



**برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط
خود به خودی جنین به صورت ادغام در شبکه بهداشت
شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و
آسیب‌های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت
جنین**

**مبتنی بر مراقبت‌های ادغام یافته در سطح اول ارایه خدمت شبکه خدمات جامع و
همگانی سلامت**

و

همکاری‌های بین بخشی

تیر ۱۴۰۲ (نسخه اول)

ویرایش - آبان ۱۴۰۲

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت - مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران

باسمه تعالی

فهرست

شماره صفحه	عنوان
۳	فصل اول: کلیات
۴	مقدمه
۵	تکالیف و الزامات قانونی
۷	چشم انداز
۸	اهداف برنامه
۹	فصل دوم: مدل مفهومی و روش تدوین برنامه
۱۰	شناسایی وضعیت موجود
۱۲	تعیین راهبردها
۱۴	شناسایی ذی نفعان
۱۵	فصل سوم: تعریف مفاهیم
۱۷	طبقه بندی بالینی
۱۹	علل و عوامل تاثیر گذار
۲۲	بروز سقط خود به خودی
۲۵	فصل چهارم: برنامه اجرایی
۲۶	راهبردها، فعالیتها و شاخصها
۳۰	فرآیندها و خدمات
۳۵	سطح اول ارایه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت
۳۵	دریافت کنندگان خدمت
۳۶	ارایه دهندگان خدمت
۳۸	انواع خدمات و نحوه ارجاع
۵۱	همکاری های بین بخشی
۵۴	فصل پنجم: پایش برنامه
۵۷	فصل ششم: منابع

فصل اول

کلیات

به منظور حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و جوان سازی جمعیت، تامین مراقبت‌ها و خدمات سلامت با کیفیت، عادلانه و در دسترس از وظایف اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می‌شود که خود نیازمند برنامه‌ریزی‌های هدفمند، اجرایی نمودن و پایش نتایج آنها است. در این زمینه و در راستای تحقق اهداف و سیاست‌های کلان کشوری، تامین بارداری سالم، هم از نظر سلامت و حفظ کرامت مادر هم از نظر صیانت، حفظ و سلامت جنین، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

از دست دادن زودهنگام بارداری (سقط) که خود یکی از معضلات سلامت بارداری محسوب می‌شود، تحت تاثیر علل و عوامل متعددی است که مداخله در آن نیازمند استفاده از کلیه ظرفیت‌ها و قابلیت‌های جامعه، همکاری‌های بین بخشی و برنامه‌ریزی‌های کلان است. بدین منظور و در راستای دستیابی به اهداف ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در این مستند برنامه جامعی برای مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین بر اساس نتایج ارزیابی وضعیت موجود، تعیین علل و عوامل قابل مداخله، با تاکید بر اصلاح سبک زندگی و تغذیه، راهکارهای اجرایی نمودن این مداخلات و سنجش تاثیر آنها در طول مدت اجرای برنامه ارائه گردیده است.

تکالیف و الزامات قانونی

بر اساس قوانین بالادستی مانند ماده ۷۶ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص رعایت سیاست‌های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک (کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان)، سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ در حوزه‌های سلامت، خانواده و جمعیت و ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در راستای اجرای اصل یکصد و بیست و سوم (۱۲۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است "برنامه جامعی برای مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین، به صورت ادغام در شبکه بهداشت شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و آسیب‌های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین" را اجرا نماید. در این راستا سایر قوانین و اسناد بالادستی مرتبط با موضوع سقط خود به خودی (به شرح زیر) مورد توجه قرار گرفته است:

- سیاست‌های کلی «سلامت» در راستای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی با رعایت

- اولویت پیشگیری بر درمان؛
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی؛
- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

- سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری

- تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزند پروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی-ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری؛

- اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران به ویژه در دوره بارداری و شیردهی.
- قانون برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران؛ برنامه ششم ۱۳۹۶-۱۴۰۰
 - ماده ۷۶- دولت مکلف است با رعایت سیاست‌های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان را تامین نماید:
 - کاهش نسبت مرگ مادران؛
 - کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان.
 - قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
 - ماده ۵۵: تدوین برنامه جامعی برای مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین، به صورت ادغام در شبکه بهداشت شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و آسیب‌های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین.

چشم انداز

در این برنامه، سقط خود به خودی به عنوان بارداری از دست رفته در سن کمتر از ۲۲ هفته بارداری در غیاب معیارهای پزشکی انتخابی یا اقدامات جراحی برای خاتمه بارداری، مد نظر است.

چشم انداز این برنامه تحقق بارداری سالم؛ سلامت مادر و جنین، از طریق اجرای برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین با تکیه بر اصلاح سبک زندگی و تغذیه سالم است.

گروه هدف این برنامه عبارت است از

کلیه زنان و مردان از ۱۲ سال تا پایان سنین باروری گروه هدف این برنامه می‌باشند که لازم است در تمام حیطه‌های فعالیت تمرکز بر این گروه جمعیتی باشد. این گروه شامل موارد زیر می‌باشند:

- دختران و پسران نوجوان از ۱۲ سال تا ۱۸ سال (۱۷ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز)؛
- دختران و پسران جوان اعم از متاهل و غیر متاهل؛ از جمله مراجعین آموزش/مشاوره هنگام ازدواج و واجدین شرایط دریافت آموزش/مشاوره باروری سالم و فرزندآوری؛
- زنان و مردان میانسال اعم از متاهل و غیر متاهل؛ از جمله مراجعین آموزش/مشاوره هنگام ازدواج و واجدین شرایط دریافت آموزش/مشاوره باروری سالم و فرزندآوری؛
- مادران واجد شرایط دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری در نظام شبکه؛
- مادران واجد شرایط دریافت مراقبت‌های نیمه اول بارداری در نظام شبکه؛

اهداف برنامه

هدف کلی

هدف کلی (Goal) این برنامه مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین به صورت ادغام در شبکه بهداشت شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و آسیب های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین و تشخیص و درمان بیماری های موثر بر رخداد سقط خود به خودی جنین مانند کم کاری تیروئید و دیابت است.

اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی این برنامه مشتمل بر اهداف زیر است:

هدف اول (Objective 1): ارتقای خدمات/مراقبت های پیش از بارداری به منظور پیشگیری از سقط

خود به خودی جنین؛

هدف دوم (Objective 2): ارتقای خدمات/مراقبت های نیمه اول بارداری به منظور پیشگیری از سقط

خود به خودی جنین؛

هدف سوم (Objective 3): ارتقای خدمات/مراقبت های گروه های سنی از نوجوانی تا میانسالی؛

هدف چهارم (Objective 4): تقویت نظام جمع آوری اطلاعات مرتبط با سقط خود به خودی جنین و

متغیرهای تاثیرگذار بر آن به منظور پایش برنامه.

فصل دوم

مدل مفهومی و روش تدوین

برنامه

مدل مفهومی و روش تدوین برنامه

مدل مفهومی و روش تدوین این برنامه در ابتدا با شناسایی وضعیت موجود از طریق جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های موجود در سامانه سقط اداره سلامت مادران وزارت بهداشت و نیز بررسی و مرور متون و مقالات با موضوع "سقط جنین" و "سقط خود به خودی جنین" در ایران آغاز گردید. در ادامه، مستندات، راهنماها و دستورعمل‌ها در سطح ملی و بین‌المللی در زمینه نحوه و راهکارهای مهار، کنترل و پیشگیری از سقط خود به خودی مورد جستجو و بررسی قرار گرفتند. سپس بر اساس مجموعه اطلاعات در زمینه وضع موجود، نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدها در زمینه نحوه شناسایی موارد سقط خود به خودی جنین، انواع مداخلات پیشگیرانه و نحوه اجرا و پایش آن به‌منظور کنترل و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین در کشور شناسایی شدند. در مرحله بعد، با توجه به قوت‌ها و فرصت‌ها و در راستای کاهش ضعف‌ها و تهدیدها، راهبردها، فعالیت‌ها و شاخص‌ها طراحی شدند. از آنجا که بسیاری از عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی در حیطه تنها یکی از معاونت‌های وزارت بهداشت و یا حتی در حیطه کل اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار ندارند، در مرحله بعد ذی‌نفعانی در درون و بیرون نظام سلامت کشور که در زمینه تدوین برنامه و اجرای مداخلات موثر در این راستا نقش مهمی دارند، تعیین گردیدند. این ذی‌نفعان در قالب همکاری‌های بین بخشی مدون در این برنامه، نقش مهمی در زمینه مهار و کاهش سقط خود به خودی در کشور ایفا خواهند کرد.

مرحله اول - شناسایی وضعیت موجود

از آنجا که تاکنون برنامه‌ایی در زمینه پیشگیری و پایش موارد سقط خود به خودی در کشور نبوده و نیز اطلاعات کامل و جامعی نیز در این زمینه در دسترس نمی‌باشد، بر اساس جمع بندی تحلیل موارد سقط‌های ثبت شده بیمارستانی سال ۱۴۰۰ در سامانه سقط اداره سلامت مادران معاونت بهداشت، و نیز بر اساس قوت‌ها و فرصت‌های موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند برنامه‌ها و سامانه‌های موجود در نظام شبکه و نیز فرصت‌هایی که از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور می‌توان از آن بهره جست و از آن طریق در عوامل تاثیرگذار بر سقط در راستای پیشگیری، پایش، مهار و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین مداخله نمود، راهبردها و فعالیت‌های هدفمند در جهت کاهش نقاط ضعف و تهدیدها در این زمینه را تدوین گردید.

تهدیدها	ضعف ها	فرصت ها	قوت ها
<p>T1- نقش عوامل متعدد تاثیرگذار از جمله آلاینده‌های محیطی، تغذیه‌ایی، عوامل اجتماعی-اقتصادی؛</p> <p>T2- عدم وجود برنامه‌های آموزش همگانی مدون در زمینه پیشگیری از سقط جنین خود به خودی از طریق اجتناب/کاهش مواجهه با عوامل تاثیرگذار.</p>	<p>W1- عدم وجود راهنما/ دستورعمل پیشگیری از سقط خود به خودی جنین به تفکیک گروه‌های ارایه دهنده خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی؛</p> <p>W2- ناکارآمدی سیستم جمع‌آوری اطلاعات سقط خود به خودی جنین در جمع‌آوری داده‌های مرتبط با سقط که به بیمارستان مراجعه نداشته‌اند؛</p> <p>W3- پراکندگی سیستم‌های جمع‌آوری اطلاعات سقط در وزارت بهداشت و عدم قابلیت متصل نمودن داده‌ها بین سامانه‌ها؛</p> <p>W4- عدم وجود نظام مراقبت برای موارد سقط خود به خودی جنین در راستای ثبت روند و پایش موارد.</p>	<p>O1- قوانین و سیاست های بالادستی از جمله ماده ۵۵ (سقط خود به خودی)، ماده ۵۴ (سامانه جامع اطلاعات باروری و بارداری) و ماده ۶۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (ضوابط ابلاغی سازمان پدافند غیر عامل).</p>	<p>S1- متخصصین و ارایه دهندگان خدمات با تجربه در نظام شبکه از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور؛</p> <p>S2- امکان دسترسی به گروه هدف برنامه از طریق نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور؛</p> <p>S3- قابلیت‌های موجود در بستر برنامه سلامت خانواده جهت ارایه خدمات مرتبط با پیشگیری از موارد سقط خود به خودی جنین؛</p> <p>S4- امکان ارتقای سامانه‌های جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با سقط در معاونت بهداشت و درمان و نیز سامانه ملی باروری سالم؛</p> <p>S5- امکان بهره‌مندی از ظرفیت‌های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در زمینه جلب همکاری سایر ارگان‌های تاثیرگذار؛</p> <p>S6- امکان بهره‌مندی از قابلیت‌های مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.</p>

مرحله دوم- تعیین راهبردها

با توجه به نقاط قوت و فرصت، راهبردها در پنج حیطه زیر تدوین شدند:

حیطه اول: تحقیق و پژوهش

در این مرحله از تمام ظرفیت‌های موجود مانند سامانه‌های جمع‌آوری اطلاعات سقط در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مقالات منتشر شده کشوری استفاده می‌گردد تا در حد امکان اطلاعات در زمینه وضعیت موجود سقط خود به خودی در کشور جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

هم‌چنین، از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های علمی-تحقیقاتی مراکز تحقیقاتی سراسر کشور استفاده می‌گردد تا در خصوص شیوع و فراوانی سقط خود به خودی، عوامل موثر بر آن و مداخلات اثرگذار در زمینه کاهش موارد این‌گونه سقط‌ها مانند سبک زندگی و تغذیه، مطالعات بومی طراحی و اجرا گردد تا از نتایج آن در برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های مرتبط استفاده گردد.

حیطه دوم: آمار و فناوری اطلاعات

در این مرحله از تمام قابلیت‌های موجود سامانه‌های اطلاعاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در معاونت‌های مختلف به‌ویژه معاونت درمان استفاده می‌گردد تا اطلاعات جامع و کاملی در زمینه سقط‌های خود به خودی در کشور جمع‌آوری گردد. در این زمینه سعی خواهد شد که ارتباطات بین سامانه‌ای ایجاد گردد تا اطلاعات مرتبط بین معاونت‌های قابلیت به اشتراک گذاری داشته باشد.

حیطه سوم: پیشگیری و پایش

در این مرحله با استفاده از توان علمی و تجربیات مراکز تحقیقاتی کشور، مداخلات لازم در سطح اول خدمت در راستای مهار، پیشگیری و کنترل موارد سقط خود به خودی طراحی و اجرایی می‌گردد.

سپس، بر اساس مداخلات طراحی شده در سطوح مختلف خدمتی در سطح اول در راستای مهار، پیشگیری و کنترل موارد سقط خود به خودی، شاخص(ها) طراحی و مورد پایش قرار می‌گیرد.

