

Research Paper

The Impact of Domestic Violence against Women on the Incidence of Induced Abortion (A Survey in Sadra City)

Serajeddin Mahmoudiani^{1*}, Roghayeh Khosravi², Manzar Abedi³

1- Assistant Professor of Demography, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

2- Assistant Professor of Social Work, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3- M.A Student of Demography, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Received: 2022/12/18

Revised: 2023/01/18

Accepted: 2023/03/04

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jzv.2023.31338.3941

Keywords:

Women, Domestic Violence, Induced Abortion.

Abstract

Introduction: Abortion is one of the most important threats to maternal health. Domestic violence is one of the social variables that affect abortion. The aim of this study was to investigate the relationship between domestic violence against women and the Likelihood of induced abortion.

Methods: The present study was conducted using survey method in 2022 year. To measure the domestic violence against women was used a standard structured questionnaire. The statistical population of this study includes all women aged 15 to 49 years living in Sadra city. According to Cochran's formula, a total of 379 women were surveyed. Data analysis using logistic regression technique was performed in SPSS20 software.

Findings: The experience of domestic violence was high among 4.6% of women. The results showed that 8.7% of women had experienced induced abortion. Women with secondary education and women belonging to religious minorities were significantly more likely to induced abortion than women with university education and women belonging to the Shiite religion ($P < 0.05$). With the rise of domestic violence against women, the likelihood of induced abortion increased among them ($P < 0.05$). Determination coefficient (R^2) showed the 10 to 22 percent of the Likelihood of induced abortion is predictable by independents variables.

Citation: Mahmoudiani S, Khosravi R, Abedi M. The Impact of Domestic Violence againstst Women on the Incidence of Induced Aborttion (A Survey in Sadra City). Quarterly Journal of Women and Society. 2023; 14 (53): 145-162.

*Corresponding Author Serajeddin Mahmoudiani

Address: Assistant Professor of Demography, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Tell: 09181281811

Email: serajmahmoudiani@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Abortion is considered a social and cultural problem in all societies, which has negative impacts on health of the family and society. This issue has always included challenges in the fields of moral, legal, religious, philosophical and reproductive health. Most countries have had different approaches to the issue of abortion at different times. Today, abortion is one of the most important topics in Iran's medical field. Social changes and increasing the level of health literacy and women's awareness and participation in the social and economic fields have led to the incompatibility of theoretical and practical aspects in these areas, and sometimes, women perform abortion without paying attention to Sharia rules and criminal laws. In Iran, the causes of legal abortion include threats to the mother's life, severe and life-threatening fetal disorders. Induced abortion in Iran has an increasing trend. Induced abortion is illegal in Iran, and many unwanted pregnancies lead to illegal and sometimes dangerous abortions (1, 2). The review of previous studies in Iran (26-28) shows that the issue of domestic violence and its relationship with abortion has been investigated more among pregnant women. Therefore, the difference between this study and other previous studies mentioned above is related to the statistical population of the research. In fact, this study focused on all married women of childbearing age and tried to investigate whether there is a significant relationship between domestic violence against women and the possibility of abortion among women by controlling background variables.

Methods

The present study was conducted in the city of Sadra on 2020 with a

quantitative survey technique. The geographical area of the current research, Sadra city, is one of the cities of Fars province, which was built in order to absorb the overflow population of Shiraz metropolis. The population of this city was reported as 91 thousand people in the last census (29). The statistical population of the present study is all married women aged 15 to 49, whose number was equal to 28,859 people, according to the general population and housing census of 2015 (29). The number of samples was estimated to be 379 using Cochran's formula. Sampling was carried out by multi-stage cluster method. Sadra city consists of two main phases, i.e., phase 1 and 2, which in the first step of these two phases were considered as the first cluster. The number of samples in two phases is considered equal. In the second step, some neighborhoods were selected randomly (lottery) from among the mentioned 2-phase neighborhoods, and finally, blocks from those neighborhoods were also randomly selected by lottery. In the following, questionnaires were completed by going to the doors of houses located in selected neighborhoods (selected blocks of each neighborhood) and interviewing eligible women. To measure domestic violence against women, a standard questionnaire (30) was used, and to measure the experience of abortion and background variables, researcher-made items were conducted. The experience of abortion was asked in the form of a two-way nominal question (with yes and no options). The variables of age, wife's age, duration of marriage and monthly income were included in the questionnaire as open questions. The respondent's last educational qualification, the respondent's wife, and the respondent's class identity were measured as rank variables. The employment status of the respondent

and the respondent's wife, the ethnicity and religion of the respondents were also included in the questionnaire as a multifaceted nominal variable. Cronbach's alpha test was used to check the reliability of the variable items of domestic violence against women. The reliability value of the questionnaire in this study was equal to 0.975, which indicates the acceptable internal consistency of the items in this research. SPSS version 20 software was used for data analysis. Frequency tables were used in the descriptive part and logistic regression analysis with a significance level of 0.05 was used in the inferential part.

Findings

Bivariate logistic regression was used to investigate the effect of research variables on the possibility of induced abortion. Among all the variables included in the model, the level of secondary education compared to university education for women, other religions compared to Shia religion, and the variable of the level of domestic violence had a statistically significant effect on the probability of experiencing an induced abortion. The probability of induced abortion among women with secondary education was significantly higher than among women who had a university degree. The probability of abortion among women with secondary education was 4.566 times that of women with a university education. Also, the probability of experiencing an induced abortion among women belonging to religious minorities (other religions) was significantly higher than among women belonging to the Shiite religion, which was more than 40 times more likely. In other words, the chance of abortion among religious minority women (other than Sunnis) was more than 40 times higher than that of Shiite women. With the increase of domestic

violence against women, the probability of abortion among women increased, which was 1.023. The coefficient of determination (R^2) showed that between 10% and 22% of the probability of induced abortion can be predicted by the independent variables.

Discussion

In line with the implementation of population policies in Iran, comprehensive intervention in all levels affecting should be applied. The view that abortion doesn't only affect women's health, but even in a broader view, it can have a great impact on the economic productivity of a society, should be included in all strategies related to the promotion of family health and the provision of public health services. Therefore, in addition to providing access to contraceptives and providing reproductive health services to mothers, it is necessary to assess high-risk cases (exposed to domestic violence), counsel and refer them in order to reduce unwanted pregnancies that ultimately lead to abortion.

Conclusion

Violence against women and women's lack of access to clinics providing primary health services with the desired quality have a negative impact not only on women but on all family members. Therefore, reproductive rights are not exclusive to women and are one of the most basic human rights that should be considered in all policies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

Funding

No funding.

Authors' contributions

All the authors contributed to the writing of different parts of the article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.



مقاله پژوهشی

تأثیر خشونت خانگی علیه زنان بر وقوع سقط عمدی جنین
(پیمایشی در شهر صدر)سراج‌الدین محمودیانی^{۱*}، رقیه خسروی^۲، منظر عابدی^۳

۱- استادیار جمعیت‌شناسی بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲- استادیار مددکاری اجتماعی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

هدف: سقط جنین یکی از مهمترین تهدیدکنندگان سلامت مادران است. خشونت خانگی علیه زنان نیز یکی از متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار بر سقط جنین است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه خشونت خانگی علیه زنان و احتمال سقط عمدی جنین انجام شد.

