

تحلیل کیفی سقط جنین‌های ارادی و پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان: برخی مطالعات موردی درباره زنان ساکن تهران

حمید عبداللهیان*

مریم فلاح*

این مقاله به مسئله سقط جنین‌های ارادی در ایران پرداخته است و با در نظر گرفتن آن به عنوان یک مسئله آسیب‌شناختی و با استفاده از مطالعه‌های پدیدارشناسانه، برای یافتن راه‌حل‌های مناسب در کاهش آثار سوء این نوع سقط جنین‌ها تلاش تجربی و نظری می‌کند. این مقاله همچنین سعی دارد تا هنجارها و ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی پنهان را در رابطه با سقط جنین‌های ارادی، کشف و تحلیل کند. برای انجام این مطالعه از تجربه زنانی که سقط جنین‌های ارادی انجام داده‌اند، استفاده می‌کنیم تا به ابعاد ناپیدای این مسئله پرداخته شود و تجربه واقعی زنان از سقط جنین‌های ارادی نشان داده شود. داده‌های مورد نیاز برای تحلیل این مسئله از طریق روش کیفی و مصاحبه عمیق با ۲۶ زن ساکن تهران، که تجربه سقط جنین ارادی داشته‌اند، به دست آمده است. نتایج مطالعه اگرچه قابل تعمیم نیست، بیانگر آن است که سقط جنین در جامعه ایران همچون گذشته تابو و ممنوع است و برخی از زنان هنگام مواجهه با حاملگی ناخواسته بدان مبادرت می‌ورزند. همچنین، به علت آن که این مسئله یک امر غیرقانونی محسوب می‌شود، این‌گونه زنان معمولاً به افراد غیر متخصص رجوع می‌کنند و سلامت خود را به خطر می‌اندازند. آموزش‌های کارگاهی در خصوص قوانین مربوط به سقط جنین، یافتن ملاحظات قانونی که به این دسته از زنان فرجه قانونی بدهد و نیز بالابردن آگاهی زوجین در نحوه استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، می‌تواند ضمن حفظ سلامت زنان، در نهایت به کاهش سقط جنین‌های غیربهداشتی منجر شود. حاصل این مطالعه همچنین تدوین نظریه ترکیبی است که از این مطالعه پدیدارشناسی به دست آمده است.

واژگان کلیدی: تحلیل پدیدارشناختی، سقط جنین ارادی، مصاحبه عمیق، نظریه ترکیبی.

habdolah@ut.ac.ir

maryam_26555@yahoo.com

* دانشیار گروه ارتباطات، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

☆ کارشناس ارشد مطالعات زنان

مقدمه و طرح مسئله

این مقاله مسئله سقط جنین‌های ارادی را به‌منظور یافتن راه‌حل‌های اجتماعی برای کاهش پیامدهای سوء آن مورد مطالعه قرار می‌دهد. برای طرح این مسئله لازم است در ابتدا اشاره شود که باروری یک ظرفیت زیست‌شناختی منحصربه‌فرد برای زنان است که تولیدمثل و تجدید نسل در هر اجتماعی، از جمله در ایران، را تضمین می‌کند. از این نظر، تضمین سلامت زنان و فرآیند سلامت تجدید نسل وظیفه‌ای است که همه علوم مربوطه، از جمله علوم اجتماعی، را ملزم می‌کند آن را رصد و مطالعه کنند تا ضمن کشف مسائل آن راه‌حل مناسبی برای آنها بیابند.

شیوع سقط جنین‌های ارادی در میان زنان ایرانی آشکار می‌سازد که باید به این پدیده به عنوان مسئله‌ای اجتماعی نگریست. این مطالعه در پی شناخت فرآیندهای اجتماعی شدن و هنجارشدهی سقط جنین زنان، دلایل و ترجیحات زنان برای سقط، قدرت انتخاب آنان در تصمیم‌گیری، نگرش‌های مذهبی‌شان نسبت به سقط جنین و واکنش آنان به نگرش‌های اجتماعی است. از این جهت، این مقاله به ابعادی از مسئله اجتماعی سقط جنین‌های ارادی می‌پردازد که تاکنون نادیده گرفته شده‌اند. از جمله آن‌که این مطالعه برخی از هنجارهای اجتماعی و فرهنگی و مسائل مربوط به تجربه واقعی و زیسته زنان از سقط جنین را آشکار می‌کند. این‌گونه هنجارها در بازتولید و طبیعی‌کردن عمل سقط جنین نقش دارند و شناخت آنها به فرآیند حل مسئله و کاهش این‌گونه سقط جنین‌ها و آثار سوء آنها در ایران کمک می‌کند. هم‌چنین، با در نظر گرفتن عوامل اجتماعی و اقتصادی و روحی-روانی تأثیرگذار بر سقط جنین و اثرات آسیب‌شناختی سقط‌های ناایمن و غیربهداشتی بر سلامت زنان، می‌توان به آن به عنوان یک پدیده فردی اما از منظر یک پارادایم اجتماعی، و نه صرفاً حقوقی و یا دینی، نگریست^۱.

به‌لحاظ نظری، تحولات مربوط به الگوی باروری غالب که سقط جنین‌ها نیز بخشی از آن است، ریشه در تحولات اجتماعی-فرهنگی قرن بیستم میلادی دارد. باید اشاره شود که از ابتدای قرن بیستم میلادی، الگوی سنتی خانواده با شتاب گرفتن روند تحولات اقتصادی و اجتماعی تدریجاً رو به تغییر نهاده و از جمله بافت سنتی خانواده را تغییر داده است. عواملی مانند، فرصت‌های آموزشی و تحصیلی برای زنان، افزایش دسترسی به وسایل پیشگیری، اشتغال جدید و افزایش فعالیت اقتصادی زنان اثرات بازدارنده‌ای بر باروری داشته است (عباسی شوازی و عسکری ۱۳۸۴: ۳۳-۳۴). در دوران معاصر نیز براساس تحقیق عبداللهیان (۱۳۸۳)، ارزش فرزندآوری طی روند عقلانی کردن نهاد ازدواج و روابط زناشویی در ایران دستخوش این

۱. بدیهی است رویکردهای دینی نیز در این خصوص وجود دارند که از تخصص ما خارج است و اظهار نظر در این باره را بر عهده متخصصان این حوزه می‌گذاریم.

تغییرات شده است. حدود ۹۰ درصد از افراد مورد مطالعه در تحقیقات عبداللهیان اعتقاد داشتند که داشتن یک یا دو فرزند تعداد ایده‌آلی است و تنها ۲ درصد از افراد داشتن بیش از سه فرزند را ایده‌آل دانسته‌اند (عبداللهیان ۱۳۸۳). طبق محاسبات میزان باروری کل^۱ در ایران نیز، سطح باروری از میانگین ۶/۴ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۶۵ به ۲/۸ فرزند در سال ۱۳۷۵ کاهش یافت و در سال ۱۳۸۳، میزان باروری کل در ایران نزدیک به میانگین ۲/۱ فرزند برای هر زن بوده است (فولادی ۱۳۸۳: ۲۹۰). این رقم هم‌اکنون به ۱/۹ فرزند برای هر زن کاهش یافته است (عباسی شوازی ۱۳۸۸). همگام با تحولات در نوع و اندازه خانواده ایرانی، این مسئله مطرح است که زنان ایرانی ضرورتاً بر اثر تأثیر عوامل زیستی^۲ دچار این کاهش باروری نشده‌اند، بلکه اعتقاد بر این است که گسترش استفاده از فنون جلوگیری از بارداری موجب این کاهش شده است. البته، در کنار این فنون، سقط جنین‌های ارادی نیز صورت می‌گیرد که آثار روانی و جسمی فراوانی بر زنان و جامعه ایرانی دارد و از این نظر سقط جنین‌های ارادی مسئله‌ای تلقی می‌شود که باید، چنان‌که در این مقاله تلاش می‌شود، راه‌حل علمی برای تبیین آن و راه‌حل اجتماعی برای کاهش آن یافت. سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۰۹) نیز ضمن توجه ویژه به این مسئله، به شرایط ناسالم سقط جنین‌ها اشاره دارد و این شرایط را چنین تعریف می‌کند: «انجام کورتاژ و سقط جنین توسط فرد ناکارآمد و فاقد تخصص لازم و یا در شرایطی که فاقد امکانات پزشکی و بهداشتی لازم است و یا هر دوی آنها (سازمان بهداشت جهانی، به نقل از گرایمز^۴ و دیگران ۲۰۰۹).

به‌هرحال، از دیرباز شایع‌ترین روش‌ها برای کاهش موالید و جلوگیری از تولد فرزند ناخواسته، سقط جنین‌های ارادی بوده است. در بارداری ناخواسته زنان بار مسئولیت فیزیکی، عاطفی و درد و رنج حاصل از حاملگی ناخواسته را متحمل می‌شوند، تصمیم‌گیری برای زنان در این مورد که حاملگی را تا پایان دوره ادامه دهند یا سقط را انتخاب کنند، کار بسیار دشواری است (پوردکریا ۱۳۸۱: ۷).

از آنجا که بر اساس هنجارهای اجتماعی، «مادری» نقشی طبیعی و مطلوب برای زنان تعریف شده است، سقط جنین در حاملگی‌های ناخواسته نیز، براساس همین هنجارها، اغلب عملی غیرطبیعی و فجیع تلقی می‌شود، زیرا تصور می‌شود که زنان باردار ضرورتاً باید خواستار

۱. منظور از میزان باروری کل، تعداد فرزندی است که یک زن در یک جامعه معین به‌طور متوسط در طول دوره باروری خود به دنیا آورده است.

۲. منظور از عوامل زیستی برداشتی جامعه‌شناختی است که به کلیه عوامل طبیعی از جمله عوامل زیستی مورد توجه در جمعیت‌شناسی نسبت داده می‌شود.

