

## بررسی سقط عمد و عوامل موثر بر آن در مقایسه با سقط های غیر عمد در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب شهر تهران

بهمن نیک پور<sup>۱</sup>، فرشته مجلسی<sup>۲\*</sup>، آذر طل<sup>۳</sup>، نوشین اشراقی<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۷/۲۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** سقط عمد، یکی از مشکلات بهداشتی و عوامل تهدید کننده سلامتی مادران در بسیاری از کشورهای در حال توسعه محسوب میشود. این پژوهش، با هدف تعیین فراوانی سقط عمد و عوامل موثر بر آن در مقایسه با سقط غیر عمد در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب تهران در سال ۹۰-۸۹ انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع مقایسه ای بود که بر روی ۵۱۳ زن که با علائم سقط به بیمارستان های جنوب شهر تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد. جمع آوری داده ها از طریق تکمیل پرسش نامه، انجام معاینات بالینی و بررسی پرونده بیماران توسط ماما های شاغل در بخش زنان و مامایی هر بیمارستان انجام گرفت. پس از جمع آوری داده ها اطلاعات توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** بر اساس یافته های پژوهش ۷۲/۳٪ شرکت کنندگان در گروه سنی ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند و ۲۶/۳٪ سقط ها عمد بود. افزایش سن زن و همسر وی ( $p < ۰/۰۰۱$ )، افزایش تعداد حاملگی ( $p < ۰/۰۰۱$ )، تعداد فرزندان ( $p < ۰/۰۰۱$ )، میزان تحصیلات زن و شوهر ( $p < ۰/۰۰۱$ ) با سقط عمدی در مقایسه با سقط های غیر عمد رابطه معنی دار داشت. در حاملگی های ناخواسته، به طور معنی داری سقط عمد بیشتر بود ( $p = ۰/۰۱۷$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه به اهمیت آموزش های عمومی جهت ارتقاء دانش و مهارت زنان به منظور پیشگیری از حاملگی های ناخواسته که اغلب منجر به سقط عمد می شود اشاره دارد. زیرا مهمترین پیامد سقط های عمد، ناتوانی های جسمی و مرگ مادران است.

**واژگان کلیدی:** سقط عمد، سقط غیر عمد، حاملگی ناخواسته، زنان.

### مقدمه

پی گیری مناسب بیماران و عدم ارائه آموزش های مناسب از سوی عاملان سقط به بیماران، در خصوص علایم پرخطر بعد از سقط روی میدهد (۳،۴). راش و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) اعتقاد دارند که عوارض بعد از سقط عمد وابسته به مهارت های عاملان انجام آن است. در کشورهایی که عمل سقط قانونی بوده و پزشکان در کلینیک هایی با شرایط بهداشتی و امکانات مناسب اقدام به سقط می نمایند، خطر کمتری جان مادران را تهدید می کند (۵). بیش از نیمی از ۴۵ میلیون سقطی که به طور سالانه در سراسر جهان رخ می دهد، عمد است. سقط های نایمن و غیر بهداشتی عامل مرگ و میر بیش از ۸۰ هزار مادر می باشند (۶،۷). حدود یک چهارم مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه به علت عوارض ناشی از سقط عمد و غیر قانونی رخ می دهد (۸). در ایران آمار دقیقی از میزان شیوع واقعی سقط در دسترس نمی باشد. اما، برخی گزارش ها حاکی از وقوع سالانه ۸۰ هزار سقط غیر قانونی

سقط های غیر بهداشتی از مشکلات عمده زنان در دوره باروری آنها می باشد. این نوع از سقط عمدتاً خارج از سیستم قانونی و توسط افرادی که اطلاعات و مهارت کافی در این زمینه ندارند و در محیط فاقد استانداردهای بهداشتی و پزشکی است انجام می گیرد (۱) و اغلب با عوارضی، از قبیل: خون ریزی شدید، عفونت، شوک عفونی، نارسایی حاد کلیه و حتی اختلالات روانی توأم بوده و در مواردی نیز منجر به مرگ مادر می شود (۲). بخشی از این عوارض ناشی از یکارگیری ابزارهای خطرناک و غیر بهداشتی برای انجام عمل سقط بوده و بخشی دیگر نیز به علت عدم

