



Decision-Making Process of Women Regarding Continuing Pregnancy or Abortion: A Qualitative Study in Tehran

Hajieh Bibi Razeghi Nasrabad , Associate Professor of Demography, Faculty of Family Science, University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding author) Email: hrzeghi@ut.ac.ir

Soheila Sadeghi Fassaei , Professor of Sociology, Faculty of Social Science, University of Tehran, Tehran, Iran, Email: ssadeghi@ut.ac.ir

Extended Abstract

Introduction: Globally, more than half of pregnancies are unintended or unplanned, and approximately two-fifths of these end in abortion (Lokubal et al., 2021; World Health Organization, 2021). In Iran, abortion is performed under conditions where intentional abortion is not legally permitted. In Shia jurisprudence, abortion is strictly considered “haram” (forbidden) except in exceptional cases and is equated with intentional murder (Razaghi Nasrabad & Sanjari, 2017; Roštami et al., 2013; Mohammadi, 2007). However, whether performed within legal frameworks or through illegal channels, the decision-making process and actions toward abortion require in-depth study. This issue cannot be limited to an individual woman’s decision alone; rather, various actors appear to play roles in this process, from gathering information to making decisions and ultimately either acting on abortion or refraining from it. Identifying the stages, actors, and mechanisms of abortion is the focus of this article, which aims to provide a deeper understanding of the decision-making and action process through a qualitative study.

Methods: The study adopted a qualitative approach using grounded theory methodology, with participatory observation and in-depth interviews as tools. The sample included 46 ever-married women in Tehran, identified through purposive and snowball sampling, as well as referrals to physicians and midwives in 2024. Some interviews were audio-recorded, while others were transcribed by the researcher during the interviews. Coding was conducted in three stages: open, axial, and selective. The validity and reliability of the research were ensured through four criteria: credibility, transferability, dependability, and confirmability.

Findings: Among the participants, 22 had experienced abortion: 10 unintentional and 11 intentional (illegal), with one participant having experienced both. The remaining participants had experienced unplanned pregnancies (unintended or mistimed). The decision-making process involved three stages: cognitive, decision-making, and action (either continuing or terminating the pregnancy). In the cognitive stage, individuals sought information about abortion from various sources, including social media, friends or acquaintances, physicians, and traditional healers. The choice of sources depended on pregnancy type (unintended or complicated), awareness of laws, personal or peer experiences, and socio-cultural context. For



pregnancies threatening maternal or fetal health, medical professionals were the primary source. In unintended pregnancies, participants relied on diverse sources, including traditional healers, herbalists, and social networks-the latter being the most accessible and frequently cited resource, especially among women with recent unintended pregnancies. In the decision-making stage, two themes emerged: (1) "Reproductive decisions as a joint project with the spouse" and (2) "The dual role of family, physicians, and friends as inhibitors or facilitators." These highlighted how collective actions and decisions within social networks sway individuals toward continuing or terminating pregnancies. Experiences of women who underwent abortion revealed two broad categories: (1) legal abortions, conducted under medical supervision in hygienic hospital settings, and (2) self-initiated abortions, pursued through unsafe, illegal channels without official support. Except for three cases, none sought post-abortion medical consultation or care. Some were advised by drug sellers to confirm uterine evacuation after one to two weeks. Those experiencing severe pain or bleeding post-abortion visited private clinics but avoided public hospitals due to fear of stigma, legal repercussions, or documentation in medical records.

Discussion and Conclusion: The decision-making process for abortion is complex and turbulent. After learning of a pregnancy, individuals combine information from diverse sources with personal values, fears, and familial circumstances. Social and familial networks critically influence decisions. In self-initiated abortions driven by personal choice, some women persisted despite severe risks-a reflection of socio-cultural pressures where preventing the birth of an unwanted child outweighs personal health consequences. These individuals felt so desperate that they disregarded potential abortion complications or their own well-being. Establishing formal platforms for accurate information on abortion consequences, stricter oversight of pregnancy-related advertisements, family support systems, and specialized counseling centers are essential to mitigate adverse physical and mental health outcomes.

Keywords: Fertility, Abortion, Decision-Making, Women, Family.



فرایند تصمیم‌گیری زنان برای تداوم بارداری یا سقط جنین: مطالعه‌ای کیفی در شهر تهران^۱

حجیه‌بی بی رازقی نصرآباد^۲، سهیلا صادقی فسائی^۳

چکیده

در سرتاسر جهان بیش از نیمی از بارداری‌های ناخواسته یا برنامه‌ریزی نشده هستند که حدود دویستم از آن‌ها به سقط جنین ختم می‌شوند. در ایران سقط جنین در شرایطی انجام می‌شود که مطابق قانون، سقط عمدی مجاز شمرده نمی‌شود. نحوه تصمیم‌گیری و اقدام برای اختتام و یا تداوم بارداری، شناسایی مراحل و بازیگران این فرایند موضوعی است که این مقاله بدان تمرکز دارد. رویکرد مطالعه کیفی با روش نظریه داده بنیاد و ابزار مشاهده مشارکتی و مصاحبه عمیق بوده است. تعداد افراد نمونه ۴۶ زن دارای همسر در شهر تهران که به صورت هدفمند انتخاب شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد تصمیم‌گیری و اقدام به تداوم یا اختتام بارداری در سه مرحله شناختی، تصمیم‌گیری و اقدام یا انصراف شکل می‌گیرد. در مرحله شناختی افراد با مراجعه به منابع مختلف، اطلاعاتی در مورد سقط جنین کسب می‌کنند. در مرحله تصمیم‌گیری شبکه‌ای از کنش‌ها و تصمیمات جمعی در تردیدهای مسیر بارداری فرد را به سمت تداوم یا اختتام بارداری سوق می‌دهد. در مواردی که سقط قانونی است، تمام فرایند تحت مراقبت پزشکی و در محیط کاملاً بهداشتی بیمارستان انجام می‌شود؛ اما در سقط‌های خودخواسته که از پشتوانه مراجع رسمی و قانونی برخوردار نیستند، سقط جنین از مسیرهای غیرقانونی و در شرایط نایمن دنبال می‌شود. در مجموع ایجاد بسترهای رسمی برای ارائه اطلاعات صحیح درباره پیامدهای سقط جنین، نظارت دقیق‌تر بر محتوای تبلیغاتی مربوط به مشاوره‌های بارداری، حمایت کافی از خانواده‌ها و ایجاد مراکز مشاوره تخصصی برای تصمیم‌گیری درست به‌دوراز پیامدهای منفی بر روی سلامت روانی و جسمی اهمیت اساسی دارد.

واژگان کلیدی

باروری، سقط جنین، تصمیم‌گیری، زنان، خانواده.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱

۱. این مقاله مستخرج از طرحی با عنوان «سطح دانش و معلومات زنان از موانع فرهنگی و مذهبی سقط جنین در ایران» که با حمایت مالی پژوهشگاه فرهنگ هنر و ارتباطات به شماره قرارداد ۰۳/۹۱/۲۶۳۲ در تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۱ انجام شده است.

