

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۱۰ / دکتر رمضان زاده، دکتر شریعت، دکتر مریم حاتمی

بهداشت باروری

فهرست مطالب

۲۳۳۹	اهداف درس
۲۳۳۹	مقدمه
۲۳۴۰	مراقبتهای جسمی پزشکی (Bio Medical)
۲۳۴۱	بلوغ
۲۳۴۸	بارداری و مراقبتهای دوران بارداری
۲۳۴۹	مراقبت‌های بارداری
۲۳۵۰	بهداشت و فعالیت
۲۳۵۰	دارو و بارداری
۲۳۵۲	شکایات شایع دوران
۲۳۵۴	ناباروری
۲۳۵۴	بیماری‌های مقاربتی
۲۳۵۷	عوامل اجتماعی موثر بر انتقال بیماری‌های مقاربتی
۲۳۵۷	تاخیر در درمان بیماری‌های منتقله از راه مقاربت
۲۳۵۸	مشارکت مردان در بهداشت باروری
۲۳۶۴	سیاستهای کشوری
۲۳۶۷	منابع

بهداشت باروری Reproductive health

* دکتر فاطمه رمضان زاده، * دکتر مامک شریعت، * دکتر مریم حاتمی
* دانشگاه علوم پزشکی تهران * * دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تعریف بهداشت باروری و اهمیت آن را بداند و بیان کند
- تغییرات ناشی از بلوغ و بهداشت بلوغ را شناخته و آنها را بیان کند
- اهمیت مشاوره قبل از ازدواج و انجام معاینات و آزمایشات لازم را شناخته و به آنها عمل کند
- اهمیت پیشگیری از بیماریهای مقاربتی و بخصوص ایدز را شناخته و بیان کند
- تغییرات ناشی از بارداری، مشاوره قبل از آن و مراقبت‌های لازم در دوران زایمان و پس از آن را شناخته و به کار بگیرد
- علل ناباروری و تعریف آن را دانسته و آنها را بیان کند
- اهمیت و چگونگی مشارکت مردان در بهداشت باروری را توضیح دهد
- چگونگی توانمند سازی زنان را بداند و موانع آن را بیان کند
- نقش قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در شکل‌گیری، انسجام و تداوم زندگی مشترک و سلامت باروری را بتواند توضیح دهد.

مقدمه

گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن در سطح ملی و بین‌المللی یکی از گام‌های اساسی در تامین سلامت جامعه و خانواده یا محوریت سلامت زنان می‌باشد. بهداشت باروری از نظر تعریف، تمام مقاطع حساس و کلیدی را در تامین سلامت اعضاء خانواده بخصوص زنان و دختران از تولد تا مرگ،

شامل می‌شود.

به بیان دیگر اگر بپذیریم که موارد قابل توجهی از بیماری‌های جسمی و روحی مثل سوء تغذیه و رشد ناکافی که منجر به تهدید سلامت در دوران پس از تولد می‌شود از دوران جنینی شروع شده است، لذا دامنه بهداشت باروری به دوران قبل از تولد نیز تسری می‌یابد.

کاهش آمار مرگ و میر مادران و کودکان، جلوگیری از بیماری‌های مهلک و پرهزینه، افزایش کیفیت زندگی و طول عمر مفید از نتایج مستقیم برنامه‌های بهداشت باروری است. براساس برنامه عمل و سند کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، در قاهره، بهداشت باروری چنین تعریف شده است: **سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی، که همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل، روند و عملکرد آن را در بر می‌گیرد.**

بهداشت باروری به این معناست که مردم، آزادانه و آگاهانه قابلیت تولید مثل داشته و در مورد چگونگی، وقت و تناوب آن و زمان بچه دار شدن، خود تصمیم بگیرند. بنابراین، آگاهی داشتن و دسترسی به روش‌های مطمئن، مؤثر و کم هزینه و قابل قبولی که مغایرتی با قانون نداشته باشد و همچنین حق دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی که زنان را قادر به گذراندن دوران بارداری و زایمانی ایمن نماید و از بهداشت جنسی مناسب، بهره مند سازد و برخورد منطقی در رابطه با سلامت زنان و خانواده در مردان ایجاد نموده و مشارکت بهینه آنان را فراهم کند، از حقوق زنان و مردان به حساب می‌آید.

باتوجه به اهمیت مسائل فوق، همه کشورها موظف به تلاش برای ارائه همگانی بهداشت باروری در سنین مناسب به همه افراد، از طریق نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در اسرع وقت شده‌اند. اینگونه مراقبت‌ها به دو گروه اصلی تقسیم میشوند:

۱ - زیست‌پزشکی Bio - Medical

۲ - روانی، اجتماعی Psycho - Social

مراقبت‌های جسمی زیست‌پزشکی (Bio Medical)

دوران باروری هر زنی سال‌های بین بلوغ و یائسگی دوران زندگی او است. از مشخصه‌های این دوران که محدوده ۴۵-۱۵ سالگی را شامل می‌شود، تناوب و تغییرات دوره‌ای هورمون‌های استروئیدی جنسی است. بلوغ جنسی (Puberty) با افزایش ناگهانی هورمون‌های جنسی (آندروژنها) همزمان با افزایش سرعت رشد جسمی و بروز صفات ثانویه جنسی، صورت می‌گیرد. سن شروع بلوغ و شرایط تغذیه‌ای و محیطی، از فردی به فرد دیگر متفاوت است و متوسط سن بلوغ، ۱۲/۵ سالگی است. بهداشت باروری هر زنی علاوه بر تغییرات هورمونی از عوامل دیگری چون بهداشت عمومی، عوامل محیطی و تغذیه نیز متأثر می‌شود. از آنجا که بانوان به‌طور متوسط حدود ۳۵/۹ سال از دوران حیات خود را در محدوده سنین باروری سپری می‌کنند و در همین دوران بارداری، شیردهی و حتی مراقبت از کودکان نیز بر عهده آن‌ها می‌باشد، لذا توجه به سلامت و بهداشت زنان در این فاصله زمانی، اهمیت به‌سزایی خواهد داشت و هرگونه اقدام بهداشتی و درمانی در این دوران سلامت زن را در سراسر زندگی، تضمین می‌کند و بدین طریق ضامن سلامتی او و در نهایت، سلامت جامعه خواهد بود. دوران‌های مختلف زندگی یک زن در این محدوده سنی وی بر روی نقش‌های مختلف او در زندگی اجتماعی مانند تحصیل و اشتغال

تأثیر می‌گذارد. تغییرات اجتماعی و پیشرفت‌های تکنولوژی و دانش و آگاهی مردم در دهه‌های اخیر، موجب ارتقاء سطح سلامت باروری زنان در کشورهای توسعه یافته شده است اما در کشورهای در حال توسعه همچنان مشکلات فراوانی در زمینه بهداشت باروری در نتیجه عدم آگاهی زنان دیده می‌شود. ارتقاء کیفیت خدمات بهداشت باروری در تشخیص و درمان اختلالات باروری می‌تواند بطور چشمگیری در سلامت جسم و روان زنان مؤثر باشد و لذا شناخت و اولویت بندی چالش‌ها، در این دوران، اهمیت به سزایی دارد. این مشکلات عبارتند از:

- بارداری در سنین نوجوانی و جوانی در زمینه مشکلات تغذیه‌ای، کم‌خونی، آویتامینوز و امثال این‌ها
- اختلالات قاعدگی
- سندرم پیش از قاعدگی
- ناباروری
- بارداری‌های نیازمند مراقبت‌های خاص
- سقط جنین
- بیماری‌های مقاربتی
- عوارض دوران بارداری و نفاسی.

دست یابی به راه حل برای هرکدام از مجموعه مشکلات فوق، نیاز به مطالعات، بررسی و پژوهش‌های عمیقی دارد و این یکی از وظایف متولیان امر بهداشت و درمان است.

بلوغ

دوران باروری زن با بلوغ و تکامل محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - گنادها آغاز می‌شود. از مشخصه‌های این مرحله؛ افزایش هورمون‌های استروئیدی، بروز صفات ثانویه جنسی و افزایش سرعت رشد و تکامل می‌باشد. رشد فیزیکی دختران در این دوران به گونه‌ای است که قد آن‌ها، اندازه اندام‌ها و حتی ارگان‌های داخلی افزایش می‌یابد و بر میزان توده عضلانی، استخوانی و حجم بافت چربی بدن افزوده می‌شود.

در نهایت یک دختر نوجوان، شکل و ظاهری همانند زنان پیدا می‌کند. در این دوران تمایلات جنسی و حتی امکان فعالیت جنسی و باروری برای دختران ایجاد شده است. حال آنکه بلوغ و تکامل روانی دختران شاید همپای بلوغ فیزیکی و جنسی پیش نرود. عدم تطابق بین بلوغ جسمی و روانی در میان نوجوانان باعث بروز تضادهای درونی و بیرونی آنها می‌شود. بلوغ، عبارت از مجموعه تغییرات جسمی و روانی است که به دنبال هم اتفاق می‌افتد و نهایتاً در پایان این دوره، نوجوان زمینه و آگاهی کافی جسمی و روانی را برای زن شدن پیدا می‌کند.

علامت‌های جسمی بلوغ به دنبال مجموعه تغییرات هورمونی بدن که ارتباط مستقیمی با تخمدان دارد، ظاهر می‌شود. سن بروز تغییرات بدنی در دوره بلوغ، بسیار متغیر است. اکثر دختران در سنین ۹ تا ۱۳ نخستین تحولات دوره بلوغ را از خود نشان می‌دهند. ولی ۲-۱ درصد جمعیت، شروع تغییرات بلوغ را در خارج از این

محدوده سنی تجربه می‌کنند. این افراد را از نظر بلوغ زودرس و یا دیررس می‌بایست ارزیابی کرد.

تغییرات دوران بلوغ در دختران

- رشد جسمی و قدی
- جوانه زدن نوک پستان‌ها و رشد آنها (تالارک)
- پیدایش موهای ناحیه تناسلی و زیر بغل (پوبارک)
- قاعدگی (منارک) .

طول مدت رشد در پسرها طولانی‌تر از دخترها است به طوری که معمولاً مردها قد بلندتر از زنها می‌شوند. جهش رشد معمولاً در دختران حداقل ۲ سال زودتر از پسران اتفاق می‌افتد و بسیار چشمگیر است. به طوری که در مدت یک سال میزان رشد ۲ برابر می‌شود جهش چشمگیر رشد و حداکثر افزایش آن، معمولاً دو سال بعد از جوانه زدن پستان‌ها و یک سال قبل از شروع عادت ماهانه اتفاق می‌افتد.

سرعت رشد در دختران به میزان هورمون رشد و هورمون جنسی (استروژن) مربوط می‌شود هورمون رشد باعث افزایش رشد، بخصوص در استخوان‌ها و غضروف می‌شود ولی استروژن سبب بسته شدن مرکز رشد استخوانی و کاهش و کند شدن رشد استخوان می‌شود. به همین دلیل است که بعد از شروع قاعدگی، سرعت رشد قدی، کندتر می‌شود و معمولاً بیش از ۶ سانتی متر افزایش نمی‌یابد.

مرحله بعدی، رشد پستان‌هاست که معمولاً در سنین بین ۱۳-۹ ساله روی می‌دهد. به طور متوسط در ۹/۵ سالگی پستان‌ها رشد می‌کنند. جوانه زدن پستان‌ها از نوک پستان شروع می‌شود و به طور معمول دردناک، حساس و در دو طرف همزمان است. در پایان دوره بلوغ، رشد پستان کامل می‌شود و به صورت پستان بالغ در می‌آید.

آخرین مرحله بلوغ، قاعدگی است که در سنین ۱۶-۱۰ سالگی و به طور متوسط در ۱۳ سالگی اتفاق می‌افتد. عامل وراثت، عوامل محیطی از قبیل محل جغرافیایی و تماس با نور، وضعیت سلامت، وزن، تغذیه و شرایط روانی در شروع سن بلوغ دخالت دارند. کودکانی که در مناطق گرم و کم ارتفاع و یا نقاط شهری زندگی می‌کنند و یا چاق هستند، زودتر بالغ می‌شوند.

