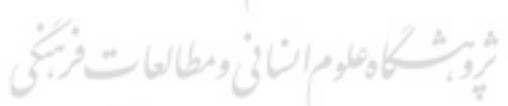


# وضعیت سقط عمدی در بیمارستان آیت ا... طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

دکتر فرناز محمدزاده\*  
دستیار بیماریهای زنان و زایمان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر معصومه فلاحیان  
دانشیار بیماریهای زنان و زایمان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



## چکیده

زایمان هدف این مطالعه بررسی وضعیت سقط عمدی از نظر تکنیک اقدام به سقط عوارض و پیامدهای آن بوده است. روشها: بدین منظور در مراجعین به حالت سقط به درمانگاه یا بخش زنان بیمارستان آیت ا... طالقانی در صورت رضایت بیمار، اقدام به مصاحبه و پرکردن پرسشنامه ای گردید. در این پرسشنامه علاوه بر تاریخچه حاملگی و سقطها، عوارض و پیامدهای سقط های عمدی پرسشنامه مطرح گردید. یافته ها: نتایج این مطالعه نشان می دهد که ۷۸ درصد زنان با تروما پرورینتاکلادین و ۲۲ درصد با کورتاژ اقدام به سقط نموده اند. با مصرف پروستاگلاندین عوارض عمومی و با کورتاژ، عوارض رحمی بیشتر است. پیامد حاملگی بعد از اقدام به سقط ۲۱/۳ درصد سقط ناقص، ۲۰ درصد سقط کامل و ۱۸/۷ درصد بدون تاثیر روی حاملگی بوده است. نتیجه گیری: گرچه اکثر افراد با تروما پرورینتاکلادین اقدام به سقط می نمایند ولی مصرف آن به تنهایی در کمتر از نیمی از موارد منجر به سقط کامل می شود. از آنجاییکه مشکلات ناشی از اقدام و عوارض بعدی سقطهای عمدی غیر قابل انکار است، شناسایی و توجه به جنبه های مختلف این مسئله و ارائه راهکارهای مناسب برای رفع یا کاهش مشکلات ناشی از آن ضروری است. **واژگان کلیدی:** سقط عمدی، کورتاژ، پروستاگلاندین

\* نویسنده پاسخگو: تهران - بیمارستان آیت الله طالقانی - بخش زنان و زایمان

دورنگار: ۸۸۴۴۳۰۴ (۰۲۱) | پست الکترونیک: m\_fallahian@yahoo.com

مراجعه کرده بودند، بعد از کسب رضایت به شرط محرمانه بودن اسامی آنان، مصاحبه‌ای انجام و پرسشنامه‌ای تکمیل گردید.

از آنجاییکه آمار بخش زنان یک بیمارستان آموزشی نمی تواند معیاری برای بررسی شیوع سقط عمدی باشد فراوانی انجام آن بررسی نگردید.

در پرسشنامه سن، رتبه حاملگی، رتبه زایمانی، سن حاملگی، روش پیشگیری از حاملگی اخیر، مشاوره بعد از تصمیم به سقط، روش اقدام به سقط، عوارض و پیامد آن بررسی گردید.

بعد از جمع آوری، داده ها توسط نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. در تحلیل نتایج از آزمون کای دو برای مقایسه داده ها استفاده شد.

## نتایج

در تاریخ فوق با ۷۵ نفر مصاحبه انجام و فرم ها تکمیل گردید. میانگین سنی زنان  $30 \pm 6$  سال با طیف ۱۷ تا ۴۷ سال بود. میانگین حاملگی های قبلی ۲ بود. بیشترین فراوانی از نظر رتبه زایمانی ۲ و در مرحله بعد مربوط به مادرانی بود که سابقه حاملگی قبلی نداشتند. متوسط سن حاملگی ۸/۵ هفته با دامنه ۵ تا ۱۱ هفته و بیشترین تعداد در ۷ هفته بودند.

در مورد روش پیشگیری از حاملگی اخیر ۴۴ درصد روش منقطع، ۳۷/۳ درصد هیچ روش، ۸/۸ درصد قرصهای خوراکی جلوگیری، ۶/۶ درصد کاندوم و بقیه روشهای IUD و شیردهی داشتند.

۴۱ درصد زنان بعد از تصمیم به انجام سقط در مورد انتخاب روش با پزشک مشورت کرده بودند. ۲۱ درصد با پرسنل پزشکی و ۳۷ درصد با افرادی که در حیطه پزشکی نبوده اند.

