

روند تغییر نسبت جنسی تولد و حذف دختران: زمینه‌ها و عوامل

سیمین کاظمی^۱

چکیده

نسبت جنسی تولد به طور طبیعی ۱۰۵ پسر به ۱۰۰ دختر است، اما این نسبت در برخی کشورها با مداخلات انتخاب جنس افزایش یافته است. هدف این مطالعه تعیین روند تغییر نسبت جنسی تولد در ایران و زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر آن است. برای این منظور به داده‌های آماری سازمان ثبت احوال کشور رجوع شد و با استفاده از روش اسنادی و مرور مطالعات، زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر تغییر نسبت جنسی تولد بررسی شد. بر اساس یافته‌ها اگر چه نسبت جنسی تولد در ایران فعلاً در محدوده طبیعی است اما دست کم در چهار استان از محدوده طبیعی خارج شده و افزایش یافته که به معنای افزایش تعداد پسران نسبت به دختران است. در ایران ترجیح مذکر به عنوان یک خصلت فرهنگی ماندگار، برخی والدین را به سمت پسرخواهی و حذف دختران سوق می‌دهد. با وجود چنین مشکل فرهنگی، نظام سلامت و سایر تحققات انتخاب جنس جنین را در اختیار والدین می‌گذارد. نظر به اینکه ادامه این روند علاوه بر اینکه نقض حق حیات مؤنث است، می‌تواند تبعات اجتماعی منفی همچون مشکلات ازدواج، خشونت و روسپیگری را به دنبال داشته باشد، لازم است توجه کافی به آن صورت گیرد و تدابیری برای پیشگیری از آن اندیشیده شود.

واژه‌های کلیدی: نسبت جنسی تولد، ترجیح مذکر، انتخاب جنس، حذف مؤنث، تغییر جمعیت.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷

^۱ پزشک عمومی و دکتری جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی، تهران، ایران simin.kazemi@sbm.ac.ir

DOI: <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2021.521242.1171>

مقدمه و بیان مسأله

برای سنجش توزیع جنسی جمعیت یک کشور شاخص نسبت جنسی^۱ به کار می‌رود و آن کسری است که صورتش تعداد مردان و مخرجش تعداد زنان می‌باشد و به صورت درصد محاسبه می‌شود. نسبت جنسی جمعیت را می‌توان برای لحظه‌های مختلف عمر و جوامع متفاوت به دست آورد. مطالعات جمعیتی در سراسر جهان و برای تمام جوامع بشری حکایت از آن دارد که تعداد جمعیت در سنین مختلف عمر انسان برابر نیست. در دوران پیش از تولد و هنگام انعقاد نطفه در برابر هر ۱۰۰ نطفه دختر، ۱۲۰-۱۲۵ نطفه پسر بسته می‌شود اما به جهت اینکه تا لحظه تولد مرگ نطفه‌های پسر بیشتر از دختر است، نسبت جنسی در لحظه تولد به حدود ۱۰۳-۱۰۴ کاهش پیدا می‌کند. این نسبت در سالهای بعد به علت مرگ زیاد جنس مذکور به تدریج کاهش می‌یابد تا اینکه در حدود ۲۰-۲۵ سالگی (سنین ازدواج) متعادل می‌شود و به ۱۰۰ می‌رسد (تقوی، ۱۳۸۸: ۶۶). نسبت جنسی را می‌توان جداگانه برای سنین و یا گروه‌های سنی مختلف محاسبه نمود که در این حالت موسوم به نسبت‌های جنسی ویژه سن می‌شوند. نسبت جنسی در هنگام تولد در بیشتر کشورهای جهان در حدود ۱۰۵ مولود پسر در مقابل ۱۰۰ مولود دختر است (شمس قهفرخی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۸: ۳۴) و نسبت جنسی تولد نرمال از ۱۰۲ تا ۱۰۶ پسر به ازای ۱۰۰ دختر در نظر گرفته می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱: ۱). عوامل مختلفی می‌توانند بر تغییر نسبت جنسی در دوره‌های سنی مختلف تأثیر بگذارند. مرگ و میر کمتر زنان سبب می‌شود که نسبت جنسی با افزایش سن به طور پیوسته و یکنواخت کاهش یابد. نسبت جنسی جمعیت در بدو تولد، یک امر طبیعی است، اما در دهه‌های اخیر این نسبت در برخی کشورها تغییر کرده و از میزان طبیعی خارج شده است. در چین نسبت جنسی تولد از ۱۰۷ در ۱۹۸۳ به ۱۲۰ در ۲۰۰۵ رسید و در هند نیز از ۱۰۹ در ۱۹۸۲-۱۹۸۴ به ۱۱۳٫۶ در ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵ افزایش یافت. داده‌های کشورهای آسیای میانه، ویتنام و کره جنوبی نیز افزایش مشابهی را نشان می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱: ۲).

تغییر نسبت جنسی تولد در دهه‌های اخیر پدیده‌ای است که به علت ترجیح جنس مذکر و انتخاب جنس علیه جنس مؤنث رخ داده است (دوباک و سیویا^۱، ۲۰۱۸: ۱). انتخاب جنس می‌تواند قبل از حاملگی، در حین بارداری از طریق تشخیص جنس قبل از تولد و سقط جنین انتخابی، یا بعد از تولد از طریق نوزادکشی یا بی‌توجهی به کودک انجام شود. انتخاب جنسیت گاهی برای تعادل خانواده استفاده می‌شود اما معمولاً به دلیل ترجیح سیستماتیک پسران بیشتر اتفاق می‌افتد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱: ۵).

تلاش برای حذف نوزادان دختر در نتیجه ترجیح پسر به ویژه در آسیا منجر به از دست رفتن شمار چشمگیری از جنس مؤنث شده است. این پدیده ابتدا در سال ۱۹۹۰ مورد توجه قرار گرفت و به دنبال آن تخمین زده شد که دویست میلیون نوزاد دختر به علت نوزادکشی یا سقط جنین انتخابی از بین رفته‌اند که عمده آنها در آسیا بوده‌اند (گرچ و مامو^۲، ۲۰۱۴: ۸). در یک مطالعه، ایران در ردیف کشورهای بوده که متأثر از ترجیح جنسی مذکر و حذف نوزادان دختر، تعداد جنس مؤنث از بین رفته در آنها، قابل توجه بوده است (هسکت و زینگ^۳، ۲۰۰۶: ۱۳۲۷۲). همچنین در یک مطالعه دیگر، ایران از جمله کشورهای آسیایی بوده که در آن میزان مرگ و میر بیش از حد دختران^۴ کمتر از پنج سال (که از تفاوت مرگ و میر مشاهده شده با مرگ و میر قابل انتظار به دست می‌آید) بالاست (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰: ۴۷).

در کشورهای مختلف، عوامل اجتماعی و فرهنگی مختلفی به عنوان تعیین‌کننده‌های عدم تعادل نسبت جنسی تولد شناسایی شده‌اند. در هند عوامل مذهبی و فرهنگی و نظام کاستی، در ویتنام وضعیت اقتصادی-اجتماعی که در کنار تمایل به فرزند کمتر، امکان دسترسی به تعیین ترکیب جنسی فرزندان را فراهم می‌کند از عوامل تسهیل‌کننده افزایش نسبت جنسی تولد بوده‌اند، در حالی که در چین طبقات مرفه و تحصیل‌کرده نسبت جنسی تولد کمتری نسبت به دیگران داشته‌اند. کاهش نرخ باروری بالاتر و دسترسی کمتر به فناوری تعیین جنس، موجب تأخیر در

1 Dubuc and Sivia

2 Grech V, Mamo

3 Hesketh and Xing

4 Excess female mortality rate

گسترش انتخاب جنس قبل از تولد در بین گروه‌های فقیر می‌شود، که همین تا حدی توضیح می‌دهد که چرا انتخاب جنس قبل از تولد هنوز در کشورهای فقیر شیوع ندارد، اما ممکن است در آینده تحت تأثیر توسعه اقتصادی ظاهر شود (دفتر منطقه‌ای آسیا و اقیانوسیه صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۱۲: ۳۱-۳۲).

تفاوت‌ها در ساخت سنی-جنسی جمعیت ممکن است پیامدهای گوناگونی برای جامعه‌ای که این تفاوت‌ها در آن رخ می‌دهد به همراه داشته باشد (هیر، ۱۳۸۰: ۱۹۱). به هم خوردن نسبت جنسی تولد علاوه بر اینکه دلالت بر تبعیض و نابرابری جنسیتی و نقض حق حیات جنس مؤنث دارد، پیامدهای دیگری را به دنبال خواهد داشت. بالارفتن تعداد مردان به زنان موجب مشکل ازدواج مردان به خصوص مردان فقیر و با تحصیلات کم و به دنبال آن مشکلات روانشناختی و افزایش پرخاشگری و خشونت می‌شود. همچنین تصور می‌شود که بیشتر شدن تعداد مردان و کاهش شانس ازدواج، منجر به گسترش صنعت سکس می‌شود، چنانکه در دهه گذشته این صنعت در هند و چین گسترش یافته است (هسکت، لو و زینگ، ۲۰۱۱: ۱۳۷۵-۱۳۷۶). علاوه بر این ممکن است خشونت علیه زنان را تشدید کند، قاچاق انسان را تقویت کند و آسیب‌پذیری زنان را در برابر سایر آسیب‌ها افزایش دهد (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰: ۶۰).

گسترده‌گی و عمومیت ترجیح جنسی و انتخاب جنس تا اندازه‌ای است که در سطح بین‌المللی برای مقابله با آن اقدامات و تدابیری اتخاذ شده است. در این رابطه بیش از ۱۸۰ کشور برنامه اقدام ۱۹۹۴ کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه^۲ را امضا کرده‌اند که در بخشی از این تعهد، کشورها با محو همه اشکال تبعیض علیه دختر بچه‌ها و علل ریشه‌ای ترجیح پسران که منجر به اقدامات آسیب‌زا و غیراخلاقی در مورد نوزاد دخترکشی و انتخاب جنسیت قبل از تولد می‌شود، موافقت کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱: ۳). ایران از ۱۸۴ کشور امضاءکننده این تعهد است که به همراه چند کشور اسلامی این برنامه را پذیرفته است (لمیعیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۷).

1 Hesketh, Lu and Xing

2 International Conference on Population and Development

با آنکه در سال‌های اخیر تغییراتی در جنسی تولد مشاهده می‌شود. محاسبه نسبت جنسی تولد بر اساس آمار ولادت مندرج در سایت سازمان ثبت احوال کشور نشان می‌دهد، در بعضی استان‌ها نسبت جنسی تولد از محدوده طبیعی خارج شده و در حال افزایش است (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت، ۱۳۹۹). بر اساس تجربه کشورهای هم‌چون چین که اکنون با مشکل افزایش نسبت جنسی تولد مواجه‌اند، تغییر در نسبت جنسی تولد پدیده‌ای است که به‌طور تدریجی از ۱۹۸۰ به بعد ظهور کرده است. بررسی روند تغییر نسبت جنسی در چین نشان داده که در حالی که برخی استان‌ها از جمله در پایتخت چین نسبت جنسی تولد طبیعی بوده، در برخی استان‌ها این نسبت به‌طور چشمگیر افزایش یافته و نهایتاً نسبت جنسی تولد در سطح ملی دچار تغییر شده است (گو و لی^۱، ۱۹۹۵: ۹۱).

