

شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران:

میزان‌ها، دلایل و تغییرات

دکتر امیر عرفانی^{۱*}، دکتر جواد شجاعی^۳

۱. استاد گروه جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه نیپسینگ (Nipissing)، نورت بی، کانادا.
۲. استاد وابسته جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
۳. دکترای جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، کمیته مطالعات و پایش سیاست‌های جمعیتی، شورای عالی انقلاب فرهنگی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: آگاهی از شیوع سقط عمدی، به ارتقاء سلامت مادران کمک می‌کند، از این‌رو برآورد میزان‌های سقط عمدی ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان‌ها و دلایل انجام سقط و تغییرات آنها طی دوره ۵ ساله ۹۳-۱۳۸۸ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه پیمایشی از روش‌های مستقیم برآورد سقط جنین و داده‌های پیمایش باروری ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ تهران (با حجم نمونه تصادفی ۲۹۳۴ و ۳۰۱۲ نفر) استفاده شد. داده‌های مربوط به سقط عمدی از طریق مصاحبه چهره‌به‌چهره با جمعیت زنان متأهل ۱۵-۴۹ ساله ساکن شهر تهران گردآوری شد. شیوع سقط عمدی با محاسبه میزان ویژه سنی سقط، میزان کل سقط، میزان عمومی سقط و نسبت‌های سقط انجام گرفت.

یافته‌ها: از سال ۹۳-۱۳۸۸ میزان کل سقط از ۰/۱۶ به ۰/۱۴ سقط به ازای هر زن، میزان عمومی سقط از ۵/۵ به ۴/۴ سقط به ازای ۱۰۰۰ زن و تعداد سالانه سقط از ۱۱۵۰۰ به ۱۱۴۰۰ سقط کاهش یافته بود. با فرض میزان سقط در تهران به‌عنوان میانگین ملی، سالانه ۱۰۱۰۰ سقط عمدی برای کل کشور برآورد می‌شود. حدود ۹٪ بارداری‌ها در تهران به سقط می‌انجامد. میانگین سن زنان در هنگام سقط $33/5 \pm 6/3$ سال است. احتمال سقط در بین زنان با تحصیلات بالاتر، ثروتمندتر، شاغل و کمتر مذهبی، مهاجرین شهری و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. سهم دلایل غیر پزشکی انجام سقط از ۶۹٪ در سال ۱۳۸۸ به ۸۲٪ در ۱۳۹۳ افزایش یافته بود. نیمی از سقط‌ها نتیجه شکست روش عزل است، اما فقط یک سوم از تجربه‌کنندگان این شکست پس از سقط به روش مدرن پیشگیری روی آوردند.

نتیجه‌گیری: شیوع سقط برای کنترل موالید، ضرورت ارائه مشاوره بهداشت باروری جهت جلوگیری مؤثر از بارداری‌های ناخواسته را نشان می‌دهد.

کلمات کلیدی: بارداری ناخواسته، بهداشت بارداری، پیشگیری از بارداری، روش‌های برآورد، سقط جنین، سقط عمد،

علل سقط

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر امیر عرفانی؛ دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. تلفن: ۰۵۴۷۴۳۴۵۰-۰۰۱۷؛ پست الکترونیک: amire@nipissingu.ca

مقدمه

در کشورهایی مانند ایران که سقط جنین عمدی (که از این پس "سقط" نامیده می‌شود) غیرقانونی است، به خاطر حساسیت‌های دینی، اجتماعی و سیاست‌گذاری درباره انجام سقط، داده‌های معتبر در خصوص شیوع سقط و دلایل و عوامل مرتبط با آن بسیار محدود است. به همین دلیل، تنها دو مطالعه ملی که تاکنون میزان‌های سقط را در ایران برآورد کرده‌اند، به دلیل فقدان داده‌های معتبر از روش‌های غیرمستقیم برآورد سقط استفاده کرده‌اند. در اولین مطالعه، عرفانی و همکار (۲۰۰۸) با استفاده از روش غیرمستقیم باقی‌مانده و بر اساس داده‌های پیمایش ملی جمعیت و سلامت که در سال ۱۳۷۹ در ایران اجرا شد، میزان سالانه وقوع سقط را در ایران ۷۳۰۰۰ سقط برآورد کردند (۱). رستگاری و همکاران (۲۰۱۴) نیز با استفاده از روش غیرمستقیم بسط شبکه‌ای^۱، میزان سالانه وقوع سقط غیرپزشکی را در ایران ۱۲۹۰۰۰ سقط محاسبه نمودند (۲).

علاوه بر این اطلاعات، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان به منظور ارزیابی تعداد زانی که بارداری ناخواسته را تجربه کرده‌اند و میزان نیاز به تخصیص منابع برای ارائه خدمات جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته و خدمات درمانی و بهداشتی بعد از سقط، نیازمند اطلاعات دقیقی از میزان و الگوهای سقط جنین و درصد تغییرات آن در طول زمان، دلایل انجام سقط و تفاوت‌های میزان‌های سقط در زیرگروه‌های جمعیتی هستند. از آنجایی که اطلاعات مربوط به افراد دارای تجربه سقط جنین در ایران به‌صورت سیستماتیک و دقیق توسط این دو مطالعه ملی جمع‌آوری نشده بود، امکان برآورد میزان سقط جنین برای زیر گروه‌های اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی زنان توسط روش‌های غیرمستقیم امکان‌پذیر نبود. برای این منظور، نیاز مبرم به اجرای یک پیمایش تخصصی جهت جمع‌آوری اطلاعات درباره شیوع سقط عمدی، دلایل و عوامل مرتبط با آن در بین زیرگروه‌های اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی زنان در ایران به شدت احساس می‌شد. علی‌رغم محدودیت‌های روش پیمایش برای مطالعه شیوع سقط (۳)، این روش همچنان بهترین و

جزئی‌ترین منبع اطلاعات مربوط به میزان‌ها، دلایل و عوامل مرتبط با سقط عمدی محسوب می‌شود. به همین دلیل، در ادامه آخرین برآورد مستقیم از میزان‌های سقط در شهر تهران که ۵ سال پیش انجام گرفت (۴، ۵)، این پژوهش با استفاده از تازه‌ترین داده‌های گذشته‌نگر سقط جنین، میزان‌ها و نسبت‌های سقط جنین و روند تغییرات آن طی ۵ سال گذشته را برای کل جمعیت تهران برآورد نموده و تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی میزان‌های سقط را مورد بررسی قرار داده است. فراهم شدن داده‌های سقط برای دو مقطع ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳، این امکان را برای اولین بار برای پژوهش حاضر فراهم نمود تا روند تغییرات در میزان‌ها و دلایل سقط را مورد بررسی قرار دهد. آگاهی از روند تغییرات در شیوع سقط عمدی، به برنامه‌ریزی جهت ارتقاء سلامت مادران کمک می‌کند.

