

فهرست

- فصل ۱: بهداشت پیش از ازدواج و مراقبت‌های پیش از بارداری ۲
- فصل ۲: مراقبت‌های پره ناتال ۲۰
- فصل ۳: مراقبت‌های معمول زایمان و پس از زایمان **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۴: بهداشت روان **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۵: دستور العمل HIV **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۶: بیماری‌های غیر واگیر **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۷: غربالگری کودکان/بیماری‌های کودکان/ تربیت جنسی کودک **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۸: بهداشت دهان و دندان **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۹: رشد و تکامل کودک **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۰: اصول مراقبت‌های بهداشتی (PHC) **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۱: بهداشت بلوغ و نوجوانی **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۲: شیر مادر **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۳: تغذیه تکمیلی و تغذیه سنین مدرسه و بلوغ **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۴: بهداشت باروری **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۵: جمعیت و جمعیت شناسی **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۶: مروری بر واژه‌های رایج **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۷: سازمان‌ها، برنامه‌ها و صندوق‌های ملل متحد/ زیج حیاتی **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۸: سلامت و بیماری **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۱۹: فرزند آوری و افزایش جمعیت **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۲۰: سطوح پیشگیری **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۲۱: تنظیم خانواده **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۲۲: واکسیناسیون **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۲۳: بهداشت سالمندان **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۲۴: آموزش بهداشت **Error! Bookmark not defined.**
- فصل ۲۵: مطالعات اپیدمیولوژیک **Error! Bookmark not defined.**

فصل ۲۶: دستورالعمل اجرایی ابزار غربالگری تکامل ASQ-3 و ASQ: SE-2 **Error!**

Bookmark not defined.

فصل ۱: بهداشت پیش از ازدواج و مراقبت‌های پیش از بارداری

سلامت جسمی و روانی زوجین در موفقیت ازدواج، تولد فرزندان سالم و داشتن خانواده سالم نقش دارد. از دیدگاه روانشناسان زمانی فرد آماده ازدواج است که دارای سه ویژگی زیر باشد:

سه شرط لازم برای ازدواج:

۱. بلوغ اجتماعی (Social maturation)
۲. انگیزش (motivation) توجه: شرط لازم برای ازدواج موفق است. بدون انگیزش، ازدواج تحمیلی است.
۳. داشتن اطلاعات (information): آگاهی زوجین از آنچه سبب تحکیم یا تخریب ارتباط در زندگی زناشویی می‌شود به موفقیت آنان در زندگی مشترک کمک می‌کند.

مراحل بلوغ:

۱. بلوغ جسمانی: عبارت است از آغاز تغییرات در سطح هورمونهای جنسی که سبب تغییرات جسمی و روانی می‌شود و تحت تاثیر عواملی مانند آب و هوا، شرایط اقلیمی، وراثت و تغذیه قرار می‌گیرد
۲. بلوغ روانی: ۳ تا ۴ سال بعد از بلوغ جسمانی است / نوجوان در این مرحله داراری ثبات و آرامش نسبی روانی است/ در این مرحله با تسلط نسبی روان و جسم حالت خودشیفتگی و بروز عشق‌های رمانتیک افزایش می‌یابد
۳. بلوغ اجتماعی: که آخرین مرحله بلوغ است که حدود ۳ تا ۴ سال بعد از بلوغ روانی است / احساس مسئولیت در مقابل دیگران، غلبه بر احساس، علاقه به ازدواج و برقراری روابط عمیق و پایداری در فرد به وجود می‌آید

مراحل ارتباط:

هر گونه ارتباط سالم مرحله‌ای را طی می‌کند. مدل ABCDE برای تشریح مراحل ارتباط در زن و مرد است..

- ♥ عاملی که باعث تداوم رابطه می‌شود، احساس رضایت است.
- ♥ عامل اصلی تاثیرگذار بر تعمیق و تداوم روابط زناشویی چیست؟ تعادل بین یکی شدن و احساس فردیت

A: جذب شدن (Attraction)

B: ساختن (Building)

C: تداوم (Continuity)

D: زوال (Deterioration)

E: خاتمه (Ending)

جذب شدن: وقتی اتفاق می‌افتد که دو نفر از وجود هم آگاه شده و یکدیگر را جذب کنند. این آگاهی می‌تواند از طریق آشنایان و همسایه و... صورت گیرد. اکثر افراد ترجیح می‌دهند با افرادی از نظر ظاهر فیزیکی همسان هستند ازدواج کنند. شباهت در نگرش‌ها و شخصیت ممکن است اختلاف در جاذبه‌ی فیزیکی را تعدیل کند.

ساختن: به دنبال جذب پیش می‌آید و جذب انگیزه‌ای برای ساختن است. اکثراً تمایل دارند افرادی را از نظر نژاد، قومیت، سن، تحصیلات، مذهب مشابه خود انتخاب کنند. تفاوت سنی مناسب بین زوجین در مطالعات مختلف ۲-۵ سال است.

تداوم: احساس رضایت باعث تداوم می‌شود. عواملی که رابطه را به زوال و نابودی می‌کشد شامل: احساس خسته شدند، بحث بر سر مسایل بی‌اهمیت، فراموش کردن مسایل مهم، ارضا نشدن و یا احساس نامتوازن بودن

زوال: وقتی با اختلاف‌ها برخورد مناسبی نشود می‌تواند باعث زوال و حتی خاتمه شود. زوجین در برخورد با زوال ۲ راه را پیش می‌گیرند. ۱. برخورد فعال: بحث کردن در مورد اختلاف و کمک از مشاور ۲. برخورد غیر فعال: انتظار برای بهبود خود به خود که معمولاً ارتباطات به صورت خود به خود بهبود نمی‌یابند

خاتمه: وقتی زوجین رضایت‌کمی از ازدواج دارند ممکن است رابطه خاتمه یابد.

