

شیوع و عوامل مرتبط با سقط جنین در میان زنان روستایی استان فارس در سال ۱۳۹۴

سراج‌الدین محمودیانی^۱، علی‌یار احمدی^۲، افشان جوادی^۳

چکیده

زمینه و هدف: سقط جنین پدیده‌ای پزشکی-اجتماعی است که با سلامت مادران در ارتباط است. هدف مطالعه حاضر بررسی شیوع و تعیین کننده‌های سقط جنین (القایی و خودبخودی) در میان زنان روستایی استان فارس است.

روش بررسی: در پژوهش مقطعی حاضر تعداد ۱۲۴۷ نفر زن روستایی ساکن استان فارس با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته و تکنیک نمونه‌گیری خوشه‌ای در مهر ماه سال ۱۳۹۴ پیمایش شدند. پرسشنامه مذکور شامل سه بخش یعنی مشخصات جمعیت شناختی زوجین، تاریخچه باروری و ایده‌آل‌ها و نگرش‌های باروری بوده است. برای تحلیل داده‌ها و بررسی روابط بین متغیرها از آزمون‌های کای اسکوتر، همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شده است.

یافته‌ها: براساس یافته‌های تحقیق، حدود ۲۲ درصد زنان روستایی مطالعه شده حداقل یکبار سقط را تجربه نموده‌اند. تحلیل دو متغیره نشان داد که تحصیلات زنان و همسران آنها و نیز مذهب با تجربه سقط جنین رابطه معنی‌داری دارد ($P < 0/05$). تحلیل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که احتمال تجربه سقط در بین زنان با تحصیلات دانشگاهی پایین‌تر از زنان با سطوح تحصیلی راهنمایی و کمتر و نیز زنان با تحصیلات متوسطه-دیپلم است. **نتیجه‌گیری کلی:** سقط جنین در میان زنان روستایی مورد مطالعه شیوع نسبتاً بالایی دارد. از آنجایی که ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی زنان روستایی با سایر زنان متفاوت است، از این‌رو در سیاست‌های جمعیتی جدید زنان روستایی نیاز به توجهی ویژه دارند. توانمندسازی و آموزش زنان روستایی درباب وسایل پیشگیری مدرن می‌تواند سقط جنین در آنها را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: زنان، باروری، سقط جنین، شیوع، پیمایش.

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۹/۲۴

۱. استادیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. دانشیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. کارشناس ارشد، گروه آمار، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (*نویسنده مسئول)، شماره تماس: ۰۹۱۷۱۲۰۹۹۳۴

E-mail: afshan.javadi@gmail.com

مقدمه

سقط به معنای خاتمه بارداری است و به انواع خودبخودی، القاء شده یا اختیاری، فراموش شده و درمانی قابل تفکیک است. سقط خودبخودی به سقط بدون اقدام آگاهانه، سقط اختیاری به سقط با مداخله عمدی جهت سقط، سقط فراموش شده حالتی است که محتویات فاقد حیات بارداری برای مدت‌ها در داخل رحم باقی بماند و سقط درمانی به منظور حفظ سلامت مادر یا مشکلات جنین اتفاق می‌افتد، گفته می‌شوند^(۱). سقط جنین را می‌توان پدیده‌ای اجتماعی- پزشکی دانست که متأثر از شرایط سیاسی و اجتماعی جامعه است که خود جامعه می‌تواند هم‌زمانی که دست به سقط زده‌اند و هم‌کادر پزشکی که این عمل را انجام داده‌اند را به عنوان هنجارشکن معرفی و برچسب زنند. بر اساس دیدگاه اجتماعی- فرهنگی، اعمال و پیام‌های اجتماعی که بر زنان با تجربه سقط برچسب می‌زند می‌تواند پیامدهای منفی روانشناختی برای آنها به همراه داشته باشد^(۲). خونریزی، آسیب دستگاه تناسلی و حتی مرگ از عوارض سقط، بویژه در سقط‌های ناامن، است، البته پیامدهای سقط ناامن فقط متوجه خود فرد نمی‌شود بلکه کل سیستم مراقبت بهداشتی را متأثر می‌سازد زیرا بسیاری از منابع باید صرف درمان عوارض ناشی سقط‌های غیرایمن شود^(۳). در ایران این پدیده از نظر دینی و قانونی با محدودیت‌هایی روبرو است. سقط جنین عمدی هم براساس قوانین کشور و هم براساس موازین دین اسلام در ایران ممنوع است^(۴). اگرچه تاریخچه ثبت شده انجام سقط جنین در کلینک‌های پزشکی در ایران به سال ۱۳۵۲ برمی‌گردد اما اعطای مجوز رسمی به افراد به منظور انجام سقط در مراکز پزشکی مربوط به سال ۱۳۵۵ است که قانون جدیدی در باب سقط وضع شد و سقط را تا قبل از هفته ۱۲ بارداری به دلایل اجتماعی- پزشکی مجاز دانسته است. بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ قانون سقط جنین دوباره تغییر نمود و سقط به عنوان یک جرم جنایی تعریف و تنها به منظور حفظ جان مادر تا قبل از چهار ماهگی بارداری، مجاز شمرده شد^(۵). این نوع سقط که با عنوان سقط درمانی شناخته می‌شود از

