

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

واحد سلامت مادران

آذر ۱۴۰۲



**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 آسیب های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین**



# ابلاغ اجرای ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

شماره: ۳۰۰/۱۵۰۶  
تاریخ: ۱۴۰۲/۰۴/۲۶  
پیوست: دارد  
مهیار نورم و رشد تولید  
(مقام معتمد رهبری)



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



معاونت بهداشت

خانه ای که در آن کودک نباشد، برکت ندارد (رسول اکرم (ص))

**ریاست محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...**  
**موضوع: ابلاغ اجرا- ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت**

**با سلام و احترام**

در راستای اجرایی سازی ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به پیوست "برنامه جامع مهارت، 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" به همراه راهنمای اجرایی آن، جهت اجرا ابلاغ می‌گردد. مسئولیت حسن اجرای این برنامه بر عهده رییس محترم دانشگاه/دانشکده می‌باشد.

شایان ذکر است که هماهنگی در خصوص الزامات ادغام این برنامه در سامانه‌های مراقبتی پرونده الکترونیک سطح ۱ حوزه بهداشت و نیز نهایی سازی محتوای آموزشی در حال انجام است که متعاقبا اعلام خواهد شد.

**دکتر حسین فرشیدی**  
**معاون بهداشت**



## ماده ۵۵ قانون

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.





## راهنمای اجرایی

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 ارائه خدمت شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

و

همکاری‌های بین بخشی

تیر ۱۴۰۲ (نسخه اول)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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



## 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 ارائه خدمت شبکه خدمات جامع و

همگانی سلامت

و

همکاری‌های بین بخشی

تیر ۱۴۰۲ (نسخه اول)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

# تکالیف و الزامات قانونی

## • ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

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.

## • ماده ۷۶ قانون برنامه ۵ ساله 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

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

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

## • چشم انداز

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





# گروه هدف برنامه

- دختران و پسران نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال (بخشی)

- دختران و پسران جوان (متاهل و غیر متاهل)

مراجعین آموزش/مشاوره هنگام ازدواج و واجدین شرایط دریافت آموزش/مشاوره باروری سالم و فرزندآوری؛ مراقبت های معمول گروه سنی

- زنان و مردان میانسال (متاهل و غیر متاهل)

مراجعین آموزش/مشاوره هنگام ازدواج و واجدین شرایط دریافت آموزش/مشاوره باروری سالم و فرزندآوری؛ مراقبت های معمول گروه سنی

- مادران واجد شرایط دریافت مراقبت های پیش از بارداری در نظام شبکه؛ (تمامی خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مگر مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می شوند).

- مادران واجد شرایط دریافت مراقبت های نیمه اول بارداری در نظام شبکه؛





• هدف کلی:

کاهش و مهار سقط خود به خودی جنین

• اهداف اختصاصی:

- ۱- ارتقای مراقبت های پیش از بارداری به منظور پیشگیری از سقط خود به خودی؛
- ۲- ارتقای مراقبت های نیمه اول بارداری به منظور پیشگیری از سقط خود به خودی؛
- ۳- ارتقای مراقبت های گروه های سنی از نوجوانی تا میانسالی؛
- ۴- تقویت نظام جمع آوری اطلاعات مرتبط با سقط خود به خودی و متغیرهای آن؛



## مفهوم:

- سقط خود به خودی (Spontaneous Abortion): خاتمه یافتن خود به خود قبل از حیات جنین، در سن کمتر از ۲۲ هفته در غیاب معیارهای پزشکی انتخابی یا اقدامات جراحی برای خاتمه دادن به بارداری.

- اکثر سقط‌های زودهنگام از اختلالات ژنتیکی (اغلب تصادفی) نشات می‌گیرند، اما  
- احتمال دخالت یک علت تکراری و احتمالاً قابل اصلاح در زنانی که سقط مکرر (سقط متوالی ۲ بار یا بیشتر) دارند و یا در زنانی که در آنان سقط در هفته‌های بالاتر (بالاتر از ۱۲ هفته) بارداری اتفاق می‌افتد، بیشتر است.

## سقط خود به خودی – مروری بر مفاهیم

### انواع سقط خود به خودی:

- Complete abortion: تمام محصولات لقاح بدون نیاز به مداخله جراحی یا پزشکی دفع شده است؛
- Incomplete abortion: تمام محصولات لقاح دفع نشده است (ماندن بخشی از جنین، جفت، یا غشاها باشند)؛
- Inevitable abortion: دهانه رحم گشاد شده است، اما محصولات بارداری خارج نشده‌اند؛
- Missed abortion: بارداری که در آن مرگ جنین رخ داده اما هیچ فعالیت رحمی برای دفع محصولات از رحم رخ نداده است؛
- Recurrent spontaneous abortion: از دست دادن دو یا بیش از دو بارداری پشت سرهم؛
- Septic abortion: سقط خود به خودی که به دنبال عفونت داخل رحمی عارضه‌دار شده است؛
- Threatened abortion: بارداری که به دنبال خونریزی قبل از هفته ۲۲ عارضه‌دار شده است.

## علل و عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی (۱)

- اختلالات گرموزمی؛ اغلب اختلالات گرموزمی که منجر به سقط خود به خودی می‌شوند، ناشی از رخدادهای تصادفی خطاهای گامتوژنیز مادری یا پدری، ورود دو اسپرم به یک تخمک، و یا اختلال در جداسازی گرموزم‌های همولوگ یا گرماتیدهای خواهری در طی تقسیم سلولی هستند:

- در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شد که
- اختلالات گرموزمی 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 گرموزم X (۱۳٪) قرار داشته‌اند.
- اختلالات ساختاری گرموزمی (از قبیل جابجایی، واژگونی)، در ۶٪ از زنان با سقط خود به خودی گزارش شده‌اند.

- سن بالا از جمله سن بالای پدر

- علت این ارتباط به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته اما اختلالات گرموزمی اسپرم‌ها احتمالاً تاثیرگذار است؛ اما ثابت نشده است.

- مصرف الکل؛
- استعمال دخانیات (مصرف تنباکو)، کوکائین؛
- استفاده از قهوه (در میزان‌های بالا)؛
- زنان با سابقه سقط در مادر؛

• بیماری‌های مزمن مادر مانند دیابت بد کنترل شده، بیماری سلیاک، بیماری‌های اتوایمیون (خصوصاً سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی)، چاقی، بیماری تیروئید (توجه به هیپوتیروئیدیسم ساب کلینیکال)؛

• بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک بر سندرم اتوآنتی بادی‌های آنتی فسفولیپید (APS) به عنوان یک علت سقط خودبخودی مکرر (RSA) تمرکز دارند.

