

باسمه تعالی



روانشناسی و ارتباطات
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

کاربرگ طرحنامه پژوهشی

(Proposal)

تکمیل این کاربرگ هیچگونه حق مادی برای پژوهشگر ایجاد نمی کند، ولی پژوهشگاه خود را موظف به حفظ حقوق معنوی وی می داند.

عنوان طرح: درک و تصور زنان از سقط جنین: مورد مطالعه زنان متاهل شهر تهران

ارائه دهنده: دکتر حبیبه بی رازقی نصرآباد

خلاصه طرح:

برآوردها حاکی از این است که طی سالهای ۲۰۱۴-۲۰۱۰ به ازای هزار زن ۱۵ تا ۴۴ ساله در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به ترتیب ۶۵ و ۴۵ بارداری برنامه ریزی نشده رخ داده است که به ترتیب منجر به ۳۶ و ۲۷ مورد سقط القایی شده است. در ایران شیوع بارداری برنامه ریزی نشده حدود ۲۸ درصد برآورد شده است. این زنان همواره با چالش تصمیم گیری جهت سقط یا تداوم بارداری مواجه هستند. سقط جنین در ایران غیرقانونی می باشد و زمانی مجاز است که ادامه بارداری، سلامت مادر را به خطر بیندازد یا به تولد نوزادی بیمار و یا معلول بینجامد. با این حال بسیاری از زنان با حاملگی برنامه ریزی شده ممکن است برای توقف بارداری، بطور مخفیانه و عموماً بصورت ناایمن اقدام به سقط جنین کنند و یا بر عکس تصمیم به حفظ و تداوم بارداری بنمایند. گرچه امار دقیقی در خصوص سقط جنین در ایران وجود ندارد. براساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی در ایران، سالیانه ۸۰ هزار سقط صورت می پذیرد (بهجتی اردکانی و همکاران، ۱۳۸۴) بر اساس نتایج مطالعه عرفانی و مک کوئیلان (۲۰۰۸) سالانه ۷۳۰۰۰ سقط در ایران رخ می دهد. امارهای غیر رسمی نیز تعداد بسیار بالایی را گزارش می دهند و از ۲۰۰ هزار تا یک میلیون نوزاد را شامل می شود. این در حالی است که کمتر از یک درصد از سقط جنین ها به دلایل پزشکی و بصورت قانونی انجام می شود و مابقی غیرقانونی و غیربهداشتی می باشند (عبدالهیان و فلاح، ۱۳۸۷). علاوه بر مرگ و میر ناشی از سقط جنین، از هر ۱۰۰۰ زنی که سقط غیرایمن در ایران انجام می دهند، ۱۰ نفر از پیامدهای مربوط به سلامت مانند عفونت، آسیب های شکمی و نازایی ثانویه رنج می برند. (آخوندی، ۱۳۸۱). علاوه بر پیامدهای بهداشتی که سقط جنین بر روی سلامت مادر و کودک دارد، به عنوان یکی از تعیین کننده های بلافصل باروری مطرح است و در کاهش بیشتر باروری نقش مهمی دارد.

شیوع گسترده سقط جنین در ایران در شرایطی است که مطابق قانون سقط عمدی مجاز شمرده نمی شود و در فقه شیعه، به استثنای مواردی، مطلقاً حرام است، و به منزله قتل عمد شمرده می شود. با این حال به نظر میرسد افراد تحت شرایط اقتصادی اجتماعی خاص جامعه امروز، در مواجهه با حاملگی های ناخواسته و یا در شرایط اضطرار، این محدودیتهای شرعی و قانونی مانعی برای اقدام به سقط جنین ایجاد نکرده است. با توجه به ممنوعیت قانونی و شرعی سقط جنین عمدی، این سوال مطرح است که درک و تصور زنان نسبت به سقط جنین چگونه است؟ چرا گروهی از زنان به سقط جنین اقدام می نمایند. بازدارنده ها و محرک های سقط کدامند؟ آیا زنان از ممنوعیت مذهبی و قانونی سقط مطلع هستند، آیا زنان از اطلاعات لازم در مورد موانع فقهی و قانونی سقط برخوردار هستند؟ آنها دامنه ممنوعیت را تا چه حد می دانند؟ اطلاعات آنها در مورد موانع فقهی، فرهنگی و عرفی چیست و آنها این اطلاعات را از چه مجرای بدست می آورند؟ افرادی که تصمیم برای سقط جنین می گیرند، چه توجیهاتی برای اقدام خود در نظر دارند. مجازات های قانونی و اخروی سقط را چگونه تفسیر می کنند؟ هنجارهای مذهبی و فرهنگی، باورها و اعتقادات دینی، رسانه های جمعی و محصولات فرهنگی در دسترس چگونه توانسته زنان را در فرایند تصمیم گیری همراهی کند؟ افرادی که سابقه سقط جنین دارند، چگونه آن را تجربه کردند؟ تجربه آنها متأثر از چه عواملی است؟ چگونه با این تجربه کنار آمدند و با توجه به بستر فرهنگی مذهبی جامعه ایران چه تناقضاتی را تجربه کردند؟

پاسخ زنان به بارداری برنامه ریزی نشده و تصمیم گیری آنان برای حفظ یا خاتمه بارداری فرایند بسیار پیچیده و سختی است. در فرایند تصمیم گیری عوامل متعددی از جمله زمینه فرهنگی اجتماعی، قومی، مذهبی، شرایط اقتصادی، و محدودیت های قانونی نقش دارد. از مروری بر متون چنین برمی آید که اکثر مطالعات ایرانی انجام گرفته در حیطه بارداری برنامه ریزی شده، بیشتر به دلایل و پیامدهای انجام سقط پرداخته اند، تا چگونگی فرایند تصمیم گیری در مورد ختم یا ادامه بارداری (شهبازی، ۲۰۱۱؛ عبدالهیان و فلاح، ۱۳۸۷؛ حسینی چاووشی و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات جهانی نیز اکثراً به فرایند تصمیم گیری نوجوانان مجرد دارای بارداری ناخواسته پرداخته و مشکلات بارداری نوجوانان را به چالش کشیده اند. لذا با توجه به پیچیدگی فرایند تصمیم گیری، تأثیر عوامل زمینه ای در این فرایند و ناشناخته ماندن روند آن خصوصاً در زمینه خاص فرهنگی و اجتماعی کشور به دلیل موانع مذهبی و قانونی سقط، مطالعه حاضر در راستای پر کردن خلاء دانش نظری در مورد درک زنان از موانع فرهنگی و نقش آن در تصمیم گیری بارداری براساس تجارب واقعی آنان طراحی می شود. با توجه بر تمرکز

این مطالعه بر ابعاد فرهنگی، نقش رسانه های جمعی، ارزش ها و هنجارهای دینی، باورها و اعتقادات مذهبی در مورد تصمیمات باروری و سقط جنین شناسایی خواهد شد. کشف درک و تصور زنان از سقط جنین و موانع فرهنگی و مذهبی سقط در بستر جامعه ایران و فرآیند تصمیم گیری در زنان دارای بارداری برنامه ریزی نشده جهت درک نیازهای آنها به منظور انجام مداخلات حمایتی و پیشگیرانه و آموزش و آشنایی زنان ایرانی با قوانین و هنجارهای مذهبی و پیامدها و آسیب های ناشی از آن در یک جامعه اسلامی ضروری است. این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد پدیدارشناسانه است. اتخاذ این نوع رویکرد هم به دلیل حساسیت موضوع است. تجربه اجرای دو پیمایش پیشین ما حاکی از پیچیدگی فرآیند تصمیم گیری جهت سقط یا تداوم بارداری است، لذا شناسایی عوامل زمینه ای و فرهنگی و نقش مذهب و قانون در طی فرآیند تصمیم گیری نیازمند رویارویی محقق با افراد و ورود به دنیای ذهنی آنها است. جهت انجام این مطالعه زنان متاهل ۱۸ تا ۴۵ سال ساکن در شهر تهران می تواند نمونه مناسبی باشد. انتخاب نمونه بر اساس چند معیار سن، سابقه بارداری، طبقه اقتصادی اجتماعی و تجربه سقط انتخاب خواهد شد. روش نمونه گیری هدفمند و با حداکثر تنوع به لحاظ سن، سابقه بارداری، طبقه اقتصادی اجتماعی و تجربه سقط خواهد بود. با در نظر گرفتن ملاک های زیر حجم نمونه حداقل ۴۵ زن متاهل خواهد بود. بهر حال ملاک پایان نمونه گیری اشباع نظری خواهد بود.

تاریخ ارائه: ۱۴۰۳/۲/۳ مدت اجرا: ۵ ماه بودجه پیشنهادی:

ویرایش اول: ☐ دوم: ☒ سوم: ☐ چهارم: ☐

پژوهشکده: ... فرهنگ، هنر و ارتباطات. گروه پژوهشی:

محور پژوهشی مرتبط با طرح (بر اساس برنامه پژوهشی سال جاری)

موضوع مرتبط با محور (بر اساس برنامه پژوهشی سال جاری)

* نوع پژوهش: ☒ کاربردی ☐ بنیادی ☐ کاربردی ☐ توسعه ای

* پژوهش بنیادی: پژوهشی است که در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده عملی خاص برای کاربرد آن انجام می گیرد.
پژوهش کاربردی: پژوهشی است که استفاده عملی خاصی برای نتایج آن منظور می شود و غالباً هم جنبه تجربی و هم جنبه نظری دارد.
پژوهش توسعه ای: پژوهشی است که بیشتر جنبه تجربی دارد و به نوآوری یا بهبود در روش ها و مکانیزم ها و محصولات منجر می شود.

۱. مشخصات مجری یا مدیر طرح:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: محل تولد:

محل صدور: سال تولد: روز .. ماه .. سال .. آخرین مدرک تحصیلی (دانشگاهی / حوزوی): ... رتبه

علمی (دانشگاهی / حوزوی): ... پایه استخدای: ...

کد ملی:

نشانی محل کار: کد پستی:

نشانی منزل:

تلفن منزل: تلفن محل کار: تلفن همراه: نماير:

آدرس پست الکترونیک:

سوابق شغلی و تجربی (به ترتیب از حال حاضر به قبل):

ردیف	محل کار	سمت	مدت	شهر-کشور

طرح‌های تحقیقاتی انجام داده و یا در حال اجرا:

[illegible]

دیگر فعالیت‌های پژوهشی (کتاب، مقاله و ...):

[illegible]

۲. بیان مسأله (معرفی دقیق ابعاد موضوع و سؤال(های) تحقیق):

سقط جنین یک مسئله پیچیده ای است که علاوه بر اینکه با یک رفتار باروری- جنسی مرتبط است با بسیاری عوامل اقتصادی اجتماعی و فرهنگی نیز پیوند دارد. در سرتاسر جهان این پدیده به عنوان یک معضل مهم سلامت عمومی و یک معضل سلامت زنان در نظر گرفته می‌شود.

از نظر تعریف، سقط جنین به خاتمه بارداری قبل از اینکه جنین توانایی زندگی در خارج از رحم مادر را یافته باشد اطلاق میگردد. معمولاً این زمان را قبل از هفته بیستم بارداری و وزن جنین را کمتر از پانصد گرم ذکر می‌کنند (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵: ۲۶۳). سقط جنین انواع مختلفی دارد: در یک حالت بعد از شروع بارداری، به دلایل جنینی یا مادری، محصول بارداری بطور خودبخودی از رحم مادر خارج می‌گردد که بدان سقط خودبخودی می‌گویند. در حالتی دیگر، در فرایند بارداری مشکلی وجود ندارد ولی به دلایلی بطور ارادی خاتمه داده میشود. این نوع سقط جنین را عمدی یا ارادی یا القا شده میگویند و از آنجا که در اکثر جوامع این نوع سقط جنین، مغایر با قوانین است، به آن جنایی یا غیرقانونی نیز گفته میشود (همان).

