

## وضعیت بارداری ناخواسته زنان در مناطق جنوب شهر تهران: درک تجربیات گروه‌های کم برخوردار جامعه از پیامدهای سیاست‌های افزایش جمعیت

زهرا مختاری نیا<sup>۱</sup>، فروزنده جعفرزاده پور<sup>۲\*</sup>، تهیمینه شاوردی<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی دوره دکتری، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- دانشیار، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی، تهران، ایران

\* نویسنده رابط: fjafarzadehpour77@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۱۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** سیاست‌های جمعیتی با هدف ایجاد زندگی بهتر برای افراد جامعه و نیز حفظ منافع ملی طراحی و اجرا می‌شوند. اما اینکه اجرای این سیاست‌ها نیل هدف موصوف را موجب شده یا پیامدهای دیگری دارد که زندگی و حیات شهروندان و بالخصوص افراد آسیب پذیر را تحت تاثیر قرار می‌دهد، نیازمند بررسی‌های دقیق است. این سیاست‌ها تأثیرات و پیامدهای بسیار عمیقی بر خانواده و سلامت اعضای آن، بالأخص زنان داشته است. هدف این پژوهش درک تفاسیر زنان دارای تجربه بارداری ناخواسته در مناطق جنوب شهر تهران از سیاست‌های افزایش جمعیت و پیامدهای آن بر زنان و زندگی خانوادگی آنان می‌باشد.

**روش کار:** مطالعه حاضر از روش کیفی نوع توصیفی می‌باشد. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با ۲۳ نفر از زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت جنوب تهران مناطق ۱۶، ۱۷، ۱۹ که سابقه بارداری ناخواسته داشتند، به دست آمد. نمونه گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و تحلیل داده‌ها بر مبنای نظریه داده بنیاد انجام شد.

**نتایج:** از مجموع ۸۵۰ کد باز، ۴۵۲ مفهوم، ۴۷ خرده مقوله و ۱۵ مقوله اصلی از داده‌های اولیه استخراج گردید. در نهایت پدیده تحمیل هزینه‌های مرتبط با بارداری ناخواسته به‌عنوان پدیده اصلی که بقیه مقولات را پوشش می‌داد، انتخاب گردید.

**نتیجه گیری:** مهم‌ترین عوامل به وجود آوردن نارضایتی از مداخله جویی دولتی در مشارکت کنندگان، تحمیل هزینه‌های مرتبط با بارداری ناخواسته و نگهداری و پرورش فرزند ناخواسته است. شرایط مداخله گر این پدیده «فقر و گرانی» می‌باشد. استراتژی‌های مشارکت کنندگان عبارت بود از: سرکوب خواسته‌ها، حسرت و تلاش برای بهبود شرایط، و کاهش رابطه جنسی می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** بارداری ناخواسته، زنان، گروه‌های کم برخوردار، پیامد سیاست‌های جمعیتی، جنوب شهر تهران

### مقدمه

سیاست‌گذاری اجتماعی است. تحولات جمعیتی موجب شد که در دهه‌های اخیر سیاستگذاران توجه بیشتری به این موضوع به عنوان یکی از حوزه‌های اجتماعی سیاست‌گذاری، داشته باشند. جمهوری اسلامی ایران در طی دهه‌های مختلف

هر نوع سیاست‌گذاری اجتماعی مستلزم شناسایی دقیق موضوع است. نهاد خانواده به دلیل نقش بی بدیل در اجتماعی کردن اعضای خود همواره مورد توجه حکومت‌ها بوده و به‌عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی همواره موضوع و هدف

اعمال سیاست‌های جمعیتی در مقاطع مختلف موجب تغییرات فرهنگی در جامعه می‌شود. بعضی از محققین به بررسی تحولات گفتمانی و پارادایمی ایجاد شده در نهاد خانواده در این حوزه پرداخته‌اند. به عنوان نمونه حیدری و دیگران در مقاله‌ای با عنوان «توسعه اجتماعی و سیاست‌های جمعیتی در ایران بعد از انقلاب از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۸۵» به این مهم تاکید داشتند که می‌توان پیش بینی نمود که در صورت عدم توجه به سطوح مختلف این جریان، پیشگیری از مولد و کاهش جمعیت به عنوان بخشی از توسعه فرهنگی و اجتماعی، به شیوه غالب زندگی در نظام اجتماعی ایران و بخشی جدانشدنی از نهاد خانواده بدل خواهد شد که آسیب‌های مختلف مرتبط با آن، هر چه بیشتر در ابعاد اجتماعی و فرهنگی گسترش خواهد یافت. به نظر می‌رسد وضعیت موصوف اکنون و در کمتر از یک دهه به وقوع پیوسته است (۱).

اجرای سیاست‌های افزایش جمعیت گاهی بارداری‌های ناخواسته‌ای را سبب می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد نامنی اقتصادی و هزینه‌های اقتصادی مرتبط با گسترش بعد خانواده یکی از مهمترین دغدغه‌های زوجین و بالاخص زنان در فرزند آوری است. به طوری که نتایج پژوهش اسمعیل‌زاده ساعیه و همکاران (۱)، نینوایی و همکاران (۳) و عبدالمی و فرجادی (۴) این مسئله را مورد تایید قرار می‌دهد. اسماعیل‌زاده ساعیه و همکاران تصریح کردند که بارداری ناخواسته اکنون چالش کلیدی پیش روی جامعه‌ی ایرانی است و هزینه‌های اقتصادی-اجتماعی قابل توجهی را بر جامعه تحمیل می‌نماید. در این پژوهش با تاکید به سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی جمعیتی، بر تدوین سیاست عمومی منطقی و هوشمندانه برای پیشگیری و کنترل بارداری ناخواسته که صرفه‌جویی قابل توجهی در بودجه‌ی عمومی دولت و کاهش تورم هزینه‌ی سلامت را به دنبال خواهد داشت، تاکید شده است. نینوایی و همکاران در پژوهشی به "بررسی رضایتمندی زنان از عملکرد وزارت بهداشت در زمینه مدیریت باروری و ارتباط با عوامل فردی"

سیاست‌های متفاوتی در ارتباط با جمعیت و کنترل آن اتخاذ و اجرا نموده است. این سیاست‌ها و اقدامات و برنامه‌های مرتبط با آنها تأثیرات و پیامدهای بسیار عمیقی بر خانواده و سلامت اعضای این کوچکترین واحد اجتماعی و بالاخص زنان داشته است. بررسی سیاست‌های مرتبط با کنترل جمعیت در طی دهه‌های پس از انقلاب اسلامی و اقدامات و برنامه‌های مرتبط نشان می‌دهد که در دوره‌ای سیاست کاهش جمعیت و در برهه‌ای سیاست‌های افزایش جمعیت، دستور کار قرار گرفته و متناسب با سیاست مورد نظر، برنامه‌ها و اقدامات اجرایی توسط نهادها و سازمان‌های متولی انجام شده است. اجرای این سیاست‌ها پیامدهای قابل توجهی در زندگی ایرانیان داشته است و چالش‌هایی عظیمی را در سطوح خرد و کلان برای کشور ایجاد نموده است. اقدامات انجام شده منجر به کاهش نرخ رشد جمعیت بین دهه‌ی ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ خورشیدی شد و روند رو به رشد جمعیت به‌طور غافل‌گیرکننده‌ای 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 توسط سازمان‌های ذی ربط در گذشته، سیر نزولی رشد جمعیت را به رقمی کمتر از ۱/۳٪ رساند. وقتی کاهش نرخ رشد جمعیت، به رقم کمتر از ۱/۲۹٪ رسید، موضوع 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 (۱). در این خصوص و در پاسخ به روند سریع کاهش باروری در ایران در دهه‌های اخیر، سیاست‌های کلان جمعیتی و مشوق باروری در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ ابلاغ گردید و تغییرات مهمی در محدودکردن برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور رخ داده است، در حالی که مشخص نیست این سیاست‌ها چه تأثیری در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری داشته است (۲).

