

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

باروری سالم، حاملگی ناخواسته و سقط غیر ایمن



ارائه دهنده:

صفورا جهان آرا

کارشناسی ارشد مامایی

۲۸ مهرماه ۱۴۰۰

سلامت باروری

▶ سلامت باروری طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به حالتی از تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماع (نه فقط فقدان بیماری) اطلاق می گردد و تمام موضوعات مرتبط با عملکرد و فرایندهای سیستم تولید مثل را شامل می شود.

▶ سلامت مادران از شاخص های مهم توسعه در کشورها محسوب می شود.

▶ مهم ترین هدف شاخص های بارداری زنان، پیشگیری از مرگ مادر است.

▶ هدف سازمان های بین المللی، کاهش جهانی مرگ مادران از ۶۲۱ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۵ به کمتر از ۷۰ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۲۰۳۰ است و برای دستیابی به این هدف، نیاز به کاهش حداقل ۵ درصد از میزان مرگ مادران است.

▶ مرگ مادران عمدتاً توسط مداخلات مناسب مانند دسترسی به خدمات مناسب و دسترسی به افراد ماهر مانند ماماهاى دوره دیده و پزشکان، قابل پیشگیری است.

حاملگی ناخواسته

▶ حاملگی ناخواسته تعاریف متفاوتی دارد که از آن جمله می توان به این موارد اشاره کرد، حاملگی ناخواسته به حاملگی هایی گفته می شود که از دیدگاه زن، همسرش یا هر دو ناخواسته باشد و بدون خواست و اراده زوج ها یا بدون برنامه ریزی قبلی به وقوع پیوندد.

▶ همچنین به معنای عدم تمایل به بارداری نه در زمان حال و نه در زمان آینده می باشد.



▶ بارداری ناخواسته با افزایش سقط عمدی، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد همراه است.

▶ همچنین عوارض روانی و اجتماعی اقتصادی برای زنان و خانواده ها ایجاد می کند و یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی محسوب می شود.

▶ معمولاً بعد از حاملگی های ناخواسته زنان مبادرت به انجام سقط جنین می کنند.



▶ به ازای هر هزار زن واقع در سنین باروری در دنیا ۲۲ مورد سقط غیر ایمن گزارش شده است.

▶ سقط عفونی بعد از حاملگی ناخواسته یکی از پنج عامل مهم مرگ و میر مادران می باشد.

▶ تقریباً ۴۰ درصد از ۱۸۲ میلیون حاملگی سالانه در کشورهای در حال توسعه ناخواسته است. سالانه ۴۶ میلیون حاملگی ناخواسته به سقط ختم می شود که ۲۰ میلیون آن غیرایمن است.

▶ تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف ایران شیوع حاملگی ناخواسته را بین ۲۶ تا ۴۷ درصد از حاملگی ها نشان می دهد.

پیامدهای حاملگی ناخواسته

- ▶ حاملگی ناخواسته پیامدهای قابل توجهی برای زنان و خانواده های آن ها دارد از جمله:
- ▶ ازدواج ناخواسته و زودهنگام
- ▶ فرصت های محدود برای تحصیل یا اشتغال
- ▶ انگ اجتماعی برای زنان / دختران مجرد
- ▶ فشار اضافی بر منابع خانواده برای غذا، آموزش و مراقبت های بهداشتی
- ▶ سقط جنین غیر ایمن، که ممکن است منجر به بیماری طولانی مدت، مشکلات روانی و مرگ شود.

عوامل تاثیر گذار بر حاملگی ناخواسته

▶ عواملی مانند جنس فرزندان قبلی، سن همسر، تحصیلات همسر، سن مادر، نوع روش جلوگیری از بارداری و طول مدت استفاده از آن، تعداد حاملگی قبلی، تعداد فرزندان زنده قبلی و فاصله بین دو حاملگی بر حاملگی ناخواسته تاثیر می گذارد.

▶ مهمترین عامل موثر بر حاملگی ناخواسته عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و شکست این روش ها می باشد.

علل حاملگی ناخواسته

- ▶ عدم استفاده از داروهای ضد بارداری موجود به دلیل فقدان اطلاعات، دسترسی محدود به خدمات، محدودیت های مالی، باورهای شخصی، تعارضات خانوادگی و یا نگرانی های مربوط به سلامتی اطلاعات غلط در مورد بارداری
- ▶ نوجوانان که مستعد بارداری ناخواسته و خطرات ناشی از فعالیت جنسی زودهنگام و محافظت نشده هستند زیرا:
 - اطلاعات و خدمات کافی ندارند.
 - سوء استفاده یا تجاوز جنسی
- ▶ ۲۰ تا ۵۰ درصد از کل زنان گزارش می دهند که خشونت جنسی را تجربه کرده اند.
- ▶ شکست پیشگیری از بارداری که سالانه سبب رخ دادن ۸ تا ۳۰ میلیون بارداری می شود.

بارداری ناخواسته و سقط غیر ایمن از دیدگاه اقتصادی

- ▶ بارداری ناخواسته در گروه بارداری های پرخطر طبقه بندی شده و در کلیه نژادها و در هر وضعیت اقتصادی - اجتماعی به ویژه اقشار کم درآمد و فقیر رخ می دهد.
- ▶ احتمال سقط جنین غیرقانونی در حاملگی های ناخواسته به طرز چشمگیری افزایش می یابد.
- ▶ هزینه درمان عوارض سقط های غیر ایمن و غیر قانونی در برابر سقط های بهداشتی و قانونی بسیار بیشتر است.
- ▶ سقط القایی شاخص مهمی در اندازه گیری بارداری ناخواسته است.
- ▶ آمار سقط در سال ۲۰۰۸ نشان داده است به طور کلی ۴۳ میلیون سقط در سراسر جهان به وقوع می پیوندد که نزدیک به نیمی از آن ها غیر ایمن می باشد.



▶ ۹۸ درصد سقط غیر ایمن در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است.

▶ در کشور ایران نیز حدود ۴۰ درصد بارداری ها ناخواسته است.

▶ با توجه به تخصیص منابع مالی به بخش سلامت، حاملگی ناخواسته بار مالی سنگینی را بر دولت ها وارد می کند.

▶ احتمالا بسیاری از هزینه های خرج شده مالیات دهندگان در بخش سلامت به زنان با حاملگی ناخواسته و پیامدهای باروری آنان تعلق می گیرد.



▶ کاهش میزان حاملگی ناخواسته با کاهش میزان مرگ مادر همراه است.

▶ شاخص مرگ مادر یکی از مهم ترین شاخص های توسعه در جهان بوده و بر اساس اهداف توسعه هزاره سوم تا سال ۲۰۱۵ باید تا سه چهارم (۷۵ درصد) نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش می یافت.

▶ در ایران، میزان مرگ مادر ۲۱ در یکصد هزار تولد زنده است که با کاهش بارداری های ناخواسته کاهش بیشتری می یابد.

▶ در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، آمار حاملگی ناخواسته و سقط غیر ایمن بسیار مشکل و ابهام آمیز بوده و متعاقباً هزینه های اقتصادی منتج از آن و افزایش بار مالیاتی مالیات دهندگان نامشخص است.

حاملگی نا خواسته و جمعیت از دیدگاه اقتصادی اجتماعی

▶ تحولات جمعیتی در دو قرن اخیر، دگرگونی بنیادی درسبک زندگی، توسعه تکنولوژی و افزایش سطح انتظارات بشر در تأمین رفاه جسمی، روانی - اجتماعی سبب شده تا مسائل جمعیتی و راهکارهای سامان بخشی جمعیت بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

▶ وضعیت سلامت یک جمعیت از متغیرهایی چون ساختار سنی، قرار گرفتن جمعیت در معرض ناقلان گوناگون از نظر اپیدمیولوژی، میزان مرفه بودن جمعیت، رفتار جمعیت، ویژگی های جمعیتی و رفتارهای باروری تاثیر می پذیرد.

▶ تقاضاهای مربوط به سیستم های مراقبت های بهداشتی و درمانی، یک کشور را تحت تاثیر قرار می دهد.

▶ کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت بیان نمود که سطح سلامت جمعیت احتمالاً تاثیر بسزایی بر ابعاد گوناگون اقتصاد خرد، بازار کار و متغیر های پس انداز خواهد گذاشت که متعاقباً وضعیت اقتصاد کلان را تحت تاثیر قرار می دهد.



