

بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در این باره

مرتضی عبدالجباری^۱، مرضیه کرمانی^{۲*}، نسرين سحرخیز^۳، محمد امین پورحسینقلی^۴، معصومه شكري خوبستانی^۵

۱- گروه معارف، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دانشکده‌ی آموزش پزشکی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد، پژوهشکده‌ی گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵- مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: سقط جنین از نظر علم پزشکی انواعی دارد که شامل سقط جنین طبیعی، طبی، ضربه‌یی و جنایی می‌شود. باوجود افزایش کمی و کیفی روش‌های پیشگیری از بارداری و افزایش سطح آگاهی جامعه در این باره، حاملگی ناخواسته یکی از مشکلات دوران بارداری است. وقتی مادران باردار با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند، ناگزیر به سقط جنایی دست می‌زنند.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، از نوع مطالعه‌ی توصیفی است که در آن به زنان مراجعه‌کننده به مراکزهای بهداشتی، درمانی و آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، با سابقه‌ی سقط عمدی در ۱۰ سال اخیر، پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته، داده شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی و تعداد نمونه‌ی لازم ۳۶۹ نفر بوده است. یافته‌های پرسش‌نامه با نرم افزار SPSS (نسخه‌ی ۱۷) مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که حدود ۲۶ درصد افراد در زمان انجام سقط ۲۶ سال داشتند و همچنین میزان تحصیلات ۴۱/۸ درصد افراد دیپلم بود. شایع‌ترین علت انجام سقط در حدود ۲۰ درصد افراد مشکلات مالی و در حدود ۱۵ درصد افراد اختلافات خانوادگی بود. حدود ۵۰ درصد واحدهای پژوهش، مهم‌ترین مشوقشان برای انجام سقط، همسرانشان بودند؛ و نیز ۲۹ درصد واحدهای پژوهش در هفته‌ی هشتم و ۱۷/۵ درصد آنان در هفته‌ی هفتم بارداری، اقدام به سقط کرده‌اند. حدود ۴۲/۴ درصد افراد سقط جنین را حرام دانسته و تنها ۴/۳ درصد افراد اقدام‌کننده به سقط، دیه‌ی مربوط به آن را پرداخت کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: سقط جنین از موضوع‌های بحث‌انگیزی است که می‌توان آن را نمونه‌یی از معضله‌های اجتماعی، فقهی و غیره برشمرد؛ از این رو، ضروری است که در جامعه‌ی ایرانی- اسلامی، به آن به‌طور جدی توجه شود. نتایج این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین علت سقط جنین، مشکلات مادی بوده و مهم‌ترین مشوق به سقط جنین، همسران و نگرش اعتقادی افراد نیز نسبت به سقط جنین ضعیف بوده است.

واژگان کلیدی: سقط جنین، سقط عمد، زنان، شرعی، قانونی

مقدمه

میان، میزان بارداری ناخواسته در کشورهای توسعه‌یافته، ۲۹ درصد و در کشورهای در حال توسعه، ۲۰ درصد کاهش یافته است. با وجود این، هنوز ۴۱ درصد از بارداری‌ها، یعنی چهار مورد از هر ۱۰ بارداری، ناخواسته است. طبق آمار سال ۲۰۱۰، در آسیا نسبت بارداری خواسته

بارداری ناخواسته یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت باروری به شمار می‌آید (۱). طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۸، سطح بارداری در جهان ۱۷ درصد کاهش یافته است. در این

موجود جامعه‌ی ایرانی فاصله دارد، چراکه این برآوردها مراکز غیرقانونی را پوشش نمی‌دهد (۱۰).

مطالعه‌ی که در هشت بیمارستان اصفهان (۱۳۸۵) انجام شده، نشان می‌دهد که ۳۵ درصد حاملگی‌ها ناخواسته بوده که ۲۷/۱ درصد از آنها با سقط عمدی خاتمه یافته است. در این مطالعه شیوع سقط عمدی، ۱۲ درصد بوده است (۱۱).

از آنجایی که نظام حقوقی ایران با فقه و اخلاق اسلامی عجین شده است، سقط القایی، اقدامی غیرقانونی محسوب می‌شود (۱۲). بنابراین، شیوع سقط جنین‌های ارادی میان زنان ایرانی حاکی از آن است که می‌توان این پدیده را مسئله‌ی اجتماعی دانست که با زیر پا گذاشتن قانون‌های دینی و حکومتی در کشور اسلامی ما همراه است.

شایع‌ترین علت‌های مربوط به حاملگی‌های ناخواسته که به سقط جنین منتج می‌شود، عبارت است از عامل‌های اجتماعی - اقتصادی مانند ناتوانی در پرداخت هزینه‌ی کودک، هزینه‌های مستقیم برای تربیت فرزند، یا از دست دادن درآمد هنگام مراقبت از فرزند، حمایت نشدن از سوی پدر، نداشتن توانایی مالی برای داشتن کودکان بیشتر، تمایل به ادامه‌ی تحصیل برای کودکان موجود، اختلال در تحصیل، مشکل‌های رابطه با شوهر و ذکر این که او بیش از حد جوان و بی‌کار است (۱۳). از این‌رو، دلیل‌های خانم‌ها برای اقدام به سقط، اغلب پیچیده‌تر از این موضوع است که فقط قصد حاملگی نداشته باشند (۱۴، ۱۵). دلیل‌های احساسی، اخلاقی، اقتصادی، روانی، اجتماعی و... در تصمیم‌گیری فرد برای سقط درخواستی مؤثر است (۱۶، ۱۷). این موضوع بیانگر این است که انجام سقط حتی از حیطة فرهنگ، وضعیت اقتصادی، مذهب و قانون عبور می‌کند. زنانی که احساس می‌کنند حاملگی برای سلامت جسمی، روحی و یا وضعیت اجتماعیشان خطرناک است، بیش‌تر مواقع با ناامیدی به دنبال رهاشدن از بارداری ناخواسته‌ی خود هستند (۱۴).