۷۸ درصد زنان با تزریق پروستاگلاندین ۲۲ درصد با روش کورتاژ اقدام به سقط نموده بودند. تزریق پروستاگلاندین به صورت عضلانی در ۹۸/۲ درصد و بصورت وریدی در ۱/۸ درصد بوده است.

۶۱/۳ درصد عوارض عمومی شامل عوارض گوارشی ۴۸ درصد، تنفسی ۵/۳ درصد، گر گرفتگی ۶/۷ درصد و یک مورد عارضه شدید به صورت نارسایی حاد کلیه و ایکنتر بوده است.

۴۴ درصد عوارض رحمی شامل ۴۲/۷ درصد خونریزی شدید رحمی و ۱/۳ درصد کرامپ شدید رحمی بوده است.

پیامد حاملگی در ۴۱/۳ درصد به صورت سقط ناقص یا بقایای حاملگی، ۴۰ درصد سقط کامل و ۱۸/۷ درصد ادامه حاملگی بوده است.

سقط کامل در ۱۸ نفر از ۵۹ نفر با تزریق پروستاگلاندین و ۱۲ نفر از ۱۶ نفر با روش کورتاژ بوده است. مقایسه دو گروه (استفاده کنندگان از پروستاگلاندین و کورتاژ) از نظر عوارض عمومی و رحمی نشان می دهد که عوارض عمومی در

## مقدمه

هر سه دقیقه یک زن به علت اقدام به سقط عمدی جان خود را از دست می دهد. مرگ و میر ناشی از سقطهای عمدی، عموماً در کشورهایی اتفاق می افتد که انجام سقط غیر قانونی است. صرف نظر از وضعیت قانونی، اخلاقی و فرهنگی، در همه جوامع، زنانی هستند که برای خاتمه حاملگی ناخواسته خود اقدام به سقط می نمایند (۱). در ایران انجام سقط در مواردی که جان مادر در معرض خطر باشد و یا آنومالیهای شدید جنین قطعی باشد، مجاز است.

حاملگی ناخواسته عموماً به علت شکست روشهای جلوگیری از حاملگی یا عدم مصرف آن است.

روشهای سنتی تنظیم خانواده از جمله روش منقطع در زوجهای جوان با شکست بالاتری همراه است. استفاده از روشهای اضطراری پیشگیری از حاملگی و یا روش جلوگیری بعد از مقاربت موجب پیشگیری از حاملگی بدون برنامه ریزی می شود (۲). در ایران ۳۸/۵ درصد حاملگی ها توسط زن، شوهر یا هر دو ناخواسته است (۳).

۷/۵ درصد خانواده ها علیرغم نیاز به روشهای جلوگیری از حاملگی، به علت ناآشنایی با روش، عدم دسترسی و دلایل دیگر، جلوگیری از حاملگی ندارند (۴).

۱۷/۸ درصد خانواده ها از روشهای سنتی پیشگیری از حاملگی (منقطع) استفاده می نمایند (۳). عوامل فوق می توانند زمینه را برای سقط های عمدی فراهم کنند.

مطالعه ای که در بیمارستانهای آموزشی تهران انجام شده است نشان می دهد که روشهای اقدام به سقط در دهه گذشته عمدتاً کورتاژ یا وسایل غیر بهداشتی، برای تخریب ساک حاملگی بوده است و در یک مطالعه منجر به سقط عفونی، شوک سپتیک (۲ درصد) و مرگ مادر (۱/۳۵ درصد) می شده است (۴).

با کاربرد روشهای دارویی برای سقط در کشورهایی که سقط مجاز است ۹۸ درصد سقط کامل با مصرف میفپریستون خوراکی و شیاف پروستاگلاندین ایجاد می شود (۵).

به نظر می رسد روش اقدام به سقط در ایران تغییر کرده است. به منظور اطلاع از وضعیت سقط های عمدی، این مطالعه در بخش زنان بیمارستان آیت ... طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گردید.

