

وضعیت سقط جنین در میان زنان گُرد شهر مهاباد در سال ۱۳۹۵

*مهدی رضائی^۱

لطیف پرتوی^۲

چکیده

زمینه وهدف: سقط جنین از جمله عوامل مؤثر بر سلامت مادران بوده و جزو مسائل مهم بهداشتی و اجتماعی است. هدف این مقاله بررسی وضعیت سقط جنین و تعیین میزان شیوع سقط جنین عمدی و غیرعمدی و عوامل مرتبط با آن در زنان گُرد شهر مهاباد می‌باشد. روش بررسی: این پژوهش از نوع مقطعی است که به صورت پیمایشی انجام شده است. حجم نمونه شامل ۳۶۰ نفر از زنان متأهل با دامنه‌ی سنی ۱۵-۴۹ سال است. از پرسشنامه محقق ساخته برای گردآوری داده‌ها و از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای برای تقسیم‌بندی چهارگانه‌ی مناطق و از نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب زنان شرکت کننده استفاده شده است. در تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و نرم‌افزار ساختاری PLS و آزمون‌های کای‌اسکوئر و رگرسیون لجستیک با سطح معناداری ۰/۰۵ برای تعیین تحلیل روابط بین متغیرها استفاده شد. یافته‌ها: ۳۰/۶ درصد کل زنان شرکت‌کننده سابقه سقط جنین داشتند که ۳۴/۵ درصد آنها عمدی بود. غالباً زنان دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، سقط جنین غیرعمدی و زنان دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا، سقط جنین عمدی را تجربه کرده بودند ($X^2=6/421, P=0/02$). زنان با تحصیلات بالا و شاغل بیشتر از سایرین سقط عمدی داشتند ($X^2=28/40, P=0/001$). نتیجه‌ی رگرسیون لجستیک برای نقش فردگرایی، عقلانیت و پابندی به دین در اقدام به سقط جنین به ترتیب ($B=0/612, P=0/04$)، ($B=0/979, P=0/02$) و ($B=0/987, P=0/006$) بوده است. نتیجه‌گیری کلی: نیازهای برآورده‌نشده‌ی تنظیم خانواده و استفاده از روش‌های غیر مطمئن تنظیم خانواده می‌تواند نقش مهمی در افزایش سقط جنین عمدی داشته باشد. این موارد در کنار باورهای دینی و غیردینی زوجین می‌تواند تعیین‌کننده‌ی میزان سقط در جامعه باشد. گرایش‌های روزافزون فردگرایی و رشد عقلانیت ابزاری ممکن است تمایل زوجین به کنترل تعداد فرزندان را افزایش داده و لذا شکست روش‌های تنظیم خانواده منجر به تصمیم به سقط شود.

کلید واژه‌ها: سقط جنین عمدی، دین، زنان.

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۸

مقدمه

سقط جنین عمدی هم از نظر قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و هم در دین اسلام ممنوع است. غیرقانونی بودن آن در بسیاری جهات ناشی از نگرش‌های انسان دوستانه نسبت به موضوع حیات انسان حتی در دوره جنینی است که این امر همواره در فرهنگ‌های ایران از زمان باستان تا به امروز وجود داشته است^(۱). به جز در شرایطی که سلامتی مادر در خطر باشد یا بر اساس تشخیص پزشک، جنین مبتلا به بیماری یا نقصی باشد که مورد تأیید سازمان پزشکی قانونی ایران قرار گیرد^(۲)، زنی که خواهان رفع حاملگی ناخواسته خود باشد مجبور به انجام سقط غیرقانونی می‌شود. میزان سقط جنین عمدی و میزان مرگ و میر مادران ناشی از سقط جنین و خطرات تهدید کننده سلامتی آنان به دلیل فقدان اطلاعات تا به امروز در ایران نامعلوم مانده است. با این وجود برآوردهای غیرمستقیم در ایران نشان می‌دهند که پنج درصد مرگ مادران به واسطه بارداری، به عواقب بعد از سقط مربوط می‌شود^(۳).

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۳ میزان سقط جنین (تعداد سقط‌ها برای هر هزار نفر از زنانی که در سن فرزندآوری هستند) در سراسر جهان از ۳۲ به ۲۹ سقوط کرد. اما تا سال ۲۰۰۸ در ۲۸ مورد ثابت باقی ماند. تقریباً نیمی از تمامی سقط‌ها در سراسر جهان به شکلی غیربهداشتی انجام می‌شود و تقریباً تمامی این سقط‌های غیربهداشتی (۹۸٪) در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. در کشورهای در حال توسعه نیز ۵۶ درصد سقط‌ها به صورت غیربهداشتی انجام می‌شود که در مقایسه با شش درصد کشورهای توسعه یافته رقمی بسیار بالا به شمار می‌آید. در آسیا، میزان‌های سقط در میان مناطق فرعی در فاصله‌ی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸ از ۲۸ در هزار زن در آسیای شمالی، مرکزی و غرب آسیا به ۳۶ در هزار زن در جنوب شرق آسیا در نوسان بوده است^(۴).

