مشخصات جمعیت شناختی مؤثر بر تصمیم به سقط عمدی در مراجعین به بیمارستان‌های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

دکتر صدیقه السادات طوافیان: * استادیار پژوهش, گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر فاطمه رمضان زاده: استاد, گروه بیماری‌های زنان و زایمان, مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج), دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال ششم شماره دوم بهار ۱۳۸۶ صص ۱۶۴-۱۵۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱۶

چکیده

در کشور ما اقدام به سقط عمدی در سال‌های اخیر از روند رو به رشدی برخوردار بوده است که در اکثر مواقع به دنبال بارداری‌های ناخواسته اتفاق می‌افتد. ولی به نظر می‌رسد عوامل تعدیل کننده دیگری از جمله مشخصات جمعیت شناختی افراد نیز می‌توانند تأثیر گذار باشند.

جهت پاسخ به این سؤال با ۸۸۸ نفر از زنانی که بارداری آنان در یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران به صورت سقط، سزارین و یا زایمان طبیعی ختم شده بود در خصوص مشخصات جمعیت شناختی و تصمیم به سقط عمدی با استفاده از برگ مصاحبه خود ساخته مصاحبه شد و داده‌های جمع آوری شده از طریق تحلیل رگرسیون لجستیک یک و چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۳۸۸ نفر (۴۳/۷ درصد) با میانگین سنی ۶/۳±۲۹/۹ سال در بارداری اخیر خود تصمیم به سقط عمدی داشتند و ۵۰۰ نفر (۵۶/۳ درصد) با میانگین ۴/۹ ± ۲۴/۹ سال چنین تصمیمی نداشتند. طبق یافته‌های این مطالعه بارداری ناخواسته، افزایش تعداد زایمان‌های قبلی، درآمد متوسط و بالاتر و ازدواج غیر فامیلی به ترتیب از مهم‌ترین عوامل مؤثری بودند که باعث افزایش شانس تصمیم به سقط عمدی شدند.همچنین تصمیم به سقط عمدی با افزایش سن زن و افزایش مدت زمان گذشت از ازدواج دارای ارتباط معنی دار بود (P<۰/۰۰۰۱).

کلیدواژه‌ها: تصمیم به سقط عمدی، مشخصات جمعیت شناختی، عوامل موثر، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: stavafian@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

مقدمه

الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت مدل جامعی است که توسط Godfery Hochbaum در سال ۱۹۵۰ اختراع و به کار گرفته شد.

این الگو در صدد است تا رفتارهای بهداشتی در ارتباط با سلامت را در الگوهای اعتقادی معین پیش بینی نماید و تأکید آن بر طبقه‌بندی‌های مشخصی قرار گرفته است.

طبق این الگو تصمیم و انگیزه شخص در اتخاذ یک رفتار بهداشتی به سه مقوله مجزای ادراکات شخصی، رفتارهای تعدیل کننده و احتمال انجام آن عمل و یا آن رفتار بر می‌گردد.

ادراکات شخصی عواملی هستند که بر درک از بیماری و یا ناخوشی و همچنین عوارض ناشی از یک رفتار بهداشتی اثر می‌گذارند.

احتمال انجام عمل در مورد عوامل تأثیرگذار بر احتمال اتخاذ رفتار مناسب، بحث می‌کند و عوامل تعدیل کننده یا تسهیل کننده که شامل متغیرهای جمعیت شناختی، تهدید درک شده و راهنمای عمل هستند نقش خود را بعد از ظهور ادراکات فردی ایفا می‌نمایند. بنابر این طبق این مدل تصمیم نهایی برای انجام یک رفتار بهداشتی و یا عدم انجام آن رفتار به میزان زیادی تحت تأثیر عوامل تعدیل کننده قرار می‌گیرد که در این پژوهش با توجه به جامعه مورد مطالعه شامل عواملی چون مشخصات جمعیت شناختی و سوابق مامایی افراد است[۱].

یکی از رفتارهای بسیار پرخطر غیر بهداشتی که می‌توان از طریق الگوی باور بهداشتی به عوامل پیش بینی کننده آن رسید اقدام به سقط عمدی است.

