

## تأثیر سیاست‌های اجتماعی بر بارداری ناخواسته در میان زنان در جنوب شهر تهران\*

زهرا مختاری نیا\*، فروزنده جعفرزاده پور\*\*، ته‌مین‌ه شاوردی\*\*\*

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۰، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰)

### چکیده

هر نوع سیاست‌گذاری اجتماعی مستلزم شناسایی دقیق موضوع است. ایران در طی دهه‌های مختلف سیاست‌های متفاوتی در ارتباط با کنترل جمعیت اتخاذ و اجرا نموده است. این سیاست‌ها و اقدامات و برنامه‌های مرتبط با آن‌ها تاثیرات و پیامدهای بسیار عمیقی بر خانواده و سلامت اعضای این کوچک‌ترین واحد اجتماعی و بالخصوص زنان داشته است. هدف این پژوهش، شناسایی سیاست‌های نظام جمهوری اسلامی در خصوص جمعیت و پیامدهای آن بر بارداری ناخواسته زنان می‌باشد. روش این پژوهش، نظریه داده بنیاد می‌باشد که اطلاعات مورد نیاز آن از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافت با ۲۳ نفر از مشارکت کنندگانی که سابقه بارداری ناخواسته را داشتند به دست آمده است. شیوه انتخاب مشارکت کنندگان، هدفمند و در دسترس و تعیین تعداد آن‌ها با رسیدن به مرحله اشباع، تعیین شد. از مجموع ۸۵۰ داده خام، ۴۵۲ مفهوم، ۴۷ خرده مقوله و ۱۵ مقوله اصلی از داده‌های اولیه استخراج شد. در نهایت دو پدیده محوری "نارضایتی از مداخله جویی دولتی" و "پشیمانی"، و پدیده انتخابی "بارداری‌های تحمیلی" به عنوان پدیده اصلی که بقیه مقولات را پوشش می‌داد، انتخاب شد. نتایج پژوهش نشان داد که مهم‌ترین عوامل بوجود آوردن بارداری‌های تحمیلی در مشارکت کنندگان، تحمیل هزینه‌های جلوگیری به زوجین می‌باشد. شرایط مداخله‌گر این پدیده "فقر و گرانی" می‌باشد. استراتژی‌های مشارکت کنندگان

<http://dx.doi.org/10.22034/jsi.2021.532760.1450>

\* مقاله علمی: پژوهشی

\* دانشجوی دکترا دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، دانشکده علوم انسانی، تهران (نویسنده مسئول)  
mokhtarini@yahoocom

\*\* دانشیار عضو هیات علمی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی

fjafarzadehpour@gmail.com  
t.shaverdi@yahoo.com

\*\*\* دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی دانشگاهی

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره بیست و دوم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، ص ۹۱-۷۲

عبارت بود از درخواست بسته‌های حمایتی خاص و سرکوب خواسته‌ها که پیامدهای این پدیده، فشار بر قشر کم درآمد و نارضایتی می‌باشد.

**مفاهیم اصلی:** بارداری ناخواسته، سیاست‌های جمعیتی، مداخله جویی دولت، نظریه داده بنیاد.

## بیان مسأله

نهاد خانواده به دلیل نقش پررنگ در اجتماعی کردن افراد و اعضای خود همواره مورد توجه حکومت‌ها بوده تا هنجارپذیری با مفهوم متناسب‌تری برای حکومت و جامعه به منصفه ظهور درآید. بدین ترتیب می‌توان اظهار داشت که خانواده به عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی همواره موضوع و هدف سیاست‌گذاری اجتماعی بوده است. انتظار می‌رود این سیاست‌ها نیز با هدف حفظ انسجام خانواده [و تأمین رفاه دست‌کم نسبی] و ارتقای کیفیت زندگی اعضای خانواده تدوین و اجرا شوند. از این‌رو، ضروری است متناسب با وضعیت دگرگون شده درون خانواده‌ها و نیز تغییراتی که سبک زندگی در دهه‌های اخیر رخ داده است، این سیاست‌ها بازبینی و تعدیل شده و اثرات و پیامدهای آن‌ها مورد بررسی مداوم قرار گیرد. گام نخست برای ارایه تصویری دقیق‌تر از وضعیت خانواده و در جهت سیاست‌گذاری‌های مرتبط و دقیق و کاستن از هزینه‌های نامتعارف این سیاست‌گذاری‌ها، شناسایی وضعیت خانواده و دگرگونی ابعاد آن بر مبنای شاخص‌های زمینه‌مند و هم‌پیوند است. تا هم مسایل، نیازها و مشکلات کنونی خانواده در ایران مشخص شود و هم وضعیت آینده، پیش‌بینی شده و سرانجام سیاست اجتماعی متناسب با آن تدوین و اجرا شود. این شاخص‌ها درک کارشناسانه‌ای برای فهم فرصت‌ها و هشدار برای تهدیدهای گوناگون پیش روی خانواده فراهم می‌سازند و می‌توانند به عنوان پیش‌زمینه‌ی برخی برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها مورد بهره‌برداری قرار گیرند.

مسأله پیری جمعیت و کاهش رشد جمعیت در سال‌های اخیر یکی از نتایج و دستاوردهای سیاست‌های کاهش جمعیت در سال‌های نخستین بعد از انقلاب تا اواسط دهه نود شمسی بود. البته این سیاست‌ها پیامدهای مثبتی چون، کاهش مرگ و میر نوزادان و مادران و کنترل و درمان بیماری‌های عفونی به ویژه در شهرها و روستاهای محروم با استفاده از شبکه‌های بهداشتی/درمانی کوچک در قالب خانه‌های بهداشت یا طرح پزشک گشت، را نیز در بر داشت. بنابراین، اگر چه طرح جدید جمعیتی دستاوردهای بسیار چشم‌گیری حتی در سطح جهانی داشت، اما کاهش شدید رشد جمعیت، زنگ خطری را برای کارشناسان و برنامه‌ریزان کشور به صدا درآورد.

«اقدامات انجام شده منجر به کاهش نرخ رشد جمعیت بین دهه‌ی ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ روند رو به رشد جمعیت به‌طور غافل‌گیر کننده‌ای رو به سقوط نهاد و نرخ رشد آن از ۳/۹٪ به میزان قابل توجه ۱/۶٪ کاهش یافت، این روند مداوم با تداوم فرهنگ‌سازی مسئله کنترل جمعیت در بین احاد جامعه از

یک سو و پیگیری آن در عرصه سیاست توسط نظام حاکم، سیر نزولی رشد جمعیت را به رقمی کمتر از ۱/۳٪ رساند. وقتی کاهش نرخ رشد جمعیت، به رقم کمتر از ۱/۲۹٪ و کمتر از حد جانشینی رسید، به مسأله‌ی بسیار جدی و نگران‌کننده برای دستگاه حاکم در سال ۱۳۹۰ تبدیل شد. این امر آن‌چنان مسئولان نظام حاکم را تحت تأثیر قرار داد که درصدد چاره‌اندیشی و تغییرات اساسی در سیاست برآمدند (حیدری، زنجانی و ساروخانی: ۱۳۹۵، ۳).