سال ۱۳۸۴ به صورت قانونی درآمده است^(۶). برآوردها از آن حکایت دارد که سالانه حدود ۲۶ تا ۵۳ میلیون سقط در دنیا انجام می‌شود که سقط‌های ناسالم، در شرایط غیربهداشتی و با وسایل خطرناک، سالانه حدود ۵۰ تا ۱۰۰ هزار مادر را به کام مرگ می‌کشاند^(۱). همچنین شواهد بر آن دلالت دارد که حدود ۱۳ درصد از مرگ مادران در دنیا به علت عوارض ناشی از سقط است^(۵). در ایران آمار و اطلاعات در باب سقط جنین با توجه به محدودیت‌های قانونی و دینی آن کمتر در دسترس است اما با وجود این، برآوردها از آن حکایت دارند که بیش از پنج درصد مرگ مادران ایرانی به سقط و عوارض ناشی از آن بر می‌گردد^(۵). مطالب فوق بیانگر اهمیت همبستگی سقط جنین و سلامت مادران است. مطالعه‌ای در تهران^(۷) در بین حدود ۳۰۰۰ زن متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله نشان داده است که اوج میزان عمومی سقط جنین با حدود ۱۲ در هزار به گروه سنی ۳۴-۳۰ اختصاص دارد. به علاوه حدود نه درصد حاملگی‌های شناخته شده با سقط خاتمه می‌یابد و اینکه سقط در بین زنان شاغل، زنان با تحصیلات و درآمد بالا و نیز زنانی که کمتر مذهبی بوده‌اند بیشتر از سایر زنان است. مطالعه‌ای دیگر^(۴) در میان زنان گُرد شهر مهاباد به این نتیجه رسید که حدود ۳۱ درصد زنان بررسی شده تجربه سقط داشته که بیش از ۳۴ درصد آنها عمدی بوده است. این مطالعه نیز نشان داده که شاغل بودن و داشتن تحصیلات بالا با تجربه سقط مرتبط است. نتایج تحقیقی در شهر اردبیل^(۸) حاکی از آن است که بیشتر مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های این شهر برای سقط، زنان ۳۲-۲۴ ساله، خانه‌دار و با تحصیلات ابتدایی بوده و همسران آنها نیز دارای تحصیلات ابتدایی و شغل آزاد بوده‌اند. پژوهشی نیز در شهر اراک و تفرش^(۹) نشان داده است که شیوع سابقه سقط خودبخودی در پنج سال منتهی به سال ۱۳۹۴ در بین ۴۰۰ نفر از زنان ۴۹-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز درمانی این شهرها بیش از ۲۳ درصد بوده است. همچنین محققین دریافتند که آلاینده‌های صنعتی در هوا احتمال سقط را حدود چهار برابر بالا می‌برند.

نتایج مطالعه‌ای در این زمینه در دانمارک^(۱۰) نشان داد که احتمال سقط با تعداد تولدهای قبلی ارتباط مستقیم دارد. احتمال سقط برای زنانی که هنوز فرزندی ندارند بسیار پایین و با افزایش تعداد فرزندان نیز احتمال سقط افزایش می‌یابد و همچنین با افزایش سن احتمال داشتن سقط کاهش می‌یابد. مطالعه‌ای در فنلاند^(۱۱) نشان داده است که ویژگی‌های فردی و مذهبی افراد از تعیین کننده‌های تمایل یا عدم تمایل به سقط در بین زنان است. پژوهشی تطبیقی در روسیه^(۱۲) به این نتیجه رسیده است که میزان سقط جنین در میان بومی‌ها در مقایسه با مهاجران و نیز مهاجران قانونی در مقایسه با مهاجران غیرقانونی بیشتر است. در مطالعه‌ای در نقاط روستایی بورکینافاسو^(۱۳) نشان داده شده است که حدود ۱۸ درصد زنان مورد مطالعه اظهار داشته‌اند که اگر حاملگی با مشکلات سلامتی همراه شود، با سقط جنین موافق هستند. حدود ۲۰ درصد نیز زمانی با سقط موافق بوده‌اند که زن باردار شود اما آخرین فرزند آن زن هنوز کوچک باشد، همچنین ۴۴ درصد آنها سقط را برای زن ازدواج نکرده و یا زنی که خارج از چارچوب ازدواج باردار شده است، مجاز می‌دانند. آمار مربوط به سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که استان فارس بعد از استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و گیلان بیشترین میزان سقط جنین کل را به خود اختصاص داده است طوری که رقم بدست آمده برابر با ۰,۷۵ به ازای هر زن ازدواج کرده است^(۵). هدف کلی مطالعه حاضر بررسی شیوع و تعیین کننده‌های سقط جنین (القایی و خودبخودی) در میان زنان روستایی استان فارس است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی بوده که با روش پیمایشی انجام شده است. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر در قالب طرح پژوهشی به شماره ۷۴۳۶-۹۴ و با کد کمیته اخلاق IR.SUMS.REC.1394.51 در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس به تصویب رسیده است. جامعه آماری در این مطالعه زنان متأهل ۱۵-۴۹ ساله