این رفتار معمولاً در شرایط غیر بهداشتی و غیر ایمن انجام شده و منجر به عوارض و عواقب بسیار شدید خواهد شد. در سرتاسر دنیا ۱۳ درصد از همه مرگ و میرهای مادران به علت سقط جنین اتفاق می‌افتد که از این میان سقط‌های غیر ایمن سهم بسزایی دارند [۵-۲] و طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، هر سه دقیقه یک نفر به علت عوارض سقط‌های عمدی جان خود را از دست می‌دهد و این موضوع در زنانی که زنده می‌مانند نیز آثار جدی و فراوانی بر جای می‌گذارد و مرگ و میر ناشی از سقط‌های عمدی عموماً در کشورهایی اتفاق می‌افتد که این سقط‌ها در شرایط غیر بهداشتی صورت می‌پذیرند[۲].

از بعد هزینه، مخارج درمان این گونه سقط‌های غیر بهداشتی در مقابل سقط‌های بهداشتی انجام شده در محیط‌های بیمارستانی بسیار سنگین است[۳].

اگر چه به دست آوردن آمار دقیق در رابطه با مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه بسیار مشکل است، ولی مطالعات انجام شده میزان بالای این مرگ و میرها را نشان می‌دهند.

مطالعه‌ای که توسط Chan و همکارش در سال ۲۰۰۴ صورت پذیرفت نشان داد که میزان سقط عمدی و درصد زنانی که در دوران بارداری خود سقط عمدی را تجربه نمودند از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۶۰ رو به افزایش بوده است[۶].

مطالعه‌ای در سال ۱۳۷۲ نشان داد که از ۱۱۰۵ مورد مراجعه کننده به علت سقط به ده مرکز آموزشی ـ درمانی تهران، ۱۳/۴ درصد سقط عمدی داشته‌اند[۷].

مطالعه‌ای نیز در سال ۸۱ در ده مرکز آموزشی شهر تهران انجام گرفت و نتایج آن بیانگر این مسأله بود که ۱۲/۸ درصد از کل سقط‌ها به طور غیر قانونی و نامطمئن انجام می‌گیرند[۲].

وقوع چشمگیر سقط‌های القایی و غیر بهداشتی در سراسر جهان و به ویژه در جوامع در حال توسعه و منجر شدن بسیاری از این سقط‌ها به مرگ و میر مادران در سنین باروری و نیز بر جای گذاردن صدها هزار ناتوانی جسمی و جنسی در جوامع مختلف و از جمله ایران [۸] و روند رو به رشد آن در کشور ما [۹] ضرورت بررسی عوامل پیش بینی کننده این رفتار غیر بهداشتی را بیش از پیش روشن می‌نماید. ضمن آن که استفاده از الگوی باور بهداشتی در این خصوص می‌تواند کارساز باشد.

هدف این مطالعه تعیین عوامل تعدیل کننده و تسهیل کننده انجام سقط عمدی در مراجعین به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران است.

مواد و روش کار

این بررسی یک مطالعه مقطعی توصیفی ـ تحلیلی بود که طی آن با ۸۸۸ نفر از افراد واجد شرایط که بارداری آنان در یکی از بیمارستان‌های فیروزآبادی، بوعلی، میرزا کوچک خان، ولی عصر (عج)، آرش، بهارلو، لولاگر، شهید اکبر آبادی، مهدیه، حضرت رسول اکرم (ص)، شهدا، لقمان، طالقانی و امام حسین (ع) به صورت سقط، زایمان طبیعی و یا سزارین ختم شده بود در فاصله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

زمانی اول دی ماه ۱۳۸۳ تا آخر اسفند همان سال با استفاده از برگ مصاحبه پژوهشگر ساخته و مصاحبه حضوری به عمل آمد.

سؤالات در دو بخش تنظیم شده بود. بخش اول در ارتباط با مشخصات فردی که مواردی چون سن، تحصیلات، شغل خود و همسر، درآمد، وضعیت منزل مسکونی از نظر نوع مالکیت، مدت زمان گذشت از زمان ازدواج و نوع ازدواج از نظر خویشاوندی و یا غیر خویشاوندی را در بر می‌گرفت و بخش دوم در ارتباط با سابقه مامایی افراد شرکت کننده بود که مواردی چون تمایل به بارداری اخیر، تعداد بارداری‌های قبلی، سابقه سقط، سابقه زایمان زودرس و تصمیم به سقط عمدی در بارداری اخیر را شامل می‌شد.

