

مشاوره سلامت باروری قبل از ازدواج، قبل و حین بارداری

دکتر سمیرا شهباززادگان
متخصص سلامت باروری

۳۰ نوامبر

اهداف

- مروری بر وضعیت کنونی جمعیت
- چالش ها و راهکارهای موثر بر افزایش جمعیت
- مشاوره سلامت باروری قبل از ازدواج
- مشاوره سلامت باروری قبل بارداری
- مشاوره سلامت باروری حین بارداری

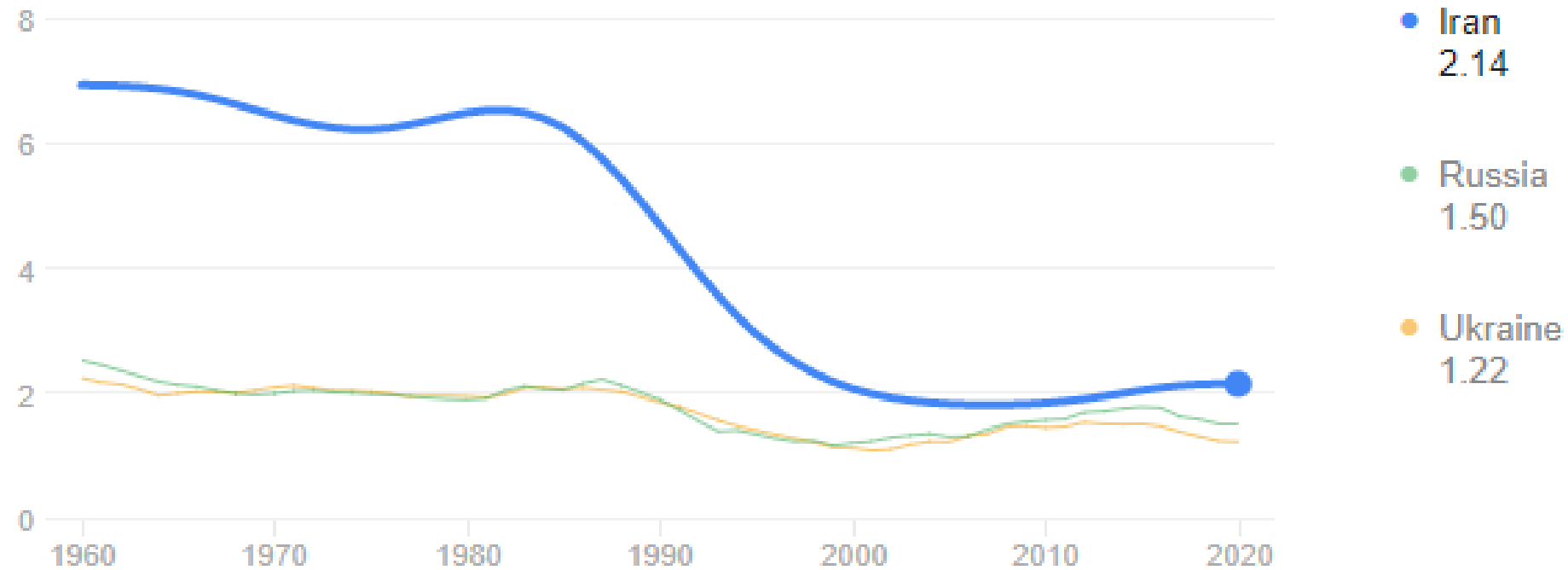
برخی داده های آماری از وضعیت جمعیت کشور

- کاهش میانگین نرخ باروری کل (عمومی) از ۶.۳ در سال ۱۳۶۵ به ۱.۶ درصد در سال ۱۳۹۰.
- کاهش میانگین رشد سالانه (طبیعی) جمعیت از ۳.۹ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۱.۲۹ درصد در سال ۱۳۹۰ چنین کاهشی در این فاصله زمانی در دنیا بی سابقه است.
- کاهش بعد خانوار از عدد ۵.۱۱ در سال ۱۳۶۵ به حدود ۳.۵ در سال ۱۳۹۰.

برخی داده های آماری از وضعیت جمعیت کشور

- کاهش میزان جمعیت زیر ۱۵ سال (جمعیت جوان) کشور از ۴۶ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۲۳ درصد در سال ۱۳۹۰.
- افزایش جمعیت واقع در سن فعالیت (۱۵-۶۴ سال) از ۵۶.۱ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۷۰.۸ درصد در سال ۱۳۹۰ و این یعنی سالخوردگی شدید کشور در سال های آتی.
- افزایش جمعیت سالخورده کشور از ۳ به ۶ درصد که روند افزایش آن شتابان ادامه خواهد داشت و بر طبق یک پیش بینی در سال ۱۴۸۰ به ۴۷ درصد می رسد.
- کاهش میزان جمعیت ایران بر اساس پیش بینی ها در سال ۱۴۸۰ به ۳۱ میلیون نفر.

2.14 births per woman (2020)



کاهش نرخ باروری کلی از ۲/۱ در سال ۱۳۹۵ به ۱/۷۴ در سال ۱۳۹۸

- ترکیب و ساختار جمعیت کشور و کاهش سطح باروری است.
- در حالی که ساختار هرم سنی در سال های ۱۳۳۵ کاملاً جوان بوده و سهم قابل توجهی از جمعیت کشور (۴۲.۲ درصد) در سنین ۰-۱۴ سال قرار داشتند،
- از سال ۱۳۷۵ به بعد، با کاهش سهم جمعیت ۱۴-۰ سال، قاعده هرم سنی در حال جمع شدن بوده و در سال ۱۳۹۵، سهم این گروه به ۲۴ درصد کاهش یافته است. در مقابل، سهم جمعیت ۶۴-۱۵ سال و ۶۵ سال و بیشتر در جمعیت کشور افزایش یافته و ترکیب غالب جمعیت کشور به سمت میانسالی پیشرفت کرده است.

سیمای جمعیتی ایران؛ سال ۱۴۰۰

جمعیت کل کشور

۸۴/۱ میلیون نفر

نسبت سالمندی

۷/۲

نسبت سالمندی

۶/۴



۴۱/۶
میلیون نفر

جمعیت واقع در
سن کار (میلیون نفر)

۲۸/۹

زیر ۱۵ سال
(میلیون نفر)

۹/۷

سالمند
(میلیون نفر)
۳/۰

+۸۰

۷۵-۷۹

۷۰-۷۴

۶۵-۶۹

۶۰-۶۴

۵۵-۵۹

۵۰-۵۴

۴۵-۴۹

۴۰-۴۴

۳۵-۳۹

۳۰-۳۴

۲۵-۲۹

۲۰-۲۴

۱۵-۱۹

۱۰-۱۴

۵-۹

۰-۴

سالمند
(میلیون نفر)
۲/۷



۴۲/۵
میلیون نفر

جمعیت واقع در
سن کار (میلیون نفر)

۲۹/۵

زیر ۱۵ سال
(میلیون نفر)

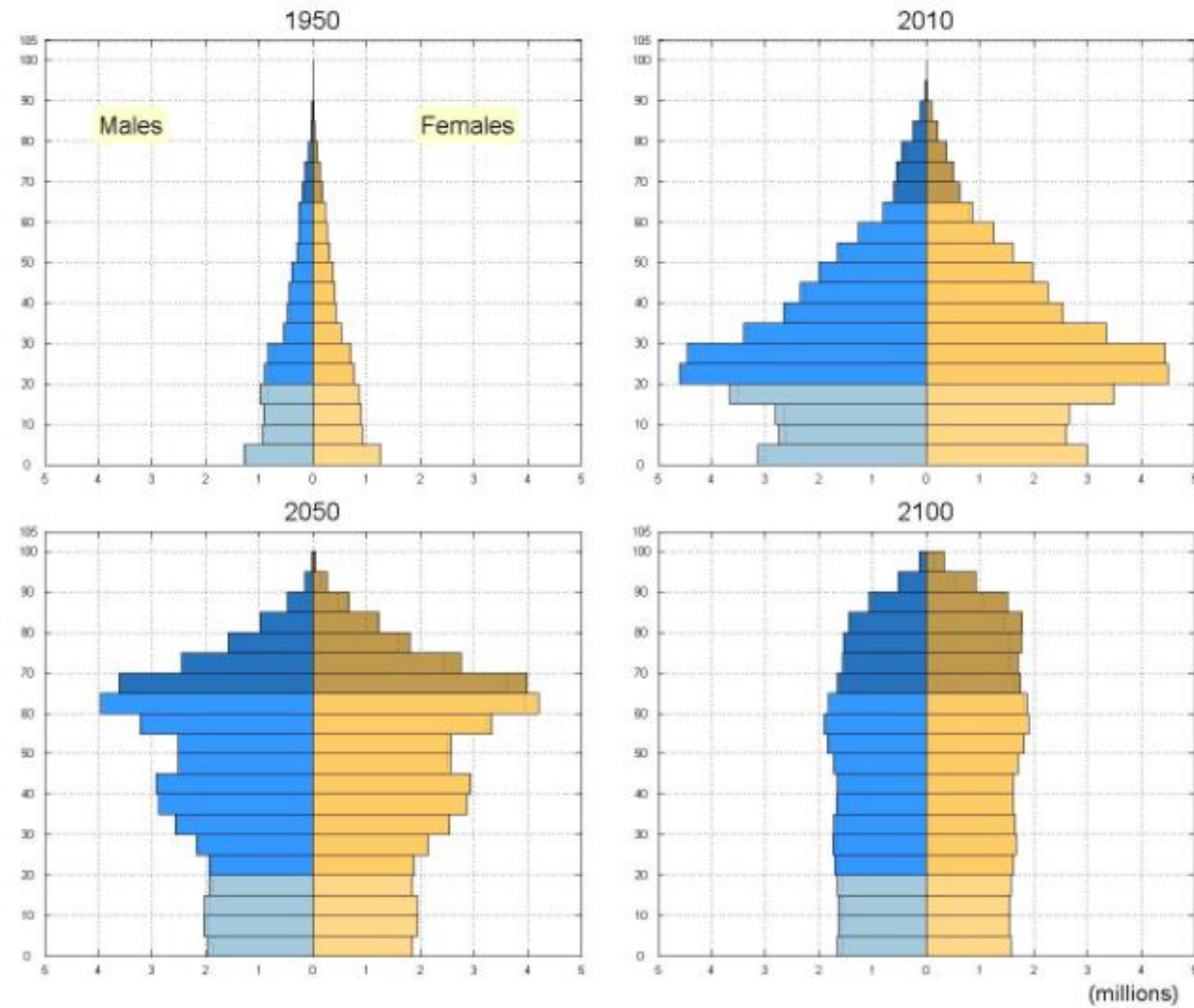
۱۰/۲

جمعیت (هزار نفر)

هرم سنی ایران در سال ۱۴۰۰

ماخذ: مرکز آمار ایران، گزارش پیش‌بینی جمعیت و خانوار به تفکیک مناطق شهری و روستایی، استان و شهرستان - سال ۱۴۰۰

Population by age groups and sex (absolute numbers)

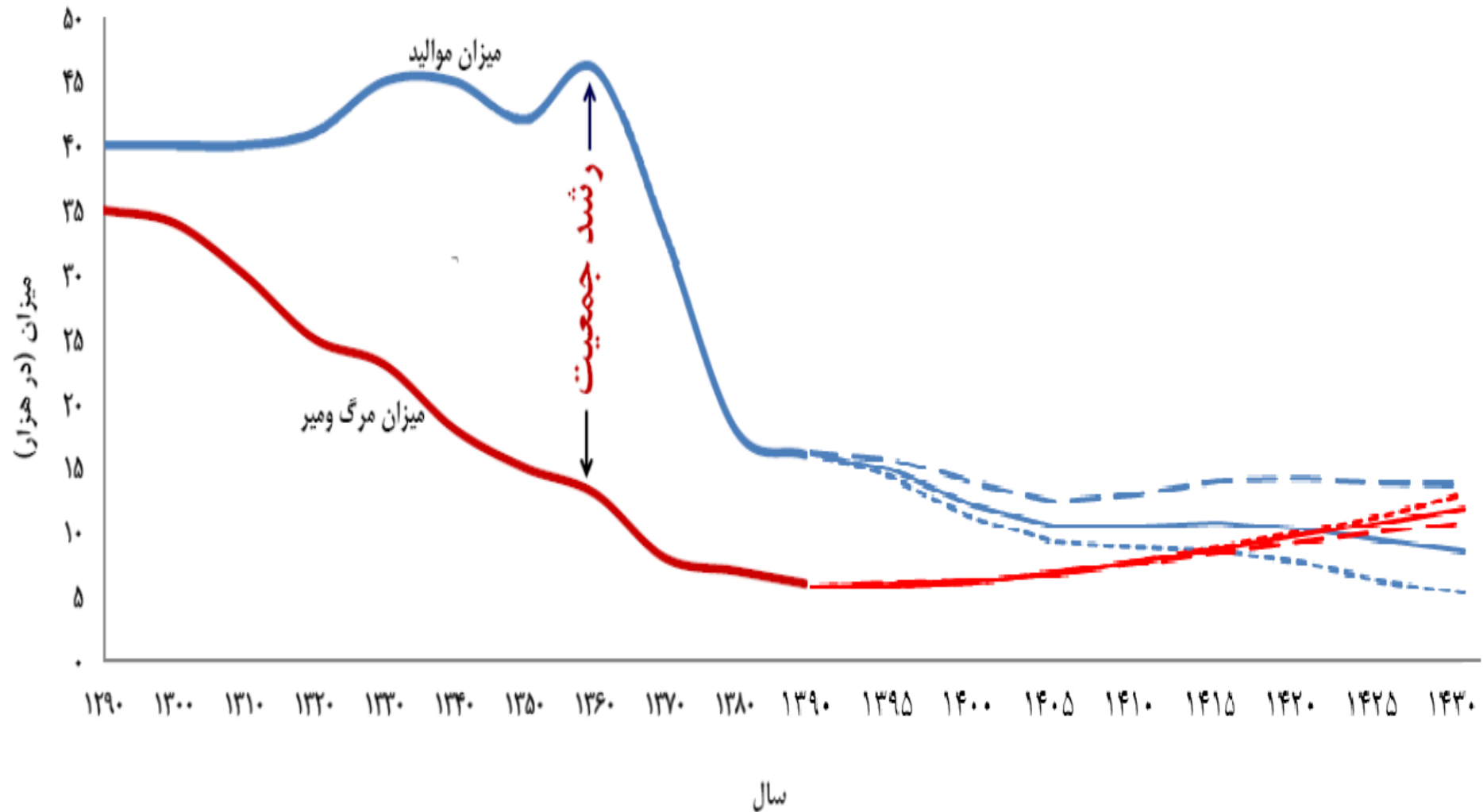


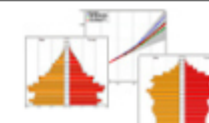
The dotted line indicates the excess male or female population in certain age groups. The data are in thousands or millions.