3. World Health Organization (WHO) 4. Grimes

نگهداری فرزند خود باشند (آبوت^۱ و والاس^۲ ۱۳۷۶:۱۸۵). آقاییاری (۱۳۸۴) در پژوهش «برآورد غیرمستقیم نرخ سقط جنین عمدی در ایران» نشان می‌دهد که به‌طور متوسط هر زن ایرانی تا پایان دوره باروری خود، با فرض رواج باروری طبیعی، کمی کمتر از یک مورد سقط جنین عمدی را تجربه می‌کند. همچنین، براساس آمار ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در ایران سالیانه ۸۰ هزار سقط جنین ارادی صورت می‌پذیرد که براساس گزارش‌ها سهم بالایی از این تعداد سقط جنین به سقط‌های غیربهداشتی و مرگ‌ومیر مادران و بیماری‌های ناشی از سقط‌های نایمن اختصاص دارد (بهجتی ۱۳۸۲:۳۰۰).

مطالعات تجربی در خصوص سقط جنین‌های ارادی

بر اساس تحقیقات چاوکین^۳ که در کلینیک بهداشت جمعیت و خانواده در کلمبیا مشغول به کار بوده است، ۲۵ درصد از سقط جنین‌ها در آفریقا در میان زنان نوجوان رخ می‌دهد (دبورا^۴ ۲۰۰۶:۲). این در حالی است که ۱۴ درصد از سقط جنین‌ها در آمریکای لاتین و کارائیب و ۹ درصد از سقط جنین‌ها در آسیا در میان زنان نوجوان رخ می‌دهد. همچنین، زنان سنین ۳۰ سال و بالاتر ۲۳ درصد از سقط‌های نایمن را در آفریقا به خود اختصاص داده‌اند، درحالی‌که در آسیا ۴۲ درصد از سقط‌های نایمن به گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر اختصاص دارد و در آمریکای لاتین و کارائیب این رقم ۳۴ درصد است (دبورا، همان). همچنین، یافته‌های مربوط به مطالعات انجام‌شده در منطقه آسیا نشان می‌دهند که سقط جنین‌های نایمن اغلب به وسیله زانی صورت می‌گیرد که قبلاً بچه‌دار شده‌اند و یا آن‌که می‌خواهند اندازه‌ی خانواده خود را محدود کنند (همان:۴).

در میان تحقیقاتی که در مورد سقط جنین‌های ارادی انجام شده است، هاسفلد^۵ و دیگران (۱۹۹۵) نشان می‌دهند که ۳۰ درصد از زنان مورد مطالعه تردید داشتند که آیا تصمیم سقط جنین برای آنها تصمیم درستی است یا خیر؟ زانی که در این خصوص تردید نداشتند، عبارت «دیگر بچه کافی است» را علت پایان بخشیدن به حاملگی خود قلمداد می‌کردند. موضوع تردید در تصمیم‌گیری تحت تأثیر عواملی چون امکانات مالی و شخصی، شغل و وظایف آموزشی و فشارهای اجتماعی بود. در بیشتر موارد، تصمیم به پایان دادن به حاملگی به وسیله مردان و شوهران گرفته شده بود.

1. Abbott
3. Wendy Chavkin
5. Husfeldt

2. Wallace
4. Deborah

همچنین، آلانسون و آستبوری^۱ (۱۹۹۵)، در تحقیقی از این دست، نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناسانه زیر بر پدیده سقط جنین مؤثر بوده است:

۱. اکثر زنان تجربیات متنوعی از احترام به خود و کاهش اضطراب بعد از سقط جنین دارند.
 ۲. تعدادی از زنان عنوان کردند که به دنبال سقط، شرایط احساسی دشواری را تجربه کردند.
 ۳. تعدادی از زنان احساس کردند که در تصمیم‌گیری‌شان مجبور یا محدود شده‌اند.
- پترسون^۲، پل هیل^۳ و مالوی^۴ (۱۹۹۴)، نیز در تحلیلی پدیدارشناسانه نشان می‌دهند که وقتی زنان در چالش میان نگرش‌های مربوط به تولد جنین و نگرش‌های مربوط به سقط جنین قرار می‌گیرند، معیارهای اخلاقی متفاوتی را به کار می‌برند. سایر محققان نیز اعتقاد دارند که تمایل به سقط جنین در مقابل مخالفت با سقط جنین، که سقط را به عنوان عمل بد در مقابل عمل خوب قرار می‌دهد، باعث ایجاد تردید در جوامع و تردید در خدمات سقط جنین در میان کسانی شده که آن را به کار می‌برند. در این تحقیقات بیشتر زنان بیان می‌کردند که در تجربه سقط جنین خویش، اغلب احساس می‌کردند که حق انتخاب نداشته‌اند بلکه همسران، همزیستان و یا متخصصان و پزشکان درباره سقط‌شان تصمیم گرفته بودند و احساس فقدان قدرت انتخاب، باعث ایجاد واکنش‌های احساسی متناقض در زنان شده بود.

گیلیگان^۵ (۱۹۸۲) در کتاب *با صدای متفاوت*^۶، از مصاحبه با زنانی که نمی‌دانستند بارداری ناخواسته خود را ادامه دهند یا سقط جنین کنند، داده‌های قابل‌اعتنایی ارائه می‌دهد. از تحقیق گیلیگان این چنین برداشت می‌شود که یک نوع هراس مرموز در جامعه رایج است، مبنی بر این‌که انتخاب زنان در زمینه سقط جنین، می‌تواند منجر به رها کردن مسئولیت‌پذیری در روابط خانوادگی شود. همه زنان مورد مصاحبه در تحقیق گیلیگان، معتقد بودند که اختلافات مشابهی با افکار عمومی دارند. افکار عمومی، سقط جنین در زنان را به عنوان امری خودخواهانه در نظر می‌گرفت. سقط جنین، یکی از جرائم تعریف‌شده‌ای است که جوامع بشری پیوسته با آن چالش داشته و همواره مقابله با آن را از جمله مسائل و مشکلات خود می‌دانسته‌اند. از دیرباز مقررات خاصی برای جلوگیری از وقوع این پدیده و تعقیب و مجازات مرتکبان آن در نظر گرفته می‌شده است.

ما در این مقاله که بر اساس یک پژوهش پدیدارشناختی است، نوع دیگری از تجربه زیسته

1. Allanson & Astbury
3. Paul Hill
5. Giligan

2. Patterson
4. Maloy
6. *In a Different Voice*

زنانی که سقط جنین‌های ارادی را تجربه کرده‌اند، ارائه می‌کنیم تا ابعاد احتمالاً ناشناخته دیگری از آن را کشف کنیم. مبنای روش‌شناختی این مطالعه را در بحث زیر ارائه می‌کنیم.

ملاحظات روش‌شناختی مشاهده و تحلیل سقط جنین‌های ارادی

مطالعه سقط جنین‌های ارادی را در این مطالعه، بر اساس روش کیفی و به‌منظور مشاهده و تفسیر تجربه‌ی نمونه‌ای از زنان ایرانی که تجربه سقط جنین ارادی داشته‌اند، انجام داده‌ایم. با توجه به محدودیت‌های داده‌های کمی در تفسیر سقط جنین‌های ارادی، ما از سنت پژوهش پدیدارشناسانه و با ابزار مصاحبه‌های عمیق، تلاش کردیم تا مطالعه‌ای ژرف‌انگر و تفسیری از تجربه زنان نمونه که سقط جنین‌های ارادی را تجربه کرده‌اند، انجام دهیم.

برای مصاحبه‌های عمیق نیز، دیدگاه‌های شخصی خود را، به‌مثابه عنصری معتبر و اساسی در تلاش منظم برای شناخت جهان تجربی زنانی که سقط جنین انجام داده بودند، در نظر گرفتیم. اما از آنجا که هدف این تحقیق به میدان آوردن تجربه ناب زنان بوده است، ما به روش دی‌والت^۱ (۳۶:۱۳۸۵) که مبتنی بر بازتاب و شناخت درک زنان و مسائلی مورد توجه آنها در تجربه ناب و خالص‌شان از سقط‌های ارادی است، این هدف را محقق کردیم. از سوی دیگر، دوروتی اسمیت^۲ (نقل از دی‌والت ۸۰:۱۳۸۳) نیز نشان می‌دهد که درک از معنای گفت‌و شنود زنان، بستگی به میزان شناختی است که نسبت به دیدگاه زنان موجود است و به همین خاطر، یکی از دو محقق این مطالعه، خود از جامعه زنان بوده و شخصاً به جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ها از زنان پرداخته است تا سوگیری نتایج مطالعه در اثر جنسیت محقق اتفاق نیفتد. به عبارت دیگر، ما در اینجا به جای تکیه بر مفاهیم ازپیش تعیین‌شده، به توصیفی که زنان نمونه ایرانی از این پدیده به عنوان تجربه شخصی و ناب خویش ارائه داده‌اند، تکیه کرده‌ایم. از سوی دیگر، نقش گفت‌وگوهای بین زنان را در کشف اهمیت سازمان اجتماعی که در شکل‌دادن به دنیای اجتماعی و ادراکی زنان مؤثرند، مبنا قرار دادیم (دوروتی اسمیت، نقل از دی‌والت ۸۰:۱۳۸۵). بر این اساس، گفت‌وگوی روزمره زنانی که سقط جنین ارادی را تجربه کرده‌اند را مبنای گردآوری داده‌های کیفی قرار دادیم.

منطق روش‌شناختی این مطالعه، پس از این توضیحات باید اکنون پذیرفتنی شده باشد که باید از پدیدارشناسی برای شناخت سقط جنین‌های ارادی استفاده کرد. چراکه ماهیت تجربه سقط جنین‌های ارادی و تجربه ذهنی زنان از این طریق قابل شناخت است. بر این اساس و در این

1. De Vault

2. Dorothy Smith

مطالعه، مبنای شناخت را کاوش تجربه درونی و کیفی زنان نمونه در نظر گرفته بودیم. ما با هوسرل در این نکته مشترکیم که نقطه شروع دانش، تجربه درونی فرد از پدیده‌هاست که شامل احساسات، ادراک‌ها و تصورهایی است که به‌هنگام متمرکز کردن توجه بر یک شی در آگاهی^۱ آشکار می‌شود (گال، بورگ و گال ۱۳۸۳: ۱۰۴۷ و ۱۰۴۸). اما این نگرش را ما در مورد تجربه سقط جنین زنان بومی استفاده کرده‌ایم.

