

رهنمود ساحوی بین‌السامانی
صحت باروری در تنظیمات بشری



2010

تجدید شده جهت استفاده ساحوی



2010- گروه کاری بین‌الزمانی در رابطه به صحت باروری در حالت بحرانی

گروه کاری بین‌الزمانی از دولت استرالیا در زمینه حمایت‌شان جهت تهیه این رهنمود ساحوی ابراز تشکر مینماید.

فوتوهای پشتی:

(از چپ به راست مانند عقربه ساعت): Estudio 3 for RAISE, 2008; UNHCR/B. Bannon;
UNHCR/P. Taggart; Estudio 3 for RAISE, 2008; UNHCR/H. Caux

صحت باروری یک حق بشری بوده و مانند سایر حقوق بشری این حق نیز شامل مهاجرین، بیجا شده گان داخلی و سایر افراد که در حالات نیاز به کمک های بشردوستانه قرار دارند میباشد. جهت تحقق این حق، نفوس متضرر باید دسترسی کامل و جامع به معلومات در مورد صحت باروری و خدمات مربوطه داشته تا در این راستا تصمیم آگاهانه و آزادانه در مورد صحت و سلامتی خویش اخذ نمایند.

عرضه خدمات صحت باروری باکیفیت نیاز به همکاری همه جانبه و هم آهنگ سکتر های مختلف دارد. افرادی از سکتر های مختلف مانند سکتر حفاظت، صحت، تغذی، معارف و خدمات اجتماعی، همه و همه یک نقش عمده در پلانگذاری و عرضه خدمات صحت باروری را ایفا مینمایند. نیازهای جامعه زمانی بشکل موثر آن برآورده میگردد که نفوس متأثر و متضرر در تمام مراحل دخیل گردند، که این مراحل شامل ارزیابی نیازمندها، طرح پروگرامها، راه اندازی و نگهداری برنامه ها و ارزیابی تاثیرات آنها را در بر میگیرد.

رهنمود ساحوی بین سازمانی صحت باروری در تنظیمات بشری نتیجه فعالیتهای مشورتی و حمایتی اضافه از 100 عضو بخش های مختلف سازمان ملل متحد و سازمان های غیرحکومتی میباشد که گروپ کاری بین سازمانی را در رابطه به صحت باروری در حالات بحرانی تشکیل داده اند.

معلومات تازه در این رهنمود ساحوی براساس رهنمودهای تخنیکی سازمان صحتی جهان تهیه گردیده است. علاوهً این رهنمود در برگیرنده شیوه های خوب و موثر ثابت شده در حالات بحرانی در سرتاسر جهان، از زمان تست ساحوی ابتدایی رهنمود ساحوی در سال 1996، و بعداً در سال 1999 تجدید گردید، میباشد. این رهنمود ساحوی بین سازمانی صحت باروری در حالت مهاجرت ها که آخرین نسخه آن در برگیرنده موضوعات وسیعتر از مهاجرت بوده و استفاده آنرا در شرایط مختلف بحرانی (شرایط جنگ و نا امن و فاجعه های طبیعی) نیز مساعد ساخته است.

از سال 1999 بدینسو جوامع بشردوست استندردها و رهنمود های بیشتری را در رابطه به صحت باروری بشمول جندر و خشونت های مربوط به جندر و اچ ای وی ایپس در حالات که نیاز به کمک های بشری محسوس بوده است، تهیه و عرضه نموده اند. در سال 2004 منشور تجدید شده بشردوستانه جهانی و حد اقل استندرد ها در پاسخ به فاجعه که در برگیرنده خدمات اساسی صحت باروری بود ترتیب گردید. در فصل دوم آن، این رهنمود ساحوی منحصیث یک استندرد حد اقل خدمات در پاسخ به فاجعه بیان گردیده بود. رهنمود ها و ابزار جدید از طریق پروسه اصلاحات بشری انکشاف داده شدند و علاوهً تا سیستم خوشه ایی (چند جانبه) جهت به رسمیت شناختن رهنمود معتبر در رابطه به مداخلات و خدمات صحت باروری در حالات که نیاز به خدمات بشردوستانه محسوس باشد، بکار گرفته شده است.

جامعه سیاسی جهانی نیز پیشرفتهای چشمگیری را به ویژه علیه خشونت های جنسی در درگیری های مسلحانه از خود نشان داده است. قطعنامه های شورای امنیت سازمان ملل متحد در رابطه به زنان (1820، 1825، 1888 و 1889)، صلح و امنیت تاکید نیاز های منحصر به فرد، چشم انداز و مشارکت زنان و دختران در ساحات تحت مناقشه و جنگی. برای بار اول در تاریخ، صحت باروری به سطح شورای امنیت شناسایی گردیده که در با قطعنامه 1889 به صراحت اشاره به نیاز های زنان و دختران در چنین حالات بحرانی گردیده و اطمینان ایشان به دسترسی کامل به خدمات صحت باروری و حقوق باروری جهت برآورده شدن شرایط بهتر اقتصادی و اجتماعی برای زنان و دختران در شرایط بعد از جنگ تاکید گردیده است.

متأسفانه جمعیت کثیری تا حال مجبور به زنده گی در کمپ های مهاجرین دور از فامیل های شان میباشدند، علاوهً بیجا شده گان داخلی در وضعیت نا هنجار، ناآشنا و بیگانه زیست نموده که علت اساسی را آن درگیریهای مداوم و فاجعه های طبیعی تشکیل میدهد. اوسط بیجا شدن مهاجرین 17 سال تخمین گردیده است، که اکثر متأثر و متضرر شده گان این حالات مزمن به شدت در معرض تهدید حیات و سلامتی صحت باروری قرار دارند که یک مشکل جدی را در زمینه بدست آوردن معیارات جهانی بشمول اهداف انکشافی هزاره یا MDG بیار آورده است. هدف از تجدید نمودن این رهنمود عبارت از بهبود بخشیدن صحت و سلامتی نفوس متأثر شده و متضرر از زمان امداد رسانی الی مرحله انتقال به انکشاف بوده در حالیکه تشریک مساعی در عرضه خدمات با کیفیت جهت اطمینان از مشارکت حد اکثر جوامع متأثر شده را در این راستا خواهان میباشد.

بیش از 15 سال (1994) از کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه که صحت باروری را منحصیث یک حق بشری به رسمیت شناخت میگذرد و بیش از 10 سال (1999) از تطبیق عملی رهنمود ساحوی سپری میگردد. منحصیث اعضای جامعه بشری، ما مسوولیت جمعی در قبال حمایت و تحقق بخشیدن به حقوق صحت باروری برای تمام زنان، مردان و نوجوانان که در حالت نیاز به کمک های بشری زیست دارند، داریم.

گروپ کاری بین سازمانی در رابطه به صحت باروری در حالات بحرانی

فهرست مطالب

مقدمه

فصل اول: اصول بنیادی

فصل دوم: مجموعه اولیه اساسی خدمات

فصل سوم: ارزیابی، نظارت و بررسی

فصل چهارم: صحت باروری در نوجوانان

فصل پنجم: تنظیم خانواده

فصل ششم: صحت نوزاد و مادر

فصل هفتم: خدمات جامع سقط جنین

فصل هشتم: خشونت براساس جنس

فصل نهم: انتانات انتقالی مقاربتی

فصل دهم: اچ ای وی

ضمیمه اول: واژه نامه

ضمیمه دوم: کلمات اختصاری و اختصارات

ضمیمه سوم: نمونه از اصولنامه

تنظیم فصول تخنیکی (از 4 تا 10)

- مقدمه
- مقاصد
- برنامه ریزی
- حقوق بشر و ملاحظات حقوقی
- نظارت
- مطالب بیشتر جهت مطالعه

مقدمه

صحت باروری یکی از اجزای عمده پاسخدهی موثر به نیاز های بشر دوستانه

تمام مردم، بشمول انانیکه در وضعیت نیاز مند به کمک های بشر دوستانه قرار دارند، حق دسترسی به خدمات صحت باروری را دارا میباشند. جهت دسترسی به این حق، نفوس متضرر یا مسدومین باید در یک محیط مساعد زیست نموده و دسترسی کامل و جامع به خدمات و معلومات مربوط به صحت باروری داشته باشند تا قادر گردند که بشکل آزاد و با داشتن معلومات کافی در مورد صحت باروری خویش تصمیم بگیرند.

خدمات باکیفیت صحت باروری باید بر اساس نیازمندی های نفوس متضرر، بخصوص خانم ها و دختران، عرضه گردیده و تمامی ارزش های دینی، اخلاقی و کلتوری جامعه باید احترام گردد و علاوهً خدمات صحت باروری باید بر مبنای ستندرد های قبول شده حقوق بشر استوار باشند.

خدمات صحت باروری حاوی یک طیف گسترده از خدمات میباشد، که این خدمات در برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه که در شهر قاهره، مصر در سپتمبر 1994 دایر گردید طور ذیل تعریف گردیده اند:

- مشوره دهی، معلومات دهی، تعلیمات صحی، ارتباطات و عرضه خدمات در مورد تنظیم خانواده
- تعلیمات صحی و عرضه خدمات قبل از ولادت، ولادت مصون و خدمات بعد از ولادت، مراقبت های صحی نوزاد و مادر
- وقایه و تداوی مناسب عقامت
- وقایه از سقط و تداوی جامع از پیامد های آن
- تداوی انتانات طرق تناسلی، امراض ساری مقاربتی بشمول اچ ای وی/ ایدس
- وقایه، تشخیص زودهنگام و تداوی سرطان ثدیه و سرطان های سیستم تناسلی و سایر واقعات مربوط به صحت باروری
- خوداری فعالانه از آداب، عنعنات و رسوم که اضرار آن ثابت گردیده است مانند ختنه زنان

خدمات صحت باروری جامع و با کیفیت عالی به یک عملکرد منسجم، مدغم شده و با تشریک مساعی سکتور های مختلف نیازمند است. محافظت، صحت، تغذی، تعلیمات، و جامعه همه و همه یک رول مشخص را در پلانگذاری و عرضه خدمات صحت باروری ایفا مینمایند.

بهترین و موثرترین شیوه عرضه خدمات صحت باروری که تمام نیازمندی های نفوس متضرر را تضمین نماید همانا شامل ساختن و دخیل نمودن جامعه در هر مرحله یی از انکشاف خدمات صحت باروری از مرحله طرح پروگرام تا تطبیق و براه انداختن آن، و مرحله ارزیابی از تاثیرات پروگرام میباشد. تنها زمانی مردم میتوانند بشکل موثر از خدمات صحت باروری مستفید گردند که خدمات مطابق به نیازمندی های شان طرح و ترتیب گردیده و ایشان سهم عمده و سازنده را در آینده خدمات داشته باشند.

مقدمه

گروپ کاری بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی یا (IAWG)

در سمپوزیم بین‌سازمانی در مورد صحت باروری میان مهاجرین منعقد ژنیو، سوزیرلاند در جون 1995 بیش از 50 دول، سازمانهای غیر حکومتی و نماینده گی های سازمان ملل متحد اشتراک نموده بودند و در این سمپوزیم تعهد نمودند تا خدمات صحت باروری را برای مهاجرین تقویت بخشیده و حمایت نمایند. در زمینه گروپ کاری بین‌سازمانی را در مورد صحت باروری ایجاد نمودند که در حال حاضر بنام گروپ کاری بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی یا (IAWG) نامیده میشود.

به تعقیب سمپوزیم فوق، گروپ کاری بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی یا (IAWG) با مشوره با جوامع متأثر شده از بحران بعد از تست گسترده ساحوی اولین نسخه رهنمود ساحوی بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی و مهاجرت (IAFM) (or “Field Manual”) را در سال 1999 به انتشار رسانیدند. جهت استفاده وسیع و کاربرد جامع از اساسات این رهنمود و محتویات تخنیکی آن فراتر از مهاجرت ها، این رهنمود در حال حاضر بنام رهنمود بین‌سازمانی صحت باروری در تنظیمات بشری نامیده میشود. رهنمود ساحوی عرضه خدمات باکیفیت صحت باروری را حمایت مینماید. اهداف این رهنمود در تنظیمات بشری قرار ذیل است:

- بیان حد اقل استاندارد های صحت باروری منحصت اولیت
- منحصت یک وسیله جهت تسهیل نمودن مباحثات و تصمیم گیری ها در مورد پلانگذاری، تطبیق، ارزیابی و نظارت از مداخلات صحت باروری
- منحصت یک رهنمود برای مسولین صحت باروری، منبجر های پروگرام صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات صحت باروری جهت معرفی و تقویت مداخلات صحت باروری مبنی بر شواهد واضح و قبول شده مطابق به نیازمندی های نفوس متأثر شده و تقاضای شان با در نظر داشت عقاید و ارزش های شان
- حمایت و پشتیبانی از روشهای چندجانبه جهت نایل آمدن به نیازهای صحت باروری نفوس متأثر و متضرر، و جهت تشدید هماهنگی میان تمام دست اندرکاران

آنچه در نسخه دوم رهنمود ساحوی بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی (IAFM) افزود شده است؟

گروپ کاری بین‌سازمانی صحت باروری هر فصل را بازنگری نموده و تجدید نمودند. علاوهً موضوعات مرتبط به سازمانها، لوژستیک و مسایل کلینیکی که به تطبیق و هماهنگی خدمات صحت باروری مربوط اند به آن افزوده شده است. این نسخه حاوی یک فصل جدید در مورد خدمات مصون برای سقط نیز میباشد. همچنان فصل های جداگانه در مورد اچ ای وی و انتانات انتقالی مقاربتی را در دو فصل جداگانه بحث نموده است. فصل که بنام صحت باروری برای جوانان در نسخه قبلی موجود بود در نسخه جدید بنام صحت باروری نوجوانان نامیده شده است. (نوت: صحت باروری در نوجوانان منحصت یک موضوع مرتبط در سایر فصول نیز مورد بحث قرار گرفته است.) فصل مادری مصون در این نسخه بنام صحت مادر و نوزاد مسمی گردیده تا تاکید بیشتری باشد برای دوام مرحله قبل از ولادت و بعد از ولادت.

رهنمودها معاصر در این سند انتشار گردیده و گروپ کاری بین‌سازمانی صحت باروری در بحران موضوعات را تجدید و بازنگری نموده و مسایل جدید تخنیکی و نظریات و تکنالوژی های معاصر در رابطه به صحت باروری در www.iawg.net قابل دستیاب خواهند بود.

رهنمود ساحوی بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی یا IAFM برای کی تهیه شده است؟

مسوولین صحت باروری و منیجران پروگرام صحت باروری در تنظیمات بشری از مخاطبان اولیه این رهنمود ساحوی بشمار میروند. عرضه‌کننده گان خدمات صحت باروری (داکتران، نرسان، قابله‌ها و سایر پرسونل صحتی) همچنان میتوانند معلومات مفید و موثری را از این رهنمود ساحوی بدست بیاورند، با آنهم این رهنمود مسایل کلینیکی را با جزئیات بیان ننموده است. مسوولین خدمات جامعه، مسوولین محافظتی و سایر پرسونل که در بخش عرضه خدمات برای خانم‌های متأثر و متضرر، جوانان و مردان مصروف عرضه خدمات اند نیز میتوانند از این رهنمود مستفید گردند.

خلاصه از موضوعات نسخه دوم رهنمود ساحوی بین‌سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی (IAFM)

از کجا آغاز کرد

مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP) برای صحت باروری در بحران‌ات یک مجموعه از فعالیت‌های مهم و اساسی میباشد که در نخستین وهله از حالات بحرانی و عاجل قابل تطبیق میباشد. خدمات جامع صحت باروری باید هرچه عاجلتر با مساعد شدن اوضاع عرضه گردند.

بنام خوانندگان را توصیه مینماییم تا از فصل اول شروع نموده و به فصول بعدی ادامه دهند: فصل 1: اساسات و اصول، فصل 2: مجموعه حداقل خدمات اساسی

فصل 1: اصول بنیادی، برای فصول تکنیکی مابعد خود بناء نموده که این فصل حاوی اصول اساسی و پرنسپ‌های مهم را در عرضه خدمات صحت باروری میباشد. اجزای صحت باروری در رهنمود ساحوی صحت باروری تشریح گردیده که قرار ذیل اند:

فصل 2: مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP)

فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی

فصل 4: صحت باروری نوجوانان

فصل 5: تنظیم خانواده

فصل 6: صحت مادر و نوزاد

فصل 7: مراقبت‌های جامع سقط (جدید)

فصل 8: خشونت مبتنیر بر جنس

فصل 9: انتانات انتقالی مقاربتی (جدید)

فصل 10: اچ‌ای وی (جدید)

با وجود اینکه تنها فصول که در مقابل شان جدید نوشته شده است در این نسخه جدیداً افزوده شده اند، سایر فصول نیز بطور قابل ملاحظه تجدید و بازنگری گردیده اند.

تا حد امکان هر فصل حاوی معلومات مستقل و منحصر به خود میباشد، بنام جهت جلوگیری از تکرار موضوعات بعضی از فصول حاوی مراجع به فصول دیگر میباشد.

استندرد های تخنیکي در این رهنمود ساحوی عبارتند از استندرد های اند که توسط سازمان صحتی جهان ترتیب و تعیین گردیده اند. رهنمود ساحوی حاوی رهنمود های در رابطه به برنامه ریزی با ارایه مراجع اضافی نیز میباشد که در سی دی روم (جدید) قابل دسترس بوده تا از خدمات صحت باروری جامع و قابل اعتماد اطمینان حاصل گردد.

توجه بیشتر جهت هماهنگی و انسجام مزید

رهنمود ساحوی بین سازمانی صحت باروری در حالات بحرانی (IAFM) نیاز های مشخص نوجوانان را مورد بحث قرار داده، علاوه بر این رهنمود ساحوی به موضوع کانسر عنق رحم تنها در فصل نهم تماس گرفته است. سایر کانسر های که از نظر صحت عامه حایز اهمیت اند مانند کانسر ثدی و پروستات با وجود اینکه نیاز به توجه محتاطانه دارند اما خارج از موضوعات مورد بحث این رهنمود ساحوی میباشد.

علاوه از خدمات بهداشتی، تغذی، آب، مسکن، محافظت و خدمات صحتی اولیه سایر خدمات و برنامه ها بشکل مستقیم و غیر مستقیم بالای تندرستی صحت باروری در نفوس متضرر و متاثر تاثیر دارند که در بر گیرنده:

- خدمات اجتماعی و صحت روانی
- معارف و توانمند سازی خانم ها و دختران
- معیشت و تولید درآمد
- دسترسی مصون به مواد سوخت جهت آشپزی و منابع جایگزین آن جهت سوخت، همچنان سایر فعالیت های بین السکتوری جهت کاهش خشونت های جنسی

جهت تامین خدمات صحت باروری برای نفوس متضرر و متاثر در تنظیمات بشری، مسوولین صحت باروری، منیجران برنامه ها و عرضه کننده گان خدمات صحت باروری باید با سایر عرضه کننده گان خدمات و سکتور ها همکاری و هماهنگی همه جانبه داشته باشند.



1

فصل اول اصول بنیادی

محتویات

1. مقدمه
2. اهداف
3. اصول بنیادی برنامه صحت باروری در تنظیمات بشری
 1. هماهنگی
 2. کیفیت خدمات
 3. ارتباطات
 4. اشتراک جامعه
 5. ارتقاع ظرفیت تخنیکی و اداری
 6. حسابدهی
 7. حقوق بشر
 8. طرفداری و پشتیبانی
4. نظارت
5. مطالب بیشتر برای مطالعه

1 مقدمه

صحت باروری چیست؟

صحت باروری یک حالت بهبود کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی (نه فقط عدم موجودیت مرض و ضعف) در تمام حالات مربوط به سیستم باروری، وظایف و پروسه های مرتبط به آن میباشد. صحت باروری نماینگر اینست که مردم یک زنده گی قناعت بخش و مصون جنسی داشته و قادر به تکثر و اخذ آزادانه تصمیم در این راستا میباشند تا چی وقت و چگونه در رابطه به صحت باروری خویش تصمیم بگیرند.

بشکل ضمنی در بخش اخیر حقوق مردان - زنان در مورد ارایه معلومات و دسترسی مصون، موثر، قابل قبول و قابل پرداخت به روش های تنظیم خانواده مطابق به میل و خواست شان و انتخاب سایر میتود ها در جهت تنظیم باروری شان که مغایر قانون نباشد، درج گردیده است. آنها باید حق دسترسی کامل و مناسب را به خدمات صحی که زنان را قادر به یک حمل و ولادت مصون میسازد و عرضه خدمات به زوجها جهت داشتن نوزاد صحتمند محیا میسازد داشته باشند.

به کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه -- قاهره 1994؛ برنامه اقدام، بند 7.2. مراجعه شود.

چرا نیاز های صحت باروری در تنظیمات بشری ضروری پنداشته میشوند؟

یک تنظیم بشری عبارت از یک حالت یا مجموعه از وقایعست که در نتیجه تهدید به صحت، سلامتی، مصونیت، امنیت و تندرستی جامعه یا یک گروپ بزرگ از مردم بمیان آمده باشد. ظرفیت مقابله نفوس متضرر یا متأثر تحت شعاع قرار گرفته و نیاز به کمک و معاونت بیرونی / خارجی محسوس میگردد. این حالت ممکن است در نتیجه وقایع چون درگیری های مسلحانه،

مصیبت های طبیعی، بیماری های همه گیر یا قحطی که در اغلب وقایع باعث بیجا شدن جمعیت میگردد.

بکس 1: پرابلم های صحت باروری نگرانی صحت عامه هستند.

- ✓ 529000 خانم سالانه میمیرند- یک خانم در هر دقیقه- از باعث اسباب مربوط به حاملگی. نودونه فیصد این مرگ ها در ممالک روبه انکشاف واقع میگردند¹.
- ✓ خانم های 15-19 ساله دوبرابر در معرض مرگ در مقایسه به خانم ها در سنین بیستم از باعث ولادت قرار دارند. دختران در سن پایین تر از 15 سال پنج برابر بیشتر در معرض مرگ از باعث ولادت قرار دارند¹.
- ✓ اضافه از 340 میلیون واقعه امراض انتقالی مقاربتی هر سال واقع میگردند¹.
- ✓ تقریباً 34 میلیون نفر مصاب به اچ - ای- وی هستند¹.
- ✓ 120 میلیون خانمها میگویند که آنها نمیخواهند تا حمل بگیرند، مگر آنها از روش های تنظیم خانواده استفاده نمی نمایند².
- ✓ 20 میلیون سقط غیر مصون هر سال واقع میگیرد- 55000 هر روز- باعث مرگ 80000 مادران و صد ها هزار معیوبیت ها میگردند².
- ✓ تخمین گردیده است که سالانه ده ها هزار زن و دختر در درگیری های مورد تهدید های جنسی در سرتاسر جهان قرار میگیرند¹.

¹ "The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count." World Health Organization, 2005.
http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf

² Reproductive Health: Ensuring That Every Pregnancy is Wanted. UNFPA.
<http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>

در تنظیمات بشری این یک موضوع اساسی است تا خدمات صحت باروری عرضه گردد زیرا:

- دسترسی به خدمات صحت باروری یک حق پنداشته شده طوری که در فوق خاطر نشان گردیده و تشریح بیشتر آن در فصل حقوق بشر بیان میگردد.
- مرگ و میر مربوط به سیستم باروری یک موضوع مهم صحت عامه میباشد (بکس 1 ملاحظه گردد)
- اشخاص معروض به درگیری ها یا مصایب مستحق محافظت و معاونت میباشد. عرضه بموقع خدمات صحت باروری میتواند از مرگ و میر، امراض و معیوبیت های ناشی از حمل های ناخواسته، عوارض زایمان، و سایر اشکال خشونت های جنسی، انتان اچ ای وی و یک طیف وسیع از امراض باروری جلوگیری نماید.

2 اهداف

اهداف این فصل قرار ذیل میباشد:

- ایجاد چارچوب اساسی جهت رهنمود برای تطبیق برنامه های صحت باروری در تنظیمات بشری
- توضیح منطقی در رابطه به خدمات صحت باروری و برشمردن اساسات صحت باروری که در کوشش های امداد رسانی مهم تلقی میگردند.
- مسوولین صحت باروری، منیجران برنامه های صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات صحت باروری را رهنمایی نماید تا مطمئن شوند که خدمات صحت باروری مطابق به اصول بشکل مفید و موثر عرضه گردیده است.

3 اصول بنیادی برنامه صحت باروری در تنظیمات بشری

اصول که ذیلاً تذکر یافته است تطبیق برنامه های صحت باروری را در تنظیمات بشری توضیح میدارد.

1. هماهنگی
2. خدمات با کیفیت
3. ارتباطات
4. اشتراک جامعه
5. ارتقاع ظرفیت تخنیکی و اداری
6. حسابدگی
7. حقوق بشر
8. طرفداری و پشتیبانی

3.1 هماهنگی

هماهنگی چیست؟

هماهنگی شامل شریک ساختن معلومات، سازش و اقدام مشترک میباشد. جهت اینکه خدمات صحت باروری در تنظیمات بشری بطور عادلانه، مفید و موثر آن عرضه گردد باید هماهنگی میان تمام دستاوردکاران و موسسات در نظر باشد:

- میان نهاد های رسمی، موسسات و اجنسی ها بگونه مثال میان دولت میزبان، موسسات غیر حکومتی و نهادهای سازمان ملل متحد
- در سراسر بخش ها و سکتور ها
- در میان برنامه های صحتی، میان عرضه کننده گان خدمات صحتی: داکتران، نرسان، قابله ها، معاونین صحتی، و سایر عرضه کننده گان خدمات صحتی مثل: کارکنان صحتی جامعه، و دایه های محلی
- در تمام سطوح مراقبت های از جامعه الی مراکز صحتی و شفاخانه های رجعتی

هماهنگی برنامه های صحت باروری میبایست بشکل مناسب آن با سایر نهاد های سکتور صحت در هماهنگی کامل قرار داشته باشد تا بدینوسیله قادر گردند تا سایر بخش های ذیل را نیز تحت پوشش قرار دهند:

- تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP)
- ارایه تجهیزات ضروری
- مدیریت معلومات صحتی
- اجرای ارزیابی ها
- تربیه عرضه کننده گان خدمات
- ادغام خدمات جامع صحت باروری در صحت و خدمات اجتماعی

چرا هماهنگی مهم است؟

هماهنگی در صحت باروری میان سکتور صحت و سایر سکتور های مربوطه باعث بهبود در مفیدیت، موثریت، سرعت بخشیدن پاسخدهی، قادر سازی تصمیم گیری ستراتیژیک، حل پرابلمها و جلوگیری از ایجاد فاصله ها و تضاعف خدمات میگردد. هماهنگی باعث تسریع عرضه خدمات صحت باروری بشکل مجموعه استندرد در سرتاسر یک ناحیه گردیده، علاوه خدمات صحت باروری را با کیفیت خوب به تمام مردم دستیاب میگردد. هماهنگی موجب تاثیرات چند برابر در توسعه و موثریت منابع گردیده و میتواند جبران کننده تخصیص محدود یک سازمان واحد با منابع، پرسونل و فعالیت های محدود باشد.

هماهنگی چگونه باید انجام شود؟

- در شروع فعالیت های موسسات بشردوستانه زمانیکه کمیته کاری داخلی به فعالیت خویش بشکل خوشه یی آغاز مینماید، موسسه که رهبری بخش صحتی را بعهده دارد باید مطمئن گردد که یک موسسه از میان تمام موسسات منحیث موسسه پیشگام در عرضه خدمات صحت باروری تعیین گردد. این موسسه منحیث موسسه رهبری کننده در عرضه خدمات صحت باروری بنابر موجودیت در ساحه و توانایی های اجراییوی که قادر به حمایت و همکاری با سایر سکتور ها جهت تطبیق خدمات صحت باروری باشد، انتخاب گردد. هرگاه سیستم خوشه یی فعال نگردیده باشد در این صورت یک موسسه منحیث موسسه پیشگام در سکتور صحت معرفی گردد.

- موسسه که منحنیث موسسه رهبری کننده در عرضه خدمات صحت باروری معرفی گردیده است باید یک مسوول صحت باروری را تعیین و معرفی نماید. مسوول صحت باروری تحت میکانیزم هماهنگی صحتی فعالیت نموده تا از عرضه خدمات صحت باروری و افزایش پوشش خدمات در بخش صحت در ساحات بحرانی اطمینان حاصل نماید.

کارگران امداد رسانی بشری با سایر مسوولیت های مربوطه خویش (هماهنگ کننده صحتی، مسوول صحت باروری، مسوول جندر، و مسوول اچ-ای-وی) باید همکاری نزدیک و تبادلله منظم اطلاعات و معلومات داشته باشند.

علاوه از تسهیل نمودن ارتباطات میان سازمانها و بخش های مختلفه، مسوول صحت باروری باید اطمینان حاصل نماید تا منیجران صحت باروری برنامه ها را بشکل موثر ان با جامعه، مقامات محلی و سایر فعالین در ساحه مطرح نموده و نگرانی های شانرا در برنامه عمل خویش در نظر گرفته است.

- اطمینان از دسترسی مناسب به خدمات صحت باروری میان نفوس متضرر و متاثر که توسط موسسات مختلف خدمات صحتی برای شان عرضه میگردد. مسوول صحت باروری باید رهنمایی های تخنیکی خویشرا در جهت حمایت و پشتیبانی از استندردهای بین السازمانی که مطابقت به استندرد ها و رهنمود های ملی داشته باشد اراپه بدارد.

3.2 خدمات با کیفیت

خدمات با کیفیت چیست؟

خدمات صحت باروری با کیفیت خوب عبارتند از خدمات اند که جامع، قابل دسترس و شامل بر تمام نیازمندی های صحت باروری تمام افراد بدون تبعیض باشد. این بدین معنیست که زنان، مردان، نوجوانان، افراد سالخورده و معیوب از تمام اقشار، ملیتها، ادیان و جهت گیری های جنسی، دسترسی به خدمات مطابق به استندرد های قبول شده را دارا باشند.

چرا خدمات با کیفیت مهم اند؟

- خدمات با کیفیت خوب تحقق کننده حقوق بشریست.
- خدمات با کیفیت خوب موثر میباشند:
- مراجعین ممکن بیشتر از خدمات استفاده نمایند و زمانیکه خدمات را با کیفیت خوب حاصل نمایند ممکن شیوه های صحتی مناسب را دوام دهند
- عرضه کننده گان خدمات صحتی زمانیکه خدمات را با کیفیت خوب عرضه نمایند از نقطه نظر مسلکی قناعت حاصل نموده و تشویق میگرددند.

چگونه میتوان کیفیت خدمات را افزایش بخشید؟

کیفیت خدمات زمانی تزئید مییابد که موسسات:

- مطابق به استندردها و پروتوکل های کلینیکی باشد، بگونه مثال دستور العمل تداوی و استندرد اقدامات پیشگیرانه
- اطمینان از پوشش کافی تسهیلات و پرسونل: رهنمود های سازمان ملل متحد سطوح قلیل ذیل را پیشنهاد مینماید:
- یک کارکن صحتی جامعه برای 500 تا 1000 نفوس

- کارکنان صحتی جامعه باید شامل، زنان، مردان، جوانان، اعضای گروههای مختلف نژادی، قومی، افراد معیوب و سایر گروهها در جامعه باشند.
- یک مرکز صحتی با 2-5 عرضه کننده خدمات برای 10000 نفوس:
 - یک عرضه کننده واجد شرایط خدمات صحتی برای هر 50 نفر در روز جهت مشوره دهی مریضان سراپا
 - یک شفاخانه برای 50000 نفوس با حد اقل 5 کارمند واجد شرایط شامل حد اقل یک داکتر
 - یک عرضه کننده خدمات واجد شرایط برای هر 50 نفر در روز جهت مشوره دهی مریضان سراپا
 - یک عرضه کننده خدمات واجد شرایط برای هر 20-30 مریض داخل بستر
- استخدام و حمایت از عرضه کننده گان خدمات (مرد و زن) و ارایه منظم آموزش های معاصر در رابطه به عرضه بهتر خدمات
- تداوم و هماهنگی سیستم لوژستیکتی جهت اطمینان از موجودیت ذخایر کافی
- اطمینان از اینکه روش های ارزیابی و نظارت کیفیت خدمات را بشکل مناسب آن اندازه نموده و در جهت بهبود کیفیت رهنمود موثر میباشند. (فصل 3 ملاحظه گردد: ارزیابی، نظارت و بررسی).

کیفیت خدمات زمانی تزیید مییابند که عرضه کننده گان خدمات:

- استقامت و تداوم از کارگیری شیوه های خوب و کاربرد آنها در امورات کاری
- احترام به انانیکه خدمات برایشان عرضه میگردد

کیفیت خدمات زمانی تزیید مییابد که اعضای جامعه:

- قدرت کافی در جهت پایدار نگهداشتن موسسات تطبیق کننده در حسابدهی از کیفیت خدمات شان،باشند.

بکس 2: اجزای خدمات صحت باروری با کیفیت

مجموعه از خدمات

شروع بحران یا واقعه عاجل: مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP)

با برقراری اوضاع: صحت باروری جامع شامل:

- خدمات صحت باروری نوجوانان
- تنظیم خانواده
- خدمات صحت مادر و نوزاد
- خدمات مصون سقط
- محافظت از و پاسخ به خشونت ها میتنی بر جنس
- وقایه و تداوی از امراض انتقالی مقاربتی، انتانات طرق تنفسی، اچ-ای-وی / ایدس

ارتباطات با خدمات باهم مرتبط در سایر سکتور ها و بخش ها:

شایستگی تخنیکی	تسهیلات و وسایل	لوازم و تدارکات
<ul style="list-style-type: none"> • لایحه وظایف • پروتوکول تداوی • پیشگیری های استاندارد جهت وقایه از انتانات • آموزش ها مطابق به سطح شایستگی • نظارت حمایتی 	<ul style="list-style-type: none"> • لست وسایل مورد ضرورت • ارایه اقلام مفقود شده • برنامه تداوم وقایوی • ترمیم و تعویض مطابق به نیازمندی • دفع ضایعات طبی 	<ul style="list-style-type: none"> • لست موجودی و قیدی • سیستم کنترل از لست موجودی • مسیر لوژستیک
<p>معلومات ارایه شده به مشتری</p>	<p>قناعت و رضایت مشتری مشتری در مورد چی می اندیشد؟ آیا او آنرا بدست آورده است؟</p>	<p>سیستم معلومات ارقام جهت تصمیم گیری</p>
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل اقدامات وقایوی و مراقبتی در منزل • موقعیت و ساعات عرضه خدمات • زمان مراجعه جهت اخذ مراقبت • دانش کافی جهت اخذ تصامیم مربوط • تداوی مشورتی (چگونه ادویه اخذ گردد، عوارض جانبی، رجعت و برگشت دوباره) 	<ul style="list-style-type: none"> • حریم شخصی از نظر دیگران • محرمیت (فاش نکردن معلومات مریضان بدون اجازه ایشان) • حسن نیت و ادب • موثریت • مفیدیت • مصونیت 	<ul style="list-style-type: none"> • هدف معلومات • شناسایی معلومات مورد نیاز • جمع آوری ارقام • ذخیره ارقام و بازیابی شان • تحلیل ارقام • استفاده از معلومات (در جهت بهبود برنامه ها و شریک ساختن معلومات با سایر دستاندرکاران)

اقتباس شده از:

Bruce, J. (1990). "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." Studies in Family Planning Vol. 21(No. 2): pp. 61-91.

3.3 ارتباطات

ارتباطات چیست؟

ارتباطات در برگیرنده فرستنده گان جهت انتقال معلومات از طرق مناسب (چینل) مانند پوستر، رادیو، شخص به شخص و غیره برای افرادی که به معلومات نیاز دارند، میباشد. زمان که به آن نیاز دارند و از طریق این معلومات به آنها ارسال گردد که بتوانند تصمیم عملی را اتخاذ نمایند.

چرا ارتباطات مهم است؟

- زنان، مردان و نوجوانان باید بدانند که جسم شان چگونه فعالیت مینماید، و چگونه فعالیتهای عضویت شان تداوم یافته و صحت باروری شان بهبود مییابد. دانش علمی با اعتبار باید با جامعه شریک ساخته شده و بحث گردد تا ایشان قادر گردند که تصمیم درست و مناسب در رابطه به صحت باروری اتخاذ نمایند.
- ارتباطات مناسب و مفید میتواند نگرانی های اجتماعی افراد (والدین، مسوولین دولتی، خشو، همکاران صمیمی) را مخاطب قرار داده تا از اینرو دسترسی شانرا به خدمات صحت باروری بهبود ببخشد.

چگونه میتوان ارتباطات را تامین نمود؟

استفاده از شیوه های ابتدایی و خوب در ارتباط برنامه ریزی، بگونه مثال:

- درک آنچه که مخاطب مورد هدف میدانند و معتقد است
 - انکشاف دادن و امتحان مقدماتی پیامها و مواد با نماینده گان مخاطب
- انکشاف دادن پیامهای کوتاه صحت باروری که بطور دوامدار از طریق تمام مراکز صحتی و کارکنان رفاه اجتماعی که از طریق جامعه توزیع گردیده است. نمونه از "پیام های اساسی صحت باروری":
- در آغاز پاسخ های بشری (تطبیق مجموعه حد اقل خدمات اساسی یا MISP) : " خانم های که سابقه مشکل ولادی داشته باشند باید به نزدیکترین شفاخانه مراجعه نمایند".
 - زمانیکه وضع بهتر گردید (مراقبت های جامع صحت باروری): " فاصله دهی حمل حد اقل دو سال جهت بهبود بخشیدن صحت خانمها، اطفال و فامیلهها".

استفاده از مبارزات وسیع در سطح جامعه جهت ارتقای آگاهی های همه گانی، بگونه مثال:

- آگاهی دهی به مردم در مورد اینکه اچ ای وی از طریق استفاده مشترک غذا، دست دادن و سایر تماس های تصادفی انتقال نمی نماید

استفاده از مبارزات هدفمند، براساس مباحثات برای ترویج شیوه های سالم در میان گروه های آسیب پذیر، بگونه مثال:

- ترویج ولادتها در مرکز صحتی
- افزایش دادن پذیرش و ادامه دادن استفاده از شیوه های مصون مقاربت جنسی
- افزایش دادن استفاده از شیوه های تنظیم خانواده در میان خانم ها بعد از ولادت
- ترویج و تشویق استفاده از کلینیک ها در میان بازمانده گان تجاوز های جنسی و سایر اشکال خشونت ها مبتنی بر جندر

استفاده از یک میتود خاص برای مشوره دهی مراجعین جهت اطمینان از اینکه یک رابطه خوب و شایسته میان مراجعین و عرضه کننده خدمات موجود است طوری ذیل: **GATHER**

G سلام دادن با مریض

A سوال از مریضه که چی مشکل دارد

T برای مریضه ابراز نمودن اینکه برای چی شما موجود هستید

H کمک کردن مریضه در مورد تصمیم گیری بهتر و مناسب حالش

E تعلیم دادن مریضه مطابق خواستش

R بازدید دوباره و اجازه دادن به مریضه هر زمانیکه خواسته باشد میتواند دوباره برای حل مشکل مراجعه نماید

3.4 اشتراک جامعه

اشتراک جامعه چیست؟

مشارکت عبارت از دخیل ساختن علاقمندان کلیدی و مهم در تمام سیکل برنامه ریزی (ارزیابی، دیزاین، طرح، تطبیق، نظارت و بررسی) میباشد. (فصل 3 مراجعه گردد: ارزیابی، نظارت و بررسی). فرصت ها برای مشارکت باید شفاف، آزاد از هرگونه اجبار و برای همه محیا گردد. اشتراک تمام گروهها اعم از زنان، مردان و نوجوانان (دختر و پسر) بسیار مهم تلقی میگردد. اشتراک فعالانه بعضی از گروههای منزوی شده مانند اقلیت ها، جوانان، بیوه ها و معیوبین ضروری پنداشته میشود.

چرا مشارکت جامعه مهم پنداشته میشود؟

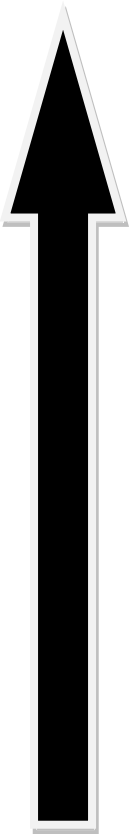
مشارکت جامعه از باعث مهم تلقی میگردد که تا اطمینان حاصل گردد که برنامه های صحت باروری مناسب، قابل قبول و متداوم میباشد. ایجاد احساس مالکیت و استقلال در میان تطبیق کننده گان محلی میتواند جامعه را از بحران نجات دهد. یک مشارکت موفق جامعه عبارت از شامل ساختن مردان و زنان در تصمیم گیری و تطبیق برنامه میباشد.

چگونه مشارکت جامعه انجام میپذیرد؟

علاقه مندان خارجی (کارکنان یا پرسونل ملل متحد یا موسسات غیر حکومتی خارج از جامعه) باید مشارکت را در مراحل آغازین پاسخ دهی شروع نموده و تا زمانی ادامه دهند که کنترل برنامه را برای یک تطبیق کننده محلی واگذار مینمایند. (شکل 1 مراجعه شود). قدم نخست عبارت از شناسایی رهبران جامعه اعم از مرد و زن یا عرضه کننده گان صحی از میان نفوس متضرر یا متأثر میباشد.

مجموعه حد اقل خدمات اساسی یا MISIP بعنوان یک اولویت در انتظامات بشری مطابق به نیاز های تصدیق شده برای دسترسی عاجل به خدمات اساسی آماده گردیده است. معلومات گردآورده شده از طریق مشارکت جامعه در مرحله نخست پاسخدهی رهنمایی کننده برای عرضه خدمات و برنامه ریزی خدمات در آینده میباشد. چنین معلومات ممکن حاوی شیوه های محلی ولادت، نیازهای آموزشی عرضه کننده گان صحی و موانع در جهت دسترسی از قبیل صحبت نمودن عرضه کننده گان خدمات صحی به عین لسان و یا اولویت های فرهنگی برای عرضه کننده گان از جنس مشابه به مراجعین میباشد.

شکل 1: اشتراک جامعه

<p>کنترول بیشتر محلی</p>  <p>کمترین کنترول محلی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تطبیق کننده گان محلی* (زنان و مردان) پروژه را اداره میکنند، تطبیق کننده گان خارجی مشوره میدهند
	<ul style="list-style-type: none"> • تطبیق کننده گان محلی و خارجی از طریق مشارکت باهم پروژه را اداره مینمایند
	<ul style="list-style-type: none"> • تطبیق کننده گان محلی و خارجی باهم فعالیت ها را با تشریک مساعی یکدیگر تطبیق مینمایند. تطبیق کننده گان خارجی مسولیت اداره و نظارت را بعهده دارند.
	<ul style="list-style-type: none"> • تطبیق کننده گان محلی و خارجی بصورت مشترک با تحلیل و برنامه ریزی بالای پروژه تصمیم میگیرند. تطبیق کننده گان خارجی پروژه را تطبیق، اداره و نظارت مینمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> • اعضای جامعه توسط تطبیق کننده گان خارجی مشوره گردیده و از ایشان معلومات و نیاز های محلی را اخذ میدارند. تطبیق کننده گان خارجی مطابق به معلومات بدست آمده برنامه ریزی نموده و بعداً پروژه ها را تطبیق، اداره و نظارت مینمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> • اعضای جامعه توسط تطبیق کننده گان خارجی در مورد برنامه ریزیها مطلع میگردند. تطبیق کننده گان خارجی پلان، تطبیق، اداره و نظارت پروژه ها را اجرا مینمایند.

*کارکنان موسسات غیر حکومتی و یا پرسونل موسسات تطبیق کننده خارج از جامعه

3.5 ارتقا ظرفیت تخنیکی و اداری

ارتقا ظرفیت چیست؟

ارتقا ظرفیت در برگیرنده بهبود و انکشاف مطابق به نیاز مندیها در داخل یک موسسه جهت تامین شایستگی های لازم تخنیکی و اداری برای خدمت برای مراجعین و توسعه برنامه ها میباشد. موسسات داخلی و بین المللی از دو جهت باید هماهنگی و همکاری نمایند؟

- عرضه کننده خدمات باید شایستگی های لازم را جهت عرضه خدمات با کیفیت داشته باشد
- موسسات باید سیستم های اداری را در عمل پیاده نماید تا:

○ استخدام، آموزش، گماشتن، ارزیابی و حمایت از عرضه کننده گان خدمات

- تداوم تسهیلات و سامان آلات
- تامین ذخایر کافی و مناسب
- دیزاین، طرح، ارزیابی و نظارت از خدمات
- ارتباط نزدیک با سایر علاقمندان
- جمع آوری و مدیریت بودیجه

چرا ارتقاء ظرفیت مهم پنداشته میشود؟

- موسسات نیاز به ظرفیت کافی و مناسب تکنیکی و اداری جهت ارائه خدمات موثر صحت باروری برای نفوس نیازمند دارند.
- ظرفیت بالاتر میان نهاد های محلی، ملی، ناحیوی و بین المللی میتواند باعث بهبود و افزایش پوشش خدمات، کیفیت و تداوم خدمات صحت باروری گردد.
- عرضه کننده گان محلی یا موسسات مسوول اند که بشکل متداوم برنامه ها را در جریان اوج تهدید های امنیتی تطبیق نمایند.

چگونه ارتقاء ظرفیت انجام میپذیرد؟

- ارزیابی نقاط ضعیف و قوی تکنیکی و اداری هریک از شرکاء و موسسات همکار، و شناسایی ساحات قابل بهبود
- تاسیس و موافقت بالای نقش و مسوولیت های هریک از شرکاء و یادداشت نمودن وظایف شان
- طرح و دیزان مشترک، تطبیق و ارزیابی از آموزش های تکنیکی، بازدید و تجدید از سیستم های بهبودیافته اداری شان

3.6 حسابدگی

حسابدگی چیست؟

حسابدگی عبارت از پروسه ایست که افراد یا موسسات را در مقابل اجراءات شان مطابق به اصول و استندرد ها مسوول نگه میدارد. اصول و استندرد های مربوطه شامل مسوولیت های مالی، پرنسیپ های بشری، استندرد های مسلکی، قوانین ملی و بین المللی، و اصول شرح شده در این فصل میباشد. حسابدگی ممکن شامل تعزیرات در مقابل عدم تطبیق و سرکشی از استندرد ها نیز باشد، بگونه مثال برکناری در صورت سوء استفاده جنسی یا زندانی شدن در صورت ارتکاب سرقت.

در جوامع بشری یک حرکت بطرف تامین حسابدگی برای کسانی که کمک و معاونت را دریافت مینمایند بمشاهده میرسد. بطور مثال، مشارکت حسابدگی بشردوستانه یا (Humanitarian Accountability Partnership, HAP) که عبارت از ترویج حسابدگی مستفید شده گان از طریق استندرد ها و تصدیق کردن پروسه ها میباشد.

مشارکت حسابدگی بشردوستانه یا (Humanitarian Accountability Partnership, HAP) هفت اصل ذیلرا در حسابدگی معرفی میدارد:

1. تعهد به استندرد های بشری و حقوق بشر
2. ایجاد استندرد های حسابدگی در موسسه و ارتقای ظرفیت پرسونل
3. افهام و تفهیم و مشوره با علاقمندان بخصوص پرسونل و مستفید شدگان در رابطه به استندرد های حسابدگی موسسه، تطبیق پروژه و شیوه پرداخت به نگرانی ها
4. مشارکت – دخیل ساختن مستفید شده گان در پلانگذاری، تطبیق، نظارت و بررسی برنامه ها
5. نظارت و راپوردهی مطابق به استندرد ها با مشوره مستفید شده گان

6. پاسخ به شکایات- قادر ساختن مستفید شده گان و پرسونل جهت راپوردهی از مشکلات و برقراری مصونیت
7. شرکاء تطبیق کننده - تامین و تداوم تعهد در جریان کار با شرکای تطبیق کننده

چرا حسابدهی مهم پنداشته میشود؟

سیستم ها و پروسه های موثر حسابدهی جهت رسیدن به حقوق بشری بشکل همگانی کمک کننده بوده و تصدیق کننده حق مساوی تمام افراد بشمول کسانیکه در اثر بحران متضرر گردیده اند و پاسخ دهنده گان بشری نیز میباشد.

در جامعه بشری سعی و تلاش جهت بهبود بخشیدن حسابدهی در منشور بشردوستانه جهانی و اصولنامه اجراءات صلیب سرخ بین المللی و جنبش هلال احمر و اصول کاری موسسات امداد رسان غیر حکومتی بخرچ داده شده است. در منشور بشردوستانه، آسیب پذیری و ظرفیت ها در نفوس متضرر و متاثر شده انعکاس یافته است.

اصلاحات بشری در ملل متحد در رابطه به حسابدهی، رهبریت و مشارکت جهت بهتر شدن نحوه پاسخدهی به نفوس متضرر و متاثر پیش بینی گردیده است.

برنامه ها چگونه میتوانند برای دریافت کننده گان حسابده باشند؟

موازی با استندرد های بشردوستانه، احترام شمردن حقوق بشر و مطابق به اصول اساسی مراقبت های صحت باروری طوریکه در این رهنمود ساحوی و سایر اسناد ذیل تذکر یافته است:

- منشور بشردوستانه جهانی و استندرد های حد اقل در پاسخدهی به فاجعه / مصیبت
- ابلاغیه سکرتر جنرال سازمان ملل متحد " اقدامات ویژه برای محافظت از سوء استفاده جنسی"
- کتاب دستی جندر در فعالیت های بشردوستانه (IASC)
- رهنمود مداخلات علیه خشونت بر اساس جندر در معاونت های بشردوستانه
- رهنمودها برای مداخلات کنترول و وقایه اچ-ای-وی / ایدس در حالات عاجل
- رهنمود ها در مورد صحت روانی و حمایت روحی روانی در حالات عاجل
- نمونه ایی از وظایف و مسوولیت های موسسات جهت تامین هماهنگی و استراتیژی چند سکتوری در تنظیمات بشردوستانه و دیگرام فکتور های تاثیر کننده بالای این استراتیژی در تنظیمات بشری

علاوتاً از تطبیق مراحل ذیل نیز اطمینان حاصل گردد؟

- ایجاد تماس های دایمی با نفوس متضرر و آگاهی دهی در مورد موسسه تان، پلنها و برنامه های کاری تان
- دخیل ساختن مستفید شده گان در تمام مراحل برنامه ها:- ارزیابی، پلانگذاری، تطبیق و نظارت از پروژه.
- ترتیب نمودن میکانیزم موثر برای مستفید شده گان جهت تماس با نماینده موسسه، تسلیم دهی شکایات و درخواست جبران
- تامین سیستم های مناسب در موسسه تان در جهت پاسخ دهی به رفتار نامناسب پرسونل (بکس 3 ملاحظه گردد: سو استفاده جنسی)

3.7 حقوق بشر

حقوق بشر چیست؟

حقوق بشر بین المللی عبارت از مجموعه از تعهدات جهانی است که دول با افراد که تحت قلمرو شان زیست مینمایند رفتار مناسب داشته که هدف آن مساوات، آزادی و سلامتی تمام مردم باشد. حقوق بشر جهان شمول بوده و به تمام افراد به موجب انسان بودن شان قابل تطبیق میباشد.

اصول و اساسات حقوق بشری در سطح منطوقی و بین المللی باعث ایجاد یک بخش از قانون بین المللی گردیده است. پیمان های متعدد موجب ایجاد قرارداد های حقوقی میان دول بر اساس منشور سال 1948، اعلامیه جهانی حقوق بشر، گردیده است. میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی (1966)، میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ((1966)، کنوانسیون رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان (1979)، که بطور خاص موجب شکل گیری تبعیض جندر گردیده که دول باید اقدامات جهت رفع آن بردارند. و کنوانسیون حقوق کودک (1989).

علاوه از سیستم حقوق بشر بین المللی، سه سیستم حقوق بشر منطوقی موجود است که هر کدام دارای میکانیسم ها و وسایل جداگانه حقوق بشری میباشد:

- سیستم حقوق بشر اتحادیه افریقا
- سیستم حقوق بشر شورای اروپا
- سیستم حقوق بشر بین الامریکایی

سایر اسنادی که اساسات و پرنسپ های حقوق بشری در آن مندرج گردیده است شامل قانون حقوق بشر بین المللی، قانون بین المللی مهاجرت و قوانین ملی میباشد.

بکس 3: سوء استفاده جنسی

مؤسسات خیریه بشری مسوولیت دارند تا از مستفید شده گان مراقبت نموده و مطمئن گردند که با آنان به کمال احترام و بطور مناسب رفتار صورت گرفته و حد اقل استانداردها سلوکی با آنان مراعات میگردد. جهت جلوگیری از هرگونه سوء استفاده جنسی، آفسر صحت باروری و مسوولین برنامه باید:

- تامین و تداوم محیط کاری که هر گونه سوء استفاده جنسی را جلوگیری نماید (SEA)
- مطمئن بودن از اینکه تمام کارکنان اعم از داخلی و خارجی اصول اخلاقی را امضا و مراعات مینمایند.
- مطمئن شدن از اینکه میکانیسمهای راپوردهی سوء استفاده جنسی توسط عرضه کننده گان مراقبت های صحی موجود بوده و جامعه از آن آگاهی دارند.
- اخذ اقدامات مقتضی در صورت دریافت دلایل از نقض استاندارد های لست شده در کود اخلاقی، ویا وقوع هرگونه سوء استفاده جنسی:
- فعالیت های جنسی با اطفال (افراد کمتر از سن 18) منع بوده صرف نظر از سن بلوغ و سن رضایت محلی. باور های غلط و اشتباهی در مورد سن طفل دلیل دفاعیه شمرده نمیشود.
- تبادل پول، استخدام، اجناس و یا خدمات در مقام عمل جنسی بشمول گرفتن لذت جنسی یا سایر اشکال تحقیر آمیز، یا رفتار تحقیر آمیز و استثمار منع میباشد، که شامل تبادل کمک و معاونت از باعث اینکه مستفید شده گان اند، میباشد.
- ارتباطات جنسی میان کارکنان امداد رسانی بشری و مستفید شده گان بصورت کامل منع بوده از آنجاییکه ایشان در یک عدم تعادل قدرت و صلاحیت قرار دارند. چنین روابط موجب تضعیف اعتبار و یکپارچگی کمک های بشر دوستانه میگردد.

جهت تامین و اطمینان از موثریت اصول اخلاقی، آفسر صحت باروری و مسول برنامه یک کاپی از این اصول اخلاقی را که به زنان محلی ترجمه شده باشد در یک محل مناسب بدرسترس عام قرار دهد مثلاً در اطاق انتظار کلینیک. برای نمونه از اصول اخلاقی به ضمیمه 3 مراجعه گردد.

اسناد توافق شده سیاسی از قبیل اسناد نهایی از کنفرانسهای ملل متحد، کمک کننده برای تفسیر بیشتر استندرد های حقوق بشری در سطح بین المللی میباشد. (لطفاً به سی دی روم که حاوی متن اسناد اساسی حقوق بشر است مراجعه گردد.)

کشور های که اسناد حقوق بشر را امضا یا تصویب نموده اند مکلف اند حقوق بشر را احترام، محافظت و اجرا نمایند. تمام قوانین ملی و محلی باید حقوق بشر را محترم شمارند. دول مکلف به حمایت مردم از خشونت علیه حقوق شان بوده بگونه مثال زمانیکه یک دولت قوانین در رابطه به تجاوز جنسی را تعدیل مینماید باید مطمئن باشد که شخص متضرر بدون در نظر داشت حالت شهروندی، حالت مدنی یا جندر، دسترسی به پاسخدهی مناسب عدلی و خدمات با کیفیت را دارا بوده و نشان میدهد که دولت مکفیت های خویش را در قبال حقوق بشری انجام داده است.

حقوق باروری چیست و چی ارتباطی با حقوق بشر دارد؟

حقوق باروری بخشی از حقوق شناخته شده بشری میباشد. در سال 1994 کنفرانس بین المللی جمعیت و انکشاف (ICPD) یک چارچوکات را برای شناخت و تثبیت حقوق باروری ترتیب داد. " این حقوق به رسمیت شناختن حقوق اساسی زوج ها و افراد انفرادی را در رابطه به تصمیم گیری آزاده برای تعداد و فاصله دهی حمل و دریافت خدمات صحت باروری با بلند ترین کیفیت آن بیان نموده است. همچنان شامل حقوق تصمیم گیری آزادانه، بدون تبعیض، خشونت و اجبار در مورد تولید مثل (تکثر) میباشد."

حقوق بشر در بر گیرنده حقوق باروری شامل:

- حق زنده گی کردن
- حق مصونیت و امنیت فردی
- حق تصمیم گیری برای تعداد، فاصله و زمان حمل و داشتن طفل
- حق عدم تبعیض و مساوات
- حق حریم شخصی / خصوصی بودن
- حق داشتن صحت
- حق دسترسی به معلومات
- حق آزاد بودن از هرگونه مجازات، رفتار بیرحمانه، غیر انسانی و اهانت آمیز
- حق درمان
- حق برخورداری از مزایای پیشرفت های علمی

چرا حقوق بشری برای برنامه های صحت باروری مهم تلقی میگردند؟

محیط عدلی و سیاسی که مردم (بشمول عرضه کننده گان خدمات) در تنظیمات بشری در آن زیست، فکر و عمل مینمایند، بالای صحت باروری نفوس تاثیر دارد. این حالات بشکل رسمی توسط فعالین محلی و خارجی کنترول میگردد. آنها قادر اند که رفتار، عملکرد ها و پاسخها را در قبال صحت باروری بکار ببرند.

در حالیکه مواد حقوق بشری بین المللی بشکل ابتدایی دول را مسوول اجرای حقوق بشر دانسته، موسسات غیر حکومتی مانند موسسات بین المللی یک نقش مهم در شناخت حقوق بشر را برای عام مردم ایفاء مینمایند. کارکنان امداد رسانی دارای مسوولیت های دوگانه بوده که بطور فعالانه حقوق بشر را ترویج و بهبود بخشیده و اطمینان حاصل میکنند تا مداخلات نباید حقوق بشری را نقض نمایند.

چگونه حقوق صحت باروری حقوق بشری را ترویج و ترقی میدهد؟

عرضه کننده گان صحت باروری باید با موارد ذیل آشنایی داشته باشند:

- معاهدات بین المللی و منطقوی حقوق بشر و کنوانسیونهای که در آن دولت میزبان عضو باشد
- قوانین ملی و پروتوکول های حاکم در انکشور: حفظ حریم خصوصی و محرمیت، افشای اجباری، ثبت و انصراف مواد مخدر
- قوانین ملی و/ یا عنعنوی تنظیم کننده دسترسی به خدمات، سرپرستی و رضایت آگاهانه
- قانون جزا ملی و/ یا قوانین علیه جنایات، خشونت های جنسی و پاسخدهی عدلی در مقابل خشونت های جنسی (بشمول قوانین شهادتدهی و سن قانونی برای ابراز رضایت)

تامین و اطمینان از اینکه برنامه صحت باروری شما مبتنی بر حقوق بشری بوده، دارای کیفیت خوب و قابل دسترس به همه میباشد. برنامه تانرا در ساحات ذیل تحلیل نموده و گسترش دهید؟

- قواعد حقوق بشر بین المللی
- استندرد های ملی عدلی
- عرف و عادات محلی
- خدمات قابل دسترس و موجود

پشتیبانی و حمایت از گروهها در سطح محلی و ملی جهت برقراری قوانین، پالیسی ها و عملکردها براساس حقوق بشر بین المللی. این حقوق در مطابقت با معاهدات حقوق بشر قابل تطبیق برای تمام مردم، بدون در نظر داشت شهروندی یا اقامت قانونی افراد که در اینحالت برای مهاجرین و بیجا شده گان داخلی نیز قابل تطبیق است، میباشد. باوجودیکه خدمات که برای مهاجرین عرضه میگردد توسط دولت میزبان بر اساس قوانین ملی و با در نظر داشت تعهدات بین المللی تطبیق میگردد. در صورت که قوانین ملی یک کشور در مغایرت با اصول حقوق بشری قرار داشته باشد، عرضه کننده گان خدمات میتوانند به تغییرات مثبت از طریق تلاشهای حمایتی توصل جویند.

3.8 پشتیبانی / طرفداری/حمایت

پشتیبانی / حمایت چیست؟

عبارت از یک عمل استراتژییک جهت تامین قوانین، پالیسی ها، عملکردها و قوانین اجتماعیست که مردم را قادر میسازد تا از حق صحت باروری خویش لذت ببرند. پشتیبانی / حمایت از صحت باروری میتواند شامل:

- هدف قرار دادن قوانین، پالیسی ها، عملکردها و قوانین اجتماعی که بالای دسترسی افراد یا گروهها به معلومات و خدمات صحت باروری تاثیر میاندازد.
- مردمی را که دارای قدرت تصمیم گیرنده اند تحت تاثیر قرار داده تا پالیسی ها در حمایت از حقوق صحت باروری ترتیب نمایند.
- بالای رهبران جامعه تاثیر وارد مینماید، کسانیکه نظریات شان بالای حقوق صحت باروری مردم تاثیر دارد.

چرا پشتیبانی/ حمایت مهم تلقی میگردد؟

پشتیبانی / حمایت در تنظیمات بشری ضروریست تا از موجودیت پالیسی های حمایتی و بودجه کافی برای خدمات صحت باروری جامع اطمینان حاصل گردد. برنامه های صحت باروری نیاز به پشتیبانی و حمایت داشته زیرا در اکثر حالات این برنامه ها سوء تعبیر گردیده، و بعضاً در مقابل آن مشکلات سیاسی و فرهنگی قرار گرفته و در اکثر وقایع منحصراً یک استاندارد یا اولویت کاری قرار داده نمیشود.

همچنان پشتیبانی و حمایت جهت اطمینان از اینکه کارکنان امداد بشردوستانه از اساسات بشری تشریح شده در این فصل توافق دارند نیز ضروریست.

چگونه پشتیبانی / حمایت اجرا میگردد؟

- پشتیبانی / حمایت نیاز به یک برنامه استراتژیک دارد. یک مرحله بی یا پروسه مستقیم نمیشود. برنامه استراتژیک پشتیبانی / حمایت باید بصورت دوامدار ارزیابی و بازنگری گردیده و مطابق به نیازها تنظیم و توافق داده شود.
- یک استراتژی پشتیبانی/ حمایت شامل: شناسایی مشکلات، اهداف کوتاه مدت و دراز مدت، فعالیتها و منابع، پیشبینی مشکلات احتمالی و پاسخ های مقتضی و نظارت از فعالیتها در هنگام تطبیق را در بر میگیرد.
- فعالیت های موثر جهت پشتیبانی / حمایت شامل: انکشاف دادن پیشنهاد پالیسی، شریک سازی نمونه های از پالیسی های خوب صحت باروری با افراد تصمیم گیرنده، تقدیم نمودن شواهد در رابطه به برنامه های موفق در ساحه صحت باروری، شامل ساختن مدافعین صحت باروری (افراد با نفوذ و مطلع که سایر افراد را تشویق مینمایند)، کار در ساختار موجود جهت هماهنگی برای تامین برنامه های صحت باروری، و دادن اولویت جهت اخذ بودجه و تطبیق آن، آموزش عرضه کننده گان، تامین و تداوم ارتباطات با تصمیم گیرنده ها جهت تداوم اطلاعات شان.

4 نظارت

اقدامات ذیل را میتوان در جهت تطبیق اصول اساسی برنامه صحت باروری بکار برد:

4.1 هماهنگی

- آیا فعالیتهاى مجموعه حداقل خدمات اساسی تطبیق میگردد؟ آیا خدمات این مجموعه حد اقل خدمات اساسی برای تمام مردم متضرر موجود است؟
- در برنامه کنونی آیا تمام افراد نفوس متضرر بگونه یکسان از خدمات جامع صحت باروری با کیفیت خوب دسترسی دارند؟ آیا شاخص های صحت باروری در حد قوانین قبول شده میباشد؟

4.2 حسابداری

اندازه گیری از حسابداری در بخش پاسخدهی مشارکتی بشری بخوبی تشریح گردیده است. بعضی از اقدامات ساده شامل:

- ثبت و ارایه اسناد از اشتراک مستفید شده گان در پلانگذاری، تطبیق، نظارت و ارزیابی برنامه ها
- نصب گزارش پیشرفت از پروژه به شکل دوره ایی در معرض عام
- ثبت و ارایه اسناد از اقدامات اتخاذ شده در پاسخ به شکایات مستفید شده گان

4.3 مشارکت جامعه

- درجه انتقال و گذار از عناصر برنامه کنترل خارجی به داخلی

4.4 کیفیت خدمات

- راپور ها نشاندهنده جمع آوری و پاسخ به نظریات مستفیدین
- ارزیابی کامل با چک لست حاوی نمرات با کیفیت مناسب (شکل 2 مراجعه گردد)

4.5 ارتقای ظرفیت

- نسبت کارکنان کلینیکی و اداری که مطابق به سطح قبول شده وظیفه اجرا مینمایند. (مثل: لایحه وظایف یک قابله حاوی قابلیت اجرای تخلیه محتویات رحم با دست، بررسی سالانه از تعداد اجراء تخلیه محتویات رحم با دست، یک نمونه از چارتهای تخلیه محتویات رحم با دست بررسی گردد (بگونه مثال پنج چارت بشکل تصادفی) و نمره دهی مطابق به پروتوکول استندرد.)

4.6 ارتباطات

- مواد تعلیمات صحی قابل دید در جامعه
- رفتار متقابل مراجعین و عرضه کننده خدمات و مصاحبه با مراجعین در هنگام خروج از کلینیک
- در دراز مدت، شواهد مبنی بر تغییر سلوک میان اعضای جامعه

4.7 پشتیبانی / حمایت

- موجودیت یا تغییر پالیسی ها تا دسترسی به خدمات صحت باروری را ترویج دهند
- تناسب عرضه کننده گان خدمات و اعضای جامعه که از پالیسی های صحت باروری آگاه اند
- خدمات صحت باروری که منعکس کننده تطبیق مثبت از پالیسی های صحت باروری باشد

4.8 حقوق بشر

- میزان استفاده از خدمات صحت باروری بدون در نظر داشت نژاد، سن، حالت مدنی، مهاجرت / یا حالت پناهنده گی، دین، موقعیت جغرافیایی و غیره.

شکل 2: نمونه از چک لیست ارزیابی صحت باروری					
					تاریخ
					نام کلینیک
					مسوول کلینیک
					سوپروایزر
					نمرات
					شاخص 1 کیفیت مراقبت های قبل از ولادت- در سه ماه اول حمل
					مرحله
					بررسی از پنج مشوره قبل از ولادت از سه ماه اول حمل نمره 1 هرگاه مشوره دهی انجام یافته باشد نمره 0 هرگاه مشوره دهی انجام نیافته باشد
5	4	3	2	1	تعداد مشوره دهی ها
					اقدامات اساسی و مهم
					مریض حداقل یک واکسین تیتانوس را اخذ کرده است (TT)
					فشارخون مریض چک گردیده است (BP)
					ادرار مریض جهت دریافت پروتین معاینه شده است
					مریض حد اقل 30 تابلیت فیرس سلفیت و فولیک اسید را دریافت نموده است
					مریض در مورد علایم خطر آموزش دیده است
					مریض پشه خانه ملوث با مواد دوامدار پشه کش را دریافت کرده است (LLIN)
کلید: مریض، (BP) فشار خون، (LLIN) پشه خانه ملوث با مواد دوامدار پشه کش، (TT) واکسین تیتانوس					

5 مطالب جهت مطالعه مزید

مطالب ضروری و اساسی برای مطالعه

پروژه جهانی، منشور بشردوستانه و استاندارد های حد اقل بشری، 2004 ، www.sphereproject.org/content/view/27/84

(تجدید 2010).

صحت باروری در جریان بحران و بیجاشدن- یک رهنما برای مسوولین برنامه ها. سازمان صحتی جهان، 2000.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_00_13/en/

مطالب اضافی برای مطالعه

ابلاغیه سکرتر جنرال سازمان ملل متحد " اقدامات ویژه جهت محافظت از سوء استفاده جنسی".

ST/SGB/2003/13, 9 October 2003.

<http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&DocId=1001083>

کتاب دستی جندر در فعالیت های بشردوستانه. زنان، دختران، پسران و مردان- نیاز های متفاوت، فرصت های مساوی. IASC, 2006.

<http://ochaonline.un.org/OCHAHome/AboutUs/GenderEquality/KeyDocuments/IASCGenderHandbook/tabid/5887/language/en-US/Default.aspx>

رهنمود برای مداخلات در خشونت ها بر اساس جندر جهت معاونت بشری. IASC, 2005
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp

رهنمودها برای مداخلات اچ- ای - وی / ایدس در تنظیمات عاجل. IASC, 2004
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelineshiv-emer.pdf

Lisa VeneKlasen, with Valerie Miller. *A New Weave of Power, People & Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation*. Practical Action Publishing, April 2007.
http://developmentbookshop.com/product_info.php?products_id=741



2

فصل دوم

مجموعه

حداقل

خدمات اساسی

محتویات

1 مقدمه

2 اهداف

3 برنامه ریزی

3.1 موسسه رهبری کننده در خدمات صحت باروری و مسول برنامه صحت باروری

3.2 جلوگیری از خشونت های جنسی و پاسخدهی به نیاز های بازمانده گان چنین خشونت ها

3.3 کاهش انتقال اچ ای وی

3.4 جلوگیری از تزاید مرگ و میر مادر و نوزاد

3.5 تهیه مواد مورد نیاز جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی

3.6 پلان جهت ادغام خدمات جامع صحت باروری در مراقبت های صحتی اولیه

4 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی

5 نظارت

6 مطالعات جهت مطالعه بیشتر

1 مقدمه

این فصل، مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP) را تشریح مینماید که دربرگیرنده خدمات صحت باروری مورد نیاز نفوس متضرر در آغاز بحران و واقعه عاجل میباشد. این مجموعه حداقل خدمات اساسی تشریح کننده خدمات صحت باروری بسیار مهم در جهت وقایه از مرگ و میر بخصوص مرگ و میر مادران و دختران میباشد.

چشم پوشی از صحت باروری در تنظیمات بشری عواقب وخیم در پی دارد. مرگ مادر و نوزاد، خشونت های جنسی، و اختلالات بعدی آن مانند ترصیضات، انتانات انتقالی مقاربتی، حمل های ناخواسته و پلان ناشده، سقط های غیر مصون و امکان سرایت اچ ای وی. تمام

فعالیت های مجموعه حداقل خدمات اساسی باید بشکل همزمان و همسان تطبیق گردند. مجموعه حداقل خدمات اساسی یک مجموعه استندرد جهانی است.

این مجموعه براساس شواهد موثق و نیاز های صحت باروری در تنظیمات بشری انکشاف داده شده است. که در این حالت بدون ارزیابی ابتدایی نیازمندی ها قابل تطبیق میباشد. با وجود آنهم بعضی از معلومات صحی و مربوط به نفوس متأثر شده باید از طریق میکانیزم های هماهنگ شده جمع آوری گردیده تا تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی را سهل و محیا سازد. مهم تلقی میگردد که اجزای این مجموعه در بر گیرنده ضروریات حداقل میباشد.

پلان برای خدمات صحت باروری و تطبیق جامع این خدمات طوریکه در فصل 4 تا 10 این رهنمود ساحوی بیان گردیده است، تا جایکه حالت و شرایط اجازه میدهد، حتی در حالاتیکه سایر اجزای صحت باروری عرضه میگردد تا مطمئن گردیم که اهداف مجموعه حداقل خدمات اساسی بشکل اولویت داده شده آن تطبیق میگردد.

مجموعه حداقل خدمات اساسی

اهداف مجموعه حداقل خدمات اساسی

اطمینان از اینکه سکتور صحی یک موسسه را منحیث موسسه پیشگام/رهبری کننده در تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی شناسایی نموده که این موسسه در عرضه خدمات صحت باروری:

- معرفی یک مسول صحت باروری جهت ارایه حمایت های تخنیکی و اجرایی به تمام موسسات که خدمات صحی را عرضه میدارند.
- میزبان جلسات منظم هماهنگی جهت تسهیل نمودن تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی
- راپوردهی دوباره به جلسات سکتور صحت در مورد موضوعات مربوط به تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی
- شریک ساختن معلومات در مورد منابع و مواد مربوط به صحت باروری
- جلوگیری و تداوی از انزار خشونت های جنسی
- ایجاد اقدامات جهت محافظت نفوس متضرر بخصوص خانم ها و دختران از خشونت های جنسی
- آماده ساختن خدمات کلنیک برای بازمانده گان تجاوز های جنسی
- اطمینان از اینکه جامعه از موجودیت چنین خدمات آگاه میباشد.
- کاهش سرایت اچ ای وی
- اطمینان از نقل الدم مصون
- تسهیل نمودن فشار در مورد احترام شمردن استندرد های وقایوی
- عرضه رایگان کاندوما
- جلوگیری از تزاید مرگ و میر مادر و نوزاد
- اطمینان از موجودیت خدمات عاجل ولادی و خدمات مراقبت نوزادان به شمول:
- در مرکز صحی: موجودیت فرد ماهر ولادی و مواد کافی جهت ولادت های نارمل و تداوی اختلالات ولادی و نوزاد
- در شفاخانه رجعتی: موجودیت پرسونل صحی مسلکی و مواد کافی برای تداوی واقعات عاجل ولادی و نوزادان
- ایجاد سیستم رجعتدهی جهت سهولت انتقال و تامین ارتباطات از جامعه تا مرکز صحی و میان مرکز صحی و شفاخانه
- تهیه کیت ولادی پاک برای خانم های که حمل شان بطور واضح ظاهر گردیده و پایوازان ولادی جهت تشویق نمودن از استفاده کیت ولادی پاک در منزل زمانیکه دسترسی به مرکز صحی امکان پذیر نباشد.
- پلان گذاری برای خدمات صحت باروری جامع
- ادغام با خدمات صحی اولیه طوریکه وضعیت و شرایط اجازه بدهد. حمایت از همکاران سکتور صحی تا:
- هماهنگی در تهیه سامان آلات و لوازم صحت باروری براساس تخمین مصارفات
- جمع آوری ارقام موجود
- شناسایی ساحات مناسب جهت عرضه خدمات صحت باروری جامع در آینده
- ارزیابی ظرفیت پرسونل جهت عرضه خدمات صحت باروری جامع و پلان گذاری در مورد آموزش کارکنان و آموزش مجدد شان

نوت: مهم پنداشته میشود که از موجودیت مواد ضد حمل که جوایده نیازمندی ها بوده، تداوی سندرومیک انتانات انتقالی مقاربتی و موجودیت ادویه ضد ریتر و ویروس برای مریضانیکه قبلاً تحت تداوی ضد ریتر و ویروس قرار داشتند به شمول وقایه از انتقال اچ ای وی از مادر به طفل. علاوه اطمینان حاصل گردد که مواد محافظتی مناسب و مطابق به اساسات فرهنگی عادت ماهوار موجود باشد (اکثراً با سایر مواد معقم بسته بندی شده باشد) به خانم ها و دختران توزیع گردیده است.

2 اهداف

اهداف این فصل عبارتند از تهیه معلومات و رهنمود ها برای مسولین صحت باروری، مسولین برنامه های صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات صحت باروری در تنظیمات بشری در رابطه به:

- نقش و وظایف موسسه رهبری کننده در عرضه خدمات صحت باروری و مسول صحت باروری
- جلوگیری از خشونت های جنسی، تداوی کلینیکی از انزار تجاوز جنسی
- اقدامات مهم جهت کاهش انتقال اچ ای وی
- اقدامات مهم جهت کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد
- پلان گذاری برای ادغام خدمات جامع صحت باروری در خدمات صحتی اولیه با عادی شدن وضعیت و شرایط
- تهیه مواد مورد نیاز جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی

3 برنامه ریزی

3.1 موسسه رهبری کننده / پیشگام در خدمات صحت باروری و مسول برنامه صحت باروری

از آغاز پاسخدهی در تنظیمات بشری، سکتور صحتی باید یک موسسه را منحیث موسسه رهبری کننده در مورد صحت باروری شناسایی نماید. این موسسه میتواند که یک موسسه بین المللی یا وزارت صحت یا یکی از موسسات ملل متحد باشد. موسسه کاندید شده که دارای ظرفیت کافی جهت اجرای این کار را دارد به زودی یک مسول صحت باروری را حداقل برای 3 ماه استخدام نماید تا حمایت های تخنیک و اجرایی را به سایر شرکاء صحتی شریک ساخته و مطمئن گردد که اولیت های صحت باروری در نظر گرفته شده و پوشش خوبی از خدمات مجموعه حداقل خدمات اساسی بدست آمده است.

جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی مراتب ذیل باید اجرا گردد:

- سکتور صحت یک موسسه رهبری کننده را در مورد صحت باروری شناسایی نماید
- موسسه رهبری کننده صحت باروری یک مسول صحت باروری را استخدام نموده (بکس 4 لایحه وظایف مسول صحت باروری) که در داخل سکتور صحت وظیفه اجرا نموده و مسول صحت باروری توسط موسسه رهبری کننده حمایت گردد تا اینکه اطمینان حاصل گردد که:
 - تمام موسسات صحتی در هر نقطه که فعالیت مینمایند صحت باروری را در اولویت کاری خویش قرار داده اند
 - دایر نمودن جلسات منظم همکاران و شرکای صحت باروری جهت ایجاد و تطبیق درست مجموعه حداقل خدمات اساسی
 - معلومات حاصله از این جلسات باید در جلسات هماهنگی شریک شده و مورد بحث قرار گیرد
 - ارابه حمایت های تخنیک و اجرایی برای همکاران صحتی جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی در تمام نقاط متأثر شده از بحران و واقعات عاجل که شامل:
 - رهنمود دهی و حمایت تخنیک برای تهیه و تدارک مواد مورد نیاز صحت باروری
 - شناسایی افراد ماهر و مجرب جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی

3.2 جلوگیری از خشونت های جنسی و پاسخدهی به نیاز های بازمانده گان چنین خشونت ها

جهت جلوگیری از خشونت های جنسی و پاسخدهی به نیاز های بازمانده گان خشونت های جنسی از آغاز بحران مراتب ذیل در نظر گرفته شود:

- میکانیسم های که نفوس متضرر یا متأثر را از خشونت های جنسی محافظت نماید
- خدمات کلینیکی جهت مراقبت های بازمانده گان تجاوز جنسی
- آگاهی جامعه در مورد موجودیت خدمات برای بازمانده گان تجاوز جنسی

3.2.1 جلوگیری از خشونت های جنسی

خشونت های جنسی د ر بسیاری از تنظیمات بشری راپور داده شده است، حتی در اوقات فاجعه های طبیعی، تمام فعالین در تنظیمات صحتی باید از خطر خشونت های جنسی آگاه بوده و فعالیت های چند سکتوری را جهت جلوگیری از خشونت های جنسی همآهنگ ساخته و نفوس متضرر بخصوص خانم ها و دختران را تحت محافظت قرار دهند.

مسوولین صحت باروری باید موضوع خشونت جنسی را در جلسات همآهنگی صحتی مورد بحث قرار دهند. در همآهنگی با سایر میکانیسم های سکتور صحتی، مسول صحت باروری و کارکنان صحت باروری باید:

- اطمینان حاصل نمایند که زنان، مردان، نوجوانان و اطفال دسترسی به خدمات صحتی بشمول خدمات صحت باروری و جنسی دارند.
- طرح نمودن و موقعیت دادن مرکز صحتی جهت افزایش مصونیت فزینی با مشوره جامعه بخصوص خانم ها و نوجوانان مشوره با عرضه کننده گان خدمات و مریضان در رابطه به مصونیت مرکز صحتی
- قراردادن جداگانه تشناب مردانه و زنانه در مرکز صحتی در یک موقعیت مناسب با داشتن راهروی روشن در هنگام شب و اطمینان از بسته شدن دروازه های تشناب از طرف داخل
- اطمینان حاصل کردن در مورد اینکه تمام لسان های نژادی و قومی کوچک از طریق عرضه کننده گان خدمات نماینده گی گردیده و یا مفسر یا ترجمان موجود است.
- استخدام عرضه کننده خدمات از طبقه اناث، کارکنان صحتی جامعه و کارکنان برنامه ها و ترجمان ها
- آگاه ساختن عرضه کننده گان از مهم بودن تداوم حریمیت و داشتن علایم و پیروی از اصول اخلاقیات در موارد سوء استفاده های جنسی و اخلاقی
- اطمینان حاصل نمودن از موجودیت اصول اخلاقیات و میکانیسم راپور دهی از واقعات سوء استفاده جنسی و اخلاقی توسط پرسونل صحتی و همچنان موجودیت اقدامات اصلاحی جهت تطبیق این کود

بکس 4: لایحه وظایف آفسر صحت باروری

آفسر صحت باروری مسوول حمایت از همکاران و شرکای سکتور صحتی در زمینه تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی و پلانگذاری برای عرضه خدمات جامع صحت باروری میباشد.

نقش آفسر صحت باروری عبارت از:

- همآهنگی، تامین ارتباطات و حمایت از سکتور صحتی و همآهنگ کننده صحتی و اشتراک فعالانه در جلسات همآهنگی صحتی، ارایه معلومات و مطرح نمودن مسایل تخنیک و استراتژییک میباشد.
- حمایت از تدارک مواد و لوازم راجع شده در خدمات صحت باروری
- میزبان جلسات منظم شرکاء و همکاران صحت باروری در سطوح مربوطه (ملی، حوزوی، محلی) جهت حل مشکلات و تطبیق استراتژی مجموعه حداقل خدمات اساسی و تهیه منابع و مواد برای مجموعه حداقل خدمات اساسی میباشد.
- تامین ارتباطات منظم میان تمام سطوح و بازدهی در رابطه به نتایج کلیدی در حل مشکلات (مانند پالیسی ها یا سایر موانع که دسترسی مردم را به خدمات صحت باروری محدود ساخته است) به میکانیسم همآهنگی همه جانبه با سایر سکتور های صحتی شناسایی خلاء ها و جلوگیری از تضاعف فعالیت ها و ساختار های متوازی در مورد خدمات صحت باروری
- تهیه رهنمود های تخنیک و اجرایی در رابطه به تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی و ارایه معلومات مطابق به سویه و سطح شنونده گان در زمان و مکان مناسب (بگونه مثال برای عرضه کننده خدمات، کارکنان صحتی جامعه، کارکنان برنامه ها و نفوس متضرر به شمول نوجوانان).

- تشریح مساعی با سایر سکتور های (محافظة، آب و بهداشت، خدمات اجتماعی، هماهنگ کننده کمپ و غیره) با بیان مشکلات صحت باروری
- حمایت از همکاران صحت جهت تمویل صحت باروری از طریق پروسه پلان گذاری خدمات بشری و در خواست هماهنگی با سکتور صحت

آفسر صحت باروری باید معلومات در موارد ذیل را شناسایی، درک و تهیه نماید:

- اجزای پالیسی ها، قوانین و مقررات کشور میزبان که:
- حمایت کننده خدمات صحت باروری برای نفوس متضرر میباشد
- دسترسی به خدمات صحت باروری را محدود ساخته باشد
- پروتوکول های مربوط وزارت صحت جهت مراقبت های استندرد (پروتوکول ها برای تداوی بازمانده گان تجاوز جنسی، میکانیزم های رجعتدهی در واقعات عاجل ولادی، و زمان پلانگذاری برای خدمات صحت باروری، تداوی سندرومیک انتانات انتقالی مقاربتی و پروتوکول های تنظیم خانواده)

آفسر صحت باروری تحت میکانیزم هماهنگی سکتور صحت و وظیفه اجرا نموده تا معلومات را بدست آورده و مورد استفاده قرار دهد:

- استفاده از چک لست مجموعه حداقل خدمات اساسی جهت نظارت از خدمات، جمع آوری معلومات از خدمات عرضه شده، تحلیل دریافت ها و اجراء مقتضی در مورد خلاء ها و نواقص، جمع آوری یا تخمین نمودن معلومات اساسی نفوس و صحت باروری در مورد نفوس متضرر در جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی و پلان گذاری در زمینه عرضه خدمات صحت باروری جامع (فصل 2 ملاحظه گردد).

3.2.2 پاسخدهی به نیاز های بازمانده گان تجاوز های جنسی

جهت جلوگیری و تداوی از انزار احتمالی تجاوز جنسی، بازمانده گان آن به زودی ممکن بعد از واقعه تجاوز جنسی باید دسترسی به خدمات کلینیکی به شمول مشوره دهی حمایتی داشته باشند.

اطمینان حاصل گردد که چنین خدمات صحتی از آغاز مرحله تنظیمات بشری عرضه میگردد.

بازمانده گان ممکن به حمایت حقوقی و روحی روانی و محافظت نیازمند باشند. به زودی ممکن، حمایت نمودن از پروسه شناسایی نقش و مسوولیت های مشخص همکاران صحتی در میان سکتور صحتی در رابطه به پاسخ به نیاز مندی های بازمانده گان تجاوز جنسی (مانند نیاز های صحتی، محافظتی، مصونیت و خدمات اجتماعی) تا اینکه اطمینان گردد که یک میکانیزم هماهنگی مطابق به خواست نیازمندان و سیستم رجعتدهی برقرار و موجود است. نتیجه این چنین اسناد از پروسه راپوردهی به خشونت های مبتنی به جنس راجع میگردد (فصل 8 ملاحظه گردد).

بکس 5: اساسات رهنمودی د رزمان پاسخدهی به نیاز های بازمانده گان تجاوز جنسی

اساسات رهنمودی ذیل در تمام حالات باید احترام شمرده شده بخصوص توسط تمام همکاران در تنظیمات بشری که مسوول پاسخدهی به نیاز مندی های بازمانده گان میباشد:

مصونیت
 حریمیت
 احترام
 عدم تبعیض

3.2.3 خدمات کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز جنسی

زمانیکه خدمات و تداوی کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز جنسی ایجاد میگردد، آفسر صحت باروری و کارکنان برنامه صحت باروری باید:

- یک محل مطمئن و محرم با احترام به حریم شخصی را جهت مشوره دهی آماده ساخته و این محل باید دارای یک الماری قفل دار برای محفوظ نگهداشتن اسناد باشد.
- پروتوکول های واضح با مواد و وسایل مکفی در اختیار قرار داده شود.
- اسخدام نمودن عرضه کننده گان طبقه انات و ذکور که با زبان های محلی آشنایی کامل داشته، و هرگاه ممکن نباشد مردان و زنان را در بخش ترجمانی آموزش داده شود.
- دخیل ساختن زنان، مردان و دختران جوان در تصمیمی گیری برای دسترسی به خدمات و تعیین یک نام مناسب برای این خدمات
- اطمینان از موجودیت یک میکانیزم رجعتدهی به یک شفاخانه در واقعات عاجل و تهدید به حیات که بصورت 24 ساعته و 7 روز در هفته موجود باشد.
- زمانیکه این خدمات ایجاد گردید، جامعه را از چگونگی، زمان و مکان (به زودی بعد از تجاوز جنسی) ارزیابی چنین خدمات آگاه بسازید. استفاده از طرق ارتباطی مناسب (مانند قابله ها، کارکنان صحتی جامعه، رهبران جامعه، پیام های رادیویی و یا پارچه های معلوماتی در تشناب زنانه)
- اطمینان از اینکه عرضه کننده خدمات دارای مهارت کافی باشد. هرگاه ضرورت باشد باید جلسات آموزشی و انتقال معلومات و برنامه های آموزشی مجدد در رابطه به خدمات کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز جنسی دایر گردد، به شمول مطالب ذیل:

- ارتباطات حمایتی
- اخذ تاریخچه و معاینات
- جمع آوری معلومات مربوط به طب عدلی
- تداوی محرمانه و دوستانه
 - ادویه عاجل ضد حمل
 - تداوی انتانات انتقالی مقاربتی
 - ادویه وقایوی بعد از معروض شدن جهت جلوگیری از انتقال اچ ای وی
 - مراقبت از زخم ها و وقایه تیتانوس
 - وقایه از هیپاتیت بی
 - رجعتدهی جهت اخذ خدمات بیشتر مانند خدمات صحتی، روحی-روانی و اجتماعی

ارتباطات حمایتی

اطمینان گردد که عرضه کننده گان خدمات قادر به عرضه خدمات بشکل محرمانه، و دوستانه جهت حمایت از بازمانده گان از طریق ارتباطات که دقیق، منزع، بدون قضاوت که شامل شنیدن فعالانه از بیانات بازمانده گان نیز باشد، میباشد.

اخذ تاریخچه و معاینات

یک تاریخچه مکمل و معاینات کامل کلینیکی بعد از اینکه بازمانده گان تجاوز جنسی از موضوع کاملاً آگاه شده باشند و رضایت به تمام مراحل داشته باشند، اجرا میگردد. رهنمود های از قبل چاپ شده برای اخذ تاریخچه و معاینات که پروسه های مربوطه را رهنمایی نموده و بصورت دقیق و کامل ثبت گردد.

هدف ابتدایی از اخذ تاریخچه و معاینات عبارت از اینست که مراقبتهای کلینیکی مطابق به نیازمندی های بازمانده گان تجاوز های جنسی عرضه گردد. اخذ تاریخچه و اجرای معاینات بازمانده گان تجاوز جنسی باید در محل زیست شان اجرا گردد. شخص متضرر (مرد یا زن) مطمئن باشد که همه چیز تحت کنترل بوده، نباید در مورد موضوعات ناخوش آیند برای مصدوم صحبت گردیده و هر زمانیکه خواسته باشد میتواند پروسه را توقف دهند، یا حق شخص متضرر (بازمانده تجاوز جنسی) است که تصمیم بگیرد که معاینه اجراء شود یا خیر؟

جمع آوری شواهد عدلی

- نیازهای محلی، عدلی، لابراتواری و مواد راجستر شده کلینیکی در مورد اینکه چی نوع شواهد عدلی باید جمع آوری گردد، تعیین کننده خواهد بود.
- شواهد در جریان معاینات کلینیکی جمع آوری گردد که شخص متضرر شده (بازمانده تجاوز جنسی) به آن رضایت داشته باشد
- حداقل یک یادداشت کتبی دقیق از یافته های کلینیکی در جریان معاینات که در مورد تاریخچه به شمول حالت لباس های وی درج گردد. چارت کلینیکی یک بخش از ریکارد عدلی شمرده شده و میتواند منجیث یک شاهد تقدیم گردد (با رضایت شخص مصدوم) هرگاه واقعه به محکمه راجع گردد، این شواهد و اسناد باید بصورت محرمانه در یک محل محفوظ نگهداری گردد.
- در صورت موجودیت یک مایکروسکوپ، یک عرضه کننده خدمات یا لایرانت سلاید مرطوب شده را جهت معاینه سپرم تحت معاینه قرار دهد که علامه ء ثبوتیه برای اینست که نفوذ آله تناسلی رخ داده است (مانند البسه ها، مواد خارجی، مایع منوی یا خون برای معاینه DNA (دی ان آ) یا ادرار جهت معاینه توکسیکو لوژیک.
- در صورت در خواست شخص مصدوم ، عرضه کننده خدمات تصدیق نامه کلینیکی یا فورم پولیس را ترتیب نموده میتواند. بر اساس قوانین نافذه، این فورمه را میتواند برای طی مراحل عدلی استفاده کند، مثلاً جهت جبران خساره و یا پناهنده گی.

از تمام اسناد دو کاپی گرفته شود که یک کاپی بصورت مصون در مرکز صحتی یا نزد مسوول برنامه نگهداری گردد و کاپی دوم برای شخص مصدوم (بازمانده تجاوز جنسی) در صورت درخواست شان بعد از مشوره دهی کامل و دقیق در مورد خطر خشونت بیشتر در صورت که سند نزدش یافت گردد، تسلیم داده میشود.

