

وضعیت و علل سقط های خود به خودی تکراری و غیر تکراری در استان ایلام مژگان خلیلی*

چکیده

سقط خودبه خودی شایع ترین عارضه بارداری است. در پژوهش حاضر که یک مطالعه توصیفی- مقطعی است، کلیه زنان مبتلا به سقط خود به خودی مراجعه کننده به مرکز آموزش درمانی شهید مصطفی خمینی شهر ایلام در سال ۱۳۷۶ به تعداد ۴۱۴ نفر به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه های مورد نظر به روش سرشماری و نمونه برداری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه بود که توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. نتایج نشان داد که متغیرهایی مانند سن، وزن، قد، تحصیلات، محل زندگی، سابقه ی ناهنجاری مادرزادی در خانواده، میزان فعالیت، مصرف و نوع دارو، سابقه بیماری و نوع آن، بیماری فعلی و نوع آن و نیز نحوه مراقبت بهداشتی در حاملگی بر بروز سقط خود به خودی و تکرار آن تأثیر نداشته و ارتباط بین این متغیرها و سقط خود به خودی معنی دار نبود. از طرف دیگر ارتباط متغیرهایی مانند: سن اولین حاملگی، رتبه حاملگی، فاصله حاملگی ها، نوع زایمان قبلی، سابقه جراحی و نوع آن، زمینه خانوادگی سقط، تعداد سقط قبلی و حاملگی منجر به سقط خود به خودی معنی دار بود.

واژه های کلیدی: سقط خود به خودی، حاملگی، مادران

مقدمه

صد هزار در ممالک پیشرفته فاصله زیادی دارد [۹]. ریاضی (۱۳۷۸) در مطالعه ای شیوع سقط را ۱۰/۶٪ به دست آورده است [۶]. بنابراین با عنایت به شیوع بالای سقط در ایران و تأثیر سوء بر سلامت مادران، ضرورت بررسی این عارضه بارداری و تعیین علل ایجاد کننده آن احساس می شود. اتیولوژی های بالقوه بسیاری برای سقط پیشنهاد شده است که علل ایمونولوژیک شایع ترین آن ها بوده و سبب بروز ۶۰٪ سقط های خودبخودی باشند [۴]. علل دیگری همچون اختلالات هورمونی [۱]، اشکالات آناتومیک، عوامل کروموزومی عفونی، داروها، بیماری های سیستمیک [۵] و میزان فعالیت مادر نیز در بروز سقط خود به خودی موثر می باشند [۱۰ و ۱۱]. صرف نظر از علل ایجاد سقط، عوارض ناخوشایند و در بعضی موارد خطرناک آن برای مادر غیر قابل انکار است. از این عوارض می توان به خونریزی، اختلالات

به پایان یافتن حاملگی به هر طریق قبل از آن که جنین به آن حد از رشد برسد که بتواند زنده بماند، سقط جنین اطلاق می گردد [۷]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت سازمان بهداشت جهانی آمار سقط در سال ۱۹۹۰ حدود ۴۰ تا ۵۰ میلیون مورد بوده است. و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۰۰، سالانه در کشورهای در حال توسعه میزان سقط به ۶۰ میلیون برسد. روزانه تقریباً ۱۵۰۰۰۰ مورد سقط جنین در دنیا صورت می گیرد که در نتیجه آن هر روز ۵۰ نفر جان خود را به علت عوارض سقط از دست می دهند. طبق گزارش یونیسف در ایران میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان برای هر صد هزار تولد از ۲۰۵ مورد در سال ۱۳۶۴ به ۶۰ مورد در سال ۱۳۷۰ تقلیل یافته است که هنوز هم بسیار بالا می باشد و با رقم ۲ در

* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام.

ایشان تکمیل می گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها و جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون های تی تست (۲) و کای دو (۳) استفاده گردید.

یافته های پژوهش

یافته های پژوهش نشان داد که در هر دو گروه مورد مطالعه (با سابقه سقط خودبخودی و بدون سابقه سقط خود به خودی) اکثریت افراد در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال قرار داشته و ساکن شهر ایلام بودند. در خانواده ی اکثر افراد دو گروه مورد مطالعه سابقه ناهنجاری مادرزادی وجود نداشت. اکثریت مادران در هر دو گروه خانه دار بودند و در زمان بارداری، فعالیت شدید جسمی نداشتند.