▶ بارداری ناخواسته به سبب تاثیر بر رشد بی رویه جمعیت و سلامت مادر و کودک یکی از چالش های عمده کشورهای در حال توسعه است.

▶ جمعیت جهان هر ۴۰ سال دو برابر می شود و جمعیت بسیاری از کشورهای فقیر در مدت کمتر از ۲۰ سال آینده ۲ برابر خواهد شد.

▶ در این راستا بارداری ناخواسته از عوامل موثر بر این رشد بی رویه جمعیت است.

▶ بارداری ناخواسته در این زمینه از دو رویکرد قابل بررسی است:

(۱) پیشگیری از رشد بی رویه جمعیت

(۲) اثر آن بر سلامت مادر و کودک

► در ریشه یابی بارداری ناخواسته عواملی چون:

❖ بارداری ناخواسته در نوجوانان،

❖ خدمات ناکافی تنظیم خانواده،

❖ سطح اقتصادی - اجتماعی پایین،

❖ عدم استفاده یا عدم آگاهی و یا استفاده نادرست از روش های تنظیم خانواده

رصد می گردد.

▶ بارداری ناخواسته در نوجوان کم درآمد آمریکا ۶۰ درصد گزارش شده است.

▶ بارداری ناخواسته منجر به به افت تحصیلی شدید، ترک تحصیل نوجوانان، مسائل روحی - روانی، خودکشی، سقط های غیر ایمن شده و سلامت آنان را به مخاطره می اندازد.

▶ بارداری ناخواسته با تاثیر بر سلامت کودکان و بزرگسالان بار اقتصادی زیادی را بر دوش دولت ها می نهد.

▶ بارداری ناخواسته بالاخص در نوجوانان فقیر بیشتر گزارش می شود.

▶ فقر و بیماری از علل ناتوانی جوامع و از جمله علل تسریع کننده رشد جمعیت و توزیع ناعادلانه سرویس های بهداشتی یا نابرابری بهداشتی است.

▶ نابرابری بهداشتی مفهومی است که یکی از زوایای آن نابرابری بهداشتی با منشاء اقتصادی - اجتماعی است.

▶ بارداری ناخواسته موجب کاهش رفاه زوجین و تقلیل توسعه اقتصادی - اجتماعی می شود.



► پذیرفتن این که سطح سلامت افراد از فعالیت های نظام مراقبت های بهداشتی درمانی یک کشور تأثیر می پذیرد، معقولانه و منطقی است.

► در ضمن این که جامعه چگونه خود را در رابطه با راه اندازی سیاست های سلامت و تأمین مالی ارائه مراقبت های بهداشتی سازمان دهد، احتمالاً تأثیر مستقیم و مستقل بر متغیر های اقتصاد کلان خواهد داشت.

➤ محور توسعه بهداشت، سلامت عمومی و محور سلامت عمومی، بهداشت باروری است.

➤ زیر شاخه های بهداشت باروری شامل:

➤ مشاوره، اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط پیرامون تنظیم خانواده، حق انتخاب آزادانه ازدواج، برابری و عدالت بین زن و مرد جهت تصمیم گیری در مورد ازدواج، ارائه خدمات تنظیم خانواده، قدرت تصمیم گیری باروری، فراهم نمودن مراقبت های دوران بارداری، مراقبت سلامت زنان، امنیت باروری و روابط جنسی، پیشگیری از نازایی و درمان مناسب ناباروری، پیشگیری از سقط جنین و درمان به موقع و عوارض ناشی از آن، درمان عفونت های دستگاه تولید مثل، برخورد صحیح با بیماری های منتقله جنسی و درمان مناسب آن ها

▶ بارداری ناخواسته از مسائل عمده بهداشت باروری است و شاخص های آن را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد.

▶ میزان مرگ و میر نوزادان از جمله شاخص های بهداشت باروری می باشد که توسط بارداری ناخواسته تحت تاثیر واقع می شود.

▶ مطالعات متعدد بر روی نوزادان حاصل از بارداری ناخواسته گزارش نموده اند که میزان مرگ و میر، سوء تغذیه، بدرفتاری و بیماری های روانی از جمله اسکیزوفرنی در مراحل بعدی زندگی آنان شایع تر است و آنان در مراحل آتی زندگی از پیشرفت های تحصیلی مطلوبی برخوردار نمی باشند.

▶ بارداری ناخواسته، تولد نوزادان با وزن کم را افزایش می دهد و بر شاخص های رشد نوزادان موثر است.



▶ شاخص مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، شاخص دیگر بهداشت باروری است که تحت الشعاع بارداری ناخواسته است.

▶ بارداری ناخواسته از دلایل عمده مرگ و میر ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال در سطح جهان شمرده می شود.

▶ شاخص مرگ و میر مادران به دلیل انجام سقط های جنایی یا غیر قانونی از بارداری ناخواسته تاثیر می پذیرد.



▶ شاخص تنظیم خانواده در بهداشت باروری در مادران با حاملگی خواسته و ناخواسته، تفاوت های قابل ملاحظه ای را نشان می دهد.

▶ استفاده از قرص های ضد بارداری در گروه بارداری ناخواسته کمتر است.

▶ کاربرد مؤثر وسایل تنظیم خانواده باعث کاهش میزان مرگ و میر مادران به علل ناشی از بارداری می شود که این شاخص، نشانگری حساس برای عدالت و برابری در سلامت است.



▶ شاخص امید به زندگی، از دیگر شاخص های بهداشت باروری قرار دارد و خود به شدت تحت تاثیر مرگ ومیر شیرخواران و مرگ ومیر نوزادان قرار می گیرد.

▶ شاخص امید به زندگی، بهترین نشانگر رشد اقتصادی - اجتماعی است.

▶ انتظارات اجتماعی و فشارهایی که تعیین کننده نیاز زنان است موجب می شود زنان نتوانند به تنهایی از حاملگی های ناخواسته جلوگیری نمایند.

▶ تحریم های اجتماعی، نابرابری بین حقوق اجتماعی زن و مرد، مخالفت همسران، عدم دسترسی به روش های متنوع پیشگیری از بارداری، برنامه ریزی ناکافی، کم رنگ بودن نقش مشاوره؛ گاهی سبب می شود که روش های توصیه شده با شرایط فرد سازگار نبوده و موجب عدم استفاده از روش ها گردد.

► براساس متون اقتصاد سلامت و بیماری، برنامه های بهداشتی برای پوشش بیماری ها چند نوع هزینه را بر افراد جامعه و دولت تحمیل می کنند:

- ❖ هزینه مستقیم مشخص مانند : هزینه های سرمایه ای و جاری مداخلات بهداشتی
- ❖ هزینه های مستقیم نامحسوس مانند: هزینه های پشتیبانی برنامه یا پرداخت های متفرقه
- ❖ هزینه های غیر مستقیم مانند: هزینه وقت و فرصت بیمار
- ❖ هزینه های نامملوس مانند: هزینه های درد، اضطراب، استرس

□ حاملگی ناخواسته جزء هزینه های نامملوس و نامحسوس است. این هزینه ها فقط مخارج مالی نبوده و به طور عمده باعث کاهش کیفیت زندگی مادر و خانواده شده و غیر قابل محاسبه اند.



► بارداری ناخواسته طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب اقتصادی از جمله:

چالش های بازارکار، نرخ جرم و جنایت، افزایش سقط جنین، افزایش سطح استرس خانواده و دیگر مواردی است که در تراز نامه عمومی ثبت نشده و نیز بار مالی اعمال شده با در نظر گرفتن ارزش اولیه اسمی در مالیات دهندگان قابل توجه می باشد.



► بدیهی است تصویب سیاست هایی از قبیل :

- ❖ پیشگیری از بارداری نوجوانان،
 - ❖ افزایش سواد بهداشتی در خانواده،
 - ❖ ارتقای سطح آموزش در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری،
 - ❖ مشاوره،
 - ❖ مشارکت مردان،
 - ❖ کاهش روابط جنسی محافظت نشده
 - ❖ اجرای برنامه های بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده
- می تواند سبب صرفه جویی قابل توجهی در بودجه عمومی دولت ها شده و به کاهش نرخ تورم هزینه سلامت بیانجامد.



