پژوهشی

علل سقط غیرقانونی و انواع روش‌های آن در مراجعین به کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر فیروزه ویسی* - دکتر مریم زنگنه*

* استادیار زنان و زایمان، مرکز تحقیقات حاملگی پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

چکیده

مقدمه: سقط ناسالم هنوز هم به عنوان یکی از علل مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه است. به دست آوردن اطلاعات در کشورهایی که سقط القایی به درخواست مادر ممنوع است، مشکل است. هدف از این مطالعه بررسی مراجعین سرپایی از نظر سابقه اقدام به سقط القایی و بررسی انگیزه انجام آن و انواع روش‌های به کار رفته بود.

روش اجرا: در این مطالعه زنانی که از تاریخ فروردین ۱۳۹۰ لغایت پایان اسفند ۱۳۹۰ به سه مطب کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک، انگیزه سقط، روش پیشگیری و مکان انجام آن در پرسشنامه‌ها ثبت شدند. داده‌ها پس از ویرایش و ورود به نرم افزار SPSS17 با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین - جداول فراوانی) و تحلیل کی - اسکور مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سن بارداری ۲/۵۴±۷/۳۴هفته بود. مهم‌ترین علت سقط در زنان زیر ۲۹ سال، فاصله کم با فرزند قبلی ۲۲ (۴۵/۵٪) نفر و در زنان بالای ۲۹ سال تعداد فرزند کافی ۳۳ (۷۰/۲٪) نفر بود. هیچ‌یک از زنان از روش‌های پیشگیری اورژانس استفاده نکرده بودند.

نتیجه‌گیری: سقط در زنان با تحصیلات بالا بیشتر بود و به طور عمده توسط ماما و در مطب انجام شده بود. ساکشن کورتاژ و میزوپروستول واژینال بیشترین روش به کار برده شده بودند. مهم‌ترین دلایل زنان برای سقط، عدم تمایل به داشتن فرزند بیشتر و فاصله کم با فرزند قبلی بود.

واژگان کلیدی: سقط القایی، سقط قانونی، سقط غیرقانونی

سقط القایی: ختم بارداری به روش‌های طبی یا جراحی قبل از شروع حیات در جنین که شامل سقط قانونی و غیر قانونی است.

سقط قانونی

سقط درمانی: ختم بارداری به دلایل پزشکی نظیر بیماری‌های تهدید کننده حیات مادر و ناهنجاری‌های جنینی.

سقط درخواستی: ختم بارداری با در خواست مادر.

سقط غیرقانونی

سقط‌های جنایی: سقط‌هایی که در شرایط غیر استاندارد و توسط افراد غیر ماهر انجام می‌شود.

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۶ تأیید مقاله: ۱۳۹۲/۲/۲۲

نویسنده پاسخگو: firoozehveisi@yahoo.com

مقدمه

سالانه، ۴۶میلیون حاملگی ناخواسته در دنیا سقط می‌شوند که از این تعداد، ۲۷ میلیون از کانال‌های قانونی و ۱۹ میلیون خارج از سیستم‌های قانونی، توسط افراد غیر ماهر یا در مکان‌های نامناسب از نظر استانداردهای پزشکی انجام می‌شوند. حدود ۹۷٪ از سقط‌های ناسالم در کشورهای درحال توسعه و بیش از ۵۵٪ در کشورهای آسیایی (جنوب مرکزی آسیا) رخ می‌دهند (۱). افزایش دسترسی زنان به روش‌های پیشگیری از بارداری، انجام سقط در شرایط بهداشتی و خدمات پس از سقط سبب شده که میزان مرگ مادران از ۶۹۰۰۰ زن در سال ۱۹۹۰ به ۴۷۰۰۰ در سال ۲۰۰۸ برسد (۳، ۲). ۱۳٪ از مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه در سال ۱۹۹۰، ناشی از سقط‌های ناسالم بوده‌اند که این درصد در سال ۲۰۰۸ همچنان باقی مانده است (۲). سقط‌های ناسالم نه تنها سبب مرگ مادر، بلکه منجر به عوارض کوتاه مدت نظیر بستری در بیمارستان و عوارض طولانی مدت نظیر نازایی می‌شوند (۳). انجام سقط حتی از حیطه فرهنگ، وضعیت اقتصادی، مذهب و قانون عبور می‌کند. زنانی که احساس می‌کنند حاملگی برای سلامت جسمی، روحی یا وضعیت اجتماعیشان

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-07-16]

خطرناک اســت، اغلب اوقات ناامیدانه به دنبال ختم بارداری ناخواسته خود هستند (۴).

