بسم الله الرحمن الرحيم

سلامت و جوانی جمعیت

معاونت بهداشت

یکی از خطاهائی که خود ما کردیم – بنده خـــودم هم در این خطا سهیمم – این مسئله‌ی تحدید نسل از اواسط دهه‌ی ۷۰ به ایـــن طـــرف بایـــد متوقّـــف می‌شد.

این اشتباه بود. عرض کردم؛ مسئولین کشور در این اشتباه سهیم‌اند؛

خود بنده‌ی حقیر هم در این اشتباه سهیمم. ایـــن را خدای متعال و تاریخ باید بر ما ببخشد.

چرا جمعیت مهم است؟

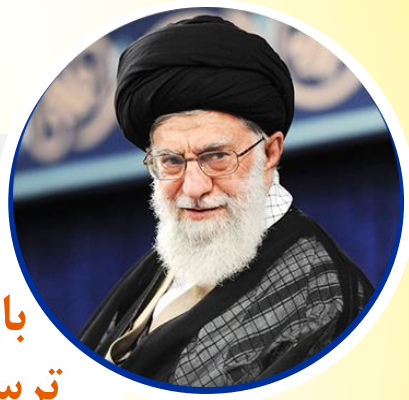
مسئله جمعیت، مسئله مهمی است. این مسئله با بهداشت و سلامت مادران و فرزندان و نوزادان هیچ منافاتی ندارد؛ در عین حال مراقب باشیم اشتباهی را که قبلاً کردیم، ادامه ندهیم.

مسئله کاهش جمعیت مسئله بسیار مهمی است. **برای دشمنان بهترین چیز است که ایران یک کشوری باشد با بیست، سی میلیون جمعیت که نصف این جمعیت هم کهنسال و میانسال و از کار افتاده باشند؛** این برایشان بهترین چیز است و برای این برنامه ریزی می کنند، پول خرج می کنند؛

ما باید حرکتمان را در مقابل این حرکت،
حرکت صحیح
و منطقی
و خردمندانه
و عالمانه باشد.

مقام معظم رهبری
۱۳۹۳/۰۳/۰۴

معاونت بهداشت



بایستی بِجِدْ مسئله‌ی فرزندآوری را مهم دانست و از پیری جمعیّت ترسید. حالا خارجی‌ها را کار نداریم؛ دشمن، دشمن است؛ امّا بعضی کج‌سلیقگی‌ها را متأسّفانه آدم در داخل مشاهده میکند -یک جایی خواندم- که میگویند «آقا! پیری جمعیّت اشکالی ندارد»! چطور اشکالی ندارد؟ یکی از پُرفایده‌ترین ثروتهای یک کشور، جمعیّت جوان در یک کشور است

۱۳۹۹/۴/۲۲ بیانات در ارتباط تصویری با نمایندگان یازدهمین دوره مجلس شورای اسلامی

معاونت بهداشت

چالش های فرزندآوری

کاهش ازدواج یا تاخیر آن و افزایش طلاق	چالش های فرهنگی، اقتصادی و آموزشی
کاهش «تمایل» عمومی به فرزنداوری	چالش های فرهنگی، چالش های اقتصادی ، مسکن، شغل، تحصیل و...
کاهش «امکان» فرزند بیشتر	ناباروری، سزارین، تنظیم خانواده عمومی
از بین بردن جنین های ایجاد شده	سقط غیرقانونی، سقط خود به خودی، سقط قانونی، غربالگری
مهاجرت	از روستا و شهرهای کوچک به کلانشهرها، از ایران به خارج

معاونت بهداشت

نظام سلامت و فرزندآوری

- کاهش ازدواج یا تاخیر آن و افزایش طلاق
  - چالش های فرهنگی، اقتصادی و آموزشی
- کاهش «تمایل» عمومی به فرزنداوری
  - چالش های فرهنگی
    فرهنگ سازی کاهش فرزند
- کاهش «امکان» فرزند بیشتر
  - ناباروری، سزارین، تنظیم خانواده عمومی
- از بین بردن جنین های ایجاد شده
  - سقط غیرقانونی، سقط خود به خودی، سقط قانونی، غربالگری
- مهاجرت
  - از روستا و شهرهای کوچک به کلانشهرها، از ایران به خارج

معاونت بهداشت

معاونت بهداشت

* فرهنگ سازی
فرزندآوری در
نظام سلامت

القای باورهای
سلامت باروری
در جامعه

نقش شبکه سلامت در کمک به فرزند آوری

- اصلیترین اهرم اثرگذار در سقوط نرخ باروری در انتهای دهه ۶۰ و حتی قبل از تصویب هرگونه قانون ضدجمعیتی، عملکرد شبکه بهداشت تا دورافتاده ترین روستاها بوده است که موجب سقوط شدید نرخ باروری کل در ظرف ۳ سال شد.
- قدرتمندترین رسانه برای اثرگذاری بر تصمیم گیری خانواده ها در این خصوص توصیه های چهره به چهره بهورز یا مراقب سلامت به عنوان امین، مَحرم و نجاتگر سلامت مردم منطقه است.
- از معیارهای انتخاب بهورز توسط وزارت بهداشت جهت ارائه خدمات سلامت به مردم هر روستا سطح اجتماعی و روابط عمومی بالا، خوشنام، خوش سابقه و بومی بودن در همان منطقه است. وجهه اجتماعی بهورز با در اختیار داشتن یک مجموعه درمانگاهی و نقش منحصر به فرد در ارائه خدمات سلامت، مورد اعتنای مردم می باشد.
- نفوذ کلام کارکنان شبکه بهداشت به حدی است که مردم توصیه های آنان را برای حفظ سلامتشان حجت دانسته که البته این مطلب در راستای ارتقای سلامت مردم میتواند بسیار کمک کننده باشد.
- از ظرفیتهای بی نظیر بهورزها و مراقبین سلامت امکان آموزش چهره به چهره به مردم خصوصا زنان است.

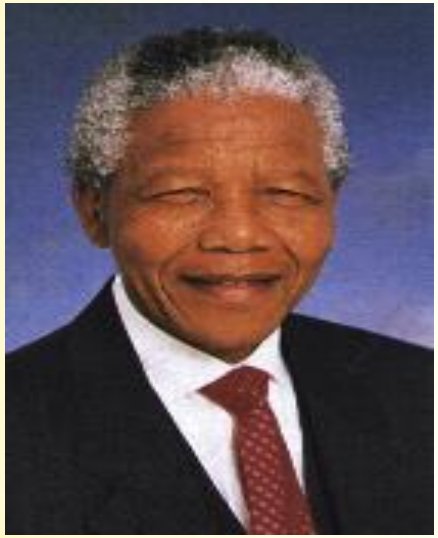
معاونت بهداشت

نقش شبکه سلامت در کمک به فرزند آوری

- هم اکنون در کشور ۲۸هزار بهورز مشغول به خدمت در مناطق روستایی و عشایر هستند که هر کدام به طور متوسط حدود ۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارند که از این ۵۰۰ نفر به طور متوسط ۱۳۵ نفر زنان در سن باروری می باشند.
- همچنین در حال حاضر ۲۲ هزار مراقب سلامت (ماما یا کارشناس بهداشت) در شبکه بهداشت شهری مشغول به کارند که هر کدام به طور متوسط ۳۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارند که به طور متوسط ۸۰۰ نفر آنها زنان در سن فرزندآوری می باشند.
- این کارکنان، در واقع نیروی خط مقدم وزارت بهداشت در ارائه خدمات بهداشتی از جمله خدمات و مشاوره های تنظیم خانواده اند.

معاونت بهداشت

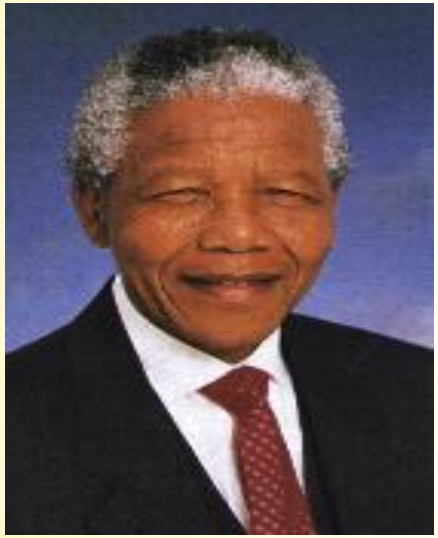
معاونت بهداشت



Education is the most powerful weapon which you can use to change the world.

Nelson Mandela

معاونت بهداشت



آموزش قوی ترین سلاحی است که می توانید برای تغییر جهان از آن استفاده کنید.