▶ میزان حاملگی ناخواسته را می توان بوسیله اجرای برنامه های بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده تقلیل داد.

▶ تنظیم خانواده باعث کاهش حاملگی ناخواسته و نیاز به سقط جنین می شود.

▶ در سراسر جهان بین ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلیون زن متاهل و ۱۵ میلیون زن مجرد از روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند.

▶ در بین عوامل اقتصادی- اجتماعی، آموزش و تحصیل همواره به عنوان عاملی قوی تأثیر خود را بر روی رفتارهای باروری نشان داده اند.

▶ زنان با سطح آموزش بالاتر با احتمال موفقیت بیشتری باروری خویش را کنترل و از فرصت بیشتری در فرزندآوری برخوردارند.

خدمات تنظیم خانواده باید:

- ▶ برای افراد متاهل و مجرد در دسترس باشد.
- ▶ طیف وسیعی از روش های متناسب با نیازهای مشتریان را ارائه داد.
- ▶ به صورت محرمانه و بدون قضاوت ارائه شود.
- ▶ دسترسی و استفاده صحیح از روش های تنظیم خانواده می تواند از بسیاری از حاملگی های ناخواسته جلوگیری کرده و نیاز به سقط جنین را کاهش دهد.

سقط و انواع آن

سقط: ▶

مرگ و خروج جنین از رحم چه به صورت خودبخودی و چه از طریق القا قبل از هفته ۲۰ حاملگی و یا وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم است. تعداد خاص هفته ها از یک کشور به کشور دیگر بسته به قوانین محلی ممکن است متفاوت باشد.

سقط خودبخودی: ▶

شروع خودبخودی لیبر و تخلیه جنین قبل از زمانی که قابلیت حیات داشته باشد (هفته ۲۰)

تهدید به سقط: ▶

هنگامی که در یک زن باردار، خونریزی واژینال در طی ۲۰ هفته اول حاملگی رخ می دهد، احتمال سقط وجود دارد. در صورت معاینه آرام با اسپکولوم بعد از توقف خونریزی مشاهده می گردد که دهانه سرویکس بسته است. ممکن است درد پشت و درد شکمی مختصر هم وجود داشته باشد، اما پرده های جنینی سالم باقی می ماند.

▶ سقط اجتناب ناپذیر:

در این نوع سقط، امکان ادامه حاملگی غیرممکن است. به علت جدا شدن قسمت اعظم جفت از دیواره رحم، اغلب خونریزی شدید واژینال وجود دارد که با درد شکمی حاد مشابه الگوی انقباضات رحمی در لیبر (الگوی متناوب) همراه است. دهانه رحم باز شده و یا ساک کامل جنینی دفع می شود و یا بخشی از آن دفع شده و بافت جفتی باقی می ماند.

► سقط کامل:

تمامی محصولات حاملگی رویان/جنین، جفت و پرده های جنینی خارج می شوند. این نوع سقط بیشتر در ۸ هفته اول حاملگی اتفاق می افتد.

► سقط ناقص:

در این نوع سقط جنین خارج می شود، اما تمامی جفت یا بخشی از آن باقی می ماند. اگرچه درد ممکن است متوقف شود، اما خونریزی شدید وجود دارد. دهانه رحم نسبتاً بسته خواهد بود. این نوع سقط بیشتر احتمال دارد که در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق بیفتد.

▶ سقط القاشده:

این نوع سقط ناشی از مداخلات پزشکی، جراحی و یا استفاده از داروهای گیاهی یا سایر عملکردهای سنتی است که باعث می شوند که محتویات رحم به شکل کامل یا ناقص دفع شود. سقط القا شده بسته به قوانین هر کشوری ممکن است قانونی یا غیرقانونی باشد.

▶ سقط قانونی:

این نوع سقط تحت نظارت پزشکی انجام می گیرد که قوانین کشور را تأیید می کند و حاملگی را بر اساس دلایل مجاز در قانون خاتمه می دهد که در این صورت ضرورت دارد که پروسیجر به روش تأیید شده و در یک محل یا موسسه مورد تأیید انجام گیرد.

در بعضی از کشورها سقط به هر دلیلی و در هر شرایطی غیرقانونی است.

▶ سقط غیرقانونی:

اگر سقط توسط کسی انجام بگیرد که مجوز انجام آن را بر اساس قوانین مرتبط کشور نداشته باشد، از نوع غیرقانونی است. خطر بالای عفونت، خونریزی به علاوه صدمات دیگر در این نوع سقط وجود دارد.

▶ سقط سپتیک:

سقط سپتیک متعاقب هر نوع سقطی ممکن است اتفاق بیفتد، اما بیشتر متعاقب سقط غیرقانونی و سقط ناقص شایعتر است. نخست عفونت رحم ایجاد خواهد شد، سپس عفونت به سرعت به لوله های رحمی و پریتوئن گسترش پیدا خواهد کرد و در صورت عدم درمان سیستمیک خواهد شد. تب، نبض تند، سردرد، درد قسمت تحتانی شکم و لوشیای فراوان و تهاجمی وجود خواهد داشت که در صورت عدم درمان فوری و موثر به شوک سپتیک می انجامد.

▶ انواع دیگر سقط ها عبارتند از:

▶ سقط راجعه یا تکراری:

وقوع سه یا بیشتر سقط خودبخودی متوالی را سقط راجعه می گویند که ممکن است مرتبط با سرویکس نارسا، بیماری عمومی یا لگنی بوده و ممکن است علت آن ترومای قبلی به سرویکس باشد. اغلب علت آن ناشناخته است.

▶ سقط فراموش شده:

سقط فراموش شده، به حاملگی اطلاق میشود که در آن جنین مرده باشد و بافت جنینی و جفت در رحم باقی مانده باشد. درد شکمی و خونریزی واژینال متوقف و علائم حاملگی ناپدید خواهد شد. ترشح واژینال قهوه ای رنگ ممکن است وجود داشته باشد. خطر ایجاد اختلالات انعقادی در زن وجود دارد که در صورت احتباس جنین مرده در رحم به مدت بیش از ۸-۶ هفته منجر به خونریزی خطرناک خواهد شد.

سقط غیر ایمن

- ▶ روش های متعددی برای خاتمه دادن به بارداری ناخواسته از زمان های گذشته وجود دارند.
- ▶ در ۵۰۰۰ سال پیش در امپراتوری چین شن نونگ استفاده از جیوه برای القای سقط جنین رایج بود.
- ▶ بیش از ۱۰۰ روش سنتی القای سقط جنین وجود دارد که به طور کلی می تواند به چهار دسته تقسیم شود:

(۱) روش خوراکی و تزریقی داروها؛

(۲) دستکاری های واژن ؛

(۳) ورود جسم خارجی به رحم ؛

(۴) ضربه به شکم

بسیاری از این روش ها تهدید جدی برای زندگی و سلامت زن است.



▶ سالانه در سراسر جهان حدود ۲۱۰ میلیون زن باردار می شوند که نزدیک ۱۳۰ میلیون از آن ها به تولد نوزادان زنده منجر می شوند.

▶ ۸۰ میلیون بارداری باقی مانده با مرده زایی یا سقط خود به خود یا القایی به پایان می رسد.

▶ تقریبا ۴۲ میلیون حاملگی به صورت ارادی هر سال خاتمه می یابد که ۲۲ میلیون قانونی و ۲۰ میلیون غیر قانونی می باشد.

▶ در موارد غیر قانونی سقط جنین اغلب توسط ارائه دهندگان غیر ماهر و یا در شرایط غیربهداشتی انجام می شود.

▶ فقط یک مورد از سه سقط قانونی (و عمدتاً ایمن) در کشورهای در حال توسعه انجام می شود. در حالی که ۹۸٪ از سقط های نایمن در آنجا رخ می دهد.

▶ بیش از پنج میلیون یا تقریباً ۱ در ۴ از زنانی که سقط جنین غیر ایمن دارند احتمالاً با عوارض شدیدی روبرو خواهند شد که می تواند به دنبال آن سبب مراقبت در بیمارستان و مرگ خواهد بود.