حیطه چهارم: آموزش و اطلاع رسانی

در این مرحله با استفاده از نظر صاحب نظران کشوری، حیطه‌های آموزش و اطلاع رسانی در سطوح عمومی و تخصصی تدوین می‌گردد و به دنبال آن بسته‌های آموزش و اطلاع رسانی در سطوح عمومی و تخصصی تهیه می‌گردد.

حیطه پنجم: همکاری بین بخشی

در این مرحله با استفاده از نظرات صاحب نظران کشوری، سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار بر موضوع سقط خود به خودی شناسایی می‌گردند و سپس با استفاده از ظرفیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، مداخلات در عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی که خارج از حوزه فعالیت و اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند، به صورت مصوبات پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سایر نهادها و سازمان‌ها اعلام و مداخلات مرتبط به تصویب خواهند رسید.

مرحله سوم - شناسایی ذی نفعان

در این مرحله ذی نفعانی که در سطوح مختلف در برنامه ریزی در زمینه سقط خود به خودی جنین تاثیر گذارند

شناسایی می گردند.

جدول زیر شمایی از متخصصان، انجمن ها، دفاتر و معاونت های درون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و

نیز سایر سازمان ها و نهادهای خارج از وزارت بهداشت که فعالیت های آنان به نوعی بر بروز و شیوع موارد سقط خود به

خودی جنین می توانند تاثیرگذار باشند، ارائه شده است.

ذی نفعان برنامه
۱. متخصصان علوم پزشکی: از قبیل پریناتولوژیست (خصوصا اعضا کمیته سلامت مادران وزارت بهداشت)، فوق تخصص ناباروری، متخصصین زنان- زایمان، ماما، Ph.D جنین شناسی، سلامت باروری و تولید مثل، تغذیه، ژنتیک پزشکی، اپیدمیولوژیست، فارماکولوژیست، آموزش پزشکی/سلامت، سیاستگذاری در سلامت، طب ایرانی.
۲. انجمن های علمی مرتبط: از قبیل پریناتولوژی، زنان- زایمان، مامایی، تغذیه، جنین شناسی، باروری- ناباروری، سلامت معنوی، رادیولوژی و سونوگرافی.
۳. دفاتر مرتبط معاونت بهداشت: شامل مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس (اداره سلامت مادران)، مرکز مدیریت شبکه، مرکز مدیریت بیماریهای غیرواگیر و واگیر، دفتر بهبود تغذیه، مرکز سلامت محیط و کار (آلاینده های محیطی و محل کار)، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و آزمایشگاه مرجع سلامت.
۴. معاونت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: معاونت درمان (مرکز نظارت و اعتباربخشی)، مرکز آمار و فناوری اطلاعات، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، معاونت تحقیقات و فناوری، معاونت آموزشی (اعضای برد زنان- زایمان و مامایی و جنین شناسی و بهداشت باروری و تولید مثل)، معاونت حقوقی و مجلس، معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی، معاونت فرهنگی و دانشجویی، مشاور امور زنان، سازمان غذا و دارو.
۵. سازمان ها و نهادهای خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، سازمان محیط زیست، سازمان انرژی اتمی، سازمان نظام پزشکی، سازمان پزشکی قانونی، معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، وزارت نیرو، سازمان ملی استاندارد، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، شورای عالی انقلاب فرهنگی، دبیرخانه ستاد ملی جمعیت و سازمان پدافند غیرعامل.

فصل سوم

تعريف مفاهيم

سقط خود به خودی - تعریف

سقط رویدادی است که در نیمه اول بارداری رخ می‌دهد. اکثر سقط‌های زودهنگام از اختلالات ژنتیکی نشات می‌گیرند، اما احتمال دخالت یک علت تکراری و احتمالاً قابل اصلاح در زنانی که سقط راجعه دارند و یا در زنانی که در آنان سقط در مراحل بعدی بارداری اتفاق می‌افتد، بیشتر است. در هر حال، خاتمه دادن به بارداری ممکن است القایی باشد.

در واقع، سقط به صورت خاتمه یافتن خود به خود یا القایی بارداری قبل از حیات جنین، تعریف می‌شود. سقط خود به خودی^۱ به از دست رفتن بارداری در سن کمتر از ۲۲ هفته در غیاب معیارهای پزشکی انتخابی یا اقدامات جراحی برای خاتمه دادن به بارداری، اطلاق می‌شود. اصطلاح miscarriage اغلب به عنوان مترادفی برای سقط خود به خودی جنین به کار برده می‌شود و به نوعی متمایز کننده این‌گونه سقط‌ها از سقط‌هایی است با قصد پایان بخشیدن به بارداری صورت می‌پذیرند.

طبقه‌بندی بالینی

از دیدگاه‌های بالینی، سقط‌های خود به خودی جنین به انواع زیر قابل تقسیم‌بندی هستند:

۱. **Complete abortion**: تمام محصولات لقاح بدون نیاز به مداخله جراحی یا پزشکی به صورت کامل دفع شده اند؛
۲. **Incomplete abortion**: برخی، اما نه تمام محصولات لقاح دفع شده اند. محصولات باقی‌مانده ممکن است بخشی از جنین، جفت، یا غشاهای باشند؛
۳. **Inevitable abortion**: دهانه رحم گشاد شده است، اما محصولات بارداری است خارج نشده‌اند؛
۴. **Missed abortion**: بارداری که در آن مرگ جنین رخ داده (معمولاً برای چند هفته) اما هیچ فعالیت رحمی برای دفع محصولات از رحم رخ نداده است؛
۵. **Recurrent spontaneous abortion**: به از دست دادن دو یا بیش از دو بارداری پشت سرهم (در برخی منابع سه یا بیش از سه ذکر شده است) گفته می‌شود؛
۶. **Septic abortion**: سقط خود به خودی که به دنبال عفونت داخل رحمی عارضه‌دار شده است؛
۷. **Threatened abortion**: بارداری که به دنبال خونریزی قبل از هفته ۲۲ عارضه‌دار شده؛ اما هنوز دهانه رحم بسته است.

در کل، حدود ۲۰٪ از زنان باردار تا قبل از هفته ۲۲ بارداری درجاتی از خونریزی را تجربه خواهند کرد که به طور تخمینی نیمی از این بارداری‌ها به سقط خودبخودی جنین ختم خواهند شد. برآوردها مطرح می‌نمایند که حدود ۲۰٪ از بارداری‌های تشخیص داده شده به miscarriage می‌انجامند. زمانی که زنان از طریق اندازه‌گیری سریالی سرمی human chorionic gonadotropin (hCG) پیگیری می‌شوند، میزان‌هایی در حدود ۳۱٪ تخمین زده می‌شود. در هر حال، بسیاری از بارداری‌ها قبل از اینکه مادر بارداریش را تشخیص دهد به طور خود به خودی از دست می‌روند.

بیش از ۸۰٪ سقط‌های خود به خودی در ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق می‌افتند. در موارد سقط‌های سه ماهه اول، مرگ رویان یا جنین تقریباً در تمام موارد قبل از دفع خود به خود اتفاق می‌افتد. در سقط‌های بدون رویان^۲ و یا با تخمک تحلیل

رفته^۲ هیچ نوع رویان قابل شناسایی وجود ندارد. گروه دیگر، سقطهای دارای رویان^۴ هستند که معمولا در آنها اختلال تکاملی رویان، جنین، کیسه زرده و گاهی اوقات جفت رخ می‌دهد. در سقطهای دیرهنگام معمولا جنین قبل از دفع زنده است (بارداری و زایمان ویایامن، ویراست ۲۵، سال ۲۰۱۸).

در واقع، خونریزی سه‌ماهه اول در یک زن باردار تشخیص افتراقی‌های متعددی دارد مشتمل بر ناهنجاری‌های سرویکال^۵، بارداری نابجا^۶، خونریزی ایدیوپاتیک در یک بارداری زنده، عفونت واژن یا سرویکس، بارداری مولار^۷، خونریزی های Subchorionic و ترومای واژینال که برای رد یا تایید این تشخیص‌ها اقداماتی از قبیل انجام معاینه فیزیکی و اخذ شرح حال کامل، انجام آزمایش‌هایی شامل بررسی میکروسکوپ "wet prep" از ترشحات واژن، شمارش کامل سلول‌های خون، تعیین گروه خونی و Rh و میزان کمی hCG سرمی، همچنین، آزمایشات گنوره‌آ و کلامیدیا می‌توانند توصیه شوند. اولتراسونوگرافی نیز به منظور شناسایی وضعیت بارداری و تایید بارداری داخل رحمی بسیار مهم است.

Blighted ovum^۲
Embryonic^۴
Cervical abnormalities^۵
Ectopic pregnancy^۶
Molar pregnancy^۷

علل و عوامل تاثیرگذار

در حال حاضر، علل و عوامل هشدار متعددی برای سقطهای خود به خودی جنین مطرح شده است که از جمله علل می‌توان به ناهنجاری‌های کروموزمی به عنوان یکی از علل مستقیم این نوع از سقطها اشاره نمود. در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شد که ناهنجاری کروموزمی در ۴۹٪ از سقطهای خود به خودی رخ می‌دهد. تریزومی‌های اتوزمی (۵۲٪) شایع‌ترین آنومالی قابل شناسایی و پس از آن پلی پلوئیدی‌ها (۲۱٪) و مونوزمی کروموزم X (۱۳٪) قرار داشته‌اند. اغلب ناهنجاری‌های کروموزمی که منجر به سقط خود به خودی می‌شوند، ناشی از رخداد‌های تصادفی خطاهای گامتوژنیزیس مادری یا پدری، ورود دو اسپرم به یک تخمک^۸، و یا اختلال در جداسازی کروموزم‌های همولوگ یا کرماطیدهای خواهری در طی تقسیم سلولی^۹ هستند. ناهنجاری‌های ساختاری^{۱۰} کروموزمی (از قبیل جابجایی^{۱۱}، واژگونی^{۱۲})، در ۶٪ از زنان با سقط خود به خودی گزارش شده‌اند که حدود نیمی از این ناهنجاری‌ها ارثی بوده‌اند. احتمال بیشتری برای رخداد مکرر سقطهای خود به خودی در صورت وجود ناهنجاری‌های کروموزمی وجود دارد، اما در کل این ناهنجاری‌ها، رخداد‌های ناشایعی هستند (۴ تا ۶٪). نقایص لانه‌گزینی، عفونت‌های مادری و آنومالی‌های رحمی و سرویکال از دیگر علل محسوب می‌شوند.

عوامل تاثیرگذار متعددی نیز در ارتباط با سقطهای خود به خودی شناسایی شده‌اند:

۱. سن بالا؛
۲. مصرف الکل؛
۳. استفاده از گازهای بی‌حسی (مانند نیتروس اکساید در فرآیندهای دندانپزشکی)؛
۴. استفاده از قهوه (در میزان‌های بالا)؛
۵. زنان با سابقه سقط در مادر؛
۶. بیماری‌های مزمن مادر مانند دیابت بد کنترل شده، بیماری سلیاک، بیماری‌های اتوایمیون (خصوصاً سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی)، چاقی، بیماری تیروئید؛

Dispermy^۸
Nondisjunction^۹
Structural abnormalities^{۱۰}
Translocation^{۱۱}
Inversion^{۱۲}

○ احتمال همراهی سقط جنین با شرایط مربوط به کاردیومتابولیک وجود دارد. این یافته با شواهد در حال ظهور در زمینه ارتباط ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی با عوارض بارداری مطابقت دارد. همچنین توجه به هیپوتیروئیدیسم تحت بالینی (subclinical) نیز توصیه می‌شود.

○ بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک بر سندرم اتوآنتی بادی های آنتی فسفولیپید (APS) (وجود آنتی کاردیولیپین) و نیز کمبود پروتئین S، به‌عنوان یک علت سقط خودبخودی مکرر (RSA) تمرکز دارند.

○ شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد چاقی ممکن است احتمال کلی سقط جنین را افزایش دهد.

۷. استعمال دخانیات (مصرف تنباکو)، کوکابین و ارتباط آن با افزایش احتمال سقط خود به خودی.

۸. استفاده از وسایل داخل رحمی؛

۹. عفونت‌های مادری: واژینوزیس باکتریال^{۱۳}، مایکوپلاسموزیس، ویروس هرپس سیمپلکس، توکسوپلاسموزیس،

لیستریوزیس، کلامیدیا، HIV، سیفلیس، پاروویروس^{۱۴} B19، مالاریا، گنوره‌آ، روبلا، سیتومگالوویروس؛

○ افزایش احتمال سقط در ارتباط عفونت‌های سیستماتیک از قبیل مالاریا، بروسلون، سیتومگالوویروس،

HIV، تب دانگ، واژینوز باکتریال، کلامیدیا تراکوماتیس، توکسوپلاسم گندی، پاپیلوماویروس انسانی،

ویروس هرپس سیمپلکس و ... با افزایش احتمال سقط.

۱۰. برخی از داروها: مانند رتینوئیدها و متوترکسات؛

۱۱. سقط‌های متعدد القایی قبلی^{۱۵}؛

۱۲. سقط خود به خودی قبلی؛

۱۳. سموم: آرسنیک، سرب، اتیلن گلیکول، دی سولفید کربن، پلی اورتان، فلزات سنگین، حلال‌های آلی؛

۱۴. ناهنجاری‌های رحمی: آنومالی‌های مادرزادی، چسبندگی‌ها و لیومیوما.

به‌هرحال، عوامل دیگری هم وجود دارند که تعیین ارتباطات آنها با سقط خود به خودی نیاز به بررسی بیشتری دارد

مانند استرس، اعمال جراحی و ارتباط احتمالی بین ناملایمات و استرس‌های سایکولوژیک، استرس‌های شغلی و مشکلات

اقتصادی (معیشتی) با سقط مطرح گردیده است.