بارداری‌های ناخواسته دارد. صادقی و طریقتی تابش (۷) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر عوامل فرهنگی بر ترجیحات فرزندآوری جوانان در شهر تهران پرداخته و دریافته‌اند تغییرات در نظام فرهنگی جامعه، بر ترجیحات فرزندآوری جوانان تاثیر داشته و انتظار می‌رود با گسترش افزایش سبک‌ها و هنجارهای فرهنگی مدرن، میزان باروری در کشور کاهش یابد.

پیش از بررسی رویکردهای نظری، ضروری است دو مفهوم اصلی این مقاله شامل «گروه‌های محروم» تعریف گردد. «گروه‌های محروم» یا «گروه‌های کم برخوردار» کسانی هستند که درآمد قلیلی داشته و در دهک‌های پایین درآمدی دسته بندی می‌شوند و اغلب در مناطق محروم شهر ساکن هستند. ساکنان این مناطق فاقد سرمایه و دارایی‌های اجتماعی لازم برای حل مشکلات و رهایی از مهلکه فقراند. آنها تماس منظم با افرادی که می‌توانند دسترسی به اطلاعات درباره مشاوره، منابع و دیگر اشکال حمایت اجتماعی فراهم کنند، ندارند (۲). «بارداری ناخواسته» به حالتی از بارداری دلالت دارد که از پیش قصدی برای بارداری وجود نداشته باشد. حاملگی‌های ناخواسته یکی از مهمترین مسایل بهداشتی و اجتماعی است که مخاطرات جدی جسمی و روانی برای مادر، کودک و کل خانواده در بر خواهد داشت.

نظریات مرتبط با افزایش/ کاهش جمعیت در سه گروه «طرفداران افزایش جمعیت»، «مخالفان افزایش جمعیت» و «طرفداران ثبات جمعیت» قابل دسته بندی هستند. دورکیم را می‌توان از طرفداران افزایش جمعیت دانست (۷). 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. افراد و گروه‌های ضد تولد گرایی، مخالفان افزایش جمعیت و یا آنتی‌ناتالیسم (Anti-natalism) در

پرداختند. این مطالعه توصیفی- مقطعی و در سال ۱۳۹۶ بر روی ۳۰۰ زن سن باروری (۱۸-۴۵ سال) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرج با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انجام شده است. 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) اطلاعات خود را در زمینه پیشگیری از بارداری ناکافی دانسته‌اند. 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 معنی دار داشته است (۳).

از دیگر مطالعات در این زمینه می‌توان به نتایج پژوهش عبدالهی و فرجادی (۴)، نشان می‌دهد که، احساس ناامنی اقتصادی و اجتماعی و رشد فزاینده هزینه‌های فرزندان، شرایطی را به وجود آورده که خانواده‌ها با تعریف فرزندآوری به مثابه تعهدی بلند مدت و مسئولیتی الزام‌آور، درصدد عقب‌نشینی از یک تصمیم غیر قابل بازگشت باشند. شرایط مذکور باعث شده که خانواده‌ها پس از تأمل درباره آینده فرزندان و با تأکید بر کیفیت به جای کمیت، فرزندآوری پایین و بازاندیشانه را به عنوان یک کنش عقلانی برگزینند. چنین نتایجی در مطالعات خارجی نیز مشاهده می‌شود. Davander و همکاران (۵)، در پژوهشی با عنوان، «چه کسی تصمیم به بچه دار شدن می‌گیرد؟»، به این نتایج نائل شدند که به‌طور کلی، نظر هر دو شریک باید برای داشتن فرزند مؤثر باشد، اما اهداف زنان تأثیر بیشتری بر تصمیم گیری 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 (۶)، 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

افزایش جمعیت متوقف شدن خدمات ارائه رایگان وسایل پیشگیری توسط مراکز بهداشت بوده است. با توجه به تغییر سیاست‌گذاری اجتماعی در حوزه جمعیت و تشویق به فرزندآوری بیشتر با تعلیق ارائه رایگان وسایل پیشگیری، و عدم فرهنگ سازی و مجاب سازی جامعه و بالاخص زنان در دوران باروری، مسئله اصلی تحقیق حاضر درک تفاسیر زنان دارای تجربه بارداری ناخواسته از سیاست‌های افزایش جمعیت و پیامدهای آن بر زنان و زندگی خانوادگی آنان می‌باشد. از آنجا که بنظر می‌رسد پیامدهای این تغییر سیاست در بین اقشار کم برخوردار بیشتر باشد، مطالعه حاضر زنان دارای بارداری ناخواسته در مناطق، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ جنوب شهر تهران را مورد بررسی قرار داده است.

## روش کار

این پژوهش یک مطالعه کیفی از نوع توصیفی می‌باشد. روش جمع آوری داده‌ها مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بوده است و با ۲۳ نفر بدست آمد. نمونه گیری هدفمند و تحلیل داده‌ها بر بنیای نظریه داده بنیاد انجام شد (۱۰). جامعه آماری تحقیق حاضر زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت مناطق کم برخوردار جنوب تهران شامل مناطق ۱۶، ۱۷، ۱۹ که سابقه بارداری ناخواسته داشتند، می‌باشد. از آنجا که بنظر می‌رسد بارداری ناخواسته و فقر اقتصادی و اجتماعی مشکلات مضاعفی برای افراد ایجاد کند، زنان در مناطق کم برخوردار مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه مورد مطالعه، شامل ۲۳ نفر از زنانی هستند که با بارداری ناخواسته مواجه گردیدند. این افراد به روش هدفمند از بین واجدین شرایط مطلع و آگاه از موضوع پژوهش انتخاب گردیدند و نمونه گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف مطالعه برای افراد شرکت کننده توضیح داده شد و آنان جهت مشارکت در مطالعه کاملاً آزاد بودند. همچنین برای افزایش صحت داده‌ها، پیش از شروع پژوهش برای انتخاب درست به منظور درک متقابل با رعایت همه جوانب و کاربرد

جوامع تولید مثل را غیراخلاقی می‌دانند، و ریشه‌ی مخالفت با موالید به برخی از فلاسفه یونان باستان برمی‌گردد، اما بعدها تجلی این آموزه (Doctrine) با توماس مالتوس (Thomas Robert Malthus) شناخته می‌گردد که تحت عنوان مالتوسیانیسم (Malthusianism) طرح می‌گردد. افراد و گروه‌های طرفداران ثبات جمعیت (Stable population) 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 همین رو تغییر جمعیت را عامل از هم پاشیدگی نظام اجتماعی معرفی می‌نمایند. 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 (۸).

Bongaarts معتقد است، علت اصلی افزایش باروری ناخواسته در نیمه اول دوره انتقال باروری ناشی از کاهش تعداد فرزندان ایده آل زوجین است و این تمایل منجر به افزایش نسبت زنانی می‌شود که در معرض خطر داشتن حاملگی ناخواسته قرار می‌گیرند. نظریه‌های مرور شده فوق، برای ایجاد حساسیت نظری و دسته بندی مقوله‌های برآمده از مصاحبه‌ها و در نهایت مقایسه‌های یافته‌های پژوهش با نظریه‌های مرتبط با بارداری‌های ناخواسته ناشی از مداخله گری‌های دولتی، مورد استفاده واقع می‌شود (۹).