این چاره‌اندیشی‌ها، بر اساس آن‌چه که در جامعه شاهد آن بودیم، آن دستاورد مثبت مورد انتظار را در پی نداشت زیرا تدابیر به کار گرفته شده برای افزایش رشد جمعیت، بیشتر جنبه سلبی داشت تا ایجابی. به عبارت دقیق‌تر، سیاست‌گذاران عرصه جمعیت، با حذف تمام خدمات رایگان جلوگیری از بارداری و غیر قانونی کردن خدمات پزشکی مرتبط با سقط جنین ناخواسته، خانواده‌ها را به گونه‌ای تحمیلی وادار به بارداری به جهت عدم توان دسترسی به خدمات غیر رایگان جلوگیری از بارداری و نیز عدم توانایی سقط جنین ناخواسته به دلیل گرانی و ممنوعیت خدمات پزشکی نمود. بنابراین، سیاست‌های افزایش جمعیتی، از سوی مردم، یک نوع سیاست یک طرفه، از بالا به پایین، فرمایشی و آمرانه تلقی می‌گردد. زیرا به جای افزایش مشوق‌های اثرگذار و ایجاد بسترهای مناسب فرزندآوری بیشتر در بین خانواده‌ها، اقداماتی در جهت به دام انداختن زوجین برای بارداری ناخواسته و به دنیا آوردن آن حاملگی بوده است. اگر چه بارداری ناخواسته یک موضوع مهم در مطالعات جمعیتی [و همین‌طور مطالعات جامعه‌شناختی] به شمار می‌رود، اما تاکنون توجه کمی در حوزه‌ی جمعیت‌شناسی به موضوع شده [و بدتر از آن در حوزه‌ی جامعه‌شناسی اصلاً توجه جدی‌ای به آن نشده است] و تنها در سه دهه اخیر [البته تا دهه‌ی قبل، منبع حاضر که پیش از ۱۳۸۹ پژوهش شده] تعدادی از مطالعات به بررسی اهمیت این موضوع و فهم علل و نتایج آن اختصاص یافته است (منصوریان و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۷۷-۱۷۸). به زعم برخی از صاحب‌نظران، امروزه معضلات باروری [بارداری و بارداری ناخواسته] و سقط‌جنین به‌عنوان یک رویداد در زمینه و حریم زندگی بسیاری از زنان، سیاسی شده است و به طور غالب در چارچوب گفتمان عمومی به صورت یک موضوع انتزاعی‌تر مطرح می‌شود و به‌عنوان یک مسأله روحی و اخلاقی از تجربیات زندگی زنان حذف می‌شود (پورسل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵: ۱). از همین‌رو این امر بیش از پیش موضوعاتی مانند بارداری ناخواسته و سقط‌جنین را در موضع انفعال قرار می‌دهد و به‌طور بدیهی زنان و خانواده را نیز تحت شعاع قرار می‌گیرد.

«اجرائی شدن مداخلات پیشنهاد شده در این برنامه نیازمند فراهم کردن عوامل بسترساز است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت است از اجرائی شدن انتظارات و تکالیف سایر معاونت‌های وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین مشخص کردن سهم و حمایت طلبی برای ایفای نقش سایر وزارت خانه و سازمان‌های ملی. به عبارت دیگر تحول در حوزه بهداشت کشور و دستیابی به

<sup>۱</sup>. Purcell

شاخص‌های برتر بهداشتی خود نیازمند تحول بزرگتری در دانش، نگرش و عملکرد همه ارکان کشور است» (دماری، ۱۳۹۷: ۲۶). بر اساس مطالب پیش گفته، هدف این پژوهش، شناسایی سیاست‌های نظام جمهوری اسلامی در خصوص جمعیت و پیامدهای آن بر بارداری ناخواسته زنان می‌باشد که اهداف فرعی زیر را دنبال می‌کند:

(۱) توصیف و تشریح روند سیاست‌های اجتماعی پس از انقلاب توسط نظام جمهوری اسلامی مرتبط با جمعیت.

(۲) اکتشاف و مفاهمه پیامدهای سیاست‌های اجتماعی نظام جمهوری اسلامی پس از انقلاب مرتبط با بارداری ناخواسته با موضوعیت زنان.

### پیشینه تجربی تحقیق

غمامی و همکاران، ۱۳۹۸ در پژوهش خود با عنوان آسیب‌شناسی سیاست‌های تقنینی جمعیتی جمهوری اسلامی ایران و ارائه شاخص‌های مطلوب، با شیوه‌ی توصیفی و تحلیلی و با هدف پی پاسخ‌گویی به این سؤال هستند که «با توجه به آسیب‌شناسی نظام قانون‌گذاری در حوزه جمعیت، کدام شاخص‌ها می‌تواند اهداف سیاست‌های مربوط به جمعیت را تأمین کند؟»، به این نتایج رسیدند که، دولت باید در تقنین سیاست‌های جمعیتی با لحاظ شاخص‌هایی ضریب خطای قانونگذار را کاهش دهد تا در عین کارایی قوانین و اثربخشی آن بتواند اهداف جمعیتی‌اش را محقق سازد. از مهم‌ترین شاخص‌های شناسایی شده برای تقنین سیاست‌های جمعیتی می‌توان به مصالح عامه، توجه به اسناد بالا دستی و اثربخشی آن در قوانین و مقررات مربوطه، لحاظ نمودن منطقه‌گرایی و توجه به کیفیت جمعیتی و تمرکز بر اصل تناسب اشاره نمود.

نتایج پژوهش اسمعیل‌زاده‌ساعیه و همکاران (۱۳۹۷)، با عنوان "مروری بر تأثیرات اقتصادی-اجتماعی حاملگی ناخواسته از دیدگاه بهداشت باروری بر نظام سلامت"، که با روش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی و با ۲۳۱ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه افضل‌ی پور شهر کرمان در سال ۱۳۹۲ بطور تصادفی بوده است، تصریح بر این موارد داشته است که بارداری ناخواسته اکنون چالش کلیدی پیش‌روی جامعه‌ی ایرانی است و هزینه‌های اقتصادی-اجتماعی قابل توجهی را بر جامعه تحمیل می‌نماید. راهکار در این پژوهش اشاره‌ی مستقیم به سیاست‌گذاران حوزه‌ی حاکمیت شده و افزوده شده است که برنامه‌ریزی، تدوین و طرح‌های سیاست عمومی منطقی و هوشمندانه با پیش‌گیری و کنترل بارداری ناخواسته صرفه‌جویی قابل توجهی در بودجه عمومی دولت و کاهش تورم هزینه‌ی سلامت می‌نماید. کنترل به مفهوم پیش‌گیری از بارداری ناخواسته به معنای رشد اقتصادی، توسعه‌ی اقتصادی-اجتماعی و ارتقای سلامت جامعه است.

بر اساس نتایج پژوهش، نینوایی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان بررسی رضایتمندی زنان از عملکرد وزارت بهداشت در زمینه مدیریت باروری و ارتباط با عوامل فردی، که با روش توصیفی-مقطعی و در

سال ۱۳۹۶ بر روی ۳۰۰ زن سن باروری (۱۸-۴۵ سال) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرج با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انجام شده است. نشان می‌دهد، از ۳۰۰ زن با میانگین سنی ۳۵ سال، ۶۲٪ زنان (۱۸۶ نفر) از محدودیت دسترسی به وسایل پیش‌گیری از بارداری رضایت نداشتند. ۴۸٪ (۱۴۴ نفر) مطالعات خود را در زمینه پیش‌گیری از بارداری ناکافی دانسته‌اند. منابع اطلاعاتی مراجعین در ۳۷٪ (۱۱۱٪) خانواده و تنها در ۲۷٪ (۹ نفر) کادر درمان بوده است. مشکلات اقتصادی در ۸۳٪ مراجعین به عنوان بیش‌ترین عامل عدم تمایل به باروری برشمرده شده است. میزان رضایتمندی با تحصیلات، سن، سن ازدواج، سطح درآمد خانواده و بارداری ناخواسته رابطه معنی‌دار داشته است. کاردوانی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان "تبیین الگوهای سیاستی و تحولات سیاست‌گذاری اجتماعی ایران در حوزه «مادری/اشتغال»، و با هدف فهم تحولات و الگوهای حاکم بر سیاست‌های اجتماعی در حوزه «مادری/اشتغال»، با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شده است؛ به نتایج زیر دست یافتند:

۱ - سیاست‌گذاری ایران در چهار دهه اخیر به دلیل تغییر تسهیلات ارائه شده بر اساس تعداد فرزندان، از مهمترین ابزارهای تنظیم جمعیت به شمار رفته است. ۲ - سیاست‌گذاری در این حوزه، تأخیری و پسینی بوده است. ۳ - در سیاست‌های تسهیلی ایران خدماتی در راستای حمایت از شیردهی طبیعی مادران شاغل اختصاص داده شده است. اما افزایش گرایش به مصرف شیرخشک و ارتباط آن با سیاست‌گذاری تسهیل مادری، می‌تواند نشان دهنده عدم اجرای مطلوب سیاست‌های مربوطه باشد. ۴ - برخی از تحولات نوشتاری خدمت پاره وقت، از کفایت آن کاسته است. ۵ - الگوهای سیاست‌گذاری ایران در شاخص‌های «جمعیت» و «مراقبت»، چند وجهی، عمدتاً مستقیم و به سمت ترویج و تحکیم الگوی «مرد نان آور/ زن مراقب» بوده است.