United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division
 World Population Prospects: The 2010, Volume II: Demographic Profiles

521

مراحل گذار جمعیتی ایران، ۱۳۹۰-۱۲۹۰
و پیش‌بینی آینده در سه سناریو





[Home](#)

[Documentation](#)

[Introduction](#)

[Selected Results](#)

[Publications](#)

[Software Tools](#)

[1. Figures: Input](#)

[Fertility](#)

[Fertility-Change Model](#)

[Probabilistic Projections](#)

[Life Expectancy at Birth](#)

[Life-Exp.-Change Model: Female](#)

[Prob. Projections: Female](#)

[Prob. Projections: Male](#)

[Prob. Proj.: M/F gap](#)

[Prob. Proj.: M/F comparison](#)

[Prob. Projections vs. WPP2010](#)

[2. Figures: Results](#)

[Total Population](#)

[Population Age 0-14](#)

[Population Age 15-64](#)

[Population Age 65+](#)

[Child Dependency Ratio](#)

[Old-age Dependency Ratio](#)

[Total Dependency Ratio](#)

[3. Data](#)

[Input Data](#)

[Summary Output Data](#)

[Other Information](#)

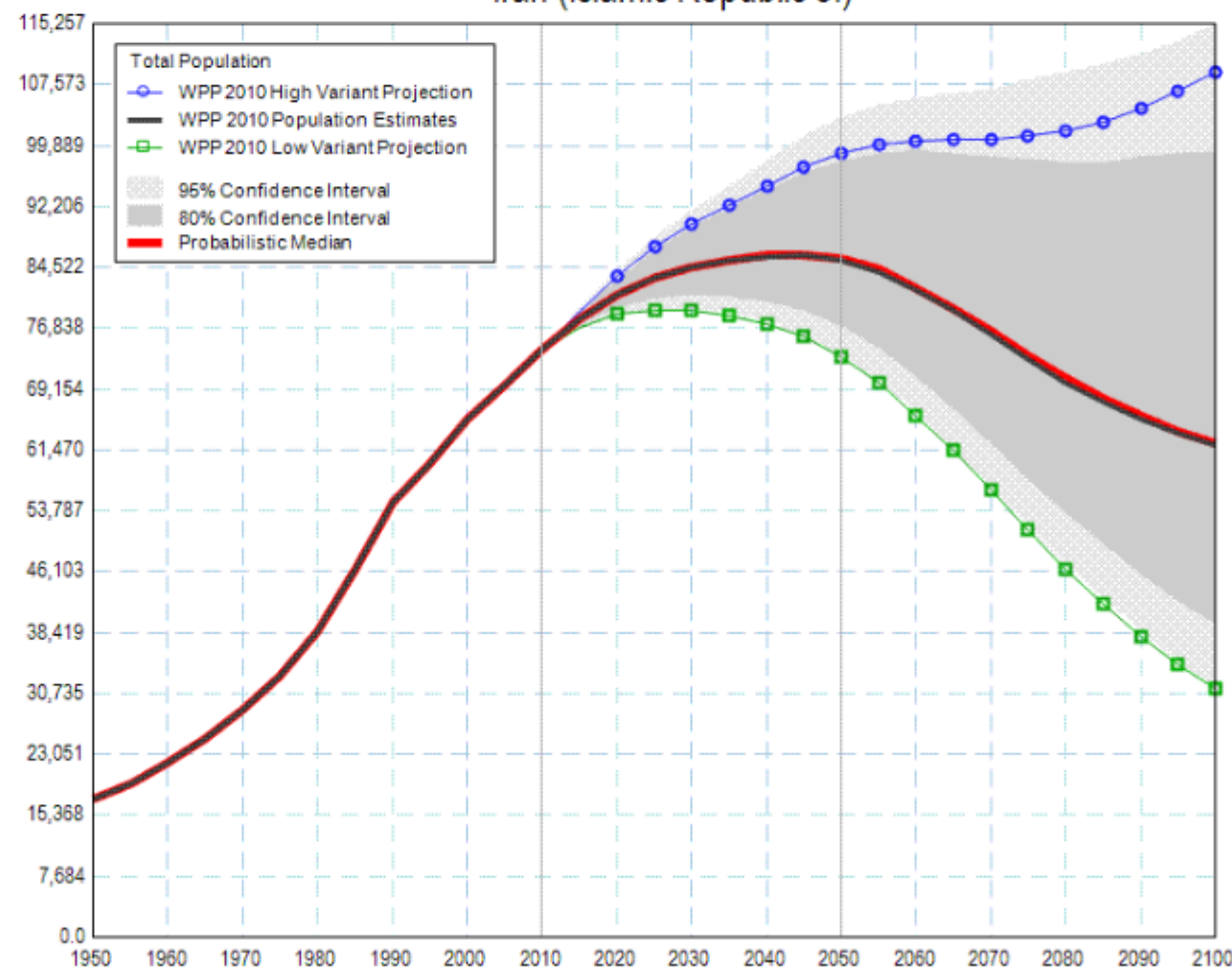
[Order CD-ROM](#)

[Contact: Projection Section](#)

Probabilistic Population Projections: Total Population (thousands)

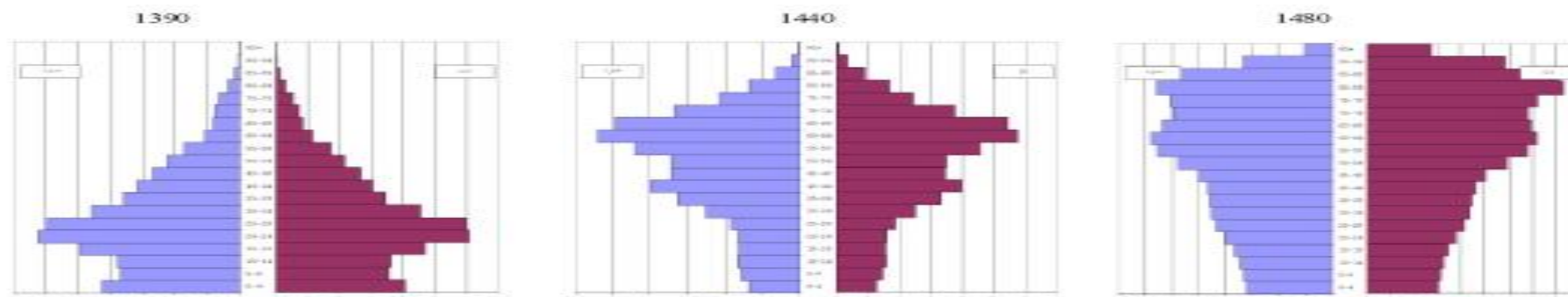
Based on the 2010 Revision of the World Population Prospects.

Iran (Islamic Republic of)

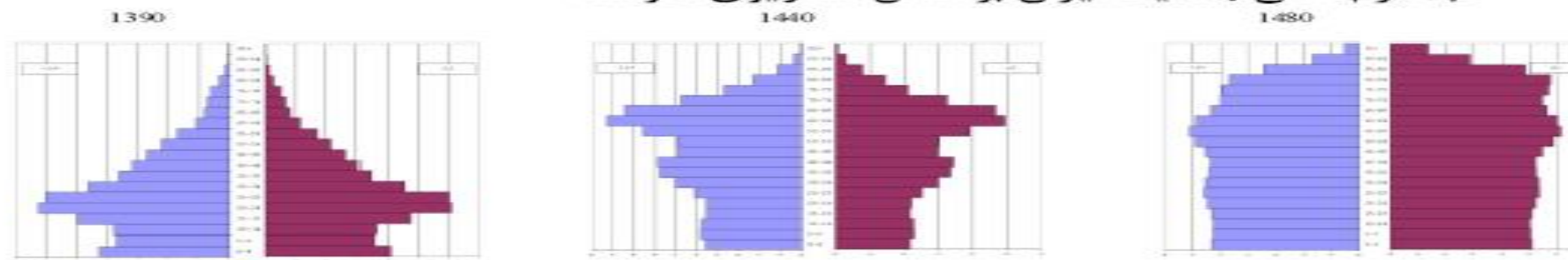


هرم های سنی جمعیت ایران براساس سه سناریوی رشد

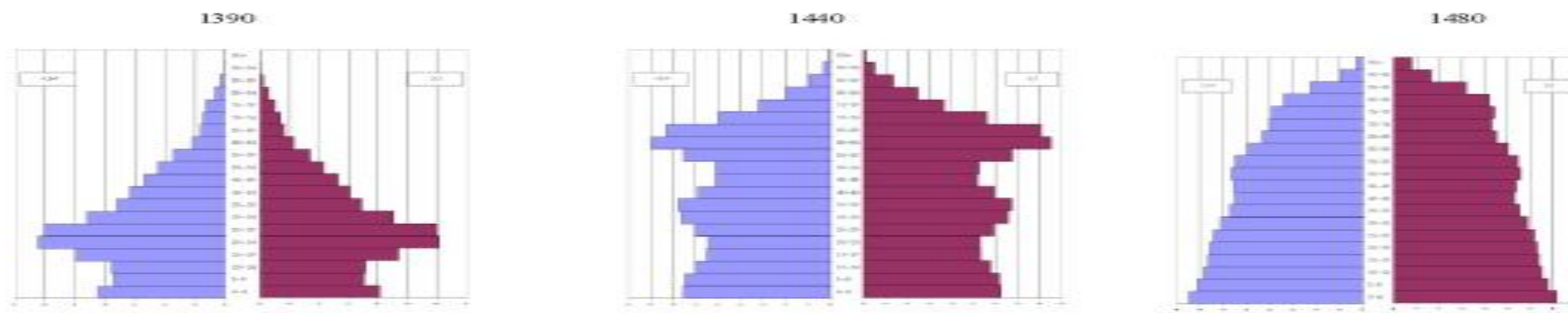
الف) هرم سنی جمعیت ایران براساس سناریوی پایین



ب) هرم سنی جمعیت ایران براساس سناریوی متوسط



ج) هرم سنی جمعیت ایران براساس سناریوی بالا



پیش بینی تعداد جمعیت ایران (میلیون نفر) بر اساس ۳ سناریوی سازمان ملل در سال ۲۰۱۰

سال	تعداد جمعیت کشور بر اساس سه سناریوی			رشد جمعیت کشور بر اساس سه سناریوی		
	کم	متوسط	بالا	کم	متوسط	بالا
۱۳۸۰	65,342	65,342	65,342			
۱۳۹۰	73,974	73,974	73,974	1.19	1.19	1.19
۱۴۰۰	78,657	81,045	83,433	0.43	0.79	1.14
۱۴۱۰	78,985	84,439	89,908	-0.04	0.31	0.63
۱۴۲۰	77,392	85,893	94,747	-0.26	0.14	0.52
۱۴۳۰	73,214	85,344	98,932	-0.67	-0.15	0.38
۱۴۴۰	65,880	81,684	100,473	-1.17	-0.53	0.09
۱۴۵۰	56,414	76,016	100,728	-1.66	-0.77	0.03
۱۴۶۰	46,417	70,002	101,723	-1.99	-0.82	0.13
۱۴۷۰	37,998	65,353	104,553	-1.96	-0.63	0.32
۱۴۸۰	31,397	62,059	109,195	-1.87	-0.49	0.46

Source: World Population Prospects (The 2010 Revision), <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

نرخ باروری کل در جهان، آسیا و ایران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۵

