

Relationship between unintended pregnancy and induced abortion

Serajeddin Mahmoudiani^{1*}, Manzar Abedi¹

1. Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Received: 7 Augsut 2022

Accepted for publication: 5 December 2022

[EPub a head of print- 7 December 2022]

Payesh: 2022; 21(6): 627- 635

Objective (s): Induced abortions are mostly unsafe, so they are considered as a threat to mothers' health. Unintended pregnancy is one of the most important variables affecting induced abortion. The aim of the present study was to determine the relationship between unintended pregnancy and induced abortion.

Methods: This was a quantitative study. A self-designed questionnaire was used to collect data. The statistical population included married women aged 15 to 49 living in Sadra city of Fars province, Iran. The data was collected from April to May 2022. For data analysis, SPSS software version 20 was used.

Results: A total of 379 people were studied. The results showed that among the demographic variables, only religion had a significant effect on the odds ratio of experiencing an induced abortion. The experience of an unintended pregnancy also significantly increased the risk of induced abortion.

Conclusion: The findings suggest that training women of reproductive age might be helpful to reduce unintended pregnancies and, subsequently, reduce intentional abortions.

Key words: Women, Induced Abortion, Unintended Pregnancy

* Corresponding Author: Faculty of Economics, Management and Social Sciences, University of Shiraz, Shiraz, Iran
E-mail: serajmahmoudiani@gmail.com

بررسی رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین

سراج‌الدین محمودیانی^{۱*}، منظر عابدی^۱

۱. دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۱۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۶ آذر ۱۴۰۱]

نشریه پیش: ۶۳۵-۶۲۷: ۶۲۱(۶): ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: سقط‌های عمدی عمدتاً غیرایمن هستند، لذا به‌عنوان تهدیدی برای سلامت مادران در نظر گرفته می‌شوند. یکی از مهمترین متغیرهای تاثیرگذار بر سقط عمدی جنین بارداری ناخواسته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین انجام گرفت. **مواد و روش کار:** در مطالعه کمی حاضر از تکنیک پیمایش استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. جامعه آماری شامل زنان دارای همسر ۱۵ تا ۴۹ سال ساکن شهر صدرا در استان فارس بود. تعداد ۳۷۹ نفر از زنان در فروردین و اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ پیمایش شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در بین متغیرهای دموگرافیک تنها متغیر مذهب اثر معنی‌دار بر احتمال تجربه سقط عمدی جنین داشت ($P < 0/05$). بارداری ناخواسته نیز با ضریب تأثیر (بتا) ۲/۷۰۲ به‌طور معنی‌داری احتمال سقط عمدی جنین را افزایش داد ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** آسیب‌های وارد بر مادر در نتیجه سقط عمدی جنین در شرایط غیر ایمن می‌تواند توانایی مادر برای بارداری مجدد را کاهش دهد. این اتفاق در شرایط فعلی جمعیت ما که باروری کشور به زیر سطح جایگزینی رسیده است بسیار حایز اهمیت است. بنابراین آموزش زنان در سنین باروری، می‌تواند به کاهش بارداری‌های ناخواسته و متعاقباً کاهش سقط‌های عمدی جنین بینجامد.

کلید واژه‌ها: زنان، سقط عمدی جنین، بارداری ناخواسته

کد اخلاق: IR.SUMS.REC.1399.1090

* نویسنده پاسخگو: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، گروه جامعه‌شناسی و برنامه ریزی اجتماعی

