

مستند آموزشی پیشگیری از سقوط خود به خود بخسین  
ویژه ارایه کننده خدمت در سطح یک حوزه بهداشت  
مراقب سلامت - بهورز

اداره سلامت مادران

مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

باهنگاری

دقرطب ایرانی و کمل

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نسخه ۱-۰

آبان ماه ۱۴۰۲

این مستند با هدف آشنایی ارایه دهندگان خدمت با سقط خود به خود جنین، علل و عوامل آن، گزینه‌ها و اقدامات مداخلاتی و راهکارهای پیشگیرانه در جهت مهار، پیشگیری و کاهش سقط خود به خود جنین در سطح اول خدمت حوزه بهداشت، تهیه شده است. این مستند، صرفاً یک محتوای آموزشی در راستای اجرایی نمودن "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" در سطح اول ارایه خدمت - خارج بیمارستانی - ویژه مراقب سلامت و بهورز می‌باشد.

### **کاربر محتوا:**

مراقب سلامت و بهورز.

### **مکان کاربری:**

پایگاه‌های سلامت شهری و خانه‌های بهداشت.

### **کاربرد محتوا:**

این محتوا به منظور ارتقای دانش و آگاهی مراقبان سلامت و بهورزان در راستای اجرای "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" تهیه شده است.

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.

## تعریف

سقط یکی از مشکلات بارداری است که در اوایل آن رخ می‌دهد. از دست رفتن بارداری در سن کمتر از ۲۲ هفته، در نبود دلایل و معیارهای طبی (پزشکی) انتخابی<sup>۱</sup> یا اقدامات جراحی و دارویی با قصد و هدف خاتمه دادن به بارداری، سقط خود به خود<sup>۲</sup> نامیده می‌شود.

در کل، حدود ۲۰٪ از زنان باردار تا قبل از هفته ۲۰ بارداری درجاتی از خونریزی را تجربه خواهند کرد که به‌طور تخمینی نیمی از این بارداری‌ها به سقط خود به خود ختم خواهند شد. در هر حال، بسیاری از بارداری‌ها قبل از اینکه مادر بارداریش را تشخیص دهد به‌طور خود به خود از دست می‌روند.

بیش از ۸۰٪ سقط‌های خود به خود جنین در ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق می‌افتند. هنوز مطالب ناشناخته زیادی در خصوص سقط خود به خود جنین وجود دارد؛ اما این احتمال بسیار اندک است که این‌گونه از سقط‌ها صرفاً به دلیل کاری که مادر نباید یا باید انجام میداده است باشند. بنابراین، بارداری بعدی مادر، با احتمال زیاد، می‌تواند منجر به تولد یک نوزاد سالم شود. لذا غالباً در اولین و یا حتی بعضاً در دومین سقط خود به خود جنین، خصوصاً اگر در زیر ۱۰ هفته رخ داده باشد، آزمایش یا درمانی پیشنهاد نمی‌شود. اما در صورتی که مادر به دلیل سن خود یا به دلیل مدت زمانی که برای باردار شدن صرف کرده، فکر می‌کند دلیل محکمی برای انجام آزمایش وجود دارد، می‌تواند با پزشک مشورت نماید. اما در موارد رخداد دو یا بیش از دو سقط خود به خود پشت سر (متوالی)، که به آن سقط مکرر<sup>۳</sup> نیز گفته می‌شود، نیاز به انجام آزمایش است و دلیل آن هم این است که در این حالت احتمال بیشتری برای یافتن علتی برای سقط وجود دارد. باید توجه داشت که حتی در صورت پیدا شدن علت، ممکن است هنوز درمانی برای آن وجود نداشته باشد. اما باز این بدان معنا نیست که بارداری بعدی مادر موفقیت آمیز نخواهد بود. حتی اگر هیچ درمانی هم وجود نداشته باشد، باز هم با حمایت پزشکان و ماماها احتمال داشتن یک بارداری بعدی سالم بالا خواهد بود.

---

<sup>1</sup> Elective

<sup>2</sup> Spontaneous Abortion

<sup>3</sup> Recurrent or habitual abortion

## علل و عوامل تاثیرگذار

این بخش به علل شناخته شده سقط خود به خود جنین، آزمایش‌ها و اقداماتی می‌پردازد که ممکن است کمک کننده باشند. حدود نیمی از سقط‌های خود به خود به دلیل نقص ژنتیکی **اتفاقی** رخ می‌دهند. سایر علل ذکر شده در اینجا بسیار کمتر رخ داده و یا حتی بسیار نادر هستند.

### علل ژنتیکی

حدود نیمی از سقط‌های خود به خود زودرس ناشی از **نقص‌های ژنتیکی اتفاقی** (یکباره) در تخمک یا اسپرم یا نحوه تکامل تخمک بارور شده هستند. اگرچه رخداد این علل در سنین بالاتر شایع‌تر است اما دقیقاً مشخص نیست که چه چیزی باعث این عیوب می‌شود. اگر سقط خود به خود جنین ناشی از یک نقص ژنتیکی اتفاقی باشد، شانس بالایی وجود دارد که بارداری بعدی مادر سالم باشد.

### اختلالات هورمونی

مثلاً مادرانی که سطح بالایی از یک ماده شیمیایی به نام "هورمون لوتئین کننده"<sup>4</sup> در خونشان دارند، ممکن است برای باردار شدن مشکل داشته باشند و یا زمانی که باردار شدند احتمال سقط خود به خود بیشتری داشته باشند.

ابتلا به "تخمدان پلی کیستیک" یعنی تخمدان‌هایی که تخمک‌ها را می‌سازند، حاوی کیست‌های کوچکی هستند که نباید وجود داشته باشند.

دیابت شیرین کنترل نشده، هیپوتیروئیدی‌های تحت بالینی و آشکار از جمله اختلالات هورمونی هستند که آثار سقط‌زایی آنها کاملاً شناخته شده است. این بیماری‌ها که اغلب بیماری‌های مزمن هستند نیازمند مصرف داروی طولانی مدت هستند که احتمالاً باید قبل از باردار شدن مجدد با پزشک صحبت کند.

### اختلالات سیستم ایمنی

برخی از اختلالات سیستم ایمنی مانند لوپوس اریتماتوی سیستمیک و سندرم آنتی فسفولیپید آنتی‌بادی می‌توانند منجر به سقط شوند. در صورت وجود این‌گونه اختلالات، پزشک در خصوص اقدامات و بررسی‌های لازم تصمیم‌گیری می‌نماید.

<sup>4</sup> Luteinizing hormone (LH)

## عفونت

عفونت‌های خفیف مانند سرفه و سرماخوردگی در بارداری مضر نیستند، اما تب‌های بسیار بالا و برخی بیماری‌های عفونی می‌توانند خطر سقط خود به خود جنین را افزایش دهند. اگر عفونتی باعث سقط جنین شود، معمولاً تنها یکبار اتفاق می‌افتد زیرا بدن نسبت به آن عفونت ایمن می‌شود؛ لذا معمولاً بارداری بعدی سالم خواهد بود.

گاهی اوقات عفونت واژن یا رحم می‌تواند باعث سقط خود به خود دیررس (بعد از ۱۴ هفته) شود. عفونت حتی ممکن است باعث مرگ جنین در رحم شود یا ممکن است باعث شود که کیسه آب زودتر از موعد پاره شود. پزشک با درخواست آزمایش، می‌تواند این نوع از عفونت را شناسایی کند و در صورت لزوم آن را درمان نماید.

برخی از عفونت‌ها (مانند لیستریا) به دلیل خوردن لبنیات پاستوریزه نشده، گوشت خام فشرده یا ماهی دودی نپخته ایجاد می‌شود. معمولاً این خوراکی‌ها به خودی خود برای زنان مضر نیستند؛ اما می‌توانند علت سقط دیررس باشند.

برخی از این عوامل بیماری‌زا (مانند *Chlamydia psittaci*) می‌توانند از طریق تماس با گوسفند یا گاو آلوده، به‌ویژه در هنگام بره‌زایی یا زایمان، منتقل شود. مثلاً کلامیدیا می‌تواند منجر به سقط خود به خود جنین، حاملگی خارج از رحم یا زایمان زودرس شود. همچنین می‌تواند به باروری مادر آسیب برساند.

