

میزان‌ها و عوامل مرتبط با سقط جنین عمدی در شهر تهران

امیر عرفانی*

شهلا کاظمی پور☆

سقط عمدی جنین در ایران غیرقانونی است و بسیاری از بارداری‌های ناخواسته به‌طور غیرقانونی و بعضاً خطرناک به سقط می‌انجامد. این پژوهش با استفاده از داده‌های پیمایش باروری شهر تهران (۱۳۸۸)، اجرا شده در نمونه‌ای تصادفی از ۲۹۳۴ زن متأهل ۱۵-۴۹ ساله، میزان‌ها^۱ و نسبت‌های^۲ سقط و دلایل و عوامل مرتبط با آن‌ها را برآورد و بررسی کرده است. بر اساس یافته‌ها، از هر شش زن متأهل یک زن در طول عمرش حداقل یک سقط عمد داشته و حدود ۹ درصد بارداری‌ها در تهران به سقط می‌انجامد. میانگین سن زنان در هنگام سقط ۳۳/۵ سال بود. سالانه ۱۱۵۰۰ سقط عمدی توسط زنان متأهل تهرانی انجام می‌گیرد. احتمال سقط در بین زنان کمتر مذهبی، ثروتمند، شاغل، و بدون فرزند یا دارای دو فرزند بیشتر است. یافته‌ها حکایت از وجود تحمیل مردانه برای انجام سقط توسط زنان دارد. همچنین، ۸۴ درصد سقط‌های عمدی در تهران به‌طور غیرقانونی انجام می‌شوند. فاصله‌گذاری و تحدید موالید دلیل بیشتر سقط‌ها ذکر شده است. تقریباً دو سوم سقط‌ها نتیجه شکست روش‌های پیشگیری عزل، قرص و کاندوم بوده است. این پژوهش زنان نیازمند به خدمات ویژه و مشاوره جهت جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته را شناسایی کرده است.

واژگان کلیدی: سقط جنین، سقط عمد، باروری ناخواسته، بهداشت بارداری، پیشگیری از بارداری، میزان سقط جنین، علل سقط

amire@nipissingu.ca

shkazemi@ut.ac.ir

1. Rates

* دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه نیپسیسینگ کانادا

☆ دانشیار مرکز مطالعات و تحقیقات جمعیتی آسیا و اقیانوسیه

2. Ratios

مقدمه

سقط جنین عمدی (که از این پس «سقط» نامیده می‌شود) در ایران اکیداً ممنوع است، به جز در شرایطی که سلامتی زن در خطر باشد یا بر اساس تشخیص پزشک متخصص، جنین مبتلا به بیماری یا نقصی باشد که مورد تأیید سازمان پزشکی قانونی ایران باشد (عرفانی و مکیولان^۱، ۲۰۰۸). در غیر این صورت، زنی که خواهان سقط حاملگی ناخواسته خود باشد مجبور به انجام سقط غیرقانونی و بعضاً خطرناک می‌شود. میزان مرگ و میر مادران ناشی از سقط جنین و خطرات تهدیدکننده سلامتی آنان به دلیل فقدان اطلاعات تا به امروز در ایران نامعلوم مانده است. با این وجود برآوردهای غیرمستقیم نشان می‌دهند که ۵ درصد مرگ مادران، به‌واسطه بارداری، در ایران به عواقب بعد از سقط مربوط می‌شود (نقوی ۱۳۷۷). به علاوه، بسیاری از زنانی که در بیمارستان تحت مراقبت‌های بعد از سقط جنین قرار می‌گیرند با عوارض جانبی جدی از قبیل تهوع، استفراغ، اسهال، انقباض ضعیف عضلات شکم، خونریزی مهملی زیاد، عفونت و پریشانی روانی روبه‌رو می‌شوند (محمدزاده و فلاحیان ۱۳۸۲).

گذشته از این اطلاعات عمومی، سیاستگذاران و برنامه‌ریزان به منظور ارزیابی تعداد زنانی که بارداری ناخواسته را تجربه کرده‌اند و میزان نیاز به تخصیص منابع برای ارائه خدمات جلوگیری از بارداری، نیازمند اطلاعات دقیقی از میزان و الگوهای سقط جنین هستند. آخرین ارزیابی غیرمستقیم میزان سقط جنین برای کل ایران و استان‌های آن بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده ۱۰ سال پیش انجام گرفته است (عرفانی و مکیولان، ۲۰۰۸). بر اساس این مطالعه، در کل ایران از هر چهار زن متأهل در سن باروری یک نفر اقدام به سقط جنین می‌کرد که معادل ۷۳،۰۰۰ سقط جنین عمدی در سال می‌شد. بنا بر یافته‌های همین پژوهش، میزان‌های سقط جنین برآورده شده برای استان‌های ایران بسته به میزان دینداری و استفاده از روش‌های مدرن جلوگیری از بارداری متفاوت بودند. محققان پژوهش یاد شده معتقد هستند که اگر استفاده‌کنندگان از روش‌های سنتی جلوگیری از بارداری، به روش‌های مدرن روی آورند یا در صورت روبه‌رویی با بارداری ناخواسته به آن‌ها آموزش داده شود که چگونه از روش‌های اورژانسی استفاده کنند، آنگاه میزان سقط جنین کاهش خواهد یافت. با این وجود، به منظور ارزیابی میزان‌های کنونی شیوع سقط جنین در ایران و همبسته‌های آن اطلاعات بروز در خصوص سقط جنین عمدی مورد نیاز است.

1. McQuillan

این پژوهش با استفاده از تازه‌ترین داده‌های گذشته‌نگر^۱ سقط جنین، میزان‌ها و نسبت‌های سقط جنین را برای کل جمعیت تهران برآورد نموده و تأثیر ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی زنان در تفاوت‌های نسبت‌های سقط جنین را مورد بررسی قرار داده است.

داده‌ها و روش

داده‌ها

منبع اصلی داده‌های این تحقیق، پیمایش باروری شهر تهران^۲ است که توسط نخستین مؤلف این پژوهش در مرداد سال ۱۳۸۸ در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران اجرا شده است. این پیمایش مشابه پیمایش‌های استاندارد جمعیت و بهداشت^۳، طراحی شده که دامنه وسیعی از داده‌ها، شامل تاریخچه‌های کامل تولدها، استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری و سقط جنین و همچنین اطلاعاتی درباره اهداف بارداری^۴، تغذیه با شیر مادر و ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی زنان و همسرانشان را در بر می‌گیرد. پیمایش فوق در جمعیت زنان متأهل ۱۵-۴۹ ساله ساکن ۲۲ منطقه شهر تهران و از طریق مصاحبه حضوری توسط بیش از ۳۰ نفر پرسشگر زن مجرب انجام گرفته است. با استفاده از روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای خوشه‌ای طبقه‌ای تصادفی^۵، ۳۰۰۰ نفر زن شوهردار ۱۵-۴۹ ساله انتخاب شدند. ولی پرسشگران موفق شدند تنها با ۲۹۳۴ زن مصاحبه کامل انجام دهند که ۲۴۴ نفر از آن‌ها اظهار کرده بودند که تاکنون حداقل یک سقط جنین عمدی را تجربه کرده‌اند. این ۲۴۴ زن، که در مجموع ۳۱۱ مورد سقط جنین داشته‌اند، موضوع اصلی این تحقیق را تشکیل می‌دهند.