E-mail: serajmahmoudiani@gmail.com

مقدمه

سقط جنین را می‌توان به دو نوع اصلی خودبه‌خودی و عمدی تفکیک نمود. سقط خودبه‌خودی یک اتفاق طبیعی یا از دست دادن خودبه‌خودی جنین قبل از هفته بیستم بارداری تعریف می‌شود و در مقابل سقط عمدی جنین از دست دادن غیرطبیعی جنین است که توسط خود زن یا فرد دیگری و با روش‌های مختلف انجام می‌شود [۱]. بارداری برنامه‌ریزی نشده و ناخواسته را می‌توان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سقط عمدی جنین به‌شمار آورد. هر دو نوع بارداری مذکور به شرایطی اشاره دارند که تحت آن لقاح رخ داده است. برنامه‌ریزی شامل فرآیند آگاهانه تصمیم‌گیری در مورد بارداری یا نشدن است. در دو حالت، برنامه‌ریزی برای بارداری شدن و برنامه‌ریزی برای بارداری نشدن [۲]. حدود نیمی از بارداری‌های ناخواسته به سقط جنین ختم می‌شوند [۳]. حتی در کشورهایی که سقط عمدی کاملاً محدود شده است، خیلی از زنان که بدون برنامه‌ریزی بارداری می‌شوند بر این باورند که قانون‌شکنی بر تولد فرزندی که قادر به بزرگ کردن آن نیستند ارجحیت دارد [۴]. تعداد سالانه حاملگی‌های ناخواسته در سراسر جهان از ۱۰۸ میلیون در دوره ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ به ۱۲۱ میلیون در دوره ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ افزایش یافته، و تعداد سقط جنین‌ها از ۵۵ میلیون به ۷۳ میلیون در همین دوره رسیده است [۵]. یک تحلیل جهانی برای دوره ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ در بین ۱۵۰ کشور به این نتیجه رسیده است که میزان تخمینی حاملگی ناخواسته از میزان ۱۱ زن در مونته‌نگرو تا ۱۴۵ زن در اوگاندا (به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله) متغیر بوده است. همچنین نرخ تخمینی سقط جنین از ۵ در سنگاپور تا ۸۰ در گرجستان متغیر بوده است [۶]. آمارها در سراسر جهان از آن حکایت دارد که نسبت حاملگی‌های ناخواسته که به سقط جنین ختم می‌شود در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۴، ۵۱ درصد بوده، و تقریباً تا سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ به همین شکل باقی مانده است. سپس در سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، ۶۱ درصد افزایش یافته است [۷]. مطالعه‌ای در هلند [۸] نشان داده است که حاملگی‌های ناخواسته بین سال‌های ۱۹۵۴ تا ۲۰۰۲ عمدتاً ختم به سقط جنین شده‌اند. یک مطالعه در نپال [۹] در سال ۲۰۱۴ نشان داده است که میزان سقط ۴۲ در هر ۱۰۰۰ نفر زن ۱۵ تا ۴۹ ساله بوده و به‌طور کلی ۵۰ درصد بارداری‌ها از نوع ناخواسته بوده است. نتایج مطالعه‌ای در گواتمالا [۱۰] نشان داده که سالانه نزدیک به ۶۵ هزار سقط عمدی در این کشور اتفاق می‌افتد. میزان سقط برابر با ۲۴ مورد در هر

۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله بوده و به ازای هر ۶ تولد یک سقط جنین اتفاق افتاده است. ترکیب زایمان‌های ناخواسته با سقط جنین برآورد می‌کند که ۳۲ درصد از بارداری‌ها در گواتمالا ناخواسته است. مطالعه‌ای در یکی از ایالت‌های هند [۱۱] نشان داده که ۶۳/۵ درصد از حاملگی‌های ناخواسته به سقط عمدی انجامیده است، در حالی که در حاملگی‌های خواسته هیچ‌گونه سقط عمدی اتفاق نیفتاده است. پژوهشی در بورکینافاسو [۱۲] نتیجه گرفته است که در سال ۲۰۰۸ در این کشور ۳۲ درصد بارداری‌های زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله از نوع ناخواسته بوده که یک سوم آن به سقط جنین ختم شده است. مطالعه‌ای در رواندا [۱۳] مؤید این نکته است که سقط عمدی تنها در حاملگی‌های ناخواسته انجام گرفته است. یک پژوهش در فیلیپین [۱۴] نشان داده است که با وجود پیشرفت‌ها در قانون بهداشت باروری، بسیاری از زنان این کشور بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند و چون سقط در این کشور داغ ننگ به‌شمار می‌رود خیلی از آن‌هایی که در جستجوی سقط هستند به رویه‌های غیرایمن تن می‌دهند. نتایجی مشابه مطالعات فوق در پژوهشی در کشور کنیا [۱۵] نیز به‌دست آمده است. یک مطالعه کیفی در ایران [۱۶] نشان داده که بارداری ناخواسته اصلی‌ترین دلیل انجام سقط عمدی بوده است که شرایط مختلف به خصوص وجود مشکلات مالی، منجر به سقط عمدی جنین شده است. در مقابل اعتقادات مذهبی مهم‌ترین علت انجام ندادن سقط عمدی بوده است. از طرفی با توجه به اینکه عمده بارداری‌های ناخواسته سقط جنین‌های عمدی می‌انجامد، بر سلامت زنان و مادران تأثیرگذار می‌گذارد [۱۶]. از طرفی دیگر چون در کشور ایران سقط عمدی غیرقانونی و خلاف شرع است، لذا بیشتر سقط‌های عمدی به‌شکل غیر ایمن انجام می‌شوند که تأثیر مضاعفی بر سلامت مادران خواهد داشت [۱۶].

