند بسته قرص در اختیار متقاضی قرار داد.
- به گیرنده خدمت اطمینان دهید که هر زمانی که مایل باشد می تواند برای دریافت کمک، راهنمایی و یا تغییر روش مراجعه نماید.
- از آگاهی و توانایی مصرف کننده در شناخت علائم هشدار به گونه ای اطمینان حاصل نمایید که در صورت رویارویی با هر یک از علائم بدانند که می بایست به بیمارستان و یا نزدیک ترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نماید.
- در هر بار مراجعه، درباره رضایت مصرف کننده از روش، طریقه مصرف و یا مشکلات احتمالی سوال کنید.

خدمات آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA) در زنان واجد شرایط - مراقبت های مراجعه اول

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
عدم ارایه روش DMPA، آموزش / مشاوره در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر	منع مصرف مطلق	داشتن حداقل یک مورد از موارد منع مصرف مطلق فشارخون کنترل نشده، خونریزی از دستگاه تناسلی بدون علت مشخص، سابقه تومور کبدی، سرطان پستان، اختلالات شدید انعقادی، سابقه سکنه مغزی، ترومبوآمبولی فعلی
آموزش / مشاوره در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر. در صورت اصرار فرد به استفاده از این روش، ارجاع به مراقب سلامت - ماما یا پزشک برای ارزیابی بیشتر.	نیازمند بررسی بیشتر	نداشتن منع مصرف مطلق و داشتن حداقل یک مورد منع مصرف نسبی تمایل به برگشت سریع باروری، ابتلا به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر، مشکلات مرتبط با تزریق (ترس، ...، چاقی (BMI ۳۰)، فشارخون کنترل شده، سن زیر ۱۶ سال.
آموزش نحوه استفاده از روش، موارد فراموشی، علایم هشدار و عوارض احتمالی، ارایه روش (طبق دستورالعمل)	منع مصرف ندارد	نداشتن موارد منع مصرف مطلق و نسبی

گروه بندی و اقدام

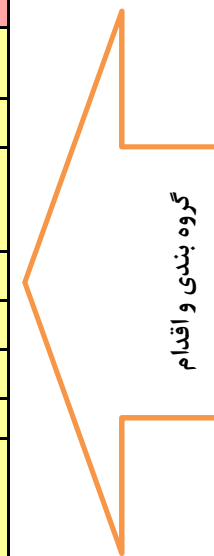
ارزیابی
<p><u>تشکیل پرونده در ملاقات اول</u></p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت باروری سالم</p> <p><u>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده</u></p> <p><u>سوال کنید:</u></p> <p>وضعیت زمان باروری (زمان قاعدگی) / پس از زایمان / مادران شیرده و یا غیر شیرده) پس از سقط یا کورتاژ رضایت از روش</p> <p><u>اندازه گیری کنید؟:</u></p> <p>فشار خون (سالانه)</p> <p>وزن (برای کنترل BMI) در هر بار مراجعه</p> <p>اندازه گیری لیپو پروفایل / ارجاع برای HDL و LDL (سالانه)</p>

خدمت آمبول پروژسترونی سه ماهه (DMPA) در زنان واجد شرایط – زمان شروع

اقدام	زمان شروع مصرف
ارایه روش و بیان نکات آموزشی ^۲ لازم (شروع استفاده از روش، ترجیحا ^۱ در روز اول) استفاده از کاندوم تا یک هفته	در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی (روز اول تا روز پنجم)
اولین تزریق DMPA تا ۳ هفته پس از آن بدون نیاز به برگشت قاعدگی	پس از زایمان، مادر غیر شیرده
اولین تزریق تا ۵ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم. تزریق DMPA پس از این فاصل زمانی (۵ روز) منوط به دریافت پاسخ منفی تست بارداری B-hCG و رعایت سایر شرایط	پس از سقط
در صورت قاعده نشدن و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، آغاز تزریق ۶ هفته پس از زایمان.	پس از زایمان درمادران شیرده
در صورت قاعده شدن، تزریق در یکی از پنج روز اول قاعدگی و استفاده از کاندوم تا یک هفته	
در صورت مراجعه در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی، تزریق DMPA بلافاصله و استفاده از کاندوم تا یک هفته.	به دنبال قطع روش
در صورت مراجعه فرد در هر زمانی غیر از ۵ روز اول خونریزی قاعدگی، استفاده از کاندوم تا فرارسیدن دوره قاعدگی بعدی و سپس تزریق DMPA بر اساس دستورالعمل.	تمایل مادر شیرده دارای فرزند کوچکتر از ۶ ماه به استفاده از لاینسترنول

خدمت آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA) در زنان واجد شرایط – مراقبت های دوره ای

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
ارجاع فوری به بیمارستان	عوارض جدی احتمالی	افزایش فشار خون در حدی که نیازمند درمان باشد (فشارخون ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر از آن)، زردی چشم و پوست، سردرد شدید همراه با تاری دید- از بین رفتن موقت بینایی- برق زدن در چشم- اختلال تکلم یا حرکت، خونریزی شدید یا طولانی (دو برابر شدن مقدار یا مدت قاعدگی).
ارجاع به پزشک		نفخ شکم
ارجاع به متخصص زنان		سردرد و سرگیجه
آموزش در خصوص رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم. در صورت ادامه یافتن مشکل، ارجاع فرد به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک		حساسیت پستان ها
ارجاع به روانپزشک		کاهش میل جنسی
ارجاع به روانپزشک		تغییر خلق
ارجاع به متخصص جراحی		شک به بدخیمی پستان
آموزش در خصوص وجود این مشکل معمولاً در ماه های اول مصرف و از بین رفتن یا کاهش آن در عرض ۳-۲ ماه اول (رفع این عارضه گاه نیازمند زمانی معادل ۱۲-۶ ماه خواهد بود). در صورت تداوم مشکل ارجاع به متخصص زنان.	نیاز به بررسی بیشتر	تاخیر قاعدگی (درفرد دارای قاعدگی مرتب با DMPA) تاخیر بیش از دوهفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از روش قطع قاعدگی به دلیل تزریق آمپول و تاخیر بیش از دو هفته در تزریق بعدی قطع قاعدگی ^۲ لکه بینی یا خونریزی در طول دوره های قاعدگی
فشار خون در زمان های مقتضی (ماهانه) اندازه گیری و پاسخ عددی آنها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه شود. در صورت وجود مشکل در بررسی انجام شده، به سطح بعدی ارجاع داده شود.		تغییرات فشارخون
افزایش وزن بیشتر به دلیل آثار هورمون پروژسترون، افزایش اشتها و مصرف بیشتر مواد غذایی و ایجاد اثر آنابولیک بوده و معمولاً تا دو کیلوگرم در سال اول استفاده از DMPA گزارش شده است. این افزایش وزن با احتساب مایعات همراه نیست. در بررسی افزایش وزن باید سایر عوامل افزایش وزن را در نظر گرفت. مشکل افزایش وزن با رعایت رژیم غذایی و ورزش قابل رفع است.		تغییرات وزن
ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک برای ارزیابی خطر بیماری عروقی و یا اختلالات نادر لیپیدی مانند Familial Hyper Cholesterolemia		موارد لیپوپروفاایل غیرطبیعی
ادامه مصرف روش، آموزش و دریافت روش و یادآوری مراجعه زمان بعدی	مشکلی ندارد	نداشتن هیچیک از علائم هشدار و عوارض احتمالی و رضایت از روش



ارزیابی
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده
سوال کنید: علائم هشدار علائم نشان دهنده عارضه رضایت از روش
اندازه گیری کنید^۴: فشار خون (سالانه) وزن (برای کنترل BMI) در هر بار مراجعه ارجاع برای HDL و LDL (سالانه)
تاکید کنید تزریق DMPA هر سه ماه یکبار

راهنمای ارایه خدمت آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA)

- در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری است. اگر انجام معاینه های فوق در اولین مراجعه ممکن نباشد، می توان اولین نوبت DMPA را تزریق کرد. مراقب سلامت آموزش دیده قادر به انجام اولین تزریق بوده و باید به خاطر داشت که انجام معاینه های یاد شده حداکثر تا سه ماه پس از تزریق اول ضرورت دارد.
- در صورت قاعده نشدن و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و انتخاب DMPA بعنوان روش پیشگیری از بارداری، مصرف DMPA باید تا ۶ هفته پس از زایمان آغاز گردد. در صورت قاعده شدن، تزریق باید در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام شده و تا یک هفته نیز از کاندوم استفاده شود.
- توجه شود برای نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما از نظر موارد منع مصرف نسبی و مطلق، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد. با توجه به جواب آزمایش ها و دریافت نظر مراقب سلامت- ماما یا پزشک، مناسب بودن روش برای فرد مشخص خواهد شد. در صورتی که روش برای وی مناسب باشد، با توجه به زمان تزریق، نسبت به ارایه و یا تداوم ارایه خدمت، اقدام گردد.

توصیه و آموزش ها:

- باید تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری DMPA، یک هفته از کاندوم استفاده شود.
- توجه شود در صورت دادن یک بسته کاندوم به همراه EC، این عدد از تعداد کاندوم و EC انبار دارویی کم شود. همچنین برای نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما از نظر موارد منع مصرف نسبی و مطلق، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد.
- ممکن است بازگشت باروری در استفاده کنندگان از این روش پس از قطع روش، با تاخیر مواجه گردد. این تاخیر بطور معمول حدود ۹-۸ ماه پس از آخرین تزریق بطول می انجامد.
- تزریق DMPA ناباروری ایجاد نمی کند.
- اگر فرد نخواهد باردار شود و نیز مایل به استفاده از DMPA نباشد، علیرغم تاخیری که در بازگشت باروری با استفاده از DMPA پس از پایان مدت ۳ ماهه وجود دارد، در زمان تزریق بعدی باید استفاده از یک روش دیگر پیشگیری از بارداری را آغاز نماید.

تذکر زمان ارائه روش:

- یک آمپول ۱۵۰ میلی گرمی DMPA هر سه ماه یکبار تزریق می گردد.
- ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده DMPA، توجه شود که قبل از تزریق و برای بوجود آمدن سوسپانسیون یکنواخت، باید ویال یا آمپول را به شدت تکان داد.
- DMPA عضلانی (بالای عضله بازو یا باسن) و عمیق (با استفاده از سر سوزن بلند) تزریق می گردد. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.
- در صورت تاخیر بیش از ۲ هفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از این روش، بررسی احتمال بارداری و تذکر به استفاده از یک روش دیگر (مانند کاندوم) تا قاعدگی بعدی ضروری است. در صورت وجود آمنوره به دلیل تزریق آمپول و تاخیر بیش از ۲ هفته، تزریق بعدی پس از دریافت پاسخ منفی آزمایش β -hCG انجام خواهد شد.

پیگیری:

- به فرد تذکر داده شود که پس از سه ماه می بایست برای تزریق نوبت بعدی مراجعه نماید.
- اگر متقاضی در محدوده فاصله زمانی ۲ هفته زودتر و یا ۲ هفته دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، DMPA را تزریق کرد.
- در موارد قطع قاعدگی (آمنوره) در استفاده کنندگان از روش، به فرد اطمینان دهید که این مسئله (قطع خونریزی ماهانه- آمنوره) عادی و بی خطر می باشد و اینکه این حالت در اغلب استفاده کنندگان از DMPA در طول زمان اتفاق می افتد. هیچ دلیلی برای قطع استفاده از DMPA به دلیل تداوم آمنوره وجود ندارد. همچنین فرد باید مطمئن گردد که قطع قاعدگی به دلیل وجود بارداری یا از بین رفتن توان باروری نخواهد بود. در صورتی که قطع قاعدگی برای فرد آزار دهنده باشد، باید نسبت به تغییر روش پیشگیری از بارداری، اقدام نمود.
- در صورت بروز لکه بینی یا خونریزی بین دوره های قاعدگی، باید گیرنده خدمت از عادی، شایع و بی خطر بودن این عارضه اطمینان داشته باشد. اگر خونریزی ادامه داشته باشد، فرد را می بایست به مراقب سلامت- ماما یا پزشک ارجاع دهید.
- خونریزی قاعدگی شدید یا طولانی (مقدار خونریزی یا مدت آن دو برابر معمول باشد) نادر است اما در صورت وقوع مهم بوده و فرد باید به پزشک ارجاع داده شود.
- در پیگیری ها، فشارخون سالانه اندازه گیری و به تغییر فشارخون دقت شود.
- در هر مراجعه برای تزریق بعدی باید رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و عارضه ها سوال و بررسی شود.
- در صورت عدم رضایت فرد از تزریق DMPA و تمایل به قطع مصرف آن و استفاده از روش های دیگر پیشگیری از بارداری پرخطر، مشاوره برای استفاده از روش دیگر انجام شود.

