

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 کشورهای 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 $34 \pm 2/54$ هفته بود. مهم‌ترین علت سقط در زنان زیر ۲۹ سال، فاصله کم با فرزند قبلی $22 (45/5\%)$ نفر و در زنان بالای ۲۹ سال تعداد فرزند کافی $33 (70/2\%)$ 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 و اژینال 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 درخواست مادر.

سقط غیرقانونی

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

تأیید مقاله: ۱۳۹۲/۲/۲۲

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۶

نویسنده پاسخگو: firoozehveisi@yahoo.com

مقدمه

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 حیطة فرهنگ، وضعیت اقتصادی، مذهب و قانون عبور می‌کند. زنانی که احساس می‌کنند حاملگی برای سلامت جسمی، روحی یا وضعیت اجتماعی‌شان

سالانه، ۴۶ میلیون 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 در حال 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

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

سقط‌های القایی قانونی می‌توانند به دلایل طبیی (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 شناخته شده است، جمع‌آوری اطلاعات قابل اطمینان مشکل است به خصوص در کشورهایی که سقط غیرقانونی است. حدسیات در مورد اغلب کشورهای در حال توسعه ناکافی و محدود است.

در کشورهای نیز که سقط بنا به درخواست مادر و به صورت قانونی انجام می‌شود، هنوز اطلاعات کافی در مورد دلایل انجام آن وجود ندارد. دلایل خانم‌ها برای انجام سقط اغلب پیچیده‌تر از این موضوع است که فقط قصد حاملگی نداشته باشند (۵، ۴). دلایل احساسی، اخلاقی، اقتصادی، اجتماعی، روانی اجتماعی در تصمیم‌گیری برای سقط درخواستی مؤثر می‌باشند (۶، ۷).

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 که ادامه حاملگی، مادر را در معرض ناراحتی‌های روحی قرار دهد، انجام می‌شود. اما شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند سقط‌های غیرقانونی هنوز به کرات انجام می‌شوند 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 (۸-۱۰). ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در مطالعه دکتر اردکانی و آخوندی مورد تاکید قرار گرفته است. دکتر عرفانی که مطالعات خود را در مورد سقط‌های ناسالم در شهر تهران در دو بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱ انجام داد، میزان سقط‌های غیرقانونی را در زنان کارمند، با درآمد بالا، دارای تحصیلات عالی، تعصبات مذهبی کمتر و دارای دو فرزند، بیشتر ذکر کرده بود (۱۱، ۱۲). ما در این مطالعه انگیزه زنان از انجام سقط و روش‌های آن را در زنان کرمانشاهی مورد بررسی قرار دادیم تا از روند سقط‌های غیرقانونی مطلع شویم؛ شاید، زمینه جهت تغییر نگرش صاحب نظران و قانون‌گذاران فراهم شود (۱۳).

روش اجرا

پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر از فروردین ۱۳۹۰ لغایت پایان تیر ۱۳۹۱، در کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. جامعه هدف شامل زنان دارای سابقه حداقل یک سقط القایی در ۵ سال گذشته بودند که از تاریخ فروردین ۱۳۹۰ لغایت پایان اسفند ۱۳۹۰ به سه

مطب کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کردند. از مراجعین در مورد سقط القایی (غیر قانونی) به طور خصوصی سوال شد. در صورت تمایل بیماران به پاسخ‌دهی، از آن‌ها در مورد انجام سقط القایی در طی ۵ سال گذشته سوال شده و در صورت مثبت بودن، بقیه پرسشنامه پر شد. توضیحات کاملی در خصوص تعریف سقط القایی به زنان داده می‌شد که آن را با سقط‌های خود به خود معمولی اشتباه نکنند. سن 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- سقط در ۵ سال اخیر ۲- سقط در سه ماهه اول یا دوم
 - ۳- محدوده سنی زنان بین ۱۵-۴۵ سال
- معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل موارد ذیل بودند:
- ۱- عدم تمایل به پاسخ‌دهی به سوالات ۲- عدم درک صحیح از سوالات فارسی ۳- سقط با مجوز پزشکی قانونی ۴- سقط خود به خود ۵- اختلالات عقلی یا روانپزشکی واضح ۶- مرگ جنین در سه ماهه سوم.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل نهایی انجام شد. نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. حداقل حجم نمونه مورد بررسی در این مطالعه بر اساس فرمول $n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$ ، $n = 87$ نفر برآورد شد، که ما در مطالعه خود، به ۹۱ نفر افزایش دادیم (۱۲). یافته‌ها پس از ویرایش و ورود به نرم افزار SPSS 17 با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین - جداول فراوانی) و تحلیل کی-اسکور مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج

به هنگام سقط، ۴۴ نفر زیر ۲۹ سال و ۴۷ نفر بالای ۲۹ سال سن داشتند. میانگین سن بارداری $2/54 \pm 7/43$ بود و حدود ۴ مورد سقط سه ماهه دوم هم در آن قرار داشت (جدول ۱). ۳۶ (۳۹/۶٪) نفر تحصیلات عالی داشتند، ۳۱ (۳۴٪) دیپلم، ۲۲ (۲۴/۲٪) نفر دارای سیکل 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 سقط در زنان زیر ۲۹ سال، ۲۲ نفر (۴۵/۵٪)، فاصله کم با فرزند قبلی و در زنان بالای ۲۹ سال، ۳۳ نفر (۷۰/۲٪)، تعداد فرزند کافی بود (جدول ۴). هیچ‌کدام از زنان از روش‌های پیشگیری اورژانس استفاده نکرده بودند. سقط به صورت عمده توسط ماما و در مطب انجام شده بود (جدول ۳).