نلسون ماندلا

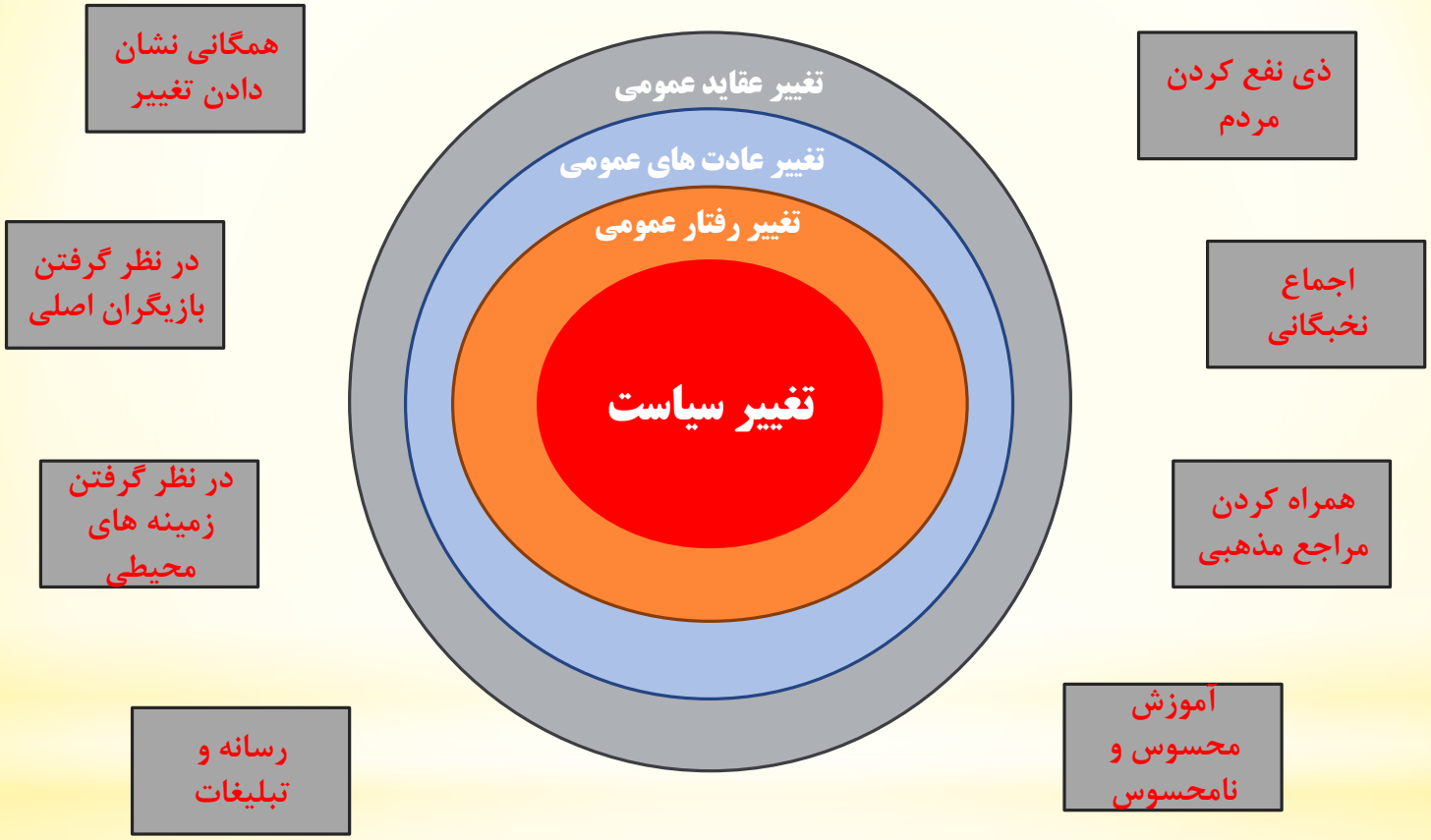
فرهنگ سازی سلامت

Incentives of providers, as well as patient-level interventions are also very important

مداخلات در سطح بیمار و مشوق های ارائه دهندگان

در کنار هم بسیار مهم هستند

معاونت بهداشت



معاونت بهداشت

نقش آموزش در فرهنگ سازی بهداشتی

- ضرورت تحول در **آموزش** بهورزان و مراقبین سلامت و همچنین ارائه **مشوق** به آنها در جهت سیاستهای جمعیت
- نقش هر بهورز یا مراقب سلامت (سطح یک ارائه ی خدمات):

✓ اولا ترغیب زنان تحت پوشش خود به فرزندآوری (موارد فاصله زیاد بین ازدواج و فرزند اول، فاصله زیاد بین فرزندان، زنان خواهان فرزند بالای ۳۵سال و...)

✓ ثانیاً منصرف کردن زنانی که به دلیل بارداری ناخواسته جهت مشاوره برای سقط به او مراجعه کرده اند

- نقش پزشک در سطح یک و دو سه:

فرهنگ سازی، تسهیل فرزندآوری و حذف موانع بر اساس موازین دقیق علمی

معاونت بهداشت

معاونت بهداشت

مقابله با باورهای غلط

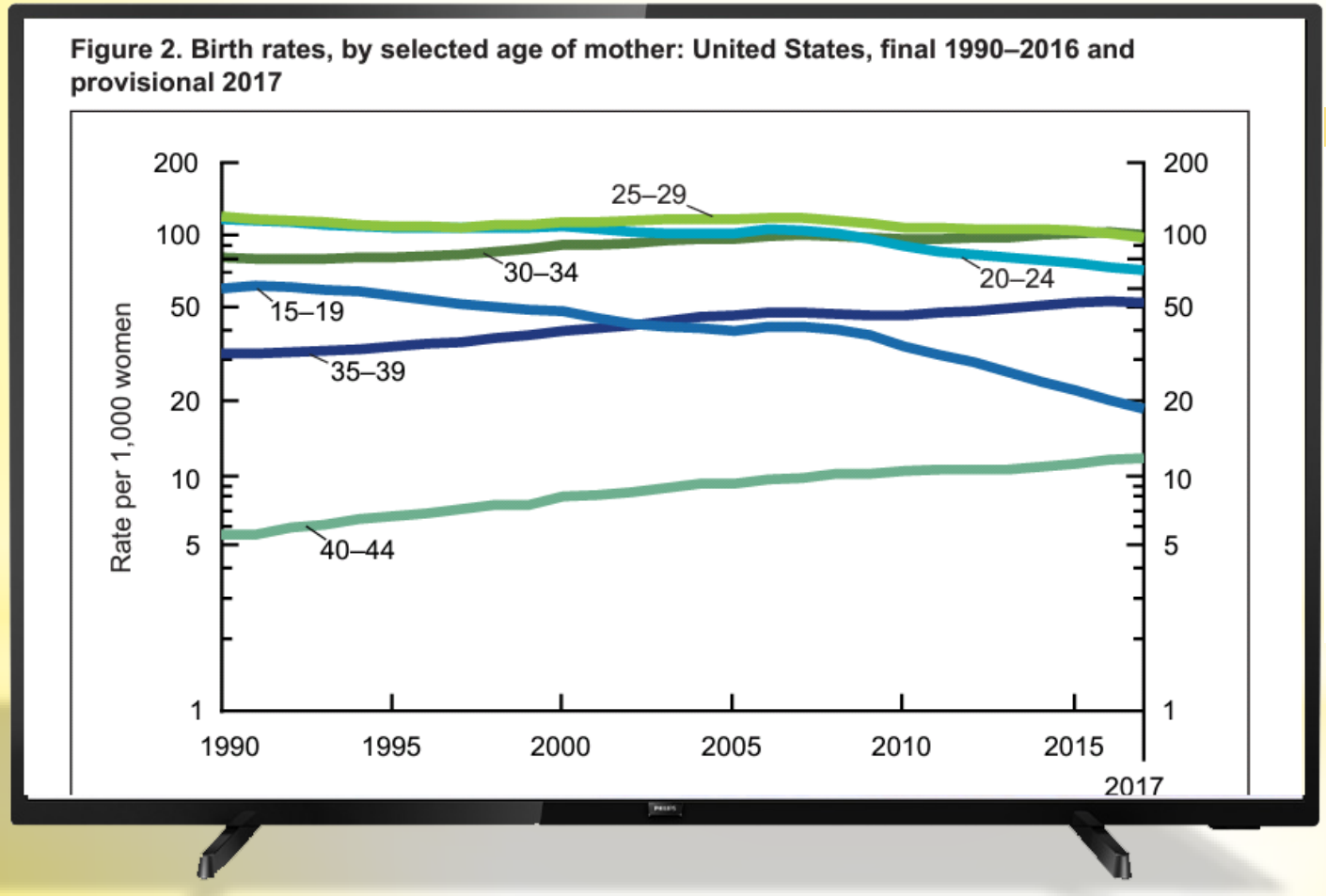
بالای ۳۵ سال بارداری خطرناک است؟؟

در متون پزشکی منع مطلق سنی برای بارداری ذکر نشده و امکان بارداری تا بعد از ۴۰ سالگی هم وجود دارد اما مراقبت های بیشتری مورد نیاز است.

در **آمریکا** و **کشورهای اروپایی**، آمار بارداری بالای ۴۰ سال، در سالهای اخیر **۵۰ تا ۷۰٪** افزایش داشته در واقع در کشورهای پیشرفته سن باروری از ۱۵ تا ۴۹ سال به مردم معرفی می شود.

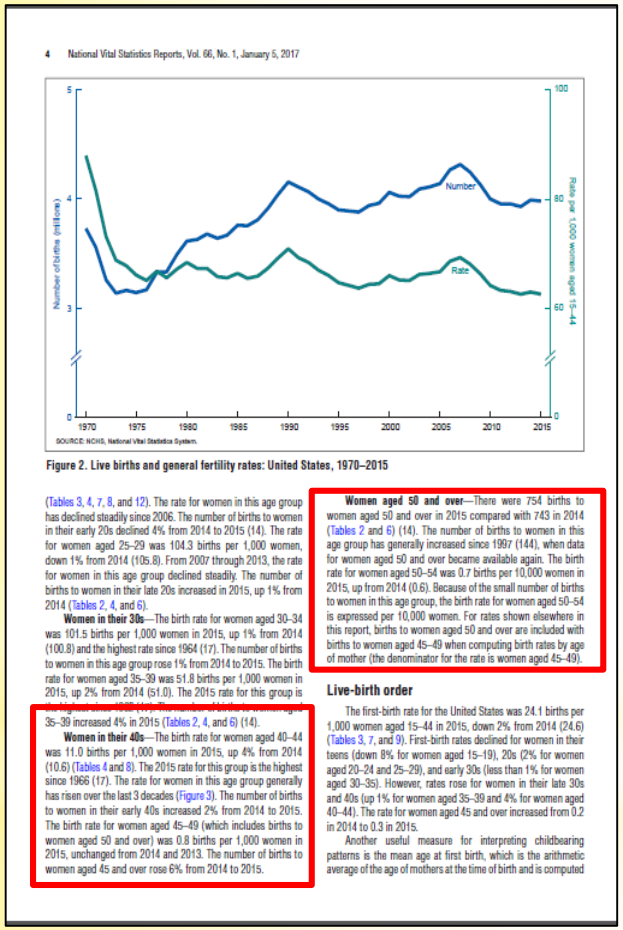
و در عمده ی کشورها **هیچ محدودیت سنی ای برای بارداری به زنان** تحمیل نمی شود.