▶ سقط جنین غیر ایمن

سقط جنین غیر ایمن با ناکافی بودن مهارت های ارائه دهنده و استفاده از تکنیک های خطرناک و مکان های غیربهداشتی و یا ارائه دهندگان فاقد صلاحیت انجام می شود که سلامتی و زندگی زنان را تهدید می کند.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) به جنبه های نا امن بهداشت عمومی توجه دارد. ►

سقط جنین در سال ۱۹۶۷ مجمع جهانی بهداشت قطعنامه WHA20.41 را تصویب کرد که در آن آمده بود که "سقط جنین یک مشکل جدی بهداشت عمومی در بسیاری از کشورها است" و مدیرکل سازمان جهانی بهداشت تاکید "به توسعه فعالیت های سازمان جهانی بهداشت در زمینه جنبه های بهداشتی تولید مثل انسان" کرد. ►

WHO سقط جنین غیر ایمن را به عنوان روشی برای ختم حاملگی ناخواسته که توسط افراد فاقد مهارت های لازم انجام می شود و یا در محیطی که با حداقل استانداردهای پزشکی یا هر دو مطابقت ندارد تعریف می کند. ►

بیانیه اجماعی کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴ (ICPD) خاطرنشان کرد که از همه دولت ها و سازمان های دولتی و غیردولتی مربوطه خواسته می شود تا تعهد خود را در زمینه سلامت زنان تقویت کنند و به سقط نایمن به عنوان یکی از دغدغه های اصلی بهداشت عمومی توجه کنند و به کاهش سقط جنین از طریق خدمات گسترده و بهبود تنظیم خانواده بپردازند.

موارد فوق در سال ۱۹۹۹ در بررسی پنج ساله اجرای تکرار شد.

برنامه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در نیویورک ایالات متحده در ادامه موافقت کرد که در شرایطی که سقط جنین خلاف قانون نیست، سیستم های بهداشتی باید ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را آموزش و تجهیز کنند و باید اقدامات دیگری را برای اطمینان از دسترسی بودن ایمن سقط جنین انجام دهند.

علیرغم این درخواست ها برای اقدام و افزایش استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری در سطح جهان، سقط جنین غیر ایمن همچنان رایج می باشد به ویژه در کشورهای در حال توسعه.

چارچوب قانونی سقط جنین

► شرایطی که سقط جنین از نظر قانونی مجاز است در کشورهای مختلف متفاوت است. در برخی از کشورها، دسترسی بسیار محدود است. در برخی دیگر ختم بارداری در دسترس است.

► قوانین سقط جنین متنوع است و می تواند پیچیده باشد. ممکن است ناهماهنگی بین عبارت قانون (de jure) و کاربرد آن (عملاً) باشد که این بدان معناست که شیوه های رایج می تواند به انجام سقط قانونی کمک کند یا مانع آن شود. حتی در برخی کشورها از نظر قانونی، سقط جنین ایمن ممکن است به راحتی قابل دسترسی نباشد.

► کشورها اغلب محدودیتی را برای آن اعمال می کنند و یا ممکن است نگرش کارکنان پزشکی مناسب نباشد و یا خدمات سقط جنین ناکافی باشد مثلاً توزیع غیر یکسان و یا کیفیت پایینی داشته باشند.

► خود زنان ممکن است از در دسترس بودن خدمات سقط جنین یا حق خود در زمینه دسترسی به آن در چارچوب قانونی بی اطلاع باشند.

دلایلی که سقط جنین به طور قانونی در ۱۹۳ کشور جهان مجاز است

	To save the woman's life	To preserve physical health	To preserve mental health	Rape or incest	Fetal impair- ment	Economic or social reasons	On request
All countries (n = 193)							
Permitted	189	122	120	83	76	63	52
Not permitted	4	71	73	110	117	130	141
Developed countries (n = 48)							
Permitted	46	42	41	39	39	36	31
Not permitted	2	6	7	9	9	12	17
Developing countries (n = 145)							
Permitted	143	80	79	44	37	27	21
Not permitted	2	65	66	101	108	118	124

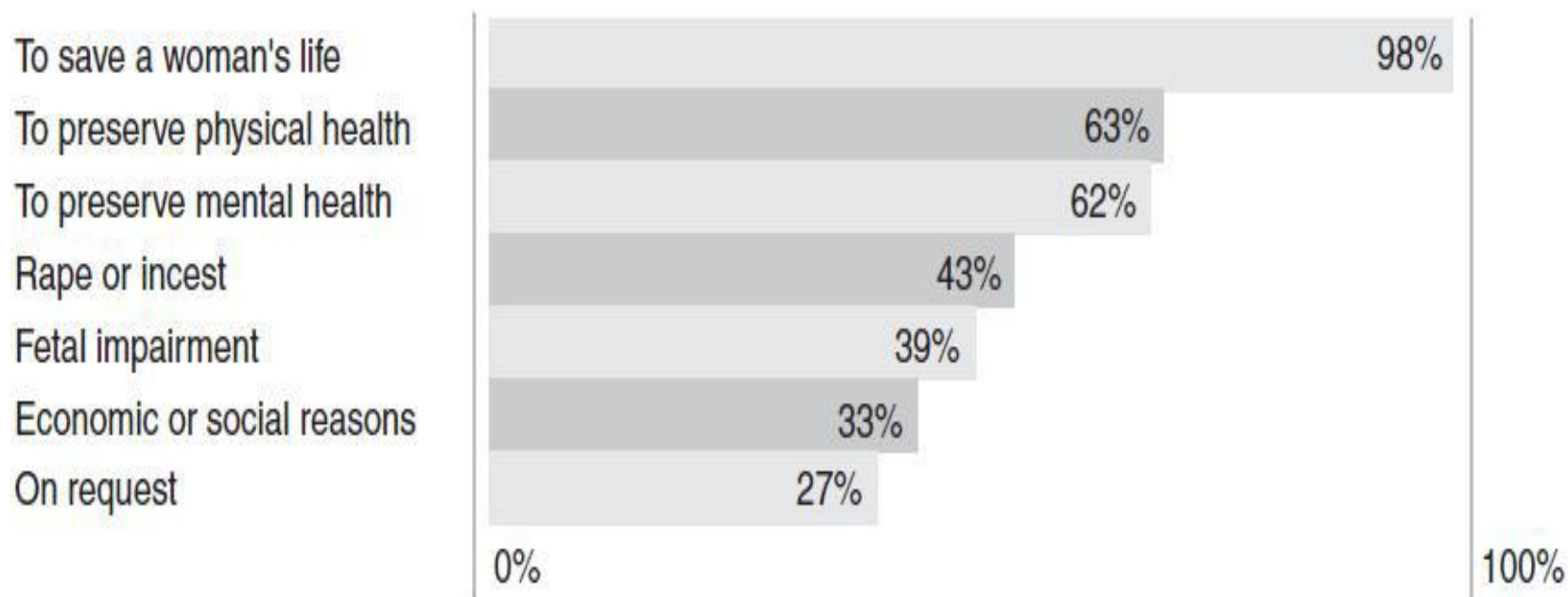
قوانین و مقررات مرتبط با سقط

▶ در کشورهای در حال توسعه، متوسط اندازه خانوار نسبتاً بزرگ است.

▶ از ۲۱۰ میلیون حاملگی هایی که هر سال رخ می دهند، ۷۵ میلیون برنامه ریزی نشده هستند و برآورد می شود که ۴۰ میلیون از آن ها به سقط ختم می شود.

▶ هر چند در تمامی کشورهای دنیا، در برخی شرایط برای حفظ زندگی زن اجازه سقط داده می شود، اما در این زمینه که کدام سقط ها مجاز شمرده شوند، تفاوت های زیادی در بین کشورها وجود دارد.

علل سقط های مجاز – درصد کشورها



Source: United Nations Population Division, 1999

هنوز هم در بعضی از کشورها به علت وجود موانعی مانند کمبود اطلاعات، فاصله تا تسهیلات مراقبت بهداشتی، محدودیت های اقتصادی و بی اعتمادی، دسترسی به سقط ایمن برای اکثر زنان غیرممکن است.

این بدین معنی است که در اکثر کشورهای در حال توسعه، خدمات سقط ایمن به حدی که قانون اجازه می دهد، در دسترس نیست.

علاوه بر این خدمات سقط ایمن و قانونی به علت کمبود مراقبین آموزش دیده و / یا تسهیلات مجهز مناسب، به علاوه وجود نگرش منفی کارکنان نسبت به سقط بویژه در زنان جوان و ازدواج نکرده، برای اکثر زنان واجد شرایط در دسترس نیست.

