

# وینار مشاوره فرزندآوری در ارائه خدمات مامایی پیش از بارداری

تاریخ برنامه	ساعت	عنوان سخنرانی ، کارگاه ، میزگرد و ...	نام و نام خانوادگی سخنران	تخصص سخنران
دوشنبه 10 بهمن 1401	9-9.45	مشاوره فرزندآوری در مراقبت های قبل بارداری ضرورت و راهکارها	دکتر افسانه کرامت	بهداشت باروری
	9.45-10.30	مشاوره فرزند آوری و غربالگری سلامت جنسی	دکتر طیبه ضیایی	بهداشت باروری
	10.30-11.15	تأثیر بارداری بر سلامت جسم و روان	خانم محبوبه پورحیدری	هیات علمی مامایی (بهداشت مادر و کودک)
	11.15-12	مشاوره فرزندآوری با رویکرد مراجع محور	دکتر میترا کولیوند	بهداشت باروری

مشاوره فرزندآوری در ارائه خدمات مامایی قبل  
از بارداری ضرورت و راهکارها

# وبینارهای برگزار شده

## خدمات مامایی و فرزندآوری

- **وبینارهای آموزش مداوم:**

- نقش خدمات مامایی در اجرای سیاستهای جمعیتی
- خوشایند سازی زایمان
- مشاوره فرزندآوری در ارائه خدمات مامایی پیش از بارداری

- **وبینارهای ترجمان دانش:**

- ترجمان دانش پایان نامه های بهداشت باروری در حیطه فرزند آوری
- ترجمان دانش مطالعات مشاوره در مامایی (پیشگیری از سقط)

# ویژگی های خدمات مامایی در ایران

- سطوح تحصیلی و تنوع رشته مقطع
- جمعیت دانش آموختگان
- گستره خدمات در سطح جامعه
- خدمات مامایی در مراحل مختلف زندگی زنان و خانواده

# رشته مقطع های مجموعه مامایی

- کارشناسی
- ارشد (مامایی در ۵ گرایش)
- ارشد مشاوره در مامایی
- دکتری بهداشت باروری
- دکتری مامایی
- = هم در عرصه تولید علم مربوط و هم در اجرای آن

# گستره خدمات

- پایگاهها و مراکز جامع سلامت (بسیار گسترده)
- بیمارستانها و زایشگاهها (بخش نوزادان – postpartum)
- دفاتر کار خصوصی و مراکز مشاوره مامایی
- مدارس؟
- مراکز درمان ناباروری
- مراکز تحقیقاتی
- دانشگاهها

# خدمات مامایی در مراحل مختلف زندگی زنان و خانواده در حیطه فرزند آوری

## • قبل از ازدواج:

- نوجوانی
- قبل و حین ازدواج

## • قبل از بارداری و پس از زایمان

- بارداری و زایمان سالم
- مشاوره فرزندآوری
- بارداری ناخواسته (پیشگیری از سقط)
- زنان نابارور
- موارد پرخطر

## • بارداری و زایمان

- بارداری ناخواسته (پیشگیری از سقط)
- بارداری و زایمان سالم
- خرتابند سازی زایمان
- موارد پرخطر



# Models for midwifery care: A mapping review

Tine S. Eri<sup>1</sup>, Marie Berg<sup>2,3</sup>, Bente Dahl<sup>4</sup>, Helga Gottfreðsdóttir<sup>5,6</sup>, Eva Sommerseth<sup>4</sup>, Christina Prinds<sup>7,8</sup>

## ABSTRACT

**INTRODUCTION** According to WHO, midwives are found competent to provide evidence-based and normalcy-facilitating maternity care. Models for midwifery care exist, but seem to be lacking explicit epistemological status, mainly focusing on the practical and organizational level of care delivery. To make the values and attitudes of care visible, it is important to implement care models with explicit epistemological status. The aim of this paper is to identify and gain an overview of publications of theoretical models for midwifery care.

**METHODS** A mapping review was conducted with systematic searches in nine databases for studies describing a theoretical model or theory for midwifery care that either did or was intended to impact clinical practice. Eligibility criteria were refined during the selection process.

**RESULTS** Six models from six papers originating from different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies and had different philosophical underpinnings and complexity gradients. Some characteristics were common, the most distinctive being the emphasis of the midwife–woman relationship, secondly the focus on woman-centeredness, and thirdly the salutogenic focus in care.

**CONCLUSIONS** Overall, scarcity exists regarding theoretical models for midwifery care with explicit epistemological status. Further research is needed in order to develop generic theoretical models with an epistemological status to serve as a knowledge base for midwifery healthcare.

## AFFILIATION

**1** Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

**2** Sahlgrenska Academy, Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

**3** The Obstetric Unit, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden

**4** Centre for Women's, Family and Child Health, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Kongsberg, Norway

**5** Department of Midwifery, Faculty of Nursing, University of Iceland, Reykjavík, Iceland

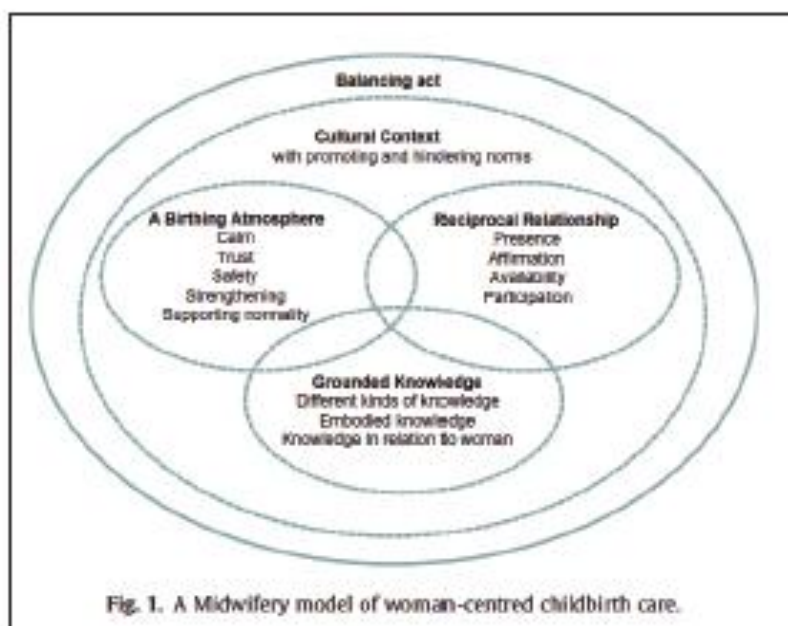
**6** Women's Clinic, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland

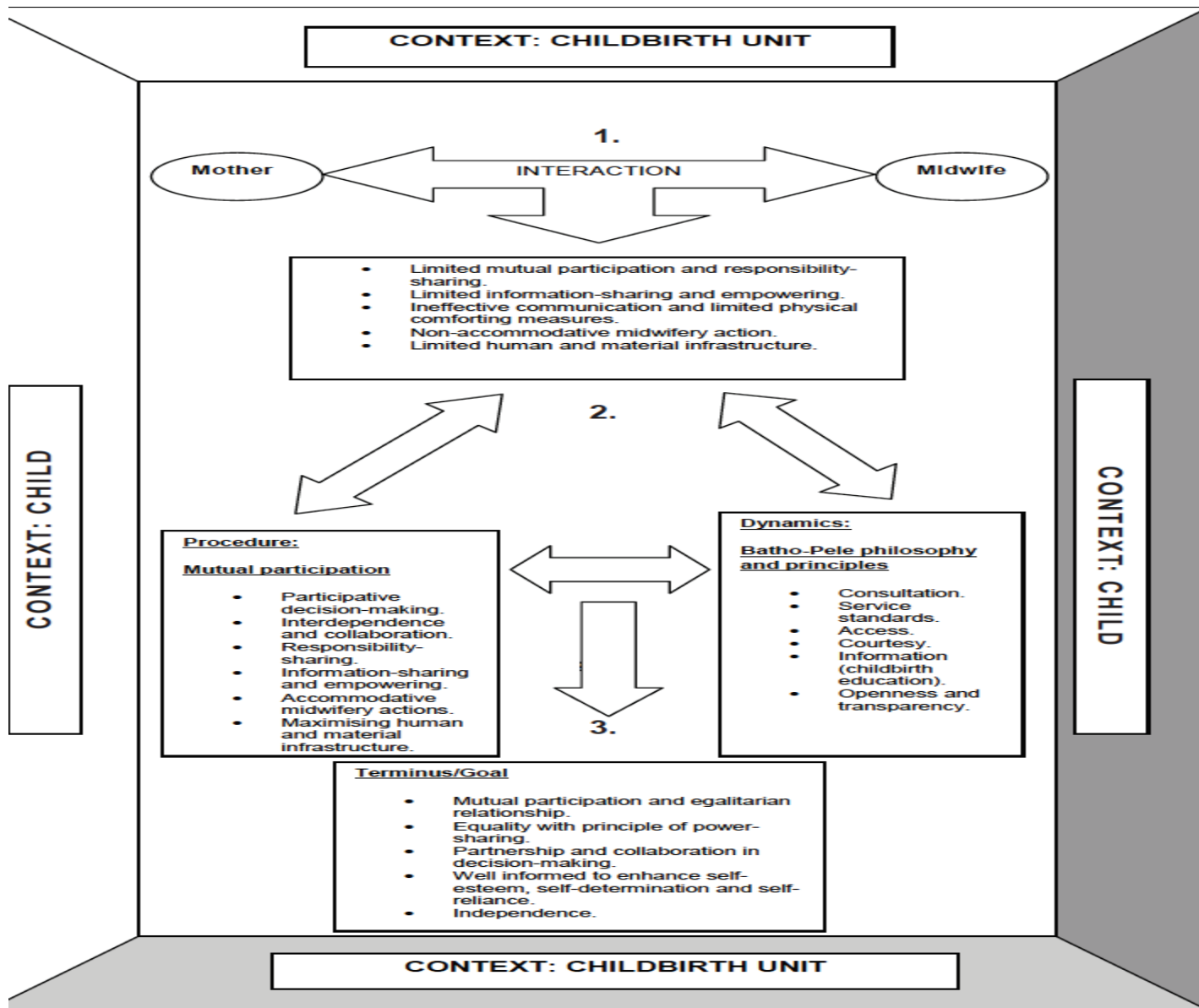
**7** Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Odense C, Denmark