در آموزش پزشکی، مسئله‌ی سقط را به‌جز از منظر درمانی، از جنبه‌های بسیاری می‌توان مورد بررسی قرار داد، که از آن جمله می‌توان به جنبه‌های اجتماعی، روانی، قانونی، اخلاقی و فقهی آن اشاره کرد. گاهی جنبه‌های روانی، اجتماعی، شرعی و قانونی با آمیخته شدن با مسائل اخلاقی، در اخلاق پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد و این، در حالی است که هر کدام از این مباحث، خود شاخه‌ی علم را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد، که این مسئله، نشان‌دهنده‌ی حساسیت موضوع سقط است (۱۸).

با در نظر گرفتن نقش مهم دین در زندگی بیش‌تر مردم

به ناخواسته، ۷۸ به ۴۹ بارداری، به ازای ۱۰۰۰ زن در سنین باروری است (۲).

در ایران، میزان بارداری ناخواسته از ۳۷ درصد در سال ۱۳۷۱، به ۶/۱۸ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده و از آن پس، تقریباً در همین حد ثابت مانده است (۳). متوسط میزان پوشش فراگیر تنظیم خانواده در ایران در سال ۹۱، ۳/۷۳ درصد بوده است (۴). حتی در صورت به‌کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری، هیچ‌یک از این روش‌ها ۱۰۰ درصد مؤثر نیست و باوجود به‌کارگیری همه‌ی تدبیرهای لازم، احتمال وقوع بارداری ناخواسته باز هم وجود دارد (۵). باوجود افزایش کمی و کیفی روش‌های پیشگیری از بارداری و افزایش سطح آگاهی جامعه درباره‌ی آن، حاملگی ناخواسته یکی از مشکل‌های دوران بارداری محسوب می‌شود (۶). وقتی مادران باردار با حاملگی‌های ناخواسته مواجه می‌شوند ناگزیر اقدام به سقط جنین می‌کنند (۷).

سقط جنین از نظر علم پزشکی انواعی دارد که بدین شرح است: ۱- سقط جنین طبیعی: در این‌گونه سقط معمولاً به‌علت ناهنجاری‌های ژنتیکی و یا به علت بیماری و گاهی نیز به دلیل تأثیرپذیری مادر از حادثه‌ی هولناک، جنین به‌یکباره و خود-به‌خود از رحم مادر خارج می‌شود؛ ۲- سقط جنین طبی: در این‌گونه سقط به‌دلیل این که استمرار بارداری برای مادر زیان‌آور است، پزشک مجوز سقط جنین را برای وی صادر می‌کند؛ ۳- سقط جنین ضربه‌ی: این‌گونه از سقط معمولاً از راه‌هایی چون سقوط از ارتفاع، ضربه دیدن زن، تصادف، درگیری‌ها و اتفاق‌هایی که منجر به تکان شدید مادر شود، روی می‌دهد. ۴- سقط جنایی: اگر زنی با بارداری ناخواسته مواجه شود و از نظر علم پزشکی با هیچ‌یک از انواع سقط یادشده روبه‌رو نباشد، آن‌گاه وی به نوعی دیگر از سقط، به‌نام سقط جنایی اقدام خواهد کرد. این سقط در صورتی محقق می‌شود که مادر به‌عمد و بدون وسایل و تجهیزات پزشکی به این عمل دست - زند (۸). سقط جنین جنایی، در واقع یک سقط عمدی انتخابی است که هیچ‌گونه جنبه‌ی درمانی ندارد و غیرقانونی است.

در ایران آمار دقیقی از میزان شیوع سقط جنین در دسترس نیست؛ اما برخی از گزارش‌ها حاکی از وقوع سالانه ۸۰ هزار سقط جنین غیرقانونی در شرایط غیربهداشتی است (۹).

برآوردهای غیرمستقیم نشان می‌دهد که هر زن ایرانی در طول دوره‌ی باروری خود به‌طور متوسط حدود ۱/۰۷۱ مورد سقط القایی (شامل سقط درمانی و سقط عمدی انتخابی) را تجربه می‌کند (۵). به نظر می‌رسد این اطلاعات با واقعیت‌های

پرسش‌نامه‌ی کامل که به همهی سئوال‌های آن پاسخ داده شده بود به دست محققان رسید.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته بود. پرسش‌ها شامل ویژگی‌های دموگرافیک، پیشینه‌ی بارداری، روش‌های جلوگیری از بارداری، تعداد سقط جنین عمدی و غیرعمدی و عوارض بعد از سقط بود. البته پرسش‌هایی نیز در حوزه‌ی مسائل شرعی، مانند حکم سقط عمد، پرداخت دیه و ... مطرح شد.

جهت روایی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ حدود ۱۰ نفر از افراد متخصص و کارشناسان مربوط، پرسش‌نامه را بررسی و محتوای پرسش‌ها را تأیید کردند. پایایی پرسش‌نامه هم بر اساس بخشی از پرسش‌نامه‌ها که به صورت آزمایشی، تکمیل شده بودند، محاسبه شد که میزان آلفای کرونباخ، بالای ۹۰ درصد به دست آمد.