از نظر روانشناسان عشق کامل شامل:

۱. صمیمیت یا احساس عاطفی نزدیک بودن به فرد دیگر و سهیم کردن وی در احساسات و افکار خصوصی خود.
 ۲. دلباختگی (passionate) یا انتظارات جنسی
 ۳. تصمیم و تعهد
- خصوصیات ازدواج پایدار: (۴ مورد می باشد)**
۱. اعتماد و احترام
 ۲. صداقت (هسته اصلی صمیمیت)
 ۳. تعهد
 ۴. صمیمیت (intimacy) (شامل احساس وابستگی عاطفی و تمایل به برقراری ارتباط و تقسیم تجربیات و مشارکت دادن و سهیم کردن دیگران در احساسات و افکار خصوصی است).

اهداف مشاوره ازدواج:

- پیشگیری از حاملگی های پرخطر
- فاصله گذاری مناسب بین فرزندان
- جلوگیری از حاملگی های ناخواسته
- کاهش بار بیماری های ژنتیکی
- فراهم نمودن زمینه مساعد برای تامین سلامت جسمی، روانی خانواده و جامعه

مواردی که در هنگام آموزش مشاوره ازدواج باید مطرح شود:

۱. فیزیولوژی و آناتومی دستگاه تناسلی
۲. اهمیت تنظیم خانواده و روش های پیشگیری از بارداری
۳. اهمیت شیردادن و مزایای آن
۴. بیماری های مقاربتی از جمله ایدز
۵. سرطان های شایع زنان مانند سرطان سرویکس و پستان و راه های تشخیصی زودرس آن
۶. بیماری های ارثی خصوصا تالاسمی
۷. واکسیناسیون پیش از ازدواج به خصوص کزاز و سرخجه
۸. مراقبت های قبل بارداری و دوران بارداری
۹. بهداشت جنسی
۱۰. بهداشت روانی ازدواج

مطالعات نشان دادند کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج خطر اختلال عملکرد زودواج را کاهش و میزان رضایت از ازدواج را افزایش می‌دهد

ازدواج سالم:

خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی است / منشا تشکیل خانواده ازدواج است / سلامت و بهبود وضعیت جوامع بستگی به موفقیت در ازدواج و تشکیل خانواده سالم دارد
سن مناسب ازدواج در دختران ۱۸-۲۴ سال و در پسران ۲۴-۲۸ سال است
طبق برنامه‌ی کشوری اداره باروری سالم کلیه‌ی زوج‌های جوان باید در بدو ازدواج در کلاس‌های آموزشی پیش از ازدواج شرکت نمایند.

در حال حاضر انجام بررسی‌های زیر در کشور، قبل از ازدواج ضروری است:

۱. انجام تست VDRL به منظور شناسایی سیفیلیس در مردان (این آزمایش برای زنان در ازدواج اول صورت نمی‌گیرد).
 ۲. U/A در مردان جهت تشخیص موارد اعتیاد
 ۳. آموزش تکمیل برنامه واکسیناسیون کزاز (که از راه‌های اساسی حذف کزاز نوزادی است)
 ۴. بررسی از لحاظ سل
 ۵. آزمایش خون برای تشخیص افراد ناقل تالاسمی
مراحل غربالگری تالاسمی زوجین هنگام ازدواج:
- شایع‌ترین اختلالات تک ژنی در سراسر جهان (تالاسمی‌ها) اتوزوم مغلوب / اختلال در ساخت یک یا چند زنجیره‌ی پلی پپتیدی هموگلوبین)

$MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$ (نیاز به اقدام خاصی نیست

صدور مجوز ازدواج

$MCV < 80$ و یا $MCH < 27$ (انجام آزمایش CBC

در زن

مرحله اول: آزمایش CBC در

مرد

$MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$ (صدور مجوز ازدواج

$MCV < 80$ و یا $MCH < 27$ (اندازه‌گیری میزان HbA2

در مرد و زن به روش کروماتوگرافی ستونی

مرحله دوم:

آزمایش CBC در زن

مرحله سوم: اندازه‌گیری میزان HbA2 به روش کروماتوگرافی ستونی در مرد و زن

♥ الف: اگر هر دو نفر $HbA2 > 3.5$ باشد (زوجین ناقل تالاسمی هستند و نیاز به مشاوره ویژه تالاسمی دارند و ارجاع می‌شوند).

♥ ب: اگر هر یک یا هر دو نفر $HbA2 \leq 3.5$ باشد (فرد به عنوان فقر آهن درمان می‌شود (مرحله چهارم)).

♥ ج: اگر $HbA2 \geq 7$ باشد فرد مشکوک به C, E, G, S Hb است که برای تشخیص قطعی لازم است الکتروفورز استات سلولز و سیترات آگار انجام شود. (ارجاع به هماتولوژیست)

مرحله چهارم: درمان کم خونی فقر آن به مدت یک ماه و بررسی مجدد اندکس‌ها و HbA2

♥ الف: عدم اصلاح اندکس‌ها و $HbA2 \geq 3.5$ در هر دو (زوج ناقل تالاسمی (ارجاع جهت مشاوره ویژه تالاسمی

♥ ب: عدم اصلاح اندکس‌ها در هر دو؛ ولی $HbA2 \leq 3.5$ در یکی یا هر دو (انجام آزمایشات تکمیلی اعم از بررسی ژنتیکی و زنجیره‌های هموگلوبین)

♥ ج: اصلاح اندکس‌ها و $HbA2 < 3.5$ (نیاز به اقدام دیگری نیست و صدور مجوز ازدواج

مرحله پنجم: آزمایشات تکمیلی (زوجینی که در مرحله فقر آهن درمان شده؛ ولی اندکس‌ها اصلاح

نشده است و در یکی یا هر دو $HbA2 \leq 3.5$ باشد، آزمایشات تکمیلی به عمل می‌آید).