روش: مطالعه حاضر در سال ۱۴۰۱ با استفاده از روش پیمایش انجام شد. برای سنجش خشونت خانگی علیه زنان از پرسشنامه ساخت‌یافته استاندارد استفاده شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمام زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله، ساکن شهر صدر بود. براساس فرمول کوکران تعداد ۳۷۹ نفر زنان پیمایش شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS20 انجام شد.

یافته‌ها: تجربه خشونت خانگی در بین ۴/۶ درصد زنان در سطح بالایی بود. یافته‌ها نشان داد که ۸/۷ درصد زنان سابقه سقط عمدی جنین داشته‌اند. احتمال سقط عمدی جنین در بین زنان با تحصیلات متوسطه و زنان متعلق به اقلیت‌های مذهبی به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی و زنان متعلق به مذهب تشیع بود ($P < 0/05$) که با افزایش خشونت خانگی احتمال سقط عمدی جنین در بین آنها افزایش یافت ($P < 0/05$). ضریب تعیین نشان داد که بین ۱۰ تا ۲۲ درصد از احتمال وقوع سقط عمدی جنین توسط متغیرهای مستقل قابل پیش‌بینی است.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

تاریخ داوری: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jzv.2023.31338.3941

واژه‌های کلیدی:

زنان، خشونت خانگی، سقط عمدی جنین

* نویسنده مسئول: سراج‌الدین محمودیانی

نشانی: استادیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تلفن: ۰۹۱۸۱۲۸۱۸۱۱

پست الکترونیکی: serajmahmoudiani@gmail.com

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

سقط جنین در تمامی جوامع معضلی اجتماعی و فرهنگی تلقی می‌شود که سلامت خانواده و جامعه را با مشکل مواجه می‌سازد. این موضوع همواره دربرگیرنده چالش در حوزه‌های اخلاقی، حقوقی، دینی، فلسفی و بهداشت باروری بوده است. اغلب کشورها در برهه‌های مختلف زمانی برخورد متفاوتی با موضوع سقط جنین داشته‌اند. امروزه سقط جنین یکی از مباحث مهم حوزه پزشکی ایران است. تحولات اجتماعی و افزایش سطح سواد سلامت و آگاهی و مشارکت زنان در عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی منجر به ناسازگاری جنبه‌های نظری و عملی در این حوزه شده است و زنان در مواقعی، بدون توجه به احکام شرعی و قوانین کیفری اقدام به سقط جنین می‌کنند. در ایران علل سقط قانونی شامل تهدید حیات مادر، اختلالات جنینی شدید و مغایر با حیات است. سقط عمدی جنین در ایران روندی افزایشی پیدا کرده است؛ سقط عمدی جنین در ایران غیر قانونی است و بسیاری از بارداری‌های ناخواسته به‌طور غیر قانونی و گاهی به‌صورت خطرناک به سقط می‌انجامد (۱، ۲).

دو نوع سقط جنین قابل تمایز است: سقط خودبه‌خودی و سقط عمدی. سقط خودبه‌خودی یک اتفاق طبیعی یا از دست دادن خودبه‌خودی جنین قبل از هفته بیستم بارداری است و ممکن است در اثر عفونت، مشکلات هورمونی یا مشکلات مربوط به اندام‌های تناسلی یا ایمنی مادر ایجاد شود؛ از سوی دیگر، سقط عمدی از دست دادن غیرطبیعی جنین است که توسط خود زن یا فرد دیگری و با روش‌های مختلف انجام می‌شود (۱). طبق آمار جهانی، سالانه ۱۲۱ میلیون بارداری ناخواسته در دنیا اتفاق می‌افتد که از آن میان تعداد ۷۳ میلیون نفر تصمیم می‌گیرند مادر نشوند و اقدام به سقط می‌کنند. طبق این آمار، سالانه در جهان حدود ۵۸۵ هزار زن به دلیل عوارض حاملگی جان خود را از دست می‌دهند که ۲۰ درصد آن به دلیل سقط‌های غیر قانونی است (۳).

آمار دقیقی از سقط جنین در ایران در دسترس نیست. بر اساس آمار مورد تأیید وزارت بهداشت و سازمان پزشکی قانونی سالانه بیش از ۴۰۰ هزار سقط جنین رخ می‌دهد. حدود ۴ درصد از این سقط‌ها ناشی از روابط خارج از عرف یا به تعبیری غیر مشروع است و ۹۶ درصد از این سقط‌ها نیز در نهاد قانونی و شرعی خانواده رخ می‌دهد. حدود ۱۰ درصد از این سقط‌ها به نوع غیر ارادی و مشکلات پزشکی که در مادر اتفاق می‌افتد مربوط می‌شود اما سایر سقط‌ها، ارادی است که بخشی با مجوز پزشکی قانونی و بخش دیگری بدون مجوز پزشکی قانونی که تحت عنوان سقط جنایی و غیر قانونی از آن‌ها یاد می‌شود، رخ می‌دهد. بر اساس تحقیقات صورت گرفته (۴) عمده سقط‌ها

بین ۱۵ تا ۲۴ سالگی بوده است. در تحقیقی دیگر که در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا صورت گرفته است ایران بیشترین میزان سقط جنین غیر ایمن را در این منطقه در بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ با رقمی بیش از ۱۰۰۰ سقط در روز به خود اختصاص داده است (۵).

گرچه مسیرهای علی که خشونت خانگی را با دو نوع سقط جنین فوق مرتبط می‌کند، همبستگی بالایی دارند اما تفاوت‌هایی نیز وجود دارد (۱). خشونت خانگی، شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان است و به معنای ایجاد ترس و رعب و انجام رفتارهای آزاردهنده جهت اعمال قدرت، کنترل بر روی زن و محرومیت اجباری از آزادی فردی و اجتماعی او است و شامل سوء استفاده جسمی، جنسی، روانی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه است (۶، ۷). خشونت خانگی به‌عنوان یکی از موضوعات مهم بهداشت عمومی مورد توجه ویژه قرار گرفته که با پیامدهای قابل توجهی بر سلامت جسمی، روانی، جنسی و باروری زنان همراه است (۸-۱۱). برآوردها نشان می‌دهد که شیوع مادام‌العمر خشونت شریک جنسی بین ۱۳ تا ۶۱ درصد است؛ این میزان در بین خیلی از کشورها ۲۳ تا ۴۹ درصد نیز گزارش شده است (۱۲). بر اساس آمارهای بین‌المللی، از هر ۵ زن حداقل یک زن در طول زندگی خود توسط همسرش مورد خشونت خانگی قرار می‌گیرد (۱۳).

افزایش خشونت خانگی در اکثر کشورها حتی کشورهایی که قوانین جامع علیه شیوع خشونت وضع کرده‌اند نگرانی‌های بین‌المللی را برانگیخته است (۸، ۱۲). در ایران نیز مانند سایر کشورها، سوء استفاده از زنان یک چالش مهم بهداشت عمومی و اجتماعی است که شیوع خشونت خانگی در آن ۶۶ درصد برآورد شده است (۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که خشونت در زنان با آسیب فیزیکی، سندرم ترس مزمن، معلولیت، خودکشی، قتل، آزار جنسی، مشکلات بارداری، افسردگی شدید و سوء استفاده از داروهای روان گردان همراه است (۱۲، ۱۳، ۱۵). زنانی که تجربه خشونت خانگی دارند در مقایسه با دیگر زنان احساس امنیت کمتری دارند (۱۶). خشونت خانگی علیه زنان امری پنهان است چرا که زنان اغلب به دلایل مختلفی مانند ارزش‌های فرهنگی، مشکلات مالی، ترس از دست دادن فرزندان، بی‌اعتمادی به مسئولان بهداشتی و دانش محدود، تمایل به گزارش موارد خشونت ندارند (۱۷).

