



مرکز تحقیقات سرطان  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



دانشگاه جامع امام حسین  
مرکز علوم و فناوری جمعیت طب

# گزارش پژوهشی

شرح بررسی فراوانی و علل سقط

در جمهوری اسلامی ایران



پژوهشگاه آینده پزشکی در سلامت



موسسه  
دیدبان افکار عمومی  
نوید ایرانیان



دانشگاه ادیان و مذاهب



وَصَلَّى اللهُ  
عَلَى مُحَمَّدٍ  
وَعَلَى أَهْلِ  
بَيْتِهِ الطَّيِّبِينَ  
الطَّاهِرِينَ



عنوان: طرح بررسی فراوانی و علل سقط در جمهوری اسلامی ایران

مجری: محمد اسماعیل اکبری

سال طراحی، جمع آوری و تحلیل داده ها: ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳

سال انتشار: ۱۴۰۴

همکاران اصلی به ترتیب حروف الفبا: دکتر نیره احمدی، دکتر عطیه اکبری، دکتر زهرا بوربور، دکتر سعیده حاجی مقصودی، دکتر علی اکبر حق دوست، دکتر محمدحسین علیپور، دکتر امیرحسین نکوئی.

ناظر: دکتر محمدولی علیئی

با همکاری: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشگاه ادیان و مذاهب، دانشگاه جامع امام حسین علیه السلام، موسسه دیدبان افکار عمومی نوید ایرانیان

صفحه آرا: محمد سبک رو

# فهرست

۶	مقدمه و معرفی موضوع
۱۴	روش کار
۱۶	نمونه گیری پیمایش ملی سقط جنین
۱۶	روش شناسی
۱۶	سطح جغرافیایی پژوهش:
۱۶	جمعیت تحقیق:
۱۷	اندازه نمونه:
۲۲	تعداد نمونه به تفکیک استان
۲۴	شروع پرسشگری
۲۶	تجزیه و تحلیل آماری
۲۷	مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه
۲۷	وضعیت قومی و جغرافیایی افراد شرکت‌کننده در مطالعه
۲۹	وضعیت سن، تاهل، تحصیلات افراد شرکت‌کننده در مطالعه
۳۰	وضعیت شغلی و هزینه خانوار افراد شرکت‌کننده در مطالعه
۳۱	وضعیت بارداری های افراد پاسخ دهنده در مطالعه
۳۲	وضعیت شبکه اجتماعی افراد پاسخ دهنده و سقط جنین در شبکه اجتماعی آنها
۳۳	برآورد سقط جنین در سطح کشور و استان
	برآورد سقط جنین، نسبت سقط عمدی به خود به خودی و عمدی به مولید
۳۶	بررسی وضعیت استان ها از نظر سقط جنین
۴۴	میزان سقط جنین به زنان، مولید زنده در کل کشور و بر حسب استان
۴۵	برآورد سقط جنین بر حسب نوع سقط جنین
۴۷	برآورد سقط جنین در گروه های سنی
۴۸	وضعیت عوامل زمینه‌ای تعیین کننده سقط جنین
۴۸	ویژگی افراد دارای سقط جنین
۴۹	ویژگی‌های دموگرافیک افراد دارای سقط جنین
۵۱	تمایل به سقط جنین، روش پیشگیری از بارداری و آگاهی پدر از سقط جنین
۵۱	آگاهی و نگرش نسبت به پدیده سقط جنین
۵۱	آگاهی نسبت به پدیده سقط جنین
۵۲	نگرش افراد نسبت به پدیده سقط
۵۴	وضعیت سطح نمره آگاهی و نگرش افراد نسبت به پدیده سقط و ارتباط آن با تجربه سقط جنین
۵۵	عوامل موثر بر تجربه سقط جنین
۵۵	آنالیز تک متغیره عوامل موثر بر تجربه سقط جنین در یکسال گذشته
۵۷	آنالیز چندگانه عوامل موثر بر تجربه سقط جنین در یکسال گذشته
۶۱	منابع:
۶۲	این گزارش به صورت زیر ارجاع داده می شود:



## مقدمه و معرفی موضوع

مَنْ أَجَلَ ذَلِكَ كَتَبْنَا عَلَى بَنِي إِسْرَائِيلَ أَنَّهُ مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنْ كَثِيرًا مِنْهُمْ بَعْدَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَكُسْرُفُونَ (سوره مبارکه مائده/آیه ۳۲)

به این سبب بر بنی اسرائیل لازم و مقرر کردیم که هر کس انسانی را جز برای حق، [قصاص] یا بدون آنکه فساد در زمین کرده باشد، بکشد، چنان است که همه انسان ها را کشته، و هر کس انسانی را از مرگ برهاند و زنده بدارد، گویی همه انسان ها را زنده داشته است. و یقیناً پیامبران دلایل روشنی برای بنی اسرائیل آوردند، سپس بسیاری از آنان بعد از آن در روی زمین به [تجاوز از حدود حق و فساد و] زیاده روی برخاستند. (سوره مبارکه مائده/آیه ۳۲) ۱

قرآن کریم در آیه ۱۳ سوره مؤمنون تصریح می کند که حیات انسان از بدو تشکیل نطفه است: **ثُمَّ جَعَلْنَا نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (۱۳)؛** سپس آن را نطفه ای در قرارگاهی استوار [چون رحم مادر] قرار دادیم (سوره مبارکه مؤمنون/آیه ۱۳). ۲

روایتی از امام باقر (علیه السلام) نیز که در منابع حدیثی شیعه، به ویژه کتب اربعه، با سند صحیح و معتبر نقل شده است، در خصوص اسقاط جنین بیان می دارد: «عَنْ أَبِي عُبَيْدَةَ عَنْ أَبِي جَعْفَرٍ عَلَيْهِ السَّلَامُ فِي امْرَأَةٍ شَرِبَتْ دَوَاءً وَ هِيَ حَامِلٌ لِنَطْرَحَ وَ لَدَهَا فَالْقَتَ وَ لَدَهَا، فَقَالَ: إِنْ كَانَ عَظْمًا قَدْ نَبَتَ عَلَيْهِ اللَّحْمُ وَ شَقَّ لَهُ السَّمْعُ وَ الْبَصَرُ فَإِنْ عَلَيْهَا دَيْتُهُ تُسَلِّمُهَا إِلَى أَبِيهِ. قَالَ: وَ إِنْ كَانَ جَنِينًا عُلِقَهُ أَوْ مُضْغَةً فَإِنْ عَلَيْهَا أَرْبَعِينَ دِينَارًا أَوْ غُرَّةً تُسَلِّمُهَا إِلَى أَبِيهِ. قُلْتُ: فَهِيَ لَا تَرِثُ مِنْ وَ لَدِهَا مِنْ دَيْتِهِ؟ قَالَ: لِمَا لَانْهَا قَتَلْتَهُ»؛ (کلینی، ۱۴۰۷: ۳۴۴/۷)؛ در این روایت، ابو عبیده از امام باقر (علیه السلام) درباره زنی که با مصرف دارویی موجب سقط جنین خود شده است، سؤال می کند. امام (علیه السلام) در پاسخ به پرسش وی می فرماید: اگر عظام دارای استخوان است و بر روی آن گوشت آمده، فلان مقدار دیه اش است و باید به پدرش تسلیم شود و اگر علقه یا مضغه است، فلان مقدار دیه اش است و باید آن را به پدرش تسلیم کند. ابو عبیده با توجه به این پاسخ، این پرسش را مطرح می کند که چرا امام (علیه السلام) تأکید دارند دیه صرفاً به پدر جنین پرداخت شود، در حالی که به ظاهر هر دو والد (پدر و مادر) وارث جنین محسوب می گردند. امام باقر (علیه السلام) در پاسخ می فرماید: که مادر به دلیل مباشرت در سقط جنین و اقدام به قتل، از ارث محروم می شود، چرا که در این عمل، به عنوان قاتل شناخته می شود. این روایت تصریح می کند که حتی در مراحل اولیه تکوین جنین (علقه و مضغه)، سقط آن مستلزم پرداخت دیه است و این امر، دلیلی بر انسان بودن جنین از همان ابتدای تشکیل نطفه است و هرگونه اقدام جهت سلب حیات از جنین، در هر مرحله ای از رشد، مصداق قتل بوده و مرتکبان آن به عنوان قاتل محسوب می گردند.

۱ - ترجمه انصاریان / <https://wiki.aholbait.com>

۲ ولَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سَلَالَةٍ مِنْ طِينٍ (۱۲) وَ بَعَثْنَا مَا نَحْنُ بِرَبِّهِمْ، (ثُمَّ جَعَلْنَا نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (۱۳) سپس آن را نطفه ای در قرارگاهی استوار [چون رحم مادر] قرار دادیم). /سوره مبارکه مؤمنون.

روایت دیگری بر وجود روح در جنین از ابتدای تشکیل نطفه دلالت دارد. سعید بن مسیب از امام سجاد (علیه السلام) می پرسد: آیا از نظر شما تحول و تکامل جنین در رحم مادر همراه با وجود روح است یا بدون روح؟ حضرت (علیه السلام) در پاسخ می فرماید: جنین با روحی مستقل از حیات پیشین خود در صلب پدران و رحم مادران متحول می شود، و اگر جنین نبود (یعنی اگر جنین فاقد روح می بود)، تغییر و انتقال آن از مرحله ای به مرحله دیگر امکان پذیر نمی گردید. در این صورت (اگر جنین بدون روح در حال تحول بود)، قتل آن در چنین مرحله ای موجب وجوب پرداخت دیه نمی شد (کلینی، ۱۴۰۷: ۳۴۴/۷). امام سجاد (ع) در این روایت تصریح می کنند که تحولات جنین در رحم مادر، بدون وجود روح ممکن نیست و این موضوع، لزوم احترام به حیات جنین را از همان ابتدا اثبات می کند.

در فقه امامی، اسقاط عمدی جنین در هر مرحله ای و از هر راهی حرام و موجب دیه است، زیرا خلقت انسان از همان انعقاد نطفه آغاز می شود.<sup>۳</sup> به عقیده امام خمینی (رحمه الله علیه) دلایلی مانند مشکلات اقتصادی، اجتماعی، تعدد اولاد و کهن سالی نیز برای قطع دائم حاملگی و یا سقط جنین «مجزو نیست». و در مواردی هم که امکان وجود نقایص مادرزادی جسمی و عقلی و روانی، به طور سرشتی یا اکتسابی در جنین هست مثل انواع بیماری های ارثی یا ناشی از تاثیر مواد و داروها و اشعه ایکس و غیره «سقط جایز نیست و فرق نمی کند» که جنین زیر و یا بالای چهار ماه باشد.<sup>۴</sup>

به عقیده مقام معظم رهبری (حفظه الله تعالی) نیز از بین بردن نطفه بعد از استقرار آن در رحم و همچنین سقط جنین در هیچ یک از مراحل بعدی جایز نیست.<sup>۵</sup> هم چنین ایشان در رابطه با موضوع اسقاط جنین می فرمایند: «اسقاط جنین یا امثال اینها در بعضی از جاها انجام می گیرد، اگر اینها راست است، این مسئولین دولتی مشخص، مسئول این کارند و باید دنبال بکنند.» (دیدار مسئولان نظام ۲۵/۳/۱۳۹۵)

سقط جنین عمدی (جنایی) بزرگترین منکر عصر حاضر و از چالش برانگیزترین و جدی ترین معضلات اخلاقی و اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و بیولوژیک در سطح جهانی محسوب می شود.

مشکل اصلی در جوامعی که اقدام به سقط جنین می کنند، نادیده گرفتن حیات انسانی جنین از لحظه انعقاد نطفه است. در حالی که بر اساس آموزه های اسلامی، به محض وقوع لقاح، مرحله ای از وجود انسانی محقق می شود و هرگونه تعرض به آن، مصداق قتل محسوب می گردد سقط جنین، از همان لحظه انعقاد نطفه، به منزله قتل یک مرحله از وجود انسان است. بر اساس آموزه های قرآنی، جنین انسان از زمان تشکیل نطفه، ماهیتی متفاوت از گیاهان و حیوانات دارد و از جایگاه ویژه ای برخوردار است (مزروعی، ۱۳۹۹: ۳-۵).

با استناد به آیات قرآن کریم و روایات معتبر فقهی، می توان نتیجه گرفت که جنین از لحظه انعقاد نطفه، واجد حیات انسانی است و هرگونه تعرض به آن، مصداق قتل محسوب می شود. این دیدگاه نه تنها در چارچوب فقه

۳ - [https://fa.wikifqh.ir/%D%A9%DB%AC%D9%A7\\_%D%A7%AC%D9%A7%DB%AC%D9%A7](https://fa.wikifqh.ir/%D%A9%DB%AC%D9%A7_%D%A7%AC%D9%A7%DB%AC%D9%A7)

۴ موسوعة الإمام الخميني ۲۲ الی ۴۱ (استفتائات امام خمینی (س)) نویسنده: السيد روح الله جلد ۸: صفحه ۴۲۰ و ۴۲.

۵ <https://www.isna.ir/news>.



اسلامی، بلکه از منظر اخلاق زیستی نیز حائز اهمیت است و لزوم بازنگری در قوانین و فرهنگ عمومی نسبت به این مسئله را نمایان می‌سازد.

بر اساس منابع بیولوژیک بین المللی نیز سقط جنین از لحظه انجام لقاح، سقط محسوب می‌شود. قابل توجه است که در فرآیند لقاح، ادغام گامت‌های هاپلوئید پدری (۲۳ کروموزوم) و مادری (۲۳ کروموزوم) منجر به تشکیل زیگوت دیپلوئید (۴۶ کروموزوم) می‌شود که موجودی ژنتیکی مستقل با هویت بیولوژیکی جدید محسوب می‌گردد. این موجود، برخلاف گامت‌های اولیه که فاقد قابلیت تکثیر مستقل هستند، از توانایی تقسیم سلولی و تمایز برخوردار است. مطالعات ژنومیک نشان می‌دهد که جنین از لحظه تشکیل، الگوی بیان ژن منحصر به فردی دارد که توالی یابی آن را از سلول‌های والدینی متمایز می‌سازد. تحولات پویای مورفولوژیک و اپی‌ژنتیک در مراحل تکوین، مؤید استقلال **Ontological** این موجود است. از منظر زیست‌شناسی تکوینی، این فرآیند نشان‌دهنده آغاز چرخه حیات یک ارگانیسم انسانی جدید است که به صورت پیوسته در حال تمایز و رشد می‌باشد (Irving, 1999: 22-24).<sup>۶</sup>

سقط جنین<sup>۷</sup> به معنای قطع حاملگی قبل از رسیدن جنین به سنی از حاملگی است که می‌تواند بیرون از رحم زنده بماند. به طور کلی سقط جنین به دو دسته کلی تقسیم می‌شود: (۱) سقط جنین خود به خودی<sup>۸</sup>، به معنای خروج جنین یا رویان (Embryo or Fetus) از رحم قبل از هفته ۲۰ حاملگی یا جنین با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم و بدون کاربرد عوامل طبی یا مکانیکی برای تخلیه رحم. در واقع سقطی که بدون دخالت مادر یا پزشک و به صورت خود به خودی اتفاق افتاده و مخاطرات جسمی و روحی چندانی ندارد.

و (۲) سقط القایی<sup>۹</sup>، به معنای خاتمه حاملگی با روش‌های دارویی یا مداخله جراحی در هر مرحله‌ای از حیات جنین (Gray et al., 2022). سقط القایی خود به دو صورت است: الف) سقط که اصطلاحاً درمانی<sup>۱۰</sup> خوانده می‌شود، از انواع سقط القایی است که معمولاً به منظور محافظت از جان مادر به دلیل بیماری او که جز موارد بسیار نادر است، انجام می‌شود. ب) سقط عمدی<sup>۱۱</sup> یا جنایی<sup>۱۲</sup> دسته دیگری از سقط‌های القایی می‌باشند، که مادر در معرض خطر جسمی نیست ولی به دلایل مختلف زن اقدام به سقط جنین می‌کند. در واقع سقطی که به خواست یکی از والدینی یا هر دو و به صورت غیرمشروع و غیرقانونی و با کمک گرفتن از دارو یا با کمک پزشکان و ماماها و افراد متخلف صورت می‌گیرد (اکبری /گزارش سقط جمهوری اسلامی ایران ۱۴۰۲).

<sup>۶</sup> Irving DN. When do human beings begin? scientific myths and scientific facts. International journal of sociology and social policy. 1999 Feb 19;22-26.

<sup>۷</sup> abortion

<sup>۸</sup> spontaneous abortion or miscarriages

<sup>۹</sup> Induced abortion

<sup>۱۰</sup> Therapeutic Abortion

<sup>۱۱</sup> intentional abortion

<sup>۱۲</sup> criminal abortion



بر اساس آمارهای جهانی، ۵۷ کشور که حدود ۴۰ درصد از جمعیت زنان جهان را شامل می‌شوند، اجازه سقط جنین را صرفاً بر اساس درخواست زن باردار صادر می‌کنند. در این کشورها، تصمیم نهایی درباره ادامه یا خاتمه بارداری کاملاً به عهده زن گذاشته شده است. حدود ۲۰ درصد از زنان جهان در کشورهای زندگی می‌کنند که در آنها سقط جنین تنها تحت شرایط خاص اجتماعی و اقتصادی، مانند تأثیر بارداری بر فرزندان موجود یا سایر اعضای خانواده، مجاز شمرده می‌شود. با این حال، حدود ۴۰ درصد از زنان جهان در کشورهایی با قوانین محدودکننده یا حتی ممنوعیت کامل دسترسی به سقط جنین از هر نوع زندگی می‌کنند.<sup>۱۳</sup>

کشورهای جهان با توجه به تنوع فرهنگی، آداب و رسوم، باورها و اعتقادات مذهبی، سیاستها و قوانین متفاوتی را در زمینه سقط جنین اتخاذ کرده‌اند. در بسیاری از جوامع، موضع‌گیری نسبت به سقط جنین متأثر از آموزه‌های دینی است. برای نمونه، در فقه اسلامی، سقط عمدی جنین پس از تشکیل نطفه، به طور کلی حرام و ممنوع محسوب می‌شود، مگر در موارد استثنایی که ادامه بارداری حیات مادر را با مخاطره جدی مواجه سازد (Alkali, ۲۰۱۵).

در کشور ایران طبق ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی می‌باشد و مطابق مواد (۷۱۶) تا (۷۲۰) قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است. طبق این قانون مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید و کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها مکلفند درخواست‌های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد. قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر می‌نماید: الف - در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر در سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد؛ ب - در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است.

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد، نقطه عطفی در سیاست‌گذاری‌های جهانی مرتبط با سلامت باروری محسوب می‌شود. در این اجلاس، مواضع سازمان ملل متحد

۱۳ WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. ۲۰۱۲.



در قبال سقط جنین مورد بازنگری قرار گرفت و اقداماتی در جهت کاهش پیامدهای منفی سقط‌های غیرایمن به اجرا گذاشته شد که مورد تأیید کشورهای عضو، از جمله جمهوری اسلامی ایران، قرار گرفت (United Nations, ۱۹۹۴). با این حال، رویکردهای مطرح شده در این کنفرانس به گونه‌ای تفسیر شد که گویی سقط جنین به عنوان یک حق فردی برای زنان و یا به بهانه دسترسی به سقط ایمن و پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته ترویج می‌شود. اگرچه در اسناد نهایی ICPD صراحتاً از توصیه سقط جنین به عنوان یک روش پیشگیری از بارداری اجتناب شده است، اما برخی سیاست‌های اتخاذ شده عملاً به گسترش این پدیده دامن زده است (Sedgh et al., ۲۰۱۶). پیامدهای اجتماعی این روند را می‌توان در افزایش نرخ فرزندان بدون شناسنامه پدری (که حدود ۴۰ درصد از تولدهای جهانی را شامل می‌شود) مشاهده کرد، پدیده‌ای که بار سنگین اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آن بر دوش مادران و جامعه تحمیل می‌شود (World Health Organization, ۲۰۲۱).

در ایران پژوهش‌های متعددی در این زمینه صورت گرفته است:

پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که عوامل متعددی موجب گرایش زنان به سقط عمدی جنین می‌شود. مطالعه‌ای توسط سرایی و روشن شمال (۱۳۹۱) مشخص نمود که از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به تمایل به محدود نگه داشتن تعداد فرزندان، پنهان‌سازی روابط خارج از چارچوب ازدواج، بارداری ناشی از تجاوز جنسی و حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده اشاره کرد. تحقیق محمودیانی و عابدی (۱۴۰۱) که به بررسی ارتباط بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین پرداخت، نشان داد در بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها عامل مذهبی تأثیر آماری معناداری بر احتمال انجام سقط عمدی دارد. این پژوهش همچنین مشخص کرد که بارداری ناخواسته با ضریب تأثیر ۲.۷۰۲ به شکل معناداری احتمال وقوع سقط عمدی را افزایش می‌دهد.

مطالعه غلامی (۱۳۹۹) که به بررسی رابطه بین سطح باورهای مذهبی و خودداری از سقط جنین در موارد بارداری ناخواسته پرداخته بود، وجود همبستگی قوی بین این دو متغیر را به اثبات رساند. پژوهش طولی عرفانی و شجاعی (۱۳۹۶) با استفاده از داده‌های پیمایش باروری در تهران و با نمونه‌گیری تصادفی از ۲۹۳۴ نفر در سال ۱۳۸۸ و ۳۰۱۲ نفر در سال ۱۳۹۳، روند تغییرات سقط عمدی جنین را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این تحقیق حاکی از کاهش نرخ سقط جنین در این دوره بود. همچنین مشخص شد زنانی که از تحصیلات بالاتر، وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر، اشتغال رسمی، اعتقادات مذهبی ضعیف‌تر برخوردار بوده، مهاجر شهری محسوب شده و فاقد فرزند یا دارای تنها یک فرزند بودند، بیشتر از سایرین اقدام به سقط جنین نموده‌اند.

محمودیانی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۲۴۷ زن روستایی در استان فارس، میزان شیوع و عوامل مؤثر بر سقط جنین را بررسی کردند. نتایج نشان داد حدود یک پنجم نمونه‌های پژوهش (۲۲٪)

حداقل یک بار سقط جنین را تجربه کرده‌اند. تحلیل‌های آماری این مطالعه وجود رابطه معنادار بین سطح تحصیلات زنان و همسرانشان و نیز باورهای مذهبی با تجربه سقط جنین را تأیید کرد. همچنین مشخص شد زنان دارای تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با زنان کم‌سوادتر، با احتمال کمتری اقدام به سقط جنین می‌نمایند.

در پژوهشی کیفی توسط رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹۶)، داده‌ها از طریق انجام مصاحبه‌های عمیق با ۵۰ زن دارای سابقه سقط جنین عمدی گردآوری شد. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که تصمیم به سقط جنین در فرآیندی مبتنی بر ارزیابی هزینه-فایده و پیشگیری از مخاطرات آتی صورت می‌پذیرد. عواملی همچون بارداری خارج از چارچوب هنجارهای اجتماعی، اعتیاد همسر، تعارضات خانوادگی، مشکلات معیشتی و اقتصادی، و تعارض بین مسئولیت‌های شغلی و والدگری موجب می‌شوند هزینه‌های تداوم بارداری بیش از هزینه‌های ناشی از سقط جنین ارزیابی گردد (رازقی نصرآباد و سنجری، ۱۳۹۶: ۱۰۵).