روایی و پایایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی و آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری در این مطالعه به طریق آسان بود. به این ترتیب که افراد مصاحبه کننده با مراجعه به محل‌های پژوهش با تمام مراجعین واجد شرایط ورود به مطالعه طبق برگ راهنما مصاحبه می‌نمودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بستری در یکی از بیمارستان‌های مذکور، ختم حاملگی به صورت سقط، زایمان زودرس یا بهنگام به صورت طبیعی و یا سزارین بود.

در این مطالعه منظور از سقط، ختم حاملگی قبل از بیست هفته، زایمان زودرس به مفهوم ختم حاملگی قبل از اتمام ۳۷ هفته حاملگی، زایمان ترم به مفهوم ختم حاملگی در فاصله ۳۸ تا ۴۲ هفته حاملگی، زایمان طبیعی به معنی ختم حاملگی از طریق مهبل و زایمان سزارین به معنی ختم حاملگی از طریق برش سزارین، سقط عمدی به منظور ختم حاملگی به شیوه غیر قانونی و بدون مجوز پزشک قانونی و تصمیم به اقدام به سقط عمدی به مفهوم داشتن قصد و نیت انجام سقط عمدی، جدای از این که اقدامی در این مورد صورت گرفته باشد و یا خیر در نظر گرفته شد. بعد از تکمیل مصاحبه‌ها، داده‌های جمع آوری شده وارد برنامه SPSS شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به این که طبق الگوی باور بهداشتی در انجام رفتار غیر بهداشتی سقط عمدی، متغیرهای جمعیت شناختی افراد نظیر سن، جنس، تحصیلات، شغل، درآمد و محل سکونت افراد، نوع ازدواج و مدت زمان گذشت از آن، سابقه سقط و زایمان زودرس، تعداد زایمان‌های قبلی و تمایل به بارداری فعلی می‌توانند از عوامل تسهیل‌گر برای تصمیم به سقط عمدی باشند و در بررسی متون ارتباط بسیاری از این متغیرها با انجام سقط عمدی دیده شده است، در این پژوهش ابتدا ارتباط تک تک این متغیرها با تصمیم به سقط عمدی از طریق تحلیل رگرسیون لجستیک یک متغیره سنجیده شد و سپس ارتباط هر متغیری که در سطح کمتر از ۰/۰۵ با تصمیم به سقط عمدی معنی دار بود، به جهت همسان نمودن متغیرها و از بین بردن تأثیر مخدوش کنندگی عوامل مخدوش کننده وارد مدل تحلیل رگرسیون چند متغیره شد. متغیر پیامد در این مدل به صورت دوحالتی تصمیم و یا عدم تصمیم به سقط عمدی بود.

یافته‌ها

در این پژوهش جمعاً ۸۸۸ نفر ازمراجعین به بیمارستان‌های مذکور که واجد شرایط مطالعه بودند شرکت نمودند که از این میان۳۸۸ نفر (۴۳/۷ درصد) اذعان داشتند که بعد از اطلاع از باردار شدن خود تصمیم به انجام سقط عمدی گرفته بودند و ۵۰۰ نفر (۶۵/۳ درصد) چنین تصمیمی را اتخاذ نکرده بودند.

میانگین سنی زنان در گروه قصد به سقط عمدی ۶/۳ ± ۲۹/۹ سال و در گروه بدون قصد سقط ۹/ ۴ ± ۲۴/۹ سال بود که آزمون تی مستقل بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۰۰۱). همسران این زنان در گروه تصمیم به سقط عمدی دارای میانگین سنی ۳۴/۳±۷/۳ سال و در گروه دیگر ۵/۸ ± ۳۰/۱ سال بودند که این اختلاف نیز از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۰۱).

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی را در دو گروه نشان می‌دهد. میانگین تعداد سال‌های بعد از ازدواج در گروه تصمیم گیرنده به سقط عمدی و گروه دیگر به ترتیب ۳۳/ ۷± ۱۱/۵ و ۴/۷ ±۵/۸۶ سال بود که دارای تفاوت معنی‌دارآماری بود (P<۰/۰۰۰۱).