خدمت قرص های ترکیبی (ال دی و تری فازیک) در زنان واجد شرایط – مراقبت های مراجعه اول

<p>ارزیابی</p> <p>تشکیل پرونده در ملاقات اول</p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت باروری سالم</p> <p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده</p> <p>سوال کنید:</p> <p>بررسی وضعیت باروری: زمان قاعدگی، پس از زایمان (طبیعی/سزارین)، پس از سقط* یا کورتاژ، آخرین روش پیشگیری)</p> <p>اندازه گیری کنید:</p> <p>قد</p> <p>وزن (BMI)</p> <p>فشارخون</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>از نظر زردی پستان^{۶۶}</p> <p>بررسی کنید:</p> <p>ارجاع برای بررسی تری گلیسرید ، قند چربی خون/ لیپوپروتئین، مشکلات انعقادی</p>
--



اقدام	گروه بندی	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
عدم ارایه روش قرص های ترکیبی، مشاوره درخصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر .	منع مصرف دارد	داشتن حداقل یک مورد از موارد منع مصرف مطلق موارد منع مصرف مطلق شامل : سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه، خونریزی رحمی بدون علت مشخص، سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر، کارسینوم اندومتر ^۲ ، شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن، ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن، سر درد های مکرر ^۳ شامل میگرن با علائم عصبی موضعی، داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه، زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده، بیماری فعال یا مزمن کبدی.
مشاوره درخصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر. درصورت اصرار فرد به استفاده از این روش ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک برای ارزیابی بیشتر.	نیازمند بررسی بیشتر	نداشتن منع مصرف مطلق و داشتن حداقل یک مورد منع مصرف نسبی موارد منع مصرف نسبی شامل: مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه، فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه، سیگاری زیر ۳۵ سال، سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی.
آموزش نحوه مصرف روش، موارد فراموشی، علائم هشدار و عوارض احتمالی- ارائه روش (طبق راهنما /ضمیمه)	منع مصرف ندارد	نداشتن موارد منع مصرف مطلق و نسبی و زمان مناسب جهت

خدمات قرص های ترکیبی (ال دی و تری فازیک) در زنان واجد شرایط – زمان شروع

اقدام	زمان شروع مصرف
ارایه روش و بیان نکات آموزشی ^۲ لازم (شروع استفاده از روش، ترجیحاً ^۱ در روز اول). استفاده از کاندوم تا یک هفته.	در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی (روز اول تا روز پنجم)
استفاده از قرص های ترکیبی در هر زمان در صورت اطمینان از باردار نبودن. استفاده از کاندوم تا یک هفته.	غیر از دوران قاعدگی
قطع روش در یکی از ۵ روز اول قاعدگی و شروع مصرف قرص های ترکیبی بلافاصله، در غیر اینصورت، به تاخیر انداختن آغاز استفاده از قرص های ترکیبی تا زمان شروع خونریزی قاعدگی و پیشنهاد استفاده از کاندوم در این مدت.	تغییر از روش های لاینسترنول، آی یو دی، DMPA و آمپول ترکیبی
در صورت آمنوره همراه با استفاده مرتب از لاینسترنول، بلااصله پس از قطع لاینسترنول مصرف آغاز شود.	
در صورت آمنوره همراه با استفاده مرتب از DMPA ، اگر DMPA در فاصله زمانی ۹۰±۱۴ روز قبل تزریق شده باشد، آغاز استفاده از قرص های ترکیبی.	
در صورت تزریق آمپول ترکیبی در فاصله ۲۷-۳۳ روز قبل، آغاز استفاده از قرص ترکیبی.	
آغاز استفاده از قرص ترکیبی پس از بررسی فرد از نظر عدم حاملگی (B-hcG) و رد احتمال آن.	سایر موارد

خدمات قرص های ترکیبی (ال دی و تری فازیک) در زنان واجد شرایط – مراقبت های دوره ای

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
ارجاع فوری به بیمارستان	مشکل جدی احتمالی	وجود یک یا چند علامت هشدار مانند: درد شدید در قسمت بالای شکم، درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه با خلط خونی، تورم یا درد شدید یک پا، مشکلات چشمی (از دست دادن یکطرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید)، سردرد غیر معمول (سردرد شدید و ضربانی و یا سردرد در یکطرف سر و سردرد با علائم اولیه مانند تاری دید یا سفید شدن قسمتی از دید، دوره های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پارستزی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه مانند ضعف)
ارایه آموزش های لازم در خصوص خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، خوردن مایعات بیشتر و سبزی و میوه تازه، در صورت عدم رفع مشکل ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک	نیازمند بررسی بیشتر	بروز تهوع
در صورت وجود سردرد خفیف ناشی از مصرف قرص های ترکیبی ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک.		سردرد خفیف
آموزش در خصوص رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بند های محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم . در صورت ادامه یافتن مشکل، ارجاع فرد به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک		حساسیت پستان ها
آموزش در خصوص رفع مشکل در عرض ۲-۳ ماه اول پس از استفاده از قرص های ترکیبی. توصیه به مصرف مرتب قرص و سعی در فراموش نکردن مصرف مرتب آن ها. در صورت عدم رفع مشکل، ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک.		لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها
ارایه آموزش های لازم در خصوص ورزش منظم و رژیم غذایی متعادل. در صورت وجود مشکل ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک /		افزایش وزن
ادامه مصرف روش، آموزش و دریافت روش و یادآوری مراجعه زمان بعدی	مشکلی ندارد	نداشتن هیچیک از علائم هشدار و عوارض احتمالی / رضایت از روش

ارزیابی
<u>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده</u> <u>سوال کنید:</u> علائم هشدار
علائم نشان دهنده عارضه
رضایت از روش <u>اندازه گیری کنید:</u> فشار خون
وزن (برای کنترل BMI)
<u>تاکید کنید:</u> اهمیت دریافت به موقع قرص

گروه بندی و اقدام

راهنمای ارایه خدمت قرص های ترکیبی (LD و Triphasic)

- توجه شود در صورت عدم ویزیت فرد در اولین نوبت مصرف قرص ترکیبی، در طی سه ماه تا نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما و یا پزشک از نظر موارد منع مصرف نسبی و مطلق، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد.
- بررسی کارسینوم اندومتر به شکل سوال درباره سرطان رحم انجام خواهد شد.
- در بررسی سردرد مکرر کاهش میدان دید چشم، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان پرسیده شود.
- بررسی تری گلیسرید توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک انجام خواهد شد. اگر تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب باشد، به فاصله ۴-۲ هفته پس از آغاز مصرف قرص ترکیبی، بررسی مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش میزان تری گلیسرید به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب در این فاصله زمانی، ادامه استفاده از این قرص ها به دلیل ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.
- در صورت تکمیل فرم غربالگری تشخیص زودرس سرطان پستان، و ثبت نتیجه در پرونده مراجعه کننده، نیازی به ارجاع برای معاینه مجدد نمی باشد
- عوارض شایع معمولا در ماه های اول مصرف بروز نموده و در عرض ۲-۳ ماه کاهش یافته و یا از بین می روند.

توصیه و آموزش ها:

- قرص در ساعت خاصی از شبانه روز تا پایان بسته ۲۱ عددی خورده می شود. باید فرد استفاده کننده از قرص را به این امر تشویق کرد که برای پرهیز از فراموشی مصرف قرص، آن را هر روز در زمان معینی میل کند و یا آن را با یک کار مداوم هر روز مانند مسواک زدن، نماز خواندن ... هماهنگ کند. مصرف بسته بعدی پس از یک فاصله هفت روزه آغاز خواهد شد.
- در صورت فراموشی خوردن یک قرص و بخاطر آوردن آن پیش از زمان مصرف قرص بعدی، به محض به یاد آوردن قرص فراموش شده، آن قرص خورده شده و خوردن بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یابد. اگر فراموشی تا زمان خوردن قرص بعدی ادامه پیدا کند، باید دو قرص در ساعت معین خورده شود.
- چنانچه دو قرص فراموش شود، به محض به خاطر آوردن در دو شب بعد، هر شب دو قرص خورده شده و بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یافته و تا یک هفته نیز توصیه به استفاده از کاندوم شود.
- در صورت فراموشی سه قرص یا بیشتر در هر زمان از سیکل، خوردن بقیه قرص ها (روزی یک عدد) ادامه یافته و به مدت یک هفته از داشتن رابطه جنسی خودداری و یا از کاندوم استفاده شود. مصرف بسته بعدی قرص بدوم رعایت فاصله هفت روزه بین بسته ها و بلافاصله در روز بعد از پایان بسته قبلی آغاز خواهد شد. همچنین در صورت داشتن تماس جنسی در این فاصله زمانی و عدم استفاده از کاندوم، استفاده از روش پیشگیری اورژانس از بارداری توصیه شود.
- در صورت شک به حاملگی همزمان با مصرف قرص های ترکیبی، بلافاصله مصرف قرص قطع و تا اطمینان از وضعیت حاملگی، از کاندوم استفاده شود.
- لکه بینی بین قاعدگی ها در عرض ۳-۲ ماه کاهش یافته و یا اینکه برطرف میگردد. متقاضی خدمت باید بداند که مصرف نامرتب قرص و استفاده از داروهای ضد صرع و ریفامپین از دلایل بروز لکه بینی است. در صورت تداوم ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک
- در صورت سابقه یک دوره آمنوره با مصرف صحیح قرص و قاعده نشدن در فاصله هفت روزه بین مصرف دو بسته، می توان بسته بعدی را پس از پایان فاصله هفت روزه آغاز نمود. ولی شروع بسته سوم مشروط به قاعده شدن پی از پایان بسته دوم است. در غیر اینصورت (دو دوره آمنوره متوالی) باید وجود حاملگی با انجام تست بارداری بررسی شود.
- در صورت آمنوره با مصرف نادرست قرص، ارجاع به مراقب سلامت- ماما برای درخواست آزمایش بارداری. در صورت منفی بودن پاسخ توصیه به شروع مصرف بسته بعدی و در صورت ادامه آمنوره، ارجاع به متخصص
- در صورت استفراغ به فاصله ۱ تا ۲ ساعت بعد از خوردن قرص، ک قرص (از یک بسته دیگر) خورده شده و مصرف مرتب بقیه قرص های بسته اصلی در زمان مقرر ادامه یابد. در صورت تداوم استفراغ و یا اسهال شدید، ضمن مصرف قرص در زمان مقرر، روش کمکی آغاز شده و استفاده از آن تا یک هفته پس از اتمام بیماری ادامه یابد.

پیگیری:

- پیگیری مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری دارای اهمیتی ویژه است. به منظور پی گیری موارد ذیل باید به مصرف کنندگان تاکید شود:
- اولین بررسی دوره ای سه ماه بعد از تجویز اولین بسته قرص و بررسی های بعدی با فاصله شش ماهه تا دو سال انجام می شود. بررسی های پس از دو سال، در صورت عدم وجود مشکل با فاصله سالانه انجام خواهد شد.
- در طول هفته قبل از پایان بسته، فرد باید برای دریافت بسته بعدی مراجعه نماید.
- در هر بار مراجعه برای دریافت بسته جدید باید در خصوص چگونگی مصرف، رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و یا عوارض مصرف با دقت پرسش شود.
- مصرف این نوع قرص ها می تواند تا ۵۰ سالگی با رعایت موارد منع مصرف قرص های ترکیبی، ادامه یابد.
- در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد.

