

سازمان دهی مراقبت‌های دوران بارداری و شناسایی عوامل خطرزا

گردآوری:

صدیقه پاک سرشت و سیده نوشاز میرحق جو

کارشناسان ارشد مامایی

اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

عبارتست از:

* مشاوره، ایجاد اطمینان مجدد، آموزش و

حمایت از زن و خانواده اش

* تعیین ناراحتیهای جزئی حاملگی

* اجرای برنامه غربالگری مداوم (کلینیکی و

آزمایشگاهی) جهت مشخص کردن زنان

کم خطر

برای تعداد بسیار کمی از زنان که قبل، حین یا

بعد از حاملگی بعنوان پرخطر شناخته شده اند

تعریف خطر

هنگامی حاملگی پرخطر در نظر گرفته می شود که

احتمال سرانجام بد برای مادر و نوزاد نسبت به زنان

حامله عادی بیشتر باشد. اکثر حاملگی ها براساس این

تعریف پرخطر نمی باشند.

اهداف مراقبت‌های دوران بارداری

اهداف مراقبت برای زنان طبیعی و کم خطر

آموزش دیده می باشد. در کشورهای پیشرفته، ماماهاى محلى در امر مراقبت دوران بارداری دخالت زیادى ندارند.

* آموزش

تفاوتهای زیادی از نظر شکل، محتوی و میزان آموزش و مشاوره ای که زنان در طی حاملگی دریافت می کنند نه تنها در بین کشورها بلکه در داخل یک کشور نیز وجود دارد. زنان حامله اکثر اطلاعات مورد نیاز خود را از پزشکان متخصص دریافت نمی کنند بلکه از دوستان و آشنایان کسب می نمایند.

* تعداد معاینات

در مورد تعداد دفعات ایده آل معاینه در دوران بارداری اتفاق نظر وجود ندارد. به عنوان مثال کالج آمریکائی زنان و مامائی تعداد دفعات را هر ۴ هفته یکبار تا ۲۸ هفتگی و هر ۲ هفته یکبار تا ۳۶ هفتگی و هر هفته تا هنگام زایمان توصیه نموده است. اگر اولین ویزیت در هفته ۸ حاملگی و آخرین آن در هفته ۴۰ حاملگی باشد تعداد دفعات ۱۳ بار خواهد بود. در حالیکه کمیته تخصصی جدید برای حاملگی های طبیعی تعداد معاینات دوره بارداری را به ۸ بار کاهش داده است. در ممالک مختلف اروپائی تعداد دفعات معاینه را بین ۵ تا ۱۵ بار توصیه می نمایند. احتمالاً تعداد دفعات معاینه در حاملگیهای طبیعی به میزان قابل توجهی کاهش می یابد.

* برنامه غربالگری کلینیکی و پاراکلینیکی

علی رغم اختلاف نظر زیاد در رابطه با شرایط مراقبت دوران بارداری و غربالگری کلینیکی و پاراکلینیکی شباهت زیادی در کشورهای توسعه یافته مشاهده می گردد و این اختلاف نظر بیشتر مربوط به میزان مشکلات منطقه ای می باشد. فاکتورهائی که عموماً در دوران حاملگی مورد بررسی قرار می گیرد در

علاوه بر این سه هدف، هدف چهارمی نیز در نظر گرفته می شود.

* پیشگیری، تشخیص و ارزیابی مشکلات و عوامل زیان بار بر سلامت مادر و نوزاد

ضوابط مراقبتهای دوران بارداری

در کشورهای توسعه یافته تفاوتهای زیادی در باره ضوابط و محتویات مراقبت دوران بارداری وجود دارد.

* ارائه دهندگان مراقبت

نقش متخصصین مامائی، پزشکان خانواده (پزشک عمومی) و ماماها در ارائه مراقبت دوران بارداری از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. دلیلی مبنی بر اینکه پزشکان برای انجام مراقبت دوران بارداری در هر حاملگی به تخصص طبی نیاز داشته باشند وجود ندارد.

