



آموزش و آگاه‌سازی

پیشگیری از اختلالات بارداری—سقط خود به خود جنین آموزش در طی مراقبت نیمه اول بارداری

اداره سلامت مادران

مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

با همکاری

دفتر طب ایرانی و مکمل

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نسخه ۱-۰

آبان ماه ۱۴۰۲



هدف از این مستند، ارائه محتوایی برای ارائه‌دهندگان سطح اول خدمت در خصوص تعریف سقط خود به خود، علل و عوامل تاثیرگذار بر وقوع آن و مداخلات و توصیه‌های پیشگیرانه، جهت آموزش و آگاه‌سازی مادران در نیمه اول بارداری می‌باشد.

کاربر محتوا:

ماما/ماما مراقب و پزشک عمومی، مراقب سلامت و بهورز.

مکان کاربری:

مرکز خدمات جامع سلامت شهری، روستایی و شهری-روستایی، پایگاه‌های سلامت شهری و خانه‌های بهداشت.

کاربرد محتوا:

بر اساس راهنمای اجرایی "برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خود جنین به صورت ادغام در شبکه بهداشت شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و آسیب‌های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین" این محتوا جهت آموزش و افزایش آگاهی مادران در نیمه اول بارداری کاربرد دارد.

این متن صرفاً جنبه آموزش و افزایش آگاهی داشته و مراقبت‌ها بایستی کاملاً بر اساس راهنمای اجرایی این برنامه (ابلاغی با نامه شماره ۳۰۰/۱۵۰۶ تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۶) صورت پذیرد.



سقط جنین و از دست دادن بارداری چیست؟

یک بارداری طبیعی حدود ۴۰ هفته از زمان اولین روز آخرین قاعدگی به طول می‌انجامد. زمانی که بارداری قبل از هفته ۲۲ به صورت خود به خود- یعنی در غیاب دلایل طبی (پزشکی) یا اقدامات جراحی و یا دارویی با قصد ختم بارداری- خاتمه می‌یابد، به عنوان سقط خود به خود جنین شناخته می‌شود. سقط‌های خود به خودی که در طی ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق می‌افتند، به عنوان از دست دادن زودهنگام بارداری شناخته می‌شود.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که تعدادی از بارداری‌های تشخیص داده شده، در طی ۱۲ هفته اول بارداری از دست می‌روند. زمانی که علل از دست رفتن این بارداری‌ها را بررسی کرده‌اند، مشخص شده که اغلب آنها به صورت اتفاقی رخ داده‌اند و احتمال تکرار آن در بارداری بعدی اندک بوده است. بنابراین، اغلب زنانی که در هفته‌های پایین بارداری، بارداری خود را از دست می‌دهند، در آینده بارداری موفق خواهند داشت.

این مستند محتوایی است برای استفاده ارایه دهندگان خدمت در سطح اول نظام شبکه جهت آموزش و آگاه‌سازی مادران باردار در نیمه اول بارداری، در خصوص سقط خود به خود، علایم و نشانه‌ها، مداخلات در زمان رخداد و راه‌های پیشگیری از آن.

چه علل و عواملی می‌توانند منجر به سقط خود به خود جنین یا از دست دادن زودهنگام بارداری شوند؟

برخی از مادران نگران این مسئله هستند که ممکن است کاری انجام داده باشند که منجر به از دست دادن بارداریشان شده باشد. اما لازم است بدانیم که "فعالیت‌های عادی روزمره"، "ورزش" و "رابطه جنسی معمولی/عادی" هیچ‌یک سبب از دست رفتن زودهنگام بارداری نمی‌شوند. کسالت صبحگاهی- تهوع و استفراغ- که در اوایل بارداری شایع است- نمی‌تواند منجر به از دست دادن زودهنگام بارداری شود.

برخی از مادرانی که سابقه از دست دادن زودهنگام بارداری داشته‌اند، معتقدند که علت آن "زمین خوردن" یا "ترس شدید" آنها بوده است؛ اما این موارد در اغلب اوقات نمی‌توانند منجر به از دست رفتن زودهنگام بارداری شوند.

در حال حاضر، علل و عوامل متعددی برای سقط‌های خود به خودی جنین مطرح شده است که از جمله این علل می‌توان به ناهنجاری‌های کروموزومی اتفاقی اشاره نمود. در واقع، اغلب ناهنجاری‌های کروموزومی که منجر به سقط خود به خود می‌شوند، ناشی از رخداد‌های تصادفی خطاهای گامت‌زایی (گامتوژنیزس) مادری یا پدری، ورود دو اسپرم



به یک تخمک^۱، و یا اختلال در جداسازی کروموزم‌های همتا (همولوگ) در طی تقسیم سلولی^۲ هستند. اما در کل این ناهنجاری‌ها، رخدادهای ناشایعی (۴ تا ۶٪) هستند. از دیگر علل اینگونه از سقط‌ها می‌توان به نقایص لانه‌گزینی، عفونت‌های مادری و ناهنجاری‌های رحمی و دهانه رحم اشاره نمود.

از سویی دیگر، برخی مطالعات مطرح کننده وجود ارتباط بین شیوه (سبک) زندگی، رفتارهای فردی، تغذیه، عوامل محیطی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی با سقط خود به خود جنین و/یا از دست دادن زود هنگام بارداری هستند. نتایج برخی از بررسی‌ها مطرح کننده این است که بعضی از عوامل اجتماعی و رفتاری، که خود تعیین کننده شیوه زندگی فرد هستند، می‌تواند احتمال سقط خود به خود را افزایش دهد. مثلاً، ارتباط بین مصرف الکل، استعمال دخانیات، مواد محرک/مخدر و مصرف مقادیر بیش از حد کافئین با سقط خود به خود همیشه مورد توجه است.