میانگین تعداد زایمان درگروه تصمیم گیرنده به سقط عمدی ۱/۴±۲/۴۶ و در گروه مقابل ۱/۰۷±۱/۵۸ بود که آزمون تی مستقل بین دو گروه در سطح کمتر از ۰/۰۰۰۱ اختلاف معنی‌دار نشان داد.

دیگر سوابق مامایی افراد مورد مطالعه در دو گروه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. جدول شماره ۳ نیز عوامل مؤثر بر تصمیم به سقط عمدی را بعد از همسان نمودن متغیرها و حذف تأثیر مخدوش کنندگی عوامل مخدوش کننده نشان می‌دهد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی و مقایسه مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

مشخصات	گروه: داشتن تصمیم به سقط عمدی (n=۳۸۸) تعداد	درصد	عدم تصمیم به سقط عمدی (n=۵۰۰) تعداد	درصد	P
تحصیلات زن					**<۰/۰۰۰۱**
بی‌سواد	۴۴	۱۱/۴	۴۴	۸/۸	
ابتدایی	۱۰۳	۲۸/۸	۱۳۷	۲۷/۴	
متوسطه	۲۲۱	۵۷/۴	۳۱۹	۶۳/۸	
دانشگاهی	۱۷	۴/۴	۰	۰	
تحصیلات همسر					**<۰/۰۰۰۱**
بی‌سواد	۳۰	۷/۸	۳۵	۷	
ابتدایی	۹۱	۲۳/۶	۱۲۶	۲۵/۲	
متوسطه	۲۳۳	۶۰/۵	۳۳۹	۶۷/۸	
دانشگاهی	۳۱	۸/۱	۰	۰	
شغل زن					**<۰/۰۳۳**
خانه دار	۳۷۵	۹۶/۶	۴۹۴	۹۸/۸	
شاغل	۱۳	۳/۴	۵	۰/۰۱	
شغل همسر					**<۰/۰۰۱**
پر درآمد	۱۸۴	۴۷/۴	۲۷۴	۵۴/۸	
کم درآمد	۲۰۴	۵۲/۶	۲۲۶	۴۵/۲	
نوع منزل					**<۰/۰۰۱**
شخصی	۱۰۰	۲۶/۲	۹۸	۱۹/۶	
اجاره‌ای	۲۴۲	۶۳/۵	۳۰۹	۶۱/۸	
منزل اقوام	۳۹	۱۰/۲	۹۳	۱۹/۶	
میزان درآمد					**<۰/۰۰۱**
خوب	۱۵	۴/۴	۵	۱/۱	
متوسط	۷۷	۲۲/۵	۷۴	۱۶/۲	
بد	۲۵۰	۷۳/۱	۳۷۸	۸۲/۷	

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی و مقایسه مشخصات مامایی افراد مورد مطالعه در دو گروه

مشخصات	گروه: داشتن تصمیم به سقط عمدی (n=۳۸۸) تعداد	درصد	عدم تصمیم به سقط عمدی (n=۵۰۰) تعداد	درصد	P
نوع ازدواج					**<۰/۰۰۰۱**
خویشاوندی	۱۲۸	۳۲/۳	۲۸۹	۵۷/۹	
غیر خویشاوندی	۲۵۶	۶۶/۷	۲۱۰	۴۲/۱	
تمایل زن به بارداری					**<۰/۰۰۰۱**
بلی	۴۹	۱۲/۶	۳۷۸	۷۵/۹	
خیر	۳۲۹	۸۴/۸	۱۲۰	۲۴/۱	
بدون نظر	۱۰	۲۰/۶	۰	۰	
سابقه سقط					**<۰/۰۷**
بلی	۳۱۸	۸۲	۴۳۰	۸۶/۳	
خیر	۷۰	۱۸	۷۰	۲۳/۷	
سابقه زایمان زودرس					**<۰/۲۸**
بلی	۲۱	۵/۴	۲۴	۴/۸	
خیر	۳۶۷	۹۴/۶	۴۷۳	۹۵/۲	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

جدول شماره ۳- نتایج رگرسیون لجستیک چند متغیره در مورد عوامل مرتبط با تصمیم به سقط عمدی