تغییر قوانین در یک کشور خاص به منظور مجاز شمردن سقط، ضرورتاً به افزایش میزان سقط منجر نمی شود. برای مثال در کشور نیوزیلند، قوانین غیرمحدود کننده سقط و خدمات آزاد سقط وجود دارد و روش های پیشگیری به طور وسیع در دسترس هستند، اما این کشور کمترین میزان سقط را در دنیا دارد (۵ سقط در هر ۱۰۰۰ زن سنین باروری).

▶ سایر کشورها از جمله باربادوس، کانادا، تونس و ترکیه سقط را آزاد کرده است که دسترسی بهتر به سقط قانونی را بدون افزایش میزان سقط فراهم می سازد.

▶ در سال ۱۹۹۹ انجمن عمومی ایالات متحده در بازبینی اجرای ICPD توافق کرده است که "در شرایطی که سقط در تضاد با قانون نیست، ضروریست که سیستم های بهداشتی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را آموزش دهند و تجهیز نمایند و باید روش های دیگری را برای حصول اطمینان از ایمن و قابل دسترس بودن سقط بکار ببرند.

▶ روش های زیادی باید برای حفاظت از سلامت زنان به کار گیرد. اکثر کشورها در تمامی مناطق دنیا، آزادسازی قوانین سقط و عدم محکوم کردن سقط به دلایل پزشکی را شروع کرده اند.

در کشورهایی که برای فراهم نمودن دسترسی بیشتر به خدمات مرتبط با سقط، قوانین تعدیل شده است، مهم است که در سیستم مراقبت بهداشتی، تغییرات مناسب ایجاد شود. مثال هایی از این تغییرات عبارتند از: ایجاد استانداردها، پروتکلها، دستورالعمل ها و پروسیجرهای اجرایی ارائه خدمات. در کشورهایی که سقط قانونی است، خدمات باید ایمن و قابل دسترس باشد.

ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی باید مهارت های لازم را در ارائه این خدمات داشته باشند و در زمینه قوانین مرتبط با سقط، استانداردها، پروتکل ها، دستورالعمل ها و پروسیجرهای اجرایی ارائه خدمات اطلاعات کامل داشته باشند.

علاوه بر این خدمات باید به اعضای جامعه شناسانده شود تا مطمئن شویم که زنان و خانواده ها آگاه هستند که در صورت ضرورت از کجا و چه زمانی خدمات را دریافت نمایند.

سازمان جهانی بهداشت برای آن کشورهایی که تمایل دارند که سیاست ها و سیستم بهداشتی خود را برای ایجاد خدمات سقط ایمن در دسترس برای زنان نیازمند بازبینی نمایند، راهنمایی فنی ارائه می دهد.

► اهمیت باروری. برای اکثر زنان، باروری از نظر پذیرش آنها توسط جامعه ای که در آن زندگی می کنند، مهم است.

► استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری ممکن است که برای باروری مضر به نظر برسد، بنابراین احتمال حاملگی ناخواسته و خطر بعدی سقط غیرایمن افزایش می یابد.

► نگرش ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی نسبت به ارائه مراقبت از سقط.

اکثر زنان تمایل ندارند که مراقبت را از کارکنان کلینیک یا بیمارستان که اهل داوری هستند یا کسانی که موجب احساس ناراحتی در آنها می شوند، دریافت نمایند

► علاوه بر عوامل فرهنگی-اجتماعی ذکر شده در بالا، اعتقادات مذهبی نیز احساس زن را در رابطه با تصمیم به سقط تحت تأثیر قرار می دهد.

قانون سقط در ایران

▶ سقط جنین طبق شرع و قوانین ایران، ممنوع بوده و مجازات دارد.

▶ اما مطابق با قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰ با وجود شرایط زیر مجاز می باشد:

❖ تشخیص قطعی ۳ پزشک متخصص به علاوه تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا نافی الخلقه بودن موجب حرج (سختی) مادر است یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر همراه باشد.

در صورتیکه:

❖ قبل از دمیدن روح در جنین (قبل از ۴ ماهگی) باشد.

❖ زن رضایت داشته باشد.

اگر شرایط فوق رعایت شود سقط مجاز بوده و پزشکی که سقط را انجام می دهد مجازات و مسئولیتی نخواهد داشت.



سقط غیر شرعی و غیر قانونی در ایران

▶ در ایران ۳۵۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰ مورد سقط در سال اتفاق می افتد.

▶ پیامدهای سقط:

❖ افسردگی، اندوه، گوشه گیری، عذاب وجدان

➤ برخی عوامل سقط در مطالعات داخلی:

❖ افزایش سن زن،

❖ افزایش سن همسر،

❖ افزایش فاصله زمانی پس از ازدواج،

❖ برنامه ریزی نشده بودن بارداری،

❖ نداشتن فرزند



❖ مهم ترین مانع گزارش شده برای سقط در ایران: اعتقادات مذهبی

❖ در یک بررسی: بالغ بر ۲۲۰۰۰۰ سقط غیر قانونی در کشور در سال ۱۳۹۱ اتفاق افتاده است.

❖ بالغ بر ۱۲۰۰۰۰ مورد غیر پزشکی، حدود ۱۰۰۰۰۰ مورد به دلایل پزشکی بودند.

❖ اکثر سقط ها به دلیل مسایل اقتصادی و بقیه موارد به علت تداخل با تحصیل و سایر موارد بوده اند.

❖ تعداد مجوزهای سقط صادره توسط پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۱ کمتر از ۷۰۰۰ بوده است.

پیامدهای بهداشتی سقط جنین غیر ایمن و تأثیر آن بر سلامتی خدمات

- ▶ هنگامی که سقط جنین القایی توسط افراد واجد شرایط با استفاده از تکنیک های صحیح و در شرایط بهداشتی انجام می شود یک روش ایمن است. به عنوان مثال در ایالات متحده میزان مرگ ناشی از سقط ۰/۶ در ۱۰۰۰۰۰ روش است که نزدیک آمار تزریق پنی سیلین است. اما در کشورهای در حال توسعه خطر مرگ در پی سقط غیر ایمن وجود دارد.
- ▶ عوارض و مرگ و میر و خطرات ناشی از سقط غیر ایمن به امکانات و مهارت ارائه دهنده سقط جنین، روش مورد استفاده، سلامت عمومی زن و سن بارداری و اینکه توسط خود زن و توسط یک پزشک غیر پزشکی ایجاد شود بستگی دارد.
- ▶ در شرایط غیربهداشتی. تلاش برای سقط جنین ممکن است شامل قرار دادن باشد یک جسم جامد (ریشه ، شاخه یا سوند) در رحم ؛ یک روش اتساع و کورتاژ نادرست توسط ارائه دهنده غیر ماهر ؛ خوردن مواد مضر ؛ اعمال خارجی فشار که ممکن است سبب پاره شدن رحم و مرگ شود.