آزمایشات تکمیلی شامل:

بررسی زنجیره‌ها - بررسی هموگلوبین H - مطالعه DNA - که نتایج توسط هماتولوژیست تفسیر و در صورت ناقل بودن زوجین در برنامه تالاسمی استان قرار می‌گیرند.

اصطلاحات:

- ♥ MCV = Mean cell volume = normal ranges = 80-100 fl (فمولیتر)
- ♥ MCH = Average weight of hemoglobin per RBC = 27-34 pg (پیکوگرم)
- ♥ If MCH is normal = normochromic
- ♥ if MCH is less than normal = hypochromic

مراقبت‌های پیش از بارداری

هدف از مراقبت پیش از بارداری، شناسایی و تعدیل مخاطراتی که سلامت زن و یا پیامد بارداری را تهدید می‌کنند

طبق تعریف مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (CDC): مجموعه‌ای از مداخلات از طریق پیشگیری و درمان، با هدف شناسایی و تعدیل مخاطرات بیماری‌ها، مشکلات رفتاری و اجتماعی که تهدیدکننده سلامت زن یا پیامدهای حاملگی است.

گروه هدف برای مراقبت‌های پیش از بارداری شامل:

- ♥ کسانی که تمایل به بارداری دارند
- ♥ کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند
- ♥ کسانی که برای ارزیابی عفونت‌های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده اند
- ♥ کسانی که برای روش پیشگیری از بارداری مشاوره می‌گیرند
- ♥ کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می‌کنند.

در اولین مراجعه پس از گرفتن شرح حال و ارائه مراقبت‌ها توسط ماما، معاینه پزشک باید انجام شود و نتیجه ارزیابی کامل خود را (معاینه فیزیکی، شرح حال، نتیجه آزمایش‌ها و سونوگرافی) در فرم مراقبت پیش از بارداری ثبت کند.

توجه: غربالگری سلامت روان و غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد انجام می‌شود.

مشاوره قبل از بارداری با هدف ارزیابی خطرات احتمالی برای بارداری، ترویج شیوه زندگی سالم و افزایش آمادگی برای بارداری انجام می‌شود و بهداشت فردی، بهداشت روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردارشدن، تاریخ مراجعه بعدی (در صورت نیاز) و عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد آموزش داده می‌شود (مشاوره تا ۱ سال اعتبار دارد)

یادآور شوید خانم با قطع قاعدگی مراجعه کند!

آزمایشات پیش از بارداری شامل:

HBsAg, TSH, FBS, CBC diff

نکته: در صورت وجود یا سابقه رفتار پرخطر در خانم یا همسرش مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV / درخواست آزمایش VDRL

نکته: در خواست تیتر آنتی بادی ضد سرخجه (در صورتی که خانم علیه سرخجه ایمن نشده باشد).

نکته: آزمایش پاپ اسمیر مطابق با دستورالعمل کشوری و در صورت نیاز (در زنان ۳۰-۷۰ ساله ازدواج کرده، سه سال بعد از اولین تماس جنسی و در صورت طبیعی بودن تست، انجام آن هر ۵ سال یکبار تا ۴۰ سالگی و سپس هر ۱۰ سال یک بار)

ابزار مورد استفاده برای غربالگری از نظر مصرف الکل: TACE

۱. تحمل در برابر الکل Tolerance
 ۲. سرزنش شدن Annoyed
 ۳. تلاش‌های صورت گرفته برای ترک مصرف Cut down
 ۴. سابقه‌ی نوشیدن الکل در اوایل صبح Eye opener
- پیامدهای نامطلوب ناشی از استعمال دخانیات در صورت ترک استعمال دخانیات در دوره‌ی قبل از حاملگی عمدتاً بر طرف می‌شوند
- تماس بیش از حد با متیل مرکوری یا سرب اختلالات تکامل عصبی را افزایش می‌دهد
- متیل مرکوری در ماهی‌هایی مانند: کوسه ماهی، نیزه ماهی، ماکرل بزرگ، سفره ماهی بیشتر است که باید از مصرف آنها در بارداری اجتناب شود.
- هر هفته حداکثر ۱۲ انس یا ۳۴۰ گرم یا دو وعده تون کنسروی و یا حداکثر ۶ انس سا ۱۷۰ گرم الباکور در بارداری مجاز است
- تماس شایع و هر روز با میدان‌های مغناطیسی شواهدی در انسان یا حیوانات حاصل نشده که نشان دهنده اثر نامطلوب جنینی باشد

ایمن سازی:

سرخجه، هپاتیت، توام (در صورت نیاز)

واکسن سرخجه: بعلت خطر ابتلا به سرخجه در دوران بارداری و سندرم سرخجه مادرزادی در صورتی که خانم سابقه دریافت واکسن سرخجه، MMR را ذکر نمی‌کند، تیتر آنتی بادی ضد سرخجه ارزیابی

شود و در صورت پایین بودن، واکسن سرخجه تجویز شود. بعد از تزریق واکسن سرخجه، بهتر است حداقل تا یک ماه از یک روش موثر پیشگیری از بارداری استفاده شود؛ ولی اگر در این زمان فرد باردار شد (ختم بارداری اندیکاسیون ندارد).

در گرفتن شرح حال و تشکیل پرونده (تاریخچه اجتماعی، تاریخچه بارداری، تاریخچه پزشکی، رفتار پرخطر، شغل، علائم حیاتی، فاصله مناسب دو بارداری، مشاوره ژنتیک، مکمل‌های دارویی، معاینه دهان و دندان، معاینه فیزیکی، نمایه توده بدنی، همسرآزاری، خشونت جسمی و روانی انجام می‌شود.