شاخص‌های بلوغ

هرچند که بلوغ، مراحل خاص خود را دارد که به ترتیب طی می‌شود اما سن تقویمی، شاخص خوبی برای شروع بلوغ نیست. بلکه شاخص‌های مهمتری نشانه بلوغ فیزیکی یک دختر نوجوان است:

۱- سن استخوانی: اگر سن استخوانی دختری همپای سن تقویمی او و یا حتی با یکسال اختلاف باشد نشانه بلوغ جسمی می‌باشد.

۲- بروز صفات ثانویه جنسی از اولین علائم بلوغ است: ابتدا در ۵ مرحله پستان‌ها بزرگ و آرنول پررنگ تر می‌شود. رویش مو در ناحیه پوبیس و لب‌های بزرگ تناسلی خارجی زنانه (در ۵ مرحله) نیز از دیگر صفات ثانوی جنسی است. موازی با بزرگ شدن پستان‌ها رحم نیز از نظر طول و قطر فوندوس و ضخامت، رشد می‌کند.

۳- زمانی که اولین خونریزی قاعدگی آغاز می‌شود (منارک): هرچند که از آخرین مراحل بلوغ است اما واضح ترین و ملموس ترین علامت بلوغ می‌باشد که نشان دهنده امکان و ظرفیت فعالیت‌های جنسی در یک نوجوان نیز می‌باشد. زمانی بلوغ در یک دختر نوجوان، کامل شده است که رشد استخوانی، بروز صفات ثانویه جنسی و آغاز قاعدگی، هر سه رخ دهد. هرچند که همزمان نباشند. ابتدا بزرگ شدن پستان‌ها حدود یکسال پس از افزایش قد و یکسال بعد، قاعدگی آغاز می‌شود.

عوامل مؤثر بر بلوغ

- ۱- نژاد:** تمامی مراحل بلوغ (تلاک - پوبارک - منارک) در سیاه پوستان زودتر از سفیدپوستان دیده می‌شود. ضمناً دختران ژاپنی زودتر از سایر دختران آسیایی به سن بلوغ می‌رسند.
- ۲- وضع تغذیه:** سوء تغذیه موجب کوتاهی قد و تأخیر سن بلوغ می‌شود. در جوامع اروپایی و آمریکایی تغییر الگوی تغذیه‌ای و افزایش مصرف چربی‌ها و پروتئین‌ها موجب کاهش متوسط سن بلوغ دختران شده است.
- ۳- فعالیت فیزیکی:** دخترانی که ورزشکارند و فعالیت‌های فیزیکی مرتب و مداومی دارند زودتر از دختران دیگر بالغ می‌شوند.
- ۴- عوامل فامیلی و ژنتیکی:** متوسط سن منارک در دوقلوهای مونوزیگوت (یک تخمکی) برخلاف دی‌زیگوت‌ها (دو تخمکی) یکسان است، همچنین در مهاجران آسیایی به اروپا علی‌رغم داشتن شرایط یکسان اجتماعی، تغذیه‌ای و فعالیت‌های فیزیکی، متوسط سن منارک تغییری نکرده است.

بهداشت جسمی نوجوانان در دوران بلوغ

سیر تحولات دوران بلوغ تأثیر مستقیمی بر بهداشت جسمی فرد می‌گذارد. از سوی دیگر این دوران، زمان رشد سریع جسمانی و فعالیت‌های بدنی نوجوانان است، که نیازهایی را با خود همراه خواهد داشت. از جمله تغذیه، ورزش، استحمام و بهداشت پوست را می‌توان نام برد.

تغذیه: به دلیل رشد سریع جسمانی، سوخت و ساز بالای بدن و فعالیت‌های بدنی، نوجوانان به انرژی دریافتی بیشتر از دوران‌های قبلی نیاز دارند لذا تغذیه مناسب، اهمیت بسزایی خواهد داشت در برنامه غذایی یک نوجوان در سنین بلوغ صبحانه از مهمترین وعده‌های غذایی است. دریافت کافی پروتئین‌ها (از منابع حیوانی و گیاهی) که در گوشت، لبنیات، تخم مرغ و حبوبات نهفته است لازم می‌باشد. ویتامین‌ها و املاحی چون کلسیم، آهن و ید حتماً باید در رژیم غذایی نوجوان گنجانده شود. بهترین منبع ویتامین‌ها، میوه و سبزی می‌باشد. ید در غذاهای دریایی، لبنیات و تخم مرغ وجود دارد کلسیم نیز در شیر و فرآورده‌های شیری وجود دارد. نوجوان می‌تواند آهن مورد نیاز بدن خود را از غذاهایی چون گوشت، جگر، ماهی و زرده تخم مرغ تأمین کند.

ورزش: ورزش برای تندرستی و شادابی جسمی و روانی یک نوجوان لازم است ورزش راه مناسب مبارزه با سستی، تنبلی و افزایش بیش از اندازه وزن است. از سوی دیگر پیشگیری کننده از بیماری‌های میانسالی چون دردهای عضلانی و استخوانی نیز می‌باشد ورزش با عادات ماهانه یک دختر منافاتی ندارد و حتی ورزش‌های سبک مداوم

نیز توصیه می‌شود.

بهداشت فردی: افزایش هورمون‌های استروئیدی در دوران نوجوانی عامل مؤثر در ایجاد آکنه (جوش‌ها) بخصوص در صورت است. بهداشت پوست و نیز درمان‌های تجویزی پزشک در مواقع لازم بهترین راه مبارزه با این مشکل است. ترشحات بدن و عرق در دوران بلوغ نسبت به زمان‌های قبل تغییراتی را خواهند داشت که مهمترین آن‌ها افزایش ترشح ماده چربی است که تولید کننده بوی بد می‌باشد از اینرو استحمام مرتب در یک نوجوان از ارکان اصلی بهداشت فردی است. لازم به ذکر است که در دوران قاعدگی نه تنها استحمام مانعی ندارد بلکه مفید نیز می‌باشد.

ورزش در دوران باروری

سلامتی و تندرستی از بهترین نعمت‌ها و از بهترین عوامل موفقیت در زندگی هر انسانی است زیرا از یک سو به او توانایی مقابله در برابر دشواری‌ها و محرومیت‌ها بخشیده و از طرف دیگر ظرفیت و توان بهره‌مند شدن از نعمت‌ها و مواهب الهی را در زندگی به او ارزانی می‌دارد. اهمیت ورزش در سلامت و بهداشت، کاملاً آشکار است و به عنوان جزء ثابتی از بهداشت تن و روان شناخته شده است. در دنیای امروز مردم بیش از گذشته به ورزش می‌پردازند دلیل این استقبال گسترده به ویژه در بین دختران و زنان، افزایش آگاهی از فواید ورزش و فعالیت بدنی منظم و مداوم در حفظ سلامت و ایجاد احساس رضایت و موفقیت در طول زندگی است. مزایای ورزش و حرکات منظم بدنی در حفظ سلامتی بر هیچکس پوشیده نیست این مزایای فیزیولوژیکی عبارتند از:

- امکان کاهش وزن را در زمانی که لازم باشد فراهم می‌کند
- کارایی بافت ماهیچه‌ای را برای تولید انرژی افزایش می‌دهد
- باعث تقویت قلب و ریه و سیستم گردش خون می‌شود
- مقدار چربی‌های خون را کاهش می‌دهد
- به کنترل اشتها کمک می‌کند.

نتایج بسیاری از تحقیقات، فواید ورزش در سلامت قلب و عروق، کاهش و تثبیت وزن بدن، ایجاد هماهنگی و نرمی اعضا و افزایش درک و احساس مغزی را ثابت کرده است. ورزش در بین زنان، نه تنها آنان را برای انجام وظایف مقدس مادری و تربیت نسل سالم کمک و یاری می‌دهد، بلکه وسیله مهمی جهت نیل به تامین بهداشت و تندرستی جسمی و روانی زن در تمام دوران‌های مختلف زندگی است. نتایج تحقیقاتی که در مورد اثرات ورزش و فعالیت‌های بدنی در دختران جوان انجام شده نشان داده است که تمرینات مناسب ورزشی تأثیر منفی بر دوران قاعدگی آنان ندارد، بلکه در جلوگیری از ناراحتی و بهبود قاعدگی همراه با درد، مفید است. به طور کلی ورزش کردن در دوران نوجوانی و جوانی می‌بایست مثل غذا خوردن به صورت یک عادت درآید زیرا ورزش و فعالیت بدنی منظم نه تنها به سلامت جسمی و روانی نوجوان کمک می‌کند، بلکه از بروز بسیاری از بیماری‌ها مثل چاقی و بیماری‌های قلبی، جلوگیری می‌کند.

ورزش سبک و فعالیت بدنی در دوران بارداری بسیار مناسب و لذت بخش است. بهترین ورزش در دوران بارداری، راه رفتن است. برای جلوگیری از لغزش و افتادن بهتر است که از کفش‌های پاشنه کوتاه استفاده شود،

زیرا کفش‌های پاشنه بلند علاوه بر لغزش، موجب کمردرد نیز می‌شود. در فصل تابستان از پیاده روی در هوای گرم و زیر نور آفتاب باید خودداری شود، زیرا تحمل زن باردار در مقابل گرما بسیار کم است. در راه رفتن باید حوصله به خرج داد و از راه رفتن سریع در محل‌های شلوغ باید پرهیز نمود. پیاده روی و گردش بطور متوسط روزانه ۲ الی ۳ کیلومتر، کافی است و طی کردن این مسافت، باید به فواصل کم و به دفعات متوالی صورت گیرد تا خستگی به وجود نیاید. تمام انواع ورزش‌های سنگین در دوران بارداری ممنوع است. البته کسانی که قبل از بارداری به این نوع ورزش‌ها عادت دارند، می‌توانند در دوران بارداری کم و بیش آن را ادامه دهند. ولی احتیاط در سه ماهه آخر بارداری توصیه می‌شود. برخی ورزش‌های سخت عبارتند از: دوچرخه سواری، تنیس، اسکی روی یخ و اسب سواری. شنا کردن برای زن باردار اِشکالی ندارد. بطور کلی فعالیت بدنی در زن باردار نباید موجب خستگی، افزایش واضح ضربان قلب و افزایش دمای بدن شود.

تشکیل خانواده

یکی از ارکان مهم بهداشت باروری و حفظ سلامت مادر و جنین، شامل تشکیل خانواده است که در بخش‌های مختلف این گفتار و سایر مباحث این کتاب با استناد به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به آن پرداخته شده است.

ازدواج

زوجین از لحاظ جسمی، باید بلوغ کامل و از نظر روانی آمادگی پذیرش مسئولیت ازدواج را داشته باشند. در این مورد رعایت سن مناسب برای دختر و پسر، زمینه‌های لازم جهت یک ازدواج موفق را فراهم می‌کند. به خاطرنشان می‌شود که؛ بیش از سن تقویمی، سن عقلی، ضامن بقای زندگی مشترک خواهد بود. معمولاً اختلاف سنی ۲-۶ سال بین دختر و پسر توصیه می‌شود. یک زوج برای حفظ سلامت، جلوگیری از پیری زودرس، پیشگیری از مشکلات اقتصادی و تربیت فرزندان صالح و لایق باید بدانند که :

- تشکیل زندگی مشترک، مهمترین و پایدارترین رویدادی است که در طول زندگی هر انسانی رخ می‌دهد
- پایدارترین زندگی‌های مشترک، آنهایی هستند که براساس علاقه مشترک و عقیده مشترک، استوار باشند
- وفاداری به همسر، ریشه در فطرت‌های پاکي دارد که به دست خالق توانا سرشته شده است و در فرهنگ عقیدتی این مرز و بوم و در آموزه‌های تمامی ادیان توحیدی مندرج در قانون اساسی کشور (زرتشتی، کلیمی، مسیحی و مسلمان)، به چشم می‌خورد.
- پیوند زناشویی، پدیده‌ای نیست که صرفاً به منظور ارضای تمایلات جنسی صورت می‌گیرد. بلکه منشور جاویدی است که جاودانگی و تداوم بقای انسان‌ها را رقم زده و از رشد منفی جمعیت و انقراض تدریجی نسل انسان، جلوگیری مینماید.
- رشد شخصیتی و اجتماعی انسان و حتی فرهنگ عقیدتی او زمانی به حد کمال می‌رسد که نیمه دیگر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را در ادامه راه زندگی به همراه داشته و این سیر تکاملی

را به برکت "آرامش" حاصله با یکدیگر طی کنند...

