

ضمیمه:

تعاریف و اطلاعات زمینه‌ای برای مربیان و دانشجویان

این ضمیمه شامل تعاریف و اطلاعات زمینه‌ای در موارد زیر است:

- خونریزی بعد زایمان
- زایمان متوقف شده
- عفونت نفاسی
- اکلامپسی و پره‌اکلامپسی
- سقط

این ضمیمه همچنین شامل جداولی می‌باشد که حاوی خلاصه‌ای از اطلاعاتی است که ماما باید در این شرایط برای پیشگیری از مرگ مادران دانسته و آنها را انجام دهد.

Abortion

سقط، مرگ و خروج جنین از رحم قبل از هفته ۲۲ حاملگی چه به صورت خودبخود و چه عمدی می‌باشد. شماره‌گذاری هفته های حاملگی با توجه به قانون محلی در کشورهای مختلف متفاوت می باشد.

Spontaneous abortion

زایمان یا خروج جنین خودبخودی قبل از اینکه قادر به زندگی باشد مخصوصاً قبل از هفته ۲۲ حاملگی.

Threatened abortion

تهدید به سقط در خانم حامله‌ای که در ۲۲ هفته اول بارداری خونریزی واژینال دارد امکان پذیر است. اگر معاینه سرویکس بعد از توقف خونریزی انجام شود دهانه سرویکس بسته مشاهده می‌شود. ممکن است کمردرد و درد خفیف شکم وجود داشته اما پرده‌ها سالم باشند.

Inevitable abortion

سقط غیرقابل اجتناب به این معناست که ادامه حاملگی غیرممکن است. اغلب خونریزی واژینال از ناحیه‌ای از دیواره رحم می‌باشد که توسط جفت احاطه می‌شود. این خونریزی معمولاً با درد شکمی مشابه الگوی انقباضات رحم در زایمان می‌باشد با این تفاوت که فقط این دردها متناوب نیستند. سرویکس دیلاته شده و همراه با خروج کامل یا بخشی از ساک جنین می‌باشد و معمولاً فقط بخشی از جفت باقی می‌ماند.

Complete abortion

به معنای خروج همه رویان یا جنین و محصولات حاملگی و غشاهای می‌باشد و احتمال زیادی وجود دارد که در ۸ هفته اول حاملگی اتفاق بیفتد.

Incomplete abortion

سقط ناکامل به این معناست که گرچه جنین از رحم خارج شده، اما بخشی از جفت باقی مانده است. گرچه ممکن است درد متوقف بشود اما خونریزی شدیدی وجود داشته و سرویکس نیز نسبتاً بسته خواهد بود. احتمال بیشتری وجود دارد که در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق بیفتد.

Induced abortion

سقط عمدی در نتیجه برخی از مداخلات پزشکی و یا جراحی‌ها و یا به علت استفاده از برخی مواد گیاهی یا اعمال سنتی باشد که سبب می‌شود رحم تمام یا بخشی از محصولات حاملگی را خارج کند. سقط عمدی با توجه به قانون هر کشور قانونی یا غیر قانونی می‌باشد.

Legal abortion

سقط قانونی توسط کادر پزشکی و تحت حمایت قانون انجام می شود. کسی که به حاملگی پایان می دهد به علت دلایلی می باشد که قانون به آنها اجازه سقط داده است. ممکن است مقرراتی وجود داشته باشند مثل پروسه ای که از طریق آن سقط انجام شود و یا مکان یا موسساتی که سقط در آنها انجام گیرد.

Illegal abortion

سقط غیرقانونی به هر سقطی اطلاق می شود که توسط شخصی بدون حمایت قانون کشورش یا مثل یک پروسه غیرقانونی انجام شود. در این نوع سقط خطر بالای عفونت یا خونریزی همانند دیگر آسیب ها وجود دارد.

Septic abortion

سقط عفونی ممکن است بدنبال هر نوع سقطی بوجود آید اما بیشتر بدنبال سقطهای ناقص و غیر قانونی می باشد. عفونت ابتدا در رحم بوده اما بعداً بسرعت در لوله های فالوپ و سایر اعضای لگن و پریتون گسترش می یابد. اگر این عفونت به سرعت درمان نشود سبب سپتی سمی می شود. در سقط عفونی تب و افزایش نبض، سردرد، درد ناحیه پایین شکم، ترشحات بدبو و غلیظ واژینال وجود دارد که اگر بطور موثر و سریع درمان نشود منجر به شوک سپتیک می شود.

