https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en

Strategic Research on Social Problems
E-ISSN: 3041-8623
Vol. 14(4), 19-50
Received: 03.02.2025 Accepted: 02.09.2025

Research Paper

A Difficult Decision in a Contradictory Space: A Qualitative Approach to the Causes and Contexts of Abortion in Tehran, Iran[1]

Hajieh Bibi Razeghi Nasrabad *
Associate professor of Demography, Faculty of Family Science, University of Tehran, Tehran, Iran
hrazeghi@ut.ac.ir
Soheila Sadeghi Fassaei
Professor of Sociology, Faculty of Social Science, University of Tehran, Tehran, Iran
ssadeghi@ut.ac.ir

Introduction
The phenomenon of abortion in Iran, despite stringent legal and religious limitations, presents a complex social issue within the realm of reproductive health. National laws permit this procedure only under specific circumstances (Research Center of the Islamic Consultative Assembly, Family Protection and Youth Population Law, Article 56), while religious decrees categorically deem intentional abortion as forbidden (harām). However, evidence suggests that these prohibitions do not fully deter women, who often turn to informal methods outside the healthcare system to terminate pregnancies (Razeghi Nasrabad & Sadeghi Fasaei, 2025). This paradox raises critical questions about the factors and contexts influencing women's decision-making in this area. Numerous studies exploring the reasons behind declining fertility in Iran (Abbasi Shavazi et al., 2020; Madiri & Tanha, 2023; Askari Nodoushan & Razeghi Nasrabad, 2023) identify economic considerations as the most significant factor. For many women, having more children incurs considerable costs and an unwanted pregnancy is not only against their wishes, but also is seen as a source of financial strain that threatens the family's economic stability. Additionally, social pressures and cultural norms play a crucial role. Research indicates that the desired number of children in Iran typically ranges from 2 to 2.5 (Razeghi Nasrabad & Abbasi Shavazi, 2020), prompting women to seek alignment between their childbearing choices and this societal expectation. In recent years, alongside policies promoting childbearing, access to contraceptive services has also undergone changes (Asadi Sarvestani & Sobotka, 2023). Given that nearly half of women obtain contraceptive methods from public health centers, any restrictions on these services can lead to an uptick in unwanted pregnancies and, consequently, unsafe abortions. These challenges highlight that understanding the causes of abortion cannot be achieved through a purely quantitative or descriptive lens; it necessitates a deeper qualitative investigation to uncover the intricate interplay of economic, social, cultural, and legal factors influencing this decision. This research employed a qualitative approach grounded in Grounded Theory to address the fundamental question of why women resort to abortion despite these extensive restrictions.

Materials & Methods

Given the sensitivity of the topic regarding individuals' experiences and decisions about continuing or terminating a pregnancy, this research adopted a qualitative approach that prioritized confidentiality and the nuances of personal decision-making. The aim was to identify and understand the decision-making process, focusing on the interactions and contextual conditions that influenced it. To achieve this, we employed the grounded theory method (Strauss & Corbin, 1997), which was inherently process-oriented and capable of deriving theoretical models from real-world data. The coding process was conducted in 3 stages. In the first stage, each interview was subjected to open coding, where phrases, statements, and indicative codes were extracted individually.

*Corresponding author
Razeghi Nasrabad, H.B., & Sadeghi Fassaei, S. (2025). A difficult decision in a contradictory space: A qualitative approach to the causes and contexts of abortion in Tehran, Iran. *Strategic Research on Social Problems*, *14*(4), 19-50. https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

[1] The data for the manuscript were extracted from a research project conducted at the University of Tehran with funding provided by the Research Institute for Culture, Art, and Communication.

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

In the second stage, following open coding, initial concepts were identified. Through iterative examination and comparison of the data, these initial concepts and codes were merged and classified into broader categories referred to as axial categories. Finally, after aggregating these axial categories and their subcategories, we derived a main or core category that encapsulated all other categories and their interrelationships.

Discussion of Results & Conclusion

The findings of this qualitative study conducted by using the grounded theory method (Strauss & Corbin, 1997) revealed that women's decision-making regarding abortion was influenced by a complex interplay of factors that could be categorized into 3 general groups: causal factors, contextual factors, and intervening factors. These factors culminated in the core category of "difficult decision in a contradictory space".

Causal factors encompassed 3 primary elements: economic, medical, and occupational. Economic pressures, such as financial strain, an inability to afford living and child-rearing expenses, and a lack of sufficient support, led women to perceive significant financial hardship associated with the birth of a new child. This finding aligns with studies by Chae et al. (2017), Biggs, Gould, and Foster (2013), Abdoljabari et al. (2015), and Razeghi and Sanjari (2016) and can be framed within Becker's (1976) rational choice theory. Medical issues, including diagnosed fetal abnormalities and the mother's physical or mental health challenges, made pregnancy a daunting and unwanted experience for some women. Additionally, occupational pressures—such as fears of job loss, job insecurity, and the difficulty of balancing work and family—were significant factors, particularly for working women.

Contextual factors provided the backdrop, against which the decision to terminate a pregnancy was made. These included social norms and fertility customs, which typically defined the ideal family size as around two children (Razeghi Nasrabad & Abbasi Shavazi, 2020). Pregnancies that fell outside this framework—such as those occurring shortly after the birth of a previous child or during engagement—often faced social judgment and pressure. This phenomenon could be analyzed through the lens of the theory of planned behavior, particularly the component of subjective norms (Ajzen & Klobas, 2013; Fishbein & Ajzen, 1975). Another contextual factor was the level of knowledge and awareness among individuals regarding contraceptive methods and the laws and religious rulings governing abortion. Insufficient knowledge and incomplete information as noted in studies by Makleff et al. (2019), Navis, Krishnamoorthy, and Dongre (2015), and White et al. (2016) contributed to unwanted pregnancies and subsequent abortions.

Intervening factors were those that could either facilitate or hinder the decision-making process regarding abortion. Difficult past experiences related to pregnancy and childbirth—such as postpartum depression—or a lack of adequate family support often lead women toward the decision to terminate a pregnancy. Personal attitudes and religious beliefs also play a dual role: on the one hand, religious women may be less inclined to consider abortion (consistent with the findings of Barkan (2014) and Saraei and Roshan Shomal (2012), as well as Lesthaeghe's (2022) theory of the second demographic transition); on the other hand, some individuals may view abortion as permissible under certain circumstances, despite their religious and Sharia beliefs. The most significant intervening factor identified was policies and laws. Changes in government policies regarding the provision of free contraceptive methods (as noted by Asadi Sarvestani & Sobotka, 2023) and the absence of adequate supportive laws for childbearing placed many women in socio-economic hardships, prompting them to consider abortion as an adaptive strategy. This aligns with the institutional explanation approach to fertility (McNicoll, 2009), as well as risk avoidance theory (Fiori et al., 2013; Matysiak et al., 2021).

Ultimately, these intertwined factors positioned women within a "difficult decision in a contradictory space". This space was characterized by population growth policies and restrictive laws, where many viewed abortion as a sin and were hesitant to consider it, while socio-economic structures failed to provide necessary support for motherhood. In this context, abortion emerged not as a simple personal choice, but as an adaptive and often unwanted response to structural constraints.

This study concluded that a comprehensive understanding of this phenomenon necessitates a health-oriented approach, increased public awareness, implementation of supportive family policies, and further research to explore the hidden dimensions of this issue.

Keywords: Abortion, Women, Childbearing, Low Fertility, Iran.

.
.

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی
سال چهاردهم، شماره پیاپی (۵۱)، شماره چهارم، ۱٤۰٤، ص ۵۰-۱۹
تاریخ دریافت: ۱٤۰۳/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱٤۰٤/۰٦/۱۱

مقاله پژوهشی

تصمیم دشوار در فضایی متناقض: رویکردی کیفی به علل و زمینه‌های سقط جنین در شهر تهران[۱]

حجیه‌بی‌بی رازقی نصرآباد *، دانشیار جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران
hrazeghi@ut.ac.ir
سهیلا صادقی فسایی، استاد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
ssadeghi@ut.ac.ir

چکیده

پدیدهٔ سقط جنین در ایران، یکی از موضوعات حساس و چالش‌برانگیز در حوزهٔ سلامت و سیاست‌گذاری اجتماعی و جمعیتی است. هدف از مطالعه این است که نشان دهد چرا زنان در ایران باوجود محدودیت‌های مذهبی، قانونی و اجتماعی به سقط جنین روی می‌آورند. رویکرد مطالعه کیفی با روش نظریهٔ داده‌بنیاد و ابزار جمع‌آوری اطلاعات مشاهده و مصاحبه عمیق بوده است. تعداد افراد نمونه ٤٦ زن ازدواج‌کرده در شهر تهران است که به‌صورت هدفمند و گلوله برفی و مراجعه به پزشک و ماما شناسایی شدند. یافته‌ها نشان داد که تصمیم به تداوم یا خاتمهٔ بارداری نمی‌تواند فقط با انتخاب شخصی افراد قابل‌توضیح باشد، بلکه پدیده‌ای چندعلیتی است و تصمیمات مرتبط با آن متأثر از محدودیت‌های ساختاری، قوانین، سیاست‌ها، شرایط و زمینه‌های فردی و خانوادگی است. روایت افراد از دلایل تصمیم به سقط جنین در هفت مقولهٔ محوری شامل «مشکلات اقتصادی و معیشتی»، «مشکلات روانی و عاطفی»، «ریسک‌های پزشکی»، «عرف اجتماعی و فشارهای اجتماعی و فرهنگی»، « بی‌ثباتی و مشکلات شغلی »، «ناآگاهی، محدودیت و پیشگیری ناکارآمد»، «باورهای مذهبی و نگرش به سقط جنین» و «نظام سیاست‌گذاری ناهماهنگ با نیازهای خانواده»، نمود می‌یابد که حکایت از تقاطع‌یافتگی علل دارد. تحلیل داده‌های این پژوهش به شناسایی مقولهٔ هسته با عنوان «تصمیم دشوار در فضایی متناقض» منجر شد که نشان‌دهندهٔ وضعیت پیچیده‌ای از ابهام، ترس، تردید و عدم قطعیت است که زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته یا چالش‌زا تجربه می‌کنند این تصمیم دشوار در فضایی رخ می‌دهد که در آن سقط‌جنین نه به‌مثابه انتخابی رضایت‌بخش بلکه به‌عنوان راهبرد انطباقی با تنگناهای ساختاری بازتعریف می‌شود. این پژوهش الگوی پویای تعامل عوامل مختلف را نشان می‌دهد که در آن نقش عواملی نظیر باورهای مذهبی یا فشارهای اقتصادی در گرو شدت و جهت‌گیری شرایط دیگری همچون ریسک پزشکی و برخورداری از حمایت اجتماعی و خانوادگی است.

واژه‌های کلیدی: سقط جنین، زنان، فرزندآوری، باروری پایین

*نویسنده مسئول

رازقی نصرآباد، حجیه‌بی‌بی. و صادقی فسایی، سهیلا. (۱٤۰٤). تصمیم دشوار در فضایی متناقض: رویکردی کیفی به علل و زمینه‌های سقط جنین در شهر تهران. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی*، ۱٤(٤)، ۱۹-۵۰. https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

۱ این مقاله مستخرج از طرحی با عنوان «سطح دانش زنان از موانع فرهنگی اجتماعی سقط جنین در ایران: مورد مطالعه زنان متاهل شهر تهران» است که در سال ۱٤۰۳-۱٤۰٤با حمایت مالی پژوهشگاه فرهنگ هنر و ارتباطات در دانشگاه تهران انجام شده است.

3041-8623/ © University of Isfahan
This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

مقدمه

پدیدهٔ سقط جنین در ایران، به‌رغم محدودیت‌های قانونی که این اقدام را تنها در شرایط خاصی مجاز می‌دانند (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱٤۰۰، مادهٔ ٥٦) و همچنین محدودیت‌های مذهبی که سقط عمدی جنین را حرام می‌داند، کماکان به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی در حوزهٔ سلامت باروری مطرح است و سؤالات متعددی را دربارهٔ دلایل تصمیم‌گیری زنان برای سقط جنین در بستر اجتماعی فرهنگی جامعهٔ ایران مطرح می‌کند.

در مطالعات متعددی که درخصوص علل کاهش باروری انجام شده است (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۹۹؛ مدیری و تنها، ۱٤۰۲؛ عسکری ندوشن و رازقی نصرآباد، ۱٤۰۲)، عوامل اقتصادی از مهم‌ترین دلایل کاهش باروری شناخته شده‌اند. در این مطالعات بسیاری از زنان داشتن فرزند بیشتر را هزینه بر تلقی می‌کنند و ازاین‌رو به دلایل اقتصادی تمایلی برای داشتن فرزند بیشتر ندارند و در چنین شرایطی وقوع بارداری بیشتر از دو فرزند به‌عنوان بارداری ناخواسته یا بیش‌برآورده (علی‌مندگاری و همکاران، ۱۳۹٦؛ Razeghi Nasrabad et al., 2018) تلقی شده است. برای این افراد بارداری ناخواسته نه‌تنها به‌عنوان موضوعی که با خواست و تمایل آنها همسو نیست، بلکه به‌عنوان عامل فشار اقتصادی و عامل برهم‌زنندهٔ تعادل اقتصادی خانواده درک شده است؛ علاوه‌براین، فشارهای اجتماعی و فرهنگی نقش پررنگی در تمایل زنان برای محدودکردن تعداد فرزندان دارند. براساس مطالعات انجام‌شده بُعد مطلوب فرزندآوری در ایران ۲/۳ تا ۲/٥ فرزند است (Razeghi Nasrabad & Abbasi Shavazi, 2020). و بسیاری از افراد تلاش می‌کنند فرزندآوری خود را پیرامون هنجار دوفرزندی حفظ کنند. همچنین درحال حاضر طول دورهٔ فرزندآوری به سالهای معدودی، محدود می‌شود و بسیاری از زنان در سنین ۲۸ تا ۳۲ سال تعداد فرزندان مدنظر را به دنیا می‌آورند و در باقی سالهای حیات باروری، رفتار پیشگیرانه از بارداری را اتخاذ می‌کنند. درحالی‌که این نگرش‌ها و رفتارهای باروری جدید در زنان روبه‌گسترش است و روندهای کاهش باروری درسالهای اخیر نیز بر آن صحه می‌گذارد، در چارچوب سیاست‌های افزایش باروری، تغییراتی در برنامه‌های دولتی درخصوص ارائهٔ روش‌های پیشگیری از بارداری ایجاد شده است (Asadi Sarvestani et al., 2023)، بر طبق مطالعهٔ اسدی سروستانی و همکاران (2023) حدود ۵۰درصد از زنان داروهای ضدبارداری خود را از مراکز بهداشتی دولتی دریافت می‌کنند و ازاین‌رو هرگونه محدودیت در دسترسی به این خدمات مساوی با مشکلات فزاینده‌ای مانند بارداری ناخواسته، سقط جنین غیرقانونی و مرگ‌ومیر مادران است.

باوجود احکام مذهبی و قوانین سختگیرانه برای سقط جنین (محسنی، ۱۳۸٤: ۳۹٥؛ محمدی، ۱۳۸٥؛ رستمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸٥)، به نظر می‌رسد این قوانین از بازدارندگی کافی در وقوع سقط جنین برخوردار نیستند و مشاهده می‌شود که برخی از زنان تصمیمات سقط خود را از مسیری غیرقانونی و خارج از سیستم رسمی بهداشتی کشور دنبال می‌کنند (رازقی نصرآباد و صادقی فسایی، ۱٤۰٤). در اینجا این پرسش کلیدی مطرح است که آیا ساختارهای اقتصادی، چارچوب قانونی موجود، سیاست‌گذاری‌های اخیر جمعیتی، زنان را به اتخاذ چنین تصمیماتی سوق می‌دهند؟ آیا این شرایط و عوامل به تنهایی می‌توانند تصمیم به سقط جنین زنان را توضیح دهند؟ این سؤالات، ضرورت بررسی دقیق‌تر چرایی سقط جنین عمدی در ایران را برجسته می‌سازد. پیداست که درک چرایی وقوع سقط جنین عمدی در ایران با روش‌های کمّی و صرفاً توصیفی میسر نمی‌شود و این رویکردها نمی‌توانند به‌طور کامل پیچیدگی و درهم‌تنیدگی علل متعدد این مسئله را بازنمایی کنند. این تحقیق تلاش می‌کند تا با استفاده از رویکرد کیفی و تئوری زمینه‌ای[1] فهم جامع‌تری از این پدیده را ارائه کند و به این سؤال اساسی پاسخ دهد که چرا زنان باوجود محدودیت‌های مذهبی، قانونی و اجتماعی به سقط جنین روی می‌آورند؟

[1] Grounded Theory

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

پیشینهٔ تحقیق

پک[1] و همکاران (2023) به دلایل اجتماعی سقط جنین در زنان در سنگاپور پرداختند. نتایج نشان داد که زنان متأهل درهنگام سقط سن بالاتری (۲۹/۵ سال در مقابل ۲٤/۵ سال برای مجردین)، تعداد فرزندان زنده و مدارک تحصیلی بالاتری داشته‌اند. دو دلیل اصلی ذکرشده برای سقط جنین در میان زنان متأهل، داشتن فرزند کافی (٤۲درصد) و ناتوانی در تأمین مالی فرزند دیگر (۱۸.۷درصد) بوده است. هاتن و ایلماز[2] (2020) در مطالعه‌ای نشان دادند که سقط جنین در ترکیه بیشتر با توصیهٔ پزشکان و در متأهلین، در سنین ٤۵ تا ٤۹ سال، در مناطق شهری و افرادی گزارش شده است که صاحب فرزند هستند. براساس مطالعهٔ بزکورت[3] و همکاران (2004) در ترکیه، ۲۳درصد از افرادی که در این کشور سقط جنین انجام می‌دهند، کسانی هستند که از روش‌های پیشگیری از بارداری ناکارامد استفاده کرده‌اند. دلیل اصلی سقط جنین نخواستن فرزند بیشتر بوده است. اعتقادات مذهبی قوی، استفاده از ابزار پیشگیری از بارداری مؤثر و کاهش رفاه با کاهش سقط جنین همراه بوده است.

لیم[4] و همکاران (2012) در مطالعه‌ای در سنگاپور دلایل نوجوانان برای درخواست سقط جنین را تمایل به ادامهٔ تحصیل یا محافظت از آیندهٔ خود در برابر بار مادرشدن در سنین کم دانستند. فقر، ترس از دست دادن موقعیت اجتماعی و فشار خانواده‌ها از دیگر دلایل رایج سقط جنین بود. برای نوجوانان جوان‌تر، بارداری به احتمال زیاد ناشی از تجاوز جنسی، زنای با محارم یا فعالیت‌های جنسی است که باعث تحریک بیشتر سقط جنین در بین دختران می‌شود. فینر[5] و همکاران (2005) در مطالعه‌ای ترکیبی در ایالات متحده دربارهٔ دلایل سقط جنین زنان نشان دادند که داشتن فرزند در حین تحصیل، مسائل مرتبط با کار و مراقبت از فرزند، ناتوانی برای تأمین هزینه‌های نوزاد، داشتن فرزندان کافی و نداشتن آمادگی بچه‌دارشدن از مهم‌ترین دلایل سقط جنین است. در این مطالعه زنان جوان‌تر اغلب گزارش دادند که برای انتقال به مادری آمادگی ندارند، درحالی‌که زنان مسن‌تر مسئولیت خود را در قبال افراد تحت تکفل ذکر کردند. در مطالعهٔ بیگز و همکاران[6] (2013) در ایالات متحده موضوعات غالب که به‌عنوان دلایل درخواست سقط جنین شناسایی شدند شامل دلایل مالی (٤۰درصد)، زمان‌بندی (۳٦درصد)، دلایل مرتبط با شریک زندگی (۳۱درصد) و نیاز به تمرکز بر سایر کودکان (۲۹درصد) بود. بر طبق مطالعهٔ چای[7] و همکاران (2017) بیشترین دلایل ذکرشده برای سقط جنین در ۱٤ کشور از مناطق مختلف جهان (شامل ترکیه، ایالات متحده، آذربایجان، سوئد، روسیه، نپال، غنا، جامائیکا، گرجستان، بلژیک، گابن، جمهوری کنگو، جمهوری قرقیزستان و ارمنستان) نگرانی‌های اجتماعی–اقتصادی یا کم‌کردن تعداد فرزندان بود. زنان جوان و مجرد به دلیل نداشتن امکانات مالی برای بزرگ‌کردن کودک یا احساس اینکه داشتن فرزند در فرصت‌های آیندهٔ آنها اختلال ایجاد می‌کند، سقط جنین انجام می‌دهند. براساس این مطالعه زنان در سنین جوانی بچه‌دار می‌شوند و در سنین نسبتاً جوانی به اندازهٔ خانواده مدنظر خود می‌رسند؛ درنتیجه،سالهای بیشتری را از بارداری پیشگیری می‌کنند، درحالی‌که هنوز بارور هستند و در معرض خطر بیشتری برای بارداری ناخواسته قرار دارند. در مطالعهٔ کیفی که ناویس و همکاران[8] (2015) در سریلانکا انجام دادند، شایع‌ترین دلیل برای سقط‌های مکرر حاملگی ناخواسته، تکمیل خانواده و به دنبال آن فاصلهٔ کم موالید، دلایل بهداشتی، مالی و اجتماعی بود. بیشتر پاسخ‌دهندگان از روش‌های طبیعی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و تصورات نادرست زیادی دربارهٔ استفاده از وسایل پیشگیری وجود داشت. آگاهی از داروهای ضدبارداری، آگاهی از وضعیت قانونی سقط جنین، محدودیت زمانی و نشانه‌های سقط قانونی در این زنان تقریباً ناچیز بود.

شیردل و همکاران (2024) در مطالعه‌ای مروری نشان دادند که سقط جنین در ایران متأثر از عوامل مختلف

[1] Pek
[2] Hatun and Yılmaz
[3] Bozkurt
[4] Lim
[5] Finer
[6] Biggs
[7] Chae
[8] Navis

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و دسترسی به خدمات تنظیم خانواده است. براساس این مطالعه عواملی که در بارداری ناخواسته نقش دارند، عبارت‌اند از: نگرش به سقط جنین، دانش دربارهٔ سلامت باروری، دسترسی به خدمات بهداشت باروری و تمایلات باروری و غیره. ازدواج فامیلی علاوه‌بر عوامل بهداشتی و پزشکی، نقش مهمی در سقط جنین خودبه‌خود و درمانی دارد. بیشترین سقط جنین‌های غیرقانونی توسط زنان از طبقات اجتماعی-اقتصادی بالاتر و سقط جنین‌های پزشکی و خودبه‌خودی توسط زنان از طبقات اجتماعی-اقتصادی کمتر برخوردار گزارش شده است.

براساس مطالعهٔ عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷) احتمال سقط در بین زنان با تحصیلات بیشتر، ثروتمندتر، شاغل و کمتر مذهبی، مهاجرین شهری و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. براساس این مطالعه برخلاف تولدها که در سنین قبل از ۳۵ سالگی رخ می‌دهند، بیشتر سقط‌ها پس از ۳۵ سالگی رخ می‌دهند و این امر حاکی‌ازاین است که بیشتر سقط‌ها برای جلوگیری از بارداری ناخواسته است. همچنین نیمی از سقط‌ها نتیجهٔ شکست روش عزل است، اما فقط یک‌سوم از تجربه‌کنندگان این شکست پس از سقط به روش مدرن پیشگیری روی آوردند. براساس مطالعهٔ محمودیانی و همکاران (۱۳۹۷) حدود ۲۲درصد زنان روستایی در استان فارس، حداقل یک بار سقط را تجربه کرده‌اند. تحصیلات زنان و همسران آنها و نیز مذهب با تجربهٔ سقط جنین رابطهٔ معنی‌داری داشته است و احتمال تجربهٔ سقط در بین زنان با تحصیلات دانشگاهی، پایین‌تر از زنان با سطوح تحصیلی کمتر است. در پژوهشی کیفی از رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹٦) نیز بیان شده است که سقط جنین در فرایندی از ارزیابی هزینه- فایده و اجتناب از خطرات و آسیب‌های احتمالی در آینده رخ می‌دهد. براساس این مطالعه در شرایطی نظیر فرزندآوری خارج از عرف، اعتیاد همسر، اختلاف خانوادگی، احساس ناامنی در زندگی مشترک، مشکلات مالی و اقتصادی، مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری و ناسازگاری کار و فرزندآوری، هزینه‌های (مادی -غیرمادی) ادامهٔ حاملگی و تولد فرزند ناخواسته، بیشتر از هزینه‌های سقط جنین ارزیابی می‌شود و افراد سقط جنین را کنشی عقلانی و برای اجتناب از پیامدها و آسیب‌های احتمالی در آینده در نظر می‌گیرند. بر طبق مطالعهٔ عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) شایع‌ترین علت انجام سقط، حدود ۲۰درصد مشکلات مالی، ۱۵درصد اختلافات خانوادگی، ۱۳درصد مشکلات روحی و روانی، ۱٦درصد حاملگی قبل از شروع زندگی مشترک (در دوران عقد و نامزدی)، ۸درصد حاملگی در دوران شیردهی، ۷درصد داشتن تعداد زیاد فرزند و مابقی به دلایلی نظیر سن کم در زمان حاملگی، اعتیاد، بیماری‌های جسمی و... است. ظفری دیزجی (۱۳۹۳) نشان داد که زنان از سقط جنین به‌عنوان روشی برای حل مشکل فرزند ناخواسته و رهایی و آسایش خود و خانوادهٔ خویش با هر توجیهی استفاده کرده و در این فرایند برای کسب تأیید و توجیه خویش، رضایت و حمایت همسر خویش را به هر نحو جلب می‌کنند و تاآنجاکه ممکن است این مسئله را از اطرافیان مخالف، پنهان می‌سازند و پذیرای کلیهٔ پیامدهای آن شده و این پیامدها در بیشتر زنان مثبت تلقی می‌شوند. نتایج این مطالعه به‌وضوح «خودمحوری زنان» را در این گروه نشان داده است. همچنین بیشترین علل مؤثر بر پدیدهٔ سقط جنین، حول محور«علل و شرایط مادری» بوده و می‌توان گفت زنان در عصر حاضر در پی «تحقق حداکثری انتظارات» مدرن خویش در خانواده و جامعه هستند که متعاقب «تغییرجهانی تفکر و بینش» در زنان و مادران و تضعیف ارزش‌های سنتی جامعه ایجاد شده است. در مطالعهٔ کیفی نجاتی حاتمیان (۱۳۹۳) نگرانی برای سلامت جسمی خود، نگرانی از به مخاطره افتادن حیثیت اجتماعی در شرایط بارداری در ازدواج موقت یا زمان عقد، سستی دیدگاه‌های مذهبی، نقش همسر و نظر تأییدکننده دیگران به سقط جنین عمدی از دلایل مهم سقط جنین شناسایی شده‌اند.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در سطح بین‌المللی تحقیقات دربارهٔ دلایل زنان برای سقط جنین درخور توجه است؛ اما در ایران به دلایل حساسیت‌های مذهبی و فرهنگی تحقیقات در زمینهٔ سقط جنین‌های ارادی محدود است؛

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

علاوه‌برآن عمدتاً مطالعاتی که در زمینهٔ علل و چرایی سقط جنین انجام شده‌اند، از نوع کمّی بوده است. این محدودیت فقط به تحقیقات داخل کشور مربوط نیست، در سطح بین‌المللی نیز تحقیقات کیفی محدود هستند؛ درحالی‌که روش‌های کمّی و تنها توصیفی، نمی‌توانند به‌طور کامل پیچیدگی این مسئله را بازنمایی کنند؛ ازاین‌رو این پژوهش قصد دارد با بهره‌گیری از رویکرد کیفی و تئوری زمینه‌ای، تصویری جامع و عمیق از دلایل تصمیم به سقط جنین ارائه دهد. البته این مطالعه باتوجه‌به ماهیت روشی و حجم نمونه، ادعای تعمیم به شرایط زمانی و مکانی دیگر ندارد.

چارچوب مفهومی پژوهش

در تحقیقات کیفی، از چارچوب نظری به شیوهٔ رایج در تحقیقات کمّی استفاده نمی‌شود. این مطالعه با روش کیفی انجام شده است؛ بنابراین، مرور نظریه‌های مرتبط با موضوع نه با هدف نظریه‌آزمایی بلکه با هدف ارتقای حساسیت نظری تحقیق انجام شده است. در جامعهٔ ایران که از دیرباز ارزش‌های مذهبی و فرهنگی در بسیاری از ابعاد خانواده ریشه دوانیده، تصمیم به سقط جنین عمدی، بازتابی از تغییرات اجتماعی–فرهنگی گسترده و نشانه‌ای از تغییر اولویت‌ها و ارزش‌ها در جامعه است. این پژوهش، با تکیه بر نظریه‌های گذار دوم جمعیتی، انتخاب عقلانی، اجتناب از خطر، رفتار برنامه‌ریزی‌شده و تبیین نهادی تلاش می‌کند تا این مسئلهٔ پیچیده را تحلیل کند.

نظریهٔ گذار دوم جمعیتی بر نقش تغییرات نگرشی و فرهنگی در شکل‌دادن به ایدئال‌های فردی دربارهٔ خانواده و تبیین تحولات باروری تأکید دارد (Zaidi & Morgan, 2017; Lesthaeghe, 2014, 2022; Bystrov, 2014). درحالی‌که گذار اول جمعیتی بیشتر به تغییرات در سطح اقتصادی و اجتماعی مرتبط بود، گذار دوم به تغییرات فرهنگی و ارزشی نسبت‌به خانواده و باروری مربوط می‌شود. در این فرایند، ارزش‌های فردی همچون آزادی انتخاب، خودتحقق‌بخشی و توسعهٔ شخصیت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. این تغییرات به‌ویژه در جوامع توسعه‌یافته مشهود است و به‌تدریج به کشورهای دیگر نیز منتقل می‌شود. یکی از ویژگی‌های اصلی گذار دوم این است که تمایل به خودتحقق‌بخشی و استقلال فردی به‌ویژه در میان زنان باعث شده است تا نگرش‌ها به خانواده و باروری تغییر کند. پیش‌ازاین، تشکیل خانواده و پدر و مادر شدن در بسیاری از جوامع به‌ویژه برای زنان در اولویت بود؛ اما با گذر زمان و گسترش فردگرایی، این نگرش‌ها تغییر کرده است. به‌ویژه در میان زنان تحصیل‌کرده و شاغل، اهمیت فرزندآوری کمتر شده و ممکن است حتی به‌عنوان مانعی برای پیشرفت شخصی و اجتماعی در نظر گرفته شود. لستهاق[1] (2014) و وندکا[2] (1987) در آثار خود به این نکته اشاره دارند که با افزایش سطح آموزش و وضعیت اقتصادی، افراد بیشتر به دنبال خودتحقق‌بخشی و استقلال فردی هستند. این تغییرات ارزشی می‌تواند به کاهش تمایل به باروری، افزایش استفاده از وسایل پیشگیری و تمایل برای سقط جنین منجر شود. به‌طورکلی در جوامع مدرن، افراد تمایل دارند که اولویت را به ارزش‌های فردی، توانمندسازی شخصی و استقلال بدهند که این امر به کاهش وابستگی به ساختارهای سنتی مانند خانوادهٔ گسترده و تغییر نگرش‌ها به باروری منجر می‌شود.

نظریهٔ انتخاب عقلانی (Becker, 1960) به این اصل اشاره دارد که افراد در تصمیمات باروری خود از روی محاسبات منطقی و عقلانی اقدام می‌کنند. افراد ارزیابی می‌کنند که آیا منافع حاصل از داشتن فرزند بیش از هزینه‌ها و ریسک‌های اقتصادی و اجتماعی آن است یا خیر. این ارزیابی شامل درک فرد از منابع اقتصادی، امکانات اجتماعی و وضعیت آینده خود است. در همین چارچوب نظریهٔ اجتناب از خطر نیز با در نظر گرفتن کنش عقلانی بیان می‌کند که در شرایط ناامنی اقتصادی، اجتماعی و شغلی، افراد بیشتر تمایل دارند که از ریسک‌های بزرگ بپرهیزند. آنها در شرایطی که آینده را پیش‌بینی‌ناپذیر و توأم با خطرات اقتصادی و اجتماعی ارزیابی کنند، تمایل دارند که تشکیل خانواده و داشتن فرزند را به تأخیر بیندازند یا حتی از آن صرف‌نظر کنند. رویکرد اجتناب و دوری از خطر فرض را بر این می‌گذارد که افراد در وضعیت ناامنی و نابسامانی

[1] Lesthaeghe

[2] Van De Kaa

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

اقتصادی، به‌جای سرمایه‌گذاری بر روی داشتن فرزند که با ناامنی و هزینهٔ بیشتر همراه است، سرمایه‌گذاری بر روی امنیت و منافع اقتصادی (پس‌لنداز، دستیابی به بازار کار و آموزش) را در فکر می‌پرورانند (Fiori et al., 2013). نظریهٔ اجتناب از خطر به‌ویژه تأکید دارد که عدم‌اطمینان اقتصادی و اجتماعی، به‌ویژه در میان نسل‌های جوان می‌تولند به کاهش تمایل به باروری منجر شود. وقتی افراد احساس کنند که شرایط اقتصادی و اجتماعی نامطمئن است، به‌جای سرمایه‌گذاری در باروری که نیاز به منابع بلندمدت و پایدار دارد، ممکن است تصمیم بگیرند که از آن اجتناب کنند(Kreyenfeld, 2012; Matysiak et al., 2021; Aassve et al., 2021) به اعتقاد مک‌دونلد[1] (2002)، تجربهٔ بیکاری مستمر افراد با پس‌لندازهای کم و کمبود موقعیت در بازار کار رقابتی و بالارفتن احساس ناامنی همراه است. قرارگرفتن در این شرایط به‌شدت احساس ریسک را افزایش می‌دهد و در این موقعیت افراد راه‌هایی (تحصیلات، تجربهٔ بازار کار) را می‌پیمایند که با ریسک کمتری همراه است و مسیر مناسبی برای امتناع از خطر محسوب می‌شود. نحوهٔ درک و کنارآمدن زوجین با افزایش عدم قطعیت، به نگرش آنها به ریسک و شبکهٔ حمایتی آنها بستگی دارد. افراد و زوج‌هایی که از ریسک‌کردن بیزارترند، بیشتر احتمال دارد که چنین سرمایه‌گذاری‌های برگشت‌ناپذیری را به تعویق بیندازند و در مواقع افزایش عدم قطعیت، افراد ریسک‌گریز بیشتر از افراد ریسک‌دوست این کار را به تعویق می‌اندازند (Aassve et al., 2021).

هرچند در مقابل این رویکرد، نظریهٔ کاهش عدم اطمینان و ارزش فرزند (Friedman, 1994: 380) بر فرزندآوری به‌عنوان یک سرمایه‌گذاری ایمن تأکید می‌کند که ثبات، پیش‌بینی‌پذیری و امنیت عاطفی را برای والدین به ارمغان می‌آورد؛ براین‌اساس در جوامعی که نظام رفاهی ضعیف است، فرزندان به‌عنوان منبع حمایت مالی و عاطفی در دوران سالمندی تلقی می‌شوند.

در همین چارچوب بلانی و آرپینو[2] (2022) در مطالعهٔ خود تأکید می‌کنند که در ایتالیا کمبود خدمات مراقبت از کودک و وابستگی به حمایت خانوادگی، فرزندآوری را به انتخابی پیچیده تبدیل کرده است. از یک‌سو، فرزندان به‌عنوان منبع امنیت اقتصادی به‌ویژه در دوران سالمندی عمل می‌کنند و از سوی دیگر، هزینه‌های سنگین فرزندپروری و تأثیر آن بر شغل زنان، ریسک این تصمیم را افزایش می‌دهد. همچنین آسوه و همکاران[3] (2021) نقش اعتماد اجتماعی را به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای در هنگام افزایش عدم قطعیت عمومی نشان دادند. ازنظر آنها اثرات منفی عدم قطعیت را می‌توان ازطریق مداخلات سیاستی مناسب، به‌ویژه ازطریق گسترش مراکز عمومی مراقبت از کودک متعادل کرد. درمجموع نظریهٔ انتخاب عقلانی این امکان را فراهم می‌کند که تصمیم به سقط جنین به‌عنوان انتخابی حساب‌شده تحلیل شود. در این نظریه، افراد مزایا و معایب یک تصمیم را با هم مقایسه کرده و براساس منافع خود عمل می‌کنند.

نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده[4] توسط فیشباین و آیزن[5] (1975) به این موضوع می‌پردازد که افراد چگونه تصمیمات خود را براساس نگرش‌ها، هنجارهای اجتماعی و کنترل ادراکی می‌گیرند. طبق این نظریه، نیت فرد برای انجام یک رفتار مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی آن رفتار است. این نیت متأثر از سه عامل اصلی قرار دارد: نگرش به رفتار[6]، هنجار ادراکی[7] و نظارت رفتار ادراکی[8] (Ajzen & Klobas, 2013; Li et al., 2019; Mencarini et al., 2015). نگرش به رفتار به ارزیابی فرد از پیامدهای مثبت یا منفی انجام یک رفتار مربوط می‌شود. وقتی فرد باور دارد که انجام یک رفتار به نتایج مثبت خواهد انجامید، تمایل به انجام آن رفتار افزایش می‌یابد؛ برای مثال، اگر فردی باور داشته باشد که فرزندآوری به او احساس رضایت و خوشبختی می‌دهد، احتمالاً به سقط جنین نگرش منفی خواهد داشت یا برعکس باورشان بر این باشد که بارداری و داشتن فرزندِ بیشتر همراه با برخی چالش‌ها و

[1] McDonald
[2] Bellani & Arpino
[3] Aassve et al
[4] Theory of Planned Behavior (TPB)
[5] Fishbein & Ajzen
[6] Attitude to the behavior
[7] Perceived norm
[8] Perceived behavioral control

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

مسائل است و همین‌طور نگرش مثبتی به سقط جنین داشته باشند، ممکن است درصورت بارداری ناخواسته به سمت سقط جنین سوق یابند. هنجارهای ادراکی به تأثیرات اجتماعی و فشارهای گروهی اشاره دارد. هنجارهای اجتماعی می‌توانند شامل انتظار خانواده، دوستان یا جامعه باشد که فرد را به انجام یا عدم انجام یک رفتار ترغیب می‌کند. فردی که احساس کند جامعه یا خانواده‌اش از او انتظار دارد که فرزند داشته باشد، احتمالاً متأثر از این فشارها قرار خواهد گرفت و نیت او برای انجام این رفتار بیشتر خواهد شد و برعکس ممکن است برای توقف و یا تأخیر فرزندآوری ازسوی افراد مختلف زیر فشار قرار گیرند. نظارت رفتاری ادراکی به میزان احساس فرد از کنترل بر رفتار خود اشاره دارد. وقتی فرد احساس کند که می‌تولند به‌راحتی و بدون موانع به خدمات یا منابع برای انجام یک رفتار دسترسی داشته باشد، احتمالاً نیت او برای انجام آن رفتار بیشتر خواهد شد. این سه عامل در کنار یکدیگر نیت فرد را برای انجام رفتار تعیین می‌کنند (Ajzen, 2005:135). عوامل زمینه‌ای همچون ویژگی‌های شخصی، اجتماعی و فرهنگی افراد نیز بر نگرش، هنجارها و کنترل ادراکی تأثیر می‌گذارند. این نظریه می‌تواند در تحلیل تصمیمات مربوط به فرزندآوری و رفتارهای مشابه ازجمله سقط جنین مفید باشد.

بر طبق رویکرد نهادی[1] تصمیمات و رفتارهای باروری و ازدواج در یک محیط فرهنگی و نهادی خاص و بستری اتفاق می‌افتد که با قوانین تجویزی و کنترل اجتماعی معین شده است (McNicoll, 1980)؛ ازاین‌رو تغییر در رفتارهای باروری از پاسخ به تغییرات در محیط ناشی می‌شود (McNicoll, 2001). نهادها از تاریخ منحصربه‌فرد هر جامعه پدیدار می‌شوند و آن‌ها از یک رژیم باروری خاصی حمایت می‌کنند که الگوی مجزایی از تشکیل خانواده و تنظیم ترجیحات باروری و رفتارهای باروری است. مهم‌ترین نهادهای اجتماعی مربوط به رفتار جمعیتی، سیستم‌های ازدواج، خانواده و خویشاوندی، نهادهای مذهبی، سیستم آموزشی، بهداشتی، سازمان‌های سیاسی، دولت محلی، سیستم قشربندی و مسیرهای تحرک (طبقه و جنسیت) و اقتصاد (بازار کار، اشتغال زنان) هستند. شکل و محتوای تعامل میان نهادهای اجتماعی و تغییرات جمعیتی بستگی به بستر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و تاریخی دارد (McNicoll, 2001, 2009). این تفکر که بستر اجتماعی کنش‌های افراد را سازمان می‌بخشد، توجهات را به سمت مکانیزم‌هایی معطوف می‌سازد که رفتارها و کنش‌ها را تنظیم می‌کند؛ بنابراین، در چارچوب بستر اجتماعی سیستم‌های آموزشی، بازار کار، ساختارهای محلی، دسترسی به کنترل موالید و قوانین مربوط به هریک از این بخش‌ها و... به‌عنوان مکانیزم‌های اجتماعی می‌توانند فرصت‌هایی را برای فرزندآوری فراهم کنند یا محدودیت‌هایی را اعمال کنند.

درمجموع چنانچه پیش‌تر بیان شد، از دیدگاه‌های نظری فوق به‌منظور گسترش حساسیت نظری پژوهش استفاده شد. نظریه‌های گذار دوم جمعیتی، کنش عقلانی و اجتناب از خطر بیشتر به دلایلی اشاره دارند که فرد را به سمت سقط جنین سوق می‌دهند. از نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای طرح سؤالاتی دربارهٔ نظرات سایر افراد و گروه‌های مرجع به‌ویژه همسر و اعضای خانواده و دوستان دربارهٔ بارداری استفاده شد. استفاده از تئوری نهادی برای تبیین تصمیم‌گیری دربارهٔ سقط جنین می‌تواند به درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر در این تصمیم کمک کند. ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و قوانین و مقررات دولتی در این زمینه نقش مهمی ایفا می‌کنند. حساسیت نظری ناشی از این نظریه‌ها به محققان این پژوهش در طرح سؤالاتی دربارهٔ چرایی تصمیم زنان به سقط جنین کمک کرده است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر باتوجه‌به حساسیت موضوع در ارتباط با تجارب و تصمیمات افراد دربارهٔ تداوم یا خاتمهٔ بارداری و فرایند رسیدن به آن و اقدامات انجام‌شده ، رویکرد کیفی را اتخاذ کرده است. ازآنجاکه هدف تحقیق شناسایی و درک فرایند تصمیم‌گیری است و بر تعاملات و شرایط زمینه‌ای مؤثر در این فرایند تمرکز دارد، از روش نظریهٔ داده‌بنیاد (Strauss & Corbin, 1997) استفاده شده است که ماهیت فرایندمحور دارد

[1] Institutional Approach

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

و تولیایی اســـتخراج مدل‌های نظری را از دل داده‌های واقعی دارد. مشاهدات میدانی و حضور محقق در مطب یک پزشک و بیمارستان و مواجهه رودررو با زنانی که در شـرایط سـقط جنین عمـدی یـا غیرعمـدی بودنـد و مصـــاحبـهٔ عمیق نیمه‌ساختاریافته از ابزار جمع‌آوری داده است.

نمونـه‌گیری در پژوهش‌هـای کیفی معمولاً بـه‌صـــورت هدفمند انجام شـده و تعداد نمونه بسـیار محدود اسـت و تا رســیدن به اشـــباع نظری ادامه پیدا می‌کند؛ بااین‌حال در این مطالعه برای دســتیابی به بیشــترین تنوع در انتخاب نمونه ملاک‌های سـن، تجربهٔ فرزندآوری، طبقهٔ اقتصـادی و اجتماعی و تجربهٔ سـقط جنین مدنظر قرار گرفت. براسـاس سـن افراد نمونهٔ زنان ۱۸ تا ۴۵ساله دارای همسر در نظر گرفته شدند که به دو گروه زنان ۱۸ تا ۳۵ سـال و ۳۵ سـال و بیشـتر طبقه‌بندی شدند. براساس تجربهٔ فرزندآوری دو دسته افراد در نمونه وارد شـدند: افرادی که تجربهٔ فرزندآوری دارند و افرادی که تجربهٔ فرزندآوری ندارند. برحسـب طبقهٔ اقتصـادی-اجتماعی تلاش شـد تا باتوجه‌به سطح تحصیلات، شـغل، درآمد و منطقهٔ محل سکونت افراد از سه طبقهٔ بالا، پایین و متوسط انتخاب شوند؛ درنهایت برحسـب تجربهٔ سـقط سـقط جنین دو دسـته افراد در نمونه وارد شـــدند: افرادی که تجربهٔ ســقط جنین داشـــتند و افرادی که تجربهٔ سقط نداشتند؛ بدین ترتیب حجم نمونهٔ اولیه حداقل ۴۵ نفر در نظر گرفته شـــد؛ بااین‌حال ملاک پایان نمونه‌گیری اشـباع نظری[1] بود. تعدادی از مصـاحبه‌ها ضـبط شـــدند و برخی توســط محقق در حین مصـــاحبه نوشـــته شـدند.کدگذاری طی سـه مرحله انجام شـد. ابتدا هر مصـاحبه به‌طور مجزا به شـیوهٔ باز کدگذاری شـد. در این مرحله عبارت و گزارهٔ خبری یا کدهای دلالت‌انگیز هر مصـــاحبه جداگانه اســـتخراج شـــد. در مرحلهٔ بعد پس از کدگذاری باز، مفاهیم اولیه اسـتخراج شـد. در ادامه پس از بررسـی و مقایسـهٔ مکرر داده‌ها، مفاهیم و کدهای اولیه با هم ادغام و در دســـته‌های بزرگ‌تری طبقـه‌بنـدی و ذیـل یـک عنوان کـه بـه آن‌هـا مقوله‌محوری گفته می‌شـــود، قرار گرفتند. پس از ترکیب و تجمیع مقوله‌های محوری و زیرمقوله‌ها، یک مقولهٔ اصـــلی یا هسـته[2] اسـتخراج شـد که تمامی دیگر مقوله‌ها و روابطشـان را در بر می‌گیرد.

در این مطالعه پس از شـناسـایی افراد به آنها دربارهٔ اهداف تحقیق و ســـازمان اجراکنندهٔ تحقیق توضـــیحاتی ارائه شـــد. درصـــورت موافقت افراد با شـــرکت در تحقیق، زمان و مکان مصاحبه تعیین شد؛ علاوه‌براین به شرکت‌کنندگان گفته شد که هر ســـؤال را که تمایل نداشـــتند پاســـخ ندهند و هر زمان خواسـتند که مصـاحبه را متوقف کنند، نیز مختار هسـتند. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که کلیهٔ ملاحظات اخلاقی و محرمانگی اطلاعات رعایت می‌شـود و اسـامی آنها در مطالعه ذکر نمی‌شـود و به‌جز محقق، فرد دیگری به صـدای ضبط‌شده و اطلاعات آن‌ها دسترسی ندارد. صحت و قابلیت اعتماد پژوهش با چهار معیار اعتبارپذیری[3]، انتقال‌پذیری[4]، قابلیت اطمینان[5] و تأییدپذیری[6] تضـمین شـد. برای دسـتیابی به قابلیت اعتماد از بررســـی همکاران[7] (ازجمله تیم پژوهشـــی مطالعه و ناظر علمی) و نیز تأیید مشـــارکت‌کنندگان[8] اســـتفاده شـــد؛ به‌طوری‌که در مرحلهٔ کدگذاری، گزاره‌ها و مفاهیم در چند مرحله توسـط همکاران بررسـی و مطالعه شـد و مفاهیم و خرده‌مقوله‌ها چندین بار پالایش و اصـلاح شـد. همچنان‌که در مطالعه مشـهود اسـت، بسـیاری از مقولات با ارائهٔ شـواهد کافی از متن سـخنان مشـارکت‌کنندگان تحلیل و تفسـیر شـدند و در ارائهٔ آن‌ها، با نقل‌قول‌های مشـارکت‌کنندگان حمایت شـدند. باتوجه‌به اینکه جمع‌آوری و تحلیل داده هم‌زمان انجام می‌شـد، در برخی موارد، مفاهیم و گزاره‌ها به مشـارکت‌کنندگان ارائه و نتایج و برداشـت‌ها توسـط آن‌ها تأیید شـد. با حضـور مسـتمر محقق در میدان پژوهش، مشـــارکت کافی و تعامل نزدیک با مشـارکت‌کنندگان، تنوع مشـارکت‌کنندگان تحقیق ازنظر سـن، تجربهٔ بارداری، تحصـــیلات، تلفیق داده‌ها و مرور و بازنگری مکرر داده‌ها اعتبارپذیری تحقیق تقویت شد.

[1] Theoretical Saturation
[2] Core Category
[3] Credibility
[4] Transferability
[5] Dependability
[6] Confirmability
[7] Peer review
[8] Member checking

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

یافته‌های تحقیق

توصیف افراد نمونه

همان‌طور که پیش‌تر اشـــاره شـــد، تعداد افراد نمونه ٤٦ زن ازدواج‌کرده هستند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ٣٤ سال بود وکوچک‌ترین فرد شرکت‌کننده ٢٢ سال و بزرگ‌ترین فرد ٤٥ سال داشت. متوسط طول دورهٔ ازدواج ٩ سال بود. به لحاظ نسبت خویشاوندی با همسر ١٠ نفر ازدواج خویشاوندی و مابقی غیرخویشـــاوند بودند. برحســـب تعداد فرزندان زنده به‌دنیاآمده ١٠ نفر بدون فرزند، ١٣ نفر یک فرزند، ٢٢ نفر دو فرزند داشـــتند و یک نفر ســـه فرزند داشـــت. میانگین تعداد فرزندان در این مطالعه ١/٢٩ فرزند بود. در بین شرکت‌کنندگان ٢١ نفر تجربهٔ ســـقط جنین داشـــتند که ٩ نفر غیرعمدی و ١١ نفر به‌صـــورت عمدی و غیرقانونی اقدام به ســـقط کرده بودند. یکی از شـــرکت‌کنندگان تجربهٔ ســـقط عمدی و غیرعمدی را داشـت. سـایر شـرکت‌کنندگان تجربهٔ بارداری برنامه‌ریزی‌نشـده (ناخواسته و نابهنگام) داشتند و به لحاظ سطح تحصیلات یک نفر دبیرسـتان، ١١ نفر دیپلم، ٢٥ نفر تحصـیلات کارشـناسـی، ٦ نفر کارشناسی ارشد، ٣ نفر تحصیلات دکتری داشتند. به لحاظ وضـــعیت شـــغلی، ٢٠ نفر خانه‌دار، ٢٥ نفر شـــاغل و یک نفر بیکار در جستجوی کار بودند..

جدول ١- مشخصات شرکت‌کنندگان

Table 1- Characteristics of the Research Participants

کد	سن	مدت ازدواج	سن همسر	تعداد فرزندان	سابقه سقط جنین	نوع سقط	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر	وضعیت مسکن
١	٣٣	٢	٣٤	٠	١	عمدی	کارشناسی ارشد	دیپلم	شاغل در بخش خصوصی	آزاد	ملکی
٢	٣٨	١٠	٣٨	٢	٠		کارشناسی	دیپلم		کارگر	ملکی
٣	٣٩	١٠	٤٢	٢	٠		دکتری	کارشناسی	خانه‌دار	آزاد	ملکی با وام
٤	٣٨	١٤	٤١	١	٢	عمدی	کارشناسی ارشد	کارشناسی	شاغل	آزاد	ملکی با وام
٥	٤٢	١٣	٤٤	٢	١	عمدی	کارشناسی	کارشناسی	شاغل	کارمند	مستأجر
٦	٢٢	٦	٣٣	١	١	غیرعمدی	دوم دبیرستان	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند بانک	ملکی
٧	٤٣	١٨	٤٨	٣	١	غیرعمدی	کارشناسی	کارشناسی	معلم	کارمند	ملکی
٨	٢٥	٧	٢٩	١	٠		کارشناسی	کارشناسی	معلم	آزاد	مستأجر
٩	٣٦	١٣	٣٦	٢	٠		دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	آشپز	ملکی
١٠	٣٨	١٩	٤٤	٢	٠		دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	تاسیسات آسانسور و اسنپ	رایگان
١١	٢٦	٤	٣٣	٠	١	غیرعمدی	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	خریدوفروش مبایل	ملکی
١٢	٣٣	٩	٣٥	٢	٠		دیپلم	فوق دیپلم	خانه‌دار	آزاد کارواش	رایگان
١٣	٢٨	١٤	٣٣	١			کارشناسی	کاردانی	خانه‌دار	نظامی	مستأجر
١٤	٣٥	١٦	٤٢	٢	٢	عمدی	کارشناسی	دیپلم	معلم	آزاد	ملکی
١٥	٤٥	١٨	٤٢	٢	١	عمدی	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند	استیجاری
١٦	٣٤	٧	٣٥	١	٠		کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	شاغل	کارمند شهرداری	ملکی با وام
١٧	٣٦	١٥	٣٧	٢	٢	عمدی و غیرعمدی	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	راننده اسنپ	استیجاری

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

کد	سن	مدت ازدواج	سن همسر	تعداد فرزندان	سابقه سقط جنین	نوع سقط	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر	وضعیت مسکن
۱۸	۳۶	۱۴	۴۰	۲	۱	غیرعمدی	لیسانس الهیات	لیسانس	خانه‌دار	کارگرساپیا	ملکی با وام
۱۹	۳۴	۱۳	۳۴	۲	۱	عمدی	دانشجوی کارشناسی	لیسانس	شاغل	نظامی	مستأجر
۲۰	۲۳	۳	۲۷	۰	۱	غیرعمدی	کارشناسی	کارشناسی	بیکار	فروشنده	مستأجر
۲۱	۲۷	۲	۳۰	۰	۰		کارشناسی	دیپلم	شاغل	فروشنده	مستأجر
۲۲	۳۸	۱۸	۴۹	۲	۰		دانشجوی دکتری	کارشناسی	شاغل	کارمند	سازمانی
۲۳	۳۸	۱۳	۳۹	۱	۱	غیرعمدی	کارشناسی ارشد	ک ارشد	شاغل	مهندسی کنترل پروژه	ملکی با وام
۲۴	۲۳	۶	۲۷	۱	۰		دیپلم	دبیرستان	خانه‌دار	کارگر کارخانه	مستأجر
۲۵	۲۷	۳	۳۰	۰			کارشناسی	دیپلم	خانه‌دار	کارگر رستوران	مستأجر
۲۶	۳۵	۵	۳۸	۲	۱	عمدی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	شاغل	شاغل	مستأجر
۲۷	۲۵	۸	۳۱	۱			کارشناسی	دیپلم	خانه‌دار	راننده	رایگان
۲۸	۳۴	۹	۳۶	۲	۱	عمدی	دیپلم	لیسانس	خانه‌دار	کارمند	
۲۹	۳۶	۱۲	۴۰	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی	معلم	معلم	ملکی با وام
۳۰	۲۹	۵	۳۵	۱			دیپلم	لیسانس	خانه‌دار	کارمند	ملکی
۳۱	۳۴	۹	۳۶	۲	۱	عمدی	دیپلم	زیردیپلم	خانه‌دار	کارگر یخچال سازی	استیجاری
۳۲	۳۸	۷	۳۹	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند	ملکی
۳۳	۳۸	۸	۳۸	۰	۱	غیرعمدی	کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند	ملکی
۳۴	۳۲	۵	۳۵	۱	۰		کارشناسی	کارشناسی	شاغل	کارمند بانک	ملکی با وام
۳۵	۴۱	۶	۴۲	۱	۰		کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند	ملکی
۳۶	۳۵	۳	۳۲	۰			کارشناسی	کارشناسی	شاغل	آزاد	استیجاری
۳۷	۳۸	۱۰	۴۰	۱	۰		کارشناسی	دیپلم	شاغل	شاغل	ملکی
۳۸	۳۸	۱۴	۴۰	۲	۱	عمدی	دیپلم	فوق دیپلم	خانه‌دار	آزاد	رایگان
۳۹	۳۰	۶	۳۳	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	استیجاری
۴۰	۳۰	۳	۳۳	۰	۱	غیرعمدی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	شاغل	مهندس کامپیوتر	ملکی
۴۱	۳۴	۹	۳۶	۲	۰		دیپلم	فوق دیپلم	خانه‌دار	کارگر نانوایی	ملکی
۴۲	۳۱	۳	۳۵	۰	۰		کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	کارمند	کارمند	مستأجر
۴۳	۳۲	۵	۳۵	۱	۰		کارشناسی ارشد	کارشناسی	شاغل	شاغل	مستأجر
۴۴	۳۲	۵	۳۵	۲	۱	عمدی	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	مستأجر
۴۵	۳۴	۷	۳۷	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی ارشد	شاغل	کارمند	ملکی
۴۶	۴۳	۱۷	۴۸	۲	۰		دکتری	دکتری	شاغل	شاغل	ملکی

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

بسترهای مرتبط با تصمیم به تداوم یا خاتمهٔ بارداری

در این پژوهش از افراد مشارکت‌کننده دربارهٔ دلایلی که باعث شده است تا آن‌ها تصمیماتی مبتنی‌بر تداوم بارداری یا سقط جنین اتخاذ کنند، پرسیده شد. هرکدام از شرکت‌کنندگان روایتی از وضعیت خود در زمان بارداری داشتند و نحوهٔ مواجههٔ خود را با بارداری تشریح کردند. جدول ۲ بسترهای مرتبط با تصمیم سقط جنین را ازنظر شرکت‌کنندگان در این تحقیق نشان می‌دهد. این عوامل در سه دستهٔ علّی، زمینه‌ای و مداخله‌گر شرح داده شده است.

جدول ۲- بسترهای مرتبط با تصمیم زنان به سقط جنین

Table 2- Contexts related to women's decision for abortion

مقوله محوری	خرده مقوله	مفاهیم
مشکلات اقتصادی ومعیشتی	فشار اقتصادی و هزینه‌های زندگی	فشارهای مالی، تورم، هزینه‌های تحصیلی، احساس ناامنی اقتصادی، اوضاع اقتصادی نابسامان کشور، هزینه‌های زندگی، گرانی، اجارهٔ خانه، آیندهٔ فرزندان
بی‌ثباتی و مشکلات شغلی	نگرانی از عدم پیشرفت شغلی، تلقی فرزند به مثابه بار مضاعف، تعارض کار و فرزندآوری	اجبار به کار کردن، کار شبانهٔ همسر و نداشتن ساعات کار مشخص، شرایط محیط کار، ترس از دست دادن شغل یا موقعیت، ندادن مرخصی، حجم زیاد کار، بیکاری دوره‌ای همسر، کارهای خانه، نداشتن وقت
عوامل روانی و عاطفی	اضطراب و استرس ناشی از بارداری، تجربه‌های گذشته از زایمان یا بارداری	عدم آمادگی روحی برای مادرشدن، نگرانی از توانایی مراقبت و تربیت فرزند، ترس، بارداری سخت، زایمان سخت، افسردگی پس از زایمان، بیماری‌های فرزند بزرگ‌تر، هراس‌های متراکم
شرایط پزشکی	اجتناب از بیماری‌های مادر و جنین	سن بالا، مشکلات جسمانی مادر، مشکلات جنینی، نگرانی از تولد فرزندان با نقص و مشکلات اجتماعی آن‌ها، مشکلات جسمانی مادر، مشکلات جنینی، داشتن تجربهٔ خانوادگی از فرزندان معلول، بیماری‌های روحی و روانی، عدم اطمینان از سلامت جنین
عرف اجتماعی و فرهنگی	برچسب‌های اجتماعی انتظارات فرهنگی و اجتماعی	نگرش اجتماعی، نگرانی از انگ اجتماعی، بچه‌های مشکل‌دار، سقط به‌عنوان گناه در جامعه، قضاوت دیگران، فرزندآوری در سنین بالا، تقسیم کار سنتی، برچسب اهمال‌کاری در مراقبت از بارداری، مدل مرد نان‌آور- زن مراقب، تضادهای درونی
ناآگاهی، محدودیت و پیشگیری ناکارآمد	محدودیت دسترسی و دانش پیشگیری	عدم دسترسی به روش‌های پیشگیری، گرانی وسایل پیشگیری در بخش خصوصی، نبود آگاهی دربارهٔ روش‌های پیشگیری، فرزندآوری بدون فاصله پس از ازدواج، لذت آنی به‌جای پیشگیری
باورهای مذهبی و نگرش به سقط جنین	مخالفت با سقط جنین	نقش آموزه‌های مذهبی دربارهٔ سقط، افزایش جمعیت شیعه، سقط جنین به‌عنوان گناه، تقدیر الهی در فرزندآوری، جهاد فرزندآوری، ناشکری نعمت و پشت‌کردن به خواست خدا، امر غیراخلاقی، بی‌رحمی، قتل نفس، احترام به زندگی، پایان امتداد زندگی، حق حیات، گناه نابخشودنی
	حامی سقط جنین در شرایط خاص	گزینه‌ای در مواقع ناچاری، اولویت سلامت مادر، عقلانی‌بودن، راه‌حل متعارف، حاملگی ناخواسته، تصمیم اجباری و ناخواسته، راه آسان‌تر
	موافقت کامل با سقط جنین	فرزندآوری موضوعی شخصی، حق انتخاب فردی، کنترل و مدیریت بدن، حق زنانه
نظام سیاست‌گذاری ناهماهنگ با نیازهای خانواده	سیاست‌های ناکارآمد حمایتی از خانواده در محیط کار، فقدان شبکه‌های حمایت خانوادگی، مالی و اجتماعی	حمایت‌های ناکافی اجتماعی، نبود حمایت‌های مالی خانواده و دولت، محدودیت سزارین، محدودشدن دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، اجرای نادرست قانون دورکاری، دوری والدین، عدم دسترسی به مهد کودک مناسب، مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند، شرایط کاری، محیط

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

شرایط علّی

شرایط علّی عواملی هستند که مستقیماً به بارداری ناخواسته یا چالش‌برانگیز منجر شده و باعث شده‌اند تا زنان به فکر سقط جنین بیفتند؛ این عوامل شامل مسائل اقتصادی، شرایط پزشکی (شامل مشکلات جنین یا مادر) و وضعیت شغلی است. ازنظر زنان در این مطالعه فشارهای مالی و عدم تولنایی در تأمین هزینه‌های زندگی و تربیت فرزندان باعث می‌شود تا آنها دربارهٔ تأمین شرایط زندگی و توانایی بزرگ‌کردن بچه‌ها احساس تردید و نگرانی داشته باشند. نگرانی از آیندهٔ اقتصادی، هزینه‌های فرزندپروری و نبود حمایت کافی باعث می‌شود که برخی از زنان احساس کنند که با تولد فرزند دیگر در مضیقهٔ مالی قرار خواهند گرفت و قادر به بزرگ‌کردن فرزند جدید نیستند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۸ (۲۵ساله، کارشناسی، برنامه‌ریزی‌نشده) با اشاره به مسائل اقتصادی که گریبانگیر آن‌ها بوده است، دربارهٔ تصمیمات باروری آیندهٔ خود می‌گوید:

> «شرایط اقتصادی خیلی اذیت‌کننده است. شوهرم بعد از تحصیلش قرار بود سربازی بره و چند ماهی رفت؛ بعد دیگه نرفت. به‌خاطر مسائل اقتصادی مجبور بود کار کنه. الآن هم با پسرخاله‌اش تو مشاور املاکی کار می‌کنه. یک وقت‌هایی هم با دایی‌اش، پیمانکاری نقاشی و رنگ‌آمیزی خونه تا ساعت ۱۱ شب میره. خودمان ارتباطمان خوب است؛ اما مسائل اقتصادی باعث شده بیشتر به فکر پس‌انداز و قرض و قسط و هزینه‌ها باشیم. همسرم بیشتر شب‌ها سرکاره. خودم یک وقت‌هایی کلاس تو آموزشگاه می‌رفتم، یک مدت کاشت مژه رفتم؛ اما الآن باوجود بچه دیگه به هیچ‌کدام نمی‌رسم. ... اگر از اوضاع اقتصادی‌مون مطمئن بودم و حداقل یک خونه خوب و امکانات رفاهی در اختیار داشتیم، قطعاً نگه می‌داشتم و تصمیم به سقط نمی‌گرفتم؛ ولی باوجود تورم و بالارفتن هزینهٔ مسکن، اجاره و خرج‌های دیگر سقط در اولویت است.»

در بین افراد شرکت‌کننده برخی از زنان شاغل بودند؛ بنابراین، آن‌ها زمانی که با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده مواجه شده‌اند، تجربهٔ تردید دربارهٔ تداوم بارداری یا سقط جنین را داشته‌اند. دلایل آن‌ها برای این تردید در سه خرده‌مقولهٔ نگرانی از عدم پیشرفت شغلی، تلقی فرزند به مثابه بار مضاعف، تعارض کار و فرزندآوری قرار می‌گیرد. برخی از زنان شرکت‌کننده در تحقیق، فرزندآوری را مانعی برای ارتقای شغلی می‌دانستند. آن‌ها تأثیر منفی دوران بارداری، زایمان، شیردهی و مراقبت از فرزند را بر موقعیت شغلی خود انکارناپذیر می‌دانستند. به نظر آنها زنی که تصمیم می‌گیرد، مادر شود یا تصمیم می‌گیرد فرزندان بیشتری داشته باشد، درحقیقت اولویت را به فرزندان و خانواده می‌دهد و این فرد ازنظر کارفرما که به بازدهی و بهروری می‌اندیشد، نیروی مناسبی نیست؛ بنابراین، علاوه‌براینکه ممکن است سرمایه‌گذاری بلندمدتی روی افراد نداشته باشد، چه‌بسا ممکن است به فکر نیروی جایگزین نیز باشد. این افراد در سلسله‌مراتب شغلی جایگاهی ندارند و به‌مرور به حاشیه می‌روند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۳۵ (۲۷ساله، کارشناسی، برنامه‌ریزی‌نشده) دراین‌باره می‌گوید:

> «خیلی‌ها که بعد از من اومدند، الآن ارتقا گرفتند؛ اما من چون یک سقط داشتم، بعد پسرم و حالا هم این دو سال درگیر زایمان و تولد دخترم بودم، شرایط کاری و ارتقا را نداشتم.»

ازنظر زنان شاغل در این مطالعه در کشور ما محیط کار، حامی مادران شاغل نیست و باوجود اینکه قوانینی نظیر کاهش ساعت کاری مادران دارای فرزند زیر ۶ سال، قانون شیردهی، دورکاری و... در راستای حمایت از مادران شاغل به تصویب رسیده است، بااین‌حال بسیاری از مادران در بخش خصوصی در استفاده از این مزایا با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو هستند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲ (۳۸ساله، کارشناسی، برنامه‌ریزی‌نشده) با اشاره به مواردی از همکارانش در محیط کار که تجربهٔ سقط داشته‌اند یا دربارهٔ تداوم بارداری دچار تردیدهایی بوده‌اند، می‌گوید:

> «تو جامعهٔ ما اصلاً حمایتی از یک زن که شاغل باشه و باردار بشه نمیشه. درصورتی‌که باید مرخصی زایمان بدهند. نگاه نکنید شما شاید دولتی هستید، مرخصی زایمان راحت باشه یا بخواهید مرخصی همین‌طوری بگیری، اما بخش خصوصی سخت است؛ مثلاً بخواهیم برویم مدرسه بچه

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

سر بزنیم، اصلاً راحت مرخصی نمی‌دهند. حالا یک زن باردار که شرایطش سخت است، بدتر میشه. همکار من باردار شد، سریع اومدند بچه‌اشو تو سرش زدند. گفتند نیا؛ چون ما نمی‌تونیم ۹ ماه مرخصی زایمان بدهیم. همکارم خیلی ناراحت شد. همین‌طور موند. می‌گفت چرا الآن که جامعه تشویق می‌کنه بچه بیارید، اینا این‌طور هستند. مونده بود بندازه یا قید کار را بزنه. دیگه ماها گفتیم زندگیت واجب‌تره، کار هست؛ ولی دیگه ممکنه بچه نباشه و نتونی بچه‌دار بشی. الآن نمیدونه خدا را شاکر باشه یا بگه چرا دادی. الآن همه‌چیز پولی شده. این واکسن‌ها هم که می‌زنند، پولی شده. غربالگری پولی شده. سر پسر اولم پول زایمان من ۲ میلیون شد. سر دومی ۸/۵ شد. الآن جاری من رفته زایمان کرده، ۲٤ میلیون داده. حتی میگه ویتامین‌ها که قبلاً رایگان بود، پولی شده. همچین آدمی به سومی فکر می‌کنه؟ نه معلومه که سقط می‌کند.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۵ (٤۲ساله، کارشناسی، سقط عمدی) می‌گوید:

«اگر شرایط جامعه خوب بود، وضع اقتصادی خوب بود، ثبات بود، این‌قدر نگران حال و آینده نبودیم. از زندگی هم راضی بودیم؛ اما الآن از هیچی راضی نیستم.»

وی در ادامه می‌گوید:

«تو کارم دوست دارم پیشرفت کنم. ارتقا بگیرم؛ اما چون باید به خونه و بچه‌ها هم برسم، نمیتونم و افرادی که مجردند یا بچه ندارند، همیشه جلوتر هستند. شاید اگر بچه دوم را نمی‌آوردم، الآن وضعم فرق می‌کرد؛ ولی اشتباه کردم. باید همون دومی را هم سقط می‌کردم.»

بخش درخور توجهی از سقط جنین‌هایی که در این مطالعه رخ داده است، به دلیل بیماری‌های مادر یا جنین بوده و به دنبال تشخیص‌های پزشکی از تداوم بارداری منصرف شده‌اند. نقص‌های جدی جنین یا وضعیت‌های پزشکی خطرناک مادر، اغلب دلایلی برای انتخاب سقط است. این موارد عمدتاً توسط پزشک متخصص شناسایی و زیر نظر مراجع ذیصلاح و در محیط‌های بیمارستانی سقط می‌شوند. در برخی موارد، پزشکان توصیه می‌کنند که سقط به‌عنوان بهترین گزینه برای حفظ جان مادر یا جلوگیری از تولد کودک با مشکلات جدی در نظر گرفته می‌شود؛ بااین‌حال در میان شرکت‌کنندگان در این مطالعه، مواردی از سقط جنین عمدی وجود داشت که گرچه به دلیل تشخیص‌های پزشکی سقط انجام شده، یا از موارد مجاز سقط جنین قانونی نبوده یا از دوره مجاز سقط گذشته بوده است. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱، ٤ و ۱۹ و ٤٦ در این مطالعه همگی به دنبال تشخیص‌های پزشکی که عمدتاً ناهنجاری‌های اسکلتی بوده یا عدم اطمینان از سلامت بارداری به شیوهٔ غیرقانونی اقدام به سقط کرده بودند. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱ و ٤ اذعان داشتند که بارداری آن‌ها به‌طور خواسته و با برنامه‌ریزی صورت گرفته است، ولی به دلیل موارد فوق از ادامهٔ بارداری منصرف شدند.

(شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ٤، ۳۸ساله، کارشناسی ارشد، سقط عمدی)

«آخرین حاملگی‌ام سال گذشته بود. تا ۱۹ هفته هم رفتم. تو NT مشکل بود کوریتو سنتز هم کردم. معلوم شد مشکل داره. قرص گرفتم پیش متخصص زنان رفتم. زیر نظر اون قرص را مصرف کردم؛ اما مرکز بهداشت که رفتم هیچی نگفتند. با اینکه سونو را نشان دادم، هیچی نگفتند. سر ۱۹ هفته مجبور به سقط شدم. N2 آنورمالی اسکلتی داشت.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۹(۳٤ساله، دانشجو، سقط عمدی) که تجربهٔ دو بارداری را با فاصلهٔ کم داشته است، بعد از بارداری دوم ازطریق گذاشتن آی یودی، برای پیشگیری از بارداری اقدام کرده است؛ ولی با شکست روش مواجه شده و همزمان با استفاده از روش، باردار شده است. این شرکت‌کننده دراین‌باره می‌گوید:

«تا دو سال پیش دستگاه داشتم؛ چون بچه‌ها یک سال فاصله داشتند. خیلی برایم سخت بود، بعد از اون دستگاه گذاشتیم؛ چون نمی‌خواستم دیگه باردار بشم؛ اما باز با دستگاه باردار شدم. مجبور به سقط شدم. خیالم راحت بود که دستگاه دارم. پوستم خیلی چرب بود؛ برای همین راکاتون می‌خوردم. بعد دیدم پریود نشدم. رفتم دکتر پوست گفت راکاتان باعث عقب‌ماندگی ذهنی و جسمانی میشه. خیلی غر زد که من به شما گفته بودم تا وقتی راکاتان می‌خوری، باید مراقب باشی جلوگیری کنی بچه دار نشی.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱ (۳۳ساله، کارشناسی ارشد، سقط عمدی) نیز در بارداری اول با تشخیص مشکلات جسمی

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

به‌صورت غیرقانونی سقط کرده است، می‌گوید:

«تو چهار ماهگی که سونو دادم، دکتر گفت پاهایش مشکل دارد. کلوپ فوت داره. انگار آسمون رو سر من و همسرم خراب شد. یک شبانه روز گریه کردم. بعد از آن دنبال دکتر و راه‌حل و... یک دکتری پیدا کردم، گفت چیز مهمی نیست. بعد از زایمان باید پای بچه را گچ بگیری تا چندین سال کفش مخصوص بپوشه و مراقبت‌های ویژه داشته باشد. برای اطمینان باز به یک دکتر دیگه رفتم، گفت که موارد مشکوک وجود دارد. تو هفته بیستم بودم، سونوگرافی باز هم تشخیص کلوپ فوت و نارسایی و تورم کلیه را داد. مایع بطن عدد ۱۰ را نشان داد. بلافاصله دو روز بعد برای آمینوسنتز مراجعه کردم. آمینوسنتز جهت تشخیص سندرم انجام شد و باید سه هفته صبر می‌کردم تا نتیجه معلوم شود. طی این مدت هر هفته سونوی پیشرفته دادم و در هر بار همان موارد دیده شد. ریسک بسیار بالا بود و باید خودم تصمیم می‌گرفتم که آیا یک بچه با مسائل ژنتیکی را داشته باشم یا در همین مرحله خاتمه دهم. در هفتهٔ ۲۳ تصمیم گرفتم سقط کنم؛ چون دورهٔ مجاز به‌هرحال گذشته بود، خودم قرص تهیه کردم و سقط کردم.»

علاوه‌بر آن بیماری‌های جسمی و روحی روانی مادر نیز موجب می‌شود تا برخی مادران تمایلی برای تداوم بارداری نداشته باشند؛ زیرا نگران این هستند که توان جسمی و روحی کافی برای مراقبت از فرزند بیشتر را نداشته باشند. بخشی از این نگرانی در زنانی مشاهده شد که در دههٔ ٤۰ زندگی، باردار شده بودند. این زنان به دلیل افزایش سن با برخی بیماری‌های جسمی ازجمله کمردرد، پادرد، سردردهای مزمن و... مواجه بودند. آنها به دلیل کاهش توانایی جسمی و روانی برای تربیت فرزند بیشتر، از بارداری خود احساس رضایت و خرسندی نداشته‌اند و معتقد بودند که دیگر توانایی برای تربیت فرزند ندارند؛ علاوه‌برآن در برخی از افراد تغییرات فیزیکی و هورمونی که در دوران بارداری رخ می‌دهد، به این مشکلات دامن زده است؛ تغییرات هورمونی، بی‌حالی یا کم‌توانی همراه با نوسانات خلقی این دوران برای برخی از شرکت‌کنندگان سخت و طاقت‌فرسا بوده است. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۳ (۳۹ساله، دانشجوی دکتری، بارداری برنامه‌ریزی‌نشده) بیان می‌دارد:

«مهم‌ترین دلیل همین که واقعاً حوصله نداشتم. در توان خودم نمی‌دیدم دوباره حاملگی و زایمان و بچه‌داری. به‌خصوص که من حاملگی‌های بدی هم دارم. خیلی ویار دارم و زیاد اذیت می‌شوم.»

عوامل زمینه‌ای

عوامل زمینه‌ای شامل، عرف و هنجارهای باروری، سطح دانش و آگاهی افراد، تعین‌های زمانی و تعداد فرزندان است. نقش عرف و هنجارهای جامعه در تصمیم‌گیری زنان برای سقط جنین بسیار پیچیده و چندوجهی است. زمانی که زنان از هنجارهای مرتبط با سن فرزندآوری و تعداد فرزندان، فاصله دارند یا در خانواده فرزند یا خواهر و برادر با ناهنجاری‌های جسمی یا روانی دارند، به شیوه‌های مختلف خود را در معرض قضاوت‌های اجتماعی می‌بینند. گاه این قضاوت‌ها به‌صورت مستقیم و آشکار در طی تعاملات روزمره بر زنان وارد می‌شود. گاه به صورت پنهانی و ازطریق انتظارات فرهنگی و هنجارهای اجتماعی فشارهایی بر آن‌ها تحمیل می‌کند و از این طریق بر تصمیم‌گیری‌های باروری آن‌ها سایه می‌لندازد. در نمونهٔ مطالعه‌شده اغلب زنان نگران نگاه منفی جامعه به بارداری در سنین بالا یا غیرمتعارف، داشتن فرزندان زیاد یا داشتن فرزندانی با مشکلات جسمی یا روانی هستند. برخی از زنان احساس می‌کنند که در تصمیمات باروری خود باید براساس انتظارات اجتماعی و فرهنگی رفتار کنند و تصمیمات خارج از عرف، منشأ بارهای مضاعف روانی بر خودشان، فرزندان و سایر اعضای خانواده خواهد بود. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ٤ (۳۸ساله، کارشناسی ارشد، سقط عمدی) در همین ارتباط بیان می‌کند که نگرانی او از تأثیرات این بارداری بر فرزند بزرگ‌ترش و احساس شرمندگی احتمالی او در برابر جامعه، یکی از دلایل اصلی تصمیم به سقط جنین بوده است:

«تا متوجه آنورمالی شدم، دیگه خیلی فکر نکردم. دیدم نبود بچه برای خودم و بچه بهتر است. هم خودم هم پسربزرگم اذیت می‌شدند. نمی‌خواستم پسرم احساس

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

خجالت و شرمندگی داشته باشد. من فکر می‌کردم آنورمالی اسکلتی را قبل از هفته ۲۰ سقط می‌کنند؛ اما بعد فهمیدم نمی‌کنند که دیگه خودم اقدام کردم.»

این افراد اغلب با فشارهای دوگانه مواجه هستند؛ از یک سو نگرانی‌های شخصی و خانوادگی مانند تأمین سلامت جسمی و روانی فرزندان که ترس‌ها و اضطراب‌هایی را برای آن‌ها موجب شده است و از سوی دیگر قضاوت‌ها و فشارهای اجتماعی که بر تصمیم‌گیری‌های آنان تأثیر می‌گذارد.

ازنظر برخی زنان درحال حاضر اکثریت جامعه یک یا دو فرزند بیش ندارند؛ علاوه‌برآن بارداری در سنین بالای ۳۵ سال پرخطر محسوب می‌شود؛ ازاین‌رو زنانی که در سن بالا باردار می‌شوند، حتی اگر ازنظر جسمی برای بارداری آماده باشند، دچار ترس و اضطراب شده و نیز در بین خویشاوندان و دوستان قضاوت می‌شوند. بارداری در سنین بالا به‌ویژه در زنانی که فرزندانی بزرگ دارند، به‌عنوان یک ناهنجاری اجتماعی تلقی می‌شود. در چنین شرایطی برخی از زنان به دلیل هراس از واکنش‌های اجتماعی و فرهنگی به سقط جنین تن می‌دهند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱ (۳۳ساله، کارشناسی ارشد، سقط عمدی) که دلایل سقط جنین را از سایرین پنهان کرده است، به نگاه‌ها و برچسب‌های اجتماعی دربارهٔ ارثی‌بودن بیماری‌های ژنتیکی در خانواده‌اش اشاره می‌کند و می‌گوید:

«اگر من سقط نمی‌کردم و بچه‌ای با مشکلات متعدد را به دنیا می‌آوردم، زخم زبان‌های دیگران خانواده‌ام را نابود می‌کرد.»

در برخی موارد، فشارهای اجتماعی و فرهنگی نیز نقشی پررنگ در ایجاد این اضطراب‌ها دارند. انتظاراتی که جامعه از زنان برای ایفای نقش مادری دارد، می‌تواند به‌نوعی بار اضافی روانی بر دوش آن‌ها بگذارد. زنان در این مطالعه اصطلاحاتی نظیر مادری کافی، مادری ایدئال و مادری خوب را برای کسانی به کار می‌بردند که زمان و انرژی کافی برای تربیت فرزندان و مراقبت و نگهداری از آن‌ها صرف می‌کنند. آن‌ها به شیوه‌های مختلف خود را در معرض قضاوت و ملامت دیگران دیده بودند. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۳ (۳۸ساله، کارشناسی ارشد، غیرعمدی) می‌گوید:

«من خودم فرزندم رو از هفت ماهگی مهد فرستادم. آیا باید بچه هفت ماهه مهد بره؟ فکرشو بکنید اگر مهد خوبی نبود، روی روابطش تأثیر می‌ذاشت، روی زندگی آینده‌اش تأثیر می‌ذاشت. ازسوی بقیه خیلی متهم به بی‌رحمی شدم. بعضی وقتا از دوستان یا اطرافیان می‌شنیدم که چطور حاضر شدی بچه ۷ ماهت رو تو مهد بذاری. من نمی‌تونم، تو چطوری حاضر شدی، چه مادری هستی؟ این حس بدی به من مادر میده که آیا من یک فرد بی‌رحم هستم آیا سنگدلم ؟ من تحمل این حرف‌ها رو واقعاً ندارم.»

شرکت‌کنندگانی که احساس می‌کنند نمی‌توانند به انتظارات اجتماعی نسبت‌به نقش‌های مادری یا همسری و حتی انتظارات شغلی پاسخ دهند یا ازسوی دیگران به دلیل کم‌کاری در ایفای نقش‌های محوله و مورد انتظار، قضاوت می‌شوند، در زمان مواجهه با بارداری، اضطراب و نگرانی شدید را تجربه کرده‌اند.

علاوه‌بر موارد فوق ازنظر افراد شرکت‌کننده در مطالعه تغییر سبک زندگی و استانداردهای زندگی و مصرف‌گرایی، فشاری برای تغییر ایدئال‌های باروری و حتی اقداماتی خلاف خواست و نگرش‌های فردی اعمال می‌کند. به‌نحوی‌که بسیاری از آن‌ها فرزند سوم به بعد را زیاد و درنتیجه ناخواسته در نظر می‌گیرند. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۲ (۳۸ساله، دانشجوی دکتری، بارداری ناخواسته) می‌گوید:

«در شرایط فعلی خیلی سخته وقتی آدم به لحاظ اقتصادی کشش نداشته باشه، همیشه یک سری ناکامی‌ها دارد؛ به ویژه اینکه جامعه هم جامعه مصرفی شده. این ابزارهایی هم که هست، آدم زندگی بالاتر را هم می‌بینه تو این موبایل‌ها و اینستا و تلگرام. استوری بقیه را می‌بینه، چک می‌کنه. این میره مسافرت، اون میره فلان، حالا یا واقعی یا نمایش می‌دهند. آدم همش در حال مقایسه‌کردن خودشه. هرچند به نظر من این یک هنره که بتونی از چنگال این‌ها بیای بیرون و زندگی خودتو داشته باشی؛ اما ناخوداگاه یک ایدئال‌هایی تو ذهن شکل می‌گیره که اگر این موبایل نبود و زندگی فلانی را نمی‌دیدیم، آدم به سطح پایین‌تر راضی می‌شد.»

سطح تحصیلات و دانش عمومی افراد در زمینهٔ رفتارهای پیشگیری عامل مهمی در بروز بارداری ناخواسته و سپس

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

نحوهٔ مدیریت این بارداری است. نبود اطلاعات کافی دربارهٔ نحوهٔ به‌کارگیری روش‌های پیشگیری، روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری و بی‌توجهی به پیامدهای عدم استفاده از روش پیشگیری باعث شده است تا زنان به‌طور ناخواسته باردار شوند. همچنین معلومات و دانش افراد دربارهٔ قوانین و احکام مذهبی نیز عامل مؤثری در تصمیم‌گیری تداوم بارداری یا سقط جنین است.

سخنان همهٔ زنانی که تجربهٔ بارداری ناخواسته یا برنامه‌ریزی‌نشده داشته‌اند، نشان داد که قبل از بارداری از روش پیشگیری مؤثری استفاده نکرده بودند. حتی در زمان تحقیق نیز بسیاری از افراد شرکت‌کننده از روش مطمئن برای پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند و بیشتر آن‌ها بیان داشتند که به مدت طولانی به روش طبیعی پیشگیری داشته‌اند. ازنظر شرکت‌کنندگان دلایل عدم استفاده از وسایل پیشگیری شامل عدم آگاهی و محدودیت دسترسی به روش و تفکر لذت‌جویانه است.

برای زنانی که دارای درآمد مستقل نبودند یا سطح درآمدی خانواده پایین بود، متوقف‌شدن ارائهٔ روش‌های پیشگیری از بارداری در مراکز بهداشت دولتی و متعاقباً گرانی وسایل پیشگیری در بخش خصوصی باعث شده بود تا به استفاده از روش‌های سنتی یا نامطمئن روی آورند که نتیجهٔ آن افزایش بارداری‌های ناخواسته است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲ (۳۸ساله، لیسانس، برنامه‌ریزی‌نشده) می‌گوید:

«قبلاً اینجا مرکز بهداشت وسیله می‌داد. دیگه آدم خیالش راحت بود؛ اما الآن هیچی نمی‌دهند. اون موقع حتی تو بخش خصوصی هم گران نبود؛ مثلاً ما خودمان همیشه کاندوم می‌خریدیم. بسته‌ای ۸۰ تومان می‌شد. الآن که چون گرونه ما دیگه نمی‌خریم و همین طبیعی را داریم. الآن که وسیله نمی‌دهند، بیشتری‌ها یا ول کردند یا همین‌طور طبیعی پیشگیری می‌کنند. اگر هم باردار بشوند، میگن میریم میندازیمش. این روش‌ها گرون شده. من رفتم اینجا که کپسول روی بازو بگذارند. گفتم دیگه ۵ سال راحتم؛ ولی دکتره گفت ۵ میلیون و پانصد هزینه داره. به شوهرم گفتم، گفت: من اجازه نمی‌دهم گرون است. اوایل ازدواج همه‌چیز می‌دادند. من خودم جواب‌گوی نهایت ۳ تا بچه هستم. هیچ‌کس جگرگوشه‌اش را دوست نداره از دست بدهد. روش جلوگیری درست بدهند، کسی سراغ این کارها نمیره.»

عامل دیگر، نبود آگاهی دربارهٔ روش‌های پیشگیری است. بسیاری از زنانی که در این مصاحبه‌ها شرکت کرده‌اند، به دلیل فقدان آموزش و آگاهی کافی دربارهٔ چگونگی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با بارداری‌های ناخواسته مواجه شده‌اند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۰ (۳۸ساله، دیپلم، بارداری برنامه‌ریزی‌نشده) می‌گوید:

«من اصلاً نمیدونستم ممکنه بار روش طبیعی باردار بشم. مرکز بهداشت نظارت کنه، راهنمایی کنه. اگر هم یک دفعه تو این سن یا بالاتر باردار شدم، کمک کنه که متوقفش کنه. بعضی‌ها داماد دارند، خجالت می‌کشند.»

دو مورد از زنان شرکت‌کننده نیز در حین استفاده از روش پیشگیری باردار شده بودند. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۹ در زمان بارداری آی‌یودی جایگذاری کرده بود. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۳ نیز پیشگیری را با استفاده از کاندوم همراه با دورهٔ مطمئن داشته است؛ ولی هر دو شرکت‌کننده با شکست روش مواجه بودند. این شرکت‌کننده می‌گوید:

«ببخشید اینو میگم. ما با کاندوم پیشگیری می‌کردیم؛ بااین‌حال باردار شدم. همون موقع خودم شک کردم، ولی جدی نگرفتم. مطمئن نبودم. یکی دو بار دیگه هم اوایل ازدواج این‌طور شده بود، منتها خدا رحم کرد؛ اما این‌بار دیدم باردار شدم.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۹ (۳۴ساله، دانشجو، سقط عمدی) می‌گوید:

«آگاهی بدهند تا جدی جلوگیری کنند. الآن من چرا باید با اینکه دستگاه داشتم، باردار می‌شدم تا به این مصیبت‌ها دچار بشم. معلومه وسایل کیفیت لازم را ندارند یا که خوب جا نگذاشتند.»

چند مورد از زنان شرکت‌کننده در تحقیق نیز به اطمینان از روش طبیعی و توانایی کنترل ریسک بارداری اشاره داشتند. برخی بیان داشتند که سال‌های زیادی از روش طبیعی استفاده کرده و توانسته بودند از بارداری پیشگیری کنند و تصور

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

نمی‌کردند که باردار شوند. در این میان تعدادی در سنین بالا باردار شده و اقدام به سقط کرده بودند، تعدادی نیز در سنین جوانی و حتی ابتدای ازدواج به استفاده از روش پیشگیری طبیعی اشاره داشتند. این افراد بیان کردند که در آن زمان قصد داشتند فرزندآوری خود را به زمانی موکول کنند که به لحاظ زندگی زناشویی به یک حدی از ثبات رسیده باشند یا از لحاظ مالی و مسکن، امکاناتی کسب کرده یا در موقعیت شغلی به تثبیت رسیده باشند؛ بااین‌حال آن‌ها باوجود استفاده از روش طبیعی دچار بارداری ناخواسته شده‌اند. دو نفر بیان داشتند که اگرچه ازدواج آن‌ها رسمی و قانونی بوده، اما هنوز زندگی مشترک را آغاز نکرده بودند. این بارداری زودهنگام، برای آن‌ها تجربه‌ای سخت و شرم‌آور بوده است. آن‌ها به فاصله‌گذاری رایج پس از ازدواج اشاره داشتند و به نظرشان بسیاری از زوج‌ها درحال حاضر ترجیح می‌دهند حدود دو یا سه سال پس از ازدواج اقدام به بارداری کنند؛ اما بارداری آن‌ها نابهنگام بوده و زودتر از حد انتظار رخ داده است و ازاین‌رو تلاش‌هایی برای خاتمه بارداری داشته‌اند تا بتوانند برنامه‌ریزی‌های بارداری خود را مجدداً تنظیم کنند. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۷ (۳۶ساله، دیپلم، سقط عمدی و غیرعمدی) می‌گوید:

«ما تو دوران عقد بودیم که متوجه شدم باردارم. خیلی شرایط سختی بود؛ چون هم اصلاً آمادگی نداشتم، هم خیلی خجالت می‌کشیدم قبل از عروسی باردار شدم؛ برای همین تصمیم گرفتم سقط کنم. حتی وقتی به مامانم گفتم، مامانم اصلاً خوشحال نشد و خیلی ناراحت بود. مونده بود چطوری به بابام یا بقیه بگه. با هم رفتیم دکتری که خودم هم ایشان به دنیا آورده بود. مامانم موضوع را گفت. دکتر گفت مهم نیست چیکار مردم دارید. حالا به‌جای سقط بفرستش خونه خودش. این‌طوری ممکنه دیگه بچه دار نشه، عفونت بگیره. حاملگی اول خیلی مهمه. حرومی هم که نیست از شوهرش حامله شده. این‌طوری شد که ما یک سفر مشهد رفتیم و بعد هم بدون عروسی اومدم خونه خودم. یادمه این‌قدر گریه کردم. شوهرم خیلی ناراحت بود. تا مدت‌ها عذرخواهی می‌کرد. می‌گفت هر کار می‌خواهی بکنی من راضیم.»

در موارد فوق تعین‌های زمانی، همراه با عدم استفاده از روش‌های پیشگیری باعث شده است تا افراد بارداری خود را ناخواسته یا نابهنگام تلقی کنند و برخی از آنها به سقط جنین روی آورند. تعدادی از زنان به عدم دسترسی به روش‌های پیشگیری در برخی شرایط ازجمله مسافرت اشاره داشتند. برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۵ (۴۵ساله، لیسانس، عمدی) اظهار داشت:

«همیشه از کاندوم استفاده می‌کردیم؛ اما در مهرماه سال گذشته مسافرت ناگهانی پیش اومد. آنجا ما شرایط خرید را نداشتیم. برای اولین بار این اتفاق افتاد که بعدش یکی از دوستام بهم قرص فکر کنم ال دی بود معرفی کرد و گفت ٤ تا رو با هم بخور.»

درواقع سخنان این شرکت‌کننده نشان می‌دهد اطلاعات او دربارهٔ روش اورژانسی پیشگیری از بارداری محدود بوده و بعد از مقاربت بدون پیشگیری نیز اطلاعات مورد نیازش را از یکی از دوستانش اخذ کرده است. علاوه‌بر نداشتن آگاهی کافی از روش‌های پیشگیری از بارداری، اطلاعات زنان دربارهٔ احکام مذهبی و قوانین سقط جنین محدود است. شرکت‌کنندگان زیادی ازجمله شرکت‌کنندگان شماره‌های ٤٦، ۷، ۱۰، ۲، ۱۹، ۱٤ دربارهٔ زمان و علل مجاز برای سقط اطلاعی نداشتند و بی‌توجه به این موارد، سقط جنین قبل از سه ماه را فاقد مشکل شرعی دانسته‌اند؛ ازاین‌رو با اینکه بسیاری از زنان دارای اعتقادات مذهبی قوی بودند، بااین‌حال در شرایط بارداری ناخواسته سقط جنین را به‌عنوان یک گزینهٔ کنترل بارداری اتخاذ کرده‌اند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۷ (کاردانی، ٤۳ساله، سقط غیرعمدی، بارداری ناخواسته) اطلاعاتش دربارهٔ احکام و قوانین محدود است:

«ازنظر شرعی زیر ۳ماه گناه ندارد؛ چون کامل نیست. قلب تشکیل نشده و برای خانواده‌ای که نمی‌خوان، زیر سه ماه مشکل ندارد. در زمان ما لوله‌ها رو راحت می‌بستند و نیاز به درخواست نبود. اینم نوعی ممانعت از تولد است و فرقی با هم ندارد.»

این شرکت‌کننده استدلالش این است که چون با توبکتومی نیز از وقوع حاملگی جلوگیری می‌شود، بنابراین هرگونه روشی قبل از سه ماهگی می‌تواند به مثابه ابزاری برای

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

پیشگیری از بارداری به کار رود؛ علاوه‌برآن معتقد است که تا سه‌ماهگی جنین به‌عنوان یک انسان کامل نیست؛ بنابراین، برای افرادی که توانایی بزرگ‌کردن فرزند را ندارند و نمی‌خواهند بچه متولد شود، سقط جنین منطقاً مجاز است.

برخی از شرکت‌کنندگان نظیر شرکت‌کنندگان شماره‌های ۲۲، ۱، ۵، ۳ و ٤٦ اظهار داشتند که تصور آنها این بوده که باوجود سن بالا یا داشتن بیماری‌های روحی و روانی یا برخی ناهنجاری‌های عضلانی جنین می‌توانند زیر نظر پزشک بارداری را خاتمه دهند. درواقع این افراد دربارهٔ شرایط قانونی یا موارد مجاز سقط، اطلاعات چندانی نداشتند.

عوامل مداخله‌گر

عوامل مداخله‌گر شامل تجربیات گذشتهٔ افراد از بارداری و زایمان، حمایت خانوادگی، باورهای مذهبی و نگرش‌ها به سقط هستند. در بین افراد شرکت‌کننده طیفی از نگرش‌های کاملاً مخالف تا کاملاً موافق وجود داشت. گروهی کاملاً با سقط جنین مخالف بودند، گروهی با سقط جنین مخالف بودند، اما در موارد خاص و شرایط پزشکی و اجبار و اضطرار آن را مجاز می‌دانستند. گروهی نیز سقط جنین را انتخاب فردی می‌دانستند؛ بنابراین، مخالف محدودیت‌های قانونی و شرعی بودند. مخالفین با سقط جنین از دو بعد موضوع را مدنظر قرار می‌دادند: برخی از آن‌ها که افراد مذهبی بودند و به انجام و رعایت احکام شرعی و مناسک مذهبی پایبند بودند، مخالفتشان بر پایهٔ مبانی مذهبی و دینی بود. آن‌ها سقط جنین را مخالف اصول دین می‌دانستند، آن را به‌عنوان یک گناه بزرگ در نظر داشتند و معتقد بودند که زندگی از لحظهٔ تشکیل نطفه شروع می‌شود و امر خداوند برحیات نطفه جاری شده است؛ بنابراین، زندگی جنین از زمان شکل‌گیری نطفه مقدس است و سقط جنین نوعی قتل و گناه بزرگ و نابخشودنی است. دیدگاه‌های این افراد عمدتاً برگرفته از فقه اسلامی و آموزه‌های دینی است. برخی در بیان نظرات خود به احادیث و آیات قران استناد می‌کردند. ازنظر آنها تنها خداوند حق دادن زندگی و حق گرفتن زندگی و مرگ را دارد و انسان نباید در این فرایند مداخله‌ای داشته باشد و خاتمه‌دادن به بارداری نقض فرمان الهی است. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۸ (۳٦ساله، کارشناسی، سقط غیرعمدی، برنامه‌ریزی‌نشده) می‌گوید:

> «یک سری می‌گویند ناخواسته باردار شدیم، بعد دنبال سقط هستند. این ناخواسته نیست، حکمت اصلی دست خداست. خیلی‌ها بدون هیچ مشکلی صاحب فرزند نمی‌شوند؛ پس طبیعتاً دست خداست که این‌طوری اتفاق می‌افتد. اگر بدون هیچ دلیل قانونی سقط کند، گناه بزرگی است، قتل است. حتماً بچه حکمتی دارد که به این زندگی آمده؛ پس چنانچه به قول خودشان ناخواسته باردار شوند، بعد سقط کنند، مشکلات هزار برابر می‌شود؛ چون خدا راضی نیست.»

این شرکت‌کننده در ادامه می‌گوید:

> «من می‌دانم سقط جنین اگر به‌صورت عمدی باشد و خودمان سقط کنیم، قتل محسوب می‌شود و گناه کبیره است. یکی از همسایه‌های ما بعد از سقط، همسرش به جرمی مرتکب شد که به حبس ابد محکوم شد. ایشان این روایت را اهمیت نداد. در قرآن هم داریم اگر یک نفر را از بین ببریم، انگار کل جمعیت را از بین بردیم. در سورهٔ مائده آمده و من رسل قتل جمیعا... و این‌قدر نفس یک نفر مهم است و این اثرات زیادی روی زندگی افراد جامعه دارد. مثل اسرائیل که بمب می‌زنه همه را براحتی با خاک یکسان می‌کند. سقط هم همین‌طور است. سقط هم گریبان‌گیر همه می‌شود. ما نباید مثل اسرائیل عمل کنیم.»

گروهی دیگر این عمل را نه‌تنها از لحاظ شرعی گناه می‌دانند، بلکه آن را اقدامی غیرانسانی می‌پندارند که اصول اخلاقی را نیز نقض می‌کند. از دید آن‌ها سقط جنین حتی در شرایط اقتصادی و اجتماعی دشوار، ازنظر اخلاقی پذیرفتنی نیست و نوعی بی‌مسئولیتی در قبال کنشی است که انجام داده‌اند. ازنظر آن‌ها جنین به‌عنوان یک انسان حق زندگی دارد. همهٔ افراد جامعه باید حقوق افراد را رعایت کنند. به‌خصوص زنان که خودشان مادر هستند و وظیفهٔ مراقبت از فرزندان را به عهده دارند، باید از جنین خود محافظت کنند و حق پایان‌دادن به زندگی آن‌ها را ندارند. ازنظر این گروه از افراد، سقط جنین نوعی رفتار خودخواهانه است که برخی از زنان

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

انجام می‌دهند و این رفتار نشـان می‌دهد که آن‌ها فقط به فکر شـرایط و منافع زندگی خود هسـتند و به خاطر خودشـان حق زندگی را از کسـی دیگر می‌گیرند. درحالی‌که این جنین ممکن اسـت در آینده اقدامات بشردوستانه زیادی انجام دهد و باعث بهبود زندگی بیشتر مردم در آینده شود.

شـرکت‌کنندهٔ شـمارهٔ ۹ (۳۶سـاله، دیپلم، برنامه‌ریزی‌نشـده) دراین‌باره می‌گوید:

«خدایی که بچه را داده، می‌خواسـته که این بچه باشـد. هیچ بچه‌ای بی‌رزق و روزی نیسـت و خدا می‌خواهد که این بچه به دنیا بیاید و ما اجازه نداریم حق زندگی را از این بچه بگیریم. اگر هم شـرایط مالی یا روحی‌مون خوب نیست، اصلاً حامله نشوند؛ اما اگر شدند، خواست خدا را بپذیرند. مگر اینکه از راه نامشـروع حامله شـدند، دیگه چاره‌ای نیست باید سقط کنند.»

تعداد زیادی از شـرکت‌کنندگان در این مطالعه با سـقط جنین مخالف بودند و رواج و آزادگذاشـتن آن را منشـأ بی‌بندوباری می‌دانسـتند؛ اما بر این باور بودند که در شـرایطی که افراد به دلیل محدودیت‌های اجتماعی یا شـرایط پزشـکی و اضـطرار اقتصـادی تمایلی به ادامهٔ بارداری ندارند، این مسـیر برای آن‌ها باز باشـد تا بتوانند ازطریق قانونی سـقط جنین را انجام دهند. در مواردی که ادامهٔ بارداری ممکن اسـت زندگی مادر را به خطر بیندازد یا جنین دارای نقص‌های جدی باشـد، تقریباً همهٔ شـرکت‌کنندگان موافق سـقط جنین بودند. در این مورد حتی آن‌ها که دربارهٔ خودشـان، در شـرایط اضـطرار پزشـکی مخالف بی‌چون‌وچرای سقط بودند، برای سـایر افراد جامعه این درخواسـت و تصـمیم را منطقی می‌دانسـتند. این افراد اظهار داشتند درصورتی‌که خودشان در این شـرایط قرار بگیرند، به حکمت خداوند اعتماد می‌کنند و بارداری را ادامه می‌دهند؛ اما با تصمیم سقط برای دیگران در این شرایط موافق بودند؛ بنابراین، به نظر بسیاری از شـرکت‌کنندگان این مطالعه، سـقط جنین به دلایل پزشـکی امری منطقی و پذیرفتنی اسـت. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۹ (۳۶ساله، کارشناسی، برنامه‌ریزی‌نشده) می‌گوید:

«بچه‌ای که ناقصه که حتماً سقط بشه. برای چه به این دنیا بیاد. جز سختی چیزی دیگری ندارد. حتی اگر مشکلی هم نیست، وقتی کسی نمی‌خواد و تصمیم به سقط می‌گیره به اینها فکر نمی‌کنه. چیزی که داریم می‌بینیم، نمی‌خواهد. حاضره هرکاری بکنه تا از شرش راحت بشه؛ چون به دنیا آمدنش را برای خودش خوب نمی‌دونه. بچه که به این شـکل بخواهد بیاید هم لطمه می‌بینه. اینها حتی بروند غیرقانونی انجام دهند؛ چون دیگه چاره‌ای ندارند.»

شـرکت‌کنندهٔ شـمارهٔ ۴۳ (۳۲سـاله، کارشـناسـی ارشـد، برنامه‌ریزی‌نشده) که مخالف سقط جنین است و فردی بسیار مذهبی است و در تمام مراسم مذهبی شرکت می‌کند و بسیار به انجام مناسک مقید است، سقط جنین را گناه بزرگی می‌داند و در شـرایط اقتصـادی سخت نیز تصـمیمی برای سـقط ندارد؛ اما دربارهٔ شرایط خاص نظیر مشکلات جسمی یا ذهنی موافق سقط جنین است و بیان می‌دارد اگر در معاینات پزشکی معلوم شـود مشـکلی وجود دارد، حتی اگر قانونی نتواند سـقط کند، به‌صورت غیرقانونی اقدام به این کار خواهد کرد.

«بچه مشکل داشته باشد، دچار تضاد میشم. من خودم استرسی هستم. نمی‌تونم بچه که مشکل دارد را بزرگ کنم. الآن تا بچه‌ها مریض می‌شـوند، خیلی اسـترس به من وارد میشه. حالا قرار باشد بچه مسئله داشته باشد، حتما سقط می‌کنم. الآن یک دختر اینجا هسـت، گردنش کج اسـت. مادرش وقتی باردار بوده، دکتر گفته مشـکل داره؛ اما مادر نداخته. گفته خدا می‌خواسته که به من داده. الآن این دختر ۲۴ سالشه. تا زمانی که پدر و مادر هستند عزیز است؛ اما فردا نمی‌تونه ازدواج کند. این بچه خیلی تنها می‌شـود. این خانم اعتقادش بالا بوده؛ بااین‌حال به آینده این بچه فکر نکرده. الآن دخترهای سـالم دهه ۶۰ ازدواج نکردند. اینکه مشکل دارد که کسی نمیاد بگیردش.»

علاوه‌برآن تقریباً همهٔ شـرکت‌کنندگان با سـقط در شـرایط تجاوز موافق بودند؛ اما با بارداری ناشـی از رابطه‌ای داوطلبانه نامشـروع مخالف بودند و ازنظر آن‌ها مجازشـدن این نوع سـقط‌ها باعث می‌شـود افراد بیشـتر وارد این روابط شـوند و حتی بهتر اسـت مجازات‌هایی در نظر گرفته شـود تا افراد مجبور به نگهداری جنین شـوند. برای نمونه شـرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۹ (۳۶ساله، دیپلم، برنامه‌ریزی‌نشده) می‌گوید:

«اگر برای اینها باز بگذارند، هیچ کس مسئولیت کارش

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

را قبول نمی‌کند و هرج‌ومرج رخ می‌ده. بی‌بندوباری بیشتر می‌شه. همین که سقط ازاد نیست، خوبه؛ چون اگر آزاد بشه، مملکت ما به فساد کشیده می‌شود. میگن کارمان را بکنیم، بعد اگر حامله شدیم سقط می‌کنیم.»

گروهی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه با سقط جنین در شرایط اقتصادی و اجتماعی یا روحی و روانی خاص موافق بودند و ازنظر آن‌ها درصورتی‌که مادر در شرایط بحرانی اقتصادی و اجتماعی قرار دارد، سقط جنین باید گزینه‌ای مجاز باشد. درواقع این افراد درمجموع مخالف سقط جنین هستند، اما آن را به‌عنوان یک گزینه برای شرایط اضطرار از جنبهٔ پزشکی و نیز اقتصادی مناسب می‌دانند. درواقع آن‌ها تصمیم خود را عقلانی ارزیابی می‌کنند. در این میان حتی برخی افرادی که مذهبی بوده نیز رفتاری متفاوت با دیدگاه مذهبی خود داشته‌اند؛ برای نمونه شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۴ که تجربهٔ سقط غیرقانونی دارد، فردی بسیار مذهبی بوده و در کلیهٔ مناسبت‌ها در منزلش برای اهل بیت (ع) مراسم برگزار می‌کند و امور مربوط به برگزاری دعای ندبه و دعای کمیل در مسجد را انجام می‌دهد. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۹ نیز که از خانوادهٔ مذهبی بوده است، در منزل اقدام به سقط کرده است. او سقط در شرایط عادی را گناه بزرگی می‌داند، اما در شرایط خاص موافق با آن است و بارداری سوم را خاتمه داده است.

گروهی از افراد بر حق انتخاب فردی تأکید داشتند و ازنظر آن‌ها بارداری و فرزندآوری و سقط جنین باید یک حق فردی باشد و زن حق دارد که در هر شرایطی دربارهٔ بارداری و بدن خود تصمیم‌گیری کند. این نگرش بیشتر در افرادی دیده می‌شد که تحصیلات بالا داشتند و شاغل بودند. آن‌ها بر این باور بودند که تصمیم‌گیری دربارهٔ سقط جنین باید به‌طور کامل به زن واگذار شود و هیچ محدودیت قانونی یا اجتماعی در این زمینه نباید وجود داشته باشد. ازنظر تعدادی از آن‌ها شرایطی که درحال حاضر در جامعه ایجاد شده، کمتر مورد توافق و خواست و نظر مردم است و بسیاری از تصمیمات در سطح حاکمیت و دولت با خواست آن‌ها منافات دارد. آن‌ها قوانین و محدودیت‌ها را در راستای منافع خودشان نمی‌دانستند و لزومی بر همراهی با قوانین و احکام مصوب نمی‌دیدند.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ٤ (۳۸ساله، کارشناسی ارشد، عمدی) می‌گوید:

«باید آزاد باشه؛ چون بالاخره سقط که انجام میشه. الآن ما ۳۰ تا خانم همکاریم. تا حالا سه مورد یا چهار تا به‌خاطر آنورمالی سقط کردند. حدود ۱۰ نفر بچهٔ سوم سقط کردند. اینها همین که ٤ یا ۵ هفتگی را رد می‌کردند، تو ۷ هفتگی سقط کردند. با این حساب قوانین ما نیاز مردم را پوشش نمی‌دهد و انعطاف‌هایی لازم هست.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۲ (۳۳ساله، دیپلم، برنامه‌ریزی‌نشده) می‌گوید:

«بالاخره هرکس دلیل خودشو داره. من فکر می‌کنم ما جای هرکسی نیستیم که بتونیم تصمیم بگیریم. شاید بچه شیره به شیره داشته، یه دورانی اذیت شده و یا حمایتی نداشته و سومی که باردار شده سقط کرده یا شاغل بوده مشکل نگهداری داشته. ازنظر خودش درسته. شاید حق داشته چون خیلی اذیت شده و باید بپذیریم و احترام بگذاریم. قرار نیست همه تو چارچوب ذهنی ما در بیان.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۵ (٤۲ساله، کارشناسی، عمدی) بیان می‌دارد:

«این را فقط حق زن می‌دانم و به نظرم هیچ‌کس دیگری حق دخالت ندارد؛ چون زن هست که باردار میشه. زن هست که زایمان می‌کنه و زن هست که باید تا آخر دنبال این بچه‌ها بدوه. الآن خود من بچه‌ها را باید ببرم خونه مادرم. دوباره برم بردارمشان، بیام خونه به تکالیف مدرسه رسیدگی کنم، به فکر غذا و تفریحشان باشم. همسرم راحت فقط میره سرکار و میاد.»

این شرکت‌کننده ادامه می‌دهد:

«من اصلاً شرعیات را قبول ندارم. مگر چیزهای دیگرمان براساس شرع است که این مورد باشد. اصلاً معلوم نیست حرف‌های شرع از کجا آمده. هیچی را قبول ندارم. خالق را قبول دارم، اما این چیزهای شرع را قبول ندارم.»

این افراد بر آزادی زنان در تصمیم‌گیری‌های باروری و انتخاب‌های شخصی تأکید دارند و ازنظر آن‌ها چون فرایند باروری، زایمان و مراقبت از فرزند به عهده زنان است، دربارهٔ وقوع و زمانبندی آن نیز مسئولیت اصلی با آن‌ها است. چنانچه

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

شرایط جسمی، روحی و اجتماعی مناسب نبود، باید پیشگیری کند و حتی اگر به هر دلیلی ازجمله نبود وسیلهٔ پیشگیری یا شکست روش، بارداری رخ داد، این حق را دارد تا شرایط را مطابق با خواست خود تغییر دهد. درواقع برخورداری از حق سقط جنین را به‌عنوان بخشی از حقوق زنان برای کنترل بر بدن خود تلقی می‌کنند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۰ معتقد است:

«این حق زن هست چون قراره اون بچه را به دنیا بیاره و بزرگ کنه و مسئولیت اصلی با زن هست. مرد هم مسئوله، ولی خوب بیشتر بچه با مادره. من خودم هم همین‌طوری بودم. الآنم همش پیش مامان هستم. حالا شیرینی بچه هست؛ اما اگر همون موقع سقط کرده بودم، این همه بقیه را اذیت نمی‌کردم.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۳۹ (۳۰ساله، کارشناسی، غیرعمدی) نیز بر این باور است که تصمیمات باروری به عهدهٔ زنان است و می‌گوید:

«به نظر من، بارداری و فرزندآوری یک تصمیم کاملاً شخصی است. هر زن باید خودش تصمیم بگیرد که چه زمانی و در چه شرایطی بچه‌دار شود. این اصلاً مسئله‌ای نیست که دولت در آن دخالت کند. وظیفهٔ دولت این است که از مردم حمایت کند و امکانات لازم را برای آن‌ها فراهم کند تا آن‌ها بتوانند بدون فشار تصمیم بگیرند.»

این نوع نگاه به موضوع سقط جنین در زنان تحصیل‌کرده، شاغل و با درآمد بالاتر یا از طبقات اقتصادی بالاتر که ازنظر مبانی مذهبی و دینی باور به گناه‌بودن سقط ندارند و بیشتر به آزادی انتخاب فردی تمایل دارند، بیشتر وجود داشت.

تجربه‌های پیشین از بارداری یا زایمان نیز در تصمیمات باروری افراد نقش داشته است. در بین افراد شرکت‌کننده افرادی بودند که به افسردگی پس از زایمان مبتلا شده بودند. دو نفر ابتدا تصمیم به زایمان طبیعی داشته‌اند، اما درنهایت باوجود تحمل درد زایمان طبیعی، ناچار به سزارین شده‌اند. دو نفر تجربهٔ زایمان پیش از موعد داشتند و برای حدود سه ماه پس از زایمان، فرزندشان در محیط بیمارستان و در دستگاه‌های مخصوص مراقبت شده است؛ این تجربه‌های ناخوشایند، احساسات منفی و حالت‌های جسمی نامطلوب دوران بارداری گذشته نقش مهمی در شکل‌دهی به نگرش‌ها و تصمیمات آنان در بارداری‌های بعدی داشته است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۳ (۳۸ساله، کارشناسی ارشد، سقط غیرعمد) می‌گوید:

«تو حاملگی دومم متوجه شدم که پای بچه مشکل داره. تا ۹ ماهگی پاش آتل داشت. خودم بعد از زایمان افسردگی شدید داشتم. چون تنها بودم سرکار نمی‌رفتم. حقوق نداشتم. شوهرم مرخصی نمی‌تونست بگیره. پدر و مادرم شهرستان بودند. شرایط وحشتناک بود. چندین بار نزدیک بود بلایی سر خودم یا بچه بیارم... دوست ندارم به آن ایام و ماه‌ها برگردم. بچه‌ام را تا ۲ سالگی با دندان کشیدم. هیچ کمکی نداشتم.»

زنان شرکت‌کننده در تحقیق به نبود امنیت مالی، عدم وجود امکانات لازم برای تأمین نیازهای کودک و عدم حمایت کافی ازسوی همسر یا خانواده، چالش‌های مربوط به نگهداری از فرزند، تعارض بین وظایف شغلی و خانوادگی و ترس از آیندهٔ فرزند اشاره داشتند. در بین شرکت‌کنندگانی که والدینشان در شهرهایی دیگر سکونت داشتند، نگرانی دربارهٔ نگهداری و مراقبت از فرزند از عوامل مهم در بروز تردید برای تداوم بارداری بوده است. شرکت‌کنندگان به نقش ساختار اجتماعی، نهادها، محیط کاری، قوانین و سیاست‌ها در ایجاد این نگرانی‌ها و ترس‌ها و سوق‌دادن خانواده‌ها به سمت سقط جنین اشاره داشتند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۰ بیان می‌دارد:

«وقتی هیچ حمایت اجتماعی نیست، همین دو تا زیاد هم هست. خواهر خودم سه تا بچه دارد. سومی ناخواسته بود. یک سال و سه ماهشه. خیلی اذیت شد. می‌خواست سقط کند. دکترها اجازه ندادند. مشکل زیاد داره. خودش از بین رفت دیگه. من خواهرم را دیدم میگم زایمان چیه می‌ترسم. خودم تو اتاق عمل اکسیژن کم آوردم. الآنم گاهی احساس خفگی می‌کنم.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۵ نیز به ممنوعیت سزارین درسال‌های اخیر اشاره می‌کند. ازنظر او این قانون باعث شده است تا مسیر تصمیم‌گیری‌های باروری بسیاری از زنان تغییر کند.

«زن تو جامعهٔ ما نادیده گرفته می‌شود، حمایت نمیشه. بحث ممنوعیت سزارین از کجا آمد؟ همین که مردم نمی‌توانند سزارین کنند، باید نیم سکه بدهند تا سزارین کنند. من خودم بیمارستانم. می‌بینم الآن خیلی‌ها تا باردار

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

می‌شـــوند، می‌بینند مجبورند طبیعی زایمان کنند ســـقط می‌کنند. خدا شـــاهده همکارم زنگ زده بود گریه می‌کرد. دوقلو بارداره. سخت زایمان می‌کند. دکتره تا زمانی که پیام واریزی برایش نرفت، ســـزارین نکرد. ۱۵ میلیون ریخت تونست سزارین کند. شما یک سر به بلوک‌های زایمان بزن. تا لحظه آخر صـــبر می‌کنند. بلوک‌های زایمان در بدترین شـــرایط می‌گویند باید طبیعی باشـــد. پزشـــک‌ها هم چون کارلنه‌شـــان را کم می‌کنند، طبیعی را ترجیح می‌دهند. مگر اینکه سکه یا زیرمیزی بدهند.»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۶ (۳۵ساله، کارشناسی، سقط عمدی) نیز می‌گوید:

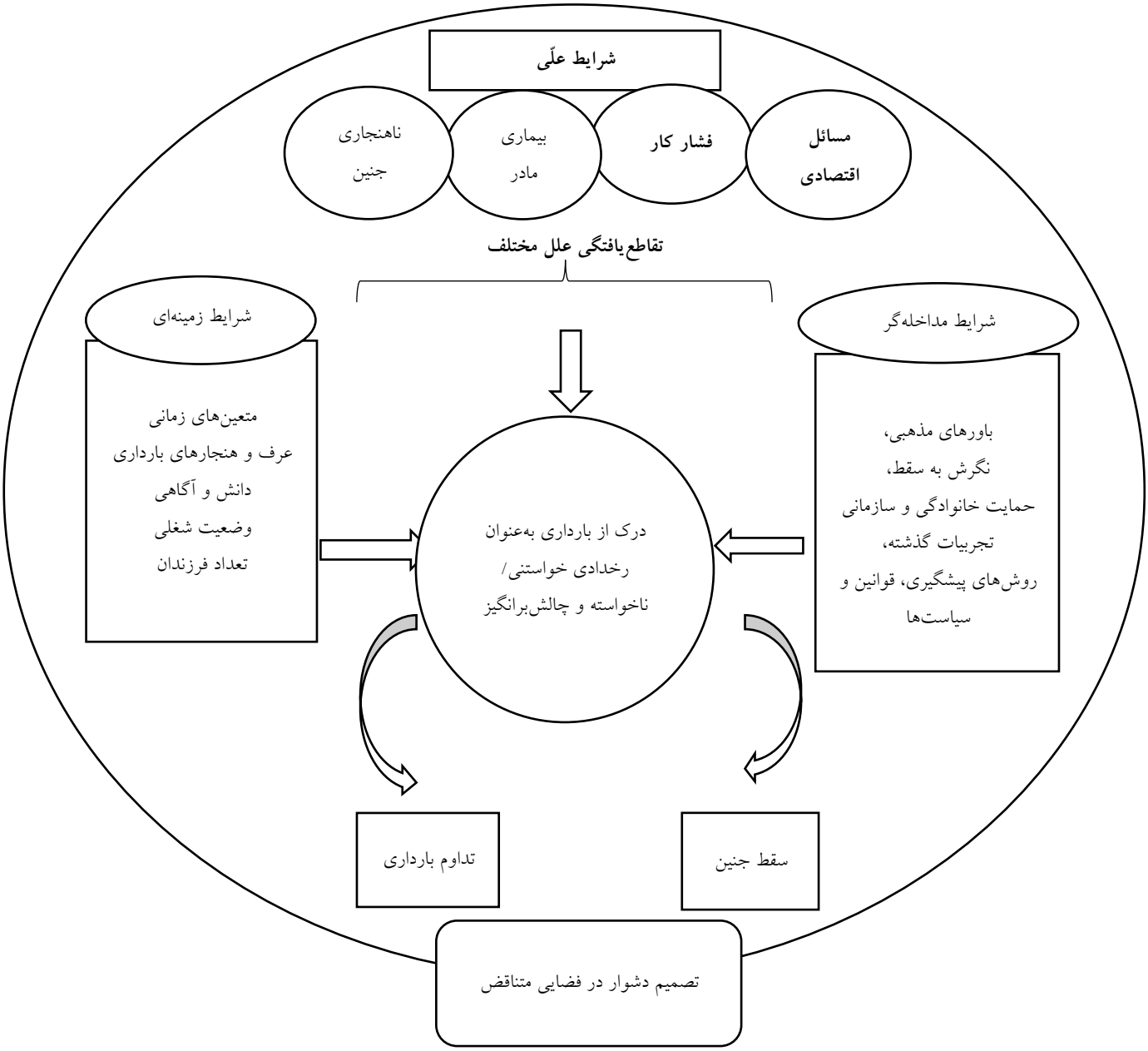
«کســی که تصـمیم می‌گیره بچهاش را سـقط کند، یک گیر و گرفتاری تو زندگی‌اش هســـت. حالا به هر لحاظی. همین خود من اگر می‌دانســـتم بعد از مرخصـــی امکان دورکاری دارم، شاید کمتر این موضوع به فکرم می‌رسید که سـقط کنم یا اگر مهد کودک شـهریه‌اش ۸ میلیون نیسـت یا امکانات بدن. مثلاً من شـنیدم تو کانادا وقتی کسـی بچه به دنیا میاره، یک پرستار از طرف دولت تا دو هفته هست که مواظبش باشـد. درصـورتی‌که اینجا چی؟ یا مامان من باید بیاد یا مامان اون بیاد. من نه میتونم بچه را مهد بگذارم، نه کســی رو دارم. باید از شـــهرســـتان بیان بچه را نگه دارند. دولتی که خودش روش پیشـگیری را غیرقانونی کرده، باید راهکار حمایتی هم بدهد.»

چنانچه دیدیم زمانی که زنان تصـــمیمی برای فرزندآوری نداشـــته و به لحاظ فردی و خانوادگی آمادگی لازم برای فرزندآوری بیشـــتر را ندارند و خود را برای تأمین نیازهای اســـاســـی کودک ناتوان می‌پندارند، دچار تردید می‌شـــوند. در چنین شـــرایطی بســـیاری از آن‌ها برای مواجهه یا رفع این استرس‌ها به خاتمهٔ بارداری می‌اندیشند.

مدل پارایمی تحقیق

براســـاس یافته‌های فوق مدل نظری اســـتخراج‌شـــده در قالب شـکل زیر نشـان داده می‌شـود. این مدل دلایل تصـمیم‌گیری برای ســـقط، زمینه‌های علّی تأثیرگذار، عوامل مداخله‌گر و عوامل زمینه‌ای این تصـــمیم را به شـــکلی جامع تبیین می‌کند. مجموع شرایط و علل فوق حکایت از تقاطع‌یافتگی علل سقط جنین دارد و بیانگر این است که سقط جنین نمی‌تواند صرفاً با انتخاب شخصی افراد قابل‌توضیح و تبیین باشد، بلکه پدیده‌ای چندعلیتی اســـت و تصـــمیمات مرتبط بـا آن متـأثر از محدودیت‌های ســـاختاری، قوانین، ســـیاســـت‌ها، شـــرایط و زمینه‌های فردی و خـانوادگی اســـت. تحلیـل داده‌هـای این پژوهش به شـناسـایی مقوله هسـته با عنوان «تصـمیم دشـوار در فضـایی متناقض» منجر شـد. این مدل نشـان دهندهٔ وضـعیت پیچیده‌ای از ابهام، ترس، تردید و عدم قطعیت اســـت که زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته یا چالش‌زا تجربه می‌کنند. این تصـمیم دشـوار در فضـایی رخ می‌دهد که در آن سـقط جنین نه به‌مثابه انتخابی رضـــایت‌بخش بلکه به‌عنوان راهبرد انطباقی با تنگناهای سـاختاری اسـت. فرایند تصـمیم‌گیری برای تداوم یا اختتام بارداری و راهبردهایی که اتخاذ می‌شود متنوع و پیچیده اســـت؛ اما به دلیل طولانی‌شـــدن در این مقاله به راهبردها و پیامدهای ناشی از تصمیم‌گیری زنان پرداخته نشده است.

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078



شکل ۱- مدل نظری تبیین تصمیم زنان برای تداوم بارداری یا سقط جنین

Fig 1- Theoretical model explaining women's decision for continuing pregnancy or abortion

بحث و نتیجه

مطالعهٔ حاضر تلاش کرد تا با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریهٔ داده‌بنیاد به چرایی تصمیم زنان به تداوم بارداری یا سقط جنین بپردازد و فهم جامعی از این پدیده ارائه کند و به این سؤال اساسی پاسخ دهد: چرا زنان در ایران باوجود محدودیت‌های مذهبی، قانونی و اجتماعی به سقط جنین روی می‌آورند؟ تحلیل یافته‌های مستخرج از مصاحبهٔ عمیق با زنان محققان پژوهش را به سمتی هدایت کرد که بتوانند بسترهای تأثیرگذار بر سقط جنین را در سه دستهٔ کلی شرایط علّی، شرایط زمینه‌ای و عوامل مداخله‌گر ارائه دهند.

عوامل علّی شامل مسائل اقتصادی، شرایط پزشکی (شامل مشکلات جنین یا مادر) و فشارهای شغلی است. فشارهای

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

مالی و ناتوانی در تأمین هزینه‌های زندگی و تربیت فرزندان باعث می‌شود تا زنان دربارهٔ تأمین شرایط زندگی و توانایی بزرگ‌کردن بچه‌ها احساس تردید و نگرانی داشته باشند. نگرانی از آیندهٔ اقتصادی، هزینه‌های فرزندپروری و نبود حمایت کافی باعث می‌شود که برخی از زنان احساس کنند که با تولد فرزند دیگر در مضیقهٔ مالی قرار خواهند گرفت و قادر به بزرگ‌کردن فرزند جدید نیستند. این یافته در مطالعات چای و همکارن (2017)، بیگز و همکاران (2013)، عبدالجباری و همکاران (١٣٩٥) و رازقی نصرآباد و سنجری (١٣٩٦) نیز تأیید شده است. همچنین این یافته در قالب نظریهٔ انتخاب عقلانی توضیح داده می‌شود. افراد در تصمیمات باروری خود از روی محاسبات منطقی و عقلانی اقدام می‌کنند. آنها ارزیابی می‌کنند که آیا منافع حاصل از داشتن فرزند بیش از هزینه‌ها و ریسک‌های اقتصادی و اجتماعی آن است یا خیر (Becker, 1960). این ارزیابی شامل درک فرد از منابع اقتصادی هزینه‌های مربوط به نگهداری از فرزند، هزینه‌های زندگی و مسئولیت‌های خانوادگی و منافع ناشی از تداوم بارداری است.

مشکلات جنینی و ناهنجاری‌های پزشکی که ازطریق سونوگرافی یا معاینات دیگر تشخیص داده می‌شود، یکی از دلایل اصلی سقط جنین است. زنانی که با تشخیص‌هایی مانند ناهنجاری‌های جدی جنین مواجه می‌شوند، دربارهٔ سلامت فرزندشان دچار تردید می‌شوند و از اینکه ممکن است فرزندشان دارای برخی نقایص و ناهنجاری‌ها باشد، احساس خطر و عدم قطعیت می‌کنند و خود را در معرض هراس و عدم تعیین‌های بی‌شماری از بُعد سلامت فرزندش و نیز داغ و انگ اجتماعی می‌بینند؛ بنابراین، بارداری به‌وقوع‌پیوسته را بارداری چالش‌زا درک می‌کنند؛ علاوه بر آن بیماری‌های جسمی و روحی روانی مادر نیز موجب می‌شود تا برخی زنان تمایلی برای تداوم بارداری نداشته باشند؛ زیرا نگران این هستند که توان جسمی و روحی کافی برای مراقبت از فرزند بیشتر را نداشته باشند. بخشی از این نگرانی در زنانی مشاهده شد که در دههٔ ٤٠ زندگی باردار شده بودند. این زنان به دلیل افزایش سن با برخی بیماری‌های جسمی ازجمله کمردرد، پادرد، سردردهای مزمن و... مواجه بودند. آنها به دلیل کاهش توانایی جسمی و روانی برای تربیت فرزند بیشتر، از بارداری خود احساس رضایت و خرسندی نداشتند و معتقد بودند که دیگر توانایی برای تربیت فرزند ندارند.

فشارهای شغلی ازجمله دلایل اصلی بروز پدیدهٔ بارداری ناخواسته و سقط جنین است. زنان شاغل اغلب به دلیل نگرانی از دست دادن شغل یا نداشتن حمایت کافی در محیط کار، به سقط جنین فکر می‌کنند. نگرانی از دست دادن شغل درصورت استفاده از مرخصی زایمان، نبود امنیت شغلی و فشارهای ناشی از مسئولیت‌های کاری باعث می‌شود که برخی از زنان بارداری خود را ناخواسته تلقی کنند. ساعت‌های کاری طولانی، حجم کار زیاد، مسافت زیاد محیط کار تا خانه چالش‌های متعددی برای مراقبت از فرزند ایجاد می‌کند؛ ازاین‌رو یکی از دلایل اصلی بارداری ناخواسته و سقط جنین در زنان شاغل به مسائل مرتبط با کار برمی‌گردد که ایجاد تعادل بین کار و زندگی را برای آنها دشوار ساخته است.

عوامل زمینه‌ای شامل عرف و هنجارهای باروری، سطح دانش و آگاهی افراد، تعیین‌های زمانی، تعداد فرزندان و وضعیت شغلی است. عرف و هنجارهای جامعه دربارهٔ تعداد فرزندان، زمان فرزندآوری، سن مناسب برای باروری بر تصمیمات زنان برای تداوم یا اختتام اثرگذار هستند. در نمونهٔ مطالعه‌شده یکی از شرکت‌کنندگان در دوران عقد و یکی بلافاصله پس از ازدواج یا با فاصلهٔ بسیار اندک با فرزندان قبلی باردار شده بودند. آنها به دلیل ترس از قضاوت‌های اجتماعی یا فشارهای فرهنگی دربارهٔ فرزندآوری در سنین بالا یا داشتن فرزند زیاد، انگ ناشی از داشتن فرزند معلول، انگ ناشی از مادر بی‌رحم به دلیل سپردن فرزند به مهد کودک، حاملگی در دوران عقد، ناتوانی برای کنترل بارداری و... تصمیم به سقط گرفته بودند. آنها از اینکه دیگران آنها را به دلیل شرایط غیرمعمولشان سرزنش کنند، نگران بودند و این ترس‌ها و نگرانی‌ها باعث شده بود تا برخی از آنها دربارهٔ تداوم بارداری دچار تردید شوند. همچنین زنانی که تعداد فرزندان خود را کافی می‌دانستند و معتقد بودند که با داشتن فرزندان بیشتر، بار مسئولیت آن‌ها سنگین‌تر می‌شود یا تعداد فرزندانشان را به لحاظ فردی یا اجتماعی ایدئال، متناسب و

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

مطابق با بُعد هنجاری جامعه می‌دانستند، درصورت وقوع بارداری آن را ناخواسته دانسته و به سمت سقط جنین سوق یافتند. این یافته همسو با مطالعات پیشین (رازقی و سنجری، ۱۳۹۶؛ Pek et al., 2023) است. این یافته در چارچوب نظریهٔ رفتاربرنامه‌ریزی‌شده و مؤلفهٔ هنجارهای ذهنی تفسیرپذیر است (Ajzen & Klobas, 2013; Fishbein & Ajzen, 1975: 170; Mencarini et al., 2015).

هنجارهای ادراکی به تأثیرات اجتماعی و فشارهای گروهی اشاره دارد که شامل انتظار خانواده، دوستان یا جامعه است که فرد را به انجام‌دادن یا انجام‌ندادن یک رفتار ترغیب می‌کند. فردی که احساس کند جامعه یا خانواده‌اش از او انتظار دارد که فرزند داشته باشد یا نداشته باشد یا در زمان دیگری صاحب فرزند شود، در بروز تردید تداوم بارداری یا سقط از فشارهای اجتماعی و خانوادگی تأثیر خواهد گرفت.

سطح تحصیلات و دانش عمومی افراد در زمینهٔ رفتارهای پیشگیری عامل مهمی در بروز بارداری ناخواسته و سپس نحوهٔ مدیریت این بارداری است. نبود اطلاعات کافی دربارهٔ نحوهٔ به‌کارگیری از روش‌های پیشگیری، روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری و بی‌توجهی به پیامدهای عدم استفاده از روش پیشگیری باعث شده است تا زنان به‌طور ناخواسته باردار شوند. همچنین معلومات و دانش افراد دربارهٔ قوانین و احکام مذهبی نیز عامل مؤثری در تصمیم‌گیری تداوم بارداری یا سقط جنین است. این یافته با نتایج مطالعهٔ مکلف[1] و همکاران (2019)، ناویس و همکاران (2015) و فینر و همکاران (2005) همسو است. در این مطالعه سطح دانش و آگاهی افراد از قوانین و احکام، پایین و ناقص بود. آنها اظهار داشتند که رسانه‌ها و تلویزیون دربارهٔ سقط جنین کمتر صحبت می‌کنند. بسیاری از آنها تا زمانی که تجربهٔ تصمیم به سقط یا اقدام به سقط نگرفته بودند، به‌طور جدی به مقررات سقط فکر نکرده بودند. این یافته در مطالعهٔ وایت[2] و همکاران (2016)، لارا[3] و همکاران (2015) و کوکریل و ویتز[4] (2010) نیز مشاهده شد؛ به‌نحوی‌که در این مطالعات نیز زنان در سنین باروری اغلب تا زمانی که نیاز به سقط جنین و مراقبت نداشتند، از مقررات سقط جنین آگاه نشدند.

عوامل مداخله‌گر شامل تجربیات گذشتهٔ افراد از بارداری و زایمان، حمایت خانوادگی، باورهای مذهبی، نگرش‌ها به سقط و سیاست‌ها و قوانین و روش‌های پیشگیری از بارداری هستند. در این مطالعه کلیهٔ زنانی که بارداری خود را ناخواسته تعریف کردند، اظهار داشتند که تصمیمی برای بارداری نداشتند؛ بااین‌حال یا از روش پیشگیری استفاده نکردند یا با شکست روش پیشگیری مواجه بودند و این عامل آنها را در وضعیت بارداری ناخواسته قرار داده است. این یافته در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است و عدم استفاده از روش پیشگیری مناسب یکی از علل اساسی بارداری‌های ناخواسته بوده است (Hosseini-Chavoshi et al., 2012; Razegi Nasrabad et al., 2018; Erfani & McQuillan, 2008).

نگرش افراد به سقط جنین یکی دیگر از عوامل مهم و تأثیرگذار بر تصمیم زنان برای سقط چنین یا تداوم بارداری است. چنانچه مشاهده شد، در بین افراد شرکت‌کننده طیفی از نگرش‌های کاملاً مخالف تا کاملاً موافق وجود داشت. گروهی کاملاً با سقط جنین مخالف بودند و دلایل مخالفت آن‌ها از بُعد شرعی و اخلاقی است. گروهی با سقط جنین مخالف بودند، اما در موارد خاص و شرایط پزشکی و اجبار و اضطرار آن را مجاز می‌دانستند. گروهی نیز سقط جنین را یک انتخاب فردی می‌دانستند، پس مخالف محدودیت‌های قانونی و شرعی بودند. اعتقادات و باورهای مذهبی دربارهٔ سقط جنین از دیگر عواملی است که در این فرایند نقش دارد. در بین افرادی که اعتقادات مذهبی قوی دارند، پس از اطلاع از بارداری آن را می‌پذیرند و کمتر دچار تردید می‌شوند. در سایر مطالعات (سرایی و روشان شمال، ۱۳۹۱؛ Barkan, 2014) نیز سطح دینداری از عوامل تعیین‌کنندهٔ سقط مطرح شده است. این یافته‌ها در چارچوب نظریهٔ گذار دوم جمعیتی تفسیرپذیر است (Lesthaeghe, 2022).

سیاست‌های دولتی و محدودیت‌های قانونی ازجمله عواملی است که باعث شده تا زنان دربارهٔ تداوم بارداری یا اختتام دچار تردید شوند. سیاست‌های دولتی در زمینهٔ بهداشت

[1] Makleff
[2] White
[3] Lara
[4] Cockrill & Weitz

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

و تنظیم خانواده و محدودیت‌های اعمال‌شده دربارهٔ ارائهٔ اطلاعات و روش‌های پیشگیری از بارداری یکی از عوامل مهمی است که باعث شده است تا برخی زنان آگاهانه و به خواست خود باردار نشوند و درصورت وقوع بارداری ناخواسته تصمیم به اختتام بارداری بگیرند. چنانچه مشاهده شد، برخی زنان به پیامدهای عدم استفاده از روش‌های پیشگیری بی‌توجه بودند یا از روش‌های مؤثری استفاده نمی‌کردند؛ این شرایط می‌تواند ناشی از تغییر برنامه‌های دولت در زمینهٔ ارائهٔ خدمات پیشگیری از بارداری درسال‌های اخیر باشد.

علاوه‌برآن محدودیت قانونی یا اجرانشدن درست قوانین مرتبط با حمایت از خانواده و فرزندآوری نظیر کاهش ساعت کاری، دورکاری، مرخصی مادران، تأمین مهد کودک و نگهداری از کودکان، حمایت مالی برای نگهداری از فرزندان، زنان را در شرایطی قرار می‌دهد که در مراقبت از فرزند با چالش‌های متعددی در محیط کار یا خانواده مواجه شوند و برای مقابله با این چالش‌ها به سمت سقط جنین سوق یابند. این یافته‌ها در چارچوب رویکرد تبیین نهادی باروری تفسیرپذیر است (McNicoll, 2009). در چارچوب این رویکرد دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی، آموزش و آگاهی جامعه از مسائل بهداشت باروری و میزان اطلاعات مردم از روش‌های پیشگیری بارداری و پیامدهای سقط جنین بر تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیرگذار است. همچنین، این یافته با نتایج مطالعهٔ ناویس و همکاران (2015) و شیردل و همکاران (2024) همسو است. در این مطالعات نیز سقط جنین تحت تأثیر دسترسی به خدمات پیشگیری از بارداری و دانش و آگاهی دربارهٔ سلامت باروری شناسایی شده است.

علاوه‌برآن چنانچه مشاهده شد، تجارب پیشین از زایمان یا بارداری و مراقبت از فرزند، نقش مؤثری در تصمیمات باروری زنان ایفا می‌کند. تجربهٔ بارداری و زایمان سخت، افسردگی پس از زایمان یا چالش‌ها برای اخذ مرخصی و شیردهی و مراقبت از فرزند، تجارب تلخی برای زنان به یادگار گذاشته است. ترس و اضطراب تکرار این تجارب زنان را به سمت سقط جنین سوق می‌دهد. براساس نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده، نظارت رفتاری ادراکی به میزان احساس فرد از کنترل بر رفتار خود اشاره دارد. وقتی فرد احساس کند که نمی‌تواند بر چالش‌های ناشی از بارداری یا فرزندآوری فائق آید و ترس‌ها و هراس‌ها به از دست دادن نظارت ادراکی وی بر حیطه‌های مختلف زندگی منجر می‌شود، دراین‌صورت سقط جنین را به‌عنوان ابزاری برای کنترل شرایط در نظر می‌گیرد. این یافته با نتایج مطالعهٔ فینر و همکاران (2005) همسو است. در این میان برخورداری از حمایت‌های خانوادگی یا حمایت در کار نیز مؤثر است. عدم برخورداری از حمایت‌های مالی یا خانوادگی برای نگهداری از فرزند و انتظارات اجتماعی رایج درخصوص نحوهٔ تقسیم کار خانگی، نگرانی‌های زنان را در سطح خانواده، اجتماع و محیط کار افزایش داده است. همچنین زنانی که والدینشان در شهرستان ساکن بودند یا دور از محل سکونت آنها بودند، نمی‌توانستند از کمک والدین در نگهداری از فرزند خردسال برخوردار باشند؛ بنابراین، چالش‌های مراقبت از فرزند و نگرانی دراین‌باره، آنها را در وضعیت تردید قرار می‌دهد. این یافته‌ها در مطالعهٔ لیم و همکاران (2012) نیز مشهود است. در چنین شرایطی همسو با رویکرد نظریهٔ اجتناب از خطر (Fiori et al., 2013; Matysiak et al., 2021) ممکن است افراد تلاش کنند این نگرانی‌ها را کاهش دهند؛ پس به سمت سقط جنین سوق می‌یابند.

مجموع شرایط و علل فوق حکایت از تقاطع‌یافتگی سقط جنین دارد و بیانگر این است که سقط جنین نمی‌تواند صرفاً با انتخاب شخصی افراد قابل توضیح و تبیین باشد، بلکه پدیده‌ای چندعلیتی است و تصمیمات مرتبط با آن متأثر از محدودیت‌های ساختاری، قوانین، سیاست‌ها، شرایط و زمینه‌های خانوادگی است. یافته‌های فوق پیچیدگی و چندعاملی بودن سقط جنین را آشکار کرد؛ براین‌اساس به‌زعم ما هر نوع سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای کاهش سقط جنین نیز نیازمند نگاه جامع و چندبعدی است. سیاست‌گذاری مبتنی‌بر شواهد می‌تواند به دست‌اندرکاران این حوزه در تحقق اهداف توسعه‌ای یاری رساند.

بحث دربارهٔ سقط جنین در چارچوب سیاست‌های

https://doi.org/10.22108/srspi.2025.144253.2078

جمعیتی چالش‌برانگیز است؛ بنابراین، پرداختن به این موضوع با رویکرد سلامت‌محور می‌تواند به اجماع در قانون‌گذاری و اجرای اقدامات مؤثرتری بینجامد. آموزش و اطلاع‌رسانی، ارائهٔ خدمات در زمینهٔ پیشگیری از بارداری ناخواسته در هر زمان فارغ از هر نوع روند جمعیتی در چارچوب برنامه‌های بهداشت باروری اهمیت دارد.

آموزش احکام و قوانین سقط جنین، اثرات و پیامدهای مرتبط با آن، محاسبهٔ هزینه‌های سیستم‌های بهداشتی برای مراقبت‌های مرتبط با سقط جنین می‌تواند در روی‌آوری کمتر افراد به سقط جنین برای تنظیم باروری مؤثر باشد. حمایت از خانواده‌ها و رفع چالش‌های اقتصادی و اجتماعی و تأمین رفاه عمومی می‌تواند به تحقق اهداف باروری در سطح خرد و درنهایت سطح کلان بینجامد. باتوجه‌به پیامدهای سقط جنین بر سلامت زنان و نیز خانواده و تأثیرات اجتماعی ناشی از آن، شناسایی زنانی که باردار شده‌اند و بارداری خود را ناخواسته یا نابهنگام و چالش‌زا تعریف می‌کنند و ارائهٔ مشاوره‌های لازم برای اتخاذ تصمیم درست پیشنهاد می‌شود.

احساس کرامت به کلیهٔ افراد جامعه به‌ویژه مادران و جنین صرفاً در حد شعار نباشد. از یک‌سو در سطح جامعه و محیط کاری و اجتماعی نقش مادری زنان در نظر گرفته شود. از سوی دیگر جنین به‌عنوان یک انسان که از حق حیات برخوردار است و لازم است محترم شمرده شود، برای افراد جامعه بیان شود. درحال حاضر بسیاری از زنان بر این باور هستند که تا قبل از چهار ماه روح در بدن وارد نشده است، پس وارد این فرایند می‌شوند؛ بنابراین، در جهت اصلاح باورها به کرامت جنین به‌عنوان انسان بایستی در قالب کلاس‌های آموزشی فیلم و رسانه اطلاع‌رسانی شود.

بخش درخور توجهی از زنان به دلیل ناسازگاری نقش‌های مادری با نقش‌های کاری، بارداری خود را ناخواسته تلقی می‌کنند. آنها ممکن است برای نگهداری و مراقبت از فرزند خردسال با چالش‌های متعددی مواجه باشند. لازم است در ساختار شغلی و قوانین بازار کار به نقش مادری زنان توجه ویژه شود. این رویه‌ها نیز به نحوی اجرا نشود که کارفرمایان تمایلی به استخدام زنان نداشته باشند، بلکه با اتخاذ تمهیدانی فرصت‌های شغلی متنوعی برای مادران ایجاد شود، مرخصی زایمان، ساعت‌های کاری منعطف و دورکاری برای مادران دارای فرزند به‌درستی اجرا شود.

درنهایت طراحی سیاست‌های مربوط به سقط جنین بر پایهٔ داده‌های دقیق و تحقیقات علمی نقش کلیدی در درک نیازها و چالش‌ها دارد. درحال حاضر در کشور ما اطلاعات و داده‌های قابل اعتمادی دربارهٔ سقط جنین در دسترس نیست. اجرای پیمایش‌ها و داده‌های کیفی برای درک بهتر شیوع و علل سقط و پیامدهای جمعیتی اجتماعی و بهداشتی پیشنهاد می‌شود.

منابع فارسی

رازقی نصرآباد، ح.، و سنجری، ا. (۱۳۹٦). عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران. *مطالعات روان‌شناختی اجتماعی زنان*، *۱۵*(۲)، ۱۰۵-۱۳٦. ://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165

رازقی نصرآباد، ح.، و صادقی فسائی، س. (۱٤۰٤). شناسایی ادراک زنان دارای همسر از احکام و قوانین سقط جنین در ایران. *مطالعات روان‌شناختی اجتماعی زنان*، ۲۳ (۲)، https://doi.org/10.22051/jwsps.2025.50045.2960

رستمی، س.، عبدی، ف.، احمدی، م.، و ودادهیر، ا (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان. *تاریخ پزشکی*، *۵*(۱۷)، ۷۹-۱۱۱. https://doi.org/10.22037/mhj.v5i17.5797

سرائی، ح.، و روشان‌شمال، پ. (۱۳۹۱). سنجش عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار به سقط جنین. *زن در توسعه و سیاست*، *۱۰*(۲)، ۵-۲۳. https://doi.org/10.22059/jwdp.2012.28685

ظفری دیزجی، ا. (۱۳۹۳). *تجربه زیسته زنان در سقط جنین ارادی* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا].

عباسی شوازی م. ج.، رازقی‌نصرآباد، ح.، و حسینی چاووشی، م. (۱۳۹۹). امنیت اقتصادی اجتماعی و قصد باروری در شهر تهران. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، *۱۵*(۲۹)، ۲۱۱-۲۳۸. https://doi.org/10.22034/jpai.2020.243924

عبدالجباری، م.، کرمخانی، م.، سحرخیز، ن.، پورحسینقلی م. ا.، و شکری خوبستانی، م. (۱۳۹۵). بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان بر سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان دراین‌باره. *پژوهش در دین و سلامت*، ۲ (٤)، ٤٤-٥٤. https://doi.org/10.22037/jrrh.v2i4.13416

عرفانی، ا.، و شجاعی، ج. (۱۳۹۷). شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران: میزان‌ها، دلایل و تغییرات. *زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۲۱ (۳)، ٦٤-۷۷. https://doi.org/10.22038/ijogi.2018.11065

عسکری ندوشن ع.، و رازقی‌نصرآباد، ح. (۱٤۰۲). تجربه مادری و چالش‌های فرزندآوری زنان شاغل. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۲ (۳)، ۹۲-۱۲۲. https://doi.org/10.22108/srspi.2023.138962.1934

علی مندگاری، م.، رازقی نصرآباد، ح.، عسکری ندوشن، ع.، و محسنی‌نژاد، ز. (۱۳۹٦). تعیین‌کننده‌های شکاف بین تعداد فرزندان واقعی و ایده‌آل در شهر تبریز. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۱۲ (۲۳)، ٤۳-۷۹. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.1735000.1396.12.23.2.1

محسنی، آ. (۱۳۸٤). سقط جنین در فقه اسلامی. *باروری و ناباروری*، ٤(٦)، ۳۹۰-۳۹۷. https://static.jri.ir/documents/fullpaper/fa/204.pdf

محمدی، ح. (۱۳۸۵). بررسی ماهیت مجازات تعزیری و بازدارنده، اشتراک یا افتراق؟ *عدالت آرا*، ٦و۷، ۱۵٤-۱۸۳. /https://ensani.ir/fa/article/14942

محمودیانی، س.، احمدی، ع.، و جوادی ا. (۱۳۹۷). شیوع و عوامل مرتبط با سقط جنین در میان زنان روستایی استان فارس در سال ۱۳۹٤. *پرستاری ایران*، ۳۱ (۱۱۵)، ٦۱- ۵۱. http://ijn.iums.ac.ir/article-1-2809-fa.html

مدیری، ف.، و تنها، ف. (۱٤۰۱). بررسی تأثیر احساس امنیت بر رفتار ایده‌آل و قصد فرزندآوری در شهر تهران. *مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی*، ۱٤ (٤)، ۹۳-۱۱۵. https://doi.org/10.22035/isih.2021.4607.4553

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱٤۰۰). *قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت*. قابل دسترس در https://rc.majlis.ir/fa/law/print_version/1678266

نجاتی حاتمیان، س. (۱۳۹۳). تجربهٔ سقط جنین ارادی در زنان متأهل شهر تهران. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۸(۱)، ۱٦۷-۱۸۷. http://www.jss-isa.ir/article_21227.html

Reference

Aassve, A., Le Moglie, M., & Mencarini, L. (2021). Trust and fertility in uncertain times. *Population Studies*, *75*(1), 19–36. https://doi.org/10.1080/00324728.2020.1742927

Abbasi-Shavazi, M. J., Razeghi-Nasrabad, H., & Hosseini-Chavoshi, M. (2020). Socio-Economic security and fertility intention in Tehran City. *Journal of Population Association of Iran*, *15*(29), 211-238. [In Persian]. https://doi.org/10.22034/jpai.2020.243924

Abdoljabbari, M., Karamkhani, M., Saharkhiz, N., Pourhosseingholi, M., & Shokri Khoubestani, M. (2016). Study of the effective factors in women's decision to make abortion and their belief and religious views in this regard. *Journal of Pizhūhish Dar dīn Va Salāmat (i.E., Research on Religion & Health)*, *2*(4), 44–54. [In Persian]. https://doi.org/10.22037/jrrh.v2i4.13416

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality, and Behavior* (2nd ed.). Maidenhead, Berkshire.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ajzen, I., & Klobas, J. (2013). Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. *Demographic Research*, *29*(8), 203-232. https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.8

Alimondegari, M., Razeghi-Nasrabad, H. B., Askari-Nodoushan, A., & Mohseninejad, Z. (2017). The determinants of gap between ideal and actual fertility in Tabriz City, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, *12*(23), 43-79. [In Persian]. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.1735000.1396.12.23.2.1

Asadi Sarvestani, K., & Sobotka, T. (2023). A pronatalist turn in population policies in Iran and its likely adverse impacts on reproductive rights, health and inequality: A critical narrative review. Sexual and Reproductive Health Matters, *31*(1), 1–19. https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2257075

Askari-Nodoushan, A., & Razeghi Nasrabad, H. B. (2023). Motherhood experience and childbearing challenges of working women: A qualitative study in Tehran. *Strategic Research on Social Problems*, *12*(3), 99-122. [In Persian]. https://doi.org/10.22108/srspi.2023.138962.1934

Barkan, S. E. (2014). Gender and abortion attitudes: Religiosity as a suppressor variable. *Public Opinion Quarterly*, *78*(4), 940–950. https://doi.org/10.1093/poq/nfu047

Becker, G. S. (1960). An economic analysis of fertility. In National Bureau of Economic Research (Ed.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (pp. 209-240). NJ: Princeton University Press.

adults: From an Islamic perspective. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *22*(42), 433-456. https://www.researchgate.net/publication/347525337_

Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., Glazebrook, D., & McDonald, P. (2012). Social and psychological consequences of abortion in Iran. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *118*(2), 172–177. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60018-6.

Islamic Parliament of Iran. (2021). *The Law of Population Rejuvenation and Family Support*. The Research Center of Islamic legislative Assembly. Available from: [In Persian]. https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266

Kreyenfeld, M., Andersson, G., & Pailhé, A. (2012). Economic uncertainty and family dynamics in Europe: Introduction. *Demographic Research*, *27*, 835–852. https://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.28

Lara, D., Holt, K., Peña, M., & Grossman, D. (2015). Knowledge of abortion laws and services among low-income women in Three United States Cities. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *17*(6), 1811–1818. https://doi.org/10.1007/s10903-014-0147-z

Lesthaeghe, R. (2014). The second demographic transition: A concise overview of its development. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *111*(51), 18112–18115. https://doi.org/10.1073/pnas.1420441111

Lesthaeghe, R. J. (2022). The second demographic transition: Also a 21st century Asian challenge? *China Population and Development Studies*, *6*, 228-236. https://doi.org/10.1007/s42379-022-00119-8

Li, X., Fan, Y., Assanangkornchai, S., & McNeil, E. B. (2019). Application of the theory of planned behavior to couples' fertility decision-making in Inner Mongolia, China. *PloS One*, *14*(8), e0221526. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221526

Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *160*(2), 219-222. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.11.017

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://ijn.iums.ac.ir/article-1-2809-fa.html

Makleff, S., Wilkins, R., Wachsmann, H., Gupta, D., Wachira, M., Bunde, W., Radhakrishnan, U., Cislaghi, B., & Baum, S. E. (2019). Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *27*(3), 50-64. https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1661753

Matysiak, A., Sobotka, T. & Vignoli, D. (2021). The great recession and fertility in europe: A sub-national analysis. *European Journal of Population*, https://www.nber.org/system/files/chapters/c2387/c2387.pdf

Bellani, D., & Arpino., B. (2022). Risk tolerance and fertility: Evidence from a lottery question in Italy. *Journal of Marriage Family*, *84*(2), 457–475. https://doi.org/10.1111/jomf.12820

Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, *13*(29), 1-13. https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29

Bozkurt, A. I., Ozcirpici, B., Ozgur, S., Sahinoz, S., Sahinoz, T., Saka, G., Ceylan, A., Ilcin, E., Acemoglu, H., Palanci, Y., Akkafa, F., & Ak, M. (2004). Induced abortion and effecting factors of ever married women in the Southeast Anatolian Project Region, Turkey: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *4*(65), 1-10. https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-65

Bystrov, E. (2014). Testing the second demographic transition theory with seemingly unrelated regression: Marital postponement and human empowerment. *European Sociological Review*, *30*(4), 483–499. https://doi.org/10.1093/esr/jcu054

Chae, S., Desai, S., Crowell, M., & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: A synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, *96*(4), 233–241. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014

Cockrill, K., & Weitz, T. A. (2010). Abortion patients' perceptions of abortion regulation. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, *20*(1), 12–19. https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.08.005

Erfani, A., & Shojaei, J. (2018). New evidence on induced abortion in Tehran, Iran: Rates, Causes, and Changes. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, *21*(3), 64-77. [In Persian]. https://doi.org/10.22038/ijogi.2018.11065

Erfani, A., & McQuillan, K. (2008). Rates of induced abortion in Iran: The roles of contraceptive use and religiosity. *Studies in Family Planning*, *39*(2), 111–122. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00158.x

Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *37*(3), 110–118. https://doi.org/10.1363/psrh.37.110.05

Fiori, F., Rinesi, F., Pinnelli, A., & Prati, S. (2013). Economic insecurity and the fertility intentions of Italian women with one child. *Population Research and Policy Review*, *32*(3), 373–413 https://doi.org/10.1007/s11113-013-9266-9

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Resarch*. Addison-wesley.

Friedman, D., Hechter, M., & Kanazawa, S. (1994). A theory of the value of children. *Demography*, *31*(3), 375–401. https://doi.org/10.2307/2061749.

Hatun, D., & Yılmaz, M. (2020). Religiosity and public attitudes toward abortion among Turkish

and meta-analysis. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *8*(1), 10-18. https://doi.org/10.15296/ijwhr.2020.02

Razeghi Nasrabad, H. B., Saadati, M., & Bagheri, A. (2018). Factors affecting unplanned pregnancy in Semnan Province Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, *6*(2), 1273-1281. https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.10475

Razeghi Nasrabad, H. B., & Sadeghi Fassaei, S. (2025). Identification of married women's perceptions of legal and jurisprudence rules on abortion in Iran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, *23*(2). [In Persian]. hhttps://doi.org/10.22051/jwsps.2025.50045.2960

Razeghi Nasrabad, H., & Sanjari, E. (2014). 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

Rostami, S., Abdi, F., Ahmadi, M., & Vadadhir, A. (2014). A comparative study of abortion laws in different countries of the world. *Tārīkh-I Pizishkī*, *5*(17), 79–111. [In Persian]. https://doi.org/10.22037/mhj.v5i17.5797

Saraei, H., & Roshanshomal, P. (2012). Examining social factors affecting pregnant women's attitude towards induced abortion. *Woman in Development & Politics*, *10*(2), 5-23. [In Persian]. https://doi.org/10.22059/jwdp.2012.28685

Shirdel, E., Asadisarvestani, K., & Kargar, F. H. (2024). The abortion trend after the pronatalist turn of population policies in Iran: A systematic review from 2005 to 2022. *BMC Public Health*, *24*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19249-4

Strauss, A., & Corbin, J. M. (1997). *Grounded theory in practice*. SAGE Publications.

Van De Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, *42*(1), 1–59. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12268395/

White, K., Potter, J. E., Stevenson, A. J., Fuentes, L., Hopkins, K., & Grossman, D. (2016). Women's knowledge of and support for abortion restrictions in texas: Findings from a statewide representative survey. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *48*(4), 189–197. https://doi.org/10.1363/48e8716

Zafari Dizaji, A. (2014). *Women's experiences in connection with elective abortion* [Master's thesis, Alzahra University]. [In Persian].

Zaidi, B., & Morgan, S. P. (2017). The second demographic transition theory: A Review and Appraisal. *Annual Review of Sociology*, *43*, 473–492. https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053442

37, 29–64, https://doi.org/10.1007/s10680-020-09556-y.

McDonald, P. (2002). Sustaining fertility through public policy: The range of options. *Population (English Edition, 2002-)*, *57*(3), 417–446. https://www.researchgate.net/publication/270172713_

McNicoll, G. (1980). Institutional Determinants of Fertility Change. *Population and Development Review*, *6*(3), 441-462. https://doi.org/10.2307/1972410

McNicoll, G. (2001). Fertility: Institutional and political approaches. In N. J. Smelser, & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences Elsevier Science Ltd*. Great Britain.

McNicoll, G. (2009). Legacy, Policy, and Circumstance in Fertility Transition. *Population and Development Review*, *35*(4), 777-795. https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2009.00308.x

Mencarini, L., Vignoli, D., & Gottard, A. (2015). Fertility intentions and outcomes: Implementing the theory of planned behavior with graphical models. *Advances in Life Course Research*, *23*, 14–28. https://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.12.004

Modiri, F., & Tanha, F. (2022). The effect of security feeling on behavior, ideal and childbearing intentions in Tehran. *Interdisciplinary Studies in the Humanities*, *14*(4), 93-115. [In Persian]. https://doi.org/10.22035/isih.2021.4607.4553

Mohammadi, H. (2007). Investigating the nature of penal and deterrent punishment, commonality or difference? *Journal of Justice Law*, *7*, 154-183. [In Persian]. https://ensani.ir/fa/article/14942/

Mohseni, A. (2005). Abortion in Islamic jurisprudence. *Journal of Reproduction and Infertility*, *4*(6), 390–397. [In Persian]. https://static.jri.ir/documents/fullpaper/fa/204.pdf

Navis, F. S., Krishnamoorthy, N., & Dongre, A. (2015). Why women seek abortion? A qualitative study on perspectives of rural women on abortion and contraception. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *4*(4), 1153-1157. http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150445

Nejati Hatamian, S. (2014). Induced abortion among married women in Tehran. *Journal of Iranian Social Studies*, *8*(1), 167-187. [In Persian]. http://www.jss-isa.ir/article_21227.html

Pek, X. W. G., Teoh, W. S., Wu, D., & Singh, K. (2023). Profiles of women presenting for abortions in Singapore at the National University Hospital: Focus on married women. *Singapore Medical Journal*, *64*(5), 302–306. https://doi.org/10.11622/smedj.2022072

Razeghi Nasrabad, H., & Abbasi-Shavazi, M. J. (2020). Ideal fertility in Iran: A systematic review