

می شود. تصور داشتن فرزند برای یک زن نابارور معمولاً غیر ممکن است همچنانکه برای حتی پزشکان تیم درمان ناباروری، فائق آمدن بر ناباروری مردان با استفاده از میکرواینجکشن (ICSI) بعید بنظر

تصمیم گیریهای "لحظات بحرانی" و زمانهای حساس « بیم و امید و در مقابل یاس و ناامیدی» راه مناسبی برای یک تصمیم گیری آگاهانه و با شعور نیست.

می آمد. همچنانکه تشخیص جنسیت و بیماری احتمالی فرزند از روی جنین که تنها چند سلول بوده و تا کنون به رحم منتقل نشده است نیز امری تخیلی بحساب می آمد "در حال حاضر نیز امکان حامله شدن زن ۶۳ ساله و یا داشتن فرزند بیولوژیک توسط مادری بدون رحم برای عموم بعید بنظر می آید ولی علم و تکنولوژی رسیدن به همه موارد فوق را بدیهی نموده است.

حال فرض کنید که امکان انجام غیر ممکن ها تحقق یافته و شما می توانید "چند قلو" حامله شوید فرض کنید بسیارخوش اقبال هستید و با اولین اقدام جهت درمان ناباروری خود با تعدادی جنین جهت انتقال به رحم مواجه میشوید و در این زمان در مورد تعداد جنین های قابل انتقال به رحم مورد مشورت قرار میگیرید، این سوال یکمرتبه شما را با یک سرگردانی و درگیری درونی غیر قابل تصور مواجه می نماید. و مجبورید که پاسخی برای موارد ذیل داشته باشید :

اینکه آیا شما می توانید دو و یا تعداد بیشتری فرزند را همزمان و بطور موثر سرپرستی نمائید!؟

آیا شما توانایی مالی برای اداره خانه ای با چند فرزند نو رسیده را بصورت همزمان دارید!؟

آیا شما امکان استفاده از حمایت های خانوادگی و یا دوستان را در حین حاملگی و پس از تولد فرزندانانتان دارید!؟

نطفه به رحم زن برای انجام (IUI) و یا در زمان انتقال جنین به رحم (IVF)، با این موضوع مواجه می شوند و آن زمانی است که آنها در بلندای امید و آرزو و خوش بینی از طرفی و در مقابل ترس از مشکلات ناشی از حاملگی چند قلو از طرف دیگر قرار میگیرند. در آن زمان زوجین نسبت به کیفیت و کمیت جنین های بارور شده آگاه شده و با آنها در مورد تعداد جنین های قابل انتقال مذاکره می شود ولی این زمان بسیار وحشتناک و بدی برای تصمیم گیری زوج است وقتی که آنها اطلاعات کافی و مناسب را نداشته و بخوبی امکان بررسی و تصمیم گیری انتخاب های متعدد و بحث و مذاکره با یکدیگر را در مورد این موضوع ندارند. در ارتباط با پاسخ زوجین و تصمیم گیری آنها در مورد تعداد جنین های قابل انتقال معمولاً با جمله "هر چه بیشتر بهتر" از سوی زوجین مواجه می شویم و البته این درخواست بدون توجه و اطلاع نسبت به آثار و عوارض جانبی آن است. برخی از مراکز خوب معمولاً بر پایه کیفیت جنین و سن بیمار، الگویی را جهت انتقال تعداد مناسب جنین ارائه داده اند. و برخی از کشورها محدودیت قطعی را در مورد تعداد جنین های قابل انتقال، علیرغم کیفیت و سن زن مشخص نموده اند.

در شرایط ایده آل، بایستی به زوجین اطلاعات کافی در مورد انتقال جنین، مزایا، معایب و عوارض خطر حاملگی های چند قلو و همچنین امکان کاهش حاملگی چند قلو در حین آماده سازی بیمار برای درمان به روش لقاح خارج رحمی داده شود تا آنها بتوانند همزمان با داشتن اطلاعات کافی در تصمیم گیریها مشارکت قطعی داشته باشند. معمولاً تصمیم گیریهای "لحظات بحرانی" و زمانهای حساس « بیم و امید و در مقابل یاس و ناامیدی» راه مناسبی برای یک تصمیم گیری آگاهانه و با شعور نیست. درمان ناباروری از دیدگاه زوج ناباروری که مدتها با مشکل خود مواجه هستند، بعنوان ممکن شدن یک امر غیر ممکن تلقی

به نام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



پی آمد چند قلوبی بدبنال انجام ART

دکتر محمد مهدی آخوندی

در اولین مذاکرات و مشورتهای پزشکان با بیماران، اغلب ریسک و عوامل خطر حاملگی های چند قلوبی را بازگو می نمایند. علی الخصوص که پس از تحریک تخم گذاری این موضوع زیاد بچشم می خورد.

زوجین در موقعیت ناباروری خود، اغلب نمی توانند مشکلات « حاملگی چند قلوبی » را حدس بزنند. در مواقعی که آنها حتی تصمیم به انجام آخرین عمل درمانی لقاح خارج رحمی خود (IVF) را دارند و علاقمند به افزایش حداکثر شانس باروری خود، بهر شکل ممکن هستند و یا در مواقعی که آنها فقط تصمیم به انجام یک پروسه درمانی را بعنوان اولین و آخرین شانس خود دارند،

زوجین نابارور اغلب نمی توانند مشکل « حاملگی چند قلوبی » را تصور نمایند. آنها علاقمند به افزایش حداکثر شانس باروری خود، بهر شکل ممکن هستند

تصمیم گیری علی الخصوص با امکان افزایش انتقال تعداد بیشتری جنین سالم به رحم پیچیده تر می شود، علی الخصوص در موقعیت های فوق که تصمیم گیری حادثر بوده و سابقه ناباروری، مصائب و یاس و ناامیدی بیشتری را بر زندگی زوجین رقم زده است.

