

**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**

مرداد ۱۴۰۲

ABORTION

سقط

سقط خود به خودی-

در واقع، سقط به صورت خاتمه یافتن خود به خود یا القایی بارداری قبل از حیات جنین، تعریف می‌شود. سقط خود

به خودی^۱ به از دست رفتن بارداری در سن کمتر از ۲۲ هفته در غیاب معیارهای پزشکی انتخابی یا اقدامات جراحی برای

خاتمه دادن به بارداری، اطلاق می‌شود. اصطلاح miscarriage اغلب به عنوان مترادفی برای سقط خود به خودی جنین به کار

برده می‌شود و به نوعی متمایز کننده این گونه سقط‌ها از سقط‌هایی است با قصد پایان بخشیدن به بارداری صورت می‌پذیرند.

در کل، حدود ۲۰٪ از زنان باردار تا قبل از هفته ۲۲ بارداری درجاتی از خونریزی را تجربه خواهند کرد که به طور

تخمینی نیمی از این بارداری‌ها به سقط خودبخودی جنین ختم خواهند شد. برآوردها مطرح می‌نمایند که حدود ۲۰٪ از

بارداری‌های تشخیص داده شده به miscarriage می‌انجامند.

طبقه‌بندی بالینی

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

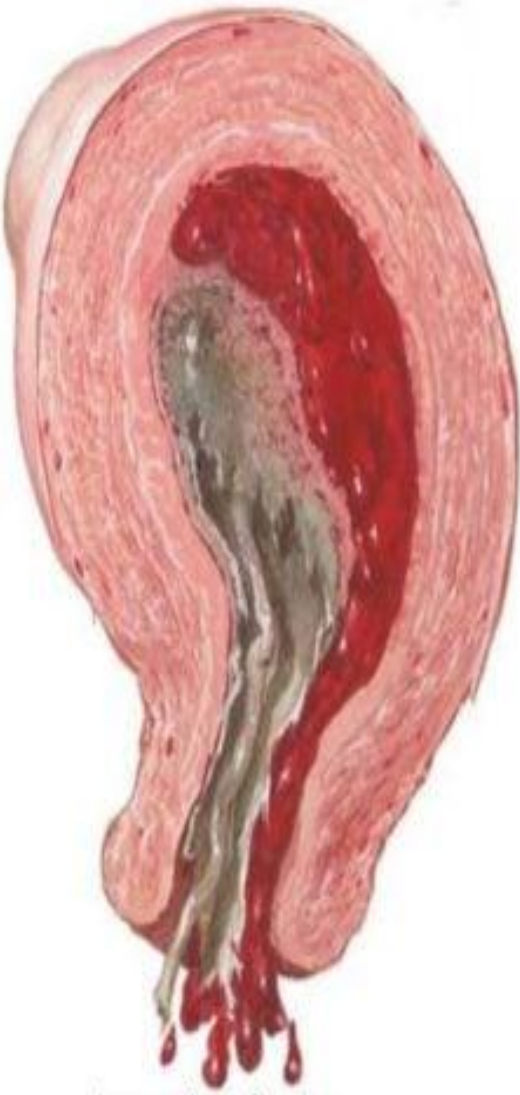
۱. **Complete abortion**: تمام محصولات لقاح بدون نیاز به مداخله جراحی یا پزشکی به‌صورت کامل دفع شده‌اند؛
۲. **Incomplete abortion**: برخی، اما نه تمام محصولات لقاح دفع شده‌اند. محصولات باقی‌مانده ممکن است بخشی از جنین، جفت، یا غشاها باشند؛
۳. **Inevitable abortion**: دهانه رحم گشاد شده است، اما محصولات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



Missed abortion



Inevitable abortion



Incomplete abortion



Threatened abortion

بیش از ۸۰٪ سقط‌های خود به خودی در ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق می‌افتند. در موارد سقط‌های سه ماهه اول، مرگ

