

## عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران

حجیه بی بی رازقی نصرآباد\*

استادیار جمعیت‌شناسی، مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور

الهام سنجری

کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی

### چکیده

سقط جنین در ایران غیرقانونی است و زمانی که ادامه بارداری، سلامت مادر را به خطر بیندازد یا به تولد نوزادی بیمار یا معلول منتهی شود، سقط آن جایز است. با این حال بسیاری از زنان با حاملگی ناخواسته برای توقف بارداری، به‌طور مخفیانه و عموماً به‌صورت نایمن اقدام به سقط جنین می‌کنند. از این رو در این مقاله، دلایل و نحوه اقدام به سقط جنین عمدی بررسی شد. مطالعه از نوع کیفی است و داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با ۵۰ زن که تجربه سقط جنین عمدی داشتند، در تیر و مرداد سال ۱۳۹۳ جمع‌آوری شد. مصاحبه با افراد تا اشباع نظری ادامه یافت. یافته‌ها نشان داد دو گروه از زنان برای سقط مراجعه می‌کنند گروهی از زنان بدون فرزند و شامل دختران مجرد یا زنانی که در دوران عقد و نامزدی بسر می‌برند. گروه دوم زنانی بودند که دارای فرزند هستند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، سقط جنین در فرایندی از ارزیابی هزینه - فایده و اجتناب از خطرات و آسیب‌های احتمالی در آینده رخ می‌دهد. در 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 افراد سقط جنین را کنشی عقلانی و برای اجتناب از پیامدها و آسیب‌های احتمالی در آینده در نظر می‌گیرند.

### واژگان کلیدی

سقط جنین، حاملگی ناخواسته، تجربه زیسته، هزینه - فایده، وسایل پیشگیری از بارداری

\* نویسنده مسئول

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۱

تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۶/۱۱

DOI: 10.22051/jwsp.2017.8299.1165

## مقدمه و بیان مسئله

سقط جنین مسئله‌ای پیچیده است، علاوه بر ارتباط با یک رفتار باروری-جنسی با بسیاری از عوامل اقتصادی اجتماعی و فرهنگی نیز پیوند دارد. در سرتاسر جهان این پدیده به عنوان یک معضل مهم سلامت عمومی و یک معضل سلامت زنان در نظر گرفته می‌شود.

از نظر تعریف، سقط جنین به خاتمه بارداری اطلاق می‌شود، قبل از اینکه جنین توانایی زندگی در خارج از رحم مادر را یافته باشد. معمولاً این زمان را قبل از هفته بیستم بارداری و وزن جنین را کم‌تر از پانصد گرم ذکر می‌کنند (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵: ۲۶۳). سقط جنین انواع مختلفی دارد: در یک حالت بعد از شروع بارداری، به دلایل جنینی یا مادری، محصول بارداری به‌طور خودبه‌خودی از رحم مادر خارج می‌شود که بدان سقط خودبه‌خودی می‌گویند. در حالتی دیگر، در فرایند بارداری مشکلی وجود ندارد، ولی به دلایلی به‌طور ارادی خاتمه داده می‌شود. این نوع سقط جنین را عمدی یا ارادی یا القا شده می‌گویند و از آنجا که در اکثر جوامع این نوع سقط جنین، مغایر با قوانین است، به آن جنایی یا غیرقانونی نیز گفته می‌شود (همان). هنگامی که سقط جنین قانونی است معمولاً در بیمارستان و شرایط ایمن انجام می‌شود و علاوه بر اینکه خطر مرگ تا حد زیادی کنترل می‌شود، پذیرش فردی و اجتماعی آن راحت‌تر است و پیامدهای منفی آن نیز به مقدار زیادی کم‌تر است، اما سقط جنین‌های غیرقانونی معمولاً به‌صورت نایمن و در محیطی انجام می‌شود که حداقل استانداردهای بهداشتی و طبی را ندارد. بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی از هر ۱۰ حاملگی یک مورد به طریق سقط جنین نایمن خاتمه می‌یابد و از هر ۸ مرگ و میر مادران یک مورد ناشی از سقط جنین‌های نایمن است (حسینی چاووشی و همکاران، ۲۰۱۲).

ایران از جمله کشورهایی است که سریع‌ترین کاهش باروری را طی مدت کوتاهی تجربه کرده است. برآوردهای انجام شده از روند تحولات باروری در ایران حاکی است که میزان باروری کل از حدود ۷/۷ فرزند در سال ۱۳۴۵، به حدود ۷ فرزند در سال ۱۳۵۹، و سپس به ۱/۹ تولد در سال ۱۳۸۵ و ۱/۸ تولد در سال ۱۳۹۰ کاهش یافت (عباسی شوازی و حسینی چاووشی، ۱۳۹۲). در سال‌های اخیر، طول دوره فرزندآوری به دوره کوتاهی از زندگی زنان، حدود ۲۵ تا ۳۲ سالگی، متمرکز شده است (عباسی شوازی و حسینی چاووشی، ۱۳۹۰) و



اکثریت زنان جوان در سال‌های زیادی از دوران باروری خود، حدود ۲۰ سال، از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند. این در حالی است که تحت شرایط باروری زیر سطح جانشینی، به منظور افزایش سطح باروری، ارائه خدمات تنظیم خانواده و به ویژه روش‌های دائمی نظیر توبکتومی متفاوت از قبل و محدود شده است. محدودیت‌ها و ناهماهنگی‌ها در ارائه خدمات تنظیم خانواده، ممکن است به افزایش نیاز برآورده نشده وسایل پیشگیری و افزایش میزان‌های حاملگی برنامه‌ریزی نشده و ناخواسته در ایران منجر شود.

با افزایش حاملگی ناخواسته تقاضا برای سقط جنین افزایش می‌یابد. با این حال، در ایران سقط جنین زمانی قانونی است که ادامه بارداری سلامت مادر را به خطر بیندازد یا به تولد نوزادی معلول بینجامد (عرفانی و مک کوئیلان<sup>۱</sup> ۲۰۰۸). در نتیجه افرادی که تمایل به توقف بارداری دارند، ممکن است مخفیانه و به صورت غیر قانونی اقدام به سقط جنین کنند. گرچه آمار دقیقی در خصوص سقط جنین در ایران وجود ندارد. براساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی در ایران، سالیانه ۸۰ هزار سقط انجام می‌شود (بهجتی اردکانی و همکاران، ۱۳۸۴) بر اساس نتایج مطالعه عرفانی و مک کوئیلان (۲۰۰۸) سالانه ۷۳۰۰۰ سقط در ایران رخ می‌دهد. این در حالی است که کم‌تر از یک درصد از سقط جنین‌ها به دلایل پزشکی و به صورت قانونی انجام می‌شود و مابقی غیرقانونی و غیربهداشتی هستند (عبدالهیان و فلاح، ۱۳۸۷).

علاوه بر مرگ و میر ناشی از سقط جنین، از هر ۱۰۰۰ زنی که سقط غیرایمن در ایران انجام می‌دهند، ۱۰ نفر از پیامدهای مربوط به سلامت مانند عفونت، آسیب‌های شکمی و نازایی ثانویه رنج می‌برند (آخوندی، ۱۳۸۱).

سقط جنین نه تنها معضلی بهداشتی است و با بر جای گذاشتن عوارض زیاد، هزینه‌های گزافی را بر جامعه تحمیل می‌کند، بلکه به عنوان معضلی اجتماعی در تمامی جوامع تلقی می‌شود؛ به طوری که در نهایت سلامت خانواده و جامعه را با مشکل مواجه می‌کند. کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۴ در مصر (قاهره) به‌کارگیری سقط جنین را به عنوان یک روش تنظیم خانواده مردود اعلام کرد و توصیه نمود جلوگیری از حاملگی‌های

1. Erfani & McQuillan

2. International Conference on Population and Development (ICPD)

ناخواسته می‌باید به عنوان اولین اولویت مطرح شوند و با آموزش لازم، نیاز به انجام سقط‌های القایی در این موارد از بین برود (سازمان ملل، ۱۹۹۴، واترز<sup>۱</sup>، ۱۹۷۶)، اگر چه محدودیت‌های قانونی و شرعی می‌تواند نقش به‌سزایی در تصمیم‌گیری افراد نسبت به انجام یا عدم انجام سقط جنین ایفا کند، ولی همواره شاهد این هستیم که به‌رغم همه موانع موجود، گروهی از افراد به هر وسیله و شکل ممکن به دفع جنین اقدام می‌کنند. با توجه به ممنوعیت قانونی و شرعی سقط جنین عمدی، این سؤال مطرح است که چرا گروهی از زنان به سقط جنین اقدام می‌کنند. برخی از محققان به تجربه زیسته زنان از سقط جنین توجه کرده‌اند (شهبازی، ۲۰۱۱؛ عبدالهیان و فلاح، ۱۳۸۷؛ حسینی چاووشی و همکاران، ۲۰۱۲) با این حال، با توجه به کاهش باروری به زیر سطح جانشینی در ایران و تغییر الگوهای باروری در برخی از استان‌ها و تغییر در رویکرد ارائه خدمات تنظیم خانواده در ایران، اثرات و پیامدهای بهداشتی این پدیده از اهمیت ویژه‌ای در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی بهره‌مند است. بنابراین، لزوم اجرای مطالعات عمیق برای شناخت ابعاد مختلف این پدیده و ارائه راهکارهایی برای کاهش سقط جنین‌های غیرضروری و نایمن همچنان وجود دارد.

مطالعه در خصوص سقط جنین در مقایسه با ایران در سایر کشورها گسترده است؛ در تحقیقی که فینر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در ایالت متحده انجام داده‌اند، مهم‌ترین دلایل سقط جنین در این مطالعه کافی بودن تعداد فرزندان، مشکلات مالی، آماده نبودن برای نگهداری از فرزند، نگرانی از سلامت مادر و جنین ذکر شده است.

تحقیق دیگری که در بنگلادش احمد (۱۹۹۹) انجام داده است، نیز به دلایل نخواستن فرزند بیشتر، مشکلات مالی، کوچک بودن فرزند قبلی، شکست در استفاده از روش پیشگیری، اصرار مادر شوهر، رابطه ضعیف با شوهر و قصد جدایی اشاره شده است.

در ایران تحقیقات در زمینه سقط جنین در حوزه علوم پزشکی و حقوق زیاد است؛ با این حال مطالعات معدودی به شناخت ابعاد اجتماعی و فرهنگی سقط جنین به ویژه سقط عمدی اقدام کرده‌اند. با توجه به فقدان آمار دقیق سقط، تعدادی از مطالعات میزان سقط جنین را برآورد کرده‌اند (آقایاری هیر و مهریار، ۱۳۸۷؛ عرفانی و مک کوئیلان ۲۰۰۸؛ متقی و همکاران

---

1. Watters

2. Finer



۲۰۱۳). تعدادی از مطالعات به صورت کمی و با استفاده از پرسشنامه برخی عوامل مرتبط با سقط جنین را شناسایی کرده‌اند.

