

# بررسی موارد سقطهای عمد در مقایسه با سقطهای خودبختی بیمارستان زنان روئین تن آرشن (مهر ۷۱-۷۴)

دکتر اشرف معینی

استادیار گروه جراحی زنان و زایمان دانشگاه تهران

دکتر ویدا عمید

متخصص جراحی زنان و زایمان

## خلاصه

مطالعه به روش پرسپکتیو و از نوع توصیفی - کاربردی انجام شده است ۱۱۱۵ خانم حامله که با تشخیص سقط در مراحل مختلف در یک فاصله زمانی ۳ ساله از مهر ۷۱ به بیمارستان زنان آرشن مراجعه کرده بودند در مطالعه گنجانده شده‌اند. از این تعداد در ۱۰۲ نفر (۹/۱ درصد) سقط به صورت عمد صورت پذیرفته بود. القاء سقط تماماً غیرقانونی و در اکثر موارد توسط پرستل پزشکی در اماکن نامعلوم انجام شده بود. روشهای القاء سقط، مراحل سقط، علائم بالینی، عوارض، رابطه آماری معنی دار با استفاده از آنالیز واریانس، آزمونهای U, T, chi square، fisher-exact به همراه جداول و نمودارهای مربوطه با مقایسه دو گروه سقطهای عمد و خودبختی، آورده شده است.

نمی‌باشد بلکه منظور مراقبت از سلامتی زنانی است که خواسته یا ناخواسته، عمد یا غیرعمد زیر بار اینگونه سقطها می‌روند.

## روش کار

کلیه خانمهای حامله‌ای که با شکایت از خونریزی واژینال، آبریزش یا درد شکم که از مهر سال ۷۱ تا مهر سال ۷۴ به بیمارستان زنان آرش مراجعه کرده بودند در مطالعه گنجانده شده‌اند. تعداد بیماران از لحاظ آماری برای بررسی میزان عوارض مرگ و میر سقطها طبق فرمول مطالعات توصیفی کافی می‌باشد.

در بعضی از موارد بیمار خود به سقط عمدی معترف بود اما در موارد دیگر سوالات پرسشگر و توضیح در مورد اهمیت موضوع سبب اعتراف بیمار می‌گردید. پرسشنامه‌های آماده شده که نمونه آن در مقاله آورده شده است توسط مجری طرح از روی پرونده کامل شده است. تمام بیماران در گروه سقطهای عمد توسط مجری طرح شخصاً معاینه شده‌اند. موارد مشکوک و غیرمطمئن از نظر عمد بودن سقط در مطالعه گنجانده نشده است.

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی هر ساله ۲۰۰/۰۰۰ زن، یعنی هر سه دقیقه یک زن جان خود را به علت عوارض ناشی از سقطهای عمد و اغلب غیرقانونی از دست می‌دهند. ۹۹ درصد این مرگها و عوارض در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد.

تنظیم خانواده یکی از اولویتهای کشور می‌باشد. از ۵ سال قبل تاکنون پیشرفتهای شایان توجهی در بهداشت و تنظیم خانواده به عمل آمده است بطوریکه رشد جمعیت ایران به ۱/۷ درصد تنزل یافته است. فعالیتهای متعددی برای آموزش سراسری مردم از طریق رسانه‌های گروهی، ارائه خدمات توسط معاونت بهداشت و درمان با در دسترس قرار دادن رایگان وسایل موردنیاز برای انواع روشهای جلوگیری از بارداری انجام شده است.

در کارگاه اولویت کشوری که توسط معاونت پژوهشی در مردادماه سال ۱۳۷۵ برگزار شد، بررسی سقطهای عمد یکی از اولویتهای اول با امتیاز ۱۰۰ درصد در تحقیقات بهداشت باروری شناخته شده است.

هدف از این گزارش تأیید این سقط

بیماران از G1 تا G14 تقسیم‌بندی شدند  
(نمودار ۲).

۲۴/۵ درصد بیماران برای دومین بار  
حامله می‌شدند و حداکثر گراوید ۱۲ یا ۱۴  
بود که ۰/۱ موارد را شامل می‌شد.