نتایج نشان داد که بین میانگین سن اولین حاملگی در دو گروه، اختلاف معنی داری وجود داشت. بدین ترتیب که نمونه های دارای سابقه خود به خودی، اولین حاملگی شان نسبت به گروهی که سابقه سقط خود به خودی نداشتند در سنین پایین تر و فواصل حاملگی های آن ها کوتاه تر بود. اکثریت افراد در هر دو گروه هیچ نوع دارویی مصرف نکرده بودند. سابقه بیماری و جراحی نداشتند، در حاملگی فعلی نیز به هیچ بیماری مبتلا نشده و سابقه سقط را در اقوام خود متذکر نشدند. اکثر سقط های فعلی در سه ماهه اول رخ داده بود و هم چنین بیشتر زنان مورد مطالعه در بارداری تحت مراقبت منظم بهداشتی قرار داشتند.

به طور کلی نتایج نشان دادند که ارتباط بین سقط خود به خودی و متغیرهایی مانند: سن، وزن، قد و تحصیلات، محل زندگی، سابقه ناهنجاری مادرزادی در خانواده، میزان فعالیت، مصرف و نوع دارو، سابقه بیماری و نوع آن، بیماری فعلی و نوع آن و نحوه مراقبت بهداشتی در حاملگی معنی دار نبود.

از طرف دیگر متغیرهای سن، اولین حاملگی، رتبه حاملگی، فاصله حاملگی ها، نوع زایمان قبلی، سابقه جراحی و نوع آن، زمینه خانوادگی سقط، تعداد سقط قبلی و سن حاملگی منجر به سقط، با سقط خود بخودی ارتباط معنی داری داشتند.

انعقادی، عفونت رحمی، شوک باکتریال، سپتی سمی، نارسایی حاد کلیه، پارامتریت و پریتونیت اشاره نمود. یکی از عوارض مهم سقط تأثیر برپیش آگهی حاملگی های بعدی می باشد. خطر سقط بعدی به دنبال یک سقط خود به خودی ۲۴ درصد، به دنبال دو سقط خود به خودی ۳۰ درصد، به دنبال سه سقط خود به خودی ۳۵ درصد و پس از چهار سقط خود به خودی پی در پی در حدود ۴۰ درصد است. [۴] خطر مرگ ناشی از سقط حدود ۰/۶ درصد در هزار سقط است. خطر مرگ نسبی ناشی از عوارض سقط تقریباً دو برابر است [۸]. غیر از عوارض جسمی ذکر شده، زوج های مبتلا به سقط دچار عوارض روحی نیز می گردند. این زوج ها متحمل درد و رنج شدید به ازای کاستی در خود هستند. استرس به وجود آمده در خود بیمار و نیز در روابط او با دوستان و اعضای خانواده تأثیر خواهد گذاشت. [۲] ضمناً بروز سقط و درمان های مربوط به آن هزینه های احساسی و مالی قابل توجهی را به زوج های مبتلا تحمیل می سازد و در نهایت به افزایش غیر ضروری هزینه های بهداشتی می انجامد [۴].

اهمیت عوارض یاد شده، پیشگیری از سقط خود به خودی را ضروری می سازد. پژوهشگر قصد دارد با انجام این تحقیق، وضعیت و علل بروز سقط را در این استان بررسی نموده تا شاید بتوان با استفاده از نتایج به دست آمده به راهکارهای مناسبی جهت مقابله با این معضل بهداشتی دست یافت و این کوشش ها به کاهش شیوع سقط خود به خودی و در نتیجه کاهش عوارض زیان بار آن منتهی گردد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بوده که در آن ۴۱۴ مورد سقط خودبه خودی که از اول فروردین ۱۳۷۶ لغایت پایان اسفند ماه همان سال اتفاق افتاده بود، مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد نمونه، ۳۲۷ نفر بدون سابقه سقط قبلی و ۸۷ نفر دارای سابقه سقط قبلی بودند. نمونه گیری به صورت سرشماری و نمونه در دسترس (۱) انجام شد. ابزار گرد آوری داده ها پرسش- نامه ای شامل دو بخش مشخصات فردی و شرح حال بود که به صورت مصاحبه و پس از مراجعه فرد مبتلا به مرکز درمانی مورد نظر و تشخیص ابتلای وی به سقط خود به خودی توسط متخصصین زنان و زایمان جهت

2 - T - Test

3 - Chi - square

1 - simple sampling

جدول ۱. توزیع فراوانی رتبه حاملگی بر حسب وجود و یا عدم وجود سابقه سقط خودبه خودی در جامعه مورد مطالعه سال ۱۳۷۶