در سطح جهان کشورهای مختلف با توجه به آداب و رسوم، سنتها و باورهای فرهنگ ها و مذهبی قوانین متفاوتی نسبت به سقط جنین اتخاذ کرده‌اند. از یک سو شاهد آزادی سقط و قانونی بودن سقط هستیم و از سویی با محدودیتهای قانونی و سختی در برخی کشورها مواجه هستیم. در این میان برخی کشورها نیز تحت برخی شرایط ممکن است جواز سقط را صادر نمایند و یا با آن مخالفت نمایند. لذا با طیف وسیعی از مواجهه جوامع با سقط جنین هستیم (روشال ۱۳۹۰). بر طبق مطالعه موحد و همکاران (۱۳۹۳) به رغم مواضع نسبتاً مشابه مذاهب مختلف نسبت به سقط جنین، و نظر به آزادی‌های بیشتر روابط جنسی در کشورهای غربی، میزان سقط ها به ویژه سقطهای غیر بهداشتی در جوامع در حال توسعه و جوامع اسلامی بیشتر از سایر کشورها است.

هنگامی که سقط جنین قانونی است معمولاً در بیمارستان و شرایط ایمن انجام می‌پذیرد و علاوه بر اینکه خطر مرگ تا حد زیادی کنترل می‌شود، پذیرش فردی و اجتماعی آن راحت تر است و پیامدهای منفی آن نیز به مقدار زیادی کمتر است. اما سقط جنین‌های غیر قانونی معمولاً بصورت نایمن و در محیطی که حداقل استانداردهای بهداشتی و طبی را ندارد، و معمولاً در زیر زمین ها یا اماکن متروکه و غیربهداشتی توسط افراد غیر متخصص و یا غیرمتعهد و عمدتاً سودجو انجام می‌شود. در واقع بسیاری از سقط جنین‌های عمدی که در شرایط غیراستاندارد و نایمن انجام می‌شود، به دلیل نگرانی از تعقیب قانون، بعد از اقدام به سقط پیگیر درمان و معاینات لازم نیستند و حاضر نیستند به مراکز بهداشتی یا بیمارستانها برای بررسی وضعیت سلامت خود مراجعه کنند. در این شرایط به دلیل خونریزیهای شدید، یا عفونت‌های رحمی یا لگنی ممکن است با عوارض و پیامدهای جبران ناپذیر نظیر ناباروری و در موارد زیادی مرگ مادر را به دنبال داشته باشد. بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی از هر ۱۰ حاملگی یک مورد به طریق سقط جنین نایمن خاتمه می‌یابد و از هر ۸ مرگ و میر مادران یک مورد ناشی از سقط جنین‌های نایمن می‌باشد (حسینی چاووشی و همکاران، ۲۰۱۲).

علاوه بر پیامدهای بهداشتی که سقط جنین بر روی سلامت مادر و کودک دارد، به عنوان یکی از تعیین کننده های بلافصل باروری مطرح است و در کاهش بیشتر باروری نقش مهمی دارد. دیویس و بلیک در نظریه خود با عنوان چارچوب متغیرهای بینابین فهرستی از متغیرهای بینابین، ارائه کردند و بر این باورند که هر متغیر دیگری که ممکن است سطح باروری را تحت تأثیر قرار دهد، از طریق عوامل مذکور و به‌طور غیرمستقیم عمل می‌کند. آنها در چارچوب این نظریه سقط جنین که یکی از متغیرهای مربوط به وضع حمل است را به عنوان یکی از عوامل بلافصل موثر بر باروری مطرح کردند. بونگارت اهمیت نسبی ۱۱ متغیر در مدل دیویس و بلیک را بررسی می‌کند و متوجه می‌شود که برخی از این متغیرها اهمیت بیشتری در باروری دارند بونگارت (۱۹۷۸)، بونگارت و پاتر (۱۹۸۳): ۵) هشت متغیر الگوی ازدواج و فعالیت جنسی، نازایی طبیعی و آسیب‌شناختی، استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی، ناتوانی باروری پس از وضع حمل در اثر شیردهی یا خودداری از روابط جنسی پس از وضع حمل، سقط جنین عمدی و غیر عمدی را به عنوان متغیرهای تأثیر گذار بر باروری مطرح کرد و آنها را تعیین کننده‌های بلافصل باروری نامید (لوکاس و میر ۱۳۸۱: ۸۸). بعدها بونگارت در مطالعاتی که صورت داد به این نتیجه رسید که بعضی از این عوامل در مقایسه با عوامل دیگر نقش بیشتری در تعیین میزان تغییرات باروری دارند. در واقع، تنها چهار متغیر بیشترین اهمیت را در تبیین تغییرات باروری داشتند. این چهار عامل عبارتند از: ۱. نسبت زنان ازدواج کرده (عمومیت ازدواج)، ۲. نسبت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و کارایی آن، ۳. سقط جنین عمدی، ۴. طول دوره

نازایی موقت بلافاصله پس از زایمان. از نظر بونگارت (۱۹۷۸) و بونگارت و پاتر (۱۹۸۳) متغیرهای بلافصل تعیین کننده باروری ۹۶ درصد تغییرات در باروری را تبیین می کنند.

ایران از جمله کشورهایی است که انتقال جمعیتی باروری را طی مدت کوتاهی تجربه کرده است. برآوردهای صورت گرفته از روند تحولات باروری در ایران حاکی است که میزان باروری کل از حدود ۷/۷ فرزند در سال ۱۳۴۵، به حدود ۷ فرزند در سال ۱۳۵۹، و سپس به ۱/۹ تولد در سال ۱۳۸۵ و ۱/۸ تولد در سال ۱۳۹۰ کاهش یافت. باروری ایران، در نیمه اول دهه ۱۳۹۰ اندکی افزایش را تجربه می کند و تا ۱۳۹۵ به نزدیکی سطح جانشینی بازمی گردد ولی با کاهش مجدد به ۱/۷ فرزند به ازای هر زن، این دهه را به پایان می برد (مرکز آمار ایران ۱۴۰۰).

در سال های اخیر طول دوره فرزندآوری به دوره کوتاهی از زندگی زنان، حدود ۲۵ تا ۳۲ سالگی، متمرکز شده است و اکثریت زنان جوان در سال های زیادی از دوران باروری خود، حدود ۲۰ سال، از باروری پیشگیری می کنند. در چنین شرایطی سقط جنین نقش مهمی در تعیین سطح باروری دارد. به عبارتی در شرایط باروری پایین، حاملگی برنامه ریزی نشده و تقاضا برای سقط جنین افزایش می یابد.

در ایران سقط جنین زمانی قانونی است که ادامه بارداری سلامت مادر را به خطر بیندازد یا به تولد نوزادی معلول بینجامد (عرفانی و مک کوئیلان^۱ ۲۰۰۸). در نتیجه افرادی که تمایل به توقف بارداری دارند، ممکن است مخفیانه و بصورت غیر قانونی اقدام به سقط جنین کنند. گرچه امار دقیقی در خصوص سقط جنین در ایران وجود ندارد. براساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی در ایران، سالیانه ۸۰ هزار سقط صورت می پذیرد (بهجتی اردکانی و همکاران، ۱۳۸۴) بر اساس نتایج مطالعه عرفانی و مک کوئیلان (۲۰۰۸) سالانه ۷۳۰۰۰ سقط در ایران رخ می دهد. امارهای غیر رسمی نیز تعداد بسیار بالایی را گزارش می دهند و از ۲۰۰ هزار تا یک میلیون نوزاد را شامل می شود. این در حالی است که کمتر از یک درصد از سقط جنین ها به دلایل پزشکی و بصورت قانونی انجام می شود و مابقی غیرقانونی و غیربهداشتی می باشند (عبدالهیان و فلاح، ۱۳۸۷). علاوه بر مرگ و میر ناشی از سقط جنین، از هر ۱۰۰۰ زنی که سقط غیرایمن در ایران انجام می دهند، ۱۰ نفر از پیامدهای مربوط به سلامت مانند عفونت، آسیب های شکمی و نازایی ثانویه رنج می برند. (آخوندی، ۱۳۸۱).

شیوع گسترده سقط جنین در ایران در شرایطی است که مطابق قانون سقط عمدی مجاز شمرده نمی شود و در فقه شیعه، به استثنای مواردی، مطلقاً حرام است، و به منزله قتل عمد شمرده می شود. به نظر میرسد افراد تحت شرایط اقتصادی اجتماعی خاص جامعه امروز در مواجهه با حاملگی های ناخواسته و یا در شرایط اضطرار، این محدودیتهای شرعی و قانونی مانعی برای اقدام به سقط جنین ایجاد نکرده است.

در مجموع سقط جنین نه تنها معضلی بهداشتی است و با بر جای گذاردن عوارض زیاد، هزینه های گزافی را بر جامعه تحمیل می کند، بلکه به عنوان معضلی اجتماعی در تمامی جوامع تلقی می گردد؛ به طوری که در نهایت سلامت خانواده و جامعه را با مشکل مواجه می نماید. کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه^۲ در سال ۱۹۹۴ در مصر (قاهره) به کارگیری سقط جنین را به عنوان یک روش تنظیم خانواده مردود اعلام کرد و توصیه نمود که جلوگیری از حاملگی های ناخواسته می باید به عنوان اولین اولویت مطرح شوند و با آموزش لازم، نیاز به انجام سقط های القایی در این موارد از بین برود (سازمان ملل، ۱۹۹۴، واترز^۳، ۱۹۷۶)، اگر چه محدودیت های قانونی و شرعی می تواند نقش به سزایی در تصمیم گیری افراد نسبت به انجام و یا عدم انجام سقط جنین ایفا نماید ولی همواره شاهد این هستیم که علیرغم همه موانع موجود، گروهی از افراد به هر وسیله و شکل ممکن به دفع جنین اقدام می نمایند. با توجه به ممنوعیت

1. Erfani and McQuillan

2. International Conference on Population and Development (ICPD)

3. Watters

قانونی و شرعی سقط جنین عمدی، این سوال مطرح است که درک و تصور زنان نسبت به سقط جنین چگونه است؟ چرا گروهی از زنان به سقط جنین اقدام می‌نمایند. بازدارنده‌ها و محرک‌های سقط کدامند؟ آیا زنان از ممنوعیت مذهبی و قانونی سقط مطلع هستند، آیا زنان از اطلاعات لازم در مورد موانع فقهی و قانونی سقط برخوردار هستند؟ آنها دامنه ممنوعیت را تا چه حد می‌دانند؟ اطلاعات آنها در مورد موانع فقهی، فرهنگی و عرفی چیست و آنها این اطلاعات را از چه مجرای بدست می‌آورند؟ افرادی که تصمیم برای سقط جنین می‌گیرند، چه توجیهاتی برای اقدام خود در نظر دارند. مجازات‌های قانونی و اخروی سقط را چگونه تفسیر می‌کنند؟ هنجارهای مذهبی و فرهنگی، باورها و اعتقادات دینی، رسانه‌های جمعی و محصولات فرهنگی در دسترس چگونه توانسته زنان را در فرایند تصمیم‌گیری همراهی کند؟ افرادی که سابقه سقط جنین دارند، چگونه آن را تجربه کردند؟ تجربه آنها متأثر از چه عواملی است؟ چگونه با این تجربه کنار آمدند و با توجه به بستر فرهنگی مذهبی جامعه ایران چه تناقضاتی را تجربه کردند؟ پاسخ زنان به بارداری برنامه‌ریزی نشده و تصمیم‌گیری آنان برای حفظ یا خاتمه بارداری فرایند بسیار پیچیده و سختی است. در فرایند تصمیم‌گیری عوامل متعددی از جمله زمینه فرهنگی اجتماعی، قومی، مذهبی، شرایط اقتصادی، و محدودیت‌های قانونی نقش دارد. از مروری بر متون چنین برمی‌آید که اکثر مطالعات ایرانی انجام گرفته در حیطه بارداری برنامه‌ریزی شده، بیشتر به دلایل و پیامدهای انجام سقط پرداخته‌اند، تا چگونگی فرایند تصمیم‌گیری در مورد ختم یا ادامه بارداری (شهبازی، ۲۰۱۱؛ عبدالهیان و فلاح، ۱۳۸۷؛ حسینی چاووشی و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات جهانی نیز اکثراً به فرایند تصمیم‌گیری نوجوانان مجرد دارای بارداری ناخواسته پرداخته و مشکلات بارداری نوجوانان را به چالش کشیده‌اند. لذا با توجه به پیچیدگی فرایند تصمیم‌گیری، تأثیر عوامل زمینه‌ای در این فرایند و ناشناخته ماندن روند آن خصوصاً در زمینه خاص فرهنگی و اجتماعی کشور به دلیل موانع مذهبی و قانونی سقط، مطالعه حاضر در راستای پر کردن خلاء دانش نظری در مورد درک زنان از موانع فرهنگی و نقش آن در تصمیم‌گیری بارداری براساس تجارب واقعی آنان طراحی می‌شود. با توجه بر تمرکز این مطالعه بر ابعاد فرهنگی نقش رسانه‌های جمعی، ارزش‌ها و هنجارهای دینی، باورها و اعتقادات مذهبی در مورد تصمیمات باروری و سقط جنین شناسایی خواهد شد. کشف درک و تصور زنان از سقط جنین و موانع فرهنگی و مذهبی سقط در بستر جامعه ایران و فرایند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری برنامه‌ریزی نشده جهت درک نیازهای آنها به منظور انجام مداخلات حمایتی و پیشگیرانه و آموزش و آشنایی زنان ایرانی با قوانین و هنجارهای مذهبی و پیامدها و آسیب‌های ناشی از آن در یک جامعه اسلامی ضروری است.