متوسط سن حاملگی در گروه سقطهای  
خودبختی ۱۰/۵ هفته و در سقطهای عمد  
۹ هفته بود.

عامل اجرای سقطهای عمد در ۴۹/۵  
درصد موارد پرسنل پزشکی بودند.

سقط در ۲۴/۵ درصد موارد توسط افراد  
ناوارد و در ۲۲/۵ درصد خود فرد بود، فقط  
۳/۹ درصد سقطها توسط فرد متخصص  
انجام گرفته بود (نمودار ۳).

۴۸ درصد سقطها به روش کورتاژ انجام  
شده بود. ۳۸/۲ درصد موارد سقطها یا  
روشهای غیرطبی انجام گرفته بود که از این  
دسته می‌توان، کاتترسوندفولی، نلاتون،  
پرخروس، پربوقلمون، پرغاز، خودکار، میل  
بافتنی، پودر پرمگنات، حنا و زعفران را نام  
برد. ۳/۹۷ درصد سقطها با استفاده از  
داروهای تزریقی انجام شده بود که بدون  
نسخه از فروشندگان سیار خریداری شده  
بود. در ۷/۸ درصد موارد از چند وسیله  
برای القاء سقط استفاده شده بود.

در ۸۳ درصد موارد سقط بصورت  
ناقص انجام شده بود. خونریزی شایعترین

۱۱۱۵ بیمار از مهر سال ۱۳۷۱ تا مهر  
سال ۱۳۷۴ با تشخیص سقط در مراحل  
مختلف در بیمارستان زنان آرش تحت نظر  
قرار گرفتند.

بیماران به دو گروه سقطهای  
خودبختی و سقطهای عمد تقسیم شدند.  
هیچ مورد سقط قانونی وجود نداشت.

۱۰۲ مورد سقط (۹/۱ درصد) به صورت  
عمد صورت پذیرفته بود (نمودار ۱).

در گروه سقطهای عمد ۳۴/۵ درصد بیماران  
در مرحله عفونی سقط قرار داشتند که  
نسبت به ۲/۷ درصد در گروه سقطهای  
خودبختی قابل توجه است.

موارد سقط بطور متوسط ۳۷۰ مورد در  
سال بود. بیشترین تعداد سقط در فصل  
پاییز و ماه آبان رخ داده بود.

در بین گروههای مختلف سنی گروه  
۲۵-۳۰ سال در هر دو گروه سقطهای عمد و  
خودبختی بیشترین درصد را تشکیل  
می‌داد.

بیماران در گروه سقطهای خودبختی  
بطور متوسط گراوید ۳ و در گروه سقطهای  
عمد به طور متوسط گراوید ۵ بودند که در  
آنالیز آماری ارتباط معنی داری بین افزایش  
موارد سقط با افزایش گراوید تأیید شد

مجله علمی پزشکی قانونی / سال پنجم / شماره شانزدهم

## بررسی موارد سقطهای عمد در مقایسه با سقطهای خودبختی

Ratio سقطهای عمد در بیمارستان زنان

$$\text{آرش} = 13/97$$

Rate سقطهای عمد در بیمارستان زنان

$$\text{آرش} = 0/01$$

از لحاظ آماری بین نوع سقط و:

۱- تعداد سقطهای قبلی با U test

۲-  $P = 0/0001$ ،  $+1-2$  گراویدیتی با

Vairiance analysis test و  $P = 0/000$

۳- تعداد فرزندان زنده با t test و  $P = 0/000$

۴- سن حاملگی یا t test و  $P = 0/014$

۵- تب و لرز با Fishere-exact test

$$P = 0/0000$$

۶- ترشح با Fishere-exact test

$P = 0/0000$ ، ارتباط معنی داری وجود دارد.

Fisher exact test, chi square ارتباط

معنی داری را بین خونریزی واژینال،

عفونت و لاسراسیون در دو گروه سقطهای

عمد و خودبختی نشان می دهد

$$(P = 0/0000)$$



۹/۱ موارد سقط از ۱۱۱۵ مورد در یک

فاصله زمانی ۳ ساله که به بیمارستان زنان

آرش مراجعه کرده بودند به صورت عمد و

تماماً غیرقانونی انجام شده بود.