تمام مطالعات فوق‌الذکر در سطح جهانی تأثیر بارداری‌های ناخواسته بر سقط جنین را تأیید کرده‌اند. با وجود اهمیت موضوع سقط جنین در ایران مطالعاتی که مشخصاً رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط جنین را مورد بررسی قرار داده باشند بسیار نادر است. بنابراین مطالعه‌ای که به‌طور گسترده متغیرهای جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی را مورد توجه قرار داده باشد در جستجوی محقق یافت نشد. در مطالعه حاضر تلاش خواهد شد که این خلاء تحقیقاتی به‌طور نسبی پوشش داده شود. هدف این مطالعه تعیین رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین در بین زنان دارای همسر

تحلیل داده‌های تأثیر بارداری ناخواسته بر احتمال سقط عمدی جنین از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که حدود ۵۴ درصد زنان در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. میانگین سن زنان مورد مطالعه ۳۴/۷ سال بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۸ درصد همسران زنان بین ۳۰ تا ۳۹ سال داشتند. میانگین سن همسران نمونه برابر با ۳۹/۹ سال بود. حدود ۴۰ درصد زنان مورد مطالعه دارای مدرک دیپلم و حدود ۳۹ درصد نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. حدود ۱۱ همسران زنان مورد مطالعه تحصیلات دانشگاهی داشتند. حدود ۷۹ درصد زنان نمونه شاغل و حدود ۸۶ درصد خانه‌دار بودند. حدود ۷۹ درصد همسران زنان نمونه مطالعه شده شاغل بودند. میانگین مدت ازدواج زنان برابر با ۱۳/۲ سال بود. درآمد خانوادگی حدود ۵۴ درصد زنان بین ۵۰۰ هزار تومان تا ۶ میلیون تومان بود. میانگین درآمد ماهیانه حدود ۷ میلیون و ۶۰۰ هزار تومان بود. حدود ۶۱ درصد زنان مورد مطالعه متعلق به قومیت فارس و ۲۳ درصد نیز لر زبان بودند. بیش از ۹۴ درصد زنان مطالعه شده از اهل تشیع بودند. حدود ۴۰ درصد زنان خود را متعلق به طبقه اقتصادی و اجتماعی متوسط بودند. یافته‌های جدول ۲ گویای آن است که ۲۵/۲ درصد زنان سابقه بارداری ناخواسته داشته‌اند. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که ۸/۷ درصد زنان سابقه حداقل یکبار سقط عمدی جنین را داشته‌اند. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در بین متغیرهای زمینه‌ای تنها متغیر مذهب اثر آماری معنی‌دار بر سابقه سقط عمدی جنین داشت ($P\text{-value} = 0/001$). احتمال سابقه سقط عمدی جنین در بین زنان متعلق به سایر مذاهب (غیر از اهل تسنن) ۸۰/۸۴۲ بیشتر از زنان اهل تشیع بود. در واقع سابقه سقط عمدی جنین در بین زنان متعلق به سایر مذاهب حدود ۸۱ برابر بیشتر از سابقه سقط عمدی جنین در بین زنان اهل تشیع بود. تأثیر سابقه بارداری ناخواسته بر سابقه سقط عمدی جنین با کنترل تمامی متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p\text{-value} = 0/000$). در واقع سابقه سقط عمدی جنین در بین زنانی که سابقه بارداری ناخواسته داشتند بیشتر از زنانی بود که چنین سابقه‌ای نداشتند. اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل استفاده شده توانسته است در مجموع تا ۳۶ درصد از احتمال اتفاق افتادن سقط عمدی جنین را پیش‌بینی کند.