در اینجا، معنای تجربیات زیسته^۲ چندین نفر از یک مفهوم یا پدیدار را در نظر گرفتیم تا پدیده آن‌طور که خود را به آگاهی فرد وارد می‌کند مورد پژوهش قرار گیرد. ما در تفسیر پدیدارشناسی سقط‌های ارادی، همچون روش کرسول^۳، آنچه در ساختارهای آگاهی ناشی از تجربیات زنان درگیر در این پدیده بوده را کشف و توصیف می‌کنیم و شرح می‌دهیم (نگاه کنید به کرسول ۱۹۹۸: ۲۹).

جامعه آماری مورد نظر را نیز به صورت هدفمند در رابطه با زنان شوهرداری تعریف کردیم که اولاً اعضای آن در زمان تحقیق در تهران ساکن بوده و دوم این‌که تجربه سقط جنین ارادی داشته‌اند. همچنین، انتخاب نمونه‌ها را بر اساس سن، تحصیلات و درآمد در میان زنانی از طبقات و سبک‌های زندگی گوناگون انجام دادیم. متغیرهای مورد سنجش به تفکیک گروه‌های درآمدی ارائه شده‌اند تا تفاوت زنان در طبقات درآمدی مختلف مشخص شود. به این ترتیب، نمونه‌های این تحقیق در نهایت شامل ۲۶ نفر از زنانی شد که ۲۰ نفر از آنان به‌طور اتفاقی و ۶ نفر نیز با روش گلوله‌برفی^۴ انتخاب شده بودند. نمونه‌های با روش اتفاقی شامل زنانی است که به یک مطب مامایی و مرکز بهداشت امیرالمؤمنین شهرستان رباط کریم از توابع استان تهران و بیمارستان‌های شریعتی و امام خمینی و هدایت تهران در زمان مصاحبه (طی ماه‌های مهر، آبان و آذر ۱۳۸۵) مراجعه کرده و مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. نمونه‌هایی که با روش گلوله‌برفی انتخاب شده‌اند شامل تعدادی از زنان تهرانی است که سابقه سقط ارادی داشته‌اند و محققان با پرس‌وجو از دوستان، موفق به مصاحبه با آنان شده‌اند.

در بحث بعد به تحلیل یافته‌های این مصاحبه‌ها می‌پردازیم تا این پرسش‌ها را بیازماییم که یافته‌های تجربی چگونه به حل مسئله سقط جنین در ایران می‌انجامد؟ و این‌که آیا می‌توان در پایان به طراحی یک رویکرد نظری پرداخت که بتواند عوامل مؤثر بر سقط جنین ارادی را تبیین کند؟ به گونه‌ای که از این پس بتوان این رویکرد را برای تبیین سقط جنین‌های ارادی در ایران به کار برد.

1. consciousness
3. Creswell

2. lived experiences
4. snowball sampling

یافته‌های تجربی و شکل‌گیری مقوله‌های نظریه‌پردازی

تحلیل یافته را بر اساس کشف مقوله‌های مشترک در میان نمونه‌ها تنظیم کرده‌ایم که از آنها به عنوان عوامل مؤثر در رخداد سقط جنین یاد می‌کنیم. این مقوله‌ها بر پنج دسته تقسیم می‌شوند:

۱. انگیزه‌های نهادینه فرهنگی برای سقط جنین، ۲. دخالت و اثر متغیرهای اجتماعی، ۳. مشکلات مربوط به روش‌های پیشگیری، ۴. آثار مربوط به سقط جنین‌های ارادی و پیامدهای روانی و فرهنگی آن برای سایر زنان، ۵. تابوی سقط جنین و نظام باورهای اجتماعی. پیش از ارائه تحلیل‌ها لازم است تا به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها پردازیم. جدول شماره ۱، فراوانی پاسخگویان زن را بر حسب ویژگی‌های جمعیتی آنها نشان می‌دهد. بر این اساس، سن زنان پاسخگو از ۲۰ تا ۴۹ سال متغیر بوده است و بیشترین تعداد پاسخگویان در جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی

به تفکیک سطح درآمد

جمع	سطح درآمد			ویژگی‌های جمعیتی - اجتماعی
	بالا	متوسط	پایین	
۱۲	۴	۴	۴	گروه‌های سنی ۲۹-۲۰ ۳۹-۳۰ ۴۹-۴۰
۱۱	۵	۱	۵	
۳	-	۳	-	
۱۹	۴	۷	۸	میزان تحصیلات تا دیپلم فوق دیپلم و لیسانس فوق لیسانس
۵	۳	۱	۱	
۲	۲	-	-	
۱۶	۴	۵	۷	سن ازدواج ۲۰-۱۵ ۲۵-۲۱ ۳۰-۲۶
۸	۴	۲	۲	
۲	۱	۱	-	
۲۰	۵	۷	۸	منبع تأمین هزینه‌های زندگی درآمد مرد درآمد زن درآمد مرد و زن
۱	-	۱	-	
۵	۴	-	۱	
۱۱	۴	۲	۵	نحوه تصرف واحد مسکونی استیجاری ملکی
۱۵	۵	۶	۴	
۳	۲	-	۱	دیدگاه مذهبی پایین متوسط بالا
۱۴	۵	۶	۳	
۹	۲	۲	۵	
۲۶	۹	۸	۹	جمع

فاصله سنی ۲۰-۲۹ سال قرار داشتند. همچنین، میزان تحصیلات پاسخگویان از زیر دیپلم تا فوق لیسانس متغیر بود. سن ازدواج اکثر پاسخگویان بین ۱۵-۲۰ سالگی قرار داشت. منبع تأمین هزینه زندگی اکثر پاسخگویان مردان بوده‌اند و بیش از نیمی از پاسخگویان دیدگاه مذهبی عرفی داشته‌اند. بر این اساس، مباحث و یافته‌ها را ابتدا با انگیزه فرزندآوری و درک زنان از آن و نیز رابطه آن با سقط جنین‌شان آغاز می‌کنیم.

۱. انگیزه‌های نهادهینه فرهنگی-اجتماعی برای سقط جنین

اولین گروه از مقوله‌ها در حیطه کلی انگیزه‌های نهادهینه فرهنگی و اجتماعی جای می‌گیرند که از درون متون مصاحبه‌ها استنباط شده‌اند و ربطی به تجربه مستقیم زنان مورد مطالعه ندارند. برای نمونه، یکی از انگیزه‌های سقط جنین به تأخیر در فرزندآوری مربوط می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که دلایل و انگیزه‌هایی^۱ که زنان برای سقط جنین برمی‌شمارند براساس متغیرهای خانوادگی، انگیزه فرزندآوری شامل تأخیر در فرزندآوری و خاتمه فرزندآوری استوار است. براساس یافته‌های تجربی، میان انگیزه فرزندآوری و نگرش به سقط جنین رابطه مستقیم وجود دارد. سینگ^۲ و همکاران (۱۹۹۷) نیز در همین زمینه نشان می‌دهند که داشتن انگیزه برای تشکیل خانوادگی کوچک‌تر با پذیرش سقط جنین در ارتباط است. میلر^۳ و همکاران (۱۹۹۵) و (۲۰۰۵) نیز براساس داده‌هایی که از ۴۰۱ زوج ازدواج کرده، به دست آمده، رابطه‌ای منفی بین نگرش به سقط جنین و انگیزه فرزندآوری را نشان می‌دهند. در مطالعه حاضر، که درباره آن دسته از زنان تهرانی انجام شد که سقط جنین ارادی انجام داده بودند، نیز متوجه شدیم که اکثر زنانی که متعلق به طبقه پایین درآمدی بودند، بیشتر از سایرین، تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی خواستار کاهش اندازه خانواده خود بودند. این دسته از زنان، تعداد فرزندان ایده‌آل خود را قبلاً در سال‌های نخستین فرزندآوری‌شان به دنیا آورده بودند. در مقابل، اکثر زنان طبقه متوسط و متعلق به طبقه بالای درآمدی، سن فعالیت جنسی خود را از سن فرزندآوری مجزا کرده و مصمم بودند که در سنین بالاتر باردار شوند.

همان‌گونه که اشاره شد، زنان در سرتاسر جهان دلایل و یا انگیزه‌های گوناگونی را برای انجام سقط جنین ارائه می‌دهند. اما، به اعتقاد نگارندگان در درجه اول، سقط جنین زنان به این علت رخ می‌دهد که اغلب این دسته از زنان بسیار جوان و یا فقیرند و نمی‌توانند هزینه نگهداری و تربیت بچه را تأمین کنند و یا آن‌که امکانات زندگی خود را برای تعداد فرزندان بیشتر مناسب و کافی

۱. دلیل را امری اجتماعی تلقی کرده‌ایم درحالی‌که انگیزه را امری شخصی و روانی در نظر گرفته‌ایم.

2. Singh

3. Miller

نمی‌بینند (مسائل اقتصادی). در مواردی نیز زنان، به دلایلی همچون اعتیاد و مشکلات اخلاقی همسرانشان تمایل به طلاق دارند (مسائل خانوادگی). همچنین، در مواردی نیز زنانی که شاغل‌اند و به تأمین معاش خانواده خویش می‌پردازند (دلایل اجتماعی)، نمی‌توانند به بارداری ادامه دهند. گاهی نیز سقط جنین به دلیل آن‌که با حاملگی یا زایمان جان مادر به خطر می‌افتد و یا جنین با ناهنجاری روبه‌رو می‌شود، صورت می‌گیرد (دلایل پزشکی). این دلایل بیانگر مشکلاتی است که زنان ممکن است در طول زندگی با آنها مواجه شوند و اقدام به سقط جنین کنند. این مشکلات معمولاً گریبانگیر زنانی می‌شود که در جوامع جدید سعی دارند خود را با تغییرات اجتماعی نوگرا و ارزش‌ها و رفتارهایی که در جامعه کنونی گسترش یافته و موجب کاهش آرزوی فرزندآوری شده وفق دهند و خود را با آن سازگار کنند. یافته‌های زیر را براساس برخی از این دلایل و انگیزه‌هایی که زنان مورد مطالعه ما در این تحقیق ارائه کردند، دسته‌بندی می‌کنیم و مورد بحث قرار می‌دهیم. یافته‌ها را براساس منطقی دسته‌بندی کردیم که زنان با تجربه زیسته خود به کار می‌بردند تا خصلت پدیدارشناختی تجربه سقط جنین خویش را بازتاب دهند. بر این اساس، ابتدا نقل‌قول‌هایی را از آنها ارائه می‌کنیم که نشان می‌دهد ابتدا به متغیرهای اجتماعی اشاره می‌کردند تا بتوانند تجربه شخصی خود را بهتر و از نظر اخلاقی و عرفی پسندیده‌تر توجیه کنند.