ســقط‌های القایی قانونــی می‌توانند به دلایل طبــی (نجات جان مادر) و یا ناهنجاری‌های جنینی (آنانسفالی ....) انجام شوند. سقط‌های انتخابی، شامل گروهی از سقط‌های القایی هستند که مادر یا جنین در معرض خطر جسمی نیست اما، به دلایل متعدد اقتصادی، فرهنگی و ... زن را به سمت سقط عمدی می‌کشانند.

علی‌رغم این‌که سقط ناسالم به عنوان یک معضل بهداشتی جهان شــناخته شده است، جمع‌آوری اطلاعات قابل اطمینان مشکل است به خصوص در کشــورهایی که ســقط غیرقانونی است. حدسیات در مورد اغلب کشورهای در حال توسعه ناکافی و محدود است.

در کشــورهایی نیز که ســقط بنا به درخواســت مادر و به صورت قانونی انجام می‌شود، هنوز اطلاعات کافی درمورد دلایل انجام آن وجود ندارد. دلایل خانم‌ها برای انجام ســقط اغلــب پیچیده‌تر از این موضوع اســت که فقط قصد حاملگی نداشــته باشــند (۵، ۴). دلایل احساسی، اخلاقی، اقتصــادی، اجتماعی، روانی اجتماعــی در تصمیم‌گیری برای سقط درخواستی مؤثر می‌باشند (۷، ۶).

در کشور ما سقط القایی فقط در مواردی که بارداری حیات مادر را با خطر مواجه می‌کند و یا جنین دچار ناهنجاری آشکار باشد، به طوری کــه ادامه حاملگی، مــادر را در معرض ناراحتی‌هــای روحی قرار دهد، انجام می‌شــود. اما شــواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند سقط‌های غیرقانونــی هنوز به کرات انجام می‌شــوند و زنان را در معرض خطرات گوناگون و حتی مرگ قرار می‌دهند. تاکنون مطالعاتی در زمینه فلسفه سقط جنین و ره‌یافت‌های اخلاقی آن انجام شده است (۱۰-۸). ضرورت بررسی ابعاد مختلف ســقط جنین در مطالعه دکتر اردکانی و آخوندی مورد تاکید قرار گرفته است. دکتر عرفانی که مطالعات خود را در مورد ســقط‌های ناسالم در شــهر تهران در دو بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱ انجــام داد، میزان ســقط‌های غیر قانونــی را در زنان کارمند، با در آمد بــالا، دارای تحصیلات عالی، تعصبات مذهبی کمتر و دارای دو فرزند، بیشــتر ذکر کرده بود (۱۲، ۱۱). مــا در این مطالعه انگیزه زنان از انجام ســقط و روش‌های آن را در زنان کرمانشاهی مورد بررسی قرار دادیم تا از روند ســقط‌های غیرقانونی مطلع شویم؛ شاید، زمینه جهت تغییر نگرش صاحب نظران و قانون‌گذاران فراهم شود (۱۳).

روش اجرا

پس از تایید کمیته اخلاق دانشــگاه علوم پزشــکی کرمانشاه، این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر از فروردین ۱۳۹۰ لغایت پایان تیر ۱۳۹۱، در کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. جامعه هدف شــامل زنان دارای سابقه حداقل یک ســقط القایی در ۵ سال گذشته بودند که از تاریخ فروردین ۱۳۹۰ لغایت پایان اســفند ۱۳۹۰ به ســه مطب کلینیک ویژه دانشــگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کردند. از مراجعین در مورد ســقط القایی (غیر قانونی) به طور خصوصی ســوال شد. درصورت تمایل بیماران به پاسخ‌دهی، از آن‌ها در مورد انجام سقط القایی در طی ۵ ســال گذشــته سوال شــده و در صورت مثبت بودن، بقیه پرسشــنامه پر شــد. توضیحات کاملی در خصوص تعریف ســقط القایی به زنان داده می‌شــد که آن را با سقط‌های خود به خود معمولی اشــتباه نکنند. ســن هنگام انجام سقط، شرح حال کامل مامایی، روش پیشگیری مورد استفاده قبل از حاملگی، تعداد فرزندان، سطح سواد و شغل پرسیده شد. همچنین روش سقط، روش پیشگیری و دلایل سقط نیز در پرسشنامه اطلاعاتی یادداشت شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

۱- ســقط در۵ سال اخیر ۲- ســقط در ســه ماهه اول یا دوم ۳- محدوده سنی زنان بین ۴۵-۱۵ سال

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل موارد ذیل بودند:

۱- عدم تمایل به پاســخ‌دهی به سوالات ۲- عدم درک صحیح از سوالات فارســی ۳- سقط با مجوز پزشکی قانونی ۴- سقط خود به خود ۵- اختلالات عقلی یا روانپزشــکی واضح ۶- مرگ جنین در ســه ماهه سوم.

