

بررسی روند بروز حاملگی ناخواسته و سقط عمدی در تهران: ۱۳۹۳-۱۳۶۰

بتول حسین رشیدی: استاد، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر(ع)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
حسین ملک افصلی: استاد، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر(ع)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
فدیه حق الهی: کارشناس ارشد، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر(ع)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده رابط: fedyeh_hagh@yahoo.com

مینا نقی جعفر آبادی: استادیار، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر(ع)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
محمد اسلامی: استادیار، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، تهران، ایران
مهديه یزدان پناه: پزشک، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، تهران، ایران
محمد مهدی نقی زاده: مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: هر ساله ۲۰۰ میلیون حاملگی در سطح جهان اتفاق می افتد، در حدود یک سوم آنها ناخواسته و نیمی از آنها به سقط منجر می گردد. مطالعه حاضر به منظور تعیین فراوانی بارداری ناخواسته و سقط عمدی در طی دوران باروری زنان در یک بازه زمانی ۳۳ ساله انجام گردید.

روش کار: یک مطالعه مقطعی بر روی ۵۱۸ زن ۱۵-۵۵ سال ازدواج کرده ساکن تهران و دارای حداقل یک بارداری، در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جهت گردآوری داده ها از پرسش نامه ای حاوی سوالات مرتبط به خصوصیات فردی، جمعیت شناختی و سقط استفاده شد. بازه‌های زمانی در دسته بندی ۵ ساله تقسیم شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: از ۹۶۶ بارداری از ۵۱۸ زن مورد بررسی، ۶۶۵ (۶۸/۴٪) بارداری با برنامه‌ریزی و ۳۰۷ (۳۱/۶٪) بارداری ناخواسته بوده است. از بین ۲۴۹ سقط ۱۰۸ (۴۳/۴٪) سقط خود به خودی، ۴۱ (۱۶/۵٪) سقط به دلایل پزشکی و ۱۰۰ (۴۰/۲٪) سقط عمدی شناسایی شد. درصد سقط‌های القایی در بارداری‌های ناخواسته از ۰٪ در سال‌های ۶۰ تا ۶۵ به ۴۱/۷٪ در سه ساله ۹۰ تا ۹۳ افزایش پیدا کرده است. نتیجه گیری: در ایران با دگرگونی در عملکرد تنظیم خانواده و دسترسی و استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته و متعاقب آن سقط جنین شایع می باشد.

واژگان کلیدی: سقط القایی، حاملگی ناخواسته، حاملگی برنامه ریزی شده

مقدمه

میلیون سقط، تخمین زده می شود که ۲۰ میلیون سقط، غیر ایمن است که یا توسط فرد غیر ماهر انجام می شود و یا در محیطی که حداقل امکانات پزشکی در آن وجود ندارد و یا گاه هر دو مشکل فوق وجود دارد (WHO 2002).

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، هر سال ۲۱۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می شوند و ۲۲٪ از آنها به سقط متوسل می گردند. تخمین زده می شود که ۴۶ میلیون سقط در هر سال اتفاق می افتد که معادل است با ۳۵ سقط در ۱۰۰۰۰ زن در سن ۱۵-۴۴ سال، از این ۴۶

وقتی مادران با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند ناگزیر به انجام سقط می‌شوند (Cohen 2003). در کشورهایی که سقط غیرقانونی شمرده می‌شود، سقط‌های عمدی علت اصلی مرگ زنان در سنین باروری است (Islam 2005).

آمار دقیقی از تعداد سقط‌های عمدی که سالانه در ایران انجام می‌شود وجود ندارد. بر اساس آمار تخمینی موجود، سالانه ۸۰ هزار سقط در ایران صورت می‌گیرد (Behjat 2005; Malekafzali 1996; ardakani et al. 2005). هرچند هیچ گونه گزارش دقیقی از میزان مرگ و میر و بیماری‌های ناشی از سقط‌های غیر بهداشتی موجود نیست (Malekafzali 1996).

تحقیقات محدودی نیز در زمینه شیوع سقط عمدی در بعضی شهرهای کشور انجام شده است. (Moosavi et al. 2008; Khosravi 2002; Majlessi et al. 2002) که در مطالعه (Khosravi 2002) شیوع سقط از سال ۱۳۷۱ الی ۱۳۸۱ در بیمارستان معتضدی کرمانشاه بررسی و نتایج نشان داد که از سال ۱۳۷۶ به بعد شیوع سقط سیر نزولی دارد. و در مطالعه (Moosavi et al. 2002) شیوع سقط عمدی در سال ۱۳۸۱ در شهر قم، ۲/۶٪ و در سال ۱۳۸۵ در اصفهان ۱۲٪ گزارش شد (Majlessi et al. 2008).

برای انجام سقط جنین‌های عمدی در کشورهای، مختلف بر اساس فرهنگ و قوانین حاکم بر جامعه نظرات متفاوتی وجود دارد (Behjatardakani 2005). در ایران سقط جنین تنها در صورتی مجاز است که جان مادر در خطر باشد و یا جنین، مبتلا به بیماری‌های خاصی باشد که در این صورت سقط القایی انجام خواهد شد. به غیر از موارد فوق بقیه سقط‌های القایی جنین، سقط عمدی محسوب می‌شوند (Fattahi and Alavi 2003). در ایران تحقیقات محدودی در ارتباط با سقط جنین انجام گرفته است. به خصوص در مورد دلایل انجام سقط، تحقیقات به صورت منطقه‌ای و یا محدود به یک شهر یا یک استان بوده است.