عبدالجبّاری و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آن‌ها را در این باره بررسی کردند. نمونه مورد مطالعه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با سابقه سقط عمدی در ۱۰ سال اخیر است. نتایج پژوهش مبین آن بود که میانگین سن زنان در زمان انجام سقط ۲۶ سال است. شایع‌ترین علت انجام سقط در حدود ۲۰ درصد افراد مشکلات مالی، ۱۵ درصد اختلافات خانوادگی، ۱۳ درصد به دلیل مشکلات روحی و روانی، ۱۶ درصد حاملگی قبل از شروع زندگی مشترک (در دوران عقد و نامزدی)، ۸ درصد حاملگی در دوران شیردهی، ۷ درصد به دلیل داشتن تعداد زیاد فرزند و مابقی به دلایلی نظیر سن پایین در زمان حاملگی، اعتیاد، بیماری‌های جسمی و... است.

جلیلی و همکاران (۱۳۸۴) پژوهشی با عنوان بررسی نظرات پزشکان متخصص زنان و زایمان و پزشکان عمومی شهر کرمان در رابطه با سقط جنین درمانی (قانونی) و عمدی (جنایی) در زمستان ۱۳۸۱ انجام داده‌اند. در این تحقیق ۱۴۰ نفر از پزشکان متخصص زنان و عمومی شهر کرمان به روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج این بررسی نشان داد که بیشتر از ۹۰٪ پزشکان با سقط درمانی قبل از ۱۶ هفتگی به ترتیب در موارد تالاسمی ماژور - ابتلا مادر حامله به اچ. آی. وی و ایدز و بیماری شدید قلبی مادر موافق هستند. همچنین درصد موافقت پزشکان با سقط درمانی بعد از ۱۶ هفتگی کاهش یافته است. به‌علاوه ۱۰۰٪ پزشکان خواهان وجود قوانینی برای سقط در جامعه برای جلوگیری از عوارض مرگ و میر زنان باردار هستند. ۲۸٪ پزشکان با عملی کردن تصمیم تیم سقط در حاملگی‌های ناخواسته و ۶۴/۷٪ با قانونی شدن سقط در حاملگی‌های ناخواسته موافق بودند.

سرایبی و روشن شمال (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین عمدی را بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد متغیرهای دینداری، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین و طبقه اجتماعی متغیرهایی هستند که بیش از ۲۶ درصد تغییرات متغیر وابسته‌ی را تبیین می‌کنند. کم‌رنگ شدن اعتقادات مذهبی و دینداری در میان زنان با افزایش نگرش مثبت به سقط جنین ارتباط مستقیم دارد.

دسته‌ای دیگر از مطالعات با روش کیفی و مصاحبه عمیق با متقاضیان سقط، ابعاد مختلف این پدیده را شناسایی کرده‌اند. ظفری دیزجی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به روش کیفی و مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته، با یازده زن در سنین باروری (۲۱-۳۹ ساله)، ساکن تهران که حداقل یک بار تجربه سقط جنین داشته‌اند، دلایل و انگیزه سقط جنین را بررسی کرد. نتایج این مطالعه نشان داد زنان از سقط جنین به عنوان روشی برای حل مشکل فرزند ناخواسته و رهایی و آسایش خود و خانواده خویش با هرتوجیهی استفاده کرده، و در این فرایند، برای کسب تأیید و توجیه خویش، رضایت و حمایت همسر خویش را به هر نحو جلب کرده و تا آنجا که ممکن است این مسئله را از اطرافیان مخالف، پنهان می‌کنند، و پذیرای کلیه پیامدهای آن هستند و این پیامدها در اکثر زنان مثبت تلقی می‌شوند. نتایج این مطالعه به طور وضوح «خودمحوری زنان» را در این گروه نشان داده، همچنین بیشترین علل و عوامل مؤثر بر پدیده سقط جنین، حول محور «علل و شرایط مادری» بوده و می‌توان گفت زنان در عصر حاضر در پی «تحقق حداکثری انتظارات» مدرن خویش در خانواده و جامعه بوده که متعاقب «تغییر جهانی تفکر و بینش» در زنان و مادران و تضعیف ارزش‌های سنتی جامعه ایجاد شده است.

عبدالهیان و فلاح (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای به روش کیفی، تجربه ۲۶ زن ساکن تهران را از سقط جنین‌های ارادی بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعه، بیان‌کننده آن است که سقط جنین در جامعه ایران همچون گذشته تابو و ممنوع است و برخی از زنان هنگام مواجهه با حاملگی ناخواسته بدان مبادرت می‌ورزند. همچنین، به علت آنکه این مسئله یک امر غیرقانونی محسوب می‌شود، این گونه زنان معمولاً به افراد غیرمتخصص رجوع می‌کنند و سلامت خود را به خطر می‌اندازند.

حسینی چاووشی و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای پیامدهای اقتصادی اجتماعی سقط جنین را بررسی کردند. در این مطالعه از طریق مصاحبه عمیق با ۴۰ زن در شهرهای رشت و تهران که تجربه حاملگی ناخواسته داشتند، دلایلی را بررسی کردند که باعث می‌شود زنان در جستجوی سقط جنین باشند. نتایج مطالعه نشان داد اگر چه نگرانی‌های اقتصادی و اجتماعی عامل جستجوی سقط است، با این حال زنان در هنگام جستجوی سقط یا بعد از آن با استرس و اضطراب مواجه بوده‌اند و این نگرانی‌ها، ناشی از این است که اعتقاد دارند سقط جنین گناه



است و چنانچه سقط صورت بگیرد عواقب بدی را تجربه خواهند کرد. مطالعه حاضر در راستای تحقیقات کیفی مرتبط با سقط جنین عمدی قرار می‌گیرد. با این حال با توجه به روش تحلیلی که به کار گرفته و نحوه جمع‌آوری نمونه با مطالعات پیشین تفاوت اساسی دارد. مصاحبه در مطب پزشک انجام شد. فرد مصاحبه‌کننده، (نویسنده دوم مقاله) دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی با پیشینه رشته بهداشت است که توانست در محیطی که پاسخگو احساس راحتی و اطمینان بیشتری دارد، مصاحبه را انجام دهد. دسترسی محقق به پرونده پزشکی این افراد که با رضایت خودشان نیز همراه بوده است به صحت اطلاعات و روایی یافته‌ها کمک زیادی کرده است. امتیاز دیگر این مطالعه تعداد بیشتر نمونه است که تقریباً دو برابر تعداد نمونه در مطالعات پیشین بود؛ در این مطالعات شناسایی و پیدا کردن زنان که تجربه سقط جنین داشته‌اند از محدودیت‌های اساسی این تحقیقات بوده است که با توجه به اینکه مطالعه حاضر با همکاری پزشک متخصص زنان انجام شده تا حدود زیادی این محدودیت مرتفع شده است.

### روش پژوهش

در این مطالعه با توجه به حساسیت موضوع و در راستای شناخت تجربه زنان از سقط جنین، رویکرد کیفی دارای ویژگی اکتشافی مناسب است. در روش کیفی تلاش در جهت جستجوی واقعیت از طریق کنش متقابل است. در این روش، گروه‌های کوچکی از پاسخگویان مطالعه می‌شوند، و معمولاً محقق و مطالعه‌شونده به صورت دو عنصر مهم و برابر در نظر گرفته می‌شوند، از این رو ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مشاهده و مصاحبه عمیق است که توسط محقق از طریق تماس رودررو انجام می‌شود.

چون این مطالعه به روش پدیدارشناختی انجام می‌شود، ضرورت دارد که شرکت‌کنندگان واقعه مورد نظر را تجربه کرده یا در معرض این واقعه قرار داشته باشند. پژوهش پدیدارشناختی معنای تجربیات زیسته چندین نفر از یک مفهوم یا پدیدار را شرح می‌دهد (کرسول، ۲۰۰۷).

روش نمونه‌گیری در این مطالعه، نمونه‌گیری هدفمند<sup>۱</sup> و در دسترس بود. بر طبق مکسول<sup>۱</sup>

### 1. Purposive Sampling

(۱۹۹۷: ۸۷) نمونه‌گیری هدفمند، نوعی از نمونه‌گیری است که در آن محیط، اشخاص و وقایع خاصی برای اطلاعات مهمی انتخاب شده‌اند، به طوری که آن‌ها می‌توانند این اطلاعات را فراهم کنند و سایر افراد نمی‌توانند. به عبارت دیگر نمونه شامل زنانی است که تجربه سقط داشتند و در این دو مطب انتخاب شده مراجعه داشتند و حاضر به مشارکت در تحقیق و انجام مصاحبه بودند. مصاحبه‌ها در تیر و مرداد سال ۱۳۹۳ انجام شد. در انجام این تحقیق اطلاعات زیادی پیرامون دلایل سقط جنین، تصمیم گیرنده اصلی در خصوص سقط، روش‌ها، پیامدها و نگرش زنان درباره سقط جنین جمع‌آوری شد. با توجه به اهداف این مقاله، در اینجا چرایی و چگونگی اقدام به سقط جنین بررسی شده است. در این مطالعه سه گروه از زنان، بدون فرزند، دارای یک فرزند و بیش از ۲ فرزند مصاحبه شدند. مصاحبه با افراد تا اشباع نظری ادامه یافت. مجموعاً بعد از ۴۰ مصاحبه برای هر سه گروه اشباع نظری حاصل شد. با این حال مصاحبه‌ها تا ۵۰ مورد ادامه یافت. نوع مصاحبه‌های انجام شده در این تحقیق، مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق است؛ یعنی درحالی‌که محورهای اصلی پرسش مشخص بوده و از قبل درباره آن تصمیم‌گیری شده است، گاهی با توجه به مباحث مطرح شده از سوی مصاحبه‌شوندگان، ساختار پرسشنامه مصاحبه را تا حدی رها کرده و اجازه دادیم تا پاسخگویان از تجربه خود سخن بگویند. در ابتدای مصاحبه پس از معرفی خود، هدف تحقیق برای افراد توضیح داده شده است. سپس رعایت ملاحظات اخلاقی در فرایند پژوهش برای آن‌ها شرح داده شد. برای تحلیل داده‌ها در این تحقیق، که مشتمل بر مصاحبه‌های ضبط شده و دست‌نوشته‌های شخصی است، از اصول تحقیق پدیدارشناسی استفاده شد (آزیرن، ۱۹۹۴؛ ون مانن، ۱۹۹۷). در مطالعه پدیدارشناسی منبع اصلی داده‌ها، گفتگوهای عمیق محقق و شرکت‌کنندگان به عنوان همکاران است. محقق به شرکت‌کننده کمک می‌کند تا تجربیات زنده‌اش را توصیف کند، بدون اینکه بحث را هدایت کند. محقق از طریق گفتگوهای عمیق تلاش می‌کند به دنیای شرکت‌کنندگان وارد شود تا به تجربیات زنده آن‌ها دسترسی کامل پیدا کند. در این گونه تحقیقات، محقق نه تنها اطلاعات را از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری می‌کند، بلکه سعی می‌کند تا پدیده را به همان صورت از طریق مشاهده، مشارکت و تفکر درون‌نگر

1. Maxeell
2. Van Manen





تجربه کند (صانعی و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۳). اولین گام برای تحلیل این بود که عناصر زمینه‌ای که مخصوص هر فرد است در یک جدول مشخص شود. عناصر زمینه‌ای شامل ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی افراد است. مطابق با روشی که ون مانن پیشنهاد می‌دهد، گام بعدی اجرای تحلیل درون فردی است. در این روش برای شناخت موضوعات اصلی، نوشته‌های هر فرد جداگانه تحلیل شد. پس از اینکه این مرحله انجام شد، تحلیل میان فردی برای خلاصه موضوعات مشترک یا قابل مقایسه برای همه شرکت‌کنندگان اجرا شد. در مرحله آخر موضوعاتی تحلیل شدند که کم‌تر بیان شده بودند.