۱. گروه خدمات بهداشتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری  
۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ (نویسنده مسؤول) Email: dr\_f\_majlessi@yahoo.com  
۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴. متخصص زنان و زایمان، بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج

۸۰٪، ۵۱۳ نفر وارد مطالعه شدند. جهت گردآوری داده ها از پرسش نامه ای حاوی دو دسته سوالات مرتبط به خصوصیات فردی و دموگرافیک و سوالات مرتبط با سقط و عوامل موثر بر آن استفاده شد که جمع آوری داده ها از طریق تکمیل پرسش نامه، انجام معاینات بالینی و بررسی پرونده بیماران توسط ده نفر مامای شاغل در بخش زنان و مامایی هر بیمارستان که برای پرسش گری آموزش دیده بودند، انجام گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف مطالعه برای افراد شرکت کننده توضیح داده شد و آنها در مشارکت در مطالعه کاملاً آزاد بودند. پس از جمع آوری داده ها اطلاعات توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که از ۵۱۳ مورد سقط، ۲۶/۷٪ (۱۳۷) مورد سقط عمد گزارش شد. بر اساس یافته های پژوهش (۳۷۱) ۷۲/۳٪ از شرکت کنندگان در این مطالعه در گروه سنی ۲۱-۳۵ قرار داشتند. در جدول شماره یک مشخصات جمعیت شناختی گروه های مورد مطالعه آمده است. هم چنین اطلاعات مرتبط با سقط نشان داد که بیشترین موارد سقط ۶۳/۹٪ (۳۲۸ نفر) در کمتر از ۱۲ هفتگی بارداری صورت گرفته بود و ۱/۴٪ (۷ نفر) از بیماران بیش از یک شریک جنسی داشتند. در ۶۲٪ (۸۵ نفر) موارد خود زن علاقه مند به انجام سقط عمدی بوده و تنها ۷/۳٪ (۱۰ نفر) به توصیه کادر پزشکی انجام پذیرفته بود. از لحاظ روش سقط داروهای سقط آور ۶۵/۶٪ (۹۰ نفر)، استفاده از وسیله مکانیکی ۱۴/۶٪ (۲۰ نفر) و کورتاژ ۱۹/۸٪ (۲۷ نفر) راه های منجر به سقط را به خود اختصاص دادند (جدول شماره ۲). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که در زنانی که حین استفاده از IUD و آمپول های تزریقی پیشگیری از بارداری دچار حاملگی ناخواسته شده بودند، به طور معنی داری سقط عمد بیشتر بود ( $p < 0/017$ ).

در شرایط غیر بهداشتی می باشد (۹). براساس نتایج حاصل از (IDTS (Iranian Demographic and Health Survey) طور متوسط زنان ایرانی در طول دوره باروری شان ۱/۰۷۱ سقط را تجربه کرده اند (۱۰). به نظر می رسد، این اطلاعات با واقعیات موجود جامعه ایرانی فاصله دارد. چرا که فعالیت مراکز غیرقانونی را پوشش نمی دهد. از مهم ترین دلایل انجام سقط می توان به روابط خارج از چهارچوب خانواده، عدم رعایت بهداشت جنسی، فرزندان زیاد، بالا بودن سن والدین و مشکلات اقتصادی و حاملگی ناخواسته اشاره نمود (۱۱). در مطالعه ای در هشت بیمارستان اصفهان (۱۳۸۵)، ۳۵٪ از حاملگی ها ناخواسته بود که ۲۷/۱٪ با سقط عمدی خاتمه یافت. در این مطالعه شیوع سقط عمدی ۱۲ درصد بود (۱۲). علی رغم افزایش کمی و کیفی در روش های پیشگیری از بارداری و بهبود سطح آگاهی جامعه در مورد آن، حاملگی ناخواسته هنوز یکی از مشکلات در دوران باروری زنان محسوب می شود (۱۳). وقتی مادران با حاملگی ناخواسته مواجه می شوند ناگزیر به انجام سقط می شوند (۱۴). در کشورهای که سقط غیرقانونی شمرده می شود، سقط های عمد علت اصلی مرگ زنان در سنین باروری است. در واقع، قانونی کردن سقط میزان مرگ و میر وابسته به آن را کاهش می دهد (۱۵). با توجه به اهمیت سقط عمد به عنوان یک عامل تهدید کننده سلامتی مادران بر آن شدیم با انجام مطالعه ای میزان شیوع سقط عمدی و عوامل موثر بر آن را در مقایسه با سقط های غیر عمدی در زنانی که با علایم سقط به بیمارستان های جنوب شهر تهران مراجعه می کردند را بررسی نماییم.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع مقایسه ای بود که بر روی ۵۱۳ زن که با علائم سقط به بیمارستان های جنوب شهر تهران مراجعه کرده بودند، در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه مطالعه با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون

جدول (۱): توزیع فراوانی پاسخ دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی استان مازندران در مورد انگیزه ورود به رشته در سال ۱۳۸۹

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
گروه سنی (سال)	< ۲۰	۱۴/۲
	۲۱-۳۵	۷۲/۳
	> ۳۶	۱۳/۱
وضعیت ازدواج	ازدواج قانونی	۹۷/۷
	ارتباط در خارج از چهارچوب ازدواج	۲/۳
تحصیلات	بی سواد	۴/۱
	ابتدایی و راهنمایی	۵۷/۹
	دبیرستان و دیپلم	۳۰
	بالتر از دیپلم	۸
شغل	خانه دار	۸۸/۹
	شاغل	۱۱/۱

جدول (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب عوامل مرتبط با انجام سقط

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سن حاملگی	< ۱۲ هفته	۳۲۸ / ۶۳/۹
	> ۱۲ هفته	۱۸۵ / ۳۶/۱
تعداد حاملگی	حاملگی اول	۱۲۴ / ۲۴/۲
	حاملگی دوم	۹۷ / ۱۸/۹
	حاملگی سوم و بیشتر	۲۹۲ / ۴۷/۳
تعداد سقط	۰	۳۳۷ / ۶۵/۷
	۱	۱۳۲ / ۲۶/۱
نوع سقط	> ۱	۴۲ / ۸/۲
	عمد	۱۳۷ / ۲۶/۷
	غیر عمد	۳۷۶ / ۷۳/۳
روش انجام سقط عمدی	دارویی	۹۰ / ۶۵/۶
	وسیله مکانیکی	۲۰ / ۱۴/۶
	کورتاژ	۲۷ / ۱۹/۸

تحصیلات ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و اشتغال زنان ( $p < ۰/۰۰۱$ ) با انجام سقط عمد رابطه معنی دار آماری وجود داشت. قابل ذکر است که ۸/۲٪ سقطهای عمدی زیر ۲۰ سال و ۴۰/۶٪ بالای ۳۶ سال انجام شده بود (جدول شماره ۳) با توجه به اینکه حاملگی در سن زیر ۲۰ و بالای ۳۵ سال پر خطر محسوب می شود، توجه به خطر حاملگی های ناخواسته منجر به سقط عمدی در این سنین حایز اهمیت بیشتری است. ارتباط انواع سقط جنین و تعداد حاملگی ها در افراد تحت مطالعه در جدول شماره چهار آمده است.