توکسوپلازما یک عفونت انگلی است که می‌تواند توسط گربه‌ها مثلاً از طریق تماس با خاک آلوده گربه، و یا از طریق خوردن گوشت آلوده بد پخته شده (خام یا نیم‌پز) منتقل شوند. ابتلا به این انگل به ویژه قبل از لقاح یا در سه ماه اول بارداری مضر است.

برخی ویروس‌ها (مانند پاروویروس) گاهی منجر به سقط خود به خود جنین می‌شود، اما اکثر مادرانی که مبتلا می‌شوند، بارداری طبیعی دارند.

سایر عفونت‌های دیگر اگرچه معمولاً باعث سقط خود به خود جنین نمی‌شوند، اما می‌توانند در بارداری مضر باشند؛ مثل سیتومگالوویروس، سرخجه (سرخک آلمانی)، سیفلیس، مالاریا، مایکوپلاسموزیس، هرپس دستگاه تناسلی، HIV.

بنابراین، پرهیز از تماس با کانون یا منابع انتقال عفونت که در برخی موارد می‌توانند حیوانات (خانگی) آلوده (واکسینه نشده)، مانند گربه (در خصوص توکسوپلازما) باشند، توصیه می‌شود. در صورت وجود این‌گونه اختلالات پزشک در خصوص اقدامات و بررسی‌های لازم تصمیم‌گیری می‌نماید.

## مشکلات رحم یا سرویکس

سقط خود به خود جنین گاهی اوقات به دلیل مشکلات رحم یا سرویکس (گردن/دهانه رحم) ایجاد می‌شود. در این موارد پزشک مادر را برای ارزیابی بیشتر و احتمالاً درمان تخصصی به یک متخصص ارجاع می‌دهد. ضعف گردن/دهانه رحم (سرویکس)، توده‌های بافتی خوش‌خیم رحم و رحم دو شاخ از جمله این مشکلات محسوب می‌شوند. پزشک در خصوص بررسی‌ها و اقدامات لازم تصمیم‌گیری می‌نماید.

## سن

خطر سقط خود به خود جنین ممکن است با افزایش سن والدین افزایش یابد. یکی از دلایل این است که احتمال رخداد نقص‌های ژنتیکی تصادفی در تخم‌های مسن‌تر بیشتر است. البته این فقط سن مادر نیست که مهم است؛ بلکه تحقیقات نشان می‌دهد که احتمال سقط خود به خود جنین در همسران مردان مسن‌تر، حتی اگر مادر جوان باشد، نیز بیشتر است. علت این ارتباط احتمالاً وقوع بیشتر اختلالات کروموزمی در اسپرم‌های مردان با سنین بالاتر است.

## سابقه قبلی

مشکلاتی مانند سابقه سقط قبلی، به‌خصوص بیش از ۲ بار سقط خود به خود متوالی (سقط مکرر)، تاخیر در بارداری بیش از یک سال به شرطی که رابطه جنسی به‌طور منظم وجود داشته و بارداری دوقلویی، سه‌قلویی یا با قل‌های بیشتر نیز می‌توانند منجر به با افزایش سقط‌های خود به خود شوند.

## وزن

احتمال سقط خود به خود جنین در زنانی که خیلی کم وزن هستند یا اضافه وزن زیادی دارند بیشتر است.

## علل مرتبط با جنین

برخی از سقط‌ها به دلیل مشکلات جنین ایجاد می‌شوند؛ این مشکلات می‌توانند از عوامل ژنتیکی مانند نقایص ساختاری یا تعدادی کروموزمی نشأت گرفته باشند.

## سایر عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خود

### علل محیطی و سبک زندگی

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 هستند. به عنوان مثال، بین مصرف الکل، استعمال دخانیات، مواد محرک/مخدر مانند کوکائین، کراک و هروئین و مصرف مقادیر بیش از حد کافئین با سقط خود به خود ارتباطاتی نشان داده شده 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. 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، به ویژه در مردان (به دلیل تاثیر بر کیفیت مواد ژنتیکی اسپرم) می‌توانند احتمال سقط خود به خود را افزایش دهند.

همچنین، بررسی‌هایی هستند که نشان داده‌اند که نوشیدن الکل خصوصاً در سه ماهه اول بارداری خطر سقط خود به خود را بالا برده است.

در خصوص قهوه (کافئین) هم تحقیقاتی وجود دارند که در آنها توصیه به عدم مصرف مقادیر بالای 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.

### دارو

بین مصرف برخی از داروها مانند میزوپرستول (که در درمان خونریزی‌های پس از زایمان و/یا پیشگیری از زخم‌های گاستریک استفاده می‌شود)، رتینوئیدها (مورد استفاده در بیماری‌های پوستی)، متوترکسات (استفاده در بیماری‌های خود ایمنی)، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (مانند ایبوپروفن، ناپروکسن، دیکلوفناک، ایندومتاسین و ...) و داروهای ضد سرطان با سقط خود به خود نیز ارتباطاتی مطرح گردیده است. گزارشاتی وجود دارد که مصرف برخی از آنتی‌بیوتیک‌ها مانند کلاریترومایسین، سیپروفلوکساسین، نرفلوکساسین، منجر به افزایش احتمال سقط خود به خود جنین شده است. بنابراین، توصیه می‌شود از مصرف خودسرانه داروها جدا پرهیز شود؛ حتی در صورت مصرف دارو تحت نظر پزشک، اگر قصد بارداری وجود دارد، در خصوص نحوه ادامه مصرف آن دارو و اثرات آن بر بارداری، حتماً با پزشک مشورت گردد.

## عوامل شغلی و محیطی

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 مواجهات محیط شغلی از این جمله محسوب می‌شوند. مواجهه با مواد شیمیایی مانند جیوه، آرسنیک، سرب، اتیلن گلیکول، دی سولفید کربن، پلی اورتان، فلزات سنگین، حلال‌های عالی به خصوص به دلایل شغلی و یا به دنبال مصرف مواد غذایی آلوده به این مواد، نیز به عنوان علل احتمالی برای سقط مطرح هستند. این مواد شیمیایی عمدتا در صنایعی مانند رنگ‌سازی، چرم‌سازی، کارخانجات رزین‌سازی، تولید سیمان/ ضدیخ/ تولید خازن‌های برقی/ کارخانه‌های تولید آفت‌کش‌ها یا پتروشیمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در مشاغلی که با گازهای بیهوشی تماس دارند، مانند کارکنان اتاق عمل- اگر گازها به درستی کنترل نشده باشند- احتمال سقط جنین افزایش می‌یابد. 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. مادران بارداری که در معرض اینگونه گازها هستند، برای جلوگیری از مواجهه با این گازها در دوران بارداری باید با کارفرمای خود صحبت کنند تا مکان کاری آنان را تغییر دهد و یا اگر این مکان وجود ندارد، باید حداقل از میزان مواجهه با این مواد کاسته شود؛ مثلا با استفاده از ماسک‌های تنفسی خاص. همچنین، 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. بنابراین، افرادی که با این تشعشعات در تماس هستند، مانند کارکنان مراکز تصویربرداری، در زمان بارداری باید از این مواجهات پرهیز نمایند.

## رژیم غذایی

کیفیت رژیم غذایی هم ممکن است در این زمینه نقش داشته باشد؛ البته تاکنون کمبود انحصاری یک ماده تغذیه‌ای و یا کمبود متوسط تمام مواد تغذیه‌ایی، در ارتباط با افزایش احتمال سقط خود به خود گزارش نشده است. اما در خصوص مصرف مکمل‌های ویتامینی قبل از بارداری یا در اوایل بارداری نشان داده شده که زنانی که مولتی ویتامین به همراه آهن و اسید فولیک دریافت کرده‌اند، احتمال مرده‌زایی در آنها کاهش یافته است. مصرف فولیک اسید می‌تواند در راستای کاهش عوارض نامطلوب بارداری مد نظر قرار گیرد.

بنابراین، اگر یک رژیم غذایی متعادل، با مقدار کافی میوه و سبزیجات سبز وجود داشته باشد، ممکن

است خطر سقط خود به خود جنین کمتر شود.