آزمایشات قبل از ازدواج

برای کسب اطمینان از سلامت زوجین انجام آزمایش‌های زیر قبل از ازدواج، ضروری است:

- تشخیص مبتلایان به سیفلیس
- تشخیص مبتلایان به تالاسمی
- تشخیص معتادین

بیماری‌های مقاربتی که در زمان تماس جنسی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شوند را می‌توان قبل از ازدواج و یا قبل از بارداری به وسیله معاینات و آزمایش‌های اختصاصی، تشخیص داد. برخی از این بیماری‌ها عبارتند از: سوزاک، سیفیلیس، کلامیدیا، ایدز و زگیل تناسلی. با تشخیص این گونه بیماری‌ها می‌توان از ابتلاء فرد دیگر (همسر) و نیز احتمالاً ابتلاء جنین در داخل رحم یا به‌هنگام زایمان پیشگیری کرد.

مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در زن یا مرد می‌تواند روی قدرت باروری، مؤثر باشد و موجب ناباروری و یا کاهش ارتباط جنسی شود. در صورت حاملگی نیز عوارض بارداری (افزایش خونریزی، زایمان زودرس) و نیز عوارض نوزادی (ناهنجاری‌های مادرزادی، تاخیر رشد داخل رحمی جنین، تولد نوزاد با وزن کم، اختلالات رفتاری و عقب ماندگی ذهنی نوزاد و بالاخره مرگ و میر دوره نوزادی) افزایش می‌یابد. لذا توصیه می‌شود معتادان به هریک از این مواد، قبل از اقدام به ازدواج و یا قبل از بارداری از مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، خودداری کنند.

نکات مهمی که زوجین قبل از بارداری باید به آن توجه کنند:

اگرچه سرخجه بیماری ویروسی ساده‌ای است لیکن ابتلاء به آن در دوران بارداری و بویژه در چند هفته اول، برای جنین بسیار خطرناک است. لذا به خانم‌هایی که تاکنون به بیماری سرخجه مبتلا نشده و در برنامه واکسیناسیون عمومی سرخک و سرخجه نیمه دوم سال ۱۳۸۲ کشور، شرکت نموده‌اند توصیه می‌شود که واکسن سرخجه را دریافت نموده و تا مدت ۳ ماه بعد از واکسیناسیون، باردار نشوند.

در صورتی که **Rh** خون خانمی منفی باشد حتماً به **Rh** خون همسرش توجه شود تا در صورت مثبت بودن، در دوران بارداری، اقدامات لازم صورت گیرد.

تزریق یک دوره کامل واکسن کزاز به صورت ۵ نوبتی (به فواصل ۱ ماهه، ۶ ماهه، ۱ ساله، ۲ ساله، و بعد از هر ۱۰ سال یکبار به عنوان یادآور) توصیه می‌شود بدین ترتیب از ابتلاء به بیماری عفونی و بسیار خطرناک کزاز جلوگیری به عمل آمده، مصونیت حاصل می‌شود و بدین ترتیب از میزان بروز کزاز نوزادی نیز به شدت کاسته می‌گردد.

گلبول‌های قرمز خون انسان از طریق هموگلوبین وظیفه اکسیژن رسانی به قسمت‌های مختلف بدن را به عهده دارند. هموگلوبین دارای دو جزء است. قسمت اول از چهار زنجیره (رشته) درست شده است و قسمت دوم را آهن تشکیل می‌دهد. هرگاه به علل مختلف، مقدار آهن بدن کم شود، کم خونی فقر آهن ایجاد می‌شود.

اشکال در زنجیره‌های هموگلوبین نیز موجب بروز انواع مختلف تالاسمی می‌شود که این به نوبه خود در

اکسیژن رسانی اعضای بدن اختلال ایجاد می‌کند. **تالاسمی مینور** یک بیماری تلقی نمی‌شود بلکه در واقع یک مشخصه خونی است که مانند رنگ پوست به ارث می‌رسد. زندگی فرد مبتلا به تالاسمی مینور کاملاً عادی است و می‌تواند به فعالیت‌های عادی روزمره بپردازد فقط از طریق انجام آزمایش خون می‌توان مشخص کرد که ناقل بیماری تالاسمی است. **تالاسمی ماژور** نوعی اختلال در هموگلوبین است و فرد مبتلا دچار کم خونی شدید خواهد شد. این بیماری در چند ماه اول زندگی نشانه‌های واضحی ندارد. از حدود شش ماهگی نشانه‌های بیماری آشکار می‌شوند که عبارتند از: تغییر شکل صورت، پوکی استخوان‌ها، اختلال رشد، تأخیر در بلوغ جنسی، نارسایی قلبی، اختلال عملکرد غدد داخلی مانند لوزالمعده و بروز دیابت . . . و مشکلات گوارشی. بنابراین اندازه قند این افراد از معمول کوتاهتر است. اگر هم زن و مرد به صورت پنهان دچار این عارضه باشند، در این صورت خطر جدی برای ابتلاء فرزندان وجود دارد و این در حالیست که با آزمایش ساده خون و با مطلع شدن از این مشکل، می‌توان تحت راهنمایی پزشکان از بروز آن برای فرزندان جلوگیری کرد. اگر قبل از ازدواج (خصوصاً در ازدواج‌های فامیلی و یا در خانواده‌هایی که فرد مبتلا به تالاسمی در آنها وجود دارد) آزمایش خونی از دختر و پسر انجام گیرد، در صورت مبتلا بودن آنها، می‌توان این نقیصه را تشخیص داده و آنها را راهنمایی کرد که پس از ازدواج ممکن است کودکی مبتلا به تالاسمی داشته باشند. لذا به همه داوطلبین ازدواج توصیه می‌شود قبل از عقد، حتماً آزمایش خون را جهت کشف تالاسمی انجام دهند و در صورت ابتلاء هر دو زوج، از این ازدواج حتی‌الامکان صرف نظر کنند.

مشاوره ژنتیک

یک فرآیند آموزشی که به افراد مبتلا یا در معرض خطر کمک می‌کند تا طبیعت اختلال ژنتیکی (بیماری وراثتی) و نحوه انتقال آن را بشناسند و موضوعات مرتبط با درمان این بیماری‌ها و **برخورداری از حمایت‌های مندرج در متن قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را بهتر درک کنند.** از اصلی‌ترین اهداف مشاوره ژنتیک، مشخص کردن خطر وقوع یا تکرار یک بیماری ارثی در هر حاملگی است. تمام افرادی که هریک از موارد زیر را در خود یا اجداد خود دارا هستند، قبل از تصمیم به ازدواج یا قبل از بچه دار شدن یا در حین حاملگی و یا بعد از زایمان باید تحت مشاوره ژنتیک قرار گیرند (که البته بهتر است قبل از تصمیم به ازدواج و یا قبل از بچه دار شدن باشد):

- ازدواج‌های فامیلی
- حاملگی در سن ۳۵ سال یا بالاتر
- وجود نقایص مادرزادی
- عقب ماندگی ذهنی یا تأخیر در رشد
- کوتاهی بیش از حد قد و سایر اختلالات رشدی
- نازایی یا سقط‌های مکرر در زنان و عقیمی در مردان
- ناتوانی‌های جسمانی که در هنگام بلوغ شروع شده است
- سرطان‌ها، برخی بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا و بیماری‌های دیگری که ارث در آن دخیل است

مانند دیابت ...

- اختلالات سوخت و ساز بدن
- اختلالات رفتاری.

بنابراین مشاوره ژنتیک به خانواده‌ها و افراد کمک می‌کند تا:

- نقش توارث را در بیماری‌ها بشناسند و خطر تکرار بیماری را در خویشاوندان بدانند
- حقایق پزشکی در باره بیماری‌های ارثی را درک کنند (نحوه تشخیص، عاقبت بیماری وراثتی)
- راه‌های در دسترس برای برخورد با خطرات موجود را بشناسند
- بهترین راه چاره را که با اهداف، ارزش‌ها و اعتقادات خانواده منطبق باشد بیابند.

ازدواج فامیلی ازدواجی است که در آن زوجین با یکدیگر خویشاوند هستند و بنابراین ژن‌های مشابه دارند. در حال حاضر تعداد زیادی بیماری ارثی مختلف شناخته شده‌اند که ممکن است از طریق به ارث رسیدن ژن‌های مشترک در پدر و مادر، فرزندان را مبتلا سازند این خطر در ازدواج‌های فامیلی به علت وجود ژن‌های مشترک بیشتر خواهد بود، این بدان معنا نیست که در ازدواج‌های غیرفامیلی هیچگونه خطری وجود ندارد، بلکه احتمال خطر، پایین خواهد بود بنابراین ازدواج فامیلی در شرایط خاصی از نظر ژنتیک، منطقی نیست.

نقایص ژنی: در این بیماری‌ها، اختلالات ژنتیکی از طریق به ارث رسیدن یک ژن معیوب از پدر، مادر و یا هر دو به وقوع می‌پیوندد، مانند کم خونی داسی شکل، هموفیلی، کوررنگی.

اختلالات کروموزومی: این بیماری‌های ژنتیکی به علت اختلال در ساختمان و یا تعداد کروموزوم ایجاد می‌شوند. شایعترین اختلال کروموزومی سندرم داون یا مَنگولیسیم است. با افزایش سن مادر، احتمال این اختلال بیشتر می‌شود به طوری که در یک خانم ۲۰ ساله احتمال به دنیا آوردن فرزند مبتلا به منگولیسیم حدود یک در ۲۰۰۰ و در خانم ۴۰ ساله یک در ۱۰۰ است.

بارداری و مراقبت‌های دوران بارداری

بارداری پدیده‌ای کاملاً طبیعی است. یکی از شیرین‌ترین مراحل زندگی هر زنی، دوران بارداری، زمان انتظار و آماده شدن او برای پذیرش مسئولیت بزرگ مادر شدن است.

- هدف اصلی از انجام مراقبت‌های این دوران، تولد نوزادی سالم، بدون به خطر انداختن سلامت مادر است
- مدت زمان طبیعی دوره بارداری، بعد از اولین روز آخرین قاعدگی، حدود ۴۰ هفته یا ۲۸۰ روز است.

بارداری را به ۳ دوره سه ماهه تقسیم می‌کنند:

سه ماهه اول: از ابتدای بارداری تا پایان هفته چهاردهم

سه ماهه دوم: از انتهای هفته چهاردهم تا پایان هفته بیست و هشتم

سه ماهه سوم: از انتهای هفته بیست و هشتم تا پایان هفته چهارم

باید توجه داشت، هزینه‌ای که صرف نگهداری از مادر یا نوزاد غیرطبیعی می‌شود به مراتب بیش از هزینه انجام مراقبت‌های دوران بارداری است. به همین دلیل خانم‌ها باید به محض اطلاع از بارداری، جهت

دریافت مراقبت‌های این دوران به مراکز بهداشتی مراجعه کنند و تحت نظر پزشک یا ماما باشند. برای بسیاری از زنان، بارداری و تغییرات ناشی از آن ناشناخته و همراه با ترس و اضطراب است اگرچه باید به مادران تاکید کرد که بارداری یک پدیده طبیعی است و بسیاری از تغییرات این دوران به منظور سازگاری مادر با شرایط جدید، رخ می‌دهند، ولی برای جلوگیری از بروز مشکلات، باید مادران با این دوره و تغییرات آن آشنا شوند.

مراقبت‌های بارداری

با شروع بارداری، مراقبت‌های این دوران آغاز می‌شود. در اولین مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک یا ماما، اطلاعات لازم را در مورد بارداری و اهمیت آن به دست می‌آورد و مطمئن می‌شود که با مراجعه مرتب سلامت او و فرزندش تأمین خواهد شد.