زنان تنها قربانیان خشونت خانگی نیستند. خشونت در الگوهای خانوادگی به جامعه و تداوم الگوها و رفتارهای خشن در مناسبات اجتماعی سرایت می‌کند. فرزندان مادران در معرض خشونت نیز، با مشکلاتی نظیر احساس خشم، ناراحتی و شرم مواجه اند و در برابر سوء استفاده آسیب پذیر هستند (۱۸).

خود، به صورت فیزیکی، عاطفی و یا جنسی، منجر به افزایش بارداری ناخواسته و در نهایت افزایش سقط جنین می‌شود. نتایج مطالعه‌ای نیز که توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۷) انجام شده است نشان داد زانی که سابقه خشونت از طرف شریک زندگی خود داشته‌اند در مقایسه با دیگر زنان، احتمال بارداری ناخواسته و سقط جنین بالاتری داشته‌اند. همچنین نتایج تحقیق مذکور نشان داده است که کاهش ۵۰ درصدی در بروز خشونت خانگی از طرف شریک زندگی می‌تواند بارداری ناخواسته را بین ۲ تا ۱۸ درصد و سقط جنین را بین ۴/۵ تا ۴۰ درصد کاهش دهد. به طور کلی مطالعات پیشین نشان دهنده آن بود که خشونت خانگی علیه زنان با سقط جنین رابطه دارد و از طرفی متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل و مذهب نیز با سقط جنین رابطه دارند (۲).

۳، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۸). بررسی مطالعات پیشین در ایران (۲۹-۳۱) نشان می‌دهد که موضوع خشونت خانگی و ارتباط آن با سقط جنین بیشتر در بین زنان باردار بررسی شده است؛ بنابراین تفاوت این مطالعه با دیگر مطالعات بالا، به جامعه آماری پژوهش برمی‌گردد؛ در واقع این مطالعه بر تمام زنان همسر دار واقع در سنین فرزندآوری تأکید دارد و تلاش خواهد شد این مهم مورد بررسی قرار گیرد که آیا با کنترل متغیرهای زمینه‌ای، رابطه‌ای معنی‌دار بین خشونت خانگی علیه زنان و احتمال سقط عمدی جنین وجود دارد یا خیر؟ برای این منظور متغیرهای زمینه‌ای و مشخصه‌های فردی پاسخگویان نیز کنترل خواهد شد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در برنامه‌ریزی برای پیشگیری اولیه و مبارزه با اعمال خشونت علیه زنان توسط دولت‌مردان و مسئولان مربوطه مؤثر باشد.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

مطالعه کمی حاضر با روش پیمایش در شهر صدر در استان فارس در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. جمعیت این شهر در آخرین سرشماری بالغ بر ۹۱ هزار نفر گزارش شده است (۳۲). جامعه آماری پژوهش حاضر تمام زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ ساله است که تعداد آنها براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۸ هزار و ۸۵۹ نفر بوده است (۳۲). تعداد نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر با ۳۷۹ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای اجرا شده است. شهر جدید صدر متشکل از دو فاز اصلی یعنی فاز ۱ و ۲ است که در گام اول این دو فاز به‌عنوان خوشه اول در نظر گرفته شد. تعداد نمونه در دو فاز نیز برابر لحاظ شده است. در گام دوم از بین محله‌های ۲ فاز مذکور، محله‌هایی به‌طور تصادفی (قرعه

زنانی که خشونت خانگی را گزارش می‌کنند طیف وسیعی از پیامدهای منفی سلامت باروری را تجربه کرده‌اند که شامل عفونت‌های دستگاه تناسلی، سندرم روده تحریک پذیر، حاملگی‌های ناخواسته، عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و پیامدهای سلامت بارداری (سطوح بالای کم خونی، تولد نوزادان کم وزن، زایمان نارس و مرگ نوزاد) می‌شوند (۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰).

تحقیقات نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین خشونت خانگی و سقط جنین در کشورهای توسعه یافته وجود دارد (۱۲، ۲۱، ۲۲). سقط جنین ممکن است پیامد مستقیم آسیب جسمی ناشی از حمله فیزیکی یا پیامد غیرمستقیم استرس در روابط آزاردهنده باشد. احتمال سقط عمدی جنین در بین زنانی که حاملگی ناخواسته یا برنامه‌ریزی نشده دارند و در روابط آزاردهنده هستند، بالاتر از دیگر زنان است (۲۳). مطالعه‌ای در انگلستان نشان داده که از هر سه زن که برای سقط جنین اقدام کرده‌اند، یکی مورد خشونت خانگی قرار گرفته است (۲۴).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که احتمال سقط جنین با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین (۲۲، ۲۳)، تحصیلات و درآمد پایین (۲، ۱۴، ۱۹)، سن کم (۲، ۱۴، ۱۹)، مجرد بودن (۳، ۲۰، ۲۲)، داشتن مشکلات رابطه یا زایمان قبلی (۳، ۱۸) و سقط‌های جنین قبلی (۱۴، ۱۹، ۲۰) مرتبط است. نتایج مطالعه‌ای (۵) که به بررسی زندگی روزمره زنان با سابقه خشونت خانگی و سقط جنین در برزیل پرداخته است، نشان داده که سابقه رابطه جنسی در سن پایین و عدم آگاهی از مسائل بهداشتی و حمایت خانواده، زمینه ساز سقط جنین شده است. تحقیق دیگری (۱۲) در چهار ایالت هند نشان داد که احتمال سقط عمدی جنین در بین زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، به‌طور قابل-توجهی بالا بوده است.

در مطالعه‌ای که در ایالات متحده (۱۵) در رابطه با دسترسی به سقط جنین و خشونت علیه زنان انجام شد به این نتیجه رسیده است که در نتیجه محدود کردن دسترسی به سقط جنین، نرخ بالاتری از بارداری‌های ناخواسته و متعاقب آن کاهش قدرت، برای زنان اتفاق افتاده است. نتایج تحقیقی در نپال (۲۵) که به بررسی رابطه خشونت خانگی و سقط جنین پرداخته است نشان داد که رابطه معنی‌داری بین تجربه خشونت خانگی و سقط جنین وجود دارد. احتمال سقط جنین در زنانی که تجربه خشونت فیزیکی شدید داشتند، در مقایسه با کسانی که چنین خشونت را تجربه نکرده بودند، تقریباً دو برابر گزارش شده بود. تحقیق دیگری در پاکستان (۲۶) با عنوان ارتباط خشونت شریک جنسی با بارداری ناخواسته و از دست دادن بارداری، نشان داده که تجربه خشونت در زنان از طرف شریک جنسی

مجدد است که پرسشنامه این تحقیق از نوع استاندارد (۳۳) بوده که در مطالعات دیگری نیز استفاده و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید است. با وجود این، برای بررسی پایایی متغیر خشونت خانگی علیه زنان در این تحقیق از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار پایایی پرسشنامه در این مطالعه برابر با ۰/۹۷۵ به دست آمد که بیانگر سازگاری درونی قابل قبول گویه‌های مورد نظر در تحقیق حاضر است. اعتبار نیز با روش اعتبار محتوایی بررسی و تأیید شد. برای این منظور پرسشنامه توسط متخصصان مربوطه بررسی و در نهایت مورد تأیید قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. در بخش توصیفی از جداول فراوانی و در بخش استنباطی از تحلیل رگرسیون لجستیک بهره گرفته شده است.