معاونت بهداشت



بارداری در امریکا در سنین زیر سی سال روند کاهشی داشته ولی در سنین ۳۵ تا ۳۹ و سنین ۴۰تا ۴۴ روند افزایشی داشته است.

معاونت بهداشت



4 National Vital Statistics Reports, Vol. 66, No. 1, January 5, 2017

Figure 2. Live births and general fertility rates: United States, 1970–2015

(Tables 3, 4, 7, 8, and 12). The rate for women in this age group has declined steadily since 2006. The number of births to women in their early 20s declined 4% from 2014 to 2015 (14). The rate for women aged 25–29 was 104.3 births per 1,000 women, down 1% from 2014 (105.8). From 2007 through 2013, the rate for women in this age group declined steadily. The number of births to women in their late 20s increased in 2015, up 1% from 2014 (Tables 2, 4, and 6).

Women in their 30s—The birth rate for women aged 30–34 was 101.5 births per 1,000 women in 2015, up 1% from 2014 (100.8) and the highest rate since 1964 (17). The number of births to women in this age group rose 1% from 2014 to 2015. The birth rate for women aged 35–39 was 51.8 births per 1,000 women in 2015, up 2% from 2014 (51.0). The 2015 rate for this group is [illegible] 35–39 increased 4% in 2015 (Tables 2, 4, and 6) (14).

Women in their 40s—The birth rate for women aged 40–44 was 11.0 births per 1,000 women in 2015, up 4% from 2014 (10.6) (Tables 4 and 8). The 2015 rate for this group is the highest since 1966 (17). The rate for women in this age group generally has risen over the last 3 decades (Figure 3). The number of births to women in their early 40s increased 2% from 2014 to 2015. The birth rate for women aged 45–49 (which includes births to women aged 50 and over) was 0.8 births per 1,000 women in 2015, unchanged from 2014 and 2013. The number of births to women aged 45 and over rose 6% from 2014 to 2015.

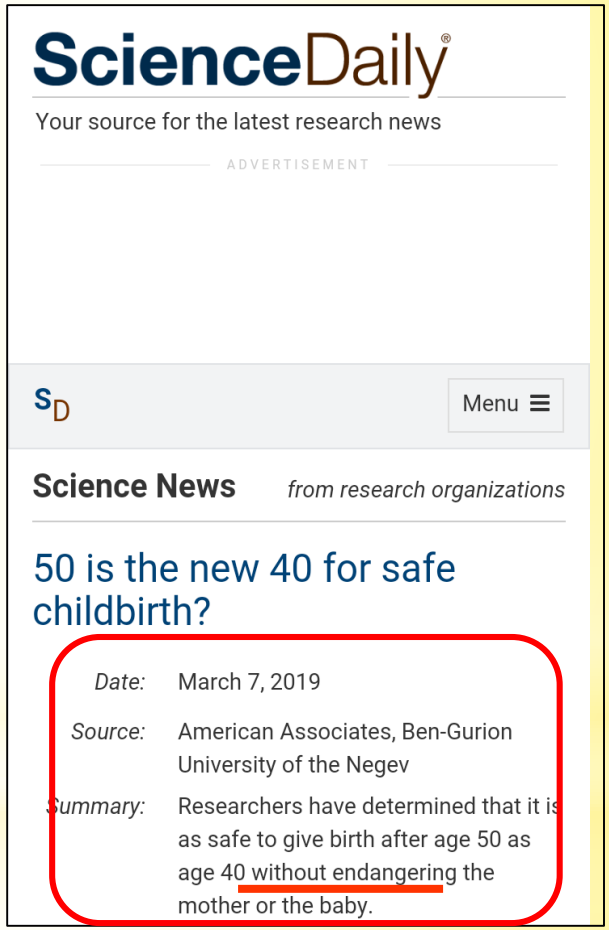
Women aged 50 and over—There were 754 births to women aged 50 and over in 2015 compared with 743 in 2014 (Tables 2 and 6) (14). The number of births to women in this age group has generally increased since 1997 (144), when data for women aged 50 and over became available again. The birth rate for women aged 50–54 was 0.7 births per 10,000 women in 2015, up from 2014 (0.6). Because of the small number of births to women in this age group, the birth rate for women aged 50–54 is expressed per 10,000 women. For rates shown elsewhere in this report, births to women aged 50 and over are included with births to women aged 45–49 when computing birth rates by age of mother (the denominator for the rate is women aged 45–49).

Live-birth order

The first-birth rate for the United States was 24.1 births per 1,000 women aged 15–44 in 2015, down 2% from 2014 (24.6) (Tables 3, 7, and 9). First-birth rates declined for women in their teens (down 8% for women aged 15–19), 20s (2% for women aged 20–24 and 25–29), and early 30s (less than 1% for women aged 30–35). However, rates rose for women in their late 30s and 40s (up 1% for women aged 35–39 and 4% for women aged 40–44). The rate for women aged 45 and over increased from 0.2 in 2014 to 0.3 in 2015.

Another useful measure for interpreting childbearing patterns is the mean age at first birth, which is the arithmetic average of the age of mothers at the time of birth and is computed

حتی مطابق اسناد موجود در امریکا بارداری **زنان بالای ۵۰ سال** نیز حمایت شده و بی خطر تلقی می شود و افزایش آمار بارداری بالای ۴۰ و ۴۵ سال هر سال نسبت به سال قبل مشاهده می گردد.



ScienceDaily®

Your source for the latest research news

ADVERTISEMENT

SD Menu ≡

Science News *from research organizations*

50 is the new 40 for safe childbirth?

Date: March 7, 2019

Source: American Associates, Ben-Gurion University of the Negev

Summary: Researchers have determined that it is as safe to give birth after age 50 as age 40 without endangering the mother or the baby.

معاونت بهداشت

As an older mother, am I at risk for pregnancy complications?

Fertility isn't the only thing that changes with age. Women who become pregnant over the age of 35 have an increased risk of miscarriage, ectopic pregnancy, preeclampsia, hypertension, gestational diabetes, placental complications, intrauterine growth restriction, and caesarean section. Their babies are at increased risk of having low birth weight, chromosomal abnormalities, and non-genetic malformations.

The good news is that many women over the age of 35 become pregnant and have healthy pregnancies and babies. Talking with your health-care provider before trying to conceive will help identify if you are at risk for any problems which can be prevented or treated in advance.

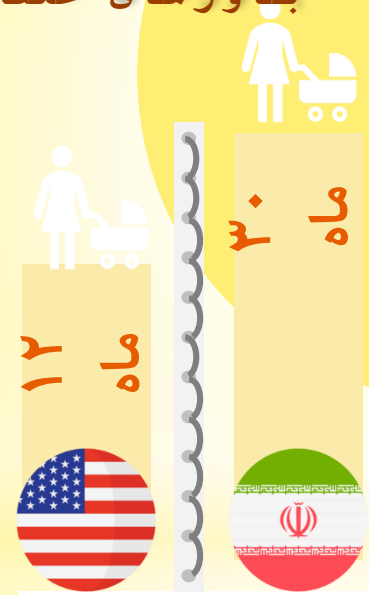
در کانادا هم ۱۱ درصد کسانیکه برای اولین بار مادر می شوند بالای ۳۵ سال سن دارند .
در این کشور هم علیرغم توضیح خطرات بارداری در سنین بالاتر و لزوم مراقبت بیشتر ، از بارداری سالم و تولد فرزندان سالم در سنین بالای ۳۵ سخن می گویند.

A trend towards later child-bearing in Canada

Women 35 and older account for 11 per cent of first-time mothers.

معاونت بهداشت

مقابله با باورهای غلط



حداقل فاصله بین دو فرزند

U.S. Department of Health & Human Services

En Español

OWH
OFFICE ON WOMEN'S HEALTH
womenshealth.gov

What can we help you find?

Call the OWH HELPLINE: 1-800-994-9662 9 a.m. – 6 p.m. ET, Monday – Friday

Health and Wellness | Diseases and Conditions | Reproductive Health | Patient Materials | About Us

Home > Pregnancy > Childbirth and beyond > Getting pregnant again

Pregnancy

- Before you get pregnant
- You're pregnant: Now what?
- Getting ready for baby
- Childbirth and beyond
  - Labor and birth
  - Your baby's first hours of life
  - Recovering from birth
  - Newborn care and safety
  - Getting pregnant again
  - Babysitters and child care
- Features and fact sheets
- Ovulation calculator
- View A-Z health topics

Getting pregnant again

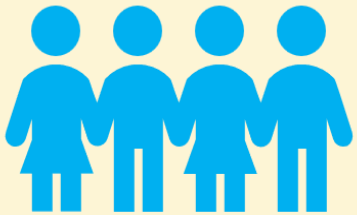
Having another baby might be the last thing on your mind right now. But getting pregnant too soon after giving birth can be risky for both you and your baby. Becoming pregnant again within a year of giving birth increases the chance that your new baby will be born too soon. Babies that are born too soon can have health problems.

