Volume 21, Issue 6 (November- December 2022)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]

[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

Relationship between unintended pregnancy and induced abortion

Serajeddin Mahmoudiani[1*], Manzar Abedi[1]

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

سال بیست و یکم، شماره ششم، آذر ـ دی ۱۴۰۱

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

بررسی رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین

سراج‌الدین محمودیانی[1*]، منظر عابدی[1]

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 اذر ۱۴۰۱]
نشریه پایش: ۶۳۵- ۶۲۷ :(۶)۲۱؛ 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 تجربهٔ سقط عمدی جنین داشت ($P<۰/۰۵$). بارداری ناخواسته نیز با ضریب تأثیر (بتا) ۲/۷۰۲ به‌طور معنی‌داری احتمال سقط عمدی جنین را افزایش داد ($P<۰/۰۵$).

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 واژه ها: 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 جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی
E-mail: serajmahmoudiani@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

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 باردار شدن یا نشدن است. در دو حالت، برنامه‌ریزی برای باردار شدن و برنامه‌ریزی برای باردار 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 باردار می‌شوند بر این باورند که قانون‌شکنی بر تولد فرزندی که قادر به بزرگ کردن آن نیستند ارجحیت دارد [۴]. تعداد سالانهٔ حاملگی های ناخواسته در سراسر جهان از ۱۰۸ میلیون در دورهٔ ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ به ۱۲۱ میلیون در دورهٔ 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 مونته نگرو 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 سال های 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 سال های 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 حالی‌که 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 عمدهٔ بارداری‌های ناخواسته به سقط جنین‌های عمدی می‌انجامد، بر سلامت زنان و مادران تأثیرگذار می گذارد [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 رابطهٔ 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

۱۵ تا ۴۹ ساله با کنترل سایر متغیرهای جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی است. نتایج این مطالعه می‌تواند به تدوین بهتر سیاست-های 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 محقق‌ساخته انجام گرفت. سابقه سقط عمدی جنین به‌عنوان متغیر وابسته و سابقه بارداری ناخواسته به‌عنوان 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 به‌صورت 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 همسردار 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 به‌طور تصادفی انتخاب و نهایتاً بلوک‌هایی از آن محلات نیز به‌طور 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 می شد. در بخش توصیف داده-ها از فراوانی، درصد و شاخص مرکزی میانگین بهره برده شد. برای 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 ۴۰ درصد همسران زنان مورد مطالعه تحصیلات دانشگاهی داشتند. حدود ۱۱ 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 بوند. 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 سابقهٔ بارداری ناخواسته داشته‌اند. یافته‌ها همچنین نشان می-دهد که ۸/۷ درصد زنان سابقهٔ حداقل یکبار سقط عمدی جنین را داشته‌اند. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در بین متغیرهای زمینه-ای تنها متغیر مذهب اثر آماری معنی‌دار بر سابقه سقط عمدی جنین داشت (P-value =۰/۰۰۱). 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-value =۰/۰۰۰). در واقع سابقه سقط عمدی جنین در بین زنانی که سابقهٔ 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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

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
۲۰-۵۹	۴۸	۱۲/۷
۶۰-۶۹	۵	۱/۳
سطح تحصیلات		
بی‌سواد	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		
بی‌سواد	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
خانه‌دار	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
بالاتر از 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
بالاتر از 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

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

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	
				Lower	Upper
سابقه باداری ناخواسته	۲/۷۰۲*	۱۴/۹۱۰	۰/۰۰۰	۵/۵۰۸	۴۰/۳۵۹
سن	-۰/۰۰۴ns	۰/۹۹۶	۰/۹۵۷	۰/۸۶۳	۱/۱۵۰
سن همسر	۰/۰۰۵ns	۱/۰۰۵	۰/۹۴۰	۰/۸۷۹	۱/۱۴۹
مدت ازدواج	-۰/۰۲۷ns	۰/۹۷۳	۰/۶۵۸	۰/۸۶۳	۱/۰۹۸
درآمد ماهیانه خانواده	۰/۰۰۰ns	۱/۰۰۰	۰/۱۸۷	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
سطح تحصیلات					
بی‌سواد	-۱۷/۰۹۴ns	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-
ابتدایی	۱/۱۴۰ns	۳/۱۲۶	۰/۳۰۶	۰/۳۵۳	۲۷/۷۰۸
راهنمایی	-۰/۱۶۰ns	۰/۸۵۲	۰/۹۱۰	۰/۰۵۳	۱۳/۷۰۲
متوسطه	۰/۹۷۳ns	۲/۶۴۷	۰/۲۳۲	۰/۵۳۶	۱۳/۰۶۵
دیپلم	۰/۳۷۲ns	۱/۴۵۱	۰/۵۱۶	۰/۴۷۲	۴/۴۶۲
دانشگاهی (مرجع)					
سطح تحصیلات همسر					
بی‌سواد	۰/۷۰۷ns	۲/۰۲۸	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	-
ابتدایی	۰/۲۸۹ns	۱/۳۳۵	۰/۷۷۴	۰/۱۸۶	۹/۵۸۲
راهنمایی	-۰/۷۵۶ns	۰/۴۷۰	۰/۳۹۴	۰/۰۸۳	۲/۶۶۹
متوسطه	-۰/۲۳۰ns	۰/۷۹۵	۰/۸۰۱	۰/۱۳۳	۴/۷۵۲
دیپلم	۰/۴۵۷ns	۱/۵۷۹	۰/۳۹۰	۰/۵۵۷	۴/۴۷۳
دانشگاهی (مرجع)					
وضعیت اشتغال					
دانش‌آموز / دانشجو	-۱۹/۹۱۳ns	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-
خانه‌دار	-۱/۲۲۳ns	۰/۲۹۴	۰/۰۷۴	۰/۰۷۷	۱/۱۲۵
شاغل (مرجع)					
وضعیت اشتغال همسر					
دانش‌آموز /دانشجو	-۱۸/۷۸۷ns	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-
بازنشسته	-۰/۶۲۳ns	۰/۵۳۶	۰/۵۶۷	۰/۰۶۴	۴/۵۲۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