زوج نابارور معمولاً در مشاورات اولیه توجهی به موضوع حاملگی چند قلوبی و خطرات ناشی از آن را نمی نمایند ولی معمولاً در روز انتقال

و بی‌پرده با جوانان در خصوص آنچه نیاز دارند که بدانند، کمک به جوانان در جهت کسب مهارت‌هایی که آنها را از خطر دور بدارد، جمع‌آوری اطلاعات و خدمات مورد نیاز، معرفی افراد نمونه که می‌توانند به عنوان الگو برای جوانان مطرح شوند و تداوم برنامه‌ها تا زمانی که تغییر در رفتار با برنامه‌های ارزیابی ویژه مشخص گردد.

مطالعات حاکی از آنند که کشورهای اروپای شمالی که سالیان دراز از برنامه‌های ملی بهداشت باروری برای نوجوانان استفاده می‌کنند، کمترین نرخ حاملگی، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و سقط را دارا هستند. این موفقیت بدلیل حمایت اجتماعی به همراه ارائه خدمات سریع به نوجوانان است. هر چند این بدان معنی نیست که می‌توان یک نسخه واحد را برای همه و از جمله برای کشور ما که دارای فرهنگی متفاوت و ساختار اجتماعی دیگر است تجویز نمود، اما بهره‌گیری از تجربیات کشورهای موفق می‌تواند ما را در

آموزش خانواده قادر است تا به اطلاعات جوانان افزوده و رفتار آنها را مبدل به یک رفتار بهداشتی نماید.

راهی که در پیش گرفته‌ایم یاری نماید. برای مثال دانمارک، فنلاند و سوئد آموزش بهداشت باروری را در مدارس اجباری نموده‌اند، در حالی که هلند برنامه آموزشی را از طریق تلویزیون و مجلات دنبال می‌کند و این به معنای دور زدن والدین نیست. تحقیقی در هلند نشان داده از ۱۰۰۰ / ۸۰٪ عنوان کرده‌اند که مسائل بهداشت باروری را از والدین خود آموزش دیده‌اند.

- اکثر کشورهای اروپای شمالی خدمات بهداشتی را به طور رایگان در اختیار همگان و از جمله نوجوانان قرار می‌دهند. از سال ۱۹۷۰ درمانگاه‌های ویژه نوجوانان ایجاد شده است که بر ارائه خدمات بهداشت باروری مشغول بوده‌اند. در

کشورهای در حال توسعه از این مسئله رنج می‌برند. حاملگی که زودتر از موعد پیش‌آید منجر به ترک تحصیل و عدم توانایی پرورش قابلیت‌ها و توانایی‌هایی است که در آینده شغلی افراد نقش دارد.

مشکلات ذکر شده، سیاست‌گذاران بهداشتی را بر آن می‌دارد تا برنامه‌های ویژه آموزش بهداشت باروری را برای نوجوانان در نظر بگیرند. بر خلاف تصور عامه ارائه این برنامه‌ها نه تنها باعث رواج بیشتر فساد نمی‌شود بلکه به نوجوانان هشیاری کامل در جهت مقابله با مفاسد اجتماعی را خواهد داد. برای ایجاد یک برنامه موفق، جلب نظر والدین و جامعه ضروری است. چنین برنامه آموزشی با برخورداری از حمایت جامعه می‌تواند باورهای غلط را تغییر داده و تعاریف تازه‌ای از باورهای صحیح را پدید آورد.

آموزش خانواده می‌تواند از مدرسه آغاز شود، این آموزشها دارای ابعاد متفاوتی هستند. آشناسازی جوانان با آناتومی بدن، شناخت مسائل بهداشت باروری، کمک به حل مشکلات نوجوانان، کمک در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای زندگی آتی و آشنایی با انواع وسایل پیشگیری به منظور پیشگیری از ابتلاء به ایدز است. آموزش خانواده ها قادر است تا به اطلاعات جوانان افزوده و رفتار آنها را مبدل به یک رفتار بهداشتی نماید.

در اجرای این برنامه‌ها رعایت چندین اصل حائز اهمیت است. اول آنکه آموزشها مطابق با نیاز جوانان باشد، دیگر آنکه باید اعتماد جوانان را جلب نمود، برنامه‌ها را در محل زندگی یا تحصیل آنها اجرا نمود و با زبان خودشان با ایشان صحبت کرد. موارد زیر در هدایت و حمایت از برنامه‌های آموزشی خانواده باید مد نظر باشد:

برخورداری از حمایت والدین و رهبران مذهبی و اجتماعی، مرتفع نمودن موانع، استفاده از جوانان در برنامه‌ریزی و طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی، گفتمان صریح

آیا سابقه افسردگی بواسطه از دست دادن کسی را داشته‌اید که احیاناً اقدام جهت کاهش حاملگی بتواند مجدداً شما را بدین سوی برد؟
آیا شما از نظر اعتقادات مذهبی اقدام جهت کاهش تعداد جنین را امری

درمان ناباروری از دیدگاه زوج ناباروری که مدتهاست با مشکل خود مواجه هستند، بعنوان ممکن شدن یک امر غیر ممکن تلقی می‌شود.

