

Research Article

Demographic Correlates of Induced Abortion Experience: A Study of a Hidden Sample of Women in Sanandaj, Iran

Saeed Khani^{1*} , Bakhtyar Gharibi² , Kamal Khaleghpanah³ 

¹ Assistant Professor in Demography, Department of Sociology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

² PhD Candidate in Cultural Sociology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

³ Associate Professor in Sociology, Department of Sociology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

ARTICLE INFO

Received: 07 November 2024

Accepted: 08 January 2025

Published: 03 April 2025

Keywords:

Demographic Characteristics,
Family changes,
Hidden sample,
Induced abortion,
Sanandaj.

ABSTRACT

Induced abortion has become more prevalent in recent years. In light of Iranian cultural and legal principles, this issue represents a significant social issue warranting scientific scrutiny. This study examined the demographic correlates of abortion among 146 women who experienced the phenomenon in Sanandaj through survey and semi-structured interviews in 2023. The theoretical assumptions regarding the structural changes in the family within the context of modernization, industrialization, technological advancement, and the second demographic transition form the basis of the study. The results indicated that 44.5% of participants had experienced abortion at least once. Extramarital pregnancy and employment were significant variables associated with abortion in the bivariate analysis. In logistic regression, extramarital pregnancy emerged as a key factor in the final model, increasing the likelihood of experiencing and repeating abortion. This research highlights the necessity of educating women on the use of modern contraceptives and the health implications of abortion, providing free counseling services for women with unwanted pregnancies, promoting work-family balance for employed women, facilitating marriage opportunities for youth, and advocating family-friendly policies as key implications, particularly in light of recent population policy changes.

Introduction

Abortion is a controversial issue, particularly in societies such as the Islamic Republic of Iran, which upholds a conservative, family-centered stance ideology. Accordingly, under Iranian law prohibiting it, induced abortion is regarded as a serious social problem. In Iran, abortion is permissible when the continuation of pregnancy endangers the mother's health or leads to the birth of a sick or disabled infant. However, many women with unwanted pregnancies secretly and often unsafely resort to abortion to end their pregnancies (Razeghi Nasrabad & Sanjari, 2017: 106). Precise data on the number of abortions are unavailable, and the existing information is based on unofficial reports suggest a relatively high occurrence of abortion in Iran, including in Sanandaj. This article examines the

*Corresponding author: Saeed Khani. Assistant Professor in Demography, Department of Sociology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

E-mail addresses: s.khani@uok.ac.ir

E-ISSN: 2008-3742/© Population Association of Iran, Iran. This is an open access article under the CC BY 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Cite this article:

Khani, S., Gharibi, B., & Khaleghpanah, K. (2025). Demographic Correlates of Induced Abortion Experience; A Study of a Hidden Sample of Women in Sanandaj. *Journal of Population Association of Iran*, 20(39), 131-147.

<http://doi.org/10.22034/jpai.2025.2045200.1381>

prevalence and correlates of induced abortion in the city of Sanandaj, particularly among hidden populations of women who have repeatedly undergone this procedure.

Methods and Data

This research was conducted using a quantitative approach in 2023, using survey and semi-structured interviews. The statistical population consisted of women aged 18 and older who visited pharmacies and informal centers distributing scarce medications in Sanandaj. Respondents were selected after initial discussions about the research objective, gaining their trust, and confirming voluntary participation. Therefore, interviews were conducted over six months with women voluntarily agreed to participate. These individuals were selected through convenience sampling and, in some cases, snowball sampling, with prior coordination and consent. Accordingly, the researchers were able to conduct face-to-face interviews with 146 individuals who were covertly seeking abortion medications within illegal networks distributing scarce drugs.

After completing interviews and data processing, analysis was conducted using SPSS software. Because the dependent variable (experience of induced abortion) was non-normally distributed, non-parametric statistics were applied. Additionally, to predict the likelihood of undergoing and repeating induced abortion (once or more) based on demographic variables, binary logistic regression was performed.

Findings

The results of this study indicated that the average number of previous abortions was 0.76, ranging from 0 to a maximum of 3. According to the respondents, 65 women (44.5%) had no prior history of abortion, making this their first experience. However, 53 women (36.3%), 26 women (17.8%), and 2 women (1.4%) had previously undergone induced abortions once, twice, and three times, respectively. These results indicate the problematic nature of induced abortion and its relatively high prevalence in society, aligning with findings from other studies across the country.

According to bivariate analyses, women with extramarital pregnancies had a higher average rank in abortion compared to women with marital pregnancies (95.42 vs. 68.75), and this difference was statistically significant at the 1% level. This finding is consistent with theoretical expectations and previous research. Furthermore, the average rank of induced abortion among university professors, lawyers, and teachers was significantly higher than other occupational groups, particularly female employees and housewives, and this difference was statistically significant at the 0.01 level.

According to the logistic regression analysis, predictor variables explained approximately 26% of the variance in induced abortion. Based on the odds ratios, the legitimacy of women's pregnancies was the only variable that had a significant relationship with the experience of induced abortion after controlling for other variables. In other words, women with extramarital pregnancies were 3.578 times more likely to experience abortion than those with legitimate, marital pregnancies. Additionally, women aged 38 to 43 and those aged 26 to 31 had a higher probability of experiencing abortion compared to women aged 25 and younger. Furthermore, the probability of abortion was higher among women with one child compared to childless women and those with more children.

Discussion and Conclusion

In response to a series of structural changes, induced abortion is currently manifesting covertly in Iranian society. In Iran, the rigid emphasis on family-centered ideology, combined with recent population policies such as the Family Protection and Youth Population Law – which aim to increase population without sustained support for youth and families – and framing of abortion solely as a legal issue, have contributed to rising rates of induced abortion. The higher incidence of abortion among older women, women who have already given birth and have children, and women in higher-ranking occupations can be attributed to the changing power of women and their relatively increased bargaining power within the family, as well as their approach to gender equality ideals. These shifts lead women to place greater value on personal and professional aspirations than on childbirth. As a result, having a child—particularly an additional or unwanted one—is perceived as an obstacle to achieving these aspirations. One of the key findings of this study was that women who became pregnant extramaritally had significantly higher rates of abortion than those with marital pregnancies. Whether these pregnancies occurred within a marital framework or outside of

it, they reflect critical shifts in extramarital relationships and indicate the progression of the second demographic transition in Iran and surrounding regions. This transition reflects the presence of instrumental rationality in family life, alongside growing individualism and self-actualization ideals as a behavioral and intellectual approach to achieving individual goals, and can foster pro-choice beliefs, where women's rights and freedoms are prioritized over the fetus's right to life. Therefore, it requires specific conditions, policies, and reactions. This study recommends acknowledging, rather than denying, the new realities emerging in contemporary Iranian family. It also emphasizes the need for precise studies to better understand the extent and trends of these changes.



مقاله پژوهشی

همبسته‌های جمعیتی تجربه سقط جنین عمدی؛ مطالعه نمونه‌ای پنهان از زنان در شهر سنندج

سعید خانی^{۱*}، بختیار غریبی^۲ ID، کمال خالق‌پناه^۳ ID

^۱ استادیار جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

^۲ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

^۳ دانشیار جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

سقط جنین عمدی در سال‌های اخیر شیوع چشمگیری پیدا کرده است. با توجه به اصول فرهنگی و نظام حقوقی ایران، این موضوع یک مسأله اجتماعی مهم به شمار می‌رود و مستلزم بررسی دقیق علمی است. پژوهش حاضر، همبسته‌های جمعیتی سقط جنین عمدی را در بین ۱۴۶ نفر از زنان تجربه‌کننده این پدیده در شهر سنندج با روش پیمایشی و تکنیک مصاحبه نیمه‌ساختار یافته در سال ۱۴۰۲ به بررسی گذاشت. بنیان نظری مطالعه مبتنی بر گزاره‌های نظری تحولات ساختاری خانواده در بستر مدرنیزاسیون، صنعتی‌شدن، تغییرات تکنولوژیکی و گذار جمعیتی دوم است. نتایج مطالعه نشان داد که ۴۴/۵ درصد از زنان مصاحبه‌شونده حداقل یک بار تجربه سقط را دارا بوده‌اند. متغیرهای حاملگی فرا‌ناشویی و شغل از متغیرهای معنی‌دار با انجام سقط جنین در روابط دومتغیره بودند. در تحلیل رگرسیون لوجستیک هم، حاملگی فرا‌ناشویی پس از کنترل سایر متغیرها، در مدل نهایی معنی‌دار بوده و احتمال تجربه سقط جنین و تکرار آن را موجب شده است. این پژوهش از پشتوانه نظری و تجربی نسبتاً قوی برخوردار بوده و به‌عنوان دلالت سیاستی، آموزش زنان در زمینه استفاده از وسایل پیشگیری مدرن و پیامدهای سقط جنین عمدی از نظر سلامتی برای زنان، ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان به زنانی که به‌طور ناخواسته حامله شده‌اند، تلاش در جهت برقراری تعادل کار-خانواده برای زنان شاغل، فراهم آوردن زمینه ازدواج و تشکیل خانواده برای جوانان و نیز توجه به سیاست‌های دوستدار خانواده به‌ویژه در فضای تغییر سیاست‌های جمعیتی اخیر را ضروری می‌داند.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۱/۱۴

واژگان کلیدی:

تحولات خانواده،

سقط جنین عمدی،

نمونه پنهان،

ویژگی‌های جمعیتی.

مقدمه و بیان مسئله

سقط جنین به خاتمه بارداری قبل از اینکه جنین توانایی زندگی در خارج از رحم مادر را یافته باشد، اطلاق می‌شود. معمولاً این زمان را قبل از هفته بیستم بارداری و وزن جنین را کمتر از پانصد گرم ذکر می‌کنند. سقط جنین انواع مختلفی دارد: در یک حالت بعد از شروع بارداری، به‌دلایل جنینی یا مادری، محصول بارداری محکوم به خروج خودبه‌خود از رحم مادر است. این نوع را سقط جنین خودبه‌خود 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 القاشده می‌گویند و از آنجاکه در اکثر جوامع این نوع سقط جنین مغایر با قوانین است، به

* نویسنده مسئول: سعید خانی، استادیار جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

رایانامه: s.khani@uok.ac.ir

استاد به این مقاله: خانی، سعید، غریبی، بختیار، خالق‌پناه، کمال (۱۴۰۴). همبسته‌های جمعیتی تجربه سقط جنین عمدی؛ مطالعه نمونه‌ای پنهان از زنان در شهر سنندج.