**8** Department of Research, University College South Denmark, Haderslev, Denmark



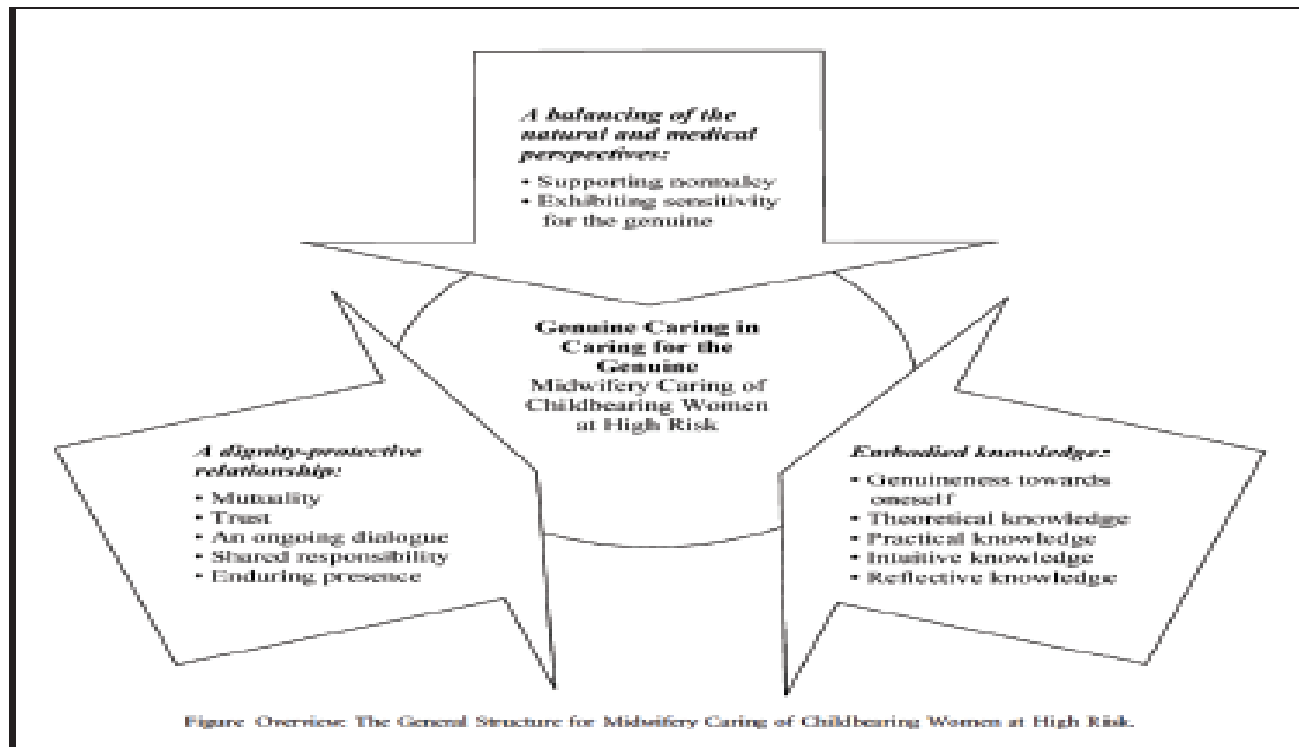
Figure 4: Overview over two included visual models (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011 and Berg et al, 2012) (with permission from the publishers)





**FIGURE 1**  
Conceptual model of woman-centered care

Figure 3: Overview over two included visual models (Berg, 2005 and Maputle, 2010) (with permission from the publishers)



Continued

Figure 2: Overview over two included visual models (Fleming, 1998 and Kennedy, 2000) (with permission from the publishers)

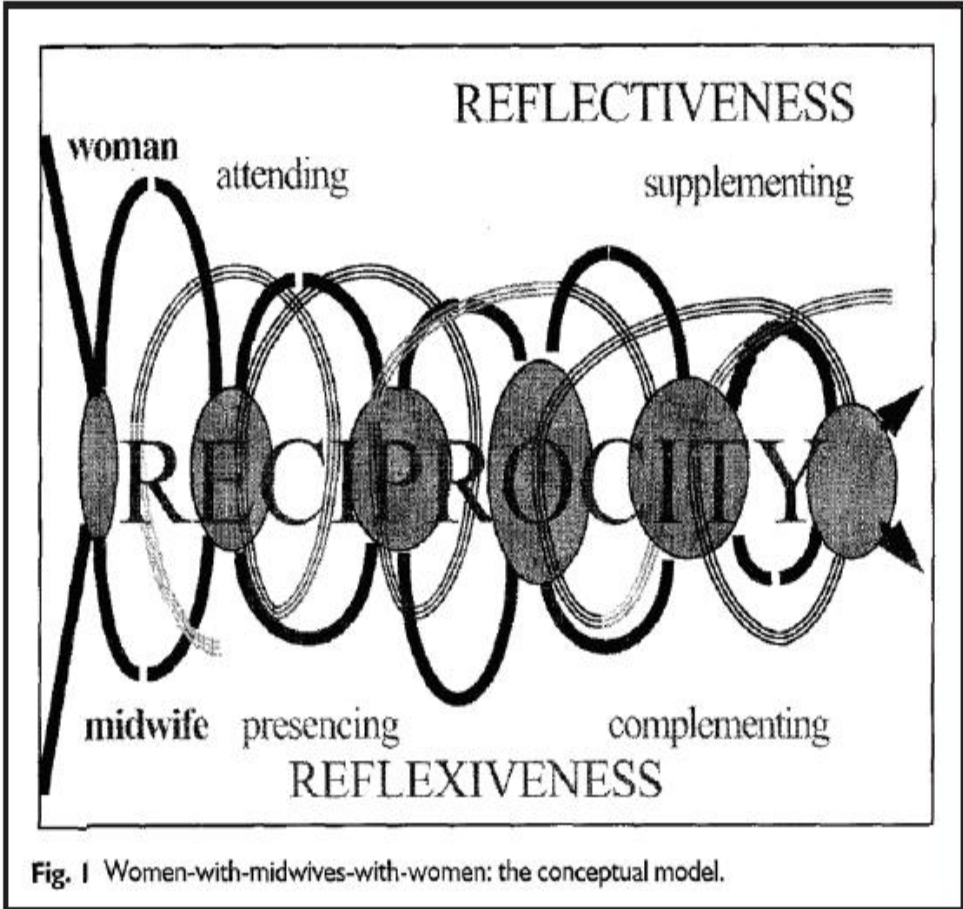
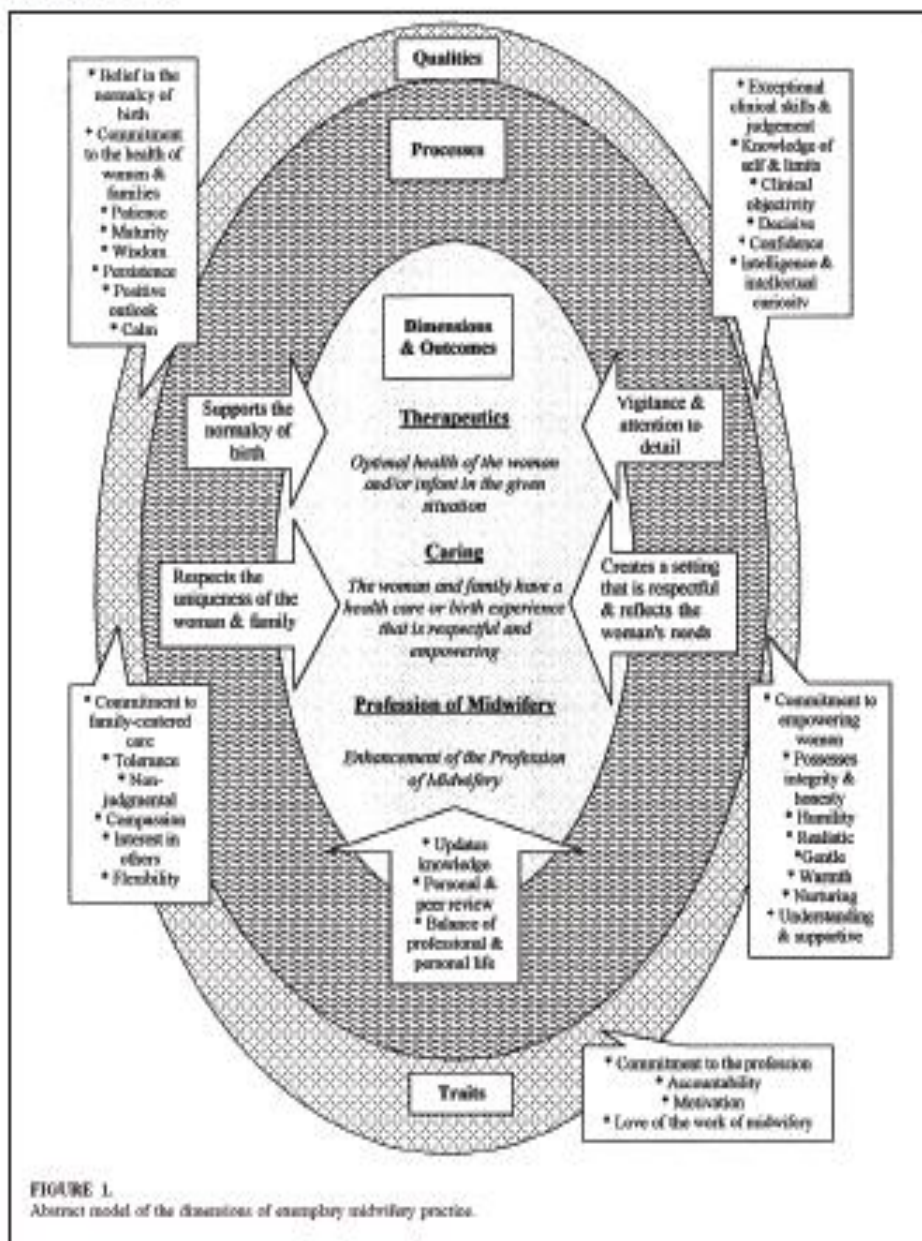


Fig. 1 Women-with-midwives-with-women: the conceptual model.

Figure 2: Continued



**RESULTS** Six models from six papers originating from different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies and had different philosophical underpinnings and complexity gradients. Some characteristics were common, the most distinctive being the emphasis of the midwife–woman relationship, secondly the focus on woman-centeredness, and thirdly the salutogenic focus in care.

# پر اهمیت ترین ویژگی های متمایز کننده مامایی

- ارتباط ماما- زن ( همراهی و مراقبت مداوم)
- مراقبت زن محور (مراجع محوری)
- مراقبت ارتقا دهنده سلامت

برنامه کشوری مادری ایمن

## مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما و پزشک عمومی

تجدید نظر هشتم

1401

---



# مراقبت پیش از بارداری

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

# گروه هدف برای مراقبت های پیش از بارداری شامل:

- کسانی که تمایل به بارداری دارند؛
- **کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛**
- کسانی که برای ارزیابی عفونت های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده اند؛
- کسانی که برای مراقبت پس از سقط مراجعه می کنند؛
- کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می کنند.