ایران کشوری با سابقه تاریخی تسلط نظام مردسالاری و نابرابری جنسیتی است، که مردان واجد ارزش، اهمیت و حقوق بیشتری نسبت به زنان فرض می‌شوند. مطالعات جدید نیز نشان می‌دهد که ترجیح جنسی مذکر همچنان در بین والدین ایرانی وجود دارد. در کنار چنین فرهنگ و زمینه اجتماعی که تمایل به داشتن پسر در آن غالب است، روش‌ها و تکنولوژی جدید پزشکی همچون تشخیص جنس جنین پیش از تولد و روش‌های تعیین جنسیت جنین، و مداخلات پزشکی همچون سقط جنین با روش‌های دارویی و IVF و IUI رشد و عمومیت یافته‌اند که امکان انتخاب جنس و تغییر نسبت جنسی تولد را فراهم می‌کنند. نظر به اهمیت موضوع از حیث محترم‌بودن حق حیات مؤنث و تبعات عدم تعادل نسبت جنسی تولد و این‌که تاکنون موضوع مورد بررسی علمی قرار نگرفته و پژوهشی در مورد آن در دسترس نیست، انجام مطالعه‌ای اکتشافی در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد. هدف این مطالعه، تعیین روندهای تغییر نسبت جنسی تولد در ایران و زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر آن است.

پیشینه تحقیق

مطالعه گو و لی (۱۹۹۵) نشان داده قبل از سال ۱۹۸۰ که باروری در چین بالا بوده، نسبت جنسی تولد طبیعی بوده، اما بعد از آن شروع به افزایش کرده است. الگوی نسبت جنسی تولد در چین تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در ۳۰ استان داشته و در ۲۱ استان بیشتر از ۱۰۸ و بالاتر از حد طبیعی بوده است. در استان‌هایی که از نظر اقتصادی و اجتماعی پیشرفته‌تر بوده‌اند نسبت جنسی تولد در محدوده طبیعی بوده و در استان‌هایی که از نظر اجتماعی و اقتصادی کمتر توسعه یافته بوده‌اند این نسبت افزایش داشته است.

مطالعه مالایا^۱ (۲۰۰۵) در هندوستان در مورد فقدان تعادل جنسی و همبستگی آن با عوامل اجتماعی-اقتصادی، زیست‌شناختی و جمعیت‌شناختی نشان داده شرایط بهداشتی بهبودیافته و روند ساخت خانواده در طراحی ترکیب جنسی ثانویه جمعیت مؤثرند. نسبت جنسی تغییر یافته در هنگام تولد در ایالات با ترجیح پسر مانند پنجاب، می‌تواند به انتخاب جنس با سقط جنین و همچنین تفاوت در روند ساخت خانواده بر اساس ترجیح جنس تفسیر شود. مطالعه بکت و گیلومتو^۲ (۲۰۱۸) در ویتنام نیز نشان داده که در این کشور تفاوت فاحشی در نسبت جنسی تولد بر حسب مناطق و گروه‌های اقتصادی-اجتماعی وجود دارد. نسبت جنسی تولد در سطح ملی در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ بین ۱۱۱٫۱ تا ۱۱۲٫۲ بوده اما در مناطق مختلف از ۱۰۸٫۶ تا ۱۱۷ بوده است. مطالعه چان^۳ (۲۰۱۹) در کره جنوبی نشان داد این کشور روند منحصر به فردی در نسبت جنسی خود در بدو تولد داشته، به طوری که نرخ باروری پایین و در دسترس بودن فناوری تشخیص جنسیت باعث عدم تعادل نسبت جنسی تولد در دهه ۱۹۸۰ شده بود. عدم تعادل نسبت جنسی تولد در اوایل دهه ۱۹۹۰ با نسبت جنسی تولد ۱۱۷ یعنی ۱۱۷ پسر به ازای هر ۱۰۰ دختر در سال ۱۹۹۱ به اوج خود رسید. ولی نسبت جنسی تولد در اواسط دهه ۱۹۹۰ شروع به زوال کرد و تا سال ۲۰۰۷ عادی شد. کره جنوبی در حالی که به عنوان کشوری با

1 Malaviya

2 Becquet and Guilimoto

3 Chun

"ترجیح قوی پسر" طبقه‌بندی می‌شد، اکنون در قرن بیست و یکم، با مداخلاتی شامل ممنوعیت سقط جنین انتخابی، برنامه‌ها و سیاست‌های درازمدت برای حمایت از دختران و زنان و برنامه‌هایی برای ارتقاء آگاهی و تغییر نگرش خانواده به دختران، به وضعیتی رسیده که ترجیح دختر در جنسیت فرزندان در آن مشهود است.

چارچوب مفهومی

از منظری جامعه‌شناختی ترجیح جنسی و جلوگیری از تولد دختران نمی‌تواند تنها محصول انتخاب شخصی والدین باشد و توجه به زمینه اجتماعی و اقتصادی که به چنین انتخابی منجر و موجب تحقق آن می‌شود، نیز ضرورت دارد. از آنجا که چنین پدیده‌ای نسبتاً جدید است و نظریه‌ای برای توضیح آن در دسترس نیست، لاجرم باید از تلفیق برخی مفاهیم و عناصر نظریه‌های موجود برای این مقصود استفاده کرد.

مردسالاری اصطلاحی قدیمی است اما معنای فمینیستی آن نسبتاً جدید و مربوط به زمانی است که کیت میلِت^۱ (۱۹۷۰) در کتاب خود با عنوان سیاست جنسی آن را برای سلطه مردان بر زنان به کار برد (لگیت، ۱۳۹۱: ۱۸). به نظر میلِت ایدئولوژی مردسالاری تفاوت‌های طبیعی میان مردان و زنان را بزرگ‌نمایی می‌کند تا یقین حاصل کند که مردان همواره نقش‌های مسلط یا مردانه و زنان همواره نقش‌های فرودست یا زنانه دارند. این ایدئولوژی قدرت انحصاری خود را از آنجا کسب می‌کند که مردان از راه تربیت، معمولاً رضایت ظاهری زنانی را که سرکوب می‌کنند به دست می‌آورند. این تربیت به مدد نهادهایی مانند دانشگاه و کلیسا و خانواده صورت می‌پذیرد که یکایک آنها به فرودستی زنان نسبت به مردان مشروعیت می‌بخشند و آن را تقویت می‌کنند و در نتیجه بسیاری از زنان احساس حقارت نسبت به مردان را ملکه ذهن خود می‌سازند (تانگ، ۱۳۹۳: ۱۵۹). برای فمینیست‌ها سروری نرینگی که بعضی آن را مردسالاری یا نظام پدرسالار معنا کرده‌اند فقط نوعی تسلط نیست، بلکه نظامی است که خواه آشکار و خواه نهان تمام مکانیسم‌های نهادی و ایدئولوژیکی در دسترس خود مانند حقوق، سیاست، اقتصاد،

1 Kate Millett

اخلاق، علوم پزشکی، مد، فرهنگ، آموزش و پرورش، رسانه‌های گروهی و غیره را به منظور تحقق سلطه مردان بر زنان به کار می‌گیرد همان گونه که سرمایه‌داری از این ابزار برای تثبیت خود استفاده می‌کند (میشل، ۱۳۸۳: ۱۲). در کتاب سیاست جنسی کیت میلِت بر این نکته تأکید می‌کند که مردسالاری به خشونت‌های نهادینه شده استوار است که در نظام‌های حقوقی، سقط جنین‌های غیرقانونی و تجاوز جنسی نهفته است (میلِت ۱۹۷۰، به نقل از واصفی و ذوالفقاری، ۱۳۸۸: ۷۰).

خشونت نمادین: طبق نظر بوردیو سلسله‌مراتب یا اشکال گوناگون نابرابری‌های اجتماعی در جامعه امروز که موجبات رنج و محنت انسان‌ها را فراهم می‌آورند، بیش از آن‌که مربوط به مناسبات اعمال قدرت باشند، از اشکال و مناسبات نمادین سلطه نشأت می‌گیرند. او به حاصل این نوع سلطه، یعنی خشونت نمادین اشاره می‌کند. از دیدگاه بوردیو دسته بندی و سلسله مراتب جهان را نظم و نسق می‌بخشد و افراد را در درون این دسته‌بندی‌ها جای داده و مرتب می‌سازد. کشمکش‌های سیاسی معطوف به تلاش برای مشروعیت بخشیدن به طبقه‌بندی و دسته‌بندی است و خشونت آن گاه پدید می‌آید که ما این فرآیند تاریخی، فرهنگی و خودسرانه و دلخواهانه را امری طبیعی قلمداد کنیم. خشونت از این منظر حالت ناشناخته و نامحسوس خشونت به معنای کلی آن است و بر خلاف نظام‌هایی که در آنها حفظ سلسله مراتب نیازمند اعمال قدرت است این شکل از سلطه و خشونت به مراتب اثربخش‌تر و کارآمدتر است زیرا در آن طبقه حاکم برای حفظ سلطه به کمترین میزان صرف انرژی نیاز دارد. آنها تنها باید اجازه دهند سیستمی که در جریان است کار خود را بکند تا سلطه آنها اعمال شود. خشونت نمادین از برخی جهات حتی ملایم‌تر از خشونت فیزیکی است، اما لزوماً انسانی‌تر نیست، اگر چه هر دو نوع خشونت می‌تواند درد و رنج تولید نماید. ریشه‌های اجتماعی رنج غالباً از سوی اعضای جامعه ناشناخته‌اند و افراد بنیادهای رنج را درونی می‌کنند؛ فرآیندی که تنها به تشدید رنج و تداوم نظام نمادین سلطه یاری می‌رساند. بر این اساس خشونت نمادین در جهت اثربخشی بیشتر و بی‌رحمانه‌تر شدن ابزار سرکوب حرکت می‌کند (گرنفل، ۱۳۸۹: ۲۷۱-۲۷۳). خشونت

نمادین صورت ملایمی از خشونت است، خشونت‌ی که با همدستی خود عامل اجتماعی بر او اعمال می‌شود. خشونت نمادین به گونه‌ای غیرمستقیم و بیشتر از طریق مکانیسم‌های فرهنگی اعمال می‌شود و با صورت‌های مستقیم نظارت اجتماعی که جامعه‌شناسان غالباً بر آن تأکید دارند، متفاوت است. این نوع خشونت جایگاه افراد در رأس قدرت را تحکیم می‌بخشد و عملکردهای واقعی آنها را از چشم بقیه مردم پنهان می‌سازد (ریترز، ۱۳۸۹: ۶۸۳). در نظریه بوردیو، خشونت نمادین به معنای تحمیل سیستماتیک نمادها و معناها به گروه‌ها و طبقات است به گونه‌ای که نظام نمادها و معناهای اجتماعی و فرهنگی مشروع تلقی شوند. مشروعیت موجب ابهام و عدم شفافیت روابط قدرت می‌شود و بدین ترتیب تحمیل با موفقیت انجام می‌گیرد. مادامی که مشروعیت فرهنگی پذیرفته شود نیروی فرهنگی به روابط قدرت مزبور افزوده گشته، در بازتولید سیستماتیک آنها نقش بازی می‌کند (جنکینز، ۱۳۸۵: ۷۶۹).