موارد زیر در اولین مراجعه، از خانم باردار پرسیده می‌شود:

- مشخصات خانوادگی، وضعیت بارداری فعلی و قبلی، تعداد زایمان‌های قبلی و نتیجه آنها
- سابقه بیماری‌های فعلی و قبلی، سابقه بیماری‌های ارثی و فامیلی، روش‌های پیشگیری از بارداری به کار رفته، داروهایی که مصرف کرده یا می‌کند و طول مدت مصرف آنها
- خانم‌های بارداری که مشکل دارند، جهت دریافت مراقبت‌های ویژه به متخصص معرفی میشوند، آزمایش‌های لازم صورت می‌گیرد، معاینات عمومی انجام می‌شود و فشار خون، وزن و قد اندازه‌گیری می‌شوند و تاریخ مراجعه بعدی معین می‌شود.
- مادر باردار باید تا ماه هفتم بارداری ماهی یکبار، طی ماه هفتم و هشتم هر ۲ هفته یکبار و طی ماه نهم بارداری هفته‌ای یکبار، به مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک یا ماما مراجعه کند. اگر مادری در معرض خطر باشد باید در فواصل کوتاه‌تری به مرکز مراجعه کند همچنین اگر مادری در طی بارداری متوجه هرگونه تغییر غیرعادی یا مشکل خاصی شد، بدون آنکه منتظر تاریخ ملاقات تعیین شده بعدی بماند، باید مراجعه کند
- تغذیه مناسب
- استراحت کافی
- داشتن آرامش روحی
- انجام ورزش‌های مناسب
- انجام مراقبت‌های دوران بارداری
- عدم مصرف خودسرانه دارو
- تعیین قبلی محل انجام زایمان
- رعایت بهداشت فردی
- شناخت علائم خطر در بارداری

تغییرات وزن در دوران بارداری متغیر است. نژاد، سن، وزن قبلی، قد و عوامل دیگر در آن دخالت مستقیم دارند به طور طبیعی، در سه ماهه اول بارداری، ۲-۱ کیلوگرم وزن اضافه می‌شود در شش ماهه بعد، هفته‌ای ۴۰۰ گرم یا ماهی ۱/۵ کیلوگرم به وزن زن باردار افزوده می‌گردد. بنابراین افزایش وزن در دوران حاملگی به میزان ۱۲-۱۰ کیلوگرم طبیعی است.

بهداشت و فعالیت

اغلب زنان باردار حداقل به ۸ ساعت خواب شبانه و همچنین به استراحت بعد از ظهر احتیاج دارند فعالیت در دوران حاملگی، زیان آور نیست، اما باید از انجام کارهای سنگین و جابه‌جا کردن وسایل سنگین خودداری کرد. وضعیت روحی و روانی مادر در دوران بارداری به طور مستقیم بر روی سلامت جنین تأثیر می‌گذارد، ورزش‌های سبک در دوران بارداری برای مادر و جنین مفید است.

به طور کلی لازم نیست زن حامله تمرینات ورزشی خود را محدود کند به شرطی که خود را خسته نکند. بنابراین باید از انجام ورزش‌های سنگین که خطر افتادن، زمین خوردن و ضربه دیدن دارد پرهیز شود.

دوش گرفتن در طول حاملگی مشکلی ایجاد نمی‌کند البته بهتر است از حمام داغ پرهیز کنند. معمولاً خانم‌های حامله بیشتر عرق می‌کنند و ترشحات مهملی بیشتری دارند بنابراین حمام روزانه نه تنها آرام بخش است بلکه از عفونت‌های مختلف نیز جلوگیری می‌کند ولی باید توجه داشت که از حمام کردن در وان یا حمام‌های لغزنده و پوشیدن دمپایی‌های ابری در حمام خودداری شود زیرا احتمال بهم خوردن تعادل و لغزیدن زیاد است.

لباس دوره بارداری باید آزاد و راحت باشد، از پوشیدن جوراب‌های تنگ، کشدار و استفاده از کمربند و سینه بند تنگ خودداری کرد بهتر است در این دوران خانم باردار از کفش‌های پاشنه کوتاه استفاده کند و روزانه لباس‌های زیر خود را عوض کند.

باید از خوردن شیرینی، آب نبات‌های سفت و نوشابه‌های رنگی خودداری کرد. همچنین در ضمن باید بعد از خوردن هر ماده غذایی، دهان خود را شست و دندان‌ها را مسواک زد و در صورت لزوم به دانشکده مراجعه کرد.

معمولاً در دوران بارداری **مسافرت‌های طولانی** توصیه نمی‌شود، مگر این که قبل از سفر با پزشک مشورت نموده و مراقبت‌های لازم صورت گیرد. خانم‌هایی که سابقه سقط یا زایمان زودرس دارند، باید از مسافرت در ماه‌های اول و آخر بارداری خودداری کنند. معمولاً در دوران بارداری به علت تغییرات دستگاه گوارش، **یبوست** ایجاد می‌شود برای بهبود این حالت خانم باردار باید از مایعات، سبزی‌ها و میوه‌ها استفاده کند. حرکت و فعالیت نیز در بهبود وضع اجابت مزاج مؤثر است. در دوران بارداری نباید داروی مسهل مصرف شود. یک خانم باردار سالم می‌تواند روابط جنسی خود را ادامه دهد فقط در مواردی که خطر سقط، زایمان زودرس و پارگی کیسه آب وجود دارد از مقاربت باید اجتناب کند. البته به طور کلی توصیه می‌شود در ماه آخر حاملگی روابط زناشویی محدود شود.

دارو و بارداری

تزریق هر نوع واکسن در دوران بارداری حتماً باید با نظر پزشک باشد. یکی از واکسن‌هایی که در صورت

لزوم در دوران بارداری تزریق می‌شود واکسن کزاز است. ولی واکسن هیپاتیت B و بعضی از واکسن‌های غیرزنده دیگر نیز هیچگونه ممنوعیتی ندارند. مادرانی که در طول بارداری سیگار می‌کشند در مقایسه با غیرسیگاری‌ها، نوزادان کوچکتری به دنیا می‌آورند. مصرف سیگار و مواد مخدر برای جنین، مضر است و خانم‌های باردار باید به طور کامل از کشیدن سیگار پرهیز کنند. مصرف الکل توسط خانم باردار در جنین ایجاد ناهنجاری می‌کند. زایمان زودرس در خانم‌هایی که الکل مصرف می‌کنند بیشتر مشاهده می‌شود. خانم‌های باردار باید قبل از مصرف هر نوع دارو با پزشک مشورت کنند زیرا برخی از داروها بر روی سیر طبیعی حاملگی و رشد جنین تأثیر می‌گذارند.

دریافت هر نوع اشعه (مثل عکسبرداری با اشعه ایکس) در حاملگی ممنوع است زیرا احتمال ایجاد ناهنجاری در جنین را افزایش می‌دهد. تماس با حیوانات و عوامل بیماری‌زا برخی از حیوانات اهلی مانند گربه منتقل کننده بیماری‌هایی هستند که بر روی بارداری و جنین اثر بدی می‌گذارند. انتقال عفونت از گربه به خانم باردار (توکسوپلاسموز) معمولاً منجر به سقط جنین می‌شود. در صورت باقی ماندن جنین نیز، ناهنجاری‌هایی از قبیل اشکالات مغزی، عقب ماندگی ذهنی و غیره ایجاد خواهد شد. بنابراین خانم باردار جداً باید از تماس با حیوانات خودداری کند.

خانم باردار باید از تماس با افراد مبتلا به بیماری‌های عفونی، رفت و آمد در اماکن عمومی، شلوغ، سر بسته و مکان‌هایی که احتمال آلودگی وجود دارد، استفاده و از مواد غذایی تهیه شده در خارج از منزل، خودداری کند.

علائم خطر در دوران بارداری

خانم باردار باید به محض مشاهده هریک از علائم زیر به مراکز بهداشتی درمانی یا پزشک یا ماما مراجعه کند.

- خونریزی از دستگاه تناسلی
- افزایش ناگهانی وزن بدن
- اختلالات بینایی و تاری دید
- تهوع و استفراغ مداوم و شدید
- مشکل ادراری
- درد زیر دل
- لاغری و چاقی بیش از حد
- ورم به خصوص در دست‌ها و صورت
- سردردهای شدید
- درد سر دل
- تب و لرز
- تنگی نفس و طپش قلب

- سرفه مداوم و شدید
- دردهای منظم شکم
- آبریزش و هر نوع ترشح بدبو و چرکی از ناحیه تناسلی .

شکایات شایع دوران بارداری

ویار: عبارت است از حساس شدن خانم باردار نسبت به برخی بوها و یا تمایل به خوردن بعضی از مواد غذایی. علت آن در بارداری کاملاً مشخص نیست. ویار در زنانی که رژیم غذایی مناسبی دارند و از نظر وضع روحی در شرایط خوبی هستند، کمتر دیده می‌شود. تهوع و استفراغ ناشی از ویار در نیمه اول حاملگی شایع است و سپس به تدریج با پیشرفت بارداری از شدت آن کاسته شده و بهبود می‌یابد. این حالت صبح‌ها شدیدتر است ولی ممکن است در طول روز ادامه داشته باشد. برای پیشگیری و بهبود، بهتر است خانم باردار نیم ساعت قبل از بلند شدن از رختخواب، یک تکه نان برشته مصرف کند و به آهستگی فعالیت خود را آغاز نماید. غذاهای روزانه را در وعده‌های بیشتر و با حجم کمتر بخورد. از خوردن غذاهای چرب سرخ کرده و پرادویه پرهیز کند. نوشیدن مایعات خنک بین وعده‌های غذا (و نه همراه غذا) توصیه می‌شود.

سوزش سر دل: اغلب به علت فشار رحم بزرگ شده بر روی معده و برگشت محتویات معده ایجاد می‌شود. مصرف غذای کم حجم، در وعده‌های بیشتر موجب بهبود این حالت می‌شود. بهتر است خانم باردار در موقع خواب چند بالش زیر سر بگذارند تا سر و سینه بالاتر از معده قرار گیرد.

ضعف و سرگیجه: غالباً به دلیل افت فشار خون اتفاق می‌افتد، در مواردی که خانم باردار به طور ناگهانی از حالت خوابیده به پشت، به حالت نشسته و یا از حالت نشسته به حالت ایستاده تغییر وضعیت می‌دهد، این عارضه بیشتر مشاهده می‌شود. در صورت شدید بودن باید به پزشک مراجعه شود.

سردرد: در اوایل بارداری شایع است و اکثراً علت مشخصی ندارد. این حالت معمولاً در اواسط بارداری از بین می‌رود. چون سردرد می‌تواند در بسیاری از بیماری‌های جدی و خطرناک (مثل مسمومیت بارداری) بروز کند، بنابراین در صورت وجود سردرد شدید و مداوم، باید به پزشک مراجعه کرد.

تنگی نفس: در اوایل بارداری به علت بزرگی شکم تشدید می‌شود. تنگی نفس با فعالیت و بالا رفتن از پله‌ها شدیدتر می‌شود. اگر تنگی نفس همراه با طپش قلب و درد ناحیه سینه و گردن باشد و یا در حالت استراحت نیز ادامه داشته باشد، حتماً باید به پزشک مراجعه کرد.

تغییرات پوست نیز از شکایات شایع بارداری است. طی بارداری خطوط صورتی رنگی بر روی شکم، رانها و پستان‌ها ظاهر می‌شود و علت آن کشیدگی بافت‌های زیر پوست است. این امر طبیعی است و قابل پیشگیری نیست. این خطوط معمولاً بعد از زایمان به رنگ نقره‌ای در می‌آیند و به درمان خاصی نیاز ندارند.

ورم: در بارداری بیشتر در ناحیه پاها (به خصوص قوزک پا) ایجاد می‌شود. اما ورم کل بدن به خصوص دست‌ها و صورت و پاها می‌تواند علامت مسمومیت بارداری باشد. پس خانم باردار در صورت مشاهده چنین علائمی باید فوراً به پزشک مراجعه کند.

گرفتگی پاها: این حالت بیشتر در ماه‌های آخر حاملگی شایع است و معمولاً ناشی از فشار رحم بزرگ شده بر روی رگ‌ها و اعصاب لگنی است. گرفتگی پاها معمولاً هنگام دراز کشیدن اتفاق می‌افتد. گرم کردن و ماساژ دادن به بهبود این عارضه کمک می‌کند.