^{۱۳} Bacterial vaginosis

^{۱۴} Parvovirus B19

^{۱۵} Multiple previous elective abortions

کیفیت رژیم غذایی هم ممکن است در این زمینه نقش داشته باشد، هرچندکه بر اساس مطالعات کنونی کمبود انحصاری یک ماده تغذیه‌ای و یا کمبود متوسط تمام مواد تغذیه‌ای، ظاهراً سبب افزایش احتمال سقط نشده است. در خصوص مصرف هر گونه مکمل ویتامینی قبل از بارداری یا در اوایل بارداری شواهد نشان داده که زنانی که مولتی ویتامین به همراه آهن و اسید فولیک دریافت کرده‌اند، احتمال مرده زایی در آنها کاهش یافته است؛ اما شواهد کافی در زمینه ارتباط با سقط خود به خودی موجود نمی باشد. مصرف فولیک اسید می تواند مد نظر قرار گیرد.

همچنین، ارتباط عوامل اجتماعی و رفتاری که به نوعی تعیین کننده شیوه زندگی فرد است، با افزایش احتمال سقط مطرح شده است. بنابراین، مصرف الکل، استعمال دخانیات و مصرف مقادیر بیش از حد کافئین در این راستا بایستی مد نظر قرار گیرد.

علاوه بر این، ارتباط عوامل شغلی و محیطی از قبیل توکسین‌های محیطی با سقط مطرح شده است؛ در معرض قرارگیری با مواد استریل کننده، پرتو ایکس، داروهای ضد نئوپلاسم در این دسته قرار می‌گیرند.

سن بالای پدر نیز ارتباط معناداری با افزایش احتمال سقط دارد که میزان این احتمال قبل از ۲۵ سالگی در کمترین حد بوده و با فواصل ۵ ساله افزایش پیشرونده‌ایی پیدا می‌کند. علت این ارتباط به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته اما اختلالات کروموزمی اسپرم‌ها احتمالاً تاثیرگذار است. به هر حال، تأثیر سن پدر بر استعداد سقط خود به خودی جنین محتمل است اما ثابت نشده است (بارداری و زایمان ویایامز، ویراست ۲۵، سال ۲۰۱۸).

عوارض این‌گونه سقط‌ها عبارت است از خونریزی، شوک هیپوولمیک، احتباس محصولات با یا بدون اندومتریت، کاهش فشارخون و ازوواگال و عفونت رحمی. در ۷۰٪ موارد تست بارداری مثبت است اما تست بارداری منفی رد کننده سقط خود به خودی نمی باشد. اندازه‌گیری سطح هموگلوبین و urinalysis نیز توصیه می‌شود. مدیریت سقط خود به خودی معمولاً بر اساس وضعیت همودینامیک بیمار است و اهداف اصلی درمانی بر پیشگیری از عوارض، کنترل از دست دادن خون و حفظ حجم خون استوار است؛ هر چند که بسته به نوع سقط خود به خودی مدیریت درمانی تا حدودی متفاوت است. بهر حال، شواهد وجود دارد که مصرف LDA^{۱۶} قبل از بارداری ممکن است نتایج باروری را برای زنانی که یک یا دو بار از دست دادن بارداری قبلی را تجربه کرده‌اند، بهبود بخشد.

بروز سقط خود به خودی

میزان بروز سقط از جمله سقطهای خود به خودی در جمعیت‌های مختلف متفاوت است. در بارداری‌های ۵ تا ۲۰ هفته، میزان بروز از ۱۱ تا ۲۲٪ متغیر است که این درصد در هفته‌های ابتدایی‌تر بیشتر است. برخی از مطالعات میزان بروز را تا ۳۱٪ نیز گزارش کرده‌اند.

مطالعات مختلف در زمینه محاسبه و تخمین بروز سقط در دنیا انجام شده است. برخی مطالعات، میزان سقط به ازای هر ۱,۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ سال را برای کشورهای با درآمد پایین ۳۸، با درآمد متوسط ۴۴ و با درآمد بالا ۱۵ در طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ اعلام کرده‌اند.



شکل ۱. میزان سقط بر اساس منطقه، سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹.

برآوردهایی که از میزان سقط در جهان و برخی از مناطق جهان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱. میزان های سقط به ازای هر ۱,۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ سال، در طی سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ در برخی از مناطق

جهان.

منطقه	میزان	محدوده (۸۰٪ عدم قطعیت)
جهان	۳۹	۳۵ تا ۴۴
افریقای زیر صحرا	۳۳	۲۹ تا ۳۸
آسیای غربی و شمال افریقا	۵۳	۳۴ تا ۷۸
مرکز و جنوب آسیا	۴۶	۴۲ تا ۵۱
شرق و جنوب شرقی آسیا	۴۳	۳۴ تا ۵۴
امریکای لاتین و کارائیب	۳۲	۲۵ تا ۴۱
اروپا و امریکای شمالی	۱۷	۱۵ تا ۲۰
استرالیا و نیوزلند	۱۵	۱۲ تا ۱۹
اقیانوسیه (به استثنای استرالیا و نیوزلند)	۳۴	۱۶ تا ۶۶

حدود ۴۵ درصد از تمام سقط جنین ها ناامن هستند که ۹۷ درصد آن در کشورهای در حال توسعه انجام می شود.

سقط جنین ناایمن یکی از علل اصلی - اما قابل پیشگیری - مرگ و میر و عوارض مادر است که می تواند منجر به عوارض جسمی و روانی و بار اجتماعی و مالی برای زنان، جوامع و سیستم های سلامت شود.

در ایران، برآوردهای مختلفی از میزان سقط بر اساس متدولوژی های به کار رفته منتشر شده است. بر اساس نتایج این مطالعات، میزان سقط از ۵,۵ تا ۲۹ در هر ۱,۰۰۰ زن در سنین بارداری متفاوت گزارش شده است. مطالعات جامع و کاملی به تفکیک استان های کشور در حال حاضر خصوصا در زمینه سقط خود به خودی وجود ندارد.

بر اساس نتایج مطالعه مقطعی که در سال ۲۰۲۰ توسط علی پناه پور و همکاران بر روی ۵,۸۴۸ زن باردار در بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی شیراز انجام شد، تعداد ۴۳۷ مورد (۷,۵٪)، سابقه سقط در طی سه ماه اخیر را گزارش کرده بودند. در این مطالعه، فراوانی سقط های خود به خودی، ۱,۸٪ اعلام شد. در مطالعه ایی که در کرمان انجام شد میزان سقط خود به خودی به ازای هر ۱,۰۰۰ زن در سن باروری بین ۱۱ تا ۱۵ برآورد شد؛ در این مطالعه میزان سالانه سقط ۲۳ تا ۲۹ به ازای هر ۱,۰۰۰ زن در سنین باروری اعلام شده بود. در هر حال، میزان ها بر اساس روش انجام مطالعات می توانند متفاوت باشند. در مطالعه ایی در امریکا گزارش شد که ۱۵٪ بارداری های تشخیص داده شده به سقط خود به خودی ختم شده اند.

بررسی مطالعات موجود در کشور و وضعیت موجود در زمینه عدم اطلاعات کامل و جامع در خصوص سقطها از جمله سقطهای خود به خودی، مبین لزوم طراحی مطالعات بیشتر و ایجاد نظامی منسجم برای جمع‌آوری نتایج اینگونه مطالعات و استفاده از شواهد آنها به منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد است.

فصل چهارم

برنامه اجرایی

راهِبردها، فعالیت‌ها و شاخص‌ها

بر اساس حیطه‌های پنج‌گانه، راهبردها، فعالیت‌ها و شاخص‌ها زیر طراحی گردیده است:

حیطه تحقیق و پژوهش - متولی: معاونت تحقیقات و فناوری و معاونت بهداشت (مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه)			
راهبرد	هدف	فعالیت:	سنجه اول:
تقویت تحقیق و پژوهش در زمینه سقط خود به خودی جنین	اهداف اختصاصی اول و دوم	اعلام موضوعات تحقیقاتی مرتبط با سقط خود به خودی جنین از جمله فراوانی، عوامل هشدار و مداخلات پیشگیرانه به عنوان اولویت تحقیقاتی در کشور توسط معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.	میزان تحقیقات انجام شده در زمینه موضوع سقط خود به خودی جنین در کشور در مراکز تحقیقاتی کشور. سنجه دوم: میزان نتایج مطالعات انجام شده که توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت تا سال پایان برنامه ارایه شده است و مورد بهره برداری قرار گرفته‌اند.
حیطه آمار و فناوری اطلاعات - متولی: مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، معاونت درمان و معاونت بهداشت (مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه)			
راهبرد	هدف	فعالیت:	سنجه اول:
هم‌افزایی و یکپارچگی در زمینه سامانه‌های اطلاعاتی سقط با تاکید بر موضوع سقط خود به خودی جنین	هدف اختصاصی سوم	سامان‌دهی سامانه‌های اطلاعات سقط در نظام شبکه بهداشت و درمان با استفاده از بستر سامانه ملی باروری سالم (موضوع ماده ۵۴ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت).	میزان متغیرهای مرتبط با موضوع سقط خود به خودی جنین که در سامانه ملی باروری سالم ادغام شده‌اند. سنجه دوم: میزان شناسایی موارد سقط خود به خودی (به تفکیک مکرر و غیر مکرر).

حیطه آموزش و اطلاع رسانی-متولی: معاونت آموزشی، معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی، دفتر طب ایرانی و مکمل و معاونت بهداشت (مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه، دفتر آموزش و ارتقای سلامت و مرکز مدیریت شبکه)			
راهبرد اول ایجاد سیستم منسجم آموزش‌های عمومی برای گروه‌های هدف مختلف در سنین باروری در زمینه سقط خود به خودی جنین	هدف اهداف اختصاصی اول و دوم	فعالیت اول: تدوین محتوای آگاهی‌رسانی عمومی در زمینه پیشگیری از سقط خود به خودی جنین برای جامعه با تاکید بر اصلاح سبک زندگی و تاثیرات تغذیه و دارو بر سلامت جنین.	سنجه: میزان آموزش دیدگان در خصوص محتوای آموزشی تهیه شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.
راهبرد دوم ارتقای آموزش‌های تخصصی برای گروه‌های مختلف ارایه کننده خدمات سلامت	هدف اهداف اختصاصی اول و دوم	فعالیت دوم: ارتقای برنامه‌های آموزش تخصصی در نظام سلامت با اولویت موضوعات مرتبط با سقط خود به خودی جنین با تاکید بر اصلاح سبک زندگی و تاثیرات تغذیه و دارو بر سلامت جنین.	سنجه: میزان برنامه‌های آموزشی که برای گروه‌های مختلف ارایه کننده خدمات در نظام سلامت شامل مراقب سلامت، ماما، پزشک عمومی برگزار می‌گردد.
حیطه پیشگیری و پایش-متولی: مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات و معاونت بهداشت (مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه)			
راهبرد تدوین راهنمای پیشگیری و کاهش موارد سقط خود به خودی به صورت ادغام در نظام شبکه	هدف اهداف اختصاصی اول تا سوم	فعالیت: تهیه راهنمای مراقبت سقط خود به خودی در سطح اول ارایه خدمت به صورت ادغام در نظام شبکه.	سنجه: تعداد راهنمای‌های مراقبت سقط خود به خودی تدوین شده در سطح اول ارایه خدمت به تفکیک ارایه کنندگان و خدمات گیرندگان در نظام شبکه.

حیطه بین بخشی-متولی: شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و معاونت بهداشت (مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه، مرکز سلامت محیط و کار و مرکز مدیریت شبکه)

راهبرد	هدف	فعالیت اول:	سنجه:
کنترل عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی جنین از قبیل آلاینده‌های محیطی مانند تشعشعات، آلاینده‌های هوا و غذا، محیط کار و عوامل اقتصادی-اجتماعی موثر بر سلامت بارداری.	اهداف اختصاصی اول و دوم	<p>شناسایی ذینفعان خارج از وزارت بهداشت در خصوص عوامل محیطی، اجتماعی و تغذیه‌ای موثر بر سقط خود به خودی جنین و تهیه برنامه عملیاتی بین بخشی خصوصا با تمرکز بر ماده ۶۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در خصوص پدافند غیر عامل و آزمایش مواد و فرآورده‌های غذایی و وارداتی و محصولات تراریخته، آلاینده‌های محیطی و عوامل شیمیایی و تشعشعات و آلودگی امواج نسبت به اختلالات باروری یا جنسی.</p> <p>فعالیت دوم:</p> <p>برگزاری جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با دستورکار کاهش مخاطرات مرتبط با سقط خود به خودی جنین.</p>	تعداد مصوبات جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در در زمینه مهار و کنترل سقط خود به خودی با همکاری‌های بین بخشی و میزان اجرایی شدن آنها.