کزار قابل تزریق قبل و یا در حین بارداری است زیرا کزار حاوی توکسوئید است

واکسن‌های حاوی باکتری یا ویروس کشته شده در بارداری قابل تزریق می‌باشند: انفولانزا، پنوموکوک، هپاتیت B، هاری، مننگوکوک

واکسن‌های حاوی ویروس زنده در بارداری کنترااندیکاسیون دارند: واریسلا زوستر، سرخک، اوریون، سرخجه، فلج اطفال، ابله مرغان، تب زرد

تجویز ناخواسته واکسن سرخک، سرخجه، اوریون، واریسلا در دوران حاملگی اندیکاسیون ختم حاملگی نیست زیرا خطر جنینی تئوریک است

در مورد برخی عفونت‌ها هیچ واکسنی در دسترس نیست مانند زیکا

شغل سخت و سنگین:

کارهای ایستاده یا نشسته مداوم

بالا بودن حجم فعالیت جسمی که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود. کار در محیط پر سر و صدا، محیط گرم، محیط پراسترس روانی که موجب افزایش فشارخون می‌گردد. تماس با داروهای شیمی درمانی و اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛

مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلال‌های شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کش‌ها و دود دمه‌های فلزات

علائم حیاتی:

فشارخون در یک وضعیت ثابت و از یک دست ثابت اندازه‌گیری شود.

ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شود.

اگر میانگین دوبار اندازه‌گیری فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر باشد فشارخون بالا اطلاق می‌شود.

درجه حرارت بدن از راه دهان به مدت یک دقیقه (38°C) یا بالاتر (تب)

درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰.۵ درجه کمتر است. تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل بین ۶۰-۱۰۰ بار در دقیقه طبیعی است. تعداد تنفس به مدت یک دقیقه کامل بین ۱۶-۲۰ بار در دقیقه طبیعی است.

مشاوره ژنتیک:

در موارد سابقه اختلال و یا بیماری‌های ژنتیکی، مشاوره ژنتیک انجام شود.

مکمل‌های پیش از بارداری:

مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحا یک ماه قبل از بارداری) توصیه می‌شود. نکته: در کسانی که مبتلا به هایپر تیروئیدی هستند، مکمل حاوی ید توصیه نمی‌شود. مصرف آن در سایر بیماری‌های تیروئید منعی ندارد.

در سابقه NTD در نوزاد یا نوزادان قبلی:

تجویز مصرف روزانه 4 mg اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری تا سه ماه اول بارداری در نمایه توده بدنی (BMI): محاسبه از روی نمودار **نوموگرام**، وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر)

$BMI < 18.5$ یا Z-score کمتر از یک:

○ ارائه توصیه‌های تغذیه ای

- ارجاع به پزشک جهت بررسی و پیگیری پس از دو هفته

$BMI \geq 29.9$ یا $Z\text{-score} \geq 25$ یا بیشتر از یک تا دو: آموزش تغذیه

$BMI \geq 30$ یا $Z\text{-score} > 2$ (ارائه توصیه‌های تغذیه‌ای و ارجاع به پزشک)

چاقی با طیفی از ناهنجاری‌های ساختمانی جنین ارتباط دارد

زنان حامله که دارای وضعیت فیزیکی مناسبی هستند معمولا می‌توانند در تمام طول حاملگی به ورزش ادامه دهند.

داده‌ها مبنی بر خطرناک بودن ورزش در دوران حاملگی وجود ندارد.

با پیشرفت حاملگی مسایل مربوط به حفظ تعادل و شل شدگی مفاصل ممکن است زمینه را برای آسیب‌های ارتوپدیک مساعد سازد.

ورزش در حاملگی باید در حدی باشد که باعث خستگی مفرط نشود/ به میزان اتلاف حرارت و جایگزینی مایعات توجه شود.

معاینه پستان ها: ترجیحا توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

بسیار مهم: مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است

در صورتی که خانم عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک مراقبت در سال تا زمان بارداری، کافی است

در موارد احتمال ناباروری، تا زمانی که فرد تمایل به باردارشدن دارد، می‌بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.

توجه: در صورت مصرف دخانیات، مواد افیونی و مصرف الکل و... در غربالگری اولیه، پیگیری در ۵ نوبت صورت می‌گیرد: ۱ هفته، یک ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از ارجاع بیمار انجام و ثبت می‌شود.

بارداری پنجم و بالاتر (افزایش عوارض بارداری

بارداری زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال (افزایش عوارض بارداری

در سن بالای ۴۰ سال (ارجاع غیرفوری برای معاینه قلب به پزشک مرکز

هموگلوبین کمتر از ۱۲g/dL (اندازه‌گیری فریتین

فریتین کمتر از ۳۰ ng/mL (توصیه به مصرف روزانه ۳ عدد قرص فروس سولفات و ۱ mg قرص

اسیدفولیک به مدت ۴ هفته، سپس ارزیابی مجدد فریتین و در صورت عدم اصلاح فریتین (ارجاع غیرفوری به متخصص پزشکی خانواده/داخلی

فریتین ۳۰ ng/mL (ارجاع غیرفوری به متخصص پزشکی خانواده/داخلی

ارجاع غیرفوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب

در آنمی داسی شکل: تجویز اسیدفولیک به میزان ۵ میلی گرم در روز

اندازه‌گیری پروتئین ادرار ۲۴ ساعته و بررسی عملکرد کلیه، کبد، آنتی بادی اسکریپ

تزریق واکسن پنوموکوک

ارجاع غیرفوری به داخلی جهت بررسی عملکرد ریه

ارجاع غیرفوری به متخصص قلب و عروق جهت انجام اکوکاردیوگرافی و بررسی فشارخون شریان ریوی

ارجاع غیرفوری به چشم پزشک جهت بررسی رتینوپاتی

مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن

تاکید به دریافت مراقبت‌های منظم و به موقع بارداری

بیماری بافت همبند-لوپوس: کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن

بیماری قلبی:

ممنوعیت بارداری در موارد سندرم مارفان، آیزن منگر یا کلاس ۳ و ۴ قلبی

تزریق واکسن پنوموکوک (بنابراین بهتر است یک ماه بارداری به تعویق بیفتد).