نتایج برخی از مطالعات نشان داده که استعمال سیگار، خطر سقط خود به خود یا از دست دادن بارداری خصوصاً زیر ۱۲ هفته را افزایش داده است. همچنین، استعمال سیگار و/یا داروهای محرک از طریق ارتباط با برخی از بیماری‌ها مانند واریکوسل (وارسی شدن عروق بیضه)، بیماری‌های قلبی-عروقی و سندرم‌های متابولیک از قبیل فشارخون بالا، چربی خون بالا و دیابت، به‌ویژه در مردان (به دلیل تاثیر بر کیفیت مواد ژنتیکی اسپرم) می‌تواند احتمال سقط خود به خود را افزایش دهند.

بررسی‌هایی هم هستند که نشان داده‌اند نوشیدن الکل در سه ماهه اول بارداری خطر سقط خود به خود را بالا برده است. بنابراین، بهترین اقدام در طی بارداری، پرهیز از نوشیدن الکل است.

در خصوص قهوه (کافئین) هم تحقیقاتی وجود دارند که در آنها توصیه به عدم مصرف مقادیر زیاد قهوه (بیش از ۲۰۰ میلی‌گرم؛ بیش از دو فنجان در روز) در طول بارداری شده است.

بنابراین، بهبود سبک زندگی از طریق تغذیه سالم، ورزش، کاهش وزن، قطع استعمال سیگار و مصرف الکل، اعتدال در مصرف موادی مانند قهوه و ... می‌تواند در زمینه پیشگیری و کاهش موارد سقط خود به خود موثر باشد.

علاوه بر این، بیماری‌های مزمن در مادر مثل دیابت بد کنترل شده، بیماری‌های خود ایمنی (که در آن سیستم ایمنی بدن به بافت‌ها و سلول‌های خود بدن حمله می‌کند، مانند بیماری لوپوس، سلیاک و سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی)، چاقی، بیماری تیروئید از جمله کم کاری تیروئید نیز به‌عنوان علل دیگری برای سقط خود به خود مطرح‌اند. لذا تشخیص زودرس، درمان به‌موقع و کنترل صحیح این بیماری‌ها می‌تواند از سقط خود به خود جلوگیری نمایند.

¹ Dispermy

² Nondisjunction



اختلالات ساختار رحم مانند رحم دو شاخ یا دیواره دار و نیز چسبندگی‌های رحمی خصوصا به دنبال تخریب وسیع بافت رحم پس از کورتاژ یا جراحی‌های رحم نیز می‌توانند علتی برای سقط خود به خود باشند.

همچنین، ابتلای مادر به برخی عفونت‌ها مانند توکسوپلاسموزیس، مایکوپلاسموزیس، آلودگی به ویروس هرپس سیمپلکس، HIV، سیفلیس، مالاریا، سرخجه و سیتومگالوویروس نیز می‌توانند احتمال سقط خود به خود را افزایش دهند. بنابراین، پرهیز از تماس با کانون یا منابع انتقال عفونت که در برخی موارد می‌توانند حیوانات (خانگی) آلوده (واکسینه نشده)، مانند گربه (در خصوص توکسوپلاسموزیس) باشند، توصیه می‌شود.

بین مصرف برخی از داروها با سقط خود به خود نیز ارتباطاتی مطرح گردیده است. بنابراین، توصیه می‌شود از مصرف خودسرانه داروها جدا پرهیز شود؛ حتی در صورت مصرف دارو تحت نظر پزشک، در خصوص نحوه ادامه مصرف آن دارو و اثرات آن بر بارداری، حتما با پزشک خود مشورت نماید.

علاوه بر این، بین عوامل شغلی و محیطی از قبیل سموم محیطی با سقط خود به خود نیز ارتباطاتی مطرح است؛ قرار گرفتن در معرض مواد استریل کننده، پرتو ایکس، مثلا در محیط شغلی از این جمله محسوب می‌شوند. مواجهه با مواد شیمیایی که عمدتا در صنایعی مانند رنگ‌سازی، چرم‌سازی، کارخانجات رزین‌سازی، تولید سیمان/ضدیخ/تولید خازن‌های برقی/کارخانه‌های تولید آفت کش‌ها یا پتروشیمی مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌توانند تاثیرگذار باشند.

در مشاغلی که با گازهای بیهوشی تماس دارند، مانند کارکنان اتاق عمل - اگر گازها به درستی کنترل نشده باشند - احتمال سقط جنین افزایش می‌یابد. در واقع، مقادیر کمی از گازهای بیهوشی که از ماسک تنفسی بیمار به هوای اتاق عمل یا ریکاوری نشت می‌کند، ممکن است توسط کارکنان اتاق عمل استنشاق شوند. لذا مادران بارداری که در معرض اینگونه گازها هستند، برای جلوگیری از در معرض قرارگیری با این گازها در دوران بارداری باید با کارفرمای خود صحبت کنند تا مکان کاری آنان را تغییر دهد و یا اگر نتوان از در معرض قرارگیری در دوران بارداری اجتناب کرد، باید حداقل مواجهه با این مواد را کاهش داد؛ مثلا با استفاده از ماسک‌های تنفسی خاص.

علاوه بر این، سقط خود به خود می‌تواند ناشی از اثرات بالقوه قرارگرفتن در معرض اشعه باشد که بسته به میزان اشعه، این احتمال ممکن است بیشتر شود.

هرچند که ارتباط‌هایی بین عواملی مانند استرس، اعمال جراحی و مشکلات معیشتی با سقط خود به خود مطرح شده که چندان قطعی نیستند اما اجتناب از استرس و نگرانی در دوران بارداری باید مورد توجه قرار گیرد.