در ایران مطالعات کمی و کیفی متعددی در مورد سقط جنین عمدی انجام شده است. از جمله می‌توان به مطالعات عرفانی و Mcquilin^(۵) و عرفانی^(۶،۷) اشاره کرد که میزان سالانه سقط در ایران را ۸/۷ برای هر هزار زن برآورد کرده‌اند و آن را به متغیرهای مذهب، تعداد فرزندان و اشتغال زنان مرتبط دانسته‌اند. چینی‌چیان و همکاران^(۸) در چند مطالعه کیفی به چرایی سقط جنین عمدی در میان قومیت‌های ساکن در جغرافیای ایران پرداختند و بارداری‌های ناخواسته و در کنار آن مشکلات مالی خانوار را به عنوان مهم‌ترین عوامل سقط جنین عمدی معرفی کردند. آقاییاری و مهریار^(۹) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که هر زن ایرانی در طول دوره باروری خود و با فرض ثبات نسبی میزان‌های ویژه سقط عمدی در زمان پژوهش، به طور متوسط در حدود ۱/۰۷۱ مورد را تجربه می‌کند که این میزان در مناطق شهری و در استان‌های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی خوب، بیشتر بوده است. همچنین عرفانی و کاظمی‌پور^(۱۰) به این نتیجه رسیدند که ۸۴ درصد سقط‌های عمدی در تهران به طور غیرقانونی انجام می‌شوند. فاصله‌گذاری و تحدید موالید، دلیل بیشتر سقط‌ها ذکر شده است. تقریباً دو سوم سقط‌ها نتیجه‌ی شکست روش‌های پیشگیری منقطع، قرص و کاندوم بوده است. مطالعه‌ی دیگری توسط رنجبر^(۱۱) و همکارانش در مورد رفتار باروری زنان ایرانی انجام شده که بخشی از آن به موضوع سقط جنین پرداخته است. بر اساس این مطالعه میزان سقط جنین به طور عام ۱۱/۲ و از میان آن‌ها ۱۱/۱ درصد سقط جنین عمدی و نهایتاً میزان سقط در اولین حاملگی ۹/۲ در هر هزار زن بوده است. در خارج از ایران هم مطالعات عدیده‌ای در مورد سقط جنین، به ویژه عمدی، انجام شده است. از جمله مطالعه‌ی Adamczyk^(۱۲) که بر نقش مذهب در انجام سقط جنین تأکید دارد، پژوهش Barkan^(۱۳) که بر نقش دینداری جنسیت در نگرش به سقط جنین پرداخته و مطالعه‌ی Jelen & Wicox^(۱۴) با مروری سیستماتیک بر علل و پیامدهای نگرش‌های

عمومی به سقط، به بررسی مهم‌ترین نتایج پژوهش‌های پیشین پرداخته‌اند. در ایران اغلب مطالعات حوزه‌ی سقط جنین عمدی و نگرش‌های اجتماعی مرتبط با آن به صورت کشوری انجام شده است و یا مختص شهر تهران بوده است. بنابراین تعداد مطالعات انجام شده در مناطق دیگر اندک است. به غیر از مقاله‌ی چینی‌چیان و همکارانش^(۸) یک کار پژوهشی دیگر به پدیده‌ی سقط جنین در میان اقوام ساکن در جغرافیای ایران وجود دارد که متعلق به ابتکار و همکاران^(۹) است که به تجربه‌ی زیسته‌ی زنان گُرد سنندجی می‌پردازد که سقط جنین عمدی داشته‌اند. بر اساس یافته‌های این مطالعه بار مالی، نگاه اطرافیان و فشار همسر از جمله عواملی است که آنان را ناچار به سقط جنین کرده است.

با توجه به چنین کمبودی در مطالعات پدیده‌های زیستی - اجتماعی، لازم است در بسترهای کوچک‌تر مطالعات کمی و کیفی موردی انجام شود. در همین راستا مطالعه‌ی حاضر به بررسی پدیده‌ی سقط جنین به‌طور عام و سقط جنین عمدی به‌طور خاص در شهر مهاباد در کردستان ایران می‌پردازد. گُردستان ایران در یک دهه‌ی گذشته یکی از بالاترین میزان‌ها را در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری داشته است^(۱۰) و میزان باروری کل برای هر یک زن به سطح جایگزین و در مناطقی به زیر جایگزین رسیده است^(۱۱). در شرایط ظهور کرده در چند سال اخیر و با توجه به اتخاذ سیاست افزایش مولید در سطح ملی و برنامه‌های اجرایی لازمه، از جمله توقف ارائه‌ی خدمات تنظیم خانواده‌ی رایگان از قبیل وسایل پیشگیری از بارداری، لازم است نسبت به پیامدهای احتمالی آن از جمله سقط جنین عمدی توجه جدی شود. با این نگرش، پرسش‌های اصلی این مقاله این است که وضعیت سقط جنین به‌طور عام در شهر مهاباد به عنوان نمونه‌ای از کردستان ایران چگونه است، و در این میان سقط جنین عمدی از چه جایگاهی برخوردار است و نهایتاً عوامل مرتبط با آن کدام‌اند؟

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش کمی از نوع مقطعی است که به صورت پیمایشی سعی در بررسی پدیده‌ی سقط جنین دارد. جامعه‌ی مورد مطالعه تمامی زنان ۱۵-۴۹ سال ساکن شهر مهاباد هستند. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ جمعیت زنان این دامنه‌ی سنی در این شهر ۶۴۰۶۷ نفر بودند^(۱۲). با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران تعداد ۳۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند (که به منظور جبران ریزش احتمالی برخی پرسشنامه‌ها آن را به ۳۸۰ افزایش دادیم). شرط ورود به مطالعه برای زنان صرفاً قرار گرفتن در این دامنه‌ی سنی، تأهل و سکونت در مهاباد و داشتن قومیت کرد بوده است. با توجه به اینکه پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران حرفه‌ای تکمیل شده‌اند لذا زنان بی‌سواد هم تحت پوشش قرار گرفته‌اند. برای گویا بودن نمونه، از مناطق مختلف شهر مهاباد یک نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد و چهار خوشه انتخاب شدند. در هر کدام از مناطق که بنا بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی انتخاب شده بودند محلاتی به صورت تصادفی برگزیده شدند و به صورت تصادفی از زنان ساکن در آن محلات مصاحبه به عمل آمد. پرسشنامه‌ی این مطالعه از نوع محقق‌ساخته و کاملاً ساختاریافته بود. بخشی از پرسشنامه مربوط به مشخصات دموگرافیک، بخشی مربوط به تجربه‌ی حاملگی، زایمان، سقط جنین و فرزندان زنده، و بخش دیگری از پرسشنامه به سنجش نگرش زنان نسبت به سقط جنین، عقلانیت، پابندی به دین و فردگرایی اختصاص یافته بود. مؤلفه نگرش نسبت به سقط جنین از طریق ۲۰ گویه، مؤلفه عقلانیت از طریق ۱۲ گویه، مؤلفه پابندی به دین از طریق ۱۲ گویه و فردگرایی از طریق نه گویه در قالب طیف لیکرت سنجیده شدند که در طیف مذکور بازه تغییرات نمره مؤلفه یک تا پنج بود. عدد یک کمترین و عدد پنج بیشترین نمره را نشان می‌دهد. به علاوه، پایایی هر یک از شاخص‌های مذکور از طریق آلفای کرونباخ برآورد شده است که مقدار آن برای هر یک از شاخص‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۲، ۰/۶۶، ۰/۶۹ و ۰/۶۵. از طرف دیگر، پرسشنامه قبل از این که به