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
عدم تزریق آمپول ترکیبی، مشاوره در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر	منع مصرف دارد	داشتن حداقل یک مورد از موارد منع مصرف مطلق موارد منع مصرف مطلق شامل: سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه، خونریزی رحمی بدون علت مشخص، سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر، کارسینوم اندومتر ^۲ ، شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن، ابتلا یا سابقه دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن، سر درد های مکرر ^۳ شامل میگرن با علایم عصبی موضعی، داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه، زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده، بیماری فعال یا مزمن کبدی، مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه (منع مصرف نسبی).
مشاوره در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر. در صورت اصرار فرد به استفاده از این روش ارجاع به مراقب سلامت - ماما یا پزشک برای ارزیابی بیشتر.	نیازمند بررسی بیشتر	نداشتن منع مصرف مطلق و داشتن حداقل یک مورد منع مصرف نسبی موارد منع مصرف نسبی شامل: فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه، مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفولوین، سیگاری زیر ۳۵ سال، سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی.
آموزش نحوه مصرف روش، موارد فراموشی، علائم هشدار و عوارض احتمالی - ارائه روش (طبق راهنما /ضمیمه)	منع مصرف ندارد	نداشتن موارد منع مصرف مطلق و نسبی و زمان مناسب جهت استفاده



ارزیابی
تشکیل پرونده در ملاقات اول گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت باروری سالم
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده سوال کنید: بررسی وضعیت باروری: زمان قاعدگی، س از زایمان (طبیعی، سزارین)، پس از سقط* یا کورتاژ، آخرین روش پیشگیری)
اندازه گیری کنید: قد و وزن (BMI) فشارخون
معاینه کنید: از نظر زردی پستان ^۴
بررسی کنید: ارجاع برای بررسی تری گلیسرید، قند چربی خون / لیپوپروتئین، مشکلات انعقادی

خدمت آمپول ترکیبی یک ماهه در زنان واجد شرایط - زمان شروع

اقدام	زمان شروع مصرف
ارایه روش و بیان نکات آموزشی ^۱ لازم (شروع استفاده از روش، ترجیحاً ^۲ در روز اول). استفاده از کاندوم تا یک هفته.	در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی (روز اول تا روز پنجم)
تزریق آمپول ترکیبی در هر زمان در صورت اطمینان از باردار نبودن. استفاده از کاندوم تا یک هفته.	غیر از دوران قاعدگی
در صورت عدم شیردهی، آغاز استفاده در فاصله روزهای ۲۸-۲۱ پس از زایمان	پس از زایمان
در صورت شیردهی، تاکید بر منع مصرف نسبی بودن این روش تا ۶ هفته. در صورت اصرار به استفاده از آمپول ترکیبی، ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک.	
آغاز تزریق روش در ۵ روز اول بلافاصله پس از سقط سه ماهه اول یا دوم بدون نیاز به روش پشتیبان.	پس از سقط
در صورت فاصله بیش از ۵ روز از سقط سه ماهه اول و دوم، آغاز تزریق آمپول پس از انجام B-hcG .	
تغییر روش از قرص های ترکیبی به آمپول ترکیبی، فاصله ۷ روز بین دو بسته قرص، بهترین زمان برای تزریق بدون نیاز به استفاده از کاندوم.	تغییر از روش های لاینسترنول، آی یو دی، DMPA و آمپول ترکیبی
در صورت تغییر روش از DMPA ، تزریق آمپول ترکیبی در زمان تزریق بعدی DMPA .	
در صورت تغییر روش از IUD به آمپول ترکیبی:	
در صورت وجود خونریزی قاعدگی، تزریق در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی و سپس ارجاع فوری فرد به مراقب سلامت- ماما برای خروج IUD .	
در زمان هایی که جز ۵ روز اول قاعدگی، تزریق آمپول ترکیبی و سپس ارجاع غیر فوری فرد به مراقب سلامت- ماما برای خروج IUD در دوره بعدی قاعدگی.	

خدمت آمپول ترکیبی در زنان واجد شرایط - مراقبت های دوره ای

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
ارجاع فوری به بیمارستان	مشکل جدی احتمالی	درد شدید در قسمت بالای شکم، درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه با خلط خونی، تورم یا درد شدید یک پا، مشکلات چشمی (از دست دادن یکطرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید)، سردرد غیر معمول (سردرد شدید و ضربانی و یا سردرد در یکطرف سر و سردرد با علائم اولیه مانند تاری دید یا سفید شدن قسمتی از دید، دوره های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پارسندی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه مانند ضعف).
در صورت وجود سردرد خفیف ناشی از تزریق آمپول، ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک.		سردرد خفیف
ارایه آموزش های لازم در خصوص خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، خوردن مایعات بیشتر و سبزی و میوه تازه در صورت عدم رفع مشکل ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک	نیاز به بررسی بیشتر	تهوع
آموزش در خصوص رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم . در صورت ادامه یافتن مشکل، ارجاع فرد به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک		حساسیت پستان ها
آموزش در خصوص رفع مشکل در عرض ۲-۳ ماه اول پس از استفاده از آمپول. در صورت عدم رفع مشکل ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک		لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها
ارایه آموزش های لازم در خصوص ورزش منظم و رژیم غذایی متعادل. در صورت وجود مشکل ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک.		افزایش وزن
ادامه مصرف روش ،آموزش و دریافت روش و یادآوری مراجعه زمان بعدی	مشکلی ندارد	نداشتن هیچیک از علائم هشدار و عوارض احتمالی / رضایت از روش

ارزیابی
<u>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت</u>
<u>مراجعه کننده</u>
<u>سوال کنید:</u>
علائم هشدار
علائم نشان دهنده عارضه
رضایت از روش
<u>اندازه گیری کنید:</u>
فشار خون ^۳
وزن (برای کنترل BMI)
<u>تاکید کنید</u>
تزریق به موقع آمپول ترکیبی به صورت ماهیانه

گروه بندی و اقدام

راهنمای ارایه خدمت آمپول ترکیبی یک ماهه در زنان واجد شرایط

توجه شود در صورت عدم ویزیت فرد در اولین نوبت تزریق آمپول ترکیبی، در طی سه ماه تا نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما و یا پزشک از نظر موارد منع مصرف نسبی و مطلق، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد.

- بررسی کارسینوم آندومتر به شکل سوال درباره سرطان رحم انجام خواهد شد.
- در بررسی سردرد مکرر، کاهش میدان دید چشم، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان پرسیده شود.
- بررسی تری گلیسرید توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک انجام خواهد شد. اگر تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب باشد، به فاصله ۴-۲ هفته پس از آغاز مصرف قرص ترکیبی، بررسی مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش میزان تری گلیسرید به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب در این فاصله زمانی، ادامه استفاده از این قرص ها به دلیل ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.
- در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد.
- در صورت تکمیل فرم غربالگری تشخیص زودرس سرطان پستان، و ثبت نتیجه در پرونده مراجعه کننده، نیازی به ارجاع برای معاینه مجدد نمی باش.
- وزن و فشار خون توسط مراقب سلامت در زمان های مقتضی (ماهانه) اندازه گیری و پاسخ عددی آنها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه خواهد شد.
- باید بخطر داشت که استفاده از آمپول ترکیبی در دوران شیردهی از موارد منع مصرف نسبی است و حتما باید منافع آن در مقابل مضرات آن سنجیده شود.
- توجه شود که درخواست بررسی سالانه قند، چربی و لیپو پروتئین برای خانم های با شرایط : ۳۵ ساله و بالاتر، سابقه بیماری قلبی یا فشارخون بالا، دیابتی ها، خانم ها با سابقه دیابت حاملگی، خانم های با نمایه توده بدنی (BMI) بیشتر از ۳۰ سال، در مراجعه های پیگیری بطور روتین توسط مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ضروری است. لازم به ذکر است که در صورت وجود مشکل در بررسی های یاد شده و خارج شدن بیماری از کنترل، فرد می بایست به سطح بالاتر ارجاع داده شود.

تذکر زمان ارائه روش:

- پیش از کشیدن آمپول به داخل سرنگ، باید آمپول یا ویال را به آرامی تکان داد. در صورت سرد بودن آمپول یا ویال، باید پیش از تزریق آن را با دمای بدن هماهنگ نمود. مالش آمپول یا ویال بین دست ها به این کار کمک خواهد کرد.
- آمپول ترکیبی عضلانی (بالای بازو و یا قسمت فوقانی خارجی باسن) تزریق می گردد.
- محل تزریق نباید ماساژ داده شود.
- در صورت تاخیر برای تزریق بعدی (بیش از ۳۳ روز)، انجام تزریق با اطمینان از نداشتن تماس جنسی (پس از فاصله ۳۳ روز تا زمان مراجعه) و یا اطمینان از باردار نبودن فرد، مقدور خواهد بود. در غیر اینصورت فرد باید از نظر حاملگی بررسی=ی و تا تزریق بعدی از یک روش کمکی دیگر استفاده کند.

توصیه و آموزش ها:

- باید تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری آمپول ترکیبی، هفت روز از کاندوم استفاده شود.
- اولین بررسی پس از ۳ ماه و سپس هر ۶ ماه یکبار تا دو سال و از آن پس در صورت نبودن هر گونه مشکل هر ساله انجام می شود. این بررسی ها شامل: اندازه گیری فشارخون، اندازه گیری وزن، پیگیری بروز علائم هشدار و عارضه ها و در صورت لزوم بررسی آنها، می باشد.
- عوارض شایع معمولا در ماه های اول استفاده از روش بروز نموده و در عرض ۲-۳ ماه کاهش یافته و یا از بین می روند.
- در اغلب موارد بازگشت تخمک گذاری ۳-۲ ماه پس از آخرین تزریق رخ می دهد.

پیگیری:

- تزریق آمپول ترکیبی باید هر ۳۰ روز یکبار انجام شود. اتزریق می تواند در فاصله زمانی تا ۳ روز زودتر یا دیرتر از موعد مقرر انجام شود. لازم است در هر نوبت تزریق بر رعایت زمان تعیین شده (برای تزریق نوبت بعد)، تاکید شود. توجه شود که فاصله بین تزریق ها نباید بیشتر از ۳۳ روز باشد.

خدمت کاندوم در زنان واجد شرایط – مراقبت های مراجعه اول

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
عدم ارایه کاندوم مشاوره درخصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر	مشکل جدی احتمالی	بروز حساسیت، خارش و یا لکه های پوستی
آموزش نحوه استفاده	نیازمند بررسی بیشتر	سطح آگاهی پایین فرد و همسرش در استفاده از روش
ارایه روش و آموزش های لازم	مشکلی ندارد	نداشتن موارد منع مصرف

گروه بندی و اقدام

ارزیابی

تشکیل پرونده در ملاقات اول

گرفتن شرح حال مطابق فرم
مراقبت باروری سالم

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده

سوال کنید:

حساسیت به لاتکس (و سایر مواد استفاده شده در کاندوم) و بروز خارش یا لکه های پوستی در هر کدام از زوجین به دنبال استفاده از کاندوم

خدمت کاندوم در زنان واجد شرایط – مراقبت های دوره ای

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
مشاوره برای استفاده از روش دیگر	مشکل جدی احتمالی	حساسیت، خارش و یا لکه های پوستی
مشاوره برای استفاده از روش دیگر	مشکل جدی احتمالی	عدم رضایت از روش
ارایه آموزش در خصوص روش اورژانس پیشگیری از بارداری و ارایه قرص مربوطه	نیازمند بررسی بیشتر	عدم آگاهی
ارایه روش و آموزش های لازم	مشکلی ندارد	نداشتن موارد منع مصرف

گروه بندی، و اقدام

ارزیابی
<p><u>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده</u></p> <p><u>سوال کنید:</u></p> <p>علائم نشان دهنده عارضه رضایت از روش</p> <p><u>تاکید کنید</u></p> <p>اهمیت دریافت به موقع کاندوم</p> <p>چگونگی نگهداری کاندوم</p>
<p><u>آموزش داده شود:</u></p> <p>نکته های قابل توجه در مصرف کاندوم</p>

راهنمای ارایه خدمت روش کاندوم (روش تکمیلی / روش پیشگیری از انتقال عفونت های آمیزشی)

- سه تا چهار هفته پس از دریافت یک بسته کاندوم، می بایست حتما پیش از تمام شدن کاندوم، برای دریافت بسته بعدی مراجعه نمود.
- کاندوم باید دور از نور مستقیم آفتاب، گرما، رطوبت ، نور لامپ فلئورسانس و اشعه ماورای بنفش بوده و در جای خشک و خنک نگهداری شود.
- در هر مراجعه برای دریافت می بایست رضایت از روش، شکایت ها، حساسیت احتمالی و چگونگی استفاده از کاندوم به دقت پرسیده شود.
- آگاهی فرد از روش پیشگیری اورژانس از بارداری (EC) بررسی کنید و در صورت نیاز به فرد آموزش دهید.
- داشتن قرص های روش EC و آشنایی با نحوه استفاده از آنها را بررسی کنید
- در صورت واجد شرایط بودن، قرص های (EC) را در اختیار فرد قرار دهید.
- در صورت بروز حساسیت ، خارش و لکه های پوستی عدم ارائه کاندوم و یا راجع به سطح بالانر .
- در صورت نداشتن آگاهی در استفاده از کاندوم اطلاعات لازم در اختیار فرد قرار گیرد.