کالایی‌شدن^۱ پزشکی و سلامت: کالایی‌شدن فرآیندی است که طی آن بخش‌های زندگی روزمره به اشیائی برای فروش در بازار مبدل می‌شوند. در حوزه سلامت این فرایند شامل نیاز فزاینده به خرید خدمات پزشکی جهت کسب پایگاه سلامت بهتر است. حوزه‌های دایم التزایدی از مراقبت بهداشتی به منظور مبادله در بازار کالایی شده‌اند (وایت، ۱۳۹۳: ۱۳۹). با روند کالایی‌شدن، سلامت به کالایی قابل خرید و فروش تبدیل می‌شود، رابطه بین حرفه‌مندان و بیماران در بازار خریداری می‌شود و نیازهای جدید به طور مداوم در تعقیب سود ایجاد می‌شوند. مشخصه پزشکی تحت سیطره سرمایه‌داری، تدارک مصنوعات تکنیکی به عنوان راه‌حل مشکلات ناخوشی-سلامت، ایجاد یک صنعت بسیار سودآور و مصرف‌کنندگانی است که قادر به دیدن تصنعی بودن این نیازها نیستند و برای خرید کالاهای پیشنهادی تحت فشار هستند. کالایی‌شدن با مفهومی دیگر یعنی پزشکی‌شدن^۲ همراهی دارد، که روش دسته‌بندی‌های جدید پزشکی را توصیف می‌کند که به طور فزاینده برای محاسبه و طرح راه‌حل برای آن دسته از مشکلات بشر ساخته می‌شوند که قبلاً زیر پوشش دین، قانون، آموزش یا حتی جادو بوده‌اند.

1 Commodification

2 Medicalization

شرح‌های مارکسی برای نشان دادن نابرابری‌ها و بهره‌برداری از مراقبت سلامت در جوامع سرمایه‌داری، همچنین ظرفیت پزشکی برای کنترل کردن این نیازهای تازه خلق شده به منظور ساختن بازارهای جدید و سود بردن از انسانی که رنج می‌برد، پزشکی شدن را با مفاهیمی مانند ایدئولوژی، طبقه، کالایی شدن و شیء شدن می‌آمیزد. مثال‌های کالایی شدن فرزندآوری، روندهای شیردهی و حتی داروهای برای ناتوانی جنسی و اختلالات رفتاری کودکان را در برمی‌گیرد. افزایش جایگزین شدن رویکردهای پیشین به مشکلات با مصرف محصولات یا تکنیک‌ها ضرورتاً به این دلیل نیست که این‌ها بی‌خطر هستند یا کارایی بیشتری دارند، بلکه صرفاً نتیجه‌ی روند کالایی شدن در سرمایه‌داری است. در دهه‌های اخیر، روند کالایی شدن از تولید کالاهای اساسی مانند داروها و ماشین‌ها به کالایی شدن بخش‌های بدن یا حتی خود بدن‌ها گسترش یافته است. در این روند مردم و بدن‌ها از یک دسته انسانی به اشیاء اقتصادی تبدیل می‌شوند. اغلب تحلیل‌های کالایی سازی بدن‌ها از محققانی گرفته شده که از این مفهوم در ارتباط با نظریه‌های فمینیستی استفاده می‌کنند، یک مثال از تاثیر روند کالایی شدن بر بدن‌های زنان را می‌توان در کار امیلی مارتین (۱۹۸۷) پیدا کرد، که باروری و زایمان در روند شبه ماشینی اقتصاد سرمایه‌داری، دچار شیء‌شدگی و انسانیت‌زدایی شده‌اند (کالیر، ۲۰۱۵: ۵۳).

تلفیق مفاهیم: با استفاده از سه مفهوم فوق می‌توان درک کرد که چگونه تحت سیطره‌ی ایدئولوژی مردسالاری، زنان از طریق پزشکی اجازه ورود به جهان را پیدا نمی‌کنند. تحت سیطره و نفوذ ایدئولوژی مردسالاری که نابرابری جنسیتی هم مبنا و هم نتیجه آن است، زنان واجد ارزش کمتری نسبت به مردان تلقی می‌شوند و در مرتبه فرودست نسبت به مردان قرار می‌گیرند. نابرابری جنسیتی از طریق فرآیندهای نهادینه‌سازی و مشروعیت‌بخشی بازآفرینی می‌شود. همچنانکه نابرابری جنسیتی نهادینه می‌شود، ساختارهای اجتماعی و روزمره‌گی‌هایی شکل می‌گیرد که آنها را تداوم می‌بخشد (سفیری، ۱۳۸۸: ۲۰۹). یکی از این ابزارهای بازتولید و بازآفرینی نابرابری جنسیتی، نظام سلامت و پزشکی است. در واقع تحت ایدئولوژی مردسالاری، پزشکی با عادی-

انگاری نابرابری جنسیتی و پذیرفتن خشونت نمادین و تحت فرآیند کالایی‌شدن خدمات پزشکی، به ابزار نابرابری جنسیتی و خشونت علیه زنان تبدیل می‌شود.

روش و داده‌های تحقیق

این مطالعه اکتشافی-توصیفی با ترکیب روش کمی و کیفی انجام شده است. در بخش کمی ابتدا به داده‌های موجود درباره آمار حیاتی در سایت سازمان ثبت احوال کشور رجوع شد و داده‌های سالانه ولادت جمع آوری و نسبت جنسی تولد به تفکیک استان محاسبه شد. سپس روندهای تغییر نسبت جنسی تولد از سال ۱۳۸۲ تا پایان ۱۳۹۹ به دست آمد. این روندها با استفاده از آمار توصیفی و رسم نمودار و جدول داده‌ها نشان داده شد. علاوه بر این بر اساس ادبیات تحقیق، همبستگی متغیرهایی شامل نرخ باروری کل، شاخص توسعه انسانی استان‌ها، میزان باسوادی و سطح برخورداری از منابع بهداشتی و درمانی استان‌ها با نسبت جنسی تولد، با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های این بخش برگرفته از آخرین داده‌های منابع موجود در سال ۱۳۹۵ است^۱.

در بخش کیفی، مرور مطالعات در سه قسمت انجام شد. برای یافتن مطالعات مرتبط کلیدواژه‌های ترجیح جنسی، تعیین جنسیت و انتخاب جنسیت در پایگاه‌های sid، magiran و noormags جستجو شدند. مقالات به دست آمده به سه دسته طبقه بندی شدند. دسته اول مطالعاتی بودند که وضعیت ترجیح جنسی در ایران از آنها قابل استنتاج بود. دسته دوم، مطالعات پزشکی انجام شده در حوزه تشخیص و انتخاب جنس جنین بودند که دیدگاه محققان و استدلال‌های آن درباره ضرورت انتخاب جنس جنین مورد به دست آمد. دسته سوم، مطالعات پزشکی درباره انتخاب جنس جنین در مراکز درمان ناباروری بود که تقاضای والدین درباره جنس جنین از یافته‌های این مطالعات بود. در قسمت بحث و نتیجه‌گیری داده‌های حاصل از تغییر نسبت جنسی تولد با داده‌های حاصل از مرور مطالعات و با استعانت از مفاهیم توضیح داده شده در چارچوب مفهومی تبیین شدند.

۱ داده‌ها و منابع در پیوست شماره ۱ آمده است.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه شامل دو بخش است. در بخش اول روندهای تغییر نسبت جنسی تولد در کشور بررسی و ارائه شده و در بخش دوم عوامل و زمینه‌های تغییر نسبت جنسی تولد با مروری بر مطالعات و استفاده از روش تحلیل محتوا شناسایی شده‌اند. استنتاج از یافته‌ها و تلفیق نتایج در قسمت بحث و نتیجه‌گیری انجام می‌شود.

۱- روند تغییر نسبت جنسی تولد

بر اساس داده‌های موجود در جدول ۱ علیرغم طبیعی بودن نسبت جنسی تولد در سطح ملی، این نسبت در استان‌های آذربایجان شرقی، اردبیل، کرمانشاه و لرستان تغییرات چشمگیری داشته و از محدوده طبیعی خارج شده است. نسبت جنسی تولد در سال ۱۳۸۲ در کل کشور و در استان‌ها در محدوده طبیعی بوده است.

جدول ۱- نسبت جنسی تولد به تفکیک استان

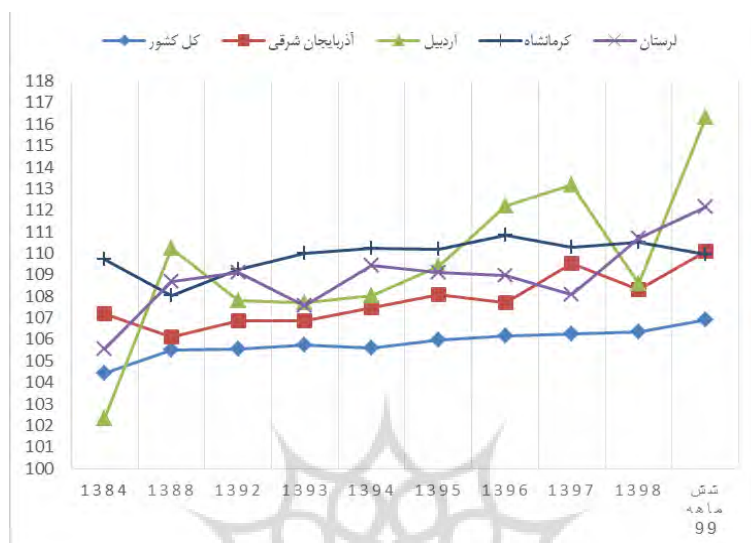
سال	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۶	۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۰	۱۳۸۸	۱۳۸۶	۱۳۸۴	۱۳۸۲
کل کشور	۱۰۶/۹۱	۱۰۶/۳۵	۱۰۶/۱۴	۱۰۵/۵۸	۱۰۵/۵۶	۱۰۵/۱۲	۱۰۵/۴۸	۱۰۴/۶۷	۱۰۴/۴۱	۱۰۴/۱۶
آذربایجان شرقی	۱۱۰/۰۸	۱۰۸/۳۳	۱۰۷/۷	۱۰۷/۴۸	۱۰۶/۸۷	۱۰۷/۵۳	۱۰۶/۱۳	۱۰۶/۶۰	۱۰۷/۲۱	۱۰۳/۸۳
آذربایجان غربی	۱۰۹/۲۸	۱۰۷/۰۵	۱۰۷/۵۰	۱۰۵/۱۴	۱۰۴/۹۴	۱۰۴/۸۸	۱۰۴/۸۶	۱۰۵/۲۴	۱۰۴/۵۷	۱۰۴/۶۷
اردبیل	۱۱۶/۳۰	۱۰۸/۵۸	۱۱۲/۱۹	۱۰۸/۰۱	۱۰۷/۸۲	۱۰۷/۶۶	۱۱۰/۲۴	۱۰۷/۵۹	۱۰۲/۳۱	۱۰۴/۰۸
اصفهان	۱۰۴/۳۹	۱۰۵/۱۰	۱۰۵/۰۲	۱۰۶/۵۹	۱۰۴/۶۰	۱۰۵/۵۷	۱۰۷/۰۸	۱۰۴/۰۶	۱۰۳/۵۴	۱۰۴/۶۴
البرز	۱۱۱/۲۴	۱۰۷/۵۹	۱۰۶/۰۸	۱۰۵/۰۰	۱۰۶/۲۵	۱۰۶/۶۷	-	-	-	-
ایلام	۱۱۲/۹۲	۱۰۶/۰۱	۱۰۹/۱۸	۱۰۱/۴۴	۱۰۶/۸۷	۱۰۹/۱۰	۱۰۴/۶۶	۱۰۳/۴۳	۱۰۲/۸۶	۱۰۲/۱۰
بوشهر	۱۰۲/۱۳	۱۰۹/۳۳	۱۰۷/۶۰	۱۰۶/۰۰	۱۰۴/۳۱	۱۰۴/۶۴	۱۰۶/۵۵	۱۰۶/۰۹	۱۰۳/۷۵	۱۰۱/۵۸
تهران	۱۰۶/۷۷	۱۰۶/۲۰	۱۰۶/۲۳	۱۰۵/۳۱	۱۰۶/۲۵	۱۰۴/۸۱	۱۰۵/۴۱	۱۰۵/۱۶	۱۰۴/۸۰	۱۰۴/۹۷