روش‌ها

یافته‌های این تحقیق مبتنی است بر توزیع درصد سقط‌های جنین و چهار سنجه مختلف سقط که عبارتند از: میزان‌های ویژه سنی سقط^۶، میزان کل سقط^۷، میزان عمومی سقط^۸ و

1. Retrospective
2. Tehran Survey of Fertility
3. Demographic and Health Survey
4. Fertility intention
5. Two-stage stratified cluster random sampling
6. Age-specific abortion rates
7. Total abortion rate
8. General abortion rate

نسبت‌های سقط^۱. میزان‌های سقط جنین برای کل جمعیت زنان محاسبه می‌شود، ولی توزیع درصد و نسبت‌های سقط جنین برای زیرگروه‌های جمعیتی زنان محاسبه خواهد شد. میزان‌های ویژه سنی سقط برابر است با تعداد سقط‌ها به ازای هر ۱۰۰۰ زن در یک گروه سنی پنج‌ساله، و نرخ کل سقط به تعداد سقط‌هایی اطلاق می‌شود که انتظار می‌رود یک زن ۱۵ تا ۴۹ ساله در طول زندگی‌اش خواهد داشت، چنان‌چه نرخ‌های مقطعی متداول سقط جنین بر حسب سن را تجربه کرده باشد. نرخ عمومی سقط به تعداد سقط‌هایی اشاره می‌کند که هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله طی یک سال انجام می‌دهند. این تحقیق سه سنجه فوق را بر اساس تعداد سقط جنین‌های یک سال قبل از پیمایش محاسبه می‌کند. سنجه چهارم نسبت سقط است که به تعداد سقط‌ها به ازای هر ۱۰۰ بارداری شناخته شده گفته می‌شود. بارداری‌های شناخته شامل موالید زنده و سقط‌های عمدی می‌شود. با توجه به اطلاعات موجود درباره تاریخ دقیق سقط جنین و تاریخ تولد موالید بر حسب سال و ماه، نسبت‌های سقط جنین برای پنج فاصله زمانی پنج‌ساله بین ۱۳۶۰ و ۱۳۸۸ محاسبه شده‌اند. لازم به توجه است که توزیع درصد سقط‌ها، صرفاً نشان‌دهنده توزیع زنان در جمعیت شهر تهران است و لزوماً احتمال انجام سقط را در زیرگروه‌های جمعیتی زنان نشان نمی‌دهد. در عوض، نسبت‌های سقط که برای دوره‌های تقویمی گوناگون و برای زیرگروه‌های جمعیتی مختلف زنان محاسبه شده است، نشان‌دهنده تفاوت‌ها در احتمال انجام سقط در دوره‌های زمانی مختلف و در بین گروه‌های مختلف زنان با ویژگی‌های گوناگون در شهر تهران می‌باشد.

این تحقیق در نوع خود اولین پژوهشی است که برآوردهای مستقیمی از سطوح سقط جنین عمد را برای کل جمعیت و زیرگروه‌های جمعیتی شهر تهران فراهم می‌آورد. با این وجود، از آن‌جا که برخی زنان به‌خصوص در مصاحبه‌های حضوری، سقط جنین‌های خود را اعلام نمی‌کنند، به همین جهت برآوردهای سقط جنین منطبق بر پیمایش همواره ناقص هستند (روسیر^۲ ۲۰۰۳). یکی از راه‌های ارزیابی میزان اعتماد به داده‌های سقط جنین جمع‌آوری شده توسط پیمایش‌ها، مقایسه آن‌ها با آمارهای ثبتی مشابه است. از آن‌جا که هیچ نوع آمار ثبتی از سقط جنین در ایران وجود ندارد که بتوان داده‌های سقط جنین به دست آمده از پیمایش باروری تهران را با آن مقایسه نمود، ارزیابی میزان کامل بودن داده‌های جمع‌آوری شده در این پیمایش مشکل خواهد بود. با این وجود، در غیاب هرگونه داده معتبر برای سقط جنین در ایران، پیمایش باروری تهران معتبرترین منبع داده‌های سقط جنین برای شهر تهران محسوب می‌شود.

1. Abortion ratios

2. Rossier

این‌که یک زن تصمیم به انجام سقط جنین بگیرد بستگی به ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی وی دارد. این تحقیق رابطه میان رفتار سقط جنین و یازده ویژگی جمعیتی، اجتماعی، و اقتصادی زنان را بررسی خواهد کرد. این ویژگی‌ها عبارتند از: سن زن در هنگام انجام سقط، تعداد فرزند (بر اساس تعداد تولد زنده)، ترجیح بارداری^۱ (بر اساس تعداد ایده‌آل فرزند)، تحصیلات پاسخ‌گویان و شوهرانشان (بر اساس تعداد سال‌های تحصیل)، قومیت، وضعیت اشتغال زنان، اعتقادات مذهبی (بر اساس میزان اهمیت مذهب در زندگی)، درآمد (بر اساس میزان درآمد ماهانه خانوار)، و منطقه محل سکونت. سطح بالای سقط جنین در هر زیرگروه جمعیتی زنان به این معنا است که زنان آن گروه یا در جلوگیری از بارداری ناخواسته دچار مشکل هستند یا این‌که به احتمال زیاد عمل سقط جنین را برای پایان دادن به بارداری‌های ناخواسته‌شان انتخاب می‌کنند. این پژوهش نسبت سقط جنین را برای زیرگروه‌های مختلف زنان برآورد می‌کند.

به منظور به حداقل رساندن خطاهای ناشی از داده‌های گذشته‌نگر، نسبت‌های سقط جنینی محاسبه شده برای زیرگروه‌های جمعیتی، اجتماعی، و اقتصادی زنان مبتنی بر سقط‌های گزارش شده طی پنج سال پیش از پیمایش می‌باشد. محدود کردن تحلیل‌ها به سقط‌های انجام شده طی پنج سال قبل از مصاحبه نیز احتمال تغییر ویژگی‌های پاسخ‌گویان از زمان سقط جنین تا زمان مصاحبه را کاهش می‌دهد. با این وجود، از آن‌جا که اطلاعات مربوط به ویژگی‌های انتخاب شده زنان (به جز سن آن‌ها در زمان سقط جنین) در واقع همان ویژگی‌های آن‌ها در زمان مصاحبه هستند، بایستی امکان حدی از ناهماهنگی در ویژگی‌های فردی زنان، به خصوص برای «ترجیح بارداری» که در هر لحظه تغییر می‌کنند، را طی این دوره پنج ساله در نظر گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها در چهار بخش ارائه می‌شوند. نخست، نسبت و میزان‌های برآورد شده سقط جنین و متوسط سن زنان در زمان سقط جنین برای کل جمعیت ساکن در شهر تهران نشان داده می‌شود. در بخش دوم، تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی در نسبت‌های سقط ارائه خواهد شد. دو بخش پایانی یافته‌ها به دلایل زنان برای سقط جنین و شیوه جلوگیری از بارداری در زمان حامله شدن می‌پردازد.

1. Fertility preference

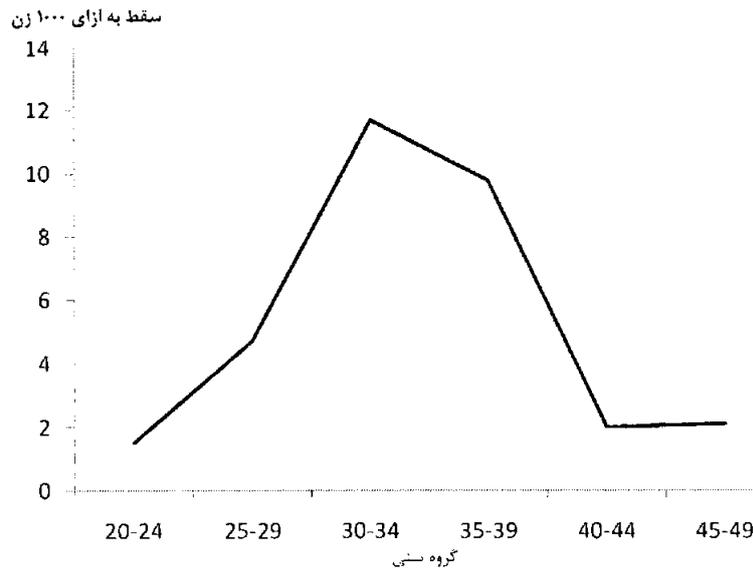
سطوح کلی سقط جنین

میزان‌های سقط. جدول ۱ میزان‌های ویژه سنی سقط، میزان‌های کلی و عمومی سقط، نسبت سقط و میانگین سن زنان در زمان انجام سقط را نشان می‌دهد، که بر اساس سقط‌های انجام شده طی یک سال قبل از مصاحبه (از مرداد ۱۳۸۷ تا خرداد ۱۳۸۸) و در کل جمعیت شهر تهران محاسبه شده‌اند. میزان‌های ویژه سنی سقط حاکی است که میزان شیوع سقط جنین در میان زنان ساکن شهر تهران از سن ۲۰ سالگی شروع شده و در ۳۰-۳۴ سالگی به بالاترین میزان خود رسیده و سپس کاهش می‌یابد. بیشترین میزان‌های سقط مربوط به زنانی است که در میانه ۳۰ سالگی هستند و بعد از این گروه، زنان ۳۵-۳۹ ساله دارای میزان بالایی از سقط هستند. از این رو، میزان‌های ویژه سنی سقط به تفکیک سن زنان یک الگوی معکوس U شکل را نشان می‌دهند (نمودار ۱). میزان‌های سقط در میان زنان ۴۰ ساله و بیشتر عموماً پایین‌ترین میزان است.