پژوهش رضایی و پرتوی (۱۳۹۶) که بر روی زنان کرد شهر مهاباد انجام شد، نشان داد که ۳۰.۶ درصد از مشارکت‌کنندگان سابقه سقط جنین داشته‌اند که از این میان، ۳۴.۵ درصد به صورت عمدی صورت پذیرفته است. نتایج بیانگر آن است که زنان با پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتر بیشتر تجربه سقط عمدی داشته‌اند، در حالی که در میان زنان با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، سقط‌های غیرعمدی شیوع بیشتری داشته است (رضایی و پرتوی، ۱۳۹۶: ۳۲).

رستگاری و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی با به‌کارگیری روش بسط شبکه‌ای، به برآورد میزان سالانه سقط جنین در ایران پرداختند. یافته‌ها حاکی از آن است که حداقل و حداکثر برآوردهای انجام شده به ترتیب ۷۰.۵۴ و ۱۱۶.۹ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ بارداری بوده است (رستگاری، ۲۰۱۴: ۱).

پژوهش رشیدی بتول و همکاران (۱۳۹۵) که بر روی ۵۱۸ زن و بررسی ۹۶۶ مورد بارداری انجام شد، نشان داد که ۶۸.۴ درصد از بارداری‌ها برنامه‌ریزی شده و ۳۱.۶ درصد ناخواسته بوده‌اند. از میان ۲۴۹ مورد سقط گزارش شده، ۴۳.۴ درصد خودبه‌خودی، ۱۶.۵ درصد به دلایل پزشکی و ۴۰.۲ درصد عمدی بوده است. همچنین نتایج حاکی از افزایش درصد سقط‌های القایی در بارداری‌های ناخواسته از صفر درصد در دهه ۱۳۶۰ به ۴۱.۷ درصد در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ بوده است (رشیدی بتول و همکاران، ۱۳۹۵: ۷۵).

در تحقیق عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) که بر روی ۳۶۹ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی انجام شد، عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری برای سقط عمدی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که ۲۶ درصد از زنان در زمان سقط ۲۶ سال سن داشته‌اند و ۴۱.۸ درصد دارای مدرک دیپلم بوده‌اند. مشکلات اقتصادی (۲۰ درصد) و اختلافات خانوادگی (۱۵ درصد) شایع‌ترین دلایل سقط گزارش شده است. نیمی از زنان (۵۰ درصد)،



همسران خود را عامل اصلی ترغیب به سقط دانسته‌اند و ۴۲.۴ درصد نیز سقط را عملی حرام تلقی کرده‌اند (عبدالجباری و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۴).

متولی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای بر روی زنان شهر اردبیل، میزان شیوع سقط عمدی را ۸.۳ درصد گزارش نمودند. مهم‌ترین دلایل سقط شامل دستیابی به تعداد مطلوب فرزندان، شرایط نامساعد اقتصادی، فاصله کم بین فرزندان، ادامه تحصیل و سن بالای والدین بوده است. عوارض پس از سقط نیز شامل خونریزی (۷۰.۵ درصد) و عفونت (۷.۴ درصد) گزارش شده است (متولی و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۸۵).

پژوهش نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۱) که بر روی ۵۱۳ زن مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های جنوب تهران انجام شد، نشان داد که ۲۶.۳ درصد از موارد سقط به صورت عمدی بوده است. بین سقط عمدی با متغیرهایی چون سن زن و همسر، تعداد بارداری‌ها، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات رابطه معناداری مشاهده شد. همچنین در بارداری‌های ناخواسته، میزان سقط عمدی به طور معناداری بالاتر بوده است (نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۴).

در سطح بین‌المللی و در بسیاری از کشورهای جهان، سقط جنین تحت شرایط خاصی از جمله حفظ سلامت مادر مجاز شناخته می‌شود. در این کشورها، اصل مسئله بر سقط جنین متمرکز نیست، بلکه چالش اصلی، عوارض و پیامدهای ناشی از سقط جنین غیرایمن تلقی شده و تلاش‌ها عمدتاً در جهت کاهش این پیامدهای نامطلوب ساماندهی می‌شود. بر این اساس، بخش عمده‌ای از پژوهش‌های حوزه سقط جنین به بررسی موانع دسترسی به خدمات سقط جنین ایمن و همچنین جنبش‌های مخالف با این محدودیت‌ها اختصاص یافته است. از سوی دیگر، در حیطه مطالعات نگرش سنجی، تحقیقات متعددی به بررسی دیدگاه‌های افراد نسبت به قانونی بودن سقط جنین و محدودیت‌های اعمال‌شده از سوی دولت‌ها در این زمینه پرداخته‌اند.

اسکاگلیو و نایاک (۲۰۲۳) در پژوهشی به بررسی رابطه بین چارچوب قانونی سقط جنین در سطح ایالت‌ها و نگرش‌های فردی نسبت به قانونی بودن سقط جنین و محدودیت‌های دولتی در دسترسی به این خدمات در ایالات متحده پرداختند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که کاهش سطح دینداری، برخورداری از تحصیلات عالی و تمایل به دیدگاه‌های سیاسی لیبرال، با افزایش حمایت از قانونی بودن سقط جنین و مخالفت با محدودیت‌های دولتی در این حوزه همراه بوده است (Scoglio & Nayak, 2023).

بینایو و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای به شناسایی عوامل مؤثر بر سقط جنین عمدی مکرر در میان زنان منطقه سیداما در جنوب اتیوپی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که محل سکونت، سطح تحصیلات زنان، تعداد شرکای جنسی در دوازده ماه گذشته، سن زنان در اولین تجربه جنسی، آگاهی از مسائل مرتبط با باروری و تصور زنان از دردناک بودن روش سقط جنین، از جمله عوامل تعیین‌کننده در بروز سقط‌های مکرر در این

منطقه هستند. محققان پیشنهاد کردند که دولت اتیوپی، جامعه و خانواده‌ها باید با تمرکز بر آموزش، تقویت استفاده از خدمات بهداشت باروری، تأخیر در اولین تجربه جنسی نوجوانان و کاهش تعداد شرکای جنسی، گام‌های مؤثری در جهت توانمندسازی زنان بردارند (Binayew et al., 2022: 1).

هانوس و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه‌ای در شیلی، رابطه بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد و سقط جنین عمدی را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۱۵.۵ درصد از شرکت‌کنندگان سابقه سقط جنین داشته‌اند. همچنین، زنان نوجوان و جوان با موقعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر، در مقایسه با زنان دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، موارد بیشتری از سقط جنین را گزارش کرده‌اند (Huneus et al., 2020: 415).

مطابق پژوهش بیگز عوامل متعددی از جمله تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، بارداری‌های ناخواسته، ملاحظات اقتصادی، چالش‌های مرتبط با شریک جنسی، اولویت‌دهی به تربیت فرزندان موجود، آمادگی روانی ناکافی، مشکلات مربوط به سلامت جسمی و روانی، و فشارهای اجتماعی از سوی خانواده و اطرافیان، از جمله مهم‌ترین دلایل گرایش زنان به سقط جنین عمدی محسوب می‌شوند (Biggs, 2013). علاوه بر این، بارداری خارج از چارچوب ازدواج، تداخل بارداری با تعهدات تحصیلی یا شغلی، سن بالای مادر یا همسر، و همچنین سیاست‌های بین‌المللی مصوب سازمان ملل متحد و نهادهای وابسته به آن، از دیگر عوامل تأثیرگذار بر وقوع سقط‌های غیرقانونی به شمار می‌روند (Nikpour et al., 2013).

در برخی کشورها از جمله ایالات متحده، سازمان‌ها و گروه‌های غیردولتی مدافع حقوق سقط جنین فعالیت چشمگیری دارند. پس از قانون رو وید در آمریکا در سال ۱۹۷۳، آمار سقط‌های عمدی روند صعودی داشت، اما از دهه ۱۹۹۰ با گسترش نهادهای مردمی حامی حقوق جنین، این روند نزولی شد. مطالعات متعددی به بررسی اقدامات این گروه‌ها پرداخته‌اند.

مکلود و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود دریافتند که از ۳۲۱ مرکز ارائه‌دهنده خدمات سقط جنین در آمریکا، ۱۱۲ مورد مورد آزار، تهدید، ارباب و طرد اجتماعی قرار گرفته‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که آزارهای هدفمند علیه ارائه‌دهندگان این خدمات در ایالات متحده فراگیر بوده و عمدتاً با هدف ترساندن این افراد و منزوی کردن آن‌ها از جامعه محلی انجام می‌شود (McLeod, Pivarnik, & Flink-Bochacki, 2022: ۴۲).

برای تدوین و اجرای سیاست‌ها و اقدامات مؤثر در هر حوزه، ضروری است که ابتدا تصویری دقیق از وضعیت فعلی ترسیم شود تا بتوان واقعیت‌های عینی را شناسایی کرد و نقاط ضعف و کاستی‌های موجود را تشخیص داد.

در این زمینه، با توجه به دو چالش اساسی از یک سو، شیوع گسترده سقط جنین به شکل غیرقانونی و پنهانی و همچنین نبود آمار دقیق و معتبر در این حوزه، و از سوی دیگر، باور نداشتن برخی تصمیم‌گیران به ابعاد بحرانی شیوع سقط جنین در ایران لزوم روشن‌سازی ابعاد این معضل اجتماعی بیش از هر زمان دیگری احساس می‌شود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف برآورد میزان شیوع سقط جنین و بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن، تلاش می‌کند گامی کاربردی در راستای کمک به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های صحیح برای کاهش این پدیده (خودبه‌خودی یا عمدی) بردارد و راهکارهای مناسبی را در این زمینه ارائه دهد.

## روش کار

### مشخصات پژوهش

نوع مطالعه: مقطعی - توصیفی

روش پژوهش: کمی

ابزار گردآوری داده‌ها: پرسشنامه به بسط شبکه‌ای

جامعه مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۴۹ سال تمام.

این پژوهش علاوه بر توصیف وضعیت سقط جنین به صورت ملی به توصیف وضعیت سقط جنین در ۳۱ استان پرداخته است. حجم نمونه مبتنی بر تعداد بانوان در سن باروری مستخرج از گزارش مرکز ملی آمار ایران بوده است و داده‌های حاصل از تحقیق در هر استان را برای همان استان هم معنی دار کرده است. پس از تبیین موضوع به صورت تلفنی برای پاسخگویان و کسب رضایت آگاهانه از افراد، از آنها خواسته می‌شود که به سوالات پرسشنامه در خصوص خود (مستقیم) و زنان فامیل و آشنای نزدیک خود (بسط شبکه‌ای) که رابطه صمیمی با آنها دارند پاسخ دهند. این اقدامات بصورت تلفنی و صرف وقت لازم انجام می‌شد.

### تهیه پرسشنامه و اعتباریابی

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه - محقق - ساخته استفاده شد .

به منظور افزایش اعتبار پرسشنامه از روش دلفی دو مرحله‌ای بهره گرفته شده است. بدین منظور ابتدا نظریات مهم این حوزه و پژوهش‌های پیشین مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته و مولفه‌های اثرگذار در پژوهش استخراج گردیده است .

سپس پرسشنامه ۶۷ تدریجی شده برای چند متخصص و فعال اجتماعی این حوزه ارسال شد و آنها نظرات خود را در مورد قسمت ۶‌های مختلف پرسشنامه بیان کرده و در مرحله بعد با جمع‌نظرات متخصصین، پرسشنامه ویرایش شده و مجدد برای اظهار نظر متخصصین ارسال شد. (اعتبار صوری)، تایید نهایی پس از طی این مراحل توسط مجری طرح صورت گرفت.

گویه های پرسشنامه این پژوهش، که بر اساس مطالعات و پژوهش های گوناگون طراحی گردیده است، مورد اعتباریابی و سنجش پایایی قرار گرفتند .

با روش اعتبار صوری و نسبت روایی محتوایی یا Content Validity Ratio; CVR و شاخص روایی محتوایی یا Content Validity Index, CVI برخی از گویه های جابجا و اعتبار پرسشنامه تایید گردید.

## روایی محتوایی

روایی محتوایی (Content Validity) نشان می دهد یک مقیاس یا پرسشنامه تا چه میزان همه جنبه های سازه مورد نظر را مورد سنجش قرار می دهد. به طور کلی روایی پرسشنامه (Validity) به این سوال پاسخ می دهد که ابزار اندازه گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می سنجد. روایی محتوایی از طریق محاسبه نسبت روایی محتوایی یا Content Validity Ratio; CVR و شاخص روایی محتوایی Content Validity Index, CVI انجام گرفت و گویه های با نمره پایین حذف شدند.

## پایایی پرسشنامه با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)

برای انجام پیش آزمون، ۶۰ نفر از زنان شهر تهران به صورت تصادفی مورد مطالعه قرار گرفتند. آلفای کرونباخ گویه ها محاسبه شده و گویه های فاقد اعتبار حذف یا اصلاح شد. پرسشنامه ای دارای روایی و پایایی جهت انجام پرسشگری آماده گردید .

## آموزش پرسشگران و نحوه فعالیت آنها

### نوع مصاحبه : تلفنی

با مرکز افکارسنجی نوید ایرانیان که دارای پرسشگران حرفه ای بودند قرارداد بسته شد. در سه جلسه آموزشی ادبیات و نکات کلیدی و آموزش مفاهیم سوالات پرسشنامه به پرسشگران آموزش داده شد .

تمامی پرسشگران به صورت آزمایشی پس از تماس موفق به تکمیل پرسشنامه پرداختند. پرسشگران با نرم افزار ZOIPER تماس گرفته و پس از تکمیل فایل پرسشنامه بر روی سیستم کامپیوتر کلیه اطلاعات در دیتابیس جمع آوری گردیده و کلیه مکالمات نیز ضبط می گردید. هر پنج نفر پرسشگر زیر نظر یک سوپروایزر کار رو خود را انجام داده و در پایان هر روز به صورت تصادفی تعدادی از صوت های پرسشگران استماع گردیده و صحت ثبت مکالمات بررسی می گردید. (ارزیابی درونی) ارزیابی بیرونی توسط ناظرین طرح به نیابت از طرف کارفرما و مجری طرح انجام می گردید.

## نمونه گیری پیمایش ملی سقط جنین

### روش شناسی

این پیمایش ملی از نظر هدف کاربردی، از حیث زمان از نوع مقطعی و از بعد گستره از نوع پهناگر (سطح ملی) می باشد. شیوه مورد استفاده پیمایش و اطلاعات مربوط به زنان ۱۵ تا ۵۰ سال ایرانی از طریق پرسشنامه ساختاریافته به صورت مصاحبه تلفنی جمع آوری شد.

### سطح جغرافیایی پژوهش:

سطوح جغرافیایی برای نمونه گیری این پژوهش ۳۱ استان به صورت مستقل و مجموع آنها به صورت ملی در کشور است.

### جمعیت تحقیق:

جمعیت تحقیق شامل کلیه زنان ۱۵ تا ۵۰ سال ساکن در نقاط مختلف شهری و روستایی کشور است که در زمان تماس پرسشگر پاسخگوی تلفن ثابت یا همراه بودند. هر یک از این افراد، واحد آماری را تشکیل می دهند. در جدول زیر تعداد جمعیت زنان ۱۵-۵۰ سال هر استان براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ و همچنین براساس برآورد جمعیت زنان ۱۵-۵۰ سال در سال ۱۴۰۱ نشان داده شده است. (مرکز ملی آمار)

جدول ۱: تعداد نمونه اختصاص یافته به استانها متناسب با جمعیت هر استان

استان	جمعیت زنان ۱۵-۵۰ سال (سرشماری سال ۱۳۹۵)	جمعیت زنان ۱۵-۵۰ سال (برآورد سال ۱۴۰۱)
آذربایجان شرقی	۱۱۰۶۰۰۳	۱۱۱۹۱۷۸
آذربایجان غربی	۹۳۱۰۵۳	۹۶۴۴۵۹
اردبیل	۳۶۴۸۹۰	۳۷۲۹۰۸
اصفهان	۱۴۸۸۷۹۰	۱۴۹۲۶۰۷
البرز	۸۱۹۴۸۹	۸۲۱۸۷۹
ایلام	۱۷۵۷۷۳	۱۷۹۴۴۹
بوشهر	۳۱۸۴۷۵	۳۳۶۷۰۸
تهران	۳۹۸۰۱۶۸	۳۹۴۱۲۸۶
چهارمحال و بختیاری	۲۶۹۹۴۰	۲۸۲۱۷۸

۲۱۹۵۲۵	۲۰۶۵۷۱	خراسان جنوبی
۲۵۶۵۶۰	۲۴۳۲۳۳	خراسان شمالی
۱۹۱۱۳۵۲	۱۸۲۷۵۸۴	خراسان رضوی
۱۴۴۵۷۲۱	۱۳۷۱۶۶۱	خوزستان
۳۱۲۸۵۹	۳۰۵۲۳۳	زنجان
۲۱۰۱۴۴	۲۰۷۶۶۷	سمنان
۸۴۴۶۲۴	۷۲۹۵۱۵	سیستان و بلوچستان
۱۴۴۷۴۵۶	۱۴۱۹۷۸۶	فارس
۳۷۹۵۶۵	۳۷۱۶۳۷	قزوین
۳۹۰۰۶۵	۳۷۶۱۲۳	قم
۴۸۰۵۶۴	۴۶۸۸۹۹	کردستان
۹۵۰۱۰۷	۸۹۷۷۶۷	کرمان
۵۷۷۸۶۳	۵۷۴۸۵۱	کرمانشاه
۲۲۰۹۹۵	۲۰۹۷۵۰	کهگیلویه و بویراحمد
۵۵۸۸۸۹	۵۳۶۴۱۱	گلستان
۷۰۷۶۸۶	۷۳۲۸۶۷	گیلان
۵۲۹۱۹۶	۵۱۳۴۲۹	لرستان
۹۴۴۵۷۲	۹۶۰۱۰۱	مازندران
۴۱۴۳۰۵	۴۱۰۲۷۵	مرکزی
۵۴۸۰۵۰	۵۰۶۰۰۷	هرمزگان
۵۰۳۴۸۳	۴۹۷۴۲۶	همدان
۳۲۸۰۲۲	۳۱۲۲۳۳	یزد
۲۳۶۹۲۲۵۵	۲۳۱۳۳۶۰۷	کل

### اندازه نمونه :

در این مطالعه ابتدا استانهای کشور بر اساس جمعیت زنان در رده سنی مطالعه (۵۰-۱۵ سال) به ۶ گروه تقسیم شدند.

گروه اول استانها با جمعیت واجد شرایط زیر ۳۰۰ هزار نفر

گروه دوم استانها با جمعیت افراد واجد شرایط بین ۳۰۰ هزار نفر تا ۵۰۰ هزار نفر  
گروه سوم استانها با جمعیت افراد واجد شرایط بین ۵۰۰ هزار نفر تا یک میلیون نفر  
گروه چهارم استانها با جمعیت افراد واجد شرایط بین یک میلیون نفر تا ۱/۵ میلیون نفر  
گروه پنجم استانها با جمعیت افراد واجد شرایط بین ۱/۵ میلیون نفر تا ۲ میلیون نفر  
گروه ششم استانها با جمعیت افراد واجد شرایط بیش از ۲ میلیون نفر

بر اساس مطالعات گذشته و عدم وجود درصد قطعی سقط در کشور، همچنین عدم وجود مطالعاتی که پوشش مناسبی در کشور داشته باشد و خطای بالا در برآورد و صحت پاسخ های داده شده بر اساس تجربه میزان سقط جنین در کشور ۰/۰۷ در کشور در نظر گرفته شد.

لذا با در نظر گرفتن نسبت (p) ۷ درصد و اطمینان ۹۵ درصد و خطای نسبی (۲) محاسبه شد. برای برآورد اندازه نمونه نسبت معینی مانند p با خطای نسبی ۲ در روش نمونه گیری تصادفی ساده از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{(rp)^2}$$

در این مطالعه از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. به لحاظ بزرگ بودن حجم جامعه آماری از کسر نمونه گیری (FPC) صرف نظر شد. برای تعیین اندازه نمونه مستقل در هر استان، بر اساس توزیع جمعیت افراد واجد شرایط طرح، استان های کشور به ۶ طبقه تقسیم شدند.

در این طرح با جایگذاری مقادیر خطای نسبی متفاوت از ۰/۲۵ تا ۰/۴۲ متناسب با جمعیت افراد واجد شرایط در هر استان و با در نظر گرفتن اندازه اثر (Design effect = ۱/۲۰) اندازه نمونه در هر استان به طور جداگانه برآورد گردیده و در نهایت اندازه نمونه برای کل کشور حدود ۱۵/۷۶۸ نفر برآورد شد.

در گروه اول ۲=۰/۴۲، p=۰/۰۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ اندازه نمونه اولیه ۲۹۰ نفر و اندازه نمونه نهایی پس از اعمال اندازه اثر طرح ۳۴۸ نفر برآورد گردید.

گروه دوم ۲=۰/۳۸، p=۰/۰۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ اندازه نمونه اولیه ۳۵۵ نفر و اندازه نمونه نهایی پس از اعمال اندازه اثر طرح ۴۲۶ نفر برآورد گردید.

در گروه سوم ۲=۰/۳۴، p=۰/۰۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ اندازه نمونه اولیه ۴۴۵ نفر و اندازه نمونه نهایی پس از اعمال اندازه اثر طرح ۵۳۴ نفر برآورد گردید.

در گروه چهارم ۲=۰/۳۰، p=۰/۰۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ اندازه نمونه اولیه ۵۷۰ نفر و اندازه نمونه نهایی پس از اعمال اندازه اثر طرح ۶۸۴ نفر برآورد گردید.

در گروه پنجم ۲=۰/۲۸، p=۰/۰۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ اندازه نمونه اولیه ۶۵۵ نفر و اندازه نمونه نهایی پس از اعمال اندازه اثر طرح ۷۸۶ نفر برآورد گردید.

در گروه ششم ۲=۰/۲۵، p=۰/۰۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ اندازه نمونه اولیه ۸۲۰ نفر و اندازه نمونه نهایی پس از اعمال اندازه اثر طرح ۹۸۴ نفر برآورد گردید.