۱۵ تا ۴۹ ساله با کنترل سایر متغیرهای جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی است. نتایج این مطالعه می‌تواند به تدوین بهتر سیاست‌های جمعیتی کمک نماید.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع کمی و با روش پیمایش در شهر صدرا واقع در استان فارس انجام شد. پیمایش در فروردین و اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۱ و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام گرفت. سابقه سقط عمدی جنین به عنوان متغیر وابسته و سابقه بارداری ناخواسته به عنوان متغیر مستقل اصلی، از طریق گویه‌های متداول در تحقیقات جمعیت‌شناسی، هر کدام در قالب یک سؤال دو وجهی (بلی/خیر) مورد پرسش قرار گرفتند. سن زوجین، آخرین مدرک تحصیلی زوجین، وضعیت اشتغال زوجین، مدت ازدواج، میزان درآمد ماهیانه خانواده، تعلق طبقاتی زنان، قومیت و مذهب زنان دیگر متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی بودند که مورد پرسش قرار گرفتند. لازم به ذکر است که متغیر تعلق طبقاتی معادل مفهوم هویت طبقاتی است که به صورت خود اظهاری مورد سنجش قرار گرفت. در واقع از افراد سؤال شد که خود را متعلق به کدام طبقه اقتصادی و اجتماعی می‌دانند. اعتبار پرسشنامه نیز از نوع محتوایی است به این معنا که پرسشنامه به تأیید متخصصان رسید. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان همسران ۱۵ تا ۴۹ ساله شهر صدرا بود که تعداد آن‌ها براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۸ هزار و ۸۵۹ نفر بوده است. با استفاده از فرمول کوکران تعداد نمونه ۳۷۹ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. شهر جدید صدرا متشکل از دو فاز اصلی یعنی فاز ۱ و ۲ است که در گام اول این دو فاز به عنوان خوشه اول در نظر گرفته شدند. تعداد نمونه در دو فاز برابر لحاظ شد. در گام دوم از بین محله‌های ۲ فاز، محلاتی به طور تصادفی انتخاب و نهایتاً بلوک‌هایی از آن محلات نیز به طور تصادفی انتخاب شدند. در ادامه با مراجعه به درب منازل واقع در محله‌های منتخب (بلوک‌های منتخب هر محله) و تکمیل پرسشنامه از طریق زنان واجد شرایط اقدام به گردآوری داده‌ها شد. لازم به ذکر است که در زمان نمونه‌گیری با مراجعه به درب هر منزل و عبور کردن از ۵ خانه به درب منزل بعدی مراجعه می‌شد. در بخش توصیف داده‌ها از فراوانی، درصد و شاخص مرکزی میانگین بهره برده شد. برای

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی مشارکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
سن		
۱۵-۲۹	۷۸	۲۰/۶
۳۰-۳۹	۲۰۳	۵۳/۶
۴۰-۴۹	۹۸	۲۵/۹
سن همسر		
۲۰-۲۹	۱۵	۴/۰
۳۰-۳۹	۱۸۲	۴۸/۰
۴۰-۴۹	۱۲۹	۳۴/۰
۵۰-۵۹	۴۸	۱۲/۷
۶۰-۶۹	۵	۱/۳
سطح تحصیلات		
بی سواد	۴	۱/۱
ابتدایی	۲۰	۵/۳
راهنمایی	۲۷	۷/۱
متوسطه	۲۸	۷/۴
دیپلم	۱۵۳	۴۰/۴
دانشگاهی	۱۴۷	۳۸/۸
سطح تحصیلات همسر		
بی سواد	۲	۰/۵
ابتدایی	۱۹	۵/۰
راهنمایی	۴۹	۱۲/۹
متوسطه	۳۲	۸/۴
دیپلم	۱۲۴	۳۲/۷
دانشگاهی	۱۵۳	۴۰/۴
وضعیت اشتغال		
شاغل	۴۳	۱۱/۳
خانه دار	۳۲۵	۸۵/۸
دانش آموز / دانشجو	۱۱	۲/۹
وضعیت اشتغال همسر		
شاغل	۳۰۰	۷۹/۲
بیکار	۴۲	۱۱/۱
بازنشسته	۳۴	۹/۰
دانش آموز / دانشجو	۳	۰/۸
مدت ازدواج		
۱ تا ۵ سال	۵۰	۱۳/۳
۶ تا ۱۰ سال	۱۰۷	۲۸/۴
۱۱ تا ۱۵ سال	۹۶	۲۵/۵
بالای ۱۵ سال	۱۲۴	۳۲/۹
اظهار نشده	۲	-
درآمد ماهیانه خانواده (تومان)		
۵۰۰ هزار تا ۶ میلیون	۲۰۱	۵۴/۵
۶ میلیون و یک هزار تا ۱۲ میلیون	۱۳۹	۳۷/۷
۱۲ میلیون و یک هزار تا ۲۰ میلیون	۲۱	۵/۷
بالای ۲۰ میلیون	۸	۲/۲
اظهار نشده	۱۰	-
قومیت		
فارس	۲۳۲	۶۱/۲
لر	۸۷	۲۳/۰
عرب	۴	۱/۱
ترک	۴۷	۱۲/۴