اطلاعات به صورت انفرادی در مرکزهای درمانی جمع‌آوری شد. بدین ترتیب که در ابتدای کار، مصاحبه‌گر(کارشناس مامایی) هدف پژوهش، اهمیت و ضرورت آن را برای نمونه‌ها توضیح داد و نیز توصیه به پاسخگویی واقع‌بینانه و گرفتن رضایت‌نامه‌ی کتبی از افراد دارای ویژگی‌های واحدهای پژوهش صورت گرفت. به واحدهای پژوهش این اطمینان داده شد که تمام اطلاعات دریافت‌شده محفوظ نگاه داشته خواهد شد. بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها اطلاعات به نرم‌افزار SPSS- (نسخه ۱۷) وارد شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، نسبت‌ها و درصدها استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار سن واحدهای پژوهش، در زمان تکمیل پرسش‌نامه، به ترتیب ۳۱ سال و ۷/۲۱؛ و در زمان انجام سقط، به ترتیب ۲۶ سال و ۵/۸۳ بوده است. همچنین بیش‌ترین و کم‌ترین فراوانی مربوط به سن زنان در زمان تکمیل پرسش‌نامه به ترتیب ۶۸ و ۱۸ سال؛ و در زمان سقط، ۴۳ و ۱۵ سال بوده است.

توزیع فراوانی واحدهای پژوهش نشان داد که بیش‌ترین فراوانی مربوط به گروه دارندگان دیپلم است، که تعداد آنان ۱۵۱ نفر (۴۲/۲ درصد) و کم‌ترین فراوانی نیز مربوط به گروه دارندگان مدرک بالاتر از لیسانس با فراوانی ۱۴ نفر (۱۰/۹ درصد) بوده است.

توزیع فراوانی افراد برحسب زمان سقط، نشان داد که بیش‌ترین فراوانی سقط، ۷۴ نفر (۲۰/۵ درصد) در هفته‌ی

جهان و نشئت گرفتن بسیاری از قانون‌های حقوقی از دین‌های آسمانی، لزوم توجه به سقط و چگونگی استدلال‌های اخلاقی دین، برای حرمت یا مجاز دانستن آن، بیش‌تر آشکار می‌شود. این، در حالی است که ریشه‌ی اصلی مخالفت‌ها و بحث‌ها برای انجام سقط، دین است؛ و موارد دیگر، با اهمیتی کم‌تر پس از آن قرار دارد (۱۹).

در حال حاضر با وقوع میزان بالایی از سقط‌های القایی و غیربهداشتی در ایران (سالانه دست‌کم ۸۰۰۰۰ سقط) و آمار صعودی آن در این حوزه و در پی آن، با برجا گذاشتن ناتوانی‌های جسمی و روحی این سقط‌ها روبرو هستیم، از این رو این مهم، ضرورت بررسی عامل‌های سوق‌دهنده‌ی زنان با بارداری ناخواسته را به سوی سقط جنین، با وجود ممنوعیت‌های مذهبی و مانع‌های قانونی سقط القایی در کشور اسلامی ایران، روشن می‌سازد.

مطالعه‌ی حاضر جهت بررسی عامل‌های مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در این باره طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی (روش پیمایشی) است که به زنانی که در ۱۰ سال اخیر به مرکزهای بهداشتی، درمانی و آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان‌های پزشکی، آموزشی و درمانی مهدیه، طالقانی، شهدای تجریش، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری و مرکزها و شبکه‌های بهداشتی تابع دانشگاه) مراجعه کرده و دارای ویژگی‌های واحدهای پژوهشی بودند، برای کنترل متغیرهای مورد نظر، پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته داده شد تا با رضایت شخصی آنان آن را تکمیل کنند. ویژگی‌های واحدهای پژوهش، شامل زنان مراجعه‌کننده به مرکزهای بهداشتی، درمانی و آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عبارت بوده است از ایرانی‌الاصل بودن، سالم بودن از نظر روانی و داشتن سواد خواندن و نوشتن.

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۳۶۹ نفر بود که نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. بدین صورت که از میان همهی زنانی که به درمانگاه‌ها و بخش‌های یادشده مراجعه می‌کردند و دارای معیار ورود به مطالعه بودند، افرادی به صورت تصادفی انتخاب شدند. با در نظر گرفتن مواردی از پرسش‌نامه‌ی ناقص پُر شده و همچنین به سبب محدودیت‌های بسیار در فرآیند، از جمله همکاری نکردن برخی از واحدهای پژوهش در تکمیل پرسش‌نامه، در نهایت ۳۶۰

یافته‌ها برحسب دلیل واحدهای پژوهش برای انجام عمل سقط، نشان می‌دهد که بیش‌ترین فراوانی با ۷۰ نفر (۱۹/۵ درصد) مربوط به مشکل‌های مالی بوده و کم‌ترین فراوانی با ۱۳ نفر (۳/۶ درصد) مربوط به علت بیماری و بیروسی بوده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی افراد برحسب دلیل‌های سقط

شاخص	تعداد	درصد
مشکل‌های جسمی	۲۱	۵/۸
مشکل‌های روحی- روانی	۴۸	۱۳/۳
مشکل‌های مالی	۷۰	۱۹/۵
تعداد زیاد فرزندان	۲۶	۷/۲
مشکل‌های شغلی	۱۸	۵/۰
سن پایین بارداری	۳۳	۹/۲
مسائل اجتماعی	۲۵	۶/۹
جنسیت فرزند	۱۴	۳/۹
نقص عضو بچه	۴۲	۱۱/۷
بیماری مادر	۲۰	۵/۶
حاملگی در دوران عقد	۳۰	۸/۴
حاملگی قبل از جشن عروسی	۲۷	۷/۵
مصرف دارو	۱۴	۳/۹
بیماری و بیروسی	۱۳	۳/۶
اعتیاد	۱۴	۳/۹
حاملگی در دوران شیردهی	۲۹	۸/۱
اختلاف	۵۳	۱۴/۸
دیگر موارد	۶۲	۱۷/۳

توزیع فراوانی افراد برحسب تشویق‌کنندگان به عمل سقط نیز نشان می‌دهد که بیش‌ترین فراوانی با ۱۹۸ نفر (۵۵/۳ درصد) به تشویق همسران خود اقدام به سقط کرده‌اند و کم‌ترین فراوانی با ۱ نفر (۰/۳ درصد) مربوط به سقط بر اثر شرایط محیط کار و تشویق دیگران بوده است.