در انجمن اروپا، دانمارک و هلند مسئولیت اصلی بر عهده ماماها و پزشکان خانواده می باشد که نقش حمایتی را ایفا می نمایند و متخصصین تنها درگیر مشکلات مربوط به حاملگی و لیبر و زایمان هستند. برعکس در بلژیک، لوگزامبورگ و آلمان اکثر مراقبتها توسط متخصصین مامائی انجام می پذیرد. در فرانسه و UK ارائه دهندگان مراقبت تنوع بیشتری دارند، با این حال در کل ماماها و پزشکان خانواده، در صورت طبیعی بودن حاملگی بطور جانبی با متخصصین مامائی در ارائه مراقبت سهیم هستند. به نظر می رسد استرالیا و نیوزلند براساس الگوی اخیر عمل کنند. در آمریکای شمالی ماماها در امر مراقبت مشارکت زیادی ندارند، هر چند که چندین مطالعه اولیه مبنی بر افزایش نقش آنان انجام شده است.

غالباً مراقبتهای دوران بارداری در USA، کانادا توسط پزشکان عمومی یا متخصصین انجام می شود، با این حال برخی از مراقبتها تحت نظر پرستاران

جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

* براساس محاسبه ریاضی خطر اضافه شده برای

هر یک از فاکتورهای موجود در زن

* براساس اصلاح خطر اضافه شده بوسیله اعمال

ریاضی

تئوریهای مبنی بر اینکه چرا درجه بندی قرار دادی خطر ممکن است کاربرد عملی کمتری داشته باشد وجود دارد بعنوان مثال این امر همراه با نادیده گرفتن زنان کم خطر است و از طرفی محاسبه درجه بندی مستلزم اقدامات کامپیوتری بوده، در صورتیکه اداره حاملگی به طرح ساده و قابل انعطافی نیاز دارد. حقیقت این است که در عمل چنین سیستم درجه بندی خطر بطور گسترده ای مورد استفاده قرار می گیرد که خود می تواند قسمتی از این دلایل محسوب گردد. همچنین دلایل کمی مبنی بر ارتباط این سیستم با کاهش سرانجام بد حاملگی وجود دارد. بعلاوه وقتی درجه بندی خطر در عمل بکار می رود که هنوز خطر بالقوه سرانجام بد حاملگی مبهم می باشد که از طریق مداخلات و درمان، افزایش بقاء جایگزین آن می گردد و ممکن است تعدادی از این خطرات ارزش بررسی را نداشته باشد.

نمونه هایی از چنین خط مشی هایی عبارتست از مانیتور جنین و روشهای که مدعی کاهش زایمان زودرس هستند. در نهایت محدودیت عملی آن این است که در جمعیت های مختلف درجه بندی خطر متفاوت است و دلایل دیگر دقیقاً مربوط به شیوع سرانجام بد آن می باشد.

به عقیده محققین، درجه بندی قراردادی خطر نباید بطور روتین در مراقبت های حاملگی مطرح گردد مگر اینکه نتایجی از فواید و مضرات آن بر اساس اجرای طرح تصادفی در دسترس باشد.

تشخیص خطر و درمان آن در حاملگی

سومین هدف مراقبت دوران بارداری برای تشخیص زنان در معرض خطر می باشد. تشخیص براساس گرفتن تاریخچه، معاینه یا بررسی های انجام شده قبل از حاملگی، هنگام اولین ویزیت یا در طی ویزیت های بعدی است. چهارمین هدف مربوط به اداره زنان حامله معرض خطر است که این درمان جهت پیشگیری، بهتر نمودن یا درمان سرانجام بد حاملگی می باشد عملاً تعیین خطر در دوران حاملگی به دو طریق صورت می گیرد.

* درجه بندی خطر عمومی

* تشخیص خطر اختصاصی

درجه بندی خطر عمومی

هدف اصلی از سیستم درجه بندی خطر در حاملگی، تقسیم بندی زنان به طبقات مختلف جهت تکمیل نمودن خط مشی های درمانی مختلف و مناسب می باشد. فواید دیگر روش های درجه بندی خطر عمومی شامل آموزش و رسیدگی، تعریف جمعیت ها از نظر مقاصد اپیدمیولوژیکی و اختصاص دادن امکانات به آنها است.

بررسی های لازم در زمینه سرانجام بد جنین درجه بندیهای بعمل آمده براساس درمان های زیر مورد ارزیابی قرار گرفته است:

* مرگ و میر قبل از تولد

* جنین کوچک برای سن حاملگی و جنین با وزن

پایین هنگام تولد

* آسفیکسی

* یا همراهی هر چهار مورد فوق

خطرات فوق به سه طریق مورد بررسی قرار می گیرد.