	Odds ratio (حدود اطمینان ۹۵٪)	P
سن زن (سال)	**۰/۹۲ (۰/۸۵-۰/۹۸)**	**<۰/۰۱**
مدت زمان ازدواج	**۰/۷۹ (۰/۷۴-۰/۸۵)**	**<۰/۰۰۰۱**
تعداد زایمان	**۲/۳ (۱/۷-۳/۱)**	**<۰/۰۰۰۱**
درآمد		
کم	۱ (ref)	<۰/۰۰۰۱
متوسط	۵/۵ (۱-۲۸)	۰/۰۳
نوع ازدواج		**<۰/۰۰۰۱**
خویشاوندی	۱ (ref)	
غیر خویشاوندی	۳/۴ (۲/۲-۵/۴)	
سابقه سقط		**<۰/۰۴**
خیر	۱ (ref)	
بلی	۰/۵۳ (۰/۲۹-۰/۹۶)	
نوع بارداری		**<۰/۰۰۰۱**
خواسته	۱ (ref)	
نا خواسته	۲۶ (۱۵/۴-۴۳/۸)	

بحث و نتیجه‌گیری

این بررسی با هدف تعیین عوامل تسهیل کننده جهت تصمیم به سقط عمدی در مراجعین به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام گرفت.

نتایج نشان داد مهم‌ترین عامل تأثیر گذار بر تصمیم به سقط عمدی، بارداری‌های ناخواسته و غیر برنامه ریزی شده است که میزان تصمیم به سقط عمدی را تا میزان ۲۶ برابر افزایش داده است. در حقیقت عدم تمایل به بارداری از جمله عوامل مهمی است که تأثیر آن در تصمیم و یا اقدام به سقط عمدی در این مطالعه و دیگر مطالعات توسط پژوهشگران دیگر نشان داده شده است[۷].

با توجه به عوارض بسیار شدید سقط عمدی، لزوم توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور در خصوص اتخاذ تدابیر مؤثر در جهت پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته و آموزش و حمایت زنان دارای بارداری‌های غیر برنامه ریزی شده بیش از پیش روشن است. از طرف دیگر همان گونه که در این بررسی دیده شد این متغیر از جمله عواملی است که دیگر عوامل و مشخصات فردی ـ اجتماعی نظیر تحصیلات، شغل، درآمد و محل سکونت را نیز تحت تأثیر خود قرارمی‌دهد. لذا در مطالعات بعدی هنگامی که منظور، بررسی تأثیر عوامل فردی ـ اجتماعی بر تصمیم به اقدام به سقط عمدی است، بایستی تأثیر این عامل را مد نظر قرار داد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بعد از همسان نمودن متغیرها و از بین بردن تأثیر عوامل مخدوش کننده، برخی از عوامل همچنان در تصمیم گیری افراد در جهت اقدام به سقط دخیل بوده و به عنوان عوامل تسهیل‌گر و تعدیل کننده عمل می‌نمایند. یکی از این عوامل تسهیل کننده که در این پژوهش به آن دست یافتیم سن زن است. به نحوی که به ازای هر سال افزایش سن زن تا میزان ۰/۰۸ شانس تصمیم به سقط افزایش می‌یابد. مطالعات دیگر نیز نشان داده است افرادی که دارای سن بالاتری هستند، به طور معنی‌داری بیشتر مبادرت به سقط عمدی می‌نمایند[۹، ۱۰].

در آمارهای آمریکایی، ۵۱ درصد از موارد سقط در زنان کمتر از ۲۴ سال اتفاق می‌افتد. ولی به نظر می‌رسد در ایران علی‌رغم جوان بودن هرم سنی، حاملگی ناخواسته و برنامه ریزی نشده که منجر به سقط عمدی می‌گردد بیشتر در زنانی اتفاق می‌افتد که میانگین سن ازدواج و بچه دارشدن را پشت سر گذاشته‌اند[۱۱]. مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۵، میانگین سن زنان اقدام کننده به سقط عمدی را در ایران ۳۰ سال و دامنه تغییرات سنی این افراد را بین ۱۷ تا ۴۷ سال برآورد نموده است که با یافته‌های این مطالعه مطابقت دارد[۸]. به طور کلی دو نوع منحنی سنی U شکل و منحنی سطح شیب‌دار در سقط عمدی مورد نظر است که در منحنی U شکل بیشترین میزان سقط عمدی در دو سر طیف دوره باروری یعنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