شاخص اثر نهایی در سال پایانی برنامه: کاهش نسبت سقط خود به خودی؛ به ازای هر ۱,۰۰۰ تولد زنده در سال (abortion ratio)

فرآیندها و خدمات

فرآیندها و خدمات در این برنامه به دو سطح کلی تقسیم شده است:

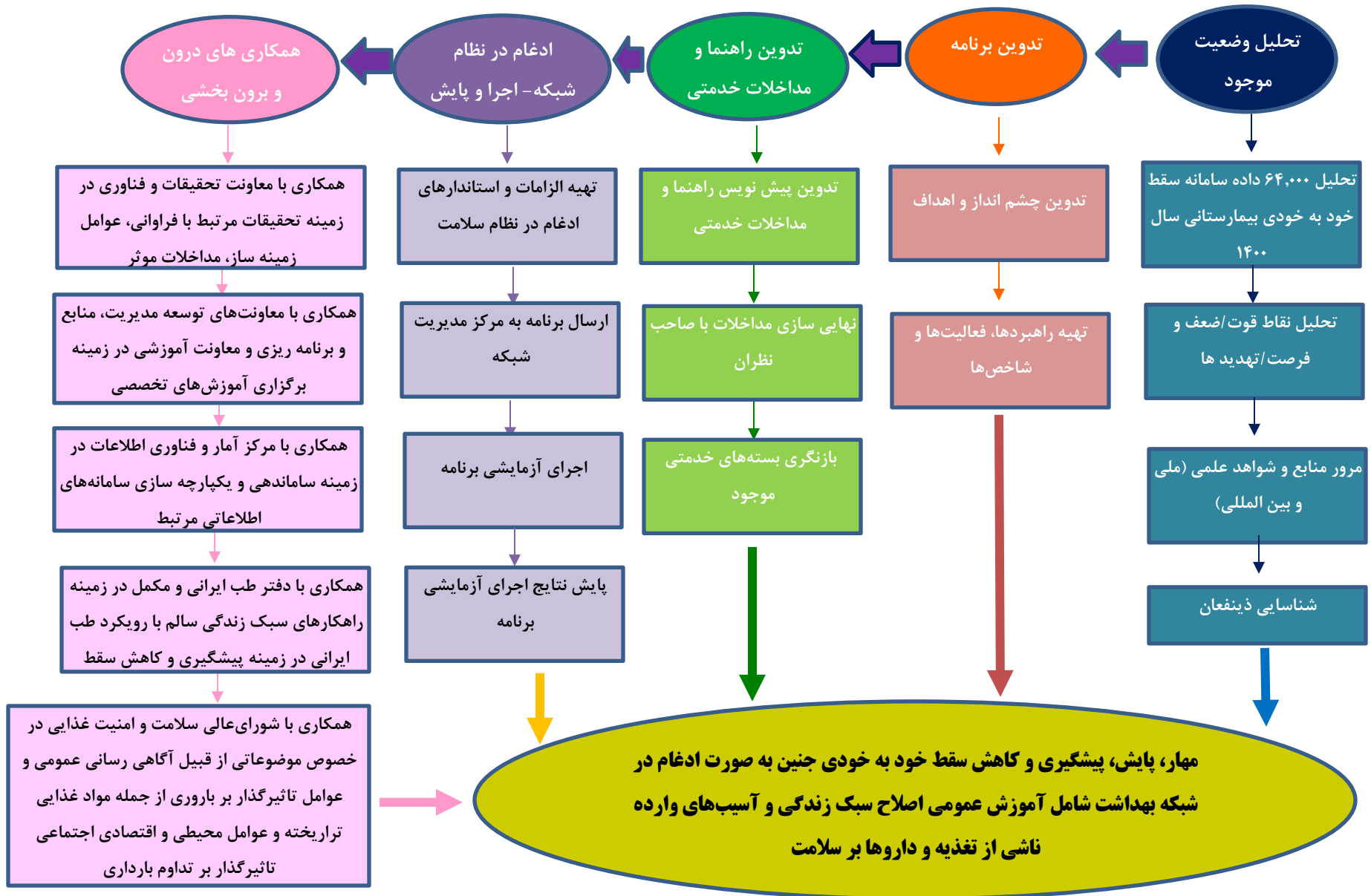
۱. خدمات و مراقبت‌ها در سطح اول ارایه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت: این سطح شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و

جامعه است که در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز خدمات جامع سلامت، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت طبق طرح گسترش شبکه) ارایه می‌گردد. این واحدها معمولاً در جایی نزدیک محل سکونت مردم است و نخستین تماس فرد با نظام سلامت از این طریق صورت می‌پذیرد. در این برنامه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی به گروه‌های سنی نوجوانان و جوانان و میانسالان اعم از متاهل و مجرد در محدوده سنین باروری در طی برنامه‌های مراقبتی مربوطه و نیز به زنان/مادران طی مراقبت‌های پیش از بارداری و مراقبت‌های نیمه اول بارداری ارایه خواهد شد. همچنین، متقاضیان ازدواج در زمان آموزش‌های هنگام ازدواج از این خدمات بهره‌مند خواهند شد. کلیه اطلاعات در خصوص اقدامات انجام شده در سامانه‌های اطلاعاتی موجود سطح اول خدمت ثبت خواهد شد.

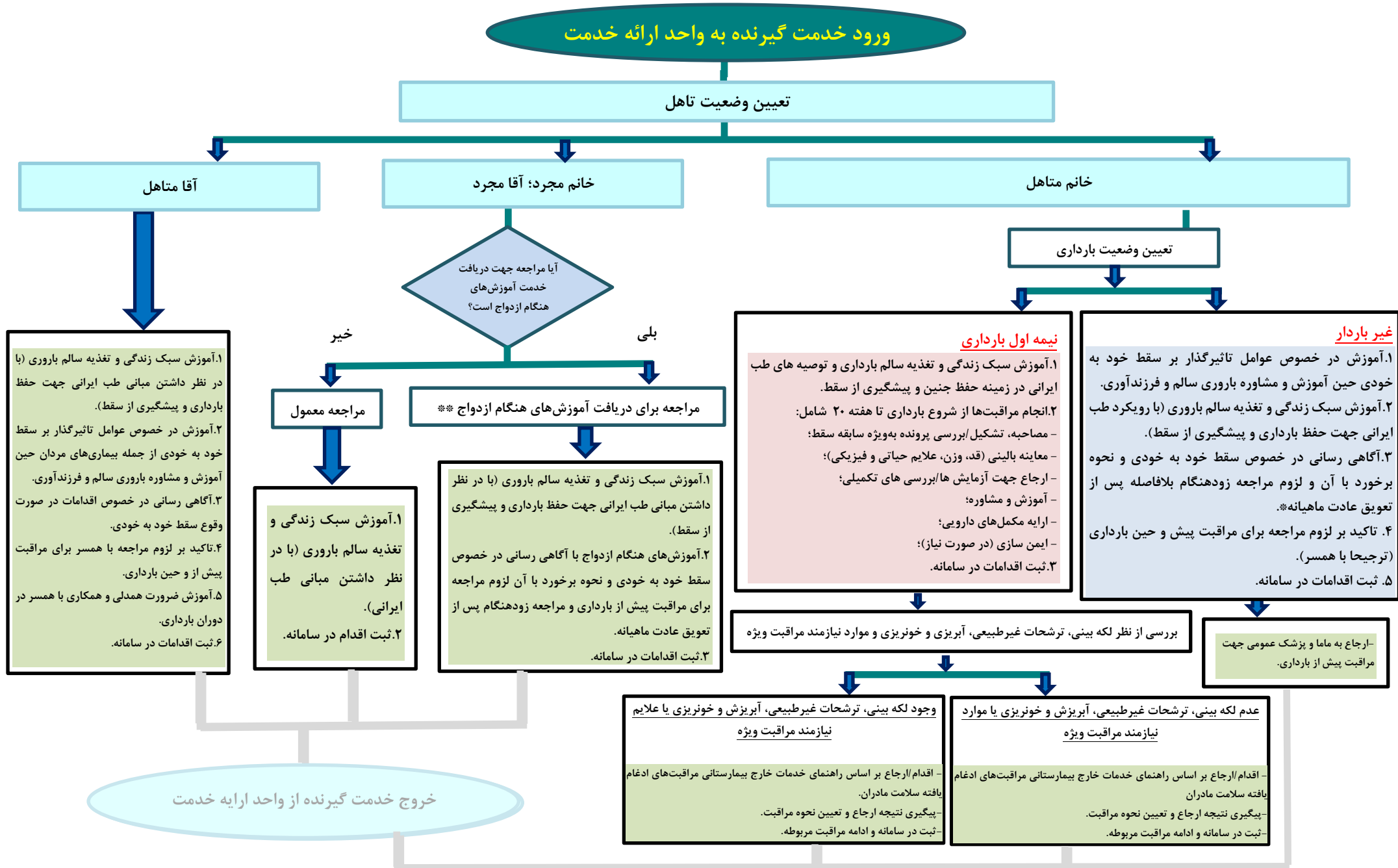
۲. همکاری‌های بین بخشی مشتمل بر معاونت‌ها/ادارت و مراکز وزارت بهداشت و سایر نهادها و سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت: در این بخش

از قابلیت‌های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و متناظر آن در سطح استان‌ها/شهرستان‌ها به منظور جلب مشارکت و همکاری سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار استفاده خواهد شد.

شکل شماره ۱. فرآیندهای کلی برنامه.

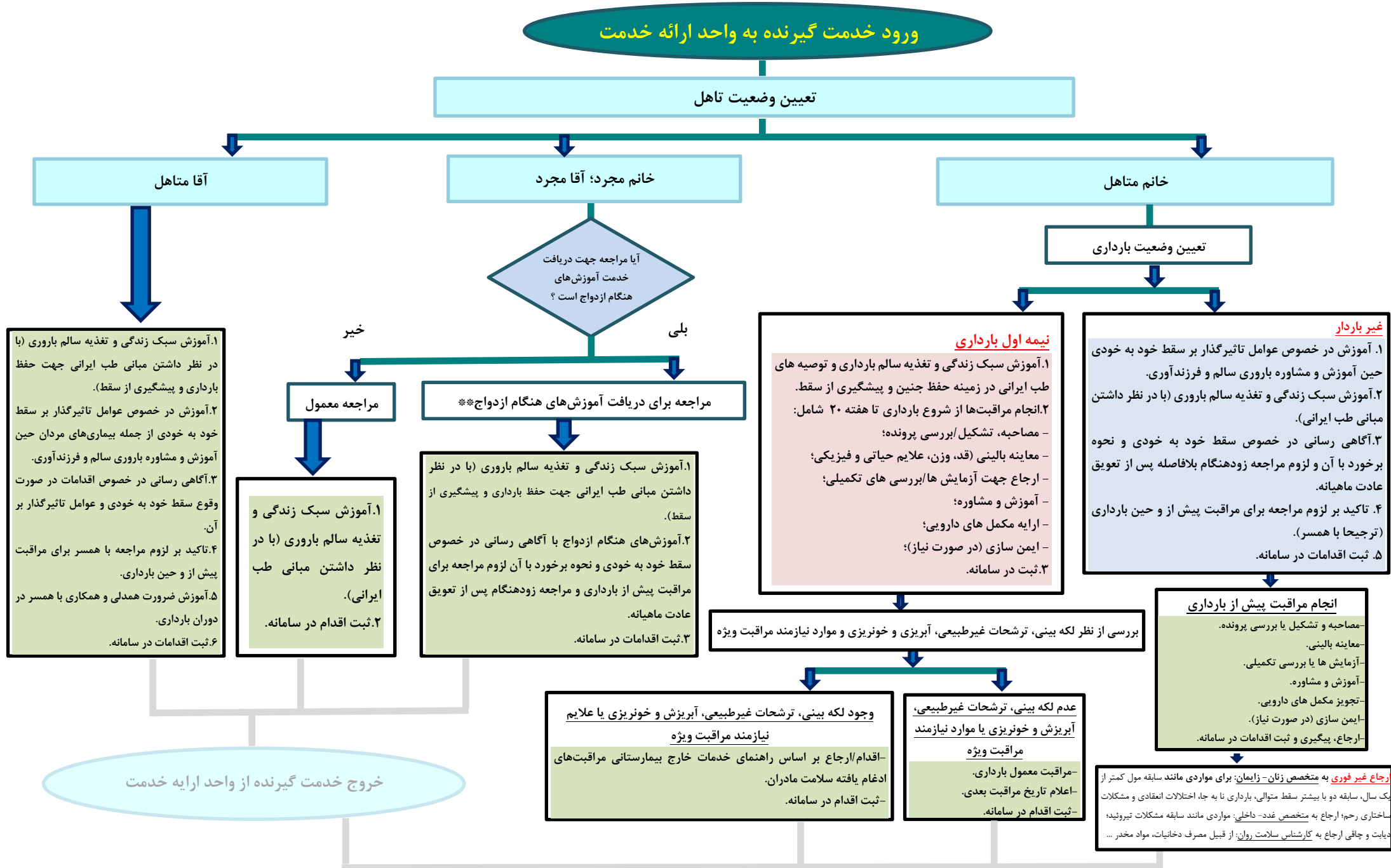


شکل شماره ۲. فرآیند ارائه مراقبت پیشگیری از سقط خود به خودی جنین، به صورت ادغام در سطح اول شبکه بهداشت - بهورز/مراقب سلامت

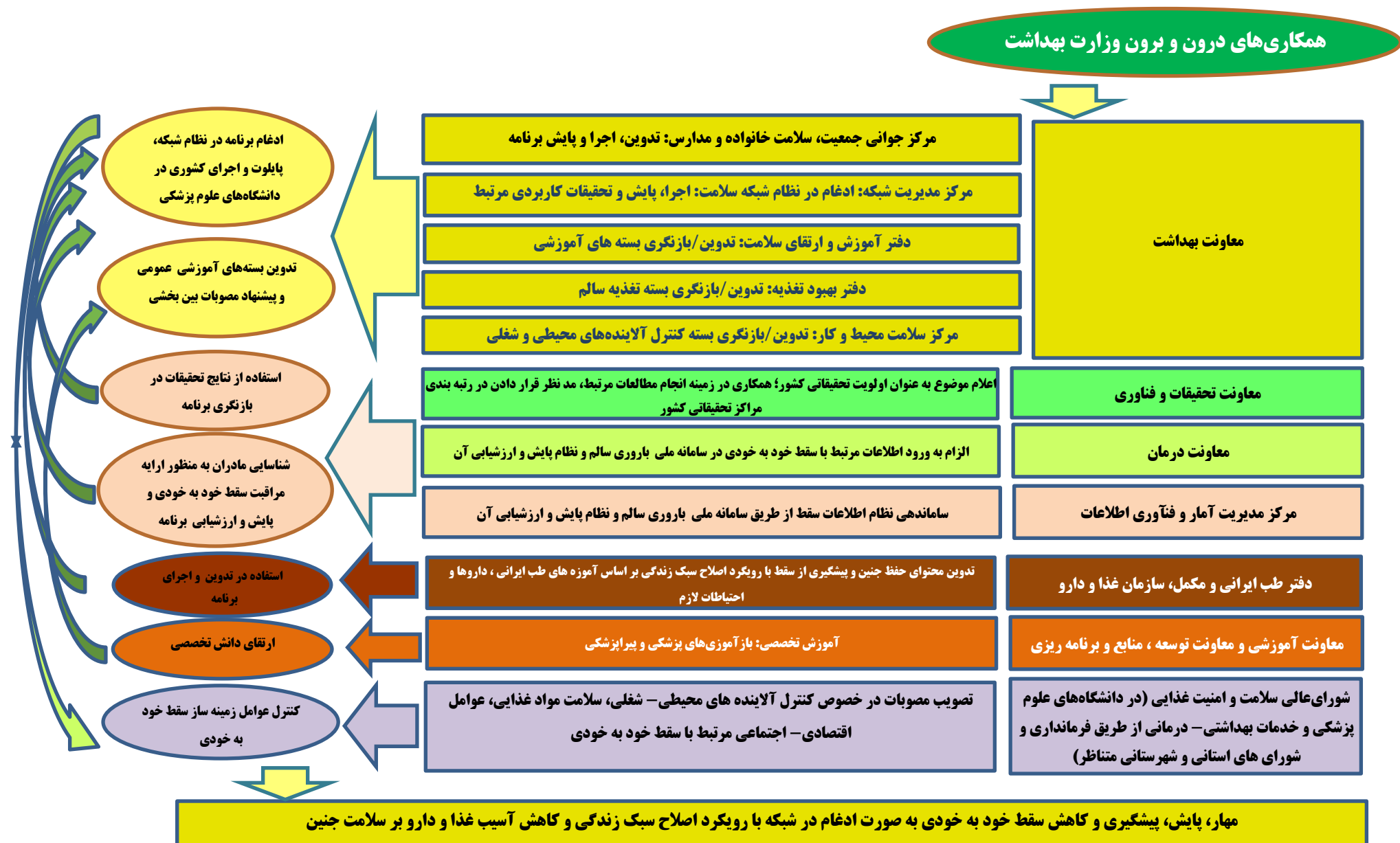


*این آگاهی رسانی با هدف اشاره به علایم سقط خود به خودی و نحوه برخورد صحیح با آن می باشد. **توسط نیروی دوره دیده.