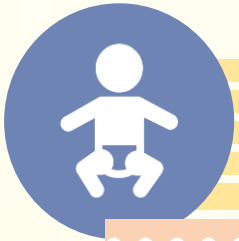
Planning your next pregnancy if you want more children — or preventing a pregnancy if you don't — is important. Spacing pregnancies at least 12 months apart will give your body time to fully recover. In the meantime, using reliable birth control is the best way to prevent pregnancy until you decide if and when to have another baby.

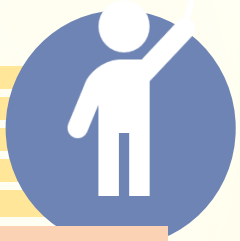
Women who have just given birth should wait three weeks before using birth control that contains both estrogen and progestin. This includes the pill, the patch, and vaginal ring. Using these methods in the early weeks after giving birth increases the risk of dangerous blood clots. Wait six weeks to use birth control with

معاونت بهداشت

مقابله با باورهای غلط







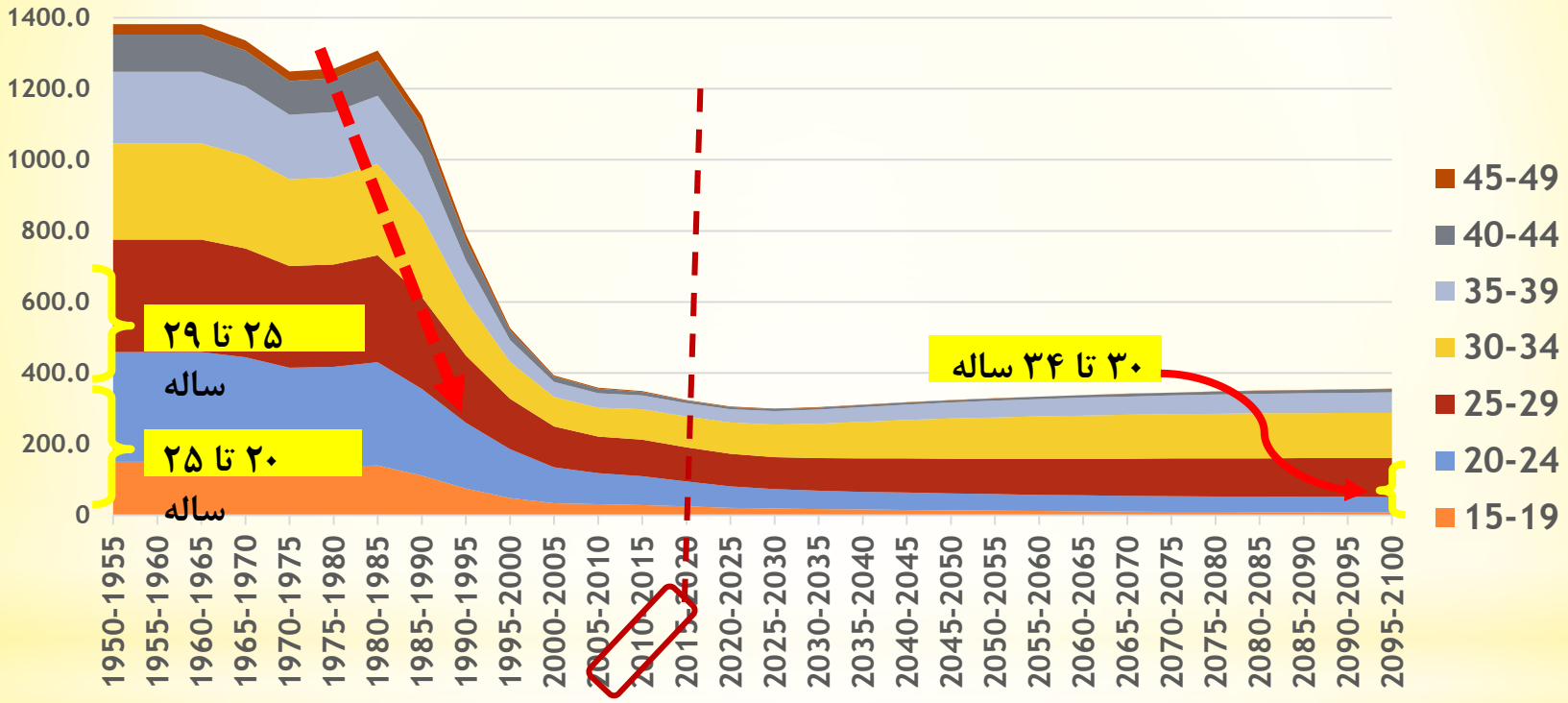
باید بین دو فرزند ۳ تا ۵ سال فاصله باشد؟؟

حداقل زمان فاصله ایمن بین دو فرزند در **زایمان طبیعی شش ماه** و در مورد **سزارین ۱۸ ماه** (منابع زنان و زایمان)

فاصله بیش از سه سال باعث لجبازی و آسیب بیشتر فرزند قبلی (منابع تربیتی)

فاصله بیش از پنج سال فرزندان با هم : مانند تک فرزندها بزرگ می شوند با آسیب های تک فرزندی

متوسط تعداد فرزند بر حسب سن مادر (نرخ باروری ویژه سنی) در ایران



منبع:

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, "*World Population Prospects: The 2017 Revision*

معاونت بهداشت

لزوم تبیین فواید بارداری و شیردهی

- طبق اطلاعات آمریکن ژورنال اپیدمیک، نسبت سرطان سینه در زنانی که بچه ندارند (نولی پار) به زنانی که ۲ و بیشتر بچه دارند (مولتی پار) ۱.۲ تا ۱.۷ برآورد شده است. یعنی حاملگی اثر پیشگیری کننده بر سرطان پستان دارد.
- هرچه سن اولین بارداری ای که به انتها رسیده باشد (ترم شده باشد یعنی ۳۷ هفته) پایین تر باشد، این اثر محافظتی بیش تر است.
- این اثر محافظتی بارداری بر روی سرطان پستان تا ۱۰ سال است. پس منطقا هرچه اولین بارداری زودتر و آخرین بارداری دیرتر باشد، به طور کلی ضریب محافظتی بالاتر می رود.
- اولین علت ذکر شده برای سرطان تخمدان در کتاب های مرجع پزشکی، زایمان کم یا نازایی است
- نولی پاریتی یا تجربه نکردن حتی یک زایمان، از عوامل خطر قطعی سرطان تخمدان است.
- مطالعات اثبات می کند یک بارداری بیش از ۲۰ هفته، اثر محافظتی نسبت به ایجاد فیبروم در رحم زنان است. (فیبروم ها شایع ترین علت هیسترکتومی یا درآوردن رحم هستند)

لزوم تبیین فواید بارداری و شیردهی

- مطالعات نشان می دهد هرچه سن اولین بارداری کمتر باشد، ریسک ابتلا به فیبروم کاهش می یابد و هرچه فواصل بین بارداری ها بیش تر باشد، ریسک ابتلا به فیبروم بیشتر است.
- در مطالعه ای نسبت ابتلابه فیبروم در یک خانم نولی پار (بدون زایمان) به خانم مولتی پار(دراین پژوهش: ۵زایمان) ۵ برابر گزارش شده است.
- حاملگی باعث تحلیل و بهبود اندومتریوز می شود. حاملگی در بعضی افراد باعث بهبود کامل و در برخی باعث سرکوب علایم در طی حاملگی می شود. (اندومتریوز ، وجود بافت رحم در جایی غیر از رحم است که مشکلات زیادی به وجود می آورد)
- مطالعات متعدد نشان می دهد که شیردهی باعث کاهش سرطان های پستان و تولیدمثلی می شود.
- پژوهش ها نشان می دهد خانم هایی که حداقل به مدت دو سال تجمعی شیردهی داشته اند، در آینده ۲۳٪ کمتر به بیماری های قلبی عروقی مبتلا می شوند.
- در مطالعه ای نشان داده شد هر ۱۲ ماه شیردهی، ریسک ابتلا به سرطان پستان را ۴.۳٪ کاهش می دهد.
- هر بارداری و زایمان هم این ریسک را حدود ۷٪ کاهش می دهد.

تنظیم خانواده

«دولتی»

معاونت بهداشت

ایران، رکورد دار تنظیم خانواده در جهان

نرخ باروری:	پوشش تنظیم خانواده درایران:
۶	۱۹۸۹ (۱۳۶۸) : ۴۸،۹
	۱۹۹۱ (۱۳۷۰) :۴۹
۴	۱۹۹۳ (۱۳۷۲) :۶۷،۸
	۱۹۹۶ (۱۳۷۵) : ۷۳،۷
	۲۰۰۰ (۱۳۷۹) : ۷۳،۸
۱،۸	۲۰۰۵ (۱۳۸۴):۷۸،۹
	۲۰۱۰ (۱۳۸۹): ۷۷،۴
۱،۶	۲۰۱۶ (۱۳۹۵): ۸۷

امتیاز ایران در شاخص های توسعه پایدار سازمان ملل

معاونت بهداشت

* توزیع رایگان اقلام ممانعت از بارداری (در قاطبه موارد بدون الزام بهداشتی مبتنی بر منابع علمی)
* آموزش های غیر علمی کارکنان
- (بانی ایجاد باورهای غلطی چون پرخطر بودن فرزندآوری زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال ،
- لزوم فاصله گذاری ۵-۳ ساله بین فرزندان ،
- خطر فرزندآوری بعد از دو بار سزارین برای مادر ، تعیین سقف سه فرزند برای مادران ،
- تشویق به عدم فرزندآوری در سالهای اول پس از ازدواج،
- لزوم انجام غربالگری های حین بارداری برای همگان و...)
* عدم تبیین عوارض خطرناک داروها و روش های پیشگیری از بارداری از یک سو
* عدم تبیین فواید بسیار زیاد بارداری و شیردهی برای سلامت مادران از سوی دیگر