جمع		حاملگی پنجم و بالاتر		حاملگی دوم تا چهارم		حاملگی اول		رتبه حاملگی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۸۷	۳۴/۵	۳۰	۵۷/۵	۵۰	۸	۷	سابقه سقط خود بخودی
۱۰۰	۳۲۷	۲۶	۸۵	۴۲/۲	۱۳۸	۳۱/۸	۱۰۴	دارد
۱۰۰	۴۱۴	۲۷/۸	۱۱۵	۴۵/۴	۱۸۸	۲۶/۸	۱۱۱	ندارد
								جمع

جدول ۲. توزیع فراوانی سن حاملگی منجر به سقط بر حسب وجود و یا عدم وجود سابقه سقط خود به خودی در جامعه مورد مطالعه سال ۱۳۷۶

جمع		سه ماهه دوم		سه ماهه اول		نداشته		سن حاملگی منجر به سقط
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۸۷	۱۸/۴	۱۶	۵۶/۳	۴۹	۲۵/۳	۲۲	سابقه سقط خود به خودی
۱۰۰	۳۲۷	۰/۹	۳	۲/۴	۸	۹۶/۶	۳۱۶	دارد
۱۰۰	۴۱۴	۴/۶	۱۹	۱۳/۸	۵۷	۸۱/۶	۳۳۸	ندارد
								جمع

جدول ۳. توزیع فراوانی مصرف دارو در حاملگی بر حسب وجود و یا عدم وجود سابقه سقط خودبه خودی در جامعه مورد مطالعه سال ۱۳۷۶

جمع		سایر		داروی فشار خون		داروی تیروئید		آنتی بیوتیک		ندارد		مصرف دارو
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۸۷	۲۱/۸	۱۹	۱/۱	۱	۴/۶	۴	۴/۶	۴	۶۷/۸	۵۹	سابقه سقط خودبه خودی
۱۰۰	۳۲۷	۱۷/۴	۵۷	۱/۸	۶	۴/۹	۱۶	۳/۱	۱۰	۷۲/۸	۲۳۸	دارد
۱۰۰	۴۱۴	۱۸/۳	۷۶	۱/۷	۷	۴/۸	۲۰	۳/۴	۱۴	۷۱/۷	۲۹۷	ندارد
												جمع

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که مصرف و نوع دارو بر بروز سقط خود به خودی تکراری و غیر تکراری تأثیر ندارد ($p=0/8$). سامل^(۱) و همکاران (۱۹۹۸) در تحقیقی که بر روی زنان در تماس با مواد پتروشیمیایی انجام داده اند دریافتند که تماس با این مواد خطر بروز سقط خود به خودی را افزایش می‌دهند [۱۲]. در پژوهش حاضر اکثر مادران هیچ دارویی مصرف نکرده بودند و از بین آن دسته از واحدهای پژوهش که دارو مصرف نموده بودند، هیچیک از داروهایی که اثر زیان بار آنان بر حاملگی و بروز سقط ثابت شده باشد، استفاده نکرده بودند. (جدول شماره ۱۶)

به نظر می‌رسد با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توان برنامه ریزی مؤثرتری به منظور پیشگیری از سقط خود به خودی نمود. با عنایت به یافته‌های پژوهش پیشنهاداتی چون پرهیز از حاملگی در سنین پایین، فاصله گذاری مناسب بین تولد ها، کاهش تعداد حاملگی‌ها می‌تواند در محتوای آموزشی مادران قرار گیرد. هم چنین مراقبین مادران باردار در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی دقت بیشتری در انجام این مهم به کار برند تا بتوانند براین معضل بارداری فائق آیند.

نتایج تحقیق نشان داد که سن اولین حاملگی زنان بر بروز سقط خود به خودی تکراری و غیر تکراری تأثیر داشت به نحوی که بین میانگین سن اولین حاملگی زنان با سابقه سقط خود به خودی تکراری (۱۸/۸ سال) و میانگین سن اولین حاملگی در زنان بدون سابقه سقط خود به خودی (۲۰/۱ سال) تفاوت معنی داری وجود داشت ($p=0/038$). به این معنی که هر چه سن اولین حاملگی پایین تر بود، احتمال سقط و تکرار آن افزایش می‌یافت. پایین بودن سن مادر باعث می‌شود که خطرات بیشتری بارداری‌های ۱۶ تا ۱۸ سالگی را تهدید نماید [۸].