## بسیار رایج

پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری و تاهنجاری، رفتارهای پرخطر</li> <li>- غربالگری سلامت روان</li> <li>- غربالگری اولیه همسر آزاری</li> <li>- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر و مخدر</li> </ul>	<p>مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده</p>



<p>- اندازه گیری قد و وزن و تعیین تعایده توده بدنی</p> <p>- علائم حیاتی</p> <p>- معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمام)</p>	<p>معاینه بالینی</p>
<p>CBC, TSH, HBsAg و FBS,</p> <p>یاب اسمیر (در صورت نیاز)، تیتر آنتی یادی ضد سرخجه (در صورت نیاز)</p> <p>HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)</p>	<p>آزمایش ها یا بررسی تکمیلی</p>

پیش از بارداری	نوع مراقبت مراقبت زمان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان</li> <li>- تغذیه / مکمل های دارویی</li> <li>- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر</li> <li>- تاریخ مراجعه بعدی</li> <li>- زمان مناسب بارداری</li> </ul>	آموزش و مشاوره
اسید فولیک	مکمل های دارویی
سرخچه، هیپاتیت، توأم	ایمن سازی (در صورت نیاز)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید  
معاونت آموزشی

۱  
۲  
۳  
۴  
۵  
۶  
۷  
۸

..... (پروپوزال پایان نامه دکتری)

عنوان طرح: ارزیابی برنامه مراقبت‌های قبل از یازداری موجود در ایران، اصلاح و اجرای آزمایشی آن

نام و نام خانوادگی دانشجو: قاطمه غفاری

استاد/اساتید راهنما: خانم دکتر متقی، آقای دکتر شریعتی

استاد/اساتید مشاور: خانم دکتر کرامت، خانم دکتر اکبری

سازمان متبوع: دانشگاه علوم پزشکی شهروود

تاریخ پیشنهاد:

۹  
۱۰  
۱۱  
۱۲

مجارستان	بلژیک	سوئد	هلند	ایتالیا	دانمارک	انگلستان	آمریکا	ایران	اسامی کشورها
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	راهنمای بالینی استاندارد مراقبت قبل از بارداری
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	محتوای آموزش سلامت ویژه قبل از بارداری
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	منابع مبتنی بر وب
-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	گایدلاین ملی جهت پرسنل برای مراقبت از زنان کم خطر
-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	گایدلاین برای مردان
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	بازاریابی اجتماعی سلامت قبل بارداری
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>	ادغام توصیه های قبل بارداری در بوکلت بارداری
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	گایدلاین برای زنان با شرایط پرخطر
-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-	گایدلاین بین بارداری
<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-	استراتژی ملی
									1. مکان ارائه مراقبت
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	مرکز مراقبتهای اولیه بهداشتی
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	کلینیک قبل از بارداری
									2. ارائه دهنده خدمت
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ماما
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	پزشک
									3. نحوه ارائه مراقبت
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	مشاوره و مراقبت در یک ویزیت سه ماه قبل از بارداری
-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	ادغام با مراقبتهای اولیه بهداشتی
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	ادغام مراقبت قبل بارداری با برنامه زندگی باروری

مستند 1

2 روش اجرا

# محتوای آموزش سلامت برای زنان سنین باروری شامل چه بخشهایی باشد؟

رتبه	امتیاز	ارائه مراقبت در مکان های مختلف	نوآوری	مقبولیت	هزینه اثربخشی	در دسترس بودن منابع و وسایل برای انجام فعالیت	قابلیت انجام	محتوای بسته آموزش سلامت زنان قبل از بارداری شامل	شماره
2	166							فعالیت فیزیکی	
	153							داروهای گیاهی و شیمیایی تراژن	
	163							مصرف دخانیات و سوء مصرف مواد مخدر	
	161							آلاینده ها و سموم محیطی	
3	165							مکمل های دارویی	
	155							بیماریهای عفونی و آمیزشی	
	162							چاقی و مضرات آن	
	152							فیزیولوژی تخمک گذاری	
1	167							بهداشت فردی	
3	165							بهداشت جنسی	
4	164							بهداشت روان	
	162							محتوای اختصاصی برای گروههای پرخطر	
	160							مشاوره فرزند آوری	
1	167							محتوای آموزشی در زمینه زمان مناسب برای باردار شدن و قطع روشهای پیشگیری از بارداری	





# نظام الکترونیک سلامت

- سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت)

- در ۵ بخش **برنامه مادران** ، برنامه کودکان ، **برنامه باروری سالم** ، برنامه میانسالان و برنامه سالمندان به ارائه خدمات میپردازد.

- **سامانه ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشت)**

- این سامانه که با نام سامانه نظام ارجاع دانشگاه علوم پزشکی گلستان نیز شناخته میشود

- **سامانه سینا (سامانه یکپارچه نظام اطلاعات)**

- این سامانه توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد تولید و به بهره برداری رسیده است.

# نظام الکترونیک سلامت

- یکی نقاط قدرت نظام سلامت
- یکپارچگی ارائه خدمات در مناطق سطوح مختلف
- هماهنگی بخش خصوصی و دولتی؟
- تقویت سیستم ارجاع و امکان پیگیری
- **دسترسی و عمل کردن کاربران به آخرین اطلاعات و دستورالعمل (system)**
- دسترسی به موقع به اطلاعات سلامت گروه هدف
- نقاط ضعف:
  - وابستگی به سامانه
  - نادیده گرفتن و کمرنگ شدن دستورالعمل های خارج سامانه (فرزندآوری)
  - تمرکز ارزیابی کمی خدمات و کم توجهی به کیفیت
  - **کمرنگ شدن خدمات آموزشی و مشاوره ای**

# خدمات مامایی قبل از بارداری

- آماده سازی برای بارداری و زایمان سالم

- مشاوره فرزندآوری

- بارداری ناخواسته (پیشگیری از سقط)

- ناباروری

- موارد پرخطر

- سلامت جنسی

چالش اصلی :

پوشش کم جمعیت هدف

کیفیت خدمت

لازمه :

- باور و دانش متناسب با هویت رشته

- مهارت برقراری ارتباط موثر و بهره گیری از رویکردها و تکنیک های موثر

- مجال و مناسب بودن شرایط محیط

- وجود دستورالعمل ها و گایدلاینهای آموزشی و مشاوره ای

# مراقبت های ادغام یافته باروری سالم و جمعیت

(ویژه مراقب سلامت)

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره باروری سالم و جمعیت

۱۳۹۸-۱۳۹۷

# مرور کلی برنامه باروری سالم و فرزند آوری

- توانمند سازی جامعه در خصوص اهمیت فرزند آوری سالم و اجتناب از تک فرزندی و بی فرزندی:
- توانمند سازی ارابه دهندگان خدمت سلامت در راستای ارابه خدمات باروری سالم بر مبنای حقوق سلامت باروری و فرزند آوری
- تامین خدمات باروری سالم در راستای افزایش بارداری های ارادی و برنامه ریزی شده
- کاهش میانگین فاصله زمانی بین ازدواج و فرزند اول
- کاهش میانگین فاصله زمانی بین فرزندان
- ایجاد دسترسی و تسهیلات مناسب به خدمات بازگشت باروری پس از اعمال جراحی
- ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه در زمینه عوامل مستعد کننده ناباروری
- استاندارد سازی، سطح بندی، غربالگری و تامین خدمات ناباروری
- روابط زناشویی و سلامت جنسی

## دورنمای کلی برنامه و خدمات باروری سالم و فرزندآوری

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
ورود به برنامه آموزش های هنگام ازدواج	واجد شرایط دریافت آموزش های هنگام ازدواج	در آستانه ازدواج
ورود به برنامه سلامت ازدواج و جنسی خانواده	واجد شرایط دریافت آموزش و مشاوره، خدمات پس از ازدواج	بعد از ازدواج (۵ سال اول زندگی مشترک)
در صورتی که فرزند نداشته باشد و کمتر از ۲ سال از ازدواج وی بگذرد، آموزش فرزند آوری	واجد شرایط آموزش و فرزند آوری	تمایل به بارداری ندارد
در صورتی که فرزند نداشته باشد و بیش از ۲ سال از ازدواج وی بگذرد، بررسی از نظر باروری / تباروری و آموزش فرزند آوری		
در صورتی که فرزند داشته باشد و سن آخرین فرزند وی بیشتر از ۲۴ ماه باشد، آموزش فرزندآوری		
مراقبت و پیشگیری از بارداری پرخطر - تاخیر در باروری تا کنترل بیماری		
آموزش پیشگیری از سقط	در معرض بارداری پرخطر	
ارجاع برای مراقبت های پیش از بارداری	اقدام برای بارداری در مدت کمتر از یک سال	تمایل به بارداری دارد
بررسی فرد از نظر شناسایی مشکلات باروری / تباروری	اقدام برای بارداری در مدت بیشتر از یک سال و سن زیر ۳۵ سال	
بررسی فرد از نظر شناسایی مشکلات باروری / تباروری	اقدام برای بارداری در مدت شش ماه و سن بالای ۳۵ سال	
ارجاع به مراقب سلامت - ماما / پزشک	متقاضی برگشت باروری	
ارجاع برای مراقبت های دوران بارداری	واجد شرایط دریافت مراقبت های دوران بارداری	باردار است

گروه بندی و اقدام

ارزیابی
<b>تشکیل پرونده در ملاقات اول</b>
بررسی پرونده وضعیت فرزندآوری و سلامت باروری
<b>سوال کنید:</b> وضعیت تاهل تمایل به فرزندآوری تاریخچه و وضعیت فعلی سلامت باروری و جنسی خانواده
<b>بررسی کنید:</b> سوابق باروری فرد و ارجاعات مورد نیاز بر اساس خدمت

## آموزش / مشاوره فرزندآوری

نتیجه ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
فرزند آوری مطلوب	زوجینی که دو سال از زندگی مشترک گذشته است و فرزند دارند	آموزش سلامت باروری و جنسی و رجوع به برنامه های دیگر باروری سالم
واجد شرایط خدمت آموزش / مشاوره فرزندآوری	زوجینی که حداقل ۲ سال از زندگی مشترک آنها گذشته و فرزند ندارند/ بی فرزند	آموزش فرزند آوری، آموزش سلامت باروری و جنسی، بررسی از نظر مشکلات باروری، بررسی مجدد پس از سه ماه، در صورت نیاز ارجاع به سطح بالاتر
	زوجینی که کمتر از ۳ فرزند دارند و سن آخرین فرزند آنها از ۲۴ ماه بیشتر باشد	آموزش فرزندآوری، بررسی مجدد پس از سه ماه، در صورت نیاز ارجاع به سطح بالاتر آموزش سلامت باروری و جنسی
فرزند آوری نامطلوب	زنان ۲۵ سال و بالاتر که فرزند ندارند	ارجاع به یزشک / مراقب سلامت - ماما به منظور مشاوره فرزند آوری
	زوجین تک فرزند	ارجاع به یزشک / مراقب سلامت - ماما به منظور مشاوره فرزندآوری

گروه بندی و اقدام

### تشکیل پرونده در ملاقات اول

بررسی وضعیت باروری و فرزند آوری  
مراجعه کننده

### بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت

#### مراجعه کننده

#### سوال کنید:

سن، تاریخ ازدواج، سن در زمان ازدواج،  
تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد  
سقط، تعداد مرده زایی، تعداد فرزندان  
زنده، سن آخرین فرزند، سابقه استفاده  
از روش های پیشگیری از بارداری،  
وضعیت باروری (بالسگی زودرس،  
هیپرترکتومی، استفاده قبلی از خدمات  
جراحی پیشگیری از بارداری پر خطر /  
بستن لوله های رحمی - وازکتومی) ،  
تمایل به خدمات برگشت باروری

#### بررسی کنید:

ترجیحات و رفتار فرزندآوری فرد،  
سوابق بیماری فرد، باردار / مشکوک به  
بارداری

#### معاينه کنید:

شاخص توده بدنی  
فشارخون

در صورت شک به بارداری درخواست

B-hcg



**حداقل ویژگی هایی که یک آموزش دهنده می بایست داشته باشد عبارتند از:**

ویژگی های شخصیتی: مشاور باید برخوردی گرم، دوستانه، مسئولانه، همدلانه و بدون قضاوت داشته باشد. مشاور باید انگیزه شخصی قوی برای کمک به دیگران داشته باشد همچنین دارای فکر باز و راضی به فراگیری باشد.