## سایر عوامل

عوامل دیگری هم وجود دارند که تعیین ارتباطات آنها با سقط خود به خود نیاز به بررسی بیشتری دارد مانند استرس، اعمال جراحی و ... . به هر حال، ارتباط احتمالی بین ناملایمات و استرس‌های سایکولوژیک، استرس‌های شغلی و مشکلات اقتصادی (معیشتی) با سقط خود به خود مطرح است. اما هیچ مدرکی وجود ندارد که استرس به خودی خود و به‌طور مستقیم عامل سقط خود به خود جنین باشد. یک مطالعه بزرگ نشان داده که کارهای سخت و بسیار پر استرس با افزایش خطر سقط خود به خود جنین، به‌خصوص در طولانی مدت مرتبط است. همچنین، اگر در محیط کار در معرض قرارگیری با مخاطراتی مانند مواد شیمیایی سمی، حلال‌ها، سرب یا تشعشعات وجود دارد، خطر سقط خود به خود جنین ممکن است بیشتر باشد. تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که کار کردن شبانه، شیفت کاری و/یا ساعات طولانی با افزایش خطر سقط خود به خود جنین مرتبط است، اما لزوماً باعث آن نمی‌شود.

اغلب موارد اشاره شده در بالا می‌توانند به دلایل رفتاری و اتخاذ سبک زندگی ناسالم رخ دهند؛

بنابراین، اصلاح رفتار و سبک زندگی، به نحوی که منجر به کاهش یا اجتناب از این عوامل گردد،

می‌تواند نقش پیشگیرانه در زمینه سقط خود به خود داشته باشد.

البته مواردی هم وجود دارند که با وجودی که اغلب مادران در دوران بارداری در مورد آنها نگرانی دارند، به نظر نمی‌رسد احتمال سقط خود به خود جنین را افزایش دهند. این موارد عبارتند از:

- ورزش.
- کار تمام وقت.
- کاری که نیاز به نشستن یا ایستادن برای مدت طولانی داشته باشد.
- رابطه جنسی معمولی/عادی یا طبیعی.
- مسافرت با هواپیما.
- باردار شدن برای بار اول.
- باردار شدن زودرس بعد از زایمان قبلی یا یک سقط خود به خود قبلی جنین.

### خلاصه

نکته قابل توجه این است که حدود نیمی از موارد سقطهای خود به خود به دلیل اتفاقات تصادفی رخ می دهند که در طی آن جنین رشد و تکامل طبیعی نداشته و بنابراین بارداری در مراحل اولیه از دست می رود. البته باید توجه داشت که، احتمال رخداد مجدد این گونه اختلالات در بارداری های بعدی، اندک است.

اغلب مادرانی که سقط خود به خود داشته اند، می توانند بارداری های بعدی طبیعی و سالمی

### داشته باشند.

تنها در موارد سابقه سقط مکرر (۲ یا بیش از ۲ سقط متوالی) و یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته جهت بررسی بیشتر از جمله انجام آزمایشات و بررسی هایی برای پیدا کردن علت نیاز به ارجاع به متخصص زنان- زایمان و/یا پریناتولوژیست وجود دارد.

در این موارد حتی اگر هیچ علتی هم پیدا نشود، باز هم اغلب زوجین در آینده می توانند بارداری موفق و طبیعی داشته باشند.

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

## درمان

درمان یا مداخله‌ی قطعی که بتواند منجر به جلوگیری از "سقط خود به خود" شود وجود ندارد. زمانی که یک بارداری از دست می‌رود، ممکن است مقادیری از بافت بارداری در رحم باقی بماند که نیاز به خارج کردن داشته باشد. در کل درمان‌هایی دارویی و جراحی در مواردی از سقط‌های خود به خود ممکن است مورد نیاز واقع گردد. برای تصمیم‌گیری و انتخاب نوع درمان لازم است به پزشک ارجاع داده شود.

**توجه: تشخیص نهایی، انتخاب نحوه درمان و انجام اقدامات درمانی اعم از جراحی و/یا دارویی به‌عهده متخصص زنان- زایمان است.**

اگر علائم زیر ظاهر شود نیاز است که مادر فوراً به متخصص زنان- زایمان ارجاع داده شود:

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

## روند بهبودی و توصیه برای بارداری بعدی

ممکن است طی یک تا دو هفته از زمان سقط خود به خود توصیه شود که هیچ چیز مانند تامپون در واژن قرار داده نشود و یا رابطه جنسی وجود نداشته باشد. این توصیه به منظور کمک به پیشگیری از عفونت است. در صورتی که گروه خون مادر اره‌اش منفی ( $Rh^-$ ) است، معمولاً یک دز (dosage) ایمونوگلوبولین Rh بعد از سقط خود به خود تجویز می‌شود. عامل اره‌اش، یک پروتئینی است که در سطح گلبول‌های قرمز وجود دارد و اغلب افراد این فاکتور را دارند که به آنان "اره‌اش مثبت ( $Rh^+$ )" گفته می‌شود. سایر افرادی که این پروتئین را ندارند "اره‌اش منفی" هستند و مشکل در این افراد زمانی ایجاد می‌شود که در بارداری بعدی، جنین آنها اره‌اش مثبت شود. لذا برای جلوگیری از بروز چنین مشکلی در این دسته از مادران، ایمونوگلوبولین Rh تجویز می‌شود.

### باردار شدن بعد از یک سقط خود به خود

تخمک‌گذاری ممکن است حتی بعد از ۳ هفته از زمانی که فرد در هفته‌های اول بارداری، بارداریش را از دست داده، اتفاق بیفتد. اگر تمایل به بارداری وجود دارد، هیچ نیازی به صبر نیست و مادر می‌تواند هر زمان که در وضعیت روحی مساعدی برای باردار شدن باشد، مجدد برای باردار شدن تلاش خود را آغاز کند.

ممکن است متعاقب سقط خود به خود، مادر در خصوص تواناییش برای داشتن بارداری طبیعی نگران شود. باید به این مادران اطمینان داده شود که از دست دادن بارداری در سه ماهه اول معمولاً اتفاقی است که یک‌بار رخ می‌دهد و اغلب زنان بعد از یک بار سقط خصوصاً سقط زودرس، بارداری بعدی موفق و بدون مشکلی خواهند داشت.

در هر حال، سقط‌های مکرر اتفاقی نادر است؛ اما اگر این اتفاق در ۲ یا بیش از ۲ بارداری پشت سرهم (متوالی) رخ دهد و یا سابقه یک سقط بالای ۱۰ هفته وجود داشته باشد، آزمایشات و بررسی‌هایی برای پیدا کردن علت از دست دادن مکرر بارداری می‌تواند انجام شود که به این منظور لازم است به پزشک ارجاع داده شود. در این موارد حتی اگر هیچ علتی هم پیدا نشود، باید به زوجین گفته شود که با این وجود (پیدا نشدن علت) در آینده می‌توانند بارداری موفق و طبیعی داشته باشند.

## توصیه‌های پیشگیرانه

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 در این ارتباط می‌توانند موثر باشند. 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 بارداری (سقط خود به خود) پشت سرهم، 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 به‌پایان 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، کبَر، کنجد و فرآورده‌های آن (روغن کنجد، ارده، حلوا ارده، نان یا بیسکویت پرکنجد)، پرهیز از مصرف زیاد یا خوردن زیاد کرفس، جعفری، شنبلیله<sup>۵</sup>، زعفران، قورمه سبزی (در چند وعده متوالی)<sup>۶</sup>. 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 چمد 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 لعابداری 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.

<sup>۵</sup> در صورت مصرف سبزی تازه کنار غذا از ۱۰۰ گرم (یک نعلبکی) بیشتر مصرف نشود.

<sup>۶</sup> 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.<sup>۷</sup>

### 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 قاشق غذاخوری؛ یا رب نارنج ۱ قاشق مرباخوری؛ بعد از هر غذا.
- مصرف غذاهای زودهضم مانند گوشت‌های لطیف مثل بره، بزغاله و پرندگان مثل جوجه مرغ و بلدرچین.
- توصیه به مصرف زرده تخم مرغ (با یا بدون شیره انگور)<sup>۸</sup>.
- مصرف نان سالم (خوش پخت و سبوس‌دار).
- خوب جویدن غذا.
- دفع مدفوع نرم، کامل و راحت. برای داشتن دفع راحت، خیس‌سازنده 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.

**نکته ۳:** این موارد کلی بوده و در هر فرد با مزاج و اقلیم خاص متفاوت است و در صورت لزوم با صلاحدید پزشک دوره دیده یا متخصص طب ایرانی قابل تغییر است. در این موارد می‌توان مراجعه به متخصص طب ایرانی را پیشنهاد نمود.

