العلاقة بين معوقات استخدام وسائل منع الحمل في سورية والإجهاضات الممرضة

محمد طباع*

الملخص

هدف البحث: إن الجمهورية العربية السورية من أكثر الدول التي تعاني من ارتفاع معدلات الخصوبة ويعود ذلك لمجموعة من المسببات يتعلق بعضها بالسيدات أنفسهن وبعضها الآخر يتعلق بالخدمات الصحية ومزوديها.

طرائق البحث: دراستنا هي دراسة مقطعية عرضية، تشمل عينتها سيدات في عمر الإنجاب (15-49عاماً)، تم اختيارهن بأسلوب العينة العنقودية في المناطق السورية الست.

النتائج: أظهرت الدراسة أن نحو 24 % من سيدات العينة لا يستعملن موانع الحمل، وشكلت معارضة الزوج السبب الأول، لذلك ثم المشاكل الصحية للسيدة فالخوف من الآثار الجانبية، أمَّا قلة العلاقة الجنسية والأسباب الدينية ومعارضة السيدة نفسها فشكلت نسبة ضئيلة. وبينت الدراسة أن نحو نصف السيدات اللواتي أجرين إجهاضاً محرضاً كان بسبب انعدام الرغبة بالحمل، يليه إخفاق وسائل تنظيم الأسرة، ولاسيَّما الحبوب الهرمونية. كما أن أكثر من ثلثي حالات الإجهاض المحرض تمت بالتوسيع والإفراغ، ونسبة ضئيلة كانت بالأدوية.

الاستنتاج: مع أن الغالبية العظمى(95%) من حالات الإجهاض المحرض تمت بأيدٍ خبيرة، وأن (96%) كن راضيات عن الخدمة المقدمة لهن إلا أنه ترافق بمضاعفات مهمة على حياة الأم ومستقبلها الولادي كفقر الدم والتهاب الملحقات الحاد والعقم والمشاكل النفسية الأسرية.

* أستاذ مساعد – كلية الطب – قسم التوليد وأمراض النساء- جامعة دمشق

The Relation Between the Obstacles of Contraception Usage and Unsafe Abortion in Syria

Mohammed Tabbaa*

Abstract

Objectives: Syria is considered to have the highest fertility rate in the world, some of the reasons are due to women themselves and some are due to the health system and its providers.

Methods: Our study is a cross sectional study. It included women at fertility age between (15-49 years) they were selected using cluster samples at the six Syrian regions.

Results: The study showed that about (24%) of sampled women did not use any form of contraception. Husband refusal was the main reason, followed by health issues and fear of side effects, while religious believes and less frequent intercourse were only responsible for a small percentage.

The study also showed that about half of the women who underwent induced abortion was because of social reasons and couples wishing not to keep the pregnancy, followed by failure of contraceptive methods mainly oral contraceptive pills.

The majority of induced abortions (96%) were done surgically by dilatation and evacuation while medication was only used in a small percentage.

Conclusion: Although (95%) of the induced abortions were done by specialists and (96%) of women were satisfied with the service provided, however this procedure was not devoid of major complications although it was in a small percentage but it was serious enough to affect the woman's life and her future fertility.

* M.D., FACOG , Associate Professor, School of Medicine Department of Obstetrics & Gynecology, University of Damascus

مقدمة:

تعدُّ الجمهورية العربية السورية من أكثر الدول التي تعاني من ارتفاع معدلات الخصوبة، فقد بلغ المعدل في العام 2004 نحو 3.58، وعلى الرغم من تطور برامج تنظيم الأسرة إلا أن عوائق كبيرة تحول دون استعمال منظمات الحمل بالشكل الأمثل، نذكر منها: الخوف من آثارها الجانبية، والخدمات غير المرضية، ومعارضة الزوج والأقارب وغيرها (4.3.2.1). إن تعرّف هذه العوائق قد يسهم في تحسين الخدمات المقدمة، ويقلل من حالات اللجوء إلى الإجهاض المحرض وماقد يرافقه من مضاعفات ناجمة عن قلة الخبرة أو الظروف غير الآمنة ومنها :النزف، وانثقاب الرحم والأخماج (9.8.7.6.5).