جدول ۱. میزان‌ها و نسبت سقط جنین و میانگین سن پاسخگویان در زمان سقط‌های انجام شده طی یک سال قبل از پیمایش در بین زنان ۱۵-۴۹ ساله: شهر تهران ۱۳۸۸

میزان کلی سقط (به ازای هر زن)	گروه سنی
۰	۱۹-۱۵
۱/۵	۲۴-۲۰
۴/۷	۲۹-۲۵
۱۱/۷	۳۴-۳۰
۹/۸	۳۹-۳۵
۲/۰	۴۴-۴۰
۲/۱	۴۹-۴۵
۰/۱۶	میزان کلی سقط به ازای هر زن
۵/۵	میزان عمومی سقط (به ازای هر ۱۰۰۰ زن)
۸/۷	نسبت سقط (به ازای هر ۱۰۰ بارداری شناخته شده)
۳۳/۵	میانگین سن زنان در زمان انجام سقط (به سال)
۱۱۵۴۳	برآورد تعداد سقط‌های انجام شده در یک سال

توجه: نسبت سقط و میانگین سن زنان در زمان انجام سقط برای زنان «متاهل» ۲۰-۴۹ ساله برآورد شده است، ولی سایر مقادیر برای «تمامی» زنان متاهل ۲۰-۴۹ ساله ساکن شهر تهران محاسبه شده است. منبع داده‌ها: پیمایش باروری تهران (سال ۱۳۸۸)



نمودار ۱. میزان‌های ویژه سنی سقط به تفکیک گروه‌های سنی زنان ۲۰-۴۹ ساله: شهر تهران ۱۳۸۸

منبع: جدول شماره ۱

میزان کل سقط جنین در شهر تهران ۰/۱۶ سقط برای هر زن ۱۵-۴۹ ساله برآورد شده است. این بدان معناست که به‌طور متوسط، هر شش زن واقع در سن باروری (۱۵-۴۹) یک سقط جنین در طول زندگی خود خواهند داشت، به شرط آن‌که آن‌ها در طول مدت زمان سال‌های باروریشان همین میزان‌های سقط را تجربه کنند. همچنین، میزان برآورده شده سقط عمومی (۵/۵ سقط) مبین این است که سالانه حدود ۶ مورد سقط جنین توسط هر ۱۰۰۰ زن ۲۰-۴۹ ساله در شهر تهران، انجام می‌گیرد. بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ ایران، تعداد زنان ۲۰-۴۹ ساله ساکن شهر تهران ۲۰۹۸۷۹۰ نفر است (مرکز آمار ایران ۱۳۸۹). از این رو، بر اساس برآورد این تحقیق، زنان ۲۰-۴۹ ساله ساکن شهر تهران سالانه ۱۱۵۴۳ مورد سقط جنین انجام می‌دهند.

میزان کل سقط جنین برآورد شده برای شهر تهران به نظر کمتر از میزان مشابه برای برخی کشورهای همسایه ایران در آسیای مرکزی و اروپای شرقی است. برای مثال، میزان کل سقط جنین برآورد شده برای این کشورها از پایین‌ترین میزان ۰/۳ سقط برای هر زن در ترکیه تا ۰/۹ برای ازبکستان و ترکمنستان، ۱/۱ برای قزاقستان و ۸/۱ و ۲/۳ سقط

برای ارمنستان و آذربایجان در نوسان است (مؤسسه مطالعات جمعیتی هاجتپت^۱ ۲۰۰۹، وستاف^۲ ۲۰۰۵، مرکز آمار آذربایجان و مکرو^۳ ۲۰۰۸، خدمات آمار ملی ارمنستان^۴ و دیگران ۲۰۰۶). اگرچه کم‌اظهاری سقط می‌تواند یکی از دلایل احتمالی برای پایین بودن میزان کل سقط برآورد شده برای تهران باشد، با این وجود پایین بودن میزان سقط در تهران، در مقایسه با سایر کشورهای همسایه، مربوط به سه عامل میزان استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، تعداد فرزندان خواسته شده^۵، و احتمال انجام سقط جنین است. سوابق پژوهشی نشان می‌دهد که نوسانات در میزان‌های سقط جنین در بین کشورها اساساً مربوط به این سه عامل است (بونگارت^۶ و وستاف ۲۰۰۲). بر اساس داده‌های پیمایش باروری تهران، ۸۵ درصد زنان متأهل ساکن تهران در زمان مصاحبه از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، در حالی که این درصد در بین کشورهای همسایه ایران به مراتب پایین‌تر است. همچنین، در مقایسه با این کشورها تهران بالاترین میزان (۵۴ درصد) استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری را دارا است.

نسبت سقط. بر اساس برآورد این تحقیق، نسبت سقط برای کل شهر تهران ۸/۷ سقط به ازای هر ۱۰۰ بارداری، ثبت شده در یک سال قبل از پیمایش، است. به عبارت دیگر حدود ۹ درصد بارداری‌ها در شهر تهران به سقط جنین ختم می‌شوند. به عنوان یک شاخص اطمینان به داده‌های پیمایش باروری تهران، از داده‌های مربوط به تعداد کل موالید زنده (۱۰۷۵۶۹ موالید) ثبت شده توسط اداره ثبت احوال ایران (سازمان ثبت احوال ایران ۱۳۸۹) و تعداد سقط جنین سالانه (۱۱۵۴۳ سقط) برآورد شده توسط این تحقیق استفاده شد و یک نسبت کل سقط برابر با ۹/۶ سقط به ازای ۱۰۰ بارداری برآورد شد. اگرچه این شاخص اطمینان بیشتر داده‌های بارداری و موالید را ارزیابی می‌کند، با این حال اختلاف بین این دو نسبت (۸/۷ و ۹/۶ سقط جنین به ازای هر ۱۰۰ بارداری) ناچیز است، و این امر گویای این است که داده‌هایی که توسط پیمایش باروری تهران جمع‌آوری شده‌اند خیلی هم ناقص نیستند، و این ناهمخوانی جزئی بین نسبت‌ها به احتمال

1. Hacettepe University Institute of Population Studies
2. Westoff
3. State Statistical Committee of Azerbaijan and Maco International Inc
4. National Statistical Service of Armenia
5. Intended number of children
6. Bongaarts

زیاد می‌تواند به دلیل خطاهای نمونه‌گیری و کم‌اظهاری^۱ پاسخ‌گویان نسبت به داشتن سقط جنین باشد. در بخش بعدی نسبت‌های سقط بر اساس ویژگی‌های زنان محاسبه شده‌اند که اطلاعات مفیدی برای درک بهتر ما از ماهیت شیوع سقط جنین در تهران فراهم می‌کند.