مناطق روستایی استان فارس در سال ۱۳۹۴ است. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. گردآوری داده‌ها نیز در مدت یک ماه انجام شد. پرسشنامه مذکور برای مطالعه رفتارها و نگرش‌های مرتبط با باروری در میان زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مناطق روستایی استان فارس طراحی و در برگیرنده حدود ۶۰ گویه بوده است که در مطالعه حاضر برخی از اطلاعات پرسشنامه مذکور که در باب سقط جنین بوده مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های اعتبار صوری و آلفای کرونباخ مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. لازم به ذکر است که مقادیر آلفای کرونباخ بدست آمده برای تمامی گویه‌های مورد استفاده بالاتر از ۰/۷ بوده است. همچنین لازم به توضیح است که برای بررسی روایی، چند نفر از متخصصان حوزه جمعیت‌شناسی و بهداشت باروری گویه‌های پرسشنامه را ارزیابی و به ترتیب با کسب نمره‌های ۰/۸۱ و ۰/۸۶ در شاخص‌های CVI و CVR روایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل عامل اکتشافی نیز آزمون شد و نتایج نشان داد که گویه‌های مورد استفاده بار یک عامل می‌شوند که به معنای ارتباط منطقی گویه‌ها با مفاهیم مورد سنجش است. برای نمونه‌گیری نیز ابتدا از هر شهرستان یک نفر از متخصصان بهداشت خانواده انتخاب و مورد آموزش قرار گرفت و در ادامه آن متخصص آموزش دیده نیز سایر پرسشگران آن شهرستان را آموزش می‌داد. روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر ترکیبی از طبقه بندی و خوشه‌ای است. با توجه به اطلاعات موجود ابتدا هر شهرستان به عنوان یک طبقه، سپس در طبقات مختلف (هر شهرستان) مناطق روستایی به عنوان خوشه در نظر گرفته شده و حجم نمونه مورد نیاز در هر شهرستان بر اساس جمعیت روستایی آن شهرستان مشخص شده است. در ادامه و بر اساس لیست روستاها که در واحد آمار مرکز بهداشت هر شهرستان موجود بود و متناسب با حجم هر خوشه (۱۰ نفر) تعداد روستاهای مورد نیاز را به صورت تصادفی از بین روستاهای موجود انتخاب شد. به عبارتی دیگر نمونه مورد بررسی از تمامی شهرستان‌های استان

جدول شماره ۱: ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی زنان روستایی استان فارس، ۱۳۹۴

قومیت	فراوانی	درصد
فارس	۶۸۳	۵۴/۸
گُر	۱۹۰	۱۵/۲
عرب	۱۸۵	۱۴/۸
تُرک	۱۸۸	۱۵/۱
سایر	۱	۰/۱
کل	۱۲۴۷	۱۰۰
مذهب	فراوانی	درصد
شیعه	۱۰۴۳	۸۳/۶
سنی	۲۰۴	۱۶/۴
کل	۱۲۴۷	۱۰۰
سطح تحصیلات زنان	فراوانی	درصد معتبر
راهنمایی و کمتر	۷۸۰	۶۲/۶
متوسطه-دیپلم	۳۴۵	۲۷/۷
دانشگاهی	۱۲۱	۹/۷
کل	۱۲۴۶	۱۰۰
داده گمشده	۱	-
کل	۱۲۴۷	-
سطح تحصیلات همسران	فراوانی	درصد معتبر
راهنمایی و کمتر	۷۷۹	۶۲/۵
متوسطه-دیپلم	۳۶۲	۲۹/۱
دانشگاهی	۱۰۵	۸/۴
کل	۱۲۴۶	۱۰۰
داده گمشده	۱	-
کل	۱۲۴۷	-
وضعیت اشتغال زنان	فراوانی	درصد
شاغل	۴۷	۳/۸
خانه‌دار	۱۲۰۰	۹۶/۲
کل	۱۲۴۷	۱۰۰
وضعیت اشتغال همسران	فراوانی	درصد
شاغل	۱۱۸۳	۹۴/۹
بیکار	۶۴	۵/۱
کل	۱۲۴۷	۱۰۰
درآمد خانوار	فراوانی	درصد معتبر
کمتر از یک میلیون	۹۷۴	۷۸/۱
۱ تا ۲,۵ میلیون	۱۸۰	۱۴/۴
بیش از ۲,۵ میلیون	۹۳	۷/۵
کل	۱۲۴۷	۱۰۰