رویان یا جنین تقریباً در تمام موارد قبل از دفع خود به خود اتفاق می‌افتد. ۱

در واقع، خونریزی سه‌ماهه اول در یک زن باردار تشخیص افتراقی‌های متعددی دارد مشتمل بر ناهنجاری‌های سرویکال^۶، بارداری نابجا^۷، خونریزی ایدیوپاتیک در یک بارداری زنده، عفونت واژن یا سرویکس، بارداری مولار^۸، خونریزی‌های Subchorionic^۹ و ترومای واژینال که برای رد یا تایید این تشخیص‌ها اقداماتی از قبیل انجام معاینه فیزیکی و اخذ شرح حال کامل، انجام آزمایش‌هایی شامل بررسی میکروسکوپ "wet prep"^{۱۰} از ترشحات واژن، شمارش کامل سلول‌های خون، تعیین گروه خونی و Rh و میزان کمی hCG سرمی، همچنین، آزمایشات گنوره‌آ و کلامیدیا می‌توانند توصیه شوند. اولتراسونوگرافی نیز به منظور شناسایی وضعیت بارداری و تایید بارداری داخل رحمی بسیار مهم است.

عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی به سه دسته کلی عوامل زمینه ایی (مانند سن، بیماری زمینه ایی

و ...)، رفتاری، محیطی، اجتماعی و اقتصادی (مانند استعمال دخانیات، مواد محرک، الکل، مصرف خودسرانه دارو، سبک

زندگی ناسالم، مواجهه با سموم و آلودگی ها، استرس و ...) قابل تقسیم است.

علل و عوامل تاثیرگذار

• تقریبا ۴۹٪ علل سقط های خود به خودی ناهنجاری های کروموزومی است

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

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

○ احتمال همراهی سقط جنین با شرایط مربوط به کاردیومتابولیک وجود دارد. این یافته با شواهد در حال

ظهور در زمینه ارتباط ریسک فاکتورهای قلبی- عروقی با عوارض بارداری مطابقت دارد. هم چنین توجه

به هیپوتیروئیدیسم تحت بالینی (subclinical) نیز توصیه می شود.

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

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

۸. استفاده از وسایل داخل رحمی؛

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

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

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

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

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

۱۰. برخی از داروها: مانند رتینوئیدها و متوترکسات.

۱۱. سقط‌های متعدد القایی قبلی^{۱۵}؛

۱۲. سقط خود به خودی قبلی؛

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

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

به هر حال، عوامل دیگری هم وجود دارند که تعیین ارتباطات آنها با سقط خود به خودی نیاز به بررسی بیشتری دارد مانند استرس، اعمال جراحی و ارتباط احتمالی بین ناملایمات و استرس های سایکولوژیک، استرس های شغلی و مشکلات اقتصادی (معیشتی) با سقط مطرح گردیده است.

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

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

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

فرآیند اجرایی

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

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

جامعه است که در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز خدمات جامع سلامت، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت طبق طرح گسترش

شبکه) ارایه می‌گردد. این واحدها معمولاً در جایی نزدیک محل سکونت مردم است و نخستین تماس فرد با نظام سلامت از این طریق صورت می‌پذیرد.

در این برنامه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی به گروه‌های سنی نوجوانان و جوانان و میانسالان اعم از متاهل و مجرد در محدوده سنین باروری

در طی برنامه‌های مراقبتی مربوطه و نیز به زنان/مادران طی مراقبت‌های پیش از بارداری و مراقبت‌های نیمه اول بارداری ارایه خواهد شد. هم‌چنین،

متقاضیان ازدواج در زمان آموزش‌های هنگام ازدواج از این خدمات بهره‌مند خواهند شد. کلیه اطلاعات در خصوص اقدامات انجام شده در سامانه‌های