زوفی داوند<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی با عنوان، «چه کسی تصمیم به بچه دار شدن می‌گیرد؟» به این نتایج نائل شدند که به طور کلی، نظر هر دو شریک باید برای داشتن فرزند مؤثر می‌باشد، اما اهداف زنان تأثیر بیشتری بر تصمیم‌گیری برای داشتن فرزند دوم یا سوم دارد. این پدیده ارتباط مستقیم با هزینه زندگی و هزینه کودکان برای زنان و مردان دارد. نتایج پژوهش حسینی و بگی (۱۳۹۲)، نیز نشان می‌دهد که، کاهش هزینه‌های درک شده برای وسایل پیش‌گیری، بهبود دانش و آگاهی زنان درباره روش‌های مدرن پیش‌گیری و تثبیت مشروعیت‌های اجتماعی و فرهنگی استفاده از این وسایل، نقش زیادی در استفاده از این وسایل و تمایل به حذف بارداری‌های ناخواسته دارد.

بر اساس نتایج پژوهش گراهام<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، با عنوان، «چرا زنان بی‌فرزند بی‌فرزندی را انتخاب می‌کنند؟ (یافته‌های حاصل از یک مطالعه اکتشافی در ویکتوریا، استرالیا)»، تقریباً نیمی از

<sup>۱</sup>. Zofei davander

<sup>۲</sup>. Graham

زنان تمایلی به داشتن فرزند ندارند. از جمله دلایل آن‌ها شامل؛ عدم تمایل همیشگی برای داشتن فرزند، نداشتن رابطه مناسب یا داشتن رابطه‌ای که در آن همسر تمایلی به داشتن فرزند ندارند.

### مبانی نظری

در طول تاریخ همیشه کسانی هم بودند که از رشد جمعیت طرفداری کرده و آن را شرط اول توسعه می‌دانستند. افراد و گروه‌های معتقد به تولدگرایی، طرفداران افزایش جمعیت و یا ناتالیسم در جوامع از افزایش جمعیت حمایت می‌کنند و آن را یک امر لازم و بدیهی می‌دانند. آنان معتقدند با افزایش جمعیت نه تنها مشکلات اقتصادی و مسایل اجتماعی پیش نمی‌آید، بلکه ازدیاد جمعیت خود به ثبات اقتصادی کمک نموده و نیرومندی نظامی را بازنمایی می‌کند (کلانتری، ۱۳۷۵: ۹۷). این افراد و گروه‌ها را در پنج دسته می‌توان جای داد. نخست؛ آبای ادیان و مذاهب: نظر به آن که این دسته تمایل به گسترش دین و مذهب هم به لحاظ جمعیتی و هم به لحاظ جغرافیایی دارند، همواره خانواده‌ها را تشویق به تناسل به منظور فزونی موالید بیشتر می‌کنند و همچنین قتل نوزاد را براساس تعالیم دینی/مذهبی در هر مرحله‌ای از وجود، جنین تا تولد گناه نابخشودنی می‌دانند (تمنا، ۱۳۹۳: ۲۱۷).

برخی از نظریه‌پردازان اجتماعی- اقتصادی در جهان اعتقاد دارند که علت اساسی پیشرفت‌های فناورانه (تکنولوژیکی) افزایش و تراکم جمعیت انسانی است؛ جوامع با رشد جمعیت از محدودیت‌های قالبی خارج می‌شوند و مردم‌سالارتر (دموکراتیک‌تر) می‌گردند. از جمله آنان به می‌توان کورادو جینی<sup>۱</sup> و فرانسوا پرو<sup>۲</sup> اشاره نمود (بهنام، ۱۳۴۶: ۴). چهارم؛ سوسیالیست‌ها<sup>۳</sup> و کمونیست‌ها<sup>۴</sup> بر اساس نظریه‌های کارل مارکس<sup>۵</sup> اعتقاد به جابه‌جایی طبقه کارگر<sup>۶</sup> با بورژوا<sup>۷</sup> از راه افزایش جمعیت و قدرت انسانی بیشتر در مقابل سرمایه‌ی مالی دارند. زیرا از دیدگاه کارل مارکس<sup>۸</sup>، هر نوع کنترل جمعیت در جهت کاهش آن عملی تبه‌کارانه محسوب می‌شود، که هدف از آن پروژه احماق‌سازی توده‌ها در جهت تحکیم وجود سرمایه‌داری و حکومت‌های استعماری است (زنجانی، ۱۳۷۱: ۱۵). او (مارکس) ریشه‌ی فقر و بدبختی گسترده‌ی طبقات کارگر (پرولتر) را در سازمان‌یابی نادرست آن هم از روی قصد و غرض در جامعه توسط سرمایه‌دار (بورژوا) و به طور کلی براساس برنامه‌ریزی‌های غلط نظام‌های طبقاتی استثمارگر جستجو می‌نمود، نه در قوانین طبیعی بیرونی، به باور وی (مارکس)، محدودیت تولید با

<sup>۱</sup>. Corrado Gini

<sup>۲</sup>. François Perroux

<sup>۳</sup>. socialism

<sup>۴</sup>. communism

<sup>۵</sup>. Karl Heinrich Marx

<sup>۶</sup>. proletariat

<sup>۷</sup>. bourgeois (bourgeoisie)

<sup>۸</sup>. Karl Heinrich Marx

منشای محدودسازی وسایل، ابزار و اسباب معیشت همراه بوده و ریشه‌ی فقر در نظام اجتماعی به این وضعیت مرتبط می‌شود نه به وضعیت طبیعی (ویکس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲: ۷۵).

دورکیم را می‌توان از طرفداران افزایش جمعیت دانست. وی برای تراکم جمعیتی دو اثر مثبت می‌شمرد: اول آن‌که تراکم جمعیتی باعث تقسیم کار دائم و بهتر در طول توسعه اجتماعی می‌شود. دوم آن‌که این تراکم باعث تراکم اخلاقی می‌گردد. از نظر دورکیم جمعیت بیشتر باعث می‌شود روابط بیشتری بین انسان‌ها برقرار شود. افزایش سطح روابط، تحرک فزاینده‌ای ایجاد می‌کند که به خلاقیت و در نهایت پیشرفت سطح تمدن منتهی می‌شود. وی معتقد بود زمانی که جمعیت قابل توجه باشد، افراد ناچارند برای حفظ موجودیت خود کار و تحرک بیشتری داشته باشند؛ این تحرک وافر نیز باعث ایجاد و تحقق فرهنگی بسیار بالاست. شاید بتوان مراد دورکیم را چنین توضیح داد که مردم در سایه کار و تقسیم آن به انسان‌های خود ساخته‌تر، منضبط‌تر و متعامل‌تری بدل می‌شوند. در چنین ساختی دوره کودکی کوتاه‌تر است و انسان‌ها زودتر وارد دوره پختگی و تلاش می‌شوند.

افراد و گروه‌های ضدتولدگرایی، مخالفان افزایش جمعیت و یا آنتی‌ناتالیسم<sup>۲</sup> در جوامع تولیدمثل را غیر اخلاقی می‌دانند، و ریشه‌ی مخالفت با موالید به برخی از فلاسفه یونان باستان برمی‌گردد، اما بعدها تجلی این آموزه<sup>۳</sup> با توماس مالتوس<sup>۴</sup> گره می‌خورد که تحت عنوان مالتوسیانیسم<sup>۵</sup> طرح می‌گردد. مالتوس در اثر مشهورش که بر آن «اصول جمعیت» نام نهاد. ریشه موضوع را بر این بحث استوار نمود که افزایش مواد غذایی براساس کوشش بشر بر مبنای تصاعد حسابی (عددی) صورت می‌پذیرد، در صورتی که تولیدمثل براساس تصاعد هندسی ادامه می‌یابد؛ طبق استدلال او (مالتوس) تا ۲ تن هستند با ۲ غذا مشکلی نیست، اما ادامه افراد با موجودی غذا و آب مشکل دارند و به‌طور بدیهی از گرسنگی خواهند مُرد و به همین دلیل تولید مثل بشر هر چه بیشتر اتفاق بیفتد قرین با گرسنگی خواهد شد و جامعه انسانی به بن‌بست خواهد رسید، وی به همین دلیل از شیوع بیماری‌های کشنده، به‌وقوع پیوستن بلایای طبیعی، مانند؛ زلزله، آتشفشان، قحطی، سیل و... و همین‌طور از وقوع جنگ‌ها حمایت می‌نمود (بارنز و بکر، ۱۳۹۰: ۴۰۳-۴۰۲). پس از او فرانسیس پلاس<sup>۶</sup> موجب رشد این نظریه شد و اکنون نیز نئومالتوسیانیسم<sup>۷</sup> هم چنان بر طبل عدم موالید می‌کوبد (کلانتری، ۱۳۷۵: ۱۰۰).

