

به نام خدا

سخن اول

فعالیت مطبوعاتی با هدف آموزش سطوح مختلف آن هم از سنین نوجوانی تا میانسالی از حساسیتهای ویژه ای برخوردار است.

بهداشت باروری (Reproductive health) از موضوعات مهم پزشکی است که توجه یا عدم توجه به آن تأثیرات شگرفی در جنبه های مختلف زندگی هر فرد و نهایتاً سلامت خانواده خواهد داشت. محدودیتهای خاص از یک سو و راههای اطلاع رسانی نه چندان مناسب از سوی دیگر، موجب انتقال ناقص و یا حتی نادرست بسیاری از جنبه های بهداشت باروری و ایجاد باورهای غلط در این زمینه شده است.

فصلنامه بهداشت باروری در نظر دارد با برخورداری از تجارب متخصصین و کارشناسان پژوهشگره این سینا جهاد دانشگاهی و دیگر صاحب نظران عرصه بهداشت تولید مثل، ضمن ارائه مطالب اساسی و تازه ها در زمینه های بلوغ، بهداشت جنسی، حاملگی، ناباروری و پاسخگوی سوالات و نیازهای نوجوانان، جوانان و میانسالیان باشد.

شماره اول فصلنامه اینک پیش روی شماست. امیدواریم با بهره مندی از نظرات خوانندگان عزیز ضمن رفع کاستی های موجود، در جهت ارتقاء روزافزون مطالب و افزایش تعداد شماره های منتشره در هر سال، گام برداریم.

دکتر هومن صدری اردکانی

سردبیر

اخبار بهداشت باروری

زیر نظر: دکتر محمدرضا صادقی
متخصص بیهوشی، تولید مثل و ناباروری

۷۰ سال و یا بیشتر که در آزمایشات قبلی دارای نتایج طبیعی بوده اند ضروری نمی باشد. علاوه بر این زنانی که به دلایل دیگری به جز سرطان و بیماریهای بدخیم هیستریکتومی (خارج کردن رحم از بدن) انجام داده اند نیازی به این بررسی ندارند. براساس نظر متخصصینی که این دستورالعمل جدید را تهیه نموده اند اشکال تست پاپ اسمیر این است که ضایعات و زخمهای غیر سرطانی را نیز تشخیص می دهد که پزشکان را وادار به درخواست آزمایشات اضافی بیشتری می کند که اغلب آنها ضروری نبوده و تنها باعث افزایش نگرانی افراد و تحمیل هزینه اضافی به آنها می شود.

دکتر کارمل کوهن (Carmel Cohen) متخصص زنان و زایمان و مسئول کمیته بازنگری انجمن معتقد است که هدف از این دستورالعمل کاهش دادن روشهای تشخیصی آسیب رسان به زنانی است که ثابت شده مبتلا به سرطان نمی باشند. دستورالعمل جدید پاپ اسمیر زنان را قادر می سازد تا هر دو سال یکبار بررسی سرویکس انجام دهند (بر خلاف نوع قدیمی که نیاز بود سالیانه انجام شود). براساس نظر متخصصین زنان و زایمان آمریکا دستورالعمل جدید انجمن سرطان منطقی و قابل قبول است ولی آنها هنوز در اعمال آن احتیاط می نمایند. به نظر آنها این دستورالعمل باید بکار گرفته شود تا بتوان در آینده دقیقاً درباره آن اظهار نظر کرد.

افزایش آمار جرم و جنایت انجام گرفته بر زنان در پاکستان

مسئول حقوق بشر پاکستان اعلام کرد که طی سال گذشته میلادی حداقل ۴۶۱ زن پاکستانی توسط یکی از اعضای خانواده خود به علت مسائل ناموسی به قتل رسیده اند و این آمار نسبت به سال گذشته افزایش نشان می دهد. در اینگونه قتلها زنان توسط اعضای خانواده خود برای حفظ آبرو و شرافت ناموسی خانواده به قتل می رسند. قتل اینگونه زنان به علت بروز رفتارهایی همچون داشتن روابط جنسی با مردان، ملاقات با مردان و سخن گفتن با آنها،

زایمان در آب موجب تسهیل زایمان می شود

بر اساس مطالعات محققان اروپایی در بیمارستان محلی واقع در شمال اروپا، بنظر می رسد زایمان در آب دارای فواید آشکاری می باشد. نتایج تحقیقی که بر روی بیش از ۱۵۰۰ مورد زایمان انجام شد، نشان می دهد که زایمان در آب به طور چشمگیری سبب کوتاهتر شدن مرحله اول زایمان، کاهش موارد اپی زیاتومی (ترمیم کانال زایمان) و پارگی و همچنین کاهش نیاز به بی حسی در مقایسه با سایر وضعیتهای زایمانی می گردد.

این محققان معتقدند در صورت انتخاب صحیح افراد، این روش زایمانی برای مادر و نوزادش خطری ندارد. بنظر آنها بیشترین انتقاد به روش زایمان در آب بر اساس احتمال ورود آب به مجاری تنفسی نوزاد می باشد. در حالیکه عمل تنفس نوزاد به هنگام برخورد وی با هوا صورت می گیرد. آنها همچنین معتقدند این روش سبب دخالت کمتر در امر زایمان و احساس رضایت بیشتر مادر می گردد. بنظر این افراد، زایمان در آب نباید بیش از این بعنوان یک روش غیر معمول و محدود شونده در مراکز تخصصی در نظر گرفته شود.

انجمن سرطان آمریکا: تست دهانه رحم هر دو سال یکبار انجام شود

انجمن سرطان آمریکا اعلام کرد: زنانی که در معرض خطر کمتری برای مبتلا شدن به سرطان دهانه رحم می باشند نیازی به انجام دادن تست پاپ اسمیر ندارند. در آخرین دستورالعمل کتابچه راهنمای این انجمن که در سال ۱۹۸۷ منتشر شده، به تمامی زنان دارای حداقل ۱۸ سال توصیه شده بود که به طور سالیانه آزمایشات پاپ اسمیر و بررسی لگن را انجام دهند و در صورتی که هر فرد در سه آزمایش متوالی دارای نتایج طبیعی باشد می تواند این آزمایشات را با فواصل بیشتری انجام دهد. در دستورالعمل جدید این انجمن که به تازگی انتشار یافته اعلام شده است که انجام دادن آزمایش برای زنان جوانی که از نظر جنسی فعال نمی باشند و نیز زنان دارای سن

نقش کلیدی استفاده از وسایل ضد بارداری اورژانسی در کاهش میزان سقط جنین

طی سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۴ میلادی سقط جنین در ایالات متحده به میزان ۱۱ درصد کاهش یافت که علت آن استفاده زنان از وسایل ضدبارداری به صورت اورژانسی می‌باشد. نتایج بررسی که اخیراً بر روی بیش از ۱۰ هزار زن که در طی سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۱ سقط جنین کرده بودند، انجام شد نشان داد، ۴۶٪ این زنان در ماهی که حامله شده‌اند از هیچ روش جلوگیری استفاده نکرده بودند. در حالی که ۵۴٪ باقی مانده یکی از روشهای پیشگیری را بکار برده بودند. بر اساس نتایج این مطالعه استفاده از وسایل ضدبارداری به صورت اورژانسی در سال ۲۰۰۰، ۵۱ هزار مورد و در سال ۱۹۹۴ بیش از ۴۷ هزار سقط را کاهش داده است. بطور کلی در سال ۲۰۰۰ در مقایسه با سال ۱۹۹۴ تعداد سقط جنین ۱۱۰ هزار مورد کاهش یافته‌است که بیش از ۴۳٪ این کاهش را می‌توان به استفاده از وسایل ضدبارداری به صورت اورژانسی نسبت داد. از میان علل عدم استفاده زنان از روشهای پیشگیری، بیشترین تعداد زنان پاسخ داده‌اند که هرگز احتمال نمی‌دادند که حامله شوند (۳۳٪) و ۳۲٪ افراد نیز نسبت به کارگیری روشها ترس و هراس داشته‌اند، این ترس به دلیل اثرات جانبی و مشکلات توأم با روش پیشگیری می‌باشد و در ۲۶٪ موارد عنوان کرده‌اند که انتظار انجام اعمال جنسی را نداشته‌اند. بیش از نیمی از این زنان (۵۴٪) عنوان کرده‌اند که در ماهی که آنها حامله شده‌اند از روشهای پیشگیری استفاده کرده‌اند که ۲۸٪ زنان دارای سقط، از کاندوم و ۱۴٪ از قرصهای خوراکی پیشگیری استفاده می‌کرده‌اند.

این زنان عنوان کرده‌اند که علی‌رغم استفاده از روشهای پیشگیری حامله شده‌اند. زیرا این افراد این روشها را به طور صحیح و مداوم استفاده نکرده‌اند (۷۶٪ افراد استفاده کننده از قرصهای خوراکی و ۴۹٪ استفاده کنندگان از کاندوم).

۴۲٪ افراد استفاده کننده از کاندوم عنوان کرده‌اند که در طی استفاده، کاندوم سوراخ یا خارج شده است. در

به زور مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن و حتی در مواردی کاستی در آشپزی و پخت غذا بوده است. کمیسیون حقوق بشر پاکستان بیان داشته است در سال گذشته میلادی این تعداد ۳۷۲ نفر بوده است که نشان دهنده نیاز به افزایش حمایت از زنان در پاکستان می‌باشد. از طرف دیگر دولت نظامی پاکستان نیز هیچگونه مسئولیتی را برای مقابله با آن احساس نمی‌کند و به کرات وعده بهبود حقوق زنان را در این کشور فقیر با جمعیت بیش از ۱۴۵ میلیون نفر را داده است. جنایات اعمال شده بر زنان در طی سال جاری در حال افزایش بوده است. قتل ۶۴۱ زن تحت عنوان مسائل ناموسی تنها در دو استان این کشور گزارش گردیده است و آمار کل اینگونه قتلها در سراسر این کشور خیلی بیشتر است. به گزارش کمیسیون حقوق بشر پاکستان از ۱۶۱ زن به قتل رسیده در ایالت پنجاب، ۶۷ نفر بوسیله برادران خود، ۴۹ نفر بوسیله شوهران خود و مابقی بوسیله دیگر اعضای خانواده خود به قتل رسیده‌اند. لازم به ذکر است که در ۷ مورد از این قتلها، زنان بوسیله پسران خود به قتل رسیده‌اند.

دولت چین منع تبلیغات کاندوم را لغو خواهد کرد

اداره تجارت بازرگانی و صنعت دولت چین در سال ۱۹۸۹ براساس مقرراتی هرگونه تبلیغ محصولات که وابسته به فعالیت جنسی باشد را کاملاً ممنوع کرد. در روز جهانی ایدز این اداره اعلام کرد که در سال آینده میلادی دولت تبلیغات کاندوم را آزاد خواهد کرد. یکی از مسئولان برنامه تنظیم خانواده در این کشور اعلام کرد که منع تبلیغ کاندوم و سایر وسایل پیشگیری بایستی خیلی قبل از این حذف می‌شد. به عقیده وی کاندوم نه تنها وسیله ای مؤثر در جلوگیری از حاملگی است بلکه باعث حفاظت افراد در مقابل بیماریهای منتقله از راه تماس جنسی در گروه در معرض خطر می‌شود.

زندانه‌ها و سایر مراکز پرخطر با احتمال شیوع بیشتر را شامل نمی‌شود.

افزایش میزان مرگ و میر در کودکان عراقی

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال عراقی از سال ۱۹۹۰ تا کنون تقریباً ۳ برابر افزایش یافته است. صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) اعلام کرده است این رقم بسیار بالاتر از میزان مرگ و میر در کشورهای مشابه عراق است. همچنین طبق گزارش یونیسف ۲۵٪ کودکانی که بین سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ میلادی در عراق متولد شده‌اند، وزن پایین هنگام تولد دارند. (این میزان در ایران ۷٪ است). میزان مرگ و میر کودکان عراقی حتی از کشورهای بسیار فقیر نیز بالاتر است. در واقع این بالا بودن میزان مرگ و میر را می‌توان به مسائل تحریم عراق و پایین بودن بهداشت و تغذیه ارتباط داد.

قانون ممنوعیت استفاده از کاندوم در بین کاتولیک‌ها: افزایش ابتلا به ایدز

پس از بحث‌های بسیار طولانی و اظهارات ضد و نقیضی که در مورد استفاده از کاندوم در بین کاتولیک‌ها جریان داشته است، هفته گذشته یک اسقف کاتولیک اعلام کرد که کلیسا باید به منظور جلوگیری از گسترش ویروس HIV و بیماری AIDS به پیروان خود اجازه استفاده از کاندوم را بدهد. سال گذشته اسقف Kevin-Dowling اعلام کرد که با توجه به گسترش روزافزون بیماری AIDS در آفریقای جنوبی (که این اسقف در آن ناحیه فعالیت می‌کند) باید اجازه استفاده از کاندوم داده شود به خصوص در زوجهایی که یکی از آنها به این ویروس آلوده شده است. سردبیر یک نشریه کاتولیک در نشست AIDS اظهار کرد: این بسیار مشکل است که ببینیم که چگونه آموزشهای کلیسا که همواره برای جان انسانها اهمیت بسیاری قائل بوده است، هم اکنون از قانونی حمایت می‌کند که در مرگ انسانها دخیل است. آیا استفاده از کاندوم بسیار بدتر از مرگ بوسیله بیماری AIDS است؟

یکی از فعالان مسئله AIDS در پاسخ به سؤال گفت که کلیساهای بسیاری مسئول سرنوشت پیروانشان هستند و پذیرش این موضوع (ممنوعیت استفاده از کاندوم) نه

صورتیکه زوجهایی که کاندوم را به طور صحیح و مداوم مصرف می‌کنند تنها در ۳٪ موارد در سال شانس حاملگی وجود دارد. زنان ۴۴-۱۵ سال که از قرصهای خوراکی به طور صحیح استفاده کرده‌اند، تنها در ۵٪ تا ۸٪ درصد موارد در سال احتمال حاملگی در آنها وجود دارد. لازم به ذکر است روشهای اورژانسی جلوگیری از بارداری به روشهایی اطلاق می‌شود، که زنان پس از روابط جنسی‌ای که احتمال می‌دهند پس از آن باردار شوند استفاده می‌کنند. در بعضی موارد که خانمی احتمال می‌دهد حتی با وجود استفاده از وسایل ضدبارداری، امکان حاملگی وجود دارد نیز می‌توان از این روشها استفاده کرد.

هشدار نلسون ماندلا نسبت به بالا بودن میزان ایدز در کودکان آفریقای جنوبی

اولین تحقیقی که به کمک و دستور رئیس جمهور سابق آفریقای جنوبی، نلسون ماندلا به منظور بررسی وضعیت AIDS/HIV در آفریقای جنوبی انجام گرفته نشان داد که بر خلاف تصور میزان آلودگی به ویروس HIV بالاتر از حد انتظار است. این میزان در کودکان (تا سن ۱۴ سالگی) آفریقای جنوبی حدود ۵/۶٪ می‌باشد. نلسون ماندلا در همایشی که در همین رابطه برگزار شده بود گفت: این مسئله کاملاً جدی و زنگ خطری برای سیاستگذاران است. او همچنین افزود بدون کودکان، ملیت و آینده‌ای برای کشور وجود ندارد. همچنین این مطالعه نشان داده است که ۱۳٪ کودکان آفریقای جنوبی که نهایتاً ۱۴ سال سن دارند به دلیل بیماری AIDS، مادر، پدر و یا هر دوی آنان را از دست داده‌اند. در آفریقای جنوبی حدود ۱۷/۴٪ به ویروس HIV آلوده‌اند (حدود ۴/۵ میلیون نفر) که از میزان آلودگی هر کشور دیگری در جهان بالاتر است. ماندلای ۸۴ ساله گفت که نتیجه این تحقیقات به ما می‌گوید که تمام مردان، زنان، کودکان، نوجوانان، جوانان آفریقای جنوبی چه سفید، چه سیاه، چه بومی و چه از نژاد دورگه در معرض خطر هستند. آلودگی سیاهان آفریقای جنوبی ۱۲/۹٪ و سفیدپوستان ۶/۲٪ می‌باشد.

این تحقیق که بر روی ۹ هزار نفر صورت گرفته است تنها ساکنان عادی شهرها را بررسی کرده است و شامل موارد

واکسن پیشگیری کننده از ابتلا به تبخال تناسلی کشف شد

یک شرکت آمریکایی موفق به کشف واکسن تبخال تناسلی شد.

آزمایشهای اولیه در آمریکا نشان داده است که این واکسن می تواند در سه چهارم زنان، از این نوع عفونت ویروسی در رحم که بشدت مسری است پیشگیری نماید. دکتر لارنس اسنتبری و همکاران وی در دانشگاه تگزاس، این واکسن را بر روی ۹۷۸ زن و ۱۷۳۶ مرد که همسران آنها به ویروس هرپس سیمپلکس نوع دوم (ویروس تبخال تناسلی) مبتلا بودند، آزمایش کردند. نتایج نشان داد که واکسن مذکور مانع عفونت ۷۴ درصد افرادی می شود که قبلاً به این ویروس یا مشابه آن آلوده نشده اند. لازم به ذکر است که واکسن تبخال تناسلی بر مردها موثر نبوده و محققان معتقدند که هنوز علت بی فایده بودن آنرا در مورد مردها، نمی دانند.

به گفته دکتر اسنتبری این واکسن می تواند برای هزاران نوزاد که هر ساله آلوده به این ویروس متولد می شوند، فواید قابل توجهی به همراه داشته باشد و مانع ابتلای نوزادان به عفونت ویروسی گردد. بهمین دلیل فواید آن از دریافت کننده واکسن فراتر می رود.

شرکت سازنده این واکسن جهت انجام آزمایشات بیشتر در خصوص آن در حال برنامه ریزی می باشد و در صورت موفقیت ممکن است ظرف پنج سال آینده، در دسترس عموم قرار گیرد.

گفتنی است که تخمین زده می شود حدود ۱۰۰ میلیون نفر در جهان به ویروس هرپس سیمپلکس نوع دوم آلوده می باشند. این ویروس می تواند باعث خراش دردناک و ایجاد زخم شود که در برخی موارد سالها پس از عفونت مجدداً ظاهر می شود. ویروس مذکور از طریق آمیزش جنسی منتقل می شود، با اینحال در بسیاری از افراد، بیماری به عفونت بدل نمی شود و این گروه ناآگاهانه تنها نقش ناقل ویروس را بازی می کنند. از طرفی از آنجا که این بیماری از مادر به فرزند قابل انتقال می باشد، نیمی از نوزادانی که به آن آلوده هستند در صورت عدم دریافت داروهای قوی و موثر، جان می سپارند.

تنها باعث روی آوردن مردم به خدا نیست بلکه باعث دوری آنها نیز می شود.

راههای نوین جهت تحریک جنسی پانداها

چین، مدتهاست تلاش می کند با استفاده از برنامه های مختلف، به پرورش پانداها و جلوگیری از انقراض نسل آنها کمک کند.

به این منظور، دانشمندان چینی سعی دارند با استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری، موجب تحریک جنسی پانداها شوند. این نرم افزارها جهت یافتن بهترین جفت، سلامت جسمانی و همچنین اصل و نسب پانداها، تحلیل کننده مناسبی است.

از جمله سایر شیوه هایی که در چین بکار گرفته می شود می توان به نمایش فیلم جفت گیری برای پانداها، تجویز داروهای گیاهی جهت تحریک جنسی آنها و حتی استفاده از داروی توانبخش جنسی "ویاگرا" اشاره کرد. لازم به ذکر است که اصولاً فعالیت جنسی پانداها، نسبتاً کم می باشد و پانداهای ماده ای که در طبیعت زیست می کنند، هر دو یا سه سال یکبار، تنها یک بچه دنیا می آورند. اما پانداها زمانیکه حبس شوند، هیچ میلی به جفت گیری نشان نمی دهند به گونه ای که بیش از ۶۰ درصد پانداهای نر که در حبس یا در مناطق حفاظت شده زیست می کنند اصلاً جفت گیری نمی کنند. به این ترتیب تولد پانداها در باغ وحش عمدتاً حاصل لقاح مصنوعی است. چنانچه از سال ۱۹۶۳ تاکنون که نخستین پاندا در نتیجه باروری مصنوعی متولد شد تاکنون ۲۱۰ پاندا در چین و ۲۰ پاندا در سایر کشورها متولد شده اند. اما تنها حدود نیمی از این پانداها به دوره بلوغ رسیده اند. گفتنی است که دانشمندان تخمین می زنند شمار پانداهای باقی مانده در حیات وحش، طی دو دهه گذشته به نصف کاهش پیدا کرده است تا جاییکه بررسی انجام گرفته در ماه آوریل نشان داد در نواحی کوهستانی غرب چین تنها هزار پاندا باقی مانده است.

آگاه باشید! خطر در کمین است: ایدز، ۴۲ میلیون قربانی

سازمان ملل متحد پیش بینی می‌کند که طی سال ۲۰۰۳، بیش از سه میلیون نفر جان خود را در اثر بیماری ایدز از دست خواهند داد.

در گزارشی که این آژانس منتشر کرد، عنوان شد که منطقه آفریقای سیاه یا جنوب آفریقا، بیش از کل مبتلایان به ایدز در دیگر نقاط جهان را در خود جای داده است.

حدود سی میلیون نفر در این منطقه مبتلا به ایدز هستند.

آژانس مبارزه با بیماری ایدز سازمان ملل می‌افزاید که

وضعیت قاره آفریقا از نظر بیماری ایدز وخیم تر نیز

خواهد شد. هم اکنون در کشورهای بوتسوانا،

لسوتو، سوازیلند و زیمبابوه واقع در جنوب آفریقا،

میزان ابتلا به ایدز از هر ۳ نفر یک نفر می‌باشد.

گفتنی است که بیماری ایدز در اروپای شرقی و

سراسر آسیا به سرعت در حال رشد است.

خصوص گسترش این بیماری در شرق و جنوب

آسیا نیز نگرانی فزاینده‌ای وجود دارد. بگونه

ای که در کشورهای چین و هند، یک میلیون

نفر به ویروس HIV (ایدز) آلوده شده‌اند. اما

این نگرانی وجود دارد که آمار واقعی ممکن

است بسیار بالاتر از این حد باشد.

تعداد افراد آلوده به ویروس HIV (در جهان)

جنوب آفریقا: ۲۹ میلیون و چهارصد هزار نفر

جنوب و جنوب شرق آسیا: ۶ میلیون نفر

اروپای شرقی و آسیای میانه: یک میلیون و

دویست هزار نفر

اروپای غربی: ۵۷۰ هزار نفر

آمریکای لاتین: یک میلیون و پانصد هزار نفر

آمریکای شمالی: ۹۸۰ هزار نفر





سلامتی شامل بهداشت باروری، تنظیم خانواده، افزایش سطح تحصیلات و توانمند سازی زنان، سرمایه گذاری کرده اند، دارای رشد جمعیتی بسیار کند هستند. از طرف دیگر دارای رشد اقتصادی شگرف و چشمگیری همزمان با کاهش رشد جمعیت بوده اند. کاهش میزان تولد منجر به افزایش نسبت افراد در سن، کار و فعالیت در جمعیت می شود و این خود، منجر به فراهم آوردن این فرصت برای کشورهای در حال توسعه می گردد که میزان و توان تولید و ذخیره سازی خود را افزایش داده و پایه ای را برای توسعه آینده بنا نمایند.