Habitual or recurrent abortion

هنگامی که خانمی سه یا بیش از سه سقط پی در پی داشته باشد، می گوئیم این خانم سقط عادت دارد که ممکن است به علت نارسایی سرویکس و یا بیماری های عمومی لگن یا تروماهای قبلی لگن باشد. اما اغلب دلایل آن ناشناخته می باشد.

Missed abortion

به حاملگی که در آن جنین مرده باشد اما بافت های جنین و جفت در داخل رحم باشند، سقط فراموش شده می گویند. درد شکمی و خونریزی واژینال متوقف شده و نشانه های حاملگی پسرقت خواهند کرد. ممکن است خانم ترشحات واژینال قهوه ای داشته باشد. اگر بافت های مرده بیش از ۸-۶ هفته در رحم باقی بمانند ریسک اختلالات انعقادی به دنبال مشکلات جدی خونریزی بالا هست.

گاهی اوقات سقط فراموش شده به وسیله یک لخته خونی که از دسیدوای کپسولار جنین و جفت احاطه شده و مول خونی ایجاد می شود که معمولاً در سه ماهه اول اتفاق می افتد.

اگر مول خونی برای چندین ماه در رحم باقی بماند، مایع آن جذب و توده گوشتی باقی می ماند که مول گوشتی می گویند. در معاینه هیستولوژیک ممکن است جنین در مرکز این توده یافت شود.

Eclampsia and pre-eclampsia

Eclampsia

یکی از عوارض مهم حاملگی اکلامپسی هست که توسط تشنج و کما مشخص می شود. ممکن است نشانه هایی از پره اکلامپسی وجود داشته باشد یا ممکن است به یکباره و سریع اتفاق بیفتد. حملات اکلامپسی می تواند در حاملگی، زایمان یا مدت اندکی بعد از زایمان ایجاد شود. حملات اکلامپسی مشابه حملات صرع بوده و اکلامپسی با میزان بالای مرگ و میر در ارتباط هست.

Pre-clampcia

پره‌اکلامپسی توسط پروتئین‌اوری و هیپرتانسیون بعد از هفته ۲۰ حاملگی مشخص می‌شود. فشار خون به $140/90$ mm یا بیشتر افزایش می‌یابد. در پره‌اکلامپسی شدید، فشار خون دیاستول معمولاً 110 mm یا بیشتر بوده که معمولاً می‌تواند یک نشانه یا بیشتر مثلاً سردرد شدید، تاری دید، تهوع یا استفراغ، درد شکمی و کاهش برون ده ادراری یا بعبارت دیگر الیگوری به دنبال داشته باشد.

Obstructed labour

زایمان متوقف شده به موقعیتی اطلاق می‌گردد که نزول عضو نمایش یافته در حین زایمان به خاطر موانع غیر قابل برطرف متوقف شده است. این حالت به خاطر انقباضات قوی رحمی ایجاد می‌شود و بدون کمک ادامه پیشرفت غیر ممکن است. معمولاً در ورودی لگن ایجاد می‌شود اما ممکن است در حفره لگنی و یا خروجی لگن اتفاق بیفتد.

زایمان متوقف شده به علت عوامل مکانیکی مورد انتظار مثل عدم تناسب سر و لگن ناشی از بعضی از مشکلات مثل سوء تغذیه، کمبود رشد یا حاملگی در سنین نوجوانی اتفاق می‌افتد. زایمان انسدادی در صورت عدم درمان صحیح و فوری باعث پارگی رحمی شده که با افزایش ریسک بالای مرگ و میر مادری و جنینی همراه است.

Postpartum hemorrhage

خونریزی بعد از زایمان به خونریزی بیش از حد از مجرای زایمان در هر زمانی تا ۶ هفته بعد از زایمان اطلاق می‌شود. خونریزی اولیه در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان اتفاق می‌افتد، اما خونریزی ثانویه بین ۲۴ ساعت تا ۶ هفته بعد از زایمان اتفاق می‌افتد.