آزمون کای دو نشان داد که به طور معنی داری سقط عمدی در زنان بدون سابق سقط بیشتر بود ( $p < ۰/۰۰۷$ ). آزمون دقیق فیشر بین تعداد شرکاء جنسی و سقط عمدی رابطه معنی داری نشان نداد که احتمالاً به علت تعداد کمین زنان با شرکا متعدد معنی دار نشده است. اما، این مسأله از نظر اجتماعی و فرهنگی حائز اهمیت است. به خصوص که خط بیماری های مقاربتی و ایدز در این موارد بیشتر است. از طرف دیگر، نتایج مطالعه نشان داد که بین افزایش سن زن و همسرش ( $p < ۰/۰۰۱$ )، افزایش تعداد حاملگی ( $p < ۰/۰۰۱$ )، افزایش تعداد فرزندان ( $p < ۰/۰۰۱$ )، میزان

جدول (۳): بررسی ارتباط انواع سقط جنین و گروه های سنی در افراد تحت مطالعه

گروه های سنی	نوع سقط جنین			
	سقط غیر عمد		سقط عمد	
مجموع	تعداد	درصد	تعداد	درصد
< ۲۰ سال	۶	۸/۲	۶۷	۹۱/۸
۲۱-۳۵ سال	۱۰۳	۲۷/۸	۲۶۸	۷۲/۲
> ۳۵ سال	۲۸	۴۰/۶	۴۱	۵۹/۴
مجموع	۱۳۷	۲۶/۷	۳۷۶	۷۳/۳

$$X^2 = ۱۹/۷۴ = ۲ df < p < ۰/۰۰۱$$

جدول (۴): بررسی ارتباط انواع سقط جنین و تعداد حاملگی ها در افراد تحت مطالعه

مجموع	نوع سقط جنین				تعداد حاملگی
	سقط غیر عمد		سقط عمد		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۲۴	۹۱/۱	۱۱۳	۸/۹	۱۱	حاملگی اول
۹۷	۸۶/۶	۸۴	۱۳/۴	۱۳	حاملگی دوم
۱۴۱	۶۹/۵	۹۸	۳۰/۵	۴۳	حاملگی سوم
۱۰۴	۵۲/۹	۵۵	۴۷/۱	۴۹	حاملگی چهارم
۴۷	۵۵/۳	۲۶	۴۴/۷	۲۱	حاملگی پنجم و بالاتر
۵۱۳	۷۳/۳	۳۷۶	۲۶/۷	۱۳۷	مجموع

$$X^2 = 59/84 \quad p < 0.001$$

مطالعه به عوامل خطر مرتبط با بروز سقط، از قبیل: سن مادر، داشتن تعداد فرزند کافی، داشتن بیش از یک شریک جنسی در سال قبل از مطالعه، اشاره شد (۱۹). شهبازی در مطالعه خود (۲۰۱۱) نشان داد که ۲/۳٪ از زنان به علت روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده باردار شده و اقدام به سقط نموده بودند. به نظر می رسد به دلایل فرهنگی و خارج از عرف جامعه ایرانی، این میزان کمتر از میزان واقعی گزارش شده بود. البته مطالعات نشان داده، این زنان معمولاً بیش از زنان متاهل رسمی افسردگی بعد از سقط را تجربه می کنند. چرا که آنها بارداری و سقط را از خانواده پنهان نموده و بنابراین از حمایت‌های خانواده محروم می‌مانند (۲۰). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین سن مادر و همسر وی انجام سقط عمد ارتباط معنی دار وجود داشت. به طوری که با افزایش سن مادر و همسر وی احتمال انجام سقط افزایش یافته بود. مطالعات نشان داده اند که به ازای هر سال افزایش سن زن تا میزان ۰/۰۸ شانس تصمیم به انجام سقط افزایش می یابد. مطالعات مشابه نیز نشان داده است، مادران با سن بالاتر بیشتر مبادرت به سقط عمد می نمایند (۲۱ و ۲۲)، که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد. دلیل این الگو این است که معمولاً زنان فرزندان خواسته خود را در سنین جوانی به دنیا می‌آورند. به طوری که حدود ۷۵ درصد از حاملگی ها در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال و بر اساس برنامه ریزی قبلی رخ داده است در مطالعه فیشر<sup>۳</sup> نیز با افزایش سن مادر سابقه عمد افزایش می‌یافت (۲۳). یافته ی دیگر این مطالعه، ارتباط معنادار بین بروز سقط عمد و افزایش تعداد حاملگی و تعداد فرزندان خانواده بود. با افزایش تعداد حاملگی درصد سقط عمد نیز افزایش یافته و از ۸/۹٪ به ۴۴/۷٪ افزایش یافت به عبارت دیگر، مادرانی بیشتر