افزایش روابط جنسی پرخطر در استرالیا

بیماریهای منتقله از راه جنسی ظرف ۵ سال اخیر در استرالیا دو برابر شده است، که علت آن شایع شدن روابط جنسی پرخطر در بین جوانان است. با توجه به گزارش سازمان تنظیم خانواده و بهداشت جنسی استرالیا، بی توجهی به توصیه های بهداشتی در زمینه روابط جنسی عامل این افزایش می باشد. به گفته آگاهان، امروزه جوانان بسیاری بدون در نظر گرفتن راههای پیشگیری از بیماریها روابط جنسی دارند. در واقع این جوانان توجهی به این نکته ندارند که ممکن است شریک جنسی آنان رفتار پرخطر و یا روابط متعددی با سایر افراد داشته باشد. میزان کلامیدیا (نوعی عفونت سیستم تناسلی که در زنان می تواند به ناباروری منجر شود) در طی سالهای ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ میلادی دوبرابر شده است.

کمک یک میلیون دلاری برای ارتقاء بهداشت باروری در کوبا

نماینده صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) در کوبا، اعلام کرد مبلغ یک میلیون دلار برای حمایت از برنامه های سه گانه وزارت بهداشت کوبا به این کشور اهداء شده است. این سه برنامه شامل افزایش و بهبود سلامت باروری برای زنان، آموزشهای مربوط به مسائل جنسی در مدارس راهنمایی و دبیرستانها می باشد. نماینده UNFPA افزود که این سازمان با مرکز ملی آمار

تضمین بهداشت باروری و حقوق زنان

بر اساس گزارشی که اخیراً توسط صندوق جمعیت سازمان ملل (UNFPA) از وضعیت جمعیت جهان در سال ۲۰۰۲ منتشر کرد عنوان شد که برای غلبه بر فقر باید بهداشت باروری و حقوق زنان تضمین و تمام فعالیتهای توسعه ای معطوف افراد فقیر جامعه شود. بر اساس این گزارش، نبود تلاش و فعالیتهای مناسب جهت مهیا نمودن سرویسهای بهداشت باروری و مقابله با نابرابریهای جنسی، منجر به تداوم میزان بالای زاد و ولد در میان کشورها و جوامع فقیر می گردد و این فقر و نابرابریها در این کشورها در سطح خانواده ها و بصورت ملی تثبیت شده و جاودانه می شود.

برای دستیابی به اهداف سازمان ملل در هزاره جدید، یعنی به نصف رساندن میزان فقر و گرسنگی تا سال ۲۰۱۵، کاهش مرگ و میر مادران و کودکان، محدود نمودن HIV (ایدز)، از بین بردن نابرابریهای جنسی و در نهایت فراهم آوردن محیط برای توسعه پایدار باید مسأله جمعیت را مورد توجه قرار داد.

امروزه مشخص شده است، کشورهایی که در بهداشت و سلامتی شامل بهداشت باروری، تنظیم خانواده، افزایش سطح تحصیلات و توانمند سازی زنان، سرمایه گذاری کرده اند، دارای رشد جمعیتی بسیار کند و رشد اقتصادی چشمگیری هستند.

بر اساس گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل، برای رسیدن هر چه سریعتر به این اهداف باید بطور اضطراری و سریع به مقابله جدی با ضعف و کاستی های بهداشت باروری، باروریهای ناخواسته، بی سوادی و تبعیضات موجود بر علیه زنان برخاست.

امروزه مشخص شده است، کشورهایی که در بهداشت و

**پرو از قبول در یافت بودجه ۲۴ میلیون دلاری
از کشور انگلستان جهت بهبود کیفیت
بهداشت باروری سر باز زد**

در ماه نوامبر سال ۲۰۰۲ میلادی وزیر بهداشت کشور پرو از قبول یک بودجه ۲۴ میلیون دلاری از طرف کشور انگلستان سر باز زد که این مبلغ ظرف ۶ سال پرداخت می شد و به منظور بهبود کیفیت بهداشت باروری در این کشور در نظر گرفته شده بود. چندی پیش نیز کمک دولت اسپانیا مربوط به ارتقاء بهداشت باروری از طرف این وزیر پذیرفته نشده بود.

کوبا و مرکز ملی آموزشهای جنسی همکاری نزدیک دارد. ۳۰۰ هزار دلار از مبلغ فوق را کشور بلژیک به کوبا اختصاص داده است.

نوع جدیدی از کاندومهای مخصوص زنان به بازار آمد

کاندوم که نوعی وسیله پیشگیری از بارداری می باشد، توسط کارخانه های مختلف هم برای مردان و هم برای زنان ساخته می شود. البته در کشور ما تنها کاندومهای مردانه در دسترس هستند. طبق آخرین گزارشات، نوعی کاندوم زنانه جدید در اروپا ساخته شده است که به زودی در سراسر جهان قابل دسترسی خواهد بود. مزیت کاندوم جدید نسبت به کاندومهای قدیمی زنانه، استفاده راحت تر و هزینه پایین تر آن است. این مدل جدید هم اکنون تنها در آلمان در دسترس می باشد ولی به زودی در انگلستان نیز قابل خریداری خواهد بود.



آشنایی با بلوغ

دکتر افسانه محمدزاده
جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

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



اشاره شود تا نوجوان با آگاهی بیشتری با آنها مواجه شود و نیز بینش و دانش پدران و مادران، مربیان و بالاخره اجتماع در مواجهه با این مسایل ارتقاء یافته و معقول و منطقی شود و از تشویش خاطر نوجوان بکاهد.

تغییرات سریع و ناگهانی که هنگام بلوغ اتفاق می افتد موجب نگرانی نوجوانان شده و در خیلی از موارد منجر به بروز رفتارهای غیر مطلوب می شود.

تغییرات دوران بلوغ دارای ویژگیهایی است که مهمترین آنها عبارتند از:

۱- تغییراتی که در تکامل و رشد فرد در دوران بلوغ دیده می شود، در هیچ زمان دیگری در طول حیات فرد اتفاق نمی افتد.

۲- بلوغ ۲-۴ سال طول می کشد و از این جهت دوره به نسبت کوتاهی می باشد. این رشد سریع و ناگهانی یک تا دو سال قبل از اینکه پسر یا دختر به بلوغ جنسی برسند شروع می شود و شش ماه تا یک سال بعد از آن هم ادامه می یابد. بنابراین دوره کامل این مرحله رشد سریع، حدوداً

بلوغ، تولدی دیگر است، رویدادی طبیعی و از مراحل اجتناب ناپذیر رشد انسان که در نوجوانی اتفاق می افتد. از نظر لغوی، بلوغ به معنی رسیدن به رشد، مرد شدن، زن شدن، رسیدگی، پختگی، به حد کمال رسیدن است. در همین مرحله است که فرد از دوران کودکی فاصله گرفته و به دوران بزرگسالی پا می گذارد. در برخی منابع بلوغ را تغییرات فیزیکی دوران نوجوانی تعریف کرده اند. از جمله تغییرات فیزیکی که موكداً به آن پرداخته می شود،

اگر نوجوان فرصت یابد مسائل و مشکلات بلوغ را بشناسد و پدر، مادر و اجتماعی که در آن پسر می برد به کمک وی بیایند، این دوره را به طور طبیعی و بدون ناراحتی پشت سر گذاشته و با نشاط و سلامتی پا به عرصه بزرگسالی می گذارد.

پیدایش آمادگی تولید مثل می باشد. در واقع زمان پیدایش غریزه جنسی را در فرد، شروع بلوغ گویند. دوران بلوغ منشأ تغییرات زیادی در وجود شخص می باشد که موجب می شود شخص به گونه ای متفاوت رفتار و احساس نماید. نگاه نوجوان نسبت به جهان تغییر می کند و گاه دچار تشویش و نگرانی شده، تصمیم گیری برایش مشکل می شود و خود این امر موجب بروز مشکلاتی در برخورد وی با خانواده و جامعه خواهد شد. در عین حال اگر نوجوان فرصت یابد مسائل و مشکلات بلوغ را بشناسد و پدر، مادر و اجتماعی که در آن پسر می برد به کمک وی بیایند، این دوره را به طور طبیعی و بدون ناراحتی پشت سر گذاشته و با نشاط و سلامتی پا به عرصه بزرگسالی می گذارد و از نیرو و توان بالای دوران نوجوانی بهره فراوان می برد. اینجاست که پرداختن به مسائل بهداشتی دوره نوجوانی و برداشت منطقی و معقول از آنها، می تواند سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این قشر عظیم و پرجمعیت را که آینده سازان کشور هستند تأمین و تضمین کند. در اینجا سعی بر این است که به پاره ای از مشکلات و سوالات که بهداشت این دوره از عمر را تهدید می کند

در ناحیه تناسلی و ناحیه زیر بغل هر دو جنس و تغییر صدا در پسران) ولی اعضاء تناسلی و تولید مثل هنوز کاملاً رشد نکرده‌اند. این دوره که اوایل نوجوانی است سنین ۱۰-۱۲ سالگی را شامل می‌شود.

مرحله بلوغ جنسی: در این مرحله ضمن ادامه بروز صفات ثانویه جنسی اسپرمهای زنده در ادرار پسران یافت می‌شود. این دوره که سنین ۱۳-۱۴ سالگی را در بر می‌گیرد، اواسط نوجوانی است. در دختران رشد جوانه‌های پستان و قاعدگی اتفاق می‌افتد.

● **مرحله بعد از بلوغ:** در این مرحله صفات ثانویه جنسی کاملاً ظاهر شده‌اند و عمل اعضاء تولید مثل در هر دو جنس کامل است. این دوره ۱۵-۱۹ سالگی است و در واقع اواخر نوجوانی می‌باشد.

ن شروع بلوغ

ن شروع بلوغ در پسرها بطور متوسط ۱۳ سالگی است. دختران حدود یک یا دو سال زودتر از پسران بالغ می‌شوند. و قلوبها از هر جنسی که باشند دیرتر به سن بلوغ می‌رسند. درصدی از دختران و پسران کمی زودتر و یا کمی دیرتر از میانگین سنی یاد شده در بالا به سن بلوغ می‌رسند. تا ۱ سالگی پسر و دختر تفاوت زیادی جز در اندامهای جنسی با یکدیگر ندارند، اما بین ۱۲ تا ۱۴ سالگی تفاوت‌های مشخصی بین دو جنس مشاهده می‌شود. شواهدی در دست است که رعایت بهداشت، سلامت جسمی، تغذیه خوب و مناسب و مراقبت‌های پزشکی دوران بارداری و پس از تولد و نیز وراثت در سن بلوغ تأثیر می‌گذارند.

سن شروع بلوغ در پسرها بطور متوسط ۱۳ سالگی است. دختران حدود یک یا دو سال زودتر از پسران بالغ می‌شوند. دو قلوبها از هر جنسی که باشند دیرتر به سن بلوغ می‌رسند.

در شرایط کنونی در مقایسه با نسل قبلی بلوغ زودتر اتفاق می‌افتد. بطور کلی بلوغ جنسی در پسران ۲-۴ سال طول می‌کشد. بدین ترتیب که حدود یک تا دو سال برای تبدیل

۳ سال طول می‌کشد تغییرات سریع و ناگهانی که هنگام بلوغ اتفاق می‌افتد موجب نگرانی نوجوانان شده و در خیلی از موارد منجر به بروز رفتارهای غیر مطلوب می‌شود.



۳- بلوغ دوره منفی بافی و در پیش گرفتن رفتارهای منفی می‌باشد. جملاتی چون "به من نگویید چه کار بکنم و چه کار نکنم، کاری به کارم نداشته باشید" و "نه، خودم از پیشش برمی‌آیم" در این دوره به وفور شنیده می‌شود. این روش، کوشش جدیدی است تا نوجوان به والدین و اطرافیان خود بگوید و بفهماند که جوان افکار و رفتاری دارد که مربوط به خودش است. منفی بافی در واقع وسیله‌ای کلامی برای بیان خشم است. والدین ممکن است در این مرحله درباره انتخاب دوستان، آداب معاشرت، و اصول و اعتقادات با فرزندان خود مشاجره کنند. باید بدانیم افراد هر نسل از نظر نوع لباس، آرایش موها و انتخاب دوستان با والدین خود اختلاف نظر دارند. البته والدین با تجارب فراوان به اعتقاداتی رسیده‌اند که به آنها پای بندند ولی باید با انعطاف پذیری خودشان را با شرایط جدید وفق دهند، زیرا در مواردی که نظر ما و ارزش‌های والدین به میزان چشمگیری با عقاید نوجوان متفاوت باشد احتمال پیدایش تعارضی در نوجوان فزونی می‌گیرد و او را دچار سردرگمی می‌کند.

۴- سن رسیدن به بلوغ متفاوت است. بلوغ می‌تواند در هر زمانی بین ۱۰ تا ۱۹ سالگی اتفاق افتد، ولی متوسط سن بلوغ در دختران ۱۱ سالگی و در پسران یک یا دو سال بعد از آن می‌باشد. این تفاوتها در سن بلوغ به همان اندازه که مربوط به خود فرد است به مسایل اجتماعی هر دو جنس مربوط می‌شود.

بلوغ معمولاً به سه مرحله تقسیم می‌شود.
● **مرحله قبل از بلوغ:** در این مرحله صفات ثانویه جنسی پدیدار می‌شود (مانند پیدایش مو در صورت پسران و

ترتیب با وجود افزایش وزن در این دوره، پسران و دختران باریک و لاغر به نظر می‌رسند. در پسران حداکثر افزایش وزن غالباً یک یا دو سال دیرتر از دختران پیش می‌آید و بیشترین مقدار آن در ۱۶ سالگی است و بعد از آن افزایش وزن کمتر می‌شود.

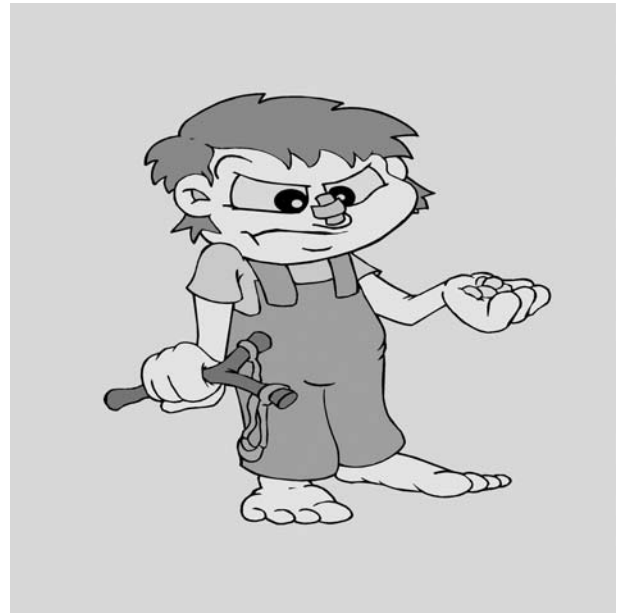
۲- تغییر در اندامهای بدن: بعضی از نقاط بدن که در سالهای اولیه زندگی به تناسب خیلی کوچک هستند در زمان بلوغ بزرگ می‌شوند. این حالت بخصوص در بینی، ساق پا و بازوها دیده می‌شود.

۳- رشد و تکامل صفات اولیه جنسی: صفات اولیه جنسی مربوط به فعالیت بیضه‌ها و آلت تناسلی است. بیضه‌ها، غدد جنسی مردانه و عضو اصلی تولید مثل مرد هستند. این غدد، اسپرم و هورمون تستوسترون تولید می‌کنند و تولید اسپرم در تمام طول حیات مرد ادامه می‌یابد. رشد بیضه‌ها در دوران بلوغ صورت می‌گیرد و در ۲۰-۲۱ سالگی کامل می‌شود. بطور طبیعی بیضه راست کمی بالاتر از بیضه چپ قرار گرفته و پس از حمام گرم، بیضه‌ها پائین تر قرار می‌گیرند. کمی بعد از آنکه رشد سریع بیضه‌ها شروع شد رشد آلت تناسلی مردان مشخصاً نمایان می‌شود. اولین مرحله رشد طولی است و در تعقیب آن به تدریج بر قطر آلت افزوده می‌شود. اندازه آلت تناسلی مانند سایر اندام‌ها از فردی به فرد دیگر متفاوت است. وقتی که پسر به بلوغ رسید، آلت تناسلی می‌تواند خود به خود در خواب و یا هنگام بیداری بزرگ و سفت شود که به این حالت نعوظ گفته می‌شود. علت نعوظ تجمع خون در آلت است. بعد از نعوظ ممکن است منی (مایع لزجی که حاوی اسپرم یا نطفه مرد است) از آلت خارج شود. این حالت معمولاً هنگام خواب پیش می‌آید. باید به نوجوان گفته شود که این امر، طبیعی بوده و از سلامت فرد خبر می‌دهد و نباید باعث نگرانی شود.

۴- رشد و تکامل صفات ثانویه جنسی: در دوران بلوغ بطور فزاینده‌ای صفات دیگری در فرد پیدا می‌شود که چون مستقیماً ارتباطی با تولید مثل ندارند صفات ثانویه

حالت غیرجنسی به جنسی زمان لازم است که بدنبال آن یک یا دو سال طول می‌کشد که اعضای تناسلی رشد و تکامل یابند. نوجوانی که به سرعت بالغ می‌شود، رشد سریعی دارد و اندامهای بدنش سریع تکامل پیدا می‌کنند، برعکس نوجوانی که به آرامی به مرحله بلوغ نزدیک می‌شود، رشد و نمو سریعی ندارد و تکامل اعضای او تدریجی است. در گروه اول بروز صفات جنسی و رشد استخوانها زودتر و در گروه دوم دیرتر به وقوع می‌پیوندد.

بلوغ پسران



تغییرات جسمی دوران بلوغ:

به طور کلی چهار تغییر مهم جسمی نوجوان عبارتند از:

۱- تغییر در اندازه بدن: تغییر در اندازه بدن شامل افزایش وزن و قد است. قد کشیدن از مراحل اولیه بلوغ شروع می‌شود. در پسران در ۱۴ سالگی حداکثر و بیشترین افزایش آن بعد از بلوغ است و بعد از آن سرعت رشد کاهش پیدا کرده و این کاهش تا ۲۱-۲۰ سالگی ادامه می‌یابد. به علت این دوره طولانی، رشد قد پسران معمولاً بیشتر از دختران است. افزایش وزن در هنگام بلوغ مربوط به افزایش چربی، رشد استخوان و عضله می‌باشد. بدین

جنسی نامیده می‌شوند. صفات ثانویه جنسی در مردان عبارتند از:

- **رویش موهای زهار (شرمگاه):** شروع رویش این موها از ابتدای بلوغ تا ۱۵ سالگی بوده، در ابتدا این موها کم، نازک و ظریف‌اند و به تدریج تیره رنگ، زبر و مختصری پیچ‌دار می‌شوند.

- **رویش موی صورت، زیر بغل و افزایش موی بدن:** رویش این موها پس از تکمیل رشد موهای زهار اتفاق می‌افتد. بعضی افراد بطور طبیعی پرمو تر از دیگران هستند و در بعضی‌ها ممکن است موهای روی قفسه صدری رشد نکنند.

- **فعالیت غدد چربی:** غدد چربی در پوست بزرگ و فعال می‌شوند. در اثر افزایش فعالیت غدد چربی ممکن است جوشهایی روی صورت و پوست بدن ظاهر شوند که به آنها "آکنه" می‌گویند و محل شایع آنها صورت است. این جوش‌ها نباید دستکاری شده و در صورت زیاد شدن باید به پزشک مراجعه شود.

- **تغییر صدا:** تغییر صدا ناشی از رشد تارهای صوتی است. تغییر صدا در زمان کامل شدن رشد صورت می‌پذیرد. صدا در ابتدا خشن و بعد بم می‌شود و در ابتدا کمی ناهنجار و شاید دورگه باشد ولی بتدریج آهنگ صدا مطلوبتر می‌شود.

- **برآمدگی در محل پستان:** برآمدگی‌های مختصری در اطراف نوک پستان در مردان بین ۱۲ تا ۱۴ سالگی ظاهر می‌شود. این حالت چند هفته طول می‌کشد و سپس تعداد و اندازه آنها کاهش می‌یابد.

بافت پستانی در هر دو جنس وجود دارد اینگونه این بافت رشد کند یا نه در درجه اول به وضعیت هورمونی فرد بستگی دارد تعیین کننده اساسی تکامل پستان تعادل بین هورمونهای مردانه و زنانه می‌باشد. اگر هورمونهای زنانه (استروژن) پیشی‌گیرند، باعث رشد بافت پستان می‌شوند، برعکس اگر هورمون مردانه (تستوسترون) پیشی‌گیرد، پستان نمی‌تواند رشد کند. در یک مرد بالغ نسبت تستوسترون به استروژن ۳۰۰ به ۱ می‌باشد. به هم خوردن این نسبت بدلیل کاهش تستوسترون و یا افزایش استروژن باعث ژنیکوماستی می‌شوند. البته بیماریها و داروهای هم هستند که باعث ژنیکوماستی می‌شوند بدون اینکه نسبت فوق را تغییر دهند و علت این قضیه روشن نیست.

نگرانی در مورد تغییرات طبیعی جسمی در زمان بلوغ
کمتر نوجوانی است که در این دوره نگران نشود و از خودش نپرسد آیا من طبیعی هستم؟ بدیبی است وقتی ظاهر پسران و دختران در زمان بلوغ تغییر می‌کند، آنها

نگران می‌شوند، مگر اینکه قبلاً اطلاعات لازم و کافی به آنها داده شده باشد. در مواردی نوجوان ممکن است بدلیل عدم تناسب اندام‌های بدن و حتی گاهی زشت شدن ظاهرش مورد سرزنش و ریشخند اطرافیان قرار گیرد. در اینجا به یکی از مشکلات شایع از این نوع می‌پردازیم.