سقط‌های غیر بهداشتی از مشکلات عمده زنان در دوره باروری آنها می‌باشد. این نوع از سقط عمدتاً خارج از مجاری قانونی و توسط افرادی که اطلاعات و مهارت کافی در این زمینه ندارند و در محیط فاقد استانداردهای بهداشتی و پزشکی انجام می‌گیرد (Zhirova et al. 2004) و اغلب با عوارضی، از قبیل: خون ریزی شدید، عفونت، شوک عفونی، نارسایی حاد کلیه و حتی اختلالات روانی توام و در مواردی حتی به مرگ مادر منجر می‌شود (Rasch et al. 2000).

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه (IDTS) Iranian Demographic and Health Survey در سال ۲۰۰۰ در ایران حدود ۲۶/۷٪ مرتکب سقط عمد و غیرقانونی شده بودند، (Aghayari and Mehryar 2007). با توجه به تجارب حاصل از سایر مطالعات که مادران اغلب به علت ترس از واکنش پرسنل بیمارستان و عواقب اجتماعی، قانونی ناشی از سقط عمد. کمتر به مراکز بیمارستانی و بهداشتی مراجعه اجتناب می‌کنند و در صورت مراجعت نیز از گزارش علت واقعی سقط خود داری می‌نمایند. در این مطالعه، به نظر می‌رسد میزان شیوع واقعی سقط به مراتب بیش از این میزان باشد؛ چرا که فعالیت مراکز غیر قانونی را پوشش نمی‌دهد. از مهم‌ترین دلایل انجام سقط می‌توان به روابط خارج از چارچوب خانواده، عدم رعایت بهداشت جنسی، فرزندان زیاد، بالا بودن سن والدین و مشکلات اقتصادی و حاملگی ناخواسته اشاره نمود (Tavafian and Ramezanzadeh 2007).

در مطالعه‌ای در هشت بیمارستان اصفهان (۱۳۸۵) ۳۵٪ از حاملگی‌ها ناخواسته بود که ۲۷/۱٪ با سقط عمدی خاتمه یافت (Majlessi et al. 2008). سالیان قبل در ایران با وجود دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته شایع بود (Abdullahi and Mohammad pour 2003). لذا در وضعیت فعلی و دگرگونی در عملکرد تنظیم خانواده، آماری از حاملگی ناخواسته در کشور وجود ندارد.

روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت خوشه‌ای بود. به این معنی که مناطق شهرداری تهران به عنوان خوشه‌های بزرگ و از بین خوشه‌های بزرگ محلات مختلف به عنوان زیر خوشه‌های جمعیتی انتخاب شدند. برای دسترسی به زنان (جامعه مورد بررسی) آرایشگاه‌های زنانه به عنوان مراکز تجمع جمعیتی انتخاب شد. در دسته بندی صنف آرایشگران تهران به دو دسته شمال و جنوب بود که به منظور سهولت انجام مطالعه آرایشگاه‌های شمال تهران (از اتوبان صدر امتداد آن به بالا) انتخاب شدند لازم به ذکر است که منطقه شمال تهران دارای فهرست کامل تر آرایشگاه‌ها بودند.

عموم خانم‌ها به آرایشگاه‌های زنانه مراجعه داشته و با توجه به رابطه آرایشگر و مشتری این مکان محیط مطمئنی برای گزارش دوران پس از سقط می‌باشد و انتظار فرصت کافی برای تکمیل کردن پرسشنامه وجود دارد. با همکاری صنف آرایشگران زنانه تهران لیست آرایشگاه‌های زنانه تنظیم شد و آنگاه از لیست تنظیم شده به طور سیستماتیک تعدادی آرایشگاه انتخاب شدند. با هماهنگی مسئولین آرایشگاه‌های انتخاب شده، پرسشنامه‌ها توسط زنان مراجعه کننده به آرایشگاه‌های منتخب با داشتن شرایط ورود به مطالعه تکمیل گردید. و نمونه‌های مورد بررسی سابقه حاملگی و پیامد آن را در پرسشنامه با سال وقوع آن یادداشت نمودند.

در این مطالعه متغیرهای مرتبط با بارداری به صورت کمی (میانگین و انحراف معیار) و کیفی (فراوانی و درصد) بررسی شده و نمایش داده شد. رابطه بین متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون کای دو (Chi square test) و مقایسه میانگین‌ها با استفاده از آزمون‌های تی (t test) و آنالیز واریانس (Analysis of variance) انجام شد. در تحلیل رابطه بین متغیرهای کیفی در مواردی که بنا بر بررسی جداگانه به تفکیک رتبه بارداری بود از آزمون متل - هنزل (Mantel-Haenszel test) برای از بین بردن اثر رتبه بارداری و ارائه نسبت شانس (Odds ratio) دقیق‌تر استفاده شد. بازه‌های زمانی در دسته بندی ۵ ساله تقسیم

برای نمونه به دو تحقیق کمی که در کرمانشاه انجام شده است (Saeidi et al. 2002; Sadeghi et al.) و یا تحقیقاتی که در یکی از محلات تهران و شهر یزد و اراک انجام شده، می‌توان اشاره نمود (Vakili et al. 2011; Mohammad) (Beigi et al. 2009; Nikpoor et al. 2013).