۲. دخالت و اثر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی در توجیه کردن سقط جنین

دومین گروه از مقوله‌ها به این نکته مربوط است که زنان سعی می‌کنند عواملی را در کنش خویش مؤثر بدانند که آنها را مقصر جلوه ندهد. به همین دلیل، داده‌های کیفی نشان می‌دهند که تجربه زیسته زنان مورد مصاحبه در این مطالعه که سقط جنین ارادی انجام داده بودند به یکباره در لحظه مصاحبه برایشان قابل بیان نبوده است. بلکه آنها ابتدا سعی دارند با مقدمه‌چینی، متغیرهای اجتماعی را در رخداد این‌گونه سقط‌ها دخالت دهند. به عنوان نمونه، یکی از زنان مورد مصاحبه، دلایل اجتماعی از جمله روابط جنسی خارج از حیطه ازدواج و مشکلاتی که زنان در راه جلوگیری از بارداری با آن مواجه‌اند را به عنوان دلایل انجام سقط جنین زنان مطرح می‌کند:

سقط جنین یعنی افتادن بچه از رحم، الان دخترهای جوون تو سن‌های پایین یه همچین کاری رو می‌کنند. یه همچین چیزی براشون پیش می‌آد مجبورن برون همچین کاری کنن. خیلی‌ها هم مثل من، تو زندگی‌اند بنا به موقعیت و شرایطشون مجبور می‌شوند همچین کاری رو بکنن. خیلی‌ها راه‌های جلوگیری را بلد نیستند یا حریف مرداشون نیستند.

خانومی میگه شوهرم با هیچ روش جلوگیری‌ای موافق نیست ۶ تا بچه دارم اگه حامله شدم اون رو می‌اندازم (زن ۲۵ ساله، دیپلم، طبقه درآمدی بالا).

اما یکی دیگر از زنان مورد مصاحبه، به تدریج به مسائل شخصی‌تر که مورد توجه ما بود، پرداخته و نقش خود در نان‌آوری خانواده و اشتغال به کار داشتن و تأمین معاش را دلیل سقط جنین خود عنوان کرده است. وی چنین بیان می‌کند:

تو حاملگی‌هام بد و یاری داشتم و استراحت مطلق باید داشته باشم و چون شاغل بودم موقعیت بچه‌دار شدن نداشتم، شوهرم دیابت شدید داره و بیکاره و خرج و مخارج خونه به عهده خودمه، به اندازه ۳ تا بچه باید به شوهرم برسم (زن ۳۶ ساله، سوم راهنمایی، طبقه درآمدی متوسط).

زنانی که در سنین پایین تجربه سقط جنین ارادی داشتند نشان دادند که معمولاً زنانی‌اند که با وجود ازدواج در سن کم و با وجود داشتن روابط جنسی، اما زایمان و فرزندآوری را در این سنین مطلوب و دلخواه نمی‌دانند. زنی که در ۲۱ سالگی ازدواج کرده است؛ اما سن مطلوب برای فرزندآوری خود را ۳۲ سالگی عنوان می‌کند، انگیزه‌ها و دلایل سقط جنین خود را بدین شرح توصیف می‌کند:

مهم‌ترین دلیل سقط جنینم این بود که احساس می‌کردم از نظر روحی آمادگی مادر شدن را ندارم و این از مسائل مادی و دانشجو بودنمان مهم‌تر بود چون ازدواجم به مقداری زود بود دلم نمی‌خواست همون‌طور که تو ازدواجم عجله کردم تو بچه‌دارشدنم هم عجله کنم. بعد از آن مسئله مالی مهم بود دوست دارم شرایط خانوادگی‌ام بهتر بشه و در روابط زناشویی‌مان جاافتاده‌تر بشیم (زن ۲۵ ساله، لیسانس، طبقه درآمدی متوسط).

بعضی از پاسخگویان نیز معتقد بودند که مسائل تربیتی و ایجاد رفاه برای فرزندان‌شان بر مسائل دیگر ارجحیت دارد و ترجیح می‌دهند هزینه‌ای را که برای تربیت چند بچه باید مصرف شود را برای تربیت یک بچه در نظر بگیرند. یکی از زنان، فرزندآوری را بخشی از وظایف خود نمی‌داند و معتقد است که اگر بچه بخواد ترجیح می‌دهد یک بچه را به عنوان فرزندخوانده انتخاب و بزرگ کند. یکی دیگر از زنان مورد مشاهده در این مطالعه که به خاطر اختلافات خانوادگی جنینش را سقط کرده بود، چنین می‌گوید:

زندگی من مثل جهنم بود. من احساس می‌کردم باید بچه رو درست تربیت کنم و به

جایی برسانم. چون بچه آسایش و آرامش می‌خواد ولی تو محیط زندگی من آرامش نبود فقط پول بود (زن ۴۹ ساله، پنجم ابتدایی، طبقه درآمدی متوسط).

تعدادی از زنان نیز به دلایل پزشکی از جمله ترس از ناقص شدن بچه و ناهنجاری‌های جنینی و برای نجات جان مادر سقط جنین کرده بودند. متن زیر از مصاحبه با یکی از این زنان انتخاب شده است:

سه ماه از حاملگی‌ام گذشته بود که فهمیدم بچه‌ام قلب ندارد. تحت نظر دکتر قلب یک ماه دیگه صبر کردم تا شاید قلب بچه تشکیل بشه اما بعد یک ماه هم به من گفتند بچه‌ات هنوز قلب ندارد و باید سقط بشه (زن ۲۴ ساله، اول دبیرستان، طبقه درآمدی بالا).

این دلایل و انگیزه‌ها گاه به روش‌های جلوگیری از بارداری مربوط می‌شود و زنان درگیر در بارداری‌های تردیدبرانگیز، به تدریج و از نظر روانی خود را آماده می‌کنند تا به سوی سقط جنین روی آورند. در اینجا به خوبی رابطه میان هنجارهای اجتماعی و فشارهای ناشی از آنها از یک سو و تجربه شخصی زنان از سوی دیگر مشخص می‌شود. این رابطه بهتر نشان می‌دهد که چرا رویکردهای نظری، که ما آنها را در بخش نتیجه‌گیری مورد ارزیابی انتقادی قرار خواهیم داد، قابلیت تبیین پدیده سقط جنین‌های ارادی که منحصرأ مربوط به تجربه زیسته این دسته از زنان می‌شود را ندارند. در بحث زیر نیز به این نکته می‌پردازیم که چگونه متغیرهای اجتماعی در انتخاب نوع وسایل پیشگیری مؤثرند و این‌که برآیند تأثیر این متغیرها چگونه آنها را به سوی انجام سقط جنین‌های ارادی می‌راند.

۳. مشکلات مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری

سومین مقوله‌ها مربوط به کاربرد روش‌های پیشگیری می‌شود. مطالعه بهداشت و جمعیت در سال ۱۳۷۹ در ایران نشان داد ۱۸/۴ درصد از حاملگی‌های کل کشور با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری روی داده است که در ۹/۷ درصد آنها از روش‌های سنتی و در ۸/۷ درصد آنها از روش‌های نوین پیشگیری از بارداری استفاده شده بود. در مجموع، روش‌های سنتی بیش از ۷۰ درصد از سهم حاملگی‌های ناخواسته را در استان‌هایی از جمله تهران دربرمی‌گیرد و این نشان می‌دهد که روش‌های سنتی در مقایسه با روش‌های نوین، روش‌های مطمئنی برای جلوگیری از بارداری نیستند (خادم‌زاده ۱۳۸۳: ۵-۶).

یکی از دلایلی که باعث می‌شود زنان خود را در مقابل بارداری ناخواسته محافظت و ایمن

نکنند بیش از آن‌که شخصی باشد، اجتماعی و فرهنگی است. یکی از زنان در مورد نحوه وقوع حاملگی ناخواسته خود به مسائلی اشاره می‌کند که نهایتاً منجر به عدم استفاده زن و شوهر از هر گونه روش جلوگیری شد و این زوج با حاملگی ناخواسته مواجه شدند:

والله حرف‌هایی که همه می‌زدند این بود که شما ۴ ساله که ازدواج کردید جلوگیری بسه دیگه، ممکنه رحمت خشک بشه و دیگه بچه دار نشی، موقعی حامله شدم که جلوگیری نکردم (زن ۲۵ ساله، دیپلم، طبقه درآمدی بالا).

یکی دیگر از زنان مورد مطالعه، که در طول دوران بارداری خود روش طبیعی را تجربه کرده بود، دلایل انتخاب این روش را این‌گونه بیان می‌کند:

... از روش طبیعی استفاده می‌کردیم. شوهرم آ-یو-دی رو قبول نمی‌کرد رو حساب این‌که چند روز نباید نزدیکی می‌کرد. می‌گفت خودم طبیعی جلوگیری می‌کنم... خودشو قبول داشت. آمپول زیر پوست رو خودم قبول نمی‌کردم چون عوارضش خیلی زیاده، قرص رو هم که چون ناراحتی قلبی دارم نمی‌تونم بخورم» (زن ۳۳ ساله، اول راهنمایی، طبقه درآمدی بالا).

یکی دیگر از زنان نمونه معتقد است با آن‌که از آ-یو-دی استفاده کرده است اما دستگاه، بدون کنترل او در بدنش جابه‌جا و سبب شده بود که او حامله شود. تعدادی از زنان مورد مصاحبه نیز وقوع حاملگی ناخواسته‌شان را استفاده نامرتب از قرص‌های جلوگیری دانستند.

بازتاب دلایل سقط جنین را باید در شیوه انجام سقط، که در بحث بعد به آن می‌پردازیم، مشاهده کرد که یافتن راهکاری شرعی، علمی و قانونی برای کنترل این مسئله را طلب می‌کند. گذشته از این، بحث زیر نشان می‌دهد که چگونه تجربه زیسته زنان در وقوع بارداری، آنها را به سوی انتخاب روش سقط جنین و تجربه سقط جنین ارادی هدایت می‌کند.