• عفونت‌های مادری: واژینوزیس باکتریال، مایکوپلاسمازموزیس، ویروس هرپس سیمپلکس، توکسوپلاسمازموزیس، لیستریوزیس، کلامیدیا، HIV، سیفلیس، پاروویروس B19، مالاریا، گنوره آ، روبلا، سیتومگالوویروس؛

## علل و عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی (۲)

- استفاده از وسایل داخل رحمی؛
  - ابرمالیتی‌های رحمی: آنومالی‌های مادرزادی، چسبندگی‌ها و لیومیوما؛
  - داروها: میزوپروستول، رتینوئیدها، متوترکسات، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، داروهای ضد نئوپلاسم؛
  - سقط‌های متعدد القایی قبلی و سقط خود به خودی قبلی؛
  - سموم: آرسنیک، سرب، اتیلن گلیکول، دی سولفید کربن، پلی اورتان، فلزات سنگین، حلال‌های عالی؛
  - کیفیت رژیم غذایی هم ممکن است در این زمینه نقش داشته باشد، هرچند که بر اساس مطالعات کنونی کمبود انحصاری یک ماده تغذیه‌ای و یا کمبود متوسط تمام مواد تغذیه‌ایی، ظاهراً سبب افزایش احتمال سقط نشده است.
  - ارتباط عوامل شغلی و محیطی از قبیل توکسین‌های محیطی با سقط مطرح شده است؛ در معرض قرارگیری با مواد استریل کننده و پرتو ایکس در این دسته قرار می‌گیرند.
  - به‌هرحال، عوامل دیگری مانند استرس، اعمال جراحی و ... ارتباط احتمالی بین ناملایمات و استرس‌های سایکولوژیک و مشکلات اقتصادی (معیشتی) با سقط مطرح گردیده که تعیین ارتباطات آنها با سقط خود به خودی نیاز به بررسی بیشتری دارد.
- بنابراین، سبک زندگی که به نوعی با عوامل اجتماعی، اقتصادی و رفتاری مانند تغذیه، فعالیت فیزیکی، مصرف الکل، استعمال دخانیات و ... مرتبط است در این راستا بایستی مد نظر قرار گیرد.



## فراوانی

- 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 ۱۱ تا ۳۱٪ از بارداری‌های تشخیص داده شده به سقط خود به خودی می‌انجامند.
- بیش از ۸۰٪ سقط‌های خود به خودی در ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق می‌افتند.
- **در حال حاضر، مطالعات جامع و کاملی به تفکیک استان‌های کشور 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 ۵۸۴۸ زن در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز انجام شد:
  - تعداد ۴۳۷ مورد (۷.۵٪)، سابقه سقط در طی سه ماه اخیر را گزارش کرده بودند.
  - فراوانی سقط‌های خود به خودی، ۱.۸٪ اعلام شد.
- **مطالعه ایی در کرمان بر روی ۱۰۲۰ زن طی سال ۲۰۱۶ انجام شد:**
  - میزان سقط خود به خودی به ازای هر ۱۰۰۰۰ زن در سن باروری بین ۱۱ تا ۱۵ برآورد شد؛
  - در این مطالعه میزان سالانه سقط ۲۳ تا ۲۹ به ازای هر ۱۰۰۰۰ زن در سنین باروری اعلام شده بود.
- **بررسی مطالعات موجود در کشور و داده‌های جمع‌آوری شده در خصوص سقط‌ها از جمله سقط‌های خود به خودی از طریق سامانه‌ها مبین**
  - لزوم ایجاد نظامی منسجم برای جمع‌آوری داده‌های مرتبط (سامانه ملی باروری سالم) و نیز،
  - گردآوری نتایج اینگونه مطالعات
- به منظور استفاده در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد است

سقط خود به خودی –

فراوانی و وضعیت

# فراوانی سقط خودبخودی

- ۲۰٪ از زنان باردار در جاتی از خونریزی را در طول بارداری تا قبل از هفته ۲۰ تجربه می کنند که حدوداً نیمی از این موارد به سقط خودبخودی منجر می شود.
- بر اساس برآوردها ۱۱ تا ۳۱٪ از بارداری های تشخیص داده شده به سقط خودبخودی می انجامد.
- بیش از ۸۰٪ سقط خودبخودی قبل از هفته ۱۲ بارداری است.
- بر اساس مطالعه ای در کرمان میزان سقط خودبخودی به ازای هر ۱۰۰۰ زن در سنین باروری بین ۱۱ تا ۱۵ برآورد شده است.
- در حال حاضر، مطالعات جامع و کاملی به تفکیک استان های کشور در زمینه سقط خود به خودی وجود ندارد.
- یکی از اهداف سامانه باروری سالم، به منظور تجمیع گزارشات می باشد.





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

# برنامه اجرایی





## دو سطح کلی

• خدمات و مراقبت‌ها در سطح اول ارائه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

- 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.

• همکاری‌های بین بخشی مشتمل بر

• همکاری بین معاونت‌ها/ادارات و مراکز وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• با سایر نهادها و سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت: در این بخش از

• قابلیت‌های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

• سیاستگذاری در زمینه کاهش آلاینده‌های محیطی، مواد غذایی، عوامل اقتصادی و اجتماعی تأثیرگذار بر سقط خود به خودی؛

• تصویب برنامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، مصوبات و تدابیر بخشی و فرابخشی برای اجرای سیاست‌های مرتبط با سقط خود به خود؛

• 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 تأثیرگذار و نیز متناظرهای استانی.

• متناظر آن در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها از جمله کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و ...

• 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 تأثیرگذار در زمینه اجرای مصوبات کشور مرتبط؛

• نظارت بر فعالیت‌های بین بخشی در سطح جامعه (روستا و شهر)؛

• ارائه گزارش به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کمیته پایش برنامه.

تصویر کلی فرآیندها  
و خدمات

# خدمات در دو سطح کلی:

- آموزش و مراقبت

- همکاری های بین بخشی



# ۱- خدمات آموزش و مراقبت



# خدمت آموزش

- آموزش در طی مراقبتهای معمول در نظام شبکه است. این آموزش سالیانه یکبار؛ در طی یکی از مراقبتهای معمول ثبت سامانه می گردد.

- **متاهلین غیرباردار**

- آموزش سبک زندگی، تغذیه سالم باروری و بارداری و حفظ و پیشگیری از سقط جنین (با رویکرد طب ایرانی)؛

- آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و نحوه برخورد با آن و لزوم مراجعه زودهنگام بلافاصله پس از تعویق عادت ماهیانه؛ در خصوص ضرورت همدلی و همکاری با همسر در دوران بارداری در طی آموزش آقایان تاکید شود.

