

ضمیمه ۳. پرسشنامه

بر نام پروردگار مهربان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
انستیتو ملی تحقیقات توسعه سلامت

پرستشگر گرامی: تعداد و نوشته های شما توسط نرم افزارهای هوشمند و به طور اتوماتیک خوانده می شود، لطفاً به این نکات توجه کنید:

تنها از علامت ضربدر (X) برای جوابدهی به سوالات چند گزینه ای استفاده نمایید. لازم است در نوشتن اطلاعات استانداردهای نوشتن را رعایت کنید، یعنی کلیه اعداد و نوشته های خود را دقیق، خوانده درشت و حتماً در داخل کادرهای مشخص شده بدون خط خوردگی و لاک گرفتن یا خودکار این بنویسید.

بدون پر کردن، عدد و حروف الفبا

بدون پر کردن، عدد و حروف الفبا

بخش الف - کد پرسشنامه

کد استان:

کد شهرستان:

کد شهر/روستا:

کد خوشه:

کد خانوار:

پرسشنامه بررسی شیوع ناباروری
در جمهوری اسلامی ایران

پرستشگر محترم، پرسشنامه ای که در اختیار دارید به منظور بررسی مشکلات باروری در خانم های ۱۵-۳۹ ساله ایرانی در نظر گرفته شده است که ناری یکی از شرایط ذیل باشند:

- اگر سن خانم کمتر از ۳۵ سال باشد فارغ از وضعیت فعلی ناهل اگر حداقل یکسال سابقه زندگی مشترک را داشته باشد وارد مطالعه می گردد.
- اگر سن خانم ۳۵ سال یا بیشتر باشد چنانچه حداقل ۶ ماه از ازدواج فعلی او گذشته باشد وارد مطالعه می شود و اگر مدت ازدواج فعلی وی کمتر از ۶ ماه باشد ولی سابقه ازدواج قبلی داشته باشد به مدت ناهل وی در ازدواج های قبلی توجه نمائید به عنوان مثال خانمی که هم اکنون ۳۷ ساله است و سه ماه است ازدواج کرده ولی سابقه ازدواج به مدت ۱۴ ماه را در سن ۲۵ سالگی داشته است به ذیل ازدواج قبلی وارد مطالعه می شود ولی اگر مدت ناهل وی در سن بیست و پنج سالگی ۷ ماه باشد وارد مطالعه نمی گردد.
- فرد عقد کرده (بدون سابقه ازدواج قبلی) وارد مطالعه نمی گردد.

نام استان:	نام شهرستان:	نام شهر/روستا:
نام دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی:	نشانی خانوار:	شماره تماس:
تاریخ پرستشگری: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	نام و نام خانوادگی پرستشگر:	

بخش ب - اطلاعات دموگرافیک

اطلاعات همسر (ازدواج شاخص)	اطلاعات خانم
<p>۱-۲- تاریخ تولد: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>۲-۲ میزان تحصیلات:</p> <p><input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی الهفت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> متوسطه و دبیر <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> دانشگاهی (تا لیسانس) <input type="checkbox"/> دانشگاهی (لیسانس به بالا) <input type="checkbox"/> جویزی <input type="checkbox"/> نمی داند</p> <p>۲-۳ نوع بیمه باید: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> به بخش بیمه مراجعه شود</p> <p><input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> سلامت ایران <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> کسبه اعداد <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> بیمه روستایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نمی داند</p> <p>۲-۴ بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱-۱-۱ تاریخ تولد: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>۱-۲ وضعیت ناهل: <input type="checkbox"/> نازای همسر <input type="checkbox"/> بی همسر به دلیل فوت همسر <input type="checkbox"/> بی همسر به دلیل طلاق</p> <p>۱-۲ میزان تحصیلات:</p> <p><input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی الهفت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> متوسطه و دبیر <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> دانشگاهی (تا لیسانس) <input type="checkbox"/> دانشگاهی (لیسانس به بالا) <input type="checkbox"/> جویزی <input type="checkbox"/></p> <p>۱-۲-۱ نوع بیمه باید: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> به جدول اطلاعات همسر مراجعه شود</p> <p><input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> سلامت ایران <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> کسبه اعداد <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> بیمه روستایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>۱-۲-۲ بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>