۴. آثار مربوط به روش‌های سقط جنین ارادی و پیامدهای روانی و فرهنگی آن برای سایر زنان

اما مقوله‌های دسته چهارم به تجربه زیسته زنان مربوط می‌شود که بیش از سایر مقوله‌ها مورد توجه این مطالعه بوده است. در همین خصوص می‌توان اشاره کرد که در جوامع قبیله‌ای دوران باستان، سقط جنین عمدتاً با استفاده از گیاهان و علف‌های زهرآگین، ابزار نوکتیز و یا

فشارهای شدید به ناحیه شکم صورت می‌گرفت تا به خونریزی منجر شود. حتی در جهان باستان، فلاسفه‌ای همچون سقراط، افلاطون و ارسطو با آشنایی و آگاهی کامل از عوارض مختلف سقط جنین‌های ارادی به آسیب‌های ناشی از سقط جنین در سلامت جسمی و روحی زنان پرداخته بودند. در حال حاضر نیز، سقط جنین در تمام جوامع جهان بدون توجه به مشکلات قانونی صورت می‌پذیرد. استفاده از مواد شوینده، مصرف بیش از حد از داروهایی نظیر آسپرین و کلروکین، استفاده از خشونت جسمانی و دستکاری در ناحیه‌ای از بدن، به عنوان روش‌های غیر بهداشتی، معمول است. در مقابل، استفاده از ترکیبات پروستاگلاندین و داروهای منقبض‌کننده عضلات رحمی و استفاده از روش‌های جراحی ساکشن و کورتاژ، به عنوان روش بهداشتی سقط جنین، معمول است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، سالم‌ترین و بهترین عمل سقط در شرایطی انجام می‌شود که این عمل توسط پزشک متخصص و در شرایط سالم پزشکی و با امکانات جراحی مناسب انجام شود. در کشورهای پیشرفته‌تر، از هر صد هزار عمل سقط جنین، یک مورد منجر به مرگ مادر می‌شود (مؤسسه آلن گاتمچر^۱ ۲۰۰۵: ۳۴).

یکی از زنان مورد مطالعه ما که توسط فردی ناکارآمد و در محیط غیربهداشتی اقدام به سقط جنین کرده و نهایتاً جنینش سقط نشده بود، چنین می‌گوید:

رفتم آزمایش خون دادم گفتند حامله‌ای، خواهر شوهرم آمپول پروستادین زده بود و بچه‌اش افتاده بود و به هوای این‌که بچه من ۲۸ روزه است گفتم آگه من هم بزنم دیگه میافته، ۴ تا آمپول قاچاقی از شوهر خواهر شوهرم گرفتم و همون محله‌مان دختری که دوره آمپول زنی دیده بود این کار رو برام تو منزلمان انجام داد. صبح می‌زدم خونریزی می‌کردم، نصف‌شب دوباره خونریزی‌ام قطع می‌شد، فرداش که یکیشو می‌زدم دوباره همین وضع تکرار می‌شد، هر ۴ تا آمپول رو اینطوری زدم. بعد رفتم سونوگرافی دادم گفتند بچه‌ات زنده است و هیچ چیزیش نشده (زن ۳۰ ساله، چهارم نهضت، طبقه درآمدی پایین).

یکی دیگر از زنانی که سقط جنین را به شیوه غیربهداشتی انجام داده بود، در مورد نحوه انجام سقط جنینش می‌گوید:

پیش چند تا ماما رفتم گفتند انجام نمی‌دیم تا به جایی که قبول کردند، گفتند شناسنامه خودت و شوهرت رو بیار با ۲۰۰,۰۰۰ تومان، ما را معرفی کردند به یک ساختمان

1. Alan Guttmacher Institute (AGI)

پزشکان. داخل ساختمان پزشکان خانومی آمد و ما رو داخل خونه‌ای اطراف همان جا برد. یه تخت کوچیک بود. گفتند بخواب و چون ناراحتی قلبی داشتم بیهوشم نکردن و بهم دیازپام زدن. جنینم ۲/۵ ماهه بود. دستگاه رو وارد بدنم کردن و چرخوندنش. هیچ خونریزی‌ای نداشتم تا ۱۹ روز بعد کمرم صاف نمی‌شد. افتادم تو خونریزی و خرده‌های جنین تخلیه شد. ماما گفت اشکالی نداره خودش تخلیه میشه، کورتاژ من تو اتاق خواب انجام شد پس ۱۰۰ درصد بهداشتی نبود. (زن ۳۶ ساله، سوم راهنمایی، طبقه درآمدی متوسط).

بسیاری از زنان طبقات پایین در مشاهدات ما چنین بیان می‌کردند که بعد از آگاهی از حاملگی ناخواسته، خود به‌طور پنهانی و با استفاده از شبکه روابط خانوادگی و دوستی اقدام به تهیه آمپول‌های سقط کرده و با حداقل هزینه ممکن توسط افراد ناکارآمد و غیرمتخصص اقدام به سقط جنین کرده و سلامتی خود را به خطر انداخته بودند. در مقابل، برخی از زنان مورد مصاحبه ما که در مطب پزشک و توسط پزشک اقدام به سقط جنین کرده بودند از سقط جنین خود راضی بودند و کمتر دچار عوارض بعد از سقط جنین شده بودند. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد و در زیر به آن می‌پردازیم، تابوی سقط جنین یکی از مسائلی است که زنان مجبورند در تجربه خود از سقط جنین با آن چالش داشته باشند.

۵. تابوی سقط جنین و نظام باورها

سرانجام، مقوله‌های دسته پنجم نیز در حیطه تجربه زیسته زنان قرار می‌گیرد که باورهای دینی افراد نیز در این تجربه درگیر می‌شوند. یکی از زنان مورد مطالعه ما، رابطه جنسی خارج از حیطه ازدواج و گناه سقط جنین را علت نگرش منفی جامعه و یا آنچه ما تابوی سقط می‌نامیم، می‌داند و آن را چنین بیان می‌کند:

هر چیزی یه ریشه‌ای داره اگه رد شده است یا جامعه اسم کریهی براش میداره به خاطر فجایعی است که در جامعه رخ میده، دختر ۱۵ ساله می‌ره پیش دکتر و میگه من حامله‌ام و همچین اتفاقی برای من افتاده، اگه شوهر هم داشته باشی همه بد نگاه میکنن. این مسئله بد برامون جا افتاده اگه دید جامعه منفی است، به خاطر اتفاقات و خلاف‌ها و گناه‌هاست. از نظر افراد جامعه گناهه، می‌گویند حالا که خدا داده نباید این کار انجام بشه، بعدا ماده بچه‌دار نمیشه و یه عمر باید عذابشو به دوش بکشه (زن ۲۵ ساله، دیپلم، طبقه درآمدی بالا).

در همین زمینه، یکی از پاسخگویان، واکنش مردم در جامعه را به شکل زیر دوگانه عنوان می‌کند:

بعضی‌ها می‌گن خجالت نمی‌کشی، قتله، اما بعضی‌ها می‌گن سقط بشه بهتره تا دنیا بیاد و سختی بکشه، بیشتر مردم می‌گن خوب کاری کردی دو تا داشتی بسه (زن ۳۰ ساله، چهارم نهضت، طبقه درآمدی پایین).

یکی از زنان پاسخگو نیز این تصور که مادر شدن یک غریزه ذاتی است را رد کرده و معتقد است که مردم نمی‌پذیرند که زنی بچه نخواهد، چون به نظر آنها زن باید بچه بخواهد تا به بازتولید مادری کمک کند، او معتقد است:

هنوز در کشور ما این مسئله حل شده نیست. بحث اونها اینه که بچه هم حق داره، موضوع زن نیست. اگه بچه نداشته باشی خیلی براشون عجیبه که سقط کنی. اگه یکی، دو تا بچه داشته باشند زیاد براشون اهمیت نداره و این به لحاظ مذهبی نیست، به لحاظ اینه که باید بچه داشته باشی (زن ۳۷ ساله، کارشناسی ارشد، طبقه درآمدی بالا).

ملاحظات ساختاری از جمله باورها و هنجارها نیز در جهت دادن به تجربه زیسته زنان مؤثرند. در همین زمینه به نگرش‌های مذهبی زنان و نقش آنها در جلوگیری از سقط و یا کاهش آن می‌پردازیم. این کاهش، البته در اینجا، با بازتاب تجربه تلخ زنانی که اقدام به سقط کرده بودند به سایر زنان، بیشتر محقق می‌شود.

نقش نگرش مذهبی زنان در فرآیند تصمیم‌گیری به سقط جنین نیز قابل توجه بود. برخی از زنانی که در نمونه این مطالعه قرار گرفته بودند، چنین بیان می‌کردند که سقط جنین را قبل از تشکیل روح در جنین انجام داده بودند. چراکه معتقدند سقط جنین در چنین شرایطی گناه کمتری دارد. برخی دیگر از پاسخگویان نیز مذهب را مثبت‌ترین و مهم‌ترین مانع سقط جنین عنوان می‌کردند، اما معتقد بودند که تصمیم‌گیری خودشان بر مبنای باورهای مذهبی‌شان نبوده است. برخی دیگر از زنان نیز مشکلات اقتصادی را در توجیه عملشان بیان کردند که چون خدا از وضع بدشان باخبر است، گناهشان را خواهد بخشید. یکی از زنان می‌گوید:

اون موقع چشمم هیچی از مذهبو نمی‌دید با اینکه کاملاً می‌دونستم گناه داره، قدیمی‌ها می‌گن هفت نسل اون بچه رو از بین بردن هفت جد اون بچه خرتونو تو اون دنیا می‌گیره (زن ۳۳ ساله، اول راهنمایی، طبقه درآمدی بالا).