کمر درد: در بعضی از خانم‌های باردار رخ می‌دهد علت آن خستگی، خم شدن زیاد، بلند کردن اشیاء یا قدم زدن است. معمولاً در ماه‌های آخر حاملگی به دلیل بزرگی شکم، گودی کمر بیشتر می‌شود و شانه‌ها و پشت به سمت عقب متمایل می‌شوند. در این موارد استفاده از کیسه آب گرم، انجام برخی از حرکات ورزشی، استفاده از کفش‌های پاشنه کوتاه، ماساژ ملایم، استفاده از تشک محکم و بدون فنر و جلوگیری از افزایش بیش از حد وزن توصیه می‌شود. خوابیدن به پشت مناسب نیست، زیرا رحم بزرگ شده بر روی رگ‌هایی که به جفت و رحم خون می‌رسانند فشار می‌آورد لذا توصیه می‌شود که خانم باردار به پهلوها بخوابد. در دوران حاملگی رحم بزرگ می‌شود و روی تاندون‌های نگهدارنده رحم فشار می‌آورد. در نتیجه خانم باردار در دو طرف شکم احساس درد می‌کند در این حالت خانم باردار باید وضع نشستن و یا خوابیدن خود را تغییر بدهد. یکی دیگر از علل این دردها، شل شدن مفاصل لگن در اثر هورمون‌های بارداری است.

تکرر ادرار: یکی از علائم اولیه بارداری است. این ناراحتی پس از سه ماه بارداری کاهش می‌یابد. ولی در ماه آخر حاملگی به علت بزرگی رحم و فشار آن بر روی مثانه مجدداً بروز می‌کند. خانم باردار، هرگز نباید ادرار خود را نگه دارد چون این عمل باعث افزایش احتمال عفونت ادراری می‌شود. اگر تکرر ادرار همراه با درد، سوزش و یا وجود خون در ادرار باشد حتماً به پزشک مراجعه شود.

یبوست: به دلیل تغییرات هورمونی و کاهش حرکات معده و روده ایجاد می‌شود. در اواخر حاملگی می‌تواند ناشی از فشار رحم بزرگ شده روی روده‌ها باشد. پیاده روی، استفاده از غذاهای گیاهی، میوه‌ها، سبزی‌ها، نان سبوس دار، نوشیدن ۶-۸ لیوان مایعات در روز مخصوصاً یک لیوان آب سرد قبل از صبحانه، در بهبود آن مؤثر است. ملین‌های دارویی و روغنی نباید در بارداری مصرف شوند.

بواسیر: پرخونی رگ‌های اطراف مقعد را بواسیر می‌گویند یبوست می‌تواند در ایجاد بواسیر مؤثر باشد. در این حالت اجابت مزاج، دردناک است و با سوزش و خارش همراه می‌باشد. این مشکل را می‌توان با مصرف غذاهای ملین (نه دارو) و اصلاح رژیم غذایی برطرف ساخت. برای کم کردن درد بواسیر می‌توان از کمپرس آب سرد استفاده کرد. استراحت کافی در پایان روز، باعث می‌شود فشار رحم به قسمت پایین روده کاهش بیابد و در نتیجه، بهبود سریعتراً اتفاق بیفتد.

برای کاهش ترشحات، استفاده از لباس‌های زیر نخی، خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی پس از هر بار شستشو و عوض کردن مرتب لباس زیر توصیه می‌شود. اگر ترشحات، به مقدار زیاد، بدبو، رنگی (سبز یا زرد) و همراه علامت‌هایی چون سوزش و خارش باشد خانم باردار باید به مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک یا ماما مراجعه کند.

واریس: خانم‌های باردار معمولاً از واریس شاکی هستند که در بسیاری از موارد علت مرضی ندارد. علت واریس

در بارداری، تغییرات هورمونی و در ضمن فشار رحم بزرگ شده بر روی منشأ رگ‌های خونی پاها است. در اغلب موارد، واریس چند هفته بعد از زایمان به تدریج از بین می‌رود معمولاً پیشگیری از واریس آسانتر و مؤثرتر از درمان آن است. به خانم‌های باردار توصیه می‌شود از پوشیدن جوراب‌های کش دار، سفت و لباس‌های تنگ پرهیز کنند. در ضمن ایستادن برای مدت طولانی در یک محل برای خانم‌های باردار مناسب نیست. بهتر است در هر ساعت برای چند دقیقه قدم بزنند تا خون در پاهایشان به گردش درآید و در صورت امکان برای چند دقیقه بنشینند، یا دراز بکشند و پاهای خود را بالاتر از سطح بدن قرار دهند در صورت ایجاد واریس، پوشیدن جوراب‌های واریس مفید است.

بارداری‌های نیازمند مراقبت‌های ویژه:

یکی از مشکلات این دوران، وقوع بارداری در زمینه مشکلات تغذیه‌ای، کم‌خونی و کمبود بعضی از عناصر دیگر در بدن است که سلامت جسمی و روانی مادران را به مخاطره می‌اندازد و چه بسا زمینه‌ساز آسیب‌های جنینی هم بشود. از آنجا که اینگونه تهدیدها بیشتر در نوجوان باردار، حادث می‌شود لذا اتخاذ تدابیری در خصوص آموزش و آگاه ساختن کلیه مادران و بویژه مادران نوجوان در زمان قبل از بارداری و آشنایی کامل با روش‌های درمانی عوامل زمینه‌ساز بارداری‌های نیازمند مراقبت‌های ویژه و آشنا کردن مادران با حقوق بهداشتی و مراقبتی مندرج در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در چنین مواردی موجب حفظ سلامتی مادران و جنین آنها خواهد شد.

ناباروری

ناباروری به معنای عدم توانایی زن یا مرد در بچه دار شدن است. این شرایط فیزیکی، عوارض اجتماعی مهمی در جامعه ایجاد خواهد کرد. علل ناباروری عبارتند از:
علل مردانه: اشکال در کمیت و کیفیت اسپرم .
علل زنانه: عدم تخمک گذاری، انسداد لوله‌های رحمی، سابقه عفونت‌های دستگاه تناسلی، اشکال آناتومیکی در دستگاه تناسلی.

علل غیر قابل توجیه Unexplained: زمانی که بطور واضح نتوان علت زنانه یا مردانه را برای آن تعریف کرد. این علل با انجام آزمایشات ساده قابل تشخیص هستند، امروزه با تکنیک‌های پیشرفته و جدید راه‌های درمانی بسیاری برای درمان ناباروری وجود دارد و یکی از تمهیدات مندرج در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را حمایت‌های مرتبط با درمان ناباروری تشکیل می‌دهد که در صفحات بعد توضیح داده خواهد شد.

بیماری‌های مقاربتی

ایدز

در حالی که کشورهای پیشرفته جهان در طی چند دهه اخیر مشکل بیماری‌های واگیردار را تا حد زیادی

حل کرده و تمامی توان و امکانات خود را برای مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر و از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان‌ها متمرکز کرده بودند، ناگهان در سال ۱۹۸۱ میلادی (۱۳۶۰ شمسی) نوعی بیماری عفونی در دنیا پیدا شد که به سرعت در همه نقاط جهان گسترش پیدا کرد و امید به ریشه کنی بیماری‌های واگیر دار را حتی در کشورهای پیشرفته تبدیل به یأس نمود. این بیماری که بصورت یک مشکل عمده بهداشتی خود را نشان داد ایدز نام دارد. در این بیماری دستگاه دفاعی بدن شدیداً دچار اختلال میشود. HIV/AIDS بیماری خطیری است که در همه کشورهای جهان، در گروه‌های سنی متفاوت، نژادهای مختلف و نه فقط در هموسکسوتل بلکه در هتروسکسوتل‌ها نیز مشاهده شده است و در واقع ایدز یک مشکل جهانی است و به کشور و یا گروه خاصی اختصاص ندارد. عامل بیماری نوعی ویروس است که مبداء اولیه آن کاملاً مشخص نیست ولی قابل پیشگیری است و اگر در مراحل اولیه بروز عفونت، تشخیص داده شود با پوشش درمانی درازمدت می‌توان از پیشرفت آن جلوگیری کرد.

راه‌های عمده سرایت HIV/AIDS:

- تماس‌های جنسی با افراد آلوده
 - تزریق خون و فرآورده‌های آلوده آن، استفاده از سرنگ‌های مشترک، بخصوص در بین معتادان تزریقی و بکار بردن ابزار و وسایل آلوده
 - انتقال از مادر به جنین
- نظر به اینکه در سایر فصول کتاب حاضر به این معضل پرداخته شده است در این گفتار از تکرار آن خودداری می‌شود.

سایر بیماری‌های مقاربتی

بیماری‌های مقاربتی از بیماری‌های بسیار شایع جهان هستند. این بیماری‌ها بطور عمده در نتیجه تماس جنسی با فرد آلوده و یا از طریق مادر آلوده به کودک منتقل می‌شوند، ولی ممکن است استفاده از سرنگ و سرسوزن مشترک در معتادان تزریقی نیز سبب ابتلاء به این بیماری‌ها گردد. براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در گزارش هفتگی سال ۲۰۲۲ میلادی، بیشتر از ۳۷۴ میلیون مورد جدید بیماری‌های مقاربتی قابل درمان از جمله سوزاک و سیفیلیس سالانه در دنیا بروز می‌نماید و در واقع روزانه شاهد بروز حدود یک میلیون مورد جدید از بیماری‌های مقاربتی در دنیا هستیم. طبق گزارش منابع معتبر جهانی، بیماری‌های آمیزشی در دنیا رو به افزایش است و نظر به مسری بودن این بیماری‌ها و عوارض ناشی از عدم درمان و پیشگیری آن، کنترل بیماری‌های آمیزشی ضروری میباشد. چون بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی موضوع حساسی است و صحبت کردن آشکار در مورد آنها، در کشورهای مختلف از جمله ایران آسان نیست و سبب بدنامی می‌شود، بیماران یا بموقع برای درمان مراجعه نمی‌کنند و یا برای درمان به درمانگران سنتی مراجعه می‌کنند. لذا بخوبی معالجه نمی‌شوند و سبب انتقال و گسترش بیماری می‌شوند. در صورت بی توجهی و عدم درمان بموقع این بیماری‌ها، ممکن است عوارض

جدی مانند نازایی، حاملگی خارج از رحم، سرطان گردن رحم، خونریزی شدید و پارگی لوله‌های رحمی پیش آید که منجر به مرگ هم میشود. در دوسوم یا بیشتر زنان باردار مبتلا به سیفیلیس اولیه عفونت از طریق جفت به جنین سرایت می‌کند. عواقب بیماری‌های آمیزشی فقط به خود بیماران محدود نمی‌شود بلکه ممکن است پی آمدهایی نظیر سقط خود به خودی، تولد زودرس، مرده زایی، مرگ داخل رحم، تولد با وزن پایین و عفونت چشم و ریه در جنین و نوزاد ایجاد شود. ابتلا به بیماری‌های آمیزشی، خطر آلودگی به ویروس ایدز را افزایش می‌دهد و موجب بروز ایدز و مرگ بیماران می‌شود. بیماری‌های مقاربتی قابل پیشگیری و درمان هستند. بیماری‌های مقاربتی از انواع بیماری‌های واگیردار هستند که بطور عمده از طریق آمیزش جنسی با فرد آلوده انتقال می‌یابند. انتقال از مادر آلوده به نوزاد و از راه خون هم امکان دارد. این بیماری‌ها توسط تعدادی از عوامل بیماری‌زا ایجاد می‌شوند که باعث بروز علائمی مانند ترشحات مجرای ادرار در مردان، ترشح مهبل در زنان، زخم در ناحیه تناسلی، درد در قسمت تحتانی شکم در زنان، تورم و قرمزی بیضه و تورم غدد لنفاوی در کشاله ران می‌گردد. در بعضی‌ها، بخصوص در زنان ممکن است عفونت، علامتی ایجاد نکند.