في سورية نصف السيدات في سن الإنجاب يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة (3.2)، أمَّا الإجهاضات المحرضة فليس فيها وحولها بيانات وطنية دقيقة، ولكشف العلاقة بين الإجهاضات المحرضة وظروفها وبين سوء استخدام وسائل تنظيم الأسرة قمنا بصياغة أهداف الدراسة كما يأتي:

1- استقصاء حجم وخصائص السيدات اللواتي تحول بعض العوائق لديهن دون استخدام وسائل منع الحمل وفق العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية.

2- دراسة نسبة الإجهاضات المحرضة وأسبابها، وتحري مضاعفاتها وظروف إنجازها اعتماداً على القصة المرضية.

طرائق الدراسة:

1- **تصميم الدراسة**: هي دراسة مقطعية عرضية، تشمل عينتها سيدات في عمر الإنجاب (15-49 عاماً)، تم اختيارهن بأسلوب العينة العنقودية في المناطق السورية الست (الشمالية، الشرقية، الوسطى، الساحلية، الجنوبية، دمشق وريفها)،

أما الأسر في العنقود الواحد فقد اخترن عشوائياً بطريقة العينة المنتظمة. في العائلة الواحدة كان الاعتيان عشوائياً، وتضمنت معايير القبول في الدراسة أن تكون السيدة متزوجة وبعمر بين (15-49 عاماً) وأن توافق على الدراسة. بلغ عدد السيدات اللواتي دخلن الدراسة 9262، شكل الحضر نحو 58.5% والريف 41.5%.

2- تعاريف تنفيذية (إجرائية):

أ- معدل السيدات المتزوجات في سن الإنجاب، اللاتي لا يرغبن بمزيد من الأطفال، إلا أنهن لا يستخدمن طرائق منع الحمل.

ب- الإجهاض المحرض: هو إنهاء الحمل بوسائط دوائية أو جراحية سواء أتم ذلك برغبة السيدة أم الزوج.

3- **أدوات الدراسة وجمع البيانات:**

صممت استبيانات خاصة تحمل أسئلة مغلقة وأخرى مفتوحة، تدرب على الاستجواب فيها نحو 95 عاملاً صحياً ميدانياً مدة يومين، أمَّا التنفيذ فقد تم ما بين 2006/9/1 و2006/10/29.

4- معالجة البيانات:

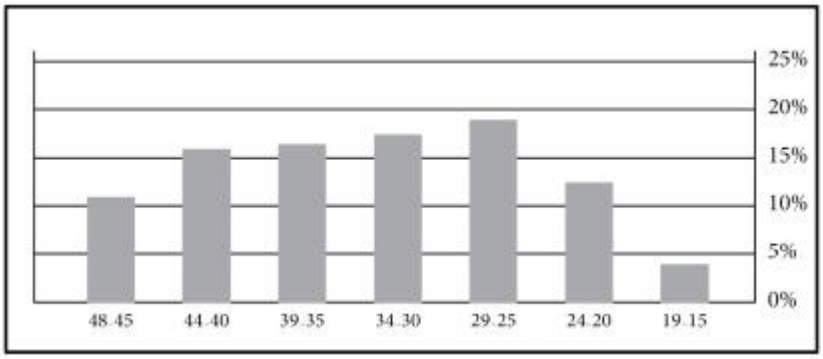
بعد مراجعة الاستبيانات من قبل عناصر المكتب المركزي للإحصاء، أدخلت الاستمارات الحاسب المركزي للمكتب واعتمد برنامج CSPRO وحللت إحصائياً باستخدام برنامج SPSS. ولا بد من الإشارة إلى أن التعامل مع الأسئلة المفتوحة قد تم على أساس تكرار الإجابات.