جدول ۲: احتساب نمونه با اندازه اثر و خطای بی پاسخی ۱/۲

نام استان	تعداد زنان ۱۵ تا ۵۰ سال ۱۴۰۱	میزان خطای نسبی	اندازه نمونه برآورد شده	اندازه نمونه با در نظر گرفتن ۲۰ درصد اندازه اثر و خطای بی پاسخی و ...	
کل کشور	۲۳۶۹۲۲۵۵	R	۱۳,۱۴۰	۱۵,۷۶۸	
ایلام	۱۷۹۴۴۹	۰.۴۲	۲۹۰	۳۴۸	
سمنان	۲۱۰۱۴۴		۲۹۰	۳۴۸	
خراسان جنوبی	۲۱۹۵۲۵		۲۹۰	۳۴۸	
کهگیلویه و بویراحمد	۲۲۰۹۹۵		۲۹۰	۳۴۸	
خراسان شمالی	۲۵۶۵۶۰		۲۹۰	۳۴۸	
چهارمحال و بختیاری	۲۸۲۱۷۸		۲۹۰	۳۴۸	
زنجان	۳۱۲۸۵۹		۰.۳۸	۳۵۵	۴۲۶
یزد	۳۲۸۰۲۲			۳۵۵	۴۲۶
بوشهر	۳۳۶۷۰۸	۳۵۵		۴۲۶	
اردبیل	۳۷۲۹۰۸	۳۵۵		۴۲۶	
قزوین	۳۷۹۵۶۵	۳۵۵		۴۲۶	
قم	۳۹۰۰۶۵	۳۵۵		۴۲۶	
مرکزی	۴۱۴۳۰۵	۳۵۵		۴۲۶	
کردستان	۴۸۰۵۶۴	۳۵۵		۴۲۶	
همدان	۵۰۳۴۸۳	۳۵۵		۴۲۶	
لرستان	۵۲۹۱۹۶	۰.۳۴		۴۴۵	۵۳۴
هرمزگان	۵۴۸۰۵۰		۴۴۵	۵۳۴	
گلستان	۵۵۸۸۸۹		۴۴۵	۵۳۴	
کرمانشاه	۵۷۷۸۶۳		۴۴۵	۵۳۴	
گیلان	۷۰۷۶۸۶		۴۴۵	۵۳۴	
البرز	۸۲۱۸۷۹		۴۴۵	۵۳۴	
سیستان و بلوچستان	۸۴۴۶۲۴		۴۴۵	۵۳۴	
کرمان	۹۵۰۱۰۷		۴۴۵	۵۳۴	
مازندران	۹۴۴۵۷۲		۴۴۵	۵۳۴	
آذربایجان غربی	۹۶۴۴۵۹		۴۴۵	۵۳۴	

۶۸۴	۵۷۰	۰.۳۰	۱۱۱۹۱۷۸	آذربایجان شرقی
۶۸۴	۵۷۰		۱۴۴۵۷۲۱	خوزستان
۶۸۴	۵۷۰		۱۴۴۷۴۵۶	فارس
۶۸۴	۵۷۰		۱۴۹۲۶۰۷	اصفهان
۷۸۶	۶۵۵	۰.۲۸	۱۹۱۱۳۵۲	خراسان رضوی
۹۸۴	۸۲۰	۰.۲۵	۳۹۴۱۲۸۶	تهران

دلیل در نظر گرفتن خطای نسبی متفاوت برای دست یابی به اندازه نمونه بیشتر و پوشش مناسب تر جامعه آماری واجد شرایط بود. پس از تعیین حجم نمونه برای هر استان تقسیم آن به گروه های سنی باروری با تناوب ۵ ساله به شرح ذیل انجام شد تا از ایجاد تورش سنی در باروری و سقط جلوگیری شود.

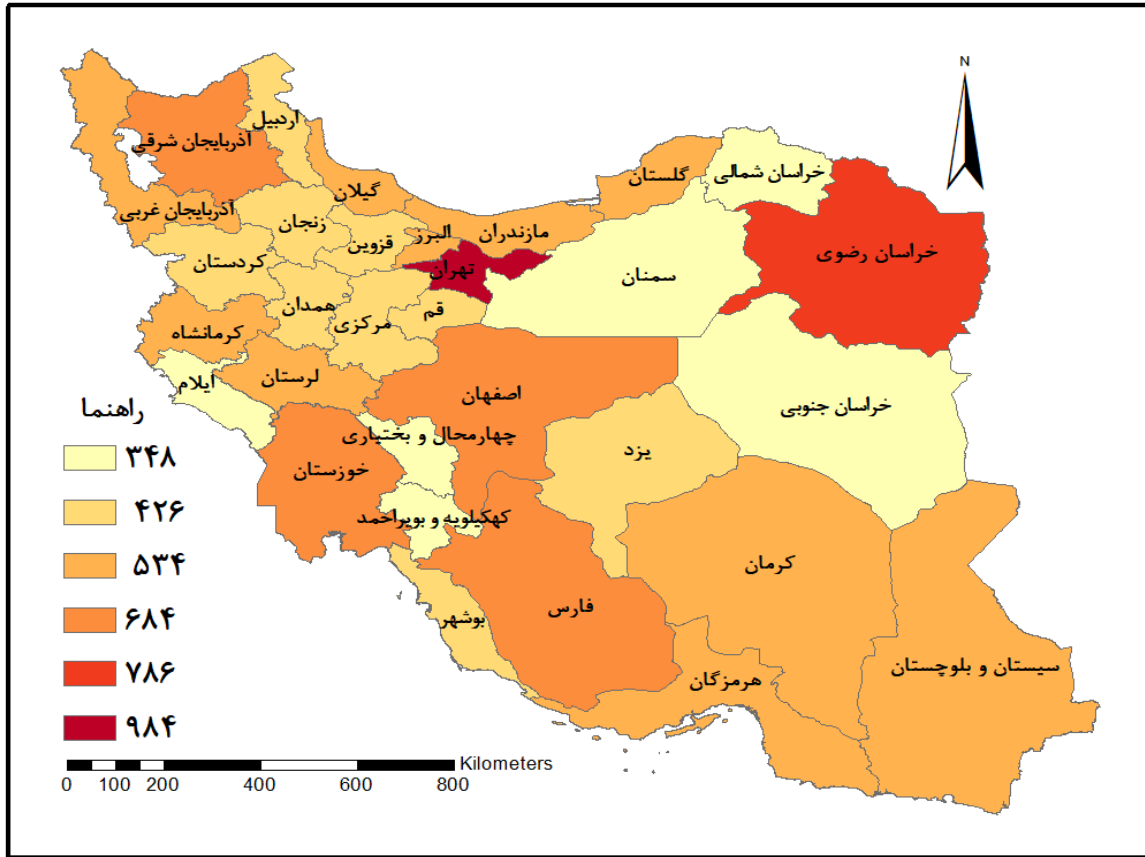
جدول ۳: نحوه تخصیص نمونه به گروه های سنی زنان

استان ها	۱۵-۱۹	۲۰-۲۴	۲۵-۲۹	۳۰-۳۴	۳۵-۳۹	۴۰-۴۴	۴۵-۵۰	جمع
مرکزی	۴۹	۴۶	۵۲	۷۰	۷۷	۶۷	۶۴	۴۲۶
گیلان	۵۶	۵۹	۶۶	۸۳	۹۳	۸۸	۸۹	۵۳۴
مازندران	۵۸	۵۷	۶۲	۸۶	۱۰۱	۸۶	۸۳	۵۳۴
آذربایجان شرقی	۸۲	۷۷	۸۲	۱۰۵	۱۲۱	۱۱۰	۱۰۷	۶۸۴
آذربایجان غربی	۶۹	۶۵	۷۳	۸۹	۸۹	۷۷	۷۲	۵۳۴
کرمانشاه	۶۰	۵۶	۷۰	۹۴	۹۹	۷۹	۷۶	۵۳۴
خوزستان	۸۸	۸۰	۹۳	۱۱۹	۱۲۲	۹۶	۸۶	۶۸۴
فارس	۷۹	۷۳	۸۱	۱۱۷	۱۳۱	۱۰۸	۹۵	۶۸۴
کرمان	۷۱	۶۶	۷۴	۸۹	۹۲	۷۶	۶۶	۵۳۴
خراسان رضوی	۱۰۲	۹۵	۱۰۰	۱۲۸	۱۳۹	۱۱۷	۱۰۵	۷۸۶
اصفهان	۷۶	۷۳	۷۹	۱۱۳	۱۳۱	۱۱۱	۱۰۲	۶۸۴
سیستان و بلوچستان	۹۴	۸۲	۸۲	۸۳	۷۹	۶۴	۵۰	۵۳۴
کردستان	۵۱	۴۶	۵۷	۷۶	۷۶	۶۱	۵۹	۴۲۶
همدان	۴۹	۴۶	۵۵	۷۲	۷۷	۶۴	۶۳	۴۲۶
چهارمحال و بختیاری	۴۴	۴۱	۴۶	۶۰	۶۱	۴۹	۴۷	۳۴۸
لرستان	۶۴	۵۹	۷۱	۹۱	۹۳	۷۹	۷۷	۵۳۴
ایلام	۴۰	۳۴	۴۴	۶۴	۶۶	۵۲	۴۷	۳۴۸
کهگیلویه و بویراحمد	۴۴	۴۰	۴۸	۶۳	۶۱	۴۸	۴۵	۳۴۸
بوشهر	۵۵	۴۵	۵۱	۷۶	۸۱	۶۴	۵۴	۴۲۶
زنجان	۵۰	۴۶	۵۵	۷۳	۷۴	۶۴	۶۳	۴۲۶
سمنان	۳۸	۳۷	۵۲	۶۲	۶۲	۵۱	۴۵	۳۴۸
یزد	۵۶	۵۰	۵۲	۶۹	۸۰	۶۵	۵۴	۴۲۶

۵۳۴	۵۹	۷۵	۹۵	۹۴	۷۴	۶۵	۷۲	هرمزگان
۹۸۴	۱۴۵	۱۶۹	۱۹۳	۱۶۲	۱۱۴	۹۹	۱۰۲	تهران
۴۲۶	۶۲	۶۴	۷۴	۷۰	۵۷	۴۹	۵۱	اردبیل
۴۲۶	۵۷	۶۳	۷۷	۷۳	۵۶	۴۹	۵۲	قم
۴۲۶	۶۴	۶۵	۷۹	۷۲	۵۳	۴۵	۵۰	قزوین
۵۳۴	۷۸	۸۰	۹۱	۸۸	۶۸	۶۰	۶۹	گلستان
۳۴۸	۴۶	۴۹	۵۸	۵۵	۴۸	۴۴	۴۷	خراسان شمالی
۳۴۸	۴۴	۴۷	۵۸	۵۵	۴۷	۴۷	۴۹	خراسان جنوبی
۵۳۴	۷۹	۹۰	۱۰۵	۸۸	۶۱	۵۳	۵۷	البرز
۱۵۷۶۸	۲۱۸۳	۲۳۷۸	۲۸۳۵	۲۶۳۹	۲۰۲۳	۱۷۸۴	۱۹۲۴	کل

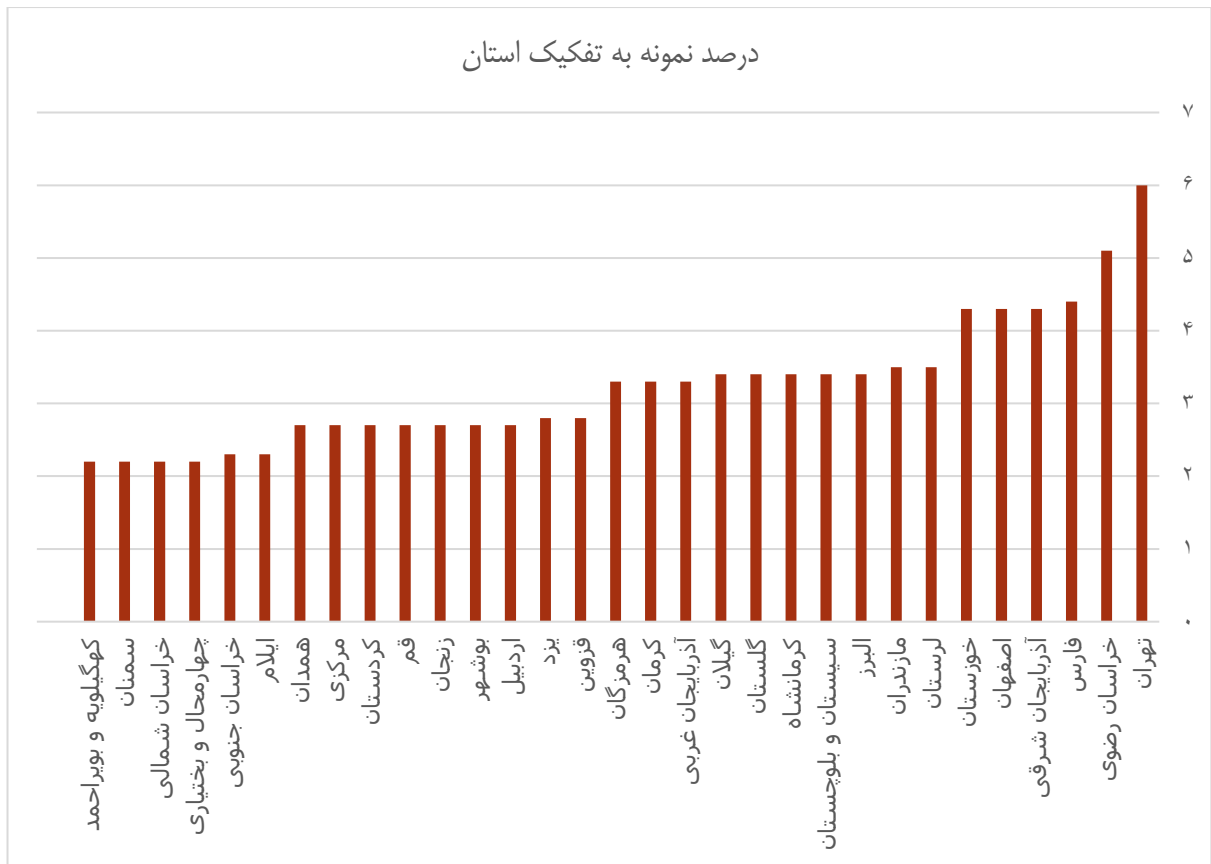


تعداد نمونه به تفکیک استان



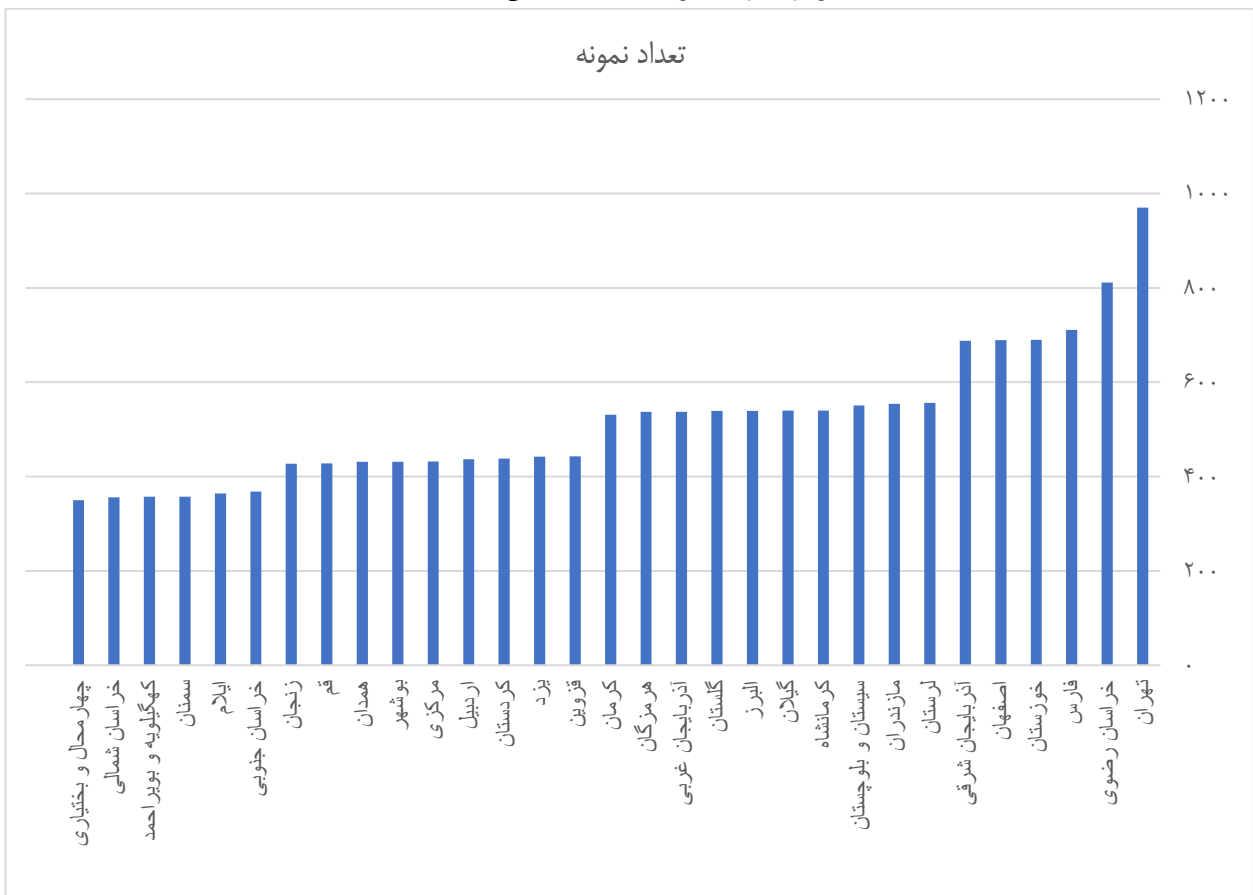
نمودار ۱: تعداد نمونه به تفکیک استان

درصد نمونه به تفکیک استان



نمودار ۲: درصد نمونه به تفکیک استان

تعداد نمونه



نمودار ۳: تعداد نمونه



## شروع پرسشگری

به حول و قوه الهی با تعداد تماس بالغ بر ۹۰ هزار تماس که منجر به ۱۶۰۴۴ تماس موفق گردید پرسشنامه ها در ۳۱ استان بر اساس جدول تعداد نمونه ها و با توجه به آمار محاسبه که در بالا ذکر شد از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال تمام تکمیل گردید.

که جدول زمانی ذیل بیانگر مدت زمان صرف شده برای انجام پرسشگری در هر استان می باشد.

جدول ۴: زمان انجام نمونه گیری و تکمیل پرسش نامه ها:

23 دی تا 11 بهمن 1402	تهران	1
26 بهمن تا 1 اسفند 1402	البرز	2
22 تا 28 اسفند 1402	قم	3
26 تا 30 فروردین 1403	گیلان	4
3 تا 6 اردیبهشت 1403	ایلام	5
6 تا 9 اردیبهشت 1403	کهگیلویه و بویر احمد	6
9 تا 11 اردیبهشت 1403	اردبیل	7
11 تا 16 اردیبهشت 1403	خراسان شمالی	8
16 تا 23 اردیبهشت 1403	آذربایجان غربی	9
24 تا 26 اردیبهشت 1403	خراسان جنوبی	10
26 اردیبهشت تا 1 خرداد 1403	سیستان و بلوچستان	11
1 تا 17 خرداد 1403	هرمزگان	12

19 تا 22 خرداد 1403	سمنان	13
27 خرداد تا 7 تیر 1403	اصفهان	14
9 تا 16 تیر 1403	آذربایجان شرقی	15
16 تا 17 خرداد 1403	چهارمحال و بختیاری	16
18 تا 23 خرداد 1403	خراسان رضوی	17
23 تا 30 خرداد 1403	مازندران	18
28 خرداد تا 1 مرداد 1403	لرستان	19
1 تا 3 مرداد 1403	یزد	20
4 تا 7 مرداد 1403	فارس	21
7 تا 9 مرداد 1403	قزوین	22
9 تا 11 مرداد 1403	کردستان	23
11 تا 15 مرداد 1403	گلستان	24

15 تا 17 مرداد 1403	مرکزی	25
17 تا 20 مرداد 1403	همدان	26
20 تا 23 مرداد 1403	کرمان	27
23 تا 28 مرداد 1403	خوزستان	28
28 تا 30 مرداد 1403	کرمانشاه	29
30 مرداد تا 1 شهریور 1403	زنجان	30
1 تا 3 شهریور 1403	بوشهر	31

## تجزیه و تحلیل آماری

پس از اقدامات فوق داده های آماده شده در قالب فایل SPSS به پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت با مسئولیت استاد علی اکبر حقدوست سپرده شد تا تجزیه آماری توسط تیم متخصص ایشان انجام گردد که گزارش آن مرکز به شرح ذیل می باشد:

برای توصیف متغیرهای کمی، میانگین، انحراف معیار، میانه، چارک اول و چارک سوم گزارش شده و برای توصیف متغیرهای کیفی، فراوانی و درصد ارائه شده است. در روش مستقیم درصد سقط در جمعیت زنان ۱۸ تا ۴۹ ساله محاسبه شده است.<sup>۱۴</sup> برای برآورد سقط در روش مستقیم، تعداد پاسخگویانی که در یک سال گذشته سابقه سقط جنین داشته اند بر تعداد کل پاسخگویان تقسیم و نتیجه به صورت درصد ارائه شده است. در روش غیرمستقیم برآورد سقط در جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله محاسبه شده است. برای برآورد سقط در روش غیرمستقیم، مجموع افرادی که در شبکه اجتماعی (افراد نزدیک) کل پاسخگویان سابقه سقط جنین در یک سال گذشته را داشته اند، بر مجموع کل افراد شبکه نزدیکان پاسخگویان تقسیم و نتیجه به صورت درصد ارائه شده است. برآورد تعداد موارد سقط براساس حاصلضرب برآورد به دست آمده در هر روش (به صورت فراوانی نسبی) در جمعیت مربوطه (۱۸ تا ۴۹ سال برای روش مستقیم و ۱۵ تا ۴۹ سال در روش غیرمستقیم) محاسبه شده است. شاخص "نسبت سقط به موالید" براساس تقسیم تعداد سقط برآورد شده بر تعداد موالید محاسبه شده است.

برای ارائه برآورد نهایی سقط، برآوردهای حاصل از دو روش مستقیم و غیر مستقیم با روش وزن دهی براساس رابطه زیر با هم ترکیب و تحت عنوان "برآورد وزنی" ارائه شده است:

$$\hat{e} = w_1 \hat{e}_1 + w_2 \hat{e}_2$$

$$w_1 = \frac{\hat{\sigma}_2^2}{\hat{\sigma}_1^2 + \hat{\sigma}_2^2}$$

$$w_2 = \frac{\hat{\sigma}_1^2}{\hat{\sigma}_1^2 + \hat{\sigma}_2^2}$$

که در این رابطه  $\hat{e}$  برآورد وزنی،  $\hat{e}_1$  و  $\hat{e}_2$  به ترتیب برآورد سقط جنین براساس روش مستقیم و برآورد براساس روش غیرمستقیم را نشان می دهند.  $w_1$  و  $w_2$  وزن متناظر با برآورد سقط براساس روش مستقیم و برآورد براساس روش غیرمستقیم را بیان می کنند. برای محاسبه وزن برآورد گرها از برآورد واریانس برآورد گرها استفاده شده است.  $\hat{\sigma}_1^2$  برآورد واریانس  $\hat{e}_1$  و  $\hat{\sigma}_2^2$  برآورد واریانس  $\hat{e}_2$  را نشان میدهند.

برآورد سقط به تفکیک استان ارائه شده است. همچنین، نتایج به تفکیک نوع، روش و مکان انجام سقط جنین ارائه شده است. به منظور تعیین نمره آگاهی نسبت به سقط جنین (شامل ۴ سوال) به پاسخ صحیح امتیاز یک و به پاسخ اشتباه امتیاز صفر اختصاص یافت سپس مجموع نمرات این ۴ سوال محاسبه و عدد نهایی در ۵ ضرب شده است که دامنه نمرات از صفر تا ۲۰ لحاظ شود. برای نمره نگرش افراد نسبت به سقط جنین، که پاسخ به صورت طیف لیکرت کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بوده است، نمرات صفر تا ۴ اختصاص داده شده است. سوالاتی که جهت معکوس داشتند نمرات سوالات هم معکوس شدند. برای اساس دامنه نمرات از صفر تا ۴۰ محاسبه و این نمره بر عدد ۲ تقسیم شده است تا

دامنه نمرات صفر تا ۲۰ لحاظ شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات آگاهی و نگرش از آزمون کولموگروف اسمیرنوف<sup>۱۵</sup> استفاده شد با توجه به عدم برقراری توزیع نرمال، برای بررسی ارتباط نمره آگاهی و نگرش از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است. برای مقایسه توزیع نمرات آگاهی و نگرش در سطوح مختلف تحصیلی خانمها از آزمون کروسکال والیس<sup>۱۶</sup> به همراه آزمون دان<sup>۱۷</sup> برای مقایسه های چندگانه استفاده شده است. به منظور بررسی ارتباط نمره آگاهی و نگرش با انجام سقط جنین، از رگرسیون لجستیک<sup>۱۸</sup> استفاده شده است.