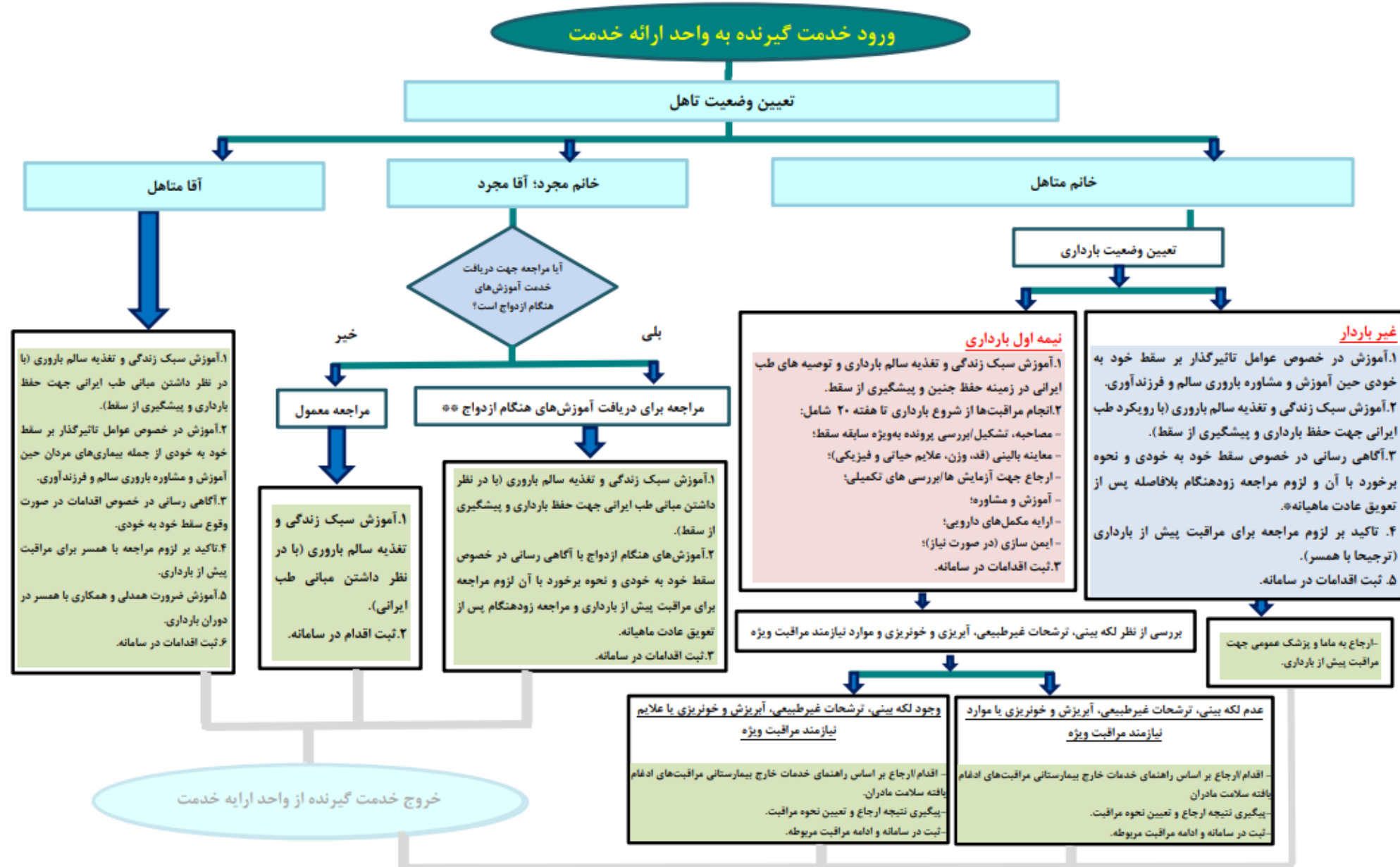
- **مجرد**

- آموزش سبک زندگی، تغذیه سالم باروری و بارداری (با تاکید بر آموزه های طب ایرانی)



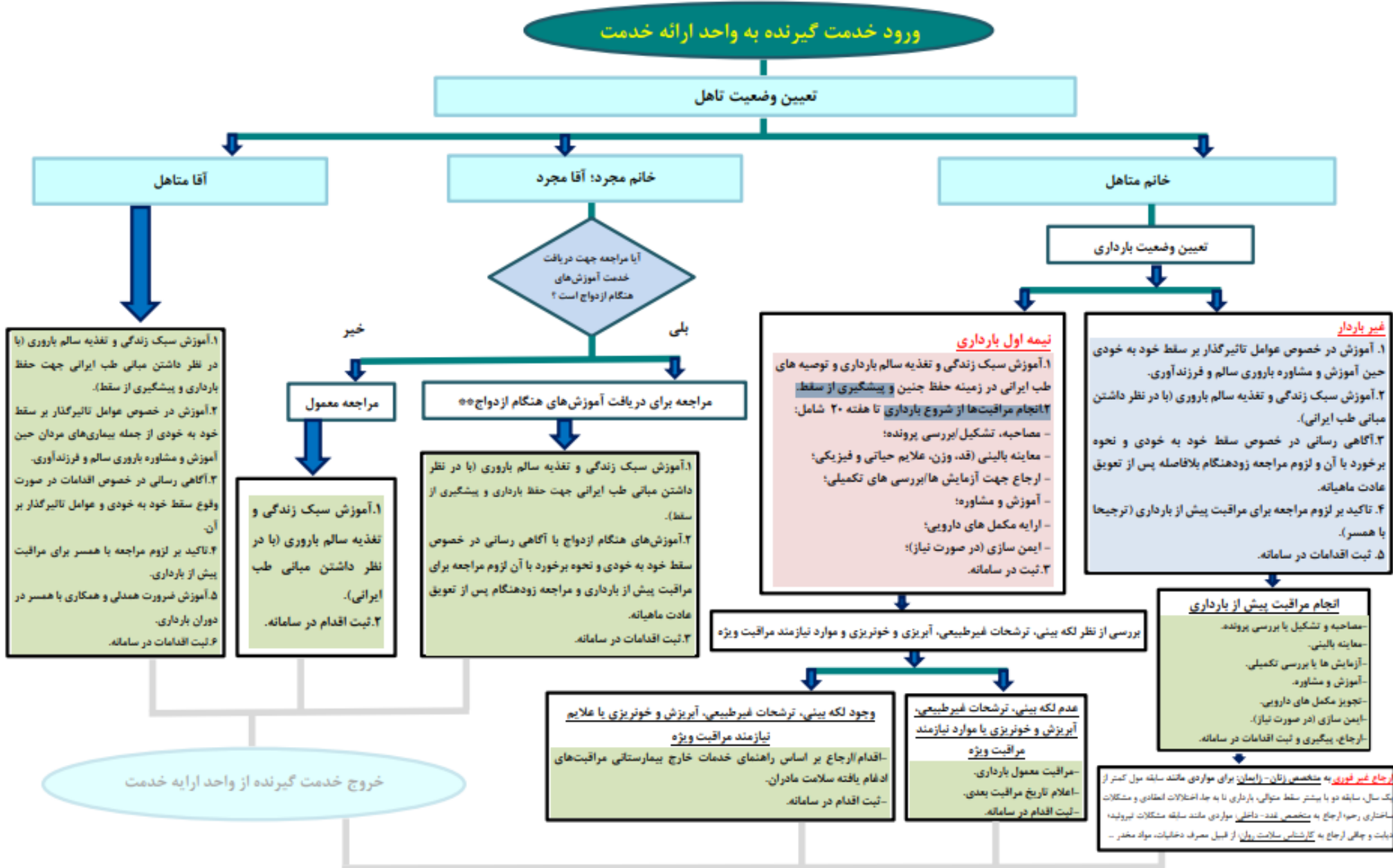


شکل شماره ۲. فرآیند ارزیابی مراقبت پیشگیری از سقط خود به خودی جنین، به صورت ادغام در سطح اول شبکه بهداشت - بهورز/مراقب سلامت



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

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



# شرح وظایف ارائه دهندگان خدمت

## ➤ ماما - پزشک عمومی

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به ویژه ماده ۵۵ این قانون.
- آگاهی کامل از 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 اجرایی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- شرکت در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش در خصوص راهکارهای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- اطلاع از فرایند رایه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- رایه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های پیش از بارداری.
- رایه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- رایه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله آموزش‌های هنگام ازدواج (مربیان دوره دیده) و باروری سالم و فرزندآوری.
- آموزش در زمینه اصلاح سبک زندگی بر اساس رویکرد طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
- ارجاع صحیح و به موقع موارد مطابق با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- پیگیری موارد ارجاع داده شده.
- جلب همکاری‌های بین بخشی از جمله فرمانداری، سمن‌ها، خیرین، به منظور پیشگیری و کاهش تاثیر عوامل موثر بر سقط خود به خودی جنین.
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها.
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود.
- پایش از مراکز محیطی.

## ➤ بهورز/ مراقب سلامت

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به ویژه 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، درصد زایمان طبیعی و سزارین و سن مادر در زمان اولین زایمان.
- آگاهی از تعریف، علل و عوامل تاثیرگذار و راهکارهای مداخلاتی و پیشگیرانه سقط خود به خودی.
- اطلاع از آخرین راهنمای اجرایی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- شرکت در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش در خصوص راهکارهای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- اطلاع از فرایند رایه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- رایه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- رایه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله آموزش باروری سالم و فرزندآوری.
- آموزش در زمینه اصلاح سبک زندگی بر اساس رویکرد طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
- ارجاع صحیح و به موقع موارد مطابق با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- پیگیری موارد ارجاع داده شده.
- جلب همکاری‌های بین بخشی از جمله دهیاری، شوراباری، سمن‌ها، خیرین، به منظور پیشگیری و کاهش تاثیر عوامل موثر بر سقط خود به خودی جنین.
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها.
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود.