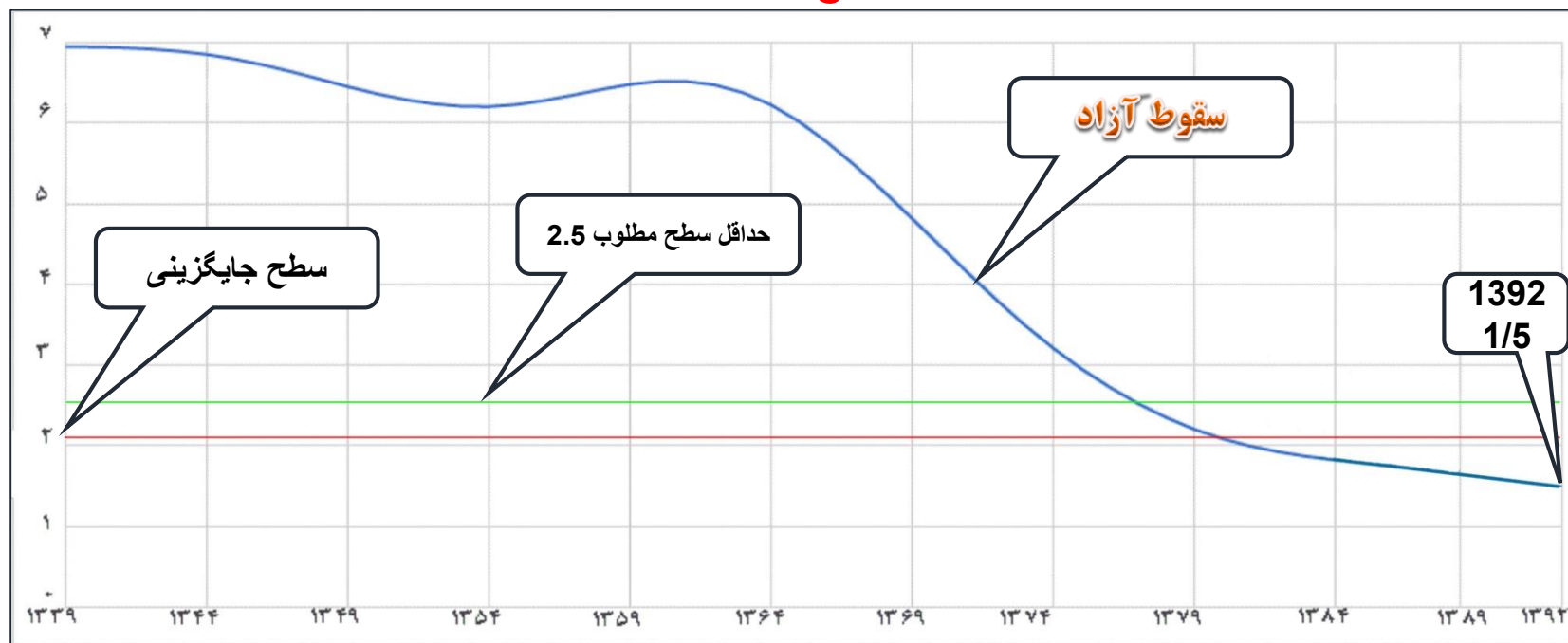


منبع: United Nations, Department of Economic and Social Affairs

نرخ باروری جایگزین: حداقل نرخ باروری برای حفظ جمعیت یک کشور

حداقل میزان جایگزینی والدین (۲ نفر) با در نظر گرفتن حوادث مختلف (+۰.۱)

نرخ باروری کمتر از ۲.۱ (سطح جایگزینی) = کاهش تدریجی جمعیت و نهایتاً انقراض نسل



مساله و معضل جمعیتی

- بنابراین زمانی که پدیده‌ها و دگرگونی‌های جمعیتی ناهماهنگ و غیر متوازن باشند؛ **مساله و معضل جمعیتی** را در پی خواهند داشت و ادامه این روند می‌تواند **بحران** در مباحث جمعیتی را در پی داشته و لزوم پیگیری سریع و بی وقفه و **اتخاذ راهبردها و راهکارهای** خروج از بحران را می‌طلبد.

پیش فرض های برنامه ریزی ها

✓ ۱- ضرورت فهم دقیق مسئله

سخن ما با نهادهای قانون گذار، سیاست گذار و برنامه ریز این است که قبل از تحلیل مسئله، نخست باید موضوع به درستی فهم و تحلیل و سپس برنامه ریزی و سیاست گذاری برای اصلاح صورت.

✓ ۲- شناسایی دقیق عوامل بحران جمعیتی

پیش از تدوین و تصویب هرگونه سیاست جمعیتی، باید عوامل و ریشه های شکل گیری بحران یا مسئله جمعیتی را به طور دقیق شناسایی کرد.

✓ ۳- ایجاد وفاق اجتماعی درباره سیاست جمعیتی

بی تردید، شرط موفقیت هر سیاست جمعیت، همراهی و همدلی اقشار گوناگون، به ویژه اندیشه ورزان جامعه و گروه های مرجع و اثرگذار اجتماعی با آن سیاست است.

✓ ۴- تعیین دقیق اهداف عینی و عملی

سیاست گذاران و برنامه ریزان جامعه، به هنگام تدوین سیاست جمعیتی، باید اهداف عینی و عملی را که در پی تحقق آن هستند، به طور دقیق مشخص ساخته و معلوم کنند که در بازه زمانی موردنظر چگونه باید دگرگونی های جمعیتی را با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه، هماهنگ ساخت.

✓ ۵- به کارگیری همه ظرفیت‌ها و توانمندی‌های جامعه

تحقق سیاست جمعیتی، مستلزم اقدام‌های گسترده آموزشی، تبلیغی، ترویجی، پزشکی، بهداشتی، اقتصادی و... است. بنابراین، برای محقق شدن اهداف پیش‌بینی شده در سیاست جمعیتی باید از همه ظرفیت‌ها و توانمندی‌های سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی، به صورت هدفمند و سازمان یافته بهره گرفت.

✓ ۶- ارزیابی دقیق عملکرد سازمان‌ها و نهادهای مسئول

برای تحقق اهداف عینی و عملی سیاست جمعیتی در بازه زمانی معین شده باید به‌طور مستمر عملکرد سازمان‌ها و نهادهایی که در برنامه اجرایی سیاست جمعیتی به آنها نقش‌ها و مسئولیت‌هایی سپرده شده است مورد ارزیابی قرار داد.

✓ ۷- پایش مستمر تغییرات جمعیتی

تجربه سیاست جمعیتی نظام جمهوری اسلامی در دهه هفتاد و هشتاد نشان داد که عدم پایش نتایج حاصل از اعمال سیاست‌های جمعیتی، می‌تواند کشور را با بحران جمعیتی تازه‌ای مواجه کند. بنابراین، پس از تعیین دقیق اهداف عینی و عملی سیاست جمعیتی باید به‌طور دقیق و مستمر تغییرات ابعاد جمعیت پایش شود.

سیاست‌های جمعیتی

(population policy) مجموعه‌ی اصول، تدابیر و تصمیمات مدون جمعیتی است که در کشور اتخاذ می‌شود و حدود فعالیت‌ها را در رابطه با مسایل جمعیتی یا اموری که نتایج جمعیتی دارند تعیین می‌کند. هدف سیاست‌های جمعیتی منطقی کردن و هماهنگ ساختن دگرگونی‌های جمعیتی با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است تا رفاه و بهروزی بیشتر جمعیت را فراهم سازد (تقوی، ۱۳۸۳، ص ۱۴۳).

تأثیر جمعیت بر اقتصاد

دیدگاه	عنوان	نظریه پرداز
بهترین عامل تحرک و تکامل اقتصاد «نرخ باروری انسانی» است	برنده نوبل اقتصاد در ۱۹۷۰	ساموئلسون 
رشد جمعیت، عامل رشد طبیعی اقتصاد است	اقتصاددان انگلیسی	هارود 
وجود یک نرخ رشد مثبت جمعیت، برای فرایند رشد اقتصادی ضروری است	برنده نوبل اقتصاد در ۱۹۸۷	سولو 
کارایی نهایی سرمایه با نرخ رشد جمعیت برابر است	برنده نوبل اقتصاد در ۲۰۰۶	فلپس 
همبستگی معناداری بین «جمعیت بالاتر» و «درآمد سرانه‌ی پایین‌تر» وجود ندارد	برنده نوبل اقتصاد در ۱۹۷۱	کوزنتس 
با کنترل جمعیت، رشد اقتصادی کنترل و محدود می‌شود	برنده نوبل اقتصاد در ۱۹۷۲	آرو 
این‌که با گسترش درآمد و قدرت خرید خانوار (افزایش امکانات انتخاب) تعداد بیشتری فرزند مورد تقاضای خانواده‌ها قرار بگیرد درست نیست.	برنده نوبل اقتصاد در ۱۹۹۲	بکر 

[Home](#)[Browse ▾](#)[Journal Info ▾](#)[Guide for Authors](#)[Submit Manuscript](#)[Reviewers](#)[Contact Us](#)[Login](#)[Register](#)

Female Deprivation: A Study on the Sex Ratio in Ardabil-Iran During the Last Decade

Document Type : Short Communications

Author

Samira Shahbazzadegan  

Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

 10.22038/JMRH.2022.65965.1925

Abstract

In recent years, population growth has faced to serious challenges. In addition to population decline, some demographic changes could exacerbate the population crisis. One of them is the sex ratio of birth. This study was conducted to investigate the sex ratio in Ardabil from 2011 to 2022. In this cross-sectional study, data of the last ten years in all rural and urban areas of Ardabil were collected. The results showed that in addition to the decreasing trend of live births in Ardabil, the sex ratio is higher than normal and has an increasing trend. The highest sex ratio was observed in 2022, when there were 127 live boys' births versus 100 girls, is higher than all reports so far in the world. This trend is threatened the regeneration. Some of the solutions in this field is to create a culture and eliminate preventing social factors to have girls.