طول مدت انجام مصاحبه به‌طور متوسط یک ساعت بود. در تمام موارد متن مصاحبه به پاسخگویان برگردانده شد و از آن‌ها تقاضا شد، مروری بر نوشته‌ها داشته باشند و در مواردی که نیاز به تصحیح داشت یا فهم محقق از مصاحبه متفاوت با هدف و نیت پاسخگو بوده آن را روشن کنند. در تحقیق کیفی، محقق به عنوان ابزار اولیه جمع‌آوری داده، مسئولیت حفظ درستی و صحت داده‌ها را دارد. این درستی با ارجاع دست‌نوشته‌ها به پاسخگویان حاصل شد. کیفیت، مرتبط بودن و اشباع نسبی اطلاعات به‌دست‌آمده، تعداد مشارکت‌کنندگان و زمان مصاحبه با هر پاسخگو را تعیین کرد.

در این تحقیق جامعه آماری موردنظر از میان زنانی انتخاب شد که تجربه سقط جنین ارادی داشته‌اند و در تهران ساکن بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۵۰ زن مراجعه‌کننده به دو مطب پزشک متخصص زنان است. این دو مطب توسط یک متخصص زنان معرفی شدند. لازم به ذکر است در این دو مطب علاوه بر ارائه خدمات تخصصی به زنان، سقط‌جنین‌های عمدی به‌صورت غیرقانونی و پنهانی انجام می‌شود. طبق برآوردها در خصوص میانگین و فراوانی سقط‌جنین، براساس گفته پزشک متخصص زنان، روزانه به‌طور متوسط ۱ زن، هفتگی ۳ زن و به‌طور سالانه ۱۴۴ نفر برای سقط جنین خود به مطب مراجعه می‌کنند. از این میان بیش از ۶۰ درصد سقط‌ها با رضایت زن و شوهر است. در مطالعه حاضر تمامی موارد سقط ارادی و غیرقانونی و مدت دوره بارداری نیز بین ۶ - ۱۲ هفته بود. با توجه به مصاحبه انجام شده با پزشکان ارائه‌کننده خدمت، موارد بالای ۱۵ هفته عموماً کسانی هستند که با استفاده از قرص، آمپول شیمیایی یا ابزار شخصاً اقدام به سقط کرده و پس از خونریزی به مطب مراجعه می‌کنند. در این دو مطب، این‌گونه افراد معمولاً مورد پذیرش قرار نگرفته و برای مراجعه به بیمارستان

راهنمایی می‌شوند. بر طبق نظر این پزشکان، این افراد معمولاً در شرایط جسمی بدی بسر می‌برند و با توجه به خونریزی شدید، چون ممکن است منجر به مرگ زن شود، از پذیرش بسیاری از آن‌ها اجتناب می‌شود.

### یافته‌های پژوهش

جدول ۱ اطلاعات زمینه‌ای زنان مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان را نشان می‌دهد. پاسخگویان به لحاظ سنی در دامنه سنی ۲۰ - ۳۵ سال قرار دارند که ۲۱ نفر از آن‌ها کم‌تر از ۲۵، ۱۸ نفر بین ۲۵ - ۳۰ سال و ۱۱ نفر بین ۳۰ - ۳۵ سال بوده‌اند. ۴۰ نفر از پاسخگویان زنان ازدواج کرده دارای فرزند بوده‌اند و ۱۱ نفر بدون فرزند هستند که یک نفر از آن‌ها ازدواج کرده و بقیه مجرد بودند. در نمونه مورد مطالعه سطح تحصیلات زنان بالا است و همگی دیپلم و بالاتر هستند. ۱۳ نفر از پاسخگویان دارای یک فرزند و ۲۷ نفر دارای ۲ فرزند و بیشتر بوده‌اند. در خصوص نوع روش پیشگیری قبل از بارداری، مشخص شد اکثر زنان که به‌طور ناخواسته حامله شده بودند، قبل از بارداری، از روش‌های پیشگیری مدرن استفاده نکرده بودند. گروهی که از روش‌های پیشگیری مدرن استفاده کرده بودند، یا به‌طور نامنظم پیشگیری داشته و به روش صحیح از این روش‌ها استفاده نکرده‌اند. نکته دیگر اینکه دو سوم از آن‌ها هیچ‌گونه آشنایی با روش‌های اضطراری پیشگیری از بارداری نداشته، مابقی نیز این روش را به‌طور صحیح استفاده نکرده بودند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب ویژگی‌های جمعیتی

درصد	فراوانی	مشخصات
۴۲	۲۱	۲۵ سال و کم‌تر
۳۶	۱۸	۲۵-۳۰
۲۲	۱۱	۳۰-۳۵
۲۰	۱۰	مجرد
۸۰	۴۰	متاهل
۳۶	۱۸	دیپلم و پیش دانشگاهی
۳۰	۱۵	فوق دیپلم
۲۸	۱۴	لیسانس
۶	۳	فوق لیسانس و بالاتر
۲۲	۱۱	بدون فرزند
۲۴	۱۲	یک فرزند
۳۲	۱۶	دو فرزند
۲۲	۱۱	سه فرزند و بیشتر
۱۶	۸	قرص
۱۲	۶	روش‌های تزریقی
۱۲	۶	کاندوم
۳۲	۱۶	طبیعی
۲۸	۱۴	از هیچ روشی استفاده نکرده است
۱۰۰	۵۰	کل

**چرایی سقط جنین:** برای فهم علل اساسی سقط جنین، با تحلیل سطر به سطر و پاراگراف به پاراگراف هر یک از مصاحبه‌ها، کدگذاری باز انجام شد. بیش از ۴۰۰ عبارت جمله یا پاراگراف مضمونی در خصوص چرایی سقط جنین، از مصاحبه‌ها جدا شدند، و بعد از آن مفاهیم و سپس خرده مقولات ساخته شد. جدول ۲ عبارت‌ها، مفاهیم و خرده مقوله‌ها درباره دلایل زنان برای سقط جنین را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه متقاضیان سقط جنین شامل دو گروه از زنان هستند، گروهی از زنان بدون فرزند و گروهی نیز دارای یک فرزند و بیشتر

هستند. دلایل سقط نیز بر اساس وضعیت تاهل و داشتن فرزند متفاوت است. در این خصوص بر اساس آنچه که از تحلیل مصاحبه‌های عمیق به دست آمد، خرده مقولات استخراج شده شامل داشتن تعداد فرزند کافی، مشارکت کم مرد در امور خانه، فرزندآوری خارج از عرف، ناامنی اقتصادی، ناامنی و بی‌اطمینانی در زندگی مشترک، و تعارض کار و فرزندآوری است.

جدول ۲: عبارات‌ها، مفاهیم و خرده مقوله‌ها و درباره دلایل زنان برای سقط‌جنین

خرده مقولات استخراج شده از مفاهیم	مفاهیم	عبارت
		چه شد که تصمیم به سقط جنین خود گرفتید؟ انگیزه و دلیل شما برای سقط چیست؟
داشتن تعداد کافی فرزند،	مشکلات نگهداری از فرزندان قبلی،	دو تا بچه دارم شیر به شیر شده‌اند، خیلی اذیت شدم، اصلاً دو تا بچه دیگه کفایت می‌کند دلیلی برای داشتن بچه بیشتر نداریم.
	گرایش به کم‌فرزندی، شکل‌گیری هنجار دوفرزندی	دیگه نمی‌خواهم اصلاً تصور اینکه چند سال دوباره بچه‌داری کنم نمی‌تونم بکنم.
	سختی حاملگی و زایمان قبلی	تو حاملگی قبلی هر روز هزار بار آرزوی مرگ کردم خیلی حالم بد بود
مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری	تنهایی مادر در مراقبت از فرزندان	همه کارهای بچه‌ها با خودمه خسته شدم، سه تا پسر دارم واقعاً کلافه شدم، این دوره زمونه سه تا بچه خیلی هم زیاده
فرزندآوری خارج از عرف	داشتن روابط جنسی نامشروع	با دوست پسر مرتب بیرون می‌رفتم تا این که چند بار من را به خانه‌اش برد و اتفاقی که نباید بیفتد افتاد.
	بی‌تعهدی مرد در قبال فرزند	قرار بود نامزد بشیم از وقتی حامله شدم، هیچ تماس تلفنی حتی با من نداشته
ناامنی اقتصادی	هزینه بالای فرزندآوری، عدم توانایی تأمین حداقل امکانات لازم، بیکاری و ناامنی شغلی مرد	خرج و مخارج زندگی بالاست، ما الان بیشتر درآمدها مونو به قسط خونه و ماشین می‌دهیم. سومی را هم نمی‌خواستیم با این حال ترسیدم نگاهش داشتم، اما این یکی در توانمان نیست خودم بیماری اعصاب دارم مستأجریم شوهرم نمی‌خواهد.
ناامنی و بی‌اطمینانی در زندگی مشترک	اختلافات با همسر، اختلاف با خانواده همسر، تمایل به طلاق، کاهش رضایت زناشویی، خشونت همسر	می‌خواهم از شوهرم جدا شوم و تصمیم خود را گرفته‌ام، فقط مانده این بچه را بیاندازم. من ناخواسته باردار شدم شوهرم و خانواده‌اش اصلاً راضی نیستند که بچه‌دار شوم ما خیلی با هم مشکل داریم و تصمیم داریم از هم جدا بشیم.
	اعتیاد همسر، نگرانی از آینده فرزند، بزهکاری مرد	شوهرم به شیشه و الکل معتاده، این بچه با این پدر آینده چی میشه
	تعارض کار و فرزندآوری	درس و کارم خیلی برام مهمه با داشتن بچه نمی‌تونم درس بخوانم و کار کنم ساعت کاریم بالاست اگر بخوام بچه را نگه دارم، باید از کارم انصراف بدهم.