# انواع خدمات و نحوه ارجاع

## انواع خدمات و نحوه ارجاع

بهورز، مراقب سلامت، ماما و پزشک عمومی

گروه سنی میانسالان

گروه سنی نوجوانان و جوانان

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

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

به طور خلاصه، در دو سطح بهورز و ماما-پزشک عمومی در طی مراقبت‌های معمول این گروه سنی (۳۰ تا ۵۴ سال (۵۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) نسبت به ارائه خدمات این مراقبت در این گروه اقدام می‌گردد. در صورتی که فرد از سن باروری خارج شده است، خدمتی در این زمینه ارائه نمی‌گردد. در این گروه سنی بر اساس وضعیت تاهل (باردار، غیر باردار)، تجرد خدمات مرتبط عبارتند از:

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

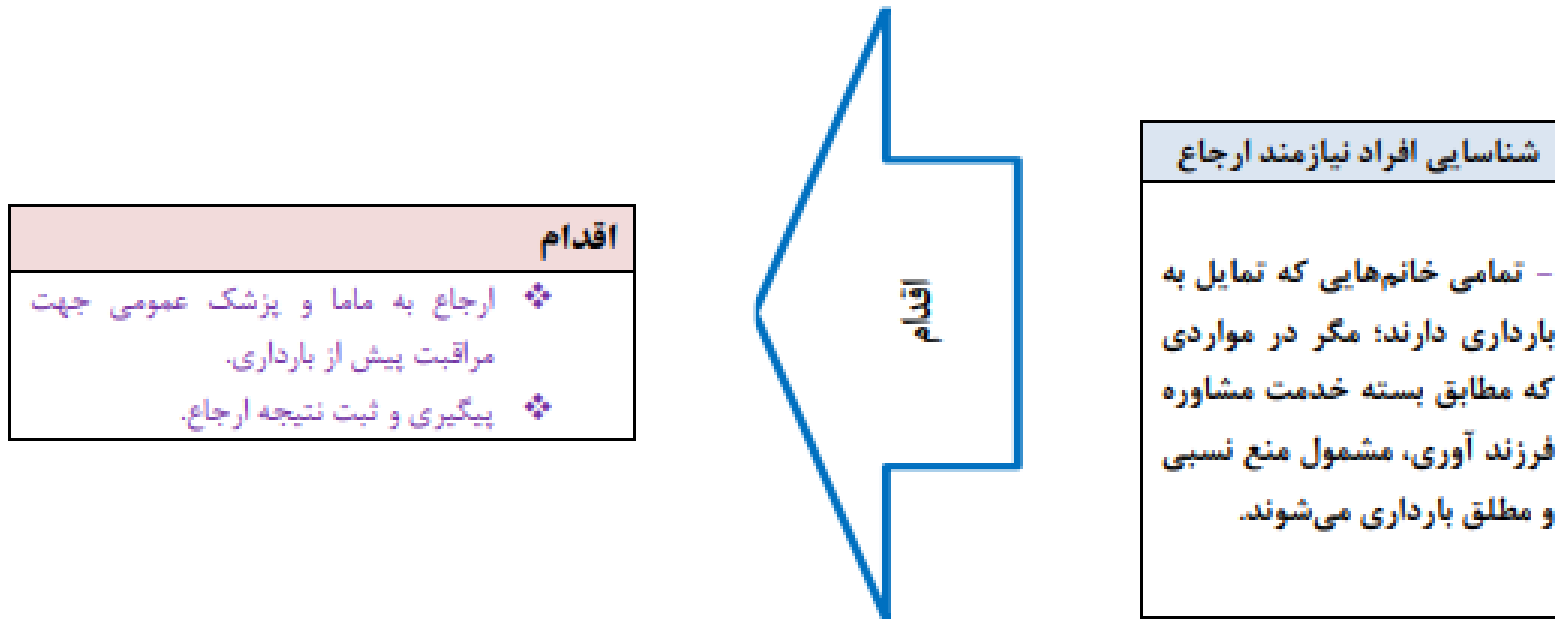
## مراقبت پیش از بارداری

### 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 آرایه مداخلات مرتبط با پیشگیری از سقط جنین خود به خودی، به شرح زیر می‌باشد:

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



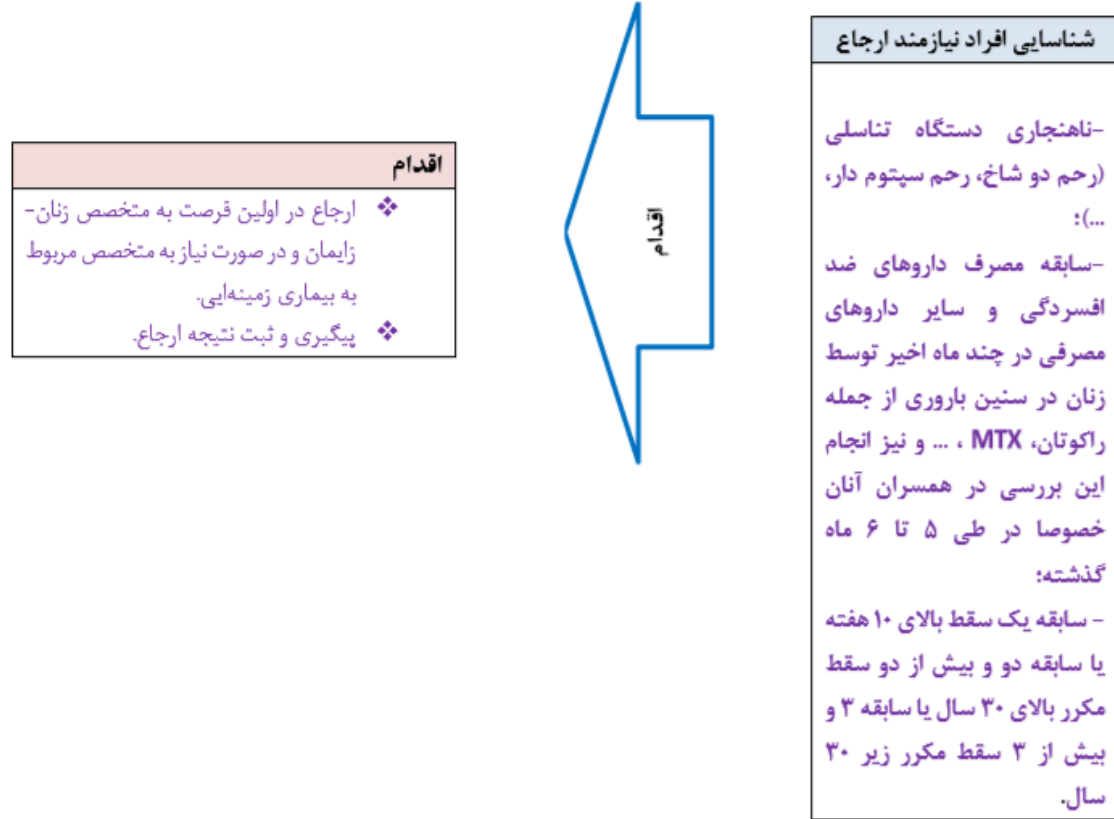


ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) - ویژه مراقب سلامت - بهورز می‌باشد.