۲. دانشیار جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) hrazeghi@ut.ac.ir

۳. استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ssadeghi@ut.ac.ir

مقدمه

در سرتاسر جهان بیش از نیمی از بارداری‌ها، ناخواسته یا برنامه‌ریزی نشده هستند که حدود دویستم از آن‌ها به سقط‌جنین ختم می‌شوند (Lokubal, et al 2021)، از این رو از آن به‌عنوان یک چالش مهم در حوزه سلامت عمومی و یک مسئله مرتبط با سلامت زنان یاد می‌شود. از نظر تعریف، سقط‌جنین 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 ذکر می‌کنند. سقط‌جنین انواع مختلفی دارد: در یک حالت بعد از شروع بارداری، به دلایل جنینی یا مادری، محصول بارداری به‌طور خودبه‌خودی از رحم مادر خارج می‌گردد که بدان سقط خودبه‌خودی می‌گویند. در حالتی دیگر، در فرایند بارداری مشکلی وجود ندارد، ولی به دلایلی به‌طور ارادی خاتمه داده می‌شود. این نوع سقط‌جنین را عمدی یا القاشده می‌گویند. سالانه حدود ۷۳ میلیون سقط‌جنین القایی در سراسر جهان اتفاق می‌افتد. از هر ۱۰ بارداری سه مورد معادل ۲۹ درصد به‌صورت ارادی سقط می‌شود. همچنین از هر ۱۰ مورد بارداری ناخواسته شش مورد که حدود ۶۱ درصد است، به سقط‌جنین القایی ختم می‌شود (World Health Organization, 2021). بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی از هر ۱۰ حاملگی یک مورد به طریق سقط‌جنین نایمن خاتمه می‌یابد و از هر ۸ مرگ‌ومیر مادران یک مورد ناشی از سقط‌جنین‌های نایمن است (Hosseini-Chavoshi et al, 2012).

سقط‌جنین در ایران در شرایطی انجام می‌شود که مطابق قانون، سقط عمدی مجاز شمرده نمی‌شود و در فقه شیعه، به‌استثنای مواردی، مطلقاً حرام است و به‌منزله قتل عمد شمرده می‌شود (رستمی و همکاران ۱۳۹۲؛ محمدی ۱۳۸۶؛ محسنی ۱۳۸۴). به‌هرحال چه این عمل در چارچوب‌های قانونی و چه در مسیرهای غیرقانونی صورت پذیرد، فرایند تصمیم‌گیری و اقدام به آن نیازمند مطالعه عمیق است. این موضوع نمی‌تواند تنها به یک تصمیم فردی زنان محدود شود، بلکه به نظر می‌رسد در این مسیر از جمع‌آوری اطلاعات تا تصمیم‌گیری و اقدام برای سقط و یا انصراف از آن افراد مختلفی نقش‌آفرینی می‌کنند.

گرچه مطالعات متعددی به بررسی سقط‌جنین در ایران پرداخته‌اند، سه شکاف عمده، ضرورت انجام این پژوهش را توجیه می‌کند: نخست مطالعات پیشین عمدتاً بر علل (شیردل و همکاران ۲۰۲۴؛ سرایی و روشن شمال ۱۳۹۱، فراش و همکاران ۱۳۹۹) و پیامدهای سقط‌جنین (حسینی چاووشی و همکاران ۲۰۱۲؛ عبدالهیان و فلاح ۱۳۸۷)،

متمرکز بوده‌اند درحالی‌که فرایند جمعی تصمیم‌گیری - از شناسایی بارداری ناخواسته تا اقدام به سقط - که در بستر شبکه‌های اجتماعی غیررسمی و تحت تأثیر شرایط ساختاری و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. دوم نقش بازیگران غیررسمی مانند دوستان همسایگان، ماماها، یا شبکه‌های مجازی در تسهیل یا بازدارندگی سقط‌جنین، به‌ویژه در مناطق با دسترسی محدود به خدمات بهداشتی، هنوز به‌صورت نظام‌مند بررسی نشده است (Ghaffari et al., 2021). سوم، تناقض میان قانون ممنوعیت سقط و واقعیت اجتماعی رواج سقط‌های غیرایمن، نیازمند تحلیل کیفی است تا نشان دهد چگونه زنان با وجود ریسک مجازات شرعی و قانونی، از طریق شبکه‌های پنهانی به اطلاعات و خدمات دسترسی می‌یابند. این پژوهش با اتکا به روش کیفی و تحلیل داده‌های میدانی، می‌کوشد به این پرسش کلیدی پاسخ دهد که در جامعه ایران که سقط‌جنین هم‌زمان با تابوهای مذهبی، محدودیت‌های قانونی مواجه است، زنان چگونه از طریق تعامل با شبکه‌های اجتماعی (خانواده، همسر، ارائه‌دهندگان غیررسمی) فرایند تصمیم‌گیری برای سقط یا تداوم بارداری را مدیریت می‌کنند؟ این رویکرد، نوآوری پژوهش حاضر محسوب می‌شود، چراکه برای اولین بار، چانه‌زنی‌های پنهانی و استراتژی‌های انطباقی زنان در مواجهه با ساختارهای جامعه را در ایران بررسی می‌کند؛ بنابراین هدف این مطالعه شناسایی مراحل تصمیم‌گیری، بازیگران این فرایند و نحوه اقدام به سقط‌جنین است و تلاش می‌شود تا با انجام یک مطالعه کیفی به درک عمیق‌تری از فرایند تصمیم‌گیری و اقدام دست‌یابد و به این سؤالات پاسخ داده شود: زنان در فرایند تصمیم‌گیری برای سقط‌جنین یا تداوم بارداری چگونه اطلاعات موردنیاز خود را جمع‌آوری می‌کنند و پس از شناسایی منابع اطلاعاتی، چه مسیری را برای رسیدن به هدف خود انتخاب می‌کنند، چه افرادی در انتخاب و اقدام آن‌ها برای تداوم یا احتتام بارداری مؤثر هستند؟ مطالعه این موضوع از چند جهت حائز اهمیت است. نخست، بررسی این فرایند می‌تواند شکاف‌های موجود در ارائه منابع اطلاعاتی و حمایتی، در ارائه خدمات مراقبت از بارداری سالم و ایمن را آشکار سازد و به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت و خانواده کمک کند تا هم برنامه‌ریزی بهتری برای تحقق تصمیمات باروری زوجین و هم آشنایی عموم جامعه با پیامدها و جنبه‌های منفی تصمیمات نادرست ناشی از سقط‌جنین ناایمن طراحی کنند.

پیشینه پژوهش

پیشینه تحقیق در دو بخش نظری و تجربی ارائه می‌شود. چارچوب مفهومی پژوهش را نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده^۱ و شبکه اجتماعی^۲ تشکیل می‌دهند. طبق نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (Fishbein & Ajzen, 1991)، نیت فرد برای انجام یک رفتار مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی آن رفتار است. این نیت تحت تأثیر سه عامل اصلی قرار دارد: نگرش به رفتار^۳، هنجار ادراکی^۴ و نظارت رفتار ادراکی^۵. نگرش به رفتار به ارزیابی فرد از پیامدهای مثبت یا منفی انجام یک رفتار مربوط می‌شود. وقتی فرد باور دارد که انجام یک رفتار به نتایج مثبت خواهد انجامید، تمایل به انجام آن رفتار افزایش می‌یابد. برای مثال، اگر فردی باور داشته باشد که فرزندآوری به او احساس رضایت و خوشبختی می‌دهد، احتمالاً نسبت به آن نگرش مثبتی خواهد داشت و یا برعکس باورشان بر این باشد که بارداری و داشتن فرزند بیشتر همراه با برخی چالش‌ها و مسائل است و همین‌طور نگرش مثبتی به سقط‌جنین داشته باشند، ممکن است در صورت بارداری ناخواسته به سمت سقط‌جنین سوق یابد. هنجارهای ادراکی به تأثیرات اجتماعی و فشارهای گروهی اشاره دارد. هنجارهای اجتماعی می‌توانند شامل انتظار خانواده، دوستان یا جامعه باشد که فرد را به انجام یا عدم انجام یک رفتار ترغیب می‌کند. فردی که احساس کند جامعه یا خانواده‌اش از او انتظار دارد که فرزند داشته باشد، احتمالاً تحت تأثیر این فشارها قرار خواهد گرفت و نیت او برای انجام این رفتار بیشتر خواهد شد و برعکس ممکن است برای توقف و یا تأخیر فرزندآوری از سوی افراد مختلف تحت فشار قرار گیرند. نظارت رفتاری ادراکی به میزان احساس فرد از کنترل بر رفتار خود اشاره دارد. وقتی فرد احساس کند که می‌تواند به راحتی و بدون موانع دسترسی به خدمات یا منابع برای انجام یک رفتار داشته باشد، احتمالاً نیت او برای انجام آن رفتار بیشتر خواهد شد. این سه عامل در کنار یکدیگر نیت فرد را برای انجام رفتار تعیین می‌کنند (Ajzen, 2005:135). عوامل زمینه‌ای همچون ویژگی‌های شخصی، اجتماعی و فرهنگی افراد نیز بر نگرش، هنجارها و کنترل ادراکی تأثیر می‌گذارند. این نظریه می‌تواند در تحلیل تصمیمات مربوط به فرزندآوری و

1. Theory of Planned Behavior
2. Social Network Theory
3. Attitude to the behavior
4. Perceived norm
5. Perceived behavioral control

رفتارهای مشابه از جمله سقط‌جنین مفید باشد.