شخص مصدوم یگانه فردیست که در مورد زمان و مکان استفاده از تصدیق نامه کلینیکی تصمیم میگیرد.

تداوی محرمانه و دوستانه

تداوی میتواند بدون هرگونه معاینه شروع گردد که مطابق به درخواست شخص مصدوم یا بازمانده تجاوز جنسی باشد. نخست اختلاطات تهدید کننده حیات را تحت درمان قرار داده و در صورت که ایجاب نماید به مراکز صحتی بالاتر راجع گردد.

ادویه عاجل ضد حمل

رژیم تابلیت

1. رژیم واحد با استفاده از لوونورجسترول

1.5 ملی گرام لوونورجسترول به یک دوز واحد (این یک رژیم توصیه شده بوده و دارای تاثیرات بیشتر و عوارض جانبی کمتر میباشد).

یا

2. رژیم ترکیب شده از استروجن – پروجسترون (یوزپی)

یک دوز 100 مایکروگرام از ایتینایل استیرادول به اندازه 0.5 ملی گرام از لوونورجسترول هر چه عاجلتر اخذ گردد و عین دوز 12 ساعت بعد دوباره اخذ گردد.

ادویه عاجل ضد حاملگی

تابلیت های عاجل ضد حمل میتواند باعث جلوگیری از حمل های ناخواسته گردد هرگاه در جریان 120 ساعت (الی 5 روز) تجاوز جنسی اخذ گردد.

دو شکل از رژیم تابلیت های عاجل ضد حمل مورد استفاده قرار گرفته می‌تواند (به بکس فوق مراجعه گردد).

- تداوی با هر یک از رژیم های فوق هرچه عاجلتر بعد از تجاوز جنسی شروع شده زیرا با گذشت زمان موثریت این رژیم ها کمتر می‌گردند. هر دو رژیم فوق الی 72 ساعت بعد از تجاوز جنسی موثر می‌باشند و موثریت آن کمتر می‌گردد هرگاه در جریان 72 الی 120 ساعت بعد از تجاوز جنسی اخذ گردد، با تاخیر بیشتر موثریت آن مطالعه نگردیده است.
- محصولات موجود اند که بشکل اختصاصی برای واقعات عاجل تهیه گردیده اند ، مگر این محصولات در تمام ممالک قابل دسترس نمی‌باشند. هرگاه این بسته های از قبل تهیه شده قابل دسترس نباشد باید تابلیت های معمولی ضد حاملگی مورد استفاده قرار گیرند. (چوکات 1: ملاحظه گردد).
- در مورد استفاده از این تابلیتها و در مورد عوارض جانبی احتمالی شان و در مورد تاثیرات آن بالای عادت ماهوار بعدی باید با فرد مصدوم مشوره دهی صورت گیرد. هرگاه عمل جنسی بعد از اخذ این تابلیتها صورت گیرد، با ادویه عاجل ضد حمل نمیتوان از حمل جلوگیری نماید. تهیه کاندوم جهت استفاده فوری در آینده مد نظر گرفته شود.
- برای شخص مصدوم باید اطلاع داد که در یک تعداد قلیلی از واقعات خطر ناکار بودن (عدم موثریت) این تابلیت ها موجود است. ممکن است عادت ماهوار در زمان متوقعه آن بوقوع برسد و میتواند عادت ماهوار در حدود یک هفته قبل تر یا چند روز بعدتر رخ دهد. هرگاه عادت ماهوار از زمان معیننه آن در حدود یک هفته واقع نگردد، برای خانم باید معاینه یا تست حاملگی اجرا شده و جهت مباحثه در مورد راه های دیگر عاجل و اضطراری باوی بحث گردد. برای شخص مصدوم یا بازمانده تجاوز جنسی باید توضیح گردد که نمایان شدن یک لکه یا مقدار کم خون در صورت استفاده از رژیم لونورجسترومل معمول می‌باشد. این حالت نباید با عادت ماهوار مغالطه گردد.

عوارض جانبی: در حدود 50% از مصرف کننده گان ادویه عاجل ضد حمل دلبدی داشته که با اخذ این تابلیت ها با غذا میتواند سبب کاهش دلبدی گردد.

رژیم واحد لونورجسترومل دارای عوارض جانبی (دلبدی و استفراغ) کمتر به مقایسه رژیم ترکیبی میباشد. هرگاه استفراغ در جریان دو ساعت بعد از اخذ تابلیت رخ بدهد دوز تکرار گردد. در صورت استفراغ شدید تابلیت های عاجل ضد حمل را از طریق مهبلی تجویز نمایید.

احتیاط: تابلیت های عاجل ضد حمل میتواند بطور مصون توسط زنان و دختران استفاده گردد. حتی برای کسانیکه نمیتوانند از روش های هورمونی بصورت مداوم استفاده کنند، قسمیکه دوز های هورمونی نسبتاً کمتر و تابلیت ها برای مدت کوتاه تر تجویز گردد. تابلیت های عاجل ضد حمل ممکن است زمانیکه حمل واقع شده باشد موثر نباشند. این تابلیت ها ممکن است زمانیکه وضح حمل واضح نباشد یا تست حاملگی قابل دسترس نباشد میتواند مورد استفاده قرار گیرند زیرا شواهدی در دست نیست که تابلیت های عاجل ضد حمل برای خانم و یا بالای حمل ضرر آور باشد.

در مورد عدم استطباب بیشتر کلینیکی تابلیت های عاجل ضد حمل معلومات در دست نمی باشد.

چوکات 1: رژیم های عاجل مواد ضد حمل				
رژیم ها	مقدار تابلیت (فی دوز)	نام معمولی برند	دوز اول (تعداد تابلیتها)	دوز دوم 12 ساعت بعد تر (تعداد تابلیت ها)
تنها لونورجسترومل	750 مایکروگرام	لیونول، نور لوو، پلان بی، پوسینور-2، ویکیلا	2	0
	30 مایکرو گرام	میرولوت، میکرووات، نورجستون	50	0
	37.5 مایکروگرام	اوویرت	40	0
ترکیب	ایتینایل استریدول 50 مایکروگرام با لونورجسترومل 250 مایکروگرام	اوجینون 50، فرتیلان، نیوجنون، نورال، نوردیال، اوودن، اورال	2	2

			یا ایتینایل استریدول 50 مایکروگرام با نورجسترون 500 مایکروگرام
4	4	لو/ فیمنتال، مایکروجینون، نوردیت	ایتینایل استریدول 30 مایکروگرام با لوونورجسترون 150 مایکروگرام یا ایتینایل استریدول 30 مایکروگرام با نورجسترون 300 مایکروگرام
(اقتباس از: اشتراک برای مواد ضد حمل عاجل تابلیت های عاجل ضد حمل، رهنمود های طبی و عرضه خدمات، چاپ دوم، واشنگتن، دی سی، 2004)			

تطبیق آله داخل رحمی از مواد سربی یک شیوه مفید و مناسب در واقعات عاجل ضد حمل است، هرگاه مصدومین تجاوز جنسی در جریان 5 روز مراجعه نمایند (و در صورت عدم موجودیت عمل جنسی نامصون در این دوره عادت ماهوار) این طریق میتواند در حدود 99% واقعات حمل پلان ناشده را جلوگیری کند. زمانیکه وقت معین تحیض قابل تخمین باشد (خطر تحیض الی روز هفتم دوره عادت ماهوار کمتر میگردد) خانم مصدوم میتواند آله داخل رحمی سربی را در 5 روز تجاوز جنسی تطبیق کرده طوریکه این آله داخل رحمی اضافه از 5 روز بعد از تحیض تطبیق نه شده باشد.

برای مصدومین تجاوز جنسی باید مشوره های لازم داد تا قادر به تصمیم گیری آگاهانه شوند. یک کارکن ماهر در این مورد با وی مشوره های لازم داده و آله داخل رحمی را تطبیق نماید.

هرگاه یک آله داخل رحمی تطبیق گردید، تداوی کامل انتانات انتقالی مقاربتی طوریکه در ذیل توصیه گردیده است، برایش توصیه گردد. آله داخل رحمی را میتوان در زمان عادت ماهوار بعدی خارج کرد یا جهت جلوگیری از حمل در محل باقی بماند.

تداوی احتمالی برای انتانات انتقالی مقاربتی:

- توصیه انتی بیوتیک جهت تداوی انتانات گونوریا، کلامیدیا و سفلیس. (چوکات 2 و 3 ملاحظه گردد). هرگاه احتمال سایر انتانات انتقالی مقاربتی در ساحه موجود باشد (از قبیل تریکومونیاژس یا شانکروید) باید تداوی احتمالی برای این انتانات نیز توصیه گردد.
- توصیه کورس کوتاه مدت مطابق به پروتوکول موجود که استفاده شان سهل باشد، بگونه مثال: هرگاه شخص مصدوم در جریان 30 روز واقعه مراجعه نموده باشد بمقدار 400 ملی گرام سیفیکزین با 1 گرام ازیترومایسین از طریق فمی برای تداوی احتمالی گونوریا، کلامیدیا و دوره تفریح سفلیس کافی میباشد.
- از موجودیت حمل با عکس العمل مریض به مقابل انتی بیوتیک های مشخص باید معلومات اخذ نمود و مطابق به آن باید تداوی عیار گردد (به چوکات 2 مراجعه گردد).
- رژی های تداوی احتمالی انتانات انتقالی مقاربتی را میتوان به عین دوزی که ادویه عاجل ضد حمل و ادویه وقایه وی بعد از معروض شدن به ای وی آغاز کرد. جهت کاهش عوارض جانبی مانند دلبدی دوز ها را میتوان تقسیم نموده و با غذا یکجا صرف کرد.

- واکسین هیپاتیت بی در جریان 14 روز تجاوز جنسی تطبیق شده مگر اینکه شخص مصدوم به طور کامل واکسین ها را اخذ نموده باشد. بطور کلی سه دوز آن نیاز است که دوز دومی 4 هفته بعد از دوز اولی و دوز سومی 8 هفته بعد از دوز دومی تطبیق گردد.



چوکات 2: پروتوکول های تداوی انتانات انتقالی مقاربتی توصیه شده سازمان صحت جهان برای کاهلان

نوت: اینها مثالهای از تداوی انتانات انتقالی مقاربتی میباشند، ممکن سایر تداوی ها نیز موجود باشند. اکثراً پروتوکول های تداوی محلی را برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی تعقیب نمایید.

تداوی	انتانات انتقالی مقاربتی
سفیکزین 400 ملی گرام فمی به دوز واحد سفتری اکسون 125 ملی گرام داخل وریدی به دوز واحد	گونوریا
ازیترومایسین 1 گرام فمی دوز واحد (این انتی بیوتیک برای سفلیس در دوره تفریح موثر بوده در جریان 30 روز معروض شدن). یا دوکسی سکلین 100 ملی گرام فمی دوبار در روز برای 7 روز (مضاد استتباب در حمل)	انتان کلامیدیا
ازیترومایسین 1 گرام فمی به دوز واحد (این انتی بیوتیک برای سفلیس در دوره تفریح موثر بوده، در جریان 30 روز معروض شدن) یا اریترومایسین 500 ملی گرام فمی، چهار بار در روز برای 7 روز یا اموکسی سیلین 500 ملی گرام فمی سه بار در روز برای 7 روز	انتان کلامیدیا در زمان حاملگی
بنزاتین بنزایل پنسیلین 2.4 میلیون واحد بین المللی داخل عضلی یک بار (به شکل دو زرق در محلات جداگانه تطبیق گردد) یا ازیترومایسین 2 گرام فمی به دوز واحد (برای تداوی سفلیس ابتدایی، ثانوی و معند بیشتر از دو سال) (این انتی بیوتیک همچنان بالای انتانات کلامیدیا موثر میباشد)	سفلیس
ازیترومایسین 2 گرام فمی به دوز واحد (برای تداوی سفلیس ابتدایی، ثانوی و سفلیس معند بیشتر از دو سال) یا دوکسی سکلین 100 ملی گرام فمی دوبار در روز برای 14 روز (درحمل مضاد استتباب دارد) هر دو انتی بیوتیک (ازیترومایسین و دوکسی سکلین) برای انتانات کلامیدیا موثر اند.	سفلیس ، مریض که حساسیت بمقابل پنسلین دارد
ازیترومایسین 2 گرام فمی به دوز واحد (برای تداوی سفلیس ابتدایی، ثانوی و سفلیس معند بیشتر از دو سال) یا اریترومایسین 500 ملی گرام فمی چهار بار در روز برای 14 روز هر دو انتی بیوتیک (ازیترومایسین و دوکسی سکلین) برای انتانات کلامیدیا موثر اند.	سفلیس در زنان حامله که با پنسلین حساسیت دارند

<p>تریگوموناز</p> <p>میترونیدازول 2 گرام فمی به دوز واحد یا تینیدازول 2 گرام فمی به دوز واحد یا میترونیدازول 400 یا 500 ملی گرام فمی دو بار در روز برای 7 روز از استفاده میترونیدازول و تینیدازول در سه ماه اول حمل اجتناب گردد.</p>	
<p>نوت: اگر مصدومین تجاوز جنسی در 30 روز حادثه مراجعه نماید، بنزاتین بنزایل پنسلین میتواند حذف گردد، اگر رژیم تداوی شامل ازیترومایسین 1 گرام به دوز واحد که در مقابل سفلیس موثر است، باشد همچنان برای انتان کلامیدپال نیز موثر میباشد. اگر مصدومین تجاوز جنسی بعد از 30 روز حادثه مراجعه نمود، ازیترومایسین 2 گرام به دوز واحد برای تداوی سفلیس ابتدایی، ثانوی و سفلیس معند بیشتر از دو سال موثر بوده و علاوه بر آن انتانات کلامیدپال را نیز تحت پوشش قرار میدهد.</p>	

چوکات 3: پروتوکول های تداوی انتانات انتقالی مقاربتی توصیه شده سازمان صحتی جهان برای اطفال و نوجوانان		
<p>نوت: اینها مثالهای از تداوی انتانات انتقالی مقاربتی میباشد، ممکن سایر تداوی ها نیز موجود باشد. اکثر پروتوکول های تداوی محلی را که برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی در اطفال مناسب اند تعقیب نمایید.</p>		
انتانات انتقالی مقاربتی	وزن بدن یا سن	تداوی
گونوریا	کمتر از 45 کیلوگرام	سفتری اکسون 125 ملی گرام داخل عضلی به دوز واحد یا سپکتینومایسین 40 ملی گرام / فی کیلو گرام وزن بدن، داخل عضلی (تا حد اعظمی 2 گرام) به دوز واحد یا (اگر اضافه از شش ماهه) سفیگزین 8 ملی گرام / فی کیلو گرام وزن بدن فمی، به دوز واحد
	اضافه از 45 کیلوگرام	مطابق به پروتوکول کاهلان تداوی گردد
انتان کلامیدپال	کمتر از 45 کیلوگرام	ازیترومایسین 20 ملی گرام / کیلو گرام وزن بدن به دوز واحد یا اریترومایسین 50 ملی گرام / کیلو گرام وزن بدن به دوز واحد روزانه ، فمی (به دوز اعظمی 2 گرام) به 4 دوز تقسیم شده برای 7 روز
	بیشتر از 12 سال	تداوی مطابق به پروتوکول کاهلان
سفلیس	بیشتر از 45 کیلو گرام مگر کمتر از 12 سال	اریترومایسین 500 ملی گرام فمی، 4 بار در روز برای 7 روز یا ازیترومایسین 1 گرام به دوز واحد
		بنزاتین پنسلین 50000 واحد بین المللی / کیلو گرام زرق عضلی (دوز اعظمی الی 2.4 میلیون واحد بین المللی) به دوز واحد
سفلیس، مریض که مقابل پنسلین حساسیت دارد		اریترومایسین 50 ملی گرام / کیلو گرام وزن بدن روزانه فمی (دوز اعظمی تا 2 گرام) به 4 دوز تقسیم شده برای 14 روز
تریگومونیاژیس	کمتر از 12 سال	میترونیدازول 5 ملی گرام / کیلو گرام وزن بدن، 3 بار در روز برای 7 روز
	بیشتر از 12 سال	مطابق به پروتوکول تداوی کاهلان
<p>نوت: اگر بازمانده گان تجاوز جنسی در 30 روز حادثه مراجعه نماید، بنزاتین بنزایل پنسلین میتواند حذف گردد، اگر رژیم تداوی شامل ازیترومایسین 1 گرام به دوز واحد که در مقابل سفلیس موثر بوده و همچنان برای انتان کلامیدپال موثر است. اگر بازمانده گان تجاوز جنسی بعد از 30 روز حادثه مراجعه نمود، ازیترومایسین 2 گرام به دوز واحد برای تداوی سفلیس ابتدایی، ثانوی و سفلیس معند بیشتر از دو سال موثر بوده و علاوه بر آن انتانات کلامیدپال را نیز تحت پوشش قرار میدهد.</p>		

تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی جهت وقایه از انتقال اچ ای وی:

احتمال انتقال ویروس اچ ای وی بعد از تجاوز جنسی را میتوان با تطبیق ادویه وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی کاهش داد. این تداوی باید در جریان 72 ساعت معروض شدن به ویروس شروع گردیده و برای 28 روز دوام داده شود. مطالعات نشان دهنده اینست که تطبیق ادویه وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی هرچه عاجلتر شروع گردد به همان اندازه موثریت آن بیشتر خواهد بود.

سازمان صحتی جهان تداوی مشترک 28 روزه را با دو انالوگ نیکلوساید با دوز واحد توصیه میدارد (این رهنمود در حال حاضر قابل تطبیق بوده ، طوریکه یک ساحه فوق العاده در حال تحول است ممکن است تغییر در آن رونما گردد) لطفاً برای اخذ معلومات بیشتر و تازه به www.iawg.net مراجعه گردد.

برای مصدومین تجاوز جنسی

- خطر انتقال اچ ای وی قبل از توصیه ادویه وقایوی بعد از معروض شدن ارزیابی گردد. تاریخچه مکمل از واقعه گرفته شده (بشمول اینکه آیا چندین حمله صورت گرفته یا نه) تجاوز جنسی مهملی یا مقعدی و اشکال جروحات حاصله از نفوذ آله تناسلی.
- توصیه مشوره دهی داوطلبانه و تست اچ ای وی (فصل 10: تست و مشوره دهی داوطلبانه مراجعه گردد) در دو هفته اول بعد از حادثه. با آنکه تست اچ ای وی قبل از توصیه ادویه وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی اجباری نمی باشد.
- توصیه تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به تمام مصدومین حتی برای کسانی که نمی خواهند تست اچ ای وی را اجرا نمایند توصیه گردد. دوز اول تداوی وقایوی بعد از معروض شدن را هرچه عاجلتر تطبیق نموده و تطبیق این تداوی را برای اجرای تست اچ ای وی نباید به تاخیر انداخت.

تداوی وقایوی بعد از معروض شدن را برای اشخاص که اچ ای وی مثبت اند توصیه نگردد. در حالیکه احتمال ضرر نداشته ولی مزایای متوقعه را نیز در قبال ندارد. بازمانده گان که اچ ای وی مثبت اند برای تداوی مراقبت و خدمات اچ ای وی راجع گردند.

چوکات 4: تداوی توصیه شده دو دوا ترکیبی برای تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی در کاهلان

وزن یا سن	تداوی	مقدار توصیه شده	مقدار 28 روزه
کاهل	تابلیت ترکیبی از زیدویدین (300 ملی گرام) و لمویدینو (150 ملی گرام)	1 تابلیت دوبار در روز	60 تابلیت
یا	یا	یا	یا
	زیدویدین 300 ملی گرام	1 تابلیت دو بار در روز	60 تابلیت
یا	یا	یا	یا
	لمویدین 150 ملی گرام	1 تابلیت دو بار در روز	60 تابلیت

چوکات 5: تداوی توصیه شده دو دواى ترکیبى برای تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی در اطفال

وزن یا سن	تداوی	مقدار توصیه شده	مقدار 28 روزه
کمتر از 2 سال به 5-9 کیلو گرام	زیدویدین شربت 10 ملی گرام / ملی لیتر با	7.5 ملی لیتر دو بار در روز با	= 420 ملی لیتر (مانند 5 بوتل 100 ملی لیتر یا 3 بوتل 200 ملی لیتر) با
	لمویدین شربت * 10 ملی گرام / ملی لیتر	2.5 ملی لیتر دو بار در روز	= 140 ملی لیتر (مانند 2 بوتل 100 ملی لیتر یا 1 بوتل 200 ملی لیتره)
10-19 کیلوگرام	زیدویدین 100 ملی گرام کپسول با	1 کپسول سه بار در روز با	90 کپسول با
	لمویدین 150 ملی گرام تابلیت	نیم تابلیت دو بار در روز	30 تابلیت
20-39 کیلوگرام	زیدویدین 100 ملی گرام کپسول با	2 کپسول سه بار در روز با	120 کپسول با
	لمویدین 150 ملی گرام تابلیت	1 تابلیت دو بار در روز	60 تابلیت

یک بوتل شربت را بعد از 15 روز بازکردن دور نمایند.

چوکات 6: تداوی سه ادویه ضد ریترو ویروس در تداوی وقایوی بعد از معروض شدن

یک رژیم حاوی سه ادویه در حالات ذیل توصیه میگردد:

- شخص منبع اچ ای وی مثبت است، اخذ تداوی ضد ریترو ویروس و بداند که اعراض را داشته یا تاریخچه شخصی تایید کننده مقاومت در مقابل تداوی ضد ریترو ویروس باشد.
- یا
- تاریخچه شیوع مقاومت تداوی ضد ریترو ویروس در جامعه بیشتر از 15% است (جایکه این شیوع دانسته شود).

تداوی توصیه شده با سه ادویه		
زیدویدین	+ لمویدین	+ لوپیناوین

تطبیق رژیم سه دوايي ممکن مشکل باشد به مقایسه رژیم دو دوايي، زیرا از باعث عوارض جانبی احتمالی آن، بازمانده یا مصدوم به یک داکتر طبی که دارای تجربه اچ ای وی باشد رجعت داده شود.

از: تداوی بعد از معروض شدن جهت وقایه انتانات اچ ای وی، رهنمود مشترک سازمان صحتی جهان / موسسه بین المللی کارگر برای تداوی بعد از معروض شدن وقایه از انتان اچ ای وی. سازمان صحتی جهان/سازمان بین المللی کار. 2007.

نقاط مهم برای دانستن:

- حمل یک مضاد استطبیب برای دریافت تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی نمی باشد. برای خانم باید تفهیم گردد که تاثیرات ادویه بالای حمل کمتر از 12 هفته تاحال شناسایی نگردیده است.
- در مورد عوارض جانبی معمولی مانند دلبدی، خستگی و علائم چون ریزش باید با مصدوم مشوره صورت گیرد. چنین عوارض جانبی موقتی بوده و با توصیه ادویه جات ضد درد معمولی مانند پاراستمول بهبود می یابند.
- مقدار یک هفته ادویه وقایوی بعد از معروض شدن را برای مصدوم تسلیم نموده و در بازدید های بعدی به مدت 3 هفته ادویه برایش تهیه گردد.
- برای مصدومین که بنا بر هر دلیل دوباره برگشت نموده نمیتوانند، و یا در شرایطی که احتمال بیجا شدن دوامدار و مکرر احتمال داشته باشد بمقدار دوز 28 روزه تسلیم داده مراقبت از جروجات و وقایه تیتانوس

هر جرحه را پاک نگهداشته اطراف یا کناره های جرحه قطع شده و در جریان 24 ساعت خیاطیه (دوخته) شود. جروحات منتن را خیاطیه نکنید. در صورتی که جروحات بزرگ و منتن باشند باید انتی بیوتیک و ادویه ضد درد توصیه گردد. در که موجودیت هرگونه قطع جلدی یا مخاطی، یا مصدوم در مقابل تیتانوس واکسین نه شده باشد یا حالت واکسین تیتانوس نامعلوم باشد در این صورت تیتانوس وقایوی تجویز گردد.

برای مصدوم توصیه گردد تا تمام دوز های واکسین تیتانوس را مکمل نماید (دوز دوم در 4 هفته و دوز سوم در 6 ماه تا یکسال)

رجعتدهی جهت اقدامات بیشتر:

با موافقت و رضایت فرد مصدوم یا مطابق به در خواست وی رجعتدهی به:

- یک شفاخانه در صورت موجودیت واقعات تهدید کننده حیات یا اختلالات که در سطح مرکز صحتی قابل تداوی نباشد
- محافظت و خدمات اجتماعی در صورتیکه مصدوم یک محل مصون بعد از خارج شدن از مرکز صحتی را نداشته باشد.
- مراقبت های مصون سقط در صورتی که سقط کردن قانونی باشد.

ملاحظات جهت مراقبت های مصون سقط در حالیکه استطبیب قانونی آن موجود باشد. در بسیاری از کشور ها اجرای عمل سقط را در صورتی که از باعث تجاوز جنسی به بار آمده مجاز میدانند. مطابق به حالت روانی و فیزیکی خانم سقط کردن اجازه داده میشود. فرد ماهر آموزش دیده میتواند سقط را در سه ماه اول حمل اجرا نماید:

- از طریق خارج کردن محتوی رحم توسط دست الی 12 هفته از آخرین عادت ماهوار یا
- از طریق طبی/تداوی الی 9 هفته از آخرین عادت ماهوار که سازمان صحتی جهان انرا توصیه نموده است. میفپیرستون 200 ملی گرام از طریق فمی و به تعقیب آن میزوپروستول 800 میکروگرام مهبلی در حدود 38-48 ساعت بعد تر. هرگاه میفپیرستون قابل دسترس نباشد، از میزوپروستول 800 میکروگرام مهبلی بصورت واحد هر 12 ساعت الی 3 دوز آن توصیه میگردد. گرچه از شکل مشترک آن با میفپیرستون کمتر موثر میباشد.
- تجویز ادویه ضد درد ایبوپروفین 800 ملی گرام سه مراتبه در روز برای یک روز یا طوریکه ضرورت باشد.
- از خانم خواسته شود تا برای بازدید دوباره یک یا چند مرتبه بعد از 14-10 روز مراجعه نماید. در واقعاتی که حمل موجود باشد باید به خارج کردن محتوی رحم راجع گردد. واقعات سقط نامکمل میتواند توسط یک دوز اضافی میزوپروستول یا با یک پروسه خارج کردن محتوی رحم با دست تداوی گردد.
- در صورتی که شیوه های فوق قابل دسترس نباشند از توسع و تراش یا (D&C) توسط سامان آلات فلزی استفاده میگردد. خارج کردن محتویات رحم با دست سریعتر بوده و نظر به توسع و تراش کمتر خنده میباشد، بناً باید کوشش بیشتر صورت گیرد تا توسع و تراش با شیوه خارج کردن محتویات رحم با دست تعویض گردد.
- خدمات روانی - اجتماعی در صورت امکان با نماینده بخش محافظت و سایر کارکنان اجتماعی مطرح گردیده تا در صورت موجودیت خدمات روانی اجتماعی در تنظیمات بشری معلومات حاصل گردد. این ابتکار عمل میتواند از طریق نفوس متضرر شده، مراکز زنان و سایر گروههای حمایتی صورت گیرد.

ملاحظات ویژه برای اطفال

آفسر صحت باروری باید در مودر سن رضایت دهی مطابق قوانین نافذه آنکشور معلومات و درک کافی داشته باشد، افراد مسلکی (به گونه مثال از بخش پولیس، محکمه، یا خدمات اجتماعی) فرد که بتواند جهت مراقبت های کلینیکی رضایت عدلی/ حقوقی را به هر دو صورت که والدین یا سرپرست طفل مشکوک به تجاوز جنسی باشد و ضروریات راپوردهی اجباری و مراحل آن در هنگام عرضه نمودن خدمات مشکوک گردد ویا در صورت داشتن معلومات از سوء استفاده طفل.

معاینات دیجیتل مهلبی یا مقعدی یا معاینه با سپیکولم نباید در اطفال جوان اجرا گردد. پروتوکول ها نشاندهنده موجودیت و قابل دسترس بودن ادویه به دوز های مناسب آن بطور سهل باشد.

ملاحظات ویژه برای بازمانده گان ذکور

مصدومین ذکور تجاوز های جنسی از باعث شرم، خجالت، مجرم شمردن از باعث مناسبات با همجنس یا فقدان آگاهی و دانستن پرابلم موجود توسط عرضه کننده گان خدمات و مسوولین برنامه ها، کمتر راپور میدهند.

مصدومین ذکور ترضیضات فزیکی و روحی- روانی مشابه به خانم را متقبل شده و باید دسترسی به خدمات را بدون هرگونه تبعیض داشته و باید احترام شوند و این دسترسی شان محرمانه بوده و هرگونه تداوی لازم را باید بدست بیاورند.

3.2.4 آگاهی به جامعه در جهت موجودیت خدمات

استفاده از طرق مناسب ارتباطات (مانند پارچه های معلوماتی، پیغام های رادیویی، جلسات معلومات دهی توسط دایه های محلی و کارکنان صحی) جهت آگاهی دهی برای نفوس متضرر شده در مورد موجودیت خدمات محرمانه و معلومات دهی در مورد دسترسی عاجل مصدومین به این خدمات.

3.3 کاهش انتقال اچ ای وی

بمنظور کاهش دادن خطر انتقال اچ ای وی از آغازین مراحل تنظیمات بشری آفسر صحت باروری باید همکاری نزدیک با سایر کارکنان صحی و شرکاء صحی داشته باشد تا:

- ایجاد نقل الدم مصون و معقول
- اطمینان از تطبیق استندرد های وقایوی
- موجودیت کاندم ها بصورت رایگان

با وجودیکه جزء از مجموعه حد اقل خدمات اساسی نمی باشد ولی مهم پنداشته میشود تا ادویه ضد ریتر و ویروس موجود باشد. برای تداوی افرادی که قبل از واقعه عاجل یا بحران در برنامه تداوی ضد ریتر و ویروس ثبت بودند. به شمول مادرانیکه در برنامه های وقایه انتقال ویروس از مادر به طفل شامل بودند.

3.3.1 نقل الدم مصون

استفاده مصون و معقول خون جهت نقل الدم برای وقایه از انتقال اچ ای وی و سرایت سایر انتانات که از طریق نقل الدم قابل انتقال اند، اساسی و مهم بوده مانند هیپاتیت بی و سی و سفلیس. هرگاه خون ملوث با اچ ای وی نقل الدم گردد انتقال ویروس اچ ای وی به شخص گیرنده خون 100 فیصد میباشد. در صورت عدم موجودیت تسهیلات، مواد و سامان آلات و پرسونل با کیفیت، نقل الدم نباید اجرا گردد.

نقل الدم منطقی شامل:

- نقل الدم صرف در حالات تهدید کننده حیات اجرا گردد و در زمانیکه بدیل دیگری موجود نباشد.
- استفاده ادویه جهت وقایه و کاهش خونریزی فعال مانند اوکسی توسین
- استفاده از معاوضه کننده های خون جهت ارجاع حجم از دست رفته مانند مواد کرسیتلوئید (رینگر لکتید، نارمل سلاین) و یا مواد کولوئید (هیموسل، جیلافیزین) در صورت امکان.

نقل الدم مصون شامل:

- جمع آوری خون صرف از خوندهنده گان (اهداء کننده گان) داوطلب، و بطور رایگان جهت کاهش انتانات انتقالی از طریق نقل الدم و وضع نمودن معیارات شدید برای انتخاب خوندهنده گان
- معاینه تمام خون ها برای نقل الدم حداقل برای اچ ای وی 1-2، هیپاتیت بی و سی و سفلیس. با استفاده از مناسب ترین معاینات، یک معاینه اچ ای وی برای تشخیص حالت اچ ای وی کافی پنداشته نمی شود (فصل 10: اچ ای وی ملاحظه گردد). در جایکه به خدمات مرکز تست و مشوره دهی داوطلبانه رجعت داده نشوند، نتیجه مثبت تست اچ ای وی را به خوندهنده گان فاش نگردد. در اینصورت خون تست شده برای نقل الدم از بین برده شده و استفاده نگردد. ارتباط دادن خدمات نقل الدم با خدمات تست و مشوره دهی داوطلبانه به زودی با ایجاد این خدمات جزء از پاسخدهی جامع شده و خوندهنده گان قبل از تست خون شان به مرکز مشوره دهی و تست داوطلبانه راجع گردند.
- تعیین گروه خون (آ، بی، او) و آر اچ دی، و در صورت امکان اجراء مطابقت خون صورت گیرد.
- صرفاً نقل الدم در زنان که در سنین باروری قرار دارند با نوع مناسب آر اچ دی اجرا گردد.
- اطمینان از اجراء نقل الدم مصون در داخل بستر و دور کردن خریطه خون، سوزن و سرنج ها.
- جهت موجودیت نقل الدم مصون و منطقی، آفسر صحت باروری و مسول برنامه صحت باروری باید با سایر همکاران صحتی کار نمایند تا اینکه:
- شفاخانه رجعتی باید دارای سامان و وسایل کافی جهت نقل الدم مصون و منطقی باشد.
- پرسونل دانش کافی داشته تا بدانند که چگونه به مواد جهت کاهش نیاز به نقل الدم دسترسی حاصل نمایند.
- خوندهنده گان مصون استخدام گردند. این خوندهنده گان از طریق سوالنامه برای اهداء خون انتخاب گردند. با ارایه معلومات واضح برای ایشان در مورد ضروریات برای مصونیت خون. استخدام داوطلبانه اهدا کننده گان خون و هیچ گاهی از پرسونل در خواست نگردد تا خون را اهدا نمایند.
- مراحل اجرایی استندرد برای نقل الدم موجود باشد. این مراحل یک بخش مهم از سیستم کیفیتی در هر موسسه بشمار رفته و در جهت تداوم در اجراء فعالیت ها اطمینان گردد. تطبیق مراحل اجرایی استندرد برای تمام کارکنان که مصروف اجراء نقل الدم اند، اجباری باشد. کاپی های از مراحل اجرایی استندرد در محلات مرکزی نصب گردیده و علاوه بر جایکه هر مرحله اجراء میگردد نیز نصب گردد که بطور سهل قابل دسترس باشد.
- مسولیت برای تصمیم گیری جهت نقل الدم باید تعیین گردیده و کارکنان صحتی باید حسابده باشند.
- کارکنان در مورد پروتوکول ها آگاهی داشته و مراحل را در تمام اوقات تعقیب نموده تا از نقل الدم مصون در بستر اطمینان حاصل گردد.
- محصولات ضایع شده مانند خریطه های خون، سوزنها و سرنج ها بطور مصون از بین برده شود.
- محلات که در آن تست و نقل الدم صورت میگیرد باید روشنایی کافی داشته تا از بروز هرگونه اشتباه در اجراء نقل الدم در هنگام شب یا تاریکی تا حد امکان جلوگیری گردد.

3.3.2 احتیاط های لازمی و استندرد

عبارت از اقداماتی اند که جهت کنترل انتان برای کاهش خطر از انتقال انتانات که از طریق خون انتقال مینمایند و یا سایر مایعات عضویت میان مریضان و کارکنان صحتی به میان می آید کنترل گردد. تحت اساسات احتیاطی استندرد، خون و تمام مایعات بدن منتن تلقی میگردد، بدون در نظر داشت حالت معلوم یا مشکوک شخص. احتیاط های استندرد از انتشار انتانات از قبیل اچ ای وی، هیپاتیت بی - سی و سایر انتانات در مرکز صحتی جلوگیری کرده میتواند.

در تنظیمات بشری ممکن کمبود مواد و وسایل و زیربنا صحتی با افزایش فشار کاری موجود باشد. کارکنان که در سکتور صحت ایفای وظیفه مینمایند بعضاً از طرق کوتاه استفاده نمایند که مصونیت مریضان و کارکنان را به خطر مواجه می سازد بناً مراعات کردن استندرد های احتیاطی باید محترم شمرده شود. ارزیابی های منظم میتواند خطر معروض شدن به انتانات در محل کار را کاهش دهد.

در مورد استندرد های احتیاطی در هنگام اولین جلسه هماهنگی تاکید گردد.

استندرد های احتیاطی عبارتند از:

- **شستن مکرر دستان:** شستن دستان با صابون و آب قبل و بعد از هر تماس با مریض، تسهیلات ضروری را جهت شستن دستان در مرکز صحتی آماده سازید.
- **پوشیدن دست کش:** پوشیدن دست کش های غیر معقم یکبار مصرف در تمام فعالیت های که احتمال تماس با خون و یا سایر مواد منتن موجود باشد. شستن دستان قبل از پوشیدن دست کش و بعد از کشیدن آن. دست کش را بعد از استفاده نمودن بصورت فوری از بین ببرید. کارکنان که با مواد و سامان آلات تیز و برنده سرو کار دارند از دست کش های مقاوم استفاده نمایند تا یک مانعه مناسب برای نفوذ مواد و جلوگیری کننده از آلات برنده باشد. در مورد موجودیت کافی مواد و سامان آلات ضروری اطمینان حاصل شود. هیچگاهی دست کش های یکبار مصرف را تعقیم و یا برای بار ثانی مورد استفاده قرار ندهید زیرا سوراخ سوراخ میگردد.
- **پوشیدن لباس محافظی:** مانند چین های که آب از آن نفوذ کرده نمی تواند در محلات که خون یا سایر مایعات عضویت ممکن است بپاشد. پوشیدن ماسک یا محافظه کننده چشم برای کارکنان که امکان مواجه شدن با مقدار زیاد خون با آنها محتمل است.

روش مصون استفاده از اشیاء تیز و برنده:

- کاهش نیاز استفاده از سوزنها و سرنج ها
- استفاده از سرنج معقم یکبار مصرف در هر زرق
- ایجاد محل کاری جایکه که زرقیات در آن اجرا میگردد با کاهش دادن خطر جروحات
- استفاده از امپول های یک دوزه / دوز واحد نسبت به چند دوز. هرگاه امپول چند دوز مورد استفاده قرار میگیرد در اینصورت نباید سوزن در داخل امپول گذاشته شود. زمانیکه امپول چند دوزه باز گردید باید در داخل یخچال نگهداری گردد.
- سرپوش سوزن را دوباره بالای سوزن نگذارید.
- مریضان را بصورت درست و مناسب موقعیت داده و آگاهی دهید.
- قراردادن سوزنها و اشیاء تیز در بکس های مصون که در مقابل سوراخ شدن مقاومت داشته و حاوی محلول ضد میکروب باشد. در موجودیت بکس های که در مقابل سوراخ شدن مقاوم اند از قبل اطمینان حاصل گردیده ، نزدیک و قابل دست رس باشند و از اطفال دور نگهداشته شوند. اشیاء تیز و برنده هیچگاهی در جعبه ها و خریطه های معمولی قرار داده نشوند.

دور نمودن مواد ضایع شده

سوختاندن تمام ضایعات طبی در یک محل جداگانه ترجیحاً در محوطه مرکز صحتی دفن شوند. موادی که هنوز هم احتمال خطر و تهدیدشان موجود است مانند اشیاء تیز و برنده در یک چاه پوشیده که حد اقل 10 متر از منبع آب دور باشد قرار داده شود.

طی مراحل سامان آلات:

مراحل قابل تطبیق برای سامان آلات قرار ذیل است:

1. ضد عفونی کردن جهت از بین بردن ویروس ها (ویروس اچ ای وی و هپاتیت بی) و مصون ساختن اشیاء جهت استفاده شان.
2. پاک کردن سامان آلات قبل از سترلیزیشن با مواد قوی ضد عفونی (اچ ال دی) جهت برطرف نمودن پارچه های کوچک از آنها.

3. سترالیزیشن (دور نمودن تمام میکروبها) از سامان آلات تا خطر میکروبی شدن را در جریان اجرای عملیه ها کاهش دهد. اچ ال دی (مواد قوی ضد عفونی) از طریق جوش دادن، یا گذاشتن در محلول کلورین ممکن سپور ها را از بین نبرد.
4. استفاده یا نگهداری مناسب اشیاء بعد از تعقیب شان.

نگهداری منزل: پاک کردن قطرات خون یا سایر مایعات عضویت بصورت آبی و فوری با احتیاط کامل.

ایجاد و تطبیق پالیسی ها در محل کار در جهت معروض شدن در جریان کار

با وجود ایجاد و تطبیق استندرد های احتیاطی، ممکن معروض شدن به اچ ای وی در جریان کار محتمل باشد. از موجودیت ادویه و قیابوی بعد از معروض شدن به اچ ای وی در سکتور صحت اطمینان داشته باشید. بطور یک مجموعه که باعث کاهش معروض شدن کارکنان در جریان اجرای خدمات گردد. اقدامات کمک های اولیه در محلات مناسب (بکس 7 ملاحظه گردد) و آگاهی دهی به تمام کارکنان تا چگونه به اینوع خدمات دسترسی پیدا کنند. زمانیکه در جریان کار معروض شدن باید:

- حریمیت را در تمام اوقات تداوم نمایند.
- از موجودیت احتمالی خطر انتقال اچ ای وی در جریان اجراء کار ارزیابی صورت گیرد: نوع معروض شدن (جروحات جلدی، ترشحات غشای مخاطی و غیره) نوع مواد معروض شده (خون، سایر مایعات عضویت و غیره) و احتمال انتقال اچ ای وی از مصابین این ویروس
- با مریض که مصاب اچ ای وی است مشوره دهی در مورد تست کردن اچ ای وی و اجرای تست اچ ای وی در صورت رضایتش صورت گیرد.
- برای کارکنان معروض شده مشوره دهی در مورد استطبایات معروض شدن صورت گرفته، ضرورت به تداوی و قیابوی بعد از معروض شدن، چگونه اخذ و در صورت بروز عوارض جانبی چی باید کرد، برای شان معلومات داده شود.
- بعد از اخذ رضایت آگاهانه کارکن صحی تاریخچه طبی، یک معاینه اخذ گردیده و توصیه برای تست و مشوره دهی داوطلبانه ارایه گردد. تداوی و قیابوی بعد از معروض شدن مشابه به تداوی برای بازمانده گان خشونت و سوء استفاده جنسی میباشد (چوکات 4: ملاحظه گردد). تست اچ ای وی قبل از تداوی و قیابوی بعد از معروض شدن ضرورت نمیباشد.
- در مورد کاهش خطرات از طریق بررسی نتایج واقعه برای کارکن صحی معروض شده تعلیمات لازم داده شود و برایش توصیه گردد که از کاندن تا سه ماه استفاده نماید تا از انتقال ثانوی جلوگیری شده باشد.
- در سه تا شش ماه بعد از معروض شدن برای کارکن معروض شده تست و مشوره دهی داوطلبانه ادایه گردد، اگر کارکن معروض شده، تداوی و قیابوی بعد از معروض شدن را اخذ کرده باشد یا خیر؟
- راپور واقعه را کامل نمایید. جهت تامین از تطبیق استندرد های احتیاطی، آفسر صحت باروری و مسول برنامه صحت باروری باید با سایر همکاران و شرکاء صحی کار نماید و:
 - اطمینان حاصل گردد که استندرد های احتیاطی د رهر مرکز صحی نصب گردیده و سوپروایزران از تطبیق آن به طور جدی بازرسی نماید.
 - جلسات معلومات دهی و آگاهی دهی داخل خدمت از این استندرد ها برای کارکنان صحی و سایر کارکنان در جایکه ضرورت است دایر گردد.
 - سیستم های سوپروایزری را ایجاد نمایید از قبیل: چک لست ساده تا از تطبیق این استندرد ها اطمینان حاصل گردد.
 - کمک های اولیه در صورت بروز معروض شدن در جریان کار در دیوار ها نصب گردیده و کارکنان از آن آگاهی داشته و بدانند به کجا راپور داد و تداوی و قیابوی بعد از معروض شدن را در صورت نیاز از کجا بدست آورد.
 - راپور واقعات معروض شدن درجریان اجرای کار را بصورت منظم بررسی نموده تا در مورد زمان و چگونه معروض شدن مصمم گردیده و کمبودی های مصونیت و نگرانی در آن مورد را تحت شناسایی قرار داده شده و اقدامات احتمالی و مقتضی اخذ گردد.



بکس 7: کمک های اولیه

معروش شدن در جریان اجرای کار: کمک های اولیه
جروحات از باعث سوزن های مستعمل، سامان آلات برنده و تیز و قطع جلدی

- فشار یا مالش ندادن
- شستن بصورت آبی با استفاده از صابون، و یا محلول کلو هیگزیدین گلوکونات
- از محلولات قوی استفاده نگردد: بلیچ یا آیودین موجب خراشیده گی جروحات میگردد

پاشیدن خون یا سایر مایعات عضویت بالای جلد قطع ناشده:

- ساحه بصورت آبی شست و شو گردد. ضد عفونی قوی استفاده نگردد.

پاشیدن خون یا مایعات عضویت به چشم:

- چشم معروض شده بصورت آبی و فوری با آب یا نارمل سلاین شستو شو گردد.
- سر را به عقب کشاده و همکار تان آب یا نارمل سلاین را به چشم تان بچکاند.
- از صابون یا مواد ضد عفونی در چشم استفاده نگردد.

پاشیدن خون یا مایعات عضویت در دهن

- مایع را بصورت آبی و فوری به خارج از دهن بیاندازید (تف نمایید).
- دهن را با آب یا نارمل سلاین بصورت دقیق بشویید. این عمل را چند بار تکرار نمایید.
- از صابون یا مواد ضد عفونی در دهن استفاده نگردد. واقعه را راپور داده (نام را اینجا بنویسید) و در صورت استنطباب تداوی و قایوی بعد از معروض شدن را تطبیق نمایید.

3.3.3 موجودیت کاندم را رایگان سازید

کاندم ها میتود اساسی محافظتی جهت وقایه انتقال اچ ای وی و سایر انتانات انتقالی جنسی میباشد، بآنکه هر فرد در مورد آن آگاهی نمیداشته باشد. در بسیاری از جوامع بعضی از مردم از آن استفاده مینمایند. از موجودیت کاندم های مردانه و زنانه در نخستین روز های پاسخدهی به تنظیمات بشری اطمینان حاصل گردیده و مقدار اضافی از کاندم های مردانه و زنانه با کیفیت خوب را بصورت عاجل هدایت داده شود.

بکس 8: تهیه کاندم ها

- اطمینان حاصل گردد که آفسر تدارکات مسول خریداری مقدار زیاد از کاندم را برای واقعات عاجل با علاوه نمودن یک تصدیق نامه با زبان مربوطه در تمام خریداری ها که نشاندهنده این باشد که کاندم در یک لابراتوار مستقل بخش در بخش کنترل کیفیت گردیده است.
- موسسات با تجربه محدود در تدارکات کاندم میتوانند از طریق UNFPA تدارک نمایند. این موسسه میتواند بصورت عاجل مقدار کافی و زیاد کاندم با کیفیت خوب را تدارک نماید، منیث بخشی از کیت صحت باروری بین سازمانی در ساحه تهیه نماید (پاراگراف 3.5 مراجعه گردد).
- کاندم های مردانه را در کیت 1 بخش (آ) صحت باروری بین سازمان جایجا کرده کاندم های زنانه را در کیت 1 بخش (ب) جایجا سازید. این کیت ها حاوی مقدار کافی کاندم بوده تا نیازمندی های در حدود 10000 نفوس را برای 3 ماه بر آورده بسازد (محاسبه ذیلرا ملاحظه نمایید). پارچه های معلوماتی توضیح کننده استفاده مناسب از کاندم های مردانه و زنانه نیز به آن علاوه گردد.

محاسبه تهیه کاندم برای 10000 نفوس برای 3 ماه

کاندم مردانه	کاندم زنانه
فرضیه:	فرضیه:
20% نفوس را مردان که از نظر جنسی فعال اند تشکیل میدهد	25% نفوس را زنان که از نظر جنسی فعال اند تشکیل میدهد.
بنأ	بنأ
مرد $2000 = 10000 \times 0.2$	خانم $2500 + 10000 \times 25\%$
فرضیه:	فرضیه:
205 این مردان از کاندم استفاده مینمایند	1% این خانم ها از کاندم استفاده مینمایند.
بنأ	بنأ
استفاده کننده $400 = 2000 \times 20\%$	استفاده کننده $25 = 2500 \times 1\%$
فرضیه:	فرضیه:
هر استفاده کننده در فی ماه به 12 کاندم نیاز دارد.	هر استفاده کننده در فی ماه به 6 کاندم نیاز دارد
بنأ	بنأ
کاندم مردانه $14400 = 400 \times 12 \times 3$	کاندم زنانه $250 = 25 \times 6 \times 3$
فرضیه:	فرضیه:

20% ضایعات (90 کاندم زنانه) بناً	20% ضایعات (2880 کاندم مردانه) بناً
540 = 90 + 450 (یا بشکل ناخالص 3.8)	17280 = 2880 + 14400 (یا بشکل ناخالص 120)

تهیه کاندم مطابق به در خواست و اطمینان از اینکه مقدار کافی کاندم در تمام مراکز صحتی موجود بوده و در محلات خصوصی قابل دسترس باشد مانند تشناب ها در جامعه، در رستوران ها، در نقاط که توزیع کننده مواد غیر غذایی در مراکز جوانان و جامعه، تهیه گردد. با کارکنان محلی در مورد چگونگی دستیاب شدن کاندم در موجودیت حساسیت های فرهنگی مشوره گردد. بخصوص برای اروپ های که در معرض خطر بیشتر قرار دارند مانند افرادی که عمل جنسی را در مقابل پول انجام میدهند و مراجعین شان، مردانی که با مردان روابط جنسی دارند، معتادین زرقی مواد مخدره و مردمان جوان. نوجوانان جهت شناسایی محلات مناسب که همقطاران شان در آنجا قرار دارند ممکن کمک کننده باشند. از موجودیت کاندم در محلات هم جوار کارکنان موسسات، کارکنان خدمات و دربیوران اهداء کننده کمک ها نیز اطمینان حاصل گردد. استعمال کاندم در محل توزیع آن باید بصورت منظم نظارت گردد (در جایکه نیاز باشد ذخیره گردد).

3.4 جلوگیری از تزاید مرگ و میر مادر و نوزاد

اولویت در فعالیت های جلوگیری کننده از تزاید مرگ و میر مادر و نوزاد عبارتند از:

- از موجودیت مراقبت های عاجل ولادی و خدمات مراقبتی برای نوزادان اطمینان حاصل گردد که این خدمات شامل
 - در سطح مرکز صحتی: موجودیت فرد ماهر ولادی و مواد کافی برای ولادت نارمل و تداوی اختلالات ولادی و نوزاد
 - در سطح شفاخانه رجعتی: کارکنان ماهر طبی و مواد کافی برای تداوی واقعات عاجل ولادی و نوزاد
- ایجاد یک سیستم رجعتی جهت تسهیل نمودن انتقال و ارتباطات از جامعه الی مرکز صحتی و میان مرکز صحتی و شفاخانه رجعتی.
- تهیه کیت پاک ولادی برای خانم های که حمل شان آشکار شده و دایه ها تا ولادت مصون و پاک را در منزل ترویج نمایند، در صورت که دسترسی به مرکز صحتی ممکن پذیر نباشد.

بکس 9: مراقبت های اساسی و جامعه ولادی و مراقبت نوزاد

- موجودیت مراقبت های اساسی و ولادی و مراقبت های نوزاد در تمام مراکز صحتی، بدین معنی که کارکنان دارای مهارت کافی بوده و منابع کافی در دسترس شان قرار داشته باشد. تا
- انتی بیوتیک زرقی
- ادویه تونیک رحمی زرقی (اکسی توسین)
- ادویه ضد اختلاج زرقی (مگنیزیم سلفیت)
- خارج کردن محتویات باقی مانده رحم با دست یا با استفاده از روش های مناسب
- اجرای خارج کردن پلاستنا با دست
- کمک در ولادت های مهلی (ولادت با واکيوم یا فورسپس)
- احیای مجدد مادر و نوزاد
- اطمینان از موجودیت مراقبت های جامع ولادی و مراقبت های نوزاد در شفاخانه، بدین معنی که کارکنان ماهر موجود و منابع جهت حمایت از تمام مداخلات فوق قابل دسترس باشند و همچنان از:
- اجرای عمل جراحی تحت انسئیزی عمومی (ولادت سیزارین یا لاپراسکوپ)

• تهیه نقل الدم مصون و معقول

(فصل 6: جهت معلومات اضافی ملاحظه گردد)

3.4.1 از موجودیت خدمات عاجل ولادی و خدمات مراقبت های نوزاد اطمینان حاصل گردد:

مطابق به شاخص های مرحلوی ملل متحد در مورد خدمات ولادی عاجل در حدود 15% از خانم ممکن است اختلالات تهدید کننده حیات را در جریان حمل یا در زمان ولادت بوقوع برسد و در حدود 15-5% تمام ولادت ها نیز به عملیات سیزارین نیاز داشته باشند.

سازمان صحتی جهان تخمین نموده که 15-9% از نوزادان نیاز به مراقبت های عاجل جهت مصونیت حیات داشته باشند. جهت جلوگیری از مرگ و میر مادران و نوزادان از اختلالات، آفسر صحت باروری باید مطمئن گردند تا خدمات اساسی و جامع ولادی بطور 24 ساعته و هفت روز در هفته قابل دسترس میباشد (بکس 9 ملاحظه گردد).

مراقبت های اساسی ولادی و مراقبت های نوزاد در حالیکه موجودیت فرد ماهر ولادی در هر مرکز صحتی مناسب پنداشته میشود و میتوانند که باعث کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان از سبب حمل و ولادت گردد. در آغاز یک پاسخدهی بشری ممکن است قابل دید نباشد با انهم در یک حد قلیل در هر مرکز صحتی موجودیت مراقبت های اساسی ولادی و مراقبت های نوزاد (طوریکه در بکس 9 خلاصه گردیده است) همچنان ظرفیت جهت راجع ساختن به شفاخانه در صورت ضرورت، باید طور 24 ساعته و هفت روز در هفته محیا و موجود باشد.

میان 15% از خانم ها با اختلالات ولادی تهدید کننده حیات پرابلم های معمول عبارتند از: خونریزی شدید، انتانات، اکلامسیا و حمل انسدادی. تقریباً دو بر سه واقعات مرگ نوزادان در 28 روز اول حیات شان رخ میدهد. اکثریت این واقعات مرگ نوزادان قابل پیشگیری و جلوگیری است که میتواند توسط موجودیت مراقبت های اساسی که توسط کارکنان مراقبت های صحتی مادران یا سایر اعضای جامعه اجرا گردد. در حدود 5 تا 10% از نوزادان بصورت بنفسهی در زمان ولادت تنفس نمی کنند و نیاز به تنبه دارند و تقریباً نصف از آنهایکه مشکلات نفس کشیدن دارند نیاز به احیای مجدد دارند. دلایل مهم در عدم کفایه نفس کشیدن شامل ولادت قبل المعیاد و واقعات حاد داخل رحمی از باعث عدم موجودیت اکسیجن شدید میباشد.

جهت جلوگیری و تداوی این اختلالات:

- تهیه سامان آلات و ادویه برای قابله ها و سایر افراد ماهر ولادی تا به اختلالات بگونه مناسب معامله نماید، قبل از انتقال خانم به شفاخانه وضعیت شانرا به حالت ثابت در آورد.
- اطمینان حاصل گردد که فرد ماهر ولادی شایستگی اجرای مراقبت های عاجل و نارمل نوزاد را داشته باشد که شامل
 - تنبه نفس کشیدن
 - احیای مجدد
 - محافظت حرارتی (به تعویق انداختن حمام کردن، خشک کردن تماس جلد به جلد)
 - وقایه از انتانات (پاک کردن، قطع نمودن پاک حبل سروی و مراقبت آن، مراقبت چشم).
 - تغذی با شیر مادر بصورت آنی بعد از ولادت و انحصاری
 - تداوی امراض نوزادان و مراقبت از نوزادان قبل المعیاد و کم وزن

تهیه مواد جهت حمایت از مراقبت های اساسی ولادی و مراقبت نوزاد شامل ساخته شده ودر کیت صحت باروری بین سازمانی (پاراگراف 3.5 مطالعه گردد) مواد احیای مجدد در کیت 6 صحت باروری بین سازمانی موجود باشد. هنگامیکه مواد از منابع دیگر تهیه گردد، اطمینان گردد که مجموعه قابله ایی شامل مواد احیای مجدد نوزاد باشد.

مراقبت های جامع ولادی و مراقبت نوزاد

در صورت امکان حمایت از شفاخانه های کشور میزبان با موجودیت کارکنان ماهر، زیربنا ها، سامان آلات طبی شامل ادویه جات و سامان آلات جراحی در صورت نیاز به مراقبت های جامع ولادی و مراقبت نوزاد (بکس 9 ملاحظه گردد)، در صورت که از سبب

موقعیت شفاخانه کشور میزبان امکان پذیر نباشد یا قادر به برآورده ساختن نیازمندی ها نباشد، آفسر صحت باروری با سکتور صحت و موسسه همکاری در جهت ایجاد یک شفاخانه رجعتی نزدیک به نفوس متضرر را نماید.

3.4.2 ایجاد یک سیستم رجعتی جهت تداوی واقعات عاجل ولادی و طفل نوزاد:

با سکتور صحت و افراد با صلاحیت کشور میزبان در مورد ایجاد یک سیستم رجعتی در صورت امکان در تنظیمات بشری هم آهنگی گردد (به شمول وسایل ارتباطات و ترانسپورت). چنین سیستم رجعتی باید تداوی اختلالات ولادی و نوزاد را حمایت نموده و 24 ساعت در روز و هفت روز در هفته فعال باشد. باید اطمینان حاصل گردد که خانم ها- دختران و نوزادان که به مراقبت های عاجل نیاز دارند از جامعه به مرکز صحتی جایکه خدمات عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد موجود است راجع میگردند.

مریضانیکه اختلالات ولادی شان و واقعات عاجل نوزاد در مرکز صحتی تداوی نگرند، باید مریض به حالت ثابت قرار داده شده و به یک شفاخانه با مراقبت های جامع ولادی انتقال داده شوند.

- مصمم گردید که پالیسی ها، مراحل و عملکردهای که در مراکز صحتی و شفاخانه اجرا میگردند، رجعتی موثر را تامین نموده میتوانند.
- از فاصله میان جامعه متضرر شده و مراکز صحتی فعال یا شفاخانه مصمم گردیده و علاوه از موجودیت انتقال جهت رجعت دهی آگاهی داشته باشید.
- پروتوکول ها را در تمام مراکز صحتی در مورد زمان، مکان و چگونگی رجعت مریضان به مرکز دیگر جهت دریافت مراقبت های لازمی که اختلالات عاجل ولادی دارند .
- جامعه را در مورد اینکه چی وقت و در کجا مراقبت های عاجل را برای اختلالات حمل و ولادت به زودی ممکن دریافت نمایند آگاهی دهید. رهبران جامعه و دایه های محلی را ملاقات نموده و آگاهی دهید تا اوراق تبلیغاتی مصور را توزیع نموده و یا سایر روش های ابتکاری را جهت معلومات دهی، تعلیمات و ارتباطات در نظر بگیرند.
- بدون دسترسی به مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد، خانم ها و نوزادان بدون مقصد از بین خواهند رفت بناً بسیار زیاد مهم است تا در مورد دسترسی به شفاخانه رجعتی با ایشان بحث گردد. در جایکه خدمات رجعتی 24 ساعت در روز و هفت روز در هفته امکان پذیر نباشد، موجودیت کارکنان ماهر در تمام اوقات در مرکز صحتی جهت عرضه خدمات مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد ضروری پنداشته میشود. (پاراگراف 3.4 ملاحظه گردد) در این حالت ، ایجاد یک سیستم ارتباطی از قبیل استفاده از رادیو و موبایل، تا با کارکنان متخصص و با مهارت بیشتر جهت رهنمایی های طبی تماس گرفته شود، ضروری پنداشته میشود.

بکس 10: تشویق ولادت در مرکز صحتی

این مهم است تا تاکید گردد در جایکه مراکز صحتی با افراد ماهر ولادی و سامان الات و مواد کافی موجود باشد به تمام خانم ها بیان شود تا این کلنیکى ها در محل شان قرار داشته و تشویق شوند تا در آنجا ولادت نمایند. این معلومات را میتوان در زمان توزیع کیت پاک ولادی به خانم ارایه نمود و میتواند توسط ارتباطات از طریق جامعه نیز برای خانم ارایه گردد.

3.4.3 کیت های پاک ولادی

در تمام تنظیمات بشری خانم ها و دختران که در مراحل اخیر حمل قرار دارند و در حالات بحرانی یا واقعات عاجل. در شروع پاسخدهی های بشری، ولادت ها در خارج از مراکز صحتی بدون همکاری افراد ماهر ولادی صورت میگیرد.

کیت های پاک ولادی را برای تمام خانم های حامله که حمل شان قابل دید شده باشد جهت تشویق شان برای ولادت مصون و پاک در منزل جایکه دسترسی به مراکز صحتی امکان پذیر نباشد توزیع گردد. این توزیع را میتوان در محل ثبت و راجستر نیز اجرا نمود. در جایکه ولادت ها توسط دایه های محلی اجراء میگردند برای شان کیت های پاک ولادی و سایر مواد اضافی ابتدایی تهیه گردد . دایه های محلی را با مراکز صحتی که دارای افراد ماهر ولادی اند ارتباط داده جایکه دایه های محلی بتوانند مواد خویشرا ثبت و دوباره به

دست بیاورند. این قدم نخست در ادغام نمودن دایه های محلی با برنامه جامع صحت باروری جایکه آنها قادر اند تا نقش میانجی را میان فامیل ها، جامعه و افراد با صلاحیت محلی و خدمات صحت باروری قرار دارند. (فصل 6: صحت مادر و نوزاد ملاحظه گردد).

بکس 11: مجموعه پاک ولادی

این کیت حاوی مواد بسیار اساسی میباشد:

- یک پارچه پلاستیکی (برای خانم تا بالای آن ولادت نماید)
- یک صابون
- یک جوره دست کش
- یک پل پاک (جدید و پوشیده با کاغذ اصلی اش) برای قطع کردن حبل سروی)
- سه پارچه تار (برای بسته نمودن حبل سروی)
- دو توته تکه کتان (یکی برای پاک کردن نوزاد و دومی برای گرم کردن نوزاد)
- پارچه معلوماتی و توضیحی با عکس های آن

کیت های پاک ولادی و مواد برای دایه های محلی را میتوان از طریق UNFPA تهیه نمود (کیت صحت باروری بین سازمانی 2 آ ب - پاراگراف 3.5 ملاحظه گردد) چون این مواد به آسانی در بازار های محلی قابل دریافت اند و تاریخ شان ختم نمی گردد. بناً میتواند این کیت ها را در ساحه تهیه دید و در جایکه نیاز عاجل به آنها نباشد منحصراً اقدام آماده گی آنها را ذخیره نموده و ممکن است با موسسات غیر حکومتی محلی قرارداد نمودن این کیت ها را تهیه نموده که از این طریق زمینه ایجاد یک پروژه در آمد را برای زنان محل فراهم سازند.

3.5 تهیه مواد مورد نیاز جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی

جهت تطبیق اجزای مجموعه حداقل خدمات اساسی (عرضه مراقبت های کلینیکی برای مصدومین تجاوز های جنسی، کاهش انتقال اچ ای وی ، جلوگیری از افزایش مرگ و میر مادر و نوزاد) گروپ کاری بین سازمانی صحت باروری در حالات بحران کیت های را ترتیب نموده اند که حاوی ادویه جات و مواد به هدف تسهیل دادن تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی میباشد: کیت های صحت باروری بین سازمانی. کیت های صحت باروری متمم کیت صحتی عاجل بین سازمانی 2006 که یک کیت استندرد عاجل صحتی حاوی ادویه اساسی، سامان و مواد برای اجرای خدمات مراقبت های صحتی اولیه میباشد. در تنظیمات بشری این کیت اکثراً بطور عاجل قابل دسترس قرار گرفته با وجودیکه حاوی یک کیت قابله گی نیز میباشد، تابلیت های عاجل ضد حمل ، تداوی وقایوی بعد از معروض شدن جهت وقایه انتقال اچ ای وی به تعقیب تجاوز جنسی و مواد برای تامین استندردهای احتیاطی. کیت فوق حاوی تمامی مواد مورد نیاز جهت تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی نمی باشد.

کیت های صحت باروری برای استفاده در مرحله شروع پاسخدهی بشری تهیه گردیده که حاوی مواد کافی برای سه ماه برای تعداد متفاوت نفوس بوده که متعلق به پوشش نفوس که برای مراقبت های صحتی کیت تهیه گردیده است.

13 کیت صحت باروری به سه بلاک تقسیم گردیده که هر یک از این بلاک ها عرضه خدمات صحتی متفاوت را هدف قرار داده است.

بلاک 1: جامعه و به سطح مراقبت های صحتی اولیه: 10 هزار نفر / سه ماه

بلاک 2: مراقبت های صحتی اولیه و به سطح شفاخانه رجعتی، 30 هزار نفر / سه ماه

بلاک 3: به سطح شفاخانه رجعتی ، 150 هزار نفر / سه ماه

بلاک 1

بلاک 1 حاوی 6 کیت است که مواد این کیت ها جهت استفاده عرضه کننده گان خدمات صحت باروری در سطح جامعه و مراقبت های صحتی اولیه تهیه گردیده اند. این کیت ها اساساً حاوی ادویه جات، و مواد یک بار مصرف میباشد. کیت های 1-2-3 به گروپهای فرعی آ و ب تقسیم شده اند که میتوانند بصورت جداگانه خریداری و تهیه گردند.

بلاک 2

بلاک 2 حاوی 5 کیت است که شامل مواد یک بار مصرف و چند بار مصرف می‌باشد. مواد این کیت ها جهت استفاده عرضه کننده گان ماهر صحتی که مهارت اضافی قابله گی، ولادی، و مهارت های نوزاد در سطح مرکز صحتی یا شفاخانه را داشته باشند.

بلاک 3

در تنظیمات بشری، مریضان از نفوس متضرر به نزدیک ترین شفاخانه رجعت داده شده که ممکن است نیاز به مواد و سامان جهت عرضه خدمات ضروری داشته باشند. بلاک 3 حاوی 2 کیت است که دارای مواد یک بار مصرف و چند بار مصرف جهت عرضه مراقبت های ولادی جامع و مراقبت های نوزاد در سطح رجعتی (جراح ولادی) است. تخمین گردیده که یک شفاخانه به این سطح در حدود 150 هزار نفر راتحت پوشش خود قرار میدهد. کیت 11 دارای دو بخش آ و ب است که اکثراً بصورت یکجایی مودر استفاده قرار گرفته که بطور جداگانه خریداری شده میتواند .

3.5.1 تدارک و لوژستیک کیت صحت باروری:

UNFPA مسوول تهیه و تدارک کیت های صحت باروری بین سازمانی است . با آنهم موسسات نباید وابسته به یک منبع بوده بلکه مواد صحت باروری را در تدارک مواد طبی خویش بگنجانند. تهیه کیت های بین سازمانی صحت باروری از طریق UNFPA یا شناسایی سایر منابع تهیه کننده کیت های صحت باروری با کیفیت جهت تامین تمام مواد و وسایل ضروری برای عرضه خدمات اساسی صحت باروری میباشد. تهیه مواد طبی را در سکتور صحت جهت جلوگیری از ضایعات هماهنگ ساخته و زمانیکه کیت های صحت باروری را تهیه میدارید جهت توزیع کیت ها در داخل کشور یک پلان را آماده نمایید. این پلان بیان میدارد که چند کیت از چی نوع به کدام موسسه در کدام موقعیت جغرافیایی توزیع گردد. همچنان پلان های با جزییات بیشتر را در مورد انتقال و ذخیره این کیت ها در داخل کشور شامل میباشند به شمول عرضه موادی که نیاز دارد تا در یک ساحه سرد نگهداری گردند (زنجیر سرد).

چوکات 6: کیت های صحت باروری بین سازمانی

بلاک 1		
نمبر کیت	نام کیت	کود رنگ
کیت صفر	اداری	نارنجی
کیت 1	کاندم (بخش آ: کاندم مردانه و بخش ب: کاندم زنانه)	سرخ
کیت 2	کیت پاک ولادت (انفرادی) بخش آ: کیت های پاک ولادت با بخش ب: مواد برای پایواز ولادی	آبی تاریک
کیت 3	بعد از تجاوز جنسی بخش آ: مواد عاجل ضد حمل و تداوی انتانات انتقالی جنسی. بخش ب: تداوی وقایوی بعد از معروض شدن	گلایی
کیت 4	ادویه ضد حاملگی فمی و زرقی	سفید
کیت 5	تداوی انتانات انتقالی مقاربتی	فیروزه آبی
بلاک 2		
نمبر کیت	نام کیت	رنگ کیت
کیت 6	کیت ولادت (مرکز صحتی)	نصواری
کیت 7	اله داخل رحمی	سیاه
کیت 8	تداوی اختلاطات سقط	زرد

کیت 9	خیاطیه پاره گی ها (عنق رحم و مهبل) و معاینه مهبل	ارغوانی
کیت 10	ولادت توسط واکيوم	فولادی
پلاک 3		
نمبر کیت	نام کیت	رنگ کیت
کیت 11	سطح رجعتی (بخش آ با بخش ب)	سبز روشن
کیت 12	نقل الدم	سبز تاریک

چوکات 7: نقاط تماس کیت صحت باروری بین سازمانی

Table 7: Interagency RH Kit Points of Contact			
Address	UNFPA Humanitarian Response Branch 220 East 42nd Street New York, NY 10017 USA	UNFPA Humanitarian Response Branch 11-13 chemin des Anémones 1219 Chatelaine, Geneva, Switzerland	UNFPA Procurement Services Branch Midtermolen 3 2100 Copenhagen Denmark
Fax	+1 212 297 4915	+41 22 917 80 16	+45 35 46 70 18
E-mail	hrb@unfpa.org	hrb@unfpa.org	procurement@unfpa.dk
Website	www.unfpa.org		http://web.unfpa.org/procurement/form_request.cfm

جهت دریافت مواد هر چه زودتر بعد از رسیدن در بندر یا نقطه دخول کشور اطمینان داشته باشید تا تمام اسناد گمرکی قبل از قبل آماده بوده تا از تاخیر بی موجب جلوگیری گردد.

معلومات در مورد کیت ها یا کمک جهت تهیه این کیت ها را میتوان توسط آفسر ساحوی UNFPA، موسسات همکار با بخش تدارکاتی UNFPA یا بخش پاسخدهی بشری UNFPA بدست آورد.

3.6. پلان جهت ادغام خدمات جامع صحت باروری در مراقبت های صحتی اولیه

پلانگذاری را جهت ادغام فعالیت های صحت باروری جامع در مراقبت های صحتی اولیه از شروع پاسخدهی بشری آغاز نمایید . کوتاهی در اجرای این کار ممکن سبب تاخیر غیر ضروری در عرضه خدمات که خطر حمل های ناخواسته و بدون پلان، سرایت انتانات انتقالی مقاربتی، اختلالات خشونت مبتنی بر جنس و مرگ و میر مادر و نوزاد را افزایش دهد.

به زودی بعد از رسیدن به شاخص های مجموعه حد اقل خدمات اساسی عرضه خدمات جامع صحت باروری باید آغاز گردد. (فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی ملاحظه گردد).

زمانیکه در خواست های بشری طی مراحل گردید و موسسات پلانگذاری دراز مدت (6-12 ماه) را آغاز نمودند، خدمات جامع صحت باروری باید در بودیجه و پروسه های پلانگذاری داخل گردد مانند پلان کاری روزمره بشری، پروسه درخواست منسجم و ادغام شده و در خواست به بودیجه پاسخدهی عاجل مرکزی.

برای طرح یک برنامه عرضه خدمات جامع صحت باروری، ادغام با مراقبت های صحتی اولیه، آفسر صحت باروری و مسول برنامه صحت باروری باید در داخل سکتور صحت کار نماید تا:

- تهیه مواد و سامان آلات صحت باروری
- جمع آوری ارقام موجود
- شناسایی محلات مناسب برای عرضه خدمات جامع صحت باروری در آینده
- ظرفیت کارکنان را جهت عرضه خدمات جامع صحت باروری ارزیابی نموده و برای آموزش شان و آموزش مجدد شان پلان گذاری گردد.

بکس 12: مجموعه حد اقل خدمات اساسی و خدمات جامع صحت باروری		
اجزای صحت باروری (بدون اولویت یا ترتیب)	خدمات صحت باروری اولویت داده شده	خدمات جامع صحت باروری
تنظیم خانواده	تهیه ادویه ضد حمل مانند کاندم، تابلیت ها، زرقیات و آله داخل رحمی جهت برآورده شدن تقاضای مراجعین	- منبع و تدارک ادویه ضد حمل - تهیه آموزش کارکنان - ایجاد برنامه جامع تنظیم خانواده - عرضه تعلیمات برای جامعه
خشونت مبتنی بر جنس	میکانیزم ها را جهت جلوگیری از خشونت جنسی باید با سکتور صحت هماهنگ گردند. عرضه خدمات مراقبت های کلینیکی برای بازمانده گان / مصدومین تجاوز های جنسی	توسعه خدمات مراقبت های طبی، روح- روانی، اجتماعی و حقوقی برای بازمانده گان / مصدومین تجاوز جنسی. جلوگیری و ارایه سایر اشکال خشونت مبتنی بر جنس شامل: خشونت های فامیلی، ازدواج های قبل از وقت و اجباری، ختنه زنان. عرضه تعلیمات برای جامعه اشتغال مردان و پسران در این برنامه ها
مراقبت های مادر و نوزاد	موجودیت خدمات مراقبت های عاجل ولادی و نوزاد ایجاد سیستم رجعتدهی 24 ساعته و 7 روز در هفته برای واقعات عاجل ولادی تهیه کیت پاک ولادی برای خانم های که حمل شان قابل دید و آشکار گردیده است و برای پایوژان شان	- عرضه خدمات قبل از ولادت - عرضه خدمات بعد از ولادت - آموزش ماهرین ولادی (قابله ها، نرس ها، داکتران) برای اجرای

<p>مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد</p> <p>- دسترسی به خدمات عاجل ولادی و مراقبت نوزاد را افزایش دهید</p>		
<p>- ایجاد خدمات جامع برای تداوی و وقایه انتانات انتقالی مقاربتی به شمول سیستم های سرویلانس انتانات انتقالی مقاربتی</p> <p>- همکاری جهت ایجاد خدمات جامع اچ ای وی طوری که لازم باشد</p> <p>- عرضه خدمات، حمایت کردن و تداوی برای مردمانی که با اچ ای وی/ ایدس زنده گی میکند.</p> <p>- تزاید آگاهی دهی جهت وقایه مراقبت و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی، به شمول اچ ای وی</p> <p>- عرضه تعلیمات برای جامعه</p>	<p>- اطمینان از اجرای نقل الدم مصون</p> <p>- تسهیل نمودن و احترام برای اجرای استندرد های وقایوی</p> <p>- کاندم را بصورت رایگان محیا ساختن</p> <p>- تداوی سندرومیک را منحیث بخشی از خدمات روزمره مریضان جهت عرضه خدمات کافی محیا سازید.</p> <p>- تداوی رابرای مریضانیکه قبلاً تحت تداوی ضد ریترو ویروس قرارداشتند به شمول وقایه از سرایت ویروس از مادر به طفل به زودی ممکن محیا گردد.</p>	<p>انتانات انتقالی مقاربتی به شمول وقایه و تداوی اچ ای وی</p>

3.6.1 تهیه مواد و سامان آلات صحت باروری

زمانیکه خدمات حد اقل صحت باروری ایجاد گردید، با سایر افراد با صلاحیت کار کرده و از طریق سکتور صحت وضعیت را تحلیل نموده، استفاده از ادویه و مواد یکبار مصرف را تخمین کرده، نیاز مندی نفوس را ارزیابی و مواد را مطابق به نیاز های شان تهیه گردد. از تهیه دوامدار کیت های از قبل تهیه شده صحت باروری اجتناب ورزید.

تهیه مواد صحت باروری بر اساس تقاضا توامیت برنامه صحت باروری را تامین مینماید و از کمبود بعضی مواد و ضایعات بعضی مواد دیگر که استفاده نمی گردند، اجتناب شود.

تعقیب از تهیه مواد صحت باروری از طریق تهیه منظم مواد طبی در کشور. همچنان طرق تدارکات که توسط موسسات غیرحکومتی استفاده میگردد تحت ملاحظه قرار گرفته یا از طریق بخش خدمات و تدارکات UNFPA (پاراگراف 3.5.1 ملاحظه گردد). زمانیکه مواد صحت باروری جامع تهیه میگردد، آفسر های صحت باروری و مسول برنامه صحت باروری باید اداره مواد صحت باروری را مسوولین صحت و سکتور صحت هماهنگ نموده تا اینکه دسترسی مواد صحت باروری مختل نگردیده و از ضایعات مواد جلوگیری بعمل آید.

- استخدام افرادی که در مورد طرق اداره و تهیه مواد آموزش دیده اند.
- تخمین نمودن مصارف ماهانه ادویه جات و مواد یک بار مصرف صحت باروری
- شناسایی طرق تهیه مواد. ارزیابی از کیفیت طرق تهیه محلی مواد. هرگاه این کار غیر کافی باشد، مواد صحت باروری را از طریق تهیه کننده گان شناخته شده جهانی یا با حمایت از UNFPA، یونیسف یا سازمان صحت جهان بدست آورند. این موسسات میتوانند خریداری مقدار زیاد از مواد صحت باروری را با کیفیت خوب و قیمت نازل تسهیل نمایند.
- ایجاد بموقع تهیه مواد از طرق شناخته شده براساس تخمین های تان جهت جلوگیری از کمبود مواد در ذخیره گاه ها.
- موقعیت دادن مواد هر چه نزدیک تر به نفوس تا حد ممکن آن.

3.6.2 جمع آوری ارقام موجوده

جهت حرکت فراتر از مجموعه حداقل خدمات اساسی و شروع پلانگذاری برای خدمات جامع صحت باروری، افسر صحت باروری و مسوولین برنامه باید همکاری نزدیک با سایر شرکای صحتی داشته، معلومات و ارقام موجوده را جمع آوری کرده تا طرح ریزی برنامه های صحت باروری را کمک نماید.

- شناسایی از پالیسی ها و پروتوکول های مربوطه وزارت صحت جهت مراقبت های استندرد مانند تداوی سندرومیک انتانات انتقالی مقاربتی و پروتوکول های تنظیم خانواده.
 - تعداد خانم هایکه در سن باروری قرار دارند (15 تا 49 ساله) – تخمیناً % 25 از نفوس را در بر میگیرند. تعداد مردانیکه از نظر جنسی فعال اند تخمیناً % 20 نفوس را احتوا مینمایند، تعداد خالص تولدات تقریباً %4 نفوس را تشکیل میدهد.
 - ارقام مشخص مرگ و میر بر اساس سن و جنس بگونه مثال تعداد واقعات مرگ دختران نوجوان، میزان مرگ نوزادان (تعداد مرگ نوزادان در جریان 28 روز اول حیات فی 1000 ولادت زنده در یک زمان معین)، ارقام موجوده در مورد مرگ مادر
 - شیوع انتانات انتقالی مقاربتی و اچ ای وی، شیوع استفاده مواد ضد حمل و روش های ترجیعی شان و دانش، سلوک، و رفتار صحت باروری در میان نفوس متضرر شده.

برای معلومات بیشتر به فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی ملاحظه گردد.

3.6.3 شناسایی محلات مناسب

درجهت شناسایی محلات احتمالی برای عرضه خدمات جامع صحت باروری با مسوولین محلی و شرکای صحتی هماهنگی نمایید، مانند کلینیک های تنظیم خانواده، اطاق های مریضان سراپا برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی یا خدمات صحت باروری برای نوجوانان. مهم است تا موارد آتی در جریان انتخاب محلات مناسب در نظر گرفته شود:

- امکان انتقال و ترانسپورت جهت رجعتدهی
- فاصله با سایر خدمات/مراکز صحتی
- قرابت/نزدیکی به نفوس متضرر و گروپ های مورد هدف

3.6.3 ارزیابی ظرفیت کارکنان و پلان برای آموزش شان

ظرفیت کارکنان را از طریق فعالیت های سوپروایزری (مانند چک لست نظارتی، نظارت مستقیم، مصاحبه ها در جریان خروج از مرکز صحتی) اجرا نمود (فصل 1: اصول اساسی و فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی مراجعه گردد) یا از طریق امتحانات رسمی دانش و مهارت های شان میتوان آنها را مورد ارزیابی قرار داد.

زمانکه پلانگذاری برای آموزش یا آموزش دوباره کارکنان اتخاذ میگردد، با مسوولین ملی و اکادمیک و موسسات تربیوی مفاهمه گردیده تا نصاب موجوده تحت ملاحظه قرار داده شود و تا جایکه امکان داشته باشد از آموزگاران داخلی استفاده گردد. برای جلسات آموزشی باید پلان دقیق وضع نمود تا اینکه از غیابت کارکنان صحتی در جریان آموزش داخل خدمت شان جلوگیری گردد.

4 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی

مجموعه حداقل خدمات اساسی منحصبت یک استندرد برای فعالین حقوق بشری که با معاهدات حقوقی بین المللی حمایت گردیده و دول باید به این اساسات احترام گذاشته و حقوق اساسی بشر را تامین نمایند بشمول حقوق باروری در تنظیمات بشری که شامل آن میباشد. در جریان منازعات، دول مجبور اند تا عرضه خدمات بشردوستانه را برای نفوس ملکی جایکه غذا، دوا و سایر منابع غیر مکفی باشد عرضه نمایند. دول وظیفه دارند که در عرضه خدمات نجات دادن حیات، مربوط به صحت و سایر کمک های بشری مداخله نمایند. معاونت های بشردوستانه و محافظت حقوق فردی باید عرضه گردیده و توسط دول و سایر شرکاء بدون هرگونه تبعیض تامین گردد.

شناسایی کتگوری های مشخص از مردم با نیازهای خاص شان در زمان منازعه و /یا بیجا شدن، قانون بین المللی توجه خاص، تداوی و محافظت اطفال و خانم ها بخصوص مادران حامله و مادرانیکه دارای اطفال خورد سن اند حمایت مینماید. دول و کارکنان خیریه باید توجه خاص برای نیاز های صحتی خانم ها بشمول تامین دسترسی شان به خدمات مراقبت های صحت باروری بشمول وقایه از اچ ای وی و دسترسی به عرضه کننده طبقه اناث باشند. علاوه قانون مهاجرت بین المللی تاکید دارد که دول با مهاجرین رفتار قانونمند نموده و همانند ساکین شان ایشان را احترام و تحت برنامه های حمایتی اجتماعی قرار دهد که شامل حمایت از مزایای مادری و مریضی شان میباشد.

در حالات عاجل، دول بشکل انفرادی و مجموعی باید حق دسترسی به خدمات صحتی توسط هماهنگی معاونت های بشردوستانه بشمول دسترسی به مراقبت های صحت باروری را تامین نمایند. در پاسخدهی به واقعات عاجل، دول باید برای عرضه خدمات صحتی الویت داده مانند تهیه آب صحتی آشامیدنی، غذا و مواد طبی برای گروه های آسیب پذیر و اقلیت های گروهی.

بکس 13: حمایت و پشتیبانی

این نکات را در حمایت و پشتیبانی با ملل متحد و پالیسی سازمان ملی و غیره علاقه مندان مورد استفاده قرار دهید، بخصوص زمانیکه مجموعه حداقل خدمات اساسی در تنظیمات بشری قطع گردیده یا اولیت داده نشود.

مجموعه حداقل خدمات اساسی:

- یک استندرد جهانی بوده و در سطح بین المللی قبول شده میباشد و حاوی استندرد های حداقل جهانی برای پاسخدهی واقعات عاجل و فاجعه های بشری میباشد.
- مداخلات نجات دهنده حیات بوده و دارای شرایط حداقل جهت نجات حیات و بودیجه واجد شرایط آن میباشد.
- در رهنمود صحتی جهانی ادغام گردیده است.

5 نظارت

آفسر صحت باروری چک است نظارتی مجموعه حداقل خدمات اساسی را جهت ارزیابی عرضه خدمات در هر تنظیم بشری تطبیق نماید، اینکار ممکن توسط راپوردهی لفظی از مسوولین صحت باروری یا از طریق بازدید های نظارتی انجام گیرند. در آغاز پاسخدهی بشری نظارت هفته وار صورت میگیرد. زمانیکه خدمات بشکل کامل آن ایجاد گردید، نظارت ماهانه کافی پنداشته میشود. از خلاء ها و مشکلات در پوشش خدمات در جلسات هماهنگی سکتور صحتی بحث نموده تا راه های حل را دریافت نموده و تطبیق گردند.