۱

Quark 914-P01 | www.quarksystem.com

بخش ب - اطلاعات تاریخچه ازدواج و بارداری خانم

جدول A- تاریخچه ازدواج خانم

A1- تعداد ازدواج خانم:		
1- ازدواج فعلی (آخرین ازدواج):	2- ازدواج ماقبل آخر:	3- دو ازدواج ماقبل آخر:
A2- مدت زمان زندگی مشترک در هر ازدواج چه مدت است؟ بیشتر از ۱۲ ماه: کد ۱ یکسال و بیشتر: کد ۲		
A3- در هر ازدواج چند بارداری داشته اید؟ در صورت عدم بارداری: به سوال A5 مراجعه شود در صورت بارداری: به سوال A4 مراجعه شود	A4- تعداد فرزند زنده در حال حاضر در هر ازدواج؟ به سوال A8 مراجعه شود	A5- آیا در این ازدواج تصمیم به بارداری داشته اید؟ خیر: کد صفر - به سوال A8 مراجعه شود بله: کد ۱
A6- در زمان تصمیم به بارداری چند سال داشتید؟	A7- چه مدت تصمیم به بارداری داشتید؟ (به ماه)	A8- در صورت اتمام زندگی مشترک آیا علت آن طلاق بوده است؟ بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/>
A9- آیا دلیل اصلی طلاق بچه دار نشدن بوده است؟ بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/>		

جدول B- تاریخچه بارداری خانم

در صورت نداشتن تاریخچه بارداری، به بخش A مراجعه شود. در صورتی که خانم در حال حاضر باردار است اطلاعات بارداری فعلی نیز ثبت می شود.

رتبه بارداری	1- ازدواج فعلی (آخرین ازدواج)					2- ازدواج ماقبل آخر					3- دو ازدواج ماقبل آخر				
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
B1- در هر بارداری (اول، دوم، سوم و ...) چند سال داشتید؟															
B2- آیا بارداری (اول، دوم، سوم و...) با برنامه ریزی و تمایل خودتان بود؟ تمایل داشتید که ۱ تمایل نداشتید که صفر - به سوال B6 مراجعه شود															
B3- از زمان تصمیم به بارداری، چه مدت طول کشید تا باردار شدید؟ کمتر و مساوی شش ماه: کد صفر شش ماه تا یکسال: کد ۱ یکسال تا دو سال: کد ۲ دو سال تا پنج سال: کد ۳ بیش از پنج سال: کد ۴															
B4- آیا برای باردار شدن از دارو یا روش کنکلی استفاده کردید؟ بله: کد ۱ خیر: کد صفر - به سوال B6 مراجعه شود															
B5- با کدامیک از دارو/روش ها باردار شدید؟ داروهای محرک تخمک گذاری (کلومیفن، لتروزول) با آبیول HMG و HCG تزریق اسپرم داخل رحمی (IUI) لقاح آزمایشگاهی (IVF/ICSI) جراحی وانگوتس غیر نامی															
B6- نتیجه این بارداری چه بوده است؟ فلا باردارم: کد صفر تولد نوزاد زنده: کد ۱ مرد زایم: کد ۲ مرگ داخل رحمی: کد ۳ سقط: جنم بارداری قبل از هفته ۱۲: کد ۴ حاملگی خارج رحمی، لوله ای یا حامل دیگر: کد ۵ حاملگی موی: کد ۶															
B7- نوع جنم بارداری چه بوده است؟ فلا باردارم: کد صفر زایمان طبیعی: کد ۱ زایمان سزارین: کد ۲ کور تاژ یا سقط: کد ۳															

2 Quark 914-P02 www.quarksystem.com

شماره سریال پرسشنامه:

بخش ت - اطلاعات ازدواج همسر (شوهر ازدواج شامصن)

۳- تعداد ازدواج شوهر: یا اگر یک باشد، به بخش «ت» مراجعه شود.