همبسته‌های^۲ شیوع سقط جنین

تصمیم یک زن به سقط جنین با برخی از ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی او رابطه دارد (بنکولا^۳ ۱۹۹۹). تأثیر ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی زنان و همسرانشان بر تصمیم به انجام سقط عمدتاً از طریق سه تعیین‌کننده مستقیم سقط جنین، یعنی احتمال انجام سقط جنین در صورت ناتوانی در جلوگیری از بارداری، الویت باروری، و استفاده مؤثر از روش‌های مدرن جلوگیری از بارداری برای دستیابی به اولویت‌هایشان، رخ می‌دهد (بونگارت و وستاف ۲۰۰۲). این تحقیق ارتباط بین سقط جنین و ویژگی‌های جمعیتی (سن زن در هنگام سقط جنین، تعداد فرزند و الویت باروری)، و اجتماعی و اقتصادی (تحصیلات، اشتغال، دینداری، قومیت، درآمد و منطقه محل سکونت) را بررسی می‌کند. فرض بر این است که این ویژگی‌ها، خودشان مستقیماً یا به عنوان شاخص‌های وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان، بر تصمیم آن‌ها به سقط جنین تأثیرگذار باشند. برای مثال، برای زنانی که اعتقادات مذهبی کمتری دارند، یا ثروتمند، با تحصیلات بالا و شاغل هستند احتمال سقط جنین بیشتری پیش‌بینی می‌شود. علاوه بر این، به منظور افزایش درک عوامل مرتبط با شیوع سقط جنین، دلایل زنان برای سقط جنین و روش پیش‌گیری از حاملگی که در هنگام باردار شدن استفاده می‌کردند مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

جدول ۲ توزیع درصد سقط‌ها و نسبت‌های برآورده‌شده آن را در بین زیرگروه‌های زنانی که طی پنج سال قبل از مصاحبه، حداقل یک بار تجربه سقط جنین داشته‌اند را نشان می‌دهد. نسبت‌های سقط جنین احتمال انجام عمل سقط جنین را نشان می‌دهند، در حالی که توزیع‌های درصدی، توزیع زنان دارای تجربه سقط را در کل جمعیت زنان شهر تهران نشان می‌دهد.

1. Underreporting
3. Bankole

2. Correlates

جدول ۲. توزیع درصد سقطها و نسبت‌های سقط بر حسب ویژگی‌های زنان، شهر تهران ۱۳۸۸

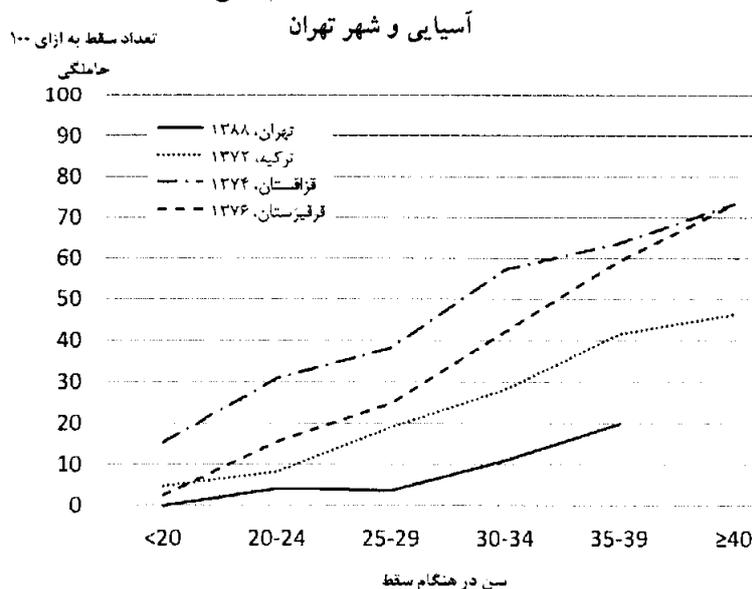
ویژگی	تعداد		نسبت سقط	درصد سقط
	سقط	بارداری شناخته شده		
سن در زمان سقط جنین				
< ۲۰	۰	۲۸	۰/۰	۰۰/۰
۲۰-۲۴	۱۰	۲۲۰	۴/۳	۱۳/۲
۲۵-۲۹	۱۴	۲۶۸	۳/۸	۱۸/۳
۳۰-۳۴	۲۸	۲۵۲	۱۱/۱	۳۶/۸
> ۳۵	۲۴	۱۲۰	۲۰/۰	۳۱/۶
تعداد فرزندان زنده متولد شده بدون فرزند				
۱	۷	۶۶	۱۰/۶	۹/۲
۲	۲۰	۴۲۳	۴/۷	۲۶/۳
≥ ۳	۳۰	۳۷۷	۱۰/۶	۵۲/۶
ترجیح باروری (تعداد فرزندان مطلوب)				
۱	۲۶	۲۰۳	۸/۶	۲۴/۲
۲	۳۴	۶۱۷	۷/۱	۵۷/۹
≥ ۳	۶	۸۹	۶/۷	۷/۹
تعداد سال‌های تحصیل زنان				
< ۶	۶	۹۳	۶/۱	۷/۹
۶-۱۱	۱۶	۱۸۷	۸/۶	۲۱/۱
۱۲	۳۳	۴۲۹	۷/۷	۳۳/۳
≥ ۱۳	۲۱	۲۹۵	۷/۱	۳۷/۶
تعداد سال‌های تحصیل شوهران				
< ۶	۷	۹۳	۷/۵	۹/۲
۶-۱۱	۱۷	۲۵۴	۶/۷	۲۲/۳
۱۲	۳۳	۳۳۳	۶/۷	۳۰/۲
≥ ۱۳	۲۹	۳۱۹	۹/۱	۳۸/۲
وضعیت اشتغال زنان				
غیرشاغل	۶۳	۸۶۰	۷/۳	۸۲/۹
شاغل	۱۳	۱۴۹	۸/۷	۱۷/۱
اهمیت نقش مذهب در زندگی				
خیلی مهم	۳۹	۵۸۱	۶/۷	۵۱/۳
تا حدودی مهم	۲۹	۳۵۴	۸/۲	۳۸/۲
مهم نیست	۸	۷۴	۱۰/۸	۱۰/۵
قومیت زنان				
فارس	۳۱	۳۷۷	۶/۵	۳۰/۸
ترک	۳۰	۳۵۳	۸/۵	۳۹/۵
گیلک و مازنی	۷	۶۷	۱۰/۴	۹/۲
اگر	۵	۶۴	۷/۸	۶/۶
سایر (کرد، عرب، بلوچ، ترکمن)	۳	۲۸	۶/۳	۲/۹
قومیت شوهران				
فارس	۲۲	۳۳۸	۶/۴	۳۲/۱
ترک	۲۸	۳۲۰	۸/۵	۳۶/۸
گیلک و مازنی	۱۰	۶۱	۱۶/۳	۱۳/۲
اگر	۴	۶۸	۵/۹	۵/۳
سایر (کرد، عرب، بلوچ، ترکمن)	۲	۵۲	۳/۸	۲/۶
چارک‌های هزینه ماهانه خانوار (هزار تومان)				
چارک اول (۳۰-۳۵۰)	۱۳	۳۱۷	۴/۱	۱۷/۱
چارک دوم (۳۵۰-۵۰۰)	۱۵	۲۷۳	۳/۰	۱۹/۷
چارک سوم (۵۰۰-۸۰۰)	۲۸	۲۴۸	۱۱/۳	۲۶/۸
چارک چهارم (> ۸۰۰)	۲۰	۱۷۱	۱۱/۷	۲۶/۳
منطقه محل سکونت				
مناطق شمالی	۲۲	۲۱۶	۱۰/۲	۲۹/۰
مناطق مرکزی	۳۳	۴۱۶	۷/۹	۳۳/۳
مناطق جنوبی	۲۱	۳۷۷	۵/۶	۲۷/۶
کل	۷۶	۱۰۰۹	۲۳/۷	۱۰۰/۰

توجه: * مخرج نسبت سقط مربوط به «بدون فرزند» شامل ۵۹ حاملگی در زمان مصاحبه و ۷ سقط عمد است. منبع داده‌ها: پیمایش باروری شهر تهران ۱۳۸۸.

ویژگی‌های جمعیتی

سن در زمان سقط جنین. توزیع درصد سقط جنین بر حسب سن حاکی از آن است که بیشترین نسبت سقط جنین متعلق به زنان ۳۰-۳۴ ساله و سپس ۳۵ ساله و بیشتر است (جدول ۲). این درصد در میان زنان ۲۰-۲۴ ساله و ۲۵-۲۹ ساله کمتر است، و سقط جنین در میان نوجوانان متأهل وجود ندارد. در ضمن، متوسط سن زنان ساکن شهر تهران در هنگام انجام سقط ۳۳/۵ سال است، و نیمی از سقط‌ها در میان زنان ۲۰ تا ۳۳ ساله اتفاق می‌افتد (جدول ۱). برآورد نسبت‌های سقط جنین بر حسب سن در زمان سقط از ۳/۸ مورد در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنان ۲۵-۲۹ ساله تا ۲۰ مورد در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنان ۳۵ ساله و بیشتر متغیر است. به‌علاوه، نسبت‌های سقط جنین بر اساس گروه‌های سنی، از یک الگوی افزایش صعودی یکنواخت پیروی می‌کنند که در آن کمترین نسبت متعلق به نوجوانان (صفر) بوده و با افزایش سن به صورت یکنواخت افزایش می‌یابد. چنین الگوی مشابهی نیز در سایر کشورهای آسیایی، به‌خصوص در بین کشورهای آسیای مرکزی که اکثریت جمعیت آن‌ها مسلمان است، نیز دیده می‌شود (نمودار ۲). با این وجود، بیشترین نسبت‌های بارداری در شهر تهران که به سقط ختم می‌شوند متعلق به زنان ۳۵ ساله و بیشتر است.