با توجه به اهمیت سقط عمدی به عنوان یک عامل تهدید کننده سلامت مادران و با توجه دگرگونی در عملکرد تنظیم خانواده و دسترسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، انجام یک تحقیق جامع در مورد اپیدمیولوژی سقط و برآورد سقط در بازه زمانی در زنان ایرانی ضروری بنظر می‌رسد.

با انجام مطالعه حاضر نرخ سقط احتمالی را برای خانم‌های ساکن شمال تهران (ساکنین بالاتر از امتداد بزرگراه صدر) در طول دوره باروری قابل برآورد بوده است و نتایج این پژوهش به عنوان یک تحقیق کاربردی می‌تواند مورد استفاده محققان، برنامه‌ریزان و مدیران اجرایی برای انجام تحقیقات آینده، ایجاد تغییرات لازم در برنامه‌های بهداشتی و کاهش عوارض مستقیم و غیر مستقیم انجام سقط غیرایمن قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که بر روی ۵۱۸ نفر از زنان ۱۵-۵۵ سال ازدواج کرده ساکن تهران و دارای حداقل یک بارداری، در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف مطالعه برای افراد شرکت کننده توضیح داده شد و آنان جهت مشارکت در مطالعه کاملاً آزاد بودند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای محقق ساخته حاوی دو دسته سوالات مرتبط به خصوصیات فردی و جمعیت شناختی و سوالات مرتبط با سقط استفاده شد. روایی پرسشنامه با مشورت متخصصان در این زمینه بررسی و تایید شد. پایایی پرسشنامه نیز از طریق آزمون باز آزمون بررسی گردید.

شد و فراوانی بارداری ناخواسته (علیرغم میل زوجین و با وجود حداقل یک روش پیشگیری از بارداری حاملگی اتفاق افتاده باشد) و سقط عمدی در هر بازه زمانی ارزیابی شد. پس از جمع آوری داده ها اطلاعات توسط نرم افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل شد. در تمامی آنالیزها سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۹۶۶ بارداری از ۵۱۸ زن مورد بررسی قرار گرفت. در بین تمام بارداری ها ۶۶۵ مورد (۶۸/۴٪) بارداری با برنامه ریزی و ۳۰۷ مورد (۳۱/۶٪) بارداری ناخواسته بوده است.

میانگین سن در بارداری های با برنامه ریزی ۳۹/۵ با انحراف معیار ۶/۸ سال و در بارداری های ناخواسته ۳۸/۶ با انحراف معیار ۷/۳ سال بود میانگین سن در حاملگی های با برنامه بیشتر از بارداری های ناخواسته بود که این تفاوت معنی دار بود ($p = ۰/۰۲۴$) همچنین یافته ها نشان می دهد که در بارداری های با برنامه ریزی بیشترین نوع سقط خود به خود (۶۷/۶٪) بوده است اما در بارداری های ناخواسته بیشترین نوع سقط القایی بوده است. آزمون کای دو از وجود تفاوت معنی دار هنگام مقایسه نوع سقط در دو گروه خبر می دهد ($p < ۰/۰۰۱$). (جدول ۱)

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که درصد بارداری های ناخواسته از ۰٪ در سال های ۶۰ تا ۶۵ به ۳۵/۳٪ در سه ساله ۹۰ تا ۹۳ افزایش پیدا کرده است (۳۶ مورد از ۱۰۲ مورد بارداری)

بررسی روند سقط القایی از بارداری های با برنامه ریزی در طول دوره های زمانی ۵ ساله نشان دهنده وجود درصد کمی از این نوع سقط در طول زمان در این نوع از بارداری ها بود. بیشترین درصد سقط عمدی مربوط به سال های ۷۰ تا ۷۵ با ۳/۸٪ از بارداری های با برنامه ریزی بود. این نسبت تفاوت معنی دار آماری نداشت ($p = ۰/۶۲۳$). اما وجود روند افزایشی این گونه از سقطها

محاسبات دقیق تر (جدول ۳) نشان داد که در بارداری های ناخواسته شانس عمدی بودن سقط ۱۱/۲ برابر بارداری های با برنامه ریزی قبلی است. در حاملگی اول شانس عمدی بودن سقط در بارداری ناخواسته ۱۶ برابر بارداری های با برنامه ریزی قبلی است. این شانس در حاملگی دوم سوم به بعد به ترتیب به ۷/۳ و ۱۰/۵ برابر کاهش پیدا می کند و رابطه فوق کاملا معنی دار برآورد می شود ($p < ۰/۰۰۱$).

بحث

این مطالعه با هدف برآورد فراوانی بارداری ناخواسته و سقط های عمدی در طول دوره باروری زنان مراجعه کننده به آرایشگاه های منطقه شمال تهران انجام شد. نتایج نشان داد که ۳۱/۶٪ حاملگی ها ناخواسته و در حدود ۶۰٪ از این بارداری های ناخواسته منجر به سقط القایی شده اند.

حدود ۵۶٪ حاملگی ها و ۳۹٪ تولدها در ایالت متحده آمریکا در نتیجه بارداری های برنامه ریزی نشده (ناخواسته برای همیشه یا در این زمان) می باشد (Mohammad beygi et al. 2009; CDC 2011).