**فرزندآوری خارج از عرف:** گروهی از زنان متقاضی سقط زنان بدون فرزندگی که در دوران عقد بسر می‌برند و هنوز زندگی مشترک خود را آغاز نکرده‌اند. بسیاری از این زنان اگر چه برای سقط مراجعه می‌کنند، اما به تشویق پزشک از تصمیم خود منصرف شده و زندگی مشترک خود را به سرعت آغاز می‌کنند.

«من برای سقط اومده بودم، بابام بفهمه حامله‌ام، من رو میکشه اما خانم دکتر قبول نمیکنه میگه از شوهرت حامله شدی بیا زودتر برو خونه خودت، برای همین قرار شده فردا با مادرم و یا اگر شد پدرم دوباره بیایم مطب خانم دکتر با پدرم صحبت کنه» (زن ۲۱ ساله دیپلم).

بخشی دیگر شامل دختران مجردی هستند که خواسته یا ناخواسته و خارج از چارچوب ازدواج رسمی با جنس مخالف ارتباط برقرار کرده‌اند. در حدود ۹ نفر از زنان مراجعه‌کننده به دو مطب انگیزه اصلی سقط خود را روابط نامشروع بیان کردند. از نظر پاسخگویان زن و مردی که رابطه نامشروعی داشته‌اند، آمادگی ازدواج و به عهده گرفتن سرپرستی یک طفل، به عنوان والدین کودک را ندارند. اکثریت آن‌ها این تصور را نداشته‌اند که رابطه آن‌ها به حاملگی منجر شود و هیچ گونه قصد یا برنامه‌ریزی برای ازدواج نداشته‌اند. از طرف دیگر به نظر آن‌ها در جامعه این کودک نامشروع تعریف می‌شود. انگ نامشروع بودن بر پیشانی کودک قطعاً آینده او را تباہ خواهد کرد. یکی از پاسخگویان که برای سقط جنین به مطب مراجعه کرده بود، دختری ۱۹ ساله بود که از ترس دائماً گریه می‌کرد و دست و پایش به شدت می‌لرزید، درباره سقط خود این چنین گفت:

«من فکر نمی‌کردم همچین اتفاقی برام بیفتد با دوست پسرمر مرتب بیرون می‌رفتم تا این که چند بار من را به خانه‌اش برد و اتفاقی که نباید بیفتد افتاد. حدود یکماه بعد متوجه شدم عادت ماهیانه نمی‌شم وقتی دکتر رفتم و آزمایش دادم متوجه شدم باردارم. الانم آمدم سقط کنم از وقتی هم که دوست پسرمر فهمیده من باردارم رفته اصلاً نمی‌دانم کجاست (زن ۱۹ ساله).

**داشتن تعداد کافی فرزند:** بیش از یک سوم سقطها در مطالعه حاضر متعلق به زنانی است که تمایلی برای داشتن فرزند بیشتر ندارند. آن‌ها تعداد فرزندانی را که می‌خواستند، به دنیا آورده‌اند. بسیاری از آن‌ها ترجیح می‌دهند دو فرزند داشته باشند و داشتن بیش از دو فرزند را برای خود و خانواده سخت توصیف می‌کردند. کافی بودن تعداد فرزند با دلایلی که در ادامه

شرح داده می‌شود، زمینه تصمیم‌گیری سقط جنین را فراهم کرده است. **نامنی و بی‌اطمینانی از زندگی مشترک:** در مطالعه حاضر ۲۱ نفر از زنان به نوعی احساس نامنی و بی‌اطمینانی از زندگی مشترک داشتند؛ این افراد به دلایلی نظیر علاقه نداشتن به شوهر، ازدواج اجباری، انحرافات اخلاقی شوهر، اعتیاد همسر، بداخلاقی شوهر و بی‌تعهدی همسر در قبال خانواده، رضایت چندانی از زندگی زناشویی نداشتند. این افراد تحت این شرایط انگیزه‌ای نیز برای داشتن فرزند بیشتر نداشتند. یکی از زنان بی‌مسئولیتی همسرش در تربیت و نگهداری فرزندان را دلیلی برای اقدام به سقط عنوان کرد:

«شوهرم بی‌کاره معتاد هم هست آدم خوش اخلاقی هم نیست، اصلاً به منو بچه‌ها کاری نداره نمیدونه مخارج خونه از کجا تأمین میشه اصلاً برایش مهم نیست بچه‌ها چه آینده‌ای دارند..... من همیشه به این فکر می‌کردم که بچه‌هایم را خوب تربیت کنم. همه تربیت خوب یا بد را از چشم مادر می‌بینند و هیچکس نمی‌گوید باباشون به فکر نبوده خوب مسئولیت زندگی بر دوش من بود» (زن ۳۵ ساله، دارای ۳ فرزند، فوق دیپلم).

پری ۳۶ ساله خانه‌دار می‌گوید:

«من ناخواسته باردار شدم دارم دیوونه می‌شم. شوهرم و خانواده‌ام اصلاً راضی نیستند که بچه‌دار بشم. ما خیلی با هم مشکل داریم و تصمیم داریم از هم جدا بشیم. تو رو خدا نگید چرا باردار شدی و از این جور حرف‌ها، بگید چیکار کنم؟ هیچ‌کس هم خبر نداره، امروز متوجه شدم... البته دکتر گفت هفته ۴ هستم و هنوز ساکم تشکیل نشده، گفتن می‌تونم با قرص بندازم، ولی خودم خیلی می‌ترسم، از طرفی هم بچه دوست دارم از یک طرف هم چون قصد جدا شدن داریم اصلاً نمی‌تونم قبول کنم بچه رو، از وقتی فهمیدم کارم شده گریه کردن».

زن ۲۳ ساله‌ای از اختلاف با شوهر و خانواده همسرش به عنوان یکی از دلایل سقط جنین خود نام می‌برد. او که حدود ۲ سال از ازدواجش می‌گذرد می‌گوید:

«من ۲ ساله ازدواج کردم و متأسفانه یا خوشبختانه با مادرشوهر یکجا زندگی می‌کنم، من هیچ وقت فکر نمی‌کردم یکجا زندگی کردن با مادر شوهر اینقدر سخت باشد. مرتب دارم با مادرشوهرم دعوا می‌کنم تو این شرایط بد وقتی فهمیدم حامله هستم اصلاً به خانواده شوهرم چیزی نگفتم. اوادم خودم پنهانی سقط کنم، هر وقت تونستیم خونه جدا داشته باشیم اون موقع شاید بچه‌دار شیم.»



اعتیاد مردان عامل بسیار مهمی در تصمیم زنان برای انجام سقط عمدی است. اعتیاد بنای زندگی را بهم می‌زند، زندگی بسامان زیادی نابسامان می‌شود. نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و ایده‌آل‌های بسیاری از افراد دگرگون می‌شود. زنانی که شوهران معتاد دارند، درصد بالایی از مراجعان طلاق را به خود اختصاص می‌دهند (علی‌مندگاری و رازقی نصرآباد، ۱۳۹۵). این افراد چنانچه باردار شوند، تمایلی برای ادامه حاملگی و نگه داشتن فرزند ندارند. شرایط نامناسب خانواده، ترس از اعتیاد فرزند در آینده و تعارضات زناشویی درون خانواده و عدم پذیرش و تعاملات محدود جامعه با خانواده دارای مرد معتاد از جمله دلایلی است که برخی از زنان دارای همسر معتاد را به سقط جنین عمدی ترغیب کرده است. ۱۱ نفر از مصاحبه‌شوندگان دارای همسر معتاد بوده‌اند که دلیل سقط جنین خود را اعتیاد همسر بیان کردند.

یکی از پاسخگویان که ۳۳ سال دارد، دلیل سقط جنین خود را اینچنین بیان می‌کند:

«از شوهرم متنفرم به خاطر اعتیاد اون دو تا بچه من که یکیشون ۱۰ سالشه یکیشون ۸ سالشه مجبورند کار کنند. واسه همین وقتی فهمیدم باردارم بدون هیچ شکی سریعاً تصمیم گرفتم بچه را بیاندازم نمی‌خواهم آینده اونم مثل این دو تا بشه الانم اصلاً به شوهرم نگفتم حامله‌ام اومدم بچه را بیاندازم».

پاسخگوی دیگری که چهار سال از ازدواجش می‌گذرد، و اکنون با حالتی پریشان و دودلی برای سقط جنین مراجعه کرده است، درباره علت تصمیم به سقط جنین می‌گوید:

«من ۴ ساله ازدواج کردم، خیلی از زندگی‌ام راضی بودم هیچ کم و کسری نداشتیم، ولی حدود ۲ ماهه فهمیدم شوهرم معتاده اونم اعتیاد به شیشه تو این مدت اصلاً فکر نمی‌کردم که شوهرم معتاد باشه حالا که فهمیدم اصلاً نمی‌تونم باهاش زندگی کنم، حالا فکر کنید تو این شرایط سخت، باردار هم هستم من چون نمی‌خوام دیگه با شوهرم زندگی کنم بچه اونم نمی‌خوام» (سمیه ۲۳ ساله فوق‌دیپلم)

**نامنی اقتصادی:** یکی از دلایل مهم در اقدام زنان به سقط جنین می‌توان از عوامل اقتصادی نام برد. با تولد فرزند دیگر هزینه‌های زندگی از جمله هزینه‌های آموزشی و درمانی به مراتب بالا می‌رود، منزل مسکونی افراد ممکن است مناسب نباشد از این رو افرادی که نمی‌توانند از عهده تربیت و نگهداری فرزندان زیاد برآیند، راه‌حل را در ختم بارداری جستجو می‌کنند. یکی از

شرکت کنندگان ۳۵ ساله و تحصیلات دیپلم دارد، با چهره‌ای نگران و چشم‌هایی پر از اشک علت سقط خود را چنین بیان می‌کند:

«خرج و مخارج زندگی بالاست، ما الان بیشتر درآمدها مونو به قسط خونه و ماشین می‌دهیم. شوهر با ماشین کار میکنه تازه با قسط تونستیم خونه بخریم وگرنه مستاجر بودیم توی این وضعیت نمی‌تونیم بیشتر از ۲ تا بچه داشته باشیم.»