سال‌های شروع و پایانی این طیف وجود دارد و این منحنی بیشتر در کشورهای اروپایی وجود دارد و منحنی سطح شیب‌دار در مواردی به کار می‌رود که همراه با افزایش سن زن و گذشت از زمان شروع سن باروری بر میزان سقط افزوده می‌شود، نظیر آنچه که در کشور چین دیده می‌شود[۱۲]. نظر به اهمیت موضوع، نتایج این مطالعات ضرورت انجام تحقیق بیشتر را در ارتباط با تعیین گروه‌های پر خطر از نظر سنی می‌طلبد.

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد به ازای هر یک سال که از زمان ازدواج می‌گذرد شانس تصمیم به سقط عمدی به میزان ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. نتایج این بررسی نمایانگر این مطلب است که افرادی که مدت بیشتری از زمان تأهل آنها می‌گذرد نسبت به افراد تازه ازدواج کرده به میزان ۲۰ درصد بیشتر در معرض تصمیم به سقط عمدی قرار دارند و بنابراین بایستی بیشتر مورد توجه و آموزش پیشگیری از انجام این رفتار غیر بهداشتی باشند.

از طرفی، نتایج این مطالعه ازدواج غیر خویشاوندی را به عنوان یک عامل تعدیل کننده در جهت تصمیم به اقدام به سقط عمدی نشان داد.

در مطالعه دیگری [۱۳] بین ازدواج فامیلی و سقط عمدی ارتباط معنی‌دار دیده شد ولی با سقط خود بخودی ارتباط معنی‌دار دیده نشد. این واقعیت وجود دارد که علی‌رغم این که ازدواج‌های فامیلی باعث افزایش احتمال بروز ناهنجاری و اختلالات ژنتیکی می‌شوند، ولی این مسأله باعث افزایش میزان انگیزه تصمیم به سقط عمدی در ازدواج‌های خویشاوندی به دلیل ترس از تولد نوزاد ناهنجار در این مطالعه نشده است. همچنین این مطالعه نشان داد که شانس تصمیم به سقط در گروه دارای تصمیم به سقط عمدی نسبت به گروه دیگر به ازای هر بار زایمان به میزان بیش از دو برابر افزایش می‌یابد . در مطالعه دیگری نیز ارتباط بین تعداد دفعات حاملگی و سقط عمدی دیده شده است[۱۴-۱۱].

با توجه به این که در این مطالعه این یافته بعد از همسان شدن متغیرها و از بین بردن اثر مخدوش کنندگی بارداری ناخواسته به دست آمد، لذا اینگونه نتیجه گیری می‌شود که صرفاً افزایش تعداد بارداری جدای از خواسته و یا ناخواسته بودن آن می‌تواند از عوامل تسهیل کننده در مورد تصمیم به سقط تلقی شود و لذا افرادی بیشتر مبادرت به سقط عمدی می‌نمایند که از تعداد فرزندان کافی برخوردار هستند و می‌توان چنین استنباط نمود که تعداد موالید یکی از عوامل مهم در تصمیم گیری در مورد سقط است که بایستی اینگونه زنان مورد توجه و آموزش بیشتر در دوران بارداری در خصوص عوارض و مشکلات بعد از اقدام به سقط عمدی قرار گیرند.

در مطالعه حاضر دیده شد افرادی که سابقه سقط نداشتند، تقریباً دو برابر افراد دارای سابقه، قصد به انجام سقط نموده بودند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. مطالعات دیگر نشان‌دهنده عکس این نتیجه است و بیان کننده این است که سابقه سقط دارای تأثیر مثبت بر اقدام به سقط عمدی است[۲، ۱۳]. نظر به این که در این بررسی مشخص نگردیده است که منظور از سابقه سقط چه نوع سقطی (اعم از قانونی و یا غیر قانونی) است، لذا در مورد تفسیر آن باید با احتیاط برخورد نمود و پیشنهاد می‌شود مطالعات تحلیلی دیگری برای تأثیر سابقه سقط بر تصمیم به سقط عمدی انجام شود. در این مطالعه دیده شد افرادی که دارای درآمد متوسط هستند نسبت به افراد کم درآمد به میزان بیش از ۵ برابر بیشتر تصمیم به سقط می‌گیرند. این نتایج مطابق با نتیجه مطالعه‌ای است که در چین در سال ۲۰۰۴ انجام شد و طی آن دیده شد افراد پر درآمد نسبت به افراد فقیر بیشتر مبادرت به سقط عمدی می‌نمایند[۱۲].