۱/۶	۶	گُرد
۰/۸	۳	سایر
		مذهب
۹۴/۵	۳۵۸	شیعه
۳/۴	۱۳	اهل تسنن
۲/۱	۸	سایر
		تعلق طبقاتی (خود اظهاری)
۲/۴	۹	بالا
۱۰/۰	۳۷	متوسط رو به بالا
۴۰/۲	۱۴۹	متوسط
۳۴/۵	۱۲۸	متوسط رو به پایین
۱۲/۹	۴۸	پایین

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی سابقه بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین مشارکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
سابقه بارداری ناخواسته		
بله	۹۵	۲۵/۱
خیر	۲۸۴	۷۴/۹
سابقه سقط عمدی جنین		
بله	۳۳	۸/۷
خیر	۳۴۶	۹۱/۳

جدول ۳: تأثیر سابقه بارداری ناخواسته بر سابقه سقط عمدی جنین مشارکت کنندگان

متغیر	B	Odds Ratio	P-value	95% CI	
				Upper	Lower
سابقه بارداری ناخواسته	۲/۷۰۲*	۱۴/۹۱۰	۰/۰۰۰	۴۰/۳۵۹	۵/۵۰۸
سن	۰/۰۰۴ ^{ns}	۰/۹۹۶	۰/۹۵۷	۱/۱۵۰	۰/۸۶۳
سن همسر	۰/۰۰۵ ^{ns}	۱/۰۰۵	۰/۹۴۰	۱/۱۴۹	۰/۸۷۹
مدت ازدواج	۰/۰۰۲۷ ^{ns}	۰/۹۷۳	۰/۶۵۸	۱/۰۹۸	۰/۸۶۳
درآمد ماهیانه خانواده	۰/۰۰۰ ^{ns}	۱/۰۰۰	۰/۱۸۷	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
سطح تحصیلات					
بی سواد	۰/۷۰۹۴ ^{ns}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-	۰/۰۰۰
ابتدایی	۱/۱۴۰ ^{ns}	۳/۱۲۶	۰/۳۰۶	۲۷/۷۰۸	۰/۳۵۳
راهنمایی	۰/۱۶۰ ^{ns}	۰/۸۵۲	۰/۹۱۰	۱۳/۷۰۲	۰/۰۵۳
متوسطه	۰/۹۷۳ ^{ns}	۲/۶۴۷	۰/۲۳۲	۱۳/۰۶۵	۰/۵۳۶
دیپلم	۰/۳۷۲ ^{ns}	۱/۴۵۱	۰/۵۱۶	۴/۴۶۲	۰/۴۷۲
دانشگاهی (مرجع)					
سطح تحصیلات همسر					
بی سواد	۰/۷۰۷ ^{ns}	۲/۰۲۸	۱/۰۰۰	-	۰/۰۰۰
ابتدایی	۰/۲۸۹ ^{ns}	۱/۳۳۵	۰/۷۷۴	۹/۵۸۲	۰/۱۸۶
راهنمایی	۰/۷۵۶ ^{ns}	۰/۴۷۰	۰/۳۹۴	۲/۶۶۹	۰/۰۸۳
متوسطه	۰/۲۳۰ ^{ns}	۰/۷۹۵	۰/۸۰۱	۴/۷۵۲	۰/۱۳۳
دیپلم	۰/۴۵۷ ^{ns}	۱/۵۷۹	۰/۳۹۰	۴/۴۷۳	۰/۵۵۷
دانشگاهی (مرجع)					
وضعیت اشتغال					
دانش آموز / دانشجو	۰/۹۹۱۳ ^{ns}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-	۰/۰۰۰
خانه دار	۰/۲۲۳ ^{ns}	۰/۲۹۴	۰/۰۷۴	۱/۱۲۵	۰/۰۷۷
شاغل (مرجع)					
وضعیت اشتغال همسر					
دانش آموز / دانشجو	۰/۱۸/۷۸۱ ^{ns}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-	۰/۰۰۰
بازنشسته	۰/۶۲۳ ^{ns}	۰/۵۳۶	۰/۵۶۷	۴/۵۲۵	۰/۰۶۴