پذیرفتنی و قابل انجام میدانید؟!
آیا فکر می‌کنید که همسران نیز با این کاهش موافقت داشته باشد؟!
این موارد بخشی از سوالاتی است که زوج برای پاسخ دادن به آنها وقت و زمان کافی را نیاز دارند، تا بتوانند با توجه به احساس و نگرانی‌های خود تصمیم‌گیری نمایند، در این مسیر تیم درمان ناباروری نیز می‌تواند با مشاورت و ارائه اطلاعات لازم، زوج نابارور را در تصمیم‌گیری نسبت به تبعات پزشکی این اقدام یاری نماید. زوج باید بدانند که تنها نیستند و دیگران نیز می‌توانند راهنمای خوبی برای تصمیم‌گیریهای آنها بشمار آیند.

سیری در دنیای علم



بهداشت باروری و برنامه آموزش خانواده

دکتر شایسته جهانفر

عضو گروه غدد و تولید مثل پژوهشکده این سینا
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
حداقل یک پنجم جمعیت دنیا را نوجوانان گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال تشکیل می‌دهند. امروزه سن ازدواج نوجوانان افزایش یافته است به همین دلیل در معرض خطر آلودگیهای اجتماعی هستند. نیمی از مبتلایان به HIV (ایدز) زیر ۲۵ سال هستند. در مورد جوانانی که زود ازدواج کرده و زود بچه‌دار می‌شوند نیز خطر حاملگی ناخواسته وجود دارد که ۲۰ تا ۶۰ درصد زنان جوان در

باروری را باید در خانواده، این محیط امن و گرم نهادینه ساخت.

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات مبهم در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) آمادگی پاسخگویی به سؤالات شما را دارد. لذا خواهشمند است هرگونه سؤال و یا پرسشی که در زمینه باروری و ناباروری دارید به آدرس پژوهشکده ارسال تا توسط متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در شماره‌های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

سؤال: در مورد زوجینی که برای درمان ناباروری به خارج از کشور سفر می‌کنند وضعیت شرعی و حقوقی استفاده از اسپرم، تخمک و جنین غیر مسلمان چگونه است؟

جواب: با اینکه در دو دهه اخیر فروعات و مسائل متعدد ناشی از بکارگیری تکنیکهای نوین باروری کمکی در امر تولید مثل انسانی از منظر فقه و حقوق مورد بحث قرار گرفته و در نتیجه ادبیات تحقیقی نسبتاً خوبی از آن بر جا مانده است مع الوصف این پرسش مهم از نگاه نویسندگان فقهی - حقوقی پنهان مانده است. انتقال اسپرم، تخمک و جنین متعلق به غیر مسلمان به رحم زن مسلمان چه وضعیتی دارد؟ پرسش مزبور البته از منظرهای مختلف فلسفه اخلاق، روانشناسی، جامعه شناسی و فقه و حقوق قابل تأمل و تحقیق است، مع ذلک هدف از این مختصر ارائه یک تصویر مجمل از آن از نگاه فقه و حقوق است.

آنچه مسلم است قانونگذار ایران تا کنون به این گونه مسائل توجهی نشان نداده است بنابراین، دریافت

آموزشی مدارس در سطح جهانی بر اساس *Family Life Education* یا **آموزش خانواده جهت برنامه‌ریزی برای یک زندگی برتر** تدوین گشته است. مواد درسی فعلی بر مبنای مسائل مربوط به رشد جمعیت، سلامت و تغذیه، برنامه‌ریزی

فرهنگ غنی اسلام همواره به مسئله بهداشت باروری توجه داشته، اما اطلاعات بدلیل شرم اجتماعی در سینه‌ها محبوس مانده و حتی از مادر به دختر و یا از پدر به پسر انتقال نمی‌یابد.

برای موفقیت در زندگی تحصیلی و شغلی، تصمیم‌گیری و احترام متقابل و مرد و زن پایه‌ریزی شده است. برخی از برنامه‌ها مباحث مربوط به فیزیولوژی، جنسیت و وسایل پیشگیری را به فراخور پسند و رضایت والدین و نیاز نوجوانان به مواد درسی اضافه نموده‌اند. در برخی از کشورها نظیر هندوستان و کنیا برنامه آموزشی از طرف وزارت آموزش و پرورش تهیه شده و به طور سراسری و یکنواخت تدریس می‌شود و در برخی کشورهای دیگر، معلمان آزاد هستند تا هر اطلاعی را که صلاح می‌دانند به شکل مورد نظر در اختیار نوجوانان قرار دهند.