کیفیت رژیم غذایی هم ممکن است در این زمینه نقش داشته باشد؛ هرچندکه بر اساس مطالعات کنونی کمبود انحصاری یک ماده تغذیه‌ای و یا کمبود متوسط تمام مواد تغذیه‌ای، ظاهراً سبب افزایش احتمال سقط خود به خود نمی‌شود، اما در خصوص مصرف مکمل‌های ویتامینی قبل از بارداری یا در اوایل بارداری شواهد نشان داده که زنانی که مولتی ویتامین به همراه آهن و اسید فولیک دریافت کرده‌اند، احتمال مرده‌زایی در آنها کاهش یافته است. بنابراین، مصرف فولیک اسید در راستای کاهش عوارض نامطلوب بارداری می‌تواند مد نظر قرار گیرد.

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 پیشرونده‌ایی پیدا می‌کند. علت این ارتباط می‌تواند ناشی از احتمال بالاتر رخداد اختلالات کرموزمی در اسپرم‌های مردان با سنین بالاتر باشد.



در هر حال، نکته قابل توجه این است که حدود نیمی از موارد سقط‌های خود به خود به دلیل اتفاقات تصادفی رخ می‌دهند که در طی آن جنین رشد و تکامل طبیعی نداشته و بنابراین بارداری در مراحل اولیه از دست می‌رود. البته باید توجه داشت که، احتمال رخداد مجدد این‌گونه اختلالات در بارداری‌های بعدی، اندک است.

اغلب مادرانی که سقط خود به خود داشته‌اند، می‌توانند بارداری‌های بعدی طبیعی و سالمی داشته باشند.

تنها در مواردی که سابقه ۲ یا بیش از ۲ سقط خود به خود به صورت پشت سرهم و یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته وجود داشته باشد، نیاز به بررسی بیشتر توسط متخصص زنان-زایمان یا پریناتولوژیست است. بنابراین، هرچند که از دست دادن‌های مکرر بارداری اتفاقی نادر است، اما اگر این اتفاق در دو یا بیش از دو بارداری پشت سرهم رخ داد، آزمایشات و بررسی‌هایی برای پیدا کردن علت می‌تواند انجام شود. در این موارد حتی اگر هیچ علتی هم پیدا نشود، باز هم اغلب زوجین می‌توانند در آینده بارداری موفق و طبیعی داشته باشند.

احتمال بارداری موفقیت آمیز حتی پس از ۵ بار سقط خود به خود، بیش از ۵۰ درصد است.



علائم و نشانه‌های سقط خود به خود

علائم سقط خود به خود از بی‌علامتی تا علایمی به نفع پسرفت نشانه‌ها و علایم بارداری طبیعی متغیر است. اغلب این سقط‌ها با گرفتگی عضلات شکمی و لگنی و خونریزی واژینال همراه هستند. میزان خونریزی بیشتر از میزان خونریزی عادت ماهیانه (قاعدگی) معمولی، اغلب نشانه‌ایی از سقط خود به خود است. در صورتی‌که این‌گونه از سقط‌ها عفونی شوند، معمولاً علایمی مانند تب، ترشحات چرکی دهانه رحم یا واژن، تاکی‌کاردی و افت فشار خون ظاهر می‌شوند.

در صورت بروز علایم و نشانه‌های فوق، مادر باردار باید به مرکز بهداشتی-درمانی یا متخصص زنان-زایمان مراجعه نماید.

در صورت وجود علایم زیر، نیاز به مراجعه فوری به متخصص زنان-زایمان است:

- خونریزی شدید (آغشته شدن کامل بیش از ۲ نوار بهداشتی بزرگ در ساعت برای بیش از ۲ ساعت متوالی)؛
- تب؛
- لرز؛
- درد شدید.



چه توصیه‌هایی برای پیشگیری از سقط خود به خود وجود دارد؟

در کل، اتخاذ سبک زندگی سالم، مانند داشتن فعالیت فیزیکی منظم، استفاده متعادل از مواد غذایی سالم و حفظ وزن در محدوده طبیعی، استفاده کمتر از مواد تراریخته، چربی‌های ترنس و غذاهایی غنی از گوشت قرمز، غذاهای فرآوری شده، سیب زمینی سرخ شده، شیرینی و نوشیدنی‌های شیرین، اجتناب از مصرف خود سرانه دارو و پرهیز از استرس، به‌منظور پیشگیری از سقط خود به خود، باید مدنظر قرار گیرند. دیگر توصیه‌ها عبارتند از:

- پرهیز از مصرف دخانیات و مواد مخدر یا محرک.
- پرهیز از نوشیدن الکل.
- اجتناب از مصرف مقادیر بالای کافئین به‌خصوص در قهوه (بیش از ۲ فنجان در روز)، چای، کولا و نوشیدنی‌های انرژی‌زا.
- داشتن وزن متعادل.
- اجتناب از مصرف لبنیات غیر پاستوریزه، گوشت خام یا نیم پز، تخم مرغ خام یا نیمه پخته مانند سس مایونز یا دسرهای سرد.
- مصرف صحیح محصولات کشاورزی و دامی به‌دلیل احتمال وجود باقیمانده‌های دارو و سموم از جمله آفت‌کش‌ها و فلزات سنگین در آنها، از طریق:
 - شستشوی کامل میوه‌ها و سبزیجات (حتی در انواع ارگانیک).
 - گرفتن پوست میوه‌ها و صیفی‌ها و جداکردن لایه بیرونی برگ‌ها در سبزیجاتی مانند کاهو، کلم و ...
 - جدا کردن چربی‌های قابل مشاهده از گوشت (به‌دلیل اینکه اغلب باقی‌مانده‌های دارو یا سموم محلول در چربی هستند و در چربی‌های گوشت باقی می‌مانند)، و/یا استفاده از انواع غذاهای جایگزین گوشت مانند حبوبات و آجیل غیرشور.
 - در صورت مصرف ماهی، توصیه به مصرف ماهی قزل‌آلا به‌دلیل احتمال آلودگی کمتر با جیوه نسبت به سایر انواع ماهی‌ها.
 - خودداری از مصرف غذاهای حاوی کپک، حتی با وجود جدا کردن بخش حاوی کپک.
- در صورت مواجهه‌های شغلی با سموم و آفت‌کش‌ها، مثل کشاورزی، در طول مدت بارداری سعی شود از اینگونه فعالیت‌ها اجتناب شود. در صورت عدم امکان اجتناب کامل از اینگونه فعالیت‌های شغلی، با خودداری از کاربرد مستقیم این مواد مثلاً از طریق استفاده از وسایل محافظ مانند دستکش و لباس محافظ و ماسک تنفسی مناسب، می‌توان میزان مواجهه را کاهش داد. هم‌چنین، توصیه