دانش و اطلاعات: مشاور باید در خصوص بهداشت باروری و جنسی اطلاعات مناسب و کافی داشته باشد و اشراف کافی به دستورالعمل های مربوطه و نحوه ارائه خدمات در سیستم خدمات بهداشتی درمانی داشته باشد.

مهارت های برقراری ارتباط: داشتن اطلاعات و مهارت های لازم و تسلط استفاده از فن مشاوره در هنگام ارائه خدمات، شرطی لازم و قطعی برای ارائه دهنده خدمت باروری سالم، می باشد. توجه به این نکته ضروری است که

نحوه برقراری ارتباط و مهارت مراقبین بهداشت در استفاده از فن مشاوره در هنگام ارائه خدمات می تواند تأثیر جدی (مثبت/ منفی) بر کل خدمت ارائه شده داشته باشد.

## راهنمای آموزش فرزند آوری

نکات کلیدی براساس دستورالعمل ۵۳۰۲/۱۴۱۶۵ مورخ ۹۵/۸/۱۵ (مشاوره تک فرزندی) و نیز محتوای زیر در خصوص آموزش و مشاوره فرزند آوری، اشاره شود:

مراقبین سلامت می بایست در آموزش و مشاوره فرزندآوری به گروه هدفی که واجد دریافت آموزش هستند توجه ویژه نمایند. این گروه ممکن است در یکی از گروه های بی فرزند، تک فرزند یا کمتر از سه فرزند قرار داشته باشند. دقت گردد که آموزش این افراد می بایست بر اساس تعاریف و محتوای آموزشی زیر صورت گیرد:

## توصیه ها:

با توجه به اهمیت بارداری در زمان مناسب برای خانواده و برای پیشگیری و کاهش مشکلات ناشی از به تاخیر انداختن آن موارد زیر را مد نظر قرار دهید:

۱- خانم هایی که تولد فرزند را به تاخیر می اندازند در خطر ناباروری هستند و توان باروری در خانم ها از سن ۳۵ سالگی به طور مشخصی کاهش پیدا می کند .

۲- در زوجینی که به مدت یک سال خواهان فرزند بوده و نزدیکی منظم بدون استفاده از روش پیشگیری از بارداری داشته اند و باردار نشده اند بایستی بررسی از نظر ناباروری صورت گیرد. در خانم های بالاتر از ۳۵ سال، این بررسی باید بعد از ۶ ماه صورت گیرد.

۳- زوجین باید آگاهی داشته باشند که با افزایش سن آقایان کیفیت نطفه مرد و توان باروری کاهش و خطر اختلالات ژنتیکی افزایش می یابد.

۴- تاخیر در فرزندآوری با عوارض بارداری و زایمان همراه است و خانواده هایی که در سنین بالا اقدام به فرزندآوری می کنند باید به این مسایل دقت داشته باشند و از مراقبت های لازم برخوردار شوند.

۵- هر فردی که در سنین باروری است بایستی در زمینه عوارض بارداری ناشی از بالا رفتن سن آگاه باشد تا آگاهانه در زمینه زمان فرزند آوری تصمیم بگیرد.

تک فرزندان: به زوجی تک فرزند اطلاق میشود که دارای یک فرزند بیش از ۲۴ ماه باشند این زوج ممکن است تمایل به داشتن تنها همین یک فرزند را داشته باشند بدیهی است آموزش های لازم برای پیشگیری از تک فرزندی و پیامدهای ناشی از آن امری ضروری است.

فرزندآوری در فرهنگ ایرانی اسلامی ما یک ارزش محسوب می شود. ارزشی که منطبق بر فطرت و غریزه انسانی است و برای تداوم نسل و بقای وی ضروری است و نیز همان ارزشی است که سبب می شود زوجین نابارور، حل مشکل ناباروری و نداشتن فرزند خود را به عنوان یکی از اساسی ترین اولویت های خود پیگیری نمایند.

معایب تک فرزندی از دو بعد خانواده و جامعه که باید متناسب با نیاز خانواده های تک فرزند به آن ها گفته شود<sup>۲</sup>.  
از بعد خانواده:

ممکن است کودک شما احساس کند که:

- ✓ تنها است.
- ✓ نمی تواند با خواهر/ برادر خود تعامل داشته باشد.
- ✓ در خانه ای که زندگی می کند فضای کودکی وجود ندارد، چون همیشه تعداد بزرگسالان بیشتر از کودکان است.
- ✓ برای بهتر بودن در درس و دیگر فعالیت ها تحت فشار بیشتری از طرف خانواده است.
- ✓ به خاطر دلواپسی های بیش از حدی که والدین برای محافظت از او دارند، از آزادی های لازم و متناسب سن خود برخوردار نیست.

ممکن است فرزند شما:

- ✓ به دلیل توجه زیاد پدر و مادر و سایر بستگان نزدیک از اعتماد به نفس کمتری برخوردار باشد.
- ✓ به دلیل نداشتن خواهر/ برادر فرصت تجربه برخی از احساسات و چگونگی کنترل و مدیریت آن ها را نداشته باشد.
- ✓ به دلیل نداشتن ارتباط با خواهر/ برادر در ذهن و خیال خود با دوستان خیالی بازی کند.
- ✓ بخاطر مراقبت بیش از حد پدر و مادر، از دخالت آنها در کارش خسته شود.
- ✓ به دلیل نداشتن برادر/ خواهر و ارتباط با آن ها تمایل (بیش از حد) به اسباب بازی و حیوانات داشته باشد.
- ✓ تحمل کمتر و حساسیت بیشتر نسبت به رفتار دیگران داشته باشد (انتظار رفتار خلاف خواسته خود را نداشته و معمولاً هر مخالفت را بدون دلیل و به خاطر نیتی خاص تفسیر می کند).
- ✓ به دلیل ارتباط کمتر با کودکان و تماس بیشتر با بزرگسالان، مقتضای کودکی خود را بروز ندهد و رفتاری مانند بزرگسالان داشته باشد (نتواند آن گونه که لازم است بچگی کند).
- ✓ به دلیل خود محوری، سخت تر با دیگران ارتباط برقرار کند/ دوست پیدا کند.
- ✓ به دلیل نداشتن الگویی از جنس مخالف در خانواده، آسیب پذیری بیشتر از لحاظ جنسی و روابط اجتماعی داشته باشد

# مقالات و مطالعات مرتبط

## مقایسه مشکلات رفتاری کودکان در خانواده های تک فرزند و دو فرزند

ساخوریان سیدعباس | ظهاسیان کارینه | احمدی محمدرضا

روان شناسی و دین

سال: ... | دوره: ... | شماره: ... | صفحات: ...

مشکلات رفتاری Q1 درونی سازی Q2 برونی سازی Q2 تک فرزند Q2 دو فرزند Q2 کودکان Q2

لطفا برای مشاهده چکیده به متن کامل (PDF) مراجعه فرمایید.

[بیشتر](#)

بازدید 843 | دانلود 509 | استاندارد 1 | مرجع 0

## مقایسه تاب آوری نوجوانان خانواده های تک فرزند و بیشتر از یک فرزند

شقایق شیری ولی اله | احمدی محمدسعید

کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی

سال: ... | دوره: ... | شماره: ...

آوری تک فرزند چند فرزند

لطفا برای مشاهده چکیده به متن کامل (PDF) مراجعه فرمایید.

[بیشتر](#)

بازدید 261 | دانلود 260

## اختلال های رفتاری در کودکان خانواده های تک فرزند و چند فرزند شهر تهران

سردارپورگودرزی شاهرخ | درخشان پور فیروزه | صدر سیدسعید | یاسمی محمدتقی

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (تدبیه و رفتار)

سال: ... | دوره: ... | شماره: ... | صفحات: ...

اختلال رفتاری Q4 بعد خانوار Q4 خانواده تک فرزند Q4 ADHD Q4

هدف: بررسی حاضر به منظور ارزیابی فراوانی اختلال های رفتاری در میان کودکان خانواده های تک فرزند و چند فرزند انجام شده است. روش: برای ارزیابی فراوانی این اختلال ها 837 دانش آموز مدارس ابتدایی شهر تهران شامل 422 کودک تک فرزند و 415 کودک چندفرزند از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای مورد بررسی قرار گرفتند. پرسش نامه علایم کودکان (CSI-4) را پدران و

...

## مقایسه انگیزش پیشرفت و ابعاد آن در نوجوانان خانواده های تک فرزند و چند فرزند

شقایق شیری ولی اله | احمدی محمدسعید  
کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی  
سال: ... | دوره: ... | شماره: ...  
**انگیزش پیشرفت | تک فرزند | چند فرزند**  
لظفا برای مشاهده چکیده به متن کامل (PDF) مراجعه فرمایید.