یافته‌های پژوهش

تعداد نمونه مطالعه حاضر ۳۷۹ نفر و میزان پاسخگویی نیز کامل بوده است. با توجه به جدول ۱ دامنه سنی زنان بین ۱۹ تا ۴۹ سال با میانگین $34/75 \pm 6/50$ بود. سن همسران بین ۲۳ تا ۶۹ سال و با میانگین $39/97 \pm 7/47$ به دست آمد. ۴۰/۴ درصد زنان دارای مدرک دیپلم و ۳۸/۸ درصد نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۰/۴ درصد همسران زنان دارای تحصیلات دانشگاهی و ۳۲/۷ درصد نیز دارای مدرک دیپلم بودند. ۱۱/۳ درصد زنان شاغل بودند. مدت ازدواج زنان بین ۱ تا ۴۵ سال در نوسان بود و میانگین مدت ازدواج زنان پیمایش شده برابر با $13/20 \pm 7/18$ سال به دست آمد. میانگین درآمد ماهیانه خانوار پاسخگویان $7625117/16 \pm 7606368/56$ بدست آمد. ۶۱/۲ درصد زنان مورد مطالعه متعلق به قومیت فارس و ۹۴/۵ درصد اهل تشیع بودند. ۴۰/۲ درصد زنان خود را متعلق به طبقه اقتصادی و اجتماعی متوسط به‌شمار آوردند.

کشی) انتخاب و در نهایت بلوک‌هایی از آن محله‌ها نیز به‌طور تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی انتخاب شدند. در ادامه با مراجعه به درب منازل واقع در محله‌های منتخب (بلوک‌های منتخب هر محله) و مصاحبه با زنان واجد شرایط اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها شد. لازم به ذکر است که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک با مراجعه به درب هر منزل و رد کردن ۵ خانه، به درب منزل بعدی مراجعه شده است. برای سنجش خشونت خانگی علیه زنان از پرسشنامه استاندارد (۳۳) و برای سنجش تجربه سقط عمدی جنین و متغیرهای زمینه‌ای از گویه‌های محقق‌ساخته استفاده شد. سقط عمدی جنین در قالب سؤال اسمی دو وجهی (با گزینه‌های بله و خیر) مورد پرسش قرار گرفت؛ به عبارتی دیگر از زنان مورد مطالعه پرسیده شد که آیا تا زمان انجام تحقیق حاضر سابقه سقط عمدی جنین داشته‌اند یا خیر؛ بنابراین سؤال از نوع خوداظهاری و با دو گزینه بله یا خیر بوده است. متغیرهای سن، سن همسر، مدت ازدواج و درآمد ماهیانه خانوار به شکل سؤال باز در پرسشنامه قرار گرفت. آخرین مدرک تحصیلی زنان و همسران آن‌ها و هویت طبقاتی پاسخگو به شکل متغیری رتبه‌ای، وضعیت اشتغال زنان و همسران آن‌ها، قومیت و مذهب پاسخگویان نیز به شکل متغیر اسمی چندوجهی در پرسشنامه درج شدند.

خشونت خانگی علیه زنان با استفاده از ۲۶ گویه مورد سنجش قرار گرفت که خشونت جنسی، جسمی، روانی و اقتصادی را شامل می‌شود. طبقه‌بندی خشونت خانگی علیه زنان به این صورت بود که ابتدا تمام گویه‌های خشونت خانگی با هم جمع شدند و یک نمره بدست آمد و در ادامه با استفاده از حداقل و حداکثر نمره بدست آمده، دامنه تغییرات نمره میزان کلی خشونت خانگی به سه زیر دامنه یا طبقه تقسیم شد و تحت عنوان طبقات کم، متوسط و زیاد نامیده شدند. لازم به ذکر

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی زنان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)			مدت ازدواج (سال)		
۱۵-۲۹	۷۸	۲۰/۶	۱ تا ۵	۵۰	۱۳/۳
۳۰-۳۹	۲۰۳	۵۳/۶	۶ تا ۱۰	۱۰۷	۲۸/۴
۴۰-۴۹	۹۸	۲۵/۹	۱۱ تا ۱۵	۹۶	۲۵/۵
سن همسر (سال)			بالاتر از ۱۵	۱۲۴	۳۲/۹
۲۰-۲۹	۱۵	۴/۰	درآمد ماهیانه خانوار (تومان)		
۳۰-۳۹	۱۸۲	۴۸/۰	۵۰۰ هزار تا ۶ میلیون	۲۰۱	۵۴/۵
۴۰-۴۹	۱۲۹	۳۴/۰	۶ میلیون و ۱ هزار تا ۱۲ میلیون	۱۳۹	۳۷/۷
۲۰-۵۹	۴۸	۱۲/۷	۱۲ میلیون و ۱ هزار تا ۲۰ میلیون	۲۱	۵/۷
۶۰-۶۹	۵	۱/۳	بالاتر از ۲۰ میلیون	۸	۲/۲
تحصیلات			قومیت		

۶۱/۲	۲۳۲	فارس	۱/۱	۴	بی سواد
۲۳/۰	۸۷	لر	۵/۳	۲۰	ابتدایی
۱/۱	۴	عرب	۷/۱	۲۷	راهنمایی
۱۲/۴	۴۷	ترک	۷/۴	۲۸	متوسطه
۱/۶	۶	کرد	۴۰/۴	۱۵۳	دیپلم
۰/۸	۳	سایر	۳۸/۸	۱۴۷	دانشگاهی
هویت طبقاتی					
۲/۴	۹	بالا	۰/۵	۲	بی سواد
۱۰/۰	۳۷	متوسط رو به بالا	۵/۰	۱۹	ابتدایی
۴۰/۲	۱۴۹	متوسط	۱۲/۹	۴۹	راهنمایی
۳۴/۵	۱۲۸	متوسط رو به پایین	۸/۴	۳۲	متوسطه
۱۲/۹	۴۸	پایین	۳۲/۷	۱۲۴	دیپلم
وضعیت اشتغال همسر					
۷۹/۲	۳۰۰	شاغل	۴۰/۴	۱۵۳	دانشگاهی
۱۱/۱	۴۲	بیکار جویای کار	۱۱/۳	۴۳	شاغل
۹/۰	۳۴	بازنشسته	۸۵/۸	۳۲۵	خانه دار
۰/۸	۳	در حال تحصیل	۲/۹	۱۱	در حال تحصیل
مذهب					
			۹۴/۵	۳۵۸	شیعه
			۳/۴	۱۳	اهل تسنن
			۲/۱	۸	سایر

گرفته است. سایر متغیرهای زمینه‌ای نیز در قالب اسمی یا ترتیبی با متغیر وابسته مورد آزمون قرار گرفته‌اند. نتایج روابط دو متغیری در جدول شماره ۲ انعکاس یافته است. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد مذهب، تنها متغیری است که رابطه‌ای معنی‌دار با سقط عمدی جنین دارد. زنان شیعه مذهب، در مقایسه با زنان سنی مذهب و سایر مذاهب، کمترین تجربه سقط عمدی جنین را به خود اختصاص دادند. زنان اهل سنت نیز در مقایسه با سایر مذاهب نسبت کمتری از سقط عمدی جنین را گزارش کردند.