روند تغییر نسبت جنسی تولد و حذف دختران: زمینه‌ها و عوامل ۳۰۱

ادامه جدول ۱- نسبت جنسی تولد به تفکیک استان

سال	۱۳۹۹ (شش ماهه)	۱۳۹۸	۱۳۹۶	۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۰	۱۳۸۸	۱۳۸۶	۱۳۸۴	۱۳۸۲
چهارمحال و بختیاری	۱۰۰/۸۶	۱۰۸/۷۷	۱۰۹/۰۳	۱۰۷/۲۵	۱۰۶/۲۷	۱۰۳/۷۸	۱۰۴/۱۸	۱۰۴/۶۳	۱۰۵/۲۵	۱۰۳/۸۱
خراسان جنوبی	۱۱۰/۱۸	۱۰۴/۲۶	۱۰۷/۹۰	۱۰۳/۷۵	۱۰۴/۴۸	۱۰۵/۸۰	۱۰۴/۸۲	۱۰۵/۰۲	۱۰۲/۶۷	۱۰۳/۳۲
خراسان رضوی	۱۰۴/۹۸	۱۰۵/۹۸	۱۰۴/۴۹	۱۰۴/۸۸	۱۰۵/۱۸	۱۰۴/۵۰	۱۰۵/۰۷	۱۰۴/۳۰	۱۰۵/۰۳	۱۰۳/۳۲
خراسان شمالی	۱۰۷/۳۳	۱۰۹/۲۰	۱۰۵/۲۱	۱۰۶/۳۵	۱۰۶/۸۲	۱۰۶/۰۴	۱۰۲/۴۶	۱۰۴/۰۸	۱۰۵/۹۰	۱۰۳/۳۲
خوزستان	۱۰۵/۷۸	۱۰۶/۶۷	۱۰۵/۳۵	۱۰۵/۲۲	۱۰۴/۶۱	۱۰۳/۵۹	۱۰۴/۱۵	۱۰۳/۲۴	۱۰۲/۹۶	۱۰۳/۳۹
زنجان	۱۱۲/۹۷	۱۰۴/۹۶	۱۰۶/۲۶	۱۰۵/۰۵	۱۰۳/۸۵	۱۰۶/۰۴	۱۰۲/۱۳	۱۰۰/۹۶	۱۰۱/۵۲	۱۰۰/۵۸
سمنان	۱۰۶/۴۳	۱۰۲/۳۹	۱۰۴/۴۹	۱۰۴/۶۶	۱۰۵/۱۶	۱۰۰/۵۰	۱۰۰/۵۵	۱۰۰/۱۴	۱۰۱/۷۲	۱۰۷/۴۴
سیستان و بلوچستان	۱۰۵/۹۸	۱۰۵/۳۰	۱۰۴/۷۲	۱۰۵/۴۵	۱۰۵/۷۵	۱۰۴/۹۷	۱۰۶/۸۵	۱۰۳/۹۷	۱۰۳/۰۰	۱۰۳/۲۹
فارس	۱۰۸/۸۵	۱۰۷/۰۸	۱۰۶/۵۰	۱۰۵/۶۶	۱۰۵/۵۴	۱۰۴/۶۱	۱۰/۸۰۲	۱۰۵/۲۳	۱۰۵/۵۸	۱۰۵/۸۰
قزوین	۱۰۶/۴۰	۱۰۷/۱۶	۱۰۷/۶۸	۱۰۵/۵۵	۱۰۵/۴۱	۱۰۶/۸۳	۱۰۱/۶۹	۱۰۵/۲۵	۱۰۷/۹۹	۱۰۵/۱۴
قم	۱۰۳/۰۶	۱۰۳/۸۰	۱۰۴/۲۱	۱۰۳/۹۴	۱۰۶/۶۲	۱۰۲/۷۷	۱۰۴/۹۹	۱۰۵/۰۰	۱۰۵/۵۶	۱۰۳/۸۹
کردستان	۱۰۹/۲۰	۱۰۵/۷۱	۱۰۶/۷۲	۱۰۷/۳۶	۱۰۴/۵۸	۱۰۴/۳۴	۱۰۴/۳۲	۱۰۳/۳۱	۱۰۳/۴۴	۱۰۴/۸۳
کرمان	۱۰۴/۶۶	۱۰۴/۸۰	۱۰۵/۴۶	۱۰۳/۰۲	۱۰۴/۸۰	۱۰۴/۵۹	۱۰۵/۲۰	۱۰۴/۴۸	۱۰۲/۷۰	۱۰۲/۴۳
کرمانشاه	۱۰۹/۹۴	۱۱۰/۴۹	۱۱۰/۸۶	۱۱۰/۲۱	۱۰۹/۲۴	۱۰۸/۶۱	۱۰۸/۰۳	۱۰۷/۲۱	۱۰۹/۶۲	۱۰۵/۹۵
کهگلویه و بویراحمد	۱۱۰/۴۶	۱۰۵/۱۸	۱۰۷/۵۸	۱۰۷/۲۱	۱۰۷/۲۰	۱۰۴/۳۹	۱۰۳/۲۶	۱۰۴/۱۴	۱۰۵/۲۹	۱۰۲/۳۷
گلستان	۱۰۵/۵۶	۱۰۴/۷۰	۱۰۵/۰۲	۱۰۴/۰۸	۱۰۳/۷۱	۱۰۵/۸۸	۱۰۲/۹۱	۱۰۳/۷۶	۱۰۴/۰۵	۱۰۳/۳۵
گیلان	۱۰۳/۷۶	۱۰۶/۰۲	۱۰۷/۲۹	۱۰۳/۹۶	۱۰۲/۸۵	۱۰۵/۱۹	۱۰۴/۲۸	۱۰۴/۱۸	۱۰۵/۰۴	۱۰۴/۸۷
لرستان	۱۱۲/۱۵	۱۱۰/۶۹	۱۰۸/۹۷	۱۰۹/۴۲	۱۰۹/۱۰	۱۰۷/۱۵	۱۰۸/۷۰	۱۰۵/۱۸	۱۰۵/۵۷	۱۰۷/۷۲
مازندران	۱۰۷/۸۶	۱۰۶/۳۰	۱۰۴/۳۹	۱۰۶/۳۱	۱۰۵/۲۶	۱۰۴/۳۶	۱۰۲/۴۲	۱۰۴/۸۵	۱۰۳/۲۲	۱۰۴/۴۲
مرکزی	۱۰۲/۴۱	۱۰۵/۹۱	۱۰۵/۲۷	۱۰۴/۹۴	۱۰۵/۱۶	۱۰۵/۳۶	۱۰۵/۷۳	۱۰۵/۳۷	۱۰۵/۳۷	۱۰۲/۹۸
هرمزگان	۱۰۷/۳۲	۱۰۶/۶۸	۱۰۴/۸۷	۱۰۵/۲۸	۱۰۴/۵۶	۱۰۵/۶۰	۱۰۴/۷۸	۱۰۴/۲۷	۱۰۱/۴۷	۱۰۴/۴۷
همدان	۱۰۷/۰۸	۱۰۸/۳۶	۱۰۶/۱۸	۱۰۶/۰۷	۱۰۶/۴۵	۱۰۶/۲۶	۱۰۸/۰۱	۱۰۵/۶۴	۱۰۴/۱۵	۱۰۳/۲۶
یزد	۱۰۰/۶۲	۱۰۱/۹۱	۱۰۵/۷۵	۱۰۳/۴۲	۱۰۳/۹۹	۱۰۴/۳۰	۱۰۴/۵۰	۱۰۳/۱۶	۱۰۱/۶۶	۱۰۳/۰۸

در نمودار ۱ روند تغییرات نسبت جنسی تولد در استان‌های آذربایجان شرقی، اردبیل، کرمانشاه و لرستان مشاهده می‌شود. گرچه در این استان‌ها در سال‌های دهه هشتاد نسبت جنسی تولد در محدوده طبیعی بوده اما در دهه نود روند افزایشی داشته است.



نمودار ۱. روند تغییرات نسبت جنسی تولد در استان‌ها

۲- زمینه‌ها و عوامل تغییر نسبت جنسی تولد

الف) یافته‌های کمی: از آنجا که تغییر نسبت جنسی تولد ممکن است تحت تأثیر برخی متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گیرد در این پژوهش نیز همبستگی متغیرهایی شامل میزان باسوادی در جمعیت، شاخص توسعه انسانی، نرخ باروری کل و سطح برخورداری از منابع بهداشتی و درمانی با نسبت جنسی تولد مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌های آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین شاخص توسعه انسانی استان‌ها و نسبت جنسی تولد همبستگی معنی‌دار وجود ندارد ($\text{sig}=0.369$)، بین میزان باسوادی جمعیت استان‌ها و نسبت جنسی تولد نیز همبستگی به دست نیامد ($\text{sig}=0.186$). علاوه بر این نرخ باروری کل در استان‌ها با نسبت جنسی تولد همبستگی نداشت ($\text{sig}=0.325$). اما همبستگی مثبت ($r=0.408$) و معنی‌داری بین سطح برخورداری از منابع بهداشتی و درمانی با نسبت جنسی تولد به دست آمد ($\text{sig}=0.011$).

ب) یافته‌های کیفی: یافته‌های این بخش سه عامل را در برمی‌گیرد. یکی از این عوامل احتمال خطای ثبت و کم‌گزارش شدن تولد دختران نسبت به پسران است. دو علت دیگر شامل، ترجیح جنس مذکر و دانش و تکنولوژی انتخاب جنس است.

۱- خطای ثبت و کم‌گزارش شدن دختران: کمتر ثبت شدن تولد دختران ممکن است یکی از

علل تغییر نسبت جنسی تولد باشد و در ایران نیز چنین پدیده‌ای را باید محتمل دانست. اما آمار روشن و دقیقی از تعداد متولدین ثبت نشده در کشور و امکان ارزیابی این تعداد بر حسب جنس وجود ندارد. داده‌ای که شاید بتواند اندکی به روشن شدن این وجه از مسأله کمک کند و ما را به واقعیت تفاوت جنسیتی در ثبت تولدها نزدیک کند میزان ثبت بهنگام متولدین است. بررسی این شاخص در استان‌هایی که نسبت جنسی تولد آنها از محدوده طبیعی خارج شده، نشان می‌دهد که میزان ثبت بهنگام تولد پسران و دختران در این چهار استان از میانگین کشوری کمتر نیست. مثلاً داده‌های سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که در سطح ملی، ۹۷٫۵۵٪ از متولدین مؤنث واقعه تولدشان به‌موقع، یعنی تا ۱۵ روز بعد از وقوع، ثبت شده است. این میزان در آذربایجان شرقی ۹۹٫۴۳؛ اردبیل ۹۹٫۳۲؛ کرمانشاه ۹۸٫۵۸ و لرستان ۹۸٫۷۴ بوده است. لازم به ذکر است که هیچ‌کدام از استان‌های فوق‌الذکر در میان استان‌های با بالاترین شکاف جنسیتی در ثبت بهنگام واقعه تولد نبوده‌اند (خلاصه آمار حیاتی سالانه جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۹). از طرف دیگر اگر تعداد افراد فاقد شناسنامه در هر استان را نشانه‌ای از خطای ثبت تولد در نظر بگیریم، داده‌های پراکنده حاکی از آن است که مشکل فقدان شناسنامه بیشتر در استان‌های سیستان و بلوچستان، خوزستان، کردستان و لرستان مشهود است (خانه ملت، ۱۳۹۶) که فقط مورد آخر در میان استان‌های با افزایش نسبت جنسی تولد قرار دارد. علاوه بر این‌ها، با توجه به این‌که نسبت جنسی تولد، در استان‌های مورد بحث در دهه ۹۰ شمسی افزایش یافته و در دهه‌های پیش این نسبت طبیعی بوده و منطقی‌تر ثبت کمتر تولد دختران می‌بایست در دهه‌های قبل بیشتر از دهه حاضر باشد، نمی‌توان افزایش نسبت جنسی تولد در برخی استان‌ها را صرفاً به خطای ثبت نسبت داد.