در مورد تراژوئیسیتیه بودن وارفارین، مهارکننده‌های ACE، ART توضیح داده شود

تمام زنان در فصل انفلوانزا واکسینه شوند و زنان پر خطر قبل از فصل انفلوانزا واکسینه شوند

بیماری گوارشی:

بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران ۳ ماه پس از

زایمان

مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H₂ بلوکر

در مورد تراژوئیسیتیه بودن متوتروکسات صحبت کنید

پیوند کلیه:

توصیه به بارداری حداقل ۲ سال بعد از پیوند و وضعیت سلامتی عمومی مطلوب

بررسی عملکرد کلیه، میزان کراتینین (کمتر از ۲ و ترجیحا کمتر از ۱.۵ میلی گرم در دسی لیتر)

بررسی پروتئین ادرار

تاکید به کنترل فشارخون

توجه به بروز عفونت‌های مختلف و درمان مناسب

ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی در صورت غیرطبیعی بودن موارد فوق

دیابت:

در صورت ابتلا به دیابت اشکار خطرات مادری و جنینی افزایش می‌یابد

خطرات مادری: آسیب دیدگی شبکه، کلیه، قلب، عفونت ادراری، کتواسیدوز دیابتی، افزایش سزارین،

افزایش هیپرتانسیون،

زنان مبتلا به دیابت که دچار بیماری کلیوی هستند از لحاظ پراکلامسی در معرض خطر جدی تری

قرار دارند.

خطرات جنینی: افزایش مرگ و میر و ناهنجاری‌ها، اختلالات رشد، زایمان زودرس، بی‌ثباتی متابولیک

نوزاد، نقایص لوله‌ی عصبی، ناهنجاری‌های قلبی و کلیوی

نکته: کنترل وضعیت گلوکز در مراحل اولیه حاملگی ممکن است تراتوژن باشد بنابراین ویزیت قبل از حاملگی باید شامل ارزیابی وضعیت کنترل دیابت و سلامت مادر باشد.

نکته: مشاوره قبل از بارداری در زنان مبتلا به دیابت باعث کاهش ناهنجاری و عوارض جنینی می‌شود. یکی از جنبه‌های مهم مشاوره در این افراد بررسی داروهای تراتوژن مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین است که نباید در بارداری مصرف شود.

نکته: مهم‌ترین نکته در مشاوره قبل از بارداری در مبتلایان به دیابت شیرین ان است که HbA1c مادر به کمترین میزان خود بدون تحمیل هیپوگلیسمی برسد. سنجش HbA1c وضعیت دیابت را طی ۶ هفته‌ی قبلی نشان می‌دهد

نکته: میزان بروز ناهنجاری‌های جنینی در زنان مبتلا به دیابت حاملگی همراه با هیپرگلیسمی ناشتا در مقایسه با زنان طبیعی ۴ برابر افزایش می‌یابد.

نکته: توصیه به تاخیر بارداری تا نرمال شدن قندخون و هموگلوبین A1c (حد نرمال A1c کمتر از ۶.۵ درصد و قند دو ساعت بعد از غذا کمتر از ۱۵۵ g/dL در بیمار دیابتی).

نکته: مصرف اسیدفولیک به میزان یک میلی گرم در روز از یک ماه قبل بارداری تا سه ماه اول بارداری نکته: آموزش جهت کنترل دقیق قندخون، کنترل وزن، برنامه غذایی، ورزش و فعالیت‌های بدنی و ترک مصرف دخانیات

نکته: توصیه به مصرف داروهای تجویز شده

نکته: سنجش هموگلوبین A1c: بررسی وضعیت کنترل دیابت در ۶ هفته قبل = محاسبه خطر ناهنجاری‌های عمده

نکته: برای تمام زنان که دیابت شناخته شده ندارند و برای ارزیابی قبل از بارداری مراجعه کرده اند باید در صورت وجود عوامل خطر ساز یا صلاحدید پزشک گلوکز سرم یا FBS درخواست شود

عوامل خطر ساز ابتلا به دیابت بارداری عبارتند از:

- ♥ تاریخچه قبلی ابتلا به دیابت بارداری
- ♥ سابقه دیابت نوع ۲ در بستگان درجه اول
- ♥ اختلال تحمل گلوکز شناخته شده
- ♥ چاقی با BMI بیشتر از ۳۰
- ♥ کم تحرکی
- ♥ سابقه ابتلا به PCOS

- ♥ سابقه هیپرتانسیون
- ♥ تری گلیسیرید بالای ۲۵۰ میلی گرم در دسی لیتر
- ♥ سابقه‌ی تولد نوزاد ماکروزوم (وزن بالای ۴ کیلو گرم و یا وزن بالاتر از صدک ۹۷) و یا پایمدهای بد بارداری
- ♥ سابقه‌ی IUFID

معیار تشخیصی اختلال تحمل گلوکز و دیابت پیش از بارداری:

طبیعی	کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	FBS
اختلال تحمل گلوکز ناشتا (IFG)	بیش از ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر	
دیابت قندی	مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	

✚ تشخیص قطعی دیابت زمانی مطرح می‌شود که حداقل در ۲ نوبت قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد

✚ چنانچه تست تحمل گلوکز تصادفی بیش از ۲۰۰ میلی گم در دسی لیتر باشد در صورتیکه علائم کلاسیک دیابت (پرنوشی، پرادراری، کاهش وزن) نیز وجود داشته باشد تشخیص دیابت تایید می‌شود

در افرادی که اختلال تحمل گلوکز (IGF) دارند قبل از اقدام به بارداری رژیم غذایی مناسب و نیم ساعد در روز ورزش توصیه می‌شود. در افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند هدف از اقدامات دارویی کاهش وزن به میزان ۷ درصد است