<sup>۱</sup>.Weeks

<sup>۲</sup>.anti-natalism

<sup>۳</sup>.doctrine

<sup>۴</sup>.Thomas Robert Malthus

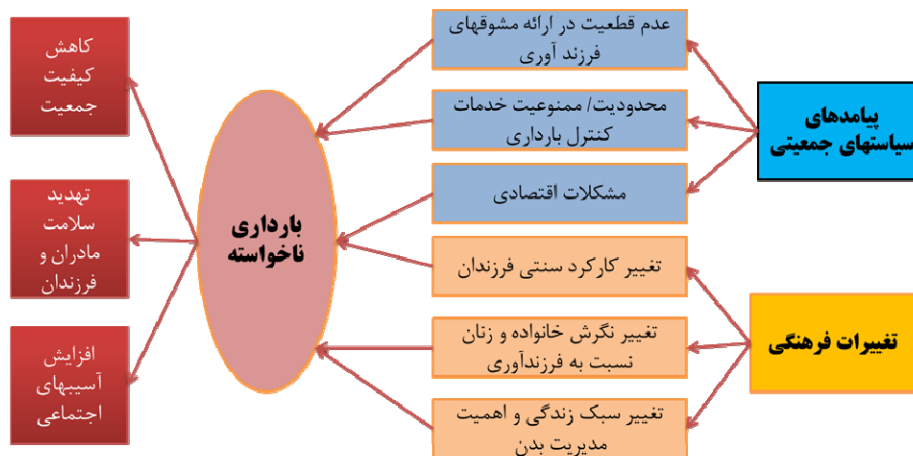
<sup>۵</sup>.Malthusianism

<sup>۶</sup>.Francis Place

<sup>۷</sup>.Neo-Malthusianism

افراد و گروه‌های طرفداران ثبات جمعیت<sup>۱</sup> با تغییر جمعیت چه در بازه‌ی کاهشی و چه در بازه‌ی افزایشی آن (جمعیت) مخالف هستند. این گروه‌ها اعتدال جمعیت در حد و قواره ثابت را معقول و منطقی می‌دانند و از همین‌رو تغییر جمعیت را عامل از هم پاشیدگی نظام اجتماعی معرفی می‌کنند. آنان (طرفداران جمعیت ثابت) معتقدند که باید از منابع و امکانات موجود به نحو شایسته و بایسته برای ساختن زندگی افراد درون جامعه بهره‌برداری مطلوب‌تر نمود (کلانتری، ۱۳۷۵: ۱۰۰). بونگارتز<sup>۲</sup> معتقد است، علت اصلی افزایش باروری ناخواسته در نیمه اول دوره انتقال باروری ناشی از کاهش تعداد فرزندان ایده ال زوجین است و این تمایل منجر به افزایش نسبت زنانی می‌شود که در معرض خطر داشتن حاملگی ناخواسته قرار می‌گیرند. وی ادعا می‌کند که کاهش باروری ناخواسته در پایان دوره انتقال باروری، حاصل اثرات مربوط به دو عامل افزایش نسبت زنانی است که نمی‌خواهند بچه بیشتری داشته باشند و نیز افزایش میزان تحقق این خواسته در این زنان می‌باشد (بونگارتز، ۲۰۰۳ به نقل از منصوریان و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۹۲). ناخواسته بودن بارداری پدیده پیچیده‌ای است و عوامل مختلف بر آن تأثیر می‌گذارند (خیریت و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۵). نظریه‌های مرور شده فوق، برای ایجاد حساسیت نظری و دسته‌بندی مقوله‌های برآمده از مصاحبه‌ها و در نهایت مقایسه یافته‌های پژوهش با نظریه‌های مرتبط با بارداری‌های ناخواسته ناشی از مداخله‌گری‌های دولتی، مورد استفاده واقع می‌شود.

### مدل مفهومی پژوهش



<sup>1</sup> stable population

<sup>2</sup> Bongaarts



## روش پژوهش و جامعه مشارکت کننده در تحقیق

این پژوهش با استفاده از روش گرند تئوری یا نظریه بنیانی انجام شده است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش، شامل ۲۳ نفر از زنانی هستند که با بارداری ناخواسته مواجه شدند. این افراد با روش انتخاب هدفمند از بین واجدین شرایط مطلع و آگاه از موضوع پژوهش انتخاب شدند. تعداد مشارکت کنندگان را رسیدن به مرحله اشباع داده‌های نظری و تا حدودی، مفهومی، تعیین نمود.

جدول ۱- مشخصات پاسخ گویان

شماره	نام	سن	تعداد فرزند	تحصیلات	شغل
۱	رقیه	۳۴	۳	دیپلم	خانه دار
۲	طهورا	۳۰	۱	دیپلم	خانه دار
۳	فائزه	۳۹	۲	دیپلم	خانه دار
۴	بنفشه	۲۸	۲	سیکل	خانه دار
۵	زهرا	۳۵	۲	دیپلم	خانه دار
۶	زینب	۲۷	۱	سیکل	خانه دار
۷	راضیه	۴۰	۴	ابتدایی	خانه دار
۸	مهناز	۳۹	۳	ابتدایی	خانه دار
۹	اکرم	۳۲	۲	فوق لیسانس	خانه دار
۱۰	جمیله	۲۲	۲	ابتدایی	خانه دار
۱۱	فاطمه	۲۱	۱	دیپلم	خانه دار
۱۲	سهیلا	۳۳	۳	دیپلم	خانه دار
۱۳	مریم	۳۱	۳	دیپلم	خانه دار
۱۴	زهرة	۲۵	۲	دیپلم	خانه دار
۱۵	محدثه	۲۶	۱	لیسانس	خانه دار
۱۶	سمیرا	۲۹	۲	دیپلم	خانه دار
۱۷	بهار	۳۶	۲	دیپلم	خانه دار
۱۸	اعظم	۴۰	۳	لیسانس	خانه دار
۱۹	زیبا	۲۹	۱	پنجم	خانه دار
۲۰	رویا	۳۵	۳	دیپلم	خانه دار
۲۱	صفورا	۳۴	۱	دیپلم	خانه دار
۲۲	مبینا	۲۹	۱	دیپلم	خانه دار
۲۳	آرزو	۲۸	۲	دیپلم	خانه دار

محقق در این تحقیق، به مرور ادبیات نظری و تجربی (برخی نظریه‌های مربوطه، مقالات و کتاب‌هایی مرتبط با موضوع، جهت آشنایی با موضوع پژوهش جهت ایجاد حساسیت نظری پرداخته است. برای رسیدن به معیار اعتماد از روش‌هایی چون، ارزیابی توسط مشارکت کنندگان، کنترل و بازبینی یافته‌های مفهومی و نظری توسط مشاوران متخصص و مقایسه‌های تحلیلی استفاده شد.

برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد<sup>۱</sup> (معادل پایایی<sup>۲</sup> و روایی<sup>۳</sup> در تحقیقات کیفی) از سه تکنیک متعارف و مرسوم (سیلورمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳: ۱۵). زیر استفاده شد:

۱- کنترل یا اعتبار یابی توسط اعضا: در این پژوهش با استفاده از روش مراجعه مجدد به پاسخ‌گویان (۱۲ نفر) از آن‌ها خواسته شد تا یافته‌های کلی دست‌آمده را ارزیابی کرده و در مورد آن نظر دهند. مشارکت کنندگان، صحت یافته‌های به دست آمده را تأیید نمودند.

۲- مقایسه‌های تحلیلی: در این روش با مرور و برگشت مجدد از یافته‌های انتزاعی به داده‌های خام و سیر از قیاس به استقراء، صحت یافته‌های انتزاعی بازبینی شد.

۳- استفاده از تکنیک ممیزی: در این زمینه سه نفر از متخصصین و کارشناسان آشنا با روش نظریه داده بنیاد، بر مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی و استخراج مقولات نظر دادند.