فارس یعنی ۲۹ شهرستان آن انتخاب و نسبت نمونه از هر شهرستان نیز براساس جمعیت روستایی آن شهرستان یعنی متناسب با جمعیت انتخاب شده است. در مرحله آخر به مرکز روستای انتخاب شده رفته و بصورت نمونه‌گیری سیستماتیک عمل شده است. طوری که خانه منتخب با فاصله پنج‌تایی از خانه‌های روستا بوده است. تا رسیدن به حجم هر خوشه این کار ادامه یافت و در مجموع ۱۲۴۷ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله غیرنابارور نبوده، و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، بود. با توجه با پایین بودن سطح سواد برخی از زنان روستایی در برخی موارد پرسشنامه‌ها با مشارکت پرستگر و پاسخگو تکمیل شده است. لازم به توضیح است با توجه به آن‌که سقط‌های عمدی به دلایل قانونی و مذهبی در کشور محدودیت دارند، بنابراین پرسش از تعداد سقط‌های عمدی و غیرعمدی می‌تواند پاسخ‌های اشتباه را بدنبال داشته باشد از این‌رو در این تحقیق تمامی سقط‌ها (اعم از عمدی یا غیرعمدی) مورد نظر بوده است.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که سن زنان روستایی مورد مطالعه با میانگین حدود ۳۳ سال از ۱۷ تا ۴۹ سال متغیر بوده و در مقابل میانگین سن مردان یا همان همسران برابر با حدود ۳۸ سال و در دامنه ۱۷ تا ۸۰ قرار داشت. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که میانگین سن زنان در اولین ازدواج حدود ۲۳ سال است. با توجه به اطلاعات جدول شماره ۱ حدود ۵۵ درصد نمونه‌ها متعلق به قومیت فارس بوده و زنان متعلق به قومیت گُر، عرب و تُرک نسبتاً برابرند. حدود ۸۴ درصد زنان اهل تشیع و حدود ۱۶ درصد نیز اهل تسنن هستند. یافته‌ها از آن حکایت می‌کند که حدود ۱۰ درصد زنان روستایی تحصیلات دانشگاهی یا بالاتر از دیپلم دارند که این آمار برای مردان حدود هشت درصد است.

نتایج نشان می‌دهد که میانگین باروری زنان روستایی استان فارس برابر با ۲/۰۶ است.

یافته‌ها از آن حکایت دارد که بیش از ۸ درصد نمونه فاقد فرزند بوده‌اند. بیش از ۶۰ درصد زنان روستایی بین یک تا دو فرزند بدنیا آورده‌اند. حدود ۲۲ درصد زنان روستایی استان فارس حداقل یکبار سقط جنین را تجربه نموده‌اند. تجربه یکبار سقط جنین با بیش از ۲۲ درصد بیشترین نسبت را به خود اختصاص داده است. حدود ۷۸ درصد زنان روستایی مورد بررسی تجربه هیچگونه سقط را ندارند. در جدول شماره ۳ به بررسی رابطه دو متغیره تجربه سقط جنین با متغیرهای جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی با استفاده از آزمون کای اسکور پرداخته شده است. با توجه به آنکه تجربه سقط جنین متغیری اسمی است و متغیرهای مستقل نیز اسمی-رتبه‌ای هستند برای آنکه بتوان توزیع بهتری از تجربه سقط جنین برحسب ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی بدست داد از آزمون کای اسکور استفاده شد که در آن چند شقی بودن متغیرهای اسمی-ترتیبی خللی در نتایج ایجاد نمی‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تحصیلات زنان روستایی و همسران آنها و نیز مذهب با داشتن یا نداشتن سقط جنین ارتباط معنی‌دار دارد. با افزایش سطح تحصیلات زنان، نسبت زنانی که سقط را تجربه نموده‌اند کاهش می‌یابد. بیش از ۲۶ درصد زنان روستایی که تحصیلات راهنمایی و کمتر دارند حداقل یکبار سقط را تجربه نموده‌اند و در مقابل تنها حدود هفت درصد زنانی روستایی با تحصیلات دانشگاهی چنین تجربه‌ای دارند. همچنین یافته‌ها از آن حکایت دارد که با افزایش سطح تحصیلات همسران، نسبت زنانی که حداقل یکبار سقط جنین داشته‌اند کاهش می‌یابد.

بیشتر زنان روستایی مورد مطالعه و همسران‌شان تحصیلات راهنمایی و کمتر داشته‌اند. از نظر وضعیت اشتغال نیز تنها حدود چهار درصد زنان روستایی بررسی شده شاغل بوده و سایر زنان خانه‌دار بوده‌اند و در مقابل حدود ۹۵ درصد همسران زنان روستایی مطالعه شده در زمان تحقیق حاضر شاغل بوده‌اند. تحلیل درآمد خانوارها نشان می‌دهد که حدود ۷۸ درصد خانوارهای روستایی کمتر از یک میلیون تومان و هفت و نیم درصد نیز بیش از دو و نیم میلیون تومان درآمد دارند. البته لازم به توضیح است که در تحقیق حاضر مبلغ یارانه‌های دولتی جز درآمد خانوارها به حساب نیامده است.

در جدول شماره ۲ برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاریخچه باروری زنان روستایی پیمایش شده در استان فارس گزارش شده است.

جدول شماره ۲: تاریخچه فرزندآوری و سقط جنین زنان روستایی استان فارس، ۱۳۹۴

تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده	فراوانی	درصد معتبر
۰	۱۱۱	۸/۹
۱	۳۱۳	۲۵/۱
۲	۴۴۱	۳۵/۴
۳	۲۲۳	۱۷/۹
۴	۱۰۵	۸/۴
۵ و بیشتر	۵۳	۴/۳
کل	۱۲۴۶	۱۰۰
داده گمشده	۱	-
کل	۱۲۴۷	-
تعداد سقط جنین	فراوانی	درصد
۰	۹۷۶	۷۸/۳
۱	۱۹۳	۱۵/۵
۲	۵۲	۴/۲
۳ و بیشتر	۲۶	۲/۱
کل	۱۲۴۷	۱۰۰

جدول شماره ۳: همبستگی تجربه سقط جنین با ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی زنان روستایی استان فارس، ۱۳۹۴