نمودار ۲. الگوی نسبت‌های سقط بر حسب سن زن در هنگام وقوع سقط برای کشورهای منتخب



منبع داده‌ها: برای تهران، پیمایش باروری تهران ۱۳۸۸؛ برای کشورهای دیگر، بنکولا (۱۹۹۹).

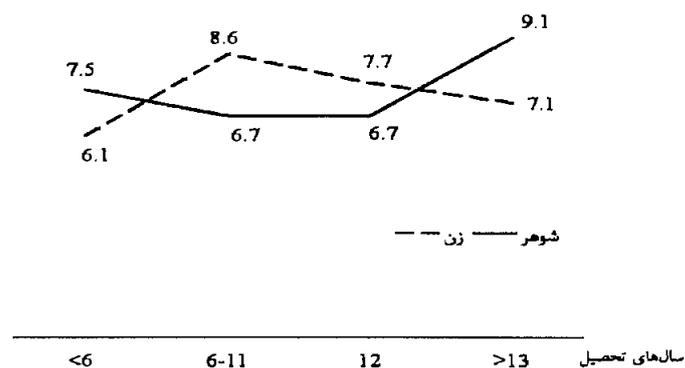
تعداد فرزند. توزیع سقط جنین بر حسب تعداد فرزند (تعداد فرزندان زنده متولد شده در زمان مصاحبه) بسیار متفاوت است (جدول ۲). کمتر از ۱۰ درصد سقط‌ها مربوط به زنان بدون فرزند است بیش از نیمی از سقط‌ها مربوط به زنانی است که در زمان مصاحبه دو فرزند زنده متولد شده داشتند. با این حال، نتایج حاصل از نسبت‌های سقط چشم‌انداز متفاوتی از ارتباط بین سقط جنین و تعداد فرزند را نشان می‌دهد. زنان بدون فرزند و آن‌هایی که دو فرزند دارند، در مقایسه با زنانی که یک یا سه فرزند و بیشتر دارند، به‌طور مساوی بیشترین نسبت بارداری‌هایی را دارند که به سقط جنین ختم می‌شود (۱۰/۶ درصد).

ترجیح بارداری. مانند متغییر تعداد فرزند، بیش از نیمی از سقط‌ها متعلق به زنانی است که ترجیح می‌دهند دو فرزند داشته باشند، و یک‌سوم دیگر سقط‌ها نیز مربوط به زنانی است که خواهان تنها یک فرزند هستند. با این حال، نسبت‌های برآوردشده سقط جنین بر حسب ترجیح بارداری، یک ارتباط معکوس بین وقوع سقط و تعداد ایده‌آل فرزند را نشان می‌دهد، به‌طوری‌که بیشترین نسبت سقط متعلق به زنانی است که خواهان تنها یک فرزند هستند (۹ درصد) و این میزان با افزایش تعداد ایده‌آل فرزند به‌طور یکنواختی کاهش می‌یابد.

ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی

تحصیلات. سطح تحصیلات زوجین نیز می‌تواند بر تصمیم آن‌ها برای سقط جنین تأثیر بگذارد. توزیع درصد سقط جنین بر حسب سطح تحصیلات، عمدتاً منعکس‌کننده توزیع درصد زنان و یا همسرانشان بر حسب سطح تحصیلات در جمعیت شهر تهران می‌باشد و از این رو، کمتر بیانگر تفاوت تحصیلی در وقوع سقط می‌باشد. در مقابل، نسبت‌های سقط به تفکیک سطح تحصیلات شاخص بهتر و صحیح‌تری برای نمایش تفاوت در شیوع سقط بر حسب تحصیلات می‌باشد که دو الگوی متفاوت در میان تحصیلات زنان و همسرانشان را نشان می‌دهد (نمودار ۳). نسبت‌های سقط محاسبه شده بر حسب تحصیلات زنان یک ارتباط U شکل معکوس بین سقط جنین و تحصیلات زنان را نشان می‌دهد، که در آن احتمال سقط جنین با تعداد سال‌های تحصیلات افزایش می‌یابد و در میان زنان با تحصیلات متوسطه به بیشترین میزان خود می‌رسد (۸/۷ درصد) و سپس به‌طور یکنواختی کاهش می‌یابد. در مقابل، ارتباط بین سقط جنین و تحصیلات شوهر یک الگوی U شکل است، به‌طوری‌که نسبت سقط با افزایش تحصیلات شوهران از سطح ابتدایی کاهش یافته تا این‌که به کمترین سطح در بین شوهران دارای ۶-۱۲ سال تحصیلات رسیده و سپس در بین شوهران دارای تحصیلات عالی به بیشترین میزان خود می‌رسد (۹/۱ درصد).

نمودار ۳. الگوی نسبت‌های سقط بر حسب تحصیلات زنان و شوهرانشان.



منبع داده‌ها: پیمایش باروری تهران ۱۳۸۸

اشتغال. توزیع درصد سقط‌ها بر حسب وضعیت اشتغال زنان عمدتاً توزیع زنان بر حسب وضعیت اشتغال در جمعیت شهر تهران را منعکس می‌کند. توزیع درصد سقط‌ها نشان می‌دهد که نسبت زیادی از سقط جنین‌ها در میان زنانی که شاغل نیستند رخ می‌دهد. با این وجود، نسبت‌های سقط بر اساس اشتغال زنان الگوی متفاوتی را نشان می‌دهد که طبق آن نسبت بارداری‌هایی که به سقط جنین ختم می‌شوند در میان زنان شاغل ۱۶ درصد بیشتر از زنان غیرشاغل است. یک چنین یافته‌ی مشابهی نیز حدود یک دهه پیش در کل جمعیت ایران مشاهده شد (عرفانی ۲۰۰۸).

دینداری. توزیع درصد سقط‌ها بر حسب سطح دینداری نشان می‌دهد که اکثر سقط جنین‌ها (۸۹/۵ درصد) متعلق به زنانی است که معتقداند مذهب «بسیار» و یا «تا حدودی» در زندگی آن‌ها اهمیت دارد. توزیع سقط جنین بر حسب دینداری نیز مانند تحصیلات، عمدتاً نمایش‌دهنده توزیع درصد زنان در جمعیت است. در حالی که، نتایج مربوط به نسبت‌های سقط، ارتباط خطی معکوسی را بین شیوع سقط جنین و سطح دینداری نشان می‌دهد. نسبت‌های محاسبه شده سقط بر حسب دینداری به ترتیب از ۶/۷ سقط در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنانی که دین «خیلی» در زندگی‌شان اهمیت دارد تا ۸/۲ و ۱۱ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنانی که به ترتیب «تا حدودی» یا «خیلی کم» دین در زندگی‌شان اهمیت دارد در نوسان است. قومیت. توزیع درصد و نسبت‌های سقط بر حسب قومیت زنان و همسرانشان متغیر است

(جدول ۲). اگرچه الگوهای ارتباط بین وقوع سقط و قومیت زوج‌ها کاملاً مشابه هستند، ولی تفاوت‌های قومی در انجام سقط بر اساس قومیت شوهر اندکی پررنگ‌تر است. اگرچه تنها ۹/۲ درصد سقط‌ها متعلق به زنان گیلانی و مازندرانی است، ولی در عین حال بیشترین نسبت‌های سقط را دارا هستند (۱۰ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری). زنان دارای شوهران مازندرانی یا گیلانی ساکن شهر تهران نیز به‌طور مشابه ۱۳/۲ درصد سقط‌ها را دارند ولی بیشترین نسبت‌های سقط جنین را به خود اختصاص داده‌اند (۱۶/۴ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری). بیشترین نرخ استفاده از روش پیشگیری عزل، با میزان شکست‌پذیری بالا، در بین گروه‌های قومی گیلک و مازندرانی می‌تواند گویای نسبت‌های بالای سقط جنین در بین آن‌ها باشد.

