

ارتباط سقط خود به خودی و سلامت عمومی

دکتر ناهید رهبر^۱، دکتر راهب قربانی^{۲*}، دکتر صدیقه مؤذن^۳، نعمت‌الله ستوده اصل^۴

۱. استادیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۲. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۳. متخصص زنان و زایمان، سمنان، ایران
۴. مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۱/۵

خلاصه

مقدمه: سقط خودبه خود شایع‌ترین عارضه در حاملگی است. با توجه به این که در مورد به مخاطره افتادن سلامت عمومی متعاقب سقط، اختلاف نظر وجود دارد، این مطالعه جهت ارزیابی ارتباط بین سقط خودبه خودی و سلامت عمومی متعاقب آن، انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کوهورت، در مرحله اول، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 برای ۵۰۰ زن باردار در مراحل اولیه حاملگی مراجعه کننده به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان در سال‌های ۸۶-۱۳۸۴، تکمیل شده که ماهانه پیگیری شدند. در مرحله دوم در ۹۸ زنی که سقط کردند، یک ماه بعد از سقط، پرسشنامه GHQ-28 مجدداً توسط آنان تکمیل شد. از زنانی که سقط نکردند ۹۸ نفر انتخاب و پس از هفته ۲۰ حاملگی (زمانی که خطر سقط منتفی می‌شد) پرسشنامه فوق مجدداً توسط آنان تکمیل شد. این زنان از بین آن‌هایی که سقط نکردند به طور تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین (\pm انحراف معیار) سن زنانی که سقط کردند $26/3 \pm 6/1$ و زنانی که سقط نکردند $25/4 \pm 5/8$ سال بود که تفاوت آن‌ها معنی دار نبود. دو گروه از نظر تعداد حاملگی قبلی، تعداد فرزندان زنده، تعداد سقط قبلی و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری نداشتند. نتایج نشان داد که وقوع سقط اثر معنی‌داری بر بروز اختلالات جسمی ($OR = 34/7, p = 0/027$)، اضطراب و اختلال خواب ($OR = 5/0, p = 0/043$)، افسردگی ($OR = 11/5, p = 0/027$) و سلامت عمومی بعد از سقط ($OR = 10/2, p < 0/001$) دارد. با این وجود ابتلا به سقط اثر معنی‌داری بر کارکرد اجتماعی بعد از سقط نداشت. میانگین نمره کلی GHQ-28 در گروهی که دچار سقط شدند، قبل از سقط $22/6$ و بعد از سقط $29/4$ بود. در گروه شاهد، قبل از هفته ۲۰ حاملگی و بعد از هفته ۲۰ حاملگی میانگین نمرات به ترتیب $22/5$ و $21/5$ بود. میانگین تغییرات نمره سلامت عمومی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: حمایت روانی در هنگام مواجهه با افراد مبتلا به سقط جهت افزایش کیفیت زندگی این افراد ضروری است.

کلمات کلیدی: سقط خود به خودی؛ سلامت عمومی؛ کیفیت زندگی؛ سلامت روانی؛ GHQ-28

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر راهب قربانی؛ سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی؛ تلفن: ۰۲۳۱-۴۴۴۰۲۲۵؛ نامبر: ۴۴۵۱۳۴۶ - ۰۲۳۱؛ پست الکترونیک: ghorbani_raheb@yahoo.com



مقدمه

سقط به معنی پایان یافتن حاملگی چه خود به خود و چه عمدی قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات است. به طور قراردادی سقط معمولاً به عنوان پایان یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی و یا در وزن کم تر از ۵۰۰ گرم هنگام تولد، تعریف می شود (۱). در واقع سقط خودبه خود شایع ترین عارضه در طی حاملگی است. حدود ۲۰-۱۵ درصد حاملگی های مسجل، به سقط خود به خود ختم می شود (۲).

مکانیسم های اصلی سقط همواره مشخص نیستند ولی می توان آن ها را به جنینی-مادری و محیطی تقسیم بندی کرد. جنبه های بالینی سقط خودبه خود نیز شامل ۵ گروه تهدید به سقط، سقط اجتناب ناپذیر، سقط کامل، سقط ناقص و سقط فراموش شده می باشد (۱).