پاسخگوی زیر علت عدم علاقه به فرزندآوری را عدم توانایی جسمانی همسرش در انجام کار و معاش و نقش خود در نان‌آوری خانواده عنوان می‌کند:

«تو حاملگی قبلی دچار مشکلات زیادی شدم طوری که دکتر به من استراحت مطلق داد، الان شوهرم معلولیت داره و نمی‌تونه کار کنه شوهرم بچه خیلی دوست داره، ولی دوست داشتن اون برای من کافی نیست، باید خرج و مخارج زندگیو یکی تأمین کنه تو این شرایط باید از کارم صرف‌نظر می‌کردم واسه همین تصمیم به سقط گرفتم.» (زن ۳۰ ساله دیپلم) پاسخگوی دیگری که ۲۵ ساله است و دو هفته از بارداریش می‌گذرد، می‌گوید:

«بدجور هزینه بالاست پوشاک، شیرخشک، درمان و غیره. تازه هنوزم دولت فرزندان متولد شده از ابتدای سال ۱۳۹۳ را جزء ایرانیان محسوب نکرده متأسفانه حتی از یارانه ۴۵۵۰۰۰ تومنی هم خبری نیست تا کمکی شود برای خرید پوشاک کودک، در چنین شرایط سختی چطور می‌تونم بچه بی‌گناه رو به دنیا بیارم، بچه که نمی‌فهمه پوشاک می‌خواد، خوراک می‌خواد، درمان می‌خواد، من نمی‌تونم بچه‌ای رو به دنیا بیارم که نمی‌تونم از پس هزینه‌هاش بریام. هر موقع اوضاع مالی بهتر شد اون موقع تصمیم به بچه‌دار شدن می‌گیریم.»

**ناسازگاری کار و فرزندآوری:** از دیگر دلایلی که در ناخواسته دانستن بارداری تأثیرگذار بوده، شاغل بودن مادر یا دانشجو بودن و نیز ترس از فرصت نداشتن برای مراقبت از کودک بوده است. با توجه به نتیجه به‌دست آمده از تحقیق فوق ۹ نفر از زنان مراجعه‌کننده به دو مطب به‌خاطر مشکلات شغلی و تحصیلی برای سقط به پزشک مراجعه کردند.

این گروه از افراد عموماً ایده‌آل‌ها و آرمان‌های بالایی برای فرزندان‌شان دارند. از یک طرف نگران آینده فرزندان موجودشان هستند که احتمال می‌دهند با تولد فرزند دیگری شرایط آن‌ها تحت تأثیر قرار بگیرد و نتوانند امکانات مناسب در اختیار آن‌ها قرار دهند. از طرفی نیز خودشان دارای موقعیت شغلی در جامعه بوده و در نتیجه در صورت بارداری ممکن است





موقعیت اجتماعی شان به خطر بیفتد.

یکی از پاسخگویان دلیل سقط خود را این گونه بیان می‌کند:

«من و شوهرم ۸ ساله ازدواج کردیم، اوایل ازدواج می‌رفتم دانشگاه بعد هم بلافاصله ۲ تا بچه آوردم. الان چند ماهی هست سرکار می‌روم چند هفته است که متوجه شدم حامله‌ام، اوادم انداختمش اگر می‌خواستم بچه را نگه دارم باید کارم را رها کنم، خرج و مخارج زندگی اینقدر بالاست که اگر سر کار نروم نمی‌تونیم از پس خرج زندگی بریبایم، تازه خود بچه هم خرج داره و هزینه‌ها را دو برابر می‌کند واسه همین من و شوهرم تصمیم گرفتیم بچه را بندازیم».

پاسخگوی دیگری که ۳۴ ساله است و ۴ سال از ازدواج او می‌گذرد، دارای تحصیلات لیسانس، دلیل سقط را اینچنین بیان می‌کند:

«میدونین من چرا سقط کردم، چون شغلم رو از دست می‌دادم. من فرهنگی هستم چندین ساله دارم برای آموزش و پرورش و مدارس غیرانتفاعی کار می‌کنم، ولی رسمی نشدم و قراره یک سال دیگر رسمی شوم، به محض اینکه بچه‌دار میشدم، فرد دیگری را جایگزین می‌کردند و نتیجه این همه سال زحمت من به هدر می‌رفت».

**مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری:** در بسیاری از مواقع زنان یا به دلیل مخالفت همسر خود با فرزندآوری یا به این دلیل که همسر آنها حوصله بچه ندارد یا در تربیت و بزرگ کردن فرزندان هیچ کمکی و همراهی نمی‌کنند، اقدام به سقط جنین می‌کنند. خانم ۳۳ ساله و لیسانس که دارای ۲ فرزند است و در یک شرکت مواد شوینده شاغل است، دلیل سقط جنین خود را چنین بیان می‌کند:

«تربیت فرزند فقط کار زن‌ها نیست، متأسفانه تو جامعه ما انگاری فقط زن‌ها مسئول بچه‌ها هستند ببینید من صبح زود بچه‌هام را می‌بردم خونه مادرم می‌ذاشتم بعد تا ساعت ۴ سر کار بودم بعد که از کار برمی‌گشتم بچه‌ها را می‌آوردم خونه ... باید آشپزی می‌کردم خونه تمیز می‌کردم این بچه‌ها را تا ساعت ۱۰ شب سرگرم می‌کردم بعد هم می‌خوابوندمشون یعنی از صفر تا صد این بچه‌ها با خودم بود حالا وقتی مریض میشدن به کنار ... تازه دارن بزرگ میشن از آب و گل دراومدن که فهمیدم حامله‌ام خیلی هم حواسم بود ... دیگه توان ندارم یک بچه دیگه بزرگ کنم ... شوهرم که فقط سرکار میره بعدم که میاد جلو تلویزیونه یا خوابه ... این

زندگی منه».

**نحوه سقط جنین:** سقط جنین در بین پاسخگویان به دو صورت سنتی و مدرن انجام شده است. روش سنتی شامل استفاده از داروهای گیاهی و مراجعه به عطاری‌ها و روش مدرن شامل قرص، آمپول، کورتاژ و مکش است. به نظر اکثر پاسخگویان روش‌های سنتی در سه ماهه اول بارداری ممکن است کارایی داشته باشد، اما در ماه‌های بعد شانس موفقیت آن کم‌تر است. بسیاری از زنان پس از اطلاع از بارداری از روش‌های سنتی برای سقط جنین استفاده می‌کنند. بسیاری ابتدا به عطاری‌ها مراجعه کرده سپس از گیاهانی مانند زعفران، سنبل ختایی، تخم شوید، کوهوش سیاه و پونه استفاده می‌کنند. براساس نتایج این تحقیق در حدود ۲۰ نفر از خانم‌های مراجعه کننده به دو مطب، اول از روش سنتی استفاده کردند و چون نتیجه نگرفتند و به مطب پزشک مراجعه کردند.

پاسخگوی زیر که زنی ۳۲ ساله است، درباره سقط خود این چنین می‌گوید:

من اول رفتم عطاری، اونجا بهم گفتند که باید زعفران استفاده کنم، ولی نه زیاد چون مسمویت می‌آورد و باید در حدود ۱ تا ۲ گرم زعفران را در یک استکان آب گرم خیس کنم و روزی ۳ تا ۴ مرتبه باید استفاده کنم، وقتی استفاده کردم نتیجه نگرفتم و بهم گفتند باید بیام و کورتاژ کنم الانم آمدم برای کورتاژ ولی خیلی می‌ترسم».

«هر روز ۱۰۰ تا پله را بالا می‌رفتم کیسه برنج بر می‌داختم آخر سر یکی از دوستانم برایم قرص تهیه کرد» زن ۳۸ ساله دارای دو فرزند، فوق دیپلم

بسیاری از زنان پس از اینکه به روش‌های سنتی نتوانستند جنین خود را سقط کنند، به روش‌های مدرن روی آوردند؛ قرص - آمپول - کورتاژ یا ساکشن انواع روش‌هایی است که زنان برای سقط در نظر گرفته بودند. در این میان اولین گزینه نیز قرص میزوپروستول بوده است که به طرق مختلف یا توسط دوستانشان از داروخانه یا از ناصر خسرو تهیه کرده‌اند. برای نمونه یکی از شرکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

«چند وقت پیش متوجه شدم که از رابطه‌ام با دوست پسرم باردارم نگه داشتن بچه برای منی که ازدواج نکرده‌ام، ممکن نبود. پس از مشورت با دوستانم، متوجه شدم که سه روش برای سقط جنین پیش رویم است: قرص، آمپول و کورتاژ. قرص و آمپول را شنیدم ممکن است سقط نشود و امکان داشت به‌طور کامل جنین خارج نشود و مشکلات دیگری برایم به



وجود بیاید، تصمیم گرفتم به یک پزشک مراجعه کنم. او گفت باید حتماً کورتاژ کنم، همین خانم دکتر من را به این دکتری که الان او مدم معرفی کرد» (زن ۲۹ ساله مجرد فوق لیسانس).

**اثر مذهب بر تجربه زیسته زنان از سقط جنین:** مذهب و ارزش‌های دینی در جهت دادن تجربه زیسته زنان از سقط جنین مؤثرند. گاه نگرش‌های مذهبی آنقدر قوی است و به عنوان مانعی عمل می‌کند و باعث می‌شود افراد از تصمیم خود منصرف می‌شوند. اما در مطالعه حاضر گرچه باورهای مذهبی بازدارنده زنان نبوده، اما کلیه پاسخگویان سقط جنین را حرام می‌دانستند و به نظرشان مرتکب گناه بزرگی شده‌اند. بر اساس پژوهش حاضر ۵ نفر از پاسخگویان که اعتقادات مذهبی داشتند، دارای عذاب وجدان زیاد بودند و پس از سقط جنین دائماً خود را ملامت می‌کردند و این کار خود را گناه می‌دانستند. مذهب مهم‌ترین مانع سقط جنین در میان پاسخ‌گویان بوده است، از نظر آن‌ها در دین اسلام زنی که اقدام به سقط جنین کند، گناهکار شناخته می‌شود و باید تاوان آن را در زندگی دنیوی و اخروی خود بپردازد.

خانمی که با حجاب کامل در مطب حضور داشت و مرتب در حال گریه کردن بود، دلیل سقط خود را چنین بیان کرد:

«اصلاً نمی‌خواستم سقط کنم مجبور شدم. ولی باز نمی‌تونم خودم رو ببخشم میدانم گناه بزرگی کردم چون یه آدمو گرفتم مخصوصاً که آن آدم بچه خودم بوده، میدانم گناه کبیره کردم ولی واقعاً مجبور بودم چون من با شوهرم اختلاف داریم و تا چند وقت دیگه از هم جدا می‌شویم بارها با خودم جنگیدم امیدوارم خدا منو ببخشد».