بیکار جویای کار	-۰/۶۹۳^{ns}				
شاغل (مرجع)					
تعلق طبقاتی					
بالا	-۲/۱۰۱^{ns}	۰/۱۲۲	۰/۱۵۱	۰/۰۰۷	۲/۱۴۶
متوسط رو به بالا	-۱/۱۵۴^{ns}	۰/۳۱۵	۰/۲۵۸	۰/۰۴۳	۲/۳۲۸
متوسط	-۱/۱۴۳^{ns}	۰/۳۱۹	۰/۱۰۵	۰/۰۸۰	۱/۲۶۸
متوسط رو به پایین	-۱/۰۳۵^{ns}	۰/۳۵۵	۰/۱۴۳	۰/۰۸۹	۱/۴۲۱
پایین (مرجع)					
قومیت					
لر	۰/۲۱۵^{ns}	۱/۲۴۰	۰/۶۸۴	۰/۴۴۰	۳/۴۹۲
عرب	-۱۸/۰۷۹^{ns}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-
ترک	-۱/۲۶۹^{ns}	۰/۲۸۱	۰/۱۶۹	۰/۰۴۶	۱/۷۱۶
کُرد	۰/۹۹۵^{ns}	۲/۷۰۴	۰/۴۹۴	۰/۱۵۶	۴۶/۸۶۰
سایر اقوام	-۱۸/۵۴۵^{ns}	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-
فارس (مرجع)					
مذهب					
اهل تسنن	۱/۴۸۱^{ns}	۴/۳۹۸	۰/۱۷۹	۰/۵۰۷	۳۸/۱۱۹
سایر مذاهب	۴/۳۹۳*	۸۰/۸۴۲	۰/۰۰۱	۵/۶۳۰	۱۱۶۰/۷۶۸
شیعه (مرجع)					
ضریب تعیین مدل	Nagelkerke R^2 = 0.360		Cox & Snell R^2 =0.163		

*معنی‌داری در سطح P<۰/۰۵ ، ns غیر معنی‌دار

بحث و نتیجه‌گیری

برآوردها از آن حکایت دارند که بیش از پنج درصد مرگ مادران ایرانی به سقط جنین و عوارض ناشی از آن بر می‌گردد [۱۷]. بارداری ناخواسته زنان را به انجام سقط عمدی جنین سوق می‌دهد که عمدهٔ این نوع سقط‌ها به‌شکل غیر ایمن انجام می‌شوند. غیر ایمن بودن سقط‌های عمدی از عوامل به خطر افتادن سلامت مادران است. یافته‌های این تحقیق نشان داد که ۲۵/۱ درصد از زنان مورد مطالعه تجربهٔ حداقل یکبار بارداری ناخواسته را داشتند. در واقع یک چهارم زنان در معرض حاملگی ناخواسته قرار داشتند که به‌طور بالقوه می‌تواند آن‌ها را به سقط عمدی جنین سوق دهد. یافته‌ها همچنین نشان داده است که حدود ۹ درصد زنان اظهار داشتند که تجربهٔ حداقل یکبار سقط عمدی جنین را داشته‌اند. این یافته با نتایج مطالعه‌ای در تهران [۱۸] که نشان داده است حدود ۹ درصد از حاملگی‌های شناخته شده با سقط جنین خاتمه می‌یابد، هماهنگ است. 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 ملاحظه‌ای دارد [۱۹]. یافته‌های مطالعه زنان کُرد نشان داده است که حدود ۳۱ درصد نمونه‌های بررسی شده تجربه سقط جنین داشته‌اند که بیش از ۳۴ درصد آن‌ها نیز از نوع عمدی بوده است. به‌طور کلی تحقیقات [۲۰-۲۵] نشان داده است که احتمال سقط عمدی جنین در بین زنانی که حاملگی ناخواسته داشته‌اند بالاتر از دیگر زنان بوده است. یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که مشخصه‌هایی مانند تحصیلات، تحصیلات همسر، سن، درآمد و ضعیت اشتغال زوجین اثر آماری معنی‌دار بر سابقه سقط جنین نداشتند. در حالی‌که در برخی مطالعات پیشین [۱۹، ۱۸] روابط آماری معنی‌داری به‌دست 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 می‌تواند 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 کلان‌شهر شیراز به این شهر مهاجرت کرده‌اند.

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

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

تجربهٔ 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 حوزهٔ 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.

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 آسیب-های 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

منابع

1. Rashidpouraie R, Sharifi MN, Rashidpouraei 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.6.5.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.6.627]