می‌شود، از ورود به مناطقی که آفت‌کش‌ها در آن استفاده شده تا زمان کاهش سموم، بر اساس اطلاعات برچسب آفت‌کش/سم، خودداری گردد.

- در صورت مواجهه شغلی مادر با مواد سمی یا شیمیایی (مانند کار در صنایع رنگ‌سازی، چرم‌سازی، کارخانجات تولید سیمان، رزین‌سازی/ضدیخ/تولید خازن‌های برقی/مواد شیمیایی-مانند آفت‌کش‌ها-یا پتروشیمی)، مشورت با کارکنان بهداشتی، پزشک و ماما جهت راهنمایی در زمینه راهکارهای کاهش مواجهه (مثلا تغییر محل شغلی) توصیه می‌شود.

- در صورت ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت یا کم کاری تیروئید، بیماری قلبی یا اختلالات انعقادی، قبل از بارداری حتما با پزشک مشورت شود.

- از مصرف خودسرانه دارو اجتناب شود؛ در صورت مصرف دارو تحت نظارت پزشک، خصوصا برای اختلالات روانپزشکی، قبل از بارداری در خصوص میزان، نحوه مصرف و ... با پزشک مشورت شود.

- در صورت سابقه ۲ یا بیش از ۲ از دست دادن (سقط خود به خود) پشت سرهم بارداری یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته، به متخصص زنان یا پریناتولوژیست ارجاع داده شود.

- مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری قویا توصیه می‌شود.

- به‌منظور دریافت به‌موقع راهنمایی‌هایی لازم و مراقبت‌های اول بارداری، توصیه شود در اولین فرصت پس از به تعویق افتادن عادت ماهیانه، به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه شود.

- در نیمه اول بارداری، به دریافت سه نوبت مراقبت (مراقبت نوبت اول در هفته ۴ تا قبل از هفته ۶، مراقبت نوبت دوم از هفته ۶ تا ۱۰ و مراقبت سوم از هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری) در مراکز بهداشتی درمانی توصیه شود.

- به اهمیت همراهی و همدلی با همسر توجه شود. در این رابطه به همسر (آقا) توصیه می‌شود:

○ نقش‌پذیری خود به‌عنوان پدر را در مراحل بسیار ابتدایی و حتی از زمان تصمیم به بارداری شروع نماید.

○ در طی بارداری از مادر حمایت کند مثلا با حضور در مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری، و کلاس‌های بارداری و آمادگی برای زایمان. اینگونه حمایت‌ها توان مادر برای مراقبت از خود، جنین و فرزند را افزایش می‌دهد.

○ مدت زمان حضور خود در منزل را افزایش دهد. با توجه به تغییرات هورمونی که می‌تواند منجر به تغییرات خلق و خو در مادر شود حضور پدر در منزل می‌تواند کمک کند تا مادر بر احساس نگرانی خود غلبه کند و در طی بارداری ذهن آرام‌تری داشته باشد.



- تلاش نماید تا محیط آرام و دور از استرسی را در طی دوران بارداری برای مادر تامین نماید. به عنوان مثال به شرایط مادر در زمان دعوت از مهمان توجه کند و به دلایل شرایط روحی و جسمی وی، به تصمیمات او در این زمینه احترام بگذارد.
- اعتماد مادر را جلب نماید، ارتباط مناسبی با وی برقرار کرده و مشاجرات را به حداقل برساند. حرف‌های مادر را بشنود و به او فرصت دهد تا احساسات خود را بیان نماید. همدلی با مادر و نیز بیان کلمات و جملات امیدبخش می‌تواند مفید باشد. در واقع، خوش رفتاری، خوش صحبتی، احترام به مادر و اجتناب از رفتارهای خشمگینانه، سبب می‌شود توانایی مادر برای به پایان رساندن سالم بارداری افزایش یابد.
- در انجام کارهای روزانه مانند مراقبت از سایر کودکان (در صورت وجود فرزند قبلی)، نظافت منزل، تهیه غذا و دیگر امور منزل و برنامه ریزی‌ها مشارکت نماید.
- به مادر کمک کند تا بتواند زمان بیشتری را به استراحت و مراقبت از جنین بپردازد. بنابراین، کاهش انتظارات و توقعات از مادر خصوصاً در زمینه انجام کارهای منزل به شیوه قبل از بارداری و کمک به مادر در این رابطه کارساز است.
- به مادر کمک نماید تا بتواند سبک زندگی سالم‌تری که برای سلامت وی و جنین لازم است را اتخاذ نماید؛ مثلاً ترغیب مادر به فعالیت فیزیکی سبک و خواب مناسب، عدم مصرف خودسرانه دارو.
- به وضعیت تغذیه مادر در طی بارداری توجه نماید. تغذیه مناسب مادر در طی دوران بارداری نه تنها بر سلامت وی بلکه بر تکامل جنین نیز تاثیرگذار است. نقش حمایتی پدر در زمینه ترغیب مادر به مصرف گوشت کم چرب، میوه و سبزیجات و نان‌های کامل مانند نان‌های سبوس دار و محصولات لبنی کم چرب، مغزهای غیرشور مانند بادام و تخم مرغ مفید خواهد بود.
- از زحمات و تلاش‌های مادر در دوران بارداری و زایمان به صورت کلامی یا با خریدن هدیه قدردانی نماید. اگر مادر شاغل است، پدر سعی نماید تا محل کار و از محل کار تا منزل مادر را همراهی نماید و در صورتی که تحمل شرایط شغلی برای مادر سخت است مادر را تشویق نماید تا از محل کار مرخصی (حتی بدون حقوق) بگیرد.
- در صورت رخداد سقط خود به خود، پذیرش و سازگاری با موضوع مهم است. برخی از مادران بعد از رخداد این مشکل احساس ناامیدی می‌کنند و فکر می‌کنند قادر به محافظت از جنین‌شان نبوده‌اند. در این مواقع حمایت از همسر بسیار مهم است. صحبت کردن در این زمینه با همسر و به اشتراک گذاشتن احساسات با یکدیگر می‌تواند مفید باشد. همواره به یاد