۲- **ترجیح جنسی در جامعه ایران:** برای تعیین وضعیت ترجیح جنسی به مطالعات انجام شده درباره این موضوع رجوع شد. در سه مطالعه که مشخصاً به موضوع ترجیح جنسی پرداخته شده بود، مشارکت‌کنندگان جنس مذکر را ترجیح داده بودند. در یک مطالعه ترجیح جنسیتی، ترکیب متعادل فرزندان بوده که منظور تعداد مساوی فرزندان دختر و پسر است. در چهار مطالعه ترکیب متعادل به عنوان ترجیح جنسیتی ذکر شده ولی در وهله بعد ترجیح جنسیتی مشارکت‌کنندگان جنس مذکر بوده است. در سه مطالعه هم پسرخواهی و ترجیح مذکر به رفتار باروری زنان شکل داده است (جدول ۳). برخی مطالعات به عوامل مؤثر بر ترجیح پسر پرداخته‌اند و این خصلت فرهنگی را تحت تأثیر این عوامل گزارش کرده‌اند: ترجیح پسر در میان مردان و افراد با نگرش‌های جنسیتی سنتی‌تر (مدیری و رحیمی ۱۳۹۵)، قومیت (صادقی و فراش ۱۳۹۸)، عوامل تاریخی و فرهنگی، عوامل اجتماعی، عوامل روانشناختی، عوامل اقتصادی و حقوقی با تأکید بر عوامل اقتصادی (کلباسی و همکاران ۱۳۹۹)، منافع اقتصادی و مراقبت والدین در سالهای پیری (منصوریان و خوشنویس ۱۳۸۵).

جدول ۳- وضعیت ترجیح جنسیت در ایران بر اساس مطالعات

مطالعات	ترجیح جنسیتی
فروتن و همکاران (۱۳۹۳)، صادقی و فراش (۱۳۹۸)، کلباسی و همکاران (۱۳۹۹)	ترجیح مذکر
مدیری و رحیمی (۱۳۹۵)	ترکیب متعادل فرزندان
فروتن و اشکاران (۱۳۹۷)، خطیب شهیدی و فاطمی اردستانی (۱۳۹۷)، حجازی (۱۳۹۲)، آزموده و همکاران (۱۳۹۳)	ترکیب متعادل و در نهایت ترجیح پسر
مطالعه منصوریان و خوشنویس (۱۳۸۵) خیریت و همکاران (۱۳۹۳)، شهبازین، غلامی و شهبازین (۱۳۹۳)	رفتار باروری بر اساس پسرخواهی

۳- **دانش و تکنولوژی انتخاب جنس:** به طور کلی مردانه‌شدن نسبت جنسی در بدو تولد دلالت بر انتخاب جنسیت قبل از تولد علیه زنان دارد (دوباک و سیویا، ۲۰۱۷: ۱). تجربه

کشورهایی که در آنها نسبت جنسی تولد از حدود طبیعی خارج شده نشان می‌دهد که تکنولوژی و مداخلات پزشکی همچون تشخیص جنس جنین و سقط جنین نوزادان مؤنث و انتخاب جنس جنین که با مداخلات پزشکی صورت می‌گیرد، عوامل تغییر نسبت جنسی تولد هستند. در دسترس قرار داشتن تکنولوژی انتخاب جنس می‌تواند، ترجیح جنسی در جامعه را از شکل بالقوه به حالت بالفعل درآورد. روش‌های تعیین و انتخاب جنس طیفی از اقدامات پزشکی، از سونوگرافی و آزمایش جهت تشخیص جنس جنین و به دنبال آن سقط جنین مؤنث تا انتخاب جنس جنین با روش‌هایی مثل تلقیح داخل رحمی اسپرم و لقاح خارج رحمی را در بر می‌گیرد. محققان و پژوهشگران علوم پزشکی که در حیطه تشخیص جنس و انتخاب جنس جنین فعالیت دارند، در واقع از جمله فراهم‌کنندگان دانش و تکنولوژی انتخاب جنس هستند، که دسترسی جامعه را به انتخاب جنس امکان‌پذیر می‌کنند؛ از این رو دیدگاه آنها در مورد مسأله انتخاب جنس و مداخله پزشکی در این امر حائز اهمیت است. علاوه بر آن نحوه استفاده والدین از تکنولوژی انتخاب جنس، نیز نشان می‌دهد که این تکنولوژی که برای اهداف پزشکی و سلامت طراحی شده، در یک زمینه فرهنگی با ترجیح جنسی چگونه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

الف- دیدگاه محققان و نویسندگان علوم پزشکی: برای پی‌بردن به دیدگاه محققان علوم پزشکی و کشف ضرورت و اهمیت موضوع تشخیص جنس و انتخاب جنس از نگاه آنها، مقدمه و بیان مسأله مقالات منتشر شده در این موضوعات مورد بررسی قرار گرفت. علت هم آن است که در بیان مسأله، اهمیت و ضرورت پژوهش و دلایل انجام پژوهش راجع به مسأله مورد بررسی، توسط محقق مطرح می‌شود و به این سؤال پاسخ داده می‌شود که پژوهش مورد نظر چه مشکلی را حل می‌کند و به این موضوع پرداخته می‌شود که چه ضرورتی پیش آمده که انجام چنین پژوهشی را ضروری گردانده است (میرزایی، ۱۳۸۸: ۱۴۹). بیان مسأله در واقع دفاعیه محقق است در مورد موضوع پژوهش و در آن قرار است مخاطب را مجاب کند که چنین

پژوهشی و کاربرد آن مهم و ضروری است. از همین رو قسمت مقدمه ۱۳ مطالعه انجام شده در حوزه تشخیص جنس و انتخاب جنس مورد بررسی قرار گرفت.

مروری انتقادی بر مطالعات با موضوع تعیین یا تشخیص جنسیت و انتخاب جنسیت در ایران نشان می‌دهد که در این مطالعات انتخاب جنسیت موضوعی پذیرفته شده و عادی است و حتی قبل از اندیکاسیون‌های پزشکی تشخیص جنس جنین به ضرورت‌های غیرپزشکی آن پرداخته شده است. در پژوهش‌های تعیین و انتخاب جنسیت که در حوزه علوم پزشکی انجام شده، استدلال‌های عمده نویسندگان برای توجیه تعیین و انتخاب جنس جنین به دلایل غیرپزشکی در جدول ۴ آمده اند.

جدول ۴- استدلال‌ها در دفاع از تشخیص و تعیین جنس در مطالعات علوم پزشکی ایران

مطالعات	استدلال	
مشکینی اصل و همکاران (۱۳۹۷)، بلوریان و رخشانی ۱۳۸۵، یزدانی علی آبادی و همکار (۱۳۹۵)، سرشتی و همکاران (۱۳۹۳)، رحیمی و همکاران (۱۳۸۳)، فرهادی (۱۳۹۴)، طهماسبی و همکاران (۱۳۸۷)	انتخاب جنسیت یکی از آرزوها و دغدغه‌های بشر است.	۱
عاشورپور و همکاران (۱۳۹۸)، یزدانی علی آبادی (۱۳۹۵)، سرشتی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی (۱۳۹۴)، طهماسبی و همکاران (۱۳۸۷)، بلوریان و رخشانی ۱۳۸۵	انتخاب جنسیت خواسته‌ای قدیمی و تاریخی است.	۲
مشکینی اصل و همکاران (۱۳۹۷)، عاشورپور و همکاران (۱۳۹۸)، سرشتی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی (۱۳۹۴)	نداشتن فرزند دلخواه مشکل ساز است، مثل مشکل جانشینی.	۳
مشکینی اصل و همکاران (۱۳۹۷)، سرشتی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی (۱۳۹۴)، رحیمی و همکاران (۱۳۸۳)	نداشتن فرزند دلخواه باعث افزایش تعداد بارداری و افزایش جمعیت می‌شود.	۴
محمدجعفری و همکاران (۱۳۹۳)، بلوریان و رخشانی ۱۳۸۵	انتخاب جنسیت برای برنامه ریزی و آینده نگری مهم است.	۵
یزدانی علی آبادی (۱۳۹۵)، سرشتی و همکاران (۱۳۹۲)، روزبهبانی و همکاران (۱۳۸۳)	والدین می‌خواهند بین فرزندان تعادل برقرار شود.	۶

ادامه جدول ۴- استدلال‌ها در دفاع از تشخیص و تعیین جنس در مطالعات علوم پزشکی ایران

مطالعات	استدلال	
یزدانی علی آبادی (۱۳۹۵)	انسان موجود انتخابگر و حق تعیین سرنوشت خودش را دارد	۷
یزدانی علی آبادی (۱۳۹۵)، سرشتی و همکاران (۱۳۹۲)	پزشکی برای انتخاب جنسیت می‌تواند جایگزین باورهای خرافی و سنتی شود.	۸
یزدانی علی آبادی (۱۳۹۵)	انتخاب جنسیت از کشتار مبتنی بر جنسیت جلوگیری می‌کند.	۹

ب) **ترجیح جنسی در مراکز درمان ناباروری:** یافته‌های فرعی مطالعاتی که در مراکز درمان ناباروری در ایران انجام می‌شود نشان دهنده ترجیح جنسی پسران بر دختران است و بخش اعظم مراجعان این مراکز و متقاضیان باروری به روش IVF و IUI زوج‌هایی هستند که مشکل ناباروری ندارند و تنها برای انتخاب جنس جنین به دلایل غیرپزشکی مراجعه کرده‌اند. چهار مطالعه در این خصوص به دست آمد: مطالعه صفائیان (۱۳۸۱) در مرکز درمان ناباروری اصفهان نشان داده که از ۹۶ مورد تقاضای باروری به روش IUI در این مرکز، ۹۵ مورد جنس پسر را انتخاب کرده بودند. در مطالعه خلیلی و همکاران (۱۳۸۶) از ۳۰ زوج متقاضی تعیین جنسیت فرزند، فقط یک زوج خواهان فرزند دختر بوده‌اند. مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۳) در مرکز درمان ناباروری ابن سینا و بر روی ۱۰۰ زن نشان داد که تمایل به پسر بیشتر از دختر بود، ۵۵٪ پسر، ۱۵٫۵٪ دختر و ۲۸٫۵ درصد بدون تمایل. در مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۶) در دو مرکز ناباروری در بوشهر، از ۸۰ مورد متقاضی باروری به روش IUI ۶۸ (۸۵٪) مورد پسر و ۱۲ (۱۵٪) مورد جنس دختر را برای جنین انتخاب کرده بودند.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی روند تغییر نسبت جنسی تولد و شناسایی زمینه‌ها و عوامل آن انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد اگر چه در سطح ملی هنوز نسبت جنسی تولد در محدوده

طبیعی است، ولی روند تغییر جنسی تولد در بعضی استان‌های ایران شامل آذربایجان شرقی، اردبیل، کرمانشاه و لرستان از حالت طبیعی خارج شده و به افزایش تعداد پسران منجر شده است. همان طور که در قسمت یافته‌ها گفته شد، یکی از علل افزایش نسبت جنسی تولد می‌تواند، خطای ثبت و کم‌گزارش شدن تولد دختران باشد، اما در ایران با توجه به اینکه نسبت جنسی تولد در طی دهه ۹۰ خورشیدی رو به افزایش گذاشته و قبل از آن چنین تغییری مشهود نبوده و از طرفی تا حدودی روشن شد که استان‌هایی که افزایش نسبت جنسی تولد در آنها مشاهده شده، از حیث ثبت تولد تفاوتی با سایر استان‌ها ندارند، بنابراین تغییر نسبت جنسی تولد را نمی‌توان صرفاً به خطای ثبت فروکاست. در مطالعه گو و لی (۱۹۹۵) در چین، کم‌گزارش شدن تولد دختران نسبت به پسران، علت اولیه افزایش غیرطبیعی نسبت جنسی تولد معرفی شده، ولی همزمان عنوان شده که نسبت جنسی تولد بعد از تعدیل و در نظر گرفتن عامل کم‌گزارش شدن همچنان بالاتر از سطح نرمال یعنی ۱۰۶ بوده است. با در نظر گرفتن توضیحات فوق و نظر به اینکه در برخی مطالعات خارجی نظیر مطالعه هسکت و زینگ (۲۰۰۶) و گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (۲۰۲۰) نیز اشاره‌گذاری به وضعیت ایران به عنوان کشوری که در معرض خطر تغییر نسبت جنسی تولد قرار دارد، شده است، نمی‌توان اهمیت تغییر نسبت جنسی تولد در برخی استان‌ها و عوامل و زمینه‌های اجتماعی آن را نایده گرفت.