## مواد و روشها

این مطالعه از نوع مقطعی می باشد که در سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ در بخش زنان بیمارستان آیت ... طالقانی انجام گردید. مطالعه حاضر توسط گروه پژوهشی زنان دانشگاه شهید بهشتی مورد بررسی و موافقت قرار گرفت. با افرادی که به علت اقدام به سقط عمدی

نظر از عقاید شخصی در مورد سقط، کمک به بیمارانی که در معرض عوارض سقط قرار دارند وظیفه اخلاقی پزشکان است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ۷۸ درصد زنان با تزریق پروستاگلاندین اقدام به سقط نموده‌اند. مصرف پروستاگلاندین باعث سهولت دسترسی و نداشتن عوارض عفونی، بیشتر از کورتاژ مورد استقبال قرار گرفته است. عوارض عمومی شامل عوارض گوارشی و عوارض رحمی به جز در یک مورد که دوز بالاتری را مصرف نموده بود چندان جدی نیستند. ولی بر اساس نتایج مطالعات گذشته با روش کورتاژ و انجام سقط‌های عفونی مرگ مادر و شوک سپتیک هم اتفاق افتاده است (۴).

پیامد حاملگی در مصرف کنندگان پروستاگلاندین ۴۰ درصد سقط کامل بوده است.

مصرف میفریستون همراه شیاف پروستاگلاندین می‌تواند در ۹۸ درصد موارد در سن حاملگی کمتر از ۹ هفته موجب سقط کامل شود (۵).

در ۱۸/۵ درصد موارد علیرغم اقدام به سقط، در سونوگرافی، حاملگی نرمال تشخیص داده شد و بیماران ترخیص گردیدند. اقدام مجدد به سقط به دلیل اولیه و نیز ترس از تراژدن بودن دارو قابل بررسی نبوده است.

## نتایج

در کشورهایی که انجام سقط قانونی نیست پیرامون شیوع، عوارض جسمی، روحی - روانی و اجتماعی - اقتصادی آن نمی‌توان به اطلاعات دقیق دست یافت. در سقط‌های پنهانی که منجر به سقط کامل می‌شود، مراجعه به بیمارستان وجود ندارد؛ لذا اطلاعات بیمارستانی تنها بخش بیرونی این کوه یخ را نشان می‌دهد ولی محدودیت فوق مانع از بررسی عوارض و مشکلات سقط‌های عمدی نمی‌شود.

در این مطالعه، نداشتن روش جلوگیری از حاملگی علیرغم نیاز به استفاده از آن و نیز شکست در روش منقطع، از دلایل عمده حاملگی‌های ناخواسته و اقدام به سقط بوده‌اند.

در بیماران، کاربرد پروستاگلاندین تنها موجب ۴۰ درصد سقط کامل شده است.

روش اقدام به سقط متمایل سمت مصرف دارو بوده است. اقدام به سقط در سنین حاملگی پایین‌تر انجام می‌شود. در این مطالعه شوک سپتیک و مرگ ناشی از عوارض عفونی دیده نشد.

## پیشنهادات

با بررسی یک مورد سقط عمدی هم می‌توان به مشکلات

مصرف کنندگان پروستاگلاندین و عوارض رحمی در روش کورتاژ بیشتر بوده است ( $p < 0/001$ ). مقایسه پیامد حاملگی در روش کورتاژ و پروستاگلاندین بیانگر آن است که سقط کامل با روش کورتاژ بیشتر بوده است ( $p < 0/001$ ).

## بحث

میانگین سنی زنان در مطالعه حاضر ۳۰ سال است. در آمارهای آمریکایی ۵۱ درصد موارد سقط در زنان کمتر از ۲۴ سال اتفاق می‌افتد (۶). به نظر می‌رسد در ایران علیرغم جوان بودن هرم سنی، حاملگی ناخواسته و بدون برنامه ریزی بیشتر در بانوانی اتفاق می‌افتد که میانگین سن ازدواج و بچه دار شدن را پشت سر گذاشته‌اند.

بیشتر زنان سابقه دوبار زایمان داشته‌اند و در رتبه بعدی زانی قرار دارند که سابقه زایمان نداشته‌اند (۲۵ درصد). بر این اساس تمایل به کاهش باروری و عدم تمایل به بارداری در زنان نولی پار علیرغم ترس و نگرانی از ناباروری بعدی، بیانگر ضرورت مشاوره‌های تنظیم خانواده جهت استفاده از روش‌های مؤثر پیشگیری می‌باشد. لذا می‌توان گفت که حاملگی‌های ناخواسته همیشه منحصر به خانواده‌های پرآلود نیست.

سن حاملگی در اکثر بانوان ۷ هفته با میانگین ۸/۵ است. تشخیص سریع حاملگی و سهولت دسترسی به روش‌های سقط موجب شده است که اکثر بانوان در سنین پایین‌تر حاملگی اقدام به سقط نمایند.