روش کار

یافته‌های این پژوهش مبتنی بر اطلاعات پیمایش باروری ۱۳۹۳ تهران است (۶) که در بهار سال ۱۳۹۳ در بین جمعیت زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران اجرا شد. در این پیمایش با استفاده از روش نمونه‌گیری احتمالی دو مرحله‌ای خوشه‌ای سیستماتیک، ۳۰۱۲ زن از جمعیت مورد مطالعه به عنوان نمونه انتخاب شدند (۴). مصاحبه در درب منازل نمونه‌های منتخب به‌وسیله پرسشگران خانم آموزش دیده و با تجربه به‌صورت چهره به چهره انجام گرفت. پرسشنامه پیمایش ۱۳۹۳ مشابه پرسشنامه پیمایش باروری ۱۳۸۸ تهران (۵) طراحی شد تا امکان مقایسه روند تغییرات شاخص‌های جمعیتی و بهداشتی، از جمله سقط عمدی جنین، فراهم شود. هر دو پیمایش باروری ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ تأیید کمیته اخلاق دانشگاه نیپسیسینگ^۲ کانادا و شورای علمی مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور در ایران را دریافت کرده‌اند.

از بین کل زنان نمونه در پیمایش باروری ۱۳۹۳ تهران، ۱۶۹ نفر تجربه سقط جنین عمدی داشتند. این ۱۶۹ زن که در مجموع ۱۹۵ مورد سقط جنین داشته‌اند، موضوع

² Nipissing

¹ Network scale-up approach

اصلی این پژوهش است. یافته‌های سقط جنین در سال ۱۳۸۸ که در این تحقیق گزارش شده است، مبتنی بر داده‌های پیمایش ۱۳۸۸ باروری تهران است (۵). یافته‌های این تحقیق مبتنی بر توزیع درصد سقط‌های جنین و میزان‌های ویژه سنی سقط^۱، میزان کل سقط^۲، میزان عمومی سقط^۳ و نسبت‌های سقط^۴ می‌باشد (۱)، (۷). میزان ویژه سنی سقط بر اساس سن زن در زمان انجام سقط محاسبه می‌شود؛ به طوری که پس از تعیین گروه سنی زن بر اساس سن وی در زمان انجام سقط، این میزان از تقسیم تعداد سقط‌های انجام گرفته در یک گروه سنی زن بر تعداد زنان در همان گروه سنی به دست می‌آید؛ حاصل این تقسیم در عدد ۱۰۰۰ ضرب می‌شود تا میزان به دست آمده به ازای ۱۰۰۰ نفر زن گزارش شود. میزان کل سقط به تعداد سقط‌هایی اطلاق می‌شود که انتظار می‌رود یک زن ۴۹-۱۵ ساله در طول تمامی سال‌هایی که توانایی باردار شدن را دارد، تجربه کند؛ چنانچه فرض شود که در این سال‌ها میزان سقط جنین برآورد شده تغییر نکند. میزان عمومی سقط به تعداد سقط‌هایی اشاره می‌کند که هر ۱۰۰۰ زن ۴۹-۱۵ ساله طی "یک سال" انجام می‌دهند؛ به همین دلیل به این سنج، میزان سالانه سقط نیز گفته می‌شود. سنج چهارم "نسبت سقط" است که به تعداد سقط‌ها به ازای هر ۱۰۰ باروری شناخته شده گفته می‌شود. باروری‌های شناخته شامل موالید زنده و سقط‌های عمدی می‌باشد. این تحقیق چهار سنج میزان‌ها و نسبت سقط را بر اساس تعداد سقط جنین‌های رخ داده در ۱ و ۶ سال قبل از پیمایش محاسبه می‌کند. لازم به توجه است که توزیع درصد سقط‌ها، صرفاً نشان‌دهنده توزیع زنان در جمعیت شهر تهران است و لزوماً احتمال انجام سقط را در زیر گروه‌های جمعیتی زنان نشان نمی‌دهد. در عوض، نسبت‌ها و میزان‌های سقط که برای زیر گروه‌های جمعیتی مختلف زنان محاسبه شده است، نشان‌دهنده تفاوت‌ها در انجام سقط در بین گروه‌های مختلف زنان با ویژگی‌های گوناگون در شهر تهران می‌باشد.

در توضیح نحوه محاسبه میزان ویژه سنی سقط توضیح زیر لازم به ذکر است. صورت کسر میزان‌های ویژه سنی سقط، تعداد سقط رخ داده طی ۱۲ ماه پیش از مصاحبه (یعنی از اردیبهشت ۱۳۹۲ تا فروردین ۱۳۹۳) بر حسب سن مادر (گروه‌های سنی ۵ ساله) در زمان سقط است. مخرج کسر این میزان‌ها، تعداد کل ماه‌هایی است که تمامی زنان متأهل و غیر متأهل در خانوارهای منتخب، طی ۱۲ ماه پیش از مصاحبه در معرض خطر سقط قرار داشته‌اند. جمع تعداد ماه‌های گذرانده در بین گروه‌های سنی ۵ ساله، تعداد کل ماه‌های در معرض سقط یک زن را تشکیل می‌دهد. پس از تبدیل تعداد کل ماه‌های در معرض سقط برای هر زن به واحد زمانی سال، میزان ویژه سنی سقط برای سقط‌های رخ داده در یک سال گذشته محاسبه می‌شود، اما به دلیل محدودیت تعداد نمونه و تعداد سقط در ۱۲ ماه گذشته، میزان‌های ویژه سنی سقط به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی زنان، بر اساس تعداد سقط‌های رخ داده طی ۶ سال پیش از مصاحبه برآورد شده است؛ بدین ترتیب مخرج کسر، تعداد سال‌های در معرض سقط برای هر زن طی ۶ سال پیش از مصاحبه خواهد بود که ممکن است در یک یا دو گروه سنی این سال‌ها را گذرانده باشد.

پس از گذشت ۵ سال از آخرین برآورد مستقیم از میزان سقط در تهران، این دومین تلاش تحقیقی 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 به خصوص در مصاحبه‌های حضوری، سقط جنین‌های خود را اعلام نمی‌کنند، به همین جهت برآوردهای سقط جنین منطبق بر پیمایش همواره ناقص هستند (۳). یکی از راه‌های ارزیابی میزان اعتماد به داده‌های سقط جنین جمع‌آوری شده توسط پیمایش، مقایسه آنها با آمارهای ثبتی مشابه است. از آنجا که هیچ نوع آمار ثبتی از سقط جنین در ایران تا به حال منتشر نشده است 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

¹ Age-specific abortion rates

² Total abortion rate

³ General abortion rate

⁴ Abortion ratios

ترجیح باروری که در هر لحظه تغییر می‌کنند را طی این دوره ۶ ساله در نظر گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر 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 به دلایل زنان برای سقط جنین و شیوه جلوگیری از بارداری در زمان باردار شدن و بعد از انجام سقط می‌پردازد.