5- **الاعتبارات الأخلاقية:**

أُخذَت الموافقة المطلعة من السيدات جميعهن بعد إعلامهن بأهداف الدراسة وطرائقها، وبعد التأكيد على الحفاظ على السرية التامة، وبحقهن في الرفض ولاسيَّما أن الإجهاض محرم دينياً ولا يتمتع بالقانونية.

- **خصائص المرضى**:

نعرض في الشكل رقم (1) المجموعات العمرية للسيدات، ونذكر بأن نسبة السيدات بعمر 45 وما فوق قد بلغت نحو 11%.



الشكل رقم (1): الخصائص العمرية لسيدات الدراسة

ونعرض في الجدول رقم (1) بعض المشعرات المرتبطة بالحالة التعليميـــة والعمـــل والمسكن والقصة الولادية.

الجدول رقم (1)

بعض خصائص عينة الدراسة المتعلقة بالحالة التعليمية والعمل والمسكن والقصة الولادية

المشعر	العدد	النسبة %
الزوج أمي	1084	% 11.7
الزوجة أمية	1982	% 21.4
عمل السيدة خارج المنزل	1426	% 15.4
عمل الزوج حر	4529	% 48.9
متوسط عمر الزوجة عند القران	------	19.6 سنة
أكثر من زواج للسيدة	185	% 2
المنزل ملك	7993	% 86.3
العيش في غرفة واحدة	333	% 3.6
عديدة ولادة جدا	1741	% 18.8
الإجهاض المحرض	361	% 3.9
آخر ولادة في المشفى	5261	% 56.8

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (1) أن أمية الزوجة وصلت إلى نحو 21% وهي ضعف الزوج، وأن الإجهاض المحرض نحو 4% وأن 19% تقريباً عديدات ولادة جداً، وأن أكثر من نصف السيدات ولدن آخر مرة في المشفى.

وسائل منع الحمل المستخدمة:

نعرض في الجدول رقم (2) معدل استخدام سيدات الدراسة لموانع الحمل خلال سن الإنجاب وأنواعها. نذكر أن في 347 سيدة لم يتمكن من ذكر وسائل لمنع الحمل التي استخدمنها.

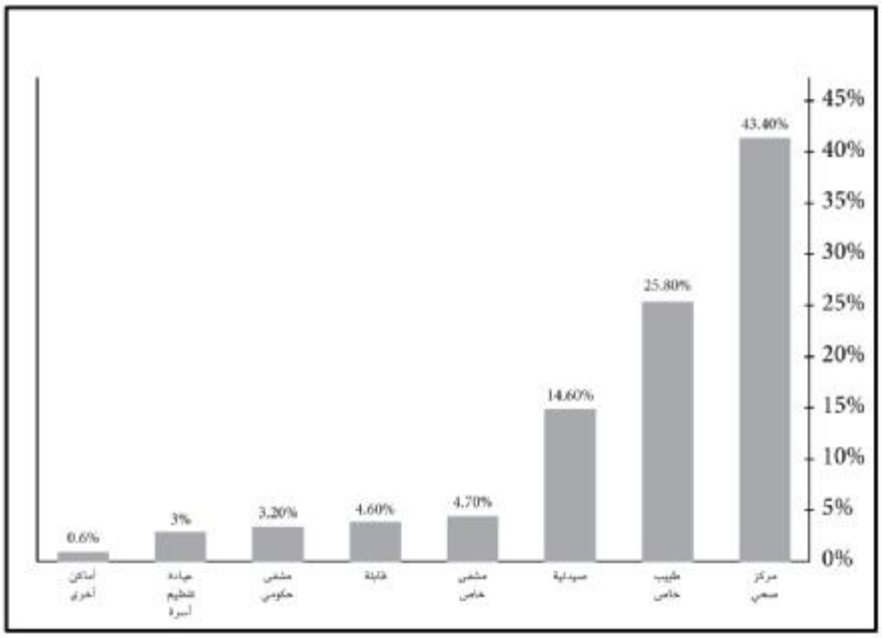
الجدول رقم (2)

معدل السيدات اللواتي سبق لهن استخدام إحدى وسائل تنظيم الاسرة خلال حياتهن الإنجابية حسب نوع الوسيلة.