روند انجام کدگذاری در این تحقیق بدیت قرار بود که در مرحله اول محقق هر مصاحبه را به محض رسیدن به منزل، تایپ و سپس تمام نکات مهم آن را وارد جدول می‌نمود. در مرحله دوم تمام داده‌هایی که به یک مفهوم مشترک اشاره داشتند را پشت سر هم مرتب و خرده مقوله ای که مشتمل بر همه مفاهیم مشترک باشد را انتخاب می‌نمود. سپس خرده مقولات به دست آمده را در طبقه ای انتزاعی تر که شمول بیشتری نسبت به مرحله قبلی داشت، به نام مقولات قرار می‌داد. این مراحل در طول انجام گردآوری داده‌ها، به صورت رفت و برگشت به میدان و فرایندی بوده است.

برای تشریح جریان کار تبدیل داده‌های خام به مفاهیم، یک نمونه از مصاحبه‌های کدگذاری شده اشاره می‌کنیم.

جدول ۲ نمونه کدگذاری باز

مفاهیم	داده‌های خام
هزینه‌های بالا	خیلی هزینه داره شرایطی که خود من دارم خیلی تو مشکلیم
بی ثباتی میزان درآمد و شغل	نه حقوق ثابتی داریم با این وضع بنزین که گرونه، خدا تومان هزینه بنزین می‌ده میره میاد
فرزندآوری با توجه به شرایط مالی	فرزندآوری خوبه اگر شرایطش رو داشته باشی
امتناع پزشکان از سقط	خواهرم الان باردار هستش دکترش بیمارستان شخصیه همسرم گفت بهش بگو از دکترش بپرسه اما خواهرم نمی‌دونست من باردارم یبار تو حرفش گفت خانم و آقای جوونی اومده بودن برای سقط اما دکترش گفت قبول نمی‌کنه
تصمیم شخصی	فرزند داشتن تصمیم شخصیه که الان خیلیا تصمیم می‌گیرن بچه دار نشن.

<sup>1</sup>. Trustworthiness

<sup>2</sup>. Reliability

<sup>3</sup>. Validity

<sup>4</sup>. Silverman

جدول ۳ به نمونه ای از جمع بندی مفاهیم مشترک در زیر پوشش خرده مقوله‌ها و نیز طبقه بندی چند خرده مقوله زیر یک مقوله اصلی اشاره می‌کند.

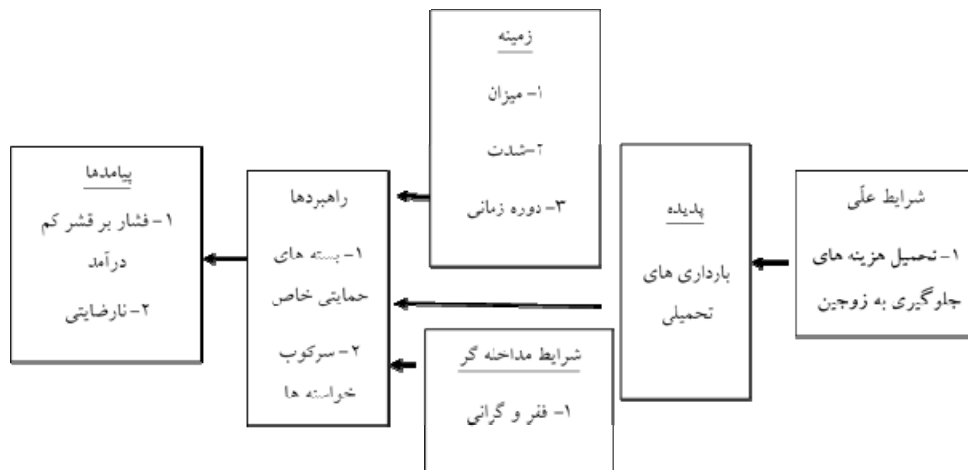
جدول ۳ سیر از مفاهیم به خرده مقوله و مقوله

مقولات	خرده مقولات	مفاهیم
بارداری‌های تحمیلی	دغدغه‌های بارداری ناخواسته	بارداری ناخواسته.
		سقط جنین
		مخالفت اطرافیان برای سقط در اولین بارداری ناخواسته
		شرایط نامناسب مالی (علل بی فرزندی مردم)
		ترس از آینده فرزند
		کاهش فرزندخواهی به دلیل شرایط جامعه
بالا بودن هزینه‌های فرزند		

در طول کدگذاری باز مصاحبه‌ها و انتخاب مفاهیم و سیر از استقرا به قیاس و رسیدن به خرده مقولات و مقوله‌های اصلی، در نهایت دو مدل پارادایمی محوری " نارضایتی از مداخله جویی دولتی " و " پیشیمانی " انتخاب شد. سپس با مرور چندگانه سیر داستان و مراجعه و بازبینی مجدد متن مصاحبه‌ها و جداول کدگذاری در نهایت پدیده هسته ای و انتخابی " بارداری‌های تحمیلی " به عنوان کانون جریان مصاحبه‌ها انتخاب شد.

### پدیده انتخابی بارداری‌های تحمیلی

هسته اصلی و مرکزی تحقیق حاضر اشاره به باردار شدن‌های تحمیلی گروه مشارکت کنندگان پژوهش دارد. اطلاق این عنوان به به وجود آمدن شرایطی است که ماحصل آن بارداری‌های ناخواسته و تحمیلی می‌باشد. یکی از عمده‌ترین دلایل این پدیده، تحمیل هزینه‌های جلوگیری به زوجین است که زوجین مورد مصاحبه، به دلایل فقر و گرانی و ناتوانی در تهیه و استفاده از خدمات جلوگیری از بارداری و یا سقط‌های قانونی، به طور ناخواسته باردار شده و بنا به شرایط فرهنگی، خانوادگی و مالی، قادر به سقط جنین نیستند. پیامدهای این پدیده، فشار بر قشر کم درآمد و نارضایتی خانوادگی، اجتماعی و سیاسی می‌باشد. «بارداری ناخواسته، یکی از مشکلات عمده بهداشتی است که می‌تواند سلامت مادر و کودک را در معرض خطر قرار داده و هم چنین سیستم بهداشتی را با هزینه‌های بالا مواجه کند» (وکیلی و شهبازی، ۲۰۱۰: ۲۵). هیچ کدام از مشارکت کنندگان در پژوهش، از بارداری ناخواسته خود راضی و خوشحال نبودند و این بارداری را نتیجه نوعی تحمیل مداخله‌گرانه سیاست‌های دولتی در مسائل خصوصی و خانوادگی خود قلمداد می‌نمودند.



شکل ۱ مدل پاراداکسی بارداری‌های تحمیلی

### شرایط علی

تحمیل هزینه‌های جلوگیری به زوجین: شرایط علی پدیده بارداری‌های تحمیلی تحمیل هزینه‌های جلوگیری به زوجین می‌باشد. تأمین و تهیه لوزام و وسایل یا خدمات پزشکی جلوگیری از بارداری، بعد از سیاست قطع رایگان این خدمات، برای قسمت اعظم جمعیت متأهل کشور، دشوار و غیر قابل تهیه شد. همین عامل سبب روی آوردن زوجها به روش جلوگیری طبیعی شد که نتایج آن وقوع بارداری‌های ناخواسته و تحمیلی می‌باشد.

رقیه: اقامون می‌خواست ببنده گفتیم بزاریم وسطیه به دنیا بیاد ببینیم سالمه مشکل نداره بعد ببندیم. دیگه دستور دادن غیرقانونی شد. میگه خب بابا ندارم از کجا بیارم ۳ تومان بدم ببندم. جاهایی هم که می‌شد بری ببندی ۲-۳ میلیون هزینه داره که ما نداشتیم وگرنه همسرم راضیه که ببنده. صد در صد باید ببندیم و جلوگیری کنیم چون من خودم ۳ تا سزارین داشتم برام خطرناکه زایمان چهارم. الان میگه اگه یه جا مجانی می‌بست همین الان می‌رفتم می‌بستم دیگه استرس این رو نداشتیم که فردای روز یکی دیگه نیارم. اگه می‌شد یه جایی برام پیدا می‌کردین مجانی باشه یا با ۳۰۰-۴۰۰ می‌بست جور می‌کردم همسرم بره ببنده از خدایه ببنده مجانی باشه یا هزینه اش خیلی کم باشه میره می‌بنده. فردا چه کار کنم حتی هزینه انداختن بچه هم خداداد تومنه. الان کاندوم و طبیعی جلوگیری می‌کنیم هفته ای یبار بیشتر نزدیکی نمی‌کنیم. مرکز کاندوم می‌داد که مشکلی نداشتیم باز بهتر بود از بیرون می‌گیریم.