سطوح کلی سقط جنین

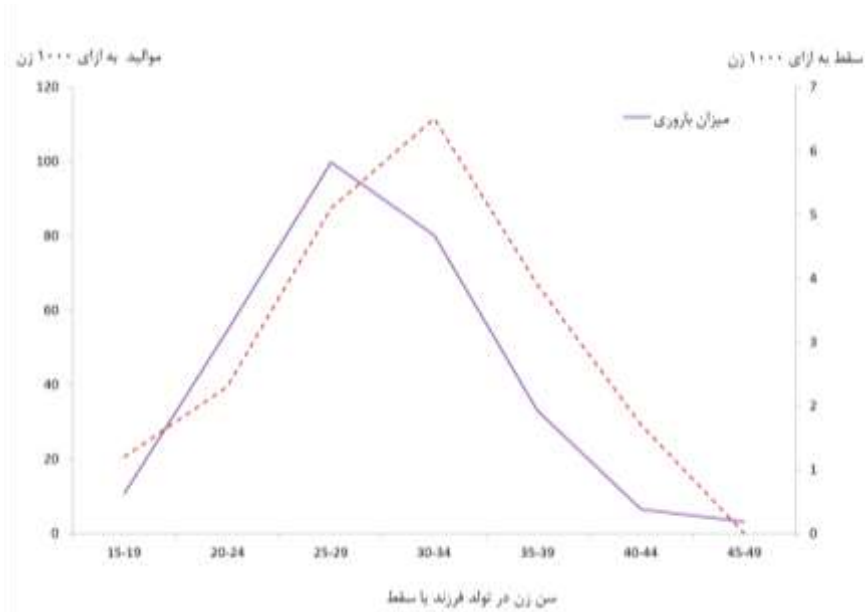
میزان‌های سقط. جدول ۱ میزان‌های ویژه سنی سقط، میزان‌های کلی و عمومی سقط، نسبت سقط و میانگین سن زنان در زمان انجام سقط را نشان می‌دهد که بر اساس سقط‌های انجام شده در یک سال قبل از مصاحبه (از اردیبهشت ۱۳۹۲ تا فروردین ۱۳۹۳) و ۶ سال پیش از مصاحبه در کل جمعیت شهر تهران محاسبه شده‌اند. میزان‌های ویژه سنی سقط برآورد شده برای سال ۱۳۹۳ حاکی از آن است که میزان شیوع سقط جنین در میان زنان ساکن شهر تهران از سن ۲۰ سالگی شروع شده و در ۳۴-۳۰ سالگی به بالاترین میزان خود رسیده و سپس کاهش می‌یابد. بیشترین میزان‌های سقط مربوط به زنانی بود که در میانه ۳۰ سالگی بودند و بعد از این گروه، زنان ۲۹-۲۵ ساله دارای میزان بالایی از سقط بودند. از این رو، میزان‌های ویژه سنی سقط به تفکیک سن زنان یک الگوی معکوس U شکل را نشان می‌دهند (نمودار ۱). مقایسه میزان‌ها و سنج‌های سقط در ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ در جدول ۱ تفاوت ناچیزی را نشان می‌دهد.

جنین در ایران، پیمایش باروری تهران، معتبرترین منبع داده‌های سقط جنین برای شهر تهران محسوب می‌شود. 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 ۱۲ ویژگی جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی زنان را بررسی خواهد کرد. این ویژگی‌ها شامل: سن زن در هنگام انجام سقط، تعداد فرزند (بر اساس تعداد تولد زنده)، ترجیح باروری (بر اساس تعداد ایده‌آل فرزند)، تحصیلات پاسخ‌گویان و شوهرانشان (بر اساس تعداد سال‌های تحصیل)، قومیت، وضعیت اشتغال و مهاجرت زنان، اعتقادات مذهبی (بر اساس میزان اهمیت مذهب در زندگی)، درآمد (بر اساس میزان درآمد ماهانه خانوار) و منطقه محل سکونت می‌باشند. سطح بالای سقط جنین در هر زیرگروه جمعیتی زنان به این معناست که زنان آن گروه یا در جلوگیری از بارداری ناخواسته دچار مشکل هستند و یا اینکه به احتمال زیاد عمل سقط جنین را برای پایان دادن به بارداری‌های ناخواسته‌شان انتخاب می‌کنند. این پژوهش میزان عمومی و نسبت سقط جنین را برای زیرگروه‌های مختلف زنان برآورد می‌کند. به منظور به حداقل رساندن خطاهای ناشی از داده‌های گذشته‌نگر، میزان‌ها و نسبت‌های سقط محاسبه شده برای زیرگروه‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی زنان مبتنی بر سقط‌های گزارش شده طی ۶ سال پیش از پیمایش می‌باشد. محدود کردن تحلیل‌ها به سقط‌های انجام شده طی ۶ 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، به‌خصوص برای

جدول ۱- میزان‌ها و نسبت سقط جنین و میانگین سن زن در زمان سقط برای سقط‌های انجام شده طی ۱ و ۶ سال پیش از انجام مصاحبه و تعداد سالانه سقط‌های انجام شده طی یک سال پیش از مصاحبه در بین زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن شهر تهران:

۱۳۸۸، ۱۳۹۳

میزان ویژه سنی سقط جنین (به ازای هزار زن)			گروه‌های سنی
۱۳۹۳	۱۳۸۸		
۶ سال	۱ سال	۱ سال	۱۹-۱۵
۱/۲	۰	۰	۲۰-۲۴
۲/۳	۴/۴	۱/۵	۲۵-۲۹
۵/۱	۵/۰	۴/۷	۳۰-۳۴
۶/۵	۲/۷	۱۱/۷	۳۵-۳۹
۳/۹	۱۰/۰	۹/۸	۴۰-۴۴
۱/۷	۵/۸	۲/۰	۴۵-۴۹
۰	۰	۲/۱	
۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۱۶	میزان کلی سقط به ازای هر زن
۳/۸	۴/۴	۵/۵	میزان عمومی سقط (به ازای هر ۱۰۰۰ زن)
۶/۶	۸/۸	۸/۷	نسبت سقط (به ازای هر ۱۰۰ بارداری شناخته شده)
۳۰/۷±۵/۵	۳۳/۴±۶/۳	۳۳/۵±۶/۰	میانگین سن (انحراف استاندارد) زنان در زمان انجام سقط (به سال)
-	۱۱۴۲۹	۱۱۵۴۳	برآورد تعداد سقط‌های انجام شده در یک سال
-	۱۰۱۴۷۶	۱۲۰۸۶۲	برآورد تقریبی تعداد سقط‌های انجام شده در ایران در یک سال بر اساس میزان عمومی سقط شهر تهران



نمودار ۱- میزان‌های ویژه سنی باروری و سقط جنین عمدی به تفکیک سن زن هنگام تولد و سقط: تهران ۱۳۹۳
منبع: از میزان‌های ویژه سنی سقط و باروری طی ۶ سال پیش از مصاحبه برای این نمودار استفاده شده است.

شواهد مربوط به دلایل سقط، تأیید کننده این نکته خواهد بود.