در صورت نیاز ادامه بحث ضمیمه شود

۳. اهمیت، ضرورت و اهداف تحقیق:

موضوع سقط جنین به دلیل غیر قانونی بودن آن و عدم دسترسی به داده های متقن کمتر مورد توجه اندیشمندان حوزه های مختلف به ویژه علوم اجتماعی و جمعیت شناسان قرار گرفته است. علاوه بر آن غیر قانونی بودن آن باعث افزایش حساسیت موضوع و محرمانه تلقی شدن آن شده است. لذا خلاء تحقیقاتی زیادی در این حوزه وجود دارد.

یکی از دلایل اهمیت پرداختن به موضوع، پیامدها و عوارضی است که بر روی سلامت زنان می گذارد. از شایعترین پیامدها می توان به خونریزی، عفونت، ناباروری اولیه یا ثانویه، و مرگ مادر اشاره کرد (آخوندی ۱۳۸۱). از سوی دیگر به دلیل غیرقانونی بودن زنان را درگیر امری غیرهنجاری می نماید که همواره آن را از مراجع قانونی، نزدیکان و اطرافیان پنهان داشته و از این رو با عوارض روحی و روانی متعددی نیز مواجه خواهند شد. در واقع یکی از پیامدهای شایع سقط جنین اختلالات روانی است که زنان بدان دچار می شوند (فاضلی ۱۳۸۸).

جنبه دیگر اهمیت پرداختن به موضوع تأثیری است که سقط جنین بر روی میزان باروری کل می گذارد (بونگارت ۲۰۰۳). در حال حاضر که بیش از دو دهه است باروری زیر سطح جانشینی در کشور ما استمرار داشته است، و تمرکز سیاستهای کلی جمعیت بر افزایش باروری به بالاتر از سطح جانشینی است، جلوگیری از سقط جنین هایی که در صورت تولد می توانند، میزان باروری را تا حد قابل قبولی ارتقا بخشند از مهمترین برنامه های اجتماعی فرهنگی و بهداشتی کنونی می باشد. رسیدن به این اهداف در گام اول نیازمند برخی مداخلات فرهنگی برای اثرگذاری بر نگرشها و دیدگاه های زوجین درباره فرزندآوری و سقط جنین است و در گام های بعدی حمایت از زوجین برای تداوم بارداری و زایمان موفق و در نهایت حمایت از خانواده برای تامین هزینه های بهداشتی، آموزشی و تغذیه ای فرزندان است.

سوالات تحقیق

- ۱) درک و تصور زنان نسبت به سقط جنین چگونه است؟
- ۲) زنان در مواجهه با بارداری برنامه ریزی نشده چه تصمیمی برای تداوم یا پایان بارداری اتخاذ کردند؟
- ۳) چرا گروهی از زنان به سقط جنین اقدام می نمایند. بازدارنده ها و محرک های سقط کدامند؟
- ۴) درک زنان از پیامدها و مجازات های سقط جنین عمدی چیست؟
- ۵) مهمترین موانع فرهنگی سقط جنین از دیدگاه زنان کدام اند؟
- ۶) آیا زنان از اطلاعات لازم در مورد موانع فقهی و قانونی سقط برخوردار هستند؟
- ۷) هنجارهای مذهبی و فرهنگی، رسانه های جمعی و محصولات فرهنگی در دسترس، چگونه توانسته زنان را در فرایند تصمیم گیری (برای خاتمه یا تداوم بارداری) همراهی کند؟
- ۸) افرادی که سابقه سقط جنین دارند، چگونه آن را تجربه کردند؟ تجربه آنها متأثر از چه عواملی است؟ چگونه با این تجربه کنار آمدند و با توجه به بستر فرهنگی مذهبی جامعه ایران چه تناقضاتی را تجربه کردند؟
- ۹) مهمترین پیشنهادات و اولویت بندی سیاستی بر اساس نتایج تحقیق کدام اند؟

در نتیجه مطالعه پیش رو سعی دارد با استفاده از انجام یک مطالعه کیفی ابتدا درک و تصور زنان را در مورد سقط جنین عواملی که منجر به داشتن چمیم درکی از این پدیده شده است را شناسایی کرده پیامدهای منفی و مثبت سقط جنین مورد کاوش قرار گیرد. سپس هنجار ادراکی که به وسیله عقاید هنجاری تعیین می گردند شناسایی نماید از این مسیر فشارهای اجتماعی مرتبط با انجام سقط جنین یا عدم سقط سنجیده شود. دیدگاه فرد در مورد نظر دیگران مهم یا گروه مرجع، قوانین و سیاستها که بر روی نگرش وی در مورد سقط اثر می گذارند شناسایی خواهد شد و در نهایت عواملی که فرد را ترغیب به انجام سقط می کند و یا برعکس مانع سقط جنین است شناسایی خواهد شد. نتایج تحقیق در قالب مجموعه ای از پیشنهادات سیاستی با هدف اجرای راهکارهای موثر برای کاهش سقط جنین به مراکز تصمیم گیری معرفی خواهد شد.

۱- اهداف تحقیق

- شناسایی دیدگاه زنان متأهل در مورد سقط جنین
- شناسایی درک زنان از قوانین شرعی و عرفی سقط جنین
- شناسایی بازدارنده ها و محرک های سقط جنین
- شناسایی تجربه زنانی که سابقه سقط داشتند.
- شناسایی دیدگاه زنان متأهل در مورد پیامدهای سقط جنین

در صورت نیاز ادامه بحث ضمیمه شود

۴. بررسی ادبیات موضوع (پیشینه تحقیق و نوآوری تحقیق حاضر):

مطالعه در خصوص سقط جنین در مقایسه با ایران، در سایر کشورها بسار زیاد است. در تحقیقی که توسط فینر^۴ و همکاران (۲۰۰۵) در ایالت متحده انجام شده است مهمترین دلایل سقط جنین در این مطالعه کافی بودن تعداد فرزندان، مشکلات مالی، آماده نبودن برای نگهداری از فرزند، نگرانی از سلامت مادر و جنین، ذکر شده است.

تحقیق دیگری که در بنگلادش توسط احمد (۱۹۹۹) انجام شده نیز به دلایل نخواستن فرزند بیشتر، مشکلات مالی، کوچک بودن فرزند قبلی، شکست در استفاده از روش پیشگیری، اصرار مادر شوهر، رابطه ضعیف با شوهر و قصد جدایی اشاره دارد.

ودرووف^۵ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی درباره ی نگرش به سقط جنین در بین زنان متقاضی نشان دادند افرادی که به دنبال سقط جنین هستند، لزوماً از حقوق سقط جنین حمایت نمیکند. برخی زنان اگرچه به دنبال سقط جنین بودند، ولی آن را امر اخلاقی نمی دانستند. از هر پنج زن، یک زن از حق قانونی سقط جنین حمایت نمیکند و حدود ۳ درصد در هر شرایطی مخالف سقط بودند. تقریباً نیمی از افراد معتقدند که سقط جنین از نظر اخلاقی اشتباه است، در حالی که فقط ۲۰ درصد معتقدند که باید غیرقانونی باشد.

بارکان^۶ (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «جنسیت و نگرش به سقط جنین با میانجیگری متغیر دینداری» بیان کرد سقط جنین معمولاً مسئله ای زنانه در نظر گرفته می شود. از آنجا که زنان در زمینه ی بارداری، زایمان و فرزندآوری و همچنین سقط جنین تجربیات برجسته تری نسبت به مردان دارند، بنابراین انتظار می رود که آنها بیشتر از مردان طرفدار سقط جنین باشند. نتایج نشان داد تفاوت جنسیتی معنی داری در زمینه ی نگرش نسبت به سقط جنین زمانی پدید می آید که متغیر دینداری وارد تجزیه و تحلیل میشود. دینداری در واقع در بین زنان بیشتر از مردان به عنوان یک سرکوبگر برای دفاع از سقط جنین عمل می کند.

در ایران تحقیقات در زمینه سقط جنین در حوزه علوم پزشکی و حقوق زیاد است، با این حال مطالعات معدودی به شناخت ابعاد اجتماعی و فرهنگی سقط جنین به ویژه سقط عمدی پرداخته اند. با توجه به فقدان آمار دقیق سقط، تعدادی از مطالعات به برآورد میزان سقط جنین پرداخته اند (آقایاری هیر و مهریار، ۱۳۸۷؛ عرفانی و مک کوئیلان ۲۰۰۸؛ متقی و همکاران ۲۰۱۳). تعدادی از مطالعات بصورت کمی و با استفاده از پرسشنامه برخی عوامل مرتبط با سقط جنین را شناسایی نموده اند.

عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای به بررسی عوامل موثر در تصمیم گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در این باره پرداختند. نمونه مورد مطالعه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با سابقه سقط عمدی در ۱۰ سال اخیر می باشد. نتایج پژوهش مبین آن است که میانگین سن زنان در زمان انجام سقط ۲۶ سال می باشد. شایعترین علت انجام سقط در حدود ۲۰ درصد افراد مشکلات مالی، ۱۵ درصد اختلافات خانوادگی، ۱۳ درصد به دلیل مشکلات روحی و روانی، ۱۶ درصد حاملگی قبل از شروع زندگی مشترک (در دوران عقد و نامزدی)، ۸ درصد حاملگی در دوران شیردهی، ۷ درصد به دلیل داشتن تعداد زیاد فرزند و مابقی به دلایلی نظیر سن پایین در زمان حاملگی، اعتیاد، بیماری های جسمی و... می باشد.

4. Finer

5. Woodruff

6. Barkan,

جلیلی و همکاران (۱۳۸۴) پژوهشی با عنوان بررسی نظرات پزشکان متخصص زنان و زایمان و پزشکان عمومی شهر کرمان در رابطه سقط جنین درمانی (قانونی) و عمدی (جنایی) در زمستان ۱۳۸۱ انجام داده است. در این تحقیق ۱۴۰ نفر از پزشکان متخصص زنان و عمومی شهر کرمان به روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج این بررسی نشان داد که بیشتر از ۹۰٪ پزشکان با سقط درمانی قبل از ۱۶ هفته‌گی به ترتیب در موارد تالاسمی ماژور - ابتلا مادر حامله به اچ. آی. وی و ایدز و بیماری شدید قلبی مادر موافق هستند. همچنین درصد موافقت پزشکان با سقط درمانی بعد از ۱۶ هفته‌گی کاهش یافته است. بعلاوه ۱۰۰٪ پزشکان خواهان وجود قوانینی برای سقط در جامعه جهت جلوگیری از عوارض مرگ و میر زنان باردار هستند. ۷۴٪ ۲۸٪ پزشکان با عملکرد تیم سقط در حاملگی‌های ناخواسته و ۶۴٪ ۷٪ با قانونی شدن سقط در حاملگی‌های ناخواسته موافق بودند. سرایی و روشن شمال (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین عمدی پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد متغیرهای دینداری، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین و طبقه اجتماعی متغیرهایی هستند که بیش از ۲۶ درصد تغییرات متغیر وابسته‌ی را تبیین می‌کنند. کم‌رنگ شدن اعتقادات مذهبی و دینداری در میان زنان با افزایش نگرش مثبت به سقط جنین ارتباط مستقیم دارد.

عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان نشان دادند، شایع‌ترین علت سقط جنین، مشکلات مادی بوده و مهم‌ترین مشوق سقط جنین، همسران و نگرش اعتقادی افراد نسبت به سقط جنین ضعیف بوده است (عبدالجباری و همکاران، ۴ - ۵۴ : ۱۳۹۵). فراش و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای عوامل و تعیین‌کننده‌های نگرش دانشجویان به سقط جنین را بررسی کردند. نتایج نشان داد که نگرش مثبت به سقط جنین در بین زنان بیشتر از مردان، افراد بدون همسر بیشتر از افراد همسر دار و در جوانان زیر ۲۵ سال بیشتر است. از نظر قومیت، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های قومی در نگرش نسبت به سقط جنین وجود دارد. به عنوان مثال گروه‌های قومی فارس و ترک، میانگین بالاتری را در نگرش نسبت به سقط جنین به خود اختصاص دادند. نتایج گویای اشاعه‌ی بیشتر نگرش‌های رفتاری در بین برخی گروه‌های قومی و از طرف دیگر نشان‌دهنده‌ی محدودیت‌های فرهنگی در گروه‌های قومی دیگر است. بر اساس این مطالعه قومیت به مثابه عنصری فرهنگی، بستری است که نگرش‌ها و رفتارها در آن شکل می‌گیرد و تعلق قومی، هم از طریق تسهیل و تقویت اشاعه‌ی انگاره‌های مرتبط و هم با تاکید بر حفظ ارزش‌ها و هنجارهای قومی و ممانعت از پذیرش انگاره‌های جدید به صورت دوگانه و در جهت‌های مختلف رفتار فردی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این، نتایج تحلیل چندمتغیره در این مطالعه نشان داد که متغیرهای درگیری در فعالیتهای فراغتی، نگرش مثبت به معاشرت فرازناشویی و برابری گرای جنسیتی اثر افزایشی و در مقابل، متغیرهای دینداری و ارزش فرزند اثر کاهش‌ی در نگرش به سقط جنین دارند.

دسته‌ای دیگر از مطالعات با روش کیفی و مصاحبه عمیق با متقاضیان سقط، ابعاد مختلف این پدیده را شناسایی کرده‌اند. ظفری دیزجی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به روش کیفی و مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته، با یازده زن در سنین باروری (۲۱ - ۳۹ ساله)، ساکن تهران که حداقل یک بار تجربه سقط جنین داشته، به بررسی دلایل و انگیزه سقط جنین پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد زنان از سقط جنین به عنوان روشی جهت حل مشکل فرزند ناخواسته و رهایی و آسایش خود و خانواده خویش با هرتوجیهی استفاده نموده، و در این فرایند، جهت کسب تأیید و توجیه خویش، رضایت و حمایت همسر خویش را به هر نحو جلب نموده و تا آنجا که ممکن است این مسئله را از اطرافیان مخالف، پنهان می‌سازند، و پذیرای کلیه پیامدهای آن می‌باشند و این پیامدها در اکثر زنان مثبت تلقی می‌شوند. نتایج این مطالعه به طور وضوح "خودمحوری زنان" را در این گروه نشان داده، همچنین بیشترین علل و عوامل مؤثر بر پدیده سقط جنین، حول محور "علل و شرایط مادری" بوده و می‌توان گفت زنان در عصر حاضر در پی "تحقق حداکثری انتظارات" مدرن خویش در خانواده و جامعه بوده که متعاقب "تغییر جهانی تفکر و بینش" در زنان و مادران و تضعیف ارزش‌های سنتی جامعه، ایجاد شده است.

عبدالهیان و فلاح (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای به روش کیفی به تجربه ۲۶ زن ساکن تهران از سقط جنین‌های ارادی پرداخته است. نتایج این مطالعه، بیانگر آن است که سقط جنین در جامعه ایران همچون گذشته تابو و ممنوع است و برخی از زنان هنگام مواجهه با حاملگی ناخواسته بدان مبادرت می‌ورزند. همچنین، به علت آن که این مساله یک امر غیرقانونی محسوب می‌شود، این گونه زنان معمولاً به افراد غیرمتخصص رجوع می‌کنند و سلامت خود را به خطر می‌اندازند.

حسینی چاووشی و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای به پیامدهای اقتصادی اجتماعی سقط جنین پرداختند. در این مطالعه از

طریق مصاحبه عمیق با ۴۰ زن در شهرهای رشت و تهران که تجربه حاملگی ناخواسته داشتند، دلایلی را که باعث می‌شود زنان در جستجوی سقط جنین باشند، بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان داد اگر چه نگرانی‌های اقتصادی و اجتماعی عامل جستجوی سقط می‌باشد با این حال زنان در هنگام جستجوی سقط و یا بعد از آن با استرس و اضطراب مواجه بوده اند و این نگرانی‌ها، ناشی از این است که اعتقاد دارند سقط جنین گناه می‌باشد و چنانچه سقط صورت بگیرد عواقب بدی را تجربه خواهند کرد.

نوری زاده و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه ای به تبیین فرآیند تصمیمگیری جهت سقط یا تداوم در زنان دارای بارداری ناخواسته پرداختند. تحلیل داده ها منجر به استخراج چهار طبقه محوری با متغیر مرکزی تأیید پذیری شد؛ بدین معنی که قبول تصمیم و تأیید و ارزشهای مؤثر بر تصمیمگیری فرآیند تصمیمگیری در زنان دارای بارداری ناخواسته با درک تهدید به عنوان دغدغه اصلی شروع می شود که این امر منجر به مقاومت آنها در برابر پذیرش بارداری ناخواسته میگردد. سپس مواجهه با تهدیدات ناشی از سقط، موجب تردید و دودلی در انجام سقط میشود. در این میان زنان، متأثر از ارزشهای اعتقادی و با توجه به منابع حمایتی، سعی به انتخاب مسیری دارند که حداقل آسیب و تهدید و حداکثر مقبولیت و تأییدپذیری را داشته باشد. قبول تصمیم و تأیید آن نیز پیامد و نتیجه فرآیند تعاملی تصمیمگیری است.

رازقی نصرآباد و سنجرى (۱۳۹۶) در پژوهشى با عنوان «عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران» بیان کردند که سقط جنین در فرایندی از ارزیابی هزینه-فایده و اجتناب از خطرات و آسیبهای احتمالی در آینده رخ میدهد. در شرایطی نظیر فرزندآوری خارج از عرف، اعتیاد همسر، اختلاف خانوادگی، احساس ناامنی در زندگی مشترک، مشکلات مالی و اقتصادی، مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه داری و ناسازگاری کار و فرزندآوری، هزینه های ((مادی -غیرمادی) ادامه‌ی حاملگی و تولد فرزند ناخواسته، بیشتر از هزینه های سقط جنین ارزیابی میشود و افراد سقط جنین را کنشی عقلانی و برای اجتناب از پیامدها و آسیبهای احتمالی در آینده در نظر می گیرند (رازقی نصرآباد و سنجرى، 105- 136 : 1396).

۵. چارچوب نظری، فرضیه‌ها یا ابعاد پژوهش:

به منظور دستیابی به اشراف مفهومی در ارتباط با موانع فرهنگی درک شده مرتبط با سقط جنین، در این بخش تلاش می‌شود تا تبیین‌های نظری قومی و مذهبی باروری، مورد بررسی قرار گیرد و زمینه‌ای برای دستیابی به چارچوب مفهومی مناسب جهت مشخص نمودن حد و مرز مساله مورد بررسی فراهم گردد.

امروزه در بسیاری از نقاط جهان نوعی تغییر اساسی در نگرش افراد نسبت به ازدواج، فرزندآوری و برخی از الگوهای تاریخی حاکم بر خانواده اتفاق افتاده است. در طول چند دهه اخیر خانواده‌ای ایرانی در جریان نوسازی فرهنگی و اجتماعی و سیاسی کشور، تغییرات اساسی یافته است (آزاد ارمکی و ظهیری نیا، ۱۳۸۹؛ ۲۸۷) تاریخ معاصر ایران، روایتگر تقلای یک جامعه‌ی ریشه‌دار محلی از یک سو برای ماندن تداوم و از سوی دیگر برای مدرن شدن تغییر بوده است. در بستر این تحولات، با وجود تداوم نقش عناصر فرهنگی گذشته و تاثیر پایدار ارزشهای مذهبی بر ارزشها و رفتارهای خانوادگی ایرانیان، برخی از الگوهای تاریخی حاکم بر خانواده و به تبع آن ارزشها، رفتار و ایده‌آل‌های مربوط به ازدواج و فرزندآوری دستخوش تغییر شد. همچنین در جریان نوسازی تمایزات و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی افراد و گروههای اجتماعی بیشتر شده و همانندپهای گذشته کمرنگ شده است (سرایبی، ۱۳۸۵، ۴۱). در طول این تغییرات خانواده ایرانی بایند به ارزشهای خانوادگی و مذهبی بوده است. اما تغییر در ارزش‌ها و نگرش‌ها در مورد خانواده منجر به تغییرات گسترده در روندهای جمعیت شناختی گردیده است.

فرهنگ و ارزش‌های فرهنگی، به عنوان مبنا و پایه رفتارهای انسانی، نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای باروری دارند. فرهنگ، قواعد هنجاری و تفسیری یا معنادهی را فراهم می‌کند که افراد بسته به آنها و در انطباق با شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفتارهای باروری خود را تنظیم می‌کنند. ارزش‌ها، هنجارها، باورها و الگوهای زندگی در یک جامعه نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری هنجارها و ایده‌آل‌های فرزندآوری یک جامعه دارد (صادقی، ۱۳۹۵؛ ۲۱۷-۲۱۸). لستهاق و وندکا^۱ از جمله نخستین کسانی بودند که به بررسی نقش عوامل فرهنگی در تبیین باروری پایین پرداختند. آنها به منظور تبیین تغییر در الگوهای شکل خانواده به تغییرات و دگرگونی فرهنگی در ارزش‌ها و نگرش‌ها اشاره نمودند (لستهاق، ۲۰۲۲). لریمر^۲ فرهنگ و ارزشهای فرهنگی را محرک رفتارهای باروری قلمداد می‌کند. کارتر^۳ نیز فرهنگ را زمینه و چارچوب اتخاذ تصمیمات عقلانی کنشگران در مورد رفتار باروری می‌داند.

دینداری و مذهب از مشخصه‌های اصلی فرهنگ می‌باشند که ارزش‌ها را شکل می‌دهند. مطابق با نظر همل^۴ (۱۹۹۰) افرادی با شرایط اقتصادی اجتماعی مشابه اما با اعتقادات مذهبی متفاوت و یا متعلق به گروه‌های مختلف مذهبی، ممکن است رفتارهای باروری متفاوتی را بروز دهند. ممکن است برخی از گروه‌های مذهبی اهمیت بیشتری به تشکیل خانواده و تعداد زیاد فرزند بدهند و یا افرادی که مذهب نقش اساسی و پررنگی در زندگی‌شان دارد، رفتارها و تمایلات متفاوت با سایرین در خصوص فرزندآوری داشته باشند.