در کشورهای نظیر مالاوی (Malawi) و پرو (Peru) برنامه‌ها شامل آموزش مربوط به آیدز نیز هست. الگوهای بدست آمده آموزش خانواده در کشورهای توسعه یافته همگی موفقیت این برنامه‌ها را در ارتقاء بهداشت باروری اثبات می‌نمایند. فرهنگ غنی اسلام همواره به مسئله بهداشت باروری توجه داشته، اما اطلاعات بدلیل شرم اجتماعی در سینه‌ها محبوس مانده و حتی از مادر به دختر و یا از پدر به پسر انتقال نمی‌یابد. لذا نوجوانان ما در جهل مطلق و در نادانی خاموش باقی مانده و در مواجهه با مفاسد اجتماعی بدون سلاح خواهند بود. قدمی باید برداشت، حرکتی باید کرد. بهداشت

دانمارک دانش‌آموزان از سن ۱۴ سالگی به دیدار درمانگاههای تنظیم خانواده می‌روند تا با انواع روشهای پیشگیری از بارداری آشنا شوند. در سن ۱۶ سالگی، جوانان کارت بیمه سلامت دریافت می‌کنند که به کمک آن قادر خواهند بود تا نزد پزشک دلخواه خود رفته و از خدمات رایگان بهره‌مند شوند. ارائه این خدمات و اطلاعات به معنای افزایش نرخ فعالیت جنسی در بین نوجوانان نیست. مطالعه‌ای نشان داده که جوانان دانمارکی در مقایسه با جوانان آمریکایی اطلاعات بیشتری دریافت می‌نمایند اما سن متوسط شروع فعالیت جنسی در هر دو کشور ۱۷ سالگی است.

تجربه کشورهای اروپایی حاکی از آن است که اتخاذ سیاستهای ملی و آموزشی خانواده می‌تواند نرخ حاملگی ناخواسته را پائین آورد چرا که جوانان خود مسئول برنامه‌های بهداشت باروری شناخته شده و از همه مهمتر برقراری ارتباط بین والدین و نوجوانان و خجالت نکشیدن از رد و بدل نمودن اطلاعات بهترین روش در جهت مقابله با مفاسد اجتماعی است.

اجرای برنامه‌های آموزشی خانواده در کشورهای متفاوت با توجه به اوضاع و شرایط فرهنگی و اقتصادی متفاوت بوده است. برای مثال در هندوستان، فیلیپین و کره جنوبی (اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوائل دهه ۱۹۷۰) برنامه‌های آموزشی کشور صرفاً بر روی مسائل جمعیتی، ملی و تأثیر انتخاب جوانان در مورد تعداد فرزندان آینده آنها متمرکز شده و سخنی از مسائل جنسی و وسایل پیشگیری از بارداری به میان نیامده است. در آمریکای لاتین (اوائل دهه ۱۹۷۰) فیزیولوژی و آناتومی دستگاه تناسلی مورد بحث قرار گرفت در حالیکه در آفریقا صرفاً مسائل مربوط به تأثیر افزایش جمعیت بر اقتصاد و محیط زیست مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر کشور "برنامه آموزشی" ویژه خود را می‌تواند طراحی نماید. امروزه برنامه‌های

خاطرات باروری



پژوهشگره ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) در نظر دارد بمنظور انعکاس مشکلات ناشی از درمان و تهیه دارو، تأثیرات سوء ناشی از ناباروری یا خاطرات تلخ و شیرین ناباروری و یا زحماتی که برای حصول باروری متحمل شده اید در هر شماره ماجرای زوجی نابارور را که برای دفتر نشریه ارسال شده است، منتشر نماید. تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

۱۹ ساله بودم که ازدواج کردم در آن زمان فکر میکردم دنیا در دستان من است و هر چه بخواهم می توانم بدست بیاورم مانند بسیاری از دختران دیگر آنقدر غرق احساسات عاشقانه بودم که به مادر بودن با یک احساس ساده لوحانه نگاه می کردم. تنها ۹ ماه پس از ازدواج، من و شوهرم تصمیم به بچه دار شدن گرفتیم و در همان ماه اول پس از تصمیم، حامله شدم و از این موضوع بسیار ذوق زده بودم و خودم را در یک لباس حاملگی با شکم بزرگ مجسم می کردم و دقیقاً در همین زمان بود که واقعیت خودش را به من نشان داد. سه ماهه اول حاملگی شبیه همه حاملگی ها بود. زمان کار بسیار خواب آلود بودم و همین امر مرا خیلی عصبی می کرد ولی از طرف دیگر افزایش وزن و یا ویاار حاملگی نداشتم. در سه ماهه دوم در اولین ویزیت دکتر مرا به علت افزایش وزن شدید و تشخیص دیابت حاملگی در بیمارستان بستری کرد. تصور بهم ریختن تمام برنامه هایم (یا تمام نقشه هایم) و مشکلاتی که یکی پس از دیگری بوجود آمد احساس ترس شدیدی را در من ایجاد کرده بود، بخصوص که حدود ۱۲ کیلو گرم افزایش وزن

اسپریم، تخمک و جنین غیر مسلمان، وضعیت شرعی و حقوقی طفل حاصل از این گونه باروری هم موضوع تردیدهای فراوانی است که در این مکتوب مختصر به تعدادی از آنها اشاره می شود. نخست اینکه، به طفل مزبور چنانچه محصول لقاح اسپریم و تخمک غیر مسلمان باشد طهارت و نجاست او طبق دیدگاهی که غیر مسلمان را نجس و غیر طاهر می پندارد روشن نیست اگر طفل مزبور ملحق به صاحبان اسپریم و تخمک غیر مسلمان شود محکوم به

آنچه مسلم است قانونگذار ایران تا کنون به این گونه مسائل توجهی نشان نداده است بنابراین، دریافت پاسخی روشن و قاطع از قوانین موضوعه در این ارتباط دشوار است.