Articles in Press,
Accepted
Manuscript
Available Online
from 31 July
2022

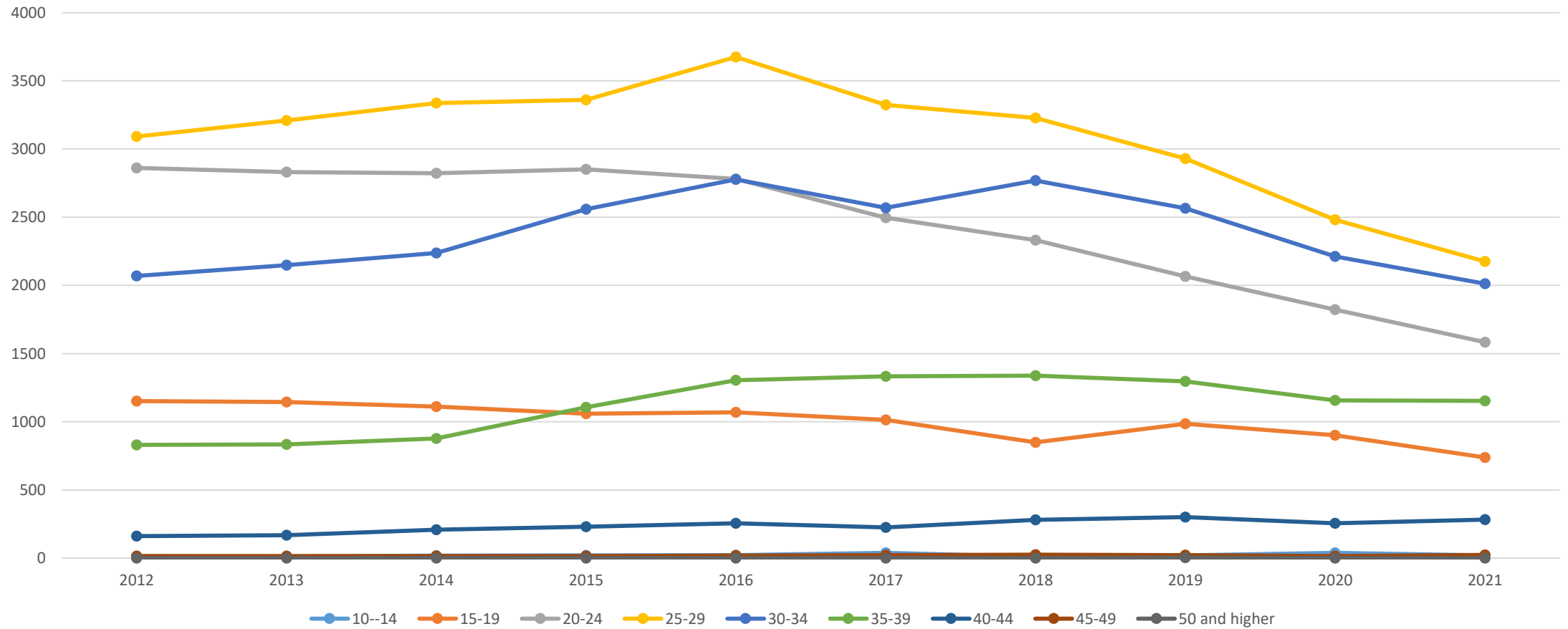
Files

 XML

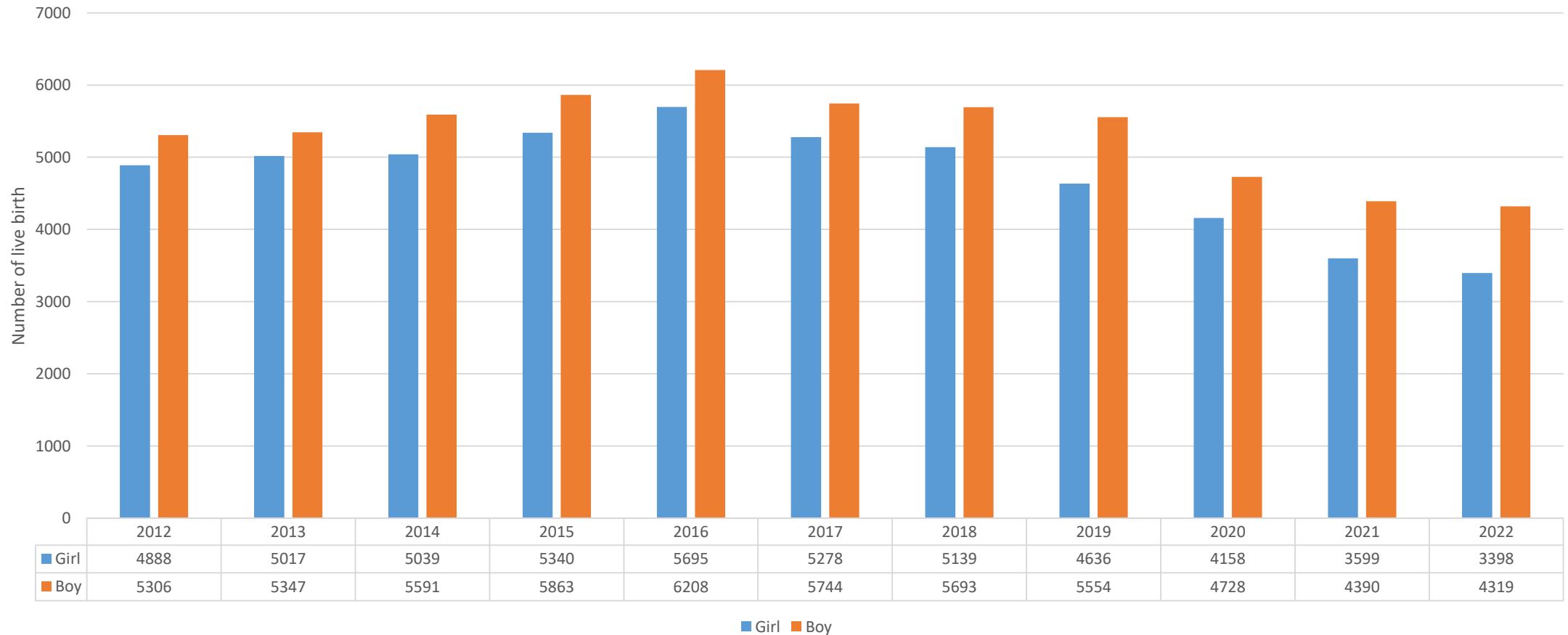
Share

How to cite

Number of live births by gender of in Ardabil city from 2012 to 2022

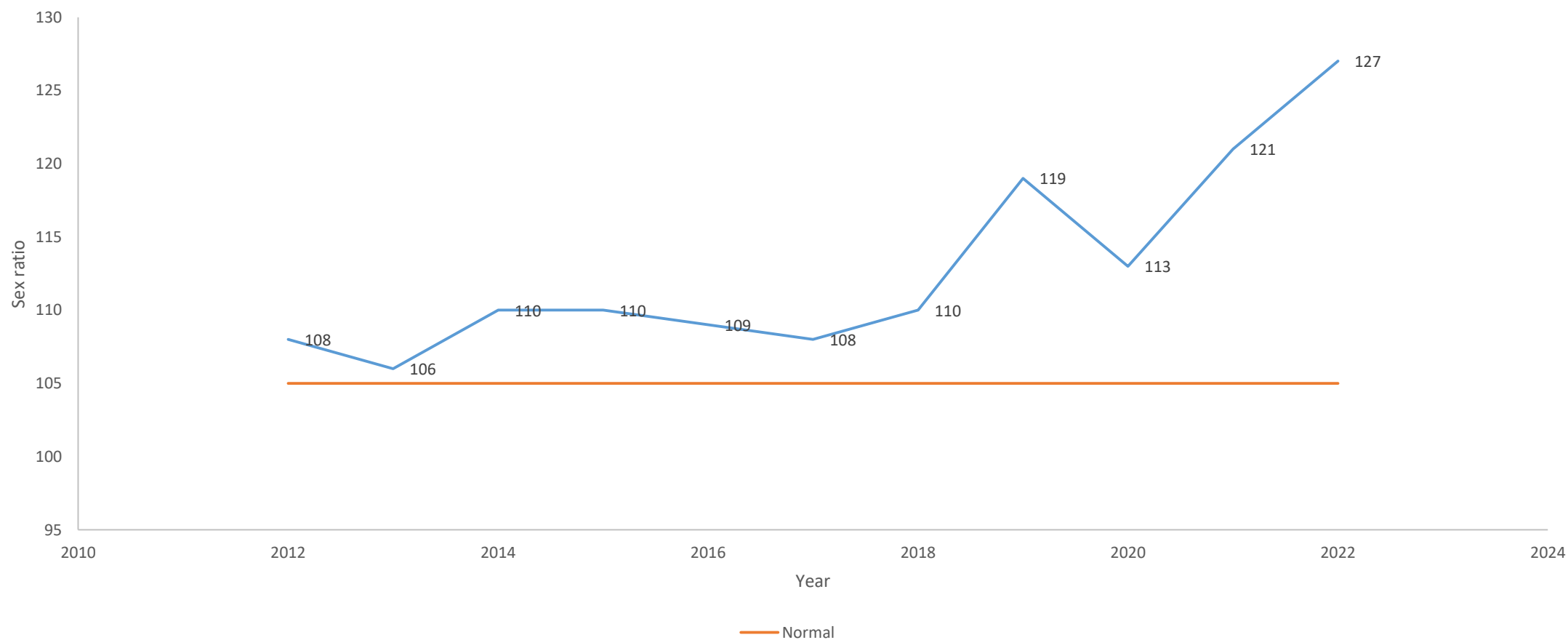


Number of live births by gender of in Ardabil city from 2012 to 2022





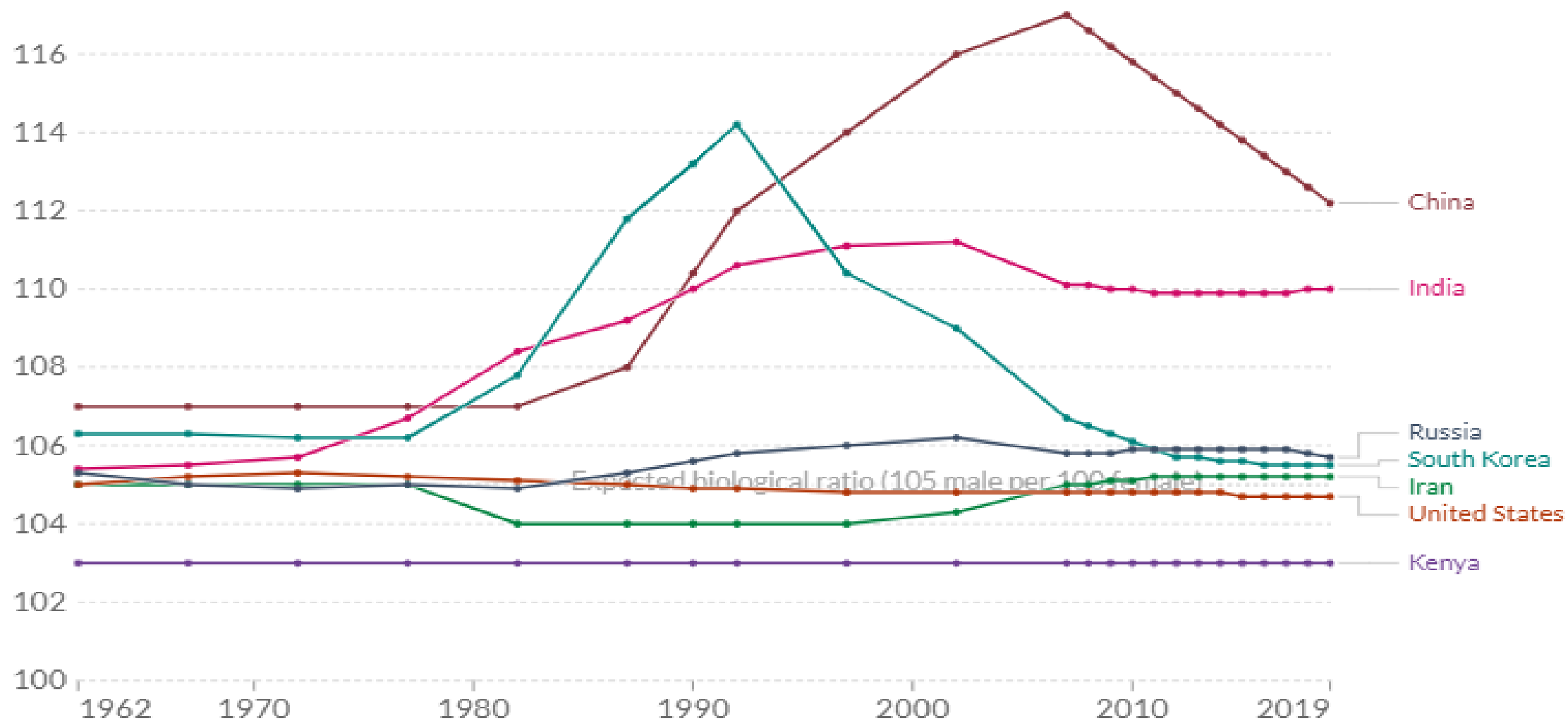
Sex ratio of Ardabil city from 2012 to 2022



Sex ratio at birth, 1962 to 2019

The sex ratio at birth is measured as the number of newborn boys for every 100 newborn girls.

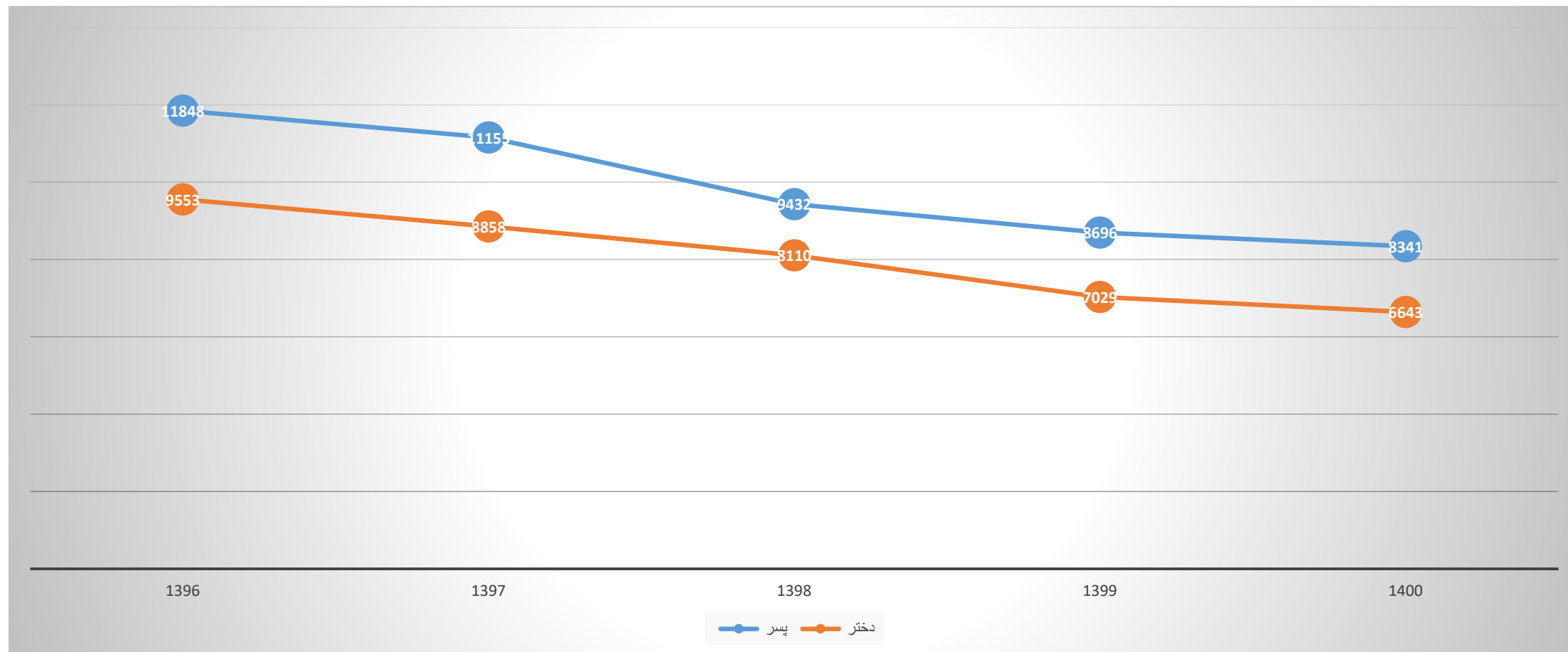
[+ Add country](#)



تولد و نسبت تولد به تفکیک جنسیت در استان اردبیل از ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰

سال	تولد نوزاد پسر	تولد نوزاد دختر	تولد نوزاد دختر مورد انتظار	نسبت جنسی	کاهش دختر
۱۴۰۰	۸۳۴۱	۶۶۴۳	۷۹۴۳	۱۲۵/۵	۱۳۰۰
۱۳۹۹	۸۶۹۶	۷۰۲۹	۸۲۸۱	۱۲۳	۱۲۵۲
۱۳۹۸	۹۴۳۲	۸۱۱۰	۸۹۸۲	۱۱۶	۸۷۲
۱۳۹۷	۱۱۱۵۵	۸۸۵۸	۱۰۶۲۳	۱۲۶	۱۷۶۵
۱۳۹۶	۱۱۸۴۸	۹۵۵۳	۱۱۲۸۳	۱۲۴	۱۷۳۰
کل ۵ سال	۴۹۴۷۲	۴۰۱۹۳	۴۷۱۱۲	۱۲۲/۹	۶۹۱۹

نسبت تولد به تفکیک جنسیت در استان اردبیل از ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰

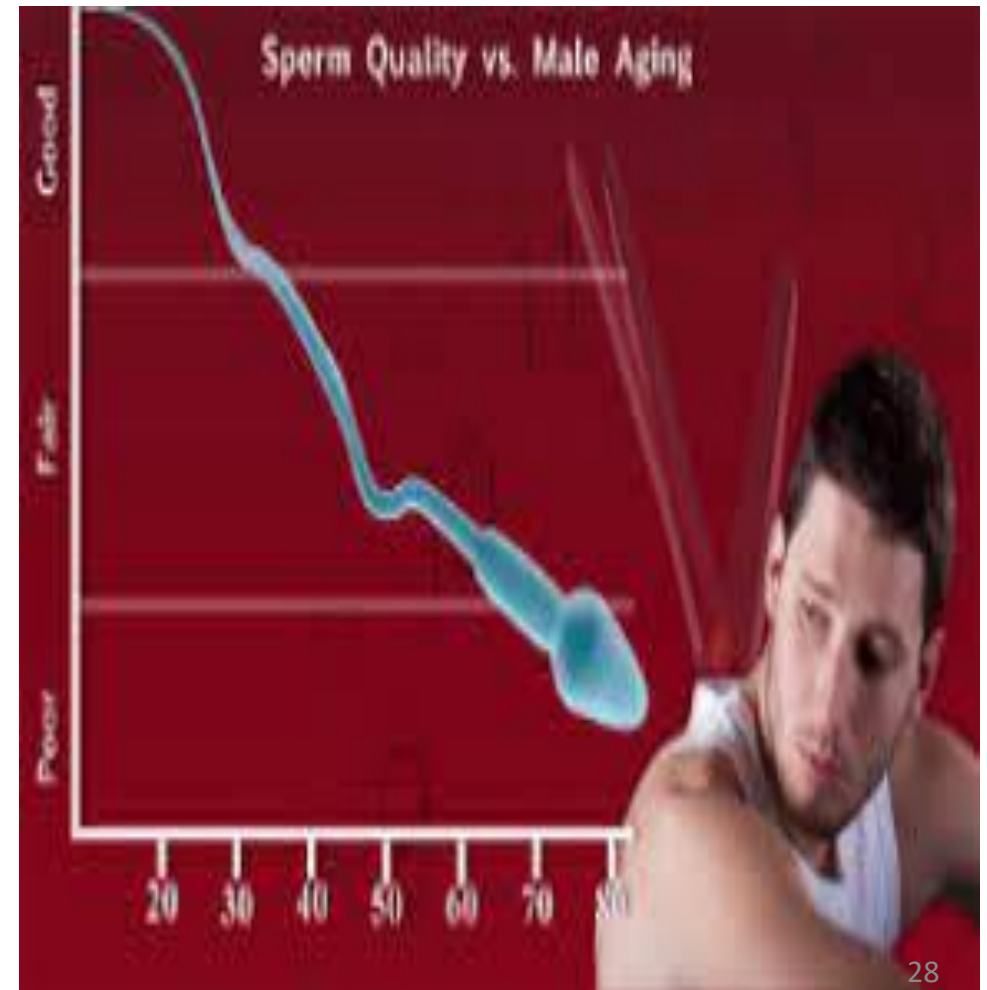
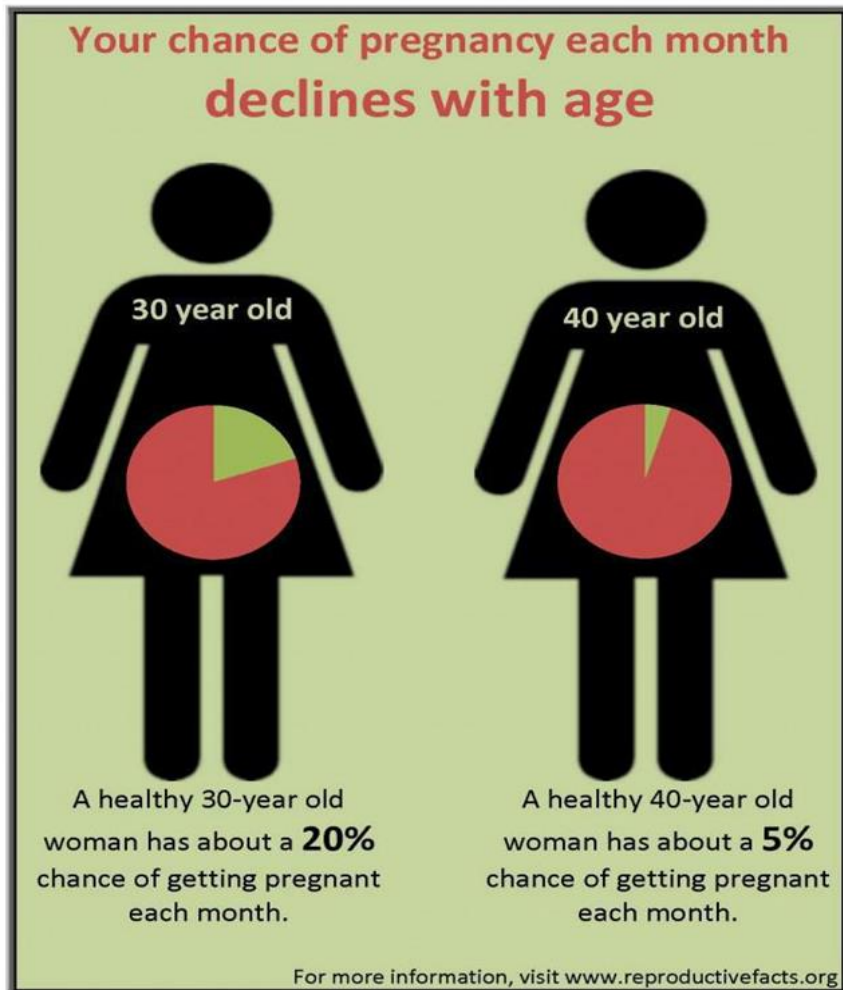




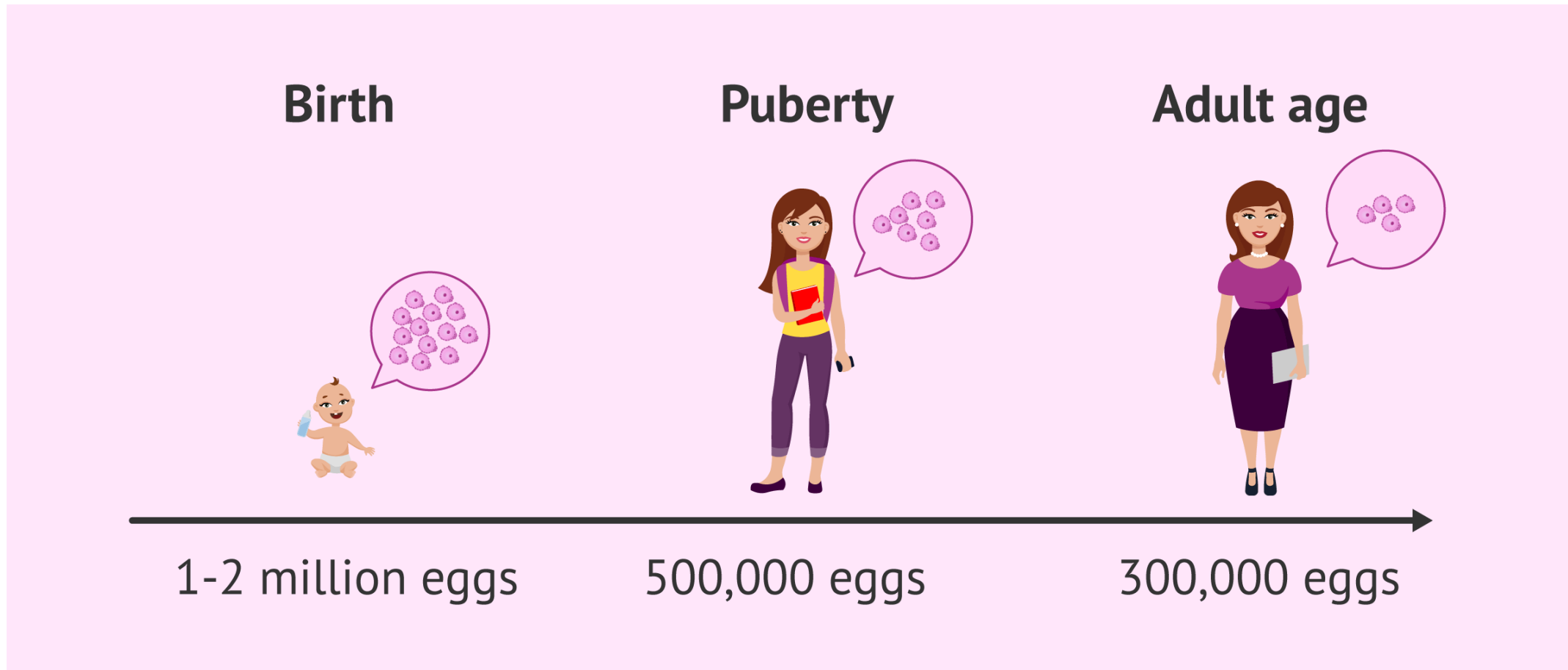
راهکار

- ازدواج به هنگام، آسان و آگاهانه و پایدار
- مهارت ارتباطی در روابط بین فردی
- فرزندآوری
- عوارض روش های هورمونی پیشگیری از بارداری
- پیشگیری از سقط