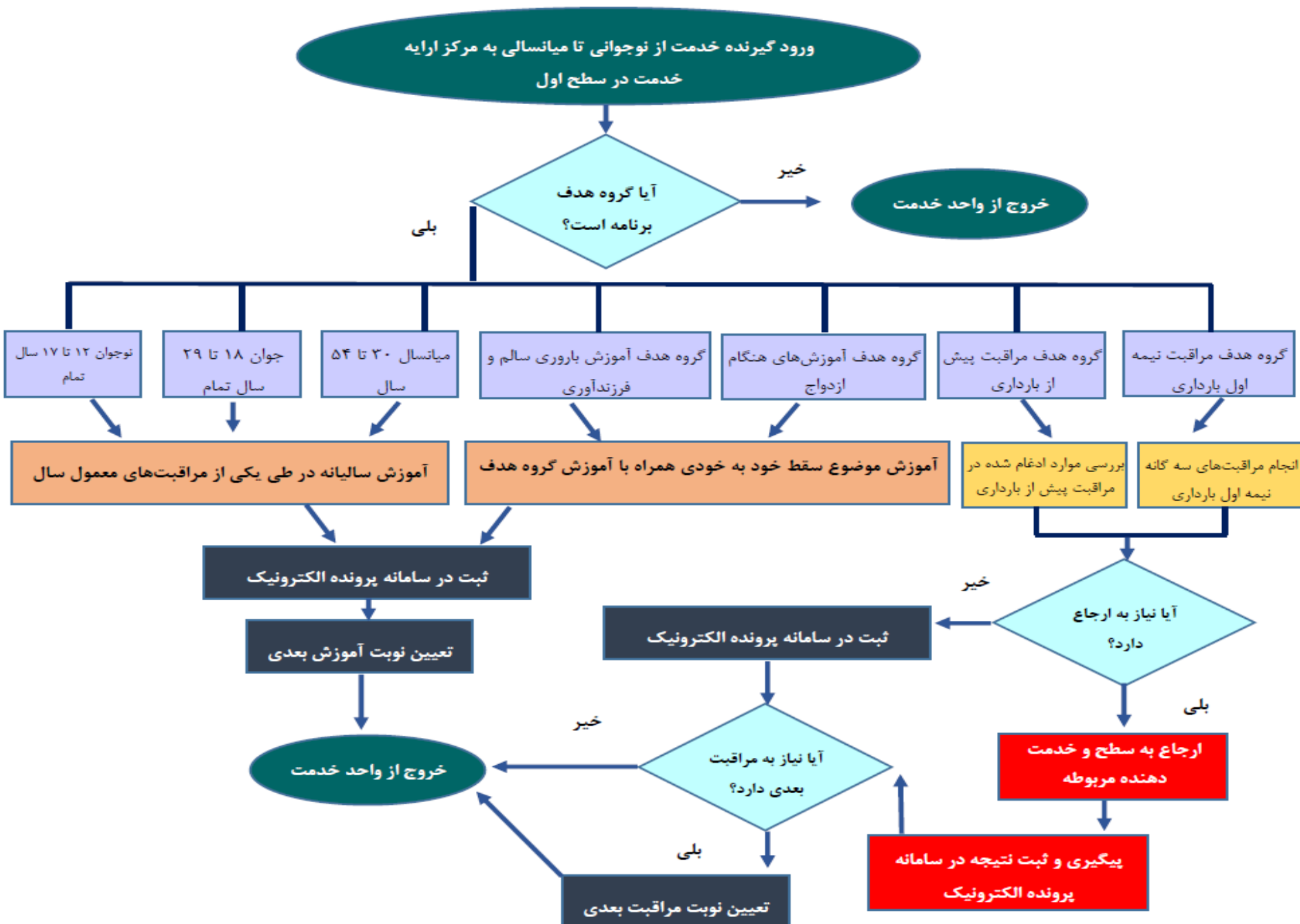
اطلاعاتی موجود سطح اول خدمت ثبت خواهد شد.

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

از قابلیت‌های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و متناظر آن در سطح استان‌ها/شهرستان‌ها به منظور جلب مشارکت و همکاری سازمان‌ها

و نهادهای تاثیرگذار استفاده خواهد شد.

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



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

ورود خدمت گیرنده به واحد ارائه خدمت

تعیین وضعیت تاهل

آقا متاهل

خانم مجرد؛ آقا مجرد

خانم متاهل

تعیین وضعیت بارداری

آیا مراجعه جهت دریافت خدمت آموزش‌های هنگام ازدواج است؟

خیر

بلی

مراجعه معمول

مراجعه برای دریافت آموزش‌های هنگام ازدواج **

نیمه اول بارداری

غیر باردار

۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم بارداری و توصیه های طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
 ۲. انجام مراقبت‌ها از شروع بارداری تا هفته ۲۰ شامل:
 - مصاحبه، تشکیل/بررسی پرونده به‌ویژه سابقه سقط؛
 - معاینه بالینی (قد، وزن، علائم حیاتی و فیزیکی)؛
 - ارجاع جهت آزمایش‌ها/بررسی های تکمیلی؛
 - آموزش و مشاوره؛
 - ارائه مکمل‌های دارویی؛
 - ایمن سازی (در صورت نیاز)؛
 ۳. ثبت اقدامات در سامانه.