اقدامات شبکه بهداشت و درمان در کنترل جمعیت

- در شبکه های بهداشت داروی دیابت، بیماری قلبی، فشار خون و سرطان رایگان در اختیار مردم نبوده است بلکه این داروها توسط پزشک نسخه شده و توسط خود بیماران از داروخانه تهیه می شوند.
- در کشور ایران ۱۰ میلیون بیمار مبتلا به دیابت و ۱۵ میلیون بیمار مبتلا به فشار خون داریم که بسیاری از آنان، از قشر محروم و مستضعف هستند.
- اقلام پیشگیری از بارداری که در شبکه بهداشت سابقاً رایگان توزیع میشد، بین ۲۰۰۰ تومان(یک بسته قرص) تا ۲۰۰۰۰ تومان (یک بسته اقلام غیرهورمونی) قیمت دارد که برای استفاده یک ماه بوده و از همه ی داروهای بیماری های مهم مانند دیابت، فشار خون، قلب و ... ارزانتر است.
- نظام سلامت در برهه ای از تاریخ به دلیل میانگین تعداد فرزند بالا تصمیم گرفت این اقلام را خلاف همه ی داروها و وسایل بهداشتی دیگر، رایگان به مردم بدهد (این تشویقی برای استفاده و در جهت فرهنگ سازی بود)

معاونت بهداشت

اقدامات شبکه بهداشت و درمان در کنترل جمعیت

- روش های جلوگیری از بارداری، اغلب به هیچ وجه بدون عارضه و بی اشکال نیستند.
- قرص های جلوگیری به علت محتوای استروژنی باعث افزایش انعقادپذیری خون و در نتیجه آمبولی و ترومبوز(لخته) می شود که نتیجه ی آن انواع سکته های قلبی و مغزی است.
- همچنین طبق نتایج مطالعاتی، باعث افزایش فشار خون می شوند.
- درباره ی IUD اولاً که چون تعبیه ی آن مستلزم نگاه مستقیم پزشک یا ماماست، و این نگاه جز در موارد درمان بیماری جایز نیست و جلوگیری از بارداری هم درمان به حساب نمی آید، به نظر می رسد شرعاً مجاز نباشد.
- ثانیا خود این دستگاه اگر از نوع هورمونی باشد، عوارض هورمونی؛ و به طور کلی ریسکهایی چون پارگی رحم، عفونت های داخلی، و افزایش ریسکEP (حاملگی خارج رحمی) در صورت شکست جلوگیری دارد.
- در بسیاری از کشورها تجویز داروهای هورمونی با پزشک است. داروهای حاوی استروژن برای افرادی که مستعد حوادث قلبی عروقی هستند ممنوع است. به همین خاطر مجوز پزشک بر اساس عدم سابقه ی ابتلا به دیابت ، فشارخون، ناراحتی قلبی، سابقه ی سکته، جراحی های بزرگ، سابقه ی آمبولی و... آزمایش های مربوطه در این کشورها مرسوم است.

معاونت بهداشت

اقدامات سایر کشورها در ارایه خدمات پیشگیری از بارداری

- ژاپن: در ژاپن پیشگیری از بارداری رایگان نبوده و مگر در موارد بسیار خاص تحت پوشش بیمه ها نیز نیست. در این کشور برای استفاده از قرص های هورمونی پیشگیری از بارداری نیاز به تجویز پزشک است. این قرص ها هرچند بیمه نیستند ولی با قیمت بسیار ارزان در داروخانه ها در دسترسند. گفتنی ست قرص های اورژانسی بسیار گران قیمت ترند. گذاشتن IUDدر کشور صرفا با تجویز پزشک انجام می شود.
- کانادا: در کانادا ارائه ی داروهای پیشگیری از بارداری رایگان نیست. و در این خصوص کمپین های اعتراضی برای ارائه ی رایگان اقلام به نوجوانان برای جلوگیری از بارداری نوجوانان وجود دارد.
- آلمان: در آلمان ارائه اقلام پیشگیری از بارداری در افراد بالای ۲۰سال نه تنها رایگان نبوده بلکه در صورت مصرف به منظور جلوگیری از بارداری شامل پوشش بیمه ای هم نمی شود. از سوی دیگر ، بسیاری از این روشهای جلوگیری ازجمله قرصهای هورمونی فقط با تجویز متخصص زنان و (نه حتی پزشک عمومی) قابل ارائه هستند.

معاونت بهداشت

اقدامات سایر کشورها در ارایه خدمات پیشگیری از بارداری

- ایتالیا: در ایتالیا ،صرفا ۴ ناحیه از ۲۱ ناحیه این کشور خدمات پیشگیری از بارداری به صورت رایگان ارائه می شود. لازم به ذکر است در این کشور نیز هزینه IUDبالا بوده و قرصهای هورمونی نیز با تجویز پزشک قابل ارائه می باشند.

- رژیم اشغالگر اسرائیل: در اسرائیل تجویز داروهای هورمونی ضد بارداری با تجویز پزشک بوده و نحوه ارایه آنها تحت پوشش بیمه ست و رایگان نمی باشد.

- استرالیا: در استرالیا تجویز قرص های پیشگیری از بارداری نیاز به تجویز پزشک دارد.

معاونت بهداشت

افزایش فشار و انعقادپذیری خون و در نتیجه انواع سکته‌های قلبی و مغزی

ریسک انواعی از سرطانهای مغز با مصرف قرص های ضد بارداری: ۵۰٪ بیشتر

سازمان ملل: قرص های پیشگیری از بارداری در لیست سرطان زاها

میزان سرطان سینه بعد از ورود این قرص ها به بازار ۴۰۰ برابر

مصرف ۹-۵ سال قرص: ابتلای دو برابری به سرطان دهانه رحم

ریسک سرطان کبد در مصرف قرص های پیشگیری از بارداری: ۷۰-۵۰٪ بیشتر

استفاده از اقلام هورمونی پیشگیری از بارداری

بی خطر است؟؟

UDانوع هورمونی: ریسک پارگی رحم، عفونت های داخلی، و افزایش ریسکEP(حاملگی خارج رحمی)

معاونت بهداشت

[redacted]

*تقویم سازی بازیگران

معاونت بهداشت

وضعیت عقیم سازی دایم در ایران؟؟؟؟

جدول ۱. مشخصات عمومی افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس روش مورد استفاده جهت پیشگیری از بارداری

	کلیه شرکت کنندگان (۲۵۵۱)	هورمونی (٪۰/۶۶)	مکانیکی (٪۲۷/۵۱)	طبیعی (٪۳۷/۱۲)	دائمی (٪۱۵/۴۰)	ترکیبی (٪۱۵/۳۶)	P-value
سن	۳۹/۴۵±۱۰/۵۵	۳۶/۴۳±۷/۸۲	۳۶/۲۵±۷/۶۲	۳۷/۳۴±۸/۲۴	۴۲/۵۶±۵/۸۲	۳۴/۱۸±۷/۰۱	۰/۲۷
تحصیلات							<۰/۰۰۰۱
-ابتدایی و راهنمایی	۱۹۴(۷/۶۰)	۱۱(۹/۴۹)	۳۴(۴/۸۶)	۶۹(۷/۳۲)	۶۲(۱۵/۹۰)	۱۸(۴/۶۲)	
-دبیرستان و فوق دیپلم	۱۶۸۳(۶۵/۹۷)	۷۰(۶۰/۳۴)	۴۳۸(۶۲/۵۷)	۶۳۱(۶۶/۹۱)	۲۸۹(۷۴/۱۰)	۲۵۵(۶۵/۳۸)	
- بالاتر	۶۶۲(۲۵/۹۵)	۳۵(۳۰/۱۷)	۲۲۸(۳۲/۵۷)	۲۴۳(۲۵/۷۷)	۳۹(۱۰/۰۰)	۱۱۷(۳۰/۰۰)	
وضعیت اشتغال							۰/۰۴
-شاغل	۴۶۷(۱۸/۳)	۲۳(۱۹/۶۶)	۱۳۵(۱۹/۲۸)	۱۸۰(۱۹/۰۱)	۵۱(۱۲/۹۷)	۷۸(۲۰/۰۰)	
-بیکار	۲۰۸۰(۸۱/۵۳)	۹۴(۸۰/۳۴)	۵۶۵(۸۰/۷۱)	۷۶۷(۸۰/۹۹)	۳۴۲(۸۷/۰۲)	۳۱۲(۸۰/۰۰)	
سن شروع قاعدگی	۱۵/۲۵±۱۲/۳۵۰	۱۴/۲۶±۸/۱۲	۱۵/۰۴±۱۱/۷۸	۱۵/۲۰±۱۲/۲۲	۱۵/۷۶±۱۳/۷۷	۱۵/۰۷±۱۱/۵۵	۰/۱۱
تعداد بارداری							<۰/۰۰۰۱
۲<=	۳۱۸(۱۲/۴۶)	۲۰(۱۷/۰۹)	۸۵(۱۲/۱۱)	۱۶۰(۱۶/۹۰)	۲(۰/۵۱)	۵۱(۱۳/۰۱)	
۳-۵	۲۰۴۹(۸۰/۳۲)	۸۹(۷۶/۰۷)	۵۹۲(۸۴/۳۳)	۷۴۳(۷۸/۴۶)	۳۰۰(۷۶/۳۴)	۳۲۵(۸۳/۹۱)	
۶>=	۱۸۴(۷/۲۱)	۸(۶/۸۴)	۲۵(۳/۵۶)	۴۴(۴/۶۵)	۹۱(۲۳/۱۶)	۱۶(۴/۰۸)	
سقط	۸۴۰(۲۶/۱۷)	۳۷(۳۱/۶۲)	۱۵۸(۲۲/۵۱)	۲۳۹(۲۵/۲۳)	۱۲۰(۳۰/۵۳)	۹۶(۲۴/۴۸)	
تعداد فرزندان							۰/۰۰
۲<=	۱۹۷۴(۷۷/۳۸)	۸۸(۷۵/۲۱)	۶۰۷(۸۶/۴۷)	۷۷۹(۸۲/۲۶)	۱۶۸(۴۲/۷۵)	۳۳۲(۸۴/۶۹)	
۳>=	۵۷۷(۲۲/۶۲)	۲۹(۲۴/۷۸)	۹۵ (۱۳/۵۳)	۱۶۸(۱۷/۷۴)	۲۲۵(۵۷/۲۵)	۶۰(۱۵/۳۱)	
شغل							
سبک	۸۰۰(۳۱/۳۶)	۳۷(۴۳/۰۲)	۲۳۴(۴۴/۲۳)	۲۸۹(۴۱/۱۱)	۱۳۴(۴۵/۱۲)	۱۰۶(۳۴/۵۳)	۰/۰۶
متوسط	۴۵۶(۱۷/۸۷)	۲۴(۲۷/۹۱)	۱۰۵(۱۹/۸۵)	۱۷۳(۲۴/۶۱)	۷۲(۲۴/۲۴)	۸۲(۲۶/۷۱)	
سنگین	۶۶۶(۲۶/۱۰)	۲۵(۲۹/۰۷)	۱۹۰(۳۵/۹۲)	۲۴۱(۳۴/۲۸)	۹۱(۳۰/۶۴)	۱۱۹(۳۸/۷۶)	
اوقات فراغت							
سبک	۷۶۸(۳۰/۱۰)	۳۴(۶۴/۱۵)	۲۱۴(۶۰/۲۸)	۲۷۸(۶۰/۵۷)	۱۱۴(۶۰/۹۶)	۱۲۸(۶۴/۰۰)	۰/۱۹
متوسط	۳۵۰(۱۳/۷۲)	۱۴(۲۶/۴۲)	۱۱۵(۳۲/۳۹)	۱۲۰(۲۶/۱۴)	۵۰(۲۶/۷۴)	۵۱(۲۵/۵۰)	
سنگین	۱۳۶(۵/۳۳)	۵(۹/۴۳)	۲۶(۷/۳۲)	۶۱(۱۳/۲۹)	۲۳(۱۲/۳۰)	۲۱(۱۰/۵۰)	
مصرف سیگار	۲۳(۰/۹۰)	۰(۰/۰۰)	۳(۰/۴۳)	۱۰(۱/۰۶)	۷(۱/۷۸)	۳(۰/۷۷)	۰/۱۶