علامت بالینی بود. میزان تب و ترشح در

سقطهای خودبختی به ترتیب در

۱/۵ درصد و ۱/۲ درصد موارد وجود داشت

این درصدها با میزان تب و ترشح در

سقطهای عمد که به ترتیب ۲۷/۵ درصد و

۶/۹ درصد می باشد تفاوت قابل ملاحظه ای

دارد و ارتباط آماری معنی دار است.

قابل توجه است که ۸۹/۹ درصد افراد

قبل از حاملگی از هیچگونه روش جلوگیری

از بارداری استفاده نمی کردند. فقط ۶/۳

افراد در گروه سقطهای خودبختی و

۸/۸ درصد افرادی که در آنها روش سقط

القایی بکار برده شده بود. سقطهای القایی

از OCP استفاده می کردند.

مصرفکننده های IUD در هر دو گروه ۱/۲

درصد را تشکیل می دادند. کاندوم در

۸ درصد موارد سقطهای خودبختی و ۲

درصد موارد سقطهای عمدی به عنوان

روش جلوگیری از بارداری مورد استفاده

قرار گرفته بود (نمودار ۴).

هیچ مورد مرگ و میری در بیماران رخ

نداد. در بین بیماران تنها یک مورد

پرفوراسیون رحم وجود داشت که به

هیستریکتومی منجر شد. لاپاراتومی به علت

همراهی پارگی ریه بزرگ انجام شد

(جدول ۱).

فقط ۲/۹ درصد موارد کورتاژ توسط متخصص صورت پذیرفته بود. به علت مخفی بودن اماکن القاء سقط و عدم امکان شناسایی هویت عاملین آن بعید نیست که در بین پرسنل پزشکی بتوان ماما، پزشک عمومی، متخصص زنان و جراح عمومی را یافت.

۸۳ درصد سقطها به صورت ناقص بود چون موارد سقطهای کامل دلیلی برای مراجعه به بیمارستان ندارند. در هر نوع سقط خودبخود و عمد، خونریزی شایعترین علامت بالینی بود. تفاوت میزان موارد تب و ترشح در بین موارد القا عمدی سقط با موارد سقطهای خودبخودی قابل توجه است.

با استناد به کتاب طرح سلامت ایران که آقای دکتر کاظم محمد از تهیه‌کنندگان آن می‌باشند و حاوی آمار مربوط به سال ۱۳۶۹ تهران است ۷۵/۸ درصد افراد تحت مطالعه از یک روش جلوگیری استفاده می‌کردند. ۳۹ درصد از روش منقطع، ۲۴/۱ درصد از قرص، ۱۴ درصد از روش IUD، ۱۱/۸ درصد از کاندوم و .... استفاده می‌کردند.

متأسفانه ۸۹/۷ درصد افراد تحت مطالعه در بیمارستان آرش یا از هیچ روش جلوگیری استفاده نمی‌کردند یا روش

سقطهای عمد در ۳۴/۵ درصد موارد در مرحله عفونی قرار داشتند که با ۲/۷ درصد موارد عفونت در سقطهای خودبخودی تفاوت بارزی داشت و بیانگر استفاده از روشهای غیراستاندارد برای القاء سقط بود (مثلاً وسایل غیراستریل، روشهای غیرعلمی، اطاقها و پوششهای غیر بهداشتی، تختهای آلوده و ....)

بیشترین موارد سقط در فصل پاییز و ماه آبان رخ داده بود و شهریور ماه کمترین موارد سقط را شامل می‌شد. شاید مشکلات مربوط به شروع سال تحصیلی فرزندان، تغییر در نظم و روال عادی زندگی روزمره، مشکلات اقتصادی - اجتماعی و روحی - روانی متعاقب آن، مسافرتها و تعطیلات و آرامش فکری، فرصت بیشتر برای تصمیم‌گیری در اوقات فراغت و .... در تفاوت فراوانی سقط برحسب ماههای سال بی‌تأثیر نباشد.