نظریه شبکه اجتماعی بر این فرض استوار است که افراد در ساختارهایی از روابط اجتماعی قرار دارند که می‌توانند بر رفتار و ایده‌های آن‌ها تأثیر بگذارند. این شبکه‌ها می‌توانند به‌عنوان سیستم‌های پایدار روابط اجتماعی دیده شوند و به‌طور مستقیم بر تصمیمات افراد اثر می‌گذارند. در بررسی تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر رفتارهای مختلف، چهار مکانیزم اصلی مطرح شده است. نخستین مکانیزم یادگیری اجتماعی است که به فرآیند یادگیری و تبادل اطلاعات درون شبکه‌های اجتماعی اشاره دارد. در این دیدگاه، افراد از طریق مشاهده رفتارها و تجربیات دیگران اطلاعات جدید کسب می‌کنند و این رفتارها ممکن است الگوی جدیدی برای آن‌ها ایجاد کند. دومین مکانیزم فشار اجتماعی است که بر نیروهایی تمرکز دارد که افراد را به تبعیت از هنجارهای اجتماعی سوق می‌دهد تا تأیید اجتماعی کسب کنند یا از تضاد و درگیری با دیگران اجتناب کنند (Festinger, 1950). سومین مکانیزم واگیری اجتماعی است که به‌طور کلی به فرایندی اشاره دارد که در آن افراد حالات عاطفی و رفتاری خود را از دیگران تقلید می‌کنند (Lois, 2016). چهارمین مکانیزم حمایت اجتماعی است که به فرآیند تبادل منابع بین افراد اشاره دارد (عباسی شوازی و دوراهکی ۱۳۹۶؛ علیمرادیان و همکاران ۱۴۰۱). این منابع می‌توانند شامل حمایت‌های مالی، عملی (مانند کمک در امور خانه‌داری یا مراقبت از کودکان) و عاطفی (مانند سازگاری در شرایط دشوار) باشند. حمایت اجتماعی در روابط میان افراد خویشاوند و نزدیکان به‌عنوان سرمایه اجتماعی عمل می‌کند که به‌ویژه در زمان‌های نیاز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

از دیدگاه‌های نظری فوق به‌منظور گسترش حساسیت نظری پژوهش استفاده شد. از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای طرح سؤالاتی در مورد و نظرات سایر افراد و گروه‌های مرجع به‌ویژه همسر و اعضای خانواده و دوستان در مورد تصمیمات باروری و ارزیابی فرد از توانایی در انتخاب آزادانه سقط‌جنین و امکاناتش برای اقدام به سقط‌جنین در صورت مواجهه با بارداری ناخواسته استفاده شد. نظریه شبکه اجتماعی این امکان را فراهم می‌کند تا ما سقط‌جنین را صرفاً یک تصمیم فردی نبینیم بلکه آن را در تعامل گسترده‌تر با افراد نهادها و قوانین و رسانه‌ها بررسی کنیم. حساسیت نظری ناشی از این نظریه به ما در طرح سؤالاتی در مورد چگونگی تأثیر اعضای خانواده، همسر دوستان و همکاران در مورد تصمیمات باروری کمک می‌کند و چگونه افراد تحت تأثیر این شبکه‌ها تصمیمات باروری خود را محقق می‌سازند.

بر اساس مطالعه شیردل و همکاران (۲۰۲۴) نگرش نسبت به سقط‌جنین، دانش در مورد سلامت باروری، دسترسی به خدمات بهداشت باروری و تمایلات باروری و ازدواج فامیلی در ناخواسته دانستن بارداری نقش دارد. اکثریت سقط‌جنین‌های غیرقانونی توسط زنان از طبقات اجتماعی - اقتصادی بالاتر و سقط‌جنین‌های پزشکی و خود به خودی توسط زنان از طبقات اجتماعی - اقتصادی کمتر برخوردار گزارش شده است. بر اساس مطالعه رشیدی و همکاران از ۹۶۶ بارداری در شهر تهران در سال ۱۳۹۳ ۵۱۸ نمونه مورد بررسی ۴۰ درصد سقط عمدی گزارش شد و در بارداری‌های ناخواسته شانس القایی بودن سقط ۱۱/۱۹ برابر بارداری‌های با برنامه‌ریزی قبلی است. بر اساس این مطالعه در ایران با دگرگونی در عملکرد تنظیم خانواده و دسترسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته و متعاقب آن سقط‌جنین شایع است.

در مطالعه زمانی و همکاران (۱۳۸۳) بیش از یک‌سوم زنان هنگام مواجهه با بارداری ناخواسته یا شکست در تنظیم خانواده، اقدامات مخاطره‌آمیزی نظیر وارد نمودن ضربه، بلند کردن اجسام سنگین و یا استفاده از اجسام غیرطبیعی واژینال، خوردن داروهای گیاهی و شیمیایی را انجام داده‌اند، محمدی و همکاران نشان دادند زنان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده و تحت‌تأثیر شرایط فردی و وضعیت اقتصادی اجتماعی طیفی از تهدیدات را تجربه می‌نمایند و این تهدیدات درک شده، زمینه سوق به سوی سقط القایی را فراهم می‌کنند.

سنجری (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای کیفی در تهران نشان داد که زنان با بارداری ناخواسته، پیش از تصمیم به سقط، مراحل پیچیده‌ای را طی می‌کنند:

۱. انکار بارداری به دلیل ترس از واکنش همسر یا خانواده؛
۲. جستجوی اطلاعات در فضای مجازی با کلیدواژه‌هایی مانند «سقط‌جنین بدون خطر در خانه»؛

۳. مراجعه به قابله‌های محلی یا ماماها در کلینیک‌های خصوصی به‌عنوان آخرین راهکار برای جلوگیری از افشای بارداری. نجاتی حاتمیان (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که فرآیند تصمیم‌گیری و اقدام به سقط یک تجربه پیچیده و چالش‌برانگیز است که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله نظر همسر، دیدگاه مذهبی فرد و نظر دیگر اطرافیان قرار دارد. نوری‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند فرآیند تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته با درک تهدید به‌عنوان دغدغه اصلی آغاز می‌شود که این امر باعث مقاومت آن‌ها در برابر پذیرش

بارداری ناخواسته می‌شود. سپس، مواجهه با تهدیدات ناشی از سقط‌جنین موجب تردید و دودلی در انجام سقط می‌گردد. شهبازی و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای در کرج و تهران نقش بازدارنده و حمایت‌کننده تیم درمانی و خانواده، دوستان و اجتماع در فرایند سقط‌جنین را نشان دادند.