* براساس تعداد عوامل خطرزای موجود

جدول ۱ - فاکتورهای خطر شایعی که در غربالگری قبل از زایمان مورد بررسی قرار می گیرند .

مسائل ایجاد شده در حاملگی	تاریخچه ژنیکولوژی	دموگرافیک / عمومی
حاملگی چندقلوئی	نازایی	سن مادر
خونریزی واژینال	پیشگیری از بارداری	نژاد
کاهش حرکات غیرطبیعی جنین	نظم قاعدگی	وضعیت اجتماعی اقتصادی
فعالیت رحمی قبل از ترم	مشکلات ویژه	وضعیت ازدواج
فشار خون		
اندازه غیرطبیعی رحم و یا هر	تاریخچه فامیلی	تاریخچه قبلی مامایی
مشکل دیگر حجم مایع آمنیوتیک	ناهنجاریهای مادرزادی	تعداد زایمان
(در حاملگی عموماً اضافه وزن	دیابت	حاملگی خارج رحمی / سقط ها
بطور روتین ثبت نمی گردد)	فشارخون	روش زایمان
	بیماری کلیه	سرانجام نوزاد، سن حاملگی،
		اندازه طبیعی بودن جنین
آزمایشات	معاینه فیزیکی	سایر عوارض حاملگی
تجزیه ادرار (گلوکز، پروتئین،	وزن مادر	
خون، کتون).	قد مادر	تاریخچه قبلی پزشکی
شمارش کامل خون. گروه خون و	معاینه عمومی	مصرف سیگار
غربالگری آنتی بادی و سرولوژی	معاینه لگنی (اگر سونوگرافی	الکل
از نظر سرخجه، سفلیس و سایر	لگن بطور و تین پیشنهاد شود و	استفاده نادرست از داروها
موارد براساس شیوع منطقه ای از	معاینه لگن اندیکاسیون نداشته	عوارض طبی مادری
قبیل هپاتیت، (HIV)	باشد توسط متخصصین صورت	داروهای تجویز شده برای مادر
غربالگری سرولوژی جهت	نمی گیرد)	سابقه جراحی
آنومالی جنین (مثل نقص لوله		مشکلات قبلی بیهوشی
عصبی، سندرم داون)		

تشخیص خطر اختصاصی

کیلوگرم دارند بیشتر در معرض خطر دیابت و فشارخون حاملگی هستند. در نتیجه برنامه غربالگری کلینیکی و پاراکلینیکی دوران بارداری باید برای مراقبت اختصاصی این دو عارضه در نظر گرفته شود. در عمل مهمترین مسئله ای که مدنظر می باشد این است که علی رغم اتفاق نظر در باره وجود فاکتور خطر و احتمال سرانجام بد، توافق کمی در باره روش درمانی مناسب وجود دارد زیرا دلایل علمی مبنی بر مفید بودن بعضی از اقدامات کافی نیست.

در عمل تعیین خطر حاملگی براساس تشخیص خطر اختصاصی مشکل است. وجود عامل خطرزا که منجر به سرانجام بد حاملگی در زن خواهد شد تعیین می شود و در نتیجه ممکن است جهت پیشگیری، اصلاح یا معالجه سرانجام بد حاملگی، تحت درمان اضافی قرار گیرد. این اقدامات علاوه بر مراقبت های روتین دوران بارداری است که تمام زنان در طول حاملگی دارند. بعنوان مثال زنانی که وزن بیش از ۸۵

پیش بینی مراقبت اضافی براساس تشخیص فاکتور خطر است که از طریق تجربه یا از طریق برنامه حساب شده حاصل میشود.

تجربه

تصمیم متخصصین مامایی در مورد چگونگی ارزیابی بیشتر بیمارانی که عوامل خطرزا دارند از فردی به فرد دیگر متفاوت است. خانمی را در نظر بگیرید که بیش از ۸۵ کیلوگرم وزن دارد و خطر ابتلا به فشار خون بالا و دیابت حاملگی در او مشخص شده است متخصص می تواند فشارخون بالای وی را از طریق راهنمای زیر ارزیابی کند.