یافته‌ها نشان داد که ۸۶/۵ درصد زنان در سطح کم، ۸/۹ درصد در سطح متوسط و ۴/۶ درصد نیز در سطح بالا انواع خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند. اطلاعات مرتبط با تجربه سقط عمدی جنین، به‌عنوان متغیر وابسته نیز بیانگر آن است که ۸/۷ درصد زنان حداقل یکبار سقط عمدی جنین را تجربه کرده‌اند. برای بررسی رابطه دو متغیری از آزمون مجذور خی استفاده شده است. از آنجایی که متغیر وابسته یعنی سابقه سقط عمدی جنین متغیری اسمی دو وجهی بوده است از این‌رو از آزمون فوق استفاده شد. متغیر مستقل یعنی خشونت خانگی نیز در قالب متغیری طبقه‌بندی شده در رابطه با متغیر وابسته قرار

جدول ۲- رابطه متغیرهای مستقل تحقیق و سقط عمدی جنین

مقدار مجذور خی و معنی‌داری	سابقه سقط عمدی جنین (%)		متغیر	
	بله	خیر		
۵/۸۷۳ ^{ns}	۷/۵	۹۲/۵	کم	
	۱۸/۲	۸۱/۸	متوسط	خشونت خانگی علیه زنان
	۱۷/۶	۸۲/۴	زیاد	
۰/۷۳۸ ^{ns}	۷/۷	۹۲/۳	۱۵ تا ۱۹	
	۹/۹	۹۰/۱	۲۰ تا ۳۹	
	۷/۱	۹۲/۹	۴۰ تا ۴۹	
۱/۲۲۶ ^{ns}	۶/۷	۹۳/۳	۲۰ تا ۲۹	
	۸/۸	۹۱/۲	۳۰ تا ۳۹	
			سن همسر (سال)	

	۱۰/۱	۸۹/۹	۴۰ تا ۴۹	
	۶/۲	۹۳/۸	۵۰ تا ۵۹	
	۰/۰	۱۰۰/۰	۶۰ تا ۶۹	
	۸/۰	۹۲/۰	۱ تا ۵	
۱/۲۱۶ ^{ns}	۱۱/۲	۸۸/۸	۶ تا ۱۰	مدت ازدواج (سال)
	۸/۳	۹۱/۷	۱۱ تا ۱۵	
	۷/۳	۹۲/۷	۱۵ سال و بالاتر	
	۷/۰	۹۳/۰	۵۰۰ هزار تا ۶ میلیون	
۴/۹۴۲ ^{ns}	۱۲/۹	۸۷/۱	۶ میلیون و ۱ هزار تا ۱۲ میلیون	درآمد ماهیانه خانوار (تومان)
	۴/۸	۹۵/۲	۱۲ میلیون و ۱ هزار تا ۲۰ میلیون	
	۰/۰	۱۰۰/۰	بالاتر از ۲۰ میلیون	
	۰/۰	۱۰۰/۰	بی سواد	
۷/۶۸۳ ^{ns}	۱۰/۰	۹۰/۰	ابتدایی	تحصیلات
	۳/۷	۹۶/۳	راهنمایی	
	۲۱/۴	۷۸/۶	متوسطه	
	۹/۲	۹۰/۸	دیپلم	
	۶/۸	۹۳/۲	دانشگاهی	
	۰/۰	۱۰۰/۰	بی سواد	
	۱۰/۵	۸۹/۵	ابتدایی	تحصیلات همسر
۰/۵۷۳ ^{ns}	۸/۲	۹۱/۸	راهنمایی	
	۶/۲	۹۳/۸	متوسطه	
	۸/۹	۹۱/۱	دیپلم	
	۹/۲	۹۰/۸	دانشگاهی	
	۱۴/۰	۸۶/۰	شاغل	وضعیت اشتغال
۲/۶۰۳ ^{ns}	۸/۳	۹۱/۷	خانه‌دار	
	۰/۰	۱۰۰/۰	در حال تحصیل	
	۹/۰	۹۱/۰	شاغل	
	۹/۵	۹۰/۵	بیکار جویای کار	وضعیت اشتغال همسر
۰/۶۹۵ ^{ns}	۵/۹	۹۴/۱	بازنشسته	
	۰/۰	۱۰۰/۰	در حال تحصیل	
	۱۱/۱	۸۸/۹	بالا	هویت طبقاتی
	۵/۴	۹۴/۶	متوسط رو به بالا	
۲/۸۸۸ ^{ns}	۸/۱	۹۱/۹	متوسط	
	۷/۸	۹۲/۲	متوسط رو به پایین	
	۱۴/۶	۸۵/۴	پایین	
	۸/۲	۹۱/۸	فارس	
	۱۰/۳	۸۹/۷	لر	
	۰/۰	۱۰۰/۰	عرب	قومیت
۱/۵۲۰ ^{ns}	۸/۵	۹۱/۵	ترک	
	۱۶/۷	۸۳/۳	گُرد	
	۰/۰	۱۰۰/۰	سایر	
	۷/۸	۹۲/۲	شیعه	مذهب
۹/۴۲۶*	۱۵/۴	۸۴/۶	اهل تسنن	
	۳۷/۵	۶۲/۵	سایر	

* معنی دار؛ ns غیر معنی دار

بیشتر از زنانی است که مدرک دانشگاهی دارند؛ همچنین احتمال وقوع سقط عمدی جنین در بین زنان متعلق به اقلیت-های مذهبی (سایر مذاهب) به طور معنی داری بیشتر از زنانی است که شیعه مذهب هستند. با افزایش خشونت خانگی علیه زنان احتمال وقوع سقط عمدی جنین در بین زنان افزایش می-یابد. ضریب تعیین مدل این تحقیق توانسته است که بین ۱۰ تا ۲۲ درصد از احتمال وقوع سقط عمدی جنین را پیش بینی کند.

برای بررسی تأثیر متغیرهای تحقیق بر احتمال وقوع سقط عمدی جنین از رگرسیون لجستیک دو وجهی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است. در بین تمام متغیرهای وارد شده در مدل سطح تحصیلات متوسطه نسبت به تحصیلات دانشگاهی برای زنان، سایر مذاهب نسبت به مذهب شیعه و متغیر میزان خشونت خانگی بر احتمال وقوع سقط عمدی جنین تأثیر آماری معنی دار دارند. احتمال سقط عمدی جنین در بین زنان با تحصیلات متوسطه به طور معنی داری

جدول ۳- تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر احتمال وقوع سقط عمدی جنین