### بحث و نتیجه گیری

این مطالعه، با هدف تعیین فراوانی سقط های عمد و عوامل موثر بر آن در مقایسه با سقط های غیر عمد در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب تهران در سال ۹۰-۸۹ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که در حدود ۲۶/۷٪ مرتکب سقط عمد و غیرقانونی شده بودند، 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 می کنند و در صورت مراجعت نیز از گزارش علت واقعی سقط خود داری می نمایند. در این مطالعه، به نظر می رسد میزان شیوع واقعی سقط به مراتب بیش از این میزان باشد. البته، این یافته تا حدودی با نتایج مطالعه عرفانی و مک کولان (۲۰۰۸) مشابهت دارد که نرخ کلی سقط در ایران را ۲۶٪ برای هر زن متاهل برآورد کرده اند و به بیان دیگر از بین هر ۴ زن یک سقط جنین عمد در طول بارداری رخ خواهد داد (۱۶). هم چنین، در مطالعه طوافیان میزان شیوع سقط ۴۳/۷٪ تخمین زده شده بود (۱۱). هم چنین مطالعه عرفانی (۱۳۸۹) با عنوان پیمایش باروری تهران نشان داد که ۶ درصد از حاملگی‌ها به سقط ختم می شود و نقطه اوج اقدام به سقط در سنین حدود ۳۵ سال بود (۱۷). اکونوفوا<sup>۱</sup> در مطالعه خود (۲۰۱۰) که در نواحی شهری نیجریه انجام داده بود، میزان کلی سقط را ۴۹/۶٪ برآورد نمود. که حدود ۸۲/۲٪ آن سقط عمد بود (۱۸). البته، برناب اورتیز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای در زنان ساکن امریکای لاتین میزان شیوع سقط های عمد را ۱۱/۶٪ تخمین زده بودند. در این

1. Okonofum  
2. Bernab- Ortiz

3. Fisher

بررسی دیدگاه زنان ایرانی با توجه به رویکردهای فرهنگی بستر جامعه غیر قابل اجتناب است. اکراک (۲۰۱۰) تاکید داشت که زنان کشور نیجریه به علت باورهای فرهنگی، از مصرف وسایل پیشگیری از بارداری خوداری می کردند و این امر زمینه بروز حاملگی ناخواسته و متعاقب آن انجام سقط را فراهم می کند (۲۶). به طور کلی، نتایج این مطالعه به ویژه به اهمیت آموزش های عمومی جهت ارتقاء سطح دانش و مهارت زنان در پیشگیری از بارداری ناخواسته تاکید دارد. هم چنین افزایش آگاهی های عموم جامعه از عوارض و خطرات سقط های عمد و پرخطر، گام بلندی در جهت کاهش مرگ مادران و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی آنان می باشد. این نتایج، به لزوم توجه بیشتر به کیفی نمودن خدمات بهداشت باروری در ایران اشاره می نماید. از محدودیت های انجام مطالعه حاضر می توان، به عدم دسترسی به اطلاعات بیماران در مراکز غیر مجاز از قبیل مراکز بیمارستانی و مطب های مامایی و احتمال سوگیری در ارایه پاسخ ها و ارایه پاسخ های نادرست به علت غیر قانونی بودن سقط در ایران بود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله گزارش بخشی از پایان نامه دوره MPH پودمانی بهداشت باروری دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران مصوب ۱۴/۱۰/۱۳۸۸ است که بدینوسیله نویسندگان این مقاله از بیماران و پرسشگرانی که در جمع آوری داده های این مطالعه شرکت نموده اند، تشکر و قدردانی می نمایند.