بیکار جویای کار	۰/۶۹۳ ^{NS}			
شاغل (مرجع)				
تعلق طبقاتی				
بالا	۰/۱۲۲	۰/۱۵۱	۰/۰۰۷	۲/۱۴۶
متوسط رو به بالا	۰/۳۱۵	۰/۲۵۸	۰/۰۴۳	۲/۳۲۸
متوسط	۰/۳۱۹	۰/۱۰۵	۰/۰۸۰	۱/۲۶۸
متوسط رو به پایین	۰/۳۵۵	۰/۱۴۳	۰/۰۸۹	۱/۴۲۱
پایین (مرجع)				
قومیت				
لر	۰/۲۱۵ ^{NS}	۱/۲۴۰	۰/۶۸۴	۳/۴۹۲
عرب	۰/۷۹۷ ^{NS}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-
ترک	۰/۲۶۹ ^{NS}	۰/۲۸۱	۰/۱۶۹	۱/۷۱۶
کُرد	۰/۹۹۵ ^{NS}	۲/۷۰۴	۰/۴۹۴	۴۶/۸۶۰
سایر اقوام	۰/۵۴۵ ^{NS}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-
فارس (مرجع)				
مذهب				
اهل تسنن	۱/۴۸۱ ^{NS}	۴/۳۹۸	۰/۱۷۹	۳۸/۱۱۹
سایر مذاهب	۴/۳۹۳ [*]	۸۰/۸۴۲	۰/۰۰۱	۱۱۶۰/۷۶۸
شیعه (مرجع)				

Cox & Snell R² = 0.163Nagelkerke R² = 0.360

ضریب تعیین مدل

*معنی داری در سطح ۰/۰۵ < P، NS غیر معنی دار

بحث و نتیجه گیری

برآوردها از آن حکایت دارند که بیش از پنج درصد مرگ مادران ایرانی به سقط جنین و عوارض ناشی از آن بر می گردد [۱۷]. بارداری ناخواسته زنان را به انجام سقط عمدی جنین سوق می دهد که عمده این نوع سقطها به شکل غیر ایمن انجام می شوند. غیر ایمن بودن سقط های عمدی از عوامل به خطر افتادن سلامت مادران است. یافته های این تحقیق نشان داد که ۲۵/۱ درصد از زنان مورد مطالعه تجربه حداقل یکبار بارداری ناخواسته را داشتند. در واقع یک چهارم زنان در معرض حاملگی ناخواسته قرار داشتند که به طور بالقوه می تواند آن ها را به سقط عمدی جنین سوق دهد. یافته ها همچنین نشان داده است که حدود ۹ درصد زنان اظهار داشتند که تجربه حداقل یکبار سقط عمدی جنین را داشته اند. این یافته با نتایج مطالعه ای در تهران [۱۸] که نشان داده است حدود ۹ درصد از حاملگی های شناخته شده با سقط جنین خاتمه می یابد، همخوانی دارد. اما درصد سابقه سقط جنین در بین زنان بررسی شده در این مطالعه با پژوهشی که در بین زنان کُرد شهر مهاباد در آذربایجان غربی انجام شده بود تفاوت قابل ملاحظه ای دارد [۱۹]. یافته های مطالعه زنان کُرد نشان داده است که حدود ۳۱ درصد نمونه های بررسی شده تجربه سقط جنین داشته اند که بیش از ۳۴ درصد آن ها نیز از نوع عمدی بوده است. به طور کلی تحقیقات

[۲۵-۲۰] نشان داده است که احتمال سقط عمدی جنین در بین زنانی که حاملگی ناخواسته داشته اند بالاتر از دیگر زنان بوده است. یافته های حاصل از مطالعه نشان داد که مشخصه هایی مانند تحصیلات، تحصیلات همسر، سن، درآمد و وضعیت اشتغال زوجین اثر آماری معنی دار بر سابقه سقط جنین نداشتند. در حالی که در برخی مطالعات پیشین [۱۹، ۱۸] روابط آماری معنی داری به دست آمده است. به عنوان مثال مطالعات یافته های مطالعه ای نشان داده که احتمال سقط جنین با تحصیلات و درآمد پایین و نیز سن کم [۲۸-۲۶] ارتباط دارد. علت احتمالی تفاوت این یافته با مطالعات قبلی می تواند آن باشد که شهر جدید صدرا از نظر جمعیتی از همگنی بالایی برخوردار است. به این معنا که ساکنان این شهر عمدتاً افرادی هستند که از نظر درآمدی و تحصیلی مشابهت بالایی دارند و از کلان شهر شیراز به این شهر مهاجرت کرده اند.