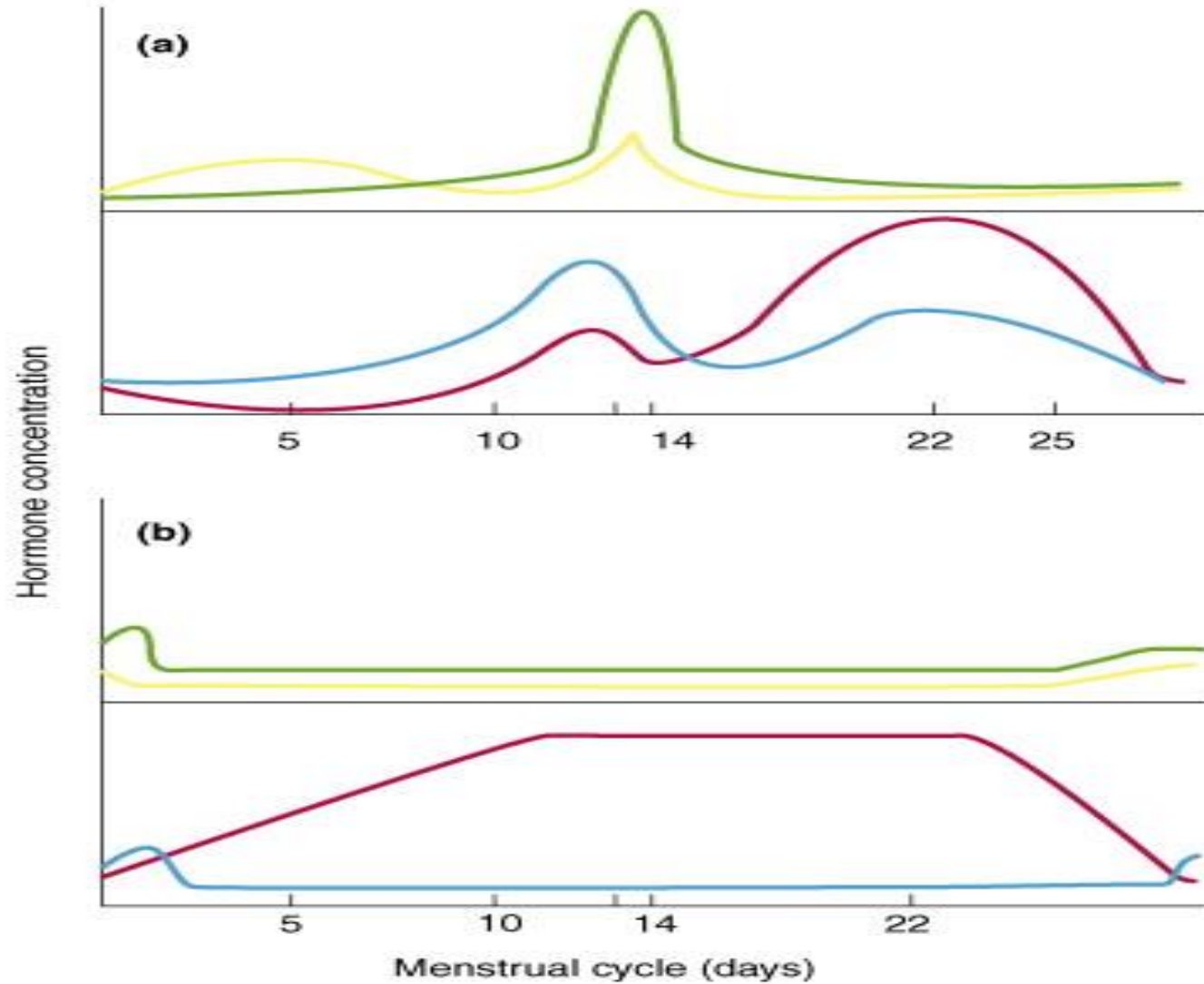
معایب ازدواج دیر هنگام از نظر باروری



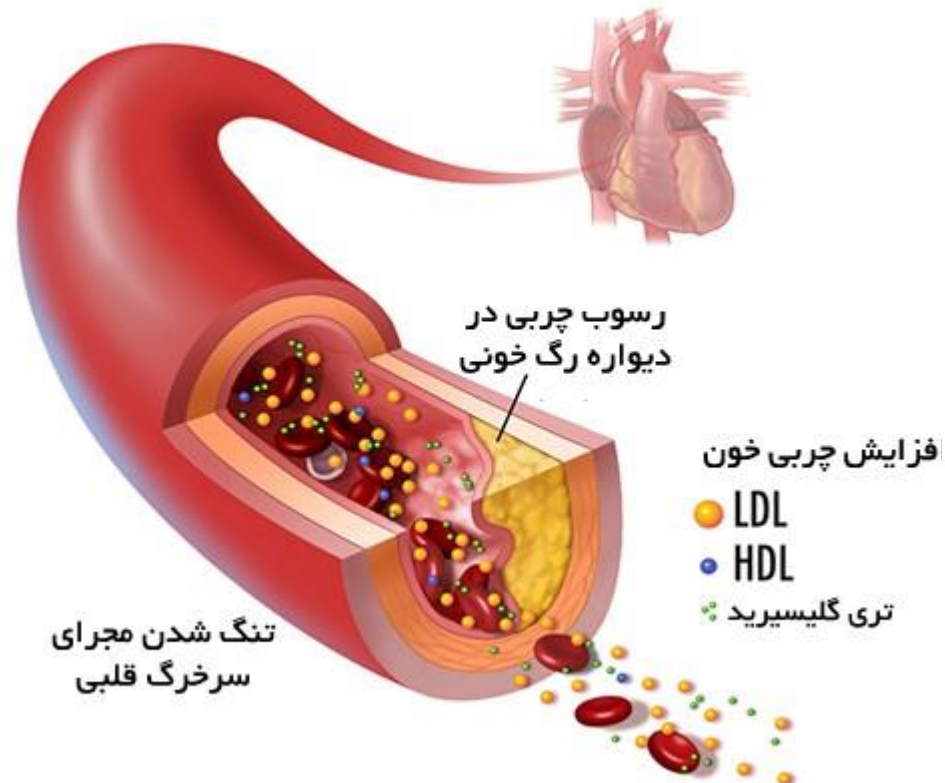
معایب ازدواج دیر هنگام از نظر باروری



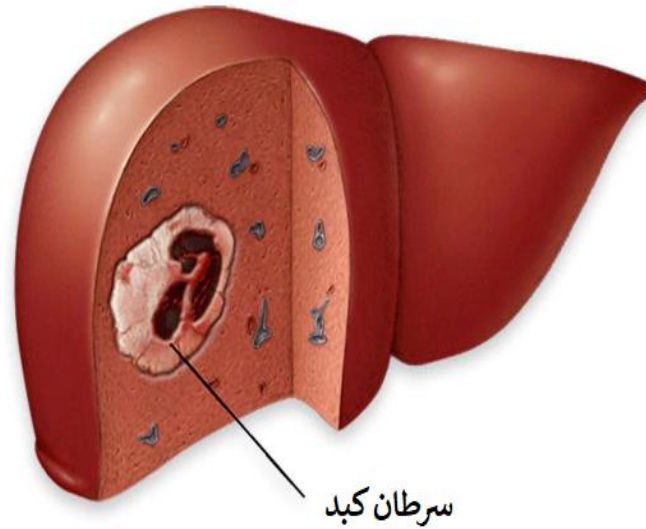
Level of LH FSH



مهمترین عوارض قرص های ضد بارداری



مهمترین عوارض قرص های ضد بارداری



RESEARCH

Open Access



Association between past oral contraceptive use and the prevalence of hypertension in postmenopausal women: the fifth (2010–2012) Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V)

JungJu Lee¹, Hyunsuk Jeong^{2*}, Joo Hee Yoon³ and Hyeon Woo Yim²

Abstract

Background: There is little evidence as to whether the use of oral contraceptives(OC) during the fertile years affects the development of postmenopausal hypertension. This study aimed to evaluate the association between past use of OC and development of hypertension in postmenopausal women.

Methods: This was a cross-sectional study conducted using data from the Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey of postmenopausal women. Subjects were classified into three groups based on past OC use duration: nonusers, short-term users(0–30 months), and long-term users(≥ 30 months). We evaluated the development of hypertension in women after menopause. A multivariable logistic regression model was used to identify the association between the use of OC during the fertile years and the prevalence of hypertension after menopause following adjustment for potential confounding factors.

Results: Of the 3,386 postmenopausal women, 2,713 were nonusers of OC, 489 were short-term users, and 184 were long-term users. Women who had used OC for 30 months or more had a significantly greater prevalence of hypertension after menopause than those who had never taken OC. The association between taking OC for 30 months or more during the fertile years and the prevalence of hypertension after menopause was significant following adjustment for potential confounding factors (adjusted OR:1.75; 95%CI:1.12–2.74).

Conclusion: This study identified an association between past OC use and an increased prevalence of hypertension in postmenopausal women. Our results suggest that long-term use of OC during the fertile years can be an important risk factor for subsequent hypertension after menopause.



عوارض سقط

سقط جنین خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد.

- **سوراخ شدن رحم**

- **عفونت**

- **خونریزی**

- **آمبولی مایع آمنیوتیک**

- **واکنش های بیهوشی**

- **الزام به هیستریکتومی**





سورپرایزهای بارداری

- سلامتی تبدیل به عادت می شود
- پایان دیسمنوره
- کاهش خطر سرطان
- تقویت حواس
- افزایش اعتماد به نفس

پروفسور امیلی گراندر از دانشکده بهداشت و

طب گرمسیری لندن می‌گوید:

«ازدواج و مادر شدن تأثیر زیادی در سلامت

آینده زنان دارد و در برخی موارد به اندازه

وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد اهمیت

دارد.»

Rejuvenating effect of pregnancy on the mother

Tal Falick Michaeli, M.D.,^a Yehudit Bergman, Ph.D.,^a and Yuval Gielchinsky, M.D., Ph.D.^{a,b}

^a Rubin Chair in Medical Science, Department of Developmental Biology and Cancer Research, IMRIC, Hebrew University-Hadassah Medical School; and ^b Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel

Aging is associated with reduced tissue regenerative capacity. In recent years, studies in mice have shown that transfusion of blood from young animals to old ones can reverse some aging effects and increase regenerative potential similar to that seen in young animals. Because pregnancy is a unique biological model of a partially shared blood system, we have speculated that pregnancy would have a rejuvenating effect on the mother. Recent studies support this idea. In this review, we will summarize the current knowledge of the rejuvenating effect of pregnancy on the mother. (Fertil Steril® 2015;103:1125–8. ©2015 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Aging, regeneration, rejuvenation, pregnancy

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://fertstertforum.com/michaelit-rejuvenation-pregnancy-mother/>



Use your smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article now.*

* Download a free QR code scanner by searching for "QR scanner" in your smartphone's app store or app marketplace.

White Matter Plasticity and Enhanced Remyelination in the Maternal CNS

Christopher Gregg, Viktor Shikar, Peter Larsen, Gloria Mak, Andrew Chojnacki, V. Wee Yong, and Samuel Weiss

Hotchkiss Brain Institute, Departments of Cell Biology, and Anatomy and Clinical Neurosciences, Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada T2N 4N1

Myelination, the process in which oligodendrocytes coat CNS axons with a myelin sheath, represents an important but poorly understood form of neural plasticity that may be sexually dimorphic in the adult CNS. Remission of multiple sclerosis during pregnancy led us to hypothesize that remyelination is enhanced in the maternal brain. Here we report an increase in the generation of myelin-forming oligodendrocytes and in the number of myelinated axons in the maternal murine CNS. Remarkably, pregnant mice have an enhanced ability to remyelinate white matter lesions. The hormone prolactin regulates oligodendrocyte precursor proliferation and mimics the regenerative effects of pregnancy. This suggests that maternal white matter plasticity imparts a striking ability to repair demyelination and identifies prolactin as a potential therapeutic agent.

Key words: remyelination; pregnancy; oligodendrocyte; proliferation; maternal; multiple sclerosis

Introduction

Oligodendrocytes coat the axons of the CNS, forming the myelin sheath that insulates and supports the axons.

indicate structural and functional gender differences in the white matter of the CNS (Gur et al., 1999; Allen et al., 2003; Haier et al., 2003).



SHORT TAKE

The rejuvenating effect of pregnancy on muscle regeneration

Tal Falick Michaeli,¹ Neri Laufer,² Jitka Yehudit Sagiv,¹ Avigail Dreazen,³ Zvi Granot,¹ Eli Pikarsky,⁴ Yehudit Bergman¹ and Yuval Gielchinsky^{1,2}

¹Rubin Chair in Medical Science, Department of Developmental Biology & Cancer Research, IMRIC, Hebrew University-Hadassah Medical School, 91120 Jerusalem, Israel

²Department of Obstetrics & Gynecology, Hadassah-Hebrew University Medical Center, 91120 Jerusalem, Israel

³Department of Biochemistry & Molecular Biology, IMRIC, Hebrew University-Hadassah Medical School, 91120 Jerusalem, Israel

⁴Department of Pathology & the Lautenberg Center for Immunology, IMRIC, Hebrew University-Hadassah Medical School, 91120 Jerusalem, Israel

Summary

Aging is characterized by reduced tissue regenerative capacity attributed to a diminished responsiveness of tissue-specific stem cells. With increasing age, resident precursor cells in muscle tissues

A considerable body of research focused on negative effects of aging on skeletal muscle regeneration. The activation of aged satellite cells and the regenerative potential of aged muscle can be restored by forced activation of Notch signaling pathway, demonstrating that the intrinsic regenerative capacity of aged satellite cells remains intact (Conboy *et al.*, 2003). In rats, aged muscle successfully regenerates when grafted into a young host, and young muscle displays impaired regeneration when grafted into an aged host. Heterochronic parabiosis in mice (connecting the blood circulations of a young and an old animal) can restore muscle regenerative capacity (Conboy *et al.*, 2005). Pregnancy can be viewed as a natural state akin to parabiosis, where organisms partly share blood systems – in this case, an adult organism (the pregnant mother) is exposed to extremely young organisms (the fetuses). We recently showed that pregnancy restores the regenerative capacity of the aged liver in mice (Gielchinsky *et al.*, 2010). We therefore set out to examine whether pregnancy affects the declining capacity for muscle regeneration in old mice.

نقش فرزند در تحکیم خانواده

- فرزند و فضای عاطفی – ارتباطی خانواده
- فرزند و هدف مندی زندگی
- فرزند و تحول روانی والدین
- فرزند و بهداشت روانی والدین
- فرزند و سلامت جسمانی والدین

فرزند سالاری

کاهش روابط
اجتماعی

بلوغ زودرس

آسیب های تک
فرزندی

کاهش انسجام
خانواده

جایگزینی
رسانه

تضعیف شبکه
ارتباطی
خویشاوندی



فرزند سالاری

افزایش توقع و زود
رنجی

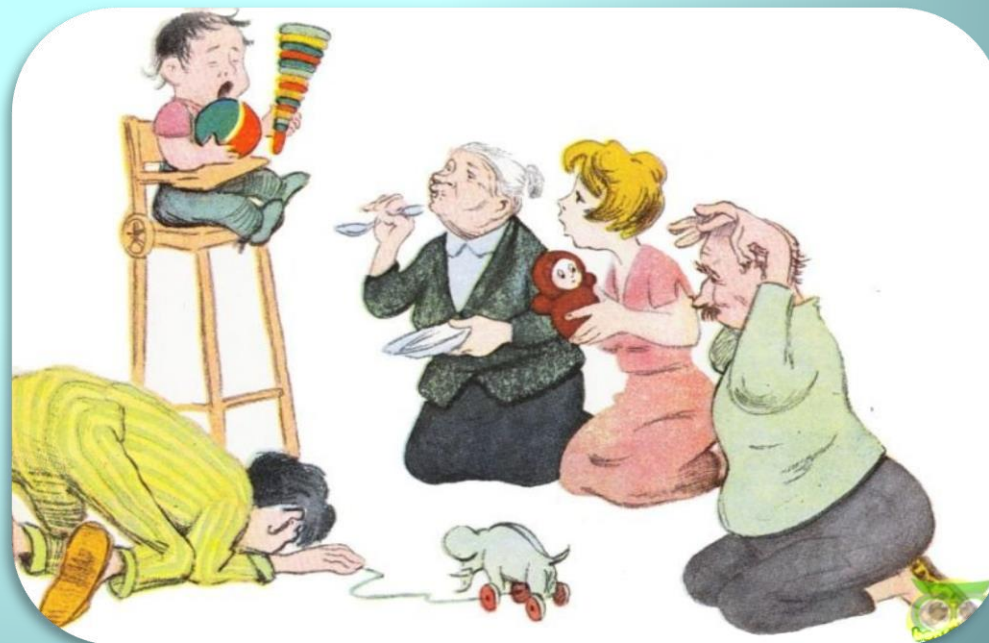
عدم شکل گیری
شخصیت فعال

سرخوردگی و
ناسازگاری

توجه بیش از حد به
خواسته ها

کاهش صبر و تحمل

کانون توجه بودن



کاهش روابط
اجتماعی



عدم گرایش به
کارهای گروهی



عدم توانایی حل
مسأله



اضطراب و دست
پاچگی

کاهش انسجام
خانواده

● کاهش توجه والدین به سبب اشتغال ← عدم وابستگی فرزند به خانواده

افزایش میل به فرار

ترویج فرهنگ استقلال
طلبی

تنهایی و انزوا

افزایش سن ازدواج

کاهش قداست و اهمیت
تشکیل خانواده

کم شدن قبح تک
زیستی و مجرد

تبدیل شدن به بزهکار اجتماعی

تضعیف شبکه
ارتباطی
خویشاوندی

- انزوا و تنهایی فرد و نسلش

- نشاط کمتر

- عدم رشد و شکوفایی

- ابراز خشم و پرخاشگری

- کاهش اقتدار والدین



جایگزینی رسانه



• تلویزیون

• ماهواره و اینترنت

• بازیهای رایانه ای

تضعیف شبکه ارتباطی خانوادگی

انزوا و تنهایی فرد

نشاط کمتر

عدم رشد و شکوفایی

ابراز خشم و پرخاشگری

کاهش اقتدار والدین



ویژگی های چندفرزندان

- کودکانی که خواهر و برادر

- دارند دارای روابط مثبت، اعتماد

- به نفس بالاتر و احساس تنهایی

- کمتری دارند.

