



صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا جهاد دانشگاهی
(مرکز تحقیقات بیولوژی تولید مثل و نازایی و مرکز تحقیقات
آنتی بادی منوکلونال)
مدیر مسئول: دکتر محمدمهدی آخوندی
سردبیر: دکتر هومن صدری اردکانی

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر محمدمهدی آخوندی، دکتر ناصر امیر جنتی، زهره بهجتی
اردکانی، دکتر محمود جدی تهرانی، دکتر لیلی چمنی،
دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن صدری اردکانی، دکتر سهیلا
عارفی، دکتر معرفت غفاری، دکتر افسانه محمدزاده کازرگاه
داوران همکار این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر عبدالحمید احمدی، دکتر سرور اسدی، دکتر عباس
بصری، دکتر سوسن پارسای، دکتر فهیمه رضایی تهرانی،
دکتر حمید زعیم کهن، دکتر حوریه شمشیری میلانی، آقای پرویز
عالی، دکتر مجید علی عسگری، دکتر محمد فرحبخش،
دکتر معصومه فلاحیان، دکتر بهرام قدیمی، دکتر ناصر
کلانتری، دکتر سعید مجتهدزاده، دکتر علی محمد ملتی،
دکتر حسین ملک افضلی، دکتر فریده یغمایی
مدیر داخلی: شبنم منتظری

همکاران علمی این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

شمیسه اسکندری، صفورا سلیمانی فخر، دکتر علی صادق پور طبایی،
دکتر علی عمرانی، زهرا فضلی خلف، شبنم منتظری، دکتر بیتا
نیک خلق

حروفچین: فاطمه سادات شاکری

عکاس: مرجان زیرک نژاد

طراح و صفحه آرا: علیرضا حاجی محمد حسین کاشی

طرح روی جلد: اعظم سلطان محمدی

واحد رایانه: دکتر امید لطف الهی شبنم، محسن اسلامی فر،

عطیه سوهانی

لیتوگرافی: آرمان (۸۳۰۴۴۷۷-۸۸۳۳۳۸۹)

چاپ: حدیث (۸۹۶۴۳۱۵)

صحافی: سپیدار (۷۵۶۹۷۹۷-۸)

توزیع: نشر گستر امروز (۵۲۷۰۴۰۹-۱۰)

همکاران اجرایی این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

ناصر رحیمی، ابوالفضل زارع، احمد ستوده، مهدی شجاعی،

ابوالفضل علیزاده، علی لرونند، مجید ملکیان، امین محمدنژاد،

مژده مظهری، معصومه ناگهی، ایرج نجاری، لیلا نورزاده

۲	سر مقاله
۳	مشکلات روانی- اجتماعی ایدز و راهکارهای سازگاری در مبتلایان به ویروس HIV
۱۱	گزارش افتتاح نخستین مرکز فوق تخصصی درمان سقط مکرر در کشور
۱۳	چگونه زندگی انسان شروع می شود؟
۱۹	بلوغ زودرس
۲۲	آشنایی با قرص های ضدبارداری خوراکی (OCP)
۳۱	اهمیت معاینه بیضه ها توسط خود فرد
۳۴	عفونت قارچی واژینال
۳۶	بهداشت باروری در ایران
۴۳	بیماریهای دریچه ای قلب در حاملگی
۴۷	ضرورت توجه به سلامت زنان و دختران نوجوان
۵۰	بعد از یائسگی چه اتفاقی می افتد
۵۳	تغذیه و دوران شیردهی
۵۶	جدول

توضیح:

چاپ مقالات و مطالب اشخاص لزوماً به منزله دیدگاهها و
نظرات مجله نیست.
مجله خود را در حکم و اصلاح و ویرایش مطالب وارده تا
جایی که به اصل اثر خدشه وارد نشود مجاز می داند.
مطالب مجله علاوه بر بررسی توسط هیأت تحریریه، توسط
مجموعه ای از صاحب نظران رشته های مختلف کشور مورد
داوری قرار می گیرد.

تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ (چهار خط)

دورنگار: ۲۴۰۳۶۴۱

سایت اینترنتی: www.avesina.ir

پست الکترونیکی: rhm@avesina.ir

صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، انتهای بلوار

داخل دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده ابن سینا

« مجله بهداشت باروری » آماده دریافت و چاپ مقالات
و مطالب صاحب نظران و کارشناسان می باشد.

بر اساس تخمین‌ها هم اکنون ۴۰ میلیون نفر در جهان به ویروس HIV عامل بیماری (AIDS) آلوده هستند و هر روز ۱۴ هزار نفر به جمع آلوده به ویروس ایدز در جهان اضافه می‌شوند. شاید پاستور، کخ، بالتیمور، کریس و بسیاری از دانشمندان مطرح در عرصه بیماری‌های واگیر گمان نمی‌کردند، پس از ریشه‌کشی بسیاری از بیماری‌های عفونی، بشر در هزاره سوم و با وجود پیشرفت‌های علمی قابل توجه، در مقابله با بیماری دیگری اظهار عجز و ناتوانی کند. در حال حاضر تنها راه مهار این بیماری مهلک، پیشگیری است. در حالی که هزینه ماهانه درمان هر بیمار مبتلا در ایران حدود ۱۱۰۰ دلار تخمین زده می‌شود، منطقی‌ترین راه در مقابله با این بیماری ارائه آموزش‌های لازم در سطوح مختلف می‌باشد.

بنابراین ارائه اطلاعات کامل و مناسب از طریق رسانه‌ها از جمله بهداشت باروری از ضروری‌ترین اقداماتی است که باید انجام شود.

از سوی دیگر رسیدگی به بیماران مبتلا نیز از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. در ایران اگر چه برای برخی از بیماری‌ها مانند هموفیلی و تالاسمی که علاوه بر آثار فیزیکی بر بیمار، آثار اجتماعی نیز دارند، انجمن‌های حمایتی وجود دارند، اما بیماران مبتلا به ایدز از چنین انجمن‌هایی نیز برخوردار نیستند و متأسفانه چون نگرش منفی به این بیماری قوی است، بعید است مبتلایان به این بیماری اگر هم انجمنی برای حمایت از آنها تشکیل شود، برای ثبت نام در آن قدم پیش بگذارند، مگر آنکه آموزش‌های لازم در جهت تغییر نگرش اجتماع به این بیماری نیز ارائه شود.

امید است با همت جمعی و محقق شدن وعده‌های مسئولین بهداشت و درمان کشور شاهد اجرای برنامه‌ای گسترده، جهت آگاه‌سازی مردم درباره HIV (Human Immunodeficiency Virus) و AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) باشیم.

دکتر هومن صدری اردکانی
سر دبیر

مشکلات روانی-اجتماعی ایدز

وراهکارهای سازگاری در مبتلایان به ویروس HIV: راهنمایی برای مشاورین و مراقبین بهداشتی و اولیاء مبتلایان به ایدز

زهره بهجتی اردکانی
کارشناس پزشکی اجتماعی



مراقبین بهداشتی در مدارس به علت تماس مستمر و مداوم و نزدیک با دانش آموزان، ایجاد روابط عاطفی و دوستانه با آنها، نقش مثبت و مؤثری را در رابطه با حل بسیاری از مشکلات و معضلات خانوادگی، اجتماعی، روانی داشته و همچنین توانسته اند به کنترل بعضی از بیماریهای عفونی دستگاه تناسلی و مشابه آن دست یابند. براین اساس بیشترین توصیه در جهت کاهش ابتلای به ایدز، در آموزش صحیح و کامل به مشاورین و مراقبین بهداشتی جستجو می گردد. مطالعات انجام گرفته در جوامع غربی، بیانگر افزایش چشمگیر مبتلایان به ایدز علیرغم بکارگیری آموزش در مدارس پس از ابلاغ کتبی برنامه های آموزشی بهداشت در بعضی مناطق است. علل افزایش در این رابطه به مواردی خاص محدود نمی گردد، لکن در مطالعات، دو علت عمده چشمگیرتر از بقیه موارد ظاهر گردیده است:

- ۱- فقدان آگاهی کافی و اطلاعات صحیح در سطح مشاورین و مراقبین بهداشتی.
- ۲- عدم اجرای کامل برنامه های آموزشی بهداشت به جهت مشکلات مختلف نظیر مشکلات فرهنگی و سنتی

با توجه به جوانی جمعیت کشور (بیش از ۵۰ درصد زیر ۲۵ سال)^۱، کانون توجه صاحب نظران و برنامه ریزان در سمینار روز جهانی جمعیت در تابستان ۱۳۸۲، بر محور تأمین نیازهای بهداشت باروری و جنسی در کنار سایر نیازهای فوری دیگر نظیر تغذیه، اشتغال، مسکن، تحصیل، ازدواج قرار داشت و به مسائل مرتبط با جوانان و ریسک فاکتورهای جهانی همچون ایدز، سیگار، الکل، خشونت و افسردگی، حوادث و سوانح توجه خاصی مبذول گردید. با توجه به سیر فزاینده ایدز در کشور و تغییر الگوی انتقال آن از طریق خون به انتقال از طریق روابط جنسی، باید مداخلات جدی تری را جستجو نمود و تلاش جهت آموزش، توانمندسازی و بسیج جوانان در ارتباط با کنترل و پیشگیری از بیماری ایدز، بعنوان یکی از راهکارهای مهم مطرح می شود. لذا با توجه به حساسیت موضوع و هشدارهای آماری مبتنی بر افزایش تعداد جوانان و نوجوانان مبتلا به ایدز در دهه های اخیر، افزایش سطح آگاهی جوانان و نوجوانان، از جمله روشهای موفق در پیشگیری و کنترل ایدز است. مطالعات نشان داده که مشاورین و

مشکلات روانی - اجتماعی ایدز

- افزایش سطح آگاهی
جوانان و نوجوانان، از جمله
روشهای موفق در پیشگیری
و کنترل ایدز است

- بیماری ایدز علاوه بر
قلمرو علوم پزشکی در
قلمرو علوم رفتاری و
اجتماعی قابل بحث و
بررسی است

عصبانیت، افسردگی، احساس وابستگی از جمله واکنش‌های عاطفی منفی در مبتلایان به ایدز است. ترس و شرمساری حاکم بر بیماران ایدزی، حمایت و اعتماد به دیگران را سلب نموده و از امکان بهره‌وری از سازمانهای حمایتی می‌کاهد. از دست دادن سلامت جسم و ذهن، همسر (در صورت تاهل)، خانواده، اقوام، کار، شغل، منزلت اجتماعی زمینه‌اندیشیدن به مرگ و سوگواری را فراهم نموده و با نگرانی از آینده و اندیشیدن به مرگ و نوع آن (تدریجی، ناگهانی، دردناک، آسان) عصبانیت را به اوج رسانده و به سرزنش خود، در از دست دادن سلامت، سرزنش خانواده، در ناتوانی تلاشی مؤثر در جهت بهبودی، سرزنش سیستم‌های حمایتی، در عدم درک و همدلی و همدردی، سرزنش جامعه، به جهت طرد اجتماعی و سرزنش سیستم پزشکی، به جهت ناتوانی در درمان می‌پردازند.

بر این اساس نفس بیماری همراه با سرویسه‌های بهداشتی ناکارآمد، فرد را در جهت خودسرزنی، عدم پذیرش خویش، ناامیدی و افسردگی سوق داده و علائم افسردگی بصورت آشفتگی‌هایی در خواب، تغییر اشتها، بی‌توجهی به فعالیت‌ها، بی‌توجهی در یافتن مطلوب‌ها، مشکل در تمرکز، به‌همراه علائم روانی نظیر پیشگویی از مرگ، از دست دادن اقوام و خانواده، معلولیت و ناتوانی و متعاقب آن احساس وابستگی به دیگران ظاهر می‌گردد. احساس عمیق وابستگی در افرادی با ناتوانی جسمی و روحی، بیشتر تجلی یافته و تحمل سختیها و مشکلات را در آنها با لحاظ دامنه حساسیت و آسیب‌پذیری دشوارتر می‌سازد، اگر در جهت رفع افسردگی اقدامی صورت نگیرد ممکن است به روشهای سازگاری ناخوشایند از قبیل، پناه بردن به مواد مخدر و مشروبات الکلی و تلاش جهت خودکشی بیانجامد.

واکنش عاطفی مثبت:

امیدواری تنها واکنش عاطفی مثبت به ویروس HIV است. حفظ امید در مبتلایان به ایدز از وظایف اولیه هر فرد در تماس با این گروه است. افراد امیدوار با برنامه‌ریزی جهت فعالیت‌ها، موفقیت‌ها و ایجاد روابط خویشاوندی مستحکم، از طول عمر بیشتری برخوردار

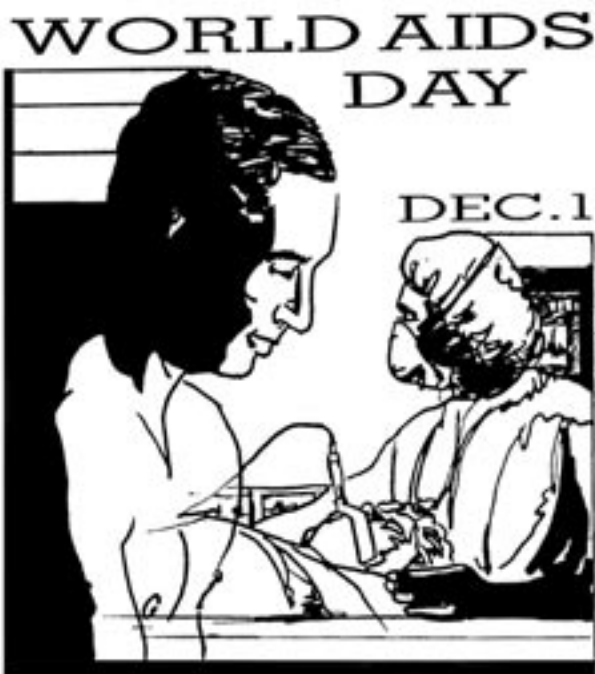
حاکم بر جامعه و حساسیت‌های آموزشی در مدارس که موجب شده برنامه‌های آموزشی جدی تلقی نگردیده و بطور کامل اجرا نگردد.

براین اساس تلاش در جهت ارتقاء سطح آگاهی مشاورین و مراقبین بهداشتی مرتبط با بیماران مبتلا به ایدز، شناخت راههای انتقال، چگونگی کنترل و پیشگیری، مشکلات روانی اجتماعی این بیماران و متعاقب آن آگاهی از راهکارهای سازگاری مؤثر و چگونگی شکل‌گیری رفتارهای سازگاری در سطح جوانان و نوجوانان، مشاوره، حمایت‌های اجتماعی، ایجاد گروههای حمایتی در مدارس و مواردی از این قبیل از اهمیت خاصی برخوردار است.

بیماری ایدز علاوه بر قلمرو علوم پزشکی در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی قابل بحث و بررسی است. مبتلایان به ایدز از همان ابتدا با طیف گسترده‌ای از احساسات و عواطف گوناگون مواجه گردیده و در هر مرحله از پیشرفت بیماری واکنش‌های متفاوتی را از خود بروز میدهند. در این بحث به بررسی راهکارهای سازگاری بویژه در میان قشر جوان به دلیل عدم اطلاع و آگاهی کافی از بیماری ایدز و شکل‌گیری بیشترین رفتارها، خطرات و آسیب‌ها در این سنین پرداخته و بحث پیرامون مشاوره و حمایت‌های اجتماعی را که خود نیازمند مبحث مجزایی است به زمانی دیگر ارجاع می‌دهیم.

واکنش‌های عاطفی منفی:

ترس و شرمساری، از دست دادن، سوگواری،



- اگر در جهت رفع افسردگی اقدامی صورت نگیرد ممکن است به روشهای سازگاری ناخوشایند بیانجامد

- حفظ امید در مبتلایان به ایدز از وظایف اولیه هر فرد در تماس با این گروه است

می گردند. امید فرد را از روزهای «بد زندگی»، دور ساخته و «روزهای سلامت و شادابی» را در ذهن برجسته می سازد. منابع امید، در افراد متفاوت و از فردی به فرد دیگر فرق می کند. امید با تقویت امور معنوی افزایش یافته، با کار و ارتباط با همکاران حفظ گردیده و با مشکلات اجتماعی و

خانوادگی درگیر شده و مفهوم جدیدی از یافته‌ها بدست می‌دهد. مهمترین عامل نگهدارنده امید، شرکت در تصمیم‌گیری است لذا هر نوع مداخله در بیماران ایدزی که بتواند موجب افزایش احساس کنترل بیشتر در مراقبت بهداشتی و همچنین تقویت امید در فعالیت‌ها گردد، توصیه می‌گردد.

و عصبانیت زمینه استرس‌های بالا را فراهم نموده و فرد را با بحرانی عظیم روبرو می‌سازد. عوامل روانی-اجتماعی، نظیر سازگاری، مشاوره و حمایت اجتماعی نیز از جمله عواملی است که هم بر پیشرفت بیماری و هم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند.

مهارتهای روانی-اجتماعی:

مهارتهای روانی-اجتماعی شامل سه مرحله است. الف-روش سازگاری ب-خودکنترلی، ج-عزت نفس. این سه بعنوان متغیرهای شخصیتی موثر بر سازگاری فرد در زندگی بویژه در مواقعی که با استرس‌های مختلف روبرو است شناخته شده اند.

مفهوم سازگاری:

سازگاری به مفهوم رام کردن، تحمل نمودن و به حداقل رساندن فشارها و تقاضای زندگی است. سازگاری مراحل تغییر مداوم و پیوسته شناخت‌ها، تلاشهای رفتاری مرتبط با موضوع، جهت تنظیم و کنترل تقاضاهای خاص درونی یا بیرونی است که بصورت فشارهای روانی ظاهر گردیده است. سازگاری همچنین بعنوان ایجاد هر تغییری در محیط توسط افراد

HIV به منزله بحران:

فرد در هر مرحله از زنجیره HIV، بحران جدیدی را تجربه می‌نماید. بحرانها تعادل عاطفی را بهم ریخته و توانایی فرد را در سازگاری با عوامل استرس‌زا به چالش فرا می‌خواند. در مواجهه با طبیعت خطرناک و تهدید کننده بیماری ایدز، چه افرادی که قادر به کنترل رفتارها هستند و چه آنها که ناتوان و عاجزند آشفته‌گی‌های روانی زیادی را نشان داده و کنترل تعادل عاطفی آنها با مشکل روبرو می‌گردد. این مسئله بویژه در افرادی با آشفته‌گی احساسی و آسیب‌پذیری بیشتر، چشمگیرتر ظاهر گردیده و امکان دستیابی به موفقیت را با تکنیک‌ها و وسایل موجود ناممکن می‌سازد، بعلاوه ناامیدی، به پرورش کژاندیشی، تفسیر غلط و احساس ضعف در کنترل شخصی پرداخته و نگرانی، دلواپسی، افسردگی

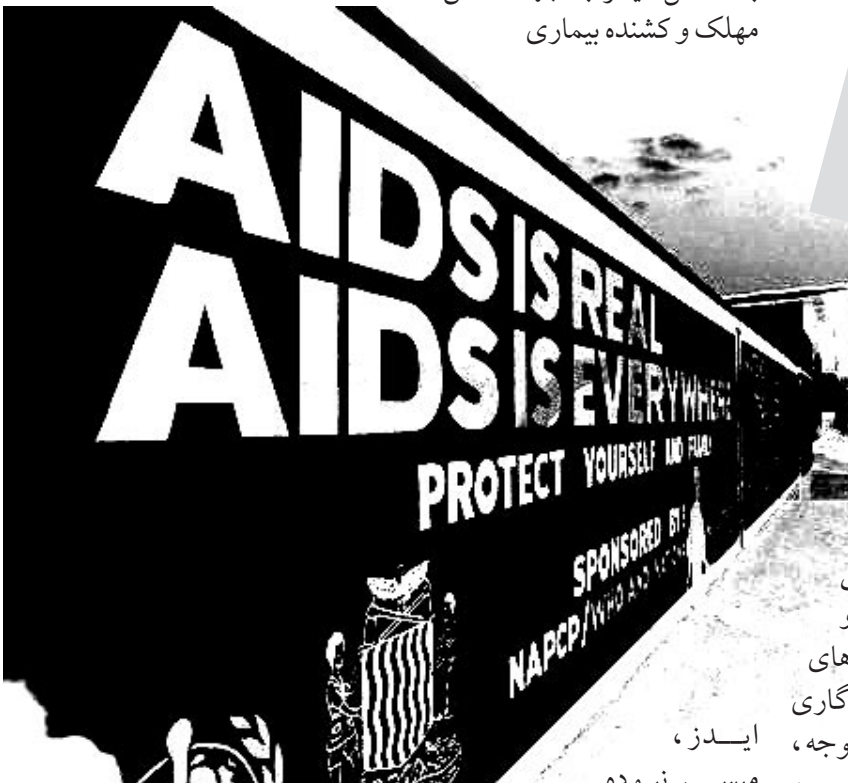
پیرامون درمان، استفاده از حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، استفاده از درمانهای پیشنهادی نظیر ماساژ، تکنیک‌های آرام‌بخشی و مواردی از این قبیل، از جمله روشهای سازگاری مؤثر در دستیابی به تغییر نگرش و کنترل نگرانی‌های عاطفی در بیماران ایدزی است. سه روش سازگاری مثبت که توافق عمومی بیشتر بر آن متمرکز است عبارتند از: تغییر مشکل بطور مستقیم، تغییر نگرش افراد در ارتباط با مشکل، کنترل نگرانی‌های عاطفی مسئله‌آفرین و دردسرها.

در بیماران ایدزی تغییر مشکل، تغییر ذهن فرد از عدم توجه به بیماری و جابجایی عوامل استرس‌زا و رویکرد به مسائل دیگر به جهت نفس مهلک و کشنده بیماری

- مهمترین عامل نگهدارنده امید، شرکت در تصمیم‌گیری است

- سازگاری همچنين بعنوان ایجاد هر تغییری در محیط توسط افراد مطرح است

- در بیماران ایدزی تغییر نگرش در افراد و کنترل بیماری میسر است



مطرح است. سازگاری گاهی به صورت عملی شکل گرفته از سوی فرد در تقاضا یا حل مشکل و گاهی بصورت تغییر و اصلاح و کنترل موقعیت‌های تحت فشار مشاهده می‌گردد. رفتارهای سازگاری معمولاً بر تکامل و بلوغ شناخت (نظیر منبع توجه، توانایی حل مشکل، درک و فهم) افراد بزرگسال و مسن تأثیرگذار است.

ایدز، میسر نبوده ولی تغییر نگرش در

افراد و کنترل بیماری میسر است لذا بیشترین توافقیها بر سر روشهای سازگاری در بیماران ایدزی به این دور روش خلاصه می‌گردد. هرچند توصیه می‌گردد که مراقبین و مشاورین بهداشتی، بهترین روشهای سازگاری مؤثر را قبل از ابتلای به ایدز برآورد نموده و از چگونگی تغییر روشهای سازگاری با پیشرفت بیماری اطلاع یافته و دیدگاه بیماران و مشاوران را در روشهای موفق در برخورد با مشکلات جویا گردیده و مشاورات را بر اساس آن هدایت نمایند.

الف- روش سازگاری:

روش سازگاری به کلیه روشهایی اطلاق می‌گردد که فرد در ارتباط با مشکلات و کنترل آن در زندگی، از آن بهره می‌جوید. روشهای سازگاری شامل مراحل فکری، صحبت با خود، کنترل احساسات، تلاش‌های رفتاری در جهت تحمل مشکلات، کاهش تقاضاهای اساسی (بیش از حد طبیعی) است. بعلاوه استفاده از مشاوره، حل مشکلات و معضلات موجود، شرکت در بحث‌ها

=SIDA!

- جوانان مبتلا به ویروس HIV
بایستی همانند سایر بیماریهای مزمن
و علاج ناپذیر بتوانند استرسهای
غیر مرتبط با بیماری ایدز را تا حد امکان
کاهش داده و در برابر آن مقابله نمایند

- فرد با کنترل بیرونی، معتقد است
هر چیز که اتفاق می افتد، خارج از
کنترل اوست

قابل استفاده در جوانان پرداخته و بیشتر نوشته ها و تحقیقات به تفاوت های جنسی، حمایت های اجتماعی و تأثیر روش های سازگاری خلاصه گردیده است. هر چند بسیاری از عکس العمل های روانی به بیماری ایدز، مشابه سایر بیماری های مزمن و علاج ناپذیر ذکر گردیده است. بعضی از محققین معتقدند که جوانان مبتلا به ویروس HIV بایستی همانند سایر بیماری های مزمن و علاج ناپذیر بتوانند استرس های غیر مرتبط با بیماری ایدز را تا حد امکان کاهش داده و در برابر آن مقابله نمایند و خانواده ها بایستی با بکارگیری مهارت های سازگاری، جوانان را در جهت توانمند سازی در مقابله با بیماری ایدز کمک نموده و تلاش خویش را در جهت تقویت امید و افزایش عزت نفس و حضور فعال آنها در تصمیم گیریها و برجسته ساختن تصاویر ذهنی مثبت، بکار گیرند.