برخی از زنان پاسخگو که نگرش آنها به جنین به مثابه یک موجود انسانی بود، نوعی نگرش منفی را نسبت به سقط جنین ابراز می‌کردند. در مقابل، برخی دیگر از زنان پاسخگو که جنین را لخته خون و تخم تلقی می‌کردند، سقط جنین را مثبت ارزیابی می‌کردند. بعضی از زنان نیز به دلیل درد و احساس گناهی که بعد از سقط متحمل شده بودند، نگرش منفی به سقط پیدا کرده بودند. برخی از این زنان در همین رابطه معتقد بودند که «مارگزیده از ریسمان سیاه و سفید می‌ترسه». در مقابل، آن دسته از زنانی که به لحاظ اجتماعی متعلق به طبقات بالاتر بودند و سقط جنین را بهداشتی انجام داده بودند، نگرش مثبت‌تری به سقط جنین داشتند. یکی از این زنان درباره سقط جنین چنین می‌گوید:

به نظرم کاری است که آزاد بودنش امر واجبی، هم برای جنین هم برای مادر است. چون به نظرم هیچ زنی حاضر نمی‌شه موجودی که درونش پرورده می‌شه رو بی‌علت از بین بیره. اگه به خاطر رابطه نامشروع باشه علتش معلومه، به خاطر فقر مالی باشه همین‌طور، به خاطر همین باید آزاد باشه و تو محیط‌های امن انجام بشه و مادر نباید به خاطر جنین چند سانتی‌متری بالقوه از بین بره. به نظر من سقط جنین هم نفعش برای جامعه است هم برای زن، ۹۵ درصد زن‌ها وقتی ناخواسته حامله می‌شن تو این عمل قرار می‌گیرن. من کنترل بارداری‌ام رو به دست شوهرم داده بودم اما اون حواسش پرت شد، حالا اگه کاندوم هم استفاده کنی و پاره بشه فقط زن متضرر می‌شه چه تو موندن بچه چه تو رفتن بچه (زن ۳۱ ساله، فوق لیسانس، طبقه درآمدی بالا).

در عین حال، دنیای مدرن چنین نگرش‌هایی را که گاه در تعارض با نگرش‌های سنتی و مذهبی افراد است، اجتناب‌ناپذیر کرده است و گرنه، دنیای سنتی خیلی منطقی‌تر^۱ زنان و جنین را از آسیب‌ها حفظ می‌کرد. برای نمونه، دیدگاه‌هایی وجود دارند که انتخاب سقط جنین به عنوان کنترل زنان بر بدنشان را حقی قلمداد می‌کنند که برخی از فمینیست‌ها از آن به عنوان بخشی از حقوق زنان یاد می‌کنند. این دسته از فمینیست‌ها معتقدند تولیدمثل بیشترین تأثیر را بر بدن زنان دارد. در جوامع صنعتی و مدرن، از آنجا که مشارکت زنان در امور اجتماعی-اقتصادی، سیاسی و فرهنگی بالاست، زنان نقش تصمیم‌گیری بر امور فرزندآوری و کاهش اندازه خانواده را بر عهده می‌گیرند. در اینجا نیز داده‌ها نشان می‌دهند که، زنان مورد مطالعه نقش مؤثری در

۱. منظور از «منطقی‌تر» به کار بردن سعایی مثبت نیست، بلکه منظور ارتباط ساختاری است که دنیای سنتی میان اجزای زندگی اجتماعی برقرار می‌کرد و در این ساختار اگرچه وضع بهداشتی بد بود اما نظام اجتماعی هم بر همان اساس وظیفه نگهداری از کودکان و زنان را تنظیم کرده بود.

تصمیم‌گیری سقط جنین خود داشتند و مجبور بودند تا با باورهایشان در چالش قرار بگیرند. در این مطالعه، تعدادی از زنان به دلیل ترس از ممانعت افراد خانواده و از آنجا که در انجام این عمل مصمم بودند، تصمیم به سقط جنین خویش را پنهان نگاه داشته بودند و به‌تنهایی در این باره تصمیم گرفته بودند. یکی از پاسخگویان چنین می‌گوید:

من بارداری‌ام را به همسرم نگفتم و مسئله سقط جنینم هم یک تصمیم یک‌طرفه بود. چون مطمئن بودم که بچه نمی‌خوام. شرایطم طوری نبود که بچه داشته باشم ترس از اینکه مانع من بشه و در من تردید ایجاد کنه باعث شد بهش نگم. تصمیمم جدی و قطعی بود اما هیچکس در جریان بارداری من نبود چون معمولاً خانواده‌ها روی این مسائل مخالفت می‌کنند. همین که نگفتم باعث شد که مصمم‌تر باشم (زن ۲۵ ساله، لیسانس، طبقه درآمدی متوسط).

بعضی از زنان نیز با اصرار همسرشان اقدام به سقط جنین کرده بودند. برخی از پاسخگویان معتقدند که تصمیم‌گیری درباره سقط جنین باید مشترکاً توسط مرد و زن تحقق یابد، چراکه پیامدها و مشکلات بعد از سقط جنین به‌گونه‌ای است که باید مشارکت دوطرف در آن مؤثر باشد تا زوجین بتوانند از این بحران به‌سلامت بیرون آیند. نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که اکثر این زنان نقش مستقیم را در تصمیم‌گیری برای سقط جنین و زمان مادر شدن خود، بر عهده گرفته بودند.

بنابراین، یکی از متغیرهایی که هنوز در ایران مسائل بارداری را هدایت می‌کند و موجب کاهش آسیب‌های سقط جنین‌های لجام‌گسیخته می‌شود، همانا باورهای زنان به حفظ جنین است. زنانی که در نمونه ما اقدام به سقط کرده بودند نیز به اهمیت این باورها اشاره کردند، به‌طوری‌که حوزه کنش‌های شخصی آنها و تجربه زیسته‌شان را تحت تأثیر قرار داده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج این مطالعه و نیز الگوی سقط جنین در سایر جوامع نشان می‌دهند، بازتاب این تجارب در رویکردهای نظری ناشی از آنها ضرورتاً هنوز هم قابلیت لازم را برای تبیین این پدیده فراهم نکرده‌اند. مطالعات ما نیز نشان داد که سقط جنین‌های ارادی در ایران حداقل تحت تأثیر عوامل پنج‌گانه زیر است: ۱. انگیزه‌های نهادینه فرهنگی برای سقط جنین، ۲. دخالت و اثر متغیرهای اجتماعی، ۳. مشکلات مربوط به روش‌های پیشگیری، ۴. آثار مربوط به سقط جنین‌های ارادی و پیامدهای روانی و فرهنگی آن برای سایر زنان، ۵. تابوی سقط جنین و

نظام باورهای اجتماعی. این عوامل پنج‌گانه بومی باید در آن نظام نظری که سقط جنین را در ایران تبیین می‌کند، ملحوظ شود.

برای روشن‌شدن ادعای خود، ابتدا عدم کفایت منطقی نظریه‌های موجود را در سه دسته‌بندی رویکردهای نظری به شرح زیر ارزیابی انتقادی می‌کنیم. سپس، با توجه به نتایج تفسیر و تحلیل پدیدارشناختی یافته‌ها که قبلاً به آن پرداختیم، و به عنوان نتیجه این پژوهش، رویکرد نظری میانه‌ای را در اینجا معرفی می‌کنیم که به اعتقاد ما بهتر می‌تواند پدیده سقط جنین‌های ارادی را تبیین کند.

۱. یکی از باسابقه‌ترین نظریه‌ها، نظریه تقدس حیات است که در مخالفت با سقط جنین شکل گرفت. بسیاری از دیدگاه‌های اخلاقی در قالب این نظریه شرح و بسط یافته‌اند. این نظریه بر این اصرار دارد که زندگی ذاتاً محترم است و ما مجاز نیستیم آن را از بین ببریم. در نتیجه، صرف‌نظر از درجه حیات، نوع درد، کمی یا زیادی احتمال مرگ و امثال آنها، باید از حیات انسانی حمایت کرد (راسخ ۱۳۸۲: ۱۷۱). این رویکرد اگرچه مورد قبول است، اما به این نکته نمی‌پردازد که چه عوامل اجتماعی انجام این سقط‌ها را تسهیل یا مجاز می‌کنند. این در حالی است که یافته‌های ما و سایر تحقیقات اجتماعی نشان می‌دهند که علل اجتماعی در نهادینه شدن این‌گونه سقط‌ها نقش دارند و ضمناً نه تنها این یافته‌ها در تعارض با نظریه حفظ حیات نیستند، بلکه در جهت تقویت مبانی نظری آن هم تلقی می‌شوند.

۲. از دیگر رویکردهای نظری درباره رابطه میان جنین و سقط آن، به رهیافت‌های اعتدالی معتقد به آزادی نسبی سقط جنین مربوط می‌شود که یکی از آنها نظریه هویت ناطق است. محور اصلی جدل، به تعیین زمان یا مرحله‌ای مربوط می‌شود که جنین در آن به یک انسان تبدیل می‌شود، تا از آن زمان به بعد اجازه نابودی یک انسان حتی به دست مادر داده نشود. از دیگر رهیافت‌های اعتدالی نسبت به سقط جنین، نظریه ارزش سرمایه است. در این نظریه، مسئله پایان دادن یا ندادن به زندگی موجودی به نام جنین بستگی به میزان ارزشگذاری و یا ارزش آن دارد. بر این اساس، معیار تصمیم‌گیری در این‌گونه موارد بسته به این است که یک حیات انسانی خاص به‌طور منفرد، یا در مقایسه با حیات‌های دیگر، در چه مرحله‌ای از زندگی به لحاظ میزان ارزشگذاری طبیعت و انسان قرار دارد. بر این اساس، جنین از ارزش ذاتی کمتری نسبت به ارزش ذاتی مادر برخوردار است و بنابراین، می‌توان جنین را از بین برد تا مادر باقی بماند (همان: ۱۸۹-۱۹۲). این رویکرد نیز از آن جهت که به مکانیزم‌های اقتصادی نسبت به مکانیزم‌های اجتماعی در تبیین رخداد سقط جنین‌های ارادی اهمیت بیشتری می‌دهد، دچار نوعی فروکاهشگری (تقلیل‌گرایی) در تبیین اجتماعی پدیده سقط جنین شده است. در اینجا،

داده‌های این مطالعه، نقش تجربه زیسته زنان در امر سقط جنین ارادی را برملا کردند و نشان دادند که نظام‌های باورهای بومی تا چه حد در بارداری و سقط جنین مؤثر بوده‌اند. از این جهت، رویکرد دوم نیز کفایت نظری لازم را برای تبیین سقط جنین ندارد.