رویکردهای نظری اظهار می‌دارند که سطح دینداری افراد به دو طریق مستقیم و غیر مستقیم بر باروری اثر می‌گذارند. تأثیر مستقیم، هنجارها و قوانین مذهبی است که بطور خاص در خصوص باروری وجود دارد. آموزه‌های دینی در خصوص سن ازدواج، تعداد فرزندان، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، بر باروری اثر می‌گذارد. از سوی دیگر ممکن است افراد در گروه‌های مختلف مذهبی و قومی در موقعیت اقتصادی اجتماعی متفاوتی قرار بگیرند و متأثر از این شرایط رفتارهای جمعیتی مختلفی نیز داشته باشند. در واقع اثر غیر مستقیم، از تعامل مذهب با سایر عواملی که بر باروری اثر می‌گذارند ناشی می‌شود (سندرا^۵ ۲۰۱۴).

در رابطه میان دین و حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی سه رویکرد اساسی به چشم می‌خورد. رویکرد اول نشان می‌دهد تأثیر دین بر حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی همانند جوامع سنتی بر تمام ابعاد زندگی جاری و برقرار است. در تحقیقات هربرگ^۶ و لنسکی^۷ که بر ایالات متحده آمریکا متمرکز است نشان داده شده، تأثیر مذهب بر حوزه‌های دیگر اجتماعی مانند جوامع سنتی برقرار است و

¹ Lesthaeghe and van de Kaa

² Lorimer

³ Carter

⁴ Hammel

⁵ Sandra

⁶ Herberg

⁷ Lenski

ارزش‌های حوزه‌های مختلف زندگی توسط ارزش‌های مذهبی هدایت می‌شوند. هربرگ از تحقیقات خود نتیجه گرفته که در شرایط کاملاً واضح سکولار در بسیاری از کشورها، امریکایی‌ها فکر می‌کنند، احساس و عمل می‌کنند که نوع احساس، فکر و عمل ایشان متأثر از ارزش‌های مذهبی است و نشان از احیای گسترده مذهب دارد (هالمن^۱: ۱۹۹۶ به نقل از هربرگ ۱۹۹۵). لنسکی نیز نشان می‌دهد مذهب در ابعاد مختلف زندگی روزمره زنان و مردان امریکایی نفوذ فراوان دارد و بیش از آن بر سیستم‌های نهادی جامعه که مشارکت‌های فردی را سبب می‌شود تأثیر دارد (هالمن ۱۹۹۶ به نقل از لنسکی ۱۹۶۱).

رویکرد دوم که بر تئوری تمایز^۲ استوار است معتقد است امروزه دین به عنوان یکی از حوزه‌های نهادی در زندگی با حوزه‌های دیگر اجتماعی رقابت می‌کند و به نظر می‌رسد دین بخش قابل توجهی از جذابیت خود را در تعداد زیادی از مردم جهان غرب از دست داده‌است. تأثیر مذهب به عنوان یک زیرسیستم در کنار زیرسیستم‌های دیگر کاهش یافته، سیستم‌های اعتقاد به باورهای مذهبی و موعظه‌های کلیسا که قابل پذیرش اکثریت مردم بود توسط نظام‌های باور فردی و اعتقادات اجتماعی اخلاقی جایگزین شده و دین، آزاد از کارکردهای اجتماعی سابق خود، به یک موضوع خصوصی تبدیل شده‌است. بر این اساس در جامعه معاصر در جهان‌های مختلف معنا، هر اداره توسط مجموعه‌ای از ارزش‌های خود و نه توسط یک مجموعه واحد منسجم ارزش‌ها هدایت می‌شود و ارزش‌های حاکم بر حوزه‌های مختلف زندگی دیگر، نه توسط باورهای مذهبی، بلکه با عقلانیت خود مختار هدایت می‌شوند (مانچ^۳: ۱۹۹۰؛ اسملسر^۴: ۱۹۷۳؛ ۱۹۹۰؛ دابلیو^۵: ۱۹۹۳؛ هالمن و مور^۶: ۱۹۹۴).

رویکرد سوم بر اساس تئوری قطعه‌قطعه شدن ارزش‌ها^۷ نشان می‌دهد که تأثیر مذهب بر تمام حوزه‌ها یکسان نبوده و عرصه‌های خصوصی را بیش از عرصه‌های عمومی تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که در جامعه امروز مذهب هنوز هم منبع مهم برای نگرش‌ها، هنجارها و ارزش‌ها در قلمرو زندگی خانوادگی است اما از اهمیت کمتری برای ارزش‌ها، نگرش‌ها و هنجارها در حوزه عمومی به عنوان مثال سیاست، اقتصاد و کار برخوردار است. این تحقیقات نشان می‌دهند نگرش‌ها و رفتارهای وابسته به زندگی خانوادگی مانند انتخاب شریک زناشویی، کیفیت زندگی زناشویی، حجم خانواده، زمان تشکیل خانواده، نگرش نسبت به نقش‌های جنسیتی، نگرش‌ها و رفتارهای جنسی تحت تأثیر قوی اعتقادات مذهبی است و ارزش‌های مذهبی اهمیت کمتری در تبیین مشارکت سیاسی و رفتار رای‌گیری افراد دارد (الیسون و شرکت^۸: ۱۹۹۳: ۳۱۳؛ جاگوزینسکی^۹: ۱۹۹۶؛ فن^{۱۰}: ۱۹۷۲: ۳۱؛ تامنی و جانسون^{۱۱}: ۱۹۸۵: ۳۷۰؛ دیویدسون و کادل^{۱۲}: ۱۹۹۴: ۱۴۲).

در جمعیت‌شناسی تحقیقات گسترده‌ای عمدتاً بر اساس فرضیه‌های مطرح شده گلدشایدر^{۱۳} به تبیین پیوند بین رفتار باروری و عناصر مذهبی پرداخته‌اند. گلدشایدر در مورد چگونگی تأثیر مذهب بر تصمیمات و رفتارهای باروری سه فرضیه مهم مطرح می‌کند: فرضیه‌ی مشخصه‌ها^{۱۴}: این فرضیه بر این عقیده است که تفاوت باروری نمایانگر تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی گروه‌های مذهبی می‌باشد و مذهب به عنوان معرفی از تحصیلات، شغل، درآمد، محل سکونت و تحرک اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد (لوکاس و میر^{۱۵}: ۱۳۸۷: ۱۰۲). بر اساس این فرضیه زمانی که اثر همه متغیرها در نظر گرفته می‌شوند مذهب تأثیری بر رفتارهای باروری ندارد (بودین ۲۰۱۵: ۴۰۲).

فرضیه‌ی الهیات ویژه^{۱۵}: این فرضیه بیان می‌کند مذاهب نگرش خاصی به باروری دارند و هر یک از گروه‌های مذهبی، آموزه‌های خاصی درباره فرزندآوری و استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و سقط جنین دارند. گروه‌های مذهبی که هنجار باروری و یا ارزش‌های خانوادگی بالاتر دارند، نسبت به سایر گروه‌های مذهبی باروری بالاتری دارند.

¹ Halman

² Differentiation theory

³ Munch

⁴ Smelser

⁵ Dobbelaere

⁶ Halman & Moor

⁷ Fragmentation value theory

⁸ Ellison & Sherkat

⁹ Jagodzinski

¹⁰ Fenn

¹¹ Tamney & Johnson

¹² Caddell

¹³ Goldscheider

¹⁴ The Characteristics Hypothesis

¹⁵ The Particularized Theology Hypothesis

فرضیه موقعیت گروه اقلیت^۱: بر اساس این فرضیه موقعیت گروه اقلیت ممکن است نقش بسیار مهمی در شکل دهی به الگوهای جمعیتی یک گروه مذهبی یا قومی ایفا کند (مک کویلان^۲ ۲۰۰۴). این فرضیه به تعامل موقعیت اقتصادی و اجتماعی و باروری در گروه‌های قومی یا نژادی تأکید دارد. موقعیت گروه اقلیت در دو حالت متفاوت بر باروری اثر می‌گذارد. در حالت اول با توجه به در حاشیه بودن اعضا، گروه اقلیت سعی می‌کند خود را به اکثریت نزدیک نمایند و یکی از استراتژی‌های برای ایجاد نزدیکی و کاهش تفاوت‌های بین گروه اقلیت با گروه اکثریت، کاهش باروری است (گلدشایدر و اولنبرگ ۱۹۶۹). حالت دوم زمانی است که گروه اقلیت به دنبال حفظ ارزش‌ها و هنجارهای گروهی خود است. در این شرایط برخی ارزش‌ها و هنجارها مانند تعداد فرزندان ایده آل بیشتر و ارزش داشتن خانواده بزرگ حفظ می‌شود (بین و مارکوم ۱۹۷۸).

مک کویلان (۲۰۰۴) بر این سوال تمرکز می‌کند که چه هنگام مذهب بر باروری تأثیر می‌گذارد؟ وی بر اساس فرضیات گلدشایدر استدلال کرد که مذهب بر قوانین سازمان‌های اجتماعی، هنجارهای مربوط به کنترل باروری، روابط جنسیتی، ارزش‌های مربوط به جنسیت، روابط جنسی و زندگی خانوادگی و همچنین تنظیمات باروری و سقط جنین تأثیر می‌گذارد. مک کویلان رویکرد گلدشایدر را به سه عنصر توسعه داد و در واقع سه شرط برای تأثیر مذهب بر باروری مطرح کرده است. ماهیت هنجارها و ارزش‌های مذهبی، نهادهای مذهبی و هویت مذهبی. اول اینکه مذهب هنجارهای رفتاری راجع به رفتارهای باروری دارد. این قوانین، رفتارهایی را تنظیم می‌کند که مستقیماً با تعیین کننده‌های بلا فصل باروری، نظیر وسایل پیشگیری، عقیم‌سازی، و سقط جنین مربوط می‌باشند. همچنین رهنمودهایی در خصوص ورود به واحدهای جنسی و نکاحی، ارتقاء خانواده‌های بزرگ و حتی اعتقاداتی درباره نقش‌های زنان و مردان ارائه می‌دهد که بر باروری اثر می‌گذارد. دوم سازمان‌ها و یا نهادهای مذهبی که قادر باشند یا از طریق تأثیرات اجتماعی و یا مجازات‌هایی برای رعایت هنجارها و قوانین، اجرای این قوانین را توسط پیروانش تقویت کند. سوم مذهب، هویت فردی و اجتماعی به پیروانش می‌دهد. رهبران مذهبی هنجارها را بیان می‌کنند و در اجتماعات محلی این هنجارها پرورش می‌یابد. برای مثال اسلام معرفت هویت مسلمانان است و تأثیرات بر رفتارهای باروری در زمان و مکان‌های مختلف متفاوت است و بستگی به تفسیر علمای اسلامی دارد که می‌توانند آموزه‌ها را با محیط اطراف سیاسی، اجتماعی و اقتصادی خود وفق دهند. در همین راستا هی‌فورد و مورگان (۲۰۰۸) به اهمیت هویت مذهبی در شکل‌گیری رفتارها تأکید می‌کنند. به نظر آنها این هویت مذهبی که در جهان معاصر به عنوان فرهنگ درک می‌شود ریشه در روش‌های مختلف "دیدن جهان" یا فریم‌های وقایع دارد. جهان‌بینی و یا مطابق با هی‌فورد و مورگان طرح‌واره‌های مذهبی، اغلب نگرش‌ها و ارزش‌ها در مورد رفتار مناسب مربوط به خانواده را ایجاد می‌کنند. این گونه است که نگرش‌های یک فرد مذهبی با نگرش‌ها در مورد ارزش خانواده بزرگ همپوشانی پیدا می‌کند. این جهان‌بینی توسط نهادهای محلی و ملی پشتیبانی می‌گردد. ارائه دین در فرهنگ عامه و یا گفتمان سیاسی نیز ممکن است جهان‌بینی را شکل دهد. بدین ترتیب در یک جامعه مذهبی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و ارزش‌ها و رفتارهای محافظه‌کارانه خانواده در سراسر حوزه‌های مختلف خانواده، از جمله ثبات زناشویی، روابط پدر و مادر با فرزندان، و نگرش نسبت به زندگی مشترک، ارتباط جنسی قبل از ازدواج نقش بسته است (کال و هیتن^۳ ۱۹۹۷). از نظر هی‌فورد و مورگان ارتباط بین اعتقادات مذهبی و باروری به ارتباط بین مذهب و ایدئولوژی خانواده مرتبط است نه بیان جهت‌گیری یک دین خاص در خصوص طرفداری از افزایش جمعیت. به عبارتی بخش قابل توجهی از تفاوت در باروری به تفاوت در ایدئولوژی خانواده از جمله اهمیت ازدواج و پدر و مادر شدن، پذیرش روابط جنسی بدون ازدواج، و نقش‌های جنسیتی در خانواده مربوط است.

