

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



مدیریت بارداری های نیازمند مراقبت ویژه

برنامه سلامت مادران

مرداد ۱۴۰۲



برنامه سلامت مادران

ارائه دهنده مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان

هدف برنامه سلامت مادران

بهبود فرآیند مراقبت ها در راستای تولد نوزادی سالم از مادری سالم

مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه (با کد ملی)

هدف: شناسایی مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه ی است که حداقل یکی از مشکلات ذیل را دارند:

بیماری ها:

آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، بیماری قلبی، پرکاری تیروئید، فشارخون اولیه، آسم، بیماری کلیوی، اختلال انعقادی (ترومبوفیلی)، اختلال سیستم گردش خون (ترومبوآمبولی)، ایدز و HIV مثبت، دیابت، سل، بیماری های بدخیم نظیر لوسمی و سرطان ها، صرع و مصرف داروهای ضد تشنج، بیماری های بافت همبند (لوپوس، ارتريت روماتوئید، مالتیپل اسکلروزیس و...)، اختلالات روانپزشکی، هپاتیت، عوارض حین بارداری، اختلالات فشار خون، چندقلویی

عوامل خطر اجتماعی:

مصرف الکل، مواد افیونی، مواد محرک، سیگار و دخانیات

(این وضعیت صرفا شامل مادران باردار و زایمان کرده تا ۴۲ روز می باشد که در حال حاضر یکی از مشکلات فوق را داشته و این مورد مستلزم این است که حتما ثبت بیماری شده باشند.)

فشار خون بالا

-فشار خون سیستول ۱۴۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا دیاستول ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا افزایش خون تدریجی

اختلالات فشارخون در دوران بارداری

- **فشارخون مزمن:** $BP \geq 140/90$ قبل از حاملگی یا قبل از ۲۰ هفته بارداری که بعد از ۱۲ هفته از زایمان نیز پایدار باقی می ماند.
- فشارخون حاملگی: $BP \geq 140/90$ در دوران حاملگی بدون پروتئین اوری یا علائم پره اکلامپسی که ظرف ۱۲ هفته بعد از زایمان به حالت عادی باز می گردد.
- پره اکلامپسی: فشارخون مساوی یا بالاتر از $160/110$ میلی متر جیوه یا فشارخون کمتر از $160/110$ میلی متر جیوه همراه با پروتئینوری یا سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر
- پره اکلامپسی اضافه شده روی فشارخون مزمن: تشدید فشار یا اضافه شدن پروتئینوری در مبتلایان به فشارخون مزمن
- شک به پره اکلامپسی: فشارخون کمتر از $140/90$ میلی متر جیوه ولی افزایش فشارخون سیستولیک به میزان ۳۰ و یا دیاستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون پایه بدون سایر علائم خطریا
- فشارخون کمتر از $160/110$ و بالاتر از $140/90$ میلی متر جیوه بدون علائم

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

اقدام: آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

در موارد شک به پره اکلامپسی و ارجاع به پزشک و ماما اقدامات پسخوراند طبق موارد زیر توسط بهورز انجام و ثبت گردد
توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگی تا مراقبت بعدی
آموزش علائم خطر
توصیه به مادر برای استراحت نسبی

درد / درد شکم

سوال کنید: محل و شدت درد، سابقه سزارین قبلی، میزان خونریزی، تهوع و استفراغ، اسهال، سوزش ادرار، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، آبریزش، ترشح آبکی و بد بوی واژینال، لرز

تشخیص احتمالی:

حاملگی خارج از رحم یا سقط
پارگی رحم یا پارگی اسکار قبلی
سنگ مجاری ادرار، پیلونفریت، آپاندیسیت (درد شکم، درد پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ، تب و لرز)
جدا شدن زودرس جفت (دکلمان)، انقباض رحمی، درد و سفتی رحم، اختلال صدای قلب جنین نیمه دوم بارداری
کبد چرب، (درد شکم یا اپی گاستر، تهوع و استفراغ، با یا بدون فشارخون بالا، زردی و سردرد)

آمنیونیت (پارگی کیسه آب ، تب و لرز ، افزایش ضربان قلب جنین و مادر ترشح آبکی و بدبو واژینال)
شروع زایمان ترم یا پره ترم (ترشح خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی ، انقباضات طبیعی رحم حداقل ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه در
نیمه دوم بارداری
شروع پره اکلامپسی (درد اپی گاستر بدون فشارخون بالا)
سیستیت (درد زیر دل ، تکرر ادرار ، احساس نیاز به دفع سریع ادرار و سوزش ادرار
عفونت دستگاه گوارشی (دردهای کرامپی ، اسهال و استفراغ)

اقدام : آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

چند قلوبی

تاثیر بر بارداری: احتمال زایمان زودرس ، سزارین پره اکلامپسی ، پارگی زودرس کیسه آب ، تهوع و استفراغ شدید بارداری ، نوزاد کم وزن ، آنمی ، کبد چرب حاملگی و.....

اقدام :ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک

در صورت دریافت پسخوراندارجاع و توصیه پزشک و ماما به:

- ۱- مصرف قرص آهن ۶۰ تا ۱۰۰ میلی گرم و قرص اسید فولیک امیلی گرم در روز
- ۲- انجام مراقبت های بارداری هر دو هفته یک بار از هفته ۲۴ تا ۳۶ بارداری و سپس هر هفته تا ختم بارداری
- ۳- بررسی دقیق میزان فشار خون و صدای قلب جنین ها
- ۴- تاکید بیشتر در مورد علائم نیازمند مراقبت ویژه (خونریزی ، لکه بینی ، آبریزش ، درد های شکمی) بایستی توسط بهورز انجام و حتما در سامانه ثبت گردد.

درد / سردرد

سوال کنید: سابقه میگرن، میزان و مدت زمان درد، سابقه سینوزیت مزمن

تعیین کنید: سن بارداری، میزان دقیق فشار خون

تشخیص احتمالی: سردرد تنشی، میگرن، حاملگی، پره اکلامپسی، ترومبوز سینوس کاورنو، مننژیت

آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

درد / درد یک طرفه ساق و ران

معاینه کنید: رنگ (سردی و رنگ پریدگی اندام)، حرارت عضو، نبض (کاهش نبض)، درد، ورم

اندازه گیری کنید: دور ران یا ساق دو طرف

۹۰٪ DVTها در بارداری در پای چپ اتفاق می افتاد.

ادم اختلاف بیشتر از ۳ سانتیمتر قطر ساق / ران دو طرف
تشخیص احتمالی: ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی

آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری



دیابت بارداری

دیابت آشکار : دیابت آشکار یا پیش از بارداری : قبل از بارداری فرد به آن مبتلا است و قبل یا در شروع بارداری تشخیص داده شده است
FBS غیر طبیعی در ملاقات اول بیشتر و مساوی ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر
. دیابت حاملگی : تشخیص دیابت در طی حاملگی که معمولا در هفته ۲۸-۲۴ بارداری تشخیص داده می شود.

تاثیر بر بارداری: احتمال زایمان زودرس ، ناهنجاری های مادرزادی ، زایمان زودرس ، زایمان سخت ، مرگ جنین عفونت، تب ،

اقدام :ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک

در صورت دریافت پسخوراند پزشک و ماما و توصیه به انجام:

- ۱- مصرف اسید فولیک به میزان ۱ میلی گرم در روز در سه ماهه اول بارداری و سپس ۴۰۰ میکروگرم تا پایان بارداری
 - ۲- توصیه به تهیه گلوکومتر
 - ۳- رعایت رژیم غذایی
 - ۴- شمارش حرکت جنین از ۲۸ هفتگی
 - ۵- کنترل هفتگی فشارخون جهت تشخیص پره اکلامپسی از هفته ۲۸ بارداری
- اقدامات بایستی توسط بهورز انجام و حتما در سامانه ثبت گردد.

نمایه توده غیر طبیعی بدنی

رنگ ناحیه BMI	وضعیت بدنی مادر	BMI بارداری Kg/m ²	محدوده مجاز افزایش وزن کیلوگرم	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	لاغر	< ۱۹/۸	۱۲/۵-۱۸	۰/۵
سبز	طبیعی	۱۹/۸-۲۶	۱۱/۵-۱۶	۰/۴
نارنجی	اضافه وزن	> ۲۶-۲۹	۷-۱۱/۵	۰/۳
قرمز	چاق	> ۲۹	۶-۹	۰/۲

کل وزن گیری برای خانم های باردار در دوقلویی ۲۱-۱۸ کیلوگرم توصیه شده در موارد سه قلویی ۲۲/۵ تا ۲۷ کیلوگرم می باشد.

اقدام جهت افزایش وزن ناگهانی (بیش از یک کیلوگرم در هفته) : آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

اقدام جهت کاهش یا افزایش وزن نامطلوب :- ارجاع غیر فوری به پزشک و ماما
- توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده
- پیگیری پس از دو هفته

اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

سوال کنید: وضعیت حرکت جنین

تعیین کنید: سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکت جنین

تشخیص احتمالی: تاکی کاردی جنینی، دیسترس جنینی (برادیکاردی) هیپوکسی، مرگ جنین
با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد،
در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید.
تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای
قلب جنین کفایت می کند.

معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ۱۶ تا ۲۰ بارداری احساس می شود و این زمان
می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری
است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین در هفته های ۲۰ تا ۳۰ بارداری است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶
بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود

اقدام: آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

خونریزی / لکه بینی

سوال کنید: میزان خونریزی، درد شکم

تعیین کنید: سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی

تشخیص احتمالی: سقط، سقط عفونی، حاملگی خارج از رحم، حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد،
تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم
جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، شروع زایمان (ترم یا پره ترم)، احتمال دکلمان یا جفت سر راهی

اقدام: آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و اعزام

خونریزی در سه ماهه اول و دوم حاملگی در حدود ۲۰٪ کل حاملگی ها
اتفاق افتاده و از آن میان شایعترین علت آن **سقط خود بخودی** است.

سایر علل خونریزی در نیمه اول حاملگی

حاملگی خارج از رحم (حاملگی نابجا)
بیماریهای تروفو بلاستیک
صدمات و ضایعات سرویکس یا واژن
اختلالات خونی
خونریزی ناشی از جایگزینی جفت

انواع بالینی سقط خود بخودی و خصوصیات آنها

□ تهدید به سقط

علائم: لکه بینی یا خونریزی کم، درد سوپرا پوبیک، تداوم علائم حاملگی

نشانه ها: دهانه رحم بسته، قوام رحم و سرویکس طبیعی، جنین زنده

□ سقط اجتناب نا پذیر :

علائم: خونریزی متوسط، کرامپ متوسط تا شدید رحمی و یا پارگی کیسه آب

نشانه ها: اتساع سرویکس بیش از یک سانتی متر، وجود جنین و جفت داخل رحم، جنین یا مرده یا خواهد مرد.

□ سقط ناقص:

علائم: خونریزی و کرامپ متوسط تا شدید، دفع بافت

نشانه ها: دهانه رحم باز، مشاهده قسمتی از محصولات حاملگی دفع شده، کاهش اندازه رحم

• سقط کامل :

علایم: سابقه ی خونریزی یا کرامپ و یا در حال حاضر کاهش یا قطع آن ها، دفع کامل جنین و جفت
نشانه ها: باز یا بسته بودن سرویکس، کوچک شدن رحم

سقط فراموش شده :

علایم: از بین رفتن علایم حاملگی (تهوع - استفراغ - احتقان پستان و...
نشانه ها: سرویکس بسته، اندازه رحم کوچکتر از حد انتظار، جنین مرده، از بین رفتن نشانه های حاملگی

سقط عفونی:

علایم: خونریزی، کرامپ متوسط تا شدید رحمی، تب، ترشح بد بوی واژینال
نشانه ها: سرویکس معمولاً باز، حساسیت رحم و سرویکس، ترشحات چرکی یا خونابه ای بدبو، اختلال برخی
ارگان ها
سقط تکراری: سرویکس نارسا، اختلالات آندوکراین

" حاملگی مولار " مول هیداتیفرم

- اختلالات غیر طبیعی مربوط به جفت
- تخریب پرزها و سلول هایی که با مایع پر شده اند به صورت خوشه هایی از وزیکول که شبیه خوشه انگور هستند
- رشد زیاد پرزهای کوریونی که به جنین اجازه رشد نمی دهد.

علائم مول

- دفع بافت وزیکولی (مثل دانه انگور) که در ۸۰٪ موارد دیده می شود.
- مشخص ترین علامت: خونریزی غیر طبیعی رحمی
- رحم بزرگ تر از سن حاملگی است
- تهوع ، استفراغ شدید، پره اکلامپسی و اکلامپسی قبل از هفته ۲۴
- عدم لمس اعضای جنین و عدم سمع صدای قلب جنین

حاملگی نابجا (EP)

- به حاملگی و کاشته شدن تخم (بلاستوسیت) در خارج از حفره داخل رحمی حاملگی خارج رحمی یا Ep گفته میشود.
- لوله رحمی شایعترین محل Ep را تشکیل داده سایر موارد Ep نادر بوده و ممکن است در تخمدان، سرویکس، شکم و یا واژن رخ دهد.
- از میان تمامی آنها حاملگی ناحیه بینابینی (در لوله های رحمی) خطرناکترین شکل Ep است زیرا جنین در بین شریان های رحمی و تخمدانی استقرار یافته و با پیشرفت حاملگی و پارگی این عروق خونریزی بسیار سریع و شدیدی رخ می دهد.

• خونریزی واژینال در نیمه دوم حاملگی

در ۲ تا ۵ درصد حاملگی ها رخ میدهد که ممکن است منشا رحمی یا جفتی (نظیر دکلمان جفت، جفت سر راهی یا پارگی رحم) یا دستگاه ژنیتال تحتانی (نظیر تومورها یا صدمات سرویکس و واژن) و به ندرت منشا جنینی (رگ سرراهی) داشته باشد.

placenta previa

جفت سر راهی

جفت روی دهانه داخلی سرویکس یا خیلی نزدیک به آن باشد

موقعیت آن نسبت به دهانه داخلی سرویکس به سه نوع تقسیم میشود:

۱. کامل یا مرکزی

۲. نسبی

۳. حاشیه ای

علائم و نشانه ها:

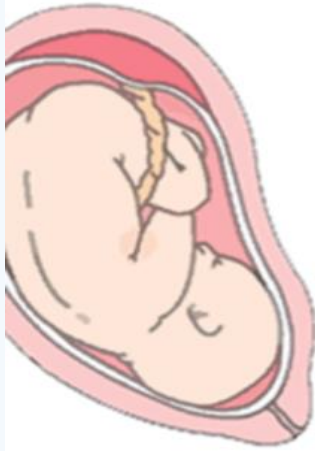
اصلی ترین و شایعترین علامت خونریزی بدون درد واژینال است .

تغییرات جنینی (FHR) رخ نمیدهد

در معاینه رحم نرم و غیر حساس بوده (مگر اینکه همزمان با شروع زایمان زودرس باشد)

انواع جفت سر راهی

Types of Placenta Previa



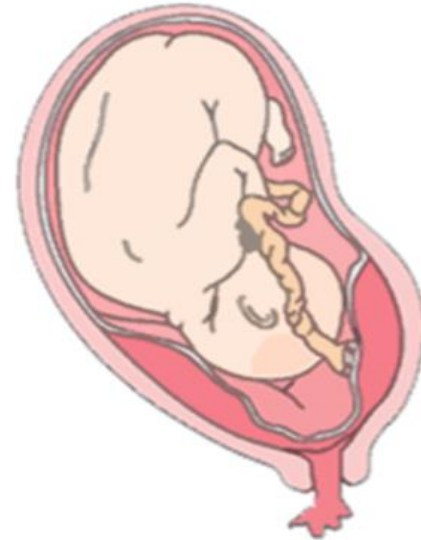
NORMAL
PLACENTA



LOW
IMPLANTATION



PARTIAL
PLACENTA PREVIA



TOTAL
PLACENTA PREVIA

placenta abruption

دکلمان جفت

به جدا و کنده شدن جفت قبل از خروج جنین و پس از ۲۰ هفته حاملگی جدا شدن زودرس جفت یا دکلمان گویند .

علائم و نشانه ها :

۱ - خونریزی واژینال که معمولاً ناگهانی تیره رنگ (در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران خونریزی واژینال ندارند و خون در بین جفت و پرده های جنینی و دیواره رحم تجمع می یابد که این موارد بسیار خطرناک هستند .

۲ - درد و حساسیت رحمی

۳ - دیسترس جنینی: در بیش از ۵۰ درصد موارد دیسترس جنینی (الگوی FHR نامطلوب) و در ۱۵ درصد موارد مرگ داخل رحمی بروز می کند .

تهوع و استفراغ:

سوال کنید: درد شکم، لکه بینی، نوع و دفعات استفراغ (استفراغ زیاد بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)، تهوع صبحگاهی (در ۵۰ تا ۹۰ درصد زنان باردار در طی سه ماهه اول بارداری) وجود دارد، سردرد، اسهال، ضعف و بی حالی، کاهش وزن

تعیین کنید: حال عمومی، درجه حرارت، فشارخون، کاهش وزن در حد ۵٪ وزن بدن، حساسیت شکم، تورگور پوست

تشخیص احتمالی: استفراغ شدید بارداری (عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها بروز می کند)، مول، عفونت دستگاه گوارش، کبد چرب حاملگی، هیپاتیت، تهوع و استفراغ بارداری

اقدام: جهت استفراغ شدید بارداری آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

سن بارداری بیش از ۴۰ هفته

سوال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی

تعیین کنید: سن بارداری با توجه به LMP و سونوگرافی ۱۲ هفته اول (در صورت وجود) ، صدای قلب جنین

تشخیص احتمالی: POST DATE

اقدام: آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری

مراقبت های ویژه بارداری

اقدام	گروه بندی	
آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و اعزام اقدامات قبل از اعزام: الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان	در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه - اختلال هوشیاری - شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد - خونریزی - پاره شدن کیسه آب - درد شدید یا حاد شکم	علائم نیازمند اقدام فوری
- آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری	فشارخون بالا، لکه بینی، تب، سوزش ادرار، آبریزش، سر درد، درد شکم و یا پهلوها، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، استفراغ شدید یا خونی، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ضربه مستقیم به شکم و لگن، افزایش وزن ناگهانی، نشنیدن یا غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین (نیمه دوم بارداری)، کاهش یا عدم حرکت جنین، ورم دستها و صورت (نیمه دوم بارداری)، سن بارداری بیش از ۴۰ هفته	علائم و نشانه های غیر طبیعی
ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک	وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، نشنیدن صدای قلب جنین (نیمه اول بارداری)، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، خارش پوست، بثورات پوستی، ورم دستها و صورت (نیمه اول بارداری)، سوء تغذیه، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری	علائم و نشانه های غیر طبیعی
- در صورت التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیرفوری به بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک - در صورت عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک	التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	مشکلات دهان و دندان
ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک	بارداری بالای ۳۵سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، شغل سخت و سنگین، چندقلوپی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، ارهاس منفی، بارداری همزمان با شیردهی، اختلال ژنتیکی یا ناهنجاری در زوجین یا بستگان درجه اول	وضعیت بارداری فعلی

بررسی	گروه بندی	اقدام
سوابق بارداری و زایمان قبلی	پره اکلامپسی، دیابت بارداری، چندقلویی، سزارین، جراحی بر روی رحم، خونریزی پس از زایمان، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، مول / حاملگی نابجا، زایمان دیررس، زایمان زودرس، نوزاد ناهنجار، سقط مکرر، مرده زایی، مرگ نوزاد، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک
سابقه بیماری	بیماری قلبی، فشارخون بالا، دیابت، آسم، ...	ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک
رفتار پر خطر	سابقه زندان، سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده	ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک
غربالگری دخانیات، الکل و مواد	غربالگری اولیه منفی ولی شک قوی به مصرف مواد	- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک - پیگیری هر ۳ ماه و غربالگری اولیه
	غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات، الکل و مواد	- آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری - توصیه اکید به ترک سیگار و دریافت خدمات درمانی اختلال مصرف مواد و الکل در بارداری خصوصاً در هفته های اول بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی
	سابقه درمان اختلال مصرف مواد	- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک

"دستور عمل استانی شماره ۲۸ با موضوع پیگیری"

- الف- اصول کلی پیگیری مطابق بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (تجدید نظر نهم- سال ۱۴۰۲) به شرح ذیل می باشد:
 - مادری که اعزام یا ارجاع فوری شده است باید حداکثر تا ۲۴ ساعت، پیگیری شود.
 - ارجاع در اولین فرصت، لازم است از ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۷۲ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، مانند ارجاع فوری اقدام شود.
 - مادری که ارجاع غیر فوری شده است، می بایست پس از یک هفته، پیگیری و وضعیت وی مشخص شود. اگر مورد ارجاع پس از یک هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پیگیری شود.
 - آموزش مادر در خصوص اهمیت دریافت به موقع مراقبت ها ضروری است و بایستی تاریخ مراجعه بعدی در دفترچه مراقبت مادر ثبت و در آموزش مادر نسبت به توجه در این باره تاکید گردد.
 - در موارد اعزام، مشاوره و پیگیری های تعیین شده، کارشناس رابط سلامت مادران می بایست از وضعیت مادر مطلع گردد و در صورت نیاز هماهنگی لازم را انجام دهد.
 - مراجعه جهت دریافت مراقبت های معمول بارداری و پس زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تاکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، حداکثر طی یک هفته پیگیری شود.

ب- در مادران فاقد هر گونه مورد نیازمند مراقبت ویژه در صورتی که مادر در دوره بارداری تا پس از زایمان در زمان تعیین شده

جهت دریافت **مراقبت های معمول** مراجعه نمی کند یا از دریافت مراقبت ها اجتناب یا از دریافت مراقبت ها اجتناب می نماید،

پیگیری تلفنی در سه نوبت با فواصل منطقی، مشروط به اطمینان از دریافت تماس توسط مادر یا خانواده و ثبت در پرونده الکترونیک

، کفایت می نماید.

ج-در مادرانی که به هر دلیل نیازمند مراقبت ویژه هستند، در صورت عدم مراجعه جهت دریافت مراقبت های معمول یا بی توجهی

به ارجاعات، توجیه کامل مادر و خانواده وی به ویژه همسر توسط پرسنل متولی مراقبت مادر باردار (بهورز/ ماما/ ماما مراقب) و پزشک مرکز صورت پذیرد و سه نوبت پیگیری انجام و ثبت گردد. فواصل زمانی سه بار پیگیری بستگی به وضعیت و شرایط جسمانی مادر از نظر فوریت مراقبت ها و نوع ارجاع دارد و باید به نحوی باشد که زمان از دست نرفته و اقدامات لازم برای مادر با تاخیر مواجه نشود.

در صورت عدم احراز نتیجه، مطابق دستور عمل شماره ۲۶ استانی به منظور پی گیری در سطح بالاتر به رابط سلامت مادران شهرستان (کارشناس برنامه سلامت مادران ستاد شهرستان) گزارش و پیگیری لازم صورت گیرد.

د-در صورت عدم مراجعه یا بی توجهی مادران فوق به ارجاعات علیرغم پیگیری و تماس رابط سلامت مادران، پیگیری تیمی درب منزل برای موارد ذیل فعال گردد:

ابتلا مادر به بیماری های زمینه ای شامل: بیماری قلبی، دیابت کنترل نشده، فشارخون بالای کنترل نشده، نمایه توده بدنی بیشتر از ۳۰ در قبل یا اوایل بارداری

عدم توجه به ارجاعات فوری و ممانعت ها و اجتناب هایی که جان مادر را تهدید می کند.

دستور عمل شماره ۲۷ استانی

کلیه ی مادران باردار ۴۰ ساله و بالاتر، در نیمه اول بارداری به متخصص قلب و عروق و در صورت فقدان متخصص قلب و عروق در شهرستان، به متخصص داخلی ارجاع گردند. این مورد برای خانم های گروه هدف مراقبت پیش از بارداری ۴۰ ساله و بالاتر نیز اجرا می گردد. معاینات معمول قلب مادران باردار پیشگفت که بایستی مشابه سایر مادران باردار، در اولین ویزیت مادر و حداکثر تا یک هفته پس از تشکیل پرونده مراقبتی توسط پزشکان مراکز انجام گردد، کماکان لازم الاجرا خواهد بود.

خسته نباشید