درآمد. با فرض این‌که درآمد و هزینه خانوار همبستگی مستقیم با یکدیگر دارند، در این تحقیق برای اندازه‌گیری چارک‌های درآمدی در شهر تهران، از داده‌های مربوط به هزینه ماهانه خانوار استفاده شده است. در ایران سقط جنین مخفیانه، غیرقانونی ایمن بسیار کم است، و تنها زنان متمولی که از عهده هزینه پزشکی خصوصی برمی‌آیند تحت عمل غیرقانونی سقط بی‌خطر قرار می‌گیرند، و زنان فقیر یا با بارداری ناخواسته‌شان کنار آمده و آن را حفظ می‌کنند و یا با به خطر انداختن سلامتی و جان خویش به ناچار سقط جنین غیرایمن مخفیانه را برمی‌گزینند. از این رو، انتظار می‌رود که احتمال انجام سقط با سطح درآمد خانوار افزایش یابد. توزیع درصدی سقط بر حسب درآمد حاکی از این است که از هر پنج سقط جنین، بیش از سه مورد آن در بین زنانی رخ می‌دهد که در چارک‌های سوم و چهارم درآمد قرار دارند. نسبت‌های سقط نیز چشم‌انداز نسبتاً مشابهی را ارائه می‌کند، به‌طوری‌که نسبت‌های سقط به‌طور یکنواخت از چهار سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری در چارک اول به حدود ۱۲ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری در چارک چهارم درآمد افزایش می‌یابد.

منطقه محل سکونت. مناطق سکونتی شهر تهران بر اساس تحلیل خوشه‌ای^۱ میزان تحصیلات زوج‌ها و مخارج ماهانه خانوار، به سه گروه مناطق شمالی، مرکزی و جنوبی تقسیم می‌شوند. به‌طور کلی، مناطق شمالی و جنوبی به ترتیب شامل خانوارهای با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین هستند، در حالی‌که خانوارهای دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط در مناطق مرکزی ساکن هستند. توزیع درصدی سقط‌ها بر حسب منطقه سکونت نشان می‌دهد که زنان مناطق مرکزی و شمالی به ترتیب ۴۳٪ و ۲۹٪ سقط‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. این امر عمدتاً به دلیل توزیع زنان بر حسب مناطق سکونتی در

1. Cluster analysis

جمعیت شهر تهران است، ولی نسبت‌های برآوردشده سقط، الگوی پیش‌بینی شده سقط جنین بر اساس مناطق سکونت را آشکار می‌سازد. در بین زنان مناطق مرکزی از هر ۱۰۰ بارداری، ۸ مورد به سقط جنین ختم می‌شود، در حالی که بیشترین و کمترین نسبت‌های بارداری‌هایی که به سقط جنین ختم می‌شوند به ترتیب در بین زنان مناطق شمالی (۱۰ سقط در هر ۱۰۰ بارداری) و جنوبی (حدود ۶ مورد در هر ۱۰۰ بارداری) به چشم می‌خورد.

دلایل سقط جنین. بررسی دلایل ارائه شده از سوی زنان برای انجام سقط کمک به درک بهتری از شرایط اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی‌ای می‌کند که بر میزان شیوع سقط جنین در شهر تهران تأثیرگذار هستند. جدول ۳ توزیع درصد سقط‌ها را بر حسب مهم‌ترین دلایل سقط نشان می‌دهد. این دلایل به سه گروه وسیع تقسیم می‌شوند: دلایل بهداشتی، دلایل مربوط به باروری و دلایل اجتماعی-اقتصادی.

جدول ۳. توزیع درصد سقط جنین‌های انجام شده طی پنج سال قبل از بررسی، بر حسب مهم‌ترین دلایل ارائه شده برای سقط جنین در شهر تهران، سال ۱۳۸۸

درصد	دلایل سقط جنین
۳۱/۶	دلایل بهداشتی
۶/۶	وجود خطر سلامتی برای مادر
۱۹/۷	وجود خطر سلامتی برای نوزاد
۵/۳	خونریزی در مدت بارداری
۴۷/۳	دلایل مربوط به باروری
۳۵/۵	محدود کردن تعداد تولدها
۵/۳	فاصله‌گذاری بین فرزندان
۶/۶	به تأخیر انداختن تولد فرزند*
۲۱/۱	دلایل اقتصادی-اجتماعی
۱۸/۵	مشکلات اقتصادی
۲/۶	مشکلات ارتباطی با همسر
۱۰۰/۰	کل
۷۶	تعداد سقط‌جنین‌ها طی پنج‌سال قبل از مصاحبه

* توجه: شامل بارداری‌هایی می‌شود که منی مدت عمده یا خارج از روابط زناشویی تعاقب افتاده اند.
منبع داده‌ها: پیمایش باروری شهر تهران ۱۳۸۸

دلایل مربوط به باروری. مشابه یافته‌های مربوط به ۲۷ کشور (بنکولا ۱۹۹۸)، تمایل به توقف یا به تأخیر انداختن تولد فرزندان، یا فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها مهم‌ترین دلیل زنانی است که در فاصله پنج سال قبل از پیمایش در شهر تهران برای سقط جنین اقدام کرده‌اند. حدود نیمی از سقط‌های انجام گرفته (۳/۴۷٪) به خاطر دلایل مربوط به باروری بوده است (جدول ۳). محدود کردن تعداد تولدها نیز مهم‌ترین دلیل ۳۶٪ از سقط جنین‌ها بود، در حالی که فاصله‌گذاری بین فرزندان و به تأخیر انداختن تولد فرزند به ترتیب در

رده دوم و سوم دلایل مربوط به باروری بوده‌اند. درضمن، حدود ۷ درصد سقط جنین‌ها به دلیل به تأخیر انداختن تولد فرزند بوده است. این سقطها عمدتاً بارداری‌هایی هستند که قبل یا در طول مدت عقد (قبل از عروسی) رخ داده‌اند، یعنی در مواردی که زوج‌ها به‌طور رسمی ازدواج نکرده بودند و آمادگی لازم برای شروع زندگی مشترک را نداشتند. از این رو، چنانچه زنان در زمان قبل یا در طول مدت عقد باردار شوند، که از لحاظ اجتماعی نیز پذیرفته نیست، یا سریعاً در جهت ازدواج اقدام می‌کنند (ازدواج سریع^۱)، یا تصمیم به سقط جنین می‌گیرند.

دلایل بهداشتی. تهدید سلامتی مادر، نقص عضو نوزاد و خون‌ریزی در طول مدت بارداری به ترتیب دلایل اصلی ۳۵٪ سقط جنین‌ها در مدت پنج سال قبل از مصاحبه بوده‌اند. باید با هوشیاری و احتیاط بیشتری به دلایل این گروه در کشور ایران نگاه کرد، کشوری که سقط جنین در آن غیرقانونی است و تنها در صورت تهدید سلامتی مادر یا نوزاد انجام آن مجاز می‌باشد. یکی از مهم‌ترین دلایل تردید کردن به صحت دلایل بهداشتی این است که آیا زن خودش به‌تنهایی تشخیص داده است که حاملگی سلامتی او و یا جنین‌اش را تهدید می‌کند و یا چنین تشخیصی توسط سه نفر پزشک متخصص و یک نفر پزشک قانونی که از لحاظ قضایی مورد تأیید هستند، انجام گرفته است. بر اساس قانون سقط درمانی (عرفانی و مکویلان ۲۰۰۸)، تنها در حالت دوم اجازه سقط جنین به زن داده می‌شود، در حالی‌که در وضعیت اول (تشخیص توسط خود زن) سقط جنین غیرقانونی محسوب می‌شود. از آن‌جا که بر اساس قانون سقط جنین، تهدید جدی برای سلامتی مادر یا نوزاد می‌تواند دلیل موجهی برای سقط جنین باشد، بسیاری از زنان شاید این دلایل را برای سقط جنین غیرقانونی خود نیز عنوان کنند چراکه این دلایل از نظر اجتماعی مورد قبول هستند و توجیه قانونی و اخلاقی مقبولی برای سقط جنین غیرقانونی احتمالی آن‌ها به‌شمار می‌آیند. برای رسیدگی به این مسئله، با استفاده از «روش مطلع^۲»، اطلاعاتی از دلایل سقط جنین در پیمایش جمع‌آوری شد، به این ترتیب که از همه پاسخ‌گویان سؤال شد که آیا زنی را در همسایگی، دوستان یا خویشاوندان خود می‌شناسند که طی یک سال قبل از پیمایش عمل سقط جنین انجام داده باشد. از پاسخ‌گویانی که چنین فردی را سراغ داشتند (۶۶۶ نفر) مجدداً سؤال شد: «دلیل اصلی آن زن برای سقط جنین چه بود؟». نتایج به دست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که گروه دلایل بهداشتی در مقایسه با گروه همتایش در جدول ۳ (۳۲٪) از اهمیت کمتری برخوردار هستند (۱۹٪). در مقابل، مطلعین^۳ زمانبندی تولد فرزندان و محدود کردن بعد