۴- آیا همسر! همسران قبلی شوهر شما در طول زندگی زناشویی با همسران بارداری داشته اند؟ بله خیر نمی دانم

۵- آیا شوهر شما از همسر! همسران قبلی خود صاحب فرزند شده است؟ بله خیر نمی دانم

بخش ث - اطلاعات باروری

۶- برای اولین بار در چه سنی عادت ماهیانه شدید؟ (استفاده از تاریخچه تخصیصی) سالگی نمی دانم

۷- آیا طی دو سال اخیر از روش پیشگیری از بارداری استفاده کرده اید؟ بله خیر جدول زیر تکمیل گردد

جدول C - سابقه استفاده از روش های خاصه گذاری

مدت زمان استفاده (به ماه)	نوع روش پیشگیری (ادامه)	مدت زمان استفاده (به ماه)	نوع روش پیشگیری (ادامه)	مدت زمان استفاده (به ماه)	نوع روش پیشگیری
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۹- لوله بستن مردان	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۵- آمپول سه ماهه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۱- قرص ترکیبی پیشگیری از بارداری
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۱۰- لوله بستن زنان	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۶- روش منقطع	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۲- آیودی
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۱۱- سایر شخصی نمایید	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۷- روش ریتمی (تقویمی)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۳- کاندوم
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۸- قرص شیردهی	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۴- آمپول یک ماهه

۸- چند ماه است که از روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنید؟ استفاده از روش ادامه دارد

۹- آیا بعد از تولد آخرین فرزند تا به حال، تصمیم به بارداری داشته اید؟ (در مورد خانم های بدون سابقه بارداری ملاک از زمان ازدواج است.)
 ۱) بله به سوال ۱۰۸ مراجعه شود. خیر به سوال ۱۸ مراجعه شود. در حال حاضر باردارم به سوال ۱۰۸ مراجعه شود.
 ۲) نمی توانم باردار شوم ذکر دلیل: به سوال ۱۱ مراجعه شود.

(مکتور از دلیل عوامل یا بیماری هایی است که بارداری میتواند به سلامت مادر و چنین آسیب برساند (مثل بیماری های قلبی) یا بنا به دلایلی مشکلات باروری وجود دارد مانند هیستروکتومی، یائسگی زودرس و...)

۱۰- مدت زمان تصمیم برای باردار شدن (ماه): سن در زمان تصمیم به بارداری:

۱۱- آیا شما بررسی و آزمایشی را برای مشکلات باروری انجام داده اید؟ بله خیر

۱۲- نتیجه آزمایش و بررسی چه مشکلی را در شما مطرح نموده است؟ (امکان انتخاب چند گزینه را دارید.)

<input type="checkbox"/>	اندومترئوز	<input type="checkbox"/>	کم کاری تیروئید
<input type="checkbox"/>	مشکل در تخمک گذاری به دلیل بالا بودن سن یا پیر شدن زودرس تخمدان	<input type="checkbox"/>	انجام شیمی درمانی یا رادیو تریابی
<input type="checkbox"/>	کیست های تخمدانی	<input type="checkbox"/>	مشکل ژنتیک
<input type="checkbox"/>	جسندگی لوله های رحمی، بستن لوله های رحمی	<input type="checkbox"/>	سل
<input type="checkbox"/>	مشکلات رحمی	<input type="checkbox"/>	علنی یافت نشد
<input type="checkbox"/>	برداشتن رحم	<input type="checkbox"/>	به یاد نمی آورد
<input type="checkbox"/>	برداشتن تخمدان	<input type="checkbox"/>	سایر علل (نام علت)
<input type="checkbox"/>	ترشح شیر از سینه	<input type="checkbox"/>	