۱. آموزش در خصوص عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی حین آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری.
 ۲. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری (با رویکرد طب ایرانی جهت حفظ بارداری و پیشگیری از سقط).
 ۳. آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و نحوه برخورد با آن و لزوم مراجعه زودهنگام بلافاصله پس از تعویق عادت ماهیانه.*
 ۴. تاکید بر لزوم مراجعه برای مراقبت پیش از بارداری (ترجیحا با همسر).
 ۵. ثبت اقدامات در سامانه.

بررسی از نظر لکه بینی، ترشحات غیرطبیعی، آبریزی و خونریزی و موارد نیازمند مراقبت ویژه

ارجاع به ما و پزشک عمومی جهت مراقبت پیش از بارداری.

وجود لکه بینی، ترشحات غیرطبیعی، آبریزش و خونریزی یا علائم نیازمند مراقبت ویژه

عدم لکه بینی، ترشحات غیرطبیعی، آبریزش و خونریزی یا موارد نیازمند مراقبت ویژه

اقدام ارجاع بر اساس راهنمای خدمات خارج بیمارستانی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران.
 - پیگیری نتیجه ارجاع و تعیین نحوه مراقبت.
 - ثبت در سامانه و ادامه مراقبت مربوطه.

اقدام ارجاع بر اساس راهنمای خدمات خارج بیمارستانی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران.
 - پیگیری نتیجه ارجاع و تعیین نحوه مراقبت.
 - ثبت در سامانه و ادامه مراقبت مربوطه.

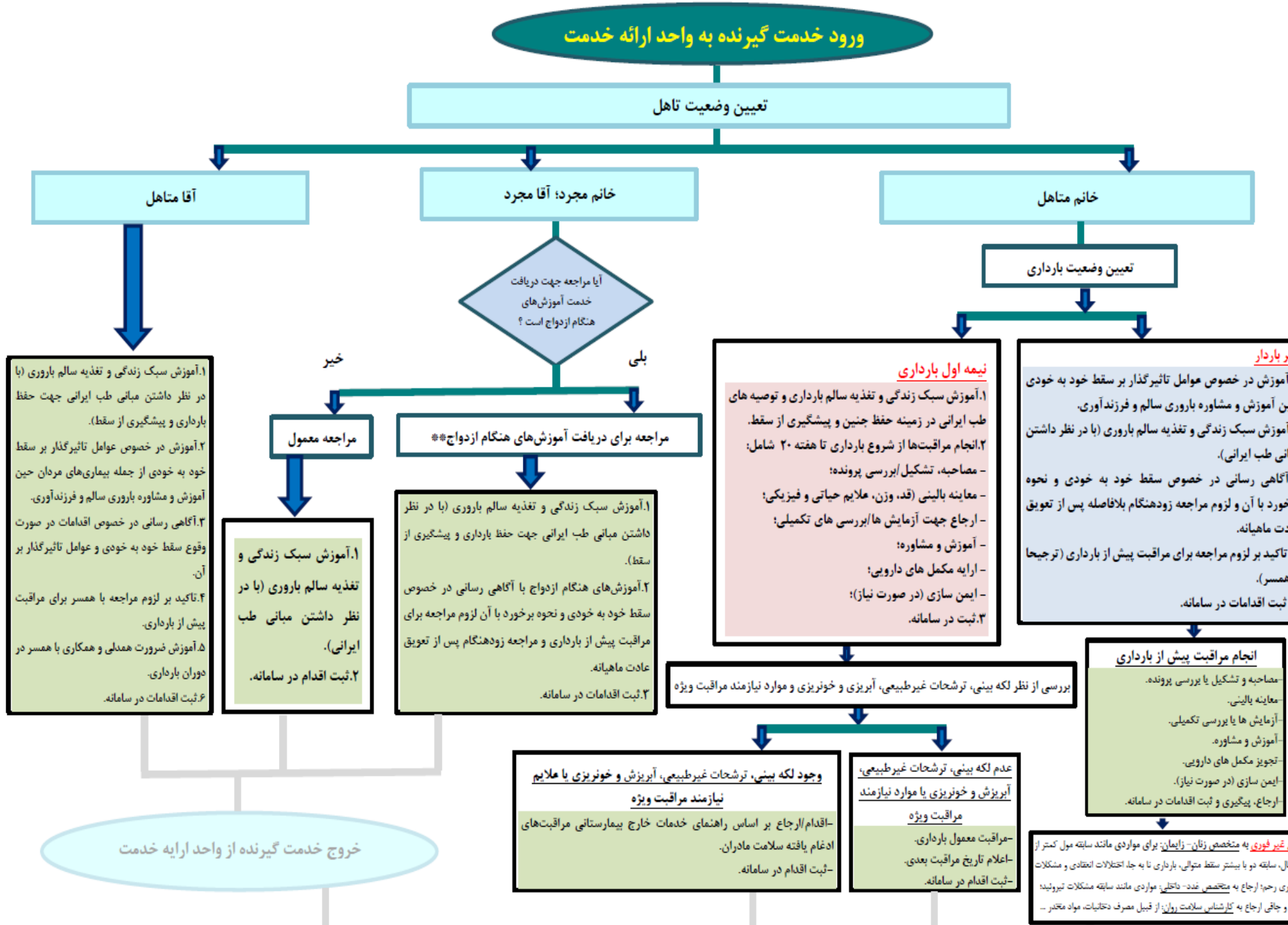
۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی جهت حفظ بارداری و پیشگیری از سقط).
 ۲. آموزش در خصوص عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی از جمله بیماری‌های مردان حین آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری.
 ۳. آگاهی رسانی در خصوص اقدامات در صورت وقوع سقط خود به خودی.
 ۴. تاکید بر لزوم مراجعه با همسر برای مراقبت پیش از بارداری.
 ۵. آموزش ضرورت همدلی و همکاری با همسر در دوران بارداری.
 ۶. ثبت اقدامات در سامانه.

۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی).
 ۲. ثبت اقدام در سامانه.

۱. آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری (با در نظر داشتن مبانی طب ایرانی جهت حفظ بارداری و پیشگیری از سقط).
 ۲. آموزش‌های هنگام ازدواج با آگاهی رسانی در خصوص سقط خود به خودی و نحوه برخورد با آن لزوم مراجعه برای مراقبت پیش از بارداری و مراجعه زودهنگام پس از تعویق عادت ماهیانه.
 ۳. ثبت اقدامات در سامانه.

خروج خدمت گیرنده از واحد ارائه خدمت

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



شرح وظایف ارایه دهندگان خدمت

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

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

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

- 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 ارائه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- ارائه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- ارائه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله برنامه آموزش باروری سالم و فرزندآوری.
- آموزش در زمینه اصلاح سبک زندگی بر اساس رویکرد طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
- ارجاع صحیح و به موقع موارد مطابق با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- پیگیری موارد ارجاع داده شده.
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها. یاری، شورایاری، سمن‌ها، خیرین، به منظور پیشگیری و کاهش تاثیر
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود.

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به ویژه ماده ۵۵ این قانون.
- آگاهی کامل از 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 موالید، میزان باروری کل، میزان زایمان طبیعی و سزارین و سن مادر در زمان اولین زایمان.
- اطلاع از آخرین راهنمای اجرایی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- شرکت در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش در خصوص راهکارهای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- اطلاع از فرایند ارائه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- ارائه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های پیش از بارداری.
- ارائه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- ارائه آموزش‌های چهره به چهره/ فردی به سایر گروه‌های هدف برنامه از جمله آموزش‌های هنگام ازدواج (مربیان دوره دیده) و باروری سالم و فرزندآوری.
- آموزش در زمینه اصلاح سبک زندگی بر اساس رویکرد طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط.
- ارجاع صحیح و به موقع موارد مطابق با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر اساس مداخلات طراحی شده برای پیشگیری از سقط خود به خودی.
- پیگیری موارد ارجاع داده شده.
- جلب همکاری‌های بین بخشی از جمله فرمانداری، سمن‌ها، خیرین، 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.