[بیشتر](#)

بازدید 127 | دانلود 39

## مقایسه کیفیت زندگی زوجین تک فرزند با زوجین دارای بیش از دو فرزند در خانواده های تهرانی

نعیمی ابراهیم | سعیدی میلاد | کاظمیان سمیه  
مشاوره و روان درمانی خانواده  
سال: ... | دوره: ... | شماره: ... | صفحات: ...  
**کیفیت زندگی | Q2 زوجین تک فرزند | Q1 زوجین با بیش از دو فرزند**  
امروزه بهبود کیفیت زندگی به عنوان مفهوم تازه تری از سلامتی مطرح شده است که به جنبه های روان شناختی، اجتماعی، عملکردی و جسمی مربوط می شود. یکی از رویدادهای برجسته زندگی خانوادگی تصمیم گیری درباره تعداد فرزندان است. چراکه این تصمیم بر سبک زندگی و از آن مهم تر کیفیت زندگی خانوار موثر است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی زوجین تک

[بیشتر](#)

بازدید 560 | دانلود 282 | استاندارد 0 | مرجع 0

## مقایسه شناخت اجتماعی کودکان دختر خانواده های تک فرزند و چند فرزند 5 و 7 ساله شهر اصفهان

کریمیان زهرا | شهبازی راد افسانه | حقیقی کرمانشاهی مارال  
شناخت اجتماعی  
سال: ... | دوره: ... | شماره: ... | صفحات: ...  
**شناخت اجتماعی | Q2 خانواده تک فرزند | Q2 خانواده چند فرزند | Q2 ترتیب تولد | Q3 کودک | Q2**  
مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه شناخت اجتماعی در بین کودکان دختر خانواده های تک فرزند و چند فرزند شهر اصفهان که در دامنه سنی 5-7 سال قرار داشتند، صورت گرفت. روش: این پژوهش کاربردی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان دختر 5-7 ساله شهر اصفهان در سال 1393 بود. بدین منظور 80 کودک دختر (40 نفر از خانواده های تک فرزند و 40

[بیشتر](#)

بازدید 263 | دانلود 148 | استاندارد 0 | مرجع 0

## تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد باروری زنان تک‌فرزند: یک مطالعه کارآزمایی در عرصه

علی عالمی<sup>۱</sup>، مصومه اسمعیل‌زاده<sup>۲</sup>، رضا اسماعیلی<sup>۳</sup>، محمد محلی<sup>۴</sup>، علی اکرامی نوقایی<sup>۵</sup>، مریم صابری<sup>۶</sup>

۱. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۳. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۴. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۵. امور دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۶. گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

### چکیده

**هدف:** باروری یکی از عناصر مهم رشد و تناسب جمعیت است. با توجه به روند کاهش میزان باروری کل در ایران و رسیدن آن به پایین‌ترین حد جایگزینی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر قصد باروری زنان همسر دار تک‌فرزند انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه مداخله‌ای روی صد زن همسر دار در سن باروری که تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهر گناباد بودند انجام شد. آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه پنجاه نفر) تقسیم شدند. داده‌ها وارد نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS شدند. با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای‌کو مورب تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین پیش از مداخله، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره سازه‌های تئوری مذکور بین دو گروه مشاهده نشد. در حالی که پس از مداخله، میانگین نمره نگرش ( $P=0/014$ )، کنترل رفتار در گذشته ( $P=0/032$ ) و قصد رفتاری ( $P=0/005$ ) دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشت.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه نشان داد مداخله آموزشی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده می‌تواند بر قصد باروری زنان تک‌فرزند اثر گذار باشد. به کارگیری این مدل در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سیاست رشد جمعیتی و طراحی مداخلاتی برای تشویق زوجین به فرزندآوری پیشنهاد می‌شود.

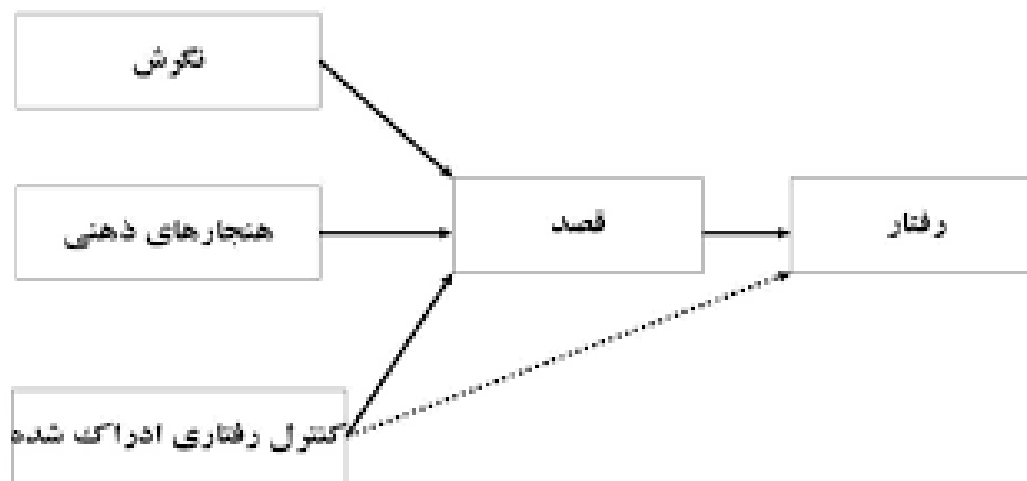
تاریخ دریافت: ۲۵ دی ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۹ فروردین ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۱ تیر ۱۳۹۹

### کلیدواژه‌ها:

قصد باروری، تک‌فرزند، آموزش





## تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل فرانتزیه ای بر نگرش و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری در زنان

مریم انصاری مجد<sup>۱</sup> فریده خلیج آبادی فراهانی<sup>۲</sup> ابوالحسن نقیعی<sup>۳</sup> محمود موسی زاده<sup>۴</sup> صفری خانی<sup>۵</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** فرزندآوری در حوزه مسائل اجتماعی اهمیت زیادی دارد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل فرانتزیه ای بر نگرش و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری در زنان انجام شد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی، نمونه گیری به روش تصادفی چندمرحله ای بر روی ۷۵ زن سنین باروری (۳۸ نفر گروه آزمون و ۳۷ نفر گروه کنترل) در ۹ مرکز جامع سلامت شهری آمل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. گروه آزمون، آموزش مبتنی بر مدل فرانتزیه ای را در ۵ جلسه حضوری و سپس به مدت ۶ ماه، آموزش هفتگی غیرحضوری آنلاین را دریافت کردند. گروه کنترل، آموزش روتین دریافت نمودند. نگرش به فرزندآوری و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری بر اساس مدل فرانتزیه ای در نمونه ها قبل، ۳ و ۶ ماه بعد از آموزش ارزیابی شدند.

**یافته ها:** میانگین نمرات نگرش زنان در گروه آزمون در مرحله قبل، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از آموزش برابر  $171/81 \pm 22/55$ ،  $179/12 \pm 20/54$  و  $177/39 \pm 20/54$  و در گروه کنترل، در مراحل فوق به ترتیب برابر  $166/31 \pm 19/37$ ،  $169/49 \pm 21/49$  و  $165/85 \pm 18/37$  بود. آزمون های آماری نشانگر ارتقاء معنی دار نگرش زنان پس از آموزش بود ( $P < 0/001$ ). فراوانی افراد در مراحل مختلف رفتار فرزندآوری گروه آزمون نسبت به کنترل ارتقاء یافت ولی این میزان معنادار نبود ( $P = 0/281$ ).

**استنتاج:** آموزش مبتنی بر مدل فرانتزیه ای، نگرش زنان نسبت به فرزندآوری را بهبود بخشید ولی مراحل رفتار فرزندآوری را تغییر نداد. با توجه به چندعاملی بودن فرزندآوری و تعداد کم نمونه در این مطالعه، دست یابی به چنین نتیجه ای قابل پیش بینی است. لذا نیاز به انجام مطالعه با مشاوره پیش از بارداری طولانی تر و تعداد نمونه های بیش تر بر اساس مدل فرانتزیه ای است.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT۰۱۷۰۸۳۷۳۱۱۷۷۴

**واژه های کلیدی:** فرزندآوری، مدل فرانتزیه ای، آموزش، نگرش زنان، مراحل تغییر رفتار

# مدل 6 مرحله ای تغییر رفتار

مراحل مدل تغییر که ۳۰ سال پیش دو محقق به نام‌های جی اُ پروچاسکا ( J.O. Prochaska) و کارلو دی‌کلمنته ( Carlo DiClemente) آن را ایجاد کردند و در کتاب‌شان تحت عنوان «تغییر مثبت» منتشر شد



فرزندآوری می تواند از موضوعات سبک زندگی سالم  
محسوب شود



## مجموعه شیوه زندگی سالم میانسالان

### جلد ۳ - مشاوره برای تغییر رفتار سلامت (SOC) راهنمای ارائه دهندگان خدمات

پدید آورندگان:

دکتر مهتا سنگستانی، کارشناس سلامت میانسالان دانشگاه علوم پزشکی همدان  
دکتر مطهره علامه، رئیس اداره سلامت میانسالان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس  
با همکاری:

دکتر امیرحسین معماری - دکتر منیر شایسته فر - مینا طباطبایی - دکتر شهلا نوری - نرگس باباخانی  
زیر نظر: دکتر سیدحامد برکاتی - دکتر منوچهر کرمی

ناشر: اندیشه ماندگار

تیراژ: ۶۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۹

قطع: رحلی

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۲۳-۷

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

انتشارات اندیشه ماندگار



قم، خیابان صفائیه (شهدا)، انتهای کوی بیگدلی، نبش کوی شهید گلدوست، پلاک ۲۸۴  
تلفن: ۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲ همراه: ۰۹۱۳۲۵۲۶۲۱۳

**کارگاه آموزشی**

**مشاوره برای تغییر رفتار**

**STAGE OF CHANGE (SOC)**

**برنامه سلامت میانسالان**

**گروه سلامت جمعیت و خانواده**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران**

**معاونت بهداشت**

**دی ماه ۱۴۰۰**

## ویژگی های اصلی مدل SOC

- ▶ به صورت یک چرخه است و یک فرد در مراحل مختلفی از این چرخه میتواند قرار بگیرد.
- ▶ فرد همواره در چرخه تغییر باقی می ماند بنابراین این مهر شکست نمی خورد و انگیزه خود را برای تغییر از دست نمی دهد.
- ▶ بر اساس مدل SOC، در مراحل مختلف تغییر رفتار بعد از زمان در نظر گرفته شده است و از اهمیت زیادی برخوردار است و برای گذر از مراحل مختلف باید زمان های خاصی طی شود.