* در صورت توجه دقیق به ثبت و تعیین فشارخون با استفاده از بازویند فشارسنج بزرگتر در معاینات روتین کلینیکی دوران بارداری به هیچ اقدام اضافه تری نیاز نیست.

* افزایش تعداد دفعات بررسی کلینیکی برای تعیین فشارخون.

* واداشتن زن به اندازه گیری فشارخون خود با استفاده از فشارسنج و توصیه های لازم جهت ارجاع متخصص می تواند دیابت حاملگی را همانند مثال قبل با روشهای زیر ارزیابی کند:

* تعیین قند خون بطور تصادفی یک بار یا بیشتر در حاملگی

* اندازه گیری قند خون ناشتا یک بار یا بیشتر در حاملگی

* انجام تست اصلاح شده ۵۰ گرم گلوکز یک بار یا بیشتر در حاملگی

* انجام تست تحمل گلوکز ۷۵ گرم یک بار یا بیشتر در حاملگی

برنامه حساب شده

متخصص در هر زمانی که عوامل خطرزا را تشخیص دهد از یک برنامه حساب شده جهت درمان استفاده می کند. نمونه ای از آن در جدول ۲ و ۳ آمده است. مطالعه ای مبنی بر مقایسه نتایج روش تجربه با روش برنامه حساب شده وجود ندارد. با این وجود فواید متعدد در روش برنامه حساب شده عبارتست از:

* درمان ثابت برای فاکتورهای خطر

* امکان پذیر بودن بررسی تأثیر یک روش درمانی در مقایسه با روشهای دیگر

لازمه بی قید و شرط برنامه حساب شده این است که باید با اساس برنامه مراقبت دوران بارداری تطابق داشته باشد که یک نمونه از آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۲ - طرح درمانی فاکتور خطر: فاکتورهای بدست آمده از معاینه

فاکتور خطر	ماهیت خطر مادری / جنینی	اصول درمانی
وزن بیش از ۸۵ کیلوگرم	فشار خون بالا، دیابت حاملگی	- مشاوره در زمینه تغذیه، کنترل دقیق فشارخون، اندازه گیری تصادفی گلوکز در هفته ۲۸ و ۳۶ حاملگی
وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم	IUGR	- بررسی جنین از نوع درجه I
نخست زاو قد کمتر از ۱/۵۲cm	عدم تطابق سر جنین با لگن	- برنامه ریزی برای نحوه زایمان در صورت عدم آنگازمان سر جنین در هفته ۴۰ حاملگی
مرمر قلبی	بیماری قلبی بدون علامت	- مدنظر قرار دادن مشکل قلبی

جدول ۳- طرح درمانی فاکتور خطر: فاکتورهای ایجاد شده در حاملگی

فاکتور خطر	ماهیت خطر مادری / جنینی	اصول درمانی
خونریزی واژینال	کمتر از هفته ۲۰ حاملگی: سقط بیشتر از ۱۹ هفته حاملگی: جفت سرراهی، جداشدن زودرس جفت	- ارجاع سریع به بیمارستان، (بدون انجام اقدام اضافی به مدت طولانی) - ارجاع سریع به بیمارستان، (کنترل جنین به مدت طولانی)
فشارخون بیشتر از $\frac{14}{9}$	پراکلامپسی، *IUGR	a- در صورت وجود فشارخون بیشتر از $\frac{16}{10}$ و یا پروتئینوری بستری در بیمارستان و انجام مراقبت قبل از اجرای پروتکل پذیرفته شده b- در صورت وجود فشارخون کمتر از $\frac{16}{10}$ و عدم پروتئینوری انجام مراقبت به مدت چند روز قبل از اجرای پروتکل پذیرفته شده
حاملگی چندقلوئی	آنمی، هیپرتانسیون، *IUGR، زایمان زودرس، ناهنجاریهای مادرزادی	- تجویز آهن / فولات تکمیلی، کنترل دقیق BP و فعالیت رحمی
*SFD	*IUGR	- کنترل جنین از نوع درجه II، انجام ویزیت های مکرر
*LFD	نوزاد بزرگ و عوارض آن، دیابت حاملگی، هیدرآمیوس، حاملگی چندقلوئی	- بررسی جنین قبل از اجرای پروتکل پذیرفته شده، اندازه گیری تصادفی گلوکز
پلی هیدرآمیوس	نوزاد بزرگ و عوارض آن، جنین غیرطبیعی، دیابت	- بررسی جنین قبل از اجرای پروتکل پذیرفته شده، اندازه گیری تصادفی گلوکز
نمایشهای غیرطبیعی جنین بعد از هفته ۳۵ حاملگی	مشکلات زایمانی	- بررسی علل، طرحی برای زایمان
کاهش *FM	کم توجهی مادر، بیماری جنین	- انجام فوری NST* و بررسی جنین
پارگی زودرس کیسه آب	لیبرزودرس، آمنیونیتیت	- بستری در بیمارستان و درمان با پروتکل
*UTI	پیلونفریت، زایمان زودرس	- درمان (بمدت ۵روز) *MSU ماهانه