برای بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و زمینه های با انجام سقط (در روش مستقیم) از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندگانه استفاده شده است. برای مدل چندگانه از روش Stepwise استفاده شده است. متغیرهای سابقه سقط جنین قبلی و تعداد فرزندان فوت شده به دلیل اینکه برای درصد بالایی از افراد پاسخ "خیر" بوده و در مدلسازی ایجاد مشکل می کردند، وارد مدل چندگانه نشدند.

برای نمایش شاخص های محاسبه شده روی نقشه، چارک های مربوطه برای هر شاخص محاسبه و استان ها براساس چارک های محاسبه شده دسته بندی شدند.

برای رسم نقشه ها از نرم افزار R استفاده شده است. برای رسم نمودارها از نرم افزار اکسل و برای انجام بقیه محاسبات از نرم افزار Stata استفاده شده است. سطح معنی داری در همه آزمون های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

## مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

### وضعیت قومی و جغرافیایی افراد شرکت کننده در مطالعه

توزیع افراد پاسخ دهنده در مطالعه بر حسب استان در جدول ۵ به نمایش درآمده است. با توجه به نحوه نمونه نمونه گیری انجام شده در استان های با جمعیت بیشتر تعداد نمونه های بیشتری از آنها وارد مطالعه شده است. بدین ترتیب استان چهارمحال و بختیاری با ۳۵۰ نمونه دارای کمترین تعداد نمونه و استان تهران با ۹۷۰ نمونه بیشترین تعداد نمونه را به خود اختصاص داده اند (جدول ۵). از بین کل افراد شرکت کننده در مطالعه ۹۱.۸٪ افراد در شهر سکونت داشتند. همچنین ۵۱.۶٪ از افراد شرکت کننده زبان مادری آنها فارسی، ۲۱.۱٪ ترک زبان، ۹.۹٪ کرد زبان، ۸.۳٪ لری، ۵.۴٪ مازنی بود و سایر زبان ها کمتر از ۲٪ از نمونه را تشکیل می دادند (جدول ۶)

جدول ۵: توزیع تعداد نمونه های جمع آوری شده از هر استان

استان محل سکونت	تعداد نمونه	درصد
آذربایجان شرقی	۶۸۸	۴/۳
آذربایجان غربی	۵۳۷	۳/۳
اردبیل	۴۳۷	۲/۷
اصفهان	۶۸۹	۴/۳
البرز	۵۳۹	۳/۴
ایلام	۳۶۴	۲/۳

<sup>۱۵</sup> Kolmogorov Smirnov test

<sup>۱۶</sup> Kruskal Wallis test

<sup>۱۷</sup> Dunn test

<sup>۱۸</sup> Logistic Regression



۲/۷	۴۳۱	بوشهر
۶/۰	۹۷۰	تهران
۲/۲	۳۵۰	چهارمحال و بختیاری
۲/۳	۳۶۸	خراسان جنوبی
۵/۱	۸۱۱	خراسان رضوی
۲/۲	۳۵۶	خراسان شمالی
۴/۳	۶۹۰	خوزستان
۲/۷	۴۲۷	زنجان
۲/۲	۳۵۷	سمنان
۳/۴	۵۵۱	سیستان و بلوچستان
۴/۴	۷۱۱	فارس
۲/۸	۴۴۳	قزوین
۲/۷	۴۲۸	قم
۲/۷	۴۳۸	کردستان
۳/۳	۵۳۱	کرمان
۳/۴	۵۴۰	کرمانشاه
۲/۲	۳۵۷	کهگیلویه و بویراحمد
۳/۴	۵۳۹	گلستان
۳/۴	۵۴۰	گیلان
۳/۵	۵۵۶	لرستان
۳/۵	۵۵۴	مازندران
۲/۷	۴۳۲	مرکزی
۳/۳	۵۳۷	هرمزگان
۲/۷	۴۳۱	همدان
۲/۸	۴۴۲	یزد
۱۰۰	۱۶۰۴۴	کل

جدول ۶: وضعیت توزیع فراوانی زبان مادری افراد شرکت کننده در مطالعه

۵۱/۶	۸,۲۸۴	فارسی	زبان مادری
۲۱/۱	۳,۳۸۲	ترکی	
۱/۷	۲۷۸	عربی	
۹/۹	۱,۵۹۵	کردی	
۱/۲	۱۹۳	بلوچی	
۸/۳	۱,۳۳۱	لری	
۵/۴	۸۶۹	مازنی/گیلکی	
۰/۷	۱۱۲	سایر	

## وضعیت سن، ناهل، تحصیلات افراد شرکت کننده در مطالعه

در این مطالعه که بر روی ۱۶۰۴۴ نفر در کل کشور به منظور برآورد میزان سقط جنین و عوامل موثر بر آن انجام شد، نتایج نشان می‌دهد که میانگین سن شرکت کنندگان ۳۴.۲ سال با انحراف معیار ۸.۷ سال است و ۵۰ درصد از شرکت کنندگان در بازه ۲۷ تا ۴۱ سال قرار داشتند که نشان دهنده جوان بودن جمعیت افراد شرکت کننده در مطالعه است (جدول ۷). همچنین بررسی توزیع فراوانی سن افراد شرکت کننده در مطالعه نشان داد که ۵٪ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۸ تا ۱۹ سال و ۲.۲٪ افراد شرکت کننده در مطالعه بالاتر از ۵۰ سال داشتند (جدول ۸). میانگین سن ازدواج افراد متاهل به طور میانگین برابر با ۲۱.۱ با انحراف معیار ۴.۶ سال است. میانگین سن همسر افراد متاهل برابر با ۲۶.۱ با انحراف معیار ۴.۹ سال بود (جدول ۷).

بررسی وضعیت تاهل افراد شرکت کننده در مطالعه نشان داد که ۷۶٪ افراد شرکت کننده در مطالعه متاهل، و ۲۰.۵٪ از آنها مجرد بودند و افراد بدون همسر، مطلقه و عقد موقت کمتر از ۵٪ افراد پاسخ دهنده را تشکیل می‌دادند. همچنین ۴۴.۸٪ از افراد شرکت کننده در مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی و ۴۰.۲ درصد از افراد دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم و دبیرستان بودند. به همین ترتیب از بین افراد متاهل ۴۳.۲٪ از افراد دارای همسرانی با تحصیلات دانشگاهی و ۳۷.۵٪ درصد از آنها دارای تحصیلات دیپلم و دبیرستان بودند (جدول ۹). همچنین از بین افراد متاهل ۹۳.۶٪ از آنان با همسر خود در دو سال گذشته به طور مشترک زندگی نموده بودند.

جدول ۷: وضعیت سن افراد شرکت کننده و همسران آنها در هنگام اولین ازدواج در مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۳۴/۲۴	۸/۷۴
سن خانم هنگام ازدواج (سال)	۲۱/۱۹	۴/۶۷
سن همسر پاسخگو در صورت متاهل بودن (سال)	۲۶/۱۹	۴/۹۹
سن همسر پاسخگو هنگام اولین ازدواج در صورت متاهل بودن (سال)	۴۱/۰۸	۸/۴۲

جدول ۸: توزیع فراوانی سن افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
گروه سنی خانم (۱۰ ساله)	۱۸-۱۹	۵/۰
	۲۰-۲۹	۲۶/۰
	۳۰-۳۹	۳۷/۷
	۴۰-۴۹	۲۹/۱
	پنجاه و بیشتر	۲/۲
گروه سنی خانم (۵ ساله)	۱۸-۱۹	۵/۰
	۲۰-۲۴	۱۲/۲
	۲۵-۲۹	۱۳/۹
	۳۰-۳۴	۱۸/۱
	۳۵-۳۹	۱۹/۵
	۴۰-۴۴	۱۶/۴
	۴۵-۴۹	۱۲/۷
	پنجاه و بیشتر	۲/۲

جدول ۹: وضعیت تاهل، تحصیلات افراد شرکت کننده در مطالعه و همسران آنها

وضعیت تاهل خانم		متاهل	مجرد
۷۶/۰	۱۲,۲۰۱		
۲۰/۵	۳,۲۸۹		
۰/۲	۲۶		
۲/۱	۳۳۵		
۰/۹	۱۴۰		
تحصیلات خانم		بی سواد یا ابتدایی و نهضت	پایه سواد یا ابتدایی و نهضت
۶/۴	۱۰۲۸		
۸/۶	۱,۳۸۱		
۴۰/۲	۶,۴۴۸		
۴۴/۸	۷,۱۸۷		
تحصیلات همسر در صورت متاهل بودن		بی سواد یا ابتدایی و نهضت	پایه سواد یا ابتدایی و نهضت
۷/۰	۸۵۷		
۱۲/۳	۱,۵۰۷		
۳۷/۵	۴,۵۹۶		
۴۳/۲	۵,۲۹۰		

### وضعیت شغلی و هزینه خانوار افراد شرکت کننده در مطالعه

از بین افراد شرکت کننده در مطالعه ۶۱.۶٪ از افراد خانه دار، ۱۵.۵٪ از افراد دارای شغل آزاد بودند. همچنین درصد افراد محصل، کارمند بخش دولتی، خصوصی و بازنشسته کمتر از ۱۰ درصد بود. در بین افراد متاهل شرکت کننده در مطالعه ۶۲.۴٪ از افراد دارای همسرانی با شغل آزاد، ۲۳.۲٪ از افراد دارای همسرانی کارمند در مشاغل دولتی بودند. همچنین ۹.۱٪ از افراد دارای همسرانی دارای شاغل در بخش خصوصی بودند. از نظر هزینه خانوار نزدیک به ۱۰٪ از افراد شرکت کننده هزینه خانوار آنها زیر ۵ میلیون تومان بود و حدود ۲۶٪ از افراد شرکت کننده دارای درآمدی بین ۵ تا ۱۰ میلیون یا ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان بودند. که نشان دهنده آن است که افراد شرکت کننده در مطالعه اکثر متعلق به طبقه متوسط اقتصادی جامعه است (جدول ۱۰).

جدول ۱۰: وضعیت شغلی و هزینه خانوار افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
شغل خانم	دانشجو/محصل	۱,۰۸۴
	کارمند بخش خصوصی	۱,۰۳۶
	کارمند بخش دولتی/ نظامی	۱,۱۳۱
	آزاد	۲,۴۸۹
	بازنشسته	۶۹
	بیکار	۳۴۴

۶۱/۶	۹,۸۸۳	خانه دار	شغل همسر (در صورت تاهل)
۰/۰	۸	سایر	
۰/۲	۲۷	دانشجو	
۹/۱	۱,۱۱۲	کارمند بخش خصوصی	
۲۳/۲	۲,۸۴۴	کارمند بخش دولتی	
۶۲/۴	۷,۶۵۴	شغل آزاد	
۳/۸	۴۷۱	بازنشسته	
۱/۰	۱۱۹	بیکار	
۰/۳	۳۱	سایر	
۱۰/۱	۱,۶۲۵	زیر ۵ میلیون تومان	
۲۶/۴	۴,۲۴۲	۵ تا ۱۰ میلیون	
۲۶/۲	۴,۱۹۶	۱۰ تا ۱۵ میلیون	
۱۹/۳	۳,۱۰۲	۱۵ تا ۲۰ میلیون	
۱۷/۹	۲,۸۷۵	بالای ۲۰ میلیون	

### وضعیت بارداری های افراد پاسخ دهنده در مطالعه

میانگین تعداد بارداری ها ۲.۱۰ با انحراف معیار ۱.۳۵ گزارش شده است، که نشان دهنده تنوع در تعداد بارداری ها بین شرکت کنندگان است. همچنین، میانگین تعداد فرزندان زنده متولد شده ۱.۹۲ و انحراف معیار آن ۰.۹۴ می باشد، که نشان دهنده این است که اکثر شرکت کنندگان حداقل یک فرزند زنده دارند. تعداد فرزندان فوت شده به طور میانگین ۰.۰۴ با انحراف معیار ۰.۲۵ بوده که نشان دهنده وقوع نادر این مورد است. سن آخرین فرزند هنگام سقط جنین به طور میانگین ۵.۵۰ سال با انحراف معیار ۴.۳۰ گزارش شده است، که نشان دهنده این است که سقطها معمولاً در سنین بالاتر از نظر تولد فرزندان انجام می شود. در نهایت، میانگین تعداد سقطهای قبلی ۰.۱۴ با انحراف معیار ۰.۸۱ است، که نشان دهنده وجود سقطهای متعدد در تاریخ بارداری های شرکت کنندگان می باشد. این نتایج به وضوح وضعیت بارداری و چالش های مرتبط با آن را در این گروه از افراد نشان می دهد (جدول ۱۱).

نتایج مطالعه بر روی وضعیت بارداری های افراد شرکت کننده نشان می دهد که در بارداری اول، ۸۵.۳ درصد از بارداری ها به صورت سالم به دنیا آمده اند، در حالی که این درصد در بارداری دوم به ۸۲.۴، در بارداری سوم به ۷۴.۶، در بارداری چهارم به ۶۴.۸ و در بارداری پنجم به ۶۳.۵ کاهش یافته است. همچنین، سقط خود به خودی در بارداری اول ۱۱.۶ درصد، در بارداری دوم ۱۲.۸ درصد، در بارداری سوم ۱۶.۴ درصد، در بارداری چهارم ۲۲.۱ درصد و در بارداری پنجم ۲۵.۱ درصد گزارش شده است. سقط عمدی نیز از ۱.۲ درصد در بارداری اول به ۶.۶ درصد در بارداری پنجم افزایش یافته است. در مورد سقط پزشکی، این درصد از ۰.۸ در بارداری اول به ۱.۷ در بارداری پنجم رسیده است. همچنین، درصد نوزادان مرده به دنیا آمده در بارداری ها بین ۰.۴ تا ۰.۸ درصد متغیر بوده و درصد بارداری های هنوز به دنیا نیامده نیز از ۰.۷ درصد در بارداری اول به ۲.۴ درصد در بارداری پنجم افزایش یافته است. به طور کلی، وضعیت بارداری های ناخواسته نیز در این مطالعه به ترتیب ۱۱.۳،



۱۸.۴، ۲۶.۸، ۲۹.۵ و ۲۸.۴ درصد برای بارداری‌های اول تا پنجم گزارش شده است. این نتایج نشان‌دهنده کاهش تدریجی درصد بارداری‌های سالم و افزایش سقط‌های خود به خودی و عمدی در بارداری‌های بعدی است (جدول ۱۲).

جدول ۱۱: وضعیت تعداد بارداری، سقط جنین، فرزندان زنده و فوت شده و نتایج آن در افراد شرکت‌کننده دارای تجربه ازدواج

انحراف معیار	میانگین	
۱/۳۵	۲/۱۰	تعداد بارداری‌ها
۰/۹۴	۱/۹۲	تعداد فرزندان زنده متولد شده
۰/۲۵	۰/۰۴	تعداد فرزندان فوت شده
۴/۳۰	۵/۵۰	سن آخرین فرزند هنگام سقط جنین (سال)
۰/۸۱	۱/۴۲	تعداد سقط‌های قبلی در صورت وجود سقط جنین

جدول ۱۲: وضعیت نتیجه بارداری‌های اول تا پنجم افراد شرکت‌کننده در مطالعه

بارداری اول	بارداری دوم	بارداری سوم	بارداری چهارم	بارداری پنجم		
۸۵/۳	۸۲/۴	۷۴/۶	۶۴/۸	۶۳/۵	نتیجه (سرنوشت) بارداری	سالم به دنیا آمد
۱/۲	۲/۳	۵/۴	۸/۲	۶/۶		سقط عمدی شد
۱۱/۶	۱۲/۸	۱۶/۴	۲۲/۱	۲۵/۱		سقط خود به خودی شد
۰/۸	۱/۰	۱/۱	۱/۹	۱/۷		سقط پزشکی شد
۰/۵	۰/۴	۰/۷	۰/۷	۰/۸		مرده به دنیا آمد
۰/۷	۱/۱	۱/۹	۲/۲	۲/۴		هنوز به دنیا نیامده است
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	
۱۱/۳	۱۸/۴	۲۶/۸	۲۹/۵	۲۸/۴	وضعیت کل بارداری‌های ناخواسته	

### وضعیت شبکه اجتماعی افراد پاسخ‌دهنده و سقط جنین در شبکه اجتماعی آنها

میانگین تعداد افراد با روابط نزدیک در شبکه اجتماعی هر فرد پاسخگو (منظور از شبکه اجتماعی نزدیک، افرادی است که روابط صمیمی و نزدیکی با یکدیگر دارند و یکدیگر را به خوبی می‌شناسند) برابر با ۶.۰۲ با انحراف معیار ۵.۲۳ است و ۵۰ درصد از افراد شرکت‌کننده بین ۳ تا ۸ نفر در شبکه اجتماعی نزدیک خود داشتند و ۲۵ درصد از آنها دارای بیش از ۸ نفر در شبکه اجتماعی نزدیک خود هستند که نشان‌دهنده آن است که بیشتر افراد شرکت‌کننده دارای شبکه‌های اجتماعی متنوع و گسترده‌ای هستند. میانگین تعداد افراد با سابقه سقط جنین در یک سال گذشته در بین شبکه اجتماعی نزدیک فرد پاسخگو برابر با ۰.۲ با انحراف معیار ۰.۷ بود و میانگین سن افراد با سابقه سقط جنین در بین شبکه اجتماعی نزدیک فرد برابر با ۳۲ سال با انحراف معیار ۰.۷ بود. از بین تعداد افراد در شبکه اجتماعی افراد ۰.۲



نفر به طور میانگین اقدام به ختم عمدی بارداری نمودند (با انحراف معیار ۰.۷) و ۰.۲ نفر سقط جنین (با انحراف معیار ۰.۷) داشتند (جدول ۱۳).

جدول ۱۳: ویژگی‌های شبکه روابط و سابقه سقط جنین در بین آشنایان

انحراف معیار	میانگین	
۵/۲۳	۶/۰۲	تعداد کل شبکه روابط
۰/۷۲	۰/۲۰	تعداد افراد با سابقه سقط جنین در یک سال گذشته در بین آشنایان فرد پاسخگو
۶/۵۰	۳۲/۰۰	سن (سال) افراد با سابقه سقط جنین در یک سال گذشته در بین آشنایان فرد پاسخگو
۰/۷۳	۰/۲۱	تعداد افراد شبکه اجتماعی که در یکسال گذشته اقدام به ختم عمدی بارداری کرده اند <sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> سقط جنین قبل از ۲۰ هفته سقط عمدی محسوب می‌شود و سقط جنین بالای ۲۰ هفته در تعریف رسمی سقط قرار ندارد. اگر چه با توجه به تعریف آکادمیک بالای ۲۰ هفته مرده زایی تلقی می‌شود، در مورد سقط عمدی تفاوتی در معنای قتل جنین ندارد. Irving DN. When do human beings begin? scientific myths and scientific facts. International journal of sociology and social policy. ۱۹۹۹ Feb ۶;۱۹:۲۲-۲۷.

## برآورد سقط جنین در سطح کشور و استان

### برآورد درصد خانم‌های دارای سقط، تعداد خانم‌های دارای سقط و نسبت سقط به مولید

به طور کلی، درصد خانم‌های دارای سقط در سطح کشور در این مطالعه ۳.۱ درصد و تعداد سقط‌های انجام شده در این جامعه آماری به ۷۲۸۸۷۱ نفر می‌رسد. در بررسی آمار سقط‌های در استان‌های مختلف، استان‌های البرز و تهران با بالاترین درصد سقط، به ترتیب ۵.۵ و ۸.۹ درصد، بیشترین میزان سقط را به خود اختصاص داده‌اند در مقابل، استان گلستان با ۱.۵ درصد، کمترین درصد سقط را نشان می‌دهند. همچنین، استان‌های سیستان و بلوچستان، ایلام و کهگیلویه و بویراحمد، البرز و تهران نیز از نظر درصد سقط در سطح بالاتری نسبت به مقدار کشوری قرار دارند (نمودار ۴). در تحلیل آمار سقط به مولید در استان‌های مختلف، استان‌های سمنان، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان با کمترین نسبت سقط به مولید، به ترتیب ۰.۲۷، ۰.۳۱ و ۰.۳۲، نشان‌دهنده وضعیت بهتری در این زمینه هستند. در مقابل، استان‌های البرز و تهران با نسبت‌های ۱.۹۷ و ۲.۶۱، بالاترین نسبت سقط به مولید را دارند و به وضوح از مقدار کشوری فراتر رفته‌اند. همچنین، استان‌های کهگیلویه و بویراحمد و ایلام نیز در این زمینه نسبت‌های بالاتری را نسبت به مقدار کشوری نشان می‌دهند (جدول ۱۴).