<sup>7</sup> The association between psychological stress and miscarriage\_ A systematic review and meta-analysis.

<sup>۸</sup> کسانی که قند خون بالا یا سابقه دیابت دارند در مصرف شیره انگور احتیاط لازم را رعایت کنند.

## توصیه‌های طب ایرانی برای کمک به حفظ توان بارداری و باروری پیشگیری از اختلالات آن از دوران نوجوانی

توصیه‌های زیر، نه تنها برای گروه هدف این محتوا کاربرد دارد، بلکه می‌تواند توسط فرزندان (فرزندان) آنان نیز به عنوان شیوه زندگی سالم مورد توجه و به‌کارگیری قرار گیرد:

- ✓ پرهیز از ریزه خوری یا درهم خوری<sup>۹</sup>.
- ✓ نخوردن غذا تا قبل از زمان گرسنگی کامل و دست کشیدن از خوردن غذا قبل از سیری کامل.
- ✓ به‌تاخیر نینداختن غذا خوردن بیش از ۳۰ دقیقه پس از احساس گرسنگی.
- ✓ سعی شود وعده‌های غذایی در ساعات مشخص و منظم صرف شوند.
- ✓ کامل جویدن غذا.
- ✓ صرف غذا در اوایل شب؛ رعایت حدود ۲ تا ۳ ساعت فاصله بین صرف غذا تا زمان خواب.
- ✓ پرهیز از فعالیت بدنی شدید یا خوابیدن بعد از غذا.
- ✓ تحرک بدنی متعادل به‌ویژه در هوای آزاد مثلاً ورزش درجا روزانه، پیاده روی و ...
- ✓ تلاش برای تناسب وزن و حفظ وزن در حد متعادل.
- ✓ ننوشیدن آب سرد (یخ) در حمام، ناشتا، بین خواب و بعد از میوه‌ها بخصوص هندوانه، خربزه و انگور.
- ✓ استفاده از پیش‌بند هنگام ظرف شستن و گرم نگهداشتن ناحیه زیر ناف تا نوک پاها.
- ✓ خودداری از راه رفتن با پای برهنه بر روی سطح سرد به‌ویژه سرامیک. نشستن یا راه رفتن روی زمین سرد در پسرها و دخترها با احتمال بروز ضعف در اعضای مرتبط با باروری همراهی دارد.
- ✓ خواب مناسب و کافی؛ تنظیم زمان خواب طوری که شروع خواب قبل از ۱۱ شب باشد.
- ✓ نپوشیدن لباس تنگ به‌ویژه در زمان خواب.
- ✓ مدیریت استرس و اضطراب<sup>۱۰</sup>.
- ✓ قرار نگرفتن در معرض دود سیگار، قلیان و هرگونه مواد دودزا.
- ✓ مراجعه به پزشک در صورت یبوست و یا اختلال در هضم غذا و مشکل گوارش<sup>۱۱</sup>.

<sup>۹</sup> ریزه خوری (خوردن با فاصله‌های کوتاه) - درهم خوری (خوردن چند نوع غذا باهم در یک وعده).

<sup>۱۰</sup> آموزش برخی روش‌های مدیریت حالات روحی روانی که در بسته خدمت ترویج سبک زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی ذکر شده است.

<sup>۱۱</sup> از دیدگاه طب ایرانی و همچنین پژوهش‌های جدید ابتلا به اختلالات گوارشی و سوء هاضمه با بیماریهای رحم مرتبط است.

- ✓ مراجعه به پزشک، یا پزشک عمومی دوره دیده در خصوص طب ایرانی یا متخصص طب ایرانی در صورت وجود خلط گلو آزاردهنده، سینوزیت یا آلرژی<sup>۱۲</sup>.
- ✓ اطمینان از کافی بودن میزان "ویتامین د" در بدن اگر از مکمل "ویتامین د" استفاده نمی‌شود.
- ✓ افزایش مصرف فیبرها مثلا افزایش مصرف سبزیجات تازه یا پخته به صورت سوپ، آش، خورش یا خوراک مانند کدو سبز، کدو حلوائی، اسفناج، گشنیز، بامیه، لوبیاسبز، فسنجان با بادام، هویج، آلو، نخود و ماش یا سبزی پلو، گشنیزپلو، لوبیاپلو، هویج پلو، ته چین اسفناج با/یا بدون گوشت مرغ جوان کوچک، یا بلدرچین و ماهی.
- ✓ انتخاب میان وعده مناسب<sup>۱۳</sup> شامل میوه، سبزی و خشکبار و مغزها مانند فندق، بادام به تنهایی یا به صورت حریره یا شیربادام یا شیرفندق، حلوائی بادام با کمی شکر، تخم کدو، انگور شیرین، مویز یا کشمش، سیب و به (پخته)، گلابی، آلو، انار شیرین، انجیر خشک یا تازه، کاهو، مرکبات شیرین، جوانه های ماش، گندم، جو و شبر، زیتون.
- ✓ مصرف متعادل مغزها، خصوصا بادام؛ ترجیحا کم نمک یا بی نمک.
- ✓ مصرف نان سبوس دار، غلات کامل و کنجد.
- ✓ کاهش مصرف نانهای خمیری و نپخته.
- ✓ توصیه به استفاده متعادل از چاشنی‌های غذا از جمله زردچوبه، زعفران، کمی دارچین، رب گوجه خانگی، رب انار.
- ✓ مصرف زیتون و روغن زیتون همراه غذا.
- ✓ افزایش مصرف سبزیجات همراه غذا به ویژه نعنا و ریحان.

<sup>۱۲</sup> از دیدگاه طب ایرانی و همچنین پژوهش‌های جدید ابتلا به آسم و آلرژی با بیماریهای رحم و ناباروری مرتبط است. برخی از مقالات در این رابطه عبارتند از:

1-High rate of allergies among women with endometriosis. I. Matalliotakis, H. Cakmak, M. Matalliotakis, D. Kappou & A. Arici. Pages 291-293 | Published online: 28 Feb 2012. Journal of Obstetrics and Gynecology.

2-Comorbidities and Quality of Life in Women Undergoing First Surgery for Endometriosis: Differences Between Chinese and Italian Population Huixi Chen, Silvia Vannuccini, Tommaso Capezuoli, Marcello Ceccaroni, Liu Mubiao, Huang Shuting, Yanting Wu, Hefeng Huang & Felice Petraglia.

3-Eliza Wasilewska, Sylwia Małgorzewicz. Impact of allergic diseases on fertility. Adv Dermatol Allergol 2019; XXXVI (5): 507-512 DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2019.89501> Online publish date: 2019/11/12.

4-Female Asthma Has a Negative Effect on Fertility: What Is the Connection? Elisabeth Juul Gade, Simon Francis Thomsen, Svend Lindenberg, and Vibeke Backer.

<sup>۱۳</sup> افراد دیابتی در مصرف حلوا، مویز و سایر میوه‌های شیرین زیاده‌روی نکنند.