شواهد قطعی که داشتن اختلال تحمل گلوکز (IGF) پیش از بارداری سبب ایجاد انومالی جنینی و از دست رفتن حاملگی در این محدوده‌ی قند خون باشد وجود ندارد اما این افراد باید برای جلوگیری از دیابت بارداری مراقبت دقیقی داشته باشند

هنوز شواهد کافی برای تاثیر استفاده از درمان با متفورمین جهت پیشگیری از دیابت بارداری و کاهش عوارض حین بارداری در این افراد (IGF) وجود ندارد

در خانم‌های مبتلا به PCOS و دچار نازایی که حین مصرف متفورمین بارداری شده اند در حال حاضر شواهد قوی مبنی بر اثربخشی متفورمین بر پیشگیری از دیابت بارداری وجود ندارد ولی بنظر می‌رسد ادامه این دارو احتمال از دست رفتن جنین در ۳ ماهه اول را کاهش دهد

صرع:

در زنان مبتلا به صرع ناهنجاری ساختمانی نوزادان بیشتر است (۲-۳ برابر) بیماری صرع به طور مستقل می‌تواند باعث ناهنجاری‌های ساختمانی جنین شود

تأثیر صرع بر بارداری شامل پره اکلامپسی، افسردگی پس از زایمان، احتمال ناهنجاریهای مادرزادی جنین و افزایش بروز حملات صرعی است

هدف از مشاوره قبل از بارداری، استفاده از رژیم درمانی تک دارویی برای کنترل صرع در بارداری با حداقل تراتوژنیسیته می‌باشد.

ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو تاکید به دریافت منظم مراقبت‌ها در بارداری و تاکید بر تداوم درمان در بارداری تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز حداقل یک ماه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری

توجه: والپروئیک اسید از جفت عبور کرده و در خط اول درمان نیستند. والپروات خطر ناهنجاریهای مادرزادی را ۴-۸ برابر افزایش می‌دهد.

تجویز متادیون در بارداری کنتراندیکاسیون دارد

تاکید به انجام سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶-۱۸ بارداری

توجه: در صورت حمله صرع یا تشنج: درمان مانند زمان غیر بارداری

توجه: چه موقع می‌توانیم دارو را در بارداری قطع کنیم: به مدت ۲-۵ سال تشنج نکرده اند به یک نوع منفرد از تشنج مبتلا هستند- معاینات نورولوژیک طبیعی دارند - دارای EEG طبیعی با مصرف دارو هستند.

ناهنجاری مادرزادی:

علت اصلی مرگ شیرخواران (عامل ۲۰٪ موارد مرگ آنها) ناهنجاری مادرزادی است

شایع‌ترین ناهنجاری‌های ساختمانی: ابتدا قلبی، بعد نقایص لوله عصبی

پرقدرت‌ترین عامل پیش‌گویی کننده مصرف مکمل فولات: مشاوره با ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی در دوره قبل از حاملگی

غنی‌سازی محصولات غلات با فولات سبب: کاهش میزان نقایص لوله عصبی ناهنجاری مادرزادی که مشاوره قبل از بارداری در آنها مفید است: نقایص لوله‌ی عصبی، فنیل کتونوری، تالاسمی، سایر بیماری‌های ژنتیکی شایع در نژاد یهودی اروپای شرقی شیوع نقایص لوله‌ی عصبی ۹ دهم در هر ۱۰۰۰ زایمان زنده است ۵۰ درصد زنان در دوره‌ی حول و حوش حاملگی فولات مصرف می‌کنند ۹۰ درصد نوزادان مبتلا به NTD از مادران کم خطر به دنیا می‌آیند

تجویز اسید فولیک باعث کاهش ۷۲ درصدی نقایص لوله‌ی عصبی می‌شود

فنیل کتونوری (PKU):

یک اختلال ارثی متابولیسم / حدوداً ۶۰۰ جهش در ژن فنیل‌الانین هیدروکسلاز شناسایی شده است / فنیل‌الانین از جفت عبور می‌کند و به اعضای جنین در حال تکامل آسیب می‌زند

به منظور اطمینان از رعایت رژیم غذایی میزان فنیل‌الانین خون ۲ بار در هفته کنترل می‌شود

۳ ماه قبل از بارداری باید غلظت فنیل‌الانین به حد طبیعی برسد و در تمام طول حاملگی در این حد حفظ شود (۱۲۰-۳۶۰ میکرومول در لیتر)

تاثیر احتمالی بر بارداری طبق بوکلت: سقط - عقب افتادگی ذهنی جنین - بیماری قلبی مادرزادی - محدودیت رشد جنین

طبق ویلیامز به ترتیب شیوع شامل: عقب افتادگی تکاملی (۹۲٪) - میکروسفالی (۷۳٪) - محدودیت رشد جنین (۴۰٪) - سقط (۲۴۵) - بیماری مادرزادی قلب (۱۲٪)

در جایی دیگر ذکر شده احتمال پره ترم لیبر در این افراد بالاتر است

نکته: جنین در معرض خطر به ارث بردن نیست؛ اما ممکن است در اثر بیماری مادر آسیب ببیند.

نکته: پروتئین مورد نیاز در این مادران بیش از میزان توصیه شده است و باید از مواد غذایی مخصوصی که فاقد فنیل‌الانین هستند، تامین شود.

نکته: با مشاوره مناسب قبل از حاملگی و پیروی از رژیم غذایی همراه با محدودیت فنیل‌الانین در این دوره، میزان بروز ناهنجاریهای جنین کاهش چشمگیری پیدا می‌کند.