روش های سازگاری در بیماری های مزمن و علاج ناپذیر:

بیماری های مزمن و علاج ناپذیر با ایجاد تغییراتی در روش سازگاری و سبک زندگی افراد مبتلا مطرح اند. در مبتلایان به سرطاناتها، بیماری های قلبی و صعب العلاج، اساسی ترین روش های سازگاری موثر در حمایت اجتماعی، اعتقاد به بهبودی و بازگشت به زندگی طبیعی تا حد ممکن اعلام گردیده است و در این راستا، خانواده بعنوان عنصری بسیار موفق در حمایت عاطفی ذکر گردیده است. کسب معلومات و اطلاع و آگاهی از بیماری های مزمن و چگونگی درمان نیز از جمله روش های مطلوب در درمان محسوب گردیده، علاوه بر این دیدگاه مثبت فرد به زندگی، اعتقاد به خدا، اعتقاد به توانایی فرد، رضایت و تن دادن به بیماری از جمله منابع مهم در ارتباط با سازگاری در این بیماریهاست. همچنین مکانیسم های سازگاری متفاوتی در میان جوانان و نوجوانان در ارتباط با بیماری های مزمنی نظیر دیابت مشاهده گردیده است. این مکانیسم در نوجوانان بیشتر بصورت بیان احساسات با داد و فریاد و بحث نمودن و در جوانان بیشتر بصورت رفتارهای اجتنابی، پناه بردن به مواد مخدر، سیگار کشیدن، فرار از خانه ظاهر گردیده است.

علیرغم هشدارهای آماری مبنی بر افزایش بیش از حد مبتلایان به ایدز در جوانان و نوجوانان در دهه های اخیر، تحقیقات اندکی به مکانیسم های سازگاری

ب- خودکنترلی:

خودکنترلی از متغیرهای شخصیتی مؤثر بر سازگاری فرد در مواجهه با فشارهای روانی گوناگون است. برخی محققین خودکنترلی / خودتأثیرگذاری را اینگونه تعریف می نمایند؛ اعتقاد به کنترل احساس خود، توانایی در اجرای بعضی از کارها و کنترل رفتارها و محیط در رسیدن به بعضی از اهداف یا شکل گیری بعضی اتفاقات. بعضی نیز معتقدند خودتأثیرگذاری متأثر از تجارب کامل فرد بر تسلط امور و غلبه بر موانع است. عقایدی که افراد از تأثیر توانایی خود، از برگزیدن انتخاب خود، از حفظ استقامت در زمان مواجهه با موانع و مشکلات از الگوهای فکری و اخلاقی و سطح فشار روانی خود نشان میدهند، خودکنترلی / خودتأثیرگذاری است. نکته قابل ذکر در کنترل احساسات، مفهوم مرکز کنترل احساسات و درونی یا بیرونی بودن آن

است. فردی با کنترل درونی، معتقد است که آنچه اتفاق افتاده، ناشی از عملکرد اوست که این افراد احساس کنترل بیشتری دارند برعکس فردی با کنترل بیرونی، معتقد است که هرچیز که اتفاق می‌افتد، خارج از کنترل اوست. کنترل اینگونه افراد بیشتر به سیستم و دیگران مرتبط می‌باشد. آنچه مسلم است در مبتلایان به ایدز، خودکنترلی کاهش می‌یابد. تحقیقات نشان داده که افراد با احساس خودکنترلی کمتر و احساس ناامیدی بیشتر، دستخوش افسردگی و ناخوشی‌های ذهنی و جسمی قرار می‌گیرند. خودکنترلی غالباً در موقعیت‌های ویژه یافت می‌شود. بدین معنا که فرد در موقعیتی ممکن است خودکنترلی را داشته و در موقعیت دیگر از آن بی‌بهره باشد. بطور مثال احساس پریشانی و ناراحتی که فرد در درخواست از استفاده کاندوم از همسر خویش دارد، بیانگر ضعف خودکنترلی اوست.

ج- عزت نفس:

عزت نفس عبارتست از احساس فرد از خود، احساس اندیشمند بودن و یا احساسی کسب شده از مجموع افکار، احساسات، عواطف و تجربیاتمان در طول زندگی است که می‌اندیشیم فردی باهوش یا کودن هستیم، احساس می‌کنیم شخصی منفور یا دوست داشتنی هستیم، خود رادوست داریم یا نداریم. مجموعه هزاران برداشت، ارزیابی و تجربه‌ای که فرد از خویش دارد، باعث می‌شود که احساس خوشآیند ارزشمند بودن یا برعکس احساس ناخوشایندی و بی‌کفایتی نماید.

افرادی که مبتلا به بیماریهای مزمن و علاج‌ناپذیرند، عزت نفس در آنها روبه افول می‌گذارد، قریحه‌های خود را دست کم گرفته و احساس می‌کنند که دیگران ارزشی برایشان قائل نیستند، احساس عجز و ناتوانی نموده و به آسانی تحت تأثیر دیگران قرار می‌گیرند و بطور مکرر رفتارهای خاصی نظیر بی‌قیدی، خشونت و بدخلقی از خود نشان می‌دهند. ناامید گردیده و خود را گناهکار می‌شمارند. مشاوران و خانواده‌ها که در تماس نزدیک با این افراد بخصوص جوانان هستند با لحاظ این مسئله که جوان خود نیز دارای عزت نفسی متغیر است بایستی در جهت ارتقاء عزت نفس تلاش نمایند و به جوان امید دهند که می‌تواند مستقل عمل کند و احساس مسئولیت نماید و به پیشرفت‌هایش افتخار نماید و با چالش‌های جدید برآحتی کنار آید. بایستی توجه داشت آنچه که رفتار

فرد را هدایت می‌کند چند انگیزه عمومی است. هرچند ممکن است این انگیزه‌ها باهم در تعارض بوده و موجب فشار روحی در فرد و یا اطرافیان گردد. در ارتباط با HIV این مسئله از اهمیت خاصی برخوردار است. بیماران با عزت نفسی پایین توانایی جلوگیری خود یا دیگران را از انتقال و ابتلای به بیماری نداشته‌گرچه نمی‌توان ادعا کرد که افراد مبتلا به بیماری ایدز از عزت نفسی پایین برخوردار بوده‌اند. لکن وجود انگ اجتماعی، احساس گناه، از دست دادن تصویر ذهنی مثبت، از دست دادن نقش‌ها، کار، خانواده، شبکه اجتماعی در بیماران ایدزی، خود عامل موثری در ارزیابی احساس فرد از خود محسوب گردیده و مؤید عزت نفس پایین در افراد مبتلا به ایدز است.

بطور کلی بایستی توجه داشت که هرچند مداخلات روانشناختی در افراد متفاوت است و ممکن است در بعضی افراد، با اندک مداخله، سازگاری بهتری بروز یابد ولی در بعضی با مداخلات طولانی‌تر، دوران طولانی‌تری از نگرانی و دلواپسی، افسردگی و خصومت و رفتارهای نابهنجار و غیر قابل کنترل بروز خواهد کرد. با توجه به تاثیرگذاری متغیرهای شخصیتی (روش سازگاری، خودکنترلی و عزت نفس) بر سازگاری افراد در مواقع رویارویی با استرس‌های حاد، کاهش استرس‌های غیر مرتبط با ایدز، شناسایی روشهای موثر سازگاری قبل از ابتلای به ایدز و انتخاب و به کارگیری بهترین روش موثر در اینگونه افراد، کمک شایانی به سازگاری افراد با بیماری خواهد نمود. بر این اساس توصیه می‌گردد مشاورین و مراقبین بهداشتی از روشهای سازگاری موثر نظیر اعتقاد به خدا، اعتقاد به توانایی فرد، حمایت اجتماعی، رضایت و تن دادن به بیماری، تلاش در جهت حل مشکلات و معضلات خویش، تصمیم‌گیری در ارتباط با خود و حضور فعال در تصمیم‌گیریها، ایجاد روابط نزدیک با مشاورین و مراقبین، برجسته نمودن تصاویر ذهنی مثبت، گوش دادن به موسیقی، تماشای تلویزیون و فیلم‌های مورد علاقه، تقویت امید، مشاوره، خوردن، خوابیدن خوابهای روزانه، عبادت و مواردی از این قبیل، با لحاظ تفاوت‌های فردی جهت بیماران ایدزی سود جویند.

۱- دکتر مسعود پزشکیان، وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، در پیامی به مناسبت روز جهانی جمعیت، در ۲۵ تیرماه ۱۳۸۲

آزمایش واکسن ایدز با شکست روبرو شد

دومین آزمایش برای تازه‌ترین واکسن علیه بیماری ایدز با شکست روبرو شد. شرکت ابداع کننده این واکسن (با عنوان ایدز وکس) که توسط

گروهی از پزشکان در کشور تایلند مورد آزمایش قرار گرفت، به شکست آن اذعان نموده است. این واکسن تنها واکسنی بوده است که پزشکان در آزمایش‌های کلینیکی سه مرحله‌ای خود به آزمایش گذاشته‌اند. در اولین آزمایش که در اوایل سال ۲۰۰۳ میلادی انجام شد، از افرادی استفاده شد که در معرض خطر شدید آلودگی به ویروس HIV از طریق روابط جنسی بودند که با شکست روبرو شد.

قبلاً بسیاری از محققان پیش‌بینی کرده بودند که واکسن ایدز وکس بدلیل طراحی آن مؤثر نخواهد بود. در حال حاضر آزمایشات دیگری در حال انجام است که به نظر می‌رسد تا پیش از سال ۲۰۰۸ به نتیجه نخواهد رسید. به این ترتیب تا پنج سال دیگر از واکسن علیه بیماری ایدز خبری نخواهد بود. در حال حاضر آزمایشی که در جریان است و در تایلند انجام می‌شود، ترکیب ایدز وکس با محصولی دیگر است که جهت ترغیب سیستم دفاعی بدن با شیوه‌ای نوین طراحی شده است. در حال حاضر حدود ۲۰ واکسن دیگر نیز در اولین مراحل از آزمایش بر روی انسان قرار دارند.

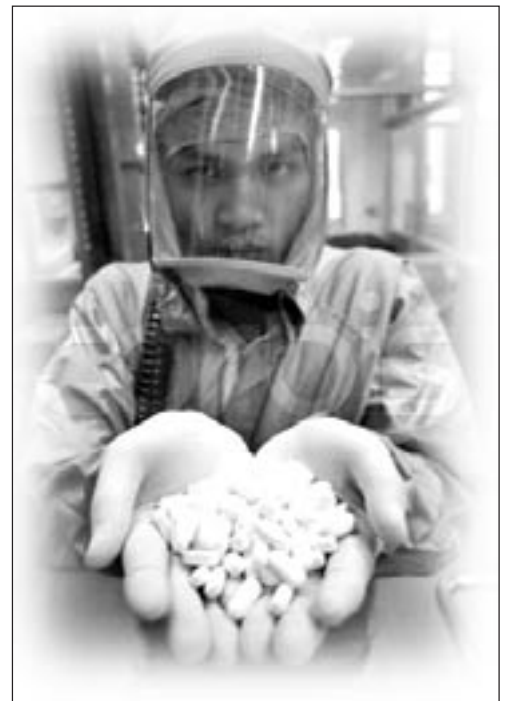
داروهای ترکیبی سبب افزایش طول عمر مبتلایان به ایدز می‌گردد

جدیدترین نوع درمان بیماری ایدز یعنی داروهای ترکیبی ضد ویروس، طول عمر مبتلایان به این بیماری مرگبار را بطور چشمگیری افزایش می‌دهد. اغلب بیماران مبتلا که از مدتها پیش از چنین داروهایی استفاده می‌کردند، حداقل بمدت ۱۰ سال زنده خواهند ماند. تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که چهار سال پس از معرفی این نوع درمان در بسیاری از کشورهای اروپا، میزان مرگ و میر در میان بیماران ایدز نزدیک به ۸۰٪ کاهش داشته است. اما خطر مرگ در بین بیمارانی که از طریق تزریق در رگ به ویروس اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند به مراتب بیشتر از آن دسته از افرادی است که از راه تماس جنسی مبتلا شده‌اند.

شاید تخمین ده سال ادامه حیات بیماران تحت درمان با این روش درمانی، یک تخمین نظری باشد. اما تعیین آن برای مطالعات محققین در مورد میزان

موفقیت داروهای جدید در مهار کردن این ویروس حائز اهمیت است.

داروهای ضد ویروس ترکیبی از حداقل ۳ نوع مختلف دارو می‌باشد که می‌تواند سبب مهار عامل بیماری ایدز گردد. برای کشورهایی که قدرت خرید این نوع داروهای گران قیمت را ندارند ظاهراً ابتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز به یک بیماری مزمن تبدیل شده است. اما برای بسیاری از مبتلایان کشورهای فقیر جهان دسترسی به این داروها تقریباً غیر ممکن است.



در هر ۱۴ ثانیه یک انسان جوان به ویروس HIV آلوده می‌شود

به گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در هر ۱۴ ثانیه یک انسان جوان به ویروس HIV عامل انتقال بیماری ایدز آلوده می‌شود و حدود شش هزار نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال به طور روزانه به ایدز مبتلا می‌شوند که نیمی از موارد تازه ابتلا به این ویروس افراد زیر ۲۵ سال و اکثراً زنان جوانی هستند که در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. ثریا احمد عبید، مدیر صندوق جمعیت، گفت: برای مقابله با یک «فاجعه جهانی» به اقدامات فوری نیاز است. گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل با عنوان «وضعیت جمعیت جهانی» بیانگر آن است که تقریباً نیمی از جمعیت جهان کمتر از ۲۵ سال سن دارد که از این میان، ۸۷ درصد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. حدود ۵۷ میلیون مرد جوان و ۹۶ میلیون زن جوان در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال قادر به خواندن یا نوشتن نیستند و بیش از ۱۳ میلیون کودک زیر ۱۵ سال پدر، مادر یا هر دو را به دلیل ابتلا به ایدز از دست داده‌اند. بر اساس این گزارش فقر، بی‌سوادی و خدمات ناکافی به گسترش ویروس HIV در میان جوانان دامن زده است. مدیر صندوق جمعیت، گفت: «در نتیجه فقر، نابرابری حقوق زن با مرد، کمبود شدید اطلاعات و خدمات، ایدز به بیماری جوانان تبدیل شده است. آنها به اطلاعات لازم در زمینه بهداشت تولیدمثل و چگونگی حفاظت از خود در مقابل مشکلات بارداری، ایدز و سایر بیماری‌ها و عفونت‌های جنسی دسترسی ندارند.» وی افزود: برای مقابله با یک فاجعه جهانی به اقدامات فوری نیاز است. همچنین بر اساس گزارش صندوق جمعیت، دو سوم جوانان مبتلا زن می‌باشند. بسیاری از زنان در کشورهای در حال توسعه قادر به حفاظت از خود در برابر ایدز نیستند. در بسیاری از موارد آنها حتی نمی‌دانند که این بیماری چگونه منتقل می‌شود. در جنوب صحرای آفریقا، جوانان ۵۷ درصد افراد مبتلا به ایدز را تشکیل می‌دهند و در آسیا این رقم ۶۲ درصد است. برای نمونه در سومالی، تنها ۲۶ درصد زنان از وجود بیماری ایدز خبر دارند و تنها یک درصد می‌دانند چگونه از خود محافظت کنند. سایرین از قدرت لازم برای انجام آمیزش بهداشتی و بدون خطر یا حتی امتناع از آن برخوردار نیستند. تحقیقات در کنیا و زامبیا نشان داده است که احتمال ابتلا به ویروس HIV در میان دخترانی که ازدواج کرده‌اند به مراتب بیشتر از دختران مجرد است. این گزارش خواستار برنامه‌های بهتر آموزش بهداشت جنسی برای جوانان شده است. خانم عبید گفت: «شواهد روشنی از آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین وجود دارد که نشان می‌دهد برنامه‌های اطلاعاتی و آموزشی حساب شده به رفتاری بهداشتی‌تر و مطمئن‌تر منجر می‌شود. وی این گزارش را زنگ خطری برای جهانیان دانست و گفت: «در حالی که ایدز شمار روزافزونی از نسل جدید را نابود می‌کند، جهان بیش از این نمی‌تواند به تدابیر نیمه‌کاره قناعت کند. این تنها یک مساله بهداشت عمومی نیست. این یک فاجعه است که به اقدامات فوری در سراسر جهان نیاز دارد.»



نخستین مرکز فوق تخصصی درمان سقط مکرر در کشور آغاز به کار کرد

مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری ابن سینا، اولین مرکز فوق تخصصی درمان سقط مکرر، با بهره گیری از جدیدترین روشهای علمی و تجهیزات تشخیصی - درمانی منطبق با آخرین استانداردهای ملی و بین المللی جهت ارائه خدمات جراحی های تخصصی (Day Clinic) و درمانهای ناباروری و سقط مکرر، فعالیت خود را آغاز نمود.

Web site: www.avesina.ir
E-mail: aic@avesina.ir

این مرکز که وابسته به پژوهشکده ابن سینا جهاددانشگاهی می باشد، با همکاری علمی و درمانی مرکز ART دانشگاه USHCL آلمان، از معتبرترین مراکز درمان ناباروری اروپا، و با حضور اساتید و متخصصین مجرب در امر درمان ناباروری و سقط مکرر، پس از ۵ سال تلاش مداوم و پی در پی دست اندرکاران و متخصصین پژوهشکده ابن سینا در تاریخ ۸۲/۹/۲۴ با حضور ریاست جهاددانشگاهی و برخی از مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نمایندگان مجلس شورای اسلامی و شهرداری تهران افتتاح و آماده بهره برداری شد.

دکتر علی منتظری، رئیس جهاددانشگاهی در مراسم افتتاح این مرکز فوق تخصصی گفت: «این مرکز از معدود مراکز علمی و تخصصی به لحاظ

قابلیت‌های علمی است و آغاز فعالیت آن پاسخی به نیاز زوجین و بیماران نابارور خواهد بود».

دکتر منتظری توجه به مسائل انسانی و پاسخگویی صحیح به مردم را در مراکز پزشکی، مهم توصیف کرد و اظهار داشت: «کشور ما به لحاظ نیروی انسانی متخصص و ماهر و تجهیزات پیشرفته پزشکی مشکل زیادی ندارد و شایسته است با بازنگری روابط خود با مراجعہ کنندگان به مراکز پزشکی در جهت خدمت‌رسانی شایسته و در خور شأن این مردم گام برداریم».

رئیس جهاددانشگاهی با اشاره به اینکه این نهاد علاوه بر ارائه خدمات فوق تخصصی به جامعه سعی در الگوسازی در جهت جلب رضایت مردم دارد، تصریح کرد: «اگر خدمت به مردم را در اینگونه مراکز صرفاً شغل تلقی نکنیم و آن را عبادت و جهاد بدانیم، موجب کاهش آلام دردمندان و بیماران و رضایت مردم و خدا، خواهیم شد».

وی همکاری شهرداری تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی و دانشگاه USHCL آلمان را در افتتاح این مرکز، گامی مثبت در جهت استمرار خدمت‌رسانی به مردم دانست و افزود: «این مرکز نیز در کنار سایر مراکز جهاددانشگاهی بخشی از رسالت این نهاد در خدمت صادقانه به مردم را به دوش گرفته است».

دکتر اعتمادزاده، مدیرعامل شرکت شهر سالم شهرداری تهران نیز در این مراسم طی سخنانی گفت: «شهرداری تهران قصد دارد با همکاری نهادهای خدمتگزاری چون جهاددانشگاهی

اقدامات تثبیت شده‌ای را در روند سلامت شهروندان انجام دهد و افتتاح این مرکز که به همت نیروهای مؤمن و متعهد جهاددانشگاهی صورت پذیرفت، نمونه‌ای از این اقدامات است».

وی همچنین آمادگی شهرداری تهران را در کمک به ایجاد چنین مراکزی اعلام نمود.

در بخش دیگری از این مراسم دکتر محمدمهدی آخوندی رئیس پژوهشکده ابن سینا جهاددانشگاهی و رئیس مرکز فوق تخصصی ابن سینا نیز گزارشی از روند راه‌اندازی و خدمات این مرکز فوق تخصصی ارائه کرد.

وی این مرکز را اولین مرکز تخصصی درمان سقط مکرر عنوان کرد و توانمندیهای ویژه این مرکز درمان ناباروری را به شرح ذیل برشمرد:





۱. ارائه خدمات تشخیص و درمان سقط مکرر به صورت برنامه ریزی شده و منسجم برای اولین بار در کشور.
۲. طراحی، نصب و بهره برداری از سیستم طرح جامع مدیریت اطلاعات زوجین نابارور برای اولین بار در کشور (Paperless System).
۳. تأسیس بانک اسپرم جهت بیماران نابارور علی الخصوص بیماران تحت درمان بارادیوتراپی و شیمی درمانی، برای اولین بار در کشور.
۴. ارائه خدمات تشخیص بیماریهای ژنتیکی و تعیین جنسیت نوزاد قبل از انتقال جنین به رحم (PGD).
۵. تأسیس بانک DNA زوجهای نابارور.
۶. تشخیص و درمان ناتوانی های جنسی (Impotency).
۷. مراقبتهای دوران بارداری تا تولد نوزاد (Prenatal care).
۸. ارائه خدمات حمایتی، اجتماعی و روانشناختی برای زوجهای نابارور.
۹. تأسیس بانک اهداء گامت و جنین.

رئیس پژوهشکده ابن سینا، درخصوص خدمات این مرکز اظهار داشت: «خدمات این مرکز در ۳ کلینیک فوق تخصصی درمان ناباروری (در گروههای تخصصی زنان و زایمان، آندروولوژی، جنین شناسی، ژنتیک)، درمان سقط مکرر و درمان ناتوانی جنسی ارائه می شود و خدمات تشخیصی و درمانی آن نیز عبارتند از: «آزمایشگاه فوق تخصصی ژنتیک، آزمایشگاه فوق تخصصی جنین شناسی، آزمایشگاه فوق تخصصی ایمونولوژی حاملگی، آزمایشگاه عمومی و فوق تخصصی ناباروری، آزمایشگاه تخصصی پاتوبیولوژی، رادیولوژی، سونوگرافی ترانس واژینال و داپلر، هیستروسونوگرافی و هیستروسالپینگوگرافی، هیستروسکوپ، لاپاروسکوپ، لیزر لاپاروسکوپ، لاپاروسکوپ - هیستروسکوپ، تلقیح اسپرم به داخل رحم (IUI)، لقاح خارج رحمی (IVF)، تزریق اسپرم به داخل تخمک (ICSI)، تشخیص ژنتیکی قبل و بعد از لانه گزینی جنین (PGD)، انجماد گامت و جنین، همچنین آزمایشگاهی جنین، انتقال گامت به داخل لوله های فالوپ (GIFT)، انتقال زایگوت به داخل لوله های فالوپ (ZIFT)، اعمال جراحی اورولوژی شامل واریکوسلکتومی، ارکیوپکسی، وازوواستومی و...، اعمال جراحی PESA, MESA, TESE در افراد آواسپرم، اعمال جراحی بالیزر، Electro Ejaculation, Regiscan, Vaccum».

همانطور که گفته شد، این مرکز توسط جهاددانشگاهی و با همکاری و پشتیبانی مرکز ART دانشگاه USHCL آلمان، شرکت شهر سالم، شهرداری تهران، معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی، اداره کل تجهیزات پزشکی، اداره کل امور آزمایشگاه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و شرکت مهندسی تیرازه رایانه به عرصه خدمات درمانی و پژوهشی پیوست.

محل این مرکز در خیابان شهیدباهنر (نیاوران)، جنب پمپ بنزین، پلاک ۳۲۹ واقع است و علاقه مندان می توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر از این مرکز به پایگاه اطلاع رسانی www.avesina.ir مراجعه و یا با شماره تلفن ۲۸۳۵۰۲۰ تماس حاصل نمایند. □



چگونه زندگی انسان شروع می شود؟

دکتر محمد مهدی آخوندی
متخصص جنین شناسی و ناباروری

همه زوجها بایستی به این نکته توجه نمایند که عوامل و مشکلات باروری بطور یکسان بین زن و مرد توزیع شده است، هر چند در بسیاری از موارد، حتی زمانی که ناباروری مرد دلیل عدم باروری زوج است، وارد نمودن زن در درمان ضروری بنظر می رسد.