داشته باشند که سقط خود به خود اغلب به دلایل تصادفی رخ می‌دهد و احتمال تکرار آن در
بارداری بعدی خیلی اندک است.





توصیه‌های طب ایرانی در خصوص سبک زندگی سالم و حفظ جنین

پرهیز از موارد زیر:

- ☐ ضربه یا حرکات شدید مانند دویدن با عجله و سریع، بلند کردن جسم سنگین، پریدن از جای بلند و خودداری از فریادزدن.
- ☐ مواجهه با اشعه ایکس.
- ☐ مصرف خودسرانه داروها حتی گیاهان دارویی و دمنوش‌ها.
- ☐ زیاده‌روی در نزدیکی جنسی: در صورت خونریزی اوایل بارداری، از مقاربت پرهیز شود. بعد از قطع خونریزی یا لکه‌بینی، از مقاربت زیاد و شدید اجتناب شود. همچنین در صورت وجود سابقه سقط یا تهدید به سقط در بارداری‌های قبلی، از مقاربت زیاد و شدید پرهیز شود.
- ☐ پرخوری، درهم‌خوری (خوردن چند مدل غذا در یک وعده با هم) و برهم‌خوری (خوردن پشت سرهم بدون رعایت زمان لازم برای هضم) در راستای جلوگیری از اختلال هضم شدید.
- ☐ گرسنگی یا تشنگی زیاد.
- ☐ خوردن زیاد مواد نفاخ یا قاعده‌آورها مانند نخود، باقالی، کبر، کنجد و فرآورده‌های آن (روغن کنجد، ارده، حلوا ارده، نان یا بیسکویت پرکنجد)، پرهیز از مصرف زیاد یا خوردن زیاد کرفس، جعفری، شنبلیله^۴، زعفران، قورمه سبزی (در چند وعده متوالی)^۴. بهتر است در صورت وجود خونریزی، مصرف این خوراکیها بسیار محدود شود. در صورت سابقه از دست دادن جنین بهتر است از خوردن این مواد غذایی در چند وعده متوالی (پشت سرهم) خودداری شود.
- ☐ خوردن مواد غذایی بسیار شور، بسیار ترش (مانند سرکه، ترشی کنار غذا، لواشک، میوه‌های کال و ترش) یا بسیار تند و تیز (مانند فلفل قرمز و ادویه‌جات تند).
- ☐ مصرف زیاد مواد غذایی لیز یا لعابدار (مانند خورش بامیه، قارچ و ...)، یا زیاده‌روی در خوردن میوه‌های لیزی مثل آلو یا بذرهای لعابدار مانند خاکشیر و تخم شربتی.
- ☐ خوردن مواد غذایی با طبع بسیار گرم یا بسیار سرد.
- ☐ خوردن مواد غذایی خیلی داغ یا خیلی یخ مانند نوشیدنی‌های بسیار یخ.
- ☐ نشستن در مکان سرد یا گرم.
- ☐ مواجهه با هوای بسیار گرم یا بسیار سرد.
- ☐ حمام طولانی یا بسیار داغ.

^۳ در صورت مصرف سبزی تازه کنار غذا از ۱۰۰ گرم (یک نعلبکی) بیشتر مصرف نشود.

^۴ استفاده از مقدار کم این موارد در غذا در صورتی که پشت هم و مکرر نباشد اشکالی ندارد. اما بهتر است کسانی که سقط مکرر داشته‌اند از خوراکی‌های جایگزین (مثلا ماش و عدس به جای نخود و روغن زیتون به جای روغن کنجد) در ۳ ماه اول بارداری استفاده کنند.