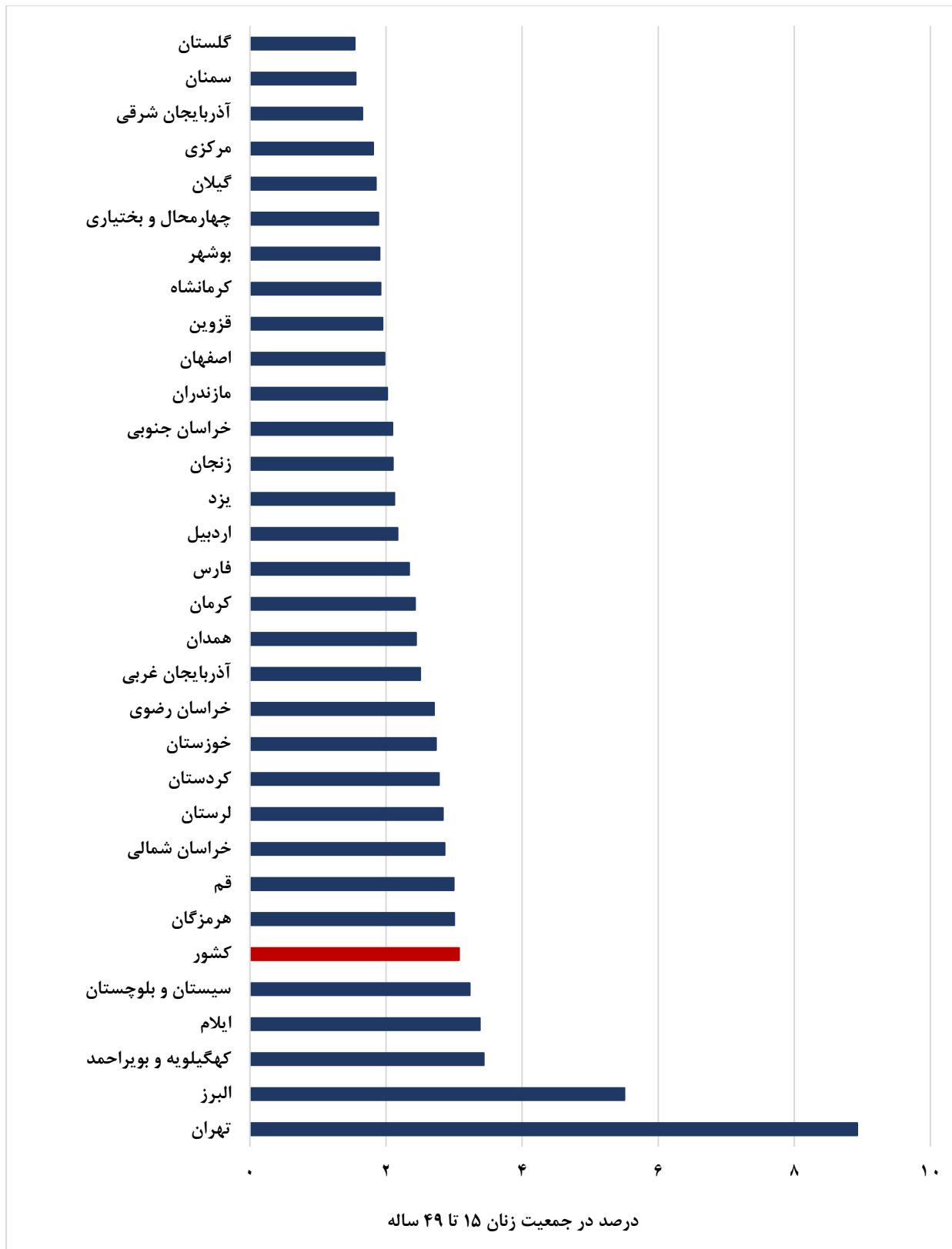
جدول ۱۴: برآورد وزن دار شده نسبت سقط‌ها به مولید و درصد خانم‌های دارای سقط در استان‌های مختلف کشور

منطقه	درصد خانم‌های دارای سقط <sup>۱</sup>	تعداد خانم‌های دارای سقط <sup>۱</sup>	نسبت سقط به مولید <sup>۱</sup>
کشور	۳/۱	۷۲۸,۸۷۱	۰/۶۹
آذربایجان شرقی	۱/۷	۱۸,۷۷۴	۰/۴۲
آذربایجان غربی	۲/۵	۲۵,۲۲۳	۰/۵۰
اردبیل	۲/۲	۸,۵۳۸	۰/۵۸
اصفهان	۲/۰	۲۸,۷۵۵	۰/۵۵



۱/۹۷	۴۳,۷۹۷	۵/۵	البرز
۰/۸۸	۶,۱۹۱	۳/۴	ایلام
۰/۴۴	۶,۰۱۲	۱/۹	بوشهر
۲/۶۱	۳۴۲,۷۹۰	۸/۹	تهران
۰/۴۱	۵,۵۷۸	۱/۹	چهارمحال و بختیاری
۰/۳۱	۴,۷۰۰	۲/۱	خراسان جنوبی
۰/۵۲	۵۲,۳۶۴	۲/۷	خراسان رضوی
۰/۵۸	۷,۸۲۰	۲/۹	خراسان شمالی
۰/۴۸	۴۲,۲۲۷	۲/۷	خوزستان
۰/۴۷	۶,۶۰۴	۲/۱	زنجان
۰/۴۲	۲,۸۸۵	۱/۶	سمنان
۰/۳۲	۲۸,۵۴۱	۳/۲	سیستان و بلوچستان
۰/۶۱	۳۴,۲۰۵	۲/۳	فارس
۰/۵۲	۷,۳۳۸	۱/۹	قزوین
۰/۵۸	۱۰,۶۸۹	۳/۰	قم
۰/۶۵	۱۳,۶۷۹	۲/۸	کردستان
۰/۴۴	۲۰,۹۸۵	۲/۴	کرمان
۰/۴۹	۱۱,۴۵۳	۱/۹	کرمانشاه
۰/۷۸	۷,۹۷۹	۳/۴	کهگیلویه و بویراحمد
۰/۲۷	۸,۶۸۷	۱/۵	گلستان
۰/۷۰	۱۳,۳۶۸	۱/۹	گیلان
۰/۶۶	۱۵,۸۳۴	۲/۸	لرستان
۰/۶۹	۱۸,۷۵۶	۲/۰	مازندران
۰/۵۸	۷,۳۰۴	۱/۸	مرکزی
۰/۴۹	۱۶,۳۰۷	۳/۰	هرمزگان
۰/۵۸	۱۲,۶۱۲	۲/۴	همدان
۰/۳۹	۶,۷۸۶	۲/۱	یزد

<sup>۱</sup> محاسبات انجام شده بر اساس میانگین وزن داده شده بر اساس معکوس واریانس نتایج مستقیم و غیرمستقیم است.



نمودار ۴: درصد خانم های دارای سقط جنین برحسب استان (تعداد خانم های دارای سقط به تعداد خانم های هر استان)

## بررسی وضعیت استان‌ها از نظر سقط جنین

جدول ۱۵ وضعیت استان‌ها را به صورت کلی و به تفکیک سقط عمدی و خود بخودی نشان می‌دهد. در بررسی سقط جنین به صورت کلی، استان‌های آذربایجان شرقی، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، سمنان، کرمانشاه، گلستان، گیلان و مرکزی در کمتر از چارک اول سقط جنین قرار دارند. این وضعیت نشان‌دهنده شیوع پایین‌تر سقط جنین در این استان‌ها است. در مقابل، استان‌های البرز، ایلام، تهران، سیستان و بلوچستان، قم، کهگیلویه و بویراحمد، هرمزگان و خراسان شمالی در بیشتر از چارک سوم سقط جنین قرار دارند. این امر نشان‌دهنده شیوع بالاتر سقط جنین در این استان‌ها است (جدول ۱۵).

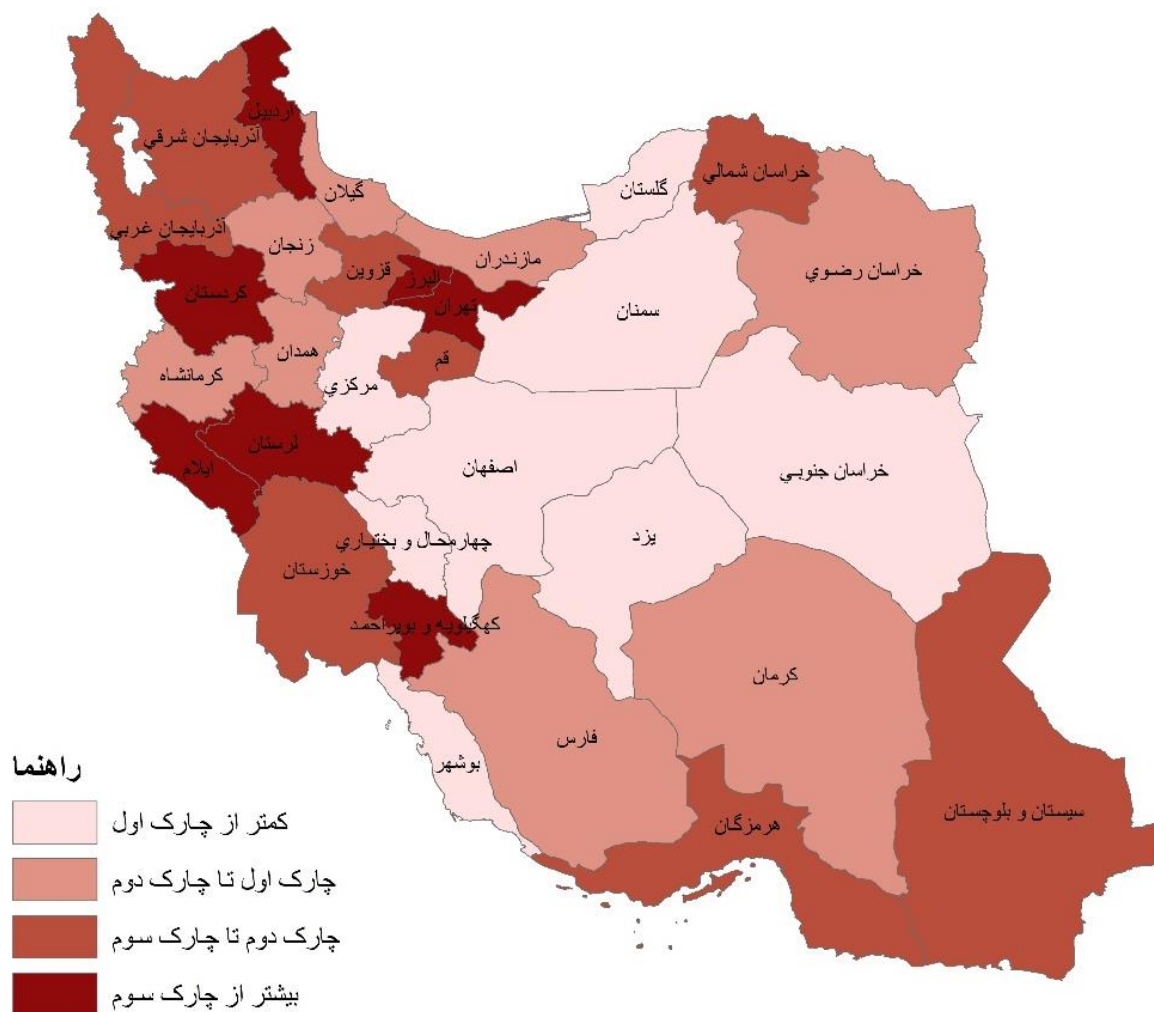
در بررسی سقط جنین به صورت عمدی، استان‌های اصفهان، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، سمنان، گلستان، مرکزی و یزد در جایگاه کمتر از چارک اول قرار دارند. این وضعیت نشان‌دهنده شیوع پایین‌تر سقط جنین در این استان‌ها است. از سوی دیگر، استان‌های اردبیل، البرز، ایلام، تهران، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان در جایگاه بیشتر از چارک سوم قرار دارند. این امر نشان‌دهنده شیوع بالاتر سقط جنین در این استان‌ها است و می‌تواند به وجود عوامل مختلفی مانند نگرش‌های اجتماعی و شرایط اقتصادی در این مناطق مرتبط باشد (جدول ۱۵).

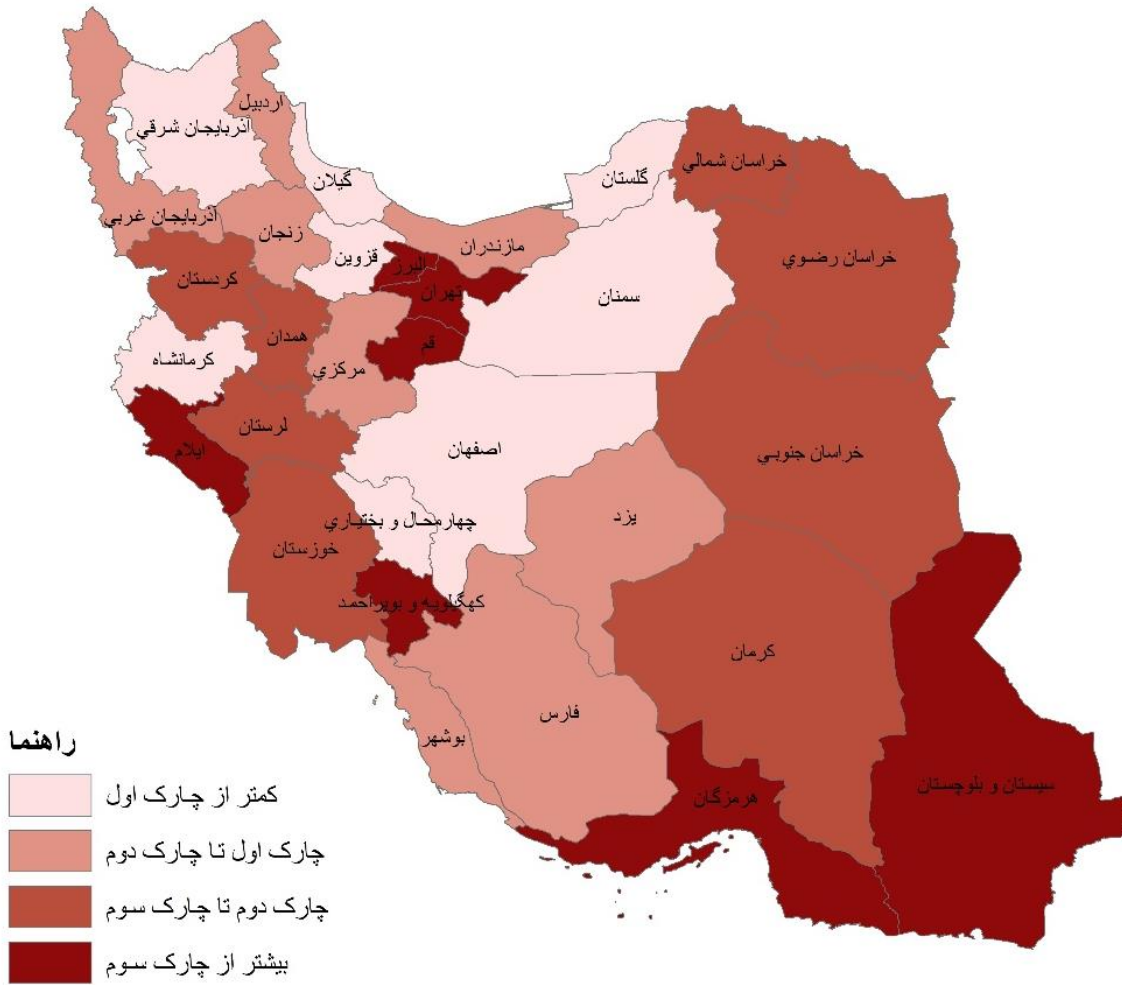
در بررسی سقط‌های خود به خودی، استان‌های آذربایجان شرقی، اصفهان، سمنان، قزوین، کرمانشاه، گلستان، گیلان و چهارمحال و بختیاری در کمتر از چارک اول قرار دارند. این وضعیت نشان‌دهنده شیوع پایین‌تر سقط‌های خود به خودی در این استان‌ها است و می‌تواند به عوامل مختلفی از جمله دسترسی به خدمات بهداشتی و شرایط اجتماعی و اقتصادی مرتبط باشد. در مقابل، استان‌های البرز، ایلام، تهران، سیستان و بلوچستان، قم، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان در بالاتر از چارک سوم قرار دارند. این امر نشان‌دهنده شیوع بالاتر سقط‌های خود به خودی در این استان‌ها است و می‌تواند به وجود عواملی مانند دسترسی به خدمات بهداشتی و آگاهی افراد در این مناطق اشاره داشته باشد (جدول ۱۵). در نمودارهای ۵-۹ توزیع جغرافیایی سقط جنین بر اساس استان‌ها به نمایش درآمده است. در بررسی توزیع جغرافیایی سقط جنین در سطح استان‌ها می‌توان نتیجه گرفت در استان‌های مرکزی به جز تهران و البرز شیوع سقط جنین در سطح پایین قرار دارد. اما در استان‌های نواحی شمال غرب، جنوب شرق شیوع سقط جنین به شکل قابل توجهی بیشتر از سایر استان‌ها است. از نظر سقط‌های عمدی، شمال غرب کشور شیوع بیشتر از سایر نقاط است و استان‌های مرکزی به جز تهران و البرز شیوع کمتری دارد. اما از نظر سقط جنین پزشکی، خودبه خودی توزیع جغرافیایی خاصی از مشاهده نشد. اما توزیع جغرافیایی نسبت سقط به موایلد نشان‌دهنده آن است که استان‌های غربی کشور نسبت به استان‌های مرکزی و شرقی کشور نسبت سقط به موایلد بیشتری دارند (نمودار ۱۰).

جدول ۱۵: جایگاه استان های کشور از نظر سقط جنین و به تفکیک عمدی و خود به خودی

استان	جایگاه در کل از نظر سقط جنین	جایگاه در سقط های عمدی	جایگاه در سقط های خود به خودی
آذربایجان شرقی	کمتر از چارک اول	چارک دوم تا چارک سوم	کمتر از چارک اول
آذربایجان غربی	چارک دوم تا چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم	چارک اول تا چارک دوم
اردبیل	چارک اول تا چارک دوم	بیشتر از چارک سوم	چارک اول تا چارک دوم
اصفهان	چارک اول تا چارک دوم	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول
البرز	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
ایلام	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
بوشهر	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول	چارک اول تا چارک دوم
تهران	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
چهارمحال و بختیاری	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول
خراسان جنوبی	چارک اول تا چارک دوم	کمتر از چارک اول	چارک دوم تا چارک سوم
خراسان رضوی	چارک دوم تا چارک سوم	چارک اول تا چارک دوم	چارک دوم تا چارک سوم
خراسان شمالی	چارک دوم تا چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم
خوزستان	چارک دوم تا چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم
زنجان	چارک اول تا چارک دوم	چارک اول تا چارک دوم	چارک اول تا چارک دوم
سمنان	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول
سیستان و بلوچستان	بیشتر از چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
فارس	چارک اول تا چارک دوم	چارک اول تا چارک دوم	چارک اول تا چارک دوم
قزوین	چارک اول تا چارک دوم	چارک دوم تا چارک سوم	کمتر از چارک اول
قم	بیشتر از چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
کردستان	چارک دوم تا چارک سوم	بیشتر از چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم
کرمان	چارک دوم تا چارک سوم	چارک اول تا چارک دوم	چارک دوم تا چارک سوم
کرمانشاه	کمتر از چارک اول	چارک اول تا چارک دوم	کمتر از چارک اول
کهگیلویه و بویراحمد	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
گلستان	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول
گیلان	کمتر از چارک اول	چارک اول تا چارک دوم	کمتر از چارک اول
لرستان	چارک دوم تا چارک سوم	بیشتر از چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم
مازندران	چارک اول تا چارک دوم	چارک اول تا چارک دوم	چارک اول تا چارک دوم
مرکزی	کمتر از چارک اول	کمتر از چارک اول	چارک اول تا چارک دوم
هرمزگان	بیشتر از چارک سوم	چارک دوم تا چارک سوم	بیشتر از چارک سوم
همدان	چارک دوم تا چارک سوم	چارک اول تا چارک دوم	چارک دوم تا چارک سوم
یزد	چارک اول تا چارک دوم	کمتر از چارک اول	چارک اول تا چارک دوم

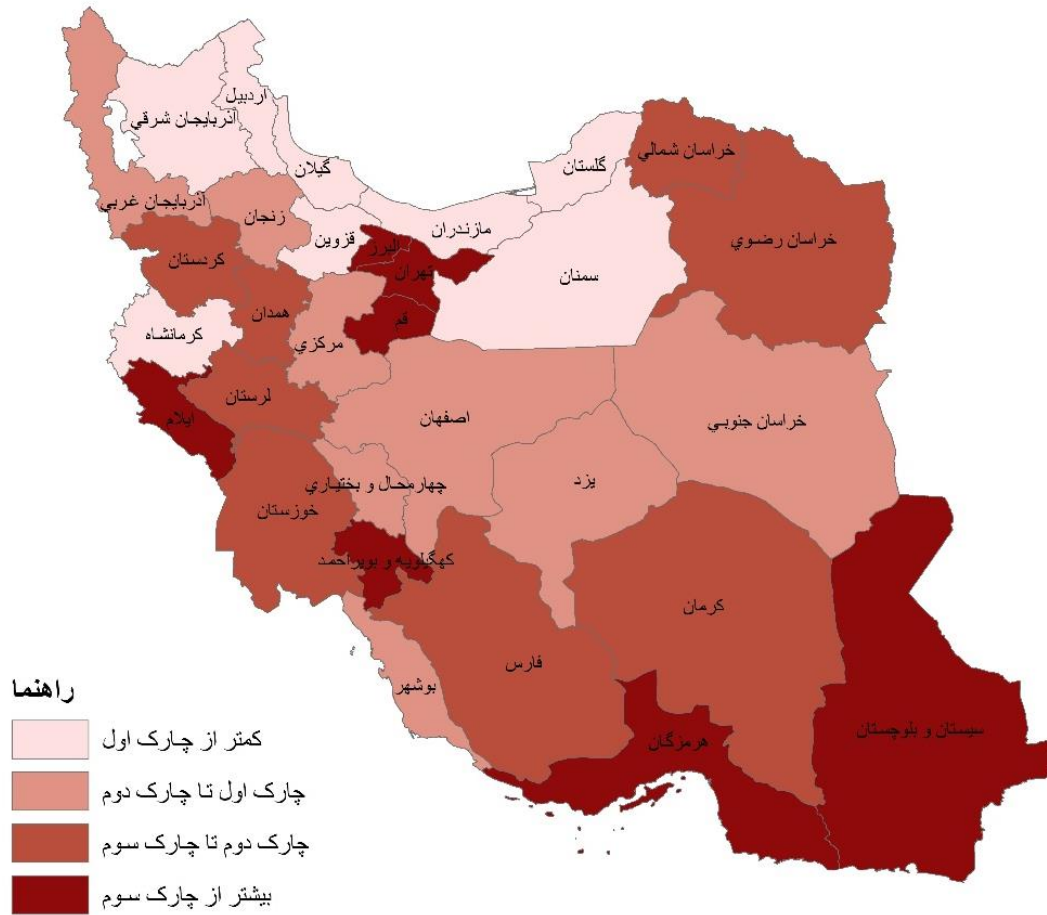




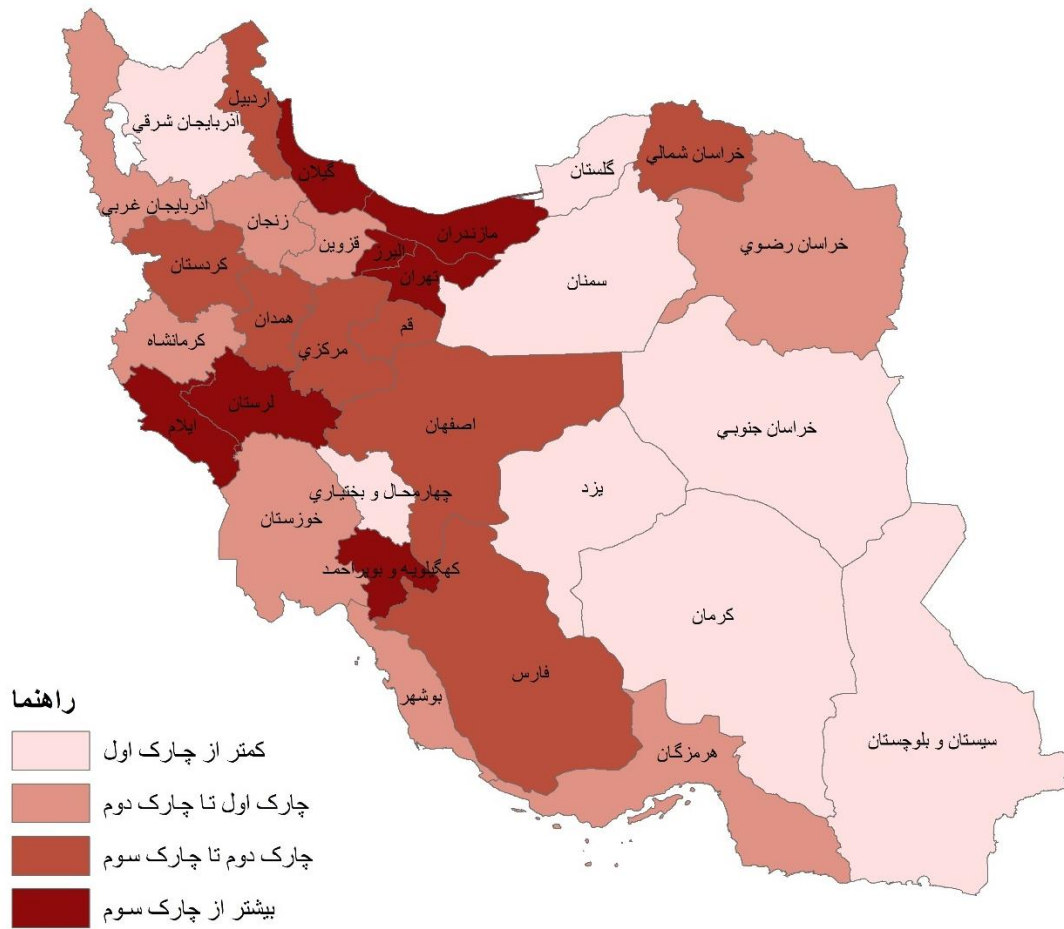


نمودار ۷: توزیع جغرافیایی سقط جنین خود به خودی بر حسب استان





نمودار ۹: توزیع جغرافیایی سقط جنین غیر عمدی (خود به خودی، پزشکی) بر حسب استان



نمودار ۱۰: توزیع جغرافیایی نسبت سقط جنین به موالید زنده برحسب استان (تعداد سقط جنین به تعداد موالید زنده به دنیا آمده در هر استان)

## میزان سقط جنین به زنان، موالید زنده در کل کشور و بر حسب استان

در میان استان‌های کشور، میزان سقط به زنان در سن بارداری بالاترین مقدار را در استان تهران با ۸۹.۳ در هزار زن در سن باروری دارد و پس از آن استان‌های البرز (۵۵.۱ در هزار) و کهگیلویه و بویراحمد (۳۴.۴ در هزار) قرار دارند. در مقابل، کمترین میزان سقط در استان‌های گلستان (۱۵.۴ در هزار)، سمنان (۱۵.۶ در هزار) و آذربایجان شرقی (۱۶.۵ در هزار) مشاهده می‌شود.

