

## Research Article

## An Inquiry into Induced Abortion in Traditional Communities: An Ethnographic Study in Sardasht, Iran

Shirin Hatamifar<sup>1</sup> , Mehdi Rezaei<sup>2\*</sup> <sup>1</sup> Ph.D. Candidate in Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.<sup>2</sup> Assistant Professor of Demography, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

## ARTICLE INFO

Received: 28 October 2024

Accepted: 03 January 2025

Published: 03 April 2025

**Keywords:**

Pre-modern communities,  
Value of children,  
Sardasht,  
Induced abortion,  
Kurdistan,  
Traditional midwife.

## ABSTRACT

Induced abortion is a phenomenon with individual, demographic, social, cultural, and even political dimensions. Its presence in the traditional world, before the introduction of modern healthcare technologies, governmental policies, and the manner of their implementation, constitutes a compelling subject for demography and anthropology. The present exploratory, retrospective study conducted in Sardasht county employs ethnographic methods, consulting with traditional midwives, elderly women, and other local experts to document indigenous knowledge and experiences regarding the reasons and methods of induced abortion. In-depth interviews were conducted with 39 individuals. The findings indicate that induced abortion was relatively infrequent or uncommon in those communities. Reasons for abortion in those communities included family problems, heavy labor, family economic hardship, social shame associated with pregnancy, and physical inability to raise more children. Induced abortions were performed through physical means, oral remedies, or traditional medicine in home settings with rudimentary tools. This research reveals that all demographic practices were embedded in and mediated by indigenous cultural elements. Despite the importance and value placed on children in pre-modern societies, women still resorted to abortion, acting in tension with the cultural value placed on children and childbearing.

**Introduction**

Pregnancy is a significant event in a woman's life, sometimes ending before birth due to abortion. Abortion is considered one of the most common forms of birth control worldwide, often used when contraception is absent or fails (Weeks, 2016: 249). Women with low socioeconomic status use dangerous methods to perform abortions, which exposes them to serious risks due to lack of access to safe healthcare services (David & Skillogianis, 2017: 89). The prohibition of abortion may reflect the value placed on children at the micro level, and concerns about population size and adherence to ethical principles at the macro level. Whether the value of children has always been absolute, or whether women in the past also recognized the costs of childbearing and sought to control family size through abortion, remains a matter of inquiry. This raises the question: how common was intentional abortion in pre-modern

\*Corresponding author: Mehdi Rezaei. Assistance Professor of Demography, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

E-mail addresses: [mehdirezaei@pnu.ac.ir](mailto:mehdirezaei@pnu.ac.ir)

E-ISSN: 2981-1066/© Population Association of Iran, Iran. This is an open access article under the CC BY 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

**Cite this article:**

Hatamifar, S., & Rezaei, M. (2025), An Inquiry into Induced Abortion in Traditional Communities: An Ethnographic Study in Sardasht, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, 20 (39), 111-130. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2044159.1376>

societies, and whether were its reasons and methods?

### **Methods and Data**

This study employed conventional ethnography to gain an objective understanding of a culture or group. The goal is to understand shared meanings, behaviors, and accepted beliefs in past social interactions. The participants in this research are women who were traditional midwives and women who were traditional midwives and individuals who witnessed or were aware of abortions in Sardasht, all of whom lived before the introduction of medical facilities and technology in the community. In this research, sampling was conducted using exploratory and snowball methods, both purposive techniques. We identified traditional midwives and knowledgeable individuals through the community health workers of Sardasht health centers. After explaining the study's purpose and obtaining consent, interviews were conducted with 39 participants.

### **Findings**

The research findings are organized into two sections: methods and reasons for abortion in the traditional community.

#### **1. Methods of Intentional Abortion**

In this section of the analysis of findings, we categorize the intentional abortion methods used in the studied community. The majority of these methods were based on trial and error or indigenous knowledge, and when successful, were reproduced and transmitted over time. In this section, we have categorized the methods of intentional abortion into three types: physical, oral, and traditional medicine. Each of these is explained in more detail below.

1-1. Physical Methods: These are involved physical actions or external objects applied to the body to induce abortion. These include lifting heavy objects, jumping from heights, hanging, Kurdish Helparke (a type of Kurdish dance), rolling a hand mill (a type of manual grinder) on the woman's abdomen, placing heavy objects on the woman's abdomen, having a child lie or stand on the pregnant woman's abdomen, carrying heavy objects on her back, horseback riding and violent shaking, and having a person (often a child) bounce up and down on the pregnant woman's abdomen or back.

1-2. Oral Methods: These methods include drinking boiled red onion skin, saffron tea, drinking boiled onion skin with Mivani (a traditional halva prepared with grape syrup instead of sugar, using Baharo wheat flour, less sweet, more liquid, and oily), consuming boiled Macoc plant root (licorice), drinking tea made from crushed horse hoof with thyme, and eating honey, henna, radish, Cardoo plant, as well as eating the sap of the Shirqashulka plant (also called Shirkhoshilk or Qashulka).

1-3. Traditional Medicine: This category of methods appears to be based on a set of traditional medicine techniques, which, to some extent, require the performance by a skilled person in that field. These methods included Koupeh Gerten, a form of cupping therapy applied to pregnant women.

#### **2. Reasons for Induced Abortion:**

In the traditional context of the studied society, the reasons for induced abortion can be categorized into two groups: individual-centered reasons and family/community-centered reasons.

2-1. Individual-Centered Reasons for Induced Abortion: Past societies assigned gender roles to women, particularly in household labor and economic responsibilities. These roles are all defined by "working." Heavy daily labor and physical inability to raise additional children were the most prominent examples.

2-2. Individual/Community-Centered Reasons: This group of reasons includes cases where women were compelled to undergo induced abortion due to family conditions and interpersonal dynamics. Family conflicts, family's economic hardship, and social shame associated with pregnancy (particularly at older ages) fall under this category of reasons.

---

### **Discussion and Conclusion**

In the past, induced abortion existed but was relatively uncommon. In some cases, abortion may have been the only means of preventing birth. In communities that have not yet been exposed to modern health technologies, the management of birth-related matters, including induced abortion, was shaped by indigenous knowledge, cultural norms, the natural environment, and limited individual agency. Therefore, a retrospective study of these types of phenomena will undoubtedly help increase our knowledge of those communities. Furthermore, the existence of induced abortion in such communities makes it clear to us that even in pre-modern societies with strong religious values and norms, abortion still occurred, and the cultural value placed on children was not absolute enough to prevent induced abortion entirely. Severe restrictions often resulted in abortions occurring under unsafe conditions, with consequences visible at both micro and macro levels.

مقاله پژوهشی

## کاوشی در سقط جنین عمدی در اجتماعات سنتی: مطالعه‌ای مردم‌نگارانه در سردشت

شیرین حاتمی‌فر<sup>۱</sup> و مهدی رضائی<sup>۲\*</sup> 

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.  
<sup>۲</sup> استادیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

### چکیده

سقط عمدی جنین، از جمله پدیده‌هایی است که ابعاد فردی، جمعیتی، اجتماعی، فرهنگی و حتی سیاسی را در خود دارد. وجود این پدیده در دنیای سنتی، قبل از ورود تکنولوژی‌های مدرن بهداشتی، سیاست‌گذاری‌های حکومتی و شیوه اعمال آن از جمله موضوعات قابل تأمل برای جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی و خود انسان‌شناسی است. پژوهش حاضر در شهرستان سردشت با نگاهی گذشته‌نگر و اکتشافی، با بهره‌گیری از روش اتنوگرافی و مراجعه به ماماهاى سنتی، زنان سالخورده و سایر آگاهان محلی، سعی در بررسی دانش بومی و تجربیات آنان دارد تا روایتی از دلایل و نحوه انجام سقط عمدی جنین ارائه شود. با ۳۹ نفر مصاحبه‌های عمیقی انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که سقط عمدی جنین در آن اجتماعات نسبتاً کم یا اندک بوده است. از جمله دلایل سقط در آن اجتماعات مشکلات خانوادگی، کار سنگین، ضعف اقتصادی خانواده، شرم اجتماعی از حاملگی و ناتوانی جسمانی در پرورش فرزند بیشتر بوده است. سقط‌های عمدی به روش‌های فیزیکی، خوراکی یا با استفاده از طب سنتی در محیطی خانگی با روش‌ها و ابزارهای بسیار ابتدایی انجام می‌گرفتند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تمامی اقدامات جمعیتی، در بطن فرهنگ و به میانجی عناصر فرهنگ بومی انجام شده و به رغم اهمیت و ارزشی که فرزند در اجتماعات ماقبل مدرن داشته است، باز هم زنان اقدام به سقط کرده‌اند و بر خلاف بُعد ارزشی فرزند و فرزندآوری عمل کرده‌اند.

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۶  
پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۳  
تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۱/۱۴

### واژگان کلیدی:

اجتماعات پیشامدرن،  
ارزش فرزند،  
سردشت،  
سقط جنین عمدی،  
کردستان،  
مامای محلی.

### مقدمه و بیان مسئله

تصور کنید زنی باردار، در اجتماعی که هنوز امکانات بهداشتی مدرن وجود ندارد بخواهد جنین خودش را سقط کند. نخست اینکه چرا چنین تصمیمی گرفته است؟ دوم اینکه چگونه این کار را انجام می‌دهد؟ و بالاخره اینکه، براساس چه دانشی چنین کار مهمی را انجام می‌دهد؟ فهم چنین وضعیتی نیازمند بازگشت به آن دوران و یا حضور در اجتماعی با آن ویژگی‌ها است. از آن جایی که امکان بازگشت وجود ندارد و امروزه نیز در اغلب مناطق حداقل امکانات بهداشتی مدرن یافت می‌شود و امکانات حمل و نقل نیز دسترسی به آن را برای زنان آسان کرده است؛ لذا برای بازسازی این وضعیت، باید به عرصه زبان و خاطرات و تجارب کسانی برگشت که زمانی در چنان اجتماعاتی زیسته‌اند و براساس گفته‌ها و تجارب آنان دلایل پدیده مذکور و چگونگی آن را بیابیم.

\*نویسنده مسئول: مهدی رضائی، استادیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

رایانامه: [mehdirezaei@pnu.ac.ir](mailto:mehdirezaei@pnu.ac.ir)

استاد به این مقاله: حاتمی‌فر، شیرین و رضائی، مهدی (۱۴۰۴). کاوشی در سقط جنین عمدی در اجتماعات سنتی: مطالعه‌ای مردم‌نگارانه در سردشت، نامه انجمن

جمعیت‌شناسی ایران، ۲۰(۳۹)، ۱۱۱-۱۳۰. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2044159.1376>

بارداری و تولد نوزاد یکی از وقایع مهم زندگی هر زن است. گاهی بارداری قبل از تولد نوزاد خاتمه می‌یابد و آن سقط جنین است. سقط جنین احتمالاً رایج‌ترین شکل مهار بارداری در جهان است که در صورت نبود وسایل جلوگیری یا شکست آنها، افراد به آن متوسل می‌شوند (ویکس ۱۳۹۵: ۲۴۹). در اصطلاح پزشکی سقط، ختم بارداری قبل از زمانی است که جنین آنقدر تکامل یافته باشد که خود قادر به ادامه حیات باشد. مرکز ملی آمار بهداشت، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و سازمان بهداشت جهانی همگی سقط جنین را به‌عنوان ختم یا از دست دادن بارداری قبل از هفته بیستم بارداری یا با وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف می‌کنند (Cunningham et al., 2018: 532). به‌طور کلی، می‌توان سقط جنین را به دو دسته تقسیم کرد: دسته اول سقط گریزناپذیر که تحت تأثیر عوامل مختلف و بدون تأثیر تصمیم‌گیری مادر اتفاق می‌افتد و دسته دوم سقط انتخابی که به معنی ختم بارداری قبل از حیات یافتن جنین است و بنا به خواست و اراده مادر می‌باشد (کانینگهام و همکاران ۱۳۹۶، به نقل از: چینی‌چیان و پوررضا، ۱۳۸۲: ۲). امروزه در جهان از هر ۱۰ حاملگی ناخواسته، ۶ مورد و از هر ۱۰ بارداری، ۳ مورد به سقط القایی ختم می‌شود (WHO, 2022). براساس داده‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ سالانه ۵۵٫۹ میلیون سقط، ۴۳٫۹ میلیون در کشورهای در حال توسعه و ۶٫۶ میلیون در کشورهای توسعه‌یافته رخ داده است (Singh et al., 2018: 8). کشورهایی که به‌خاطر سیاست‌های افزایش جمعیت قوانین سخت‌گیرانه‌ای برای کاهش سقط جنین اعمال می‌کنند، باعث افزایش سقط‌های غیرقانونی شده که خود مشکلاتی را برای زنان به بار آورده است؛ به‌عنوان مثال قوانین سخت‌گیرانه در لهستان باعث افزایش سقط‌های غیرقانونی شده و این روند تهدیدی جدی برای سلامت زنان به شمار می‌آید (Kulczycki, 2020: 227). همچنین بسیاری از زنان در مواجهه با انتخاب‌های سخت برای ادامه بارداری ناخواسته، اضطراب و استرس شدیدی را تجربه می‌کنند. به‌ویژه در کشورهایی مانند لهستان و مجارستان که قوانین سقط جنین محدود است، زنان تحت فشار زیادی قرار دارند تا تصمیمات پیچیده‌ای در مورد زندگی خود بگیرند که می‌تواند به اختلالات روانی نظیر افسردگی منجر شود (Heino, Gissler & Apter, 2019: 1032). زنان با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین جهت انجام سقط مجبور به تحمل هزینه‌های بالای سفر به کشورهای دیگر یا استفاده از روش‌های خطرناک می‌شوند و باعث می‌شود که آن‌ها به جای دسترسی به خدمات بهداشتی ایمن، در معرض خطرات جدی قرار گیرند (David & Skilogianis, 2017: 89).