برای درک و فهم آسان، صحیح و درست چگونگی بررسی و درمان ناباروری زوج، مختصراً به توصیف آنچه که بطور مرتب در سیکل ماهانه و طبیعی زن اتفاق می افتد، می پردازیم.

سیستم تولید مثل زن:

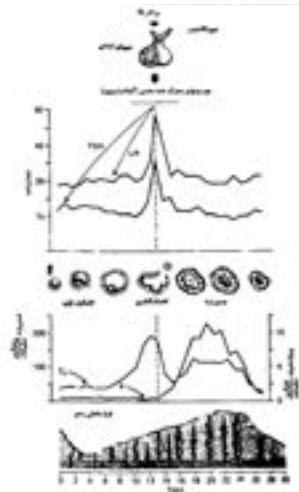
○ غده هیپوفیز دو
هورمون FSH و LH را
ترشح می نماید

○ هورمون FSH موجب
افزایش رشد و بلوغ
تخمک زن می شود



سیکل ماهانه و طبیعی زن:

سیکل ماهانه قاعدگی زن بوسیله غده هیپوفیز (ارگان پیازی شکل مستقر در پایه مغز) کنترل می‌شود. غده هیپوفیز دو هورمون جنسی را آزاد می‌نماید که این دو هورمون تحت نام FSH (Follicles Stimulating Hormone) و LH (Luteinizing Hormone) نامیده می‌شود. دو هورمون LH و FSH تحت عنوان گونادوتروپین‌ها نامگذاری شده‌اند، زیرا این دو هورمون باعث تحریک و همچنین تغذیه تخمدان‌های زن و بیضه‌های مرد می‌شوند.



○ هورمون استروژن
موجب آماده شدن دهانه
رحم شده تا اسپرم با
حرکت خود، امکان نفوذ
به داخل رحم را داشته
باشد

اصولاً هورمون FSH در دو هفته اول از سیکل قاعدگی آزاد شده و موجب افزایش رشد و بلوغ تخمک زن، می‌گردد که در داخل کیسه‌های محافظ تحت عنوان فولیکول قرار دارد. در داخل تخمدان معمولاً در هر چهار هفته یک تخمک تحت تأثیر هورمون FSH بالغ می‌شود. هر تخمک در داخل یک فولیکول قرار دارد. فولیکول‌ها هورمون‌های جنسی تحت عنوان استروژن را تولید می‌کنند. استروژن موجب ساخته شدن اندومتریم (لایه داخلی رحم) می‌شود. همچنین استروژن موجب چسبندگی و آبکی شدن موکوس سرویکس (گردن یا دهانه رحم) شده تا اسپرم با حرکت خود، امکان نفوذ به داخل رحم را داشته باشد.

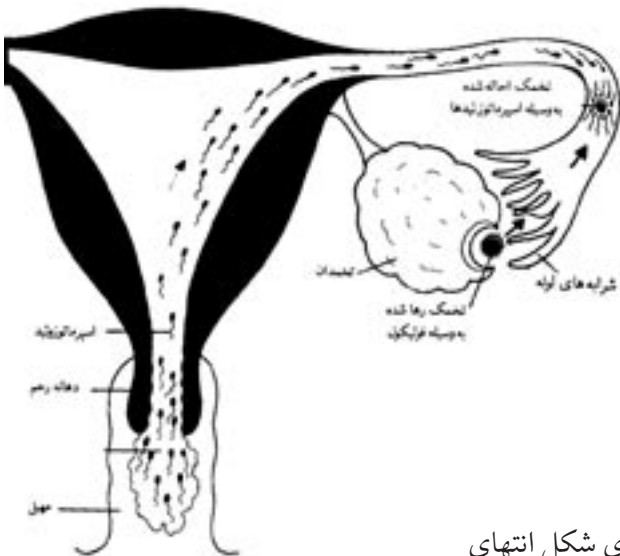
در نیمه سیکل قاعدگی، افزایش ترشح ناگهانی LH از طریق غده هیپوفیز موجب ترکیدن و پاره شدن فولیکول بالغ شده و بدینوسیله تخمک از داخل تخمدان بیرون می‌آید. این اقدام تحت عنوان تخمک‌گذاری (ovulation) نامیده می‌شود.

پس از تخمک‌گذاری، باقیمانده فولیکول تخریب شده به جسم زرد (کورپوس لوتئوم) تبدیل می‌شود. جسم زرد هورمون جنسی دیگری را تحت عنوان پروژسترون ترشح می‌نماید. پروژسترون موجب آماده شدن اندومتریم (لایه داخلی رحم) برای لانه‌گزینی جنین (تخمک بارور شده و تقسیم شده) می‌گردد. پروژسترون همچنین موجب افزایش نیم درجه‌ای حرارت پایه‌ای بدن می‌شود (درجه حرارت پایه‌ای درجه حرارت بدن پس از

بیدار شدن و قبل از خارج شدن از رختخواب است). درجه حرارت پایه ای یک یا دو روز پس از تخمک گذاری افزایش یافته و تا شروع سیکل بعدی قاعدگی در همین سطح بالا می ماند. بنابراین اندازه گیری درجه حرارت پایه ای بدن می تواند جهت بررسی انجام و یا عدم انجام تخمک گذاری زن در هر ماه مورد استفاده قرار گیرد.

هر ماه یک فولیکول با تخمک همراه آن می تواند در هر یک از دو تخمدان رشد نماید. اگر چه بطور طبیعی این پدیده فقط در یک تخمدان اتفاق می افتد. پس از حدود ۱۴ روز از شروع سیکل قاعدگی، تخمک از تخمدان تحت فرآیندی به نام تخمک گذاری رها می شود و این واقعه در اثر ترشح یکمرتبه LH بوسیله غده هیپوفیز رخ می دهد، که بوسیله آن درجه حرارت بدن نیز افزایش می یابد.

گاهی اوقات برای تعیین زمان تخمک گذاری زوجهای نابارور، این افزایش درجه حرارت بدن مورد استفاده قرار می گیرد. در کنار این روش تشخیصی بدون خرج زمان تخمک گذاری، روش آسان و نه چندان پرهزینه اندازه گیری میزان LH در ادرار و یا بررسی ترشح یکمرتبه LH در تست روزانه خون نیز قابل انجام است هر چند باید به این نکته با اهمیت توجه شود که افزایش LH همیشه بیانگر وقوع تخمک گذاری زن نیست.



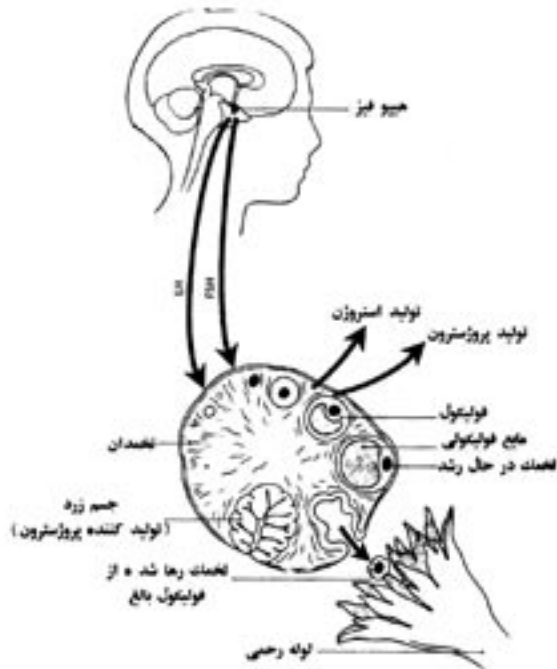
○ درجه حرارت پایه ای درجه حرارت بدن پس از بیدار شدن و قبل از خارج شدن از رختخواب است

○ اسپرم می تواند به مدت ۴۸ ساعت در بدن زن زنده بماند



پس از تخمک گذاری، تخمک وارد قسمت قیفی و شیپوری شکل انتهای لوله رحمی (فالوپ) شده و بتدریج با کمک حرکت و زدن تاژک ها به سمت رحم حرکت می نماید. تخمک در این موقعیت به مدت ۲۴ ساعت پس از تخمک گذاری آماده باروری است. اسپرم نیز می تواند بمدت ۴۸ ساعت در بدن زن زنده بماند. بنابراین بهترین زمان برای باروری از دو روز قبل از تخمک گذاری شروع شده و در انتهای روز تخمک گذاری پایان می یابد. تاکنون زمان دقیق تخمک گذاری قابل شناسایی دقیق نبوده است و لذا ارتباط جنسی منظم در محدوده زمانی روز نهم تا روز شانزدهم سیکل قاعدگی

بعنوان تعیین زمان قابل قبول برای محقق شدن حاملگی پیشنهاد شده است. معمولاً اسپرم در داخل لوله فالوپ با تخمک برخورد می‌نماید. اگر همه چیز به خوبی پیش رود، یکی از چندین میلیون اسپرم می‌تواند از سد و غشاء تخمک عبور نموده و به آن نفوذ نماید و بدین ترتیب ژنهای مادری موجود در کروموزومهای مادری تخمک، با ژنهای پدری موجود در کروموزومهای پدری اسپرم ترکیب و یک سلول متحد را تشکیل می‌دهد. این ترکیب اسپرم و تخمک، باروری نامیده شده و شروع یک زندگی جدید را محقق می‌نماید. تخمک بارور شده در مسیر حرکت خود به داخل رحم چندین مرتبه تقسیم می‌شود و در این مرحله جنین نامیده می‌شود. پس از چهارالی پنج روز این جنین در داخل رحم و بر روی اندومتریوم (لایه داخلی رحم) لانه‌گزینی نموده و حاملگی شروع می‌شود.



در هشت هفته اول پس از لانه‌گزینی جنین، پروژسترون ترشح از جسم زرد تخمدان برای تداوم حاملگی ضروری است. اگر به دلایلی جسم زرد بطور قابل توجهی رشد نکرد و یا به هر دلیل میزان پروژسترون ترشح شده پائین بود، جنین رشد یافته به همراه لایه‌های رحمی (اندومتریوم) فرو ریخته و سیکل بعدی قاعدگی شروع خواهد شد. ولی در صورت تداوم حاملگی، پروژسترون بوسیله جفت (جفت، بافتی که جنین را به بدن مادر متصل می‌نماید) ترشح شده و با شروع این ترشح، بتدریج جسم زرد از بین می‌رود. اگر به دلایلی باروری محقق نشد و یا جنین حاصل شده امکان لانه‌گزینی بر روی اندومتریوم (لایه‌های رحمی) را نیافت، جسم زرد تبدیل به جسم سفید شده و تولید پروژسترون خاتمه می‌یابد و بدن آن اندومتریوم نیز ریزش نموده و سیکل قاعدگی جدید شروع می‌شود. همزمان با شروع قاعدگی درجه حرارت پایه‌ای بدن کاهش می‌یابد. □

○ ارتباط جنسی منظم در محدوده زمانی روز نهم تا روز شانزدهم سیکل قاعدگی برای محقق شدن حاملگی پیشنهاد شده است.

○ پروژسترون مترشح از جسم زرد تخمدان برای تداوم حاملگی ضروری است



تشکیل جنین حاصل از ترکیب نطفه سه انسان

دانشمندان می‌گویند با استفاده از یک تکنیک جنجال برانگیز می‌توان کودکانی که حاصل ترکیب نطفه سه نفر هستند، خلق کرد. کارشناسان چینی می‌گویند با استفاده از تخمک دوزن و اسپرم یک مرد جنین‌هایی را خلق کرده و آنها را در رحم یک زن ۳۰ ساله که مبتلا به مشکلات بارداری بوده است، قرار داده‌اند. اگر چه جنین‌ها بدلیل سقط جنین از دست رفتند اما آنها معتقدند این تکنیک می‌تواند به سایر بیماران یاری رساند.

از سال ۱۹۹۸ تاکنون که این تکنیک در آمریکا ممنوع شد، این نخستین بار است که دانشمندان از آن استفاده می‌کنند. بریتانیا نیز این شیوه را غیرقانونی اعلام کرده است. اکنون دولت چین نیز اعلام کرده است که تحقیق به کمک جنین انسان را غیرقانونی خواهد کرد. این زن در گذشته ۲ بار تحت درمان دوره‌ای لقاح مصنوعی قرار گرفته بود که بدلیل مشکلاتی که در تخمک‌های وی وجود داشت، با شکست مواجه شده بود.

دانشمندان در دانشگاه «سان‌یات-سن» چین سعی کردند تخمک‌های زن بیمار را به تخمک زن دیگری جوش دهند. آنها محتویات DNA را از تخمک اهداکننده جدا کرده و تنها سیتوپلاسم آن را باقی گذاشتند و سپس هسته تخمک بیمار را داخل تخمک اهدایی قرار دادند. پس از آن تخمک‌های تازه به کمک اسپرم بارور شدند و جمعاً پنج عدد از جنین‌های پدیدآمده از سه نطفه را در رحم بیمار قرار دادند. در پی این عمل بیمار سه قلو باردار شد. یک ماه بعد یکی از جنینها توسط پزشکان سقط شد تا شانس بقای دو جنین دیگر افزایش یابد. با این حال دو جنین باقی مانده نیز در چهار و پنج ماهگی سقط شده و از بین رفتند.

دانشمندان معتقدند مرگ آنها به تکنیک لقاح مصنوعی مورد استفاده ارتباطی نداشته و ناشی از مشکلات مربوط به بارداری چندگانه می‌باشد. بنظر این محققین این تکنیک می‌تواند برای زنانی که تخمک‌های آنها از سلامت و قوت کافی برای باردار شدن برخوردار نیست بسیار ارزشمند باشد. اگر چه برخی از منتقدان این آزمایش را به باد حمله گرفته‌اند و دانشمندان مجری آن را به داشتن گام عمده‌ای به سوی شبیه‌سازی ژنتیکی انسان متهم می‌کنند.

بلوغ زودرس

دکتر محمدافسانه محمدزاده
جراح و متخصص زنان و زایمان و نازایی

بلوغ مرحله‌ای است که در طی آن، دخترها و پسرها دچار تغییرات جسمانی و روانی شده و تبدیل به زنان و مردان جوان میشوند. معمولاً این رخداد بطور متوسط در دخترها از ۹/۸ سالگی و در پسرها از ۱۳ سالگی شروع میشود. ولی اگر علائم بلوغ در دخترها قبل از ۸ سالگی و در پسرها قبل از ۹ سالگی دیده شود «بلوغ زودرس» نامیده می‌شود. این حالت غیرطبیعی است و نیاز به بررسی و پیگیری توسط پزشک متخصص را دارد. در نوزادان متولد شده، گاهی بدلیل هورمون استروژن مادر که در دوران جنینی، به او منتقل شده است، پستانها برجسته می‌باشد حتی در مواردی ترشح مایع سفیدرنگ از نوک سینه نوزاد دیده میشود. به تدریج، بعد از تولد، با کاهش سطوح هورمون در بدن نوزاد، این حالت برگشت می‌کند و نیاز به هیچ دستکاری یا دخالت دارویی ندارد. ولی در بلوغ زودرس سیر بلوغ ادامه می‌یابد و صفات ثانویه جنسی بدنبال هم ایجاد میشوند.

نشانه‌های بلوغ زودرس در دختران شامل بزرگ شدن پستانها، رویش موهای تناسلی و یا شروع قاعدگی و در پسران رویش موهای تناسلی، پیدایش موهای صورت (ریش و سیبیل)، کلفتی صدا و بزرگ شدن دستگاه تناسلی است. در هر دو جنس، جوشهای صورت (آکنه) ممکن است دیده شود. لذا با پیدایش زودرس این علائم مراجعه به پزشک الزامی است.

- اگر علائم بلوغ در دخترها قبل از ۸ سالگی و در پسرها قبل از ۹ سالگی دیده شود «بلوغ زودرس» نامیده می‌شود
- با پیدایش زودرس این علائم مراجعه به پزشک الزامی است

چرا بلوغ زودرس مهم است؟

بلوغ زودرس از دو جنبه اهمیت زیادی دارد، جنبه اول علت ایجاد کننده آن است که پزشک متخصص با انجام آزمایشات لازم و پیگیریهای منظم و دقیق نوجوانان مبتلا، در طی مدت طولانی بدنبال علت ایجاد آن می‌گردد و جنبه دوم اثر بلوغ زودرس روی رشد قدی و روانی نوجوان است.

علل ایجاد کننده علائم بلوغ زودرس کدامند؟

در اکثر دخترها، علت خاصی برای بلوغ زودرس دیده نمی‌شود و بیشتر جنبه خانوادگی دارد. در سایر افراد خانواده (مادر یا خواهران وی) نیز چنین حالتی دیده می‌شود. ولی در مواردی بیماریهای مهم دستگاه عصبی مرکزی مثل تومورهای مختلف، عفونت و التهاب مغز یا ضربه به جمجمه می‌تواند این حالت را ایجاد کند. گاهی کیست‌های تخمدانی

با تولید هورمونهای جنسی زنانه باعث بلوغ زودرس می شوند. در پسرها، حالت سرشتی کمتر دیده می شود و بیماری های زمینه ای مثل تومورهای سیستم عصبی مرکزی بیشتر شایع است.

لذا در این کودکان (دختر یا پسر) بررسی مغز با MRI حتماً انجام میشود. سونوگرافی از تخمدانها و شکم و بررسی آزمایشگاهی هورمونهای مختلف و نیز تعیین سن استخوانی انجام می شود. در صورت طبیعی بودن معاینات و آزمایشات، حتماً باید هر ۶ ماه یک بار توسط پزشک بررسی انجام شود تا اگر علت زمینه ای مخفی مانده باشد کشف و بررسی گردد.



□ آیا درمان بلوغ زودرس لازمست؟

گفتیم که علت های مهمی برای بلوغ زودرس مطرح می باشد که درمان آنها بسیار حیاتی و ضروری است ولی اگر بلوغ زودرس، سرشتی باشد نیز درمان لازم است؟

هنگامیکه بلوغ در سنین پایین شروع شود رشد قدی کودکان بیشتر میشود و به نسبت کودکان هم سن خود قد بلندتری خواهند داشت ولی پس از ۳-۲ سال که بلوغ کامل شد، (در واقع در سنین کمتری به نسبت کودکان طبیعی، بلوغ کامل میشود)، رشد قدی متوقف شده و در نهایت بزرگسالان کوتاه قدی خواهند شد که از نظر شکل فیزیکی نیز ممکن است مشکلاتی دیده شود. بعلاوه از نظر روانی نیز این کودکان دچار مشکلات زیادی خواهند شد.

رشد سینه ها یا ایجاد قاعدگی در دختران کم سن و یا رویش موهای صورت و کلفتی صدا در پسران کم سن، و مقایسه با سایر همسالان خود، باعث بروز اضطراب شدید در این کودکان و والدین آنها می شود. بخصوص در دختران مبتلا، احتمال سوء استفاده های جنسی نیز وجود دارد.

استفاده از دوزهای بالای هورمونهای مختلف یا آگونیست های GnRH همگی با سرکوب تولید هورمون از تخمدانها یا بیضه ها باعث توقف یا پسرقت صفات ثانویه جنسی می گردد. بعلاوه رشد قدی نیز ادامه می یابد. باید دقت شود که درمان باید زود شروع شود. در صورت موفقیت، درمان را تا رسیدن کودک به سن طبیعی بلوغ ادامه می دهیم سپس قطع می کنیم تا بلوغ بطور طبیعی در سن طبیعی پیش رود، در واقع آگاهی والدین به نشانه های علائم بلوغ زودرس با مراجعه زود و به موقع، موفقیت درمان را بدنبال دارد. نکته مهم این است که هوش این کودکان طبیعی و یا حتی در مواردی بالاتر از کودکان هم سن خود است ولی بدلیل تغییرات ظاهری و نیز تأثیر هورمونها ممکن است دچار اختلالات رفتاری، حالت های تهاجمی یا حتی افسردگی شوند. در واقع بلوغ زودرس برای کودک و خانواده او، مشکل مهمی است

- در اکثر دخترها، علت خاصی برای بلوغ زودرس دیده نمی شود و بیشتر جنبه خانوادگی دارد - آگاهی والدین به نشانه های علائم بلوغ زودرس با مراجعه زود و به موقع، موفقیت درمان را بدنبال دارد



**- بلوغ زودرس برای کودک و خانواده
او، مشکل مهمی است لذا آموزش دقیق
به والدین الزامی است
- عدم توجه به شرایط جسمی و
روحي این کودکان، می تواند باعث بروز
مشکلات روانی جدی گردد**



و بخصوص در دختران مبتلا احتمال سوء استفاده جنسی و در پسران مبتلا، گرایش به پسران بزرگتر و تأثیرپذیری از رفتارهای نامناسب آن وجود دارد. لذا آموزش دقیق به والدین الزامی است.

والدین باید با ایجاد یک ارتباط صادقانه و دوستانه با دختر یا پسر مبتلای خود، برای او توضیح دهند که پیدایش این تغییرات در چه سنی طبیعی است و حالا که در وی بطور زودرس ایجاد شده، چه مراقبتها و درمانهایی ضروری می باشد. ارتباط والدین با معلمان آنها، در برقراری ارتباط دوستانه این کودکان با هم سن و سالهای خود بسیار حیاتی است. در واقع در محیط مدرسه است که عدم توجه به شرایط جسمی و روحی این کودکان، می تواند باعث بروز مشکلات روانی جدی گردد. و لذا معلمان آگاه و دلسوز، در برقراری ارتباط طبیعی بین این کودکان و همشاگردیهایشان، نقش کلیدی دارند. □

صرف شام با خانواده به معنی رژیم سالم تر برای نوجوانان می باشد

نوجوانانی که شام را با والدین خود صرف می کنند احتمال بیشتری دارد که از میوه، سبزی و لبنیات استفاده کنند به نسبت آنهایی که بدون همراهی پدر و مادر خود شام می خوردند. تحقیقات قبلی نشان می دهند کودکانی که بدون خانواده غذا می خورند، غذاهای آماده و با ارزش غذایی کمتر مصرف می کنند. یافته های جدید پیشنهاد می کنند زمان مصرف غذای خانوادگی به کودکان کمک می کند که غذای سالمتری مصرف نمایند. دکتر تامی ویدئون از کالج پزشکی آلبرت اینشتین نیویورک معتقد است که والدین باید برای تنظیم برنامه و گردآوری افراد خانواده برای صرف غذا تلاش نمایند. نوجوانانی که در تحقیقات بیش از ۳ وعده غذایی در هفته را حداقل با یکی از والدین خود همراهی کرده بودند، صرف صبحانه منظم و مصرف غذای سالمتر را بیشتر اظهار نموده بودند و آنهایی که ۴ تا ۵ بار در هفته با والدین خود غذا مصرف می کنند، احتمال عدم استفاده از میوه و سبزی و لبنیات در آنها کمتر است. توصیه می شود کودکان و بزرگسالان ۳ تا ۵ وعده سبزی، ۲ تا ۴ وعده میوه و ۲ تا ۴ وعده لبنیات در طول روز میل کنند.



آشنایی با

قرص‌های ضدبارداری خوراکی

OCP

• دکتر پستا نیک خلق
 • مدرس جمعیت و تنظیم خانواده
 • دکتر هومن صدقی اردکانی
 • آندرولوگ (ناباروری و ناتوانی جنسی مردان)

- در ایران، سه نوع قرص ترکیبی به نام‌های HD، LD و تری‌فازیک وجود دارد
- قرص‌های ضدبارداری، در صورت مصرف صحیح به میزان ۹۹/۹٪ از بارداری پیشگیری می‌کنند

قرص‌های ساده حاوی یکی از دو هورمون استروژن و پروژسترون هستند. امروزه فقط قرص‌های ساده حاوی پروژسترون صناعی (پروژستین) بعنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌شود. قرص‌های ترکیبی حاوی هر دو هورمون استروژن و پروژسترون هستند. در ایران سه نوع از این قرص‌ها موجود است که تحت عناوین HD، LD و تری‌فازیک شناخته می‌شوند. در قرص‌های HD (High dose pills) مقدار استروژن بیشتر از قرص‌های LD (Low dose pills) است در قرص‌های تری‌فازیک یا سه مرحله‌ای، در یک بسته سه‌رنگ قرص (سفید، زرد و نارنجی) وجود دارد که مقدار هورمون‌ها در آنها متفاوت است. مقدار هورمون

از آنجائی که قرص‌های ضدبارداری خوراکی شایع‌ترین روش پیشگیری از بارداری در ایران و یکی از مؤثرترین روش‌های موجود می‌باشند؛ به جاست که به نگرانی‌ها و سوالاتی که در مورد استفاده از این روش در ذهن شما عزیزان وجود دارد پاسخ داده شود تا با آگاهی کامل بتوانید به درستی از این روش یا یک روش جایگزین استفاده نمایید. یکی از سوالاتی که همواره با آن روبرو هستیم این است که آیا قرص‌های ضدبارداری خوراکی باعث ایجاد ناباروری می‌شوند؟ و گاهی نگرانی از این موضوع باعث می‌شود که افراد از این روش بسیار مؤثر در پیشگیری از بارداری (حتی در مواردی که برای رفع بیماری‌های خاص توسط پزشک تجویز می‌گردد)، استفاده نکنند. در این مقاله قصد داریم به این سوال مهم و سایر سوالات شما در مورد مصرف این قرص‌ها به طور جامع و کامل پاسخ گوئیم.