کفر و در نتیجه غیر طاهر محسوب می شود. همانطوریکه که خوانندگان محترم مستحضرنند اکثر فقیهان و حقوق دانان معاصر طفل حاصل از لقاح اسپریم و تخمک غیر را ملحق به صاحبان آن دانسته و هیچ رابطه نسبی فیما بین او و زن و شوهر نابارور را نمی پذیرند. البته بر اساس آن دیدگاهی که صاحب رحم را در این گونه موارد مادر شرعی یا عرفی می داند. طبق قاعده فقهی «الولد یلحق با شرف الابوین» به مادر مسلمان ملحق و محکوم به طهارت می باشد. کما اینکه بر اساس همین قاعده چنانچه اسپریم یا تخمک متعلق به مسلمان باشد کودک حاصل محکوم به طهارت خواهد بود.

دوم اینکه سرنوشت ارث این گونه کودکان مبهم است، زیرا چنانچه کودک مزبور غیر مسلمان محسوب شود، طبق قاعده فقهی «منوعیت ارث غیر مسلمان از مسلمان» کودک از ارث زوجین مسلمان محروم خواهد بود.

نظر به مراتب فوق، شایسته است تا تعیین تکلیف از سوی قانونگذار و دیگر مراجع صلاحیتدار از بکارگیری در امر تولید فرزند خودداری شود.

پاسخی روشن و قاطع از قوانین موضوعه در این ارتباط دشوار است. فتاوی فقیهان و مراجع هم در این خصوص راهگشا نیست، زیرا تا کنون اظهار نظر روشنی از سوی این گونه محافل در این رابطه صورت نپذیرفته است. با وجود این به کمک اصول و قواعد و روح حاکم بر حقوق ایران و اسلام می توان به شرح ذیل اظهار نظر نمود.

همانطوریکه خوانندگان محترم استحضار دارند، به لحاظ فقهی استفاده از اسپریم، تخمک و جنین متعلق به غیر با هدف تولید مثل انسانی مورد اختلاف فقیهان است پاره ای از آنان استفاده از این موجود را با هدف تولید فرزند تحت هیچ شرایطی تجویز نمی کنند. بر این اساس، انتقال اسپریم، تخمک و جنین متعلق به غیر مسلمان به رحم زن مسلمان به قاعده اولویت مجاز نیست. در برابر، گروه اندکی از فقیهان هیچ معنی در استفاده از این موجودات برای تولید فرزند ندیده و انتقال آن به رحم زن را بلامانع می دانند. بر اساس این دیدگاه ممکن است بر جواز انتقال اسپریم، تخمک و جنین غیر مسلمان به رحم زن مسلمان نظر داد، اگر چه ممکن است استفاده از آن را منوط به تعذر استفاده از اسپریم، تخمک و یا جنین متعلق به مسلمان نموده و یا حتی احتیاط در ترک استفاده از آنها در همه حال را توصیه نمود. در این میان جمع زیادی از فقیهان و صاحبان فتوی ضمن مخالفت با انتقال اسپریم غیر به رحم زن در امر تولید فرزند، استفاده از تخمک و جنین غیر را تحت شرایطی روا دانسته اند. طبق این نظر انتقال اسپریم غیر مسلمان به رحم زن مسلمان به قاعده اولویت ممنوع، ولی دلیلی بر منع انتقال تخمک و یا جنین غیر مسلمان به نظر نمی رسد، اگر چه ممکن است همانند دیدگاه فوق، احتیاط در ترک آن در همه حال و یا حداقل تحدید آن به موارد تعذر استفاده از تخمک و جنین مسلمان را توصیه نمود.

صرف نظر از جواز یا منع استفاده از

که با تنگ کردن عروق خونی باعث انقباض عضلات می شوند. بر اساس یک مطالعه که در مجله زنان و مامایی به چاپ رسیده، مکانیسم آن هر چه باشد وسایل گرم کننده می توانند باعث کاهش درد



فرازسین سال نو را که
همواره با بهار شکوفای
همراه میباشند تبریک
گفته و امید که سالی
سروشوار از بالندگی
پیش رو داشته باشید
نوروزتان مبارک
پژوهشکده ابن سینا

قاعدگی شوند.

کاهش درد در زنانی که از کمپرس گرم و قرص پلاسیبو (بی اثر) استفاده کرده بودند با زنانی که از کمپرس غیر گرم و قرص ایبوپروفن ۴۰۰ میلی گرم سه بار در روز استفاده کرده بودند و زنانی که از هر دو استفاده کرده بودند یکسان بود.

علاوه بر این بهبود علائم در زنانی که هم از گرما و هم از ایبوپروفن استفاده کرده بودند نسبت به زنانی که فقط از دارو استفاده کرده بودند سریع تر در طول ۲ روز (مدت این مطالعه)، رخ داد. برای مثال کاهش درد در زنانی که از هر دو درمان استفاده کرده بودند پس از ۹۰ دقیقه و در زنانی که فقط از ایبوپروفن استفاده کرده بودند پس از ۳ ساعت رخ داد.

بر طبق نظر دکتر Mark D. Akin و همکارانش از انستیتوی تحقیقاتی و درمانی Health Quest در شهر تگزاس استفاده از کمپرس گرم (گرما درمانی) یک درمان غیر دارویی برای افرادی است که مصرف ضد دردهای خوراکی سیستمیک باعث عوارض جانبی در آنها می گردد.