در ایران در سالیان قبل با وجود تحول و دگرگونی و دسترسی به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته شایع می باشد (Abbasi-Shavazi et al. 2003). بعضی اسناد حاکی از این است که هر ساله ۵۰۰۰۰۰ بارداری ناخواسته در کشور ایران اتفاق می افتد و

وقتی مادران با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند ناگزیر به انجام سقط می‌شوند (Cohen 2003).

نتایج این مطالعه نشان داد که از ۹۶۶ بارداری در ۵۱۸ نمونه مورد بررسی ۴۰٪ سقط عمدی گزارش شد و در بارداری‌های ناخواسته شانس القایی بودن سقط ۱۱/۱۹ برابر بارداری‌های با برنامه ریزی قبلی است.

طبق یافته‌های مطالعه طوافیان در ایران، تحقیقات Senbeto در اتیوپی، Uygur و همکاران در ترکیه یکی از دلایل سقط عمدی را حاملگی ناخواسته ابراز داشته‌اند (Tavafian and Ramezanzadeh 2007; Uygur and Erkaya 2001; Senbeto et al. 2005)

در مطالعه عرفانی، نرخ سقط در ایران ۰/۲۶٪ برای هر زن در انتهای سال‌های بارداری بود به بیان دیگر از هر ده هزار زن در سن بارداری ۲۶ نفر در طول بارداری سقط عمدی خواهد داشت. نرخ سالانه این شاخص برابر ۰/۷۵٪ بود به این معنی که در هر سال به ازای هر ده هزار زن در سن بارداری ۷۵ مورد سقط اتفاق می‌افتد (Quillan and Erfani 2008).

هم چنین در مطالعه طوافیان میزان شیوع سقط ۴۳/۷٪ تخمین زده شده بود (Tavafian and Ramezanzadeh 2007). در مطالعه عرفانی پیمایش باروری تهران، ۶٪ از حاملگی‌ها به سقط ختم شد (Erfani 2011).

در مطالعه‌ای در هشت بیمارستان اصفهان ۳۵٪ از حاملگی‌ها ناخواسته بود که ۲۷/۱٪ با سقط عمدی خاتمه یافت (Majlessi et al. 2008).

Okonofua در مطالعه خود (۲۰۱۰) در نواحی شهری نیجریه میزان کلی سقط را ۴۹/۶٪ برآورد نمود که حدود ۸۲/۲٪ آن سقط عمد بود. (Okonofua et al. 2010) Bernabe – Ortiz و همکاران (۲۰۰۹) در آمریکای لاتین میزان شیوع سقط‌های عمد را ۱۱,۶٪ تخمین زده بودند. (Bernabe – Ortiz et al. 2009) مطالعه‌ای در ترکیه میزان سقط عمدی را ۹٪ گزارش نموده است (Bozkurt 2004).

آمارهای جهانی شیوع سقط عمدی را ۱۲٪ گزارش داده است (Cunningham et al. 2005).

تخمین زده می‌شود در حدود ۸۰۰۰۰ مورد آن سقط می‌کنند (Belton et al. 2009).

در مطالعات مختلف انجام شده در ایران بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و مذهبی از ۱۸/۱٪ در لار و گراش (Vizshafar and Mehdizadeh Naderi 2005) تا ۳۱/۳٪ در تهران متغیر است. به طوریکه این میزان در مطالعات در تهران ۲۴/۷٪ (Haghighi and Nojoumi and Zandfani 2002)، ۲۶/۹٪ (Zandfani 2002) و در شاهرود ۳۱٪ (Zeinali 2005) و در مشهد ۱۸/۷٪ (Peyman et al. 2007) و در اراک ۲۸/۷٪ (Mohammad Beigi et al. 2007) محاسبه شده است. بیشتر مطالعات نواحی مرکزی ایران نتایج مشابه مطالعه حاضر را ذکر کرده اند. فراوانی حاملگی ناخواسته در میان زنان ایرانی طبق یک مطالعه ۴۰٪ کل حاملگی‌ها اعلام شد (Islam 2005). Denton و همکاران در مطالعه‌ای در کانادا (Denton and Scott 1994) شیوع بارداری ناخواسته را ۴۹٪ و Goto (Goto et al. 2002) در ژاپن ۶۷/۲٪ گزارش داده اند.

ذکر این نکته لازم است که مطالعه بارداری‌های ناخواسته در اغلب کشورهای غربی، زنان ازدواج نکرده و در سنین نوجوانی را نیز شامل می‌شود که این موارد می‌تواند درصد بارداری‌های ناخواسته را بالاتر نشان داده و علت تفاوت باشد همچنین در مطالعه فعلی انجام شده حاملگی ناخواسته را در طول دوره باروری زنان ۱۸-۵۰ سال نشان می‌دهد. با توجه به عوارض و مضرات حاملگی ناخواسته و شرایط فرهنگی و مذهبی کشور ما، بسیاری از سقط‌ها بصورت غیر قانونی و غیر ایمن انجام می‌گیرد لذا بایستی برای کاهش میزان بارداری‌های ناخواسته در کشور تلاش کرد.

علی‌رغم افزایش کمی و کیفی در روش‌های پیشگیری از بارداری و بهبود سطح آگاهی جامعه، حاملگی ناخواسته هنوز یکی از مشکلات دوران باروری زنان محسوب می‌شود (Abdullahi et al. 2003).