مبادرت به سقط می نمایند که از تعداد فرزندان کافی برخوردارند و می توان چنین استنباط کرد که تعداد موالید یکی از عوامل مهم در تصمیم گیری در مورد انجام سقط باشد. از دیگر نتایج این مطالعه می توان به ارتباط بین تحصیلات زن و شوهر با سقط اشاره نمود. افراد با سطح تحصیلات بالاتر از روش های پیشگیری از بارداری و شیوه استفاده درست و روش های اورژانسی پیشگیری از بارداری آگاهی لازم را دارند. در ضمن زنان تحصیل کرده تلاش خود را در راستای جلوگیری از بارداری ناخواسته به عمل می آورند. البته در صورت بروز حاملگی ناخواسته احتمال اینکه بخواهد، سقط جنین نمایند، افزایش می یابد. یافته های این مطالعه نتایج IDTS را تایید می کند که نشان داد، مادران با سطح سواد بالاتر، بیشتر اقدام به سقط می کنند (۱۰). به نظر می رسد، مادران با سطح تحصیلات بالاتر احتمالاً شاغل بوده و از استقلال مالی بیشتری برخوردارند، بنابراین در مواجهه با بارداری ناخواسته اقدام به انجام سقط می کنند. البته نتایج انبلوم (۲۰۰۳) حاکی از آن بود که بروز سقط در زنان شهری و روستایی با داشتن تحصیلات دانشگاهی تقریباً مشابه است (۲۴). همچنین برون (۲۰۰۵) نیز مهم ترین دلایل برای انجام سقط عمد را عواملی از قبیل: شغل، سطح تحصیلات مادر، داشتن فرزند کافی و فشار همسر یا شریک جنسی برای انجام سقط عنوان کرده بود (۲۶ و ۲۵). علی رغم این که بیش از ۷۰٪ از مادران شرکت کننده در مطالعه حاضر در هنگام استفاده از وسایل مختلف پیشگیری از بارداری، به طور ناخواسته باردار شده بودند و عمل سقط را انجام دادند. این نکته شاید بیانگر این موضوع باشد که مادران بدرستی از این روش ها استفاده نکرده بودند. لذا، نیاز به مشاوره آموزشی و

### References

- Zhirova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation Studies in Family Planning. 2004; 35: 178-187.
- Rasch V, Muhammad H, Urassa E, Bergstrom S. The problem of illegally induced abortion: result from a hospital based study conducted at district level in Dar es salaam. Tropical Medicine & International Health. 2000; 5: 495-502.
- Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Reasons for induced abortion and their relation to women emotional distress: A prospective two year follow-up study. General Hospital Psychiatry. 2005; 27: 36-43.
- Richardson k. Abortion prior to eight weeks safer for women. Medical Post, Toronto. 2007; 40: 8.
- Rasch V, Massawe S, Yambesi F, Bergstrom S. Acceptance of contraceptive among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. Tropical Medicine & International Health. 2004; 9: 399-405.
- Abortion in the developing world. Press release WHO/28, 17 May 1999. Geneva, World Health Organization. 1999.