Upper	فاصله اطمینان ۹۵٪		نسبت شانس	p-value	B	
	Lower					
۱/۰۳۸	۱/۰۰۸	۱/۰۲۳	۰/۰۰۲	۰/۰۲۳	میزان خشونت خانگی	
۱/۱۵۸	۰/۸۹۹	۱/۰۲۰	۰/۷۵۶	۰/۰۲۰	سن (سال)	
۱/۱۰۸	۰/۸۶۹	۰/۹۸۱	۰/۷۶۲	-۰/۰۱۹	سن همسر (سال)	
۱/۱۲۶	۰/۹۱۰	۱/۰۱۲	۰/۸۲۷	۰/۰۱۲	مدت ازدواج (سال)	
۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۵۴۶	۰/۰۰۰	درآمد ماهیانه خانوار (تومان)	
					تحصیلات (مرجع: دانشگاهی)	
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-۱۸/۲۶۶	بی سواد	
۱۲/۳۹۱	۰/۱۸۷	۱/۵۲۴	۰/۶۹۳	۰/۴۲۱	ابتدایی	
۸/۹۴۴	۰/۰۳۱	۰/۵۲۵	۰/۶۵۶	-۰/۶۴۴	راهنمایی	
۱۸/۵۰۷	۱/۱۲۷	۴/۵۶۶	۰/۰۳۳	۱/۵۱۹	متوسطه	
۴/۰۲۸	۰/۴۴۸	۱/۳۴۳	۰/۵۹۹	۰/۲۹۵	دیپلم	
					تحصیلات همسر (مرجع: دانشگاهی)	
	۰/۰۰۰	۰/۱۷۳	۱/۰۰۰	-۱/۷۵۷	بی سواد	
۹/۳۱۰	۰/۲۲۱	۱/۴۳۳	۰/۷۰۶	۰/۳۶۰	ابتدایی	
۱/۹۸۸	۰/۰۸۰	۰/۳۹۸	۰/۲۶۱	-۰/۹۲۲	راهنمایی	
۲/۴۵۲	۰/۰۶۸	۰/۴۰۹	۰/۳۳۸	-۰/۸۹۴	متوسطه	
۲/۳۹۸	۰/۳۵۲	۰/۹۱۹	۰/۸۶۳	-۰/۰۸۴	دیپلم	
					وضعیت اشتغال (مرجع: شاغل)	
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-۲۰/۴۲۰	در حال تحصیل	
۱/۲۰۲	۰/۱۱۷	۰/۳۷۵	۰/۰۹۹	-۰/۹۸۲	خانه دار	
					وضعیت اشتغال همسر (مرجع: شاغل)	
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-۱۹/۲۴۱	در حال تحصیل	
۴/۷۸۶	۰/۰۹۱	۰/۶۵۹	۰/۶۸۰	-۰/۴۱۷	بازنشسته	
۳/۵۵۸	۰/۲۵۲	۰/۹۴۸	۰/۹۳۷	-۰/۰۵۴	بیکار جویای کار	
					هویت طبقاتی (مرجع: پایین)	
۳/۰۲۲	۰/۰۰۵	۰/۱۲۸	۰/۲۰۳	-۲/۰۵۵	بالا	
۱/۸۱۱	۰/۰۳۹	۰/۲۶۷	۰/۱۷۶	-۱/۳۲۰	متوسط رو به بالا	
۱/۳۴۴	۰/۱۱۰	۰/۳۸۴	۰/۱۳۴	-۰/۹۵۷	متوسط	
۱/۴۹۱	۰/۱۲۷	۰/۴۳۶	۰/۱۸۶	-۰/۸۳۱	متوسط رو به پایین	
					قومیت (مرجع: فارس)	
۴/۷۲۲	۰/۶۷۳	۱/۷۸۲	۰/۲۴۵	۰/۵۷۸	لر	
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-۱۹/۱۳۴	عرب	

۲/۴۰۱	۰/۰۸۳	۰/۴۴۶	۰/۳۴۷	-۰/۸۰۷	ترک
۶۱/۶۸۲	۰/۱۶۱	۳/۱۵۵	۰/۴۴۹	۱/۱۴۹	کُرد
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	-۱۸/۷۰۰	سایر اقوام
مذهب (مرجع: شیعه)					
۱۶/۱۸۶	۰/۲۵۶	۲/۰۳۶	۰/۵۰۱	۰/۷۱۱	اهل تسنن
۴۶۴/۹۰۴	۳/۵۶۴	۴۰/۷۰۷	۰/۰۰۳	۳/۷۰۶	سایر مذاهب

$p < 0.05$ معنی دار

بحث و نتیجه‌گیری

با وجود سیاست‌ها و برنامه‌های متعدد مراقبت‌های بهداشتی باروری در ایران، تعداد زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند نسبتاً بالا است. سقط عمدی جنین یکی از تهدیدکننده‌های سلامت مادران و زنان است که با خشونت خانگی رابطه دارد. مطالعه حاضر تلاشی در راستای بررسی رابطه خشونت خانگی و احتمال وقوع سقط عمدی جنین در بین زنان بود. یافته‌های این تحقیق نشان داد که با افزایش خشونت خانگی علیه زنان احتمال سقط عمدی جنین در بین آن‌ها افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج برخی مطالعات پیشین همخوان است (۲، ۱۲، ۱۶، ۲۱، ۲۲). یکی از دلایل احتمالی بالا بودن سقط عمدی جنین در بین زنانی که در این مطالعه خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند این است که زنان در روابط آزاردهنده، استقلال پایینی در رابطه با موضوعات مختلف زندگی از جمله زندگی جنسی دارند که می‌تواند منجر به حاملگی ناخواسته و در نتیجه سقط عمدی جنین شود؛ علاوه بر این، در روابط زناشویی خشونت-آمیز، سقط جنین می‌تواند به دلایل مختلفی رخ دهد. نخست، زنانی که خشونت شریک زندگی را تجربه می‌کنند ممکن است با بارداری اجباری روبه‌رو شوند که اغلب در نتیجه استفاده کمتر از وسایل پیشگیری از بارداری روی می‌دهد و میزان حاملگی ناخواسته را بالا می‌برد (۶، ۹، ۱۱). رابطه بین حاملگی ناخواسته و سقط جنین در تحقیقات دیگر مورد تأیید قرار گرفته است (۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷). دوم، زنان در یک رابطه خشونت‌آمیز احساس می‌کنند آمادگی احساسی، اجتماعی و مالی لازم برای مراقبت از کودک خود را ندارند و همین موضوع ممکن است بر تصمیم زنان برای سقط جنین تأثیر بگذارد (۹، ۲۵). سوم آن‌که، ضعف دریافت خدمات بهداشتی، به‌ویژه تأخیر در مراقبت‌ها و آسیب‌های دوران بارداری، ممکن است منجر به سقط جنین شود (۲۳، ۲۴).

در محیطی که زنان در معرض خشونت خانگی قرار دارند احتمال وجود شرایطی نظیر فرزندآوری خارج از عرف، اعتیاد همسر، اختلافات خانوادگی، احساس ناامنی در زندگی مشترک، مشکلات مالی و اقتصادی، مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری و ناسازگاری کار و فرزندآوری، هزینه‌های (مادی و