خدمت قرص لوونورجسترل در زنان واجد شرایط - مراقبت های مراجعه اول

ارزیابی
<p>تشکیل پرونده در ملاقات اول</p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت باروری سالم (با این وضعیت روش اورژانس یک روش پیشگیری از بارداری ماهیانه تلقی می شود)</p> <p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده</p> <p>سوال کنید:</p> <p>موارد منع مصرف برای قرص لوونورجسترل</p> <p>موارد منع مصرف برای قرص های ترکیبی</p>



اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
عدم ارایه روش. مشاوره برای استفاده از یک روش مناسب دیگر	مشکل جدی احتمالی	داشتن حداقل یکی از موارد منع مصرف شامل: پورفیری حاد، بیماری فعال و شدید کبد در حال حاضر، بارداری (به دلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین)، خونریزی غیر طبیعی و تشخیص داده نشده دستگاه تناسلی
عدم ارایه روش. مشاوره برای استفاده از یک روش مناسب دیگر	مشکل جدی احتمالی	داشتن حداقل یکی از موارد منع مصرف شامل: بارداری (بدلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین)، موارد منع مصرف استروژن، میگرن کلاسیک، ترومبوز وریدهای عمقی (DVT).
به دلیل نامنظم بودن سیکل قاعدگی، مصرف این قرص ها سیکل ها قاعدگی را نامنظم تر می کند	نیازمند بررسی بیشتر	داشتن سیکل های قاعدگی نامنظم
ارایه روش و آموزش های لازم	مشکلی ندارد	نداشتن موارد منع مصرف

خدمت قرص لوونورجسترل در زنان واجد شرایط - زمان شروع

در صورتی که کمتر از ۱۲۰ ساعت از زمان نزدیکی مشکوک گذشت است به یکی از روش های زیر اقدام نمایید.

دو عدد یک جا در اولین فرصت	استفاده از قرص لوونورجسترل
۴ عدد در اولین فرصت و چهار عدد ۱۲ ساعت بعد	استفاده از قرص LD
۴ عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید ۱۲ ساعت بعد (قرص های مرحله سوم)	استفاده از قرص تری فازیک

خدمات قرص لوونورجسترل در زنان واجد شرایط - مراقبت های دوره ای

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
میزان تهوع و استفراغ با قرص های ترکیبی به تربیت حدود ۵۰٪ و ۲۰٪ بوده که این عوارض با قرص های لوونورجسترل به حدود ۲۰٪ و ۶٪ کاهش می یابد. بهتر است قبل و ۶-۴ ساعت پس از مصرف هر دوز EC با تجویز مراقب سلامت- ماما از یک داروی ضد تهوع مانند دیمن هیدرینات یادین هیدرامین استفاده شود.	مشکل جدی احتمالی	تهوع و استفراغ حین مصرف
ممکن است قاعدگی بعدی چند روز زودتر یا دیرتر آغاز، طول مدت آن تغییر یافته و تغییر در مقدار خونریزی ایجاد شود. به فرد در مورد بی خطر بودن این مسئله آگاهی دهید.		اختلال قاعدگی
ارجاع به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک		سردرد و سرگیجه
جهت مشاوره و دریافت روش مناسب به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود	نیازمند بررسی بیشتر	داشتن چندین تماس محافظت نشده در ماه
ارایه روش و آموزش های لازم	مشکلی ندارد	نداشتن موارد منع مصرف

گروه بندی و اقدام

ارزیابی
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت
مراجعه کننده
سوال کنید:
علائم نشان دهنده عارضه

راهنمای ارایه خدمت روش اورژانس پیشگیری از بارداری (قرص لونورجسترل) در زنان واجد شرایط

توجه:

روش پیشگیری اورژانس از بارداری (Emergency Contraception) روشی است که در افراد واجد شرایط در صورتی که استفاده درست از روش را نداشتند و در معرض جدی بارداری پرخطر هستند، تا ۱۲۰ ساعت از وقوع این امر جلوگیری خواهد نمود. توصیه می شود این روش به دلیل شکست بالای آن در مقایسه با سایر روش های مطمئن، یک روش مداوم نبوده و مصرف آن فقط باید در موارد مشخص و بطور محدود باشد و نباید مورد استفاده دایم قرار گیرد.

موارد استفاده از روش اورژانس در افراد واجد شرایط

- استفاده نادرست یا شکست کنتراسپتیو ها همراه با داشتن تماس جنسی .
- استفاده از روش طبیعی یا منقطع با شک به تماس جنسی که می توان منجر به بارداری گردد.

تذکرهای حین مصرف

- باید قرص ها در اولین فاصله زمانی ممکن پس از تماس جنسی محافظت نشده خورده شوند تا بهترین اثربخشی را ایجاد نماید
- بهتر است که قرص ها با شکم خالی خورده نشوند
- در صورت استفراغ تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص ها ضروری است.
- حداکثر دفعات مجاز استفاده از این روش در هر سیکل قاعدگی یکبار است. آموش کاربرد صحیح این روش ضروری بوده و باید تاکید شود که این روش می بایست در حداقل دفعات ممکن در طول دوران بارداری استفاده گردد. مجاز بودن مصرف یکبار از این روش در هر دوره قاعدگی دلیلی بر تایید مصرف آن در هر دوره قاعدگی به عنوان روش پیشگیری از بارداری نیست.
- اثر بخشی این روش با استفاده از مصرف هم زمان داروهایی مانند فنی تویین و ریفامپین کاهش می یاب. در صورت استفاده همزمان از این داروها باید مصرف قرص لونورجسترل به میزان ۱۰۰٪ (جمعا ۴ عدد) افزایش یابد.
- استفاده از این روش در هر دوره قاعدگی فقط برای یک نوبت مجاز است.

خدمت روش جراحی در زنان واجد شرایط - مراقبت های مراجعه اول

گروه بندی و اقدام

ارزیابی
<p>تشکیل پرونده در ملاقات اول</p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت باروری سالم، بررسی سوابق و مستندات بیماری (مدت زمان بیماری، مصرف دارو، تحت نظر بودن پزشک)، تمایل فرد به خدمت جراحی</p> <p>سوال کنید:</p> <p>بررسی سوابق و مستندات متقاضی از نظر وجود موارد مجاز (اندیکاسیون های) دریافت خدمات جراحی</p>

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
ارجاع فوری به پزشک /مراقب سلامت- ماما جهت بررسی مستندات (در صورت تایید ارسال به کمیته نظارت بر خدمات جراحی شهرستان)	مشکل جدی احتمالی	<p>فرد تمایل به خدمت جراحی دارد و دارای سابقه ی بیماری های زیر پس از بررسی مستندات بیماری:</p> <p><u>بیماری های قلبی و عروقی:</u> (هر نوع بیماری حاد قلبی کلاس های ۳ و ۴ مانند میوکاردیت و پریکاردیت - بیمار ان نارسایی دریچه ای قلب، کلاس ۳ و ۴ و غیر قابل برگشت به ۲ -سابقه ترومبوآمبولی -سابقه بیماری کاردیو میوپاتی دیلاته در بارداری قبلی - بیماری آیزن منگر -فشار خون مزمن - سرطان ها : (ابتلا فعلی یا قبلی به سرطان (همه قسمتهای بدن) - بیماری های روانی : (بیماریهای روانی با نظر دو روانپزشک) - بیماری های داخلی (کبد، گوارش، ...) : (بیماریهای داخلی و جراحی که در لیست فوق نیستند با نظر ۲ متخصص -سندرم مارفان در صورتیکه قطر آنورت صعودی بیش از ۵ سانتیمتر باشد -بیماریهای مزمن ریوی -واسکولیت ها زمانی که ارگانهای ماژور درگیر باشند -بیماری مزمن خونی -بیماریهای اتوایمیون -سیروز یا هر سندرم بودکیاری که واریس مری دهد) - بیماری های عفونی: <u>هیپاتیت اتوایمیون غیر قابل کنترل</u> -افراد آلوده یا مبتلا به ایدز - <u>بیماری های کلیوی</u> : <u>بیماریهای مزمن کلیوی، نارسایی کلیه، سندروم نفروتیک، پیوند کلیه</u> - <u>بیماری های زنان و مامایی:</u> پلاسنتا پروباتوتال - <u>بیماری های مغز و اعصاب:</u> بیماریهای نورولوژیک مزمن (MS- صرع، میاستنی گراو، ALS و) - هر ضایعه مغزی - <u>بیماری های پوستی:</u> بیماری های اتوایمون پوست (پمفیگوس، پسوریازیس) -سایر شرایط: <u>مادرانی که برای بار سوم C/S میشوند (بشرطی که دو فرزند زنده داشته باشند)</u> - تعداد فرزند ۵ و بیشتر - افراد ۴۰ سال به بالا - - سابقه سقط درمانی</p>
ارجاع غیر فوری به پزشک / مراقب سلامت - ماما برای بررسی بیشتر جهت دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر	نیاز به بررسی بیشتر	مشکوک به یکی از اندیکاسیون های دریافت خدمت جراحی
ارائه آموزش لازم و ارجاع جهت مشاوره فرزند آوری	فاقد اندیکاسیون	هیچ یک از اندیکاسیون های مجاز دریافت خدمت جراحی را ندارد

خدمت روش جراحی در زنان واجد شرایط - مراقبت های دوره ای

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
ارجاع به بیمارستان	مشکل جدی احتمالی	از حال رفتن، درد یا حساسیت شکمی، قرمزی محل عمل که بدتر شود یا از بین نرود، درد و تورم محل عمل، گیجی شدید در ۴ هفته و بویژه هفته اول، تب بیشتر از ۳۸ درجه، خروج چرک و خون از محل عمل تا یک هفته، درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود
ارجاع به متخصص زنان	احتمال بارداری	تاخیر قاعدگی، تهوع، حساس شدن پستان ها، درد و حساسیت زیر شکم و خونریزی واژینال
ارجاع به پزشک / مراقب سلامت - ماما	نیازمند بررسی بیشتر	وجود مشکل خاص



گروه بندی و اقدام

ارزیابی
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مراجعه کننده
<u>سوال کنید:</u> علائم نشان دهنده عارضه علائم هشدار
<u>بررسی کنید</u> رضایت از عمل نیاز به راهنمایی و مشاوره

توصیه های جدی در ارایه خدمات جراحی

- در ارائه خدمات جراحی پیشگیری از بارداری پرخطر ، فرد می بایست متقاضی باشد. حتی اگر فرد به طور احتمالی واجد شرایط خدمات جراحی پیشگیری از بارداری پرخطر باشد، از القاء آن و مشاوره به مراجعه کننده در این سطح جدا پرهیز شود و صرفا ارجاع به مراقب سلامت- ماما / پزشک صورت گیرد.
- در صورت داشتن سابقه هر یک از بیماری های قید شده در اندیکاسیون های مجاز عمل لوله بستن رحمی ، فرد می بایست برای بررسی بیشتر و تعیین نوع بیماری به همراه کلیه مستندات مربوطه (عکس / گرافی، نسخه دارویی، گواهی پزشک و) ، به پزشک ارجاع داده شود و در صورت تایید نوع بیماری توسط پزشک، فرد به کمیته نظارت بر خدمات جراحی ستاد شهرستان و یا بیمارستان، ارجاع داده شود
- خدمات جراحی می بایست مطابق با دستورالعمل شماره ۵۳۹۹/۳۰۰ مورخ ۱۳۹۳/۴/۱۸ (فایل پیوست) صرفا پس از تایید در کمیته نظارت بر خدمات جراحی پیشگیری از بارداری های پرخطر ارایه گردد.
- در صورتی که فرد واجد شرایط خدمات جراحی نباشد، برای وی توضیح دهید که نمی تواند از این روش استفاده نماید و با توجه به شرایط باروری فرد، با وی مشاوره نمایید. اگر فرد اصرار به دریافت خدمات جراحی داشته باشد، وی را به مراقب سلامت- ماما یا پزشک ارجاع دهید.
- در صورتی که فرد واجد شرایط دریافت خدمات پیشگیری از بارداری پرخطر نباشد، بر اساس تاریخچه باروری ، می بایست وی را آموزش مشاوره فرزند آوری و باروری داده و در صورت نیاز ارجاع داده شود.
- سابقه سقط درمانی، منوط به دیدن مدرک / مدارک مربوطه خواهد بود و لازم است به پزشک / مراقب سلامت ماما ارجاع داده شود

ضمیمہ

پیوست (۱)