# تکنیکهای هدایت تغییر رفتار

۱- مصاحبه انگیزشی

۲- خود نظارتی و حل مسئله

# تأثیر مشاوره گروهی بر نگرش به «فرزند به‌عنوان رکن زندگی» در زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان

بتول خداکرمی<sup>۱</sup>، معصومه ناصری تازه قشلاق<sup>۲</sup>، پریسا پارسا<sup>۳\*</sup>، یونس محمدی<sup>۴</sup>

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۲/۲۲	
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۱۵	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷	
<b>نویسنده مسئول:</b> پریسا پارسا دانشیار، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران پست الکترونیک: P_parsa2003@yahoo.com	<b>مقدمه:</b> با توجه به تغییرات اساسی در نگرش زنان، خصوصاً در ایران، برای کاهش باروری، نقش برنامه‌های تنظیم خانواده، تحولات مختلف اجتماعی، فرهنگی، سنتی و تغییرات مرتبط با رفتارها و تمایلات در کاهش باروری این پژوهش تأثیر مشاوره گروهی را بر نگرش درباره «فرزند به‌عنوان رکن زندگی» در زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان بررسی می‌کند. <b>روش کار:</b> در این پژوهش مقطعی ۱۱۶ زن واجد شرایط از مراکز خدمات سلامت شهر همدان به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه نگرش باروری و فرزندآوری جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده و سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد. <b>یافته‌ها:</b> میانگین سن زنان ۲۵/۴۱±۴ سال و میانگین زمان سپری‌شده از ازدواج ۳/۳۷±۳/۰۲ سال بود. ۴۶/۲۰ درصد زنان تحصیلات دانشگاهی و ۷۱/۰۵ درصد زنان درآمد خانوار متوسطی داشتند. در گروه مداخله مشاوره گروهی بر تغییر نگرش زنان به «فرزند به‌عنوان رکن زندگی» مؤثر بوده است ( $P < 0/01$ ). <b>نتیجه گیری:</b> نگرش زنان به «فرزند به‌عنوان رکن زندگی» پس از مشاوره مثبت شده است. برگزاری جلسات مشاوره‌ای درباره جایگاه فرزند در زندگی در قشرهای مختلف سنی، تحصیلی و در همه سطوح اجتماعی جامعه پیشنهاد می‌شود.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	
	

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره گروهی، نگرش باروری و فرزندآوری



# مشاوره مامایی و سلامت باروری در زوج نابارور

- غربالگری و ارجاع به موقع
- موفقیت درمان (اصلاح سبک زندگی و...) (افزایش دانش سلامت باروری و کنترل استرس)
- سلامت مادر و نوزاد
- سلامت جنسی و روابط زناشویی
- شکست درمان

# شناسایی موارد با احتمال ناباروری

- در موارد احتمال ناباروری، تا زمانی که فرد تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.
- خانم پس از یک سال (و در سنین بالای ۳۵ سال پس از ۶ ماه) پیگیری شود در صورت عدم بارداری، جهت بررسی مشکلات احتمالی باروری به مراکز ناباروری معرفی شود.

# **دستور العمل بر نامه حمايت مالي زوج نابارور و مديريت و توسعه خدمات درمان ناباروري**

## **معاونت درمان**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**۱۳۹۹**



**دانشگاه علوم پزشکی شاهرود**  
**دانشکده پرستاری و مامایی**  
**رساله دکترای تخصصی بهداشت باروری**

**"تداوم درمان و عوامل موثر بر آن در زوج های نابارور، ارائه و ارزشیابی  
یک مداخله حمایتی"**

○ اساتید راهنما  
خانم دکتر افسانه کرامت - خانم دکتر فاطمه سادات حسینی

○  
اساتید مشاور  
خانم دکتر شهربانو صالحین- آقای دکتر مسعود یونسیان

**دانشجو: مریم قربانی**  
**1401/04/14**

## میزان بروز قطع درمان

بر اساس 17 مطالعه کوهورت:  
بروز کلی قطع درمان های ناباروری:  
13% تا 70%

# محتوای مداخله

- محتوای جلسات آموزشی حیطه های مختلف از جمله آشنایی با ناباروری، علل و درمان های آن و میزان موفقیت درمان ها، شناسایی و خود مراقبتی در مورد استرس، افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، مهارت های مقابله با استرس، نحوه تعامل با دیگران، مدیریت خشم را پوشش می داد.
- آشنایی با ناباروری، درمان ها و میزان موفقیت تکنیک های ART، منابع تامین هزینه ها و سازمان های حمایتی
- آشنایی با مسائل و مشکلات در اولین هفته های بعد از شکست درمان و نحوه برخورد با آنها
- آشنایی با استرس و نحوه برخورد صحیح با آن
- آشنایی با اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و راهکارهای مقابله با اضطراب
- آشنایی با افسردگی و راه های کنترل افسردگی
- تعامل صحیح با اطرافیان به دنبال شکست درمان و آموزش مهارت های ارتباطی
- آشنایی با مراحل خشم
- کسب مهارت در مدیریت صحیح خشم

P-value	متغیر
0/750	استرس ناباروری
0/188	مهارت های ارتباطی
0/112	سلامت روان
0/152	فرآیند تغییر رفتار

جدول ۳۲-۴-۴: تغییرات قصد تداوم درمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه

مداخله		کنترل					
جمع	بعد از مداخله		جمع	بعد از مداخله			
	بله	خیر		بله	خیر		
۱۹	۱۶	۳	۲۵	۷	۱۸	خیر	قبل از مداخله
۴۶	۴۵	۱	۴۰	۳۵	۵	بله	
۶۵	۶۱	۴	۶۵	۴۲	۲۳		جمع
<۰/۰۰۱				۰/۷۷۴		P-value	



جدول ۸۵. مقایسه مراحل تغییر رفتار در دو گروه مداخله و کنترل (پس از مداخله)

		گروه بندی
کنترل	مداخله	مراحل تغییر رفتار پس از مداخله
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۲۳ (۳۵.۴٪)	۴ (۶.۲٪)	مرحله پیش تفکر
۱۵ (۲۳.۱٪)	۸ (۱۲.۳٪)	تفکر
۱۴ (۲۱.۵٪)	۱۴ (۲۱.۵٪)	آمادگی
۸ (۱۲.۳٪)	۱۲ (۱۸.۵٪)	عمل
۵ (۷.۷٪)	۲۷ (۴۱.۵٪)	نگهداری
P<0.001 S		نتیجه آزمون کای اسکوئر

# مراقبتهای قبل بارداری و بارداری ناخواسته

- مشاوره مامایی در بارداری ناخواسته
- پیشگیری از سقط عمدی (رسولی)



## GENERAL GYNECOLOGY

**Risk factors for repeat elective abortion**

Sarah W. Prager, MD, MAS; Jody E. Steinauer, MD, MAS; Diana Greene Foster, PhD; Philip D. Darney, MD, MSc; Eleanor A. Drey, MD, EdM

**OBJECTIVE:** Repeat abortions account for 48% of all induced abortions in the United States. This study aims to identify correlates of repeat abortion in a US clinic.

**STUDY DESIGN:** This cross-sectional study investigates a consecutive sample of 398 women who received elective abortion in an urban hospital. All participants answered demographic, reproductive, and other questions.

**RESULTS:** Older women were more likely to have had a previous abortion than teenagers (odds ratio for women 20-29 years old, 2.9 [95% CI, 1.5-5.7]; odds ratio for women  $\geq 30$  years old, 6.7 [95% CI, 2.8-

16.0]). Alcohol/drug abuse (odds ratio, 2.6; 95% CI, 1.3-5.3) also correlated with increased odds of previous abortion. Depo medroxyprogesterone acetate use approached a significant association (odds ratio, 3.2; 95% CI, 1.0-10.5).

**CONCLUSION:** The associations between both alcohol/drug abuse and depo medroxyprogesterone acetate use and repeat abortion are new findings. Future studies are needed to identify modifiable risk factors for repeat abortion and to identify populations in which interventions, such as long-term contraception, may lower the risk.

**Key words:** contraception, repeat abortion, risk factor

Cite this article as: Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:575.e1-575.e6.

# شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران:

## میزان‌ها، دلایل و تغییرات

دکتر امیر عرفانی<sup>۱\*</sup>، دکتر جواد شجاعی<sup>۲</sup>

۱. استاد گروه جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه نیپسینگ (Nipissing) نورث‌ی، کانادا
۲. استاد ویسٔ جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۳. دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، کمیته مطالعات و پیش‌سیاست‌های جمعیتی، شورای عالی انقلاب فرهنگی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

### خلاصه

**مقدمه:** آگاهی از شیوع سقط عمدی، به ارتقاء سلامت مادران کمک می‌کند، از این رو برآورد میزان‌های سقط عمدی ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان‌ها و دلایل انجام سقط و تغییرات آنها طی دوره ۵ ساله ۹۳-۱۳۸۸ انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه پیمایشی از روش‌های مستقیم برآورد سقط جنین و داده‌های پیمایش باروری ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ تهران (با حجم نمونه تصادفی ۲۹۳۶ و ۳۰۱۲ نفر) استفاده شد. داده‌های مربوط به سقط عمدی از طریق معاینه چهارمه‌چهره با جمعیت زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن شهر تهران گردآوری شد. شیوع سقط عمدی با محاسبه میزان ویژه سنی سقط، میزان کل سقط، میزان عمومی سقط و نسبت‌های سقط انجام گرفت.

**یافته‌ها:** از سال ۹۳-۱۳۸۸ میزان کل سقط از ۰/۱۶ به ۰/۱۴ سقط به ازای هر زن، میزان عمومی سقط از ۵/۵ به ۶/۶ سقط به ازای ۱۰۰۰ زن و تعداد سالانه سقط از ۱۱۵۰۰ به ۱۱۶۰۰ سقط کاهش یافته بود. با فرض میزان سقط در تهران به‌عنوان میانگین ملی، سالانه ۱۰۱۰۰۰ سقط عمدی برای کل کشور برآورد می‌شود. حدود ۷۹ بارداری‌ها در تهران به سقط می‌انجامد. میانگین سن زنان در هنگام سقط ۳۳/۳±۳/۳ سال است. احتمال سقط در بین زنان با تحصیلات بالاتر، ثروتمندتر، تانگل و کمتر مذهبی، مهاجرین شهری و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. سهم دلایل غیر پزشکی انجام سقط از ۷۶٪ در سال ۱۳۸۸ به ۷۸٪ در ۱۳۹۳ افزایش یافته بود. تبعی از سقط‌ها نتیجه تکست روش حزل است، اما فقط یک سوم از تجربه‌کنندگان این تکست پس از سقط به روش مدرن پیشگیری روی آورند.

**نتیجه‌گیری:** شیوع سقط برای کنترل مولود، ضرورت ارائه مشاوره بهداشت باروری جهت جلوگیری مؤثر از بارداری‌های ناخواسته را نشان می‌دهد.

**کلمات کلیدی:** بارداری ناخواسته، بهداشت بارداری، پیشگیری از بارداری، روش‌های برآورد، سقط جنین، سقط عمد.

علل سقط

# Induced Abortion in Iran: Prevalence, Reasons, and Consequences

Azar Ranji, MS

**Introduction:** The aims of this descriptive study were to determine the prevalence of illegal induced abortion among participants, the factors that influence decision making to have an abortion, and the health consequences of abortion in Iran.

**Methods:** Women who attended health centers or an antenatal clinic in Iran were interviewed to complete a questionnaire.

**Results:** Among the 2705 participants, 17% had experienced at least 1 illegal induced abortion. Education level, family income, religion, ethnicity, number of children, and age at marriage are associated with having an induced abortion. One-third of abortions (33%) were performed by nonmedical providers. The desire to stop or postpone childbearing and family economic problems were the most common reasons for having an abortion. Most women (84%) experienced a complication of abortion that required hospitalization.

**Discussion:** Strategies to prevent abortion complications are needed and could include training midwives and general physicians to perform abortions and promoting the availability of post-abortion care.