کنترل بیماری‌های مقاربتی به سه دلیل زیر دارای اهمیت است:

- دامنه و گسترش این بیماری‌ها
- ایجاد عوارض جدی
- ارتباط بین بیماری‌های منتقله از راه مقاربت و آلودگی به ویروس ایدز

دو نوع از بیماری‌های مهم مقاربتی سوزاک و سیفیلیس هستند. HIV/AIDS هم در این طبقه بندی جای دارد. هرچند که ایدز از طریق غیرآمیزشی هم منتقل می‌شود. بیش از ۲۰ موجود زنده میکروسکوپی مختلف از جمله باکتری، قارچ، انگل، ویروس و ... سبب بیماری‌های مقاربتی می‌شوند، ولی معمولاً علائم و نشانه‌های یکسانی ایجاد می‌کنند مثلاً ترشح از مجرای ادرار آلت مردان، ترشح مهبل در زنان و زخم آلت تناسلی از علائم شایع بیماری‌های مقاربتی است. چنانچه از نام بیماری‌ها پیداست راه اصلی انتقال بیماری‌های مقاربتی، نزدیکی جنسی طبیعی یا انحرافی با فرد آلوده است و سایر راه‌های انتقال عبارتند از: مادر آلوده به نوزاد در حین حاملگی، در زمان زایمان و یا بعد از تولد، خون و فرآورده‌های خونی آلوده و اشتراک در سرنگ و سوزن تزریقی آلوده. مهم است بدانیم که شریک جنسی آلوده ممکن است دارای علامت نباشد و نداند که بیمار است و سبب انتقال و گسترش بیماری گردد. شایان ذکر است که؛ بیماری‌های مقاربتی، خطر آلودگی به ویروس ایدز را افزایش می‌دهند.

رفتارهای زیر احتمال انتقال بیماری را افزایش می‌دهد:

- داشتن بیش از یک شریک جنسی
- داشتن شریک جنسی که دارای شرکای جنسی متعدد است
- داشتن انحراف جنسی و نزدیکی با افراد فاسد و بدکاره
- عدم استفاده از کاندوم در هر یک از شرایط ذکر شده

راه‌های ورود عوامل بیماریزا معمولاً از طریق اندام‌های تناسلی، مجاری ادراری، مخاط دهان و مقعد، پوست خراش یافته و خون است. در زنان و نیز در مردان، بیماری‌های قابل انتقال از راه مقاربت در گروه سنی ۳۰-۱۵ ساله در بالاترین حد است و در سنین بعدی کاهش پیدا می‌کند.

عوامل اجتماعی موثر بر انتقال بیماری‌های مقاربتی

تاخیر در درمان بیماری‌های منتقله از راه مقاربت به دلایل زیر:

۱- زنان مبتلا اغلب علامت ندارند، حدود ۸۰ درصد زنان مبتلا به سوزاک ممکن است بدون علامت باشند. ترس از بدنامی ممکن است مردم را به پنهانکاری، وادارد و این خود سبب افزایش و گسترش آلودگی می‌شود. ممکن است امکانات بهداشتی - درمانی در دسترس نباشد و یا بیماران استطاعت پرداخت هزینه خدمات را نداشته باشند. ممکن است مردم ترجیح دهند برای اجتناب از بی‌آبرویی، به درمانگران سستی مراجعه کنند. بالاخره ممکن است داروهای لازم را بطور کامل مصرف نکنند. و این در حالی است که درمان مؤثر وقتی امکان پذیر است که بیماران دوره درمان را کامل کنند.

۲- عدم معرفی شرکای جنسی برای درمان

۳- علاوه بر عوامل اجتماعی و رفتاری یادشده، عواملی نظیر سن، جنس، ختنه، عدم وفاداری به همسر و ازدواج دیرهنگام نیز هم در میزان بروز و شیوع بیماری‌های مقاربتی مؤثرند:

سن: ماهیت مخاط مهبل و دهانه رحم در زنان جوان، آنها را برای آلوده شدن بسیار مستعد می‌سازد و لذا در برنامه‌های مرتبط با مراقبت‌ها، حمایت‌ها و آموزش‌های قبل و حین بارداری باید زنان جوان و نوجوان در اولویت قرار گیرند.

جنس: بیماری‌های مقاربتی ابتدا از طریق تماس جنسی درون مهبل به زنان منتقل می‌شود. زنان راحت‌تر و سریع‌تر از مردان به بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند و به عبارت دیگر احتمال انتقال بیماری‌های مقاربتی از مرد مبتلا به همسر او بیشتر از انتقال از طریق زن مبتلا به همسر وی می‌باشد.

ختنه: مردان ختنه شده کمتر از مردان ختنه نشده به بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند.

وفاداری به همسر: نه تنها ضامن بقا و دوام و تحکیم کانون مقدس خانواده است بلکه مانع ورود عوامل عفونی شناخته شده و ناشناخته منتقله از طریق تماس جنسی به چرخه روابط مشروع خانوادگی می‌گردد.

ازدواج دیرهنگام

در اکثر جوامع افراد معینی ممکن است وجود داشته باشند که اختصاصاً در مقابل بیماری‌های آمیزشی آسیب پذیر باشند که عبارتند از:

- زنانی که دارای چند شریک جنسی هستند
- زنان بدکاره و فاسد و شرکای جنسی آنها
- افرادی که بنا به اقتضائات شغلی، از خانواده خود دور هستند، جهت ارضای تمایلات جنسی خود ممکن

است به گونه‌ای خارج از رابطه مشروع ازدواج، اقدام نمایند و در معرض ابتلاء به انواع بیماری‌های منتقله از طریق تماس جنسی و وارد کردن عوامل مولد این بیماری‌ها به چرخه روابط زناشویی قرار گیرند.

مشارکت مردان در بهداشت باروری

بهداشت باروری، با ابعاد وسیعی، تمامی موضوعات مربوط به دستگاه تولید مثل و حیات جنسی و اجتماعی مردان و زنان را در مراحل مختلف زندگی، شامل می‌شود و صرفاً محدود به جنس مونث نمی‌گردد بلکه مردان نیز باید به همان میزان در حفظ و ارتقاء آن احساس مسئولیت نموده و به وظایف خود عمل کنند. به طور خلاصه، بهداشت باروری شامل اجزای زیر است:

اجزاء بهداشت باروری

- مشاوره، اطلاع رسانی و آموزش نحوه برقراری روابط صحیح زناشویی
- اجرای صحیح قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و آشنا کردن خانواده‌ها با حقوق بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مندرج در متن این قانون
- آموزش و فراهم ساختن مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن و مواظبت‌های بعد از زایمان، بویژه آموزش و ترویج تغذیه با شیر مادر و مراقبت از مادر و نوزاد
- پیشگیری از نازایی و درمان مناسب ناباروری‌ها که تحت حمایت قانون حمایت از خانواده نیز می‌باشد
- پیشگیری از آنچه سبب سقط جنین می‌شود و درمان به موقع و مناسب عوارض ناشی از آن
- درمان عفونت‌های دستگاه تولید مثل
- رویارویی منطقی با بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی و درمان مناسب آنها
- اطلاع رسانی، آموزش و مشاوره در باره روابط جنسی و مسئولیت پذیری هر دو جنس، با رعایت شرایط فرهنگی جامعه.

بخشی از آنچه زنان در حیات جنسی خود تحمل می‌کنند، اگرچه ناشی از جنسیت و حاصل شرایط زیستی (بیولوژیک) آنان است ولی در صورتی که با درک صحیح و مشارکت مردان توأم شود با دشواری کمتری رو به رو خواهد بود. به عنوان مثال حاملگی و زایمان ممکن است عوارضی داشته باشد که زن ناگزیر از تحمل آن است. به همین دلیل، برای مادران چنین خطراتی در طول حیات، تجمع می‌یابد و ریشه در وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد دارد. به گونه‌ای که در آفریقا از هر ۲۱ زن و در شمال اروپا از هر ۹۸۵۰ نفر زنی که می‌میرد، یک مورد به علت حاملگی و زایمان است. در مطالعه دیگری این رقم برای کشورهای آفریقایی و ایالات متحده امریکا به ترتیب ۱ به ۲۸ و ۱ به ۶۶۴۵ اعلام شده است. میزان‌های ۵۰۰ تا ۸۰۰ مرگ مادر در مقابل هر صد هزار تولد برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه، امری عادی تلقی می‌شود حال آنکه در برخی کشورهای توسعه یافته این نسبت کمتر از ۱۰ است و در غرب استرالیا فقط ۴ درصد هزار اعلام شده است، سقط جنین به تنهایی مسئول یک پنجم از مرگ‌های مادران در کشورهای جهان سوم است و همانگونه که ملاحظه می‌گردد این اختلافات فاحش،

ناشی از جنسیت نیست بلکه حاکی از این واقعیت است که زنان در شرایط اقتصادی نامطلوب، خیلی آسیب‌پذیرتر از شرایط مطلوب هستند. زنان بنا به شرایط طبیعی، گاه سال‌ها با عوارض یائسگی و بیماری‌هایی که در این زمان حادث می‌شوند دست به‌گریبانند. عفونت‌های دستگاه تولید مثل در زنان نشانه‌های سبکتری دارد و در بسیاری از موارد، ناشناخته می‌ماند ولی عوارض و یادگارهای سختی همچون ناباروری را برجای می‌گذارد. در همه این موارد، توجه و همکاری مردان می‌تواند به کاهش میزان بروز کسالت‌ها و عوارض یادشده یا مقابله با آنها منجر شود.

هرچند بیماری‌های وابسته به دستگاه تولید مثل در زنان شایع‌تر از مردان است ولی محدودی از این گونه ناراحتی‌ها ابتدا مردان را دچار می‌کند و سپس به زنان انتقال می‌یابد. عفونت‌های دستگاه تولید مثل از آن جمله است که گاه با عوارض ناگوار و شدیدی مثل نازایی توأم می‌شود. «مشارکت مردان» همه آنچه را که در بهداشت باروری به مردان مربوط می‌شود و از آن جمله حقوق باروری و رفتارهای جنسی آنان را شامل می‌شود.

مشارکت مردان در بهداشت باروری دو جلوه عمده دارد:

- آنچه نشان دهد که مرد نیازها، عقاید و حقوق همسر خویش را در زمینه بهداشت باروری پذیرفته است و به آن عمل می‌کند
- آنچه به بهداشت جنسی خود و رفتار سالم او در این زمینه مربوط می‌شود.

در واقع منظور از مشارکت مردان، مسئولیت‌پذیری آنان در زمینه بهداشت باروری و حمایت همسر برای مقابله با دشواری‌های حیات جنسی و توفیق در این راه است. این مسئولیت‌پذیری از روابط سالم جنسی تا فرزندآوری و از تغذیه کودک تا تربیت فرزندان و حمایت‌های دیگر از او را شامل می‌شود.

مردان حتی در کشورهای توسعه یافته خیلی بیشتر از زنان در مواضع سرنوشت‌ساز سیاست‌گذاری، نشر مطبوعات، رهبری مذهبی و مدیریت برنامه‌های اجتماعی قرار دارند و در خانه نیز معمولاً سرپرستی خانواده با آنها است. بنابراین گرایش آنان به مسئولیت‌پذیری در برنامه‌های بهداشت باروری، بالقوه بر عملکرد آنان در خانواده، در محل کار، در آموزش و تربیت فرزندان، در توانمندسازی زنان، در کارهای خانه و در پیش گرفتن رفتاری منصفانه و عدالت محور، اثر می‌گذارد.

تغییر در آگاهی، نگرش و رفتار مرد و زن - هر دو - از پیش نیازهای ضروری در دست یافتن به شراکت متعادل و هماهنگ میان زن و شوهر است. نقش مرد در برقراری عدالت در میان دو جنس، اساسی و مهم است زیرا در همه جوامع و تقریباً در همه مراحل زندگی قدرت غالب در دست مردان است از این رو بهبود ارتباط میان زن و شوهر در باره موضوعات مربوط به رفتارهای جنسی و بهداشت باروری و شناخت مسئولیت‌های مشترک آنان اهمیت دارد تا این دو در حیات مشترک یا فردی خویش همواره یاور و شریک یکدیگر باشند.

نقش مردان در بهداشت باروری، به حکم مرد بودن آنان متنوع است: شریک جنسی برای زن، همسر، پدر، سرپرست خانواده، رهبری در جامعه و عموماً در دست داشتن سر رشته اقتصاد، اطلاعات، سیاست‌ها و برنامه‌ها.