* داده‌ها به صورت تعداد (درصد) بیان شده است.

*

ایران نیم درصد جمعیت مردان جهان را دارد ولی طی بیش از ۲۵ سال یک و نیم درصد موارد وازکتومی را به خود اختصاص داده و سالانه به طور متوسط ۳۰ هزار وازکتومی در ایران انجام می شد.

طبق اعلام وزارت بهداشت تا سال ۱۳۸۸ سالیانه ۹۰ هزار عمل توبکتومی (عقیم سازی زنان) صورت می گرفته است.

پس از تغییر سیاست های جمعیتی آمار توبکتومی های رایگان توسط وزارت بهداشت اعلام نشده است.

پژوهشی که در سال ۹۳ در تهران انجام شد و در نشریه پژوهش در پزشکی منتشر شد ، نشان میداد که ۱۵،۴٪ موارد جلوگیری از بارداری از روش عقیم سازی استفاده می کنند.

هزینه عقیم سازی به صورت آزاد ۲ تا ۸ میلیون تومان است .

معاونت بهداشت

عوارض عقیم سازی دایم در منابع پزشکی

- بر اساس کتاب مرجع زنان و نازایی اسپیروف تا ۲۵ درصد از زنان امریکایی در سال‌های پس از توبکتومی از انجام این عمل برگشت ناپذیر اظهار پشیمانی میکنند.
- بر اساس مطالعه جهانیان و همکارانش در همدان، بروز اضطراب و افسردگی در زنانی که تحت عمل توبکتومی قرار میگیرند به طور معناداری بیش از استفاده از روش های موقت جلوگیری از بارداری است.
- هم چنین بر اساس مطالعه ای که کاظمیان و همکارانش در شهرکرد انجام دادند انجام عمل توبکتومی موجب افزایش بروز معنا دار اختلالات روانپزشکی در بین زنان مربوطه میشود.
- مطالعه دیگری نیز نشان می دهد که انجام عمل توبکتومی موجب کاهش معنا دار کیفیت زندگی و افزایش معنادار بی‌نظمی های قاعدگی و طولانی شدن سیکل قاعدگی در زنان میشود.
- عقیم سازی در برخی دیگر از کشورهای مذهبی نیز بدون دلایل پزشکی آزاد نیست. به عنوان مثال در امارات و ونزوئلا عقیم سازی بدون دلایل پزشکی مجاز نمی باشد.

معاونت بهداشت

بستن لوله‌ها، عقیمی دائم

تقریباً برگشت ناپذیر هستند و عقیمی دائم

۲ ابتلای دو برابری به کیست‌های تخمدان

۲۵٪ از زنان پس از توبکتومی پشیمان می‌شوند

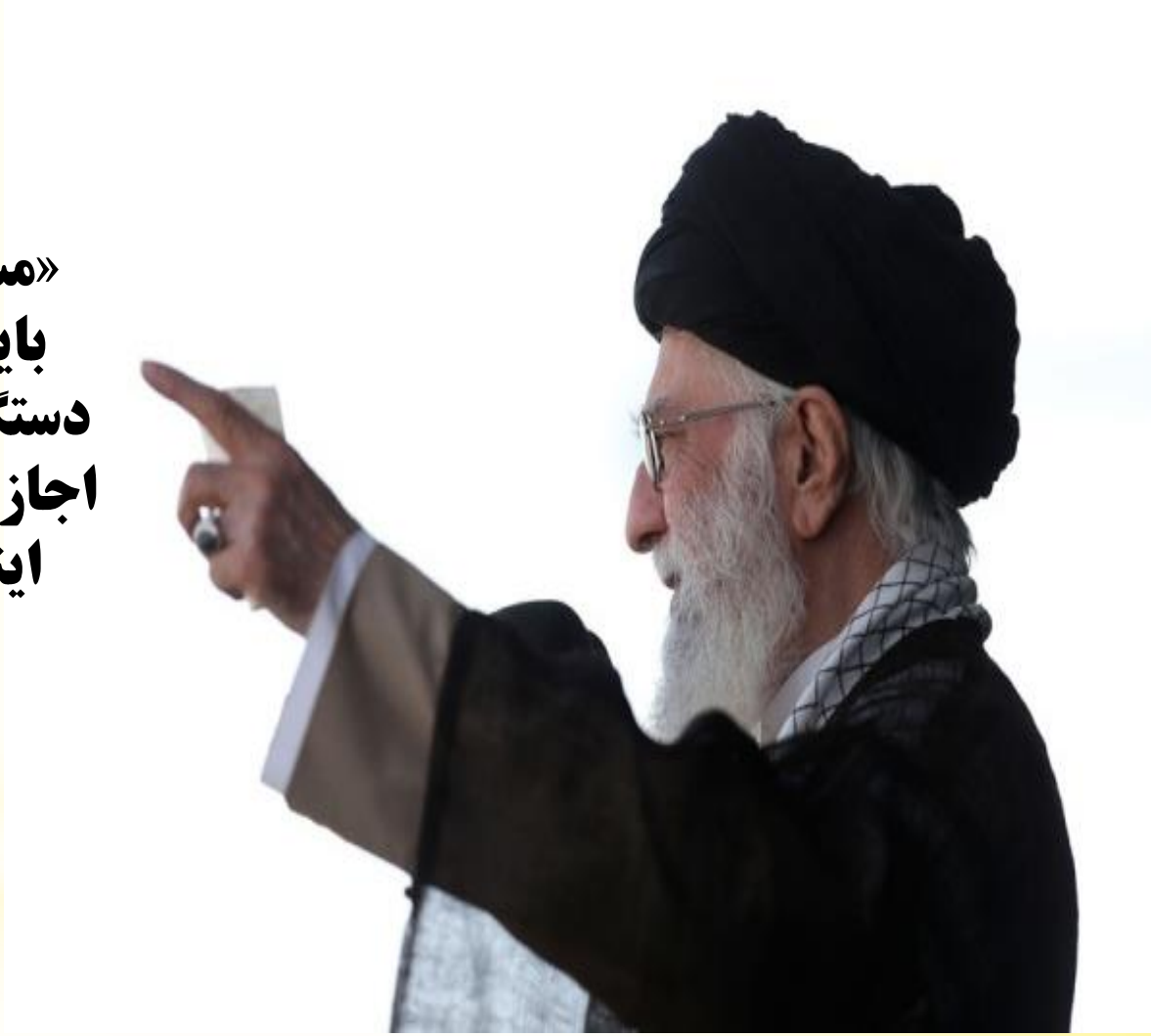
احتمال افزایش بی‌نظمی‌های قاعدگی و طولانی شدن سیکل‌ها

شیوع اضطراب و افسردگی بعد از عقیم‌سازی در زنان

مقام معظم رهبری:

«مساله عقیم سازی و جلوگیری باید جداً جلویش گرفته شود. دستگاه های دولتی مطلقاً به خود اجازه ندهند پول بیت المال برای اینکه رشد نسل متوقف شود، هزینه شود.»