میزان کل سقط در سال ۱۳۹۳ برای شهر تهران، ۰/۱۴ سقط برای هر زن ۴۹-۱۵ ساله برآورد شد. این بدان معناست که به‌طور متوسط، از هر ۷ زن واقع در سن

نمودار ۱ نشان داد که برخلاف تولدها که در سنین پیش از ۳۵ سالگی رخ می‌دهند، بیشتر سقط‌ها در نیمه دوم سنین ۳۵ سالگی تولید مثلی زنان رخ می‌دهند. این امر حاکی از آن است که بیشتر سقط‌ها برای جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته انجام می‌گیرد. در ادامه این مقاله،

باروری (۴۹-۱۵)، یک زن یک سقط جنین در طول زندگی خود خواهد داشت، در صورتی که میزان برآورد شده سقط در طول زندگی این زن ثابت بماند. همچنین، میزان برآورده شده سقط عمومی (۴/۴) مبین این است که سالانه حدود ۵ مورد سقط جنین توسط هر ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۹ ساله در شهر تهران انجام می‌گیرد. بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ ایران (۷) و با احتساب رشد جمعیت و مرگومیر زنان ۱۵-۴۹ ساله تا اسفند ۱۳۹۲، تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله ساکن شهر تهران نزدیک به ۲/۶ میلیون نفر است. از این رو، بر اساس برآورد این تحقیق، زنان ۱۵-۴۹ ساله ساکن شهر تهران سالانه ۱۱۴۲۹ مورد سقط جنین انجام می‌دهند. چنانچه فرض شود که میزان عمومی برآورد شده برای شهر تهران، میانگینی از میزان‌های سقط برای کل جمعیت ایران است، آنگاه با توجه به جمعیت کل زنان ۱۵-۴۹ ساله (۸) (بعد از تعدیل رشد و مرگومیر آنها) در آغاز ۱۳۹۳ که اندکی بیش از ۲۳ میلیون نفر است، برآورد می‌شود که سالانه ۱۰۱۴۷۶ سقط در ایران اتفاق می‌افتد.

نسبت سقط. بر اساس برآورد این تحقیق، نسبت سقط برای کل شهر تهران ۸/۸ سقط به ازای هر ۱۰۰ بارداری، ثبت شده در یک سال قبل از پیمایش است. به عبارت دیگر حدود ۹٪ بارداری‌ها در شهر تهران به سقط جنین ختم می‌شوند. در بخش بعدی، میزان‌های عمومی و نسبت‌های سقط بر اساس ویژگی‌های زنان محاسبه شدند که اطلاعات مفیدی برای درک بهتر ما از ماهیت شیوع سقط جنین در تهران فراهم می‌کند.

همبسته‌های شیوع سقط جنین

تصمیم یک زن به سقط جنین با برخی از ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی او ارتباط دارد (۹). 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 الویت‌هایشان رخ می‌دهد (۱۰). این تحقیق ارتباط بین سقط جنین و ویژگی‌های جمعیتی (سن زن در هنگام سقط جنین، تعداد فرزند و الویت باروری) و اجتماعی - اقتصادی (تحصیلات، اشتغال، دینداری، قومیت، درآمد و منطقه محل سکونت، وضعیت مهاجرت) را بررسی می‌کند. فرض بر این است که این ویژگی‌ها، خودشان مستقیماً یا به‌عنوان 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 بارداری که در هنگام باردار شدن استفاده می‌کردند، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

جدول ۲ توزیع درصد سقط‌ها، میزان‌ها و نسبت‌های برآورد شده آن را در بین زیرگروه‌های زنانی که طی ۶ سال قبل از مصاحبه، حداقل یک‌بار 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 متأهل شهر تهران نشان می‌دهد.

جدول ۲- توزیع درصد و میزان‌های عمومی و نسبت‌های سقط‌های انجام شده طی ۶ سال پیش از زمان مصاحبه بر حسب ویژگی‌های زنان: تهران ۱۳۹۳

ویژگی	درصد سقط	نسبت سقط	میزان عمومی	
			سقط	تعداد سقط
سن در زمان سقط جنین	کمتر از ۲۰	۴/۰	۳/۹	۲۹
	۲۰ - ۲۴	۹/۳	۲/۹	۱۷۵
	۲۵ - ۲۹	۲۸/۰	۶/۴	۴۳۵
	۳۰ - ۳۴	۳۸/۷	۵/۸	۳۴۸
	بیشتر از ۳۵	۲۴/۰	۱/۸	۱۵۳

۱۵	۱۵	۶/۱	۱۰۰/۰	۲۰/۰	بدون فرزند*	
۵۵۰	۲۹	۴/۶	۵/۳	۳۸/۷	۱	تعداد فرزندان زنده
۴۵۶	۲۸	۳/۵	۶/۱	۳۷/۳	۲	متولد شده
۱۱۹	۳	۰/۸	۲/۵	۴/۰	بیشتر یا مساوی ۳	
۲۹۴	۲۸	۵/۲	۹/۵	۳۷/۳	۱	ترجیح باروری (تعداد فرزندان مطلوب)
۶۴۶	۳۷	۳/۴	۵/۷	۴۹/۳	۲	
۲۰۰	۱۰	۲/۳	۵/۰	۱۳/۴	بیشتر یا مساوی ۳	
۲۶۷	۱۴	۲/۳	۵/۲	۱۸/۷	کمتر از ۱۲	تعداد سال‌های تحصیل زنان
۴۴۱	۲۸	۳/۵	۶/۳	۳۷/۳	۱۲	
۴۳۲	۳۳	۴/۹	۷/۶	۴۴/۰	بیشتر از ۱۲	
۳۱۱	۱۷	۲/۹	۵/۵	۲۲/۶	کمتر از ۱۲	تعداد سال‌های تحصیل شوهران
۴۲۷	۲۹	۳/۸	۶/۸	۳۸/۷	۱۲	
۴۰۲	۲۹	۴/۰	۷/۲	۳۸/۷	بیشتر از ۱۲	
۹۸۱	۵۵	۳/۲	۵/۶	۷۳/۳	غیرشاغل	وضعیت اشتغال زنان
۱۵۹	۲۰	۵/۸	۱۲/۶	۲۶/۷	شاغل	
۶۴۷	۲۶	۲/۲	۴/۰	۳۴/۶	خیلی مهم	اهمیت نقش مذهب در زندگی
۳۶۱	۲۳	۳/۵	۶/۴	۳۰/۷	تا حدودی مهم	
۱۳۲	۲۶	۱۰/۹	۱۹/۷	۳۴/۷	مهم نیست	
۵۷۶	۳۵	۳/۰	۶/۱	۴۶/۷	فارس	قومیت زنان
۳۶۴	۱۷	۲/۷	۴/۷	۲۲/۷	ترک	
۷۴	۷	۵/۰	۹/۵	۹/۳	گیلک و مازنی	
۱۲۶	۱۶	۱۰/۹	۱۲/۷	۲۱/۳	لر، کرد و سایر	
۵۸۱	۴۱	۳/۵	۷/۱	۵۴/۷	فارس	قومیت شوهران
۳۸۱	۲۱	۳/۲	۵/۵	۲۸/۰	ترک	
۶۳	۵	۴/۳	۷/۹	۶/۷	گیلک و مازنی	
۱۱۵	۸	۵/۵	۷/۰	۱۰/۷	لر، کرد و سایر	
۳۱۴	۱۴	۳/۱	۴/۵	۱۸/۷	چارک اول (کمتر از ۱۰۰۰)	چارکهای هزینه ماهانه خانوار (هزار تومان)
۳۱۱	۱۳	۲/۵	۴/۲	۱۷/۳	چارک دوم (۱۰۰۰-۱۴۹۹)	
۲۰۲	۱۵	۳/۹	۷/۴	۲۰/۰	چارک سوم (۱۵۰۰-۱۹۹۹)	
۳۱۳	۳۳	۴/۶	۱۰/۵	۴۴/۰	چارک چهارم (۲۰۰۰ و بیشتر)	
۳۴۵	۳۲	۴/۳	۹/۳	۴۲/۷	مناطق بالا	منطقه محل سکونت
۴۳۰	۲۳	۳/۰	۵/۳	۳۰/۷	مناطق متوسط	
۳۶۵	۲۰	۳/۵	۵/۵	۲۶/۶	مناطق پایین	
۷۵۴	۵۱	۳/۶	۶/۸	۶۸/۰	غیر مهاجر	وضعیت مهاجرت به تهران
۲۷۱	۲۱	۴/۵	۷/۷	۲۸/۰	مهاجر از شهر	
۱۱۵	۳	۱/۵	۲/۶	۴/۰	مهاجر از روستا	
۱۱۴۰	۷۵	۳/۸	۶/۶	۱۰۰/۰	کل	

توجه: * مخرج نسبت سقط مربوط به "بدون فرزند" فقط شامل ۱۵ سقط عمد است.