مورد زیر زنی است که به خاطر اختلافات خانوادگی با شوهرش سقط جنین را انتخاب کرده بود، ولی به دلیل اعتقادات مذهبی بالا چندین بار تلاش خود را کرده بود تا دست به این اقدام نزند:

«چون شوهرم مرد بدی بود، منظورم از بد اینه که شوهر من اهل قمار و مشروب اصلاً حاضر به باردار شدن از او نبودم چون من ریشه مذهبی دارم اما مجبورم که سقط کنم.» (زن ۲۷ ساله، لیسانس).

برخی زنان با توجه به دمیده نشدن روح در جنین تا قبل از ۴ ماه، سقط را از قتل عمد متمایز کرده و از این رو از طریق اقداماتی نظیر دادن دیه، صدقه و ... احساس گناه را در خود

کاهش داده‌اند.

«به محض اینکه سقط شد، مقداری طلا به دختر و پسر دادم آن‌ها می‌گفتند دبه بچه‌های که سقط شده به خواهر برادرش می‌رسد» (زن ۳۳ ساله دیپلم، دارای دو فرزند).  
در مجموع دو نوع نگاه متناقض در بین زنان وجود داشت، از یک طرف زنان سقط را گناه کبیره می‌دانستند و حتی پیامدهای احتمالی ناشی از آن را نیز مد نظر قرار داده بودند، از طرف دیگر به رحمت و مهربانی خداوند و راه‌حلی که دین اسلام پیشنهاد داده توجه داشتند و توانسته بودند از دین در توجیه و تسلی خود استفاده کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله چرایی و نحوه تصمیم‌گیری و اقدام سقط جنین بررسی شد. بنابراین، قبول یا رد سقط جنین به لحاظ قانونی و شرعی از اهداف مطالعه نبود. در سایر مطالعات با بهره‌گیری از تئوری‌های مختلف علم اخلاق یا حقوق نظیر تقدس حیات، آزادی اراده و ... پذیرش یا رد اقدام به پایان دادن به حیات جنین بحث شده است (راسخ، ۱۳۸۳).

یافته‌های تحقیق نشان داد دو گروه از زنان برای سقط مراجعه می‌کنند گروهی از زنان بدون فرزند هستند و شامل دختران مجرد یا زنانی هستند که در دوران عقد بسر می‌برند. زنانی که در دوران عقد بسر می‌برند و هنوز زندگی مشترک خود را آغاز نکرده‌اند، توسط پزشک از سقط منصرف می‌شدند و برای شروع زندگی مشترک خود ترغیب شده بودند. گروهی نیز دارای حداقل یک فرزند بودند که به دلیل عدم استفاده از وسیله پیشگیری یا شکست در پیشگیری از بارداری، به‌طور ناخواسته باردار شده بودند. دلایل ناخواسته بودن و عدم تمایل زنان به نگه داشتن جنین شامل داشتن تعداد فرزند کافی، اعتیاد مردان، مسائل اخلاقی شوهر، و مشکلات مالی و اقتصادی بود. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (فینر و دیگران، ۲۰۰۵؛ چینی چیان و همکاران، ۱۳۸۵) در این مطالعات نیز کافی بودن تعداد فرزندان، مشکلات مالی، آماده نبودن برای بزرگ شدن فرزند از مهم‌ترین دلایل تصمیم زنان برای سقط جنین است. یافته‌ها نشان داد ناامنی اقتصادی مانند بیکاری همسر، نداشتن درآمد کافی و تورم و غیره باعث شده برخی از زنان اقدام به سقط کنند. بدون شک عدم ثبات نظام اقتصادی جامعه بر شرایط اقتصادی درون خانواده‌ها تأثیر گذاشته است؛ بالا رفتن هزینه‌های زندگی



در صورتی که توان تأمین آن‌ها در زندگی همراه نباشد، نه تنها به پایین آمدن استانداردهای زندگی، کاهش قدرت خرید و کاهش سطح رفاه خانواده منجر می‌شود، بلکه زمینه‌ساز پدیده‌های زندگی هم از بین می‌رود و این فشارهای اقتصادی بر کلیه ابعاد زندگی از جمله رفتارهای باروری اثر می‌گذارد. تأثیر عوامل اقتصادی بر رفتارهای باروری در سایر تحقیقات نیز دیده شده است (عباسی شوازی و خانی، ۱۳۹۵) در این مطالعه نیز دغدغه بسیاری از زنان، پرداخت هزینه‌های مسکن، هزینه‌های درمانی و همچنین آموزشی فرزندان بود، آن‌ها خود را ناتوان از تربیت و نگهداری فرزند بیشتر می‌دیدند و کیفیت فرزندان و وضعیت حال و آینده فرزندان را که داشتند، در نظرشان اهمیت زیادی داشت.

بر اساس یافته‌های مطالعه، تصمیم به سقط جنین می‌تواند در یک مدل انتخاب عقلانی<sup>۱</sup> تفسیر شود. در مدل‌های انتخاب عقلانی تصمیمات از طریق ارزیابی افراد از هزینه و فایده یک کنش فردی، اتخاذ می‌شوند. بر اساس این رویکرد، والدین هنگام تصمیم‌گیری درباره فرزندان که می‌خواهند داشته باشند، به یک شیوه عقلانی رفتار می‌کنند. عنصر اساسی در این نظریه انگیزه یا منطق خواستن خانواده بزرگ یا کوچک است و تحلیل‌های هزینه فایده در تصمیمات باروری نقش اصلی دارد. در این رویکرد افراد به عنوان عاملان منطقی در نظر گرفته می‌شوند که این توانایی را در ارزیابی شرایط خود داشته و سعی در بالا بردن منافع خود دارند. در این دیدگاه افزایش هزینه‌های پرورش فرزند، شرایط نامساعد اقتصادی - اجتماعی و کاهش استانداردهای زندگی، دلایل منطقی برای تغییر رفتارها و نیات باروری افراد فراهم می‌کند (اندورکا، ۱۹۷۸: ۲۷). بر اساس این رویکرد افراد هزینه‌های سقط را در نظر می‌گیرند. اما این هزینه صرفاً هزینه مادی نیست. بر اساس نظرات پاسخگویان هزینه سقط از ۵۰ هزار تومان تا کم‌تر از یک میلیون تومان است. با این حال سقط جنین اقدامی که هم به لحاظ جسمی و هم روحی ناراحت‌کننده و آسیب‌زا است. حتی رفتن به یک کلینیک و تقاضای سقط جنین از یک پزشک یا ماما و جستجوی قرص و آمپول در شرایطی که این عمل غیر قانونی است، استرس زیادی را برای آن‌ها به وجود آورده می‌آورد. از طرف دیگر در فرایند تصمیم‌گیری هم فواید سقط و هم فواید نگه داشتن بچه ارزیابی شده است. با این حال ارزیابی هزینه‌ها، صرفاً به هزینه‌های انجام سقط جنین محدود نشده است. بلکه هزینه نگه داشتن جنین نیز توسط افراد

## 1. Rational choice theory

بررسی شده است، اینکه اگر جنین متولد شود چه وضعیتی خواهد داشت؛ چه هزینه‌های مادی و روانی بایستی پرداخت شود؛ چه مشکلاتی بر بسیاری از مشکلات کنونی اضافه می‌شود و چه بار اضافی بر خانواده وارد می‌شود. بنابراین، زمانی که هزینه سقط جنین مطرح می‌شود، کلیه حالات و فعالیت‌های ناخوشایندی که در قبل، حین و بعد از سقط جنین رخ می‌دهد، در نظر گرفته می‌شود. با توجه به اینکه ارزیابی‌ها صرفاً معطوف به زمان حال نیست، بلکه ارزیابی از آینده نیز اتفاق می‌افتد. بنابراین، تصمیمات افراد برای خاتمه دادن به حیات جنین می‌تواند در چارچوب نظریه اجتناب از خطر نیز تفسیر شود که مکدونالد<sup>۱</sup> (مکدونالد، ۲۰۰۲، ۲۰۰۶) آن را مطرح کرده است. نظریه اجتناب از خطر<sup>۲</sup> یکی از نظریاتی است که از نظریه انتخاب عقلانی و اقتصاد جدید خانوار<sup>۳</sup> (بکر، ۱۹۶۰، ۱۹۹۲) نشأت می‌گیرد (فیوری و همکاران، ۲۰۱۳). به نظر بکر (۱۹۶۰)، افراد در تصمیم‌گیری برای اینکه بچه داشته باشند یا نه، مزایا و هزینه‌های داشتن فرزند اضافی را سبک سنگین می‌کنند. بر این اساس، افراد دانش یا درک مناسبی از هزینه‌ها و منافع داشتن فرزند اضافی ندارند. نظریه اجتناب از خطر بعد بی‌اطمینانی را به فرایند تصمیم‌گیری اضافه می‌کند (فیوری و همکاران، ۲۰۱۳؛ سوبوتکا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). و این بی‌اطمینانی بیشتر معطوف به آینده است. طبق نظر مکدونالد زوجین با ارزیابی هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم و همچنین فواید داشتن فرزند تصمیمات باروری خود را تحقق می‌بخشند. هزینه‌ها و منافع در واقع هزینه‌ها و منافع آینده هستند و بر این اساس افراد درباره هزینه‌ها و منافع اطمینان ندارند، از این رو تصمیم‌گیری درباره داشتن فرزند وابسته به جهت‌گیری‌های آینده خواهد بود. در این تئوری گامی فراتر از ارزیابی هزینه فایده است و صرفاً هزینه و فایده در زمان حال مورد نظر نیست. در این مورد پدر و مادری که تصمیم گرفته‌اند جنین سقط شود؛ کلیه خطرات و ریسک‌هایی را در نظر می‌گیرد که هم خود و هم فرزند آن‌ها ممکن است در جامعه با آن مواجه شود. همخوانی این نظریه با رفتار بسیاری از زنان، به ویژه افرادی که همسران معتاد داشته‌اند، در این مطالعه دیده می‌شود. بر اساس نظر بسیاری از شرکت‌کنندگان در مطالعه، با معتاد شدن سرپرست خانواده، بسیاری مشکلات از

- 
1. McDonald
  2. Risk Aversion Theory
  3. New Home Economics
  4. Sobotka



جمله مسائل اقتصادی، طرد شدن و کناره‌گیری خانواده از اقوام و آشنایان، انحرافات اخلاقی شوهر، بداخلاقی و بی‌مسئولیتی او نیز بروز کرده و از این رو زنان شرایط خانواده را برای تولد فرزند دیگر مناسب ارزیابی نکرده و سقط جنین را برای کمک به فرزند به دنیا نیامده تصمیم درستی می‌دانستند. در مطالعه حاضر زنی که به خاطر اعتیاد همسرش نمی‌خواست جنینش را نگه دارد، حتی نگران اعتیاد فرزندش نیز بود. این مادر از اینکه فرزندش در کنار پدر معتاد به الکل و شیشه، بزرگ شود نگران است. او حتی معتاد شدن فرزندش در آینده را متصور شده است و اینگونه تصمیم خود را عقلانی و موجه می‌داند.