داده‌ها از قبیل بیان صادقانه‌ی اهداف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان، ارائه‌ی مجوز پژوهش و پرسشگری از سوی پرسشگران و انجام مصاحبه در صورت موافقت مشارکت‌کنندگان کاملاً رعایت شده است. ضمناً مبانی اخلاقی این پژوهش در تمامی مراحل مورد تأیید شورای پژوهشی دانشگاه پیام نور استان آذربایجان غربی قرار گرفته است.

یافته‌ها

توزیع سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه نرمال بود و کاملاً از ساختار سنی کل جمعیت پیروی می‌کرد گروه‌های سنی ۲۹-۲۴ (۲۴/۲٪) و ۳۴-۳۰ (۲۵/۵٪) سال بیشترین سهم پاسخگویان را به خود اختصاص دادند. به لحاظ سن ازدواج، ۴۳/۵ درصد زنان زیر ۲۰ سال، ۵۴/۳ درصد در سنین ۳۰-۲۰ سال و ۲/۲ درصد در سنین بالای ۳۰ سال ازدواج کرده بودند. به لحاظ سطح تحصیلات، سه گروه تحصیلات ابتدایی (۲۱/۱٪)، راهنمایی (۲۰/۲٪) و دیپلم (۲۳/۹٪) دارای بیشتری فراوانی بودند. از نظر پایگاه اقتصادی - اجتماعی، زنان در سه گروه پایین (۳۹/۸٪)، متوسط (۵۰/۳٪) و بالا (۹/۹٪) تقسیم‌بندی شدند که همانگونه که ملاحظه می‌شود بیشترین آنها از پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسطی برخوردارند. جدول شماره ۱ برخی از ویژگی‌های دموگرافیک زنان شرکت‌کننده را به تفصیل نشان می‌دهد.

میدان تحقیق ارسال شود، برای سه نفر از اساتید و پژوهشگران این حوزه فرستاده شد و مسایل آن برطرف گردید. یعنی، اعتبار وسیله اندازه‌گیری به صورت صوری تأمین شده است. همچنین با عنایت به مطالعاتی که به متغیر پایبندی به دین به عنوان مانعی برای سقط عمدی اشاره کرده‌اند^(۲)، این مطالعه هم متغیر دین‌داری و در کنار آن متغیرهای عقلانیت و فردگرایی را نیز در نظر گرفته است و با استفاده از گویه‌هایی خاص آنها را سنجیده است. متغیر پایبندی به دین با استفاده از پرسش‌های مربوط به حوزه‌های مناسکی، باوری و عملی سنجیده شد. بر این اساس پرسش‌های جزئی از این قرار بودند: به‌طور کلی سقط جنین در این شهر از چه وضعیتی برخوردار است؟ چه تفاوتی در بین زنان تحصیلکرده/ نکرده، شاغل/ خانه‌دار، پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا/ متوسط/ پایین به لحاظ سقط جنین به‌طور کلی و اقدام عمدی به سقط جنین وجود دارد؟ نگرش کلی زنان نسبت به سقط جنین عمدی چیست؟ نگرش آنان نسبت به این عمل بر اساس متغیرهای فردگرایی، پایبندی به دین و عقلانیت چگونه است؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها، اطلاعات گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و نرم‌افزار ساختاری PLS تجزیه و تحلیل شدند و برای شناخت بهتر روابط از آزمون‌های آماری متناسب با هر متغیر از جمله رگرسیون لجستیک و کای‌سکوئر استفاده شد. لازم به ذکر است که مبانی اخلاقی پژوهش در مرحله‌ی گردآوری

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در مطالعه

سن زنان	فراوانی	درصد	سواد زنان	فراوانی	درصد	تعداد فرزندان	فراوانی	درصد	سن ازدواج	فراوانی	درصد	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	فراوانی	درصد
۱۵-۱۹	۱۰	۲/۷	بیسواد	۳۵	۹/۷	صفر	۲۲	۶/۳	زیر ۲۰ سال	۱۵۸	۴۳/۵	پایین	۱۴۴	۳۹/۸
۲۰-۲۴	۳۵	۹/۶	ابتدایی	۹۲	۲۵/۶	۱	۱۲۶	۳۶/۱	۲۱ تا	۳۵	۱۲۲	۲۱/۱	۱۴۴	۳۹/۸
۲۵-۲۹	۸۸	۲۴/۲	راهنمایی	۷۶	۲۱/۲	۲	۱۲۲	۳۵	۳۰ سال	۱۹۷	۵۴/۳	متوسط	۱۸۲	۵۰/۳
۳۰-۳۴	۹۳	۲۵/۵	متوسطه	۱۹	۵/۳	۳	۵۶	۱۶	بالای	۵/۴	۱۹	بالا	۳۶	۹/۹
۳۵-۳۹	۶۳	۱۷/۳	دیپلم	۶۲	۱۷/۳	۴	۱۹	۵/۴	۳۰ سال	۲/۲	۸			
۴۰-۴۴	۳۹	۱۰/۷	فوق دیپلم	۱۳	۳/۶	۵	۱۷/۲	۱/۱						
۴۵-۴۹	۳۶	۹/۹	لیسانس و بالاتر	۶۲	۱۷/۲	۵	۱۷/۲	۱/۱						