بزرگی پستانها در پسران نوجوان

حمید که از بزرگی پستانهایش نگران بود، روزی به اتفاق دوستانش به شنا رفت. در آنجا نیز توجه دوستان حمید به این مشکل وی جلب شد و وی ناچار در صدد مشورت با پزشک و چاره کار برآمد. بزرگی پستانها در مرد را "ژنیکوماستی" گویند. این حالت یک اثر روانی بزرگ بر روحیه پسر نوجوان دارد. رفتار طبیعی یک مرد در مواجهه با این مشکل پوشاندن قفسه سینه در انظار دیگران است. عده‌ای دیگر از شنا کردن یا ورزشهایی که باعث دیدن پستانها می‌شوند، اجتناب می‌کنند. ژنیکوماستی یک حالت شایع است که ۶۰-۴۰٪ مردان را مبتلا می‌کند. تکامل پستانها در دوران نوجوانی صورت گرفته و علل زیادی دارد. در این حالت یک برآمدگی کوچک در زیر ناحیه تغییر رنگ یافته نوک پستان پدید می‌آید. طی دوران رشد این توده می‌تواند دردناک شود.

ژنیکوماستی چگونه ایجاد می‌شود؟

بافت پستانی در هر دو جنس وجود دارد. اینکه این بافت رشد کند یا نه در درجه اول به وضعیت هورمونی فرد بستگی دارد. تعیین کننده اساسی تکامل پستان تعادل بین هورمونهای مردانه و زنانه می‌باشد. اگر هورمونهای زنانه (استروژن) پیشی‌گیرند، باعث رشد بافت پستان می‌شوند، برعکس اگر هورمون مردانه (تستوسترون) پیشی‌گیرد، پستان نمی‌تواند رشد کند. در یک مرد بالغ نسبت تستوسترون به استروژن ۳۰۰ به ۱ می‌باشد. به هم خوردن این نسبت بدلیل کاهش تستوسترون و یا افزایش استروژن باعث ژنیکوماستی می‌شوند. البته بیماریها و داروهای هم هستند که باعث ژنیکوماستی می‌شوند بدون اینکه نسبت فوق را تغییر دهند و علت این قضیه روشن نیست. حداقل در ۵۰٪ بیمارانی که ژنیکوماستی دارند هیچ علتی دیده نمی‌شود، که این موارد جزء ژنیکوماستی بدون علت

هستند.

هنوز ثابت نشده است. ولی با وجود این، برخی داروی ضد استروژن به نام تاموکسی فن را بمدت ۳ ماه توصیه می کنند، در صورتیکه اثر نکرد، شاید به جراحی نیاز داشته باشد. ژنیکوماستی ممکن است عارضه جانبی یک سری داروها باشد مثل استروژن که فرد قرص آنرا بخورد و یا در معرض کرم آن قرار گرفته باشد. همچنین داروهای ضد افسردگی، ضد فشارخون بالا، درمان سل، سایمتدین، دیازپام، مترونیدازول می توانند این مشکل را ایجاد کنند. بعضی از بیماریها هم می توانند باعث ژنیکوماستی شوند نظیر اختلالات کروموزومی، اختلالات هورمونی، پرکاری تیروئید، بیماریهای کبدی، کلیوی، سوء تغذیه که تشخیص و درمان مناسب آنها توصیه می شود.

دو نکته مهم:

- ۱) در ژنیکوماستی نباید فوراً اقدام به جراحی کرد. هر بیمار باید مورد بررسی تشخیصی قرار گیرد و قبل از جراحی برای مدتی تحت نظر گرفته شود.
- ۲) اگر نوجوان شما بدون اینکه به بلوغ رسیده باشد دچار رشد پستان می باشد، باید حتماً به پزشک مراجعه کنید ولی اگر از جهات دیگر رشد کرده و به بلوغ رسیده و ژنیکوماستی نیز دارد باید توسط پزشک ویزیت شود ولی ارزیابی و درمان بیشتر نیاز نخواهد بود.

بلوغ دختران



تغییرات جسمی دوران بلوغ در دختران عبارتند از:

- رشد جسمی و قدی
- جوانه زدن نوک پستانها و رشد آنها
- پیدایش موهای ناحیه تناسلی و زیر بغل

آیا در این وضعیت مراجعه به پزشک ضروری است؟
برای اینکه مشخص شود رشد پستان به دلیل چاقی است یا نه و برای آنکه جنبه های مختلف اهمیت قضیه مشخص شود مراجعه به پزشک ضروری است. پزشک با معاینات و در صورت لزوم آزمایشات و سونوگرافی تشخیص درست می دهد. آن چیزی که به هنگام مراجعه به پزشک مهم است، آنست که پسر نوجوان تمام مواردی را که به علت شرم و حیا از همه کتمان می کند برای پزشک توضیح دهد. مثلاً عدم علاقه به جنس مخالف و یا کاهش توان و انرژی وی نسبت به دوستان هم سن اش را بیان نماید.

فرد باید توسط پزشک معاینه شود، والدین و پزشک باید به نوجوان اطمینان و قوت قلب داده که این حالت طبیعی است و غالباً طی ماهها یا سالهای آینده بدون درمان از بین می رود.

پزشک هم در بعضی موارد، آزمایشهای هورمونی درخواست می کند، اکثراً به انجام این آزمایشات نیازی نخواهد بود.

در مواجهه با این مشکل چه باید کرد؟

ژنیکوماستی معمولاً طبیعی است، اما همانطور که ذکر شد فرد باید توسط پزشک معاینه شود. ۷۵٪ موارد بدون درمان طی ۲ سال و ۹۰٪ موارد طی ۳ سال از بین می رود. والدین و پزشک باید به نوجوان اطمینان و قوت قلب داده که این حالت طبیعی است و غالباً طی ماهها یا سالهای آینده بدون درمان از بین می رود. مواردی مانند پستان خیلی بزرگ، یا ناپدید نشدن در مدت مورد انتظار و یا نگرانی نوجوان درباره ظاهر و زیبایی اندام خود ممکن است نیاز به درمان داشته باشد. حالت اخیر مهم است چون باعث می شود نوجوان به ورزشهای جمعی مثل شنا کردن نپردازد، گوشه گیر شود و اعتماد به نفس وی کاهش یابد و خدای ناکرده باعث اختلال شخصیتی شود. در موارد نیاز به درمان (که اشاره شد)، معاینه فرد توسط جراح پلاستیک به منظور اطمینان دادن و یا جراحی، کمک کننده است. درمانهای دارویی زیادی وجود دارد ولی تأثیر آنها

- قاعدگی

رشد قد:

جهش رشد در دختران ۲ سال زودتر از پسران اتفاق افتاده و چشمگیر می باشد.

در این مرحله ممکن است خواهری از نظر قدی از برادر همسن یا بزرگتر خود بلندتر شود. ولی با شروع قاعدگی سرعت رشد کندتر می گردد بنابراین مشاهده جهش رشد در دختران، راهنمای خوبی برای والدین می باشد.

رشد پستانها:

معمولاً بطور متوسط در سن ۹/۵ سالگی ایجاد می شود. در ابتدا نوک پستانها سفت و دردناک می گردد و سپس رشد پستان ادامه می یابد. سفت شدن و بخصوص دردناک شدن نوک پستان ممکن است برای نوجوان، اضطراب برانگیز باشد.

رشد موهای زهار (ناحیه تناسلی و زیر بغل):

بطور متوسط در ۱۰/۵ سالگی اتفاق می افتد. موهای این ناحیه ابتدا نرم و نازک و سپس کلفت و ضخیم می گردد و با مشاهده این علامت والدین می بایست در زمینه بهداشت فردی، آموزشهای لازم را به نوجوان بدهند. در پایان دوره بلوغ یعنی حدود سن ۱۸ سالگی، رویش فرم زنانه پیدا می کند.

در حدود ۱-۷/۵ سال اول، ممکن است قاعدگی نامنظم باشد. علت آن عدم تکامل کامل تخمدانها است.

قاعدگی:

آخرین مرحله بلوغ دختران، قاعدگی است که بطور متوسط در ۱۳ سالگی ایجاد می شود. در حدود ۷/۵-۱ سال اول، ممکن است قاعدگی نامنظم باشد. علت آن عدم تکامل کامل تخمدانها است. بی نظمی قاعدگی یا دوره های طولانی خونریزی ممکن است برای نوجوان اضطراب برانگیز باشد. در صورت توجه نکردن به این موضوع و نیز نداشتن تغذیه مناسب منجر به بروز کم خونی می شود. لذا والدین می باید به الگوی قاعدگی دختران خود دقت کنند تا در صورت بروز مشکلات، با مراجعه به پزشک، بررسی سریع و مناسب انجام شود.

استحمام روزانه با آب گرم و گرفتن طهارت ضروری است و باعث هیچ نوع بیماری نمی شود اما حمام کردن در وان توصیه نمی شود.

بهداشت دوران بلوغ:

بدلیل افزایش فعالیت غدد چربی و عرق در این دوران، ممکن است در صورت، پشت یا روی سینه جوشهایی ایجاد شود. این جوشها نباید دستکاری شود چون عفونی شده و ممکن است محل آنها روی صورت باقی بماند. با توجه به فعالیت غدد عرق در این سنین، رعایت بهداشت فردی و استحمام بسیار مهم است. شستشو با آب ولرم و صابون باعث پاکیزگی پوست می شود. سوآلی که همیشه مطرح است، استحمام در دوران عادت ماهانه می باشد. استحمام روزانه با آب گرم و گرفتن طهارت ضروری است و باعث هیچ نوع بیماری نمی شود اما حمام کردن در وان توصیه نمی شود. استفاده از حوله و وسایل بهداشتی شخصی و زدودن موهای زائد بدن از نکات ضروری است.

ورزش در دوران بلوغ:

دوران نوجوانی دوران حساسی است و کنترل معاشرت با دوستان بسیار مهم است. در صورت سرخوردگی نوجوان از محیط خانه و مدرسه، احتمال روی آوردن به انحرافات به دلیل هم نشینی با دوستان ناباب وجود دارد. بسیاری از انحرافات و مشکلاتی که دامنگیر نوجوان می شود از این طریق است. کشیدن سیگار اولین قدم برای اعتیاد به مواد مخدر می باشد. برای مبارزه و پیشگیری از بروز این معضلات، ارتباط صادقانه نوجوان با والدین، مربیان مدرسه مهمترین قدم است. مطالعه، ورزش و تفریحات سالم مثل کوهنوردی، معاشرت با دوستان شایسته و شرکت در فعالیتهای هنری، علمی و ورزشی به صورت فردی یا جمعی نقش بسیار مهمی در شکل گیری شخصیت نوجوان دارد.

ورزش راه بسیار مناسب برای مبارزه با سستی و تنبلی است. بعلاوه ورزش باعث حفظ سلامت، تناسب اندام و شادابی نوجوان میگردد. بسیاری از مسائل روانی نوجوانان

مصرف سبزیجات و میوه جات تازه، شیر، تخم مرغ و گوشت، ویتامینهای مورد نیاز بدن را تأمین می کند. آهن عنصر لازم برای خون سازی است. در دوران بلوغ نیاز به آهن بیشتر می شود و دختران بدلیل خونریزی ماهیانه، آهن را از دست می دهند. بهمین دلیل خوردن غذاهای حاوی آهن مثل گوشت، جگر، ماهی و زرده تخم مرغ لازم است. خوردن چای طی ۱-۲ ساعت قبل و بعد از غذا از جذب آهن جلوگیری می کند. مواد دارای ویتامین C مثل مرکبات به جذب آهن کمک می کند.

در دوران بلوغ نیاز به آهن بیشتر می شود و دختران بدلیل خونریزی ماهیانه، آهن را از دست می دهند.

کلسیم و ویتامین D برای رشد استخوانها لازم است. بدلیل جهش رشد قدی نوجوان نیاز به کلسیم بیشتر می شود. شیر، ماست، تخم مرغ و جگر مواد غنی از کلسیم و ویتامین D هستند. ید یکی دیگر از مواد مورد نیاز بدن

مثل رفتارهای تند و یا کم روئی و عدم اعتماد به نفس را می توان با ورزشهای فردی یا گروهی اصلاح نمود. در دوران عادت ماهیانه انجام ورزشهای سبک ممنوعیت ندارد. می توان کارهای روزمره مثل رفتن به مدرسه، ورزشهای سبک و پیاده روی را انجام داد ولی به استخر نباید رفت.

تغذیه:

تغذیه در دوران نوجوانی و بلوغ اهمیت زیادی دارد. تغذیه مناسب در کنار ورزش منجر به تأمین انرژی مورد نیاز نوجوان می گردد. پرخوری زیاد باعث چاقی شده که سلامت نوجوان را به خطر می اندازد. مصرف سه گروه اصلی مواد غذایی شامل چربیها، مواد قندی و پروتئینها لازم است ولی مصرف شکلات، آب نبات، نوشابه های گازدار که ارزش غذایی ندارند باید محدود باشد. ویتامینها بخصوص A، B، C برای رشد و نمو بدن، سلامت بدن و افزایش مقاومت در برابر بیماریها نقش مهمی دارند.



ایجاد یک رابطه عاطفی، صمیمانه و احترام آمیز با او تلاش کنند. برخورد احترام آمیز با نوجوان، عزت نفس او را افزایش می دهد. نوجوانان در صورت راهنمایی صادقانه و مناسب والدین و مربیان مدرسه، گرایش زیادی به مذهب دارند. پس والدین و مربیان مدرسه می توانند از طریق آموزش مفاهیم عالیه دینی، در رشد اخلاقی نوجوانان نقش مهمی داشته باشند.

بطور خلاصه: بلوغ دوره انتقالی از کودکی به بزرگسالی است و نوجوان متحمل تغییرات سریع جسمانی و روانی می شود. شناخت این تغییرات توسط والدین و نظارت آگاهانه بر تغییرات ایجاد شده و همکاری با مربیان دلسوز و آگاه مدرسه باعث می شود تا نوجوان این مرحله حساس و بحرانی را با سلامت جسمانی و روانی سپری و دوران بزرگسالی متعادلی را آغاز کند.



است. بخصوص سلولهای عصبی و مغز نیاز زیاد به آن دارند. تخم مرغ و ماهی حاوی ید است. بیماری که در اثر کمبود ید به وجود می آید گواتر نام دارد و کشور ما در منطقه کمبود ید قرار دارد. لذا مصرف نمک ید دار ضروری است و خانواده ها باید به آن دقت کنند.

بهداشت روانی:

بدلیل تغییرات جسمانی و تغییرات هورمونی در طی بلوغ، نوجوان دچار تغییرات روانی می شود. والدین و مربیان مدرسه باید با این علائم آشنا باشند و با درک تغییرات دوران بلوغ، برخورد صحیح و منطقی با وی، به سازگاری نوجوان با تغییرات ایجاد شده کمک کنند.

ویژگیهای روانی و رفتاری در دختران ۱۴-۱۰ ساله:

میل به گوشه گیری، حساسیت نسبت به انتقاد دیگران، بی قراری، نوسان در خلق و خو و مخالفت با خانواده و جامعه، مقاومت در برابر پند و اندرز والدین و تمایل شدید به ارتباط با دوستان و گفتگوهای طولانی و پنهانی با آنها از این جمله می باشد. در این سن نوجوان دوست دارد، مطابق با همسالان خود لباس بپوشد که ممکن است مغایر با معیارهای خانواده باشد. نسبت به آراستگی ظاهر خود حساس است و ممکن است مدتها جلوی آینه بماند. این علائم حدوداً یکسال پیش از بلوغ شروع می شود. البته این علائم در تمام دختران یکسان نیست.

ویژگیهای روانی و رفتاری در دختران ۱۹-۱۵ ساله:

رشد جسمی و تغییرات جسمانی دوران بلوغ برای تعدادی از دختران، اضطراب آور است. بخصوص اگر از نظر بروز علائم بلوغ نسبت به سایر همکلاسیها جلوتر باشد. باید به این دختران خاطر نشان کرد که بزودی سایر دوستان نیز تغییرات جسمانی مشابه وی را تجربه خواهند کرد. معیارهای رفتار و لباس پوشیدن مطابق هم سن و سالها است و در مورد جنس مخالف کنجکاو است. اشتغال ذهنی با رؤیاهای عاشقانه از ویژگیهای روانی این دوره است. آینده او مثل تحصیل، اشتغال، ازدواج بخش مهمی از اشتغالات فکری او می باشد. در این مرحله او به رفتار والدین و مربیان بسیار حساس است و والدین و مربیان باید با درک شرایط و وضعیت رشد جسمی نوجوان، در

چرا حاملگی در سنین پائین خطرناک است؟

دکتر سیده سهیلا عارفی
جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی



پس از تصادفات و خودکشی، مرگ به دلیل حاملگی از دلایل پر اهمیت، مرگ در دوران نوجوانی می باشد.

خود را با عمل سزارین بدنیا آورده است. در بعضی از مواردی که حاملگی در سنین بسیار پائین (زیر ۱۱ سال) اتفاق می افتد، بلوغ زودرس زمینه استعداد فرد را به حاملگی در چنین سنینی بوجود می آورد. بلوغ زودرس واقعی، خیلی ناشایع است و در این موارد علائم بلوغ مانند: رشد سینه ها، رشد قدی و پریودهای ماهانه، خیلی زودتر از موقع شروع می شود. در صورت ازدواج دختران در سنین پائین و شروع فعالیت های جنسی زودرس در این سنین، احتمال حاملگی دور از ذهن نیست. لازم به تذکر است که متوسط سن شروع قاعدگی ۱۲/۸ سال می باشد که طیف آن از ۱۰/۵ سال تا ۱۵/۵ سال متفاوت است. صرف نظر از احتمال بلوغ زودرس که اساساً خیلی شایع نیست، حاملگی در سنین ۱۱-۱۹ سالگی، بخصوص در کشورهای پیشرفته و به صورت ناخواسته افزایش پیدا کرده است. در واقع با افزایش ازدواج و کاهش باروری نسبی در جمعیت عمومی، نسبت حاملگی در سنین خیلی پائین نسبت به حاملگی در سنین بالاتر، بیشتر شده است. به نظر می رسد حاملگی در سنین پائین با وضعیت اقتصادی نیز

اشک در چشمانش حلقه زده بود. نوجوانی ۱۵ ساله بیش نبود و در پشت چشمان غمگینش، میل به شادی و تکاپو موج می زد. ازدواج زود هنگام و پس از آن حاملگی، تمام برنامه ها و آرزوهایش را تغییر داده بود. میل به ادامه تحصیل، چیزی نبود که بتواند به آسانی از آن دست بکشد. گذشته از آن از نظر جسمی و روحی پذیرای حاملگی نبود....

این مورد، یک نمونه از صدها نمونه ای است که در آن یک نوجوان در بدو زندگی با واقعیت حاملگی روبرو می شود. مطلبی که ارائه می شود مسئله حاملگی در سنین نوجوانی (۱۱-۱۹ سالگی) را که بخصوص در ایران و در مناطق روستائی و عشایری و یا در مناطق شهری با بافتهای سنتی رواج قابل توجهی دارد، به بحث می گذارد. میزان تولد در دهه پیش، افزایش محسوسی پیدا کرد. درصد قابل توجهی از این افزایش، ناشی از تولد نوزادان مادرانی است که در سنین پائین (۱۱-۱۹ سالگی) حامله شده اند. در اواسط دهه ۷۰ میلادی، افزایش ناگهانی در میزان حاملگی در سنین پائین و نوجوانی پدید آمد. اما پس از آن با تمهیداتی، میزان حاملگی در این سنین کم شد. اما به دلیل تبعات بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، این دسته از حاملگی ها همواره مورد توجه قرار می گیرد. در حال حاضر سالانه، ۱ میلیون دختر در سنین نوجوانی حامله می شوند. معمولاً (در ۷۸٪ موارد) حاملگی در سنین پائین (۱۱-۱۹ سال) ناخواسته بوده و در بسیاری از موارد (۴۴٪) منجر به سقط های القائی و غیر قانونی خواهد شد. در واقع ترس از تغییر در روند زندگی، پس از حاملگی در این سنین باعث تصمیم به سقط می شود. اما آیا می دانید که اساساً کمترین سنی که حاملگی می تواند در آن اتفاق بیفتد چیست؟ در واقع آیا احتمال دارد که بعضی دختران زودتر از موقع به بلوغ رسیده و قدرت حاملگی داشته باشند؟ جالب است بدانید که کوچکترین مادر دنیا لینامدینا بوده است. این مادر کوچک که اهل پرو بوده، زمان حاملگی تنها ۵ سال داشته و در سال ۱۹۳۹ میلادی فرزند

مرتبط باشد. در واقع حاملگی در سنین پائین، در جمعیت های فقیر تر بیشتر از جمعیت های ثروتمند دیده می شود. هم چنین شیوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است، مثلاً شیوع آن در آمریکا ۴۰٪ بیشتر از کشورهای اروپای غربی است. نبود و احتراز از بیان پیام های بهداشتی و تنظیم خانواده در سنین پائین تر نیز می تواند بر روی شیوع حاملگی در سنین پائین مؤثر باشد.

یکی از خطرات بالقوه حاملگی در این سنین که در بیشتر موارد ناخوشایسته است، اقدام جهت سقط القائی (غیر قانونی) می باشد.

اما آیا می دانید یکی از دلایل مرگ و میر در سنین نوجوانی حاملگی می باشد. به نظر می رسد پس از تصادفات و خودکشی، مرگ به دلیل حاملگی از دلایل پر اهمیت، مرگ در دوران نوجوانی می باشد. بیشتر مرگها در این سنین به علت آمبولی (لخته شدن خون و حرکت لخته در عروق)، فشار خون و حاملگی خارج رحمی می باشد. همچنین بدلیل اینکه اکثر این حاملگی ها ناخواسته هستند، در بسیاری از موارد منجر به سقطهای غیر قانونی شده که این سقطها بخصوص در کشورهایمانند کشور ما که محدودیت های شرعی و قانونی برای انجام سقط وجود دارد با عوارضی مانند عفونت شدید، خونریزی و گاهی مرگ همراه است.

اثر سن روی روند حاملگی چیست؟

از همان اوائل داغ شدن این بحث در دهه ۷۰ میلادی، این حاملگی ها بیشتر به عنوان یک عارضه اجتماعی که با عوارض پزشکی همراه است مطرح شد. صرف نظر از سن حاملگی، در این سنین بدلیل همراه بودن حاملگی با فقر و سوء تغذیه و شاخص های پائین سلامت، حاملگی با عوارض بیشتری دیده می شود. جالب است بدانید که به همین دلیل و به دلایل کاهش سطح بهداشت مادران، شانس مرگ و میر نوزاد در این مادران بالاتر است. در واقع یک سوم این مادران کوچک، از مراقبتهای دوران بارداری بهره ای نمی گیرند و در نتیجه عوارض حاملگی و احتمال بستری شدن در بیمارستان، در این افراد بسیار بیشتر است. شیوع تولد نوزادان با وزن بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم)

در دختران ۱۹-۱۱ ساله، دوبرابر حاملگی در سنین بالاتر است. اما برخلاف تصور احتمال اختلال کروموزومی در نوزادان آنها بیشتر نیست. اگر این حاملگی ها را بر حسب سن، در دو گروه زیر ۱۵ سال، و بالای ۱۵ سال تقسیم کنیم، عوارض حاملگی در گروه زیر ۱۵ سال را بیشتر مربوط به سن و بالای ۱۵ سال را مربوط به فقر می دانند. یکی از عوارضی که معمولاً در حاملگی های زیر ۱۵ سال دیده می شود، زایمان زودرس می باشد. همچنین به دلیل کوچک بودن این مادران به لحاظ اسکلتی و کوچک بودن لگن، نیاز به انجام سزارین در اینها بیشتر می شود.