با توجه به این که باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی است، اگر تلاش برای حاملگی باشکست مواجه شود، ممکن است به یک احساس مخرب و یک واقعه تنش زا بدل گشته و منجر به مختل شدن سلامت روانی فرد شود. سلامت روانی در واقع به معنی رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن ها، ارضاء نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد های فطری خویش می باشد (۳).

در مطالعات متعددی که در کشورهای مختلف انجام شده است، نتایج مختلفی به دست آمده است. در خانم هایی که سقط داشته اند، احتمال بروز بعد از سقط مشکلات روانی افزایش می یابد. این مشکلات شامل افسردگی (۴ و ۵)، اضطراب (۶-۴)، گاهی دیسترس های احساسی شدید بعد از سقط (۷)، تلاش در جهت خودکشی (۵-۴)، سوء استفاده از مواد (۴)، اختلال وسواسی-اجباری و جر و بحث زناشویی (۵) بوده است. هم چنین کیفیت زندگی و عملکرد فیزیکی-احساسی و اجتماعی در خانم هایی که سقط داشته اند، ضعیف تر از جمعیت نرمال بوده است (۸). هم چنین سندرمی به نام سندرم بعد از سقط یا Post Abortion Syndrome (PAS) شناخته شده که با علایم غیراختصاصی مثل کابوس ها و رؤیاهای تکراری و

ثابت و احساس شدید گناه مشخص می شود (۹-۸).

از سوی دیگر، در برخی مطالعات نیز این نتیجه به دست آمده که اکثریت خانم ها قادرند تصمیمات سختی را مثل انجام سقط بگیرند، بدون این که دچار پشیمانی و تأسف بعدی ناشی از آن یا دیسترس های احساسی شوند (۷).

با توجه به شیوع زیاد سقط در خانم های سنین باروری و وجود اختلاف نظر در مورد پیدایش مشکلات روانی متعاقب سقط (۴) و نیز با توجه به این که مسایل روانی، متأثر از عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می باشد و در جامعه ما هم تحقیقات چندانی در این باره (به ویژه با استفاده از ابزار مورد استفاده ما) انجام نشده است، در این مطالعه ارتباط بین سقط خودبه خودی و سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار

این مطالعه از نوع کوهورت است که طی سال های (۸۶-۸۴) در شهر سمنان انجام شد. نمونه گیری از بین مراجعه کنندگان به درمانگاه های عمومی شهر و به روش تدریجی آسان صورت گرفت. به این صورت که تعداد ۵۰۰ زن باردار که جهت دریافت مراقبت های حاملگی به درمانگاه های عمومی زنان شهر سمنان مراجعه کرده بودند، در صورتی که فاقد شرایط خروج از مطالعه بودند وارد مطالعه شدند.

در مرحله ی اول تحقیق پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire (GHQ-28) را در حضور یک مصاحبه گر آموزش دیده تکمیل کردند. پرسش نامه GHQ-28 یک وسیله غربالگری است که به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد (۱۰) و جهت کشف اختلالات روانی احتمالی در واحدهای مراقبت اولیه طراحی شده است (۱۱). این آزمون به صورت ۲۸ سؤال چهارگزینه ای در چهار قسمت می باشد. سؤالات قسمت اول (A) شکایات جسمانی؛ قسمت دوم (B) اضطراب؛ قسمت سوم (C) ناسازگاری اجتماعی و قسمت چهارم (D) افسردگی را می سنجد. امتیاز بندی GHQ-28 بر اساس پاسخ بیمار به صورت هیچ کدام تا بیش تر از معمول است که به ترتیب از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود (۱۰). در صورتی که مجموع امتیاز هر قسمت

از آزمون های مجذورکای، دقیق فیشر، t-student، و هم چنین رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم افزار SPSS 11.5 در سطح معنی داری ۵ درصد تحلیل داده ها انجام شد.