برنامه پیشگیری از ناباروری

برنامه پیشگیری از ناباروری

در راستای سیاست های جمعیت و سلامت ابلاغ شده از مقام معظم رهبری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی این مسئولیت دارد که خدمات پیشگیری و درمان ناباروری در قالب نظام شبکه مراقبت سلامت در دسترسی همگان قرار گیرد. سازمان بهداشت جهانی ناباروری را عدم رخداد بارداری بعد از ۱۲ ماه تماس جنسی محافظت نشده تعریف نموده است. تخمین زده می شود که حدود ۸ تا ۱۲ درصد از زوج های سنین باروری با این مشکل مواجه هستند. در ایران براساس آخرین مطالعات انجام شده، ۲۰ درصد از زوج های ایرانی مبتلا به ناباروری اولیه بوده اند عوامل متعددی به عنوان عوامل خطر ابتلا به ناباروری شناسایی شده اند. عواملی همچون اندومتريوز، سندرم تخمدان پلی کیستیک، فیبروم رحم، پولیپ های اندومتريال و یائسگی زودرس^۸ در زنان می توانند ناباروری ایجاد کنند. در مردان نیز مواردی همچون واریکوسل، بیضه نزول نیافته به عنوان عوامل خطر ناباروری مطرح هستند. از طرفی عواملی سن، شیوه زندگی و مواجهات شغلی نیز بی تاثیر نیستند. براین اساس یکی از مهمترین راهکارهای جامع کاهش بار ناشی از ناباروری و عوامل خطر مرتبط با آن، پیروی از رویکردهای سلامت عمومی با محوریت جامعه است. در این رویکردها همواره پیشگیری بر درمان مقدم است. اخیراً رویکردهای پیشگیری محور بسیار مورد توجه قرار گرفته اند. سازمان بهداشت جهانی نیز برنامه ای تحت عنوان پژوهش های باروری^۹ طراحی و اجرایی نموده است. در این برنامه که هدف اصلی رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامت جنسی و باروری است یکی از مهمترین محورهای آن ناباروری است. در این مقوله نیز یکی از راهکارهای اصلی رویکردهای پیشگیری از ناباروری است [۸]. در سایر کشورها نیز به منظور تضمین پیشگیری از ناباروری و مدیریت بهتر موارد برنامه هایی تدوین و اجرایی شده اند.

عوامل مستعد کننده ناباروری:

افزایش سن خصوصاً در زنان یکی از مهمترین عوامل موثر بر کاهش باروری است. براساس شواهد کاهش باروری از سنین ۲۵ تا ۳۰ سالگی شروع می شود و با افزایش سن سیر افزایشی خود را ادامه می دهد. چاقی و اضافه وزن نیز یکی از دلایل مهم به شمار می آید. اقدامات پیشگیرانه که می تواند منجر به حفظ باروری زنان و مردان می شوند شامل موارد زیر می باشد.

- ارتقا رفتارهای مرتبط با سلامت و بهبود شیوه زندگی زنان و مردان که می تواند به حفظ باروری کمک کند.
- شناسایی و ارجاع افراد در معرض خطر
- کاهش مواجهه با عوامل محیطی، شغلی، عفونی و عوامل ناشناخته ای که باروری را تهدید می کنند.

همه افرادی را که برای خدمات باروری سالم مراجعه می نمایند بر اساس تمایل و یا عدم تمایل به بارداری و مدت زمانی که از شروع زندگی مشترک آنها گذشته است جمعیت گروه هدف این برنامه می باشند. ضروری است کلیه زنان واجد شرایط (زنان متاهل و سن بین ۱۵ تا ۴۹ سال) تحت پوشش شناسایی و پس از ارزیابی عوامل خطر مراقبت صورت می گیرد.

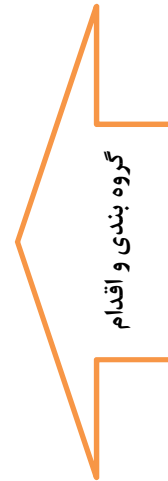
راهبردهای در نظر گرفته شده به منظور کاهش ناباروری و تشخیص زودرس زوجین نابارور و همچنین افراد زوجین دارای عوامل مستعد کننده ناباروری مبتنی بر موارد ذیل در نظر گرفته شده است:

- آموزش و اطلاع رسانی
 - توانمند سازی پرسنل بهداشتی در خصوص پیشگیری و تشخیص زودرس عوامل ایجاد کننده ناباروری
 - آموزش راه های پیشگیری از ناباروری
 - تشخیص زودرس افراد در معرض خطر ناباروری
 - بهبود نظام اطلاعات و گزارش دهی ناباروری
 - پشتیبانی از تحقیقات کاربردی در زمینه پیشگیری از ناباروری
- در راستای شناخت زودرس زوجین نابارور و زوجین دارای عوامل مستعد کننده ناباروری گروه هدف ذیل برای برنامه ناباروری طراحی گردیده است که علاوه بر آموزش عمومی افراد ذیل که تحت پوشش برنامه باروری سالم می باشند تحت بررسی توسط مراقب سلامت قرار گرفته و بر اساس بسته خدمت طراحی شده ارجاع می گردند
- کلیه زوجین بدون فرزند براساس تعریف زیج حیاتی از زندگی مشترک زوجین بر اساس اطلاعات پرونده خانوار حداقل ۲۴ ماه گذشته باشد و زن در این ازدواج سابقه بارداری، سقط یا مرده زایی نداشته باشد و در حال حاضر باردار نباشد). این افراد ممکن است تمایل به بارداری داشته باشند یا نداشته باشند.
 - افرادی که تا به حال علیرغم تصمیم برای بارداری به مدت یکسال، بارداری نداشته اند. این افراد ممکن است بارداری قبلی داشته یا نداشته باشند.
 - خانم هایی که سن آنها بالاتر از ۳۵ سال بوده و علیرغم شش ماه تصمیم برای بارداری، باردار نشده اند.

پیش نویس ارزیابی زوجین در سطح مراقب سلامت در قالب چارت های ذیل دیده شده است:

ارزیابی اولیه مشکلات باروری زوج

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
بررسی از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری	حداقل دو سال از ازدواج فرد گذشته و فرزندى ندارد	نیاز / عدم نیاز به بررسی از نظر ناباروری
ارجاع برای مراقبت پیش از بارداری	سن زیر ۳۵ سال و کمتر از ۱۲ ماه تمایل به بارداری دارد	
ارجاع برای مراقبت پیش از بارداری	سن بالای ۳۵ سال و کمتر از شش ماه تمایل به بارداری دارد	
بررسی از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری ، بررسی از نظر عوامل ایجاد کننده ناباروری، ارجاع به ماما/پزشک	سابقه ناباروری، بارداری همراه با استفاده از روش های کمک باروری	
بررسی از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری ، بررسی از نظر عوامل ایجاد کننده ناباروری، ارجاع به ماما/پزشک به منظور تشخیص زودرس زوجین نابارور	سن زیر ۳۵ سال و تمایل به بارداری بیش از یکسال و عدم بارداری	
بررسی از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری ، بررسی از نظر عوامل ایجاد کننده ناباروری، ارجاع به ماما/پزشک به منظور تشخیص زودرس زوجین نابارور	سن بالای ۳۵ سال و بیش از ۶ ماه تمایل به بارداری و عدم بارداری	



ارزیابی
<p><u>تشکیل پرونده / بررسی پرونده</u></p> <p>بررسی وضعیت سلامت بارداری و باروری مراجعه کننده <u>سوال کنید:</u> سن ، تاریخ ازدواج فعلی سن آخرین فرزند، تمایل به بارداری، سابقه ازدواج فامیلی سن در زمان بارداری، مدت زمان طول کشیده برای باردار شدن بارداری، ، نتیجه هریک از بارداری ها، <u>بررسی کنید:</u> وقوع بارداری با مداخلات پزشکی... سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری مواجهات محیطی مخاطره آمیز باروری، سابقه استفاده از روش های کمک باروری.....، سابقه استفاده سوءمصرف مواد مدت زمان <u>معاینه کنید:</u> شاخص توده بدنی</p>

بررسی فرد از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری

نتیجه ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
دارای عامل مستعدکننده ناباروری	سابقه فامیلی مثبت ناباروری	آموزش در زمینه احتمال ایجاد مشکلات باروری در فرد
	سابقه استفاده از روش های فاصله گذاری	آموزش در زمینه قطع روش فاصله گذاری در صورت تمایل به بارداری ارجاع برای مراقبت پیش از بارداری
	سابقه سوء مصرف مواد	ارایه آموزش های لازم در خصوص تاثیر سوء مصرف مواد بر باروری آموزش شیوه زندگی سالم
	استفاده فعلی از مواد الکل یا مواد دخانی	ارایه آموزش های لازم در خصوص تاثیر الکل و مواد دخانی بر باروری آموزش شیوه زندگی سالم
	سن بیش از ۳۰ سال و عدم تمایل به بارداری	آموزش در زمینه تاثیر سن بر ناباروری، سلامت مادر و کودک، و عوارض تاخیر در فرزندآوری تحويل محتوای آموزشی سن و ناباروری
	دارای عوامل زیان اور شغلی تاثیرگذار بر باروری مرد/ زن	ارایه آموزش در خصوص تاثیر عوامل شغلی بر باروری ، کاهش اضطراب ، و مشاوره با فرد در خصوص

گروه بندی و اقدام

ارزیابی

تشکیل پرونده / بررسی پرونده

بررسی فرد از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری

سوال کنید:

سابقه ازدواج فامیلی

سابقه و مدت استفاده از انواع روش

های فاصله گذاری، سابقه و مدت

سوء مصرف مواد و مصرف فعلی

بررسی کنید:

نوع شغل و مدت اشتغال زن و

شوهر

تعیین مواجهه در برابر عوامل زیان

آور شغلی

بررسی فرد از نظر عوامل شایع ایجاد کننده ناباروری / بیماری تخمدان پلی کیستیک، اندومتريوز

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	قاعدگی نامنظم	مشکوک به سندروم تخمدان پلی کیستیک وجود ۲ تا ۳ علامت از علائم و نشانه ها :
	نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۲۵	
	رشد موهای زاید در بدن	
	عدم قاعدگی بیش از ۳۵ روز یا عدم نقاعدگی بیش از ۶ ماه	
	مدت خونریزی قاعدگی بیش از ۷ روز	
آموزش در زمینه احتمال ابتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک بدون ایجاد استرس دادن بسته آموزشی ارجاع به مراقب سلامت- ماما یا پزشک	دیسمنوره شدید	مشکوک به اندومتريوز وجود دو علامت از علائم و نشانه ها
	لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگیها حجم زیاد خونریزی با دفع لخته	
	دفع ادرار یا مدفوع دردناک یا همراه باخون	
	درد هنگام نزدیکی	

گروه بندی و اقدام

ارزیابی
<p>تشکیل پرونده / بررسی پرونده</p> <p>بررسی فرد از نظر عوامل مستعد کننده ناباروری</p> <p><u>سوال کنید:</u></p> <p>سن اولین قاعدگی، تاریخ آخرین قاعدگی</p> <p><u>بررسی کنید:</u></p> <p>نظم قاعدگی، دوره قاعدگی، مدت خونریزی، وجود / عدم وجود لکه بینی، حجم خونریزی؛ دیسمنوره، شدت دیسمنوره، درد هنگام خروج ادرار، درد هنگام خروج مدفوع، دیس پارونی،</p> <p><u>معاينه کنید:</u></p> <p>هیرسوتیسم، نمایه توده بدنی،</p>

بررسی زوجین از نظر احتمال ناباروری

اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
آموزش در زمینه احتمال وجود مشکلات باروری آموزش در زمینه شیوه زندگی در خصوص وجود عوامل مستعدکننده ناباروری در صورت وجود مشکل در ارتباط جنسی آموزش لازم داده شود ارجاع فوری به مراقب سلامت- ماما یا پزشک برای بررسی بیشتر	بارداری های قبلی همراه با روش های کمک باروری اتفاق افتاده است	مشکوک به ناباروری
	در خانم های کمتر از ۳۵ سال علیرغم بیش از ۱۲ ماه اقدام برای بارداری، حاملگی اتفاق نیفتاده است	
	در خانم های بیش از ۳۵ سال علیرغم بیش از ۶ ماه اقدام برای بارداری، حاملگی اتفاق نیفتاده است	
آموزش در خصوص شیوه زندگی سالم	بارداری ها با روش های کمک باروری اتفاق نیفتاده است	طبیعی
	در خانم های کمتر از ۳۵ سال کمتر از ۱۲ ماه اقدام برای بارداری، حاملگی اتفاق افتاده است	
	در خانم های بیش از ۳۵ سال کمتر از ۶ ماه اقدام برای بارداری، حاملگی اتفاق افتاده است	

گروه بندی و اقدام

ارزیابی

تشکیل پرونده / بررسی پرونده

بررسی فرد از نظر مدت زمان تمایل به فرزندآوری

سوال کنید:

تعداد بارداری های قبلی فرد
مدت زمانی که طول کشیده تا بارداری اتفاق بیفتد؟

نتیجه بارداری

تمایل به بارداری فعلی

مدت زمان تمایل به بارداری

متوسط تعداد رابطه جنسی

بررسی کنید:

ایا بارداری های قبلی همراه با روش

های کمک بارداری اتفاق افتاده است؟

آموزش و مشاوره قبل باروری (PRO- FERTILITY)

ناباروری، علاوه بر این که مشکل سلامتی است برای خانواده بار سنگین روانی – اجتماعی به همراه دارد ، و لازم است در فرایند ارائه خدمات، اصول و فرایند آموزش و مشاوره به ویژه مراعات حقوق مراجعین در حین آموزش پیشگیری از ناباروری تاکید می گردد. در برقراری ارتباط و آموزش به مراجعین، لازم است ضمن مراعات حقوق وی؛ آموزش و ارائه خدمت وی در محیط امن و بدور از هر گونه قضاوت و برچسب زدن ارائه گردد. مهارت برقراری ارتباط خوب، گوش دادن فعالانه، تشویق به سوال کردن، دریافت اطلاعات درست و کافی، بازخورد و ایجاد یک محیط حمایتی و توانمند ساز از طریق آموزش/ مشاوره در هنگام ارائه این خدمت حائز اهمیت است. تغییر رفتار باروری در فرایند آموزش و مشاوره مستلزم داشتن دانش و مهارت کافی مراقبین است.