- استفاده از روش‌های پاک‌سازی قوی مانند مصرف داروهای مسهل قوی، فصد و حجامت و حتی بادکش و ماساژ، مخصوصاً قبل از ماه چهارم و بعد از ماه هفتم.
- حالات روانی شدید و ناگهانی، مانند عصبانیت، اندوه، ترس، شادی و هیجان زیاد.^۵

بهتر است این موارد انجام شود:

- استراحت در مواقع خونریزی یا لکه بینی یا درد لگن.
- مصرف به، گلابی، سیب، انار و مویز.
- مصرف رب به یا سیب یا انار ۱ ق غذاخوری؛ یا رب نارنج ۱ ق مرباخوری؛ بعد از هر غذا.
- مصرف غذاهای زودهضم مانند گوشت‌های لطیف مثل بره، بزغاله و پرندگانی مثل جوجه مرغ و بلدرچین.
- توصیه به مصرف زرده تخم مرغ (با یا بدون شیره انگور).^۶
- مصرف نان سالم (خوش پخت و سبوس‌دار).
- خوب جویدن غذا.
- دفع مدفوع نرم، کامل و راحت. برای داشتن دفع راحت، خیس‌اندازه ۵ عدد انجیر روزانه، روزانه ۱ عدد گلابی یا کمپوت آن توصیه می‌شود. همچنین می‌توان ۷ عدد زیتون وسط غذا و بعد از غذا، از میوه به یا سیب پخته (یک هشتم به پخته بعد هر وعده غذا) استفاده کرد. **توجه: بهتر است مواد یا تخم‌های لعاب‌داری مانند: تخم‌شربتی، خاکشیر، اسفرزه، بارهنگ و مشابه آن‌ها، در اوایل بارداری و به‌ویژه در مادران با سابقه سقط مصرف نشود.**

نکته ۱: توصیه‌ها و پرهیزهای سبک زندگی نباید باعث ایجاد وسواس و استرس شود. زیرا همان‌طور که گفته شد، ترس و غم شدید نیز جز پرهیزهای مهم دوره بارداری از نظر طب ایرانی هستند.

نکته ۲: اگرچه برخی خوراکی‌ها در دوران بارداری مفید هستند اما توجه شود که در مصرف مواد غذایی مفید هم زیاده‌روی نشود.

^۵ The association between psychological stress and miscarriage_ A systematic review and meta-analysis.

^۶ کسانی که قند خون بالا یا سابقه دیابت دارند در مصرف شیره انگور احتیاط لازم را رعایت کنند.



در صورت وقوع سقط خود به خود، چه موقع می‌توان مجدد باردار شد؟

تخمک‌گذاری ممکن است حتی بعد از ۳ هفته از سقط خود به خود رخ دهد. اگر تمایل به بارداری هست هیچ نیازی به صبر نیست و هر زمان که مادر از نظر روحی برای باردار شدن آمادگی دارد می‌تواند مجدد اقدام نماید.

ممکن است متعاقب از دست دادن زودهنگام بارداری، مادر در خصوص تواناییش برای داشتن فرزند نگران شود. این مادران باید بدانند که از دست دادن بارداری در سه ماهه اول اتفاقی است که معمولاً یکبار رخ می‌دهد و اغلب زنان بعد از یکبار از دست دادن زودهنگام بارداری، بارداری بعدی موفق و بدون مشکلی خواهند داشت.

چگونه می‌توان با از دست دادن بارداری کنار آمد؟

همواره به این موضوع توجه نمایند که اغلب مادرانی که سقط خود به خود داشته‌اند،

می‌توانند بارداری‌های بعدی طبیعی و سالمی داشته باشند.

در هر حال، از دست دادن بارداری- حتی در هفته‌های پایین بارداری- ممکن است منجر به احساس غمگینی و اندوه در مادر شود. مادر ممکن است یک روز احساس غمگینی و افسردگی کند و روز بعد خشمگین باشد. ممکن است مرتب در حال پیدا کردن دلیلی برای از دست دادن بارداریش باشد. ممکن است حتی به اشتباه خودش را سرزنش کند. ممکن است احساس سردرد، از دست دادن اشتها، احساس خستگی، اشکال تمرکز یا مشکل خواب داشته باشد.

احساس غم و اندوه مادر ممکن است نسبت به احساس غم و اندوه پدر متفاوت باشد؛ و این خود ممکن است منجر به ایجاد فشار و تنش بین زن و شوهر در زمانی که بیش از هر زمان دیگر به هم نیاز دارند، شود. در صورتی‌که هر یک از زن و شوهر احساس کنند که در کنترل و مدیریت این احساسات خود مشکل دارند، می‌توانند با کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، متخصص زنان- زایمان، یا ماما در این زمینه صحبت نمایند. استفاده از حمایت گروه‌های حمایتی نیز می‌تواند در این زمینه موثر باشد.