نمونه از چک لیست مجموعه حد اقل خدمات اساسی

ساحه جغرافیایی:	مدت زمان راپوردهی /.../... تا /.../...	تاریخ آغاز پاسخدهی صحی /...../.....	راپور داده شده توسط:
1. موسسه رهبری کننده خدمات صحت باروری و آفسر صحت باروری			
		بلی	نخیر
1.1	موسسه رهبری کننده خدمات صحت باروری شناسایی شده و آفسر صحت باروری در داخل سکتور / کلاستر صحی وظیفه اجرا مینماید موسسه رهبری کننده: آفسر صحت باروری:		
1.2	جلسات علاقه مندان صحت باروری ایجاد شده و جلسات منظم: • ملی ماهانه • در سطح پایین تر از ملی/ولسوالی دوبار در ماه • محلی هفته وار		
2. جمعیت			
2.1	نفوس مجموعی		
2.2	تعداد خانم های که در سن باروری اند (15 تا 49 ساله، تخمیناً 25% نفوس)		
2.3	تعداد مردانیکه از نظر جنسی فعال اند (تخمیناً 20% نفوس)		
2.4	میزان خالص تولدات (تخمیناً 4% نفوس)		
3. جلوگیری از خشونت های جنسی و پاسخدهی به نیاز های مصدومین			
		بلی	نخیر
3.1	میکنیزم های هماهنگی چند سکتوری جهت جلوگیری از خشونت های جنسی ایجاد شده اند خدمات صحی محرمانه جهت تداوی از مصدومین تجاوز جنسی • مواد عاجل ضد حمل • تداوی وقایوی بعد از معروض شدن • انتی بیوتیک ها جهت وقایه و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی • تینانوس توکسویید/ تینانوس ایمونوگلوبولین • هیپاتیت بی واکسین • رجعتدهی به خدمات صحی، روانی و حمایت اجتماعی		
3.2	تعداد واقعات خشونت های جنسی راپور داده شده به خدمات صحی		
3.3	معلومات در مورد مراقبت های بعد از تجاوز جنسی و دسترسی خدمات توزیع شده در جامعه		
4. کاهش سرایت اچ ای وی			
4.1	موجودیت پروتوکول ها برای نقل الدم مصون و معقول		
4.2	واحد های خون آزمایش شده / تمام واحد های خون اهداء شده * 100		

		مقدار کافی مواد و چک لست های که موجودیت از تامین استندرد های احتیاطی را مینماید	4.3
		موجودیت کاندم ها بطور رایگان	4.4
		<ul style="list-style-type: none"> • مراکز صحتی • سطح جامع 	
		تعداد تقریبی کاندم ها که در این مدت اخذ گردیده است	4.5
		تعداد کاندم های ذخیره شده در محل توزیع در این مدت (محل آنرا مشخص سازید)	4.6
نخیر	بلی	5. جلوگیری از مرگ و میر بیشتر مادر و نوزاد	
		<p>5.1 مرکز صحتی (اطمینان از موجودیت مراقبت های عاجل و ولادی و مراقبت های نوزاد در 24 ساعت و 7 روز در هفته)</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک کارکن ماهر صحتی در وظیفه فی 50 مریض سرپا در روز • مواد قابله گی بشمول موجودیت مواد نوزدان <p>شفاخانه (اطمینان از موجودیت خدمات مراقبت های جامع ولادی و مراقبت های نوزاد 24 ساعته و 7 روز در هفته)</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک عرضه کننده ماهر در وظیفه فی 20 تا 30 مریض داخل بستر برای بخش ولادی • یک تیم داکتر/نرس/قابله / انستیزیست در وظیفه • ادویه جات و مواد کافی برای حمایت از مراقبت های جامع ولادی و مراقبت های نوزاد 24 / 7 	
		<p>5.2 سیستم های رجعتدهی برای واقعات عاجل ولادی و نوزاد 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته</p> <ul style="list-style-type: none"> • وسیله ارتباطات (رادیو، تیلیفون موبایل) • انتقال از جامعه به مرکز صحتی 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته • انتقال از مرکز صحتی به شفاخانه 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته 	
		زنجیر سرد فعال (برای اوکسی توسین، تست های آزمایش خون) موجود باشند	5.3
		تعداد ولادت های سیزارین / تعداد ولادت ها * 100	5.4
		تعداد کیت های پاک ولادی توزیع شده / تعداد تخمینی زنان حامله * 100	5.5
		6. پلانگذاری برای انتقال به خدمات جامع صحت باروری. فعالیت ها در این دوره	
		محلات برای عرضه خدمات جامع صحت باروری در آینده (تنظیم خانواده، تداوی انتانات انتقالی مقاربتی و صحت باروری نوجوانان)	6.1
		نیاز های آموزشی کارکنان (برای عرضه تنظیم خانواده، تداوی انتانات انتقالی مقاربتی و غیره) وسایل آموزشی، تسهیل کننده گان	6.2
		استفاده از مواد صحت باروری (ادویه جات و مواد یکبار مصرف) نظارت گردیده	6.3
		طرق تدارکات شناسایی شده اند:	6.4
		-----1	
		-----2	

		3-----	
		7. یادداشت های خاص	
	بلی		نخیر
		7.1 موجودیت روش های اساسی تنظیم خانواده که نیاز های درخواست کننده گان را جوابده باشد	
		7.2 موجودیت ادویه ضد ریترو ویروس بشمل تداوی وقایوی از سرایت ویروس از مارد به طفل	
		7.3 تداوی انتانات انتقالی مقاربتی در مرکز صحتی	
		7.4 توزیع کیت های بهداشتی	
		8. نظریات بیشتر	
توضیح در مورد اینکه معلومات چگونه بدست امده (نظارت مستقیم، راپور دهی دوباره از همسر (نام)، و غیره) و تهیه سایر نظریات .			
9. اقدامات (برای جوابات "نخیر"، توضیح موانع و فعالیت های پیشنهاد شده برای حل شان.			
	تعداد	موانع	راه حل پیشنهاد شده

6 مطالعات جهت مطالعه بیشتر

مطالعات اساسی

مجموعه حداقل خدمات اساسی

مجموعه حداقل خدمات اساسی برای صحت باروری: یک نمونه برای آموزش از راه دور. 2006

<http://misp.rhrc.org/content/view/26/45/lang.english/>

مجموعه حداقل خدمات اساسی ورق رهنا کننده. اتحادیه بین المللی والدین، اگست 2007

<http://iawg.net/resources/MISP%20cheat%20sheet%2003%2001%2010.pdf>

کیت های صحت باروری بین سازمانی برای بحران، نشر 4 ام، 2008 <http://www.rhrc.org/resources/rhrkit.pdf>

جلوگیری از و پاسخدهی به خشونت جنسی

تداوی کلینیکی مصدومین تجاوز جنسی: پروتوکول انگشافی برای استفاده بین مهاجرین و بیجاشده گان، نشر مجدد. سازمان صحتی جهان، 2004.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/index.html>

تداوی کلینیکی مصدومین تجاوز جنسی، یک وسیله آموزشی الکترونیکی، سازمان صحتی جهان، 2009:

<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/womenshealth/en/index.html>

رهنمود ها بریا خشونت ها مبتنی برای جندر در تنظیمات بشری. تمرکز یافته بالای وقایه و پاسخدهی به خشونت های جنسی در واقعات عاجل. 2006.

http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsiditf_gender-gbv

مراقبت های عاجل ولادی و نوزاد

رهنمود ساحوی دوستانه برای مراقبت های بین سازمانی ولادی در تنظیمات بشری. کمیسیون زنان برای خانم های مهاجر و اطفال، 2005

http://www.rhrc.org/resources/emoc/EmOC_ffg.pdf

وقایه از انتقال اچ ای وی

رهنمود ها برای توجه به اچ ای وی در تنظیمات بشری، کمیته بین سازمانی، 2009

http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

مطالعات اضافی

آموزش در مورد مجموعه حد اقل خدمات اساسی برای صت باروری و جنسی در بحران: یک کورس برای همآهنگ کننده گان صحت باروری،
<http://www.ippfeseaor.org/NR/rdonlyres/76E30209-A4F4-4A00-BD90-2008B810056168/0/SPRINTFacilitatorsManualpart1.Pdf>

خشونت های جنسی و جندر در مقابل مهاجرین، بازگشت کننده گان و بیجا شده گان داخلی، رهنمود برای جلوگیری و پاسخدهی، 2003

<http://www.unhcr.org/3f696bcc4.html>

بیشتر در مورد مراقبت های عاجل ولادی http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/managing_complications/en/index.html

بیشتر در مورد نقل الدم مصون www.who.int/bloodsafety/en/

بیشتر در مورد استندرد های احتیاطی www.engenderhealth.org/ip/index.html

تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به انتان اچ ای وی، سازمان صحتی جهان / سازمان بین المللی کار، 2007

www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/



3

فصل سوم

ارزیابی،
نظارت و
بررسی

- 1 مقدمه
- 2 اهداف
- 3 ارزیابی، نظارت و بررسی
 - 3.1 ارزیابی
 - 3.2 نظارت
 - 3.3 بررسی
- 4 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی
 - 4.1 استندردهای حقوق بشری
 - 4.2 ملاحظات ملی حقوقی
 - 4.3 مشکلات و فرصت ها
- 5 مطالب برای مطالعه مزید

ضمیمه 1 الف: شاخص های مجموعه حداقل خدمات اساسی یا MISAP
ضمیمه 1 ب: شاخص ها برای برنامه های جامع صحت باروری
ضمیمه 2: میزان و نسبت مآخذ صحت باروری
ضمیمه 3: تخمین تعداد خانم های حامله در نفوس
ضمیمه 4: فورم بررسی واقعه مرگ مادری و صفحه رهنمودی
ضمیمه 5: نمونه از راپور ماهانه (سیستم معلومات صحی)

1 مقدمه

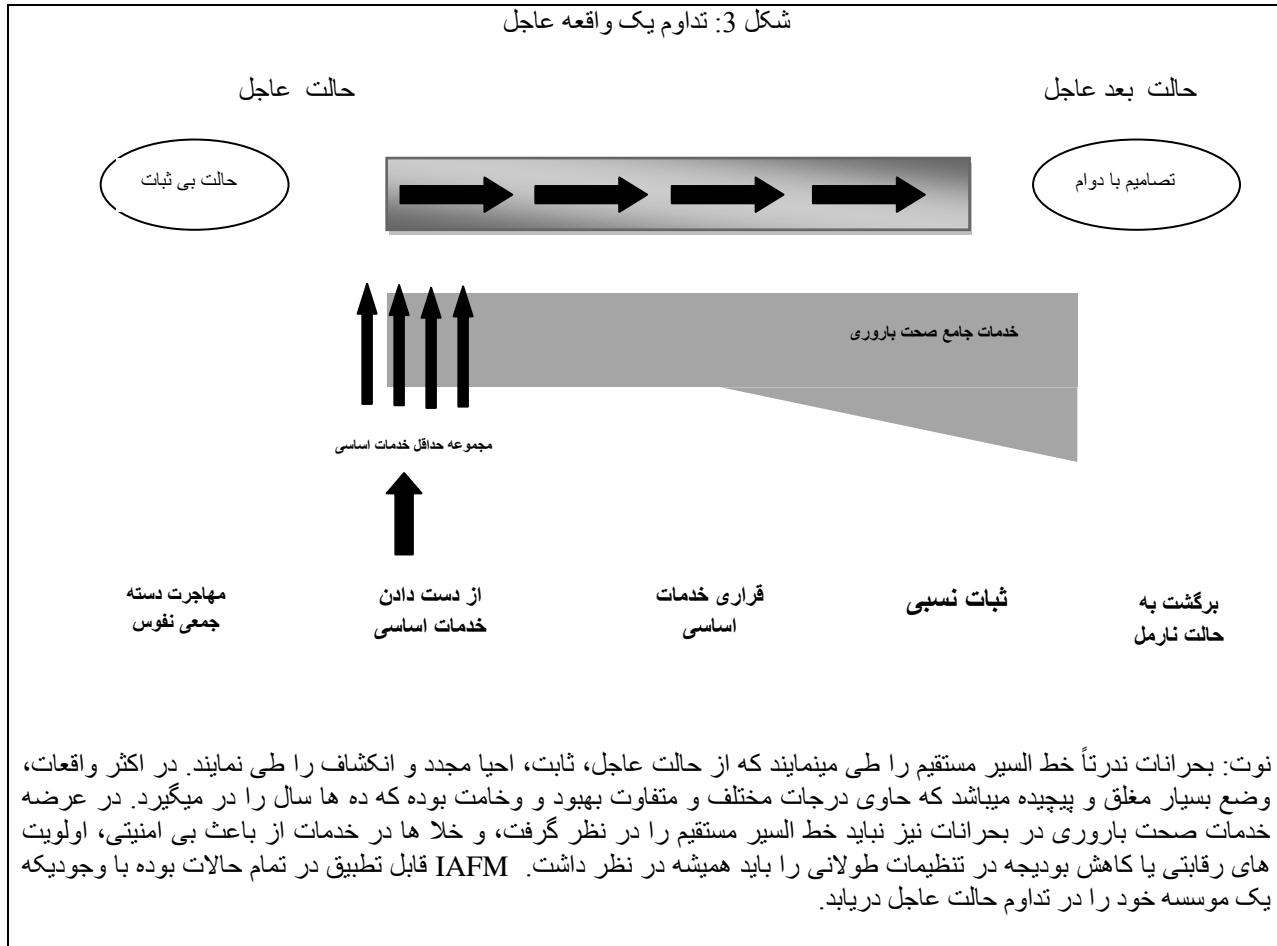
ارزیابی، نظارت و بررسی در مراحل مختلف پاسخدهی در معا و نتهای بشردوستانه استفاده گردیده و ارتباط نزدیک با تصمیم گیری صحت عامه و تطبیق فعالیتهای برنامه صحت باروری دارد. نتایج حاصله از ارزیابی، نظارت و بررسی در جهت پلانگذاری برای برنامه های جامع صحت باروری استفاده شده و میتواند که کمک کننده باشد برای:

- درک نیازهای نفوس متضرر / متاثر
- اطمینان از استفاده مفید و موثر منابع
- تعیین کامیابی یا ناکامی برنامه
- حسابدگی و شفافیت به تمویل کننده گان و مستفیدین

آفسر صحت باروری و مسوول برنامه های صحت باروری اکثراً در مورد انتقال و گذار از فعالیت های تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی به خدمات جامع صحت باروری به مشکل تصمیم میگیرند. وقتاً فوقتاً اجرای ارزیابی های دقیق، نظارت و بررسی آنها را قادر میسازد تا تصامیم آگاهانه را در مورد مراحل گذار و انتقال به برنامه های تطبیقی صحت باروری جامع و عرضه خدمات بردارند. استفاده مناسب از نتایج حاصله نیز از اجرای متداوم فعالیت ها که مطابق به حالت موجوده و در تطابقت با نیازهای مردم باشد، کمک کننده میباشد.

ارزیابی، نظارت و بررسی

شکل 3: تداوم یک واقعه عاجل



2. اهداف

اهداف این فصل عبارتند از:

- توضیح چگونگی اجرای ارزیابی، نظارت و بررسی برنامه های صحت باروری
- دریافت شیوه های مناسب جهت ارزیابی، نظارت و بررسی، وسایل و شاخص های آن
- ارائه رهنمودها جهت برنامه ریزی برای انتقال و گذار از مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP) به برنامه های جامع صحت باروری.

هدف پنجم مجموعه حداقل خدمات اساسی بیان کننده اینست که برنامه ریزی جهت خدمات جامع صحت باروری باید از آغازین مرحله پاسخدهی بشری شروع گردد. بزودی زمانیکه شاخص های مجموعه حداقل خدمات اساسی برآورده گردیدند و تداوم پیدا نمودند (فصل 2: مجموعه حداقل خدمات اساسی (MISP) مراجعه گردد)، اجزای خدمات جامع صحت باروری را بگونه مناسب آن میتوان تطبیق نمود.

افسر صحت باروری و مسول برنامه میان میکانیزم های سکتور صحتی کارنموده تا اطمینان حاصل نمایند که طرح مراحل فوق در مطابقت کامل با سایر برنامه های صحتی و بسیج سازی منابع قرار داشته و خدمات جامع صحت باروری در انکشاف برنامه های مراقبت های اولیه ادغام گردیده اند.

در هنگام پلانگذاری برنامه جامع صحت باروری، ضروری پنداشته میشود تا نیاز های نفوس متضرر و متأثر را دانست، منابع قابل دسترس را مدنظر گرفت و اولویت های صحتی را در داخل سیستم صحتی موجود تعیین نمود. روش های سیستم های صحتی بیان کننده تعدادی از "بلاکهای ساختاری" اند که سیستم های صحتی را بنام نموده و یک چارچوب خوبی برای برنامه ریزی در جهت پلانگذاری، ارزیابی، نظارت و بررسی اجزای صحت باروری محسوب میگردد. (بکس 4 ملاحظه گردد).

اصطلاحات که در این فصل استفاده گردیده است عبارتند از:

ارزیابی عبارت از یک پروسه جهت تعیین نمودن و توجه به نیازهای یا خلاء ها میان حالت فعلی و حالت متوقعه میباشد.

نظارت عبارت از یک پروسه دوامدار و سیستماتیک جمع آوری ارقام و تحلیل آن جهت دریافت چگونگی از پیشرفت پروژه میباشد. هدف آن همانا اندازه نمودن پیشرفت ها جهت رسیدن به اهداف برنامه میباشد.

بررسی عبارت از پروسه ایست که تعیین مینماید آیا برنامه اهداف متوقعه را حاصل نموده ویا اینکه تا چه حد تغییر را در نتایج برنامه میتوان نسبت داد.

بکس 14: روش سیستم های صحتی*

شش بلاک سازنده سیستم صحتی قرار ذیل اند:

- خدمات خوب صحت باروری عبارت از مداخلات موثر، مصون و خدمات با کیفیت صحت باروری برای نیازمندان است، در زمان و مکانیکه به آن خدمات نیاز موجود بوده با حداقل ضیاع منابع.
- نیروی کاری صحت باروری با اجراءات خوب در بر گیرنده امورات اند که مناسب، پاسخگو، عادلانه و موثر جهت رسیدن به بهترین نتایج صحتی ممکنه، با توجه به منابع موجود و اوضاع و احوال (مثلاً تعداد کافی کارکنان صحت باروری بطور عادلانه توزیع شده باشد، دارای شایستگی لازم بوده، پاسخگو و مولد باشند).
- یک سیستم معلومات صحتی خوب عبارت از سیستم ایست که از جمع آوری، تحلیل، توزیع و استفاده مناسب و بموقع معلومات را در مورد تعیین کننده های صحت باروری، اجراءات سیستم صحتی و حالت صحت باروری تامین نماید.
- یک سیستم صحتی با اجراءات خوب تامین کننده دسترسی مساویانه به ادویه صحت باروری، واکسینها و تکنالوژی مربوط به آن بوده تا از کیفیت، مصونیت، موثریت، موجودیت و قیمت آن اطمینان حاصل نموده و از استفاده علمی و موثر آن اطمینان گردد.
- یک سیستم صحتی مالی خوب بودیجه کافی را برای صحت باروری محیا ساخته، طوریکه استفاده از خدمات را برای مردمان نیازمند تامین نموده و ایشان را از بروز فاجعه مالی یا کشاندن به فقر در صورت پرداخت، محافظت نماید و جهت موثریت برای عرضه کننده گان و استفاده کننده گان محرکات / تشویق ها را تهیه مینماید.
- رهبریت و حکومت داری شامل اطمینان از موجودیت چارچوب پالیسی صحت باروری همراه با نظارت موثر، ایجاد ابتلاف، مقررات و توجه به طرح سیستم و حسابدگی.

بلاکهای سازنده یک نمونه موثر برنامه ریزی را جهت انتقال وگذار از مجموعه حداقل خدمات اساسی به برنامه های جامع صحت باروری تهیه مینماید. با آنها افسران صحت باروری و مسولین برنامه باید از تعلقات و ارتباطات میان هریک از این بلاکهای سیستم صحتی درک کافی داشته و از تطبیق خدمات جامع صحت باروری بطور مدغم اطمینان داشته باشند.

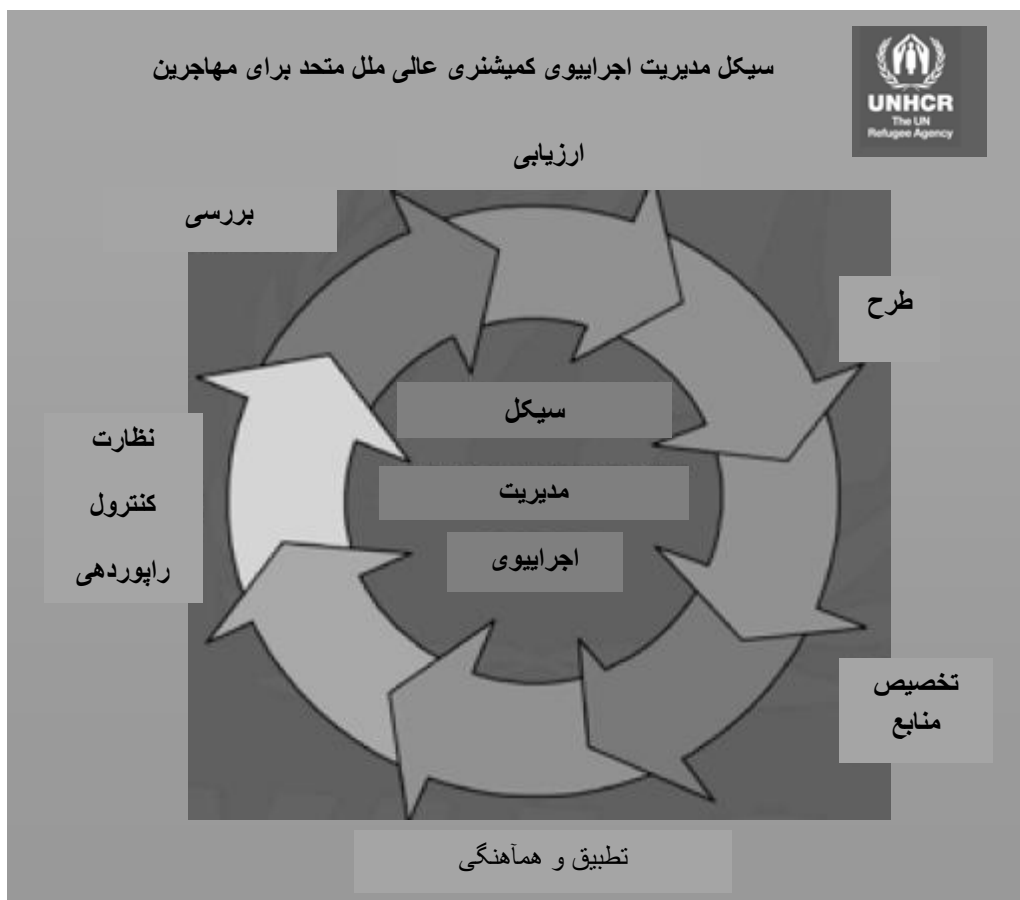
*اقتباس شده از: وظیفه هر کس: تقویت سیستم های صحتی برای بهبود نتایج صحتی: برنامه کاری سازمان صحتی جهان. سازمان صحتی جهان، ژنیو، 2007

این سه روند با هم در جهت تداوم عرضه خدمات در ارتباط بوده که بنام سیکل پروژه نامیده میشود. سیکل پروژه یک وسیله ایست که افسران صحت باروری و مسوولین برنامه را کمک مینماید تا چگونه وظایف اداری و امورات را که باید در جریان تطبیق برنامه های صحت باروری انجام بپذیرند، آگاهی داشته باشند (بکس 15 ملاحظه گردد).

بکس 15: سیکل پروژه

سیکل پروژه بیان کننده چگونه گی ارزیابی، نظارت و بررسی با توامیت با عرضه خدمات و اداره برنامه میباشد. افسران صحت باروری و مسوولین برنامه را کمک مینماید تا چگونه میتوان هر یک از این مراحل را جهت تصمیم گیری آگاهانه در سرتاسر سیکل در هنگام طرح برنامه، پلانگذاری و تطبیق آن بکار میروند. (بگونه مثال دیاگرام ذیل ملاحظه گردد).

توانایی اجرا تطبیق پروژه های موفق و بموقع صحت باروری در حالات مشکل در پاسخدهی به نیاز های بشری بسیار مهم پنداشته میشود تا با نیاز های صحت باروری نفوس متضرر وفق و تطابقت داشته باشد. برنامه های موفق صحت باروری عبارت از برنامه های اند که براساس ارزیابی مناسب از نیازهای نفوس مورد هدف طرح گردیده باشد. فعالیت های بعدی برنامه باید استفاده از شاخص های تعیین شده نظارت گردند تا پیشرفت بسوی رسیدن به اهداف را پیگیری نمود (بخش 3.2 نظارت جهت معلومات مزید در مورد انتخاب و استفاده از شاخص ها ملاحظه گردد). در طول اجرای برنامه، فعالیتها بطور کافی بررسی شده تا کار های که بخوبی پیش میرود و کار های که بخوبی پیش نمیروند بصورت واضح انعکاس یافته و نتایج مطابق به یک سیکل دوامدار بررسی شده و بهبود بیابند.



تعدادی از وسایل قابل دسترس اند که کمک کننده جهت سیکل پلانگذاری، ارزیابی، نظارت و بررسی برنامه ها میباشد. یکی از این وسایل که وسیعاً شناخته شده است عبارت از لاگ فریم یا Logical Framework Approach (LFA) (برای معلومات مزید مطالب بیشتر برای مطالعه ملاحظه گردد).

3.1 ارزیابی

هدف از اجرای ارزیابی عبارت از دریافت فوری معلومات و شناسایی نیاز های صحت باروری و ظرفیت موجود سیستم صحتی در پاسخدهی به این نیازمندیها میباشد.

3.1.1 چی وقت ارزیابی اجرا گردد؟

در آغاز پاسخدهی بشری یک ارزیابی ابتدایی و فوری توسط شرکای دخیل در معاونت بشری اجرا گردد. در داخل سکتور صحتی / سیستم هماهنگی صحتی، افسران صحت باروری باید اطمینان حاصل نمایند که آنان معلومات را در رابطه به نکات ذیل بدست آورده اند:

- تعداد و موقعیت مردم نیازمند به دسترسی به حداقل خدمات صحت باروری دارند
- تعداد و موقعیت کارکنان صحتی موجود یا قادر به ارائه خدمات مجموعه حداقل خدمات اساسی اند
- فرصت های تهیه مواد لوژستیکی صحت باروری
- امکانات بودیجوی برای مجموعه حداقل خدمات اساسی

استراتژیها و پلان ها براساس این معلومات مطابقت داده شود. علل اساسی و مهم مرگ و میر واقعات صحت باروری که قبلاً توسط مجموعه حداقل خدمات اساسی تعیین گردیده اند و نیاز ارزیابی دوباره را در شروع پاسخدهی به نیاز های بشری ندارند، دریابند. (فصل 2 ملاحظه گردد). زمانیکه اهداف 3، 2 و 4 مجموعه حداقل خدمات اساسی برآورده گردید یک ارزیابی وسیعتر و جامعتر جزء هدف 5 در جهت پلانگذاری برای تطبیق خدمات جامع صحت باروری اجرا گردد. در طول پروگرام، ارزیابی های مقطعی میتوانند جهت دریافت از پیشرفت به سوی رسیدن به اهداف اجرا گردد.

3.1.2 کدام وسایل قابل دسترس برای اجرای ارزیابی های میباشدند؟

چهار روش مهم جهت جمع آوری ارقام در ارزیابی شامل:

الف: بررسی معلومات موجود

ب: مصاحبه با معلومات دهنده گان اصلی و مباحثات متمرکز شده به گروه

ج: ارزیابی مرکز صحتی

د: سروی های سریع

الف: بررسی معلومات موجود

جزء ارزیابی برای پلانگذاری اجزای خدمات جامع صحت باروری، یک بررسی دقیق از ارقام ثانوی اجرا گردد تا معلومات صحت باروری را در مورد نفوس متضرر و متاثر باهم یکجا نموده و اینگونه معلومات در وزات صحت، موسسات ملل متحد و سازمانهای غیر حکومتی قابل دسترس میباشدند. مثالها شامل:

- بررسی جمعیت و صحت (DHS) یا سایر ارقام موجود
- موجودیت خدمات صحت باروری، موقعیت و فعال بودن خدمات

- سرویلانس جاری یا ارقام مرکز صحتی مانند ارقام راپور داده شده به ولسوالی یا سیستم معلومات صحتی ملی
- پلانهای استراتیژیک ملی و یا چارچوکات انکشاف معاونتی ملل متحد (UN Development Assistance Framework, UNDAF)

ب: مصاحبه ها با معلومات دهنده گان اصلی

هدف از مصاحبه ها با معلومات دهنده گان اصلی عبارت از جمع آوری معلومات از طیف وسیع مردم بشمول رهبران جامعه، افراد مسلکی و یا ساکنین محل که معلومات دست اول را در مورد نفوس متضرر در اختیار دارند میباشد. معلومات جمع آوری شده در جریان ارزیابی باید در برگیرنده نظریات معلومات دهنده گان اصلی در مورد حالات و عملکردهای قبلی، حالت موجوده، تغییرات در عملکردها از زمان آغاز بحران، کفایت از خدمات صحت باروری فعلی و اولویت های ضروری صحت باروری در نفوس متضرر باشد. مصاحبه ها با معلومات دهنده گان اصلی میتواند که بشکل از قبل عیار شده و ترتیب شده (حاوی تعدادی از سوالات به ترتیب خاص) یا بدون ترتیب شده (حاوی تعدادی از سوالات باز که میتوان آنها را در جریان مصاحبه تغیر داد یا مطابق به اوضاع تطابقت داد) میباشد.

ج: مباحثات متمرکز شده به گروه

هدف از اجرای مباحثات متمرکز شده به گروه عبارت از بدست آوردن معلومات در باره سلوک و عقاید یک گروه در مورد موضوع یا پرابلم خاص صحتی میباشد. مباحثات متمرکز شده به گروه از مصاحبه ها با معلومات دهنده گان اصلی تفاوت داشته که در اینصورت اجازه عکس العمل میان اعضای گروه موجود میباشد. هرگاه مباحثات میان گروههای فرعی مانند زنان در سن باروری یا مردان نوجوان اجرا گردد، در نهایت نتیجه میتواند که معلومات مفید را که نماینده گی از همام گروه خاص نماید بدست میدهد.

د: ارزیابی مرکز صحتی

یک ارزیابی مرکز صحتی عبارت از موجودی کردن محلی ایست که مراقبت های صحتی ممکن در آنجا عرضه گردد و خدمات در آنجا اجرا گردند. یک چک لست ترتیب شده از مطالب میتواند در مورد خدمات مرکز صحتی توضیح کننده باشد بشمول موجودی کردن از خدمات صحت باروری، کارکنان، ساحه تحت پوشش، سامان و مواد مربوط به صحت باروری. این ارزیابی همچنان میتواند که یک بررسی از ارقام احصاییوی روزمره در مورد خدمات صحت باروری جهت اینکه آیا پروتوکول استاندارد برای تامین کیفیت تعقیب میگردد.

ر: سروی های سریع

سروی های سریع در جریان ارزیابی میتواند جهت جمع آوری معلومات از نفوس مفید واقع گردند. چنین بررسی ها باید کوتاه و حاوی سوالات باشد که نیاز های اساسی صحت باروری را شناسایی نماید (بکس 16 ملاحظه گردد). سروی ها از مباحثات متمرکز شده به گروه متفاوت بوده طوریکه سرویها برای اشتراک کننده گان اجازه نمیدهد تا با جزئیات نظریات خویشرا در مورد یک موضوع بیان دارند.

برای مثالهای در مورد وسایل به بخش مطالعات مزید مراجعه گردد.

3.1.3 مسوول اجرای ارزیابی کی است؟

یک تیم ارزیابی شامل یک تا سه نفر از افراد که مهارت در بخش های کلینیکی، تحقیق، اداره و صحت عامه داشته باشند. تعداد تیم ها مربوط به اندازه ساحه تحت پوشش، دسترسی و حالت امنیتی و روشهای ارزیابی که استفاده خواهند شد، میباشد. هنگام انتخاب یک تیم، جنس، سن، نژاد و حالت اجتماعی اعضا ی تیم باید در نظر گرفته شود. بگونه مثال در بعضی از فرهنگها مناسب پنداشته نمیشود که یک مرد از یک خانم متاهل در مورد تاریخچه باروری اش سوالات را مطرح نماید. هرگاه مناسب باشد، یک عمل خوب است تا اعضای را از میان نفوس متضرر شامل تیم های ارزیابی ساخت.

اعضای مطلوب تیم:

- دارای مهارت‌های تخنیکی، آموزشی و با تجربه باشند
- دارای مهارت های خوب افهام و تفهیم به زبان های محلی بوده و با نفوس که آنرا ارزیابی مینمایند آشنایی داشته باشد
- در مورد بحث بالای موضوعات صحت باروری راحت و حاکم بوده و برای آموختن در مورد صحت باروری آماده باشد
- دارای مهارت‌های خوب تحلیلی باشد
- قادر به تصمیم گیری براساس ارقام اندک و قلیل باشد

بکس 16: استفاده از سروی های صحت باروری

سروی ها میتوانند که ارقام مفید و اساس بر نفوس را در مورد صحت باروری و خدمات ارایه شده که بتوانند جهت بهبود و موثریت بیشتر عرضه خدمات صحت باروری ارایه نمایند. تعداد زیادی از نکاتی موجود اند که باید در زمان طرح یک سروی بخاطر داشت. تصامیم باید مطابق به اندازه نمونه بوده، سطح قابل قبول اشتباهات و منابع قضاوت خودی، مطابق به منابع موجود (وقت، پول، شخص). سروی های که از زمان ارزیابی ابتدایی از نیازمندیها اجرا میگردند بطور مثال، اکثراً بطور عاجل با استفاده از روشهای ساده و نمونه های مناسب اجرا میگردند. زمانیکه حالت نارمل و ثابت گردید، سروی های با جزییات بیشتر توسط سوالنامه ها و روشهای با نمونه گیری وسیعتر باید استفاده گردد.

تصمیم در مورد روش و شیوه اجرا سروی باید با سکتور صحت هماهنگی گردیده و اطمینان حاصل گردد که این روش مناسب بوده و نتایج حاصله از آن قابل مقایسه با سایر سرویها که منحیث بخشی از پاسخ صحتی اجرا گردیده است، میباشد.

3.1.4 ارقام مورد نیاز در ارزیابی کدام هاست؟

فصل های 4 تا 10 در مورد اینکه کدام ارقام در مورد اجزای برنامه های صحت باروری در ارزیابی های باید جمع آوری گردند پیشنهاداتی را ارایه کرده است. (چوکات ذیل ملاحظه گردد). بلاکهای ساختاری سیستم صحت ساختار خوبی را جهت تقسیم بندی سوالات ارزیابی صحت باروری مطرح نموده (بکس 14: روش سیستم های صحتی ملاحظه گردد).

جهت دریافت معلومات بیشتر در مورد ارزیابی ارقام به فصل های ذیل مراجعه گردد:

فصل 4: صحت باروری در نوجوانان
فصل 5: تنظیم خانواده
فصل 6: صحت مادر و نوزاد
فصل 7: مراقبت های جامع سقط
فصل 8: خشونت ها بر اساس جنس
فصل 9: انتقال جنسی
فصل 10: ای - وی

3.1.5 چگونه نتایج ارزیابی ها را تحلیل، استفاده و توزیع نمود؟

نتایج یک ارزیابی باید تا حد امکان مشخص بوده تا جهت تصمیم‌گیری بموقع در مورد مداخلات از آن استفاده بعمل آید. بطور واضح نیازها را اولیت داده و فرصت‌ها را تحت هر یک از بلاک‌های سیستم‌صحنی شناسایی نماید. (بکس 14 ملاحظه گردد). نتایج باید حاوی پیشنهادات در مورد چگونگی اجرای مجموعه حداقل خدمات اساسی، تداوم و حمایت از پلانگذاری برای اجزای خدمات جامع صحت باروری باشد.

کاپی‌های راپور نهایی را با تمام موسسات دخیل در پاسخدهی بشری بشمول وزارت صحت، از طریق میکانیزم هماهنگی شریک‌گرد. علوئاً دریافتها و تصامیم را باید با جامعه بحث‌گرد.

3.2 نظارت

نظارت عبارت از یک پروسه منظم و دوامدار جمع‌آوری، راپوردهی و تحلیل ارقام در طول تطبیق برنامه بوده و یک بخش مهم از پروگرام صحت باروری بشمار میرود. نظارت شامل توزیع بموقع نتایج جهت اخذ اقدامات مقتضی است.

3.2.1 چی وقت نظارت را اجرا نمود؟

یک سیستم‌معلومات ساده و روزمره که حد اقل ارقام را مورد صحت باروری از شروع پاسخدهی بشری و تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی جمع‌آوری نماید، نیاز است (فصل 2 ملاحظه گردد). زمانیکه پاسخدهی بشری انجام یافته و اجزای خدمات جامع صحت باروری معرفی گردید، نیازهای نظارتی برنامه‌های صحت باروری باید در مطابقت به تغییر در نیازمندی قرار گرفته تا این اجزاء برنامه‌ریزی، تنظیم و عرضه گردند.

ارقام‌صحنی را میتوان منیحت یک بخشی از سیستم‌ملی معلومات‌صحنی جمع‌آوری نمود. در جایکه این سیستم موجود نباشد یا در حالات بحرانی که این سیستم مختل گردیده باشد، در اینصورت سکتور‌صحنی یک سیستم‌عاجل نظارتی را جهت حمایت و هماهنگی از اداره برنامه‌ها عملی خواهد نمود. تناوب نظارت در چنین سیستم (مثلاً روزانه، هفته‌وار یا ماهانه) تعلق به پیشرفت پاسخدهی بشری و نیازمندی‌های هر موسسه دارد. حد اقل باید ارقام ماهانه جهت اخذ تصامیم منظم برای برنامه باید قابل دسترس باشد.

3.2.2 وسایل جهت اجرای نظارت کدامها اند؟

داشتن وسایل و روشها جهت جمع‌آوری معلومات بصورت مشترک میان تمام شرکای‌صحنی مهم میباشد زیرا ارقام بدست آمده استاندارد بوده و دارای کیفیت خوب میباشد. زمانیکه بطور سیستماتیک و هماهنگ شده توسط تمام شرکا مورد استفاده قرار گیرد در اینصورت تامین‌کننده اینست که ارقام جمع‌آوری شده دارای عین جزئیات بوده و قابل مقایسه در تمام موقعیت‌ها است.

ارقام‌روزه صحت باروری باید ترکیب از منابع مراکز‌صحنی و جامعه جمع‌آوری گردیده که جز از سیستم‌معلومات‌صحنی وسیعتر باشد. منابع جهت جمع‌آوری ارقام روزمره شامل:

- سوابق و چارتهای انفرادی مریضان (مثلاً پارتوگرافها، کارتهای ملاقات قبل از ولادت، کارتهای تنظیم خانواده)
- راجستر و تلی‌شیت‌های روزانه (مثلاً راجستر ولادی، تلی‌شیت‌های ملاقاتهای قبل از ولادت)
- فورمه‌های لابراتواری (مثلاً تست‌های ای-ای-وی و نتایج تست‌های سفلیس)
- فارمهای بررسی وقوعات مرگ‌مادری (بکس 18 ملاحظه گردد)
- راپور‌های کارکنان‌صحنی جامعه/قابله‌ها
- فارمهای راپوردهی هفته‌وار و ماهانه

لست وسایل فوق کامل نمیباشد. سایر منابع و روشها جهت جمع آوری ارقام و راپور دهی (مثلاً سنتینال سرویلانس¹) میتواند برای تداوم در کنار سیستم ملی معلومات صحتی مطابق به نیاز هر پروگرام مورد استفاده قرار گیرد. در بعضی حالات، سروی های نفوس میتواند منحصیث یک وسیله موثر برای عرضه برنامه ها رهنمای خوب بوده و منبع مناسب ارقام نظارتی صحت باروری را میتواند ارایه نماید.

3.2.3 کدام ارقام جهت نظارت نیاز است؟

ارقام ضروری جهت اجرای نظارت از برنامه صحت باروری توسط انتخاب تعدادی از شاخص های که در جهت پیشرفت از نظارت برنامه برای رسیدن به اهداف بکار گرفته میشود. بکس 17 برای تعریفات و موضوعات که باید در هنگام انتخاب و استفاده از شاخص های صحت باروری مورد ملاحظه قرار گیرند مراجعه گردد.

فصل 4 تا 10 شاخص های اساسی را پیشنهاد نموده تا از هر یک از اجزای برنامه جامع صحت باروری نظارت اجرا شود. در ضمیمه 1 (ب) یک خلاصه از هر یک از شاخص ها شامل فورمول، واحد توضیحی آن و استندرد های مربوط آن ارایه گردیده است.

یک وسیله مشخص برای نظارت از برنامه های صحت باروری عبارت از بررسی واقعه مرگ مادرست (بکس 18 ملاحظه گردد) و یا بررسی واقعه نزدیک به مرگ یا "near miss". بررسی های واقعه مرگ مادری و بررسی واقعه نزدیک به مرگ برای برنامه های صحت مادر و نوزاد اساسی شمرده میشوند تا تغییرات را نظارت کرده و بهبود در عرضه خدمات را دریافت نمود و در جهت جلوگیری از اختلالات و وقوع مرگ پشتیبانی و حمایت کرد. (فصل 6: صحت مادر و نوزاد)

3.2.4 کی مسوول اجرای نظارت است؟

نرسها، قابله هاو سایر عرضه کننده گان خدمات صحت باروری در مراکز صحتی مسوول جمع آوری روزمره ارقام و راپوردهی از خدمات میباشند. علاوه کارکنان صحتی در سطح جامعه باید در جمع آوری ارقام از جامعه شامل ساخته شوند. برای اینکه اطمینان حاصل گردد تا ارقام جمع آوری شده قابل مقایسه با سایر برنامه های متفاوت میباشند، تمام کارکنان فوق باید در مورد استفاده موثر و درست ارقام و استفاده از وسایل جهت جمع آوری ارقام در ساحه باید آموزش کافی دریافت نمایند.

سوپروایزر کلینیک مسوول توحید راپور های هفته وار و ماهانه میباشند. که بعداً این راپور به آفسر صحت باروری یا مسول برنامه صحت جهت داخل ساختن در کامپوتر و تحلیل ارقام ارسال میگردد.

بکس 17: انتخاب و استفاده شاخص های صحت باروری

شاخص ها عبارتند از متحول های اند که بمرور زمان نظارت گردیده و سیر پیشرفت را در جهت رسیدن به اهداف را واضح میسازند. بگونه مثال: " پوشش مراقبتهای قبل از ولادت".

یک **مقصد** عبارت از نقطه نهایی متوقعه جهت رسیدن به آن در ختم تطبیق برنامه میباشند. بگونه مثال: فکتور های خطر ولادی در مراحل ابتدایی حمل دریافت گردیده و تداوی گردیدند.

برای هر یک از شاخص های باید **استندرد** مطابق به آن ترتیب داد تا نشاندهنده رسیدن به یک سطح حداقل قابل قبول را ارایه نماید. بگونه مثال: 90% از خانم های چهار یا بیشتر بازدید های مراقبتهای قبل از ولادت را در جریان حمل اجرا نمودند.

هرگاه برنامه های صحت باروری توسط موسسات مختلف تطبیق میگردد که آنها عین شاخص را استفاده نمیکنند، بناً معلومات صحتی جمع آوری شده توسط آنها استندرد نمیباشد. در نتیجه ارقام که توسط برنامه های غیر استندرد جمع آوری میشوند ممکن است که

¹ سنتینال سرویلانس (Sentinel Surveillance) یک روش نظارتی است که جانشین شاخص در یک پراپلم صحت عامه بوده، اندازه و بزرگی مشکل را در تمام نفوس تخمین مینماید. بگونه مثال شیوع اچ - ای - وی در خانم های که به خدمات مراقبت های قبل از ولادت مراجعه مینمایند منحصیث یک شاخص عویضی برای دریافت شیوع اچ - ای - وی در تمام نفوس استفاده میگردد

نامکمل بوده و نمیتوان آنها را توحید نمود و برای نظارت از یک حالت مناسب نمیباشند.

مرحله انتخاب نمودن شاخص ساده نمیباشد. هر شاخص باید از نظر تخنیکی ساده، قابل اعتبار و قابل اندازه گیری باشد. علاوه بر توسعه از مجموعه حداقل خدمات اساسی به خدمات جامع صحت باروری در یک کشور ساحات جدیدی را برای نظارت و تطبیق خدمات گشوده که بطور دوامدار باید تحت ملاحظه قرار گیرد. بنابر توصیه میگردد تا تمامی شاخص ها معیار SMART بودن را حاصل کرده و:

S مشخص باشد (چی و کی)
M قابل اندازه گیری و پیمایش باشد
A مناسب باشد
R واقع بین باشد (قابل وصول باشد)
T محدود به زمان باشد

مخلوط از شاخص های انتخاب شده برای نظارت باید مناسب برای اندازه نمودن مقاصد برنامه در طول مراحل مختلف سیکل پروژه باشد. بگونه مثال:

شاخص های نتیجه زودرس (یا مرحله) اندازه کننده فعالیت هایست که برای تطبیق برنامه ضروری بوده و مطابقت به فعالیتهای مختلف برای بدست آوردن نتایج مشخص داشته باشد. بگونه مثال: تعداد قابله های آموزش دیده در پروتوکول های مراقبت های قبل از ولادت.

شاخص های نتیجه دیررس (یا اجراءات) اندازه کننده تغییرات حاصله در نتیجه تطبیق فعالیتهای برنامه میباشد مانند تغییرات در دانش، رفتار و سلوک، یا در موجودیت خدمات. بگونه مثال: تعداد خانم های که حد اقل دو دوز واکسین تیتانوس را قبل از ولادت اخذ نموده اند.

شاخص های هدف (یا تأثیری) اندازه کننده تغییرات متوقعه در مرگ و میر در نتیجه فعالیتهای برنامه میباشد. بگونه مثال: وقوع تیتانوس نوزادان

چوکات 8: ارقام ضروری برای نظارت

فصل 4: صحت باروری در نوجوانان
فصل 5: تنظیم خانواده
فصل 6: صحت مادر و نوزاد
فصل 7: مراقبت های جامع سقط
فصل 8: خشونت ها بر اساس جنس
فصل 9: انتانان انتقالی جنسی
فصل 10: ای - ای - وی

بکس 18: بررسی واقعه مرگ مادری

یک بررسی از واقعه مرگ مادری یک فرصت نادر را جهت آگاهی یافتن از واقعه غم انگیز و قابل جلوگیری برای کارکنان صحتی و اعضای جامعه بدست میدهد. این بررسی ها موجب شناسایی خلاء ها در خدمات، خلا های دانش (از جانب عرضه کننده گان صحتی و از جانب جامع) و نیاز جهت بهبود بخشیدن مراحل رجعتدهی اختلاطات ولادی شناسایی مینماید. در این بررسی ها باید مردمان متعددی شامل گردند (اعضای فامیل، دایه های محلی، قابله ها، داکتران، همآهنگ کننده گان، رهبران محلی و سایر افراد). در جریان مرحله بررسی واقعه مرگ مادری بدون در نظر گرفتن اینکه مرگ در مرکز صحتی بوقوع رسیده یا در جامعه.

نقاط که باید بررسی گردند عبارتند:

- زمان شروع مریضی تهدید کننده حیات
- زمان دریافت پرابلم و زمان مرگ

- اقدامات انجام یافته مطابق به زمان
- دسترسی به خدمات، لوژستیک جهت رجعتدهی
- کیفیت مراقبت های طبی تا زنان مرگ

کالبد شگافی لفظی، که در حالات معین از مهاجرت استفاده شده است، نسبتاً موفقیت آمیز بوده در صورت عدم موجودیت سابقه طبی ضمیمه 4 یک نمونه از بررسی واقعه مرگ مادری را با رهنمود آن جهت استفاده ارایه مینماید.

3.2.5 چگونه نتایج نظارت را تحلیل، استفاده و توزیع نمود؟

تحلیل ارقام حاصله از خدمات روزمره صحتی یا ارقام که از نفوس بدست آمده است برای نظارت از اجراءات و عرضه خدمات با کیفیت صحتی و شناسایی تغییر حالت صحتی در نفوس متضرر مهم پنداشته میشود.

در سطح مرکز صحتی، احصایه ارقام را میتوان توسط دست اجرا نموده و نتایج حاصله را در چارتهای در محل پذیرش مرکز صحتی نصب نمود. در سطح موسسه و سکاتور صحتی به وسایل بهتر و موثر تر اداره ارقام نیاز بوده تا از تحلیل، توزیع و استفاده بموقع و موثر نتایج حاصله اطمینان حاصل گردد. استفاده ساده از برنامه اگسل در کمپوتر یا نرم افزار دیتابیس جهت اداره حجم زیاد ارقام در طول زمان و در موقعیت های مختلف کمک کننده میباشد.

استفاده ارقام و بازپسدهی نتایج جهت تامین انتقال معلومات به عملکردهای صحت عامه و بهبود قابل اندازه در وضعیت صحت باروری نفوس میباشد. اکثراً آمرین سطح پایینتر نیاز دارند تا مقدار زیادی از ارقام را به سطوح بالاتر راپور داده ولی ایشان به ندرت پاسخ و بازپسدهی را در این زمینه دریافت میدارند. در عین حال، از باعث اضافه بار شدن معلومات در سطوح بالایی در عمل ندرتاً از ارقام استفاده موثر صورت میگردد. مسول برنامه صحت باروری باید بصورت منظم به کارکنان بازپسدهی داده و در مورد یافته های اساسی و مهم با ایشان بحث نموده و پیشنهادات خویشرا در زمینه با ایشان در جلسات هماهنگی سکاتور صحت میان بگذارد. در صورت لزوم، خدمات صحت باروری را برای نفوس که توسط مرکز صحتی تحت پوشش قرار دارند قابل دسترس بسازید.

3.3 بررسی

هدف از بررسی عبارت از تحلیل نمودن موثریت و مفیدیت برنامه است. فعالیتهای برنامه و خدمات (نتایج زودرس) را با فواید (نتایج دیررس) و تأثیرات صحت عامه (اهداف) مقایسه نموده و آفسران صحت باروری را کمک مینماید تا مصمم گردند که آیا مقاصد و اهداف متوقعه را بدست آورده اند.

3.3.1 چی وقت بررسی را اجرا نمود؟

بهتر است از شروع تطبیق پروگرام برای اجرای بررسی برنامه و تقسیم اوقات داشت. بررسی در طول حیات پروژه اجرا میگردد نه فقط در اخیر آن، و مطابق به مراحل تطبیق پروژه و نیازهای موسسه اجرا گردیده میتواند.

3.3.2 وسایل برای اجرای بررسی کدام هاست؟

جهت بررسیها روشهای ارزیابی سیستماتیک و اندازه نمودن کمی و کیفی از عرضه خدمات مورد استفاده قرار میگردد. میتوان از روشهای مشابه به ارزیابی (3.1.1 ملاحظه گردد) استفاده نمود، مصاحبه ها با معلومات دهنده گان اساسی، رهبران جامعه یا اعضا نفوس متضرر ارقام را جمع آوری نموده تا کیفیت برنامه و اندازه پذیرش آنرا بررسی نمود.

یک بررسی از کیفیت یا قابل دسترس بودن خدمات شامل بررسی از اسناد اجرایی (مانند راپور های ساحوی، راپور های ماموریت های خاص، راپور های سوپروایزری، و اسناد آموزشی) و یک چک لست از خدمات کیفی صحتی باشد. همچنان ارقام جمع آوری شده از سیستم نظارت که بخش از پروسه بررسی میباشد.

ارقام که از نفوس بدست آمده میتواند حمایت کننده / ویا تصحیح کننده ارقام جمع آوری شده باشد.

3.3.3 کدام ارقام برای بررسی نیاز است؟

مقاصد هر بررسی باید بصورت واضح مشخص گردیده و سوالات واضحاً تعریف گردد تا بررسی به آنها پاسخ گوید. سوالات عمده که باید در بررسی به آنها ملاحظه صورت گیرد عبارتند:

- ما چی کردیم؟
- ما چی دست‌آورد داشتیم؟
- چیزی را که قصد داشتیم بدست آوریم؟
- کدام مطالب را آموختیم؟
- کدام چیز های نیاز است؟

3.3.4 مسوول اجرای بررسی کی است؟

بررسی ها باید تا حد امکان هدفمند و بدون تاثیر از قضاوت فردی باشد. هرگاه بررسی کننده خود شامل برنامه هماهنگی یا اداره آن باشد، بعضاً برایش مشکل خواهد بود تا بطور بیطرفانه اشتراک نموده و برنامه را بطور عادلانه ارزیابی نماید. بدین دلیل، بررسی ها بهتر است توسط بررسی کننده گان خارجی یا جناح ثالث اجرا گردند.

3.3.5 چگونه نتایج بررسی ها تحلیل، استفاده و توزیع گردند؟

بررسی ها باید در برگیرنده کارهای خوب و خراب باشد تا براساس نتایج آن پلانگذاری و طرح برنامه بهبود پیدا کند. بازپسدهی ابتدایی باید برای مسوولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات ارایه گردیده تا اطمینان حاصل گردد که موضوعات شناسایی شده قبل از بروز کدام مشکل یا خطر تحت ملاحظه قرار گرفته اند. راپور نهایی بررسی باید با تمام موسسات همکار در پاسخدهی حالت بحرانی و عاجل بشمول وزارت صحت، در جلسات هماهنگی صحتی شریک ساخته شود. در صورت لزوم دید نتایج / یافته ها و تصامیم بطور مستقیم با جامعه شریک گردد.

4.0 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی

4.1 استندردهای حقوق بشر

حق خصوصی بودن یا حریم شخصی/ خصوصی تحت قانون بین المللی حقوق بشر حفاظت کننده حق خصوصی و حریمیت از معلومات صحتی، بشمول معلومات در مورد صحت باروری شخص، وظایف باروری، حیات جنسی و تمایلات جنسی را شامل می‌گردد. حق حریم خصوصی بالای عرضه کننده گان خدمات و سایر کسانیکه در جمع آوری ارقام صحتی مصروف اند، یک مجبوریت را وضع مینماید تا این معلومات را بطور محرم حفظ نمایند. در یک مرکز صحتی معلومات در رابطه به وضع صحتی یک مریض ممکن است با کسانیکه در زمینه تداوی مستقیماً دخیل اند شریک ساخته شود مشروط بر اینکه ضرورت های معالجوی محسوس باشد.

بگونه مثال حق حریم خصوصی یک شخص ممکن است نقض گردد هرگاه وضع صحت باروری وی با سایر افراد بدون اجازه اش به بحث گرفته شود. نه تنها که حریمیت نقض گردیده است بلکه در حریم خصوصی شخص نیز تجاوز گردیده است، که ممکن است موجب پرابلم های شدید محافظتی برای نگرانی شخص که حتی باعث رد شخص بواسطه فامیل یا اعضای جامعه، خشونت یا تهدید به خشونت یا تبعیض در تداوی جهت دسترسی به خدمات گردد.

نقاط اساسی که باید بخاطر داشت تا حریم خصوصی فرد احترام گردد شامل:

- محرمت یک فرد که معلومات را در رابطه به وضع باروری صحت خود بشمول خشونت براساس جنس، باید در تمامی اوقات حفظ گردد.
- هرکسی که معلومات را در باره حالت صحت باروری اش میدهد بشمول خشونت براساس جنس باید رضایت آگاهانه اش قبل از اشتراک در فعالیت جمع آوری ارقام اخذ گردد.

معلومات باید بطور محرمانه در تمام اوقات، در زمان جمع آوری، ذخیره نمودن، تحلیل، شریک کردن حفظ گردد. حق حریم شخصی قابل تطبیق برای اطفال در مراکز صحتی نیز میباشد. باوجودیکه معلومات در مورد حالت صحتی طفل نباید به جناح ثالث بشمول والدین، افشاء گردد بدون رضایت اطفال. که البته ارتباط به سن و بلوغیت طفل دارد جهت تعیین بهترین شکل ممکن برای طفل.

4.2 ملاحظات ملی حقوقی

کسانی که به معلومات صحتی دسترسی دارند باید اطمینان حاصل گردد که اقدامات مناسب را در جهت تامین محرمت از این معلومات صحتی اخذ نموده اند. رهنمود در مورد قوانین و مقررات ملی در رابطه به جمع آوری، ذخیره، و استفاده از این معلومات صحتی باید قابل دسترس به تمام کارکنان صحتی و کارکنان انتظامات بشری قرار داده شده و تمام کارکنان صحتی باید با این قوانین آشنایی داشته باشند.

جمع آوری و استفاده ارقام به هدف نظارت و بررسی همچنان نیازمند رضایت آگاهانه افرادی که معلومات را ارایه میدارند میباشد. که شامل جمع آوری ارقام در جایکه معلومات از هویت شخص معلومات دهنده یا جدا ساخته شده از نام و سایر معلومات شهرت جوابدهنده در آن درج است. هدف از پروسه رضایت آگاهانه اینست تا تمام جوابدهنده گان آگاه بوده و بدانند که مقصد از جمع آوری ارقام، مراحل که در جریان جمع آوری تعقیب خواهند شد، مزایا و خطرات اشتراک شان، و حقوق شان آگاهی داشته باشند. منیحت یک بخش از مرحله رضایت دهی آگاهانه، اشتراک کننده احتمالی را باید در مورد تمام اجزای آن معلومات داده شود که در اکثر اوقات بنام "بیانیته از ابراز رضایت" نامیده میشود.

تمام افراد باید آگاهی داده شوند که منیحت حق شان میتوانند در جمع آوری ارقام اشتراک نکرده، یا در مقابل سوالات خاص جواب رد بدهند. هرگاه بنا بر یک هدف خاص، معلومات مربوط به وضع صحتی یک فرد نیاز به فاش ساختن به جناح ثالث را داشته باشد، باید قبلاً رضایت آگاهانه فرد اخذ گردد. در واقعات که معلومات ارتباط به اطفال داشته باشد در اینصورت والدین یا سرپرست طفل باید رضایت آگاهانه شانرا ارایه نمایند مگر اینکه در قانون طوری دیگر تسجیل شده باشد. علاوه اطفالیکه در سن قرار دارند که قادر به درک ماهیت و استنباط جمع کردن و افشاء معلومات را دارند (مثلاً قابلیت انکشاف پذیری) باید رضایت شانرا ابراز نمایند.

4.3 مشکلات و فرصتها

بعضاً ضرورت است تا عرضه کننده خدمات مطابق به قوانین ملی باید به مقامات واقعات مثبت اج-ای-وی، خانم هایکه سقط میکنند و واقعات مشخص از خشونت های جنسی راپور دهند. در حالیکه قضاوت رسمی برای اینگونه قوانین و پالیسی ها ممکن شامل جلوگیری از جرایم یا نگرانی های صحت عامه باشد، باید بخاطر داشت که این کار مطابق به استندرد های بین المللی حقوق بشر نبوده و نقض حقوق حریم شخصی فرد میباشد. عرضه کننده خدمات باید از اینگونه قوانین و پالیسی ها و تعهدات آشنایی داشته باشد. بخشی از مرحله رضایت دهی آگاهانه، مریض باید از هرگونه محدودیت در مورد محرمت معلومات آگاه گردد. جایکه راپور دهی اجباری موجود و لازمست عرضه کننده خدمات باید میکانیسم راپور دهی رابه مریض توضیح کرده و بعد از راپور دهی چی توقع دارند نیز برای شان بیان گردد.

5 مطالب برای مطالعه مزید

وسایل و شاخصهای کلستر صحت http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

کیت معلوماتی در مورد نظارت و بررسی صحت باروری در کنسرسیوم مهاجرتها اکتوبر 2004
<http://www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>

کیت معلوماتی ارزیابی صحت باروری باری خانم های متأثر از مناقشه. بخش صحت باروری، مرکز ملی برای وقایه امراض مزمن، ترویج صحت، هماهنگی برای ترویج صحت، مرکز وقایه و کنترل امراض، دیپارتمنت صحت و خدمات بشری، اتلانتا، 2007
www.cdc.gov/reproductivehealth/refugee/ToolkitDownload , www.cdc.gov/reproductivehealth/refugee/

ارزیابی "مجموعه حداقل خدمات اساسی" تطبیق، کمیشنری خانم ها برای اطفال و خانمهای مهاجر

http://www.rhrc.org/pdf/MISP_ass.pdf

تطبیق نظارتی از مجموعه حداقل خدمات اساسی: یک چک لست، کمیشنری خانم ها برای اطفال و خانمهای مهاجر، جنوری 2003
www.rhrc.org/pdf/fs_misp_insert.pdf

لست ضمایم

شاخص های ذیل لست از شاخص های اساسی اند که میتوان آنان را برای نظارت از برنامه جامع صحت باروری استفاده نمود. این شاخص های برای نظارت وسیع و همه جانبه و بررسی برنامه مکفی نمیباشند. برای دریافت لست مفصل، به بخش مطالعات مزید در فصل های مربوطه مراجعه گردد.

- ضمیمه 1 الف: شاخص های صحت باروری برای مجموعه حداقل خدمات اساسی یا MISP
- ضمیمه 1 ب: شاخص های صحت باروری برای برنامه های جامعه صحت باروری
- ضمیمه 2: تناسب و نسبت ماخذ صحت باروری
- ضمیمه 3: تخمین تعداد خانم های حامله در نفوس
- ضمیمه 4: فارم بررسی واقعه مرگ مادری و صفحه رهنمودی آن
- ضمیمه 5: نمونه صفحه راپور دهی ماهانه (سیستم ملی اداره معلومات)

ضمیمه 1 الف: شاخص های مجموعه حداقل خدمات اساسی یا MISP

ش	نام شاخص	نوع	توضیح	فورمل	یونت ها	استندرد	ملاحظات
1	تعداد واقعات راپور داده شده تجاوز جنسی	تاثیر	تعداد واقعات راپور داده شده تجاوز جنسی که به مرکز صحت راپور داده شده در یک وقت معین	تعداد واقعات راپور داده شده تجاوز جنسی / مدت زمان	مدت زمانی برای راپوردهی باید بطور محلی تعیین گردد		به گروههای جنسی و سنی تقسیم گردد. شناسایی سیر اینحالت ممکن پذیر نیست (زمانی، جغرافیایی و غیره) در واقعات تجاوز جنسی بر اساس این ارقام نمیتواند وقوع انرا اندازه نمود. تعداد تسهیلات که در زمینه این معلومات در هر وقت کمک کردند یادداشت گردد.
2	پوشش تهیه مواد استندرد احتیاطی	نتیجه زودرس	فیصدی مراکز صحتی که دارای مواد کافی جهت اجرای استندرد های احتیاطی میباشد.	تعداد مراکز صحتی در نقطه عرضه خدمات با داشتن مواد کافی استندرد های احتیاطی / تعداد نقاط عرضه خدمات صحتی * 100	100 نقطه / عرضه خدمات صحتی	100% مراکز صحتی دارای مقدار کافی از مواد جهت اجرای استندرد های احتیاطی	اندازه نموده مفیدیت توزیع مواد مربوط به استندرد احتیاطی. مواد کافی راپور داده شده توسط هر نقطه عرضه کننده خدمات توسط سوپروایزر بر اساس پلان کاری ارزیابی گردیده که باید بر اساس صابون، مواد زرقی پاک، دست کش، مواد دور کننده اجسام تیز و تعقیم مواد و سامان آلات تفکیک گردند.
3	پوشش تست عاجل اچ ای وی برای نقل الدم مصون	نتیجه زودرس	فیصدی شفاخانه های رجعتی که دارای مقدار کافی تست های عاجل اچ ای وی جهت تامین از تست نمودن تمام نقل الدم ها میباشد	تعداد شفاخانه های که دارای مقدار کافی تست های اچ ای وی برای سکرین کردن خون برای نقل الدم اند / تعداد نقاط عرضه کننده خدمات صحتی * 100	100 نقطه / عرضه کننده خدمات صحتی	100% تسهیلات صحتی دارای مقدار کافی جهت اجرای استندرد های احتیاطی	اندازه نمودن مفیدیت توزیع تست های اچ ای وی برای سکرین کردن خون قبل از نقل الدم. مقدار کافی از تست های اچ ای وی توسط سوپروایزر راپور داده شده بر اساس تعداد واقعات
4	نسبت توزیع کاندم	نتیجه دیررس	نسبت توزیع کاندم میان نفوس	تعداد کاندم های توزیع شده مردانه / تعداد	فرد/ ماه	0.5 کاندم / فرد / ماه	استندرد 0.5 کاندم / فرد / ماه یک تخمین از محاسبه مغلق استندرد کاندم است طوریکه در فصل مجموعه حداقل خدمات اساسی توضیح

			نفوس / ماه				گردید. این تخمین جهت نظارت از توزیع کاندم که بخشی از مجموعه حداقل خدمات اساسی است استفاده میگردد.
5	پوشش کیت های پاک ولادت	نتیجه زودرس	نسبت توزیع کیت های پاک ولادت میان خاتم های حامله در سه ماه اخیر حمل	تعداد کیت های پاک توزیع شده ولادت / تعداد تخمین خاتم های حامله * 100 / ماه	%	100%	اندازه نمودن اینکه آیا خاتم ها در ماه های اخیر حمل شان دسترسی به کیت های پاک ولادت دارند. ممکن است تا تعداد تخمینی خاتم های حامله موجود باشد.
6	موجودیت تداوی کلینیکی بازمانده گان / مصدومین تجاوز جنسی	نتیجه زودرس	فیصدی مراکز صحتی با تداوی کلینیکی بازمانده گان تجاوز جنسی بشمول تداوی وقایوی بعد از معروض شدن، و تداوی انتانات انتقالی جنسی	تعداد مراکز صحتی که تداوی کلینیکی را برای بازمانده گان تجاوز جنسی عرضه میدارند/ تمام مراکز صحتی * 100	%		عرضه تداوی کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز جنسی، موجودیت کارکنان آموزش دیده، ادویه عاجل ضد حمل، ادویه ضد ریتروویروس برای تداوی وقایوی بعد از معروض شدن و انتی بیوتیکها برای تداوی انتانات انتقالی جنسی

ضمیمه 1 ب: شاخص ها برای برنامه های جامع صحت باروری

این یک تعداد شاخص های انتخابی برای نظارت از برنامه های جامع صحت باروری میباشد. ممکن شاخص های دیگر هم موجود باشند. آفسران صحت باروری باید تصمیم بگیرند که کدام شاخص را مطابق به شرایط مورد استفاده قرار دهند. ماخذ ارایه شده در اخیر هر فصل معلومات بیشتر در این زمینه ارایه میدارد.

ش	نام شاخص	تایپ	توضیح	فورمول	یونت ها	استندرد	ملاحظات
الف: صحت باروری نوجوانان							
7	وقوع امراض انتقالی جنسی در جوانان	تأثیر		تعداد و اوقات راپور داده شده امراض انتقالی جنسی میان جوانان در یک مدت زمان معین/ تعداد مجموعی جوانان (*1000)	1000 / جوانان		اندازه نمودن تاثیر احتمالی برنامه بالای وقوع امراض انتقالی جنسی میان جوانان ضرورت برای تعریف سن جوانان مطابق به شرایط محلی
8	نسبت انتانات انتقالی جنسی میان افراد کمتر از 18 سال	مرحله	نسبت تشخیص سندرومیک میان	تعداد انتانات انتقالی جنسی تشخیص شده	%		

			میان افراد کمتر از 18 سال / تعداد مجموعی واقعات تشخیص شده انتانات انتقالی جنسی * 100	افراد کمتر از 18 سال			
9	نسبت ولادت ها میان افراد کمتر از 18 سال	تأثیر	نسبت ولادت های راجستر شده میان افراد کمتر از 18 سال	تعداد ولادت ها میان افراد کمتر از 18 سال / تعداد ولادت های زنده * 100	%	اندازه نمودن اینکه ولادت میان خانم های جوان چگونه است	
10	استفاده کاندنم میان جوانان	نتیجه دیررس	نسبت جوانان که از نظر جنسی فعال بوده و استفاده از کاندنم را در آخرین مقاربت جنسی شان راپور داده اند	تعداد جوانان که از نظر جنسی فعال بوده و استفاده از کاندنم را در آخرین مقاربت جنسی شان راپور داده اند / تعداد جوانان سروری شده که از نظر جنسی فعال اند * 100	%	اندازه نمودن تأثیر برنامه تعلیمات جامعه در مورد استفاده از کاندنم بالای سلوک افراد جوان. به گروپهای سنی و جنسی تقسیم گردد. نیاز به سروری نفوس دارد.	
ب: تنظیم خانواده							
11	اندازه استفاده از مواد ضد حاملگی	نتیجه دیررس	نسبت خانم های که در سن باروری قرار دارند (15-49) که استفاده مینمایند (یا همسر شان استفاده مینماید) از یک شیوه ضد حاملگی	تعداد خانم های که در سن باروری قرار داشته و از یکی از شیوه های ضد حاملگی استفاده مینمایند / تعداد خانم های که در سن باروری قرار دارند * 100		اندازه نمودن اینکه به چی فیصدی از خانم ها مواد ضد حاملگی را استفاده مینمایند. دانش در مورد اندازه استفاده از مواد ضد حاملگی در کشور یا در منطقه جهت تعیین اهداف	
12	دانش جامعه در مورد تنظیم خانواده	نتیجه دیررس	نسبت افراد که از نظر جنسی فعال اند و قادر به بیان پیام های مهم در رابطه به تنظیم خانواده میباشند	تعداد افراد که از جنسی فعال اند و قادر به بیان پیام های مهم در رابطه به تنظیم خانواده میباشند / تعداد افراد	%	اندازه نمودن تنظیم خانواده در نفوس بر اساس ارایه پیام های مهم در جریان فعالیت های آگاهی دهنده. نیاز به سروری نفوس دارد.	

			جوان که از نظر جنسی فعال بوده و برای پیامهای مواد تنظیم خانواده هدف قرار داده شده اند * 100				
13	تهیه مواد ضد حاملگی	نتیجه دیررس	تعداد نقاط که عرضه خدمات مینمایند که حداقل سه ماه مواد ضد حاملگی فمی، تابلیت های واحد پروجسترون، و زرقیات را تهیه دارند / تعداد نقاط عرضه کننده خدمات 100 *			اندازه نمودن موثریت سیستم توزیع مواد ضد حاملگی	
14	پوشش مشوره دهی در مورد تنظیم خانواده	نتیجه دیررس	نسبت مراجعین که به خدمات تنظیم خانواده مراجعه کرده اند، و برای شان مشوره دهی اجرا گردیده است. تعداد مراجعین که به خدمات تنظیم خانواده مراجعه کرده اند و برای شان مشوره دهی اجرا شده مزید براینکه یک شیوه ضد حاملگی را دریافت نموده اند / تعداد مراجعین که به خدمات تنظیم خانواده مراجعه کرده اند * 100			اندازه نمودن اینکه آیا مراجعین در مورد تنظیم خانواده خدمات را دریافت نموده اند. این شاخص در کلینیک تنظیم خانواده اندازه میگیرد و در راجستر کلینیک، یا مشاهداتف مصاحبه با مراجعین در هنگام خروج از کلینیک موجود است.	
ج: صحت مادر و نوزاد							
15	میزان مرگ نوزادان	تأثیر	میزان مرگ میان نوزادان در جریان 28 روز اول حیات شان تعداد نوزاد زنده تولد شده که در کمتر از 28 روزه گی فوت نموده اند / تعداد ولادت های	1000/ ولادت زنده	کمتر از 40 مرگ / 1000 / ولادت زنده	اندازه نمودن حالت عمومی صحت نوزادان	

			زنده در یک مدت معین زمانی * 1000			
16	نسبت ولادت با وزن کم	تاثیر	نسبت ولادت های زنده که وزن شان کمتر از 2500 گرام است	تعداد ولادت های زنده با وزن کمتر از 2500 گرام / تعداد مجموعی ولادت های زنده (را ریکارڈ های اندازه وزن شان) * 100	%	کمتر از 15% اندازه نموده حالت خانم های حامله و کافی بودن بازدید های قبل از ولادت. اندازه وزن در زمان ولادت نشاندهنده نوزادان که در خطر شدید قرار داشته و نیاز به مراقبت های خاص دارند
17	میزان ولادت طفل مرده	تاثیر	میزان ولادت های طفل مرده به نسبت تعداد ولادت ها	تعداد ولادت های طفل مرده / تعداد مجموعی ولادت های زنده و مرده * 1000	1000 / تعدادمجمو عی ولادتها / ماه	اندازه نمودن عمومی نتایج حاملگی بوده ممکن از در جریان شیوع یک بیماری تزیاید یافته مانند ملاریا یا سفلیس. تعریف ولادت طفل مرده را مطابق به پالیسی های ملی مشخص سازید. ولادت طفل مرده عبارت از مرگ جنین بعد از هفته 22 در بسیاری حالات تعریف گردیده است.
18	بررسی واقعه مرگ مادر	مرحله	نسبت مرگ های مادری راپور داده شده که بررسی گردیده اند	تعداد مرگ های مادری راپور داده شده که بررسی گردیده اند / تعداد واقعات مرگ های مادری راپور داده شده * 100	%	100% اندازه نمودن ظرفیت برنامه جهت شناسایی مرگ مادر تا فکتور های خطر تثبیت گردیده با فرض اینکه : الف: واقعات مرگ های مستقیم و غیر مستقیم مادری بررسی گردیده تا از کم راپور دهی کاهش گردد، ب: یک پروتوکول برای بررسی موجود است. بررسی های مطابق به رهنمود های موجود اجرا گردیده و نتایج به کارکنان صحتی توزیع گردد.
19	تکمیل مراقبت های قبل از ولادت	نتیجه دیر رس	فیصدی خانم های حامله که حد اقل 4 بازدید قبل از ولادت را در جریان حمل	تعداد خانم های حامله که حد اقل 4 بازدید قبل از ولادت را در جریان حمل	%	100% اندازه نمودن اینکه آیا خانم های حداقل بازدید قبل از ولادت را حاصل نموده اند. این شاخص در زمان ولادت اندازه گیری

			اجرا کرده / تعداد مجموعی ولادت های زنده * 100	اجرا کرده			
20	پوشش آزمایش سفلیس	نتیجه دیر رس	نسبت خانم های حامله که برای سفلیس در جریان حمل شان معاینه گردیده اند	تعداد خانم های حامله که برای سفلیس در جریان حمل شان معاینه گردیده اند / تعداد مجموعی ولادت های زنده * 100	%	100%	اندازه نمودن اینکه آیا خانم حامله برای سفلیس معاینه گردیده است. این شاخص در زمان ولادت اندازه گیری میگردد.
21	پوشش واکسین تیتانوس	نتیجه دیر رس	نسبت خانم های حامله که حد اقل دو دوز واکسین تیتانوس را در جریان حمل شان اخذ کرده اند	تعداد خانم های حامله که حد اقل دو دوز واکسین تیتانوس را در جریان حمل شان اخذ کرده اند (یا کاملا واکسین شده اند) / تعداد مجموعی ولادت های زنده * 100	%	100%	اندازه نمودن اینکه آیا خانم های حامله واکسیت تیتانوس را اخذ نموده اند. این شاخص در زمان ولادت اندازه گیری میگردد. واقعات تیتانوس نوزادان نیز باید راپور داده شود.
22	موجودیت خدمات عاجل ولادی	نتیجه دیر رس	تعداد مراکز صحتی با خدمات اساسی یا جامع مراقبت های ولادی / 500000 نفوس . با یونت اداری	تعداد مراکز مراقبت های عاجل ولادی در فی نفوس	500000/ نفوس	حد اقل 5 مرکز مراقبت های عاجل ولادی / 500000 نفوس بشمول یک مرکز جامع مراقبت های عاجل ولادی	شاخص 1 مرحله ایی ملل متحد

23	استفاده از خدمات عاجل ولادی	نتیجه دیر رس	نسبت تمام ولادت ها در مرکز مراقبت های عاجل ولادی	تعداد ولادت ها در مرکز مراقبت های عاجل ولادی / تعداد ولادت ها * 100	%	سطح قابل قبول محلی	ولادت بدون در نظر داشت نتایج آن (زنده یا مرده). تمام مراقبت های عاجل ولادی باید شامل ساخته شده باشد: در کمپ ها و شفاخانه های دولتی
24	برآورده شدن نیاز ها خدمات عاجل ولادی	نتیجه دیر رس	نسبت خانم ها با اختلالات بزرگ مستقیم ولادی که در مراکز مراقبتهای عاجل ولادی تدای شده اند	تعداد اختلالات ولادی تدای شده در مراکز مراقبت های عاجل ولادی / تعداد ولادت ها * 100	%	100%	اندازه نموده کیفیت تدای عاجل ولادی. واقعات عاجل باید تعریفات واضح در مورد واقعه داشته باشند و شامل: خونریزی، اکلامسیا، ولادت های انسدادی و طولی، سپس
25	فیصدی ولادت های کمک شده توسط ماهر ولادی	نتیجه دیر رس	نسبت ولادت های داده شده توسط ماهرین ولادی	تعداد و ولادت های داده شده توسط ماهرین ولادی / تعداد ولادت ها * 100	%	100%	کارکنان آموزش دیده عبارت اند از داکتران، و یا اشخاص با مهارت های قابلگی که قادر به تشخیص و تدای واقعات عاجل ولادی بوده و ولادت نارمل را اجرا کرده بتوانند. دایه های محلی (آموزش دیده و آموزش ندیده) شامل نمی باشند.
26	پوشش مراقبت های بعد از ولادت	نتیجه دیر رس	نسبت خانم های که 3 بازدید بعد از ولادت را در 6 هفته بعد از ولادت شان انجام داده اند	تعداد خانم های که 3 بازدید بعد از ولادت را در 6 هفته بعد از ولادت شان انجام داده اند / تعداد ولادت های زنده * 100	%	100%	اندازه نمودن اینکه آیا خانم بازدید های بعد از ولادت را انجام داده است. زمان بعد از ولادت عبارت از 42 روز (6 هفته) بعد از ولادت میباشد. فکتور های تعیین کننده بازدید عبارتند از: وقوع نوع اختلالات ولادی، فیصدی ولادت های کم وزن، نسبت ولادت ها در منزل، و میزان مرگ نوزادان. تقسیم اوقات توصیه شده عبارت از: در ساعت 6 ام، روز 6 ام و هفته 6 ام بعد از ولادت
27	فیصدی ولادت ها توسط سیزارین، توسط یونت اداری	نتیجه دیر رس	سیزارین سکن منحصی یک نسبت بر تمام ولادتها	تعداد ولادت ها توسط سیزارین / تعداد ولادت های	%	5-15%	نسبت تخمینی ولادتها توسط سیزارین سکن در نفوس کمتر از 5% و بالاتر از 15% نباشد.

			زنده * 100				
28	میزان واقعات مرگ مستقیم ولادی	تأثیر	میزان واقعات مرگ میان خانم های با اختلالات مستقیم ولادی در مراکز مراقبت های عاجل ولادی	تعداد خانم های که به مراکز مراقبت های عاجل ولادی مراجعه نموده و از باعث یک اختلاط مستقیم ولادی فوت نموده اند / تعداد خانم های که برای اختلالات ولادی مراجعه نموده اند * 100	%	کمتر از 1%	
د: مراقبت های جامع سقط							
29	خدمات سقط با تکنالوژی مناسب اجرا گردیده	مرحله	نسبت خدمات سقط که با تکنالوژی مناسب اجرا گردیده (خارج کردن محتویات رحم با واکيوم یا شیوه های طبی)	تعداد خدمات سقط که با تکنالوژی مناسب اجرا گردیده /تعداد مجموعی خدمات انجام یافته برای سقط در عین مدت زمان * 100	%	100%	خدمات سقط شامل تداوی اختلالات سقط (از باعث سقط بنفسهی/ عمدی / نا مصون) همچنان عرضه پروسه های عمدی سقط میباشد. تکنالوژی های مناسب برای خدمات سقط در فصل 7: مراقبت های جامع سقط مراجعه گردد.
30	پوشش مواد ضد حاملگی بعد از سقط	نتیجه دیر رس	نسبت خانم های که دسترسی به خدمت سقط دارند و قبل از خارج کردن از مرکز صحتی مواد ضد حاملگی را دریافت کرده اند.	تعداد خانم های که دسترسی به خدمت سقط دارند و قبل از خارج کردن از مرکز صحتی مواد ضد حاملگی را دریافت کرده اند / تعداد تمام خانم های که خدمات سقط را دریافت کرده اند در عین مدت زمانی	%	60%	سطح حد اقل توصیه که 60% از خانم های که مراقبت های سقط را دریافت مینمایند باید قبل از خارج ساختن از مرکز صحتی یک شیوه معاصر از مواد ضد حاملگی را نیز دریافت نمایند. توسط شواهد میان خانم ها در

سن باروری ملاحظه گردیده که خانم های که خدمات سقط را دریافت کرده اند بطور موفقانه ادویه ضد حاملگی بعد از سقط را نیز اخذ نموده اند. جمع آوری ارقام از طریق کتاب راجستر روزانه مرکز صحتی							
جمع آوری ارقام از طریق سروی های وقفوی	100%	%	تعداد از عرضه کننده گان که در خدمات سقط دخیل بوده و آگاهی از استطبایات حقوقی جهت پایان دادن حمل دارد / تعداد عرضه کننده گان که در خدمات سقط دخیل اند * 100	فیصدی عرضه کننده گان که از استطبایات حقوقی جهت پایان دادن حمل در کشور میزبان و کشور اصلی آگاهی دارند.	نتیجه دیر رس	آگاهی از استطبایات حقوقی جهت پایان دادن حمل	31
با گذشت زمان یک تغییر در تزايد نسبت خانم های که خدمات صحتی دریافت میدارند. منبع ارقام: راجستر های خدمات صحتی-مگر مشکل احتمالی عبارت از کم راپوردهی است (مثلاً تعداد از واقعات در مرکز صحتی اجرا نمیگردد) و سوء محاسبه کردن	100%	%	تعداد خانم های که سقط عمدی را در مرکز صحتی انجام داده اند / تعداد مجموعه خانم های مراقبت های سقط را در عین مدت زمان از مرکز صحتی دریافت نموده اند * 100	نسبت خانم های که سقط عمدی نموده و خدمات سقط را دریافت نموده اند	نتیجه دیر رس	پوشش سقط های عمدی	32
ر: خشونت ها براساس جندر (GBV)							
اندازه نمودن اینکه آی بازمانده گان تجاوز جنسی بوقت دسترسی به خدمات اساسی را دارند. فرض گردد که پروتوکول تداوی کلینیکی تجاوز جنسی در مرکز صحتی توزیع و تطبیق میگردد.	100% از بازمانده گان تجاوز جنسی	%	تعداد بازمانده گان تجاوز جنسی واجد شرایط که در جریان 72 ساعت بعد از حادثه تداوی وقایوی بعد از معروض شدن را دریافت	نسبت بازمانده گان تجاوز جنسی واجد شرایط که در جریان 72 ساعت بعد از حادثه تداوی وقایوی بعد از معروض شدن را دریافت	نتیجه دیر رس	وقت عرضه تداوی وقایوی بعد از معروض شدن	33

	شرایط		نموده اند / تعداد مجموعی تمام واقعات راپور داده شده تجاوز جنسی * 100	نموده اند.			
34	زمان عرضه مواد ضد حاملگی عاجل	نتیجه دیررس	نسبت بازمانده گان واجد شرایط تجاوز جنسی که ادویه ضد حاملگی عاجل را در جریان 120 ساعت از حادثه دریافت نموده اند	تعداد بازمانده گان واجد شرایط تجاوز جنسی که ادویه ضد حاملگی عاجل را در جریان 120 ساعت از حادثه دریافت نموده اند / تعداد مجموعی واقعات راپور داده شده تجاوز جنسی * 100	%	100% از بازمانده گان تجاوز جنسی واجد شرایط	اندازه نمودن اینکه آیا بازمانده گان تجاوز جنسی بوقت به خدمات کلینیکی دسترسی داشته اند. فرض گردد که پروتوکول تداوی کلینیکی تجاوز جنسی در مرکز صحتی توزیع و تطبیق میگردد.
35	زمان عرضه تداوی وقایعی انتانات انتقالی جنسی	نتیجه دیررس	نسبت بازمانده گان تجاوز جنسی که تداوی وقایعی انتانات انتقالی جنسی را در جریان 2 هفته از حادثه دریافت نموده اند.	تعداد بازمانده گان تجاوز جنسی که تداوی وقایعی انتانات انتقالی جنسی را در جریان 2 هفته از حادثه دریافت نموده اند / تعداد مجموعی واقعات راپور داده شده تجاوز جنسی	%	100% از بازمانده گان تجاوز جنسی واجد شرایط	
36	تعداد واقعات خشونت های جنسی راپور داده شده به مرکز صحتی	تأثیر	تعداد واقعات خشونت های جنسی راپور داده شده به مرکز صحتی در یک مدت زمان معین	تعداد واقعات خشونت های جنسی راپور داده شده به مرکز صحتی / ماه	10000/ نفوس	تعریف واقعه " خشونت جنسی " تا در تمام حالات به آن تصمیم اخذ گردد به گروپهای سنی و جنسی تقسیم بندی گردد. شناسایی سیر خشونت های جنسی (زمان و موقعیت جغرافیایی) براساس این ارقام ممکن نمی باشد.	

تعداد مراکز صحي که معلومات را ارایه میدارند یادداشت گردد.							
ز: انتانات انتقالی مقاربتی (STIs)							
تداوی انتانات انتقالی جنسی/ انتانات طرق باروری در راجستر های برنامه قابل دسترس میباشند.		%	تعداد عرضه کننده گان آموزش دیده برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی / انتانات طرق باروری مطابق به پروتوکول / تعداد مجموعی عرضه کننده گان * 100	فصیدی عرضه کننده گان آموزش دیده برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی / انتانات طرق باروری مطابق به پروتوکول	مرحله	مهارت عرضه کننده گان خدمات در تداوی انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات طرق باروری	37
ارقام به گروپهای سنی و جنسی تقسیم گردد. این شاخص در کلینیک تداوی انتانات انتقالی مقاربتی و در سایر خدمات صحت باوری مربوط به انتانات انتقالی مقاربتی / انتانات طرق باروری در راجستر کلینیک، مشاهدات یا مصاحبه با مراجعین در هنگام خروج از مرکز صحي موجود میباشد.		%	تعداد مریضانیکه در رابطه به تداوی انتانات انتقالی مقاربتی / انتانات طرق باروری ارزیابی، تداوی و مشوره دهی گردیده اند مطابق به پروتوکول / تعداد مجموعی مریضان با انتانات انتقالی مقاربتی / انتانات طرق باروری که به خدمات دسترسی دارند * 100	فصیدی مریضانیکه در رابطه به تداوی انتانات انتقالی مقاربتی / انتانات طرق باروری ارزیابی، تداوی و مشوره دهی گردیده اند مطابق به پروتوکول	نتیجه دیررس	تداوی واقعات انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات طرق باروری	38
		1000 / نفوس / ماه	تعداد واقعات امراض قرعوی ناحیه تناسلی / تعداد مجموعی نفوس * 1000	وقوعات امراض قرعوی ناحیه تناسلی میان تمام نفوس	تاثیر	وقوعات امراض قرعوی ناحیه تناسلی	39
		/1000 / نفوس/ماه	تعداد واقعات راپور داده شده افرازات احلیلی در	وقوعات افرازات احلیلی در مردان میان نفوس مردان	تاثیر	وقوعات افرازات احلیلی در مردان	40

			مردان / تعداد نفوس مردان * 1000			
ژ: اچ ای وی / ایدس (HIV/AIDS)						
41	کیفیت تست خون های اهداء شده	نتیجه دیررس	فیصدی یونت های خون اهدا شده که جهت اچ ای وی با میتود با کیفیت تست گردیده اند	%	%	تعداد یونت های خون اهدا شده که جهت اچ ای وی با میتود با کیفیت تست گردیده اند / تعداد مجموعی خون اهدا شده تست شده * 100
	اندازه نموده نقل الدم مصون فرض گردد که کیت های نقل الدم موجود بوده و بدرستی استفاده میگردند. شاخص UNGASS			100%		
42	مراکز تست و مشوره دهی داوطلبانه برای مشوره دهی بعد از معروض شدن و اجرای تست	نتیجه دیررس	نسبت مراکز تست و مشوره دهی داوطلبانه که برای اچ ای وی تست کرده اند، که ایشان نتایج بعد از تست و مشوره دهی را دریافت نموده اند	%	%	تعداد مراکز تست و مشوره دهی داوطلبانه که مشوره دهی بعد از اجرای تست را انجام داده اند / تعداد مراجعین تست شده مراکز تست و مشوره دهی داوطلبانه * 100
	اندازه نمودن غیر مستقیم از کیفیت مشوره دهی و اجرای تست در برنامه مراکز تست و مشوره دهی داوطلبانه			100%		
43	پوشش وقایه از انتقال ویروس از مادر به طفل	نتیجه دیررس	نسبت مراجعین اولین بازدید قبل از ولادت که قبل از اجرا تست مشوره دهی را دریافت نمودند / تعداد بازدید های اولین مراقبت های قبل از ولادت	%	%	تعداد مراجعین اولین بازدید قبل از ولادت که قبل از اجرا تست مشوره دهی را دریافت نمودند / تعداد بازدید های اولین مراقبت های قبل از ولادت
	اندازه نمودن غیر مستقیم کیفیت مشوره دهی و اجرای تست در برنامه وقایه از انتقال ویروس از مادر به طفل			100%		
44	وقایه از انتقال ویروس از مادر به طفل بعد از معروض شدن و اجرای تست	نتیجه دیررس	نسبت مراجعین که در اولین بازدید قبل از ولادت برای اچ ای وی تست گردیده و نتیجه بعد از تست و مشوره دهی را دریافت نموده است.	%	%	تعداد مراجعین که در اولین بازدید قبل از ولادت برای اچ ای وی تست گردیده و نتیجه بعد از تست و مشوره دهی را دریافت نموده است / تعداد مراجعین اولین

			بازدید مراقبت های قبل از ولادت که برای اچ ای وی تست شده اند * 100			
	100%	%	تعداد جوره مادر – طفل که بوقت معین ادویه ضد ریترووایرل را مطابق پروتوکول بلع نموده اند / تعداد ولادت های مثبت اچ ای وی * 100	نسبت جوره مادر – طفل که بوقت معین ادویه ضد ریترووایرل را بلع نموده اند	نتیجه دیررس	45 پوشش ادویه ضد ریترووایرل در برنامه های وقایه از انتقال ویروس از مادر به طفل
اندازه نمودن تاثیر برنامه تعلیمات جامعه در مورد استفاده از کاندوم بالای سلوک مردم به گروپهای سنی و جنسی تقسیم بندی گردد. نیاز به سروی نفوس دارد.			تعداد افراد که از نظر جنسی فعال بوده و استفاده از کاندم را در آخرین مقاربت جنسی شان راپور داده اند / تعداد افراد که از نظر جنسی فعال اند در سروی اجرا شده * 100	نسبت افراد که از نظر جنسی فعال بوده و استفاده از کاندم را در آخرین مقاربت جنسی شان راپور داده اند	نتیجه دیررس	46 استفاده از کاندوم

ضمیمه 2: نسبت و میزان ماخذ صحت باروری

ارقام ارائه شده از منابع متعدد و در مدت زمان متفاوت جمع آوری گردیده است. هدف آن عبارت از تخمین نمودن است که در بعضی حالات در نفوس توقع برده میشود. این ارقام نباید منحیث میزان های نهادی و اساسی برای بدست آوردن اهداف استفاده گردند. ندرتاً بیان کننده وسعت احتمالی برنامه بوده که ممکن است مطابق به برنامه ها و منابع پلانگذاری عیار گردد.

از تمام حمل ها بطور بنفسهی قبل از هفته 20 ام حمل از اینها در جریان سه ماه اول حمل بوقوع میرسند از تمام سقط های بنفسهی بوقوع رسیده نیاز به مداخلات طبی دارند	15-10% 90% 20-15%	سقط ها
از تمام حمل ها اختلال فرط فشار خون در زمان حمل نشان خواهند داد از تمام خانم های که حمل اول شان است اختلال فرط فشار خون در زمان حمل نشان خواهند داد	20-5% 25-2%	اختلال فرط فشار خون در زمان حمل (HDP) یا پری اکلامسیا
از تمام حمل ها به بعضی از مداخلات در زمان ولادت نیاز خواهند داشت تمام حمل ها به سیزارین سکن نیاز خواهند داشت از تمام خانم های درجات متفاوت از عدم تناسب در راسی- حوصله نشان میدهند (در نفوس های که از اجتماعی - اقتصادی فقیر اند بیشتر بمشاهده میرسد) از ولادت ها شامل خونریزی ابتدایی بعد از ولادت (در جریان 24 ساعت اول بعد از ولادت) میباشند. از ولادت ها شامل خونریزی ثانوی بعد از ولادت (24 ساعت یا بعد از از ولادت) میباشند. از ولادت ها منتج به پاره گی رحم میگرددند از تمام ولادت ها منتج به اشکال متفاوت ترخیصات نوزاد در زمان ولادت میگردد از تمام ولادت ها یک سوء شکل ولادی میداشته باشند (شامل سوء اشکال قلبی نمیباشند. از این سوء اشکال به مرگ می انجامد	15% 15-5% 10-15% 10% 0.1-1.0% 0.1-0.4% 0.25-2.4% 1.5% 31%	حمل و اختلالات ولادت

منبع معلومات: مرکز هماهنگی سازمان صحتی جهان در بخش مراقبت های قبل از ولادت و مطالعات خدمات صحتی در مورد صحت طفل و مادر در بخش صحت حمل و نوزاد، بخش صحت باروری، مرکز کنترول و وقایه امراض، اتلانتا، 30333 ایالات متحده امریکا، S. and Wulf, P., سطح تخمین سقط های عمدی در شش کشور امریکای لاتین، نمای بین المللی از تنظیم خانواده سال 1994، 20 (1): 4-13.

ضمیمه 3: تخمین نمودن تعداد خانم های حامله در نفوس

تخمین نمودن تعداد خانم های حامله در نفوس هرگاه تعداد مجموعی نفوس 100000 باشد				
25	35	45	55	هرگاه میزان تولدات نوزادان (CBR) فی 1000 در نفوس باشد
2500	3500	4500	5500	الف: تخمین تعداد ولادت های زنده در سال
208	292	375	458	ب: تخمین ولادت های زنده متوقعه در فی ماه (الف / 12)
375	525	675	825	ج: تخمین تعداد حمل ها که منتج به ولادت های مرده گردیده اند (تخمین با 15% از ولادت های زنده = الف * 0.15)
2875	4025	5175	6325	د: تخمین حمل های متوقعه در سال (الف + ج)
2000	2800	3600	4400	ذ: تخمین تعداد خانم های حامله در یک ماه (70% از د)*
2	2.8	3.6	4.4	ر: تخمین فیصدی تمام نفوس که در یک زمان معین حمل دارند
*این یک تخمین از حمل های با معیاد کامل با حمل های که قبل از وقت میباشند.				



***** محرم *** راپور بررسی از واقعه مرگ مادر**

هر واقعه مرگ مادر را بررسی نموده و راپور را توسط پست الکترونیکی به جناح های مربوط با IP and UNHCR تان ارسال نمایید. (رهنما ملاحظه گردد)

مرگ مادر: مرگ خانم که حامله بوده یا 42 روز بعد از ولادت، بدون در نظر داشت مدت زمان و محل حمل، از باعث هرگونه سببی مربوط به حمل یا تشدید شده توسط حمل یا تداوی آن، مگر نه از باعث سایر حادثات و واقعات تصادفی

بررسی کننده گان:

لست افرادی که شامل بررسی واقعه مرگ مادر (نام و وظیفه/ رقابت با مرحومه):

	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.

خلاصه معلومات:

کشور میزبان	کمپ، محل زیست یا ساحه
-------------	-----------------------

نام خانم:	ملیت:	سن:
-----------	-------	-----

معلومات در مورد حمل:

سن حمل:	تعداد حمل:	تعداد بازدید های قبل از ولادت:	اجرا شده توسط (صرفاً اهلیت):
---------	------------	--------------------------------	------------------------------

خطرات شناسایی شده در زمان بازدید های قبل از ولادت:

کمخونی <input type="checkbox"/>	ملاریا شدید <input type="checkbox"/>	تعدد حمل ها (بالتر از 4 حمل) <input type="checkbox"/>
خونریزی قبل از ولادت <input type="checkbox"/>	فرط فشار خون/ فشار خون بلند <input type="checkbox"/>	سزارین سکشن قبلی <input type="checkbox"/>
اچ ای وی / ایدس <input type="checkbox"/>	دیابت / مرض شکر <input type="checkbox"/>	چند گانگی <input type="checkbox"/>
نه <input type="checkbox"/>	سایر (مشخص گردد) <input type="checkbox"/>	

تعداد بازدید های بعد از ولادت:	زمان (مثلاً در 24 ساعت اول، روز 1، هفته 1....):
--------------------------------	---

معلومات در مورد مرگ:

ولادت نکرد: سن تخمینی حمل در زمان مرگ مادر هفته ماه
ولادت کرد/ سقط کرد: زمان میان ولادت/سقط و مرگ مادر ساعت روز

موقعیت مرگ:

خانه در راه، جزئیات را مشخص سازید:
مرکز صحتی کمپ تاریخ و زمان بستر شدن:
مرکز صحتی رجعتی تاریخ و زمان مرگ:

خلاصه تاریخچه واقعات آنی:

شناسایی فکتور های مربوط به تاخیر:

فکتور های مربوط به تاخیر اولی (تأخیر از اخذ تصمیم جهت دریافت مراقبت)؟

1.

2.

3.

فکتور های مربوط به تاخیر ثانوی (تأخیر در رسیدن به مراقبت)؟

1.

2.

3.

فکتور های مربوط به تاخیر ثالثی (تأخیر در اخذ مراقبت های مناسب در مرکز صحتی)؟

1

2

.

اسباب مرگ:

مستقیم (مثلاً خونریزی، انسداد، اکلامسیا، سپس و غیره):

غیر مستقیم (مثلاً کمخونی، اچ ای وی/ ایدس، مالاریا و غیره):

اقدامات که باید اتخاذ گردد/ راه های حل پیشنهاد شده	دروس آموخته شده

تاریخ راپور:	تاریخ (های) بررسی مرگ مادر:
--------------	-----------------------------

راپور ترتیب گردیده توسط (نام و وظیفه):

رهنمود برای بررسی واقعات مرگ مادر

هدف از این رهنمود عبارت از حمایت از برنامه های کشور در

الف: پروسه بررسی یک واقعه مرگ مادر، و

ب: ضروریات برای راپوردهی مرگ مادر

الف: پروسه بررسی یک واقعه مرگ مادر

مرگ مادر چیست؟

یک واقعه مرگ مادر عبارت از مرگ خانم که حمل داشته یا 42 روز بعد از ولادت، بدون در نظر داشت مدت زمان و محل حمل، هرگاه از باعث حمل یا تشدید شده با حمل یا تداوی مربوط به حمل بمیان آمده باشد، مگر نه از باعث اسباب حادثات و اتفاقات دیگر.