در فراتحلیلی لوکوبال و همکاران^۱ (۲۰۲۱) در کشورهای کم‌درآمد و متوسط انجام دادند، مسیرهای تصمیم‌گیری شامل آگاهی از بارداری، خوداندیشی، تصمیم اولیه برای سقط‌جنین، افشای اطلاعات به دیگران، جستجوی پشتیبانی، مذاکرات، تصمیم نهایی، دسترسی به خدمات، روش سقط‌جنین و تجربه پس از سقط‌جنین شناسایی شد. فرایند تصمیم‌گیری با کشف بارداری آغاز می‌شود که می‌تواند مورد انتظار یا غیرمنتظره، برنامه‌ریزی شده یا بدون برنامه باشد. پس‌از آن، زن وارد مرحله بازتاب شخصی می‌شود که در آن خطرات ادامه یا خاتمه دادن به بارداری را می‌سنجد. سپس زن ممکن است تصمیم اولیه خود را بگیرد که معمولاً شامل دوره‌هایی از دوگانگی است که در آن مزایا و معایب هر انتخاب را می‌سنجد. پس از تصمیم اولیه، زن ممکن است تصمیم خود را با نزدیکان خود از جمله شریک زندگی، والدین، خواهر و برادرها، معلمان و دیگر دوستان به اشتراک بگذارد. در این مرحله، زن ممکن است حمایت، مخالفت یا بلا تکلیفی دریافت کند. در صورت مخالفت یا بلا تکلیفی، زن وارد مرحله مذاکره می‌شود که در آن سعی می‌کند تا تصمیم اولیه خود را با دیگران هماهنگ کند. در نهایت، تصمیم نهایی برای سقط‌جنین ممکن است توسط زن، شریک زندگی‌اش یا دیگران اتخاذ شود. پس از تصمیم‌گیری نهایی، زنان و اطرافیان‌شان ممکن است به جستجوی اطلاعات در مورد دسترسی به خدمات سقط‌جنین ایمن، ایمنی روش‌ها و هزینه‌های آن بپردازند.

پوری، اینگهام و متیو^۲ (۲۰۰۷) در پیمایشی در نپال نشان دادند که نزدیک به نیمی از زنان بارداری غیرمنتظره را تجربه کرده‌اند. بخشی از این افراد به فکر سقط‌جنین افتادند، اما اکثراً هیچ اقدامی نکردند یا نتوانستند سقط‌جنین را به انجام برسانند. شوهران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نقش عمده‌ای در فرایند تصمیم‌گیری دارند. کومار^۳ و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای در لندن نشان دادند که بیشتر زنان پیش از مراجعه به مراکز خدمات بهداشتی تصمیم به سقط‌جنین گرفته بودند و انتظار داشتند که از حمایت بدون قضاوت، اطلاعات دقیق و ارجاع سریع برخوردار شوند؛

1. Lokubal, et al
2. Puri, Ingham, Matthews
3. Kumar

اما متخصصان بهداشت از زنان خواسته بودند زمان بیشتری برای تفکر در مورد سقط جنین در نظر بگیرند، از این رو آن‌ها را برای انجام تست بارداری به مراکز دیگری ارجاع داده بودند یا از بحث درباره سقط جنین اجتناب کرده بودند. هولمبرگ و والبرگ^۱ (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای فرآیند تصمیم‌گیری مردان جوان در خصوص سقط جنین پس از آگاه شدن از تست مثبت بارداری نامزدهایشان را بررسی کردند، بر اساس این مطالعه فرآیند تصمیم‌گیری را ارتباطات فرد و حمایت سازمان‌یافته از سوی افراد و شبکه‌های مختلف تعیین می‌کند.

ودراوگو، سندروویتس و نگیشی^۲ (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای در بوركینافاسو نشان دادند فرآیند تصمیم‌گیری دوره‌های پرتنش مذاکره میان شرکای عاطفی را در برمی‌گیرد، در مسیر تصمیم‌گیری زنان با محدودیت‌های زیادی مواجه هستند، از جمله سیاست‌های محدودکننده، فشار و اجبار از سوی شرکای جنسی همراه با تهدیدها، باج‌خواهی عاطفی و حتی زورگویی فیزیکی است و همچنین افراد در معرض فشارهای اجتماعی از سوی افراد درون و بیرون از شبکه اجتماعی‌شان هستند. نتیجه‌گیری این مطالعه بر این است که در شرایطی که سقط جنین به شدت محدود شده و قدرت تصمیم‌گیری زنان محدود است، فرآیند تصمیم‌گیری درباره سقط جنین به صورت جمعی به نظر می‌رسد، در چارچوب زمانی نامطمئن، محیط اجتماعی غیررسمی و مکانیزم همکاری پیش‌بینی نشده‌ای عمل می‌کند. در مطالعه یلتس و برگر^۳ (۲۰۲۴) به دلیل انگ اجتماعی سقط جنین و پنهان‌کاری ناشی از آن افراد کمتر از خدمات مشاوره‌ای برای اقدام به سقط برخوردار می‌شوند. در مطالعه هیرز، آویلا و گیپسون^۴ (۲۰۱۷) مردان خود را مسئولیت‌پذیر از نظر اخلاقی برای بارداری می‌دانستند و می‌خواستند از گناه سقط جنین اجتناب کنند؛ نگرانی اصلی آن‌ها توانایی مالی برای حمایت از خانواده بود. برخی از مردان از شریکانی که سقط جنین القائی را بدون اطلاع آن‌ها انجام داده یا تلاش کرده بودند، ابراز نارضایتی کردند. پژوهش گارنزی^۵ و همکاران (۲۰۲۴) نیز بر خودداری بسیاری از متقاضیان از جستجوی حمایت مادی یا عاطفی در شبکه‌های و در نهایت گسست روابط بین فردی اشاره می‌کند. مطالعه رهیستروم^۶ و همکاران (۲۰۱۸) در

1. Holmberg, Wahlberg

2. Ouedraogo, Senderowicz, Ngbichi

3. Jeltsch, C. & Berger-Höger, B.

4. Hirz, Avila, & Gipson

5. Garnsey, A.

6. Rehnström

کیسومو، کنیا نشان داد که تصمیم‌گیرنده اصلی معمولاً شریک مرد است که به‌طور غیرمستقیم با امتناع از مسئولیت‌های مالی یا اجتماعی خود یا به‌طور مستقیم با درخواست سقط‌جنین، به زن فشار وارد می‌کند. در برخی موارد، شریک مرد با ترتیب دادن سقط‌جنین ناامن بدون رضایت زن، تصمیم‌گیری را کنترل می‌کند.

چنانچه دیدیم در سطح بین‌المللی، مطالعات بیشتری به تحلیل فرایند تصمیم‌گیری برای سقط‌جنین پرداخته‌اند. فراتحلیل لوکوبال و همکاران (۲۰۲۱) در کشورهای با درآمد پایین و متوسط نشان داد که این فرایند شامل آگاهی از بارداری، بازاندیشی، تصمیم اولیه، افشای اطلاعات، جستجوی حمایت، مذاکرات، تصمیم نهایی، دسترسی به خدمات و تجربه پس از سقط است. سایر مطالعات نیز به نقش برجسته همسر، کارکنان درمانی و فشارهای اجتماعی و فرهنگی در این تصمیم‌گیری‌ها اشاره کرده‌اند (کومار و همکاران، ۲۰۰۴؛ ودراوگو و همکاران، ۲۰۲۰؛ هولمبرگ و والبرگ، ۲۰۰۰). بر این اساس، جای خالی پژوهشی که به‌طور مشخص به تحلیل فرایند تصمیم‌گیری برای تداوم یا سقط بارداری بپردازد، با توجه به شرایط خاص فرهنگی، دینی و قانونی در ایران، احساس می‌شود. پژوهش حاضر تلاش دارد این خلأ را با رویکردی کیفی و با تمرکز بر تجربه زنان پر کند و ابعاد پنهان و تصمیم‌ساز این فرایند را روشن سازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به حساسیت موضوع در ارتباط با تجارب و تصمیمات افراد درباره تداوم یا خاتمه بارداری و فرایند رسیدن به آن و اقدامات انجام‌شده و هم‌ازلحاظ محرمانگی، رویکرد کیفی را اتخاذ کرده است. از آنجاکه هدف تحقیق شناسایی و درک فرایند تصمیم‌گیری است و بر تعاملات و شرایط زمینه‌ای مؤثر در این فرایند تمرکز دارد، از روش نظریه بنیاد که ماهیت فرایند محور دارد و توانایی استخراج مدل‌های نظری از دل داده‌های واقعی را دارد استفاده‌شده است. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و گلوله برفی (معرفی توسط افراد شرکت‌کننده در تحقیق) و همچنین نمونه در دسترس از طریق مراجعه به پزشک و ماما و بیمارستان صورت گرفت. مشاهدات میدانی و حضور محقق در مطب یک پزشک و بیمارستان و مواجهه رودرو با زنانی که در شرایط سقط‌جنین عمدی و یا غیرعمدی بودند و مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته از ابزار جمع‌آوری داده است. جهت دستیابی به حداکثر تنوع در نمونه ملاک‌های سن، تجربه فرزندآوری، طبقه اقتصادی و اجتماعی و تجربه سقط‌جنین مدنظر قرار گرفت. بدین ترتیب بر اساس

معیارهای فوق ۹ گروه زنان در این مطالعه وارد شد که هر گروه حداقل شامل ۵ نفر بود. بدین ترتیب حجم نمونه حداقل ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. تعدادی از مصاحبه‌ها ضبط شدند و برخی در حین مصاحبه، توسط محقق نوشته شدند. کدگذاری طی سه مرحله باز، محوری و انتخابی انجام شد.