۱. عوامل جمعیتی

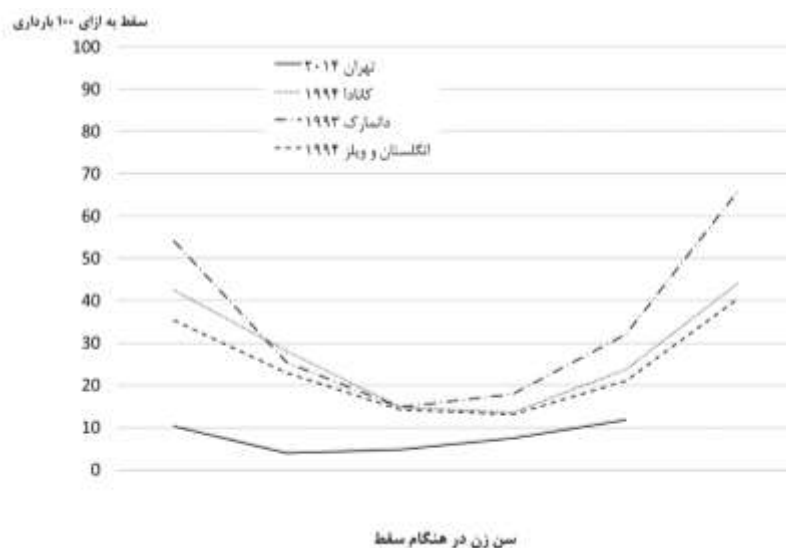
زیر ۲۰ سال کمتر بود. در ضمن، متوسط سن زنان ساکن شهر تهران در هنگام انجام سقط ۳۳/۵ سال و نیمی از سقطها در میان زنان ۲۵-۳۴ سال اتفاق می‌افتد (جدول ۱).

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 سال و سپس ۲۹-۲۴ سال است (جدول ۲). این درصد در میان زنان ۲۰-۲۴ سال و

متفاوت است (جدول ۲). ۲۰٪ سقطها مربوط به زنان بدون فرزند است. حدود ۳۹٪ سقطها مربوط به زنانی است که در زمان مصاحبه ۱ فرزند زنده متولد شده داشتند و ۳۷٪ سقطها مربوط به زنانی است که ۲ فرزند زنده متولد شده دارند. با این حال، نتایج حاصل از نسبت‌های سقط، چشم‌انداز متفاوتی از ارتباط بین سقط جنین و تعداد فرزند را نشان می‌دهد. زنان بدون فرزند فقط ۱۵ بارداری شناخته شده (یعنی تولد زنده و سقط عمد) داشته‌اند که همگی آنها نیز سقط شده‌اند. بعد از افراد بدون فرزند، آنهایی که یک یا دو فرزند دارند، در مقایسه با زنانی که سه فرزند و بیشتر دارند، بیشترین نسبت بارداری‌هایی را دارند که به سقط جنین ختم می‌شود. میزان‌های عمومی سقط با تعداد فرزندان رابطه معکوس خطی دارد؛ به طوری که میزان عمومی سقط از ۶ سقط در میان بدون فرزندان به کمتر از ۱ سقط در میان دارندگان ۳ فرزند و بیشتر کاهش می‌یابد.

برآورد نسبت‌های سقط جنین بر حسب سن در زمان سقط از ۴ مورد در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنان ۲۴-۲۰ سال تا ۱۲ مورد در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنان ۳۵ سال و بیشتر متغیر است. به علاوه، نسبت‌های سقط جنین بر اساس گروه‌های سنی، از یک الگوی U شکل پیروی می‌کند؛ به طوری که نسبت سقط از ۱۰ سقط به ازای ۱۰۰ بارداری بین جوانان زیر ۲۰ سال به ۴ سقط کاهش می‌یابد و سپس رو به افزایش گذاشته تا اینکه به ۱۲ سقط به ازای ۱۰۰ بارداری در بین زنان ۳۵ سال و بیشتر می‌رسد. چنین الگوی مشابهی نیز در کشورهای غربی که میزان سقط در سنین نوجوانی بالا است، مشاهده شده است (نمودار ۲). میزان‌های سقط به تفکیک سن زن در هنگام سقط نشان می‌دهد که زنان ۲۵-۳۴ سال بیشترین میزان سقط را دارند.

تعداد فرزند. توزیع سقط جنین بر حسب تعداد فرزند (تعداد فرزندان زنده متولد شده در زمان مصاحبه) بسیار



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

منتخب غربی و شهر تهران؛ منبع داده‌ها: برای تهران، پیمایش ۱۳۹۳ باروری تهران؛ برای کشورهای دیگر منبع شماره ۹.

نشان می‌دهد؛ به طوری که بیشترین نسبت سقط متعلق به زنانی است که خواهان تنها یک فرزند هستند (۱۰٪) و این میزان با افزایش تعداد ایده‌آل فرزند به طور یکنواختی کاهش می‌یابد. میزان عمومی سقط با تعداد فرزندان ایده‌آل نیز رابطه معکوس دارد.

ترجیح بارداری. حدود نیمی از سقطها متعلق به زنانی است که ترجیح می‌دهند دو فرزند داشته باشند و بیش از یک‌سوم دیگر سقطها نیز مربوط به زنانی است که خواهان تنها یک فرزند هستند. با این حال، نسبت‌های برآورد شده سقط جنین بر حسب ترجیح بارداری، یک ارتباط معکوس بین وقوع سقط و تعداد ایده‌آل فرزند را

۲. عوامل 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 منعکس کننده 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، نسبت‌ها و میزان‌های سقط به تفکیک سطح تحصیلات، شاخص بهتر و صحیح‌تری برای نمایش تفاوت در شیوع سقط بر حسب تحصیلات می‌باشد. با این وجود، توزیع درصد سقط‌ها، نسبت‌ها و میزان‌های عمومی سقط با میزان تحصیلات زن و شوهر رابطه مستقیم خطی دارد؛ به طوری که با افزایش تحصیلات زن و شوهر درصد سقط و احتمال وقوع آن نیز افزایش می‌یابد. کمترین میزان سقط در بین زنان و شوهران دارای تحصیلات زیر دیپلم (۲ و ۳ سقط به ازای ۱۰۰۰ نفر) و بیشترین میزان سقط در میان زنان و شوهران واجد تحصیلات عالی (۵ و ۴ سقط در ۱۰۰۰ نفر) مشاهده می‌شود.