اثر حاملگی روی دختران ۱۹-۱۱ سال چیست؟

یکی از اثرات مخرب این حاملگی ها، اثرات روانی - اجتماعی (سایکوسوشیال) می باشد. در واقع این حاملگی در بعضی دختران به نوعی شروع تمام بدبختی ها و شکست ها می باشد. شکست در اتمام تحصیل، به طوری که از هر ۱۰ نفر دختر نوجوان که حامله می شود، ۷ نفر ترک تحصیل می کنند و شکست در کنترل خانواده و روابط فامیلی که گاهی حمایت مراکز مددکاری اجتماعی را طلب می کند. یکی از خطرات بالقوه حاملگی در این سنین که در بیشتر موارد ناخواسته است، اقدام جهت سقط القائی (غیر قانونی) می باشد.

نتیجه گیری:

حاملگی با تغییرات فیزیولوژیک فراوانی همراه است که این تغییرات لازمه تطابق مادر با جنین می باشد. این تغییرات، سن مناسبی را طلب می کند که علاوه بر تحمل روانی، بدون ایجاد مشکل جسمی و فیزیکی در مادر، حاملگی بی خطر سپری شود. لازم به ذکر است که لزوماً بروز نشانه های بلوغ با آمادگی جسمانی برای مادر شدن همراه نیست، بلکه صرف نظر از پذیرش فکری و اجتماعی، از نظر فیزیکی و فیزیولوژی نیز آمادگی های لازم باید بوجود آید. با توجه به امکانات گسترده ای که برای جلوگیری از حاملگی وجود دارد، به نظر می رسد بتوان از بروز حاملگی و عواقب آن در این سنین پر خطر جلوگیری کرد که این مهم با کمک رسانه های گروهی امکان پذیر خواهد بود.

چگونه در انتخاب روش صحیح تنظیم خانواده تصمیم درستی بگیریم

دکتر بیتا نیک خلق

پزشک و مدرس جمعیت و تنظیم خانواده

دکتر هومن صدری اردکانی

آندرولوگ

(نایابوری و ناتوانی جنسی مردان)



قبل از هر چیزی باید تصمیم بگیرید که آیا می خواهید زندگی زناشویی داشته باشید؟ و آیا می خواهید بچه دار شوید؟ و آیا در حال حاضر آمادگی بچه دار شدن را دارید؟ و آیا مایلید از روشهای جلوگیری از بارداری استفاده کنید؟ اگر تصمیم دارید از نظر جنسی فعال باشید و زندگی زناشویی موفق داشته و کنترل جمعیت خانواده را در دست داشته باشید باید به مسایل مهمی فکر کنید.

ما معتقدیم که هر فردی باید اصول و طریقه کنترل باروری خود را بداند. سعی ما بر این است که اطلاعات صحیح و دقیقی را در اختیار شما قرار دهیم و بدون هیچ جهت گیری خاصی واقعاً به شما کمک کنیم تا در کنترل باروری خود تصمیمات صحیح و مطمئنی اتخاذ کنید. حتماً سوالات زیادی در ذهن دارید.

یافتن روشی که برای شما از بقیه روشها کارآمدتر باشد بسیار مهم است.

چه روشی کارآمد است؟

این پرسش شما بسیار مهم است. میزان تأثیر و کارآمدی هر روش جلوگیری از بارداری به استفاده مداوم و صحیح از آن روش وابسته است. مهمترین نکته این است که شما روشی را برگزینید که بتوانید همواره به طور صحیح از آن استفاده کنید.

آیا استفاده از روشهای ضد بارداری خطری ندارد؟
هر یک از روشهای ضد بارداری عوارض ناچیزی دارد. ولی مهم آن است که شما عوارض جانبی روش یا روشهایی را که مایلید استفاده نمائید، بشناسید و عوارض آنها در مقابل فواید آن بسنجید.

چه احساسی دارید؟

هر چه هنگام استفاده از یک روش احساس بهتری داشته باشید می توانید آنها به مدت طولانی تر و به شیوه صحیح تری استفاده نمایید.

آیا استفاده از روشهای ضد بارداری با شرایط شما سازگار است؟

دقت کنید که روشی را انتخاب نمایید که با شرایط خود شما و زندگیتان سازگار باشد. برای مثال ممکن است سفرهای طولانی داشته باشید، ناقل بیماری خاصی باشید و یا

باید بدانید که چه روشی مناسب وضعیت شماست **نیازمند دانستن چه چیزی هستید؟**

وقتی می خواهید روشی را انتخاب کنید، نظرات و عقاید دیگران نباید القاء کننده تصمیم شما باشد و قبل از انتخاب روش مناسب سعی کنید که پاسخ تمام سوالات خود را راجع به روش مورد نظر بیابید. ما در به دست آوردن این اطلاعات شما را یاری می دهیم. در هر روشی که مایلید انتخاب کنید باید نکات زیر را در نظر داشته باشید.

● شیوه دقیق و صحیح استفاده از روش

● خطرات و عوارض احتمالی

● فواید احتمالی

● روشهای جایگزین

هیچ یک از روشهای جلوگیری از بارداری بهترین روش

- ذهنیاتمان
- ارتباطاتمان با دیگران

بسیاری از ما هنگام صحبت در مورد جنسیت خودمان راحت نیستیم. به همین دلیل در بیشتر مواقع اطلاعات لازم و ضروری در این مورد را نمی‌دانیم. اطلاعات خوب و کاملی نیاز داریم تا در مورد سلامت باروری خود تصمیمات درستی بگیریم. اطلاعات کافی برای احساس رضایت و امنیت ما لازم است.

اطلاعات خود را در مورد روشهای جلوگیری از بارداری بسنجید.

چقدر در مورد روشهای جلوگیری از بارداری مطلع هستید؟ آیا در حال حاضر از یکی از روشها استفاده می‌کنید؟ اگر پاسخ شما مثبت است آیا این روش را بطور صحیح استفاده می‌نمایید. آیا روش مورد استفاده برای شما روش مناسبی است؟ و اگر در حال حاضر از هیچ روشی استفاده نمی‌کنید آیا تصمیم دارید در آینده از یکی از این روشها استفاده نمایید؟

میزان تأثیر و کارآمدی هر روش جلوگیری از بارداری به استفاده مداوم و صحیح از آن روش وابسته است.

هر روز روشهای جدیدتری برای جلوگیری از بارداری وارد بازار می‌شود و بسیاری از این روشها از ده سال پیش استفاده می‌شوند ولی هیچ روشی نیست که برای همه افراد مفید باشد و شاید به همین دلیل یافتن بهترین روش برای شما، بسیار مهم است. اگر در فکر آن هستید که از یک روش ضد بارداری مناسب استفاده کنید با تکمیل پرسشنامه زیر اطلاعات خود را در این مورد بسنجید. حال اگر مایلید که خود را امتحان کنید و بدانید که اطلاعات عمومی شما در مورد روشهای ضد بارداری چقدر است و تا چه حد احتیاج به مطالعه و مشورت دارید به سؤالات زیر پاسخ دهید و از این امتحان جالب و آموزنده بهره‌مند شوید.

به حساب نمی‌آید. بهترین روش برای شما روشی است که شما و همسرتان هنگام استفاده از آن راحت هستید. به یاد داشته باشید همیشه می‌توانید در مورد روش مورد استفاده، نظر خود را تغییر داده و روش دیگری را استفاده کنید.

انتخاب روش جلوگیری از بارداری مناسب

روشهای جلوگیری از بارداری متنوع هستند. هیچ روشی برای همه افراد مناسب نیست و به همین دلیل است که یافتن روشی که برای شما از بقیه روشها کارآمدتر باشد بسیار مهم است. حتی اگر هنوز ازدواج نکرده‌اید فکر کردن در مورد روشهای جلوگیری از بارداری و سنجیدن آنها با شرایط خودتان امر بسیار مهمی است. اولین و مهمترین نکته این است که شما همیشه باید در مورد روش مورد نظر خود با یک مشاور تنظیم خانواده (پزشک، ماما و...) مشورت کنید تا اطلاعات لازم در مورد روش انتخابی را دریافت نمایید.

میزان تأثیر هر روشی با "درصد" مشخص می‌شود و درصدهای بیان شده نتیجه انجام تحقیقات بر روی خانمهای معمولی استفاده کننده از این روشها بوده است. یعنی خانمهایی که گاهی نیز روش را به طور دقیق استفاده نمی‌کردند مثلاً افرادی که گاهی فراموش می‌کردند قرص خود را مصرف کنند یا دیافراگم را در زمان مناسب بردارند. بنابراین اگر درصد موفقیت قرص برای هر خانمی حدود ۹۹٪ باشد بدین معناست که از هر ۱۰۰ (یکصد) خانمی که در طول سیکل قاعدگی قرص ضد بارداری مصرف می‌کنند، یک نفر از آنها ممکن است باردار شوند. روشهای کنترل خانواده به زوجین کمک می‌کند تا مسؤولیتها را تقسیم نمایند. آگاهانه و عاقلانه تصمیم بگیرند و در مورد باروری خود احساس اطمینان نمایند. آیا شما از این مزایا بهره‌مند هستید؟

جنسیت با فعالیت جنسی متفاوت است. جنسیت تمام آن چیزی است که باعث می‌شود احساس زن بودن یا مرد بودن کنید. ما زن یا مردیم به خاطر:

- شرایط جسمی و بدنی
- احساساتمان



انزال منقطع

ط- هیچ یک از موارد فوق صحیح نیست

۴- کدامیک از روشهای ضد بارداری حاوی هورمون

است؟



الف- نورپلانت

ب- آمپول دپورا

ج- قرصهای خوراکی ضد بارداری

د- کاندومهای مردانه و زنانه

ه- روشهای مانع مثل دیافراگم یا کلاهک

و- همه موارد فوق صحیح است.

ز- موارد الف، ب و ج صحیح است.

۵- کدام یک از حالات زیر در مورد روشهای ضد بارداری

و بیماریهای منتقله از طریق جنسی درست است؟

الف- هر روشی که در پیشگیری از بارداری مؤثر است

در جلوگیری از بیماریهای منتقله از راه جنسی نیز مؤثر

است.

ب- از بین همه روشهای ضد بارداری که امروزه در

دسترس است، دیافراگم و کلاهک های گردن رحم بهترین

روشهای پیشگیری از بیماریهای منتقله از طریق جنسی

هستند.

ج- کاندوم های مردانه و زنانه بهترین روش پیشگیری از

بیماریهای منتقله از طریق جنسی است.

د- همه جملات فوق صحیح است.

ه- هیچ یک از جملات فوق صحیح نیست.

۶- کدامیک از موارد زیر افراد در معرض یکی از

بیماریهای منتقله از طریق جنسی هستند؟

الف- افرادی که شریکهای جنسی متعددی دارند.

ب- افرادی که از روشهای ضد بارداری مانع استفاده

نمیکنند.

ج- افرادی که از مواد مخدر و الکل استفاده می کنند.

د- همه موارد فوق صحیح است.

ه- فقط موارد الف و ب صحیح است.

خودآزمایی

اطلاعات عمومی در مورد روشهای جلوگیری از بارداری

۱- روشهای جلوگیری از بارداری:

الف- برای پیشگیری از حاملگی استفاده می شوند.

ب- ممکن است اثری دائمی یا گذرا داشته باشند.

ج- فقط در هفته اول بعد از عادت ماهیانه خانمها باید

استفاده شود.

د- همه موارد فوق

ه- فقط الف و ب صحیح است.

۲- روش پیشگیری اورژانس از بارداری

الف- روشهای پیشگیری اورژانس از بارداری با استفاده

از قرصهای ضد بارداری و یا جاگذاری IUD در عرض ۷۲

ساعت بعد از یک نزدیکی غیر محافظت شده می تواند از

بارداری جلوگیری کند.

ب- این روشها فقط توسط خانمهایی استفاده می شود که

دوره قاعدگی آنها عقب افتاده باشد.

ج- این روشها باعث سقط جنین می شود.

د- این روشها را می توان به عنوان یکی از روشهای منظم

ضد بارداری بکار برد

ه- همه موارد بالا

و- فقط جواب الف و ب صحیح است.

۳- کدام یک از روشهای ضد بارداری ۱۰۰ در صد مؤثر

است؟

الف- قرصهای خوراکی ضد بارداری

ب- تجویز روشهای مانع مثل دیافراگم و کلاهک گردن

رحمی

ج- IUD

د- روشهای تزریقی

ه- استرلیزاسیون (واکتومی در آقایان یا بستن لولهها

در خانمها)

و- استفاده از کاندوم

ز- روشهای کاشتنی مثل نورپلانت

ح- روشهای ضد بارداری طبیعی مثل روش تقویمی و

پاسخ خودآزمایی

سؤال ۱- جواب "ه" صحیح است یعنی عبارت الف و ب صحیح است، روشهای ضد بارداری باعث پیشگیری از بارداری می شود. استریلیزاسیون (واکتومی در آقایان یا بستن لوله ها در خانمها) یکی از روشهای ضد بارداری است که تأثیر دائمی دارد.

سؤال ۲: جواب "الف" صحیح است. در روشهای ضد بارداری اورژانس با استفاده از بعضی قرصهای ضد بارداری (با دستور خاص مصرف) یا جاگذاری IUD در عرض ۷۲ ساعت بعد از نزدیکی غیر محافظت شده می توان از بارداری جلوگیری نمود.
نکته: میزان تأثیر روشهای ضد بارداری اورژانس با استفاده مکرر از این روش، کاهش می یابد. به همین دلیل نمی توان از این روش به عنوان یک روش منظم در پیشگیری از بارداری استفاده کرد.

سؤال ۳: جواب "ط" صحیح است، چون هیچیک از روشهای ضد بارداری باعث پیشگیری ۱۰۰ درصد بارداری نمی شوند و یا فرد را بطور کامل و ۱۰۰ درصد در برابر بیماریهای منتقله از راه جنسی محافظت نمی کنند.

سؤال ۴: جواب "ز" صحیح است. روش کاشتتنی نورپلانت، آمپول ضد بارداری دپوورا و قرصهای خوراکی ضد بارداری همگی حاوی هورمون هستند و هورمون موجود در این روشهاست که باعث پیشگیری از بارداری می شود.
سؤال ۵: جواب "ج" صحیح است. کاندومهای زنانه و مردانه بهترین روشهای پیشگیری از بیماریهای منتقله از طریق جنسی هستند ولی باید دانست که هیچیک از روشهای ضد بارداری ۱۰۰٪ در پیشگیری از بیماریهای منتقله از طریق جنسی مؤثر نیستند.

(نکته: کاندومهای مردانه ای که از محصولات حیوانی ساخته می شوند محافظتی در برابر ایدز و ویروس HIV ایجاد نمی کنند.)

سؤال ۶: جواب "د" صحیح است. داشتن شریکهای جنسی متعدد و استفاده نکردن از روشهای ضد بارداری مانع،

با اینکه هر یک از روشهای ضد بارداری عوارض ناچیزی دارد ولی مهم آن است که شما عوارض چاقی، روش یا روشهایی را که مایلید استفاده نمائید، بشناسید و عوارض آنها در مقابل فواید آن بسنجید.

خطر ابتلا به بیماریهای منتقله از طریق جنسی را افزایش می دهند. مطالعات نشان داده اند که استفاده از مواد مخدر مثل الکل ممکن است باعث افزایش رفتارهای پرخطر شود.

اگر به هر ۶ سؤال پاسخ صحیح داده اید اطلاعات شما در مورد روشهای ضد بارداری مناسب است.

ولی اگر به کمتر از ۶ سؤال پاسخ صحیح داده اید باید مطالعات خود را در مورد روشهای ضد بارداری تکمیل کنید چون در معرض خطر حاملگی ناخواسته هستید. روشهای ضد بارداری را که باید از آنها اطلاع کامل داشته باشید در زیر نشان داده شده است که در شماره های بعدی نشریه بطور کامل در مورد هر یک سخن می گوئیم و پرسشهای شما را در هر مورد پاسخ خواهیم داد.



ایدز (AIDS)

مقدمه:

بیماریهای منتقله از راه تماس جنسی (STD یا Sexually Transmitted Disease) از جمله بیماریها و عفونتهایی هستند که بدلیل ماهیت آنها امکان ابتلای افراد به آنها در سنین تولید مثل وجود دارد. شناخت این بیماریها و روش انتقال آنها میتواند در جلوگیری از ابتلای به این گروه از بیماریها مؤثر باشد. از این پس در هر شماره فصلنامه به معرفی یکی از این بیماریها پرداخته و در اولین شماره به بررسی جنبه‌هایی از بیماری ایدز می‌پردازیم:

- **سندرم نقص ایمنی اکتسابی - ایدز (AIDS) چیست؟**
- **"اکتسابی"** به معنی امکان ابتلا به بیماری است.
- **"نقص ایمنی"** به معنی کاهش توانایی بدن در مقابله با بیماریهاست
- **"سندرم"** به مجموعه ای از مشکلات گفته می‌شود که بیماری را تشکیل می‌دهد.

ویروس HIV فقط در مایعات مختلف بدن مانند خون، مایع منی، ترشحات واژن، شیر، بزاق و اشک قادر به حیات است

ایدز توسط ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)^۲ ایجاد می‌شود. در صورت برخورد فردی با ویروس ایدز بدن وی موادی را برای مبارزه با بیماری تولید می‌کند که آنتی بادی پادتن نام دارند. مثبت شدن تست ایدز، ناشی از وجود این آنتی بادیها در خون است. به افراد آلوده به این ویروس اصطلاحاً HIV مثبت گفته می‌شود. HIV مثبت شدن معادل ابتلا به ایدز نیست و افراد فراوانی با HIV مثبت وجود دارند که سالها بیمار نمی‌شوند. به مرور ویروس HIV باعث تضعیف سیستم ایمنی و ابتلا به عفونت شدید توسط عوامل بیماریزای ساده می‌شود. که در این



مرحله فرد مبتلا به ایدز شناخته می‌شود.

چگونه به ایدز مبتلا می‌شویم؟

خون، ترشحات واژینال (مهبلی)، مایع منی و شیر افراد آلوده به HIV حاوی این ویروس هستند. امکان ابتلا به بیماری از طریق این افراد حتی اگر ظاهر سالمی داشته باشند وجود دارد. راههای معمول ابتلا عبارتند از:

- رابطه جنسی با فرد آلوده
- استفاده از سوزن مشترک با فرد آلوده
- تولد از مادر آلوده یا خوردن شیر مادر آلوده

در گذشته، انتقال ویروس از راه انتقال خون نیز مطرح بود ولی امروزه این خطر با کنترل دقیق خونهای اهدایی کاهش یافته است.

آخرین وضعیت ایدز در کشورهای مختلف دنیا:

در حال حاضر ۴۰ میلیون فرد آلوده به ویروس ایدز (HIV) در دنیا وجود دارند که ۹۵٪ آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند.

Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS -۱
Human Immunodeficiency Virus: HIV -۲



آمریکا (CDC) است که در سال ۱۹۹۹ برای اطلاع رسانی صحیح به جهانیان درباره راههای انتقال این ویروس منتشر شده است.

HIV از چه راههایی منتقل نمی شود؟

همان طور که ذکر شد، ویروس ایدز (HIV) از طریق تماس جنسی با فرد آلوده، استفاده از سرنگ مشترک با این فرد و در موارد نادر (به علت عدم کنترل از نظر HIV در برخی از کشورها) از طریق خون آلوده منتقل می شود. کودکان مادران آلوده نیز می توانند در خلال حاملگی، زایمان یا شیردهی آلوده شوند. کارکنان مراکز خدمات بهداشتی درمانی ممکن است از طریق سوزنهای آلوده به خون فرد مبتلا یا در موارد کمتر تماس خون با بریدگیهای پوست و مخاط (مثل چشم یا بینی) آلوده شوند. تا کنون تنها یک مورد انتقال از پرسنل بهداشتی آلوده، به بیماران گزارش شده که از یک دندانپزشک به ۶ بیمار بوده و در بررسی ۲۲ هزار بیمار مراجعه کننده به ۶۳ جراح، پزشک و دندانپزشک مبتلا هیچ مورد دیگری مشاهده نشده است.

تا کنون ۲۴/۸ میلیون نفر به علت ابتلا به ایدز از دنیا رفته اند که ۳ میلیون مورد آنها در سال ۲۰۰۱ بوده است و این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۶۸ میلیون خواهد رسید. در سال ۲۰۰۱، ۵ میلیون نفر به ویروس HIV آلوده شدند که ۶۸٪ آنها در آفریقا و ۱۶٪ در آسیای جنوب و جنوب شرقی بوده اند.

روزانه ۱۴۰۰۰ نفر به ویروس HIV آلوده می شوند و در حال حاضر سه میلیون کودک با HIV/AIDS در دنیا زندگی می کنند.

نیمی از موارد جدید آلوده به ایدز را جوانان ۱۵ تا ۲۴ سال تشکیل می دهند. در حال حاضر ۱۷/۸ میلیون جوان ۱۵ تا ۲۴ سال آلوده به ویروس ایدز وجود دارند که ۷/۳ میلیون نفر آنها را دختران و ۴/۵ میلیون نفر را پسران تشکیل می دهند.

سالانه دو میلیارد دلار در سراسر دنیا برای پیشگیری و درمان ایدز هزینه می شود.

تنها ۷۶۰ هزار نفر در سراسر دنیا به داروهای ضد ویروس ایدز دسترسی دارند که ۵۰۰ هزار نفر آنها در کشورهای پیشرفته بوده و تنها ۵۰٪ مبتلایان به ایدز در آفریقا به این دارو دسترسی دارند.

۷۰٪ مبتلایان به ایدز در کشورهای آفریقایی سکونت دارند و امید به زندگی در خلال دو دهه اخیر در آفریقا، به علت بیماری ایدز، ۱۶ سال کاهش یافته است.

در آسیا و اقیانوسیه ۶/۶ میلیون نفر با ایدز زندگی می کنند. در حالیکه مبتلایان به ایدز در هند و چین رو به افزایش است. در تایلند از ۱۴۳ هزار مورد جدید در سال ۱۹۹۱ به ۲۹ هزار مورد در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است.

راههای انتقال HIV

تا کنون مطالعات فراوانی درباره ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) انجام شده است. اکنون راههای انتقال ویروس تقریباً به طور کامل مشخص شده ولی اطلاع رسانی نادرست و غیر علمی از طریق برخی رسانه ها و شبکه های اینترنتی نگرانی هایی را در این زمینه ایجاد کرده است. آنچه در ادامه خواهد آمد، برگرفته از راهنمای مرکز کنترل بیماریهای

آلوده شسته شده و محیط آلوده نیز ضد عفونی شود.