جدول ۴. توزیع فراوانی افراد برحسب تشویق‌کنندگان

شاخص	فراوانی	درصد فراوانی
والدین	۱۵	۴/۲
اعضای دیگر	۲۱	۵/۸
همسر	۱۹۸	۵۴/۸
شریک جنسی	۲۰	۵/۵
محیط کار	۱	۰/۳
پزشک	۲۶	۷/۲
دوستان	۱۲	۳/۳

هشتم بارداری بوده و بعد از آن، ۱۷/۵ درصد در هفته‌ی هفتم و ۱۳ درصد در هفته‌ی ششم، همچنین کم‌ترین فراوانی سقط، یک نفر (۰/۳ درصد) در هفته‌ی دوم و یک نفر در هفته‌ی بیست و چهارم، بیش‌ترین میزان سقط را به خود اختصاص داده است. توزیع فراوانی افراد برحسب وضعیت تأهل در زمان تکمیل پرسش‌نامه، نشان می‌دهد که بیش‌ترین فراوانی مربوط به گروه متأهل با تعداد ۳۲۵ نفر (۹۱/۳ درصد) بوده و کم‌ترین فراوانی مربوط به گروه افراد بیوه با تعداد ۲ نفر (۰/۶ درصد) بوده است. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب وضعیت تأهل در زمان انجام سقط نیز نشان می‌دهد که بیش‌ترین فراوانی مربوط به گروه متأهل با تعداد ۲۸۹ نفر (۸۱/۵ درصد) بوده که حدود ۱۵ درصد هم نامزد و یا در شرایط عقد بودند. کم‌ترین فراوانی نیز مربوط به افراد بیوه با تعداد ۱ نفر (۰/۳ درصد) بوده است. جدول ۱ و ۲ توزیع فراوانی زنان بر حسب نوع فرزند را نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی زنان دارای سقط برحسب تعداد فرزند پسر

شاخص	فراوانی	درصد فراوانی
۱	۱۰۵	۲۹/۱
۲	۴۸	۱۳/۳
۳	۲۱	۵/۸
۴	۳	۰/۸
۵	۱	۰/۳

جدول ۲. توزیع فراوانی زنان دارای سقط برحسب تعداد فرزندان دختر

شاخص	فراوانی	درصد فراوانی
۱	۱۰۶	۲۹/۴
۲	۳۶	۱۰
۳	۱۶	۴/۴
۴	۷	۱/۹
۵	۱	۰/۳

توزیع فراوانی برحسب مدت زمان تصمیم‌گیری برای انجام عمل سقط، به‌طور میانگین ۱/۷ هفته با انحراف معیار ۱/۶ بوده است. توزیع فراوانی زنان دارای سقط برحسب شغل نیز نشان می‌دهد که ۲۶۸ نفر (۷۴/۲ درصد) خانه‌دار؛ ۱۵/۵ درصد، کارمند؛ و بقیه دارای شغل‌های دیگر بودند.

نشان داد باوجود اینکه بیش تر واحدهای پژوهش عمل سقط جنین را از نظر شرعی مجاز نمی دانند، تعدادی از خانمهای باردار ناخواسته اقدام به سقط غیردینی می کنند و البته مقدار بسیار اندکی هم دیه را پرداخت نموده اند.

امروزه، سقط جنین از مسائل بسیار مهم اجتماعی، اخلاقی و حقوقی در جامعه بشری محسوب می شود. البته ممکن است در بعضی از موارد، مانند در خطر بودن جان مادر و یا اینکه بر اساس بعضی از موارد خاص پزشکی، آن هم با توجه به نظر متخصصان ذیربط، بتوان جنین را سقط کرد. آنچه در حال حاضر دامن گیر جوامع بشری شده، شاید دلیل های مختلفی مانند جلوگیری از انفجار جمعیت، محدودیت منابع، حقوق بشر، آزادی حقوق زنان، بهانه های اشتغال و تأمین معیشتی، معضل تربیت و نگهداری و رسیدگی به فرزندان، بهانه های حفظ زیبایی جسم و بسیاری از موارد دیگر است که افراد بر اساس آنها اقدام به سقط جنین می کنند. بنابراین اگر در این زمینه توجه کافی صورت نگیرد و به خانواده ها آگاهی لازم داده نشود، این مسئله به موضوعی هنجار و متعارف تبدیل خواهد شد. در این باره علاوه بر اینکه باید به مسائلی چون در خطر قرار گرفتن جان مادر، تولد فرزندان ناقص و مبتلا به ناهنجاری های جسمی و یا مسائل مستحدثه ای روز توجه داشت، باید جامعه های بشری، به ویژه جامعه ای اسلامی را به آموزه های دینی و فرمان های الهی و مسائل شرعی و قانون های دین مبین اسلام و فقه شیعه، توجه داد تا ناخواسته در معصیت الهی قرار نگیرند.