اشتغال. توزیع درصد سقط‌ها نشان می‌دهد که نسبت زیادی از سقط جنین‌ها در میان زنانی که شاغل نیستند، رخ می‌دهد. با این وجود، نسبت‌ها و میزان‌های سقط بر اساس اشتغال زنان، الگوی متفاوتی را نشان می‌دهند که طبق آن نسبت بارداری‌هایی که به سقط جنین ختم می‌شوند، در میان زنان شاغل ۵۶٪ بیشتر از همان نسبت در میان زنان غیرشاغل است. یک چنین یافته مشابهی نیز بیش از یک دهه پیش در کل جمعیت ایران مشاهده شد (۱۱). میزان عمومی سقط در میان شاغلین (۶ سقط در ۱۰۰۰ نفر) دو برابر میزان سقط در میان غیر شاغلین (۳ سقط در ۱۰۰۰ نفر) است.

دینداری. توزیع درصد سقط‌ها بر حسب سطح دینداری نشان می‌دهد که اکثر سقط جنین‌ها (۶۵/۳٪) متعلق به زنانی است که معتقدند 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 نسبت‌ها و میزان‌های سقط، ارتباط خطی معکوسی را بین شیوع سقط جنین و سطح دینداری نشان می‌دهد.

نسبت‌های محاسبه شده سقط بر حسب دینداری به ترتیب از ۴ سقط در هر ۱۰۰ بارداری در بین زنانی که دین "خیلی" در زندگیشان اهمیت دارد تا ۶ و ۲۰ 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. به همین ترتیب، میزان عمومی سقط با کاهش دینداری از ۲ تا ۱۱ سقط در ۱۰۰۰ نفر جمعیت زن افزایش می‌یابد.

قومیت. توزیع درصد و نسبت‌ها و میزان‌های سقط بر حسب قومیت زنان و همسرانشان متغیر است (جدول ۲). اگرچه الگوهای ارتباط بین وقوع سقط و قومیت زوجین تا حدی مشابه هستند، ولی تفاوت‌های قومیتی در انجام سقط بر اساس قومیت زن اندکی پررنگ‌تر است. اگرچه تنها ۹/۳٪ سقط‌ها متعلق به زنان گیلانی و مازندرانی بود، ولی در عین حال بعد از کردها و سایر اقوام، بیشترین نسبت‌های سقط را داشتند (۱۰ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری). زنان دارای شوهران مازندرانی یا گیلانی ساکن شهر تهران نیز به طور مشابه ۶/۷٪ سقط‌ها را داشتند، ولی بیشترین نسبت‌های سقط جنین را به خود اختصاص دادند (۷/۹ 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 شد. در ایران که سقط جنین غیرقانونی است، خدمات سقط ایمن مخفیانه بسیار کم است و تنها زنان متمولی که از عهده هزینه پزشک خصوصی برمی‌آیند، تحت عمل 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 غیر ایمن مخفیانه را بر می‌گزینند. 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

غیر مهاجرین و مهاجرین روستایی است؛ به طوری که از بین ۱۰۰ بارداری شناخته شده در بین مهاجرین شهری، ۸ مورد به سقط عمدی ختم می‌شود، در حالی که این نسبت برای غیر مهاجرین ۷ سقط و برای مهاجرین روستایی ۳ سقط است.

دلایل سقط جنین

بررسی دلایل ارائه شده از سوی زنان برای انجام سقط، کمک به درک بهتری از شرایط اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی می‌کند که بر میزان شیوع سقط جنین در شهر تهران تأثیرگذار هستند. جدول ۳ توزیع درصد سقطها را بر حسب مهم‌ترین دلایل سقط برای سال ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ نشان می‌دهد. این دلایل به سه گروه وسیع: دلایل بهداشتی، دلایل مربوط به باروری و دلایل اجتماعی-اقتصادی تقسیم می‌شوند.

دلایل مربوط به باروری. مشابه یافته‌های مربوط به ۲۷ کشور (۱۲)، تمایل به توقف یا به تأخیر انداختن تولد فرزند و یا فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها، مهم‌ترین دلیل زنانی است که در فاصله ۶ سال قبل از پیمایش ۱۳۹۳ در شهر تهران برای سقط جنین اقدام کرده‌اند. بیش از دو سوم سقطهای انجام گرفته در سال ۱۳۹۳ (۶۴/۱٪) به خاطر دلایل مربوط به باروری بوده است، در حالی که تنها ۴۷٪ سقطهای انجام گرفته در سال ۱۳۸۸ به خاطر دلایل مربوط به باروری بوده است (جدول ۳). در سال ۱۳۹۳، محدود کردن تعداد تولدها، مهم‌ترین دلیل ۴۳٪ 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 بودند. در ضمن، حدود ۱٪ سقط جنین‌ها به دلیل به تأخیر انداختن تولد فرزند بوده است. این سقطها عمدتاً بارداری‌هایی هستند که قبل و یا در طول مدت عقد (قبل از عروسی) رخ داده‌اند، یعنی در مواردی که زوجین به طور 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) و یا تصمیم به سقط جنین می‌گیرند.

که از هر ۵ سقط جنین، بیش از ۳ 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؛ به طوری که نسبت‌های سقط به طور یکنواخت از حدود ۵ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری در چارک اول به حدود ۱۱ سقط جنین در هر ۱۰۰ بارداری در چارک چهارم درآمد افزایش می‌یابد. به همین ترتیب، با افزایش درآمد، میزان عمومی سقط از ۳ سقط در پایین‌ترین گروه درآمدی به ۵ سقط در ۱۰۰۰ نفر زن در بالاترین چارک درآمدی افزایش می‌یابد.

منطقه محل سکونت. مناطق سکونتی شهر تهران بر اساس تحلیل خوشه‌ای^۱ میزان تحصیلات زوجین و مخارج ماهانه خانوار، به سه گروه مناطق بالا، متوسط و پایین به لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی ساکنین آن تقسیم می‌شوند. به طور کلی، مناطق بالا و پایین به ترتیب شامل خانوارهای با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین هستند، در حالی که خانوارهای دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط در مناطق متوسط ساکن هستند. توزیع درصدی سقطها بر حسب منطقه سکونت نشان می‌دهد که زنان مناطق بالا و متوسط به ترتیب ۴۳٪ و ۳۱٪ سقطها را به خود اختصاص داده‌اند. این امر عمدتاً به دلیل توزیع زنان بر حسب مناطق سکونتی در جمعیت شهر تهران است، ولی نسبت‌های برآورد شده سقط الگوی پیش‌بینی شده سقط جنین بر اساس مناطق سکونتی را آشکار می‌سازد. در بین زنان مناطق مرکزی از هر ۱۰۰ بارداری، ۵ مورد به سقط جنین ختم می‌شود، در حالی که نسبت بارداری‌هایی که به سقط جنین ختم می‌شوند به ترتیب در بین زنان مناطق بالا و پایین ۱۰ و ۶ مورد در هر ۱۰۰ بارداری است. میزان عمومی سقط نیز در مناطق بالا و پایین (۴ سقط به ازای ۱۰۰۰ نفر زن) بیش از میزان سقط در مناطق متوسط (۳ سقط) است.