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۲۰ (۳۹)، ۱۳۱-۱۴۷. <http://doi.org/10.22034/jpai.2025.2045200.1381>

آن جنایی یا غیرقانونی نیز گفته می‌شود (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵: ۲۶۳). سقط جنین ارادی یا عمدی^۱ به‌عنوان یکی از متغیرهای بلافصل تعیین‌کننده باروری (Bongaarts et al., 1984: 514) به مرگ‌ومیر جنینی ارادی که به‌طور دلخواهانه توسط زن حامله یا شخص دیگری انجام می‌گیرد، گفته شده (لوکاس و میر، ۱۳۸۱: ۸۲) و دربرگیرنده هر نوع ساقط کردن یا انداختن عامدانه جنین است (مشونیس، ۱۳۹۵: ۴۰۵).

سقط جنین یکی از موضوعات مجادله‌برانگیز دست‌کم در جوامعی چون جمهوری اسلامی ایران است که موضعی محافظه‌کارانه نسبت به خانواده دارد و قویاً از ایدئولوژی خانواده‌گرایانه حمایت می‌کند. بر همین‌اساس، در مجادله بر سر سقط جنین، اگر قائل به وجود دو طیف فکری غالب در جامعه، یکی فعالان و حامیان «حق حیات»^۲ و دیگری فعالان و حامیان «حق انتخاب»^۳، باشیم، سیاست‌ها که عرصه فعالیت قدرت در جامعه‌اند، سقط جنین عمدی را یک مسأله اجتماعی جدی به‌شمار می‌آورند و نشانه این ادعا، وضع قانون در خصوص ممنوعیت آن است. در واقع، وضع قانون، اعلام روشن و صریح غلط (ممنوع) بودن سقط جنین و حمایت از قدرت دولت برای مقابله با آن است.

هنگامی که افراد با حاملگی ناخواسته با موانعی برای دستیابی به مراقبت‌های سقط جنین ایمن، به‌موقع، مقرون به صرفه، قابل دسترس، محترمانه و بدون تبعیض مواجه می‌شوند، اغلب به سقط جنین ارادی که نایمن هست متوسل می‌شوند (WHO, 2024). **بیراک^۴ و همکاران (۲۰۲۰)** نشان دادند؛ در سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ سالانه ۱۲۱ میلیون بارداری ناخواسته در دنیا وجود داشته و ۶۱ درصد از حاملگی‌های ناخواسته به سقط ختم شده است. همچنین، بین سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۹۰ و ۲۰۱۹-۲۰۱۵، نرخ بارداری ناخواسته جهانی کاهش یافته است، در حالی که نسبت حاملگی‌های ناخواسته که به سقط جنین ختم می‌شود، افزایش یافته است. در نتیجه، میانگین جهانی نرخ سقط جنین در سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۹ تقریباً برابر با برآوردهای ۱۹۹۴-۱۹۹۰ بوده است. **گاناترا^۵ و همکاران (۲۰۱۷)** ادعا کرده‌اند که از ۵۵/۷ میلیون سقط جنینی که هر سال در سرتاسر جهان بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ اتفاق افتاده است، ۳۰/۶ میلیون ایمن و ۲۵/۱ میلیون آن نایمن بوده است. همچنین، ۲۴/۳ میلیون (معادل ۹۷ درصد) از سقط‌های نایمن در کشورهای در حال توسعه رخ داده است. بر اساس این پژوهش، ۴۵ درصد از تمام سقط‌های القایی ناامن هستند. از مجموع سقط جنین‌های نایمن، یک سوم در کمترین شرایط ایمن، یعنی توسط افراد آموزش ندیده با استفاده از روش‌های خطرناک و تهاجمی انجام شده است. بیش از نیمی از تمام این سقط جنین‌های نایمن در آسیا (و بیش‌تر در جنوب آسیا و آسیای مرکزی) اتفاق افتاده است. در آمریکای لاتین و آفریقا، اکثریت (تقریباً سه چهارم) سقط جنین‌ها ناامن بوده‌اند. در آفریقا، نزدیک به نیمی از سقط جنین‌ها در کمترین شرایط ایمن رخ داده است.

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 به صورت نایمن اقدام به سقط جنین می‌نمایند (رازقی نصرآباد و سنجرى، ۱۳۹۶: ۱۰۶). از آمار دقیق سقط جنین در ایران اطلاعات دقیقی در دسترس نیست و همه آنچه که در این زمینه وجود دارد، مبتنی بر شواهد و گزارش‌های منتشره از خبرگزاری‌هاست؛ خبرگزاری تابناک با درج خبری تحت عنوان «آمار تکان‌دهنده از سقط جنین در ایران» در تاریخ ۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۱ در مصاحبه با رئیس کارگروه جمعیت و سرمایه اجتماعی کمیسیون علمی فرهنگی و اجتماعی دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، آمار سقط جنین در کشور را یک میلیون و ۳۰۰ هزار مورد عنوان کرده که تعداد ۵۳۰ هزار مورد آن عمدی گزارش شده است.^۶ حدود یک سال بعد، سایت خبری ایرنا در تاریخ ۱۸ تیر ۱۴۰۲ یکی از تازه‌ترین آمارهای مربوط به سقط جنین را از زبان «فاطمه

¹ Induced Abortion

^۲ Pro-life: طرفداران این رهیافت از روابط سنتی میان زنان و مردان دفاع می‌کنند. آنان زنان را در مقام خانه‌دار و شوهران را در مقام نان‌آور خانه می‌بینند. منطبق این جنبش آن است که: آمیزش جنسی باید محدود به ازدواج شود و عمدتاً ابراری در خدمت تولید مثل باشد. طلاق بایستی محدود گردد. سقط جنین و کنترل موایلد باید غیرقانونی باشد. روی‌هم‌رفته، این رهیافت اظهار می‌دارد که مردان و زنان چگونه بایستی زندگی‌های مشترکشان را ساماندهی کنند (بیگلی، ۱۴۰۲: ۴۷).

^۳ Pro-choice: طرفداران این رهیافت از روابط تساوی‌طلبانه میان زنان و مردان دفاع می‌کنند. از این منظر، زنان و مردان هر دو می‌توانند خانه‌دار و نان‌آور باشند. استلزامات منطقی این رویکرد چنین است که: آمیزش جنسی پیش از ازدواج هم می‌تواند اتفاق بیافتد (دست‌کم در میان بزرگسالان)، زیرا هدف از آن به همان اندازه که تولید مثل است، لذت هم هست. زمانی که ازدواج‌ها از هم پاشیده می‌شود، طلاق بایستی امکان‌پذیر باشد. کنترل موایلد و سقط جنین باید قانونی و مشروع باشد تا جایی که اگر کنترل موایلد به شکست انجامید، زنان بتوانند از سقط جنین به‌عنوان وسیله‌ای برای کنترل باروری استفاده کنند. روی‌هم‌رفته، این رهیافت روابط میان مردان و زنان را برابر می‌داند (بیگلی، ۱۴۰۲: ۴۷).

⁴ Bearak

⁵ Ganatra

⁶ <https://www.tabnak.ir/fa/news/1119465>

محمدبیگی» نماینده قزوین و عضو کمیسیون بهداشت و درمان و رئیس فراکسیون جوانی جمعیت مجلس، سالانه ۲۵۰ تا ۶۵۰ هزار سقط در کشور عنوان کرده است.^۱ خبرگزاری مهر در تاریخ ۱۳ دی ۱۴۰۲ به نقل از امیرحسین بانکی‌پور، نماینده وقت مجلس شورای اسلامی در همایش ملی مبارزه با سقط جنین، آمار سقط جنین را روزانه دو هزار مورد در کشور اعلام نموده است.^۲ بر این اساس، سالیانه حدود ۷۳۰ هزار سقط در کشور انجام می‌گیرد. طی اعلام سازمان ثبت احوال کشور در سال ۱۴۰۲، در مجموع ۱۰۵۷۹۳۹ واقعه تولد در ایران رخ داده است^۳ و در صورتی که آن ۷۳۰ هزار مورد سقط عمدی انجام نمی‌گرفت، تعداد تولدها به ۱۷۸۷۹۳۹ مورد افزایش پیدا می‌کرد. در شرایط تحولات جمعیتی اخیر ایران به‌ویژه کاهش باروری و رسیدن آن به زیر سطح جایگزینی، آمارهای فوق در خصوص سقط جنین بسیار قابل تأمل و نگران‌کننده به نظر می‌رسد. در کردستان، جدیدترین شواهد در خصوص محاسبه باروری با روش مستقیم و با منابع مختلف داده حاکی است که؛ میزان باروری کل از ۲/۰۱ فرزند در سال ۱۳۹۵ به ۱/۸۷ فرزند در سال ۱۳۹۷ و ۱/۶۶ فرزند در سال ۱۴۰۰ رسیده است (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱). این اطلاعات می‌تواند بازنمای همین روند در شهر سنندج هم باشد. به‌علاوه، اگرچه هیچ داده رسمی و غیررسمی در خصوص وضعیت سقط جنین در کردستان و سنندج وجود ندارد، اما در این مورد هم با تکیه بر گزارش‌ها و اخبار مندرج در خبرگزاری‌ها^۴،^۵ می‌توان به بغرنج بودن مسأله در میدان مطالعه صحه گذاشت. در این شرایط، آگاهی از میزان و همبسته‌های سقط جنین عمدی به‌ویژه در میان نمونه‌های پنهانی که به تناوب این عمل را انجام داده‌اند و نیز با توجه به اینکه یکی از عوامل بلافصل تعیین‌کننده باروری است، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

لذا این پژوهش با فرض رواج پدیده سقط جنین عمدی در سایر نقاط کشور و نیز با توجه به تحولات ازدواج و خانواده در سال‌های اخیر، می‌کوشد به سؤالات زیر پاسخ دهد: ۱- تجربه سقط جنین عمدی در شهر سنندج در بین زنان نمونه‌ای که به صورت پنهانی و با واسطه، متقاضی دریافت داروهای سقط بوده‌اند، چگونه است؟ ۲- این زنان از چه مشخصه‌های جمعیتی برخوردارند؟ و ۳- همبسته‌های جمعیتی تجربه سقط و احتمال تکرار آن در بین این زنان چه مواردی هستند؟