فرزندآوری دیر هنگام، عادات غذایی، فعالیت فیزیکی، مصرف سیگار، و یا رابطه زناشویی و جنسی ناسالم از جمله رفتارهایی هستند که ممکن است روند باروری زن و مرد را دچار مشکل نماید. عدم تغییر در رفتار ناسالم و یا مقاومت در تغییر در افراد ممکن است به دلیل نداشتن اطلاعات کافی باشد. به طور مثال درک درستی از اضافه وزن و ارتباط آن با ناباروری نداشته باشد. یا اینکه زن سطح خطر را چندان درک نکرده و این مسئله را کم اهمیت می داند. کمک به زن که بتواند با مرور افکار و احساسات خود، خطرات را شناسایی و به درستی رفتار خود را مدیریت نماید حائز اهمیت است.

همدلی و بازگو نمودن احساسات در مقابل اجبار بر تصمیم گیری فرد کمک کننده است. به طور مثال بگویید: "من درک می کنم که ورزش کردن و کم کردن وزن برایت مشکل بوده است. برخی زنان هم این برایشان مشکل است اما فکر می کنم می شود راه هایی پیدا کرد. شما چه فکر می کنید برای اینکه افزایش فعالیت فیزیکی کمتر غذا خوردن چه کاری میتوان انجام داد؟"

به طور کلی چارچوب مهم در آموزش و مشاوره پیشگیری از ناباروری شامل موارد زیر است:

- بازخورد: رفتار پرخطر با رفتار سالم فرد را مقایسه کنید تا فرد درک درستی از رفتار خطر آفرین و سالم داشته باشد
- مسئولیت: در حین آموزش تاکید شود که مسئولیت تغییر و بهبود شیوه زندگی خود فرد است
- توصیه: توصیه مستقیم و شفاف به فرد دهید البته در آن اجبار نباشد
- همدلی: از روش های تعاملی برای درک بهتر مراجعین بکار گرفته شود

برای این که فرد توانایی ادراکی برای تغییر رفتار داشته باشد، مراحل زیر می توانند به فرد کمک کنند تا توانمندی لازم برای تغییر رفتار را داشته باشد.

- مرحله قبل از آمادگی: زن اعتقادی به این که سن بالا منجر به ناباروری می شود ندارد و یا برایش اهمیت ندارد.
- آمادگی: این مرحله متوجه شده است که مشکل وجود دارد و خود تلاش می کند رفتار باروری سالم داشته باشد. به طور مثال ممکن از شما بپرسد با اضافه وزنی که دارم ممکن است باروری و یا بارداری بدون مشکل داشته باشم"
- عمل: زن خود قصد دارد رفتار باروری سالم داشته باشد. به طور مثال خود جستجوی مراقبت بیشتر برای ناباروری احتمالی را دنبال می کند
- حفظ: در این مرحله خود فرد جهت حفظ رفتار سالم تلاش می نماید و از انگیزه کافی برخوردار است
- برگشت: زن رفتار ناسالم را مجددا دنبال می کند.

ارائه دهندگان خدمات لازم است به زنان کمک کنند درک درستی از رفتار و اهدافش داشته باشد: به طور مثال " در صحبت هایت متوجه شدم که می خواهید باردار شوید و بچه سالمی داشته باشید" من فکر می کنم کم کردن وزن می تواند به شما کمک کند چرا فکر می کنی سخت است وقتی را برای تمرین ورزشی بگذارید؟"

کمک کنید خودکارامدی و خود انگیزی فرد تقویت شود " می خواهید بیشتر در این مورد با هم صحبت کنیم، من مطمئن هستم شما می توانید وزنتان را کم کنید"

پیوست (۲)

برنامه سلامت جنسی خانواده

در الگوی فرهنگی اسلامی ایرانی، تحکیم خانواده از تقدس زیادی برخوردار است و در کلام وحی الهی و نیز روایات به طور مکرر غنی سازی روابط زناشویی تاکید شده است. محور اساسی تکامل انسانی، باروری است و تغییرات دوره باروری به گونه ای است که فرد از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی در جهت تشکیل خانواده و غنی سازی روابط زناشویی آماده می شود. در نگاه سطحی و عامیانه، سلامت زناشویی و جنسی صرفاً از جنبه زیستی به لذت جنسی و همچنین تزیید نسل می پردازد، اما در نگاه عمیق تر، رابطه زناشویی نعمتی است که زمینه انس و مهربانی را در زندگی مشترک زوجین فراهم نموده و حتی اثرات این آرامش و مودت در زوجین بر روابط بین فردی، اجتماعی..... کاملاً مشهود است. ازدواج و صمیمیت زناشویی، بستری متعالی را در جهت برآوردن نیازهای باروری و جنسی افراد فراهم می کند. تکامل و پاسخ به نیاز جنسی در فرد، نیازمند محیطی امن و آرام است که این محیط امن و خوشایند با ازدواج حاصل می شود. صمیمیت و همدلی بین زوجین در جریان ازدواج در درازمدت بر سلامتی و بهزیستی و طولانی تر شدن طول عمر افراد تأثیرگذار است. چنانچه افراد ازدواج کرده در قیاس با افراد مجرد کمتر در معرض خطر عوارض قلبی- عروقی و فراموشی قرار می گیرند و همچنین از سلامتی روان، نشاط فردی و اجتماعی بیشتری برخوردار هستند. به علاوه، رابطه زناشویی و جنسی خوشایند و صمیمانه زوجین در آینده بر سلامت جسمی و روانی کودکان هم تأثیر بسزایی خواهد داشت. چنانچه روابط زناشویی صمیمانه و پایدار بین زوجین یکی از عناصر کلیدی و موثر بر شادابی، سلامت روان فرزندان و همچنین بهبود عملکرد تحصیلی آنها بوده است. رابطه جنسی در طولانی مدت نقش کلیدی در تحکیم خانواده و همچنین بهبود کیفیت زناشویی دارد.

بالعکس سلامت جسم، روان و روحی افراد نیز بر سلامت جنسی و رابطه زناشویی افراد تأثیرگذار است. افرادی که از بیماری و درد رنج می برند، در قیاس با افرادی که بیمار نیستند، کیفیت زندگی پایین تر و کمتر روابط زناشویی خوشایند و راضی را تجربه می نمایند؛ چنانچه رفتارهای پرخطر همچون سیگار و اعتیاد... نیز روابط زناشویی را مختل می نماید. جسم و روان سالم به طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر عمیقی بر روابط زناشویی زوجین خواهد گذاشت. در عین حال، عادات و رفتارهای بهداشتی افراد، از قبیل رژیم غذایی صحیح، فعالیت فیزیکی، خواب کافی و عدم مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در بهبود روابط زناشویی زوجین نقش مهمی را ایفاء می نمایند. ایجاد محیط صمیمانه در خانه و راحت به گونه ای که زوجین بتوانند نیازهای خود را به همدیگر بازگو نمایند نیاز به آموزش و تغییر باورهای غلط دارد. در عین حال آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم مبنا و پایه همه خدمات سلامت باروری و جنسی است و همه ارائه دهندگان خدمات می بایست این آموزش ها را جدی بگیرند.

در راستای تحکیم بنیان خانواده و بهبود روابط زناشویی از سال ۱۳۷۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به برگزاری کلاس های آموزش هنگام ازدواج، در کشور نموده است. اقدام نوآورانه در زمان خود که توانست حداقل اطلاعات لازم در زمینه سلامت جنسی و باروری را در اختیار زوجین قرار دهد. هم اکنون، وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان دستگاه اصلی برنامه آموزش های هنگام ازدواج با همکاری سایر دستگاه ها قوه قضاییه، سازمان بهزیستی و ... برنامه شش ساعته آموزش هنگام ازدواج در دانشگاه ها/ دانشگده های علوم پزشکی در حال اجرا است. با توجه به مقتضای اجتماعی و فرهنگی جامعه، نیازهای آموزشی زوجین مدام در حال تغییر است. برنامه آموزش هنگام ازدواج نقطه ی شروع موثر برای توسعه سایر برنامه های سلامت باروری و جنسی خانواده هاست. با تاکید به این یکی که اولویت های نظام جمهوری اسلامی ایران، کاهش و کنترل آسیب های اجتماعی به ویژه طلاق است.

پیام مقام معظم رهبری در زمینه سلامت جنسی و خانواده(۱۳۸۴) مملو از رهنمدهای ارزشمند است که می تواند مسیرراهدردی و عملیاتی برنامه سلامت جنسی خانواده را هموار سازد و مطابق با شئون فرهنگ سلامتی - ایرانی به گونه ای که مردم خدمات سلامت ازدواج و جنسی خانواده را پذیرا باشند و نیازهای جنسی و باروری آنها بر آورده شود کمک ارزشمند نماید «مشاوره های قبل از ازدواج چیز خوبی است؛ البته الان هم هست و معمول است - قبل از ازدواج می روند، مشاوره هایی می کنند و یک تعالیم و آموزش هایی به دختر و پسر جوان می دهند... باید تأکید بشود و تأیید بشود که این کار هم انجام بگیرد؛ این هم حرف درستی است - وزارت بهداشت مراکز دارد که می روند و آنجا آموزش هایی به دختر و پسر می دهند که کار مفیدی است، همان جا^۱ می شود به آنها گفت که شما کار را اینجا تمام شده ندانید و مراکز وجود دارد که بعد از ازدواج به اینها مراجعه بشود تا اگر مشکلی وجود داشت بروند حل کنند. این هم خوب است»

^۱. کلاس های آموزش هنگام ازدواج وزارت بهداشت.

مطالعات متعددی اثربخشی آموزش های ازدواج و تقویت روابط زناشویی را نشان داده‌اند. آموزش های هنگام ازدواج در افزایش نشاط، بهبود روابط زوجین، رضایت جنسی و زناشویی و همچنین کاهش میزان شکست زناشویی تاثیر داشته اند زوجینی که دوره آموزش ازدواج را گذرانده‌اند مهارت‌های ارتباطی، رضایت زناشویی و کیفیت ارتباط بین آن‌ها بهبود یافته است. در اکثر کشورها هدف از آموزش قبل و هنگام ازدواج، پایداری خانواده و بسترسازی برای تقویت جایگاه خانواده با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی و سلامتی فرد، جامعه و خانواده‌هاست. زندگی مشترک اغلب با شور و احساسات قابل توجهی از سوی زوجین شروع می‌شود. همیشه این احتمال وجود دارد که گذشت زمان و جریان یافتن مسیر روزمره زندگی و به علاوه مواجهه با گرفتاری‌های معمول همچون مسائل شغلی، تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی به کم رنگ شدن این احساسات و هیجانات اولیه منجر شود. گذشت زمان تغییرات دیگری را هم با خود به همراه دارد. از جمله تغییرات بدنی و ظاهری و انواع بیماری‌ها یا محدودیت‌های جسمی و روان‌شناختی که به ویژه روابط جنسی زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهند؛ به عنوان مثال می‌توان از مواردی همچون دیابت، فشارخون، عوارض داروها، اختلالات اضطرابی یا افسردگی نام برد. در حالی که رابطه جنسی رضایت‌بخش می‌تواند باعث استحکام یک رابطه صمیمانه باشد، اما در همین حال نارضایتی در این حوزه می‌تواند به یک عامل ایجاد فاصله تبدیل شود.