تعداد نمونه	تجربه سقط جنین		متغیرها	
	بله	خیر		
۷۸۰	۲۶/۳	۷۳/۷	راهنمایی و کمتر	تحصیلات زنان (%)
۳۴۵	۱۶/۸	۸۳/۲	دیپلم/ پیش‌دانشگاهی	$\chi^2 = ۳۰/۶^*$
۱۲۱	۶/۶	۹۳/۴	تحصیلات دانشگاهی	
۷۷۹	۲۳/۹	۷۶/۱	راهنمایی و کمتر	تحصیلات همسران (%)
۳۶۲	۱۹/۱	۸۰/۹	دیپلم و دیپلم	$\chi^2 = ۶/۲^*$
۱۰۵	۱۵/۲	۸۴/۸	تحصیلات دانشگاهی	
۱۰۴۳	۲۰/۶	۷۹/۴	اهل تشیع	مذهب (%)
۲۰۴	۲۷/۵	۷۲/۵	اهل تسنن	$\chi^2 = ۴/۶^*$
۴۷	۱۷/۰	۸۳/۰	شاغل	وضعیت اشتغال زنان (%)
۱۲۰۰	۲۱/۹	۷۸/۱	بیکار	$\chi^2 = ۰/۶$
۱۱۸۳	۲۲/۱	۷۷/۹	شاغل	وضعیت اشتغال مردان (%)
۶۴	۱۵/۶	۸۴/۴	بیکار	$\chi^2 = ۱/۴$
۶۸۳	۲۲/۳	۷۷/۷	فارس	قومیت (%)
۵۶۴	۲۱/۱	۷۸/۹	سایر	$\chi^2 = ۰/۲۴$

تعداد سقط‌های جنین نیز افزایش می‌یابد و این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار است. ارتباط معنی‌داری بین تعداد سقط جنین زنان روستایی با متغیرهای درآمد خانوار و سن در اولین ازدواج بدست نیامده است.

برای بررسی رابطه سقط جنین و متغیرهای درآمد خانوار، سن در اولین ازدواج و تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۴ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که با افزایش تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده زنان روستایی،

جدول شماره ۴: همبستگی تعداد سقط جنین با برخی ویژگی‌های جمعیتی-اقتصادی زنان روستایی استان فارس، ۱۳۹۴

تعداد سقط جنین	ضریب همبستگی	درآمد خانوار	سن در اولین ازدواج	تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده
		-۰/۰۴۱	-۰/۰۴۶	۰/۱۱۰
	سطح معنادرای	۰/۱۴۸	۰/۱۰۶	$P < ۰/۰۰۱$
	تعداد نمونه	۱۲۳۴	۱۲۳۲	۱۲۴۶

مجازی، نداشتن تجربه سقط با کد صفر و داشتن تجربه سقط با کد یک، وارد معادله شده است.

در نهایت برای بررسی چند متغیره از رگرسیون لجستیک استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۵ آورده شده است. متغیر وابسته یعنی سقط جنین در قالب متغیری

جدول شماره ۵: تحلیل رگرسیونی تجربه سقط جنین در بین زنان روستایی استان فارس، ۱۳۹۴

متغیر	نسبت شانس	سطح معناداری
قومیت	۰/۹۹۳	۰/۹۶۷
سایر فارس (مرجع)		
مذهب	۱/۴۳۶	۰/۰۷۴
اهل تسنن شیعه (مرجع)		
کمتر از یک میلیون	۱/۲۷۳	۰/۲۲۵
یک تا دو و نیم میلیون	۱/۳۰۶	۰/۱۸۹
بیشتر از دو و نیم میلیون (مرجع)		
تحصیلات زنان	۴/۸	۰/۰۰۰
راهنمایی و کمتر		
متوسطه و دیپلم	۲/۷	۰/۰۱۱
دانشگاهی (مرجع)		
تحصیلات همسر	۰/۸۴۵	۰/۵۹۶
راهنمایی و کمتر		
متوسطه و دیپلم	۰/۹۱۷	۰/۷۸۷
دانشگاهی (مرجع)		
وضعیت اشتغال زنان	۰/۷۹۵	۰/۵۸۷
بیکار		
شاغل (مرجع)		
وضعیت اشتغال همسر	۰/۶۵۵	۰/۲۴۱
بیکار		
شاغل (مرجع)		
سن در اولین ازدواج	۱/۰۰۴	۰/۸۲۳
تعداد فرزندان زنده بدنیآ آمده	۱/۱۰۷	۰/۱۰۳
Cox and Snell R Square	۰/۰۳۸	
Nagelkerke R Square	۰/۰۵۹	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که میانگین سن زنان مورد بررسی برابر با ۳۳ سال و میانگین سن همسران آنها برابر با ۳۸ است. همچنین مشخص شد که عمده زنان مورد بررسی اهل تشیع و از فارس زبان می‌باشند. شکاف اشتغال زنان و مردان در این جامعه نیز بود که مورد انتظار است. یافته‌ها به‌علاوه نشان داد که حدود ۲۲ درصد زنان ساکن نقاط روستایی استان فارس حداقل یکبار تجربه سقط جنین داشته‌اند. یافته‌های دو متغیره نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات زنان و همسران‌شان نسبت زنانی که حداقل یکبار سقط جنین داشته‌اند کاهش می‌یابد. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که تحصیلات زنان تنها متغیری است که با کنترل سایر متغیرها همبستگی معنی‌داری با تجربه سقط جنین دارد. این موضوع می‌تواند بدلیل احتمال آگاهی