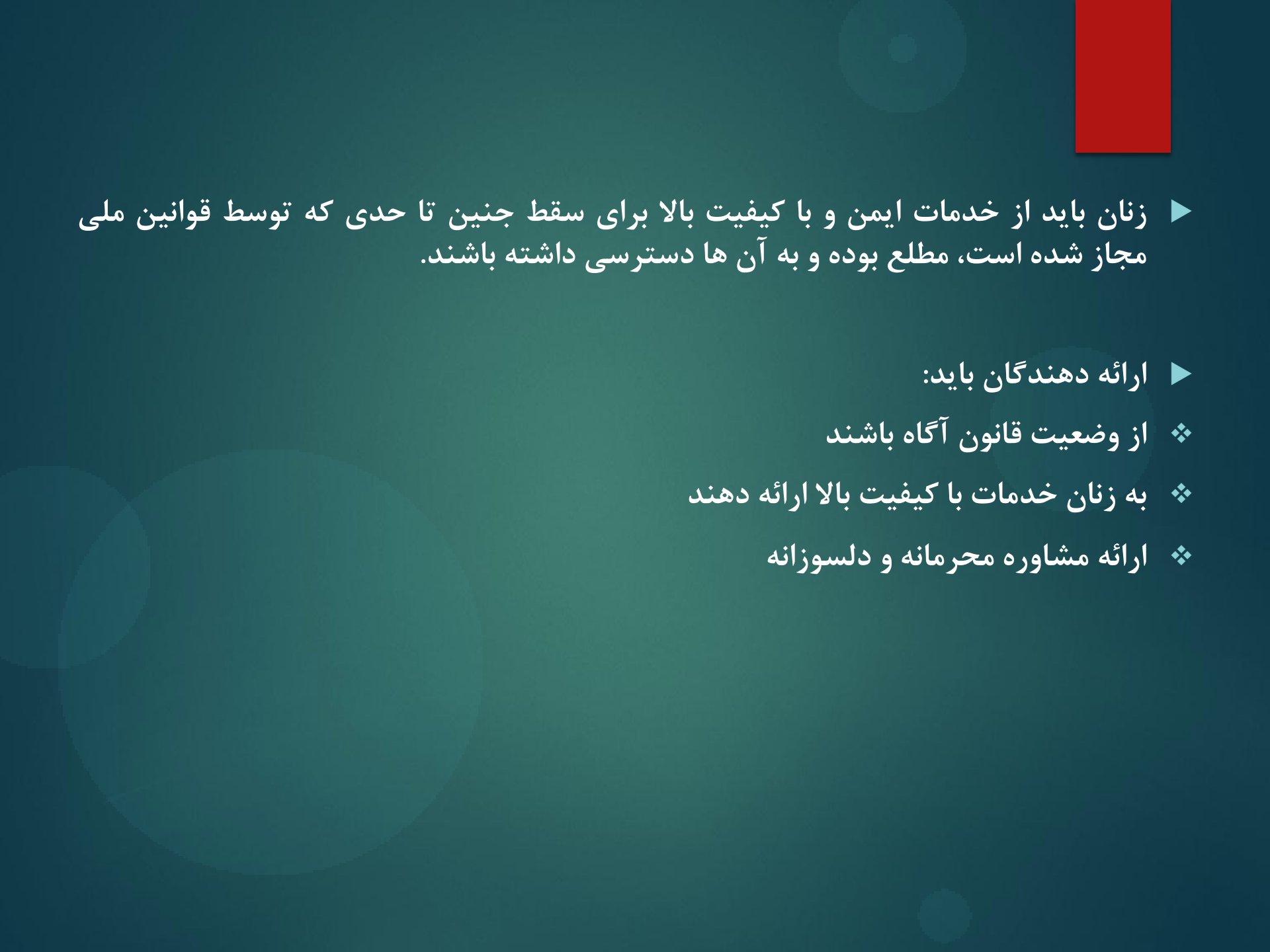
- ▶ سالانه حدود ۶۵۰۰۰ تا ۷۰.۰۰۰ مرگ و نزدیک به پنج میلیون زن مبتلا به ناتوانی دائمی یا موقت به دلیل سقط غیر ایمن می شوند.
- ▶ از این تعداد، بیش از ۳ میلیون نفر از این عوارض رنج می برند.
- ▶ تقریبا ۱/۷ میلیون نفر دچار ناباروری ثانویه می شوند.
- ▶ سقط غیر ایمن جنین ۱۳ درصد از مرگ و میر مادران و ۲۰ درصد از ناتوانی به دلیل بارداری و زایمان را شامل می شود.



▶ از نظر الگوی سنی سقط جنین غیر ایمن برای درک بهتر موانع دسترسی و برای مداخلات متناسب یک بررسی نشان داد که دو سوم سقط های غیر ایمن در بین زنان بین ۱۵ تا ۳۰ سال رخ می دهد.

▶ ۲/۵ میلیون یا تقریباً ۱۴ درصد از کل سقط جنین های غیر ایمن در کشورهای در حال توسعه روی می دهد.

▶ سالانه تقریباً ۲۰ میلیون سقط جنین غیر ایمن انجام می شود. روزانه بیش از ۲۰۰ زن بر اثر عوارض سقط ناامن جان خود را از دست می دهند و عوارض ناشی از سقط جنین در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد.



▶ زنان باید از خدمات ایمن و با کیفیت بالا برای سقط جنین تا حدی که توسط قوانین ملی مجاز شده است، مطلع بوده و به آن ها دسترسی داشته باشند.

▶ ارائه دهندگان باید:

- ❖ از وضعیت قانون آگاه باشند
- ❖ به زنان خدمات با کیفیت بالا ارائه دهند
- ❖ ارائه مشاوره محرمانه و دلسوزانه

مراقبت های بعد از سقط

▶ مراقبت های بعد از سقط باید برای زنانی که سقط عمدی انجام می دهند در دسترس باشد.

▶ مراقبت های بعد از سقط شامل موارد زیر است:

❖ درمان اضطراری عوارض سقط جنین

❖ مشاوره و خدمات تنظیم خانواده

❖ ارتباط با طیف گسترده ای از خدمات بهداشت باروری

❖ مشارکت جامعه برای جلوگیری از بارداری های ناخواسته و اطمینان از اینکه زنان مبتلا به عوارض پس از سقط جنین مراقبت های لازم را به موقع دریافت می کنند.

❖ خدمات مراقبت بعد از سقط جنین باید به شیوه ای دلسوزانه و بدون قضاوت ارائه شود.

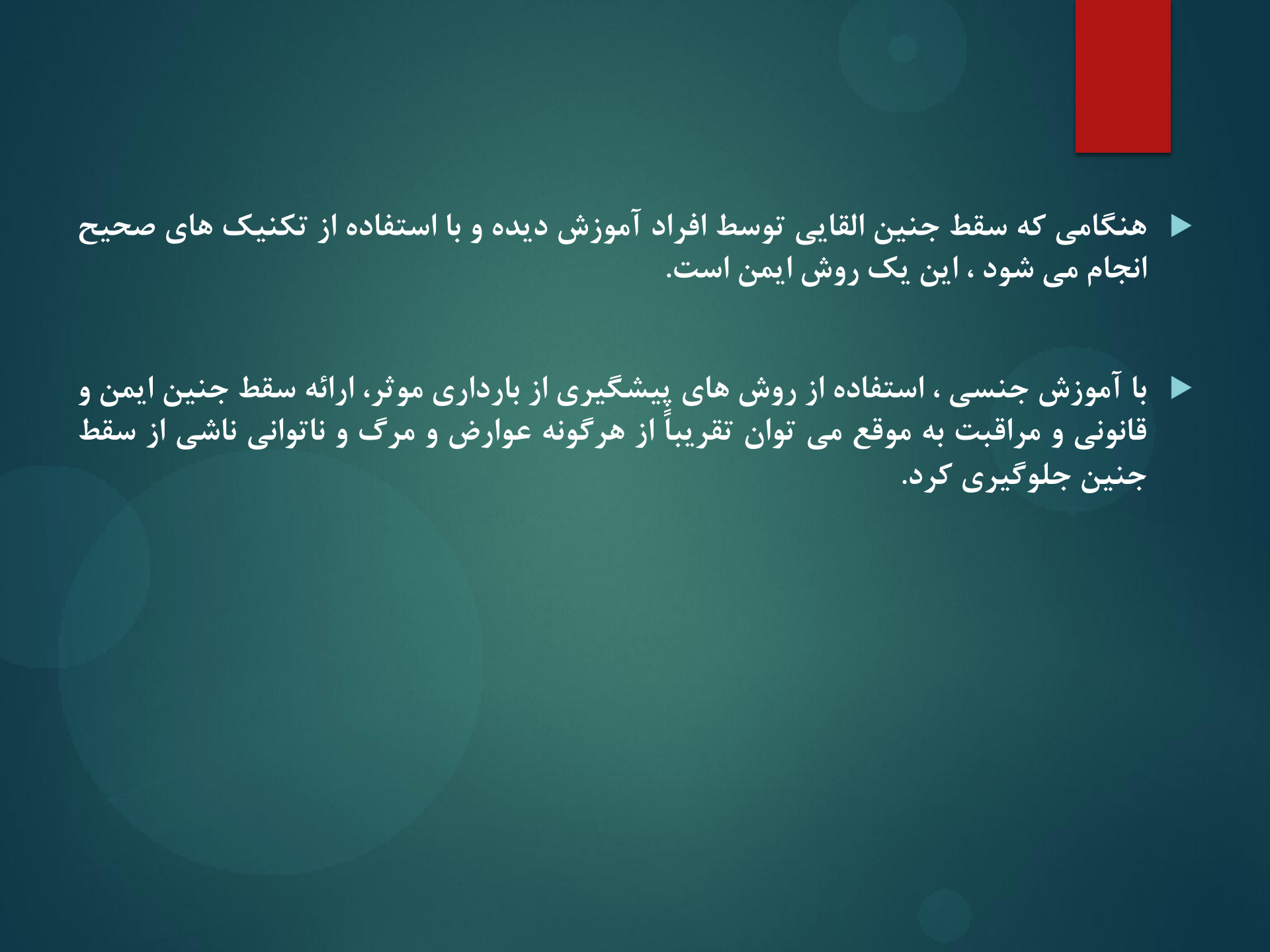
سقط جنین غیرقانونی مترادف با سقط جنین غیر ایمن نیست

- ▶ زمینه حقوقی و سطح ایمنی ارتباط نزدیکی با هم دارند.
- ▶ در مواردی که قوانین محدود کننده کمتری باشد، زنان می توانند از مراقبت های ایمن برخوردار شوند.
- ▶ برعکس، در مواردی که قوانین ضعیف اجرا می شود، زنان گاهی با تأخیر و در شرایط نا امن سقط جنین را انجام می دهند.