زنان شیعه نسبت به زنان سایر مذاهب کمتر به انجام سقط عمدی جنین مبادرت کرده اند. که نشان دهنده نقش مذهب در ممانعت از سقط عمدی جنین است. تأثیر مذهب بر تجربه سقط در مطالعات دیگر [۱۸] نیز تأیید شده است. علاوه بر آموزه های ذاتی هر مذهب در خصوص سقط جنین، در ایران که اکثریت جامعه شیعه هستند میزان تحصیلات و درآمد در زنان گروه های اقلیت مذهبی در مقایسه با دیگر زنان (گروه اکثریت شیعه) در سطح پایین تری قرار

این مهم که سقط عمدی جنین هم بر سلامت زنان و هم بر وضعیت جمعیتی کشور تأثیرگذار است باید در تمامی برنامه‌هایی که با هدف ارتقاء سلامت خانواده و ارائه خدمات عمومی بهداشت وضع می‌شوند در نظر گرفته شود. تدوین و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌هایی در راستای کاهش بارداری‌های ناخواسته و متعاقباً کاهش سقط‌های عمدی باید مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران ذی‌ربط قرار گیرد. وجود بارداری ناخواسته و متعاقب آن اقدام به سقط عمدی جنین که سلامت مادران را به خطر می‌اندازد می‌تواند بر بارداری‌های احتمالی بعدی مادران نیز اثر بگذارد. در واقع آسیب‌های وارد بر مادر در نتیجه سقط عمدی جنین در شرایط غیر ایمن می‌تواند توانایی مادر برای باردار شدن دوباره را کاهش و حتی از بین ببرد. این اتفاق در شرایط فعلی جمعیت ما که باروری قریب به اتفاق استان‌ها و شهرهای کشور به زیر سطح جایگزینی رسیده است بسیار حایز اهمیت خواهد بود. در شرایط باروری زیر سطح جایگزینی تأثیر حتی نسبت‌های پایین سقط جنین بر سطح باروری بسیار مهم است. بنابراین سیاست‌گذاران باید این مهم را در سیاست‌های جمعیتی در نظر داشته باشند.

سهم نویسندگان

سراج‌الدین محمودیانی: تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله
منظر عابدی: گردآوری داده‌ها و مرور ادبیات تحقیق

دارد که این عوامل می‌تواند تأثیر مذهب بر سقط جنین را نیز تا حدودی توجیه نماید.

تجربه بارداری ناخواسته به‌عنوان متغیر مستقل اصلی در تحقیق حاضر نیز اثر آماری معنی‌داری بر احتمال داشتن سابقه سقط عمدی جنین داشت. بارداری ناخواسته در واقع باعث افزایش احتمال انجام سقط عمدی جنین در بین زنان شده است. تأثیر بارداری ناخواسته بر انجام سقط‌های عمدی به‌شکل‌های مختلفی در مطالعات سایر کشورها [۱۵] و نیز در ایران [۱۶] مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

از مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به عدم پرداختن به دلایل باردار شدن ناخواسته و عوارض سقط عمدی جنین اشاره کرد. اینکه آیا سقط عمدی جنین بر توانایی زنان برای بارداری‌های بعدی اثر منفی داشته است یا خیر سؤال مهمی است که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته است.

با وجود تمام پیشرفت‌هایی که در حوزه سلامت و بهداشت باروری زنان صورت گرفته است هنوز نسبت بارداری ناخواسته در بین زنان نسبتاً بالا است. از آنجایی که بیشتر بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده به سقط عمدی ختم می‌شوند و سقط عمدی تهدیدی برای سلامت مادران است از این‌رو تلاش در راستای کاهش بارداری ناخواسته ضرورت می‌یابد.