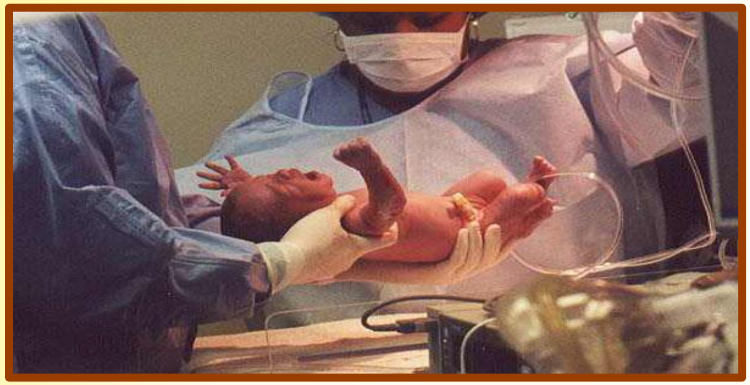
۹۲/۹/۱۹



معاونت بهداشت

سزارین

معاونت بهداشت



CAESAREAN SECTION

سزارین یک عمل جراحی بسیار سنگین(ماژور) است و عوارض بی شماری دارد اما به شدت در جامعه ی ما رواج داده شده است.

میانگین استاندارد زایمانهای سزارین در کشورهای توسعه یافته ۱۰-۱۵٪ است و در ایران این عدد در بیمارستانهای دولتی تا ۴۰٪ و در بیمارستان های خصوصی بیش از ۵۰٪ است.

۲۱٪ فرزندان ماحصل سزارین تا ۱۲ سالگی به آسم و آلرژی دچار می شوند و تا ۷۱٪ به چاقی زیر پنج سال دچار خواهند شد.

در زنان با سابقه سزارین احتمال ناباروری بعدی ۱۷٪، چسبندگی های جفت در بارداری های بعدی ۷۴٪ و مرده زایی ۲۱٪ خواهد بود.

در هیچ کتاب مرجع پزشکی عددی برای تعداد زایمان سزارین ذکر نشده و محدودیتی گفته نشده است. همه چیز بستگی به شرایط بدنی خود فرد و تشخیص پزشک در حین عمل(مشاهده ی چسبندگی ها و ...) دارد. ممکن است یک نفر با یک بار سزارین دیگر نتواند بچه دار شود، و ممکن است یک نفر بتواند ۶-۷ سزارین موفق و کم عارضه داشته باشد

معاونت بهداشت

سزارین، روشی مطمئن؟

استانداردی برای تعداد زایمان ایمن سزارین وجود ندارد و این موضوع به شرایط جسمی فرد برمیگردد.

یک عمل جراحی بسیار سنگین(ماژور) با عوارض بی شمار

میانگین استاندارد زایمانهای سزارین در کشورهای توسعه یافته ۱۰-۱۵٪

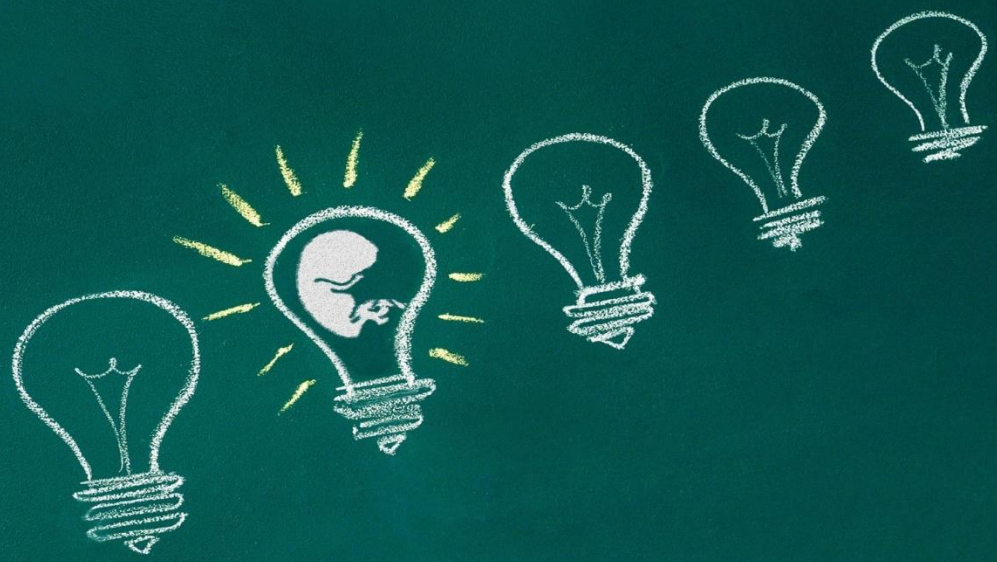
میانگین زایمانهای سزارین در ایران: در بیمارستانهای دولتی تا ۴۰٪ و در بیمارستان های خصوصی بیش از ۵۰٪

۲۱٪ فرزندان ماحصل سزارین تا ۱۲ سالگی به آسم و آلرژی دچار می شوند

۷۱٪ فرزندان ماحصل سزارین به چاقی زیر پنج سال دچار خواهند شد.

سابقه سزارین: احتمال ناباروری بعدی ۱۷٪

سابقه سزارین: چسبندگی های جفت در بارداری های بعدی ۷۴٪



*نـــابـــاروری...

معاونت بهداشت

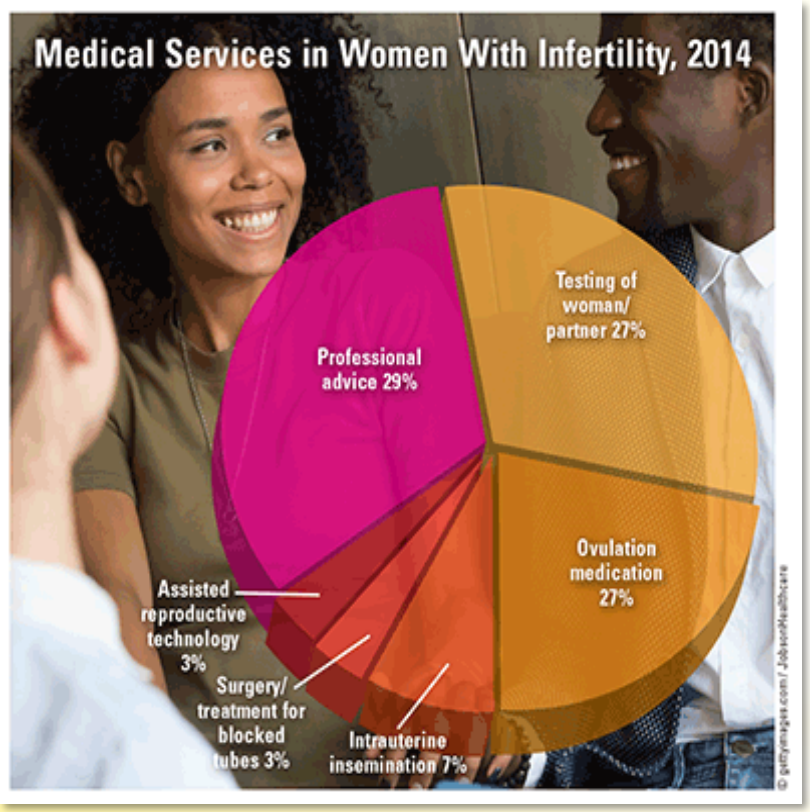
وضعیت ناباروری در ایران و مقایسه با آمریکا

وضع موجود:

- تعداد زوجین درگیر ناباروری در کشور: ۲۰٪ معادل ۳.۵میلیون زوج
- تعداد زوجی که سالانه به این تعداد اضافه می شوند: ۸۸،۰۰۰ زوج
- بار روانی بسیار بالای ناباروری در کشور
- برخورد سلیقه ای در نحوه شروع فرآیند تشخیص و درمان در مطب های تخصصی زنان
- هر سیکل IVF در ایران بین ۸تا۲۰ میلیون تومان هزینه و بین ۲۵تا۳۵٪ احتمال موفقیت دارد
- هر سیکل IVF در آمریکا ۱۲۰۰۰دلار هزینه و بین ۲۵تا۳۵٪ احتمال موفقیت دارد

معاونت بهداشت

وضعیت ناباروری در ایران و مقایسه با آمریکا



- ارجاع ۳۵٪ نابارورها در ایران برای سیکل های گران قیمت (ART از جمله IVF)
- ارجاع نابارورها به ART در کشورهای توسعه یافته: کمتر از ۲۰٪ درصد
- در ایالات متحده امریکا بیشترین خدمات ارائه شده در زمینه ناباروری شامل مشاوره (۲۹٪)، تستهای آزمایشگاهی (۲۷٪) ، درمانهای محرک تخمک گذاری(۲۰٪)، IUI (7%)، جراحی های رفع انسداد لوله ها (۳٪) و ART (3%) بوده است.