بهداشت باروری، با مفاهیم گسترده خود، بر نقش مهم مردان در تربیت و نگهداری فرزندان تاکید دارد

مشارکت مردان در جنبه‌های مختلف بهداشت باروری، همانگونه که در تعالیم عالیه اسلام نیز آمده است به تقویت روابط درون خانواده و احساس مسئولیت بیشتر مردان در قبال آموزش، تربیت و سلامت فرزندان منجر می‌شود. مردان شریک باروری همسران خویشند. اگر در تمامی مراحل پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از آن، دوران شیردهی، بهنگام ابتلاء زن به بیماری‌ها و عوارض ناراحت کننده و در زمانی که حاملگی، به سقط منجر می‌شود، در کنار همسر و یاور او باشند تحمل سختی‌ها برای زن آسان تر می‌شود.

به‌طور خلاصه مردان، نیازمند آگاهی از نقش و اثر خود در قلمرو بهداشت باروری و نیازمند آموزش و اطلاع رسانی کافی هستند. زیرا دانش بسیاری از مردان در زمینه روابط جنسی، مراقبت‌های مورد نیاز زنان قبل از بارداری، در طول حاملگی و بعد از آن، شیردهی و تغذیه کودک و عفونت‌های دستگاه تولید مثل، اندک است و لذا برای افزایش آگاهی مردان در این زمینه‌ها و راهنمایی آن‌ها در باره تکالیفی که برعهده دارند نیاز به آموزش‌های ویژه‌ای می‌باشد.

بدون تردید آنچه به شیوع بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی، دامن می‌زند، بی بندوباری در روابط جنسی و رعایت نکردن حریم مقدس خانواده است. در سال‌های اخیر اشاعه دامنه *HIV/AIDS* به این گونه بیماری‌ها ابعاد و اهمیت بیشتری بخشیده است و همگان پذیرفته‌اند که برای مصون ماندن از آسیب‌های ناشی از این بیماری‌ها راهی جز محدود بودن روابط جنسی به مناسبات سالم میان زن و شوهر در چهارچوب خانواده و آموزش شیوه‌های صحیح همسرداری به مردان و زنان و حمایت از خانواده وجود ندارد.

خشونت

خشونت بعضی از مردان نسبت به زنان و تاحدودی هم خشونت برخی از زنان نسبت به مردان، در تمامی جوامع وجود دارد. ولی شرایط نامطلوب اقتصادی- اجتماعی مانند فقر، بیکاری و اعتیاد، زمینه‌های مناسبتری برای این پدیده را فراهم می‌سازد. جلوه‌های ناپیدای خشونت به صورت آنچه در محیط خانه از نظر روانی و عاطفی رخ می‌دهد بسیار بیش از جنبه‌های شدید جسمی رواج دارد. حوادثی چون جنگ و خانه بدوشی زمینه‌های مساعدتری برای خشونت نسبت به زنان و کودکان فراهم می‌سازد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه اطلاع در زمینه خشونت، اندک است به گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، برخی از کشورها مانند اکوادور و پرو برنامه‌های خاصی را برای اطلاع رسانی، آموزش مردم، مشاوره و کمک رسانی در موارد لازم به اجرا گذارده‌اند که نتیجه آن‌ها در کاهش میزان خشونت آشکار بوده است.

موانع

در بررسی‌های مختلف، مردان دلایل گوناگون را برای مخالفت خویش با بهداشت باروری و بی‌اعتنایی به آن اعلام داشته‌اند: ترس از کم شدن اقتدار و اختیار، نگرانی از خیانت همسر، واهمه دست زدن به اقدامی خلاف شرع، نگرانی از دست دادن قدرت باروری مردان نیجریه، فرزند را عطیه خداوند و جلوگیری از حاملگی را ایستادن در برابر خدا تلقی می‌کنند و ۶۵ درصد مردان ناحیه‌ای در غنا معتقدند که استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی، زنان را به فساد می‌کشاند. آگاهی یافتن از نگرش و رفتار مردان کشورمان در تمامی این زمینه‌ها محتاج تحقیق و گردآوری اطلاعات درست است، تا بتوان برپایه آنها برنامه‌های مناسبی طراحی کرد و به اجرا

گذاشت. عدم استقبال مردان از مشارکت در برنامه‌های بهداشت باروری، ریشه در سنت‌ها و عادت‌های مرسوم دارد و لذا برای افزایش میزان مشارکت مردان، تحقیق در زمینه موانع و علت‌های عمده گریز مردان از این گونه همکاری‌ها ضرورت دارد.

مراقبت‌های روانی - اجتماعی

اهمیت مراقبت روانی در زنان

تأمین سلامت اقشار مختلف جامعه یکی از مسائل اساسی هر کشور است که باید آن را از چهار جنبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، مدّ نظر قرار داد. تطابق و تعامل فرد با محیط، سلامت روان او را تأمین می‌نماید. انسانی روان سالم خواهد داشت که بخوبی خویشتن را با شرایط محیط بیرون وفق دهد و به یک سازگاری و توازن با خارج از وجود خود برسد از آنجایی که انسان از ابعاد مختلف فیزیولوژیک، بیولوژیک، اجتماعی، عاطفی، هیجانی و... تشکیل شده است لذا عوامل گوناگونی چون مسائل اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و... می‌تواند این سازگاری را برهم زند و موجب بروز اختلال و بیماری روانی گردد. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که شیوع اختلالات روانی بین دو جنس یکسان نیست. برخی بیماری‌های مختل کننده سلامت روان چون افسردگی و اضطراب در زنان بیش از مردان دیده می‌شود و علاوه بر تفاوت‌های بیولوژیکی و فیزیولوژیکی در دو جنس، عوامل اقتصادی - اجتماعی، سطح تحصیلات، خشونت‌ها و جایگاه زن در جامعه، زمینه ساز و تشدیدکننده این معضل هستند. نقش‌های متعدد و متنوع زن در جامعه، همچنین تضاد در ایفای این نقش‌ها باعث ایجاد تنش‌های روانی در او می‌شود. از اینرو اختلالات روانی چون افسردگی - اضطراب، انزوایی، وسواس فکری و عملی، فوبیا و سوماتیزاسیون در زنان، بیش از ۵-۲ برابر مردان دیده می‌شود مطالعات پراکنده‌ای که در ایران صورت گرفته است نیز شیوع بیماری‌های روانی بخصوص افسردگی و اضطراب را در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان ایرانی نشان داده‌اند. با توجه به این که از اولویت‌های بهداشتی و جامعه‌ای بخصوص جوامع در حال توسعه، بهبود وضعیت بهداشت روان است، همچنین سلامت روان، مهمترین عامل رشد و توسعه انسان‌ها است، تلاش جهت سیاستگذاری مناسب در راستای ارتقاء سطح سلامت روان، بر متولیان امر بهداشت، واجب است. ضمناً با عنایت به این که حدود نیمی از جمعیت جهان را زنان، تشکیل می‌دهند و سلامت آنها تضمین کننده سلامت کودکان و ضامن سلامت خانواده‌ها است لذا توجه به سلامت روان حائز اهمیت فراوانی خواهد بود.

توانمندسازی زنان

توانمندسازی زنان در جامعه و بهبود شرایط و مقام آنها از عوامل فردی دستیابی به سلامت روان در آنان است.

راهکارهای توانمندسازی زنان:

برقراری عدالت اجتماعی و جنسیتی علاوه بر ایجاد آرامش و تعادل روانی، موجب توانمندسازی زنان نیز

می‌شود.

از دیگر عوامل مؤثر در توانمند کردن زنها ایجاد امکان تحصیل و افزایش سطح تحصیلات آنها است چرا که بیسوادی، عدم آگاهی و یا حتی آگاهی ناقص آسیب‌پذیری زنان را در برابر شرایط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی، افزایش می‌دهد و لطمات زیادی را به دختران، زنان و خانواده‌های آنان می‌زند. هرچند طی دهه‌های اخیر، در کشور ایران هیچگونه محدودیتی برای تحصیلات عالی زنان وجود نداشته و ندارد ولی متأسفانه همچنان نگرش‌های سنتی جانبدارانه جنسیتی در بعضی از نقاط جهان، فرصت‌های آموزشی برابر را از دختران سلب می‌کند و به افتراق مابین دو جنس دامن می‌زند، به گونه‌ای که حدود ۶۰۰ میلیون زن بیسواد در دنیا بسر می‌برند (حدود ۲ برابر مردان)، که حل این معضل، مداخله جدی ارگان‌های ذیصلاح جهانی را می‌طلبد.

- فقر و ناتوانی اقتصادی در میان زنان به نوبه خود بر وضعیت اجتماعی و بهداشتی آنان تأثیر منفی دارد. زنان فقیر در برآوردن نیازهای اولیه تغذیه‌ای، بهداشتی، درمانی و حتی آموزشی خود ناتوان هستند این سیر نزولی به حذف زنان از فرآیند تصمیم‌گیری‌های مؤثر در زندگی خانوادگی و اجتماعی آنها می‌انجامد حق مالکیت و تصمیم‌گیری اقتصادی و داشتن منبع درآمد جزو حقوق مسلم زنان است. در کشورهایی که این معضلات وجود دارد سیاستمداران و متولیان امر بهداشت موظف به ارائه راهکارهایی جهت فقرزدایی زنان و ایجاد امکانات و تسهیلات اقتصادی و اشتغال برای زنان هستند.

حذف تبعیض شغلی

سلامت روان مستلزم داشتن جسمی سالم است زنان حق دارند از بالاترین سطح قابل حصول سلامت جسمانی و روانی برخوردار شوند افزایش دسترسی زنان به اطلاعات، مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت مناسب با توانایی مالی آنها باید از اهداف استراتژیک سیستم بهداشتی حاکم بر هر جامعه‌ای باشد. در این راستا سازمان جهانی بهداشت بکارگیری مجموعه فعالیت‌های مدیریتی را جهت استفاده مردمی از خدمات بهداشتی، واجب دانسته و بر لزوم نیل به اهداف ذیل، تأکید می‌نماید:

- سوق دادن تحقیقات بهداشتی به سوی افزایش کاربرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای زنان
- ظرفیت‌سازی در مدیریت برای بهبود کیفی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، با هدف قرار دادن زنان خانواده‌ها و مردم بویژه در مناطق محروم
- بهبود کیفیت خدمات پرستاری در سطح جامعه با توجه به این نکته که پرستاران بزرگترین گروه حرفه‌ای در بخش بهداشت هستند
- ترویج و حمایت از برنامه‌های شهر سالم و روستای سالم با استفاده از شرکت طیف وسیعی از مردم و گروه‌های زنان در نواحی مختلف
- توانمندسازی نیروی انسانی و بهبود برنامه‌های توانبخشی برای عموم خصوصاً زنان سرپرست خانواده، دختران نوجوان و زنان سالمند
- کاهش موارد مصدومیت در خانه برای تقلیل هزینه‌های بهداشتی و اجتماعی - اقتصادی این گونه مصدومیت‌ها، بویژه برای مادران و کودکان

- حمایت از ایجاد یک سیستم نظارت و ارائه گزارش کشوری از وضعیت بهداشتی زنان.

برنامه ریزی در سطح ملی برای گسترش خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی:

- دسترسی بیشتر به آب آشامیدنی سالم
- برنامه‌های ملی ایمن سازی
- مراقبت بیشتر از دختران نوجوان و زنان
- مراقبت بیشتر از مادران (در طول بارداری - حین زایمان و پس از زایمان)
- کنترل بیماری‌های آمیزشی بخصوص ایدز
- آموزش تغذیه.