باید در نظر داشت که مدافعان سقط جنین سعی می کنند تا وانمود کنند جنین هیچ وقت نمی تواند یک انسان بالفعل باشد؛ چون ویژگی ها و ممیزهای یک انسان را ندارد؛ بنابراین، نمی تواند در زمره ای انسان قرار گیرد. به نظر می رسد این گروه، انسان را فقط متعلق به رده ای خاصی از موجودات بیولوژیک در نظر می گیرند و از تعلق آن به جامعه ای اخلاقی غافل مانده اند (۲۰).

یافته های این مطالعه نشان می دهد که میانگین سن زنان در انجام سقط، ۲۶ سال است. مطالعه ای دیگری که در سال ۲۰۰۵ انجام شده، میانگین سن زنان اقدام کننده به سقط عمدی را در ایران، ۳۰ سال؛ و دامنه ای این تغییرهای سنی را بین ۱۷ تا ۴۷ سال برآورد کرده است (۲۱). طوافیان و همکارانش نیز میانگین سن زنان اقدام کننده به سقط عمدی را ۲۹/۹ گزارش کرده اند، که یافته های این پژوهش ها با پژوهش ما مطابقت دارد (۲۲).

یافته های این مطالعه نشان داده که بیش ترین وقوع سقط عمدی، در هفته های هشتم، نهم و دهم بارداری بوده است. در مطالعه ای نیک پور و همکارانش نیز نشان داده شده که بیش

دیگران	۱	۰/۳
هیچ کدام	۶۴	۱۷/۷
کل	۳۵۸	۹۹/۲

توزیع فراوانی افراد برحسب تعداد سقط عمدی واحدهای پژوهش نشان می دهد که در بیش ترین فراوانی با ۲۶۳ نفر (۷۲/۹ درصد) فقط یک مورد سقط عمد داشته اند و کم ترین فراوانی با ۲ نفر (۰/۶ درصد)، ۴ مورد سقط عمد داشته اند. بررسی واحدهای پژوهش نشانگر آن است که بیش تر افراد، یعنی ۲۴۵ نفر (۶۷/۹ درصد) از سقط خود در زمان انجام سقط راضی بوده اند، ۸۹ نفر (۲۵/۲ درصد) ناراضی و ۱۹ نفر (۵/۴ درصد) تا حدودی از زمان سقطشان رضایت داشته اند. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب رضایت از انجام سقط نیز نشان دهنده ای آن است که با گذشت زمان از انجام سقط، ۱۷۹ نفر (۴۹/۶ درصد) از سقط خود ناراضی و ۱۶۳ نفر (۴۵/۲ درصد) از سقط خود راضی بوده اند.

جدول ۵ توزیع فراوانی بر حسب وضعیت شرعی سقط جنین و جدول ۶ توزیع فراوانی افراد را بر اساس پرداخت دیه نشان می دهد.

جدول ۵. توزیع فراوانی افراد بر حسب وضعیت شرعی سقط عمد (حلال، حرام، جایز)

شاخص متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
حلال	۱۸	۵
حرام	۱۵۳	۴۲/۴
جایز	۱۲۴	۳۴/۳
نمی دانم	۵۹	۱۶/۳

جدول ۶. توزیع فراوانی افراد بر حسب پرداخت دیه

شاخص متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
بله	۱۵	۴/۲
خیر	۳۳۷	۹۳/۴
کل	۳۵۲	۹۷/۵

بحث

این پژوهش به دنبال این بوده که به بررسی عامل های مؤثر در تصمیم گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در این باره بپردازد. یافته های این مطالعه نشان داد که مهم ترین دلیل واحدهای پژوهش برای انجام سقط، مسائل مالی بوده است. همچنین بیش تر آنان به تشویق و تحریک همسران خود به عمل سقط جنین ترغیب شده اند. یافته ها

روانی، سنّ پایین بارداری، مشکل‌های اجتماعی، حاملگی در دوران عقد، حاملگی در دوران شیردهی و موارد دیگر با اولویت پایین‌تر مطرح شده است.

با مروری بر مطالعه‌هایی که به بررسی کمی عامل‌های مربوط به سقط پرداخته‌اند، مشخص می‌شود که فشار مالی، تضاد و اختلال در نقش، تعدد فرزندان، تردید درباره‌ی امکان ادامه یافتن زندگی مشترک و نیز از دست رفتن موقعیت‌ها به سبب بارداری (۲۷-۳۰)، از جمله دلیل‌های سوق‌دهنده‌ی زنان به سوی سقط گزارش شده است.

متولی و همکارانش در تحقیقی با عنوان بررسی شیوع، علل و پیامدهای سقط عمدی در زنان شهر اردبیل در سال ۱۳۹۰، مهم‌ترین علت سقط عمدی جنین را جنسیت؛ و بعد از آن وضعیت اقتصادی نامطلوب گزارش کرده‌اند (۳۱). مطالعه‌ی طوافیان در سال ۱۳۸۵ در تهران، سبب‌های سقط را افزایش تعداد زایمان‌های قبلی، درآمد متوسط و بالاتر و ازدواج غیرفامیلی نشان داده است (۲۲). مطالعه‌ی بوزکورت و همکاران نیز نشان داده که ۶/۶۴ درصد موارد دلیل‌های سقط عمدی، تمایل نداشتن به دارا بودن فرزند بیشتر بوده است (۳۲). مطالعه‌ی اویگور و همکاران در ترکیه نیز نشان داده که از دلیل‌های سقط، عامل‌های اجتماعی- اقتصادی، سنّ مادر و سطح تحصیلات بوده است (۱۴). راتیکان و همکاران هم در پژوهش خود عامل‌های خطر سقط عمدی را سنّ بالای مادر، بیکاری مادر، سطح تحصیلات پایین، کشیدن سیگار، مصرف الکل، وزن بسیار بالای مادر، ابتلای مادر به بیماری‌های مزمن و حاملگی‌های نامشروع برشمرده‌اند (۳۳).