رویا: چند بار اوادم بهداشت برای جلوگیری که وسیله بدن یا کمکی کنن بعضی می‌گفتن بسته حمایتی میده مراجعه کردم گفتن اصلا چنین چیزی نیست. مشکل معده دارم دارو مصرف می‌کنم اون موقع قرص ضد بارداری هم مصرف می‌کردم که بچه دار نشم نمی‌دونستم که قرص اثرش از بین

رفته بود، ۲-۳ بار بهداشت داده بود اون موقع کاندوم می‌داد اما قرص رو از بیرون گرفتم. قطعاً نمی‌ذارم ندارم دیگه من. تو وضعیت الان اصلاً و ابداً مجرد بودم نمی‌ذاشتم بچه دار بشم. الان با کاندوم جلوگیری می‌کنم همیشه از بیرون تهیه می‌کنم. اعظم: تو اتاق عمل بهم گفتن ببند اما یه دکتر بهم گفت بذار همسرت بره ببندد قرار بود بره که کرونا اومد ترسید بره مراکز درمانی که یهو باردار شدم، یک ماه پیش نزدیک ۲ میلیون یواشکی رفت بست.

### شرایط مداخله‌گر

#### فقر و گرانی:

شرایط دخالت‌کننده و ساختاری در بوجود آمدن بارداری‌های تحمیلی، فقر و گرانی می‌باشد. فقر و تنگناهای معیشتی در بین مشارکت‌کنندگان، بارداری ناخواسته آن‌ها را تحت الشعاع خود قرار داده است. زیرا استیلای شرایط معیشتی حاکم بر خانواده‌های ایرانی، عملاً یکی از ساختارهای اصلی به وجود آمدن انواع نارضایتی‌ها و محرومیت‌ها به شمار می‌رود. در این میان، همین عامل ساختاری فقر و گرانی، باعث القای حس تحمیلی بودن بارداری‌های ناخواسته زنان مشارکت‌کننده شده است.

طهورا: فرزندآوری خوبه اگر شرایطش رو داشته باشی. از نظر مالی بتونی تامین کنی ولی الان جوری شده که به اولی نمی‌تونی برسی. به نظرم شرایطش رو داشته باشی خوبه ولی شرایط نداشته باشی هیچ معنی نداره. وقتی آدم هزینه نداشته باشه منبع درآمدش کم باشه چه جوری بتونه بهش برسه. الان جوری شده همه اقتصادیه اگر پول داشته باشم برام کافیه و نگران چیز دیگه‌ای نیستم. همه هزینه‌ها رفته بالا و همه چی گرون شده به نظرتون می‌شه؟

فائزه: به نظرم مقرون به صرفه نیست بخاطر هزینه‌ها. الان آزمایش NIPT دادم سه میلیون و ششصد، سونوگرافی آنومالی هفتصد و پنجاه هزار تومان، ENT چهارصد هزار تومان داروها حدود چهارصد هزار تومان میشه اگر ایرانی بگیرم حدود دویست هزار تومان میشه. الان یک بسته پوشک ۱۳۰ هزار تومان میشه. به خدا مردم ندارن، این همه هزینه. اون موقع باردار می‌شدن یه آزمایش چکاپ می‌دادیم قرص آهن و فولیک اسید دوبارم سونوگرافی تموم می‌شد می‌رفتیم زایمان. الان همش آزمایش خون و.. هزینه می‌بره بچه‌های دیگه هم هستن بالاخره. زهره: باید ارزونی بشه "مای بیبی" از ۴۰ هزار تومن یه دفعه شد ۱۰۰ هزار تومن خب خلیه آدم اذیت می‌شه، شیرخشک هم همین طور این چند ماه که زیاد شده واقعا اذیت شدیم.

## راهبردهای کمکی به مشارکت کنندگان

۱- بسته‌های حمایتی خاص: یکی از راهبردها و استراتژی‌های پیشنهادی مشارکت کنندگان برای سیاست‌های جمعیتی کشور و توان همدمی مردم با این سیاست‌ها، بسته‌های حمایتی خاص و تحت پوشش قرار گرفتن خانواده‌های بی بضاعت یا کم بضاعت می‌باشد.

بنفشه: شنیدم کشور داره پیر می‌شه. زندگی شخصیه شاید کسی اجازه نداشته باشه به آدم بگه بچه بیاریم. اگر یه کم شرایط رو بهتر کنن مثلاً بسته‌های تشویقی به خانواده‌ها بدن خیلی خوب می‌شه. یه مقدار کمک مالی باشه از نظر روحی کمک کنن. دولت اگر مدرسه و لوازم التحریر و وسایل جانبی و هزینه‌های دیگه رو رایگان کنن خیلی خوب می‌شه.

زهره: امکانات بدن. پیر چی کار می‌خواد بکنه؟ به جوون‌هامون امکانات بدن بتونن برن دنبال کاری، کار را بدن دست جوون‌ها. امکانات بدن بیان تو جامعه به جای یکی باشن زن خانه دار مستاجر باشه شوهرش بیکار باشه تو این وضع کرونایی یعنی یه موقع میشه برای نون لواش هم محتاج می‌شم. جامعه باید کمک کنه و امکانات بذاره.

مریم: دولت اگر می‌تونست پایگاه‌هایی درست کنه که بچه‌ها رو استعداد یابی کنن بچه‌ها برن اونجا ببین تو چه شغلی مهارت دارن خیلی خوبه. خیلی از خانواده‌ها هستن که نمی‌تونن هزینه اش رو ندارن ببرن این جور جاها، الان پسر عاشق موسیقیه نتونستم بذارم چون هزینه‌هاش خیلی بالا بود این جور کلاس‌ها رو اگر رایگان کنن برای استعدادیابی بچه‌ها خیلی خوب می‌شد.

۲- سرکوب خواسته‌ها: بسیاری از مشارکت کنندگان، علیرغم تمایل قلبی به داشتن فرزندان زیاد، با توجه به محدودیت‌های مالی و شرایط خانوادگی خود، این تمایل و خواسته درونی خود را سرکوب می‌کنند تا بتوانند با سقط یا محدودیت فرزندآوری، از عهده هزینه‌های زندگی خود را با به داشتن یک یا دو فرزند برآیند.

زینب: خوبه تعداد افراد خانواده‌ها زیاد باشن من شرایط خیلی سختی قرار گرفتم که الان بچه زیاد رو دوست دارم. مادرم نزدیک یک ساله فلج شده منم یدونه ام شاید ۴ ماهه نرفتم بهش سر بزنم یکمی دوره، از یه لحاظ فکر می‌کنم اگه من نتونم برم خواهری برادری داشتم می‌تونست بره. الان بچه‌های اون یکی شوهرش میرن به مامانم سر می‌زنن فکر می‌کنم بچه زیاد خوبه. چون مادرم تو این شرایط می‌بینم می‌گم بزار با اصرار خودم که شده تعداد بچه‌هام رو ببرم بالا که فردا روز دستم رو بگیرن. بابام دو تا زن داشته من از مادرم فقط یک بچه ام به خاطر همین دوست ندارم بچه ام تنها باشه خوب نیست. شوهرم همش بیرونه، دلم می‌خواد چیزی که می‌خوام سریع در اختیارم بذاره نه اینکه صبح تا شب زنگ بزنم کجایی مردم زود بیا اهمیت نده. بچه اول رو چون خودش می‌خواست این کارها رو سریع برام انجام می‌داد. الانم

استرس این رو دارم نکنه این بچه که آوردم چون خودش راضی نیست بی خیال بشه چیزی بخوام بگه به من چه من که گفتم برو بنداز.