هر یکصد زن، حدود ده نفر از آنان تجربه سقط جنین عمدی را داشته است. از نظر ابزار سقط عمدی، حدود ۶۴ درصد از کورتاژ و بقیه از قرص و آمپول به عنوان روش اصلی نام برده‌اند. بیشترین سقط‌ها پس از حاملگی‌های دوم (۳۶/۴٪) و سوم (۴۲/۴٪) اتفاق افتاده است. ۷۱ درصد زنان دلیل سقط را تمایل نداشتن خود زن و شوهرش اعلام کرده‌اند و بقیه دلیل را به تمایل نداشتن یکی از آنها نسبت داده‌اند. بیش از ۵۴ درصد سقط‌ها در دو سال یا کمتر از دو سال پس از زایمان قبلی اتفاق افتاده است و با بیشتر شدن سال‌های سپری‌شده از زایمان قبلی از میزان سقط‌ها هم کاسته شده است. نکته‌ی قابل توجه آنکه تمامی آنها قبل از سقط از یکی از انواع روش‌های پیشگیری استفاده کرده‌اند. بیشترین روش مورد استفاده روش سنتی یا منقطع (withdrawal) (۳۲٪) و قرص (۳۲٪) بوده است (جدول شماره ۲).

از نظر تعداد حاملگی‌های تجربه‌شده، بیشترین تعداد مربوط به یک‌بار (۲۸/۶٪) و دو بار (۳۱/۳٪) حاملگی بوده است. همچنین ۳۶/۱ درصد زنان مشارکت‌کننده دارای یک فرزند و ۳۵ درصد دارای دو فرزند بودند. حدود ۳۱ درصد زنان، فرزندشان فقط دختر، ۳۵ درصد، فقط پسر و حدود ۳۴ درصد فرزندانشان دختر و پسر بوده‌اند. ۵۲/۳ درصد از زنان شرکت‌کننده، تعداد دو بچه، ۱۹/۳ درصد سه بچه، ۱۵/۵ درصد نیز چهار بچه را ایده‌آل دانسته‌اند. از میان زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش ۳۰/۶ درصد آنان دارای سابقه‌ی سقط جنین (اعم از عمدی و غیرعمدی) بودند که از میان این دسته از زنان، حدود ۳۴/۵ درصد سقطشان از نوع عمدی بوده و ۶۳/۶ درصد از نوع غیرعمدی بوده است و ۱/۸۲ درصد آنان هم هر دو نوع سقط را تجربه کرده‌اند. اما به‌طور کلی میزان سقط جنین عمدی در میان تمامی زنان مشارکت‌کننده ۱۰/۵۵ درصد بوده است به عبارتی دیگر از

جدول شماره ۲: تعداد حاملگی، تجربه کردن/ نکردن سقط جنین، نوع و دلایل سقط، نوع وسایل پیشگیری و ... در میان زنان مورد مطالعه

تعداد حاملگی‌ها در میان تمامی	صفر	۱	۲	۳	۴	۵	۶+
زنان مورد مطالعه	فراوانی	۹۷	۱۰۶	۷۹	۴۲	۹	۶
درصد		۲۸/۶	۳۱/۳	۲۳/۳	۱۲/۴	۲/۷	۱/۸
تجربه‌ی سقط در میان تمامی زنان	بله	۱۱۰					
مورد مطالعه	فراوانی	۳۰/۶			۲۵۰		
درصد		۳۰/۶			۶۹/۴		
نوع سقط در میان زنانی که تجربه سقط جنین داشته‌اند	عمدی	۳۸					
فراوانی		۳۸			۷۰		
درصد		۳۴/۵			۶۳/۶		
دلیل سقط عمدی جنین در میان زنان مذکور (بر اساس تعداد پاسخ‌های دریافتی)	تمایل نداشتن زن	۶					
فراوانی		۶			۳		
درصد		۱۹/۴			۹/۷		
نوع وسیله پیشگیری در میان زنانی که سقط عمدی را تجربه کرده‌اند.	سنتی	۸					
فراوانی		۸			۶		
درصد		۲۱			۱۵/۷		
سقط عمدی پس از چندمین فرزند (در میان زنانی که تجربه سقط عمدی داشته‌اند)	۱	۲					
فراوانی		۱۲			۵		
درصد		۳۱/۶			۱۰/۵		
فاصله‌ی سقط عمدی با حاملگی قبلی	دو سال و کمتر از دو سال	۱۸					
فراوانی		۱۸			۵		
درصد		۵۴/۵			۱۵/۲		
			سه تا چهار سال	۶			
			پنج تا شش سال	۱۲/۲			
			هفت سال و بیشتر	۴			

در تمامی مؤلفه‌ها بالاترین نمره میانگین عدد پنج و کمترین آن عدد یک بوده است. بر این اساس، میانگین عقلانیت محاسبه شده از پاسخ‌های جمعیت زنان شرکت‌کننده در حد ۳/۱۴۹ بوده که نشان دهنده وجود عقلانیت رفتاری تقریباً متوسط (رقم سه) در میان زنان شرکت‌کننده است. از طرف دیگر میانگین پایبندی به دین برابر با ۴/۰۷ بوده که نشان از پایبندی بالاتر از حد متوسط به امور دینی در میان زنان مورد مطالعه دارد. متغیر فردگرایی هم نشان می‌دهد که در دامنه یک تا پنج به عنوان کمترین و بیشترین میزان فردگرایی، میانگین فردگرایی در میان زنان نمونه برابر با ۳/۳۵ بوده است که تقریباً بالاتر از حد متوسط (رقم سه) است.