در ایران نیز یک مطالعه فراتحلیل نشان داده شیوع بارداری ناخواسته ۲۷٫۹ درصد بوده است (Shirzad et al., 2022: 153) و براساس تحقیقات انجام‌شده، آمار سقط غیرقانونی در ایران سالانه حدود ۲۹۰ هزار است (رشیدپورایی و همکاران، ۱۳۹۹: ۶۹۲). تأکید بر ممنوعیت سقط شاید نشان از ارزش فرزند در سطح خرد، اهمیت شمار جمعیت و پایبندی به اصول انسانی و اخلاقی در سطح کلان داشته باشد. اینکه آیا ارزش فرزند همیشه ارزشی بنیادین و مطلق بوده یا در گذشته نیز زنان به انواع هزینه‌های فرزندان واقف بوده‌اند، با این همه سعی در کنترل تعداد فرزندان از طریق سقط داشته‌اند موضوعی قابل تأمل است. پرسش این است که آیا در گذشته نیز، یعنی در جوامع ماقبل مدرن، سقط جنین به‌ویژه از نوع عمدی آن، تا این اندازه شایع بوده است؟ این نوع سقط جنین اگر اتفاق می‌افتاد به چه شیوه‌ای بود و چرا؟

پژوهش حاضر به سقط جنین عمدی (القایی یا انتخابی) در جوامع گذشته می‌پردازد که ما آنها را ماقبل مدرن می‌نامیم. در اینجا منظور از اجتماعات ماقبل مدرن آن دسته از اجتماعی است که هنوز عناصر زندگی مدرن به‌ویژه امکانات بهداشتی و پزشکی مدرن به آنجا وارد نشده است. در این مطالعه، با توجه به دسترسی آسان محققان، شهرستان سردشت به‌عنوان میدان مطالعه برگزیده شد که بخشی از کردستان ایران است و در استان آذربایجان غربی قرار دارد. این پژوهش ادامه پژوهش میدانی دیگری است که در زمینه حاملگی و زایمان در اجتماعات سنتی انجام شده است (حاتمی‌فر و رضائی، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر تلاش شد با رویکردی گذشته‌نگر و با توسل بر خاطرات شفاهی ماماها سنتی یا زنان سالمندی که تجربه زندگی در آن اجتماع را داشته‌اند، به دلایل و روش‌های سقط عمدی جنین پرداخته شود. مطالعه فرایند سقط در اشکال ماقبل مدرن آن، یعنی در منزل و در غیاب امکانات و روش‌های جدید بهداشتی و پزشکی، از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که می‌تواند در تبیین برخی وضعیت‌های پزشکی (درمان و تسکین درد، داروهای محلی، روش‌های انجام سقط، دانش طبی محلی)، جمعیت‌شناختی (مرگ و میرهای ناشی از سقط در دوران ماقبل مدرن، سقط به مثابه روشی برای کنترل تعداد فرزند یا مراقبت از سلامت زن)، و انسان‌شناختی (اتنوپرستاری، پزشکی فرهنگی، فرهنگ و سقط جنین، بدن زن - فرهنگ - سقط، پیوند طبیعت با سقط جنین، دانش بومی پیرامون سقط جنین و ...) به یاری دانش‌پژوهان حوزه‌های مختلف بیاید. در این مطالعه تلاش شد با بازسازی روایت‌های مشارکت‌کنندگان، دسته‌بندی منظمی از دلایل و روش‌های سقط جنین عمدی در جامعه گذشته سردشت داشته باشیم.

## پیشینه پژوهش

مطالعات متعددی در مورد سقط عمدی جنین ودلایل آن در ایران (عرفانی و کاظمی‌پور، ۱۳۸۸؛ آقایی‌هیر و مهریار، ۱۳۸۶؛ عبداللهیان و فلاحی ۱۳۸۷) انجام شده است اما مطالعه‌ای که به‌طور خاص به این پدیده در جوامع گذشته پرداخته باشد یافت نشد. به رغم فقدان آمار درباره سقط جنین عمدی از دوره‌هایی که هنوز بهداشت مدرن در جوامع رواج نیافته بود، به‌صورت پراکنده مطالبی در مورد شیوه‌های سقط در آن جوامع گردآوری شده است. اگرچه مطالعات معدودی در مورد روش‌های سنتی سقط در جوامع امروز وجود دارد (برای مثال چینی‌چیان و پوررضا، ۱۳۸۲)، اما چون به‌طور اختصاصی به جوامع گذشته نپرداخته‌اند در این مرور بررسی نمی‌شوند. اما به‌طور خاص می‌توان به برخی منابع اشاره کرد. برای نمونه کولی<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای مروری، به سابقه سقط سنتی و انواع روش‌های موجود در کشورهای مصر، چین، آلمان، فرانسه و انگلستان پرداخته است. طبق این مطالعه قدیمی‌ترین روش برای سقط عمدی جنین استفاده از گیاه ایبرس<sup>۲</sup> در مصر باستان بوده است. در مواردی سقط از طریق به کار بردن گیاهان سقط آور، ابزارهای تیز و یا ایجاد فشار بر روی شکم صورت گرفته است. بکار بردن وسایل مکنده برای سقط در اواخر قرن ۱۹ ذکر شده است. براساس فولکلور چینی در افسانه‌های امپراطوری شینانگ<sup>۳</sup> حدود ۵ هزار سال قبل، استفاده از جیوه برای القای سقط تجویز شده است. قرن‌ها قبل زنان چینی برای کنترل باروری سرب یا جیوه می‌نوشیدند که اغلب منجر به ناباروری و یا مرگ شده است. بعداً فعالیت‌های جسمانی مانند کار سخت، بالا رفتن یا پارو زدن، متداول شد. موارد دیگر شامل استفاده از برگ‌های محرک، روزه‌داری، خون‌گیری، ریختن آب داغ روی شکم و دراز کشیدن روی پوسته سخت نارگیل بود. یونانیان باستان به گیاه سیلفیوم<sup>۴</sup> به‌عنوان ماده‌ای برای سقط جنین و جلوگیری از بارداری متکی بودند با این‌حال، چنین درمان‌های سنتی بدون خطر نبودند و اثربخشی آنها متفاوت بود. برای مثال، گیاهان سمی "تانسی" و "پنی رویال"<sup>۵</sup> که در دوران باستان برای سقط جنین استفاده می‌شدند، عوارض جانبی جدی داشتند. در قرن اول، گونه‌ای از درخت عرعر (یک گیاه مخروطی) به نام ساوین<sup>۶</sup> برای سقط جنین استفاده می‌شد. از این گیاه در فرانسه و آلمان قدیم نیز استفاده می‌شد و در نوشته‌های اروپایی به کرات از آن یاد شده است. سایر موادی که انگلیسی‌ها از آن استفاده می‌کردند عبارتند از: مگس اسپانیایی، تریاک، دانه شاهی، سولفات آهن و کلرید آهن. مخلوط دیگری که سقط‌کننده نبود، بلکه برای تسکین جنین از دست رفته به علت سقط در نظر گرفته شده بود، حاوی دیتانی<sup>۷</sup>، زوفا<sup>۸</sup> و آب داغ بود. در طب عامیانه آلمانی نیز به چای سقط جنین اشاره شده است. سایر فرآورده‌های با منشأ نامشخص شامل مورچه‌های له شده، بزاق شتر و موی دم آهوی دم سیاه حل شده در چربی‌های آبجو بودند. یونانی‌ها و رومی‌ها نیز سموم مختلفی را به روش‌های مختلف از جمله تامپون تجویز می‌کردند (کولی ۲۰۱۸، ۲۷۰-۲۸۲). اما مطالعاتی نیز به بحث استفاده از روش‌های سنتی سقط جنین در جوامع امروزی پرداخته‌اند. کاستر اویکان<sup>۹</sup> (۱۹۹۸) در پژوهش خود نشان داده است که در زامبیا روش‌های سنتی شامل خیساندن یا جوشاندن ریشه‌ها یا گیاهان از برگ‌ها و درختچه‌های معمولی در آب و نوشیدن «چای» است. گیاهان دارویی شامل «موفوفو»<sup>۱۰</sup>، «مویندا»<sup>۱۱</sup>، «کاتیما»<sup>۱۲</sup>، «مولولو»<sup>۱۳</sup> هستند. یکی دیگر از روش‌های سنتی سقط، قرار دادن ریشه‌ها و چوب‌های خاصی در واژن برای بازکردن دهانه رحم بود. بلتون<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۵) در خصوص سقط جنین زنان برمه‌ای در تایلند می‌نویسد که زنان برمه‌ای با وجود زندگی در کشوری دیگر، گزینه فرهنگی خود را برای سقط جنین حفظ کردند. داروهای خوراکی و تزریقی، چه جهانی و چه بومی و همچنین برخی از غذاها و نوشیدنی‌های موجود در آشپزخانه، برای سقط جنین مصرف می‌شوند. زنان، داروها و غذاهایی را که به نظرشان «گرم» است، براساس درک هومورال بدن انتخاب می‌کنند. شرستا<sup>۱۵</sup> و همکاران (۲۰۰۳) سقط جنین در نیپال را موضوعی طبقاتی می‌دانند، زیرا زنان شهری و ثروتمند همیشه بدون ترس از مجازات کیفری به خدمات سقط جنین امن دسترسی

<sup>1</sup> Koley

<sup>2</sup> Ebers

<sup>3</sup> Shenong

<sup>4</sup> Silphium

<sup>5</sup> Tansy and Penny royal

<sup>6</sup> Savin

<sup>7</sup> Dittany

<sup>8</sup> Hyssop

<sup>9</sup> Koster-Oyekan

<sup>10</sup> Mufoto

<sup>11</sup> Mwindi

<sup>12</sup> Katima

<sup>13</sup> Mululwe

<sup>14</sup> Belton

<sup>15</sup> Shrestha

داشته‌اند. این تنها زنان فقیر هستند که نه تنها به خدمات کافی بهداشت باروری دسترسی ندارند، بلکه طبق قانون تحت پیگرد قرار می‌گیرند. روش‌های سنتی بکار گرفته شده در نپال خطرناک ذکر شدند و اغلب شامل استفاده از داروهای واژینال، داروهای خوراکی (مثلاً مصرف گیاهان، جیوه و غیره) یا وارد کردن جسم خارجی/کاتتر<sup>۱</sup> به داخل رحم (مثلاً چوب پوشیده شده با فضولات گاو) است. پاکسمن<sup>۲</sup> و همکاران، (۱۹۹۳) به مطالعه ویسنر<sup>۳</sup> (۱۹۸۸) اشاره کردند که با مطالعه روی ۳۵۰ زن بستری شده با عوارض ناشی از سقط عمدی در شیلی دریافت ۷۱ درصد از زنانی که خود این کار را انجام داده بودند، سقط را با وارد کردن کاتترهای لاستیکی یا ابزارهای فلزی آغاز کرده بودند و نهایتاً در مطالعه آسیکی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده شده که زنان اوگاندایی پیش‌پیرزن‌های روستایی می‌روند و آنها روش‌های متفاوتی بکار می‌برند مثلاً با چوب تیز شده‌ای دهانه رحم را باز می‌کند و اجازه ورود هوا را می‌دهد که باعث سقط جنین می‌شود. بنابراین توضیحات، مشخص است که در تمامی جوامع گذشته سقط جنین عمدی وجود داشته و روش‌های خاصی هم برای آن بکار گرفته‌اند و قابل توجه اینکه شماری از روش‌های سنتی حتی امروز هم در جوامع مدرن بکار گرفته می‌شوند. اما خلأ پژوهشی در این حوزه بیشتر در حوزه دلایل سقط در جوامع سنتی یا ماقبل مدرن است. این پژوهش با بهره‌گیری از یافته‌های مطالعات قبلی، در تلاش است این موضوع را به‌طور خاص در یک منطقه به روایت افراد باقیمانده از آن اجتماعات بررسی نماید. یعنی نه تنها به روش‌های سقط عمدی می‌پردازد بلکه به دلایل سقط در آن اجتماعات نیز پرداخته و شاید این بُعد از کار، همانی باشد که آن را از دیگر پژوهش‌ها متمایز می‌نماید و می‌تواند اندکی بر ادبیات پژوهشی این حوزه بیافزاید.