J Midwifery Womens Health 2012;57:482-488 © 2012 by the American College of Nurse-Midwives.

*Keywords:* induced abortion, post-abortion care, reproductive health services, unwanted pregnancy

Items	n (%)		Odds Ratio <sup>a</sup>	95% CI
	Yes (n = 459)	No (n = 2246)		
<b>Age, y</b>				
<25	16 (3.5)	609 (27.1)	1.00	
25-34	137 (29.8)	1024 (45.6)	1.63	1.12-2.39 <sup>b</sup>
>34	306 (66.7)	613 (27.3)	1.86	1.11-3.12 <sup>b</sup>
<b>Education</b>				
Illiterate	52 (11.3)	425 (18.9)	1.00	
Primary or secondary school	188 (41.0)	958 (42.7)	0.88	0.57-1.38
High school	134 (29.2)	555 (24.7)	1.61	1.01-2.57 <sup>c</sup>
University	85 (18.5)	308 (13.7)	1.83	1.19-2.82 <sup>c</sup>
<b>Employment status</b>				
Not employed	412 (89.8)	2103 (93.6)	1.00	
Employed	47 (10.2)	143 (6.4)	0.85	0.50-1.43
<b>Religion</b>				
Shiite	376 (81.9)	1304 (58.1)	1.00	
Sunni	80 (17.4)	932 (41.5)	0.77	0.71-0.85 <sup>b</sup>
Other	3 (0.7)	10 (0.4)	0.92	0.59-1.44
<b>Ethnicity</b>				
Azerbaijani	376 (81.9)	1307 (58.2)	1.00	
Kurdish	77 (16.8)	913 (40.6)	0.86	0.77-0.96 <sup>b</sup>
Other	6 (1.3)	26 (1.2)	0.97	0.35-2.67
<b>Number of children</b>				
0	7 (1.5)	56 (2.5)	1.00	
1-2	231 (50.3)	1735 (77.2)	1.59	1.46-1.75 <sup>b</sup>
≥3	221 (48.2)	455 (20.3)	2.00	1.12-3.58 <sup>c</sup>
<b>Age at marriage</b>				
≤19	272 (59.3)	1105 (49.2)	1.00	
20-24	138 (30.0)	850 (37.8)	0.33	0.18-0.59 <sup>b</sup>
25-29	43 (9.4)	246 (11.0)	0.86	0.44-1.68
≥30	6 (1.3)	45 (2.0)	0.88	0.57-1.38
<b>Monthly family income, US\$</b>				
<\$300	58 (12.6)	414 (18.5)	1.00	
\$300-\$600	229 (49.9)	1103 (49.1)	1.10	0.58-2.12
>\$600	97 (21.1)	389 (17.3)	2.49	1.42-4.38 <sup>b</sup>
Uncertain	76 (16.4)	340 (15.1)	1.13	0.74-1.74

**Table 4. Women's Reasons for Having an Induced Abortion (n = 459)**

<b>Reason</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>a</sup></b>
Wants no (more) children	194	42.3
Family economic problems	93	20.3
Wants to postpone childbearing	85	18.7
Husband compelled the abortion	44	9.6
Marriage may end soon	39	8.5
Having a baby would interfere with education	20	4.5
Abnormal fetus	18	3.9
Worried about complications of pregnancy	7	1.5
Woman has a disease	6	1.3
The sex of the fetus was undesirable	3	0.7



# خون ریز

Bleeding

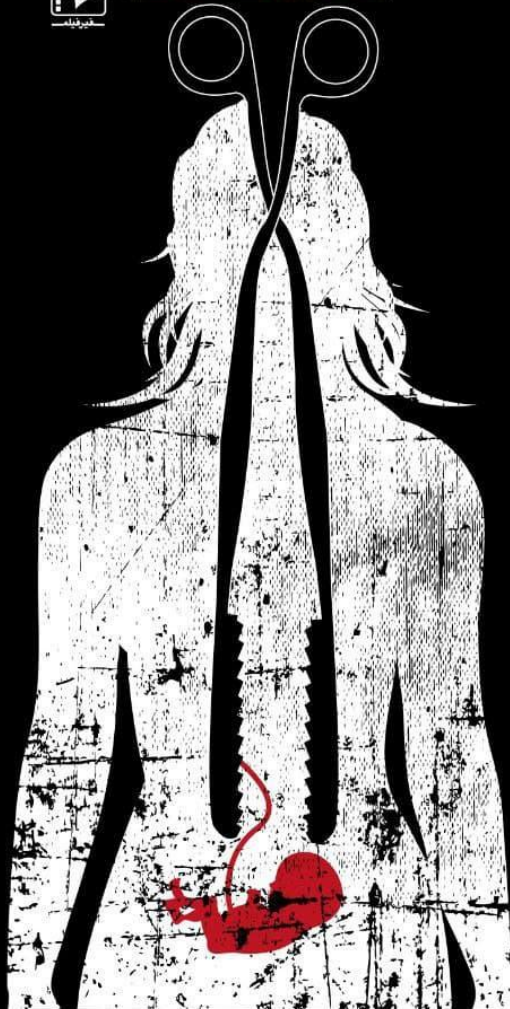
تهیه کننده و کارگردان: محمد خوشدل فر | نویسنده: علی پورمؤمن

تحریر: طراح: محمدرضا پورونی | مدیر تولید: محمدتقی بستجانی

پژوهشگر: محمد حسن صادق زاده | نقاشین و صداگذاران: محمد خوشدل فر



تهیه شده در مرکز مستند و سفیر فیلم



## مستند «خونریزی» صدای مرگ خاموش نوزادان است

نشست خبری مستند خون ریزی و کمپین نجات آرزوها، در مرکز سفیر فیلم برگزار شد.



مستند خونریزی به رویه قانونی شدن سقط جنین در آمریکا و مخالفان و موافقان این کار در این کشور با بررسی زندگی یک زن طرفدار سقط پرداخت.

# نجات آرزوها

د توسط ناجیان زندگی (پویش نجات آرزوها) خریداری شده تا به صورت رایگان در اختیار عموم قرار گیرد.  
بر صورتی که مایل به حمایت مادی یا معنوی از این پویش هستید به سایت پویش مراجعه کنید:

[www.nejatarezooha.com](http://www.nejatarezooha.com)



**BORNA**  
www.borna.com

Photo By: Madin Ghazemi



# این بار در دانشگاه معارف قرآن و عترت عليه السلام

همراه با حضور : حجت الاسلام و المسلمین علیرضا امینی

هیات علمی گروه معارف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**همراه با مراسم افروختن شمع هایی**

به یاد غروب زود هنگام عمر جنین های سقط شده در کشور...





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای مادران  
بلافاصله بعد از اطلاع از بارداری



کتابچه "راهنمای مادران، بلافاصله بعد اطلاع از بارداری" کتابی برای همه مادرانی که تازه خبر حضور فرزندشان را دریافت کرده‌اند، منتشر شد.



در راستای اجرای ماده ۴۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، کتابچه "راهنمای مادران، بلافاصله بعد اطلاع از بارداری" برای همه مادرانی که تازه خبر حضور فرزندشان را دریافت کرده‌اند منتشر شد.

آنچه در این کتاب می‌خوانید:

- من جنین هستم (مراحل تکامل جنین از زبان جنین)
- فواید پزشکی بارداری و شیردهی
- راه حل واقعی مواجهه با بارداری پیش‌بینی نشده
- پیامدهای سقط عمدی جنین
- مراقبت‌های دوران بارداری شامل
- توصیه‌های غذایی و دارویی
- توصیه‌های معنوی
- توصیه‌های ورزشی
- و ....



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود  
معاونت تحقیقات و فناوری

## وبینار ترجمان دانش

### مطالعات مشاوره در مامایی در زمینه

### پیشگیری از سقط

زمان: پنجشنبه ۲۶ آبان ماه ۱۴۰۱

ساعت برگزاری: ۹:۳۰ الی ۱۱:۳۰

لینک شرکت در وبینار

<https://www.skyroom.online/ch/shmu/vcr>

#### عناوین طرحها

بارداری ناخواسته و پیشگیری از سقط

معصومه رسولی، دکتر افسانه کرامت

بررسی اثربخشی مشاوره مامایی با رویکرد شناختی رفتاری بر دل بستگی مادر

و جنین در حاملگی ناخواسته

زهره قاسمی نسب

بررسی مقایسه ای اثربخشی مشاوره مامایی با رویکرد شناختی رفتاری و معنا درمانی

بر دل بستگی مادر و جنین در زنان باردار با حاملگی ناخواسته

سیده سمیه حسینی

پرسش و پاسخ

دکتر علی محمد نظری، دکتر زهرا متقی

#### دبیر جلسه

#### خانم دکتر افسانه کرامت



# چاره‌داری تاخواسنده



نويسنده:

معصومه رسولی

(کارشناس ارشد مشاوره در مامایی)

بر نظره:

دکتر افسانه کرامت

و هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهروند

ORAL  
THINNING LO BLM376

STORE AT  
25°C (77°F)

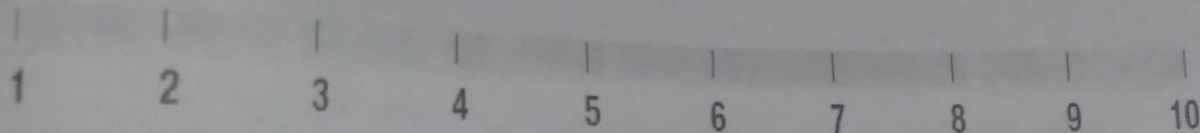
EXP SEP10

MON TUE WED THU FRI SAT SUN MON  
TUE WED THU FRI SAT SUN MON  
TUE WED THU FRI SAT SUN MON

CLINIC USE ONLY

NONPREGESTIMATE/ETHINYL ESTADIOL

در حال حاضر در کدام نقطه قرار داری؟



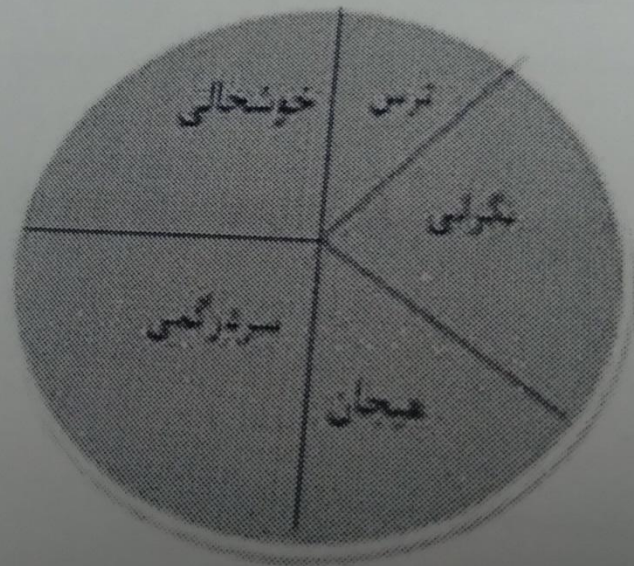
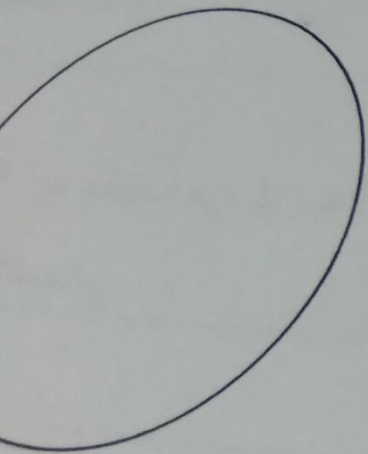
۱- اصلاً اطمینان  
ندارم که تصمیم  
درستی است

۱۰- بله کاملاً  
اطمینان دارم که  
تصمیم درستی است

PAS – Activities to help with decision-making: feelings & values – February 2011 D10-147

نیاز داری در کدام نقطه باشی تا در تصمیم نهایی خود در مورد ادامه بارداری، احساس رضایت داشته باشی؟

۲- یک دایره خالی بکشید<sup>۱</sup> آن را به بخش‌هایی تقسیم کنید، سپس هر بخش را با احساساتی که در مورد بارداری ناخواسته‌ی خود دارید نام‌گذاری کنید.