دکتر Roger P. Smith محقق و پزشک مرکز پزشکی Trumon در شهر کانزاس اظهار داشت که استفاده از گرما جهت کاهش درد قاعدگی بصورت استفاده از بطری آب گرم و

تاثیر دکتر قهرمانم بودم که زندگی من و بچه ام را نجات داد. اقوام من به من دائماً می گفتند که اگر در عصر تکنولوژی نبودیم من ممکن بود یکی از آن زنهایی باشم که در حین تولد بچه جانش را از دست می داد. این احساس برای من حقیقی بود و به همین علت من دیگر تصمیم به حاملگی مجدد نداشتم. حاملگی مجدد من باعث تعجب بود و همان دکتر به من گفت که باید سزارین شوم با تجربیاتی که از حاملگی اول داشتم در حاملگی دوم احساس واقعی تری در مقایسه با حاملگی اول داشتم. سالهای بعد من تصمیم گرفتم که دیگر حامله نشوم و به همین منظور لوله هایم را بستم من هیچوقت فکر نمی کردم که از این تصمیم خود برگردم ولی در سی و هشتمین سال تولدم عمل جراحی برای باز کردن لوله هایم انجام دادم و من یکسال بعد خودم را برای طبیعی ترین واقعه طبیعت یعنی زایمان آماده می کنم.

اخبار علمی برگزیده



گرما می تواند در کاهش درد

قاعدگی مؤثر باشد

محققین اظهار می دارند که خوابیدن در حالی که دستها و پاها جمع شده همراه با استفاده از یک کمپرس گرم، ممکن است به اندازه ایبوپروفن در کاهش دردهای قاعدگی مؤثر باشد. نحوه اثر گرما بر کاهش دردهای قاعدگی دقیقاً مشخص نیست اما مولفین حدس می زنند که گرما آستانه درد را در زنان کاهش می دهد و یا اینکه با کاهش فعالیت مجرای گوارشی باعث شل شدن رحم می شود (تاثیری آرام کننده روی رحم داشته باشد).

بر طبق نظر دکتر Gerson weiss احتمالاً گرما فعالیت هورمونهای عامل انقباض رحم را خنثی می کند. گرما یک عامل گشاد کننده عروق است که از طریق افزایش جریان خون می تواند عواملی را خنثی نماید.

داشتم. پس از طی دوران بارداری آماده زایمان شدم. در پایان دوران بارداری دیگر آن آدم خوشبین زمان شروع حاملگی نبودم و فکر نمی کردم که با تولد بچه هم چیزی عوض شود، بهر صورت روزها یکی پس از دیگری سپری شد و زمان زایمان رسید، زمانی که دکتر مرا برای تحریک زایمان آماده می کرد نزدیک بود که از خوشحالی پرواز کنم من در مورد تحریک هیچ چیزی نمی دانستم و وقتی از دکترم سؤال می کردم او فقط می گفت که در مورد این روش نگران نباشم. اگر بخواهم رو راست باشم باید بگویم دکترم مانند یک دکتر با تجربه خوب یا مانند یک پدر که مواظب دختر کوچکش باشد با من رفتار می کرد و من در طول حاملگی مانند یک بیمار ضعیف بودم و دکترم قهرمانی بود که زندگی من و بچه متولد نشده مرا نجات میداد. این ارتباط باعث افزایش اعتماد به نفس من برای انجام وظیفه مادری نمی گردید. روزی که پسر من به دنیا آمد مرا در داخل یک اتاق کاملاً بهداشتی با رنگ سبز در تخت خوابانده بودند و تعداد زیادی وسایل فلزی همراه با نور زیاد در اطراف من بود من می دانستم تا زمانی که بچه من متولد نشده اجازه نداشتم از تخت بلند شوم. سیستم کنترل قلب جنین به من وصل بود سرمی نیز به بازوی من متصل بود تمامی اینها احساسی وحشتناک، ترسناک، خردکننده و تجربه آزار دهنده بود. بایستی به تنهایی از آن عبور می کردم بعد از همه این مسائل و پس از عدم موفقیت در انجام زایمان طبیعی مرا برای انجام سزارین تحت بیهوشی عمومی به اتاق عمل بردند. وقتی بعد از عمل در اتاق استراحت (ریکاوری) بیدار شدم تنها بودم و صدای یک زن سه تخت دورتر از من که در حال استفراغ بود شنیده می شد. یکساعت طول کشید تا من پسرم را برای اولین بار دیدم و من آنقدر ضعیف بودم و آنقدر درد داشتم که برای چند روز نمی توانستم او را خوب بغل بگیرم. وقتی کاملاً بهبود یافتم بسیار تحت

واژن و سرویکس واکنش نشان دهد و با استروژن در اتصال با این گیرنده ها رقابت کند در نتیجه وقتی کلومیفن به این گیرنده ها متصل گردد بعلت عدم دریافت استروژن توسط این گیرنده ها بدن (مغز)، به غلط سطح استروژن خون را پائین تشخیص داده، لذا هیپوتالاموس GnRH بیشتر و بدنال آن هیپوفیز FSH بیشتری ترشح می کنند که نهایتاً باعث رشد تعداد بیشتر فولیکول و ترشح استروژن بیشتر می گردد، که این امر رسیدگی تخمک و تخمک گذاری را سبب می شود. کلومیفن معمولاً برای مدت ۵ روز در اوایل سیکل قاعدگی مصرف میشود. بعضی از پزشکان از روز ۵ تا ۹ سیکل تجویز می کنند و بعضی دیگر از روز ۳ تا ۷ سیکل قاعدگی مصرف آنرا پیشنهاد می کنند. زیرا معتقدند چنانچه کلومیفن از این تاریخ مصرف شود تعداد بیشتری فولیکول رشد خواهد کرد. در مدت زمانی که کلومیفن مصرف میشود بایستی از وقوع تخمک گذاری بوسیله چند طریق زیر اطمینان حاصل نمود:

۱- اندازه گیری حرارت بدن هر روز صبح ۲- اندازه گیری LH ادراری با استفاده از کیست تشخیص تخمک گذاری ۳- سونوگرافی واژینال. مطمئن ترین راه تشخیص تخمک گذاری سونوگرافی واژینال و رویت فولیکولی رسیده می باشد. یک آزمایش دیگر، اندازه گیری پروژسترون خون در فازلوتئال (نیمه دوم سیکل) می باشد در مورد خانمهایی که سیکل ۲۱ و در مورد خانمهایی که سیکل ۲۸ روزه ندارند یک هفته قبل از زمان احتمالی شروع قاعدگی بعدی زمان مناسبی برای اندازه گیری پروژسترون می باشد. با این آزمایشات مشخص میشود که تخمک گذاری صورت گرفته و دوز مصرفی کلومیفن کافی بوده است. چنانچه مشخص شود تخمک گذاری صورت نگرفته، معمولاً پزشک دوز مصرفی کلومیفن را افزایش میدهد تا تخمک گذاری صورت گیرد حداکثر

بودند مقایسه گردید. از تمام خانمهایی که دکسترومتورفان مصرف کرده بودند تنها سه مورد ناهنجاری شدید (۲/۸٪) و ۱۰ مورد ناهنجاری خفیف مشاهده شد. میانگین وزن بچه های متولد شده از این خانمها سه کیلوگرم بود. در گروه کنترل (افرادی که دکسترومتورفان مصرف نکرده بودند) ۵ مورد ناهنجاری شدید (۲/۸٪) و ۸ مورد ناهنجاری خفیف دیده شد. میانگین وزن هنگام تولد بچه های متولد شده از این خانمها سه کیلو و پنجاه گرم بود. محققین اظهار داشتند که این میزان ناهنجاری در مقایسه با گروه کنترل یک الگوی مشخصی را نشان نمی دهد و از طرف دیگر این محققین هیچ گونه نقص لوله عصبی که در مطالعات قبلی به آن اشاره شده بود در این گروه مشاهده نکردند. این مشکلات ناشی از نقایص طناب نخاعی و مغز می باشد. البته محققین معتقدند ممکن است این دارو از جفت عبور کند ولی این دلیلی کافی برای مضر بودن این دارو نمی باشد.

اطلاعات دارویی



کلومیفن

کلومیفن یک داروی خوراکی غیر استروئیدی است که سبب تحریک تخمک گذاری می گردد و برای بیماران نابارور ناشی از اختلال و یا عدم تخمک گذاری، دارویی مناسب می باشد. ولی باید یادآور شد که این دارو در مواردی که علت اختلال و یا عدم تخمک گذاری اشکال و نارسائی در کار هیپوتالاموس و هیپوفیز می باشد موثر نیست. این دارو بصورت قرصهای خوراکی ۵۰ میلی گرمی با نامهای کلومیفن، کلومید، میلوفن و سروفن موجود می باشد. اساس کار کلومیفن در مهار گیرنده های استروژن می باشد. کلومیفن سیترات قادر است که با گیرنده های استروژن موجود در هیپوتالاموس، هیپوفیز، اندومتریم،

کمپرس گرم برای چندین نسل مورد استفاده قرار گرفته است. اما این روشها همیشه عملی نیست زیرا یا حرکت فرد با یک سیم برق مربوط به کمپرس گرمایی محدود می شود یا اینکه بطری آب گرم سریعاً سرد میشود. اما فن آوری جدید با ارائه دستگاههای گرمای خودکار که میتواند یک گرمای ثابت و متناوب بدون ایجاد محدودیت در حرکت فرد ایجاد کند این مشکل را حل نموده است.

این گزارش حاکی از آن است که بعضی از مؤلفین در کمپانی Procter & Gamble مشغول به تولید دستگاههای مذکور می باشند.

دانستی های باروری



داروی متوقف کننده سرفه و بارداری

بر اساس یک مطالعه جدید، نتایج حاصل از یافته های مطالعات اولیه روی حیوانات اثرات مضر مصرف متوقف کننده های سرفه در نیمه اول حاملگی رد می گردد. محققین دانشگاه تورنتو در month's Chest گزارش کرده اند که این ترکیبات برای خانمهای حامله بی خطر است. این اولین مطالعه ای است که بطور اختصاصی اثرات دکسترومتورفان را بر روی خانمهای حامله مورد توجه قرار میدهد. در مطالعات اولیه بر روی جوجه های مرغ نشان داده شده بود که احتمال خطر ناهنجاری در بچه های متولد نشده وجود دارد اخیراً در مطالعه ای بر روی ۱۷۲ تولد، مشخص شد که ارتباط ضعیف و کم خطری در رابطه با مصرف این ترکیبات وجود دارد تمام خانمهای شرکت کننده در این مطالعه، در طول دوران بارداری خود دکسترومتورفان مصرف کرده بودند و نتایج مطالعات با خانمهایی که بدلیل عفونتهای قسمت فوقانی دستگاه تنفس این دارو را مصرف نکرده