جدول شماره ۱. مراقبت پیش از بارداری توسط ماما-پزشک عمومی بر اساس برنامه پیشگیری و پایش سقط خود به خودی

چنین-

نوع مراقبت	زمان مراقبت	پیش از بارداری
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده		<p>- تشکیل پرونده، وضعیت قلبی، سابقه بارداری، سقط (خصوصاً سابقه سقط مکرر) و زایمان قبلی.</p> <p>- بررسی از نظر بیماری و ناهنجاری (خصوصاً ناهنجاری های مادرزادی و اکتسابی رحم).</p> <p>- بررسی از نظر رفتارهای پرخطر.</p> <p>- شناسایی بیماری زمینه ای که ارتباط با سقط دارد مانند دیابت کنترل نشده (تشکار یا بارداری)، بیماری روماتیسمی، عفونت هایی مثل مالاریا و HIV، بیماری قلبی، فشارخون یا فشارخون بارداری، تنفسی، تیروئید، کبدی و کلیوی.</p> <p>- سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و سایر داروهای مصرفی از جمله گیاهی در چند ماه اخیر توسط زنان در سنین باروری از جمله راکوتان، MTX، ... و نیز انجام این بررسی در همسران آنان (در صورت کاربرد) خصوصاً در طی ۵ تا ۶ ماه گذشته.</p> <p>- غربالگری اولیه مصرف دخانیات توسط بیمار یا اطرافیان، الکل و مواد محرک مخدر.</p> <p>- تعیین محل زندگی و محل کار از نظر -آلودگی هوا و محیط (شامل مونوکسیدکربن، فلزات سنگین، ارگانوکالین، NO2، SO2 و ازن).</p> <p>- تحصیلات مادر.</p> <p>- شغل مادر و همسر (در صورت کاربرد).</p>
معاینه بالینی		<p>- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی.</p> <p>- علائم حیاتی.</p> <p>- معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمایم).</p> <p>- غربالگری زنان از طریق معاینه از نظر عفونت واژینال.</p>
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی		<p>HBsAg, CBC, TSH, FBS,</p> <p>پاپ اسمیر و تیترا آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز).</p> <p>HIV و VDRL (در صورت داشتن رفتارهای پرخطر).</p>
آموزش و مشاوره		<p>- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان.</p> <p>- تغذیه/ مکمل های دارویی و داروها.</p> <p>- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر.</p> <p>- سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه های طب ایرانی مرتبط با حفظ جنین و پیشگیری از سقط.</p> <p>- تاریخ مراجعه بعدی.</p> <p>- یادآور کردید که در صورت قطع قاعدگی جهت تایید بارداری مراجعه کنند تا در صورت تشخیص، مراقبت دوران بارداری از هفته ۴ شروع شود. تشخیص بارداری می تواند با آزمایش ادرار، خون (در ابتدای حاملگی) و یا سونوگرافی باشد.</p> <p>- به مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط خود به خودی، بررسی خاصی نیاز نیست و هر زمانی که از نظر روحی آمادگی دارد می تواند باردار شود.</p>
مکمل های دارویی		<p>اسید فولیک.</p> <p>توصیه به مصرف ویتامین D به میزان ۵۰,۰۰۰ واحد ماهیانه.</p>
ایمن سازی (در صورت نیاز)		<p>سرخچه، هپاتیت، توأم.</p>



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

در طی نیمه اول بارداری به منظور ارائه خدمات/ مداخلات مرتبط با  
پیشگیری از سقط خود به خودی یک مراقبت در طی هفته ۴ تا ۶  
( ۵ هفته و ۶ روز) به دو مراقبت معمول نیمه اول بارداری اضافه  
گردیده است.



## در اولین مراقبت (مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶) غربالگری دیابت بارداری برای افراد زیر انجام شود:

- شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ قبل از بارداری؛
- سابقه دیابت در اقوام درجه یک؛
- سابقه دیابت در بارداری قبلی؛
- افراد مبتلاء به سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCO)؛
- سابقه قبلی ماکروزومی (نوزاد با وزن بیش از ۴۵۰۰ گرم در بدو تولد یا بالای صدک ۹۰؛
- سابقه مرده زایی، سقط؛
- سابقه بیماری طبی مرتبط با دیابت و مصرف کورتیکواستروئید ها





# تست GCT

- در صورتی که **GCT** برای افراد در معرض دیابت در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ انجام نشده است ، در اولین مراقبت بعدی در طی نیمه اول بارداری انجام شود.
- **GCT** پس از یک ساعت از مصرف ۵۰ گرم گلوکز خوراکی انجام می شود. میزان **cut-off** مساوی و بالاتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر این تست نیاز به ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی - غدد دارد.



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

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ از زمان تشخیص بارداری تا هفته ۵ و ۶ روز	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 از جمله سقط مکرر، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری مرتبط با سقط، رقتارهای پرخطر. -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبرویش، درد زیر شکم. -فریالگری اولیه مصرف نخلنیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -ارزیابی تغذیه. -تغذیه، مصرف مکمل های غذایی و داروها. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری.	-تشکیل یا بررسی پرونده، آشنایی با وضعیت و شکایات مادر. -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبرویش، درد زیر شکم. -رقتارهای پرخطر. -فریالگری اولیه مصرف نخلنیات، 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، آبرویش، درد زیر شکم. -شکایت های شایع و علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. -فریالگری مصرف نخلنیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -رقتارهای پرخطر. -تغذیه، مصرف مکمل های غذایی و دارو.
معاینه بالینی	-سلامت حیاتی. -معاینه قلبی (چشم، دهان و دندان، تروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام-واریس).	-اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بنی. -علائم حیاتی. -معاینه قلبی (چشم، پوست، اندام-واریس، دهان و دندان).	-اندازه گیری وزن، علائم حیاتی. -معاینه قلبی (چشم، پوست، اندام-واریس، دهان و دندان). -صدای قلب جنین. -ارتقاع رحم.
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	-ارجاع جهت درخواست آزمایش‌های مراقبت اول.	-ارجاع جهت درخواست آزمایش‌های معمول مراقبت دوم و سونوگرافی در صورت نیاز.	-ارجاع جهت درخواست سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری.
آموزش و مشاوره	-بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان، تغذیه/مکمل های دارویی و داروها. -سلامت 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.	-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.	-بهداشت فردی، روان، دهان و دندان، تغذیه/مکمل های دارویی و دارو. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری / شکایت های شایع. -عوارض مصرف سیگار، مواد آبیونی، الکل. -توصیه به شرکت در کلاس آمانگی زایمان. -تاریخ مراجعه بعدی.
مکمل‌های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست)، آهن و مولتی ویتامین میترال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری).		
ایمن سازی	تولم (بهترین زمان ۲۷ تا ۲۶ بارداری)، آنفلوآنزا (با ارجحیت در فصول پاییز و زمستان) - ارجاع جهت تزریق ایمنوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۲۴ 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، آبریزش، درد زیر شکم:

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



اقدام

- ❖ ارجاع به ماما- پزشک عمومی در صورت سابقه سقط (های قبلی).
- ❖ آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری به ماما- پزشک عمومی در صورت وجود لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم (اقدامات کاملا مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران).
- ❖ ارجاع فوری به ماما- پزشک عمومی جهت درخواست آزمایش مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶ بارداری (اقدامات کاملا مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران).
- ❖ 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 تیمه اول بارداری. با رویکرد پیشگیری از سقط خود به خودی جنین - ویژه ماما-پزشک عمومی.