همان‌طوری که اطلاعات مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد متغیر تحصیلات زنان تنها متغیری است که با کنترل سایر متغیرها رابطه معنی‌داری با تجربه سقط جنین دارد. طوری که احتمال تجربه سقط در بین زنان با تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با زنان با سطوح تحصیلی راهنمایی و کمتر و نیز زنان با تحصیلات متوسطه-دیپلم، پایین‌تر است. احتمال سقط در بین زنان متعلق به قوم فارس، زنان متعلق به خانوارهای با درآمد کمتر از دو و نیم میلیون تومان، زنان شاغل، زنانی که همسران شاغل دارند، زنانی که همسران‌شان تحصیلات دانشگاهی دارند، زنانی که تعداد بیشتری فرزند بدنیآ آورده‌اند و نیز زنانی که در سن بالاتری ازدواج نموده‌اند، بیشتر است. هر چند روابط مذکور از نظر آماری معنادار نیستند.

همچنین نشان داده است که با افزایش تعداد فرزندان احتمال شیوع سقط در بین زنان بیشتر می‌شود که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد زیرا در این مطالعه نشان داده شد که تعداد فرزندان و میزان شیوع سقط جنین رابطه مستقیم دارند یعنی هر اندازه تعداد فرزندان زنان بیشتر باشد میزان شیوع سقط در بین آنها نیز افزایش خواهد یافت. مطالعه‌ای در برزیل^(۱۸) نیز نتیجه گرفته است که بالعکس، زنانی که در بیمارستان بدلیل سقط بستری بودند از نظر سنی جوان‌تر از سایر زنان هستند که به دلایلی غیر از سقط بستری شده‌اند. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، تجربه سقط در زنان شاغل بیش از زنان خانه دار است که این یافته در مطالعات پیشین^(۴،۷) نیز تأیید شده است. تحقیق حاضر گویای آن بود که با افزایش تعداد فرزندان احتمال سقط بیشتر می‌شود که این یافته نیز در مطالعات گذشته^(۱۰) مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تجربه سقط در میان زنان متعلق به خانوارهای با سطح درآمدی بالا در مقایسه با زنان متعلق به سطح درآمد پایین، کمتر است. مطالعه‌ای در اتیوپی^(۱۹) نیز بنوعی همین یافته را تأیید می‌کند. مطالعه مذکور از آن حکایت می‌کند که احتمال سقط در میان زنانی که درآمد ماهانه پایین‌تری دارند، افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که قومیت، وضعیت اشتغال، درآمد و تحصیلات همسر بر میزان سقط جنین در بین زنان تأثیرگذار نیستند که این یافته مؤید مدعای برخی مطالعات پیشین^(۲۰) است که دریافته‌اند در بستر توسعه اقتصادی- اجتماعی، برخی متغیرهای اقتصادی- فرهنگی مانند تحصیلات، اشتغال و قومیت قدرت تبیینی و تفسیری خود را در ارتباط با سقط جنین از دست خواهند داد. با توجه به یافته‌های مطالعه پیش‌رو می‌توان نتیجه گرفت که هنوز نسبت قابل توجهی از زنان ازدواج کرده سقط جنین را تجربه می‌کنند که تهدیدی برای سلامتی آنها به‌شمار خواهد آمد. به احتمال زیاد بخشی از سقطها در نتیجه بارداری‌های ناخواسته اتفاق می‌افتد و حتی مطالعات^(۲۱،۲۲) تأکید نموده‌اند که تکرار سقط جنین شاخصی برای حاملگی‌ها ناخواسته است و اینکه احتمال

بیشتر زنان تحصیل کرده و افزایش تبادلات اجتماعی آنان باشد. وجود همبستگی بین تحصیلات و سقط جنین در مطالعات دیگر^(۱۴،۱۵) نیز نشان داده شده است. مطالعه حاضر نشان داد که احتمال تجربه سقط در بین زنان با تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با زنان با سطوح تحصیلی راهنمایی و کمتر و نیز زنان با تحصیلات متوسطه- دیپلم، پایین‌تر است که این نتیجه با یافته‌های برخی مطالعات پیشین^(۸) همسو و با نتایج برخی مطالعات پیشین^(۴،۷) هماهنگ نیست. شاید بتوان گفت که میدان، قلمرو و بسترهای اجتماعی مختلف این تحقیق با برخی تحقیقات پیشین است که سبب شده است رابطه تحصیلات با سقط در این مطالعه با برخی مطالعات دیگر همسو نباشد. سطح بالای تحصیلات زنان روستایی می‌تواند به بالا بودن آگاهی و دانش آنها در زمینه بارداری و پیامدهای سقط جنین برای سلامتی مادران بینجامد. بنابراین در بستر روستایی که سطح تحصیلی زنان معمولاً پایین است زنانی که تحصیلات عالی داشته باشند براساس بالا بودن سطح آگاهی عمومی آنها، رفتار متفاوتی با سایر هم‌تایان خود درباب سقط نشان خواهند داد. مطالعه‌ای در ویتنام^(۱۶) و نیز مطالعه‌ای در مالاوی آفریقا^(۱۷) نشان داده‌اند که سقط جنین در میان زنانی با تحصیلات بالاتر شیوع بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعه فوق در یک راستا نیست. شاید شیوع بیشتر سقط جنین در میان زنان با تحصیلات بالاتر در ویتنام و مالاوی آفریقا را بتوان در ساختار خانواده جستجو نمود. بنظر می‌رسد ساختار خانواده به شکلی است که قدرت زنان و تصمیم‌گیری آنها در خانواده بر اقدام به سقط جنین نیز تأثیرگذار باشد. به عبارتی زنان با تحصیلات بالاتر، در مقایسه با سایر زنان، از قدرت بیشتری در ساختار خانواده برخوردارند و در صورت نیاز برای اقدام به سقط از آزادی عمل بیشتری برخوردار هستند از این‌رو شیوع سقط در بین این دسته از زنان نیز بالاتر خواهد بود. بنابراین شاید بتوان گفت که تفاوت اثرگذاری تحصیلات بر سقط در بین زنان را باید در ساختارهای اجتماعی و توزیع قدرت در خانواده‌های مورد مطالعه پیگیری نمود. مطالعه فوق‌الذکر در ویتنام