وضعیت مهاجرت. توزیع درصد سقطها نشان‌دهنده توزیع جمعیت بر حسب وضعیت مهاجرت زنان متأهل تهرانی است، اما نسبت و میزان‌های سقط نشان می‌دهد که وقوع سقط در بین زنان مهاجر از سایر نقاط شهری ایران به تهران بیش از نسبت و میزان‌های سقط در بین

¹ Cluster analysis

جدول ۳- توزیع درصد سقط جنین‌های انجام شده طی ۶ سال* قبل از پیمایش، بر حسب مهم‌ترین دلایل ارائه شده برای سقط جنین‌ها: تهران ۱۳۸۸، ۱۳۹۳

درصد		دلایل سقط جنین
۱۳۹۳	۱۳۸۸	
۱۸/۵	۳۱/۶	دلایل بهداشتی
۷/۷	۶/۶	وجود خطر سلامتی برای مادر
۹/۲	۱۹/۷	وجود خطر سلامتی برای نوزاد
۱/۵	۵/۳	سایر (خونریزی، بیماری هیپاتیت همسر)
۶۴/۱	۴۷/۳	دلایل مربوط به باروری
۵۲/۹	۳۵/۵	محدود کردن تعداد تولدها
۱۰/۳	۵/۲	فاصله‌گذاری بین فرزندان
۱/۰	۶/۶	به تأخیر انداختن تولد فرزند**
۱۷/۴	۲۱/۱	دلایل اقتصادی-اجتماعی
۱۳/۳	۱۸/۵	مشکلات اقتصادی
۳/۶	۲/۶	مشکلات ارتباطی با همسر
۰/۵	-	ترجیح جنسی فرزند
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	کل
۷۵	۷۶	تعداد سقط جنین‌ها

توجه*: برای سال ۱۳۸۸ سقط‌های ۵ سال قبل از پیمایش استفاده شده است (۴).
** شامل بارداری‌هایی می‌شود که طی مدت عقد یا خارج از روابط زناشویی اتفاق افتاده‌اند.

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 پیشگیری از بارداری که منجر به بارداری ناخواسته و سپس سقط عمدی شده است در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ 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 به‌درستی از آن استفاده نکرده و در جلوگیری از بارداری بی‌نتیجه بوده است.

جدول ۴ توزیع درصد سقط جنین‌ها بر حسب استفاده از نوع روش‌های جلوگیری از بارداری در زمان لقاح طی ۵ سال قبل از مصاحبه در سال ۱۳۸۸ و طی ۶ سال پیش از مصاحبه در سال ۱۳۹۳ را نشان می‌دهد. در مجموع، ۸۱٪ و ۸۴٪ سقط جنین‌ها به ترتیب در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۸۸ ناشی از شکست روش‌های پیشگیری^۱ از بارداری بوده است و زنانی که ۱۹٪ و ۱۶٪ سقط جنین‌ها به ترتیب در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۸۸ به آنها تعلق داشت،

دلایل بهداشتی. تهدید سلامتی مادر، نقص عضو نوزاد و خونریزی زن در طول مدت بارداری و یا بیماری هیپاتیت شوهر به ترتیب دلایل اصلی ۱۹٪ سقط جنین‌ها در مدت ۶ سال قبل از مصاحبه بوده‌اند. سهم دلایل بهداشتی نسبت به ۵ سال قبل که ۳۲٪ بود، به میزان ۴۱٪ کاهش یافته بود و در عوض ۲۶٪ به سهم دلایل مربوط به باروری افزوده شده بود.

دلایل اجتماعی-اقتصادی - فقر و مشکلات اقتصادی که موجب عدم استطاعت نگهداری از فرزند می‌شود و وجود مشکلات در روابط بین زوجین از قبیل طلاق، متارکه و یا اعتیاد، مهم‌ترین دلایل برای انجام ۱۷٪ از سقط جنین‌ها در طول ۶ سال قبل از پیمایش ۱۳۹۳ باروری تهران بوده‌اند. در میان دلایل اجتماعی-اقتصادی سقط جنین، وضعیت اقتصادی زنان از اهمیت بسزایی برخوردار است. سهم دلایل اقتصادی-اجتماعی نسبت به ۵ سال قبل، ۱۸٪ کاهش یافته است. بنابراین مهم‌ترین تغییر در دلایل گزارش شده برای انجام سقط طی ۵ سال گذشته در شهر تهران، افزایش سقط‌ها به خاطر تحدید موالید می‌باشد.

¹ Contraceptive method failure

زمانی که باردار شدند، از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. در سال ۱۳۹۳، از میان سقط جنین‌های عمدی که به دلیل شکست روش پیشگیری رخ داده‌اند، ۴۸٪ به شکست در عزل در زمان نزدیکی، ۱۵٪ به کاندوم و ۱۳٪ نیز به شکست قرص مربوط می‌شوند.

جدول ۴ - توزیع درصد سقط‌های انجام شده طی ۵ سال قبل از پیمایش باروری ۱۳۸۸ و طی ۶ سال قبل از پیمایش باروری ۱۳۹۳ بر حسب روش پیشگیری از بارداری، استفاده شده در زمان وقوع حاملگی سقط شده و بعد از انجام سقط: تهران ۱۳۸۸-۱۳۹۳

در زمان وقوع حاملگی سقط شده		بعد از انجام سقط	
۱۳۸۸	۱۳۹۳	۱۳۹۳	
روش‌های جلوگیری از بارداری			
از هیچ روشی استفاده نمی‌کرد	۱۵/۸	۱۴/۷	۱۳۹۳
کل روش‌ها	۸۴/۲	۸۱/۳	۸۵/۳
روش‌های مدرن	۳۱/۶	۳۲/۰	۴۸/۰
واژکتومی	۰/۰	۰/۰	۴/۰
آی یو دی	۵/۳	۴/۰	۵/۳
قرص	۱۵/۸	۱۳/۳	۱۲/۰
کاندوم	۱۰/۵	۱۴/۷	۲۶/۷
روش‌های سنتی	۵۲/۶	۴۹/۳	۳۷/۳
عزل	۴۴/۷	۴۸/۰	۳۷/۳
ریتمیک	۷/۹	۱/۳	۰/۰
کل	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰
تعداد سقط‌ها	۷۶	۷۵	۷۵

بحث

یافته‌های این پژوهش برآوردهای جدیدی از شیوع سقط جنین در سطح کل جمعیت و زیرگروه‌های جمعیت شهر تهران را ارائه نمود. با توجه به کمبود اطلاعات معتبر درباره شیوع سقط جنین در ایران، این پژوهش با استفاده از داده‌های گذشته‌نگر برگرفته از پیمایش باروری تهران که در یک نمونه از زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله شهر تهران طی اردیبهشت ۱۳۹۳ انجام شده بود، سطوح مختلف سقط جنین را در سطح کل جمعیت و زیر گروه‌های جمعیتی شهر تهران برآورد نمود. برآوردها گویای این هستند که سالانه بیش از ۱۱۴۰۰ سقط جنین در شهر تهران رخ می‌دهد و ۹٪ بارداری‌های زنان ساکن تهران به سقط جنین ختم می‌شود. همچنین، سالانه ۵/۵ سقط به ازای ۱۰۰۰ زن متأهل در شهر تهران اتفاق می‌افتد که کمی بیشتر از میزان مشابه ۳/۹ سقط به ازای ۱۰۰۰ زن متأهل است که با استفاده از روش غیرمستقیم برای سال ۱۳۷۹ شهر تهران برآورد شده بود (۱). با این وجود، سطح میزان‌های سقط برآورد شده در این مطالعه، کمتر از میزان‌های مشابه برای