پایش برنامه

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

شرح وظایف کمیته پایش:

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

جدول شماره ۶. شاخص‌های پایش برنامه

ردیف	حیطه	عنوان شاخص	صورت	مخرج	حد انتظار (در پایان)
۱	تحقیق و پژوهش (با همکاری معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در سطح ستاد)	درصد مراکزی که در زمینه موضوع سقط خود به خودی چنین در کشور تحقیق می‌نمایند.	تعداد مراکزی که تحقیقات در زمینه موضوع سقط خود به خودی چنین در کشور انجام داده‌اند.	تعداد کل مراکز تحقیقاتی کشور.	۱۰ درصد
۲		درصد بهره برداری از نتایج مطالعات انجام شده که در زمینه ارتقا و بازنگری برنامه توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت ارسال شده است.	تعداد مقالات/مطالعات ارسال شده توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت که از نتایج آنها بهره برداری شده.	تعداد کل مقالات/مطالعات ارسال شده توسط معاونت تحقیقات و فناوری به معاونت بهداشت.	۲ درصد
۳	آمار و فناوری اطلاعات (با همکاری مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت در سطح ستاد و دانشگاه)	درصد ادغام متغیرهای مرتبط با موضوع سقط خود به خودی چنین در سامانه‌های نظام سلامت مانند سامانه ملی باروری سالم (موضوع ماده ۴۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت).	تعداد متغیرهای ادغام شده در سامانه‌های نظام سلامت.	کل متغیرهای احصا شده مرتبط با سقط خود به خودی چنین.	۵ درصد
		درصد سقط خود به خودی (به تفکیک مکرر و غیر مکرر).	تعداد موارد سقط خود به خودی ثبت شده (به تفکیک مکرر و غیر مکرر).	تعداد کل موارد سقط + تعداد سقط.	۲۰ درصد
۴	آموزش و اطلاع رسانی (با همکاری معاونت توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت در سطح ستاد و دانشگاه)	درصد پوشش آموزش در خصوص خدمات و مراقبت‌های مرتبط با برنامه جامع سقط خود به خودی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به تفکیک ارائه دهندگان خدمت.	تعداد افراد آموزش دیده به تفکیک انواع ارائه دهندگان خدمت (شامل بهورز، ماما، پزشک عمومی، ...).	تعداد کل ارائه دهندگان خدمت به تفکیک انواع (شامل بهورز، ماما، پزشک عمومی، ...).	۶۰ درصد
		درصد پوشش آموزش در گروه‌های مختلف گیرنده خدمت شامل نوجوانان، جوانان، میانسالان، پیش از بارداری و ...	تعداد افراد گیرنده خدمت که آموزش دیده‌اند (به تفکیک نوجوانان، جوانان، میانسالان، ...).	کل گیرندگان خدمت تحت پوشش (به تفکیک نوجوانان، جوانان، میانسالان، ...).	۲۰ درصد
۶	مراقبت در سطح اول ارائه خدمت	درصد مراقبت پیش از بارداری در موارد سابقه سقط خودبه‌خودی چنین بر اساس برنامه جامع سقط خودبه‌خودی.	تعداد مادران با سابقه سقط خود به خودی که مراقبت پیش از بارداری مرتبط را دریافت کرده‌اند.	کل مادرانی که سقط خود به خودی داشته‌اند.	۳۰ درصد
		درصد پوشش مراقبت‌های نیمه اول بارداری بر اساس برنامه جامع سقط خود به خودی.	مادران ثبت بارداری شده‌ایی که مراقبت قبل از ۶ هفته را دریافت کرده‌اند.	تعداد کل مادرانی که بارداری‌شان ثبت شده است.	۶۰ درصد
۸	همکاری‌های بین بخشی	درصد اجرای مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (و متناظرهای استانی/شهرستانی) در زمینه مهار و کنترل سقط خود به خودی با همکاری‌های بین بخشی.	تعداد مصوبات اجرا شده.	تعداد کل مصوبات.	۲۰ درصد