نتایج

دو گروه از نظر سن، تعداد فرزندان زنده، تعداد حاملگی، تعداد سقط قبلی و سطح سواد تفاوت معنی داری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع مشخصات فردی زنان مورد مطالعه به تفکیک دو گروه مبتلا به سقط و شاهد

P value	گروه شاهد (بعد از هفته ۲۰ حاملگی) n=98	گروه سقط (بعد از سقط) n=98	
۰/۲۸۶	۲۵/۴±۵/۸	۲۶/۳±۶/۱*	سن(سال)
۰/۶۲۴	۱/۱۲±۳/۲	۰/۹۵±۱/۱	تعداد فرزندان زنده
۰/۲۲۹	۱/۹۹±۱/۳۰	۲/۲۳±۱/۵۰	تعداد حاملگی
۰/۰۵۲	۰/۱۹±۰/۴۴	۰/۳۳±۰/۵۶	تعداد سقط قبلی سطح تحصیلات:
	۵/۲	۵/۱**	بی سواد
	۸/۲	۷/۱	ابتدایی
۰/۹۸۲	۲۱/۲	۲۱/۲	راهنمایی
	۴۹	۵۱/۵	دبیرستان
	۱۷/۷	۱۵/۲	دانشگاهی
	* : میانگین ± انحراف معیار ** : درصد		

از نظر مشکلات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی دو گروه قبل از سقط تفاوت معنی داری نداشتند. اما ۲ درصد از زنان گروه سقط (قبل از سقط) و ۱۲/۵ درصد از زنان گروه شاهد (قبل از هفته ۲۰ حاملگی) از نظر کارکرد اجتماعی مشکل داشتند که تفاوت آن ها از نظر آماری معنی دار بود (p=۰/۰۰۵). هم چنین از نظر وضعیت سلامت عمومی تفاوت معنی داری بین دو گروه در بدو مراجعه وجود نداشت (جدول ۲).

پس از وقوع سقط دو گروه از نظر مشکلات جسمی (p=۰/۱۷۰)، مشکلات اضطراب و اختلال خواب (p=۰/۰۶۹)، کارکرد اجتماعی (p=۰/۰۹۷) تفاوت معنی داری نداشتند ولی گروه سقط از نظر افسردگی (p<۰/۰۰۱) و وضعیت سلامت عمومی کلی (p<۰/۰۰۱) تفاوت معنی داری با گروه شاهد داشت (جدول ۳).

بیش تر یا مساوی ۱۴ باشد، نشان دهنده اختلال در آن زمینه است و اگر مجموع امتیاز کلی فرد بیش تر از ۲۳ باشد، نشان دهنده ایجاد اختلال در سلامت عمومی می باشد.

تعداد ۵۰۰ خانم های حامله ایی که در مرحله اول پرسشنامه را تکمیل کردند، به صورت ماهانه تا هفته ۲۰ حاملگی تحت پیگیری قرار گرفتند. هفته ۲۰ حاملگی طبق تعریف آخرین محدوده ی زمانی سقط است (۱). به بیماران آموزش داده شد که در صورت سقط اطلاع دهند و در صورت وقوع سقط پرسشنامه یک ماه بعد از سقط برای بار دوم توسط همان بیمار تکمیل شد. در این گروه ۵۰۰ نفری، ۹۸ مورد سقط رخ داد. این گروه تحت عنوان گروه سقط نام گذاری شدند. ۹۸ نفر از زنان حامله ایی که تا هفته ۲۰ بارداری، حاملگی سقط نکردند، به طور تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه را پس از هفته ۲۰ حاملگی، مجدداً تکمیل کردند. این گروه تحت عنوان گروه شاهد نامیده شدند. برای برآورد حجم نمونه، پس از بررسی ۴۰ نفر از هر گروه مشاهده شد که ۶۵ درصد زنان سقط کرده، یک ماه پس از سقط و ۳۵ درصد زنان گروه شاهد، در هفته ۲۰ حاملگی، از نظر سلامت عمومی اختلال (مجموع امتیاز پرسشنامه GHQ-28 بیش تر از ۲۳) داشتند. با در نظر گرفتن اطمینان ۹۹ درصد و توان ۹۰ درصد حجم نمونه از رابطه ذیل برای هر گروه ۸۳ نفر برآورد شد:

$$n = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 P(1-P)}{(P_1 - P_2)^2}$$

اما در بررسی ۵۰۰ نفر خانم باردار ۹۸ نفر سقط رخ داد که به همان تعداد گروه شاهد به طریق ذکر شده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

خانم هایی که شرایط زیر را داشتند، از مطالعه حاضر حذف شدند: حاملگی ناخواسته، موارد سقط القایی، سقط راجعه، سابقه نازایی، عوارض حاملگی نظیر جفت سرراهی، سابقه مشکل روانی مثل بستری شدن در بیمارستان، مراقبت های سرپایی روان پزشکی، مصرف قبل یا فعلی داروهای سایکواکتیو، حادثه یا ترومای روانی مازور نظیر فوت بستگان نزدیک در مدت پیگیری.