تغییرات فرهنگی و نگرشی در جامعه نسبت به اهمیت فرزند و زادآوری در کنار سیاست‌های کاهش جمعیت، از یک سو و مشکلات اقتصادی از سوی دیگر تمایل به فرزندآوری را در جامعه کاهش داده است. در چنین شرایطی از نگاه بسیاری از مردم، سیاست‌های افزایش جمعیت، یک نوع سیاست یک طرفه، از بالا به پایین تلقی می‌گردد. زیرا به‌جای افزایش مشوق‌های اثرگذار و ایجاد بسترهای مناسب فرزند آوری بیشتر در بین خانواده‌ها، راهکارهای سلبی مورد توجه قرار داشته است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که از جمله (و گویا تنها) راهکارهای عملیاتی شده برای اجرای سیاست‌های

انجام کدگذاری‌های باز، پس از مصاحبه‌ها هم زمان و در همان روز انجام می‌گرفت؛ محقق بعد از رسیدن به هر مفهوم یا خرده مقوله و یا مقوله تکراری از علامتی بر روی همان مفهوم استفاده می‌نمود. این علامت به خواننده و خود مخاطب کمک می‌کند تا به راحتی متوجه تکراری بودن مفهوم مورد نظر گردد. بعد از نزدیک شدن به مصاحبه هجدهم تقریباً تمام مقولات و خرده مقولات علامت را خورده بودند. چند مصاحبه دیگر صرفاً جهت اطمینان از اشباع نظری صورت گرفت. بعد از کد گذاری باز سایر مراحل کدگذاری انتخابی و گزینشی شیوه گراند تئوری انجام می‌شد.

برای رسیدن به معیار اعتماد از روش‌هایی چون، ارزیابی توسط مشارکت کنندگان، کنترل و بازبینی یافته‌های مفهومی و نظری توسط اساتید و مقایسه‌های تحلیلی استفاده گردید. روند انجام کدگذاری در این تحقیق بدین قرار بود که در مرحله اول محقق پس از هر مصاحبه، آنرا پیاده سازی، 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 مقوله‌ای که مشتمل بر همه مفاهیم مشترک باشد را انتخاب می‌نمود. سپس خرده مقولات به دست آمده را در طبقه‌ای انتزاعی‌تر 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 (جدول ۲) و نمونه‌ای از جمع بندی مفاهیم مشترک در زیر پوشش خرده مقوله‌ها و نیز طبقه بندی چند خرده مقوله زیر یک مقوله اصلی (جدول ۳) اشاره شده است.

در طول کدگذاری باز مصاحبه‌ها و انتخاب مفاهیم و سیر از استقرا به قیاس و رسیدن به خرده مقولات و مقوله‌های اصلی، در نهایت مدل پارادایمی محوری "نارضایتی از مداخله جویی دولتی" به‌عنوان، هسته مرکزی و تبیین کننده درک زنان مشارکت کننده از سیاست‌های جمعیتی، انتخاب گردید.

مرحله‌ی آغازین در اجرای روش نظریه مبنایی؛ نخست به مشارکت کنندگان در خصوص موضوع پژوهش توضیحاتی ارائه می‌شد. پژوهشگر برای اطمینان از فهم پاسخگویان نسبت به موضوع و نحوه‌ی انجام کار پژوهش، در مطالعه راهنما (pilot study) با دو تن از زنان دارای تجربه بارداری - ناخواسته در مرکز بهداشت جنوب شهر تهران سئوالات را مطرح و مصاحبه انجام داد. پس از مرحله مقدماتی، دو مرحله فرایند انتخاب نمونه‌ها و مصاحبه‌ها انجام شد:

۱. تعیین افراد نمونه بر اساس پرونده‌های موجود در مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت جنوب تهران مناطق ۱۶، ۱۷، ۱۹ و برخورداری از ویژگی‌های مورد نظر (تاهل و تجربه بارداری ناخواسته) که حسب درخواست پژوهشگر و تایید و پذیرش پاسخگو با ویژگی دارا بودن حداقل ۱ فرزند و تجربه بارداری - ناخواسته در زمان مصاحبه برای همکاری انتخاب شدند. در آغاز موضوع پژوهش برای یکایک تشریح گردید و از بین نمونه‌های واجد شرایط با آن تعداد که مایل به همکاری بودند برای مصاحبه هماهنگی‌های لازم صورت گرفت.

۲. در مرحله بعد گفت و شنود مقدماتی مبتنی بر نحوه، میزان و کیفیت ارتباط با مشارکت‌کنندگان صورت گرفت تا انتخاب مشارکت کنندگان سنجیده و درست باشد. زنان انتخاب شده برای انجام مصاحبه، حداقل یک فرزند داشته و مجدد باردار شده بودند. هر مصاحبه بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید. ۱۴ سؤال که حوزه‌های مختلف مسئله پژوهش را رصد می‌کردند، که شامل حوزه‌های وضعیت زادآوری و بعد خانوار، شیوه‌های جلوگیری، سقط جنین، برنامه‌ها و سیاست‌های جمعیتی و تغییرات آنها، پیامد سیاست‌های جمعیتی بر زندگی پاسخگویان، آینده فرزندآوری و نیز ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخگویان، بودند و مصاحبه در حول این مباحث سامان داده شد. مصاحبه هم ضبط و هم خلاصه نویسی می‌شد. بر اساس رهیافت Strauss و Corbin (۱۰) سه فن کدگذاری (باز، محوری و انتخابی) برای سامان دهی و تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد (۱۱). مرحله

## نتایج

پدیده محوری؛ نارضایتی از تخمیل هزینه های مرتبط با بارداری ناخواسته: در دهه های اخیر، سیاست های جمعیتی کشور، دچار تحولات بسیار متفاوتی نسبت به دهه های اول بعد از انقلاب گشته است. این تغییرات عمیق نتیجه اتاق های فکر و تحلیل های جمعیتی با عنایت به رویکردهای سیاسی و مذهبی می باشد. هر کشوری بنا بر مصالح عمومی و بین المللی خود سیاست های جمعیتی خاصی در پیش می گیرد. «سیاست گذاری جمعیت یکی از انواع سیاست گذاری ها در جهان معاصر است که جمعیت را موضوع خود قرار داده و ضمن بررسی آن از جهات مختلف، تحولات جمعیت را در ارتباط با سایر موضوعات کلان یک جامعه، بررسی می کند. سیاست های جمعیتی مجموعه ای از اصول و تدابیر و تصمیمات مدون جمعیتی است که از سوی دولت ها اتخاذ می شود و حدود فعالیت های دولت را در ارتباط با مسائل جمعیتی و یا اموری که نتایج جمعیتی را به دنبال دارند، تعیین می کند» (۷). سئوالاتی در موضوعاتی نظیر تجربه بارداری ناخواسته، سقط جنین، اطلاع و آگاهی از تغییرات سیاست های جمعیتی و آینده فرزندان و اجرای سیاست های افزایش جمعیت مطرح شد. آنچه از مصاحبه های عمیق این پژوهش برآمده است، نشان دهنده نارضایتی مشارکت کنندگان از سیاست های جدید جمعیتی کشور می باشد. به زعم آنها، دستوری و تکلیفی بودن این سیاست، بدون در نظر گرفتن مشوق ها و حمایت های لازم، به ویژه از اقشار آسیب پذیر جامعه، یک نوع مداخله جویی بدون در نظر گرفتن وضعیت سلامت و بهداشت، وضعیت اجتماعی، و جایگاه اقتصادی و مالی خانواده ها می باشد.

علل "پدیده محوری" نارضایتی از مداخله جویی دولتی (شرایط علی)، عبارت اند از: تنگناهای مالی و فقر معیشتی می باشد. شرایط مداخله گر در این پدیده، عبارتند از ناکارآمدی دستگاه های ذی ربط در انجام وعده ها و خدمات مناسب، و مناسب نبودن شرایط جسمی، اجتماعی و مالی فرزند آوری در

بین زنان کم برخوردار می باشد. راهبردهای مواجهه با این پدیده شامل ترجیح فرزندآوری تحمیلی و مطالبه حمایت های دولتی می باشد. پیامدهای بارداری ناخواسته عبارتند از تحمیل بارداری ناخواسته، و آسیب پذیری فرزندان است. در ادامه به تفکیک شرایط علی، شرایط مداخله گر، راهبردهای مواجهه با پدیده و پیامدهای آن به تفصیل پرداخته شده است.