شکل شماره ۳. فرآیند ارایه مراقبت پیشگیری از سقط خود به خودی جنین، به صورت ادغام در سطح اول شبکه بهداشت - ماما - پزشک عمومی



شکل شماره ۴. تصویر کلی فرآیند همکاری‌های بین بخشی در راستای مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین



سطح اول ارایه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت دریافت کنندگان خدمت

معیارهای دریافت خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در سطح اول ارایه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

کلیه نوجوانان، جوانان، میانسالان در سنین باروری، زنان/مادران تحت پوشش در مراقبت‌های پیش از بارداری و نیمه اول بارداری، پس از ارزیابی اولیه توسط بهورز/مراقب سلامت و ماما- پزشک عمومی، از نظر سن، تاهل و سابقه بارداری نسبت به ورود به این برنامه و دریافت خدمت مرتبط شناسایی می‌گردند.

واجدین شرایط دریافت خدمت در نظام شبکه:

۱. کلیه نوجوانان و جوانان دختر و پسر (متاهل و غیر متاهل) از ۱۲ سال در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه شامل مراجعه‌کنندگان به نظام شبکه و دانش‌آموزان مدارس منطقه تحت پوشش (یعنی انجام مشاوره فعال برای دانش‌آموزان دختر و پسر)؛
۲. کلیه میانسالان در محدوده سنین باروری (مردان و زنان متاهل و غیر متاهل) در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه؛
۳. زنان/مادران برای مراقبت پیش از بارداری (با توصیه به حضور همسر در زمان مراقبت) شامل تمامی خانم‌های می‌گردد که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.
۴. زنان/مادران در نیمه اول بارداری؛
۵. کلیه مراجعین برای آموزش‌های هنگام ازدواج و واجدین شرایط دریافت آموزش/مشاوره فرزندآوری

سطح اول ارایه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

ارایه کنندگان خدمت

با هدف از ارایه خدمات و مراقبت‌های مرتبط با سقط خود به خودی در این سطح، ارایه کنندگان به شرح زیر می‌باشند:

- بهورز در سطح خانه‌های بهداشت.
- مراقب سلامت/ ماما مراقب در سطح پایگاه‌های سلامت.
- ماما در سطح مراکز جامع خدمات سلامت روستایی و شهری - روستایی.
- پزشک عمومی در سطح مراکز جامع خدمات سلامت شهری و روستایی.

شرح وظایف ارایه دهندگان خدمت

➤ بهورز/ مراقب سلامت

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به‌ویژه ماده ۵۵ این قانون.
- آشنایی با برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خود جنین.
- آشنایی با شاخص‌های جمعیتی و تفسیر آنها از قبیل نرخ رشد جمعیت، میزان خام مولید، میزان باروری کل، درصد زایمان طبیعی و سزارین و سن مادر در زمان اولین زایمان.
- آگاهی از تعریف، علل و عوامل تاثیرگذار و راهکارهای مداخلاتی و پیشگیرانه سقط خود به خودی.
- اطلاع از آخرین راهنمای اجرایی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- شرکت در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش در خصوص راهکارهای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- اطلاع از فرایند ارایه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- ارایه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- ارایه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله برنامه آموزش باروری سالم و فرزندآوری.
- آموزش در زمینه اصلاح سبک زندگی بر اساس رویکرد طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
- ارجاع صحیح و به موقع موارد مطابق با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- پیگیری موارد ارجاع داده شده.
- جلب همکاری‌های بین بخشی از جمله دهیاری، شوراییاری، سمن‌ها، خیرین، به‌منظور پیشگیری و کاهش تاثیر عوامل موثر بر سقط خود به خودی جنین.

- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها.
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود.

➤ ماما - پزشک عمومی

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به‌ویژه ماده ۵۵ این قانون.
- آگاهی کامل از برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خود جنین.
- آشنایی با شاخص‌های جمعیتی و تفسیر آنها از قبیل نرخ رشد جمعیت، میزان خام مولید، میزان باروری کل، میزان زایمان طبیعی و سزارین و سن مادر در زمان اولین زایمان.
- اطلاع از آخرین راهنمای اجرایی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- شرکت در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش در خصوص راهکارهای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- اطلاع از فرایند ارائه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- ارائه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های پیش از بارداری.
- ارائه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- ارائه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله آموزش‌های هنگام ازدواج (مربیان دوره دیده) و باروری سالم و فرزندآوری.
- آموزش در زمینه اصلاح سبک زندگی بر اساس رویکرد طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
- ارجاع صحیح و به موقع موارد مطابق با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- پیگیری موارد ارجاع داده شده.
- جلب همکاری‌های بین بخشی از جمله فرمانداری، سمن‌ها، خیرین، به‌منظور پیشگیری و کاهش تاثیر عوامل موثر بر سقط خود به خودی جنین.
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها.
- نظارت و پایش از واحدهای تحت پوشش در خصوص نحوه اجرای برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خود جنین.
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود.
- پایش از مراکز محیطی.

گروه سنی نوجوانان و جوانان

بر اساس گروه سنی تعریف شده نوجوانان (۱۲ سال تا ۱۷ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) و جوانان (۱۸ سال تا ۲۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) نسبت به آموزش‌های مرتبط با موضوع سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های معمول و/یا تشکیل پرونده برای این گروه و/یا به صورت فعال برای نوجوانان و جوانان مدارس اقدام می‌گردد. در طی این مراقبت سن و تاهل خدمت گیرنده بررسی شده و بر آن اساس خدمات زیر ارائه می‌گردد:

۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری و بارداری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی)؛
۲. آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری (در گروه متاهلین) و ارائه توصیه‌های طب ایرانی در زمینه حفظ جنین؛
۳. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و نحوه برخورد با آن و لزوم مراجعه زودهنگام بلافاصله پس از تعویق عادت ماهیانه (گروه زنان متاهل غیر باردار)؛
۴. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی جنین و نحوه برخورد با آن و لزوم مراجعه برای دریافت مراقبت پیش از بارداری و نیز مراجعه زودهنگام پس از تعویق عادت ماهیانه در طی آموزش‌های هنگام ازدواج (بهورز موارد آموزش‌های هنگام ازدواج را به مراقب سلامت ارجاع می‌دهد)؛
۵. انجام مراقبت پیش از بارداری زنان/مادران (بهتر است با حضور همسر باشد) توسط ماما-پزشک عمومی (بهورز/مراقب سلامت موارد را برای مراقبت پیش از بارداری به ماما-پزشک عمومی مرکز ارجاع می‌دهد) برای تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.
۶. انجام ۳ نوبت مراقبت نیمه اول بارداری از هفته ۴ تا ۲۰ برای زنان/مادران باردار (ترجیحا با حضور همسر)؛
۷. ارجاعات فوری و غیر فوری بر اساس راهنمای ارجاعات (عمدتا منطبق بر مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران) و پیگیری نتیجه.

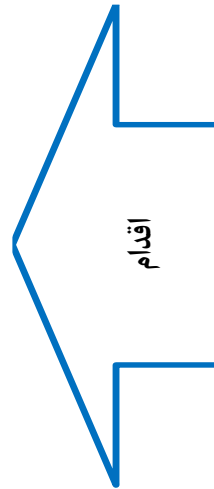
- به‌طور خلاصه، در دو سطح بهورز و ماما-پزشک عمومی در طی مراقبت‌های معمول و/یا تشکیل پرونده برای این گروه سنی (۳۰ تا ۵۴ سال؛ ۵۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) نسبت به ارائه خدمات این مراقبت در این گروه اقدام می‌گردد. در صورتی که فرد از سن باروری خارج شده است، خدمتی در این زمینه ارائه نمی‌گردد. در این گروه سنی بر اساس وضعیت تاهل (باردار، غیر باردار)، تجرد خدمات مرتبط عبارتند از:
۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری و بارداری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی)؛
 ۲. آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری (در گروه متاهلین) و ارائه توصیه‌های طب ایرانی در زمینه حفظ جنین؛
 ۳. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و نحوه برخورد با آن و لزوم مراجعه زودهنگام بلافاصله پس از تعویق عادت ماهیانه (گروه زنان متاهل غیر باردار)؛
 ۴. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی جنین و نحوه برخورد با آن و لزوم مراجعه برای دریافت مراقبت پیش از بارداری و نیز مراجعه زودهنگام پس از تعویق عادت ماهیانه در طی آموزش‌های هنگام ازدواج (ارجاع موارد آموزش‌های هنگام ازدواج به مربی دوره دیده)؛
 ۵. انجام مراقبت پیش از بارداری زنان/مادران (بهتر است با حضور همسر باشد) توسط ماما-پزشک (بهورز/مراقب سلامت این موارد را برای مراقبت پیش از بارداری به ماما-پزشک مرکز ارجاع می‌دهد) برای تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.
 ۶. انجام ۳ نوبت مراقبت نیمه اول بارداری از هفته ۴ تا ۲۰ برای زنان/مادران باردار (ترجیحا با حضور همسر)؛
 ۷. ارجاعات فوری و غیر فوری بر اساس راهنمای ارجاعات (عمدتا منطبق بر مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران) و پیگیری نتیجه؛
 ۸. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و عوامل تاثیرگذار بر آن برای میانسالان خصوصا میانسالان مجردی که در سال‌های انتهایی باروری هستند؛
 ۹. ثبت اطلاعات در سامانه.

راهنمای مراقبت پیش از بارداری توسط بهورز/مراقب سلامت

اصول کلی این مراقبت در راستای برنامه کشوری مادر ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خارج بیمارستانی)- ویژه بهورز/مراقب سلامت با پاره‌ای از تغییرات به منظور ارایه مداخلات مرتبط با پیشگیری از سقط جنین خود به خودی، به شرح زیر می‌باشد:

۱. شناسایی افراد واجد شرایط دریافت خدمت از جامعه زنان متاهل در سنین باروری؛
۲. آموزش و آگاهی دادن به صورت دوره‌ای به گروه هدف جهت اهمیت و تشویق به بارداری بموقع پس از ازدواج، سبک صحیح زندگی و تغذیه سالم و توصیه‌های طب ایرانی در خصوص حفظ جنین؛
۳. ارجاع زنان سنین باروری جهت دریافت مشاوره و مراقبت و قبل از بارداری به ماما - پزشک عمومی؛
۴. پس از شناسایی افراد نیازمند مراقبت ویژه توسط ماما - پزشک عمومی در طی مراقبت پیش از بارداری، انجام پیگیری مراقبت‌ها و ارجاع بموقع افراد نیازمند مراقبت ویژه توسط سطوح بالاتر (عمدتاً منطبق بر مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران) و ثبت اطلاعات در سامانه.

اقدام
❖ ارجاع به ماما و پزشک عمومی جهت مراقبت پیش از بارداری. ❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.



شناسایی افراد نیازمند ارجاع
- تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.

ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) - ویژه مراقب سلامت - بهورز می‌باشد.

اصول کلی این مراقبت در راستای برنامه کشوری مادر ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خارج بیمارستانی)- ویژه ماما - پزشک عمومی با پاره‌ای از تغییرات (با رنگ متفاوت نشان داده شده است) به منظور ارایه مداخلات مرتبط با پیشگیری از سقط جنین خود به خودی، به شرح زیر می‌باشد:

الف) مصاحبه، تشکیل یا بررسی پرونده

- وضعیت فعلی و قبلی از جمله سابقه سقط؛
- شناسایی بیماری زمینه‌ایی که ارتباط با سقط دارد؛
- بررسی سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و داروهای مصرفی؛
- غربالگری‌های اولیه؛
- تعیین وضعیت متغیرهایی نظیر محل جغرافیایی سکونت و محل کار از نظر -آلودگی هوا و محیط (شامل مونوکسیدکربن، فلزات سنگین، ارگانوکلرین، NO₂، SO₂ و ازن) (در صورت کاربرد)؛
- میزان تحصیلات مادر؛
- نوع شغل مادر و همسر (در صورت کاربرد)؛ در مادر مواجهات با مواد شیمیایی و سموم خصوصاً از نظر مواجهات شغلی مانند اشتغال در کارخانه/ صنعت رنگ سازی/ چرم‌سازی/ آفت کش/ مواد معدنی و آلیاژی/ رزین‌سازی/ ضدیخ/ تولید خازن‌های برقی/ مواد شیمیایی یا پتروشیمی/ سیمان یا کشاورزان دارای مواجهه با آفت‌کش‌ها و تماس با آرسنیک، سرب، اتیلن گلیکول، دی سولفید کربن، پلی اورتان، فلزات سنگین، حلال‌های آلی.