* SFD (کوچک برای سن حاملگی)

* LFD (بزرگ برای سن حاملگی)

* NST (تست غیراسترسی)

* FM (حرکت جنین)

* UTI (عفونت ادراری)

* MSU (نمونه وسط ادرار)

* کنترل جنین از نوع درجه I (کنترل دقیق رشد جنین بوسیله

اندازه گیری طول رحم و پرسش در باره فعالیت جنین)

* کنترل جنین از نوع درجه II (بررسی رشد جنین بوسیله

اولتراسوند هر ۲-۴ هفته یکبار و ثبت حرکت جنین)

* BP (فشار خون)

* IUGR (عقب ماندگی رشد داخل رحمی)

تجزیه و تحلیل نظرات

احتمالاً در آینده جهت پیش بینی مراقبت دوران بارداری از تجزیه و تحلیل بعضی از نظرات استفاده خواهد شد. برای دستیابی به این منظور دوره وجود دارد.

* مشاوره در زمینه عقاید درمانی

* تصمیم گیری در باره مفید بودن درمان جایگزینی براساس مطالعات منتشر شده ای که بدون استفاده از یک طرح تصادفی باشد.

ترس از سقط باشد باید آمنیو سنتز انجام شود

* اگر ترس او از سقط نسبت به سندرم داون زیاد نباشد روش تهاجمی بکار برده نمی شود.

برخی تأکید دارند که چنین تصمیماتی مستقیماً توسط زنان و خانواده شان انجام شود، مشروط بر اینکه همه اطلاعات مناسب از راه غیرمستقیم و بدون نیاز به اطلاعات آماری به بیماران ارائه گردد.

تصمیم گیری در زمینه درمان جایگزینی بدون طرح تصادفی

مشاوره در صورتی ایده آل می باشد که هیچ طرح درمانی بدون طرح تصادفی مفید انجام نپذیرد. با این وجود برخی از روش های درمانی به جامعه پژوهش زیادی نیاز دارند که یا غیرعملی بوده یا اینکه بیماران مقید به انجام طرح نمی باشند. مثال خوبی در این زمینه درمان پرزانتاسیون بریج هنگام ترم است. در عمل مطالعه وسیع و کافی که قادر به پاسخ سوالات مربوط به نحوه انجام زایمان باشد وجود ندارد. معهذا براساس تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از میزان خطر بر مادر و جنین در زایمان سزارین و زایمان واژینال، تأکید میشود که تمام نمایش های بریج باید سزارین شوند.

مشاوره در زمینه دیدگاه های درمانی

مثال ساده انجام مشاوره برای زنان با سن بالای ۴۰ سال برای تشخیص سندرم داون در دوران بارداری است. احتمال زایمان بچه ای با این تشخیص ۱:۱۰۰ و خطر احتمالی سقط بدنبال آمنیو سنتز ۱:۱۰۰ و با نمونه برداری از ویلوس کوریون ۱:۵۰ می باشد. از این خانم در باره ضریب نسبی دیدگاهش به سندرم داون در مقابل سقط سوال می شود.

* اگر ترس خانم حمله از سندرم داون ۳ برابر بیشتر از ترس از سقط باشد برای او می توان روش تهاجمی بکار برد.