1. Shotgun marriage
2. Informant method
3. Informants

خانواده را به عنوان دلایل ۶۱ درصد از سقطها گزارش داده‌اند که خیلی بیشتر از درصد مشابه (۴۷٪) در جدول شماره ۳ است. با فرض این‌که سقطهای انجام گرفته به خاطر دلایل غیرمرتبط با مسائل بهداشتی غیرقانونی هستند، نتایج حاصل از روش مطلع در جدول ۴ نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد سقط جنین‌ها در شهر تهران به احتمال زیاد به‌طور غیرقانونی و مخفی انجام می‌گیرد.

جدول ۴. توزیع درصد پاسخ‌گویانی که زنی را می‌شناختند که طی یک سال قبل از پیمایش یک سقط جنین داشته است، بر حسب مهم‌ترین دلیل برای سقطاش، تهران، سال ۱۳۸۸

دلیل سقط جنین	درصد	تعداد
دلایل بهداشتی - درمانی	۱۹/۳	۱۲۹
خطر برای سلامتی نوزاد	۱۱/۵	۷۷
خطر برای سلامتی مادر	۷/۸	۵۲
دلایل مربوط به باروری	۶۱/۳	۴۰۸
هم زن و هم شوهر فرزند دیگری نمی‌خواستند	۴۳/۱	۲۸۷
شوهر فرزند دیگری نمی‌خواست	۳/۵	۲۳
فاصله‌گذاری بین تولد فرزندان	۱۰/۰	۶۷
به تأخیر انداختن تولد فرزند*	۴/۷	۳۱
دلایل اقتصادی - اجتماعی	۱۵/۱	۶۵
مشکلات اقتصادی	۹/۸	۶۵
مشکلات ارتباطی با همسر	۲/۹	۱۹
ترجیح جنسیتی برای فرزند	۲/۴	۱۶
نمی‌داند	۴/۳	۲۹
کل	۱۰۰/۰	۶۶۶

توجه: * شامل بارداری‌هایی می‌شود که طی مدت عقد یا خارج از روابط زناشویی اتفاق افتاده‌اند.
منبع داده‌ها: پیمایش باروری شهر تهران ۱۳۸۸

دلایل اجتماعی-اقتصادی. آخرین گروه دلایل سقط جنین از نظر اهمیت در درجه سوم قرار دارد. فقر و مشکلات اقتصادی، که موجب عدم استطاعت نگهداری از فرزند می‌شود، و مشکلات در روابط بین زوجین از قبیل طلاق، متارکه، یا اعتیاد مهم‌ترین دلایل برای انجام ۲۱ درصد از سقط جنین‌ها در طول پنج سال قبل از پیمایش بوده‌اند. در میان دلایل اجتماعی-اقتصادی سقط جنین وضعیت اقتصادی زنان از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

پیشگیری از بارداری و سقط جنین

در این بخش به منظور درک بهتر رفتارهای جلوگیری از بارداری زنان که به سقط جنین عمدی منجر می‌شود، استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری در زمان لقاح جنینی که سقط شده مورد بررسی قرار می‌گیرد. زنی که تصمیم به سقط جنین می‌گیرد یا در زمان لقاح از هیچ روشی برای جلوگیری استفاده نمی‌کرده و یا اینکه به درستی از آن استفاده نکرده و در جلوگیری از بارداری بی‌نتیجه بوده است.

جدول ۵ توزیع درصد سقط جنین‌ها بر حسب استفاده از نوع روش‌های جلوگیری از بارداری در زمان لقاح طی پنج سال قبل از مصاحبه را نشان می‌دهد. روی هم رفته، ۸۴ درصد سقط جنین‌ها ناشی از شکست روش‌های پیشگیری^۱ از بارداری بوده است، و زنانی که ۱۶ درصد سقط جنین‌ها به آن‌ها تعلق دارد زمانی که باردار شدند از هیچ روش جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. از میان همه سقط‌ها، ۴۵ درصد به دلیل شکست در عزل در زمان نزدیکی، ۱۶ درصد قرص و ۱۱ درصد نیز به دلیل شکست کاندوم رخ داده بود.

جدول ۵. توزیع درصد سقط‌های انجام شده طی پنج سال قبل از بررسی، بر حسب روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده شده در زمان لقاح، شهر تهران، سال ۱۳۸۸

روش‌های جلوگیری از بارداری	درصد
از هیچ روشی استفاده نمی‌کرد	۱۵/۸
کل روش‌ها	۸۴/۲
روش‌های مدرن	۳۱/۶
آی‌یو‌دی	۵/۳
قرص	۱۵/۸
کاندوم	۱۰/۵
روش‌های سنتی	۵۲/۶
عزل	۴۴/۷
ریتمیک	۷/۹
کل	۱۰۰/۰
تعداد سقط‌ها	۷۶

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش برآوردهای جدیدی از شیوع سقط جنین در سطح کل جمعیت و زیرگروه‌های جمعیت شهر تهران، که ۱۵ درصد جمعیت کشور را در بر می‌گیرد، را ارائه نمود. با توجه به کمبود اطلاعات معتبر درباره شیوع سقط جنین در ایران، که دارای قانون بسیار

1. Contraceptive method failure

سخت‌گیرانه در مورد سقط جنین است، این پژوهش نخستین مطالعه‌ای است که با استفاده از داده‌های گذشته نگر معتبر و غنی برگرفته از پیمایش باروری تهران که در یک نمونه از زنان متأهل ۱۵-۴۹ ساله شهر تهران طی مرداد ۱۳۸۸ انجام شده، سطوح مختلف سقط جنین را در سطح کل جمعیت و زیرگروه‌های جمعیتی شهر تهران برآورد کرده است.

برآوردها گویای این هستند که سالانه بیش از ۱۱۵۰۰ سقط جنین در شهر تهران رخ می‌دهد و ۹ درصد بارداری‌های زنان ساکن تهران به سقط جنین ختم می‌شود.

برخلاف کشورهای که در آن‌ها سقط جنین عمدتاً در اواسط سنین باروری زنان (۲۰-۲۹ سالگی) رخ می‌دهد (بنکولا ۱۹۹۹)، سقط جنین‌های برآورد شده برای شهر تهران نشان می‌دهد که زنان ساکن این شهر که در سنین ۳۰-۳۹ سالگی هستند بیشتر اقدام به سقط می‌کنند. میانگین سنی بالا در زمان سقط جنین (حدود ۳۴ سال) در شهر تهران می‌تواند ناشی از افزایش سن ازدواج و تمایل زیاد به توقف فرزندآوری و فاصله‌گذاری بین فرزندان در میانه سنین ۳۰ سالگی است. برخلاف بسیاری از کشورهای آمریکایی و اروپای غربی، که وجود الگوی U شکل وارونه بین نسبت‌های سقط جنین و سن زنان در زمان سقط جنین نشان‌دهنده نرخ زیاد سقط جنین در میان نوجوانان است (بنکولا ۱۹۹۹)، این نرخ در میان نوجوانان متأهل شهر تهران کمترین مقدار را دارد، که در میان بسیاری از کشورهای آسیایی، به خصوص کشورهای که جمعیت مسلمان آن‌ها در اکثریت است، نیز به چشم می‌خورد. از جمله دلایل احتمالی برای این افتراق در الگوی سنی سقط بین کشورهای آسیایی و غیرآسیایی، سطوح بالاتر فعالیت‌های جنسی خارج از ازدواج و بارداری‌های ناخواسته در میان زنان کشورهای غیرآسیایی و انگیزه قوی‌تر آن‌ها برای به تأخیر انداختن تولد اولین فرزند تا زمان اتمام تحصیلاتشان یا یافتن شغل مناسب می‌تواند باشد.