- ✓ نوشیدنی‌های مفید<sup>۱۴</sup>: شربت سکنجبین، شربت انار، نارنج، لیمو یا زرشک تازه، شربت آب و عسل گرم (در صورت دیابت محدود شود)، شربت آب سیب با گلاب، شربت جلاب (گلاب و زعفران)، شربت خاکشیر، شربت آلو، عناب، بیدمشک با تخم شربتی یا بالنگو و دمنوش به و سیب، بابونه، گل سرخ.
- ✓ کاهش مصرف کربوهیدرات‌هایی مانند شیرینی، قند و شکر و چربی‌ها.
- ✓ مصرف متعادل میوه‌ها؛ خصوصا به‌عنوان میان وعده.
- میوه‌های مفید برای دختران: سیب، به، گلابی، انار، انگور یا مویز، انجیر<sup>۱۵</sup>.
- ✓ پرهیز از خوردن میوه همراه با غذا یا بلافاصله بعد از غذا؛ بجز انار و سیب و به که خوردن مقدار کم آنها پس از غذا توصیه می‌شود. توصیه می‌شود میوه‌ها حدود یک‌ساعت قبل از غذا مصرف شوند.
- ✓ حذف نکردن وعده صبحانه.
- ✓ اجتناب از خوردن چیپس و پفک و مواد غذایی حاوی رنگ‌های مصنوعی.
- ✓ کاهش مصرف گوشت‌های دیرهضم مانند گاو و شتر، گوشت‌های نمک سوده و خشک شده.
- ✓ کاهش مصرف سوسیس و کالباس یا ناگت مرغ و ماهی و غذاهای فست فودی مانند پیتزا و همبرگر غیرخانگی.
- ✓ کاهش مصرف غذاهای خمیری و رشته‌ای مانند ماکارونی و نودل و نان‌های خمیری نپخته، مخصوصا در افرادی با اضافه وزن، مشکلات هاضمه نفخ و یبوست و در صورت مصرف این غذاها می‌توان از ادویه‌هایی مانند آویشن استفاده کرد.
- ✓ کاهش مصرف غذاهای کنسروی یا فریزری کهنه.
- ✓ کاهش مصرف پنیر کهنه، نان فطیر یا سفید.
- ✓ کاهش مصرف میوه‌های کال و نرسیده و بادنجان.
- ✓ مصرف نکردن بخش سوخته غذا.
- ✓ مصرف نکردن یا کاهش مصرف غذاهای بسیار تند، بسیار شور و بسیار ترش.
- ✓ مصرف نکردن یا کاهش مصرف مواد غذایی تراریخته مانند سویا و ذرت تراریخته.
- ✓ کاهش مصرف چای پررنگ و قهوه.
- ✓ کاهش مصرف ادویه‌جات تند و گرم مانند فلفل، زنجبیل و آویشن (به‌ویژه در مزاج گرم).
- ✓ اجتناب از خوردن ماست، دوغ و نوشابه به‌همراه غذا<sup>۱۶</sup>.

<sup>۱۴</sup> افراد دیابتی از شکر برای تهیه شربت استفاده نکنند. بهتر است نوشیدنی‌ها برای سایر افراد هم کم شیرین باشد.

<sup>۱۵</sup> افراد دیابتی در مصرف مویز و سایر میوه‌های شیرین زیاده‌روی نکنند.

<sup>۱۶</sup> از دیدگاه طب ایرانی و هم‌چنین پژوهش‌های جدید ابتلا به اختلالات گوارشی و سوء هاضمه با تنبلی تخمدان مرتبط است. مقاله مرتبط:

-Naghizade A, Zareian MA, Tabarra M. A Review of the Gut-Uterine Axis in Persian Medicine Literature: Implications in Polycystic Ovary Syndrome. Trad Integr Med 2020; 5(1): 26-35. A Review of the Gut-Uterine Axis in Persian Medicine Literature: Implications in Polycystic Ovary Syndrome.

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 EELO. 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%20expose%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 اندومتربوز 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 فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو. تهیه کننده: سمیرا احمدیان کارشناس ارشد تغذیه ورزشی.



## 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

# باسمه تعالی

## فهرست

شماره صفحه	عنوان
۳	مقدمه
۳	تعاریف
۵	خدمات آموزشی/مراقبتی
۲۲	همکاری های بین بخشی
۲۸	پایش
۳۳	فرآیند ارزیابی خدمات/مراقبت در سطح اول خدمت

## مقدمه

این راهنما در راستای اجرایی نمودن برنامه ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با عنوان "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" تهیه شده است. استفاده کنندگان این راهنما کلیه رایه دهندگان خدمات در سطح اول خدمت، منطبق با ساختار و سطح‌بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور در خانه‌های بهداشت، پایگاه سلامت/پایگاه پزشک عمومی خانواده و مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی (و عشایری در صورت وجود) می‌باشند.

از آنجا که این برنامه، شامل "آموزش" و "مراقبت" بر اساس "گروه‌های سنی" و "نوع خدمت/مراقبت دریافتی" بنا شده است، این راهنما، به منظور شفاف نمودن خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز گروه‌های هدف برای رایه دهندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت تهیه شده است.

## تعاریف

**سقط خود به خودی**<sup>۱</sup> از دست رفتن بارداری در سن کمتر از ۲۲ هفته در غیاب معیارهای پزشک عمومی انتخابی یا اقدامات جراحی برای خاتمه دادن به بارداری است. اصطلاح miscarriage اغلب به عنوان مترادفی برای سقط خود به خودی به کار برده می‌شود و به نوعی متمایز کننده این‌گونه سقط‌ها از سقط‌هایی است با قصد پایان بخشیدن به بارداری (سقط عمدی یا القایی) صورت می‌پذیرند.

**عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی** به سه دسته کلی عوامل زمینه‌ای (مانند سن، بیماری زمینه‌ای و ...)، رفتاری، محیطی، اجتماعی و اقتصادی (مانند استعمال دخانیات، مواد محرک، الکل، مصرف خودسرانه دارو، سبک زندگی ناسالم، مواجهه با سموم و آلودگی‌ها، استرس و ...) قابل تقسیم است.

**سطح رایه خدمت** در این برنامه، سطح اول خدمت در نظام رایه خدمات سلامت است که خدمات و مراقبت‌های اولیه برای پیشگیری، مهار و کاهش موارد سقط خود به خودی جنین و پایش آن را در طول اجرای برنامه رایه می‌نماید.

<sup>1</sup> Spontaneous Abortion

انواع مداخلات در این برنامه به دو دسته "خدمات آموزشی/مراقبتی" و "همکاری‌های بین بخشی" تقسیم

شده است.

برنامه "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" از

این پس به طور خلاصه "برنامه پیشگیری و پایش سقط خود به خودی جنین" نامیده می‌شود.

## خدمات آموزشی/مراقبتی

این خدمت به "گروه سنی نوجوانان"، "گروه سنی جوانان"، "گروه سنی میانسالان"، و گروه‌های هدف خدمات "مراقبت پیش از بارداری"، "مراقبت نیمه اول بارداری"، "مشاوره باروری سالم و فرزندآوری" و "دریافت کنندگان آموزش‌های هنگام ازدواج" ارایه می‌شود.

تعاریف گروه‌های سنی بر اساس تعاریف موجود در بسته‌های مراقبتی گروه سنی جوانان (۱۸ سال تا ۲۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز)، میانسالان (۳۰ سال تا ۵۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) است. در این برنامه گروه سنی نوجوانان شامل کلیه نوجوانان از ۱۲ سال تا ۱۷ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز است.

ارایه دهنده این خدمات عبارتند از بهورز، مراقب سلامت، ماما- پزشک عمومی شاغل در خانه‌های بهداشت، پایگاه سلامت/پایگاه پزشک عمومی خانواده و مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی (و عشایری در صورت وجود) سراسر کشور.

## برنامه ادغام شده در گروه سنی نوجوانان

**گروه هدف:** کلیه نوجوانان (دختر و پسر) از ۱۲ سال تا ۱۸ سال (یعنی ۱۷ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز).

**خدمت:** آموزش در

طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه؛

مدارس تحت پوشش.

آموزش در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه: این آموزش سالیانه یک‌بار؛ در طی یکی از مراقبت‌های معمول نوجوان در واحد ارایه خدمت انجام می‌شود. این اقدام در پرونده الکترونیک فرد، ثبت سامانه می‌گردد.

در طی این خدمت، در صورتی‌که

- خدمت گیرنده متاهل (زن غیر باردار یا مرد) است خدمات زیر ارایه گردد:
- 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.
- خدمت گیرنده مجرد
- آموزش سبک زندگی (با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی)، تغذیه سالم باروری و بارداری.

آموزش در مدارس تحت پوشش: آموزش (و در صورت لزوم مشاوره فعال) در مدارس تحت پوشش برای دانش‌آموزان دختر و پسر (۱۲ سال و بالاتر)، در خصوص سبک زندگی (با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی)، تغذیه سالم باروری و بارداری سالیانه انجام شود. ثبت آموزش در مستندات آموزش مدارس (و در صورت امکان در سامانه) صورت پذیرد.

## برنامه ادغام شده در گروه سنی جوانان

**گروه هدف:** کلیه جوانان (زن و مرد)، ۱۸ سال تا ۳۰ سال (۲۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز).

**خدمت:** آموزش در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه.

آموزش در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه: این آموزش سالیانه یکبار؛ در طی یکی از مراقبت‌های معمول جوان در واحد ارایه خدمت انجام می‌شود. این اقدام در پرونده الکترونیک فرد، ثبت سامانه می‌گردد.