پیشینه پژوهش

سقط جنین همواره یکی از مسائل اجتماعی مورد توجه در جامعه ایران به‌ویژه با توجه به تغییر سیاست‌های جمعیتی در سال‌های اخیر و سمت‌وسوی این سیاست‌ها به طرف افزایش جمعیت بوده است. بر همین اساس، مطالعات زیادی این مسأله را از زوایا و ابعاد مختلف کانون توجه خود قرار داده‌اند. از میان مطالعات مرتبط با این پژوهش می‌توان به برخی از آن‌ها و نتایج بدست آمده اشاره داشت:

نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود دریافتند که در ۲۶/۳ درصد از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های جنوب شهر تهران، سقط‌ها عمدی بوده است و افزایش سن زن و همسر وی، افزایش تعداد حاملگی، تعداد فرزند و تحصیلات زن و شوهر با سقط جنین رابطه مثبت و معنی‌دار داشته است. همچنین، در حاملگی‌های ناخواسته، سقط جنین عمدی به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است. **رضائی و پرتوی (۱۳۹۶)** در بررسی وضعیت سقط جنین در میان زنان گُرد شهر مهاباد نشان دادند که حدود ۳۱ درصد از کل زنان شرکت‌کننده در پژوهش، سابقه سقط جنین داشتند و ۳۴/۵ درصد از سقط‌ها، عمدی بوده است. همچنین، سقط جنین عمدی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات و اشتغال زنان همبستگی مثبت داشته است. **رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹۶)** در بررسی عوامل مؤثر بر اقدام زنان تهرانی به سقط جنین عمدی نشان دادند که 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. براساس یافته‌های آن مطالعه، سقط جنین در فرایندی از ارزیابی هزینه-فایده و اجتناب از خطرات و آسیب‌های احتمالی در آینده رخ می‌دهد. **عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷)** نشان دادند که طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳ در شهر تهران، حدود ۹ درصد بارداری‌ها به سقط جنین عمدی می‌انجامد و احتمال انجام این عمل در بین زنان دارای تحصیلات بالاتر، ثروتمندتر، شاغل، کمتر مذهبی، مهاجرین شهری و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. همچنین، سهم دلایل غیرپزشکی انجام سقط از ۶۹ درصد در

¹ <https://www.irna.ir/news/85127176>

² <https://www.mehrnews.com/news/5984030>

³ <https://amar.sabteahval.ir/#/contentView/nHead>

⁴ <https://www.yjc.ir/00a8z5>

⁵ www.irna.ir/xjP8Dg

سال ۱۳۸۸ به ۸۲ درصد در سال ۱۳۹۳ افزایش یافته است. **محمودیانی و همکاران (۱۳۹۷)** با بررسی شیوع و عوامل مرتبط با سقط جنین در میان زنان روستایی استان فارس به این نتیجه رسیدند که حدود ۲۲ درصد زنان روستایی مطالعه شده حداقل یک بار سقط را تجربه نموده‌اند که شیوع نسبتاً بالایی است. همچنین، احتمال تجربه سقط جنین در بین زنان با تحصیلات دانشگاهی پایین‌تر از زنان دارای سطوح تحصیلی راهنمایی و کمتر و نیز زنان دارای تحصیلات متوسطه-دپلم است. **سلیمی و همکاران (۱۴۰۰)** در یک مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت در تهران دریافتند که ۱۸/۸ درصد از زنان نمونه سابقه سقط در طول زندگی را گزارش کرده بودند. همچنین، بر اساس مدل رگرسیون لجستیک، مجرد بودن و افزایش سن شانس داشتن سابقه سقط را افزایش داده‌اند. از طرف دیگر، داشتن فرزند، افزایش سال‌های تحصیلی و اعتقادات مذهبی بالاتر شانس داشتن سابقه سقط را در زنان مورد مطالعه کاهش داده‌اند.

در خارج از کشور، **راسیر^۱ (۲۰۰۷)** در مطالعه‌ای در نقاط روستایی بورکینافاسو نشان داد که حدود ۱۸ درصد زنان مورد مطالعه اظهار داشته‌اند که اگر حاملگی با مشکلات سلامتی همراه شود، با سقط جنین موافق هستند. حدود ۲۰ درصد نیز زمانی با سقط موافق بوده‌اند که زن باردار شود اما آخرین فرزند آن زن هنوز کوچک باشد، همچنین ۴۴ درصد آن‌ها سقط را برای زن ازدواج‌نکرده و یا زنی که خارج از چارچوب ازدواج باردار شده است، مجاز می‌دانند. **هانسن^۲ و همکاران (۲۰۰۹)** در دانمارک نشان دادند که احتمال سقط با تعداد تولدهای قبلی ارتباط مستقیم دارد. احتمال سقط برای زنانی که هنوز فرزندی ندارند بسیار پایین و با افزایش تعداد فرزندان نیز احتمال سقط افزایش می‌یابد و همچنین با افزایش سن احتمال داشتن سقط کاهشی است. در فنلاند، **وایسنن^۳ (۲۰۱۷)** نشان داد که ویژگی‌های فردی و مذهبی افراد از تعیین‌کننده‌های تمایل یا عدم تمایل به سقط در بین زنان است. پژوهشی که توسط **آقاجانیان و یو^۴ (۲۰۱۸)** در روسیه انجام گرفت نشان داد که میزان سقط جنین در میان بومی‌ها در مقایسه با مهاجران و نیز مهاجران قانونی در مقایسه با مهاجران غیرقانونی بیشتر است.

مطالعه حاضر ضمن بهره‌گیری از نتایج و دستاوردهای پژوهش‌های قبلی به لحاظ نظری، روشی و داده‌ای، در شرایطی همبسته‌های جمعیتی تجربه سقط جنین عمدی را به بررسی گذاشت. در سال‌های اخیر با تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در برابر این پدیده (مسئله) دیدگاه تقابلی به‌وجود آمده یا تشدید شده است. از طرف دیگر، حتی با تغییر سیاست‌های جمعیتی و توجه و تشویق به امر ازدواج و فرزندآوری، بسترهای این دو پدیده مهم (ازدواج و فرزندآوری) در عمل چندان شکل نگرفته و خود این عوامل توانستند زمینه‌ساز تمایل بیشتر به سقط جنین شوند. علاوه بر این، پژوهش حاضر حاصل تجربه و انجام مصاحبه مستقیم توسط یکی از نگارندگان در میدان تحقیق و رویارویی با نمونه‌هایی بوده است که در کشاکش اضطراب و امید، در تقلا برای سقط عمدی بوده‌اند. به‌طور مسلم، آگاهی از میزان و همبسته‌های سقط عمدی جنین به‌ویژه در میان این نمونه‌ها که احتمالاً به‌تناوب این عمل را انجام داده‌اند و در بستری که با خلاء پژوهشی در این زمینه مواجه است، جالب‌توجه و بدیع می‌نماید.

چارچوب نظری

سقط جنین با عوامل فردی و ساختاری زیادی در ارتباط و همبسته است؛ سن، یکی از این عوامل است. معمولاً زنانی که جوان‌تر هستند وقتی که باردار می‌شوند، احتمال اینکه اقدام به سقط کنند بیش‌تر است. زنانی که سن‌شان کمتر از ۳۰ سال است، بیشترین سقط جنین (۷۸ درصد) را انجام می‌دهند. زنان مجردی که باردار می‌شوند به نسبت زنان متأهل محتملاً بیشتر دست به سقط جنین می‌زنند. زنان مجرد ۸۲ درصد کل سقط جنین‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. البته، میان زنان جوان، وضعیت زناشویی و سقط جنین همبستگی وجود دارد. بسیاری از زنان مجرد اعم از جوان و پیر، خود را قادر به پرورش بچه نمی‌دانند (Henshaw & Kost, 1996). البته مسلم است که در جامعه ایران، فرزندآوری برای یک زن مجرد هنجاری پذیرفته نیست چه برسد به سقط جنین. بر اساس طبقه اجتماعی نیز، مطالعات نشان می‌دهد که زنان فقیر تحصیل‌کرده دسترسی کمتری به کنترل مؤثر موالید یا سقط جنین دارند، در حالی که زنان تحصیل‌کرده مرفه به بسیاری از روش‌های مؤثر کنترل موالید از جمله سقط جنین دسترسی بهتری دارند (Henshaw & Kost, 1996). خواست‌ها یا انتظارات تحصیلی و شغلی نیز با توجه به تضادشان با نقش فرزندآوری و فرزندپروری، می‌تواند از عوامل محرک اقدام به سقط جنین در میان هر طیف از زنان باشد (Hayes, 1987). از دیگر عوامل، اعتقادات دینی و مذهبی است.

¹ Rossier

² Hansén

³ Väisänen

⁴ Agadjanian & Yoo

معمولاً زنانی که دارای اعتقادات دینی و مذهبی ضعیف‌تری هستند در صورت بارداری، احتمالاً بیشتر از دیگران دست به سقط جنین می‌زنند (Henshaw & Kost, 1996). همچنین، زنانی که مادر و دوستان‌شان از سقط جنین آن‌ها بیشتر حمایت می‌کنند (پذیرش و حمایت اجتماعی)، در صورت بارداری احتمال این‌که اقدام به سقط کنند، بیشتر است (Hayes, 1987). علی‌رغم همبسته بودن سقط جنین با بسیاری از عوامل مذکور، بایستی خاطر نشان کرد که به‌طور کلی، افراد در بافت یا ساختار اجتماعی دست به انتخاب می‌زنند. بدین معنا، افزایش بلندمدت نرخ سقط جنین بازتاب تغییرات در ساختار خانواده، صنعتی‌شدن، پیشرفت‌ها در تکنولوژی پزشکی، ظهور فمینیسم و تحولات در قوانین است (بیگلی، ۱۴۰۲: ۶۰-۵۹).