قرص‌های ضدبارداری خوراکی کدامند؟

قرص‌های ضدبارداری خوراکی که به اختصار به آنها OCP (Oral Contraceptive Pills) گفته می‌شود به دو دسته ساده و ترکیبی تقسیم می‌شوند:

میزان تأثیر فقط در صورت مصرف کاملاً صحیح قابل دستیابی خواهد بود.

قیمت قرصهای ضدبارداری چقدر است؟

در کشورهای دیگر این قرصها قیمت بالایی دارند ولی در ایران به دلیل برنامه‌های پیشگیری از بارداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این داروها با تخصیص یارانه در اختیار عموم قرار می‌گیرد. قیمت هر بسته HD، هر بسته LD و یا هر بسته تری‌فازیک حدود ۱۰۰ تا ۱۲۰ تومان می‌باشد. با این حال تمامی مراکز بهداشتی-درمانی در سطح شهر و روستا این قرصها را ماهیانه به طور رایگان در اختیار متقاضیان قرار می‌دهند.

این قرصها از تغییرات هورمونهای زنانگی در بدن خانمها تبعیت می‌کنند. از میان قرصهای حاوی پروژستین در ایران فقط یک نوع وجود دارد که تحت عنوان «قرصهای شیردهی» شناخته می‌شوند، در این مقاله صرفاً به قرصهای ترکیبی خواهیم پرداخت.

مکانیسم اثر قرصهای ضدبارداری چیست؟

مکانیسم اصلی اثر این قرصها، جلوگیری از تخمک گذاری است. البته این قرصها، از طرق فرعی دیگری نیز عمل می‌کنند مثلاً با تغییر ترشحات دستگاه تناسلی ظرفیت حمل و انتقال اسپرم (سلول جنسی مردانه) را در دستگاه تناسلی زنانه کم می‌کنند و یا با تغییراتی در جدار



- در ایران، قیمت هر بسته قرص HD یا LD و یا تری‌فازیک حدود ۱۰۰ تا ۱۲۰ تومان می‌باشد
- قرصهای ضدبارداری خوراکی از انتقال بیماری‌های آمیزشی جلوگیری نمی‌کند

روش استفاده از این قرصها چیست؟

قرصهای ضدبارداری در بسته‌های ۲۱ یا ۲۸ تایی وجود دارند. در بسته‌های ۲۸ تایی ۷ قرص آخر، اکثراً یک نوع قرص تقویتی مثل ویتامین ب-کمپلکس یا آهن است. در بسته‌های ۲۸ تایی بلافاصله بعد از پایان یک بسته، بسته بعدی قرص شروع می‌شود و در بسته‌های ۲۱ تایی بعد از پایان بسته به مدت یک هفته قرص خورده نمی‌شود و دوره استراحت است و از روز هشتم بسته بعدی شروع می‌شود.

مصرف قرص را باید براساس یکی از الگوهای زیر شروع کنید:

- ۱- خوردن قرص را از روز پنجم خونریزی قاعدگی شروع کنید (این الگو، شایعترین الگوی مصرفی است).
- ۲- در اولین روز خونریزی مصرف قرص را

رحم مانع جایگزینی تخم در رحم می‌شوند. مصرف این قرصها در پیشگیری از بارداری بسیار مؤثر، مطمئن و بدون خطر است. قرصهای ضدبارداری یکی از داروهایی هستند که بیشترین تحقیقات روی آنها انجام شده است و بی‌خطر بودن آنها کاملاً به اثبات رسیده است. به دلیل بی‌خطر بودن این قرصها، معمولاً در داروخانه‌ها، بدون نسخه نیز در اختیار افراد قرار می‌گیرند.

قرصهای ضدبارداری از مؤثرترین روشهای شناخته شده پیشگیری از بارداری در دنیا می‌باشد و در صورت مصرف صحیح به میزان ۹۹/۹٪ از بارداری پیشگیری می‌کنند. یعنی از هر ۱۰۰۰ خانمی که قرص مصرف می‌کنند یکی از آنها ممکن است در سال اول مصرف قرص حامله شود. ولی همواره به یاد داشته باشید که این

شروع نمایید.

۳- اگر مطمئن هستید که باردار نیستید و در ضمن، نزدیکی غیر محافظت شده، نداشته‌اید، از همین امروز می‌توانید مصرف قرص را شروع کنید.

در هنگام شروع اولین بسته قرص، در ۷ روز اول باید از یک روش دیگر نیز در پیشگیری از بارداری استفاده کرد و یا خوردن قرص را از اولین روز خونریزی شروع کرد، چون در روزهای اول سطح هورمون‌ها در بدن به حدی نرسیده که بتواند از بارداری پیشگیری نماید.

برای تأثیر بیشتر، مصرف قرص باید هرروز در حدود ساعت مشخصی صورت گیرد و مصرف روزانه آن فراموش نشود. برای فراموش نکردن مصرف قرص، خوردن قرص را با یک کار روزانه دیگر همراه کنید. مثلاً قرص خود را همیشه موقع شام، موقع خواب یا در هنگام مسواک زدن

□ اگر در عرض ۲ ساعت اول

بعد از خوردن قرص استفراغ

کردید باید مجدداً یک قرص

دیگر بخورید

□ مصرف این قرص‌ها باعث

می‌شود که دردها و انقباضات

عضلانی دوران قاعدگی و

خونریزی کم شود

بخورید. هرروز صبح بسته قرص خود را کنترل کنید تا ببینید آیا قرص روز پیش را خورده‌اید یا نه. در صورت فراموشی برطبق دستورالعمل مربوطه قرص را بخورید.

باید بدانید که قرص‌های ضدبارداری خوراکی از انتقال بیماری‌های آمیزشی مانند ایدز جلوگیری نمی‌کند. بنابراین اگر مایلید از یک روش پیشگیری از بارداری و محافظ در برابر بیماری‌های آمیزشی استفاده کنید، بهتر است روش دیگری را برگزینید. در صورت بروز علائم هشدار دهنده (که در ادامه توضیح داده خواهد شد) یا در صورت فراموش کردن مصرف قرص بیش از دو روز بهتر است روش دیگری را انتخاب کنید. اگر می‌خواهید به مسافرت بروید یا تعطیلات راحتی داشته باشید و مایلید دوره قاعدگی خود را به تأخیر بیندازید می‌توانید دو بسته ۲۱ تایی قرص را پشت سرهم مصرف کنید. پس از آن دوره استراحت فقط ۷ روز خواهد بود. اگر از بسته‌های ۲۸ تایی استفاده می‌کنید، پس از خوردن قرص روز ۲۱، بسته بعدی را شروع کنید.

(قرص‌های ۲۸ تایی هنوز وارد بازار داروهای ایران نشده است ولی به زودی در دسترس خواهد بود)

در صورت فراموش کردن مصرف قرص چه باید کرد؟

اگر فقط یک شب فراموش کردید قرص بخورید روز بعد دو قرص را بخورید. برای جلوگیری از حالت تهوع و استفراغ بهتر است دو قرص با فاصله چند ساعت خورده شوند.

اگر در هفته اول یا دوم مصرف قرص، دو شب متوالی خوردن قرص را فراموش نمایید باید در دو روز بعدی هر روز دو قرص مصرف کنید (در هرروز علاوه بر قرص روز مربوطه یکی از قرص‌های فراموش شده را بخورید). اگر دو قرص در هفته سوم فراموش شود برای ۷ روز باقیمانده علاوه بر مصرف قرص باید از یک روش کمکی دیگر نظیر کاندوم استفاده نمایید و بسته بعدی قرص را نیز بدون وقفه و با حذف دوره استراحت شروع کنید.

اگر دو شب متوالی خوردن قرص فراموش گردد باید از یک روش دیگر استفاده کرد و با حذف دوره استراحت بسته بعدی را بلافاصله بعد از بسته اول شروع نمود ولی باید بدانید که در صورت فراموش کردن مصرف سه قرص احتمال حاملگی بیشتر می‌شود.





مصرف قرصهای خوراکی ضدبارداری بر سایر روشهای پیشگیری چه مزیتی دارد؟

این روش مؤثرترین روش شناخته شده پیشگیری از بارداری است که در اکثر افراد کاملاً بی خطر می باشد. علاوه بر آن مصرف قرص ضدبارداری خوراکی فواید دیگری نیز دارد که عبارتند از:

۱- مؤثر بودن: اگر قرص ضدبارداری به طور مداوم و به روش صحیح مصرف شود به میزان ۹۹/۹٪ در پیشگیری از بارداری مؤثر است.

۲- برگشت پذیری: اگرچه بعد از قطع قرص ممکن است چندین ماه طول بکشد تا فرد حامله شود، ولی باید دانست فرد به ناباروری مبتلا نخواهد شد (در ادامه بیشتر توضیح داده می شود)

۳- کاهش علائم قاعدگی: مصرف این قرصها باعث می شود که دردها و انقباضات عضلانی دوران قاعدگی کاهش یابد، میزان خونریزی کم شود، قاعدگی منظم شود و از دردهای میان دوره ای (که در اثر تخمک گذاری در وسط دوره ایجاد می شود) جلوگیری شود.

۴- کاهش خطر بروز سرطانهای رحم و تخمدان: مصرف قرص در همه افراد از بروز سرطانهای رحم و تخمدان می کاهد به ویژه اگر قبل از اولین حاملگی مصرف شوند میزان تأثیر آنها در کاهش خطر بروز سرطان بیشتر است در کسانی که برای مدت ۴ سال یا کمتر از این قرصها استفاده کرده اند، میزان بروز سرطان ۳۰٪ کاهش می یابد و در افرادی که ۵ سال OCP مصرف می کنند سرطان به میزان ۶۰٪، و در آنهایی که ۱۲ سال بیشتر قرص مصرف می کنند تا ۸۰٪ کاهش می یابد.

۵- پیشگیری از ایجاد کیست های عملکردی تخمدان: امروزه این کیستها در دختران جوان بیشتر تشخیص داده می شود و در بعضی علائم شدید قاعدگی و یا گاهی نازایی ایجاد می کند. مصرف این قرصها در درمان و پیشگیری از ایجاد این کیستها مؤثر است. انتخاب نوع و نحوه مصرف قرص در این موارد به عهده پزشک می باشد.

□ توصیه می شود،

مصرف قرصهای ضدبارداری در خانمهای بالای ۴۰ سال، افراد سیگاری و یا چاق با احتیاط صورت گیرد.

□ لکه بینی معمولاً به دلیل پایین بودن هورمونی است

اگر در صورت ابتلا به بیماری خاصی مجبور به استفاده از دارو شدید، آیا در میزان تأثیر و نوع مصرف قرصهای ضدبارداری تغییری ایجاد خواهد شد یا خیر؟

میزان تأثیر قرصهای ضدبارداری خوراکی با مصرف بعضی داروها کاهش می یابد؛ بنابراین اگر برای شما دارویی تجویز می شود حتماً به پزشک خود اطلاع دهید که قرص ضدبارداری (OCP) مصرف می کنید و از تأثیر دارو بر مصرف OCP سوال نمایید.

اگر دچار مسمومیت غذایی و اسهال و استفراغ شدید، در مدت بیماری از یک روش کمکی دیگر مانند کاندوم استفاده نمایید. اگر در عرض ۲ ساعت اول بعد از خوردن قرص استفراغ کردید باید مجدداً یک قرص دیگر بخورید ولی اگر بعد از ۲ ساعت پس از خوردن قرص دچار استفراغ شدید خوردن یک قرص اضافی لازم نیست.

۱۲- تأثیر مثبت در سایر مشکلات پزشکی: مصرف این قرص‌ها اثر محافظتی در برابر پوکی استخوان، اندومتریوز و آرتريت روماتويد دارد.

۱۳- پیشگیری از کم‌خونی: بدلیل کاهش جریان خون در طی قاعدگی، از دفع زیاد خون و ایجاد کم‌خونی جلوگیری می‌کند.

عوارض مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی چیست و چگونه می‌توان آنها را اداره کرد؟

مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی بندرت در بعضی از افراد عوارضی ایجاد می‌کند که به آسانی قابل اداره کردن می‌باشد. تنها تعداد معدودی از این عوارض جدی می‌باشند که با نظر پزشک باید مصرف قرص را ترک کرد. بسیاری از این عوارض ممکن است در خانمهای بالای ۴۰ سال، افراد سیگاری و یا چاق دیده شود. که توصیه می‌شود در این افراد مصرف قرص با احتیاط صورت گیرد. در بعضی از افراد، مصرف قرص، تهوع و استفراغ و تحریک پذیری قبل از قاعدگی را کاهش می‌دهد و در بعضی دیگر آنرا تشدید می‌کند.

برخی از عوارض احتمالی استفاده از قرص‌های ضدبارداری خوراکی

۱- تغییرات وزن: ممکن است خانمی همزمان با مصرف قرص ضدبارداری چاق یا لاغر شود که البته افزایش وزن همراه با مصرف قرص بیشتر دیده می‌شود که علت آن احتباس مایع، افزایش اشتها و افزایش رسوب چربی در لگن، ران و سینه است، بنابراین توصیه می‌شود همزمان با مصرف قرص، میزان کالری مصرفی خود را کنترل و چربی و مواد نشاسته‌ای و قندی کمتر مصرف کنید و همزمان بر میزان فعالیت بدنی خود بیفزایید. ورزش روزانه و کنترل رژیم غذایی مانع افزایش وزن می‌گردد.

۶- کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های خوش خیم پستان: در افرادی که قرص ضدبارداری خوراکی مصرف می‌کنند نسبت به افرادی که این قرص‌ها را مصرف نمی‌کنند کمتر به بیماری‌های خوش خیم پستان مبتلا می‌شوند ولی باید دانست که مصرف این قرص‌ها از ایجاد ضایعات پیش بدخیمی جلوگیری نمی‌کند.

۷- پیشگیری از حاملگی نابجا یا حاملگی خارج از رحم: در واقع مصرف قرص با مهار تخمک گذاری از لقاح و بروز هر نوع حاملگی جلوگیری می‌کند.

۸- تأثیر در بهبود آکنه یا جوش‌های غرور: ایجاد این جوش‌ها به هورمون‌های مردانگی اندکی که از تخمدانها یا غدد فوق کلیوی ترشح می‌شود وابسته است و اکثراً در پوست‌های مستعد و چرب دیده می‌شود. این قرص‌ها با کاهش اثر هورمونها در بهبود آکنه مؤثرند.

۹- پیشگیری از آترواسکلروز و تنگی عروق: مصرف این قرص‌ها با کاهش کل چربی بدن، افزایش چربی مفید (HDL) و کاهش چربی مضر (LDL)، ایجاد حالت استراحت در عضلات صاف جدار عروق و اثر ضدتنگی مستقیم از تنگی عروق قلب پیشگیری می‌کنند.

۱۰- بهبود هیرسوتیسم یا موهای زاید: مصرف قرص‌های ضدبارداری با افزایش هورمون‌های جنسی زنانه و کاهش اثر هورمونهای جنسی مردانه در بهبود هیرسوتیسم مؤثر است.

۱۱- کاهش ابتلا به بیماری‌های عفونی و التهابی لگن

□ مصرف قرص‌های ضدبارداری در افراد سالم خطر ابتلا به بیماری کیسه صفرا را افزایش نمی‌دهد ولی اگر خانمی مبتلا به بیماری کیسه صفرا است آن را تشدید می‌کند



OCP

بعضی از خانمها، به ویژه افرادی که بیشتر در معرض نور خورشید قرار می‌گیرند دیده می‌شود که به علت افزایش رنگدانه‌های پوستی در بالای لب بالا، زیر چشم، جلوی گوشها و پیشانی است این مشکل اگرچه خطرناک نیست ولی از نظر زیبایی برای خانمها مهم است؛ بنابراین توصیه می‌شود هنگام شروع مصرف قرص در ساعاتی که آفتاب بیشترین اثر مضر را دارد (۱۰ صبح تا ۳ بعدازظهر) در برابر نور مستقیم خورشید قرار نگیرید و از کرم ضدآفتاب مناسب (SPF بالای ۱۶) نیم ساعت قبل از خروج از منزل و هر ۲ ساعت یکبار، در طول تماس با نور خورشید استفاده نمایید.

۵- لکه بینی: لکه بینی معمولاً به دلیل پایین بودن هورمونی است یا به دلیل فراموش کردن مصرف قرص در زمان مناسب یا همراهی با مصرف داروهای دیگر است. اگر مصرف قرص خود را فراموش نکرده‌اید و داروی دیگری نیز مصرف نمی‌کنید توصیه‌های زیر می‌تواند کمک کننده باشد: اگر از قرص LD استفاده می‌کنید، شاید استفاده از قرص تری فازیک به جای آن این مشکل را بهبود بخشد. بهتر است قرص را هر روز در ساعت معینی مصرف کنید تا همواره سطح آن در خون حفظ گردد. مصرف تعداد قرص‌های بیشتر در روز مانع لکه بینی نمی‌شود.

۶- عدم وجود قاعدگی: معمولاً قرص‌های ضدبارداری میزان خونریزی قاعدگی را بسیار کاهش می‌دهند به طوری که گاه قاعدگی فقط به صورت لکه بینی خفیف است که فرد متوجه آن نمی‌گردد. گاه نیز می‌تواند به دلیل شکست روش و ایجاد حاملگی باشد بنابراین یک تست حاملگی در این موارد مفید واقع می‌شود.

۷- افزایش ایجاد لخته: مصرف این قرص‌ها در افرادی که زیاد سیگار می‌کشند، چربی خون آنها بالا است، مبتلا به فشارخون بالا هستند، دچار چاقی مفرط می‌باشند و یا دیابت شدیدی دارند که به کلیه آسیب رسانده یا عوارض چشمی ایجاد کرده است می‌تواند باعث ایجاد لخته خودبخودی در رگها شود. بنابراین توصیه می‌شود این افراد از قرص‌های ضدبارداری

□ توصیه می‌شود در سه ماه اول مصرف قرص به طور مرتب فشارخون کنترل شود

۲- بزرگ، سنگین و دردناک شدن پستانها: که علت آن تجمع مایع و یا افزایش بافت پستان است. استفاده از سوتین با سایز مناسب که از همه سینه محافظت کند، اجتناب از ورزش سنگین و یا ورزشهایی که باعث حرکات شدید سینه‌ها می‌شود (مانند دویدن سریع)، کاهش مصرف مواد حاوی متیل گرانتین، مانند قهوه، چای و کاکائو و مصرف ویتامین E (۴۰۰ واحد، یک یا دو بار در روز) زیر نظر پزشک ممکن است در کاهش علائم مفید باشد، اگر علائم کاهش نیابد یا بزرگی پستان همراه با خروج شیر باشد با نظر پزشک می‌توان از قرص‌هایی مانند بروموکریپتین استفاده کرد.

۳- تغییر حالات روحی: بی‌حوصلگی، تحریک پذیری، تغییر اشتها، اختلال خواب و به ندرت عدم رغبت به حضور در جمع یا عدم میل به انجام فعالیت‌های روزمره در بعضی از افراد دیده می‌شود. معمولاً این علائم با مصرف ویتامین ب-کمپلکس بهتر می‌شوند چون اکثر این علائم در اثر کمبود ویتامین B6 بوجود می‌آید. اگر فردی دیازپام مصرف می‌کند بهتر است با نظر پزشک مقدار دیازپام مصرفی را کاهش دهد یا آن را قطع کند. اگر با این توصیه‌ها علائم بهتر نشد و یا تشدید شد بهتر است به روانپزشک مراجعه شود.

۴- تغییر رنگ پوست یا ایجاد لکه: این امر در

استفاده نکنند. در ضمن به دلیل افزایش انعقادپذیری و خطر ایجاد لخته بهتر است حدود یکماه قبل از جراحی‌های بزرگ، قرص با نظر پزشک قطع شود.

۸- افزایش خطر ابتلا به بیماریهای کبد و کیسه صفرا: توده‌های خوش خیم کبدی در همراهی با قرص‌های ترکیبی دیده می‌شود اگرچه این توده‌ها خوش خیم هستند ولی رشد بیش از حد آنها باعث پارگی کپسول کبد و خونریزی شدید می‌شود. اگر کسی مبتلا به این بیماری شود قبل از پارگی کپسول کبد، ماهها به درد شکمی مبتلا است که در این صورت باید حتماً به پزشک مراجعه

کند. مصرف قرص‌های ضدبارداری در افراد سالم خطر ابتلا به بیماری کیسه صفرا را افزایش نمی‌دهد ولی اگر خانمی مبتلا به بیماری کیسه صفرا است آن را تشدید می‌کند بنابراین سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که خانمهایی که بیماری علامت دار کیسه صفرا دارند از یک روش دیگر برای پیشگیری از بارداری استفاده کنند.

۹- افزایش جزئی در خطر ابتلا به سرطان پستان یا گردن رحم: اگر فرد عوامل زمینه ساز سرطان پستان مانند سابقه فامیلی مثبت را داشته باشد مصرف قرص ضدبارداری خطر ایجاد سرطان پستان را افزایش می‌دهد پس در این افراد نباید قرص ضدبارداری مصرف گردد. البته این خطر در افرادی که قبل از اولین حاملگی قرص را شروع کرده‌اند، سیگار نمی‌کشند، بعد از ۳۵ سالگی از یک روش دیگر استفاده می‌کنند، سابقه فامیلی سرطان پستان ندارند و قرص نوع LD مصرف می‌کنند بسیار ناچیز و در حد صفر است. به همین ترتیب اگر کسی مدت طولانی از قرص ضدبارداری استفاده کند، سیگار بکشد، سن اولین مقاربت وی پایین باشد، شرکای جنسی متعدد داشته باشد و مرتباً هر ۶ ماه تا یکسال یکبار تست سرطان (پاپ اسمیر) ندهد، خطر ایجاد سرطان گردن رحم با مصرف قرص در وی افزایش می‌یابد. بنابراین توصیه می‌شود افرادی که قرص ضدبارداری خوراکی مصرف می‌کنند، حداقل سالی یکبار تست سرطان (پاپ اسمیر) دهند و پستانهای آنها توسط پزشک معاینه گردد و زیر نظر پزشک بعد از ۴۰ سالگی ماموگرافی انجام دهند.

۱۰- افزایش فشارخون: معمولاً در سنین بالا رخ می‌دهد. توصیه می‌شود در سه ماه اول مصرف قرص به طور مرتب فشارخون کنترل شود اگر فشارخون حداقل فرد، بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه بود قرص قطع شود. به طور خلاصه: اگرچه عوارض قرص‌های ضدبارداری خوراکی کم است و نباید از آن ترسید ولی هنگام مصرف قرص به علائم هشداردهنده زیر توجه کنید و در صورت بروز هر یک از آنها به پزشک مراجعه نمایید:

درد شدید شکم، درد قفسه سینه یا تنگی نفس یا درد شدید هنگام نفس کشیدن همراه سرفه، سردرد شدید همراه با سرگیجه، ضعف و بی‌حسی یک طرفه، مشکلات بینایی مانند تاری دید یا کاهش بینایی، مشکلات صحبت کردن، درد شدید ساق یا ران پا.



- ۹- خانم‌هایی که مبتلا به آکنه و هیرسوتیسم هستند.
 ۱۰- افرادی که به دلیل مسافرت یا هر دلیل دیگری می‌خواهند مدتی قاعدگی خود را به تأخیر بیندازند.