زمان مراقبت نوع مراقبت	از زمان تشخیص بارداری تا ۵ هفته و ۳ روز	مراقبت ۲ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۳ هفته ۱۲ تا ۲۰
مصلحه و تشکیل با بررسی پرونده	-تشکیل پرونده، وضعیت بارداری قطعی و سقط قبلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و تاقنچاری مرتبط با سقط، رقتارهای پرخطر -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عقونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم. -قرینالگری اولیه مصرف دکانپات، اکتل و مواد محرک و مخدر. -تغذیه و مصرف دارو و مکمل های غذایی. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری.	-تشکیل یا بررسی پرونده، آشنایی با وضعیت و شکایات مادر. -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عقونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. -رقتارهای پرخطر -قرینالگری اولیه مصرف دکانپات، اکتل 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 عقونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. -شکایت های شایع و علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. -قرینالگری اولیه مصرف دکانپات، اکتل و مواد محرک و مخدر. -رقتارهای پرخطر -مصرف مکمل های غذایی و دارو.
معاینه کیفیتی	-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. -ارتقاع رحم.
آزمایش‌های مادرسی تکمیلی	-آزمایش $\beta$ -hCG، در صورت وجود نتیجه سونوگرافی مثبت بر بارداری طبیعی شامل دیدن کیسه (ساک) بارداری، بارداری داخل رحم و عدم وجود مول، نیاز به آزمایش $\beta$ -hCG در این مراقبت نمی‌باشد. -آزمایش GCT جهت افراد در معرض ابتلا به دیابت.	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, VDRL, HIV, HBSAg. توید اول کومیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH (حتی در صورت انجام در پیش از بارداری) سونوگرافی -سرای افراد در معرض ابتلا به دیابت در صورتیکه در مراقبت اول آزمایش GCT 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/شکایت های شایع. -سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه‌های طب ایرونی 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/شکایت های شایع. -سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه‌های طب ایرونی 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/شکایت های شایع. -سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه‌های طب ایرونی در خصوص حفظ جنین و پیشگیری از سقط. -تاریخ مراجعه بعدی.
مکمل‌های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست). آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری).	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست). آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری).	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست). آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری).
پیدن سازی	تولم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنکلوگنزا (با ارجحیت در قسول پاییز و زمستان) - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۲۴ بارداری (در صورت نیاز).	تولم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنکلوگنزا (با ارجحیت در قسول پاییز و زمستان) - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۲۴ بارداری (در صورت نیاز).	تولم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنکلوگنزا (با ارجحیت در قسول پاییز و زمستان) - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۲۴ بارداری (در صورت نیاز).



اقدام
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ارجاع به پریناتولوژیست یا متخصص زنان- ژایمان در صورت سابقه سقط (های قبلی).</li> <li>❖ اعزام مادر در صورت لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم به ویژه یا علائم تندرست و ریباتد شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی و یا علائم حیاتی ناپایدار (کاملاً مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران).</li> <li>❖ در لکه بینی و علائم حیاتی پایدار، بر اساس شدت خونریزی در خصوص اعزام مادر تصمیم‌گیری شود راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران.</li> <li>❖ بر اساس Rh مادر و پدر نسبت به تزریق ایمنوگلوبین شد دی در عرض ۷۲ ساعت اول تصمیم‌گیری شود راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران.</li> <li>❖ در موارد نتایج مختل آزمایش GCT ارجاع شیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد.</li> <li>❖ پیگیری و ثبت نتیجه ارجاع.</li> </ul>



شناسایی افراد نیازمند ارجاع
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم به ویژه یا علائم تندرست و ریباتد شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی و یا علائم حیاتی ناپایدار در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ بارداری.</li> <li>- لکه بینی و علائم حیاتی ناپایدار در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ بارداری.</li> <li>- در صورت نتایج مختل برای آزمایش GCT</li> </ul>

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

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

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

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

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



ردیف	گروه هدف	خدمت	ارایه دهنده خدمت	بازه زمانی خدمت	ارجاع
۱	کلیه نوجوانان (بختر و پسر) ۱۲ سال تا ۱۷ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز	-آموزش در طی یکی از مراقبت‌های معمول نوجوان در واحد ارایه خدمت. -ثبت در سامانه.	بهورز، مراقب سلامت، ماما، یا پزشک عمومی	سالی یکبار	ندارد
۲		-آموزش (و در صورت لزوم مشاوره فعال) در مدارس تحت پوشش به صورت سالیانه. -ثبت در سامانه.	بهورز، مراقب سلامت، ماما یا پزشک عمومی	سالی یکبار	ندارد
۳	کلیه جوانان (زن و مرد)، ۱۸ سال تا ۲۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز	-آموزش در طی یکی از مراقبت‌های معمول جوان در واحد خدمت. -ثبت در سامانه.	بهورز، مراقب سلامت، ماما یا پزشک عمومی	سالی یکبار	ندارد
۴	کلیه میانسالان (زن و مرد) ۳۰ سال تا ۵۴ سال (۵۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز).	-آموزش در طی یکی از مراقبت‌های معمول میانسال در واحد ارایه خدمت. -ثبت در سامانه.	بهورز، مراقب سلامت، ماما یا پزشک عمومی	سالی یکبار	ندارد
۵	گروه هدف آموزش باروری سالم و فرزندآوری	-آموزش در طی ارایه آموزش باروری سالم و فرزندآوری. -ثبت در سامانه.	بهورز، مراقب سلامت، ماما یا پزشک عمومی	مطابق برنامه آموزش باروری سالم و فرزندآوری	ندارد
۶	گروه هدف آموزش‌های هنگام ازدواج	-آموزش در طی ارایه آموزش باروری سالم و فرزندآوری. -ثبت در سامانه.	مریجان دوره دیده آموزش‌های هنگام ازدواج شامل ماما‌های دوره دیده	مطابق برنامه آموزش‌های هنگام ازدواج	ندارد
۷	تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.	-آموزش در طی مراقبت پیش از بارداری. -ثبت در سامانه.	بهورز، مراقب سلامت		ندارد
		ارجاع به ماما- پزشک عمومی جهت مراقبت پیش از بارداری مطابق مراقبت‌های پیش از بارداری در برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه مراقب سلامت و بهورز- تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲ -ثبت در سامانه.			دارد
				در صورت تمایل به بارداری یک بار با اعتبار یکساله	

ردیف	گروه هدف	خدمت	ارایه دهنده خدمت	بازه زمانی خدمت	ارجاع
۸	تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.	-آموزش در طی مراقبت پیش از بارداری. -ثبت در سامانه.	ماما، پزشک عمومی	در صورت تمایل به بارداری یک بار با اعتبار یکساله	ندارد
		مراقبت پیش از بارداری مطابق مراقبت‌های پیش از بارداری در برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه ماما و پزشک عمومی عمومی- تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲ نکات اضافه شده به این مراقبت در این برنامه در جدول شماره ۱ آمده است.			دارد
۹	تمام خانم‌های باردار، بلافاصله پس از اطلاع از بارداری تا هفته ۲۰ بارداری	-آموزش در طی مراقبت نیمه اول بارداری. -ثبت در سامانه.	مراقب سلامت، بهورز	در هر یک از سه مراقبت نیمه اول بارداری	ندارد
		مراقبت نیمه اول بارداری مطابق مراقبت‌های پیش از بارداری در برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه بهورز- مراقب سلامت- تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲ نکات اضافه شده به این مراقبت در این برنامه در جدول شماره ۲ آمده است.			دارد
۱۰	تمام خانم‌های باردار، بلافاصله پس از اطلاع از بارداری تا هفته ۲۰ بارداری	-آموزش در طی مراقبت نیمه اول بارداری. -ثبت در سامانه.	ماما، پزشک عمومی	در هر یک از سه مراقبت نیمه اول بارداری	ندارد
		مراقبت نیمه اول بارداری مطابق مراقبت‌های پیش از بارداری در برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه ماما-پزشک عمومی- تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲ نکات اضافه شده به این مراقبت در این برنامه در جدول شماره ۳ آمده است.			دارد