ب) معاینات بالینی

- اندازه گیری‌ها، علایم حیاتی و معاینات فیزیکی؛

ج) آزمایشات و بررسی‌های تکمیلی

- آزمایشات خون، پاپ اسمیر و تیترا آنتی بادی‌ها و آزمایشات سرولوژی مرتبط (مانند HBsAg)؛

د) آموزش و مشاوره

- بهداشتی، تغذیه‌ایی، رفتاری- اجتماعی؛
- تاریخ مراجعات؛

ح) مکمل‌های دارویی

خ) ایمن سازی (در صورت نیاز).

جدول ۱. راهنمای مراقبت پیش از بارداری در برنامه مراقبت سقط خود به خودی جنین- ویژه ماما-پزشک عمومی.

نوع مراقبت	زمان مراقبت
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	پیش از بارداری
	<p>- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری، سقط (خصوصاً سابقه سقط مکرر) و زایمان قبلی.</p> <p>- بررسی از نظر بیماری و ناهنجاری (خصوصاً ناهنجاری های مادرزادی و اکتسابی رحم).</p> <p>- بررسی از نظر رفتارهای پرخطر.</p> <p>- شناسایی بیماری زمینه ای که ارتباط با سقط دارد مانند دیابت کنترل نشده (آشکار یا بارداری)، بیماری روماتیسمی، عفونت های مثل مالاریا و HIV، بیماری قلبی، فشارخون یا فشارخون بارداری، تنفسی، تیروئید، کبدی و کلیوی.</p> <p>- سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و سایر داروهای مصرفی در چند ماه اخیر توسط زنان در سنین باروری از جمله راکوتان، MTX، ... و نیز انجام این بررسی در همسران آنان (در صورت کاربرد) خصوصاً در طی ۵ تا ۶ ماه گذشته.</p> <p>- غربالگری اولیه مصرف دخانیات توسط بیمار یا اطرافیان، الکل و مواد محرک مخدر.</p> <p>- تعیین محل زندگی و محل کار از نظر -آلودگی هوا و محیط (شامل مونوکسیدکربن، فلزات سنگین، ارگانوکلرین، NO2، SO2 و ازن).</p> <p>- تحصیلات مادر.</p> <p>- شغل مادر و همسر (در صورت کاربرد)؛ در مادر مواجهات با مواد شیمیایی و سموم خصوصاً از نظر مواجهات شغلی مانند اشتغال در کارخانه/ صنعت رنگ سازی/ چرم سازی/ آفت کش/ مواد معدنی و آلیاژی/ رزین سازی/ ضدیخ/ تولید خازن های برقی/ مواد شیمیایی یا پتروشیمی/ سیمان یا کشاورزان دارای مواجهه با آفت کش ها و تماس با آرسنیک، سرب، اتیلن گلیکول، دی سولفید کربن، پلی اورتان، فلزات سنگین، حلالهای آلی.</p>
معاینه بالینی	<p>- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی.</p> <p>- علائم حیاتی.</p> <p>- معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمیمه).</p> <p>- غربالگری زنان از طریق معاینه از نظر عفونت واژینال.</p>
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	<p>HBSAg, CBC, TSH, FBS,</p> <p>پاپ اسمیر و تیتر آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز).</p> <p>HIV و VDRL (در صورت داشتن رفتارهای پرخطر).</p>
آموزش و مشاوره	<p>- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان.</p> <p>- تغذیه/ مکمل های دارویی و داروها.</p> <p>- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر.</p> <p>- سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه های طب ایرانی.</p> <p>- تاریخ مراجعه بعدی.</p> <p>- یادآور گردد که در صورت قطع قاعدگی جهت تایید بارداری مراجعه کنند تا در صورت تشخیص، مراقبت دوران بارداری از هفته ۴ شروع شود. تشخیص بارداری می تواند با آزمایش ادرار، خون (در ابتدای حاملگی) و یا سونوگرافی باشد.</p> <p>- به مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط خود به خودی، بررسی خاصی نیاز نیست و هر زمانی که از نظر روحی آمادگی دارد می تواند باردار شود.</p>
مکمل های دارویی	<p>اسید فولیک.</p> <p>تجویز ویتامین D به میزان ۵۰,۰۰۰ واحد ماهیانه.</p>
ایمن سازی (در صورت نیاز)	<p>سرخجه، هیپاتیت، توأم.</p>

اقدام
❖ ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان-زایمان و در صورت نیاز به متخصص مربوط به بیماری زمینه‌ایی.
❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.



شناسایی افراد نیازمند ارجاع
-ناهنجاری دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار، ...):
-سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و سایر داروهای مصرفی در چند ماه اخیر توسط زنان در سنین باروری از جمله راکوتان، MTX ، ... و نیز انجام این بررسی در همسران آنان خصوصا در طی ۵ تا ۶ ماه گذشته؛
- سابقه سقط مکرر (۲ یا بیش از ۲ سقط متوالی) و/یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته.

سایر ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)- ویژه ماما-پزشک عمومی صورت می‌پذیرد.

مراقبت نیمه اول بارداری (۲۰ هفته اول)

اصول کلی این مراقبت در راستای برنامه کشوری مادر ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خارج بیمارستانی)- ویژه بهورز/مراقب سلامت و ماما-پزشک عمومی با پاره‌ای از تغییرات به منظور ارائه مداخلات مرتبط با پیشگیری از سقط جنین خود به خودی در نیمه اول بارداری، به شرح زیر می‌باشد. در طی نیمه اول بارداری به منظور ارائه خدمات/مداخلات مرتبط با پیشگیری از سقط خود به خودی جنین، یک مراقبت در طی هفته ۴ تا هفته ۶ (۵ هفته و ۶ روز) به دو مراقبت معمول نیمه اول بارداری اضافه گردیده است. موارد به شرح زیر است:

➤ مصاحبه، تشکیل یا بررسی پرونده

- در تاریخچه پزشکی، به سابقه سقط، ابتلا فعلی به بیماری‌های مرتبط با سقط اعم از بیماری‌های زمینه‌ای، سوء تغذیه یا عدم مصرف مناسب مواد غذایی، توجه ویژه شود.
- در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم سوال شود.
- در خصوص سابقه مصرف دارو در زن و همسر سوال شود.
- در خصوص سابقه ۲ یا بیش از ۲ سقط متوالی (سقط مکرر) و/یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته سوال شود.
- در خصوص تماس و مواجهه با مواد شیمیایی و سموم سوال شود.

➤ معاینات بالینی

- در معاینه اندام‌ها به وجود واریس توجه شود.

➤ آزمایشات و بررسی‌های تکمیلی

- در مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶ آزمایش β -hCG انجام شود. در صورت وجود نتیجه سونوگرافی مبنی بر بارداری طبیعی شامل دیدن کیسه (ساک) بارداری، بارداری داخل رحم و عدم وجود مول، نیاز به آزمایش β -hCG در این مراقبت نمی‌باشد.
- در اولین مراقبت (مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶) غربالگری دیابت بارداری برای افراد زیر انجام شود:
 - شاخص توده بدنی بیش‌تر از ۳۰ قبل از بارداری، سابقه دیابت در اقوام درجه یک، سابقه دیابت در بارداری قبلی، افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کستیک (PCO)، سابقه قبلی ماکروزمی (نوزاد با وزن بیش از ۴,۵۰۰ گرم در بدو تولد یا بالای صدک ۹۰)، سابقه مرده زایی، سقط، سابقه بیماری طبی مرتبط با دیابت و مصرف کورتیکواستروئیدها.

نکته ۱: در صورتی که GCT^{۱۷} برای افراد در معرض دیابت در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ انجام نشده است، در اولین مراقبت بعدی در طی نیمه اول بارداری انجام شود.

نکته ۲: GCT پس از یک ساعت از مصرف ۵۰ گرم گلوکز خوراکی انجام می‌شود. میزان (cut-off) مساوی و بالاتر از ۱۴۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر این تست نیاز به ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد دارد.

➤ آموزش و مشاوره

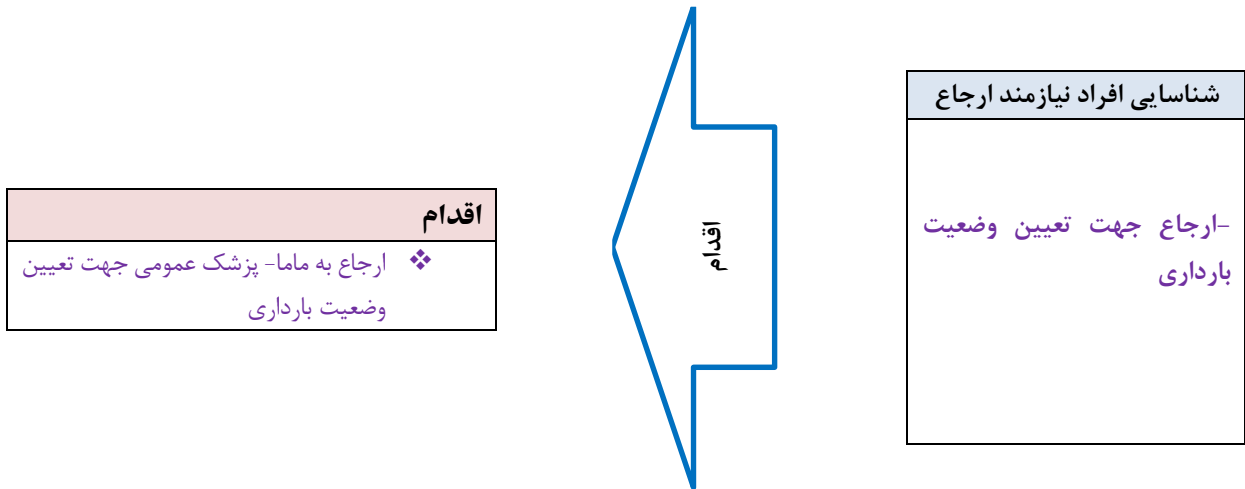
▪ سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط در تمام ۳ مراقبت نیمه اول بارداری مورد تاکید قرار گیرد.

➤ ایمن سازی (در صورت نیاز)

▪ واکسیناسیون آنفلوآنزا ترجیحا در فصول پاییز و زمستان انجام گیرد.

جدول ۲. راهنمای مراقبت‌های نیمه اول بارداری، در برنامه مراقبت سقط خود به خودی جنین- ویژه مراقب سلامت/بهورز.

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۰-۱ از زمان تشخیص بارداری تا ۵ هفته و ۶ روز	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل یا بررسی پرونده، آشنایی با وضعیت و شکایات مادر، -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. -رفتارهای پرخطر. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. - تغذیه و مصرف دارو و مکمل های غذایی. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. 	<ul style="list-style-type: none"> -شرح حال اولیه (سوال از LMP و ثبت هفته بارداری) -ارجاع جهت تایید بارداری. 	<ul style="list-style-type: none"> -بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر. - سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم. - شکایت های شایع و علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. -غربالگری مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -رفتارهای پرخطر. - تغذیه، مصرف مکمل های غذایی و دارو.
معاینه بالینی	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی. - علائم حیاتی. - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام- واریس، دهان و دندان). 	-	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علائم حیاتی. - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام- واریس، دهان و دندان). - صدای قلب جنین. - ارتفاع رحم.
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع جهت درخواست آزمایش های معمول مراقبت دوم و سونوگرافی در صورت نیاز. 	-	<ul style="list-style-type: none"> -ارجاع جهت درخواست سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری.
آموزش و مشاوره	<ul style="list-style-type: none"> -بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان. - تغذیه/ مکمل های دارویی و دارو. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت های شایع. -سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی در خصوص حفظ جنین و پیشگیری از سقط. - تاریخ مراجعه بعدی. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، دهان و دندان. - تغذیه/ مکمل های دارویی و دارو. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت های شایع. - عوارض مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل . - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان. - تاریخ مراجعه بعدی.
مکمل‌های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری) ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری).		
ایمن سازی	توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا (با ارجحیت در فصول پاییز و زمستان) - ارجاع جهت تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) .		

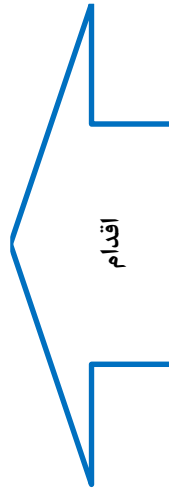


مراقبت ۱-۰ نیمه اول بارداری صرفاً توسط ماما-پزشک عمومی انجام می‌شود.

جدول ۳. راهنمای مراقبت‌های نیمه اول بارداری، در برنامه مراقبت سقط خود به خودی جنین-ویژه ماما-پزشک عمومی.