تمام واقعات مرگ مادر باید بررسی گردند؟

بلی. هر واقعه مرگ مادر که در داخل کمپ مهاجرین (از مهاجرین یا از ساکنین) یا در یک مرکز رجعتی رخ میدهد باید بصورت سیستماتیک بررسی گردد.

هدف از بررسی یک واقعه مرگ مادر چیست؟

بررسی واقعه مرگ مادر یک فرصت نادر را برای یک گروه از کارکنان صحتی و اعضای جامعه بدست میدهد تا از واقعه غم انگیز که قابل جلوگیریست بیاموزند. بررسی واقعه مرگ مادر باید منجبت یک تمرین آموزشی اجرا گردد تا نباید به شخصی اشاره شده یا مجازات گردد. هدف از بررسی واقعه مرگ مادر بهبود بخشیدن کیفیت برنامه مادری مصون جهت جلوگیری از مرگ و میر مادران و نوزادان در آینده میباشد.

کدام مراحل باید در بررسی واقعه مرگ مادر در نظر گرفته شود؟

دو روش عمده برای بررسی واقعات مرگ مادر که ارتباط به حالات مهاجرین دارد موجود است:

1) بررسی مرگ مادر در جامعه / کالبد شکافی لفظی

تعریف: یک روش است که جهت دریافت اسباب طبی مرگ و معلوم کردن فکتور های فردی، فامیلی یا جامعه که ممکن است در مرگ خانم در خارج از مرکز صحتی کمک کننده باشد.

ضروریات: همکاری و معاونت از جانب فامیل خانم فوت شده و حساسیت ها در جریان مباحثه اوضاع در زمان مرگ مادر باید در نظر گرفته شود.

مزایا: یک وسیله جهت رسیدن به اسباب طبی مرگ در زمان که مادر در منزل فوت نموده است، میباید که فکتور های طبی و غیر طبی را مشخص ساخته و میتواند که نظریات فامیل را در رابطه به خدمات صحی ارایه نماید.

معایب: ارزیابی های متفاوت ممکن است باعث اسباب مختلف مرگ گردیده ، مرگ از باعث فکتور های غیر مستقیم ممکن است نادیده گرفته شده یا کمتر راپور داده شود.

2) بررسی مرگ مادر در مرکز صحی

تعریف: یک بررسی کیفی و با جزئیات جهت دریافت اسباب و اوضاع اطراف واقعه مرگ مادر در یک مرکز صحی است. مرگ اساساً در یک مرکز صحی شناسایی گردیده مگر این بررسی ها فکتور های مشترک را در داخل مرکز صحی و در جامعه که باعث مرگ گردیده است شناسایی مینماید تا کدام یک قابل جلوگیری و پیشگیریست.

ضروریات: همکاری و معاونت از کسانی که مراقبت را برای خانم فوت شده عرضه داشته، و تمایل شان برای راپوردهی دقیق و موثق در مورد تداوی واقعه

مزایا: یک مرحله خوب درک شده در بعضی حالات است، که بررسی های کامل طبی را اجازه داده، یک زمینه یا فرصت آموزشی را برای کارکنان فراهم ساخته، و میتواند یک منبه برای بهبود مراقبت های طبی باشد.

معایب: نیاز به رهبری متعهد در سطح مرکز صحی داشته ، معلومات را در مورد مرگ که در جامعه بوقوع رسیده است ارایه نمی نماید.

یک روش سومی برای بهبودبخشیدن برنامه های مادری مصون برای پروگرام های کشور با ظرفیت ضروری، طور اختیاری میباید:

3) بررسی "نزدیک به ازدست دادن"

تعریف: شناسایی و ارزیابی واقعات که یک خانم حامله از اختلاطات ولادی زنده مانده باشد، یک تعریف قبول شده جهانی موجود نبوده و مهم است تا تعریف مطابق به حالات محلی عیار گردیده تا موجب بهبود مراقبت های مادری در محل گردد.

ضروریات: سیستم خوب با کیفیت از راجستر طبی، یک فرهنگ مناسب اداری تا بتوان واقعات تهدید کننده حیات را بطور آزاد مورد بحث قرار داد بدون ترس از سرزنش، و یک تعهد از جانب اداره و کارکنان که مطابق به یافته ها عمل نمایند.

مزایا: واقعه "نزدیک به ازدست دادن" ممکن است بسیار بشکل تکرار به مقایسه مرگ مادر واقع گردد. در این حالت ممکن است تا با مادر بازمانده از اختلاط مصاحبه کرد و از احتمال مرگهای مادری در آینده با بهبود کیفیت خدمات جلوگیری نمود.

معایب: نیاز به یک تعریف واضح از امراض شدید مادری، معیارات انتخابی در تنظیمات که در آن واقعات زیاد تهدید کننده حیات موجود است، تعیین گردد.

ب: مراحل راپوردهی یک واقعه مرگ مادر

باید تمام واقعات مرگ مادر راپور دهی شود؟

بلی. فارم راپور دهی ضمیمه وی (یا فارم موجود در موقعیت شما) باید برای بررسی هر واقعه مرگ مادر بطور الکترونیکی خانه پری شده و از طریق پست الکترونیکی حد اقل به:

- هماهنگ کننده صحی کمیشنری عالی ملل متحد برای مهاجرین
- آفسر صحت باروری حوزوی کمیشنری عالی ملل متحد برای مهاجرین
- سایر کارکنان مربوط (مانند هماهنگ کننده صحی و سایر شرکای و موسسات همکار و غیره)

چگونه بخش بررسی های فورم را خانه پری و کامل کرد؟

مهم است تا تعداد متعددی از افراد را در مرحله بررسی از واقعه مرگ مادری دخیل ساخت، بدون در نظر داشت اینکه مرگ در منزل یا در مرکز صحتی بوقوع رسیده است. بعضی از نمونه‌های افرادی که ممکن شامل گردند عبارتند از:

- اعضای فامیل مربوطه (خواهد، شوهر، رفیق پسر، والدین، رفقا و غیره)
- کارکنان صحتی مربوطه (دایه های محلی، قابله ها، داکتران، مسوول پروگرام، هماهنگ کننده گان برنامه ها و غیره)
- رهبران جامعه مربوطه (دینی، بزرگان، انجمن های زنان، جوانان و غیره)

چگونه بخش معلوماتی فورم را خانه پری و کامل کرد؟

سه بخش (معلومات مختصر، معلومات در مورد حمل و معلومات در مورد مرگ) برایتان اجازه میدهد تا معلومات اساسی را در رابطه به مرگ مادر ثبت و راجستر نمایید. ممکن است فکتور های بیشتری مطابق به شرایطتان که آنرا در جریان بررسی به مباحثه گرفته (مانند آدرس خانم، مذهب اش و غیره) که ضرورت به درج نمودن در راپور را ندارد.

چگونه بخش تاریخچه مختصر فورم را خانه پری و کامل کرد؟

این بخش اجازه میدهد تا یک تاریخچه کوتاهی از چیزی که واقع گردیده درج گردد. بشکل عمدی بصورت باز گذاشته شده تا واقعات فوری که در رابطه به اشکال مختلف مرگهای مادر واقع شده یادداشت نمود. بعضی از نکات که شما میتواند شامل سازید (در پروسه بررسی و راپوردهی) عبارت اند از:

- جدول زمانی مربوط به واقعه را که تاحال درج نگردیده است
- خلاصه از مداخلات / تداوی که قبل از مرگ برای خانم عرضه گردیده
- تاریخچه مربوط به مریض که قبلاً ذکر نگردیده باشد

چگونه بخش فکتورهای مربوط به تاخیر فورم را خانه پری و کامل کرد؟

این بخش شما را تشویق مینماید تا فکتور های مربوط به تاخیر را با استفاده از **موتل تاخیر سه گانه** برای مرگ مادر بررسی نموده و یادداشت نماید. بخاطر داشت که ممکن است فکتور های در سطح جامعه در رابطه به مرگ در مرکز صحتی موجود باشد، و همچنان فکتور های مربوط به مرکز صحتی که موجب مرگ در جامعه شده باشد، نیز ممکن موجود باشد.

چگونه بخش واقعه مرگ فورم را خانه پری و کامل کرد؟

بعضی از مثالهای اسباب مستقیم مرگ مادر عبارتند از:

حمل خارج رحمی	اکلامسیا	سپیس
ولادت انسدادی	خونریزی قبل از ولادت	خونریزی بعد از ولادت
اختلالات سقط	اختلالات انسئیزی	آمبولیزم

بعضی از مثالها اسباب غیر مستقیم مرگ مادر عبارتند از:

کمزونی	ملاریا	اچ ای وی / ایدس
امراض قلبی	سوء استفاده از مواد	دیابت یا مرض شکر

چگونه بخش دروس آموخته شده و اقدامات اخذ شده فورم را خانه پری و کامل کرد

ممکن است که این یک بخش بسیار مهم از بررسی واقعه مرگ باشد. بعد از تحلیل تمام معلومات مربوطه، افراد که شامل اند باید بالای دروس آموخته شده از این مرحله و تعهد برای بهبود ساحات برای آینده موافقت نمایند. این مهم است تا دروس و عملکردها را در رابطه به جامعه و مرکز صحی ملاحظه نمود.

ضمیمه 5: نمونه از فورم ماهانه سیستم ملی معلومات صحی یا *(HIS)

سیستم معلومات صحی

موسسه:

فارم راپوردهی

موقعیت:

مدت زمان راپوردهی

9.0 صحت باروری

9.1 مراقبت قبل از ولادت

9.1 الف

ملی		مهاجر		
کمتر از 18	18 و بالاتر از آن	کمتر از 18	18 و بالاتر از آن	
				اولین بازدید قبل از ولادت کمتر از سه ماه اول حمل
				اولین بازدید قبل از ولادت بیشتر از سه ماه اول حمل
				بازدید تکراری قبل از ولادت
				تعداد تست های اجرا شده سفلیس
				تعداد تست های مثبت سفلیس
				تعداد واقعات مثبت سفلیس که تداوی گردید
				تعداد حمل های دارای خطر زیاد که تشخیص گردیده
				تعداد سقط ها

9.1 ب: داخل کردن تعداد خاتم های حامله در زمان ولادت که:

ملی		مهاجر		
کمتر از 18	18 و بالاتر از آن	کمتر از 18	18 و بالاتر از آن	
				به تعداد 4 یا بیشتر بازدید های قبل از ولادت را دریافت کرده اند
				دو دوز از واکسین تیتانوس را در جریان قبل از ولادت اخذ نموده اند
				دو دوز از فنسیدار را در جریان قبل از ولادت اخذ نموده اند
				جهت دریافت سفلیس در جریان قبل از ولادت تست شده اند
				یک دوز از میندازول را در جریان قبل از ولادت اخذ نموده اند
				یک پشه خانه ملوث با مواد پشه کش را در در جریان قبل از ولادت اخذ نموده اند

*این فارم مشخصاً برای وضعیت مهاجرین طرح و دیزان شده است. باید مطابق به وضع موجوده تطابق داده شود.

9.2 مراقبت ولادی

ملی		مهاجر				
18 و بالاتر از آن	کمتر از 18	18 و بالاتر از آن		کمتر از 18		
		مرکز صحتی	منزل	مرکز صحتی	منزل	
						ولادت زنده
						ولادت مرده
						ولادت با وزن کم (کمتر از 2500 گرام)
						ولادت داده شده توسط فرد ماهر صحتی
						تعداد اختلاطات ولادی تداوی شده
						تعداد سیزارین سکن های اجرا شده

9.3 مراقبت بعد از ولادت

ملی		مهاجر		
18 و بالاتر از آن	کمتر از 18	18 و بالاتر از آن	کمتر از 18	
				مراجعه کردن برای سه بازدید بعد از ولادت در جریان 6 هفته بعد از ولادت

9.4 تنظیم خانواده (نمونه راپوردهی جداگانه را ملاحظه نمایید)

9.5 خشونت های جنسی و خشونت مبتنی بر جنس (SGBV)

ملی	مهاجر				
	18 و بالاتر از آن		کمتر از 18		
	مرکز صحتی	منزل	مرکز صحتی	منزل	
					تعداد مجموعی بازمانده گان تجاوز جنسی که در جریان 72 ساعت ملاحظه شده اند
					تعداد مجموعی بازمانده گان تجاوز جنسی که در جریان 72-120 ساعت ملاحظه شده اند
					تعداد مجموعی بازمانده گان تجاوز جنسی که در جریان 120 ساعت - 2 هفته ملاحظه شده اند
					تعداد مجموعی بازمانده گان تجاوز جنسی که در جریان 2 هفته ملاحظه شده اند
					تعداد از بازمانده گان تجاوز جنسی که ادویه وقابوی بعد از معروض شدن را در جریان 72 اخذ نموده اند.
					تعداد خانم های بازمانده از تجاوز جنسی که تابلیت های عاجل ضد حمل را در جریان 120 ساعت اخذ

					نموده اند.
					تعداد بازمانده گان تجاوز جنسی که تداوی محافظوی وقایه از انتانات انتقالی مقاربتی را در کمتر از 2 هفته اخذ نموده اند.
					تعداد واقعات ترضیضات خشونت های فامیلی در پسته صحی

4

فصل چهار

صحت

باروری

نوجوانان

محتویات

1 مقدمه

2 اهداف

3 برنامه ریزی

3.1 ارزیابی نیازمندیها

3.2 اصول و اساسات برای کار با نوجوانان

3.3 ملاحظات برنامه ریزی برای نوجوانان

3.4 تطبیق خدمات صحت باروری برای نوجوانان

3.5 هماهنگی و ارتباط با برنامه های جوانان

3.6 حمایت و پشتیبانی

4 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی

5 نظارت

6 مواد برای مطالعه مزید

1 مقدمه

نوجوانی یکی از پرجاذبه ترین و مغلق ترین مرحله از حیات است که با نیازهای خاص صحت باروری همراه است. نوجوانان انعطاف پذیر، کاردان و پر انرژی هستند. آنها میتوانند یکدیگر را از طریق مشوره دهی به همقطاران شان، تعلیمات و همکاری به جامعه شان از طریق فعالیت های چون کمک به عرضه کننده گان صحتی بطور داوطلبانه، عرضه مراقبت ها برای کسانی که با اچ ای وی / ایدس زیست مینمایند و توسعه دسترسی به خدمات با کیفیت صحت باروری برای همقطاران شان به سطح جامعه کمک و حمایت نمایند.

معاونت های عاجل بشری ممکن است خطر افزایش خشونت، فقر، جدایی از فامیل، و سوء استفاده جنسی را در قشر آسیب پذیر نوجوانان با خود داشته باشد. این عوامل میتوانند ساختار های محافظوی فامیلی و اجتماعی، روابط با همقطاران، نهاد های تحصیلی و مذهبی را مختل ساخته و تاثیر بزرگ بالای توانایی های نوجوانان برای عملکردهای مصون صحت باروری داشته میتواند. محیط جدید میتواند خشونت آمیز، پر از فشارها، ویا غیر صحتی باشد. نوجوانان (بخصوص خانم های جوان) که در تحت حالات منزوی شده زیست میکنند بطور گسترده برای خشونت های جنسی، سوء استفاده و خشونت ها آسیب پذیر میباشند و هیچگونه بدیل هم وجود ندارد مگر اینکه برای بقای شان داخل معاملات جنسی با خطرات جدی گردند.

از جانب دیگر، جوامع متأثر شده از بحران ممکن به فرصت های جدید معروض گردند که شامل دسترسی به مراقبت های صحتی، مکاتب، و آموختن لسانهای جدید و مهارتها که میتواند نوجوانان را در موقعیت امتیازی قرار داده که قبلاً آنان در حالات غیر از بحران از آن مستفید

نبودند. نوجوانان اکثراً به سهولت با حالات جدید توافق نموده و بزودی می آموزند تا چگونه در محیط نو سازش نمایند.

آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات صحتی که در تنظیمات بشری کار مینمایند باید نیاز های خاص نوجوانان را تحت ملاحظه قرار داده و آنرا بطور مناسب انعکاس دهند زیرا نوجوانان مرحله انتقالی به جوانی را در یک حالت مغلق و مشکل و بحرانی طی مینمایند. آنها باید نوجوانان آسیب پذیر را خاصتاً تحت ملاحظه قرار دهند که این طبقه آسیب پذیر شامل اطفال که قبلاً عسکر بودند، اطفالی که سرپرستی فامیلها را بعهده دارند، مادران نوجوان و دختران جوانیکه در معرض خطر جدی سوء استفاده جنسی قرار دارند.

2 اهداف

اهداف این فصل عبارتند از:

- تهیه رهنمود برای افسران صحت باروری، مسوولین برنامه ها و عرضه کننده گان خدمات جهت رهنمای به روشهای موثر برای صحت باروری نوجوانان در تنظیمات بشری
- لست اصول و منابع که برای آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات و اعضای جامعه در رابطه به چگونه شامل ساختن نوجوانان در برنامه های صحت باروری معلومات میدهد
- تامین از عرضه خدمات صحت باروری مناسب حال نوجوانان و ایجاد یک محیط که نوجوانان بتوانند باوجود مشکلات که فرا راه شان در حالات بحرانی قرار دارد، رشد و انکشاف نمایند.

قراریکه این فصل راجع به نوجوانان (10 تا 19 ساله) بحث مینماید خدمات توضیح شده در این فصل میتواند فراتر از این طبقه سنی عرضه گردد (10 تا 24 ساله) تا بتواند برای خدمات مناسب برای جوانان مفید واقع گردد.

3 برنامه ریزی

در آغاز یک حالت عاجل، مجموعه حداقل خدمات اساسی برای صحت باروری را تطبیق نمایید. (فصل 2: مجموعه حداقل خدمات اساسی). این مجموعه تمامی نیاز های نوجوانان را در بر نداشته و ممکن نیست تا تمام اصول و اساسات صحت باروری نوجوانان در تطبیق این مجموعه حداقل خدمات اساسی گنجانیده شود. بآنهم تطبیق این مجموعه طوری عملی گردد تا برای نیازمندی های نوجوانان ممد واقع گردیده و در برگیرنده نیاز های اساسی شان باشد. نکات ذیلرا در پاسخدهی اساسی شامل گردانید:

- در محل ملاقات نوجوانان کاندم های مردانه و زنانه را قابل دسترس بسازید، ترجیحاً در جاهای مخصوص و قابل دسترس که بشکل مخفیانه بتوانند به کاندم دسترسی داشته باشند.
- اطمینان حاصل گردد که دختران نوجوان در هنگام اجرای امورات منزل مصون میباشند ماننده جمع آوری چوب سوخت، آب و غذا.
- اطمینان گردد تا خانم های جوان حامله دسترسی به خدمات عاجل ولادی و میکانیزم های رجعتی درصورت نیازدارند.
- ایجاد مراقبت های کلینیکی و خدمات رجعتی برای بازمانده گان خشونت های جنسی که برای نیاز های نوجوانان حساس تلقی شده و محریمیت در آن مدنظر گرفته شود.

3.1 ارزیابی نیازمندیها

زمانیکه حالت نارمل و ثابت گردید، یک ارزیابی نیاز ها را با همکاری سایر شرکای صحت باروری و همکاران صحتی اجرا نموده تا معلومات برای طرح پروسه های برنامه ریزی و انکشاف یک پلان کاری برای بهبود خدمات صحتی موجود مطابق به نیاز های نوجوانان براساس یافته های این ارزیابی طرح و تطبیق گردد. نوجوانان را در این پروسه شامل ساخته تا ایشان آسیب پذیری های شان

و ظرفیت شانرا شناسایی نمایند. از وسایل مطابق به ذوق جوانان در ارزیابی استفاده گردد تا مصمم گردند که آیا خدمات صحی نیازهای نوجوانان را برآورده میسازد. همچنان منابع محافظوی جامعه را نیز ارزیابی نمایید. معلومات را در موارد ذیل جمع آوری نمایید:

- شیوع موضوعات صحت باروری میان نوجوانان که شامل حمل، مرگ مادر و نوزاد و انتانات انتقالی مقاربتی / اچ ای وی
- آسیب پذیری های نوجوانان و عملکرد های مضر و ضرر آور که شامل معروض شدن به خشونت ها و سوء استفاده های جنسی، قاچاق، معاملات جنسی، عملکردهای سنتی مانده ختنه زنان.
- منابع محافظوی جامعه از قبیل والدین و استادان حمایت کننده، برنامه های جوانان که با مراقبت کاهلان در ارتباط باشد
- خدمات برای نوجوانان که شامل خدمات مسلکی و عنعنوی میباشد. هر گونه خلاء در عرضه و دسترسی به خدمات شناسایی گردد
- درک از صحت باروری نوجوانان: نظر و طرز فکر نوجوانان و جامعه در مورد نیاز های صحت باروری نوجوانان و عرضه خدمات صحت باروری و معلومات برای نوجوانان
- موانع در جهت دسترسی به خدمات موجوده از قبیل بی امنیتی، معیارات فرهنگی، فقدان حریم خصوصی و فقدان شخص مسلکی مراقبت کننده صحی از عین جنس

علاوئاً آفسران صحت باروری، مسولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات باید با قوانین ملی و پالیسی های مربوط به صحت باروری نوجوانان در کشوری که ایفای وظیفه مینمایند باید آشنایی داشته باشند. ملاحظات باید شامل:

- کدام قوانین یا پالیسی ها دسترسی نوجوانان را به خدمات و معلومات صحت باروری محدود تا محافظت مینماید؟
- سن بلوغیت کدام است؟ سن ابراز رضایت برای هر جنس کدام است؟ آیا برای پسران/مردان و دختران/خانم ها متفاوت میباشد؟
- آیا برای عرضه خدمات و معلومات برای اطفال رضایت والدین، همسر یا سرپرست ضروریست؟ و برای نوجوانان که طفل نمی باشند؟
- آیا ظرفیت و علاقه مندی زیاد اطفال در قوانین / پالیسی ها / پروتوکول ها در مورد دسترسی به خدمات، معلومات و تعلیمات صحت باروری تحت ملاحظه قرار گرفته است؟
- آیا قوانین و پالیسی های ملی یا محلی در مورد خشونت جنسی و سایر اشکال سوء استفاده های جنسی علیه اطفال هم در داخل و خارج از فامیل موجود است؟
- آیا برای عرضه کننده گان مراقبت های صحی لازمی و اجباریست تا واقعات سوء استفاده اطفال را راپوردهی نمایند (بشمول سوء استفاده جنسی) و / یا تجاوز جنسی؟ اگر بلی. به کی و زمانیکه راپور دهی صورت گرفت چی واقع میگردد؟
- به کی اجازه جمع آوری شواهد عدلی در سکتور صحت در واقعات مربوط به خشونت های جنسی علیه یک طفل داده شده و به کی اجازه تصدیق / شهادت دادن در رابطه به شواهد به محکمه را داده شده؟
- موسسات حامی حقوق اطفال و حقوق خانم ها که برای حمایت از دسترسی اطفال و نوجوانان به خدمات و معلومات صحت باروری کار مینمایند چیست؟

3.2 اصول و اساسات برای کار با نوجوانان

هنگام کارکردن با نوجوانان باید نکات ذیل در نظر گرفته شود:

1. اصول اداری
2. اصول عرضه خدمات

3.2.1 اصول اداری

نوجوانان یک گروپ متجانس نمی باشند:

نیازها با سن، جنس، تعلیمات، و حالت مدنی شان متغیر می‌باشد. پیام‌های تغییر سلوک صحت باروری باید با سنین (10 تا 14 و 15 تا 19 ساله) و جنس مناسبت داشته باشد.

دخیل ساختن در اشتراک پرمفهوم نوجوانان: اصول اولیه برای کارکردن مفید با نوجوانان عبارت از ترویج نمودن اشتراک نوجوانان، مشارکت و رهبریت است. به نسبت موانع که نوجوانان زمان دسترسی به خدمات صحت باروری روبرو می‌باشند، بناً باید در برنامه ریزی بشمول طرح، تطبیق و نظارت شامل ساخته شوند. بگونه مثال، مهم است تا نوجوانی را که منحیث رهبر جوانان بوده یا منحیث تعلیمات دهنده به همقطاران در جامعه شناخته شده اند. این چنین جوانان در انعکاس دادن نیازهای جوانان و همقطاران شان در طرح برنامه‌ها و تطبیق فعالیتها کمک نموده می‌توانند. مانند توزیع کاندوم، تعلیمات برای همقطاران، نظارت از خدمات صحی مطابق به خواست جوانان و رجعت دهی برای مشوره دهی خشونت‌ها براساس جندر. خدمات در اینصورت بیشتر قابل قبول می‌گردد هرگاه با نیازهای شناخته شده نوجوانان عیار ساخته شده باشد. نوجوانان جهت تامین مجموعه حداقل خدمات اساسی کمک کننده بوده بگونه مثال، شناسایی موقعیت‌های حساس از نظر فرهنگی برای قابل دسترس بودن کاندوم.

دخیل ساختن جامعه: درک حساسیت‌های فرهنگی و مغلق بودن موضوع و ایجاد یک محیط حمایتی برای خدمات صحت باروری برای نوجوانان که ممکن این خدمات از باعث ارزشهای اجتماعی، صحت باروری و جنسی نوجوانان متأثر گردیده باشد مهم و با ارزش است. کاهلان اکثرأ از نورم‌های فرهنگی محافظت مینمایند و پروسه اجتماعی شدن جوانان در زمان وقوع حالات عاجل بیشتر حالت محافظوی را اختیار میدارند. در آغاز پاسخدهی بشری، مهم است تا برای معلومات و خدمات صحت باروری اولیت داده شود بشمول نوجوانان طوریکه در مجموعه حداقل خدمات اساسی خاطر نشان گردیده است (فصل 2 ملاحظه گردد). به زودی ممکن بالای جامعه توجه گردد در مورد صحت نوجوانان متأثر شده که موجب تامین بیشتر و تأثیر مثبت بالای صحت نوجوانان می‌تواند داشته باشد. با اعضای جامعه، بشمول والدین، سرپرستان و رهبران مذهبی باید مشوره صورت گرفته و آنان در برنامه‌های انکشافی برای نوجوانان و با نوجوانان دخیل گردند.

3.2.2 اصول عرضه خدمات

حریم شخصی، حریمیت و صداقت: نوجوانان زمانیکه به عرضه کننده گان مراجعه مینمایند میسرمند، خجالت زده و سراسیمه می‌باشند. برای عرضه کننده خدمات مهم است تا یک ساحه یا موقعیت خصوصی را که صحبت کردن ممکن باشد تهیه دیده و معلومات را بصورت فوری برای نوجوانان عرضه نماید و هرگاهی که حریمیت شان برای یکبار رخنه پیدا نمود، جوانان از خدمات استفاده نخواهند نمود.

ارتباط دادن وقایه، تداوی و مراقبتهای اچ ای وی با صحت باروری: زمانیکه نوجوانان برای اخذ معلومات، تست و مراقبت‌های اچ ای وی مراجعه کردند این یک فرصت خوب و مناسب برای ترویج خدمات جامع صحت باروری می‌باشد طوریکه:

- مقاربت جنسی مصون بشمول استفاده از محافظت دوگانه
- روش‌های تنظیم خانواده
- مشوره دهی و تداوی انتانان انتقالی مقاربتی

برعکس، هرگاه نوجوانان دسترسی به مواد تنظیم خانواده و خدمات صحت باروری پیدا نمایند باید از این فرصت جهت آموزش در مورد حالات اچ ای وی، تهیه و عرضه خدمات و تداوی موجود آن برای نوجوانان معلومات داده شود (فصل 5: تنظیم خانواده، بکس 24، مواد تنظیم خانواده برای نوجوانان ملاحظه گردد).

جنسیت عرضه کننده خدمات: هرگاه ممکن باشد، نوجوان باید جهت اخذ خدمات به هم جنس اش راجع گردد، مگر اینکه خواست خود شان طوری دیگری باشد. اطمینان گردد که بازمانده گان خشونت‌های جندر که برای دریافت خدمات یا حمایت به مرکز صحی مراجعه نموده است یک حمایت کننده زن در هنگام معاینه اش در صورتیکه توسط یک عرضه کننده مرد معاینه می‌گردد حاضر باشد. این مهم است زمانیکه بازمانده یک نوجوان دختر باشد، مگر مهم است این را در صورتیکه بازمانده یک نوجوان مرد از باعث خشونت‌ها براساس جندر باشد هم در نظر گرفته شود.

3.3 ملاحظات برنامه ریزی برای نوجوانان

برای مسولین برنامه مهم است تا فکتور های ذیل را که ممکن است موجب افزایش آسیب پذیری نوجوانان در حالات عاجل گردد در نظر داشته باشند:

- **نوجوانان دختر دارای آسیب پذیری بیشتر بمقایسه همقطاران مرد شان دارند:** تفاوت های موجود در توانمندی میان مردان و زنان میتواند در هنگام حالات عاجل به اوج خود برسد. از دختران نوجوان اکثراً توقع برده میشود تا متحمل نورم ها و عنعنات فرهنگی و اجتماعی گردند مانند، مطیع بودن از مردان، مراقبت از فامیل، بودن در منزل و ازدواج جوان. تغییر توانمندی در نتیجه یکجا سازی بیجا شده گان با نفوس میزبان میتواند نوجوانان بخصوص دختران را در معرض خطر بیشتر قرار دهد مانند، قاچاق و تبادل روابط جنسی با پول و سایر ضروریات با خطرات مربوط به صحت باروری (اچ ای وی، انتانات انتقالی مقاربتی، حمل ها در سن نوجوانی، و سقط نامصون). دختران نوجوان آسیب پذیر برای خشونت ها براساس جنس بشمول، ختنه دختران، و ازدواجهای اجباری اند. خطرات حمل برای دختران نوجوان میتواند در صورت موجودیت حالات صحتی قبلی مانند کمخونی شدید تر باشد. دختران عروسی شده جوان فاقد قدرت تصمیم گیری و حق رای در میان منزل از باعث عدم تساوی با شوهران شان میباشد.

- **قواعد اجتماعی و حمایت اجتماعی در حالات بحرانی مختل میگردند:** مختل شدن ساختار های اجتماعی میتواند که محافظت کننده باشد هرگاه عملکرد های مضر و ادامه نیابندف مگر میتوانند که یک خطر برای صحت نوجوانان باشد. استفاده از وقت بیکار نوجوانان در زمان بحارات ممکن نیست که قابل مقایسه با حالات و اوضاع نارمل باشد. زمانیکه نوجوانان از فامیل های شان، رفقا، استادان، اعضای جامعه و روابط فرهنگی جدا گردند، در اینصورت کنترل اجتماعی کمتر بالای سلوک پر مخاطره میداشته باشند. بدون دسترسی به معلومات و خدمات کافی، نوجوانان ممکن است که معروض به عملکرد مقاربت های جنسی نا مصون شوند، که موجب حمل های ناخواسته، سقط نامصون، انتانات انتقالی مقاربتی و اچ ای وی گردد.

- **بحرانات بشری میتواند مشارکت نوجوانان-کاهلان را در یک زمان نقش نمونهی مهم است مختل سازد:** در حالات ثابت، اکثراً نوجوانان نقش نمونه بی در میان فامیل و جامعه میداشته باشند که چنین نقش های نمونه بی در حالات بحرانی و عاجل آشکارا نمیشوند. عرضه کننده گان خدمات و رهبران کلپ های جوانان میتوانند که نقش نمونه ایی را در این زمینه بازی نموده که باید در نفوذ احتمالی شان در این راستا آگاه ساخته شوند.

- **بحرانهای بشری نه تنها زنده گی روزمره نوجوانان را مختل میسازد بلکه تاثیرات بالای آینده شان نیز تاثیر وارد مینماید:** برای نوجوانان ممکن است یک نمای اجباری بالای زنده گی شان داشته و منجر به افزایش قبول خطر میان شان گردد مانند، خشونت، استفاده از مواد مخدر و یا فعالیت های جنسی غیر مصون. نوجوانانیکه فعالیت ها و برنامه های دریافت نموده اند که برای آینده شان پلان گذاری را کمک مینماید، باید برای اینگونه نوجوانان در مورد عواقب بد فعالیت های جنسی غیر مصون و نیاز برای گرفتن مسوولیت در قبال چنین اعمال. آموزش ها جهت بهبود تصمیم گیری، جرو بحث و سایر مهارتهای زنده گی میتواند برای تشویق نوجوانان جهت تفکر تا چگونه حالت فعلی خویشرا بهتر سازند مفید واقع میگردد.

بکس 19: گروپهای آسیب پذیر میان نوجوانان

گروپهای آسیب پذیر میان نوجوانان شامل:

- نوجوانان بسیار جوان (10 تا 14 ساله)
- مادران جوان
- یتیمان و اطفال آسیب پذیر
- اطفال که سرپرستی خانه را بدوش دارند
- دختران جوان عروسی شده
- نوجوانان اچ ای وی مثبت

- اطفال عسکر (بشمول دختران) و سایر اطفال همکار در قوای جنگی (در نقش های غیر محاروبی)
- نوجوانان دخیل در معاملات تبادل جنسی
- نوجوانان بازمانده از خشونت های جنسی، قاچاق و سایر اشکال خشونت براساس جنس
- نوجوانانیکه دخیل در مقاربت جنسی با هم جنس خویش اند.

- **نوجوانان میتوانند نقش کاهلان را در حالات عاجل بعهده بگیرند:** نوجوانان ممکن بزور اجبار گردند تا نقش های کاهلان را بازی نموده و نیاز به مجادله با مهارتهایکه سالها از ایشان فراتر است اخذ نمایند. بحرانهای بشری ممکن باعث گردد تا نوجوانان توانمندی های بالاتر از کاهلان را اداره نموده، که منجر به اغتشاش و سراسیمه گی بیشتر اجتماعی گردد.
- **گروپهای آسیب پذیر:** توجه برای سن، جنس، حالت مدنی، و حالات مشخص به نوجوانان آسیب پذیر را توجه بیشتر مبدول داشت. (بکس 19 ملاحظه گردد).

3.4 خدمات برای نوجوانان

3.4.1 عرضه خدمات صحت باروری در مراکز صحتی

خدمات صحتی میتواند یک رول سازنده و مهم را در ترویج و محافظت صحتی نوجوانان ایفاء نماید، در حال حاضر شواهد زیادی موجود است که خدمات صحتی موجوده جوابده نیازمندی های نوجوانان نمییباشد. نوجوانان به خدمات اعتماد نداشته و از دریافت چنین خدمات ابا و ورزیده اجتناب میورزند، و فقط زمانی چنین کمک ها را دریافت میدارند که نیاز بیحد به خدمات داشته یا ناچار باشند. یک استراتژی برای تسهیل کردن دسترسی و استفاده نوجوانان به خدمات صحت باروری تامین کیفیت عالی خدمات و مطابق به خواست باشد. در عین زمان نوجوانان باید از موجودیت خدمات مطابق به خواست شان آگاهی داشته باشند. چنین خدمات دارای خصوصیات میباشند که میتواند خدمات را بیشتر پاسخده به نیاز های خاص صحت باروری نوجوانان ساخته بشمول عرضه مواد ضد حمل، مواد ضد عاجل ضد حمل و مراقبت های سقط، تشخیص و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی، مشوره دهی، تست و مراقبت اچ ای وی و مراقبت های قبل و بعد از ولادت.

3.4.2 تهیه سوالنامه برای نوجوانان

بهتر است تا تمام نوجوانان که برای اخذ خدمات صحت باروری، استفاده از مواد مخدره، و مشکلات صحت روانی به سیستم صحتی داخل گردیده اند، تحت بررسی قرار گیرند. بدین وسیله عرضه کننده خدمات صحتی برای نوجوان یک پیغام ارسال داشته و مرکز صحتی یک محل مصون برای بحث در مورد موضوعات مربوط به صحت باروری میباشند.

چوکات 9: خصوصیات خدمات صحتی مساعد برای نوجوانان		
خصوصیات مربوط به مرکز صحتی	خصوصیات مربوط به عرضه کننده	خصوصیات مربوط اداری
اوقات مناسب برای نوجوانان	احترام نوجوانان	دخیل ساختن نوجوانان
موقعیت مناسب	سلوک بدون قضاوت	خوش آمدی برای پسران و مردان جوان
ساحه کافی و حریم خصوصی مناسب	احترام به حریم خصوصی و حریمیت	موجودیت رجعت ضروری
احاطه و محیط راحت	موجودیت مشورده دهنده همقطار	اجرت قابل پرداخت
	در صورت امکان عرضه کننده عین جنس	مرکز استقبال مراجعین
	تامین جدی از حریمیت	تبلیغات و استخدام برای آگاهی و اطمینان نوجوانان
	آموزش کارکنان در مورد خصوصیات خدمات صحتی مساعد برای نوجوانان	

علاوتماً معلومات را عرضه کننده گان خدمات صحی میتوانند جهت عرضه مشورده دهی و رجعت دهی مورد استفاده قرار دهند.

قبل از جمع آوری معلومات از نوجوانان، از موجودیت خدمات رجعتدهی مطمئن گردید. صرفاً سوالات حساس را زمانی مطرح نمایید که پاسخ های مناسب برای حالات مضرة احتمالی تهیه شده بتوانند. در غیر آن ممکن است باعث اضرار بیشتر گردد. ارزیابی ممکنه از حالت اجتماعی- روانی نوجوان جهت رهنمای عرضه کننده برای ارایه سوالات مربوط به سن نوجوان و ارزیابی کامل از نیاز های وی اجرا گردد که بعداً در مورد: منزل، تعلیم/وظیفه، فعالیت ها، استفاده از مواد مخدر، فعالیت جنسی، انتحار و افسرده گی و مصونیت ارزیابی صورت گیرد.

3.4.3 عرضه خدمات صحت باروری در جامعه

عرضه خدمات در جامعه و ارایه معلومات فرصت هایست برای نوجوانان تا ابراز رهبریت نموده و مهارت های جدید را از طریق اجرای کار های داوطلبانه هنگام کار اشتراکی با کاهلان حاصل نمایند. جامعه یک محل مناسب برای اخذ معلومات صحت باروری بوده که جوانان خود را راحت احساس نموده و بصورت آزاد و باز به بحث پرداخته و خطرات شخصی خویشرا ارزیابی مینمایند.

آموزگاران همقطار

آموزگاران همقطار مفاد های بیشماری را دارا میباشند چنانچه همقطاران اکثر اً منبع قابل اعتماد و مصون معلومات میباشند. همقطاران که بصورت درست طرح شده و دارای نصاب برنامه های آموزشی بوده و تحت ارزیابی قرار دشته باشد میتواند بصورت موفقانه دانش، سلوک و مهارتهای نوجوانان را در رابطه به صحت باروری و وقایه از اچ ای وی بهبود ببخشند. جهت تامین از کیفیت آموزگاران همقطار برنامه ها باید:

- تهیه آموزش های جدی با کیفیت عالی برای آموزگاران همقطار، بشمول ارزیابی منظم، و تقویت ظرفیتها تا معلومات دقیق را برای همقطاران شان ارایه نمایند.
- استفاده از چک لست استندرد در انکشاف و تطبیق برنامه های آموزش با همقطار جهت بهبود کیفیت.

توزیع مبتنی بر جامعه

جوانان آموزش دیده منحیث توزیع کننده گان مبتنی بر جامعه عبارت از مردمان جوانی اند که آموزش را درمورد ارایه معلومات و مشوره دهی در رابطه به مواد ضد حمل برای همقطاران شان در جامعه دریافت نمود اند. بطور خاص عرضه معلومات صحت باروری، مواد ضد حاملگی فمی، کاندوم و معلومات اچ ای وی و رجعتدهی به مراکز صحی و سایر خدمات و مواد عصری ضد حاملگی تاکید میدارند. این جوانان میتوانند بگونه موثر معلومات صحت باروری و اچ ای وی را باهم مدغم نمایند. از اینکه تعدادی زیادی از موانع مانع دسترسی نوجوانان به خدمات صحت باروری در کلینیک میگردد بناً آموزش نوجوانان منحیث توزیع کننده گان مبتنی بر جامعه یک استراتژی موفق برای افزایش دسترسی نوجوانان به خدمات صحت باروری و معلومات بوده زمانی که خود نوجوانان نقش رهبریت را در جامعه ایفا نمایند. توزیع کننده گان مبتنی بر جامعه اکثراً وابسته به خدمات صحی در مرکز صحی گردیده که از طریق کار با عرضه کننده گان جهت بهبود کیفیت خدمات مساعد به نوجوانان میگردد.

مباحثات جامعه

در خطاب به اصول دخالت جامعه، استفاده از مباحثات در میان جامعه برای دریافت حمایت از مهارتهای اعضای جامعه، کاهلان به معلومات، مهارتها و تشویق نیاز دارند. بدینوسیله نه تنها از حمایت برنامه صحت باروری خود را بیشتر راحت احساس نموده در عرضه معلومات برای نوجوانان نیز بیشتر موثر میباشند.

3.4.4 عرضه خدمات صحت باروری در مکاتب

خدمات و معلومات صحت باروری نوجوانان را در مکاتب رسمی و غیر رسمی و مکاتب حرفوی ارایه دارید. با آموزگاران جهت حمایت و پشتیبانی از ایجاد یک محیط که تامین کننده عرضه خدمات صحت باروری برای نوجوانان باشد ارتباط بگیرید.

مراکز بهداشتی مشخص به جنس

نوجوانان ممکن است ناراحت و احساس شرم نمایند که مراکز بهداشتی مشترک با جنس مخالف خود داشته باشند. بخصوص برای دختران در زمان عادت ماهوار شان. همچنان مراکز با تشنابهای مشترک اکثراً محلات برای خشونت ها بر اساس چند در مکاتب بشمار می‌رود. عدم موجودیت مراکز بهداشتی مشخص به جنس، همچنان عدم موجودیت تولیدات بهداشتی زنانه، دختران نوجوان را از اشتراک و رفتن به مکتب مایوس می‌سازد. جهت کاهش غیرحاضری از مکتب و سوء استفاده های جنسی مربوط به مکتب، و ترویج یک محیط آموزشی مصون باید:

- تامین مراکز بهداشتی مشخص به جنس و تامین مصونیت آن در مکاتب
- تهیه البسه، تکه یا سایر مواد پاک که از مناسب با فرهنگ باشد برای استفاده در جریان عادت ماهوار

تعلیمات مهارتهای زنده گی مبتنی بر نصاب

برنامه های مبنی بر تعلیمات جنسی و اچ ای وی با نصاب کتبی و تطبیق میان گروههای نوجوانان یک مداخله وعده شده جهت کاهش سلوک خطرناک جنسی میان نوجوانان میباشد. مسولین برنامه اکثراً نصاب ها را مطابق به شرایط محلی عیار مینمایند. خصوصیات نصاب مهارتهای زنده گی که دارای یک تاثیر عمده بالای سلوک نوجوانان میباشد در چوکات 10 خلاصه گردیده است.

آفسران صحت باروری و مسولین برنامه میتوانند حمایت های تخنیکی برای استادان و آموزگاران جامعه جهت تامین راحتی شان در خطاب نمودن این موضوعات و انتخاب دروس مناسب برای نصاب مهارت های زنده گی داده میکنند.

چوکات 10: خصوصیات برنامه های موثر مهارت های زنده گی *

انکشاف دادن نصاب	محتوی نصاب	تطبیق نصاب
<ul style="list-style-type: none"> • دخیل ساختن مردمان با سابقه متفاوت • ارزیابی نیاز ها و توانایی های گروپ مورد هدف • طرح فعالیتهای مطابق به ارزش های جامعه و منابع موجود (مثلاً وقت کارکنان و مهارتها، ساحه مرکز صحتی، مواد) • برنامه را بشکل امتحانی تست نمایید 	<ul style="list-style-type: none"> • تمرکز بالای اهداف واضع (مثلاً وقایه از انتانات انتقالی مقاربتی، ویا حمل) • ارایه پیغام های واضع در مورد سلوک که به این اهداف نایل گردند (مثلاً خودداری از عمل جنسی، استفاده از کاندوم، ویا سایر مواد ضد حمل) • خطاب نمودن خطرات و فکتور های محافظوی که بالای سلوک جنسی تاثیر دارد. • استفاده از روشهای مناسب تدریسی و شامل کردن فعالیت های متعدد (مطابق به فرهنگ، سن، و تجربه جنسیت) تا بطور فعالانه اشتراک کننده گان را دخیل ساخته و تا کمک نموده 	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش مربیون که با نوجوانان در رابطه اند • داشتن حمایت از منتقدین مانند وزرای صحت، منتقدین مکاتب، یا موسسات اجتماعی • ایجاد یک محیط مصون برای اشتراک نوجوانان • استخدام نوجوانان و فایق آمدن به موانع در مقابل ایشان (مانند نشر برنامه، تهیه غذا، اخذ رضایت والدین) • تدریس نصاب بصورت مکمل

	باشیم که معلومات را شخصی سازند. • موضوعات را بشکل یک سلسله منطقی تحت پوشش قرار دادن	
*اقتباس شده از Kirby, D et al. تأثیرات برنامه های جنسیت و اچ ای وی بالای سلوک جنسی نوجوانان در ممالک روبه انکشاف و انکشاف یافته. Youth Net, Youth Research Working Paper No. 2, 2005.		

بکس 20: مهارتهای برنامه ریزی زنده گی

<p>تعلیمات جهت مهارتهای برنامه ریزی زنده گی شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییرات متوقعه فزیک و روانی در هنگام بلوغ • تنظیم خانواده • صحت روانی • مهارتهای زنده گی برای سنین جوانتر مانده شناسایی ارزشها، درک عواقب سلوک • مهارت های صحت باروری در زنده گی از قبیل موثریت استفاده از کاندوم، مباحثه در مورد مقاربت جنسی مصون، رد نمودن مقاربت جنسی غیر مصون • جنسیت و جندر (بشمول نورم های بناشده اجتماعی در مورد جندر) • سواد صحی و آگاهی از تکثر • وقایه اچ ای وی/ ایدس • وقایه خشونت ها بر اساس جندر • ارتباط دهی به مراکز صحی، تشویق نوجوانان جهت استفاده از این خدمات • سایر مهارت های زنده گی از قبیل تصمیم گیری، تفکر انتقادی، مبتکرانه، ایجاد ارزشها، افهام و تفهیم، مجادله علیه احساسات و فشار های روحی
--

3.5 همآهنگی و ارتباط با برنامه های جوانان

ایجاد همآهنگی و ارتباط دهی میان برنامه های جوانان عرضه خدمات بیشتر جامع را محیا خواهد ساخت.

- **ارتباط دادن خدمات صحت باروری با خدمات اجتماعی برای نوجوانان:** نوجوانان اکثراً برای دریافت معلومات کاهلان را در محلات مصون که بتوانند بطور محرمانه ابراز نظر نمایند جستجو مینمایند. در اکثر وقایع این مردم در سطح جامعه کار مینمایند. سیستم های رجعتی را جهت تامین خدمات مناسب برای تداوی مشکلات که ممکن است خارج از ساحه کلینیک بوقوع رسیده باشد (مثلاً خشونت جنسی، حمل ناخواسته یا سقط نامصون).
- **تامین برنامه های چند سکتوری:** کارکنان صحت باروری قادر نمیباشند یا دارای مهارتهای چون اجزای معیشت و اعاشه نمیباشند. با همآهنگی با سکتور صحی و ارتباط با بخش اداری کمپ و سایر گروههای همآهنگ کننده در کمپ جهت ایجاد روابط میان برنامه های جوانان، صحت و محافظت، خدمات اجتماعی-روانی، تعلیمات و فرصتهای معیشت. حمایت از آموزش های حرفوی و انکشاف مهارتها برای نوجوانان، این روش ها احساسات نوجوانان را برای کنترل و خوشبینی برای آینده شان تشدید مینماید. و مهم است تا ارتباطات اجتماعی شانرا در زمان بحرانات و بعد از آن در جامع دوباره احیا نموده و تجدید نمود. همکاری با برنامه های مهارت سازی نوجوانان منیحت یک منبع برای رجعت دهی و ادغام معلومات صحت باروری در برنامه های معیشتی.
- **شامل ساختن مردان و پسران منیحت نماینده گان جهت تحول اجتماعی:** مردان متعصب و قیدگیر در نارم های اجتماعی ارتباط به افزایش اخذ خطرات جنسی داشته که منجر به انتقال انتانات انتقالی مقاربتی و اچ ای وی و هم چنان افزایش استفاده از مواد مخدره و خشونت مبتنی بر جندر میگردد. حالات در اوضاع بحرانی ممکن است باعث تحت فشار قرار دادن مردان که احساسات فشار در مقابل اجرای نقش های عنعنوی شان منیحت تهیه کننده و حفاظت کننده در جایکه وابسته به کمک و معاونت خارجی میباشد مینمایند. اهانت و تحقیر ممکن است موجب اخذ رفتار پرخطر و خشونت های محلی گردد. پسران نوجوان نیاز به محیط مصون داشته جایکه نارمهای جایگزین برای مردان بتوانند بجای نارمهای اجتماعی عنعنوی از بین رفته قرار بگیرند. حمایت مردان و پسران را

حاصل نمایید: برای شان موقع داده شود تا نیاز های شان را بیان داشته و در فعالیتهای صحت باروری سهیم ساخته شوند تا نوجوانان پسر و دختر مستفید شوند.

● **توانمند سازی و دختران و اجتماعی شدن دختران:** کار با گروه های منحصر به دختران یک طریقه خوب ولی مشکل برای تغییر نارم های اجتماعی دختران بگونه منفعل، خدمات فرعی و پایتزر از مردان است. دختران تشویق کردند که حق رای را پیدا نموده و همبستگی شان برای مفاد و ارزشهای شان و حتی جهت افزایش اشتراک مساوی شان در اجتماع. تنظیمات بشری اکثراً جامعه را برای حفاظت از نارمهای عنعنوی برای خانها مینماید. برنامه ها را به هدف توانمند ساختن دختران طرحریزی نمایید.

3.6 حمایت و پشتیبانی

حساس ساختن و آگاهی دادن مردمان منتفذ که بخشی از پروسه معاونت / انکشاف جامعه بوده و همچنان کسانی که منحث آسیب پذیران صحت باروری با نیاز ها و حقوق مشخص از نوجوانان میباشند. آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات باید:

- جهت معلومات و خدمات برای نوجوانان حمایت نموده تا از تامین خدمات مساعد به جوانان اطمینان گردد.
- در فعالیت های آگاهی دهنده برای جامعه شامل بوده ماننده "روز های باز" و مباحثات جامعه
- نیاز های نوجوانان را با مسوولین و پالیسی سازان در میان بگذارد.

4 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی

4.1 نوجوانان 9 تا 10 ساله شامل اطفال که توسط کنوانسیون حقوق طفل " هر انسان پایین تر از سن 18 مگر اینکه قانون قابل تطبیق به طفل، بلوغیت از قبل حاصل گردد". این منشور محافظت های خاصی را لست نموده که اطفال بنابر حالت شان واجد آن میباشند. همچنان "ارزیابی ظرفیت طفل" نیز شامل گردیده است. بدین معنی که زمانیکه اطفال شایستگی های بشتری را مطابق به سن شان دریافت نمایند، در اینصورت نیاز کمتر به رهنمایی داشته و ظرفیت بیشتر برای قبول مسوولیت ها جهت تصمیم بالای زنده گی شان میباشند. اطفال حق دارند تا نظر شانرا در مورد تمام موضوعات که بالای شان تاثیر داشته ابراز دارند و باید بدین نظریات توجه لازم مطابق به سن و بلوغیت طفل صورت گیرد.

با در نظر داشت موضوعات صحت نوجوانان و انکشاف شان، کمیته حقوق اطفال یک نظر عام را منتشر ساخت که بصورت اجبار برای تهیه خدمات و معلومات صحت باروری و دسترسی به این خدمات میباشند. این براساس طیف از حقوق اطفال است که شامل حقوق بدون تبعیض، حق صحت، حق دسترسی به معلومات، حق حریمیت و حریم شخصی، حق ابراز نظر و حق حفاظت از سوء استفاده، خشونت و غفلت در مقابل شان و عملکرد های مضر عنعنوی میباشند. این حقوق شامل به سایر حقوق بشری بین المللی نیز گردیده است. این حقوق به اطفال که نوجوان نباشند نیز قابل تطبیق است و ممکن زمانی نقض گردد که:

- نوجوانان دسترسی به خدمات صحت باروری و معلومات از سبب سن شان نداشته باشند
- معلومات و خدمات صحت باروری برای دختران عروسی ناشده از سبب حالت غیر عروسی شده شان رد و تکذیب گردد
- نوجوانان که با اچ ای وی زنده گی مینمایند از تعلیمات رسمی و غیر رسمی و محیط اجتماعی محروم گردیند.
- دختران معروض به عملکردهای مضر عنعنوی میباشند مانند ختنه دختران، ازدواج اجباری و قبل از وقت و تست های بکارت
- رضایت والدین (یا سرپرست) برای عرضه خدمات صحت باروری برای نوجوانان ضروری است
- فاش کردن حالت اچ ای وی نوجوانان توسط کارکنان صحتی به یک جناح ثالث بدون دریافت رضایت قانون برای آشکار کردن چنین معلومات
- کارکنان صحتی برای جناح ثالث فاش کردن معلومات در مورد اینکه دختر نوجوان سقط نموده یا مراقبتهای بعد از سقط را میطلبد بدون دریافت رضایت قانونی برای آشکار کردن چنین معلومات

4.2 مشکلات و فرصتها

در بعضی حالات، مسوولین برنامه های صحت باروری و عرضه کننده خدمات ممکن است به حالات و تصامیم مشکل روبرو شوند. آنها ممکن دریابند که توانایی برای تامین حقوق بشری برای نوجوانان توسط قانون اساسی / ملی، نارمهای اجتماعی و فرهنگی یا سوء تعبیرات طبی محدود گردیده است. چنین عملکردها و قوانین میتواند در مغایرت با اصول قبول شده حقوق بشر بین المللی واقع گردد. بگونه مثال:

- از عرضه کننده خدمات صحت باروری و عرضه کننده خدمات ممکن درخواست گردد توسط فامیل نوجوان که معاینه بکارت را اجرا نموده تا مصمم گردند که دختر در کدام فعالیت جنسی دخیل بوده یا تجاوز جنسی بالایش نشده باشد. چنین معایناتی هیچگونه اساس طبی نداشته و نقض حقوق نوجوانان است در صورتیکه بدون رضایت آگاهانه شان اجرا گردد.
- مسوولین یا عرضه کننده گان ممکن است از عرضه خدمات و معلومات صحت باروری برای نوجوانان دلسرد ساخته شوند بدین باور غلط که داشتن دسترسی به خدمات و معلومات صحت باروری میان نوجوانان ممکن آنان را برای فعالیت های جنسی تشویق نماید. در حقیقت معلومات دقیق و قابل دسترس حمایت کننده توانایی های نوجوانان برای اخذ تصامیم صحت باروری بوده که رد عرضه معلومات و خدمات برای نوجوانان نقض حقوق شان شمرده میشود.

منحیث مسوول برنامه صحت باروری یا عرضه کننده خدمات ممکن شما خود را در یک شرایط سخت و مشکل در رابطه به عرضه خدمات و معلومات برای اطفال و نوجوانان روبرو گردید. باید از موقف موسسات تان درقبال موضوعات صحت باروری آگاهی داشته و در مورد تحلیل وضع و اقدامات احتمالی بعدی معلومات داشته باشید. هرگاه خود را در یک موقعیت یافتید که در فوق ذکر گردید، اولویت شما باید بر اساس علاقه مندی مراجعین و مصونیت و صحت شان. مصونیت شما و همکاران تا همچنان مهم بوده و ملاحظه گردد. براساس ارزیابی تان از وضعیت شما بعداً میتواند که:

- با سوپروایزر تان صحبت نمایید
- در مورد راه های حل ممکنه با مراجعین تان بحث نموده بشمول معلومات در مورد حقوق اطفال و حقوق بشری خانم ها که احتمال دارد ایشانرا کمک نماید
- واضح ساختن طرق استفاده از حمایت جامعه برای خدمات صحت باروری مساعد برای نوجوانان
- ملاحظه نمودن اینکه شما تا چه اندازه موضوع را حمایت و پشتیبانی نموده میتوانید هرگاه موسسه شما دخیل در موضوعات حمایتی باشد.
- با احترام شمردن محرمت مراجعین تان، با همکاران تان در مورد جلوگیری از چنین وقایع در آینده بحث نمایید.
- ابراز داشتن چنین نگرانی ها در جلسات هماهنگی صحت

5 نظارت

برای اطمینان از اینکه نوجوانان از خدمات صحت باروری موجود استفاده مینمایند و معلومات صحت باروری را دریافت میدارند، شاخص های صحت باروری باید مطابق به سن و جنس تقسیم بندی گردد. فصل 4 برای انتخاب شاخص مشخص برای نوجوانان ملاحظه گردد. برای دریافت شاخص های اساسی برای صحت باروری نوجوانان در ذیل مراجعه گردد.

- نسبت انتانات انتقالی مقاربتی میان جوانان تحت سن 18
- نسبت ولادت ها میان جوانان تحت سن 18
- استفاده از کاندوم با مشخص کردن سن و جنس

6 مواد برای مطالعه مزید

مسیر جامعه برای بهبود صحت باروری نوجوانان: یک چوکات تصویری و شاخص های پیشنهاد شده. دسامبر 2007.

http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf

خدمات مساعد برای نوجوانان: پلان و آجندا برای تغییر. سازمان صحتی جهان

WHO, WHO/FCH/CAH/02.14. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

ارزیابی کلنیکی خدمات مساعد برای نوجوانان: یک وسیله برای ارزیابی و بهبود خدمات صحت باروری برای نوجوانان، 2002

<http://www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>

صحت باروری و صحت جنسی نوجوانان، مجموعه برای تنظیمات بشری

UNFPA and Save the Children, 2009. <http://www.savethechildren.org/programs/health/publications.html>



5

فصل پنج

تنظیم

خانواده

محتویات

- 1 مقدمه
- 2 اهداف
- 3 برنامه ریزی
 - 3.1 ارزیابی نیازها
 - 3.2 خدمات با کیفیت عالی تنظیم خانواده
 - 3.3 لوژستیک مواد ضد حاملگی
 - 3.4 فرصت ها برای خدمات تنظیم خانواده
 - 3.5 منابع بشری
 - 3.6 معلومات، تعلیمات و ارتباطات
 - 3.7 آموزش عرضه کننده گان خدمات
 - 3.8 عرضه کننده تنظیم خانواده
 - 3.9 روش های تنظیم خانواده
 - 3.10 تنظیم خانواده بعد از ولادت
 - 3.11 تنظیم خانواده برای مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند
 - 3.12 عقامت
 - 3.13 شراکت مردان در برنامه های تنظیم خانواده
 - 3.14 پشتیبانی و حمایت
- 4 حقوق بشر و ملاحظات قانونی
 - 4.1 استندرد های حقوق بشری
 - 4.2 مشکلات و فرصت ها
- 5 نظارت
- 6 مواد برای مطالعه مزید

تمام مردم حق دسترسی به خدمات و معلومات تنظیم خانواده را دارند.

1 مقدمه

تنظیم خانواده برای افراد و زوج ها اجازه میدهد تا در مورد تعداد اطفال شان تصمیم گرفته و برای فاصله میان اطفال و زمان ولادت شان به یک تصمیم نایل آیند. میتوان با استفاده از روش های ضد حاملگی و تداوی عقامت غیر عمدی، توانایی خانم را برای فاصله دهی و محدود ساختن حمل هایش که دارای تاثیرات مستقیم بالای صحت وی و همچنان بالای هر حمل اش خواهد داشت، افزایش داد.

استفاده از روشهای ضد حمل احتمالاً 32% از واقعات مرگ مادر و تقریباً 10% از واقعات مرگ اطفال را کاهش داده میتواند، در حالیکه در عین زمان باعث کاهش فقر و گرسنگی نیز میگردد.

علاوتاً استفاده از روشهای ضد حاملگی کمک کننده برای توانمند سازی خانمها، مکتب رفتن و ثبات اقتصادی میگردد. از باعث خطرات حمل بالای صحت، انتانات انتقالی مقاربتی، بشمول اچ ای وی و سقط نامصون، مقاربت های نامصون دومین فکتور عمده خطر برای ناتوانایی و مرگ در جوامع فقیر دنیا میباشد. روش های ضد حاملگی مصون، موثر و ارزان میباشد.

2 اهداف

اهداف این فصل عبارتند از:

- ارایه رهنمود برای مسولین برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات برای نیاز تنظیم خانواده، روشها، موثریت و مناسب بودن شان در تنظیمات بشری.
- توضیح فکتور های ضروری جهت ایجاد خدمات تنظیم خانواده بشمول ارزیابی نیازمندیها، هماهنگی، پلانگذاری، تطبیق، نظارت و بررسی.

3 برنامه ریزی

نفوس متضرر و متأثر شده اعم از ذکور و اناث باید در تمام بخش های برنامه ریزی تنظیم خانواده بشمول اشتراک داوطلبانه و انتخابی سهم بگیرند. رهبران مذهبی و جامعه باید دخیل گردیند تا از مناسب بودن خدمات مطابق به فرهنگ جامعه اطمینان حاصل گردد.

وضعیت نفوس متضرر و متأثر شده در منطقه یا کشور یک فکتور عمده تاثیر گذار بالای توقعات، و درک نیاز ها و تقاضا برای تنظیم خانواده میباشد. قوانین، زیربنا، مذهب و ارزش های اخلاقی، سابقه فرهنگی و شایستگی ها، مهارت ها در عرضه خدمات صحتی از کشور میزبان بالای خدمات تاثیر مهم و بسزای وارد کرده میتواند.

در آغاز پاسخدهی بشری بعضی از خانمها ممکن است به روشهای ضد حاملگی که قبلاً استفاده میکردند ادامه دهند. باوجود انهم تنظیم خانواده جامع شامل مجموعه حداقل خدمات اساسی نمی باشد، ولی مهم است تا روش های اساسی ضد حاملگی را قابل دسترس ساختن تا تقاضا های خانم ها برای ادامه این روش ها تامین نموده بتواند. کاندنم ها باید از شروع پاسخدهی قابل دسترس باشند تا از انتقال انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی و حمل های ناخواسته جلوگیری کرده بتواند. (فصل 2: مجموعه حد اقل خدمات اساسی).

زمانیکه وضع نارمل و ثابت گردید، خانمها (و همسران شان) ممکن است یک روش ضد حاملگی را آغاز، تبدیل، یا قطع نمایند. تنظیم خانواده باید توسط مشورده دهی به عرضه میتود ها و واقعیت در مورد روش های موجوده باید تعقیب گردد زیرا یک طیف وسیع از خدمات تنظیم خانواده ممکن نیست الی مراحل بعدی برنامه قابل دسترس گردد.

هر یک از مراجعین تنظیم خانواده حق حریم خصوصی و انتخاب داوطلبانه یک روش را دارد. روش های ضد حاملگی بطور گسترده ای توسط خانمها مورد استفاده قرار میگیرند. با انهم مردان در اکثر حالات فرد تصمیم گیر در فامیل میباشد. بناً باید

برای مردان معلومات مناسب و کافی داد و ایشانرا تشویق نمود تا نقش فعال در مرحله تصمیم گیری تنظیم خانواده داشته باشند. که این واقعیت میتواند مسوولیت مشترک در تصمیم برای تنظیم خانواده و قبولیت برنامه را در جامعه وسعت بخشد. یک استثناء زمانی که دخیل ساختن مرد ممکن است در سازش به مصونیت خانم قرار گیرد.

پروتوکول های قابل استفاده در اداره خدمات تنظیم خانواده در ساحه یا در مملکت ممکن است از آنچه در کشور میزبان استفاده میگردد متفاوت باشد. پروتوکولهای کشور میزبان میباید تعقیب گردند، با آنکه بعضی مباحثات جهت مطابقت دهی با استندرد های بین المللی ممکن ضروری باشد در جایکه تفاوت ها موجود باشند.

3.1 ارزیابی نیازها

با هماهنگی با سایر شرکای صحتی از طریق میکائیزم های هماهنگ کننده معلومات قبلی در مورد صحت باروری از نفوس متضرر را جمع آوری نمود. منبع این معلومات شامل وزارت صحت عامه، WHO، UNFPA، UNAIDS، رهبران مذهبی و جامعه و سایر موسسات دولتی و غیر دولتی که در امورات صحت باروری و تنظیم خانواده کار میکنند.

اجرای یک بررسی از برنامه های ملی، سازمانهای چند جانبه و دو جانبه تنظیم خانواده که ساحه قیل از بحران حضور داشتند، جهت دریافت فرصت ها برای هماهنگی و شناسایی تفاوتهای پروتوکولها که باید حل گردند. هر گونه خدماتی که قابل دسترس میگردند باید برای هر دو نفوس اعم از ساکن و متضرر شده قابل دسترس گردد.

جهت دانستن نیازها و تقاضا های تنظیم خانواده در نفوس متضرر:

- ارزیابی عقاید و سلوک جامعه بمقابل مواد ضد حاملگی
- ارزیابی شایستگی عرضه کننده گان احتمالی مواد ضد حاملگی بشمول میتود های عنعنوی
- جمع آوری معلومات در مورد اندازه استفاده از روش های ضد حاملگی
- تحقیق در مورد موجودیت مواد ضد حمل و تداوم آن
- مشخص کردن موجودیت و فعال بودن تسهیلات موجود

منع، عقاید مذهبی یا رد نمودن شناخت حقوق زنان ممکن است موجب تحریک علیه استفاده از تنظیم خانواده گردد. حمایت جامعه و رهبران مذهبی برای یک مبارزه معلوماتی، تعلیماتی و ارتباطاتی جهت تاکید برای فاصله دهی ولادتها، مادر مصون و صحت مادران روی دست گرفته شود. همچنان سایر اعضای جامعه (مردان، زنان و نوجوانان) و رهبران جامعه در ایجاد خدمات تنظیم خانواده. بدون حمایت شان، خطر انتقاد جامعه از برنامه محتمل میباشد.

اجرای مباحثه با مردان، زنان (بشمول رهبران، طبیبان عنعنوی، دایه های محلی، نوجوانان و موسسات محلی جهت دریافت نظریات و پیشنهادات شان در مورد موقعیت نقطه عرضه خدمات، زمان عرضه خدمات در مراکز صحتی و سطح محریمیت و شخصی بودن که برای عرضه خدمات نیاز است تا بتوان از این طریق استفاده و قبولیت حد اعظم مراجعین را را خود داشت. مباحثات جداگانه با مردان و زنان در مورد نورم های فرهنگی و محلی با اجرای گروههای مشخص مباحثاتی با گروه زنان محلی).

مسولین برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات باید با قوانین ملی و پالیسی های کشور میزبان آشنایی کامل داشته و با موضوعات ذیل مربوط به تنظیم خانواده:

- قوانین و پالیسی ها در مورد دسترسی به معلومات و خدمات تنظیم خانواده چی بیان داشته است؟
 - آیا قوانین و پالیسی ها در رابطه به دسترسی عمومی به معلومات و خدمات تنظیم خانواده موجود است؟
 - آیا قوانین و پالیسی ها دسترسی بعضی مردم (ماننده خانم ها مجرد و غیره) را به معلومات و خدمات تنظیم خانواده محدود ساخته است؟
 - آیا قوانین یا پالیسی های در رابطه به عرضه تابلیتهای عاجل ضد حاملگی موجود است؟

- آیا نیاز به ازدواج، رضایت والدین یا سرپرست برای عرضه معلومات و خدمات تنظیم خانواده برای نوجوانان است؟ آیا ظرفیت های موجود و علاقه مندی وافر نوجوانان در زمینه تحت ملاحظه قرار گرفته شده است در قوانین یا پالیسی ها دسترسی نوجوانان به معلومات و خدمات تنظیم خانواده شده است؟
- آیا رضایت همسر یا سایر حالات ضروری (سن، تعداد اطفال) برای خانم های که برای عقیم شدن یا دسترسی به سایر انواع خدمات تنظیم خانواده ضروری پنداشته شده است؟

تابلیت های ضد حاملگی یک روش حمایتی برای موادعاجل ضد حاملگی است، که خانم ها میتوانند در اولین روز مقاربتی جنسی غیر مصون جهت جلوگیری از حمل های ناخواسته از آن استفاده نمایند. عرضه کننده گان باید بدانند که تابلیت های عاجل ضد حمل موجب سقط نمیگردند. این تابلیت ها از تعیض جلوگیری نموده و زمانیکه پروسه عرس آغاز گردید موثر واقع نمیگردند. تابلیتها عاجل ضد حمل بالای حمل های تاسس کرده موثریت ندارد (پاراگراف 3.9.5 در این فصل و در فصل 2 پاراگراف 3.2.3 ملاحظه گردد).

3.2 خدمات با کیفیت عالی تنظیم خانواده

خدمات باکیفیت تنظیم خانواده نیاز های انفرادی و فامیلی را در هر مرحله از حیات باروری برآورده نموده و فرصت های را برای تصمیم گیری آگاهانه، در مورد انتخاب طیف وسیع از شیوه ها جهت اجرای پروسه های مصون برای جامعه عرضه میدارد. عرضه کننده گان خدمات باید برای مراجعین شان معلومات دقیق و کامل را ارایه نموده و خانم ها و مردان بگونه داوطلبانه شیوه مورد نظر و مناسب حال شانرا انتخاب کنند.

بکس 21: تنظیم خانواده با کیفیت عالی

تنظیم خانواده با کیفیت عالی بدین معنی است که:

- خدمات مناسب، قابل دسترس و قابل قبول برای مراجعین باشد
- محرمت معلومات و تامین حریم شخصی حفظ گردد
- عرضه کننده گان آموزش دیده و دارای شایستگی جهت ارایه مشوره دهی مناسب برای مراجعین با گذاشتن وقت کافی برای اجرای این کار باشند.
- عرضه کننده گان باید مهارت های خاص تخنیکی را دارا بوده و دسترسی به رهنمودهای عرضه خدمات، پروتوکول های و مقدار کافی مواد تنظیم خانواده باشند.
- یک طیف از روش های تنظیم خانواده قابل دسترس باشد
- نیاز های مراجعین ارزیابی گردند
- انتخاب آگاهانه تامین گردد: معلومات دقیق و کامل در مورد روش های قابل دسترس برای مراجعین ارایه گردد
- مشوره دهی مطابق به روش خاص
- ستندرد های توصیه شده برای پروتوکول های ملی و بین المللی ادامه داده شود.
- تمام مراحل باید توسط کارمندان آموزش دیده مطابق به رهنمود های عرضه خدمات اجرا گردد.
- برای مراجعین باید مواد مطابق به روش مورد علاقه شان دوباره رسانیده شده، تداوی اختلاطات اجرا گردیده و هرگاه مراجعین بخواهند که از شیوه به شیوه دیگر تبدیل کنند برای شان گزینه های جایگزین ارایه گردد.
- یک سیستم لوژستیک باید موجود باشد تا از موجودیت دوامدار مواد ضد حمل اطمینان حاصل گردد.

3.3 لوژستیک مواد ضد حاملگی

در آغاز پاسخدهی بشری، باید اطمینان حاصل شود تا عرضه کننده گان خدمات قادر به پاسخدهی به نیاز های دوامدار مواد ضد حمل میباشند. روش های اساسی ضد حمل در کیت های بین السازمانی صحت باروری شامل میباشند (فصل 2، پاراگراف 3.5 ملاحظه گردد). زمانیکه مجموعه حداقل خدمات اساسی تطبیق گردید، مراجعین باید دسترسی به مشوره دهی و خدمات تنظیم خانواده داشته و این خدمات باید مطابق به خواست شان برای شان عرضه گردد. ذخایر اضافی از مواد ضد حمل و طیف وسیع از روش های برنامه ریزی تنظیم خانواده باید آماده گردد. بزودی ممکن، از تهیه کیت ها به سیستم لوژستیک مدغم شده براساس نیاز ها باید حرکت داده شده تا از موجودیت دایمی طیف از روشها با جلوگیری از ضایعات شان اطمینان حاصل شود.

کارمندان را با مهارت های اداری آموزش داده و استخدام نمایند تا از موجودیت دایمی مواد و جلوگیری از ضایعات اطمینان گردد. طرق تهیه محلی مواد را در صورت که ناکافی باشند مواد باید از طرق رسمی یا با حمایت از UNFPA, UNHCR یا WHO تهیه گردند. این موسسات میتوانند خریداری مقدار زیاد از مواد ضد حمل را با کیفیت خوب و قیمت کم تسهیل نموده تا از عدم موجودیت شان در ذخیره گاهها جلوگیری گردد. مواد را هرچه نزدیک تر به نفوس متضرر موقعیت دهید.

بکس 22: مراحل اساسی برای اداره ذخایر مواد ضد حاملگی

- **انتخاب روش های ضد حاملگی:** اساس قراردادن طیف از روش های براساس: استفاده قبلی در میان گروپ تحت هدف و استفاده کننده گان دوامدار، مهارت عرضه کننده گان، عملکرد های محلی، قانون و فرهنگ، و فرصت ها برای ارایه روش های مورد علاقه مراجعین
- **محاسبه مقدار های تدارکاتی:** براساس ارقام وزارت صحت تخمین ابتدایی را محاسبه نموده و بعداً با ایجاد ارقام در میان نفوس بیجا شده تخمین گردد. برنامه ریزی و پلان های تدارکاتی را وقتاً فوقتاً بررسی نموده و مقدار ها را مطابق آن عیار سازید تا بتوانند نیاز های نفوس را که ممکن است تغییرات آنی در اندازه و ترکیب آن بمیان آید تطابق گردد.
- **ایجاد یک سیستم ثبت و راجستر:** ایجاد یک سیستمی که ارقام لوژستیک را از نقطه عرضه خدمات و راپور های ماهانه و ربعوار به موسسه مسوول جمع آوری نموده بتواند. ارقام جمع آوری شده و راپور داده شده باید شامل:
 - ذخیره قابل دسترس در مرکز صحت
 - مواد ضایع شده، خراب شده یا موادی که تاریخ شان سپری گردیده است
 - مصرف (میزان مصرف هر مواد).
- **انکشاف دادن مراحل اداره لوژستیک:** مراحل را جهت اداره موثر تدارکات مواد ضد حمل انکشاف دهید و کنترل لست موجودی (ذخیره، حمل و نقل و توزیع) را رشد دهید. راپوردهی منظم و توزیع تقسیم اوقات اجرای مهم این مراحل شمرده میشوند. بدون معلومات بموقع در مورد سطح مصرف مواد، توزیع مقدار های کافی مواد ضدحمل برای عرضه کننده گان خدمات کمتر ممکن است. از تهیه مقدار زیاد یا کم مواد توسط لوژستیک محتاطانه موسسه جلوگیری نمایید. یک سوپروایزر تعیین گردد (با یک شخص دومی در محل) تا این مسوولیت ها را اجرا نماید.

نمونه ریکارد ها و فارمهای راپور دهی را میتوان از منابع ذکر شده در بخش مطالعات مزید بدست آورد.

3.4 فرصت ها برای خدمات تنظیم خانواده

طرح نمودن خدمات تنظیم خانواده طوریکه قابل دسترس و مناسب باشند. تطبیق خدمات تنظیم خانواده در مراکز صحتی، پسته های خارج از مراکز صحتی و از طریق توزیع میان جامعه. بعضی از گروپها مانند نوجوانان (به فصل 4: صحت باروری نوجوانان مراجعه گردد) و خانم های ازدواج ناشده، ممکن نیاز های مشخص و خاص برای استفاده خدمات داشته باشند تا از خطر بندنامی در جامعه اجتناب گردد. موجودیت مواد ضد حمل در محل مشوره دهی مهم است، نباید خدمات را در محلی ارایه نمود که مراجعین روش مورد علاقه شانرا از فارمسی یا محل دیگری دریافت نمایند. باید یک سیستم رجعتی دهی برای مراجعین که خواهان عقیم سازی داوطلبانه اند موجود باشد.

ادغام نمودن روشها و مشوره دهی تنظیم خانواده در مراقبت های مصون سقط، مراقبت های بعد از سقط، انتانات انتقالی مقاربتی، اچ ای وی، مراقبت های قبل از ولادت و خدمات بعد از ولادت جهت ایجاد فرصتها برای مراجعین برای رسیدن به آنها.

جهت تامین ادغام تنظیم خانواده برای خدمات جامعتر، آفسران صحت باروری و مسولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات تنظیم خانواده باید رهنمود های ذیلرا تطبیق نمایند:

- اطمینان حاصل گردد که معلومات ارایه شده در مورد تنظیم خانواده در جریان مشوره دهی قبل از اجرای مراحل و با علاقه خانم، انتخاب روش تنظیم خانواده که قابل دسترس بوده باشد.
- زمانیکه یک خانم، مرد، یا نوجوان جهت دریافت مراقبت و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی مراجعه مینمایند، باید از ایشان در مورد اینکه آیا از روشی تنظیم خانواده استفاده مینمایند سوال گردیده و برای شان در مورد روش خاص مورد پذیرش شان مشوره دهی صورت گیرد. تاهنوز مردان محدود به استفاده کاندوم مردانه و عقیم ساختن داوطلبانه ميباشند باآنهم مردان میتوانند که در سایر موارد انتخاب روشهای تنظیم خانواده با همسر شان کمک نمایند.
- زمانیکه یک خانم یا دختر برای اخذ مراقبت های قبل از ولادت مراجعه نماید از وی در مورد اینکه آیا قبل از حمل از روشی تنظیم خانواده استفاده مینمود سوال گردد. و آیا میخواهد که روشی را دوباره آغاز نماید بعد از ولادت.
- زمانیکه خانم برای دریافت خدمات بعد از ولادت مراجعه کند، از وی در مورد استفاده از روشی تنظیم خانواده پرسش گردد و برای وی مطابق نیازهایش مشوره دهی لازم صورت گیرد.

3.5 منابع بشری

- تنظیم نمودن ارزیابی از خدمات تنظیم خانواده با نرس، قابله یا داکتر که دارای تجربه باشند.
- شناسایی و استخدام اعضای جامعه متضرر شده یا کارکنان محلی را از کشور میزبان که دارای مهارت و تجربه در عرضه خدمات با کیفیت تنظیم خانواده داشته باشند.
- ارزیابی و آموزش کارکنان جامعه که خدمات اجتماعی را عرضه میدارند بشمول تعقیب در آموزش ها، چگونه مسایل طبی را دریافت مینمایند تا آنها را رجعت دهی نمایند، مهارت ها برای تعقیب مراجعین، و چگونه میتوان سلوک و عقاید را در مورد تنظیم خانواده مورد هدف قرار داد. ایجاد آگاهی میان اعضای جامعه که کارکنان جامعه توسط نرس و داکتر ارزیابی میگردند، در صورتیکه مراجعین به مشوره دهی یا مراقبت های نیاز داشته باشند.

قسمیکه در تمام خدمات صحت باروری، کسانیکه خدمات تنظیم خانواده را عرضه میدارند باید نظر مراجعین را احترام نموده و محرمیت را حفظ نمایند. جهت تامین از ادامه استفاده از روشیها تنظیم خانواده و ازیاد استفاده از آن، عرضه کننده باید از عین جنس بوده و دارای تایخچه فرهنگی مشابه به مراجعین را داشته باشد، و دارای مهارت خوب افهام و تفهیم نیز باشد.

جهت اطمینان از موضوعات اداری، تخنیکی و حمایت تخنیکی باید هماهنگی و معاونت میان سکتور صحت موجود بوده و یک میکانیزم هماهنگی میان برنامه ملی تنظیم خانواده با موسسات غیر حکومتی و سازمان ملل متحد که دخیل در برنامه ریزی تنظیم خانواده ميباشند، موجود باشد. چنین هماهنگی ها میتوانند که موجب تامین تداوم برنامه های تنظیم خانواده گردد.

3.6 معلومات، تعلیمات و ارتباطات

مشوره دهی یک بخش ادغام شده خدمات تنظیم خانواده ميباشد. معلومات مناسب و مطابق به فرهنگ و مواد تعلیماتی و ارتباطی کمک کننده برای افراد و جوره ها جهت اخذ روش های تنظیم خانواده مطابق به خواست شان ميباشد. معلومات باید در برگیرنده مفاد و مشکلات در مورد هر روش بوده و استفاده درست هر روش واضح گردیده و روش های عاجل نیز شرح گردد. علاوهً مواد با گراف

ها و نمونه های از مواد ضد حمل برای مراجعین نشان داده شده که کمک کننده میباشد، بخصوص در محلات که سویه سواد پایین است. زمانیکه برنامه تنظیم خانواده وسعت یافت، اطمینان حاصل گردد که مواد معلوماتی، تعلیماتی و ارتباطاتی مطابقت داده شده تا باعث افزایش کیفیت خدمات عرضه شده گردد. نمونه های ارایه شده از مواد تعلیمات و معلومات در این رهنمود در سی دی روم موجود است. مطابق به لسان های محلی یا مواد ساخته شده در محل اجراات گردد.

3.7 آموزش عرضه کننده گان خدمات

تمام کارکنان که خدمات تنظیم خانواده را عرضه میدارند باید آموزش کافی را در مورد روش های ضد حمل و مشوره دهی طوریکه در ذیل لست گردیده است، دریافت نموده باشند. این آموزش ها باید بصورت دوره بی تعقیب گردد. زمانیکه برنامه تنظیم خانواده توسعه یافت، آموزش ها در جریان وظیفه و ارزیابی از اجرای کار جهت ارتقای کیفیت لازمست. وسایل و منابع برای خدمات آموزشی در سی دی روم موجود است.

عناصر یک آموزش کافی برای برنامه خدمات تنظیم خانواده شامل:

1. شایستگی تخنیکی
2. مهارت های افهام و تفهیم و مشوره دهی
3. مهارت های اداری

3.7.1 شایستگی تخنیکی

عرضه کننده باید از موضوعات آتی آگاهی داشته باشد:

- توضیح روشها، بشمول استفاده درست، مفاد و اضرار و تاثیرات شان (چوکات 11: مقایسه روشهای فمی و استفاده شان)
- نحوه عملکرد شان، عوارض جانبی و تداوی عوارض جانبی، اختلاطات و علائم خطر
- هدایات جهت استفاده یا تطبیق
- واجد بودن از نظر طبی و عکس العمل های ادویه
- مهارت های تخنیکی در جهت عرضه روشها بگونه مثال، وقایه انتاناتف تطبیق و خارج کردن آله ضد حمل داخل رحمی یا غرس هورمونی
- تعقیب و تهیه دوباره مطابق به نیاز
- ثبت و درج نمودن
- رجعتدهی بر اساس تصامیم کلینیکی

برای روش های که نیاز به مهارت های خاص دارند مانند تطبیق آله داخل رحمی برای ضد حمل، غرس کردن، عقیم سازی داوطلبانه مرد و زن و دیافراگم، که عرضه کننده گان نیاز به آموزش داشته و در جریان اجرای این عملیه ها باید ارزیابی گردند.

3.7.2 مهارت های مشوره دهی و افهام و تفهیم

در بخش آموزشی، عرضه کننده خدمات تنظیم خانواده باید دارای مهارت های ذیل باشد:

- دارای سلوک غیر قضاوتی بمقابل استفاده کننده گان مواد ضد حمل بوده، احترام به انتخاب مراجعین، وقار، محریمیت و حریم شخصی شان داشته باشند.
- پاسخ های مبتنی بر شواهد و دقیق در مورد شایعات و سوء تعبیرات

- حساسیت در مقابل نیازهای گروپهای خاص (مانند نوجوانان، معیوبین، مردمان که با اچ ای وی زنده گی مینمایند.
- تخنیک های که از نظر فرهنگی حساسیت داشته باشد و بدون تعصب فردی
- تخنیک های افهام و تفهیم مانند: مباحثات باز با مراجعین، تشویق مراجعین برای حرف زدن و صحبت کردن، شنیدن فعالانه، سوال از مراجعین که دوباره تکرار نماید موضوعات که آموخته است، تصدیق نمودن احساسات مراجعین، خلاصه سازی و مباحثات
- ثبت و راجستر روش انتخاب شده مورد علاقه مراجعین را

بکس 23: چک لست برای ایجاد خدمات تنظیم خانواده *

ارزیابی سلوک گروپ های مختلف اجرا گردیده است	<input type="checkbox"/>
نسبت استفاده مواد ضد حمل در کشور یا در داخل منطقه	<input type="checkbox"/>
سیستم موجوده تهیه و تدارک مواد ضد حمل	<input type="checkbox"/>
موجودیت سیستم نگهداری ریکارد های تنظیم خانواده	<input type="checkbox"/>
اشتراک فعالانه استفاده کننده گان خدمات تنظیم خانواده	<input type="checkbox"/>
دخیل ساختن مردان، زنان و رهبران محلی	<input type="checkbox"/>
محلات تاسیس شده جهت عرضه خدمات تنظیم خانواده به اشتراک نفوس متضرر و متاثر شده	<input type="checkbox"/>
عرضه کننده گان در رابطه به عرضه خدمات تنظیم خانواده آموزش دیده طوریکه توسط اولیاء امور تعریف گردیده است	<input type="checkbox"/>

*بعضی از این امورات باید بطور همزمان اجرا گردند.

آموزش عرضه کننده گان با مهارتهای موثر افهام و تفهیم برای مشوره دهی روش ها در تحت یک محدوده زمانی صورت گیرد. عرضه کننده گان باید آموزش داده شوند یا معلومات شان در مورد استفاده از مواد تعلیماتی تجدید گردیده تا چگونه مراجعین را با نیاز های خاص شان شناسایی نمایند، مانند نوجوانان، کسانیکه در معرض خطر جدی انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی، خانم های شیرده و غیره قراردارند. اجرای بازی با نقش عرضه کننده گان را قادر میسازد تا با واقعات مختلف بطور شایسته بی نزدیک شوند.

3.7.3 مهارت های اداری

مهارت های اداری شامل نگهداری اسناد، کنترل موجودی و ارزیابی از توزیع مواد در جامعه میباشد. در مورد مهارتهای خاص که برای اجرای این وظایف ضرروبیست تاکید گردد، چرا اینها مهم اند و چگونه و چی وقت اجرا گردند.

3.8 عرضه کننده تنظیم خانواده

مشوره دهی در مورد تنظیم خانواده

اولین تماس میان عرضه کننده و مراجعین شامل:

- راجستر کردن و اخذ تاریخچه طبی و صحت باروری
- معاینات فیزیکی (در صورت که در تاریخچه ذکر شده باشد) که ممکن شامل معاینه حوصلی (مثلاً بررسی خونریزی غیر موجه مهبل) (موجه مهبل)
- مشوره در مورد روشهای موجود تنظیم خانواده و خواست مراجعین با در نظر داشت انتانات انتقالی مقاربتی / اچ ای وی و تاریخچه طبی
- تهیه روش مورد نظر و توضیح در مورد استفاده آن:
 - مشوره دهی در مورد استفاده درست مواد ضد حمل بشمول طرق استعمال، چی باید کرد در صورتیکه دوز ها فراموش یا نیاز به مواد عاجل ضد حمل باشد. علاوه توضیح عوارض جانبی متوقعه و اطمینان دادن به مراجعین که میتوانند دوباره به مرکز صحت بازگشت نموده در هر زمانیکه عوارض جانبی مشاهده گردد یا در صورت تغییر دادن روش

محافظت دوگانه

بسیاری از افراد که از نظر جنسی فعال اند نیاز به محافظت دوگانه دارند: محافظت علیه حمل های ناخواسته و در مقابل انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی. آن مواد ضد حمل که برای جلوگیری حمل مناسب است برای محافظت از انتانات انتقالی مقاربتی محافظت کننده نمیباشند. بنا در عین زمان استفاده از کاندوم برای جلوگیری از امراض نیز توصیه میگردد. استفاده کاندوم میتواند به تنهایی خود از حمل و انتانات انتقالی مقاربتی در صورتیکه بطور درست استفاده گردد جلوگیری نماید، اما در صورت استفاده با سایر روش های ضد حمل میزان بلند حمل مشاهده شده است.

- تقسیم اوقات برای بازدید بعدی یا بازدید توسط کارکنان جامعه:

- برای مراجعین جدید یک رقم برای بازدید تعقیبیه شان داده شود. چنین بازدید تعقیبیه یک فرصت را برای مراجعین داده تا در مورد مواد ضد حمل سوال کرده و هرگونه عوارض جانبی را به آن مقابل شده اند بیان نمایند. در بعضی روش ها مانند تابلیت های ضد حمل و مواد ضد حمل زرقی مراجعین باید تماس منظم با عرضه کننده خدمات تنظیم خانواده داشته تا بصورت منظم و دوامدار مواد را اخذ نمایند. بازدید بعدی میتواند توسط خود مصرف کننده تعیین گردد. به هر شکلی که تکرار بازدید های تعقیبیه باشد، باید مراجعین اطمینان داده شوند که در صورت بروز هر گونه مشکل آنها میتوانند به مرکز صحت مراجعه نمایند. در هنگام ترتیب نمودن بازدید های تعقیبیه، عرضه کننده خدمات باید در مورد سطح سواد و استفاده درس از روش توسط استفاده کننده آگاه باشد.
- ثبت و راجستر کردن بازدید در مواد استندرد برای جمع آوری ارقام و ریکارد های مریضان

پروتوکول های ملی، کمک کننده های شغلی یا چک لسٹ ها ممکن است موجود باشند. از درست بودن تخنیک می‌تود ها و موافقت شان با استندرد های بین المللی اطمینان حاصل گردد.

تشخیص حمل

تشخیص حمل مهم بود زیرا عرضه کننده نباید روشی تنظیم خانواده را برای خانم حامله تجویز نماید. توانایی در تشخیص مراحل ابتدایی حمل بسیار زیاد وابسته به موجودیت منابع و تنظیمات است. تست های دقیق حاملگی بسیار مفید بوده مگر قابل دسترس نمیباشند. معاینه حوصلی، در صورتیکه توسط فرد ماهر اجرا گردد، هرگاه در حدود 8 تا 10 هفته از اولین روز آخرین عادت ماهوار

اجرا گردد دقیق میباشد. هرگاه هیچ یک از این ها موجود نباشند، چک لست ذیل را عرضه کننده گان میتوانند جهت اطمینان از عدم موجودیت حمل مورد استفاده قرار دهند.

شکل 4: چک لست جهت رد حمل در مراحل اولیه

از مراجعین سوالات 1 تا 6 را سوال نمایید. بزودی زمانیکه به سوال جواب بلی ارایه نماید، توقف نموده و مطابق به هدایت عمل نمایید.		
نی	1. آیا طفل کمتر از 6 ماه دارید، آیا بشکل مکمل شیردهی میکنید و از زمان ولادت تا حال عادت ماهوار نداشته اید؟	بلی
نی	2. آیا از مقاربت جنسی از زمان آخرین عادت ماهوار تان یا ولادت تان ابراء ورزیده اید؟	بلی
نی	3. آیا طفلی در 4 هفته قبل داشته اید؟	بلی
نی	4. آیا آخرین عادت ماهوار تا در 7 روز گذشته (یا در جریان 12 روز گذشته اگر شما پلان تطبیق آله ضد حمل داخل رحمی داشتید) واقع شده است؟	بلی
نی	5. آیا شما کدام سقط در 7 روز گذشته (یا در جریان 12 روز گذشته اگر شما پلان تطبیق آله ضد حمل داخل رحمی داشتید) واقع شده است؟	بلی
نی	6. آیا روش مناسب و قابل اعتبار ضد حمل را بصورت منظم و دوامدار استفاده مینمایید؟	بلی



هرگاه مراجعین به حد اقل یک سوال جواب بلی ارایه نمودند، و خانم عاری از اعراض و علائم حاملگی باشد، برایش مطابق خواستش روش ضد حمل را تهیه نمایید.