مقدار خون از دست رفته در خونریزی بعد از زایمان با 500 ml یا بیشتر و یا مقادیر کمتر از آن هم می‌تواند باعث بدتر شدن شرایط زنان بشود. باید بیاد داشته باشیم که از دست دادن حتی مقادیر بسیار اندک خون در خانم‌هایی که آنمی دارند تاثیر سوئی خواهد داشت.

خونریزی بعد از زایمان ممکن است به علت آتونی رحم ناشی از انقباض‌های نادرست و عدم فشرده شدن رگهای خونی در مسیرهای صحیح ایجاد می‌شود که می‌تواند باعث کشیده شدن بیش از حد رحم به علت زایمان‌های زیاد قبلی، حاملگی دوقلویی یا پلی هیدرامنیوس باشد. هم چنین با باقی ماندن محصولات حاملگی، زایمان تقویت شده، زایمان سریع، دکولمان جفت، جفت سر راهی و بی‌هوشی عمومی مرتبط می‌باشد. مثانه پر و عدم مدیریت مرحله سوم زایمان سبب خونریزی می‌شود. خانمی که در یک دقیقه 500 ml خون از دست می‌دهد در ۱۰ دقیقه می‌تواند همه خون خودش را از دست بدهد. برای نجات زندگی خانم با خونریزی بعد از زایمان مدیریت فوری و ماهرانه ضروری هست.

خونریزی بعد از زایمان می‌تواند به خاطر ترومای حاصل از آسیب مجرای ژنیتال ایجاد شود که تروماها شامل پارگی رحم، سرویکس، دیواره واژن و یا ژنیتالای خارجی و زخمهای اپی زیوتومی باشد.

Puerperal sepsis

عفونت نفاسی عفونتی که در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان و یا بعد از آن اتفاق می‌افتد. عفونت ممکن است فقط محدود به پرینه، واژن، سرویکس یا رحم باشد یا می‌تواند به سرعت گسترش یافته و سبب پارامتریت، پرتیت و سیتی سمی بشود که در آن

عفونت وارد جریان خون شده است. علاوه بر این، ممکن است اختلالات انعقادی و شوک سپتیک را ایجاد کرده و عوارض خونریزی را افزایش دهد.

ارگانیسم‌های مسبب شامل استریتوکوک، استافیلو کوک، اشرشیاکلی، کلستریدیوم تتانی یاولشی می‌باشد. خانم معمولاً تب دارد (بجز عفونت‌های کلستریدیومی) ممکن است رحم به درد حساس باشد و از واژن ترشحاتی خارج شود، پارگی وجود دارد و یا ترشحاتی از محل بخیه‌ها وجود دارد. خانمی که آنمی و سوء تغذیه یا زایمان طول کشیده داشته، دارای پارگی بیش از حد، بر علیه کزاز ایمنی فعال نداشته و از استاندارد‌های بهداشتی ضعیفی برخوردار بوده و اعمال سنتی برای وی انجام شده است، در معرض ریسک بالای عفونت نفاسی قرار دارد، عفونت نفاسی می‌تواند کشنده باشد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر خونریزی بعد از زایمان