از نظر میزان سقط به موالید زنده، استان تهران با ۲۶۱۳.۲ در هزار در رتبه اول قرار دارد، در حالی که البرز (۱۹۶۷.۷ در هزار) و ایلام (۸۷۸.۷ در هزار) در رتبه‌های بعدی هستند. استان گلستان با ۲۷۲.۹ در هزار، خراسان جنوبی با ۳۰۷.۷ در هزار و سمنان با ۴۱۷.۷ در هزار کمترین میزان را دارند. همچنین، در شاخص میزان سقط به موالید زنده و سقط، تهران با ۷۲۳.۲ در هزار بالاترین میزان را به خود اختصاص داده و پس از آن البرز (۶۶۳.۰ در هزار) و کهگیلویه و بویراحمد (۴۳۹.۵ در هزار) در رده‌های بالا هستند. استان گلستان با ۲۱۴.۴ در هزار، خراسان جنوبی با ۲۳۵.۳ در هزار و یزد با ۲۸۱.۱ در هزار کمترین میزان را در این شاخص نشان می‌دهند (جدول ۱۶).

جدول ۱۶ میزان سقط جنین به زنان، موالید زنده و موالید زنده و سقط در استان‌های کشور

کشور	ریت / میزان سقط به زنان در سن بارداری (در هزار) <sup>۱</sup>	رشیو / میزان سقط به موالید زنده (در هزار) <sup>۲</sup>	نسبت / میزان سقط به موالید زنده و سقط (در هزار) <sup>۳</sup>
کشور	۳۰/۷	۶۸۸/۹	۴۰۷/۹
آذربایجان شرقی	۱۶/۵	۴۲۲/۲	۲۹۶/۹
آذربایجان غربی	۲۵/۰	۴۹۸/۲	۳۳۲/۵
اردبیل	۲۱/۷	۵۷۸/۸	۳۶۶/۶
اصفهان	۱۹/۸	۵۴۸/۵	۳۵۴/۲
البرز	۵۵/۱	۱۹۶۷/۷	۶۶۳/۰
ایلام	۳۳/۸	۸۷۸/۷	۴۶۷/۷
بوشهر	۱۹/۱	۴۴۰/۹	۳۰۶/۰
تهران	۸۹/۳	۲۶۱۳/۲	۷۲۳/۲
چهارمحال و بختیاری	۱۸/۹	۴۰۵/۴	۲۸۸/۵
خراسان جنوبی	۲۱/۰	۳۰۷/۷	۲۳۵/۳
خراسان رضوی	۲۷/۱	۵۱۵/۱	۳۴۰/۰
خراسان شمالی	۲۸/۶	۵۸۳/۳	۳۶۸/۴
خوزستان	۲۷/۴	۴۷۸/۳	۳۲۳/۶
زنجان	۲۱/۰	۴۷۴/۳	۳۲۱/۷
سمنان	۱۵/۶	۴۱۷/۷	۲۹۴/۶
سیستان و بلوچستان	۳۲/۳	۳۱۶/۷	۲۴۰/۵
فارس	۲۳/۴	۶۰۹/۴	۳۷۸/۶
قزوین	۱۹/۵	۵۲۲/۸	۳۴۳/۳
قم	۳۰/۰	۵۸۱/۱	۳۶۷/۵

۳۹۳/۰	۶۴۷/۵	۲۷/۸	کردستان
۳۰۴/۵	۴۳۷/۹	۲۴/۳	کرمان
۳۳۰/۵	۴۹۳/۸	۱۹/۲	کرمانشاه
۴۳۹/۵	۷۸۴/۲	۳۴/۴	کهگیلویه و بویراحمد
۲۱۴/۴	۲۷۲/۹	۱۵/۴	گلستان
۴۱۰/۳	۶۹۵/۶	۱۸/۵	گیلان
۳۹۷/۵	۶۵۹/۸	۲۸/۴	لرستان
۴۰۷/۵	۶۸۷/۸	۲۰/۲	مازندران
۳۶۶/۱	۵۷۷/۵	۱۸/۱	مرکزی
۳۲۸/۴	۴۸۹/۰	۳۰/۰	هرمزگان
۳۶۸/۶	۵۸۳/۷	۲۴/۴	همدان
۲۸۱/۱	۳۹۱/۱	۲۱/۲	یزد

<sup>۱</sup> صورت کسر تعداد سقط برآورد شده و مخرج کسر تعداد زنان

<sup>۲</sup> صورت کسر تعداد سقط برآورد شده و مخرج کسر تعداد موالید زنده

<sup>۳</sup> صورت کسر تعداد سقط برآورد شده و مخرج کسر مجموع تعداد موالید زنده و تعداد سقط برآورد شده

### برآورد سقط جنین بر حسب نوع سقط جنین

نتایج جدول ۱۶ نشان‌دهنده وضعیت سقط جنین در سطح کشور و استان‌های مختلف است. در کل کشور، درصد سقط‌های عمدی ۳۴،۰۹ درصد، سقط‌های پزشکی ۷،۰۹ درصد، سقط‌های خودبه‌خودی ۵۳،۰۵ درصد، سقط‌های ناشی از حادثه ۱،۰ درصد و درصد افرادی که نمی‌دانند ۲،۰۷ درصد است.

استان‌های خراسان جنوبی، گلستان و سمنان با درصد سقط عمدی در حدود ۲۰ درصد، کمترین درصد را در این رده دارند. در مقابل، استان‌های اردبیل، قزوین و آذربایجان شرقی با درصد سقط عمدی نزدیک به ۵۰ درصد، بالاترین آمار را به خود اختصاص داده‌اند. در زمینه سقط‌های پزشکی، استان کردستان، قزوین، لرستان، کمترین درصد را دارند، در حالی که استان‌های البرز و تهران با حدود ۲۰ درصد، بیشترین درصد سقط پزشکی را نشان می‌دهند. این مسئله می‌تواند در اثر گزارش سقط‌های عمدی به عنوان سقط‌های پزشکی در این استان‌ها باشد. در سقط‌های خودبه‌خودی، استان البرز با حدود ۳۵ درصد، کمترین آمار را دارد، در حالی که استان‌های یزد، گلستان، مرکزی، خراسان رضوی و خراسان جنوبی با درصدهای بالای ۶۰ درصد، بالاترین نسبت سقط خودبه‌خودی را دارند. در نهایت، در سقط‌های ناشی از حادثه، استان‌های چهارمحال و بختیاری، کردستان و خراسان رضوی بالاترین درصدها را (بیش از ۳ درصد) دارند، در حالی که سایر استان‌ها درصدهای نزدیک به صفر را در این زمینه نشان می‌دهند (جدول ۱۷).

جدول ۱۷: برآورد وزن دار شده سقط جنین بر حسب نوع سقط جنین در کشور و استان‌های مختلف کشور

منطقه	درصد					تعداد				
	عمدی	پزشکی	خودبه خودی	برائثر حادثه	نمی دانم	عمدی	پزشکی	خودبه خودی	برائثر حادثه	نمی دانم
کشور	۳۴/۹	۷/۹	۵۳/۵	۱/۰	۲/۷	۲۵۴,۱۵۳	۵۷,۶۹۹	۳۸۹,۷۳۵	۷,۵۳۵	۱۹,۷۴۸
آذربایجان شرقی	۵۲/۹	۳/۷	۳۹/۷	۰/۰	۳/۷	۹,۹۳۸	۶۸۸	۷,۴۵۹	۰	۶۸۸
آذربایجان غربی	۴۰/۰	۴/۴	۵۱/۳	۰/۰	۴/۴	۱۰,۰۸۳	۱,۱۰۳	۱۲,۹۳۳	۰	۱,۱۰۳
اردبیل	۴۶/۲	۵/۶	۴۶/۸	۰/۰	۱/۴	۳,۹۴۸	۴۷۵	۳,۹۹۷	۰	۱۱۹
اصفهان	۳۲/۹	۱۱/۶	۴۸/۴	۱/۸	۵/۳	۹,۴۶۵	۳,۳۳۳	۱۳,۹۲۲	۵۰۹	۱,۵۲۶
البرز	۴۲/۸	۱۹/۵	۳۵/۳	۰/۰	۲/۴	۱۸,۷۴۴	۸,۵۳۵	۱۵,۴۵۶	۰	۱,۰۶۲
ایلام	۳۲/۸	۸/۲	۵۲/۰	۰/۰	۷/۰	۲,۰۳۱	۵۰۷	۳,۲۱۸	۰	۴۳۵
بوشهر	۳۴/۶	۴/۲	۵۷/۱	۲/۱	۲/۱	۲,۰۷۹	۲۵۱	۳,۴۳۲	۱۲۵	۱۲۵
تهران	۳۹/۴	۱۸/۴	۴۰/۳	۰/۰	۱/۹	۱۳۵,۰۴۴	۶۳,۱۵۴	۱۳۸,۰۵۱	۰	۶,۵۴۱
چهارمحال و بختیاری	۳۴/۷	۸/۹	۵۲/۸	۳/۶	۰/۰	۱,۹۳۶	۴۹۷	۲,۹۴۷	۱۹۹	۰
خراسان جنوبی	۲۰/۲	۳/۷	۶۷/۰	۰/۰	۹/۲	۹۴۹	۱۷۳	۳,۱۴۷	۰	۴۳۱
خراسان رضوی	۲۷/۱	۳/۹	۶۱/۶	۳/۷	۳/۷	۱۴,۲۱۳	۲,۰۶۴	۳۲,۲۳۶	۱,۹۲۵	۱,۹۲۵
خراسان شمالی	۳۴/۸	۶/۲	۵۷/۵	۰/۰	۱/۶	۲,۷۱۸	۴۸۵	۴,۴۹۵	۰	۱۲۱
خوزستان	۳۱/۲	۹/۲	۵۵/۴	۱/۴	۲/۸	۱۳,۱۷۲	۳,۸۸۵	۲۳,۳۷۸	۵۹۸	۱,۱۹۵
زنجان	۳۶/۲	۶/۵	۵۵/۶	۰/۰	۱/۷	۲,۳۹۳	۴۲۶	۳,۶۷۲	۰	۱۱۱
سمنان	۲۲/۵	۶/۹	۵۱/۰	۰/۰	۱۹/۷	۶۴۹	۱۹۸	۱,۴۷۰	۰	۵۶۸
سیستان و بلوچستان	۲۹/۳	۱۲/۷	۵۷/۲	۰/۸	۰/۰	۸,۳۵۳	۳,۶۳۳	۱۶,۳۲۸	۲۲۷	۰
فارس	۳۴/۴	۵/۶	۵۸/۱	۰/۹	۰/۹	۱۱,۷۷۴	۱,۹۰۰	۱۹,۸۸۲	۳۲۵	۳۲۵
قزوین	۴۹/۴	۱/۷	۴۷/۲	۱/۷	۰/۰	۳,۶۲۶	۱۲۵	۳,۴۶۴	۱۲۵	۰
قم	۳۲/۲	۸/۰	۵۷/۳	۰/۰	۲/۵	۳,۴۴۳	۸۵۰	۶,۱۲۸	۰	۲۶۸
کردستان	۴۲/۰	۴/۲	۴۹/۶	۳/۲	۱/۱	۵,۷۵۲	۵۶۸	۶,۷۷۹	۴۳۵	۱۴۵
کرمان	۳۱/۷	۵/۴	۵۹/۴	۰/۹	۲/۷	۶,۶۵۳	۱,۱۲۵	۱۲,۴۵۶	۱۸۸	۵۶۳
کرمانشاه	۴۱/۳	۴/۵	۴۹/۷	۲/۲	۲/۲	۴,۷۳۳	۵۱۳	۵,۶۹۳	۲۵۷	۲۵۷
کهگیلویه و بویراحمد	۳۳/۶	۱۳/۴	۵۰/۹	۰/۰	۲/۲	۲,۶۸۴	۱,۰۶۶	۴,۰۵۷	۰	۱۷۲
گلستان	۲۲/۶	۹/۱	۶۲/۸	۰/۰	۵/۵	۱,۹۶۰	۷۹۵	۵,۴۵۵	۰	۴۷۷
گیلان	۴۲/۹	۷/۸	۴۷/۹	۰/۰	۱/۴	۵,۷۴۱	۱,۰۳۸	۶,۴۰۹	۰	۱۸۱
لرستان	۴۰/۸	۴/۲	۵۱/۱	۱/۰	۲/۹	۶,۴۶۷	۶۶۱	۸,۰۹۴	۱۵۳	۴۵۸
مازندران	۴۰/۱	۷/۲	۵۰/۳	۰/۰	۲/۴	۷,۵۱۵	۱,۳۴۹	۹,۴۴۲	۰	۴۵۰
مرکزی	۲۹/۰	۶/۶	۶۲/۹	۱/۶	۰/۰	۲,۱۱۵	۴۸۰	۴,۵۹۳	۱۱۷	۰
هرمزگان	۳۱/۶	۵/۰	۵۸/۳	۳/۰	۲/۰	۵,۱۶۰	۸۲۳	۹,۵۰۱	۴۹۴	۳۲۹

تعداد					درصد					منطقه
نمی دانم	بر اثر حادثه	خودبه خودی	پزشکی	عمدی	نمی دانم	بر اثر حادثه	خودبه خودی	پزشکی	عمدی	
۱۸۲	۰	۷,۵۴۶	۵۴۷	۴,۳۳۶	۱/۴	۰/۱۰	۵۹/۸	۴/۳	۳۴/۴	همدان
۱۰۴	۲۰۷	۴,۱۴۳	۳۱۰	۲,۰۲۲	۱/۵	۳/۱	۶۱/۰	۴/۶	۲۹/۸	یزد

### برآورد سقط جنین در گروه های سنی

بررسی میزان سقط جنین در گروه های سنی نشان دهنده روند حائز اهمیت است. در گروه سنی ۱۵-۱۹ سال، درصد سقط جنین ۲.۴٪ و تعداد سقطها ۱۷,۷۸۳ مورد گزارش شده است. با افزایش سن، درصد سقط جنین به طور قابل توجهی افزایش می یابد، به طوری که در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال، درصد سقط جنین ۳۲٪ و تعداد سقطها ۲۳۲,۹۸۱ مورد است و در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال به ۵۰.۶٪ و تعداد سقطها به ۳۶۸,۹۸۹ مورد می رسد. همچنین در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال، درصد سقط جنین به ۱۴.۴٪ کاهش می یابد، در حالی که تعداد سقطها به ۱۰۴,۸۹۸ مورد می رسد. این روند در گروه های سنی ۵ ساله به شکل مشابهی تکرار می شود (جدول ۱۸).

جدول ۱۸: درصد و تعداد سقط جنین بر اساس گروه های سنی مختلف

سن (سال)	درصد سقط جنین	تعداد سقط جنین
گروه سنی (۱۰ ساله)	۱۵-۱۹	۱۷,۷۸۳
	۲۰-۲۹	۲۳۲,۹۸۱
	۳۰-۳۹	۳۶۸,۹۸۹
	۴۰-۴۹	۱۰۴,۸۹۸
	نمی دانم	۲,۹۵۴
	بدون پاسخ	۱,۲۶۶
گروه سنی (۵ ساله)	۱۵-۱۹	۱۷,۷۸۳
	۲۰-۲۴	۸۰,۳۳۰
	۲۵-۲۹	۱۵۲,۶۵۱
	۳۰-۳۴	۱۹۱,۸۶۳
	۳۵-۳۹	۱۷۷,۱۲۶
	۴۰-۴۴	۸۵,۹۲۵
	۴۵-۴۹	۱۸,۹۷۳
	نمی دانم	۲,۹۵۴
	بدون پاسخ	۱,۲۶۶

## وضعیت عوامل زمینه‌ای تعیین کننده سقط جنین

### ویژگی افراد دارای سقط جنین

نتایج این جدول ۱۹ به وضوح الگوهای مختلف سقط جنین را از جنبه‌های زمانی، نوع، مکان، روش و وضعیت تأهل در یکسال گذشته در شبکه نزدیک افراد شرکت کننده در مطالعه نشان می‌دهد. بیشترین درصد سقط جنین در زمان بین ۴ تا ۱۹ هفته با ۷۰.۳٪ و تعداد ۱,۵۷۸ مورد ثبت شده است، در حالی که سقط‌های انجام شده کمتر از ۴ هفته تنها ۱۸.۶٪ را شامل می‌شوند ۲۹ مورد سقط بالای ۱۹ هفته به صورت سقط عمد گزارش شده است اما چون در تعریف سقط نمیگنجد در محاسبات لحاظ نگردد. از نظر نوع سقط، ۵۰.۲٪ سقط‌ها به صورت خودبه‌خودی و ۳۶.۷٪ عمدی بوده‌اند. مکان انجام سقط نیز نشان می‌دهد که ۴۷٪ در منزل و ۴۰٪ در بیمارستان انجام شده است. لازم به ذکر است بسیاری از سقط‌هایی که در بیمارستان انجام می‌شود، مراحل شروع و علت ایجاد سقط قبل از بیمارستان بوده و فرد به دلایل مختلف عمدی و غیرعمدی وارد فاز سقط می‌شود و بعد به پزشک مراجعه و در مراحل آخر سقط مشارکت و حمایت تیم پزشکی صورت می‌گیرد تا جان مادر به خطر نیفتد. در مورد روش‌های سقط، ۳۱.۱٪ از داروهای شیمیایی و ۲۷.۴٪ از کورتاژ استفاده شده است (لازم به ذکر است کورتاژ می‌تواند بعد از استفاده از داروهای شیمیایی، بعد از تروما، بعد از هر گونه مداخله غیر پزشکی باشد)، در حالی که ۳۷.۸٪ از روش‌های دیگر استفاده شده است. همچنین، وضعیت تأهل نشان می‌دهد که ۹۷.۱٪ از افراد در هنگام سقط جنین متاهل بوده‌اند، که نشان‌دهنده تأثیر وضعیت اجتماعی بر تصمیم‌گیری در مورد سقط جنین است. این داده‌ها به درک بهتر عوامل مؤثر بر سقط جنین کمک می‌کند و نیاز به توجه بیشتر به این موضوعات را نمایان می‌سازد.

جدول ۱۹: ویژگی‌های سقط جنین در افرادی که در سال گذشته در شبکه اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعه سقط داشته‌اند بر حسب زمان،

نوع، مکان، روش و وضعیت تأهل

متغیر	تعداد	درصد
زمان انجام سقط جنین	کمتر از ۴ هفته	۱۸/۶
	بین ۴ تا ۱۹ هفته	۷۰/۳
	بالای ۱۹ هفته	۰/۰
	نمی‌دانم/ نظری ندارم	۱۱/۱
نوع سقط جنین	عمدی	۳۶/۷
	پزشکی	۸/۴
	خودبه‌خودی	۵۰/۲
	نمی‌دانم	۳/۴
	بر اثر حادثه	۱/۳
مکان انجام سقط جنین	منزل	۴۷/۰
	مطب ماما	۱/۶
	مطب پزشک	۳/۶
	بیمارستان*	۴۰/۰
	سایر	۷/۷
روش انجام سقط جنین	داروی شیمیایی	۳۱/۱
	دستکاری فیزیکی	۰/۵
	داروی گیاهی	۳/۲
	کورتاژ	۲۷/۴

۳۷/۸	۷۵۹	سایر	وضعیت تأهل فرد هنگام سقط جنین
۲/۰	۴۴	مجرد	
۹۷/۱	۲,۱۷۹	متاهل	
۰/۴	۸	عقد موقت یا صیغه	
۰/۴	۹	مطلقه	
۰/۱	۳	بیوه	

\* بسیاری از سقط‌هایی که در بیمارستان انجام می‌شود، مراحل شروع و علت ایجاد سقط قبل از بیمارستان بوده و فرد به دلایل مختلف عمدی و غیرعمدی وارد فاز سقط می‌شود و بعد به پزشک مراجعه و در مراحل آخر سقط مشارکت و حمایت تیم پزشکی صورت می‌گیرد تا جان مادر به خطر نیفتد.

### ویژگی‌های دموگرافیک افراد دارای سقط جنین

در سوال مستقیم از افرادی که تجربه سقط جنین در یک سال گذشته داشته‌اند، از نظر محل سکونت، ۲۲٪ از ساکنان شهر و ۲۹٪ از ساکنان روستا سقط جنین را تجربه کرده‌اند. در زمینه تحصیلات فرد، بیشترین درصد سقط جنین در گروه تحصیلات راهنمایی با ۲۷٪ و در گروه دبیرستان و دیپلم با ۲۵٪ مشاهده می‌شود، در حالی که افراد بی‌سواد هیچ سقطی را گزارش نکرده‌اند. درصد سقط در گروه‌های تحصیلی همسران بین ۱۹٪ تا ۳۱٪ متغیر است. از نظر شغل، بیشترین درصد سقط جنین مربوط به کارکنان بخش دولتی/نظامی با ۲۸٪ به خانه‌داران با ۲۶٪ و شاغلان آزاد با ۲۲٪ است. همچنین، در مورد شغل همسر، ۳۲٪ از افرادی که شغل آزاد دارند و پس از آن کارکنان بخش دولتی و خصوصی بیشترین سقط جنین را تجربه کرده‌اند. در نهایت، هزینه ماهیانه نیز تأثیر کمی بر سقط جنین داشته و درصدها در محدوده ۲۰٪ تا ۲۶٪ قرار دارند. این داده‌ها نشان‌دهنده تأثیر یکسان متغیر اقتصاد بر سقط جنین است و نیاز به توجه بیشتر به این عامل را نمایان می‌سازد (جدول ۲۰).