در طی این خدمت، در صورتی‌که

- **خدمت گیرنده متاهل (زن غیر باردار و مرد)** است خدمات زیر ارایه گردد:
  - 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.
- **خدمت گیرنده مجرد**
  - آموزش سبک زندگی (با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی)، تغذیه سالم باروری و بارداری.

## برنامه ادغام شده در گروه سنی میانسالان

**گروه هدف:** کلیه میانسالان (زن و مرد)، ۳۰ سال تا ۵۴ سال (۵۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز).

در صورتی‌که فرد از سن باروری خارج شده است، خدمتی در این زمینه ارایه نمی‌گردد.

**خدمت:** آموزش در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه.

آموزش در طی مراقبت‌های معمول در نظام شبکه: این آموزش سالیانه یکبار؛ در طی یکی از مراقبت‌های معمول میانسال در واحد ارایه خدمت انجام می‌شود. این اقدام در پرونده الکترونیک فرد، ثبت سامانه می‌گردد.

در طی این خدمت، در صورتی که

- خدمت گیرنده متاهل (زن غیر باردار و مرد) است خدمات زیر ارائه گردد:
- 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.
- خدمت گیرنده مجرد
- آموزش سبک زندگی (با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی)، تغذیه سالم باروری و بارداری.

### برنامه ادغام شده در آموزش باروری سالم و فرزندآوری

گروه هدف: همان گروه هدف در آموزش باروری سالم و فرزندآوری می‌باشد.

#### خدمت: آموزش

- 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 آموزش آقایان تاکید شود.

آموزش ارائه شده در پرونده الکترونیک فرد، ثبت سامانه شود.

### برنامه ادغام شده در آموزش‌های هنگام ازدواج

**گروه هدف:** همان گروه هدف در آموزش‌های هنگام ازدواج می‌باشد.

#### خدمت: آموزش

- 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 آموزش آقایان تاکید شود.

آموزش ارایه شده در پرونده الکترونیک فرد، ثبت سامانه شود.

### برنامه ادغام شده در طی مراقبت پیش از بارداری

**گروه هدف:** تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند؛ مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می‌شوند.

**خدمت:** در این گروه هدف دو خدمت "آموزش" و "مراقبت پیش از بارداری" ارایه می‌شود. آموزش در این گروه با هدف آگاهی رسانی در خصوص علایم سقط خود به خودی و نحوه برخورد صحیح با آن توسط بهورز-مراقب سلامت و ماما-پزشک عمومی ارایه می‌گردد.

#### آموزش‌ها شامل

-آموزش سبک زندگی و تغذیه سالم باروری و بارداری با رویکرد طب ایرانی جهت حفظ بارداری و پیشگیری از سقط.

-آموزش در خصوص سقط خود به خودی، عوامل تاثیرگذار بر آن و نحوه برخورد.

-تاکید بر لزوم مراجعه زودهنگام بلافاصله پس از تعویق عادت ماهیانه.

-تاکید بر لزوم مراجعه برای مراقبت پیش از بارداری (ترجیحا با همسر).

مراقبت پیش از بارداری توسط ماما-پزشک عمومی انجام می‌شود؛ بنابراین، بهورز-مراقب سلامت موارد را برای مراقبت پیش از بارداری به ماما-پزشک عمومی مرکز ارجاع می‌دهد و سپس نتیجه ارجاع را پیگیری و در پرونده الکترونیک فرد، ثبت سامانه می‌نمایند. انجام مراقبت پیش از بارداری زنان/مادران بهتر است با حضور همسر باشد.

**توجه ۱:** اصول کلی مراقبت پیش از بارداری در این برنامه مطابق برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، "ویژه ماما و پزشک عمومی" و "بهورز و مراقب سلامت" - تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲ به همراه خدمات/مراقبت‌ها افزوده شده به منظور مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین می‌باشد. در جدول شماره ۱ مراقبت‌های اضافه شده در این برنامه به **رنگ بنفش** نمایش داده شده است.

**توجه ۲:** کلیه ارجاعات در طی این مراقبت مطابق برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه "ماما و پزشک عمومی" و "بهورز و مراقب سلامت" - تجدید نظر نهم- ۱۴۰۲ صورت می‌گیرد. ارجاعات اضافی در این برنامه در جدول شماره ۵ آورده شده است.

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

پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<p>- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، 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 (آشکار 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 اطرفیان، الکل و مواد محرک مخدر.</p> <p>- تعیین محل زندگی و محل کار از نظر -آلودگی هوا و محیط (شامل مونوکسیدکربن، فلزات سنگین، ارگانوکلرین، NO2، SO2 و ازن).</p> <p>- تحصیلات مادر.</p> <p>- شغل مادر و همسر (در صورت کاربرد).</p>	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
<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>	معاینه بالینی
<p>HBsAg, CBC, TSH, FBS, پاپ اسمیر و تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز). HIV و VDRL (در صورت داشتن رفتارهای پرخطر).</p>	آزمایش ها یا بررسی تکمیلی
<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 گردد 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>	آموزش و مشاوره
<p>اسید فولیک.</p> <p>توصیه به مصرف ویتامین D به میزان ۵۰,۰۰۰ واحد ماهیانه.</p>	مکمل های دارویی
<p>سرخچه، هیپاتیت، توأم.</p>	ایمن سازی (در صورت نیاز)

## برنامه ادغام شده در طی مراقبت نیمه اول بارداری

**گروه هدف:** شامل تمام خانم‌های باردار، بلافاصله پس از اطلاع از بارداری تا هفته ۲۰ بارداری می‌باشد.

**خدمت:** در این گروه هدف دو خدمت "آموزش" و "مراقبت نیمه اول بارداری" ارائه می‌شود. آموزش در این گروه با هدف اطلاع از علایم سقط خود به خودی و نحوه برخورد صحیح با آن ارائه می‌گردد.

آموزش در این گروه مشتمل بر سبک زندگی و تغذیه سالم بارداری و ارائه توصیه‌های طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط است. در تمام ۳ مراقبت نیمه اول بارداری این آموزش مورد تاکید قرار گیرد.

اصول کلی مراقبت نیمه اول بارداری مطابق برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه "ماما و پزشک عمومی" و "مراقب سلامت و بهورز"- تجدید نظر نهم-۱۴۰۲ است که به منظور مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین مراقبت‌ها/خدماتی به آن افزوده گردیده است. در جدول شماره ۲ مراقبت‌های اضافه شده بر اساس برنامه پیشگیری و پایش سقط خود به خودی جنین به **رنگ بنفش** نمایش داده شده است. ارائه دهنده خدمت می‌تواند توصیه به حضور همسر در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری نماید.

**توجه ۱:** در طی نیمه اول بارداری به منظور ارائه خدمات/مداخلات مرتبط با پیشگیری از سقط خود به خودی جنین، یک مراقبت در طی هفته ۴ تا هفته ۶ (۵ هفته و ۶ روز) به دو مراقبت معمول نیمه اول بارداری اضافه گردیده است.

مراقبت‌های نیمه اول بارداری به تفکیک ارائه دهنده خدمت در جداول شماره ۲ و ۳ آورده شده است.

**توجه ۲:** کلیه ارجاعات در این مراقبت مطابق برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران- راهنمای خدمات خارج بیمارستانی، ویژه "ماما و پزشک عمومی" و "مراقب سلامت و بهورز"- تجدید نظر نهم-۱۴۰۲ صورت می‌گیرد. ارجاعات اضافی در این برنامه، طی این مراقبت، در جدول شماره ۵ آورده شده است.

**توجه ۳:** لازم به توضیح است که در صورت رخداد سقط در طی ۲۰ هفته اول بارداری، پیگیری برای ارائه مراقبت مطابق راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)- ویژه ماما و پزشک عمومی می‌باشد. ثبت مورد در پرونده الکترونیک فرد، در سامانه، بایستی حتما صورت پذیرد.