- از رفتارهایی که احتمال تماس با خون را زیاد می‌کنند مانند استفاده از تیغ و مسواک مشترک خودداری گردد.
- سوزن و سایر ابزار برنده جز در موارد ضروری استفاده نشده و پس از استفاده در محیطی دور از دسترس اطفال و سایر افراد دور ریخته شود.

تماسهای شغلی: تا کنون خطر شناخته شده‌ای برای انتقال HIV به همکاران، مشتریان یا مصرف کنندگان محصولات مختلف وجود نداشته است. حتی کارکنان صنایع تولید مواد غذایی که آلوده به این ویروس هستند نیز به این دلیل نباید از کار برکنار شوند مگر آن همراه با عفونت دیگری مثل اسهال یا هیپاتیت A باشند که دلیل قابل قبولی برای ممنوعیت از کار است. در سال ۱۹۸۵ مرکز کنترل بیماریهای آمریکا تمام صاحبان مشاغل خدماتی، آرایشگاه، زیبایی و ماساژ درمانی را علی‌رغم نبود مدرک نگران کننده ملزم به رعایت نکات ایمنی کرد. وسایل سوراخ کننده پوست (مثل ابزار خالکوبی، طب سوزنی یا سوراخ کننده گوش) تنها باید یک بار یا پس از استریل‌سازی استفاده شوند. در مورد وسایل غیر سوراخ کننده پوست هم که احتمال آلودگی آنها وجود دارد (مثل تیغ) باید همین گونه رفتار شود. تا کنون مدرکی دال بر انتقال HIV در اثر خالکوبی دیده نشده ولی در مورد هیپاتیت B وجود داشته است.

همچنین یک مورد ابتلا به ایدز پس از انجام طب سوزنی

تا کنون شیوه‌نامه‌ی مبنی بر انتقال از طریق گزش حشرات حتی در مناطقی با شیوع بالای ایدز و حشرات مختلف به دست نیامده است. این مطلب با توجه به تلاشهای فراوان انجام گرفته دال بر عدم انتقال ویروس از این طریق می‌باشد. این مطالعات نشان داده است که در اثر گزش، خون حشره یا حیوان و فردی که قبلاً گاز گرفته شده است به فرد بعدی منتقل نشده و تنها بزاق حشره به دلیل اثر ضد انعقاد آن برای تغذیه بهتر حشره وارد می‌شود.

بزاق، عرق و اشک افراد HIV مثبت: HIV در بزاق و اشک

بسیاری از مردم نگران انتقال HIV از راههای دیگر هستند در حالی که تا کنون مدرک علمی تأییدکننده این مطلب به دست نیامده است، چرا که در صورت انتقال ویروس از طرق دیگر مثل آب، هوا، حشرات و، نوع انتشار و گزارش موارد بیماری متفاوت بود، به عنوان مثال در صورت انتقال ویروس از راه نیش حشرات تعداد بیشتری کودک و نوجوان مبتلا مشاهده می‌شدند. در اینجا به برخی از **باورهای نادرست انتقال ویروس ایدز** اشاره میشود:

HIV در محیط اطراف: دانشمندان به صورت متفق القول امکان حیات ویروس HIV در محیط را منتفی میدانند. ویروس HIV تنها در مایعات مختلف بدن همچون خون، مایع منی، ترشحات واژن، شیر، بزاق و اشک قادر به حیات است. در مطالعات آزمایشگاهی نیز تنها مقادیر با غلظت فراوان HIV قادر به حیات به مدت چند روز در محیط بوده‌اند که در صورت خشک بودن محیط قابلیت بیماری‌زایی آنها ۹۰ تا ۹۹ درصد کاهش یافته است. بنابراین حتی خشک شدن خون و سایر مایعات آلوده در محیط نیز خطر بیماری‌زایی ویروس را به نزدیک صفر کاهش می‌دهد. پاره‌ای مطالعات که نشانگر حیات HIV در محیط خارج بوده‌اند نیز قابل استفاده نیستند چرا که در غلظتهای بسیار بالای ویروس که در بدن انسان وجود ندارد آزمایش شده‌اند و تاکنون نیز ابتلا به ایدز در اثر تماس با محیط گزارش نشده است. علاوه بر آن ویروس بر خلاف بسیاری از باکتریها و قارچ‌ها قادر به تکثیر در خارج از محیط میزبان زنده نیست.

تماسهای خانگی: اگر چه گزارشاتی از انتقال HIV به اعضای خانواده وجود دارد، این مورد بسیار نادر و در اثر تماس مستقیم پوست یا مخاط فرد با خون آلوده بوده است. برای اجتناب از این خطر ناچیز نیز توصیه‌هایی شده است از جمله آن که:

- در خلال تماس با خون یا سایر ترشحات احتمالی حاوی خون مثل ادرار، مدفوع، محتویات استفراغ و از دستکش استفاده شود.

- بریدگیها، زخمها و شکستگیها در فرد آلوده و خانواده وی با بانداژ پوشیده شود.

- دست و سایر اعضا پس از تماس با خون و سایر مایعات

استفاده از کاندوم (از جنس لاتکس) در رابطه جنسی به دلیل ماهیت پلاستیکی آن احتمال انتقال HIV را به میزان زیادی کاهش می‌دهد.

تأثیر مثبت استفاده از کاندوم: همان طور که ذکر شد یکی از راههای شناخته شده انتقال HIV تماس جنسی می‌باشد. در این زمینه ثابت شده است که استفاده از کاندوم (از جنس لاتکس) در رابطه جنسی به دلیل ماهیت پلاستیکی آن احتمال انتقال HIV را به میزان زیادی کاهش می‌دهد. برای این منظور کاندومها باید به صورت مداوم و صحیح استفاده شوند که در این صورت به میزان ۹۷٪ احتمال بارداری را کاهش داده و از آلودگی به بیماریهای منتقله از راه جنسی (STD)، از جمله ایدز جلوگیری می‌کند.

تعداد محدودی از بیماران ایدزی به میزان بسیار پایین پیدا شده است. باید توجه کرد که یافتن مقادیر اندکی از ویروس در مایع دلیل بر انتقال از طریق آن نیست. در عرق نیز تاکنون ویروس دیده نشده است. بنابراین تماس با بزاق، عرق و اشک تاکنون به عنوان عامل انتقال ذکر نشده است. در مورد بوسیدن نیز، بوسیدن معمول بین افراد مختلف خطرناک نیست، اما به دلیل خطر بالقوه تماس با خون از طریق لبها، لثه و داخل دهان امکان انتقال در سایر انواع بوسیدن، بسیار کم، ولی وجود دارد. تاکنون تنها یک مورد انتقال به این دلیل ذکر شده که ناشی از تماس با خون داخل دهان بیمار بوده است. همچنین گازگرفتگی توسط انسان نیز مورد شایعی برای انتقال نیست، اگر چه موارد محدودی به این علت و تماس خون فرد آلوده و خون فرد مورد حمله گزارش شده است.

حشرات: از آغاز شناخت اپیدمی ایدز نگرانی در مورد انتقال ویروس از طریق حشرات وجود داشته است با این حال تا کنون شواهدی مبنی بر انتقال از طریق گزش حشرات حتی در مناطق با شیوع بالای ایدز و حشرات مختلف به دست نیامده است. این مطلب با توجه به تلاشهای فراوان انجام گرفته دال بر عدم انتقال ویروس از این طریق می‌باشد. این مطالعات نشان داده است که در اثر گزش، خون حشره یا حیوان و فردی که قبلاً گازگرفته شده است به فرد بعدی منتقل نشده و تنها بزاق حشره به دلیل اثر ضد انعقاد آن برای تغذیه بهتر حشره وارد می‌شود. بیماریهایی نظیر تب زرد و مالاریا نیز از این طریق منتقل می‌شود. در هر صورت HIV در داخل بدن حشرات به مدت کوتاهی زنده مانده و تکثیر هم نمی‌شود. بنابراین حتی در صورت ورود به بدن حشره، این حشره آلوده نشده و HIV را به فرد دیگری منتقل نمی‌کند. HIV در مدفوع حشرات نیز دیده نشده است. همچنین ویروس در داخل دهان حشره نیز نمی‌ماند چرا که اولاً فضای کافی در آنجا وجود ندارد و ثانیاً خون افراد آلوده معمولاً حاوی مقادیر کم ویروس است.

آشنایی مقدماتی با ناباروری

مشکلاتی اساسی در روابط زوجین شود. اگر چه بطور کلی نقش و موقعیت زن یا مرد به تنهایی در جامعه بر پایه توانایی تولیدمثل آنها ارزیابی نمی شود، ولی در برخی جوامع که ارزش و قابلیت زن به توانایی تولیدمثل او بستگی دارد، این طرز تفکر منجر به وارد شدن فشارهای فوق العاده به زن، سست شدن بنیان خانواده، خشونت خانگی، انگ زدن و حتی طرد و جدایی می شود. میزان فشارهای خانوادگی و اجتماعی برای فرزنددار شدن در کشورها، فرهنگها و جوامع مختلف متغیر است. اگرچه داشتن فرزندی سالم، حداقل نیاز ذاتی انسان و فرد به تنهایی و زوج بطور مشترک را تشکیل می دهد. در اعلامیه مبانی حقوق بشر نیز داشتن فرزند، بعنوان یکی از حقوق اولیه و قطعی انسان تلقی شده است. در ماده اعلامیه جهانی حقوق بشر آمده است، زن و مرد بالغ بدون هیچگونه محدودیتی از نظر نژاد، ملیت یا مذهب حق ازدواج، تشکیل خانواده و داشتن فرزند را دارند.

تحقیقات نشان می دهد که چهل درصد از ناباروری ها، به علت مشکلات ناشی از زن و چهل درصد ناشی از مشکلات مرد و ۲۰ درصد ناشی از مشکلات طرفین است.

برای عموم زوجین با ارتباط جنسی منظم در هر سیکل قاعدگی تنها سی درصد شانس وقوع حاملگی وجود دارد، در حالیکه پنجاه الی شصت درصد دیگر از زوجها در طی یکسال تماس مداوم و منظم جنسی قادر به باروری خواهند بود. و در این بین تنها یکی از شش الی ده زوج دچار مشکل باروری می شوند. معمولاً حاملگی پس از یکسال از تماس مرتب جنسی و بدون درمان و کمک پزشکی بسیار نادر است، بر این اساس ناباروری و نازایی زوج بر اساس عدم حاملگی زن پس از یکسال ارتباط جنسی و طبیعی منظم و بدون استفاده از هرگونه وسیله جلوگیری از حاملگی مشخص می شود. تحقیقات نشان می دهد که چهل درصد از این ناباروری ها، به علت مشکلات ناشی از زن و چهل درصد ناشی از مشکلات مرد و ۲۰ درصد ناشی

بطور کلی بیش از ۸۰ میلیون زوج در جهان نابارور هستند بطوریکه حداقل یکی از هر ده زوج بگونه ای از مشکل ناباروری اولیه و یا ناباروری ثانویه رنج می برند. اگرچه میزان شیوع ناباروری در کشورهای مختلف متغیر است ولی آمارها نشان دهنده آن است که شیوع ناباروری در برخی از کشورها کمتر از ۵ درصد و در برخی از کشورها بیش از ۳۰ درصد می باشد. در این بین کشورهای در حال توسعه با داشتن شیوع بیشتر ناباروری، با کمبود و یا عدم وجود مراکز درمان ناباروری مواجه هستند. بطور تخمینی از جمعیت ۷۲ میلیونی ایران حدود ۱۸ میلیون زوج تشکیل خانواده داده اند که از این تعداد بیش از دو میلیون زوج با مشکل ناباروری مواجه هستند. این تخمین ها بر پایه گزارش هایی از سازمان بهداشت جهانی (WHO) ارائه شده است. اگر چه ناباروری در بسیاری از کشورها شاید بعنوان یکی از مشکلات بهداشت عمومی تلقی نشود ولی بعلت آنکه داشتن فرزند، یکی از نیازهای ذاتی و اساسی هر انسانی می باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است. بگونه ای که ناباروری یکی از علل مهم و اساسی اختلالات روانی و اجتماعی در زندگی زن و مرد نابارور تلقی شده و حتی فشارهای ناشی از آن می تواند منجر به



از مشکلات طرفین است.

مطالعه پرروی زوجهای نابارور نشان داده است که این افراد تحت فشار فکری بسیار زیاد ناشی از مشکل ناباروری خود هستند.

تنها زوج‌هایی که سابقه و مشکل ناباروری داشته‌اند، می‌توانند واقعیت محرومیت از فرزند و فشارهای روحی ناشی از آن را درک نمایند. زنی که تجربه تلخ تلاش ناموفق برای حاملگی و داشتن فرزند را طی سالهای طولانی با خود داشته است، می‌گوید که: "بیش از دو سال طول کشید که متوجه شدم علت و سبب نازایی من بسته بودن لوله‌های رحمی بوده است. شما نمی‌توانید میزان فشارهای روحی و روانی ناشی از ناباروری ما از یک طرف و فشارهای فیزیکی و صدمات ناشی از معاینات و درمانهای مداوم من از طرف دیگر را حدس زده و درک کنید. اگر چه من بخاطر حل مشکل خودم، این رنجها را تحمل کرده‌ام، زیرا می‌خواستم بچه دار شوم ولی در حال حاضر احساس می‌کنم که تحمل همه دردها، رنج‌ها و مصائب در مقابل آرامش روحی و روانی که با داشتن فرزند حاصل شده است ناچیز بوده است. قبل از حاملگی شاید روزی و حتی ساعتی نبوده است که در مورد فرزند دار شدن فکر نکرده باشم. زمانی که بچه‌ای را در مغازه‌ای می‌دیدم، زمانی که دوستانم درباره فرزندشان صحبت کرده و یا حتی از آنها شکایت داشته‌اند، زمانی که با بستگانم بودم، زمانی که برای تفریح به پارک می‌رفتم، در دوره قاعدگی، روز اول، روز چهاردهم، یا شروع و یا تأخیر در شروع مجدد قاعدگی، همیشه به این فکر بوده‌ام که آیا ممکن است که حامله شوم. همیشه در این توهم و فشار فکری و روانی بودم که چگونه می‌توانم یک زن شصت ساله بدون فرزند باشم و لذا هیچ زمانی اینگونه افکار از ذهن من دور نشد." مطالعه بر روی زوجهای نابارور نشان داده است که این افراد تحت فشار فکری بسیار زیاد ناشی از مشکل ناباروری خود هستند. زمانی که از یک زوج نابارور سؤال شود که اولین مشکل زندگی خود را اظهار کنند، تقریباً بیش از ۸۰ درصد از این زوجها به ناتوانی خود در داشتن فرزند اشاره می‌کنند. بیست درصد باقیمانده پس از مشکل مالی

زندگی، مسئله نازایی را بعنوان دومین مشکل پیچیده زندگی خود معرفی کرده و تنها تعداد معدودی از افراد پاسخ دهنده نازایی را بعنوان سومین مشکل خود پس از مشکلات مالی و ناسازگاری ازدواج ذکر کرده‌اند. زنی که پس از سالها تلاش در دومین سیکل درمان ناباروری لقاح خارج رحمی (IVF)^۱، حامله شده است، حالات روحی و روانی دوران ناباروری خود را چنین بیان می‌کند. "شما واقعاً نمی‌دانید و نمی‌توانید درک کنید که نازایی چگونه است، مگر اینکه خود نازا باشید و آنچه در این دوران بر ما گذشته است را تجربه کرده باشید. تنها شما می‌توانید با مامدردی کنید ولی متأسفانه هیچگاه نمی‌توانید احساس باطنی ما را درک کنید."

در ایران در حال حاضر حدود بیست و پنج مرکز درمان ناباروری وجود دارد

راه حل‌های سنتی اولیه برای رفع مشکل نازایی زوجهایی که در صدد داشتن فرزند هستند، مشاوره، بررسی‌های مختلف برای تشخیص علل ناباروری زن و یا مرد، جراحی برای رفع و اصلاح مشکلات ساختمانی لگن و دستگاه تولیدمثل، استفاده از داروهای باروری برای تحریک تخمک‌گذاری، انتقال اسپرم شستشو داده شده و متحرک همسر به رحم زن برای تسهیل عبور اسپرم از دهانه رحم و رسیدن به لوله‌های رحمی برای باروری تخمک (IUI)^۲ می‌باشد؛ بیشتر منابع علمی موافق با این روشها هستند و این اقدامات را برای رفع مشکل ناباروری قریب به ۵۰ درصد از موارد نازایی، مؤثر می‌دانند. برای باقیمانده موارد، روش‌های درمانی جدیدتری نظیر لقاح خارج رحمی (IVF) و لقاح خارج رحمی با استفاده از تزریق اسپرم داخل تخمک یا میکرواینجکشن (ICSI)^۳ مورد استفاده قرار می‌گیرد که انشاء... در شماره‌های آینده نشریه در مورد این روش‌ها توضیح داده خواهد شد.

۱- In vitro Fertilization

۲- Intra Uterian Insemination

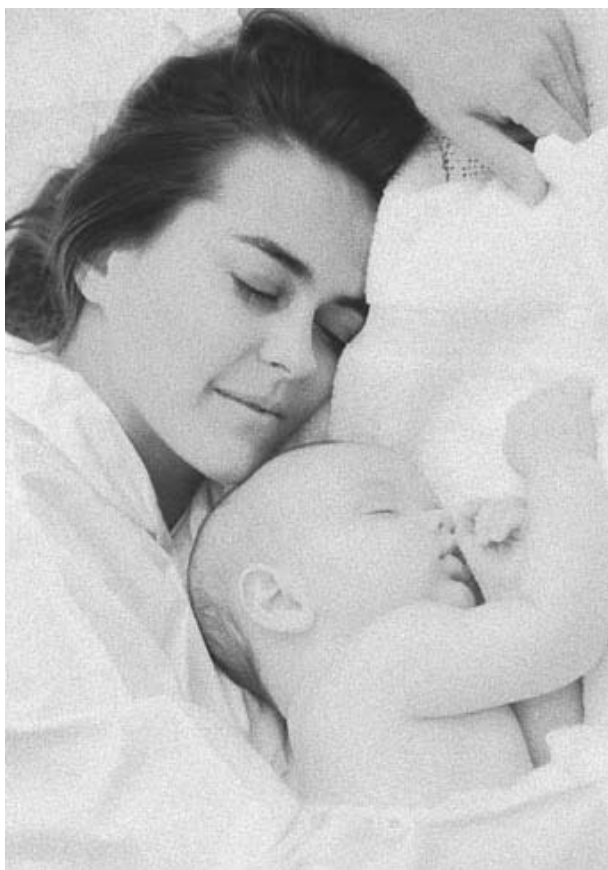
۳- Intra Cytoplasmic Sperm Injection

در ایران در حال حاضر حدود بیست و پنج مرکز درمان ناباروری وجود دارد که در این مراکز در هر سال چیزی کمتر از پانزده هزار دوره درمان لقاح خارج رحمی شکل می‌گیرد. با قبول این وضعیت و نیاز اکثریت این زوجها به حداقل دو بار درمان، در شرایط فعلی در هر سال کمتر از ده هزار زوج امکان استفاده از این روشهای درمانی پیشرفته را پیدا می‌کنند.

اگر تخمین اولیه تعداد زوجهای نابارور کشورمان را به یک میلیون زوج کاهش دهیم و طول مدت باروری را برای هر زوج ۲۰ سال فرض نموده و برای کسب موفقیت، متوسط حداقل دو بار درمان را برای هر زوج لازم بدانیم، باید آمادگی لازم برای انجام سالانه حداقل یکصد هزار دوره درمان لقاح خارج رحمی در کشورمان را داشته باشیم.

اگرچه گرانی هزینه‌های دارو و درمان ناباروری، عدم حمایت بیمه‌های درمانی، لزوم تکرار درمان برای رسیدن به موفقیت و همچنین فشارهای روانی ناشی از عدم موفقیت سیکل درمانی، محدودیت‌های بسیاری را برای زوجهای ناباروری که از یک طرف از ناباروری خود رنج برده و از طرفی امکان تامین هزینه‌های درمان ناباروری را ندارند فراهم می‌کند و ناخواسته محدودیت‌هایی را جهت مراجعه زوجها به منظور درمان ناباروری خود ایجاد نموده و تا حدودی جبران کمبود تعداد مراکز موجود را می‌نماید.

بر اساس آمارهای ارائه شده توسط مرکز ملی آمارهای بهداشتی آمریکا، میزان ناباروری در هر سال افزایش مختصری داشته است، افزایش بی رویه جمعیت نیز بهمان نسبت موجب افزایش تعداد بیشتر زوجهای نیازمند به درمان می‌شود. متأسفانه افزایش آمار بیماریهای مقاربتی در کشورهای در حال توسعه موجب بحرانهای متعدد افزایش این آلودگیها و همچنین ناباروری ناشی از عدم رعایت بهداشت باروری است، بگونه‌ای که بیش از سی درصد از زوجها در برخی از کشورها از مشکل ناباروری رنج می‌برند. انشاء... در نوشتارهای آتی به آنها اشاره خواهد شد.



شمیسه اسکندری
 کارشناس مامایی

تغذیه در حاملگی

و غذاهایی که به آنها نیاز دارند در حد گرسنگی تمایل پیدا می‌کنند. پروتئین یک مثال بارز و مشخص این نیاز است.

نیاز بدن در دوران بارداری علاوه بر سه ماده اصلی یعنی کربوهیدرات، پروتئین و چربی، ویتامینها و مواد معدنی نیز میباشد.

در این دوره بدلیل رشد رحم و اشغال فضای شکم بهتر است که بجای سه وعده غذای کامل در شش وعده غذا با حجم کمتر مصرف شود. نیاز به آب نیز در این دوران افزایش می‌یابد، البته احساس تشنگی خود هشداری برای این نیاز است، هر خانم حامله حداقل به ۲ لیتر مایع (تقریباً ۸ لیوان) در روز نیاز دارد که بهترین منبع تأمین آن آب است. ولی گاهی مشغله کاری و یا فشارهای روحی متعدد فرد را از رفع این نیاز غافل می‌سازد. که با یک برنامه تغذیه‌ای مناسب و تشویق مادر به رعایت آن، این نیازها در حد مطلوب برآورده می‌شود. برای داشتن بچه سالم یکی از گامهای مؤثر داشتن تغذیه خوب و سالم است. در دوران بارداری میزان نیاز بدن به کالری افزایش خواهد یافت. کالری انرژی موجود در غذاست که بدن برای انجام کار و فعالیتش از آن استفاده می‌نماید. بدن در کل دوره بارداری نیاز به ۸۰۰۰۰ کالری اضافه دارد. که با توجه به

به نظر می‌رسد در طی ۱۰ الی ۲۰ سال اخیر توصیه‌های تغذیه‌ای برای مادران تغییرات زیادی داشته است و هنوز هم جنبه‌های گوناگونی از این موضوع مورد بحث محافل علمی می‌باشد. ما در اینجا قسمتی از نیازهای تغذیه‌ای یک مادر باردار را در طول حاملگی عنوان خواهیم نمود. مهم است که بدانید در طول حاملگی سیستم‌های بدن زن دچار تغییراتی می‌شود. به طوری که فعالیت کلیه‌ها افزایش یافته و حجم خون و سیستم گردش خون توسعه یافته و فعالیتش تقریباً دو برابر می‌شود.