اگرچه در تحلیل رگرسیون لجستیک یک متغیره دیده شد که عواملی نظیر تحصیلات و شغل دارای ارتباط معنی‌داری با تصمیم به سقط عمدی است، ولی بعد از کنترل تأثیر بارداری ناخواسته، تأثیر این عوامل به عنوان عوامل تسهیل کننده تصمیم به سقط عمدی، معنی‌دار نشد. ولی به هر حال مطالعه دیگری که توسط Broen و همکارانش در چین انجام شد، نشان داد که ارتباط قابل توجهی بین عواملی چون تحصیلات، شغل و وضعیت مالی با سقط عمدی وجود دارد[۱۲]. همچنین در مطالعه دیگری نشان داده شده است که میزان تحصیلات مادر بر کاهش بارداری ناخواسته تأثیر داشته و لذا کسانی که از تحصیلات پایینی برخوردار بودند میزان سقط بیشتری داشتند[۷]. در نهایت آنچه که این پژوهش در خصوص عوامل تسهیل کننده و تعدیل کننده تصمیم به سقط عمدی به آن دست یافته است می‌تواند راهنمایی برای طراحی مداخلات مؤثر برای گروه هدف مناسب، طبق الگوی باور بهداشتی باشد. زیرا آنچه که Glanz و همکارانش در سال ۲۰۰۲ در مدل باور بهداشتی ارائه نمودند، حاکی از آن است که عوامل تسهیل کننده نه تنها روی ادراکات فرد در خصوص شدت عوارض ناشی از یک رفتار غیر بهداشتی نظیر سقط عمدی و درک فرد از میزان استعداد و حساسیتش به ابتلا به این عوارض تأثیر گذار است و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

باعث می‌شود درک وی را در مورد عواقب ناشی از این عوارض تحت الشعاع خود قرار دهد، بلکه از طرف دیگر روی موانع و منافع درک شده این افراد از یک رفتار غیر بهداشتی نیز تأثیر گذاشته و باعث می‌گردد افراد دارای این خصوصیات فردی ـ اجتماعی راحت‌تر از دیگر افراد مبادرت به انجام یک رفتار غیر بهداشتی نمایند.

در همین راستا یافته‌های این پژوهش بیانگر این است که احتمال اتخاذ تصمیم به سقط عمدی در زنان باردار دارای سن بالاتر، فرزندان بیشتر و درآمد بهتر و همچنین افرادی که مدت بیشتری از ازدواج آنان گذشته است و دارای ازدواج غیر خویشاوندی بوده و بارداری آنان ناخواسته است بسیار بیشتر از دیگر افراد است و لذا در هنگام طراحی مداخلات آموزشی جهت افزایش درک افراد در جهت حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع و موانع درک شده برای کاهش اقدام به سقط عمدی، این گروه از زنان نه تنها بایستی از مخاطبین آموزش دهندگان سلامت بوده، بلکه آموزش دهندگان سلامت باید در مواجه با این مادران علاوه بر آموزش‌های گروهی در جهت ارتقاء آگاهی و درک آنان، از شیوه‌های مؤثر مشاوره‌ای چهره به چهره و فردی جهت تغییر نگرش و رساندن آنان به سطوح بالای شناختی تجزیه و تحلیل و ارزشیابی عوارض و عواقب ناشی از اقدام به سقط عمدی استفاده نمایند تا بتوانند تأثیر عوامل تعدیل کننده را کمرنگ کنند.