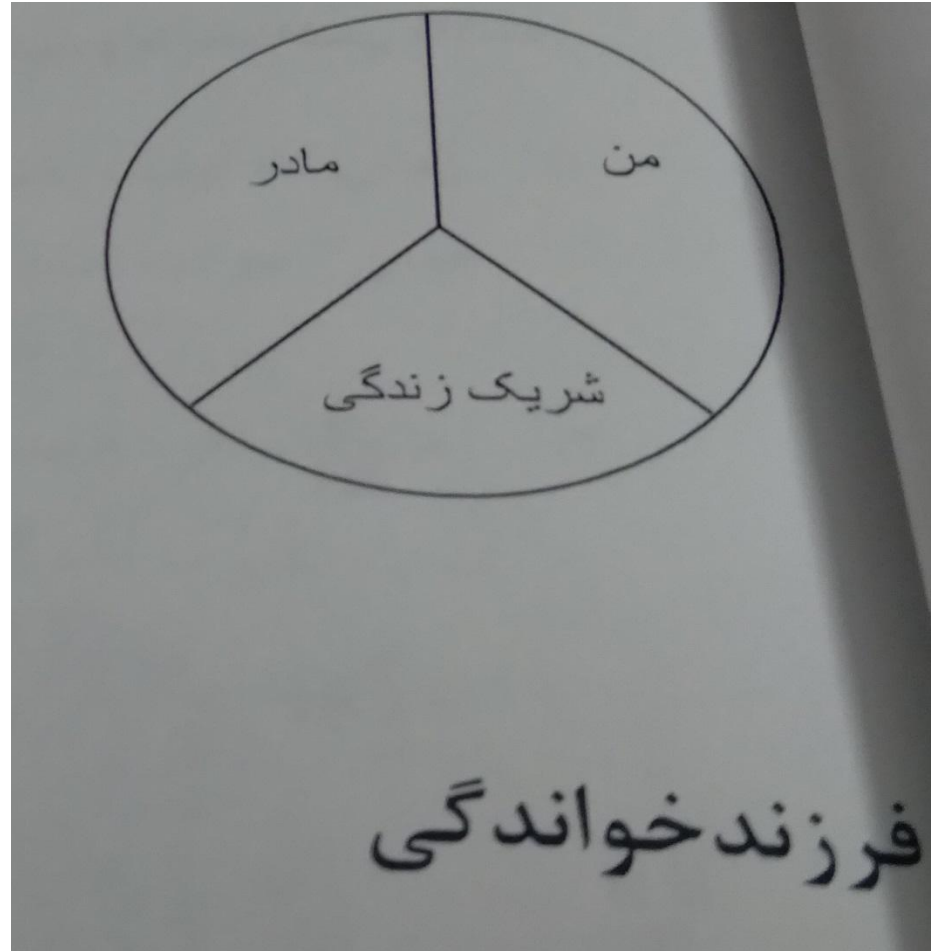
activities to help with decision-making: feelings

نریس سردرگمی	ضعف	اعتماد به نفس	جمافت	تردید	وحشت	خبر و آس بودن	
اسیر و در دام افتاده	قدرت	شرمندگی	خودخواهی	مصمم و با اراده	اندوه	آرامش	سرزندگی
تلهایی	نگران	غمگین	بشیمانی	توانایی	همج کسی دوستم ندارد	مشتاق	تعیین تکلیف
سایر							

۳- در حا

❖

زیرا



“

Webinar Presenter

”

معصومه رسولی کارشناس ارشد مشاوره در مامایی  
از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

Msc in Counselling of Midwifery,  
School of Nursing & Midwifery Shahroud University of Medscience  
Shahroud + Iran



**مداخلات مشاوره ای در پیشگیری از سقط جنین در بارداری ناخواسته**



**Counseling interventions to prevent abortion in unwanted pregnancy**

# مداخلات اثر بخش

مصاحبه  
انگیزشی

بیان  
سناریوهای  
مثبت در  
مورد  
موضوع

فرآیند  
تصمیم  
گیری با  
محوریت  
مراجع محور

بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی مشاوره مامایی یا رویکرد شناختی رفتاری و  
رویکرد معادرماتی بر دل‌بستگی مادر- جنین در زنان باردار یا حاملگی  
ناخواسته

---

سمیه حسینی کارشناس ارتد مشاوره در مامایی

**بررسی اثر بخشی مشاوره مامایی با رویکرد  
شناختی رفتاری بر دل‌بستگی مادر- جنین در  
حاملگی ناخواسته**

**دانشجو  
زهرا قاسمی نسب**

**بهمن ماه ۱۳۹۶**



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود  
معاونت آموزشی

## دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

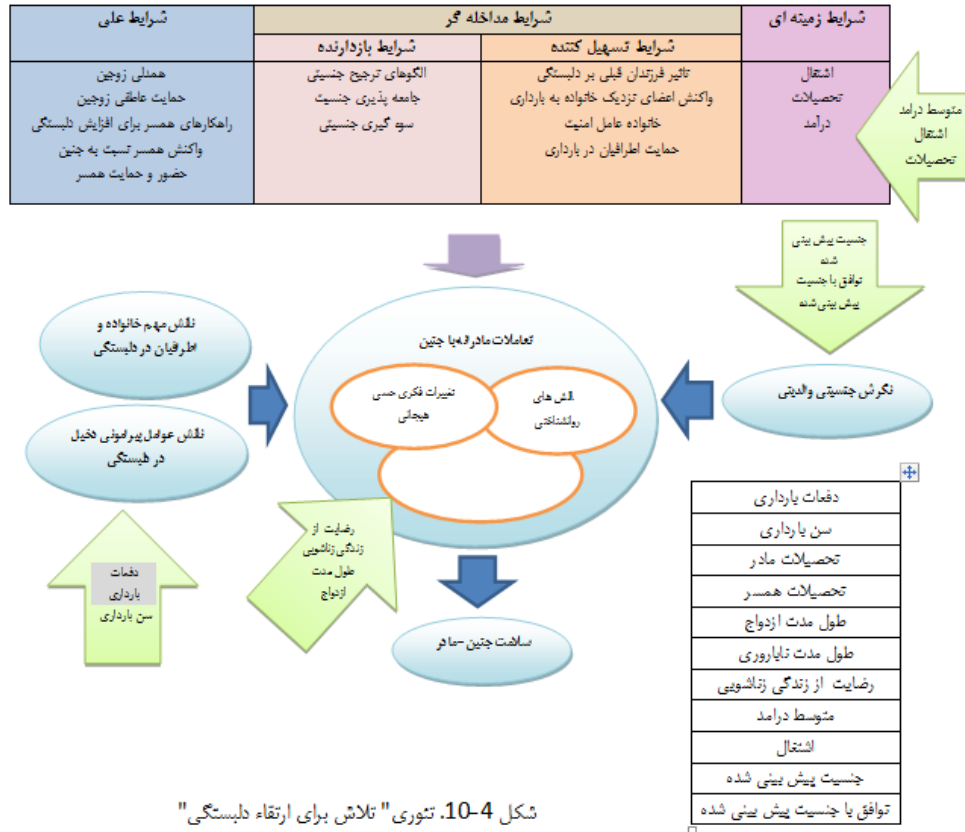
دانشکده پرستاری و مامایی

رساله دکتری بهداشت باروری

تبیین فرایند شکل گیری دلبستگی مادر-جنین در زنان باردار، ارائه و ارزشیابی مداخله ارتقاء دهنده

اساتید راهنما: دکتر افسانه کرامت و دکتر مریم فرجامفر  
اساتید مشاور: دکتر نرجس سادات برقعی و دکتر شهریانو گلی  
دانشجو: علیه عباسی

## تلفیق کمی و کیفی



شکل 4-10. تئوری "تلاش برای ارتقاء دلبستگی"

جدول 3-9. اولویت بندی مداخلات ارتقاء دهنده دل‌بستگی بدست آمده از مطالعات از دیدگاه متخصصین

شرکت کننده در پانل

ردیف	نوع مداخله	1.متخصص روانشناسی باروری	2.متخصص پیدائش باروری	3.متخصص روانشناسی	4.متخصص پیدائش باروری	5.متخصص پیدائش باروری	6.متخصص روانشناسی	7- روانشناس جمع تجربا
1	مشاوره و آموزش رفتارهای دل‌بستگی	14	12	12	13	12	13	90
2	آموزش سازگاری با بارداری	13	14	11	15	12	11	89
3	مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری	12	13	13	14	16	13	95
4	آموزش پدران	18	16	14	14	18	16	11 6
5	تغییر نگرش جنسیتی	17	17	15	17	15	14	11 3
6	ریلکسیشن	11	12	13	14	14	13	87
7	آموزش خانواده	11	11	12	11	14	13	83
8	شمارش حرکت جنین	12	10	12	12	12	12	81
9	خود مراقبتی	11	11	10	10	13	15	82
10	موسیقی	10	10	12	12	13	14	82

# نتیجه گیری

- گستره خدمات پیش از بارداری در برگیرنده کلیه زنان در سنین باروری و خانواده هاست
- نقش پررنگ و اساسی خدمات پیش از بارداری مامایی در حوزه فرزند آوری کمی -کیفی و محتوای خدمات و گستره آن در سطح جامعه و امکان تولید علم
- لازمه :
- توجه به هویت و رسالت خدمات مامایی
- اصلاح باورها
- افزایش مهارتها
- بکارگیری و انتقال دانش تولید شده
- استفاده از تکنیک ها و رویکردهای موثر
- اعتماد سازی و حمایت طلبی



• از توجه شما سپاسگزارم