### شرایط علی

۱- تنگناهای مالی: فقر مالی، عدم توانایی مشارکت کنندگان در تهیه ملزومات و امکانات رفاهی از جمله، برخورداری از امکانات آموزشی و تحصیلی یا پزشکی بی ثباتی وضعیت اشتغال، گرانی بی رویه و تورم شدید قیمت ها، اکثریت جامعه ایران را با تنگناهای مالی روبرو کرده است. در این میان، بارداری ناخواسته (علیرغم داشتن یک یا چند فرزند)، شرایط برای تهیه حداقل های زندگی و نیازهای یک زندگی قابل تحمل را دشوار تر می کند. بنابر این زنان بارداری ناخواسته را موجب تشدید تنگناهای مالی دانسته و آنرا یکی از عمده علل به وجود آمدن نگرش مداخله جویانه بودن سیاست های جمعیتی کشور می باشد.

رقیه (۳۴ ساله، دیپلم و خانه دار دارای ۳ فرزند): "سواد آنچنانی ندارم دیپلم کلاسی دیگه نمی تونم بخونم کار دیگه ای از دستم بر نمی آد چون نداریم که هزینه کنیم. ده روز دیگه مدرسه ها باز می شه هنوز کتاب دفتر اینا رو نخریدم پولشو ندارم بدم. دخترم می خواد بره کلاس اول هنوز دفتر کتابش رو نخریدم. مدرسه گفته باید گوشه پیشرفته داشته باشی که من ندارم. خورد و خوراکمون آن چنانی نیست. الان خودم هم سرم پاش سیاتیک داره میگن گرمی بخورین که ما نمی تونیم. بچه هام مریض میشن از هر ده دفعه ۸ دفعه میرم قرص سرماخوردگی می گیرم تو خونه بهشون می رسم که خوب بشن دکتر نمی برم. دوستای خودم هر چی میشه زود می برن دکتر من اون طوری نیستم، شاید منم داشتم دوست داشتم این طوری باشم".

براشون کوله و جا مدادی خریدم اگر داشتم مثل بیشتر خانواده‌ها وضع مالیم خوب بود هر سال براشون یه دونه می گرفتیم. دخترم بگه مامان این رو بخر داشته باشم می خرم نداشته باشم هی غصه می خورم. دخترم رو پارسال پیش دبستانی نداشتم چون دو میلیون باید می دادم. بارداری ناخواسته داشتم مجبوری نگه داشتم و یکی رو پارسال دو ماهه سقط کردم از ناصر خسرو قرص گرفتم خودم تو خونه مصرف کردم سقط شد".

فقر معیشتی: منظور از فقر معیشتی، عدم توانایی مشارکت کنندگان در تهیه خوراک و پوشاک مناسب و کافی می باشد. خانواده‌هایی که دچار فقر معیشتی هستند، در مواجهه با بارداری‌های ناخواسته، سطح نارضایتی آنها از سیاست‌های تحمیل گرانه و مداخله جویانه دولتی به شدت افزایش می یابد. مهناز (۳۹ ساله، ابتدایی، خانه دار دارای ۴ فرزند): "وقتی (خودم) کار خوب می کردم از شوهرم دورتر می بردم جیگرکی بهشون جیگر می دادم اون وقت که ارزونی بود". شرایط مداخله گر

۱- ناکارآمدی دستگاه ها و سازمان های ذی ربط: به زعم مشارکت کنندگان در پژوهش، دستگاه ها و سازمان های ذی ربط در تعیین تکلیف و اجرای سیاست‌های جمعیتی خود، ناکارآمد بوده و کارنامه ضعیفی از خود ارائه نموده است. زیرا قانونگزاری یک امر و پدیده اجتماعی در سطح کلان کشوری، نیازمند آمایش و بررسی‌های عمیق و جامع کارشناسی و تخصصی می باشد. حال آنکه در نظر مشارکت کنندگان، وضعیت و بسترهای اجتماعی و اقتصادی جامعه، کشش و گنجایش چنین تصمیمات و قوانینی را ندارد.

«سیر تحول سیاست‌های جمعیتی و قوانین ناظر به آن نشان می دهد که دولت ها مدام سیاست‌های جمعیتی را تغییر داده و سه دوره‌ی متفاوت را پشت سر گذاشته است. البته این قوانین و مقررات با آسیب‌هایی همراه بوده که مانع تحقق اهداف سیاست‌های جمعیتی جمهوری اسلامی ایران شده است؛ چرا که دولت ها از این مهم غافل شده اند که سیاست

راضیه (۴۰ ساله، ابتدایی، خانه دار، دارای ۴ فرزند): "تو دکتر رفتن گیر می کنم. نمی تونستم یه دونه آمپول بگیرم یه دونه تقویتی بخورم. کبدم خراب شده اما فقط دارو از عطاری می گیرم بودجه ام نمی کشه برم دکتر. خونه ام داشتم گرفته بود موقعی ارزونی بهش پول رهن رو دادم نشستم. الان تو خونه‌ها کار می کنم بچه‌ها رو میدارم پیش دختر بزرگه میرم خونه‌ها کار می کنم. من تو خونه‌ها کار می کنم بتونم برای دخترام لباس بخرم. برای من که بچه دار شدن هزینه اش زیاده. الان زندگی خوب نیست. یهویی دیدی بدتر شد. همسرم شاگرد نجار با درآمدی حدود ۱۸۰۰-۱۷۰۰ هستش شوهرم که هیچی پسرم هم کار می کنه، شاگرد برجی یک میلیون می گیره خودش خرج داره مثلا یه موقعی ۲۰۰-۳۰۰ تومان بگیرم دکتر برم یا برای آبجی‌هاش چیزی بخرم من ازش انتظاری ندارم. پسر خودم یک دو برج یجاست چون درآمدش کمه هی میره دنبال جای دیگه اما جای خوب پیدا نمی کنه. شوهرم خرجی غذا رو میده به لباس و بیرون رفتن کاری نداره. شوهرم هفته ای ۳۰۰ تومان به من میده دیگه هیچ کاری نداره".

مهناز (۳۹ ساله، ابتدایی، خانه دار دارای ۴ فرزند): "پسرم ۱۶ سالشه توقع زیادی ازم داره الان موتور می خواد من شرمند ش شدم. پسر بزرگم استرس می گیره از دماغش خون میاد نافش هم باید عمل بشه. دخترم با خودش حرف می زنه به خاطر اینکه شوهرم اون موقع شیشه مصرف می کرد. پسر کوچکم ۶ سالشه هنوز شناسنامه نداره باباش نگرفته".

مریم (۳۱ ساله، دیپلم، خانه دار دارای ۳ فرزند): "من خودم پارسال پول داشتم هیچ وقت سقط نمی کردم. اگر پارسال داشتم هیچ وقت سقط نمی کردم هم خودم هم همسرم خیلی ناراحت بودیم هیچ مادری به بچه اش آسیب نمی زنه گریه ام گرفت. امسال دو میلیون و چهارصد هزار تومان پول آزمایش دادم پارسال خیلی وضعم خراب بود مجبور شدم برم بندازم. بالاخره یه لقمه ای هست که بخوریم. خدا رو شکر میرن سرکار درآمد کمتر اما میرن. چون واقعا خیلی از نیازهای بچه‌ها رو هنوز برطرف نکردم مثلا بعد از ۴-۵ سال امسال

گذاری و قانون گذاری باید متناسب با شاخص های مطلوب حمایتی و اثربخشی تدوین شود» (۴).