۳. سومین رویکرد نسبت به مسئله سقط جنین به نظریه‌های فمینیستی مربوط می‌شود. طرفداران نظریه‌های فمینیستی معتقد به لغو کلیه محدودیت‌ها نسبت به سقط جنین و خواهان آزادی بی‌قید و شرط آن هستند. آنها با بیان دلایلی از جمله، حفظ حیات و سلامت مادر، کاهش مرگ و میر، جلوگیری از افزایش جمعیت و حق انتخاب زن و این‌که فقط جان مادر که ضمن زنده بودن، یک انسان کامل است بر حفظ جنین که موجودی با حیات بالقوه انسان است، ترجیح دارد، سقط جنین را ناروا به شمار نمی‌آورند. بسیاری از متفکرین فمینیست دلایلی چند برای دفاع از آزادی اراده زنان در امر سقط جنین ارائه کرده‌اند. اول این‌که شماری از زنان، منابع و دانش کافی برای استفاده از وسایل و روش‌های ضد بارداری ندارند، از این‌رو آنان با بارداری‌های ناخواسته مواجه می‌شوند و خاتمه دادن به آن را برای زندگی خود ضروری تشخیص می‌دهند. دوم این‌که، امکانات موجود پاسخگویی نیازهای جمعیت دائماً فزاینده انسانی را ندارد بنابراین، یکی از راه‌های کنترل جمعیت، مجاز دانستن سقط جنین بر اساس تصمیم مادر است. سوم این‌که، حق کنترل بر بدن بخشی اساسی از حق آزادی انسان محسوب می‌شود و این حق به‌ویژه در موارد بارداری ناخواسته، که رضایت مادر برای حضور جنین و استفاده از جسم او باید بیشتر براساس نظر مادر استوار باشد، می‌بایست بیشتر مورد توجه قرار بگیرد (راسخ ۱۳۸۲: ۱۸۴). براساس نظریه فمینیستی، کنترل بر بدن، به معنای اختیار تن خود را داشتن و تصمیم‌گیرنده بودن است و از آنجا که تولیدمثل بیشترین تأثیر را بر زنان دارد، بنابراین حق انتخاب را باید به مادر سپرد. از دید آنها معنی زن در این واقعیت نهفته است که بدن او و در حقیقت رحم او تنها محلی است که در آن حیات انسانی قابلیت بازتولید دارد (هام و گمبل ۱۳۸۲: ۲۲).

هسته اصلی ادعاهای طرفداران نظریه آزادی اراده در ارتباط با سقط جنین، آزادی اراده شخص باردار است، با این توضیح که تصمیم به نگاه‌داشتن یا پایان دادن به زندگی جنین یک امر کاملاً شخصی و خصوصی است و این مادر است که باید کاملاً آزادانه در مورد بدن و زندگی خود تصمیم بگیرد. مخالفت با تصمیم مادر بنا بر نظر آنها، معنایی جز نقض کنترل بر بدن و تجاوز به حقوق انسانی وی ندارد. نظریه‌پردازان فمینیست مدعی‌اند، جلوگیری از آبستنی در علوم به دلایل انسانی نبوده است و به همین دلیل، بیشتر بر استفاده از روش‌های پیشگیری از سوی زنان، تأکید شده است. آنها همچنین معتقدند که این امر به دلیل سلطه مردان بر علوم است و باعث می‌شود دانشمندان به مشکلاتی بپردازند که با پیشداوری مردانه انتخاب و تعریف

شده‌اند. آنچه در میان نظریات مربوط به سقط جنین مهم به نظر می‌رسد آن است که در دیدگاه ممنوعیت مطلق، جنین بر مادر ترجیح داده می‌شود و در دیدگاه آزادی اراده، انتخاب و تصمیم‌گیری زن مهم قلمداد می‌شود و تخطی از آن نادیده گرفتن حقوق انسانی زنان تلقی می‌شود. اما نکته مهم در اینجا این است که به لحاظ نظری، تابوها، عرف‌ها و هنجارها ریشه در تاریخ اجتماعات دارند و مقصر دانستن مردان و علوم مردانه، ضرورتاً به کاهش سقط و یا حتی حفظ آزادی و سلامت زنان نمی‌انجامد. همچنین، از این جهت که این رویکردها با «بدن» برخورداردی ایدئولوژیک دارند، نمی‌توانند علت وجود و ترویج مسئله سقط جنین‌های ارادی را تبیین علمی کنند. از این جهت، این سؤال هنوز مطرح است که چه رویکردی قادر است پدیده سقط را طوری تبیین کند که هم راه را برای حل آن هموار کند، هم کمک کند تا آسیب‌های زنان کاهش یابد و حیات جنین نیز تضمین شود و اخلاقیات و هنجارهای جامعه نیز شکسته نشوند. از این مباحث چنین برمی‌آید که باید راه دیگری برای برون‌رفت از این بحران نظری وجود داشته باشد. ما برای برون‌رفت از این بحران، خلاء و یا چندگانگی نظری بهتر دیدیم که بر یافته‌های پدیدارشناختی این مطالعه تکیه کنیم و رویکرد نظری مناسب‌تر را بر آن اساس معرفی کنیم.

از بُعد نظری، توصیف تجارب زیسته زنان نشان می‌دهد که برای درک تجربه سقط جنین‌های ارادی، توجه به درک احساسات زنانه و آزادی اراده و نیز ملاحظات ساختاری جامعه ایران، این پدیده را در ایران بهتر تبیین می‌کند. درک احساسات زنانه، دیدگاه نظری مناسب‌تری برای شناخت واقعیت تجربی زنان ایرانی از سقط جنین است، چراکه ضمناً با معیارهای اعتقادی جامعه ایران نیز همخوانی دارد و می‌تواند راهکارهای بومی را برای حل این معضل روبه‌رشد ارائه کند. در این مقاله، ما بر نحوه هنجاری‌کردن فرآیند سقط جنین توسط زنان تأکید کردیم، تا نشان دهیم فشار نیروهای اعتقادی جامعه ایران، لجام‌گسیختگی را در این زمینه تعدیل کرده است و زنان لزوماً در هر موردی تن به سقط جنین نمی‌دهند و خود در حال تدوین سازوکارهایی هستند که سقط جنین‌های ارادی را براساس ارزش‌های فرهنگی و دینی جامعه ایران سامان ببخشند.

یکی از مهم‌ترین مسائلی که در حوزه اجتماعی در مورد سقط جنین مطرح است، واکنش افراد خانواده و جامعه نسبت به آن و به خصوص سقط جنین ارادی زنان است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که گرایش‌های موافق با سقط جنین در میان خانواده‌های مرفه بیشتر است و در مقابل گرایش‌های مخالف و یا بی‌اطلاع‌گذاشتن خانواده از انجام سقط جنین، در میان طبقات پایین‌تر جامعه رایج‌تر است. سقط جنین در جامعه عرفی و سنتی نوعی تابو محسوب و ممنوع

تلقی می‌شود. تابوها شامل حرمت‌ها و باورهایی می‌شوند که نقض آنها نتایج پلیدی را به همراه می‌آورد. تابوهایی همچون مردگان، جاودانی‌اند، اما تابوهای مربوط به قاعدگی، زایمان، بلوغ و ولادت تابوهای موقتی‌اند. لی روی^۱ (۱۳۷۷:۱۳۲) از نظرات وونت و مارگارت مید^۲ استفاده می‌کند تا نشان دهد که هر چیزی که به دلیلی ترس را به دل می‌افکند، تابو در نظر گرفته می‌شود. وی معتقد است که مارگارت مید ریشه بسیاری از این محدودیت‌ها را ترس مردم بدوی از خون دانسته است (همان). سقط جنین به معنای مرگ یک بچه در نظر گرفته می‌شود و مانند قاعدگی خونریزی مهملی به دنبال دارد، در نتیجه، سقط جنین سبب می‌شود که دو گونه از قدرتمندترین تحریم‌ها، یعنی مرگ و قاعدگی، همزمان رخ دهد (لی روی ۱۳۷۷:۱۳۲).

از سوی دیگر، باید اشاره کنیم که سقط جنین به عنوان یکی از روش‌های جلوگیری از حاملگی در بین زنان به کار می‌رود و زنان زمانی که با حاملگی ناخواسته و یا مشکلات پزشکی در حاملگی (در مواقع خطر جان مادر و یا نابه‌هنجاری جنین) مواجه می‌شوند بدان اقدام می‌کنند. در مطالعه حاضر، مصاحبه‌ها نشان دادند که باورهای نادرست و استفاده ناکارآمد از روش‌های جلوگیری سنتی و مدرن باعث ایجاد حاملگی ناخواسته زنان شده بود. همین‌طور، اکثر زنانی که سقط جنین کرده بودند، اطلاعات درستی از وسائل پیشگیری نداشتند و بیشتر براساس تجارب خانوادگی و سهولت در استفاده از روش پیشگیری، نوع روش پیشگیری خود را انتخاب کرده بودند. برای نمونه، تعداد زیادی از زنان با قرص‌های ضدبارداری از آن پیشگیری می‌کردند و به محض آن‌که با عوارض ناشی از مصرف این‌گونه قرص (مثل سردرد، حالت تهوع و چاقی) روبه‌رو می‌شدند، استفاده منظم آن را کنار گذاشتند و در نهایت با حاملگی ناخواسته روبه‌رو می‌شدند. زنانی که از روش منقطع برای جلوگیری استفاده کرده بودند نیز، به علت بالا بودن میزان خطای این روش، ناخواسته حامله شده بودند. آنچه در مورد اکثر این زنان در دوره قبل از تجربه سقط جنین‌شان دیده شد، این بود که زنان با بیان اهداف خود در انتخاب سقط جنین (تأخیر در فرزندآوری، و خاتمه فرزندآوری)، زمان مادر شدن و تعداد فرزندان دلخواه خود را کنترل می‌کنند و این به معنی کنترل بر بدن، توسط خود زنان است.