نظری به آینده

هرچند که طی دهه‌های اخیر، پیشرفت‌های چشمگیری از لحاظ ادغام امور مربوط به جنسیت در برنامه‌های توسعه اجتماعی - اقتصادی فرهنگی در سراسر جهان از جمله ایران در راستای ارتقاء سطح سلامت جسم و روان زنان صورت گرفته است اما همچنان مشکلات زیادی پیش رو است که برنامه ریزی‌های گسترده‌ای را می‌طلبد. تدابیر نوین ایران در این راستا که از پشتیبانی سازمان جهانی بهداشت نیز برخوردار است شامل موارد زیر می‌باشد:

- تشویق به مرکزیت بخشیدن امور مربوط به جنس در راهکارهای فقرزدایی
- پرورش مهارت‌ها و توسعه کارآموزی به زنان
- ایجاد تسهیلات و امکانات تحصیل و آموزش برای زنان
- اجرای برنامه‌های هدفمند جهت رفع خشونت علیه زنان
- حمایت‌های قضایی از زنان
- تقویت نقش زن در عرصه توسعه و برنامه ریزی اقتصادی
- جلب مشارکت زنان در موقعیت‌های اجتماعی و سیاسی
- حمایت از فعالیت‌های نهادهای مختلف زنان
- حمایت از شبکه‌های سازمان‌های غیردولتی آگاهی به امور زنان و توسعه
- توجه بیشتر به حقوق بشر مربوط به زنان و توسط همه آژانس‌ها
- جلب مشارکت هرچه بیشتر رسانه‌ها
- حمایت‌های روانی از زنان و دختران نوجوان
- ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مربوط به زنان و دختران
- آموزش بهداشت به دختران و زنان
- تسهیلات مندرج در متن قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، که از سال ۱۴۰۰ ه ش به مورد اجرا

گذاشت شده است.

سیاست‌های کشوری و نقش قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در شکل‌گیری، انسجام و تداوم زندگی مشترک و سلامت باروری (بعضی از مواد و تبصره‌ها)

ماده ۳۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای آموزش‌های حین ازدواج، محتوای تدوین شده توسط شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده شورای عالی انقلاب فرهنگی را در زمینه بهداشت، سلامت باروری و فرزندآوری عیناً آموزش داده و آموزش‌های اخلاقی، حقوقی و روانشناختی حین ازدواج را به نهاد رهبری دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور واگذار نماید.

ماده ۴۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به تجهیز و راه اندازی حداقل یک مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح ۲ در دانشگاه‌های علوم پزشکی و حداقل یک مرکز ناباروری سطح ۳ به ازای هر استان اعم از دولتی و عمومی غیر دولتی در قالب نظام سطح بندی خدمات متناسب با الگوی جمعیتی اقدام نماید.

ماده ۴۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه گر، برنامه‌ها و اقدامات لازم را برای برخورداری همه زوج‌هایی که علی‌رغم اقدام به بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، صاحب فرزند نشده‌اند، از برنامه‌های معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک معالج به عمل آورد.

تبصره ۱- برای افراد بالای ۳۵ سال، مدت مذکور در ماده فوق از یک سال به شش ماه کاهش می یابد

تبصره ۲- کسانی که دچار سقط مکرر شده‌اند، مشمول ماده فوق هستند

تبصره ۳- شورای عالی بیمه موظف است حداکثر تا شش ماه پس از ابلاغ قانون، بسته خدمات پایه خود را به گونه ای تعریف نماید که شامل کلیه اقدامات مذکور در درمان ناباروری اولیه و ثانویه گردد.

ماده ۴۴- سازمان بازرسی کل کشور موظف است با همکاری وزارت بهداشت، نیروی انتظامی و سازمان‌های نظام پزشکی و پزشکی قانونی و دستگاه‌های امنیتی، سامانه همگانی ویژه ای جهت گزارش مردمی متخلفان فروش داروهای سقط، مشارکت در سقط غیرقانونی، سایتها و بسترهای مجازی معرفی کننده مراکز و افراد مشارکت کننده در سقط، توصیه‌های کادر بهداشتی و درمانی خارج از چارچوب کمیسیون سقط، شناسایی عناصر ترویج‌دهنده سقط عمدی را شناسایی و متخلفین را به مراجع قضائی معرفی نماید.

ماده ۴۵- شورای عالی بیمه مکلف است حداکثر تا ۶ ماه پس از ابلاغ این قانون، راهنمای بالینی استاندارد پوشش بیمه ای خدمات سلامت زنان، مادران باردار و نوزادان را از جمله ماماها و پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی در قالب سطح بندی خدمات با لحاظ نظام ارجاع، تدوین و ابلاغ نماید.

ماده ۴۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با رویکرد افزایش رشد جمعیت و تأکید بر اثرات مثبت بارداری و زایمان طبیعی، فواید فرزندآوری، کاهش فاصله ازدواج و فرزند اول و همچنین کاهش فاصله بین فرزندان، حداکثر تا یک سال پس از لازم الاجراشدن این قانون، نسبت به تغییر، اصلاح، تکمیل و بروزرسانی

علمی متون و منابع آموزشی، مضرات مادی و معنوی سقط جنین و عوارض استفاده از داروهای ضد بارداری، منع سزارین غیر ضروری، به بازآموزی و تربیت کارکنان و ارائه‌دهندگان این آموزش‌ها اقدام نماید و با آموزش کارکنان شبکه بهداشت و درمان برای مراجعین در تمامی بازه‌ی سنی باروری، به ازای تولد فرزند اول تا پنجم در جمعیت تحت پوشش و مطابق با دستورالعمل حمایتی موضوع این حکم، به ارائه‌دهندگان خدمات به صورت افزایش پلکانی، فوق‌العاده کمک به فرزندآوری پرداخت نماید.

ماده ۴۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با بازنگری دستورالعمل‌ها و متون آموزشی و ترویجی خود در جهت افزایش باروری و ثمرات بارداری و زایمان طبیعی در سلامت بانوان، هزینه‌های روحی، روانی و اقتصادی دوران بارداری را کاهش دهد و از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به امر بارداری ذیل عباراتی از قبیل پرخطر و ناخواسته در شبکه بهداشت، ممانعت به عمل آورد و از عبارت مراقبت ویژه به جای آنها استفاده کند.

ماده ۴۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه‌ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان انجام و متناسب با آمایش سرزمینی، ظرف حداکثر ۲ سال پس از ابلاغ این قانون، با توجه به استانداردهای سطح بندی ارائه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یکساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد دسترسی داشته باشند.

ماده ۵۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راستای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان سزارین نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی، اقدام به اجرای موارد ذیل نماید و گزارش اقدامات و نتایج حاصل را هر سه ماه یکبار به ستاد عالی جمعیت و خانواده ارائه نماید.

الف- یکپارچه سازی سیاست‌های ترویج زایمان طبیعی و کاهش سزارین در حوزه‌های بهداشت، درمان، آموزش، پژوهش، غذا، دارو، خدمات بیمه‌ای و برقراری ارتباط منطقی بین آنها

ب- آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی و آموزش‌های فردی به مادر باردار و خانواده

پ- برقراری نظام تضمین کیفیت مهارت آموزشی و ارائه خدمات مراقبت بارداری و زایمان در قالب کار گروهی توسط ماماها، پزشکان و متخصصان زنان و زایمان، اطفال، بیهوشی و بقیه کادر مرتبط

ت- پذیرش دستیار زنان و زایمان متناسب با سهمیه مناطق با اولویت مناطق محروم و ممانعت از خروج متخصصان از محل تعیین شده در زمان پذیرش سهمیه مناطق

ث- اصلاح تعرفه‌ها و کارانه در جهت افزایش زایمان طبیعی

ج- ممنوعیت پرداخت بیمه در موارد سزارین به درخواست مادر

چ- توسعه منظم و منسجم زایمان‌های بدون درد با تجهیز بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و تأمین متخصص و تکنسین بیهوشی و مانند آن به عنوان جایگزین سزارین به میزان سالانه پنج درصد افزایش، نسبت به سال پایه و تاثیر گذاری آن بر شاخص‌های اعتبارسنجی بیمارستان‌ها.

ح- ارتقای کیفیت مراقبتهای بارداری در راستای فرزند آوری و زایمان طبیعی، مبتنی بر پرونده الکترونیک یکپارچه و بر خط سلامت با امکان دسترسی در کلیه بخش‌های بهداشت و درمان دولتی و غیر دولتی، بر اساس استقرار راهنماهای بالینی سلامت مادر و جنین و با رعایت سطح بندی خدمات

خ- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به ارزشیابی عملکرد کادر بهداشتی - درمانی برحسب میزان رضایت مادران، در ارائه مراقبت با کیفیت بارداری و زایمان طبیعی و اعمال آن در کارانه ارائه دهندگان خدمات اقدام نماید. شاخص‌های ارزشیابی و شیوه نامه‌های مربوطه باید به تایید ستاد عالی جمعیت برسد.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است عملکرد بیمارستان‌ها در زمینه کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان سزارین نسبت به نرخ کل زایمان را به عنوان پیش نیاز اعتباربخشی به بیمارستان‌ها قرار دهد

ذ- وزارت بهداشت مکلف است ۵ درصد از بودجه‌های عمرانی خود را به بهبود کیفیت محیط‌های زایشگاهی از نظر فیزیکی و بهداشتی اختصاص دهد. از سال سوم اجرای این قانون پرداخت سهم هر زایشگاه منوط به افزایش میزان رضایت مادران باردار از محیط فیزیکی زایشگاه می باشد.

تبصره: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به ارتقاء مهارت مامایی کشور و افزایش تعداد ماماهاى فعال در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها به طرق مختلف از جمله تعهد خدمت به گونه‌ای اقدام نماید که ظرف مدت دو سال پس از لازم الاجرا شدن این قانون به ازای هر دو مادر در حال زایمان یک ماما در کل مدت فرآیند زایمان طبیعی حاضر باشد

ماده ۵۱- هرگونه توزیع رایگان و ارائه اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن وسایل پیشگیری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

تبصره ۱- وزارت بهداشت مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن قانون، منطبق بر منابع معتبر پزشکی دستورالعمل ارائه دارو، خدمات و اقلام مرتبط با جلوگیری از بارداری را برای افرادی که بارداری باعث خطر جانی برای مادر و یا جنین می‌شود تهیه و با تصویب ستاد عالی جمعیت و خانواده اجرایی نماید.

تبصره ۲- هرگونه ارائه داروهای هورمونی جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور باید مطابق دستورالعمل فوق و با تجویز پزشک باشد.

ماده ۵۲- عقیم سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت پذیری در آنها ضعیف یا بسیار دشوار باشد (همچون بستن لوله‌ها) ممنوع است. عقیم سازی زنان در مواردی که بارداری برای مادر، خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جسمی جدی یا حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد می‌کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا حرج مذکور با پیشگیری‌های موقت امکان پذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دبیرخانه شورای انقلاب فرهنگی و سازمان پزشکی قانونی حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون، منطبق بر منابع معتبر پزشکی با رعایت

شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور، دستورالعمل موارد و شیوه‌های مجاز برای عقیم سازی در مواردی که خطر جانی برای مادر دارد را تهیه و با تایید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اجرائی نماید. (لطفا توضیحات کامل در خصوص مواد و تبصره‌های مندرج در قانون حمایت از خانواده را در وبگاه مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در آدرس <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266> مطالعه فرمایید)

منابع

1. Sioban D. Harlow: "Menstruation and Menstrual Disorders: The Epidemiology of Menstruation and Menstrual dysfunction." in " Women & Health" by Marlene B. Goldman, Maureen C. Hatch, Section 3,p.81 – 125
2. Glorian Sorensen: "Social Determinants of Health " in "Women & Health" by Marlene B. Goldman, Maureen C. Hatch, Section 7,p.523 – 598
3. Department of Reproductive health and Research Family and Community Health WHO, Geneva: HIV – infected Women and their Families: Psychosocial Support and related issues ; A Literature review.

۴- انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، دفتر صندوق جمعیت ملل متحد: مشارکت مردان در بهداشت باروری -

پاییز ۱۳۷۹

۵ - انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، دفتر صندوق جمعیت ملل متحد: مراقبتهای دوران بارداری - ورزشی و

بارداری - پاییز ۱۳۷۹

۶ - انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، دفتر صندوق جمعیت ملل متحد: ایدز و بیماریهای مقاربتی - پاییز

۱۳۷۹

۷ - انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، دفتر صندوق جمعیت ملل متحد: بهداشت بلوغ دختران - پاییز ۱۳۷۹

۸ - سودابه امیری: زنان در حرکت نقش آژانس های سازمان ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران - سازمان ملل متحد،

تهران، جمهوری اسلامی ایران - ۲۰۰۱

۹ - صندوق جمعیت ملل متحد: کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه - قاهره ۱۹۹۵

۱۰- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب مجلس شورای

اسلامی در سال ۱۳۹۹. در آدرس: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266> قابل دسترس در فروردین‌ماه

۱۴۰۲ ه.ش.