سهیلا: الان شرایط زندگیم زیاد نرمال نیست. خدا رو شکر خونه و ماشین داریم اما امکانات رفاهی و خریدهای آن چنانی نداریم. من زیاد برای خودم هزینه نمی‌کنم اهل تلویزیون و بیرون رفتن نیستم. کمی افسرده هستم دیدگاه مون باهم فرق داره. خواهر شوهرم جزو افراد پولدار جامعه است خورد و خوراکشون مسافرت‌ها و تفریحات شون زمین تا آسمون با ما فرق دارن اصلا زندگی اونا یه چیز دیگه است فرق رو کاملا حس می‌کنه آدم.

مهناز: نه خودم نه بچه‌هام بیمه نیستن فقط خیریه حمایت می‌کنه اونم نمی‌دونم تاکی بمونه. من بچه خیلی دوست دارم اگر شوهرم معتاد نبود درآمد داشت دلم می‌خواست ۵-۶ تا بچه دار بشم.

### پیامدها

۱- فشار بر قشر کم درآمد: پر واضح است که اتخاذ سیاستی بدون فراهم کردن شرایط و بسترهای مناسب برای تحقق آن سیاست، همواره هزینه‌های جبران ناپذیری به کشورها وارد می‌نماید. اگر چه معضل پیری جمعیت و کاهش نرخ باروری یکی از عمده مسائل و چالش‌های پیش روی سیاستگذاران ایران می‌باشد، اما سیاست فعلی به هیچ عنوان نمی‌تواند پیامد مطلوب مردم و حکومت را در پی داشته باشد. زیرا افزایش جمعیت باید به دلخواه و خواست خانواده‌ها و در صورت تأمین مالی و عاطفی آن‌ها صورت گیرد در غیر این صورت، افزایش جمعیت ناشی از قطع خدمات جلوگیری از بارداری و عدم حمایت از خانواده‌های نیازمند، فشاری مضاعف بر خانواده‌ها وارد می‌نماید که اثرات این پدیده در دراز مدت دامن کل جامعه را خواهد گرفت.

بهار: الان اصلا به صرفه نیست. من کلا اصلا خرج نمی‌کنم که به بچه‌هام برسه. تعداد بیشتر بشه بقیه صدمه می‌بینن. این طوری که تعداد بیشتر بشه اونا خواسته‌هاش برآورده نمی‌شه و اذیت میشن. قبل از این که پسر به دنیا بیاد بیشتر به دخترم می‌رسیدیم. ولی الان می‌گه دوچرخه. نمی‌تونیم براش بخریم چون از پس خرج‌های کوچیکم بر نمی‌آیم. اعظم: همیشه دوست داشتم ۲ تا بچه، یک دختر یک پسر داشتم باشم، ۲ تای اولی پسر بود همسرم دختر دوست داشت سومی هم پسر شد اینم که ناخواسته است اینم پسر شد. الان اکثرا تک فرزند دارن به زور شاید دومی رو بیارن. مهم‌ترینش اقتصادی و پدر و مادر دوست دارن راحت باشن. قدیما خیلی خودشون رو درگیر بچه نمی‌کردن این کلاس و اون کلاس ببر، مریض نشن فلان لباس رو بیوشن فلان جا می‌خوابیم بریم یه وقت اتفاقی نیافته، به نظرم خیلی راحت می‌گرفتن نسبت به الان. قدیم خیلی توجه نمی‌کردن حالا بچه‌ها یه لقمه نونه همه با هم می‌خوریم ولی بچه‌های الان هر چیزی رو نمی‌خورن هر چیزی رو نمی‌پوشن. من الان پسر ۱۸

ساله دارم بهم گفت کلاس کنکور باید برم ۱۱ میلیون برایش دی وی دی خریدم بتونه تو خونه بشینه بخونه. تمام تلاشم رو می‌کنم با اینکه تو این شرایط خودم خیلی خرج دارم اما پسر سال آینده بتونه یه رشته خیلی خوب قبول بشه سعی می‌کنم کمتر بیرون بره که این مریضی رو نگیره. پدر هم خیلی تلاش می‌کنه به پسر می‌گه هرچی می‌خواهی من تهیه می‌کنم تو فقط بشین درس بخون. بچه خب در دسر داره هرچی بزرگتر میشن در دسرشون بزرگتر میشه. ۱۸ سالگی تا الان پیر شدم انقدر که خودم رو درگیر بچه و زندگی کردم. به خاطر بچه موندم خونه و کارم رو ادامه ندادم. الان من دغدغه دارم که پسر سال آینده چی میشه. تا سر برج کم میاریم انقدر وام داریم تا قسطها رو بدیم. نیازهامون نسبتا انجام میشه.

طهورا: ناشکر نیستم من بچه زیاد دوست دارم البته نوزادی رو دوست ندارم بزرگ که میشن دوست دارم همیشه دوست داشتم ۲ تا دختر ۲ تا پسر داشته باشم. چون خودم خانواده پرجمعیتی بودم بچه زیاد دوست دارم الان جون و عمرم خواهرام و برادرآم. این بارداریم ناخواسته است فکر کردم سقط کنم ولی دلم نمیداد شوهرم هم دوست نداره الان دوستشتم دارم. از طرفی فکر می‌کنم چرا بخوامش؟ من تحت هر شرایطی بیشتر از دوتا بچه نمی‌خوام قصد دومی رو داشتم اما الان نه.

۲- نارضایتی: پیامد دیگر بارداریایی تحمیلی در مشارکت کنندگان، نارضایتی همه جانبه از سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی دولت و نارضایتی خانوادگی و فردی می‌باشد.

رویا: نظرم این بود به دولت بگم تو اول گرونی رو بیار پایین امکانات بده به مادرا با چه رویی میگه بچه دار شین با کدوم امکانات؟ اونایی که اون بالا نشستن می‌خورن ما فقیر فقرا موندیم اذیتش برای ما مونده. کشورهای همسایه مون تو این کرونا کلاس گذاشتن، الان من یه گوشی دارم سه تا بچه مدرسه‌ای چه امکاناتی گذاشته برامون. خودم هرچی از دستم بر بیاد می‌کنم درست تربیتش کنم. همه چی رو بهش توضیح میدم دوست دارم از همه چیز آگاه باشه، درس خون باشه به جامعه خودم خدمت کنه، دوست دارم بچه ام روشنفکر باشه اختراع کنه، تشویقش می‌کنم کتاب بخون، ماهواره هست دوست ندارم نگاه کنه میگم شبکه اجتماعی رو نگاه کن یه جورایی سردر بیاری یه چیزی پیدا کنی موفق باشی. دخترام شاگرد ممتاز هستن، امکانات داشته باشم کلاس‌های جور و اجور میدارم که موفق تر بشن فکرشون باز بشه اگر دستم پول بود معلم خصوصی می‌گرفتم که ریاضی برن زبان برن موفقیت بدست بیارن. آدم بیکار داریم بیش از اندازه. مادر خودم ۴۷ تا نوه داره ۳ تاشون سرکار هستن بقیه بیکار نون خور باباشون هستن. ۲ تا از برادرزاده‌هام میگن ازدواج کن میگن با چی کار ندارم چی کار کنم. خانواده همسر هم هستن فوق دیپلم دارن بیکارن، ۲ تا پسرعموش هستن بیکارن. از دهات زمینشون رو فروختن اومدن سرمایه کردن برای بچه‌ها نشستن.



زهره: الان که همیشه انتظار داشت، یه خانم جوون که شوهرش فوت کرده یا طلاق گرفته میره درخواست کمک کنه میگن دوتا دست داری دوتا پا داری خدا بهت داده سالمی برو سرکار الان جامعه برای آدم کاری نمی‌کنه درخواستی هم بدی قبول نمی‌کنه. اشتغال بد، اصلاً کار درست و حسابی که نیست یا اگه هست هم حقوق خیلی کمه طرف نمیره. همسر خودم تا ۱ ماه پیش بیکار بود کارگر ساده است پیک موتوری کار می‌کنه.