7. Medical methods for termination of pregnancy. Report of a WHO Scientific Group. Geneva, World Health Organization 1998 (WHO Technical Report Series, No.871).
8. Studying unsafe abortion: A practical guide. Geneva, World Health Organization. 1996.
9. Milsom I. Contraception and family planning. European Practice in Gynecology and Obstetrics Series, 1st ed. Elsevier. Sweden. 2006.
10. Agha Yari T, Mehryar AH. Estimation of induced abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model. Journal of Population Association of Iran. 2007; 2(3):1-10
11. Tavafian S, Ramazanzadeh F. Socioeconomic characteristics and induced abortion: a cross sectional study based on health belief model. Payesh. 2007; 6(2):157-164.
12. Majlessi F, Rahimi Forooshani, A, Shariat M. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. East Mediter Health J. 2008; 14(1), 103-109.[Persian]
13. Abdullahi F, Mohammadpour Tahamtan RA. 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. 2003; 14: 40–5.[Persian]
14. Cohen SA. Envisioning life without Roe: lessons without Borders. The Guttmacher Report on Public Policy 2003. Retrieved From <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/06/2/gr060203.html>. Accessed 05 September 2009
15. Islam AM. Evaluation of reported induced abortion in Bangladesh: evidence from the recent DHS. In Proceedings of IUSSP International Population Conference, France Tours (France). 2005; 18–23.
16. Erfani A, Mcquilan K. Rtes of induced Abortion in Iran: The Roles of contraceptive use and religiosity. Stud Fam Plann. 2008; 39(2):111-122. [Persian]
17. Erfani A. Tehran survey of fertility. A study on the reproductive behavior of married women in Tehran. Tehran: The population studies and research center in Asia and pacific (PSRC). 2010. [Persian]
18. Okonofua F, Omo-Aghoja L, Bello Z, Osughe M, Agholor K. Self-reporting of induced abortion by women attending prenatal clinics in urban Nigeria. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2010; 111(2): 122-125.
19. Bernabé-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, Hughes JP, Gonzales MA, Garcia PJ, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. Canadian Medical Association Journal. 2009; 180(3): 298-304.
20. Shahbazi S. The consequences of unsafe abortion: a qualitative study. Journal of

- advanced nursing. 2011; 68(6), 1247-1255.[Persian]
21. Fallahian M, Mohammad Zadeh F. Trends in abortion in Iran: 1994-2002. Archives of Iranian Medicine. 2005; 8: 217-228.[Persian]
22. Mosoko JJ, Delvaux T, Glynn JR, Zekeng L, Macauley I, Buve A. Induced abortion among women attending antenatal clinics in Yaounde, Cameroon. East African Medical Journal. 2004; 81: 71-77.
23. Fisher WA, Singh S S, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine, D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. Canadian Medical Association Journal. 2005; 172(5): 637-41.
24. Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tydén T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology. 2003; 109(2), 155-160.
25. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ö. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. General hospital psychiatry. 2005; 27(1), 36-43.
- Okereke CI. Assessing the prevalence and determinants of adolescents 'unintended pregnancy and induced abortion in Owerri, Nigeria. Journal of Biosocial Science. 2010; 42(5):619.

## Assessment of Induced Abortions and its Effective Factors in Comparison with Spontaneous Abortions among Women Refer to Hospitals in South of Tehran

Bahman Nikpour<sup>1</sup>, Fereshteh Majlessi<sup>2\*</sup>, Azar Tol<sup>2</sup>, Nooshin Eshraghi<sup>3</sup>

### Abstract

**Background and Objective:** Induced abortion is one the health problems and mothers' health threatening in many developing countries. This study aimed to assess prevalence of induced abortion and its related factors in comparison with with spontaneous abortion among women referring to hospitals of south of Tehran in 2011-2012.

**Methods:** This study was a comparative cross sectional one which was performed among 513 women with abortion signs referring to south hospitals of Tehran city. Data gathering had been conducted through filling questionnaire, physical exams and medical records assessment by midwives in labor ward of each hospital. Data were analyzed by SPSS software version 16. The level of significant was set at less than 0.05.

**Results:** According to study findings, 72.3% of participants were in the age range of 2-35 years and 26.3% of abortions were induced one. Upper age of couple ( $p<0.001$ ), increasing in parity ( $p<0.001$ ), number of children ( $p<0.001$ ), level of education of couple ( $p<0.001$ ) had statistical significant relationship with induced abortion compare with spontaneous abortion. Induced abortion were significantly more in unwanted pregnancy ( $p=0.017$ ).

**Conclusion:** Results of this study addressed to necessity of general education in order to knowledge improvement and women skills regarding unwanted pregnancy prevention which result in induced abortion. Because mother mortality and morbidity is the most important outcome of induced abortion.

**Key words:** Induced abortion, Spontaneous abortion, Unwanted pregnancy, Women.

1. Department of Health Services, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

2. Department of Health Education and Promotion, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)\* Email: dr\_f\_majlessi@yahoo.com

3. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Gynecologist, Alzahra Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.