سال‌های اخیر به عنوان راه حل کنترل جمعیت در ضمن پاسخ داده شدن به نیاز جنسی جوانان ارائه شده است و به نظر می‌رسد عارضه سقط عمدی در ابتدای ازدواج را به دنبال داشته است و جهت بررسی علل و عوامل آن بایستی مطالعات جامعه‌شناختی و کامل تری انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روند سقط القایی از بارداری‌های با برنامه‌ریزی در طول دوره‌های زمانی ۵ ساله نشان‌دهنده افزایش درصد سقط‌های القایی در بارداری‌های ناخواسته از ۰٪ در سال‌های ۵۵ تا ۶۰ به ۴۱/۷٪ در سه ساله ۹۰ تا ۹۳ می‌باشد.

با توجه به آنکه تغییر و تمایل نگرش زنان جوان در داشتن خانواده با بعد کوچک، تأخیر در ازدواج به دلیل مشکلات مربوط به اشتغال و مسکن، همراه با گذار از جامعه سنتی به جامعه مدرن و عدم دسترسی به خدمات و روش‌های تنظیم خانواده، نبود هر دو والدین در خانواده از عوامل حاملگی‌های ناخواسته و بدنبال آن سقط القایی می‌باشد لذا انجام مطالعات کشوری سقط توصیه می‌شود.

در ایران با دگرگونی در عملکرد تنظیم خانواده و دسترسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته و متعاقب آن سقط جنین شایع می‌باشد. از آنجا که سیاست ملی و قانونگذاری مربوط به سقط اساس ایدئولوژیک و غیر قابل تغییری را داراست لذا برای کاهش سقط‌های غیر قانونی باید تدابیر جدیدتری را اندیشه کرد. لذا این پژوهش سقط و حاملگی ناخواسته را در بازه زمانی و طول دوره باروری زنان مراجعه‌کننده مورد بررسی قرار داده است تا با توجه به سیاست‌های بهداشتی-درمانی هر بازه زمانی و نتایج سقط، شاید سیاست‌گذاران بتوانند به نکات کلیدی تری دست یابند. چرا که سقط جنین یک مسئله بهداشتی، اجتماعی، حقوقی و فرهنگی است و بنا بر این از جنبه‌های مختلف بایستی بررسی شود.

بررسی و شیوع سقط عمدی در ایران و نیجریه و تفاوت در این آمارها در مقایسه با کشورهایی که سقط عمدی در آن قانونی است نشانگر این موضوع می‌تواند باشد که ممنوعیت فرزندآوری پیش از ازدواج منجر به افزایش روند سقط عمدی حتی علی‌رغم محدودیت قانونی می‌شود، همچنین نقش مسائل اقتصادی نیز نمی‌تواند بی‌تأثیر باشد و از طرفی آمار تعداد حاملگی‌های ناخواسته که موفق به سقط شده، چندان دقیق نیست. لذا توصیه می‌شود پژوهشی در این خصوص با در نظر گرفتن ابعاد وسیع‌تر در زمینه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی انجام شود. تا در صورت تأیید این مطلب با ارائه خدمات حمایتی و اقتصادی برای خانواده‌های در معرض سقط از این اتفاق ناخوشایند پیشگیری شود.

یافته دیگر این مطالعه افزایش معنی‌دار وقوع سقط القایی و حاملگی ناخواسته در طول دوره زمانی ۱۳۹۳-۱۳۵۵ بود. که با افزایش تعداد حاملگی ناخواسته در طول زمان، درصد سقط نیز افزایش یافته و نتایج نشان داد که در بارداری‌های ناخواسته شانس القایی بودن سقط ۱۱/۱۹ برابر بارداری‌های با برنامه‌ریزی قبلی است که در حاملگی اول شانس القایی بودن سقط در بارداری ناخواسته ۱۵/۹۷ برابر بارداری‌های با برنامه‌ریزی قبلی است. این شانس در حاملگی دوم و سوم به ترتیب به ۷/۳۳ و ۴/۰۰ برابر کاهش پیدا می‌کند و می‌توان چنین استنباط کرد که در این مطالعه روند انجام سقط بیشتر در بارداری اول و ناخواسته می‌باشد. که با مطالعات Besculides در آمریکا (Besculides and Laraque 2004) و Sedgh در نیجریه (Sedgh Nojoumi and et al. 2006) و نجومی در تهران (Nikpoor و Zeinali 2005) در تهران (Nikpoor et al. 2013) همخوانی ندارد. که با افزایش تعداد حاملگی درصد سقط افزایش نشان می‌دهد.

از علل افزایش سقط در حاملگی اول نسبت به مرتبه حاملگی‌ها در این مطالعه را می‌توان به تفکر ازدواج در سنین بالاتر، بدون داشتن فرزند ارتباط داد که در

تشکر و قدردانی

می‌باشد. که با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است. نویسندگان این مقاله از کلیه بانوان و آرایشگران بانوان منطقه ۱ که در این پژوهش شرکت نمودند، بی نهایت تشکر و قدردانی می نمایند.