* اگر ترس خانم حمله از سندرم داون ۲ برابر بیشتر از

جدول ۴- برنامه حساب شده برای مراقبت دوران حاملگی: اساس مراقبت (برای همه)

اهداف و اعمال بکار رفته	سن حاملگی
اثبات حاملگی	۸-۱۴ هفته
بررسی تاریخچه گذشته پزشکی، فامیلی، اجتماعی و مامایی	
معاینه فیزیکی عمومی	
در صورت اندیکاسیون معاینه لگنی	
بررسی ها: تجزیه ادرار (قند/پروتئین/خون)	
نمونه گیری وسط ادرار	
شمارش کامل خون	
غربالگری آنتی بادی و گروه خون ABO/RH	
تستهای سرولوژی (سرخجه، سیفلیس)	
بررسی حاملگی از جهت غربالگری سندرم داون و نقص لوله عصبی در ۱۶ حاملگی و انجام سونو در هفته ۱۸ حاملگی	

مشاوره عمومی در باره تغذیه، ورزش، مراقبت پستان، شیردادن، بهداشت دندان برگزاری کلاس برای والدین در زمینه استعمال سیگار، الکل، تنظیم خانواده و فواید مادری و ثبت کلیه موارد	
غربالگری سرم از جهت سندرم داون و نقص لوله عصبی کنترل جهت ثبت همه موارد بررسی شده	۱۶ هفتگی
انجام سونوگرافی کامل بررسی نتایج غربالگری سرم از هفته ۱۶ حاملگی اثبات / اصلاح تاریخ تخمینی زایمان	۱۸ هفتگی
کنترل روتین (تاریخچه هر یک از علائم، مخصوصاً خونریزی واژینال، کاهش / فقدان حرکت جنین) تعیین BP، کامل ادرار، اندازه گیری طول رحمی.	۲۲-۲۴ هفتگی
کنترل روتین (همانند قبل اما شامل ضربان قلب و حجم مایع آمنیوتیک است) مخصوصاً کنترل BP و ارتفاع قله رحم	۲۸ هفتگی
شمارش کامل خون، در صورت منفی بودن RH غربالگری آنتی بادی آن کنترل روتین (همانند قبل) مخصوصاً کنترل BP، رشد طول رحم و نتایج تستها از ۲۸ هفتگی، بحث در زمینه لیبر و مهارت والدین	۳۲ هفتگی
کنترل روتین (همانند قبل) مخصوصاً BP، نمایش های غیرطبیعی احتمالی و رشد جنین، شمارش کامل خون، در صورت منفی بودن RH غربالگری آنتی بادی آن	۳۶ هفتگی
کنترل روتین (همانند قبل) مخصوصاً در صورت منفی بودن RH غربالگری آنتی بادی آن	۳۸ هفتگی
کنترل روتین (همانند قبل) مخصوصاً کنترل رشد و نمایش های غیرطبیعی احتمالی، بحث در زمینه لیبر مرور و بحث در زمینه لیبر	۴۰ هفتگی ۴۱ هفتگی

هستند نسبت به آنهایی که مفید بودن آنان ثابت نشده
مطلع گردند.

این موارد حداقل برنامه مناسب پیشنهاد شده
می باشد. در هر ملاقات فاکتور خطر و درمان تکمیلی
باید تعیین شود.

منابع:

- 1- James D.K, STEER P.J, Highrisk pregncg Management options. Saunders company ltd 1994.
- 2- BUTZ- AM, Funk houser-A and etal, "Infant health care utilization predion predicted by pattern of pernatal care". pedtatrics 1993. JUL, 92(1):50-4.
- 3- Ared- B.M, Irwin-M.M and etal, "Barriers to prenatal care fore low-income". West-J-Med, 1993 May 158(5):493-8.
- 4- BUeKens-p, Kotelchuk-m and etal, "Acomparision of prenatal care use in the united states and Europe" AM-J- public Health, 11993 Jan 83 (1):31-6.

نتیجه

پیش بینی مراقبت دوران بارداری در بین کشورهای مختلف حتی در یک کشور بر حسب زمان انجام معاینه، کسانی که بیمار را معاینه می کنند و اقداماتی که برای مادر انجام می دهند، تفاوت های زیادی دارد. با این حال در زمینه انجام برنامه های غربالگری، اتفاق نظر مشاهده می گردد. بین چهار هدف مراقبت دوران بارداری مهمترین هدف پیشگیری، تعیین و درمان مشکلات و فاکتورهایی است که اثرات مضر بر سلامت مادر و جنین دارد. بنابراین متخصصین باید در زمینه درمان چنین مشکلاتی از روشهایی که قطعاً مفید