در این مطالعه پس از شناسایی افراد به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف تحقیق توضیحاتی و سازمان اجراکننده تحقیق توضیحاتی ارائه شد. در صورت موافقت افراد با شرکت در تحقیق، زمان و مکان مصاحبه تعیین شد. علاوه بر این به شرکت‌کنندگان گفته شد که هر سؤال را که تمایل نداشتند پاسخ ندهند و هر زمان خواستند که مصاحبه را متوقف کنند، نیز مختار هستند به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که کلیه ملاحظات اخلاقی و محرمانگی اطلاعات رعایت می‌شود و اسامی آن‌ها در مطالعه ذکر نمی‌شود و به‌جز محقق، فرد دیگری به صدای ضبط‌شده و اطلاعات آن‌ها دسترسی ندارد. صحت و قابلیت اعتماد پژوهش با چهار معیار اعتبارپذیری^۱، انتقال‌پذیری^۲، قابلیت اطمینان^۳ و تأییدپذیری^۴ تضمین شد. برای دستیابی به قابلیت اعتماد از بررسی همکاران^۵ و تأیید مشارکت‌کنندگان^۶ استفاده شد. به‌طوری‌که در مرحله کدگذاری گزاره‌ها و مفاهیم در چند مرحله توسط همکاران بررسی و مطالعه شد و مفاهیم و خرده‌مقوله‌ها چندین بار پالایش و اصلاح گردید. همچنان‌که در مطالعه مشهود است، بسیاری از مقولات با ارائه شواهد کافی از متن سخنان مشارکت‌کنندگان تحلیل و تفسیر شدند و در ارائه آن‌ها، با نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان حمایت شدند. با توجه به اینکه جمع‌آوری و تحلیل داده هم‌زمان انجام می‌شد، در برخی موارد، مفاهیم و گزاره‌ها به مشارکت‌کنندگان ارائه و نتایج و برداشتها توسط آن‌ها تأیید شد. با حضور مستمر محقق در میدان پژوهش، مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان، تنوع مشارکت‌کنندگان تحقیق از نظر سن، تجربه فرزندآوری، تحصیلات، تلفیق داده‌ها و مرور و بازنگری مکرر داده‌ها اعتبارپذیری تحقیق تقویت شد.^۷

1. Credibility
2. Transferability
3. Dependability
4. Confirmability
5. Peer review
6. Member checking

۷. این مطالعه بخشی از یافته‌های یک مطالعه جامع در مورد سقط‌جنین است، در این مقاله تمرکز برچگونگی فرایند تصمیم‌گیری و اقدام به سقط‌جنین و یا تداوم بارداری است، در مطالعات دیگر به چرایی و پیامدهای سقط‌جنین پرداخته شده است.

یافته‌های پژوهش

۱. توصیف افراد نمونه

تعداد افراد نمونه ۴۶ زن ازدواج کرده هستند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴ سال بود و کوچک‌ترین فرد شرکت‌کننده ۲۲ سال و بزرگ‌ترین فرد ۴۵ سال داشت. متوسط طول دوره ازدواج ۹ سال بود. به لحاظ نسبت خویشاوندی با همسر ۱۰ نفر ازدواج خویشاوندی و مابقی غیرخویشاوند بودند. برحسب تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده ۸ نفر بدون فرزند، ۱۲ نفر تک‌فرزند، ۲۵ نفر دو فرزند و یک نفر سه فرزند داشت. در بین شرکت‌کنندگان ۲۲ نفر تجربه سقط جنین داشتند که ۱۰ نفر غیر عمدی و ۱۱ نفر به صورت عمدی و غیرقانونی اقدام به سقط نمودند یکی از شرکت‌کنندگان هم تجربه سقط عمدی و غیر عمدی را داشت. سایر شرکت‌کنندگان تجربه بارداری برنامه‌ریزی نشده (ناخواسته و نابهنگام) داشتند و به لحاظ سطح تحصیلات یک نفر دبیرستان، ۱۱ نفر دیپلم، ۲۵ نفر تحصیلات کارشناسی ۵ نفر کارشناسی ارشد، ۳ نفر تحصیلات دکتری داشتند. ۲۰ نفر از شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند و ۲۶ نفر شاغل بودند.

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان

کد	سن	محل ازدواج	سن همسر	تعداد فرزندان	سقط جنین	نوع سقط	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر	وضعیت مسکن
۱	۳۳	۲	۳۴	۰	۱	عمدی	کارشناسی ارشد	دیپلم	شاغل در بخش خصوصی	آزاد	ملکی
۲	۳۸	۱۰	۳۸	۲	۰		کارشناسی	دیپلم		کارگر	ملکی
۳	۳۹	۱۰	۴۲	۲	۰		دکتری	کارشناسی	خانه‌دار	آزاد	ملکی با وام
۴	۳۸	۱۴	۴۱	۱	۲	عمدی	کارشناسی ارشد	کارشناسی	شاغل	آزاد	ملکی با وام
۵	۴۲	۱۳	۴۴	۲	۱	عمدی	کارشناسی	کارشناسی	شاغل	کارمند	مستأجر
۶	۲۲	۶	۳۳	۱	۱	غیر عمدی	دوم دبیرستان	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند بانک	ملکی
۷	۴۳	۱۸	۴۸	۳	۱	غیر عمدی	کارشناسی	کارشناسی	معلم	کارمند	ملکی
۸	۲۵	۷	۲۹	۱	۰		کارشناسی	کارشناسی	معلم	آزاد	مستأجر
۹	۳۶	۱۳	۳۶	۲	۰		دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	آشپز	ملکی