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

جدول شماره ۷. شاخص های داشبوردی در سطح اول آرایه خدمت

تفکیک کننده	ثابت (انتهای دوره)	پویا (به روز)	بازه زمانی	سطح احصا	نوع شاخص	منبع	مکان	منبع	صورت	عنوان شاخص
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر روستا.	بلی	خیر	سالانه	ستادی	برونداد (کوتاه مدت).	تعداد اعلام شده از سوی مرکز توسعه شبکه.	کل	نام ابلاغ و ستاد و گزارش دانشگاهی.	تعداد دانشگاه های اجرا کننده برنامه.	درصد دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی که طبق ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی چنین به صورت ادغام در شبکه بهداشت در آنها در حال اجرا می باشد.
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر روستا.	بلی	خیر	شش ماهه	ستادی و محلی	پیامد (میان مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد کل مادرانی که بارداری شان ثبت شده است.	سامانه الکترونیک سلامت.	مادران ثبت بارداری شده ایی که مراقبت قبل از ۶ هفته را دریافت کرده اند.	درصد پوشش مراقبت سقط خودبخودی چنین در نیمه اول بارداری.
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر روستا.	بلی	خیر	شش ماهه	ستادی و محلی	پیامد (میان مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	کل مادرانی که سابقه سقط خود به خودی داشته اند.	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد مادران با سابقه سقط خود به خودی که مراقبت پیش از بارداری مرتبط را دریافت کرده اند.	درصد پوشش مراقبت سقط خودبخودی چنین در پیش از بارداری.
نوجوانان، جوانان، میانسالان، پیش از بارداری، نیمه اول بارداری، آموزش مشاوره باروری سالم و فرزندآوری آموزش های هنگام ازدواج.	بلی	خیر	شش ماهه	ستادی و محلی	پیامد (میان مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	کل گیرندگان خدمت تحت پوشش.	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد افراد گیرنده خدمت که آموزش دیده اند.	درصد پوشش آموزش در زمینه راه های پیشگیری از سقط خودبخودی چنین در گروه های هدف برنامه.
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر روستا.	بلی	خیر	سال	ستادی و محلی	اثر (بلند مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد تولد.	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد سقط خود به خودی چنین ثبت شده.	نسبت سقط خودبه خودی چنین (به ازای ۱۰۰۰ تولد در سال) (abortion ratio)

درصد مورد انتظار	بازه زمانی	مخرج کسر	صورت کسر	عنوان شاخص
۳۰٪	۶ ماهه	کل مادرانی که سابقه سقط خود به خود دارند	تعداد مادران با سابقه سقط خودبخودی که مراقبت پیش از بارداری را دریافت کرده اند	درصد پوشش مراقبت سقط خود به خودی جنین در پیش از بارداری
۶۰٪	۶ ماهه	تعداد مادرانی که حد اقل یکبار در بارداری مراقبت دریافت نموده اند	تعداد مادرانی که مراقبت هفته ۴-۶ بارداری را دریافت نموده اند	درصد پوشش مراقبت سقط خود به خودی جنین در نیمه اول بارداری
۶۰٪	۶ ماهه	کل گیرندگان خدمت تحت پوشش (نوجوان- جوان- میانسال- پیش از بارداری- نیمه اول بارداری- مشاوره فرزندآوری سالم- فرزندآوری- آموزش هنگام ازدواج)	تعداد افراد گیرنده خدمت که آموزش دیده اند	درصد پوشش آموزش در زمینه راه های پیشگیری از سقط خود به خودی جنین در گروه های هدف برنامه (نوجوان- جوان- میانسال- پیش از بارداری- نیمه اول بارداری- مشاوره فرزندآوری سالم- فرزندآوری- آموزش هنگام ازدواج)
۶۰٪	۶ ماهه	تعداد کل ارائه دهندگان خدمت به تفکیک (بهورز- مراقب سلامت- ماما- پزشک- و..)	تعداد افراد آموزش دیده (در گروه هدف برنامه) به تفکیک ارائه دهندگان خدمت (بهورز- مراقب سلامت- ماما- پزشک- و..)	درصد پوشش آموزش در زمینه خدمات و مراقبت های مرتبط با پیشگیری از سقط خود به خودی جنین در گروه های هدف (نوجوان- جوان- میانسال- پیش از بارداری- نیمه اول بارداری- مشاوره فرزندآوری سالم- فرزندآوری- آموزش هنگام ازدواج) به تفکیک ارائه دهندگان خدمت
۲۰٪	سالانه	تعداد کل موالید + تعداد سقط	تعداد موارد سقط خود به خودی (به تفکیک مکرر و غیر مکرر)	درصد سقط خود به خودی (به تفکیک مکرر و غیر مکرر)
-	دراز مدت	تعداد تولد	تعداد سقط خود به خودی جنین ثبت شده	نسبت سقط خود به خودی جنین (به ازای ۱۰۰۰ تولد در سال) abortion ratio
۲۰٪	سالانه	تعداد کل مصوبات	تعداد مصوبات اجرا شده	درصد اجرای مصوبات جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (استان/شهرستان)

با تشکر از توجه شما