جدول ۲- توزیع فراوانی مشکلات جسمی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی، افسردگی و وضعیت سلامت عمومی در دو گروه در بدو مراجعه

p-value	گروه شاهد		گروه سقط		
	(قبل از هفته ۲۰ حاملگی)		(قبل از سقط)		
	n=۹۸	n=۹۸	n=۹۸	n=۹۸	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۵۱۵	۷/۳	۷	۵/۱	۵	مشکلات جسمی
۰/۱۱۷	۳/۱	۳	صفر	صفر	مشکلات اضطراب و خواب
۰/۰۰۵	۱۲/۵	۱۲	۲	۲	مشکلات کارکرد اجتماعی
۰/۲۷۹	۲/۱	۲	۶/۱	۶	مشکل افسردگی
۰/۵۳۹	۴۲/۷	۴۱	۳۸/۴	۳۸	سلامت عمومی

جدول ۳- توزیع فراوانی مشکلات جسمی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی، افسردگی و وضعیت سلامت عمومی زنان سقط کرده و گروه شاهد، بعد از سقط

p-value	گروه شاهد		گروه سقط		
	(بعد از هفته ۲۰ حاملگی)		(بعد از سقط)		
	n=۹۸	n=۹۸	n=۹۸	n=۹۸	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۱۷۰	۱/۲	۲	۷/۱	۷	مشکلات جسمی
۰/۰۶۹	۴/۲	۴	۱۱/۱	۱۱	مشکلات اضطراب و خواب
۰/۰۹۷	۷/۳	۷	۲/۰	۲	مشکلات کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۲	۲/۱	۲	۱۴/۱	۱۴	مشکل افسردگی
<۰/۰۰۱	۳۸/۵	۳۷	۷۵/۸	۷۵	سلامت عمومی

برای تعیین اثر هم زمان متغیرها، از جمله هر کدام از اجزای وضعیت عمومی قبل از سقط، بر روی هریک از اجزای وضعیت عمومی بعد از سقط، از آنالیز رگرسیون لجستیک با روش Backward استفاده شد که نتایج نشان داد وجود

اختلال در سلامت عمومی قبل از سقط، اثر معنی داری بر وجود اختلال سلامت عمومی بعد از سقط ($OR = 1.17, p < 0.001$) دارد. وجود اختلال در هریک از زیر مقیاس های سلامت عمومی (اختلال جسمی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) قبل از سقط، بر وجود اختلال در همان زیر مقیاس بعد از سقط اثر معنی دار داشته است (جدول ۴).

وقوع سقط اثر معنی داری بر بروز اختلالات جسمی ($OR = 3.47, p = 0.027$)، اضطراب و اختلال خواب ($OR = 5.0, p = 0.043$)، افسردگی ($p = 0.027$)، کارکرد اجتماعی بعد از سقط نداشته است (جدول ۴). به طور کلی در گروه سقط نمره سلامت عمومی از ۲۲/۶ قبل از سقط به ۲۹/۴ بعد از سقط افزایش یافته است (با میانگین افزایش ۶/۸)، در حالی که در گروه شاهد نمره از ۲۲/۵ قبل از هفته ۲۰ حاملگی به ۲۱/۵ بعد از هفته ۲۰ حاملگی کاهش یافته است (میانگین کاهش ۰/۹۲) که تفاوت در دو گروه معنی دار بوده است ($p < 0.001$). این چنین افزایشی در گروه سقط در تمام خرده مقیاس ها دیده شده است. به عبارتی در گروه سقط یک ماه بعد از سقط به طور معنی داری شدت اختلال در سلامت عمومی افزایش یافته است.