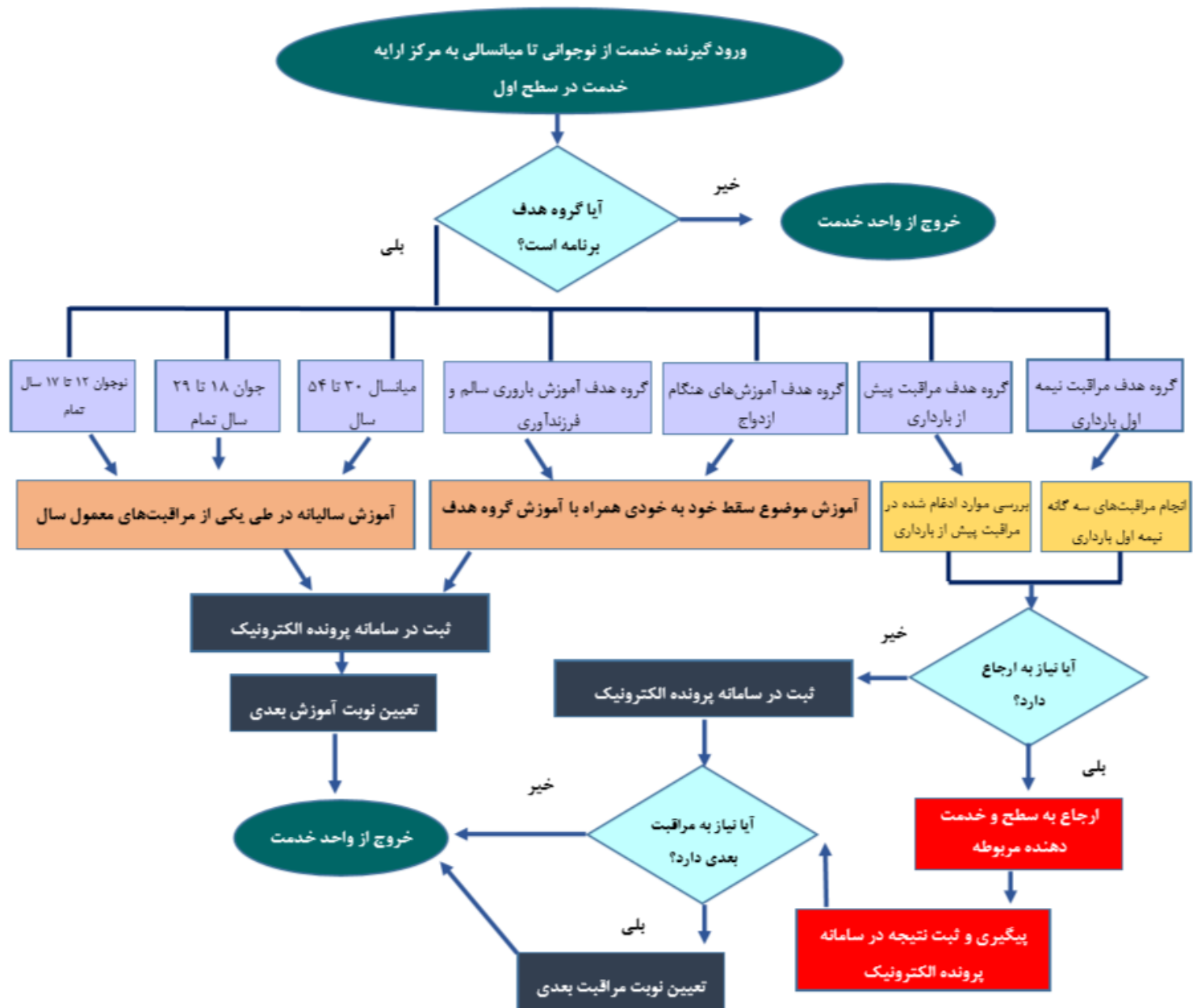
جدول شماره ۵: ارجاعات اختصاصی برنامه پیشگیری و پایش سقط خود به خودی جنین در گروه هدف مراقبت پیش از بارداری و نیمه اول بارداری.

ردیف	خدمت	ارجاع دهنده	دلیل ارجاع	ارجاع به	اقدامات پس از ارجاع توسط ارجاع دهنده
۱	مراقبت پیش از بارداری	مراقب سلامت، بهورز	انجام مراقبت پیش از بارداری	ماما، پزشک عمومی	- پیگیری نتیجه ارجاع - ثبت نتایج در سامانه
۲	مراقبت پیش از بارداری	ماما، پزشک عمومی	- ناهنجاری دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سیتوم دار، ...) - سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و سایر داروهای مصرفی در چند ماه اخیر توسط زنان در سنین باروری از جمله راکوتان، MTX ، ... و نیز انجام این بررسی در همسران آنان خصوصا در طی ۵ تا ۶ ماه گذشته؛ - سابقه 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. <b>توجه: سایر ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران.</b>	متخصص زنان- زایمان و در صورت نیاز به متخصص مربوط به بیماری زمینه‌ای و ...	- پیگیری نتیجه ارجاع - ثبت نتایج در سامانه
۳	مراقبت نیمه اول بارداری	مراقب سلامت، بهورز	- درخواست آزمایش (های) مراقبت اول نیمه اول بارداری (هفته ۴ تا قبل از ۶ بارداری). - 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، آبریزش، درد زیر شکم. <b>توجه: سایر ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران.</b>	- ارجاع فوری به ماما- پزشک عمومی جهت درخواست آزمایش مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶ بارداری. - ارجاع به ماما- پزشک عمومی در صورت سابقه سقط (های قبلی). - در موارد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم اقدامات/ارجاعات کاملا مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران است.	- پیگیری نتیجه ارجاع - ثبت نتایج در سامانه

## راهنمای اجرایی

ردیف	خدمت	ارجاع دهنده	دلیل ارجاع	ارجاع به	اقدامات پس از ارجاع توسط ارجاع دهنده
۴	مراقبت نیمه اول بارداری	ماما، پزشک عمومی	<p>- 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؛</p> <p>- 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؛</p> <p>- لکه بینی و علائم حیاتی پایدار در مراقبت هفته ۴ تا قبل از هفته ۶ بارداری؛</p> <p>- در صورت نتایج مختل برای آزمایش GCT.</p> <p><b>توجه: سایر ارجاعات و پیگیری‌ها در این سطح مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران</b></p>	<p>- ارجاع به پریناتولوژیست/یا متخصص زنان- زایمان در صورت سابقه سقط (های قبلی).</p> <p>- 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 ... با علائم حیاتی ناپایدار اقدامات/ارجاعات کاملا مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران است.</p> <p>- در لکه بینی و علائم حیاتی پایدار، اقدامات/ارجاعات کاملا مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران است.</p> <p>- در موارد نتایج مختل آزمایش GCT ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد.</p>	<p>- پیگیری نتیجه ارجاع</p> <p>- ثبت نتایج در سامانه</p>

فرآیند ارزیابی خدمات/مراقبت در سطح اول خدمت در "برنامه پیشگیری و پایش سقط خود به خودی جنین"