هارت^۴ (۲۰۰۴) به نقش مذهب در جهان‌بینی افراد تأکید می‌کند. بر طبق نظر او بدون اعتقادات مذهبی آینده‌ای وجود ندارد و از این رو دلیل خوبی برای ادامه باروری وجود ندارد. امید به آینده زندگی ما را معنا می‌بخشد و زمانی که این امید نباشد مفاهیم زیادی از خانواده ضعیف می‌شوند و فردگرایی و توجه به خود برجسته می‌شود و در این شرایط نرخ باروری نیز کاهش می‌یابد (فرکا و وستاف^۵، ۲۰۰۶). از نظر بیزین و وردایر^۶ (۲۰۰۱) محیط مذهبی و فرهنگی که افراد دوران کودکی خود را در آن گذرانده‌اند ترجیحات و رفتارهای آینده آنها را شکل داده است. شکل‌گیری سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی با تجارب بچگی (آموزش از طریق خانواده یا تماشای فعالیت‌های مذهبی) آغاز می‌گردد. افرادی که در خانوارهایی با پدر و مادر مذهبی رشد

¹ The Minority Group Satus Hypothesis

² McQuillan

³ Call and Heaton

⁴ Hart

⁵ Frejka & Westoff

⁶ Bisin and Verdier

می‌کنند که موافق با خانواده بزرگ هستند و با استفاده از وسایل پیشگیری و سقط جنین مخالفند، ممکن است ارزش‌هایی را درونی کنند که آنها را به سمت فرندآوری بالاتر سوق دهد.

رویکرد دیگری تأثیر سکولاریسم^۱ در رفتارهای جمعیتی را مورد توجه قرار داده است. سکولاریسم و اعتقادات و رفتارهای مذهبی جزء آیت‌های ارزشی هستند که مولفه‌های اساسی بررسی‌های مربوط به انتقال دوم جمعیتی هستند (سوروکین و لستهاق^۲، ۲۰۰۴). از نظر ویگل^۳ (۲۰۰۵) نیز دلایل اقتصادی، جامعه‌شناختی، روانشناختی و حتی دلایل ایدئولوژیک وجود دارد که میزان باروری در اروپا برای چندین دهه به زیر سطح جایگزینی رسیده است. ریشه‌های تقریبی این مشکل به اروپای قرن نوزدهم به درام اومانیسیم^۴ الحادی و پیروزی سکولاریسم، باز می‌گردد (فرکا و وستاف^۵ ۲۰۰۶: ۱۲).

از سوی دیگر نوریس^۶ و اینگلهارت^۷ (۲۰۰۴) در پیمایش جهانی ارزش‌ها به این نتیجه رسیدند که سکولاریسم، در حال افزایش است اما این به معنی این نیست که جهان به عنوان یک کل کمتر مذهبی شده است. آنها توضیح می‌دهند که مدرنیزاسیون در شرایطی اتفاق می‌افتد که آسیب‌پذیری و خطرات اجتناب‌ناپذیر در حال کاهش باشد. شرایط نابرابر اقتصادی اجتماعی امنیت انسانها را متأثر می‌سازد. در جوامع کمتر توسعه یافته، احساس امنیت پایینتر و ارزشهای مذهبی با اهمیت تر هستند. با فرا صنعتی شدن جوامع، ارزش‌های سکولار عقلانی بر ارزش‌های سنتی و ارزش‌های ابراز وجود بر ارزش‌های بقا پیشی می‌گیرد. به گونه‌ای که زمانی که جوامع ثروتمند می‌شوند عقل‌گراتر می‌شوند، موقعیت زنان تغییر می‌کند، فردگرایی بالا می‌رود و رشد جمعیت و باروری کم می‌شود. در کشورهای فقیری که امنیت نسبتاً کمی وجود دارد، باروری و رشد جمعیت بالاتر است.

نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده^۸، هر شخص برای انجام یک رفتار، نیت انجام آن را از قبل در خود ایجاد می‌کند. این نیت همواره بصورت یک آمادگی ذهنی رفتاری باقی می‌ماند، تا اینکه در فرصت و زمان مناسب فرد اقدام به تبدیل آن به عمل کند (آیزن ۲۰۰۵: ۹۹). این تئوری معتقد است که انسانها معمولاً در تصمیم‌گیری‌هایشان و درگیر شدن در یک رفتار، بطور منطقی عمل می‌کنند و بر طبق ترجیحاتشان رفتار می‌کنند. برای مثال، وقتی زن و شوهر هر دو قصد داشتن فرزند در آینده نزدیک را داشته باشند، به احتمال زیاد این فرزندآوری رخ خواهد داد. اما چنانچه فقط یکی از زوجین چنین قصد و نیتی را داشته باشد، احتمال وقوع فرزندآوری پایین خواهد بود.

طبق نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده نیت یک تعیین‌کننده رفتار می‌باشد و چنانچه نیت رفتاری بدرستی اندازه‌گیری شوند، میزان قابل ملاحظه‌ای از واریانس در رفتار واقعی را تبیین می‌کنند. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده مبتنی بر این فرض است که مردم معمولاً به شیوه عقلانی رفتار می‌کنند. یعنی آنها پس از دریافت اطلاعات موجود و بررسی پیامدهای اعمالشان اقدام به انجام یک رفتار می‌کنند. از اینرو، نیت فرد برای انجام یا عدم انجام یک رفتار مهمترین تعیین‌کننده بلافاصله آن عمل است. بنابر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، نیت تابعی از سه عامل تعیین‌کننده بلافاصله شامل نگرش به رفتار^۹، هنجار ادراکی^{۱۰} و نظارت رفتار ادراکی^{۱۰} می‌باشد نگرش به رفتار که ماهیتاً امری شخصی است، به ارزیابی‌های درونی مردم از یک رفتار ارجاع می‌شود و به وسیله اعتقاد افراد در مورد نتیجه و پیامدهای مثبت یا منفی انجام یک رفتار شکل می‌گیرد. بنابراین شخصی که باور قوی دارد که نتیجه معینی با پیامدهای مثبت از انجام یک رفتار بدست خواهد آمد، نسبت به آن عمل نگرش مثبت دارد. هنجار ادراکی که به وسیله عقاید هنجاری تعیین می‌گردند، منعکس‌کننده تأثیر اجتماعی هستند و درک افراد از فشارهای اجتماعی مرتبط با انجام دادن یک رفتار را می‌سنجد. نظر دیگران مهم یا گروه مرجع در مورد یک عمل به همراه نگرش فرد در مورد یک رفتار بر انجام یک عمل تأثیر دارد. برای مثال شخصی که معتقد است گروه مرجع عمل او را تایید می‌کنند و انتظار دارند این رفتار توسط او انجام پذیرد، و خود فرد نیز انگیزه مثبتی برای پاسخ به

¹ secularism

² Surkyn & Lesthaeghe

³ Weigel

⁴ Humanism

⁵ Norris

⁶ Inglehart

⁷ Theory of Planned Behavior

⁸ Attitude to the behavior

⁹ Perceived norm

¹⁰ Perceived behavioral control

این انتظارات دارد، در مورد یک رفتار هنجارهای ادراکی مثبتی دارد. نظارت رفتاری ادراکی، به درجه ادراک شده فرد از کنترل بر رفتار اشاره دارد. ادراکات افراد در خصوص اینکه آیا آنها قادرند یک رفتار مشخص را انجام دهند را می‌سنجد. درک فرد از کنترل بر روی انجام رفتار و یا نظارت رفتاری ادراکی به همراه نیت تأثیری مستقیم بر رفتار دارد (فیشباین و آیزن ۱۹۷۵). به عبارت دیگر با کنترل هنجارهای ادراکی و نگرش به رفتار، ادراک فرد از آسانی یا سختی رفتار بر نیت فرد تأثیر دارد. وزن این سه عامل در تعیین نیت برای رفتارهای متفاوت و محیط‌های گوناگون متغیر است.

در نظریه رفتار برنامه ریزی شده عوامل زمینه‌ای شامل عوامل شخصی مانند نگرشهای عمومی، ویژگیهای شخصیتی و ارزشها، عوامل اجتماعی مانند سن، جنس، پیشینه فرهنگی، تحصیلات، در آمد و دینداری و عوامل اطلاعاتی مانند تجربه گذشته، دانش و قرار گرفتن در معرض رسانه ها، همگی بر نگرش به رفتار، هنجار ادراکی و نظارت رفتاری ادراکی تأثیر گذار هستند این متغیر ها اغلب «زمینه» شکل گیری یک تصمیم را تعریف می کنند و تصمیمها یکی از مهمترین عوامل موثر بر رفتار که در اینجا فرزندآوری است، می‌باشد (آیزن ۲۰۰۵: ۱۳۵).

رویکرد نهادی

بر طبق رویکرد نهادی^۱ تصمیمات و رفتارهای باروری و ازدواج در یک محیط فرهنگی و نهادی خاص و بستری که با قوانین تجویزی و کنترل اجتماعی معین شده است، اتفاق می‌افتد (لستهاق ۱۹۸۰). از این رو تغییر در رفتارهای باروری از پاسخ به تغییرات در محیط ناشی می‌شود (مک نیکل ۱۹۸۰). نهادها از تاریخ منحصر بفرد هر جامعه پدیدار می‌شوند و آنها از یک رژیم باروری خاصی که الگوی مجزایی از تشکیل خانواده و تنظیم ترجیحات باروری، و رفتارهای باروری است، حمایت می‌کنند (مک نیکل ۲۰۰۱). بر اساس این دیدگاه، منحصر بودن بافت نهادی هر جامعه باعث شده تا واکنش دموگرافیک به تغییرات حاصله در شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی جوامع منحصر به فرد باشد. بنابراین در این رویکرد به جای فرض تنها یک شکل از انتقال باروری، اشکال متعددی از انتقال باروری متصور می‌شود که هر کدام ریشه در ترکیبی از نهادهای سیاسی، اقتصادی، و اجتماعی با شرایط و بستر منحصر به فرد فرهنگی و تاریخی هر جامعه دارد. تعامل میان ساختارهای اجتماعی و فرهنگی با نیروی تحولات سیاسی اقتصادی اجتماعی است که خاستگاههای انتقال جمعیتی و فریند انتقال آن را در جامعه مشخص می‌سازد. رویکرد نهادی یک رویکرد تحلیلی است، تئوری‌های مختلفی را در بر گرفته و جنبه‌های تحقیقی جدیدی را در مطالعات باروری پیشنهاد می‌دهد (میسن^۲ ۲۰۰۱: ۱۶۴).

نهادهای اجتماعی توسط هنجارها، ارزشها و مجوزهای اجتماعی هدایت می‌شوند. آنها ساختارهای اجتماعی مهمی هستند که جوامع را درون شیوه‌های طراحی شده سازماندهی می‌کنند. تصمیمات و رفتارهای جمعیتی افراد در بستری اتفاق می‌افتد که بوسیله تعاملات شخصی در سطح خرد و نهادهای اجتماعی در سطح کلان شکل گرفته است. نهادها بر موقعیت افراد تأثیر می‌گذارند و جریان متناوبی از کنشها را محدود می‌کند. بعبارت دیگر نهادها محدودیتها و فرصتها را شکل می‌دهند. مهمترین نهادهای اجتماعی مربوط به رفتار جمعیتی، سیستم‌های ازدواج، خانواده و خویشاوندی، نهادهای مذهبی، سیستم آموزشی، بهداشتی، سازمان‌های سیاسی، دولت محلی، سیستم قشربندی و مسیرهای تحرک (طبقه و جنسیت) و اقتصاد (بازار کار، اشتغال زنان) هستند. شکل و محتوای تعامل میان نهادهای اجتماعی و تغییرات جمعیتی بستگی به بستر اجتماعی، اقتصادی سیاسی و تاریخی دارد (مک نیکل ۲۰۰۱). این ایده که بستر اجتماعی کنشهای افراد را سازمان می‌بخشد، توجهات را به سمت مکانیزم‌هایی که رفتارها و کنشها را تنظیم می‌کند معطوف می‌سازد بنابراین در چارچوب بستر اجتماعی سیستم‌های آموزشی، بازار کار، ساختارهای محلی، دسترسی به کنترل موالید و قوانین مربوط به هر یک از این بخشها و ... بعنوان مکانیزم‌های اجتماعی می‌توانند فرصت‌هایی را برای فرزندآوری فراهم کنند و یا محدودیت‌هایی را اعمال کنند.