جلوگیری از سقط جنین غیر ایمن

- ▶ بین سال های ۲۰۱۰-۲۰۱۴ به طور متوسط، سالانه ۵۶ میلیون سقط جنین ناشی (ایمن و نایمن) در سراسر جهان اتفاق افتاده است.
- ▶ در هر ۱۰۰۰ زن بین ۱۵ تا ۴۴ سال ۳۵ مورد سقط جنین وجود داشت.
- ▶ ۲۵ درصد از حاملگی ها به سقط القایی ختم شده بود.
- ▶ میزان سقط جنین در مناطق در حال توسعه بیشتر از مناطق توسعه یافته بود.

هزینه سالانه درمان عوارض عمده سقط غیر ایمن ۶۸۰ میلیون دلار برآورد
شده است



▶ هنگامی که سقط جنین القایی توسط افراد آموزش دیده و با استفاده از تکنیک های صحیح انجام می شود ، این یک روش ایمن است.

▶ با آموزش جنسی ، استفاده از روش های پیشگیری از بارداری موثر، ارائه سقط جنین ایمن و قانونی و مراقبت به موقع می توان تقریباً از هرگونه عوارض و مرگ و ناتوانی ناشی از سقط جنین جلوگیری کرد.

موانع دسترسی به سقط جنین ایمن

- ▶ قوانین محدود کننده ؛
- ▶ در دسترس نبودن خدمات ؛
- ▶ هزینه بالا؛
- ▶ انگ
- ▶ عدم همکاری ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی
- ▶ الزامات غیر ضروری مانند:
- ▶ مشاوره اجباری
- ▶ ارائه اطلاعات گمراه کننده
- ▶ مجوز شخص ثالث
- ▶ آزمایشات غیر ضروری پزشکی

می توان از سقط جنین غیر ایمن جلوگیری کرد

از طریق:

- ▶ آموزش جنسی مناسب ؛
- ▶ جلوگیری از حاملگی ناخواسته با استفاده از روش های پیشگیری از بارداری موثر، از جمله پیشگیری از بارداری اضطراری؛
- ▶ ارائه سقط ایمن و قانونی

- 
- ▶ نرخ سقط جنین از سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه یافته به طور قابل توجهی کاهش یافته است اما در کشورهای در حال توسعه این میزان کاهش نیافته است.
 - ▶ اطمینان از دسترسی به مراقبت های بهداشت جنسی و باروری می تواند به میلیون ها زن در جلوگیری از حاملگی های ناخواسته و اطمینان از دسترسی به سقط ایمن کمک کند.

▶ برخی از بیمارستان های کشورهای در حال توسعه تا ۵۰ درصد از بودجه زنان و زایمان خود را برای درمان عوارض سقط نا ایمن هزینه می کنند.

▶ ناتوانی های ناشی از عوارض سقط غیر ایمن عبارتند از:

❖ محدود کردن بهره وری زنان در داخل و خارج از خانه

❖ توانایی آن ها در مراقبت از فرزندان را محدود کند

❖ بر روابط جنسی تأثیر منفی می گذارد

❖ باعث مرگ مادری می شود



► با توجه به وجود تمایلات جنسی در انسان و ارتباطات جنسیتی، برنامه عملیاتی ICPD اهداف زیر را شامل می شود:

الف- ارتقای رشد مناسب تمایلات جنسی، مجاز شمردن ارتباطات عادلانه و احترام دوطرفه بین دو جنس و تأثیر آن در بهبود کیفیت زندگی اشخاص

ب- حصول اطمینان از اینکه زنان و مردان به اطلاعات، آموزش و خدمات مورد نیاز برای دستیابی به سلامت جنسی خوب دسترسی دارند و به حقوق و مسئولیت های باروری خود عمل می کنند.

عوامل موثر در سقط خودبخودی

- ▶ در کشورهای توسعه یافته، سقط خودبخودی در ۱۰ تا ۱۵٪ از حاملگی های تشخیص داده شده از نظر بالینی اتفاق می افتد، قبل از زمانی که خود زن حاملگی را تشخیص دهد، اما میزان سقط خودبخودی ممکن است در کشورهای در حال توسعه به علت سوء تغذیه و سایر مشکلات سلامتی بیشتر باشد.
- ▶ اکثریت سقط های خودبخودی در اوایل حاملگی رخ می دهد که تقریباً ۸۰٪ آن ها در سه ماهه اول واقع می شود.
- ▶ علل سقط خودبخودی همیشه مشخص نیست. بیش از نیمی از سقط های خودبخودی سه ماهه اول به علت تکامل غیرطبیعی رویانی هستند.
- ▶ عوامل احتمالی دیگر شامل: بیماری های تب دار، عفونت های سیستمیک و ژنیتال مانند سیفلیس، سل سیستمیک، ویروس سرخجه، سیتومگالوویروس، ویروس هرپس سیمپلکس، کلامیدیا، مایکوپلاسما، توکسوپلاسما گوندی، لیستریا و بروسلا

▶ بیماری مزمن مادری، علل هورمونی، توکسین های محیطی، علل غذایی و ژنتیک

▶ حاملگی های توأم با IUD

▶ در بسیاری از موارد هیچ عامل خاصی که موجب سقط خودبخودی شود، وجود ندارد.

▶ ضرورت دارد که به زنانی که سقط خودبخودی را تجربه می کنند مراقبت پزشکی مناسب و به موقع ارائه شود. همچنین ارائه مراقبت پیگیری مناسب مانند تنظیم خانواده و ارزیابی سقط تکراری ضروری است.

عواملی که در سقط غیرایمن نقش دارد

- ▶ مرگ های ناشی از سقط های غیرایمن از علل اصلی مرگ مادری هستند. بعلاوه اکثر زنان از مشکلات درازمدت ناشی از عوارض سقط رنج می برند.
- ▶ سقط غیرایمن یک مشکل سلامت عمومی برای زنان در تمامی سنین بویژه برای زنان جوان است که اغلب دسترسی کمی به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده دارند. این زنان در مقایسه با زنان با سنین بالا کمتر احتمال دارد که پول برای پرداخت هزینه سقط ایمن را داشته باشند یا بدانند که از کجا و چگونه خدمات سقط ایمن را دریافت نمایند.
- ▶ همچنین احتمال بیشتری دارد که زنان جوان جستجوی کمک را به تأخیر انداخته و بنابراین در پی ختم حاملگی در مراحل پیشرفته حاملگی که خطر مرگ و آسیب بالاست، باشند.
- ▶ زنانی که از عوارض سقط غیرایمن رنج می برند با احتمال حاملگی های ناخواسته بعدی و خطر آسیب یا مرگ به علت پروسیجرهای تکراری غیرایمن هم مواجه می شوند.