برای داشتن فرزند سالم یکی از گامهای مؤثر داشتن تغذیه خوب و سالم است. در دوران بارداری میزان نیاز بدن به کالری افزایش خواهد یافت.

افزایش خون در یک جنین سه کیلویی، مایع آمنیوتیک و سایر بافتهای مادر نیازمند تغذیه هستند. مادر نیازمند است که بطور منظم، پروتئین و سایر مواد اساسی را از طریق یک رژیم متعادل شامل: گوشت، لبنیات، غلات، سبزیجات، میوه جات و مایعات سالم دریافت کند. بیشترین نیاز تغذیه‌ای روزانه در حاملگی از هفته ۲۰ تا ۳۰ حاملگی رخ می‌دهد. بعد از آن اگر چه رشد جنین سریع می‌شود، ولی افزایش بافتهای مادری تقریباً کامل شده است. که این مسئله خود یک امتیاز مثبت است. زیرا در این زمان حضور جنین باعث کاهش ظرفیت معده می‌شود. مادر غذاهائی را باید انتخاب کند که از کیفیت بالا و حجم کمی برخوردار است. مادر باید به خاطر بسپارد که تمام بافتهای بچه‌اش در حال رشد است در خانمهاییکه دچار تهوع صبحگاهی هستند بایستی با آنها در مورد آنچه می‌توانند بخورند و آنچه به آن تمایل دارند صحبت شود. سابقه رژیم غذایی آنها باید سؤال شود. در مورد دسته‌ای از غذاها که آنها دوست دارند و می‌توانند خلأ تغذیه‌ای خود را با آنها جبران کنند صحبت شود.

نکته جالب آنست که مادر با افزایش اشتها در سه ماهه دوم روبرو است در این زمان خانمها معمولاً به انواع مواد



چربی یک منبع فشرده انرژی است که انرژی را تأمین و نیاز کودک در حال رشد را برآورده می‌کند. هر گرم چربی ۹ کالری به همراه دارد. چربی یک ماده مغذی ضروری است که در زمان بارداری اهمیت ویژه‌ای دارد. چربی رژیم غذایی، تأمین کننده انحصاری اسیدهای چرب ضروری است و از اینرو نقش بسیار اساسی در تکامل مغز و سیستم اعصاب مرکزی دارد. همچنین چربی در انتقال ویتامین A, E, D, K (ویتامینهای محلول در چربی) نقش اساسی دارد که همه اینها برای سلامتی کودک ضروری است. چربی های غیر اشباع به علت تأثیرشان بر سطح کلسترول خون به عنوان سالمترین چربی چه در زمان بارداری و چه در زمان غیر بارداری محسوب می‌شوند. چربی غالب موجود در روغن زیتون و غذاهای دریایی از نوع غیر اشباع می‌باشد. حال آیا نیازهای تغذیه‌ای مادر در اینجا تمام می‌شود؟

علاوه بر سه ماده اصلی، بدن نیاز به ویتامینها و مواد معدنی دارد. بدون حضور ویتامینها استفاده از این مواد

مدت بارداری (۲۸۰ روز) نیاز کالری اضافی روزانه حدود ۳۰۰ کالری خواهد بود که با توجه به نیاز روزانه (۲۲۰۰ کالری) یک خانم باردار روزانه چیزی حدود ۲۵۰۰ کالری نیاز دارد که البته این میزان نیاز با توجه به سن، میزان فعالیت و وزن قبل از حاملگی، کمتر و یا بیشتر خواهد بود. حالا، چگونه یک مادر باردار، این میزان کالری را تهیه می‌کند؟

سوخت لازم برای بارداری سالم از کربوهیدراتها، پروتئین و چربی بدست می‌آید. بیشترین سهم کالری باید از غذاهای حاوی کربوهیدرات نظیر: نان، برنج، ماکارونی، حبوبات و سبزیجات تأمین شود. کودک شما از کربوهیدراتها به طور کامل و با بازدهی خوب برای تأمین انرژی مورد نیاز استفاده می‌کند. چربی نیز برای تأمین انرژی مورد نیاز استفاده می‌شود ولی نباید منبع اصلی کالری محسوب شود.

پروتئین جهت ساخت سلولهای جدید، آنزیمها و هورمونهایی که موجب تنظیم حیات و کنترل و تعادل مایعات بدن می‌شوند بکار می‌رود. در مواقع ضروری



امکان پذیر نیست. ویتامینها، متابولیسم، هضم و جذب این سه ماده مغذی کالری را تنظیم و در بسیاری از عملکردهای دیگر که سلامتی شما و عملکرد کودکتان را حفظ می‌کند، مشارکت دارند. ویتامینها به دو دسته محلول در چربی A, E, D, K و محلول در آب B, C تقسیم می‌شوند. نیاز بدن در دوران بارداری به ویتامینهای محلول در چربی افزایش نخواهد یافت ولی بایستی به میزان لازم با مصرف رژیم غذایی سالم این ویتامینها دریافت شود ولی در مقابل

پروتئینها جهت منبع انرژی نیز مورد استفاده واقع می‌شوند. از سوختن هر گرم پروتئین ۴ کالری انرژی حاصل می‌شود. پروتئین به عنوان مهمترین ماده مغذی در دوران بارداری محسوب می‌شود. هر خانم باردار روزانه به ۶۰ گرم پروتئین نیاز دارد که این میزان ۱۰ گرم بیش از دوران غیر بارداری است. سؤال دیگری که مطرح می‌شود آنست که آیا مادر باردار به چربی در رژیم غذایی خود نیاز دارد یا نه؟

و دندانهای سالم در کودک خویش است. معمولاً تمام کلسیم در استخوانها ذخیره می‌شود و کودک کلسیم مورد نیاز خود را از استخوانهایش برداشت می‌کند. در دوران بارداری میزان کلسیم تقریباً دو برابر می‌شود ولی علی‌رغم افزایش جذب بایستی بطور پیوسته کلسیم از طریق رژیم غذایی جهت تأمین نیازهای دوران بارداری و افزودن به ذخائر کلسیم دریافت شود. خانم باردار روزانه به ۱۰۰۰ میلی‌گرم کلسیم نیاز دارد. کلسیم در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود. کلسیم موجود در غذاهایی نظیر شیر، پنیر و ماست مخصوصاً جذب خوبی را توسط بدن خواهد داشت. شیر منبعی ویژه و سودمند برای کلسیم است و چون حاوی ویتامین D نیز می‌باشد، سبب افزایش جذب کلسیم و رسوب آن در استخوانهای شما و کودک در حال رشدتان می‌شود.

پیرامون مواد مورد نیاز در بارداری و نقش آنها مطالبی گفته شد. تغذیه خوب زمانی است که تمام این مواد غذایی به طور متعادل دریافت شوند. رژیم غذایی شما در دوره بارداری باید انعکاسی از هریک از گروههای غذایی باشد:

شیر- ماست- پنیر

سبزیجات به وفور

گوشت قرمز- گوشت طیور - ماهی - حبوبات- تخم مرغ

میوه جات

نان‌ها- غلات- برنج- ماکارونی

چربیها- روغنها (به مقدار کم)



نیاز بدن به ویتامینهای محلول در آب در دوران بارداری افزایش می‌یابد. و با مصرف کافی مواد غذایی که حاوی این ویتامین هستند باید این نیاز را برطرف کرد. نیاز به اسید فولیک نیز در دوران بارداری افزایش می‌یابد بطوریکه همینکه از بارداری خود مطلع شده‌اید نیاز به اسید فولیک تا ۶۰۰ میکروگرم در روز افزایش یافته است. از مواد معدنی که نیاز بدن در دوران بارداری به آن افزایش می‌یابد کلسیم و آهن است.

با توجه به اینکه ما میدانیم بارداری با نیاز بالای آهن همراه است لذا اشتباه است اگر برای تأمین این نیاز فقط به رژیم غذایی اکتفا کنیم.

جالب است بدانید که اولین نیاز در طول دوران حاملگی آهن می‌باشد. خون، عضلات و سایر بافتهای نوزاد حاوی آهن، پروتئین، مواد معدنی، ویتامینها و سایر فاکتورهائی که از طریق گردش خون مادر تأمین می‌شود می‌باشد. که مادر این مواد را از طریق رژیم غذایی و یا ذخیره بدنش جهت نوزاد فراهم می‌نماید. آهن یک بخش حیاتی در ملکول هموگلوبین می‌باشد. هموگلوبین واحد ساختمانی سلولهای قرمز خون می‌باشد، سلولهای که وظیفه حمل اکسیژن به بافتهای بدن را به عهده دارند. جفت، آهن مورد نیاز جنین را از جریان خون مادر می‌مکد، جفت با غلظت بالایی از رسپتورهای ترانسفرین که با اشتباهی زیاد به آهن سرم می‌چسبند، آهن را از جریان خون مادر برداشت می‌کند. مغز استخوان مادر محل تولید سلولهای خونی می‌باشد و در واقع محل تأمین آهن برداشت شده توسط جفت می‌باشد. در یک خانم سالم ذخیره آهن در مغز استخوان حدود ۵۰۰ میلی‌گرم می‌باشد. تخمین زده شده است که در طول دوران بارداری آهن مورد نیاز برای مادر و جنین حدود ۱۰۰۰ میلی‌گرم می‌باشد. با توجه به اینکه ما میدانیم بارداری با نیاز بالای آهن همراه است لذا اشتباه است اگر برای تأمین این نیاز فقط به رژیم غذایی اکتفا کنیم.

اما آیا می‌دانید که کلسیم یکی از فراوانترین مواد معدنی بدن می‌باشد که هر مادر باردار در دوره بارداری به آن نیاز دارد؟ مادر نیازمند دریافت کلسیم به قدر کافی جهت تأمین نیازهای خود و به همان اندازه، تشکیل استخوانها

ورزش در دوران شیردهی



به نظر می‌رسد عموم جامعه در مورد اهمیت ورزش و تأثیرهای بسیار آن بر سلامت افراد مطالبی شنیده‌اند. در جوامع مدرن امروزی، به دلیل تغییر عادات زندگی و مکانیزه شدن اغلب فعالیت‌ها، افراد زندگی کم‌تحرکی دارند. بیشتر افراد جامعه در طی مدت کار در طول روز در حالت نشسته به انجام وظایفشان می‌پردازند. از طرفی همین تغییر روش زندگی، باعث گرایش جوامع به اغذیه پرکالری و چرب شده است که خود یکی دیگر از عوامل ایجاد چاقی می‌باشد.

امروزه برای ورزش سن و سال و جنسیت مطرح نمی‌باشد. ورزش باید از دوران کودکی آغاز شود و تا دوران کهنسالی ادامه یابد، تا بتواند اثرات بسیار مفید خود را در سلامت جسمی و روحی فرد نمایان سازد.

امروزه در بسیاری از کشورها عادات بد زندگی مثل مصرف نوشیدنیهای الکلی، مصرف سیگار و... به زندگی کم‌تحرک و خطرآفرین از نظر سلامت افراد دامن می‌زند. سازمانهای بهداشتی در سراسر جهان درصدد آن هستند که ورزش را به عنوان جزئی از زندگی عادی مردم درآورند. امروزه برای ورزش سن و سال و جنسیت مطرح نمی‌باشد. ورزش باید از دوران کودکی آغاز شود و تا دوران کهنسالی ادامه یابد، تا بتواند اثرات بسیار مفید خود را در سلامت جسمی و روحی فرد نمایان سازد. همانطور که ذکر شد نه تنها ورزش در تمام سنین و برای هر دو جنس زن و مرد لازم و ضروری است، حتی در دورانهای خاص زندگی دختران مانند بلوغ، حاملگی، شیردهی، یائسگی نیز باید انجام شود. در این سلسله مباحث به اهمیت، نوع و نتایج ورزش در هر یک از موارد بالا پرداخته می‌شود. در سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان بهداشت جهانی (WHO) با شعار تحرک و سلامت (Move and Health) بر اهمیت این موضوع تأکید کرد. همچنین WHO بر اهمیت ورزش در نزولی کردن روند مصرف سیگار، تأکید دارد و بر پایه آن استراتژیایی را برنامه‌ریزی کرده است.

همچنین طبق گزارش انجمن پزشکی کانادا، ۳۰٪ زنان کانادایی چاق هستند که به دو دلیل تغذیه ناصحیح و فعالیت بدنی کم ایجاد شده است و شانس بروز پوکی استخوان در زنان ۱ به ۴ و در مردان ۱ به ۸ است و همچنین بیماریهای قلبی - عروقی دومین عامل مرگ زنان کانادایی است. که در تمامی این موارد ورزش منظم و صحیح می‌تواند از عوارض فوق‌جلوگیری کند.

بر طبق این گزارش ۵۲٪ دختران کانادایی کمتر از ۳۰ دقیقه در هفته فعالیت بدنی دارند و دختران در فعالیتهای بدنی خارج از مدرسه کمتر از پسران شرکت می‌کنند و همچنین مرکز پوکی استخوان کانادا گزارش کرده است که ۷۵٪ دختران ۱۵ سال به بالا کمتر از حد توصیه شده کلسیم دریافت می‌کنند.

امروزه دختران نوجوان یکی از گروههای پرخطر از نظر مصرف سیگار هستند. چاقی می‌تواند باعث بروز عوارض شدید و خطرآفرینی مانند بیماریهای قلبی، دیابت، فشارخون بالا و... شود. بنابراین باز هم تأکید می‌شود که ورزش به عنوان یک عامل پیشگیری کم‌هزینه می‌تواند از چنین عوارضی جلوگیری کند.

ورزش می‌تواند:

- رشد و تکامل شما را تقویت کند،
- اعتماد به نفس شما را افزایش دهد،
- باعث می‌شود که شما زمان با کیفیت تری را با خانواده

بگذرانید،

- باعث تقویت روابط دوستانه شما می شود.

ورزش در دوران شیردهی

در واقع شما به عنوان یک مادر جدید باید به فکر آینده سلامت کودکتان باشید. سلامت شما ضامن سلامت کودکتان است. در نتیجه هر چه شما شادتر باشید، بهتر می توانید به سلامت و بهداشت نوزادتان کمک کنید. ورزش در دوران شیردهی و حتی اوایل آن برای شما مزایایی به ارمغان خواهد آورد.

ورزش می تواند:

۱- باعث شود انرژی شما افزایش یابد و در نتیجه شما بهتر می توانید با زندگی و نقش و مسئولیت جدید به عنوان یک مادر تطابق پیدا کنید.

۲- باعث افزایش قدرت عضلات شود که در نتیجه آن شما راحتتر کودک در حال رشدتان را حمل کنید.

۳- قابلیت انعطاف بدن شما را افزایش دهد و باعث خواهد شد که بسیار مطمئن تر و بی خطرتر وسایل مختلف را بلند و حمل کنید.

۵ تا ۱۰ دقیقه تمرینات کششی ملایم احتمال آسیب به مفاصل و عضلات را کاهش و محدوده حرکتی را افزایش می دهد.

۴- باعث رهایی از فشارها و استرسها خواهد شد.

۵- کمک کند که احساس مطبوع تر و بهتری نسبت به کودک داشته باشید.

۶- کمک کند که اعتماد به نفس و انرژی شما به عنوان یک مادر جدید بالا رفته و با زندگی جدید تطابق پیدا کنید.

برای اینکه بدانید که آیا برای شروع ورزش آماده اید یا خیر به سؤالات زیر پاسخ دهید:

۱- قبل از شروع بارداری، آیا شما ۲ بار در هفته و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه با شدت متوسط فعالیت بدنی داشته اید؟ (منظور از شدت یعنی اینکه تنفس و ضربان قلب شما بالا رود و عرق کنید).

الف) بله
ب) خیر

۲- در طی دوران بارداری آیا شما ۳ بار در هفته و هر بار

به مدت ۳۰ دقیقه با شدت متوسط فعالیت بدنی داشتید؟

الف) بله
ب) خیر

۳- آیا بارداری و زایمان بدون عارضه (از نظر مدت بارداری، زایمان طبیعی،...) داشته اید؟

الف) بله
ب) خیر

در صورتیکه پاسخ شما به سئوالات فوق مثبت باشد می توانید پس از مشاوره با پزشک خود و طبق الگویی مناسب ورزش را شروع نمایید.

اما در صورتیکه پاسخ شما به سئوالات فوق منفی باشد برای شروع ورزش احتیاج به کسب آمادگی بدنی دارید. نقطه شروع فعالیت فیزیکی بعد از زایمان در واقع ماه آخر بارداری است. شما باید فعالیت بدنی بعد از زایمان را هر چه زودتر شروع کنید و به آرامی افزایش دهید. ۲-۳ ماه طول می کشد که شما به فعالیت قبل بازگردید. پس صبور باشید!

راهنمای فعالیت جسمانی

الف) اهداف فعالیت های جسمانی خود را مشخص کنید:

تصمیم بگیرید که می خواهید به چه هدفی دستیابی پیدا کنید. اهداف باید قابل دسترسی باشند. مثلاً «هر روز

یکساعت فعالیت بدنی داشته باشم» و یا «من باید در طی ۲ هفته آینده هر روز ۲۵ دقیقه پیاده روی کنم».

ب) استراتژی خود را تعیین کنید:

اهداف بلند مدت و کوتاه مدت خود را تعیین کنید. اهداف کوتاه مدت مانند پله های یک نردبان و اهداف بلندمدت مانند رسیدن به بالای نردبان هستند. به طور مثال «من قادر خواهم بود تا پایان هفته دوم بعد از زایمان ۲۰ دقیقه پیوسته پیاده روی کنم و این میزان تا آخر ماه به ۴۰ دقیقه می رسد».

ج) فعالیت گروهی را امتحان کنید:

همسر و یا یکی دیگر از اعضاء فامیل را در نگهداری کودکتان شریک کنید. به این ترتیب در هنگامی که مشغول فعالیت فیزیکی هستید دچار نگرانی و استرس نخواهید بود.

فعالیت بدنی بعد از زایمان را هر چه زودتر شروع کنید و به آرامی افزایش دهید.

هدف از انجام این تمرین کاستن از فشارهای ناحیه گردن و بالای پشت می باشد. در یک حالت راحت بایستید و بازوها را در سطحی بالاتر از قفسه سینه بالا بیاورید. این تمرین را به مدت ۲۰ ثانیه ادامه دهید.

عکس ۲- کشش عضلات ساق پا و عضلات خم کننده ران
کودکتان را مطابق شکل بین بازوها بگیرید و به بدن بچسبانید. یک قدم به جلو بگذارید و زانوی همین پا را خم کنید. پای پشتی را در حالتی که کمی کشیده باشد قرار دهید. کف پاها کاملاً روی زمین باشد. آرام به عقب خم شوید تا جاییکه کمی احساس کشش و فشار کنید. یک دقیقه در این حالت بمانید و سپس این تمرین را با پای دیگر انجام دهید.

عکس ۳- تمرینی که از افتادگی شانه جلوگیری می کند
به دلیل بزرگ و سنگین شدن سینه ها در طی دوران بارداری و شیردهی، ممکن است شانه ها به جلو متمایل شوند. عضلات قفسه سینه و عضلات جلوی شانه را در حالت کشش قرار دهید.



عکس ۱



عکس ۳



عکس ۲

در هنگام بارداری ممکن است شما حس کنید که مفاصلتان نسبت به گذشته و حتی نسبت به قبل شل تر می باشد. در واقع تغییرات هورمونی در طی دوران بارداری و شیردهی مسئول این تغییرات هستند. ۵ تا ۱۰ دقیقه تمرینات کششی ملایم احتمال آسیب به مفاصل و عضلات را کاهش و محدوده حرکتی را افزایش می دهد. به علاوه حرکات کششی، خشکی عضلات را کاهش می دهد، فرم بدن را از حالت غیرطبیعی که اغلب در طی بارداری بوجود می آید اصلاح می کند و در کل احساس خوبی به شما خواهد داد. برای ایجاد قدرت کششی عضلات به روشهای زیر عمل کنید تا به طریق مطمئن و بدون آسیب به این قدرت بیفزایید. - هرگز یک عضله سرد را در حالت کشش قرار ندهید. همواره چند دقیقه حرکات آئروبیک سبک انجام دهید؛ مانند راه رفتن که در واقع قسمتی از «گرم کردن» بدن می باشد. - هرگز به طور ناگهانی تمرینات را قطع نکنید؛ بلکه به طور آرام، تمرینات را به پایان برسانید.

- به آرامی به بدنتان کشش دهید تا جاییکه کمی احساس فشار کنید این حالت را حدود ۱۰ تا ۲۰ ثانیه حفظ کنید. به آرامی نفس بکشید. در واقع وقتی شما به حالت اول باز می گردید نباید احساس درد داشته باشید. - در حالت کشش از تحرک خودداری کنید. این کار نه تنها به کشش بیشتر کمک نمی کند بلکه می تواند باعث آسیب شود.

عضلات بزرگتر را تحت کشش قرار دهید.
- سعی کنید در حالیکه ساکن هستید و کودکتان در کنار شماست، حرکات کششی را انجام دهید و زمانی را برای استراحت از حالت کششی در نظر بگیرید. تمرینات کششی باعث می شود فشارها و استرسها در شما کاهش یابد و در نتیجه آن بهتر می توانید با نوزادتان ارتباط برقرار کنید.

- تغییر حالت شما باید به آرامی صورت بگیرد. از حرکات سریع و همینطور کشش شدید خودداری کنید. عکسهای زیر می توانند برای آموزش شما مناسب باشند.

عکس ۱- کشش قسمت بالایی پشت و گردن:

یائسگی

دکتر معرفت غفاری نوین
متخصص جنین شناس و ناباروری

می‌دهد که تولید هورمونهای زنانه استروژن و پروژسترون به شدت کاهش یابد. بعد از یائسگی، زنان دیگر باردار نمی‌شوند و بیشتر در معرض بیماریهای خاصی قرار می‌گیرند. قرن‌ها است که زنان در حوالی ۵۰ سالگی یائسه می‌شوند.

چرا اخیراً ما درباره یائسگی مطالب بسیار زیادی می‌شنویم؟

به چندین دلیل مختلف:

پس از پایان جنگ دوم جهانی جمعیت ناگهان افزایش یافت و بنابراین کودکانی که در سالهای ۱۹۶۴-۱۹۴۶ میلادی متولد شده‌اند، در حال پیر شدن هستند. در حال حاضر تقریباً ۲ میلیون خانم هر سال وارد ۵۰ سالگی می‌شوند. در سال ۲۰۰۰ بیش از ۴۲ میلیون زن آمریکائی بعد از ۵۰ سالگی وارد دوران یائسگی شده‌اند. تقریباً یک نفر از هر سه زن آمریکائی و خیلی از این خانمها (همان دختران متولد شده ۱۹۶۴-۱۹۴۶) میخواهند بدانند برای بدنشان چه اتفاقی می‌افتد.