دلیل‌های سقط عمدی تقریباً در مطالعه‌های مختلف با هم و با تحقیق حاضر، همخوانی دارد، به‌غیر از اینکه ممکن است عامل‌های فرهنگی و اجتماعی حاکم بر شرایط جامعه، در هر شهر یا کشور در اولویت برای انجام سقط، متفاوت باشد.

بررسی ما نشان داد، با توجه به اینکه بیش‌ترین میزان سقط در زنان خانه‌دار است، شاغل بودن نیز دلیل کافی برای اقدام به سقط نیست. البته به نظر می‌رسد با توجه به شواهد گوناگون، میزان زنان شاغل کم است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش ویسی و همکاران (۳۴) هماهنگی دارد.

بررسی ما نشان داده، با اینکه حدود ۴۰ درصد از افراد سقط جنین را غیرجایز و غیرحلال می‌دانند، با رضایت اقدام به سقط کرده‌اند. این مسئله نشان می‌دهد که شناخت زنان نسبت به احکام شرعی و ایمان ضعیف است و عده‌ی زیادی از زنان یا با این موضوع آشنا نیستند و یا قائل به انجام آن نیستند، که در هر صورت مرتکب گناه کبیره شده‌اند و باید در عالم دیگر-

ترین وقوع سقط (۶۳/۹٪) در کم‌تر از ۱۲ هفته‌ی بارداری اتفاق افتاده است (۱۰) که با نتیجه‌های مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. همچنین مطالعه‌ی ما نشان داد که مواردی از سقط بوده که بعد از ۴ ماهگی اتفاق افتاده است.

با توجه به بسیاری از متن‌های اسلامی، اعم از آیه‌های قرآن و یا حدیث‌هایی که از معصومان (ع) وجود دارد، چنین استنباط می‌شود که بعد از سپری شدن چهار ماه، روح در جنین انسان دمیده می‌شود که با حرکت یافتن آن مقارن است. دمیده شدن روح و یا حرکت یافتن جنین، درحقیقت شروع فصل جدیدی است که جنین را در زمره‌ی شخص و یا انسان قرار می‌دهد. بنابراین، سقط جنین نیز بسته به اینکه قبل از دمیده شدن روح صورت پذیرد و یا بعد از آن، متفاوت خواهد بود. هم اهل سنّت و هم فقه شیعه جنینی را که دارای روح و حیات انسانی باشد یک انسان و شخص تلقی کرده‌اند و در صورت انجام سقط، شائبه‌ی قتل نفس را مطرح می‌نمایند. اما در مورد جنینی که روح نداشته باشد، اجماع نظری میان علما و فقهای مسلمان وجود ندارد؛ گروهی از اهل سنت آن را جایز می‌دانند و عده‌ی هم با آن موافق نیستند. فقه شیعه نیز این عمل را به‌جز در موارد اضطرار و استثنایی، حرام می‌داند (۲۳).

سقط جنین بعد از ماه چهارم حاملگی، گناه کبیره و قتل نفس است. کسی که مرتکب چنین کاری شود قاتل محسوب می‌گردد؛ چون بعد از دمیده شدن روح، او (جنین) انسان است و وجودی مستقل از مادرش دارد و فقط محل زندگی او در رحم مادرش می‌باشد (۲۴).

در این مطالعه‌ی حدود ۱۵ درصد افراد در شرایط نامزدی، بدون خواندن خطبه‌ی عقد، باردار شده بودند. اسلام برای برآورده شدن نیازهای زن و مرد، چهارچوب ازدواج (دائم و موقت) را معین کرده است و هرگونه ارتباط جنسی باید بعد از عقد ازدواج باشد؛ حتی دختر و پسری که با هم نامزد هستند و قرار است در آینده‌ی نزدیک با هم ازدواج کنند، قبل از ازدواج نمی‌توانند با هم رابطه‌ی جنسی داشته باشند. از نظر اسلام برآورده شدن نیازهای جنسی زن و مرد الزاماً باید در چارچوب شرع مقدس باشد (۲۵، ۲۶).

رابطه‌ی جنسی در دوران نامزدی که از منظر شرع، هنوز صیغه-ی عقد بین طرفین جاری نشده است، از نظر شرعی نیز حرام و گناه محسوب می‌شود؛ و به تبع آن بارداری نیز جایز نیست و حرام است و البته سقط جنین تشکیل شده از طریق نامشروع نیز خود حرام است.

در پژوهش حاضر از مهم‌ترین علت‌های سقط عمدی جنین، مشکل‌های مالی بوده است؛ و بعد از آن، مشکل‌های روحی-

بالقوه انسان است را از بین ببریم و نه منفعت عمومی در این است که زنان به دلیل بی توجهی به روش های ناباروری، بی بند و باری های جنسی، انتخاب جنسیت و ... باردار شوند و بعد تصمیم به رهایی از بارداری بگیرند (۱۸).

نتیجه گیری

سقط جنین یکی از مسئله های بحث انگیزی است که در همه ی متن های طب و تاریخ اخلاق پزشکی آن را نمونه یی از معضل های اجتماعی و اخلاق پزشکی بر شمرده اند و در همه ی سوگندنامه ها نسبت به اقدام نکردن به سقط جنین قسم یاد شده است. از این رو، ضروری است که در جامعه ی ایران اسلامی به این بحث به صورت جدی پرداخته شود؛ و چون در جامعه ی ایرانی - اسلامی موضوع های دینی و گزاره ها و اصول دینی پایه و اساس دارد، بنابراین، باید شرایط فرهنگی و اجتماعی به گونه یی از طرف مسئولان فراهم شود که افراد با بارداری ناخواسته و به دنبال آن سقط عمدی مواجه نشوند.