جدول ۲۰: ویژگی افراد دارای سقط جنین در یک سال گذشته بر اساس متغیرهای اجتماعی و اقتصادی

متغیر		سابقه سقط جنین در یک سال گذشته	
		خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)
محل سکونت	شهر	۱۴,۳۸۵ (۹۷/۸)	۳۲۴ (۲/۲)
	روستا	۱,۲۹۶ (۹۷/۱)	۳۹ (۲/۹)
تحصیلات فرد	بی سواد یا ابتدایی و نهضت	۱۰۱۰ (۹۸/۲)	۱۸ (۱/۸)
	راهنمایی	۱,۳۴۴ (۹۷/۳)	۳۷ (۲/۷)
	دبیرستان و دیپلم	۶,۲۹۰ (۹۷/۵)	۱۵۸ (۲/۵)
	دانشگاهی	۷,۰۳۷ (۹۷/۹)	۱۵۰ (۲/۱)
تحصیلات همسر فرد در صورت تاهل	بی سواد یا ابتدایی و نهضت	۸۵۷ (۹۷/۵)	۲۱ (۲/۵)
	راهنمایی	۱,۴۶۵ (۹۷/۲)	۴۲ (۲/۸)
	دبیرستان و دیپلم	۴,۴۵۲ (۹۶/۹)	۱۴۴ (۳/۱)
	دانشگاهی	۵,۱۴۳ (۹۷/۲)	۱۴۷ (۲/۸)
شغل فرد	دانشجو/محصل	۱,۰۸۱ (۹۹/۷)	۳ (۰/۳)
	کارمند بخش خصوصی	۱,۰۲۳ (۹۸/۷)	۱۳ (۱/۳)
	کارمند بخش دولتی/ نظامی	۱,۰۹۹ (۹۷/۲)	۳۲ (۲/۸)
	آزاد	۲,۴۳۴ (۹۷/۸)	۵۵ (۲/۲)
	بازنشسته	۶۹ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)
	بیکار	۳۴۰ (۹۸/۸)	۴ (۱/۲)
	خانه دار	۹,۶۲۷ (۹۷/۴)	۲۵۶ (۲/۶)
	سایر	۸ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)
	دانشجو	۲۷ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)
		کارمند بخش خصوصی	۱,۰۸۹ (۹۷/۹)
شغل همسر فرد (در صورت تاهل)	کارمند بخش دولتی	۲,۷۶۳ (۹۷/۲)	۸۱ (۲/۸)
	شغل آزاد	۷,۴۰۸ (۹۶/۸)	۲۴۶ (۳/۲)
	بازنشسته	۴۶۹ (۹۹/۶)	۲ (۰/۴)
	بیکار	۱۱۷ (۹۸/۳)	۲ (۱/۷)
	سایر	۳۰ (۹۶/۸)	۱ (۳/۲)
هزینه ماهیانه	زیر ۵ میلیون تومان	۱,۵۹۱ (۹۷/۹)	۳۴ (۲/۱)
	۵ تا ۱۰ میلیون	۴,۱۴۸ (۹۷/۸)	۹۴ (۲/۲)
	۱۰ تا ۱۵ میلیون	۴,۰۸۸ (۹۷/۴)	۱۰۸ (۲/۶)
	۱۵ تا ۲۰ میلیون	۳,۰۴۰ (۹۸/۰)	۶۲ (۲/۰)
	بالای ۲۰ میلیون	۲,۸۱۰ (۹۷/۷)	۶۵ (۲/۳)

## تمایل به سقط جنین، روش پیشگیری از بارداری و آگاهی پدر از سقط جنین

نتایج جدول ۲۱ به بررسی تمایل برای انجام سقط جنین و اطلاع پدران از این موضوع می‌پردازد که با سوال مستقیم از افراد دارای سقط جنین در سال گذشته استخراج شده است. در این مطالعه، ۷۷.۳٪ از پاسخ‌دهندگان هیچ تمایلی به انجام سقط نداشتند، در حالی که ۱۳.۸٪ هر دو طرف (مادر و پدر) تمایل به سقط داشتند و تنها ۱.۴٪ فقط پدر تمایل داشت. همچنین، ۸۱.۵٪ از پدران از انجام سقط مطلع بودند. در زمینه شکست روش‌های پیشگیری از بارداری که منجر به سقط شده‌اند، ۷۴.۴٪ از پاسخ‌دهندگان از روش طبیعی استفاده کرده‌اند، در حالی که استفاده از قرص ضد بارداری، کاندوم و آی یو دی به ترتیب ۹.۴٪، ۶.۶٪ و ۳.۳٪ بوده است. این داده‌ها نشان‌دهنده نیاز به افزایش آگاهی و آموزش در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری و تأثیر آن بر تصمیم‌گیری‌های مربوط به سقط جنین است.

جدول ۲۱: تمایل به سقط جنین و آگاهی پدران و روش‌های پیشگیری از بارداری در افراد دارای سقط جنین در یک سال گذشته

متغیر	تعداد	درصد	
تمایل برای انجام سقط	هر دو تمایل داشتن	۵۰	۱۳/۸
	فقط پدر تمایل داشت	۵	۱/۴
	فقط مادر تمایل داشت	۲۷	۷/۵
	هیچکدام تمایل نداشتند	۲۸۰	۷۷/۳
اطلاع پدر از انجام سقط	بلی	۲۲	۸۱/۵
	خیر	۵	۱۸/۵
شکست روش پیشگیری از بارداری که در انتها به سقط انجامیده است	قرص ضد بارداری	۳۴	۹/۴
	آی یو دی	۱۲	۳/۳
	کاندوم	۲۴	۶/۶
	آمپول	۴	۱/۱
	طبیعی	۲۷۰	۷۴/۴
	کپسول‌های کاشتنی در بازو	۱	۰/۳
سایر	۱۸	۵/۰	

## آگاهی و نگرش نسبت به پدیده سقط جنین

### آگاهی نسبت به پدیده سقط جنین

جدول ۲۲ به توزیع پاسخ‌های افراد به سوالات آگاهی عمومی درباره سقط جنین و زمان و شرایط مرتبط با آن می‌پردازد. در پاسخ به این سؤال که از چه زمانی انداختن جنین سقط حساب می‌شود، ۲۷.۲٪ از افراد از لحظه لقاح و تشکیل جنین و ۲۳.۶٪ از یک ماهگی به عنوان زمان شروع سقط یاد کرده‌اند. همچنین، در مورد شرایطی که باید دیه پرداخت شود، ۳۰.۴٪ معتقدند که هر نوع سقط و به هر شکلی باید دیه داشته باشد، در حالی که ۱۴.۲٪ بر این باورند که سقط بدون دلیل پزشکی و مجوز شرعی نیاز به دیه دارد. در نهایت، در خصوص زمان زنده و صاحب روح شدن جنین، ۲۷.۹٪ از پاسخ‌دهندگان از لحظه لقاح و تشکیل جنین و ۲۲.۴٪ از یک ماهگی به عنوان زمان آغاز حیات جنین یاد کرده‌اند. این نتایج نشان‌دهنده تنوع نظرات و باورهای فرهنگی و اجتماعی در مورد سقط جنین و وضعیت جنین در مراحل مختلف بارداری است و نشان می‌دهد آگاهی کافی در مورد سقط و مسائل پیرامون آن ندارد (جدول ۲۲).

جدول ۲۲: توزیع پاسخ‌های افراد شرکت‌کننده در مطالعه در رابطه با سوالات آگاهی نسبت به سقط جنین

سوال	تعداد	درصد	
به نظر شما از چه زمانی انداختن جنین، سقط حساب می شود؟	از لحظه لقاح و تشکیل جنین	۴,۳۶۱	۲۷/۲
	یک ماهگی	۳,۷۸۸	۲۳/۶
	دو ماهگی	۲,۳۸۶	۱۴/۹
	سه ماهگی	۱,۵۳۶	۹/۶
	چهار ماهگی	۷۵۷	۴/۷
	شش ماهگی	۲۹۹	۱/۹
	نمی دانم/ نظری ندارم	۲,۹۱۷	۱۸/۲
	به نظر شما در چه شرایطی برای سقط جنین دیه باید پرداخت شود؟	بدون دلیل پزشکی و مجوز شرعی باشد	۲,۲۸۳
در اثر روابط نامشروع باشد		۸۳۴	۵/۲
بدون رضایت شوهر باشد		۱,۴۴۰	۹/۰
هر نوع سقط و به هر شکلی باشد		۶,۱۵۱	۳۸/۳
نیازی به دیه ندارد		۲,۰۸۹	۱۳/۰
هیچکدام		۱۱۴	۰/۷
نمی دانم/ نظری ندارم		۳,۱۳۳	۱۹/۵
از لحظه لقاح و تشکیل جنین		۴,۴۷۰	۲۷/۹
یک ماهگی		۳,۵۸۹	۲۲/۴
دو ماهگی		۲,۵۹۴	۱۶/۲
به نظر شما جنین از چه زمانی زنده و صاحب روح است؟	سه ماهگی	۱,۹۸۲	۱۲/۴
	چهار ماهگی	۲,۱۹۶	۱۳/۷
	شش ماهگی	۳۸۷	۲/۴
	نمی دانم/ نظری ندارم	۸۲۶	۵/۱
	کاملاً موافقم	۳,۳۸۷	۲۱/۱
	موافقم	۱۰,۴۵۶	۶۵/۲
	نه موافق و نه مخالف	۱,۰۹۳	۶/۸
	مخالفم	۱,۰۱۴	۶/۳
کاملاً مخالفم	۹۳	۰/۶	
وقتی که جان مادر در خطر است، سقط مجاز است.			

\* پاسخ های درست به صورت توپر نمایش داده شده است.

### نگرش افراد نسبت به پدیده سقط

در پاسخ به این سؤال که آیا زن باید در هر شرایطی بجهش را ننگه دارد، ۵۴.۸٪ از شرکت کنندگان (۴۱.۲٪ موافق و ۱۳.۶٪ کاملاً موافق) با این نظر موافق بودند. در مورد سقط جنین در صورت نقص جنین، ۷۹.۴٪ (۵۹.۴٪ موافق و ۲۰.۰٪ کاملاً موافق) این اقدام را مجاز دانستند. همچنین، ۸۶.۳٪ (۶۵.۲٪ موافق و ۲۱.۱٪ کاملاً موافق) در شرایطی که جان مادر در خطر باشد، سقط را مجاز می دانند. در خصوص این که سقط جنین در حکم قتل یک انسان است، ۷۶.۹٪ (۵۸.۴٪ موافق و ۱۸.۵٪ کاملاً موافق) با این نظر هم نظر بودند. همچنین، ۸۰.۱٪ (۶۵.۰٪ موافق و ۱۵.۱٪ کاملاً موافق) سقط جنین با اجازه پزشکی را قابل قبول می دانند. در مورد رضایت والدین برای انجام سقط، ۵۰.۱٪ (۴۲.۴٪ موافق و ۷.۷٪ کاملاً موافق) این نظر را تأیید کردند. در نهایت، ۷۲.۴٪ (۶۰.۸٪ مخالف و ۱۴.۶٪ کاملاً مخالف) معتقدند که اگر زن ناخواسته حامله شد، نمی تواند فرزند خود را سقط کند. این نتایج نشان دهنده تنوع و پیچیدگی نگرش های اجتماعی نسبت به سقط جنین در جامعه است (جدول ۲۳).

جدول ۲۳: توزیع پاسخ های افراد شرکت کننده در مطالعه در رابطه با سوالات نگرش نسبت به سقط جنین

درصد	تعداد	سوال
۱۳/۶	۲,۱۷۷	کاملا موافقم
۴۱/۲	۶,۶۰۴	موافقم
۱۰/۶	۱,۶۹۸	نه موافق و نه مخالف
۲۷/۵	۴,۴۱۱	مخالفم
۷/۲	۱,۱۵۴	کاملا مخالفم
۲۰/۱۰	۳,۲۱۴	کاملا موافقم
۵۹/۴	۹,۵۳۱	موافقم
۶/۸	۱,۰۹۷	نه موافق و نه مخالف
۱۲/۳	۱,۹۷۳	مخالفم
۱/۴	۲۲۹	کاملا مخالفم
۱۸/۵	۲,۹۶۴	کاملا موافقم
۵۸/۴	۹,۳۶۸	موافقم
۹/۶	۱,۵۴۴	نه موافق و نه مخالف
۱۱/۸	۱,۹۰۰	مخالفم
۱/۷	۲۶۷	کاملا مخالفم
۱۵/۱	۲,۴۲۵	کاملا موافقم
۶۵/۰	۱۰,۴۳۰	موافقم
۶/۷	۱,۰۷۹	نه موافق و نه مخالف
۱۱/۹	۱,۹۰۴	مخالفم
۱/۳	۲۰۶	کاملا مخالفم
۷/۷	۱,۲۳۵	کاملا موافقم
۴۲/۴	۶,۷۹۶	موافقم
۷/۳	۱,۱۷۷	نه موافق و نه مخالف
۳۶/۸	۵,۹۰۰	مخالفم
۵/۸	۹۳۶	کاملا مخالفم
۲/۵	۴۰۱	کاملا موافقم
۲۰/۷	۳,۳۲۷	موافقم
۱۴/۵	۲,۳۲۴	نه موافق و نه مخالف
۵۱/۶	۸,۲۸۶	مخالفم
۱۰/۶	۱,۷۰۶	کاملا مخالفم
۲/۱۰	۳۱۹	کاملا موافقم
۱۴/۸	۲,۳۷۵	موافقم
۷/۸	۱,۲۵۱	نه موافق و نه مخالف
۶۰/۸	۹,۷۵۳	مخالفم
۱۴/۶	۲,۳۴۶	کاملا مخالفم

۰/۸	۱۳۴	کاملاً موافقم	زن به تنهایی و بدون اطلاع شوهر میتواند اقدام به سقط جنین کند.
۵/۳	۸۵۳	موافقم	
۳/۸	۶۰۸	نه موافق و نه مخالف	
۶۸/۸	۱۱,۰۴۲	مخالفم	
۲۱/۲	۳,۴۰۷	کاملاً مخالفم	
۵/۷	۹۱۰	کاملاً موافقم	زن و شوهری که از نظر اقتصادی قادر به اداری فرزند نباشند، میتوانند سقط کنند.
۱۸/۹	۳,۰۲۷	موافقم	
۷/۲	۱,۱۵۱	نه موافق و نه مخالف	
۵۴/۸	۸,۷۸۶	مخالفم	
۱۳/۵	۲,۱۷۰	کاملاً مخالفم	
۱/۲	۱۹۴	کاملاً موافقم	هنگام بارداری در صورت عدم تمایل به بچه‌دار شدن، میتوان سقط کرد.
۱۲/۰	۱,۹۲۲	موافقم	
۷/۵	۱,۲۰۰	نه موافق و نه مخالف	
۶۴/۶	۱۰,۳۶۳	مخالفم	
۱۴/۷	۲,۳۶۴	کاملاً مخالفم	

\*برای نمره دهی این سوالات گزینه "کاملاً مخالف" امتیاز صفر و گزینه "کاملاً موافق" امتیاز ۴ را به خود اختصاص داده اند. برای بقیه سوالات گزینه "کاملاً موافق" امتیاز صفر و گزینه "کاملاً مخالف" امتیاز ۴ را به خود اختصاص داده‌اند.

### وضعیت سطح نمره آگاهی و نگرش افراد نسبت به پدیده سقط و ارتباط آن با تجربه سقط جنین

نمرات آگاهی و نگرش افراد در مقیاس ۰ تا ۲۰ تبدیل شده‌اند و سپس وارد تجزیه تحلیل شده اند. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمره دانش ۸.۹۹ (انحراف معیار ۴.۸۶) است، که بیانگر سطح پایین آگاهی عمومی درباره سقط جنین می‌باشد و نشان می‌دهد که افراد اطلاعات کافی در مورد عواقب، روش‌ها و قوانین مرتبط با این موضوع ندارند. از سوی دیگر، میانگین نمره نگرش ۱۱.۴۳ (انحراف معیار ۲.۸۶) است که نشان‌دهنده نگرش نسبتاً مثبت نسبت به سقط جنین است، اما این نمره نیز حاکی از تنوع قابل توجهی در دیدگاه‌ها و عدم وجود نگرش کاملاً مثبت است. این نتایج ضرورت برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی را برای افزایش آگاهی و بهبود نگرش‌ها در مورد سقط جنین تأکید می‌کند. همچنین نمره نگرش افراد دارای سقط جنین بر حسب تجربه سقط جنین در سال گذشته بسیار به هم نزدیک است و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری ندارد ( $P=0.440$ ) اما نمره آگاهی افرادی که سابقه سقط جنین داشته‌اند و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با افرادی که سابقه سقط جنین نداشته‌اند، دارد ( $P<0.001$ ) به طوری که افراد با سابقه سقط جنین آگاهی بیشتری داشته‌اند (جدول ۲۴). از طرفی ارتباط معنی‌داری بین نمره آگاهی ( $P<0.001$ ) و نگرش ( $P<0.001$ ) با سطح تحصیلات فرد پاسخ‌دهنده مشاهده شد. مقایسات زوجی نشان داد نمره آگاهی و نگرش تمامی سطوح تحصیلی اختلاف معنی‌داری با یکدیگر دارند ( $P<0.05$ ) به جز سطح تحصیلی راهنمایی و با بی‌سواد یا ابتدایی و نهضت ( $P=0.999$  و  $P=0.342$ ). همچنین ارتباط مثبت ضعیفی بین نمره آگاهی و نگرش مشاهده شد ( $P=0.008$  و  $P<0.001$ ). جدول ۲۵ ارتباط بین نمره آگاهی و نگرش با شانس تجربه سقط جنین با تعدیل اثر سطح تحصیلات فرد را بررسی می‌کند. نتایج نشان می‌دهد که نسبت شانس برای نمره نگرش در در تحلیل چندمتغیره نیز  $1.01$  ( $P=0.286$ )، که هر دو نشان‌دهنده عدم معنی‌داری آماری این ارتباط هستند. به همین ترتیب، نسبت شانس برای نمره دانش نیز در تحلیل چندمتغیره  $1.05$  ( $P<0.001$ ) است، که نشان‌دهنده معنی‌داری این ارتباط است. به طور کلی، این نتایج نشان می‌دهد که آگاهی به طور معناداری با شانس تجربه سقط جنین در سال گذشته مرتبط است.

جدول ۲۴: وضعیت آگاهی و نگرش نسبت به سقط جنین

متغیر	میانگین	انحراف معیار	P-value
نمره نگرش	۱۱/۴۳	۲/۸۶	۰/۴۴۰
	۱۱/۶۱	۲/۸۲	
نمره نگرش تحصیلات خانم	۱۲/۱۶	۲/۰۵	<۰/۰۰۱
	۱۲/۰۹	۲/۱۲	
	۱۱/۵۵	۲/۶۷	
	۱۱/۰۹	۳/۱۹	
نمره دانش	۷/۸۶	۴/۱۲	<۰/۰۰۱
	۸/۶۶	۴/۴۱	
نمره دانش تحصیلات خانم	۶/۳۱	۳/۹۱	<۰/۰۰۱
	۶/۸۵	۳/۹۵	
	۷/۶۵	۳/۹۹	
	۸/۵۰	۴/۱۹	

جدول ۲۵: ارتباط بین نمره آگاهی و نگرش با تجربه سقط جنین در سال گذشته

متغیر	نسبت شانس	P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای نسبت شانس	
			حد پایین	حد بالا
نمره نگرش	۱/۰۱	۰/۴۹۴	۰/۹۸	۱/۰۵
نمره دانش	۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۱/۰۲	۱/۰۷
تحصیلات		۰/۱۵۲		
بی سواد یا ابتدایی و نهضت	۰/۹۲	۰/۷۳۷	۰/۵۶	۱/۵۱
راهنمایی	۱/۳۸	۰/۰۸۵	۰/۹۶	۲/۰۰
دبیرستان و دیپلم	۱/۲۲	۰/۰۸۴	۰/۹۷	۱/۵۴
دانشگاهی (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-

## عوامل موثر بر تجربه سقط جنین

### آنالیز تک متغیره عوامل موثر بر تجربه سقط جنین در یکسال گذشته

نتایج تحلیل تک متغیره در رابطه با سقط جنین نشان دهنده وجود برخی روابط معنی دار بین متغیرهای مختلف و احتمال سقط جنین است. به ویژه، گروه سنی ۴۰ سال یا بیشتر نسبت به گروه مرجع (۱۸-۲۰ سال) با نسبت شانس ۰.۲۹ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰.۱۲، ۰.۶۸)، ( $P = ۰.۰۰۴$ ) به طور معناداری کمتر احتمال دارد که سقط جنین انجام دهد. همچنین، تعداد بارداری‌ها و تعداد افراد شبکه نزدیکان با سابقه سقط جنین به ترتیب با نسبت شانس ۱.۴۰ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۳۲، ۱.۴۹)، ( $P < ۰.۰۰۱$ ) و ۱.۲۱ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۱۰، ۱.۳۳)، به طور معناداری با افزایش شانس سقط جنین مرتبط هستند. علاوه بر این، افرادی که سابقه سقط جنین دارند، نسبت به افرادی که سابقه سقط ندارند، با نسبت شانس ۱.۳۱ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۰۳، ۱.۶۶)، ( $P = ۰.۰۲۶$ ) شانس بیشتری برای سقط جنین دارند. در نهایت، افرادی که در استان‌هایی در جایگاه در چارک سوم و بیشتر از آن قرار دارند، نسبت شانس ۱.۶۱ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۱۸، ۲.۱۸)، ( $P = ۰.۰۰۱$ ) به طور معناداری بیشتر



این شانس وجود دارد که سقط جنین انجام دهند. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر عوامل مختلف بر تصمیم‌گیری در مورد سقط جنین است و نیاز به توجه بیشتر به این عوامل در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی را نمایان می‌سازد (جدول ۲۶).