آزمون آماری χ^2 نشان می‌دهد که نوع سقط جنین بر اساس پایگاه اقتصادی-اجتماعی زنان متفاوت است ($\chi^2 = 6/421, P = 0/022, K.T.C = -0/27$). در این رابطه ضریب همبستگی Kendall's tau-c نشان داد که در وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، سقط جنین غیر عمدی و در وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا، سقط جنین عمدی رایج است. در همین راستا ارتباط معنی‌داری میان سطح تحصیلات و نوع سقط جنین در میان زنان مشاهده شده است. در رابطه با متغیر سطح تحصیلات، آزمون χ^2 نشان می‌دهد که در میان زنانی که دارای سطح تحصیلات پایین هستند سقط جنین غیر عمدی شایع‌تر است و در میان زنان دارای سطح تحصیلات بالا، سقط جنین عمدی بیش‌تر است ($B = 0/612, P = 0/04$).

رگرسیون لجستیک برای سنجش نقش پایبندی به دین در اقدام به سقط جنین عمدی نشان داد با افزایش پایبندی به دین احتمال انجام سقط جنین عمدی کاهش می‌یابد ($B = -0/987, P = 0/006$). به علاوه نتایج آزمون همبستگی پیرسون هم نشان داد بین افزایش پایبندی به دین و نگرش به سقط جنین رابطه‌ای معکوس وجود دارد یعنی هرچه پایبندی زنان به دین بیشتر می‌شود نگرش آنها به سقط جنین هم منفی‌تر است ($B = -0/340, P = 0/001$). نتایج رگرسیون لجستیک در ارتباط با دو متغیر عقلانیت و اقدام به سقط جنین عمدی نشان داد وقتی عقلانیت زن افزایش می‌یابد احتمال اقدام به سقط جنین عمدی افزایش می‌یابد ($B = 0/979, P = 0/022$). جدول شماره ۳ روابط آماری مذکور را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: آزمون معنی‌داری رگرسیون لجستیک برای نقش فردگرایی، پایبندی به دین و عقلانیت زن در اقدام به سقط جنین عمدی

متغیر	B	S.E.	Wald	d.f	Sig	Exp(B)
فردگرایی	۰/۶۱۲	۰/۳۱۵	۳/۷۷۰	۱	۰/۰۴	۱/۸۴۵
عقلانیت	۰/۹۷۹	۰/۴۲۸	۵/۲۱۷	۱	۰/۰۲۲	۲/۶۶۱
پایبندی به دین	-۰/۹۸۷	۰/۷۳۹	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۶	۰/۹۹۴

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، پیمایشی در میان ۳۶۰ نفر از زنان گُرد در شهر مهاباد انجام شد و پدیده‌ی سقط جنین به طور کلی و سقط جنین عمدی به طور خاص بررسی شد. طبق یافته‌های این مطالعه حدود ۳۰/۶ درصد زنان ۴۹-۱۵ سال، تجربه‌ی سقط جنین (اعم از عمدی و غیرعمدی) داشتند. از میان تمامی افرادی که تجربه‌ی سقط داشتند حدود ۳۴/۵ درصد زنان سقط عمدی موفق را تجربه کرده بودند. به عبارت دیگر حدود ۱۰/۵ درصد کل زنان مشارکت‌کننده تجربه‌ی سقط جنین عمدی را داشتند. این رقم بیشتر از برآوردی است که عرفانی و Mcquilin^(۵) برای تهران (۸/۷ برای هزار زن) و کمتر از برآوردی است که رنجبر و همکارانش^(۱۱) برای کل ایران (۱/۱۱٪) بدست آورده‌اند. از سوی دیگر این مطالعه نشان داد که در قشرهای پایین‌تر جامعه مورد مطالعه‌ی ما، بیشتر سقط‌های غیرعمد اتفاق افتاده است که می‌تواند ناشی از مشکلات کروموزومی، مشکلات فیزیولوژیک (همچون ضعف جسمانی مادر یا عدم تغذیه‌ی مناسب) و یا زندگی در شرایط نامساعد و کار سخت باشد. از سوی دیگر، سقط‌های عمدی بیشتر در میان اقشار اجتماعی بالاتر زنان اتفاق افتاده که معمولاً می‌تواند زنان شاغل یا دارای تحصیلات بالا یا از خانواده‌های مرفه را در برگیرد. این یافته با نتایج مطالعات عرفانی^(۶،۷) و آقایی و مهریار^(۹) و پژوهش Puri, Ingham & Mathews^(۱۳) که سقط عمد را در میان زنان شاغل و دارای تحصیلات بالا بیشتر می‌داند همخوانی دارد. اما اینکه رابطه‌ی بین تحصیلات بالا و اشتغال با حمایت از سقط جنین عمدی و یا اقدام به آن چگونه است مدت‌هاست که مورد بحث می‌باشد. Rinderknecht^(۱۹) در مطالعه‌ای در همین مورد معتقد است که رابطه‌ی این دو ممکن است به نقش تحصیلات بالا در شکل دادن به ایده‌های آزادی طلبانه زنان برگردد یعنی اهداف و چشم‌اندازهایی بالاتر از داشتن فرزند را پیش روی آنان قرار دهد که ارزش آن را برتر از ارزش داشتن فرزند بدانند؛ آنان از گزینه‌های بیشتری در جامعه

اطلاع دارند که می‌توانند به آنها دست یابند و داشتن فرزند بیشتر یا ناخواسته را مانعی بر سر دستیابی به آنها بدانند. به همین دلیل افرادی که تحصیلات بالاتر دارند و شاغل هستند بیشتر از ایده‌ی سقط جنین عمدی حمایت می‌کنند. Jelen & Wilox^(۱۴) هم بر این باورند که سطح بالاتر آموزش به شکل‌گیری باورهای حامی انتخاب (Pro-choice) کمک می‌کند و از این رو سطح بالاتر آموزش زنان زمینه‌ی گرایش بیشتر و اقدام به سقط جنین عمدی را فراهم می‌کند. مطالعه‌ی Trent & Powell-Griner^(۲۰) هم بر همین رابطه تأکید دارند اما معتقدند که سقط جنین عمدی در میان زنان دارای تحصیلات بالا و یا شاغل بیشتر معطوف به رتبه‌ی موالید است. در میان آنان فرزند اول عملاً هیچگاه سقط نمی‌شود اما فرزندان بعدی امکان سقط بیشتری دارند. دیگر اینکه میزان سقط جنین عمدی در میان زنان با تحصیلات بالا با شرط مجرد بودن بسیار بالاست. البته این موضوع در مورد روابط خارج زناشویی اتفاق می‌افتد و در مطالعه حاضر صدق نمی‌کند چرا که در این مطالعه فقط با زنان متأهل مصاحبه شده است.