البته خود مشکلات جنسی زوجین نیز در موارد زیادی نشانه‌ای از وجود مسائل دیگری در روابط آنها است.

مراعات اصول پایه در ارائه خدمات سلامت جنسی خانواده به شرح زیر می‌باشد:

- زیربنای مصادیق اخلاقی و حقوقی در پزشکی و سلامت، حفظ شأن و احترام به کرامت انسانی است. ارزش‌گذاری به مبانی ازدواج و تشکیل خانواده در آیات و روایات دین مبین اسلام تأکید شده است.
- بهبود آگاهی‌های زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه روابط سالم زناشویی و بهداشت باروری، به منظور بهبود کیفیت زناشویی امری کلیدی است (کلیات سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان مصوب شورایی انقلاب فرهنگی ۱۳۸۶/۹/۱۱ شماره ابلاغ ۵۳۹۹ به ویژه بند ۱۹ ماده ۴).
- همه افراد فارغ از سن، طبقه، صنف، جنسیت، تمایلات، علایق، مذهب و وضعیت اقتصادی-اجتماعی، از کرامت انسانی برخوردار هستند. همه افراد باید فارغ از موارد یاد شده مورد احترام قرار گیرند. بنابراین توجه به شأن و منزلت و کرامت زوجین حائز اهمیت است.
- زوجین فرهنگ‌ها، اعتقادات و سنت‌های متفاوتی دارند که در هنگام آموزش این ارزش‌ها و سنن قابل تکریم هستند.
- ارائه اطلاعات بسته به سطح تحصیلات و سواد زن و مرد متفاوت است عدالت به مفهوم رفتار یکسان با افراد است. یعنی دادن اطلاعات لازم به افراد تا آن اندازه که نیاز آنها را برآورده نماید و دادن اطلاعات کامل مورد نیاز افراد بدون اعمال تفاوت. در این مورد رعایت احترام و شأن زن و مرد برای همگان ضروری است.
- از مسائل و باورهای شخصی خود مطلع بوده و همچنین به ازدواج سالم و رابطه زناشویی نگرش مثبت داشته باشد.
- نسبت به خود، باورها و اعتقادات خود شناخت داشته باشد و قضاوت و کلیشه‌های شخصی را کنار بگذارد.
- بداند که رازداری سرلوحه سلامت ازدواج و جنسی خانواده است
- اطلاعات مورد نیاز مربوط به سلامت زناشویی و باروری را به‌درستی و با صراحت در اختیار فرد قرار دهد.
- حین آموزش و مراقبت اطلاعات درست در این زمینه در اختیار مراجعه کننده قرار دهد.
- مهارت‌های ارتباطی مؤثر را به کار گیرد.
- حقوق سلامت زناشویی و باروری مراجعه کننده را محترم بشمارد.

به طور معمول یک چهارم تا یک دوم زنان، مسائل جنسی دارند، از آنجا که زنان نسبت به تفکر عمومی نگران و خجالتی هستند و از آنجا که فرض می‌کنند که ارائه دهندگان خدمات مراقبتی شان نسبت به این مسائل راحت رفتار می‌کنند، امید دارند که ارائه دهندگان خدمات مراقبتی بحث در مورد تمایلات جنسی را آغاز نمایند. کارکرد و رضایت جنسی، موضوعات مرتبط با کیفیت زندگی هستند و می‌بایست آموزش و ترویج سلامت به بهترین شکل توسط مراقبین سلامت ارائه گردد. بسیاری از مراجعین تمایل دارند که در مورد نگرانی‌های مربوط به کارکرد جنسی خود با مراقب سلامت صحبت کنند اما دوست دارند که پزشکان بحث را آغاز کنند. ارتباط درست با مراجعین و این که وی احساس کند به حرف‌هایش گوش داده شده در مراقبتی کمک‌کننده است حتی اگر نتوان بلافاصله مشکل را حل کرد. بسیاری از مشکلات جنسی شایع را می‌توان توسط یک فرد دوره دیده برطرف نمود. ضروری است سلامت ازدواج و جنسی خانواده به جزء لاینفکی از مراقبت عمومی مراجعین باشد و از طریق طرح سوالات در مبحث مرتبط با سلامت زنان، سوالاتی در مورد نگرانی‌های جنسی پرسیده شود. به طور مثال "آیا شما مسائلی در رابطه جنسی دارید که تمایل دارید در مورد آن بحث کنید؟" یا "بسیاری از افرادی که مسائلی همچون مسائل سلامت شما دارند، این مسائل دارند. آیا تمایل دارید در مورد هر گونه سوالی که ممکن است برایتان مطرح باشد، بحث کنید؟" بنابراین درست همانطور که در شرح حال تمام اعضا و سیستم‌ها ارزیابی می‌شوند. وضعیت سلامت جنسی مراجعه‌کننده هم باید ارزیابی گردد. اگر ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی نگران آن است که به رفتار نامناسب متهم شود، اجازه گرفتن ساده، سطح راحتی آن بیمار را آشکار خواهد کرد. بعنوان مثال، "برای بررسی سلامتی شما، لازم می‌دانم که از شما سوالاتی در مورد رابطه جنسی تان بپرسم. شما مشکلی با این موضوع ندارید؟" اگر بیمار رضایت داد، وی اطمینان دارد که این سوالات بعنوان بخشی از مراقبت جامع وی تلقی می‌شوند. با دانش ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی در مورد سلامت ازدواج و در چارچوب کار، خدمات آموزش شیوه زندگی و در صورت نیاز ارجاع انجام می‌گیرد.

در حال حاضر مهم‌ترین مسئله سلامتی، رفتارهای غیربهداشتی، تغذیه ناسالم و کم‌حرکی است که منجر به افزایش ابتلای افراد به بیماری‌های قلبی-عروقی، فشارخون، دیابت و سرطان در سطح دنیا و همچنین ایران شده است. متأسفانه سن ابتلا به این بیماری‌ها در زنان و مردان کاهش یافته است. رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم و کم‌حرکی، مصرف سیگار و الکل، از جمله رفتارهای ناسالم هستند که در ابتلا به فشارخون و دیابت بیشترین اثر را دارند. وضعیت سلامت جنسی زنان و مردان نیز بیش از دیگر اعضای بدن در معرض تهدید هستند. عارضه چاقی و اضافه‌وزن و بالعکس محدودیت جدی در رژیم غذایی، همانند بولیمیا و آنورکسیا هم خطرات جدی هم برای فرد و هم در روابط بین‌فردی/ زناشویی دارد. هدف از ترویج استفاده از غذای سالم، ترغیب زوجین در داشتن رژیم غذایی و عادات تغذیه‌ای مناسب و حمایت از همدیگر است و فرهنگ با هم بودن و در عین مراقبت از همدیگر را تشویق گردد. اهمیت دادن زوجین به تهیه و خوردن غذای سالم در فضایی صمیمی فرصت خوبی برای رفع عادات بد غذایی می‌باشد. بدیهی است احتمال استمرار رفتار سالم تغذیه‌ای صورت تغییر رژیم غذایی در محیطی آرام، خوشایند و حمایتی بیشتر خواهد بود. بخش عمده‌ای از اختلالات جنسی مردان به چاقی، اختلالات عروقی بر می‌گردد. و لازم است زوجین همدیگر را در داشتن رژیم غذایی و فعالیت مناسب ترغیب شوند. یکی دیگر از رفتارهای بهداشتی، داشتن تحرک و فعالیت فیزیکی به طور منظم است که منجر به بهبود گردش خون و سلامت عروق کرونر، میزان پایین‌تر دیابت دو و میزان پایین‌تر فشارخون می‌شود. برخی مطالعات نشان داده‌اند افراد بعد از ازدواج اضافه‌وزن پیدامی‌کنند و تمایل کمتری به تحرک و فعالیت فیزیکی دارند. مهم‌ترین عامل در تغییر رفتار و بهبود تحرک و فعالیت فیزیکی منظم، حمایت خانواده است. زوجین نقش حمایتی برای همدیگر دارند و باید شیوه زندگی سالم و پرتحرک را برای خود و خانواده ترویج دهند. زوجی که تمایل به فعالیت فیزیکی دارد نقش حمایتی برای همسر خود دارد و می‌تواند همسر خود را هم برای تحرک بیشتر تشویق کند. بعلاوه فعالیت‌های فیزیکی همراه با همدیگر، می‌تواند رضایتمندی در روابط زناشویی و تعهد را تقویت بخشد.

سیگار

شواهد آزمایشگاهی متقن نشان داده‌اند اثرات منفی سیگار بر باروری زن و مرد وسیع است. سابقه طولانی سیگار کشیدن علاوه بر این که منجر به انحلال سریع فولیکول‌های تخمدانی، تأخیر در بارداری، افزایش سقط خودبه‌خودی در باروری طبیعی یا درمان کمک باروری و همچنین نواقص مادرزادی می‌شود، ترکیبات تنباکو، نیکوتین و کربن مونوکسید و برخی رادیکال‌های آزاد در کاهش خون‌رسانی سیستم تناسلی مرد تأثیرگذار هستند و حتی مصرف یک سیگار هم می‌تواند بر نعوظ تأثیر بگذارد. مصرف سیگار تهنی هم منجر به کاهش عملکرد نعوظ تا حد ۲۰ درصد در قیاس با غیر سیگاری‌ها می‌شود میزان بالاتر انزال زودرس در سیگاری‌ها ۴۰ درصد و در غیرسیگاری‌ها ۲۳ درصد دیده می‌شود و این میزان خطر انزال زودرس، به اندازه خطر ابتلا به دیابت است. گفتنی است تنباکو هم در زنان و مردان منجر به نقض در مرحله برانگیختگی

می‌شود. اختلال در گردش خون شبکه وریدی آلت تناسلی زمانی بروز می‌کند که ۲۵ درصد از شبکه وریدی به دنبال مصرف سیگار تخریب شده باشد، در حالی که علائم قلبی زمانی که ۵۰ درصد رگ‌های کرونر تخریب شده باشد بروز می‌کند؛ از این رو بروز نشانه‌های اختلال جنسی خود به عنوان یک علامت خطر برای بیماری قلبی است.

استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی

متأسفانه استفاده بیش از حد از اینترنت تأثیر سوء بر رضایت زناشویی زوجین گذاشته است؛ بنابراین توصیه می‌شود حتی الامکان در منزل استفاده از اینترنت به چند دلیل محدود شود: ۱. کیفیت روابط و تعاملات خانوادگی مختل می‌شود و حتی تهدیدی برای رابطه جنسی سالم محسوب می‌شود. برآورد شده است حدود یک سوم از کاربران اینترنت به دلایل جنسی از وب استفاده می‌کنند. اِشکال در روابط و تمایل نداشتن به رابطه با همسر خود از جمله مشکلات این کاربران بوده است. برخی مطالعات تعارض بیشتر زناشویی و تعهد کمتر زوجین را نشان داده‌اند استفاده از داروها، مواد تحریک‌کننده و مشروبات الکلی، شرعاً و قانوناً ممنوع است و تأثیر ناخوشایندی بر فرایند رابطه جنسی می‌گذارد. فیلم‌های تحریک‌کننده با نمایش صحنه‌های غیرواقعی و رفتار خلاف مبانی مذهبی، فرهنگی و اجتماعی، فرایند رابطه زناشویی سالم را با آسیب جدی مواجه خواهد کرد.

مصرف دارو، الکل، کافئین و مواد مخدر

مصرف کافئین با افزایش بیشتر سقط همراه است. همچنین مصرف الکل با اختلال متابولیسم کبد و آسیب‌های شناختی عصبی و تنش و تأخیر در بلوغ اووسیت همراه است (Silvestris et al, 2018). به علاوه، سوء مصرف هورمون‌ها و استفاده از استروئیدهای آنابولیک که برخی جوانان برای افزایش قوای بدنی و در بدن‌سازی استفاده می‌کنند اثرات جدی سوء جسمی و روانی، از قبیل بروز بیشتر تومورهای کبدی، افزایش کلسترول، بیماری قلبی، پرخاشگری و تغییر در سطح هورمون‌های جنسی به همراه دارد. همچنین مصرف استروئیدهای آنابولیک در مردان منجر به کاهش سایز بیضه، اختلال در نعوظ و ناباروری می‌شود.