۳

Quark 914-P03 www.quarksystem.com

۱۳- آیا همسر تان از نظر مشکلات باروری مورد بررسی و آزمایش قرار گرفته است؟ بله خیر

۱۴- نتیجه بررسی و آزمایش چه مشکلی را در همسر شما مطرح نموده است؟ (امکان انتخاب چند گزینه را دارید):

<input type="checkbox"/>	کمبود تعداد، تحرک یا شکل اسپرم	<input type="checkbox"/>	انجام شیمی درمانی و رادیو تراپی
<input type="checkbox"/>	فقدان اسپرم	<input type="checkbox"/>	وارکتومی
<input type="checkbox"/>	مشکلات رابطه زناشویی و جنسی	<input type="checkbox"/>	پایین نیامدن بیضه
<input type="checkbox"/>	عفونت منتقله از راه تماس جنسی	<input type="checkbox"/>	به یاد نمی آورم
<input type="checkbox"/>	واریکوسل	<input type="checkbox"/>	علتی یافت نشد
<input type="checkbox"/>	مشکل ژنتیک	<input type="checkbox"/>	سایر علل
<input type="checkbox"/>	سابقه اورپون	<input type="checkbox"/>	(تمام علل)

۱۵- آیا برای رفع مشکلات باروری خود تحت درمان قرار گرفته اید؟ خیر بله جزئی به سوال ۱۶ مراجعه شود

۱۶- کدامیک از روش های درمانی زیر برای شما انجام شده است؟ (در صورت پاسخ بلی تعداد دفعات ذکر شود):

<input type="checkbox"/>	استفاده از داروهای خوراکی یا تزریقی تحریک باروری	<input type="checkbox"/>	تعداد دفعات	<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	خیر
<input type="checkbox"/>	عمل جراحی یا واریکوسل همسر	<input type="checkbox"/>	تعداد دفعات	<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	خیر
<input type="checkbox"/>	استفاده از روش های لقاح آزمایشگاهی (IVF, IUI و میکرواینجکشن)	<input type="checkbox"/>	تعداد دفعات	<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	خیر

۱۷- در پیگیری تشخیص و درمان نابروزی یا چه مشکلی مواجه بوده اید؟ (ممکن است چند علت داشته باشد):

<input type="checkbox"/>	الف) نامیدی نسبت به درمان	<input type="checkbox"/>	ت اعتقادات مذهبی و باورهای شخصی
<input type="checkbox"/>	ب) مشکلات مالی	<input type="checkbox"/>	ج) بدون مشکل
<input type="checkbox"/>	پ) عدم دسترسی به مراکز مجهز	<input type="checkbox"/>	ح) سایر
<input type="checkbox"/>	ت) عدم همکاری همسر	<input type="checkbox"/>	ک) مشخص ننماید:

۱۸- ۱. اشتغال خانم: سه شغلی که طی بیست سال گذشته به آن ها مشغول بوده اید. (نوع شغل با ذکر جزئیات محل آن) (از شغل فعلی شروع کنید)

عنوان شغل اول:	محل:
عنوان شغل دوم:	محل:
عنوان شغل سوم:	محل:

۱۸- ۲. اشتغال همسر (شوهر / دواج شاخص): سه شغلی که طی بیست سال گذشته به آن ها مشغول بوده اید. (نوع شغل با ذکر جزئیات محل آن) (از شغل فعلی شروع کنید)

عنوان شغل اول:	محل:
عنوان شغل دوم:	محل:
عنوان شغل سوم:	محل:

به طور مثال: عنوان: کارگر / محل: کوره آجرپزی • عنوان: کارگر / محل: قسمت عملیات مترو
 عنوان: پلیس راهور / محل: جاده بین شهری • عنوان: کارگر / محل: زیاده سوز • عنوان: کارمند / محل: آزمایشگاه شیمی • عنوان: پرستار / محل: بخش آنکولوژی

شماره سرنال پرستاشانه: _____

4 Quark 914-P04 www.quarksystem.com

۴