در میان زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش، نگرش عمومی به سقط جنین عمدی، منفی است. نگرش منفی مذکور می‌تواند متأثر از برخی ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی زنان و به طور کلی‌تر تغییرات سطوح کلان‌تر جامعه باشد. از آن جمله می‌توان به درصد بالای باسوادی زنان، آگاهی عمومی از خطرات سقط، قانون‌های حکومتی و باورهای عمومی مذهبی نسبت به این پدیده اشاره کرد. باورهای عمومی متأثر از اشاعه‌ی دستورات مرتبط با سلامت مادر و فرزند از مسیر خدمات بهداشتی ارائه شده به خانواده‌ها از جمله زنان و نیز آگاه‌سازی رسانه‌های جمعی است. این امر به شکلی بسیار جامع در اثر Mohr^(۲۱) بیان شده است.

در همین حوزه، سقط جنین عمدی رابطه‌ای منفی با پایبندی به دین دارد و این با مطالعه‌ی عرفانی^(۶،۷)، Adamczyk^(۱۲) و Jelen & Wicox^(۱۴) همسو است

که معتقدند افراد دارای پایبندی بیشتر به دین، کمتر تمایل به انجام عمدی سقط جنین دارند. شاید بتوان آن را همسو با باورهای فرهنگی عمومی نسبت به تقدس نفس انسان و طرفداری از نفس حیات دانست. این یافته می‌تواند همسو با مطالعه‌ی Evan^(۲۲) و Welch^(۲۳) و همکارانش^(۲۳) باشد. در این مطالعات به‌طور کلی آمده است که گرایش منفی به سقط جنین عمدی در میان کاتولیک‌ها بیشتر از پروتستان‌ها است. کاتولیک‌ها طرفدار تفکرات حامی حیات (pro-life) و پروتستان‌های طرفدار تفکرات حامی انتخاب هستند. بر این اساس در اولی اولویت به زندگی جنین داده می‌شود (به عنوان یک نفس) و در دومی اهمیت به قدرت انتخاب مادر و تصمیم به نگهداری یا عدم نگهداری آن داده شده است. اما نکته اینجاست که در میان خود کاتولیک‌ها نیز بر اساس تعلق فرقه‌ای این تمایل طرفداری از زندگی می‌تواند متغیر باشد و در برخی فرقه‌ها بیشتر متمایل به طرفداری از انتخاب باشد؛ در میان پروتستان‌ها نیز به‌طور مشابه چنین وضعیتی حاکم است. در پژوهش حاضر نیز باید این نکته‌ی مهم را در نظر داشت که نگرش منفی متأثر از دین در میان زنان کُرد در مهاباد تا چه اندازه متغیر است و اصولاً با توجه به سنی بودن جمعیت ساکن در این شهر و تعلق آنان به شاخه‌ی تسنن شافعی، چه چیزی در مورد سقط جنین عمدی تجویز شده است. در این شاخه از مذهب تسنن نیز بر حرام بودن سقط جنین به هنگام دمیده شدن روح تأکید شده است. اما همانند بسیاری از مذاهب اسلامی و غیر اسلامی تفسیر اقدام به سقط عمدی حتی در این حالت متفاوت است. اینکه دلیل سقط عمد چه باشد (سلامت مادر یا دلایل مبتنی بر ضعف اجتماعی و معیشتی والدین و یا حتی نوزاد بودن فرزند قبلی و احتمال عدم توانایی رسیدگی مناسب به زندگی آینده‌ی جنین موجود) آراء مختلفی را به خود جلب کرده است. که در مواردی برخی از مفسرین، سقط را در این شرایط جایز می‌دانند^(۲۴). همچنین نقش دین در عدم اقدام عمدی به سقط جنین، می‌تواند متأثر از این باشد که زنان و مردان

عملاً تا چه اندازه در معرض پیام‌های دینی و مذهبی قرار دارند. در همین رابطه مطالعه‌ی Barkan^(۱۳) نشان داده است که میزان پایبندی به امورات دینی در میان زنان و مردان بیش از امر جنسیت می‌تواند در نگرش به سقط جنین مؤثر باشد. در بخش یافته‌ها نشان دادیم که وقتی رابطه‌ی پایبندی به دین با احتمال اقدام عمدی به سقط جنین بررسی شد این نتیجه به دست آمد که همگرا با رابطه مذهبی بودن و نوع نگرش به سقط جنین عمدی، در میان زنانی که گرایش بیشتری به ابعاد مناسکی و عقیدتی دین اسلام و مذهب خود داشته‌اند به همان اندازه اقدام عمدی به سقط جنین کمتر بوده است.

در این مطالعه رابطه‌ی مستقیمی میان فردگرایی و اقدام به سقط جنین عمدی بدست آمد. فردگرایی به عنوان رویکردی رفتاری و فکری در جهت دستیابی به اهداف فردی در این مطالعه مدنظر بوده است. یعنی جهت‌گیری رفتاری صرفاً جهت‌گیری فرد محور باشد. همان‌گونه که میرزاده^(۲۵) معتقد است، در چنین رویکردی حقوق و آزادی زن با ارزش‌تر از حق زندگی جنین است. در حقیقت در میان زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش نیز کسانی که نسبت به آزادی‌های زنان دارای عقاید آزاداندیشانه یا لیبرال بوده‌اند در مورد سقط جنین عمدی نیز رویکردی انتخاب‌گرایانه و مبتنی بر حق تصمیم زن داشته‌اند.