### چارچوب مفهومی

به لحاظ نظری و موضوعی، مطالعه حاضر می‌تواند در دو حوزه به هم مرتبط انسان‌شناسی پزشکی (انسان‌شناسی سلامت) و جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی قرار بگیرد. «قضیه بنیادین انسان‌شناسی پزشکی یا سلامت این است که موضوعات مرتبط با سلامت، از جمله بیماری و مداوا، چگونگی و چرایی بیمارشدن و ماهیت بهبودی فراتر از پدیدار صرفاً بیولوژیک است. تمامی این فرایندها قویاً متأثر از عوامل محیطی، اقتصادی - سیاسی، اجتماعی - ساختاری، و اجتماعی-فرهنگی هستند. در نتیجه، انسان‌شناسی سلامت نوعی رهیافت زیست اجتماعی-فرهنگی را توسعه داده و سلامتی را به‌صورت بُعدی از وضعیت انسانی نشان می‌دهد (Singer et al., 2020: 1). این شاخه از انسان‌شناسی به رابطه بین فرهنگ و سلامت می‌پردازد. «این رشته، به میانجی‌های پزشکی، فرهنگ و رفتار سلامت می‌پردازد و چشم‌اندازهای فرهنگی را به بسترهای کلینیکی و برنامه‌های سلامت عمومی ربط می‌دهد. مفهوم فرهنگ در این میان از اهمیت خاصی برخوردار است و آن الگوهای آموزشی رفتار مشترک گروهی است. آن الگوها چارچوبی برای شناخت و تبیین رفتار انسانی نشان می‌دهند» (Winkelman, 2009: 2-3). پرسش‌های بنیادین انسان‌شناسی سلامت این است که «فرهنگ چگونه فرایندهای پزشکی را تعیین و میانجیگری می‌کند؟ در یک نظام معالجه‌ای، مردم چگونه در مقام عاملان و بیماران قرار می‌گیرند، و چگونه این نقش‌ها را می‌آموزند، اجرا می‌کنند و تغییر می‌دهند؟ رابطه بین باورهای سلامت و رفتارهای سلامت چیست؟ چگونه نظام معالجه با دیگر نظام‌ها در یک فرهنگ پیوند برقرار می‌کنند؟ رابطه بین الگوی زندگی و الگوی بیماری چیست؟» (Singer & Erickson, 2011: 15). این پژوهش همچنین می‌تواند در حوزه مطالعات جمعیت‌شناسی - انسان‌شناختی قرار بگیرد، زیرا به موضوعی کاملاً جمعیت‌شناختی، یعنی سقط جنین و مرگ‌ومیر پیش از تولد و مرگ مادران در نتیجه سقط جنین، از منظر فرهنگ و الگوهای فرهنگی عمل می‌نگرد. علاوه بر این، بهره‌گیری از روش‌های انسان‌شناختی برای گردآوری و تحلیل اطلاعات جمعیتی از جمله دیگر ابعاد جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی است (ن.ک. کرتزر و فریک، ۱۳۹۷). در نهایت اینکه در حیطه دانش بومی قرار می‌گیرد. یعنی ذخایری از دانش عملی که در طول سالیان دراز مردمان هر اجتماعی در نتیجه تجارب روزمره خود روی هم انباشت نموده‌اند و راهنمای کارها و امورات زندگی خود قرار داده‌اند (Horsthmeke, 2008). در اینجا، دانش بومی مذکور دربرگیرنده کلیه روش‌ها و امکاناتی است که افراد جامعه، به‌ویژه زنان، در رابطه با سقط عمدی جنین بکار می‌گیرند. روش‌هایی که گاهی مطمئن تلقی می‌شوند و نسل به نسل مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مهمتر از هر چیز در اینجا آن دانشی است که مردمان یک اجتماع ماقبل مدرن از محیط طبیعی خود دارند و اینکه چگونه از منابع طبیعی محیط خودشان جهت پرداختن به امورات سلامت، معالجه، درمان، مداخله در بدن (در اینجا سقط عمدی جنین) بهره می‌برند.

<sup>1</sup> Catheter

<sup>2</sup> Paxman

<sup>3</sup> Weisner

<sup>4</sup> Asiki

مطالعه حاضر به لحاظ پارادایمی مطالعه‌ای تفسیر‌گرایانه نیز است (ن.ک. کرتزر و فریک، ۱۳۹۷؛ محمدپور ۱۳۹۸) زیرا تفاسیر کنشگران را از کنش یا کنش‌های خاصی مورد کنکاش قرار می‌دهد و این کار را در حوزه عینی و ذهنی آن کنش تحلیل می‌کند. در هر فرهنگی ذخایری از دانش عامیانه یا بومی در حیطه‌های مختلف زندگی شکل گرفته است که منبع غنی معنایی و کنشی و گرداننده امور زندگی عادی و خاص (در اینجا سقط عمدی جنین) است. در بسیاری از موارد این ذخایر به صورت سنت در آمده و باورپذیر شده که اغلب حیطه باورها را شامل می‌شود. و در مواردی همواره در نتیجه مواجهه با موقعیت‌های جدید عمل شکل می‌گیرند و شگردهای خاصی را می‌طلبند و بر انبوه داشته‌های عملی و تجربی قبلی می‌افزایند یا ترمیم و اصلاح می‌کنند. در شماری از موارد که خود «عمل» با چالش مواجه می‌شود این امکان همواره وجود دارد که جنبه سنتی باورها و اعتقادات به یاری طلبیده شوند. گیدنز در این باره از «آگاهی عملی» نام می‌برد، که به معنای ذخیره معرفتی مورد استفاده فرد در حین عمل است (محمدپور، ۱۳۹۸: ۳۸۵). در اجتماعات سنتی این ذخایر معرفتی و این آگاهی عملی، متأثر از منابع درون اجتماعی است و بیشتر امری محلی است و در مقابل جوامع مدرن است که ذخایر معرفتی می‌تواند متعلق به فراسوی مرزهای آن اجتماع باشد.

کنش زنان در عرصه عمل سقط جنین متأثر از چند منبع است. یکی درک و تفسیر آنان از فرزند و حاملگی خود و اینکه باید جنین خود را نگهدارند یا خیر (که خود همین امر کاملاً متأثر از شرایط زندگی مادی و اجتماعی والبته فرهنگی به‌ویژه دینی آنان است) و دیگری خود عمل است. کنش زن در جامعه ماقبل مدرن، مثل هر کنش اجتماعی دیگر حداقل در دو سطح انجام می‌گیرد. یکی در سطح کنشی و دیگری در سطح معنایی و تفسیری. در اولی نقش عاملیت زن برجسته است و در دومی سطح فرهنگ و ساختارهای آن. در سطح کنشی ما زنان را افرادی خلاق، حداقل در حوزه زندگی خصوصی خود می‌یابیم که کنش‌هایشان از یک سو مبتنی بر تفسیر موقعیت است و از سوی دیگر متأثر از توافقات کنشی بر سر الگو و روش کنش (در اینجا سقط عمدی جنین). در سطح معنایی و تفسیری، زنان با فرهنگ به معنای خاص خود، به‌ویژه در رابطه با ارزش فرزند (اعم از فواید/ هزینه‌های اقتصادی و غیر اقتصادی فرزند) و البته کنش سقط عمدی جنین، مواجه هستند. در فرهنگ مذکور مسلماً نظام معنایی خاصی در رابطه با فرزندآوری و سقط جنین و به‌ویژه حالت عمدی آن وجود دارد و در متن کنش‌های آنها منعکس خواهد شد (از جمله اینکه آن را قتل یا گناه به حساب بیاورند یا اصولاً در نظام باوری آنها جایگاهی داشته باشد یا از آن به مثابه ابزاری برای نیل به یک هدف یا مقابله با یک مسئله استفاده کنند).

مطالعات مختلفی (فریک، ۱۳۹۷؛ رجبی و هاشمی‌نیا، ۱۳۹۲؛ محمودیان و پوررحیم، ۱۳۸۱؛ Buhler, 2008; Iman & Soroush, 2007; Freedman, Hechter & Kanazawa, 1994) در حوزه ارزش فرزندان انجام شده‌اند که حاکی از ارزش بالای فرزند در نظام‌های اجتماعی-سنتی و تغییر آن در اجتماعات مدرن هستند. در آن اجتماعات فرزندان به‌عنوان نیروی کار، نیروی نظامی، تداوم‌بخش نسل و حافظ امنیت روانی و اجتماعی دارای ارزش بوده‌اند و تکثیر آن ارزش محسوب می‌شده است. اما همان‌گونه که در مرور مطالعات پیشین نیز مشاهده شد، سقط عمدی جنین در همین نظام‌های اجتماعی به همراه روش‌های انجام آنها وجود داشته‌اند. این نشان می‌دهد که زن در این گونه اجتماعات، با وجود مواجهه با نظام معنایی فرزندخواه، باز هم با نظر به گوشه‌های متعارضی از این نظام معنایی اقدام به سقط جنین کرده است. او با نظام معنایی مرتبط با توافقات کنشی روبرو است که در آن فرد درگیر معانی شکل گرفته و تثبیت شده در نهادهای اجتماعی اجتماع خودش است، از جمله نهاد خانواده یا اقتصاد معیشتی خانوار روستایی و یا حتی نهاد سلامت و تندرستی در حالت بومی خود. زن در چنین فضایی کنش سقط خود را انجام می‌دهد. یعنی از یک سو به‌عنوان موجود خلاق دست به یک کنش می‌زند با پذیرش تمامی مخاطرات آن، و از سوی دیگر در نظام معنایی فرهنگ خود از ابزارها و روش‌های موجود جهت نیل به هدف خود استفاده می‌کند، هم در عرصه دانش بومی مرتبط، هم در عرصه توجیهات آن عمل. تصور ما بر این است که کنش سقط عمدی جنین در نتیجه رابطه چند سویه نیروهای فوق صورت می‌گیرد. ما از این منظر به پدیده سقط جنین در جامعه ماقبل مدرن سردشت می‌پردازیم و تلاش کردیم تا ضمن توصیف دلایل آنان برای سقط، روش‌های انجام آن را نیز دریابیم.

### روش پژوهش و داده‌ها

روش مطالعه حاضر مردم‌نگاری و از نوع متعارف یا کلاسیک آن است که در صدد کسب شناختی عینی از یک فرهنگ یا گروه است. محقق در عمق جامعه فرو می‌رود و با تمرکز بر موضوع، سعی در شناخت جوانب آن را دارد. مردم‌نگاری نوعی طرح تحقیق کیفی است که در آن محقق الگوهای مشترک و آموختنی ارزش‌ها، رفتارها، باورها و زبان یک گروه فرهنگی را تفسیر می‌کند. به عبارتی،

مردم‌نگار در پی مطالعه معنای رفتار، زبان و تعامل میان اعضای یک گروه فرهنگی مشترک است (Creswell & Poth, 2018: 143). پژوهش حاضر از مسیر زبان و روایت در پی کشف چرایی و چگونگی انجام یک عمل جسمانی - اجتماعی جمعیتی است. هدف، شناخت معانی مشترک و رفتارها و باورهای رایج و پذیرفته شده در آن حوزه از تعاملات اجتماعی در گذشته است. برای دستیابی به این هدف به سراغ افراد مطلع در این حوزه رفته‌ایم. افرادی که زندگی در دوران قبل از ورود امکانات و تکنولوژی پزشکی را در جامعه سردشت تجربه کرده‌اند. مشارکت‌کنندگان این پژوهش را زنان قابله یا مامای سنتی و افراد شاهد یا مطلع از سقط جنین در شهرستان سردشت تشکیل می‌دهند.

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان در این پژوهش

ردیف	نام	سن	تحصیلات	نقش	ردیف	نام	سن	تحصیلات	نقش
۱	پری‌خان	۷۱	بیسواد	مامای سنتی	۲۱	مروت	۷۰	بیسواد	مامای سنتی
۲	عایشه‌گل	۷۶	بیسواد	مامای سنتی	۲۲	چیمین	۵۶	بیسواد	مامای سنتی
۳	خرال	۷۳	بیسواد	مامای سنتی	۲۳	دلبر	۶۹	بیسواد	مامای سنتی
۴	کابان	۶۹	بیسواد	مامای سنتی	۲۴	غنچه	۹۷	بیسواد	مامای سنتی
۵	بیری	۶۵	بیسواد	مامای سنتی	۲۵	زرین	۶۷	بیسواد	مامای سنتی
۶	کلثوم	۷۲	بیسواد	مامای سنتی	۲۶	نازه	۶۰	بیسواد	مامای سنتی
۷	آمان	۷۸	بیسواد	مامای سنتی	۲۷	منیجه	۸۵	بیسواد	مامای سنتی
۸	حلیمه	۶۸	بیسواد	مامای سنتی	۲۸	ریحان	۶۳	بیسواد	مامای سنتی
۹	خانزاد	۶۰	بیسواد	مامای سنتی	۲۹	جمیله	۶۵	بیسواد	مامای سنتی
۱۰	حنیفه	۶۶	بیسواد	مامای سنتی	۳۰	کاله	۷۲	بیسواد	مامای سنتی
۱۱	پیروز	۸۸	بیسواد	مامای سنتی	۳۱	رابعه	۷۶	بیسواد	مامای سنتی
۱۲	معصومه	۷۳	بیسواد	مامای سنتی	۳۲	گلاله	۶۸	ابتدایی	تجربه سقط سنتی
۱۳	هه‌تاو	۷۹	بیسواد	مامای سنتی	۳۳	هلاله	۵۷	دیپلم	تجربه سقط سنتی
۱۴	بناز	۸۴	بیسواد	مامای سنتی	۳۴	گلزین	۶۵	بیسواد	آگاه
۱۵	گلاویژ	۶۸	بیسواد	مامای سنتی	۳۵	گلچین	۸۵	بیسواد	آگاه
۱۶	عصمت	۷۳	بیسواد	مامای سنتی	۳۶	سیمین	۵۲	بیسواد	اقدام به سقط سنتی
۱۷	صبری	۸۱	بیسواد	مامای سنتی	۳۷	روپاک	۷۰	بیسواد	درمانگر سنتی
۱۸	بدری	۶۵	ابتدایی	مامای سنتی	۳۸	باوان	۶۵	بیسواد	درمانگر سنتی
۱۹	استی	۸۶	بیسواد	مامای سنتی	۳۹	هیرو	۶۴	نهیض	درمانگر سنتی
۲۰	ملک	۷۰	بیسواد	مامای سنتی					

اسامی مشارکت‌کنندگان مستعار می‌باشد.

در این تحقیق، نمونه‌گیری با دو روش اکتشافی و زنجیره‌ای شبکه‌ای هدفمند انجام گرفت. ابتدا در پی یافتن افراد مطلع برآمدیم. از طریق بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان سردشت، ماما‌های سنتی که هنوز در قید حیات بودند را در سطح روستاها و شهر شناسایی کردیم. در گام اول، با ورود به میدان تحقیق با همیاری فرد واسط و آشنا با افراد مطلع، با آنان آشنا شده و صرفاً به معرفی موضوع و شناسایی افراد مناسب که توان گفتگو و توضیح مطلب داشتند پرداختیم. در مرحله دوم، مجدداً به آن افراد مراجعه نموده و مصاحبه انجام شد. مهمترین معیار ورود، داشتن سن بالای ۵۰ سال به همراه مشاهده یا تجربه سقط در اجتماع سنتی بود. تمامی مصاحبه‌ها در منزل فرد مشارکت‌کننده انجام شد. در هر مصاحبه سؤالاتی راجع به وجود یا عدم سقط جنین عمدی در گذشته مطرح شدند. پس از آن در مورد دلایل اقدام زنان حامله به سقط عمدی جنین پرسیده شد و در نهایت در مورد روش‌های انجام این عمل و ابزارها و امکاناتی که در دسترس بوده و از آن استفاده می‌شد، سؤال شد. همچنین، سه پرسش عمده فوق، با سؤالات فرعی دیگری برای کشف جزئیات مربوط به سقط جنین تقویت می‌شدند. فهرست مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. مصاحبه تا زمان اشباع نتایج و تکرار آنها توسط زنان ادامه یافت. متن مصاحبه‌ها بر روی کاغذ پیاده شدند و پس از چندین بار مطالعه آنها، اقدام به دسته‌بندی مضامین آنان براساس دلایل و روش‌ها نمودیم. در مواردی بیش از دو بار به فرد مشارکت‌کننده مراجعه می‌شد. لازم به ذکر است که در مورد ماما‌های سنتی تلاش شد حجم نمونه را به حجم جامعه آماری نزدیک کنیم، یعنی بیشترین جستجو را برای یافتن بیشترین موارد انجام دهیم. به‌طور کلی با ۳۹ نفر مصاحبه انجام شد.

به منظور ارزیابی اعتمادپذیری پژوهش، از سه معیاری که گوبا و لینکلن (۱۹۸۵)، به نقل از محمدپور (۱۳۹۲: ۱۸۴-۱۸۶)، یعنی باورپذیری (درگیری طولانی‌مدت با داده‌ها، زاویه‌بندی، بهره‌گیری از روش‌های دقیق کار میدانی)، اطمینان‌پذیری (مشخص کردن مسیر روشن و ثابت بین داده‌ها و کاربرد آنها، کنترل اعضاء و تأیید از سوی افراد حاذق)، تأییدپذیری (پیروی از روش‌شناسی‌های بکاررفته در تحقیق، انجام یادداشت‌ها و تصمیمات اجرایی در مسیر تحلیل داده‌ها) استفاده شده است. در این پژوهش، برای ارتقای سطح باورپذیری، محققان به گرات متون مصاحبه، یعنی داده‌ها را مطالعه کرده‌اند. دو محقق بودن این پژوهش خود زمینه‌زاویه‌بندی را فراهم کرد. همچنین حساسیت زیاد بر روی کیفیت مصاحبه‌ها از جمله موارد مورد توجه در این حیطة بودند. علاوه بر این‌ها، نظر به اینکه نویسنده اول خود اهل و ساکن سردشت بوده و نویسنده دوم نیز به‌طور کامل با فرهنگ این جامعه آشنایی داشته؛ لذا ایجاد ارتباط، جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، فهم زبان، نشانه‌ها، اسامی گیاهان و خوراکی‌های محلی و ... آسان‌تر بوده و روند پژوهش را تقویت کرد. برای ارتقای سطح اطمینان‌پذیری، محققان سعی کرده‌اند با بحث مداوم و مشورت با افراد حاذق در حوزه‌زایمان، مامایی و پژوهش کیفی، کیفیت روایت مشارکت‌کنندگان از دلایل و روش‌های سقط جنین را بالا ببرند. همچنین در موارد متعددی سعی در سنجش صحت گفته‌های برخی مشارکت‌کنندگان در مورد داروها یا گیاهان نموده (برای مثال رجوع به متخصصین داروهای گیاهی) و در مورد میزان شیوع آنها در سقط جنین تحقیق می‌نمودیم. حتی در مواردی که گیاهی برای محققین ناشناس می‌نمود، سعی در یافتن و مشاهده آن داشتیم (نمونه آن گیاه قوشیلک بود). در پنج نمونه، یافته‌های بازنویسی و دسته‌بندی‌شده را با خود مشارکت‌کنندگان در میان گذاشتیم و از صحت و سقم دسته‌بندی مذکور آگاه شدیم. در نهایت اینکه برای ارتقای تأییدپذیری تلاش شده است که تمامی مراحل تحلیل محتوا را به خوبی رعایت نماییم یعنی از متن مصاحبه‌ها دلایل، روش‌ها، مواد، داروها، ابزارها، کیفیت اقدام و ... را با دقت استخراج نماییم.

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش را در دو بخش دلایل و روش‌های سقط در جامعه سنتی تنظیم می‌کنیم. در بخش اعظم مصاحبه‌هایی که انجام شد ما شاهد روایت‌های نسبتاً همسو از سقط عمدی جنین بودیم. بدین معنا که همگی بر وجود سقط عمدی در سطح و گستره‌ای محدود اشاره کرده‌اند. به نظر می‌رسد این امر به تجارب شخصی خود ماماها بر می‌گردد که به چنین موضوعی در طول کار خود برخورد کرده باشند یا نه. دیگر اینکه سقط جنین، همانند زایمان، چیزی نبوده که نیازمند شخص ماما و مهارت‌های وی باشد. از همین رو سعی شده به تجارب آنان همچنین به روایت‌های شنیده آنان در این رابطه توجه نماییم.

### ۱. روش‌های سقط جنین عمدی

در این بخش از تحلیل یافته‌ها به دسته‌بندی روش‌هایی می‌پردازیم که در جامعه مورد مطالعه برای سقط عمدی جنین استفاده می‌شده است. مانند هر اجتماع دیگری بخش عمده این روش‌ها مبتنی بر آزمون و خطا و یا دانش بومی بوده است و به دلیل موفقیت بسیاری از آنها در نیل به سقط جنین، در طول زمان مورد استفاده قرار گرفته و باز تولید می‌شدند. در این قسمت روش‌های سقط عمدی جنین را به سه روش فیزیکی، خوراکی و طب سنتی تقسیم بندی کرده‌ایم. در ادامه به توضیح هر یک از آنها می‌پردازیم.

#### ۱-۱. روش‌های فیزیکی

منظور از روش‌های فیزیکی برای سقط جنین، آن دسته از اقدامات حرکتی و عملی است که زن به‌طور عملی انجام می‌داد یا به وسیله اجسامی خارجی بر بدن خود اعمال می‌کرد تا منجر به سقط جنین وی شود. زیرگروه نخست این روش‌ها آنهایی است که خود زن به‌صورت عملی انجام داده است مثل بلندکردن اجسام سنگین، پریدن از بلندی، آویزان شدن و هلهله‌رکی گردی. زیرگروه دیگر این بخش معطوف به روش‌هایی است که زن باردار به وسیله اجسام و اشیاء و وسایل دیگر انجام می‌داد مانند گرداندن دستار<sup>۱</sup> (آسیاب دستی) بر روی شکم زن، گذاشتن اجسام سنگین روی شکم زن، دراز کشیدن و ایستادن کودک روی شکم زن باردار، کول کردن اجسام سنگین، اسب‌سواری، و تکان‌های محکم، بالا و پایین کردن یک فرد (غالباً کودک) روی شکم یا کمر زن باردار.

یکی از مشارکت‌کنندگان که مامای سنتی است می‌گوید:

«زنی که حامله بود و می‌خواست بچه‌اش را بیندازد، می‌رفت یک گونی شن یا خاک رو کول می‌کرد، بچه عین یه تیکه

<sup>1</sup> Dastaar

گوشت می‌آمد پایین. بعدش دیگه زن می‌ماند و درد و عوارض بعد از آن. ولی در هر حال بچه‌اش را انداخته بود.»  
و یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«برای سقط کردن سوار اسب می‌شدند و تکان‌های محکم آن باعث سقط می‌شد. یا به زن همسایه می‌گفتم روی کمرم بالا و پایین بپرید که باعث خونریزی شدید و خروج تکه‌های گوشت و سقط می‌شد.»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان که ۸۵ سال سن دارد این‌گونه روایت می‌کند:

«شال یا طنابی چیزی به سقف می‌بستند (که معمولاً سقف‌ها چوبی بوده است) آویزان کرده و زن حامله ایستاده و دست‌های خود را بالا برده شال را می‌گرفت و آویزان می‌شد تا فشار و سنگینی وزن مادر به پایین شکم منتقل شده و بچه سقط شود.»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان که خودش تجربه یک سقط به همین شیوه را دارد می‌گوید:

«اگر کسی می‌خواست سقط کنه اشیاء سنگین را بلند می‌کرد تا به کمرش فشار بیاد تا بچه کنده شود، یا سهرمه‌قولیات<sup>۱</sup> می‌زد. من خود برای اینکه بچه شکمم را بیندازم چند روز پشت سر هم از این روش‌ها استفاده می‌کردم.»

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، شاید شماری از این روش‌ها امروزه نیز به نوعی برای سقط عمدی جنین مورد استفاده قرار گیرد اما شرایط کنونی با وجود امکانات بهداشتی و درمانی در صورت بروز حادثه، بسیار متفاوت با دوران گذشته است. طبق یافته‌ها در مواردی این اقدامات منجر به آسیب جدی به خود زن می‌شد چرا که «اغلب اوقات باعث سقط نمی‌شد و خود زن هم آسیب می‌دید.» بنابراین روش‌های فیزیکی برای سقط عمدی جنین در اجتماعات سنتی بسیار رایج بوده اگرچه خود سقط عمدی جنین بنا بر شرایط اقتصادی و جمعیتی و اجتماعی وقت چندان شایع نبوده است.

## ۲-۱. روش‌های خوراکی

منظور از روش‌های خوراکی آن دسته از روش‌های سقط عمدی جنین است که مبتنی بر خوردن ترکیبات خوراکی خاص یا استفاده از برخی گیاهان برای عمل روی بدن است که طبق تجربه مشارکت‌کنندگان در خیلی از موارد منجر به سقط شده‌اند. از جمله این روش‌ها می‌توان به خوردن جوشانده پوست پیاز قرمز، دمکرده زعفران، خوردن جوشانده پوست پیاز با میوانی<sup>۲</sup> (میوانی نوعی حلواست ولی در تهیه آن به جای شکر از دوشاب یا شیر انگور استفاده می‌شود، نوع آرد آن نیز بهارو<sup>۳</sup> می‌باشد که گندم آن متفاوت است و آرد رنگ تیره‌تری دارد، این غذا نسبت به حلوا با شیرینی کمتر و رقیق‌تر آماده می‌شود و بسیار چرب است)، مصرف جوشانده ریشه گیاه مکوک<sup>۴</sup> (شیرین بیان)، نوشیدن دمکرده سم اسپ خرده شده با آویشن، خوردن عسل، حنا، تَرُب، گیاه کاردوو<sup>۵</sup> همچنین خوردن شیر گیاه شیرقشولکه<sup>۶</sup> (شیر خوشیلک یا قشولکه<sup>۷</sup> هم می‌گویند) اشاره کرد. در باره سقط عمدی یکی از زنان ماما می‌گوید:

«من خودم گهگاهی، خیلی کم مراجعه می‌کردند آنچه را که خیلی از آن مطمئن بودم بهشان می‌گفتم. معمولاً دمکرده زعفران را می‌گفتم. باید زعفران را مثل چای دم کنند و بخورند. شاید در چند مورد جواب می‌داد. حالا ممکن بود خود زن جسم سنگین هم برمی‌داشت. این طوری احتمالش خیلی بیشتر بود که بچه سقط شود. شنیدم که از سم اسب خرده شده هم استفاده می‌کردند و می‌گفتند بچه را می‌اندازه. اما من خودم به کسی نگفتم.»

یکی از موارد جالب توجه در این تجویزهای گیاهی و خوراکی گیاهی است. برای این منظور، یکی از انواع گیاهان محلی که در کوهستان‌های اطراف یافت می‌شود، مورد استفاده قرار می‌گرفته است. طبق روایت مشارکت‌کنندگان، این نوع گیاه سمی است که حتماً پس از نوشیدن آب آن توسط زن باردار، بایستی شیر یا ماست خورده شود و گرنه آسیب زیادی دارد و می‌تواند منجر به مرگ شود.<sup>۸</sup>

<sup>۱</sup> Sarmaqaalat پشتک

<sup>۲</sup> Mivaani

<sup>۳</sup> Bahaaroo

<sup>۴</sup> Mekook

<sup>۵</sup> Kaardoo

<sup>۶</sup> Shirqshollka

<sup>۷</sup> Shirkhoshilk/Qshollka

<sup>۸</sup> به دلیل عدم تمایل مشارکت‌کننده از ذکر نام گیاه و نقل قول ایشان خودداری شده است.

در برخی موارد روش‌هایی که برای تسریع زایمان استفاده می‌شد برای سقط نیز استفاده می‌کردند. مانند: بستن کاه گرم به شکم زن بارداری از شب تا صبح. از جمله روش‌های دیگر بستن گیاه گرم شده کوز (کووس یا کوزه له)<sup>۱</sup>، ماکوز (ماکوس)<sup>۲</sup> یا توتون به شکم زن بارداری بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان که مامای سنتی بوده می‌گوید:

«در مواردی می‌آمدند و برخی گیاهان را بر روی شکم زن بارداری می‌بستند. اینها همه توصیه می‌شد و خود زن انجامش می‌داد. مثلاً کاه را گرم می‌کردند و از شب تا صبح روی شکم‌شان می‌بستند. من این را بارها توصیه کرده‌ام. یا می‌گفتم توتون را بجوشانند و روی منداالداانش<sup>۳</sup> (رحم) بگذارند و با پارچه ببندد. گاهاً از گیاه گرم شده کوز و ماکوز (یا کوس و ماکوس) هم استفاده می‌شد. اینها بچه را می‌انداختند.»

روش‌های خوراکی سقط جنین به همراه روش‌های استعمال بیرونی برخی گیاهان، معمولاً متکی بر محیط طبیعی و گیاهان و خوراکی‌های موجود در محیط زندگی اجتماعی ساکنان آن زمان سردشت بوده است و هیچ نشانی از خوراکی‌های شیمیایی حتی در شکل ابتدایی آن وجود ندارد.

### ۳-۱. طبابت سنتی

این دسته از روش‌ها ظاهراً مبتنی بر مجموعه‌ای از فنون طب سنتی بوده است که تا حدودی مستلزم انجام آن توسط فردی حاذق در آن حوزه بوده است. در این روش‌ها افراد دیگری غیر از خود زن بارداری فعال هستند و در عمل سقط مداخله دارند. از جمله این روش‌ها می‌توان به کوپه‌گرتن<sup>۴</sup> یا همان بادکش گرفتن از زن بارداری اشاره کرد. این کار اغلب توسط زن قابله یا مامای سنتی انجام می‌گرفت. یکی از افراد مطلع در این باره می‌گوید:

«قدیم‌ها گاهی برای انداختن بچه از کوپه‌گرتن استفاده می‌کردند. این کار را در بسیاری از موارد یک فرد وارد و کاربلد انجام می‌داد. اما در مواردی نیز خود زنان بلد بودند و انجامش می‌دادند. در این روش کمی خمیر روی شکم زن بارداری گذاشته می‌شد و یک لیوان فلزی را روی آن می‌گذاشتند و حدود هفت بار به سمت چپ می‌چرخاندند. زن باید این کار را هر روز صبح به مدت سه روز انجام دهد. در بسیاری از موارد باعث کندن شدن جنین می‌شد اما در مواردی هم سقط نمی‌شد.»

زرین خانم ۶۷ ساله در این باره می‌گوید:

«از کمر زن بارداری کوپه می‌گرفتند. البته اینکه چند روز این کوپه‌گرتن ادامه داشته باشد بستگی به سن جنین داشت. طبق حساب زن، سن جنین را برآورد می‌کردند. کوپه‌گرتن باید حداقل دو روز انجام می‌شد. دو الی ده روز بعد از کوپه‌گرتن، جنین سقط می‌شد.»

همان‌گونه که مشخص است شمار روش‌های سقط مبتنی بر طب سنتی، به‌ویژه مواردی که متکی به عمل کسی غیر از خود زن بارداری باشد، بسیار اندک است. شاید دلیلش هم این باشد که سقط‌ها در خفا انجام می‌شد یا شاید به‌صورت علنی توسط افرادی خاص انجام می‌گرفت و مسئولیت‌هایی در قبال سلامت زن بارداری برای فرد عامل ایجاد می‌شد.

### ۲. دلایل سقط عمدی جنین

در وضعیت سنتی جامعه مورد مطالعه، دلایل سقط عمدی جنین را می‌توان به دو گروه دلایل فردمحور، شامل کار سنگین زندگی روزمره و ناتوانی جسمانی در پرورش فرزند بیشتر، و دلایل خانواده/اجتماع محور شامل اختلافات خانوادگی، ضعف اقتصادی خانواده و شرم اجتماعی از حاملگی دسته‌بندی کرد.

#### ۲-۱. دلایل فردمحور سقط جنین عمدی

این گروه از دلایل سقط جنین عمدی در اجتماع مورد مطالعه، بیشتر معطوف به خود زن با نقش‌های جنسی و جنسیتی اوست. به‌عنوان یک زن در خانواده، پس از ازدواج وظیفه اصلی وی در روابط زناشویی فرزندآوری است. ناتوانی در فرزندآوری با ماندگاری یا

<sup>1</sup> Kooz/ Koos/ Kozalla

<sup>2</sup> Makooz/Maakoos

<sup>3</sup> Mndaalldaan

<sup>4</sup> Koopagrtn

عدم ماندگاری وی در آن محیط گره خورده است. لذا فرزندآوری باید صورت بگیرد. در سوی دیگر شاهد نقش‌های جنسیتی هستیم که از جمله در تقسیم کار خانوادگی و امورات مربوط به اقتصاد خانوار برای وی تعریف شده است. این نقش‌ها همگی با «کارکردن» تعریف شده‌اند. مسلماً هر دوی این نقش‌های جنسی و جنسیتی برای زن بارهای سنگینی بر جسم وی محسوب می‌شوند؛ لذا وجود توأمان آن دو مشکلات عدیده‌ای را می‌تواند برای وی، به‌ویژه به هنگام حاملگی، به بار بیاورد. حال که در اجتماعات سنتی فرزندآوری در چارچوب نیاز عمومی اجتماعی و خانوادگی به نیروی کار رخ می‌دهد و همسو با باور عمومی به تعداد زیاد فرزندان است و البته در غیاب وسایل پیشگیری از حاملگی اتفاق می‌افتد، لذا زن حامله در مواردی ناچار به تصمیم به سقط جنین است. اینکه این دلایل چگونه عمل می‌کنند، در ادامه با تشریح بیشتر مبحث و ذکر نقل قول‌هایی از مشارکت‌کنندگان، روشن‌تر خواهد شد.

**کار سنگین:** از جمله عوامل دیگری که عمده‌تاً موجب سقط جنین می‌شد کار سخت و سنگین در زندگی روزمره بود. امروزه و در گذشته نیز، کار سنگین شاید از عوامل سقط غیرعمد جنین است. اما شدت کار سنگین در جامعه امروز حتی برای زنان روستایی قابل مقایسه با گذشته نیست. زندگی در جامعه ماقبل مدرن سردشت، و بسیاری از مناطق دیگر، عموماً شکلی روستایی داشت و مبتنی بر کشاورزی و دامداری بود. در این میان کار زنان در حوزه امورات کشاورزی و دامی می‌توانست بار جسمانی زیادی را بر زنان تحمیل کند. چنین شرایطی امکان سقط غیرعمد جنین را برای زنان باردار دو چندان می‌کرد. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «آن زمان سقط عمدی بسیار کم بود. بیشتر سقط‌ها به خاطر خستگی و کار سنگین بود. همین کارها خودبخود بچه را سقط می‌کرد.» اما روایت‌های دیگری هم در رابطه با نقش کار سنگین در سقط عمدی جنین وجود دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«زنانی بچه‌شان را نمی‌خواستند حالا به هر دلیلی، عمده کارهای سنگین انجام می‌دادند و سعی می‌کردند بچه شکم‌شان را سقط کنند. همین کار سنگین باعث می‌شد دیر یا زود بچه‌اش بیفتد. کارهای سنگین در زندگی آن روزگار زیاد بود. اساساً کار سبکی وجود نداشت. زنان هم که در تمامی کارهای کشاورزی و دامداری سهیم بودند.»

روایت‌های فوق در اشاره به نقش کار سنگین در سقط جنین، باز هم به نوعی دیگر اشاره‌ای هستند به کنشگری زنان در مقابله با شرایط زندگی خانوادگی و اینکه از سقط عمدی جنین برای مقابله با شرایط نامساعد زندگی استفاده می‌کرده‌اند. هیچ مشخص نیست شاید همین تن دادن به انجام کارهای سخت جهت سقط جنین، مقابله با ازدیاد فرزندان‌شان هم بوده باشد یعنی زن خانواده به هر دلیل، اعم از ضعف اقتصادی، ناتوانی در بزرگ کردن فرزندی بیشتر، شرم اجتماعی از حاملگی، اقدام به سقط عمدی جنینش از طریق انجام کار سنگین کرده باشد. یافته‌های ما این احتمال را تقویت می‌کنند.

**ناتوانی جسمانی در پرورش فرزند بیشتر:** فرزندآوری زیاد توأم با کار جسمانی سنگین در خانه و بیرون از خانه در جوامع ماقبل مدرن مورد مطالعه ما، در بسیاری از موارد باعث ناتوانی جسمانی زودرس زنان می‌شد. از همین‌رو نظر به این که امکان پیشگیری از بارداری به شکل امروزی وجود نداشت و اصولاً پیشگیری امری شناخته‌شده و رایج در جامعه نبود، لذا در چنین شرایطی تنها راه باقیمانده سقط جنین بود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

«برای ششمین بار حامله شدم. کار زیاد خانه و مزرعه توانم را بریده بود. حقیقتش نمی‌توانستم فرزند دیگری را بزرگ کنم. همین که فهمیدم حامله‌ام، سقطش کردم. چون پنج فرزند دیگر هم داشتم که یکی دو تای آنها هنوز کوچیک و در گهواره بودند.»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای دیگر به این موضوع اشاره می‌کند:

«من خودم سقط نداشتم. اما یکی از زنان روستا پیشم آمد و گفت چیکار کنم باز هم حامله شده‌ام. بچه کوچکم هنوز توی گهواره است. بخدا دیگر توان بچه‌داری را ندارم. وضعمان را که می‌دانید. خودم هم جسمم نمی‌کشد. شوهرم که حالیش نیست. فقط به فکر خودش است. گفت می‌خواهم سقط کنم. و سقط هم کرد. من تنها راهش را به او نشان دادم. بیچاره با آن وضعیت جسمانی درد و زجر فراوانی هم کشید.»

بنابراین ملاحظه می‌شود نقش‌هایی که در زندگی روزمره به زنان سپرده شده است در کنار بار سنگین باردارشدن مداوم، چگونه آنان را ناچار به اقدام به سقط جنین عمدی کرده است. در حقیقت آنچه ما تحت عنوان دلایل فردمحور بیان کرده‌ایم باز هم به نحوی از انحاء اجتماعی بوده و ناشی از تعاملات و روابط اجتماعی زنان هستند.

## ۲-۲. دلایل فرد/اجتماع محور

این گروه از دلایل شامل مواردی است که در آن زن به‌طور مستقیم در نتیجه شرایط و فضای تعاملات وی با سایر افراد خانواده ناچار به سقط جنین عمدی می‌شود. این موارد یا ناشی از شرایط درون خانواده (اعم از روابط صمیمیت یا وضعیت اقتصادی) است یا ناشی از رویارویی با هنجارهای اجتماعی محلی است. در اولی، زن حامله با همسرش مواجه است که به لحاظ اجتماعی از پایگاه اجتماعی برتری برخوردار است، می‌تواند در انتظارات نقشی، روابط زناشویی، بار وظایف و البته حمایت در مقابل سایر افراد خانواده در مقابل زن یا در کنار وی قرار بگیرد. از سوی دیگر طبق ارزش و هنجار اجتماعی، نان‌آور خانواده است. ضعف این نیروی نان‌آور به لحاظ کار و درآمد (در اجتماع معیشتی)، می‌تواند بار اقتصادی فرزندان را دو چندان کند. لذا مستقیماً می‌تواند در تصمیم بر حفظ یا سقط جنین زن نقش داشته باشد. در دومی، ما شاهد مواجهه زن حامله با ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی اجتماعش هستیم که در بدنه خانواده، طایفه و اجتماع خود را بروز داده است و این بار در قالب انتظارات رفتاری مبتنی بر سن و جایگاه خانوادگی است. انتظارات سنی حاملگی در هر اجتماعی وجود دارد و اگر حاملگی با این انتظارات سنی همخوانی نداشته باشد ممکن است با واکنش‌های هر چند نرم اما شرمسارکننده اطرافیان همراه باشد. لذا این عوامل هم می‌توانند در سقط جنین نقش داشته باشند. در ادامه به این سه بعد از دلایل خانواده/اجتماع محور می‌پردازیم.

**اختلافات خانوادگی:** برخی از چالش‌های زندگی در هر دوره‌ای از زمان می‌توانند نتایج تقریباً مشابهی به دنبال داشته باشند. سقط جنین عمدی به دلیل مشکلات خانوادگی یکی از این موارد است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌داد که در گذشته نیز مشکلات خانوادگی از جمله عواملی بوده‌اند که زنان را به سقط عمدی جنین‌شان واداشته است. یکی از مشارکت‌کنندگان که ۷۰ سال سن دارد در بازگویی تجربه زیسته خود به این موضوع اشاره می‌کند که:

«همیشه با شوهرم اختلاف داشتم و همین باعث شده در پنجمین حاملگی‌ام بچه‌ام را سقط کنم. در اختلافاتی که بینمان به وجود می‌آمد حقیقتش مثل امروز هیچ راهی برای تلافی کردن یا مقابله با شوهرم یا خانواده او وجود نداشت. تنها راهی که داشتم این بود که بچه‌ای که از او در شکم داشتم را سقط کنم. به همین دلیل در همان ماه‌های اول سقطش کردم.»

گاهی سقط به علت ازدواج اجباری بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«در روستای ما دختری را به زور شوهر دادند. دختر خودش هیچ تمایلی به ازدواج با او نداشت. ولی خودتان می‌دانید که در آن زمانه دختر زیاد حق انتخاب شوهر را نداشت. یادم هست چند بار این زن حامله شد اما هیچ کدام‌شان را به دنیا نیاورد. کل حاملگی‌هاش رو سقط کرد چون دوست نداشت از اون مرد بچه‌ای داشته باشد، الان هم هیچ فرزندی ندارند.»

یکی دیگر از آنان می‌گوید: «یکی از هم روستاییان ما که یکبار با شوهرش دعواش شد. دق دلش را روی بچه‌ای که در شکمش بود خالی کرد. به نوعی در برابر شوهرش ایستاد. بچه شکمش را سقط کرد.» تمامی این روایت‌ها نشان می‌دهند که سقط جنین ابزاری برای مقابله زنان با فشارهای خانوادگی به‌ویژه از سوی شوهر و یا شاید خانواده شوهر بوده است.

**ضعف اقتصادی خانواده:** در گذشته به دلیل باروری بالای زنان، معمولاً خانواده‌هایی که به لحاظ مالی فقیر بودند گاهاً اقدام به سقط جنین می‌کردند. یعنی مشکلات مالی خانواده به‌گونه‌ای بود که امکان داشتن نانخوری اضافی وجود نداشت و همین باعث می‌شد زنان به‌صورت عمدی بچه شکم‌شان را سقط کنند. طبق روایت‌های مشارکت‌کنندگان:

«در مواردی که خانواده‌ای تعداد بچه‌های‌شان زیاد بود و مادر به لحاظ جسمی و شیردهی توان لازم برای بزرگ کردن بچه دیگر را نداشت، بچه به دنیا آمده را به دایه می‌سپردند برای این که تا زمان پا گرفتنش، از شیر کس دیگری استفاده کند. اما این امر بیشتر برای خانواده‌هایی میسر بود که به لحاظ مالی امکان دادن مزد جنسی (مانند اقلام خوراکی یا کالاهای دیگر) یا در موارد نادر پولی را به دایه داشته باشند. اگر خانواده توان این را هم نداشت سقط جنین را بهترین راه تلقی می‌کرد. این را هم زن با میل خودش انجام می‌داد. چرا که قرار بود بار بدبختی‌ها روی دوش خود او بیفتد. به همین دلیل بچه‌اش را سقط می‌کرد.»

در تایید همین روایت، یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«چون شوهرم چوپان بود درآوردن خرجی برایش سخت بود حتی چند بار می‌خواستیم بچه‌ها را به کسی بسپاریم که

توانایی بزرگ کردن آنها را داشته باشد؛ ولی دلمان نیامد. با هر سختی بود بزرگ‌شان کردیم دوست نداشتیم سقط کنم. ولی در یک مورد واقعاً ناچار شدم. هرچه فکر می‌کردم نمی‌دانستم این یکی را چگونه بزرگ کنم. آنچه داشتیم کفاف این‌ها را هم نمی‌کرد چه برسد به یکی دیگر. نمی‌خواستیم عذاب بیشتر بچه‌هایم را ببینیم. سقطش کردم.»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«حقیقتش را بخواهید من خودم به خاطر عدم توان مالی چهار تا از بچه‌هایم را سقط کردم. هر بار که حامله می‌شدم نمی‌دانستم با این وضعیت مالی چکارشان کنم. شوهر هم که ندار. خانواده‌های هر دوی ما هم ندار. چیکار باید می‌کردم. راهی نداشتیم جز اینکه نگذارم به دنیا بیایند. خدا ببخشدمان»

آنچه از این روایات متعدد و مشابه می‌توان برداشت کرد که زنان و شاید زنان و مردان، فکر کنترل تعداد فرزندان‌شان را در سطح خانواده داشته‌اند. آنان تعداد فرزندان‌شان را با توجه به شرایط مالی و اقتصادی خودشان تنظیم می‌کردند. اما مسئله این بوده که هیچ راه دیگری جز سقط نمی‌شناختند. بار اصلی این کنترل بر دوش زن آن هم در فجیع‌ترین وضعیتش بود.

**شرم اجتماعی از حاملگی:** منظور از این مقوله این است که زن از حامله بودن در یک مقطعی از سن خود احساس شرم می‌کرد. این شرم نه برای حاملگی در سنین جوانی و اوایل میانسالی، بلکه برای سنین بالاتر صادق بود. از آنجا که به دلایل مختلف (از جمله فقدان وسایل پیشگیری از حاملگی) حاملگی و فرزندآوری معمولاً تا دهه پایانی دوران بارداری و گاه تا آخرین سال‌های آن نیز ادامه داشت؛ لذا به همین دلیل در بسیاری از موارد اتفاق می‌افتاد که زنان در سنین بالایی باردار شوند در حالی که فرزندان ازدواج کرده و نوه داشتند. در چنین مواقعی زنان دچار شرم اجتماعی از حاملگی در آن سنین می‌شدند و به نوعی درصد «از بین بردن» آن بر می‌آمدند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«پنج فرزند داشتیم. همگی بزرگ شده بودند. سنم هم بالا رفته بود. حامله شدم. حقیقتاً از پدر و برادرهایم شرم داشتم که ببینند دوباره در این سن حامله شده‌ام. آخر دیگر سن و سالم برای بچه‌داری مناسب نبود. توی آن سن بچه بغل بگیرم و شیر بدهم (با خنده). به همین دلیل قبل از اینکه شکمم بالا بیاید بچه را سقط کردم. زجر زیادی داشت. اما از این شرمساری بهتر بود.»

چنین روایاتی به اشکال مختلف بیان شده است. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

«دقیقاً یادم نیست چند سالم بود. ولی فکر کنم بالای چهل سال بودم که یک بار دیگر حامله شدم. هفت هشت بچه داشتم. چند تا از بچه‌هایم ازدواج کرده بودن دو نوه هم داشتم. وقتی مادرم خبردار شد بسیار سرزنش کرد که چطوری می‌تونی با این شکمت جلوی پدرت و پدر شوهرت بنشین. دیگه نوه داری. منم از ترس این‌ها سقطش کردم.»

البته این شرم اجتماعی شامل بارداری‌های نامشروع هم می‌شده است. ظاهراً به دلیل سن پایین ازدواج دختران در دوران مورد مطالعه این پژوهش، حاملگی‌های نامشروع قبل از دواج معنای چندانی نداشته است. اما در یک مورد از مصاحبه‌ها به سقط به دلیل بارداری نامشروع اشاره شده است.

حال مشخص است که عوامل اقتصادی و اجتماعی حتی در اجتماعات دارای نظام‌های معیشتی نیز تعیین‌کننده بوده‌اند. نظر به قدرت بالای هنجارهای اجتماعی معطوف به شرم زنانه، ما شاهد این هستیم که زنان برای گریز از فشار این شرم، از خود مایه می‌گذارند و گاه خود را به مخاطره می‌اندازند. از سوی دیگر، در شرایط ناگوار مالی نیز باز این زنان هستند که برای جلوگیری از تشدید فشار اقتصادی بر کلیت خانواده و بر فرزندان حاضر، از بدن خود مایه می‌گذارند و اقدام به سقط جنین می‌کنند. همچنین، در جریان اختلافات خانوادگی نیز آنان باز هم از این مسیر وارد مبارزه با طرف مقابل، که اغلب شوهر یا خانواده شوهر هستند، می‌شوند. نهایتاً اینکه، با وجود فقدان روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در اجتماع مورد مطالعه ما در دوران ماقبل مدرن آن، خود سقط جنین گاه به‌عنوان روشی برای تحدید موالید، سازگاری با شرایط اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی موجود مورد استفاده قرار گرفته است و زنان این مهم را با پذیرش خطرات و آسیب‌های احتمالی موجود انجام می‌دادند.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر در پی شناخت جایگاه، دلایل و روش‌های سقط عمدی جنین در اجتماعاتی بوده که هنوز در معرض نهادها و امکانات بهداشت مدرن قرار نگرفته بودند. این پژوهش با دیدی گذشته‌نگر به این موضوع پرداخته است. با زانی مصاحبه شده است که اغلب در گذشته ماما بوده‌اند و امروز «مامای سنتی» نامیده می‌شوند. همچنین با زانی مصاحبه شده است که غالباً مسن هستند و زندگی در آن نوع اجتماع را تجربه کرده‌اند. طبق یافته‌ها، سقط جنین عمدی وجود داشته است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که عوامل مختلفی در شناخته شده بود و روش‌های خاصی برای آن وجود داشته است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که عوامل مختلفی در جوامع سنتی موجب سقط جنین شده‌اند. برجسته‌ترین دلایل همان دلایل خانوادگی و عدم توانایی جسمانی بوده‌اند. یعنی زنان به دلیل ضعف جسمانی ادراک شده، خود را قادر به به دنیا آوردن و پرورش بچه یا بچه‌های دیگری ندانسته‌اند و سعی در سقط عمدی جنین داشته‌اند. دلیل اقدام در این مرحله شاید این بوده که اختیار پیشگیری واقعه (بارداری) قبل از وقوع آن را نداشته‌اند و شاید اساساً در ذهنیت مردان و زنان و در نظام معنایی جامعه جایگاهی نداشته که مرد یا زن از بارداری ناخواسته پیشگیری کند. لذا ناتوانی جسمانی زن در حین بارداری وی را وادار به این کار می‌کرد، یا اگر عاملیت‌محورانه‌تر به آن نگاه کنیم، خود زن در می‌یابد که نباید بچه‌اش را به دنیا بیاورد. همچنین، سقط عمدی جنین در مواردی به مثابه ابزاری اعتراضی برای مقابله یا انتقام از شوهر انجام می‌شد. باز هم در اینجا ما شاهد عاملیت زن در مقابل کنش مسلط مرد خانواده هستیم که اساساً سلطه وی را خنثی می‌کند.

در خصوص سقط عمدی به‌عنوان روشی برای تنظیم خانواده، باید بگوییم که اگر سقطی اتفاق افتاده و هدفش کنترل تعداد موالید بوده، این هدف صرفاً سطح خانوار خود وی را شامل می‌شد و تصویری درباره حجم جمعیت در سطح کلان حتی در سطح روستا در میان نبوده است. شاید یکی از شاخص‌ترین دلایل سقط جنین عمدی، همانا دلایل فرهنگی ناشی از فزونی باروری و فرزندآوری بوده است که در مواردی موجبات «شرم اجتماعی» را فراهم کرده است. این امر در برخی مطالعات دیگر نیز به اثبات رسیده است. عموماً برخی زنان در جوامع سنتی، حاملگی در سنین بالا را مایه شرمساری می‌دانند؛ در مطالعه‌ای در میان زنان بوئای کامرون، ۲۶٪ از دلایل سقط، شرم از حاملگی اظهار شده است (Bongfen & Abanem, 2019: 1). اما مطالعه سوزان بلتون به نوعی دیگر به نقش «شرم اجتماعی» اشاره دارند: با بالا رفتن سن زنان و داشتن فرزندان زیاد، آنان «اجازه» استفاده از داروهای گیاهی برای الفای سقط جنین را دارند. داروهای گیاهی به زنان جوانتر با فرزندان کم داده نمی‌شود و آنان به این اطلاعات دسترسی ندارند (Belton, 2005: 176). اما در اجتماعات ماقبل سنتی سردشت، چنین اجازه و امکان دسترسی براساس سن در میان نبوده است و زن در هر سنی می‌توانسته است به دانش و ابزار سقط دست پیدا کند؛ البته شرم اجتماعی ناشی از بارداری در سنین بالا نیز این امکان را دو چندان کرده است.

در مورد روش‌های بکاررفته برای سقط به این نتیجه رسیدیم که از روش‌های فیزیکی، خوراکی و گاهاً طب سنتی استفاده شده است. بیشترین روش با متنوع‌ترین نسخه‌ها، مربوط به روش خوراکی بوده است. این روش‌ها و مواد آنها همگی برگرفته از محیط طبیعی اجتماع آن زمان سردشت بوده است. نظر به کوهستانی بودن منطقه و جنگلی بودن و غنای پوشش گیاهی، از مواد و گیاهان زیادی برای سقط عمدی جنین استفاده می‌شده است. آنها براساس آگاهی عملی، شاید بدون هر گونه شناخت نظری از سازوکار عمل آن مواد و خوراکی‌ها، اقدام به بهره‌گیری از یک ماده یا روش برای سقط کرده‌اند. در متون دیگر هم اشاره شده است که استفاده از برخی روش‌های سقط سابقه‌ای دیرینه دارند. یک متن سانسکریت قرن هشتم به زانی که می‌خواهند سقط جنین کنند توصیه می‌کند که روی یک قابلمه پیاز پخته یا بخارپز بنشینند. یا تکنیک‌های ماساژی سقط جنین، شامل اعمال فشار بر شکم باردار، قرن‌هاست که در آسیای جنوب شرقی انجام می‌شود. علاوه بر این، در سال ۱۹۵۵، دوروس<sup>۱</sup> انسان‌شناس نشان داد که در جوامع قبیله‌ای بدوی نیز سقط جنین با استفاده از گیاهان سمی، چوب‌های تیز یا فشار محض بر روی شکم، تا زمانی که خونریزی واژینال اتفاق بیفتد، انجام می‌شد (Koyel, 2018: 283). در جامعه مورد تحقیق نیز خوردن آب پیاز و فشار بر شکم برای این منظور متداول بوده است.

حال اگر به چهارچوب مفهومی این پژوهش مراجعه کنیم در می‌یابیم که کنش زنان در اجتماعات ماقبل مدرن نیز هم بعد خلاقانه مدیریت حاملگی را در خود داشته هم بعد بهره‌مندی از دانش بومی حاضر در فرهنگ و نظام معنایی جامعه. آنان هم تفسیری از بدن خود، زندگی خود یا خانوار خود داشته‌اند و هم تفسیری از شیوه مدیریت آن با تقبل عواقب ناگوار آن. در اینجا نیز شاهد

<sup>1</sup> Deverus

«آگاهی عملی» زنان در قبال سقط جنین هستیم. این آگاهی عملی عمدتاً برگرفته از دانش بومی اجتماع‌شان بوده است. همان چیزی که امروز طب سنتی یا روش‌های سنتی می‌نامند. دانش بومی مذکور متأثر از شرایط محیطی، طبیعت و محیط زیست، تجارب گذشته، آزمایش و خطای مداوم بوده است. اما بهره‌گیری از این مواد و روش‌ها و ... لزوماً به معنای درک سازوکار عمل آنها نیست مگر در میان افراد خبره وقت.

سقط جنین در اجتماع ماقبل مدرن سردشت کنشی اجتماعی/ جمعیتی/ فرهنگی است. از یک سو کاملاً مبتنی بر فرهنگ است: تفسیر موقعیت، اقدام براساس دانش بومی، بهره‌گیری از دانش محیطی به‌ویژه در حوزه گیاهان و داروهای گیاهی، و شرم اجتماعی. در بعد اجتماعی، متأثر از تقابل زنان با مردان، اداره امورات زندگی، و آگاهی از ضعف و امکانات زندگی است. از منظر جمعیت‌شناختی این بینش را به ما می‌دهد که مرگ‌ومیر بالای زنان باردار در گذشته تا حدودی می‌توانسته متأثر از سقط عمدی جنین باشند. چرا که در موفقیت یا عدم موفقیت سقط عمدی جنین، بالاخره پیامدهایی جسمانی و روانی برای تندرستی زن داشت و در مواردی وضعیت او را وخیم کرده و حتی منجر به مرگش شده است. مرگ‌ومیر جنینی، علاوه بر عوامل طبیعی، متأثر از عوامل انسانی مادری نیز است که مهمترین و البته خطرناکترین روش کنترل موالید را به ما نشان می‌دهد. دیگر اینکه شاید سقط جنین تنها و تنها راه پیشگیری از تولد بوده است. یعنی در فضای ذهنی و کنشی اجتماع مورد مطالعه ما، چیزی به نام پیشگیری از باروری وجود نداشته و هر آنچه بوده پیشگیری از تولد نوزاد زنده بوده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در اجتماعاتی که هنوز تکنولوژی مدرن بهداشتی به آن وارد نشده است آنچه مدیریت امورات زاد و ولد و از جمله سقط عمدی جنین را در کنترل دارد دانش بومی، فرهنگ، محیط طبیعی و کنشگری محدود افراد است. بنابراین مطالعه گذشته‌نگر این نوع پدیده‌ها مسلماً به افزایش دانش ما از آن اجتماعات کمک می‌کند.

علاوه بر تمامی این‌ها، وجود سقط جنین عمدی در این‌گونه اجتماعات این نکته را بر ما محرز می‌دارد که حتی در جوامع ماقبل مدرن که ارزش‌ها و هنجارهای دینی بسیار قوی بوده‌اند ارزش فرزند (اعم از فواید اقتصادی/غیراقتصادی و حتی دینی/اخلاقی) تا زمانی برای مادر یا حتی پدر معنا داشت که با زندگی فردی و خانوادگی زوجین تعارضی نداشته باشد. یافته‌های این پژوهش این نکته را بر ما روشن می‌سازد که در فضایی اجتماعی، فارغ از سیاست کلان حکومتی درباره زاد و ولد یا ممنوعیت سقط جنین و با وجود هنجارهای دینی مرتبط، باز هم سقط جنین اتفاق افتاده است. این موضوع نشان می‌دهد که ایده ارزش فرزند، به‌ویژه در رابطه با اهمیت اقتصادی و غیر اقتصادی آن برای خانواده‌ها، آنگونه که امروز در جوامع طرفدار افزایش موالید و حتی غیر آنها، از آن بحث می‌شود امری مطلق و بنیادین نبوده است که به کل مانع از سقط جنین عمدی شود. در اینجا است که باید نگاهی به سیاست‌ها سفت و سخت ممنوعیت سقط جنین در بسیاری از کشورها انداخت و اذعان کرد که سقط جنین یک واقعیت اجتماعی - زیستی زنان بوده و هست و در هر حال اتفاق افتاده است. حال با وجود محدودیت‌های شدید هم به ناچار در شرایطی ناسالم و نایمن و زیرزمینی اتفاق خواهد افتاد و عوارض آن در سطح خرد و کلان به تدریج قابل مشاهده خواهد بود. بنابراین اتخاذ سیاست‌های مدرانه در این رابطه می‌تواند بار بیماری چنین کنشی را کمتر و معتدل‌تر نماید.

مهمترین پیشنهاد پژوهشی این مطالعه برای سایر محققین، به‌ویژه جمعیت‌شناسان علاقمند به کارهای قوم‌نگاری و البته انسان‌شناسان علاقمند به حوزه جمعیت این است که پدیده‌های زیستی/ اجتماعی/ فرهنگی از این دست را در سایر اجتماعات به‌صورت گذشته‌نگر انجام دهند. مطالعاتی از این دست علاوه بر اینکه فهم ما از دانش بومی در آن اجتماعات را ارتقا می‌دهند، به خودی خود نوعی ثبت و ضبط فرهنگ گذشته نیز به حساب می‌آید.

## منابع

- آقایی‌هیر، توکل؛ مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۸۶). برآورد غیرمستقیم میزان سقط جنین عمدی کل با استفاده از مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری در ایران به تفکیک استان‌ها. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۲(۳)، ۶۱-۹۱. <https://www.sid.ir/paper/127810/fa>
- فریک، تام. (۱۳۹۷). *نظریه فرهنگی و فرایند جمعیت‌شناختی: به سوی یک جمعیت‌شناسی چندلایه*. در: کرتزر، دیوید؛ فریک، تام (گردآورندگان)، *جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی* (ترجمه مهدی رضائی). تهران: مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی کشور.
- حاتمی‌فر، شیرین؛ رضائی، مهدی. (۱۴۰۱). بازسازی فرایند زایمان و ملامایی سنتی: پژوهشی کیفی در شهرستان سردشت. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی*، ۱۷(۳۳)، ۱۵۸-۱۱۳. <https://doi.org/10.22034/jpai.2023.559773.1246>
- چینی‌چیان، مریم؛ پوررضا، ابوالقاسم. (۱۳۸۲). بررسی مردم‌شناختی باورها و رفتار زنان در مورد سقط جنین در محله آذربایجان تهران. *مجله دانشکده بهداشت و*

- انستیتو تحقیقات بهداشتی، (۱)۲، ۶۵-۷۲. <https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-279-fa.html>
- رجبی، ماهرخ؛ هاشمی‌نیا، فاطمه. (۱۳۹۲). ارزش کودکان و رفتار باروری در شیراز. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۱۸(۱۵)، ۴۲-۵۳. [https://www.jpaiassoc.ir/article\\_19960.html](https://www.jpaiassoc.ir/article_19960.html)
- رشیدپورایی، رؤیا؛ شریفی، محمدنادر؛ رشیدپورایی، مینا. (۱۳۹۹). بررسی قوانین و مقررات سقط جنین در ایران و اروپا در همه‌گیری کووید ۱۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۵)، ۶۸۶-۶۹۷. <http://dx.doi.org/10.32598/JAMS.23.COV.6394.1>
- عبداللهیان، امیر؛ فلاحی، حمیده. (۱۳۸۷). تحلیل کیفی سقط جنین‌های ارادی و پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۳(۵)، ۸۰-۵۵. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1706223>
- عرفانی، امیر؛ کاظمی‌پور، شهلا. (۱۳۸۸). میزان و عوامل مرتبط با سقط جنین عمدی در شهر تهران. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۴(۸)، ۸۴-۶۳. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1706123>
- کانینگهام، اف. گری؛ مک‌دونالد، پاتول؛ گنت، نورمن؛ لونو، کنت؛ و دیگران. (۱۳۷۶). *بارداری و زایمان ویلیامز* (جلد دوم، ویرایش بیستم، ترجمه گروه مترجمان). تهران: نشر اشتیاق.
- کرترز، دیوید؛ فریک، تام. (۱۳۹۷). *جمعیت‌شناسی انسان‌شناختی* (ترجمه مهدی رضائی). تهران: موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- محمدپور، احمد. (۱۳۹۲). *ضد روش ۲، مراحل و رویه‌های عملی در روش‌شناسی کیفی*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- محمدپور، احمد. (۱۳۹۸). *روش در روش: ساخت معرفت در علوم انسانی*. تهران: انتشارات لوگوس.
- محمودیان، حسین؛ پوررحیم، محمدرضا. (۱۳۸۱). ارزش فرزند از دیدگاه زوجین جوان و رابطه آن با باروری: مطالعه موردی شهرستان بهشهر. *فصلنامه جمعیت*، ۴۱، ۸۹-۱۰۳. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/135650>
- ویکس، جان. (۱۳۹۵). *جمعیت: مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات* (ترجمه الهه میرزایی). تهران: موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- Abdollahian, A., & Fallahi, H. (2008). A qualitative analysis of induced abortions and the phenomenology of women's lived experiences. *Journal of the Population Association of Iran*, 3(5), 78-99. [In Persian]. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1706223>
- Aghayari Hir, T., & Mehryar, A. H. (2007). Estimation of induced abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model. *Journal of Population Association of Iran*, 2(3), 61-91. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/127810/en>
- Asiki, G., Baisley, K., Newton, R., Marions, L., Seeley, J., Kamali, A., & Smedman, L. (2015). Adverse pregnancy outcomes in rural Uganda (1996–2013): trends and associated factors from serial crosse sectional surveys. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 279. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0708-8>
- Belton, S. (2005). *Borders of fertility: Unwanted pregnancy and fertility management by Burmese women in Thailand* (PhD thesis). Key Centre for Women's Health in Society, University of Melbourne.
- Bongfen, M. C., & Abanem, E. E. B. (2019). Abortion practices among women in Buea: A socio-legal investigation. *Pan African Medical Journal*, 32(146). <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.146.17732>
- Buhler, C. (2008). On the structural value of children and its implication on intended fertility in Bulgaria. *Demographic Research*, 18, 569-610. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2008.18.20>
- Chinichian, M., & Pourreza, A. (2003). An anthropological study of women's beliefs and behaviors regarding abortion in the Azerbaijan neighborhood of Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2(1), 65-72. [In Persian]. <https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-279-en.html>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design*. Sage.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Sheffield, J. S., & Bloom, S. L. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). MC Graw Hill Education.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hankins, G. D. V., & Clark, S. L. (1997). *Williams obstetrics* (Vol. 2, 20th ed., Translated to Persian by Translation Group). Tehran: Oshtiaq Publications. [In Persian].
- David, H. P., & Skilogianis, J. (2017). *Reproductive rights in Eastern Europe: Socio-political challenges and impacts*. Oxford University Press.
- Erfani, A., & Kazemipour, S. (2009). The rate and determinants of induced abortion in Tehran. *Journal of the Population Association of Iran*, 4(8), 63-84. [In Persian]. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1706123>

- Freedman, D., Hechter, M., & Kanazawa, S. (1994). A theory of the value of children. *Demography*, 31(3), 375-394. <https://asu.elsevierpure.com/en/publications/a-theory-of-the-value-of-children>
- Fricke, T. (2018). Cultural theory and the demographic process: Toward a multilayered demography. In D. Kertzer & T. Fricke (Eds.), *Anthropological demography* (Translated to Persian by M. Rezaei). Tehran: National Population Studies and Comprehensive Management Institute Publications. [In Persian].
- Hatamifard, S., & Rezaei, M. (2022). Reconstructing the process of childbirth and traditional midwifery: A qualitative study in Sardasht County. *Journal of the Population Association of Iran*, 17(33), 113-158. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2023.559773.1246>
- Heino, A., Gissler, M., & Apter, D. (2019). Restrictive abortion policies and their socioeconomic impact on Eastern European women: A public health perspective. *European Journal of Public Health*, 29(6), 1029-1035. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz151>
- Horsthmeke, K. (2008). The idea of indigenous knowledge. *Archeology: The Journal of the World Archaeological Congress*, 4(1), 129-143. <https://doi.org/10.1007/s11759-008-9058-8>
- Iman, M. T., & Soroush, M. (2007). The value of children of Iranian parents. *Sociation Today*, 5(1), 21-35. <http://www.ncsociety.org/sociationtoday/v51/outline9.htm>
- Kertzer, D., & Fricke, T. (2018). *Anthropological demography* (Translated to Persian by M. Rezaei). Tehran: National Population Studies and Comprehensive Management Institute Publications. [In Persian].
- Koley, K. (2018). Traditional abortion practices: A historical background. *Online International Interdisciplinary Research Journal*, 8(1), 279-285. <http://oiirj.org/oiirj/blog/2018/07>
- Koster-Oyekan, W. (1998). Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Social Science & Medicine*, 46(10), 1303-1312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10058-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10058-2)
- Kulczycki, A. (2020). The abortion debate in Poland: Politics, religion, and women's rights. *Journal of Women's Health Issues*, 35(4), 221-233. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.02.002>
- Mahmoudian, H., & Pourrahim, M. R. (2002). The value of children from the perspective of young couples and its relation to fertility: A case study of Behshahr County. *Population Quarterly*, 41, 89-103. [In Persian]. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/135650>
- Mohammadpour, A. (2013). *Anti-method 2: Stages and procedures in qualitative methodology*. Tehran: Sociologists Publications. [In Persian].
- Mohammadpour, A. (2019). *Method in method: The construction of knowledge in the humanities*. Tehran: Logos Publications. [In Persian].
- Paxman, J. M., Rizo, A., Brown, L. A., & Benson, J. (1993). The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in Family Planning*, 24(4), 205-226. <https://doi.org/10.2307/2939189>
- Rajabi, M., & Hashemi Niar, F. (2013). The value of children and fertility behavior in Shiraz. *Journal of the Population Association of Iran*, 15, 23-42. [In Persian]. [https://www.jpaiassoc.ir/article\\_19960.html](https://www.jpaiassoc.ir/article_19960.html)
- Rashidpouraie, R., Sharifi, M. N., & Rashidpouraie, M. (2020). Abortion laws and regulations in Iran and European countries during the COVID-19 pandemic. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 23(5), 686-697. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.32598/JAMS.23.COV.6394.1>
- Shaver, P. R., & Fraley, R. C. (2008). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views and current controversies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 48-77). The Guilford Press.
- Shirzad, T., Yazdkhasti, M., Rahimzadeh, M., Salehi, L., & Esmaelzadeh Saeieh, S. (2022). The relationship between pregnancy intention, pregnancy outcomes, postpartum depression, and maternal role adaptation. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 32(2), 152-160. <https://doi.org/10.32598/jhnm.32.2.2200>
- Shrestha, S., Magar, B., & Stone, S. (2003). *Struggles to legalize abortion in Nepal and challenges ahead* (Publication No. 70). Forum for Women, Law and Development (FWLD).
- Singer, M., & Erickson, P. (2011). *A companion to medical anthropology*. Blackwell.
- Singer, M., Baer, H., Long, D., & Pavlotsici, A. (2020). *Introducing medical anthropology: A discipline in action*. Roman & Littlefield.

- Singh, S., Remez, L., & Tartaglione, A. (2010). *Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity: A review*. Alan Guttmacher Institute.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). *Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Weeks, J. (2016). *Population: An introduction to concepts and issues* (Translated to Persian by E. Mirzaei). Tehran: National Population Studies and Comprehensive Management Institute Publications. [In Persian].
- Weisner, M. (1988). "Aborto provocado: Estudio antropológico en mujeres jóvenes de sectores populares." In *Actas del Primer Congreso Chileno de Antropología*. Sociedad Chilena de Antropología.
- World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. Geneva. Licence. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Winkelman, M. (2009). *Culture and health: Applying medical anthropology*. Jossey-Bass.