قرص‌های ضدبارداری خوراکی در چه افرادی نباید مصرف‌گردد؟

- ۱- خانم‌هایی که سابقه سرطان پستان یا سرطان گردن رحم (سرویکس) داشته‌اند.
 ۲- خانم‌هایی که در فامیل درجه یک خود (مادر- خواهر- خاله و عمه) یک نفر به سرطان پستان یا سرطان گردن رحم مبتلا بوده است.
 ۳- خانم‌هایی که سن بالای ۳۵ سال دارند به ویژه اگر سیگار می‌کشند.
 ۴- خانم‌هایی که مبتلا به بیماری علامت دار کیسه صفرا یا مبتلا به بیماری‌های کبدی هستند.
 ۵- خانم‌هایی که به دیابت مبتلا هستند به ویژه اگر دیابت شدید باشد و یا عوارض کلیوی و چشمی ایجاد کرده باشد.
 ۶- خانم‌هایی که فشارخون بالا دارند. چون قرص در این افراد افزایش فشارخون را تشدید می‌کند و وقوع سکته قلبی را می‌افزاید.
 ۷- افرادی که بسیار چاق هستند.
 ۸- افرادی که چربی خون آنها بالاست یا چربی غیرطبیعی دارند (چربی مفید پایین و چربی مضر بالا دارند).
 ۹- افرادی که زیاد سیگار می‌کشند.
 ۱۰- افرادی که سابقه بیماری قلبی و سکته قلبی دارند.

به‌طور خلاصه باید گفت که قرص‌های ضدبارداری خوراکی روشی کاملاً مؤثر و بی‌خطر در پیشگیری از بارداری است که با رعایت توصیه‌های این مقاله، فرد در استفاده از این روش کاملاً موفق خواهد بود.

استفاده از قرص‌های ضدبارداری خوراکی در چه افرادی مفیدتر است؟

- ۱- خانم‌های جوانی که بلافاصله بعد از ازدواج می‌خواهند تا مدتی از یک روش مؤثر استفاده نمایند.
 ۲- خانم‌هایی که خونریزی دوران قاعدگی آنها شدید، نامنظم و همراه با علائمی مانند درد و انقباضات عضلانی، سردرد، تهوع و استفراغ و... می‌باشد.
 ۳- افرادی که سابقه سرطان تخمدان در خانواده خود دارند.
 ۴- بعد از سقط جنین، که فرد تا مدتی نباید باردار شود.
 ۵- خانم‌هایی که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند و به بچه خود شیر نمی‌دهند (قرص‌های ترکیبی ضدبارداری به دلیل داشتن استروژن باعث کاهش تولید شیر می‌شوند).
 ۶- خانم‌هایی که کیست تخمدان راجعه دارند.
 ۷- دختران جوانی که مبتلا به کیست تخمدان هستند. گاهی جهت درمان کیست تخمدان و یا قاعدگی‌های نامنظم، این قرصها برای دختران جوان تجویز می‌گردد که این امر باعث نگرانی و ترس مادران از بروز عوارض می‌شود ولی باید دانست که در دختران جوان این قرصها هیچ مشکلی ایجاد نمی‌کند در نتیجه بدون واهمه می‌توان این قرصها را مصرف نمود ولی باید برای تناسب اندام رژیم غذایی خود را کنترل کنند و مرتباً ورزش نمایند.
 ۸- خانم‌هایی که مبتلا به اندومتریوز هستند و در حال حاضر آمادگی حاملگی را ندارند.



داروی جلوگیری از بارداری در مردان

سال آزمایش کردند که در هیچ موردی در خانمهای این افراد حاملگی مشاهده نگردید. با این هورمون مردانه تستوسترون که در زیر پوست کاشته می شود و هر ۴ ماه یکبار تعویض می شود و تزریق هورمون پروژسترون (هورمونی که در قرصهای ضدبارداری زنانه استفاده می شود) هر ۳ ماه یکبار، می باشد. در واقع در این روش، از سیستم طبیعی بدن که در شروع بلوغ نقش دارد، استفاده می شود. ترکیب این دو هورمون موقتاً علائم مغزی جهت تحریک تولید اسپرم و نیز تولید تستوسترون در بدن مردان را متوقف می کند که به این ترتیب لازم است برای حفظ سلامت و قوای جنسی مقداری تستوسترون از خارج وارد بدن گردد. در این مطالعه هیچ یک از زوجها از روشهای دیگر پیشگیری از بارداری استفاده نکردند و همچنین هیچ گونه عارضه جانبی جدی مشاهده نگردید و پس از متوقف شدن استفاده از آن، باروری پس از چندماه به سطح طبیعی باز می گردد.

پروفسور دیویدهندلزن که این تحقیق را هدایت کرده، معتقد است این نخستین بار است که روشی برای جلوگیری از بارداری برای مردان مورد آزمایش قرار می گیرد که تولید اسپرم را بطور قابل اطمینان و قابل برگشتی مهار می کند.

همچنین این روش می تواند راهی برای تولید محصول نهایی باشد که شامل تستوسترون و پروژسترون بوده و تنها نیاز به یک تزریق در طول سه یا چهار ماه داشته باشد و در عین حال به قوای جنسی مرد لطمه نمی زند.

لازم به ذکر است که تلاشهای قبلی جهت ساخت داروی مؤثر و بی دردسر جلوگیری از تولیدمثل برای مردان به مشکلاتی برخورد کرده بود. □

دانشمندان به تازگی روش ضدبارداری ابداع کرده اند که معتقدند ۱۰۰٪ مؤثر و بدون عارضه جانبی می باشد. این روش ترکیبی از یک کاشت زیر جلدی و تزریق می باشد و بنابراین نیاز به یادآوری مصرف روزانه قرص ندارد. محققان انستیتو آنزاک استرالیا، این روش را در گروه نسبتاً کوچکی شامل ۵۵ مرد و بمدت ۱

FDA به تازگی مصرف قرصهای ضد بارداری جویدنی را تأیید کرد

به تازگی FDA (سازمان دارو و غذا) نوع خاصی از قرصهای ضدبارداری جویدنی با طعم مناسب را تأیید نموده است. این قرصها که اولین قرصهای جویدنی ضدبارداری هستند و مخصوص استفاده زنان می باشند، شامل پروسترون و استروژن است که در واقع هورمونهایی هستند که در قرصهای ضدبارداری خوراکی معمولی نیز استفاده می شوند. این قرصها شامل دوسری قرص سفید رنگ (۲۱ عدد) و قرص سبز رنگ (۷ عدد) می باشد که در مجموع هر بسته شامل ۲۸ عدد قرص است. این ۲۱ عدد شامل قرصهای هورمونی است و ۷ عدد قرص دیگر در واقع فاقد دارو هورمونی است. این قرصها علاوه بر اینکه می توانند جویده شوند قابل بلعیدن نیز هستند. افرادی که این قرصها را می جووند باید با مقدار مناسبی آب مصرف نمایند. همان اثرات جانبی قرصهای ضدبارداری را دارا است و حتماً باید تحت نظر پزشک مصرف شود.

اهمیت معاینه بیضه‌ها توسط خود فرد

• دکتر ناصر امیر جنتی
• متخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری -
• تناسلی - نازایی و ناتوانی جنسی

می‌یابد. دلایل تأخیر در مراجعه به پزشک غفلت از شکایات مربوطه، ترس از سرطان و انکار نمودن بیماری توسط خود فرد می‌باشد. گرچه سرطان بیضه از علل اصلی مرگ افراد در اثر سرطان نمی‌باشد ولی چون در سنین خاصی (۱۵ تا ۳۵ سال) رخ می‌دهد، مرگ یا ناتوان شدن در این محدوده سنی تأثیر اجتماعی شدیدی را به جا خواهد گذاشت. سنی است که فرد چیزی آموخته یا حرفه‌ای یاد گرفته و می‌خواهد تشکیل خانواده دهد و یا خانواده تشکیل داده است. میزان آگاهی افراد از سرطان بیضه اندک بوده و دانش انجام معاینه بیضه‌ها توسط خود فرد را ندارند و اینجاست که رسالت متصدیان بهداشت باروری و سلامتی افراد در خصوص آگاهی دادن افراد و آموزش معاینه در این زمینه صدچندان می‌شود. لازم است تأکید شود که برای افزایش دانش و آگاهی مردان از سرطان بیضه نیاز به فعالیت در سطح عموم جامعه است

■ از هر صد هزار مرد ۱۵ تا ۳۴ ساله، ۹ نفر به سرطان بیضه مبتلا می‌شوند
■ متأسفانه ۸۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان بیضه، در هنگام تشخیص، بیماری‌شان به سایر نقاط بدن پخش شده است



و کار فرهنگی بزرگی را می‌طلبد که از جمله آن می‌توان از افراد مطرح در جامعه، بازیگران سینما، ورزشکاران حرفه‌ای و نیز افراد شاخصی که از این بیماری جان سالم بدر برده‌اند استفاده کرد. گروه هدف مناسب در این زمینه دبیرستانها و نیز سربازخانه‌ها می‌باشند که بایستی درگیر این موضوع نمود. بدین ترتیب است که نوجوانان و بالغین جوان اهمیت موضوع را درک نموده و بعد از این فرهنگ‌سازی، معاینه خودبه‌خودی را آموخته و

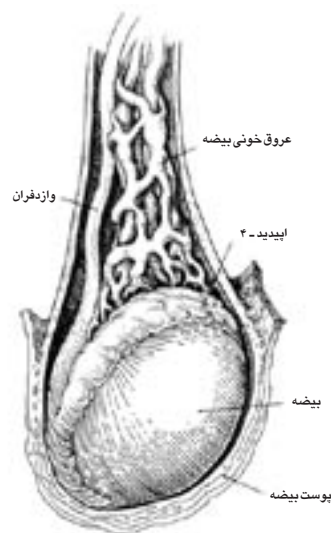
سرطان بیضه یک مشکل بهداشتی است که توجه خاص را می‌طلبد. از یک طرف شایع‌ترین سرطان اعضاء توپر مردان سنین ۱۵ تا ۳۵ ساله می‌باشد از طرف دیگر مبتلایان به آن از مراجعه به پزشک امتناع می‌کنند. میزان بروز سرطان بیضه در دو دهه گذشته افزایش داشته و از هر صد هزار مرد ۱۵ تا ۳۴ ساله ۹ نفر به آن مبتلا می‌شوند. این بیماری در کشورهای آسیایی به میزان خیلی کمتری نسبت به کشورهای غربی اتفاق می‌افتد. به جهت پیشرفت‌های شگفت‌انگیز درمانی میزان مرگ در اثر این بیماری نسبت به دو دهه گذشته کاهش چشمگیری داشته است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که از زمان پیدایش علائم و شکایات در ارتباط با سرطان بیضه تا زمان مراجعه به پزشک چند ماه تأخیر وجود دارد که همین تأخیرها باعث می‌شود حدود ۸۸٪ بیماران با سرطان بیضه در هنگام تشخیص، بیماری‌شان از بیضه خارج شده و پخش (متاستاز) شده باشد و این حالت خطرناکی است چون در بیماری پیشرفته‌تر عوارض و حتی مرگ و میر افزایش

بایستی به طور منظم آنرا انجام دهند. این حالت مشابه همان معاینه ای است که باید خانم‌ها در مورد پستانها بطور مرتب انجام دهند.

ابتدا از بیضه و کیسه بیضه بیشتر بدانیم

درک محل بیضه و اعضای اطراف اش در انجام معاینه بیضه سودمند می باشد. بیضه یک عضو گرد یا تخم مرغی است که حاوی نطفه مرد (اسپرم) و هورمونهای مردانگی (که برای نعوظ و تمایل جنسی اهمیت دارند) می باشد. بیضه‌ها معمولاً در قسمت جلوی کیسه بیضه قرار دارند. در بالا و پشت بیضه اپی دیدیم قرار می گیرد. اپی دیدیم قسمتی از مجرای منی بر است که در ذخیره، بلوغ، تحرک و انتقال اسپرم دخالت دارد. ادامه اپی دیدیم در



پشت بیضه به سمت عقب برگشته و از کیسه بیضه خارج می شود واز آن پس «واژ» نام دارد. اینها ساختمانهای طبیعی در کیسه بیضه هستند.

بطور مثال به موارد غیر طبیعی کیسه بیضه می توان به واریکوسل (سیاهرگهای گشاد شده اطراف بیضه) و کیست‌ها (حاوی مایع یا اسپرم) اشاره کرد. اهمیت واریکوسل در یک نوجوان از آن جهت است که روی تولید اسپرم با کیفیت خوب

تأثیر می گذارد اما کیست‌ها نه سرطانی اند و نه روی باروری اثر می گذارند. گاهی اوقات اطراف بیضه مایع جمع می شود که به آن هیدروسل می گویند که مانع لمس بیضه‌ها می شود که در این صورت باید به پزشک مراجعه نمود.

■ گروه هدف مناسب جهت آموزش معاینه بیضه‌ها توسط خود فرد، جوانان دبیرستانها و سربازخانه‌ها می باشند
■ معاینه بیضه‌ها بهتر است در حمام گرم انجام شود
■ اهمیت معاینه بیضه‌ها در مردان توسط خود فرد، مشابه همان معاینه‌ای است که خانمها باید در مورد پستانها انجام دهند

چگونه باید معاینه بیضه‌های خود را انجام داد؟

بهتر است در حمام گرم این کار انجام شود. پوست اطراف بیضه را با یک دست نگه دارید و با دست دیگر سطح بیضه را معاینه کنید. در جلو و طرفین بیضه‌ها نباید توده‌ای لمس شود. اگر شما چیز سفتی روی بیضه‌ها لمس کردید، فوراً به پزشک مراجعه نمایید.

اپی دیدیم بصورت طبیعی در اکثر موارد در پشت بیضه لمس می شود. دفعات اول که بیضه‌ها را لمس می کنید، ممکن است مشکل باشد. اما با گذشت زمان براحتی معاینه کرده و اگر تغییری در بیضه‌ها رخ داده باشد متوجه خواهید شد.

هر دو بیضه را ماهی یک بار معاینه کنید. اگر توده لمس کردید، اگر سایزشان تغییر کرد یا اگر مورد مشکوکی به نظرتان رسید به یک ارولوژیست (پزشک متخصص کلیه و مجاری ادرار) مراجعه نمایید.

بطور خلاصه، سرطان بیضه یکی از شایع‌ترین سرطانهای توپر در مردان جوان است کشف زودرس آن باعث نجات زندگی و حفظ باروری خواهد شد. معاینه منظم بیضه یک برنامه بهداشتی مهم برای نوجوانان پسر و مردان می باشد. □

اینترنت

به مبارزه با بیماریهای مقاربتی کمک می‌کند



مردان برای انجام آزمایشات مربوط به عفونتهای مقاربتی تمایل بیشتری دارند که جوابهای خود را از طریق اینترنت و سایتهای اینترنتی بگیرند. یک تحقیق در سوئد مقدار زیادی لوله‌های مربوط به نمونه‌گیری برای جوانان مرد ۲۲ ساله ارسال کرد و از آنها خواست که نمونه ادرار خود را به آدرس آنها ارسال کنند تا تست کلامیدیا بر روی آنها انجام شود. داوطلبین می‌توانستند برای دریافت جواب هم به آزمایشگاه مراجعه کنند و یا می‌توانستند از طریق اینترنت جواب خود را بگیرند. استقبال از این طرح بیش از حد انتظار بوده است. امروزه کلامیدیا نگران‌کننده‌ترین بیماری منتقله از راه جنسی در انگلستان و سایر کشورهای اروپایی است. در بسیاری موارد این عفونت هیچ علامتی واضحی ایجاد نمی‌کند و می‌تواند باعث بروز عوارض به خصوص در زمینه باروری خانمها گردد. طبق آمارهای ارائه شده میزان آلودگی به این عفونت به سرعت در انگلستان افزایش می‌یابد.

دانشمندان دانشگاه Emea سوئد به دنبال راهی بودند که حداکثر مردان جهان بتوانند در برنامه‌های بیماریابی (screening) شرکت کنند. آنان به این موضوع توجه کردند که شاید مردان کمتر تمایل دارند که با مراکز درمانی و کلینیک‌ها در ارتباط باشند. در این تحقیق پرسشنامه و برگ دریافت اطلاعات به همراه ظرف مخصوص نمونه‌گیری به آدرس افراد ارسال شد. سپس مردان جوان نمونه خود را به آزمایشگاه و برای تحقیق ارسال می‌کردند. به منظور دسترسی آسان به جواب آزمایشات برای هر فرد یک کد در نظر گرفته شد که با ورود این کد داوطلبین می‌توانستند در صفحه اینترنتی جواب آزمایش خود را ببینند.

طبق نتایج این تحقیق از هر ۴ فرد آلوده ۳ نفر جواب خود را از طریق اینترنت گرفته بودند. در بسیاری موارد چون داوطلبین نتوانسته بودند جواب آزمایش خود را در اینترنت ببینند به کلینیک مراجعه کرده و یا با محققین تماس گرفته بودند. □

رفته باشد. این عدم تعادل می تواند به دلایل متعددی از جمله مصرف داروها یا بیماریهای زمینه ای ایجاد شود. محیط عادی واژن اسیدی است و شایعترین باکتری موجود در محیط واژن لاکتوباسیلوس (*acidophilus*) است که مانع رشد سایر ارگانیزمها از جمله قارچها می شود. عوامل مختلفی می توانند باعث کاهش اسیدیته محیط واژن شوند. با کاهش اسیدیته محیط واژن قارچها شروع به رشد کرده و عفونت قارچی را ایجاد می کنند. شایعترین عفونت قارچی توسط گونه ای به نام کاندیدا آلبیکانس (*candida albicans*) ایجاد می شود که مسئول ۸۵٪ عفونت های قارچی واژینال می باشد. سایر عوامل قارچی و سایر انواع کاندیدا شایع نیستند ولی می توانند علت موارد عودکننده باشند.

- عفونت قارچی واژینال اغلب در زنان در سنین باروری مشاهده می شود
- رطوبت و گرما فرد را مستعد ابتلا به عفونت های قارچی واژینال می کند
- شایعترین علامت این عفونت ها خارش است

عفونت قارچی واژینال

دکتر لیلی چمنی تبریز
 متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری

عوامل مستعد کننده:

عوامل و شرایطی که فرد را به عفونت قارچی واژینال مستعد می کنند عبارتند از:
 مصرف آنتی بیوتیکها / نقص ایمنی / مصرف کورتیکو استروئیدها مثل پردنیزولون / حاملگی / چاقی / رطوبت و گرما (مثل زندگی در مناطق گرم و مرطوب و یا استفاده از لباسهایی که رطوبت را در منطقه تناسلی حفظ می کنند) / استفاده از IUD (دستگاه داخل رحمی) / مصرف قرصهای ضد بارداری / ابتلا به بیماری دیابت خصوصاً در افرادی که قند خونشان بخوبی کنترل نشده است.

علائم:

علائم عفونت قارچی واژینال اغلب یک هفته قبل از

عفونت قارچی واژینال به دلیل رشد بیش از حد سلولهای مخمری در محیط واژن روی می دهد. این عفونت اغلب در زنان در سنین باروری مشاهده می شود ولی در هر سنی می تواند روی دهد و اگر چه که ممکن است بسیار آزاردهنده و ناراحت کننده باشد ولی بندرت باعث آسیب جدی به سلامت فرد می شود. این عفونت ها بسیار شایع هستند بطوری که تقریباً سه چهارم زنان حداقل یکبار ابتلا و نیمی از زنان بیش از یکبار ابتلا به عفونت های قارچی را در طول زندگی خود تجربه می کنند. بطور طبیعی در محیط واژن باکتریهای زیادی وجود دارند ولی تعداد سلولهای مخمری (قارچی) بسیار کم است. عفونت قارچی هنگامی روی می دهد که تعادل طبیعی بین تعداد این ارگانیزمها در محیط واژن از بین

درمان:

پس از معاینه و تشخیص بیماری، پزشک شما علاوه بر توصیه‌های بهداشتی، داروهای مختلفی را نیز ممکن است توصیه کند. عفونتهای قارچی واژینال اغلب با داروهای ضد قارچ مناسب که به شکل لوسیون، کرم واژینال یا شیاف واژینال می‌باشند درمان می‌شوند ولی گاهی بسته به شرایط فرد یا در موارد عودکننده می‌توان از قرصهای خوراکی نیز استفاده نمود. از آنجایی که این بیماری معمولاً از راه تماس جنسی منتقل نمی‌شود در اغلب موارد نیازی به درمان همزمان همسر بیمار نیست.

«توصیه‌های بهداشتی به منظور پیشگیری»

به منظور پیشگیری از ابتلا و عود بیماری موارد زیر توصیه می‌شود:

عادت ماهیانه شروع می‌شود یا شدت می‌یابد.

شایعترین علامت عفونت قارچی واژینال معمولاً خارش است که بتدریج شدت می‌یابد ولی سایر علائم همراه عبارتند از:

ترشحات سفید رنگ تکه تکه و بدون بو / سوزش، التهاب و قرمزی پوست اطراف / درد و سوزش هنگام ادرار کردن و تماس پوست با ادرار و مواد پاک‌کننده / درد واژینال در طی تماس جنسی

تشخیص و درمان:

با مراجعه به پزشک پس از اخذ شرح حال و معاینه تشخیص بالینی مطرح می‌شود. برای اثبات تشخیص می‌توان از روشهای:

- بررسی ترشحات زیر میکروسکوپ

- عفونت قارچی واژینال اغلب در زنان در سنین

باروری مشاهده می‌شود

- رطوبت و گرما فرد را مستعد ابتلا به

عفونتهای قارچی واژینال می‌کند

- شایعترین علامت این عفونتها خارش است

- در اغلب موارد نیازی به درمان همزمان همسر

خانمهای مبتلا به این نوع عفونت نیست



۱. عدم استفاده از لباسهای تنگ و چسبان و حاوی الیاف

مصنوعی

۲. استفاده از لباسهای زیر نخی

۳. تعویض لباسهای زیر به طور مرتب و روزانه و نیز در صورت مرطوب شدن

۴. خشک نمودن کامل بدن و منطقه تناسلی بعد از حمام و شنا، قبل از پوشیدن لباس

۵. تعویض لباس شنا و سایر لباسهای خیس بلافاصله پس از خروج از استخر

۶. عدم استفاده از خوشبو کننده‌ها، اسپری‌ها، شامپوها و صابونهای رنگی و معطر در منطقه تناسلی

۷. عدم استفاده از دستمال‌های توالت معطر و رنگی

۸. عدم استفاده بی‌مورد از آنتی بیوتیکها

۹. کنترل دقیق قند خون در مبتلایان به دیابت

۱۰. کنترل وزن و اجتناب از چاقی. □

- کشت ترشحات

- آزمایش خون به منظور بررسی از نظر دیابت

- استفاده نمود. گاهی اوقات عفونت قارچی در طی

معاینات دوره‌ای و انجام تست پاپ اسمیر (pap smear) سالیانه کشف می‌شود.

بهبتر است با پیدایش هر یک از علائم زیر به پزشک خود مراجعه کنید:

- پیدایش ترشحات غیر طبیعی واژینال

- احساس خارش واژینال

- احساس درد در حین نزدیکی یا در حین ادرار کردن

- ترشح واژینال و درد زیر شکم و تب خفیف (بدلیل

احتمال بیماری التهابی لگنی)

- پیدایش علائم عفونت واژینال یا ادراری در حین حاملگی



تهیه و تنظیم: صفورا سلیمانی فخر
کارشناس پرستاری

بهداشت باروری در ایران

مجله بهداشت باروری، در جستجوی وضعیت بهداشت باروری در کشور در قدم اول اقدام به تهیه گزارشی نمود که در آن به معرفی جایگاه اداره کل سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در امر بهداشت باروری از دیدگاه دکتر بهرام دلاور، مدیر کل این اداره، پرداخته شد.

در ادامه این مبحث و در راستای شناخت هرچه تمامتر شرایط فعلی بهداشت باروری در کشور، میزان موفقیت آن و راهکارهای موجود جهت دست یابی به شرایط ایده‌آلی که در سند ICPD مطرح است و در ذیل مختصراً به اهداف آن خواهیم پرداخت، با حضور سردبیر مجله خدمت جناب آقای دکتر حسین ملک افصلی اردکانی، معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی رسیدیم تا نظر به تجارب ایشان در امر تحقیقات و خصوصاً به عنوان یک فرد پیش‌کسوت در امر فرهنگ سازی تنظیم خانواده در ایران که به کاهش قابل توجه رشد جمعیت پس از شرایط بحرانی دوران جنگ تحمیلی گردید، جویای وضعیت بهداشت باروری در ایران از دید ایشان باشیم.