نظریه تقدس حیات

این نظریه که از قدیمی ترین نظریه های سقط جنین به شمار می رود، در زمره نظریات محافظه کارانه قرار دارد. این نوع نظریات عمدتاً تحت تأثیر آموزه ها و گروه های دینی هستند. این نظریه معتقد است که زندگی ذاتاً محترم بوده و ما مجاز نیستیم آن را از بین ببریم. در نتیجه به هر شکل ممکن باید از حیات انسانی حمایت کرد. طرفداران این نظریه مدعی هستند ارزش حیات برتر از تمامی ارزش هاست و هیچ ارزشی نمی تواند با آن برابری کند. همچنین حیات همه انسان ها ارزشمند است و هیچ حیات انسانی بر حیات انسانی دیگر، از جمله حیات مادر بر زندگی جنین برتری ندارد (راسخ، ۱۳۸۲). طرفداران این نظریه معتقداند حیات انسانی به محض

تشکیل جنین آغاز می شود و موجودی با یک طرح و نقشه ژنتیک منحصر به فرد پا به عرصه وجود می گذارد. پس نمی توان جنین را از حیاتش محروم ساخت. از این منظر سقط جنین، کشتن انسانی بی گناه است و کشتن بی گناه خود عملی ناپسند و غیر انسانی می باشد. آن ها معتقداند جنین تفاوتی با انسان کامل ندارد و هر حقی برای مادر قائلیم باید برای جنین نیز قائل شویم (اسلامی، ۱۳۸۴).

نظریه کنترل بر بدن

این نظریه از جمله نظریات فمینیستی است که معتقد است هر فرد، مالک و اختیاردار بدن و جوارح خود است. از آن جا که باروری و تولید مثل، بیشترین تأثیر را بر بدن انسان دارد؛ بر اساس این دیدگاه باید بیشترین اختیار و قدرت تصمیم گیری نسبت به شروع و پایان آن نیز در اختیار مادر باشد. باور به لزوم کنترل زن بر جسم خود به عنوان یک حق، از باور به شأن انسانی مستقل زن، مانند مرد برگرفته شده است. فریدان معتقد است که مادری تنها زمانی به یک عمل انسانی لذت بخش و مسؤولانه تبدیل می گردد که زن با آگاهی و مسئولیت انسانی کامل تصمیم بگیرد که مادر شود. به این ترتیب، حق کنترل باروری به عنوان حقی مدنی تبدیل می گردد که هیچ مرجعی جز خود زن نمی تواند درمورد آن تصمیم گیرد. بر این اساس حق سقط جنین به عنوان حقی برای زنان مطرح می باشد (مشیرزاده، ۱۳۸۳).

سقط جنین از نظر اسلام

سقط جنین در فقه شیعه، به استثنای مواردی، مطلقاً حرام است، چه روح در آن دمیده شده باشد یا نه (آصف محسنی ۱۳۸۶:۳۲۶). موارد استثنایی آن به شرح زیر است:

مرگ جنین در شکم مادر.

خطر مرگ مادر در صورت بقای جنین وجود داشته باشد. اگر جنین هنوز دارای روح نشده باشد، شکی درمجاز بودن این سقط وجود ندارد، اما اگر جنین واجد حیات و روح انسانی شده باشد، حفظ او هم مثل حفظ جان مادرش واجب و قتل او حرام است. حفظ سلامتی مادر: اگر بقای جنین موجب عسر و حرج مادر باشد و جنین فاقد حیات انسانی باشد، سقط جایز و اگر جنین دارای روح باشد، غیر جایز است.

نقایص یا بیماری های جنینی: اگر این حالت برای پدر و مادر بعد از ولادت موجب حرج شدید شود و روح در جنین دمیده نشده باشد، سقط مجاز است. ولی بعد از حلول روح در جنین، سقط اصلاً جایز نیست، مگر آنکه فرض شود جنین از نظر شکلی و فکری انسان نیست.

گاهی حمل شبیه خوشه انگور است. مقداری نسوج با هم جمع شده و بدل به انسان نمی شوند. اگر حمل از زنا باشد. حتی اگر حمل از زنا یا محارم پدید آمده باشد، سقط کردن آن، هر چند قبل از تعلق روح به جنین، جایز نیست. ولی اگر ولادت این حمل باعث رسوایی و مشقت شدید مادر باشد، می توان در دو حالت آن را تصویر کرد:

۱- زن به زنا راضی بوده، که در این حالت چه قبل چه بعد از حلول روح، سقط جایز نیست.

۲- عمل زنا به زور و اکراه به زن تحمیل شده باشد، که در این حالت و با وجود عسر و حرج، سقط قبل از حلول روح جایز است. سقط از دیدگاه فقه اهل سنت:

از دیدگاه مذهب فقهی اهل سنت، سقط عمدی جنین، پس از دمیده شدن روح که معمولاً ۱۲۰ روز طول می کشد، حرام است. کیفیت سخن فقها در این باره مطلق است، به این معنی که حکم به حرام بودن سقط، دربرگیرنده ی مواردی که بارداری مادر، موجب مرگ وی می شود نیز، هست (قماش ۱۳۸۶). سقط عمدی جنین، پیش از دمیدن روح از دیدگاه چهار مذهب فقهی اهل سنت چنین است:

مذهب حنفی: در این مذهب از بین سه دیدگاه مبتنی بر حرمت سقط عمدی جنین، مجاز بودن سقط عمدی ولی مکروه بودن آن از جهت شرعی و مجاز بودن سقط عمدی. مورد سوم، یعنی مجاز بودن در مذهب حنفی، ارجحیت دارد و در استدلال آن گفته شده که جنین در این هنگام انسان نیست و یا نفس محترم شمرده نمی شود.

مذهب مالکی: در این مذهب از بین سه رویکرد: مجاز بودن سقط قبل از ۴۰ روز و مجاز نبودن پس از آن، مجاز بودن سقط قبل از دمیده شدن روح، به شرط آنکه جنین حاصل از زنا باشد، جایز نبودن سقط، ولو قبل از ۴۰ روز، رویکرد سوم مورد اتفاق فقهای مالکی است.

مذهب حنبلی: آنچه در این مذهب رجحان دارد، مجاز بودن سقط پیش از ۴۰ روز است، ولی بعد از آن جایز نیست.

مذهب شافعی: نظر غالب در این مذهب، اجازه ی سقط عمدی، پیش از دمیده شدن روح در آن است.

همانطور که ملاحظه می شود به منظور تبیین سقط جنین طیف متنوعی از نظریه ها ارائه شده است. در مجموع، از دیدگاه های نظری فوق به منظور گسترش حساسیت نظری پژوهش حاضر استفاده خواهد شد. با توجه به ماهیت کیفی پژوهش حاضر، چشم اندازهای نظری فوق، به عنوان راهنمایی برای طرح سوالات مصاحبه، شناسایی مفاهیم حساس و موانع درک شده مهم سقط جنین مورد استفاده قرار خواهند گرفت و همچنین از نظریه های فوق، به منظور کدگذاری مناسب تر داده ها، استخراج مقولات، و نهایتاً تفسیر بهتر یافته های پژوهش کمک گرفته خواهد شد.

۶. متغیرها یا مفاهیم اساسی تحقیق و تعریف عملیاتی آنها:

تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده: کلیه فرزندان را که در طول دوره باروری یک زن متولد شده اند را نشان می دهد
تعداد فرزندان در حال حاضر زنده (موجود): کلیه فرزندان را که در طول دوره باروری یک زن متولد شده و هنوز در قید حیات هستند را نشان می دهد.

حاملگی ناخواسته: این منغیر خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی را نشان می دهد و از افراد سوال خواهد شد زمانی که حامله شدید آیا میخواستید حامله شوید، یا میخواستید بعداً حامله شوید، یا اصلاً دیگر نمیخواستید حامله شوید؟

روش پیشگیری از بارداری: روش هایی که زن یا مرد جهت جلوگیری از بچه دار شدن استفاده می نمایند را نشان می دهد و شامل بستن لوله زنان، بستن لوله مردان، آی یو دی، ایمپلنت، آمپول تزریق، قرص، کاندوم، روش تداوم شیردهی، روش دوره مطمئن (تقویمی)، روش نزدیکی منقطع و قرص برای موارد اضطراری است.

محل تهیه روش پیشگیری مورد استفاده : مکانی که پاسخگو روش پیشگیری مورد استفاده خود را تهیه می کند را نشان می دهد و شامل ۱- خانه ها و پایگاه یا مراکز بهداشتی درمانی ۲- کلینیک، درمانگاهها و بیمارستانهای دولتی، ۳- تیم های سیار دولتی، ۴- بیمارستان مطب دکتر یا ماما، کلینیکهای پزشکی یا مامایی ۵- سوپر مارکت، فروشگاهها و ۶- داروخانه است.

سقط جنین: خروج خودبخود یا بیرون آوردن حاصل بارداری قبل از هفته بیستم بارداری.

سقط جنین عمدی: سقط جنین ارادی به مرگ و میر جنینی که به طور دلخواهانه توسط زن حامله و یا شخص دیگری انجام میگیرند اشاره دارد (لوکاس ۱۳۸۴)

سقط جنین غیر قانونی: به سقطهایی غیر از آنچه در سیاست ها و تصمیمات اتخاذ شده از سوی مقامات اداری در درون یک دستگاه سیاسی وجود دارد گفته میشود (راسخ، محمد ۱۳۸۲).

۷. واژه‌های کلیدی (متفاوت از واژه‌های مندرج در عنوان طرح):

مطالعه کیفی، باروری پایین. عوامل فرهنگی، سقط جنین

۸. نقاط تمرکز تحقیق (موضوعی، مکانی، زمانی):

این تحقیق از نوع کاربردی به لحاظ مکانی در شهر تهران و به لحاظ زمانی مقطعی می باشد.

۹. روش شناسی پژوهش:

۹-۱. روش تحقیق:

[توصیفی ☐] [تحلیلی ☐] [کمی ☐] [کیفی ☒]

توضیح:

باتوجه به اینکه هدف اصلی تحقیق، شناخت موانع فرهنگی درک شده زنان از سقط جنین است، لذا درک لایه‌های عمیق معنایی تجارب زیسته افراد درباره یک مفهوم یا پدیده اهمیت دارد؛ بنابراین رویکرد این پژوهش کیفی است که یک رویکرد طبیعت‌گرایانه است و روش تحقیق پدیدارشناسی است. هدف اولیه پدیدارشناسی مطالعه مستقیم پدیدار و ذات یا جوهره پدیده‌هاست، این روش بر تجربه آگاهانه و بدون پیش‌فرض زندگی روزمره شرکت‌کنندگان متمرکز است (محمدپور، ۱۳۹۳: ۱۴۳)؛ لذا تلاش می شود تا جهان اجتماعی آن‌طور که هست، تشریح شود. جهت انجام این مطالعه زنان متاهل ۱۸ تا ۴۵ سال ساکن در شهر تهران می تواند نمونه مناسبی باشد. انتخاب نمونه بر اساس چند معیار سن، سابقه بارداری، طبقه اقتصادی اجتماعی و تجربه سقط انتخاب خواهد شد. روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع به لحاظ سن، سابقه بارداری، طبقه اقتصادی اجتماعی و تجربه سقط خواهد بود.