مطالعات انجام شده در کشورهایی که نسبت جنسی آنها نامتوازن شده، مثل مطالعه گو و لی (۱۹۹۵) در چین، مالایا (۲۰۰۵) در هندوستان و مطالعه بکت و گیلمو تو (۲۰۱۸) در ویتنام نشان می‌دهد که در همه این کشورها نیز افزایش نسبت جنسی تولد به صورت تدریجی و در بعضی استان‌ها اتفاق افتاده است.

بر اساس مطالعات پیشین تغییر نسبت جنسی تولد و افزایش آن در کشورهای مختلف، محصول مداخلات و تکنولوژی‌های جدید پزشکی است که امکان تشخیص و تعیین جنسیت پیش از تولد، سقط جنین انتخابی و باروری با جنسیت دلخواه را فراهم کرده و به سرعت موجب تغییر نسبت جنسی تولد شده است. در ایران نیز روند تغییر نسبت جنسی تولد در سال-

های دهه نود در برخی استان‌ها شدت و سرعت گرفته اما چندان توجهی به آن نشده و نگرانی را برنیا نگیخته است. در این بی‌اعتنایی به پدیده تغییر نسبت جنسی تولد، پزشکان و تکنولوژی‌های پزشکی به آسانی در خدمت تعیین و انتخاب جنس جنین قرار دارند و به عرضه و فروش کالای تعیین جنس جنین مشغولند.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر همبستگی بین سطح برخورداری از منابع بهداشتی‌درمانی و نسبت جنسی تولد بود که هر چند نمی‌توان از آن تفسیر رابطه علی داشت، اما می‌تواند این ظن را تقویت کند که گسترش تکنولوژی تعیین و تشخیص جنس در پیش از تولد ممکن است در زمینه فرهنگ ترجیح مذکر، انتخاب جنس و افزایش نسبت جنسی تولد را تسهیل نماید. در واقع می‌توان گفت توسعه اقتصادی همراه با بهبود مستمر فناوری و امکانات بهداشتی و همچنین دانش پیشرفته در مورد شیوه‌های تنظیم خانواده در ترکیب با الگوی ترجیح جنسیت، می‌تواند ساختار جنسی جمعیت را در سطح خرد و کلان تغییر دهد (مالاویا، ۲۰۰۵: ۹).

در مطالعات پیشین، مشخص شده که کاهش نرخ باروری کل یکی از علل زمینه‌ساز افزایش نسبت جنسی تولد است و کاهش میزان باروری کل در کشورهایی بوده که با مشکل افزایش نسبت جنسی تولد مواجه‌اند. در واقع در کشورهایی که سیاست کاهش جمعیت ترویج می‌شود، زوج‌ها توسط دو هنجار محدود شده‌اند: اول این هنجار که نداشتن بیش از دو فرزند رفاه و بهزیستی فردی را افزایش می‌دهد و دوم یک هنجار خانوادگی که داشتن یک پسر برای تداوم نسل و نام خانواده لازم است. بنابراین آرزوی والدین برای داشتن پسر به انتخاب راه حل تکنولوژی برای فائق آمدن بر تصادفی بودن طبیعت {جنس جنین} منجر می‌شود (بکت و گیلومتو، ۲۰۱۸: ۵۲۴). هر چند در این مطالعه رابطه‌ای بین میزان باروری کل استان‌ها و نسبت جنسی تولد به دست نیامد، اما نباید از یاد برد که نرخ باروری کل در ایران در چهار دهه اخیر روند کاهشی داشته و از ۵/۴۲۷ در سال ۱۳۶۷ به ۲/۱۳۷ در سال ۱۳۹۷ رسیده (وبسایت بانک جهانی) و در سال ۱۳۹۸ به ۱/۷۷ کاهش یافته‌است (فتحی، ۱۳۹۹: ۸) که چنین عاملی می‌تواند

زمینه‌ساز گرایش والدین به انتخاب جنس و در نتیجه افزایش نسبت جنسی تولد در برخی استان‌ها شده باشد.

ترجیح مذکر به عنوان یک خصلت فرهنگی علت اصلی افزایش نسبت جنسی تولد است. پسرخواهی در کشورهای شرق و جنوب آسیا، خاورمیانه و شمال آفریقا عمومیت دارد. پسران به علت ظرفیت به دست آوردن درآمد بالاتر (به ویژه در اقتصاد کشاورزی)، تداوم نسل و نام خانواده، و مسئولیت مراقبت از والدین در هنگام بیماری و کهولت ترجیح داده می‌شوند. علاوه بر این دلایل محلی اختصاصی برای ترجیح مذکر وجود دارد: در هند هزینه مهریه و در کره جنوبی و چین، ارزش‌های ریشه‌دار کنفوسیوسی و نظام‌های خانوادگی مردسالار (هسکت، لو و زینگ، ۲۰۱۱: ۱۳۷۴). در ایران نیز علاوه بر زمینه‌های فرهنگی و تاریخی ترجیح مذکر، هم‌اکنون نیز نابرابری جنسیتی یک مشکل جدی زنان است، به طوری که رتبه ایران در سال ۲۰۲۰ در شاخص شکاف جنسیتی ۱۴۸ و در قعر جدول رده‌بندی جهانی بوده و از نظر وضعیت مشارکت اقتصادی زنان در رتبه ۱۴۷ بوده (مجمع جهانی اقتصاد، ۲۰۲۰: ۹ و ۱۲) که نشان‌دهنده تبعیض جنسیتی علیه زنان در حوزه اشتغال و فرودستی اقتصادی زنان است. چنین وضعیتی که تبعیض نظام‌مند علیه زنان وجه ممیزه آن است، می‌تواند در زمینه فرهنگی مردسالاری به کاهش ارزشمندی زنان و دختران و تمایل والدین به داشتن پسر بینجامد. در جامعه ایران به گواهی پژوهش‌های متعدد که مورد بررسی قرار گرفتند، ترجیح جنسی مذکر یک مشکل فرهنگی فراگیر است. دور از انتظار نیست که این ترجیح جنسی مذکر که یک امر ذهنی است، در صورت فراهم شدن زمینه‌های مادی و عینی به انتخاب جنین‌های پسر و حذف دختران منجر شود. نتایج یک مطالعه نشان داده ایران در سال ۲۰۱۲ یکی از پنج کشوری بوده که میزان مرگ و میر بیش از حد نوزادان مؤنث در آن تداوم داشته است (آلکما^۱ و همکاران ۲۰۱۴: ۵۲۶).

در حال حاضر با وجود خطری که برای حذف دختران وجود دارد، پزشکی و قابلیت‌های تشخیص و تعیین جنسیت آن در ایران در حال گسترش است و بدون مانع جدی این خدمات در دسترس متقاضیان قرار دارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که محققان علوم پزشکی که در

موضوع تشخیص و انتخاب جنس فعالیت می‌کنند، مفروضات مردسالاری درباره ترجیح جنسیتی را پذیرفته و آن را عادی می‌دانند و انتخاب جنسیت را به عنوان پاسخی به تقاضای جامعه موجه می‌شمارند. برآیند این عادی‌انگاری پسرخواهی و در دسترس بودن تکنولوژی تعیین جنسیت، در یافته‌های مطالعات انجام شده در مراکز درمان ناباروری که به کار انتخاب جنس جنین مشغولند نمایان شده، که اکثر والدین جنس پسر را ترجیح داده‌اند.

وقتی در میان کنشگران نظام سلامت، نابرابری جنسیتی و برتری جنس مذکر به عنوان یک امر عادی و طبیعی تلقی می‌شود، بدین معناست که آنها در اعمال خشونت نمادین علیه زنان مشارکت دارند و امکانات پزشکی به ابزاری برای طرد و حذف مؤنث تبدیل شده است. البته این مشارکت پزشکی در حذف زنان نه تنها تحت تأثیر ایدئولوژی مردسالاری، بلکه تحت استیلائی مناسبات سرمایه‌داری است که خدمات پزشکی و سلامت به کالا تبدیل شده‌اند و هر کالایی صرف‌نظر از تبعات اجتماعی‌اش قابل فروش است. پزشکان تحت شرایط کالایی‌شدن سلامت به تقاضاهایی پاسخ می‌دهند که فرهنگ و ایدئولوژی مردسالاری خلق کرده است. کالاهایی مثل تشخیص جنسیت، سقط جنین مؤنث و انتخاب جنس جنین توسط نظام سلامت و پزشکان عرضه می‌شود و در متن اجتماعی‌ای که ترجیح جنس مذکر در آن عمومیت دارد، خریداری می‌شود و نتیجه چنین وضعیتی، در برخی استان‌ها تغییر نسبت جنسی تولد بوده است.

در بعضی مطالعات مرور شده، برخی ترجیح جنسی و پسرخواهی در جامعه ایران را انکار کرده و معتقدند برای خانواده‌ها آنچه مهم است تعادل جنسی در خانواده است و نه ترجیح جنسی. حتی اگر این دیدگاه کورجنسیت^۱ در مورد انگیزه و قصد والدین در مداخله و دستکاری ترکیب جنسی درست باشد، اما مفهوم تعادل جنسی در سطح خانواده بی معنی و آسیب‌زاست و کارکرد چنین ایده‌ای مداخله انتخاب جنس علیه دختران و نهایتاً به هم خوردن نسبت جنسی تولد خواهد بود. واقعیت این است که تعادل جنسی یک امر سطح کلان جمعیت است که به

طور طبیعی برقرار می‌شود و از آنجا که برقرار کردن تعادل جنسی در خانواده، صرفاً با مداخلات پزشکی تضمین می‌شود و از آنجا که چنین مداخلاتی در سطح گسترده غیرممکن است، بنابراین به نظر می‌رسد تمایل به تعادل جنسی تنها توجیهی برای مداخلات پزشکی در انتخاب جنس جنین است که نتیجه آن تغییر نسبت جنسی تولد و پیشگیری از تولد دختران خواهد بود.