یافته‌های پژوهش نشان داد که رتبه حاملگی زنان بر بروز سقط خود به خودی تکراری و غیر تکراری تأثیر داشت ($p=0/0001$) بدین ترتیب که بیشتر سقط‌ها در حاملگی‌های دوم تا چهارم به وقوع پیوسته بود. ریاضی (۱۳۷۸) به این نتیجه دست یافته که میزان بروز سقط در مادران با رتبه حاملگی ۵-۲ بیشتر بوده که تقریباً با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد و منطقی به نظر می‌رسد که تعداد حاملگی‌های بیشتر شانس بروز سقط را افزایش دهند [۶]. (جدول شماره ۱۱)

محل زندگی تأثیری در بروز سقط خود به خودی نداشت زیرا اکثر افراد هر گروه مورد مطالعه، ساکن شهر ایلام بودند ($p=0/08$). به نظر می‌رسد اگر فراوانی افراد مورد مطالعه، نسبت به جمعیت هر شهر سنجیده می‌شد، نتیجه تغییر می‌یافت زیرا شهر ایلام نسبت به هر کدام از شهرستان‌های تابعه استان جمعیت بیشتری داشته و مسلماً میزان سقط بیشتری در این شهر اتفاق می‌افتد.

نتایج حاصله نشان داد که بیشترین درصد سقط‌ها در سه ماه اول حاملگی رخ داده بود، بنابراین به نظر می‌رسد سن حاملگی در بروز سقط خود به خودی تکراری و غیر تکراری موثر است ($p=0/000$). تحقیقات نشان داد که حدود ۷۵٪ سقط‌های خود به خودی پیش از هفته ۱۶ و ۶۲٪ قبل از هفته ۱۲ بارداری رخ می‌دهد (۳). (جدول شماره ۲۲)

¹-sammel et al

منابع

- ۱- حسینی مرضیه؛ تازه های سقط عادت و درمان آن؛ مجله نبض، شماره هفتم، سال چهارم، ۱۳۷۴.
- ۲- برک جانان، اس؛ بیماری زنان نواک؛ ترجمه دکتر نادر قطبی و همکاران تهران؛ نشر طبیب، ۱۳۷۷
- ۳- دچرنی آلن اچ، هرنول مارتین؛ کارنت زنان؛ ترجمه دکتر نادر قطبی و هم کاران. تهران: نشر طبیب، ۱۳۷۷.
- ۴- رایان کنت جی و هم کاران؛ اصول بیماری های زنان کسیتز؛ ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی، تهران: نشر اشارت، ۱۳۷۴.
- ۵- رایان کنت جی و هم کاران؛ اصول بیماری های زنان کسیتز؛ ترجمه دکتر شاهین سینا و هم کاران، تهران: انتشارات سماط، ۱۳۷۸.
- ۶- ریاضی هدیه؛ بررسی شیوع سقط و برخی ریسک فاکتورهای مربوط به آن در زایشگاه های شهر همدان؛ مجله دانشکده پرستاری مامائی همدان، شماره شانزدهم، زمستان ۱۳۷۷.
- ۷- قره خانی پرویز و هم کاران؛ اورژانس های زایمان و بارداری؛ تهران: نشر اشارت، ۱۳۷۵.
- ۸- کایننگهام و هم کاران؛ باردای و زایمان ویلیامز؛ ترجمه غلامرضا باهوش و هم کاران؛ تهران : انتشارات اشتیاق ، ۱۳۷۶.
- ۹- متین محمود؛ حاملگی های ناخواسته؛ پیک ماما؛ سال نهم، شماره ۴ ، زمستان سال ۱۳۷۲.
10. Coneje, Vaughan LM, Huete A, samuelessj; Reproductive health outcome among female flight attendants; J.occup. Enrirom-Mrd.1998.Mar, 4.(30):210-60
- 11- Nurminen T; Shift work and reproductiv health ; Sand.j. work. Environ.Health.1998,29 suppl. 3:28-34.
- 12- sammel M,etal.; Association of petrochemical exposure with spontaneous abortion; occup.Environ. med. 1998;jan,55(1):31-6

Causes of repeated and unrepeated spontaneous cases of abortion in Ilam.

Khalili M.

Abstract: Spontaneous miscarriage is a prevalent complication of pregnancy. This cross-sectional descriptive study has been performed to consider the related factors. Of the patients referred to Shahid Mostafa hospital of Ilam for spontaneous abortion in 1997, 414 cases were selected as samples. Questionnaires were used as data collection tools. They were completed by research units.

The findings implied that variables such as age, weight, height, literacy, living place, maternal disorder precedence in the family, activity amount, drug application and its category, type and history of diseases, current disease and its type as well as health care measures during pregnancy did not affect the occurrence or its repetition. There was no significant relation between these variables and spontaneous abortion. On the other hand, a significant relation was proved to exist between this sort of abortion and variables such as the first pregnancy age, pregnancy rank, pregnancy intervals, the last delivery manner, history and sort of surgery, history of familial abortions, the number of previous miscarriages as well as numbers of pregnancies culminated in abortions.

Key words: *spontaneous abortion.*