هرگاه مراجعین به تمام سوالات جواب نی ارایه نمودند، حمل را نمیتوان رد نمود. از تست حاملگی جهت رد حمل استفاده گردد، یا باید انتظار به عادت ماهوار داشت قبل از استفاده روش ضد حمل مطابق به خواست مراجعین.

بکس 24: ملاحظات مواد ضد حمل برای نوجوانان

- بانکه خانم های جوان در مقابل عوارض جانبی کمتر تحمل دارند، مشوره دهی برای شان کمک مینماید تا چی را توقع داشته و ممکن است کمتر باعث توقف دادن روش مورد استفاده شان گردد.
- نوجوانان که ازدواج نکرده اند ممکن است در معرض خطر بیشتر انتانات انتقالی مقاربتی قرار داشته باشند. مشوره دهی جهت محافظت دوگانه برای کاهش خطر انتانات انتقالی مقاربتی ارایه گردد.
- خانم های نوجوان ممکن است کنترل کمتر نسبت به خانم های کاهلتر در مورد عمل جنسی و استفاده مواد ضد حمل داشته باشند. این ممکن است نیاز شانرا برای مواد عاجل ضد حمل بیشتر بسازد. مشوره دهی برای تمام نوجوانانیکه مواد ضد حمل عاجل را در مورد روشهای تنظیم خانواده اخذ مینمایند، و توصیه شوند تا مقدار اضافی از مواد عاجل ضد حمل را باخود داشته باشند.
- خانم های جوان اکثراً روش های را ترجیح میدهند که دیگران نفهمند (مانند ادویه ضد حمل زرقی)
- از باعث موانع متعدد جهت دسترسی نوجوانان به تسهیلات صحی، فعالیت های جامعه باید نوجوانان را نیز تحت هدف قرار دهد.

برای معلومات بیشتر به فصل 4 مراجعه شود: صحت باروری نوجوانان

3.9 روش های تنظیم خانواده

عرضه کننده گان خدمات باید قادر به توضیح خصوصیات هر یک از روش با طرق استفاده شان، موثر، مصون و با عوارض جانبی کمتر و مصونتر باشند. آنها باید بدانند که چگونه این روشها تأثیری بالای انتانات انتقالی مقاربتی و انتقال اچ ای وی داشته، مناسب بودن آن برای مراجعین که دارای نیاز های خاص اند (نوجوانان، مراجعین مصاب به ایدس و خانم های شیرده)، و فاصله زمانی میان قطع روش ضد حمل و بازگشت به حیات نارمل باروری را بدانند. اطمینان حاصل گردد که عرضه کننده دسترسی به تمام معلومات در مورد تمام روش های تنظیم خانواده که در محل موجود است داشته و میتواند آنها را مطابق به اهداف باروری برای هر یک از مراجعین استفاده نماید.

3.9.1 روشهای آگاهی دهی باروری

استفاده موثر از روش های آگاهی دهی باروری نیاز دارد تا خانم ها بدانند که چگونه بیان نمایند که چی وقت زمان عادت ماهوار شان آغاز و ختم گردیده است. این روش های شامل علایم باروری مانند تعقیب حرارت اساسی بدن یا افزایشات روزمره عنق رحم (روش دو-روز) یا روش مینی بر سالنماء (جنتری) که روز های عادت ماهوار را تعقیب نموده و نشان میدهد (روش استندرد روزها). استفاده از این روش ها نیاز به همکاری هردو همسر دارد. روش های آگاهی دهی باروری بخصوص برای کسانی که خواهش استفاده از سایر روش ها را ندارند یا بنابر دلایل طبیی یا مذهبی ویا عقاید شخصی شان. عرضه کننده گان خدمات باید همسران را توصیه نمایند که این روش ها آنها را در مقابل انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی حفاظت نکرده، و از باعث موثریت کمتر شان و ممکن است مناسب زمانیکه حمل یک خطر غیر قابل قبول برای صحت خانم باشد.

3.9.2 مواد ضد حمل هورمونی

مواد ضد حمل هورمونی حاوی پروجسترون به تنهایی یا بشکل یکجایی با استروجن بوده که تبیض را در خانم جلوگیری مینماید. این ها بسیار عام بوده، وسیعاً موثر و بشکل ساده قابل استفاده میباشد. طرق استفاده شان متفاوت است (فمی، زرقی، عرس کردن، وصله جلدی و غیره)، که در چوکات 11 تا 13 بحث گردیده اند. زمانیکه یک خانم یک روش هورمونی را انتخاب نمود، در مورد استفاده درست آن مشوره صورت گرفته، چی باید کرد در صورت که یک دوز آن فراموش گردد و عوارض جانبی احتمالی مانند تغییرات در ماهیت خونریزی عادت ماهوار. مشوره دهی حمایوی و اطمینان دادن متداوم در هنگام بازدید های تعقیبیه مراجعین را کمک خواهد کرد تا روش را بصورت درست استفاده نموده و عوارض جانبی معمولی شانرا تحمل نمایند.

چوکات 11: مقایسه روشهای تطبیق هورمونی فمی و موضعی				
خصوصیات	ادویه ضد حمل ترکیبی (تابلیت)	ادویه ضد حمل تنها پروجسترون	وصله ترکیبی	حلقه ترکیبی مهلی
روش مورد استفاده	تابلیت های فمی	تابلیت های فمی. مصون برای خانم های شیرده و اطفال شان	وصله در قسمت علوی وحشی بازو، عقب، بطن یا ران بسته میشود. نه در بالای ثدیه ها	حلقه در مهبل تطبیق میگردد
محتویات	دوز کم دو هورمون- یک پروجسترون و یک ستروجن	دوزهای بسیار پایین پروجسترون	بطور دوامدار دو هورمون را افزاز مینماید- یک پروجسترون و یک ستروجن	بطور دوامدار دو هورمون را افزاز مینماید- یک پروجسترون و یک ستروجن
تکرار استفاده	روزانه برای 21 روز، به تعقیب آن یک وقفه یا تابلیت های بدن	روزانه، بدون وقفه میان پک ها	هفته وار: وصله هر هفته تبدیل شده برای 3 هفته، در هفته 4 هیچ	ماهانه: حلقه برای سه هفته باقی مانده و در جریان هفته 4 خارج

هورمون برای 7 روز	تعلق به توانایی استفاده کننده در اخذ روزانه تابلیت دارد. بطور عام مورد استفاده قرار گرفته، تقریباً 8 حمل در 100 خانم در سال اول	تعلق به توانایی استفاده کننده در اخذ روزانه تابلیت در عین زمان دارد. شیردهی: تقریباً یک حمل در 100 خانم در سال اول غیر شیردهی: تقریباً 3 تا 10 حمل در 100 خانم در سال اول	وصله تطبیق نمی گردد. میگردد	تعلق به نگهداری حلقه در جایش توسط استفاده کننده در تمام روز داشته، نباید اضافه تر از 3 ساعت در روز خارج گردد. موثریت آن تحت تحقیق است. مکن است بیشتر از ادویه ضد حمل ترکیبی موثر باشد.
ماهیت خونریزی	خاصاً خونریزی غیر منظم برای چند ماه اول و بعداً خونریزی کمتر بسیار منظم تر	خاصاً در خانم های شیرده تابلیت ها مدت زمان بدون خونریزی ماهانه را طویل میسازد. برای خانم های غیر شیرده خونریزی دوامدار یا غیر منظم عام است	مشابه به تابلیت های فمی ترکیبی اما خونریزی غیر منظم بیشتر شایع است در اولین سیکل نسبت به تابلیت های فمی ترکیبی	مشاه به تابلیت های فمی ترکیبی مگر خونریزی غیر منظم کمتر شایع است نظر به تابلیت های فمی ترکیبی
اوسط تاخیر در وقت حمل بعد از توقف روش	بدون تاخیر	بدون تاخیر	بدون تاخیر	بدون تاخیر
حریم شخصی	کدام علامه فزیکمی موجود نمیشد اما ممکن است تابلیت را بعضی کسان دریافت نمایند.	کدام علامه فزیکمی موجود نمیشد اما ممکن است تابلیت را بعضی کسان دریافت نمایند.	وصله ممکن است توسط همسر یا سایرین مشاهده گردد	بعضی از همسران ممکن قادر باشند که حلقه را احساس نمایند
سایر ملاحظات	رضایت لفظی با مشوره دهی تنظیم خانواده با توضیح در مورد چگونگی اخذ تابلیت ها	رضایت لفظی با مشوره دهی تنظیم خانواده با توضیح در مورد چگونگی اخذ تابلیت ها	رضایت لفظی با مشوره دهی تنظیم خانواده با توضیح در مورد چگونگی استفاده از وصله و تدور آن	رضایت لفظی با مشوره دهی تنظیم خانواده با نمایش دادن اینکه چگونه و چی وقت حلقه داخل و خارج ساخته شود.
مهارت های عرضه کننده گان	دادن آموزش برای مشوره دهی در مورد تنظیم خانواده			
اقتباس شده از: تنظیم خانواده یک رهنمود جهانی برای عرضه کننده گان. اجنسی انکشافی بین المللی ایالات متحده امریکا، جانز هایکنز سکول صحت عامه، سازمان صحتی جهان، 2007				

چوکات 12: مقایسه روشهای زرقی

زرق ماهانه	NET-EN	DMPA	خصوصیات
زرق داخل عضلی هر یک ماه	زرق داخل عضلی هر دو ماه	زرق داخل عضلی یا تحت الجلدی هر سه ماه	روش استفاده
دو هورمون: یک پروجسترون و یک استروجن	یک پروجسترون – نور اینیسترون انانتیت	یک پروجسترون- دیپات میدروکسی پروجسترون	محتویات

		اسپیتیت	
تا به 7 روز وقت تر یا 7 روز بعد تر	تا به 2 هفته وقت تر یا 2 هفته بعد تر	تا 2 هفته وقت تر یا 4 هفته بعد تر	محدوده زمانی برای زرق تکراری تا موثر باشد هرگاه مراجعین وقت تر یا ناوقت تر از وقت موعود مراجعه نمایند
زرق عمیق داخل عضل در سرین، قسمت علوی بازو، ناحیه گلوئیال یا قسمت وحشی ران	زرق عمیق داخل عضل در سرین، قسمت علوی بازو یا ناحیه گلوئیال ممکن است کمی بیشتر درد ناک تر باشد نسبت به DMPA	زرق عمیق داخل عضل در سرین، قسمت علوی بازو یا ناحیه گلوئیال زرق تحت الجلدی آن موجود است در سرنج های یک زرقی زرقیات داخل عضلی یا تحت الجلدی طوریکه هدایت داده شده است تطبیق کردند در غیر آن ممکن است کاملاً موثر نباشند	تخنیک زرق
در سه ماه اول خونریزی غیر منظم، مکرر یا طولیل. در یک یکسال اکثرأ خونریزی منظم میداشته باشند. تقریباً 2 % استفاده کننده گان بعد از یکسال خونریزی ماهانه نمیداشته باشند.	در 6 ماه نخست خونریزی غیر منظم یا طولانی مگر کوتاه تر DMPA بعد از 6 ماه ماهیت خونریزی مشابه با DMPA میگردد. 30% از استفاده کننده گان بعد از یکسال خونریزی ماهانه نمیداشته باشند.	در نخست خونریزی غیر منظم و دوامدار، بعداً بدون خونریزی یا با تکرر کمتر. تقریباً 40% از استفاده کننده گان خونریزی ماهانه بعد از یک سال نمیداشته باشند.	ماهیت خونریزی
1 کیلوگرام در سال	1-2 کیلو گرام در سال	1-2 کیلوگرام در سال	اوسط وزن گیری
	مشابه به DMPA	تقریباً 3 حمل در 100 خانم در سال اول	موثریت (میزان حمل طوریکه بشکل عام استفاده میگردد)
بطور اوسط 5 ماه بعد از آخرین زرق	بطور اوسط 6 ماه بعد از آخرین زرق	بطور اوسط بعد از 19 ماه از آخرین زرق	اوسط تاخیر در زمان حمل بعد از توقف زرقیات)
مشوره دهی تنظیم خانواده با رضایت لفظی و بخاطر دادن کارت برای زرق بعدی در 4 هفته	مشوره دهی تنظیم خانواده با رضایت لفظی و بخاطر دادن کارت برای زرق بعدی در 8 هفته	مشوره دهی تنظیم خانواده با رضایت لفظی و بخاطر دادن کارت برای زرق بعدی در 12 هفته	سایر ملاحظات
آموزش در مورد مشوره دهی و تطبیق مواد زرقی تنظیم خانواده			مهالتهای عرضه کننده
اقتباس شده از: تنظیم خانواده یک رهنمود جهانی برای عرضه کننده گان. اجنسی انکشافی بین المللی ایالات متحده امریکا، جانز هاپکنز سکول صحت عامه، سازمان صحتی جهان، 2007			

چوکات 13: مقایسه مواد ضد حاملگی عرس شونده

امپلانن	نورپلانت جادیل/ سینو پلانت (دو)	نورپلانت	خصوصیات
یک چوبک در تحت جلد داخل میگردد	2 چوبک در تحت جلد داخل میگردد	6 کپسول در تحت جلد داخل میگردد	روش عرضه نمودن
ایتنوجستروول	لینورجستروول	لینورجستروول	حاوی پروجسترون

مدت حیاتیّت	تا 7 سال	از 4 تا 5 سال	3 سال
موثریت (میزان حمل در سال اول استفاده کردن)	حمل ممکن است صرف در 5 خانم فی 10000 استفاده مینمایند بملاحظه برسد	حمل ممکن است صرف در 5 خانم فی 10000 استفاده مینمایند بملاحظه برسد	حمل ممکن است صرف در 5 خانم فی 10000 استفاده مینمایند بملاحظه برسد
ماهیت خونریزی	در ماه اول خونریزی کمتر و شفافتر یا خونریزی غیر منظم که اضافه از 8 روز دوام کرده یا با تکرر غیر منظم یا بدون خونریزی بعد از تقریباً یک سال خونریزی کمتر و شفافتر، با تکرر غیر منظم و بدون تکرر	در خانم های دارای وزن 79-70 کیلوگرم موثریت روش بعد از 5 سال استفاده کمتر میگردد.	وزن کدام تأثیر شناخته شده بالای موثریت آن ندارد.
اوسط تاخیر در وقت حمل بعد از اینکه مواد عرس شده دور گردید	دور کرده شود: نور پلاننت دوباره تطبیق نگردد	توقع برده میشود که نولاننت در سال 2011 جایگزین گردد	بصورت ابتدایی در اروپا و آسیا موجود میباشد.
سایر ملاحظات	صرفاً خارج شده و در مورد سایر روشها مشوره دهی گردد رضایت لفظی در صورت تهیه روش دیگر و رضایت کتبی در صورت عرس دیگر	مشوره دهی تنظیم خانواده، رضایت لفظی و کتبی و بیاد آوردن جهت بازدید بعدی در یک هفته تا محل ملاحظه شده و بنداژ دور گردد تهیه کارت موثر برای ختم جاددل در 5 سال یا برای سینو-امپلاننت در 4 سال	مشوره دهی تنظیم خانواده، رضایت لفظی و کتبی و کارت جهت یادآوری برای بازدید بعدی در یک هفته تا محل ارزیابی شده و بنداژ دور گردد تهیه کارت موثر برای ختم امپلانوم در 3 سال
مهارت های عرضه کننده	آموزش در مشوره دهی و تطبیق و برطرف کردن مواد عرس شونده ضد حمل		

3.9.3 روشهای مانع شونده

روش های ضد حمل مانع شونده از حمل توسط ایجاد موانع فیزیکی برای داخل شدن سپرم به رحم میگردد. مانع بسیار معمول که اکثراً استفاده میگردد عبارت از کاندوم های مردانه و زنانه است (چوکات 14 ملاحظه گردد). کاندوم ها یگانه روش تنظیم خانواده میباشد که از حمل و انتانات انتقالی مقاربتی جلوگیری نموده میتوانند. (برای معلومات بیشتر در مورد کاندوم به فصل 8: انتانات انتقالی مقاربتی مراجعه گردد). سایر روش های مانع شونده مانند مواد کشنده سپرم و دیافراگم ها (حجابات) است که ممکن است توسط افرادی که به آن آشنا اند درخواست گردد. در صورتیکه تقاضا گردد، کوشش شود تا این روشها تهیه و موجود گردند. کشنده های سپرم یکی از روش های کمترین موثر ضد حمل بشمار رفته زمانیکه به تنهایی استفاده گردند. استفاده مکرر از کشنده های سپرم میتواند باعث افزایش خطر اخذ ای وی در مراجعین که دارای خطر بلند اند مانند کسانیکه عمل جنسی را در مقابل پول معامله مینمایند، گرد.

چوکات 14: مقایسه کاندم های مردانه و زنانه

خصوصیات	کاندم های مردانه	کاندم های زنانه
چگونه استعمال گردند	بدور آله تناسلی مردانه که در حالت انتعاز باشد دور داده شود بدور قضیب باید محکم و ثابت باشد	در مهبل خانم داخل گردد در مهبل بطور آزادانه قرار داده شود و فشار آن باعث محدود کردن قضیب نمیگردد
چی وقت استفاده گردد	بصورت انی قبل از عمل جنسی	تا 8 ساعت قبل از عمل جنسی
مواد	عموماً از لتکس (بعضاً از مواد سنتتیک یا غشا های حیوانی) کاندم های ساخته شده از غشا های حیوانی در مقابل اچ ای وی محافظت کننده نمی باشند	اکثراً از فلم های نازک، سنتتیک ساخته شده (پولی یوتیران یا نیتریل) بعضی از مدل ها از لتکس ساخته شده اند
حساسیت در جریان عمل جنسی	مقاربت جنسی ممکن است کمتر حساس باشد	کاندم های ساخته شده از فلم سنتتیک، با حرارت، مقاربت جنسی میتواند که بصورت طبیعی و بسیار حساس احساس گردد
آواز در جریان عمل جنسی	ممکن است باعث ایجاد آواز مالش دادن در هنگام مقاربت جنسی گردد	ممکن آواز خش خش در هنگام مقاربت جنسی شود
چرب کردن	استفاده کننده گان میتواند مواد چرب کننده به آن علاوه نمایند: • مواد آبی یا موادیکه اساس آن سیلیکان باشد • در قسمت خارجی کاندم تطبیق گردد	استفاده کننده گان میتواند مواد چرب کننده به آن علاوه نمایند: • مواد آبی، یا مواد که اساس روغنی یا سیلیکان داشته باشد • قبل از داخل ساختن، در قسمت خارجی آن تطبیق شود • بعد از داخل کردن، در داخل کاندم یا در اطراف قضیب تطبیق گردند
شکست یا لغزش	احتمال دارد نظر به کاندم های زنانه بیشتر بشکنند/پاره شوند	احتمال دارد نظر به کاندم های مردانه بیشتر بلغزند
چی وقت خارج ساخته شوند	قضیب باید از داخل مهبل قبل از اینکه قضیب استرخا نماید خارج ساخته شود	قضیب میتواند در داخل مهبل بعد از استرخا هم باقی بماند خارج کردن کاندم های زنانه قبل از اینکه خانم ایستاده شود
ساحه پوش شده	قسمت های قضیب را محافظت نموده و قسمت آله تناسلی داخلی زنانه را	آله تناسلی مردانه و زنانه را و قسمت قاعده قضیب را محافظت مینماید
موثریت (میزان حمل قسمیکه معمولاً استفاده شود)	تقریباً 15 حمل در 100 خانم که همسر شان از کاندم مردانه استفاده مینماید در سال اول (اگر بصورت درست استفاده گردد در هر عمل جنسی، تقریباً 2 حمل در 100 خانم)	تقریباً 21 حمل در 100 خانم که از کاندم زنانه استفاده میکنند در سال اول (اگر بصورت درست استفاده گردد در هر عمل جنسی، تقریباً 5 حمل در 100 خانم)
محافظت علیه اچ ای وی	هرگاه بصورت دوامدار و درست استفاده گردد 89 تا 95% از سرایت اچ ای وی که در صورت مقاربت بدون استفاده از کاندم واقع میشود.	هرگاه بصورت دوامدار و درس استفاده گردد باعث وقایه از سرایت اچ ای وی میگردد
چگونه نگهداری شوند	از حرارت، روشنی و رطوبت محافظه گردد	کاندم های پلاستیکی توسط حرارت، روشنی یا رطوبت خراب نمی شوند

استفاده دوباره	نمی توان دوباره استفاده کرد	استفاده دوباره توصیه نمیگردد
قیمت و موجودیت	اکثراً قیمت کم و وسیعاً قابل دسترس	عموماً گران قیمت و نظر به کاندنم های مردانه کمتر قابل دسترس است
سایر ملاحظات	مشوره دهی و نمایش دادن در مورد استفاده و دور نمودن (با قضیب های مصنوعی)	مشوره دهی و نمایش دادن در مورد استفاده و دور نمودن (با مهبل های مصنوعی)
مهارت های عرضه کننده	آموزش برای مشوره دهی، نمایش دادن و نمایش دوباره توسط استفاده کننده در مورد تنظیم خانواده	

3.9.4 آله داخل رحمی

آله داخل رحمی یک آله کوچک پلاستیکی نرم است که حاوی مس و یا پروجستوجن میباشد. یک عرضه کننده آموزش دیده این آله را از طریق مهبل و عنق رحم در رحم تطبیق نموده و باید مراحل وقایه از انتانات را (بشمول یک تخنیک "بدون تماس") را مراعات نماید. آله داخل رحمی یک از روش های موثر جهت جلوگیری از حمل بشمار میرود.

آله داخل رحمی و انتانات انتقالی مقاربتی: خود آله داخل رحمی باعث امراض التهابی حوصلی نمیگردد. داخل کردن آله داخل رحمی زمانیکه یک خانم مصاب گونوریا یا کلامیدیا باشد ممکن باعث بروز امراض التهابی حوصلی گردند، بناً از این کار باید اجتناب گردد. هرگاه حالت مریض وی را در خطر جدی انتانات قرار دهد، او نباید آله داخل رحمی را تطبیق نماید. زمانیکه معاینات آزمایشی برای گونوریا و کلامیدیا موجود نباشند (فصل 9: انتانات انتقالی مقاربتی ملاحظه گردد)، عرضه کننده گان خدمات باید از مراجعین شان بپرسند تا خود شان در مورد اینکه آیا مصاب انتانات انتقالی مقاربتی اند تصمیم بگیرند. در صورتیکه مریض خود را در معرض خطر جدی مصابیت به انتانات انتقالی مقاربتی تصور نماید در اینحالت باید با وی در مورد سایر روش های ضد حمل مشوره دهی صورت گیرد. هرگاه سایر روش های مناسب قابل دسترس نباشد یا قابل قبول مشتری نباشد، عرضه کننده باید تداوی احتمالی را با دوز مکمل انتی بیوتیک موثر در مقابل گونوریا و کلامیدیا شروع نموده و بعداز تکمیل شدن تداوی میتواند آله داخل رحمی را تطبیق نماید.

هرگاه یک خانم یک انتانات انتقالی مقاربتی جدید را بعد از تطبیق نمودن آله داخل رحمی نشان داد، او در خطر بروز امراض التهابی حوصلی از باعث آله داخل رحمی نمیباشد. او میتواند آله داخل رحمی را با خود داشته باشد و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی را آغاز نماید. باقی ماندن آله داخل رحمی دارای مفاد نبوده و ممکن او را در معرض خطر حمل ناخواسته قرار دهد. او باید در مورد استفاده از کاندنم و سایر استراتژی های جلوگیری کننده از انتانات انتقالی مقاربتی در آینده باید مشوره دهی نماید.

چوکات 15: مقایسه آله های داخل رحمی		
خصوصیات	آله داخل رحمی مسی	آله داخل رحمی لیونورجستریل
موثریت (میزان حمل در سال اول استفاده)	حمل ممکن است در 6 تا 8 فی 1000 خانم در سال اول	حمل ممکن است در 2 فی 1000 خانم در سال اول
مدت زمان استفاده	برای 10 سال ثابت شده است	برای 5 سال ثابت شده است.
ماهیت خونریزی	خونریزی ماهانه طولیتر و شدیدتر، خونریزی غیر منظم و با درد های بطنی در جریان خونریزی ماهانه	خونریزی غیر منظم و لکه ها در چند ماه اول بعد از یکسال اکثراً بدون خونریزی ماهانه
کم خونی	ممکن است با کم خونی فقدان آهن شریک شده در صورتیکه خانم قبلاً مقدار کمتر آهن در خون داشته باشد قبل از داخل کردن آله داخل رحمی	سبب خونریزی کمتر متناسب آله داخل رحمی مسی با گذشت زمان میشود
دلایل عمده برای عدم تداوم	افزایش خونریزی و درد	عدم موجودیت خونریزی ماهانه و عوارض جانبی هورمونی

بدون تاخیر	بدون تاخیر	اوسط تاخیر زمانی در گرفتن حمل بعد از برطرف کردن آله داخل رحمی
تداوی موثر برای خونریزی های شدید و طویل ماهانه (جایگزین هسترکتومی)	ممکن است کمک کننده علیه کانسر اندومتریال باشد	فواید خارج از ضد حمل
ممکن است کمک کننده برای خونریزی های دردناک ماهانه باشد		
میتواند منحبث تداوی تعویضی برای هورمون پروجستوجن استفاده شود		
میتواند تا 4 هفته بعد از ولادت تطبیق گردد	میتواند بعد از 48 ساعت بعد از ولادت تطبیق گردد	استفاده بعد از ولادت
توصیه نمیگردد	میتواند تا 5 روز بعد از عمل جنسی غیر مصون استفاده گردد	استفاده منحبث یک روش عاجل ضد حمل
نیاز به تجربه بیشتر دارد	نیاز به تجربه کمتر دارد	داخل کردن آله داخل رحمی
مشوره دهی تنظیم خانواده، رضایت لفظی و کتبی. ارایه توضیحات جهت بررسی از چگونگی تارها برای مراجعین که درخواست چنین کاری را نمایند		سایر ملاحظات
آموزش در مشوره دهی تنظیم خانواده و داخل نمودن و خارج ساختن آله داخل رحمی لیونورجستریل	آموزش در مشوره دهی تنظیم خانواده و داخل نمودن و خارج ساختن آله داخل رحمی مسی	مهارت های عرضه کننده

3.9.5 مواد عاجل ضد حمل

(برای معلومات بیشتر در این مورد به فصل 2 مراجعه گردد)

دو روش عاجل ضد حمل عبارتند از:

- تابلیت های عاجل ضد حمل
- آله داخل رحمی مسی

تابلیتهای عاجل برای ضد حمل میتوانند از حمل های ناخواسته جلوگیری نمایند هرگاه در جریان 5 روز (120 ساعت) بعد از عمل جنسی غیر مصون استفاده گردند. این تابلیت ها هرچه عاجلتر بعد از مقاربت جنسی غیر مصون گرفته شوند. به هر اندازه که زودتر اخذ گردند به همان اندازه موثر تر خواهند بود، اما باآنهم الی 5 روز بعد از مقاربت جنسی غیر مصون موثر خواهند بود.

دو فورمولیشن موجود است (بکس 25 ملاحظه گردد).

تابلیت ها عاجل ضد حمل میتواند بطور مصون توسط هر خانم مورد استفاده قرار گیرد، حتی توسط کسانی که نمیتوانند از روش های هورمونی برای مدت دوامدار استفاده نمایند، قسمیکه مقدار هورمون ها نسبتاً کوچک بوده و تابلیت ها برای یک مدت کوتاه استفاده شوند.

بکس 25: رژیم های تابلیت های عاجل ضد حمل

رژیم واحد لیونورجسترل: 1.5 ملی گرام آن به یک دوز واحد (این یک رژیم توصیه شده بوده که بسیار مفید است و دارای عوارض جانبی کمتر میباشد). این تابلیت ها بشکل مخصوص برای واقعات عاجل ضد حمل تهیه شده اند

رژیم ترکیبی استروجن-پروجستوجن (Yuzpe) یک دوز 100 مایکروگرام ایتنایل استرادیول جمع 0.5 ملی گرام لیونورجستریل، هر چه زود تر اخذ شده، و با عین دوز 12 ساعت بعد تر تعقیب گردد. این تابلیت ها ممکن بطور خاص برای واقعات عاجل ضد حمل تهیه شده اند یا میتوانند از شکل ترکیبی نارمل شان نیز استفاده نمود.

تابلیت های واحد لیونورجستریل نشان داده شده است که بیشتر مفید میباشد به مقایسه با شکل ترکیبی تابلیت های عاجل ضد حمل، و همچنان دارای عوارض جانبی کمتر. این رژیم در لست نمونه بی ادویه اساسی سازمان صحتی جهان شامل گردیده است.

تابلیت های عاجل ضد حمل نباید در صورتیکه حمل تثبیت شده باشد اخذ گردد. این تابلیت ها زمانیکه حالت حمل واضح نبوده و یا تست حاملگی قابل دسترس نباشد اخذ گردند، قسمیکه شواهدی در رابطه به اضرار به خانم یا حمل موجوده اش بدسترس نباشد. از چک لست حمل جهت رد نمودن حمل قبل از اخذ نمودن تابلیت های عاجل ضد حمل استفاده گردد (شکل 4: چک لست جهت رد نمودن مراحل ابتدایی حمل)

استفاده متناوب از تابلیت های عاجل ضد حمل ممکن بوده، مگر منحنیث روش تنظیم خانواده توصیه نمیگردد. باآنهم یک درخواست برای تهیه تابلیت های عاجل ضد حمل میتوانند به حیث یک نقطه دخیلی برای استفاده از تنظیم خانواده و مشوره دهی مراجعین برای ادامه روش های ضد حمل بشمار برود. این فرصت را مورد استفاده قرار دهید.

یک آله داخل رحمی مسی میتواند الی 5 روز بعد از مراقبت جنسی غیر مصون منحنیث روش عاجل ضد حمل تطبیق گردد. زمانیکه وقت تحیض تخمین شده بتواند، یک آله داخل رحمی مسی میتواند بعد تر از 5 روز به تعقیب مقاربت جنسی غیر مصون تطبیق شود، طوریکه تطبیق آن اضافه از 5 روز بعد از تعیض صورت نگرفته باشد.

این یک زمینه خوب برای خانم هایست که میخواهند با استفاده از آله داخل رحمی برای ادامه ضد حمل از آن استفاده نمایند. به مقایسه تابلیت های عاجل ضد حمل این بیشتر موثر خواهد بود.

اطمینان حاصل گردد که مراجعه کننده برای اخذ آله داخل رحمی واجد شرایط میباشد. هرگاه این آله منحنیث یک روش عاجل ضد حمل بعد از تجاوز جنسی تطبیق گردد، باید از تجویر تدای احتمالی انتانات انتقالی مقاربتی اطمینان حاصل شده باشد. (فصل 2 مجموعه حداقل خدمات اساسی ملاحظه گردد).

3.9.6 عقیم سازی داوطلبانه از طریق عمل جراحی

عقیم سازی مردان (واژکتومی) و خانم ها (بسته نمودن نفیر ها/تیوبها) روش های قابل قبول ضد حمل برای بعضی از مراجعین بشمار میرود که تصمیم گرفته اند که دیگر اولاد نمیخواهند.

روش جراحی ضد حمل باید در یک وضعیت معقم و مصون با رضایت آگاهانه استفاده کننده توسط فرد آموزش دیده و موجودیت وسایل ضروری آن اجرا گردد. این روش عقیم سازی جراحی برای مراجعین که از آن قبلاً آگاهی داشته و کشور میزبان آنرا اجازه داده است تهیه و آماده گردد. این روش نمیتواند از معروض شدن به انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی محافظت کننده باشد.

3.10 تنظیم خانواده بعد از ولادت

یک خانم در زمان بعد از ولادت از حمل محافظت میگردد اگر:

- 1) او شیرده کامل باشد (نوزاد صرفاً از شیر ثدییه استفاده کرده یا یکبار بعضی از ویتامین، اب، جوس یا سایر مواد مغذی برایش داده میشود) یا تقریباً شیرده کامل باشد (اضافه از سه چهارم حصه غذای نوزاد را شیر ثدییه تشکیل دهد) و،
- 2) او خونریزی عادت ماهوار خود را دوباره شروع نکرده باشد، و
- 3) او در کمتر از شش ماه بعد از ولادت قرار داشته باشد

این حالت بنام روش امینوری شیردهی یا Lactational Mmenorroea Method (LAM) یاد می‌گردد. این روش موثر بوده و بطور عامل استفاده میشود، و تقریباً 2 حمل فی 100 خانم در شش ماه بعد از ولادت بملاحظه رسیده است. در مورد استفاده این روش خانم را مشوره دهی نموده تا روش دیگر تنظیم خانواده را زمانیکه نزدیک به ماه ششم بعد از ولادت رسیدن انتخاب نمایند یا زمانیکه هر کدام از معیارات فوق تغییر نماید.

خانم ممکن است روش هاس مصون ذیلرا انتخاب نماید:

- **روش های مانع شونده حمل:** کاندوم بطور آنی بعداز ولادت استفاده شده میتواند
- **تطبیق آله داخل رحمی:** این آله را میتوان در جریان 48 ساعت بعد از ولادت مهلی یا سیزارین سکشن توسط یک ماهر آموزش دیده تطبیق نمود یا در چهار هفته گی بعد از ولادت. تطبیق آله داخل رحمی در میان 48 ساعت و چهار هفته بعد از ولادت توصیه نمیگردد. میزان رد نمودن آله پایین میباشد هرگاه چهار هفته یا اضافه تر از آن بعداز ولادت یا یک زمانی غیر مرتبط به حمل تطبیق شده باشد.
- **عقیم سازی:** ممکن است در جریان هفت روز یا شش هفته زمان بعد از ولادت اجرا گردد.
- **رژیم واحد پروجستوجن (تابلیت های، زرقی، عرس شونده):** ممکن است در هفته ششم زمان بعد از ولادت برای خانم های شیرده توصیه شده و بطور آنی در زمان بعد از ولادت برای خانم های که شیرده نمی باشند توصیه نمود.
- **روش های ترکیبی (تابلیت های و زرقیات):** ممکن است در ماه ششم زمان بعد از ولادت برای خانم های شیرده و در هفته ششم زمان بعد از ولادت برای خانم های که شیرده نمی باشند توصیه کرد.
- **روش های طبیعی (روش روز های استندرد):** ممکن است برای خانم های که سیکل نارمل عادت ماهوار شانرا دوباره از سر گرفتن استفاده شود.

چوکات 16: موثریت مواد ضد حمل

این چارت نشان میدهد که چگونه روش های موثر مورد استفاده قرار میگیرند. چهار روش اولی بسیار موثر بوده، استفاده کننده بعد از تطبیق عملیه هیچ چیزی کرده نمیتواند. موثریت سایر روشها ارتباط به سلوک استفاده کننده دارد، آنها صرفاً زمانی موثر خواهند بود که بصورت درست آن مورد استفاده قرار گیرند.

مقایسه موثریت روش ها

بسیار مفید	عرس وصله و زکتومی بسته نمودن تیوبها	آله داخل رحمی	چگونه روش تاترا بیشتر موثر بسازید روش های یک مرتبه ایی، چیزی نمیتوان کرد، یا به خاطر آورد
اکثرأ 2 یا کمتر حمل در 100 خانم بعد در یکسال	زرقی	نیاز به زرقیات بعدی هر 1 تا 3 ماه	
	تابلیت ها	باید هر روزه گرفته شوند	
	روش امینوری شیردهی	باید هدایت این روش تعقیب شود	
تقریباً 15 حمل درفی 100 خانم درسال	کاندم مردانه	باید در هر مقاربت جنسی استفاده شود نیاز به همکاری شریک جنسی دارد	
	دیافراگم	باید در هر مقاربت جنسی استفاده شود	
	کاندم زنانه	باید در هر مقاربت جنسی استفاده شود نیاز به همکاری شریک جنسی دارد	
	آگاهی باروری	باید در زمان باروری از کاندم استفاده شده یا از مقاربت جنسی اجتناب گردد	
تقریباً 30 حمل در فی 100 خانم در یکسال	کشنده های سپرم	باید در هر مقاربت جنسی استفاده شود	
کمتر موثر			

اقتباس شده از: وسیله تصمیم گیری برای مراجعین تنظیم خانواده و عرضه کننده گان، سازمان صحتی جهان، 2005

www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229/en/index.html

3.11 تنظیم خانواده برای مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند

ترویج دادن استفاده از کاندوم برای تام مردمان اچ ای وی مثبت جهت محافظت از انتانات انتقالی مقاربتی و جلوگیری از سرایت اچ ای وی به شریک جنسی شان یک امر مهم است. هرگاه خانم اچ ای وی مثبت آرزو محافظت بیشتر از حمل را دارد، وی میتواند علاوه از کاندوم از سایر روش های ضد حمل استفاده نماید.

خانم های با اچ ای وی میتوانند روش های زیادی را منحصیث ضد حمل استفاده نمایند، با ملاحظات ذیل:

- یک آله داخل رحمی نباید در خانم که مصاب گونوریا یا کلامیدیا باشد یا در معرض خطر جدی این انتانات قرار داشته باشد، تطبیق گردد. خانمهای اچ ای وی مثبت که از سریری خوب اند (چه تحت تداوی ضد ویروسی باشند یا نه) میتوانند از یک آله داخل رحمی استفاده نمایند.
- هرگاه خانم ریفمپیسین را برای توبرکلوز اخذ مینماید، او نباید تابلیت های ضد حمل، وصله های ترکیبی، حلقه ترکیبی، یا عرس را اخذ نماید، زیرا از موثریت ضد حمل بودن این مواد کاسته میشود.
- کثنده های سپرم، به تنهایی یا بشکل ترکیبی با روش های مانع شونده باید توسط خانم که مصاب اچ ای وی یا ایدس است استفاده نگردد.
- خانم های که تحت تداوی ضد ویروسی برای اچ ای وی قرار دارند و از روش های هورمونی استفاده مینمایند توصیه میگردد تا از کاندوم نیز استفاده نمایند زیرا بعضی از ادویه جات ضد ویروسی موثریت روش های هورمونی را کاهش میدهد.

راجع میگردد به فصل 10: اچ ای وی برای معلومات بیشتر

3.12 عقامت

عقامت عبارت از عدم کفایه یا ناکامی در بدست آوردن حمل یا ولادت دادن یک طفل بعد از 12 ماه یا اضافه تر از آن با وجود مقاربت جنسی غیر مصون و منظم است. هرگاه یک خانم هیچگاهی قبلاً حمل نداشته باشد، مرض عبارت از عقامت ابتدایی / اولیه شمرده میشود. هرگاه قبلاً یک طفل را بدنیا آورده باشند، اما بعداً مطابق به تعریف فوق قادر به باروری نباشند اینحالت بنام عقامت ثانوی یاد شده که دارای اسباب مختلف طبی مانند انتانات بعد از ولادت، انتانات بعد از سقط، عقامت بدون دلیل، اندومتریازسس، انتانات انتقالی مقاربتی و سایر امراض انتانی که تیوپ ها، وازه دیفرنس یا اپیدیمیل را متاثر ساخته باشند یا اسباب غیر طبی. در جریان تنظیمات بشری عقامت ثانوی و حتی عقامت ابتدایی میتواند از باعث فشار روحی و تغییرات زیاد در شیوه زنده گی بمیان آمده میتواند.

در سرتاسر جهان، جوهره ها (زن و شوهر) عقامت را بنظر یک واقعه غم انگیز که عواقب اجتماعی، اقتصادی و روحی روانی را با خود دارد نگریسته میشود. عقامت یک نیاز ناخواسته تنظیم خانواده بوده و یک در هر چهار خانم عروسی شده در ممالک روبه انکشاف از شکل ابتدایی عقامت رنج برده و بطور شدید از عقامت ثانوی نیز رنج میبرند.

مشوره دهی به زن و شوهر اساسی پنداشته میشود. باید واضح ساخته شود که عقامت یک مشکل مختص به خانم نبوده، زیرا 25-50% از عقامت ها مربوط به مردان است. ارگان های باروری و اله تناسلی شوهر و خانم معاینه شده تا از هرگونه تغیر ساختمانی شان اطمینان حاصل گردد. در صورت امکان، تجزیه مایع منوی مهم بوده که یک معاینه اساسی برای تمام افراد عقیم بشمار میرود. درجه حرارات اساسی بدن میتواند که یک وسیله خوب برای ارزیابی عملیه تیبض باشد. حداقل، معاینات اجرا شده و هرگاه ضروری باشد ون و شوهر برای اسباب طبی تحت تداوی قرار گیرند (بخصوص برای انتانات انتقالی مقاربتی) یا مشکلات روحی روانی. موضوعات مربوط با غیرنارمل بودن شاخص حجم بدن، رژیم غذایی، توقف سگرت، استفاده از ادویه جات مشخص و حالات طبی قبلی مانند دیابت/شکر خون، امراض قلبی یا امراض روانی. در مورد آگاهی های عقامت با زن و شوهر مشوره دهی نموده همچنان در مورد نظم عادت ماهوار، زمان مقاربت جنسی و تخنیک های آن و جلوگیری از انتانات انتقالی مقاربتی با ایشان مشوره دهی لازم نمائید.

هرگاه این خدمات موجود باشند، زن و شوهر را برای معاینات پیشرفته راجع ساخته (مثل معاینه تلویزیونی داخل مهلی، ارزیابی مخاط عنق رحم، تست بعداز مجامعت، ارزیابی هورمونی، هستروسلیپنجوگرافی) و مراحل مربوط آن مانند داخل ساختن سپرم در داخل رحم، مداخلات جراحی و باروری کمک شده.

3.13 شراکت مردان در برنامه های تنظیم خانواده

شریک ساختن مردان در برنامه های تنظیم خانواده جهت افزایش قبولیت برنامه در جامعه و افزایش شناسایی از سایر موضوعات صحت باروری، مانند وقایه و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی و اچ ای وی. ملاحظه نظر و برداشت مردان و تشویق شان در فعالیت های برنامه های صحت باروری. استفاده از مواد ضد حمل توسط مردان ایشانرا قادر میسازد تا مسولیت های خویشرا در قبال تنظیم خانواده به همسر شان شریک سازند. فعالیت های که شراکت مردان را در زمینه تشویق مینماید شامل مشوره دهی زن و مرد، ترویج استفاده از کاندوم، وقت معین برای استفاده مردان از مراکز صحتی، جلسات با همطار و هم گروهی و معلومات صحت باروری در گروههای اجتماعی مردان.

3.14 پشتیبانی و حمایت

آفسران صحت باروری و مسولین برنامه برای عرضه خدمات تنظیم خانواده در صورت امکان حمایت و پشتیبانی نمایند. از میزان استفاده از مواد ضد حمل در کشور میزبان معلومات داشته و همچنان در مورد مردمان بیجا شده معلومات داشته باشد.

جلسات با مسولین محلی وزارت صحت، تمویل کننده گان خصوصی و سایر موسسات جهت ارایه ارقام در مورد نیاز های برآورده نشده و پس انداز قیمت احتمالی و مفادهای صحتی جهت عرضه خدمات تنظیم خانواده یک وسیله خوب حمایتی بشمار میرود.

4 حقوق بشر و ملاحظات قانونی

4.1 استانداردهای حقوق بشر

تحت قانون بین المللی، دسترسی همگانی به تنظیم خانواده یک حق بشری محسوب شده: تمام افراد بصورت منفرد و زن و شوهر حق تصمیم گیری بالای تعداد، وقفه و زمان داشتن طفل را دارند. در کنفرانس بین المللی انکشاف و جمعیت در سال 1994 دول موافقت نمودن تا خدمات صحت باروری را برای تمام مردم قابل دسترس ساخته، بشمول طیف وسیع از خدمات تنظیم خانواده. حق دسترسی به بلندترین استاندارد صحتی بشمول حق معلومات و دسترسی به روش های مصون، موثر، قابل پرداخت و قابل قبول تنظیم خانواده.

حق تنظیم خانواده ارتباط نزدیک با سایر حقوق بشری دارد:

- دسترسی به مواد ضد حمل باعث کاهش حمل های ناخواسته شده و حقوق زنان را برای صحت و زنده گی تامین مینماید.
- هر فرد حق احترام به حریم شخصی و مساوات و عدم تبعیض را داراست. این حقوق بعضاً در مورد تنظیم خانواده نقض میگردد بگونه مثال، بعضی افراد از دسترسی به مواد ضد حمل را از سبب اینکه مجرد/عروسی شده نیست.
- هرکس حق دارد که جهت دریافت معلومات در مورد تنظیم خانواده بدست آورده و برای اخذ آن اشتراک نماید. این حق شامل صحت باروری، تعلیمات جنسی برای نوجوانان نیز میباشد. نوجوانان حق دسترسی به خدمات تنظیم خانواده و معلومات در این رابطه را دارند. رد نمودن معلومات تنظیم خانواده و مواد ضد حمل برای نوجوانان براساس سن، حالت مدنی یا رضایت والدین و سرپرست شان تخطی از حقوق نوجوانان در قبال صحت و عدم تبعیض شان میباشد. (فصل 4: صحت باروری نوجوانان ملاحظه گردد).
- هرکس حق دارد تا از مزایای پیشرفتهای سیانسی / علمی و تطبیق شان بهره ور گردد. بدین معنی که هر شخص حق دارد تا از مزایای انکشافی در مورد تکنالوژی مواد ضد حمل، ماند مواد عاجل ضد حمل بهره بگیرند.
- وادار کردن مردم برای استفاده از روش ضد حمل تنظیم خانواده محسوب نمیکردد و یک تخطی از قانون بین المللی حقوق بشر میباشد. بگونه مثال، عقیم سازی به جبر بدون رضایت آگاهانه یک خشونت بوده، حق صحت، حق امنیت و آزادی فرد و حق تصمیم گیری آزادانه در مورد تعداد، وقفه در مورد اطفال شان شمرده میشود.

4.2 مشکلات و فرصت ها

در بعضی حالات، عرضه کننده گان خدمات ممکن به مشکلات تصمیم گیری و شرایط خاص مقابل گردند. ممکن است دریابند که توانایی های شان برای عرضه معلومات تنظیم خانواده توسط قانون ملی، نورم های اجتماعی و سوء تعبیرات طبی محدود ساخته شده است. بگونه مثال شرایط ذیل ممکن است واقع گردد:

- برای یک خانم خدمات تنظیم خانواده بدون رضایت و اجازه شوهرش ارایه شده نمیتواند
- یک خانم اجازه ندارد تا بدون اجازه و رضایت شوهر عقیم گردد یا خانم باید شرایط قبل از اجرا عقیم شدن را سپری نماید مثلاً داشتن تعداد معین از اطفال یا داشتن سن معین
- دسترسی یک خانم به مواد ضد حمل بدون اجازه شوهرش رد گردد
- نوجوانان از استفاده آله داخل رحمی محروم گردند به ضم اینکه این آله باعث عقامت شان میگردد مگر اینکه مریض قبلاً یک طفل داشته باشد یا حامله باشد.
- برای خانم ها مواد عاجل ضد حمل داده نشد به ضم اینکه این مواد شکلی از سقط دادن بشمار میرود، و مخالف عقاید محلی و مذهبی میباشد.

چنین نورمها، قوانین و عملکردها ممکن است در مغایرت با قوانین قبول شده بین المللی قرار گیرد. یک مسول برنامه صحت باروری یا عرضه کننده خدمات ممکن است به چنین حالات مواجه گردد. باید از موقف موسسه تان در مورد موضوعات صحت باروری آگاهی کامل داشته و بخشی از تحلیل اوضاع برای اخذ اقدامات بعدی بشمار میرود. زمانیکه با شرایط دشوار مواجه میگردید باید اولاً برای مصونیت و صحت مراجعین و بعداً برای مصونیت خود و همکاران تان اولویت داده شود. بعداً شما میتوانید:

- با سوپروایزر تان صحبت نمایید
- بحث در مورد طرق دیگر با مراجعین
 - بگونه مثال، هرگاه شما قادر نمی باشید تا روش های خاصی را منحیث ضد حمل ارایه نمایید، شما میتواند خانم را در مورد روش های طبیعی تنظیم خانواده مشوره دهی نمایید. مانند آگاهای دهی در مورد باروری و روش امینوری شیردهی.
 - دریافت اینکه آیا موسسه تان در موضوعات حمایتی دخیل است و شما چگونه میتوانید سهمی داشته باشید.
 - واضح کردن ارتباطات با موسسات محلی و رجعتدهی جهت احتمال کمک بیشتر به مراجعین
 - زمانیکه محرمیت مراجعین را احترام میگذارید، با همکاران و عرضه کننده گان خدمات صحت باروری مشوره گردد تا چگونه میتواند چنین حالت را در آینده اجتناب ورزید.
 - در جلسات هماهنگی صحی چنین موضوعات را مورد بحث قرار دهید.

5 نظارت

راجستر روزانه را ادامه داده و فارمهای انفرادی را برای مراجعین جهت ثبت معلومات و تعقیب موثر شان مورد استفاده قرار دهید. برای نفوس متحرک ممکن است مراجعین خواستار یک کاپی از ریکارشان شوند. معلومات آتی باید در فارم مراجعین درج گردد:

- تاریخ
- نام استفاده کننده یا برای تامین محرمیت یک کود نمبر
- معلومات در مورد استفاده کننده (سن، آدرس، تعداد اطفال)
- نوع استفاده کننده (جدید، تکراری و غیره)
- میتود انتخاب شده (و نام تجاری آن)
- عوارض جانبی تجربه شده
- تاریخ بازدید بعدی (برای تعقیب)
- تاریخ و دلیل برای عدم تداوم

فارمهای ثبت ریکارد باید ساده و مناسب برای جمع آوری ارقام و سطح سواد کارکنان باشد. استفاده از فارمت های ملی و محلی که کارکنان محلی و مردم متضرر به آن آشنایی دارند. آنها میتوانند برای خارجی های ترجمه شوند در صورتیکه خدمات را عرضه بدارند. آموزش دادن تمام کارکنان در مورد تداوم ریکارگیری منظم و چگونه گی جمع آوری معلومات قابل استفاده برای برنامه تنظیم خانواده.

شاخص ها که باید جمع آوری شوند- بخش رهنمود شاخص های ارزیابی، نظارت و بررسی ملاحظه گردد.

- **شاخص های که باید در سطح مرکز صحتی جمع آوری گردند:**
 - نسبت مراجعینی که برای شان مشوره دهی تنظیم خانواده علاوه از عرضه یک روش ضد حمل ارایه شده است
 - شیوع استفاده از مواد ضد حمل: عبارت از فیصدی خانم هایکه از یک روش ضد حمل استفاده مینمایند (یا همسر شان استفاده مینمایند) در یک نقطه زمانی معین
- **شاخص های باید در سطح برنامه جمع آوری گردند:**
 - تعداد مراکز ارایه عرضه خدمات تنظیم خانواده که حداقل مواد سه ماه ضد حمل را دارند (تابلیت، زرقی، آله داخل رحمی و مواد غرس شونده)
 - تعداد و نسبت عرضه کننده گان که خدمات صحت باروری را بصورت مناسب و درست تطبیق مینمایند.

6 مواد برای مطالعه مزید

معلومات در مورد مصونیت تابلیت های ضدحمل واحد لیونورجستریل، سازمان صحتی جهان، 2010

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf

پروژه ای دن اف او، مکتب صحت عامه جانز هاپکنز، تنظیم خانواده، یک رهنمود دستی برای عرضه کننده گانه، موسسه کمک های بین المللی ایالات متحده امریکا، سازمان صحتی جهان، 2007.

<http://www.inforhealth.org/globalhandbook/index.shtml#contents>

کتاب کوچک لوژستیک: یک رهنمود عملی برای اداره زنجیر تهیه مواد تنظیم خانواده و برنامه های صحتی. جان سنو، برای موسسه انکشاف بین المللی ایالات متحده امریکا، ارلینگتون، وی ای، 2004

http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf

پروژه ای ان اف او، وسیله کوچک اعظمی کردن دسترسی و کیفیت آله داخل رحمی

<http://www.maqweb.org/iudtoolkit/index.shtml>.

رهنمود آموزش و ماخذ برای چک لست تنظیم خانواده. صحت فامیل بین المللیب، 2008

<http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/Guides.htm>



6

فصل شش

صحت

مادر و

نوزاد

1 مقدمه

2 اهداف

3 برنامه ریزی

3.1 ارزیابی نیازمندی ها

3.2 کاهش موانع جهت استفاده از خدمات صحت مادر و نوزاد

3.3 مراقبت های قبل از ولادت

3.4 مراقبت های نوزاد

3.5 مراقبت های بعد از ولادت و مراقبت های نوزاد

3.6 موضوعات خاص

4 حقوق بشر و ملاحظات قانونی

4.1 مشکلات و فرصت ها

5 نظارت

6 موضوعات برای مطالعه مزید

1 مقدمه

در تمام جهان، در هر هفت خانم یکی آن به اختلالات در جریان حمل و ولادت مواجه میگردند. سالانه در حدود اضافه تر از 500000 واقعات مرگ مادر واقع شده که 99% شان در ممالک روبه انکشاف رخ میدهد. از 130 میلیون طفلی که سالانه تولد میشوند، تخمیناً 4 میلیون شان در چهار هفته اول حیات شان میمیرند (زمان نوزادی). به عین تعداد شان مرده تولد میشوند، مرگ جنین در داخل رحم در جریان سه ماه اخیر حمل².

این احصایه های مرگ و میر مادران و نوزادان در سطح جهان بخاطر استفاده میگردد که بطور نسبی در تنظیمات بشری فقدان و کمبود ارقام موجود است. با آنهم، بخوبی درک گردیده است که ممالک که در بحران قرار دارند یا سایر اشکال بی ثباتی را تجربه نموده اند دارای مرگ و میر بلند مادران و نوزادان میباشند. بگونه مثال، کشور سریلیون بلند میزان مرگ مادران در جهان را داراست: 2100 مرگ مادر در فی 100000 تولد زنده. افغانستان که متحل اضافه از 20 سال بی ثباتی و بحران شده است، این میزان 1800 میباشند. خطر مرگ مادر در

² لاون، گوی و دیگران. " 4 میلیون واقعه مرگ نوزادان: چی وقت؟ کجا؟ چرا؟ لنست، مارچ 2005.

www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper1.pdf

این دو کشور 1 در 8 است در حالیکه مقایسه به 1 در 8200 در انگلستان یا 1 در 11000 در کانادا است.³

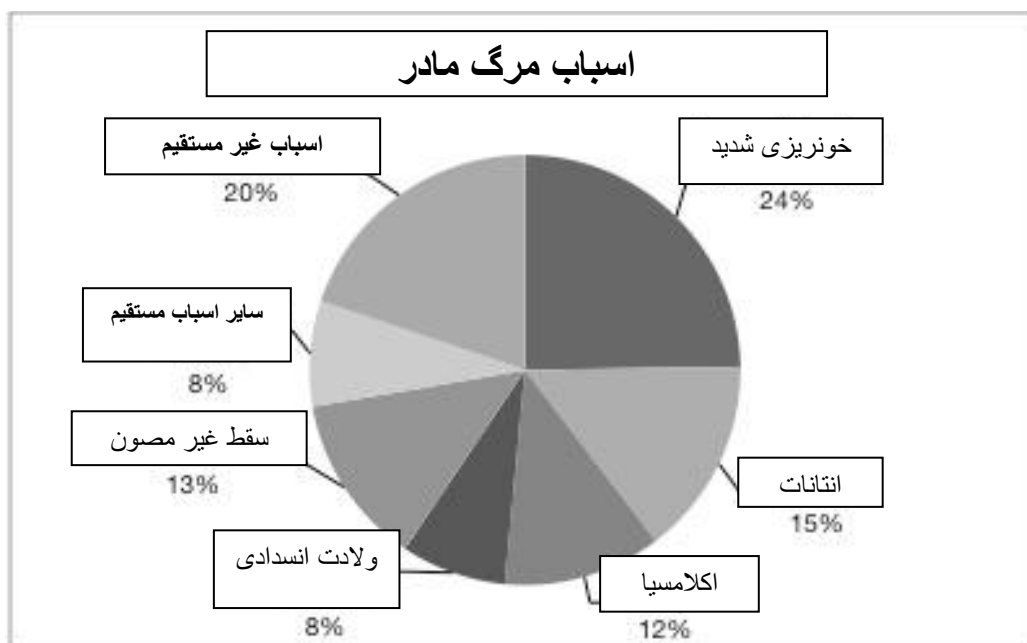
تعداد زیاد از واقعات مرگ و میر مادران و نوزادان در نزدیکی زمان ولادت و بصورت آبی بعد از زمان ولادت رخ میدهد. اسباب ابتدایی مرگ مادر و نوزاد در شکل های 5 و 6 نشان داده شده است.

اکثریت این اسباب قابل جلوگیریست، یا میتوانند که توسط عرضه کننده گان ماهر با منابع کافی در سطح مراکز صحتی اداره گردند.

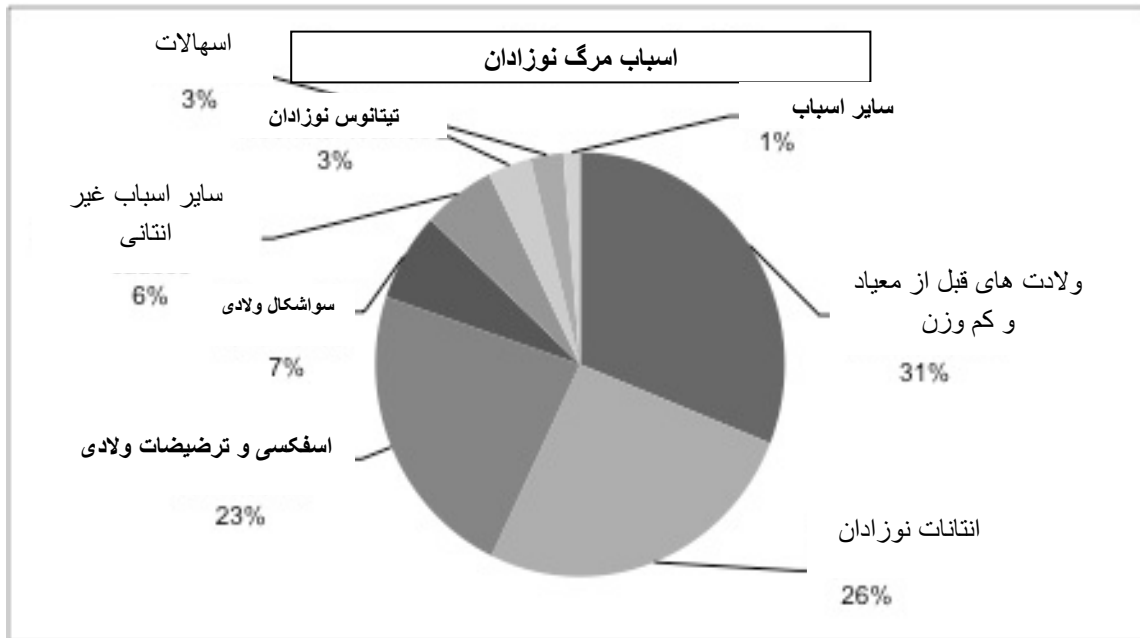
مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های عاجل ولادی و نوزاد

در این رهنمود مخفف ای ام او سی، EmOC (مراقبت های عاجل ولادی) مورد استفاده قرار میگیرد. دلیل آن عبارت از اینست که لست "علایم وظیفوی" که برای نظارت از مراقبتهای عاجل ولادی مورد استفاده قرار داده میشوند (مداخلات عاجل نجات دهنده حیات که توسط عرضه کننده گان ماهر در اختلاطات حمل، ولادت، و زمان بعد از ولادت اجرا میگردند) شامل تنها یک علامه وظیفوی مربوط به مراقبت های نوزاد میباشد: احیای مجدد اساسی نوزاد، استفاده خریطه و ماسک، جهت تداوی اسفکسی. WHO, UNFPA, UNICEF و AMDD به این مجموعه منحصی ای ام او سی (EmOC).

بأنهم مهم اینست تا قابله ها قادر به اجرای نه تنها "وظایف عاجل ولادی" باشند بلکه قادر به یک طیف از مداخلات مراقبت های اساسی نوزاد مانند احیای مجدد، محافظت حرارتی، ترویج شیردهی از تئیه بطور خاص و زود، تداوی سپس نوزادان، مراقبت های نوزادان قبل المعیاد و کم وزن. بناً بعضی موسسات مخفف (EmONC) (مراقبت های عاجل ولادی و نوزاد را استفاده مینمایند بخصوص زمانی حمایت و پشتیبانی در مورد مهم بودن ارتباط دهی مداخلات صحت مادر و صحت نوزاد بخشی از تطبیق مراقبت های جامع برای صحت مادر و نوزاد در تنظیمات بشری.



³ کاهش دادن تا 2015 سیر پیشرونده بازماندن مادر، نوزاد و طفل، راپور 2008. www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2008report



2 اهداف

اهداف این فصل عبارت از کمک و همکاری با آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده گان جهت:

- پلان و تطبیق خدمات جامع صحت مادر و نوزاد در تنظیمات بشری
- درک موانع عمده که بالای مرگ مادر و نوزاد تاثیر دارد
- در نظر داشتن مداخلات مبتنی بر شواهد با تداوم مراقبت های صحت مادر و نوزاد

3 برنامه ریزی

از اینکه اکثر واقعات مرگ مادر و نوزاد در نزدیکی زمان ولادت یا بزودی بعد از ولادت رخ میدهد، مجموعه حداقل خدمات اساسی بخش های مربوط به صحت مادر و نوزاد (فصل 2 مراجعه گردد) که هدف آن کاهش مرگ و میر در نتیجه اختلالات فوق است تا اطمینان حاصل گردد که:

- مراقبت های عاجل ولادی و نوزاد موجود میباشد که شامل:
 - نرس ها و قابله های که در مراکز صحتی ولادت را کمک نموده و دارای تمام مواد ضروری برای اجرای ولادت نارمل و تداوی اختلالات ولادی و نوزاد میباشدند.
 - کارکنان طبی ماهر و مواد در شفاخانه رجعتی جهت تداوی اختلالات ولادی و نوزاد موجود است.
- یک سیستم رجعتی موجود است تا انتقال و ارتباط را از جامعه تا مرکز صحتی و از مرکز صحتی تا شفاخانه برای خانم مصاب به اختلالات ولادی تسهیل نماید.
- مواد پاک ولادی برای خانم های که حمل شان بطور واضح قابل دید باشد تهیه شده که ایشان ممکن برای ولادت به مرکز صحتی مراجعه کرده نتوانند.

این فصل بیان کننده روش هایست که آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده خدمات جامع صحت مادر و نوزاد بزودی ممکن با مساعد شدن اوضاع، بالای مداخلات مجموعه حداقل خدمات اساسی افزود گردند. برنامه ریزی جامع صحت مادر و نوزاد دارای سه اولیت استراتیژیک میباشد:

- درک و برطرف نمودن موانع در مقابل خدمات صحت مادر و نوزاد
- افزایش خدمات صحت مادر و نوزاد مبتنی بر شواهد واضح
- بهبود بخشیدن استفاده و تقاضا برای خدمات صحت مادر و نوزاد

بسیاری از واقعات مرگ مادر و نوزاد از باعث ناکامی در اخذ کمک های مسلکی و ماهر در زمان اختلالات حمل و ولادت واقع میگردد. حتی با بهترین مراقبت های قبل از ولادت و مراقبت های نوزاد، هر ولادتی ممکن است مواجه به اختلالات شده و نیاز به مداخلات عاجل پیدا نماید. بناً مراقبت های مهارتی در جریان ولادت با دسترسی به خدمات عاجل برای مادر و نوزادی که معروض به اختلالات اند بسیار مهم برای حفظ حیات مادر و نوزاد دانسته شده و از معیوبیت ها جلوگیری کرده میتواند.

خدمات صحت مادر و نوزاد

- بهبود بخشیدن استفاده و تقاضا برای خدمات صحت مادر و نوزاد

در حالیکه این فصل عرضه کننده رهنمود ها در مورد شیوه های برنامه ایی و اجزای خدمات صحت مادر و نوزاد میباشد، اما بدین معنی نیست که این فصل معلومات و رهنمود های جامع و مفصل تداوی کلینیکی را ارایه مینماید. برای اخذ معلومات بیشتر در زمینه به بخش موضوعات بیشتر برای مطالعه مزید مراجعه شود.

برنامه های جامع صحت مادر و نوزاد دارای سه بخش عمده ذیل است:

1. مراقبت های قبل از ولادت و حمل
2. مراقبت های ولادت (زمان ولادت، و مراقبتهای زود بعد از ولادت)
3. مراقبت های بعد از ولادت برای مادر و نوزاد

کیفیت مراقبت ها شامل تمام بخش های خدمات جامع صحت مادر و نوزاد میباشد. (فصل 1: اصول اساسی ملاحظه گردد). عناصر خدمات با کیفیت صحت مادر و نوزاد شامل:

- موجودیت خدمات عاجل ولادی و تسهیلات برای خدمات نوزاد: حد اقل 5 تسهیل مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد (بشمول حد اقل یک تسهیل مراقبتهای جامع عاجل ولادی) برای هر 500000 نفوس.
- از نظر جغرافیایی قابل دسترس بودن:
- خدمات از طریق سرک ها یا مسیر آبی قابل دسترسی بوده و وسایل ترانسپورتهی قابل پرداخت دریافت گردد.
- عرضه مداخلات مبتنی بر شواهد جهت بهبود بخشیدن صحت مادر و نوزاد و بازماندن از حمل، ولادت و مراقبت های بعد از ولادت (ضمیمه I جهت دریافت معلومات مفصل مراجعه گردد).
- قابل قبول بودن: خدمات نیاز دارند تا:
 - قابل پرداخت باشند - سعی گردد تا خدمات به حد اقل قیمت آن یا بطور رایگان عرضه گردد
 - از نظر فرهنگی مناسب باشد - لسان و فرهنگ نفوس مورد هدف را تحت ملاحظه قرار دهید مثلاً ترجعیت به یک عرضه کننده زن، با انکه فقدان عرضه کننده گان زن نباید یک مانعه در عرضه خدمات پنداشته شود.
 - احترام کردن به تمام خانم های و محترم شمردن نگرانی های شان

3.1 ارزیابی نیازمندی ها

به تعقیب تطبیق مجموعه حداقل خدمات اساسی، ادغام صحت مادر و نوزاد در ارزیابی نیازمندی ها برای برنامه ریزی جامع صحت باروری و طرح یک برنامه جامع صحت مادر و طفل تحت ملاحظه قرار گیرد. با استفاده از وسایل مرکب، آفسران صحت باروری باید معلومات را جمع آوری یا تخمین نموده که این کار را باید با هماهنگی سایر همکاران سکتور صحتی اجرا نمایند.

خصوصیات نفوس

- تعداد نفوس متضرر و توزیع جغرافیایی شان
- شاخص های جمعیت در مورد حالت صحت مادر و نوزاد در نفوس متضرر قبل از بحران، بگونه مثال، میزان مرگ مادران، میزان خالص تولدات، میزان باروری بصورت کل، شیوع استفاده از مواد ضد حمل، فیصدی تولدات که توسط فرد ماهر ولادت داده میشود، و غیره.
- تعداد خانم های که در سن باروری قرار دارند، خانم های حامله و نوزادان
- تعداد ولادت ها در فی ماه
- عقاید، دانش، سلوک و عملکرد های در نفوس در رابطه به حمل و ولادت
- آگاهی دهی جامعه و قناعت شان در مورد موجودیت خدمات صحت مادر و نوزاد

خصوصیات خدمات صحتی و کارکنان عرضه کننده خدمات

تعیین موقعیت نقاط عرضه کننده خدمات در موقعیت های جغرافیایی، نوع و موسسه حمایت/تمویل/ اداره کننده آن. هر یک از مراکز باید از نظر ظرفیت عرضه خدمات باکیفیت صحت مادر و نوزاد بررسی گردند، بشمول مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد، موجودیت عرضه کننده ماهر خدمات و موجودیت مواد طبی، و / یا احتمال رجعتدهی برای مراکز بالاتر جهت اخذ خدمات.

بکس 26: فرد ماهر ولادی در مقایسه با دایه محلی

فرد ماهر ولادی طوری ذیل تعریف گردیده است: " یک فرد صحتی مسلکی - مانند یک قابله، داکتر یا نرس - که تعلیمات و آموزش را جهت اخذ مهارت های مسلکی که برای تداوی حمل های نارمل (بدون اختلاط)، ولادت و مراقبت های زود بعد از ولادت، و شناسایی، تداوی و رجعتدهی اختلاطات خانم های حامله و نوزادان لازمست، دریافت نموده است. "

با وجود اینکه دایه های محلی آموزش دیده یا آموزش ندیده باشند منحصراً فرد ماهر ولادی شناخته نمی شوند، آنها اکثراً یک محل خاص در جامع میداشته باشند. آموزش دایه محلی جهت بدست آوردن مهارتهای ولادی ممبعد توصیه نمیگردد، مگر مهم است تا ایشان را در بخش عرضه خدمات صحت مادر و نوزاد ادغام ساخت. بگونه مثال، آنها میتوانند که در ترویج صحت باروری، خاطر نشان ساختن موانع در مقابل مراقبت ها، تسهیل نمودن رجعتدهی به مراکز صحتی و عرضه کمک های ولادی برای مادران یک نقش مهم داشته باشند. این کار ممکن است باعث قبولیت خدمات صحت مادر و نوزاد در جامعه و کمک در جهت ارتباط میان فامیلها، جامعه، منتفدین محلی و خدمات صحت باروری گردد.

مثال های معلومات که باید جمع آوری شوند شامل:

- تعداد، موقعیت و نوع مراکز صحتی و شفاخانه ها
- درمیان این مراکز صحتی کدام شان خدمات صحت مادر و نوزاد را عرضه میدارند بشمول مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های عاجل جامع ولادی

- موجودیت وسایل فعال، مواد و ادویه جات برای عرضه خدمات صحت مادر و نوزاد
- عرضه خدمات استندرد احتیاطی، بشمول ضایعات طبی و دور نمودن پلاستنا در مراکز صحتی.
- تعداد، نوع و سطح مهارت های کارکنان صحتی (بکس 26: فرد ماهر ولادی در مقایسه به دایه محلی، ملاحظه شود)
- موجودیت پروتوکول ها و رهنمود های صحت مادر و نوزاد
- در میکانیزم های رجعتدهی:
 - فاصله از جامعه به مراکز عرضه کننده خدمات عاجل ولادی
 - فاصله میان مراکز عرضه کننده خدمات اساسی عاجل ولادی و مراکز عرضه کننده خدمات جامع عاجل ولادی
 - گزینه های حمل و نقل قابل اجرا
 - وسایل مکالمه
 - پروتوکول های برای اداره و رجعتدهی واقعات اختلاطی
- موجودیت آب پاک، برق، یخچال و بهداشت (تشنان و حمام) در نقطه عرضه کننده خدمات
- موجودیت مقدار کافی مواد تغذی برای خانم های حامله و شیرده
- معلومات، تعلیمات و افهام و تفهیم در مورد موجودیت خدمات

قانون و پالیسی های ملی

آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات باید با قوانین و پالیسی های ملی مربوط به صحت مادر و نوزاد آشنایی داشته باشند. بگونه مثال: آیا کدام قانون، مقررره یا پالیسی در مورد:

- کاهش مرگ مادری؟
- دسترسی و عرضه خدمات صحت مادر و نوزاد: توجه خاص به عرضه خدمات ذیل مبدول داشتن:
 - بررسی و تقفیش روزمره در مورد واقعات مرگ مادر و نوزاد
 - صدور مجوز برای افراد ماهر ولادی
 - دایه های محلی
 - استفاده، توزیع و عرضه ادویه جات اساسی برای صحت مادر و نوزاد
- راجستر کردن اجباری ولادتها؟
- تست خانم های حامله برای اچ ای وی و وقایه از سرایت ویروس از مادر به طفل؟
- مداوی، مراقبت و حمایت از خانم های حامله اچ ای وی مثبت؟
- اجازه فرد ثالث (مانند شوهر) جهت دریافت خدمات صحت باروری؟
- ختنه زنان و / یا سایر عملکرد های مضر که منجر به عواقب ناگوار صحت باروری میگردد؟
- محو عروسی قبل از وقت و زود، عروسی اجباری، حداقل سن ازدواج و / یا آزاد و ازدواج با رضایت کامل؟

3.2 کاهش موانع جهت استفاده از خدمات صحت مادر و نوزاد

جهت اطمینان از اینکه خدمات عرضه شده مناسب و کافی، دارای کیفیت عالی و کاملاً استفاده شده اند، آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه باید اطمینان حاصل نمایند که:

- موانع در مقابل استفاده از خدمات کاهش یافته است.
- اجزای خدمات صحت مادر و نوزاد توسط افراد ماهر که دارای آموزش کافی و مواد مناسب بوده و آموزش های مجدد را دریافت نموده و بشکل مناسب ارزیابی میگرددند، عرضه شده است.

- عرضه کننده گان در مورد عقاید و عملکردهای جامعه آگاهی داشته و آنرا مورد بحث قرار میدهند، بخصوص در مورد رفتار های مناسب صحنی در قبال حمل و ولادت، مانند تغذی، موقعیت ولادتها، موجودیت خویشاوندان برای حمایت و عملکردهای محلی و عنعنوی مثبت (شیردهی) و منفی (ختنه زنان).
- تمام خانم ها و فامیل های شان میدانند که از کجا کمک های مراقبت های قبل از ولادت و ولادت را دریافت نمایند و چگونه اعراض و علائم اختلالات را شناسایی نمایند.

ازاینکه بسیاری از مرگ های مادر و مرگ قبل از ولادت از باعث عدم دسترسی به کمک های مسلکی و مهارتی به وقت آن در جهت اختلالات ولادت بمیان می آید (بکس 28 مراجعه گردد)، پس باید یک سیستم خوب هماهنگی جهت شناسایی اختلالات ولادی و تامین اطمینان از تداوی سریع شان و / یا رجعتدهی به شفاخانه که دارای تسهیلات جراحی باشد موجود باشد. منحیث یک قانون، باید کارکنان مراکز صحنی بدانند که در رجعتدهی هرچه زودتر باید تصمیم اتخاذ گردد تا خانم با اختلالات ولادی را هرچه زودتر راجع ساخت.

آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه میتوانند از مودل "سه تاخیر" جهت شناسایی مداخلات مربوطه برای کاهش موانع در استفاده از خدمات را مورد استفاده قرار دهند (شکل 7 ملاحظه گردد). بگونه مثال این ممکن شامل، تامین یک سیستم مناسب رجعتدهی و ایجاد یک سیستم مکالمه مانند رادیو و یا تیلیفون موبایل باشد. سیستم رجعتدهی نیاز به پروتوکول های مشخص کننده زمان، و مکان رجعتدهی و ثبت و راجستر کافی دارد. این به معنی هماهنگی و ارتباطات موثر و همچنین اعتماد و تفاهم بین جامعه، عرضه کننده خدمات، مراکز صحنی و شفاخانه ها دارد.

بکس 27: بهبود بخشیدن دسترسی به تسهیلات صحنی: انتظار خانه های ولادی

انتظار خانه های ولادی عبارت از تسهیلات زیستی اند که در جوار یا در نزدیکی مراکز صحنی با کیفیت، جایکه خانم با خطرات بلند میتواند در آن الی ولادت انتظار بکشند، و بعداً لحاظات قبل از ولادت به مرکز صحنی انتقال شده، یا در صورت بروز اختلالات ممکن است وقت تر به مرکز صحنی انتقال یابند. بسیاری ها به این تصوراند که انتظار خانه های ولادی یک عنصر مهم استراتژی یک منحیث "پل نمودن خلاء جغرافیای" در مراقبت های ولادی میان ساحات روستایی، با دسترسی خراب به تسهیلات مجهز بوده، با ساحات شهری که در آن خدمات موجود است میباشند. منحیث یک جزء از مجموعه جامع خدمات ولادی، انتظار خانه های ولادی ممکن یک طریق ارزان برای نزدیک ساختن خانم ها نیازمند به مراقبت های ولادی میباشند.

از: انتظار خانه های ولادی: یک بررسی تجربیات: سازمان صحنی جهان، 1996

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/index.html

بکس 28: مودل سه تاخیر: شناسایی موانع در استفاده خدمات

در حالیکه موجودیت خدمات مراقبت های عاجل ولادی برای کاهش مرگ مادران مهم پنداشته میشود، ولی این کافی نیست. هر تنظیم دارای شرایط خاصی است که ممکن است موانع جامعه از استفاده نمودن تسهیلات صحنی گردد. حتی زمانیکه خدمات به بسیار خوبی فعال باشند، خانم ها با اختلالات ولادی مواجه به موانع مختلف در استفاده از آنها میگردند. بعضی از این موانع شامل موانع اقتصادیست مانند فقدان پول جهت پرداخت ترانسپورت یا خدمات و بعضی دیگر عبارتند از موانع فرهنگی است مانند ارزش کم برای حیات خانم، و بعضی هم جغرافیای ایست مانند فاصله طویل و خراب بودن سرکها. هر چیزیکه باعث ایجاد مانع در اخذ تداوی گردد ممکن است به قیمت حیات خانم تمام شود.

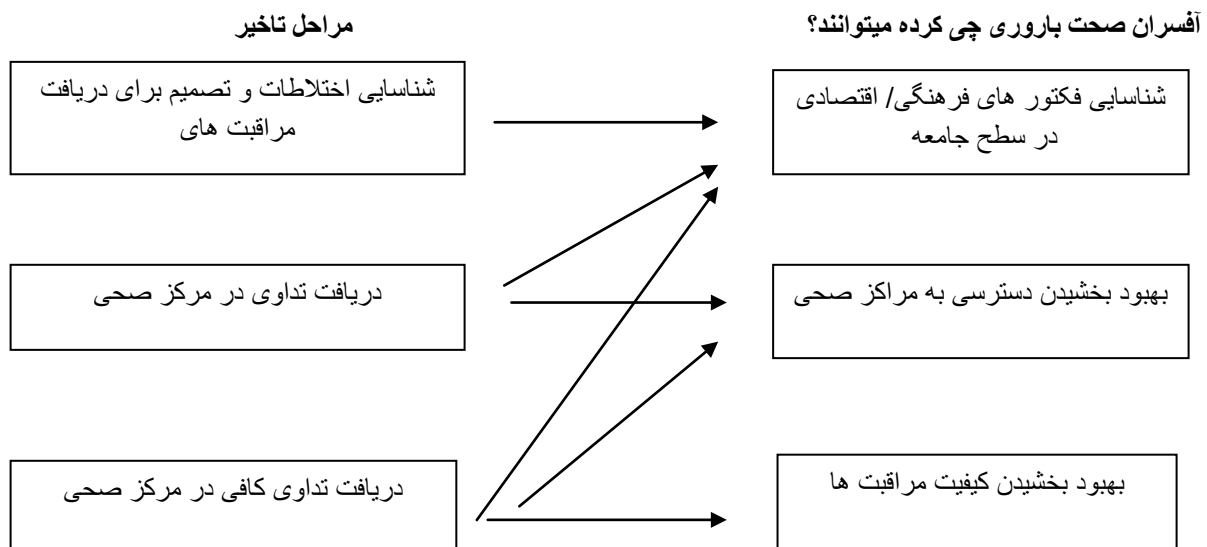
در حالیکه تعداد زیاد از فکتور ها میتوانند باعث تاخیر شوند، بدین منظور با گروپ ساختن شان یک مودل ساده بنام "سه تاخیر" را استفاده مینمایند. این مودل سه نوع تاخیر را مشخص ساخته که در مرگ مادر ممکن مقصر باشند.

1. تاخیر در سطح جامعه در شناختن اختلالات و تصمیم برای دریافت مراقبت
2. تاخیر در رسیدن به مراکز صحنی (عدم توانایی در اخذ ترانسپورت، حالت خراب سرکها، بی امنیتی، نقاط تلاشی، قیود شب گردی وغیره).
3. تاخیر در دریافت تداوی مناسب در مراکز صحنی (عدم موجودیت کارکنان صحنی، عدم موجودیت ادویه، یا سایر مواد، قیمت

بلند تداوی، نیاز به پیش پرداخت قبل از دریافت تداوی و غیره)

اقتباس شده از: طرح و بررسی برنامه های مرگ مادری، مرکز جمعیت و صحت فامیل، مکتب صحت عامه، پوهنتون کولمبیا، 1997

شکل 7: توجه به مودل سه تاخیر



اقتباس شده از: طرح و بررسی برنامه های مرگ مادری، مرکز جمعیت و صحت فامیل، مکتب صحت عامه، پوهنتون کولمبیا، 1997

3.3 مراقبت های قبل از ولادت

یک مجموعه مناسب مراقبت های قبل از ولادت حاوی چهار بازدید قبل از ولادت برای حمل های بدون اختلاط میباشد، در بازدید اول در اوایل حمل، بازدید دوم در هفته 24 تا 28، بازدید سوم در هفته 32 و بازدید چهارم در حوالی هفته 36 اجرا گردد. تعداد این بازدید های توصیه شده ممکن است مطابق به پالیسی های ملی متفاوت باشد.

اهداف ابتدایی از این مراقبت های قبل از ولادت عبارت اند:

- وقایه از امراض و ترویج صحت
- شناسایی و تداوی مشکلات صحتی از قبل موجود و اختلالاتی که در جریان حمل بروز مینمایند.
- تداوی خانم های که نیاز به مراقبت های خاص در هنگام حمل دارند مانند خانم های که سابقه سیزارین سکشن را دارند یا زنان که ختنه شده اند (به موضوعات خاص در 3.6 راجع میگردد).

برای یک بازنگری برای مراقبت های قبل از ولادت به ضمیمه 1 مراجعه گردد.

وقایه و تداوی ملاریا

ملاریا سبب 2 تا 15% از کمخونی های زنان حامله در افریقا را تشکیل میدهد، که موجب افزایش خطر مرگ و میر مادران میگردد. ملاریا همچنان باعث افزایش خطر سقط بنفسهی، مرگ داخل رحمی، ولادت قبل المعیاد و نوزادان کم وزن میگردد. تخمیناً 3-8% تمام مرگ نوزادان از باعث انتان ملاریا در مادر میباشد. جهت وقایه ملاریا در جریان حمل:

- تشویق تمام خانم های حامله که در تحت پشه خانه های که حاوی حشره کش قوی اند بخوابند از مراحل ابتدایی حمل شان الی زمان بعد از ولادت، همراه با اطفال شان. پشه خانه ها باید در تمام شب و هر شب استفاده شده که تمام قسمت ها را بپوشاند.
- عرضه تداوی های وقفوی وقایه در محلات که ملاریا فلسیفارم ثابت موجود است. برای تمام خانم های حامله حد اقل دو دوز اس سلفادوکسین – پیریمیتامین هر چه زود تر بعد از اولین حرکت جنین توصیه گردد. دوز ها را با یک وقفه حد اقل یکماهه توصیه نماید.
- برای خانم های توصیه شود که تمام دروازه ها و کلکین ها را جهت جلوگیری از دخول پشه ها ببندند، و از رفتن به بیرون از خانه در هنگام تاریکی اجتناب ورزیده و از حشره کش ها استفاده نمایند.

هر خانم که مصاب کمخونی باشد باید از سبب ملاریا ارزیابی شده و / یا خانم های که معروض به ملاریا اند نیز ملاحظه شده و تداوی ملاریا را مطابق به رهنمود های کشور برای شان تجویز نماید.

آزمایش سفلیس

تمام خانم های حامله باید آزمایش سفلیس را در بازدید اول قبل از ولادت انجام دهند. سفلیس در مرگ مادر دخیل بوده و باعث نتایج منفی در حمل میگردد. هر سال، سفلیس مادری سبب نیم میلیون مرگ جنین و سقط گردیده مسوول نیم میلیون ولادت نوزاد با سفلیس ولادی میشود. قبلاً اجرای تست های استاندارد برای سفلیس بسیار مشکل بود و برای مراقبت های اولیه مناسب نبودند. در حال حاضر آزمایش های ساده و موثر با نتایج آنی قابل دسترس میباشد که در این صورت خانم های که تست شان مثبت باشد میتوانند بدون کدام تاخیر در محل مراقبت ها تداوی را دریافت نمایند.

بکس 29: تست سفلیس

در بسیار از ممالک، تست ریاجین سریع پلازما (Rapid Plasma Reagin Test, RPR) برای آزمایش سفلیس استفاده میگردد. این تست برای اجرا در تنظیمات بشری مشکل است تا تحت استفاده قرار گیرد، زیرا نیاز به یخچال، برق و کارکنان ماهر لابراتوار دارد. تست تشخیصیه سریع برای سفلیس در سال های اخیر بصورت تجارتي قابل دریافت میباشد، با در نظر داشت اهمیت تداوی سریع در وقایه از سفلیس نوزادان، موجودیت تست تشخیصیه سریع یک فرصت عالی برای تطبیق آزمایش های روزمره سفلیس در خدمات قبل از ولادت در تنظیمات بشری میباشد، جایکه تست ریاجین سریع پلازما موجود نباشد یا اجرا شده نتواند. برای معلومات بیشتر در این مورد به فصل 9: انتانات انتقالی مقاربتی مراجعه گردد.

آزمایش برای اچ ای وی و وقایه انتقال از مادر به طفل

تخمیناً 430000 طفل در سال 2008 جدیداً به اچ ای وی مصاب شده اند که اضافه از 90% شان از طریق سرایت مادر به طفل منتن شده اند. بدون تداوی تقریباً نصف اطفال مصاب قبل از دومین سالگردشان خواهند مرد. بدون مداخلات، خطر سرایت از مادر به طفل از 20 تا 45% میباشد. با مداخلات مشخص، این خطر به 2% کاهش در اطفال که از شیر ثدیه استفاده نمی کنند و 5% یا کمتر در نفوس که از شیر مادر استفاده مینمایند میرسد.

پیشنهادات عمده و اساسی در مورد انتقال ویروس از مادر به طفل:

1. برای تمام مادران حامله مشوره دهی و تست داوطلبانه را ارایه نمایید.
2. تداوی ضد ریتر و ویروس را برای تمام حیات برای خانم های حامله اچ ای وی مثبت با امراض شدید کلنیککی آغاز نمایید، یا با تعداد حرات سی دی 4 در حدود 350 یا کمتر حرات در فی ملی متر مکعب خون، بدون در نظر داشت اعراض.
 - a. زنان حامله نیازمند به تداوی ضد ریتر و ویروس برای صحت خود شان باید این تداوی را دریافت نمایند.
 - b. تست کردن سی دی 4 برای واجد شرایط بودن جهت تداوی ضد ریتر و ویروس اجرا شده و وسیعاً باید قابل دسترس باشد.
3. برای خانم های واجد شرایط تداوی ضد ریتر و ویروس، باید ترکیبی از تداوی وقایوی ضد ریتر و ویروس (یا با AZT یا با وقایه سه گانه ضد ریتر و ویروس) در سه ماه دوم حمل آغاز شده و با تداوی وقایوی بعد از ولادت ارتباط داده شود.
4. در جاهیکه شیردهی به نوزادان ترجیح داده میشود، باید تداوی وقایوی یا به مادر یا نوزاد در جریان شیردهی تهیه گردد (3.4 ملاحظه گردد).

برای معلومات بیشتر در مورد انتقال ویروس از مادر به نوزاد به فصل 10: اچ ای وی مراجعه گردد.

وقایه امراض و ترویج صحت

بر علاوه موضوعات که در فوق ذکر شد، اقدامات وقایوی بشمول واکسین تیتانوس و تداوی عرضی هوک وارم (Hookworm) نیز در نظر گرفته شود.

هدف تعلیمات صحی و ترویج صحت عبارتند از:

- افزایش مراقبتهای صحی فردی بشمول تغذی مکفی، اجتناب از استفاده مواد مضره، بهداشت برای وقایه انتانات، استراحت و فعالیت های کافی، وقایه از انتانات انتقالی مقاربتی / اچ ای وی، ملاریا و کمخونی.
- ترویج شیردهی از ثدییه و آماده گی برای شیردهی.
- حمایت از سلوک دریافت مراقبت های بشمول شناخت علایم خطر و محلی که برای کمک باید مراجعه نمود.
- ترویج تنظیم خانواده بعد از ولادت یا فاصله دهی ولادی، و مراقبت های نوزاد (بشمول تغذی، مراقبت حبل سروی و واکسیناسیون).

نیاز های تغذی خانم های حامله و شیرده

در جریان حمل و شیردهی نیاز های تغذی خانم برای انرژی، پروتین و مایکرونیوترینت ها بطور قابل ملاحظه افزایش می یابد. خانم حامله نیاز به 285 کیلو کالوری اضافی در روز و خانم شیرده به مقدار 500 کیلو کالوری انرژی اضافی در روز نیاز دارند. اخذ مقدار کافی آهن، فولیت، ویتامین آ و آیودین بخصوص مهم برای صحت مادر و نوزاد میباشد. تزاید نیازمندی به مایکرونیوترینت ها در جریان حمل و شیردهی اکثراً با غذای جیره ایی تامین نمیگردد. بناً زنان حامله و شیرده باید از غذا های مغذی به مقدار 500 تا 700 کیلو کالوری در محل تغذی و 1000 تا 1200 کیلو کالوری در صورت اخذ مواد در منزل حمایت گردند. خانم های حامله باید مواد اضافی روزانه آهن به مقدار 60 ملی گرام در روز و فولیک اسید به مقدار 400 مایکرون فی روز را دریافت نمایند. خانم های شیرده باید ویتامین آ اضافی بمقدار 400000 واحد بین المللی در دو دوز 200000 واحد بین المللی با یک وقفه حد اقل 24 ساعته در شش هفته بعد از ولادت اخذ نمایند. ترویج شیردهی انحصاری توسط شیر مادر در شش ماه اول حیات و ادامه آن تا دوسالگی یا بعد تر از آن.

آماده گی برای ولادت

مراقبت های قبل از ولادت یک فرصت برای خانم و عرضه کننده خدمات وی جهت ایجاد یک پلان عاجل و ولادت براساس نیاز های مشخص خانم، منابع و حالات موجود میباشد. پلان ولادت و عاجل نیاز های خانم حامله را در مورد اینکه با کی و در کجا ولادت نماید و در صورت بروز کدام اختلاط چی باید کرد را واضح میسازد (ترانسپورت، محل رجعتدهی، بودیجه عاجل). چنانچه بسیاری از اختلاطات زمان ولادت غیر قابل پیشبینی اند، ولادت تحت نظر یک فرد ماهر ولادی در یک مرکز صحتی با وسایل مجهز و خوب که قادر به مهار کردن اختلاطات احتمالی است توصیه میگردد و باید تشویق گردند.

ثبت ارقام کلینیکی

تمام یافته های کلینیکی و تداوی که در جریان مراقبت های قبل از ولادت عرضه گردیده است باید ثبت گردیده، ترجیحاً در یک ریکارد که نزد خانم قرار داده شود. ثبت و نگهداری از اسناد اساسی در مراکز صحتی برای تصمیم گیری و مداخلات مهم پنداشته میشود.

3.4 مراقبت های نوزاد

چند لحظه اول بعد از ولادت برای مادر و نوزاد اساسی و مهم است.

ولادت بشمول زمان نزدیک به ولادت، ولادت و مرحله زود بعد از ولادت را شامل میگردد. ولادت باید در یک مرکز صحتی که در آن حریم شخصی، مصونیت، موجودیت مواد و وسایل ضروری ادویه جات، کارکنان همه و همه قابل دسترسی و محیا باشد باید انجام گیرد. همچنان دسترسی به ترانسپورت و وسایل مکالمه جهت رجعتدهی به شفاخانه ها در واقعات عاجل ولادی. افسران صحت باروری باید اطمینان حاصل نمایند که تمام تسهیلات صحتی دارای پروتوکول ها بوده و این همچنان پروتوکول ها برای اقدامات وقایوی استندرد، بشمول اداره ضایعات طبی برای مایع امینوتیک، خون و پلاستنا. شستن دستان و سایر استندرد های وقایوی باید تامین یابند.