1. The Miscarriage Association, January 2023Charity Number 1076829 (England & Wales) SC039790 (Scotland) A company limited by guarantee, number 3779123Registered in England and Wales.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ISSN 1074-8601.
3. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2005 Oct 1;72(7):1243-50. PMID: 16225027.
4. Williams Obstetrics, 25th Edition, ISBN (series): 978-964-150-323-1.
5. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2005 Oct 1;72(7):1243-50. PMID: 16225027.
6. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ* 1997;315:32-4.
7. Scroggins KM, Smucker WD, Krishen AE. Spontaneous pregnancy loss: evaluation, management, and followup counseling. *Prim Care* 2000;27:153-67.
8. Goddijn M, Leschot NJ. Genetic aspects of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:855-65.
9. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Spontaneous abortion. In: Cunningham FG, Williams JW. *Williams Obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2001:856-69.
10. Garcia-Enguidanos A, Calle ME, Valero J, Luna S, Dominguez-Rojas V. Risk factors in miscarriage: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:111-9.
11. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:182-8.
12. Donders GG, Van Bulck B, Caudron J, Londers L, Vereecken A, Spitz B. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:431-7.
13. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ* 2003;327:368.
14. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>.
15. Bearak J et al., [Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext), *Lancet Global Health*, 2020, 8(9), [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext).
16. Alipanahpour S, Zarshenas M, Akbarzadeh M. Investigation of the Prevalence of Induced Abortions, Spontaneous Abortions, and Cases of Forensic Medicine Referrals Based on Demographic Characteristics. *Women. Health. Bull*. 2020;7(1):31-38
17. Hamama L, Rauch SA, Sperlich M, Defever E, Seng JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depress Anxiety*. 2010;27 (8):699-707. doi: 10.1002/da.20714. [PubMed: 20577979]. [PubMed Central: PMC2939862].
18. Erfani A, McQuillan K. Rates of induced abortion in Iran: the roles of contraceptive use and religiosity. *Stud Fam Plann*. 2008 Jun;39(2):111-22. doi: 10.1111/j.1728-4465.2008.00158.x. PMID: 18678175.
19. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Sep;37(3):134-42. doi: 10.1363/3713411. PMID: 21988789.
20. Motaghi Z, Poorolajal J, Keramat A, Shariati M, Yunesian M, Masoumi SZ. Induced abortion rate in Iran: a meta-analysis. *Arch Iran Med*. 2013 Oct;16(10):594-8. PMID: 24093141.
21. Erfani A. Levels, Trends and Correlates of Abortion in Tehran, Iran: 2009-2014. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2016 Jun 1;42(2):93-101. doi: 10.1363/42e1316. PMID: 28825910.
22. Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh LR. Induced Abortion: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mater Sociomed*. 2017 Mar;29(1):58-67. doi: 10.5455/msm.2017.29.58-67. PMID: 28484357; PMCID: PMC5402385.
23. Zamanian M, Zolala F, Haghdooost AA, Baneshi MR. Estimating The Annual Abortion Rate in Kerman, Iran: Comparison of Direct, Network Scale-Up, and Single Sample Count Methods. *Int J Fertil Steril*. 2019 Oct;13(3):209-214.
24. Van Dijk MM, Kolte AM, Limpens J, et al. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2020; 26:356367.
25. Shahine L, Lathi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. *Obstet Gynecol Clin* 2015; 42:117–134.

26. Ralph S, Papasa and William H. Kutteh. A new algorithm for the evaluation of recurrent pregnancy loss redefining unexplained miscarriage: review of current guidelines. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2020, 32:371–379. DOI:10.1097/GCO.0000000000000647.
27. Slama R, Bouyer J, Windham G, Fenster L, Werwatz A, Swan SH. Influence of paternal age on the risk of spontaneous abortion. *Am J Epidemiol.* 2005 May 1;161(9):816-23. doi: 10.1093/aje/kwi097. PMID: 15840613.
28. Woolner AMF, Raja EA, Bhattacharya S, Danielian P, Bhattacharya S. Inherited susceptibility to miscarriage: a nested case-control study of 31,565 women from an intergenerational cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Feb;222(2):168.e1-168.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2019.08.013. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31437424.
29. Magnus MC, Morken NH, Wensaas KA, Wilcox AJ, Håberg SE. Risk of miscarriage in women with chronic diseases in Norway: A registry linkage study. *PLoS Med.* 2021 May 10;18(5):e1003603. doi: 10.1371/journal.pmed.1003603. PMID: 33970911; PMCID: PMC8143388.
30. Maraka S, Ospina NM, O'Keeffe DT, Espinosa De Ycaza AE, Gionfriddo MR, Erwin PJ, Coddington CC 3rd, Stan MN, Murad MH, Montori VM. Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid.* 2016 Apr;26(4):580-90. doi: 10.1089/thy.2015.0418. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26837268; PMCID: PMC4827301.
31. Giakoumelou S, Wheelhouse N, Cuschieri K, Entrican G, Howie SE, Home AW. The role of infection in miscarriage. *Hum Reprod Update.* 2016 Jan-Feb;22(1):116-33. doi: 10.1093/humupd/dmv041. Epub 2015 Sep 19. PMID: 26386469; PMCID: PMC4664130.
32. Rasti S, Ghasemi FS, Abdoli A, Piroozmand A, Mousavi SG, Fakhrie-Kashan Z. ToRCH "co-infections" are associated with increased risk of abortion in pregnant women. *Congenit Anom (Kyoto).* 2016 Mar;56(2):73-8. doi: 10.1111/cga.12138. PMID: 26499091.
33. Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, Li TC. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertil Steril.* 2008 Sep;90(3):714-26. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.07.1290. Epub 2008 Feb 6. PMID: 18068166.
34. Li Y, Margerison-Zilko C, Strutz KL, Holzman C. Life Course Adversity and Prior Miscarriage in a Pregnancy Cohort. *Womens Health Issues.* 2018 May-Jun;28(3):232-238. doi: 10.1016/j.whi.2018.02.001. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29530382.
35. Qu, F., Wu, Y., Zhu, YH. et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 7, 1731 (2017). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01792-3>.
36. Nepomnaschy PA, Welch KB, McConnell DS, Low BS, Strassmann BI, England BG. Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006 Mar 7;103(10):3938-42. doi: 10.1073/pnas.0511183103. Epub 2006 Feb 22. PMID: 16495411; PMCID: PMC1533790.
37. Wainstock T, Lerner-Geva L, Glasser S, Shoham-Vardi I, Anteby EY. Prenatal stress and risk of spontaneous abortion. *Psychosom Med.* 2013 Apr;75(3):228-35. doi: 10.1097/PSY.0b013e318280f5f3. Epub 2013 Jan 29. PMID: 23362503.
38. Bruckner TA, Mortensen LH, Catalano RA. Spontaneous Pregnancy Loss in Denmark Following Economic Downturns. *Am J Epidemiol.* 2016 Apr 15;183(8):701-8. doi: 10.1093/aje/kww003. Epub 2016 Mar 23. PMID: 27009344.
39. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ.* 2011 Oct 18;183(15):1713-20. doi: 10.1503/cmaj.110454. Epub 2011 Sep 6. PMID: 21896698; PMCID: PMC3193112.
40. Avalos LA, Roberts SC, Kaskutas LA, Block G, Li DK. Volume and type of alcohol during early pregnancy and the risk of miscarriage. *Subst Use Misuse.* 2014 Sep;49(11):1437-45. doi: 10.3109/10826084.2014.912228. Epub 2014 May 8. PMID: 24810392; PMCID: PMC4183196.
41. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016 May;19(7):1233-44. doi: 10.1017/S1368980015002463. Epub 2015 Sep 2. PMID: 26329421.
42. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol.* 2014 Apr 1;179(7):807-23. doi: 10.1093/aje/kwt334. Epub 2014 Feb 10. PMID: 24518810; PMCID: PMC3969532.
43. Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovic N, Shaw LM, Day NL, Kline J. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *N Engl J Med.* 1999 Feb 4;340(5):333-9. doi: 10.1056/NEJM199902043400501. PMID: 9929522.
44. Balogun OO, da Silva Lopes K, Ota E, Takemoto Y, Rumbold A, Takegata M, Mori R. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD004073. DOI: 10.1002/14651858.CD004073.pub4.
45. Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Hauser R, Williams PL, Gillman MW, Ginsburg ES, Missmer SA, Chavarro JE. Maternal prepregnancy folate intake and risk of spontaneous abortion and stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2014 Jul;124(1):23-31. doi: 10.1097/AOG.0000000000000343. PMID: 24901281; PMCID: PMC4086728.
46. Naimi AI, Perkins NJ, Sjaarda LA, Mumford SL, Platt RW, Silver RM, Schisterman EF. The Effect of Preconception-Initiated Low-Dose Aspirin on Human Chorionic Gonadotropin-Detected Pregnancy, Pregnancy Loss, and Live Birth : Per Protocol Analysis of a Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2021 May;174(5):595-601. doi: 10.7326/M20-0469. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33493011; PMCID: PMC9109822.
47. Vinatier D, Dufour P, Cosson M, Houpeau JL. Antiphospholipid syndrome and recurrent miscarriages. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001 May;96(1):37-50. doi: 10.1016/s0301-2115(00)00404-8. PMID: 11311759.