نوع هزینه‌ها در گروه‌های مختلف زنان متفاوت است، گروهی از دست دادن موقعیت شغلی یا تحصیلی را هزینه ادامه حاملگی و تولد فرزند می‌دانند. بنابراین، قصد و رفتار آن‌ها علاوه بر دو نظریه فوق می‌تواند در چارچوب نظریه تعارض نقش تفسیر شود و ناسازگاری نقش‌های مادری با نقش‌های دانشجویی یا شغلی تبیینی برای آن است. تعارض کار و فرزندآوری در سایر تحقیقات نیز تأیید شده است (ادواردز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ هوم<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶؛ رازقی نصرآباد و همکاران ۱۳۹۵). در این مطالعه زنان شاغل، به دلیل اینکه مدت زمان زیادی در جستجوی کار بودند، برخی برای دستیابی به شغل و داشتن درآمد، سال‌های زیادی را تحصیل کرده بودند و خود یا خانواده آن‌ها هزینه‌های زیادی را برای تحصیل پرداخته بودند. از این رو نمی‌خواستند این فرصت پیش آمده را از دست بدهند و با توجه به اینکه تعداد فرزندان مطلوب از نظر خود را داشتند، با اطمینان بیشتری تصمیم به سقط گرفته بودند. این گروه از زنان در نتیجه تعاملاتی که در جامعه داشتند، توانسته بودند درباره شیوه‌های سقط و مراکز انجام سقط اطلاعاتی به دست آورد؛ از این رو تصمیم سقط برای آن‌ها ساده‌تر از سایر زنان بوده است.

در میان زنان مجرد هزینه‌های ادامه حاملگی و به دنیا آوردن فرزند به مراتب بیشتر از زنان همسردار ارزیابی شده است. زمانی که یک جنین از یک رابطه مجاز و پذیرفته شده در جامعه متولد می‌شود، تصمیم به خاتمه دادن حیاتش با تردیدهای فراوان یک زوج همراه است. با این حال در بین زنان مجرد وضعیت متفاوت است و سقط جنین تنها راه حل محسوب می‌شود. در

1. Edwards

2. Hoem

این مطالعه برای این گروه از زنان یا سقط یا خودکشی مطرح بود. بنابراین، نگه داشتن فرزند فقط هزینه تلقی می‌شود. تصمیم آن‌ها بدون هیچ‌گونه شک و تردیدی، مبنی بر خاتمه دادن به حیات جنین است. پذیرش راحت‌تر و دسترسی بیشتر این افراد به سقط جنین و همراهی اطرافیان و حتی کادر درمانی در بخش‌های خصوصی، از ویژگی‌های فرایند سقط جنین در افراد مجرد است.


یافته‌ها نشان داد در بسیاری از موارد حاملگی ناخواسته، تصمیم برای سقط جنین در قالب این دو رویکرد، توسط افراد یا زوجین به چالش گذاشته می‌شود. بسیاری از زنان سقط جنین را اقدامی خطرناک می‌دانستند و بسیاری از آن‌ها درباره پیامدهای جسمی و حتی روانی ناشی از سقط آگاهی داشتند. آن‌ها حتی توسط پزشک ارائه‌دهنده خدمت، مشاوره شده تا از تصمیم خود منصرف شوند، در این فرایند اعتقادات مذهبی، قوانین و هنجارهای دینی نیز دخیل هستند، به گونه‌ای که ارزش‌های دینی و آموزه‌های مذهبی توسط افراد مرور و بررسی شده است. زمانی که هزینه سقط بالاتر از هزینه نگه داشتن فرزند ارزیابی می‌شود و از سوی دیگر فواید داشتن فرزند بیشتر بر فواید سقط پیشی می‌گیرد و آسیب‌ها و خطرات جدی را پیش روی خود و فرزندشان نمی‌بینند، گروهی از کسانی که با حاملگی ناخواسته مواجه شده از تصمیم خود منصرف می‌شوند. با این حال گروهی دیگر در ارزیابی هزینه-فایده به‌رغم علم به هزینه‌های سقط جنین و با در نظر گرفتن آینده جنینی که شرایط مناسبی در انتظار او نیست، به منظور جلوگیری از خطرات احتمالی در آینده، در نهایت برای سقط جنین اقدام می‌کنند؛ با این حال به راه حل‌های مذهبی از جمله دادن صدقه و دیه برای جبران گناه نیز توجه دارند.

نتایج این مطالعه یک پیشنهاد سیاستی را ارائه می‌دهد. بر اساس یافته‌های تحقیق عدم استفاده از روش پیشگیری یا استفاده نادرست از روش‌های پیشگیری علت وقوع حاملگی ناخواسته است. با توجه به کاهش باروری به زیر سطح جانشینی و همچنین کاهش ایده‌آل‌های باروری به سطح دو فرزند و کوتاه شدن دوره فرزندآوری (عباسی شوازی و حسینی چاووشی، ۱۳۹۰) اکثریت زنان جوان در سال‌های زیادی از دوران باروری خود از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند. این در حالی است که در سال‌های اخیر ارائه خدمات تنظیم خانواده متفاوت از قبل شده و محدودیت‌هایی در ارائه خدمات به برخی گروه‌های زنان اعمال می‌شود. در این شرایط ممکن است میزان حاملگی‌های ناخواسته و به تبع تقاضای سقط جنین افزایش یابد.





شرکت‌کنندگان این مطالعه، مراجعه‌کنندگان به دو پزشک بودند که تا حد زیادی می‌توان گفت در شرایط ایمنی به سقط اقدام کرده‌اند. اما بسیاری از موارد سقط جنین، در شرایط ناایمن رخ می‌دهد که می‌تواند سلامتی هزاران زن را به خطر بیندازد. بازنگری در برنامه‌های تنظیم خانواده و همکاری مستمر متخصصان مختلف حوزه‌های بهداشت، حقوق، اخلاق، روان‌شناسی و علوم اجتماعی با سیاستگذاران و قانونگذاران، می‌تواند بخشی از چالش‌های مربوط به سلامت زنان، به‌ویژه در خصوص حاملگی ناخواسته و سقط جنین را کاهش دهد. این مطالعه پیشنهاد پژوهشی نیز ارائه می‌دهد. با توجه به اینکه در این مطالعه تصمیم و اقدام زنان به سقط بر اساس یک مطالعه کیفی و در چارچوب نظریات انتخاب عقلانی و اجتناب از خطر تفسیر شد، انجام مطالعات تجربی بیشتر، برای آزمون این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- آخوندی، محمد مهدی و بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۱). ضرورت بررسی ریشه‌ای ابعاد متنوع ابعاد سقط جنین در ایران، هشتمین سمینار تخصصی باروری و ناباروری بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه: ۲۶-۲۷
- بهجتی اردکانی، زهره، آخوندی، محمد مهدی، صادقی، محمدرضا و صدر اردکانی، هومن (۱۳۸۴). ضرورت بررسی ریشه‌ای ابعاد متنوع ابعاد سقط جنین در ایران، فصلنامه باروری و ناباروری، ۶(۴): ۳۲۰-۲۹۹.
- آقایی هیر، توکل و مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۶). برآورد غیر مستقیم میزان سقط جنین عمدی با استفاده از مدل تعیین کننده‌های بلافاصله باروری در ایران، انجمن جمعیت شناسی ایران، ۳: ۹۱-۶۱.
- جلیلی، زهرا، روحانی، علی اکبر، محمدعلیزاده، محمد، جعفری، صدیقه و شریفی، مهدیه (۱۳۸۵). نظرات متخصصان زنان و زایمان و پزشکان عمومی شهر کرمان در مورد سقط جنین (قانونی)، فصلنامه پایش، ۵ (۳): ۷۵-۱۶۹.
- چینی چیان مریم و هلاکوئی نائینی، کورش (۱۳۸۶). مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران، فصلنامه پایش، ۶(۳): ۲۳۲-۲۱۹.
- رازقی نصرآباد، حجیه بی بی، علی مندگاری، ملیحه و محمدی پورندوشن، علی (۱۳۹۴). بررسی تعارض کار- خانواده و رابطه آن با رفتار باروری (مطالعه‌ای در بین زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر یزد)، نامه انجمن جمعیت شناسی ایران، ۱۰(۱۹): ۱۹۳-۱۶۵.
- راسخ، محمد (۱۳۸۳). جدال حیات بررسی اجمالی تئوری‌های سقط جنین، فصلنامه باروری و ناباروری، ۴(۳): ۲۳۶-۲۲۰.
- سرایبی، حسن و روشن شمال، پگاه (۱۳۹۱). سنجش عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار به سقط جنین، زن در توسعه و سیاست، ۱(۲): ۲۳-۵.
- شمشیری میلانی، حوریه (۱۳۸۱). سلامت، ابعاد سلامت و جایگاه سقط جنین در ارتباط با آن.



- هشتمین سمینار تخصصی باروری و ناباروری بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- صانعی، الشرف السادات و نیکبخت نصرآبادی، علیرضا (۱۳۸۳). روش‌شناسی تحقیقات کیفی در علوم پزشکی، تهران: برای فردا.
- ظفری، دیزجی (۱۳۹۳). تجربه زیسته زنان در سقط جنین ارادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا.
- عباسی شوازی، محمد جلال و خانی، سعید (۱۳۹۵). ناامنی اقتصادی، ایده‌آل‌های ازدواج و باروری: مطالعه دو نسل مادران و فرزندان در شهرستان سنندج، دوفصلنامه مطالعات جمعیتی، ۱(۲): ۱۰۱-۶۳.
- عباسی شوازی، محمد جلال و حسینی چاووشی، میمنت (۱۳۹۲). روند و سطح باروری طی چهار دهه اخیر در ایران: کاربرد روش فرزندان خود در برآورد باروری در سرشماری‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۹۰، گزارش تحقیقاتی، پژوهشکده آمار، مرکز آمار ایران.
- عباسی شوازی، محمد جلال و حسینی چاووشی، میمنت (۱۳۹۰). تنظیم خانواده، باروری و تحول سیاست‌های جمعیتی در ایران، مجله معرفت در دانشگاه اسلامی، ۱۵(۳): ۲۶-۸.
- عبدالجباری، مرتضی، کرمانی، مرضیه، سحرخیز، نسرين، امین‌پورحسینقلی، محمد و شکری خوبستانی، معصومه (۱۳۹۵). بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در اینباره، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۲(۴): ۴۴-۵۴.
- عبدالهیان حمید و فلاح، مریم (۱۳۸۷). تحلیل کیفی سقط جنین‌های ارادی و پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان: مطالعه موردی درباره زنان ساکن تهران، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۳(۵): ۵۵-۸۰.
- علی‌مندگاری، ملیحه و رازقی نصرآباد، حجه بی‌بی (۱۳۹۵). بسترهای اقتصادی مؤثر بر تصمیم‌گیری زوجین به طلاق: مطالعه موردی شهر تهران، پژوهش‌نامه زنان، ۷(۳): ۱۴۵-۱۱۷.