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

بحث

جدول ۳- نحوه انجام سقط

عامل سقط:	فرکانس
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)

در این مطالعه گذشته‌نگر، بیمارانی که به دلیل مشکلات ژنیکولوژی یا مامایی به کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و سابقه سقط الکتیو (غیر قانونی) داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعه به مدت یک سال انجام شد که از بین حدود ۴۸۲۲ زن مراجعه‌کننده، ۹۱ نفر سابقه سقط غیرقانونی را عنوان کرده بودند (۱۸ در ۱۰۰۰ نفر). Sedgh و همکارانش، میزان سقط القایی را ۲۸ در ۱۰۰۰ زن ذکر کردند (۱۴). عرفانی میزان سقط در زنان تهرانی را ۴ برابر این مقدار ذکر کرده است (۱۲). در شهرهای کوچک، دسترسی آسان‌تر و سریع‌تر به مراکز بهداشتی که خدمات پیشگیری از بارداری ارائه می‌دهند، عدم دسترسی به امکانات سقط و یا باورهای مذهبی قوی‌تر می‌توانند از علل این تفاوت باشند. در مطالعه اخیر اکثر موارد سقط زیر سه ماه بود اما، وجود ۴ مورد سقط در سه ماهه دوم، هم جای نگرانی دارد. سقط جنین در ترمیستر دوم در کشورهای فقیر یا در حال توسعه در حال افزایش است و مهم‌ترین علت آن، انتخاب جنسیت می‌باشد. برنامه‌های انقباضی تنظیم خانواده و ترجیح فرزند با جنسیت خاص منجر به انجام سقط‌های دیر هنگام شده است (۱۶، ۱۵). مطالعه اخیر نشان داد که با بالا رفتن میزان تحصیلات، تصمیم‌گیری برای سقط حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود. Uygun و همکارانش از ترکیه در مطالعه خود بیشترین میزان سقط را در زنان کم سواد گزارش کردند (۴). بررسی ما نشان داد، با توجه به این که بیشترین میزان سقط در زنان خانه دار است، شاغل بودن دلیل کافی برای سقط نیست. البته این نکته را هم باید در نظر گرفت که میزان زنان شاغل کم است. میزان سقط در زنان زیر ۲۹ سال و بالای ۲۹ چندان تفاوتی با هم نداشت؛ این موضوع نشان می‌دهد که در صورت وقوع حاملگی ناخواسته، زنان در هر سنی اقدام به سقط کرده‌اند. اکثر زنان با حاملگی ناخواسته، از روش‌های پیشگیری استاندارد استفاده نکرده بودند (۶۱ نفر = ۶۷٪) که نشان می‌دهد

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

سبب وابستگی در زندگی می‌شود، فعلاً نمی‌خواهند حامله شوند (۱۸). Kirkman در بررسی خود متوجه شد که زنان برای سقط دلایل پیچیده‌ای دارند و علیرغم وجود تردید و دوگانگی، باز هم سقط را انتخاب می‌کنند (۵). Uygar و همکارانش به تأخیر انداختن حاملگی و کافی بودن تعداد فرزندان را شایع‌ترین علل درخواست سقط دانستند (۴). لازم به ذکر است که ما در مطالعه خود، عوارض ایجاد شده 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 داشتن فرزند بیشتر و فاصله کم با فرزند قبلی بود. اکثریت زنان به علت نداشتن روش پیشگیری مطمئن، حامله شده و از هیچ روش پیشگیری اورژانسی استفاده نکرده بودند. وجود سقط‌های سه ماهه دوم مایه نگرانی است.

هنوز هم عقب‌کشی به عنوان یک روش سنتی پیشگیری از بارداری به کار می‌رود و یا زنانی هستند که با روش‌های پیشگیری، آشنایی درستی ندارند (۱۴ زن بدون روش پیشگیری). عرفانی در مطالعه خود، مهم‌ترین روش پیشگیری در زنان با سقط القایی را عقب‌کشی عنوان کرد (۱۲). Abeyasinghe نشان داد که ۷۰٪ زنان با سقط القایی از هیچ روشی استفاده نکرده‌اند (۱۷). در بررسی ما بیشترین موارد سقط توسط ماماها و در مطب‌های خصوصی انجام شده بود. این مساله به دلیل عدم مهارت کافی ماماها و امکانات نامناسب در مطب جای نگرانی داشته و در ضمن حدود ۱۰٪ سقط‌ها توسط 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 میزوپروستول مهم‌ترین روش‌هایی بودند که زنان جهت انجام سقط القایی استفاده کردند. اما هنوز هم تعدادی (۵ نفر) با روش‌های غیر متعارف مثل سوند زدن، پارگی کیسه آب و ... اقدام به سقط کرده بودند. در زنان جوان زیر ۲۹ سال، فاصله کم حاملگی با فرزند قبلی و در زنان بالای ۲۹ سال، عدم تمایل به داشتن فرزند بیشتر مهم‌ترین علت درخواست سقط بودند. یک مطالعه در آمریکا نشان داد که ۷۴٪ زنان به این دلیل که حاملگی مانع از ادامه تحصیل آن‌ها شده و یا

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- Uygur D, Erkaya S. Reasons Why women have induced abortions in a developing Country. 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, Nymoene 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 perforation. Scientific Journal of Kurdistan 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

- 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.