دکتر ملک‌افصلی
معاون تحقیقات و فناوری
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

○ تنظیم خانواده یک هدف نیست بلکه یک راهکار و استراتژی است برای دستیابی به سلامت مادر

○ بهداشت باروری طیف وسیعی از مسائل پزشکی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی را در بر می‌گیرد.

● مجله بهداشت باروری: لطفاً در خصوص تاریخچه بهداشت باروری در ایران و وضعیت فعلی آن توضیح بفرمایید.

○ دکتر ملک‌افضلی: از سال ۱۹۹۴ میلادی که در قاهره، کنفرانس (International Conference Population Development) ICPD برگزار شد، واژه بهداشت باروری مطرح شده و جایگزین تنظیم خانواده و کنترل جمعیت گردید چرا که این دو برنامه با دید کمی تنظیم شده و هدف آن کاهش رشد جمعیت به هر طریق ممکن بود، خصوصاً در کشورهای آسیایی.

از آن پس جهت کاهش تعداد موالید از هر روشی استفاده می‌شد که گاهاً آن روشها با حقوق انسانی نیز مغایرت داشت، به عنوان مثال فرزندان دوم و یا سوم را از برخی مزایا محروم می‌کردند. لذا تصمیماتی که توسط مردم اتخاذ می‌شد با آگاهی توأم نبوده و گاهاً بدلیل تشویق‌هایی بود که افراد به طور سطحی و صرفاً جهت دریافت آن تشویق، برنامه‌های تنظیم خانواده را اجرا و دنبال می‌کردند. نظر به اجبارهای موجود در آن برنامه، رشد جمعیت تا حدودی کنترل شد، خصوصاً در کشور چین و تا حدودی هند و اندونزی.

باید همواره در نظر داشت که تنظیم خانواده یک هدف نیست بلکه راهکار و استراتژی است برای دستیابی به سلامت مادر. کم‌کم با ظهور مبانی حقوق بشر، آزادی، توسعه اطلاعات، دموکراسی و تا حدودی پیشرفت برنامه‌های کمی تنظیم خانواده، مقوله جدیدی جایگزین آن شد که بهداشت باروری نام داشت.

بهداشت باروری طیف وسیعی از مسائل پزشکی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی را در بر می‌گیرد که موضوع کنفرانس قاهره بود. این کنفرانس بحث تنظیم خانواده را با رویکرد سلامت مادر و کودک توجیه و مورد تأکید قرار داد که در واقع همان رویکرد سلامت‌گرا بود. ولی بحث آموزش جنسی و سقط جنین را تحت شرایطی که متضمن سلامت مادر و کودک و لحاظ کردن مبانی شرع مقدس بود پذیرفت. در حال حاضر ۷۰٪ از زوجین ما از نوعی وسیله تنظیم خانواده اعم از سنتی یا مدرن استفاده می‌کنند که ۵۶٪ آن از نوع مدرن می‌باشد.

رشد جمعیت هم کنترل شده، میزان موالید در کشور ۱۷ در هزار و مرگ و میر ۵ در هزار است، لذا میزان رشد جمعیت در کشور، ۱/۲٪ می‌باشد که توفیق بزرگی است و نکته مهم آن است که این برنامه با زور و اجبار جا نیافتد بلکه با اطلاع‌رسانی و آگاهی و انتخاب آزادانه تحقق پیدا کرد که ماندگاری این برنامه را تضمین می‌کند. مردم، تنظیم خانواده را به عنوان یک نیاز درک کرده‌اند و به عقیده من حتی اگر دولت هم تسهیلاتی در اختیار ایشان قرار ندهد، مردم در جستجوی راههای دیگری برای دسترسی به وسایل تنظیم خانواده خواهند بود.



در بحث تنظیم خانواده، ۳ مشکل اساسی وجود دارد:

۱. حاملگی های ناخواسته:

حدود ۲۵٪ بارداریها را حاملگی های ناخواسته تشکیل می دهند. ما می توانیم با اطلاع رسانی بهتر و ارتقاء کیفیت خدمات، با کاهش میزان حاملگی های ناخواسته با هم میزان تولد را کاهش داده و رشد جمعیت را کم تر کنیم. البته نگرانی دیگری نیز وجود دارد، بالا بودن جمعیت جوان در کشور، که این به معنی افزایش زوجهای بارور در جامعه در آینده خواهد بود و این زوجین اگرچه دارای فرزندان کمتری باشند، زاد و ولد آنها منجر به رشد جمعیت خواهد شد. ولی به عقیده من اگر کیفیت خدمات ارتقاء یابد احتمالاً نباید چندان نگران رشد جمعیت بود و شاید بتوان رشد فعلی جمعیت را حفظ نمود.

۲. مشارکت مردان:

از کل ۵۶٪ افرادی که از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می کنند، حدود ۱۲٪ سهم مردان است که این بی عدالتی در حق خانمهاست. خصوصاً از آنجا که شاید روشهای مورد استفاده توسط خانمها سخت تر و احتمالاً با عوارضی هم توأم باشد نظیر بستن لوله ها، IUD، مصرف قرص، ولی مشارکت آقایان بی خطرتر است نظیر استفاده از کاندوم و وازکتومی.

لذا باید فعالیتهای تحقیقاتی را انجام داد که در نتیجه آن آقایان ترغیب به مشارکت در این امر شوند.

۳. عده ای نگرانند که در صورت استفاده از روشهای تنظیم خانواده، تعادل قومیتهای کشور بر هم می خورد. به این معنی که اگر گروهی تنظیم خانواده را رعایت نمایند، جمعیتشان کم و اگر عده ای آن را رعایت نکنند، جمعیتشان زیاد خواهد شد. این برخورد بسیار سطحی است چرا که برنامه تنظیم خانواده یک برنامه توسعه ای است که توقف آن کنترل جمعیت را خدشه دار کرده و به پیکر جامعه صدمه می زند.

سایر برنامه های بهداشت باروری، برخی از پیشرفت چشمگیری برخوردار بوده و برخی نیز با مشکل مواجه می باشند.

- از جمله مباحثی که امروزه زیاد مطرح شده، بحث بهداشت جوانان است که پایه بهداشت باروری است، چرا که پایه تولیدمثل، در جوانی بنا نهاده می شود. متأسفانه این قسمت مورد غفلت واقع شده و خصوصاً کانالهای اطلاع رسانی به جوانان نارسا است. والدین تمایل ندارند با جوان در این زمینه صحبت کنند و مدارس نیز خود را درگیر نمی کنند. لذا جوان از طریق دوستان، اینترنت و ... با این موضوعات آشنا می شود که اغلب غلط و گمراه کننده هستند. خوشبختانه دین اسلام با این مسأله موافق است و مجوز ارائه آموزشهای لازم از طریق والدین - چنانچه اشراف به موضوع داشته باشند- به فرزندان را داده است چرا که این زمینه از مهارت های زندگی است. نکته مهم نیز یافتن کانالهایی است که از



- بهداشت جوانان، پایه بهداشت باروری است، چرا که پایه تولیدمثل، در جوانی بنا نهاده شده است.
- خوشبختانه دین اسلام مجوز ارائه آموزش های لازم در زمینه بهداشت باروری را داده است.
- تجربه ثابت کرده که در خصوص امور حساس که در آن، جامعه مورد نظر است، باید کار توسط خود جامعه انجام شود نه توسط دولت

طریق آن بتوان به جوانان اطلاع رسانی نمود که البته در این زمینه فعالیتهای خوبی نیز انجام شده است نظیر پروژه دختران نوجوان که از طریق آموزش به والدین جهت انتقال اطلاعات به دختران عمل کرده و به موفقیت های چشمگیری نیز دست یافته است. فعالیت دیگری در قزوین انجام گرفته طرح مدد نام دارد که با انتخاب و تربیت دانشجویان مورد اعتماد، به توجیه سایر دانشجویان پرداخته می شود. تجربه ثابت کرده که در خصوص امور حساس که در آن، جامعه مورد نظر است، باید کار توسط خود جامعه انجام شود نه توسط دولت.

از جمله اقدامات دیگری که پیشنهاد می شود، آموزش بهداشت الکترونیک از طریق اینترنت می باشد به این معنی که سایتی مطمئن طراحی گردد که آموزشهای لازم را برای جوانان ارائه دهد. این سایت باید هم از نظر اخلاقی مناسب بوده و هم از جاذبه کافی برخوردار باشد و قابلیت پرسش و پاسخ را نیز داشته باشد که البته جهاد دانشگاهی می تواند عهده دار این امر گردد.

- بحث دیگری که مطرح است، فقرزدایی است. به این معنی که

بهداشت باروروی با فقر رابطه مستقیم دارد. مثلاً شنیده ایم سوء استفاده از دخترانی را که بدلیل نیاز مرتکب اقدامات غیر قابل قبولی شده اند. قطعاً درآمد، اشتغال و اطلاع رسانی، ابزارهایی هستند که از راه کارهای غیر اخلاقی از این قبیل پیشگیری می کنند.

- سقط جنین از جمله مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد. متأسفانه به دلیل بارداریهای ناخواسته و شرایط اقتصادی اجتماعی فرهنگی موجود در جامعه تعداد قابل توجهی سقط مخفی در کشور در حال انجام است که البته در گزارشات منعکس نمی شود. لذا باید مذاکراتی با روحانیون انجام گیرد تا دامنه مجوز جهت سقط جنین گسترده تر شده و اگر مجوزی وجود دارد، دسترسی به آن سهل تر گردد. در این زمینه و جهت جلوگیری از این مشکلات، از جمله مواردی که باید در کشور ما جابجا یافت استفاده از روشهای اورژانس پیشگیری از بارداری است که از بروز بارداریهای ناخواسته تا حد زیادی پیشگیری می کند.

در اینجا باید به مسائل اجتماعی نیز اشاره نمود. به این معنی که خانواده ای که با مشکلات عدیده ای مواجه است و حاملگی ایجاد عسر و حرج در آن می کند، می توان با مذاکره و اطلاع رسانی احتمالاً مجوزهای مناسب را برای سقط دریافت گردد.

بحث دیگر خشونت علیه زنان است که در بهداشت باروروی بسیار مطرح بوده و در واقع پایه اصلی بهداشت باروروی است.

○ مردم، تنظیم خانواده را به عنوان یک نیاز درک کرده اند و به عقیده من حتی اگر دولت هم تسهیلاتی در اختیار ایشان قرار ندهد، مردم در جستجوی راههای دیگر برای دسترسی به وسایل تنظیم خانواده خواهند بود.
○ از کل ۵۶٪ افرادی که از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می کنند، حدود ۱۲٪ سهم مردان است که این بی عدالتی در حق خانمهاست.



طبق آمار ۷۰٪ زنان به نوعی خشونت اعم از فیزیکی، روانی و... را در زندگی خود تجربه کرده‌اند. مسلماً اگر جایگاه زن در جامعه بالا باشد، مشکلات بهداشت باروری خودبه‌خود حل خواهد شد. زنی که قدرت تصمیم‌گیری دارد، تحصیل می‌کند، کار می‌کند و درآمد دارد، زنی توسعه یافته است. تمامی ابعاد زندگی یک زن توسعه یافته باید هماهنگ باشد، حق و حقوق زن باید رعایت شود. چرا که تأمین آن با توجه به این که زن فضای خانواده را دلنشین می‌کند باعث تأمین سلامت خانواده، تأمین سلامت خود زن و حتی شوهر خواهد بود. متأسفانه بحث خشونت به غلط تا حدودی با تعالیم اسلامی مختلط شده که البته به هیچ‌عنوان اینطور نیست و با بررسی سیرت رسول خدا (ص) کاملاً این سوء برداشت مشخص می‌باشد. لذا باید بحث خشونت علیه زنان را از دیدگاه مذهبی و اعتقادی شفاف کرد.

خوشبختانه سایر ابعاد بهداشت باروری نظیر مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان بی‌خطر، مراقبت‌های مادر و کودک، در کشور ما نسبتاً تأمین شده و دسترسی لازم برای مادران باردار و کودکان موجود است.

البته در زمینه تغذیه، مشکلاتی وجود دارد. ۱۵٪ کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سوء تغذیه کمبود پروتئین و انرژی می‌باشند در جوانان نیز رژیم‌های سخت باعث بروز مسائل جدی، کمبود ویتامین و کم‌خونی شده و در بحث بهداشت باروری آنان ایجاد خلل کرده است. از طرفی خانم‌های خانه‌دار نیز به دلیل کم‌بودن فعالیت فیزیکی و تغذیه‌های نامناسب در کشور دچار چاقی می‌باشند و عارضه شایع دیگر که پوکی استخوان است نیز به وفور دیده می‌شود.

در مجموع، در کشور ما بحث پزشکی مربوط به بهداشت باروری نسبت به بحث اجتماعی آن از وضعیت بهتری برخوردار است که این ضرورت انجام فعالیت تحقیقاتی بیشتر در زمینه اجتماعی بهداشت باروری و تقویت آن را، مشخص می‌کند و پژوهشکده ابن سینا خصوصاً از آنجا که وابسته به جهاددانشگاهی می‌باشد لازم است که در این زمینه اقدام نماید.

- از جمله سایر مسائل بهداشت باروری، بحث نازایی است که با مشکلات زیادی توأم است.

مراکز درمان ناباروری به تعداد زیادی تأسیس شده که درباره کیفیت فعالیت و عملکرد آنها آمار و اطلاعات دقیقی در دست نیست. مهمترین اقدام در این زمینه جهت مردم، اطلاع‌رسانی در سطح وسیعی می‌باشد تا افراد با آگاهی بیشتری با نازایی و درمان آن، روبرو شوند و دیگر اینکه عملکرد مراکز درمان ناباروری مورد بررسی قرار گرفته و کار تحقیقی در مورد نحوه فعالیت آنها انجام گیرد. به طور کلی بهداشت باروری از دو نظر در کشور ایران اهمیت دارد:

- باید بحث خشونت علیه زنان را از دیدگاه مذهبی و اعتقادی شفاف کرد.
- خوشبختانه سایر ابعاد بهداشت باروری نظیر مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان بی‌خطر و مراقبت‌های مادر و کودک در کشور ما نسبتاً تأمین شده است.
- از جمله مسائل بهداشت باروری، بحث نازایی است که با مشکلات زیادی توأم است.

۱. سلامت جامعه

۲. ایران به عنوان الگوی کشورهای اسلامی

به این معنی که تمامی کشورها از ایران به عنوان کشوری که دارای حکومتی

اسلامی است انتظار دارند که راه کارهای مناسبی را جهت بهداشت باروری و خصوصاً ابعاد اجتماعی فرهنگی آن، فراهم نماید.

● مجله بهداشت باروری: طبق قطعنامه پایانی کنفرانس قاهره و تعهد کشورهای حاضر مقرر شده تا سال ۲۰۱۸ در تمامی دنیا زمینه اطلاع رسانی کامل در زمینه حقوق بهداشت باروری فراهم شود. آیا فعالیتهای که در کشور ما در حال انجام است، جهت رسیدن به آن هدف کفایت می کند و یا نیاز به برنامه جامعتری است؟

○ دکتر ملک افضلی: از جمله حقوق بهداشت باروری، حق آموزش است. یعنی همه حق تحصیل داشته باشند و دولتها نیز متعهد هستند که در حد توان خود آن را فراهم نمایند. در ایران این حق برای بانوان به خوبی رعایت شده به گونه ای که تعداد بانوان تحصیل کرده از مردان تحصیل کرده بیشتر است.

حق انتخاب همسر نیز در جوامع شهری ما حل شده و خوشبختانه دختر و پسر هر دو در این امر مشارکت می کنند.

در خصوص حق استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی نیز آزادی عمل برای خانمها وجود دارد و به ندرت افرادی هستند که به دلیل جنسیت، محدودیت دسترسی به خدمات پزشکی را دارا باشند.

در خصوص تعداد و فاصله فرزندان نیز که از جمله حقوق بهداشت باروری است، تحقیقات نشان می دهد افرادی که در این زمینه با مشکل مواجه هستند معتقدند که مخالفت از جانب مردان است که البته باید در این زمینه کار فرهنگی انجام گیرد. در این امر، زن و مرد باید مشترکاً شرکت داشته باشند. خوشبختانه در کشور ما موارد مذکور کمتر دچار مشکل می باشد ولی جهت دستیابی کامل به این موارد نیاز به یک فرهنگ سازی است. ممکن است که تا سال ۲۰۱۸ تمامی موارد فوق محقق نشود.

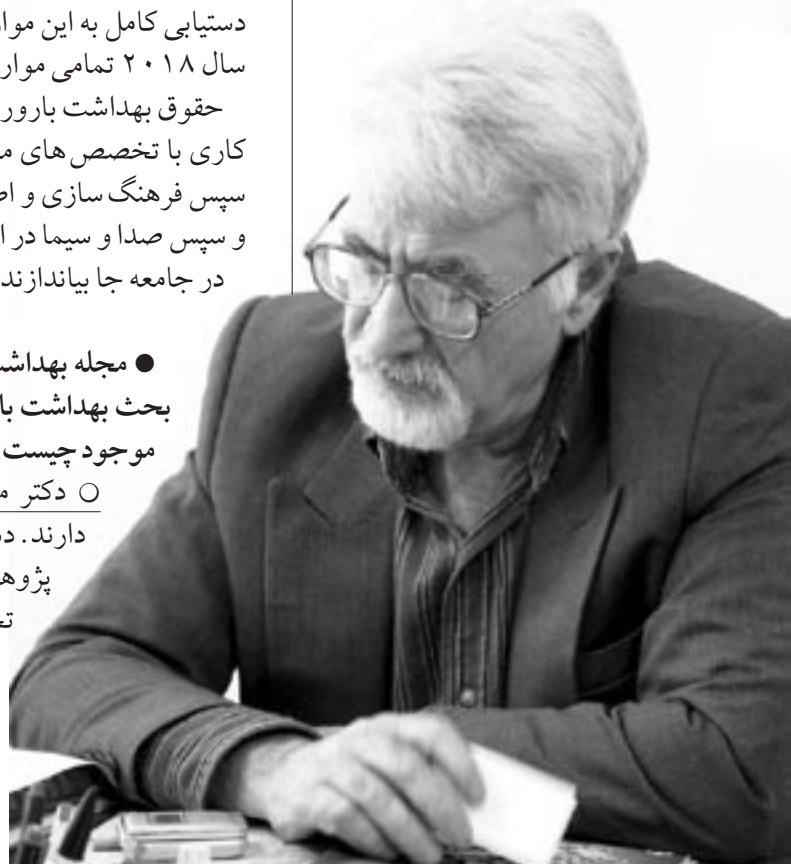
حقوق بهداشت باروری باید به خوبی تحلیل شده و عملی شود. گروه های کاری با تخصص های مختلف تشکیل شوند و این حقوق را روشن نمایند و سپس فرهنگ سازی و اطلاع رسانی انجام گیرد. مهمترین نقش را روحانیون و سپس صدا و سیما در این زمینه ایفاء می کنند و باید هنرمندانه این مباحث را در جامعه جا بیاندازند چون در غیر اینصورت مشکلات زیاد خواهد بود.

● مجله بهداشت باروری: در حال حاضر در کشور ما چند مرکز در بحث بهداشت باروری در حال تحقیق هستند و نقش مراکز تحقیقاتی موجود چیست؟

○ دکتر ملک افضلی: در این زمینه ۲ دسته از مراکز وجود دارند. دسته اول مراکزی که درست همین وظیفه را دارند مثل پژوهشکده ابن سینا که کار اساسی آن همین است. مراکز تحقیقی که در زمینه بهداشت باروری فعال هستند باید به جامعه مراجعه کنند، مطالعات تحلیلی و اپیدمیولوژیک انجام دهند و اطلاع رسانی کرده و با مسأله به صورت جامع برخورد نمایند.

○ متأسفانه به دلیل بار داریهای ناخواسته و شرایط اقتصادی اجتماعی و فرهنگی موجود در جامعه، تعداد قابل توجهی سقط مخفی در کشور در حال انجام است که البته در گزارشات منعکس نمی شود.

○ ۷۰٪ زنان به نوعی، خشونت اعم از فیزیکی و روانی و... را در زندگی خود تجربه کرده اند.



دسته بعد مراکزی هستند که عنوان آنها ربطی به بهداشت باروری ندارد ولی شاهدیم که در این زمینه کار تحقیقاتی کاربردی و خوبی انجام می دهند.

لذا بهتر است از موضوع مراکز تحقیقاتی خارج شده و به معرفی پروژه های انجام شده در زمینه بهداشت باروری بپردازیم. هم اکنون بانک اطلاعاتی (Data Bank) در زمینه بهداشت باروری توسط مرکز تحقیقات بهداشت باروری معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت طراحی شده که قابل استفاده است. مقرر شد از این پس هر فردی که در موضوع بهداشت باروری تحقیق انجام می دهد، Online خلاصه نتیجه پروژه خود را به معاونت تحقیقات گزارش نماید. بحث جدی که هم اکنون در دانشگاه ها مطرح می باشد، راه اندازی پایگاه تحقیقات جمعیتی است که راه بهتری برای آموزش بهداشت باروری است. به این معنی که جامعه ای را در دانشگاه به عنوان جایگاه تحقیقات جمعیتی انتخاب می کنند، غالباً پروژه های بهداشت باروری خصوصاً بحث جوانان و زنان در این تحقیقات یافت می شود و ما فکر نمی کنیم تنها از کانال مراکز تحقیقاتی بتوانیم بهداشت باروری را تعریف نماییم. بلکه به عنوان یک پروژه، بحث تحقیقات جمعیتی را مطرح می کنیم که به نیازهای جامعه می پردازد و قطعاً مسائل بهداشت باروری را نیز در بر خواهد داشت.

NGOها از دیگر راه کارهایی هستند که اخیراً فعال شده اند. من رئیس انجمن تنظیم خانواده هستم و چند NGO دیگر که خصوصاً بر مشکلات زنان و نقش آنان در سلامت خانواده بررسی هایی را انجام می دهند. در مجموع مراکز تحقیقاتی که دید جامع و کاملی بر بحث بهداشت باروری در جامعه داشته باشد، در کشور ما موجود نیست. چرا که در داخل دانشگاه ایجاد شده اند و دید خاص علمی در موضوع مورد نظر دارند. ولی در حوزه معاونت تحقیقات وزارت بهداشت، واحد تحقیقات بهداشت باروری وجود دارد که در تمامی زمینه های بهداشت باروری که ذکر شد فعالیت تحقیقاتی انجام داده و شاید مهمترین کانون فعال در این زمینه است.

● **مجله بهداشت باروری:** ورود مرکزی مثل پژوهشکده ابن سینا که مرکز تحقیقات بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی است به عرضه بهداشت باروری را چگونه می بینید و با توجه به انتشار چند شماره محدود نشریه فکر می کنید برای تداوم این حرکت چه کارهایی باید انجام شود و چه ویژگیهای مثبتی دارد که بتوان بسط داد؟

○ **دکتر ملک افصلی:** اگر این مجله به اعتبار فردی خاص ایجاد شده، ماندگار نخواهد بود ولی چنانچه فلسفه عمیقی در پس آن باشد، قطعاً ماندگار است. بهتر است این مجله با مشارکت آژانسهای بین المللی، NGOها و مراکز تحقیقاتی علاقمند در زمینه بهداشت باروری و حتی روحانیون تهیه شود. چرا که در اینصورت مجله بسیار پربار بوده و از نظر بین المللی نیز مطرح می شود.

حتی می توان به دو صورت عمومی و علمی نسبت به چاپ آن اقدام کرد. انجمن تنظیم خانواده نیز آمادگی چاپ مشترک این نشریه را اعلام می کند. □



○ **حقوق بهداشت باروری**
باید به خوبی تحلیل شده و عملی شود. مهمترین نقشی را روحانیون و سپس صدا و سیما در این زمینه ایفا می کنند.

دکتر علی صادق‌پور طبائی
دکتر علی عمرانی
متخصص جراحی قلب

بیماریهای دریچه‌ای قلب در حاملگی

در ابتدای این بحث لازم است که بدانید بیماریهای دریچه‌ای در خانمهای جوان در اکثر موارد به دلیل روماتیسم قلبی، اختلالات مادرزادی و یا اندوکاردیت‌های قلبی (التهاب پوشش داخلی قلب) است که ممکن است باعث ایجاد خطرانی در جنین یا مادر در طی حاملگی شود. ایجاد عوارض جانبی بستگی به نوع و شدت بیماری دریچه‌ای مادر دارد.