الرقم المتسلسل	وسيلة تنظيم الأسرة	عدد المستخدمات (%) 8915 = n
.1	حبوب هرمونية	33.2 (37.1 %)
.2	لولب	3575 (40.1 %)
.3	حقن هرمونية	319 (3.6 %)
.4	نوربلانت	11 (0.12%)
.5	وهم	160 (0.8 %)
.6	واقي ذكري	596 (6.7 %)
.7	تعقيم أنثوي	185 (2.1%)
.8	تعقيم ذكري	6 (0.1 %)
.9	نظم دوري	13.7 (14.7 %)
.10	جماع مبتور	918 (10.3%)
.11	الرضاعة	192 (10%)
.12	وسائل أخرى	17 (0,19 %)

يظهر استعراض الجدول رقم (2) أن اللولب هو الوسيلة الأكثر شيوعاً (40%) ثم الحبوب (37%)، ويؤدي النظم الدوري دوراً مهماً في منع الحمل، فيما يقبع التعقيم الذكري في ذيل القائمة.

ونعرض في الشكل رقم (2) مصادر الحصول على وسائل منع الحمل



الشكل رقم (2): مصادر الحصول على وسائل منع الحمل في عينة الدراسة

يظهر الشكل رقم (2) أن أهم مصدر لموانع الحمل هو المركز الصحي (43%)، ثم الأطباء في عياداتهم الخاصة (26%)، وتحتل القابلة مرتبة متقدمة على المشافي الحكومية، ونذكر بأن السيدات حصلن على مشورة في أماكن الحصول على الوسيلة في (77.4%) من الحالات. في مجموعة الدراسة لا تستخدم حالياً 656 أية وسيلة لمنع الحمل.

يظهر الجدول رقم (3) أسباب عدم الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة رغم انعدام الرغبة بالحمل.

الجدول رقم (3)

أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مجموعة الدراسة

الرقم المتسلسل	المتغير	العدد (%)
.1	لا يوجد علاقة جنسية	122 (11.4%)
.2	علاقة جنسية قليلة	90 (8.4%)
.3	السيدة تعارض الاستخدام	52 (4.9%)
.4	الزوج يعارض الاستخدام	110 (10.3%)
.5	أسباب دينية	48 (4.5%)
.6	لا تعرف أي وسيلة	28 (2.6%)
.7	لا تعرف مصدر الحصول على الوسيلة	8 (0.7%)
.8	مشاكل صحية	96 (9%)
.9	الخوف من الآثار الجانبية	80 (7.5%)
.10	بعد مكان الحصول على الخدمة	5 (0.5%)
.11	التكلفة العالية للوسيلة	14 (0.2%)
.12	صعوبات في الاستخدام	3 (0.3%)
المجموع	---	656 (100 %)

يظهر الجدول رقم (3) أن معارضة الزوج للاستخدام تعدُّ من أهم الأسباب ثم المشاكل الصحية فالخوف من الآثار الجانبية، أما خلل العلاقة الجنسية فله دور واضح.

- **الإجهاض المحرض**:

تمكن فريق العمل من جمع المعلومات عن الإجهاض المحرض لدى 326 مريضة من أصل 362، وأظهر تحليل البيانات أن (3.9%) أجهض إجهاضاً محرضاً واحداً على الأقل في حياتهن الزوجية، وأن معظم الحالات حدثت بسبب فشل وسائل تنظيم الأسرة.