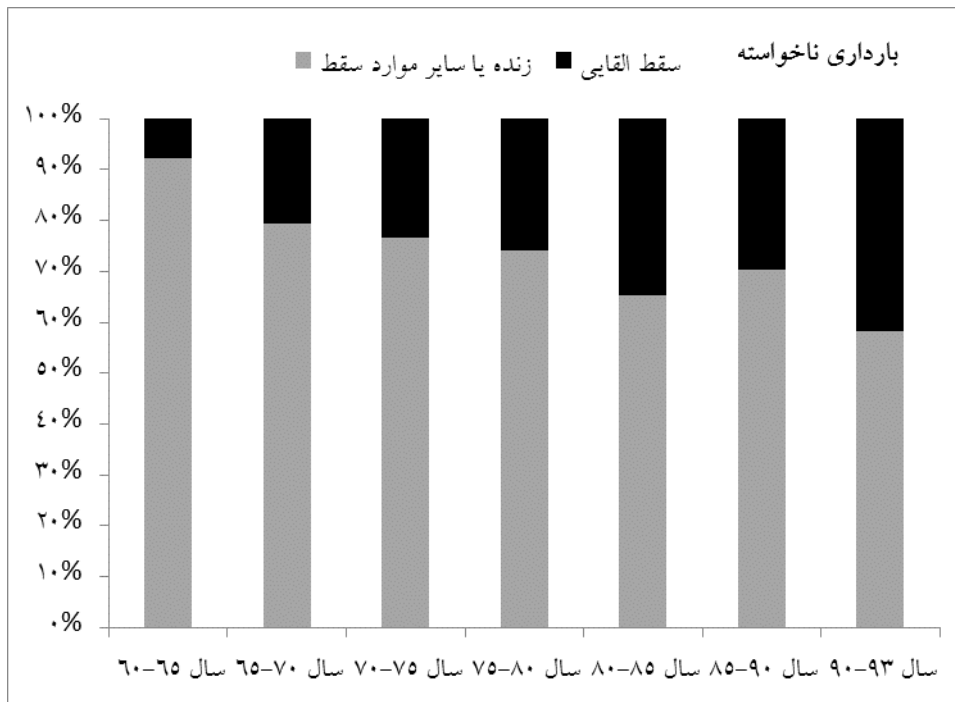
این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی اپیدمیولوژی سقط در تهران" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۰ با کد ۱۵۹-۱۲۲۰۲

جدول ۱- یافته ها به تفکیک وضعیت بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن)

متغیر	خواسته	ناخواسته	p-value
میانگین سن زنان در هنگام بارداری (سال)	۳۹/۵±۶/۸۱	۳۸/۴۰±۷/۳۰	۰/۰۲
نوع سقط:			۰/۰۰۱
- خودبخود	۶۹ (%۶۷/۶)	۳۹ (%۲۶/۵)	
- پزشکی	۲۱ (%۲۰/۶)	۲۰ (%۱۳/۶)	
- عمدی	۱۲ (%۱۱/۸)	۸۸ (%۵۹/۹)	

جدول ۲- روند سقط عمدی به تفکیک نوع بارداری در طول زمان

دسته بندی سال	نوع بارداری			
	خواسته		ناخواسته	
	وضعیت بارداری	تعداد (درصد)	وضعیت بارداری	تعداد (درصد)
۱۳۶۰-۱۳۶۵	زنده یا سایر موارد سقط	۵۲ (۱۰۰)	زنده یا سایر موارد سقط	۱۲ (۹۲/۳)
۱۳۶۵-۱۳۷۰	سقط القایی	۲ (۲/۷)	سقط القایی	۶ (۲۰/۷)
۱۳۷۰-۱۳۷۵	زنده یا سایر موارد سقط	۱۰۰ (۹۶/۲)	زنده یا سایر موارد سقط	۳۳ (۷۶/۷)
۱۳۷۵-۱۳۸۰	سقط القایی	۲ (۲)	سقط القایی	۱۳ (۲۶)
۱۳۸۰-۱۳۸۵	زنده یا سایر موارد سقط	۱۱۳ (۹۸/۳)	زنده یا سایر موارد سقط	۳۴ (۶۵/۴)
۱۳۸۵-۱۳۹۰	سقط القایی	۲ (۱/۷)	سقط القایی	۱۸ (۳۴/۶)
۱۳۹۰-۱۳۹۳	زنده یا سایر موارد سقط	۱۴۲ (۹۸/۶)	زنده یا سایر موارد سقط	۵۹ (۷۰/۲)
	سقط القایی	۲ (۱/۴)	سقط القایی	۲۵ (۲۹/۸)
	زنده یا سایر موارد سقط	۶۶ (۱۰۰)	زنده یا سایر موارد سقط	۲۱ (۵۸/۳)
	سقط القایی	۰ (۰)	سقط القایی	۱۵ (۴۱/۷)



نمودار ۱- بررسی روند سقط عمدی در بارداری های ناخواسته در طول زمان

جدول ۳- ارزیابی شانس سقط عمدی در بارداری های ناخواسته نسبت به بارداری های بابرنامه به تفکیک رتبه حاملگی

رتبه بارداری	فاصله اطمینان ۵۹ درصد		نسبت شانس (Odds ratio)
	حد بالا	حد پایین	
اول	۴۳/۹	۵/۸	۱۶/۰
دوم	۲۵/۰	۲/۱	۷/۳
سوم و بیشتر	۵۰/۷	۲/۲	۱۰/۵
کل	۲۲/۲	۵/۶	۱۱/۲