چیزهایی که ماماها باید انجام دهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• تخمین صحیح مقدار خون از دست رفته از مجرای ژنیتال بعد از زایمان. • مدیریت فعالانه مرحله سوم زایمان • خارج کردن دستی جفت در مواقع احتباس جفت • در موارد PPH باید اعمال زیر انجام شود: ماساژ رحمی برای ایجاد انقباضات رحم، استفاده از داروهای اکسی توسیک، شروع انفوزیون داخل وریدی و افزودن اکسی توسین به آن در صورت ادامه خونریزی، خالی کردن مثانه، انجام مانور دو دستی و فشار بر آئورت و ارجاع برای انجام عملیات احیاء و ترانسفوزیون خون. • تشخیص و پیگیری زنانی که در معرض خطر زیاد PPH قرار دارند. • پیشگیری، تشخیص و درمان آنمی. • ایجاد طرح‌های اورژانسی با همکاری مراقبین سنتی زایمان در روستاها/همکاری برای مواجهه با خونریزی بعد از زایمان • آموزش به جامعه در مورد خطرات PPH و نیاز به ارجاع سریع و فاکتورهای خطری که منجر به PPH می شوند. • فراهم کردن خدمات تنظیم خانواده برای خانم هایی که در معرض خطر بالای PPH قرار دارند. • مراقبت کردن از عاملین سنتی زایمان، منع اعمال سنتی که خطر PPH را افزایش می دهند و آموزش دادن به آنها در مورد ضرورت ارجاع سریع در موارد PPH.	• خونریزی بعد از زایمان یکی از مهم ترین دلایل مرگ و میر مادران و مسئول بیشترین میزان مرگ و میر در کشور های در حال توسعه (۲۵٪) می باشد. • خونریزی بعد از زایمان به از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر یا بیش تر خون از مجرای ژنیتال بعد از زایمان اطلاق می شود. • زنان دچار آنمی، زایمان طول کشیده، اکلامپسی، خونریزی قبل زایمان، عفونت حین زایمان به سختی ممکن است از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر خون را تحمل کنند. • PPH اولیه به خونریزی در طی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان اطلاق می شود. • PPH ثانویه شامل خونریزی هایی است که بین ۲۴ ساعت بعد از زایمان تا ۶ هفته بعد از زایمان اتفاق می افتد. • احتباس جفت به وضعیتی که اگر در آن جفت در عرض یک ساعت بعد از زایمان بچه هنوز خارج نشده باشد اطلاق می شود. • شایع ترین دلیل PPH اولیه شامل احتباس جفت (یا باقی ماندن تکه هایی از جفت) و آتونی رحم می باشد که بدنبال پارگی واژن و سرویکس و اپی زیوتومی می باشد. • علل PPH ثانویه شامل تکه های باقیمانده جفت و عفونت می باشند. • عوامل خطر عمده ای که با احتمال بیشتری سبب PPH می شوند شامل: تاریخچه ای از عوارض پیشین مرحله سوم، سابقه جراحی سزارین قبلی، حاملگی چند قلوئی، تعداد زیاد زایمان ها، آنمی، زایمان از طریق جراحی، زایمان طول کشیده متوقف شده، القای لیبر، زایمان سریع، جفت سرراهی و دکولمان جفت می باشند. • به علت فاصله کوتاه بین ظاهر شدن PPH و مرگ مادران، دسترسی فوری به تسهیلات بهداشتی برای پیشگیری از مرگ مادری ناشی از PPH حیاتی است. • مرگ و میر مادران به علت PPH در بین زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، به علت عدم وجود خدمات بهداشتی و عدم آگاهی کافی از فاکتورهای خطر مرتبط با PPH می باشد. • عقاید و اعمال سنتی در رابطه با خون از دست رفته، بعد از زایمان و مدیریت مرحله سوم زایمان می تواند بر وقوع PPH اثر بگذارد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر زایمان متوقف شده

چیزهایی که ماماها باید انجام دهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• باید مطمئن باشند خانم‌های در معرض خطر زایمان متوقف شده برای زایمان در موقعیت‌هایی با امکانات پیشرفته برای جراحی و خدمات انتقال خون بصورت حتمی قرار داده شده‌اند. مخصوصاً خانم‌های نوجوان، زنان دارای سابقه بد مامائی، سابقه راشیتیس، استئومالاسی، ساختار خیلی کوچک لگن . • استفاده از پارتوگراف حین زایمان. • شرکت در درمان‌های اورژانسی زنان دچار لیبر طول کشیده • آموزش دادن به جامعه درباره خطرات زایمان طول کشیده و نیاز به ارجاع سریع. • آموزش دادن به خانم‌ها و دیگر اعضای خانواده‌شان که به خاطر زایمان متوقف شده یک جراحی سزارین داشته‌اند درباره دلایل جراحی و نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی در حاملگی-های بعدی. • فراهم کردن طرح تنظیم خانواده برای خانم‌هایی که به خاطر زایمان متوقف شده جراحی سزارین شده‌اند.	• ۸٪ از تمام موارد مرگ مادران به خاطر زایمان متوقف شده می‌باشد. • اطلاعات مربوط به مرگ مادران به علت زایمان انسدادی کامل نیست، زیرا بسیاری از این مرگ‌ها در گروه-های سپسیس یا PPH یا شوک زایمانی یا پارگی رحم دسته بندی می‌شوند. • زایمان متوقف شده در زنانی که نجات یافته‌اند اغلب به موقعیت‌های ناتوان کننده‌ای نظیر ایجاد فیستول مثانه‌ای واژنی و سایر فیستول‌های زایمانی منجر می‌شود. • زایمان متوقف شده ممکن است به خاطر عدم تناسب سر جنین و لگن مادر به علت کاهش اندازه رحم در اثر توقف رشد بعلت سوء تغذیه و عفونت‌های درمان نشده در کودکی و نوجوانی قبل از تکمیل رشد لگن و یا در اثر استئومالاسی و راشیتیس باشد. • زایمان متوقف شده می‌تواند بعلت پرزانتاسیون نامناسب جنین و یا آنومالی جنین باشد. • علل فرهنگی مسبب زایمان متوقف شده شامل زایمان در سنین پایین و اعتقادات و اعمال سنتی مرتبط با زایمان طول کشیده می‌باشند که منجر به تأخیر در درخواست کمک‌های پزشکی می‌گردد. • عواملی از خدمات بهداشتی که بر مرگ و میر مادران ناشی از زایمان متوقف شده تأثیر می‌گذارند، شامل پوشش مراقبت‌های مربوط به مرگ و میر در منطقه، دستیابی به امکانات بهداشتی، استفاده از پارتوگراف توسط کارکنان و دستیابی به خون جهت انجام ترانسفوزیون و اعمال جراحی می‌باشد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر عفونت نفاسی