فائزه: قبلاً می‌گفتن جمعیت باید کم بشه الان میگن باید زیاد بشه. نظرشون دوتا پسر یه دختر هست چون تو کتاب درسی هست. ولی خب بچه‌های الان به درد مملکت نمی‌خورن بچه‌های قدیم این جوری نبودن هم برای پدر مادرشون مفید بودن هم برای جامعه. بچه‌های الان می‌شینن می‌گن همه کار برای ما انجام بدین باز من خدا رو شکر بچه‌هامو اون جوری بار نیاوردم هرچی بخوان بدم.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش اسمعیل‌زاده ساعیه و همکاران، مبنی بر این‌که بارداری ناخواسته اکنون چالش کلیدی پیش‌روی جامعه‌ی ایرانی است و هزینه‌های اقتصادی-اجتماعی قابل توجهی را بر جامعه تحمیل می‌نماید و نیز راهکار این پژوهش مبنی بر برنامه‌ریزی، تدوین و طرح‌های سیاست عمومی منطقی و هوشمندانه با پیش‌گیری و کنترل بارداری ناخواسته صرفه‌جویی قابل توجهی در بودجه عمومی دولت و کاهش تورم هزینه‌ی سلامت کاملاً همسو می‌باشد. همچنین نتایج این پژوهش، یافته‌های پژوهش‌های نینوایی و همکاران و نیز کاردوانی و همکاران را مورد تأیید قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش بذرافشان، مبنی بر این‌که، زنی که بارداری او خواسته است که بارداری و تغییر در نقش‌های خانوادگی و زناشویی خود را پذیرفته و با توجه به هماهنگی با همسر برای این رخداد رضایت خاطر داشته‌اند، احساس خودکارآمدی در آن‌ها قوی و کفایت لازم را در تربیت و پرورش کودک خود دارند، با توجه به مصاحبه‌های این پژوهش و تحلیل آن‌ها، کاملاً همسو می‌باشد.

با توجه به سیاست‌های جمعیتی اتخاذ شده در جمهوری اسلامی و با عنایت به مدل مفهومی این پژوهش، عدم قطعیت در ارائه مشوق‌های فرزندآوری و ممنوعیت در اختیار گذاشتن خدمات جلوگیری از بارداری و نیز مشکلات و تنگناهای اقتصادی و مالی اقشار جامعه، از یک سو و از سوی دیگر، تغییر کارکرد سنتی فرزند و فرزندآوری، تغییر نگرش خانواده و به ویژه زنان نسبت به فرزندآوری و در نهایت تغییر سبک زندگی در دوران کنونی جامعه، موجب بالا رفتن نارضایتی مشارکت‌کنندگان از سیاست‌های جمعیتی کشور شده و این نارضایتی در نهایت آسیب‌های جبران‌ناپذیری را متحمل خانواده‌ها و به ویژه زنان و فرزندان می‌نماید. پیامدهای این سیاست به وجود آمده، کاهش کیفیت

جمعیت (به دلیل افزایش بارداری ناخواسته در طبقات زیر خط فقر)، به خطر افتادن و تهدید سلامت مادران و فرزندان و در نهایت افزایش آسیب‌های اجتماعی در بین افراد جامعه می‌باشد. بنابراین، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که، سیاست فعلی جمعیتی کشور، علیرغم پیری جمعیت و معضلات آن، یک سیاست نادرست می‌باشد. این سیاست می‌تواند با به وجود آوردن زیرساخت‌ها و بسترهای اقتصادی، فرهنگی و آموزشی لازم، در مسیر صحیح خود قرار گیرد. در غیر این صورت، جز تحمیل خسارت‌های عاطفی، جانی و اجتماعی، دستاورد دیگری در پی نخواهد داشت.

## منابع

اسمعیل‌زاده ساعیه، سارا و دیگران، (۱۳۹۷)، *مروری بر تأثیرات اقتصادی-اجتماعی حاملگی ناخواسته از دیدگاه بهداشت و باروری*، مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، دوره ۷، ویژه‌نامه: ۲۲-

۱۱

بارنز، هری المر؛ بکر، هوارد، (۱۳۹۰)، *تاریخ اندیشه‌ی اجتماعی از جامعه‌ی ابتدایی تا جامعه‌ی جدید*، چاپ پنجم، مترجمان جواد یوسفیان و علی اصغر مجیدی، تهران: انتشارات امیرکبیر

بهنام، جمشید، (۱۳۴۶)، *جمعیت‌شناسی عمومی*، جلد دوم، تهران: موسسه‌ی مطالعات و تحقیقات اجتماعی

تمنا، سعید، (۱۳۹۳)، *مبانی جمعیت‌شناسی*، چاپ دوازدهم، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور

خیریت، میترا؛ زمانی علویجه، فرشته و همکاران، (۱۳۹۳)، *دلایل ناخواسته تلقی شدن یک بارداری: مطالعه کیفی*، فصلنامه علمی پژوهشی بهداشت و ارتقای سلامت، سال دوم، شماره ۲: ۱۶۴-۱۵۳

حسینی، حاتم؛ بگی، بلال، (۱۳۹۲)، *تحلیل تمایز عوامل مؤثر بر استفاده از وسایل پیش‌گیری از حاملگی در میان زنان کرد-شهر مهاباد*، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۱۴، شماره ۲: ۱۷۵-۱۵۱

حیدری، سیامک؛ حبیب‌الله، زنجانی؛ ساروخانی، باقر، (۱۳۹۵)، *توسعه اجتماعی و سیاست‌های جمعیتی در ایران (بعد از انقلاب، از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۸۵)*، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه

طباطبایی، شماره ۵: ۴۷-۱

دماری، بهزاد، (۱۳۹۷)، *نقشه راه حوزه بهداشت در نظام سلامت ایران*، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هجدهم، شماره ۷: ۳۰-۹

غمامی، محمد مهدی؛ مهاجری، مریم؛ جاوید، محمدجواد؛ حکمت‌نیا، محمود، (۱۳۹۸)، *آسیب‌شناسی سیاست‌های تقنینی جمعیتی جمهوری اسلامی ایران و ارائه شاخص‌های مطلوب*، مطالعات

راهبردی زنان، دوره ۲۲، شماره ۸۶: ۵۸-۳

زنجانی، حبیب‌الله، (۱۳۷۱)، *جمعیت و توسعه*، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران

قاراخانی، معصومه، (۱۳۹۴)، *شاخص‌های سنجش وضعیت خانواده، مبنایی برای سیاست‌گذاری اجتماعی*، *مطالعات جامعه‌شناختی (نامه علوم اجتماعی)* دانشگاه تهران، دوره ۲۲، شماره ۲: ۱۴۹-۱۲۵

کاردوانی، راحله؛ تاج مزینانی، علی اکبر؛ میرخانی، عزت السادات؛ سجادی، سید مهدی، (۱۳۹۶)، *تبیین الگوهای سیاستی و تحولات سیاست گذاری اجتماعی ایران در حوزه «مادری/ اشتغال»*، پژوهش

نامه زنان، دوره ۸، شماره ۲۲: ۳۷-۶۴

کلانتری، صمد، (۱۳۷۵)، *مبانی جمعیت شناسی*، تهران: نشر مانی

منصوریان، سیدمحمدکریم؛ منصوریان، سیدمحمدعلی؛ مرادی، مهناز، (۱۳۸۹)، *بررسی عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته در بین زنان باردار ۱۵-۴۹ ساله در شهر شیراز*، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شوشتر، سال چهارم، پیش شماره ۱۰: ۱۷۷-۲۱۰

نینوایی، مژگان؛ احمدی، گلنوش؛ سلطانی، حمیدرضا، (۱۳۹۷)، *بررسی رضایتمندی زنان از عملکرد وزارت بهداشت در زمینه مدیریت باروری و ارتباط با عوامل فردی*، مجله علمی پژوهشی سازمان نظام

پزشکی، دوره ۳۶، شماره ۳: ۱۵۹-۱۵۲

Bongaarts, J, (2003), *Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences*

Graham, M; Hill,E;Shelly,J&Taket,A (2013), "*why are childless women? findings from an exploratory studing Victoria, Austalia*", *Journal of social Inclusion*, 4 (1)

Purcell, Carrie, (2015), *The Sociology of Women's Abortion Experiences: Recent Research and Future Directions*, University of Glasgow, Pages 1-14

Silverman, D, (2013), *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*

Vakili M, Shahbazi H, Dehghani MH , *The Prevalence of Unintended Pregnancies and its Related Demographic Factors in Hospitals of Yazd City* ,2008, *Journal of Health faculty* 2010;9 (4):36-23

Weeks, John R, (2012), *Population-An Introduction to Concepts and Issues*, San Diego State University, Wadsworth Published, USA

Zofei davander, Ann,Et ell, (2020), *Who makes the decision to have children? Couples' childbearing intentions and actual childbearing*, *Advances in Life Course Research*, Volume 43, 100286