References

- Abbasi-Shavazi, M.J., Hosseini-Chavoshi, M. and Delavar, B., 2003. Unwanted pregnancies and its determinants in Iran. *J Reprod Infertil.* 5(1), pp. 62-76. [In Persian]
- Abdullahi, F. and Mohammad pour Tahamtan, RA., 2003. Study on consequences of unwanted pregnancies in women admitted to hospitals administered by Mazandaran University of Medical Science, 1999– 2000. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 14, pp. 40–45. [In Persian]
- Aghayari, T. and Mehryar, AH., 2007. Estimation of induced abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model. *Journal of Population Association of Iran.* 2(3), pp. 1-10. [In Persian]
- Belton, S., Whitaker, A. and Barclay, L., 2009. Maternal mortality, unplanned pregnancy and unsafe abortion in Timor-Leste: A situational analysis. *United*

- Nations Population Fund / -Alola Foundation. Available from: <http://www.cdu.edu.au/gshp/documents/MaternalMortalityFinalReport2009.pdf> [accessed on July 4, 2011]
- BehjatiArdakani, Z., Akhondi, M.M., Sadeghi, M.R. and Sadri-Ardekani, H., 2005. The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran. *J Reprod Infertil.* **6**(4), pp. 299-320.
- Bernabé Ortiz, A., White, P.J., Carcamo, C.P., Hughes, J.P., Gonzales, M.A. and Garcia, P.J., 2009. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *Canadian Medical Association Journal.* **180**(3), pp.298-304.
- Besculides, M. and Laraque, F., 2004. Unintended Pregnancy among the Urban Poor. *J Urban Health.* **81**, pp. 340-348.
- Bozkurt, A.I., Ozcirpici, B. and Ozgur, S., 2004. Induced abortion and effecting factors of ever married women in the Southeast Anatolian Project Region, Turkey: a cross sectional study. *BMC Public Health.* **22**(4), P. 65.
- Centers for Disease Control and Prevention., 2011. Unintended Pregnancy Prevention: Contraception. Available from: http://www.cdc.gov/reproductive_health/unintended_pregnancy/Contraception.htm [accessed on July 4, 2011]
- Cohen, S.A., 2003. Envisioning life without Roe: lessons without Borders. The Guttmacher Report on Public Policy. Retrieved From: <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/06/2/gr060203.html>
- Cunningham, G., Kenneth, J., Steven, L., John, C. and Larry, C., 2005. Williams Obstetrics. McGraw-Hill Professional 22nded, pp. 285-289.
- Denton, A.B. and Scott, KE., 1994. Unintended and unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors. *Can J Public Health.* **85**, pp. 234-238.
- Erfani,A. and MC Quillan, K., 2008. Rates of induced abortion in IRAN: The roles of contraceptive use and religiosity. *Stud Fam Plan.* **39**(2), pp. 111-22. [In Persian]
- Erfani, A., 2011. Induced abortion in Tehran, Iran: Estimated rates and correlates. *Int Perspect Sex Reprod Health.* **37**(3), pp. 134-142.
- Fattahi, SA. and Alavi, G., 2003. Status of abortion in the world today. *Fertility and Infertility.* **1**, P.152.
- Goto, A., Yasumura, S., Reich, M.R. and Fukao, A., 2002. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. *SocSci Med.* **54**, pp. 1065-1079.
- Haghighi, L. and Zandfani, N., 2002. Unintended pregnancies in referred women to Iran University affiliated hospital, during 1998-1999. *J Iran Uni Med Sci.* **28**, pp. 33-38. [In Persian]
- Islam, A.M., 2005. *Evaluation of reported induced abortion evidence from the recent DHS.* In Proceedings of IUSSP International Population Conference, France Tours France, pp.18-23.
- Johnson-Hanks, J., 2002. The lesser shame; abortion among educated women in Southern Cameron. *Social Science and Medicine.* **55**, pp. 1337-1349.
- Khosravi, M., 2002. Evaluating the prevalence of abortion mortality and morbidity In Kermanshah MOTAZEDI hospital. Conference abstracts comprehensive study of abortion in Iran. *Annex Journal of Fertility and Infertility.* pp. 25. [In Persian]
- Majlessi, F., RahimiFerooshani, A. and Shariat, M., 2008. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. *East Mediter Health J.* **14**(1), pp.103-109. [In Persian]
- Malekafzali, H., 1996. Estimates of abortions resulting from unwanted pregnancies in Iran. *J Family Health.* **2**, pp.5-8. [In Persian]
- Mohammad beygi, A., Mohammad Salehi, N. and Bayati, A., 2009. Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak 2007. *Journal of Semnan*