چیزهایی که ماماها باید بدانند:	چیز هایی که ماماها باید انجام دهند:
• عفونت نفاسی دومین علت شایع مرگ مادران می‌باشد، که تقریباً ۱۵٪ موارد مرگ و میر مادری را در کشورهای در حال توسعه تشکیل می‌دهد. • عفونت نفاسی اغلب همیشه بعلت مداخله در طول لیبر و زایمان می‌باشد. • در برخی مناطق عقاید و رفتارهای سنتی ممکن است زمینه‌ساز عفونت نفاسی باشند. • عوامل خطری که زمینه را برای عفونت نفاسی مهیا می‌کنند عبارتند از: پارگی زودرس پرده‌ها، زایمان طول کشیده انسدادی، آنمی و سوء تغذیه، عدم رعایت بهداشت حین زایمان و بعد زایمان؛ نبود مراقبت های پری ناتال، سن کم مادر (زیر ۱۶ سال)، زایمان در منزل مخصوصاً برای بارداری های پرخطر. • تمام عوامل بجز مورد اول با طبقه اجتماعی اقتصادی پائین ارتباط دارند.	• جلوگیری از مداخله‌های غیرضروری حین زایمان و معاینه واژینال. • اطمینان یافتن از اینکه زایمان امن و تمیز در استانداردهای عالی بهداشت در حین و بعد از زایمان انجام می‌شود. • جلوگیری از زایمان طول کشیده و متوقف شده به وسیله استفاده از پارتوگراف. • پیشگیری، تشخیص و درمان آنمی. • واکسینه کردن خانم‌های باردار در برابر کزاز. • شناسایی نشانه‌های اولیه سپسیس مثل افزایش دما و درد شدید بعد از زایمان • آموزش دادن به خانم‌ها درباره نشانه های عفونت و ترشحات و حین گزارش دادن. • درمان خانم‌ها با آنتی بیوتیک‌های مناسب در موارد پارگی طولانی مدت پرده‌ها، زایمان طول کشیده و با وجود نشانه های ابتدایی عفونت. • نظارت بر مراقبین سنتی زایمان و یا دادن پسخوراند به عاملین سنتی طایمان برای ترویج اعمال آنها. • فراهم کردن طرح تنظیم خانواده برای خانم‌هایی که در ریسک بالای عفونت نفاسی قرار دارد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر اکلامپسی