در مورد نگرش مثبت زنان به سقط جنین نیز، می‌توان آن را ناشی از علاقه این‌گونه زنان به آزادی اراده در انجام عمل سقط و کنترل بر بدنشان دانست که نظام باورها آن را تعدیل می‌کند. نگرش منفی زنان به سقط جنین نیز ناشی از احساس گناه و احساس انجام قتل نفس و احساس از دست دادن روحیه، مشکلات عاطفی و فیزیکی بعد از انجام سقط جنین است. این مطالعه نشان

1. Leroy

2. Margaret Mead

می‌دهد که سقط جنین در جامعه ایران همچون گذشته تابو و ممنوع^۱ است و با آنکه زنان هنگام مواجهه با حاملگی ناخواسته، بدان مبادرت می‌ورزند از صحبت در مورد آن هراس دارند و از پیامدهایی می‌ترسند که ممکن است از این تابو دامنگیرشان شود. زنان سعی می‌کنند با ادای نذر و دادن دبه و توبه کردن، آثار منفی تابو را از خود دور سازند. نگرش اکثر مردم جامعه به سقط جنین زنان منفی است و زنی که اقدام به سقط جنین کرده را گناهکار می‌دانند و او را سرزنش می‌کنند. در مورد نقش زن در تصمیم‌گیری، نیز مصاحبه‌ها نشان دادند که اکثر زنانی که تصمیم‌گیری در مورد سقط را خودشان انجام داده بودند، معمولاً این کار با جلب رضایت همسر بوده است. در حالی که تعدادی از زنان به‌طور پنهانی، اراده خود را در انجام سقط جنین اعمال کرده بودند. اکثر زنان مورد مطالعه معتقد بودند چون کنترل باروری امری زنانه تلقی می‌شود در نتیجه، سقط جنین نیز تصمیمی زنانه است.

داده‌های این مطالعه همچنین نشان دادند که سقط جنین‌های نایمن و غیربهداشتی مسئله‌ای طبقاتی محسوب می‌شود، چراکه زنان طبقات پایین جامعه ایران به علت مشکلات اقتصادی و اجتماعی، فرزندآوری خود را متوقف می‌کنند و یا به تأخیر می‌اندازند. از طرف دیگر، این‌گونه زنان به دلیل مضیقه مالی خود را با سقط جنین‌های غیربهداشتی و خطرناک، توسط افراد ناکارآمد و در محیط‌های غیربهداشتی مواجه می‌سازند. در حالی که زنان متمول و کسانی که از آگاهی و امکانات بیشتری برخوردارند، سعی می‌کنند این عمل را در ماه‌های اولیه بارداری و در محیط‌های بهداشتی مانند مطب و توسط پزشک متخصص به انجام برسانند.

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که بعد از پذیرش برنامه‌های تنظیم خانواده در جامعه ایران و تأثیر روند تغییرات و ایده‌های نوآوری در چند دهه اخیر، تصمیم به سقط جنین، یکی از انواع تصمیم‌گیری‌های زنان برای کنترل مادر شدن است و سقط جنین مسئله‌ای تلقی می‌شود که با درک و احساس زنان در مورد کنترل بدن خود و تعیین زمان مادر شدن‌شان همراه است. مادر شدن با این پرسش در ارتباط است که از نظر زنان برای یک جنین چه سرنوشتی بهتر است؟ متولد شدن؟ یا به دنیا نیامدن؟ وضعیت‌های دشوار موجب اخذ تصمیمات زنان در مورد حاملگی‌شان می‌شود. در نتیجه، در صورتی که جلوگیری از حاملگی با آموزش درست و آگاهی کافی از روش‌های مطمئن جلوگیری از بارداری صورت پذیرد، از میزان حاملگی ناخواسته به مقدار زیادی کاسته خواهد شد. از سوی دیگر، در صورت فراهم آوردن روش‌های بهداشتی و ایمن سقط جنین، می‌توان از تعداد مرگ‌ومیرهای زنان و آسیب‌های وارده بر آنان کاست. این امر بدون

۱. اما علی‌رغم آن، به دلیل شرایط عمدتاً اقتصادی، اجتماعی و روانی، سقط جنین به عنوان یک اقدام فردی که جنبه‌های اجتماعی-اقتصادی فراوانی دارد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

برنامه‌ریزی و تجدید نظر در قوانین توسط قانونگذاران و دولتمردان و آگاهان دینی میسر نخواهد شد. با توجه به نیاز جامعه امروز به سقط جنین نه به عنوان یک جرم و گناه زنان، که به عنوان مسئله‌ای اجتماعی، که نهایتاً زنان قربانی آن هستند، باید نگرینست. این مسئله با مقررات دینی جامعه نیز در ارتباط است که حل آن سبب می‌شود تا زنان با درک صحیح از این مقررات به آنچه از نظر دینی صحیح به نظر می‌آید، اقدام کنند.

از بُعد تجربی نیز، نتیجه‌ای که از این مطالعه حاصل شد آن بود که مسأله سقط جنین‌های ارادی با رویکرد نظری میانه که ترکیبی است از نظریه احساسات زنانه و نظریه اضطراب و انتخاب و ملاحظات ساختاری (نظیر نقش تابوها، باورها و هنجارهای بومی)، قابل شناخت، تبیین و حل است. در این نتیجه‌گیری به فرآیند جنین راه‌حلی پرداختیم تا هم رویکرد نظری خود را معتبر کنیم و هم راهکاری مناسب را برای کنترل این مسئله اجتماعی ارائه کنیم.

منابع

- آبوت، پاملا و والاس، کلا (۱۳۷۶) *درآمدی بر جامعه‌شناسی نگرش‌های فمینیستی*. ترجمه مریم خراسانی و حمید احمدی. چاپ اول، نشر دنیای مادر.
- آقایاری، توکل (۱۳۸۴) «برآورد غیر مستقیم سقط جنین‌های ارادی در ایران» گزارش طرح پژوهشی. مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، تهران.
- سهجتی اردکسانی، زهره، و دیگران (۱۳۸۴) «ضرورت مطالعه سقط جنین در ایران». فصلنامه *باروری-تاباروری*، سال ۶، شماره ۴، صص ۳۰۰-۳۲۰. قابل دسترس در آدرس:
<http://www.jri.ir/fa/showarticle.aspx?id=197#full>
- پورذکریا، مرضیه (۱۳۸۱) «علل باروری ناخواسته زنان ۱۵-۴۹ ساله همسران در جنوب تهران (مطالعه تطبیقی دو منطقه فرمانفرمایان و دولتخواه)»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- خادم‌زاده، آسیه (۱۳۸۳) «مطالعه عوامل مؤثر بر انتخاب روش منقطع در بین زوجین شهرستان رشت»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- دی‌والث، مارجوری (۱۳۸۵) *روش‌های بخش فمینیسم و پژوهش اجتماعی*، ترجمه هوشنگ ناییب، چاپ اول، انتشارات دانشگاه تهران.
- راسخ، محمد (۱۳۸۲) «مطالعه اجمالی تئوری‌های سقط جنین»، *مجله تحقیقات حقوقی*، شماره ۳۸، صص ۱۶۵-۲۰۳.
- عباسی شوازی، محمدجلال (۱۳۸۸) *مصاحبه حضوری*، تهران: دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- عباسی شوازی، محمدجلال و عباس عسگری ندوشن (۱۳۸۴) «تغییرات خانواده و کاهش باروری در ایران»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۵، صص ۲۵-۷۵.
- عبداللهیان، حمید (۱۳۸۳) «ارزش، سنت و بازتولید فرهنگی، نشانه‌های شکاف بین ایده‌آل‌های دو جنس در خصوص باز تولید ارزش‌های مربوط به خانواده و ازدواج»، *مجموعه مقالات مسائل جمعیتی ایران* با

تأکید بر جوانان. انتشارات مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، صص ۲۵۵-۲۹۰. فولادی. مازی لادیه (۱۳۸۳) «تحول جمعیتی-اجتماعی خانواده و تأثیر آن بر رفتار اجتماعی جوانان»، مجموعه مقالات مسائل جمعیتی ایران با تأکید بر جوانان، انتشارات مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، صص ۲۹۱-۳۰۸.

گال، مردیت، والتر بورت و جوئیس گال (۱۳۸۳) روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد دوم)، ترجمه احمد رضا نصر و دیگران، تهران، چاپ اول، انتشارات سمت.

لی‌روی، مارگارت (۱۳۷۷) سقط جنین. ترجمه پرویز پهلوان، تهران، چاپ اول، نشر البرز.

هام، مگی و سارا گمبل (۱۳۸۲) فرهنگ نظریه‌های فمینیستی. ترجمه فیروزه مهاجر، فرخ قره‌داغی و نوشین احمدی، چاپ اول، نشر توسعه.

- Alan Guttmacher Institute (AGI) (2005) *Into a New Word: Young Women's Sexual and Reproductive*, New York: AGI.
- Allanson S, Astbury j (1995) "The Abortion Decision: Reasons and Ambivalence", *Psychosom Obstet Gynaecol*, pp. 123-136.
- Creswell, J. N (1988) *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Tradition*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deborah, M (2006) *Regional Differences in Age Pattern of Unsafe Abortion Suggest Need for Tailored Interventions*, *Popline Document Number: 292555*, Washington, D.C., Population Reference Bureau [PRB], 2005 Oct. 4 p.
- Giligan, C. (1982) *In a Different Voice: Essay on Psychological Theory and Woman's Development*, Harvard University Press: Cambridge, MA, pp. 130-150.
- Grimes, David A, Janie Benson, Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E Okonofua, Iqbal H Shah (2009) "Unsafe Abortion: the Preventable Pandemic", online: <http://who.int/reproductive-health/publications/articles/article4.pdf>, accessed on May 4, 2009, This is a pre-print copy of a paper published in the journal, *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, October 2006.
- Husfeldte C, Hansen SK, Byngberg A, Noddebos M, Petersson B (1995) *Acta Obstet Gynecol Scand*, pp. 813-817.
- Hill RP, Patterson MJ, Maloy K (1994) "Women and Abortion: A Phenomenological Analysis", *Advances in Consumer Research, Association for Consumer Research*, No. 21, pp. 13-14.
- Miller Warren B. & David J. Pasta (1995) "Behavioral Intentions: Which Ones Predict Fertility Behavior in Married Couples?", *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 25, Issue 6, pp. 530-555, Published online: 31 Jul 2006.
- Miller Warren B. & David J. Pasta (2005) *Couple Disagreement: Effects on the*

Formation and Implementation of Fertility Decisions, Personal Relationships, Vol.3, Issue 3, pp. 307-336, Published online: 20 May 2005.

Singh Susheela, Deirdre Wulf and Heidi Jones (1997) "Health Professionals' Perceptions about Induced Abortion in South Central and Southeast Asia". *International Family Planning perspectives*. Vol. 23, No. 2 (Jun. 1997), pp. 59-67, Published by: Guttmacher Institute Personal Relationships.