- University of Medical Sciences Spring*. 10, pp. 201-6. [In Persian]
- Moosavi, M., Sadeghzadeh, M. and Ostadzadeh, N., 2002. The epidemiologic profile of women attending abortion clinics in the city of Qomin 1381. Conference abstracts comprehensive study of abortion in Iran. *Annex Journal of Fertility and Infertility*. P. 26. [In Persian]
- Nikpoor, B., Majlesi, F., Tel, A. and Eshraghi, N., 2013. intentional abortion compared unintentional abortion and its influencing factors in women admitted to hospital in the southern city of Tehran. *Journal of Family Health, Faculty of Medical Sciences, University of Sarrey*. 1, pp.14-20. [In Persian]
- Nojomi, M. and Zeinali, Z., 2005. Study of Unwanted Pregnancy Prevalence and Related Factors in Women Referred to Prenatal Clinics of Akbar Abadi and Rasoul-e-Akram Hospitals in 2002. *JIran Uni Med Sci*. 12, pp. 195-200. [In Persian]
- Okonofua, F., Omo – Aghoja, L., Bello, Z., Osughe, M. and Agholor, K., 2010. Self-reporting of induced abortion by women attending prenatal clinics in urban Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 111(2), pp.122-125.
- Peyman, N., Hidarnia, A.R. and Ghofrani Pour, F., 2007. The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashhad in order to decrease unwanted Pregnancies. *Reproduction and Infertility*. 8, pp. 78-90. [In Persian]
- Pour Heidari, M., Sozany, A. and Shamallan, N., 2007. Prevalence of Unwanted Pregnancies and their correlates in pregnant women in Shahrood, Iran. *Payesh*. 6, pp. 63-70. [In Persian]
- Rasch, V., Muhammad, H., Urassa, E. and Bergstorm, S., 2000. The problem of illegally induced abortion: result from a hospital based study conducted at district level in Dares salaam. *Tropical Medicine and International Health*. 5, pp. 495–502.
- Sadeghi, S.h., Darabi, F. and Safari, Y. 2002. Sociological attitude study towards abortion in women referred to health centers in Kermanshah. Conference abstracts comprehensive study of abortion in Avicenna Research Institute Iran. *Annex Journal of Fertility and Infertility*. 106, P.1. [In Persian]
- Saeidi, M.R, Vaziri, S., Jamshidpoor, M., Asgarian, S., Hamzeh, B. and Najafi, F. 2002. Maternal deaths reported with induced abortions between 1379 to1381in the Kermanshah province. Conference abstracts comprehensive study of abortion in Avicenna Research Institute Iran. *Annex Journal of Fertility and Infertility*, P.27.[In Persian]
- Sedgh, G., Bankole, A., Oye-Adeniran, B., Adewole, I.F., Singh, S. and Hussain, R., 2006. Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *Int Fam Plan Perspect*. 32, pp.175-184.
- Senbeto, E., Alene, G.D., Abesno, N. and Yeneneh, H., 2005. Prevalence and associated risk factors on induced abortion in northwest Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 19(1), pp. 37-44.
- Sobo, E.J., 1996. Abortion traditions in rural Jamaica. *Social Science and Medicine*. 42, pp. 495-508.
- Tavafian, S. and Ramazanzadeh, F., 2007. Socioeconomic characteristics and induced abortion: a cross sectional study based on health belief model. *Payesh*. 6(2), pp. 157-164. [In Persian]
- Uygun, D. and Erkaya, S., 2001. Reasons why women have induced abortions in a developing country. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 96, pp. 211-214.
- Vakili, M., Shahbazi, H. and Dehghani, M. H., 2011. The prevalence of Unintended pregnancies and its realated Demographics factors in Hospitals of Yazd City -2008. *Journal of rising health*. Toloee Behdasht. 4, pp. 23-35. [In Persian]

Vizshafar, F. and MehdizadehNaderi, K.H., 2005. Prevalence of unwanted pregnancy and its relevant factors in patients referred to Lar and Grash hospital. *Iranian jl of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 8, pp. 101-110. [In Persian]

World Health Organization., 2002-2003. www.who.int/reproductivehealth/hrp/plan-of-work/unsafe-abortion.en.html.

Zhirova, I.A., Frolova, O.G., Astakhova, T.M., and Ketting, E., 2004. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation Studies in Family Planning. 35, pp. 178–187.

Trend of Unwanted Pregnancy and Induced Abortion Rates in Tehran: During 1981-2014

Hossein Rashidi, B., M.D. Professor, Vali-e-Asr Reproductive Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Malek Afzali, H., M.D. Professor, Vali-e-Asr Reproductive Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Haghollahi, F., MSc. Vali-e-Asr Reproductive Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: fedyeh_hagh@yahoo.com

Naghi Jaffarabadi, M., M.D. Assistant Professor, Vali-e-Asr Reproductive Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Eslami, M., M.D. Assistant Professor, Ministry of Health and Medical Education of Health Office of Population, Family and School, Tehran, Iran

Yazdanpanah M., M.D. Ministry of Health and Medical Education of Health Office of Population, Family and School, Tehran, Iran

Naghizadeh, M.M., Ph.D. Noncommunicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Received: Feb 3, 2016

Accepted: Jul 7, 2016

ABSTRACT

Background and Aim: Over 200 million pregnancies occur worldwide annually; one third are unwanted and half end up in abortion. This study aimed to determine the prevalence of unwanted pregnancies and induced abortions during women's childbearing age over a period of 30 years (divided into 5-year intervals) in Tehran, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2014 on 518 married women 15 to 55 years old living in Tehran with a history of at least one pregnancy. A questionnaire containing two sets of questions on individual and demographic characteristics and women's abortion history was used to collect the data for a period of 30 years (divided into 5-year intervals). The data collected were analyzed using SPSS 16 (the significance level was a p-value of <0.05).

Results: Of the 966 pregnancies among the 518 women studied, 665 (68.4%) were planned and 307 (31.6%) unwanted. There were 249 abortions, 108 (43.4%) of which were miscarriages, 41 cases (16.5%) for medical reasons, and 100 cases (40.2%) induced (deliberate). The proportion of induced abortions in unwanted pregnancies increased from 0.0% in 1981-1986 to 41.7% in 2011-2014.

Conclusion: Based on the findings it can be concluded that due to changes in family planning program effectiveness and accessibility of contraception methods in Iran unwanted pregnancies and the subsequent abortions have become more common.

Keywords: Induced Abortion, Unwanted Pregnancy, Planned Pregnancy