۹-۲. شیوه گردآوری اطلاعات:

کتابخانه‌ای ☐ مشاهده ☐ مصاحبه ☒ پرسشنامه ☐

سایر ☐ لطفاً ذکر شود.

در این تحقیق از تکنیک مصاحبه عمیق برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده خواهد شد. فرایند اجرای مصاحبه به این صورت خواهد بود که محقق با دردست داشتن معرفی‌نامه و مجوز طرح پس از معرفی تیم تحقیق در مورد اهداف پروژه توضیحاتی به افراد داده می‌شود در صورت موافقت با مصاحبه زمان و مکان مصاحبه تعیین خواهد شد.

۹-۳. فنون توصیف داده‌ها (آمار توصیفی):

۹-۴. فنون تحلیل داده‌ها (آمار استنباطی):

در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها، از تحلیل مضمون^۱ استفاده خواهد شد که روشی مناسب برای داده‌های متنی است. مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها در روش تحلیل مضمون از نظر براون و کلارک (۲۰۰۶) به شرح زیر است: آشنایی با داده‌ها. ۲) ایجاد کدهای اولیه. ۳) جستجوی تم‌ها. ۴) بازبینی تم‌ها. ۵) تعریف و نام‌گذاری ۶) ارزیابی و نتیجه‌گیری.

۹-۵. جامعه آماری: (این تحقیق با بررسی یا مطالعه یا مشاهده چه اسناد، مدارک، افراد یا اشیایی اجرا می‌شود؟)

۹-۶. نمونه‌گیری: ☐ تمام شماری می‌شود ☐ انجام نمی‌گیرد ☐ انجام می‌گیرد

نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی معمولاً به صورت هدفمند انجام شده و تعداد نمونه بسیار محدود است و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه پیدا می‌کند. الوانی، آذر و دانایی‌فرد (۱۳۹۱) در کتابی تحت عنوان روش شناسی پژوهش کیفی در مدیریت معتقدند که در مطالعات کیفی نمونه‌ای بین ۵ تا ۲۵ نفر کافی است. با این وجود در این مطالعه فرایند مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه پیدا می‌کند. اشباع نظری نقطه‌ای است که پژوهشگر درمی‌یابد دیگر حرف تازه‌ای زده نمی‌شود. در این مطالعه نمونه‌ها بر اساس ملاکهای زیر و به روشی که در ادامه شرح داده خواهد شد انتخاب خواهند شد.

۱- سن: افراد نمونه زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله دارای همسر خواهند بود که به دو گروه زنان ۱۸ تا ۳۰ سال و ۳۰ سال و بالاتر طبقه بندی خواهند شد.

۲- سابقه بارداری: بر این اساس دو دسته افراد در نمونه وارد خواهند شد، افرادی که تجربه بارداری دارند و افرادی که تجربه بارداری ندارند.

۳- طبقه اقتصادی اجتماعی: بر اساس سطح تحصیلات، شغل، درآمد و منطقه محل سکونت افراد در سه طبقه بالا پایین، و متوسط طبقه بندی می‌شوند.

۴- تجربه سقط جنین: بر این اساس دو دسته افراد در نمونه وارد خواهند شد، افرادی که تجربه سقط جنین دارند و افرادی که تجربه سقط ندارند.

بدین ترتیب بر اساس معیارهای فوق ۹ گروه زنان در این مطالعه وارد خواهند شد که هر گروه حداقل شامل ۵ نفر خواهد بود. بدین ترتیب حجم نمونه ۴۵ نفر خواهد بود. با این حال ملاک پایان نمونه‌گیری اشباع نظری خواهد بود.

جدول ۱ شیوه محاسبه و برآورد حجم نمونه

مشخصه	طبقه	تعداد زنان
سن	۱۸ تا ۳۰	۵
	۳۰ سال و بالاتر	۵

¹ Thematic analysis

۵	تجربه بارداری دارد	سابقه بارداری
۵	تجربه بارداری ندارد	
۵	بالا	طبقه اقتصادی اجتماعی
۵	پایین	
۵	متوسط	
۵	تجربه سقط دارد	تجربه سقط جنین
۵	تجربه سقط ندارد	
۴۵	جمع افراد نمونه	

۱۰. سازماندهی پژوهش (فصل بندی):

فصل اول: کلیات تحقیق

فصل دوم: مروری بر قوانین سقط جنین در ایران

فصل سوم چهارچوب مفهومی

فصل چهارم: روش تحقیق

فصل پنجم: یافته ها

فصل ششم: نتیجه گیری

۱۱. حجم کمی (تقریبی) گزارش نهایی: ۱۰۰ تا ۱۵۰.. صفحه

۱۲. نتایج قابل انتظار از طرح:

۴. تهیه آیین نامه، دستورالعمل یا استاندارد ☐

۵. تدوین طرح جامع ☒

۶. سایر موارد ذکر شود

۱. رفع مشکل اصلی دستگاه متبوع ☐

۲. فراهم آوردن دانش فنی کاربردی ☒

تهیه سند راهبردی ☐ ۳.

۴.

خلاصه ای از منابع:

- خدیوزاده، طلعت و مروارید ایرانی (۱۳۹۷)، "ارتباط بین باورهای دینی و رفتارهای باروری در زنان سنین باروری شهر مشهد در سال ۱۳۹۵"، **مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، دوره ۲۸، شماره ۱۴۴:۱۶۷-۱۳۳.
- رازقی نصرآباد، حجه‌بی‌بی و الهام سنجری (۱۳۹۶) عوامل موثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران، فصلنامه مطالعات روانشناختی اجتماعی زنان، ۱۵(۲): ۱۳۶-۱۰۵.
- رازقی نصرآباد، حجه بی بی (۱۳۹۵) "مرور مطالعات مرتبط با باروری پایین در ایران"، موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- ریندفوس، رونالد آر و کیم مینچا چو (۱۴۰۲). **باروری پایین نهادها و سیاست ها**، ترجمه حجه بی بی رازقی نصر آباد، تهران: انتشارات موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- فتحی، الهام، جاوید، نور محمد و مجتبی نصیری پور (۱۴۰۱)، روند باروری در ایران از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰، گزارش تهیه شده در جمعیت، نیروی کار و سرشماری مرکز آمار ایران.
- فراش خیالو، نورالدین، رمضی، نگار و رسول صادقی (۱۳۹۹) "تعیین کننده های اجتماعی و فرهنگی نگرش دانشجویان به سقط جنین"، **مطالعات راهبردی زنان**، دوره ۲۷، شماره ۸۷، ۱۰۹-۱۳۰.
- عبدالجبّاری، مرتضی، مرضیه کرمخانی، نسرين سحرخیز، محمد امین پور حسینقلی و معصومه شکری خوبستانی، (۱۳۹۵). بررسی عوامل مؤثر در تصمی مگیری زنان بر سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان دراینباره، پژوهش در دین و سلامت، د ۲، ش ۴.
- مشیرزاده، حمیرا (1387) (از جنبش تا نظریه ی اجتماعی، تاریخ دو قرن فمینیسم .تهران :نشر پژوهش شیرازه
- قماشی، سعید (1386) (اسقاط عمدی از دیدگاه فقه اهل سنت .در کتاب سقط جنین .تهران :نشر سمت
- بهجتی اردکانی، زهره و دیگران" (1384) ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران"، فصلنامه باروری و ناباروری ۲۹۹-۳۲۰.
- راسخ، محمد" (1382) (بررسی اجمالی تئوریهای سقط جنین"، مجله تحقیقات حقوق، ی شماره 38: 165-208.
- شمشیری میلانی، حوریه (۱۳۸۴) "سلامت، ابعاد سلامت و جایگاه سقط جنین در ارتباط با آن"، مجموعه مقالات سمینار میان رشت های سقط جنین، انتشارات سمت، 249 - 255.

Barkan, S. E. (2014). "Gender and abortion attitudes. Public Opinion Quarterly", 78(4), 940-950.
<https://doi.org/10.1093/poq/nfu047>

Baudin, T. (2015). Religion and fertility: The French connection, **Demographic Research** 32(13): 397-420.

Bein, C., Gauthier, A.H., & Mynarska, M. (2021). Religiosity and Fertility Intentions: Can the Gender Regime

Buber-Ennsner, I., & Berghammer, C. (2021). Religiosity and the realisation of fertility intentions: A comparative study of eight European countries, **Population Space and Place**, 27(6):1-25.

Dantis, C., Rizzi, E.L., & Baudin T. (2023). The Association between Religiosity and Fertility Intentions Via Grandparenting: Evidence from GGS Data, **European Journal of Population**, 39(1): 2-24.

Explain Cross-Country Differences? **European Journal of Population**, 5;37(2):443-472.

Hammel, E.A.(1990). A Theory of Culture for Demography, **Population and Development Review**, 16 (No): 455- 485.

Hwang, J .(2023). Later, Fewer, None? Recent Trends in Cohort Fertility in South Korea. **Demography**, 60 (2): 563–582.

Lesthaeghe, R.J.(2022). The second demographic transition: also a 21st century Asian challenge? **China Population and Development Studies**, 6(No): 228-236.

Osborne, D., Huang, Y., Overall, N.C., Sutton, R.M., Petterson, A., Douglas, K.M., Davies, P.G., & Sibley, C.G (2022), Abortion Attitudes: An Overview of Demographic and Ideological Differences, **Political Psychology**,43(No): 30-76.

Rezaei M, Partovi L(2017). Abortion among Kurdish Women from Mahabad in 2016. *Iran Journal of Nursing*. 30.

Sandra, H .(2014). **The Impact of Religiosity on Fertility; a Comparative Analysis of France, Norway, and Germany**, Springer.

Woodruff, K., , M.A. Biggs, H. Gould, et al. (2018) Attitudes Toward Abortion After Receiving vs. Being Denied an Abortion in the USA. *Sex Res Soc Policy* 15, 452 .463– [https: // doi.org/10.1007/s13178-018-0325-1](https://doi.org/10.1007/s13178-018-0325-1).

۱۳. مهم‌ترین منابع و مآخذ فارسی و خارجی:

ردیف	نام خانوادگی، نام	عنوان کتاب یا مقاله	مترجم	عنوان فصلنامه	محل نشر	ناشر	سال انتشار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							

۱۴. هزینه‌های پرسنلی*:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مسئولیت در طرح و نوع همکاری	سطح تحصیلات	رشته تخصصی	ساعات کار در ماه	مدت همکاری	مبلغ پرداختی در ماه	هزینه
۱	حجیه بی بی رازقی نصرآباد	مجری	دکتری	جمعیت شناسی	۱۰۰	۴ ماه		
۲	مصاحبه گر ۳ نفر		کارشناسی ارشد	علوم اجتماعی / بهداشت		۱ ماه		
۳	تسهیل گر		کارشناسی ارشد	علوم اجتماعی		۱ ماه		
۴								
۵								
جمع هزینه								

*براساس ضوابط آئین نامه های پژوهشی

۱۵. سایر هزینه ها (تهیه منابع، چاپ و انتشار، مسافرت و...):

ردیف	شرح	هزینه	ردیف	شرح	هزینه
۱	مسافرت درون شهری		۵		
۲	انتشارات		۶		
۳			۷		
۴			۸		
مبلغ کل هزینه های اجرای طرح					

۱۶. مراحل، زمانبندی اجرای تحقیق و شرح خدمات :

ردیف	عنوان مرحله	پیش بینی زمان و درصد پیشرفت کار		شرح خدمات	نحوه ارائه گزارش
		درصد پیشرفت کار	زمان لازم (روز)		
۱	صفر	۰	۰		بدون ارائه گزارش
۲	تکمیل بخش نظری و پیشینه تحقیق	۲۰	۳۰		ارائه یافته ها
	جمع آوری اطلاعات و تحلیل آن	۵۰	۶۰		
۳	نهایی	۳۰	۳۰	ارائه گزارش نهایی	

* پرداخت ۲۰٪ از کل اعتبار قرارداد با اخذ تضمین به عنوان پیش پرداخت.