پس از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل نهایی انجام شد.

نمونه‌گیری مورد اســتفاده دراین پژوهش، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. حداقل حجم نمونه مورد بررســی در این مطالعه بر اســاس فرمول $n=\frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$ ، ۸۷ نفر برآورد شــد، که ما در مطالعه خود، به ۹۱ نفر افزایش دادیم (۱۲). یافته‌ها پس از ویرایش و ورود به نرم افزار SPSS 17 با اســتفاده از آمارهای توصیفی (میانگین - جداول فراوانی) و تحلیل کی- اسکور مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج

به هنگام ســقط، ۴۴ نفر زیر ۲۹ ســال و ۴۷ نفر بالای ۲۹ ســال ســن داشتند. میانگین سن بارداری ۲/۵۴ ±۷/۴۳ بود و حدود ۴ مورد ســقط ســه ماهه دوم هم در آن قرار داشــت (جدول ۱). ۳۶ (۳۹/۶٪) نفر تحصیلات عالی داشتند، ۳۱ (۳۴٪) دیپلم، ۲۲ (۲۴/۲٪) نفر دارای ســیکل و فقط دو نفر بی‌سواد بودند. از بین این زنان ۵۸ نفر (۶۳/۷٪) خانه دار و ۳۱ (۳۴٪) نفر کارمند و ۲ نفر کارگر بودند. شایع‌ترین روش پیشگیری به هنگام بارداری ناخواسته در هر دو گروه، روش عقب‌کشی (withdrawal) بود (جدول ۲). مهم‌ترین علت ســقط در زنان زیر ۲۹ ســال، ۲۲ نفر (۴۵/۵٪)، فاصله کم بــا فرزند قبلی و در زنان بالای ۲۹ ســال، ۳۳ نفر (۷۰/۲٪)، تعداد فرزند کافی بــود (جدول ۴). هیچ‌کدام از زنان از روش‌های پیشــگیری اورژانس استفاده نکرده بودند. سقط به صورت عمده توسط ماما و در مطب انجام شده بود (جدول ۳).

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-07-16]

جدول ۱- محدوده سنی زنان با سقط غیر قانونی

۱۵-۱۹	۲۰-۲۴	۲۵-۲۹	۳۰-۳۴	۳۵-۳۹	>۴۰
۵ (٪۵/۵)	۱۷ (٪۱۸/۷)	۲۲ (٪۲۴/۲)	۱۸ (٪۱۹/۸)	۱۸ (٪۱۹/۸)	۱۱ (٪۱۲/۱)

جدول ۲- انواع روش‌های پیشگیری در شرکت‌کنندگان که شکست خورده و منجر به حاملگی شده بودند

روش‌های پیشگیری از بارداری	قرص	روش‌های تزریقی	IUD	کاندوم	عقب کشی	پرهیز دوره‌ای	نزدیکی محافظت نشده
	۳	۲	۷	۱۵	۴۷	۳	۱۴

جدول ۳- نحوه انجام سقط

	فرکانس
عامل سقط:	
متخصص زنان	۲۷ (٪۲۹/۷)
پزشک عمومی	۲۰ (٪۲۲)
ماما	۳۵ (٪۳۸/۵)
افراد غیر ماهر	۹ (٪۹/۹)
مکان انجام سقط:	
بیمارستان	۲۳ (٪۲۵/۳)
مطب خصوصی	۶۱ (٪۶۷)
خانه	۷ (٪۷/۷)
روش انجام سقط:	
ساکشن کورتاژ	۳۰ (٪۳۳)
قرص میزوپروستول	۲۹ (٪۳۲)
تزریق پروستاگلاندین	۱۱ (٪۱۲)
دو روش(قرص یا تزریق پروستاگلاندین همراه با کورتاژ)	۱۶ (٪۱۷/۵)
سایر روش‌ها	۵ (٪۵/۵)