پیشرفت در تحقیق برای پاسخگویی به سؤالات این افراد موضوع یائسگی را جدید و تازه نگه داشته است. بعضی از این محققین توسط مؤسسه سازمان ملی سالمندی که

من زنی میانسال هستم. شاید نام فاطمه، نسرین یا خدیجه باشد. من ممکن است آذری، کرد، اصفهانی، و یا متعلق به هر نژاد دیگری باشم. من می‌توانم لاغر یا چاق باشم. من ممکن است خود شما باشم. زنی با سن متوسط. هر چند به سختی باورکردنی است. ولی سابقاً سنین حوالی ۴۵، سن پیری محسوب می‌شد؛ ولی من می‌دانم که مسن نیستم. من متوجه تغییراتی در بدنم هستم. بعضی اوقات شب بیدار می‌شوم و لحاف را از رویم کنار می‌زنم و عرق می‌کنم این حالت حتی در اواسط زمستان رخ می‌دهد. در گذشته سیکل قاعدگی من معمولاً منظم بوده ولی حالا غیر قابل پیش بینی و نامنظم است. وزنم بخصوص اطراف کمرم اضافه شده است. بنظرم خواب کافی ندارم و کمبود خواب احساس می‌کنم. آیا اینها می‌تواند علائم یائسگی باشد؟

یائسگی در واقع تغییری در زندگی می‌باشد و زمانی رخ می‌دهد که تولید هورمونهای زنانه استروژن و پروژسترون به شدت کاهش یابد. بعد از یائسگی زنان دیگر باردار نمی‌شوند و بیشتر در معرض بیماریهای خاصی قرار می‌گیرند.

یائسگی چیست؟

یائسگی اتفاقی است که برای مادر شما رخ داده است. در حالیکه مادرم هرگز درباره آن با من صحبت نکرده است. مادر او هم هرگز درباره این موضوع با مادرم صحبت نکرده است. اما حالا من و دوستانم در مورد یائسگی در میهمانیها، در طی استراحت و چای خوردن و ... بحث می‌کنیم. امروزه آگهی‌های بسیاری برای درمان یائسگی در مجلات زنان، اینترنت، تلویزیون و ... وجود دارد. حتی در مورد یائسگی در خبرها نیز صحبت می‌کنند. مطمئن نیستم چه اتفاقی خواهد افتاد ولی احساس می‌کنم که تنها من به این دوران وارد نمی‌شوم. یائسگی در واقع تغییری در زندگی می‌باشد و زمانی رخ



قبل از یائسگی شروع می‌شد. در این زمان بدنتان دوباره شروع می‌کند به تجربه تغییرات، هم فیزیکی و هم هورمونی. علائمی که ما به یائسگی ارتباط می‌دهیم مثل گرگرفتگی و نامنظمی سیکل قاعدگی ممکن است ظاهر شود. بطور متوسط دوره حوالی یائسگی چهار سال طول می‌کشد. تا زمانیکه ۱۲ ماه از آخرین قاعدگی بگذرد زن هنوز در این دوران قرار دارد.

یائسگی (Menopause):

زمانی است که آخرین سیکل قاعدگی رخ می‌دهد. پزشک شما زمانی می‌تواند مطمئن باشد که این آخرین قاعدگی شما است که بدون اینکه حامله باشید یا شیردهید و یا از دارو استفاده کرده باشید، بمدت یکسال قاعده نشوید.

یائسگی طبیعی:

معمولاً بین ۴۵ تا ۵۵ سالگی رخ می‌دهد.

یائسگی بدنبال جراحی:

پیشنهاد می‌شود این موضوع روشن شود که برداشتن رحم به تنهایی و قاعده نشدن مساوی با یائسگی نیست.

یائسگی زودرس:

به مواردی گفته می‌شود که قبل از ۴۰ سالگی یائسگی رخ دهد.

چه فاکتورهایی در زمان قطع قاعدگی مؤثر هستند؟

اگر شما سیگار بکشید یک تا یک و نیم سال زودتر از افرادی که سیگار نمی‌کشند یائسه خواهید شد. بعضی مطالعات نشان داده است که خانمهای لاغر، آفریقایی-آمریکایی و اسپانیایی اغلب در سنین پایین تری یائسه می‌شوند. سایر شواهد گواهی می‌دهند که خانمهایی که از قرصهای خوراکی جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند و یا چند بچه دارند ممکن است نسبت به سایر خانمها کمی دیرتر دوران یائسگی را آغاز کنند.

دوران پس از یائسگی:

مرحله‌ای از زندگی است که پس از یائسگی آغاز می‌شود. این مرحله با قطع قاعدگی شروع می‌شود و برای بقیه زندگی شما ادامه می‌یابد. صد سال پیش بعضی از خانمها، یائسگی را پایان زندگی خود می‌دانستند. متوسط زندگی مفید برای خانمی که در سال ۱۹۰۰ متولد شده بود حدود ۵۷ سال بود. در واقع در سراسر تاریخ خیلی از خانمها

بخشی از مؤسسه ملی سلامت و بهداشت است حمایت می‌شوند. بعضی از این مطالعات اثرات استروژن (هورمون زنانه) را روی قسمتهای مختلف بدن آزمایش کرده است و برخی دیگر امکان اثرات محافظتی این هورمون را روی قلب و مغز مورد بررسی قرار داده‌اند. محققین همچنین خطرات احتمالی جایگزینی بعضی از استروژنها در بدن که بعد از یائسگی کمتر تولید می‌شود را کشف کردند. گاهی این تحقیقات سوالات بیشتری را ایجاد می‌کند ولی دانشمندان نوید می‌دهند که این دهه، زمانی است که ما درک بهتری از خطرات و فواید استروژن خواهیم داشت.

ولی واقعاً یائسگی چیست؟

وقتی کلمه یائسگی را می‌شنوم فکر می‌کنم یعنی "گرگرفتگی" آیا این درست است؟ آیا واقعاً یائسگی، بیماری است که باید درمان شود؟ واقعاً یائسگی چیست؟ یائسگی بخشی از دوره تولید مثلی هر زنی است. یائسگی بیماری نیست که نیاز به درمان داشته باشد. برای فهم یائسگی ابتدا لازم است که شما تمام فرایند تولید مثل و اینکه چگونه بدنتان از مرحله‌ای به مرحله‌ای دیگر تغییر می‌کند را بشناسید بعضی از زمانهای مهم در زندگی تولید مثلی شما عبارتند از:

بلوغ:

بلوغ در زندگی یک دختر نوجوان زمانی است که تولید استروژن افزایش می‌یابد و باعث تغییرات فیزیکی در بدن می‌شود مثل رشد سینه‌ها. در این زمان سیکل قاعدگی شروع می‌شود و اولین قاعدگی رخ می‌دهد، که معمولاً حوالی دوازده سالگی (۱۳-۱۱ سالگی) است و این قاعدگی تحت عنوان "منارک" نامیده شده است.

دوران باروری (تولید مثلی):

به سالهای بین بلوغ و یائسگی گفته می‌شود. در خیلی از خانمها تولید هورمونها منظم است بنابراین قاعدگیهای آنها قابل پیش بینی است. در این دوران، هر ماه تخمک گذاری اتفاق می‌افتد و زنان می‌توانند باردار شوند.

دوران حوالی یائسگی (Perimenopause):

قبلاً این دوره، بعنوان دوران بحرانی شناخته می‌شد که

خونی گشاد می شوند پوست گلگون یا قرمز می شود.

قرمز و سرخ شدن شایعترین علامت دوران حوالی یائسگی است

بعضی اوقات خیلی زیاد عرق می کنید و بدنبال آن از شدت سرما دچار لرزش می شوید. بعضی مواقع گرگرفتگی ممکن است فقط ایجاد احساس مختصر گرما و یا سرخی جزئی کند و سایر مواقع ممکن است باعث خیس شدن لباستان شود. عرق شبانه گرگرفتگی است که در زمانیکه شما خواب هستید رخ می دهد. این حالت گاهی آنقدر شدید است که باعث می شود شما از خواب بپرید. خوابی که باعث رفع خستگی روزانه شما می شود. گرگرفتگی ممکن است چند بار در یک ساعت، یک دفعه در روز و یا دوبار در هفته رخ دهد. شما باید سعی کنید تشخیص دهید که چه چیز باعث ایجاد یا تشدید گرگرفتگی شما می شود. استرس، کافئین، غذاهای تند، نوشابه های داغ و الکل چیزهایی هستند که به نظر می رسد در بعضی از خانمها باعث تشدید این حالت می شود. از چیزی که باعث افزایش گرگرفتگی می شود، پرهیز کنید. داروهای استروژنی مناسب کاملاً در کنترل این علائم مؤثر می باشند. ۷۰ تا ۹۰ درصد خانمها که از هورمون درمانی پس از یائسگی استفاده می کنند از این حالات رهایی می یابند. مطالعات اولیه روی دو داروی ضد افسردگی فلوکستین و پاروکستین نشان می دهد که امکان دارد این داروها در درمان عارضه گرگرفتگی مؤثر باشند. بنابراین اگر شما ترجیح می دهید که استروژن مصرف نکنید، می توانید امیدوار باشید که در آینده داروهای غیر استروژنی نیز برای درمان کشف شوند. سایر اقدامات برای خلاصی از گرگرفتگی عبارتند از:

- استراحت و خوابیدن در اتاق سرد
- استفاده از یک پوشش نازک که بتواند باعث رفع گرگرفتگی در شروع آن بشود.
- نوشیدن یک لیوان آب یا آب میوه خنک در زمانیکه احساس گرگرفتگی می کنید.
- استفاده از ملحفه و یا لباسهایی که اجازه دهد پوست بدنتان هوا بخورد.
- پرهیز از مصرف غذاهای تند، الکل و کافئین.

مدت طولانی بعد از یائسگی زندگی نکردند.

دختری که در سال ۱۹۹۰ متولد شده است می تواند انتظار داشته باشد که ۷۹ سال زندگی کند. یعنی او یک سوم زندگی اش را پس از قاعدگی خواهد داشت.

علائمی که باید منتظر آن باشیم چیست؟

از چند ماه پیش، از خواب پریدن من و عرق زیاد در نیمه شب شروع شد. من فکر می کردم علت آن منطقه ای است که در آن زندگی می کنم که معمولاً گرمتر از نقاط دیگر است، ولی حالا که هوا سرد شده است من نه تنها هنوز از احساس گرما در بعضی از ساعات شب از خواب بیدار می شوم بلکه در بعضی از ساعات روز نیز احساس گرگرفتگی و عرق فراوان می کنم. من بخاری را خاموش می کردم و بجز من افراد فامیل احساس سرما می کردند. آیا من می توانم پیش بینی کنم که چه وقت یائسه می شوم. آیا این دوره قبل از یائسگی است؟

اگر شما در سنین چهل سالگی هستید تمام این علائم می تواند نشانه هائی از نزدیک شدن دوران یائسگی باشد، اگر چه بعضی از خانمها هیچگونه علائمی را در طول دوران قبل از یائسگی گزارش نمی کنند. علائمی که باید جستجو کرد عبارتند از:

۱- نامنظمی سیکل قاعدگی یا تغییرات در خونریزی:
که اغلب اولین نشانه از شروع دوران حوالی یائسگی است. سیکلهای قاعدگی بعضی مواقع طولانی و بعضی مواقع کوتاهتر می شود. قاعدگی واقعی ممکن است بیشتر طول بکشد و یا خیلی سریع خاتمه یابد. خونریزی ممکن است خیلی زیاد و یا کمتر باشد. علل زیادی وجود دارد که باعث می شود سیکلهای قاعدگی در طول دوران حوالی یائسگی تغییر کند. اگر نامنظمی قاعدگی شما را نگران کرده است به پزشکتان مراجعه کنید.

۲- گرگرفتگی:

قرمز و سرخ شدن شایعترین علامت دوران حوالی یائسگی است. بیش از ۷۵ درصد از خانمهای سفید پوست دچار این علامت می شوند ولی در سایر نژادها ممکن است کمتر شایع باشد. گرگرفتگی با احساس گرما در صورت شما و قسمت فوقانی بدنتان شروع می شود. همچنان که عروق

در کل احساس آزادی و راحتی بیشتری در روابطشان می‌کنند.

۵- مشکلات خوابیدن و خستگی ناشی از آن:

ممکن است این مشکلات شما را رنج دهد. شما ممکن است در نیمه شب به دلیل عرق شبانه از خواب بیدار شوید و یا نیاز باشد که حمام کنید و سپس ممکن است به سختی دوباره به خواب بروید و یا وقتی به رختخواب بر می‌گردید برای دوباره به خواب رفتن دچار مشکل شوید و یا صبح زود از خواب بیدار شوید. در این حالت رفع خستگی که ناشی از کار و فعالیت ذهنی در طول روز است کار مشکلی است.

۶- تغییرات فیزیکی:

تغییرات فیزیکی در این دوره از زندگی شایع است. این تغییرات می‌تواند با دوره حوالی یائسگی ارتباط داشته باشد و یا می‌تواند به طور ساده نتیجه افزایش سن باشد. شما ممکن است افزایش اندازه کمرتان را تجربه کرده باشید. ممکن است توده عضلانی شما کاهش یابد و بافت چربی بیشتری ایجاد شود. پوست شما ممکن است نازکتر شود و حالت ارتجاعی خودش را از دست بدهد. همچنین بعضی از خانمها ممکن است درد عضلانی، مفصلی و سفتی در آنها را تجربه کرده باشند.

۷- مشکلات حافظه و علائم روحی و روانی:

افسردگی، اختلال خلق و خوی (عدم ثبات رفتاری) و تحریک پذیری، از شکایاتی هستند که خانمها در حوالی یائسگی بیان می‌کنند. بعضی از این مسائل بخصوص مشکلات حافظه ممکن است با افزایش سن در ارتباط باشد. استرس و فشارهای روحی ممکن است در بروز این علائم تأثیر داشته باشد. هم در خانمها و هم در آقایان میانسال مشکلات حافظه کوتاه مدت را گزارش کرده‌اند. هر چند اثر تغییرات سطح استروژن در بروز این موارد شناخته شده است ولی مغز یکی از چند ارگان حساس بدن است که تحت تأثیر این هورمون قرار می‌گیرد.

تغییرات هورمونی و بدنی تنها چیزهایی نیستند که خانمها مجبورند در این سنین با آن سازگاری پیدا کنند. بلکه مسائل متعدد دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند باعث ایجاد استرس شده و حل مشکلات دوران یائسگی را مختل

همچنان که شما دوران یائسگی را پشت سر می‌گذارید تعداد دفعات گرگرفتگی نیز کاهش می‌یابد. آنها معمولاً طی چند سال ناپدید می‌شوند.

نامنظمی سیکل قاعدگی یا تغییرات در خونریزی اغلب اولین نشانه از شروع دوران حوالی یائسگی است.

۳- تغییرات واژن و دستگاه ادراری:

همچنان که سن شما افزایش می‌یابد، بافت چربی و بافت همبند زیر پوست، جریان خون و همچنین میزان استروژن کاهش می‌یابد و در نتیجه تغییراتی در دستگاه ادراری-تناسلی اتفاق می‌افتد. بافت واژن خشک و نازکتر می‌شود، موکوس کمتری ترشح می‌کند و این مسئله سبب می‌شود که بافت واژن حساستر شده و برای پارگی و عفونت مستعدتر شود. نزدیکی ممکن است دردناک باشد ولی بعضی از متخصصین معتقدند که اگر روابط زناشویی و ارتباط جنسی ادامه داشته باشد ممکن است در رابطه با خشکی و سفتی واژن مشکلات کمتری داشته باشید. یک نرم کننده محلول در آب (نرم کننده های محلول در آب یا نسبت به ژلهای نفتی در برطرف کردن ناراحتی واژینال ارجحیت دارد)، احساس ناراحتی و درد در هنگام نزدیکی را کاهش می‌دهد.

در این دوره ممکن است مشکلات ادراری مثل عفونتهای مکرر و نشت ادرار در بعضی مواقع ایجاد شود. شما باید به پزشکتان مراجعه کنید تا شما را در کنترل این مشکلات یاری کند.

بعضی اوقات خیلی زیاد عرق می‌کنید و پدینال آن از شدت سرما دچار لرزش می‌شوید

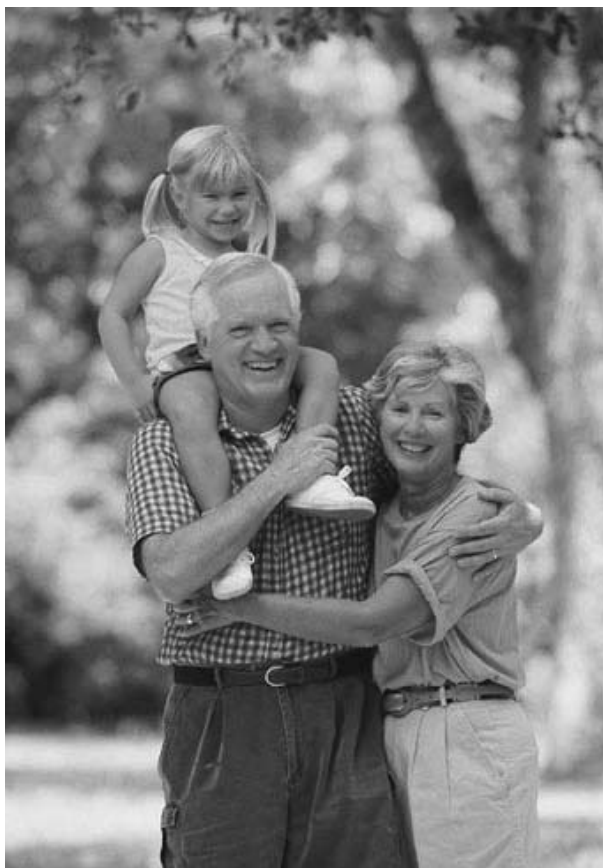
۴- تغییر میل جنسی:

علاقه به داشتن روابط جنسی و نیز میزان تحریکات جنسی در بعضی از خانمها تغییر می‌کند. در بعضی از خانمها این تمایل کاهش می‌یابد و بعضی از داشتن روابط جنسی احساس ناخوشایندی می‌کنند. در حالیکه در بعضی از خانمها تمایل به روابط جنسی بعد از یائسگی افزایش می‌یابد. مسئله حاملگی دیگر نگرانی ایجاد نمی‌کند و آنها

کنند.

اگر شما دارای خانواده هستید، احتمال تغییراتی در خانه وجود دارد فرزندان برای رفتن به دانشگاه، کار یا ازدواج خانه را ترک خواهد کرد. اگر شما در سن بالا تشکیل خانواده دهید، در زمانیکه شما بدلیل مشکلات خواب، خسته هستید بچه هایتان بدلیل جوان بودن نیاز به توجه دارند. شاید مشکل زناشویی دارید و قصد طلاق گرفتن داشته باشید. اگر کار می کنید ممکن است نگاه متفاوتی به پیشرفت خود داشته باشید. در انتظار بازنشسته شدن باشید و یا احساس رقابت با همکاران جوانتر کنید. بزرگترین استرس ممکن است مراقبت از والدین مسن باشد. همزمان با مسن تر شدن والدینتان، با بسیاری از مسائل مربوط به بیماریهای آنها روبرو می شوید؛ نیاز آنها برای کمک و مراقبت بیشتر و احتمال از دست دادن آنها. قسمتی از مطالعات سلامت زنان در کشور آمریکا به پاسخ زنان گروههای مختلف در ۷ شهر آمریکا به یائسگی پرداخته اند. نتایج اولیه اشاره بر آن دارد که در حقیقت تفاوت هایی بین این گروهها در انواع و شدت علائم یائسگی وجود دارد. برای مثال در زنان آمریکایی-آفریقایی گزارش شده است که علامت هایی مانند گرگرفتگی بیشتر و مشکلاتی مانند سردرد، خشکی واژن یا بیخوابی کمتر نسبت به دیگر گروهها دیده می شود. زنان اسپانیایی تبار دارای نشت ادراری بیشتری نسبت به دیگران هستند. زنان آمریکایی-آسیایی در کل علامت های کمتری دارند. در زنان با فعالیت کمتر علائم بیشتری گزارش شده است. در زنان قفقازی بخصوص آنهایی که تحصیل کرده تر هستند احتمال بهبودی علائم پس از استفاده از هورمونهای جایگزین بعد از یائسگی بیشتری باشد. این محققان همچنین مشاهده نمودند که از بین گروههای نژادی مورد مطالعه، زنان آمریکایی-آفریقایی مثبت ترین واکنش را به یائسگی داشته و زنان آمریکایی-آسیایی متولدشده در آسیا منفی ترین احساس در رابطه با این دوره زندگی را دارند. اگر شما بدنبال جراحی، یائسگی را تجربه کرده اید، ممکن است با علائم شدیدتری روبرو شوید نسبت به کسانی که بطور طبیعی یائسه می شوند. علائم ممکن است خیلی زود بعد از جراحی شروع شود. شاید گرگرفتگی شما شدیدتر

مشکلات حافظه و علائم روحی و روانی، افسردگی، اختلال خلقی و خوی (عدم ثبات رفتاری) و تحریک پذیری، از شکایاتی هستند که خانمها در حوالی یائسگی بیان می کنند



و طولانی تر باشد. ممکن است احتمال ایجاد بیماری قلبی یا پوکی استخوان بیشتر شود. اگر پزشک قادر باشد که حداقل یک تخمدان شما را باقی بگذارد، شما احتمالاً به طور طبیعی یائسه خواهید شد. اگر فقط رحم شما خارج شود پیوندهای قاعدگی شما متوقف خواهد شد، ولی ترشح هورمونها از تخمدانها ادامه دارد. در بعضی زنانی که هر دو تخمدان آنها خارج شده است ممکن است علائم یائسگی فوراً رخ دهد و در بعضی دیگر ممکن است دیرتر اتفاق بیافتد.