کد	سن	مدت ازدواج	سن همسر	تعداد فرزندان	سقط-چنین سابقه	نوع سقط	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر	وضعیت مسکن
۱۰	۳۸	۱۹	۴۴	۲	۰		دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	تأسیسات آسانسور و اسنپ	رایگان
۱۱	۲۶	۴	۳۳	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	خرید و فروش موبایل	ملکی
۱۲	۳۳	۹	۳۵	۲	-	-	دیپلم	فوق دیپلم	خانه‌دار	آزاد کارواش	رایگان
۱۳	۲۸	۱۴	۳۳	۱			کارشناسی	کاردانی	خانه‌دار	نظامی	مستأجر
۱۴	۳۵	۱۶	۴۲	۲	۲	عمدی	کارشناسی	دیپلم	معلم	آزاد	ملکی
۱۵	۴۵	۱۸	۴۲	۲	۱	عمدی	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند	استیجاری
۱۶	۳۴	۷	۳۵	۲	-	-	کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	شاغل	کارمند شهرداری	ملکی با وام
۱۷	۳۶	۱۵	۳۷	۲	۲	عمدی و غیر عمدی	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	راننده اسنپ	استیجاری
۱۸	۳۶	۱۴	۴۰	۲	۱	غیر عمدی	لیسانس الهیات	لیسانس	خانه‌دار	کارگر سایپا	ملکی با وام
۱۹	۳۴	۱۳	۳۴	۲	۱	عمدی	دانشجوی کارشناسی	لیسانس	شاغل	نظامی	مستأجر
۲۰	۲۳	۳	۲۷	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	کارشناسی	بیکار	فروشنده	مستأجر
۲۱	۲۷	۲	۳۰	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	دیپلم	شاغل	فروشنده	مستأجر
۲۲	۳۸	۱۸	۴۹	۲	۰	۰	دانشجوی دکتری	کارشناسی	شاغل	کارمند	سازمانی
۲۳	۳۸	۱۳	۳۹	۱	۱	غیر عمدی	کارشناسی ارشد	ک ارشد	شاغل	مهندسی کنترل پروژه	ملکی با وام
۲۴	۲۳	۶	۲۷	۱	۰		دیپلم	دبیرستان	خانه‌دار	کارگر کارخانه	مستأجر
۲۵	۲۷	۳	۳۰	۰			کارشناسی	دیپلم	خانه‌دار	کارگر رستوران	مستأجر
۲۶	۳۵	۵	۳۸	۲	۱	عمدی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	شاغل	شاغل	مستأجر
۲۷	۲۵	۸	۳۱	۱			کارشناسی	دیپلم	خانه‌دار	راننده	رایگان
۲۸	۳۴	۹	۳۶	۲	۱	عمدی	دیپلم	لیسانس	خانه‌دار	کارمند	

فرایند تصمیم‌گیری زنان برای تداوم بارداری یا [...]

کد	سن	مدت ازدواج	سن همسر	تعداد فرزندان	سقط‌جنین سابقه	نوع سقط	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر	وضعیت مسکن
۲۹	۳۶	۱۲	۴۰	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی	معلم	معلم	ملکی با وام
۳۰	۲۹	۵	۳۵	۱			دیپلم	لیسانس	خانه‌دار	کارمند	ملکی
۳۱	۳۴	۹	۳۶	۲	۱	عمدی	دیپلم	زیردیپلم	خانه‌دار	کارگر یخچال سازی	استیجاری
۳۲	۳۸	۷	۳۹	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند	ملکی
۳۳	۳۸	۸	۳۸	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند	ملکی
۳۴	۳۲	۵	۳۵	۱	۰		کارشناسی	کارشناسی	شاغل	کارمند بانک	ملکی با وام
۳۵	۴۱	۶	۴۲	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند	ملکی
۳۶	۳۵	۳	۳۲	۲			کارشناسی	کارشناسی	شاغل	آزاد	استیجاری
۳۷	۳۸	۱۰	۴۰	۲	۰		کارشناسی	دیپلم	شاغل	شاغل	ملکی
۳۸	۳۷	۱۴	۴۰	۱	۱	عمدی	دیپلم	فوق دیپلم	خانه‌دار	آزاد	رایگان
۳۹	۳۰	۶	۳۳	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	استیجاری
۴۰	۳۰	۳	۳۳	۰	۱	غیر عمدی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	شاغل	مهندس کامپیوتر	ملکی
۴۱	۳۴	۹	۳۶	۲	۰		دیپلم	فوق دیپلم	خانه‌دار	کارگر نانوائی	ملکی
۴۲	۳۱	۳	۳۵	۱	۰		کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	کارمند	کارمند	مستأجر
۴۳	۳۲	۵	۳۵	۱	۰		کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	شاغل	شاغل	مستأجر
۴۴	۳۲	۵	۳۵	۲	۱	عمدی	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	مستأجر
۴۵	۳۴	۷	۳۷	۲	۰		کارشناسی	کارشناسی ارشد	شاغل	کارمند	ملکی
۴۶	۴۳	۱۷	۴۸	۲	۰		دکتری	دکتری	شاغل	شاغل	ملکی

* غیرخویشاوند

۲. فرایندهای تصمیم‌گیری و اقدام به سقط جنین یا تداوم بارداری

مصاحبه با زنان نشان داد فرایند تصمیم‌گیری شامل سه مرحله شناختی، تصمیم‌گیری و اقدام یا انصراف است. نخست در مرحله شناختی افراد تلاش می‌کنند با مراجعه به

منابع مختلف، اطلاعاتی در مورد سقط جنین کسب کنند. در مرحله تصمیم‌گیری افراد مختلفی نقش آفرینی می‌کنند و در نهایت فرد یا برای سقط جنین اقدام می‌کند یا به فرزندآوری خود ادامه می‌دهند. به عبارتی در این فرایند فرد به‌عنوان کنشگر اصلی با شبکه‌ای از کنش‌ها و تصمیمات جمعی مواجه است.

۱-۲. مرحله شناختی

زمانی که تجربه بارداری ناخواسته و یا بارداری توأم با مشکل دارند، تحت فشارهای روحی و روانی زیادی قرار دارند. آن‌ها برای کسب اطلاعات بیشتر و یافتن روش‌های سقط جنین به منابع مختلفی مراجعه می‌کنند. این منابع شامل شبکه‌های اجتماعی و فضای مجازی، دوستان و آشنایان، پزشکان و درمانگران سنتی است. افراد گاهی به یک منبع اعتماد می‌کنند و در مواردی ترکیبی از منابع را برای تصمیم‌گیری نهایی به کار می‌گیرند. انتخاب نوع منابع اطلاعاتی بستگی به نوع بارداری (ناخواسته بارداری یا توأم با مشکل)، آگاهی فرد از قوانین و تجربه‌های قبلی خود و یا اطرافیان دارد. در مواردی که تداوم بارداری باعث به خطر افتادن سلامت مادر و یا جنین است، افراد اطلاعات را عمدتاً از طریق پزشکان به دست می‌آورند و از نظر آن‌ها مهم‌ترین منبع اطلاعاتی معتبر پزشکان و متخصصان هستند. شرکت‌کننده شماره ۲۱ (۲۷ ساله، کارشناسی، سقط غیر عمدی) دریافت اطلاعات در مورد تداوم بارداری و یا سقط جنین را از پزشک متخصصی که تحت نظر وی باردار شده اخذ کرده است و علاوه بر آن برای اطمینان به یک پزشک دیگر که یکی از آشنایانش معرفی کرده مراجعه نموده است و در مراحل بعدی به مراجع قانونی و در نهایت بیمارستان رجوع کرده است.

«من اصلاً فکر نمی‌کردم که مشکل دارم و اصلاً تا حالا به این موضوع فکر

نکرده بودم، وقتی دکتر گفت بهتره سقط بشه خیلی ناراحت شدم، مامان و

خاله‌ام دوباره از یه دکتر دیگه نوبت گرفتند این دکتر هم همون حرف قبلی

را تکرار کرد».

زمانی که بارداری ناخواسته است بسته به آگاهی و دانش افراد از قوانین مرتبط با سقط و یا پیامدهای ناشی از سقط به منابع مختلفی مراجعه می‌کنند. در این مطالعه برخی از شرکت‌کنندگان از جمله شماره ۲۲، ۱، ۵، ۳ و ۴۶ اظهار داشتند که تصور می‌کردند با وجود سن بالا و یا داشتن بیماری‌های روحی روانی و یا برخی ناهنجاری‌های عضلانی جنین، می‌توانند زیر نظر پزشک بارداری را خاتمه دهند. در واقع این افراد در مورد شرایط قانونی یا موارد مجاز سقط اطلاعات چندانی

نداشتند. شرکت‌کننده شماره ۵، ۱، ۱۹، ۳ به پزشک یا مرکز بهداشت مراجعه کرده بودند. درمانگران سنتی و عطاری‌ها یا ماماها سنتی دوستان و همکاران نیز از منابع اطلاعاتی بودند که برخی از زنان اشاره داشتند. باین حال شبکه‌های اجتماعی و فضای مجازی به‌عنوان یکی از در دسترس‌ترین و شایع‌ترین منابع اطلاعاتی بود که بسیاری از شرکت‌کنندگان، به‌ویژه زنانی که در چند سال اخیر تجربه بارداری ناخواسته داشتند، اشاره کردند. آن‌ها ساعت‌های متمادی در گروه‌ها و وب‌سایت‌ها و صفحات اینستاگرام و گروه‌های تلگرامی در جستجوی اطلاعات بیشتر، تجربه سایر افراد از بارداری ناخواسته و شیوه‌های سقط بوده‌اند. البته این منبع اطلاعاتی فقط در موارد سقط‌های غیرقانونی بکار نرفته، بلکه حتی زمانی که افراد متخصص و یا پزشکان مباحثی در مورد ضرورت سقط‌جنین طرح کرده نیز مورداستفاده قرار گرفته است. برای مثال شرکت‌کننده شماره ۲۱ زمانی که پزشک وی را در مورد مسائل مرتبط با جنین آگاه کرده است، در اینترنت و صفحه‌های مجازی نیز در جستجوی اطلاعات بیشتر و آشنایی با سایر زنانی که این تجارب را داشته‌اند، بوده است و در یک گروه تلگرامی که زنان دارای تجربه سقط‌جنین در آن قرار داشتند عضو شده است.