همان‌گونه که مشاهده شد بین باور به اصول کنش عقلانی یا همان عقل‌گرایی با اقدام به سقط جنین عمدی رابطه‌ی مستقیمی وجود داشت. طبق نظر Maxweber^(۲۶) کنش عقلانی می‌تواند مشتمل بر چندین نوع باشد از جمله عقلانیت معطوف به هدف. در این نوع کنش، رابطه‌ی مستقیمی بین ابزار و هدف تصور می‌شود و کلیه‌ی ابزارها یا راه‌های رسیدن به هدف به دقت بررسی و بر آن تأکید می‌شود. در این نوع کنش که به آن کنش ابزاری نیز گفته می‌شود، دستیابی به هدف از هر چیزی مهمتر است. هر چیزی به عنوان ابزاری برای رسیدن به هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد. در اینجا

نوعی حسابگری منطقی حاکم است. در این مطالعه بیشتر بر عقلانیت ابزاری نزد زنان مشارکت‌کننده تأکید شده بود. چرا که در جوامع مدرن این نوع از تفکر ابزاری که با قدرت هر چه تمام بر حوزه‌ی اقتصاد حاکم است، در سایر حوزه‌های زندگی انسانی هم نفوذ کرده است. در اینجا نیز حضور این نوع عقلانیت در روابط خانوادگی و از جمله در تولد فرزند جدید بی‌تأثیر نبوده است. زنانی که معتقد به گرفتن تصمیم عقلانی برای رسیدن به اهداف یا پرهیز از برخی پیامدها بوده‌اند با اقدام به سقط عمدی جنین موافق بوده و حتی نسبت به آن اقدام کرده‌اند. متأسفانه در هیچ یک از مطالعات پیشین علناً بر این متغیر تأکید نشده است. اما شاید بتوان در درون متغیرهای تحصیلات، شغل و فردگرایی رگه‌هایی از این عقلانیت را مشاهده کرد.

نهایتاً اینکه، در این مطالعه نیز مشاهده شده است که علت بلافصل سقط جنین عمدی عدم رضایت زن و شوهر برای داشتن فرزند دیگری است اما اینکه انگیزه‌های منفصل آن چه می‌تواند باشد خود مستلزم مطالعه‌ی کیفی و عمیق‌تری است. البته این امر در مطالعه‌ی چینی‌چیان و همکارانش^(۸) در میان اقوام انجام شده است و در مورد گُردها آمده که مشکلات مالی و اقتصادی و نگرانی از حرف دیگران به عنوان فشارهایی مهم در سقط جنین عمدی، وارد عمل می‌شوند.

نکته‌ی قابل تأمل در این مطالعه، چند بُعدی بودن شرایط بروز تصمیم به سقط جنین عمدی است. با وجود نیروی باورهای دینی در این مطالعه و بسیاری دیگر از مطالعات در سراسر جهان، باز هم شاهد تداوم این پدیده بوده و هستیم. اما آنچه به عنوان رقیب باورهای دینی می‌تواند در تداوم گرایش و اقدام به سقط جنین نقش بیشتری داشته باشد حضور و رشد تفکرات معطوف به فردگرایی و عقلانیت ابزاری است. بنابراین رقابت این دو نوع جهان‌بینی و نسبت هر یک از آن‌ها با سقط جنین عمدی، می‌تواند نتایج متفاوتی در این حوزه به بار بیاورند. علاوه بر این‌ها همان‌گونه که در بخش توصیفی یافته‌ها مشاهده شد، بسیاری از کسانی که اقدام به سقط جنین عمدی

کرده‌اند در زمان حامله شدن از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند. و این حاکی از وجود نیازهای برآورده نشده‌ی پیشگیری است. تداوم دسترسی آسان و رایگان به وسایل پیشگیری از بارداری و تداوم و قوت گرفتن مشاوره در حوزه‌ی روش‌های کارا در پیشگیری از بارداری، می‌تواند به کاهش حاملگی‌های ناخواسته و البته کاهش سقط جنین عمدی کمک کند. چرا که حاملگی‌های ناخواسته اگر در شرایط اقتصادی و اجتماعی ناگوار اتفاق بیفتند ممکن است حتی باورهای عمومی و دینی نیز نتوانند مانع از سقط آن‌ها شوند.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه لحاظ نشدن سقط‌های ناموفق بوده که خود منجر به تولد فرزندان ناخواسته شده است. لحاظ کردن این گروه از اقدامات میزان تلاش برای سقط را بسیار بهتر برای ما روشن خواهد کرد. همچنین ناتوانی در نفوذ به کنه مکانیزم‌های تأثیرگذاری متغیرهای مورد نظر از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش در حیطه‌ی دستیابی به معرفت بوده است و این از ویژگی‌های مطالعات پهن‌دامنه پیمایشی است.

بر اساس این مطالعه می‌توان پیشنهاد کرد که در حوزه‌ی اجرایی نسبت به ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای رایگان برای زنانی که بطور ناخواسته حامله شده‌اند، برنامه‌ریزی صورت گیرد. اما مهمتر از آن اقدامات پیشگیرانه در بروز حاملگی‌های ناخواسته است که رکن اصلی آن تقویت برنامه‌های تنظیم خانواده، هم به لحاظ مشاوره و هم به لحاظ عرضه‌ی وسایل پیشگیری است.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تقدیر و تشکر

از تمامی زنانی که در انجام این پروژه‌ی تحقیقاتی مشارکت داشته‌اند نهایت تشکر را داریم. لازم به ذکر است که این پژوهش با استفاده از اعتبارات دانشگاه پیام نور انجام شده و طرح پیشنهادی آن در نامه‌ی شماره

۱۳۹۵/۰۶/۰۱ مورخ به تصویب رسیده است.