آسپارتام یک دی‌پپتید حاوی فنیل‌الانین بالا می‌باشد که در شیرین کننده‌های مصنوعی در برخی از مواد غذایی مثل نوشابه‌های رژیمی یا داروها مورد استفاده قرار می‌گیرد

در مادرانی که از غذاهای مخصوص رژیمی به مقدار مناسب به دلیل گران بودن استفاده نمی‌کنند لازم است مصرف ویتامین B12 و اسید فولیک، روی، منگنز، نیاسین توصیه شود

میزان فنیل‌الانین در تخم مرغ، گوشت گوساله، ماکارونی، نان سفید، مرغ، گوشت سفید، ماهی، برنج، شیر بالا می‌باشد و اغلب گروه‌های سبزیجات و میوه‌ها نیز فنیل‌الانین کمی دارند

تالاسمی‌ها

شایع‌ترین اختلالات تک ژنی در جهان اختلال ساخت زنجیره‌ی گلوبین یا تالاسمی می‌باشد / مناطق اندمیک: مدیترانه / جنوب شرقی آسیا

توصیه ACOG: غربالگری افراد دارای نژاد پرخطر از نظر وضعیت حاملگی تا این افراد بتوانند تصمیمات آگاهانه‌ای در مورد تولیدمثل و تشخیص پره‌ناتال اتخاذ کنند.

یکی از روش‌های تشخیص پره ناتال زودهنگام تالاسمی: تشخیص ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی (PGD) است.

افراد دارای نژاد یهودی اروپای شرقی: اختلال اتوزوم مغلوب بیشتر است.

اختلالات اتوزوم مغلوب شامل: بیماری تی-ساکس / بیماری گوشه / فیبروز کیستیک / بیماری کاناوان / دیس اتونومی فامیلیال / موکولپیدوز IV / بیماری نیمن - پیک نوع A / کم خونی فانکونی گروه C / سندرم بلوم

طبق توصیه ACOG، مشاوره و غربالگری قبل از حاملگی از نظر این اختلالات در جمعیت مذکور صورت گیرد.

پس در نتیجه ناهنجاری‌های مادرزادی که مشاوره قبل از بارداری در آن‌ها مفید است:

۱. نقایص لوله عصبی

۲. فنیل کتونوری

۳. تالاسمی‌ها

۴. سایر بیماری‌های ژنتیکی شایع‌تر در افراد نژاد یهودی اروپای شرقی

نکته: اختلال کروموزومی در ۱۳ درصد زنانی که دچار IUDF شده‌اند در کاریوتیپ جنین‌ها دیده شده‌اند

سن مادر

زنانی که در هر دو انتهای طیف سنین باروری قرار دارند، با پیامد منحصر به فردی مواجه هستند.

خطراتی که در زنان نوجوان بیشتر است (بارداری زیر ۱۸ سال): کم خونی، زایمان زودرس زیر ۳۲ هفته، عفونت ادراری، پراکلامسی، بیماری امیزی، حاملگی ناخواسته

بارداری بالای ۳۵ سال: احتمال سقط خوبه خودی، حاملگی نا به جا، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، آنمی، اختلالات کروموزومی جنین، زایمان سخت، ترومبوا مبولی، فناوری کمک باروری

۲۷ درصد مرگ و میر مرتبط با حاملگی مربوط به زنان بالای ۳۵ سال است

نکته: در افراد بالای ۳۵ سال چنانچه پس از ۶ ماه بدون استفاده از روش پیشگیری از بارداری و با نزدیکی مرتب بارداری رخ ندهد (بررسی از نظر مشکلات احتمالی باروری

در سن ۴۰ سال و بالاتر (در اولین مراجعه توان باروری ارزیابی شود).

سابقه یا وجود اختلالات روانپزشکی و همسرآزاری (احتمال عود یا تشدید بیماری، تکرار همسرآزاری

در صورت سابقه افکار آسیب به خود در ماه گذشته (ارجاع غیرفوری به روانپزشکی

در مورد همسرآزاری (مشاوره با زوجین و در صورت عدم موفقیت (ارجاع غیرفوری به روانپزشک

خشونت شریک جنسی اصلی با افزایش عوارضی چون هیپرتانسیون / خونریزی واژینال / استفراغ شدید حاملگی / زایمان پره ترم / وزن کم هنگام تولد همراه می‌باشد.

میزان بروز بیماری‌های امیزشی در دوران حاملگی بیش از پیش افزایش می‌یابد علت افزایش حاملگی چند قلوبی در زنان مسنتر استفاده از فناوری‌های کمک باروری و القای تخمک گذاری است

افزایش سن مادر با افزایش حاملگی‌های دوقلوبی دی زیگوت ارتباط دارد موربیدته‌های زایمانی حاصل از حاملگی‌های چند قلوبی عبارتند از: پلاسنتا پرویا، دکولمان، پراکلامسی

افزایش سن پدر باعث: ۱. افزایش وضعیت‌های عصبی- روانی پیچیده ۲. افزایش ناچیز جهش‌های جدید اتوزوم غالب می‌شود

نخستین گام برای جلوگیری از خطرهای جنینی مرتبط با دارو: اعتراف صادقانه زن در مورد مصرف دارو است برای رسیدن به این هدف سوال پرسیدن درمانگر باید به درو از قضاوت باشد

سرطان پستان:

به تاخیر انداختن بارداری تا ۲ سال پس از تکمیل درمان

مالتیپل اسکروزیس

تاکید به تثبیت وضعیت فرد حداقل ۳ ماه قبل از باردار شدن

VDRL مثبت

احتمال مثبت کاذب در موارد: بیماری‌های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب‌دار، مصرف مواد مخدر، جذام و بارداری

VDRL مثبت (اقدام: انجام تست FTA-ABS و در صورت مثبت بودن (ارجاع جهت درمان سیفلیس مثبت (ارجاع غیرفوری به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری

HIV

منفی و وجود رفتارهای پرخطر (شک به ابتلا) **(تکرار آزمایش سه ماه بعد**

دیابت آشکار (قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ mg/dL) (تکرار آزمایش یک هفته بعد و اگر بالا بود ارجاع به پزشک صورت میگیرد.