- این کودکان در مقایسه با

- کودکان دیگر، در وظایف

- اجتماعی شناختی عملکرد بهتری

- دارند (شرمن، لنفورد، ۲۰۰۶)



دیروز ↑



امروز ↑

۱۳۸۱

ازدواج

• ازدواج را می توان یک زندگی و تولد جدید که در اختیار فرد است تشبیه کرد.

با علم و آگاهی = آرامش

ازدواج موفق، زمینه تکامل مادی و معنوی افراد خانواده را فراهم می سازد.

هنگام ازدواج، از خود این سوال را
بپرس: آیا باور داری که قادر خواهی
بود تا سن پیری خود با این شخص
به خوبی صحبت کنی؟ هر چیز دیگری
در ازدواج زودگذر است.

فردریش نیچه

از دواج سالم



- بلوغ کامل جسمی و روانی
- مسئولیت پذیری
- سن مناسب

هدف اصلی مشاوره قبل از ازدواج

• کمک به افراد برای انتخاب زوج مناسب و تامین بهداشت روانی خانواده

• کاهش آمار ازدواج های ناموفق کاهش آسیب هایی مانند طلاق، کودک آزاری، خشونت های خانوادگی، اعتیاد، همسر آزاری و...

اهمیت مشاوره قبل از ازدواج

• بررسی ملاک های ازدواج سالم در مشاور قبل از ازدواج

• بررسی آمادگی طرفین برای ازدواج

• بررسی سلامت شخصیت طرفین در ازدواج

• بررسی تطابق و تناسب شخصیتی طرفین در ازدواج

آموزش هنگام مشاوره ازدواج

- مهارت های زندگی مشترک
- شیوه صحیح آشنایی قبل از ازدواج
- اشتباهات رایج در مقوله ازدواج
- ملاک ها و معیارهای حائز اهمیت ازدواج
- هدف از ازدواج

آموزش هنگام مشاوره ازدواج

- فیزیولوژی و آناتومی دستگاه تناسلی
- اهمیت شیردهی و مزایای آن
- بیماری های مقاربتی
- سرطان های شایع زنان
- بیماری ارثی بویژه تالاسمی
- واکسیناسیون پیش از ازدواج
- مراقبت های قبل از بارداری و دوران بارداری
- بهداشت جنسی
- بهداشت روانی ازدواج

سوالات مشاوره قبل ازدواج برای چه پرسیده می شوند؟

- وجود تفاهم در میان زوجین
- داشتن اهداف مشترک در زندگی
- نداشتن اختلالات شخصیتی
- همسنگ بودن از لحاظ اجتماعی و فرهنگی و ... است.

نتیجه مشاوره

1. ازدواج نه تنها بلامانع است بلکه توصیه می شود ازدواج صورت گیرد
2. ازدواج به شرط آموزش مهارت های بین فردی
3. ازدواج به شرط درمان
4. ازدواج ممنوع

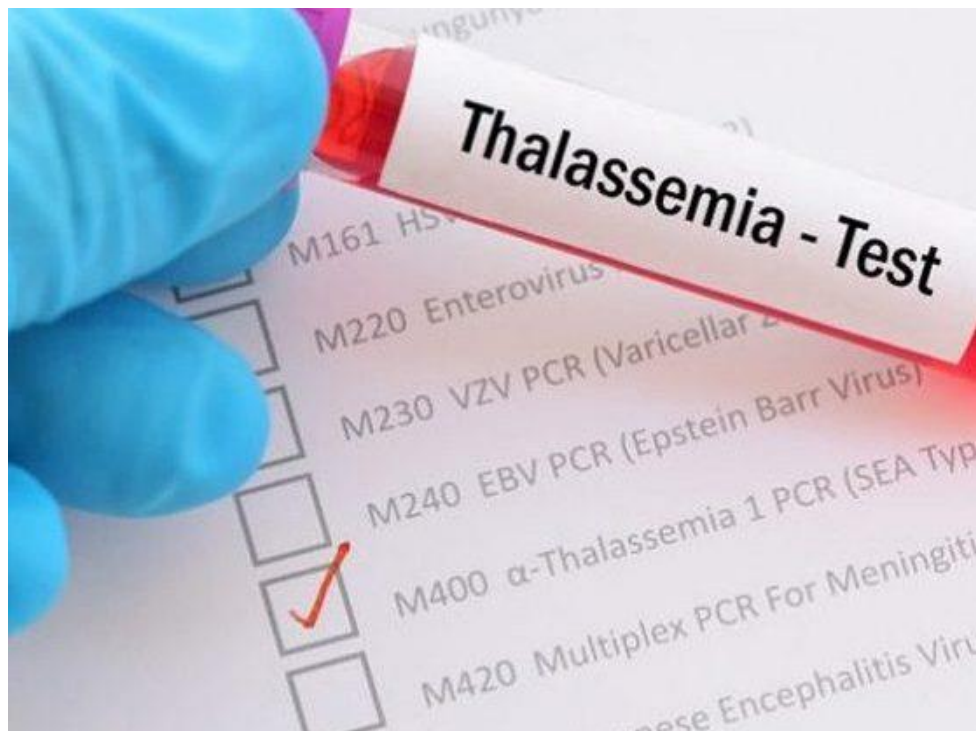
آزمایشات قبل از ازدواج

• تالاسمی، اعتیاد، سل، سرخچه، اسپرموگرام برای بیماری های مقاربتی و سیفلیس

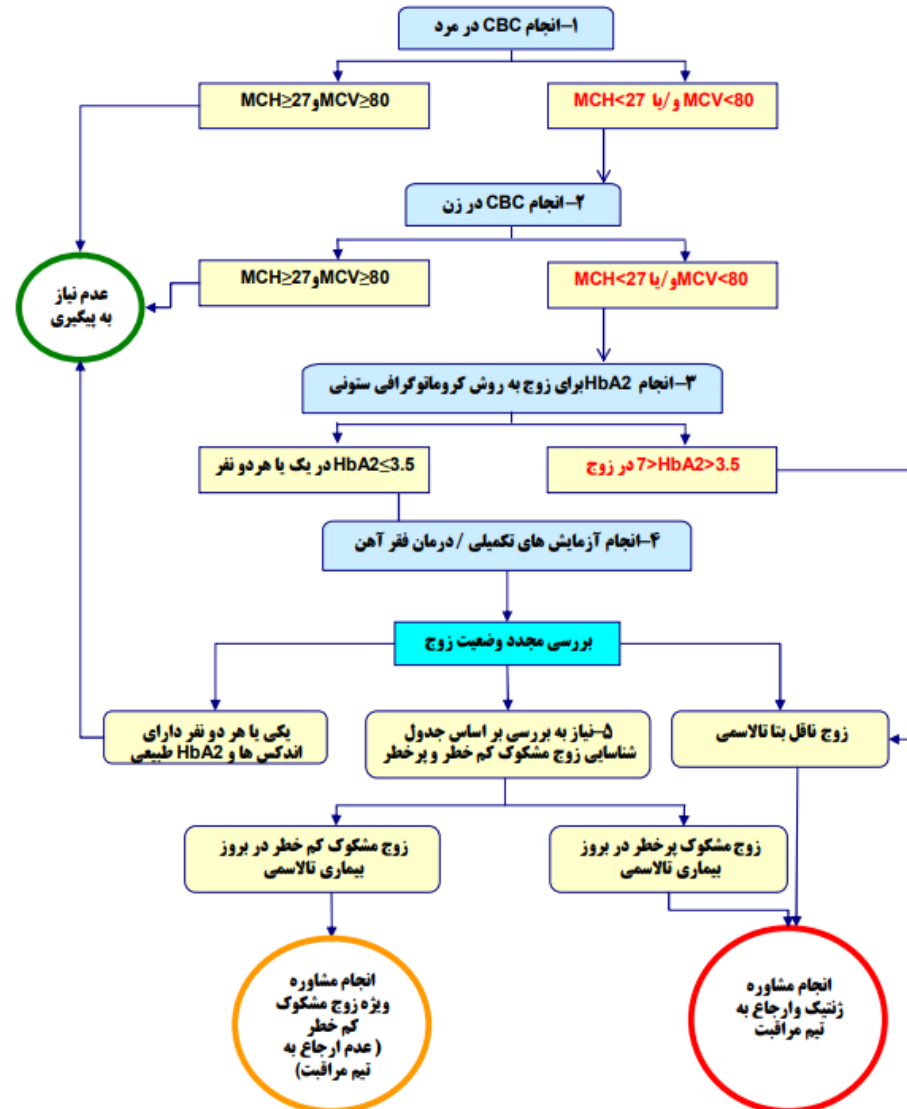
برنامه کشوری تالاسمی

بیماری اتوزومال مغلوب با اختلال در ساخت یک یا چند زنجیره پلی پپتیدی هموگلوبین

شناسایی آن در پنج مرحله صورت می گیرد



الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش های تالاسمی (جهت شناسایی زوجین ناقل بتا تالاسمی)



سلامت باروری

افراد از نظر جسمی، روانی و اجتماعی درباره مسائل جنسی و تولید مثلی رفاه داشته باشند و بتوانند آزادانه درباره زندگی جنسی و فرزندآوری خود تصمیم بگیرند.

مراقبت قبل از بارداری

مجموعه ای از مداخلات پیشگیرانه و درمانی با هدف شناسایی و تعدیل عوارض بیماری ها، مشکلات رفتاری و اجتماعی که سلامت مادر یا پیامد حاملگی را تهدید می نماید.

هدف: ارزیابی خطرات احتمالی برای بارداری، ترویج زندگی سالم، افزایش آمادگی برای بارداری

آموزش: بهداشت فردی، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه، مکمل دارویی، زمان مناسب بارداری، مراجعه ب محض قطع قاعدگی

راهنمای کشوری مراقبت قبل از بارداری ۱۴۰۱

بهداشت ازدواج و قبل از بارداری

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما و پزشک عمومی

تجدید نظر هشتم

۱۴۰۱

استفاده از سامانه ۴۰۳۰

پیش از بارداری تا پس از زایمان



پیش از بارداری (الف)

ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از عوامل محیطی، شغلی، طبی، رفتاری می توانند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارند. هدف از مراقبت، کاهش مخاطرات شناسایی شده با استفاده از آموزش، مشاوره و مداخلات لازم است.

گروه هدف برای مراقبت های پیش از بارداری شامل:

○ کسانی که تمایل به بارداری دارند؛

○ کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛

○ کسانی که برای ارزیابی عفونت های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده اند؛

○ کسانی که برای مراقبت پس از سقط مراجعه می کنند؛

○ کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می کنند.

- در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پز شک باید انجام شود. در این معاینه، پز شک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت پیش از بارداری ثبت کند.
- در صورت تشخیص عارضه یا بیماری، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک یا ماما تعیین می شود و لازم است تا زمان کنترل یا بهبود عارضه، بارداری به تعویق افتد.

مراقبت ها

- مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
- معاینه بالینی
- آزمایش ها, بررسی تکمیلی
- آموزش و مشاوره
- مکمل های دارویی
- ایمن سازی

مراقبت پیش از بارداری

- تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال (معاینه تیروئید، قلب، ریه)
- اندازه گیری قد، وزن، BMI، VS
- معاینه چشم، دهان و دندان، پوست، پستان ها، اندام ها، لگن و رحم و ضمام

اقدام

- ایمن سازی
- تجویز اسید فولیک
- درخواست آزمایش و تفسیر آن
- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز
- غربالگری سلامت روان و همسر آزاری و دخانیات و الکل
- تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز

آزمایشات قبل از بارداری

• CBC, FBS, TSH, HBsAg

• VDRL

• تیتر آنتی بادی ضد سرخجه

• آزمایش پاپ اسمیر

آموزش و توصیه قبل از بارداری

- در مورد بهداشت فردی
- سلامت روان
- سلامت جنسی
- بهداشت دهان و دندان
- تغذیه و مکمل های غذایی
- دخانیات و الکل

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است

جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری سلامت روان - غربالگری اولیه همسر آزاری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر 	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل پرونده، وضعیت بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری سلامت روان، شرح حال اولیه روانپزشکی - غربالگری اولیه همسر آزاری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - غربالگری اولیه رفتارهای پر خطر - مصرف مکمل های غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - غربالگری سلامت روان، غربالگری اولیه همسر آزاری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - مصرف مکمل های غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - مصرف مکمل های غذایی - رفتارهای پر خطر - غربالگری سلامت روان، غربالگری اولیه همسر آزاری (مراقبت ۴) - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر (مراقبت ۴) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - مصرف مکمل های غذایی - رفتارهای پر خطر - غربالگری سلامت روان، غربالگری اولیه همسر آزاری (مراقبت ۴) - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر (مراقبت ۴) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - مصرف مکمل های غذایی

69

معاینه بالینی	- معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، اندام، لگن، رحم و ضمام)	- معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام)	اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	CBC, TSH, HBsAg, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, HIV, HBsAg, VDRL, نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, HIV, HBsAg, VDRL, نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH در صورت نیاز،	- سونوگرافی هدمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری	CBC, U/A, U/C, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری، آزمایش HIV در افراد پر خطر رفتاری (در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری)

ادامه جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
آموزش و مشاوره	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه / مکمل های دارویی - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی / زمان مناسب بارداری بعدی - تاریخ مراجعه بعدی - زمان مناسب بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه / مکمل های دارویی - علائم خطر / شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه / مکمل های دارویی - علائم خطر / شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - سلامت روان، جنسی - علائم خطر - دخیلیات، الکل و مواد محرک و مخدر - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی / زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - سلامت روان، جنسی - علائم خطر - دخیلیات، الکل و مواد محرک و مخدر - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی / زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - سلامت روان، جنسی - علائم خطر - دخیلیات، الکل و مواد محرک و مخدر - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی / زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی

اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری)	اسید فولیک	مکمل های دارویی
توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا – ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) هپاتیت (در صورت نیاز)	سرخجه، هپاتیت، توأم	ایمن سازی (در صورت نیاز)

مراقبت های معمول بارداری

• ارزیابی علائم خطر فوری

تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

اختلال هوشیاری

شوگ

مراقبت های معمول بارداری

- در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ بود، نیاز به انجام OGTT نیست.
- در صورت انجام آزمایش HbsAg پیش از بارداری نیاز به تکرار آن در بارداری نیست.
- بهترین زمان برای تزریق واکسن توام در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد از هفته ۲۷ تا ۳۶ بارداری (۴ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان) است.