مقایسه استفاده از روش‌های پیشگیری در زمان وقوع سقط در دو مقطع زمانی نشان می‌دهد که شکست در روش عزل پس از گذشت ۵ سال، همچنان دلیل اصلی حاملگی ناخواسته بیشتر سقط‌ها است، اما بایستی توجه داشت که این داده متأثر از نسبت بالای استفاده از روش عزل در میان کل زنان متأهل است و نمی‌توان در مورد میزان شکست‌پذیری^۱ روش عزل با اتکا به این داده قضاوت کرد. توزیع درصد استفاده از روش پیشگیری بعد از انجام سقط در سال ۱۳۹۳ حاکی از آن است که نسبت استفاده‌کنندگان از تمامی روش‌های پیشگیری از ۸۱٪ قبل از سقط به ۸۵٪ پس از سقط افزایش یافته است. این افزایش عمدتاً به‌خاطر تمایل بیشتر زنان به تغییر روش و یا استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری (از ۳۲٪ در هنگام سقط به ۴۸٪ پس از سقط) است. استفاده از روش عزل نیز از ۴۸٪ به ۳۷٪ کاهش و در عوض استفاده از کاندوم از ۱۵٪ در هنگام سقط به ۲۷٪ پس از سقط افزایش یافته بود.

¹ Failure rate

کشورهای همسایه ایران در آسیای غربی است (۱۳) که می‌تواند ناشی از تفاوت در کم‌اظهاری سقط، میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، ترجیحات بارداری و تمایل زنان به توقف بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده باشد (۴، ۱۰).

در مقایسه با سال ۱۳۸۸ در پیمایش ۱۳۹۳ باروری تهران، نسبت سقط جنین در میان نوجوانان زیر ۲۰ سال افزایش داشته است. بررسی دلایل سقط‌ها حاکی از آن است که این سقط‌ها عمدتاً در دوران نامزدی و حین عقد و یا پیش از ازدواج رخ داده است؛ چراکه بارداری خارج از ازدواج در ایران مقبولیت ندارد و غیرقانونی است. نسبت‌های برآورد شده سقط جنین بر حسب ویژگی‌های زنان، زیرگروه‌هایی از زنان را شناسایی می‌کند که در صورت مواجه شدن با بارداری ناخواسته، تصمیم به سقط جنین می‌گیرند. زنانی که بدون فرزند بوده و یا یک 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. در مطالعه‌ای که در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانگاه‌های زایمان در غرب ایران در سال ۲۰۱۲ انجام گرفت، یافته‌های مشابه‌ای گزارش شد (۱۴). از آنجا که سابقه سقط جنین، دومین عامل بارداری‌های پرخطر شناخته شده است (۱۵)، گسترش استفاده از سقط جنین به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته می‌تواند سلامت زنان را به‌طور جدی تهدید کند.

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 می‌دهد که علت اصلی بسیاری از سقط جنین‌ها، محدود کردن جمعیت خانواده و فاصله‌گذاری بین تولدها است. از این گذشته، بخش اعظم سقط جنین‌ها، نتیجه شکست در استفاده صحیح از روش‌های جلوگیری از بارداری، به‌خصوص عزل، قرص

و کاندوم است. سایر پژوهش‌ها نیز بین شکست روش‌های پیشگیری و وقوع بارداری‌های ناخواسته، یک رابطه قوی و مستقیم را گزارش کردند (۱۶).

نقاط قوت و محدودیت

با توجه به فقدان داده‌های معتبر درباره شیوع سقط جنین عمد در ایران، یافته‌های این پژوهش معتبرترین منبع اطلاعاتی درباره شیوع سقط جنین در کشور است. با این وجود، همانطور که پیشتر اشاره شد، برآوردهای میزان سقط که مبتنی بر داده‌های پیمایشی است، همیشه از کم‌اظهاری در سقط‌های انجام گرفته رنج می‌برد (۳)، زیرا گروهی از پاسخگویان زن در مصاحبه چهره‌به‌چهره، تمایلی به گزارش کردن سقط عمدی خود ندارند. این محدودیت حتی در کشورهای پیشرفته که انجام سقط قانونی است، گزارش شده است (۱۷). بنابراین، کم‌اظهاری می‌تواند دلیلی برای پایین بودن میزان‌های برآورد شده سقط در این پژوهش باشد. همچنین، به دلیل تعداد فراوانی اندک سقط‌های انجام گرفته در یک‌سال و ۶ سال قبل از مصاحبه، امکان محاسبه برآوردهای فاصله‌ای قابل اتکا و معتبر برای میزان‌های سقط در این پژوهش وجود نداشت. این محدودیت به‌خصوص برای برآوردهای سقط برحسب ویژگی‌های فردی زنان بیشتر محسوس است؛ چراکه تعداد سقط در زیر گروه‌های جمعیتی بسیار اندک می‌شود.

نتیجه‌گیری

اگرچه از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳ میزان وقوع سقط جنین عمدی در تهران کاهش اندکی داشته است، اما همچنان سقط عمدی عمدتاً به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری ناخواسته استفاده می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح پیمایش ۱۳۹۳ باروری شهر تهران است که با پشتوانه مالی مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور در ایران و دانشگاه نیپسیسینگ (Nipissing) در کانادا انجام شده است، بدین‌وسیله از این دو ارگان برای حمایت‌هایشان، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. 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.
2. Rastegari A, Baneshi MR, Haji-maghsoudi S, Nakhaee N, Eslami M, Malekafzali H, et al. Estimating the annual incidence of abortions in Iran applying a network scale-up approach. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(10):e15765.
3. Rossier C. Estimating induced abortion rates: a review. *Stud Fam Plann* 2003; 34(2):87-102.
4. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2011; 37(3):134-42.
5. Erfani A. Tehran survey of fertility, 2009: final report, Tehran, Iran: Population Studies and Research Center in Asia and Pacific; 2010. (Persian).
6. Erfani A. Tehran survey of fertility, 2014: final report. Tehran, Iran: National Population Studies and Comprehensive Management Institute: Ministry of Science, Research, and Technology; 2015. (Persian).
7. Tietze C. Induced abortion: a world review. 5th ed. New York: Population Council; 1983.
8. Population and housing census, 2011. Statistical Center of Iran. Available at: URL: <https://amar.sci.org.ir/>; 2017. (Persian).
9. Bankole A, Singh S, Haas T. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *Int Fam Plan Perspect* 1999; 25(2):68-77.
10. Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Stud Fam Plann* 2000; 31(3):193-202.
11. Erfani A. Abortion in Iran: what do we know? *PSC Disc Papers Ser* 2008; 22(1):1.
12. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *Int Fam Plan Perspect* 1998; 24(3):117-27.
13. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388(10041):258-67.
14. Ranji A. Induced abortion in Iran: prevalence, reasons, and consequences. *J Midwifery Womens Health* 2012; 57(5):482-8.
15. Azizi A. The prevalence of the causes of high-risk pregnancies in pregnant women of Sonqor city. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 2(18):10-9. (Persian).
16. Zaheri F, Ranaie F, Karimeh R, Shahoi R. Unwanted pregnancy and associated factors among pregnant women who referred to Sanandaj health centers in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(132):10-5. (Persian).
17. Jones RK, Kost K. Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth. *Stud Fam Plann* 2007; 38(3):187-97.