پره دیابت (قندخون ناشتا ۱۰۰-۱۲۵ mg/dL) (توصیه به تغذیه مناسب و افزایش فعالیت بدنی و تکرار آزمایش یک ماه بعد)

تشخیص احتمالی آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، تالاسمی، لوپوس، ترومبوسیتوپنی

اقدام: بررسی علت و درمان بر حسب نوع آنمی، بررسی همسر از نظر تالاسمی

توجه:

HB < 12g هموگلوبین

PLT < 100000 پلاکت

MCV < 80 یا MCH < 27

بسیار مهم!!!

TSH بیشتر از ۳.۹ mIU/mL = کم کاری تیروئید = ارجاع غیرفوری به داخلی

TSH کمتر از ۰.۲ mIU/mL = پرکاری تیروئید = ارجاع در اولین فرصت

نکته: طبق راهنمای مشترک انجمن‌های غدد درون ریز **محدوده طبیعی TSH در ایران** به شرح زیر است .

- پیش از بارداری و سه ماه اول (۰.۲ - ۳.۹ mIU/L)

- سه ماهه دوم بارداری (۰.۵ - ۴.۱ mIU/L)

- سه ماهه سوم بارداری (۰.۵ - ۴.۱ mIU/L)

بی اشتهایی یا پر خوری عصبی:

بی اشتهایی عصبی: انورکسی / پر خوری عصبی: بولیمیا

این دو اختلال می‌تواند احتمال کمبودهای تغذیه ای، اختلالات الکترولیتی، اریتمی‌های قلبی و اختلالات گوارشی را در مادر افزایش دهد

از طرفی احتمال LBW, SGA, میکروسفالی و کوچکتر بودن دور سر جنین را افزایش دهد

فصل ۲: مراقبت‌های پره ناتال

مراقبت‌های پره ناتال

رویکردی هماهنگ به مراقبت‌های طبی، بررسی مداوم خطر و حمایت روانی که قبل حاملگی شروع و تا فاصله بین حاملگی‌ها ادامه دارد.

بررسی کفایت مراقبت‌های پره ناتال (اندازه‌گیری با جدیدترین شاخص (شاخص کسنر)

این شاخص شامل سه معیار مدت حاملگی، زمان اولین ملاقات دوران بارداری و تعداد ویزیت‌ها است.

شاخص کسنر کیفیت مراقبت‌ها را اندازه‌گیری نمی‌کند.

مراقبت‌های پره ناتال در کاهش چشمگیر مرگ و میر مادران دخالت داشته. خطر زایمان پره ترم، مرده‌زایی، مرگ زودهنگام و دیرهنگام دوره نوزادی و میزان مرگ شیرخوارگی با کاهش مراقبت‌های پره‌ناتال به صورت خطی افزایش می‌یابد.

کلاس‌های آموزش زایمان سبب بهتر شدن پیامدهای حاملگی می‌شود.

هدف اصلی از بررسی‌های پره ناتال چیست؟

- ♥ بررسی وضعیت سلامت مادر و جنین
- ♥ برآورد سن حاملگی
- ♥ آغاز طرحی برای تداوم مراقبت‌های زایمانی

شایع‌ترین موانع بر سر راه مراقبت‌های پرناتال؟

- ♥ اطلاع دیرهنگام از بارداری
- ♥ فقدان امکانات مالی یا پوشش بیمه
- ♥ ناتوانی در دستیابی به قرارهای ملاقات

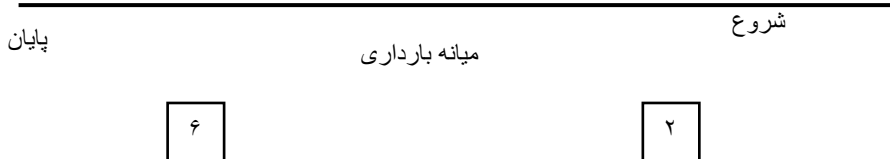
تعریف دوره پری ناتال؟ بعد از هفته ۲۰ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

تعداد مراقبت معمول در بارداری: ۸ مراقبت می‌باشد

(۱۰-۶ هفته) (۱۶-۲۰ هفته) (۲۴-۳۰ هفته) (۳۱-۳۴ هفته) (۳۷-۳۵ هفته) (۳۸ هفته) (۳۹ هفته) (۴۰ هفته)

یعنی ۲ مراقبت در نیمه اول بارداری و ۶ مراقبت در نیمه دوم بارداری

به عبارت دیگر با فواصل ۴ هفته تا ۲۸ هفته / سپس با فاصله‌ی ۲ هفته تا ۳۶ هفته / سپس هفته‌ای یک بار



در زنانی که دارای حاملگی عارضه دار هستند (دوقلویی، دیابت و...) اغلب ویزیت‌ها با فواصل ۱ تا ۲ هفته انجام می‌شود.

تشخیص حاملگی و نکات مهم آن:

- ♥ آمنوره زمانی شواهد قابل اعتمادی از حاملگی است که ده روز یا بیشتر از زمان موردانتظار شروع خونریزی قاعدگی سپری شده باشد.
- ♥ گاهی اوقات بعد از بروز حاملگی (خونریزی اندک رخ می‌دهد که احتمالاً ناشی از لانه‌گزینی بلاستوسیست رخ می‌دهد.
- ♥ درک مادر از حرکات جنین، وابسته به پاریته و وضعیت بدن مادر است
- ♥ احساس حرکات جنین برای اولین بار بین هفته‌های ۱۶-۱۸ است
- ♥ زنان پرایمی گراوید ممکن است حدود ۲ هفته دیرتر از این زمان قادر به درک حرکات جنین باشند.