محلته (۲۶ ساله، لیسانس، خانه دار، دارای ۱ فرزند):  
 "باید به سری تسهیلات رو در اختیار خانواده ها قرار بدن. مثلا وام بدن یا یارانه ها رو بیشتر کنن به ذره ثبات قیمت پیدا کنه همه چی. به نظرم توجهی نکرده همین جوری القا می کنه جمعیت رو زیاد کنیم. هیچ تسهیلاتی در نظر نمی گیره. هم می تونه شخصی باشه هم به قسمتش مربوط به دولت و جامعه باشه. چون دولت داره آینده رو نگاه می کنه که جمعیت مون پیر نشه اگه کسی بچه دار نشه کم کم خود جامعه مون پیر میشه و کارایش رو از دست میده تو دنیا. قبلا می گفتن فرزند کمتر زندگی بهتر انقدر توش تفریط و زیاده روی بود که جامعه نمی تونست پاسخگو باشه. ولی از اینور هم افراطه الان میگن فرزند بیشتر زندگی بهتر برعکس چندسال پیش شده. به نظر من آدم باید میانه رو باشه".

۲- مناسب نبودن شرایط جسمی، اجتماعی و مالی فرزند آوری: فرزند آوری یا تصمیم و انتخاب در مورد تعداد فرزندان، یک موضوع چند جانبه می باشد که باید با در نظر گرفتن شرایط حال و آینده در حوزه های مختلف سلامت و بهداشت، فرهنگ و اجتماع، اقتصادی و مالی تحقق یابد. عدم وجود این شرایط، عامل مداخله گری در کنترل تعداد فرزندان یا حتی انتخاب بی فرزندی قطعی و یا اقدام به سقط بارداری ناخواسته می باشد.

بهار (۳۶ ساله، دیپلم، خانه دار دارای ۲ فرزند):  
 اطلاعات زیادی ندارم من به زن خانه دارم. دیپلم فنی حرفه ای بود کار دوخت انجام می دادم. تو فامیلمون داشتیم ۷ سال ازدواج کرده بود می گفت چون مستاجریم دوست ندارم بچه دار بشم. بعضی ها بیکارن خونه ندارن خرج شون رو نمی تونن در بیارن به خاطر همین از بچه فراری هستن. طرف وقتی از خرجش بر نمی آد از کجا بیاره که برعهده بگیره. خواهرم گفت من بچه دار بشم وقتی کار نیست، پول نیست، سرمایه همیشه جمع کرد، نمی شه به خونه خرید، هیچ کاری نمیشه

کرد با همین جمعیتی که هست پس بیشتر بشه باید چیکار کنیم!"

رویا (۳۵ ساله، خانه دار دارای ۳ فرزند): "جوون هامون نمی دارن بچه دار بشن. ولی چون مردم زندگی ماها رو نگاه می کنن مثلا الان خواهرزاده ام زندگی منو می بینه چشمش می ترسه می گه به بچه بیارم چه جوری بزرگش کنم چطوری جوابگو باشم. وقتی پول ندارم واسه بچه لقمه نون خودت بخوری به کوکوسیب زمینی دریغ از یک کیلو گوجه چه برسه بیای بچه دار بشی. الان هر جوری باشه نون خالی می خورن، اما ترس آینده ش هم هست این وضعیت می مونه. به راه های دیگه نرن، بچه که زیاد باشه مشکلاتش زیاد میشه مخصوصا پسر تو این جامعه ما موادش هست بیرون رفتنش هست از این جور چیزا مادرا می ترسن دیگه. شاید یکی دوست داشته باشه ۳ تا داشته باشه اما میگه با این وضعیت بیارم که چی بشه دردسر بشه تنوم بزرگش کنم این همه رنج رو تحمل کنه فعلا نظر ۷۰٪ نظر منو دارن اولین مشکل مالیه. نوجوان و جوان کمه نسبت به سال های آینده کمتر میشه. الان وضعیت جامعه خیلی بد کم بودن بچه".

راضیه (۴۰ ساله، ابتدایی، خانه دار دارای ۴ فرزند): "۵ تا زایمان داشتم. یکی بعد از به دنیا آمدن ۳ ماهه بود فوت کرد. دختر آخریم ناخواسته بوده وقتی فهمیدم حامله ام دوست داشتم سقطش کنم اما دلم نیومد. روش جلوگیری نداشتم. در مانگاه کلا یک بار دستگاه گذاشتم تاریخش تموم شد اوادم گفتم دستگاه نداشتم الان باردار شدم. تو خونه به چیزای خوردم اما اینکه برم بیرون آمپول یا دارویی بزنم نکردم اعصابم نمی کشید. ۳ تا زایمان پشت سر هم شد. آخری رو باردار شدم می گفتن چی کار می کنی. فامیلام می گفتن دکتر فلانی برو سقطش می کنه از پله پله چی بخور بیافته. الان دو هفته است بیرون دستگاه گذاشتم فقط دستمزد ازم ۸۰ هزار تومان گرفت. اکرم (۳۲ ساله، فوق لیسانس، خانه دار، دارای ۲ فرزند):  
 "فاصله سنی دوتاشون ۲۰ ماه شده خیلی کم بود به خاطر همین نمی خواستم انقدر زود. تازه از افسرگی بعد از زایمان

بنفشه (۲۸ ساله، سیکل، خانه دار دارای دو فرزند):  
 "بچه هزینه دار هست اما لذت بخش هم هست. ۳ تا بچه  
 بیشتر، در این شرایط سخت میشه، بچه داشتن مشکلات داره.  
 خانواده‌ها دوست دارن شرایط مالی شون خوب بشه بعد بچه  
 دار بشن. منم دوست داشتم خونه بخرم بعد سومی را بیارم اما  
 نشد. آدم اگر از آینده بچه مطمئن باشه حتما بچه میاره. اگر  
 مطمئن باشه آینده تحصیلات داره خونه داشته باشه از نظر مالی  
 و عاطفی تامین باشه حتما میاره. کاش کمی تورم بیاد پایین و  
 اقتصاد کشورمون درست بشه. بعضی‌ها حوصله شون برای بچه  
 کمه. دیگه اگر هم تامین باشم و خونه بخرم بیشتر از ۳ تا بچه  
 نمی‌خوام".

مطالبه حمایت‌های دولتی:

دومین راهبردی پیشنهادی مشارکت کنندگان، برای کنار  
 آمدن با روند تحمیل هزینه‌های مرتبط با بارداری ناخواسته،  
 انتظار و مطالبه کمک و حمایت‌های دولتی بود. این مطالبه  
 گری و حمایت، شامل ابعاد تحصیلی، کمک هزینه‌های تأمین  
 مسکن یا خدمات پزشکی رایگان بود که مشارکت کنندگان  
 برای طبقات آسیب پذیر جامعه پیشنهاد می‌دادند.

اعظم (۴۰ ساله، لیسانس، خانه دار، دارای ۳ فرزند): "به  
 نظرم دولت باید درمان رو رایگان کنه. تحصیل رو رایگان کنه.  
 یکی مثل من نخواد برای مدرسه ای که مجازیه ۱۰ میلیون پول  
 بده، حداقل تا ۱۸ سالگی. بچه‌ها که به سن قانونی برسن  
 حداقل به خانواده‌ها کمک بکنه. مثلا اگر ماهیانه مبلغی واریز  
 بشه شاید خانواده‌ها رغبت کنن بچه دار بشن. اینا میگن فقط  
 بیارین دیگه حالا بچه چی بخوره بیوشه نیوشه. تصمیم  
 شخصی و خانوادگیه. ولی این تصمیم شخصیه  
 خانواده‌هاست".