پارتوگراف

پارتوگراف باید در هر ولادت جهت نظارت نزدیک از پیشرفت ولادت، ارزیابی حالت مادر و نوزاد، و وسیله تصمیم گیری برای مداخلات بیشتر رجعتدهی مورد استفاده قرار گیرد. (ضمیمه 2 مراجعه گردد).

جلوگیری از خونریزی بعد از ولادت

یکی از اسباب عمده در مرگ مادران خونریزی های بعد از ولادت میباشد. اداره فعال مرحله سوم ولادت باعث کاهش خطر باقی ماندن پلاستنا و خونریزی بعد از ولادت میگردد. فرد ماهر ولادی باید اداره فعال مرحله سوم ولادت را به تمام خانم ها اجرا نماید. که حاوی:

1. تطبیق یک ادویه تونیک رحمی، ترجیحاً اوکسی توسین به خانم یک دقیقه بعد از ولادت طفل
2. کنترل تقبض حبل سروی
3. مالش خارجی رحم به تعقیب ولادت پلاستنا

اوکسی توسین یک تونیک رحم پیشنهاد شده برای جلوگیری و تداوی از خونریزی های اتونیک بعد از ولادت میباشد. با آنهم، در بعضی حالات ممکن نیست که تمام محموله مداخلوی را برای اداره مرحله سوم ولادت اجرا نمود ممکن از باعث عدم موجودیت افراد مسلکی، مشکلات در عملکرد های مصون برای زرق و / یا فقدان یخچال، که تمام شان باعث عدم استفاده اوکسی توسین میگردد. در این حالات، استفاده میزوپروستول توصیه میگردد. کارکنان صحتی که میزوپروستول را تطبیق مینمایند باید آموزش دیده باشند که از

تطبیق آن قبل از ولادت، همچنان استفاده درست آن (میزوپروستول 600 میابکروگرام فمی دفعتاً بعد از ولادت طفل) و شناسایی و تداوی عوارض جانبی آن. در چنین حالات هیچ گونه مداخله فعالانه برای ولادت پلاستا باید اجرا نگردد.

چوکات 17: وظایف رهنمودی برای مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد	
مراقبت های اساسی عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد	مراقبت های جامع عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد
1. تطبیق انتی بیوتیک زرقی	اجرای وظایف رهنمودی از شماره 1 تا 7 جمع:
2. تطبیق ادویه جات تونیک رحمی (مانند زرق اوکسی توسین)	8. اجرای عمل جراحی (مانند سیزارین سکشن)
3. تطبیق ادویه ضد اختلاج برای پری اکلامسیا و اکلامسیا (مانند مگنیزیم سلفیت 9)	9. اجرای نقل الدم
4. خارج ساختن پلاستا توسط دست	
5. خارج ساختن محصولات باقی مانده در رحم (مانند خارج ساختن توسط دست بشکل واکویوم، توسع دادن و تراش کردن)	
6. اجرای ولادت مهلبی را کمک نمودن (کش کردن با واکویوم، ولادت با فورسیس)	
7. اجرای احیای مجدد اساسی نوزاد (توسط ماسک و بگ)	
یک تسهیل عرضه کننده مراقبت های اساسی عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد که در آن تمام وظایف از 1 تا 7 اجرا گردد.	
یک تسهیل عرضه کننده مراقبت های جامع عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد که در آن تمام وظایف از 1 تا 9 اجرا گردد.	

مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت نوزاد

بر علاوه مراقبت های اساسی در هنگام ولادت برای ولادت های نارمل، مراقبت های اساسی عاجل ولادی و مراقبت نوزاد باید در سطح هر مرکز صحتی در مقابل اختلاطات عمده ولادت بشمول مشکلات نوزاد، یا ثابت کردن حالت خانم قبل از رجعتدهی به شفاخانه ارایه گردد. از آموزش کارکنان صحتی در مورد مراقبت های عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد اطمینان حاصل گردد. پروتوکول ها باید بمحضر عام قرار داشته و مواد، ادویه و سامان آلات باید در تمام مراکز صحتی موجود و مورد دسترس باشند. بگونه مثال، ممکن است نوزاد تنفس نکشد، بناً باید کارکنان صحتی باید آماده برای احیای مجدد نوزاد در هر ولادت باشند. علاوهً اختلاطات مادری میتوانند موجب مشکلات شدید برای نوزاد شده که کارکنان صحتی باید مطابق آن از قبل آماده باشند. "وظایف رهنمودی" عبارت از مداخلات طبی مهم جهت تداوی اختلاطات مستقیم ولادی که تعداد زیادی از مادران در سرتاسر دنیا به آن مواجه اند میباشد. چوکات 17 توضیح کننده وظایف رهنمودی در رابطه به مراقبت های اساسی عاجل ولادی و خدمات جامع عاجل ولادی میباشد. بعضی از خدمات اساسی ذکر نگردیده اند مگر شامل این محموله میباشد. بگونه مثال، اجرای سیزارین سکشن نیاز به موجودیت انستیزی دارد.

مراقبت های اساسی نوزاد

مرگ های نوزادان بالاتر از هفت مرتبه بیشتر از مرگ مادران است. سه سبب عمده مرگ نوزاد عبارت اند از اسفکسی زمان ولادت، انتانات و اختلاطات تولد قبل از وقت (قبل المعیاد) و کم وزن میباشد. این حالات قابل پیشگیری و وقایه بوده و میتوانند که تداوی گردند هرگاه خانم دسترسی به خدمات اساسی عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد داشته باشد. کارکنان صحتی باید آموزش دیده باشند تا واقعات عاجل نوزاد را شناسایی نموده و به سطوح بالاتر جهت اخذ مراقبت های لازمه رجعت بدهند.

مراقبت های اساسی نوزاد شامل:

- خشک و گرم نگهداشتن نوزاد، و تامین تماس جلد به جلد با مادر
- تشویق به شیردهی از پستان، در یک ساعت بعد از ولادت هرگاه مادر و طفل آماده باشند.

- نظارت جدی از خونریزی حبل سروی، مشکلات تنفسی، خثافت و سیانوزس
- عرضه خدمات چشم جهت جلوگیری از افتلمیا نوزادان
- تهیه واکسین ها (هیپاتیت بی و / یا بی سی جی مطابق به پروتوکول ملی).

وقایه و تداوی اسباب اساسی مرگ های نوزادان شامل:

- **اسفکسی زمان ولادت:** 5 تا 10 % تمام نوزادان نیاز به بعضی انواع احیای مجدد در زمان ولادت دارند. احیای مجدد نوزاد حاوی یک طیف از مداخلات است: ساده: مانند خشک و گرم نگهداشتن نوزاد، تنبه، موقعیت دادن و پاک کردن طرق هوایی (سکشن)، تا به مداخلات **مغلق:** مانند وینتلیشن (بگ و ماسک احیای مجدد). تمام نوزادان به تعقیب احیای مجدد باید بصورت دقیق نظارت گردند.
- **انتانات:** اساساً سپیس، پنومونیا، تیتانوس و اسهالات. اقدامات وقایوی شامل تطبیق اقدامات وقایوی انتانات در زمان ولادت، واکسین تیتانوس در جریان حمل، مراقبتهای مناسب از حبل سروی، گرم و خشک نگهداشتن نوزاد، و آغاز شیردهی انحصاری.
- **ولادت های قبل المعیاد / کم وزن:** اختلالات همراه با این ولادت ها شامل هایپوگلیسمی (کمبود شکر در خون)، هایپوترمی (کاهش حرارت بدن) مشکلات تغذی، زردی (یرقان) و افزایش خطر مصاب شدن به انتانات. مراقبت نوزادان قبل از معیاد و کم وزن شامل مراقبت های کانگروبی مادر یا مراقبت جلد به جلد، گرم نگهداشتن نوزاد، شیردهی آنی و انحصاری، کمک برای تغذی، وقایه از انتانات و شناسایی مقدم و تداوی مناسب از انتانات و اختلالات میباشد.

3.5 مراقبت های بعد از ولادت و مراقبت های نوزاد

مرحله بعد از ولادت مرحله ایست که تغییرات آنی فزیولوژیک برای مادر و نوزاد رخ داده که 24 تا 48 ساعت اول ان بسیار مهم میباشد. 60 % از واقعات مرگ مادر و 40% واقعات مرگ نوزاد در 24 ساعت اول بعد از ولادت بوقوع میرسد. به تعقیب ولادت های بدون اختلاط و ولادت نوزاد نارمل، باید مادر و نوزاد را برای مراقبت در مرکز صحتی نگهداشت. هرگاه قبل از 48 ساعت بعد از ولادت خارج میشوند باید یک فرد ماهر و مسلکی مادر و نوزاد را برای 24 تا 48 ساعت بعد از رخصت کردن تحت مراقبت داشته باشد. اطمینان داشته باشید که کارکن صحتی در مورد شناسایی اختلالات بعد از ولادت و رجعتدهی مادر و نوزاد که نیاز به تداوی و مراقبت بیشتر دارند آموزش دیده باشد. برای اعضای فامیل معلومات داده شود که علایم خطر بعد از ولادت را برای مادر و نوزاد دانسته و در صورت ضرورت جهت اخذ مراقبت مراجعه سریع نمایند.

بازدید بعد از ولادت یک فرصت برای ارزیابی و مباحثه موارد بهداشتی، شیردهی و روش ها و زمان مناسب برای اخذ مواد ضد حمل بشمار میرود (فصل 4: صحت باروری نوجوانان ملاحظه گردد). اطمینان حاصل گردد که عرضه کننده خدمات از شیردهی آنی و انحصاری حمایت نموده و در مورد تغذی مناسب با مادر بحث نموده است. تابلیت های آهن و فولیت باید ادامه داده شده و ویتامین آ و روغن آبودین دار یا نمک آبودین در صورت ضرورت تهیه گردد. بازدید بعد از ولادت همچنان یک فرصت برای وزن کردن نوزاد و مباحثه در مورد مراقبت وی میباشد. نوزاد باید به کلینیک اطفال کمتر از 5 سال جهت اخذ واکسین ها، نظارت از رشد و سایر خدمات اطفال صحتمنتند راجع گردند.

شیردهی بخصوص در تنظیمات بشری مهم پنداشته میشود. خطرات که با تغذی از شیر بوتل و سایر غذا های تعویضی شیر مادر بشکل قابل ملاحظه در حالت بهداشت خراب، ازدحام و دسترسی محدود به آب و مواد احتراقی افزایش مییابد. در چنین حالات شیر ثدییه میتواند یگانه منبع مصون و متداوم تغذی برای نوزاد محسوب گردد. حرارت و مراقبت های عرضه شده در جریان شیردهی برای مادر و نوزاد بسیار مهم میباشد. از اینکه شیردهی از نظر عنعنوی هم یک عمل خوب پنداشته میشود که میتواند خاتم های بیجا شده یک احساس ارزش خودی را حفظ نمایند. بناً بسیار مهم است تا شیردهی را در ساعت اول بعد از ولادت آغاز نموده و شیردهی انحصاری را تشویق کردن مکرر و مطابق به تقاضای نوزاد (بشمول تغذی در هنگام شب) بدون محدودیت در طول مدت و تکرر تغذی ادامه داد. شیردهی مطابق به تقاضا در جریان شش ماه نخست همچنان یک شکل محافظت ضد حمل بوده که عادت ماهوار دوباره برگشت نه نموده و هیچ غذای دیگر به طفل داده نشود (فصل 5: تنظیم خانواده مراجعه شود).

از خانم های اچ ای وی مثبت حمایت نموده تا تصمیم آگاهانه در مورد تغذی طفل شان اخذ نمایند. خانم های که تست شان مثبت است باید مشوره دهی لازم صورت گرفته و دسترسی به مراقبت های ایدس و یا تداوی وقایوی ضد ریترو ویروس و تداوی نوزاد بعد از ولادت را داشته باشند (بخش 3.4 ملاحظه گردد). در جایکه تغذی تعویضی (با معاوضه کننده گان شیر مادر) توصیه میگردد در این حالت خطرات جدی امراض، سوء تغذی و مرگ نوزاد را تهدید نموده، که نتایج صحی نوزاد بهتر خواهد گردید اگر مادر مصاب به اچ ای وی برای طفل اش شیردهی از پستان را تهیه نماید.

مادرانیکه میدانند که مصاب اچ ای وی اند (و نوزادان شان عاری از اچ ای وی اند یا حالت اچ ای وی شان نامعلوم است) باید بطور انحصاری طفل شانرا در شش ماه اول شیر بدهند، تهیه غذا های اضافی بعد از آن و ادامه شیردهی برای دوازده ماه اول حیات مهم میباشد. شیردهی صرفاً در حالات توقف داده شود که رژیم غذایی که از نظر تغذی کامل و مکفی خارج از شیر مادر قابل دسترسی باشد* . (فصل 10: اچ ای وی برای معلومات بیشتر ملاحظه گردد).

3.6 موضوعات خاص

سقط مصون و مراقبت بعد از ولادت

برای معلومات در مورد سقط مصون و مراقبت های بعد از ولادت لطفاً به فصل 7: مراقبت های جامع سقط مراجعه گردد

فستول های ولادی

تخمین گردیده است که اضافه از 2 میلیون خانم از فستول های ولادی تداوی ناشده رنج میبرند و حد اقل 50000 تا 100000 خانم ها جدیداً در هر سال به این مشکل مواجه میگردد* . تعداد زیادی از این فستول ها از باعث ولادت های طولانی و انسدادی (یکی از اسباب عمده مرگ و میر مادر) بمیان می آید.

آفسران صحت باروری باید اطمینان داشته باشند که برنامه های ملی فستول برای مهاجرین و جوامع بیجا شده را نیز در بر گرفته است. استراتژی های محو فستول شامل وقایه ابتدایی، ثانوی، تداوی و احیای مجدد میباشد. وقایه ابتدایی و ثانوی شامل تاخیر ازدواج و ولادت های قبل از وقت، بهبود بخشیدن حالت تغذی برای دختران و نوجوانان، تعلیمات علیه عملکرد های مضره عنعنوی، ارتقای تعلیمات برای خانم ها و دختران و بهبود دسترسی به مراقبت های عاجل ولادی – بخصوص سیزارین سکشن میباشد. تمامی این اجزاء باید در مبارزات و برنامه های فستول باید شامل ساخته شوند.

ختنه زنان

اختلاطات که از باعث ختنه زنان در جریان حمل به وجود می آید میتوانند در زمان اخذ تاریخچه و معاینه حوصلی در بازدید های قبل از ولادت شناسایی گردند. در جایکه ختنه زنان نوع سه*** عام است، ساحه مهلی باید بطور عادی در هر بازدید قبل از ولادت معاینه و تقویت گردد. بعد از مشوره دهی محتاطانه خانم و همسرش باز نمودن دهلیز مهلی در جریان سه دوم حمل اجرا گردد. زمانیکه اینکار اجرا شد، اپیزوتومی تنها در زمان ولادت در صورت نیاز اجرا گردد.

* تغذی نوزاد در حالات اچ ای وی . پیام های مهم. سازمان صحتی جهان، 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/.

** فستول ولادی: اصول رهنمودی برای تداوی کلینیکی و انکشاف برنامه ها. سازمان صحتی جهان، 2005

*** نوع سه ختنه زنان: قطع قسمی یا تمام ناحیه تناسلی خارجی و خیاطیه گذاری / کوچک کردن دهنه مهلی. تقریباً 15% از خانم ها و دختران که معروض به ختنه زنان اند در این

نوع شامل اند.

هرگاه یک خانم با ختنه نوع سه ولادت نمود، نسج تاسس یافته سخت شده در اطراف فرج ممکن است باعث تاخیر در مرحله دوم ولادت شده که حیات مادر و نوزاد را به خطر مواجه نماید. یک اپیزوتومی قدامی، قطع نمودن زخم ها، و احتمالاً تداوم اپیزوتومی جنبی، ممکن است برای ولادت مصون لازمی باشند. متناوباً نوزاد را میتوان از طریق سیزارین سکشن ولادت داد. عرضه کننده باید آموزش دیده باشد که نباید لبه های مهبل را بعد از ولادت دوباره خیاطیه / دوخت نماید بلکه کناره ها را بصورت جداگانه به هر طرف خیاطیه کند تا از تنگ شدن فوهه جلوگیری گردد. هر دو همسر (زن و شوهر) نیاز به مشوره دهی حساس جهت دانستن و قبولیت تغییرات در این مورد دارند. برای معلومات بیشتر در مورد ختنه زنان به فصل 8: خشونت مبتنی بر جنس مراجعه گردد).

4 حقوق بشر و ملاحظات قانونی

حق حمل مصون و بازماندن از حمل شامل حقوق بشر بین المللی برای حیات، صحت و آزاد از هرگونه تبعیض بوده که در اهداف انکشافی هزاره (MDG) نیز اهمیت آن شناسایی گردیده است.

تحقق سایر حقوق بشری، مانند حق به غذا کافی، سرپناه، آب صحتی و پاک، حریم شخصی، معلومات و تعلیمات، همچنان مهم برای صحت مادر و نوزاد پنداشته میشود.

حمایت و تحقق حقوق بشر مربوط به صحت مادر شامل:

- اتخاذ اقدامات مقتضی جهت کاهش مرگ مادر در میان تمام مادران بشمول نوجوانان
- تامین دسترسی به مراقبت های قبل از ولادت، ولادت و بعد از ولادت، بشمول مراقبت های عاجل ولادی و نوزاد برای تمام خانم ها بشمول نوجوانان، زنان فقیر و زنانیکه در مناطق روستایی زیست دارند.
- کاهش سرایت ویروس اچ ای وی از مادر به طفل از طریق عرضه مراقبت های مناسب قبل از ولادت، بشمول دسترسی به به تداوی ضد ریترو ویروس.
- راجستر کردن نوزادان بصورت آبی بعد از ولادت
- محو عملکرد های مضر عنعنوی برای خانم ها و نوزادان مانند ختنه زنان، محدودیت های تغذی برای خانم های حامله، ترجیح دهی برای تغذی و مراقبت های پسران و ازدواج های قبل از وقت و اجباری و حمل. ازدواج قبل از وقت دارای تاثیرات منفی بالای مرگ و میر مادر بشمول افزایش خطرات فستول ولادی دارد. جلوگیری از ازدواج های قبل از وقت حاوی تامین شمولیت دختران در مکاتب ابتدایی و تامین اینکه دختران جوان ازدواج شده و حامله به زور از مکتب خارج نمیگردند.
- محو عملکرد های تبعیضی در استخدام و ماموریت مربوط به حمل بگونه مثال، لازم بودن یک تست حاملگی قبل از استخدام یک نقض حق شخصی بشمار میرود. حمایت اجتماعی از استخدام باید برای خانم های حامله قبل و بعد از ولادت یک موافقت باید صورت گیرد و رخصت دهی با پرداخت و / یا فواید اجتماعی آن برای خانمها در نظر گرفته شده باشد.

4.1 مشکلات و فرصت ها

در زمان عرضه خدمات ممکن مواجه به مشکلات در تصمیم گیری یا وضع دشوار در عرضه معلومات و خدمات صحت مادر و نوزاد گردید. عرضه مراقبت های مناسب ممکن توسط قوانین ملی یا نارم های اجتماعی و فرهنگی یا سوء تعبیرات طبی محدود گردیده باشد. بگونه مثال:

- نارم های اجتماعی ممکن است خانم را مانع بیرون رفتن از منزل به مراکز صحتی جهت دریافت خدمات صحت مادر و نوزاد
- قوانین در مورد سن ازدواج برای پسران و دختران ممکن است متفاوت باشد و ممکن است بصورت کافی از ازدواج های قبل از وقت و اجباری محافظت نکرده باشد.

- گروه‌های خاص مردم در تنظیمات بشری (مانند مهاجرین و بیجا شده گان داخلی) ممکن به خدمات عاجل ولادی و مراقبت های نوزاد که از طریق دولت برنامه ریزی و تطبیق می‌گردد دسترسی نداشته باشند.
- چنین نارم ها، قوانین و عملکردها میتوانند در مغایرت با اصول قبول شده حقوق بشر بین المللی داشته باشد. منحصت مسول برنامه صحت باروری یا عرضه کننده خدمات ممکن خود را مواجه به چنین شرایط مشکل دریا بید. شما باید از موقف سازمان یا موسسه تان در قبال موضوعات صحت باروری بشمول تحلیل اوضاع و قدم های احتمالی بعدی آگاهی داشته باشید. در صورت مواجه شدن به چنین مشکلات باید اولاً برای صحت و مصونیت مراجعین تان اولویت داده و سپس برای مصونیت خود و همکاران تان. بعداً شما میتوانید که:
- با سوپروایزر تان صحبت نمایید
- بحث در مورد طرق دیگر با مراجعین تان
- دریافت اینکه آیا موسسه تان در موضوعات حمایتی دخیل است و شما چگونه میتوانید سهمی داشته باشید.
- واضح کردن ارتباطات با موسسات محلی و رجعتدهی جهت احتمال کمک بیشتر به مراجعین
- زمانیکه محرمیت مراجعین را احترام میگذارید، با همکاران و عرضه کننده گان خدمات صحت باروری مشوره گردد تا چگونه میتواند از چنین حالت در آینده اجتناب ورزید.
- در جلسات هماهنگی صحتی چنین موضوعات را مورد بحث قرار دهید.

5 نظارت

از تمام واقعات مرگ مادر و زنان حامله تحقیق و بررسی نمایید.

بررسی واقعات مرگ و واقعات نزدیک به مرگ بخش عمده از برنامه صحت مادر در جهت انعکاس دادن آموزش، برای ترویج و نظارت از تغییرات در عملکردها و حمایت از اقدامات در جلوگیری از اختلالات شدید و مرگ مادر میباشد. چندین شیوه در این رابطه پیشنهاد گردیده است تا بررسی مرگ مادر و بررسی واقعات نزدیک به مرگ اجرا گردد مانند کالبد شکافی لفظی و بررسی واقعات امراض شدید. از یک ارزیابی بدون نام / بدون تقبیح نمودن فکتور های قابل جلوگیری از مرگ مادر، ولادت طفل مرده، و مرگ نوزاد در مرکز صحتی آغاز نموده که این بررسی ها میتوانند معلومات را در چگونگی بهبود بخشیدن برنامه ها کمک نماید. (برای مثال از فارم بررسی واقعه مرگ مادر به ضمیمه 4 در فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی مراجعه گردد).

شاخص های ذیل را میتوان در نظارت از برنامه های صحت مادر و نوزاد استفاده نمود:

1. فیصدی خانم های حامله که حداقل چهار بازدید قبل از ولادت را در جریان حمل شان انجام دادند.
2. موجودیت مراقبت های عاجل ولادی: تسهیلات مراقبت های عاجل اساسی و جامع
3. نسبت تمام ولادت ها در تسهیلات مراقبت های عاجل اساسی
4. برآورده شدن نیاز برای مراقبت های عاجل ولادی: نسبت خانم ها با اختلالات بزرگ مستقیم ولادی که در این تسهیلات تداوی گردیده اند
5. سیزارین سکشن منحصت یک نسبت به تمام ولادت ها
6. میزان مرگ در مراقبت های مستقیم ولادی

برای معلومات بیشتر در مورد نظارت به فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی مراجعه گردد.

6 موضوعات برای مطالعه مزید

- تداوی مدغم حمل و ولادت: حمل، ولادت، مراقبت های بعد از ولادت و مراقبت نوزاد: یک رهنمود برای عملکرد های اساسی. سازمان صحتی جهان. 2006.
www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html.
- تداوی مدغم حمل و ولادت: تداوی اختلالات حمل و ولادت: بک رهنمود برای قابله ها و داکتران. سازمان صحتی جهان. 2005
www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html.
- تداوی مدغم حمل و ولادت: تداوی مشکلات نوزاد: یک رهنمود برای داکتران، نرسان و قابله ها. سازمان صحتی جهان. 2003
www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241546220/en/index.html.
- نظارت از مراقبتهای عاجل ولادی، یک کتاب کوچک. سازمان صحتی جهان. 2009
www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html.
- بررسی های کوکرین www.cochrane.org/reviews.

ضمایم

ضمیمه 1: مداخلات پیشنهاد شده سازمان صحتی جهان برای بهبود صحت مادر و نوزاد

ضمیمه 2: پورتوگراف

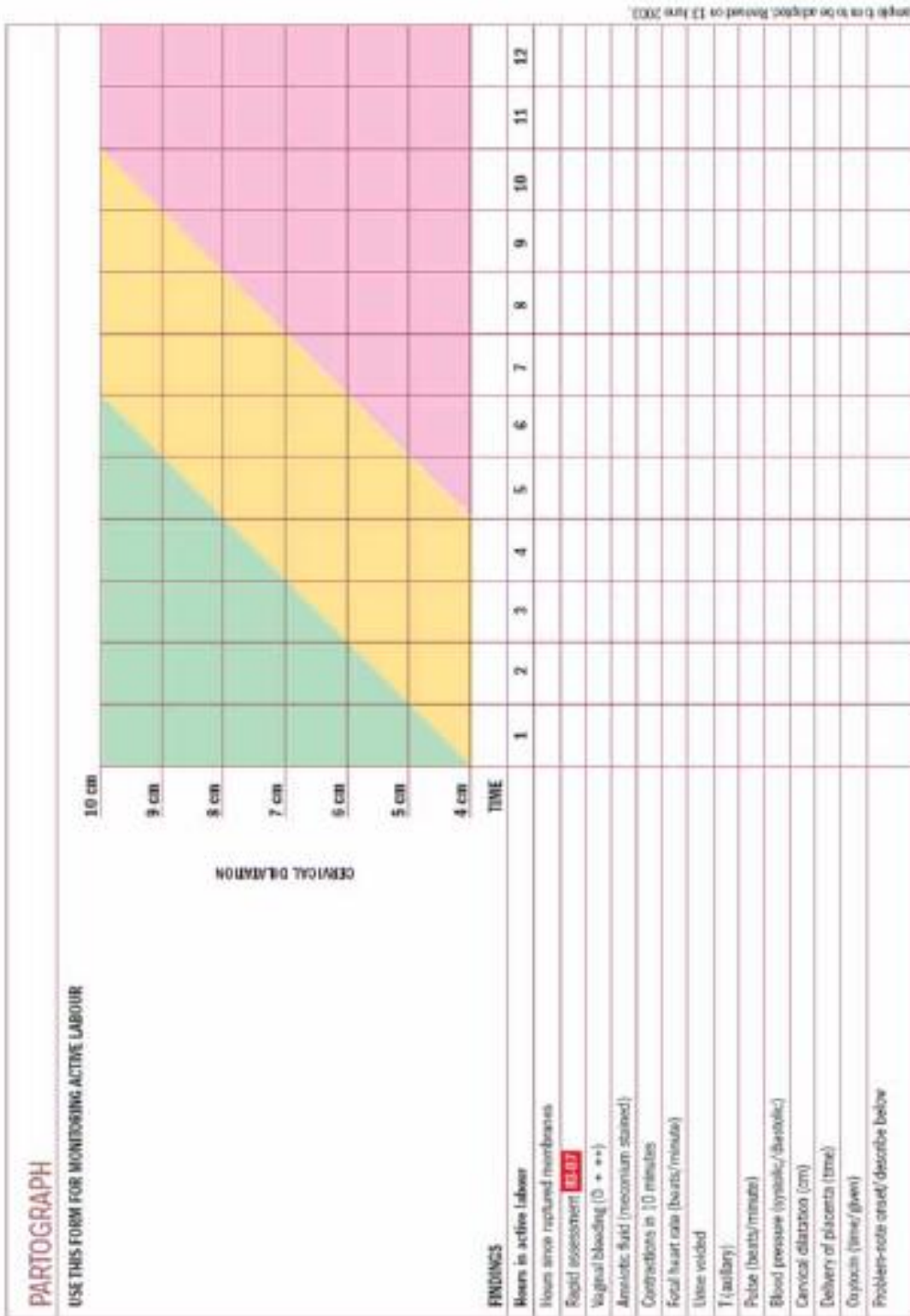
ضمیمه 1: مداخلات پیشنهاد شده سازمان صحتی جهان برای بهبود صحت مادر و نوزاد

چوکات 18: مراقبت در زمان حمل، ولادت و زمان بعد از ولادت برای مادران و نوزادان			
مراقبت خاص ولادی و نوزاد (برای خانم ها ونوزادانیکه دارای امراض و اختلالات شدید اند)	مراقبت اضافی (برای خانم ها و نوزادانیکه دارای امراض و اختلالات متوسط اند)	مراقبت روزمره و عادی (به تمام خانم ها و نوزادان عرضه گردد)	
<ul style="list-style-type: none"> تداوی اختلالات شدید حمل کمخونی پری اکلامسیا و اکلامسیا شدید خونریزی انتان سایر اختلالات طبی تداوی سقط اختلاطی 	<ul style="list-style-type: none"> تداوی اختلالات کوچک و متوسط حاملگی کمخونی کم و متوسط انتانات طرق بولی انتانات مهبل مراقبت بعداز سقط و تنظیم خانواده تداوی قبل از رجعتدهی برای اختلالات شدید تداوی اکلامسیا و پری اکلامسیا خونریزی انتان سقط اختلاطی حمایت از خانم با نیاز های خاص (مانند نوجوانان، خانم های که تحت خشونت زنده گی مینمایند) تداوی سفلیس (خانم و همسرش) 	<ul style="list-style-type: none"> تایید حمل نظارت از پیشرفت حمل و ارزیابی حالت مادر و جنین دریافت مشکلات که در زمان حمل تشدید یافته اند (مانند کمخونی، مشکلات فرط فشارخون، خونریزی، حمل های چندگانه و سوء قرار گرفتن جنین) پاسخ به سایر مشکلات راپور داده شده واکسین تیتانوس، وقایه کمخونی و کنترول آن (آهن و فولیک اسید اضافی) معلومات دهی و مشوره در مورد مراقبت در منزل، تغذی، مقاربت جنسی مصون، شیردهی، تنظیم خانواده و زنده گی با شیوه صحتی تست سفلیس 	مراقبت حمل، 4 بازدید اساسی
<ul style="list-style-type: none"> تداوی انتانات شدید اچ ای وی تداوی اختلالات ملاریا 	<ul style="list-style-type: none"> وقایه اچ ای وی از مادر به طفل تداوی ضد ریترو ویروس مشوره دهی در مورد تغذی نوزاد توصیه در مورد حالت ولادت تداوی انتانات کوچک یا متوسط فرصت طلب تداوی ملاریا بدون اختلاط 	<ul style="list-style-type: none"> تست و مشوره دهی اچ ای وی تداوی متقطع ضد ملاریا و ترویج استفاده از پشه خانه های ملوث با پشه کش از بین بردن کرم ها ارزیابی ختنه زنان 	موقعیتی

<ul style="list-style-type: none"> • تداوی اختلاطات شدید ولادت و زمان زود بعد از ولادت بشمول سیزارین سکشن، نقل الدم و هسترکتومی: • ولادت انسدادی • سوء موقعیت جنین در رحم • اکلامسیا • انتانات شدید • خونریزی • تلقیح و کمک برای ولادت کردن 	<ul style="list-style-type: none"> • تداوی سوء اشکال و اختلاطات (مانند ولادت طولانی، خارج کردن نوزاد با واکيوم، موقعیت جنین به پا در داخل رحم، اپیزیوتومی، ترمیم جروحات ناحیه تناسلی، خارج کردن پلاستنا با دست) • تداوی قبل از رجعتدهی اختلاطات جدی (مانند ولادت انسدادی، مشکلات جنین، ولادت قبل از وقت یا قبل المعیاد، خونریزی های شدید قبل و بعد از ولادت) • تداوی عاجل اختلاطات هرگاه ولادت قریب باشد • حمایت از فامیل اگر مرگ مادر اتفاق بوقوع رسد. 	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبت در زمان ولادت • تشخیص ولادت • نظارت از پیشرفت ولادت، حالت نوزاد و مادر با پارتوگراف • عرضه خدمات حمایتی و تسکین درد • دریافت مشکلات و اختلاطات (مانند سوء موقعیت طفل در رحم، ولادت طویل و انسدادی، فرط فشار خون، خونریزی، و انتانات) • ولادت و مراقبت زود بعد از ولادت از نوزاد با آغاز شیردهی • احیای مجدد نوزاد • تداوی فعال مرحله سوم ولادت • نظارت و ارزیابی ار حالت مادر، وقایه و دریافت اختلاطات (مانند فرط فشارخون، انتانات خونریزی و کمخونی) • تداوی کمخونی متوسط بعد از خونریزی • معلومات دهی و مشوره دهی در منزل جهت مراقبت خودی، تغذی، مقاربت جنسی مصون، مراقبت تدیه و تنظیم خانواده • مشوره در مورد علایم خطر، آماده گی های عاجل و تعقیب آن • ثبت و راجستر 	<p>مراقبت ولادت (ولادت و بزودی بعد از ولادت) اساسی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تداوی اختلاطات مربوط به ختنه زنان 	<ul style="list-style-type: none"> • وقایه از انتقال اچ ای وی از مادر به طفل توسط ولادت، رهنمایی و انتخاب 	<ul style="list-style-type: none"> • تطبیق ویتامن آ 	<p>موقعیتی</p>

	راه های موثر برای تغذی نوزاد		
<ul style="list-style-type: none"> • تداوی تمام اختلاطات کمخونی شدید خونریزی شدید بعد از ولادت • انتانات شدید بعد از ولادت • افسرده گی شدید بعد از ولادت • عقیم سازی خانم 	<ul style="list-style-type: none"> • تداوی بعضی از مشکلات (مانند کمخونی کم و متوسط، افسرده گی متوسط • تداوی قبل از رجعتدهی برای بعضی از مشکلات (مانند خونریزی شدید بعد از ولادت، سپسیس خفیف 	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی حالت مادر و قایه و دریافت اختلاطات (مانند انتانات، خونریزی و کمخونی) • وقایه از کمخونی و کنترل ان (آهن و فولیک اسید اضافی) • معلومات و مشوره دهی در مورد تغذی، مقاربت جنسی مصون، تنظیم خانواده و تهیه روش های ضد حمل • توصیه در مورد علایم خطر، آماده گی های عاجل و تعقیب آن • تهیه روش های ضد حمل • ترویج استفاده از پشه خانه های ملوث با پشه کش 	مراقبت بعد از ولادت (تا هفته ششم بعد از ولادت) اساسی
<ul style="list-style-type: none"> • تداوی ملاریای اختلاطی 	<ul style="list-style-type: none"> • تداوی ملاریا غیر اختلاطی 	<ul style="list-style-type: none"> • ترویج استفاده از پشه خانه های حاوی پشه کش 	موقعیتی
<ul style="list-style-type: none"> • تداوی مشکلات شدید نوزادان – مراقبت عمومی برای نوزاد مریض و تداوی مشکلات مشخص شان • ولادت قبل المعیاد • مشکلات نفس کشیدن سپسیس • ترضیضات شدید • زمان ولادت و اسفکسی • یرقان شدید • مراقبت کانگرویی مادر • تداوی سوء اشکال قابل اصلاح 	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبت در صورت اطفال قبل المعیاد متوسط، وزن کم یا دوگانگی: حمایت از شیردهی، ارزیابی مکرر و دریافت اختلاطات مانند مشکلات تغذی، یرقان، و سایر مشکلات زمان ولادت • تعقیب از مراقبت کانگرویی مادر • تداوی واقعات خفیف تا متوسط: • انتانات موضعی (جبل سروی، جلد، چشم) • جروحات زمان ولادت • تداوی قبل از رجعتدهی نوزاد با 	<ul style="list-style-type: none"> • ترویج، محافظت و حمایت برای شیردهی از پستان نظارت و ارزیابی از صحت، دریافت اختلاطات (تنفسی، انتانات، قبل المعیاد بودن، وزن کم داشتن، جروحات، و سوء اشکال) • وقایه انتان و کنترل ان، در داخل اطاق • مراقبت چشم • معلومات و مشوره دهی برای مراقبت در منزل، شیردهی و بهداشت • توصیه در مورد علایم خطر، آماده گی های عاجل و تعقیب آن • واکسیناسیون مطابق 	مراقبت نوزاد (ولادت و بزودی بعد از ولادت) اساسی

	<ul style="list-style-type: none"> مشکلات شدید نوزادان قبل المعیاد زیاد و/ یا با وزن بسیار کم اختلالات شدید سوء اشکال حمایت از مادر اگر مرگ زمان ولادت واقع گردد 	<p>به رهنمود های ملی (بی سی جی، هیپ بی، او پی وی-0)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> تداوی: سفلیس ولادی تیتانوس نوزادان 	<ul style="list-style-type: none"> تداوی احتمالی سفلیس ولادی وقایه از سرایت اچ ای وی از مادر به طفل توسط ادویه ضد ریتر و وپروس حمایت برای تغذی نوزاد مطابق به خواست مادر 	<ul style="list-style-type: none"> ترویج خوابیدن زیر پشه خانه ملوث با پشه کش 	موقعیتی
<ul style="list-style-type: none"> تداوی مشکلات شدید نوزاد سپیس سایر انتانات یرقان اختلال رشد 	<ul style="list-style-type: none"> تداوی: مشکلات خفیف تا متوسط مشکلات تغذی تداوی قبل از رجعتدهی بخاطر مشکلات شدید اختلاجات عدم توانانی در تغذی حمایت از فامیل اگر مرگ زمان ولادت واقع شده باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> ارزیابی از صحت نوزاد و شیردهی دریافت اختلالات و پاسخ بخ نگرانی های مادر معلومات و مشوره دهی در مورد مراقبت در منزل بازدید های تعقیبیه اضافی برای نوزادان دارای خطر بلند (مانند قبل المعیاد، بعد از مشکلات شدید، اطفالیکه در حالت تغیر و تعویض تغذی قرار دارند) 	مراقبت بعد از ولادت نوزاد (بازدید در منزل) اساسی



7

فصل هفت

مراقبت

جامع سقط

محتویات

1 مقدمه

2 اهداف

3 ارزیابی نیازها

3.1 ارزیابی نیازها

3.2 مشوره دهی و رضایت آگاهانه داوطلبانه

3.3 وقایه انتان

3.4 تداوی درد

3.5 تخلیه رحم

3.6 وقایه تیتانوس

3.7 تداوی اختلالات

3.8 مشوره دهی و تعقیب بعد از اجرای عملیه

3.9 ادغام خدمات

4 حقوق و موضوعات حقوقی

4.1 مشکلات و فرصت ها

5 نظارت

6 مواد برای مطالعه مزید

1 مقدمه

سازمان صحتی جهان تخمین نموده که 42 میلیون حمل به سقط عمدی خاتمه یافته: 20 میلیون آن تخمین گردیده که غیر مصون – یا توسط افراد فاقد مهارت های ضروری یا در یک محیط فاقد استاندارد های حداقل طبی و یا هر دو اجراء میشوند. مرگ و جروح از باعث سقط غیر مصون یک مشکل جدی صحت عامه بوده است که فامیلها و جوامع را متاثر ساخته است. در سرتاسر جهان، سقط غیرمصون موجب 13% از مرگ مادر، 99% آن در ممالک روبه انکشاف واقع میگردد. مصون ساختن حمل شامل عرضه و یا رجعتدهی برای خدمات مصون

سقط به طور مکرر آن که توسط قانون اجازه داده شده و تداوی مناسب و بموقع سقط های غیر مصون و بنفسهی برای تمام خانمها.

خانمها و دختران در تنظیمات بشری ممکن در معرض خطر بیشتر حمل های ناخواسته و سقط غیر مصون قرار داشته باشند که نیاز به دسترسی به خدمات مصون و قانونی سقط پیدا نمایند:

- خانم ها و نوجوانان ممکن قادر به ادامه روش های ضد حمل نباشند زیرا آنها را در جریان بیجا شدن از دست داده اند.
- فامیل ها ممکن بخواهند که در آوردن اولاد تا زمان که امنیت و زنده گی شان تامین گردد، تاخیر نمایند، مگر دسترسی به مواد ضد حمل از باعث اخلاص عرضه خدمات صحی ندارند.
- تجاوز جنسی و سایر اشکال خشونت های جنسی بطور قابل افزایش در تنظیمات بشری ثبت گردیده است.

برای کمک به دولت، پلان گذاران و عرضه کننده گان تعهدات خویشرا جهت صحت و حقوق خانم ها تطبیق نمایند، سازمان صحی جهان رهنمود تخنیکي را در سال 2003 جهت تقویت ظرفیت سیستم های صحی برای مراقبت مصون سقط و مراقبت بعد از سقط به نشر رساند.

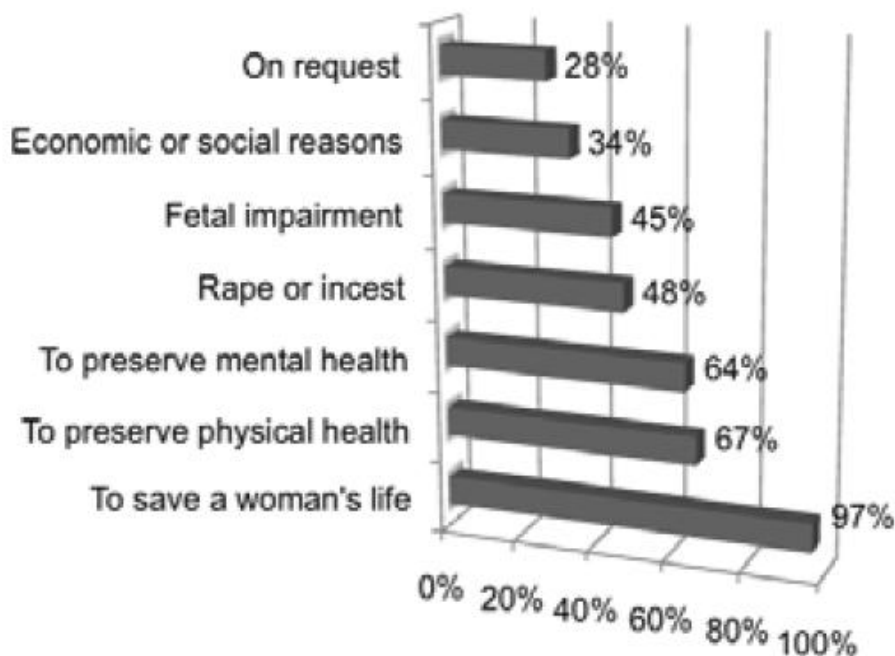
مراقبت بعد از سقط استراتیژی جهانی جهت گاهی مرگ و رنج از اختلالات سقط غیر مصون و بنفسهی که دارای پنج جزء میباشد:

- تداوی سقط نامکمل و غیر مصون که احتمالاً تهدید کننده حیات میباشد.
- مشوره دهی جهت شناسایی و حمایت از احساسات خانم ها و نیازها و نگرانی های صحت فزیکي شان
- خدمات ضد حمل و تنظیم خانواده جهت کمک به خانم ها برای وقایه یک حمل ناخواسته یا اجرای فاصله دهی ولادت.
- خدمات باروری و سایر خدمات صحی که ترجیحاً در محل یا از طریق رجعتدهی به سایر تسهیلات قابل دسترس در شبکه های عرضه کننده گان.
- مشارکت جامعه و عرضه کننده گان برای وقایه (از حمل های ناخواسته و سقط غیر مصون)، بسیج ساختن منابع (تا خانم ها را کمک نماید تا مراقبت های مناسب، کافی و بموقع را برای اختلالات سقط) و اطمینان گردد تا خدمات صحی انعکاس کننده نیازها و توقعات جامعه میباشد. مراقبت جامع سقط شامل تمام اجزای مراقبت بعد از سقط همچنان سقط عمدی برای تمام استطبایات حقوقی (طوریکه در قانون ملی اجازه داده شده است). تمام این اجزا در کاهش مرگ مادرهمکاری مینمایند.

یک طیف از اختیارات تخنیکي برای کمک وقایه خانم ها یا مجادله با حمل ناخواسته بشمول مواد عاجل ضد حمل، خارج کردن توسط واکيوم و سقط طبی موجود میباشد. همچنان، تعداد روبه افزایش ممالک قوانین سقط خویشرا اصلاح نموده تا استطبایات عدلی را برای سقط بشمول تجاوز جنسی و زناء توسعه داده اند.

مواردیکه در آن سقط مجاز میباشد

فیصدی کشور ها (تعداد 195)



n=195: 195 countries were included in the study

از: پالیسی های جهانی سقط. نیویارک، اداره انکشافی ملل متحد. 2007

www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_WallChart.pdf

اهداف این فصل عبارت از عرضه موارد ذیل به آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده گان میباشد:

- معلومات در مورد برنامه جهت خدمات سقط مصون و قانونی و رجعتدهی این خدمات تا حدودیکه در قانون تذکر یافته باشد.
- معلومات اساسی کلینیکی جهت رهنمایی عرضه خدمات.
- چوکات جهت بدست آوردن معلومات دقیق و قابل درک نمودن حدود اداری و تنظیمی مربوط به سقط در کشور یا جایکه در آنجا کار مینمایند.
- یک توافق با نارم های اجتماعی، فرهنگی و مذهبی که اطراف خدمات سقط مصون را احاطه نموده است.
- وسایل جهت تعلیمات دهی جامعه در مورد حقوق شان

3 ارزیابی نیازها

بخش های بعدی رهنمود های اساسی را برای تامین خدمات جامع و با کیفیت عالی در سقط را عرضه میدارد.

علاوه نمودن خدمات مصون سقط عمدی برای تمام استطبایات عدلی بالای عناصر مودل مراقبت های بعد از سقط منتج به روش های جامع که حمایت کننده خانم ها در عملکرد های جنسی و حقوق باروری. بگونه مطلوب، این خدمات بشکل مدغم و مجموعه جامع عرضه میشوند.

خدمات مراقبت های جامع سقط نیاز به موجودیت متخصص ولادی/نسایبی یا جراح ندارد. با آموزش و حمایت کافی، نرسان، قابله ها و سایر کارکنان طبی متوسط میتوانند که سقط مصون خط اول و خدمات بعد از سقط را حتی در شرایط سرپا عرضه نمایند.

3.1 ارزیابی نیازها

زمانیکه برای خدمات سقط پلان گردد، درخواست برای معلومات و ملاحظه نیازها و درک جامعه بشمول اجراءات خانم ها برای نوع جنسیت عرضه کننده و موقعیت خدمات میباشد.

شیوع بلند سقط غیر مصون اکثراً از باعث قوانین که موجب محدود ساختن دسترسی به سقط به بار می آید. با آنها، حتی در جایکه سقط قانونی هم باشد، خانم ها اکثراً فاقد دسترسی به خدمات مصون و قانونی سقط میباشد. حالات که در آن سقط اجرا شده و اجازه داده شده است در میان ممالک متفاوت میباشد. در بعضی از ممالک، دسترسی به خدمات شدیداً محدود بوده و در بعضی دیگر، خاتمه دادن به حمل بنابر درخواست و دلایل طبی و اجتماعی موجود است. بشکل مجازی در هر کشور در جهان سقط مصون و قانونی با بعضی شرایط اجازه داده شده است.

آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات باید با قوانین و پالیسی های ملی مربوط به سقط مصون در جایکه کار مینمایند آشنایی و آگاهی داشته باشند:

- آیا کدام قانون/مقرر/پالیسی در مورد خاتمه دادن حمل/موجودیت و قابل دسترس بودن خدمات سقط مصون موجود است؟ توجه خاص باید اعطاف گردد به:
 - مواردیکه سقط را اجازه داده است (مانند معالجوی، مشکلات در جنین، تجاوز جنسی، زنا، مشکلات صحت روانی، موارد فردی).
 - محدودیت زمانیکه سقط میتواند اجرا شود و آیا حالاتی موجود است که در آن زمان محدود بتوان سقط را اجرا نمود.
 - موجودیت روش های متفاوت سقط (مانند جراحی، از قبیل خارج کردن واکيوم برقی یا توسط دست، طبی از قبیل میفیپرستون و میزوپروستول) و توزیع و عرضه ادویه جات برای سقط و مراقبت بعد از سقط.
 - نیاز مشوره دهی
 - شرایطی که در آن میتوان سقط را اجرا نمود و /یا سطح عرضه کننده که بتواند یک سقط را اجرا یا روش های سقط را عرضه نماید.
 - تدارکات در مورد قیمت یک سقط
 - قواعد و توقعات که سایر افراد (شوهر، والدین و سرپرست) را جهت دادن اجازه برای عملیه (صلاحیت جناح سوم یا ثالث)
 - نیاز به راپوردهی اجباری
 - نیاز برای عرضه کننده گان صحتی که مخالف اجرای سقط (مخالفت و وظیفوی) رجعتدهی به یک همکار که خدمات سقط را ارایه نماید.
- آیا کدام قانون یا لایحه موجود است که در مورد عرضه خدمات بعد از سقط بشمول مراقبت های عاجل بعد از یک سقط غیر مصون نگرانی داشته باشد؟ توجه خاص به نیازهای رجعتدهی و راپوردهی مبذول گردد.

- آیا کدام قانون / دستور العمل / پالیسی که بیان نمود تا حداقل معلومات در مورد خدمات سقط مصون یا غیر مصون و مراقبت بعد از سقط باید عرضه گردد، موجود است؟

علاوه از شرایط اجتماعی و قانونی موارد ذیل در نظر گرفته شود:

- زمینه های اپیدمیولوژیکی
- آموزش کارکنان، اهلیت و ظرفیت شان
- مواد و سامان آلات
- حالت مراکز صحتی
- سیستم عاجل ترانسپورتنی
- ظرفیت مراکز رجعتدهی

چوکات 19: مراقبت جامع سقط			
سطح شفاخانه	سطح مراقبت های اولیه	سطح جامعه	
√	√	√	تعلیمات و معلومات در مورد وقایه و انزار
√	√	√	تشخیص اختلالات سقط
√	√	√	انتقال به خدمات مصون سقط و برای تداو اختلالات سقط غیر مصون
√	√	√	رجعتدهی برای حمل، مراقبت سقط مصون قانونی یا مراقبت بعد از سقط
√	√	√	رجعتدهی بازمانده گان تجاوز جنسی یا زناء به خدمات صحتی و / یا اجتماعی
√	√	√	خارج کردن محتوی رحم با واکيوم یا تداوی طبی برای سقط های نامکمل یا سقط مصون الی 12 هفته حمل
√	√	√	روش های ضد حمل، بشمول مواد عاجل ضد حمل و مواد ضد حمل بعد از سقط
√	√	√	تداوی های عاجل، مانند مایعات تعویض کننده وریدی، اوکسیتوسین، هیماتوکریت/هیموگلوبین و انتی بیوتیک 24 ساعت / روز
√	√	√	رجعتدهی و انتقال خانم با اختلالات شدید سقط (سپتی سیمی، پریتونیت، عدم کفایه کلیه)
√			سقط در سه ماه دوم حمل، لاپاراتومی، نقل الدم مصون، عقیم سازی داوطلبانه، آزمایش هیپاتیتس، سفلیس و اچ ای وی
√			تداوی اختلالات شدید سقط

3.2 مشوره دهی و رضایت آگاهانه داوطلبانه

عرضه کننده گان خدمات باید آگاه باشند که خانم های که مراقبت سقط را میخوانند دریافت نمایند ممکن تحت فشار های شدید روحی و ناراحتی فزینی قرار داشته باشند. آنها باید محرمیت، حریم شخصی و رضایت جهت تداوی را برای مراجعین شان تامین نمایند. مشوره دهی با کیفیت بلند با حمایت از حالت روانی و احساساتی شان که کمک کننده برای موثریت تداوی میباشد باید برای مراجعین عرضه گردد. مشوره دهی موثر باید مطابق به نیاز ها و نگرانی های خانم تهیه شده و باید قبل از اجرای عملیه، در جریان و بعد از آن برای خانم عرضه گردد.

رضایت آگاهانه داوطلبانه، کتبی یا لفظی، اطمینان حاصل گردد که خانم موضوع را فهمیده و با آن پلان تداوی، بشمول مفاد و خطرات احتمالی آن موافق میباشد. رضایت آگاهانه بدین معنی که خانم تصمیم خویشرا آزادانه، بدون تحمیل فشار و جبر ارایه نموده است. عرضه کننده خدمات میتواند این رضایت خانم را با اخذ امضاء شان در فورم رضایت دهی اخذ نماید. در بعضی حالات ممکن است که با موافقت لفظی تایید گردد.

3.3 ارزیابی کلینیکی

عرضه کننده خدمات باید یک ارزیابی مکمل کلینیکی را اجرا نماید که شامل:

- یک تاریخچه مکمل و دقیق صحت باروری (بشمول تاریخچه خشونت جنسی)
- یک معاینه دقیق فیزیکی و حوصلی (اولتراسوند و تست حاملگی یک شرط یا یک نیاز حد اقل برای اجرای خاتمه دادن به حمل نمی باشند. یک حمل میتواند توسط معاینه حوصلی با دست در هفته 6 تا 8 دریافت گردد)
- ارزیابی حالت روانی-اجتماعی

زمان اجرای تداوی سقط نامکمل یا اختلاطات سقط (مراقبت بعد از سقط) باید مراقبت های خاص را ارزیابی نمود، زیرا ممکن است که اختلاطات تهدید کننده حیات را با خود داشته باشند. تخلیه رحم اکثراً یک جزء مهم از تداوی واقعه بوده و زمانیکه حالت مریض ثابت گردید، این عملیه نباید به تاخیر انداخته شود.

رجعتهی عاجل و سریع به یک شفاخانه ممکن است نیاز باشد هرگاه خانم ضرورت به دریافت تداوی فراتر از ظرفیت مرکز صحت داشته باشد. حالت خانم اولاً باید در وضعیت ثابت قرار داده شده و بعداً راجع گردد.

حمل خارج رحمی

مهم است تا سایر اسباب احتمالی تهدید کننده حیات را که موجب شاک میگردند تحت ملاحظه قرار داد، بشمول حمل خارج رحمی (تیبول). یک حمل خارج رحمی میتواند که تهدید کننده حیات باشد، خانم را تداوی نموده یا بزودی ممکن وی را به شفاخانه جایکه تشخیص تایید گردیده بتواند و تداوی لازم و مناسب عرضه گردد، رجعت داده شود.

3.4 وقایه انتان

مانند سایر عملیه های تهاجمی، عرضه کننده گان خدمات و کارکنان حمایوی از طریق تماس با مواد ملوث یک خطر انتان برای مریضان موجود است. جهت کاهش خطرات، استندرد های احتیاطی باید در تمام اوقات مراعات گردد، که شامل استفاده از موانع مناسب (مانند دستکش ها و ماسک ها)، دست زدن با احتیاط کامل با ضایعات و اخذ اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از جروحات (فصل 2: مجموعه حد اقل خدمات اساسی پاراگراف 3.3.2). انتان داخلی با تعقیب نمودن استندرد های احتیاطی جلوگیری میگیرند، استفاده تخنیک های اسپتیک و رد نمودن یا تداوی انتان عنق رحم قبل از اجرای عملیه از طریق عنق رحم مهم میباشد.

تمام خانم های که نزد شان تخلیه رحم توسط واکيوم اجرا میگردد باید یک دوز انتی بیوتیک وقایوی را جهت کاهش خطر انتانات اخذ نمایند. فقدان انتی بیوتیک وقایوی، نمی تواند مانع اجرای تخلیه رحم توسط واکيوم گردد. انتی بیوتیک های معمولی برای خانم های که تحت عملیه تخلیه رحم قرار میگیرند ضروری نبوده و توصیه نمی شود. در این حالت، انتی بیوتیک ها باید برای حالاتیکه اعراض و علامت انتان تظاهر نماید، حفظ گردد.

3.5 تداوی درد

ادویه باید برای تداوی درد اکثراً توصیه گردد. هدف از تداوی درد عبارت از کمک خانم است تا حدی ممکن راحت باشد. تخلیه رحم باید با تطبیق انستزی موضعی و / یا ادویه فمی ضد در (مانند ایبوپروفین) اجرا گردد. انستزی عمومی ندرتاً ضروری بوده که خانم را در معرض خطر جدی تر قرار میدهد.

3.6 تخلیه رحم

سقط عمدی

در سه ماه اول حمل، عملیه که تخلیه رحم برای سقط عمدی ترجیح داده میشود عبارت اند از:

- تخلیه برقی محتوی رحم یا تخلیه با دست در 12 هفته مکمل حمل (12 هفته بعد از آخرین عادت ماهوار خانم)
 - معاینه محتوی رحم بعد از اجرای عملیه برای اینکه احتمال حمل خارج رحمی یا حمل مولار یا سقط نامکمل را رد نماییم.
- روش های طبیی با نه ماه مکمل حمل
 - یک ترکیب از میفپروستون به تعقیب آن یک پروستاگلاندین مانند میزوپروستول ترجیح داده میشود. در جایکه میفپروستون موجود نباشد، شواهد نشان داده که استفاده تنهایی میزوپروستول با آنکه کمتر موثر است نظر به استفاده ترکیبی آن و کمتر موثر است نظر به تخلیه رحمی با واکيوم. شواهدی در دست نیست که این رژیم ها را برای سقط بعد از هفته نه ام مکمل تایید نماید.

خانم های حامله در وسط یا اواخر سه ماه دوم حمل شان باید به یک شفاخانه با تسهیلات تداوی جراحی راجع شوند.

روش های طبیی برای سقط عمدی تا هفته 9 بعد از آخرین عادت ماهوار

میفپروستون و میزوپروستول

200 ملی گرام میفپروستون فمی به تعقیب آن بد از 36 تا 48 ساعت بمقدار 800 مایکروگرام میزوپروستول مهبلی یا تحت السانی.

میزوپروستول به تنهایی

میتواند باعث تحریک سقط در اوایل حمل گردد اما نیاز به دوز های مکرر مانند 800 مایکروگرام میزوپروستول مهبلی یا تحت السانی هر 12 ساعت بعد تا سه دوز آن میباشد. این روش با آنکه کمتر موثر است نظر به روش اولی و بصورت عمومی سبب عوارض جانبی را به بار می آورد.

مراقبت بعد از سقط

تخلیه رحم با واکيوم و ميزوپروستول هردو مصون، موثر روش های قابل قبل برای تخلیه رحم جهت مراقبت بعد از سقط میباشد.

ميزوپروستول باعث کاهش قيمت خدمات بعد از سقط میگردد، طوريکه نیاز به موجوديت عاجل سامان آلات معقم، عملياتخانه، یا کارکنان مسلکی و ماهر ندارد. ميزوپروستول برای تداوی سقط های نامکمل یک روش مهم در تنظیمات بشری جایکه تهیه سامان آلات معقم برای تخلیه محتوی رحم و کارکنان آموزش دیده مشکلات موجود است، قابل اجرا میباشد. همچنان در جایکه رجعتدهی برای تخلیه جراحی ممکن است به تاخیر بی افتد.

توسع و تراشیدن (D&C)

همچنان بنام "تراشیدن تیز" با سامان آلات فلزی نیز یاد میگردد، توسع و تراشیدن از این پس توصیه نگردیده به استثنای واقعات که تخلیه با واکيوم یا تداوی با روش های طبی / دوايي موجود نباشند. در جایکه توسع و تراشیدن اجرا میگردد، باید کوشش بخرچ داده شود تا این روش با تخلیه رحم توسط واکيوم یا روش های طبی/دوايي جهت بهبود مصونیت و ارتقای کیفیت مراقبت های جاگزین گردد.

استفاده ميزوپروستول برای استطبایات ولادی بطور سریع در حال بازنگریست. مسولین برنامه های صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات باید مطابق به تحقیقات کلنیکی و تخنیکی در کتب طبی عمل نمایند (بخش مطالعات مزید مراجعه گردد).

استفاده میفیبریستون و یا ميزوپروستول برای سقط مصون و مراقبت بعد از حمل نیاز به خدمات تخلیه رحم بعد از اجزا شان داشته یا در مرکز صحتی و یا از طریق رجعتدهی، در صورت ناکامی یا تخلیه نامکمل محتویات رحم.

ميزوپروستول برای سقط نامکمل الی هفته 12 بعد از آخری عادت ماهوار

600 مایکروگرام ميزوپروستول فمی (یک دوز) موثر و مصون میباشد.

هیچ مطالعه به نشر رسیده تا حال استفاده آنرا در تداوی خانم ها با سقط معقم تحقیق نه نموده است.

3.7 وقایه تیتانوس

خانم های که سقط نامصون را با سامان آلات غیر معقم اجرا نموده اند در معقت خطر تیتانوس قرار دارند. برای شان وقایه از تیتانوس را تهیه نموده یا رجعت دهید در صورتیکه به آن مشکوک بوده یا در مورد آن بدانید، بخصوص در جوامع که تیتانوس در انجا راپور داده شده باشد. یک دوز تقویت کننده تیتانوس برای خانم های که قبلاً واکسین را اخذ نموده اند تطبیق گردد. تیتانوس ایمونوگلوبولین و تی تی برای خانم های که قبلاً واکسین نگرفته یا دوز آخری آن اضافه از 5 سال قبل تطبیق شده باشد. هرگاه در مورد شک و عدم یقین موجود باشد، هم تیتانوس ایمونوگلوبولین و تی تی برای خانم تطبیق گردد. هرگاه این دو در یک زمان برای خانم تطبیق گردد، از سوزن ها و سرنج های جداگانه در نواچی مختلف بدن تطبیق گردند. برای مریض توصیه گردد تا تقسیم اوقات واکسین خود را تکمیل نماید (دوز دوم تی تی در ماه چهارم، دوز سوم در شش ماه تا یک سال).

3.8 تداوی اختلاطات

با آنکه نادر است، ولی اختلاطات احتمالی عملیه تخلیه رحم باید توسط فرد ماهر بصورت سریع اجرا گردد. اختلاطات جدی بسیار نادر میباشد مگر باید تمام مریضان تعقیب گردند حتی اگر خطر کوچک از انتان یا خونریزی موجود باشد. اطمینان گردد که خانم دسترسی دوامدار به مراقبت های عاجل در جریان تداوی دارد. هرگاه خانم نیاز به تداوی فراتر از ظرفیت مرکز صحتی داشته باشد، وضعیت خانم به حالت ثابت قرار داده شده و به یک سطح بالاتر جهت دریافت خدمات بهتر رجعت داده شود.

3.9 مشوره دهی و تعقیب بعد از اجرای عملیه

برای خانم هدایت داده شود تا چگونه بعد از اجرای عملیه از خود مراقبت نماید. عرضه کننده گان باید علایم بهبودی و اعراض و علایم اختلاطات احتمالی را که نیاز به توجه سریع دارد برای مریض بیان نمایند. همچنان معلومات مکمل با جزئیات در مورد مواد ضد حمل بعد از سقط و محافظت از انتانات انتقالی مقاربتی را برای مراجعین شان بیان دارند. یک بازدید بعدی باید بعد از 10 تا 14 روز در نظر گرفته شود.

چوکات 20: زمان حمل و اختیارات تخلیه رحم									
هفته های مکمل بعد از آخرین عادت ماهوار									
22	21	20	19	18	17	16	15	14	13
روش های ترجیح داده شده برای سقط عمدی									
خانم را با سقط نامکمل در وسط یا اخیر سه ماه دوم حمل به یک شفاخانه که دارای امکانات جراحی و مجموعه مکمل خدمات عاجل باشد رجعت دهید.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تحت بررسی	تحت است	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تحت بررسی	تحت است	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
روش ها ترجیح داده شده برای مراقبت بعد از سقط									
خانم را با سقط نامکمل در وسط یا اخیر سه ماه دوم حمل به یک شفاخانه که دارای امکانات جراحی و مجموعه مکمل خدمات عاجل باشد رجعت دهید.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
اقتباس شده از: سقط مصون: رهنمود تکنیکی و پالیسی برای سیستم های صحتی، سازمان صحتی جهان، ژنیو 2003.									

مواد ضد حمل بعد از سقط

فقدان دسترسی به خدمات کافی تنظیم خانواده یک دلیل عمده برای سقط نامصون بشمار میرود. برعکس، حمل های ناخواسته و در بسیار حالات سقط نامصون یکی از استنباطات برای برآورده نشدن نیاز ها به خدمات تنظیم خانواده موثر و مصون میباشد. میزان قبولیت و تداوم مواد ضد حمل بلند خواهد بود هرگاه در محل تداوی آغاز گردد. اطمینان گردد که تمام کارکنان که خدمات بعد از سقط را عرضه میداند باید از چگونه اجرای مشوره دهی و روش های تنظیم خانواده آگاهی داشته باشند.

حداقل، تمام خانم های که مراقبت سقط را دریافت مینمایند باید بدانند که :

- تحیض میتواند که بزودی الی 10 بعد از سقط واقع گردد، و باعث حمل گردد حتی قبل از اینکه عادت ماهوار دوباره برگشت نماید.
- مواد ضد حمل بشمول اله داخل رحمی یا روش های هورمونی ممکن است بزودی به تعقیب تخلیه رحم شروع گردند.
- مقاربت جنسی باید برای چند روز اجتناب بعد از توقف خونریزی اجتناب گردد تا از خطر انتانات جلوگیری گردد. (به فصل 5: تنظیم خانواده برای معلومات بیشتر در مورد خدمات تنظیم خانواده مراجعه گردد).

3.10 ادغام خدمات

عرضه کننده گان خدمات باید سایر نیاز های صحت باروری هر خانم را شناسایی نمایند که برایش ممکن است این خدمات عرضه گردیده و معلومات یا خدمات مربوط مانند تداوی انتانات طرق باروری (فصل 9: انتانات انتقالی مقاربتی ملاحظه شود) یا مراقبت بعد از تجاوز جنسی (فصل 2: و فصل 8) برایش ارائه گردند.

4 حقوق و موضوعات حقوقی

یک فقدان سیستماتیک از دسترسی به خدمات در افراد متضرر از بحران برای مراقبت های جامع سقط عبارت از نقض حقوق شان بوده و محافظت آن تحت قانون حق بشر بین المللی تعهد گردیده است. مطلب ذیل از کنفرانس بین المللی جمعیت و انکشاف از رهنمود های داده شده در این فصل حمایت مینماید:

" از تمام دول و موسسات دولتی و غیر دولتی تقاضا میگردد تا تعهدات شانرا در قبال صحت خانم ها تقویت ببخشند، تا با تاثیرات صحتی سقط غیر مصون منحصیث یک نگرانی بزرگ صحت عامه از طریق توسعه و بهبود بخشیدن خدمات تنظیم خانواده.

جلوگیری از حمل های ناخواسته باید همیشه اولویت داده شده سعی گردد که تا هرگونه نیاز به سقط را کاهش داده و محو نمایم. خانم های که حمل ناخواسته دارند باید دسترسی به معلومات دقیق و مشوره دهی مناسب داشته باشند.....جایکه سقط در مغایرت با قانون قرار نداشته باشد، چنین سقط باید مصون اجرا گردد. در تمام واقعات، خانم باید دسترسی به خدمات باکیفیت برای تداوی اختلالات سقط داشته باشند."

برنامه عمل در کنفرانس بین المللی جمعیت و انکشاف، پاراگراف 8.25. قاهره 1994.

احترام، محافظت و اجرای حقوق بشر مربوط به سقط شامل:

- اتخاذ قدم های مثبت جهت کاهش مرگ مادر، که میتواند از باعث سقط غیر مصون باشد
- اطمینان از اینکه دول معلومات را برای جلوگیری از حمل های ناخواسته برای خانم ها ارائه داشته است.
- خدمات سقط مصون را محیا ساخته (در صورتیکه سقط قانونی باشد)
- برطرف نمودن اقدامات تازیبی برای خانم های که سقط مینمایند، زیرا جرم شمردن سقط ممکن منجر به اجرای عملیه های غیر مصون و عواقب خطرناک برای صحت و زنده گی شان گردد.

در موارد ذیل ممکن نقض حقوق بشر واقع گردد:

- فشار آوردن به خانم یا یک حمل ناخواسته را تحمل نموده و موجب مشکلات روانی برایش گردد (بخصوص در واقعات تجاوزات جنسی یا زناء)
- رد نمودن تداوی طبی برای یک خانمی که از اختلالات سقط غیر مصون رنج میبرد تا اینکه خانم معلومات در مورد شخص که سقط غیر مصون را بصورت خراب اجرا نموده یا تداوی ناکافی را عرضه نموده است، بیان ندارد.
- قوانین که مطابق آن عرضه کننده گان باید راپور خانم را که سقط نموده یا نیاز به تداوی برای سقط غیر مصون دارد ضروری دانسته که یک تخطی از حقوق خانمها و حریم شخصی شان بشمار میروند.
- فقدان حریمیت در سیستم صحتی یا نیاز به رضایت جناح ثالث برای اجرا عملیه ممکن است موجب مانع شدن خانم ها و دختران از دریافت خدمات صحتی دارد.
- فشار بالای خانم (گروپ های اقلیت قومی یا خانم با معیوبیت) تا سقط را اجرا نماید یک عمل تبعیضی بشمار میروند.
- حمل به جبر یک نقض حقوق بشر بوده و در بعضی از حالات یک جنایت جنگی میباشد.

4.1 مشکلات و فرصت ها

مسولین برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات ممکن جهت اخذ تصامیم مواجه به مشکل در مورد سقط گردند. ممکن است دریابند که توانایی های شان در عرضه مراقبت های جامع سقط توسط قانون ملی، نارم های فرهنگی و اجتماعی و سوء تعبیرات طبی محدود ساخته شده است.

بگونه مثال، حتی در جاهاییکه بگونه قانونی اجازه داده شده است، سقط مصون ممکن نیست تا بشکل سهل قابل دسترس باشد، ممکن است نیاز های اضافی در مورد رضایت و مشوره دهی وضع گردیده و در بعضی ممالک یک محدودیت زمانی که طی آن میتوان سقط را اجرا نمود وضع گردیده باشد. سایر مشکلات ممکن شامل سلوک قضاوتی و مایوس کننده عرضه کننده گان خدمات، ناکافی بودن ظرفیت خدمات که نیاز ها را برآورده ساخته نمی توانند یا کیفیت خراب خدمات باشد. همچنان خانم ها ممکن از موجودیت خدمات سقط نا آگاه بوده یا حقوق شان جهت دسترسی به چنین خدمات تحت چوکات قانونی محدود شده باشد.

منحیث یک مسول برنامه صحت باروری یا عرضه کننده خدمات، ممکن است خود را در مقابل چنین مشکلات دریابید. باید در مورد موقف موسسه تان در مورد موضوع آگاه بوده و باید بخشی از تحلیل شما از اوضاع و اقدامات بعدی باشد.

تمام عرضه کننده گان خدمات را آموزش داده و با وسایل ضروری تجهیز سازید تا خدمات جامع سقط، معلومات و رجعتدهی مصون و قانونی را برای خدمات سقط تحت چوکات قانون عملی نمایند. این مهم است تا آفسران صحت باروری، مسولین برنامه و عرضه کننده گان در مورد اینکه سقط در قانون اجازه داده شده است باید بصورت واضح بدانند. سعی گردد تا پالیسی سازان ادارای و قانونی را برای سقط مصون و مراقبت بعد از سقط را در نظر داشته باشند.

هنگام مواجه شدن با شرایط مشکل، اولین اولویت تان باید بهترین علاقه مراجعین تان در تمرکز به صحت و مصونیت وی باشد. علاوه مهم است تا صحت و مصونیت خود و همکاران تانرا در نظر بگیرید. بعداً شما ممکن است تا:

- در مورد انتخاب با مراجعین تان بحث نمایید (هرگاه شما قادر به عرضه روش های خاص سقط نمی باشید، شما میتوانید برایش مشوره دهید که از کجا میتواند این خدمات را دریافت نماید)
- ارتباطات را با سایر موسسات جهت رجعتدهی که ممکن است مراجعین را کمک نمایند واضح سازید.
- زمانیکه حریمیت را برای مراجعین تان احترام می گذارید، با همکاران و سایر عرضه کننده گان خدمات صحت باروری در چگونه اجتناب و اداره چنین حالات در آینده بحث نمایید.
- مشکلات را در جلسات هماهنگی صحتی مطرح نموده و مورد بحث قرار دهید.
- با سوپروایزر تان صحبت نمایید.

5 نظارت

خدمات سقط مصون و خدمات بعد از سقط را بطور منظم نظارت و بررسی نمایید. سطح استفاده از این خدمات را ارزیابی نموده و ریکارد های مراجعین را بررسی نمایید، موجودیت و استفاده مناسب از سامان آلات، مواد و شاخص های مشخص کیفیت مراقب. شناسایی تغییرات و مشکلات که واقع گردیده، بازپسدهی به کارکنان و اصلاح سازی مشکلات شناخته شده.

برای معلومات بیشتر در مورد نظارت فصل 3: ارزیابی، نظارت و بررسی ملاحظه گردد.

چوکات 12: شاخص ها جهت نظارت از خدمات موجود و موثر سقط مصون و مراقبت بعد از سقط					
نام	تعریف	فورمول	نوع	منبع ارقام	ملاحظات
		صورت و مخرج	مرحله، نتیجه دور رس یا تاثیر		
خدمات سقط که با تکنالوژی مناسب اجرا شده است	نسبت خدمات سقط که با تکنالوژی مناسب اجرا شده است (تخلیه توسط واکيوم یا روشهای طبی/دوایی)	تعداد خدمات سقط که با تکنالوژی مناسب اجرا شده است / تعداد مجموعی سقط ها * 100	نتیجه دیر رس	ریکارد های مرکز صحتی	خدمات سقط شامل تداوی اختلالات سقط (در نتیجه سقط عمدی یا بنفشی/ یا سقط غیر مصون) همچنان عملیه های سقط عمدی
خانم های که به خدمات سقط دسترسی داشته و مواد ضد حمل را قبل از خارج شدن از مرکز صحتی دریافت نموده اند	نسبت خانم هایکه خدمات سقط را دریافت نموده اند و قبل از خارج شدن از مرکز صحتی مواد ضد حمل را اخذ نموده اند	تعداد خانم های که قبل از خارج شدن از مرکز صحتی مواد ضد حمل را دریافت نموده / تعداد خانم های که برای سقط تداوی شده اند * 100	نتیجه دیر رس	ریکارد های مرکز صحتی	پیشنهاد: حد اقل 60% تمام خانم های که خدمات سقط را دریافت می دارند باید مواد ضد حمل را قبل از خارج شدن از مرکز صحتی دریافت نمایند.
به اندازه که خدمات سقط عمدی عرضه میگردد	نسبت خانم هایکه خدمات سقط را که سقط عملیه عمدی را دریافت نموده اند	تعداد خانم هایکه خدمات عملیه سقط عمدی را در مراکز صحتی دریافت نموده اند / تعداد تمام خانم های که در عین زمان خدمات سقط را دریافت نموده اند * 100	نتیجه زودرس	ریکارد های خدمات صحتی، مگر مشکل احتمالی با کم راپوردهی میباشد (حذف واقعات که در مرکز صحتی بستر نشده اند) و سوء تقسیم بندی	با گذشت زمان یک تحول بسوی نسبت بیشتر خانم ها که خدمات سقط عمدی را منحصیث یک بخش از خدمات سقط در مرکز صحتی دریافت مینمایند پیشنهاد: به 100% نزدیک شده بروید.

6 مواد برای مطالعه مزید

مطالعات اساسی

سقط مصون: تخنیک و پالیسی رهنمودی برای سیستم های صحی. سازمان صحی جهان، ژنیوف 2003.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

تداوی اختلالات در حمل و ولادت: یک رهنمود برای قابله ها و داکتران. سازمان صحی جهان، ژنیوف، 2003

<http://www.who.int/reproductivehealth/impac/index.html>

مطالعات اضافی

هریک جی و سایرین. خانم در مرکز مراقبت بعد از ولادت (رهنمود برای آموزگار و ماخذ) آیپاس، چپل هیل، ان سی، 2004

http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_postabortion_care_Trainers_manual.aspx

هایمن ای و دیگران. خانم در مرکز مراقبت بعد از ولادت (رهنمودی برای آموزگار). آیپاس، چپل هیل، ان سی، 2005.

http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Trainers_manual.aspx

www.misoprostol.org میزوپروستول در ولادی و نسایی

سوالات کلینیکی که مکرراً در مورد سقط طبی سوال گردد. سازمان صحی جهان، 2006.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/en/>



محتویات

1 مقدمه

2 اهداف

3 برنامه ریزی

3.1 هماهنگی

3.2 ارزیابی نیازها

3.3 خدمات صحت باروری برای بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس

3.4 حمایت اجتماعی - روانی

4 حقوق بشر و ملاحظات حقوقی

4.1 مشکلات و فرصت ها

5. نظارت

6 موضوعات برای مطالعه مزید

1 مقدمه

خشونت مبتنی برجنس یک اصطلاح وسیع برای هرگونه عمل مضر که علیه خواهش فرد ارتکاب یافته باشد و براساس تفاوت‌های اجتماعی جنس میان مردان و زنان.

عمل خشونت مبتنی برجنس نقض بکثرت از حقوق بشری که توسط منشور های بین المللی حمایت شده اند. اشکال مختلف خشونت مبتنی برجنس غیر قانونی بوده و عمل جرمی در قوانین و پالیسی های ملی شناخته شده اند. در تمام جهان، خشونت مبتنی برجنس تأثیرات زیادی بالای زنان و دختران نسبت به مردان و پسران دارد.

اصطلاح خشونت مبتنی برجنس در اکثر واقعات بطور معاوضی با اصطلاح "خشونت علیه خانمها" و "جنسیت و خشونت مبتنی برجنس". اصطلاح "خشونت مبتنی برجنس" ابعاد جنس را در این اعمال واضح میسازد. با بیان دیگر، روابط میان حالت فرعی خانمها و اجتماع و افزایش آسیب پذیری به خشونت میباشد. مهم است تا یادداشت گردد، با آنکه مردان و پسران هم ممکن است دستخوش خشونت مبتنی برجنس گردند بشمول خشونت جنسی، بخصوص زمانی که مورد شکنجه و توقیف قرار داشته باشند.

خشونت مبتنی بر جنسدر شامل:

- خشونت جنسی، شامل تجاوز جنسی، سوء استفاده جنسی، کشاندن به جبر به فحشا
- خشونت خانواده گی
- ازدواج های اجباری و قبل از وقت
- عملکرد های مضر عنعنوی مانند ختنه زنان، جرایم ناموسی، وراثت بیوه
- قاچاق کردن

بکس 30: خشونت مبتنی بر جنسدر در تنظیمات بشری

- تقریباً 50000 تا 64000 خانم های بیجا شده داخلی در کشور سریلیون راپور خشونت جنسی از طرف پیکارجویان مسلحه و نصف خانم های بیجا شده داخلی که تماس روبرو با پیکارجویان مسلحه داشته اند راپور خشونت جنسی را داده اند.
 - بیست و پنج درصد از خانم های آذربایجانی که در سال 2000 از طرف مرکز وقایه و کنترل امراض ایالات متحده امریکا سروی گردیده اند اعتراف نموده اند که به عمل جنسی مجبور ساخته شده اند، در معرض خطر بیشتر خانم های آذربایجانی بیجا شده گان داخلی قرار داشتند.
 - مطابق به سروی 1999 دولت، 37% از زنان بدکاره سریلیونی در تحت سن 15 قرار داشتند. از میان شان 80% بی سرپرست یا اطفال بیجا شده بواسطه جنگ بودند.
 - بسیار از خانم های تنسی در رواندا 1994 نسل کشی معرض به بعضی اشکال خشونت مبتنی بر جنسدر، تخمین گردید که در حدود 250000 و 500000 بازمانده تجاوز جنسی بودند.
 - تخمین گردیده که در حدود 20000 تا 50000 از خانم ها در جریان جنگ بوسنیا و هرزیگوینا در اوایل دهه 1990 تجاوز جنسی گردیده است.
 - بعد از فاجعه طبیعی، راپور های ساحوی از تاثیرات اجتماعی شامل سوء استفاده در سیلاب های استرالیا: " ارتباطات بشری برملا گردیده و نقاط قوی و ضعیف در ارتباطات در توجه بیشتر قرار گرفت. خانمهای منزوی شده بیشتر منزوی شده، خشونت های خانواده گی افزایش گردیده و روابط فامیلی، رقفا و همسران معروض به خشونت گردیدند. افزایش خشونت ها علیه خانمها در راپور های داده شده از فلپین بعد از وقوع مونت پیناتوبو، در امریکای مرکزی و شمالی بعد از تند باد میچ، و در بسیاری از کشورها بعد از سونامی 2004.
- اقتباس شده از: رهنمود ها برای خشونت مبتنی بر جنسدر دخالت ها در تنظیمات بشری. توجه به وقایه و پاسخدهی به خشونت جنسی در واقعات عاجل. کمیته بین السازمانی، 2005.

طبیعت و اندازه اشکال خاص خشونت مبتنی بر جنسدر در میان فرهنگها، ممالک و حوزه های متفاوت میباشد. باآنکه خشونت مبتنی بر جنسدر در تنظیمات بشری کمتر راپور داده میشود، در بحرانهای بشری راپور داده شده است (بکس 30 ملاحظه گردد).

عواقب خشونت مبتنی بر جنسدر میتواند بطور مستقیم از عملکردهای خشونت یا از تاثیرات طویل المدت آن بیمان آید:

- عواقب فزینیکی از جروحات نسبتاً کوچک تا به جروحات شدید که منجر به مرگ یا معیوبیت های دایمی میگردد: حمل های ناخواسته، سقط های نامصون و اختلاط سقط، نتایج ناگوار حمل بشمول سقط، ولادت کم وزن، مرگ جنین، انتانات انتقالی مقاربتی، بشمول اچ ای وی، امراض التهابی حوصلی، سندروم های مزمن درد، انتانات طریق بولی.
- عواقب روانی شامل: تشوشات اضطراب، تشوشات اضطراب بعد از ترضیضات، افسرده گی، احساس حقارت، عدم توانایی در اعتماد، استفاده از مواد مخدر و سوء استفاده از آن، تشوشات خواب، تشوشات خوراک، سوء وظیفه جنسی و خودکشی یا انتحار.
- خشونت مبتنی بر جنسدر تاثیرات وسیع بالای صحت اجتماعی افراد و جامعه بشکل لکه بدنامی، منزوی شدن و رد شدن (بشمول رد شدن توسط شوهران و فامیلها)، از دست دادن در آمد احتمالی خانم، سکتگی در تعلیمات نوجوانان و خودکشی (مثلاً کشتن ناموس یا طفل کشی دختران).

2 اهداف

این فصل متمرکز به مسوولیت های آفسر صحت باروری، کارکنان برنامه و عرضه کننده گان خدمات در وقایه و پاسخدهی به عواقب صحتی در رابطه به خشونت مبتنی برجنس. اهداف این فصل همکاری کردن با آنان تا:

- آگاهی از اشکال مختلف خشونت مبتنی برجنس
- درک شیوه های بین سازمانی جهت وقایه و پاسخدهی به خشونت مبتنی برجنس
- حمایت از ادغام اجزای وقایوی و پاسخدهی خشونت مبتنی برجنس در سکتور صحت.

3 برنامه ریزی

وقایه از خشونت جنسی و عرضه خدمات محرمانه کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز های جنسی یک بخشی از مجموعه حداقل خدمات اساسی صحت باروری در بحرانات (فصل 2 ملاحظه گردد). بزودی بعد از برقرار شدن مجموعه حداقل خدمات اساسی، افسران صحت باروری و مسوولین برنامه با همکاری سایر شرکای سکتور صحت، باید جهت توسعه خدمات کلینیکی و روانی و اجتماعی برای بازمانده گان تجاوز جنسی و سایر اشکال خشونت مبتنی برجنس، همچنان حمایت از ابتکار در جهت وقایه خشونت مبتنی برجنس.

3.1 همآهنگی

تا حال مدل برنامه ریزی چند سکتوری یک نمونه عملکرد خوب برای وقایه و پاسخدهی به خشونت مبتنی بر جنس در تنظیمات بشری میباشد. خصوصیات عمده این مدل شامل سازختن کامل جوامع متضرر، همآهنگی میان دسپلین ها و سازمان ها و حمایت از خدمات صحتی، روانی حقوقی و امنیتی زمان پاسخدهی به نیاز های بازمانده گان خشونت مبتنی برجنس میباشد.

پرنسیپ های زیربنایی این مودل عبارتند از شناخت حقوق و نیازهای بازمانده گان خشونت مبتنی برجنس با دسترسی به خدمت حمایتی و قابل احترام، و توانایی در تعیین اقدامات برای وقوعات خشونت مبتنی برجنس میباشد.

از باعث مهم بودن برنامه چند سکتوری و حمایتی خشونت مبتنی برجنس، افسران صحت باروری و مسوولین برنامه باید بصورت فعال در پروسه شناسایی نقش ها و مسوولیت ها و حمایت میان سکتور ها جهت جلوگیری و پاسخدهی به خشونت مبتنی برجنس اشتراک نمایند. نتیجه چنین پروسه ها بعضاً راجع میگردد به مراحل استندرد اجرایی برای خشونت مبتنی برجنس. موافقت بالای مراحل استندرد اجرایی باید یک مرحله حمایتی بوده که در جریان مشوره دهی با علاقه مندان مهم و شرکای اصلی در چنین انتظامات اجرا گردد.

زمانیکه تمام سکتور های یک نقش برای جلوگیری و پاسخدهی به خشونت مبتنی برجنس دارند، بطور حد اقل، این مرحله شامل نماینده گانی از صحت، بخش اجتماعی- روانی، امنیت/محافظتی و حقوقی/عدلی (موسسات ملل متحد، موسسات ملی و بین المللی غیر حکومتی، موسسات اجتماعی و اشخاص ذیصلاح حکومتی) را در بر داشته باشد.

پاسخ های سایر سکتور ها (معارف، غذا و تغذی، اداره کمپ، آب و بهداشت) در انکشاف دهی چنین مراحل اشتراک ساخته شوند.

میان مدل چند سکتوری، مسوولیت سکتور صحت شامل: عرضه خدمات صحتی و نیازمندی های اجتماعی- روانی برای بازمانده گان تجاوز جنسی، ختنه زنان، یا سایر اشکال خشونت مبتنی برجنس، جمع آوری شواهد عدلی جایکه مناسب باشد، رجعتدهی بازمانده گان برای دریافت حمایت صحتی و اجتماعی-روانی بیشتر، ارایه شواهد در واقعات که بازمانده گان اقدامات حقوقی را مطالبه نمایند و افزایش آگاهی در مورد خشونت مبتنی برجنس.

3.2 ارزیابی نیازها

ملاحظات خشونت مبتنی برجنس در ارزیابی نیازمندی ها برای برنامه ریزی خدمات جامع صحت باروری مدغم نمایند. در داخل چهارچوکات چند سکتوری، افسران صحت باروری و مسوولین برنامه که بخش سکتور صحت میباشند که باید با سایر سکتورهای دخیل در برنامه خشونت مبتنی برجنس کمک نموده تا معلومات آتی جمع آوری گردد:

در سطح جامعه:

- سطح آگاهی در مورد عواقب صحتی خشونت مبتنی برجنس در چی زمان و در کجا دسترسی به خدمات صحتی مربوطه قابل دسترسی است.

در سطح برنامه:

- همکاران ملی و بین المللی که در مورد خشونت مبتنی برجنس مصروف کار اند
- موجودیت مراحل اجرایی در سطح ملی، چند سکتوری و میان سکتورها، پروتوکول، عملکردها و فارم های راپوردهی
- موقعیت و نوع عرضه خدمات برای بازمانده گان خشونت مبتنی برجنس (صحتی، حمایت جامعه، اجتماعی، روانی، حقوقی)
- افزایش استانداردهای اخلاقی و مصونیتی در خدمات صحتی (مصونیت، حریم خصوصی، حریمیت، احترام)
- نیازمندی های آموزشی کارکنان برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان مراقبت های صحتی
- نوع و تعداد واقعات خشونت مبتنی برجنس راپور داده شده به خدمات صحتی

بصورت کل قبول گردیده است که خشونت مبتنی برجنس بطور خاص خشونت های جنسی، در سرتاسر جهان کمتر راپور داده شده است. بازمانده گان حراس احتمالی از عواقب مضره اجتماعی، روانی، عدلی در صورت افشا شدن این واقعه در واقعات غیر ثابت، نا امن، از بین رفتن استقلال، نقض قانون و اختلال گسترده از سیستم های حمایتی فامیلی و جامعه، دارند. ارقام قابل دسترسی، در هر نوع تنظیمات، در مورد راپوردهی خشونت مبتنی برجنس از منابع پولیس، عدلی، صحتی و یا سایر منابع که نماینده از بخش کوچک از تعداد واقعات خشونت مبتنی برجنس مینماید.

هرگونه تحقیق در مورد خشونت جنسی و سایر اشکال خشونت مبتنی برجنس باید طوری طرح و اجرا گردد که از حالات موجوده درک کامل داشته و استفاده از معلومات را مورد ملاحظه قرار داده که چگونه، با کی و به چی هدف در مورد بحث نمود و کی از آن مفاد خواهد برد. موضوعات اخلاقی و مصونیتی در تمامی حالات مدنظر بوده و بخصوص زمان جمع آوری، تحلیل و راپوردهی معلومات خشونت مبتنی برجنس (بکس 31 ملاحظه گردد).

در سطح ملی:

- پروتوکول های ملی مربوط به مراقبت های طبی و رجعتی خشونت مبتنی برجنس
- قوانین ملی در رابط به خشونت مبتنی برجنس: انواع ذکر شده خشونت مبتنی برجنس (بگونه مثال، ختنه زنان، ازدواج اجباری، جرایم ناموسی، تحقیر جنسی، سوء استفاده جنسی از اطفال، اجبار به بدکاره گی)
- تعریف حقوقی از تجاوز جنسی. سن قانون رضایت برای فعالیت های جنسی. آیا برای پسران و دختران متفاوت است؟
- قوانین ملی در جهت خاتمه دادن حمل در نتیجه تجاوز جنسی
- قوانین راپوردهی اجباری برای واقعات سوء استفاده جنسی و تحقیر جنسی
- کدر های عرضه کننده خدمات صحت که صلاحیت جمع آوری شواهد عدلی و طیف معلومات عدلی در محکمه را داشته باشند.
- پلان پالیسی های ملی خشونت مبتنی برجنس. کدام نوع از خشونت مبتنی برجنس هدف پلان است؟

3.3 خدمات صحت باروری برای بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس

آفسران صحت باروری و مسوولین صحت باروری باید اطمینان داشته باشند که عرضه کننده گان آموزش دیده و دارای شایستگی، محریمیت و توانایی های مراقبت های کلینیکی را برای بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس داشته و مواد کافی در این زمینه دارند.

برای معلومات بیشتر بکس 32 ملاحظه گردد.

بکس 31: پیشنهادات اخلاقی، مصونیت و میتودولوژیک برای درج نمودن و شریک ساختن معلومات واقعات خشونت مبتنی بر جنس راپور داده شده به خدمات صحت باروری

هنگام ثبت و درج نمودن معلومات:

- خدمات اساسی و حمایتی برای بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس باید قبل از آغاز هر فعالیت که افشاء کردن معلومات افراد را در مورد تجربیات شان از خشونت مبتنی بر جنس شامل باشد قابل دسترس باشد.
- مصونیت و امنیت عرضه کننده خدمات که در جمع آوری معلومات برای خشونت مبتنی بر جنس دخیل اند یک موضوع تحت نگرانی بوده و در تنظیمات بشری به طور اخص باید بصورت دایمی نظارت گردد.
- محریمیت افراد که معلومات را در رابطه به خشونت مبتنی بر جنس ارائه میدارند باید در تمام اوقات حفاظت گردیده و قبلاً باید رضایت آگاهانه را در مورد معلومات شان درج نموده باشند.
- عرضه کننده خدمات صحت باروری برای بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس باید بصورت دقیق انتخاب گردیده و آموزش های اختصاصی و کامل را دریافت نمایند.
- محافظت اضافی باید براه انداخته شود هرگاه اطفال (کمتر از 18 سال) دخیل باشند.