جدول ۴- نتایج رگرسیون لجستیک عوامل مؤثر بر وجود مشکل جسمی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی، افسردگی و وضعیت سلامت عمومی بر سقط

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل معنی دار	ضریب رگرسیون β	خطای معیار β	p-value	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای OR
وجود اختلال جسمی بعد از سقط	- وجود اختلال جسمی قبل از سقط - ابتلا به سقط	۲/۸	۱/۲	۰/۰۱۷	۱۶/۷	۱/۷ - ۱۶۸/۳
وجود اضطراب و اختلال خواب بعد از سقط	- وجود اضطراب و اختلال خواب قبل از سقط - ابتلا به سقط - ضرب ثابت	۴/۵	۱/۴	۰/۰۰۲	۹	۵/۶ - ۱۴/۵
وجود اختلال در کارکرد اجتماعی بعد از سقط	- وجود اختلال در کارکرد اجتماعی قبل از سقط - ضرب ثابت	۳/۱	۰/۸	<۰/۰۰۱	۲۳/۲	۵/۳ - ۱۰۱/۵
وجود افسردگی بعد از سقط	- وجود افسردگی قبل از سقط - ابتلا به سقط - ضرب ثابت	۵/۳	۱/۴	<۰/۰۰۱	۲۰۴/۵	۱۳/۴ - ۳۱۲۶/۹
وجود اختلال در سلامت عمومی بعد از سقط	- وجود اختلال در سلامت عمومی قبل از سقط - ابتلا به سقط - ضرب ثابت	۲/۵	۰/۴	<۰/۰۰۱	۱۱/۷	۴/۹ - ۲۷/۸
		۲/۳	۰/۴	<۰/۰۰۱	۱۰/۲	۴/۵ - ۲۳/۱
		-۱/۷	۰/۴	<۰/۰۰۱	-	-

بحث

یافته ها نشان داد ابتلا به سقط باعث اختلال در سلامت عمومی فرد می‌شود و باعث مشکلاتی مثل اضطراب و اختلال خواب، مشکلات جسمی و افسردگی می‌شود، ولی اثر معنی داری برافزایش اختلال در عملکرد اجتماعی ندارد.

در مطالعه Nansel و همکاران مشخص شد که خانم‌هایی که حاملگی خود را در مراحل اولیه از دست می‌دهند، کیفیت زندگی پایین‌تر و افسردگی و استرس بیش تری نسبت به زنان همان رده‌ی سنی در جمعیت عمومی دارند (۸). هم چنین مطالعه‌ی Fergusson و همکاران نشان داد که متعاقب سقط مشکلات روانی مثل افسردگی، اضطراب رفتارهای خودکشی و سوء مصرف مواد افزایش می‌یابد (۴).

در مطالعه دیگر توسط Fergusson و همکاران، پس از سقط، دیسترس روانی و اضطراب بیش تری نسبت به جمعیت نرمال گزارش شد (۶). Cumming و همکاران نشان دادند که در مقایسه با افسردگی، بار احساسی پس از سقط، بیش تر از اضطراب ناشی می‌شود (۱۲). مطالعه Kero و همکاران نشان داد اکثریت زنان تجربه‌ای از دیسترس‌های احساسی بعد از سقط (قانونی) نداشته و اکثریت خانم‌ها قادرند تصمیمات سختی مثل سقط (قانونی) را بگیرند، بدون این که دچار پشیمانی و تأسف بعدی ناشی از آن شوند (۷). علت تفاوت نتایج مطالعه Kero و همکاران (۷) با سایر مطالعات (از جمله مطالعه حاضر) احتمالاً این است که در مطالعه آن‌ها بیمارانی مورد بررسی قرار گرفتند که تمایل به انجام سقط داشتند. لذا انتظار می‌رود پس از سقط از مشکلات روانی آن‌ها کاسته شود. در صورتی که در سایر مطالعات سقط ناخواسته و خود به خودی اتفاق افتاده و در نتیجه خانم باردار از تولد فرزند سالم محروم و لذا از لحاظ سلامتی دچار مشکل می‌شود.

در گروه شاهد با وجودی که سه معیار از چهار معیار کلی پرسشنامه بعد از هفته ۲۰ حاملگی افزایش اندکی داشته، اما نمره سلامت عمومی کاهش داشته است، که احتمالاً به این دلیل است که مسایلی مثل تهوع و استفراغ، خستگی، خواب‌آلودگی و سردرد که از مشکلات

شایع اوایل حاملگی است در اکثر خانم‌های حامله با افزایش سن حاملگی کاهش می‌یابد. این مسأله احتمالاً باعث کاهش نمره مشکل جسمانی در خانم‌های گروه شاهد می‌باشد. افزایش مختصر سه معیار اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی معنی‌دار نبوده و مسبب این افزایش جزئی احتمالاً استرس ذاتی حاملگی می‌باشد.