کجی- از اعیاد ویتنامیها - روانداز ۶ - اسکناس در به داغون - از ادوات پرسش ۷- نقره فام - دچار سالک است ۸- ورم - خانه عکس ۹- رودی در اروپا - خانه بیلاقی - هدف تیر ۱۰- تلخ - درمانی ۱۱- دوست و همدم - روستا - ظرف به هم ریخته ۱۲- زخم سطحی - محل نگهداری دفینه



به قید قرعه انتخاب خواهد شد.
جایزه جدول

اشتراک یک سال نشریه پیام باروری و ناباروری به طور رایگان (حل جدول قبل)

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا
مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:

دکتر محمد رضا صادقی، دکتر معرفت غفاری،

خانم دکتر سهیلا عارفی، شمیسه اسکندری

همکاران اجرایی:

ناصر رحیمی، ابوالفضل علیزاده، مریم سلیمی

طراحی روی جلد:

حسن خطائیان

این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر، پیشنهاد، انتقاد سازنده اعلام آمادگی می نماید. علاقمندان می توانند نقطه نظرات خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.

تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید

بهشتی، انتهای بلوار

صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ و ۴-۲۴۱۸۷۴۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

E-mail: Journals@arc.sbu.ac.ir

گاهی با مصرف حداقل دوز دارو، سندرم OHSS مشاهده شده است. یکی دیگر از مواردیکه در مصرف کلومیفن با آن مواجه هستیم حاملگی چند قلوئی است بطوریکه مصرف کلومیفن احتمال حاملگی چند قلوئی را ۱۰-۵٪ افزایش می دهد. مصرف کلومیفن در این افراد ممنوع است، بیماران مبتلا یا دارای سابقه بیماری کبدی، حساسیت مفرط به دارو، افراد مبتلا به کیست تخمدان و خونریزیهای غیر طبیعی واژینال.

جدول



افقی

۱- کاهش تحرک اسپرم ۲- از داروهاییکه در سرطان سینه هم استفاده می شود- صد متر مربع ۳ - ویتامین انعقاد خون اگر از انتها بخوانید- مادر عرب - امر به نرفتن می کنند. ۴- تبادل قطعات کروموزومهای جور ۵- گردن کجی - از ماههای سرد ۶- سمت راست - گل هفت سین - تکیه کلام درویش ۷- واحد الکتروسیته ۸- بیماری مفصلی - گلی خوشبو ۹- پیری و سفیدشدن مو - دو یار جدانشدنی ۱۰- نامی است هندی- ماده ایست مخدر ولی به هم ریخته ۱۱- سفید رگ- بیماری کشنده قرن بیستم ۱۲- از روشهای درمان ناباروری

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲

عمودی

۱- ناهماهنگی و عدم تعادل - مهارت در کار ۲- استخوان خاجی - زر ناخالص که در قدیم از آن سکه می زدند ۳- اتم بی ابتدا - نامنظمی ضربان قلب ۴- تازه رشد کردن - صبح کردن ۵- قورباغه - حرف دهن

دوز درمانی ۲۰۰-۱۵۰ میلی گرم در روز می باشد (۳ الی ۴ قرص). نکاتی که در مورد مصرف این دارو بایستی مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

۱- این دارو حتماً بایستی با تجوز پزشک مصرف شود.
۲- این دارو حتماً بایستی در یک ساعت معین در روز مصرف شود.
۳- میزان مصرف این دارو را نباید بدون اجازه پزشک افزایش داد.
۴- این دارو بایستی بدور از حرارت، نور و رطوبت نگهداری شود.
۵- چنانچه یک و عده مصرف قرص فراموش شود به محض به یاد آوردن بایستی خورده شود ولی چنانچه تا نوبت بعدی مصرف دارو را به خاطر نیاوردید پزشک خود را در جریان بگذارید بدلیل اینکه ممکن است در درمان شما تاثیر بگذارد.
۶- چنانچه بدلالی ویتامین و یا داروهای گیاهی و شیمیایی دیگر مصرف می کنید قبل از مصرف کلومیفن پزشک خود را در جریان بگذارید.
۷- اگر فکر می کنید که باردار شده اید بلافاصله دارو را قطع کرده و به پزشک خود اطلاع دهید.
۸- اگر مشکلات کبدی و کلیوی دارید قبل از مصرف دارو پزشک خود را در جریان بگذارید
اثرات جانبی که در صورت بروز آن بایستی سریعاً به پزشک اطلاع دهید عبارتند از: احساس درد شدید در پائین معده، تهوع و استفراغ شدید، افزایش بیش از اندازه وزن بدن و تاری دید.
اثرات جانبی دیگر که نیاز به قطع دارو نیست ولی بایستی به پزشک اطلاع دهید عبارتند از: گرگرفتگی، حساس شدن سینه ها، عصبانیت، بدخوابی، سردرد، درد معده و تغییرات رفتاری.

از عوارضی که با دوز بالای دارو همراه است می توان سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (OHSS) و ایجاد کیست های بزرگ تخمدانی همراه با ورم و غلیظ شدن خون و تجمع مایع در نقاط مختلف بدن را نام برد البته در افرادی که تخمدانهای حساس دارند