بیشترین موارد سقط در سن ۲۵-۳۰ سالگی رخ داده بود. هر چه گراویدیتی بیشتر می‌شد موارد سقطهای عمد نیز افزایش می‌یافت سقطهای عمد در هفته‌های پایین‌تر حاملگی القاء شده بود که حاکی از تمایل عمدی و قطعی افراد برای ختم هر چه سریعتر حاملگی بود. در ۴۹/۵ درصد موارد پرسنل پزشکی عامل القاء سقط بودند و

## بررسی موارد سقطهای عمد در مقایسه با سقطهای خودبفودی

می‌رود. تقویت نقش رابطین بهداشت، واحدهای تنظیم خانواده، معاونت بهداشت و رسانه‌های گروهی از ضروریات ارتقاء سطح دانش خانواده‌ها برای کنترل جمعیت خانوار می‌باشد.

در گراویدیتی بالاتر مانند گروه سقطهای عمد تحت مطالعه با توجه به تعداد سقطهای قبلی در این گروه (۲۷ درصد) استفاده از روشهای جراحی جلوگیری از بارداری مثل TL و وازکتومی معقول به نظر می‌رسد.

منقطع را آنهم بصورت متناوب بعنوان روش پیشگیری از بارداری انتخاب کرده بودند. فقط ۸/۸ درصد از قرص و ۲/۹ درصد از IUD و ۰/۹ درصد از کاندوم استفاده می‌کردند. البته باید این نکته را متذکر شد که ۲۵ درصد افراد تحت مطالعه کسانی بودند که تمایلی به استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری نداشتند.

با این وجود با توجه به پایین بودن میزان استفاده مرتب و صحیح از روشهای جلوگیری از بارداری و بالا بردن سطح آگاهی، بینش و علمکرد زنان و حتی همسران آنان امری اساسی به شمار

سرنوشت حاملگی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (%)
ادامه	۲۴	۲/۲
خاتمه با کورتاژ	۱۰۹۰	۹۷/۷
هیستریکتومی	۱	۰/۱

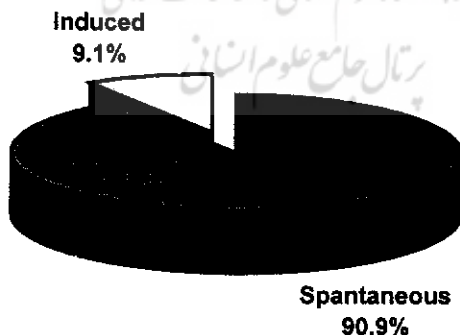
جدول ۱ - فراوانی سرنوشت حاملگی در گروه تحت مطالعه

بررسی موارد سقطهای عمد در مقایسه با سقطهای خودبخودی

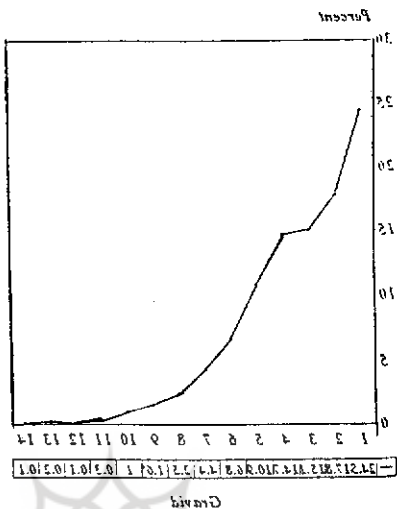
کل		سقط عمد		سقط خودبخود		عوارض سقط
فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۵۳/۷	۷۸	%۴۴	۶۴	%۹/۶	۱۴	خونریزی
۴۴/۷	۶۵	%۲۷/۵	۴۰	%۱۷/۲	۲۵	عفونت
۱/۶	۳	%۱	۲	%۰/۶	۱	لاسراسیون
۱۰۰	۱۴۵	۷۲/۵	۱۰۶	%۲۷/۵	۴۰	کل