منابع

1. Rashidpouraie R, Sharifi MN, Rashidpouraie M. Abortion laws and regulations in Iran and European Countries during the COVID-19 Pandemic. Journal of Arak University of Medical Sciences 2020; 23:686-697 [Persian]
2. Adler NE. Unwanted pregnancy and abortion: Definitional and research issues. Journal of Social Issues 1992; 48:19-35
3. Brown SS, Eisenberg L. Unintended pregnancy and the well-being of children and families. The Journal of the American Medical Association 1995; 274:1332
4. Juárez F, Singh S, Maddow-Zimet I, Wulf D. Unintended pregnancy and induced abortion in Mexico: Causes and consequences. 1st Edition, Guttmacher Institute: New York, 2013
5. Kantorová V. Unintended pregnancy and abortion: What does it tell us about reproductive

health and autonomy. The Lancet Global Health 2020; 8: e1106-7

6. Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: A global comparative analysis of levels in 2015–2019. British Medical Journal of Global Health 2022;7: e007151

7. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. The Lancet Global Health 2020;8: e1152-61

8. Levels M, Need A, Nieuwenhuis R, Sluiter R, Ultee W. Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands 1954–2002. European Sociological Review 2012;28: 301-18

9. Puri M, Singh S, Sundaram A, Hussain R, Tamang A, Crowell M. Abortion incidence and unintended pregnancy in Nepal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016; 42:197
10. Singh S, Prada E, Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *International Family Planning Perspectives* 2006;1: 136-45
11. Sahoo H, Stillman M, Frost JJ, Kalyanwala S. Unintended pregnancy, abortion and postabortion care in Gujarat, India—2015. 1st Edition, Guttmacher Institute: New York, 2018
12. Bankole A, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guiella G. Unintended pregnancy and induced abortion in Burkina Faso: Causes and consequences. 1st Edition, Guttmacher Institute: New York, 2014
13. Basinga P, Moore AM, Singh S, Remez L, Birungi F, Nyirazinyoye L. Unintended pregnancy and induced abortion in Rwanda. 1st Edition, Guttmacher Institute: New York, 2012
14. Finer LB, Hussain R. Unintended pregnancy and unsafe abortion in the Philippines: Context and consequences. 1st Edition, Guttmacher Institute: New York, 2013
15. Hussain R. Abortion and unintended pregnancy in Kenya. 1st Edition, Guttmacher Institute: New York, 2012
16. Chinichian M, Holakoic Nainie K, Rafaie Shirpak Kh. Voluntary abortion in Iran: A qualitative study. *Payesh* 2007;6: 219-232
17. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: Estimated rates and correlates. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2011;37: 134-42
18. Erfani A. Abortion in Iran: What do we know. *PSC Discussion Papers Series* 2008; 22:1
19. Tazakori Z, Molaie B, Ehdaie-vand F, Amani F, Mardi A, Foladi N. Factors affecting abortion in patients referring to hospitals in Ardebil. *Journal of Health and Care* 2008; 10: 19-24 [Persian]
20. Sutton B, Vacarezza NL. Abortion rights in images: Visual interventions by activist organizations in Argentina. *Journal of Women in Culture and Society* 2020; 45:731-57
21. Thakuri DS, Ghimire PR, Poudel S, Khatri RB. Association between intimate partner violence and abortion in Nepal: A pooled analysis of Nepal demographic and health surveys (2011 and 2016). *Biomedical Research International* 2020;1: 1-11
22. Keeling J, Birch L, Green P. Pregnancy counselling clinic: A questionnaire survey of intimate partner abuse. *British Medical Journal of Sexual & Reproductive Health* 2004; 30:165-8
23. Hasan M, Kashanian M, Hasan M, Rohi M, Yousofi H. Investigating the relationship between domestic violence during pregnancy and neonatal outcomes. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013;16:21-29 [Persian]
24. Di Napoli I, Procentese F, Carnevale S, Esposito C, Arcidiacono C. Ending intimate partner violence (IPV) and locating men at stake: An ecological approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16:1652
25. Yari A, Zahednezhad H, Gheshlagh RG, Kurdi A. Frequency and determinants of domestic violence against Iranian women during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2021; 21:1-0
26. Larijani B, Zahedi F. Changing parameters for abortion in Iran. *Indian Journal of Medical Ethics* 2006; 3:130
27. Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic violence among Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Iran Red Crescent Medical Journal* 2016;18: e34971
28. Ackerson LK, Subramanian S. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *American Journal of Epidemiology* 2008; 167:1188-1196