در مورد فیزیولوژی دستگاه قلب و ریه در حین حاملگی چه می‌دانید؟

حاملگی طبیعی با افزایش ۵۰-۳۰ درصدی حجم خون و در نتیجه افزایش برون‌ده قلبی همراه است این افزایش در سه ماهه اول حاملگی شروع شده و در هفته ۲۴-۲۰ حاملگی به حداکثر می‌رسد. همچنین ضربان قلب ۲۰-۱۰ عدد در دقیقه افزایش می‌یابد. این دو تغییر با کاهش مقاومت عروق محیطی و کاهش فشارخون همراه است. در حین زایمان برون‌ده قلبی افزایش و فشارخون نیز با انقباضات رحمی افزایش می‌یابد. پس از زایمان، فشار پرشدگی قلب ممکن است بدلیل بازگشت خون رحم به وریدهای کرونری قلب، شدیداً افزایش یابد. معمولاً ۶ هفته پس از زایمان تغییرات قلبی-عروقی به حالت اول برمی‌گردد. درجات خفیفی از نارسایی دریچه‌ای دهانه بطن در حین حاملگی طبیعی می‌باشد.

- در حین زایمان، برون‌ده قلبی افزایش و فشار خون نیز با انقباضات رحمی افزایش می‌یابد
- خطر مرگ و میر در خانم‌ها با تنگی میترا با علائم جزئی، کمتر از یک درصد است



ارزیابی بیمار مشکوک به بیماری دریچه‌ای قلبی چگونه است؟

بطور ایده‌آل باید تشخیص بیماری دریچه‌ای قلبی قبل از لقاح و حاملگی صورت گیرد. همچنین می‌بایست فشار شریان ریوی با اکوکاردیوگرافی ارزیابی شود. هر بیمار مبتلا به اختلالات دریچه‌ای قلبی باید در هر سه ماه حاملگی، حداقل یکبار مورد ارزیابی قرار گیرد.

ضایعات دریچه‌ای چگونه تعریف می‌شود؟

تنگی میترا: تنگی روماتیسمی میترا شایعترین اشکال بالینی در خانم‌های حامله است و ممکن

است با احتقان ریوی، ادم و نامنظمی قلبی با منشأ دهلیزی در حین حاملگی یا پس از زایمان همراه باشد. افزایش حجم داخل عروقی و افزایش برون‌ده قلبی در حین حاملگی، باعث افزایش حجم و فشار دهلیز چپ و افزایش فشار وریدهای ریوی و تنگی نفس می‌شود. از طرفی افزایش در میزان ضربان قلب، باعث افزایش فشار دهلیز چپ می‌شود. خطر مرگ و میر در خانم‌ها حامله با تنگی میترا با علائم جزئی، کمتر از ۱ درصد است. در مواردیکه سطح دریچه کمتر از ۱/۵ سانتی متر مکعب باشد خطر مرگ و میر برای مادر افزایش می‌یابد. مرگ و میر جنین در بعضی موارد به ۳۰ درصد می‌رسد.

در مواردیکه علائم مادر در حین حاملگی در حد متوسط باشد درمان دارویی شامل داروهای مهارکننده گیرنده بتا، ادرار آورها، خودداری از مصرف نمک زیاد، و کاهش فعالیت بدن می‌باشد، هرگونه نامنظمی

قلب با منشاء دهلیز نیز باید سریعاً درمان شود. در این موارد داروهای رقیق‌کننده خون نیز جهت کاهش شانس آمبولی (انسداد ناگهانی سرخرگ یا سیاهرگ بوسیله لخته که توسط جریان خون به آن محل آورده شده است) توصیه می‌شود.

در مواردیکه علایم بسیار شدید است سطح دریچه کمتر از 1cm^2 است می‌بایست از والولوپلاستی میترا (ترمیم دریچه با استفاده از بالون) یا عمل جراحی قبل از حاملگی استفاده شود، اما در صورتی که بیمار در حاملگی با این حالت مراجعه کرد می‌بایست از والولوپلاستی میترا توسط بالون «در سه ماهه دوم حاملگی» استفاده نمود تا اثرات اشعه روی جنین به حداقل برسد. عمل جراحی باز میترا در موارد تنگی شدید میترا با ۳۰-۱۰ درصد سقط همراه است.

در اینگونه بیماران زایمان طبیعی با بی‌حسی نخائی جهت کاهش درد توصیه می‌شود. باید توجه داشت که زایمان باعث افزایش ۱۰-۸ میلی‌متر جیوه در فشار بطن چپ می‌شود.

نارسایی میترا:

معمولاً نارسایی میترا در خانمهای جوان به دلیل پرولاپس (افتادگی) دریچه میترا می‌باشد و معمولاً بدلیل کاهش مقاومت عروق بدن بخوبی عمل می‌شود. بسیاری از بیماران علامتدار با

نارسایی میترا ممکن است از عمل جراحی میترا قبل از حاملگی سود ببرند اما اختلال عملی بطن چپ به همراه نارسایی میترا باقی خواهد ماند و این باعث افزایش خطرات دوران حاملگی خواهد شد.

تنگی آئورت:

معمولاً اختلالات مادرزادی دریچه، عامل تنگی آئورت در خانمهای جوان می‌باشد. تنگی شدید آئورت به سختی در حاملگی تحمل می‌شود. در بیمار علامت‌دار توصیه می‌شود که حاملگی را به بعد از عمل جراحی به تعویق بیندازد. در مواردیکه بیمار در سه ماهه اول حاملگی، علامت‌دار است ختم حاملگی شدیداً باید مورد توجه قرار گیرد. درمان در این بیماران شامل تعویض دریچه آئورت می‌باشد.

نارسایی آئورت:

نارسایی آئورت در یک خانم جوان ممکن است به دلیل بعضی بیماریهای ژنتیکی و یا مادرزادی (سندرم مارفان و دریچه آئورت دو لتی) و یا عفونت مزمن دریچه‌ها اتفاق بیفتد. به علت کاهش مقاومت عروق در



- هر بیمار مبتلا به اختلالات دریچه‌ای قلبی باید در هر سه ماه حاملگی، حداقل یکبار مورد ارزیابی قرار گیرد
- معمولاً نارسایی میترا در خانمهای جوان به دلیل پرولاپس (افتادگی) دریچه میترا می‌باشد

طول حاملگی از شدت نارسائی آئورت کاسته می شود و معمولاً درمان با دارو قابل انجام است. ارزیابی بالینی دقیق و استفاده از اکوکاردیوگرافی باید قبل از حاملگی در موارد نارسایی آئورت به همراه سندرم مارفان (طویل بودن بیش از حد اندام ها با برخی اختلالات دیگر) انجام شود زیرا اسیر مارفان در حاملگی غیر قابل پیش بینی است.

دریچه های مصنوعی قلب:

حاملگی در بیماران با دریچه مصنوعی به همراه مرگ و میر بالا برای مادر و جنین همراه است. معمولاً مرگ به دلیل تشکیل لخته بر روی دریچه مصنوعی است. استفاده از هر نوع ضد انعقادی در حین حاملگی با ۲/۵ درصد خونریزی همراه است. معمولاً خونریزی در حین زایمان ایجاد می شود. مصرف قرص وارفارین در حین حاملگی در ۳۰ درصد موارد باعث از دست دادن جنین می شود. در صورت استفاده از هپارین بجای وارفارین در سه ماهه اول حاملگی ریسک تشکیل لخته و آمبولی و در نتیجه مرگ مادر دو برابر زمانی است که وارفارین مصرف می شود از طرفی استفاده طولانی از هپارین، با شانس بالای کاهش پلاکت و پوکی استخوان همراه است.

توصیه ها:

بر اساس توصیه انجمن قلب و کالج کاردیولوژی آمریکا، در موارد بیماریهای قلبی مادرزادی که همراه سیانوز و کبودی می باشد، همچنین فشار خون ریوی و بعضی موارد خاص، حاملگی ممنوع است و در صورت حاملگی ختم آن باید انجام شود. همچنین استفاده از داروهای خوراکی رقیق کننده خون در حین حاملگی باید مصرف شود، البته در هفته ۱۲-۶ و بعد از هفته ۳۶ توصیه به استفاده از هپارین با وزن مولکولی پائین می شود.

در موارد بیماریهای دریچه ای، ارزیابی دقیق بالینی و اکوکاردیوگرافی قبل از حاملگی باید انجام شود. این ارزیابی شامل بررسی عملکرد بطن چپ و دریچه های قلب می باشد. در صورت وجود اختلال عملی در بطن چپ، انسداد در سطح دریچه و یا سابقه نارسایی قلبی یا وقایع ایجاد لخته های منجر به انسداد باید خطر حاملگی به بیمار دقیقاً اطلاع داده شود در صورت وجود بیش از یک مورد از موارد فوق از حاملگی باید اجتناب شود. □

- مصرف قرص وارفارین در حین حاملگی در ۳۰ درصد موارد باعث از دست دادن جنین می شود
- در موارد بیماریهای دریچه ای، ارزیابی دقیق بالینی و اکوکاردیوگرافی اغلب از حاملگی باید انجام شود



زهرا فضل‌خلف
کارشناس مامایی

ضرورت توجه به سلامت زنان و دختران نوجوان

نوجوانان که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی جمعیت ۱۹-۱۰ ساله سنی را شامل می‌شوند بخش عمده جمعیت دنیا محسوب می‌گردند. طبق آمارها حدود یک پنجم جمعیت دنیا نوجوان هستند که عمدتاً در کشورهای در حال توسعه متمرکزند. این قشر عظیم، نیروی پرتوان و سازنده‌ای است که نیازمند توجه ویژه برای مصون ماندن از مخاطرات جسمانی، روانی و انحرافات اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی می‌باشد. گرچه مسائلی از قبیل اعتیاد، حوادث و سوانح، بیماریهای مقاربتی، حاملگی‌های ناخواسته و زود هنگام از مخاطرات مهمی است که مجموعه این قشر عظیم را تهدید می‌کند. اما متأسفانه دختران جوان و نوجوان از لحاظ جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب پذیرتر از پسران هستند. عدم آگاهی از تغییرات طبیعی دوران بلوغ و اضطراب ناشی از این ناآگاهی، کاهش یافتن سن بلوغ به دلیل تغذیه و سلامتی و رفاه بیشتر و پایین بودن سن ازدواج و در نتیجه حاملگی‌های زود هنگام، خطرات حاملگی‌ها و تولدهای ناخواسته در سنین پایین، سقط‌های غیرقانونی و غیر بهداشتی و بیماریهای آمیزشی نه تنها سلامت جسمانی دختران جوان و نوجوان را به مخاطره می‌اندازد بلکه دست‌یابی به امکانات تحصیل و آموزش، فعالیت‌های اجتماعی و شغل مناسب را نیز از آنان سلب نموده و دختران را در معرض آسیب‌های مختلف اجتماعی قرار داده است. به دلایل فوق آموزش بهداشت نوجوانان بخصوص دختران نوجوان یکی از مهم‌ترین مسایل انسانی است که در جوامع بشری باید مورد توجه قرار گیرد.



از سال ۱۹۵۵ میلادی تا کنون کنفرانسهای مختلفی در رابطه با وضعیت دختران و زنان برگزار گردیده و استراتژیهای جهت ارتقاء سلامت آنان تعیین شده است و فعالان مسایل زنان و دختران کوشش‌های فراوانی جهت قراردادن وضعیت تکان دهنده زنان و دختران در مرکز دستورالعمل‌های جهانی به عمل آورده اند. گذشت زمان و تعهدات فعالین و سازمانهای غیر دولتی که تعدادشان در ۵۰ سال اخیر رشد بی سابقه‌ای داشته است به بهبود وضعیت زنان و دختران کمک کرده است و بهبود وضعیت بهداشتی، افزایش استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و دیگر فعالیت‌ها موجب ارتقاء سلامت زنان و دختران شده است.



ولی هنوز در بسیاری از نقاط جهان دختران جوان در زمینه‌های بهداشت، خشونت، دستیابی به امکانات جامعه در زمینه تامین و حمایت از حقوق انسانی خود از شرایط نامناسب تری نسبت به پسران برخوردارند. هنوز در بسیاری از نقاط جهان دختران مجبور به ازدواج‌های زودهنگام می‌شوند یا مورد سوء استفاده و بهره‌وری جنسی قرار می‌گیرند. ختنه کردن دختران در بسیاری از کشورهای افریقایی و آسیایی شایع است و هر روز ۶۰۰۰ دختر بچه در جهان ختنه می‌شوند. این جراحی ناسالم نتایج پردردی را برای این دختران در سنین بالاتر و بارداری به دنبال دارد. شیوع ایدز به خصوص در کشورهای در حال توسعه جان بسیاری از دختران و زنان را تهدید می‌کند. در بسیاری از کشورهای جنوب افریقا درصد دختران ۱۹-۱۵ ساله مبتلا به ایدز ۶-۳ برابر پسرانست و روزانه ۷۰۰۰ دختر جوان به این بیماری مبتلا می‌شوند. در کشورهای آسیایی ایدز با سرعت بسیار زیادی در حال گسترش است. وجود روابط کنترل نشده جنسی در سنین نوجوانی در بسیاری از کشورها، تهاجم جنسی نسبت به دختران جوان و بردگی جنسی و بهره‌برداری جنسی از دختران که تحت عنوان «تجارت سکس» یا «صنعت سکس» در حال گسترش است و موجب افزایش ابتلا به ایدز شده است. علاوه بر آن بسیاری از روابط کنترل نشده جنسی موجب حاملگی‌های ناخواسته‌ای می‌شود که بدلیل تقبیح اجتماعی دختران، آنان را مجبور به سقط غیر قانونی و غیر بهداشتی می‌کند که سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد و میزان مرگ و میر آنان را افزایش می‌دهد. باید توجه داشت که وجود خشونت‌های خانوادگی که موجب فرار دختران از منزل می‌شود یا فروش دختران در اثر فقر که در برخی مناطق رایج است آنان را گرفتار سازمانهای «تجارت جنسی» می‌کند. تحقیقات نشان داده است که در حال حاضر ۱۰ میلیون دختر و زن وارد بازار جهانی فحشاء و تجارت دختران و زنان شده اند که این افراد حتی از کمترین حقوق اجتماعی، انسانی و بهداشتی محروم هستند و شیوع ایدز در آنان بسیار بالاست. باید توجه داشت که این موارد فقط شامل کشورهای فقیر نمی‌شود. حتی در جامعه آمریکا نیز گزارشهای

ازدواج زودهنگام یا قرار گرفتن در روابط جنسی ناخواسته می باشد. در ایران از سال ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۶ افزایش چشمگیری در آموزش دختران صورت گرفته است. بطوریکه از ۲۷/۳ درصد (در جامعه در جامعه روستایی) و ۷۰/۷ درصد (در جامعه شهری) به ۸۸/۵ درصد (در جامعه روستایی) و ۹۴/۸ درصد (در جامعه شهری) ارتقاء یافته است. همچنین سیاستهای بهداشتی مناسب در کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان، حاملگی های ناخواسته و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و ارتقاء بهداشت و سلامت دختران و زنان بسیار مؤثر بوده است. با این حال همراه با جامعه جهانی زنان و دختران ایرانی نیز با مشکلات کم و بیش یکسانی روبرو هستند. وجود خشونت های خانوادگی علیه دختران و زنان، اجبار در ازدواج زود هنگام بخصوص در جوامع روستایی همچنان رایج است. در حال حاضر وجود خشونت های خانوادگی و عدم توجه در حمایت صحیح خانواده، جامعه و مدرسه از دختران و مشکلات روانی و شخصیتی که موجب فرار دختران از منزل می شود، آنان را در معرض بسیاری از آسیب های اجتماعی و بهداشتی قرار می دهد و زمینه سوء استفاده جنسی و روانی آنان را فراهم می کند. تحقیقات نشان میدهد بسیاری از این دختران گرفتار گروههای فحشا و سازمانهای تجارت جنسی میشوند و خطر آلودگی به ویروس ایدز و بیماریهای مقاربتی در این افراد به سرعت در حال افزایش است و سلامت و بهداشت عمومی جامعه را تهدید می کند از طرفی این افراد اغلب احتمال بازگشت به خانه و اجتماع را برای خود امری غیر ممکن تصور می کنند و همین امر آنان را در برخورداری از کمترین حقوق بهداشتی، اجتماعی و انسانی محروم می سازد و زمینه سوء استفاده بیشتر از آنان را فراهم می کند. از اینرو در حال حاضر برنامه ریزی جهت ایجاد سیستمهای حمایتی و نوتوانی برای این افراد و آموزش مهارتهای زندگی جهت دختران نوجوان جهت مواجهه با این معضلات امری لازم و ضروری به نظر می رسد. □

فراوانی از خشونت، بهره برداری جنسی و فروش دختران و سقط های غیر بهداشتی وجود دارد. اقداماتی که تا کنون از جانب مجامع بین المللی صورت گرفته برگزاری کنفرانسها و ارائه قطعنامه هایی بوده است که از طرف سازمان ملل صورت پذیرفته است. در کنفرانسی که در سال ۱۹۹۹ در پکن برگزار شد، ۹ استراتژی برای بهبود وضعیت دختران مورد موافقت قرار گرفت که شامل موارد زیر است:

- ۱- زدودن تمام اشکال خشونت علیه دختران.
- ۲- زدودن برخوردهای فرهنگی منفی و ناسالم و عملکردهای زیان بار علیه دختران.
- ۳- تشویق و حمایت از حقوق دختران و ارتقاء سطح آگاهی اجتماعی از نیازها و پتانسیل های دختران برای رشد.
- ۴- زدودن تبعیض علیه دختران در زمینه های آموزشی، فراگیری حرفه ای و آموزش های فنی.
- ۵- زدودن تبعیض علیه دختران در زمینه آموزش و تغذیه.
- ۶- زدودن استثمار اقتصادی نیروی کار دختران و حمایت از دختران جوان در محیطهای شغلی.
- ۷- زدودن خشونت علیه دختران.
- ۸- رشد و آگاهی دختران و تشویق حضور فعال آنان در حیات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی جامعه.
- ۹- تحکیم نقش خانواده در بهبود موقعیت دختران.

یکی از مهمترین مسائلی که مستقیماً در برخورداری از وضعیت بهداشتی و اجتماعی مطلوب در سنین بالا در زندگی دختران مؤثر است آموزش می باشد. تحقیقات نشان داده است که برای هر یکسال آموزش ابتدایی بعد از کلاس چهارم برای دختران، تعداد افراد خانواده ۲۰٪ کاهش یافته، مرگ و میر کودکان ۱۰٪ کاهش یافته و دستمزد این دختران در صورت ورود به بازار کار ۲۰٪ اضافه می شود. اما با تمام این احوال اکثر دولت ها در مورد سرمایه گذاری برای آموزش دختران توجه لازم را ندارند. از عوامل بازدارنده تحصیل زنان اولویت های خانواده، فقر، نیاز به نیروی کار ارزان، اجبار در

بعد از یائسگی چه اتفاقی می افتد؟

دکتر معرفت غفاری
متخصص جنین‌شناسی و ناباروری

«آخرین پریود من دو سال قبل بود و گرگرفتگی و عرق‌های شبانه من تقریباً از بین رفته است. یائسگی خیلی هم بد نبود. حدس می‌زنم جایی برای نگرانی وجود ندارد.» در این مقاله به دو مشکل اساسی دوران یائسگی می‌پردازیم که با آگاهی کامل قابل کنترل خواهد بود.

بسیاری از بافت‌ها در بدن به اثرات هورمون استروژن حساس هستند این بافت‌ها شامل پستان، استخوان، قلب و عروق، سیستم عصبی مرکزی، سیستم ادراری و تناسلی و قسمتی از دستگاه گوارش می‌باشند.

تغییر سطح استروژن می‌تواند سبب بروز مشکلاتی در تعدادی از این بافت‌ها شود. برای مثال همزمان با مسن شدن و ورود به یائسگی، از دست دادن بافت استخوانی بطور مشخصی افزایش می‌یابد و استئوپروز (پوکی استخوان) ایجاد می‌شود. در این سن بیماری‌های قلبی و عروقی شروع به تهدید حیات و سلامتی بسیاری از زنان می‌کند. پژوهشگران در حال تحقیق درک پوکی استخوان و ارتباط بین یائسگی، سن و بیماری‌های قلبی می‌باشند. شاید آنها قادر به جلوگیری از این بیماری‌ها باشند.

پوکی استخوان:

بسیاری از زنان مسن و برخی از مردان مسن در خطر استئوپروز (پوکی استخوان) هستند. در حال حاضر میلیون‌ها نفر از این بیماری رنج می‌برند و بسیاری در خطر ایجاد این بیماری هستند که از این تعداد چهار پنجم را زنان تشکیل می‌دهند. نیمه از زنان بالای ۵۰ سال در طی زندگی خود شکستگی‌های استخوان که وابسته به پوکی استخوان می‌باشد را تجربه خواهند کرد و برای بسیاری از آنها شکستگی استخوان به خصوص شکستگی استخوان ران منجر به ناتوانی آنها برای ادامه زندگی بدون حمایت و کمک دیگران می‌شود.

این شکستگی‌ها علاوه بر صرف هزینه فراوان سبب رنج بیمار نیز می‌شود. شکستگی‌های مهره‌ای منجر به انحنای ستون فقرات، کوتاهی قد و درد می‌شود. شکستگی‌های استخوان ران نیازمند جراحی سنگین، بستری شدن و هزینه فراوان می‌باشد. بهبودی شکستگی استخوان ران ممکن است نیازمند ساعت‌های فراوان فیزیوتراپی باشد در موارد شدید حدود ۲۰-۱۲٪ بیماران مبتلا به شکستگی لگن بیش از ۶ ماه بعد از شکستگی زنده نمی‌مانند و حداقل نیمه از افرادی که زنده می‌مانند نیازمند کمک برای انجام فعالیت‌های روزانه خود می‌باشند. ۲۵-۱۵ درصد آنها نیز نیازمند درمان طولانی مدت می‌باشند. البته با درمان مناسب و گذشت

- نیمه از زنان بالای ۵۰ سال در طی زندگی خود شکستگی‌های استخوان که وابسته به پوکی استخوان می‌باشد را تجربه خواهند کرد
- در موارد شدید حدود ۲۰-۱۲٪ بیماران مبتلا به شکستگی لگن بیش از ۶ ماه بعد از شکستگی زنده نمی‌مانند
- وقتی میزان تخریب استخوان بیش از ساخته شدن استخوان باشد پوکی استخوان رخ داده و استخوان شکننده شده و تراکم آن کم می‌شود

زمان بسیاری از افرادی که شکستگی لگن داشتند می توانند به زندگی بدون نیاز به کمک ادامه دهند.

استخوان یک بافت زنده است که بطور دائم در حال انجام دو فرایند تخریب استخوان قدیمی و تشکیل استخوان جدید می باشد. وقتی میزان تخریب استخوان بیش از ساخته شدن استخوان باشد پوکی استخوان رخ داده و استخوان شکننده شده و تراکم آن کم می شود. بتدریج کاهش تراکم استخوان منجر به ضعیف شدن استخوان و عدم توانایی در حمایت از فعالیت های روزانه طبیعی شما می شود. اولین علامت پوکی استخوان اغلب شکسته شدن استخوان در اثر کمترین فشار می باشد که بیشتر در استخوانهای مهره مچ یا لگن رخ می دهد.

اولین قدم در جلوگیری از پوکی استخوان رساندن تراکم استخوان به حداکثر ممکن در هنگام جوانی است. این مهم باید قبل از ۳۰ سالگی انجام شود زیرا بعد از این زمان در زنان و مردان، استخوان قدرت خود را بتدریج از دست می دهد. البته این فقدان قدرت آهسته بوده و در زنان در حوالی زمان یائسگی این کاهش تراکم به حداکثر سرعت خود می رسد و مجدداً بعد از چند سال آهسته می شود. این کاهش استخوان با مسن شدن ادامه دارد. ساخته شدن استخوان بوسیله خوردن غذاهای غنی از کلسیم و ویتامین D بدست می آید. احتمالاً دریافت کلسیم، ویتامین D کمکی (یا قرار گرفتن حداقل بیست دقیقه زیر نور خورشید هر روز) و انجام ورزش (قدم زدن، دویدن، بالا رفتن از پله ها...) سبب ساخته شدن استخوان می شود.

نگهداری استخوان محکم و قوی بعد از یائسگی قدم بعدی در جلوگیری از پوکی استخوان می باشد. عواملی که در ساخت استخوان در اوایل زندگی کمک کننده بوده می تواند فرآیند کاهش تراکم استخوانی را بعد از یائسگی آهسته نماید. البته هورمون استروژن نقش اصلی را در ساختن استخوان بعهده دارد. پایین افتادن سطح استروژن در زمان یائسگی سبب افزایش تخریب استخوان می شود.