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل یا بررسی پرونده، آشنایی با وضعیت و شکایات مادر، - سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. - رفتارهای پرخطر. - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. - تغذیه و مصرف دارو و مکمل های غذایی. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر. - سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. - شکایات های شایع و علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. - رفتارهای پرخطر. - مصرف مکمل های غذایی و دارو.
معاینه بالینی	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی. - علائم حیاتی. - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام-دهان و دندان). 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علائم حیاتی. - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام-واریس، دهان و دندان). - صدای قلب جنین. - ارتفاع رحم.
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	<ul style="list-style-type: none"> - CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, HIV*VDRL, HBsAg - نوبت اول کومبس - غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH (حتی در صورت انجام در پیش از بارداری) - سونوگرافی - برای افراد در معرض ابتلا به دیابت در صورتیکه در مراقبت اول آزمایش GCT انجام نشده است، در این مراقبت انجام شود. 	<ul style="list-style-type: none"> - آزمایش β-hCG. در صورت وجود نتیجه سونوگرافی مبنی بر بارداری طبیعی شامل دیدن کیسه (ساک) بارداری، بارداری داخل رحم و عدم وجود مول، نیاز به آزمایش β-hCG در این مراقبت نمی باشد. - آزمایش GCT جهت افراد در معرض ابتلا به دیابت.
آموزش و مشاوره	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان. - تغذیه/ مکمل های دارویی و دارو. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/شکایات های شایع. - عوارض مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل. - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان. - تاریخ مراجعه بعدی. 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان. - تغذیه/ مکمل های دارویی و دارو. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/شکایات های شایع. - سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه های طب ایرانی در خصوص حفظ جنین و پیشگیری از سقط. - تاریخ مراجعه بعدی.
مکمل‌های دارویی	<ul style="list-style-type: none"> اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری). 	<ul style="list-style-type: none"> اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری).
ایمن سازی	<ul style="list-style-type: none"> توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا (با ارجحیت در فصول پاییز و زمستان) - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) . 	<ul style="list-style-type: none"> توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا (با ارجحیت در فصول پاییز و زمستان) - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) .

اقدام
❖ ارجاع به پریناتولوژیست/یا متخصص زنان- زایمان در صورت سابقه سقط (های قبلی).
❖ اعزام مادر در صورت لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم به ویژه با علائم تندرns و ریباند شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی و یا علائم حیاتی ناپایدار (کاملاً مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران).
❖ در لکه بینی و علائم حیاتی پایدار، بر اساس شدت خونریزی در خصوص اعزام مادر تصمیم‌گیری شود راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران).
❖ بر اساس Rh مادر و پدر نسبت به تزریق ایمونوگلوبین ضد دی در عرض ۷۲ ساعت اول تصمیم‌گیری شود راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران).
❖ در موارد نتایج مختل آزمایش GCT ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد.
❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.



شناسایی افراد نیازمند ارجاع
- سابقه سقط مکرر (۲ یا بیش از ۲ سقط متوالی) و/یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته؛
- لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم به ویژه با علائم تندرns و ریباند شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی و یا علائم حیاتی ناپایدار در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ بارداری؛
- لکه بینی و علائم حیاتی پایدار در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ بارداری؛
- در صورت نتایج مختل برای آزمایش GCT

نکته: اقدامات در موارد سقط مکرر (دو یا بیش از دو سقط) که در حدود ۳ درصد از زوج‌های در سن باروری رخ می‌دهد در سطح بیمارستانی عمدتاً شامل موارد زیر است که لازم است نتیجه این بررسی‌ها توسط ماما- پزشک عمومی پیگیری و در سامانه ثبت شوند:

۱. بررسی آنومالی رحم و طول سرویکس از طریق سونوگرافی
۲. بررسی ترومبوفیلی از قبیل بررسی بیماری‌های زمینه‌ای، بررسی آنتی فسفولیپیدها، آنتی کاردیولیپین و پروتئین S و ...
۳. بررسی موارد مشکلات ژنتیکی

اما لازم به ذکر است که در بیش از ۵۰ درصد موارد سقط مکرر بدون توضیح باقی می‌مانند.

سایر ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)- ویژه ماما- پزشک عمومی می‌باشد.

لازم به توضیح است که در صورت رخداد سقط در طی ۲۲ هفته اول بارداری، پیگیری برای ارزیابی مراقبت مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)- ویژه ماما- پزشک عمومی می‌باشد.

همکاری‌های بین بخشی

در این بخش از برنامه از دو ظرفیت یکی در سطح ملی و دیگری در سطح استانی/شهرستانی استفاده می‌گردد. در سطح ملی، مسئولیت انجام فعالیت‌های بین بخشی با دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور با هماهنگی و همکاری مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت و در سطح استانی و شهرستانی به ترتیب با کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان با هماهنگی گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس می‌باشد. در سطح شهر و روستا، مسئولیت به ترتیب بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی می‌باشد که این هماهنگی‌ها و پیگیری به نتیجه رسیدن آنها را در سطح شهر و روستا به انجام رساند.

۱. سطح ملی

a. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با همکاری و هماهنگی مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت

از قابلیت این شورا جهت موارد زیر استفاده می‌نماید:

- سیاستگذاری در زمینه کاهش آلاینده‌های محیطی، مواد غذایی، عوامل اقتصادی و اجتماعی تاثیرگذار بر سقط خود به خودی.
- تصویب برنامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، مصوبات و تدابیر بخشی و فرابخشی برای اجرای سیاست‌های مرتبط با پیشگیری، مهار و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین.
- تصویب استانداردهای مرتبط از جمله در خصوص مواد غذایی خصوصا مواد غذایی تراریخته.
- تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه‌ها.
- ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار و نیز متناظرهای استانی.
- تهیه و ارائه گزارش با همکاری و هماهنگی مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت.

۲. سطح استانی/شهرستانی

a. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان/شهرستان با هماهنگی و همکاری گروه جوانی جمعیت،

سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه در موارد زیر اقدام می‌نماید:

- تصویب برنامه‌ها، بخش نامه‌ها، مصوبات و تدابیر بخشی و فرابخشی برای اجرای سیاست‌های مرتبط با پیشگیری، مهار و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین بر اساس اولویت‌های استانی/شهرستانی.
- تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه‌ها.
- ایجاد هماهنگی بین معاونت‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار در زمینه اجرای مصوبات کشور مرتبط.
- نظارت بر فعالیتهای بین بخشی در سطح جامعه (روستا و شهر).
- رایه گزارش به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، کمیته پایش برنامه و گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه.

فعالیت‌های در نظر گرفته شده برای سطح جامعه (مثال روستا)

ردیف	شخصیت حقیقی و حقوقی	فعالیت	گروه هدف
۱	دهیاری / شورای اسلامی / ...	برگزاری جلسات با شورای اسلامی و طرح مداخلات در راستای کاهش عوامل زمینه ساز سقط خود به خودی مانند: -پیشگیری از ابتلا به بیماری بروسلوز (بیماری مشترک دام و انسان): -پیشگیری از چاقی؛ -کاهش استرس‌های محیط کاری؛ -کاهش مواجهات شغلی با سموم (آرسنیک، سرب، حلال های آلی و ...); -ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	-دختران -مادران -زنان
۲	معلمین روستا	ترویج رویه‌های سبک زندگی سالم*.	نوجوانان و جوانان
۳	خانه های ترویج	-ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم -ترویج بارداری در سنین پایین‌تر.	نوجوانان و جوانان
۴	داوطلبان/رابطین / سفیران سلامت روستایی	آموزش به روستا در زمینه‌های کاهش عوامل زمینه ساز سقط شامل: -پیشگیری از ابتلا به بیماری بروسلوز (بیماری مشترک دام و انسان): -پیشگیری از چاقی؛ -ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	نوجوانان، جوانان و میانسالان
۵	سایر تشکل های مردمی از جمله گروه های مردمی جهادی و خیرین	- همکاری مجمع خیرین در زمینه تسهیل انجام خدمات کلینیک و پاراکلینیک مورد نیاز به‌ویژه در موارد سقط‌های راجعه، به دلیل عدم بضاعت مالی ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	-
۶	بخش خصوصی	-	-

*مانند مصرف لبنیات، آنتی اکسیدان‌ها، رژیم مدیترانه‌ای و استفاده کمتر از چربی‌های ترنس و غذاهایی غنی از گوشت قرمز، فرآوری شده، سیب زمینی سرخ شده، شیرینی و نوشیدنی‌های شیرین.

فعالیت‌های در نظر گرفته شده برای سطح جامعه (مثال شهر)

گروه هدف	فعالیت	شخصیت حقیقی و حقوقی	ردیف
-دختران -مادران -زنان	برگزاری جلسات با شورای اسلامی و طرح مداخلات در راستای کاهش عوامل زمینه ساز سقط خود به خودی مانند: -پیشگیری از ابتلا به بیماری بروسلوز (بیماری مشترک دام و انسان); -پیشگیری از چاقی; -کاهش استرس‌های محیط کاری; -کاهش مواجهات شغلی با سموم (آرسنیک، سرب، حلال های آلی و ...); -ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	فرمانداری / شورای اسلامی / ...	۱
نوجوانان، جوانان و میانسالان	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	سمن ها و گروه های مردمی جهادی	۲
نوجوانان، جوانان و میانسالان	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	هیئت امنای مساجد و محله	۳
نوجوانان، جوانان و میانسالان	-ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*. -ترویج بارداری در سنین پایین‌تر.	داوطلبان/رابطین/ سفیران سلامت	۴
نوجوانان، جوانان و میانسالان	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*. همکاری مجمع خیرین در زمینه تسهیل انجام خدمات کلینیک و پاراکلینیک مورد نیاز به‌ویژه در موارد سقط‌های راجعه، به دلیل عدم بضاعت مالی	سایر تشکل های مردمی از جمله گروه های مردمی جهادی و خیرین	۵
زنان/مادران نوجوان، جوان و میانسال	الزام به ثبت اطلاعات آزمایشات/ تصویربرداری‌ها و مراقبت‌های مرتبط با بارداری توسط کلیه مطب‌های خصوصی در سامانه ملی باروری سالم.	بخش خصوصی	۶

*مانند مصرف لبنیات، آنتی اکسیدان‌ها، رژیم مدیترانه‌ای و استفاده کمتر از چربی‌های ترنس و غذاهایی غنی از گوشت قرمز، فرآوری شده، سیب زمینی

سرخ شده، شیرینی و نوشیدنی‌های شیرین).

فصل پنجم

پایش برنامه

پایش برنامه

پایش برنامه بر اساس فرآیندها و خدمات تدوین شده در این برنامه صورت می‌گیرد. مسئولیت پایش در سطح کشور بر عهده کمیته پایش در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ریاست مدیرکل مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت می‌باشد. اعضای این کمیته نمایندگانی از (۱) اداره سلامت مادران و اداره جوانی جمعیت، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت، (۲) مرکز مدیریت شبکه، (۳) دفتر طب ایرانی و مکمل، (۴) دفتر بهبود تغذیه، (۵) مرکز سلامت محیط و کار، (۶) معاونت تحقیقات و فناوری، (۷) معاونت آموزشی، (۸) مرکز مدیریت آمار و فناوری، (۹) معاونت درمان، (۱۰) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور خواهند بود. متناظر این نمایندگان در سطح دانشگاه، به عنوان اعضای کمیته پایش دانشگاهی خواهند بود.

شرح وظایف کمیته پایش:

- طراحی سیاست کلی پایش برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین.
- تدوین فرآیند اجرایی پایش برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین.
- احصا و رصد شاخص‌های اجرایی در سطح اول نظام ارایه خدمت شبکه.
- احصا و رصد شاخص‌های بین بخشی.
- تهیه گزارش برای ارایه به نهادهای نظارتی و بالا دستی.

جدول شاخص های پایش برنامه

ردیف	حیطه	عنوان شاخص	صورت	مخرج	حد انتظار (در پایان)
۱	تحقیق و پژوهش (با همکاری معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در سطح ستاد)	درصد مراکزی که در زمینه موضوع سقط خود به خودی جنین در کشور تحقیق می نمایند.	تعداد مراکزی که تحقیقات در زمینه موضوع سقط خود به خودی جنین در کشور انجام داده اند.	تعداد کل مراکز تحقیقاتی کشور.	۱۰ درصد
۲		درصد بهره برداری از نتایج مطالعات انجام شده که در زمینه ارتقا و بازنگری برنامه توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت ارسال شده است.	تعداد مقالات/مطالعات ارسال شده توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت که از نتایج آنها بهره برداری شده.	تعداد کل مقالات/مطالعات ارسال شده توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت.	۲ درصد
۳	آمار و فناوری اطلاعات (با همکاری مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت در سطح ستاد و دانشگاه)	درصد ادغام متغیرهای مرتبط با موضوع سقط خود به خودی جنین در سامانه های نظام سلامت مانند سامانه ملی باروری سالم (موضوع ماده ۵۴ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت).	تعداد متغیرهای ادغام شده در سامانه های نظام سلامت.	کل متغیرهای احصا شده مرتبط با سقط خود به خودی جنین.	۵ درصد
		درصد سقط خود به خودی (به تفکیک مکرر و غیر مکرر).	تعداد موارد سقط خود به خودی ثبت شده (به تفکیک مکرر و غیر مکرر).	تعداد کل تعداد کل موالیید + تعداد سقط.	۲۰ درصد
۴	آموزش و اطلاع رسانی (با همکاری معاونت توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت در سطح ستاد و دانشگاه)	درصد پوشش آموزش در خصوص خدمات و مراقبتهای مرتبط با برنامه جامع سقط خود به خودی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور به تفکیک ارایه دهندگان خدمت.	تعداد افراد آموزش دیده به تفکیک انواع ارایه دهندگان خدمت (شامل بهورز، ماما، پزشک عمومی، ...).	تعداد کل ارایه دهندگان خدمت به تفکیک انواع (شامل بهورز، ماما، پزشک عمومی، ...).	۶۰ درصد
		درصد پوشش آموزش در گروه های مختلف گیرنده خدمت شامل نوجوانان، جوانان، میانسالان، پیش از بارداری و ...	تعداد افراد گیرنده خدمت که آموزش دیده اند (به تفکیک نوجوانان، جوانان، میانسالان، ...).	کل گیرندگان خدمت تحت پوشش (به تفکیک نوجوانان، جوانان، میانسالان، ...).	۳۰ درصد
۶	مراقبت در سطح اول ارایه خدمت	درصد مراقبت پیش از بارداری در موارد سابقه سقط خودبه خودی جنین بر اساس برنامه جامع سقط خودبه خودی.	تعداد مادران با سابقه سقط خودبه خودی که مراقبت پیش از بارداری مرتبط را دریافت کرده اند.	کل مادرانی که سقط خودبه خودی داشته اند.	۳۰ درصد
		درصد پوشش مراقبت های نیمه اول بارداری بر اساس برنامه جامع سقط خود به خودی.	مادران ثبت بارداری شده ای که مراقبت قبل از ۶ هفته را دریافت کرده اند.	تعداد کل مادرانی که بارداری شان ثبت شده است.	۶۰ درصد
۸	همکاری های بین بخشی	درصد اجرای مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (و مناظرهای استانی/شهرستانی) در زمینه مهار و کنترل سقط خود به خودی با همکاری های بین بخشی.	تعداد مصوبات اجرا شده.	تعداد کل مصوبات.	۲۰ درصد

شاخص اثرنهایی برنامه: کاهش نسبت سقط خود به خودی؛ به ازای هر ۱,۰۰۰ تولد زنده در سال (abortion ratio) (با توجه به ماهیت سقط خود به خودی و عدم وجود داده دقیق از وضعیت موجود، حد انتظار پایان برنامه قابل تعیین نمی باشد).