۱۷/۸ درصد خانواده‌ها روش منقطع جهت جلوگیری از حاملگی استفاده می‌کنند (۳)؛ در صورتیکه در این مطالعه ۴۴ درصد حاملگی‌های ناخواسته و سقط به دلیل شکست این روش بوده است. همچنین با وجود آنکه طبق بررسی (۳)، ۷/۵ درصد خانواده‌ها با وجود نیاز به تنظیم خانواده هیچ روشی را به منظور جلوگیری از حاملگی ندارند ولی در مطالعه حاضر ۳۷/۳ درصد زنان هیچ روش جلوگیری نداشته‌اند.

نیاز به جلوگیری از حاملگی در کسانی که به دلایل ناآشنایی با روش، عدم دسترسی یا دلایل دیگر، پیشگیری از حاملگی نمی‌کنند، از مظاهر شکست برنامه‌های تنظیم خانواده در سیستم بهداشتی است.

۴۱ درصد بانوانی که مصمم به خاتمه حاملگی بوده‌اند در مورد انتخاب روش سقط با پزشکان مشاوره کرده‌اند. هنگامی که یک پزشک جهت خاتمه حاملگی مورد مشاوره قرار می‌گیرد در یک معذوریت اخلاقی خواهد بود. عموماً پزشکان بنا بر رسالت حفظ حیات و سلامتی جامعه، نگرش مثبتی برانجام سقط ندارند و چنانچه راهنمایی نکنند و عوارض جدی مادر را تهدید کند خود را ملامت خواهند کرد. در جوامعی که انجام سقط قانونی است تعدادی از پزشکان و پرسنل پزشکی برای کمک به این افراد آمادگی دارند و بقیه پزشکان چنین معذوریت و دوراهی اخلاقی ندارند. ولی صرف

ناشی از شکست روش جلوگیری از حاملگی، مشاوره، مشکلات روحی روانی قبل و بعد از سقط، عوارض جسمی، هزینه های پزشکی و اتاق عمل، عوارض خانوادگی و اجتماعی ناشی از آن پی برد. از آنجاییکه سقط، عملی مذموم شناخته می شود، متولی این مشکل در برنامه های خدمات بهداشتی درمانی نیز متأسفانه غایب است. این در حالی است که عوارض این اقدام غیر قابل انکار است. به منظور کاهش و کنترل عوارض سقط های عمدی موارد زیر پیشنهاد می شود:

۱. افزایش استفاده از روشهای نوین و مؤثر در پیشگیری از حاملگی با آموزش، مشاوره، تدارک، توزیع و سهولت دسترسی
۲. افزایش استفاده از روشهای اضطراری پیشگیری از حاملگی یا جلوگیری بعد از مقاربت با آموزش و امکان دسترسی.
۳. مراقبت و درمان عوارض کسانی که اقدام به سقط نموده اند و مشاوره قبل از ترخیص آنان برای پیشگیری از حاملگی ناخواسته بعدی.
۴. سیستم بهداشتی را در جریان عوارض و مشکلات جسمی، روحی و اقتصادی این مشکل قرار دهیم. اطلاع از عوارض بهداشتی و اقتصادی آن، برنامه ریزان بهداشتی را مجاب خواهد کرد که به مشکل سقط های پنهانی بیندیشند.

## مراجع

- 1- Rosenfield A. Abortion and woman's reproductive health. *Int J Obstet Gynecol*. 1994; 46: 173-9.
- 2- Thomas MA. Postcoital contraception. *Clinical Obstet Gynecol*. 2001; 44: 101-3.
- ۳- دفتر جمعیت و بهداشت خانواده، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. سیمای جمعیت و توسعه در ایران. تهران: چاپ یونیسف؛ ۱۳۷۹.
- ۴- فلاحیان م، نوروزی آ. مرگ و میر و عوارض ناشی از سقطهای عمدی در تهران. فصلنامه پژوهش در پزشکی. ۱۳۷۳؛ ۱۸: ۹ - ۵۵.
- 5- Speroff L, Glass RH, Kase NG. In: Mitchell C, ed. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999: 854-60.
- 6- Koonin LM, Smith JC, Ramick M, et al. *Abortion Surveillance - 1989*. United States, *MM WR*; 1992; 41: 1-33

Lippincott Williams & Wilkins; 1999, P 276-