جدول ۲ - فراوانی عوارض سقط در دو گروه سقطهای عمد و خودبخود

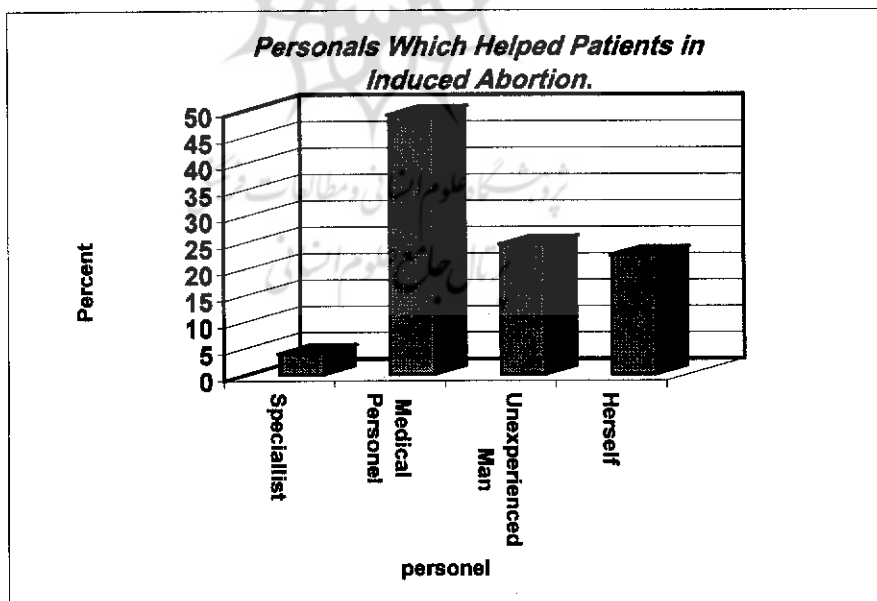
Type of Abortion in Patients



نمودار شماره ۱ - فراوانی نسبی سقطها در گروه تحت مطالعه



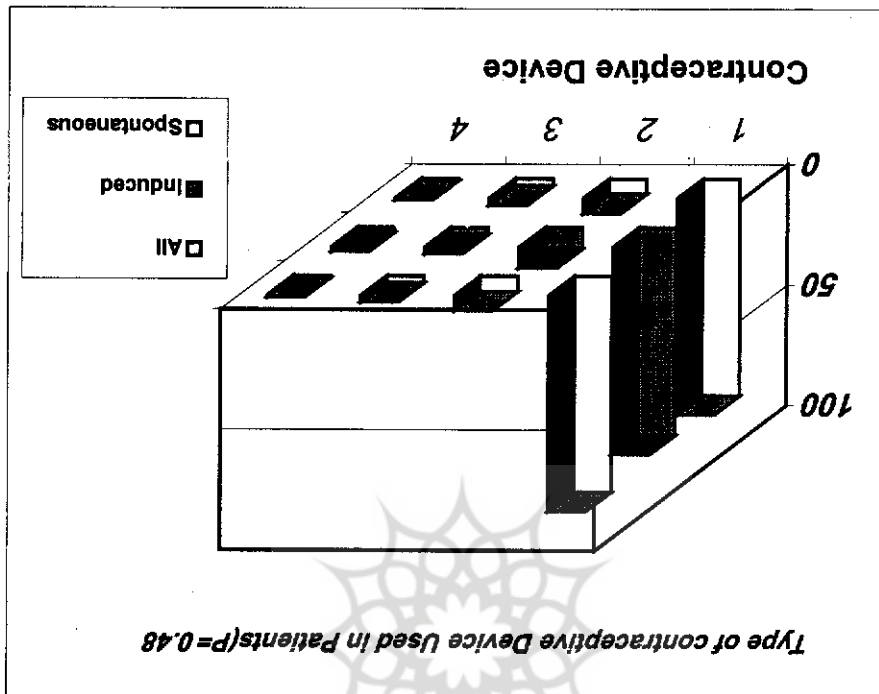
نمودار شماره ۲- فراوانی نسبی گراویدیتی در گروه تحت مطالعه