نگاهی به سلامت جنسی و سلامت روانی - اجتماعی زن در دهه های اخیر

زهره بهجتی اردکانی
کارشناس جامعه شناسی



بنیان های روانی - اجتماعی از جمله روابط بین زن و مرد، بین دختر و پسر، بین اولیاء و کودکان، بین خانواده و اقوام و دوستان نیز در ارتباط مستقیم است. دامنه سلامت و سلامت باروری زن بسیار گسترده و پیچیده است. در چند دهه اخیر دگرگونی اساسی در ابعاد مختلف سلامت زیستی - اجتماعی، رفتارهای باروری زنان و در تغییر روشهای جلوگیری شکل گرفت و متخصصان و کارشناسان بهداشت را با چالش های جدیدی مواجه ساخت. این چالش ها عبارتند از:

زنی که ناخواسته حامله می گردد هر چند دارای فشار خون طبیعی و چربی سالم باشد ولی در مفهوم ساده کلمه از سلامت کامل برخوردار نیست

تغییر در نقش زنان بعنوان مادران فردا:

تلاش های بین المللی در جهت احقاق حقوق زن و طرح مسئله عدالت و تساوی در اختیارات زن و مرد از طرف سازمان ملل و کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه، زمینه سلامت روانی - اجتماعی زن را در جوامع مختلف فراهم نمود و اقداماتی را در جهت تغییر نقش زن که عمدتاً در فرزند آوری ذکر شده بود، مطرح کرد. انتقال این نقش به زنان (قبول حقوق مساوی برای زن و مرد) در بسیاری از جوامع با سکوت و در بعضی جوامع دیگر با چالش های

با نگاهی به تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (WHO) تحت عنوان "اظهار کامل سلامت جسمی و رضایتمندی روانی - اجتماعی" در می یابیم که سلامت تنها به عدم حضور بیماری و ناخوشی اطلاق نگردیده بلکه سیطره وسیعتری از سلامت جسم، یعنی سلامت روح و روان و اجتماع را در بر می گیرد. به عبارتی دیگر منظور از سلامت، سلامت فردی (جسمی، روحی و معنوی، ذهنی، عاطفی، اجتماعی) و سلامت جمعی (سلامت جامعه و سلامت همه چیزهایی که ما را احاطه نموده اند) است. براساس این تعریف جامعه ای که نتواند پاسخگوی ضروری ترین نیازهای زندگی افراد نظیر پوشاک، خوراک، مسکن، باشد نخواهد توانست گامی بسوی سلامت روانی - اجتماعی جامعه بردارد و یا بر عکس در جامعه ای که در آن حقوق افراد تامین شود و برای حقوق زن ارزشی ویژه قائل باشد و با طبقات اجتماعی و مذاهب و نژادهای مختلف یکسان برخورد شود، احساس ایجاد سلامت را برای افراد آن جامعه فراهم می آورد.

سلامت جنسی که قسمت مهمی از سلامت جسمی و رضایتمندی روانی - اجتماعی است، خارج از این تعریف نبوده و شامل همه مرزهای سلامت در سطح فردی و اجتماعی است. بطور مثال زنی که ناخواسته حامله می گردد هر چند دارای فشار خون طبیعی و جنینی سالم باشد ولی در مفهوم ساده کلمه از سلامت کامل برخوردار نیست. او تحت فشار روحی قرار گرفته و از این مسئله رنج می برد و گاهاً فشارهای اقتصادی اجتماعی (فقر و تنگدستی، طعنه های اقوام، دوستان و نزدیکان) مزید بر این مسئله گردیده و سلامت او را سخت تحت فشار قرار می دهد و گاهی ناخواسته او را به سویی هدایت می نماید که عواقب و پیامدهای ناگواری را بدنبال دارد.

دامنه سلامت و سلامت باروری زن بسیار گسترده و پیچیده است.

بر این اساس سلامت و بهداشت باروری تنها به تجلیات جسمانی رشد جنسی مربوط نیست بلکه علاوه بر آن با

می‌شود) یک یا دو فرزند داشته باشد. نیازمند روشهای مطمئن جهت پیشگیری و کنترل باروری خود و همسرش است تا بتواند نگرانی‌های برخاسته از باروری‌های ناخواسته را کاهش داده و برای سالهای باقی مانده دوران باروری خود از روشهای پیشگیری مطمئن و سالم استفاده نماید.

موضوع بسیار مهم در بهداشت سلامت باروری زنان، استفاده از روشهای سالم جلوگیری و کنترل باروری است. در جوامع پیشرفته تعداد زنانی که از روشهای جلوگیری از باروری استفاده نموده، بطور چشمگیری بیشتر از افرادی هستند، که حامله می‌گردند و در این ارتباط نرخ مرگ و میر نیز بسیار پایین می‌باشد. در صورتیکه در کشورهای در حال توسعه، میزان مرگ و میرهای باروری علیرغم استفاده از روشهای جلوگیری، هنوز چشمگیر است. تا نیمه قرن ۱۹ انتخاب روشهای جلوگیری از بارداری به روشهای سیستماتیک مرتبط به آمیزش، روشهای دائمی پیشگیری از باروری و قرص‌های ضد باروری و ... منتهی می‌شد ولی امروزه با امکان انتخاب بیشتر در روشهای جلوگیری از باروری (از یکماه تا چند سال)، و نیز امکان عقیمی بدون نیاز به بیهوشی، تغییری عظیم در رفتارهای باروری مشاهده می‌شود. البته بیشترین پیشرفتهای روشهای پیشگیری از باروری، مربوط به روشهایی است که زن بدون همکاری همسر می‌تواند، کنترل باروری را بعهده گیرد. ابداع روشهای پیشگیری و کنترلی جدید و فراهم شدن روش‌های متنوع و مناسب با وضعیت روحی، روانی، اخلاقی و فرهنگی آحاد مردم، همکاری و رضایت بیشتر همه افراد را فراهم خواهد نمود.

امروزه با امکان انتخاب بیشتر در روشهای جلوگیری از باروری (از یکماه تا چند سال)، و نیز امکان عقیمی بدون نیاز به بیهوشی، تغییری عظیم در رفتارهای باروری مشاهده می‌شود

تغییر در رفتارهای جنسی:

آزادانه و جاهلانه عمل کردن در روابط جنسی، کارآیی تولید مثل را مختل و بسیاری مشکلات دیگر را برای طرفین بوجود می‌آورد، بر عکس، تشکیل خانواده و داشتن همسر

شدیدی مواجه گردید. مفهوم غلط نقش زن بعنوان "تولید مثل بالقوه" حاصل ناتوانی و بی‌اختیاری زن در برابر احقاق حقوق او تلقی گردیده که خطری بزرگ و جدی در بهداشت باروری زن معرفی شد. بویژه آنکه آمادگی و مستعد بودن سیستم تولید مثل زن در دریافت بسیاری از بیماریهای مسری آمیزشی، ایجاد مشکلات هورمونی و تاثیر آن بر عملکرد سیستم تولید مثل و ... و قرار گرفتن در معرض بیماریهای اجتماعی، نیازمند توجه خاص از سوی سیاستگذاران و کارشناسان بهداشتی است.

تغییر در رفتار باروری:

با قبول ایده بعد "خانواده کوچک" در دهه‌های اخیر و توانایی در تنظیم و کنترل باروری از سوی زنان بعنوان مادران آینده، تغییری اساسی در کاهش باروری در جوامع پیشرفته و در جوامع در حال توسعه (از جمله در ایران، میزان باروری از حدود ۶/۹ در سال ۱۳۶۵ به حدود ۲/۷ در سال ۱۳۷۵) صورت پذیرفت. قبول ایده "خانواده کوچک" که امروز بعنوان هنجار مورد قبول در بیشتر جوامع مطرح است، این امکان را برای زنان فراهم آورده که برای زندگی خود برنامه‌ریزی نموده و بهترین دوران باروری (دوران مناسب برای مادر و کودک) را جهت انتخاب فرزند و تولدش برگزینند و برای تعداد کودکان دلخواه برنامه‌ریزی نموده و زمان محدودتری را به فرزندآوری و تربیت کودکان اختصاص دهند. خوشبختانه تغییرات سریع و تنوع در استفاده از روشهای پیشگیری در دنیا صورت پذیرفته است، بطوریکه در سال ۱۹۹۴، درجهان از ۸۹۹ میلیون ازدواج جاری زنان در سن باروری (۱۵ تا ۴۹ سال)، ۵۷ درصد از زوجین در هر بار نزدیکی از وسایل جلوگیری و کنترل باروری استفاده نموده‌اند. این میزان در سال ۹۰ الی ۹۳ در کشورهای در حال توسعه ۵۵-۵۳ درصد و در بیشتر کشورهای پیشرفته ۷۲ درصد است.

تغییر در روشهای پیشگیری:

تغییر در رفتارهای باروری نیازمند تغییر در روشهای کنترل و جلوگیری از باروری است. زنی که قصد دارد طی ۳۰ سال دوران باروری (دورانی که فرد بطور طبیعی بارور

جلوگیری از STD بیماریهای منتقله از راه جنسی، کاندومی است که از طرف مرد مورد استفاده قرار می‌گیرد و متأسفانه در حال حاضر برای زن، امکان استفاده از روشهای مؤثر دیگری بدون حمایت و همکاری مرد جهت محافظت و پیشگیری STD، وجود ندارد.

از مسائل بسیار نگران‌کننده در رفتارهای جنسی، در طی ۲۵ سال گذشته افزایش بیماریهای عفونی مقاربتی است.

تغییر در افزایش امید زندگی زنان بزرگسال:

از عوامل نگران‌کننده دیگر در سلامت جسمی و روانی - اجتماعی باروری زنان، محدودیت دوران باروری و افزایش طول عمر، پس از یائسگی است. هر چند در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، بطور متوسط، طول عمر و امید زندگی برای زنان بیش از مردان است و علت این امر بیشتر به دلایل بیولوژیکی و ژنتیکی و نیز به انتخاب رفتارهای بهتر سلامتی در زندگی از طرف زنان (مصرف کمتر الکل، تنباکو و ...) و همچنین به عوامل محیطی (انجام کارهای خطرناکتر از طرف مردان) مرتبط است. افزایش دوره باروری زنان به علت توقف عملکرد تخمک‌گذاری و یائسگی، چندان میسر نیست. مفهوم محدودیت سنی دوران باروری از نظر بیولوژیکی بدین معناست که کودکان تازه متولد شده از مادرائی سالم متولد گردند و مراقبت‌های لازم و مناسب را از آنها دریافت نمایند. خوشبختانه با اطمینان فراوان در بسیاری از کشورهای فعلی و در آینده ای نه چندان دور در بسیاری از کشورهای قرن بیست و یکم شاهد زندگی سالم برای بیش از ۲۰ سال پس از یائسگی خواهیم بود. امروز، مقوله جدید بهداشت باروری حوزه فعالیت خود را وسعت بخشیده و نیازهای افراد را در سطح گسترده‌تر در نظر گرفته و تشخیص داده، که نوجوان دیروز، زن جوان ازدواج کرده امروز و مادران بزرگ فردا خواهند بود. امروز دیگر برنامه‌های بهداشت باروری به نیاز بخش کوچکی از زنان (زنان ازدواج کرده در سن باروری) توجه نداشته و نیازهای زنان را پس از یائسگی در نظر دارد بدین صورت، زنی که مجبور بود سالهای طولانی از عمر خویش را پذیرای پوکی استخوان و سایر

و روابط جنسی پایدار با او، مرزها و علائق زوجین را در ساختار خانواده بعنوان مکانیسم ضروری در مراقبت کودکان شکل می‌دهد.

از مسائل بسیار نگران‌کننده در رفتارهای جنسی، در طی ۲۵ سال گذشته افزایش بیماریهای عفونی مقاربتی است. عمده‌ترین بیماریهای عفونی قابل مشاهده در بیشتر کشورهای STD است که سلامت مردان و زنان را تهدید می‌نماید، اگرچه تاثیر نامطلوبتری را بر سلامت باروری زنان و سلامت روانی اجتماعی آنها بر جای می‌گذارد. در این ارتباط HIV بیماری عفونی ویروسی است که سیستم ایمنی بدن را از بین برده و بعنوان بیماری شناخته می‌شود، که غالباً از طرف مردان سلامت زنان و فرزندان را تهدید می‌نماید.

آزادانه و جاهلانه عمل کردن در روابط جنسی، کارآیی تولید مثل را مختل و بسیاری مشکلات دیگر را برای طرفین بوجود می‌آورد.

تحقیقات انجام گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه، ۲۶ درصد تمام سالهای زندگی زنان در سن باروری، با شرایط ناسالم بهداشت باروری و از جمله مرگ و میر و بیماریهای مادران، ایدز و بیماریهای مسری آمیزشی مواجه بوده است. در حالیکه این رقم برای مردان ۱۲ درصد است. زنان با تحمل خطر آبستنی و زایمان و تقبل بیشترین بار مسئولیت راههای پیشگیری و کنترل باروری، از عفونت‌های دستگاه تناسلی رنج برده و از نظر اجتماعی (فقر و...) و بیولوژیکی در مقابل بیماریهای مسری آمیزشی از جمله ایدز آسیب پذیرند و با سوء استفاده جنسی و تجاوز به عنف (دلایل بیولوژیکی و جامعه‌شناختی...) با مشکلات بیشتری روبرو هستند زنان بیشتر در معرض ابتلا به بیماریهای عفونی مقاربتی بوده و احتمالاً به علت عدم توجه و مراقبت‌های کمتر از خود و تشخیص دیر هنگام، از بیماریهای سخت‌تر و شدیدتری رنج می‌برند. همچنین زنان دستخوش تبعیضات بیشتر اجتماعی و پیامدهای آن بوده و از نظر روانی اجتماعی نیز، درد و رنج بیشتری را متقبل می‌گردند. مؤثرترین روشهای موجود جهت

ضربات و پیامدهای آن بر کیفیت زندگی و ... باشد، امروز با درمان جایگزینی هورمونی به پیشگیری آن شتافته و انتظار سلامت بیشتری را در دوران یائسگی خواهد داشت. هرچند درمان و آماده سازی هورمونی نیازمند پیشرفت‌های علمی بیشتر است. در این ارتباط متخصصین و کارشناسان بهداشت زنان، علاوه بر هورمون درمانی بایستی به مشکلات متنوع سلامتی مرتبط با سن، که بر رضامندی روانی، ذهنی و اجتماعی آنان مؤثر است، توجه بیشتری نمایند.

مؤثرترین روش‌های موجود جهت جلوگیری از STD (بیماری‌های منتقله از راه جنسی)، کاندومی است که از طرف مرد مورد استفاده قرار می‌گیرد

نوجوانان و افزایش فاصله زیستی - اجتماعی:

در واقع تأخیر در شروع بلوغ بشر در مقایسه با سایر پستانداران، تأکید بر بلوغ ذهنی و جسمی انسان است. تا فرد قبل از پذیرفتن مسئولیت والدگری (پدر یا مادر) مهارت‌ها و معلومات لازم را از نسل‌های دیگر فرا گیرد. تکامل فیزیکی، روانی، اجتماعی بصورت مداوم از دوران کودکی تا بزرگسالی صورت می‌پذیرد. اگر جوانی که هنوز در دوران تکامل و رشد است، مجبور شود نقش والدین را بازی کند، طبعاً دچار مشکلات فراوانی خواهد شد. جوانان بایستی یاد بگیرند که چگونه برای سالم ماندن و تربیت سالم فرزندان‌شان برنامه ریزی کنند و از مخاطرات موجود برای خود و جامعه شان حذر نموده و در مواقع مقرر و با فاصله گذاری حساب شده صاحب اولاد گردند. امروز، دختران نسبت به نسل‌های پیشین زودتر به بلوغ جنسی دست یافته و تحت عوامل ژنتیکی، بهداشتی و اقتصادی و اجتماعی در سنین مختلف بالغ (اولین قاعدگی) می‌شوند. همچنین پسران و دختران، سال‌های بیشتری را جهت کسب تحصیل و آموزش سپری نموده و دوران طولانی‌تر وابستگی اقتصادی اجتماعی را قبل از ورود به بازار کار دارند. متأسفانه در حال حاضر نوجوانان با رفتارهای جنسی نظیر روابط جنسی قبل از ازدواج، ازدواج زودتر از موعد (ازدواج در سنین بسیار اندک) و یا ازدواج‌های با تأخیر، در جامعه رها می‌گردند. روابط

جنسی قبل از ازدواج، یکی از الگوهای غالب رفتارهای جنسی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. این انتخاب غالباً موجب شیوع بیماری‌های مسری آمیزشی (STD)، حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین و پیامدهایی با رویدادهای اجتماعی بهداشتی است که توجه بیشتری را به این حوزه‌ها از طرف مسئولین بهداشت باروری طلب می‌نماید. ازدواج‌های زودتر از موعد، الگوی غالب بسیاری از جوامع در حال توسعه بود که به علت فهم اندک و عدم تکامل رشد اقتصادی اجتماعی مشکلاتی را در زمینه نقش فرزند آوری، تربیت کودک و قبول مسئولیت والدگری قبل از بلوغ اجتماعی بویژه برای دختران بوجود می‌آورد. این رویکرد موجب فاصله اجتماعی - زیستی بیشتری در دنیا گردیده و ناشی از رشد بلوغ زودتر بیولوژیکی و تأخیر در بلوغ اقتصادی اجتماعی است که روند حل این مشکلات با توجه به حقایق موجود است. بایستی توجه داشت که عدم فهم دقیق از نیازهای نوجوانان این فاصله را عمیق‌تر خواهد ساخت. لذا کارشناسان بهداشت و متخصصین زنان همواره با چالش‌های جدیدی روبرو هستند که بایستی در جهت رشد دانسته‌ها و پیشگیری و مراقبت پزشکی از دختران جوان تلاش خود را افزایش دهند.

در خاتمه لازم به یادآوری است که سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۰، نرخ مرگ و میر مادران را حدود ۲۰ درصد افزایش بیش از دوره‌های قبل ذکر نمود. این روند در بعضی جوامع با اندکی افزایش روبرو است. این مسئله تنها به دلیل عدم درمان بیماری و یا فجایع و مصیبت‌های ناشی از مشکلات بهداشتی نبوده بلکه حاصل بی‌توجهی دولت‌ها به ارزش زندگی و پایمال نمودن حقوق زنان است.

امروز، دختران نسبت به نسل‌های پیشین زودتر به بلوغ جنسی دست یافته و تحت عوامل ژنتیکی، بهداشتی و اقتصادی و اجتماعی در سنین مختلف بالغ (اولین قاعدگی) می‌شوند.

جایزه

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

۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
				■											۱
					■										۲
	■			■						■					۳
							■								۴
■						■							■		۵
				■							■				۶
		■	■	■	■			■	■	■					۷
	■														۸
				■	■	■	■	■	■	■					۹
■												■			۱۰
								■	■	■				■	۱۱
						■					■	■	■	■	۱۲
		■	■	■				■			■				۱۳
			■					■							۱۴
■				■		■									۱۵

طراح جدول: شمیمه اسکندری

عمودی:

- ۱- عمل برداشتن رحم- گندیده
- ۲- پرتاب کننده- سوبسید- از شهرهای کویری کشورمان اگر وارونه بخوانید
- ۳- فرآورده ناشی از متابولیسم مواد- اتوبوس خارجی
- ۴- واحد سطح- راهنما- پایتخت فراری
- ۵- در اصطلاح پزشکی به قسمت فوقانی رحم می گویند. از دسته ویتامین B که به ویتامین H معروف است.
- ۶- هنگ و گروه- آزاد- دل آزار کهنه
- ۷- راهنمای غذای وارونه- سلسله ای در ایران قدیم
- ۸- اسهال خونی- از بیماریهای مسری عفونی که در سه ماه اول حاملگی با ناهنجاریهای جنسی همراه است.
- ۹- بی همتا- از مواد ضروری برای بدن
- ۱۰- تابان و درخشان- دو یار جدانشدنی- پیاله
- ۱۱- فرار و گریز- راز مگوی خانمها- از آلات موسیقی شبیه تار
- ۱۲- نوازنده و خواننده - از انتها بخوانید در رختخواب افتاده
- ۱۳- مردم شهر مرو - از گیاه گون بدست می آید- جنس زمخت
- ۱۴- ضمیر سوم شخص غایب- ماهی فروش- فدییه دادن
- ۱۵- نمایشنامه ای که خنده دار نیست- پوسته برنج- فتق

افقی

- ۱- شخصی که بیضه و تخمدان دارد، دو جنسی- خاکستر
- ۲- ناشی از کار پزشکی - به درخت میوه دار گویند.
- ۳- آسمان - اصطلاحی در هندسه- زینت رو
- ۴- خانه وارونه- عمل اول تنفس- هرج و مرج طلب
- ۵- اندیشه بد با یک حرف اضافه- هم قدم
- ۶- پیمانہ- نماینده مجلس سنا- نوعی رنگ پارچه
- ۷- لاستیک ماشین- مخفیانه- درون دهان
- ۸- پرتگاه- کشتی معروف غرق نشدنی ولی غرق شده
- ۹- من و تو - موش صحرائی
- ۱۰- واحد پول ژاپن- پاک از تهمت- التهاب پستان
- ۱۱- جهنم- از بیماریهای واکسن دار
- ۱۲- نغمه- آهنگ- رودی در اروپا- پیشدستی کردن
- ۱۳- فرهنگ و معرفت- کاشف میکروب سیاه زخم- مکان- دین بی ابتدا
- ۱۴- روشهای جراحی تولد نوزاد- همسایگی- منع کردن
- ۱۵- درد قاعدگی- تلخ

فرم اشتراک فصلنامه بهداشت باروری

درخواست اشتراک

نام حقوقی (سازمانها و مراکز):

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: روز □□ ماه □□ سال □□

شغل: میزان تحصیلات و رشته تحصیلی:

نشانی کامل پستی: شهر: استان: صندوق پستی:

خیابان / کوچه / پلاک

کد پستی ده رقمی: تلفن: دورنگار:

شروع اشتراک از شماره: اهدا کننده: امضاء

اشتراک داخل کشور

بهای اشتراک سالانه: با پست عادی ۱۹۶۰ تومان با پست سفارشی ۲۵۰۰ تومان

اشتراک خارج از کشور:

حوزه خلیج فارس و جمهوری‌های آسیای نزدیک ۱۹۶۰ تومان + ۴۵۰۰ تومان هزینه پستی

اروپا ۱۹۶۰ تومان + ۶۰۰۰ تومان هزینه پستی

امریکا، کانادا، استرالیا و ژاپن ۱۹۶۰ تومان + ۷۰۰۰ تومان هزینه پستی

سایر کشورها ۱۹۶۰ تومان + ۴۵۰۰ تومان هزینه پستی

برای پیوستن به جمع مشترکان، می‌توانید بهای اشتراک (به علاوه هزینه پستی برای دیگر کشورها)، را به شماره حساب ۹۱۳۵۴ بانک رفاه کارگران شعبه بیمارستان آیت‌الله طالقانی (کد ۱۴۱)، فصلنامه بهداشت باروری پژوهشده ابن سینا (قابل واریز در کلیه شعب بانک رفاه کارگران) واریز نموده و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده به نشانی: تهران، صندوق پستی ۱۷۷-۱۹۸۳۵ ارسال نمایید. لطفاً در فیش بانکی، نشانی و شماره تلفن خود را بنویسید، همچنین فتوکپی فیش بانکی را نزد خود نگه دارید.

کپی فرم نیز قابل قبول است.