این موضوع می‌تواند به آسیب‌پذیرتر شدن زنان روستایی در مقابل برنامه‌ها و سیاست‌های جمعیتی نادرست بینجامد. به عبارتی زنان روستایی غالباً از سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی پایین‌تری در مقایسه با سایر زنان برخوردارند و این عوامل می‌تواند به دانش پایین آنها در باب باروری، وسایل پیشگیری مدرن و سقط جنین منتهی شود. بنابراین آموزش زنان روستایی در خصوص وسایل پیشگیری مدرن و نیز پیامدهای سقط جنین از اهم موضوعاتی است که باید در سیاست‌های جمعیتی مد نظر قرار گیرد. مطالعات آینده با استفاده از روش‌های تحقیق کیفی و مصاحبه‌های عمیق به استخراج ابعاد پنهان بیشتری از سقط جنین در میان زنان روستایی دست یابند. یکی از محدودیت‌های این تحقیق تمرکز بر زنان روستایی و عدم مطالعه تطبیقی شهری/روستایی است. از این رو مطالعات آینده می‌تواند با مقایسه شیوع و تعیین‌کننده‌های سقط جنین در جامعه شهری و روستایی به نتایج گسترده‌تری دست یابند.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشته‌اند تشکر می‌گردد.

تکرار و پناه بردن به سقط برای زنانی که در معرض بارداری ناخواسته باشند به مراتب بیشتر از دیگر زنان است. هر چند استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری به بالای ۷۰ درصد از زنان دارای همسر رسیده است اما با وجود این، هنوز روش‌های مدرن جایگاه قابل توجهی در بین زنان ایرانی پیدا نکرده‌اند^(۲۳). ممکن است زنان به دلیل نداشتن دانش کافی در این زمینه به سراغ روش‌های پیشگیری غیر مطمئن بروند که این روش‌های پیشگیری نیز ممکن است به بارداری‌های ناخواسته و در نهایت سقط جنین بینجامد. این موضوع به ویژه در مورد زنان روستایی می‌تواند بیشتر با اهمیت شود زیرا زنان روستایی ممکن است سطح سواد و دانش کمتری در باب وسایل پیشگیری داشته باشند از این رو آموزش زنان درباره وسایل پیشگیری مدرن می‌تواند به کاهش بارداری‌های ناخواسته منتهی شود و در نتیجه شیوع سقط جنین را نیز کاهش دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که به منظور ارتقای سلامت مادران روستایی، مشاوره‌های مرتبط با بارداری و عرضه وسایل پیشگیری از بارداری در روستاها، در دستور کار مسئولان ذی ربط قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در سیاست‌های جدید جمعیتی زنان روستایی به طور ویژه نگریسته شوند. نه تنها دسترسی زنان روستایی به وسایل پیشگیری مدرن نباید محدود شود بلکه توصیه می‌گردد که توانمندسازی زنان روستایی بیشتر در دستور کار قرار گیرد. مطالعات^(۲۴) در این زمینه نشان داده‌اند که بسترها و زمینه‌های اقتصادی-اجتماعی زنان ساکن مناطق روستایی با سایر مناطق شهری متفاوت است

فهرست منابع

1. Shamshiri-Milani H. Mother's rights to life, a medical approach to abortion. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2005;6(4): 457-64. [Persian].
2. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009;64(9):863-90.
3. Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):329-42.
4. Rezaei M, Partovi L. Abortion among Kurdish Women from Mahabad in 2016. *Iran Journal of Nursing*. 2017;30(109):32-43. [Persian].
5. Erfani A. Abortion in Iran: What do we know? PSC Discussion Papers Series. 2008;22(1):1. Available at: <https://ir.lib.uwo.ca/pscpapers/vol22/iss1/1>.