سقط در اکثر مواقع اتفاقی شایع و حتی بیش تر از آن که بیماران می‌پندارند، طبیعی و غیرقابل اجتناب است. رنج‌های احساسی بر جامانده از سقط‌های قبلی التیام نمی‌یابد و اضطراب زوجین در هنگام تلاش برای دست یافتن به یک حاملگی دیگر از بین نمی‌رود (۱۳) و در برخی از مواقع ممکن است پیشنهاد تست‌ها و درمان‌های ثابت نشده، با کارآیی نامشخص را بپذیرند. در واقع در چنین شرایطی برای شناخت بهتر و صحیح‌تر مشکل باید یک گروه درمانی که شامل متخصص زنان و زایمان، روان‌پزشک، مددکار، پرستار و روان‌شناس تشکیل شود. با آگاهی دادن در مورد مکانیسم‌های احتمالی مداخله‌گر در سقط و داشتن نگرش دلسوزانه و حمایتی به زوج‌های مبتلا به سقط جنین، استرس احساسی آنان برطرف می‌شود و بررسی منطقی و مقرون به صرفه را امکان‌پذیر می‌سازد (۱۴).

کاربرد عملی این تحقیق این است که خانم‌های باردار که حاملگی آن‌ها منجر به سقط ناخواسته می‌شود، از نظر سلامت عمومی (بالاخص جنبه روانی) تحت نظر بوده و پیگیری شوند. از محدودیت‌های این تحقیق این است که سلامت عمومی زنان با سقط ناخواسته تا یک ماه پس از سقط مورد بررسی قرار گرفته است و مشخص نیست این زنان تا چه مدت پس از سقط با چنین مشکلاتی درگیر هستند و شدت اختلالات فوق در چه زمانی به حداکثر می‌رسد و نهایتاً چه موقع به شرایط نرمال برمی‌گردند که نیاز به مطالعات بیش تر دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته مطالعه حاضر و مطالعات مشابه، سقط باعث اختلال در سلامت عمومی (بالاخص مشکل روانی) خواهد شد، لذا حمایت روانی در هنگام مواجهه با افراد مبتلا به سقط جهت افزایش کیفیت زندگی آنان ضروری

است. در این رهگذر سیستم بهداشتی درمانی، همسر و سایر افراد خانواده می توانند نقش مؤثری ایفا نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه خانم های بارداری که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، هم چنین

شورای پژوهشی دانشکده پزشکی، کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه که امکان انجام پژوهش را فراهم نمودند و نیز از داورانی که با ارائه نقطه نظرات ارزنده خود، کیفیت مقاله را ارتقاء بخشیدند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند. قابل توجه این که مقاله ی حاضر از پایان نامه رزیدنتی زنان و زایمان خانم دکتر صدیقه مؤذن استخراج شده است

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. William's obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 232-41.
2. Berek JS. Berek & Novak gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 359, 351-352, 601, 1278, 1310-11.
3. Haji-Aghajani S, Asadi Noghahi AA. Psychiatric nursing, mental health. 1st ed. Tehran: Boshra; 2000. p.16.
4. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(1):16-24.
5. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34(5):630-8.
6. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. Br J Psychiatry 2008;193(6):444-51.
7. Kero A, Hogberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. Soc Sci Med 2004;58(12):2559-69.
8. Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34(4):473-81.
9. Gomez Lavin C, Zapata Garcia R. Diagnostic categorization of post- abortion syndrome. Actas Esp Psiquiatr 2005;33(4):267-72.
10. Kilic C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Ozgen G, Sagduyu A, et al. General Health Questionnaire (GHQ-12 & GHQ-28): psychometric properties and factor structure of the scales in Turkish primary care sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32(6):327-31.
11. Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39(8):613-7.
12. Cumming GP, Klein S, Bolsover D, Lee AJ, Alexander DA, MacLean M, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. BJOG 2007;114(9): 1138-45.
13. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1070-1.
14. Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. Kistner's gynecology & women's health. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 1999. p. 416.