فصل ششم

منابع

1. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2005 Oct 1;72(7):1243-50. PMID: 16225027.
2. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ* 1997;315:32-4.
3. Scroggins KM, Smucker WD, Krishen AE. Spontaneous pregnancy loss: evaluation, management, and followup counseling. *Prim Care* 2000;27:153-67.
4. Goddijn M, Leschot NJ. Genetic aspects of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:855-65.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Spontaneous abortion. In: Cunningham FG, Williams JW. *Williams Obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2001:856-69.
6. Garcia-Enguidanos A, Calle ME, Valero J, Luna S, Dominguez-Rojas V. Risk factors in miscarriage: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:111-9.
7. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:182-8.
8. Wang L, Yang Y, Liu F, et al. Paternal smoking and spontaneous abortion: a population-based retrospective cohort study among non-smoking women aged 20–49 years in rural China *J Epidemiol Community Health* 2018;72:783-789.
9. Haerani Harun, Anwar Daud, Veni Hadju, Ridwan Amiruddin, Anwar Mallongi, Rosmala Nur. (2020). Tobacco Smoke and Pregnancy Outcome: Literature Review. *Medico Legal Update*, 20(3), 452–456.
10. James JE. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2021;26:114–115.
11. Chen, L., Wu, Y., Neelakantan, N., Chong, M., Pan, A., & Van Dam, R. (2016). Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: A categorical and dose–response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutrition*, 19(7), 1233-1244.
12. Sheehy O, Zhao J, Bérard A. Association Between Incident Exposure to Benzodiazepines in Early Pregnancy and Risk of Spontaneous Abortion. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(9):948–957.
13. Li D-K, Ferber JR, Odouli R, et al. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs during pregnancy and the risk of miscarriage. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:275.e1-8.
14. Muanda FT, Sheehy O, Bérard A. Use of antibiotics during pregnancy and risk of spontaneous abortion. *CMAJ*. 2017 May 1;189(17):E625-E633. doi: 10.1503/cmaj.161020. PMID: 28461374; PMCID: PMC5415390.
15. Norsker FN, Espenhain L, Rogvi S, et al. Socioeconomic position and the risk of spontaneous abortion: a study within the Danish National Birth Cohort. *BMJ Open* 2012;2:e001077.
16. Lim, G.Y., Jung, N.Y., Jun, K.Y. et al. Pregnancy loss and Income in the Republic of Korea using National Health Insurance Service Data, 2008–2014. *BMC Public Health* 22, 188 (2022).
17. Mosayebi-Molasaraie M, Doosti-Irani A, Pilevari Sh, Cheraghi Z. Predictors of Miscarriage in the West of Iran: A Case-Control Study. *J Iran Med Council*. 2023;6(2):362-68.
18. Moradinazar M, Najafi F, Nazar ZM, Hamzeh B, Pasdar Y, Shakiba E. Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study. *J Pregnancy*. 2020 Apr 27;2020:4871494. doi: 10.1155/2020/4871494. PMID: 32395342; PMCID: PMC7201453.
19. Daniel S, Koren G, Lunenfeld E, Levy A. NSAIDs and spontaneous abortions - true effect or an indication bias? *Br J Clin Pharmacol*. 2015 Oct;80(4):750-4. doi: 10.1111/bcp.12653. Epub 2015 Jun 3. PMID: 25858169; PMCID: PMC4594711.
20. Esposito S, Tenconi R, Preti V, Groppali E, Principi N. Chemotherapy against cancer during pregnancy: A systematic review on neonatal outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Sep;95(38):e4899. doi: 10.1097/MD.0000000000004899. PMID: 27661036; PMCID: PMC5044906.

21. Wu P, Velez Edwards DR, Gorrindo P, Sundermann AC, Torstenson ES, Jones SH, Chan RL, Hartmann KE. Association between First Trimester Antidepressant Use and Risk of Spontaneous Abortion. *Pharmacotherapy*. 2019 Sep;39(9):889-898. doi: 10.1002/phar.2308. Epub 2019 Jul 25. PMID: 31278762; PMCID: PMC6736709.
22. Donders GG, Van Bulck B, Caudron J, Londers L, Vereecken A, Spitz B. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:431-7.
23. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ* 2003;327:368.
24. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>.
25. Bearak J et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9), [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext).
26. Alipanahpour S, Zarshenas M, Akbarzadeh M. Investigation of the Prevalence of Induced Abortions, Spontaneous Abortions, and Cases of Forensic Medicine Referrals Based on Demographic Characteristics. *Women. Health. Bull.* 2020;7(1):31-38
27. Hamama L, Rauch SA, Sperlich M, Defever E, Seng JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depress Anxiety*. 2010;27(8):699-707. doi: 10.1002/da.20714. [PubMed: 20577979]. [PubMed Central: PMC2939862].
28. Erfani A, McQuillan K. Rates of induced abortion in Iran: the roles of contraceptive use and religiosity. *Stud Fam Plann*. 2008 Jun;39(2):111-22. doi: 10.1111/j.1728-4465.2008.00158.x. PMID: 18678175.
29. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Sep;37(3):134-42. doi: 10.1363/3713411. PMID: 21988789.
30. Motaghi Z, Poorolajal J, Keramat A, Shariati M, Yunesian M, Masoumi SZ. Induced abortion rate in Iran: a meta-analysis. *Arch Iran Med*. 2013 Oct;16(10):594-8. PMID: 24093141.
31. Erfani A. Levels, Trends and Correlates of Abortion in Tehran, Iran: 2009-2014. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2016 Jun 1;42(2):93-101. doi: 10.1363/42e1316. PMID: 28825910.
32. Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh LR. Induced Abortion: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mater Sociomed*. 2017 Mar;29(1):58-67. doi: 10.5455/msm.2017.29.58-67. PMID: 28484357; PMCID: PMC5402385.
33. Zamanian M, Zolala F, Haghdoost AA, Baneshi MR. Estimating The Annual Abortion Rate in Kerman, Iran: Comparison of Direct, Network Scale-Up, and Single Sample Count Methods. *Int J Fertil Steril*. 2019 Oct;13(3):209-214.
34. Van Dijk MM, Kolte AM, Limpens J, et al. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2020; 26:356367.
35. Shahine L, Lathi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. *Obstet Gynecol Clin* 2015; 42:117–134.
36. Ralph S. Papasa and William H. Kutteh. A new algorithm for the evaluation of recurrent pregnancy loss redefining unexplained miscarriage: review of current guidelines. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2020, 32:371–379. DOI:10.1097/GCO.0000000000000647.
37. Slama R, Bouyer J, Windham G, Fenster L, Werwatz A, Swan SH. Influence of paternal age on the risk of spontaneous abortion. *Am J Epidemiol*. 2005 May 1;161(9):816-23. doi: 10.1093/aje/kwi097. PMID: 15840613.
38. Woolner AMF, Raja EA, Bhattacharya S, Danielian P, Bhattacharya S. Inherited susceptibility to miscarriage: a nested case-control study of 31,565 women from an intergenerational cohort. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Feb;222(2):168.e1-168.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2019.08.013. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31437424.
39. Magnus MC, Morken NH, Wensaas KA, Wilcox AJ, Håberg SE. Risk of miscarriage in women with chronic diseases in Norway: A registry linkage study. *PLoS Med*. 2021 May 10;18(5):e1003603. doi: 10.1371/journal.pmed.1003603. PMID: 33970911; PMCID: PMC8143388.
40. Maraka S, Ospina NM, O'Keefe DT, Espinosa De Ycaza AE, Gionfriddo MR, Erwin PJ, Coddington CC 3rd, Stan MN, Murad MH, Montori VM. Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *Thyroid*. 2016 Apr;26(4):580-90. doi: 10.1089/thy.2015.0418. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26837268; PMCID: PMC4827301.
41. Giakoumelou S, Wheelhouse N, Cuschieri K, Entrican G, Howie SE, Horne AW. The role of infection in miscarriage. *Hum Reprod Update*. 2016 Jan-Feb;22(1):116-33. doi: 10.1093/humupd/dmv041. Epub 2015 Sep 19. PMID: 26386469; PMCID: PMC4664130.
 42. Rasti S, Ghasemi FS, Abdoli A, Piroozmand A, Mousavi SG, Fakhrie-Kashan Z. ToRCH "co-infections" are associated with increased risk of abortion in pregnant women. *Congenit Anom (Kyoto)*. 2016 Mar;56(2):73-8. doi: 10.1111/cga.12138. PMID: 26499091.
 43. Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, Li TC. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertil Steril*. 2008 Sep;90(3):714-26. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.07.1290. Epub 2008 Feb 6. PMID: 18068166.
 44. Li Y, Margerison-Zilko C, Strutz KL, Holzman C. Life Course Adversity and Prior Miscarriage in a Pregnancy Cohort. *Womens Health Issues*. 2018 May-Jun;28(3):232-238. doi: 10.1016/j.whi.2018.02.001. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29530382.
 45. Qu, F., Wu, Y., Zhu, YH. et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 7, 1731 (2017). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01792-3>.
 46. Nepomnaschy PA, Welch KB, McConnell DS, Low BS, Strassmann BI, England BG. Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Mar 7;103(10):3938-42. doi: 10.1073/pnas.0511183103. Epub 2006 Feb 22. PMID: 16495411; PMCID: PMC1533790.
 47. Wainstock T, Lerner-Geva L, Glasser S, Shoham-Vardi I, Anteby EY. Prenatal stress and risk of spontaneous abortion. *Psychosom Med*. 2013 Apr;75(3):228-35. doi: 10.1097/PSY.0b013e318280f5f3. Epub 2013 Jan 29. PMID: 23362503.
 48. Bruckner TA, Mortensen LH, Catalano RA. Spontaneous Pregnancy Loss in Denmark Following Economic Downturns. *Am J Epidemiol*. 2016 Apr 15;183(8):701-8. doi: 10.1093/aje/kww003. Epub 2016 Mar 23. PMID: 27009344.
 49. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ*. 2011 Oct 18;183(15):1713-20. doi: 10.1503/cmaj.110454. Epub 2011 Sep 6. PMID: 21896698; PMCID: PMC3193112.
 50. Avalos LA, Roberts SC, Kaskutas LA, Block G, Li DK. Volume and type of alcohol during early pregnancy and the risk of miscarriage. *Subst Use Misuse*. 2014 Sep;49(11):1437-45. doi: 10.3109/10826084.2014.912228. Epub 2014 May 8. PMID: 24810392; PMCID: PMC4183196.
 51. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr*. 2016 May;19(7):1233-44. doi: 10.1017/S1368980015002463. Epub 2015 Sep 2. PMID: 26329421.
 52. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol*. 2014 Apr 1;179(7):807-23. doi: 10.1093/aje/kwt334. Epub 2014 Feb 10. PMID: 24518810; PMCID: PMC3969532.
 53. Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovic N, Shaw LM, Day NL, Kline J. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *N Engl J Med*. 1999 Feb 4;340(5):333-9. doi: 10.1056/NEJM199902043400501. PMID: 9929522.
 54. Balogun_OO, da Silva Lopes_K, Ota_E, Takemoto_Y, Rumbold_A, Takegata_M, Mori_R. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD004073. DOI: 10.1002/14651858.CD004073.pub4.
 55. Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Hauser R, Williams PL, Gillman MW, Ginsburg ES, Missmer SA, Chavarro JE. Maternal prepregnancy folate intake and risk of spontaneous abortion and stillbirth. *Obstet Gynecol*. 2014 Jul;124(1):23-31. doi: 10.1097/AOG.0000000000000343. PMID: 24901281; PMCID: PMC4086728.
 56. Naimi AI, Perkins NJ, Sjaarda LA, Mumford SL, Platt RW, Silver RM, Schisterman EF. The Effect of Preconception-Initiated Low-Dose Aspirin on Human Chorionic Gonadotropin-Detected Pregnancy, Pregnancy Loss, and Live Birth : Per Protocol Analysis of a Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2021 May;174(5):595-601. doi: 10.7326/M20-0469. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33493011; PMCID: PMC9109822.

57. Vinatier D, Dufour P, Cosson M, Houpeau JL. Antiphospholipid syndrome and recurrent miscarriages. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001 May;96(1):37-50. doi: 10.1016/s0301-2115(00)00404-8. PMID: 11311759.

کتاب‌ها، برنامه‌ها و قوانین

- Williams Obstetrics, 25th Edition, ISBN (series): 978-964-150-323-1.
- دستورعمل برنامه "پزشکی خانواده و نظام ارجاع" در مناطق شهری نسخه ۰۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال ۱۴۰۱.
- برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)- ویژه مراقب سلامت- بهورز و مراقب سلامت- تجدید نظر نهم ۱۴۰۲.
- Sarah Prager, Elizabeth Micks, Vanessa K Dalton. Pregnancy loss (miscarriage): Clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation. last updated: Aug 25, 2022.
- راهنمای کشوری ارابه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری سوم)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران.
- برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)- ویژه ماما و پزشک عمومی- تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲.
- قانون برنامه حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی- ۱۴۰۰.