هنگام اشتراک کردن ارقام:

- شنونده گان را بخاطر داشته و استفاده احتمالی از ارقام و ارایه رهنمود ها برای تفسیر ارقام.
- ارایه محتویات برای تمام ارقام داده شده، هرگاه دانسته شود، و مصون باشد، تهیه معلومات از کمپ/کلینیک/ ولسوالی از جایکه واقعات راپور داده شده اند. مشخص باشد، مثلاً " واقعات راپور داده شده از مراکز صحت".
- تنها توضیحات جامع و مشرح از واقعه را در صورت که ارتباطی با بازمانده گان انفرادی (ارقام مشخص، موقعیت، معلومات در مورد قربانی فاجعه، نژاد، سن، جنس، یافته های طبی، تنها زمانی شامل گردند که مصون باشد) نداشته باشد شریک سازید.
- ارایه معلومات اضافی که ممکن است برای ایجاد تغییرات در تعداد واقعات راپور داده شده از راپور های قبلی کمک کننده باشد. بگونه مثال، خدمات بیشتر قابل دسترس، مبارزات معلومات عامه، صعود حملات خشونت. در صورت امکان، معلومات در مورد زمان وقوع حادثه باید جمع آوری شده و معلومات راپور داده شده باید با تعداد شان جمع آوری گردد.

اقتباس از: پیشنهادات اخلاقی و مصونیت سازمان صحتی جهان برای تحقیق، ثبت و درج، نظارت خشونت های جنسی در واقعات عاجل و توقف فعلی تجاوز جنسی. اقدام ملل متحد علیه خشونت جنسی در بحران، راپوردهی و تفسیر ارقام در خشونت جنسی از ممالک متأثر شده از بحران، " اجرا کردن و اجرا نکردن".

بکس 32: خشونت مبتنی بر جنس: بعضی تعریفات

خشونت جنسی

هر عمل جنسی، کوشش جهت بدست آوردن یک عمل جنسی، ارتکاب عمل جنسی ناخواسته، یا اعمال قاچاق جنسیت یک فرد، استفاده جبر، تهدید ضرر یا فشار فزینی، توسط هر فردی بدون در نظر داشت روابط با بازمانده، در هر حالتی، شامل مگر نه محدود به منزل و کار، خشونت جنسی محسوب میگردد.

خشونت جنسی شامل:

تجاوز / کوشش به تجاوز جنسی

تجاوز جنسی عبارت از یک عمل مقاربت جنسی بدون رضایت میباشد. این میتواند شامل تهاجم هر عضو از بدن با یک ارگان جنسی و یا تهاجم مهبل یا مقعد بشکل بازکردن با یک اله یا عضو از بدن. تجاوز یا کوشش به تجاوز جنسی شامل استفاده زور، تهدید و فشار و جبر میباشد. کوشش جهت تجاوز جنسی به کسی که باعث نفوذ آله تناسلی نگردد کوشش به تجاوز جنسی ملاحظه میگردد.

سوء استفاده جنسی

دخول فزیک و واقعی یا تهدید آمیز یک طبیعت جنسی، با استفاده از فشار یا تحت حالت غیر متجانس و اجبار.

بهره برداری جنسی

هر گونه سوء استفاده واقعی با کوشش به آن در یک موقعیت آسیب پذیری، تفاوت قوت و قدرت یا اعتماد به جهت استفاده جنسی، شامل مگر نه محدود به منفعت مالی، اجتماعی، یا سیاسی از بهره برداری جنسی دیگران.

خشونت های فامیلی (طوری که راجع شده منحنی خشونت شریک صمیمی)

خشونت فامیلی میان شرکای صمیمی (همسران، رفیق دختر / رفیق پسر) بوقوع رسیده و همچنان میان اعضا فامیلی (خشو، عروس). خشونت های فامیلی ممکن شامل سوء استفاده جنسی، فزیک یا روانی باشد. سایر اصطلاحات استفاده شده در خشونت فامیلی که توسط یک شریک صمیمی ایجاد شده میتواند شامل " سوء استفاده همسر " و " لت و کوب زن ".

ختنه زنان

ختنه زنان در برگزیده تمام مراحل دورکردن قسمی یا تام اعضای تناسلی زنانه یا سایر جروحات به اعضای جنسی زنانه برای دلایل غیرطبی میباشد. این عملکردها بعضاً راجع میگردند به "ختنه زنان یا قطع اعضای تناسلی زنانه".

ازدواج قبل از وقت اجباری

وقتی واقع میگردد که والدین یا سایرین بطور اجبار یک خورد سن را به کسی دیگر به ازدواج بدهند. فشار ممکن است با ایجاد زور یا هدایت دهی برای عقد ازدواج بوده و ممکن برای اخذ جهیزیه یا دلایل دیگر باشد. ازدواج اجباری یک شکلی از خشونت مبتنی برجنس است زیرا فرد خورد سن اجازه ندارد یا بطور کافی کامل نیست تا تصمیم آگاهانه اخذ نماید.

اقتباس از: رهنمود ها برای خشونت مبتنی برجنس در مداخلات تنظیمات بشری: توجه به جلوگیری و پاسخدهی به خشونت های جنسی در واقعات عاجل، کمیته بین سازمانی، 2005 و رهنمود وسایل خشونت مبتنی برجنس برای ارزیابی، طرح، نظارت و بررسی برنامه در تنظیمات متأثر شده از بحران، 2004.

تجاوز جنسی

تجاوز جنسی بصورت کل اکثرأ کمتر راپور داده میشود یا راپور داده نمی شود بشمول تنظیمات بشری. بآنهم عرضه کننده گان خدمات صحت باروری باید در تمام حالات آماده برای عرضه خدمات برای بازمانده گان تجاوز جنسی از آغاز پاسخدهی بشری باشند. جلوگیری و پاسخ به خشونت های جنسی بخشی از مجموعه حداقل خدمات اساسی میباشد. برای معلومات بیشتر در مورد تدای کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز جنسی، فصل 2، پاراگراف 3.2.3 ملاحظه گردد.

خشونت فامیلی / شریک صمیمی

در یک مطالعه سازمان صحتی جهان در مورد صحت خانم ها و خشونت فامیلی دریافت گردید که میان 15 تا 71 % خانم راپور خشونت فزیک و جنسی را توسط شوهر یا همسر داده اند، میان 4 تا 12 % از خانم ها راپور سوء استفاده فزیک را در جریان حمل، فالچاق زنان و دختران برای کار اجباری و عمل جنسی وسیعاً گروپهای آسیب پذیر را متأثر ساخته و اضافه از یک در هر پنج خانم و یک در هر ده مرد از سوء استفاده جنسی در هنگام طفولیت داده اند.

عرضه کننده گان صحت باروری میتواند یک نقش اساسی را برای دریافت، رجعتدهی و مراقبت برای خانم های که با خشونت زیست دارند میباشد. خانم مسدوم اکثرأ مراقبت های صحتی را جستجو مینماید، حتی زمانیکه وضع خشونت را افشا نکرده باشند. بنأ مداخلات

که توسط عرضه کننده گان صحت باروری صورت میگیرد احتمالاً باعث کاهش تأثیرات کوتاه مدت و طول مدت خشونت مبتنی بر جنس بالایی خانم ها و فامیل های شان دارد. با هماهنگی با همکاران صحتی اطمینان گردد که:

- تمام کلینیک ها و کارکنان برای از موضوعا خشونت مبتنی بر جنس آگاهی داشته باشند.
- تمام کارکنان باید چهار اصل رهنمودی را دانسته و تطبیق نمایند، مصونیت، احترام، حریمیت و عدم تبعیض.
- پوستر ها و پیغام های معلوماتی که خشونت ها را تقبیح نموده و معلومات برای حمایت از این گروه ها را نمایش دهد.

آموزش تمام عرضه کننده گان صحت باروری جهت درک علایم خشونت فامیلی و چگونه میتوان احترام به فرد مشکوک یا راپور داده شده از سوء استفاده نمود شامل:

- هرگاه به سوء استفاده مشکوک شدید (هرگاه عرضه کننده علایم زخم یا سایر جروجات توضیح نشده را ملاحظه نماید)، عرضه کننده گان ممکن است معلومات بیشتر را در یک وضعیت خصوصی، مراقبتی، و بدون قضاوت تحقیق و جستجو کرد، بگونه مثال: آیا همسر یا کسی دیگر که برایت مهم است شما را آسیب فیزیکی یا ضرر رسانده است (مثل لگد زدن، لگد زدن یا سوختاندن)؟ یا "آیا از همسر تان میترسید؟"
- تأمین حریمیت زیرا ممکن است بازمانده و یا آقاریش هدف آسیب یا ضرر بیشتر قرار داشته باشند. مطمئن باشید که بازمانده یک محل مصون برای برگشت به منزل دارد. هرگاه خانم به تجاوز کننده دوباره برگردد ممکن انتقام گیری واقع گردیده، بخصوص که تجاوزکننده دریابد که در از موضوع راپور دهی صورت گرفته باشد. با وی کمک کنید تا وضعیت اش را ارزیابی نماید: "آیا شما و یا اطفال تان در خطر جدی و آنی قرار دارید؟" "آیا با رفتن به خانه خود را مصون احساس مینمایید؟" "آیا شما بکدام کمک برای وضعیت منزل تان نیاز دارید؟"
- معلومات و رجعت دهی را برای مشوره های عدلی / حقوقی، اجتماعی یا سایر خدمات راجع سازید. خانم را کمک کنید تا منابع کمک کننده یا حمایتی را شناسایی نماید مانند، فامیل و رفقا، گروههای محلی خانمها، پناه گاه ها و خدمات حقوقی. واضیح سازید که بازمانده تنها نیست.
- بازمانده را برای خدمات بعد از تجاوز یا سایر تداوی های طبی در صورت نیاز راجع سازید.

ختنه زنان/ قطع اله تناسلی زنان

تخمیناً 100 تا 140 میلیون دختر و خانم بعضی اشکال ختنه زنان تحمیل گردیده و 2 میلیون دختر در خطر معروض شدن به چنین عملکرد ها در این سال قرار دارند. اکثریت این دختران و خانم ها که در قسمت تحت صحرائ افریقا زیست دارند، و حتی بعضی دیگر در شرق میانه، آسیا و سایر مناطق زنده گی مینمایند. افسران صحت باروری و مسوولین برنامه باید از ختنه زنان و عواقب صحتی مربوط به آن آگاهی داشته که ممکن است در میان نفوس که در آن کار میکند بملاحظه برسد.

ختنه زنان طور ذیل تقسیمبندی گردیده است:

- 1: تایپ 1: قطع جلد کلیتوریس با یا بدون قطع قسمی یا کامل کلیتوریس.
- 2: تایپ 2: قطع کلیتوریس با قطع قسمی یا کامل لبه کوچک.
- 3: تایپ 3: قطع قسمی یا کامل اعضای تناسلی خارجی و خیاطیه / تنگ شدن فوهه مهبل (دهلیز). تقریباً 15% از خانم ها و دختران که معروض به ختنه شده اند از این تایپ میباشند.
- 4: تایپ 4: تقسیمبندی نشده. این تایپ شامل خراشیدن، سوراخ کردن یا قطع کلیتوریس و/یا لبه، سوختاندن کلیتوریس، پاره کردن راه دخولی مهبل یا قطع مهبل، و یا سایر عملیه های تطبیق شده بالای اعضای تناسلی زنانه با دلایل غیر طبی.

عواقب صحی

دختران و خانم های که متحمل اشکال شدید ختنه زنان شده اند بخصوص آنانیکه متقبل اختلاطات جدی و طویل المدت گردیده اند. بعضی از تاثیرات آنی، بعضی ها سالها بعد ظاهر میگردند. اسناد و مطالعات قابل دست است در مورد طبیعت اختلاطات فزیکي آن بوده مگر مطالعات کمتر در مورد تاثیرات جنسی یا روانی ختنه زنان یا در مورد تکرار اختلاطات در زمینه موجود است. میزان مرگ دختران و خانم که متحمل ختنه زنان شده اند معلوم نیست.

اختلاطات آنی شامل: خونریزی (یکی از اختلاطات بسیار عام)، شاک، انتانات شامل تیتانوس، اچ ای وی، تقبص ادرار، جروحات اعضای مجاور، مانند احلیل، مهبل، یا رکت، فستولا.

اختلاطات طویل المدت شامل: خونریزی بعد از دوباره دهلیز سازی (باز کردن مهبل جهت اجازه مقاربت جنسی و ولادت)، مشکلات عادت ماهوار، مشکلات در عبور ادرار، انتانات مکرر طرق بولی، عدم اقتدار، انتانات مزمن حوصلی که باعث سقط یا عقامت، آبی های و سیست های جدی، افزایش خطر سرایت اچ ای وی و سایر انتانات انتقالی مقاربتی، کاهش حساسیت جنسی، و مقاربت جنسی دردناک.

مشکلات هنگام حمل و ولادت میان خانم های که متحمل ختنه تایپ 3 شده اند عام میباشد، از باعث سختی و انسداد انساج قرحوی. ولادت طویل یا انسدادی، اسفکسی جنین، پاره گی خانم، خونریزی، فستول و انتانات ممکن باعث گردد.

ترضیضات روانی از عملیه ممکن یک ترضیض احساساتی برای تمام زنده گی داشته و باعث کاهش اعتماد به مراقبت دهنده گان شود. تاثیر فزیکي و روانی ختنه زنان ممکن است باعث ایجاد مشکلات در روابط جنسی را بار آورد.

مهم است تا بخاطر داشت که تمام خانم های که متحمل ختنه زنان گردیده اند مشکلات صحی خاصی را ایجاد نخواهد کرد. به عبارت دیگر، ممکن است خانم از مشکلات صحی که متحمل شده است نمیداند که از نتیجه ختنه زنان بمیان آمده است.

مراقبت کلینیک

عرضه کننده گان صحت باروری باید قادر مصاحبه و اجرای معاینات فزیکي خانم که متحمل ختنه زنان شده اند باشند، باید موضوع را درک نموده، معلومات و مشوره دهی، حمایت، تداوی و/یا رجعت دهی برای تداوی بیشتر اختلاطات ختنه زنان بطریقه محرمانه، شخصی و بدون قضاوت.

در جاهاییکه تایپ 3 ختنه زنان عام باشد، مسولین برنامه صحت باروری باید اطمینان داشته باشد عرضه کننده گان صحت باروری برای باز نمودن دهلیز مهبل در زمان استطب آن آموزش دیده باشد یا بدانند که چی وقت و به کجا برای اجرای این علیه راجع گردند.

اجرای ختنه زنان از طریق طبی – وارد کردن خساره توسط افراد مسلکی طبی به یک عضو صحتمند برای دلایل غیر معالجویی- یک قدم غیر رهنمایی شده و غیر اخلاقیست که در اجرای ختنه زنان منحیت یک اصل بی انصافی و ظلم ناکام مانده شمرده میشود.

تنظیم خانواده برای خانم ها و دختران متحمل شده به ختنه زنان مانند سایر مراجعین مناسب میباشد (فصل 5: تنیم خانواده ملاحظه گردد). خانم هایکه متحمل کوچک شدن مهبل گردیده اند ممکن است در جریان تطبیق روشهای داخل نمودن اله داخل مهبل، کاندم زنانه و حلقه مهبل مشکلات داشته باشند. از آنجاییکه خانم هایکه متحمل ختنه زنان گردیده اند مساعد به انتانات طرق تناسلی، یک آله داخل رحمی باید به دقت کامل داخل گردیده تطبیق گردد.

عرضه کننده گان صحت باروری که وظایف قابلیت داشته و در مورد ارزیابی و تداوی خانم با اختلاطات از باعث ختنه زنان مطمین گردند مانند، حمل، ولادت، و مرحله بعد از ولادت (برای معلومات بیشتر فصل 6 ملاحظه گردد: صحت مادر و نوزاد).

وقایع

در جاهایی که ختنه زنان وسیعاً اجرا می‌گردد، توسط مردان و زنان حمایت می‌گردد و منحصراً یک عرف اجتماعی، توسط پادشاهان و مجازات پیروی می‌گردد. این عملکرد اکثراً توسط عقاید مذهبی و بلوغ خانمها، و توانمندی جنسی و ضروری برای ازدواج می‌گردد. بناً مسوول برنامه صحت باروری باید با همکاری نزدیک با علاقه‌مندان محلی، بخصوص موسسات غیر حکومتی خانمها و همچنان موسسات مسلکی، به هدف تصامیم مشترک با جامعه جهت منع این عملیه. تنظیم مباحثات و اشتراک دادن معلومات در جامعه به هدف توانمندی، احترام برای دختران و خانمها و حل مشکلات، ارایه معلومات در مورد وظایف اعضای زنانه، عواقب مضر عملیه ختنه و مفاد منع اجرای آن. مراقبت برای زنان متحمل شده به ختنه زنان باید شامل برنامه گردد.

ازدواج قبل از وقت اجباری

جاییکه ازدواج‌های قبل از وقت عام است، اطمینان گردد که عرضه‌کننده گان صحت باروری از خطرات صحت باروری نوجوانان بشمول اختلالات مربوط به حمل، مانند حمل انسدادی و انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی آگاهی داشته باشند. عرضه‌کننده صحت باروری باید آموزش‌های مناسب مشوره دهی برای نوجوانان و بدانند که چگونه ازدواج‌های قبل از وقت باعث افزایش مرگ دختران و مانع اشتراک وی در مکتب می‌گردد. معلومات ارایه شده در اولین تماس با دختر جوان ازدواج شده در حالت بحرانی قرار دارد زیرا ممکن وی دسترسی به خدمات صحت باروری بصورت مکرر نداشته باشد. برای معلومات بیشتر فصل 4 ملاحظه گردد: صحت باروری نوجوانان.

3.4 حمایت اجتماعی - روانی

نوت: این فصل از رهنمودهای برای مداخلات خشونت مبتنی بر جنس در تنظیمات بشری اقتباس گردیده، صفحه عملکرد 8.3 کمیته بین‌السامانی، 2005.

بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس ممکن است طیف وسیع از عواقب روانی را تجربه نمایند مانند، خفه گی و افسرده گی، مقصر دانستن خودی، تشویشات جسمی و افسرده گی، تحول حالت، قهر و پرابلم‌های مربوط به تشویش (بیخوابی، ترس، فشار، ترس از "دیوانه شدن"). برای تعداد زیادی از بازمانده گان، این تجارب پاسخ‌های نارمل روانی بمقابل ترضیض میباشند. بخصوص با حمایت اجتماعی و احساسات، بسیاری از بازمانده گان آموخته اند تا با این چنین حالات مجادله نموده و به مرور زمان تشویش‌شان کاهش یابد.

عواقب اجتماعی نیز موجود است. بسیاری از جوامع بازمانده خشونت‌های جنسی را مقصر میدانند. نام بدی اجتماعی، منزوی ساختن و رد نمودن اجتماعی بشمول شوهران و فامیل‌ها، اکثراً احیای مجدد احساسات مشکل بوده زیرا برگشت به فعالیتهای روزمره و حمایت اجتماعی مشکل میباشند.

از هماهنگی کامل میان خدمات حمایتی اجتماعی- روانی اطمینان گردد. حمایت‌های اجتماعی- روانی باید از بار نخست روبرو شدن با بازمانده آغاز گردد. عرضه‌کننده گان در تمام خدمات صحتی و جامعه باید آموزش دیده تا حمایت‌های احساساتی را شنیده و عرضه بدارد و با موافقت بازمانده مطابق به نیاز وی برایش معلومات ارایه داشته و رجعت گردد.

در بسیار از فرهنگها، حمایت فامیل و رفقاء یک فکتور اساسی برای غالب شدن به ترضیضات خشونت‌ها میباشند. عرضه‌کننده گان باید اشتراک و ادغام بازمانده گان را در فعالیتهای مبتنی در جامعه سهولت بخشیده که میتواند مناسب باشد با:

- شناسایی و آموزش منابع مناسب موجود در جامعه مانند: دایه‌های محلی، قابله‌ها، گروههای خانمها، رهبران مذهبی و برنامه‌های خدمات اجتماعی.
- انکشاف گروه‌های حمایتی خانمها. (در بعضی حالات ممکن است تا گروههای حمایتی را که مخصوص برای بازمانده گان خشونت‌های جنسی و فامیل‌های‌شان طرح شده باشند. مراقبت جدی اتخاذ گردد تا از بدنامی اجتماعی با نامبردن یک گروه خاص مردم افزایش ندهد).

- ایجاد مراکز مخصوص برای بازمانده گان جایکه بتوانند خدمات محرم و مهربان را دریافت نمایند.
- تهیه حمایت مواد در صورت نیاز از طریق خدمات صحتی و سایر خدمات اجتماعی
- تشویق جهت استفاده منابع مناسب عنعنوی. در صورت امکان، همکاری با روحانیون که میتوانند مراسم خاص پاکسازی یا دعا برای بازمانده گان تجاوز جنسی را اجرا مینمایند. تعدادی از این عملکردها میتواند شدیداً مفید واقع گردد، و اطمینان گردد که باعث مقصر دانستن بازمانده نگردیده یا موجب آسیب بیشتر بازمانده نگردد.

این فعالیت ها باید از نظر فرهنگی مناسب بوده و باید بعد از مشوره دهی با اعضای جامعه انکشاف داده شود. آنها نیاز به معاونت دوامدار مالی و لوژستیک داشته و در صورت امکان نیاز به آموزش و ارزیابی نیز دارند.

حمایت های اجتماعی- روانی همچنان نیاز است برای بازمانده گان ختنه زنان و برای خانم های که مجبور به ازدواج قبل از وقت شده اند. موسسات عرضه کننده چنین معاونت ها باید مطابقت داشته باشند زیرا ختنه زنان و ازدواج قبل از وقت از نظر اجتماعی تحریم گردیده و مردم ممکن است خود را منحصیث بازمانده تلقی نکنند.

4 حقوق بشرو ملاحظات حقوقی

خشونت مبتنی برجنسدر خلاف تعداد زیادی از حقوق اساسی بشری بوده و میتواند مانع از درک حقوق بشری و آزادی بنیادی گردد. یک تعدادی از اصول حقوق بشری شامل عناصر متفاوت از حقوق بشر بین المللی منحصیث محافظت کننده از خشونت مبتنی بر جنسدر میگردد. اینها شامل حقوق برای:

- زنده گی، آزادی و امنیت فرد- این حق زمانی تهدید میگردد که یک فرد مورد تجاوز جنسی یا متحمل ختنه زنان گردد.
- بلندترین استندرد قابل بدست آوردن صحت فیزیکی و روانی- این حق ممکن است محدود گردد که محروم از دسترسی به خدمات صحتی مناسب به تعقیب تجاوز جنسی شود.
- آزادی از شکنجه یا ظلم، رفتار یا مجازات غیر انسانی یا تحقیر کننده – ختنه زنان، تجاوز جنسی، اشکال شدید خشونت های فامیلی، عقیم سازی اجباری و سقط به جبر، همچنان انکار از دسترسی به خدمات سقط مصون به خانم که حمل دارند در نتیجه تجاوز جنسی و خشونت علیه قاچاق انسان، میتواند موجب شکنجه یا ظلم رفتار و مجازات غیر انسانی و تحقیر آمیز گردد.
- آزاد بودن از تمام اشکال تبعیض – این حق ممکن محدود گردد جایکه قوانین در حفاظت زنان و دختران از خشونت مبتنی بر جنسدر ناکام مانده و/ یا جایکه آنان باید همراهی شوند توسط شوهر یا پدر جهت دریافت خدمات طبی بعد از تجاوز جنسی. تمام اشکال خشونت علیه زنان تظاهر از تبعیض مقابل آنان میباشد.
- ازدواج کردن با آزادی و رضایت کامل و قبول حقوق مساوی به ازدواج، هنگام ازدواج و فسخ آن – ازدواج اجباری رد این حق شمرده میشود.
- آزادی حرکت، نظریه، اظهار و اشتراک – اینها محدود میگردد زمانی که یک فرد قاچاق گردد یا با جبر محدود یا زندانی شده یا توسط شوهر یا والدین دسترسی از خدمات صحتی یا سایر خدمات محروم گردد.

دختران بطور اخص در خطر خشونت مبتنی بر جنسدر از باعث جنسیت شان، و سن جوان شان قرار میگیرند. منشور حقوق بشری و حالت اطفال که اطفال حق محافظت از تمام اشکال خشونت های فیزیکی و روانی بشکل سوء استفاده جنسی داشته، چه این سوء استفاده در فامیل یا موسسات واقع گردد یا از باعث سوء استفاده تنظیم شده باشد. اطفال همچنان حق دارند تا از عملکردهای مضر مانند ختنه زنان محافظت گردد.

بازمانده گان خشونت مبتنی برجنسدر دارای حق جستجو تداوی های طبی را بدون تحمل نیاز های اجرایی میباشند. بناً جلوگیری بازمانده گان باز دسترسی و دریافت تداوی طبی توسط لزوم تقدیم تصدیقنامه ازدواج، صلاحیت شوهر یا دوسیه راپور پولیس رد این حق است. جایکه نوجوانان دخیل باشند، دولت باید اطمینان از عرضه خدمات عدلی برای امکانیت تداوی طبی را بدون رضایت والدین برای نوجوانان محیا سازد.

تمام موسسات باید مدافع تصویب و یا اجرای قوانین ملی علیه خشونت مبتنی بر جنس در مطابقت با موازین حقوق بین المللی شامل تعقیب عدلی متجاوزین و متخلفین و تطبیق اقدامات عدلی جهت محافظت و حمایت از بازمانده گان باشند.

4.1 مشکلات و فرصت ها

ممکن است مسوولین برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات زمان عرضه خدمات برای بازمانده گان خشونت مبتنی بر جنس مواجه به مشکلات شود. ممکن است دریابند که توانایی شان در مورد عرضه خدمات توسط قوانین ملی یا اجتماعی یا نورمهای فرهنگی محدود شده است. بگونه ملی:

- در بعضی از جوامع، دختران و خانمها توسط فامیل و یا متنفذین به اجبار با کسانی که مرتکب خشونت های جنسی شده اند به ازدواج داده میشوند که این عمل معمول میباشد.
- در جوامع که بکارت خانم در زمان ازدواج بسیار مهم پنداشته میشود، فامیل بازمانده ممکن از عرضه کننده گان خدمات درخواست نمایند تا معاینه بکارت را اجرا نماید.
- هرگاه محرمیت مریض سازش شده، خدمات عرضه شده به بازمانده میتواند در خطر انتقام و تداوم خشونت قرار گیرد.
- یک عرضه کننده خدمات ممکن است مظنون شده یا بداند که کسی که مرتکب خشونت شده است یکی از نزدیکان یا خویشانان است که مصونیت فرد بازمانده تضمین گردیده نمیتواند.

اصول رهنمودی

مسوولین برنامه صحت باروری و عرضه کننده گان خدمات در صورت مواجه شدن به اوضاع مشابه باید مصونیت مراجعین اولویت داده شود، علاوه بر مصونیت خودشان و همکاران شان. سایر اصول عبارتند از احترام گذاشتن به خواهشات مراجعین، تامین عدم تبعیض و تضمین از محرمیت. این اصول باید در هنگام کمک به گروههای اقلیت نیز تحت ملاحظه قرار گیرد.

بعداً آنها ممکن است:

- صحبت کردن با سوپر وایزر شان
- مباحثه در مورد روشهای تنظیم خانواده با مراجعین.
- مباحثه در مورد راه های پشتیبانی و حمایت از استراتژی ها در میان سازمانها و ساختار کلنیکی
- واضح ساختن ارتباطات با و رجعتدهی با موسسات محلی که ممکن است برای مراجعین کمک کننده باشد.
- هنگامیکه محرمیت مراجعین را مورد احترام قرار دادید، با همکاران بحث گردد تا چگونه میتواند چنین حالات را در آینده برقرار ساخت.
- ابراز چنین نگرانی ها و مشکلات در جلسات هماهنگی صحی

5. نظارت

نظارت و راپوردهی در مورد واقعات خشونت مبتنی بر جنس، شریک سازی معلومات، ثبت و درج واقعات و تحلیل ارقام باید منحصت جزء از مراحل اجرایی استندرد در نظر گرفته شود. جمع آوری و تحلیل معلومات در مورد خشونت مبتنی بر جنس میتواند معلومات قابل ارزش را ارایه نماید مشروط بر اینکه بطور مناسب و دقیق تهیه گردد (بکس 31 ملاحظه گردد).

شاخص های که در سطح مرکز صحی باید جمع آوری گردند:

- تعداد واقعات خشونت جنسی راپور داده شده در مراکز صی (در ماه).
- وقت عرضه مواد عاجل ضد حمل (فیصدی بازمانده گان واجد شرایط تجاوز های جنسی که در جریان 120 ساعت به مرکز صحی حاضر شده و تابلیت های عاجل ضد حمل را دریافت نموده اند).
- وقت عرضه تداوی وقایوی بعد از معروض شدن (فیصدی بازمانده گان واجد شرایط تجاوز های جنسی که در جریان 72 ساعت به مرکز صحی حاضر شده و تداوی وقایوی بعد از معروض شدن را دریافت نموده اند).

شاخص های که سالانه اندازه گیری گردد:

- تعداد کارکنان صحتی آموزش دیده در مورد تداوی کلینیکی بازمانده گان تجاوز های جنسی

6 موضوعات برای مطالعه مزید

اساسی

رهنمود ها برای خشونت مبتنی بر جنس در تنظیمات بشری: توجه به وقایه و پاسخدهی به واقعات عاجل خشونت های جنسی. کمیته

دایمی بین السازمانی http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/default.asp?bodyID=1&publish=0

وسيله منابع خشونت مبتنی بر جنس: مراحل اجراییوی دایمی خشونت مبتنی بر جنس. گروه کاری فرعی در مورد جنس و عملکرد های بشری، می

http://clinicalcare.rhrc.org/docs/gbv_sop_guide_final_may_2008.pdf.2008

تداوی بازمانده گان تجاوز جنسی، انکشاف پروتوکولها برای استفاده با مهاجرین و افراد بیجا شده داخلی. تجدید نظر شده. سازمان صحتی جهان /

کمیشنری عالی سازمان ملل متحد برای مهاجرین، 2004. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/

ختنه زنان: ادغام وقایه و تداوی اختلالات صحتی در نصاب نرسنگ و قابله گی، رهنمود استادان. ژنیو، سازمان صحتی جهان، 2001.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/en/index.html

اضافی

پیشنهادات اخلاقی و مصونیت برای تحقیق، ثبت و نظارت از خشونت های جنسی در واقعات بحرانی و عاجل:

http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

رهنمود ها در مورد صحت روانی و حمایت روانی در واقعات عاجل، 2007

http://www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines_checklist/en/index.html

رهنمود وسایل خشونت مبتنی بر جنس برای ارزیابی و طرح، نظارت و بررسی برنامه در بحرانان و وقایع عاجل. 2004.

http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_tools/manual_toc.html

مطالعات چند کشوری در مورد خشونت فامیلی. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html

رپوردهی و تفسیر ارقام در مورد خشونت جنسی در ممالک بحران زده: www.stoprapenow.org/pdf/UN%20ACTION_Dosand-Donts.pdf



9

فصل نه

انتانات

انتقالی

مقاربتی

محتویات

1 مقدمه

2 اهداف

3 برنامه ریزی

3.1 مجموعه صحت عامه انتانات انتقالی مقاربتی

3.2 ارزیابی نیازمندی ها

3.3 مداخلات در جامعه

3.4 تداوی واقعات انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی باروری

3.5 ادغام خدمات

4 حقوق بشر و موضوعات عدلی

4.1 مشکلات و فرصتها

5 نظارت

6 موضوعات برای مطالعه مزید

بکس 33: اصطلاحات: انتانات انتقالی مقاربتی در مقابل انتانات انتقالی باروری

نه اینکه تمام انتانات انتقالی مقاربتی عبارتند از انتانات انتقالی باروری اند، و نه اینکه تمام انتانات انتقالی باروری، انتانات انتقالی مقاربتی نمی باشند.

انتانات انتقالی مقاربتی به طرق سرایت شان راجع میگردد
از آنجاییکه

- انتانات انتقالی باروری به محلی که انتانات در آن انکشاف میکنند راجع میگردد

انتانات انتقالی باروری یک اصطلاح وسیع بوده که شامل انتانات انتقالی مقاربتی و همچنان سایر انتانات که طرق باروری که از طریق مقاربت جنسی انتقال مینماید شامل میباشد. زیرا انتانات انتقالی مقاربتی در بسیاری از واقعات عواقب شدید صحتی نسبت به انتانات انتقالی طرق باروری دارد، این اصطلاح انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری استفاده شده در این رهنمود تاکید کننده اهمیت و مهم بودن انتانات انتقالی مقاربتی در میان انتانات انتقالی طرق باروری میباشد. زمانیکه معلومات ارائه شده در اسناد صرفاً مربوط به انتانات انتقالی مقاربتی باشد در این صورت صرف اصطلاح انتانات انتقالی مقاربتی استفاده میشود.

انتانات انتقالی مقاربتی باعث بمیان آمدن یک نسبت وسیع از بار جهانی امراض میگردد. سازمان صحتی جهان تخمین نموده است که اضافه از 340 میلیون واقعه جدید چهار نوع انتانات انتقالی مقاربتی قابل تداوی (گونوریا، کلامیدیا، سفلیس و تریکومونازیس) در 1999 واقع شد. هرگاه واقعات ویروسی (غیر قابل تداوی) انتانات انتقالی مقاربتی مانند هیوم پاپیلوما ویروس، هرپس سمپلکس ویروس، هیپاتیت بی و اچ ای وی شامل گردد، تعداد واقعات جدید ممکن است به سه برابر افزایش یابد. میان خانم ها انتانات انتقالی طرق باروری غیر مقاربتی، مانند یست یا بکتریال و جینیتیس، بسیار معمول است.

انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری در سرتاسر جهان دریافت گردیده، مگر سرایت و شیوع (تا چه اندازه عام است) بواسطه فکتورهای اجتماعی و اقتصادی و همچنان بیولوژیکی و سلوکی تحت تاثیر قرار میگردد. بنأ بار انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری بصورت وسیع از یک منطقه تانطقه دیگر و از جامعه تا جامعه دیگر متفاوت میباشد. بگونه مثال:

- انتانات انتقالی مقاربتی مانند سفلیس، گونوریا و شانکروید ممکن است بصورت سریع در جوامع که مختل گردیده اند، یا میان کارگران مهاجر انتشار آن معمولی بوده و جایکه شبکه تجارتي سکس فعال باشد.
- انتانات لئروجینییک (از باعث مراحل و معاینات طبی) در جاهاییکه انتانات انتقالی مقاربتی عام بوده و در صورت که عرضه کننده گان خدمات آموزش ندیده و یا اجرای مصون مراحل صورت نمی گیرد. انتانات بعداز ولادت و بعد از سقط در جاهاییکه خدمات مصون و مراقبت های بعدی آن قابل موجود نباشد.
- انتانات درونی ماننده انتان بیست و بکریال و جینیتیس در تمام جهان عام بوده و توسط فکتور های محیطی، بهداشتی، و هورمونی و سایر فکتور ها تحت تاثیر قرار میگیرند.

ظهور اچ ای وی باعث توجه بیشتر به کنترل انتانات انتقالی مقاربتی نموده است. یک ارتباط قوی و مستحکم میان انتانات انتقالی مقاربتی و انتقال اچ ای وی وجود دارد. موجودیت سایر انتانات انتقالی مقاربتی موجب افزایش خطر اچ ای وی از طریق مقاربت جنسی می گردد.

در تنظیمات بشری خطر انتقال انتانات انتقالی مقاربتی (بشمول اچ ای وی) ممکن است از باعث خشونت، موجودیت کارگران با وظایف دارای مرگ بلند (دریوران موتر های کلان یا ترکر ها، محافظین صلح)، مقاربت جنسی بمقابل پول، الکول، مواد مخدر، فقدان معلومات و دسترسی به کاندوم ها و کثافت نفوس در یک کمپ سرایت انتانات انتقالی مقاربتی را افزایش دهد.

2 اهداف

هدف از این فصل عبارت از کمک به آفسران صحت باروری، کارکنان برنامه و عرضه کننده گان خدمات در تنظیمات بشری به:

- برآورده شدن نیاز های انفرادی افراد منتن به انتانات انتقالی طرق باروری / انتانات انتقالی مقاربتی یا یا کسانیکه در خطر انتانات انتقالی طرق باروری/ انتانات انتقالی مقاربتی
- حمایت از تطبیق موثر روشهای صحت عامه جهت کاهش انتقال انتانات انتقالی مقاربتی

3 برنامه ریزی

3.1 مجموعه صحت عامه انتانات انتقالی مقاربتی

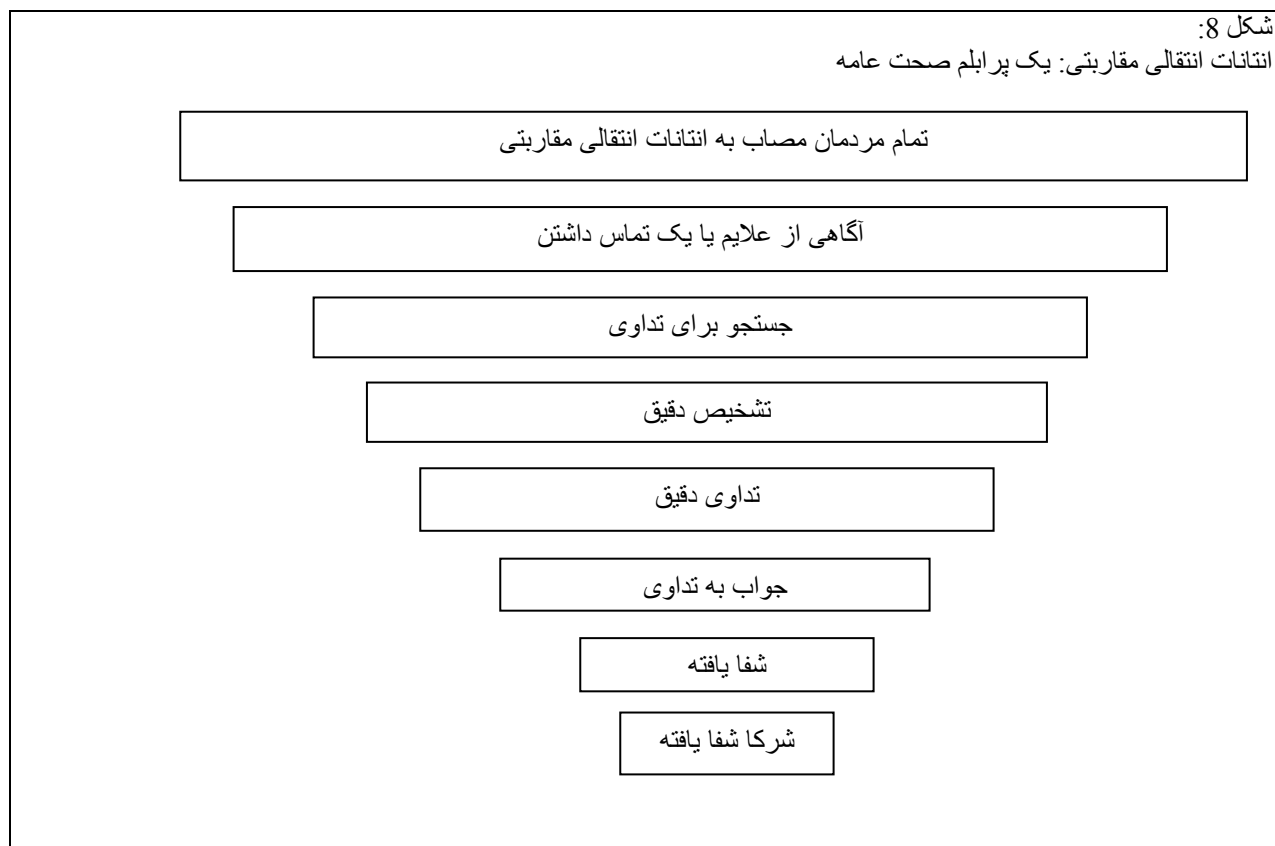
انتانات انتقالی مقاربتی یک مشکل صحت عامه بوده و در بسیار از نقاط جهان مهم میباشد. ناکامی در تشخیص و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی در مراحل ابتدایی ممکن است باعث عواقب جدی و تهدید کننده حیات بشمول عقامت، سقط، ولادت های قبل المعیاد، حمل خارج رحمی، کانسر های مقعدی- مهبل و ولادت های قبل از وقت متوقعه، و همچنان انتانات نوزاد. تعداد زیادی از مشکلات برای عرضه موثر انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری در برابر کسانیکه به آن نیاز دارد موجود است.

شکل 8 نشاندهنده این مشکلات است: : بسیار از مردمان بدون علایم یا ناآگاه از مصاب بودن به انتانات انتقالی مقاربتی (انتانات انتقالی مقاربتی اکثرأ در خانمها بدون علایم میباشد) بوده و بناً برای دریافت مراقبت های مراجعه نمی نمایند. سایر کسانیکه دارای علایم میباشد خودشان خود را تداوی کرده یا از درملتون یا طبیبان محلی تداوی را انتخاب مینمایند.

آنانیکه به کلینیک مراجعه مینمایند ممکن است تشخیص و تداوی مناسب را دریافت نمایند. در اخیر، یک نسبت کوچک از مردم با انتانات انتقالی مقاربتی معالجه شده و از انتان مجدد اجتناب گردد.

شکل 8:

انتانات انتقالی مقاربتی: یک پرابلم صحت عامه



هدف از برنامه ریزی انتانات انتقالی مقاربتی عبارت از کاهش وقوع انتانات انتقالی مقاربتی توسط مختل ساختن سرایت شان، کاهش مدت زمان انتان و جلوگیری از انکشاف اختلاطات مصابین میباشد.

کنترول نمودن انتشار انتانات انتقالی مقاربتی یک مشکل است. برنامه های صحت عامه نه تنها از قابل دسترس بودن، خدمات باکیفیت با عرضه تداوی واقعه جامع انتانات انتقالی مقاربتی، مگر باید فکتور های بیولوژیکی، سلوکی، و کلینیکی را که در سرایت انتانات انتقالی مقاربتی تاثیر نیز تحت ملاحظه قرار دهند.

مجموعه کامل صحت عامه شامل:

در سطح جامعه

- ترویج نمودن عمل جنسی مصون
- برنامه ریزی برای کاندوم
- آگاهی عامه در مورد انتانات انتقالی مقاربتی و تشویق جهت استفاده مقدم از خدمات کلینیکی

در سطح خدمات صحتی

- تداوی مراقبت های جامع انتانات انتقالی مقاربتی در اولین تماس
- خدمات خاص برای نفوس تحت خطر، نوجوانان، افراد که عمل جنسی را برای اخذ پول ارایه مینمایند، نظامیان و زندانیان

ادغام تداوی انتانات انتقالی مقاربتی

- ادغام وقایه، تست و مراقبت های انتانات انتقالی مقاربتی در سایر خدمات

3.2 ارزیابی نیازمندی ها

با آنکه برنامه های انتانات انتقالی مقاربتی بخشی از مجموعه حداقل خدمات اساسی نمیشد، اما این مهم است تا تداوی تمام مریضان با علایم انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری را جزء خدمات روزمره کلینیکی در آغاز پاسخدهی بشری ساخت.

بعد از برقراری مجموعه حداقل خدمات اساسی، ادغام انتانات انتقالی مقاربتی ضرورت به ارزیابی نیاز ها برای برنامه ریزی خدمات جامع صحت باروری جهت طرح مناسب و وقایه، تداوی و کنترول برنامه انتانات انتقالی مقاربتی دارد. افسران صحت باروری باید معلومات ذیلرا جمع آوری کرده البته با هماهنگی با سایر علاقه مندان سکتور صحت:

- شیوع و تایپ انتانات انتقالی مقاربتی در کشور میزبان، منطقه یا ساحه: این معلومات ممکن است از برنامه های انتانات انتقالی مقاربتی ملی و سازمان صحتی جهان قابل دسترس باشد.
- موجودیت گروپهای مواجهه به خطر و موقعیت شان در میان جامعه متضرر شده جاییکه مداخلات باید هدف اولیه قرار داده شده (مثلاً محلی که مقاربت جنسی نامشروع واقع میگردد، میخانه ها). این معلومات میتواند از طریق مصاحبه با معلومات دهنده گان اصلی از جامعه بدست آید.
- عقاید فرهنگی و مذهبی، سلوک و عملکردهای در رابطه به جنسیت، صحت باروری و انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری. این معلومات میتواند از طریق تحقیقات کیفی با استفاده از گروپهای مباحثه متمرکز شده، مصاحبه ها و در صورت امکان سروی های دانش، سلوک و عملکرد ها بدست آید.
- موجودیت یک زنجیر تهیه مواد طبی قابل قبول و متداوم که حمایت کننده تطبیق خدمات انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری باشد.

آفسران صحت باروری باید با قوانین و پالیسی های ملی در رابطه به انتانات انتقالی مقاربتی آشنایی داشته باشد؟

- آیا رهنمودها یا پروتوکول های ملی در رابطه به تداوی انتانات انتقالی مقاربتی موجود است؟ اگر بلی، آیا کدام تفاوت میان پالیسی های ملی و رهنمود های سازمان صحتی جهان موجود است؟
- آیا تمام تداوی مناسب انتانات انتقالی مقاربتی شامل رهنمود تداوی دوايي ملی گردیده است؟ آیا رهنمود های ملی شامل ادویه که ممعد در مقابل انتانات مشخص موثر نمیشد شامل است؟
- آیا کدام پالیسی عرضه خدمات انتانات انتقالی مقاربتی را محدود ساخته است؟
- آیا قوانین یا پالیسی در مورد شناسایی شرکا موجود است؟
- آیا کدام پالیسی ملی در رابطه به برنامه های کنترل انتانات انتقالی مقاربتی موجود است؟

این هم ضروریست تا:

- ارتباط گرفتن با اشخاص با صلاحیت ملی صحتی جهت شناسایی یا انگشاف دادن پروتوکول تداوی سندرومیک انتانات انتقالی مقاربتی
- شناسایی یک زنجیر تهیه مواد طبی قابل اعتماد جهت تامین تداوم تهیه ادویه موثر انتانات انتقالی مقاربتی
- شناسایی افرادی در جامعه متضرر که در رابطه به جلوگیری و کنترل انتانات انتقالی مقاربتی آموزش دیده اند.
- شناسایی محلات مناسب جهت ایجاد خدمات تداوی انتانات انتقالی مقاربتی همچنان سایر خدمات صحت باروری باید در آن ادغام گردد.

3.3 مداخلات در جامعه

روش ها جلوگیری و کنترل انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری در سطح جامعه شامل:

- مبارزات جهت ترویج مقاربت جنسی مصون، شامل استفاده دوامدار کاندوم، داشتن شریک جنسی کمتر و به تعویق انداختن فعالیت های جنسی
- برنامه ریزی کاندوم
- آگاهی عامه در مورد انتانات انتقالی مقاربتی و ترویج استفاده مقدم از خدمات کلینیکی

3.3.1 ترویج مقاربت جنسی مصون

بهترین شیوه جهت جلوگیری از انتانات انتقالی مقاربتی است تا از معروض شده جلوگیری کرده و میتواند که قابل بدست آوردن باشد توسط:

- استفاده درست و مداوم از کاندوم
- کاهش تعداد شرکای جنسی
- حمایت کردن مردمان جوان برای به تعویق انداختن فعالیت جنسی شان

کاندم ها بهترین روش مناسب قابل دسترس مردم جهت محافظت شان یا همسر شان از هرگونه خطر انتانات انتقالی مقاربتی. زمانیکه بصورت درست و دوامدار در هر مقاربت جنسی استفاده گردد، کاندوم ها میتوانند بصورت واضح باعث کاهش خطر حمل و انتانات انتقالی مقاربتی (بشمول اچ ای وی). انتانات انتقالی مقاربتی میتواند با استفاده از کاندوم هم واقع شده میتواند. قرحات آله تناسلی یا زخ ها میتوانند که از طریق تماس قسمتی از عضویت که توسط کاندوم پوشیده نشده باشد انتقال نماید. مردم معمولاً انتانات انتقالی مقاربتی را دریافت میدارند زیرا از کاندوم سوء استفاده نموده یا بطور غیر مداوم از کاندوم استفاده مینمایند. زمانیکه بصورت نادرست ذخیره گردیده

یا استفاده شود، بگونه مثال در بکسک جیبی یا در یک محل گرم یا با استفاده مواد چرب کننده که اساس روغنی داشته باشد، ممکن است کاندنم های مردانه خراب شوند. خرابی کاندنم های اکثرأ از باعث استفاده نادرست آن بمیان می آید نه از باعث نقص در کاندنم

کاندنم های مردانه اکثرأ از لتکس ساخته شده و وسیعأ قابل دسترس بوده که ارزان و بسیار موثر میباشد. از سبب اینکه به آسانی قابل انتقال است بناً محافظت میتواند در هر زمانی قابل دسترس باشد.

کاندنم های زنانه از پولی یوریتان یا پلاستیک نیتریل ساخته شده که محکمتر از لتکس بوده و وسیعأ قابل دسترس بوده که دارای قیمت ارزان میباشد به تناسب زمانیکه بار اول معرفی گردید. این کاندنم ها دارای مزایای دادن کنترل در استفاده آن برای خانم های میدهد.

محدود ساختن شرکای جنسی میتواند باعث کاهش معروض شدن به انتانات انتقالی مقاربتی گردد. مردم در صورت روابط جنسی دوگانه متجانس (هر دو همسر دارای شرکای جنسی دیگر نباشند) در معرض خطر انتانات انتقالی مقاربتی نبوده هرگاه هر دو همسر عاری از انتان باشند. خودداری از عمل جنسی یک طریق دیگر جهت اجتناب از خطر انتانات انتقالی مقاربتی میباشد (باآنکه سایر انتانات انتقالی طرق باروری محتمل است).

تعدادی زیاد مردم نیاز به ستراتیژی های وقایوی نسبت به داشتن یک زوج یا خودداری از عمل جنسی دارند. روابط با یک همسر محافظت را در مقابل انتانات انتقالی مقاربتی نداشته زمانیکه آنها یکی بعد دیگر را بصورت سریع و متوالی موجود باشد. همسران که از هم جدا شده اند برای یک مدت زمان ممکن نیاز به سایر ستراتیژی ها داشته باشند. مردان و زنانیکه وظایف شان شامل سفر (کارکنان مهاجر، عساکر، دریوران موثر های ببری یا ترکرها) احتمال آن موجود است که دارای تعدادی شرکای جنسی متعدد باشند و ممکن است در بازگشت به خانه مصاب به انتانات انتقالی مقاربتی شده باشند. در هر حالتی، مردان و زنان با داشتن شرکای جنسی متعدد (یا در صورتیکه همسران چند شریک جنسی داشته باشد) نیاز به محافظت با اعتبار انتانات انتقالی مقاربتی دارند.

بتعویق انداختن فعالیت جنسی: مردمان جوان، بخصوص نوجوانان، میتوانند از انتانات انتقالی مقاربتی اجتناب نموده و از طریق میتوانند از حمل در زمانیکه در وضعیت آسب پذیری قرارداشته باشند با به تعویق انداختن فعالیت جنسی تا زمانیکه بزرگتر شوند جلوگیری نمود. مردمان جوان باید بدانند که میتوانند معلومات حمایوی و محرمانه در مورد روشهای بشمول استفاده از کاندنم را جهت جلوگیری حمل و انتانات انتقالی مقاربتی دریافت نمایند.

حمایت برای به تعویق انداختن عمل جنسی بسیار مهم برای دختران جوان که ممکن است مواجه به عواقب جدی اجتماعی و صحتی گردند هرگاه حمل بگیرند یا مصاب به انتانات انتقالی مقاربتی شوند. دختران نوجوان بصورت خاص اسبب پذیر برای انتانات عنق رحم که میتواند سبب امراض التهابی حوصلی، عقامت، حمل های خارج رحمی، و در طویل المدت باعث کانسر عنق رحم گردد.

3.3.2 برنامه ریزی کاندنم

کاندنم با کیفیت خوب برای محافظت استفاده کننده و اعتبار برنامه صحت باروری مهم پنداشته میشود. در مارکیت برند های زیادی از کاندنم موجود است. تعدادی از موسسات میتوانند خریداری مقدار های زیاد کاندنم را با کیفیت بلند و قیمت کم تسهیل نموده میتوانند.

جهت تامین از دسترسی کاندنم یک سیستم تدارکات و توزیع باید موجود باشد. کاندنم ها و مورد استفاده شان برای استعمال باید در تمام مراکز صحتی، مراکز توزیع (مانند مراکز توزیع غذا و مواد غیر از غذا)، مراکز جامعه، دوکانها، رستورانها، گروههای جوانان و خانمها و غیره. مباحثه با اولیاء امور و شرکای صحتی که آیا موجودیت کاندنم را بگونه رایگان ادامه داده شود یا خیر بعد از پاسخدهی ابتدایی بشری (فصل 2 ملاحظه شود). معرفی بعضی از اشکال احیا قسمی قیمت (مارکیتینگ اجتماعی) ممکن است در حالاتی تحت ملاحظه قرار داده شود جایکه مناسب و قابل اجرا باشد. ستراتیژی مارکیتینگ اجتماعی ممکن است با شرکای مناسب مورد بحث قرار داده شود (مانند خدمات بین المللی برای جمعیت).

کارکنان صحتی جامعه و تعلیمات دهنده گان همسویه/همقطار باید در مورد ترویج، توزیع و استفاده از کاندوم ها آموزش داده شوند. مبارزات ترویج دهی کاندوم میتواند در واقعات عامه براه انداخته شود مانند مسابقات فوتبال، راه پیمای های گسترده، محافل رقص، تئاتر و مباحثات دسته جمعی. ارتباط دهی با گروه های دخیل در جلوگیری از ای وی و فعالیتهای تنظیم خانواده در محل.

3.3.3 آگاهی عامه در مورد انتانات انتقالی مقاربتی

تعلیمات جامعه و فعالیتهای خارج از مرکز صحتی برای ترویج استفاده ابتدایی از خدمات مراقبت های صحتی برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات مقاربتی طرق باروری و جلوگیری از اختلالات شان نیاز میباشد.

انکشاف دادن پیام ها جهت آموزش مردم در مورد چگونگی شناختن علائم و چی وقت و کجا برای اخذ تداوی مراجعه نمود. انتشار دادن پیام ها از طریق اعلانات عامه، رادیو، روزنامه ها، جلسات آموزشی در کلینیکها و غیره.

3.4 تداوی واقعات انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی باروری

تداوی موثر و عاجل انتانات انتقالی مقاربتی یک از مسایل عمده و اساسی در کنترل انتانات انتقالی مقاربتی بوده طوریکه موجب جلوگیری از انکشاف اختلالات برای افراد، کاهش سرایت انتانات انتقالی مقاربتی در جامعه و ارایه یک فرصت خاص برای تعلیمات هدفمند در مورد جلوگیری انتانات انتقالی مقاربتی بشمار میرود. هرچه زودتر انتانات انتقالی مقاربتی تداوی گردد چانس کمتر سرایت به دیگران موجود خواهد بود. تداوی مناسب انتانات انتقالی مقاربتی در اولین تماس عرضه کننده خدمات با مریض یک اقدام مهم و ارزشمند صحت عامه بشمار میرود. در واقعات جوانان (فصل 4: صحت باروری نوجوانان مراجعه شود)، احتمال تاثیر گذاشتن به سلوک جنسی آینده شان و عملکردهای جستجو تداوی موجود است.

اداره انتانات انتقالی مقاربتی شامل نه تنها تشخیص و تداوی است بلکه زمانیکه انتانات انتقالی مقاربتی بصورت درست تداوی گردد، احتمال ناکامی در تداوی و انتانات مجدد متصور است. بعضی از مریضان اخذ ادویه را بزودی زمانیکه احساس مینمایند بهبود یافته اند توقف میدهند یا موفق نمی شوند تا برای شریک جنسی شان تداوی تهیه نمایند یا کاندوم استفاده نمی نمایند و یا از عمل جنسی در جریان تداوی اجتناب نمی ورزند. مقاومت دوايي نیز ممکن است یک دلیل برای ناکامی تداوی باشد. بناً تداوی جامع واقعات باید در اولین تماس صورت گرفته و شامل:

- تشخیص
- تداوی عاجل و موثر مطابق به پروتوکولها
- تعلیمات و مشوره دهی مریض بشمول عرضه کاندوم
- شناسایی همسر و تداوی آنها
- تعقیب طوریکه مناسب باشد
- کیفیت مراقبت ها

3.4.1 تشخیص

تشخیص انتانات انتقالی مقاربتی مشکل بوده زیرا یک وسیله ساده برای تشخیص دقیق در یک زمان کوتاه و بدون استفاده از تست های قیمت بهای موجود نیست. تشخیص انتانات انتقالی مقاربتی میتواند از سه طریق اجرا گردد:

تشخیص کلینیکی

عرضه کننده گان مصمم به اسباب اساسی انتان مبنی برا معاینات کلینیکی و تجربه شخصی گردند. این روش قابل اعتبار نمیشود، چنانچه بسا افراد با تجربه قادر به تشخیص مشخص براساس ارزیابی های کلینیکی به تنهایی نمی باشند. علاوهً انتانات مخلوط ممکن نیست دریافت گردد.

تشخیص لابراتواری

در این روش از تست های لابراتواری جهت تصمیم در مورد اسباب انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات مقاربتی طرق باروری استفاده میگردد. باوجود انهم، این روش در بسیاری از حالات باعث پرابلم میگردد، زیرا تست های ارزان، ساده و قابل اعتبار موجود نمی باشند. اکثر تست های موجوده نتایج عاجل و آنی را بدست نمی دهند، که موجب تاخیر در تدایوی یا عدم تدایوی در صورت عدم برگشت مریض شده میتواند. علاوه حساسیت و دقت تست های موجوده تجارتي متفاوت بوده و امکان رد تشخیص معمول است. در جایکه تسهیلات لابراتواری موجود است، باید دارای کارکنان مسلکی با تجربه باشند. که این یک مشکل را برای وقت و منابع خدمات صحی، افزایش قیمت و کاهش دسترسی به تدایوی را به بار آورده میتواند.

مجزا از این تست های لابراتواری برای اچ ای وی (فصل 10: اچ ای وی) و سفلیس (ریجن آنی پلازما) تست یا تست تشخیصیه عاجل است. این تست ها را توسط کارکنان صحی با آموزش قلیل و دادن نتیجه تست در وقت کم اجرا شده میتواند. این تست ها را میتوان برای اجرای آزمایشات استفاده نمود. (بخش 3.5، ادغام خدمات ملاحظه گردد).

روش سندرومیک

تعدادی زیادی از انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری را میتوان توسط یکتعداد مشخصات اعراض و علائم که میتوانند بشکل گروپ باهم در سندروم ها را تشکیل دهند، تشخیص و تدایوی نمود. (چوکات 22: سندرومهای انتانات انتقالی مقاربتی ملاحظه گردد).

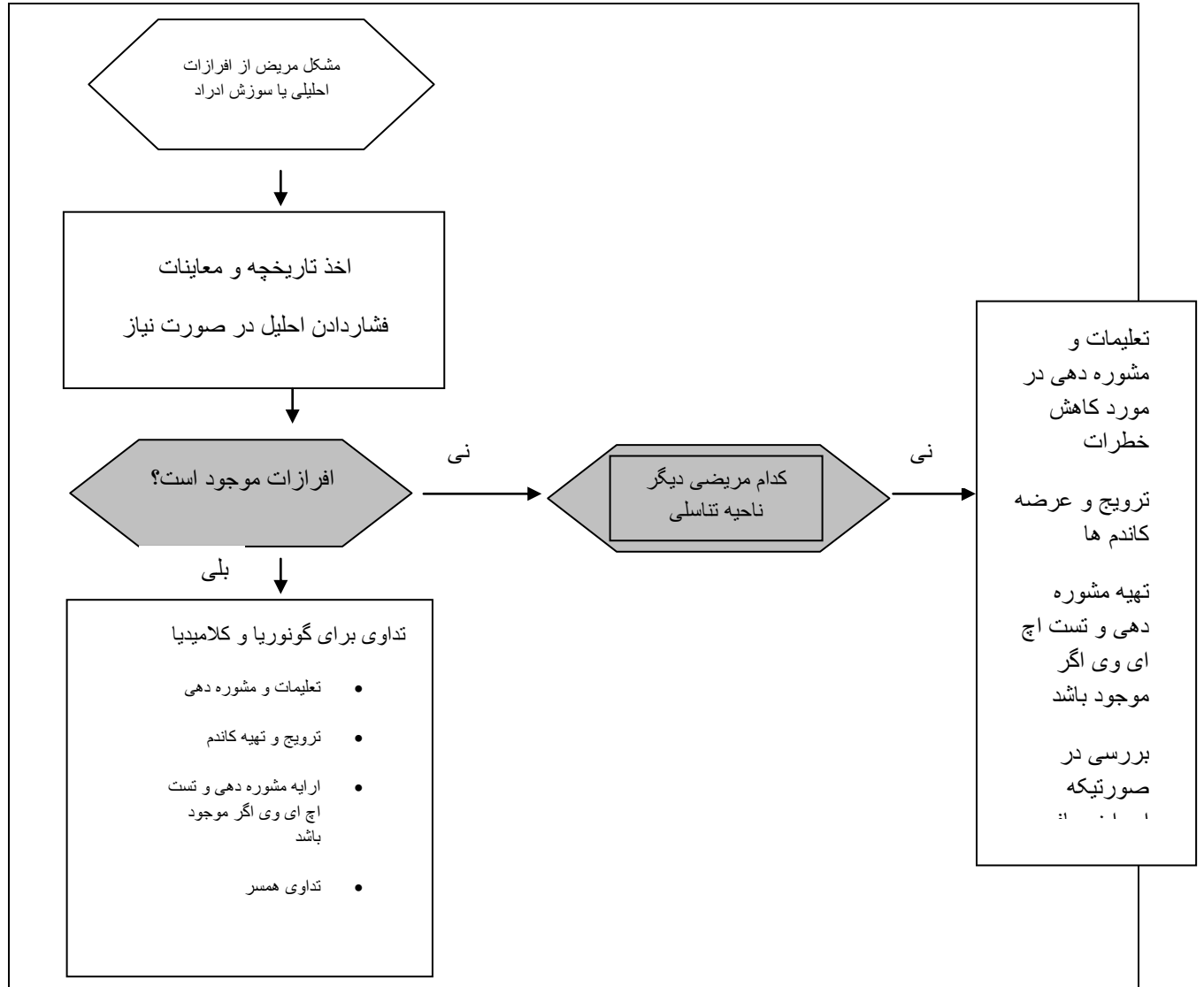
در اکثر واقعات مشکل است که دانسته شود کدام ارگانیزم / مکروب سبب این سندروم شده و تدایوی نیاز است که انتانات متعدد که سبب احتمالی آن باشد تحت پوشش قرار دهد.

چوکات 22: سندروم های انتانات انتقالی مقاربتی	
انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات مقاربتی طرق باروری	سندروم
<ul style="list-style-type: none"> • سفلیس • هرپس • شانکروید • گرانولوما انگویید • لمفوگرانولوما وینریم 	قرحه ناحیه تناسلی (برای مردان و زنان)
<ul style="list-style-type: none"> • گونوریا • ملامیدیا 	افرازات احلیلی (در مردان)
<ul style="list-style-type: none"> • بکتریال و جینوزس • انتان بیست • تریخومونوزیس • گونوریا • کلامیدیا 	افرازات مهلبی
<ul style="list-style-type: none"> • گونوریا • ملامیدیا • انتانات غیر هوازی 	درد قسمت سفلی بطن (در خانم ها)
<ul style="list-style-type: none"> • شانکروید • لمفوگرانولوما وینریم • (گرانولوما انگوینال یا در جایکه شایع باشد دونووانوزسس) 	پندیده گی ناحیه مغبنی
<p>سایر انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات مقاربتی طرق باروری عام شامل زخ های مقعدی مهلبی و تهاجمات چون شیش ناحیه ابطی و سکابیس است. پندیده گی ناحیه خصیوی در مردان تحت 35 سال یکی از اختلاطات عام انتانات انتقالی مقاربتی بوده و میتواند به عین طریق که افرازات احلیلی تدایوی میگردند تحت تدایوی قرار گیرند. باانهم، پندیده گی ناحیه خصیوی میتواند از باعث سایر اسباب بوده و ممکن است یک واقعه عاجل باشد. هرگاه مریض حکایه از یک تاریخچه ترضیض را در این نزدیکی نمود، یا اگر ظهور خصیه ها به بالا رفته یا تدور نمودند و یا هرگاه مظنون به تدور خصیه ها شدید، مریض را بطور عاجل برای ارزیابی های جراحی راجع نمایید.</p>	

بناً روش سندرومیک میبندی بر:

- شناسایی گروپ های ثابت از علایم و اعراض قابل درک و ساده
- عرضه تداوی که برای تعداد کثیری یا ارگانیزمهای بسیار شدید مسوول ایجاد یک سندروم خاص

یک وسیله ساده شده (فلو چارت) عرضه کننده گان را در تطبیق تداوی سندرومیک انتانات انتقالی مقایزتی رهنمایی کرده میتوانند. (شکل 9 بگونه یک مثال ملاحظه گردد). **شکل 9: فلو چارت برای افرازات احلیلی در مردان**



مزایای تداوی سندرومیک:

- مریضان در تماس اولی شان با سیستم مراقبت های صحی تداوی میگردند که موجب کاهش اختلالات در افراد و کاهش سرایت انتانات انتقالی مقاربتی در نفوس میگردد.
- این روش باعث پس انداز شدن قیمت شده (تست های لابراتواری قیمت نمی باشند)
- تداوی آنی موجب بهبود قناعت مراجعین میگردد
- نظارت از خدمات در صورت استفاده از روش سندرومیک ساده بوده زیرا آموزش ستندرد کارکنان، تشخیص و تداوی و اداره تهیه و تدارک آن

اضرار روش سندرومیک

- تشخیص بیش از حد و تداوی زیاده باعث افزایش قیمت تداوی میگردد (مگر از باعث سنگین تر بودن توسط موثر بودن قیمت بصورت کل در روش سندرومیک)
- تجویز کردن چندین ادویه انتی بیوتیک ممکن باعث ازدیاد خطر عوارض جانبی میگردد.
- روش سندرومیک را نمیتوان برای دریافت انتانات بدون علایم که دریافت شده نمیتوانند استفاده نمود.
- هرگاه مریض بصورت مناسب مشوره دهی نگرددف ممکن است باعث افزایش خطر خشونت فامیلی گردد (بکس 35: انتانات انتقالی طرق باروری/ انتانات انتقالی مقاربتی ملاحظه شود).

بکس 34: واقعه افرازات مهبلی

روش سندرومیک برای افرازات احلیلی و انتانات انتقالی مقاربتی قرحوی موثر بوده، مگر به اندازه افرازات مهبلی موثر نمی باشد. اکثر افرازات مهبلی در نتیجه یک انتان انتقالی طرق باروری مانند انتان بیست و بکتریال و جیناپتیس بیمان می آید. این ارگانیزم ها سبب انتانات مهبلی شده مگر از طریق مقاربت سرایت نمی نمایند. در یکنعداد واقعات کمتر، افرازات مهبلی ممکن است از باعث یک التهاب عنق رحم (سرویسایتس) از سبب گونوریا یا ملامیدیا بیمان بیاید. این ارگانیزمها از طریق مقاربتی سرایت نموده میتوانند. الگوریتم افرازات مهبلی طوری طرح نگردیده اند که انتان شدید و بدون علایم انتانات عنق رحم را دریافت نماید. فعلاً برای دریافت کردن دقیق التهاب عنق رحم از سبب گونوکوکال و کلامیدیا نیاز به تست های لابراتوری قیمت بهاء (عکس العمل زنجیری پولیمیراز) دارد، که این تست ها در بسیاری از تنظیمات موجود نمیباشد. سایر وسایل تشخیصه شامل معاینه با سپیکولوم (که ممکن است انتانات زیاد مگر نه تمام انتانات عنق رحم) است و کلچر برای گونوریا (که دقیق بوده و قیمت بهاء نبوده یا از نظر تخنیکی مشکل نیست، مگر نیاز دارد که در لابراتوار های ایجاد شده اجرا گردد).

در تنظیمات بشر، عرضه کننده گان خدمات باید یک روش بدون از دست دادن فرصت را استفاده کنند. بدین معنی که آنها به فکتور های خطر در تاریخچه مریض نظر انداخته (مثلاً آیا نزد همسر اعراض موجود است؟ آیا مراجعه کننده یک فرد بیست که عمل جنسی را بمقابل پول اجرا مینماید؟) و برای علایم در معاینات (ایا افرازات مخاطی قیحی است؟ آیا عنق رحم به آسانی با تمام خونده است؟) جستجو کردن انتانات ممکن است در جریان حمل یا در زمانیکه معاینه سپیکولوم اجرا گردد صورت بگیرد. عرضه کننده گان خدمات باید معاینات منظم را برای مردمان که بطور مکرر معروض به انتانات انتقالی مقاربتی اند اجرا کنند، مانند کسانیکه عمل جنسی را بمقابل پول اجرا مینمایند. (چوکات 23 ملاحظه گردد).

چوکات 23: بعضی از مثالها در مورد استراتیژی های تشخیص و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتالی طرق باروری

روش	مثال- از دست ندادن فرصتها
اخذ تاریخچه	سوال در مورد اعراض انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتالی طرق باروری یا نگرانی ها در هر بازدید صحت باروری
ازمایش کلینیکی	معاینات توسط سپیکولوم و دو دستی جهت دیدن اعراض انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتالی طرق باروری که توسط مریض ملاحظه نگردد

آزمایش لایراتواری	آزمایش های سیرولوژی برای سفلیس پاپ سمیر برای دریافت ابتدایی کانسر عنق رحم مشوره دهی داوطلبانه و تست برای اچ ای وی
تداوی احتمالی در اساس علایم خطر	تداوی همسر مریضان مصاب انتانات انتقالی مقاربتی، کسانیکه عمل جنسی را بمقابل پول اجرا مینمایند که معروض به مقاربت های غیر مصون میباشند، و غیره بازمانده گان خشونت های جنسی تداوی خانم های که عملیه ای را از طریق عنق رحم در آنها اجرا شده است
استراتژی های مدغم شده	تداوی احتمالی از کسانیکه عمل جنسی را در مقابل پول اجرا مینمایند در اولین بازدید به تعقیب بازدید های منظم برای معاینه سیکولوم یا معاینه با دودست و گرام استین سمیر عنق رحم

3.4.2 تداوی

اعراض و علایم انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتالی طرق باروری بر اساس ارگانیزم های معمولی آن تداوی میگردد. مقاومت در مقابل انتی بیوتیک به مکروبهای مقاربتی جنسی افزایش یافته که ممکن است بطور وسیع قابل دسترس بوده و انتی بیوتیک ارزان که موثر نمیشد. بناً باید الگوریتم تداوی نیاز دارد که مطابق به مواد ذیل مطابقت داده شود:

- اپیدیمولوژی محلی (شیوع انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتالی طرق باروری و مکروبهای اصلی در سندروم در میان نفوس
- نمونه های ضد مکروبی حساس (مثلاً کدام انتی بیوتیک در مقابل نایسریا گونوریا و هیموفیلیست دیوکری موثر است)
- عملکرد های فرهنگی و سلوکی

در روز های اولیه پاسخدهی بشری، ضروریست تا از رهنمودهای استاندارد تداوی سازمان صحتی جهان در مورد انتی بیوتیک ها استفاده شده که بطور جهانی مفید شناخته شده است (بخش 6: مطالعات مزید مراجعه گردد). بعضی از انتی بیوتیکهای توصیه شده از این رهنمود در کیت 5 صحت باروری شامل شده است. بسیار از وزارت های صحت عامه پروتوکول های استاندارد ملی انتانات انتقالی مقاربتی را انکشاف داده اند. مهم است تا استفاده درست و مناسب این پروتوکول را در کار تان بزودی ممکن تشویق نمود. چنین رهنمود های استاندارد شده تداوی آموزش کارکنان را و تدارکات مواد برنامه های انتانات انتقالی مقاربتی و این کمک کننده برای تمام مریضان که تداوی کافی را دریافت نموده اند.

بناً آفسران صحت باروری باید پروتوکولهای ملی انتانات انتقالی مقاربتی در جایکه موجود است باید تطبیق نمایند. در جایکه موجود نیست، مباحثات را میان وزارت صحت عامه و سازمان صحتی جهان جهت انکشاف دادن یک پروتوکول ملی یا منظوقی تشویق گردند.

3.4.3 تعلیمات و مشوره دهی مریض

تعلیمات و مشوره دهی محرمانه مریض اجزای مهم تداوی انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتالی طرق باروری بوده که شامل:

- توضیح طبیعت انتان، اختلاطات احتمالی (مثل عقامت)، تداوی باید تجویز گردیده و مهم بودن جواب به تداوی
- ترویج سلوک جنسی مصون. مردم ممکن است سلوک مصون جنسی را به تعقیب تداوی یک انتانات انتقالی مقاربتی، بناً هر بازدید کلینیکی یک فرصت برای ترویج جلوگیری آینده
- ترویج، نمایش دادن تهیه کاندوم، همچنان بحث در مورد استفاده کاندوم با همسران
- مباحثه خطرات انتان اچ ای وی و ارایه تست داوطلبانه اچ ای وی.
- معلومات دهی و افهام و تفهیم با شرکای جنسی، زمینه برای تعقیب همسر و خطر خشونت و بدنامی (بکس 35 مراجعه شود).

بکس 35: انتانات انتقالی/مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری و بدنامی

توجه گردد که تمام انتانات انتقالی طرق باروری از طریق مقاربتی انتقال نمی نمایند. بناً عرضه کننده گان خدمات باید بصورت دقیق بوده و بطور اشتباه فردی را تشخیص نکرده و یا موجب بدنامی کسی با داشتن انتانات انتقالی مقاربتی زمانیکه یک انتان انتقالی طرق باروری یا وقتیکه واضح نباشد. بگونه مثال، افزایات مهبلی اکثرأ با انتان بین مهبلی و یا نه از باعث انتانات انتقالی مقاربتی موجب شده باشد. کوشش جهت شناسایی و تداوی همسران جنسی در این حالت ممکن ضروری نبوده و ممکن شناسایی شان موجب ایجاد مشکلات در روابط شان گردد. خشونت، عدم اعتماد و طلاق از عواقب احتمالی شناسایی همسر در صورت که بصورت درست و دقیق اداره نگردد.

3.4.4 تداوی همسر

اصول

هنگام تداوی همسران جنسی، عرضه کننده گان خدمات باید حساس بوده و رفتار احترامانه نمایند. محرمت را تامین نموده و روش داوطلبانه و بدون قضاوت را ارایه نمایند. مریضان که موفقانه برای انتانات انتقالی مقاربتی تداوی شده اند اعراض شان تسکین یافته، مگر ممکن است بعد ها با انتان مکرر مراجعه نمایند هرگاه همسر جنسی اش تداوی نشده باشند. همسر جنسی ممکن است یا ناممکن خواهد بود که دارای اعراض باشند هرگاه بدون تداوی گذاشته شوند و میتوانند انتان را به دیگران در جامعه سرایت دهند. برای کنترل انتانات انتقالی مقاربتی اساسی است تا مریضان خود شان شرکای جنسی شانرا شناسایی نموده و تداوی را برای شان ترتیب نمایند. ملاحظه شود که شرکای جنسی نه تنها شرکای فعلی بلکه شرکای در دو سه ماه قبلی نیز شامل باشد. تداوی شرکای جنسی شامل شناسایی، رجعت دهی و تداوی شان.

شناسایی و رجعتی

اکثر شرکای جنسی بی میل برای انتظار کشیدن یا پرداخت برای خدمات بوده، بخصوص زمانیکه آنها فاقد اعراض بوده و احساس صحتمندی نمایند. خدمات را طوری تنظیم نمایید که دسترسی ساده به تداوی (اجتناب از زمان طولانی انتظار کشیدن، مستثنی ساختن و حذف فیس های کلینیکی و غیره)

شناسایی شریک یا همسر میتواند به چند طریق ذیل صورت گیرد.

- 1) رجعتی مریضان: مریضان تشویق گردند تا خود شان با شرکای جنسی شان تماس بگیرند. برای شان میتوان پارچه رجعتی برای شرکای شان داده شود. این پارچه های رجعتی توضیح کننده اینست که چگونه بازدید کلینیکی را ترتیب نموده و باید یک کود را جهت اینکه نام واضح نگردد و از محرمت تضمین گردد. و نمبر اندکس مریض را در پارچه رجعتی برای کمک به نظارت از میزان رجعتی شرکای جنسی ثبت و درج گردند. (شکل 10 ملاحظه گردد).
 - 2) رجعتی عرضه کننده: عرضه کننده گان آموزش دیده در مورد تکنیکهای تعقیب تماس شرکای جنسی را شناسایی نموده و تداوی ضروری را برای شان ترتیب نماید.
 - 3) یک ترکیب از 1 و 2: استفاده شده میتوانند در جایکه از مریض درخواست شود تا اولاً با شرکای جنسی خویش تماس بگیرند (رجعتی مریض). هرگاه بعد از یکی و هفته موفقانه نباشد، عرضه کننده گان آموزش دیده کوشش نمایند تا برای تداوی آنها را راه یابی نمایند (رجعتی عرضه کننده).
- بخاطر مصارف رجعتی عرضه کننده و درک تهدید در مورد محرمت مریض، یک راه عملی و قابل اجرا عبارت از رجعتی مریض میباشد.

شکل 10: نمونه از پارچه رجعتدهی همسر

با کمال احترام به آدرس ذیل مراجعه نمایید:

کلینیک تاوویل، شهر نو

تلیفون: 456834

اوقات کاری

دوشنبه 9:00 قبل از ظهر تا 3:00 بعد از ظهر

سه شنبه 9:00 قبل از ظهر تا 3:00 بعد از ظهر

چهارشنبه 9:00 قبل از ظهر تا 3:00 بعد از ظهر

جمعه 9:00 قبل از ظهر تا 1:30 بعد از ظهر

تاریخ: روز/ماه/سال

کود: ا ب د

تداوی شرکای جنسی

هدف ابتدایی عبارت از بازدید همسران جهت آزمایش، تداوی و تعلیمات است. بآنهم این ممکن نخواهد بود در تنظیمات بشری، و سه استراتژی احتمالی جهت اطمینان از تداوی همسران اجرا شده میتواند:

1. تداوی آنی زمانیکه همسر در مرکز صحتی حاضر شد (براساس تشخیص مطابق به اندکس مریض، اگر همسران دارای اعراض و علائم انتان باشند یا نه)
 2. تداوی آنی و اخذ نمونه گیری برای تست لابراتواری
- سازمان صحتی جهان تداوی آنی را با بعضی از رژیم های انتی بیوتیک مطابق به اندکس مریض توصیه می نماید.

3.4.5 تداوی تعقیبیه

در تنظیمات بشری، بازدید های تعقیبیه عادی میتواند برای مریضان ناراحت کننده بوده و بعضی شان برای کارکنان کلینیک مانع شده میتواند. تداوی سندرومیک اکثرأ ارایه کننده تداوی موثر برای تعدادی کثیری از انتانات انتقالی/مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری و بسیاری از مریضان بصورت عاجل بهتر خواهند شد. یک عمل خوب این خواهد بود تا برای مریضان توصیه شود تا در صورت تشدید اعراض یا عدم بهبودی بعد از یک هفته تداوی دوباره بازگشت نمایند (دو تا سه روز برای امراض التهابی حوصلی). مریضان با قرحات ناحیه تناسلی باید بعد از هفت روز هرگاه بهبودی حاصل نشود. تداوی باید بیشتر از هفت روز طول بکشد هرگاه یک طبقه جدید جلدی در بالای قرحه ایجاد نگردد.

زمانیکه مریضان بهبودی حاصل نه نمایند، سوالات ذیل عرضه کننده گان را کمک خواهند نمود تا در مورد اینکه آیا این از باعث عدم کفایه تداوی بوده یا از باعث انتان مجدد:

عدم کفایه تداوی: آیا مریض تمام ادویه را مطابق به هدایت داده شده اخذ نموده بود؟ آیا مریض بعد از احساس بهبودی ادویه را توقف داده بود؟ آیا تداوی مطابق به رهنمود ملی تداوی بود؟ (احتمال مقاومت دوايي را در نظر داشته باشید هرگاه این واقعه نباشد).

انتان دوباره: آیا همسران تداوی را دریافت نموده بود؟ آیا مریض کاندوم ها یا اجتناب از عمل جنسی را بعد از آغاز تداوی مراعات کرده بود؟

عود (نکس) همچنان در انتانات اندوجینس مهلبی عام میباشد، بخصوص زمانیکه دلایل عمده در تعلیمات مریض در نظر گرفته نشده باشد (مثلاً شستن مهبل یا مواد خشک کننده). رجعت دهی مریضان به سطح بالاتر زمانیکه مغلق بودن واقعه بالاتر از طرفیت مرکز صحتی شما باشد.

3.4.6 کیفیت مراقبت

جهت تامین از کیفیت برنامه های انتانات انتقالی مراقبتی، خدمات باید قابل دسترس، قابل پرداخت و مناسب باشد. آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه میتوانند این را بدست بیاورند توسط کاهش موانع در خدمات (مثلاً وقت بازکردن مناسب کلینیک، حریم خصوصی، محرمیت، احترام و از نظر تخنیکي مراقبت های با کیفیت خوب و غیره.) و رسیدن به مردمانیکه ممکن است خدمات انتانات انتقالی مراقبتی را استفاده ننمایند: کسانیکه عمل جنسی را بمقابل پول اجرا مینمایند و مشریان شان، نظامیان، زندانیان و نوجوانان که در معرض خطر جدی انتانات انتقالی مراقبتی قرار دارند. تشویق مردان جهت اشتراک در وقایه از انتانات انتقالی مراقبتی / انتانات انتقالی طرق باروری.

کیفیت خدمات و مهارت های تخنیکي کارکنان و تشویق شان بهبود خواهد یافت هرگاه آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه:

- نصب کردن پروتوکول های ملی تدای انتانات انتقالی مراقبتی در اطاقهای معاینه
- موجودیت سیستم تعقیب همسر بطور محرمانه و داوطلبانه
- ترتیب نمودن برنامه های آموزشی برای عرضه کننده گان تا مهارت های تخنیکي و مشوره دهی را حاصل نمایند.
- کمک با هماهنگ کننده گان صحتی جهت ادغام ادویه موثر انتانات انتقالی مراقبتی در سیستم تهیه مواد.
- دایر نمودن بازدید های ارزیابی کننده منظم و آموزش های داخل خدمت.

3.5 ادغام خدمات

آفسران صحت باروری باید به هدف ادغام خدمات انتانات انتقالی مراقبتی/ انتانات انتقالی طرق باروری در مراقبت های صحتی اولیه و سایر برنامه های صحت باروری، بشمول:

- ارزیابی انتانات انتقالی مراقبتی در خدمات تنظیم خانواده، با اطمینان از اینکه عرضه کننده گان خدمات:
 - مباحثه انتانات انتقالی مراقبتی/ انتانات انتقالی طرق باروری با تمام مراجعین در هر بازدید (بشمول تحقیق در باره اعراض در همسران)
 - آزمایش برای انتانات انتقالی مراقبتی در صورتیکه ضروری باشد
 - تشویق جهت محافظت دوگانه (علیه حمل و انتانات انتقالی مراقبتی)
- تدای احتمالی انتانات انتقالی مراقبتی / تدای در خدمات مراقبت های بعد از تجاوز جنسی (فصل 2 ملاحظه شود)
- برنامه ریزی انتانات انتقالی مراقبتی/ انتانات انتقالی طرق باروری برای خدمات مراقبت های صحت نوجوانان
- ارزیابی و تدای انتانات انتقالی مراقبتی/ انتانات انتقالی طرق باروری در زمان قبل از ولادت، ولادت و بعد از ولادت (فصل 6: مراقبت های مادر و نوزاد ملاحظه گردد). بگونه مثال:
 - ارزیابی خطر انتانات انتقالی مراقبتی / انتانات انتقالی طرق باروری برای تمام مراجعین در مراقبت های قبل از ولادت، بشمول آزمایش سفلیس و مشوره دهی و تست داوطلبانه اچ ای وی (بکس 36: تست سریع تشخیصیه برای آزمایش سفلیس).
 - آبله یا قرحات احتمالی هرپس ناحیه تناسلی و وقوع شان در زمان نزدیک به ولادت یک علامه برای رجعتدهی جهت اجرای سیزارین سکشن، زیرا ولادت مهلبی ممکن است خطر سرایت هرپس را در نوزاد و خطر بلند مرگ نوزاد موجود است
 - تدای وقایوی برای افتملیا نیوناتوریم بصورت عام برای تمام نوزادان تجویز گردد
- جلوگیری از فعالیت های کانسر عنق رحم در خدمات جامع صحت باروری (بکس 37 ملاحظه شود).

بکس 36: تست های سریع تشخیصیه برای آزمایش سفلیس

در بسیار از ممالک، تست ریاجن سریع پلازما برای آزمایش سفلیس بکار برده میشود. این تست یک تست انتی بادی غیر تریبونیمال است، بدین معنی که نتیجه مثبت آن نمایانگر موجودیت انتان فعال است. تست منفی خواهد شد زمانیکه مرض بصورت ابتدایی تدای شده و التیام یابد. استفاده این تست در بسیار از تنظیمات بشری مشکل است زیرا نیاز به یخچال و کارکنان لابراتواری ماهر دارد.

تعدادی زیادی از تست های سریع تشخیصیه برای سفلیس بطور تجارتي در سالهای اخیر قابل دسترس بوده است. این تست ها دقیق

بوده و کشف کیفی انتی بادی بمقابل تری پانوما پلیدیوم را مساعد ساخته و به زودی انتان را به تعقیب معروض شدن کشف مینماید، همچنان در مراحل بعدی شان.

مزایای تست های سریع تشخیصیه عبارت از اینست که نیاز به یخچال نداشته و حیات طولانی در محیط خارجی را داشته که یک تصمیم خوب برای استفاده در تنظیمات بشری میباشد. 10 تا 30 دقیقه را برای نتیجه دادن در بر خواهد گرفت و نیاز به لابراتوار یا سامان دیگر موجود نمی باشد. عرضه کننده میتواند به اسانی نتیجه را با مشاهده کردن تفسیر نماید. یک مقدار بسیار کم خون نیاز است که میتوان از وخده انگشت بجای گرفتن خون وریدی استفاده نمود.

از نظر اهمیت تداوی ابتدایی در وقایه از سفلیس نوزادان، تست های سریع تشخیصیه یک فرصت عالی برای تطبیق آزمایش های روزمره برای سفلیس در خدمات مراقبت های قبل از ولادت در تنظیمات بشری میباشد، جایکه تست ریاجن سریع پلازما موجود نباشد یا اجرا شده نتوانند.

نواقص یا اضرار تست سریع تشخیصیه عبارت از اینست که آنها تست های انتی بادی تری پنومل بوده که نمیتوان میان مرض فعال و تداوی شده تفریق گذاشت. باآنهم، در مراقبت های قبل از ولادت، تمام ریاضانیکه تست شان مثبت باشد، حتی اگر تست مثبت در حمل قبلی شان هم موجود باشد، باید تداوی شوند (دوباره). حتی اگر در حمل قبلی تداوی شده باشد، در اینصورت احتمال انتان دوباره با عواقب شدید برای مادر و طفل هرگاه بدون تداوی گذاشته شوند. مفاد این تداوی احتمالی بارزتر از خطر که در صورت عدم تداوی به بار خواهد آمد (فصل 6: صحت طفل و نوزاد ملاحظه گردد).

تست های سریع تشخیصیه برای آزمایش های نقل الدم توصیه نمیگردد قسمیکه ممکن است موجب واقعات بسیار زیاد مثبت بطور اشتباهی میگردد. تست های انتی بادی بدون تری پونیمل سریع برای سفلیس در آینده نزدیک قابل دسترس خواهند شد. برای موضوعات تازه لطفاً به www.iawg.net مراجعه شود.

بکس 37: ویروس پاپیلومای انسانی و کانسر عنق رحم

ویروس پاپیلومای انسانی یک انتان عام بوده و اضافه از سه چهارم تمام خانم های که از نظر جنسی فعال اند تخمین شده که حداقل یکبار در طول حیات شان به این انتان منتن شده اند. خطر اخذ این انتان به زودی بعد از آغاز فعالیت جنسی بلند میروند. بسیاری از این انتانات محدود به خود شان بوده و بی ضرر اند، مگر انتان مقاوم میتواند سبب کانسر عنق رحم در زنان شوند. این ویروس همچنان سبب سایر کانسر های مقعدی-ناحیه تناسلی میگردد (مانند مهبل، فرج و قضیب)، کانسر های راس و عنق و زخ های ناحیه تناسلی در مردان و زنان.

آزمایش کانسر عنق رحم

آزمایش و تداوی مراحل ابتدایی کانسر عنق رحم (دیسپلازیای عنق رحم یا پری کانسر) برای کاهش مرگ و میر از باعث کانسر عنق رحم موثر میباشد. استطبایب آزمایش متعلق به منابع محلی دارد. در جایکه سایتولوژی موجود باشد و خوب تاسیس شده باشد، تمام خانم های بالاتر از سن 35 سالگی باید هر 5 تا 10 تحت آزمایش قرار گیرند. جایکه خدمات سایتولوژی محدود باشد، مانند تنظیمات بشری، عرضه کننده گان خدمات باید مطمئن شوند که تمام خانم ها حد اقل تقریباً در سن 40 سالگی یکبار آزمایش شده باشند. سایتولوژی با پاپانیکولاو سمیر فعلاً توصیه میگردد. باآنهم، حساس بمقابل منابع بوده، نیاز به کارکنان جهت اجرای معاینه که در تخنیک های جمع آوری سمیر آزمایش دریافت نموده اند، داشته و همچنان موجودیت خدمات سایتولوژی برای خواند سمیرها. تخنیک های جدیدتر مانند نفتش بصری با استفاده از اسپتیک اسید یا تفتیش بصری با استفاده از لوگول ایودین که در این اواخر ثابت شده که از نظر قیمت در جاهایکه مشکلات منابع دارند، موثر است. زمانیکه با سایتو تراپی برای تداوی دیسپلازیای تعقیب گردد، از طریق رجعتدهی یا تداوی آنی ("روش بازدید یکبار")، تفتیش بصری نشان میدهد که مصون، قابل قبول و قابل اجرا و موثر جهت کاهش وقوعات و مرگ از باعث کانسر عنق دارد.

واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی

بزرگترین تاثیر واکسین ویروس پاپیلومای انسانی در حال حاضر بالای دختران خواهد بود که قبل از معروض شدن به ویروس پاپیلومای انسانی واکسین را دریافت نموده اند، که قبل از اینکه از نظر جنسی فعال گردند. واکسیناسیون مکمل نیاز به سه دوز داشته و یک جواب بسیار بلند معافیتی را که برای حد اقل پنج سال ایجاد مینماید. تاثیر عمومی واکسین ویروس پاپیلومای انسانی متعلق به تطبیق آن در نفوس نیازمند آن است. در ممالک با منابع محدود، جایکه برنامه های آزمایشی کانسر عنق محدود بوده یا موجود نباشد و واقعات

کانسر عنق رحم و مرگ از باعث آن بلند است، این خانم ها در بیشترین نیاز برای وقایه اولیه از طریق واکسین ویروس پاپیلومای انسانی اند. تا حال قیمت واکسین های ویروس پاپیلومای انسانی یک مانع مهم برای دسترسی سرتاسری آن بوده و قیمت متوقعه و مفاد این واکسین نیاز دارد تا در بودجه عمومی صحت تحت ملاحظه قرار گیرد.