از آنجا که این مطالعه احتمالاً از نخستین مطالعات انجام شده در ایران درباره افزایش نسبت جنسی تولد است، کاستی‌ها و محدودیت‌هایی داشت که امید است در پژوهش‌های آینده برطرف شوند از جمله اینکه یکی از علل تغییر نسبت جنسی تولد، سقط جنین انتخابی است اما به علت آنکه سقط جنین به دلایل غیرپزشکی در ایران غیرقانونی است، دسترسی به داده‌ای که نشان دهد چه تعداد سقط جنین به دلایل غیرپزشکی انجام شده و چه تعداد از آنها به علت جنسیت نادرخواه جنین بوده‌اند، وجود نداشت. همچنین این مطالعه پرسش‌هایی را ایجاد می‌کند که می‌تواند موضوع پژوهش‌های بعدی باشند. از جمله این سؤال که در استان‌هایی که نسبت جنسی تولد در آنها افزایش یافته چه عوامل فرهنگی، اجتماعی تأثیرگذار بوده‌اند؟ متغیرهای مثل قومیت، مذهب و طبقه اجتماعی چقدر در انتخاب جنس تعیین‌کننده هستند؟ نقش پزشکی و فناوری نوین در پدیده انتخاب جنس دقیقاً چیست و شیوه‌های رایج انتخاب جنس چه هستند؟

یکی از علل انجام پژوهش حاضر جلب توجه محققان، جامعه و اداره‌کنندگان به موضوع حذف زنان و دختران قبل از تولد و این نکته است که زنگ خطر تغییر نسبت جنسی تولد از هم اکنون به صدا در آمده و اگر اقدام مؤثر و مناسبی انجام نشود، افتادن به مسیری که چین و هند افتادند، دور از انتظار نخواهد بود. با توجه به تبعات افزایش نسبت جنسی تولد، همچون مشکل ازدواج مردان روستایی و طبقه فرودست در آینده، گسترش کودک‌همسری و ازدواج دخترچه‌ها، بروز مسایل و آسیب‌های اجتماعی مانند افزایش خشونت و پرخاشگری و احتمال افزایش روسپیگری لازم است از هم اکنون چاره‌ای برای این مشکل اندیشیده شود. کره جنوبی نمونه‌ی

عبرت‌آموزی است که توانسته روند افزایشی نسبت جنسی تولد را با اقداماتی به وضعیت طبیعی بازگرداند. در ایران نیز لازم است موارد زیر مدنظر قرار گیرند:

برای حل مشکل فرهنگی پسرخواهی و ترجیح مذکر لازم است ابتدا زمینه‌های مادی و اقتصادی تغییر فرهنگ فراهم شود. شرایطی فراهم شود که زنان و مردان از فرصت‌های برابر برای تحصیل و اشتغال برخوردار شوند و برابری جنسیتی و مساوات زن و مرد، در حوزه‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و حقوقی مدنظر قرار گیرد. در رسانه‌ها درباره تبعات مداخلات پزشکی در ترکیب جنسی جمعیت اطلاع‌رسانی و آموزش داده شود.

درباره تبعات تشخیص جنس جنین برای رادیولوژیست‌ها و متخصصان زنان و زایمان و ناباروری دوره‌های آموزشی برگزار شود. روش‌های تشخیص جنس جنین صرفاً بر اساس ضرورت‌های پزشکی انجام و به تشخیص کمیسیون‌های تخصصی پزشکی انجام شود. در مراکز درمان ناباروری، ارائه خدمت به والدینی که فرزند دارند، و صرفاً برای انتخاب جنس جنین مراجعه می‌کنند، متوقف شود. سونوگرافی‌ها و آزمایشگاه‌ها از تشخیص جنسیت بدون ضرورت پزشکی منع شوند. برای پزشکان و درمانگران متخلف که بدون ضرورت پزشکی مبادرت به اقداماتی نظیر تشخیص جنس و انتخاب جنس جنین می‌کنند، جریمه‌های متناسب و بازدارنده تعیین شود.

تشکر و قدردانی: از مساعدت و یاری خانم پانید نوربخش در انجام این مطالعه سپاسگزارم.

منابع

- آزموده، الهام؛ سعیده براتی فر، هانیه بهنام و مریم آرامهر (۱۳۹۴). "ارتباط ترجیح جنسی، فاصله مولید و ترکیب فرزندان بر رفتار باروری زنان"، *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، دوره ۳، شماره ۳، صص: ۱۵-۸.
- افقه، سید مرتضی؛ عبدالمجید آهنگری و حسین عسکری‌پور لاهیجی (۱۳۹۹). "برآورد شاخص توسعه انسانی استان‌های ایران و بررسی تأثیر آن بر رشد اقتصادی با استفاده از منطق فازی"، *فصلنامه اقتصاد مقداری (بررسی‌های اقتصادی سابق)*، دوره ۱۷، شماره ۲، صص: ۸۹-۱۲۱.

- بلوریان، زهره و محمدحسن رخشانی (۱۳۸۵). "بارداری، جنسیت و ارتباط آن با کیفیت زناشویی"، *مجله مامایی، زنان و نازایی ایران*، دوره ۲، شماره ۹، صص: ۷۹-۸۴.
- تانگ، رزمی (۱۳۹۳). *نقد و نظر: درآمدی جامع بر نظریه‌های فمینیستی*، (ترجمه منیژه نجم عراقی)، تهران: نشر نی.
- تقوی، نعمت‌الله (۱۳۸۸). *مبانی جمعیت‌شناسی*، تبریز: آیدین.
- جنکینز، ریچارد (۱۳۸۵). *پیر بوردیو*، (ترجمه لیلا جو افشانی و حسن چاوشیان)، تهران: نشر نی.
- جهانگیری، عباس؛ محمد جهانگیری و علی مصلی (۱۳۹۶). "رتبه‌بندی استان‌های ایران از نظر وجود منابع بهداشتی و درمانی و سطح دسترسی افراد به آنان با استفاده از تصمیم‌گیری چندشاخصه"، *مدیریت بهداشت و درمان*، دوره ۸، شماره ۳، صص: ۷۳-۸۵.
- حجازی، سید ناصر (۱۳۹۲). "نگرش زنان شاغل به آوردن فرزند دوم و عوامل موثر بر آن"، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، دوره ۹، شماره ۷، صص: ۷۷۱-۷۸۱.
- خطیب شهیدی، میلاد و فرشاد فاطمی اردستانی (۱۳۹۷). "ترجیح‌های والدین در مورد جنسیت فرزندان در ایران"، *فصلنامه برنامه ریزی و بودجه*، دوره ۲۳، شماره ۱، صص: ۲۹-۵۷.
- خلیلی، محمدعلی؛ بهناز خانی رباطی، شکوفه بقازاده و نسیم طیب نژاد (۱۳۸۶). "انتخاب جنس فرزند با جداسازی اسپرم به روش گرادیان آلومین در سیکل‌های تلقیح داخل رحمی اسپرم"، *باروری و ناباروری*، دوره ۸، شماره ۳، صص: ۲۱۳-۲۲۰.
- خیریت، میترا؛ فرشته زمانی علویجه، مرضیه عربان و فاطمه خیریت (۱۳۹۳). "دلایل ناخواسته تلقی شدن یک بارداری: مطالعه کیفی"، *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، دوره ۲، شماره ۲، صص: ۱۵۳-۱۶۴.
- خانه ملت، خبرگزاری مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۶) وجود یک میلیون بی‌شناسنامه در کشور، در دسترس از آدرس: <https://urlshortner.org/50iUK>
- سازمان ثبت احوال کشور، دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی، داده‌های ولادت، در دسترس از آدرس: <https://www.sabteahval.ir/avej/Page.aspx?mId=49826&ID=2181&Page=Magazines/SquareshowMagazine>

- رحیمی، امیر عباس؛ محمدحسن شاه حسینی، قاسم آهنگری، فرهاد شاهسوار و سید محسن سید رضایی تهرانی (۱۳۸۳). "تعیین جنسیت به روش nested PCR با استفاده از ژن آمیلوژنین"، *یافته*، دوره ۶، شماره ۲۲، صص: ۱۹-۲۶.
- روزبهانی، نسرين؛ فرشته نارنجی، شراره خسروی، مهتاب عطارها، معصومه هاشمی و جمشید مؤمنی اصفهانی (۱۳۸۳). "تعیین ارتباط بین استعمال سیگار توسط پدر و نسبت جنسیت فرزند"، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، دوره ۷، شماره ۴، صص: ۱-۸.
- ریتزر، جورج (۱۳۸۹). *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران: انتشارات علمی.
- سرشتی، منیژه؛ پروین میرمیران و هانیه السادات اجتهد (۱۳۹۳). "نقش رژیم غذایی مادران در انتخاب جنسیت جنین: مطالعه‌ی مروری"، *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، دوره ۱۶، شماره ۱، صص: ۵۷-۶۷.
- سفیری، خدیجه و سارا ایمانیان (۱۳۸۸). *جامعه‌شناسی جنسیت*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- شمس قهفرخی، مهری و فریده شمس قهفرخی (۱۳۸۸). *جمعیت‌شناسی*، تهران: انتشارات فرهیختگان دانشگاه.
- شهبازین، سعیده؛ آزاده غلامی و صفیه شهبازین (۱۳۹۳). "نقش ترجیح جنسی در رفتار باروری زنان شهرستان کنگاور"، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۲، شماره ۶، صص: ۱۳۳-۱۴۲.
- صادقی، رسول و نورالدین فراش (۱۳۹۸). "تفاوت‌های قومی در ارزش و ترجیح فرزند زنان در شهر ماکو"، *مجله پرستاری و مامایی*، دوره ۱۷، شماره ۲، صص: ۱۳۱-۱۴۰.
- صفائیان، علیرضا (۱۳۸۱). بررسی فراوانی جنسیت مورد نظر نوزادان متولد شده با روش IUI به طریقه جداسازی اسپرم با متد گرادیان آلبومین در مرکز ناباروری اصفهان از سال ۱۳۸۰-۱۳۷۸، پایان نامه دکترای حرفه‌ای، رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: دانشکده پزشکی.
- طهماسبی، مرتضی؛ نسیم ناصحی، نگار افسر، محمد باستانی، ارمغان مروج آل علی، محمدرضا جهانشاهی و محمدرضا پی پل زاده (۱۳۸۷). "دقت سونوگرافی در تعیین جنسیت جنین در ۱۶-۴۰ هفته حاملگی"، *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، دوره ۷، شماره ۳، صص: ۳۴۶-۳۵۱.