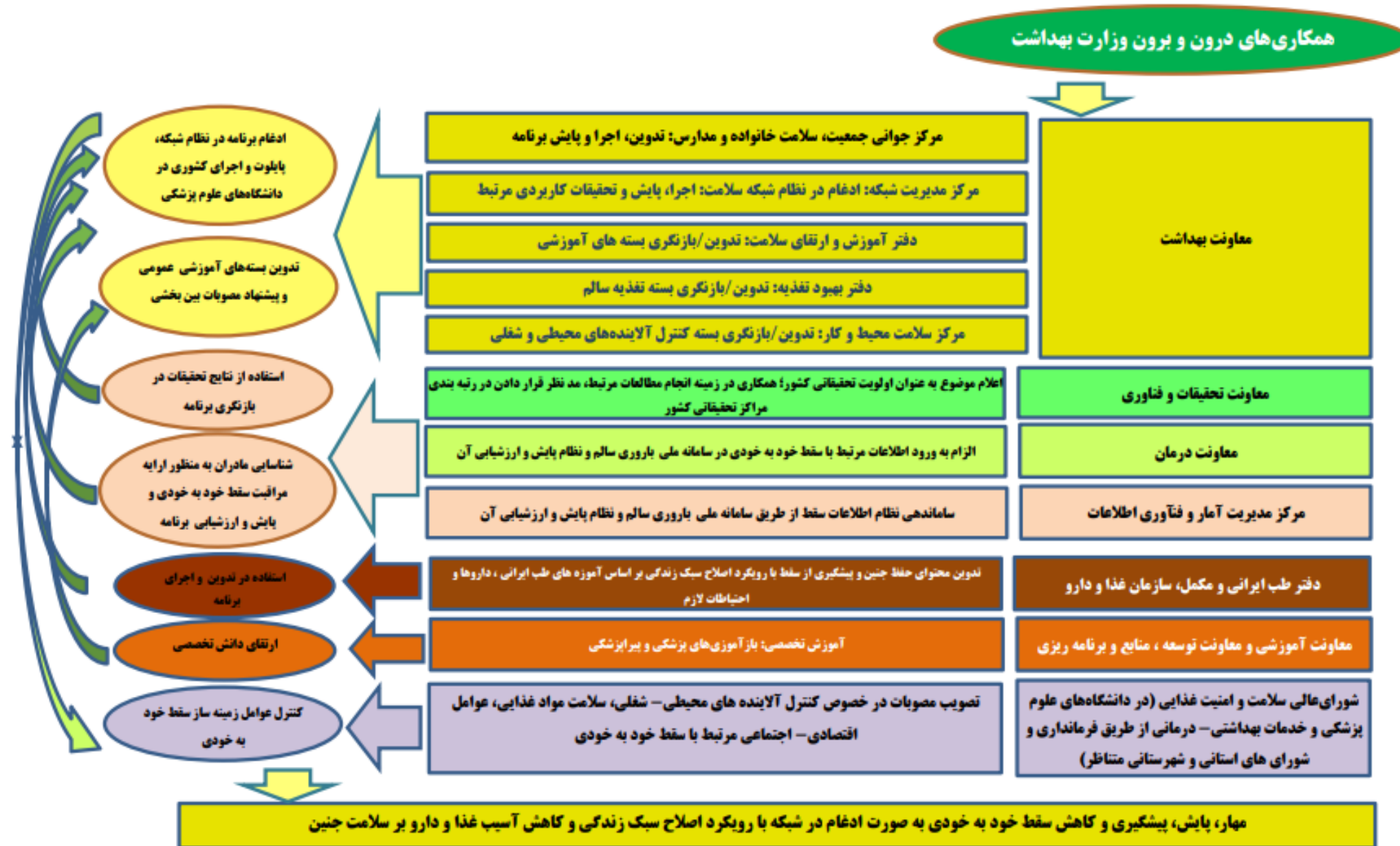




## ۲- همکاری های بین بخشی



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



# فعالیت های بین بخشی

- در سطح ملی، مسئولیت انجام فعالیتهای بین بخشی با دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور با هماهنگی و همکاری مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت است.
- **در سطح استانی و شهرستانی به ترتیب با کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان با هماهنگی گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس می باشد.**
- در سطح شهر و روستا، مسئولیت به ترتیب بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی می باشد که این هماهنگی ها و پیگیری به نتیجه رسیدن آنها را در سطح شهر و روستا به انجام رساند.



# شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

- سیاستگذاری در زمینه کاهش آلاینده های محیطی، مواد غذایی، عوامل اقتصادی و اجتماعی تاثیرگذار بر سقط خود به خودی.
- تصویب برنامه ها، بخشنامه ها، مصوبات و تدابیر بخشی و فرابخشی برای اجرای سیاستهای مرتبط با پیشگیری، مهار و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین.
- تصویب استانداردهای مرتبط از جمله در خصوص مواد غذایی خصوصا مواد غذایی تراریخته.
- تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه ها.
- ایجاد هماهنگی بین سازمانها و نهادهای تاثیرگذار و نیز متناظرهای استانی



# کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان / شهرستان

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



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

گروه هدف	فعالیت	شخصیت حقیقی و حقوقی	ردیف
-بختران -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 پرولوز (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*.	دهیاری / 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 پرولوز (بیماری مشترک دام و انسان); -پیشگیری از چاقی; -ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	داوطلبان/راغبین/ سفیران سلامت روستایی	۴
-	_ همکاری مجمع خیرین در زمینه تسهیل انجام خدمات کلینیک و پاراکلینیک مورد نیاز به ویژه در موارد سقط‌های رایجه، به دلیل عدم بضاعت مالی ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	سایر تشکل های مردمی از جمله گروه های مردمی جهادی و خیرین	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 (مثال شهر)

ردیف	شخصیت حقیقی و حقوقی	فعالیت	گروه هدف
۱	فرمانداری/ 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	داوطلبان/ رابعلین/ سفیران 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 و خیرین	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*. همکاری مجمع خیرین در زمینه تسهیل انجام خدمات کلینیک و پاراکلینیک مورد نیاز به ویژه در موارد سقط‌های رایج، به دلیل عدم بضاعت مالی	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، چوان 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).



# کمیته پایش

• پایش برنامه بر اساس فرآیندها و خدمات تدوین شده در این برنامه صورت می گیرد. مسئولیت پایش در سطح کشور بر عهده کمیته پایش در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ریاست مدیرکل مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت است که متناظر این کمیته باید در سطح دانشگاه، تشکیل شود.

• اعضا:

• اداره سلامت مادران و اداره جوانی جمعیت، (میانسالان و مدارس)

• دفتر بهبود تغذیه (آموزش سلامت)

• دفتر طب ایرانی و مکمل

• مرکز مدیریت شبکه

• مرکز مدیریت آمار و فناوری

• معاونت آموزشی

• معاونت تحقیقات و فناوری

• معاونت درمان

• مرکز سلامت محیط و کار

• شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور.





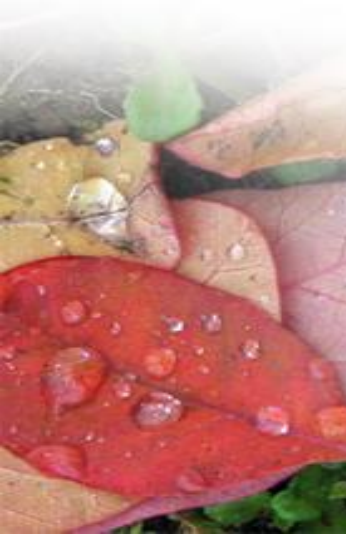


یلدا مبارک



بود آيا که در مسيکه ما بگشايند  
اگر از بهر دل زاهد خود مين بستند  
به صفای دل رندان صبحی زدگان  
نامه تعزيت دستر ز بنويسيد  
کيسوی چنگ بريد به مرگ می ناب  
در يخانه ميتند خدا يا پند  
حافظ اين خرقة که داری تو بپي فرودا

کره از کار فرو بسته ما بگشايند  
دل قوی دار که از بهر خدا بگشايند  
بس در بسته به مفتاح دعا بگشايند  
تا حريفان همه خون از مره ما بگشايند  
تا همه معجزگان زلف دو تا بگشايند  
که در خانه تر و ير و ریا بگشايند  
که چه ز نار ز زيرش به دعا بگشايند





سپاسگزارم