4 حقوق بشر و موضوعات عدلی

حق خدمات مصون، محرم و مناسب وقایوی و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی منحیث یک حقوق بشری تحت "حق هر فرد است که از عالی ترین استندرد قابل دسترس در مورد صحت فزیک و روانی لذت ببرد." این حق شامل حق جلوگیری، تداوی و کنترل امراض است.

احترام گذاشتن به حقوق بشری باید تمام زوایای برنامه ریزی پروگرام های انتانات انتقالی مقاربتی را در جریان پاسخدهی بشری در برگیرد، جایکه خشونت جنسی، مختل شدن نارم های جنسی و دسترسی به تداوی و ادویه موانع موجوده را تشدید می بخشند.

حق خدمات مربوط به انتانات انتقالی مقاربتی در بسیار در حقوق بشری تسجیل یافته است؟

- دسترسی به تشخیص، تداوی و مراقبت های انتانات انتقالی مقاربتی جزء از احترام به حقوق فرد برای صحت و زنده گی میباشد.
 - حق صحت شامل وقایه، تداوی و کنترل اپیدمی، اندیمی، امراض شغلی و سایر امراض " که نیاز به ایجاد برنامه های وقایوی و تعلیمات را دارند ماند امراض انتقالی جنسی، میباشد".
 - تداوی انتانات انتقالی مقاربتی در مراقبت های قبل از ولادت ضروری پنداشته میشود تا حق مادر و طفل را محفوظ ساخته باشیم.
- این حقوق بصورت مساویانه به اطفال و نوجوانان اطلاق میگردد. عرضه کننده گان خدمات که از دسترسی به خدمات انتانات انتقالی مقاربتی بر اساس سن، حالت مدنی یا رضایت والدین یا سرپرست بدون در نظر داشت مراحل انکشافی طفل جلوگیری مینمایند، ممکن نیست که حقوق اطفال را احترام گذاشته اند.
- حق حریم شخصی نیاز دارد تا کارکنان صحی طوری عمل نمایند تا مریضان احساس مصونیت و محافظت را در زمان تشخیص، تداوی و مشوره دهی انتانات انتقالی مقاربتی نمایند.
- عرضه خدمات انتانات انتقالی مقاربتی برای تمام مردم، بشمول نوجوانان، افرایکه عمل جنسی را در مقابل پول اجرا مینمایند و مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند، بدون در نظر داشت حالت فحشا و همجنس گرایی در کشور، از حق مساویانه و بدون تبعیض شان محافظت گردد.
- هرکس حق دارد تا در مورد انتانات انتقالی مقاربتی معلومات بدست آورده و در آن سهم داشته باشد. این حق همچنان شامل نوجوانان در تمام تعلیمات، آگاهی دهی و فعالیت های خارج از مرکز صحی میباشد.
- حق برخوردار شدن از پیشرفت های علمی و استطبایات محدود کننده شان زمانیکه مراجعین از دسترسی به تکنالوژی جدید تداوی و وقایه انتانات انتقالی مقاربتی اجتناب ورزند.

4.1 مشکلات و فرصتها

در حال حاضر، عرضه خدمات برای دسترسی و تداوی برای انتانات انتقالی مقاربتی ممکن است که عرضه کننده گان خدمات را در یک حالت ناراحت کننده قرار دهد. بدنامی، پالیسی ها ملی محدود کننده و نارم های اجتماعی و فرهنگی ممکن است در عرضه خدمات مداخله نموده و مانع حق دسترسی مریض به خدمات گردد. بگونه مثال:

- مراکز صحی که خدمات را برای کسانیکه عمل جنسی را بمقابل پول انجام میدهند عرضه نه نموده زیرا قوانین کشور مخالف فحشا بوده یا عملکرد های تبعیضی در مقابل مردمانیکه در کار تن فروشی دخیل اند.
- عرضه کننده گان خدمات خواهان دسترسی نوجوانان به خدمات بوده زیرا باور دارند که افراد مجرد نباید با مسایل جنسی دخیل ساخته شوند.
- مراجعین برای دریافت خدمات بی میل بوده زیرا پالیسی ها راپور دهی انتانات انتقالی مقاربتی مشخص را اجباری ساخته و علاوئاً تعقیب غیر محرمانه شریک جنسی را نیز.

مهم است تا بخاطر داشت که بسیار از موانع در مقابل مراقبت های و تداوی انتانات انتقالی مقاربتی مغایر اساسات قبول شده بین المللی حقوق بشر میباشد. از وضعیت موسسه تان در این رابطه آگاه بوده و منحنیت یک بخش از کار تحلیلی تان در مورد اوضاع آنرا شامل ساخته و قدم های احتمالی بعدی را در نظر داشته باشید.

مسولین برنامه صحت باروری یا عرضه کننده گان خدمات در صورت مقابل شدن با شرایط مشابه باید برای مصونیت و صحت مراجعین خویش اولویت قایل شده و هم چنان مصونیت خود شان و همکاران شان. بعداً آنها ممکن است:

- صحبت کردن با سوپروایزر
- بحث در مورد با مراجعین
- بحث در مورد برنامه ریزی و استراتیژی در میان موسسه یا سختار کلینیکی
 - بگونه مثال، هرگاه مراجعین عصبانی شده یا احساس ناراحتی کنند زمانیکه در مورد انتانات انتقالی مقاربتی بحث شده یا در مورد آن صحبت گردد، حریم شخصی مریضان در مرکز صحتی تان بررسی شده و تغییرات فزینی را پیشنهاد نموده که مریضان احساس امن نموده و برای مباحثه تشویق گردند.
- ارتباط با و رجعتدهی با موسسات محلی که ممکن است کمک کننده باشند شناسایی گردد.
- در مورد اینکه یا موسسه تان در موارد حمایت و پشتیبانی از این موضوعات دخیل است و چگونه در مورد سهم میگیرد.
- زمانیکه در مورد محرمیت با مراجعین احترام گذاشته میشود، با همکاران تان برای اجتناب از این اوضاع در آینده کمک نمایید.
- در جلسات همآهنگی صحتی این موضوعات را مورد بحث قرار دهید.

5 نظارت

شاخص برای نظارت از برنامه های انتانات انتقالی مقاربتی شامل:

- نسبت عرضه کننده گان خدمات که در رابطه به تداوی انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری مطابق به پروتوکول موجود آموزش دیده اند.
- نسبت مراجعین انتانات انتقالی مقاربتی/ انتانات انتقالی طرق باروری که ارزیابی شده، تداوی و مشوره دهی را مطابق به پروتوکول دریافت نموده اند (به گروپ های سن و جنس تقسیم بندی گردد).

برای معلومات بیشتر در مورد نظارت و ارزیابی فصل 3 ملاحظه گردد.

6 موضوعات برای مطالعه مزید

ادغام مراقبت های انتانات انتقالی مقاربتی/انتانات انتقالی طرق باروری برای صحت باروری. انتانات طرق باروری و انتانات انتقالی مقاربتی، یک رهنمود برای عملکرد های اساسی. سازمان صحتی جهان، 2005

whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf

رهنمایی ها برای تداوی انتانات انتقالی مقاربتی، سازمان صحتی جهان، 2003

http://www.who.int/reproductive-health/publications/mngt_stis/index.html

مدل های آموزشی برای تداوی سندرومیک انتانات انتقالی مقاربتی (نشر دوم)، سازمان صحتی جهان، 2007

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>

مواد برای مطالعات اضافی

کنترول جامع کانسر عنق رحم، یک رهنمود برای عملکرد های اساسی، سازمان صحتی جهان، 2006

http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/index.htm

برای معلومات بیشتر در مورد وقایه سفلیس ولادی به سایت ذیل مراجعه شود:

www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/



10

فصل ده

اچ ای وی (HIV)

محتویات

1 مقدمه

2 هدف

3 برنامه ریزی

3.1 ارزیابی نیازها

3.2 آگاهی در مورد اچ ای وی

3.3 وقایه از اچ ای وی

3.4 تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی

3.5 مداخلات تداوی ادویه ضد انتی ریترو ویروس

3.6 مراقبتهای جامع برای مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند

3.7 مراقبت ها برای اطفال با اچ ای وی

4 حقوق بشر و ملاحظات عدلی

4.1 مشکلات و فرصتها

5 نظارت

6 مواد برای مطالعه مزید

1 مقدمه

از دهه 1980 اچ ای وی یکی از اسباب هشداردهنده و اپیدیمی تباہ کن در تاریخ بشر شمرده شده است. علاوه از اینکه یک مشکل قابل ملاحظه برای صحت بوده است، تهدید کنندهٔ محصول اقتصادی و اجتماعی برای بسیاری از جوامع نیز بشمار میرود.

در گذشته، برنامه های بشردوستانه توجه کمتری بالای وقایه، تداوی و مراقبت های اچ ای وی داشته است، زیرا اچ ای وی یک تهدید آنی و عاجل برای حیات شناخته نشده و عدم موجودیت موضوع بهبودی آن نیز دور از توجه باقی مانده بود. باآنکه خصوصیات تعریف کننده ای یک حالت عاجل و مغلق مانند بحران، ناآبائی اجتماعی، فقر، اختلال محیط زیست و ناتوانایی، میتواند در میان نفوس آسیب پذیر و معروض به خطر اچ ای وی میباشد که توسط:

- کاهش دسترسی به خدمات وقایوی اچ ای وی، از سبب برهم خوردن زیربنای صحتی
- مختل شدن شبکه حمایت اجتماعی، موجب معروض شدن بیشتر به خشونت های جنسی (تجاوز جنسی) و سوء استفاده های جنسی (تقاضا برای عمل جنسی در مقابل غذا و پناه گاه)
- حرکت نفوس به یک ناحیه که شیوع اچ ای وی در آن بلند است⁴

مطالعات نشاندهنده اینست که فکتور های فوق در انتقال اچ ای وی در تنظیمات بشری تاثیر می اندازند، مغلق بوده و متعلق به چندین نیروی محرکه و فکتورهای مقابله بشمول شیوع اچ ای وی در یک منطقه و در کشور میزبان دارد. سطح مقابله میان مردمان بیجا شده با نفوس دورا دور شان، مدت زمان بیجا شدن و موقعیت و سطح منزوی شدن مردم بیجا شده (مثلاً مردم شهری در مقابل کمپ مهاجرین).

در زمان برنامه ریزی اچ ای وی در تنظیمات بشری، افسران صحت باروری و مسولین برنامه باید:

- تاثیرات مرکب اچ ای وی و حالات عاجل بشری، بشمول فکتور های که ممکن است باعث افزایش آسیب پذیری به اچ ای وی گردد
- پالیسی و عملکرد های موجود در پاسخدهی بشری به هدف جلوگیری از انتشار اچ ای وی و کاهش دادن تاثیرات آن
- موجودیت و قابل دسترسی بودن وقایه، مراقبت ها و خدمات تداوی را برای مردمان که با اچ ای وی زیست دارند بشمول اختلال، از سر گیری یا شروع دوباره و تداوم تداوی ضد ریتروویرل را تسهیل ببخشند.
- بدنامی و تبعیض علیه مردمان منتن و متاثر شده توسط اچ ای وی.

2 هدف

هدف این فصل عبارت از کمک به افسران صحت باروری، مسولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات جهت پلان و تطبیق خدمات جامع وقایوی، مراقبت و تداوی اچ ای وی منحیث یک بخش از پاسخدهی بشری.

3 برنامه ریزی

اولویت دادن مداخلات اچ ای وی در پاسخدهی بشری در جهت وقایه از سرایت اچ ای وی، و شامل شده در مجموعه حد اقل خدمات اساسی (فصل 2 ملاحظه گردد) اینها عبارتند از

- تسهیل نمودن و تاکید برای احترام گذاشتن استندرد های وقایوی.
- آماده ساختن تداوی وقایوی بعد از معروض شدن جهت جلوگیری از اچ ای وی (یک بخش از مراقبت های کلینیکی برای بازمانده گان تجاوز جنسی و معروض شدن شغلی).
- اطمینان از عملکرد های مصون نقل الدم
- تهیه کاندوم ها بطور رایگان

همچنان تامین از موجودیت ادویه ضد ریترو ویروس جهت ادامه تداوی برای مردمانیکه قبلاً تحت تداوی قبل از بحران قرار داشتند، بشمول وقایه از انتقال مادر به طفل.

زمان برنامه ریزی برای خدمات جامع وقایوی، مراقبت و تداوی اچ ای وی، اجزای ذیل در نظر گرفته شود:

⁴ UNAIDS and UNHCR، استراتژی ها برای حمایت از نیازهای مربوط به اچ ای وی در مهاجرین و نفوس کشور میزبان، ژنیو، 2005.
http://data.unaids.org/publications/IRC-pub06/jc1157-refugees_en.pdf.

- ارزیابی نیازمندی ها
- آگاهی از اچ ای وی
- وقایه از اچ ای وی
- تست نمودن و مشوره دهی اچ ای وی
- وقایه از انتقال مادر به طفل
- استفاده ادویه انتی ریترو ویروس به هدف تداوی و وقایه اچ ای وی
- مراقبت برای مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند
- مراقبت برای اطفالیکه با اچ ای وی زنده گی مینماید
- تداوی انتانات فرصت طلب، انتانات انتقالی مقاربتی و توبرکلوز

3.1 ارزیابی نیاز ها

آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه باید معلومات آتی را جهت امورات کاری خویش جمع آوری یا تخمین نمایند، با هماهنگی با سایر شرکای سکتور صحت:

خصوصیات نفوس

- شیوع اچ ای وی (برای بیجا شده گان و نفوس کشور میزبان). این معلومات را میتواند در سایت انترنیتی UNAIDS ، با تیم محلی ملل متحد در مورد ایدس ، همچنان با برنامه کنترول ملی ایدس
- تعداد مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی میکنند از نفوس متضرر که خدمات تداوی اچ ای وی شان مختل شده است (مانند برنامه های وقایه انتقال از مادر به طفل و تداوی ضد ریترو ویروس) و کسانیکه نیاز به تداوم رژیم های تداوی ضد ریترو ویروس دارند.
- فکتور های سلوکی و محیطی که گروپ های فرعی آسیب پذیر را در معرض خطر بیشتر سرایت اچ ای وی قرار دارند

خصوصیات خدمات صحی

- کارکنان مراکز صحی با تجربه در مورد وقایه، تداوی و مراقبت اچ ای وی و نیاز های آموزشی کارکنان
- پروتوکول های ملی ضد ریترو ویروس برای وقایه (تداوی بعد از معروض شدن، جلوگیری سرایت از مادر به طفل) و تداوی ضد ریترو ویروس و موجودیت شان
- موجودیت خدمات لابراتواری
- موجودیت یک زنجیر قابل اطمینان تهیه مواد که دسترسی متداوم مواد اچ ای وی را کمک کرده بتواند.

قوانین و پالیسی های ملی

مسولین برنامه صحت باروری عرضه کننده گان خدمات باید با پالیسی ها و قوانین ملی مرتبط به اچ ای وی آشنایی داشته باشند، ارزیابی گردد که مهاجرین و بیجا شده گان داخلی چگونه داخل ساخته شده اند و اگر در انها کدام محدودیت در مقابل جنس، سن یا حالت فرد موجود باشد. مثالها شامل:

- قوانین و / یا پالیسی ها در رابطه به تست کردن اچ ای وی بشمول مشوره دهی قبل و بعد از تست کردن. آیا کدام قانون اجباری برای تست کردن موجود است؟
- قوانین و / یا پالیسی ها در رابطه به توزیع کاندنم، استفاده زرقی مواد مخدره و کاهش اضرار در رابطه به استفاده زرقی مواد مخدره.
- قوانین و / یا پالیسی ها در مورد سرایت اچ ای وی
- قوانین و / یا پالیسی ها در مورد افشا کردن حالت اچ ای وی توسط عرضه کننده خدمات
- قوانین و / یا پالیسی در مورد اداره عرضه و دسترسی به تداوی ضد ریترو ویروس

خصوصیات اپیدیمی اچ ای وی

- جهت داشتن یک تاثیر بالای شیوع اچ ای وی، کوشش های برنامه باید بطور مناسب هدف قرار داده شود. منحیث یک رهنمود مفید برنامه ریزی، سازمان صحتی جهان یا UNAIDS دارای اپیدیمی های کنگوری شده اچ ای وی برای کشور های مختلف بطور وسیع میباشد مانند: به سطح پایین، سطح متمرکز شده و اپیدیمی عمومی (چوکات 24 ملاحظه گردد).

3.2 آگاهی در مورد اچ ای وی

یکجا ساختن کمک ها جهت وقایه اچ ای وی در تنظیمات بشری در مبارزات افهام و تفهیم مطابق به نفوس و وضعیت. کوشش های ارتباطی دهی در مراحل ابتدایی پاسخدهی بشری توجه بیشتر بالای معلومات دهی مردم جایکه میتوانند به خدمات اساسی دسترسی داشته باشند. بزودی ممکن، خصوصیات نفوس را مدنظر گرفته و ارتباطات را مطابق شان در مورد اچ ای وی تطابق دهید. بگونه مثال:

- سطح دانش مردم در مورد اچ ای وی و سوء تعبیرات عام در مورد اچ ای وی به چی سطح است؟
- کدام عملکردهای عام، مردم را در معرض خطر سرایت اچ ای وی قرار داده است؟
- کدام اجزای وضعیت فعلی خطرات سرایت انتقال اچ ای وی را ایجاد نموده است؟
- سلوک و عقاید عام در مقابل مردم که به اچ ای وی منتن شده اند چیست؟

مبارزات ارتباطی جهت آگاهی عام در مورد اچ ای وی و ایدس را مطابقت دادن. علاوهً مبارزات ارتباطی خاص را طرح نمایید به:

- مردم مورد هدف که ممکن است آسیب پذیر برای عملکرد های که باعث افزایش خطر سرایت اچ ای وی میگردد. مردمان بیجا شده مواجه به خطرات از باعث مختل شدن سیستم های محافظتی اجتماعی و تغیر در شبکه های محافظتی جنسی میباشند، و جوانان اکثرأ فعالیت های جنسی را زودتر شروع مینمایند.
- کاهش دادن سلوک تبعیضی و اطمینان داشتن از مراقبت و حمایت از مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند.

گروپ های جامعه مانند کلب های صحتی در مکاتب، کلب های بعد از تست کردن (بشمول تمام کسانیکه برای اچ ای وی تست شده بودند بدون در نظر داشت حالت ویروس در خون) و انجمنهای "توقف- ایدس" در پولیس و اردو، برای اعضا شان جهت عملکرد های مصون جنسی میتوانند موثر باشند. انجمن های مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند میتواند برای تغیر سلوک افراد و جامعه بسیار مفید واقع گردد.

چوکات 24: وضع اپیدیمی های اچ ای وی

دانشتن اپیدیمی تان	وضع اپیدیمی	
دانش در مورد سلوک پر خطر، ارتباطات و سایر فکتورها که نماینگر انتشار احتمالی برای اچ ای وی – مانند میزان سایر انتانات انتقالی جنسی – برای برنامه ریزی وقایه از اچ ای وی اساسی پنداشته میشود.	(شیوع اچ ای وی کمتر از 1%: شیوع اچ ای وی به سطح قابل ملاحظه در نفوس فرعی نرسیده است (این پیشنهاد کننده اینست که یا شبکه های خطر پراکنده بوده یا ویروس جدیداً معرفی شده است.	سطح پایین
سیر بعدی این نوع اپیدیمی توسط نکات ذیل تعیین خواهند شد: • اندازه نفوس فرعی آسیب پذیر و تکرار و طبیعت عکس العمل میان ایشان و نفوس عمومی	شیوع اچ ای وی به قدری کافی (5% یا اضافتر) در یک یا چند نفوس فرعی مانند: مردانیکه عمل جنسی با مردان دارند، استفاده کننده گان زرقی مواد مخدره، افرادیکه عمل جنسی را بمقابل پول اجرا مینمایند و مشریان شان، جهت تداوم اپیدیمی در این نفوس فرعی. باآنهم، ویروس در نفوس عمومی منتشر نشده است، جایکه شیوع به کمتر از 1% باقی	متمرکز شده

<p>نارم های اجتماعی که منجر به روابط جنسی با شرکای جنسی متعدد و / یا نارم ها و پالیسی هایکه مردم را مانع میشوند از محافظت شان (مانند نارم های که دسترسی دختران را به تعلیمات و معلومات کاهش میدهد) بطور مستقیم در حرکت اپیدیمی ارتباط داشته و باید مخاطب قرار داده شوند.</p>	<p>مانده است.</p> <p>شیوع اچ ای وی میان 5-1 % در خانمهای حامله که کلنیکهای قبل از ولادت، نشاندهنده اینست که شیوع اچ ای وی در میان نفوس عمومی به سطح کافی است که شبکه جنسی میتواند اپیدیمی را به پیش براند. در نفوسی با شیوع بیشتر از 5% ، هر فرد که از نظر جنسی فعال است بطور احتمالی در معرض خطر بلند انتان قرار دارند و هیچ نفوس فرعی " خطر پایین" ملاحظه نمیگردند.</p>	<p>عمومی</p>
<p>یک حالت استثنایی در منطقه افریقای جنوبی، جایکه تعداد زیاد مردم – اضافه از نصف شان دختران و زنان – با اچ ای وی زنده گی میکنند. در این حالت هایپیراندیمیک، شیوع اچ ای وی در نفوس کاهل اضافه از 15% میباشد. این حالات به کوشش های استثنایی و منابع جهت تحرک عمومی جوامع برای تغییر سلوک جنسی نیاز دارد.</p>		

پیامهای اساسی شامل:

- اچ ای وی، ویروس که سبب ایدس میگردد از طریق: مقاربت جنسی غیر مصون (مقاربت جنسی بدون استفاده از یک کاندوم) با کسی که منتن با اچ ای وی است، نقل الدم خون منتن با اچ ای وی، استفاده دوباره سوزن و سرنج منتن شده با اچ ای وی، و از مادر منتن با اچ ای وی به فرزندش در جریان حمل، ولادت یا شیردهی.
- هرکس باید در مورد اچ ای وی و ایدس بفهمند و بدانند که چگونه از آن جلوگیری نمایند زیرا قابل تداوی نبوده صرف قابل وقایه است.
- تداوی موثر برای اچ ای وی و ایدس موجود است، باآنکه قابل علاج نبوده میتواند حیات را طویل بسازد هرگاه در طول حیات اخذ گردد.
- داشتن یک انتان انتقالی مقاربتی (مانند گونوریا یا سفلیس) باعث افزایش خطر سرایت و اخذ اچ ای وی میگردد.
- خطر منتن شدن از طریق مقاربت جنسی میتواند کاهش باید توسط: استفاده هر وقت درست کاندوما، تداوم روابط جنسی دوگانه با یک شریک جنسی با یک فرد بدون انتان، یا اجتناب از مقاربت جنسی.
- هر فردی که با اچ ای وی معروض شده است باید با عرضه کننده ماهر مشوره دهی نماید جهت تست کردن، مشوره دهی و معلومات دهی داوطلبانه برای محافظت صحت شان.
- خانم های حامله باید دسترسی به تست و مشوره دهی داوطلبانه داشته باشند. اگر منتن باشند، برای شان تداوی مناسب جهت کاهش خطر سرایت انتان در ولادت یا از طریق شیردهی به اطفال شان.
- بدنامی، محرمیت، معلومات نادرست و سلوک منفی بمقابل مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند باعث افزایش احتمالی رنج شان شده و ممکن موجب انتشار اپیدیمی اچ ای وی گردد. تبعیض علیه مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند یک تخطی از حقوق بشری است.

برای معلومات بیشتر در مورد مبارزات ارتباطی، فصل 1: اصول اساسی مراجعه گردد.

3.3 وقایه از اچ ای وی

این مهم است تا آفسران صحت باروری و مسوولین برنامه خصوصیات محل کار، دانش و سلوک نفوس را بدانند تا اینکه برنامه ریزی اچ ای وی به این فکتور های مطابقت نماید. در تنظیمات بشری، مردم ممکن است سلوکی داشته باشند که ایشان را در معرض خطر جدی اچ ای وی قرار داده، حتی اگر خود را در جمله ای گروه معروض به خطر محسوب نه نمایند.

این بخش در مورد سه گروه مشخص آسیب پذیر بحث نموده است: استفاده کننده گان زرقی مواد مخدره، مردانیکه عمل جنسی را با مردان اجرا مینمایند و افرایکه عمل جنسی را بمقابل پول انجام میدهند. هریک از این گروهها دارای خصوصیات مشخصه خود بوده و بصورت جداگانه بحث میشود، با آنکه مواد آتی به تمام برنامه های گروههای آسیب پذیر تحت هدف سازگار است:

- شریک ساختن گروه‌های آسیب پذیر از آغاز طرح، تطبیق و نظارت برنامه
- قراردادن فعالیت های برنامه در محلی که رفت و آمد گروه های علاقمند زیاد است (مانند کلیها، همسایه گی و غیره)
- ایجاد ساحات مصون مجازی (لین های تیلیفون) یا فیزیکی (مراکز بازدید) که برای هر گروه تطابق داده شده جایکه مردم بتوانند براحتی معلومات را دریافت نمایند و رجعتدهی برای مراقبت و حمایت
- ترویج دوامدار و استفاده درست از کاندنم های مردانه و زنانه و اطمینان از موجودیت، قابل پرداخت بودن و تهیه مناسب شان.
- آموزش کارکنان صحتی و اجتماعی جهت تامین کیفیت عالی، مطابق به مراجعین، خدمات مربوط به اچ ای وی برای مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند و شرکای و فامیل شان، بشمول تداوی انتانات انتقالی مقاربتی، تست و مشوره دهی داوطلبانه، جلوگیری از سرایت مادر به طفل، تنظیم خانواده و تداوی توبرکلوز و ایدس.
- بیان کردن موانع ساختاری، شامل پالیسی ها، قوانین و عملکرد های عنعنوی، که تبعیض علیه گروه و جلوگیری از دسترسی و استفاده مناسب از خدمات وقایوی، تداوی و مراقبت اچ ای وی.

استفاده کننده گان زرقی مواد مخدره

زمان استفاده مشترک از سرنج و سایر مواد در جریان زرق، یک طریق شناخته شده انتقال اچ ای وی بوده، استفاده کننده گان زرقی مواد مخدر در انتشار اپیدیمی فرا تر از حلقه کسانیکه زرق مینمایند سهم میگیرند. شرکای جنسی یک استفاده کننده زرقی مواد مخدر در معرض خطر از طریق انتشار جنسی میباشد. اطفال تولد شده از مادرانیکه مصاب اچ ای وی اند از طریق استفاده مشترک از سوزن ها یا مقاربت جنسی با یک استفاده کننده زرقی مواد مخدر ممکن است که منتن شوند.

اچ ای وی میتواند بطور خاص از طریق استفاده مشترک سوزن های منتن میان استفاده کننده گان زرقی مواد مخدر انتشار نماید (شیوع اچ ای وی میتواند از 5 تا 50 % دریک سال توسعه یابد). استفاده کننده گان زرقی مواد مخدر دارای خطرات اضافی انتشار اچ ای وی مانند زندانی شدن و عمل جنسی بمقابل پول. مجرم شمردن استفاده کننده گان زرقی مواد مخدر میتواند موجب منزوی ساختن اجتماعی و محدود ساختن دسترسی به خدمات میگردد. تمام اینها میتواند اپیدیمی را تشدید نمایند.

اقدامات کاهش اضرار، مانند دسترسی به مواد زرقی معقم، تداوی اعتیاد مواد مخدر، فعالیت های خارج از مرکز صحتی در جامعه و عرضه معلومات وقایوی اچ ای وی، تمام شان اقدامات بسیار موثر برای جلوگیری از انتشار اچ ای وی اند. هدف برنامه ریزی عبارت از کاهش سرایت اچ ای وی مربوط به استفاده کردن زرقی مواد مخدره با عرضه پوشش کافی از مواد زرقی معقم (بشمول زندانها)، کیفیت خوب، تداوی داوطلبانه برای معتادین مواد مخدر، خدمات دوستانه صحت باروری و وقایه انتقال از مادر به طفل برای خانم های استفاده کننده زرقی مواد مخدر و آموزش برای عرضه کننده گان خدمات در مورد خدمات مربوط به اچ ای وی برای استفاده کننده گان زرقی مواد مخدر.

برنامه های وقایوی خارج از مراکز صحتی بشکل هم سوپه موثر ثابت شده اند. پیامهای عمده ممکن شامل:

- اگر شما مواد مخدر را زرق مینمایید، شما در معرض خطر جدی برای اچ ای وی قرار دارید. درخواست کمک را از افراد آموزش دیده مسلکی جهت کاهش خطر تان تحت ملاحظه قرار دهید. یک برنامه تداوی معتادین مواد مخدر و مشوره دهی برای شان قدم نخست بطرف وقایه، تداوی و مراقبت اچ ای وی بشمار میرود.
- اگر شما تحت تداوی اچ ای وی قرار دارید، احتمال زیاد موجود است که شما خوردن ادویه را فراموش نمائید. انتخاب یک یار / رفیق دوایی تا شما را جهت بخاطر آوردن اخذ ادویه اچ ای وی مطابق به تقسیم اوقات کمک نماید.

مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند

مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند به تمام راجع میگردد که با مردان عمل جنسی را اجرا مینمایند بدون در نظر داشت اینکه چگونه خود را معرفی مینمایند (گی، دارای خصوصیات زن و مرد، عمل جنسی با جنس مخالف). عملکرد های مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند در تمام جهان متفاوت میباشد. به هدف برنامه ریزی برای مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند در میان نفوس بیجا شده، باید ارتباطات اجتماعی محلی و عملکردهای معمول در آن جامعه دانسته شود. تخمناً در سرتاسر جهان از هر 20 مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند صرف یک نفر شان به خدمات، مراقبت ها، تداوی و وقایه اچ ای وی

دسترسی دارند. بدنامی، مجرم شمردن، و تبعیض، با عدم درک در باره سلوک و رفتار شان از جمله موانع مهم در تطبیق برنامه های موثر بشمار میرود.

جایکه رفتار اجتماعی، فرهنگی و مذهبی عملکردهای مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند را تقبیح مینمایند، برنامه های که نیاز های این گروه را هدف قرار میدهد میتواند از جانب رهبران مذهبی و رهبران جامعه مورد انتقاد قرار میگیرند. با تمویل کردن و حمایت، آفسران صحت باروری و مسولین برنامه میتواند برنامه های را طرح نمایند که هدف شان برگشت انتشار اچ ای وی میان مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند باشد. بگونه مثال:

- تعیین نمودن اندازه و خصوصیات جامعه مردانیکه عمل جنسی را با مردان انجام میدهند میان نفوس متضرر شده و دخیل ساختن ایشان در طرح و تطبیق فعالیتهای هدفمند.
- ارایه معلومات مشخص در مورد وقایه و ستراتیژی های کاهش خطرات در مبارزات افهام و تفهیم مانند استفاده درست و منظم کاندوم ها. مراقبت های کلینیکی برای بازمانده گان مردان و زنان تجاوز جنسی یک بخش از مجموعه حد اقل خدمات اساسی است (فصل 2: مجموعه حد اقل خدمات اساسی ملاحظه گردد).
- ترویج ساختن ادغام متناوب جامعه جنسی در مبارزات آگاهاهی دهی عامه جهت کاهش ترس و حراس از این موضوع.

کسانیکه عمل جنسی را بمقابل پول انجام میدهند

تبادل عمل جنسی برای پول یا مواد در تمام جوامع ملاحظه شده، بشمول جوامع بیجا شده گان. اطفال و خانم های که خود را منحیث کسانیکه عمل جنسی را بمقابل پول انجام میدهند تلقی نه نموده مگر تلاش برای باقی ماندن را دارند. بناً تامین مصونیت، محافظت و دسترسی به غذا و حمایت برای مردمان آسیب پذیر مانند یتیمان و خانم های که سرپرستی فامیل را بدوش دارند بسیار مهم پنداشته میشود.

محافظت این گروه از انتانات اچ ای وی مفاد برای خودشان و نفوس عمومی را در پی دارد. برنامه های موفق باید فعالیت های شانرا در محلی که این گروه بتوانند به آن دسترسی پیدا کنند قرار دهند. ملاحظات در برنامه ریزی عبارتند از:

- تامین دوامدار از موجودیت کاندوم های مردانه و زنانه. جهت مشاهده کاهش موثر سرایت اچ ای وی از طریق کسانیکه در مقابل پول عمل جنسی را انجام میدهند باید قبولیت استفاده درست از کاندوم ها میان این افراد و شرکای غیر منظم جنسی شان اضافه از 90% باشد.
- ادغام ستراتیژی های کاهش خشونت در امورات کسانیکه در مقابل پول عمل جنسی را اجرا مینمایند. برنامه ها باید تحت قانون که توانایی های آنها محافظت نموده و از مصونیت عملکرد های شان توسط مراجعین شان.
- ادغام جوامع با کسانیکه در مقابل پول عمل جنسی را اجرا مینمایند جهت تامین پالیسی ها قوانین محافظت کننده اطفال.
- ارتباط دادن کسانیکه در مقابل پول عمل جنسی را اجرا میکنند و فامیل های شان با میکانیزم های حمایتی، بشمول ارایه کمک و تشویق مالی برای خانم ها که این کار را ترک نمایند از طریق یک طیف از خدمات قانونی، اقتصادی و اجتماعی.
- توجه به نمای " تقاضا " به اجرای عمل جنسی بمقابل پول جهت تغیر سلوک مشتریان کسانیکه در مقابل پول عمل جنسی را انجام میدهند. کارکنان بشری، محافظین صلح، پولیس ملکی و افراد از نفوس عمومی مشتریان کسانیکه در مقابل پول عمل جنسی را انجام میدهند میباشد.

3.4 تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی

تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی یک اولویت در آغاز پاسخدهی بشری نمیشد زیرا این یک مداخله آبی برای مصون کردن حیات نمیشد. بزودی ممکن بعد از ثابت شدن اوضاع، مهم است تا تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی را برای مردمیکه میخواهند در مورد حالت اچ ای وی خود بدانند. تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی یک عمل استندرد جهت بهبود صحت و بهداشت افراد و یک نقطه دخول مناسب برای خدمات مراقبتی و تداوی میباشد. مشوره دهی برای اماده سازی مراجعین جهت نتایج تست شان و تشویق شان برای تغیر سلوک، هر چه که نتیجه تست باشد.

تست اجباری اچ ای وی هرگز باید حمایت نگردد.

این حاوی یک خشونت ار حقوق فرد است.

تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی که از طرف عرضه کننده شروع شود:

در اپیدیمی های عمومی که محیط مساعد موجود و منابع کافی قابل دسترس باشد (بشمول استندرد های توصیه شده برای وقایه، مراقبت و تدای اچ ای وی)، تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی باید توسط عرضه کننده جز یک بخش از مراقبت های استندرد کلینیکی باید ارایه گردد. اگر مشکلات منابع و ظرفیت موجود باشد، به یک مرحله ای تطبیقی برای تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی که توسط عرضه کننده شروع گردد نیاز خواهد بود. موارد آتی یک لست اولویت ها برای تطبیق مرحلوی است:

1. کلینیک های توپرکلوز
2. خدمات انتانات انتقالی مقاربتی
3. خدمات قبل از ولادت، ولادت و بعد از ولاد
4. تسهیلات طبی برای مریضان داخل بستر و سراپا

در اپیدیمی های سطح پایین و متمرکز، عرضه کننده گان خدمات باید تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی را با تمام مریضان ه به تسهیل صحی مراجعه مینمایند توصیه نه نموده، زیرا بسیاری از مردم در خطر پایین قرار دارند. تسهیلات تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی در تنظیمات بشری ثابت باید قابل دسترس بوده، یا از طریق خدمات ایجاد شده یا کلینیک های سیار.

بعضی از سلوکی که مردم را در معرض خطر جدی اچ ای وی قرار میدهد مانند عمل جنسی بمقابل پول یا استفاده زرقی مخدره، مردم را بیشتر مستعد به اجبار، تبعیض، خشونت، ترک، حبس بودن یا سایر عواقب منفی بمحض افشاء یک تست مثبت اچ ای وی. عرضه کننده گان خدمات نیاز به آموزش های خاص و ارزیابی در جریان تست و مشوره دهی آگاهانه برای این نفوس. تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی برای این گروه ها باید با تطبیق یک چارچوکات حمایتی اجتماعی، پالیسی و عدلی یکجا تطبیق گردد.

خدمات با کیفیت تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی

خواه از جانب عرضه کننده یا مشتری ابتکار شده باشد، اجزای آتی در برنامه تامین کننده کیفیت خدمات تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی میباشد:

- رضایت، حریم خصوصی و محریمیت مهم میباشد. تست اچ ای وی باید تنها بر اساس داوطلبانه اجرا گردد. همیشه رایید رضایت آگاهانه قبل از اجرای تست اخذ گردد. تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی هیچگاهی نباید مشروط به حالتی برای فردی تحمیل گردد.
- ارایه خدمات رایگان
- تامین مشوره دهی قبل و بعد از تست یک بخش از تمام خدمات تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی میباشد.
- خدمات حمایتی بعد از تست باید موجود باشد که شامل شبکه رجعتدهی و دسترسی به تست اضافی (مانند محاسبه سی دی 4) جهت ارزیابی حالت مناسب برای دخول به برنامه های مراقبتی و تدای
- تست و مشوره دهی داوطلبانه اچ ای وی باید صرف زمانی اجرا گردد که استندرد های مناسب اجرای تست موجود باشد. الگوریتم ملی قابل اعتبار برای اجرای تست اچ ای وی تعقیب گردیده، زمانیکه توجه به موضوعات خاص حقوق بشری را برای نفوس متضرر دشه تحت ملاحظه قرار دهد.
- استفاده از تکنالوژی که مناسب به حالت باشد مانند تست های سریع با استفاده از وخته انگشت نمونه های از خون-کامل. دریافت نتیجه یک تست با اجرای تست سریع اچ ای وی کمتر از 30 دقیقه را در بر گرفته و با میزان بلند موفقیت مشوره

دهی و تعقیب بعد از تست همراه است. وضعیت ذخیره گاه محلی و سایر تست های سریع را ملاحظه نموده که نیاز به یخچال نداشته باشد در جایکه مناسب باشد.

3.5 مداخلات تداوی ادویه ضد انتی ریترو ویروس

مهم است تا برای عرضه ادویه اساسی ضد ریترو ویروس و تداوی ضد ریترو ویروس برنامه ریزی نمود. عرضه خدمات مربوطه اچ ای وی در نفوس در تنظیمات بشری یک مشکل بوده که قویاً ریشه با قوانین حقوق بشر بین المللی دارد. با تمام پالیسی ها و برنامه های اچ ای وی و ایدس، تداوی ضد ریترو ویروس باید با برنامه های وقایوی، مراقبتی و حمایتی باید ارتباط داشته باشد. این پروگرام نباید منحیث یک مداخله موازی تطبیق گردد بلکه باید با سایر خدمات مربوطه ادغام شده باشد (مانند صحت، تغذی، تعلیمات، خدمات اجتماعی و آب و بهداشت).

جایکه تداوی ضد ریترو ویروس موجود است مهم است تا مشوره دهی خطرات و مزایای تداوی ضد ریترو ویروس را تحت پوشش قرار داده و مهم بودن ادغام در تقسیم اوقات تداوی.

مداخلات اساسی که در حالت ضد ریترو ویروس استفاده میشود عبارتند از:

- وقایه بعد از معروض شدن
- وقایه انتقال از مادر به طفل
- تداوی ضد ریترو ویروس

وقایه بعد از معروض شدن

مسولین برنامه صحت باروری باید اطمینان داشته باشد که اجرای آنی وقایه بعد از معروض شدن (در 72 ساعت) جهت کاهش احتمال سرایت اچ ای وی شامل پروتوکول ها برای او حالت ذیل:

- خدمات برای بازمانده گان تجاوز جنسی: جهت وقایه و تداوی عواقب احتمالی بازمانده گان تجاوز جنسی، بازمانده گان باید دسترسی به مراقبت های کلینیکی بشمول مشوره دهی حمایتی داشته باشد. این مراقبت ها شامل عرضه وقایه بعد از معروض شدن است.
- معروض شدن شغلی: با وجود اجرای استندرد های احتیاطی و ادغام در تنظیمات مراقبت های صحی، معروض شدن شغلی خون و مایعات عضویت ممکن است با اچ ای وی منتن شود بگونه مثال از طریق جرحه وخذه سوزن. از موجودیت تداوی وقایوی بعد از معروض شدن در این تنظیمات جزء از مجموعه جامع استندرد های احتیاطی جهت کاهش احتمال سرایت اچ ای وی بعد از معروض شدن، اطمینان حاصل گردد.

رژیم توصیه شده تداوی بعد از معروض شدن یک تداوی مرکب 28 روزه با تو بهی کننده نیکلوساید- انالوگ ریورس ترانسکریپتاز است، اکثرأ زیدوودین و لمیویدین. برای معلومات بیشتر در مورد تداوی وقایوی بعد از معروض شدن به فصل 2: مجموعه حداقل خدمات اساسی مراجعه گردد.

سازمان صحی جهان یک روش استراتیژیک جامع را جهت وقایه اچ ای وی در نوزادان و اطفال جوان ترویج داده است که شامل:

- وقایه ابتدایی انتان اچ ای وی (فصل 9: انتانات انتقالی مقاربتی، بخش 3.3 ملاحظه گردد).
- جلوگیری حمل های ناخواسته میان خانم های که با اچ ای وی زنده گی می نمایند (فصل 5: تنظیم خانواده، بخش 3.11 ملاحظه گردد).
- وقایه از سرایت اچ ای وی از مادران که با اچ ای وی زنده گی مینمایند به اطفال شان.
- مراقبت، تداوی و حمایت برای مادرانیکه با اچ ای وی زنده گی می نمایند، به اطفال و فامیل شان.

در برنامه های جامع صحت باروری، جهت رسیدن به هدف عمومی برای بهبود صحت مادر و طفل در مورد اچ ای وی باید تمامی چهار جزء باید تطبیق گردد.

جلوگیری از سرایت مادر به طفل

این موضوع باید یکجا با فصل 6: صحت مادر و نوزاد مطالعه گردد.

در عدم موجودیت تداوی وقایوی، احتمال که یک نوزاد از مادر اچ ای وی مثبت منتن بدنیا بیاید از 20% تا 45% میان خانم های شیرده میباشد. تطبیق یک دوز واحد ادویه ضد ریتر و ویروس میتواند این رقم را تقریباً به دو-سوم کاهش دهد، در حالیکه استفاده از رژیم های مغلق تداوی با سه-ادویه ضد ریتر و ویروس و/یا سیزارین سکشن انتخابی و اجتناب از شیردهی این احتمال به کمتر از 2% کاهش خواهد یافت.

در جایکه یک خانم دانسته شود که با اچ ای وی زنده گی مینماید به خدمات قبل از ولادت، ولادت یا بعد از ولادت مراجعه نمایند، در اینصورت بطور فعالانه این فرصت برای جلوگیری سرایت اچ ای وی به طفل اش. برای تطبیق برنامه سرایت ویروس از مادر به طفل، موارد آتی باید ایجاد گردد:

- خدمات قبل از ولادت
- مراقبت های صحت مادر و طفل، بشمول خدمات مصون ولادی
- مشوره دهی و تست داوطلبانه اچ ای وی که از جانب عرضه کننده ابتکار گردیده باشد، استفاده از روش های اجتناب کننده که افراد باید بطور اخص تست اچ ای وی را کاهش بدهند بعد از دریافت معلومات قبل از تست اگر نخواهند که تست را انجام بدهند.
- مشوره دهی در مورد تغذی نوزاد
- موجودیت تداوی ضد ریتر و ویروس و پروتوکول های جلوگیری از سرایت ویروس از مادر به طفل (چوکات 25 ملاحظه شود).

تغذی نوزاد⁵

خطر اخذ اچ ای وی نوزاد از طریق شیردهی باید در مقابل خطر بلند تر مرگ شان از باعث سایر اسباب مقایسه گردد، مانند سوء تغذی، اسهالات و سینه و بغل میان نوزادان که از شیر ثدیه استفاده نمی نمایند. شواهد نشان داده استکه سرایت اچ ای وی در صورت شیردهی انحصاری تا به ماه ششم با یک کاهش سه تا چهار بار خطر سرایت اچ ای وی بمقایسه نوزادانیکه بطور انحصاری از شیر ثدیه استفاده نمی کنند، میباشد.

آفسران صحت باروری باید در میان سکتور صحت با مسوولین ملی صحتی در مورد ترویج عملکرد یک تغذی برای نوزادان در تمام جوامع منحصی یک مراقبت استاندارد مورد بحث قرار گیرد. خانم های که اچ ای وی مثبت اند باید مشوره دهی و حمایت شوند یا:

- شیردهی و دریافت مداخلات ضد ریتر و ویروس

یا

⁵ این بخش بر اساس: تغذی نوزاد در زمینه اچ ای وی. پیام های اساسی، سازمان صحتی جهان 2009
www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/

زمانیکه تغذی جایگزین قابل قبول، امکان پذیر، قابل پرداخت، مداوم و مصون باشد، از تمام شیردهی از ثدیه اجتناب گردد، زیرا این حالت بزرگترین چانس برای بازماندن عاری از اچ ای وی بدست خواهد داد.

عرضه ضد ریترو ویروس برای خانم های حامله و شیردهی که با اچ ای وی زنده گی مینمایند و نوزاد که از شیر ثدیه استفاده مینماید شدیداً توصیه گردیده و سکتور صحت باید سعی نماید تا اینها را معرفی نماید (وقایه فمی ضد ریترو ویروس در ذیل ملاحظه گردد). باآنهم عدم موجودیت ضد ریترو ویروس پیشنهادات را در مورد شیردهی تغیر نمیدهد:

- شیردهی انحصاری برای شش ماه اول حیات برای مادران منتن به اچ ای وی پیشنهاد گردیده (که نوزاد شان غیرمنتن به اچ ای وی بوده یا حالت اچ ای وی شان نامعلوم است) مگر اینکه تغذی جایگزینی قابل قبول، امکان پذیر، قابل پرداخت، مداوم و مصون باشد. در ماه ششم، غذا های مناسب و جامع را شروع نموده و شیردهی از ثدیه را برای 12 ماه اول حیات دوام دهید. تمام شیردهنده گان تنها زمانی شیردهی را توقف دهند که رژیم تغذی مناسب و مصون خارج از شیر مادر تهیه شده بتواند.
 - اگر نوزادان و اطفال جوان قبلاً منتن به اچ ای وی شناخته شده باشند، به مادر شدیداً توصیه برای شیردهی برای شش ماه اول حیات و ادامه شیردهی طوریکه برای نفوس عمومی توصیه شده است ادامه دهند، که تا سن دوساله گی یا فراتر از آن.
 - بهر گونه که تصمیم به تغذی اخذ شده است، خدمات صحتی باید تمام نوزادان معروض به اچ ای وی را تعقیب نموده و برای مشوره دهی و حمایت تغذی نوزاد ارایه گردد، بخصوص در نقاط مهم زمانیکه تصامیم تغذی تحت ملاحظه دوباره قرار گیرد، مانند در زمان تشخیص ابتدایی نوزاد و در سن شش ماهگی.
- برای معلومات بیشتر در مورد شیرمادر به فصل 6: صحت مادر و نوزاد مراجعه گردد.

وقایه ضد ریترو ویروس فمی

مادرانیکه به انتان اچ ای وی منتن اند باید با تداوی ضد ریترو ویروس در تمام حیات یا وقایه ضد ریترو ویروس از طریق حمل و شیردهی برای شان تهیه گردد.

رژیم های وقایوی ضد ریترو ویروس هرچه زودتر از هفته 14 ام حمل یا هرچه زودتر زمانیکه خانم در مراحل بعدی حمل مراجعه نماید، نزدیک ولادت یا در زمان ولادت.

- حد اقل، مادر باید دوز واحد نیوراپیرین 200 ملی گرام در شروع ولادت و نوزاد بمقدار 2 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن از طریق فمی به زودی ممکن، مگر نباید 72 ساعت بعد از ولادت. زمانیکه رژیم وقایوی مطلوب تحت ملاحظه قرار نگیرد، شکل ساده این روش برای تنظیمات بشری مناسب میباشد. برنامه های که این ادویه را استفاده مینمایند یک اقدام موقتی کوتاه مدت بوده و باید قدم ها جهت استفاده از رژیم های موثرتر هرچه زودتر روی دست گرفته شود.
- اگر خانم در مراقبت قبل از ولادت مراجعه نموده و نیاز به تداوی ضد ریترو ویروس برای صحت خودش نداشته باشد یا ادویه جات ضد ریترو ویروس موجود نباشد، وقایه ضد ریترو ویروس باید در هفته 14 حمل یا به زودی ممکن بعد از آن شروع شود، در جریان حمل، و شیردهی ادامه داده شود و بعد از ولادت برای نوزاد نیز شروع گردد.

چوکات 25 وقایه توصیه شده را برای ضد ریترو ویروس پیشنهاد شده برای انتان اچ ای وی خانم هایکه برای صحت خود شان نیاز به تداوی ندارد، ارایه مینماید.

تعقیب اطفالیکه از مادرانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند به دنیا می آیند: اساساً برای وقایه بعد از ولادت و بعداً جهت ارزیابی حالت اچ ای وی شان و در صورت نیاز عرضه تداوی ضد ریترو ویروس.

شمال ساختن شرکای جنسی در برنامه های وقایه سرایت از مادر به طفل. این یک موضوع مهم و کلیدی برای تامین حمایت در میان فامیل هاست.

در صورت امکان، از دسترسی مادرانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند به تداوی ضد ریترو ویروس (به ذیل توجه شود). هرگاه خانم حامله معیارات را مطابقت نمود^{FN}، تداوی ضد ریترو ویروس را هرچه عاجلتر شروع نماید. اگر تداوی ضد ریترو ویروس آغاز شده

^{FN} برای تمام خانم های حامله اچ ای وی مثبت با امراض کلیبکی شدید و پیشرفته، تداوی ضد ریتروویروس را برای تمام عمر شروع نموده (مرحله 3 یا 4 کلیبکی سازمان صحتی جهان)، یا با شمار سی دی 4 به اندازه 350 یا کمتر از آن در فی ملی متر مکعب، بدون در نظر داشتن سن حمل.

نتواند، در این صورت نیوراپرین نباید برای مادر جهت وقایه از سرایت ویروس از مادر به طفل توصیه گردد تا اینکه از انکشاف مقاومت ویروسی بمقابل نیوراپرین جلوگیری نمود.

اگر تهیه ادویه جات ضد ریترو ویروس ناکافی برای تداوی ضد ریترو ویروس مادر باشد در اینصورت وقایه برای نوزاد تهیه شده میتواند.

چوکات 25: تداوی های وقایوی انتخابی ضد ریترو ویروس توصیه شده برای خانم های حامله که از باعث صحت خودش نیاز به تداوی ندارد	
انتخاب الف: آ - زید- تی مادری (Maternal AZT)	انتخاب ب: تداوی وقایوی سه گانه ضد ریترو ویروس مادری (Maternal triple ARV prophylaxis)
مادر	مادر
<ul style="list-style-type: none"> • AZT قبل از ولادت روزانه (بزرگتر از 14 هفته حمل) • نیوراپرین در شروع حمل * • AZT + 3TC در جریان ولادت* • AZT + 3TC برای هفت روز بعد از ولادت* * AZT + 3TC و نیوراپرین داخل و خارج رحمی را میتوان حذف نمود هرگاه مادر اضافه از 4 هفته AZT را در جریان حمل اخذ نموده باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> • ادویه جات سه گانه ضد ریترو ویروس را قبل تر از هفته 14 حمل شروع و تا یک هفته بعد از شیر دهی بطور کامل توقف داده شود. رژیم های توصیه شده شامل: • AZT + 3TC + LPV/r • AZT + 3TC + ABC • AZT + 3TC + EFV • TDF + (3TC or FTC) + EFV
نوزاد	نوزاد
<p>نوزاد که از شیر ثدیه استفاده میکند NVP روزانه از زمان تولد تا یک هفته بعد از اینکه معروض شدن به تمام شیر ثدیه خاتمه یافت</p> <p>نوزاد که از شیر ثدیه استفاده نمی کند NVP یا AZT روزانه از زمان تولد تا هفته ششم</p>	<p>نوزاد که از شیر ثدیه استفاده میکند NVP روزانه از زمان تولد تا هفته ششم</p> <p>نوزاد که از شیر ثدیه استفاده نمی کند NVP یا AZT روزانه از زمان تولد تا هفته ششم</p>
<p>AZT: ازیدوتیمیدین، زیدویدین، 3T: میویدین، Sd-NVP: دوز واحد نیویراپرین، LPV/r: لوبیناویر/ دیتونویر، ABC: اباکاویر، EFV: ایفاویرنز.</p> <p>تمام رژیم ها از طریق فمی استطباب دارد. فورمولی برای اطفال برای AZT، 3TC و NVP موجود است.</p> <p>* برای توصیه های سریع: استفاده از ادویه جات ضد ریتروویروس برای تداوی خانم های حامله و جلوگیری اچ ای وی در نوزادان. سازمان صحتی جهان. 2009. www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/en/index.html.</p>	

تداوی ضد ریترو ویروس

از آغاز پاسخدهی بشری از تامین ادامه ادویه ضد ریترو ویروس برای کسانیکه قبلاً تحت تداوی یک برنامه ضد ریترو ویروس بودند اطمینان حاصل گردد. برای مریضانیکه در تحت تداوی ضد ریترو ویروس قرار داشتند یا کسانیکه تحت تداوی قرار داشتند اما دسترسی به این ادویه را نداشتند، در این صورت تداوم ضد ریترو ویروس یک اولویت جهت تامین موثریت تداوی بوده و از مقاومت ویروس جلوگیری مینماید. موارد آتی توصیه میگردد:

- یک تست اچ ای وی- یا یک سندی که از حالت اچ ای وی تایید نموده و کارت مریض نشاندهنده رژیم تداوی ضد ریترو ویروس که قبلاً تعقیب میگردید نشان دهد.
- اگر فرد فعلاً تحت تداوی ضد ریترو ویروس قرار دارد، تداوی را بدون وقفه ادامه دهید. هرگاه کدام وقفه در تداوی موجود باشد، دلایل این وقفه را ارزیابی نموده و بزودی ممکن تداوی دوباره از آغاز گردد.
- اگر عین ادویه جات ضد ریترو ویروس که قبلاً تعقیب میگردید منحنی رژیم قطار اول، قابل دسترس نباشد و تاریخچه ناکامی در تداوی موجود نباشد یا کدام عوارض جانبی شدید موجود نباشد، رژیم عوضی دیگر را از قطار اول بصورت عاجل مطابق به پروتوکول های ملی شروع گردد.
- مریضانیکه قبلاً از نهی کننده گان پروتیاز استفاده میکردند که فعلاً با تغییر حالت قابل دسترس نمی باشد در این صورت میتوانند از رژیم قطار اول تا دستیاب شدن رژیم قطار دوم مورد استفاده قرار داد. باآنکه، افرادی که تحت تداوی نهی کننده گان پروتیاز از باعث یک عکس العمل، میتوان از رژیم قطار اول با نظارت شدید مریض توصیه گردد. اگر حالت سمی علاج یافت و رژیم های قطار دوم قابل دسترس نباشد، تداوی ضد ریترو ویروس باید ادامه داده نشود. وقایه انتانات فرصت طلب را ادامه دهید. (بخش 3.6 ملاحظه گردد).
- مطابق به حالت جدید برای مریض مشوره دهی و حمایل ارایه و عرضه گردد.

زمانیکه مهاجرین و برگشت کننده گان که تحت تداوی ضد ریترو ویروس دو باره به کشور و محل شان بازگشت نمایند، از تامین تداوم تداوی بدون وقفه اطمینان حاصل گردد. موضوع با مسوولین صحتی در کشور یا منطقه هماهنگ ساخته شود.

پلان جهت برنامه جامع مشوره دهی و تست اچ ای وی بزودی ممکن، قبل از آغاز خدمات تداوی ضد ریترو ویروس سوابد سوالات ذیل تحت ملاحظه قرار گیرد:

- حداقل مقدار تهیه ضد ریترو ویروس که میتواند قابل دسترس باشد چقدر است؟
- برای چی مدت بودیجه موجود است؟ حداقل بودیجه برای یک سال باید تضمین گردد.
- آیا مردم متضرر شده میتوانند که در برنامه ملی تداوی ضد ریترو ویروس ثبت نام نمایند؟
- مشکلات احتمالی تدارکات و اداره ادویه کدام هاست؟
- تحرکیت نفوس تا چی اندازه است؟ حالت امنیتی چگونه است و احتمال بیجا شدن در آینده که ممکن است موجب وقفه در تداوی گردد؟
- ظرفیت لابراتوار (در مرکز صحتی و / یا سطح رجعتی) تا چی اندازه است؟

آغاز نمودن یک مجموعه حداقل از خدمات تداوی ضد ریترو ویروس نیاز به آماده گی. از موجودیت موارد آتی اطمینان گردد:

- پالیسی ها، مراحل اجرایی استندرد و پروتوکول های تداوی استندرد. در صورت موجودیت باید پروتوکول های ملی تعقیب گردد. در صورت عدم موجودیت یک پروتوکول ملی، رهنمود های سازمان صحتی جهان تعقیب گردد.
- آموزش دادن کارکنان کلینیک و جامعه با شایستگی در پروتوکول های تداوی، مشوره دهی مریضان و بسیج جامعه.
- تهیه یک محموله شش ماهه ادویه جات بشمول ضد ریترو ویروس، کوتری مکسازول، تداوی توبرکلوز و تداوی سایر انتانات فرصت طلب (بخش 3.6 ملاحظه گردد)، و سیستم تدارکاتی جهت تامین تهیه بدون وقفه مواد و ادویه جات.
- تهیه مواد تشخیصیه و مواد لابراتواری، بشمول مواد حد اقل تشخیصیه اچ ای وی، هیموگلوبین یا تعین هماتوکریت، محاسبه کننده حجات سی دی 4، تست های تشخیصیه توبرکلوز، ملاریا و سفلیس.
- یک سیستم نظارتی مریضان (بشمول کارت های تداوی مریضان برای مریضان که تحت تداوی ضد ریترو ویروس قرار دارند جهت تعقیب تداوی و تداوم مراقبت از مرکز صحتی دیگر) و شبکه رجعتدهی و مکالمه.
- محموله های معلوماتی برای مشوره دهی، تعلیمات مریضان و بسیج سازی جامعه.

3.6 مراقبتهای جامع برای مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند

مراقبتهای جامع برای مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند یک جزء از مراقبت های اولیه صحتی بوده که باید در هر گونه تنظیمات بشری موجود باشد. این مراقبتها بخصوص در حالاتیکه اپیدیمی عمومی موجود باشد بسیار مهم است. عناصر مراقبت های جامع شامل:

- حمایت از مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند
- معلومات و تعلیمات برای مریضان
- تداوی توبرکلوز و وقایه از انتانات فرصت طلب
- تنظیم خانواده
- مراقبت ها مبتنی بر جامعه / منزل
- مراقبت های تسکین کننده

حمایت از مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند

انکشاف دادن برنامه های محرم جهت عرضه حمایت روانی-اجتماعی برای کسانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند. این ممکن شامل مشوره دهی و حمایت انفرادی، حمایت از گروهها یا رفقای کسانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند و فامیل های کسانیکه مریض حالت مثبت بودن اچ ای وی خود را آشکار ساخته است.

اطمینان گردد که مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند دسترسی بدون تبعیض به مواد غذایی ضروری و مشوره دهی تغذی از طریق برنامه های معاونت تغذی داشته باشد. لست تمام مردم واجد شرایط بدون فاش کردن دلایل شامل ساختن شان در لست تغذی اضافی جهت اجتناب از تبعیض مریضان.

در تنظیمات بشری، مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند نیاز به تامین مواد کافی و آب آشامیدنی صحی زیرا آنان بیشتر مستعد به انتانات بوده و کمتر قادر به احیا مجدد از امراض که توسط انتانات که توسط آب انتقال می نمایند.

به عین دلایل، برای این مردم از پشه خانه های که حاوی حشره کش های دوامدار اند جهت کاهش خطر ملاریا در نواحی اندیمیک.

معلومات و تعلیمات برای مریضان

پارچه های معلومات دهی استاندارد برای مریضان را میتوان انکشاف داد، مگر باید موارد ذیل تحت ملاحظه قرار داده شود:

- حالات خاص بشمول معلومات مطابق به سن، لسان، سواد، و سطح تعلیمات
- معلومات در مورد زیستن با اچ ای وی، همچنان اقدامات وقایوی.

تداوی توبرکلوز و وقایه از انتانات فرصت طلب

در بسیار از قسمت های جهان، توبرکلوز یکی از اسباب عمده مرگ و میر مربوط اچ ای وی بشمار میرود. با برنامه های کنترول توبرکلوز جهت تامین دسترسی تداوی توبرکلوز به مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند هماهنگی گردد. ایزونیزید یک انتی بیوتیک موثر، بخوبی تحمل شده و ارزان برای تداوی وقایوی توبرکلوز و باید به تمام مریضان با اچ ای وی که مریضی فعال توبرکلوز شان رد گردد، توصیه شود.

برای جلوگیری از سایر انتانات فرصت طلب در مردمانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند کوتریمکسازول یک انتی بیوتیک موثر، بخوبی تحمل شده و ارزان بوده که برای وقایه از پنوموسیستک پنومونیا و توکسوپلازموزس در کاهلان و اطفال با اچ ای وی. این انتی بیوتیک در مقابل سایر انتانات و امراض پرازیتی موثر بوده و در مناطق که توسط ملاریا متاثر شده اند دارای مزایای بیشتر میباشد. بیشتر از همه، برای تمام اطفالیکه معروض به اچ ای وی از مادرانیکه با اچ ای وی زیست مینمایند باید بشکل وقایوی کوتریمکسازول را دریافت نمایند، در سن چهار تا شش هفته گی و تا زمانیکه انتان اچ ای وی رد گردد ادامه داده شود. در تمام واقعات رهنمود های ملی تعقیب گردد.

از آغاز پاسخدهی بشری، از تداوم تداوی وقایوی و راجع ساختن سریع مریضان به خدمات اطمینان حاصل شود.

تنظیم خانواده

مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند باید به روش های تنظیم خانواده و مشوره دهی دسترسی داشته باشد. عرضه نمودن مشوره دهی با کیفیت در مورد موضوعات مانند روش های مواد ضد حمل زمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند، محافظت دوگانه با کاندوم ها و سایر روش ها، مواد عاجل ضد حمل، خاتمه دادن حمل و موجودیت حمایت از حمل. برای معلومات بیشتر فصل 5: تنظیم خانواده ملاحظه گردد.

مراقبت ها مبنی بر جامعه / منزل

ایجاد یک سیستم مراقبت ها مبنی بر جامعه یا منزل تا اینکه مردمان با انتانات پیشرفته اچ ای وی به آن راجع شده بتواند بعد از خارج شدن از شفاخانه. این حالت بزودی بعد از اینکه حالت بشری ثابت و نارمل گردید باید آغاز گردد. حمایت های کلنیک و اجتماعی برای مردمانیکه با اچ ای وی زنده گی مینمایند باید موازی با هم باشند.

مراقبت های تسکین کننده

مراقبتهای تسکین کننده باید تداوی سندروم های حاد و مزمن و مراقبت های نهایی را تحت پوشش قرار دهد. بخش مهم عبارت از کنترل درد، تداوی سایر اعراض، مراقبت های نهایی، حمایت کننده از تعلیمات، معلومات و مراقبتهای مبنی بر عرضه خدمات جامعه / منزل.

3.7 مراقبت ها برای اطفال با اچ ای وی

اقدامات آتی برای مراقبت اطفال با اچ ای وی زنده گی مینمایند توصیه میگردد:

- تداوی اطفال بر اساس رهنمود های ملی
- استفاده از رهنمود های سازمان صحتی جهان برای تشخیص کلینیکی اچ ای وی جایکه تسهیلات تشخیصیه و نظارتی موجود نباشند.
- زمانیکه فورمولی های شربت توصیه میگردد، از موجودیت و ذخیره دهی کافی در یخچال و زنجیر سرد فعال هرگاه به مقدار زیاد تهیه گردند.
- در حالیکه تشخیص اچ ای وی در اطفال تولد شده از مادران با اچ ای وی مثبت ممکن بتاخیر بافتد از باعث فقدان تست های لابراتواری، برای این اطفال کوتریمکسازول در هفته چهارم تا ششم یا در اولین تماس با خدمات صحتی شروع گردد.
- در جایکه نظارت از عکس العمل زنجیر پولیمیراز موجود نباشد، و در اطفال زیر سن 18 ماهگی که از نظر کلینیکی تشخیص شده است، با والدین مشوره گردد تا تست تاییدی بعد از 18 ماهگی باید اجرا گردد.
- اطفال بی سرپرست و یتیمان نیاز به توجه بیشتر داشته و ممکن نیاز به داخل ساختن به پروسه خاص عدلی یا موافت نامه های ولی شان
- بهترین علاقه مندی طفل باید منتج به تمام تصمیم گیری ها شود.

4 حقوق بشر و ملاحظات عدلی

حقوق بشر مراعات و محافظت گردد که برای کاهش معروض شدن به اچ ای وی و کاهش عوارض جانبی آن بالای افراد و جامعه میگردد. قوانین حقوق بشر بین المللی حاوی یک تعداد نقاط ایست که مستقیماً ارتباط به مردم که با اچ ای وی زنده گی مینمایند یا از آن متأثر شده اند میباشد. ارایه حقوق ترویج مداخلات اچ ای وی برای برنامه های عاجل مهم تلقی میگردد، جایکه خشونت جنسی و کاهش

دسترسی به خدمات وقایوی، مراقبت و تداوی اچ ای وی کاهش یافته است موجب افزایش خطر انتقال اچ ای وی میگردد. مسایل کلیدی حقوقی عبارتند از:

- حق دسترسی به مراقبت های اچ ای وی و ایدس: حق دسترسی به عالیترین استاندارد قابل دسترس به صحت فیزیکی و دماغی که قابل دسترس، قابل قبول، و با تسهیلات صحی، مواد و خدمات با کیفیت. دسترسی به برنامه های اچ ای وی باید حد اقل معادل کشور های ماحول باشد. علاوه بر ارتباط با حقوق غذا، آب، مسکن و آزادی از تبعیض و خشونت میان سایر حقوق میباشد.
- حق دسترسی به معلومات و تعلیمات اچ ای وی: حق صحت شامل حق دسترسی به معلومات و تعلیمات اساسی صحی برای اچ ای وی و همچنان برای صحت باروری و جنسی میباشد.
- حق آزاد بودن از تبعیض: تمام افراد باید از آزادی هر گونه تبعیض مبنی بر جنس، جنسیت و حالت اچ ای وی لذت برده و از دسترسی به خدمات وقایوی، تداوی و مراقبت های اچ ای وی اطمینان حاصل گردد.
- حق مداخلات داوطلبانه صحی: تمام افراد بادی حق ارایه رضایت آگاهانه را داشته و باید از هرگونه تست اجباری اچ ای وی آزاد باشند. حق تمامیت فیزیکی که تمام افراد میتوانند بشکل داوطلبانه، تصامیم آگاهانه در مورد مراقبت صحی، بشمول دانستن حالت اچ ای وی، و همچنان حق ارایه رضایت آگاهانه و آزاد از هرگونه تست اجباری اچ ای وی باشند.
- حق حریم شخصی و حریمیت در مراقبت های مربوط به اچ ای وی: تضمین حریم شخصی و حریمیت در معلومات صحی مهم بوده تا برای تمام افراد تامین گردد که این حق شامل خانم ها بدون در نظر داشت حالت مدنی بوده که بتوانند خدمات صحی را بدون ترس از افشاء حالت اچ ای وی شان اجرا نمایند.

دول ارزش کیفیت جنس، توانمندی و اشتراک خانم ها و دختران را در تمام جنبه های وقایه و جوابدهی اچ ای وی بدانند. بخصوص، محافظت های مشخص جنس باید بصورت کافی ملاحظه شده و توجه خاص باید بالای نیاز های صحی خانم ها و دختران بشمول تامین از دسترسی شان به خدمات و مراقبت های صحت باروری و مشوره دهی و تداوی مناسب در تمام واقعات خشونت های جنسی و مبتنی بر جنس مذکور دارند.

اطفال حق محافظت های ویژه و خاص را تحت قانون داشته طوریکه در کمیته ملل متحد برای حقوق اطفال خاطر نشان گردیده. بخصوص کنوانسیون حقوق اطفال باید پاسخدهی را در تمام واقعات که اطفال در آن دخیل اند رهنمایی شود که شامل: عدم تبعیض، علاقمندی بسیار زیاد اطفال، حق حیات، زنده ماندن و انکشاف و حق اشتراک اطفال را در بر میگیرد.

4.1 مشکلات و فرصتها

آفسران صحت باروری، مسوولین برنامه و عرضه کننده گان خدمات باید با پالیسی ها و مقررات ملی و رهنمود ها در مورد وقایه، تداوی و مراقبت های اچ ای وی در کشور آشنایی داشته باشند. در بعضی از حالات حقوق بشر ممکن است با قوانین و پالیسی های ملی، اجتماعی و سوء تعبیرات فرهنگی مصالحه گردد. موضوع ممکن است با تیم ها و سوپروایزران مباحثه شده و در مورد نوع دخالت موسسه تان تصمیم بگیرید. قدم های آنی و مهم را عرضه کننده گان میتوانند براه انداخته تا مراجعین را بصورت مستقیم در مورد عواقب احتمالی منفی قانون آگاهی دهند. علاوه بر مهم است تا احتمالات رجعتدهی را برای مراجعین به سایر موسسات که ممکن است حمایت و معاونت های عدلی را عرضه میدارند واضح گردد. موسسات ممکن است در مورد کوشش های حمایتی تصمیم اتخاذ نمایند.

5 نظارت

شاخص های ذیل میتواند که برای نظارت از برنامه های جامع اچ ای وی مورد استفاده قرار گیرد:

- کیفیت خون های اهداء شده آزمایش گردد: نسبت خون های اهداء شده که آزمایش گردیده اند برای اچ ای وی با تامین کیفیت
- میزان استفاده از کاندوم: نسبت مردمان که از نظر جنسی فعال اند که راپور استفاده از کاندوم را در آخرین مقاربت جنسی داده اند.

- مشوره دهی و تست داوطلبانه بعد از نتیجه و تست: نسبت مراجعین مشوره دهی و تست داوطلبانه برای اچ ای وی تست شده، که نتیجه تست و مشوره دهی را دریافت نموده اند.
- پوشش وقایه از سرایت مادر به طفل: نسبت بازدید اول مراقبت قبل از ولادت که مشوره دهی قبل از تست را دریافت نموده اند.
- پوشش ادویه ضد ریترو ویروس در برنامه های وقایه از سرایت ویروس از مادر به طفل: نسبت جوهره مادر - نوزاد که ادویه ضد ریترو ویروس را بموقع بلع نمود اند.

برای معلومات بیشتر در مورد نظارت و بررسی به فصل 3 مراجعه گردد.

6 مواد برای مطالعه مزید

مواد اساسی برای مطالعه

مداخلات اولیه: وقایه، تداوی و مراقبت اچ ای وی در سکتور صحی. سازمان صحی جهان، ژنیو، 2008.

http://www.who.int/pmnch/topics/hiv_aids/priorityinterventions/en/

اسناد توصیه آتی: تداوی ضد ریترو ویروس برای کاهلان و نوجوانان، استفاده از ادویه ضد ریترو ویروس برای تداوی خانم های حامله و وقایه انتان اچ ای وی در نوزاد، تغذی نوزاد در ماحول اچ ای وی www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/en/index.html

ادویه ضد ریترو ویروس برای تداوی خانم های حامله و وقایه اچ ای وی در نوزاد: بسوی دسترسی جهانی: پیشنهادات برای روش های صحت عامه. سازمان صحی جهان، ژنیو، 2006 www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/en/index.html#lines3.pdf

صحت باروری. وقایه اچ ای وی در خدمات صحت باروری: رهنمود برنامه ریزی. صندوق اعانه جمعیت ملل متحد، 2004.

<http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/hiv-preventionin-maternal-health.php>

رهنمود های کلینیکی برای تداوی ضد ریترو ویروس اداره برای نفوس بیجا شده گان. افریقای جنوبی. جامعه داکتران افریقای جنوبی اچ ای وی، 2007 <http://www.unhcr.org/4683b0522.html>

کمیشنری مهاجرین سازمان ملل متحد و تغذی نوزادان در واقعات عاجل. رهنمود در مورد تغذی نوزاد و اچ ای وی در واقعات عاجل و مهاجرین و نفوس بیجا شده گان. ژنیو، 2008 <http://www.enonline.net/ife>

رهنمود ها برای ارایه اچ ای وی در تنظیمات بشری، کمیته بین السازمانی، 2009

http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

1 الف

ضمیمه 1

فرهنگ
لغات

مرحله حاد	مرحله ایست در یک حالت عاجل که میزان مرگ بلند بوده و پاسخدهی بشری مربوط به اولویت بازمانده گان است
نوجوانان	افراد سن 10-19
نفوس متضرر/ متاثر شده	نفوس مربوط به بیجا شده گان داخلی و مهاجرین بشمول مگر نه محدود به نفوس کشور میزبان
صحت متحد شده	مسلک مراقبت صحتی کلینیکی متفاوت از داکتری، داکتر دندان و نرسنگ
آمینوری	عدم موجودیت خون بشکل کلی در زمان متوقعه خونریزی عادت ماهوار
مرحله درخواست متمرکز	یک وسیله که توسط موسسات کمک رسان برای پلان گذاری، هماهنگی، بودیجه، تطبیق و نظارت از فعالیت ها مورد استفاده قرار داده میشود. منحیت یک میکانیزم هماهنگ کننده این مرحله هماهنگی را میان کشور میزبان، تمویل کننده گان و موسسات کمک کننده بیشتر میگردد، بخصوص میان موسسات غیر حکومتی، تحریک صلیب سرخ و سایر موسسات ملل متحد. که باهم یکجا در نواحی بحرانی کار نموده و یک پلان کاری مشترک بشری را ایجاد مینمایند.
پلان کاری مشترک بشری	یک پلان استراتژییک برای پاسخدهی بشری در یک کشور یا ناحیه میباشد. تهیه کننده: <ul style="list-style-type: none"> یک تحلیل مشترک از اوضاع که در آن بحرای بشری واقع شده است یک ارزیابی از نیازها کارنامه های خوب، خراب و احتمالی شناسایی نقش و مسوولیت ها مثلاً کی چی کند در کجا یک بیانیه در مورد اهداف دراز مدت و مقاصد یک چهار چوکات برای نظارت از استراتژی و بازدهی در صورت نیاز این پلان کاری یک تهداب برای انکشاف و یک بخش از مرحله درخواست هماهنگ کننده میباشد.
بودیجه پاسخدهی مرکزی عاجل	یک بودیجه چند بعدی که توسط سازمان ملل متحد در مقابل عمل کرد های بشردوستانه ایجاد گردیده است. این بودیجه بیشتر از 500 میلیون دالر بشمول یک مقدار بلاعوض در حدود 450 میلیون دالر و قرض 50 میلیون دالری. این کمک بلاعوض دارای دو روزنه میباشد یکی برای پاسخدهی آنی و دیگری برای واقعات عاجل که بودیجه کمتر دارند. این بودیجه توسط اشتراک کننده گان داطلب از دورادور جهان از اعضای دول ملل متحد، تاجران شخصی، نهاد ها و افراد انفرادی تادیه شده و توسط هماهنگ کننده کمک های عاجل اداره شده، رئیس دفتر برای هماهنگی امورات بشری
توزیع مبتنی بر جامعه	توزیع روش های ضد حمل توسط اعضای آموزش دیده جامعه. کارکنان صحتی جامعه خدمات تنظیم خانواده را به خانم ها و فامیل ها، کسانی که دسترسی به مراکز صحتی ندارند، انتقال میدهند
کارکنان صحتی جامعه	یک فرد داوطلب که در صحت کار کرده مگر مسلکی نمی باشد.
روش های ضد حمل	شامل روش های کلینیکی و تهیه مواد عصری و عنعنوی میباشد. روش های معاصر شامل عقیم سازی زن و مرد، آله داخل رحمی، روش های هورمونی (تابلیتهای فمی، زرقی و وصله های آزاد کننده هورمون، وصله جلدی و حلقه های مهیلی) کاندوم ها و روش های مانعتی مهیلی (دیافراگم، کپ عنق رحمی، مایع کشنده سپرم، اجتناب و آمینوری زمان شیردهی). عقیم سازی جراحی اکثرأ منحیت یک روش نهایی ضد حمل در صورتیکه همسران دیگر خواهان داشتن طفل نباشند تطبیق میگردد (عقیم سازی فقط در صورت دلایل صحتی اجراء میگردد)
شیوع استفاده از مواد ضد حمل	نسبت خانم ها در سن باروری که از روش ضد حمل در یک وقت معین استفاده مینمایند (یا همسر شان استفاده مینمایند)
محافظة دوگانه	محافظة در مقابل حمل ناخواسته و انتانات انتقالی مقاربتی بشمول اچ ای وی
مشوره دهی تنظیم خانواده	بحث با مراجعین که به مرکز صحتی به هر دلیلی مراجعه نموده مفاد فاصله دهی یا محدود ساختن حمل، روش های موجود و قابل دسترس و ارایه کمک برای انتخال و استفاده درست یک روش ضد حمل
ختنه زنان	عملیه دور کردن قسمی یا تام ناحیه تناسلی زنانه یا سایر جروحات اعضای تناسلی زنانه به دلایل غیر طبی
نماینده	فرد مسول برای صحت باروری
خشونت مبتنی بر جندر	خشونت مبتنی بر جندر یک اصطلاح وسیع برای هر گونه عمل مضر که علیه خواست یک فرد که براساس تفاوت های نسبت داده شده اجتماعی میان مردان و زنان
کلاستر صحتی	کلاستر جهانی صحت، تحت رهبری سازمان صحتی جهان متشکل از بیشتر از 30 سازمان صحتی بشردوستانه. این کلاستر در جریان یک واقعه عاجل فعال گردیده بود، جایکه هماهنگ کننده صحت باروری و / یا آفسر صحت باروری که توسط کلاستر صحتی رهبری کننده در کشور تعیین میگردد که

	اکثراً سازمان صحتی جهان میباشد.
سکتور صحتی	یک بخش از اقتصاد که برای موضوعات مربوط به صحت در جامعه سروکار داشته باشد.
بحران بشری	یک واقعه یا سلسله از واقعات که یک تهدید برای صحت، مصونیت و امنیت یا بهبودی جامعه یا سایر از گروپهای مردم در یک ساحه وسیع میباشد. منازعات مسلحانه، اپیدمی امراض، قحطی، آفت های طبیعی و سایر واقعات بزرگ عاجل ممکن شامل بوده یا منجر به بحران بشری گردد.
تنظیمات بشری	هر حالتی که مجادله با میکائیزم های نارمل از باعث عدم اجرای وظایف نارمل جهت مقابله با فشاردهنده گان بیرونی
عقامت	عدم توانایی یک جفت (مرد و زن) در به دنیا آوردن یک طفل زنده.
رضایت آگاهانه	یک حالت حقوقی که یک فرد بتواند ابراز نماید که موافقت و رضایت خویش را بر اساس درک واقعبیت فعلی، استنباطات و عواقب بعدی یک عمل ابراز دارد. جهت ارایه رضایت آگاهانه نگرانی های انفرادی باید دارای دلایل کافی استدلال و دارای تمام حقایق مربوط در زمان ابراز رضایت باشد. ناقص بودن دلایل و قضاوت که ممکن آنرا برای بیان رضایت یک فرد ناممکن بسازد مانند فکتورهای چون تاخیر شدید عقلی، امراض شدید روانی، اعتیاد، محرومیت شدید از خواب. مرض الزمیر یا در حالت کوما قرار داشتند.
بیجا شده گان داخلی	اشخاص یا گروپی از افراد که مجبور به فرار یا با فشار از خانه ها یا مکان و محل زیست شان مجبور به ترک آن شده اند، بخصوص در نتیجه یا از باعث منازعه مسلحانه، حالت خشونت های عمومی، خشونت علیه حقوق بشری یا آفات طبیعی یا آفاتی که توسط انسان به میان آمده باشد و و کسانی که سرحد یک دولت شناخته شده بین المللی را عبور نکرده باشند. از: دنگ، فرانسیز. " اصول اساسی در مورد بیجا شده گان داخلی". 1998، نیویارک، ملل متحد
عرضه کننده سطح متوسط	فرد غیر از داکتر، قابله، نرس، آفسر کلینیکی، معاون داکتر و سایرین که آموزش و مسولیت شان در کشور متفاوت بوده مگر برای ارایه عملیه های مربوط به صحت باروری آموزش های اساسی را دریافت نموده اند. این عملیه ها شامل معاینه حوصلی با دودست تا موجودیت حمل و موقعیت رحم را تعیین نمایند، و اجرای یک سقط در مراحل اولی حمل. (تعریف در موافقت با اشتراک کننده گان در یک پروگرام مشوره دهی تخنیکی سازمان ملل متحد در سپتمبر 2000 میباشد.)
سیکل عادت ماهوار	یک سلسله تغییرات دوری در تخمدانها و اندومتریوم است که شامل تحیض و خونریزی ماهانه میگردد. بسیار از خانم ها سیکل های را که میان 24 تا 35 روز است میداشته باشند.
رهبران فکری/نظری	معلومات دهنده گان کلیدی / اساسی که شامل رهبران جامعه، رئیس قبیله ها و غیره میباشد.
مراقبت بعد از سقط	مراقبت بعد از سقط یک استراتژی جهانی جهت کاهش مرگ و رنج از اختلالات سقط نامصون و بنفسهی.
بعد از ولادت	شش هفته اول بعد از ولادت
پروجسترون (پروجستین)	هریک از ادویه سنتتیک که تاثیرات مشابه به پروجسترون دارد. بعضی شان منحبث مواد هورمونی ضد حمل استفاده میگرددند.
مسوول برنامه	یک مامور موسسه ساحوی که مسوول برنامه صحت باروری موسسه خویش میباشد.
پرسونل برنامه	هر فردی از موسسه که شامل برنامه ریزی کلینیکی یا غیر کلینیکی، اداری، تداوی، مالی و نظارت و بررسی میباشد.
تجاوز جنسی/ یا تلاش برای تجاوز جنسی	تجاوز جنسی عبارت از یک مقاربت جنسی بدون رضایت است. که میتواند شامل حمله بالای هر قسمت از عضویت با یک عضو تناسلی و /یا اله تناسلی یا مقعد با یک جسم یا یک قسمت عضویت باشد. تجاوز جنسی و تلاش به تجاوز جنسی در برگیرنده فشار، زور، تهدید ویا اجبار است. سعی و کوشش که منجر به نفوذ آله تناسلی نگردد منحبث عمل تلاش برای تجاوز جنسی پنداشته میشود.
مهاجر	یک فرد که از کشور خود فرار نموده یا توسط فشار مجبور فرار از خسر یا تعقیب جهت ترس از بهبودی یا به دلایل نژادی، مذهبی، ملیتی، عضویت در یک گروپ اجتماعی مشخص یا نظریه سیاسی، خارج از کشور یا ملیت خود و قادر نیست تا / یا با داشتن چنین ترس و بیم، بی میل جهت بدست آورد محافظت در کشور خود باشد.
	1951 کانوانسیون مربوط به حالات مهاجرین
صحت باروری	صحت باروری یک حالت مکمل بهبود فزیک، روانی، اجتماعی است نه فقط عدم موجودیت مریضی و ضعف و ناتوانی، در تمام حالات مربوط به سیستم باروری، وظایف اش و مراحل آن.
موسسه رهبری کننده صحت باروری	یک موسسه، شناسایی شده توسط کلاستر صحتی یا سکتور صحت منحبث موسسه که دارای ظرفیت برای عرضه حمایت های اجرایی و تخنیکی بوده تا اولویت های صحت باروری را تامین نماید.
انتان طرق باروری	انتان طرق باروری یک اصطلاح وسیع است که شامل انتانان انتقالی مقاربتی و همچنان سایر انتانات

طرق باروری که از طریق مقاربت جنسی انتقال نمی نماید.	
هر موسسه یا فرد که یک خدمت را عرضه نماید بشمول مراقبت های کلینیکی و مشوره دهی.	عرضه کننده خدمات
فعالیت جنسی که طی آن قضیب داخل یکی از فوهات عضویت شود.	سکس، مقاربت جنسی
<ul style="list-style-type: none"> • مقاربت معقدی با شامل بودن مقعد • مقاربت فمی با شامل بودن دهن • مقاربت مهبلی با شامل بودن فرج 	
هر یک از گروپ بکنتری ها و انتانات ویروسی و پرازیتی که در جریان فعالیت جنسی انتقال نماید.	انتانات انتقالی مقاربتی
هر افرازات خونی مهبلی خارج از زمان متوقعه برای خونریزی.	لکه زدن
یک عرضه کننده جامعه برای مراقبت در هنگام حمل و ولادت. دایه محلی آموزش های حرفوی و مسلکی را که برای مهارت ها ضروریست تا اختلاطات ولادی را تداوی نمایند، دریافت نکرده باشند.	دایه محلی
هر گونه افرازات خونی مهبلی (گلابی، سرخ یا نصواری رنگ) که نیاز به محافظت بهداشتی داشته باشد (پت ها، تکه ها یا تامپون). نمونه های متفاوت خونریزی مهبلی شامل:	خونریزی مهبلی
<ul style="list-style-type: none"> • خونریزی پیشرفته: هر خونریزی خارج از زمان خونریزی متوقعه (خارج از خونریزی منظم ماهوار) که نیاز به محافظت بهداشتی دارد. • خونریزی شدید (مونورائ): خونریزی که دوبار شدید تر از خونریزی همیشگی خانم باشد. • خونریزی کم: کمتر از دو خونریزی در سه ماه • خونریزی غیر منظم: لکه و / یا خونریزی که خارج از زمان خونریزی متوقعه واقع گردد (مانند خارج از خونریزی منظم ماهوار). • خونریزی ماهوار / قاعده گی: خونریزی ماهوار که بصورت متوسط برای سه تا هفت روز در هر 28 روز بوقوع میرسد. 	
فرد که سن شان میان 10-24 باشد.	جوان

2 الف

ضمیمه 2

کلمات

اختصاری

و

اختصارات

قبولیت، قابل اجرا بودن، قابل پرداخت بودن، متداوم و مصون	AFASS
سندروم کسبی عدم کفایه معافیتی	AIDS
مراقبت قبل از ولادت	ANC
صحت باروری نوجوانان	ARH
تداوی ضد ریترو ویروس	ART
ضد ریترو ویروس ها	ARV
مراقبت اساسی عاجل ولادی	BEmOC
شاخص حجم بدن	BMI
مراقبت جامع سقط	CAC
مرحله درخواست مدغم شده	CAP
توزیع مبتنی بر جامعه	CBD
کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان	CEDAW
مراقبت جامع عاجل ولادی	CEmOC
بودجه پاسخدهی عاجل مرکزی	CERF
پلان کاری عام بشری	CHAP
مواد ترکیبی زرقی ضد حمل	CIC
مواد ترکیبی فمی ضد حمل	COC
شیوع استفاده از مواد ضد حمل	CP
کنوانسیون حقوق طفل	CRC
تست و مشوره دهی	CT
آله داخل رحمی سربی	CuIUD
محافظت سالهای جوره	CYP
توسع و تراش	D&C
دیپوت میدوکسی پروجسترون اسپیتیت	DMPA
دی اوکسی رایبوز نیوکلیک اسید	DNA
مواد ضد حمل عاجل	EC
تابلیت های عاجل ضد حمل	ECP
مراقبت عاجل ولادی	EmOC
خارج نمودن برقی محتوی رحم	EVA
تنظیم خانواده	FP
خشونت مبتنی بر جندر	GBV
مشارکت حسابدهی بشری	HAP
ویروس هیپاتیت بی	HBV
مشوره دهی و تست داوطلبانه اچ ای وی	HIV VCT
منزل، تعلیمات/ ماموریت، فعالیت ها، ادویه جات، جنسیت، انتحار و افسرده گی و مصونیت	HEADASSS
ویروس عدم کفایه معافیتی در انسانها	HIV
ضد عفونی قوی	HLD
ویروس پاپیلومای انسانی	HPV
بخش پاسخدهی بشری	HRB
ویروس هرپس سملکس	HSV
رهنمود ساحوی بین سازمانی صحت باروری در تنظیمات بشری	IAFM
کمیته اقامه بین سازمانی	IASC
گروپ کاری بین سازمانی صحت باروری در تنظیمات بحرانی	IAWG

کنفرانس بین المللی در مورد جمعیت و انکشاف	ICPD
استفاده کننده گان زرقی مواد مخدر	IDU
معلومات، تعلیمات و ارتباطات	IEC
کیت صحتی عاجل بین السازمانی	IEHK
داخل عضلی	IM
واحد بین المللی	IU
آله داخل رحمی	IUD
غرس داخل رحمی	IUI
داخل وریدی	IV
روش آمینوری شیردهی	LAM
آخرین عادت ماهوار	LMP
آله انونورجستریل داخل رحم	LNG-IUD
نظارت و بررسی	M&E
صحت مادر و طفل	MCH
مجموعه حد اقل خدمات اساسی	MISP
صحت مادر و نوزاد	MNH
وزارت صحت	MOH
مرائیکه با مردان دیگر روابط جنسی دارند	MSM
سرایت از مادر به طفل	MTCT
خارج نمودن محتوی رحم با دست	MVA
نوریتروسترون انانترات	MET-EN
موسسه غیر حکومتی	NGO
نهی کننده مشابه به نیکلوساید	NRTI
تابلیت های فمی ضد حمل	OCP
مراقبت بعد از ولادت	PAC
پاپانیکولو	PAP
عکس العمل زنجیر پولی میراز	PCP
تداوی وقابوی بعد از معروض شدن	PEP
مراقبت های صحتی اولیه	PHC
امراض التهابی حوصلی	PID
مردم که با اچ ای وی / ایدس زنده گی می کنند	PLHIV
وقایه از انتقال اچ ای وی از مادر به طفل	PMTCT
بخش خدمات تدارکاتی	PSB
خدمات بین المللی نفوس	PSI
تست تشخیصیه سریع	RDT
صحت باروری	RH
ریسیوس دی	PhD
ریاجن سریع پلازما	RPR
انتانات طرق باروری	RTI
مراقبت مصون سقط	SAC
تحت جلد	SC
نیوراپرین به دوز واحد	Sd-NVP
سوء استفاده جنسی	SEA
مراحل استندر د اجراییوی	SOP
انتانات انتقالی مقاربتی	STI
توبرکلوز	TB
دایه محلی	TBA
تیتانوس ایمونوگلوبین	TIG
تیتانوس توکسیوید	TT

انتانات انتقالی از طریق نقل الدم	TTI
اعلامیه جهانی حقوق بشر	UDHR
ملل متحد	UN
برنامه مشترک ملل متحد برای اچ ای وی/ ایدس	UNAIDS
صندوق جمعیت سازمان ملل متحد	UNFPA
دفترت کمیشنری عالی سازمان ملل متحد در امور پناهنده گان	UNHSCR
صندوق اطفال سازمان ملل متحد	UNICEF
اداره انکشاف بین المللی ایالات متحده امریکا	USAID
انتان طرق بولی	UTI
تست و مشوره دهی داوطلبانه	VCT
لابراتوار تحقیقاتی بیماری های مقاربتی	VDRL
بازرسی بصری با استفاده از اسپد استیک (سرکه)	VIA
بازرسی بصری با استفاده از لوگول آیودین	VILI
حجرات سفید خون	WBC
سازمان صحتی جهان	WHO
نماینده گی های توزیع جوانان در جامعه	YCBDA