نمودار شماره ۳- فراوانی نسبی عاملین سقط عمد در گروه تحت مطالعه

مجله علمی پزشکی خانواده / فصلنامه تخصصی خانواده‌شناسی / شماره ۱۳۷۸





Type of contraceptive Device Used in Patients (P=0.48)

نمودار شماره ۴ - فراوانی نسبی استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری در دو گروه سقطهای عمد و خودبخود

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

منابع

- 1 \_ Chen-LH: Uterine perforation during elective first trimester abortion: A 13-years review. Sngapro-Med-J. 1995-Feb; 36 (1): 63-7.
- 2 \_ Cunningham-F: Abortion. Williams obstetric. 1993 19th edition. Chapter 31; 979-686.
- 3 \_ EL-Refaey-H: Induction of abortion with mifepriston (RU<sub>486</sub>) and oral or vaginal misoprostol. 1995 Apr 13; 332 (15): 986-7.
- 4 \_ Gilehrst-AC: Termination of pregnancy and psychiatri morbidity. Br-J-Psychiatry. 1995 Aug; 167 (2): 243-8.
- 5 \_ Goodkind-D: Abortion in Vietnam: measurements, pussles and concerns. Stud-Fam-Plann 1994

مجله علمی پژوهشی خانواده / فصلنامه / شماره شانزدهم

Nov-Dec; 25 (6 pt I): 342-52.

- 6 \_ Grimes-D: Surgical management of abortion. Operative Gynecology. 1992 7th edition: 317-321.
- 7 \_ Hamark-B: The influence of social class on parity and psychological reactions in Women coming for induced abortion. Acta-Obstet-Gynecol-scand. 1995-Apr; 74(4): 302-6.
- 8 \_ HO-PC: Reducing the induction to abortion internal in termination of second trimester pregnancies: a comparison of mifepriston of second trimester pregnancies: a comparison of mifepristone with laminaria tent. Br-J-Obstet Gynecol 1995 Aug; 102(8): 548-51.
- 9 \_ Leibner-EC: Delayed presentation of uterine perforation. Ann-Emerg Med. 1995 Nov; 26(5): 643-6.
- 10\_ Lindell-G: Management of Uterine perforation in connection with legal abortion. Acta. Obstet-Gynecol-Scan. 1995 May; 74(5): 373-5.
- 11\_ Lindell-ME: choice of contraception method for birth control and attitude toward abortion in Swedish Women Ages 23-29. Health-Care-Women-Inst. 1995 Jan-Feb; 16(1): 75-84.
- 12\_ Peiro-R: Induced abortions among Spanish Women in England and Wales. 1994 Mar-Apr.; 8(41): 57-62.
- 13\_ Szomiiz-S: Risk factor & maternal mortality in La Mataiza, province of Buenos Aires. World-Health. State.O. 1995; 48(1): 4-7.
- 14\_ Tentoni-SC: A therapeutic approach to reduce postabortion grief in University Women. J-Am-Coll-Health. 1995-Juli; 44(1): 35-7.
- 15\_ Usathanondh-R: contraception control. Kistner Gynecology. 1995 6th edition chapter 22: 550-563.
- 16\_ Wang-PD: Induced abortion in Taiwan. J-R-Soc. Health. 1995 Apr; 115(2):100, 105-2.
- 17\_ Wesstfall-JM: Repeat abortion and use of primary care health service. Fam-plann-perspect. 1995 Jul-Aug; 27(4):162-5.
- 18\_ Winkioff-B: Acceptability of medical abortion in early pregnancy. Fam-Plann-Perspect, 1995 July-Aug; 27 (4): 142-8,185.
- 19\_ Elza. PH: Protection against infection in induced abortion. Am.j.Vet.Res. 1998-Dec,59(12): 1995-8.
- 20\_ Wiebe ER: A comparison of various Protocols in induced abortion. Contraception 1997 Mar, 55 (3): 159-63.