غیر مادی) ادامه حاملگی و تولد فرزند ناخواسته، بیشتر از هزینه‌های سقط جنین ارزیابی می‌شود و زنان سقط جنین را کنشی عقلانی برای اجتناب از پیامدها و آسیب‌های احتمالی در آینده در نظر می‌گیرند. یافته‌های فوق بر لزوم تدوین و اجرای مداخله‌های مؤثر و کاربردی در راستای کاهش خشونت‌های خانگی با در نظر گرفتن زنان و همسران آن‌ها تأکید دارد. لازم و ضروری است که این مداخله‌ها در سطوح خرد و کلان طراحی و اجرا شود تا تمام افراد و اقشار آسیب‌پذیر را تحت پوشش خود قرار دهد. در این راستا می‌توان در سه سطح مختلف پیشگیری اقدام‌های مؤثری انجام داد که آموزش به تمامی اقشار جامعه، ارائه مشاوره به افراد در معرض آسیب و آسیب دیده و پیگیری وضعیت زنانی که تجربه خشونت خانگی داشته‌اند را شامل می‌شود. همگام با یافته‌های دیگر تحقیقات (۶، ۸) یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که احتمال سقط جنین در بین زنانی که دارای تحصیلات متوسطه هستند به‌طور معنی داری بیشتر از زنانی است که مدرک دانشگاهی دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که تحصیلات پایین احتمال بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد؛ از طرف دیگر بارداری ناخواسته یکی از دلایل اصلی انجام سقط جنین است. عدم موفقیت در پیشگیری از بارداری یا عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، زمانی که قصد بارداری وجود ندارد، ممکن است منجر به بارداری ناخواسته شود. برخی مطالعات پیشین (۲۵) نشان داده‌اند که سطح تحصیلات بالاتر با استفاده مؤثرتر از وسایل پیشگیری از بارداری و رضایت بیشتر از خدمات تنظیم خانواده همراه است. از آنجا که در ایران میزان تحصیلات زنان بر درآمد و جایگاه اجتماعی آنان تأثیرگذار می‌گذارد و اغلب زنان با تحصیلات بالاتر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتری دارند، تفاوت در سطح تحصیلات در احتمال سقط جنین ممکن است تا حدی با این منطق قابل توجیه باشد که زنان با تحصیلات عالی، دسترسی بهتری به خدمات تنظیم خانواده دارند زیرا این زنان برای دریافت خدمات بهداشتی بیشتر به کلینیک‌های خصوصی مراجعه کرده و در نتیجه زمان انتظار کوتاه‌تری را برای دریافت خدمات بهداشتی نسبت به کلینیک‌های دولتی تجربه خواهند کرد. یکی دیگر از دلایل احتمالی تفاوت این است که زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر انتخاب محدودتری در روش‌های

توان از نقاط قوت این تحقیق دانست. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با استفاده از پیمایش در شهرهای بزرگتر که بستر و زمینه متفاوتی از دیگر شهرها دارند انجام شود.

در راستای اجرای سیاست‌های طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، لزوم بررسی همه جانبه سقط جنین و مداخله در تمامی عوامل مؤثر بر آن باید به صورت عمیقی صورت پذیرد. این دیدگاه که سقط جنین نه تنها بر سلامت زنان بلکه حتی در نگاهی کلان‌تر بر بهره‌وری اقتصادی یک جامعه تأثیر زیادی داشته باشد، باید در تمامی استراتژی‌های با هدف ارتقاء سلامت خانواده و ارائه خدمات عمومی بهداشتی که پیش فرض ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را دارند، گنجانده شود؛ بنابراین علاوه بر دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و ارائه خدمات سلامت باروری به مادران لازم است به ارزیابی موارد پرخطر (در معرض خشونت خانگی)، مشاوره و ارجاع آنان به منظور کاهش بارداری‌های ناخواسته که در نهایت منجر به سقط جنین می‌شود نیز پرداخته شود. خشونت علیه زنان و عدم دسترسی زنان به درمانگاه‌های ارائه خدمات بهداشتی اولیه با کیفیت مطلوب نه تنها بر زنان بلکه بر همه اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد؛ از این‌رو، حقوق باروری مختص زنان نیست و یکی از پایه‌ای‌ترین حقوق انسان‌ها می‌باشد که باید در تمام سیاست‌گذاری‌ها لحاظ شود.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرای پیمایش از پاسخگویان رضایت آگاهانه گرفته شد و تمام آن‌ها با رضایت خود در پژوهش شرکت داشتند و پژوهشگران به آن‌ها اطمینان دادند که نتایج پژوهش محرمانه خواهد بود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمام نکات اخلاقی شامل رازداری، امانت‌داری، دقت در استناددهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها و رعایت حریم خصوصی پاسخگویان توسط پژوهشگران مد نظر قرار گرفته است.

حامی مالی

برای انجام این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش قسمت‌های مختلف مقاله سهیم بوده‌اند.

تعارض منافع

پیشگیری از بارداری دارند زیرا هزینه برخی از روش‌ها برای آنان زیاد است و احتمال استفاده از روش‌های کمتر مؤثر، در بین آن‌ها افزایش می‌یابد (۲۵). یک علت دیگر می‌تواند عدم آگاهی و اطلاع در مورد روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری باشد.

یافته‌های این تحقیق همچنین از آن حکایت داشت که احتمال وقوع سقط عمدی جنین در بین زنان متعلق به اقلیت‌های مذهبی (سایر مذاهب) به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنانی است که شیعه مذهب هستند. در جامعه ایران که اکثریت جامعه شیعه هستند میزان تحصیلات و درآمد در زنان گروه‌های اقلیت مذهبی در مقایسه با دیگر زنان در سطح پایین‌تری قرار دارد. بر اساس نتایج این تحقیق، خشونت خانگی احتمال وقوع سقط عمدی جنین در زنان را افزایش می‌دهد. در مواجهه با این مشکل لازم است مداخلاتی که در حوزه عمومی سلامت انجام می‌شود به غربالگری زودهنگام، شناسایی به موقع زنان در معرض خشونت خانگی و مدیریت آن نیز بپردازد. همان‌طور که مطالعات پیشین (۸-۱۱) نشان داده است می‌توان گفت زنان تحت خشونت خانگی احتمالاً بیشتر دچار اختلالات روانی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند؛ بنابراین افزایش آگاهی و هوشیاری ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در غربالگری قربانیان و انجام اقدامات حمایتی و اطلاع‌رسانی عمومی می‌تواند در کاهش آسیب‌های جسمی و روانی در زنان تحت خشونت مؤثر باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند در سیاست‌های عملی و کاربردی جمعیتی نیز مورد استفاده قرار گیرد. کاهش خشونت خانگی و به‌دنبال آن کاهش سقط عمدی جنین می‌تواند سطح فعلی باروری و فرزندآوری را تحت تأثیر قرار دهد و به افزایش نرخ رشد جمعیت بینجامد.

خشونت خانگی نسبت به زنان می‌تواند ریشه در بافت فرهنگی جامعه‌ای داشته باشد که افراد در آن زندگی می‌کنند. از آنجا که تبعیض جنسیتی، هنجارهای سنتی، آسیب‌پذیری زنان در برابر ظلم ستیزی جنسیتی و رفتارهای قدرت محور از سوی مردان از دلایل سنتی و فرهنگی خشونت علیه زنان می‌باشد (۳۴، ۳۵)، تغییر در ساختار و دیدگاه‌های اجتماعی نسبت به زنان از طریق تغییر در قوانین، سیاست‌های اجتماعی در رابطه با زنان و آموزش در سطوح مختلف می‌تواند در این راستا تأثیرگذار باشد.

مهمترین محدودیت مطالعه حاضر همزمانی انجام این پیمایش با شیوع ویروس کرونا در جامعه بود که انجام پیمایش و پرسشگری را، طولانی‌تر از زمان پیش بینی شده، به درازا کشاند؛ همچنین حساسیت موضوع در جلب رضایت زنان برای همکاری در تکمیل پرسشنامه از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بود. با وجود این، انجام پیمایش با تعداد نمونه قابل قبول را می‌

بدین وسیله محققان مراتب قدردانی خود را از تمامی زنانی که مشارکت آنها این تحقیق را امکان پذیر کرده است ابراز می‌دارند.

نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

References

1. Rashidpouraie R, Sharifi MN, Rashidpouraei M. Abortion Laws and Regulations in Iran and European Countries During the COVID-19 Pandemic. *J Arak Univ Med Sci* [Internet]. 2020; 23(5):686-97. Available from: http://jams.arakmu.ac.ir/browse.php?a_id=6510&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
2. Larijani B, Zahedi F. Changing parameters for abortion in Iran. *Indian J Med Ethics* [Internet]. 2006; 3(4):130-1. Available from: <http://emri.tums.ac.ir/UpFiles/Documents/5d6ef0f7-f3be-434f-8871-4181eb2e9410.pdf>
3. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020;8(9):e1152-61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303156>
4. 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* [Internet]. 2014;16(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270634/>
5. Hedayat KM, Shooshtarizadeh P, Raza M. Therapeutic abortion in Islam: Contemporary views of Muslim Shiite scholars and effect of recent Iranian legislation. *J Med Ethics* [Internet]. 2006;32(11):652-7. Available from: <https://jme.bmj.com/content/32/11/652.short>
6. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *Med J Hormozgan Univ* [Internet]. 2010; 13(4):260-9. Available from: file:///C:/Users/monak_ogytp3u/Downloads/88793.pdf
7. WHO. Violence against women. WHO Fact Sheet [Internet]. 2004. Available from: [http://www.who.int/mipfiles/2269/239-Violence against women for MIP](http://www.who.int/mipfiles/2269/239-Violence%20against%20women%20for%20MIP)
8. Sattarzadeh N, Khodai R. Risk factors of behavioral violence against pregnant women and its associated with pregnancy outcomes in medical-university hospitals in Tabriz. *Artic Persian] J Tabriz Nurs Midwifery*. 2009; 11:10-7.
9. Chandra PS, Satyanarayana VA, Carey MP. Women reporting intimate partner violence in India: Associations with PTSD and depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2009;12(4):203-9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-009-0065-6>
10. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* [Internet]. 2006;368(9543):1260-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673606695238e%3Afindings+from+the+WHO+multi-country+study+on+women's+health+and+domestic+violence&btnG=>
11. Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts

- C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2013;120(1):3-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729212003980>
12. Stephenson R, Jadhav A, Winter A, Hindin M. Domestic Violence and Abortion Among Rural Women in Four Indian States. *Violence Against Women* [Internet]. 2016;22(13):1642-58. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801216630148?journalCode=vawa>
13. Ely G, Murshid N. The Association Between Intimate Partner Violence and Distance Traveled to Access Abortion in a Nationally Representative Sample of Abortion Patients. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021;36(1-2):NP663-89. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260517734861>
14. Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic violence among Iranian women: A systematic review and meta-analysis. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2016;18(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006439/>
15. Muratori C. The Impact of Abortion Access on Violence Against Women [Internet]. *Università degli studi di Torino, Department of Economics and Statistics ...*; 2021. Available from: <https://www.reading.ac.uk/web/FILES/economics/emdp202103.pdf>
16. Sharbatian MH, Danesh P, Tavafi P. Sociological analysis of domestic violence against women and its relationship with the feeling of security at home (Case study of women aged 18-54 in Miyaneh city). *Strateg Res Soc Issues Iran*. 2017;6(1):47-72.
17. Azadarmaki T, Kassani A, Menati R, Hassanzadeh J, Menati W. Psychometric Properties of a Screening Instrument for Domestic Violence in a Sample of Iranian Women. *Nurs Midwifery Stud* [Internet]. 2016; Inpress(Inpress). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915204/>
18. Diop-Sidibé N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in Egypt - Wife beating and health outcomes. *Soc Sci Med* [Internet]. 2006;62(5):1260-77. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605003953>
19. Ackerson LK, Subramanian S V. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India (*American Journal of Epidemiology* (2008) 167:10 (1188-1196)). *Am J Epidemiol* [Internet]. 2009;170(2):268. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article/167/10/1188/232214>
20. Wilson-Williams L, Stephenson R, Juvekar S, Andes K. Domestic violence and contraceptive use in a rural Indian village. *Violence Against Women* [Internet]. 2008; 14(10):1181-98. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801208323793?journalCode=vawa>
21. Hall JA, Yerramilli M, Obare E, Yerramilli M, Yu S, Jewell DE. Comparison of serum concentrations of symmetric dimethylarginine and creatinine as kidney function biomarkers in healthy geriatric cats fed reduced protein foods enriched with fish oil, L-carnitine, and medium-chain triglycerides. *Vet J* [Internet]. 2014;202(3):588-96. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1090023314004341>
22. Maciel MNA, Blondel B, Saurel-Cubizolles MJ. Physical Violence During Pregnancy in France: Frequency and

- Impact on the Health of Expectant Mothers and New-Borns. *Matern Child Health J* [Internet]. 2019; 23(8):1108–16. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-019-02747-y>
23. Yari A, Zahednezhad H, Gheshlagh RG, Kurdi A. Frequency and determinants of domestic violence against Iranian women during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1):1–10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-021-11791-9>
24. Aston G, Bewley S. Abortion and domestic violence. *Obstet Gynaecol*. 2009; 11(3):163–8.
25. Thakuri DS, Ghimire PR, Poudel S, Khatri RB. Association between Intimate Partner Violence and Abortion in Nepal: A Pooled Analysis of Nepal Demographic and Health Surveys (2011 and 2016). *Biomed Res Int* [Internet]. 2020; 2020. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2020/5487164/>
26. Zakar R, Nasrullah M, Zakar MZ, Ali H. The association of intimate partner violence with unintended pregnancy and pregnancy loss in Pakistan. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2016; 133(1):26–31. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729215007274>
27. CC P, GM C, AFMJ H, H L, E M, W C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;120(1):3–9.
28. Väisänen H. The timing of abortions, births, and union dissolutions in Finland. *Demogr Res* [Internet]. 2017;37(1):889–916. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2633221>
29. Dastyar N, Rafati F, Mehralizadeh A. Spiritual health in pregnant women with domestic violence experience in the south of Iran in 2020: A descriptive study. *Hayat* [Internet]. 2022; 28(2):161–72. Available from: https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=4516&sid=1&slc_lang=en
30. Khalili Z, Navaee M, Shakiba M, Navidian A. The effect of supportive-educational intervention on psychological distress in pregnant women subjected to domestic violence: a randomized controlled trial. *Hayat* [Internet]. 2019; 25(2):151–67. Available from: https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=2970&sid=1&slc_lang=en
31. Karimi A, Daliri S, Miri KS. The relationship between violence during pregnancy and low birth weight: A meta-analysis study. *Hayat* [Internet]. 2016; 22(3):216–28. Available from: https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=1524&sid=1&slc_lang=en
32. Iran SC of. The results of 2016 census. Tehran. Tehran Stat Cent Iran [Internet]. 2016; Available from: <https://www.amar.org.ir/>
33. A M-T, A K, M J. A Survey of Domestic Violence in Married Women Referred to Forensic Medicine and Welfare Centers in Yazd in 2010. *J Toloo-e-behdasht*. 2012;11–24.
34. Razaghi N, Ramezani M, Parvizi S, Nejad SMT. Domestic violence against women, Mashhad, Islamic Republic of Iran: a grounded theory study [Internet]. World Health Organization; 2021. Available from: https://www.emro.who.int/images/stories/emhj/documents/in_press/domestic_violence_against_women_mashhad_islamic_republic_of_iran_a_grounded_theory-study.pdf?ua=1
35. Amoakohene MI. Violence against women in Ghana: A look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Soc Sci Med*

[Internet]. 2004;59(11):2373-85.
Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604001637>