جدول ۴- دلایل سقط

وضعیت اقتصادی نامناسب	فاصله کم با فرزند قبلی	تعداد فرزند کافی	نگرانی از سلامت جنین	جدایی قریب الوقوع از همسر	فشار از طرف همسر	حاملگی قبل از ازدواج رسمی
۹	۲۴	۳۷	۸	۵	۷	۱

بحث

در ایـن مطالعـه گذشـته‌نگر، بیمارانـی که به دلیل مشـکلات ژنیکولوژی یا مامایی به کلینیک ویژه دانشـگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و سـابقه سـقط الکتیو (غیر قانونی) داشتند، مورد بررسـی قرار گرفتند. مطالعه به مدت یک سـال انجام شـد که از بین حدود ۴۸۲۲ زن مراجعه‌کننده، ۹۱ نفر سابقه سقط غیرقانونی را عنوان کرده بودنـد (۱۸ در ۱۰۰۰ نفر). Sedgh و همکارانش، میزان سـقط القایـی را ۲۸ در ۱۰۰۰ زن ذکر کردند (۱۴). عرفانی میزان سـقط در زنان تهرانی را ۴ برابر این مقدار ذکر کرده اسـت (۱۲). در شـهرهای کوچک، دسترسـی آسان‌تر و سـریع‌تر به مراکز بهداشتی که خدمات پیشـگیری از بارداری ارایه می‌دهند، عدم دسترسـی به امکانات سقط و یـا باورهای مذهبی قوی‌تـر می‌توانند از علل این تفاوت باشـند. در مطالعه اخیر اکثر موارد سـقط زیر سه ماه بود اما، وجود ۴ مورد سقط در سـه ماهه دوم، هم جای نگرانی دارد. سقط جنین در تریمستر دوم در کشـورهای فقیر یا در حال توسعه در حال افزایش است و مهم‌ترین علت آن، انتخاب جنسیت می‌باشد. برنامه‌های انقباضی تنظیم خانواده و ترجیح فرزند با جنسـیت خاص منجر به انجام سـقط‌های دیرهنگام شـده اسـت (۱۶، ۱۵). مطالعه اخیر نشـان داد که با بالا رفتن میزان تحصیلات، تصمیم‌گیری برای سقط حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود. Uygur و همکارانش از ترکیه در مطالعه خود بیشـترین میزان سـقط را در زنان کم سـواد گزارش کردند (۴). بررسـی ما نشان داد، با توجه به این که بیشـترین میزان سـقط در زنان خانه دار است، شاغل بودن دلیل کافی برای سـقط نیست. البته این نکته راهم باید در نظر گرفت که میزان زنان شـاغل کم اسـت. میزان سـقط در زنان زیر ۲۹ سـال و بالای ۲۹ چندان تفاوتی با هم نداشـت؛ این موضوع نشـان می‌دهد کـه در صورت وقـوع حاملگی ناخواسـته، زنان در هر سـنی اقدام به سـقط کرده‌اند. اکثر زنان با حاملگی ناخواسته، از روش‌های پیشگیری اسـتاندارد اسـتفاده نکرده بودند (۶۱ نفر = ٪۶۷) که نشـان می‌دهد

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-07-16]

هنوز هم عقب‌کشـــی به عنوان یک روش ســـنتی پیشگیری از بارداری به کار می‌رود و یا زنانی هســـتند که با روش‌های پیشـــگیری، آشـــنایی درستی ندارند (۱۴ زن بدون روش پیشگیری). عرفانی در مطالعه خود، مهم‌ترین روش پیشـــگیری در زنان با سقط القایی را عقب‌کشی عنوان کرد (۱۲). Abeyasinghe نشـــان دادکه ۷۰٪ زنان با ســـقط القایی از هیچ روشی استفاده نکرده‌اند (۱۷). در بررسی ما بیشترین موارد سقط توســـط ماماها و در مطب‌های خصوصی انجام شـــده بود. این مساله به دلیل عدم مهارت کافی ماماها و امکانات نامناسب در مطب جای نگرانی داشـــته و در ضمن حدود ۱۰٪ ســـقط‌ها توســـط افرادی مثل کارکنان آزمایشگاه و یا افراد محلی که هیچ‌گونه مهارتی نداشتند، صورت گرفته بود. ساکشن کورتاژ شایع‌ترین روش سقط و در مرحله بعدی قرص‌های میزوپروســـتول مهم‌ترین روش‌هایی بودند که زنان جهت انجام ســـقط القایی اســـتفاده کردند. اما هنوز هم تعـــدادی (۵ نفر) با روش‌های غیر متعارف مثل ســـوند زدن، پارگی کیســـه آب و ... اقدام به ســـقط کرده بودند. در زنان جوان زیر ۲۹ ســـال، فاصله کم حاملگی با فرزند قبلی و در زنان بالای ۲۹ ســـال، عدم تمایل به داشـــتن فرزند بیشتر مهم‌ترین علت درخواســـت سقط بودند. یک مطالعه در آمریکا نشان داد که ۷۴٪ زنـــان به این دلیل کـــه حاملگی مانع از ادامه تحصیل آن‌ها شـــده و یا سبب وابستگی در زندگی می‌شود، فعلاً نمی‌خواهند حامله شوند (۱۸). Kirkman در بررســـی خود متوجه شـــد که زنان برای ســـقط دلایل پیچیـــده‌ای دارنـــد و علیرغم وجود تردید و دوگانگی، باز هم ســـقط را انتخـــاب می‌کنند (۵). Uygur و همکارانش به تاخیر انداختن حاملگی و کافی بودن تعداد فرزندان را شایع‌ترین علل درخواست سقط دانستند (۴). لازم به ذکر اســـت که ما در مطالعه خود، عوارض ایجاد شـــده و مرگ و میر مادران پس از سقط را بررسی نکردیم که از محدودیت‌های مطالعه ما بود.