مینا (۲۹ ساله دیپلم، خانه دار، دارای ۱ فرزند): "برای  
 آینده باید بینن استعداد بچه‌ام تو چی هست خب هر بچه ای  
 تو به چیزی استعداد داره به کاری کنن که اون استعداد به یه  
 جایی برسه. یکی از آشناهای ما تو مدرسه تیزهوشان قبول شد  
 با نمره ای خیلی خوب بزرگتر شد به خاطر شرایطش کاری

راحت شده بودم و تو ژنتیک هم سرم کمی مشکلات بود می  
 خواستم بارداری دوم رو با برنامه ریزی و کنترل داشته باشم.  
 اما از لحاظ روحی اصلا شرایطش رو نداشتم جسمی هم که  
 ۱۱ ماه قبلش سزارین داشتم شیردهی هم داشتم همسرم صبح  
 می‌رفت تا ۶ بعدازظهر".

راهبردهای مشارکت کنندگان

۱- ترجیح فرزند آوری تحمیلی: فرزند آوری در شرایط  
 اطمینان از تأمین نسبی همه جانبه، یکی از راهبردهای مشارکت  
 کنندگان در پژوهش برای شرایط طبیعی و مناسب جهت اقدام  
 به فرزند آوری می‌باشد. اگرچه، آنها خود با پدیده بارداری  
 ناخواسته مواجه بوده و هر کدام بنا به دلایلی مجبور به دنیا  
 آوردن فرزند در شرایط نامناسب از نظر تأمین بوده‌اند، اما  
 استراتژی و راهبردهای مشارکت کنندگان برای بارداری‌های بعدی یا توصیه به  
 اطرافیان و دوستانشان، عدم بارداری تا زمان مساعد شدن  
 اوضاع مالی، شخصی و جسمی بود.

فائزه (۳۹ ساله، دیپلمه، خانه دار، دارای دو فرزند):

"اگر موقعیتش باشه هرکسی هرچوری دوست داره. به فامیل  
 ما وضع مالیش خوبه دو تا دختر داشت الان خانمش دوقلو  
 باردار شده دو تا پسر فکر می‌کنم IVF (لقاح آزمایشگاهی  
 IVF شیوه‌ای پزشکی است که در آن سلول تخمک بالغ از زن  
 گرفته می‌شود و با اسپرم مرد در خارج از بدن لقاح می‌یابد)  
 کرده چون تو فامیل دوقلویی ندارن الان ۴ تا بچه رو می‌تونن  
 تأمین کنن دیگه. به موقعی به شوهرم می‌گم این فوتبالیسته  
 پس چیه کریس رونالدو ۵ تا بچه داره میگه تو خودتو با اون  
 مقایسه می‌کنی! تو فامیل ما همه دو تا دارن، خیلی کم پیش میاد  
 ۳ تا بشه. میگن ۷۰ میلیون وام هم به کسانی که خونه ندارن  
 برای بچه سوم میدن. آرایشگاهی که می‌رفتم یه خانمی اونجا  
 کار می‌کرد می‌گفت همه فامیل میگن اما ما شرایط اینکه بچه  
 دار بشیم رو نداریم خودم و همسرم از کرمانشاه اومدیم و کار  
 می‌کنیم اما هزینه خودمون دو تا رو نمی‌تونیم بدیم مهم نیست  
 فامیلمون چی میگن".

بدن لوله‌هامو ببندم باید قرص بخورم. دوست داشتم اینجا رایگان بهم قرص بهم بده بهم برسن اما می‌گن نمی‌شه برای زنای حامله است".

۲- آسیب پذیری فرزندان: یکی دیگر از پیامدهای افزایش جمعیت مداخله جویانه دولتی بدون در نظر گرفتن بسترهای مناسب آن، افزایش تولد کودکان و فرزندان در بین اقشار آسیب پذیر جامعه و به تبع آن آسیب پذیری فرزندان می‌باشد. افزایش پدیده کودکان کار در بین این خانواده‌ها، ترک تحصیل یا تحمل فقر و گرسنگی و محرومیت از خدمات پزشکی و تحصیلی، از انواع پیامدهای پدیده مورد نظر می‌باشند.

زهرا (۳۵ ساله دیپلمه خانه دار دارای ۲ فرزند): "من سعی می‌کنم اول به بچه‌ام می‌گم اهل باش به راه‌های بد کشیده نشه. من خیلی دوست دارم درس خونم نشدن آینده خوبی داشته باشن. بعد حتی آگه گدائی یا کلفتی کنم درسش رو ادامه بده. به پسر می‌گم در کنار درس باید حرفه‌ای هم یاد بگیری تو این نمونه اگر با مدرکت نتونستی کار بکنی حرفه‌ای بلد باشی لنگ نمونی. الان پسر ۱۲ ساله است داره گذاشتمش تولیدی پادوئی می‌کنه. الان لیسانس شده میوه فروش. برادر شوهرم دیپلمه است بیکاره، خیلی تحصیل کرده‌ها بیکارن. نظرم اینه که ارزونی باشه بچه‌هامون گناه دارن برگرده به ۱۰ سال پیش ۵ سال پیش. باید ارزونی باشه رفاه باشه آسایش و آرامش باشه کار باشه".

مهناز (۳۹ ساله، ابتدایی، خانه دار دارای ۲ فرزند): "الان من هم خودم هم بچه‌هام سختی می‌کشیم. بزرگتر بشه چرخ می‌خواد. بزرگتر می‌شه آینده هم می‌خواد. بزرگتر بشه می‌گه چرا وضعیت مالی‌تون این طوره که من حسرت بکشم. می‌گه چرا اصلا منو به دنیا آوردین نمی‌تونید هیچی بخیرین. هزینه بچه خیلیه مای بیبی، دکتر، مریض بشه ببری دکتر، تب کنه ببری دکتر، بزرگ هم بشه خرج داره. الان من که بچه زیاد دارم بچه‌هام مریض پولشوندارم ببرم دکتر. الان به صاحبخونه آب و برق بدهکارم. خدا شاهده با سه تا بچه تو مرغداری

که دوست داشت نتونست بره الان رفته مکانیکی کمک می‌کنه اون می‌تونست یه مهندس خیلی موفق باشه اگر دولت یه جاهایی پشتمون باشه".

پیامدهای پدیده محوری نارضایتی

۱- تحمیل بارداری ناخواسته: قطع شدن یک باره امکانات و خدمات جلوگیری از بارداری، یکی از اصلی‌ترین اقدامات اجرایی در راستای سیاست‌های جدید جمعیتی می‌باشد که در بین گروه‌های کم برخوردار که وابسته به این خدمات بودند، دشواری‌هایی را ایجاد کرده است. این سیاست، زوجین، به‌ویژه زنان را با پیامدهای منفی بسیاری از لحاظ سلامتی مواجه می‌نماید. بسیاری از زوجین، برای پیشگیری از بارداری، وابسته به خدمات رایگان مراکز بهداشت بودند که با قطع یک باره آنها، مجبور به انتخاب روش‌های طبیعی یا روش‌های پرخطر دیگری مثل سقط در صورت بارداری گردیدند.

فائزه (۳۹ ساله دیپلم، خانه دار دارای ۲ فرزند): "گفتن احتمال پارگی رحم داره. تازه کرونا هم گرفتم بدنم خیلی ضعیف شد نمی‌دونستم حامله ام داروهای همسرم برای کرونا رو منم مصرف کردم. مطبی که انجام بده پیدا نکردیم. خیلی کمه جایی که انجام بدن، حتی یه جایی که می‌گن رو شنیدم پلمب کرده بودن دوباره باز شده. خواهرم الان باردار هستش دکترش بیمارستان تشخیصیه همسرم گفت بهش بگواز دکترش بپرسه اما خواهرم نمی‌دونست من باردارم بیار تو حرفش گفت خانم و اقای جوونی اومده بودن برای سقط اما دکترش گفت قبول نمی‌کنه. بعدا فهمیدم یه جا هست شاید بشه اما حدود ۱۳ هفته فهمیدم، اگر به موقع پیدا می‌کردم می‌رفتم. همسرم گفت شده باشه ۱۰ تا ۱۵ میلیونم شده بریم سقط کنیم الانم می‌گه منتها من دیگه نمی‌خوام".