- Abbasi Shavazi , Mj, Hosseini Chavoshi, M .(2011). Fertility, Family Planning, and Population Policies in Iran, *Maarefat, Quarterly in Islamic University*, 15(3): 8-26 .
- Abbasi Shavazi, Mj., Khani, S. (2016). Economic Insecurity, Marriage and Fertility Ideals: A study among Mothers and Children Generation in Sanandaj District, *Journal of Population Studies*, 1(2): 63-99.
- Abbasi-Shavazi, M. J. & M. Hosseini-Chavoshi (2013). *The Fertility Transition in Iran in Last Four Decades*. Tehran: Iran, The Statistical Centre of Iran.
- Abdolahian, H., Fallah, M. (2008). A Qualitative Analysis of Intentional Abortion and Phenomenology of Women's Lived Experience: Some Case Studied of Women in Tehran, *Journal of the Population Association of Iran*,3(5): 55-80 .
- Abdoljabbari M, Karamkhani M, Saharkhiz N, Pourhosseingholi M, Shokri Khoubestani M. (2016). Study of the Effective Factors in Women's Decision to Make Abortion and Their Belief and Religious Views in this Regard, *Journal of Research on Religion & Health*, 2(4): 44- 54 .
- Agha Yari Hir T, Mehryar AH. (2007). Estimation of Induced Abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model, *Journal of Population Association of Iran*. 1(2): 61-91.
- Ahmed S, Ialam A. (1999). Induced Abortion: what's Happening in Rural Bangladesh, *Reproductive Health Matters*, 7: 19-29.
- Akhondi M. A, Behjati Ardakani Z. (2003). *The Necessity of Comprehensive Assessment of Dimensional Aspects of Abortion in Iran*, (8th Specialized Seminar of Fertility and Infertility (Study the Complete Dimension of Abortion in Iran), Iran Kermanshah, Iran, 26-27 Feb.
- Alimondegari M. & Razeghi Nasrabad, H. (2016). Economic Factors Affecting Couples' Decision for Divorce: The Case of Tehran City, *Women's Study*, 7(13): 117-145 .
- Andorka, R. (1978). *Determinants of fertility in Advanced Societies*, Methuen and Co Ltd, London.
- Becker, G. S. (1960). *An Economic Analysis of Fertility*, In National Bureau of

- Economic Research* (Ed.), Demographic and Economic Change in Developed Countries, Pp. 209-240, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Becker, G.S. (1992). Fertility and the Economy, *Population Economics*, 5: 185-201 .
- Behjati Ardakani Z, Akhondi M.A, Sadeghi M.R, Sadri Ardekani H. (2005). The necessity of Comprehensive Study on Abortion in Iran, *Journal of Reproductive and Infertility*, 6(4): 299-320.
- Chinichian M, Halakooii-Naiini K, Rafaii-Shirpak K. (2007). Voluntary Abortion in Iran: a qualitative study, *Journal of Payesh*, 6(3): 219-32 .
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Edwards, M.E. (2002). Education and Occupations: Reexamining the Conventional Wisdom about Later First Births among American Mothers, *Sociological Forum* 17:423-43.
- Erfani A.& McQuillan K. (2008). Rates of induced abortion in Iran: the roles of contraceptive use and religiosity. *Studies in Family Planning*; 39(2):111–22.
- Finer L, Forhwirth F, Dauphiness L. (2005). Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37:18-110.
- Fiori, F., Rinesi, F., Pinnelli, A. & Prati S. (2013). Economic Insecurity and the Fertility Intentions of Italian Women with One Child, *Population Research and Policy Review*, Volume 32, Issue 3, Pp. 373-413, DOI 10.1007/s11113-013-9266-9.
- Hoem, J.M. (1986). The impact of education on modern family-union initiation. *European Journal of Population*, 2: 113-133.
- Hosseini-Chavoshi M., Abbasi-Shavazi, M.J., Glazebrook, D, and McDonald P. (2012). "Social and psychological consequences of abortion in Iran", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 118, Supplement: 2 S172–S177.
- Jalili Z, Rouhani AA, Mohammad Alizadeh S, Jafari S. & Sharifi M. (2006). Perceptions of gynecologists and general physicians about therapeutic (legal) abortion: A study from Kerman, *Iran, Journal of Payesh*, 5(3):169–75 .
- Rasekh, M. (2003). Battle of Life: A Brief Study of Theories on Abortion, *Journal of Reproductive and Infertility*, 4(3): 220-236.

- Maxwell, J. (1997). *Designing a Qualitative Study*. In L. Bickman and D. J. Rog (Eds). *Handbook of applied Social Research Methods*. Thousand Oas, CA: Sage: 69-100.
- McDonald, P. (2002). *Sustaining Fertility through Public Policy: The Range of Options, Population* (English Edition), 57(3): 417-446.
- McDonald, P. (2006). Low Fertility and the State: The Efficacy of Policy, *Population and Development Review*, 32(3): 485-510.
- Motaghi Z, Poorolajal J, Keramat A, Shariati M, Yunesian M, Masoumi SZ. (2013). Induced Abortion Rate in Iran: A Meta-analysis. *Arch Iran Med*. 16(10): 594 – 598.
- Osborne, j. (1994). Some Similarities and Differences among Phenomenological and other Methods of Psychological Qualitative Research, *Canadian Journal of Counselling*, (24): 79-91.
- Razeghi Nasrabad, H., Alimandegari, M., Mohammadi Nadoshan, A. (2015) Family-Work Conflict and its Relation to Fertility Behavior A study among employed women in education section in the city of Yazd, *Journal of Population Association of Iran*, 10 (19): 165-193.
- Sanei A, Nikbakht Naserabady A. (2002). Qualitative methodology in medical science. Tehrān, Iran: Enteshārāt-e Farda
- Sarayi H , Roshanshomal P. (2012). Examining Social Factors Affecting Pregnant Women's Attitude towards Induced Abortion, *Women in Development and Politics*, 10(2): 5-23 .
- Shahbazi, S. Fathizadeh, N, and F., Taleghani (2011). Illegal abortions in Iran: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, ced Nursing doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05246. x.
- Shamshiri Milani H. (2003). Health, Health and Status of Abortion in Relation to it. 8th Specialized Seminar of Fertility and Infertility (Study the Complete Dimension of Abortion in Iran), Kermānshāh, Iran.
- Sobotka, T., Skirbekk, V. and Philipov, D. (2010). Economic Recession and Fertility in the Developed World: A Literature Review, European Commission, Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities", Unit E1-Social and Demographic Analysis, Vienna Institute Demography.
- United Nations. (1994). *Report of the International Conference on Population and*



*Development* (Cairo, 5-13 September). A/CONF.171/13. New York.

Van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (2nd ed). London, Ontario, Canada: Althouse Press.

Watters W.W. (1976). *The truth about Abortion*. Compulsory Parenthood, McClelland and Stewart, Toronto .

Zafari Dizaji, A. (2014). *Women's Experiences in Connection with Elective Abortion* [in Persian; master's thesis]. Tehran, Iran: Dānešgah-e Alzahrā Daneškade-e Olum-e Eqtesadi va Ejtemā'i/ Alzahra University, Faculty of Social Science& Economics. Tehrān, Iran.



## نویسندگان

حجیه بی بی رازقی نصرآباد

hajjiih.razeghi@psri.ac.ir

hajjiih.razeghi@gmail.com

دارای مدرک دکترای جمعیت‌شناسی از دانشگاه تهران و عضو هیأت علمی و مدیر پژوهشی مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور است. ایشان رساله دکتری خود را در زمینه فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند و بی‌فرزندگی در ایران به پایان رسانده، و علاوه بر مطالعه در این زمینه، به تحقیق در حوزه‌های تمایلات و رفتارهای باروری، ناباروری، و الگوهای ازدواج و خانواده نیز اهتمام ورزیده است. دست آورد تحقیقات نامبرده در قالب مقالات علمی مختلفی در مجلات معتبر داخلی و بین‌المللی به چاپ رسیده است.

الهام سنجری

elhamsanjari25@gmail.com

دارای مدرک کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی است. موضوع پایان نامه ایشان «سقط جنین عمدی و پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان: مورد مطالعه زنان مراجعه‌کننده به دو مطب پزشک زنان در تهران» است، علایق پژوهشی ایشان بهداشت باروری، سلامت زنان و مطالعات خانواده و در حوزه جمعیت‌شناسی به تحقیقات علمی خود ادامه داده است.





## ***Factors Associated with Induced Abortion: Lived Experiences of Women in Tehran***

Hajiieh Bibi Razeghi Nasrabad<sup>1</sup>  
Elham Sanjari<sup>2</sup>

### ***Abstract***

In Iran, induced abortion is prohibited unless the life of the mother is in danger or if her fetus is diagnosed with a disease or defect. However, many women with unwanted pregnancies who want to terminate their pregnancy, resort to unqualified practitioners and unsafe abortion. This study used qualitative research method and in-depth interviews to explore reasons for induced abortion in the city of Tehran, Iran. The required data were collected through in-depth interviews with 50 women who had experienced induced abortion during August and September 2014. Interviews continued to reach theoretical saturation. Results showed two group of women decide to terminate their pregnancies. First group is the childless women who are single or in the early months of their marriage. Others have one child or more. According to results, decisions are made within the framework of weighing costs and benefits and risk aversion. In circumstances like illegal pregnancy, addiction, family conflicts, insecurity and uncertainty in marital relation, financial and economic problems, low participation of men in housework and childcare and the incompatibility of work and childbearing, the cost (material and immaterial) of having an unwanted child is more than abortion. In this case women consider abortion a "rational action to avoid of aversion.

### ***Key words***

Induced Abortion, Unwanted Pregnancy, Cost and Benefit, Lived Experience Contraceptive Methods.

---

1. Assistant Professor of demography, National Population Studies and Comprehensive Management Institute.

2. MA in Demography

DOI: 10.22051/jwsps.2017.8299.1165

Submit Date: 2016-04-09

Accept Date: 2017-09-03