گفتنی است که سقط جنین موضوعی است که اصلاح آن از جنبه های مختلف مثل اخلاق، پزشکی، اجتماع، فرهنگ و دین فایده هایی خواهد داشت، مانند تندرستی زنان، تنظیم خانواده، تربیت معنوی انسان ها، داشتن جامعه ی سالم، امیدواری انسان ها، ارزش دادن به ماهیت انسان (روح خدایی) و ...

برای کنترل این سقط های غیرقانونی نیز نقش فرهنگ سازی و آموزش بارداری سالم را نباید دست کم گرفت؛ یعنی در کنار این که باید تلاش شود فرآیندهای قانونی و اجرایی به افزایش آمار سقط غیرقانونی جنین منجر نشود، باید سازوکاری هم پیش بینی کرد که در آن خانواده ها از نحوه ی بارداری همراه با سلامت و نیز عوارض جبران ناپذیر سقط های غیرقانونی، بیش تر آگاه شوند و با به کار بستن استدلال های اخلاقی و شرعی، جامعه و کادر پزشکی را مجاب کنیم تا مسائل قانونی و شرعی را نیز در انجام عمل سقط بیش تر به کار بندند.

قدردانی

این پروژه ی تحقیقاتی برگرفته از طرح تحقیقی شماره ی ۱۱۳۵-۱۱۵۷-۱-۱۳۹۲ مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. بدین وسیله از معاونت و مدیریت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و همه ی کسانی که امکانات مالی و اجرایی طرح مذکور را فراهم کردند، قدردانی می نمایم.

(آخرت) پاسخگو باشند و خود را آماده ی این پرسش کنند که «بأی ذنب قُتِلت»؟

درباره ی بررسی متغیر پرداخت دیه، یافته های این مطالعه نشان می دهد که بیش از ۹۰ درصد نمونه های پژوهش اقدام به پرداخت دیه نکرده اند. یکی از مسائلی که در سقط جنین اهمیت دارد، وجوب دیه است؛ قائلان به وجوب دیه معتقدند به دلیل اینکه سقط جنین در هر مرحله یی مشمول دیه است، پس پرداخت دیه می تواند بر غیرمجاز بودن سقط جنین حتی قبل از نفخ روح دلالت داشته باشد (۳۵).

امام خمینی (ره) درباره ی سقط جنایی می گوید «اگر زن حامله یی کاری کند که جنینش سقط شود، باید دیه ی آن را بپردازد که این دیه به وارث جنین می رسد و به خود زن چیزی از آن نمی رسد» (۳۶). حضرت آیت الله گلپایگانی نیز در این زمینه می گوید: «سقط عمدی جنین معصیت است و دیه نیز دارد. بنابراین، استعمال و خوردن چیزی که برای بدن مضر باشد، حرام است؛ خواه موجب هلاک شود، مانند این که سم کشنده را بخورد، خواه اینکه زن حامله چیزی را که موجب سقط جنین است بخورد». از دیدگاه ایشان توافق زوج برای سقط جنین تحت عنوان سقط جنایی قرار می گیرد و حرام است و اگر به این عمل مبادرت ورزند علاوه بر اینکه قاتل به - شمار می روند، به پرداخت دیه نیز محکوم می شوند (۳۷). البته در صورتی قاتل محسوب می شوند که جنین ۱۶ هفتگی را پشت سر گذاشته باشد، زیرا در این مرحله روح به بدن دمیده می شود؛ بنابراین، انسان کامل به شمار می آید و سقط او، قتل نفس خواهد بود (۳۸).

پس اگر زن حامله از روی عمد کاری کند که جنین او سقط شود، باید دیه ی آن را به وارث جنین بپردازد و خود او از این دیه ارث نمی برد. چنانچه ورثه ی جنین او را عفو کنند، دیه ساقط می شود ولی در جنینی که روح دمیده شده، کفاره ی قتل بر زن واجب است.

براساس مباحث دینی، سقط جنین، حرام و از گناهان کبیره است و مرتکب آن باید توبه کند و کفاره (دو ماه روزه متوالی) بپردازد و دادن دیه نیز بر وی واجب است. جدا از مباحث دینی، هیچ یک از رویکردهای اخلاقی نیز سقط جنین را بدون داشتن دلیل کاملاً منطقی، حتی پیش از ولوج روح، کار اخلاقی نمی داند؛ چراکه نه وجدان قبول می کند که جنینی که

۱. الذین یرثون الفیوض هم فیها خالیون (۱۱) ولقد خلقنا الإنسان من سلالة من طین (۱۲) ثم جعلناه نطفة فی قرار مکین (۱۳) ثم خلقنا النطفة علقة فخلقنا العلقة مضغة فخلقنا المضغة عظاما فكسونا العظام لحما ثم أنشأناه خلقا آخر فتبارک الله أحسن الخالقین (۱۴)