معاونت بهداشت

وضعیت ناباروری در ایران و مقایسه با آمریکا

مضرات ارجاع بیش از اندازه به IVF

- ریسک ایجاد عارضه خطرناک سندرم تحریک بیش از اندازه تخمدان (OHSS)
- خطرات ناشی از احتمال چندقلویی برای مادر و جنین ها
- احتمال پایین موفقیت (بین ۲۵تا۳۵٪)
- گران بودن قیمت
- محدودیت مراکز فوق تخصصی و در نوبت ماندن مراجعین
- کاهش میزان ارجاع به IVFاز ۳۵٪ به ۲۰٪ : صرفه جویی به میزان ۲۰هزار میلیارد تومان در صورت درمان همه ۳.۵ میلیون زوج نابارور
- بار روانی ناشی از عدم موفقیت درمان
- بار بالای ناباروری در کشور
- برخورد سلیقه ای در نحوه شروع فرآیند تشخیص و درمان در مطب های تخصصی زنان
- هر سیکل IVF در ایران بین ۸تا۲۰ میلیون تومان هزینه و بین ۲۵تا۳۵٪ احتمال موفقیت دارد
- هر سیکل IVF در آمریکا ۱۲۰۰۰دلار هزینه و بین ۲۵تا۳۵٪ احتمال موفقیت دارد

وضعیت ناباروری در ایران و مقایسه با آمریکا

بازدهی درمان های ناباروری در ایران:

- ظرف یک سال درمان: باروری ۳۰٪درصد زوجین (۱.۴ میلیون زوج)
- ظرف پنج سال درمان: باروری ۹۸٪ زوجین (۳.۴ میلیون زوج)

معاونت بهداشت

وضعیت ناباروری در ایران و مقایسه با آمریکا

موانع درمان ناباروری در ایران:

* ضعف ساختار درمان ناباروری و سرگردانی مبتلایان
* گرانی قیمت های مسیر تشخیص و درمان ناباروری و عدم پوشش بیمه های پایه
* عدم سهولت و دسترسی به امکانات تشخیصی و درمانی در بسیاری از مناطق کشور

معاونت بهداشت

ناباروری

اقدام برای درمان ناباروری

- طراحی گایدلاین یکسان و هماهنگ کشوری برای تشخیص علت و درمان ناباروری
- سپردن گامهای نخست گایدلاین تشخیص و درمان به ماما و پزشک شبکه بهداشت
- جایگاه طب سنتی ، ورزش و تغذیه در دستورالعملهای کشوری ناباروری
- پوشش بیمه های پایه برای هزینه های بیماریابی، تشخیص و درمان
- توسعه و تجهیز مراکز فوق تخصصی ناباروری در همه استانهای کشور
- ایجاد صندوق ویژه خیرین در موضوع «رویای مادری» با پشتوانه مجموعه های معتمد مردم مانند کمیته امداد، بنیاد ستاد اجرایی ،مستضعفان و...

مزایای بیولوژیک فرزند آوری

معاونت بهداشت

اولین علت ذکر شده

برای سرطان تخمدان در کتاب های مرجع پزشکی : **زایمان کم یا نازایی**

نولی پاریتی یا تجربه

نکردن حتی یک زایمان: **از عوامل خطر قطعی سرطان تخمدان**

فواید بارداری و شیردهی

نسبت سرطان سینه در زنانی که بچه ندارند (نولی پار) به زنانی که ۲ و بیشتر بچه دارند (مولتی پار) ۱,۲ تا ۱,۷ (امریکن ژورنال اپیدمیک)

هرچه سن اولین بارداری ای که به انتها رسیده باشد (ترم شده باشد یعنی ۳۷ هفته) پایین تر :**اثر محافظتی فوق بیش**

اثر محافظتی بارداری بر روی سرطان پستان تا ۱۰ سال است.

هرچه اولین بارداری زودتر و آخرین بارداری دیرتر : **ضریب محافظتی بالاتر**

معاونت بهداشت

فواید بارداری و شیردهی

در مطالعه ای نشان داده شد هر ۱۲ ماه شیردهی، ریسک ابتلا به سرطان سینه را ۴,۳٪ کاهش می دهد.

زنانی که به مدت دو سال تجمعی شیردهی دارند، ۲۳٪ کمتر به بیماری‌های قلبی عروقی مبتلا می شوند.

اندومتریوز: حاملگی باعث تحلیل و بهبود اندومتریوز (بهبود کامل یا سرکوب علایم در طی حاملگی)

فیبروم: بارداری بیش از ۲۰ هفته، اثر محافظتی نسبت به ایجاد فیبروم در رحم زنان (فیبروم ها شایع ترین علت هیسترکتومی(درآوردنرحم)

هرچه سن اولین بارداری کمتر : ریسک ابتلا به فیبروم کمتر

هرچه فواصل بین بارداری ها بیش تر : ریسک ابتلا به فیبروم بیشتر

شیردهی باعث کاهش سرطان های سینه و تولیدمثلی می شود.

هر بارداری و زایمان هم این ریسک را حدود ۷٪ کاهش می دهد.

معاونت بهداشت

فواید بارداری و شیردهی

حداقل میزان شیردهی به ازای هر کودک ۱۸ ماه و حداکثر آن ۲۴ ماه باید باشد تا بهترین اثر بخشی شیردهی را در محافظت از بروز سرطان پستان در مادر داشته باشیم.

بیشترین اثر محافظتی برای مادران شیرده به ازای هر کودک شیردهی به مدت ۲ سال تمام می باشد.

معاونت بهداشت

تاثیر بارداری بر جوان سازی مادران

* حاملگی منجر به جوان سازی سلولهای مادر می شود. در حاملگی خون مادر که یک فرد بالغ است با خون جوان ترین ارگانیسم یعنی جنین با هم مخلوط می شود و این اختلاط منجر به جوان سازی سلولهای حیاتی مادر در همه احشاء و عضلات و سیستم عصبی مرکزی می گردد.

* حاملگی منجر به بازسازی سلولهای آسیب دیده قلب می شود. حاملگی در سنین بالا منجر به از بین رفتن بیشتر ضایعات ناشی از سکته های قلبی کوچک و بزرگ و جوان سازی سلول های قلبی می شود. امروزه استفاده از فاکتورهای مترشحه از جفت دردرمان بالینی سلولهای قلبی به یک اقدام قابل قبول تبدیل شده است.

Rejuvenating effect of pregnancy on the mother. Fertil Steril, 2015; 103-1125-8. by American Society for Reproductive Medicine.

معاونت بهداشت

تاثیر بارداری بر جوان سازی مادران

* حاملگی قدرت جوان سازی سلولهای کلیوی را به اثبات رسانیده است. کبد عضوی است که امکان تکثیر سلولی برای جایگزینی سلولهای از دست رفته را دارد و این کار را با تولید سلولهای بیشتری انجام می دهد که از عملکرد مناسبی برخوردار نیستند (مثل برداشتن بخشی از کبد یا جراحی به هر دلیل). در حالیکه بارداری باعث بزرگی و پرکاری سلولهای کبدی (هیپروتروفی به جای تکثیر سلولی) می شود و منجر به جوان سازی عملکرد این سلولها می گردد. این اتفاقات در تحقیقات متعددی که روی حیوانات صورت گرفته است، به اثبات رسیده است.

* حاملگی منجر به کاهش احتمال عود بیماری MS (Multiple Sclerosis) شده و همچنین احتمال بروز این بیماری در خانم هایی که چندین زایمان داشته اند نسبت به کسانی که زایمان نکرده اند، کمتر است. حاملگی باعث بازسازی بهتر ضایعات ایجاد شده به علت بیماری های التهابی مغز منجمله بیماری MS می شود. حاملگی منجر به تقویت نظام ایمنی بدن می گردد، هورمن استروژن و مشتقات آن که در بارداری بالا می روند، عامل اصلی این تغییرات هورمنی هستند. به نحوی که امروز در تحقیقات مختلف از این هورمن برای درمان بیماران عصبی منجله MS با دوز مشابه با زمان حاملگی استفاده می کنند.

Rejuvenating effect of pregnancy on the mother. Fertil Steril, 2015; 103-1125-8. by American Society for Reproductive Medicine.
White Matter Plasticity and Enhanced Remyelination in the Maternal CNS. The Journal of Neuroscience, Februrary 21, 2007. 27(8):1812-1823

معاونت بهداشت

بهترین سنین برای بارداری

- برخلاف باور عمومی و حتی برخلاف اظهارات برخی پزشکان در ایران که سنین ایمن بارداری را بین ۲۵ تا ۳۵ اعلام می کنند، آخرین یافته های علمی مراجع پزشکی بین المللی حاکی از این است که بهترین سنین بارداری ایمن و بالاترین قدرت باروری زنان بین سنین ۱۷ تا ۴۲ سالگی است.
- ضمن اینکه در دنیا نه تنها از فرزندآوری زنان زیر ۱۷ سال و بالای ۴۲ سال نهی نمی شود بلکه فرزندان مادران زیر ۱۷ و بالای ۴۲ سال Golden Babyیا فرزند طلایی نامگذاری شده اند و ارزش فوق العاده ای دارند.

معاونت بهداشت

ما باید در سیاست تحدید نسل تجدید نظر کنیم. سیاست تحدید نسل در یک برهه از زمان درست بود؛ یک اهدافی هم برایش معین کردند. آنطوری که افراد متخصص و عالم و کارشناسان علمی این قسمت تحقیق و بررسی کردند و گزارش دادند، ما در سال ۷۱ به همان مقاصدی که از تحدید نسل وجود داشت، رسیدیم.

از سال ۷۱ به این طرف، باید سیاست را تغییر میدادیم؛ خطا کردیم، تغییر ندادیم.

امروز باید این خطا را جبران کنیم. کشور باید نگذارد که غلبه‌ی نسل جوان و نمای زیبای جوانی در کشور از بین برود؛ و از بین خواهد رفت اگر به همین ترتیب پیش برویم، آنطوری که کارشناسها بررسی علمی و دقیق کردند.

اینها خطابیات نیست؛ اینها کارهای علمی و دقیق کارشناسی شده است.

دیدار با کارگزاران نظام-۹۱/۵/۳

جمعیت جوان و با نشاط و تحصیلکرده و باسواد کشور، امروز یکی از عامل های مهم پیشرفت کشور است.

بیانات در دیدار شورای عالی انقلاب فرهنگی

سال ۱۳۹۲

روی مسئله خانواده تکیه کنید

گزیده بیانات رهبر انقلاب در دیدار جمعی از مداحان اهل بیت(ع)

۱۳۹۷/۱۲/۰۷

KHAMENEI.IR

بیانات در دیدار مداحان کشور

سال ۱۳۹۷

بیانات در دیدار جمعی از کارشناسان حوزه خانواده

مرداد ماه ۱۳۹۸

دعـــا می کنم

سعید