48. Alves C, Rapp A. Spontaneous Abortion. [Updated 2022 Jul 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>.
49. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/experimentations/202201/neuroscience-new-fatherhood-empathy-bonding-childcare>
50. <https://psychcentral.com/lib/fathering-in-america-whats-a-dad-supposed-to-do#childhood-development>
51. <https://www.tommys.org/baby-loss-support/dads-and-partners/supporting-your-partner-after-baby-loss>
52. Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social support following perinatal loss. *J Fam Nurs*. 2004 Feb;10(1):70-92. doi: 10.1177/1074840703260905. PMID: 17426820; PMCID: PMC1850574.
53. Firouzan, V., Noroozi, M., Mirghafourvand, M. *et al*. Participation of father in perinatal care: a qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 297 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1928-5>.
54. Kaltsas A, Moustakli E, Zikopoulos A, Georgiou I, Dimitriadis F, Symeonidis EN, Markou E, Michaelidis TM, Tien DMB, Giannakis I, Ioannidou EM, Papatsoris A, Tsounapi P, Takenaka A, Sofikitis N, Zachariou A. Impact of Advanced Paternal Age on Fertility and Risks of Genetic Disorders in Offspring. *Genes (Basel)*. 2023 Feb 14;14(2):486. doi: 10.3390/genes14020486. PMID: 36833413; PMCID: PMC9957550.
55. du Fossé NA, van der Hoorn MP, van Lith JMM, le Cessie S, Lashley ELO. Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2020 Sep 1;26(5):650-669. doi: 10.1093/humupd/dmaa010. PMID: 32358607; PMCID: PMC7456349.
56. Kleinhaus K, Perrin M, Friedlander Y, Paltiel O, Malaspina D, Harlap S. Paternal age and spontaneous abortion. *Obstet Gynecol*. 2006 Aug;108(2):369-77. doi: 10.1097/01.AOG.0000224606.26514.3a. PMID: 16880308.
57. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9688-miscarriage>.
58. <https://examenlab.com/for-men/men-and-miscarriage>.
59. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/and.14259>.
60. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/anestheticgases.html#:~:text=Working%20with%20anesthetic%20gases%20could,exposure%20for%20a%20healthier%20pregnancy>.
61. <https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencies/prenatalphysician.htm>.
62. Boivin JF. Risk of spontaneous abortion in women occupationally exposed to anaesthetic gases: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 1997 Aug;54(8):541-8. doi: 10.1136/oem.54.8.541. PMID: 9326157; PMCID: PMC1128978.
۶۳. مستندات دفتر طب ایرانی و مکمل- خرداد ۱۴۰۲ شامل آموزه‌های طب ایرانی برای حفظ جنین، تدابیر سبک زندگی در اندومتریوز و تخمدان پلی کیستیک و فرزندآوری و سلامت باروری در طب ایرانی.
۶۴. مکاتبات سازمان غذا و دارو- سال ۱۴۰۲ (نامه‌های شماره ۶۵۵/۴۹۵۸۵/د تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۸، ۶۵۵/۲۲۷۷۷/د تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۵ و ۶۵۵/۱۱۰۳۵۹/د تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۳۰).
۶۵. گزارش مطالعه مروری در خصوص نقش تغذیه در ناباروری زنان و مردان، دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده‌های سلامت سازمان غذا و دارو. تهیه کننده: سمیرا احمدیان کارشناس ارشد تغذیه ورزشی.