چیزهایی که ماماها باید انجام بدهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• اندازه‌گیری فشارخون (ثبت هرچه زودتر فشار خون برای بدست آوردن مقادیر پایه آن) و چک پروتئینوری در مراقبت اولیه پره ناتال و در مواقع افزایش فشارخون. • اقدام به درمان اورژانسی برای خانمی با پره اکلامپسی شدید و یا اکلامپسی با داروهای ضد تشنج و ضد فشارخون • آموزش به خانواده‌ها و جامعه درباره علایم و نشانه‌های پره اکلامپسی و اکلامپسی. جدی بودن شرایط و نیاز به اندازه‌گیری فشارخون و آزمایش ادرار در دوران بارداری. • فراهم کردن خدمات طرح تنظیم خانواده برای خانم‌هایی که پره اکلامپسی و اکلامپسی داشته اند.	• اکلامپسی و پره اکلامپسی از مهم‌ترین عوامل مرگ مادران در جهان غرب می‌باشند. • در اکثر کشورهای پیشرفته این موقعیت‌ها سومین علت مرگ مادران می‌باشد که حدود ۱۲٪ از همه موارد مرگ مادران را تشکیل می‌دهند. • ماماها باید شیوع آن را در منطقه‌شان بدانند زیرا ممکن است از ناحیه‌ای به ناحیه‌ای دیگر متفاوت باشد. • اکلامپسی ممکن است در دوره قبل از زایمان، در طول زایمان و یا بعد از زایمان اتفاق بیفتد. • مراقبت‌های قبل از زایمان و آموزش درباره نشانه‌ها و علائم خطر پره اکلامپسی شدید برای پیشگیری از مرگ مادری در اکلامپسی مهم هستند. • عوامل خطری که با احتمال بیشتری سبب پره اکلامپسی و اکلامپسی می‌شوند عبارتند از: حاملگی در نوجوانی و یا در سنین بالای ۳۵ سال، حاملگی دوقلویی، دیابت، مول هیداتیفورم، هیپرتانسیون از قبل موجود. • ماماها باید در مورد نقش مهم مراقبت‌های دوران بارداری در شناسایی زود هنگام و درمان پره اکلامپسی که اغلب می‌تواند باعث پیشگیری از اکلامپسی شود آگاهی کافی داشته باشند. • تشخیص‌های افتراقی اکلامپسی شامل: اپی‌لپسی ایدیوپاتیک، مالاریا، منتزیت پنوموکوکی، عفونت‌های شدید و خونریزی‌های ساب آراکنوئید یا مغزی، تومور مغزی، اورمی و سایر علل می‌باشند. • ختم حاملگی تنها راه درمان پره اکلامپسی می‌باشد گرچه در موارد خفیف تا زمانی که جنین قابلیت حیات در محیط بیرون را پیدا کند به وسیله درمان‌های محافظه کارانه می‌توان حاملگی را ادامه داد. • ماماها باید درباره اعتقادات سنتی در مورد ادم و رنگ پریدگی و سر درد و تاثیر درمان کننده‌های سنتی در جامعه آگاه باشند.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر سقط

چیزهایی که ماماها باید انجام بدهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• آموزش به خانم‌ها و خانواده‌ها و جامعه درباره طرح تنظیم خانواده وسقط. • ادغام آموزش‌های فاصله‌دهی بین فرزندان در مراقبت های قبل از بارداری و بعد از زایمان و مراقبت های بعد از سقط. • فراهم کردن طرح تنظیم خانواده برای خانم‌ها یا ارجاع دادن به مراکز مناسب. • انجام یا مشارکت در اعمال نجات دهنده زندگی در سقط های ناکامل یا عفونی. • تماس با مراکز مطمئن پزشکی و پرسش برای فهمیدن شرایطی که مرگ ناشی از سقط روی داده است.	• از خطرات سقط غیر ایمن، مرگ مادران می‌باشد (در برخی کشور های آمریکای لاتین بیش از ۵۰٪ مرگ‌های مادران بعلت سقط غیر قانونی می‌باشد) مشکلات بعد از سقط مثل سپسیس و خونریزی و مشکلات طولانی مدت باروری مثل نازائی می باشد. • ماماها باید بدانند که در منطقه اطرافشان کدام خانم ها احتمال بیشتری برای سقط دارند (مخصوصاً بزرگسالان مجرد، زنان با پاریته بالا، زنان فقیر). • ماماها باید میزان حاملگی ناخواسته در مناطقشان را بدانند. اگر همه خانم‌هایی که داشتن فرزند را متوقف کرده‌اند و گفته‌اند که هیچ یک از بچه‌ها را نمی‌خواستند، تخمین زده شده است که حدود یک سوم از تولدهای آمریکای لاتین و اندکی بیش از یک سوم تولد های آسیایی‌ها و کمتر از یک ششم تولدهای آفریقایی‌ها اتفاق نمی‌افتاد. • پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته بطور چشمگیری مرگ مادران و هزینه مراقبت از مادران و سرویس‌های سقط و درمان سقط‌های ناکامل و عفونی را کاهش خواهد داد.