- عاشور پور، خدیجه؛ احمد حیدری، آی سن قرن‌جیک، الهام مبشری و سمیرا عشقی نیا (۱۳۹۸).
"ارتباط روزه داری مادر در مرحله فولیکولی آخرین قاعدگی با جنسیت نوزاد"، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، دوره ۲۱، شماره ۳، صص: ۱۰۱-۱۰۵.
- فتحی، الهام (۱۳۹۹) چشم اندازی به باروری در ایران از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸، درگاه ملی آمار، در دسترس از آدرس: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1399/fertility.pdf>
- فروتن، یعقوب و ربابه اشکاران (۱۳۹۷). "بررسی جمعیت‌شناختی و فرهنگی - اجتماعی ترجیح جنسیتی در ایران"، *جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۲۹، شماره ۴، صص: ۷۸-۵۹.
- فروتن، یعقوب؛ سیدمحسن سعیدی مدنی، عباس عسکری ندوشن و ربابه اشکاران (۱۳۹۳). "الگوها و تعیین کننده‌های ترجیح جنسیتی در شهرستان نکا استان مازندران"، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، دوره ۹، شماره ۱۷، صص: ۱۷۱-۱۹۷.
- فرهادی، مریم (۱۳۹۴). "بررسی تأثیر استفاده از بی کرینات سدیم جهت تعیین جنسیت جنین در بروز اختلالات دوره کودکی"، مقاله ارائه شده در کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، مرکز همایش‌های بین المللی صدا و سیما، تهران، ۲۷ آبان ۱۳۹۴.
- کلباسی اصفهانی، فهیمه؛ بهزاد هاشمیان، ایمان احمدی سرابی و سهیلا نیکبخش (۱۳۹۹). "تحلیل جامعه‌شناختی نگرش والدین نسبت به ترجیح جنسی مند براساس نظریه GT"، *نشریه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، دوره ۱۳، شماره ۵۰، صص: ۷-۲۶.
- گرنفل، مایکل (۱۳۸۹). *مفاهیم کلیدی پیر بوردیو*، (ترجمه محمدمهدی لبیبی)، تهران: نشر نقد افکار.
- لگیت، مارلین (۱۳۹۱). *زنان در روزگارشان تاریخ فمینیسم در غرب*، (ترجمه نیلوفر مهدیان)، تهران: نشر نی.
- لمیعیان، می نور؛ آذر مشهوری وایقان، سعیده حاجی میرزایی، زهرا معماریان، نساء محمدی و زینب سام کن (۱۳۹۲). "حقوق باروری از منظر حقوق بشر"، *نشریه تخصصی زنان و مامائی ایران*، دوره ۸، شماره ۲، صص: ۳۵-۴۳.
- مدیری، فاطمه و علی رحیمی (۱۳۹۵). "ترجیح جنسی و نقش نگرشهای جنسیتی در شکل‌گیری آن"، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، دوره ۱۱، شماره ۲۲، صص: ۹-۴۱.

- مرکز آمار ایران، دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری (۱۳۹۸). بررسی وضعیت سواد و تحصیل جمعیت شش ساله و بیشتر بر اساس سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن ۱۳۶۵-۱۳۹۵. تهران: مرکز آمار ایران، دفتر ریاست روابط عمومی و همکاری‌های بین الملل. در دسترس از آدرس: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1398/nhaeifinal%20education980223.pdf>
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۶). بر پایه نتایج سرشماری ۱۳۹۵ میزان باروری کل ایران در دوره زمانی ۹۵-۱۳۹۱ به ۲،۰۱ فرزند رسید، در دسترس از آدرس: https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/1_barvari.pdf
- مشکینی اصل، وحید؛ یوسف مهمان نواز و مرتضی باقری (۱۳۹۷). "بررسی اثر گروه‌های خونی والدین بر محل لانه‌گزینی جنین و نسبت جنسی ثانویه در کودکان متولد شده در بیمارستان الزهرا میاندوآب"، *مجله پزشکی ارومیه*، دوره ۲۹، شماره ۱، صص: ۷۷۳-۷۸۰.
- منصوریان محمدکریم و اعظم خوشنویس (۱۳۸۵). "ترجیحات جنسی و گرایش زنان همسر دار به رفتار باروری: مطالعه موردی شهر تهران"، *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، شماره ۴۷، صص: ۱۲۹-۱۴۶.
- میرزایی، خلیل (۱۳۸۸). *پژوهش، پژوهشگری و پژوهشنامه نویسی*، تهران: جامعه‌شناسان.
- میشل، آندره (۱۳۸۳). *جنبش زنان «فمینیسم»*، (ترجمه هما زنجانی زاده)، مشهد: نشر نیکا.
- واصفی، صبا و حسن ذوالفقاری (۱۳۸۸). "خشونت علیه زنان در آثار محمود دولت آبادی"، *پژوهش زنان*، دوره ۷، شماره ۱، صص: ۶۷-۸۶.
- وایت، کوین (۱۳۹۳). *درآمدی بر جامعه‌شناسی سلامت و بیماری*. (ترجمه محسن ناصری راد). تهران: حقوقی
- هیر. ام. دیوید (۱۳۸۰). *جامعه و جمعیت «مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی جمعیت»*، (ترجمه یعقوب فروتن)، بابلسر: دانشگاه مازندران
- یزدانی علی آبادی، معصومه و مژگان جوادنوری (۱۳۹۵). "روش‌های طبیعی مؤثر بر انتخاب جنسیت جنین و ملاحظات اخلاقی مرتبط: مطالعه مروری روایتی"، *مجله زنان نازایی و مامایی ایران*، دوره ۱۹، شماره ۵، صص: ۱۱-۲۷.
- Ahmadi SH, Rahmani E, Motamed N, Sadeghi F (2017). "Investigating the Success Rate of Sex Selection in Cycles of Intrauterine Insemination of Sperm Using an Albumin Gradient Method in Infertile Couples Referring to the Omid Persian Gulf Infertility Center of

- Bushehr, Iran”, *International Journal of Women’s Health and Reproduction Sciences*, 5(2): 107-111.
- Ahmadi SF, Shirzad M, Kamali K, Ranjbar F, Behjati-Ardakani Z, Akhondi MM (2015). “Attitudes about Sex Selection and Sex Preference in Iranian Couples Referred for Sex Selection Technology”, *Journal of Reproduction & Infertility*, 16 (1): 36-42.
 - Alkema L, Chao F, You D, Pedersen J, Sawyer C (2014). “National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment”, *Lancet Glob Health*, 2: 521-30.
 - Becquet, V. and C. Z. Guilmoto (2018). “Sex imbalance at birth in Vietnam: Rapid increase followed by stabilization”, *Population*, 73(3): 519-544.
 - Chun, H (2019). “South Korea case study report on the Success story of sex ratio at birth transition”, UNFPA Global programme to prevent son preference and undervaluing of girls.
 - Collyer, F (2015). *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. London: Palgrave MacMillan.
 - Dubuc, S. and D. S. Sivia (2018). “Is Sex Ratio at Birth an Appropriate Measure of Prenatal Sex Selection? Finding of a Theoretical Model and Its Application to India”, *British medical journal Global Health*, 3 (4): 1-9. doi:10.1136/bmjgh-2017-000675.
 - Grech, V. and J. Mamo (2014). “Gendercide a Review of the Missing Women”, *Malta Medical Journal*, 26 (1): 8-11.
 - Gu, B. and Y. Li (1995). “Sex Ratio at Birth and Son Preference in China”, *Asia Journal*, 2(1): 87-108.
 - Hesketh, T. H. and Z. W. Xing (2006). “Abnormal sex ratios in human populations: Causes and consequences”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2006; 103 (36): 13271-13275.
 - Hesketh, T. H., L. Lu and Z. W. Xing (2011). “The consequences of son preference and sex-selective, Abortion in China and other Asian countries”, *Canadian Medical Association Journal*, 183 (12): 1374-1377.
 - Malaviya, A. (2005). “Understanding sex ratio at birth in India”, Masters in Population Sciences Seminar, International institute for population sciences, Deonar, Mumbai, India.
 - World Bank Data .Fertility Rate, total (birth per woman)-Iran, Islamic Rep. online available at:<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFR.IN?locations=IR>
 - UNFPA Asia and the Pacific Regional Office (2012). Sex Imbalances at Birth, online available at: <https://www.unfpa.org/fr/node/6230>
 - UNFPA (2020). Against my Will, Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality, online available at:https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2020_EN_State_of_World_Population.pdf
 - World economic forum (2020). Global Gender Gap, online available at: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf
 - World Health Organization (2011), Preventing Gender-biased Sex Selection, online available at: www.who.int

پیوست ۱- داده‌های متغیرهای مورد مطالعه					
استان	نسبت جنسی تولد ^۱	نرخ باروری کل ^۲	میزان باسوادی ^۳	شاخص توسعه انسانی ^۴	سطح برخورداری از منابع بهداشتی ^۵
آذربایجان شرقی	108.09	1.98	84.70	.701	.1146
آذربایجان غربی	107.49	2.22	82.00	.670	.1008
اردبیل	109.40	1.99	83.10	.700	.0964
اصفهان	104.90	1.74	89.90	.736	.0961
البرز	106.09	1.61	92.20	.742	.0950
ایلام	109.93	1.98	84.90	.676	.0911
بوشهر	105.99	2.33	89.20	.694	.0910
تهران	105.63	1.56	92.90	.769	.0895
چهارمحال و بختیاری	106.11	2.27	84.70	.670	.0893
خراسان جنوبی	106.09	2.85	86.80	.678	.0880
خراسان رضوی	104.84	2.41	89.10	.694	.0874
خراسان شمالی	105.37	2.84	83.30	.665	.0859
خوزستان	106.64	2.28	86.30	.693	.0833
زنجان	106.43	2.11	84.80	.696	.0784
سمنان	105.25	1.88	91.50	.720	.0767
سیستان و بلوچستان	105.53	3.96	76.00	.631	.0765
فارس	105.09	1.83	88.80	.717	.0754
قزوین	105.61	1.91	88.60	.718	.0731
قم	106.05	2.23	88.70	.688	.0728
کردستان	105.31	2.03	81.50	.657	.0722
کرمان	104.49	2.32	85.40	.704	.0706
کرمانشاه	110.19	1.75	84.50	.686	.0706

ادامه پیوست ۱- داده‌های متغیرهای مورد مطالعه					
استان	نسبت جنسی تولد ^۱	نرخ باروری کل ^۲	میزان باسوادی ^۳	شاخص توسعه انسانی ^۴	سطح برخورداری از منابع بهداشتی ^۵
کهگیلویه	102.33	2.29	84.40	.656	.0000
گلستان	105.23	2.38	86.10	.681	.0701
گیلان	105.13	1.38	87.30	.693	.0688
لرستان	109.10	2.10	83.00	.654	.0681
مازندران	105.59	1.51	88.70	.721	.0679
مرکزی	107.33	1.81	87.00	.734	.0672
هرمزگان	104.38	2.64	87.80	.700	.0620
همدان	106.60	1.97	85.00	.694	.0452
یزد	106.60	2.48	90.90	.742	.0409

- ۱- داده‌های ولادت سازمان ثبت احوال کشور
- ۲- داده‌های سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵
- ۳- مرکز آمار ایران، بررسی وضعیت سواد و تحصیل جمعیت شش ساله و بیشتر
- ۴- فصلنامه اقتصاد مقداری ۱۳۹۹
- ۵- مدیریت بهداشت و درمان ۱۳۹۶

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

Original Research Article ■

Trend of change in the sex ratio at birth in Iran: factors and contexts

Simin Kazemi¹

Abstract Sex ratio at birth is naturally 105 males per 100 females but in some countries this ratio has increased through sex selection interventions. The aim of this study is to identify the trend of changes in the sex ratio at birth in Iran and the contexts and factors affecting it. Using data from the National Organization for Civil Registration and the documentary method, the context and factors affecting changes in the sex ratio at birth were studied. According to the findings, although the sex ratio of births in Iran is currently in the normal range, but in at least four provinces this ratio is out of the normal range and has increased, suggesting an increase in the number of boys compared to girls. Male preference in Iran is a persistent cultural trait that leads some parents to son preference and eliminates girls. Despite such a cultural problem, the health system allows parents to access the means of sex selection. In addition to being a violation of the right to life for women, continuation of this trend can have negative social consequences such as marriage problems, violence and prostitution. Therefore, it is necessary to pay enough attention to it and think of measures to prevent it.

Keywords sex ratio at birth, son preference, sex selection, femicide, population change.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Received: 2020.12.15

Accepted: 2021.05.17

1 MD, PhD in Sociology, Social Determinant of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran simin.kazemi@sbmu.ac.ir

DOI: <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2021.521242.1171>