6. Khosravi F, Hesami K, Shahvi R, Savadzadeh Sh. The study of the reasons for therapeutic abortion in clients referring to legal medical centers in Kurdistan province in 2000- 2011]. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2018;4(1): 37-47. [Persian].
7. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 2011;37(3): 134-42.
8. 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(4): 19-24. [Persian].
9. Abbasi M, Khalajabadi F. Assessing the Role of Industrial Air Pollution in the Prevalence of Spontaneous Abortion, A Comparison of Arak and Tafresh. *Hakim Health System Journal*. 2017; 20(4): 251-9. [Persian].
10. Hansen M-LH, Mølgaard-Nielsen D, Knudsen LB, Keiding N. Rates of induced abortion in Denmark according to age, previous births and previous abortions. *Demographic Research*. 2009;21:647-80.
11. Väisänen H. The timing of abortions, births, and union dissolutions in Finland. *Demographic Research*. 2017;37:889-916.
12. Agadjanian V, Yoo SH. Migration, legality, and fertility regulation: Abortion and contraception among migrants and natives in Russia. *Demographic Research*. 2018;38:1277-302.
13. Rossier C. Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso. *Demographic Research*. 2008;17:23.
14. Appiah-Agyekum NN, Sorkpor C, Ofori-Mensah S. Determinants of abortion decisions among Ghanaian university students. *Int J Adolesc Med Health*. 2015;27(1):79-84.
15. Powell-Griner E, Trent K. Sociodemographic determinants of abortion in the United States. *Demography*. 1987;24(4):553-61.
16. Teerawichitchainan B, Amin S. The role of abortion in the last stage of fertility decline in Vietnam. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010:80-9.
17. Mkulichi A. Unsafe Abortion, Its Determinants and Associated Factors: The Case of Malawi. A Systematic Literature Review. Master Thesis in Public Health, Georgia State University, America. 2017.
18. Misago C, Fonseca W, Correia L, Fernandes LM, Campbell O. Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil. *Int J Epidemiol*. 1998;27(5):833-9.
19. Tilahun F, Dadi AF, Shiferaw G. Determinants of abortion among clients coming for abortion service at felegehiwot referral hospital, northwest Ethiopia: a case control study. *Contracep Reprod Med*. 2017;2(1):11-7.
20. Wilder EI. Socioeconomic and cultural determinants of abortion among Jewish women in Israel. *Eur J Popul*. 2000;16(2):133-62.
21. Alemayehu M, Yebyo H, Medhanyie AA, Bayray A, Fantahun M, Goba GK. Determinants of repeated abortion among women of reproductive age attending health facilities in Northern Ethiopia: a case-control study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):188-96.
22. Denberu B, Alemseged F, Segni H. Determinants of Abortion among Youth Seeking Reproductive Health Care in Selected Health Facilities, in Addis Ababa, Ethiopia. *Global J Reprod Med*. 2017; 1(2): 1-12.
23. Shirzad M. Fertility behaviour of Iranian women: a community-based, cross-sectional study. *Arch Iran Med*. 2015;18(1):2-5.
24. Mahmoudiani S, Mahmoudian H, Shahriari S. Ideal fertility, the differences between rural/urban and its related factors (Case of individuals attended for the pre-marriage medical test in Kermanshah city). *Journal of Community Development*. 2015; 6(2): 193-208. [Persian]

The Prevalence and Influential Factors of Abortion in the Women in the Rural Areas of Fars Province, Iran (2015)

Serajeeddin Mahmoudiani¹, Ali Yar Ahmadi², *Afshan Javadi³

Abstract

Background & Aims: Abortion is a medico-social phenomenon, which is correlated with maternal health. The present study aimed to investigate the prevalence and influential factors of abortion (induced and spontaneous) in the women in the rural areas of Fars province, Iran.

Materials & Methods: This cross-sectional study was conducted on 1,247 women living in the rural areas in Fars province, Iran, who were selected via cluster sampling and surveyed in October 2015. Data were collected using a researcher-made questionnaire, which consisted of three sections on demographic characteristics, history of fertility, and ideals and perceptions toward fertility. Data analysis was performed in SPSS version 22 using Chi-square, Pearson's correlation-coefficient, and logistic regression analysis.

Results: Approximately 22% of the surveyed women experienced abortion at least once. The analysis of the two variables indicated that the education level of the women and their spouses and religion had significant correlations with experiencing abortion ($P < 0.05$). In addition, logistic regression analysis showed that the risk of abortion was lower in the women with academic education compared to those with secondary education (or lower) and high school education (or diploma) in rural areas.

Conclusion: According to the results, the prevalence of abortion was relatively high in the women in the studied rural areas. Considering that the socioeconomic features of rural women differ from other women, this population requires special attention in terms of the new demographic policies for the women living in rural areas. The empowerment and training of these women on modern contraceptive techniques could reduce the prevalence of abortion.

Keywords: Women, Fertility, Abortion, Prevalence, Survey

Conflict of Interest: No

How to Cite: Mahmoudiani S, Ahmadi AY, Javadi A. The Prevalence and Influential Factors of Abortion in the Women in the Rural Areas of Fars Province, Iran (2015). *Iran Journal of Nursing*. 2018; 31(115):51-61.

Received: 17 Sep 2018

Accepted: 15 Dec 2018

¹. Assistant Professor, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran.

². Associate Professor, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran.

³. M.A in Demography, Department of Statistics, Vice Chancellor of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. (*Corresponding author) Tel: 09171209934 Email: afshan.javadi@gmail.com