موارد افزوده شده به مراقبت‌های نیمه اول بارداری در زیر به رنگ بنفش نشان داده شده است:

➤ مصاحبه، تشکیل یا بررسی پرونده

- در تاریخچه پزشکی، به سابقه سقط، ابتلا فعلی به بیماریهای مرتبط با سقط اعم از بیماری‌های زمینه‌ای، سوء تغذیه یا عدم مصرف مناسب مواد غذایی، توجه ویژه شود.
- در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم سوال شود.
- در خصوص سابقه مصرف دارو در زن و همسر سوال شود.
- در خصوص سابقه ۲ یا بیش از ۲ سقط متوالی (سقط مکرر) سوال شود.

➤ معاینات بالینی

- در معاینه اندام‌ها به وجود واریس توجه شود.

➤ آزمایشات و بررسی های تکمیلی

- در مراقبت هفته ۴ تا قبل از ۶ آزمایش  $\beta$ -hCG انجام شود. در صورت وجود نتیجه سونوگرافی مبنی بر بارداری طبیعی شامل دیدن کیسه (ساک) بارداری، بارداری داخل رحم و عدم وجود مول، نیاز به آزمایش  $\beta$ -hCG در این مراقبت نمی‌باشد.
- 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 مبتلا به سندرم تخمدان پلی کستیک (PCO)، سابقه قبلی ماکروزومی (نوزاد با وزن بیش از ۴,۵۰۰ گرم در بدو تولد یا بالای صدک ۹۰)، سابقه مرده زایی، سقط، سابقه بیماری طبی مرتبط با دیابت و مصرف کورتیکواستروئیدها.

نکته ۱: در صورتی که  $GCT^2$  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.

نکته ۲: GCT پس از یک ساعت از مصرف ۵۰ گرم گلوکز خوراکی انجام می‌شود. میزان (cut-off) مساوی و بالاتر از ۱۴۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر این تست نیاز به ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی - غدد دارد.

➤ آموزش و مشاوره

▪ سبک زندگی سالم با تاکید بر آموزه‌های طب ایرانی در زمینه حفظ جنین و پیشگیری از سقط در تمام ۳ مراقبت نیمه اول بارداری مورد تاکید قرار گیرد.

➤ ایمن سازی (در صورت نیاز)

واکسیناسیون آنفلوآنزا ترجیحا در فصول پاییز و زمستان انجام گیرد.

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

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ از زمان تشخیص بارداری تا ۵ هفته 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، رفتارهای پرخطر. -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. -رفتارهای پرخطر. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل 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 عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. -رفتارهای پرخطر. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، 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، آبریزش، درد زیر شکم. - شکایت های شایع و علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. -غربالگری مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -رفتارهای پرخطر. - تغذیه، مصرف مکمل های غذایی و دارو.
معاینه بالینی	-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. - ارتفاع رحم.
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	- ارجاع جهت درخواست آزمایش‌های مراقبت اول.	- ارجاع جهت درخواست آزمایش های 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. -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، 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 افیونی، الکل. - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان. - تاریخ مراجعه بعدی.
مکمل‌های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم 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).		
ایمن سازی	توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا (با ارجحیت در فصول پاییز و زمستان) - ارجاع جهت تزریق ایمنوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز).		

جدول ۳. راهنمای مراقبت‌های نیمه 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 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، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری مرتبط با سقط، رفتارهای پرخطر. -سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزی، درد زیر شکم. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -ارزیابی تغذیه. -مصرف مکمل‌های 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، آبریزش، درد زیر شکم. -رفتارهای پرخطر. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -تغذیه و مصرف دارو و مکمل‌های غذایی. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری.	-بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر. - سوال در مورد لکه بینی، ترشح عفونی، ترشح زیاد، آبریزش، درد زیر شکم. -شکایت‌های شایع و علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری. -غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر. -رفتارهای پرخطر. - مصرف مکمل‌های غذایی و دارو.
معاینه بالینی	-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. - ارتفاع رحم.
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	-آزمایش $\beta$ -hCG. در صورت وجود نتیجه سونوگرافی مبنی 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, نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH (حتی در صورت انجام در پیش از بارداری) سونوگرافی -برای 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/ مکمل‌های دارویی و دارو. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت‌های 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/ مکمل‌های دارویی و دارو. -علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت‌های 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/ مکمل‌های دارویی و دارو. - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت‌های شایع. - عوارض مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل. - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان. - تاریخ مراجعه بعدی.

اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری (در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم 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).	مکمل‌های دارویی
توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا (با ارجحیت در فصول پاییز و زمستان) – ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) .	ایمن سازی

**نکته:** اقدامات در موارد سقط مکرر (دو یا بیش از دو سقط) که در حدود ۳ درصد از زوج های در سن باروری رخ می دهد 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 زمینه ایی، بررسی آنتی فسفولیپیدها، آنتی کاردیولیپین و پروتئین S و ...
۳. بررسی موارد مشکلات ژنتیکی

اما لازم به ذکر 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.

جدول شماره ۴: خدمات آموزشی/مراقبتی برنامه پیشگیری و پایش سقط خود به خودی جنین.

ردیف	گروه هدف	خدمت	ارایه دهنده خدمت	بازه زمانی خدمت	ارجاع
۱	کلیه نوجوانان (دختر 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 ارایه 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.	مربیان دوره دیده آموزش‌های هنگام ازدواج شامل ماماهاى 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	در صورت تمایل به بارداری یک بار با اعتبار یکساله	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

## راهنمای اجرایی

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 سپتوم 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 زمینه‌ایی 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

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>

## شرح وظایف ارایه دهندگان خدمات آموزشی/مراقبتی

## ➤ 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 ارایه خدمات به کلیه دریافت کنندگان خدمت.
- همکاری در جلب مشارکت مردم جهت مراجعه، دریافت مراقبت و دریافت آموزش.
- ارایه خدمات مرتبط با سقط خود به خودی در طی مراقبت‌های نیمه اول بارداری.
- ارایه 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.
- جلب همکاری‌های بین بخشی از جمله دهیاری، شوراییاری، 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.

## ➤ ماما- پزشک عمومی

- آشنایی با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به‌ویژه ماده ۵۵ این قانون.
- آگاهی کامل 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، 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 دید) 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، به‌منظور پیشگیری و کاهش تاثیر عوامل موثر بر سقط خود به خودی جنین.
- آشنایی و تسلط به سامانه‌ها.
- ثبت و گزارش‌گیری از طریق سامانه موجود.

## همکاری‌های بین بخشی

**همکاری‌های بین بخشی** در این برنامه شامل هماهنگی با دستگاه‌ها/سازمان‌ها/نهادهای و ... دولتی و/یا خصوصی خارج از وزارت بهداشت است که وظایف و فعالیت‌های آنان به‌نوعی با عوامل تاثیرگذار بر سقط خود به خودی مرتبط هستند. این‌گونه هماهنگی‌ها به‌منظور کاهش/اجتناب از عوامل تاثیر گذاری است که کنترل آنها در خارج از حیطه اختیارات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، سطوح فعالیت‌های بین بخشی در این برنامه به سه دسته ملی، استانی، شهرستانی (شامل مناطق شهری و روستایی) قابل تقسیم است.

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 و در سطح استانی و شهرستانی به‌ترتیب با کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان با هماهنگی گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس می‌باشد. در سطح شهر و روستا، مسئولیت به ترتیب بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی می‌باشد که این هماهنگی‌ها و پی‌گیری به نتیجه رسیدن آنها را در سطح شهر و روستا به انجام رساند.

در این بخش از برنامه از دو ظرفیت یکی در سطح ملی و دیگری در سطح استانی/شهرستانی استفاده می‌گردد.

## ۱. سطح ملی

a. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با هماهنگی و همکاری مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت

از قابلیت این شورا در جهت موارد زیر استفاده می‌نماید:

- سیاستگذاری در زمینه کاهش آلاینده‌های محیطی، مواد غذایی، عوامل اقتصادی و اجتماعی تاثیرگذار بر سقط خود به خودی.
- تصویب برنامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، 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 خصوصاً مواد غذایی تراریخته.
- تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه‌ها.
- ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار و نیز متناظرهای استانی.