نعرض في الجدول رقم (4) أنواع وسائل منع الحمل التي فشلت وأدت إلى الإجهاض المحرض.

جدول رقم (4)

أنواع وسائل منع الحمل التي فشلت وأدت إلى الإجهاض المحرض في عينة الدراسة(%)

الرقم المتسلسل	نوع الوسيلة	العدد (%)
.1	الحبوب	43 (13.1%)
.2	اللولب	26 (7.9%)
.3	وسائل أخرى	257 (78.8%)
المجموع		326 (100%)

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (4) أن معدل فشل الحبوب مرتفع ويعادل نحو (13%)، وكذلك اللولب نحو (8%).

كما نعرض في الجدول رقم (5) الأسباب التي أدت إلى الإجهاض المحرض في المجموعة المدروسة

الجدول رقم (5)

أسباب الإجهاض المحرض في مجموعة الدراسة

الرقم المتسلسل	أسباب الإجهاض المحرض	العدد (%)
.1	فشل وسائل تنظيم الأسرة	67 (19.2%)
.2	الحمل غير مرغوب فيه	144 (41.3%)
.3	خلافات مع الزوج	19 (5.4%)
.4	سوابق أمراض عند الأطفال	3 (0.9%)
.5	سبب طبي متعلق بصحة الأم	55 (15.8%)
.6	سبب طبي متعلق بصحة الجنين	28 (8%)
.7	أسباب اقتصادية	10 (3%)
المجموع		326 (100%)

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (5) أن السبب الرئيس في الإجهاض المحرض هو عدم الرغبة بالحمل (41%)، في حين يشغل فشل وسائل تنظيم الأسرة نحو (19%) من الحالات، وكذلك الأسباب الطبية المتعلقة بصحة الأم نحو (16%).

أمَّا طريقة الإجهاض فكانت في (86%)م ن الحالات (326/283) عن طريق التوسيع والإفراغ و28 (8.6%) الأدوية، 8 (2.5%) مزيج من الطريقتين، ونذكر أن (86%) ممن يستخدمن الأدوية حصلن عليها بوصفة من طبيب. نعرض في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6)

مكان الإجهاض المحرض مكان الإجهاض المحرض في مجموعة الدراسة

الرقم المتسلسل	مكان الإجهاض	العدد (%)
.1	عيادة خاصة	144 (45%)
.2	مشفى خاص	131 (40.9%)
.3	مشفى عام	28 (8.8%)
.4	عيادة قابلة	5 (1.6%)
.5	منزل السيدة	11 (3.4%)
.6	غير محدد	7 (2.1%)

يلاحظ من استعراض الجدول رقم 6 أن (95%) من الحالات أجريت في مكان آمن تقريباً وبأيدٍ خبيرة، وأن (3%) أجريت في منزل السيدة.

ومن الغريب أن (96%) كن راضيات عن الخدمة المقدمة في أثناء الإجهاض بسبب حسن المعاملة، وجودة الخدمات ونعرض أخيراً للآثار الجانبية الناجمة عن الإجهاض في الجدول رقم (7).

الجدول رقم (7)

المضاعفات المرضية والنفسية والاجتماعية الناجمة عن الإجهاض المحرض في مجموعة الدراسة

الرقم المتسلسل	الاختلاط	العدد (%)
.1	نزف	179 (54.8%)
.2	خمج حوضي PID	78 (23.8%)
.3	عقم	16 (4.8%)
.4	رض نفسي	118 (36.3%)
.5	مشاكل أسرية بعد الإجهاض	40 (12.3%)

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (7) أن النزف شكل أكثر من نصف الحالات (55%)، وكذلك الخمج الحوضي شكل ربع الحالات تقريباً (24%)، أمَّا المرض النفسي فلا يستهان بمعدله والذي بلغ (36%). ونذكر أن المضاعفات تعدّدت لدى المريضة ذاتها.

المناقشة:

- تظهر الدراسة أن معارضة الزوج لاستخدام موانع الحمل تشكل نحو (10%)، ثم المشاكل الصحية للسيدة (9%) فالخوف من الآثار الجانبية (8%)، أمَّا قلة العلاقة الجنسية والأسباب الدينية ومعارضة السيدة نفسها فهي على التوالي (8%، 5%، 5%).
- إن (41%) من أسباب الإجهاض المحرض هو انعدام الرغبة بالحمل، يليه فشل وسائل تنظيم الأسرة (19%)، ولاسيَّما الحبوب الهرمونية (13%).
- (86%) من حالات الإجهاض المحرض تمت بالتوسيع والإفراغ، ونحو (9%) بالأدوية.
- (95%) من حالات الإجهاض المحرض تمت بأيدٍ خبيرة، وأن (96%) كن راضيات عن الخدمة المقدمة.
- إن أكثر من نصف الحالات اختلطت بالنزف (55%)، و(36%) ترافقت برض نفسي، و(24%) PID، و(12%) بمشاكل أسرية و(5%) عقم.
- ونخلص إلى أن عدم أستخدام موانع الحمل في العينة ترجع لأسباب مرتبطة برفض الزوج وصحة الأم والآثار الجانبية والجوانب الدينية، وأن (4%) من العينة تعرضن للتجريف المحرض بسبب عدم الرغبة بالحمل وفشل وسائل تنظيم الأسرة ولاسيَّما الحبوب المركبة، وعلى الرغم من أن الإجهاض قد تم بأيدٍ خبيرة إلا أنه ترافق بمضاعفات مهمة على حياة الأم ومستقبلها الولادي كفقر الدم وPID والعقم والمشاكل النفسية الأسرية.

الاستنتاج والتوصيات:

من هذا البحث نستنتج: ضرورة رفع سوية خدمات تنظيم الأسرة في القطاعين العام والخاص.

ورفع سوية الوعي عن وسائل تنظيم الأسرة والتركيز على مخاطر الإجهاضات المحرضة، مع التركيز على الزوج والعاملين في مجال النصح والتوجيه الديني.

وضرورة ضبط ممارسة التجريف في العيادات والمشافي الخاصة، مع التركيز على ما يسمى عيادات القابلات.

المراجع

1 - جمعية تنظيم الأسرة السورية (1997) دراسة الاحتياجات غير الملباة.

2- هيئة تخطيط الدولة في الجمهورية العربية السورية (2006) الخطة الخمسية العاشرة.

3- المكتب المركزي لإحصاء (2006) مسح صحة الاسرة السورية في الجمهورية العربية السورية.

4- الهيئة السورية لشؤون الأسرة (2005) التقرير الوطني الأولي عن اتفاقية سيداو.

5 - Cali S, Kalaca S, Sarikaya O. Minimizing missed opprtunities: an approach to decrease the unmet need for family planning . Eur J Contracept Reprod Health Care. 2004Dec:9(a):285-9

6 - Marchant T, Mushi AK, Nathan R, Mukasa O, Abdulla S, Lengeler C, Schellenberg JR. Planning a family : priorities and concerns in rural Tanzania. :Afr J Reprod Health. 2004 Aug;8(2):111-23

7 - Shah MA, Shah NM, Menon I. Unmet need for contraception in Kuwait:a developing country without a family planning program. Int J Gynaecol Obstet. 2003 Dec;83(3): 335-8.

8 - Mundigo Al and Indriso C. Abortion in the developing world. New Delhi, Vistaar Publicatios, and London, Zed Books, 1999.

9 - Unmet needs, Population Reports. Volume XXIV, Number 1, September, 1996.

10 - Warriner IK and Shah IH. Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. Guttmacher Institute, 2006.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2009/7/22.
تاريخ قبوله للنشر 2009/10/20.