عوامل موثر در سقط و /یا عوارض مرتبط با سقط

عوامل موثر در سطح فردی

- ❖ فعالیت جنسی در سنین جوانی
- ❖ فقدان آگاهی درباره تنظیم خانواده
- ❖ فقدان آگاهی درباره محل دریافت خدمات تنظیم خانواده
- ❖ عدم تمایل به استفاده از روش های تنظیم خانواده به دلایل فرهنگی، مذهبی، اجتماعی، اقتصادی یا عاطفی
- ❖ ناتوانی برای استفاده موثر از روش های تنظیم خانواده
- ❖ شکست روش های پیشگیری از بارداری
- ❖ فقدان آگاهی درباره اثرات مضر سقط غیرایمن
- ❖ فقدان آگاهی درباره وخامت خونریزی شدید واژینال
- ❖ جایگاه تحصیلی پایین (مرتبط با فقدان آگاهی)
- ❖ جایگاه اقتصادی پایین (در صورتی که خدمات نیاز به پرداخت حق الزحمه داشته باشند منجر به عدم دسترسی می شود)
- ❖ وضعیت سلامتی ضعیف (به احتمال بیشتری مبتلا به عوارض پس از سقط می شود)
- ❖ تاریخچه قبلی از حاملگی ناخواسته و سقط

عوامل موثر در سطح اجتماعی

- ❖ فقدان آگاهی درباره اثرات مضر سقط غیرایمن
- ❖ فقدان آگاهی درباره وخامت خونریزی شدید واژینال (بیش از خونریزی نرمال قاعدگی)
- ❖ مسافت دور منزل یک زن / دختر جوان تا تسهیلات بهداشتی که مراقبت مورد نیاز در آنجا در دسترس است که در صورت وجود خونریزی منجر به تأخیر در جستجوی مراقبت و تأخیر در دریافت درمان می شود.
- ❖ فقدان وسیله حمل و نقل بین منزل و تسهیلات بهداشتی
- ❖ فقدان خدمات تنظیم خانواده و مراقبت پس از سقط
- ❖ جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین
- ❖ باورهای متداول مذهبی و فرهنگی اجتماعی ارائه خدمات را منع می کند
- ❖ قوانین محدود کننده در ارتباط با سقط
- ❖ عدم درگیری مردان در موضوعات بهداشت باروری، مردانی که تمایلی به استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری ندارند.
- ❖ جایگاه پایین زنان، برای مثال احتمال دارد که قادر نباشند که در پی دریافت مراقبت بدون اجازه همسر یا عضو دیگر خانواده باشند.

► عوامل موثر مرتبط با خدمات بهداشتی

- ❖ تأخیر در شروع روش های احیاء برای عوارض پس از سقط
- ❖ تخمین کمتر میزان خونریزی
- ❖ نبودن فرآورده های خون و پلاسما
- ❖ تکنیک های معیوب برای اداره عوارض پس از سقط
- ❖ تأخیر در درخواست کمک یا ارجاع زن/دختر جوان به مراکزی که کمک موردنیاز در دسترس است
- ❖ نگرش های منفی کارکنان بهداشتی به زنان بویژه آنهایی که ازدواج نکرده هستند و بویژه نوجوانانی که با عوارض پس از سقط مراجعه می کنند.
- ❖ کارکنان آموزش ندیده در زمینه اداره سقط ناکامل و عوارض پس از سقط
- ❖ کارکنان آموزش ندیده در زمینه اداره عوارض پس از سقط و /یا مشاوره پس از سقط و تنظیم خانواده

کاهش عوامل موثر بر سقط

ضرورت دارد که اقدامات یا مداخلات زیر برای کاهش عوامل موثر بر سقط انجام گیرد:

- ▶ تمامی زوج ها و افراد (شامل زنان ازدواج نکرده و نوجوانان) به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده باکیفیت، مددجو محور و محرمانه دسترسی داشته باشند که طیف وسیعی از روش های مدرن خدمات تنظیم خانواده از قبیل روش های اورژانسی پیشگیری از بارداری را ارائه می دهد.
- ▶ مشاوره تنظیم خانواده باید محرمانه و حمایتی بوده و به نیازهای خاص مددجو پاسخ داده و تداوم مراقبت را تسهیل نماید.
- ▶ تمامی ارائه دهندگان مراقبت بایستی تدارکات، تجهیزات، اطلاعات و مهارت های حرفه ای و بین فردی لازم برای حمایت از ارائه مراقبت باکیفیت داشته باشند.
- ▶ زنان و خانواده های آنها بایستی از طریق کانال های ارتباطی مختلف در باره تنظیم خانواده شامل روش های پیشگیری اورژانسی مطلع شوند.
- ▶ پیام های آموزش بهداشت باید بر اساس بروز و اثر سقط غیرایمن در جوامع باشد و به باورها، نگرش ها و عملکردهای افراد حساس باشد.
- ▶ پیام های آموزش بهداشت باید اطلاعاتی را درباره جایگاه قانونی سقط، پیشگیری از حاملگی ناخواسته، اجتناب از سقط غیرایمن و تشخیص و جستجوی مراقبت مناسب برای عوارض سقط ارائه دهد.

➤ آموزش بهداشت باروری و جنسی جامع که اطلاعاتی را در زمینه رابطه جنسی، تولیدمثل، روش های پیشگیری از بارداری و ارتباطات جنسیتی عرضه دارد، بایستی به تمامی نوجوانان و اشخاص جوان ارائه شود.

➤ اطلاعات معتبر و مشاوره دلسوزانه بایستی به زنانی که حاملگی ناخواسته را تجربه کرده اند، ارائه شود.

➤ خدمات باکیفیت سقط ایمن بایستی در محدوده قوانین به شکل وسیعی موجود بوده و قابل دسترس و قابل پرداخت باشد.

➤ تمامی زنان بایستی به خدمات باکیفیت برای درمان عوارض سقط شامل مشاوره و روش های تنظیم خانواده پس از سقط دسترسی داشته باشند.

➤ اجزای مهم مراقبت پس از سقط بایستی درمان اورژانسی عوارض سقط، مشاوره و خدمات تنظیم خانواده را شامل شده و با خدمات جامع بهداشت باروری ادغام شود.

➤ به منظور پیشگیری از مرگ و میر مرتبط با سقط، مراقبت اورژانسی پس از سقط بایستی در در طی ۲۴ ساعت شبانه روز در دسترس باشد.

▶ مراکز بهداشتی باید کارکنان آموزش دیده و واجد مدرک، پروتکل های خاص برای درمان، هماهنگی خوب بین واحدها/دپارتمان های مرتبط با مراکز و ارتباطات عملکردی بین مراکز به منظور ارجاع داشته باشند.

▶ علاوه بر موارد فوق، ضرورت دارد که سیاستگذاران ایجاد تغییرات را در جوامع و در سطح ملی تشویق نمایند به منظور اینکه:

▶ به آن دسته از عوامل قانونی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی پرداخته شود که دسترسی زنان را به بهداشت باروری و جنسی شامل خدمات سقط ایمن و روش های پیشگیری از بارداری محدود می کنند.

▶ گام های مورد نیاز برای حذف تمامی اشکال خشونت جنسی، کاهش نابرابری ها بین زنان و مردان اتخاذ شده و سیاستگذاری حساس جنسیتی تشویق شود.

▶ به حاملگی های ناخواسته در بین اشخاص جوان پرداخته شده و نگرش های تنبیهی به سمت دختران جوانی که باردار می شوند را تغییر دهند.



► برای پیشگیری از حاملگی های برنامه ریزی نشده ضرورت دارد که دولت ها اطمینان حاصل کنند که تمامی زوج ها و افراد (از جمله نوجوانان و زنان ازدواج نکرده) به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده باکیفیت، مددجوامحور و مورد اعتماد که طیف وسیعی از روش های پیشگیری مدرن از قبیل روش های پیشگیری اورژانسی را ارائه می دهد، دسترسی داشته باشند.

► با توجه به نقش مردان در سلامت جنسی و باروری، مهم است که راهکارهایی در مسئولیت تنظیم خانواده و پیشگیری و کنترل عفونت های منتقله از طریق جنسی ابداع گردد تا مردان هم در این امر مشارکت داشته باشند.

► یکی از بهترین راه ها برای پیشگیری از مرگ مادری ناشی از سقط غیرایمن، فراهم نمودن دسترسی به خدمات تنظیم خانواده موثر است. شواهد نشان می دهد که زمانی که گام های مثبت اتخاذ شده است تا خدمات تنظیم خانواده موثر به طور وسیعی در دسترس بوده و استفاده شود، میزان سقط کاهش یافته است.

بہارِ از حسن

نوجہ صبا