تحولات در ساختار خانواده: خانواده در جوامع اروپای غربی در طول ۴۰۰ سال گذشته و نیز بسیاری از جوامع دیگر، بر پایه ازدواج استوار بوده است؛ یعنی شامل یک مرد، یک زن و فرزندان بی‌واسطه آن‌ها. اما با گذشت زمان، به میزانی که فرزندان به کانون حیات خانواده بدل شدند، اهمیت کنترل مولید و از این‌رو نرخ سقط جنین به همان میزان افزایش یافت. در دوران گذشته، والدین منتظر می‌ماندند که فرزندان‌شان به سن بلوغ برسند تا الزامات بزرگسالی را برعهده بگیرند. در چنین شرایطی، سقط جنین به‌ندرت به مسأله بدل می‌شد. مطابق نظر آریس، این وضعیت در سده نوزدهم داشت دچار تغییر می‌شد. در گذر زمان، ساختار خانه‌ها تغییر کرد، همراه با اتاق‌هایی برای خواب، ملاقات مهمانان و اموری از این دست اختصاصی شد و هنجارهای ملاقات و دیدار محدود‌کننده‌تر شد. این دگرگونی‌ها نه‌تنها دال بر این است که حیات خانواده در حال خصوصی‌تر شدن بود، بلکه به حریم خصوصی نیز بها داده شد. افزون‌بر این، ارزش‌های فردگرایی و برابری در حال ظهور بود. این تحولات ابتدا در میان طبقات بالاتر رخ داد، سپس به آهستگی در میان سایر طبقات شایع شد. در این شرایط، اندک‌اندک رابطه میان والدین و کودکان از لحاظ عاطفی بسیار عمیق شد و زوجین شروع به محدود کردن باروری کردند و در نیمه دوم سده نوزدهم، سقط جنین به‌عنوان یکی از ابزارهای کنترل زادوولد به‌ویژه در مواقعی که حاملگی‌های ناخواسته صورت می‌گرفت، اهمیت پیدا کرد.

به‌طور خلاصه، خانواده دچار تحول شده است، زوجین اکنون خواهان بچه کمتری هستند. ارزش جدید را به‌سادگی می‌توان بدین نحو بیان کرد: بچه‌دار شدن یکی از شریف‌ترین تجلی‌های یک زن و مرد است. مراقبت همه‌جانبه از بچه و تربیت بایسته او، والدین را یاری می‌رساند که به چنین نمودی پی ببرند. بدین ترتیب، نرخ زاد و ولد سقوط کرد و افزایش نرخ سقط جنین مقوم سازوکاری شد که این کاهش را فراهم ساخت. زوجین می‌توانند باروری را کنترل کنند و بچه کمتری داشته باشند. این تغییر نمایانگر انتخاب در حال افزایش در امور بشری است. به‌طور کلی، امروزه زوجین می‌توانند، در صورتی که بخواهند، دارای بچه‌های متعددی باشند. در این زمینه سرشت متغیر حیات خانواده با دگرگونی‌های اقتصادی در ارتباط بود.

صنعتی‌شدن: در دوران پیشاصنعتی، کودکان از حیث اقتصادی ارزشمند بودند. به تعبیری ساده، آن‌ها بیش از آنچه خرج می‌کردند تولید می‌کردند. افزون‌بر این، کودکان همانند طرح‌های بازنشستگی کنونی بودند. یعنی، ابزاری برای امنیت والدین در سن پیری به شمار می‌آمدند. از این‌رو، برای داشتن بچه‌های متعدد محرکی وجود داشت. در چنین وضعی، نرخ سقط جنین نسبتاً پایین بود. صنعتی‌شدن زندگی اجتماعی را برای همیشه دگرگون ساخت. صنعتی‌شدن به‌عنوان یک پدیده تاریخی به شماری از دیگر تحولات وابسته است؛ نخست، با ظهور سرمایه‌داری مرتبط است که در سده نوزدهم به مرحله بحرانی رسید (Berger, 1986). دوم، به برآمدن ارزش‌های کار محور مرتبط با اصلاح دینی پروتستانی وابسته است (Weber, 1905). سوم، با کاربست علم در عرصه تولید اقتصادی ارتباط دارد. چهارم، با ارزشی مرتبط است که مبتنی بر آزادی فرد در غرب است که در سده هجدهم ظهور یافت (Lenski, 1966). و سرانجام، با افزایش سطح انتظارات زندگی و بهبودی در آموزش نیروی کار در ارتباط است (McKeown, 1976). این عوامل در طی چندین سده دست به دست هم دادند تا به موتور محرکه رشد و دگرگونی اقتصادی تبدیل شوند. با این تغییرات، خانواده‌ها در جوامع صنعتی دیگر به کودکان متعدد نیازی ندارند. از این‌رو، با افزایش نرخ سقط جنین ارزش بیشتری هم به کنترل مولید داده شده است.

پیشرفت‌ها در تکنولوژی پزشکی: انسان‌ها در بستر تغییرات در ارزش‌های خانواده و صنعتی‌شدن، می‌خواستند بیش از همیشه باروری‌شان را کاهش دهند؛ لذا همین که پزشکان نحوه انجام عمل را به نحو مطمئن یاد گرفتند، تقاضا برای سقط جنین افزایش یافت. این پیشرفت عمدتاً برآیند آگاهی در باب باکتری بود. به محض اینکه نحوه ضدعفونی‌ها (ضد عفونی کردن محل عمل) گسترده‌تر شد، سقط جنین به یک شیوه جراحی مطمئن و مناسب تبدیل شد. بنابراین، پیشرفت‌های پزشکی در آن زمان بیانگر این بود که سقط جنین از زایمان کم‌خطرتر است. این رویکرد، در بخش اعظم سده بیستم حاکم بوده است. اجتماع این عوامل انتخاب‌های افراد را گسترده کرد و نرخ سقط جنین را افزایش داد. در همین زمان بود که فمینیسم هم ظهور یافت.

ظهور فمینیسم: اصطلاح «فمینیسم» به ایدئولوژی برابری میان زنان و مردان و جنبشی اجتماعی اشاره دارد که از چین آرمانی حمایت می‌کند. در طول دهه ۱۹۶۰، فمینیسم بر پایه تأکید بر حقوق مساوی به جنبشی منسجم مبدل شد و زنان بسیاری به طرح یک ادعای انقلابی همت گماشتند: هیچ مردی، خصوصاً پزشک، نمی‌تواند تصمیم «عینی» در باب سقط جنین اتخاذ کند؛ تنها یک زن مستحق سنجش علایق و منافع رقابتی است که در آن‌ها سهیم است. به تعبیر لوکر^۱ (۱۹۸۴: ۹۷) «زنانی که مادر بودن را ارج می‌نهادند، اما از منظر خودشان به آن بها می‌دادند»، خواستار سقط جنین به‌عنوان یک حق بودند. بنا به استدلال آن‌ها «حق این است که زنان را چونان افراد و نه چونان مادران بالقوه نگریم». آن‌ها باز استدلال می‌کردند که بدون داشتن حق سقط جنین، تمامی حقوق دیگر توهمی بیش نیستند، زیرا طرح‌ها یا آرزوهای یک زن مبتنی بر مفهوم حقوق مساوی است، در صورتی که او نتواند باروری‌اش را کنترل کند، چه بسا هر زمانی نقش بر آب شود. پس، فمینیسم زمانی که با تغییرات قبلی در حوزه خانواده، اقتصاد و پزشکی درگیر شد، توجیهی نیرومند برای سقط جنین چونان یک حق بنیادین دست‌وپا کرد.

تغییرات قانونی: قوانین رفتار را نظم و هنجارهای مدون را قوام می‌بخشند. قوانین با محدود کردن دایره انتخاب‌ها، کنش‌هایی را ترغیب کرده و کنش‌های دیگر را بی‌اهمیت جلوه می‌دهد. در گذشته، قوانین سفت و سخت در جهت پیشگیری از سقط جنین تصویب و بسیاری از گروه‌ها از آن حمایت می‌کردند. در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، وضع قانونی سقط جنین در حال تغییر بود. به‌عبارتی، آنان می‌توانستند به شیوه قانونی دست به سقط جنین بزنند. در این وضعیت، تغییرات قانونی، سقط جنین ایمن را برای زنان دسترس‌پذیر ساخت. روی‌هم‌رفته، نرخ سقط جنین در واکنش به تحولات تاریخی پیش‌گفته افزایش یافته است و به تعبیری، سقط جنین به صورت یک ساختار اجتماعی درآمده است.

در پژوهش حاضر، سقط جنین عمدی در آیین تمام‌نظریه‌های فوق، دیده و مورد بررسی قرار گرفته است. اگرچه در این تحقیق براساس رویکرد قیاسی- استقرایی، اقدام به استنتاج فرضیه و آزمون آن‌ها نشده است، اما فرض بنیادین آن است که با تحولات صورت‌گرفته در حوزه و ساختار خانواده، افزایش قدرت انتخاب افراد و تصمیم‌گیری در زندگی‌های خانوادگی، شکل‌گیری و گسترش ایده‌آل کم‌فرزندی، تغییر ارزش‌ها و نمود ارزش‌های فردگرایانه، شکل‌گیری و گسترش آرمان‌های برابری‌خواهانه جنسیتی به‌همراه سایر ویژگی‌های ساختاری و جمعیتی، وقوع سقط جنین به‌عنوان یکی از ابزارهای کنترل زادوولد به‌ویژه در مواقعی که حاملگی‌های ناخواسته و یا خارج از چارچوب زناشویی رخ می‌دهد را توضیح دهند. پدیده سقط جنین عمدی، به‌ویژه در بستری بیشتر انجام می‌گیرد که علاوه بر موارد فوق، از لحاظ حقوقی و قانونی مجرایی برای ظهور نداشته و ممنوع باشد.

روش پژوهش و داده‌ها

قلمرو میدانی این پژوهش، شهر سنندج به‌عنوان مرکز استان کردستان است که در سال‌های اخیر تحولات زیادی را در زمینه ازدواج، خانواده و فرزندآوری و سایر هم‌آیندهای اجتماعی و اقتصادی آن‌ها تجربه نموده است. تحقیق از لحاظ موضوع، هدف و سؤالات پژوهش با رویکرد کمی به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ و با روش پرس‌وجو^۲ و تکنیک مصاحبه نیمه ساختاریافته (حاوی سؤالات بسته و باز در خصوص سن، شغل، تحصیلات، مذهب، زناشویی یا فرازناشویی بودن حاملگی، تعداد فرزندان، دلیل یا دلایل انجام سقط و ...) انجام گرفت. در جدول شماره ۱، متغیرهای مورد بررسی این پژوهش، به تفکیک مستقل و وابسته و تعریف مفهومی و عملیاتی آن‌ها آمده است.

جامعه آماری و هدف پژوهش، زنان ۱۸ سال به بالای مراجعه‌کننده به داروخانه‌ها و مراکز غیررسمی تهیه و توزیع داروهای نایاب و کمیاب در سنندج بوده است که در یک فاصله زمانی شش ماهه، متقاضی دریافت داروهای سقط جنین بوده‌اند. در این پژوهش، ملاک خاصی برای ورود پاسخگویان به مطالعه و خروج از آن وجود نداشته است. تنها ملاک برگزیدن پاسخگویان، انجام صحبت‌های اولیه در خصوص هدف پژوهش با افراد و جلب اعتماد و اعلام همکاری کاملاً دلخواه و داوطلبانه ایشان بوده است. لذا در یک بازه شش ماهه تنها با کسانی که با رضایت خود حاضر به مشارکت می‌شدند، مصاحبه انجام می‌گرفت. این افراد به شکل در دسترس و بعضاً گلوبه‌برفی با انجام هماهنگی و اخذ اجازه قبلی انتخاب شدند. بر این اساس و بدون برخورداری از چارچوب نمونه‌گیری، پژوهشگران موفق شدند با ۱۴۶ نفر از مراجعه‌کنندگان و متقاضیان پنهانی داروهای سقط جنین در شبکه تهیه و توزیع غیرمجاز داروهای کمیاب، به‌صورت حضوری و چهره‌به‌چهره مصاحبه کنند. در حقیقت، معرفی، پیشنهاد و کسب اجازه مصاحبه با این زنان از

¹ Luker

² Interview

طریق کسانی که داروها را در اختیار آن‌ها قرار می‌دادند، انجام می‌گرفت و مکان مصاحبه هم از طرف خود افراد هدف در یکی از مکان‌های عمومی شهر همچون پارک‌ها، بوستان‌ها یا کافه‌ها و دیگر جاهای در دسترس تعیین می‌شد.

پس از پایان مصاحبه‌ها و انجام پردازش‌های لازم، با توجه به هدف و ماهیت روشی این پژوهش، داده‌های کمی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ وارد و مورد تحلیل قرار گرفتند. در تحلیل داده‌ها و نتایج تک‌متغیره، از جدول توزیع فراوانی و آماره‌ها و شاخص‌های مقتضی استفاده شد. در تحلیل‌های دومتغیره با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیر وابسته، برای بررسی همبستگی از آزمون اسپیرمن^۱ و برای آزمون فرض تفاوت‌ها در متغیرهای دومتغیره‌ای از یو-من-وایتنی^۲ و در متغیرهای چندمقوله‌ای از آزمون کروسکال والیس^۳ استفاده شد. در نهایت، برای پیش‌بینی احتمال انجام و تکرار سقط جنین عمدی (۱ مرتبه یا بیش از ۱ مرتبه) براساس متغیرهای جمعیتی مورد بررسی در این مطالعه، از تحلیل رگرسیون لجستیک دو حالتی (دو ارزشی)^۴ استفاده شد.

جدول ۱. متغیرهای بکار گرفته شده در پژوهش (مستقل و وابسته) و نحوه سنجش آن‌ها

متغیرها	تعریف مفهومی و عملیاتی
سن	برای سنجش سن، در یک سؤال باز از پاسخگویان پرسیده شد که «چند سال سن دارید؟» و در تحلیل‌ها در پنج مقوله (نگاه شود به جدول ۲) طبقه‌بندی گردید.
شغل	برای سنجش شغل، در یک سؤال باز از پاسخگویان پرسیده شد که «شغل دقیق شما چیست؟» و در تحلیل‌ها در هفت مقوله (نگاه شود به جدول ۲) طبقه‌بندی گردید.
مستقل	برای سنجش تحصیلات، در یک سؤال باز از پاسخگویان پرسیده شد که «آیا سواد دارید؟ اگر بلی، تا چه پایه‌ای درس خوانده‌اید و سطح تحصیلات شما چیست؟». با توجه به پاسخ‌های داده شده، وضعیت یا سطح تحصیلات پاسخگویان در هفت مقوله (نگاه شود به جدول ۲) طبقه‌بندی گردید.
مذهب	برای سنجش مذهب، در یک سؤال باز از پاسخگویان پرسیده شد که «مذهب شما چیست؟» و در تحلیل‌ها در دو مقوله (نگاه شود به جدول ۲) طبقه‌بندی گردید.
وابسته	از نظر مفهومی، زمانی که در فرایند بارداری مشکلی وجود نداشته باشد، به تمامی حاملگی‌هایی که به دلایلی به‌طور ارادی (عمدی) خاتمه داده می‌شود، سقط جنین عمدی یا ارادی یا القا شده گفته می‌شود و از آنجا که در اکثر جوامع این نوع سقط جنین مغایر با قوانین است، به آن جنبای یا غیرقانونی نیز گفته می‌شود (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵: ۲۶۳).
وابسته	در این پژوهش، برای سنجش تجربه سقط جنین عمدی در فرایند مصاحبه از سؤالات زیر استفاده شده است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم ناظر بر فهم متغیر وابسته بوده و در نهایت توانست به درک پژوهشگران از آن متغیر کمک کند: بغیر از مورد اخیر، آیا تا کنون تجربه حاملگی داشته‌اید؟ زایمان چطور؟ اگر سابقه زایمان دارید، آخرین آن به چه صورت بوده است؟ طبیعی یا با کمک سزارین؟ تا کنون چند فرزند بدنيا آورده‌اید؟ در حال حاضر چند فرزند دارید؟ اگر ممکن است و راحت هستید، لطفاً در مورد حاملگی اخیرتان بفرمایید: چند وقت است که به حاملگی خود پی برده‌اید؟ آیا حاصل رابطه در زندگی زناشویی (پیوند زناشویی) بوده است؟ در هر صورت، چه چیزی شما را به این نتیجه رسانده است که حاملگی خود را خاتمه دهید (سقط کنید)؟ ممکن است در مورد دلیل یا دلایل خودتان بیشتر توضیح بدهید؟ آیا قبلاً پیش آمده است که به صورت ارادی (با خواست خود) حاملگی‌تان را خاتمه دهید؟ اگر بلی، چند بار؟ و چه احساسی در مورد این کار دارید؟

یافته‌ها

در جدول ۲، توزیع مصاحبه‌شوندگان برحسب برخی از مشخصه‌های جمعیتی آنان آمده است. اغلب افراد پاسخگو (۶۶/۵ درصد که معادل ۹۷ نفر است) در رده سنی ۲۶ تا ۳۷ سال قرار داشته‌اند. میانگین سن افراد، ۳۴/۳ سال با انحراف معیار ۶/۳ بود. همچنین، حداقل و حداکثر سن آنان به ترتیب ۱۸ و ۵۲ سال بوده است (این شاخص‌ها در جدول نیامده است). شغل بیشتر زنان نمونه مورد مطالعه، خانه‌دار (۴۳/۲ درصد) و یا کارمند دولتی یا خصوصی (۳۰/۸ درصد) بوده است و این دو مقوله روی هم رفته، ۷۴ درصد از توزیع کل مشاغل را به خود اختصاص می‌دهد. زنان نمونه این مطالعه، بیشترشان از تحصیلات دانشگاهی (۹۶ نفر معادل حدود ۶۶ درصد) برخوردار بوده و تنها ۲۸ درصدشان دارای تحصیلات دبیرستان و پایین‌تر بوده‌اند. حدود ۶ درصد نیز بی‌سواد بوده‌اند. بر اساس انتظار و بستر دینی میدان تحقیق (شهر سمنان)، بیشتر پاسخگویان (۸۷ درصد معادل ۱۲۷ نفر) از زنان نمونه، سنی و بقیه شیعه بوده‌اند. در نهایت، بر اساس سؤال از مشروع بودن آخرین حاملگی مختوم به سقط جنین، مشخص شد که حدود ۸۲ درصد از سقط‌ها حاصل حاملگی مشروع (زندگی زناشویی) و حدود ۱۸ درصد ناشی از حاملگی فرازناشویی بوده است.

¹ Spearman's rho

² Mann-Whitney U

³ Kruskal-Wallis H

⁴ Binary Logistic Regression

جدول ۲. توزیع مصاحبه‌شوندگان بر حسب برخی از مشخصه‌های جمعیتی

سن	تعداد	درصد
۲۵ سال و پایین‌تر	۹	۶/۲
۲۶-۳۱ سال	۴۳	۲۹/۵
۳۲-۳۷ سال	۵۴	۳۷/۰
۳۸-۴۳ سال	۲۹	۱۹/۹
۴۴ سال و بالاتر	۱۱	۷/۵
شغل	تعداد	درصد
خانه‌دار	۶۳	۴۳/۲
کارمند	۴۵	۳۰/۸
خدماتی	۱۹	۱۳/۰
معلم/ دبیر آموزش و پرورش	۷	۴/۸
پزشک/ داروساز	۶	۴/۱
وکیل	۴	۲/۷
استاد دانشگاه	۲	۱/۴
تحصیلات	تعداد	درصد
بی‌سواد	۹	۶/۲
ابتدایی	۸	۵/۵
راهنمایی	۱۲	۸/۲
دیپلم	۲۱	۱۴/۴
فوق دیپلم	۲۰	۱۳/۷
لیسانس	۵۸	۳۹/۷
فوق لیسانس و بالاتر	۱۸	۱۲/۳
مذهب	تعداد	درصد
سُنی	۱۲۷	۸۷/۰
شیعه	۱۹	۱۳/۰
مشروع بودن حاملگی مختوم به سقط جنین	تعداد	درصد
بله	۱۲۰	۸۲/۲
خیر	۲۶	۱۷/۸
جمع در کل موارد	۱۴۶	۱۰۰/۰

در جدول ۳، مهمترین مقوله‌های کلیدی حاصل از مصاحبه با زنان مورد مطالعه در خصوص دلایل سقط جنین آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، ۶۴/۳ درصد از زنان در چهار مقوله «نداشتن شرایط مالی مناسب»، «هنوز برای بچه‌داری زود است چون تازه ازدواج کرده‌ام»، «ترس از شوهر، فامیل، خانواده و حفظ آبرو» و «نداشتن وقت و مشکلات کار و تعارض با بچه‌داری» توزیع شده‌اند. ۳۵/۷ درصد بقیه نیز در دیگر مقوله‌ها توزیع شده‌اند.

جدول ۳. توزیع مصاحبه‌شوندگان بر حسب مهمترین دلایل انجام سقط

دلایل سقط جنین	تعداد	درصد
نداشتن شرایط مالی مناسب	۳۱	۲۱/۲
کافی بودن تعداد فرزندی که دارم	۱۱	۷/۵
رسیدن به خود و نداشتن حوصله بچه‌داری	۸	۵/۵
هنوز برای بچه‌داری زود است چون تازه ازدواج کرده‌ام	۲۵	۱۷/۱
ترس از شوهر، فامیل، خانواده و حفظ آبرو	۲۰	۱۳/۷
سختی زندگی و عدم اطمینان به آینده	۱۲	۸/۲
نداشتن وقت و مشکلات کار و تعارض با بچه‌داری	۱۸	۱۲/۳
دارای فرزند معلول هستم	۵	۳/۴
بیوه هستم	۷	۴/۸
حاملگی ناخواسته بود	۹	۶/۲
جمع	۱۴۶	۱۰۰/۰

علاوه بر نتایج فوق، میانگین تعداد زایمان موفق و زنده و میانگین تعداد فرزند زنان نمونه در این مطالعه (نتایج نشان داده نشده است)، به ترتیب ۱/۰۶ و ۱/۰۳ مورد بوده و حداقل و حداکثر رقم در هر دوی این‌ها، صفر و ۴ بوده است. از طرف دیگر، میانگین تعداد سقط قبلی در بین زنان مورد مطالعه ۰/۷۶ صدم با حداقل صفر و حداکثر ۳ بود. همچنین، طبق اظهار پاسخگویان، ۶۵ نفر معادل ۴۴/۵ درصد سابقه انجام سقط قبلی نداشته و در واقع، این اولین تجربه سقط در زندگی آنان بوده است. اما به ترتیب ۵۳ نفر معادل ۳۶/۳ درصد، ۲۶ نفر معادل ۱۷/۸ درصد و ۲ نفر معادل ۱/۴ درصد از پاسخگویان، پیش‌تر سابقه یک مرتبه، دو مرتبه و سه مرتبه انجام سقط عمدی جنین را داشته‌اند. این نتایج گویای مسأله‌مند بودن سقط عمدی و رواج نسبتاً بالای آن در جامعه است و تا حدودی با دیگر مطالعات انجام گرفته در سایر نقاط کشور همسویی دارد. در ادامه به تحلیل روابط دومتغیره، یعنی همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین (مشخصه‌های جمعیتی) و وابسته (تجربه سقط) پرداخته می‌شود. به‌عنوان یک نکته مهم آماری باید گفت که؛ با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیر وابسته، از آزمون‌های مقتضی ناپارامتریک یعنی همبستگی اسپیرمن، یو-من-وایتنی و کروسکال والیس استفاده شده است. در جدول ۴، رابطه متغیرهای سن، تعداد زایمان موفق و تعداد فرزند موجود با میزان تجربه سقط جنین عمدی از طریق همبستگی اسپیرمن سنجیده و نشان داده شده است. اگرچه همه همبستگی‌ها مطابق با انتظار است و سن بیشتر با سقط کمتر همراه بوده است و برعکس، یا بین تعداد زایمان و تعداد فرزند موجود با میزان انجام سقط رابطه مستقیم وجود داشته است، اما این مقادیر از نظر آماری معنی‌دار نیست.

جدول ۴. همبستگی (اسپیرمن) بین متغیرهای جمعیتی و تجربه سقط جنین

متغیرهای جمعیتی	تجربه سقط جنین	سطح معنی‌داری	تعداد نمونه
سن	-۰/۰۸۲	۰/۳۲۶ ^{NS}	۱۴۶
تعداد زایمان موفق	۰/۰۲۲	۰/۷۹۲ ^{NS}	
تعداد فرزند موجود	۰/۰۲۰	۰/۸۱۳ ^{NS}	

^{NS} غیرمعنی‌دار

در جدول ۵، تفاوت تجربه سقط جنین عمدی بر حسب متغیرهای مذهب و مشروع بودن حاملگی از طریق آزمون یو-من-وایتنی سنجیده و نشان داده شده است. ملاحظه می‌شود که تجربه سقط جنین بر حسب مذهب از نظر آماری تفاوت معنی‌داری ندارد. اما در خصوص متغیر مشروع بودن حاملگی وضع فرق می‌کند؛ به‌طوری‌که، زنانی که حاملگی‌شان فرازناشویی بوده است میانگین رتبه آنان در سقط در مقایسه با زنان دارای حاملگی زناشویی بیشتر (۹۵/۴۲ در برابر ۶۸/۷۵) بوده است و این تفاوت در سطح یک درصد معنی‌دار است. این یافته، با انتظارات تئوریک و نیز پژوهش‌های قبلی همسویی دارد.

جدول ۵. تجربه سقط جنین بر حسب مذهب و مشروع بودن حاملگی، آزمون یو-من-وایتنی

متغیر و مقوله‌ها	تعداد نمونه	میانگین رتبه در سقط جنین	آماره آزمون	فرض معنی‌داری
مذهب	سنی	۷۲/۷۸	۱۱۱۵/۵۰۰	۰/۵۶۸ ^{NS}
	شیعه	۷۸/۲۹		
مشروع بودن حاملگی	بلی	۶۸/۷۵	۹۹۰/۰۰۰	۰/۰۰۲ ^{**}
	خیر	۹۵/۴۲		

^{NS} غیرمعنی‌دار ^{**} معنی‌دار در سطح ۱ درصد

در جدول ۶، تفاوت تجربه سقط جنین عمدی بر حسب متغیرهای شغل و سطح تحصیلات از طریق آزمون کروسکال والیس سنجیده شده است. ملاحظه می‌شود که تجربه سقط جنین بر حسب سطح تحصیلات از نظر آماری تفاوت معنی‌داری ندارد. اما در خصوص متغیر شغل وضع فرق می‌کند. طبق نتایج، میانگین رتبه سقط عمدی در سه گروه اساتید دانشگاه، وکلا و فرهنگیان در مقایسه با سایر گروه‌های شغلی به‌ویژه زنان کارمند و خانه‌دار به‌طرز معنی‌داری بالاتر و این تفاوت‌ها در سطح یک درصد معنی‌دار بوده است.

جدول ۶. تجربه سقط جنین بر حسب شغل و سطح تحصیلات، آزمون کروسکال والیس

متغیر و مقوله‌ها	تعداد نمونه	میانگین رتبه در سقط جنین	آماره آزمون	فرض معنی‌داری
خانه‌دار	۶۳	۶۸/۹۲	۱۹/۶۷۴	.۰/۰۰۳**
کارمند	۴۵	۶۵/۳۶		
خدماتی	۱۹	۷۹/۰۳		
فرهنگی	۷	۱۰۰/۵۰		
پزشک/داروساز	۶	۷۵/۶۷		
وکیل	۴	۱۳۱/۵۰		
استاد دانشگاه	۲	۱۳۱/۵۰		
بی‌سواد	۹	۸۵/۵۰	۹/۴۴۵	.۰/۱۵۰ ^{ns}
ابتدایی	۸	۴۰/۳۸		
راهنمایی	۱۲	۷۸/۹۲		
دیپلم	۲۱	۷۳/۰۲		
فوق دیپلم	۲۰	۷۸/۹۷		
لیسانس	۵۸	۶۹/۶۴		
فوق لیسانس و بالاتر	۱۸	۸۵/۵۳		

^{ns} غیرمعنی‌دار ** معنی‌دار در سطح ۱ درصد

در بخش پایانی تحلیل‌ها، برای پیش‌بینی احتمال انجام و تکرار سقط عمدی (۱ مرتبه یا بیش از ۱ مرتبه) براساس متغیرهای جمعیتی مورد بررسی در این مطالعه، از تحلیل رگرسیون لجستیک دو حالتی^۱ استفاده شد. از این تحلیل وقتی استفاده می‌شود که پژوهشگر قصد دارد مقادیر متغیر وابسته را که مقوله‌ای هستند، بر اساس ترکیبی از متغیرهای کمی یا مقوله‌ای پیش‌بینی کند (میرزا و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۸۶). نتایج این تحلیل که با روش پیش‌رونده^۲ انجام گرفت، در جدول ۷ با جزئیات آورده شده است. این تحلیل و مدل تا سه گام پیش رفته است. قبل از هر چیز، آزمون کل‌نگر ضرایب مدل^۳ در گام سوم با مقدار ۳۱/۱۳۳ با ۹ درجه آزادی برابر است (۹ پیش‌بین در مدل وجود دارد) و میزان پیش‌بینی از لحاظ آماری معنی‌دار است ($p < 0.001$). نیکویی برازش آماره (2-Log likelihood) برابر با ۱۶۹/۵۰۹ و حاکی از آن است که مدل رگرسیون لجستیک توانسته است برازش نسبتاً خوبی از داده‌ها بدست دهد. مقدار R^2 کاکس و اسنل برابر با ۰/۱۹۲ و مجذور R کاذب Nagelkerke برابر با ۰/۲۵۷ است. بر این اساس، می‌توان گفت که حدود ۲۶ درصد از واریانس مرتبط با انجام سقط جنین عمدی با متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شوند. آزمون هوسمر و لمشو در ردیف پایانی جدول نیز، که میزان تطابق احتمالات پیش‌بینی‌شده را با احتمالات مشاهده‌شده می‌سنجد، با مجذور کای ۹ و معنی‌داری ۰/۱۷۴، دلالت بر تطابق قابل قبول میان احتمالات پیش‌بینی‌شده و مشاهده‌شده، دارد. همچنین، با ورود پیش‌بینی‌ها در مدل و در گام سوم، صحت پیش‌بینی کلی مدل برابر با ۶۷/۸ درصد بوده است.

در نهایت بر اساس ستون‌های نسبت شانس و سطح معنی‌داری در جدول ۷، ملاحظه می‌شود که متغیر مشروع بودن حاملگی زنان تنها متغیری است که با کنترل سایر متغیرها رابطه معنی‌داری با تجربه سقط جنین عمدی داشته است. به عبارت دیگر، احتمال تجربه سقط جنین در بین زنانی که حاملگی فرازناشویی را تجربه نموده‌اند، ۳/۵۷۸ برابر بیشتر از زنانی است که حاملگی‌شان مشروع و در فرایند زناشویی رخ داده است. به علاوه، احتمال تجربه سقط جنین در بین زنان ۳۸ تا ۴۳ ساله و زنان ۲۶ تا ۳۱ ساله بیشتر از این تجربه در زنان ۲۵ ساله و پایین‌تر بوده است. همچنین، احتمال تجربه سقط در میان زنان دارای یک فرزند بیشتر از این احتمال در زنان بدون فرزند و سایر زنان بوده است، هر چند روابط مذکور از نظر آماری معنی‌دار نیستند.

¹ Binary Logistic Regression

² Forward Stepwise (Conditional)

³ Omnibus Tests of Model Coefficients

جدول ۷. تحلیل رگرسیونی (لوجستیک) تجربه سقط جنین در زنان مورد مطالعه

متغیر و مقوله‌ها	ضریب رگرسیون	خطای معیار	مقدار والد	نسبت شانس	سطح معنی‌داری
مشروع بودن حاملگی	۱/۲۷۵	۰/۶۰۵	۴/۴۳۶	۳/۵۷۸	۰/۰۳۵
۲۵ سال و پایین‌تر (مرجع)			۴/۰۸۶		۰/۳۹۴
۳۱-۲۶ سال	-۰/۲۲۶	۰/۷۹۸	۰/۰۸۰	۰/۷۹۸	۰/۷۷۷
۳۷-۳۲ سال	-۱/۰۶۵	۰/۹۱۴	۱/۳۵۷	۰/۳۴۵	۰/۲۴۴
سن					
۴۳-۳۸ سال	-۰/۱۹۴	۱/۰۲۸	۰/۰۳۶	۰/۸۲۴	۰/۸۵۱
۴۴ سال و بالاتر	-۲۲/۸۱۵	۱۲۸۴۳/۸۳۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹
۰ (مرجع)			۲/۹۹۳		۰/۵۵۹
۱	۰/۷۰۹	۰/۶۲۴	۱/۲۸۹	۰/۵۹۸	۰/۲۵۶
تعداد فرزند موجود					
۲	۰/۰۳۶	۰/۶۴۹	۰/۰۰۳	۰/۲۹۱	۰/۹۵۶
۳	۱/۳۲۶	۱/۳۰۷	۱/۰۲۹	۰/۲۹۱	۰/۳۱۰
۴	۴۳/۵۵۳	۳۱۱۸۸/۱۶۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹
مقدار ثابت	۰/۴۶۵	۰/۷۲۷	۰/۴۰۸	۱/۵۹۱	۰/۵۲۳
Omnibus Tests of Model Coefficients	مقدار خی دو: ۳۱/۱۳۳	درجه آزادی: ۹	معنی‌داری: ۰/۰۰۱ <		
-2 Log likelihood	۱۶۹/۵۰۹				
Cox & Snell R Square	۰/۱۹۲				
Nagelkerke R Square	۰/۲۵۷				
Hosmer and Lemeshow Test	مقدار خی دو مدل: ۹/۰۰۰	درجه آزادی: ۶	معنی‌داری: ۰/۱۷۴ >		

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه خانواده به‌عنوان یکی از نهادهایی که بیشترین روابط صمیمانه و عاطفی در آن نمود می‌یابد و به تعبیر آنتونی گیدنز^۱ تجلی‌گاه روابط ناب است (Giddens, 1992)، بیش از سایر نهادها و اشکال دیگر زندگی، تحت تأثیر تغییرات بسیار سریع فرا-جامعه‌ای و درون‌جامعه‌ای قرار گرفته است. نمود بارز این تغییرات که به‌عنوان مجموعه‌ای زنجیروار و متعاقب هم رخ می‌دهد و بیشتر تداعی‌کننده گزاره‌های مطرح در نظریه گذار جمعیتی دوم^۲ و ناظر بر تغییرات ساختار و روابط خانواده است، شامل افزایش سن ازدواج، افزایش میل به تجردگزینی، کنترل بر باروری و تصمیمات و تمایلات فرزندآوری به‌ویژه با توجه به رواج ارزش‌های برابری‌گرایانه جنسیتی و افزایش قدرت انتخاب و استقلال زنان، افزایش طلاق و بیوه‌گی، افزایش روابط خارج از چارچوب ازدواج رسمی (هم‌خوابگی) و ... است. در کنار تغییرات یادشده، دگرگونی‌های اقتصادی ناشی از صنعتی‌شدن و گسترش نظام سرمایه‌داری متأخر و تأکید بیش از حد بر سود و ارزش‌های کارمحور، هم خانواده را تحت فشار قرار داده و تمایل به تعهدات بلندمدتی چون ازدواج و تشکیل خانواده و فرزندآوری را کاهش داده است و هم فرزند را بسیار پُرخرج و گران کرده است. این عوامل، تقاضا برای دسترسی به کنترل مولید از جمله سقط جنین را افزایش داده است. بنابراین، در واکنش به مجموعه‌ای از تغییرات و عوامل ساختاری، اکنون سقط جنین عمدی-به‌ویژه در بستری (یعنی، ایران) که انجام آن از لحاظ قانونی ممنوع است، یکی از پدیده‌ها و شاید بهتر باشد بگوییم، یکی از مسائلی است که این روزها به صورت پنهانی در جامعه ظهور و نمود می‌یابد.

در ایران، علاوه بر شرایط و گزاره‌های نظری یاد شده که مسبب افزایش سقط جنین بوده‌اند، تأکید سفت و سخت بر ایدئولوژی خانواده‌گرایی و اخیراً تغییر سیاست‌های جمعیتی تحت عنوان قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به سمت افزایش جمعیت بدون زمینه‌سازی در زمینه حمایت مداوم از جوانان و خانواده (عدم وجود سیاست‌های دوستدار خانواده) و تنها نگرستن به سقط جنین از دریچه قانون و منع قانونی آن، زمینه‌ساز افزایش سقط جنین به‌ویژه از نوع عمدی بوده‌اند. این مطالعه بدون آنکه بخواهد سنندج را متمایز از کل بافت و ساختار جامعه ایران در نظر بگیرد، بر مسأله‌مند بودن سقط جنین در هر جایی از ایران ادعا دارد و همان‌طور که پیش‌تر نشان داده شد، در فضای رسانه‌ای و نوشتارهای علمی منتشر شده، به رواج نسبتاً بالای آن به‌ویژه در سال‌های اخیر و آن هم در گفتمانی که به خانواده ایرانی-اسلامی شهرت یافته-گویی در این نوع خانواده، خبری از پدیده‌های ناخوشایند

¹ Giddens

² Second Demographic Transition (SDT)

نیست، اشاره رفته است. این مطالعه به لحاظ شرایط و به‌ویژه نوع پژوهش و دسترسی به داده‌ها، نمونه‌ای پنهان از زنان دارای تجربه اولین یا بیش از اولین مرتبه سقط جنین عمدی در سال ۱۴۰۲ را هدف خود قرار داد.

طبق نتایج، ۴۴/۵ درصد از مصاحبه‌شوندگان این مطالعه برای اولین بار سقط عمدی را انجام داده و اما ۳۶ درصد از آنان، برای دومین بار و ۱۹/۵ درصد برای سومین مرتبه تجربه کرده بودند. همچنین در پرسش از دلایل سقط، بیش از ۶۴ درصد این زنان در چهار مقوله کلیدی «نداشتن شرایط مالی مناسب»، «زود بودن برای بچه‌داری و داشتن وقت کافی در آینده»، «ترس از خانواده اعم از شوهر، وابستگان و حفظ آبرو» و «نداشتن وقت و مشکلات کار و تعارض با بچه‌داری» طبقه‌بندی شده بودند. نتایج بسیاری از روابط دومتغیره در این مطالعه، طبق انتظار بودند؛ یعنی، بین سن، تعداد زایمان موفق و تعداد فرزند با تجربه سقط عمدی به ترتیب رابطه معکوس و مستقیم وجود داشت. اگرچه این روابط از نظر آماری معنی‌دار نبودند، اما با نتایج مطالعات قبلی همچون نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۱)، رازقی نصرآباد و سنجر (۱۳۹۶)، عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷)، سلیمی و همکاران (۱۴۰۰) و هانسن و همکاران (۲۰۰۹) همسو بوده‌اند. یکی از یافته‌های مهم در مطالعه حاضر آن بود که زنانی که از طریق فرازناشویی حامله شده بودند، به‌طور قابل توجه و معنی‌داری بیش از زنان دارای حاملگی زناشویی، سقط را تجربه کرده بودند. در تحلیل چندمتغیره نیز، فرازناشویی بودن حاملگی تنها متغیری بوده است که بعد از کنترل تمام متغیرهای مورد توجه در این مطالعه، بر تمایل به سقط و تجربه آن اثر معنی‌دار داشته است. این یافته نیز با نتایج مطالعاتی از قبیل نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۱)، عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷) و راسیر (۲۰۰۸) همسو بوده است. از نظر شغلی نیز، تفاوت‌ها معنی‌دار بود؛ به‌طوری که میانگین رتبه سقط عمدی در سه گروه اساتید دانشگاه، وکلا و فرهنگیان در مقایسه با سایر گروه‌های شغلی به‌ویژه زنان کارمند و خانه‌دار بالاتر و تفاوت‌های موجود در سطح یک درصد معنی‌دار بود. یافته مذکور نیز با نتایج مطالعات رضائی و پرتوی (۱۳۹۶) و عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷) همگرایی داشته است. اما تجربه سقط برحسب سطح تحصیلات تفاوت‌های معنی‌داری را نشان نداد که برخلاف نتایج مطالعات قبلی همچون رضائی و پرتوی (۱۳۹۶)، عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷)، محمودیانی و همکاران (۱۳۹۷) و سلیمی و همکاران (۱۴۰۰) بوده است.

در جمع‌بندی، می‌توان گفت که نتایج این مطالعه ضمن دارا بودن پشتوانه نظری و تأیید بسیاری از مفروضات و گزاره‌های نظری بررسی شده، به‌جز در مواردی محدود از پشتوانه تجربی نیز برخوردار بوده است. بالاتر بودن تجربه سقط در بین زنان مسن‌تر، زنان دارای زایمان موفق و دارای فرزند و نیز زنان در مشاغل رده‌بالاتر را می‌توان حاکی از تغییر موازنه قدرت زنان در ساختار خانواده و افزایش نسبی قدرت چانه‌زنی ایشان در خانواده و نزدیک شدن به آرمان‌های برابری‌گرایانه جنسیتی دانست که ارزش‌هایی بالاتر و فراتر از فرزند و فرزندآوری را پیش‌روی آنان قرار می‌دهد و داشتن فرزند یا فرزند بیشتر و ناخواسته را مانعی بر سر دستیابی به این ارزش‌ها و آرمان‌ها قرار می‌دهد. همان‌طور که گفته و نشان داده شد، حاملگی‌های فرازناشویی از عوامل اثرگذار بر تجربه سقط جنین عمدی بوده است. این حاملگی‌ها چه اینکه در بستر زندگی متأهلی و چه اینکه خارج از چارچوب زناشویی اتفاق افتاده باشند، گویای تغییرات مهم در زمینه روابط فرا-زناشویی و مؤید به جریان افتادن گذار جمعیتی دوم در ایران و مناطق فرعی‌تر آن است. تمامی عوامل و تغییرات صورت گرفته فوق که مسبب سقط جنین عمدی هستند، گویای حضور عقلانیت‌ابزاری در زندگی خانوادگی و افزایش فردگرایی و آرمان‌های خودتحقق‌بخشی، به مثابه رویکردی رفتاری و فکری در جهت دستیابی به اهداف فردی هستند و می‌تواند منجر به شکل‌گیری باورهای حامی انتخاب^۱ در خصوص سقط جنین در زنان باشد که در آن حقوق و آزادی زن با ارزش‌تر از حق زندگی جنین تلقی می‌گردد و لذا شرایط، سیاست‌ها و واکنش‌های خاص خود را می‌طلبد.

این مطالعه براساس نتایجی که بدست داد، پیش از هر چیز پذیرش برخی از واقعیات جدید رخ‌داده در زندگی خانوادگی امروز جامعه ایرانی و لزوم عدم انکار آن و انجام مطالعات دقیق برای شناخت سطح و روندهای این تغییرات را توصیه می‌کند. در وهله بعد، به‌عنوان دلالت‌های کاربردی و سیاستی، آموزش زنان در زمینه استفاده از وسایل پیشگیری مدرن و پیامدهای سقط جنین عمدی از نظر سلامتی برای زنان، ارتقای آگاهی عمومی در زمینه سلامت مادر و کودک و ذکر پیامدهای سقط جنین عمدی در رسانه‌های جمعی، توجه به نیازهای برآورده نشده زنان در زمینه وسایل پیشگیری از حاملگی، ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان به زنانی که به‌طور ناخواسته حامله شده‌اند، تلاش در جهت برقراری تعادل کار-خانواده و خانواده- کار برای زنان شاغل، فراهم آوردن زمینه ازدواج و تشکیل خانواده برای جوانانی که متمایل به ورود به تعهدات بلندمدت خانوادگی هستند و نیز تلاش در راستای پیاده‌سازی سیاست‌های دوستدار خانواده به‌ویژه در فضای تغییر سیاست‌های جمعیتی اخیر لازم و ضروری و از پیشنهادهای کاربردی مبتنی بر یافته‌های این مطالعه است. این پژوهش با محدودیت‌های ناخواسته‌ای از قبیل محدودیت نمونه‌ها (۱۴۶ نفر با وجود گسترش دادن

¹ Pro-choice

دامنه زمانی جمع‌آوری اطلاعات به طول شش ماه، محدودیت سؤالات و اطلاعات مورد پرسش و سخت بودن جلب اعتماد زنان نمونه برای همکاری در مصاحبه روبرو بوده است.

منابع

- بیگلی، لئونارد. (۱۴۰۲). *زوایای دیده؛ چگونه مسائل اجتماعی را بفهمیم؟* (ترجمه: عبدالله امینی). چاپ اول، کردستان: انتشارات دانشگاه کردستان.
- رازقی نصرآباد، حجه بی‌بی؛ سنجر، الهام. (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۵ (۲)، ۱۰۵-۱۳۶. <https://doi.org/10.22051/jwsp.2017.8299.1165>
- رضائی، مهدی؛ پرتوی، لطیف. (۱۳۹۶). وضعیت سقط جنین در میان زنان گُرد شهر مهاباد در سال ۱۳۹۵. *پرستاری ایران*، ۳۰ (۱۰۹)، ۳۲-۴۳. <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.30.109.32>
- سلیمی، یحیی؛ منصورنیا، محمدعلی؛ عبدالله‌پور، ابراهیم؛ نجات، سحرناز. (۱۴۰۰). شیوع سقط در زنان ۱۵ تا ۵۰ ساله تهران و تعیین‌کننده‌های آن: یک مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت. *اپیدمیولوژی ایران*، ۱۷ (۳)، ۲۳۶-۲۴۳. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-7033-fa.html>
- شمشیری میلانی، حوریه. (۱۳۸۵). سقط جنین عمدی. *پژوهش در پزشکی*، ۳۰ (۴)، ۲۶۳-۲۶۵. <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-377-fa.html>
- عرفانی، امیر؛ شجاعی، جواد. (۱۳۹۷). شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران: میزان‌ها، دلایل و تغییرات. *زنان، مامائی و نازائی ایران*، ۳۱ (۳)، ۶۴-۷۷. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2018.11065>
- لوکاس، دیوید؛ میر، پاول. (۱۳۸۱). *درآمدی بر مطالعات جمعیتی*. (ترجمه: حسین محمودیان). چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محمودیان، سراج‌الدین؛ احمدی، علی‌یار؛ جوادی، افشان. (۱۳۹۷). شیوع و عوامل مرتبط با سقط جنین در میان زنان روستایی استان فارس در سال ۱۳۹۴. *پرستاری ایران*، ۳۱ (۱۱۵)، ۵۱-۶۱. <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.31.115.51>
- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۱). *نتایج محاسبه میزان باروری کل با روش مستقیم با منابع مختلف داده به تفکیک استان طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰*. وبگاه داده‌ها و اطلاعات آماری، در <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28076>
- مشونیس، جان. (۱۳۹۵). *مسائل اجتماعی*. (ترجمه: هوشنگ ناییبی). جلد اول، چاپ اول، تهران: انتشارات پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- میرز، لارنس. اس؛ گامست، گلن. سی؛ گارینو، ای. جی. (۱۳۹۸). *تحلیل داده‌ها با استفاده از IBM SPSS*. (ترجمه: ولی‌الله فرزاد و همکاران). چاپ اول، تهران: انتشارات سمت.
- نیک‌پور، بهمن؛ مجلسی، فرشته؛ طل، آذر؛ اشراقی، نوشین. (۱۳۹۱). بررسی سقط عمد و عوامل مؤثر بر آن در مقایسه با سقط‌های غیرعمد در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های جنوب شهر تهران. *نسیم تندرستی*، ۱ (۳)، ۱۴-۲۰. https://jfh.sari.iau.ir/article_633404.html
- Agadjanian, V., & Yoo, S. H. (2018). Migration, legality, and fertility regulation: Abortion and contraception among migrants and natives in Russia. *Demographic Research*, 38(42), 1277-1302. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2018.38.42>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Beeghly, L. (2023). *Angles of Vision: How to Understand Social Problems*, (Translated to Persian by Abdollah Amini). 1st Edition, Kurdistan: University of Kurdistan Press. [In Persian].
- Berger, P. L. (1986). *The capitalist revolution*. Basic Books.
- Bongaarts, J., Frank, O., & Lesthaeghe, R. (1984). The proximate determinants of fertility in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 10(3), 511-537. <https://doi.org/10.2307/1973518>
- Erfani, A., & Shojaei, J. (2018). New evidence on induced abortion in Tehran, Iran: Rates, causes, and change. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 21(3), 64-77. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2018.11065>
- Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy*. Stanford University Press.
- Hansen, M.-L. H., Mølgaard-Nielsen, D., Knudsen, L. B., & Keiding, N. (2009). Rates of induced abortion in Denmark according to age, previous births and previous abortions. *Demographic Research*, 21(22), 647-680. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2009.21.22>

- Hayes, C. D. (Ed.). (1987). *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing* (Vol. 1). National Academy Press.
- Henshaw, S. K., & Kost, K. (1996). Abortion patients in 1994-1995: Characteristics and contraceptive use. *Family Planning Perspectives, 28*(4), 140-147, 158.
- Lenski, G. E. (1966). *Power and privilege: A theory of social stratification*. University of North Carolina Press.
- Lucas, D., & Meyer, P. A. (2002). *Beginning population studies*, (Translated to Persian by Hossein Mahmoudian), Tehran, University of Tehran Press. [In Persian].
- Luker, K. (1984). *Abortion and the politics of motherhood*. University of California Press.
- Macionis, J. I. (2016). *Social Problems* (Translated to Persian by Hooshang Nayebi), Volume 1, 1st Edition, Tehran: Research Institute of Culture, Art, and Communications Press. [In Persian].
- Mahmoudiani, S., Ahmadi, A., & Javadi, A. (2018). The prevalence and influential factors of abortion in the women in the rural areas of Fars Province, Iran, 2015. *Iran Journal of Nursing, 31*(115), 51-61. [In Persian].
<http://dx.doi.org/10.29252/ijn.31.115.51>
- McKeown, T. (1976). *The modern rise of population*. Academic Press.
- Meyers, L. S., Gamst, G. C., & Guarino, A. J. (2013). *Performing Data Analysis Using IBM SPSS*. Translated by Valli-Allah Farzad et al. Tehran, SAMT Publication. [In Persian].
- Nikpur, B., Majlesi, F., Tal, A., & Eshraghi, N. (2013). Assessment of induced abortions and its effective factors in comparison with spontaneous abortions among women refer to hospitals in south of Tehran. *Journal of Health Breeze, 1*(3), 14-20. [In Persian].
https://jfh.sari.iau.ir/article_633404.html
- Razeghi Nasrabad, H. B., & Sanjari, E. (2017). Factors associated with induced abortion: Lived experiences of women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological, 15*(2), 105-136. [In Persian]. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165>
- Rezaei, M., & Partovi, L. (2017). Abortion among Kurdish women from Mahabad in 2016. *Iran Journal of Nursing, 30*(109), 32-43. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.30.109.32>
- Rossier, C. (2007). Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso. *Demographic Research, 17*(2), 23-58. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2007.17.2>
- Salimi, Y., Mansournia, M., Abdollahpour, I., & Nedjat, S. (2021). Lifetime prevalence of abortion in 15-50-year-old females in Tehran and its predictors; A population-based cross-sectional study. *Iranian Journal of Epidemiology, 17*(3), 236-243. [In Persian]. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-7033-fa.html>
- Shamshiri Milani, H. (2006). Induced abortion. *Research in Medicine, 30*(4), 263-265. [In Persian].
<http://pejouhesh.sbm.ac.ir/article-1-377-fa.html>
- Statistical Center of Iran. (2022). *Results of calculating the total fertility rate using the direct method with different data sources by province during the years 2016-2021*. Statistical data and information, at: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28076>
- Väisänen, H. (2017). The timing of abortions, births, and union dissolutions in Finland. *Demographic Research, 37*(28), 889-916. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.37.28>
- Weber, M. (1958). *The Protestant ethic and the spirit of capitalism*. Scribner. (Original work published 1905)
- World Health Organization. (2024, May 17). *Abortion*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>