References

1. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2006; 38(2) :90-6.
2. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family planning*. 2010; 41(4): 241-50.
3. Erfani A. Levels, trends, and determinants of unintended pregnancy in iran: the role of contraceptive failures. *Studies in family planning*. 2013; 44(3): 299-317. (Full Text in Persian)
4. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2012:83-6. (Full Text in Persian)
5. Agha Yari Hir T, Mehryar AH. Estimation of induced abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model. *Journal of Population Association of Iran*. 2007; 2: 61-91. (Full Text in Persian)
6. Abdullahi F, Mohammadpour Tahamtan RA. Study on consequences of unwanted pregnancies in women admitted to hospitals administered by Mazandaran University of Medical Science, 1999- 2000. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2003; 14: 40-5. (Full Text in Persian)
7. Cohen SA. Envisioning life without Roe: lessons without borders. *Guttmacher Report on Public Policy*. 2003; 6(2): 3-5.
8. Ghoadarzi MS. Pezeshki Qhanooni. Tehran: Nashr Mizan; 2004. (Full Text in Persian)
9. Milsom I. Contraception and family planning. *European Practice in Gynecology and Obstetrics Series*. Elsevier. Sweden; 2006.
10. Nikpour B, Majlessi F, Tol A, Eshraghi N. Assessment of Induced Abortions and its Effective Factors in Comparison with Spontaneous Abortions among Women Refer to Hospitals in South of Tehran. *Journal of Family Health*. 2013; 1(3): 14-20. (Full Text in Persian)
11. Majlessi F, Rahimi Forooshani A, Shariat M. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. *East Mediter Health Journal*. 2008; 14(1): 103-9. (Full Text in Persian)
12. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M. Understanding reasons why women facing unintended pregnancy seeking for abortion: a qualitative study . *Journal of the Iranian Institue for HealthSciences Research*. 2014; 13: 413-24. (Full Text in Persian)
13. Aghayari Hir T, Mehryar AH. Indirect estimation of the total induced abortion using the proximate determinants of fertility in Iran by province Family Health Hafslnamh. *Journal of Population Association of Iran*. 2007; 2(3): 61-91. (Full Text in Persian)
14. Uygur D, Erkaya S. Reasons why women have induced abortions in a developing country. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*. 2001; 96(2): 211-4.
15. Kirkman M, Rowe H ,Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of women's mental health*. 2009; 12(6): 365-78.
16. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003; 57(8): 601-5.
17. Skjeldestad FE, Borgan JK, Daltveit AK, Nymoer EH. Induced abortion: effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 1994; 73(3): 255-60.
18. Shakour M, Yousefi AR, Bazrafkan I, Jouhari Z, Taheri S, Omid A. The ethical aspects of abortion in medical education Iranian *Journal of Medical Ethics and History*. 2013; 6(5): 24-34. (Full Text in Persian)
19. Kelley J, Evans MD, Headey B. Moral reasoning and political conflict: The abortion controversy. *British Journal of Sociology*. 1993: 589-612.
20. Eslami SH. Ethical approach to abortion; a case study. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6(4): 321-42. (Full Text in Persian)
21. Behjati Ardekani Z, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri Ardekani H. The need to consider different aspects of abortion in Iran. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6(4): 299-320. (Full Text in Persian)
22. Tavafian SS, Ramezanzadeh F. Demographic characteristics influencing the decision to induced abortions referred to teaching hospitals based on the Health Belief Model. *Journal of Payesh*. 2007; 6(2): 64-157. (Full Text in Persian)
23. Nemati A. Abortion from the perspective of contemporary jurisprudence. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6(4): 369-74. (Full Text in Persian)
24. Abdoljabari M .Abortion from the perspective of jurisprudence, law and ethics. 1 ed. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences and Health Services; 2008. (Full Text in Persian)
25. Banihashemi Khomeini H. Tozih Almasael Maraje. Qom: Islamic Publications Office; 2006. (Full Text in Persian)

- Persian)
26. Khomeini R. TahrirAlvasileh. Qom: DarAlelm; 1991. (Full Text in Persian)
27. Shahbazi SF, N.Taleghani, F. The Process of Illegal Abortion: A Qualitative Study. Journal of Payesh 2011; 10(2): 95-183. (Full Text in Persian)
28. Zamani-Alavijeh F, Noohjah S, Kheiriyat M, Haghighizadeh MH. Related factors of unwanted pregnancy and intention of women for continuation or termination based on HBM. Journal of Payesh. 2012; 11(4): 54-545. (Full Text in Persian)
29. Chinichian M, Halakooii-Naiini K, Rafaii-Shirpak K. Voluntary abortion in Iran: a qualitative study. Journal of Payesh. 2007; 6(3): 219-32. (Full Text in Persian)
30. Lie ML, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research. 2008; 8(1): 1.
31. Motavalli R, Alizadeh L, Namadi Vosoughi M, Shahbazzadegan S. Evaluation of the Prevalence, Reasons and Consequences of Induced Abortion in Women of Ardabil in 2011. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2012; 12(4): 91- 384.
32. Bozkurt AI, Özçirpici B, Ozgur S, Sahinoz S, Sahinoz T, Saka G, et al. Induced abortion and effecting factors of ever married women in the Southeast Anatolian Project Region, Turkey: a cross sectional study. BMC public Health. 2004; 4(1): 1.
33. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Induced abortion: not an independent risk factor for pregnancy outcome, but a challenge for health counseling. Annals of epidemiology. 2006; 16(8): 587-92.
34. Veisi F, Zanganeh M. Illegal abortion causes and methods of referrals to special clinic of Kermanshah University of Medical Sciences. Journal of Forensic Medicine. 2012; 18(1): 52-47. (Full Text in Persian)
35. Makarem Shirazi N. Religious subjects. 1 ed. Qom: Ali ebn Abitaleb; 2001. (Full Text in Persian)
36. Mousavi Khomeini SR. Toziholmasael. 8 ed. Ghom: Jameatol Modarresin Publication of Ghom Seminary; 1993. (Full Text in Persian)
37. Golpayegani M. Majmaolmasaek. Ghom: Dar Al - Qoran Al -Karim; 1988. (Full Text in Persian)
38. The holy Quran. Al-Momenoon. verse 11-14. Translated by: Ayatollah Al-ozma Naser Makarem Shirazi. Qom: Imam Ali Ebne Abi Taleb (Ýa); 2010. (Full Text in Arabic)