زنان در این مطالعه بیان داشتند که در حال حاضر صفحات مجازی پزشکان یا ماماها یا فروشندگان داروی سقط به‌راحتی در دسترس است. آن‌ها به صفحات مجازی پزشکان مراجعه کرده تا در مورد شیوه‌های سقط‌جنین اطلاعاتی کسب کنند. برخی از آن‌ها به سایت اینترنتی با عنوان «نی‌نی‌سایت» مراجعه کرده و از اطلاعاتی که سایر زنان در این سایت به اشتراک گذاشته‌اند، بهره بردند. شرکت‌کننده شماره ۴۶ (۴۳ ساله، دکتری، بارداری ناخواسته و سقط‌جنین ناموفق) توضیح می‌دهد که یک بخش مهمی از فرایند تصمیم‌گیری و اقداماتش برای سقط به ساعت‌ها جستجو در اینترنت و وب‌سایت‌ها و خواندن تجربه زنان از سقط‌جنین اختصاص داشته است. این منابع هم در مورد روش‌های سقط‌جنین، روش‌های متقاعد کردن پزشک برای تجویز سقط قانونی و ورزش‌ها و حرکات و یا مواد غذایی و دارویی و جستجوی عطاری‌ها و درمانگران سنتی بوده است.

«به مامانم زنگ زدم گریه می‌کردم مامانم گفت اشکال نداره کاری که نباید میشده شد، اما من اصلاً نمی‌خواستم به شوهرم هم گفتم، ایشان می‌گفت تو باید این نه ماه را تحمل کنی و زایمان کنی، بنابراین من خیلی نمی‌توانم چیزی بگم. کمی لک بینی داشتم تو اینترنت خوندم نوشته بود که مواردی

که خونریزی دارند سقط می‌شه جای امیدواری برایم بود، دیگه تو صفحات پزشکی و نی نی سایت می‌خوندم که چطوری سقطش کنم». علاوه بر آن عضویت در کانال‌های تلگرام و یا اینستاگرام یکی از اقدامات شایعی بود که بسیاری از زنان انجام دادند. همچنین بسیاری از افراد به تبلیغات ماهواره برای داروهای سقط‌جنین اشاره داشتند و بیان کردند در ماهواره هم اسم داروها و هم شماره تلفن‌هایی برای ارتباط و ثبت سفارش داروی سقط تبلیغ می‌شود. شرکت‌کننده شماره ۱ (۳۳ ساله، کارشناسی ارشد، سقط‌جنین غیر عمدی) می‌گوید:

«وقتی تو سونوی اول کلوپ فوت تشخیص داده شد تو یک گروه تلگرامی عضو شدم و با چند خانم ارتباط گرفتم و همین‌طور یک گروه تلگرامی هم بود که ظاهراً یک پزشک مشاوره می‌داد اونجا هم در مورد روش‌های محافظت از جنین توضیح می‌دادند و هم روش‌های سقط‌جنین که اطلاعات خیلی خوبی آنجا گرفتم».

شرکت‌کننده شماره ۳۸ (۳۷ ساله، دیپلم، سقط عمدی) نیز می‌گوید:

«من تو کانال خوندم که سقط‌جنین معمولاً از هفته ۵ بارداری تا ۱۴ امکان‌پذیر است کاملاً خانگی و نیازی به بیمارستان یا مراجعه حضوری به پزشک نداره. گفته بودند که بعد از هفته ۵ که ساک حاملگی تشکیل شد اقدام به سقط کنید».

شرکت‌کننده شماره ۳۱ (۳۴ ساله، دیپلم، عمدی) می‌گوید:

«من تو اینستا دیدم یک کانال بود که داروهای سقط را در منزل ارسال می‌کرد بلافاصله به شماره که گذاشته بود پیام دادم قرص برایم فرستاد».

این شرکت‌کننده در ادامه به اطلاعاتی که از درمانگر سنتی و دوستان همسرش کسب کرده نیز اشاره می‌کند.

چنانچه ملاحظه می‌شود زمانی که زنان در مورد تداوم بارداری دچار تردید می‌شوند، برای کسب اطلاعات بیشتر به منابع اطلاعاتی متنوعی مراجعه می‌کنند. این تنوع منابع اطلاعاتی از پزشکان تا شبکه‌های اجتماعی باعث می‌شود افراد با انبوهی از اطلاعات مواجه شوند.

۲-۲. تصمیم‌گیری برای تداوم یا اختتام بارداری

در مرحله تصمیم‌گیری علاوه بر خود فرد که تلاش‌های زیادی برای کسب اطلاعات و یافتن منابع قابل اعتماد برای طرح تصمیم دارد، افراد دیگری نیز نقش آفرینی می‌کنند. جدول شماره ۲، مفاهیم و مقولات مرتبط با فرایندهای تصمیم‌گیری برای سقط‌جنین

و یا تداوم بارداری را نشان می‌دهد. روایت شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد در این جریان مشورت با همسر و خانواده به‌عنوان یک گام مهم تلقی می‌شود و نقش اعضای خانواده از جمله همسر و مادر و خواهر فرد به‌عنوان اولین مشاوران و پشتیبانان فرد بسیار برجسته است، در مراحل بعدی پزشکان و متخصصین نقش دارند. علاوه بر آن در این فرایند دوستان و همکاران با اشتراک تجربیات خود و سایر آشنایان و یا ارائه نظرات شخصی نقش‌آفرینی مؤثری دارند. همه این تعاملات در کنار خواست خودزنان، زمینه‌ای برای تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر و مطمئن‌تر و مبتنی بر درک واقعی از پیامدها و انتظارات فرد فراهم می‌آورد. از مجموع مفاهیم و برجسب‌های مفهومی در این بخش دو مقوله محوری تحت عنوان «تصمیم باروری یک پروژه مشترک با همسر» «دوگانه نقش بازدارندگی و تأییدکنندگی خانواده، پزشک و دوستان» استخراج شد که این دو مقوله ذیل مقوله اصلی با عنوان «شبکه کنش‌ها و تصمیمات جمعی در تردیدهای مسیر بارداری» قرار گرفتند.