رفتار جنسی مسئولانه، مشروع و ایمن

تحکیم خانواده و برقراری ارتباط جنسی در چارچوب خانواده مهم‌ترین عامل پیشگیری از عفونت‌های آمیزشی از قبیل کلامیدیا، زگیل تناسلی و اچ‌آی‌وی/ایدز است. اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری عفونی واگرداری است که عامل ایجاد آن ویروس HIV (اچ‌آی‌وی) است. با روش‌های آزمایشگاهی از جمله آزمایش سریع، ELISA و شناسایی ویروس، می‌توان بیماری فرد را تشخیص داد. البته از زمانی که ویروس وارد بدن می‌شود تا زمانی که روش‌های آزمایشگاهی قادر به تشخیص آن باشند زمانی (دوهفته تا ۱۶ ماه) وجود دارد که به آن «دوران پنجره» می‌گویند. در این دوران باینکه ویروس در بدن انسان وجود دارد، اما فرد علامتی ندارد و می‌تواند ویروس را به دیگران منتقل کند. هنوز هیچ دارویی برای حذف کامل ویروس پیدا نشده است و وقتی ویروس وارد بدن فرد شود، به هیچ طریقی نمی‌توان آنرا ریشه‌کن کرد. داروهایی که وجود دارد می‌تواند طول عمر مبتلایان را طولانی‌تر و کیفیت زندگی آن‌ها را بهتر کند. مصرف این داروها از زمان ورود بیمار به مرحله بیماری (ایدز) توصیه می‌شود. دیگر راه‌های پیشگیری شامل موارد زیر است:

- تحکیم خانواده و تلاش در مراقبت از زندگی زناشویی همدیگر
- خویشتن داری و پرهیز از رفتارهای پرخطر نامشروع
- پرهیز از تماس جنسی غیر ایمن

سلامت جنسی در دوران باروری زنان

الف - حاملگی و تولد کودک

حاملگی دوره مهمی تلقی می شود زیرا زوج وارد نقش خود بعنوان والدین می شوند. یکی از مهمترین شاخص های کارکرد جنسی در حین حاملگی و پس از وضع حمل، کارکرد پیش از بارداری است. زوجینی که بر فراوانی مقاربت تمرکز ندارند و عشق ورزی را با مقاربت جنسی برابر نمی دانند، به احتمال زیاد رضایت جنسی ایشان حتی با وجود تغییرات در زندگی جنسی شان، بالا می ماند. در سه ماهه سوم بعلت بروز مشکلات مربوط به پوزیشن در رابطه جنسی، ممکن است لازم باشد ملاحظاتی در این رابطه صورت گیرد. بیشتر زوج ها پس از وضع حمل برخی مشکلات جنسی را تجربه می کنند. بیش از یک دوم زنان در حین اولین مقاربت پس از وضع حمل، دچار درد می شوند. بروز مقاربت دردناک پس از وضع حمل به درجه ترومای پرینه مربوط است. وضع حمل هایی که در آن زن نیاز به کمک دارد، بیشترین ریسک مقاربت دردناک را دارا می باشند. بعد از زایمان ، تولد یک نوزاد، تاثیر شگرفی بر رابطه جنسی بیشتر زوج ها حداقل در اوایل دوره تولد دارد. علاقه زن - و فراوانی روابط جنسی زوجین - در حین چند ماه اول پس از زایمان، کمتر از پیش از حاملگی است. رضایت از رابطه پیش از حاملگی و سطح راحتی نسبت به میل جنسی، پیش بینی کننده های مهمی برای آنچه ممکن است پس از تولد کودک رخ دهد، هستند.

شیردهی

شیردهی با تعداد مقاربت کمتر، کاهش میل جنسی و کاهش رضایت جنسی ارتباط دارد. مادران شیرده مقاربت جنسی را امری کم اهمیت تر قلمداد می کنند و مقاربت را دیرتر از زمانی که به فرزند خود شیر نمی دهند، از سر می گیرند. افزایش پرولاکتین در حین شیردهی، تولید استروژن و اندروژن تخمدان را کاهش می دهد. سطح پایین استروژن باعث کاهش مرطوب شدن واژن و آتروفی واژنی می شود که می تواند در انگیزتگی جنسی و ارگاسم نقش داشته و باعث مقاربت دردناک شود. شیردهی می تواند همراه با احساسات شهوانی در یک سوم تا یک دوم زنان باشد؛ برخی از زنان از این موضوع لذت می برند اما برخی دیگر آن را به میزان قابل توجهی پریشان کننده می دانند.

ناباروری

برای بسیاری از زوجهای نابارور، فعالیت جنسی هم معنای باروری، فشار و یأس و ناامیدی است. بجای تمرکز بر لذت و تبادل احساسات، تاکید بر آستن شدن است که این امر باعث کاهش میل جنسی، انگیزتگی و لذت می شود.

دوره یائسگی

در طول دوره یائسگی، مانند تمام مراحل زندگی، محرک های تنش زای زندگی و روابط بین فردی، نقش مهمی را در کارکرد جنسی ایفا می کنند. با پیرشدن، ممکن است زن باور کند که جذابیت وی کمتر شده و شریک جنسی او را کمتر جذاب می داند. تاثیر پیر شدن و یائسگی بر سلامت جنسی زنان، در بافت جامعه غربی معاصر به بهترین شکل درک می شود که موفقیت و جذابیت جنسی را معادل جوانی، زیبایی و موفقیت جسمی می داند. مردان و زنان اجتماعی شده در عصری که در آن مقدمات فعالیت جنسی برای اهداف باروری پذیرفته شده بود، مدت طولانی پس از سالهای پایان باروری خود، با مسئله علاقه، میل و توانایی جنسی مستمر مواجهه می شوند. بیشتر زنان بخاطر لذت فیزیکی و همچنین عشق ورزی به رابطه جنسی علاقمند هستند. یائسگی با کاهش سریع سطح استروژن همراه است که منجر به کاهش جریان خون، میزان مرطوب شدن واژن و کاهش میل جنسی می گردد. بی اختیاری ادرار نیز می تواند کارکرد جنسی را تضعیف نماید. کاهش استروژن و تستوسترون آزاد می تواند به علائم یائسگی مربوط باشد از جمله گرگرفتن، تعرق شبانه و کاهش تمایلات جنسی. در زنان، اندروژن در تخمدان و غدد فوق کلیوی تولید می شوند.

با گذشت هر دهه احتمال آنکه زنان به فعالیت جنسی با یک شریک جنسی بپردازند کمتر می شود. در بسیاری از موارد، این امر به علت کمبود علاقه یا میل جنسی نیست بلکه به دلیل آن است که زنان پس از طلاق یا مرگ همسرشان، شریک جنسی ندارند. تعداد زنان مسن اکثرا از حیث شماره بیش از مردان مسن است. کاهش تعداد فعالیت های جنسی می تواند نتیجه مشکلات سلامتی، تاثیرات پیری، خشکی واژن در نتیجه کاهش تولید استروژن و یا کاهش قابل توجه علاقه جنسی و توانایی شرکای جنسی مرد باشد. علاوه بر این، اگرچه با افزایش سن، بیشتر زنان مشکلات جنسی را گزارش می کنند، اما تعداد کمتری از این زنان بخاطر چنین مشکلاتی ابراز ناراحتی می کنند.

در گرفتن سابقه و شرح حال اصول زیر رعایت شود:

- اجازه بگیرید
 - شروع کننده بحث باشید
 - از زبان حرفه ای (در مقابل زبان عامیانه) استفاده نمایید
 - حس اعتماد و محیط محرمانه را القا کنید
 - از شکلی از طرح سوال استفاده کنید که شامل ارائه اطلاعات بوده و پس از آن سوالی مطرح می شود.
 - نگرش عدم قضاوت را از خود نشان دهید
 - در روند بررسی اگر فکر می کنید حساسیت ایجاد می کند، در پرسش سوالات تاخیر کنید
 - اطلاعات را به صورت تشریحی ارائه دهید
 - سوالاتی در مورد احساسات، علاوه بر تجربیات، مطرح کنید
 - نگرش مثبت گرایی را ترویج کنید.
- وضعیت سلامت جنسی فرد را ارزیابی کنید و سوالات زیر پرسیده می شود

- آیا فرد رابطه زناشویی با همسر دارد؟

- آیا مراجعه کننده مشکلی در رابطه زناشویی/جنسی دارد؟

- آیا همسر وی مشکلی در رابطه زناشویی دارد؟

- آیا هنگام مقاربت درد دارد (در مورد مراجعین خانم)؟

نتیجه ارزیابی

در صورت پاسخ " بلی " به هر کدام از سوالات بالا؛

سوابق بیماری قلبی عروقی، بیماری عروق کرونر قلبی، سکتة مغزی و دیابت ... بررسی کنید .

شیوه زندگی (تغذیه، فعالیت فیزیکی و مصرف دخانیات و داروها...) بررسی کنید.

معاینه فیزیکی (فشارخون، محیط شکمی، وزن و قد و شاخص توده بدنی بررسی گردد. اگر فشار خون و ضربان قلب در ۳-۶ ماه گذشته بررسی نشده باشد، باید اندازه گیری شود .

توصیه و اقدام

بهبود شیوه زندگی آموزش دهید

بسته آموزش سلامت ازدواج و زناشویی را ارائه نماید.

ارجاع به مربی ازدواج

خدمات سلامت ازدواج و جنسی خانواده

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
ارجاع فوری به پزشک و ماما (مربی ازدواج)	غیر طبیعی	پاسخ "بلی" به همه سوالات ارزیابی اولیه
ارجاع غیر فوری به پزشک و ماما (مربی ازدواج)	نیاز به آموزش و ارجاع	زنان شیرده، یائسه و باردار و پاسخ بلی به هر کدام از سوالات ارزیابی
آموزش شیوه زندگی سالم	طبیعی	وضعیت مطلوب سلامت زن پاسخ خیر به همه سوالات ارزیابی اولیه



ارزیابی

تشکیل پرونده در ملاقات اول /

بررسی پرونده

بررسی وضعیت کلی سلامت زن

سوال کنید:

سن ، سن ازدواج، تاریخچه رابطه جنسی ، وضعیت کلی جسمی - روانی زن و همسر، سوابق بیماری ، وضعیت باروری (باردار، شیرده و یائسه)

بررسی کنید:

آیا زن رابطه زناشویی با همسر دارد؟

- آیا زن مشکلی در رابطه زناشویی/جنسی دارد؟

- آیا همسر وی مشکلی در رابطه زناشویی دارد؟

- آیا زن هنگام مقاربت درد دارد؟

معاینه کنید:

شاخص توده بدنی

فشارخون

پیوست (۳)

اثر بخشی روش های پیشگیری از بارداری به تفکیک روش^{۱۱}

اثربخشی روش‌های پیشگیری از بارداری به تفکیک روش^{۱۲}

میزان بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده (unintended pregnancy) به ازای هر ۱۰۰ زن

روش پیشگیری از بارداری	میزان بارداری در سال اول ^a		میزان بارداری در طی ۱۲ ماه ^b
	استفاده مداوم و صحیح	استفاده به طور معمول	استفاده به طور معمول
کاشتنی‌ها (ایمپلنت)	۰/۱	۰/۱	۰/۶
واژکتومی	۰/۱	۰/۱۵	
بستن لوله‌های رحمی	۰/۵	۰/۵	
IUD لونیورجسترونی	۰/۵	۰/۷	
IUD مسی	۰/۶	۰/۸	۱/۴
آمپول تزریقی یک ماهه	۰/۰۵	۳	
آمپول پروژسترونی	۰/۲	۴	۱/۷
قرص ترکیبی	۰/۳	۷	۵/۵
قرص پروژسترونی	۰/۳	۷	
برچسب ترکیبی	۰/۳	۷	
حلقه واژینال ترکیبی	۰/۳	۷	
کاندوم مردانه	۲	۱۳	۵/۴
کاندوم زنانه	۵	۲۱	
روش تخمک‌گذاری	۳	۲۳	
دیافراگم	۱۶	۱۷	
منقطع	۴	۲۰	۱۳/۴
کلاهک دهانه رحم	۹ ^d ، ۲۶	۱۶ ^d ، ۳۲	
اسپرم کش	۱۶	۲۱	
بدون روش	۸۵	۸۵	

^a میزان‌ها از ایالات متحده آمریکا

^c میزان بارداری برای زنانی که تجربه زایمان داشته‌اند

^b میزان‌ها از کشورهای در حال توسعه

^d میزان بارداری برای زنانی که تجربه زایمان نداشته‌اند