زهرا (۳۵ ساله دیپلمه خانه دار دارای ۲ فرزند): "دومین بارداری ناخواسته بوده. قرص می‌خوردم باردار شدم قرصم تموم شد سخت بود برم از بیرون بگیرم شوهرم هم مسافرت بود نشد بگیرم. الان ۸ ساله یکسره قرص می‌خورم. اما الان بدن درد دارم. اینجا که بهم کاندوم نمی‌ده. تا زمانی که اجازه

محروم در جامعه را افزایش داده و به گسترش آسیب‌های اجتماعی در جامعه منجر گردد. از آنجا که مطالعات و پیوست‌های فرهنگی مربوط به پیامدهای اجرای سیاست‌های جدید جمعیتی انجام نمی‌شود، به طور قطع نمی‌توان در مورد موفقیت یا عدم موفقیت و پیامدهای خواسته یا ناخواسته تغییرات سیاست‌های جمعیتی قضاوت نمود.

### نتیجه‌گیری

بر اساس جمع‌بندی این پژوهش چنین نتیجه‌گیری می‌شود که، 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 کم‌برخوردار و فرودست از یک سو، و از سوی دیگر تغییر کارکرد سنتی فرزند و اهمیت فرزند آوری، تغییر نگرش خانواده و به‌ویژه زنان نسبت به فرزند آوری 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 به‌ویژه زنان و فرزندان در این جوامع می‌نماید. پیامدهای این سیاست، 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. 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 بودجه‌ی عمومی دولت و کاهش تورم هزینه‌ی سلامت

زندگی می‌کند. برنج که گذاری می‌خوردیم زیاد خورد و خوراکمون سیب زمینی بود. سو تغذیه داره (پسر کوچکم)."

### بحث

یکی از ویژگی‌های حکمرانی خوب، پاسخگویی است و ارزشیابی برنامه‌ها از ابزار آن محسوب می‌شود، ادعاها همواره نیازمند پایش و ارزشیابی است تا به سرمایه اجتماعی آسیب وارد نشود. در این ارتباط، تغییرات پیشنهاد شده در بسته‌های خدمات مراکز بهداشتی درمانی بعد از اجرا باید ارزشیابی شود تا معلوم شود این تغییرات چقدر پاسخگوی نیازهای مردم بوده است» (۱۲). هر برنامه و راهکاری که بر مبنای ایجاد آگاهی و وفاق جمعی اجرا شود، بیشترین میزان همدلی را در بین افراد جامعه، به دنبال خواهد داشت. یکی از مهم‌ترین الزامات برنامه‌های جمعیتی کشور، لزوم پایش و به نقد و نظر گذاشتن آن در میان فرهیختگان و بررسی اثرات آن بر افراد جامعه به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و گروه‌های کمتر برخوردار می‌باشد. این نوع نظرسنجی‌ها و ایجاد همراهی، برنامه‌های افزایش جمعیتی را از حالت تحمیلی و دستوری بالا به پایین خارج کرده و با توجه به نظر و عقیده افراد جامعه، موجب همدلی و افزایش تمایل به دنبال کردن و پیروی از آنها می‌نماید. ضروری است که توجه به کمیت و تعداد جمعیت در یک کشور همزمان با افزایش کیفیت و توانمندی آن باشد. در این راستا لازم است سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با افزایش جمعیت بالاخص سیاست‌های ابلاغی جدید به گونه‌ای اصلاح و بازنگری شود که جامعه هدف «طبقات مرفه» و «دارای توان اقتصادی/ فرهنگی» قرار گیرند تا کیفیت جمعیت همراه با کمیت آن افزایش یابد. چنین رویکردی سبب می‌شود که در آینده کیفیت جمعیت در کشور بیشتر شده و نیز زمینه ایجاد آسیب‌های اجتماعی کاهش می‌یابد. این در حالی است که بنظر می‌رسد اعمال سیاست‌های افزایش جمعیت بدون تعیین گروه‌های هدف ممکن است جمعیت فقیر و

زهرا مختاری نیا با عنوان «مطالعه پیامدهای سیاست های اجتماعی مرتبط با جمعیت بر بارداری ناخواسته در میان زنان در جنوب شهر تهران» است.

کاملاً همسو می باشد. همچنین نتایج این پژوهش، یافته های پژوهش های بنیادی و همکاران و نیز کاردوانی و همکاران را مورد تأیید قرار می دهد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می کند. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری

جدول ۱- مشخصات پاسخ گویان خانه دار در مطالعه وضعیت بارداری ناخواسته زنان در مناطق جنوب شهر تهران

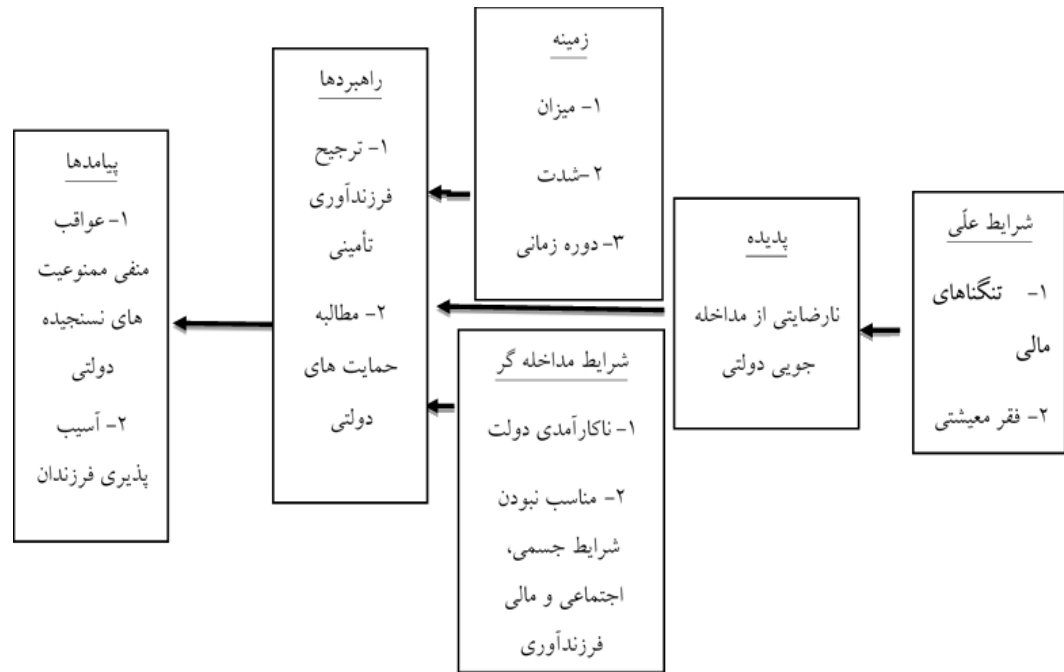
شماره	نام مستعار	سن	تعداد فرزندان	تحصیلات
۱	رقیه	۳۴	۳	دیپلم
۲	طهورا	۳۰	۱	دیپلم
۳	فائزه	۳۹	۲	دیپلم
۴	بنفشه	۲۸	۲	سیکل
۵	زهرا	۳۵	۲	دیپلم
۶	زینب	۲۷	۱	سیکل
۷	راضیه	۴۰	۴	ابتدایی
۸	مهناز	۳۹	۳	ابتدایی
۹	اکرم	۳۲	۲	فوق لیسانس
۱۰	جمیله	۲۲	۲	ابتدایی
۱۱	فاطمه	۲۱	۱	دیپلم
۱۲	سهیلا	۳۳	۳	دیپلم
۱۳	مریم	۳۱	۳	دیپلم
۱۴	زهرة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