جایگزینی استروژن بعد از یائسگی از طریق هورمون درمانی، مؤثرترین راه برای کنترل تخریب استخوان محسوب می شود. به هر حال اثرات استروژن محدود به استخوانها نبوده و ممکن است بر روی سایر بافت های بدن اثر مثبت یا منفی داشته باشد. پژوهشگران در حال بررسی دقیق فواید و مضرات استروژن در طی هورمون درمانی جایگزین بر روی بدن هستند. آنها در تلاشند نحوه استفاده از آن را بهبود ببخشند.

برای مثال دانشمندان در دانشگاه کالیفرنیا نشان دادند زنانی که بدن آنها مقدار نسبتاً کمی استروژن بعد از یائسگی تولید می کند در مقایسه با زنانی که استروژن تولید نمی کنند مقاومت بیشتری در برابر شکسته شدن استخوان لگن و مهره، بعد از سن ۶۵ سالگی از خود نشان می دهند. این موضوع دلالت بر آن دارد که زنان مسن یائسه ممکن است از مقدار کم کمکی استروژن سود ببرند اگر چه انجام پژوهش های بعدی لازم می باشد.

بررسی های متعدد دیگری علاوه بر استروژن کمکی برای حفاظت از استخوان بعد از یائسگی در حال انجام می باشد.

بیماریهای قلبی و عروقی

بیماریهای قلبی عروقی اولین علت مرگ و میر در جوامع صنعتی و پیشرفته را تشکیل می دهد، حدود یک دهم زنان بین سن ۴۵ و ۶۴ سال از بیماریهای قلبی رنج می برند. این میزان تا سن ۶۵ سالگی به یک چهارم زنان می رسد. در حقیقت زنان بیشتری نسبت به آقایان در این سن بدلیل بیماری قلبی و سکته می میرند. بیماری قلبی بیش از ۱۱ برابر مرگ و میر به دلیل سرطان پستان در زنان را تشکیل می دهد.

بیماریهای قلبی و سیستم عروقی شامل تصلب شرایین (باریک و ضخیم شدن شریانها)، بالا

○ اولین قدم در جلوگیری از پوکی استخوان رساندن تراکم استخوان به حداکثر ممکن در هنگام جوانی است
○ جایگزینی استروژن بعد از یائسگی از طریق هورمون درمانی، مؤثرترین راه برای کنترل تخریب استخوان محسوب می شود

یائسگی

- یک چهارم زنان ۶۵ ساله از بیماریهای قلبی و عروقی رنج می‌برند
- تشخیص ابتدایی عوامل خطر و تغییر شرایط زندگی می‌تواند مانع ایجاد بیماریهای قلبی و عروقی شما شود

آیا استرس سبب ایجاد سرطان سینه می‌گردد؟

بنظر محققین سوئدی، استرس خطر ایجاد (بروز) سرطان سینه را در زنان دو برابر می‌کند. این گفته براساس یافته‌های بررسی بیش از ۱۴۰۰ زن سوئدی در اواخر دهه ۱۹۶۰ در بخشی از یک مطالعه طولانی مدت جهت بررسی و دنبال کردن مراقبتهای بهداشتی می‌باشد. از این زنان که نمونه‌ای از بخشی از جمعیت سوئد بودند، پرسیده شده بود که آیا در طی ۵ سال گذشته تجربه‌ای از احساس استرس بمدت ۱ ماه یا بیشتر داشته‌اند. نمونه شرایط پر استرس که ممکن بود این زنان با آن مواجه شده باشند عبارتند از: تنش یا فشار روحی، نگرانی، ترس و اختلالات خواب بعلت مشکلات خانوادگی یا شغلی.

یافته‌ها حاکی از آن است که زنانی که تحت استرس بودند، نسبت به زنانی که سعی کردند خونسرود آرام باشند، ۲ برابر خطر بروز سرطان پستان داشتند. این ۲ برابر شدن خطر بیماری همراه سایر مواردی که سبب بروز سرطان پستان می‌گردد (مانند سابقه خانوادگی، مصرف الکل، وزن بدن، استعمال دخانیات و سیگار، سن اولین قاعدگی، سن اولین حاملگی و سن یائسگی) می‌باشد.

البته از نظر محققین این مطالعه، از آنجا که تعریف استرس مشکل است و نیز بعضی از مطالعات ارتباطی بین استرس و خطر بروز سرطان سینه نیافته‌اند، مطالعات بیشتر و وسیعتر مورد نیاز می‌باشد.

بردن فشار خون، آنژین (درد سینه بدلیل خون‌رسانی ناکافی به قلب)، سکته و حمله قلبی می‌باشند. در زنان بنظر می‌رسد استروژن از بیماریهای قلبی در طی سنین باروری جلوگیری می‌کند. بعد از یائسگی اگر شما کلسترول خون را اندازه بگیرید متوجه تغییرات در میزان آن می‌شوید. سطوح کلسترول و LDL (لیوپروتئین با تراکم کم) بالا رفته و سطح HDL (پروتئین با تراکم بالا یا اصطلاحاً کلسترول خوب) شما کمی کاهش می‌یابد. LDL قسمتی از کلسترول بوده که قادر است چربیها را به دیواره‌های شریان‌ها بچسباند و باعث باریک شدن و بسته شدن آن‌ها شود. HDL در بازنگه داشتن شریان‌ها کمک کننده بوده بنابراین خون می‌تواند بطور آزادانه جریان یابد. اگر درمان صورت نگیرد LDL و کلسترول بالا رفته می‌تواند سبب افزایش خطر سکته، حمله قلبی و مرگ شود.

بعضی از عوامل خطر برای بیماری قلبی و عروقی مانند تاریخچه فامیلی بیماری قلبی قابل تغییر نمی‌باشد. ولی خبر خوب آن است که شرایطی وجود دارد که شما می‌توانید احتمال ایجاد بیماری قلبی عروقی را کاهش دهید. تشخیص ابتدایی عوامل خطر و تغییر شرایط زندگی می‌تواند مانع ایجاد بیماریهای قلبی و عروقی شما شود. برای مثال در سال ۲۰۰۰ گزارش شده است که تغذیه، ورزش و نکشیدن سیگار از بیماری قلبی جلوگیری می‌کند. دانشمندان در دانشگاه پزشکی هاروارد در سال ۱۹۸۰ شروع به پی‌گیری بیش از ۸۴/۰۰۰ پرستار که بیماری قلبی، سرطان و دیابت نداشته باشند نمودند. بعد از ۱۴ سال مشاهده، پژوهشگران متوجه شدند که بعضی زنان شانس کمتری برای ایجاد بیماری قلبی داشتند این زنان:

- سیگار نمی‌کشیدند
- ورزش متوسط حداقل ۳۰ دقیقه در روز (مانند قدم زدن) داشتند
- و تغذیه آنها حاوی فیبر فراوان، ویتامین فولات و اسیدهای چرب اشباع نشده بود و همچنین تغذیه آنها حاوی میزان کمی از مواد چربی اشباع شده و مواد غنی که قند خون را افزایش می‌دهند بود. □

تغذیه و دوران شیردهی
تغذیه و دوران شیردهی و دوران شیردهی
تغذیه و دوران شیردهی و دوران شیردهی

تغذیه و دوران شیردهی

شمیسه اسکندری
کارشناس مامایی

تغذیه بهینه در طول حاملگی و شیردهی به نتایج مطلوب برای مادر و کودک منتهی میشود. تغذیه صحیح و مناسب، خطر مسمومیت، بیماری و مرگ و میر مادران، ناهنجاریها و توقف رشد جنینی، معلولیت فیزیکی و مغزی در نوزادان، بیماریهای جدی دوران کودکی و بیماریهای مزمن بزرگسالی مثل فشارخون و دیابت را کاهش میدهد. هرچند عوامل بسیاری دیگر در دوران بارداری (آنهائیکه به سنین باروری مربوط میشود) در این امر دخیل هستند، ولی نقش تغذیه را به هیچوجه نمی شود نادیده انگاشت.

تغذیه با شیر مادر در جهت سلامت بهینه کودک شدیداً تأکید شده است. از تغذیه صحیح و مناسب از دوران شیردهی، مادر و نوزاد هر دو سود می برند. نوزادانی که از شیر مادر تغذیه میکنند کمتر به عفونت و حساسیتهای غذایی مبتلا می شوند و اختلالات گوارشی در آنها کمتر است و مادرانیکه شیر می دهند خطر ابتلای آنها به انواع سرطانهای اصلی کمتر و طول دوران نقاهت بعد از زایمان در آنها کوتاهتر است.

شیر مادر از نظر ترکیبات، با شیر گاو و شیر خشک متفاوت است. اگرچه از نظر کمیت مواد مغذی اصلی پائین تر است ولی در عوض پروتئین ها و آهن شیر مادر بهتر جذب میشود. به دلیل داشتن میزان بیشتر اسیدچرب امگا ۳ (روغن ماهی) تأثیر شیر مادر در تکامل اعصاب بینایی، افزایش قوه ادراک و یادگیری و پاسخهای التهابی و ایمنی بیشتر است.

نقش تغذیه در دوران شیردهی همانطور که در ابتدای بحث اشاره شد در سلامت مادر و نوزاد بسیار اساسی است و به جرات میتوان گفت نیازهای غذایی در دوران شیردهی حتی از دوران بارداری نیز بیشتر است و توجه به آن از اهمیت به سزایی برخوردار است.

عقیده بر این است که رژیم غذایی مادران شیرده بایستی از تنوع غذایی، بخصوص مصرف زیاد میوه و سبزیجات تازه برخوردار باشد. علاوه بر رژیم غذایی معمول که بدن هر فردی به آن نیاز دارد، رژیم غذایی مادران شیرده به سه دلیل بایستی غنی تر باشد:

۱- برای تولید کافی شیر جهت نوزاد

۲- فراهم کردن مواد غذایی کافی برای رشد نوزاد

۳- برای نیاز روزانه مادران شیرده

مادران شیرده بطور کلی در ۶ ماه اول دوران شیردهی ۵۵۰ کیلوکالری و در ۶ ماه دوم حدود ۴۰۰ کیلوکالری کالری اضافه نیاز دارند. که این میزان کالری اضافی بایستی از طریق دریافت همه نوع مواد غذایی اساسی (پروتئین، هیدرات کربن و چربی) دریافت شود نه اینکه تنها از افزایش یک نوع ماده غذایی مثل چربی تأمین شود.

خطر ابتلاء به انواع

سرطانها در مادرانیکه

شیر می دهند کمتر و طول

دوران نقاهت بعد از زایمان

در آنها کوتاهتر است

پروتئین: نیاز به پروتئین در طول دوران شیردهی افزایش می‌یابد که این افزایش به دلیل تولید شیر می‌باشد. بر اساس تحقیقات متخصصین هندی این افزایش نیاز در ۶ ماه اول، روزانه ۲۵ گرم و در ۶ ماه دوم، ۱۸ گرم می‌باشد. اگر مصرف پروتئین در رژیم غذایی مادر کمی کاهش یابد کاهش حجم شیر از تغییر کیفیت شیر محسوس‌تر است ولی در صورتی که مصرف پروتئین روزانه خیلی کاهش یابد تولید کازئین شیر کاهش یافته و کیفیت شیر را تغییر می‌دهد. پروتئین اضافه مورد نیاز می‌تواند از طریق مصرف غذاهایی مثل شیر و محصولات لبنی، تخم مرغ، گوشت، ماهی، آجیل و غلات تأمین شود.



کلسیم: یکی از مهمترین مواد معدنی مورد نیاز در دوران حاملگی و شیردهی کلسیم می‌باشد جدا از نیاز بدن به کلسیم به طور طبیعی، کلسیم در دوران حاملگی برای رشد و نمو اسکلتی جنین و در دوران شیردهی برای تولید شیر نیاز است. باید توجه داشت در شش ماهه اول پس از تولد که نوزاد منحصراً از شیر مادر تغذیه می‌شود نیازهای تغذیه‌ای نوزاد کاملاً به مادر وابسته است. در دوران شیردهی کلاً ۱۰۰۰ میلی‌گرم روزانه کلسیم نیاز است که حداقل ۵۰۰ سی‌سی شیر به همراه سایر محصولات لبنی برای کلسیم مورد نیاز در روز بایستی دریافت شود و بقیه نیاز کلسیم از سایر مواد مثل سویا، کلم، ماهی و... بایستی تأمین گردد.



آهن: نوزاد با ذخیره کافی آهن متولد می‌شود که این ذخیره تا شش ماهگی نیاز نوزاد را مرتفع می‌کند آهن اضافی در رژیم غذایی مادر در طول شیردهی از طریق شیر به نوزاد نمی‌رسد مصرف آهن اضافی در طول دوران شیردهی نیاز نیست و نوزاد پس از شش ماهگی بایستی آهن مکمل دریافت نماید ولی غذاهای غنی از آهن برای رفع نیازهای خود مادر در دوران شیردهی لازم است. در دوران بارداری جفت بطور فعال آهن مورد نیاز برای جنین را از خون مادر برداشت می‌کند و لذا چنانچه مادر در دوران بارداری آهن مکمل به میزان کافی دریافت نکرده باشد ذخیره آهن در بدن او کاهش یافته که این کمبود آهن در دوران شیردهی نیز ادامه می‌یابد. لذا در چنین مواقعی دریافت آهن مکمل برای مادران شیرده ضروری است. لذا در مراقبتهای دوران بارداری عقیده بر این است که دریافت ویتامین و آهن تا چند ماه پس از زایمان ادامه داشته باشد.



ویتامین: از آنجائیکه میزان نیاز به کالری در دوران شیردهی افزایش می‌یابد، به موازات افزایش نیاز به پروتئین و مواد معدنی نیاز به ویتامینها نیز افزایش می‌یابد. ویتامین A، B1، B2، C، نیاسین، اسید فولیک و ویتامین B12 از دسته ویتامینهایی هستند که نیاز به آنها در دوران شیردهی بیشتر است.

آب: علاوه بر تمام مواد مورد نیاز، نقش آب در رژیم غذایی مادران شیرده بسیار اساسی و مهم است. مایعات برای تولید شیر کافی لازم است. قسمت بیشتر شیر را آب تشکیل می‌دهد. بنابراین توصیه می‌شود ۱۰ تا ۱۲ لیوان آب در طول روز بنوشید.

پروتئین اضافه مورد نیاز می‌تواند از طریق مصرف غذاهایی مثل شیر و محصولات لبنی، تخم مرغ، گوشت، ماهی، آجیل و غلات تأمین شود
نوشتن ۱۰ تا ۱۲ لیوان آب در روز در دوران شیردهی ضروری است

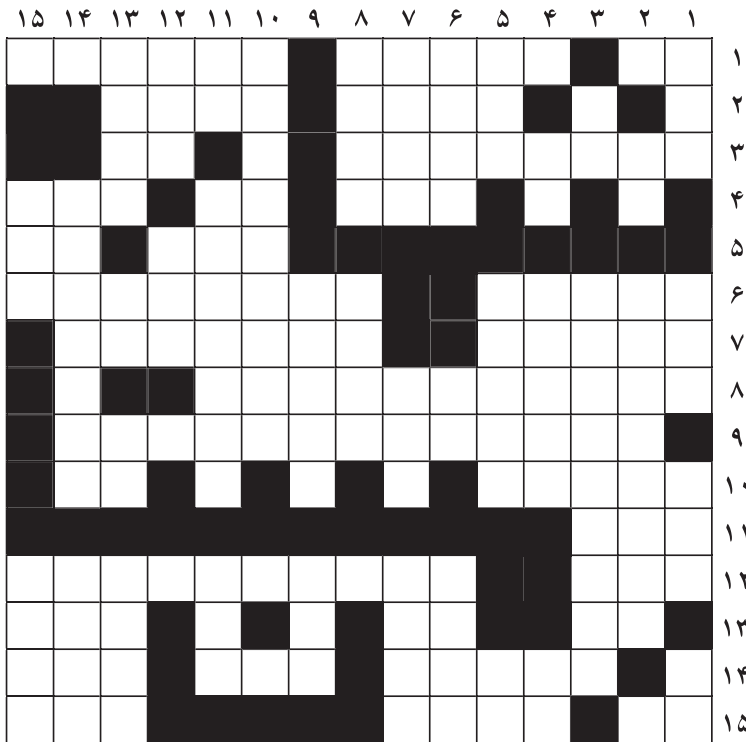
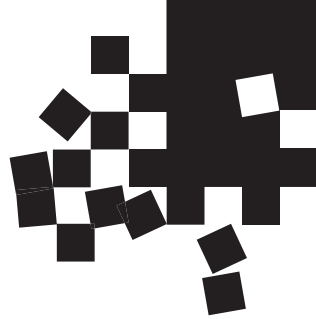


بطور کلی:

- ۱- رژیم غذایی بایستی ترکیبی باشد از: میوه و سبزیجات تازه، شیر و محصولات لبنی، ماهی، تخم مرغ، گوشت قرمز و گوشت ماکیان، برنج، غلات و آجیل. بطوریکه تمام ویتامینهای لازم، مواد غذایی اساسی و انرژی مورد نیاز را فراهم کند.
 - ۲- تعداد وعده های غذایی میتواند افزایش یابد تا نیازهای غذایی برطرف شود.
 - ۳- غذاهایی که سبب افزایش شیر میشوند عبارتند از: شیر و محصولات لبنی، سیر، کنجد، زیره و کاهو. بعضی ها معتقد هستند که گوشت بز، جگر و ماهی باعث افزایش ترشح شیر میشود ولی در این مورد دلیل علمی قابل قبولی وجود ندارد.
 - ۴- افزایش وزن بایستی تحت کنترل قرار گیرد و زمانی که غذای کمکی برای بچه شروع میشود مادر باید میزان کالری دریافتی خود را کاهش دهد.
 - ۵- از مشکلات روحی و هیجانات و عصبانیت دوری کنید.
 - ۶- در مورد توانایی شیر کافی دادن به نوزاد اعتماد به نفس کامل داشته باشد. چرا که هر نوع نگرانی و تصور عدم توانائی برای شیردهی در ترشح شیر اثر می گذارد. بخاطر داشته باشید که تولید و ترشح شیر تحت کنترل هورمونی است که توسط غده ای که در مغز است ترشح میشود و حالات روحی شما بر روی ترشح این هورمون اثر می گذارد.
 - ۷- از مصرف الکل و سیگار اجتناب کنید چون از طریق شیر به نوزاد زیان رسانده و باعث خواب آلودگی و یا ایجاد حالات عصبی و تحریک پذیری در نوزاد میشود.
 - ۸- در اولین فرصت بعد از زایمان بایستی تغذیه نوزاد با شیر مادر آغاز شود. شیر مادر در روزهای اول پس از زایمان کلسیوم یا آغوز نامیده میشود که ترکیب خاصی داشته و به دلیل داشتن پادتن های گوناگون برای نوزاد بسیار مفید می باشد و از آنجائیکه سیستم ایمنی نوزاد کامل نشده است مصرف این شیر نوزاد را تا مدتها در مقابل عفونتها مصون می نماید. از طرف دیگر آنتی بادیهای موجود در خون مادر از طریق شیر به نوزاد منتقل میشود و یکی از عللی که باعث شده نوزادان تغذیه شده با شیر مادر کمتر به انواع عفونتها مبتلا شوند همین امر است.
 - ۹- تقریباً اکثر داروها از طریق شیر مادر به نوزاد منتقل میشود بنابراین قبل از مصرف هر نوع دارو با پزشک خود مشورت کنید. بیشتر داروها در دوران شیردهی آزمایش نشده است بنابراین بدرستی روشن نیست که چطور مصرف یک دارو توسط مادر بر نوزادی که از شیر مادر تغذیه میکند اثر می گذارد. مشکلات کمی در این رابطه گزارش شده است بطوریکه حتی مادرانیکه مجبور هستند بدلیل بیماریهای خاص مثل صرع، دیابت و یا فشارخون بالا، دارو مصرف کنند میتوانند به نوزاد خود شیر بدهند ولی این مادران بایستی از همان ابتدای شیردهی با پزشک کودکان در این رابطه صحبت کنند. به همین دلیل مادران میتوانند با برنامه ریزی و زمان بندی دقیق بدون اینکه شیردهی مختل شود داروهای خود را مصرف کنند. مثلاً بلافاصله بعد از شیر دادن یا قبل از خواباندن نوزاد. داروهائیکه با شیردهی منافاتی ندارند عبارتند از:
- استامینوفن، بسیاری از آنتی بیوتیکها، داروهای ضدصرع، بیشتر آنتی هیستامینها، بعضی از داروهای ضدفشارخون، آسپرین، کدئین، ایبوپروفن، انسولین، داروهای تیروئید.
- داروهائیکه با مصرف آنها شیردهی بایستی قطع گردد عبارتند از:
- داروهای رادیواکتیو که در آزمایشهای تشخیصی استفاده میشود
- داروهائیکه هرگز در دوران شیر نباید مصرف شود و یا در صورت مصرف شیردهی باید قطع شود عبارتند از: بروموکریپتین، داروهای شیمی درمانی، ارگوتامین و متوترکسات.
- به خاطر داشته باشید بجز در موارد نادری که شیردهی ممنوع شده است همیشه بهترین راه تغذیه نوزاد، تغذیه با شیر مادر است. □

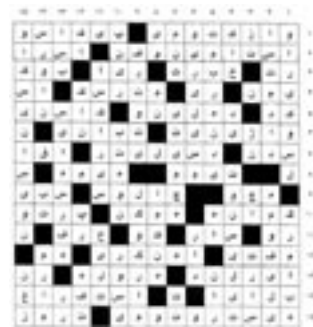
پروتئین اضافه مورد نیاز می تواند از طریق مصرف غذاهایی مثل شیر و محصولات لبنی، تخم مرغ، گوشت، ماهی، آجیل و غلات تأمین شود

در مراقبتهای دوران بارداری عقیده بر این است که دریافت ویتامین و آهن تا چند ماه پس از زایمان ادامه داشته باشد



جایزه

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



طرح جدول: شمیسه اسکندری

اسامی برندگان جدول:
لیلا نورزاده
حوریه سادات حسینی
مه زاد شعبانی

عمودی

- ۱- پسوند آمیختگی - راه هموار است ولی حرف دوم آن پرید! جایز بی پایان - بیماری مسری تنفسی
- ۲- کوبیده و نرم شده - حس تشخیص وزن یا فشار
- ۳- تصدیق روسی - التهاب مجرای خروج منی
- ۴- صابون خیاطی - از اشکال میکروب - جهت و جانب
- ۵- الهام خداوند به پیامبر - وارد شده به مسلکی - علامت صفت تفضیلی
- ۶- یرقان - تصدیق بیگانه - ماه ششم میلادی
- ۷- آرزو و چشمداشت - قاعده و اسلوب فراموشکار
- ۸- گیاهی با شاخه های بلند که از الیاف آن در نساجی استفاده می شود - واحد شدت جریان برق
- ۹- جریان سریع آب - معدن
- ۱۰- قوای امدادی
- ۱۱- دو یار جدا نشدنی - عفونت دهانه رحم - ادرار آور
- ۱۲- از رنگها - وسیله
- ۱۳- سندرم نقص ایمنی اکتسابی - حرف دهن کجی - کوشش در طلب رزق - بیماری که اخیراً زیاد قربانی گرفته
- ۱۴- روش خالص - ناشناس بودن
- ۱۵- پول بیگانه در کشور - بخشی از اوستا که هنگام مراسم مذهبی خوانده می شود

افقی

- ۱- گرداگرد دهان - بیماری عفونی مقاربتی - مترادف ناباروری
- ۲- آبرو و آنچه حفظ و احترام آن واجب است - کمک و مساعدت
- ۳- نوعی عفونت سیستم تناسلی در خانمها که می تواند به ناباروری منجر شود - حیوان وحشی
- ۴- دین آشفته! - جهت واژگون! - سازی ترتیب!
- ۵- بله معکوس - طایفه ای در ایران
- ۶- جوانی با یک حرف اضافه - انحراف ستون فقرات به طرفین
- ۷- نامی برای آقایان - تقلیدی
- ۸- ویروس عامل تبخال
- ۹- اگر مرتب نوشته شود به معنی التهاب صلیبه و عنیه است
- ۱۰- مالک شدن - کوچک و بزرگش در آسمان است
- ۱۱- پاداش نیکی با بدی
- ۱۲- نشانه - بزرگی پستان در مرد
- ۱۳- حرف نداد - تعجب خانمها - خو گرفتن
- ۱۴- بیضه لاتین - خانه پشت به آفتاب - پایه و ستون
- ۱۵- هرگز نه به عربی - روغن جلا - خانه بزرگ