مراقبت های معمول بارداری

- در کسانی که مبتلا به هایپرتریویدی هستند مکمل حاوی ید توصیه نمی شود.
- در مادران که سابقه سزارین، خونریزی پس از زایمان، چند قلویی، بارداری بیش از ۴ بار و نمایه توده بدنی بالای ۴۰ دارند، مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب تاکید شود.
- از ابتدا تا پایان بارداری روزانه ۱۰۰۰ واحد ویتامین د تجویز شود.

در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی

- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توام کامل نیست و حداقل ۵ سال یا بیشتر از زمان تزریق است، تزریق یک دوز واکسن توام بلافاصله پس از سقط غیرایمن لازم است.
- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توام مشخص نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه کزاز باشد، می بایست واکسن توام و ۵۰۰-۲۵۰ واحد تتابولین همزمان در دو اندام جداگانه تزریق شود.

در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی

- به خانم هایی که در فصل شیوع آنفلوانزا باردار هستند، توصیه می شود واکسن غیرفعال آنفلوانزای فصلی را دریافت نمایند.
- در مادرانی که نتیجه آزمایش HbsAg منفی دارند ولی رفتار پرخطر دارند و قبلاً واکسن هپاتیت دریافت نکرده اند، می بایست واکسن هپاتیت تزریق شود.

سونوگرافی

۱۸-۱۶ هفته

به منظور بررسی تعداد جنین، محل جفت، سن بارداری، اندازه های جنین

۳۴-۳۱ هفته

به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، محل جفت و اختلالات جفتی

شک قوی به مصرف مواد علی رغم غربالگری اولیه منفی

- عدم مراجعه منظم برای دریافت مراقبت های بارداری
- مراقبت شخصی پایین
- تاخیر رشد جنین غیر قابل توضیح
- عفونت های منتقله از راه جنسی

ت ۱- مکمل های دارویی

بارداری:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه شود.

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان:

روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان تجویز شود.

ت ۲- مشاوره باروری سالم

- در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.

- در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بین بارداری و زایمان قبلی رعایت شود.

- به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاکید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان روشی را برای پیشگیری از بارداری پیشنهاد کنید.

نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.

نکته: برای استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در مادران شیرده و غیر شیرده مطابق دستورعمل روش های پیشگیری از بارداری اقدام شود.

ت ۳- توصیه های بهداشتی در بارداری

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب را توصیه کنید. دمای ملایم و سرد غذا، تهوع بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.

ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

لوکوره: تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی را توصیه کنید.

فرم مراقبت بارداری

تاریخ تشکیل پرونده:

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:	تلفن:	شغل:	

بخش ۱: شرح حال

تعداد بارداری:	تعداد زایمان: نوع زایمان آخر:	تعداد سقط:	تعداد فرزندان زنده: مرد:
تاریخ آخرین زایمان:	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (اظهار مادر):	سن بارداری بر اساس سونوگرافی: تاریخ انجام:	هفته بارداری هنگام تشکیل پرونده: سن بارداری نامشخص <input type="checkbox"/>
تاریخ تقریبی زایمان:	قد:	وزن:	نمایه توده بدنی:

وضعیت بارداری فعلی (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

بارداری زیر ۱۸ سال <input type="checkbox"/>	بارداری بالای ۳۵ سال <input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال <input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر <input type="checkbox"/>
حاملگی ناخواسته / پیش بینی نشده <input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین <input type="checkbox"/>	چندقلویی <input type="checkbox"/>
بارداری همزمان با قرص <input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با آمپول <input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با TL <input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با IUD <input type="checkbox"/>
کشتیدن سیگار یا سایر دخانیات <input type="checkbox"/>	مصرف داروهای مسکن و آرام بخش <input type="checkbox"/>	مصرف الکل <input type="checkbox"/>	مصرف مواد افیونی و محرک <input type="checkbox"/>
اگر بله، در ۳ ماه اخیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، در ۳ ماه اخیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، در ۳ ماه اخیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، در ۳ ماه اخیر <input type="checkbox"/>
شیردهی همزمان با بارداری <input type="checkbox"/>	ارهاش منفی <input type="checkbox"/>	اختلال ژنتیکی در خانم یا همسر یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) <input type="checkbox"/>	

رفتارهای پرخطر (نیازمند ارجاع غیر فوری)

سابقه زندان <input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	سابقه تزریق مکرر خون <input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>
سابقه اعتیاد تزریقی <input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده <input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

یرد اکلامیسی / اکلامیسی <input type="checkbox"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/>	چندقلویی <input type="checkbox"/>	سزارین <input type="checkbox"/>	بار <input type="checkbox"/>
خونریزی پس از زایمان <input type="checkbox"/>	زایمان سریع / سخت <input type="checkbox"/>	جدا شدن زودرس جفت <input type="checkbox"/>	جفت سر راهی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مول / حاملگی نابجا <input type="checkbox"/>	زایمان دیررس <input type="checkbox"/>	زایمان زودرس <input type="checkbox"/>	جراحی بر روی رحم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاخیر رشد داخل رحمی <input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار <input type="checkbox"/>	سقط مکرر <input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم <input type="checkbox"/>	مرد زایی <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ابتلا به بیماری یا ناهنجاری (این قسمت توسط پزشک یا ماما تکمیل شود)

بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید <input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی <input type="checkbox"/>	بیماری بافت همبند <input type="checkbox"/>
بیماری گوارشی <input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور <input type="checkbox"/> خاتم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	فشارخون مزمن <input type="checkbox"/>	صرع <input type="checkbox"/>
آسم <input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی <input type="checkbox"/>	سل <input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی <input type="checkbox"/>
دیابت <input type="checkbox"/>	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان <input type="checkbox"/>	هپاتیت <input type="checkbox"/>	اختلال روانپزشکی <input type="checkbox"/>
مالتیپل اسکروزیس <input type="checkbox"/>	ایدز <input type="checkbox"/>	آئمی فقر آهن <input type="checkbox"/>	آئمی داسی شکل <input type="checkbox"/>
ترومبوفیلی / ترومبوآمبولی <input type="checkbox"/>	فشارخون بارداری <input type="checkbox"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/> درمان فقط با رژیم غذایی <input type="checkbox"/> درمان با دارو و رژیم غذایی <input type="checkbox"/>	
یرد اکلامیسی <input type="checkbox"/>	سایر بیماری ها: <input type="checkbox"/>		
نوع داروهای مصرفی:	حساسیت دارویی:		

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی (این بخش توسط پزشک یا ماما بررسی و ثبت می شود)

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
آزمایش های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)		نتیجه	
CBC		هماتوکریت: پلاکت: MCV MCH MCHC	
FBS		هماتوکوبین: پلاکت: MCV MCH MCHC	
مادر:		ارهاش همسر:	
گروه خونی و ارهاش		کومیس غیر مستقیم (توبیت اول)	
HIV (در صورت نیاز)		Rapid توبیت اول: ELISA	
کامل ادرار		طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>	
کشت ادرار		کامل ادرار	
BUN و کراتی نین خون		کراتی نین خون:	
TSH (در صورت نیاز)			
HBsAg (در صورت نیاز)			
VDRL/ PRP			
نکات غیر طبیعی در آزمایش ها:			

سونوگرافی معمول (هفته ۱۶ تا ۱۸)		سونوگرافی معمول (هفته ۳۱ تا ۳۴)	
تاریخ درخواست: سن بارداری (LMP): وضعیت جفت: آنومال جنین: نکات مهم:		تاریخ درخواست: سن بارداری (LMP): وضعیت جفت: نکات مهم:	
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):			

توصیه به انجام غربالگری ناهنجاری جنین <input type="checkbox"/>	در صورت انجام غربالگری ناهنجاری جنین، تاریخ انجام:
نتیجه غربالگری اول: کم خطر <input type="checkbox"/> در معرض خطر <input type="checkbox"/> پر خطر <input type="checkbox"/>	نتیجه غربالگری دوم (در صورت نیاز): کم خطر <input type="checkbox"/> پر خطر <input type="checkbox"/>

بخش ۳: معاینه (این بخش توسط پزشک انجام می شود. موردی که با * مشخص شده است، ترجیحاً توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام می شود).

فشارخون:		درجه حرارت:		نبض:		تنفس:	
چشم	زردی اسکلرا <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>					
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ندول <input type="checkbox"/>				
قلب	سوفل سیستولیک <input type="checkbox"/>	سوفل دیاستولیک <input type="checkbox"/>	آریتمی <input type="checkbox"/>				
ریه	ویزینگ <input type="checkbox"/>	رال <input type="checkbox"/>					
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات:					
پستان *	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ظاهر غیرطبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>	خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان <input type="checkbox"/>			
شکم	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>				
اندام ها	ادم <input type="checkbox"/>	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: سرخی <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی <input type="checkbox"/>	کیودی <input type="checkbox"/>		

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایشها یا سونوگرافی (این بخش توسط پزشک و ماما ثبت می شود))

بخش ۴: ارزیابی معمول

زمان ملاقات (هفته بارداری)												اجزای مراقبت	
۲۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷ تا ۳۵	۳۴ تا ۳۱	۳۰ تا ۲۴	۲۳ تا ۲۱	۲۰ تا ۱۶	۱۵ تا ۱۱	۱۰ تا ۶			
												تاریخ مراجعه	
												سن بارداری (هفته)	
												علامت خطر فوری	خونریزی
													پارگی کیسه آب
													درد شدید یا حاد شکم
													تشنج
													اختلال هوشیاری
												علامت	شوک
													لکه بینی
													سوزش ادرار
													آبریزش
													درد (سر، شکم، پهلو، یک طرفه ساق و ران)
													تنگی نفس/ تپش قلب
													استفراغ شدید یا خونی
													ترشحات چرکی و بدبو مهبل و سوزش تناسلی
													کاهش / نبود حرکت جنین
													خارش پوست
												تغذیه	همسر آزاری
													ضربه
													شکایت شایع
												دارو	مصرف مکمل های دارویی
													تغذیه مناسب (مصرف گروه های غذایی)
												اندازه گیری کلید	میزان وزن
													افزایش وزن ناگهانی
													میزان فشارخون
													فشارخون بالا
													افزایش تدریجی فشارخون
													تعداد نبض و تنفس
													تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی
													میزان درجه حرارت
													تب
													میزان ارتفاع رحم
												عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری	

بخش ۴: ارزیابی معمول

زمان ملاقات (هفته بارداری)												اجزای مراقبت																								
۶ تا ۱۰	۱۱ تا ۱۵	۱۶ تا ۲۰	۲۱ تا ۲۵	۲۶ تا ۳۰	۳۱ تا ۳۳	۳۴ تا ۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	اندازه گیری	معاینه کننده																						
													تعداد ضربان قلب جنین																							
													نشئیدن یا غیر طبیعی بودن ضربان قلب																							
													زردی																							
													رنگ پریدگی شدید/ آنمی																							
													بثورات																							
													ورم دست و صورت/ ورم یک طرفه ساق و ران	اندام ها																						
													پوسیدگی و جرم دندان/ التهاب لثه/ عفونت/ آبسه																							
															دهان دندان																					
													نتیجه ارزیابی در هر ملاقات																							
													آموزش و توضیح																							
																									بهداشت فردی / روان / جنسی/ دهان و دندان											
																									تغذیه و مکمل های دارویی											
																									علائم خطر/ شکایت شایع											
																									مصرف سیگار و الکل و مواد مخدونی											
																									فوائد و محل مناسب زایمان طبیعی											
																									شیردهی											
																									زمان مناسب بارداری بعدی											
																									مراقبت از نوزاد / علائم خطر نوزاد											
													شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان																							
													مکمل های دارویی																							
																									اسید فولیک											
																									آهن											
													مولتی ویتامین																							
													تعیین تاریخ مراجعه بعدی(مراقبت معمول و یا ویژه)																							
													نام و امضاء معاینه کننده																							

غربالگری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)		
آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

غربالگری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)						نمی داند	امتیاز کل
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید مضطرب و عصبی هستید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		

خلاصه

- مروری بر وضعیت کنونی جمعیت
- چالش ها و راهکارهای موثر بر افزایش جمعیت
- مشاوره سلامت باروری قبل از ازدواج
- مشاوره سلامت باروری قبل بارداری
- مشاوره سلامت باروری حین بارداری

آنکه با زندگی می سازد، زندگی را می بازد.

با زندگی نساز،

زندگی را بساز...