## ۲. سطح استانی/شهرستانی

- a. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان/شهرستان با هماهنگی و همکاری گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه در موارد زیر اقدام می‌نماید:
- i. تصویب برنامه‌ها، بخش نامه‌ها، 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.
  - ii. تصویب ساز و کارهای پایش و نظارت بر اجرای مصوبات از جمله برنامه‌ها.
  - iii. ایجاد هماهنگی بین معاونت‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سازمان‌ها و نهادهای تاثیرگذار در زمینه اجرای مصوبات کشور مرتبط.
  - iv. نظارت بر فعالیتهای بین بخشی در سطح جامعه (روستا و شهر).
  - v. ارایه 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)

ردیف	شخصیت حقیقی و حقوقی	فعالیت	گروه هدف
۱	دهیاری / 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	معلمین روستا	ترویج رویه‌های سبک زندگی سالم*.	نوجوانان و جوانان
۳	خانه های ترویج	-ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم -ترویج بارداری در سنین پایین‌تر.	نوجوانان و جوانان
۴	داوطلبان/رابطین/ سفیران سلامت روستایی	آموزش به روستا در زمینه‌های کاهش عوامل زمینه ساز سقط شامل: -پیشگیری از ابتلا به بیماری بروسلوز (بیماری مشترک دام و انسان)؛ -پیشگیری از چاقی؛ -ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	نوجوانان، جوانان و میانسالان
۵	سایر تشکل های مردمی از جمله گروه های مردمی جهادی و خیرین	- همکاری مجمع خیرین در زمینه تسهیل انجام خدمات کلینیک و پاراکلینیک مورد نیاز به‌ویژه در موارد سقط‌های راجعه، به دلیل عدم بضاعت مالی ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	-
۶	بخش خصوصی	-	-

\*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)

گروه هدف	فعالیت	شخصیت حقیقی و حقوقی	ردیف
- دختران - 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 بروسلوز (بیماری مشترک دام و انسان): - پیشگیری از چاقی؛ - کاهش استرس‌های محیط کاری؛ - کاهش مواجهات شغلی با سموم (آرسنیک، سرب، حلال‌های آلی و ...): - ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	فرمانداری / شورای اسلامی / ...	۱
نوجوانان، جوانان و میانسالان	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	سمن‌ها و گروه‌های مردمی جهادی	۲
نوجوانان، جوانان و میانسالان	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*.	هیئت امنای مساجد و محله	۳
نوجوانان، جوانان و میانسالان	- ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*. - ترویج بارداری در سنین پایین‌تر.	داوطلبان / رابطین / سفیران سلامت	۴
نوجوانان، جوانان و میانسالان	ترویج رویه‌های سبک زندگی و تغذیه سالم*. همکاری مجمع خیرین در زمینه تسهیل انجام خدمات کلینیک و پاراکلینیک مورد نیاز به‌ویژه در موارد سقط‌های راجعه، به دلیل عدم بضاعت مالی	سایر تشکل‌های مردمی از جمله گروه‌های مردمی جهادی و خیرین	۵
زنان / مادران نوجوان، جوان و میانسال	الزام به ثبت اطلاعات آزمایشات / تصویربرداری‌ها و مراقبت‌های مرتبط با بارداری توسط کلیه مطب‌های خصوصی در سامانه ملی باروری سالم.	بخش خصوصی	۶

\*مانند مصرف لبنیات، آنتی‌اکسیدان‌ها، رژیم مدیترانه‌ای و استفاده کمتر از چربی‌های ترنس و غذاهایی غنی از گوشت قرمز، فرآوری شده، سیب زمینی سرخ شده، شیرینی و نوشیدنی‌های شیرین).

## 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 ارایه خدمت شبکه.
- احصا و رصد شاخص‌های بین بخشی.
- تهیه گزارش برای ارایه به نهادهای نظارتی و بالا دستی.

جدول شماره ۶. شاخص های 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 جنین در کشور تحقیق می‌نمایند.	تعداد مراکزی که تحقیقات در زمینه موضوع سقط خود به خودی جنین 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 جنین در سامانه‌های نظام سلامت مانند سامانه ملی باروری سالم (موضوع ماده ۵۴ 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 جنین.	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 تعداد کل موالید + 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، ...).	۳۰ درصد
۶	مراقبت در سطح اول ارائه خدمت	درصد مراقبت پیش از بارداری در موارد سابقه سقط خودبه‌خودی جنین 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 جلسات 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 اثر نهایی 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 ارابه خدمت

تأکید کننده	ثابت (دوره)	پویا (به روز)	بازه زمانی	سطح احصا	نوع شاخص	منبع	مخرج	منبع	صورت	عنوان شاخص
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر و روستا.	بلی	خیر	سالپایانه	ستادی	برونداد (کوتاه مدت).	تعداد اعلام شده از سوی مرکز توسعه شبکه.	تعداد کل دانشگاه‌ها.	نامه ابلاغ ستاد و گزارش دانشگاهی.	تعداد دانشگاه‌های اجرا کننده برنامه.	درصد دانشگاه‌های 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 جنین به صورت ادغام در شبکه بهداشت در آنها در حال اجرا می‌باشد.
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر و روستا.	بلی	خیر	شش ماهه	ستادی و محیطی	پیامد (میان مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد کل مادرانی که بارداری‌شان ثبت شده است.	سامانه الکترونیک سلامت.	مادران ثبت بارداری شده‌ایی که مراقبت قبل از ۶ هفته را دریافت کرده اند.	درصد پوشش مراقبت سقط خودبخودی جنین در نیمه اول بارداری.
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر و روستا.	بلی	خیر	شش ماهه	ستادی و محیطی	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 جنین در پیش از بارداری.
نوجوانان، جوانان، میانسالان، پیش از بارداری، نیمه اول بارداری، آموزش و مشاوره باروری سالم و فرزندآوری، آموزش‌های هنگام ازدواج. کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر و روستا.	بلی	خیر	شش ماهه	ستادی و محیطی	پیامد (میان مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	کل گیرندگان خدمت تحت پوشش.	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد افراد گیرنده خدمت که آموزش دیده‌اند.	درصد پوشش آموزش در زمینه راه‌های پیشگیری از سقط خودبخودی جنین در گروه‌های هدف برنامه.
کشور، دانشگاه، شهرستان؛ شهر و روستا.	بلی	خیر	سال	ستادی و محیطی	اثر (بلند مدت)	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد تولد.	سامانه الکترونیک سلامت.	تعداد سقط خود به خودی جنین ثبت شده.	نسبت سقط خودبه‌خودی جنین (به ازای ۱۰۰۰ تولد در سال) (abortion ratio)

### سال طراحی، زمان اجرای آزمایشی و دوره های بازنگری برنامه

این برنامه در راستای دستیابی به اهداف ماده ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با عنوان " اجرای 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 " تدوین شده است. در ابتدا با استفاده از داده‌های موجود در سامانه سقط بیمارستانی که در سال ۱۴۰۰ در اداره سلامت مادران، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وقت در راستای اهداف این ماده ایجاد گردیده بود، وضعیت موجود این‌گونه از سقطها بر اساس مراجعات بیمارستانی سال ۱۴۰۰ در کشور تعیین گردید و سپس در طی سال ۱۴۰۱ پیش نویس برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین بر اساس وضعیت موجود احصا شده از داده‌های موجود سامانه سقط بیمارستانی و مقالات منتشر شده در سطح ملی، مرور منابع و شواهد علمی و بهره‌گیری از تجارب متخصصین کشوری (خصوصا اعضای کمیته سلامت مادران کشوری) تدوین گردید. بازه زمانی طراحی، اجرا و بازنگری برنامه در جدول زیر آورده شده است.

جدول بازه زمانی طراحی، اجرا و بازنگری برنامه 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.

بازه زمانی											ردیف	عنوان فعالیت	
سال ۱۴۰۷	سال ۱۴۰۶	سال ۱۴۰۵	سال ۱۴۰۴	آماه دوم ۱۴۰۳	آماه اول ۱۴۰۳	آماه دوم ۱۴۰۲	آماه اول ۱۴۰۲	آماه دوم ۱۴۰۱	آماه اول ۱۴۰۱	آماه دوم ۱۴۰۰			آماه اول ۱۴۰۰
												۱	جمع‌آوری و تحلیل داده
												۲	تدوین پیش‌نویس برنامه
												۳	نهایی سازی، ادغام برنامه در نظام شبکه بهداشت و ابلاغ آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
												۴	اجرای آزمایشی برنامه
												۵	بازنگری برنامه
												۶	اجرا و پایش کشوری برنامه

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