جدول ۲۶: تحلیل تک‌متغیره عوامل مرتبط با تجربه سقط جنین در یکسال گذشته

متغیر	نسبت شانس	P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪	
			حد پایین	حد بالا
<b>گروه سنی (سال)</b>				
۱۸-۲۰ (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-
۲۰-۲۹	۱/۱۵	۰/۷۴۱	۰/۵۰	۲/۶۶
۳۰-۳۹	۰/۸۳	۰/۶۶۴	۰/۳۶	۱/۹۱
۴۰ سال یا بیشتر	۰/۲۹	۰/۰۰۴	۰/۱۲	۰/۶۸
<b>تحصیلات خانم</b>				
بیسواد/ ابتدایی یا نهضت	۰/۶۶	۰/۰۹۴	۰/۴۰	۱/۰۷
راهنمایی	۱/۰۴	۰/۸۲۹	۰/۷۲	۱/۵۰
دبیرستان/ دیپلم	۱/۱۳	۰/۳۰۲	۰/۹۰	۱/۴۲
دانشگاهی (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-
<b>شغل خانم</b>				
دانش آموز/ دانشجو	۰/۴۷	۰/۱۹۲	۰/۱۵	۱/۴۷
کارمند بخش خصوصی	۰/۶۳	۰/۱۱۸	۰/۳۵	۱/۱۳
کارمند بخش دولتی/ نظامی	۱/۲۳	۰/۲۷۴	۰/۸۵	۱/۷۹
بیکار	۱/۲۲	۰/۱۹۱	۰/۹۱	۱/۶۴
خانه دار/ سایر (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-
سن خانم هنگام ازدواج با همسر (سال)	۱/۰۰	۰/۹۶۲	۰/۹۸	۱/۰۲
تعداد بارداریها	۱/۴۰	<۰/۰۰۱	۱/۳۲	۱/۴۹
تعداد افراد شبکه نزدیکان با سابقه سقط جنین (نفر)	۱/۲۱	<۰/۰۰۱	۱/۱۰	۱/۳۳
تعداد فرزندان فوت شده (نفر)	۰/۹۹	۰/۹۶۴	۰/۶۴	۱/۵۲
<b>سابقه سقط جنین های دیگر</b>				
خیر (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-
بله	۱/۳۱	۰/۰۲۶	۱/۰۳	۱/۶۶
سن همسر (سال)	۰/۹۹	۰/۲۴۲	۰/۹۶	۱/۰۰
<b>تحصیلات همسر</b>				
بیسواد/ ابتدایی یا نهضت	۰/۸۸	۰/۵۸۵	۰/۵۵	۱/۴۰
راهنمایی	۱/۰۰	۰/۹۸۶	۰/۷۱	۱/۴۲
دبیرستان/ دیپلم	۱/۱۳	۰/۲۹۹	۰/۹۰	۱/۴۳
دانشگاهی (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-
<b>شغل همسر</b>				
شغل آزاد (رفرنس)	۱/۰۰	-	-	-
کارمند بخش خصوصی	۰/۶۴	۰/۰۴۰	۰/۴۱	۰/۹۸
کارمند بخش دولتی	۰/۸۸	۰/۳۳۸	۰/۶۸	۱/۱۴
بازنشسته	۰/۱۳	۰/۰۰۴	۰/۰۳	۰/۵۲

فاصله اطمینان ۹۵٪		P-value	نسبت شانس	متغیر
حد بالا	حد پایین			
۲/۰۹	۰/۱۳	۰/۳۵۴	۰/۵۱	بیکار
۳/۸۳	۰/۰۷	۰/۵۲۸	۰/۵۳	سایر
				هزینه ماهیانه (میلیون تومان)
۱/۵۹	۰/۶۹	۰/۸۳۵	۱/۰۵	زیر ۵
۱/۳۶	۰/۷۲	۰/۹۳۹	۰/۹۹	۵-۱۰
۱/۵۵	۰/۸۳	۰/۴۳۶	۱/۱۳	۱۰-۱۵
۱/۲۵	۰/۶۲	۰/۴۷۵	۰/۸۸	۱۵-۲۰
-	-	-	۱/۰۰	بالای ۲۰ (رفرنس)
				زبان مادری
-	-	-	۱/۰۰	فارسی (رفرنس)
۱/۳۳	۰/۷۸	۰/۸۷۹	۱/۰۲	ترکی
۲/۵۶	۰/۶۱	۰/۵۴۹	۱/۲۵	عربی
۱/۷۲	۰/۸۶	۰/۲۷۱	۱/۲۲	کردی
۲/۴۴	۰/۳۳	۰/۸۲۸	۰/۸۹	بلوچی
۱/۵۹	۰/۷۳	۰/۷۰۵	۱/۰۸	لری
۱/۲۲	۰/۴۱	۰/۲۰۶	۰/۷۰	مازنی/گیلکی
۳/۵۸	۰/۲۱	۰/۸۵۰	۰/۸۷	سایر
				محل سکونت
-	-	-	۱/۰۰	شهر (رفرنس)
۱/۷۶	۰/۹۰	۰/۱۸۶	۱/۲۶	روستا
				جایگاه استان*
-	-	-	۱/۰۰	کمتر از چارک اول (رفرنس)
۱/۵۵	۰/۸۱	۰/۴۹۹	۱/۱۲	چارک اول تا دوم
۱/۸۰	۰/۹۷	۰/۰۷۸	۱/۳۲	چارک دوم تا سوم
۲/۱۸	۱/۱۸	۰/۰۰۲	۱/۶۱	بیشتر از چارک سوم

\*جایگاه استان ها:

کمتر از چارک اول: آذربایجان شرقی، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، سمنان، کرمانشاه، گلستان، گیلان و مرکزی

چارک اول تا دوم: اردبیل، اصفهان، خراسان جنوبی، زنجان، فارس، قزوین، مازندران و یزد

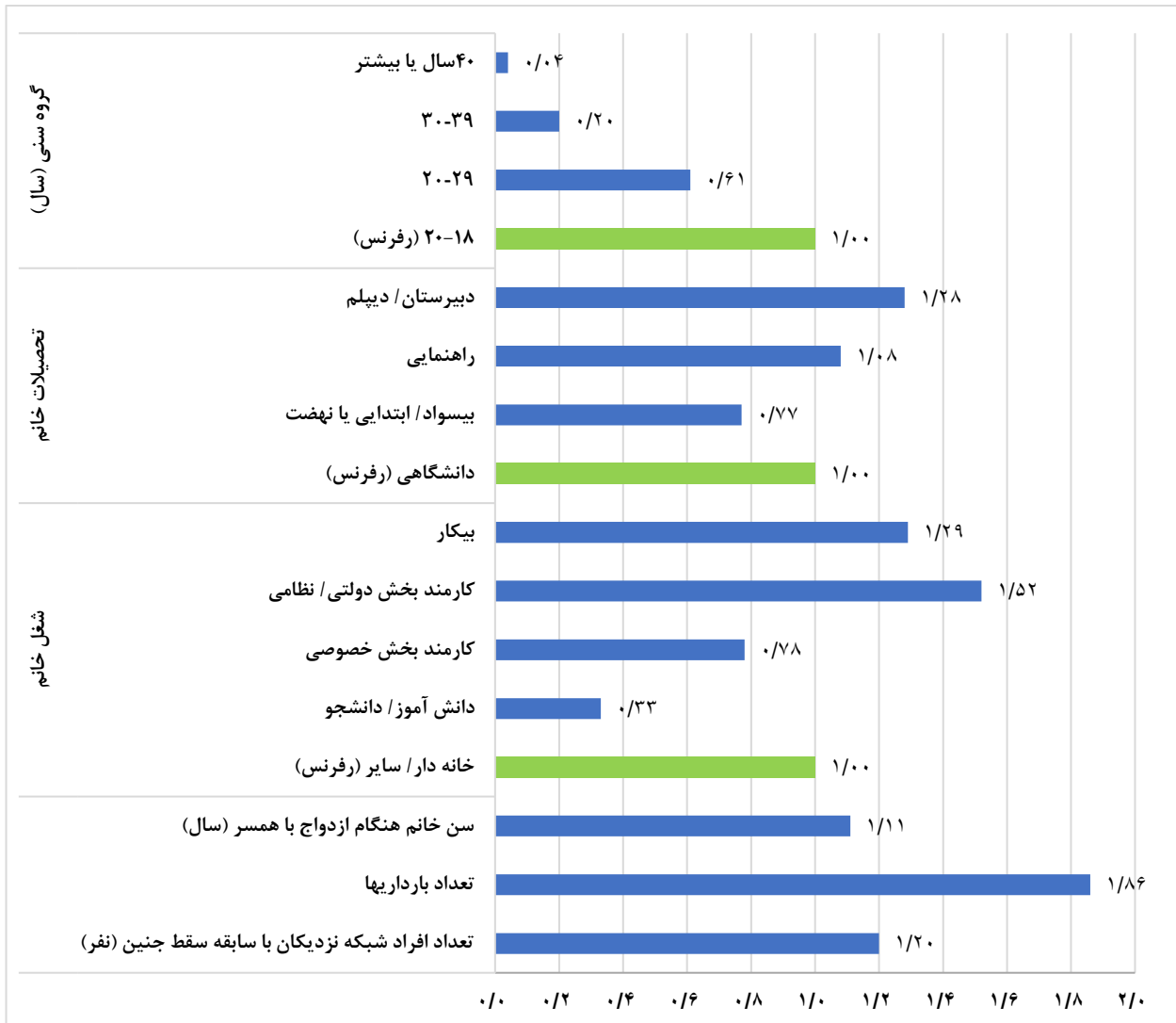
چارک دوم تا سوم: خراسان شمالی، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خوزستان، کردستان، کرمان، لرستان و همدان

بیشتر از چارک سوم: البرز، ایلام، تهران، سیستان و بلوچستان، قم، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان

### آنالیز چندگانه عوامل موثر بر تجربه سقط جنین در یکسال گذشته

نتایج تحلیل چندگانه در رابطه با سقط جنین نشان دهنده تأثیر معنادار برخی متغیرها بر احتمال تجربه سقط جنین است. در نمودار ۱۱ نسبت شانس برای عوامل مرتبط با سقط جنین در یکسال گذشته به نمایش درآمده است. به طور خاص گروه سنی ۳۰-۳۹ سال و ۴۰ سال یا بیشتر به طور معناداری نسبت به گروه مرجع (۱۸-۲۰ سال) با نسبت شانس به ترتیب ۰/۲۰ (فاصله اطمینان ۹۵٪: (۰/۵۷, ۰/۰۷),  $P = ۰/۰۰۳$ ) و ۰/۰۴ (فاصله اطمینان ۹۵٪: (۰/۱۳, ۰/۰۱),  $P < ۰/۰۰۱$ ) کمتر این شانس وجود دارد که سقط جنین انجام دهند. همچنین، تعداد بارداری‌ها با نسبت

شانس ۱.۸۶ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۷۲, ۲.۰۱),  $P < ۰.۰۰۱$  و سن خانم هنگام ازدواج با نسبت شانس ۱.۱۱ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۰۷, ۱.۱۴),  $P < ۰.۰۰۱$  به طور معناداری با افزایش احتمال سقط جنین مرتبط هستند. تعداد افراد شبکه نزدیکان با سابقه سقط جنین نیز با نسبت شانس ۱.۲۰ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱.۰۹, ۱.۳۳),  $P < ۰.۰۰۱$  به طور معناداری بر شانس سقط تأثیر دارد (جدول ۲۷).



نمودار ۱۱: نسبت شانس تعدیل شده برای عوامل مرتبط با تجربه سقط جنین در یکسال

\*نسبت شانس تعدیل شده برای عوامل مرتبط با تجربه سقط جنین در یکسال گذشته (مقدار نسبت شانس بالای یک نشان دهنده عامل خطر بودن و زیر یک نشان دهنده اثر محافظتی است)

جدول ۲۷: تحلیل چندگانه عوامل مرتبط با تجربه سقط جنین در یکسال گذشته (مقدار نسبت شانس بالای یک نشان دهنده عامل خطر بودن و زیر یک نشان دهنده اثر محافظتی است)

فاصله اطمینان ۹۵٪		P-value	نسبت شانس	متغیر
حد پایین	حد پایین			
				گروه سنی (سال)
-	-	-	۱/۰۰	۱۸-۲۰ (رفرنس)
۱/۷۲	۰/۲۱	۰/۳۵۵	۰/۶۱	۲۰-۲۹
۰/۵۷	۰/۰۷	۰/۰۰۳	۰/۲۰	۳۰-۳۹
۰/۱۳	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۴	۴۰ سال یا بیشتر
				تحصیلات خانم
-	-	-	۱/۰۰	دانشگاهی (رفرنس)
۱/۳۴	۰/۴۵	۰/۳۶۰	۰/۷۷	بیسواد/ ابتدایی یا نهضت
۱/۶۵	۰/۷۱	۰/۷۳۱	۱/۰۸	راهنمایی
۱/۶۸	۰/۹۸	۰/۰۷۳	۱/۲۸	دبیرستان/ دیپلم
				شغل خانم
-	-	-	۱/۰۰	خانه دار/ سایر (رفرنس)
۱/۳۵	۰/۰۸	۰/۱۲۳	۰/۳۳	دانش آموز/ دانشجو
۱/۴۴	۰/۴۲	۰/۴۲۸	۰/۷۸	کارمند بخش خصوصی
۲/۳۲	۰/۹۹	۰/۰۵۴	۱/۵۲	کارمند بخش دولتی/ نظامی
۱/۷۸	۰/۹۳	۰/۱۲۳	۱/۲۹	بیکار
۱/۱۴	۱/۰۷	<۰/۰۰۱	۱/۱۱	سن خانم هنگام ازدواج با همسر (سال)
۲/۰۱	۱/۷۲	<۰/۰۰۱	۱/۸۶	تعداد بارداریها
۱/۳۳	۱/۰۹	<۰/۰۰۱	۱/۲۰	تعداد افراد شبکه نزدیکان با سابقه سقط جنین (نفر)

از همه همکارانمان که در تمامی مراحل اعم از انتخاب موضوع، تدوین و اعتبار بخشی پرسشنامه، انجام پرسشگری سخت و طولانی، پشتیبانی مادی و معنوی اجرای طرح، تهیه و تکمیل گزارش و تعیین موفق عنوان های تحقیقاتی کمک کردند صمیمانه تشکر میکنم و نام آنها در صفحه اول بعد از جلد که معرف نهاد های کمک کننده میباشد خواهد آمد ان شاء الله تعالی.<sup>۱۹</sup>

اینک از همه شما انتظار دارم تا با انتخاب عناوین مورد علاقه خود در انتشار مقالات کمک کنید.

بدیهی است تمام این تلاش ها برای تبیین علمی موضوع سقط و کاهش و پیشگیری از این حرام الهی بوده است. که با استفاده از تحقیقات شما به برنامه های اجرایی مبدل میشود. به عون الله.

۱۹ پایان نامه دکترای خانم دکتر زهرا بوربور دانشجوی دانشگاه ادیان و مذاهب با عنوان "برآورد بروز سقط جنین و تعیین کننده های آن با روش بسط شبکه ای در

جمهوری اسلامی ایران" بخشی از این طرح می باشد.

به امید جلب رضای حضرت دوست و مردم عزیزمان که رضای او نیز در اوست

محمد اسماعیل اکبری

استاد دانشگاه

مجری طرح- هشتم فروردین ۱۴۰۴

## منابع:

۱. رازقی نصرآباد، حجه بی بی و سنجرى، الهام (۱۳۹۶) عوامل موثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران، نشریه مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، ۱۵ (۲): ۱۳۶-۱۰۵.
۲. رشیدی بتول، حسین، ملک افضلی حسین، حق الهی فدیه، نقی جعفر آبادی مینا، اسلامی محمد، یزدان پناه مهدیه و همکاران (۱۳۹۵) بررسی روند بروز حاملگی ناخواسته و سقط عمدی در تهران: ۱۳۹۳-۱۳۶۰. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۵، ۱۴ (۲): ۷۵-۸۶.
۳. رضایی، مهدی و پرتوی، لطیف (۱۳۹۶) وضعیت سقط جنین در میان زنان گُرد شهر مهاباد در سال ۱۳۹۵، نشریه پرستاری ایران، ۳۰ (۱۰۹): ۴۳-۳۲.
۴. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷). الکافی (ط-الإسلامیة)، جلد ۷، تهران: دار الکتب الإسلامیة، چاپ چهارم.
۵. عبدالجباری مرتضی، مرضیه کرمخانی، نسرین سحرخیز، محمد امین پورحسینقلی، معصومه شکرى خوبستانی (۱۳۹۵) بررسی عوامل موثر در تصمیم گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در این باره، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۲(۴): ۵۴-۴۴.
۶. عرفانی، امیر و شجاعی، جواد (۱۳۹۷) شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران؛ میزانها، دلایل و تغییرات، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۲۱ (۳): ۷۷-۶۴.
۷. متولی، رویا؛ علیزاده، لیلا؛ نمادی وثوقی، مریم و شهباززادگان، سمیرا (۱۳۹۱) بررسی شیوع، علل و پیامدهای سقط عمدی در زنان شهر اردبیل در سال ۱۳۹۰، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۲ (۴): ۳۹۱-۳۸۴.
۸. محمودیانی، سراج الدین؛ منظر عابدی (۱۴۰۱) بررسی رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین، مجله پایش، ۲۱ (۶): ۶۳۵-۶۲۷.
۹. محمودیانی، سراج الدین؛ احمدی، علی یار و جوادی، افشان (۱۳۹۷) شیوع و عوامل مرتبط با سقط جنین در میان زنان روستایی استان فارس در سال ۱۳۹۴، نشریه پرستاری ایران، ۳۱ (۱۱۵): ۶۱-۵۱.
۱۰. مزروعی، رسول (۱۳۹۹) ماجرای فاجعه قتل جنین (گفتاری از حجت السام والمسلمین مزروعی پیرامون چالش های اسقاط و قتل جنین و راهکارهای کاهش آن)، نشریه ایران جوان، ۴۲ (۳): ۳-۵۹.
۱۱. نیک پور ب، مجلسی ف، طل آ، آذر، اشراقی، نوشین. بررسی سقط عمد و عوامل موثر بر آن در مقایسه با سقط های غیر عمد در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب شهر تهران. فصلنامه نسیم تندرستی. ۲۰۱۳؛ ۱(۳): ۱۴-۲۰.

۱۲. Alkali AU. ABORTION: AN INFRINGEMENT OF THE FOETUS' RIGHT TO LIFE IN ISLAMIC LAW. IJUM Law Journal. ۲۰۱۵؛ ۲۳(۱).

۱۳. Binayew Mekonen, Sisay W/Tsadik Daniel, Tesfaye Tizalegn, Endashaw Hareru Habtamu, Ali Ewune Helen, Assefa Getachew, Semagn Kebede Selamawit, Shemelise Tesfaye Tinsae, Alemayehu Gube Addisu (۲۰۲۲) Determinants of repeated induced abortion among reproductive age group women visiting health facilities of Sidama regional state, Ethiopia, ۲۰۲۰: Facility based unmatched case-control study, Clinical Epidemiology and Global Health, Volume ۱۶, July: ۱-۷.

۱۴. Huneeus Andrea, Capella Daniela, Cabieses Báltica, Cavada Gabriel (۲۰۲۰) Induced Abortion According to Socioeconomic Status in Chile, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, Volume ۳۲, Issue ۴, August ۲۰۲۰, Pages ۴۱۵-۴۲۰.

۱۵. McLeod Corinne, Pivarnik Katie, Flink-Bochacki Rachel (۲۰۲۲) Individual abortion providers' experiences with targeted harassment in the United States, Contraception, Volume ۱۰۷: ۴۷-۴۲.

۱۶. Organization WH. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. ۲۰۱۲.

۱۷. Biggs MA, Gould H, Foster DG. Understanding why women seek abortions in the US. BMC women's health. ۲۰۱۳؛ ۱۳(۱): ۲۹.

۱۸. Erfani A. Abortion in Iran: What Do We Know? PSC Discussion Papers Series. ۲۰۰۸؛ ۲۲(۱): ۱



۱۹. Irving DN. When do human beings begin? scientific myths and scientific facts. International journal of sociology and social policy. ۱۹۹۹ Feb ۴;۱۹:۲۲-۴۶.
۲۰. Veisi F, Zanganeh M. The Causes of Illegal Abortions and Their Methods in Outpatient Clinics of Kermanshah University of Medical Sciences. SJFM. ۲۰۱۲;۱۸(۱):۴۷-۵۲.
۲۱. Rastegari A, Baneshi MR, Haji-Maghsoudi S, Nakhaee N, Eslami M, Malekafzali H, Haghdoost AA. (۲۰۱۴) Estimating the Annual Incidence of Abortions in Iran Applying a Network Scale-up Approach. Iran Red Crescent Med J. Oct ۵;۱۶(۱۰):e۱۵۷۶۵
۲۲. Sarayi, H., & Roshanshomal, P. (۲۰۱۲). Examining social factors affecting pregnant women's attitude towards induced abortion. Woman in Development & Politics, ۱۰(۲), ۵-۲۳.
۲۳. Scoglio, Arielle A.J. & Nayak, Sameera S. (۲۰۲۳) Alignment of state-level policies and public attitudes towards abortion legality and government restrictions on abortion in the United States, Social Science & Medicine, Volume ۳۲۰.
۲۴. Sedgh, G., et al. (۲۰۱۶). Abortion incidence between ۱۹۹۰ and ۲۰۱۴. The Lancet, ۳۸۸(۱۰۰۴۱), ۲۵۸-۲۶۷.
۲۵. United Nations. (۱۹۹۴). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. UN Publications.
۲۶. World Health Organization. (۲۰۲۱). Global Abortion Policies Database. WHO Press
۲۷. F. Gary Cunningham, Kenneth Leveno, Jodi Dashe, Barbara Hoffman, Catherine Spong, Brian Casey (۲۰۲۲) Williams Obstetrics ۲۶th Edition ,McGraw Hill

## این گزارش به صورت زیر ارجاع داده می شود:

بررسی فراوانی و علل سقط در جمهوری اسلامی ایران، (۱۴۰۴)، احمدی نیره، اکبری عطیه، بوربور زهرا، حاجی مقصودی سعیده، علیی محمد ولی، علیپور محمد حسین، نکوئی امیر حسین، \*حقدوست علی اکبر، \*اکبری محمد اسماعیل / مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی / دانشگاه جامع امام حسین علیه السلام / دانشگاه ادیان و مذاهب

## Affiliation

دکتر احمدی نیره:

نیره احمدی، دکترای مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. پژوهشگر مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Nayereh Ahmadi, PhD in Women's Studies, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Researcher at Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran ,Iran.

دکتر اکبری عطیه:

Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran , Iran

دکتر بوربور زهرا:

زهرا بوربور، دکترای مطالعات زنان، دانشکده زن و خانواده، دانشگاه ادیان و مذاهب، قم، ایران، پژوهشگر مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

Zahra bourbour, PhD in Women's Studies, Faculty of Women and Family, University of Religions and Denominations, Qom, Iran. Researcher at Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

دکتر حاجی مقصودی سعیده:

Saiedeh Maghsoudi

Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

دکتر علی محمد ولی:

محمدولی علی، استادیار، مرکز علم و فناوری جمعیت، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران.

mv\_aliei@yahoo.com

دکتر علیپور محمد حسین:

محمدحسین علیپور، استادیار، دانشکده و پژوهشکده پیامبر اعظم (ص)، دانشگاه جامع امام حسین علیه السلام، تهران، ایران

mh.alipoor@ihu.ac.ir

mohammad hosein alipour, Assistant Professor, Faculty and Research Institute of the piambar azam, Imam Hussein University, iran, tehrn

دکتر نکوئی امیر حسین:

امیر حسین نکوئی، مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Amir Hossein Nekouei,

PhD Candidate in Epidemiology, Faculty of Public Health, Department of Biostatistics and Epidemiology, Kerman University of Medical Sciences.

\*دکتر حقدوست علی اکبر:

علی اکبر حقدوست / مرکز تحقیقات مراقبت اچ.آی.وی و عفونت های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

AliAkbar Haghdoost





HIV/STI Surveillance Research Center, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

\*دکتر اکبری محمد اسماعیل:

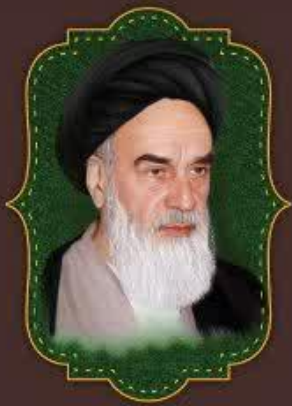
Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran ,Iran





## حضرت امام خمینی (ره)

(دلایلی مانند مشکلات اقتصادی، اجتماعی، تعدد اولاد و کهن‌سالی نیز برای قطع دائم حاملگی و یا سقط جنین «مجوز نیست»). در مواردی که امکان وجود نقایص مادرزادی جسمی و عقلی و روانی، به‌طور سرشتی یا اکتسابی در جنین هست مثل انواع بیماری‌های ارثی یا ناشی از تأثیر موادّ و داروها و اشعه ایکس و غیره، «سقط جایز نیست و فرق نمی‌کند که جنین زیر و یا بالای چهار ماه باشد.»



## مقام معظم رهبری (مدظله العالی)

اسقاط جنین یا امثال اینها در بعضی از جاها انجام می‌گیرد، اگر اینها راست است، این مسئولین دولتی مشخص، مسئول این کارند و باید دنبال بکنند.  
دیدار مسئولان نظام، ۱۳۹۵/۰۳/۲۵