از نقاط قوت این مطالعه، بررسی وسیع در سطح تمام بیمارستان‌های آموزشی وابسته به سه دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران است که این بیمارستان‌ها در نقاط مختلف شهر از نظر جغرافیایی پراکنده شده‌اند. ولی به هر حال با توجه به حساسیت موضوع و با توجه به ممنوعیت سقط در ایران، نشنیدن پاسخ صحیح و عدم ذکر سابقه اقدام به سقط عمدی دور از انتظار نیست. با توجه به این که در این مطالعه بیشتر تأکید روی تصمیم به انجام سقط بود و افرادی که اقدام هم کرده بودند در گروه تصمیم گیرندگان در نظر گرفته می‌شدند لذا این موضوع ازحساسیت پژوهش می‌کاست.

از طرفی افرادی که چنین اقدامی را انجام داده‌اند احتمالاً به مراکز غیر مجاز و غیر قانونی مراجعه نموده و در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته‌اند و این موارد از محدودیت‌های این مطالعه است و برای رسیدن به نتایج روشن‌تر و عوامل موثر بر سقط نیاز به تحقیقات تحلیلی بیشتری وجود دارد تا بتوان دقیقاً عوامل تسهیل‌گر مؤثر بر اتخاذ تصمیم به انجام سقط عمدی و همچنین گروه‌های پر خطر را شناسایی نمود و آموزش‌های لازم و مشاوره‌های فردی را در جهت آگاه سازی بیشتر آنان و تغییر نگرش و باورهای آنان در خصوص عوارض وخیم ناشی از سقط عمدی اجرا نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی از این مطالعه و همچنین از تمامی پرسشگران پر تلاشی که زحمت جمع آوری داده‌های این مطالعه را بر خود هموار ساختند سپاسگزاری نمایند.

منابع

۱- محمدی ناصر، رفیعی شهرام، آقامولایی تیمور، اکبری مریم، امین شکروی فرخنده، طوافیان صدیقه السادات، برنامه جامع درسی آموزش سلامت، آشنایی با مفاهیم کاربردی ویژه کارشناسان آموزش سلامت، چاپ دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، تهران، ۱۳۸۵

۲- زمانی علویجه فرشته، افتخاراردبیلی حسن، بشر دوست نصرالله، مرعشی طیبه، نقیبی ابولحسن، بررسی رفتار زنان در هنگام مواجهه با حاملگی نا خواسته، مجله دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۳۸۲، ۲، ۶۳-۵۵

۳- امین شکروی فرخنده، رهادن چایمن، مطالعه عوامل مؤثر بر حاملگی‌های نا خواسته در گروهی از زنان باردار شهر تهران، باروری و نا باروری، ۱۳۸۳، ۵، ۵۸-۲۴۹

4- Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. American Journal of Obstetric & Gynecology; 2004; 190: 422-27

5- Ravindran J. Unwanted pregnancy, medical and ethical dimension. Medical Journal 2003; 58: 23-35

6- Chan A, Keane RJ. Prevalence of induced abortion in reproductive lifetime. American Journal of Epidemiology 2004; 159: 475-80

۷- خلج آبادی فراهانی فریده، سادات هاشمی سید مهدی، عوامل مؤثر بر حاملگی ناخواسته در تهران، حکیم، ۱۳۸۱، ۵ ، ۲۰۶-۲۰۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]

۸- بهجتی اردکانی زهره، آخوندی محمد مهدی، صادقی محمد رضا، اردکانی هومن صدری، ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران، باروری و نا باروری، ۱۳۸۴، ۶، ۳۲۰-۲۹۹

9- Fallahian M, Mohammad Zadeh F. Trends in Abortion in Iran: 1994-2002. Archives of Iranian Medicine: 2005; 8: 217-28

10- 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: 71-7

۱۱- محمدزاده فرناز، فلاحیان معصومه، وضعیت سقط عمدی در بیمارستان آیت ۰۰۱ طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۰، مجله پزشکی قانونی، ۸۲، ۳۲، ۹۳-۱۹۰

12- Wei C. Socio economic Determinants of Induced Abortion in China, Asia-Pacific. Population Journal 2004; 19: 5-22

۱۳- نجف زاده فاطمه، ولایتی علی اکبر، بررسی علل سقط جنین در بیمارستانهای معتضدی کرمانشاه، پایان‌نامه MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴

14- Broen A.N, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Reason for induced abortion and their relation to womens emotional distress: a prospective,two year follow up study. General Hospital Psychiatry 2005; 27: 36-43

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.9.8]