شیوع احتمالی ازدواج‌های سریع^۱ (ازدواج‌های تحمیلی به دلیل بارداری) در شهر تهران در میان نوجوانان و زنان واقع در سنین ۲۰-۲۴ سال شاید دلیلی بر این مدعا باشد که شیوع سقط جنین در میان نوجوانان و زنان در سنین دهه ۲۰ به ترتیب صفر و کمترین است. نتایج این تحقیق نشان داد که تعدادی از سقط جنین‌ها مربوط به زنان بدون فرزند و زنانی است که قبل از یا در مدت دوره عقد باردار شده‌اند. از این رو، می‌توان گفت بسیاری از زنانی که طی مدت نامزدی و عقد باردار شده‌اند به سرعت تصمیم به ازدواج می‌گیرند.

نسبت‌های برآورده شده سقط جنین بر حسب ویژگی‌های زنان، زیرگروه‌هایی از زنان را

1. Shotgun marriage

شناسایی می‌کند که در صورت مواجه شدن با بارداری ناخواسته تصمیم به سقط جنین می‌گیرند. زنانی که بدون فرزند بوده یا دو فرزند زنده داشته‌اند بیشترین نسبت‌های سقط جنین را به خود اختصاص داده‌اند. این یافته‌ها دلالت بر این امر دارند که سقط جنین در شهر تهران بیشتر به منظور محدود کردن تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین آن‌ها و به تأخیر انداختن تولد فرزند نخست انجام می‌شود.

یافته‌ها ارتباط پیچیده‌ای بین شیوع سقط جنین و تحصیلات زنان و همسرانشان را نشان می‌دهد. ارتباط U شکل وارونه بین نسبت‌های سقط جنین و تحصیلات زنان حاکی از این است که زنان با تحصیلات بالا و زنان دارای تحصیلات ابتدایی یا بدون تحصیلات احتمالاً انگیزه‌های قوی‌تری برای جلوگیری از بارداری ناخواسته دارند. همچنین، ارتباط U شکل بین سقط جنین و تحصیلات شوهر نشان‌دهنده یک تحمیل جنسیتی است که در آن شوهران تحصیل کرده و کمتر تحصیل کرده نقش پررنگ‌تری در تصمیم‌گیری برای سقط جنین ایفا می‌کنند. نسبت‌های بالای سقط جنین در میان شوهران کمتر تحصیل کرده که فرزندان زیادی دارند مبین این است که آن‌ها برای توقف تولد فرزندآوری انگیزه بیشتری دارند، تا فاصله‌گذاری بین آن‌ها یا تأخیر در تشکیل خانواده. در مقابل، شوهران بیشتر تحصیل کرده جهت داشتن خانواده کم‌جمعیت، مصمم‌تر به انجام سقط هستند. نتایج مطالعه بر روی قومیت زنان و همسرانشان نیز حاکی از وجود یک الگوی مشابه تحمیل جنسیتی برای تصمیم به سقط جنین است، به این معنا که نسبت سقط جنین در میان زنانی که همسر گیلک یا مازندرانی دارند بیشتر است.

مشابه یافته‌های تحقیقات پیشین (عرفانی و مکیولان ۲۰۰۸)، شیوع سقط جنین با میزان اعتقادات مذهبی ارتباط منفی دارد. همچنین، زنان متمول و زنانی که در نواحی شمالی شهر تهران ساکن هستند نسبت بیشتری از بارداری‌هایشان به سقط جنین ختم می‌شود. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان می‌دهند که علت اصلی بسیاری از سقط جنین‌ها محدود کردن جمعیت خانواده، فاصله‌گذاری بین تولدها و مشکلات اقتصادی خانواده‌های ساکن شهر تهران است. از این گذشته، بخش اعظم سقط جنین‌ها نتیجه شکست در استفاده صحیح از روش‌های جلوگیری از بارداری، به‌خصوص عزل، قرص و کاندوم است. یافته‌های این پژوهش درک بهتری از شرایط جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی مؤثر بر تصمیم زنان برای انجام سقط جنین به ما می‌دهند. همچنین، این تحقیق زیرگروه‌هایی از زنان نیازمند به دریافت خدمات و مشاوره جهت جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته را شناسایی نموده است.

سپاس‌گزاری و یادداشت

پژوهش حاضر یکی از بخش‌های طرح پیمایش باروری شهر تهران است که توسط نویسنده نخست این مقاله پژوهشی و با کمک مالی مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه در ایران و دانشگاه نیپسیسینگ^۱ در کانادا انجام شده است. نویسنده از این دو ارگان به خاطر حمایت‌هایشان کمال تشکر را دارد. نتایج این مقاله پژوهشی در نشست سالانه انجمن جمعیت آمریکا^۲ (واشنگتن دی سی^۳، فروردین ۱۳۹۰)، و در کنفرانس اروپایی جمعیت^۴ (وین، شهریور ۱۳۸۹) در پنل «بهداشت جنسی و بارداری با تأکید بر سقط جنین» ارائه شد.

منابع

سازمان ثبت احوال ایران (۱۳۸۹)، *آمارهای حیاتی برای سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۸: موالید در شهر تهران*. تهران، دفتر سازمان ثبت احوال ایران، (داده‌ها بنا به درخواست نویسندگان این مقاله از سوی دفتر ثبت احوال تهران برای این پژوهش فراهم شد).

مرکز آمار ایران (۱۳۸۹)، *سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵*. تهران، مرکز آمار ایران. (داده‌ها در مرداد ۱۳۸۹ از سایت مرکز آمار برگرفته شد).

محمدزاده، فرناز و فلاحیان، معصومه (۱۳۸۲)، «وضعیت سقط عمدی در بیمارستان آیت‌الله طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱»، *مجله پزشکی قانونی* سال نهم، شماره ۳۲، صفحات ۱۹۰-۱۹۳.

نقوی، محسن (۱۳۷۷)، *تعیین میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان به روش راموس*. تهران، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی.

Bankole, A. et al. (999) "Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review, *International Family Planning Perspectives* 25 (2): 68-77.

Bankole, A. et al. (1998) "Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives* 24 (3): 117-127 & 152.

Bongaarts, J & Westoff, C.F. (2000) "The potential role of contraception in reducing abortion", *Studies in Family Planning* 31 (3): 193-202.

Erfani, A. & McQuillan. K. (2008) "Rates of induced abortion in Iran: The roles of contraceptive use and religiosity", *Studies in Family Planning* 39 (2): 111-122.

Erfani, A. (2008) "Abortion in Iran: what do we know?", Discussion Paper no. 08-01, Population Studies Center, University of Western Ontario.

1. Nipissing University
3. Washington D. C.

2. Population Association of America
4. European Population Conference

<http://sociology.uwo.ca/popstudies/dp/dp08-01.pdf>>

Hacettepe University Institute of Population Studies (2009) *Turkey Demographic and Health Survey*, 2008, Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, and T.R. Prime Ministry Undersecretary of State Planning Organization and TÜBITAK.

National Statistical Service of Armenia, Ministry of Health of Armenia and ORC Macro (2006) *Armenia Demographic and Health Survey 2005*, Calverton, Maryland: National Statistical Service, Ministry of Health, and ORC Macro.

Rossier, C. (2003), "Estimating induced abortion rates: A review, "*Studies in Family Planning*, 34 (2): 87-102.

State Statistical Committee of Azerbaijan and Macro International Inc. (2008) *Azerbaijan Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland, USA: State Statistical Committee and Macro International Inc.

Westoff C.F. (2005), "Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. "DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro.