

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

پیش نویس - نسخه اول - اسفند ۱۴۰۱

معاونت بهداشت - مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

باسمه تعالی

فهرست

شماره صفحه	عنوان
۳	فصل اول: کلیات
۴	مقدمه
۵	تکالیف و الزامات قانونی
۷	چشم‌انداز
۸	اهداف برنامه
۹	فصل سوم: تعاریف
۱۰	طبقه‌بندی بالینی و علل و عوامل تاثیرگذار
۱۴	بروز سقط خود به خودی
۱۵	فصل چهارم: برنامه اجرایی
۱۶	راهبردها، فعالیت‌ها و شاخص‌ها
۱۹	فرآیندها و خدمات
۲۴	سطح اول ارایه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت
۲۴	دریافت کنندگان خدمت
۲۵	ارایه دهندگان خدمت
۳۷	انواع خدمات و نحوه ارجاع
۴۰	همکاری‌های بین بخشی
۴۳	فصل پنجم: پایش برنامه
۴۶	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 ارایه 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 بالا دستی 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 تهدید کننده 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
 - 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 ۱۴۰۰-۱۳۹۶
 - 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 آسیب های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین.

پلیس نوپیس

چشم انداز

در این برنامه، سقط خود به خودی به عنوان بارداری از دست رفته در سن کمتر از ۲۰ هفته بارداری در غیاب معیارهای پزشکی انتخابی یا اقدامات جراحی برای خاتمه بارداری، مد نظر است.

چشم انداز این برنامه تحقق باروری سالم و 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 صحیح است.

گروه هدف این برنامه عبارت است از

کلیه زنان و مردان از زمان بلوغ 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 بعد از سن بلوغ؛

دختران و پسران جوان اعم از متاهل و غیر متاهل؛

زنان و مردان میانسال اعم از متاهل و غیر متاهل؛

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 است.

اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی این برنامه مشتمل بر اهداف زیر است:

هدف اول (Objective 1): پیشگیری از سقط خود به خودی جنین به صورت ادغام در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت کشور؛

هدف دوم (Objective 2): کاهش سقط خود به خودی در کشور؛

هدف سوم (Objective 3): پایش موارد سقط خود به خودی در کشور.

فصل دوم

تعريف مفاهيم

سقط خود به خودی - تعریف

سقط رویدادی است که در اوایل بارداری رخ می‌دهد. اکثر سقط‌های زودهنگام از اختلالات ژنتیکی نشأت می‌گیرند، اما احتمال دخالت یک علت تکراری و احتمالا 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 ۲۰ 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 به کار برده می‌شود و به نوعی متمایز کننده این‌گونه سقط‌ها از سقط‌هایی است با قصد پایان بخشیدن به بارداری صورت می‌پذیرند.

طبقه‌بندی بالینی و علل و عوامل تاثیر گذار

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

۱. **Complete abortion**: تمام محصولات لقاح بدون نیاز به مداخله جراحی یا پزشکی دفع شده است؛
۲. **Incomplete abortion**: برخی، اما نه تمام محصولات لقاح دفع شده است. محصولات باقی مانده ممکن است بخشی از جنین، جفت، یا غشاها 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 (معمولا برای چند هفته) اما هیچ فعالیت رحمی برای دفع محصولات از رحم رخ نداده است؛
۵. **Recurrent spontaneous abortion**: از دست دادن سه یا بیش از سه بارداری پشت سرهم؛
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 ۲۰ عارضه‌دار شده است.

در کل، حدود ۲۰٪ از زنان باردار تا قبل از هفته ۲۰ بارداری درجاتی از خونریزی را تجربه خواهند کرد که به طور تخمینی نیمی از این بارداری‌ها به سقط خودبخودی ختم خواهند شد. برآوردها مطرح می‌نمایند که حدود ۲۰٪ از بارداری‌های تشخیص داده شده به miscarriage می‌انجامند. زمانی که زنان از طریق اندازه‌گیری سریال 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^۳ هیچ نوع رویان قابل شناسایی وجود ندارد. گروه دیگر، سقط‌های دارای رویان^۴ هستند که معمولاً در آنها اختلال تکاملی رویان، جنین، کیسه زرده و گاهی اوقات جفت رخ می‌دهد. در سقط‌های دیر هنگام معمولاً جنین قبل از دفع زنده است.

در واقع، خونریزی سه‌ماهه اول در یک زن باردار تشخیص افتراقی‌های متعددی دارد مشتمل بر اینرمالیته‌های سرویکال^۵، بارداری نابجا^۶، خونریزی ایدیوپاتیک در یک بارداری زنده، عفونت واژن یا سرویکس، بارداری مولار^۷، خونریزی‌های 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 به‌منظور شناسایی وضعیت بارداری و تایید بارداری داخل رحمی بسیار مهم است.

در حال حاضر، **علل و عوامل هشدار** متعددی برای سقط‌های خود به خودی مطرح شده است که از جمله علل می‌توان به اینرمالیته‌های کرموزمی به عنوان یکی از علل مستقیم این نوع از سقط‌ها اشاره نمود. در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شد که اینرمالیته‌های کرموزمی در ۴۹٪ از سقط‌های خود به خودی رخ می‌دهد. تریزومی‌های اتوزمی (۵۲٪) شایع‌ترین آنومالی قابل شناسایی و پس از آن پلی پلوئیدی‌ها (۲۱٪) و مونوزومی کرموزم X (۱۳٪) قرار داشته‌اند. اغلب اینرمالیته‌های کرموزمی که منجر به سقط خود به خودی می‌شوند، ناشی از رخداد‌های تصادفی خطاهای گامتوژنیز مادری یا پدری، ورود دو اسپرم

Anembryonic^۱
Blighted ovum^۲
Embryonic^۳
Cervical abnormalities^۴
Ectopic pregnancy^۵
Molar pregnancy^۷

به یک تخمک^۸، و یا اختلال در جداسازی کروموزم‌های همولوگ یا کرماطیدهای خواهری در طی تقسیم سلولی^۹ هستند. ابرمالیتی‌های 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 ابرمالیتی‌ها ارثی بوده‌اند. احتمال بیشتری برای رخداد مکرر سقط‌های خود به خودی در صورت وجود ابرمالیتی‌های کروموزمی وجود دارد، اما در کل این ابرمالیتی‌ها، رخدادهای ناشایعی هستند (۴ تا ۶٪). نقایص لانه‌گزینی، عفونت‌های مادری و آنومالی‌های رحمی و سرویکال از دیگر علل محسوب می‌شوند.

عوامل هشدار متعددی نیز برای سقط‌های خود به خودی شناسایی شده‌اند:

۱. سن بالا؛
۲. مصرف الکل؛
۳. استفاده از گازهای بی‌حسی (مانند نیتروس اکساید)؛
۴. استفاده از قهوه (در میزان‌های بالا)؛
۵. زنان با سابقه سقط در مادر؛
۶. بیماری‌های مزمن مادر مانند دیابت بد کنترل شده، بیماری سلپاک، بیماری‌های اتوایمیون (خصوصاً سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی)، چاقی، بیماری تیروئید؛
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، گنوره، آ، روبلا، سیتومگالوویروس؛
۱۰. داروها: میزوپرستول، رتینوئیدها، متوترکسات، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی؛
۱۱. سقط‌های متعدد القایی قبلی^{۱۵}؛
۱۲. سقط خود به خودی قبلی؛

Dispermy^۸
Nondisjunction^۹
Structural abnormalities^{۱۰}
Translocation^{۱۱}
Inversion^{۱۲}
Bacterial vaginosis^{۱۳}
Parvovirus B19^{۱۴}
Multiple previous elective abortions^{۱۵}

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

۱۴. ابنرمالیتی‌های 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.

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.

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.

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.

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.

در ایران، برآوردهای مختلفی از میزان سقط بر اساس متدولوژی‌های به‌کار رفته منتشر شده است. بر اساس نتایج این مطالعات، میزان سقط از ۵٫۵ تا ۲۹ در هر ۱۰٫۰۰۰ زن در سنین بارداری متفاوت گزارش شده است. مطالعات جامع و کاملی به تفکیک استان‌های کشور در حال حاضر خصوصاً 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 بیمارستان‌های دانشگاه‌های 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 سقطهای خود به خودی، ۱٫۸٪ اعلام شد. در مطالعه‌ای که در کرمان انجام شد میزان سقط خود به خودی به ازای هر ۱۰٫۰۰۰ زن در سن باروری بین ۱۱ تا ۱۵ برآورد شد؛ در این مطالعه میزان سالانه سقط ۲۳ تا ۲۹ به ازای هر ۱۰٫۰۰۰ زن در سنین باروری اعلام شده بود. در هر حال، میزان‌ها بر اساس روش انجام مطالعات می‌توانند متفاوت باشند. در مطالعه‌ای در امریکا گزارش شد که ۱۵٪ بارداری‌های تشخیص داده شده به سقط خود به خودی ختم شده‌اند.

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:	شاخص 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. شاخص 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:	شاخص 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.	میزان متغیرهای مرتبط با موضوع سقط خود به خودی جنین که در سامانه ملی باروری سالم ادغام شده‌اند. شاخص دوم: میزان شناسایی موارد سقط خود به خودی (به تفکیک مکرر و غیر مکرر).

<p>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)</p>			
<p>راهبرد اول</p> <p>ایجاد سیستم منسجم آموزش‌های عمومی برای گروه‌های هدف مختلف در سنین باروری در زمینه سقط خود به خودی جنین</p>	<p>هدف</p> <p>اهداف اختصاصی اول و دوم</p>	<p>فعالیت اول:</p> <p>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.</p>	<p>شاخص:</p> <p>میزان آموزش دیدگان در خصوص محتوای آموزشی تهیه شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.</p>
<p>راهبرد دوم</p> <p>ارتقای آموزش‌های تخصصی برای گروه‌های مختلف ارایه کننده خدمات سلامت</p>	<p>هدف</p> <p>اهداف اختصاصی اول و دوم</p>	<p>فعالیت دوم:</p> <p>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.</p>	<p>شاخص:</p> <p>میزان برنامه‌های آموزشی که برای گروه‌های مختلف ارایه کننده خدمات در نظام سلامت شامل مراقب سلامت، ماما، پزشک عمومی برگزار می‌گردد.</p>
<p>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)</p>			
<p>راهبرد</p> <p>تدوین راهنمای پیشگیری و کاهش موارد سقط خود به خودی به صورت ادغام در نظام شبکه</p>	<p>هدف</p> <p>اهداف اختصاصی اول تا سوم</p>	<p>فعالیت:</p> <p>تهیه راهنمای مراقبت سقط خود به خودی در سطح اول ارایه خدمت به صورت ادغام در نظام شبکه.</p>	<p>شاخص:</p> <p>تعداد راهنمای‌های مراقبت سقط خود به خودی تدوین شده در سطح اول ارایه خدمت به تفکیک ارایه کنندگان و خدمات گیرندگان در نظام شبکه.</p>

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)

<u>راهبرد</u>	<u>هدف</u>	<u>فعالیت اول:</u>	<u>شاخص:</u>
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><u>فعالیت دوم:</u> 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 پیامدی در سال پایانی برنامه: کاهش موارد سقط خود به خودی جنین

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 مشاوره قبل از/حین ازدواج از این خدمات بهره‌مند خواهند شد. کلیه اطلاعات در خصوص اقدامات انجام شده در سامانه‌های اطلاعاتی موجود سطح اول خدمت ثبت خواهد شد.

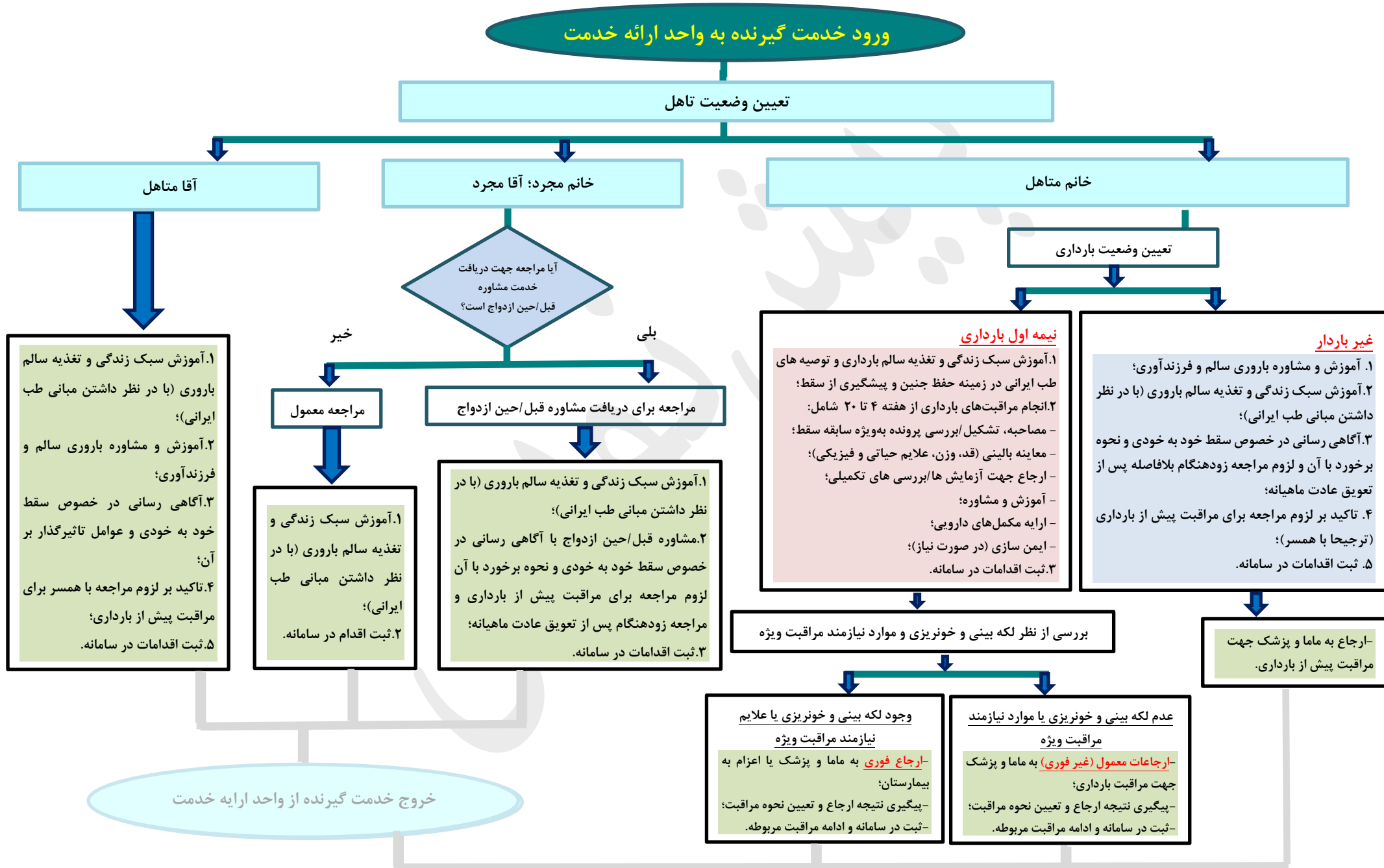
۲. همکاری‌های بین بخشی مشتمل بر معاونت‌ها/ادارت و مراکز وزارت بهداشت و سایر نهادها و سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت: در این بخش

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

شکل شماره ۱. فرآیندهای کلی برنامه.

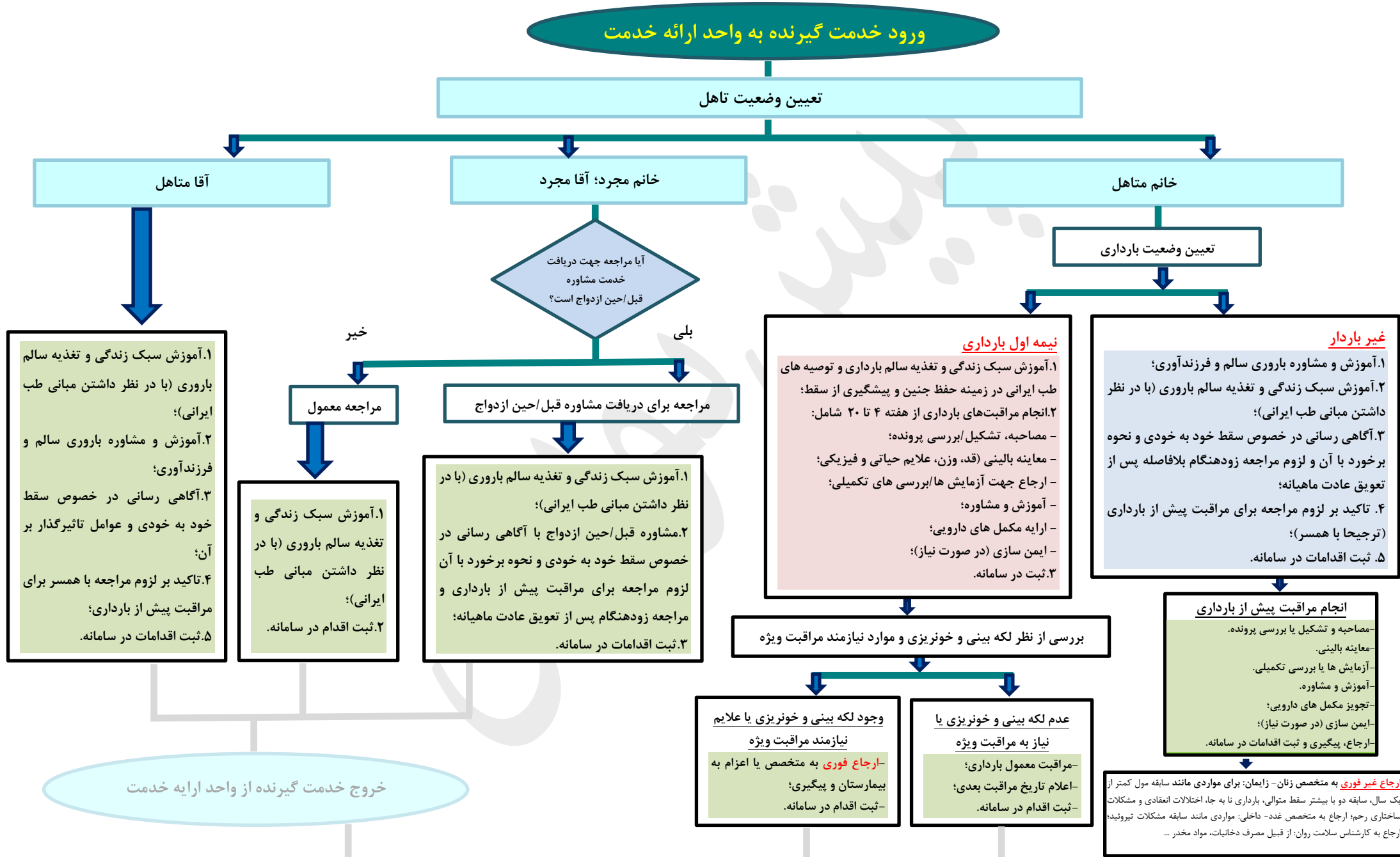


شکل شماره ۲. فرآیند ارائه مراقبت پیشگیری از سقط خود به خودی جنین، به صورت ادغام در شبکه بهداشت - بهورز/مراقب سلامت



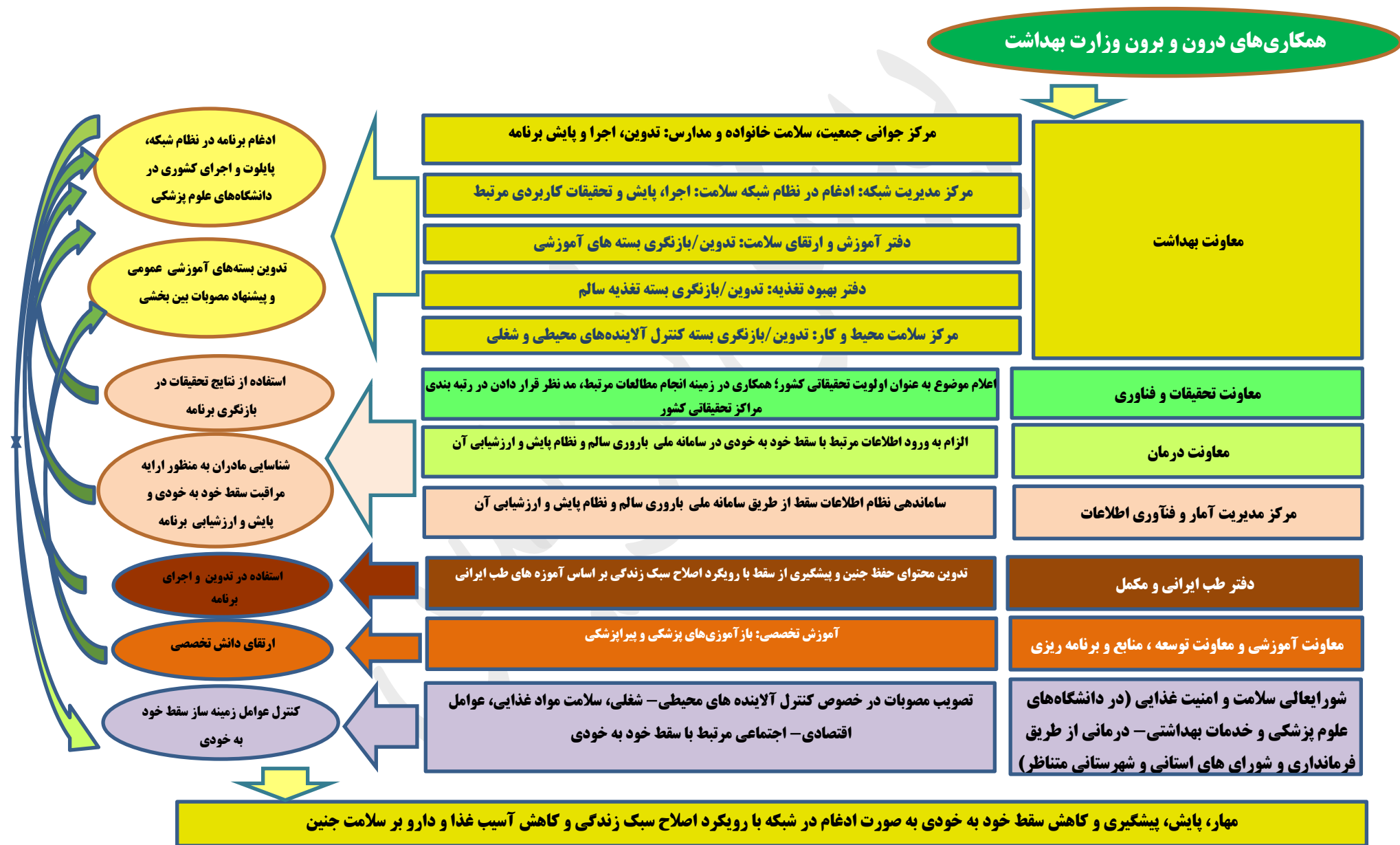
*این آگاهی رسانی با هدف اشاره به علائم سقط خود به خودی و نحوه برخورد صحیح با آن می باشد. *بهورز مراجعه کننده را جهت مشاوره به مراقب سلامت ارجاع می دهد.

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



خروج خدمت گیرنده از واحد ارایه خدمت

شکل شماره ۴. 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) پس از دوران بلوغ در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه؛
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 (توصیه به حضور همسر در زمان مراقبت) شامل:
 - کسانی که تمایل به بارداری دارند؛
 - کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛
 - کسانی که برای ارزیابی عفونت‌های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده‌اند؛
 - کسانی که برای مراقبت پس از سقط مراجعه می‌کنند؛
 - کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می‌کنند.
۲. زنان/مادران در نیمه اول بارداری؛
۴. کلیه مراجعین برای مشاوره قبل/حین ازدواج.

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 در سطح مراکز جامع خدمات سلامت و پایگاه‌های سلامت
- ماما در سطح مراکز جامع خدمات سلامت و پایگاه‌های سلامت
- پزشک عمومی در سطح مراکز جامع خدمات سلامت و پایگاه‌های سلامت

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 خودی
- 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
- آگاهی از تعریف، علل و عوامل تاثیرگذار و راهکارهای مداخلاتی و پیشگیرانه سقط خود به خودی
- اطلاع از آخرین راهنمای 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
- 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
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به ویژه ماده ۵۵ این قانون
- آگاهی کامل از با برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی
- 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 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 از بارداری
- ارائه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله آموزش‌های قبل از/حین ازدواج
- 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
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود

گروه سنی نوجوانان و جوانان

بر اساس گروه سنی تعریف شده نوجوانان و جوانان (۶ تا ۲۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) نسبت به آموزش‌های مرتبط با موضوع سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های معمول این گروه اقدام می‌گردد. در طی این مراقبت وضعیت بلوغ و تاهل خدمت گیرنده بررسی شده و بر آن اساس خدمات زیر را رایه می‌گردد:

۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی)؛
۲. آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری (در گروه متاهلین)؛
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 مشاوره قبل/حین ازدواج (در گروه مجردهای در آستانه ازدواج)؛
۵. انجام مراقبت پیش از بارداری زنان/مادران (بهتر است با حضور همسر باشد) توسط ماما/پزشک (بهورز/مراقب سلامت موارد را برای مراقبت پیش از بارداری به ماما/پزشک مرکز ارجاع می‌دهد)

برای

- a. کسانی که تمایل به بارداری دارند؛
 - b. کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛
 - c. کسانی که برای ارزیابی عفونت‌های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده‌اند؛
 - d. کسانی که برای مراقبت پس از سقط مراجعه می‌کنند؛
 - e. کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می‌کنند.
۲. انجام ۳ نوبت مراقبت نیمه اول بارداری از هفته ۴ تا ۲۰ برای زنان/مادران باردار؛
 ۳. ارجاعات فوری و غیر فوری بر اساس راهنمای ارجاعات و پیگیری نتیجه؛
 ۴. ثبت اطلاعات در سامانه.

گروه سنی میانسالان

به طور خلاصه، در دو سطح بهورز و ماما/پزشک عمومی در طی مراقبت‌های معمول این گروه سنی (۳۰ تا ۵۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) نسبت به ارایه خدمات این مراقبت در این گروه اقدام می‌گردد. در صورتی که فرد از سن باروری خارج شده است، خدمتی در این زمینه ارایه نمی‌گردد. در این گروه سنی بر اساس وضعیت تاهل (باردار، غیر باردار)، تجرد (در آستانه ازدواج) خدمات مرتبط عبارتند از:

۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی)؛
۲. آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری (در گروه متاهلین)؛
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 مشاوره قبل/حین ازدواج (در گروه مجردهای در آستانه ازدواج)؛
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

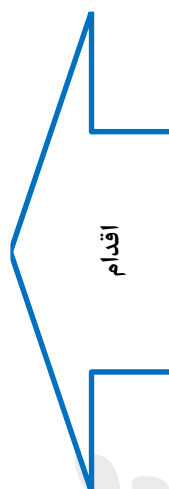
- a. کسانی که تمایل به بارداری دارند؛
 - b. کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛
 - c. کسانی که برای ارزیابی عفونت‌های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده‌اند؛
 - d. کسانی که برای مراقبت پس از سقط مراجعه می‌کنند؛
 - e. کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می‌کنند.
۶. انجام ۳ نوبت مراقبت نیمه اول بارداری از هفته ۴ تا ۲۰ برای زنان/مادران باردار؛
 ۷. ارجاعات فوری و غیر فوری بر اساس راهنمای ارجاعات و پیگیری نتیجه؛
 ۸. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و عوامل تاثیرگذار بر آن برای 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 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؛
۳. ارجاع زنان سنین باروری جهت دریافت مشاوره و مراقبت و قبل از بارداری به ماما و پزشک؛
۴. پس از شناسایی افراد نیازمند مراقبت ویژه توسط ماما و پزشک در طی مراقبت پیش از بارداری، انجام پیگیری مراقبت‌ها و ارجاع بموقع افراد نیازمند مراقبت ویژه توسط سطوح بالاتر و ثبت اطلاعات در سامانه.

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



شناسایی افراد نیازمند ارجاع
- تمایل به بارداری؛
- آزمایش منفی بارداری؛
- مراجعین ارزیابی عفونت‌های واژینال یا منتقله جنسی
مراجعه کرده‌اند؛
- مراجعین دریافت مراقبت پس از سقط؛
- مراجعین مراقبت پس از زایمان.

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 دموگرافیک موثر بر سقط؛

ب) معاینات بالینی

- اندازه گیری‌ها، علایم حیاتی و معاینات فیزیکی؛

ج) آزمایشات و بررسی‌های تکمیلی

- آزمایشات خون، پاپ اسمیر و تیتراژ آنتی بادی‌ها و آزمایشات سرولوژی مرتبط؛

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 با رویکرد پیشگیری از سقط خود به خودی جنین- ویژه ماما/پزشک عمومی.

پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<p>- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری، سقط و زایمان قبلی. - بررسی از نظر بیماری و ناهنجاری (خصوصاً ناهنجاری های مادرزادی و اکتسابی رحم). - بررسی از نظر رفتارهای پرخطر. - 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، کبدی و کلیوی. - 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 خصوصاً در طی ۵ تا ۶ ماه گذشته. - غربالگری اولیه مصرف دخانیات توسط بیمار یا اطرافیان، الکل و مواد محرک مخدر. - تعیین محل زندگی و محل کار از نظر -آلودگی هوا و محیط (شامل مونوکسیدکربن، فلزات سنگین، ارگانوکلرین، NO2، SO2 و ازن). - تحصیلات زن. - شغل زن و همسر.</p>	<p>مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده</p>
<p>- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی. - علائم حیاتی. - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمایم). - غربالگری زنان از طریق معاینه از نظر عفونت واژینال.</p>	<p>معاینه بالینی</p>
<p>FBS, TSH, CBC و HBSAg. پاپ اسمیر و تیترا آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز). HIV و VDRL (در صورت داشتن رفتارهای پرخطر).</p>	<p>آزمایش ها یا بررسی تکمیلی</p>
<p>- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان. - تغذیه/ مکمل های دارویی و داروها. - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. - سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه های طب ایرانی. - تاریخ مراجعه بعدی. - 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. - 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>	<p>آموزش و مشاوره</p>
<p>اسید فولیک. توصیه به مصرف ویتامین D.</p>	<p>مکمل های دارویی</p>
<p>سرخجه، هیپاتیت، توأم.</p>	<p>ایمن سازی (در صورت نیاز)</p>

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
خصوصاً در طی ۵ تا ۶ ماه
گذشته؛
- سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته
یا سابقه دو و بیش از دو سقط
مکرر بالای ۳۰ سال یا سابقه ۳ و
بیش از ۳ سقط مکرر زیر ۳۰
سال؛

اقدام

اقدام

- ❖ ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان-زایمان.
- ❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.

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 قبل از هفته ۶ (۵هفته 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، آبریزی، 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) 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 مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶، آزمایش OGTT برای افراد زیر انجام شود:
 - سن بالای ۲۵ سال، شاخص توده بدنی بیش‌تر از ۲۵، سابقه دیابت در اقوام درجه یک، سابقه دیابت در بارداری قبلی، افراد مبتلا به PCO، سابقه تولد ماکروزومی، سابقه مرده زایی، سقط، سابقه بیماری مدیکال مرتبط با دیابت.

نکته ۱: در صورتیکه آزمایش OGTT برای افراد در معرض دیابت در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ انجام نشده است، این آزمایش در مراقبت‌های بعدی در طی نیمه اول بارداری انجام شود.

نکته ۲: OGTT یا آزمون تحمل گلوکز طی یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی انجام می‌شود.

➤ 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.

پلیتینز
پلیتینز

جدول ۲. راهنمای مراقبت‌های نیمه اول بارداری، با رویکرد پیشگیری از سقط خود به خودی جنین- ویژه بهورز/مراقب سلامت.

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ از هفته ۴ تا ۵ هفته و ۶ روز	مراقبت ۲ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۳ هفته ۱۶ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> -تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی و سقط قبلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری مرتبط با سقط، رفتارهای پر خطر. -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -غذایی، تغذیه و مصرف دارو و مکمل های غذایی. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. 	<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، آبریزی، 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، 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"> -علائم حیاتی. -معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام-واریس). 	<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 آزمایش‌های مراقبت اول. 	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع جهت درخواست آزمایش های معمول مراقبت دوم. 	<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 داروها. -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، 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)، 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) .		

شناسایی افراد نیازمند ارجاع

- سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته یا سابقه دو و بیش از دو سقط مکرر بالای ۳۰ سال یا سابقه ۳ و بیش از ۳ سقط مکرر زیر ۳۰ سال؛

- لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم؛

- درخواست آزمایش (های) مراقبت اول نیمه اول بارداری (هفته ۴ تا قبل از ۶ بارداری).

اقدام

اقدام

- ❖ ارجاع به ماما/پزشک در صورت سابقه سقط (های قبلی).
- ❖ آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری در صورت وجود لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم.
- ❖ ارجاع فوری به ماما/پزشک جهت درخواست آزمایش مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶ بارداری.
- ❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.

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

جدول ۳. راهنمای مراقبت‌های نیمه اول بارداری، با رویکرد پیشگیری از سقط خود به خودی جنین- ویژه ماما/پزشک عمومی.

زمان مراقبت	نوع مراقبت	مراقبت ۱ از هفته ۴ تا قبل از هفته ۶	مراقبت ۲ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۳ هفته ۱۶ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی و سقط قبلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری مرتبط با سقط، رفتارهای پرخطر. سوال در مورد لکه بینی، ترشح سفید، عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم.	تشکیل یا بررسی پرونده، آشنایی با وضعیت و شکایات مادر، سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، 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.	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر. سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، 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	علائم حیاتی. معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام-واریس).	اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی. علائم حیاتی. معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام-واریس، دهان و دندان).	اندازه گیری وزن، علائم حیاتی. معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام-واریس، دهان و دندان). صدای قلب جنین. ارتفاع رحم.	
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	آزمایش β -hCG در صورت نبود نتیجه سونوگرافی مبنی بر بارداری طبیعی. آزمایش OGTT جهت افراد در معرض ابتلا به دیابت.	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, VDRL *HIV, HBsAg، نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH در صورت نیاز، سونوگرافی. برای افراد در معرض ابتلا به دیابت در صورتیکه در مراقبت اول آزمایش OGTT انجام نشده است، در این مراقبت انجام شود.	سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری.	
آموزش و مشاوره	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 آموزه‌های طب ایرانی در خصوص حفظ جنین و پیشگیری از سقط. تاریخ مراجعه بعدی.	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 آموزه‌های طب ایرانی در خصوص حفظ جنین و پیشگیری از سقط. تاریخ مراجعه بعدی.	بهداشت فردی، روان، 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.	
مکمل‌های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، 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) - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز).			

شناسایی افراد نیازمند ارجاع

- سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته یا سابقه دو و بیش از دو سقط مکرر بالای ۳۰ سال یا سابقه ۳ و بیش از ۳ سقط مکرر زیر ۳۰ سال؛

- 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 OGTT (ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰، ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳ میلی‌گرم در دسی‌لیتر.

اقدام

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.
- ❖ در لکه بینی و علائم حیاتی پایدار، بر اساس شدت خونریزی در خصوص اعزام مادر تصمیم‌گیری شود.
- ❖ بر اساس Rh مادر و پدر نسبت به تزریق ایمنوگلوبین ضد دی در عرض ۷۲ ساعت اول تصمیم‌گیری شود.
- ❖ در موارد نتایج مختل آزمایش OGTT ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد.
- ❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.

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 آنتی فسفولیپیدها و بیماری‌های زمینه‌ای
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 ۲۰ هفته اول بارداری، پیگیری برای ارابه 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 استفاده می‌گردد.

۱. سطح ملی

a. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

از قابلیت این شورا جهت موارد زیر استفاده می‌گردد:

- 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 سقط خود به خودی
- تصویب استانداردهای مرتبط از جمله در خصوص مواد غذایی
- تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه‌ها
- ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار

۲. سطح استانی

a. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان

- تصویب برنامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، مصوبات و تدابیر بخشی و فرابخشی برای اجرای سیاست‌های مرتبط با سقط خود به خودی
- تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه‌ها
- ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار در زمینه اجرای مصوبات کشور مرتبط
- نظارت بر فعالیتهای بین بخشی در سطح جامعه (روستا و شهر)
- ارائه گزارش به کمیته پایش برنامه

فعالیت‌های در نظر گرفته شده برای سطح جامعه (روستا)

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*.	شورای اسلامی	۱
نوجوانان و جوانان	ترویج رویه‌های سبک زندگی سالم*.	معلمین روستا	۲
نوجوانان و جوانان	-ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم -ترویج بارداری در سنین پایین‌تر.	خانه های ترویج	۳
نوجوانان، جوانان و میانسالان	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*.	رابطین سلامت روستایی	۴
-	-	سایر تشکل های مردمی از جمله گروه های مردمی جهادی	۵
-	-	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.

فعالیت‌های در نظر گرفته شده برای سطح جامعه (شهر)

ردیف	شخصیت حقیقی و حقوقی	فعالیت	گروه هدف
۱	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	سمن ها و گروه های مردمی جهادی	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	نوجوانان، جوانان و میانسالان
۳	هیئت امنای مساجد و محله	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	نوجوانان، جوانان و میانسالان
۴	رابطین سلامت	-ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*. -ترویج بارداری در سنین پایین‌تر.	نوجوانان، جوانان و میانسالان
۵	سایر تشکل های مردمی از جمله گروه های مردمی جهادی	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	نوجوانان، جوانان و میانسالان
۶	بخش خصوصی	الزام به ثبت اطلاعات آزمایشات/ تصویربرداری‌ها و مراقبت‌های مرتبط با بارداری توسط کلیه مطب‌های خصوصی در سامانه ملی باروری سالم.	زنان/مادران نوجوان، جوان و میانسال

*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 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 نمایندگان از (۱) اداره سلامت مادران 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.

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 ارائه خدمت شبکه
- احصا و رصد شاخص‌های بین بخشی
- تهیه گزارش برای ارائه 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	میزان تحقیقات انجام شده در زمینه موضوع سقط خود به خودی جنین در کشور در مراکز تحقیقاتی کشور	تعداد تحقیقات انجام شده در زمینه موضوع سقط خود به خودی جنین در کشور	تعداد مراکز تحقیقاتی کشور	۱۰ درصد
۲		میزان بهره برداری از نتایج مطالعات انجام شده که توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت در زمینه ارتقا و بازنگری برنامه	تعداد نتایج بهره برداری شده	تعداد کل نتایج مطالعات انجام شده که توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت ارسال شده است	۲ درصد
۳	آمار و فناوری اطلاعات	میزان ادغام متغیرهای مرتبط با موضوع سقط خود به خودی جنین در سامانه های نظام سلامت از جمله سامانه ملی باروری سالم	تعداد متغیرهای ادغام شده در سامانه های نظام سلامت	کل متغیرهای احصا شده مرتبط با سقط خود به خودی جنین	۵ درصد
		میزان شناسایی موارد 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 موالید	۲۰ درصد
۴	آموزش و اطلاع رسانی	میزان 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 ارایه دهندگان خدمت	تعداد کل ارایه دهندگان خدمت	۶۰ درصد
		میزان پوشش آموزش در گروه های مختلف گیرنده خدمت	تعداد افراد گیرنده خدمت که آموزش دیده اند	کل گیرندگان خدمت تحت پوشش	۳۰ درصد
۶	مراقبت در سطح اول ارایه خدمت	میزان پوشش مراقبت های نیمه اول بارداری بر اساس برنامه جامع سقط خود به خودی	تعداد افراد مراقبت شده در نیمه اول بارداری	کل زنان زایمان کرده	۶۰ درصد
		میزان پوشش مراقبت های پیش از بارداری بر اساس برنامه جامع سقط خود به خودی	تعداد افرادی که مراقبت پیش از بارداری را دریافت کرده اند	کل زنان زایمان کرده	۳۰ درصد
۷	همکاری های بین بخشی	میزان اجرای مصوبات جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در در زمینه مهار و کنترل سقط خود به خودی با همکاری های بین بخشی	تعداد مصوبات اجرا شده	تعداد کل مصوبات	۲۰ درصد

شاخص پیامدی برنامه: کاهش موارد سقط خود به خودی جنین در انتهای سال برنامه (با توجه به ماهیت سقط خود به خودی و عدم وجود داده دقیق از وضعیت موجود، حد انتظار پایان برنامه قابل تعیین نمی باشد).

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. 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.
9. 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.
10. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>.
11. 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](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30315-6), *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).
12. 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
13. 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].
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Shahine L, Lathi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. *Obstet Gynecol Clin* 2015; 42:117–134.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Maraka S, Ospina NM, O'Keeffe 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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>.
32. 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.

33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. 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 هشتم ۱۴۰۱.
- Sarah Prager, Elizabeth Micks, Vanessa K Dalton. Pregnancy loss (miscarriage): Clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation. last updated: Aug 25, 2022.
- راهنمای کشوری رایبه 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 هشتم- ۱۴۰۱.
- قانون برنامه حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی- ۱۴۰۰.