فهرست منابع

1. Akhtari E. [Pregnancy termination from ancient Persia till present time]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;19(40):1-5. Persian
2. Abbasi M, Gooshki ES, Allahbedashti N. [Abortion in Iranian legal system]. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*. 2014;13(1):71. Persian
3. Naghavi, M. [Burden of deasis and trauma in Iran], Ministry of Medical and Health Education, Iran, 2009. Persian
4. Organization WH. Facts on induced abortion worldwide. World Health Organization, Geneva http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf. 2012
5. Erfani A, McQuillan K. Rates of induced abortion in Iran: the roles of contraceptive use and religiosity. *Stud Fam Plann*. 2008;39(2):111-22.
6. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2011:134-42.
7. Erfani A. Levels, Trends and Correlates of Abortion in Tehran, Iran: 2009–2014. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2016;42(2):93-101.
8. Chinichian M, Holakouei NK, Rafiei SK. [Voluntary Abortion in Iran: a qualitative study]. *Payesh*. 2007;4(14):219. Persian
9. Agha YHT, Mehr YAH. [Estimation of induced abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model]. *Journal of Population association of Iran*, 2007, 3 (31): 61-91. Persian
10. Erfani A, Kazemipour S. [Abortion rate and causes of abortion in the city of Tehran], *Journal of Population Association of Iran*, 2011, 4 (8): 8-22. Persian
11. Ranjbar F, Shirzad M, Kamali K, Akhondi M, Ghoojani A, Ardakani Z, et al. [Fertility behaviour of Iranian women: A community-based cross-sectional study]. *Arch Iran Med*. 2015;18(1):2-5. Persian
12. Adamczyk A. The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Soc Sci Res*. 2008;37(2):657-72.
13. Barkan SE. Gender and abortion attitudes: Religiosity as a suppressor variable. *Public Opin Q*. 2014;78(4):940-50.
14. Jelen TG, Wilcox C. Causes and consequences of public attitudes toward abortion: A review and research agenda. *Political Research Quarterly*. 2003;56(4):489-500.
15. Ebtekar F, Riji HM, Saedi ZA. [Kurdish womens stories of abortion in Sanandaj, Iran]. *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2013;5(5):222-7. Persian
16. Ministry of health and Medical Education. [Iran's Multiple-Indicator Demographic and Health Survey]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. Persian
17. Rezaei M. [The Contexts of Low Childbearing in Iranian Kurdistan: The Case Study of Saghez City], Unpublished PhD. Thesis, University of Tehran. 2011. Persian
18. Statistics E. Population and housing census 2011. Samoa Bureau of Statistics Apia, Samoa; 2012. Retrieved from www.amar.sci.org.ir. Persian
19. Rinderknecht L. Supporting Attitudes on Abortion With the Influence of Education and Gender. 2017 [cited 2017 15.6.2017]. Available from: http://people.oregonstate.edu/~hammerr/soc316/Education_Gender_and_Abortion.pdf
20. Trent K, Powell-Griner E. Differences in race, marital status, and education among women obtaining abortions. *Soc Forces*. 1991;69(4):1121-41.
21. Mohr JC. Abortion in America: The origins and evolution of national policy: Oxford University Press; 1979.
22. Evans JH, editor Polarization in abortion attitudes in US religious traditions, 1972–1998. *Sociological Forum*; 2002: Springer;17:25.

23. Welch MR, Leege DC, Cavendish JC. Attitudes toward abortion among US Catholics: another case of symbolic politics? *Social science quarterly*. 1995:142-57.
24. Ghomashi S. [Induced abortion in the views of Sunnite Jurisprudence]. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2005;6(4):15. Persian
25. Mirzadeh A. [Abortion: individualism and socialism]. *Medical Ethoc Journal*. 2013;7(24):24. Persian
26. Weber M. [Economy and society]. Tehran: Samt, 2016: 51-4. 2nd ed. Persian

Abortion among Kurdish Women from Mahabad in 2016

*Rezaei M. PhD¹

Partovi L. PhD²

Abstract

Background & Aim: Abortion, as one of the factors affecting maternal health, is considered as a health and social problem. This paper aimed to investigate the status of abortion among Kurdish women in Mahabad and to determine the prevalence of spontaneous abortion and induced abortion and its related factors.

Materials & Methods: This research is a cross-sectional survey. The study sample size included 360 married women, aged 15- 49 years old. Researcher constructed questionnaire was adopted for collecting data. Using cluster sampling, four regions were selected, and women were chosen through random sampling. Data were analyzed by SPSS and PLS software, and X^2 and Logistic regression ($P= 0.05$) were adopted for analyzing the relationships of variables.

Results: A total of 30.6 % of women had experienced abortion and 34.5% of them had induced abortion. Women with high socioeconomic status mostly committed induced abortion and those with low-level socioeconomics had spontaneous abortion ($x^2 = 6.421$, $P = 0.02$). Women who were employed or had high level of education mostly committed induced abortion ($x^2 = 28.40$, $P= 0.001$). According to logistic regression, individualism ($B = 0.612$, $P= 0.04$), rationality ($B = 0.979$, $P= 0.02$), and adherence to religion ($B = -0.987$, $P= 0.006$) had significant impacts on committing induced abortion.

Conclusion: Unmet needs of women can affect induced abortion. Unmet needs besides religious and secular beliefs may determine the level of induced abortion in society. The increasing tendency toward individualism and instrumental rationality may increase the couples' tendency to control the number of children. It is the case while the failure of contraception may lead to induced abortion.

Keywords: Induced abortion, Religion, Women.

Received: 13 Sep 2017

Accepted: 9 Dec 2017

¹. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.
(*Corresponding author) Tel: 09183742329 Email: rezaeimehdi1@gmail.com

². Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.