جدول ۲- نمونه کدگذاری باز در مطالعه وضعیت بارداری ناخواسته زنان در مناطق جنوب شهر تهران

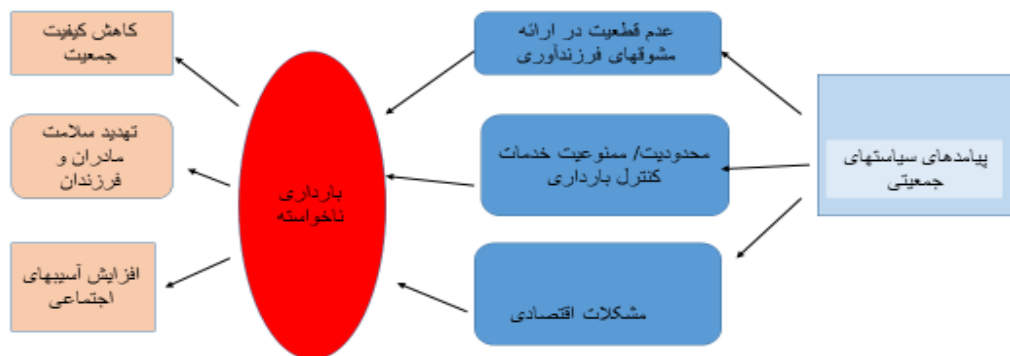
اطلاعات خام	مفاهیم
خیلی هزینه داره شرایطی که خود من دارم خیلی تو مشکلیم	هزینه‌های بالا
نه حقوق ثابتی داریم با این وضع بنزین که گروه خداد تومن هزینه بنزین می‌ده می‌ره میاد	بی‌ثباتی میزان درآمد و شغل
فرزند آوری خوبه اگر شرایطش رو داشته باشی	فرزندآوری با توجه به شرایط مالی
خواهرم الان باردار هستش دکترش بیمارستان شخصیه همسرم گفت بهش بگو از دکترش بپرسه اما خواهرم نمی‌دونست من باردارم بیار تو حرفش گفت خانم و اقا جوونی اومه بودن برای سقط اما دکترش گفت قبول نمی‌کنه	امتناع پزشکان از سقط
فرزند داشتن تصمیم شخصیه که الان خیلیا تصمیم می‌گیرن بچه دار نشن	تصمیم شخصی

جدول ۳- سیر از مفاهیم به خرده مقوله و مقوله در مطالعه وضعیت بارداری ناخواسته زنان در مناطق جنوب شهر تهران

مفاهیم	خرده مقولات	مقولات
ناتوانی در اجاره خانه	فقر معیشتی	نارضایتی
بی‌ثباتی میزان درآمد و شغل		
ناحق بودن دخالت‌های دولتی در فرزند آوری	نادرستی دخالت دولت در	
فرزند آوری با توجه به شرایط مالی	فرزند آوری	



شکل ۱- مدل محوری نارضایتی از مداخله جویی دولتی در مطالعه وضعیت بارداری ناخواسته زنان در مناطق جنوب شهر تهران



شکل ۲- مدل مفهومی تحقیق در مطالعه وضعیت بارداری ناخواسته زنان در مناطق جنوب شهر تهران

## References

1. Esmailzadeh Saieh S, Lotfi R, Mahmoodi Z, Mehdizadeh Tourzani Z, Kabir K, AkbariKamrani M, Mohsenzadeh Y, Molaei Birgani E, Yazdkhasti M. Review of the socio-economic effects of unwanted pregnancy of reproductive health approach in health system, Alborz University of Medical Sciences Journal. 2018; 11-22. [Persian]
2. Amirkafi M. A study of the condition of social capital in disadvantaged neighborhoods, case study: Kerman city, Urban Social Geography Journal. 2019; 7(1): 125-150. [Persian]
3. Neinavaie M, Ahmadi G, Soltani HR. Evaluation of women's satisfaction with the ministry of health's performance of the in relation to fertility management and relationship with individual factors, Journal of the Medical Council of Iran (JMCIRI). 2018; 36(3):159-152. [Persian]
4. Abdulahi A, Farjadi GA. Socio-economic rationality and childbearing behavior in Tehran city: results from a qualitative study, Population Studies. 2015; 2(2): 101-131. [Persian]
5. Zofei davander A, et al. Who makes the decision to have children? Couples' childbearing intentions and actual childbearing, Advances in Life Course Research. 2020; 43: 100286.
6. Hosseini H, Bagi B. Contraceptives use among married Kurdish women in the city of Mahabad a discriminant analysis of affecting factors, Iranian Journal of Sociology. 2012; 14(2): 151-175. [Persian]
7. Sadeghi R, Tariqati Tabesh R. Cultural factors influencing childbearing preferences in Tehran city, Population Studies. 2016; 3(2):63-89. [Persian]
8. Shirmohammadi A. National conference on the position and role of women in jihadi management, 2013. [Persian]
9. Barnes HE, Becker H. History of social thought from primitive society to modern society, 2011, fifth edition, translated by Javad Yousefian and Ali Asghar Majidi. Tehran: Amir Kabir Publications, 2011. [Persian]
10. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research techniques, Thousand oaks, CA: Sage, 1998.
11. Danai H, Emami S. Strategies qualitative research: a reflection on grounded theory; Strategic Management Thought. 2016; 1(2): 69-97. [Persian]
12. Demari B. Road map of health area in Iran health system, Social welfare quarterly. 2019; 18(70): 9-30. [Persian]

## Unwanted Pregnancies in the Southern Areas of Tehran: The Experiences of the Less Privileged Groups of the Society Regarding the Consequences of Population Increase Policies

Zahra Mokhtari Nia<sup>1</sup>, Forouzandeh Jafarzadehpour<sup>\*2</sup>, Tahmine Shawardi<sup>2</sup>

1- Ph.D. Student, Department of Sociology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Ph.D. Associate Professor, Institute for Humanities and Social Science Studies in ACECR, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: fjafarzadehpour77@gmail.com

Received: Jul 10, 2022

Accepted: Oct 8, 2022

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Demographic policies are designed and implemented with the aim of creating a better life for individuals in the society as well as protecting national interests. However, whether the implementation of these policies has achieved this goal or has had other, possibly unwanted, consequences that would affect the lives of the citizens, especially vulnerable people, requires careful investigation. These policies have had profound effects on the family and the health of family members, especially women. The purpose of this research was to investigate the understanding and interpretations of women in the southern areas of Tehran who had experienced unwanted pregnancy regarding population increase policies and their effects on women and their family lives.

**Materials and Methods:** This research was a descriptive qualitative study. Data were collected through semi-structured in-depth interviews with 23 married women with a history of unwanted pregnancy referring to the comprehensive health centers in districts 16, 17 and 19 of South Tehran Health Network. Purposive sampling was continued until a theoretical saturation was reached, and data analysis was performed based on the foundation data theory.

**Results:** Out of the primary data consisting of a total of 850 open codes, 452 concepts, 15 main categories and 47 sub-categories were extracted. Finally, "dissatisfaction with interventionism" was chosen as the main phenomenon covering the rest of the categories.

**Conclusion:** The most important factors causing dissatisfaction with government intervention among the participants are imposing costs related to unwanted pregnancies and keeping and raising an unwanted child. The intervening conditions of this phenomenon are "poverty and high cost". The participants' strategies included suppressing their wants, regret and attempts to improve the situation and reducing sexual relations.

**Keywords:** Unwanted Pregnancy, Women, Low-Income Groups, Consequences of Population Policies, South of Tehran.

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.