نتیجه

سقط در زنان با تحصیلات بالا بیشتر بود. اکثر موارد سقط توسط ماما و در مطب انجام شده بودند. مهم‌ترین دلایل زنان برای سقط عدم تمایل به داشـــتن فرزند بیشـــتر و فاصله کم با فرزند قبلی بود. اکثریت زنان به علت نداشـــتن روش پیشـــگیری مطمئن، حامله شده و از هیچ روش پیشـــگیری اورژانسی اســـتفاده نکرده بودند. وجود سقط‌های سه ماهه دوم مایه نگرانی است.

References

1-Henshow SK, Singhs, Haast. The incidence of abortion worldwide int. Fam plan persp. 1999; 25: 530-8.

2- WHO. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th edition. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/ 9789241501118/e/index.html. Published 2011.

3- Ahman E and Shah I, Unsafe Abortin: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortin and associated mortality in 2000, fourth ed., Geneva: World Health Organization; 2004.

4- Uygar D. Erkaya S. Reasons Why women have induced abortions in a developing Cpuntry .European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2001; 96: 211-4 .

5- Kirkman M, Rowe H, Hardiman A,Malletts, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: A review of the literature. Arch Women's Ment Health. 2009; 12 (6): 365-78 .

6- Shiro S, Bajos N,ducot B, kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. J Epidemiol Commun Health. 2003; 57: 601-5.

7-Skjeldestad FE, Borgan JK, Daltveit AK, Nymoen EH. Induced abortion, effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994; 73: 255-60.

8- Atrak H. Philosophical reasons for abortion or not. Ethics and History in Medicine J. 2008; 1(3): 55-64. [Persian]

9-Akhavan S. Case report: A criminal abortion with uterus perfovation. Scientific Journal of Kurdestan University of Medical Sciences. 1998; 9(3): 35-7.

10- Behjati Ardakaniz, Akoondi MM, Sadeghi MR,Sadri Ardekani H. The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran. Medical Journal of Reproduction and Infertility. 2005; 24(6): 299-320.

11-Erfani A, MC Quillan K. Rates of induced abortion in IRAN: The roles of contraceptive use and religiosity. Stud Fam Plan. 2008; 39(2): 111-22.

12-Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: Estimated rates and correlates. Int Perspect Sex Reprod Health. 2011; 37(3): 134-42.

13- Eslami SH. Ethical approaches of abortion:A case study. Medical Journal of Reproduction and

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-07-16]

Infertility. 2005; 24(6): 321-42 .

14-Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet.2012 ;18 ; 379 (9816): 625-32.

15-Dalvie S. Second trimester abortion in India. Reprod Uctive Health Matters. 2008; 16(31): 37-45.

16-Lofstedt P, Shusheng L, Johansson A. Abortion patterns and reported sex ratios at birth in rural Yunnan, china. Reprod Health Matters. 2004; 12(24): 86-95.

17-Abeyasinghe NL, Weerasundera BJ, Jayawardene PA, Somarathna SD. Awareness and views of the law on termination of pregnancy and reasons for resorting to an abortion among a group of women attending a clinic in Colombo, Sri Lanka. J Forensic Leg Med. 2009; 16(3): 134-7.

18-Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. Perspect Sex Reprod Health. 2005; 37(3): 110-8.

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-07-16]