جدول ۲. مفاهیم و مقوله‌های مرتبط با فرایندهای تصمیم‌گیری برای سقط‌جنین و یا تداوم بارداری

مفاهیم	مقوله محوری	مقوله اصلی
تغییر در تصمیم‌گیری پس از گفتگو با همسر، حمایت و همراهی همسر، مخالفت زیاد همسر با سقط به دلایل مذهبی، مخالفت همسر به دلیل ترس از داروی تقلبی، عدم اصرار همسر به تداوم بارداری، مخالفت همسر با داشتن فرزند بیشتر تشویق همسر و اصرار زیاد بر سقط	تصمیم باروری یک پروژه مشترک با همسر	شبکه کنش‌ها و تصمیمات جمعی در تردیدهای مسیر بارداری
حمایت‌های خانوادگی از فرزندآوری، تأییدشدگی از طرف خانواده، ممانعت و درخواست خانواده برای تداوم بارداری، نقش پررنگ اعضای خانواده		
نقش الهام‌بخش پزشک در بازاندیشی انتخاب، هدایت‌گری پزشک در خصوص پیامدهای سقط‌جنین، نقش پزشک در تقویت انگیزه سقط، هشدارهای پزشکی در مورد عوارض احتمالی بارداری و خطرات برای جنین	دوگانه نقش بازدارندگی و تأییدکنندگی خانواده، پزشک و دوستان	
فراهم‌سازی داروهای سقط، هماهنگی با بیمارستان، عادی‌سازی سقط، همدلی، ارائه اطلاعات		

۱-۲-۲. تصمیم باروری یک پروژه مشترک با همسر

کلیه شرکت‌کنندگان بیان داشتند که تصمیمات باروری را با همسر خود به اشتراک می‌گذارند و تصمیم نهایی پس از گفتگو و مشورت همسر اتخاذ می‌گردد. برای بسیاری از آنها،

همسرانشان در مسیر بارداری حامی بوده و تلاش زیادی داشتند تا به آن‌ها کمک کنند که در شرایط سخت بتوانند تصمیم درستی اتخاذ کنند. بسیاری از آن‌ها چون حمایت و همراهی همسر را دارا بودند، توانسته بودند تداوم بارداری یا تصمیم به سقط را با اعتماد به نفس بیشتری دنبال کنند. در موارد زیادی زمانی که همسر مخالف سقط جنین بوده است، زنان از پیگیری سقط منصرف شده و پذیرش تداوم بارداری برای آن‌ها تسهیل گشته است. واضح است که احساس همراهی و درک متقابل به آن‌ها این نوید را داده است که در این شرایط تنها نیستند و همسرانشان در شرایط سخت نیز کنار آن‌ها هستند، این همراهی گاه در جهت حمایت برای سقط بوده است و گاه در مسیر منصرف کردن از سقط. برای مثال، شرکت کننده شماره ۵ (۴۲ ساله، کارشناسی، عمدی) می‌گوید:

«همسر من دوست داشت یک دختر داشته باشه و مذهبی هم هست و می‌گفت خدا راضی نیست ولی دید من دوست ندارم حاملگی را ادامه بدهم و خیلی ناراحت هستم قبول کرد و همراهی ام کرد. گفتم که بچه‌ای که نتوانیم از عهده‌اش بر بیایم و نیازهایش را تأمین کنیم بیشتر ظلم میشه و تازه به لحاظ شرعی تا چهار ماه مشکل نداره و دیه می‌دهیم گفتم اگر مشکل داشت تا چهار ماه را هم مجوز نمی‌دادند با این صحبت‌ها دیگه قبول کرد همه جوره حمایت کرد».

زنانی که تجربه حاملگی‌های ناموفق دارند، به‌ویژه در مواردی که بارداری آن‌ها توأم با مشکلات جنینی یا ناهنجاری‌ها بارداری است، به دلیل حمایت همسرانشان در تصمیم‌گیری راحت‌تر عمل می‌کنند. برای مثال، شرکت کننده شماره ۴ که دارای یک فرزند است، تجربه دو حاملگی ناموفق داشته و در بارداری چهارم به دلیل ناهنجاری اسکلتی با مصرف قرص اقدام به سقط نموده است، درباره نظر همسرش توضیح می‌دهد که:

«ایشان خوشحال بود که باردار هستم اما چون دو تا حاملگی ناموفق داشتم، کمی می‌ترسید چون اون هم برادر و مادرم را دیده بود برادر خودم معلول هست و دید که مادرم چقدر سختی کشید نخواستیم یک بچه معلول به دنیا بیاوریم همسر من خیلی مذهبی اما در مورد این موضوع کنارم بود وقتی هم که دید آنورمالی است دیگه مخالفتی نداشت و با من همراه بود».

شرکت کننده شماره ۲۲ (۳۸ ساله، دانشجوی دکتری، بارداری ناخواسته) می‌گوید:

«ایشان می‌گفت من دوست دارم بچه داشته باشیم، اما اگر تو فکر می‌کنی خودت نمی‌خواهی برو سقطش کن. ایشان نظرش این بود اما هیچ وقت نظرش را قاطع نمی‌گفت اره یا نه و می‌گفت اگر تو نمی‌خواهی برو سقط کن».

از سوی دیگر، در بسیاری از مواردی که همسران به دلایل مذهبی یا فرهنگی مخالفت خود را با سقط‌جنین به‌صراحت اظهار کرده‌اند، زنان از تصمیم به سقط‌جنین صرف‌نظر کرده‌اند. برای نمونه شرکت‌کننده شماره ۷ (کاردانی، ۴۳ ساله، سقط غیر عمدی و بارداری ناخواسته) می‌گوید:

«من اصلاً دوست نداشتم بچه‌دار بشم، چون شاغل بودم و برام سخت بود بچه اضافی در دسر بود. برای نگه‌داشتن دوتای اول خیلی اذیت شدم از یک طرف ستم هم بالا بود می‌ترسیدم مشکلی برای بچه پیش بیاد، رفتم با یک دکتری هم صحبت کردم حتی کارهایم کردم، اما چون همسرم دوست داشت و خط قرمز بود دیگه توکل به خدا کردم، با اینکه شرایط خیلی برایم سخت بود، با این حال مخالفت ایشان و خوشحالی‌اش از بابت بارداری باعث شد که به رضای خدا راضی بشم».

این شرکت‌کننده بیان می‌دارد مخالفت همسرش با بیان اثرات مثبت فرزند و اثرات منفی سقط‌جنین در زندگی نقش مهمی در این جریان داشته است و سخنان وی در آرامش روحی، روانی و پذیرش بارداری بسیار مؤثر بوده است؛ بنابراین چنانچه ملاحظه می‌شود نقش همسر در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سقط‌جنین بسیار تعیین‌کننده است و می‌تواند به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در تغییر تصمیم اولیه زنان به‌شمار رود.

۲-۲-۲. دوگانه نقش بازدارندگی و تأییدکنندگی خانواده، پزشک و دوستان

اعضای خانواده و بستگان نزدیک نقش مهمی در تصمیم‌گیری برای سقط یا نگهداری از بارداری ایفا می‌کنند. زمانی که سقط‌جنین با رویکردهای مذهبی و فرهنگی خانواده در تضاد قرار می‌گیرد، خانواده‌ها می‌توانند با اعمال فشارهای عاطفی و فرهنگی، زنان را از تصمیم اولیه خود منصرف کنند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ (۳۴ ساله، دانشجو، سقط عمدی) می‌گوید:

«چون بچه ۵ ماهه داشتم شیر می‌دادم حامله شدم، اما خواهر شوهرم نگذاشت. شوهرم می‌گفت باید سقط کنی چون خودش سرکار می‌رفت می‌گفت چطور می‌توانی دو تا بچه را بزرگ کنی. خواهر شوهرم التماس من کرد گفت شما بیارید به من بدهید میدهم به کسی که بچه نمیتونه بیاره. می‌گفت گناه داره نمی‌توانی جواب بدهی دو تا ادم عاقل باید جلوگیری می‌کردید، الان هم باید مسئولیتش را قبول کنید. رفتیم پیش مامای درمانگاه گفت بیا مطب تا کارهایش را بکنم؛ اما بعد که رفتیم دفترچه را دید گفت شما غصه چی می‌خوری می‌خواهی سقط کنی؟ چرا شما که حقوق ثابت داری؟ ماما سعی

کرد منصرف کند اما شوهرم قبول نمی کرد. گفت من تو خونه آمپول می زنم. اون موقع سال ۹۳ بود. من می ترسیدم با خواهر شوهرم صحبت کردم گفتم بچه سید است پیش جدش روسیاه می شوید دو تا را با هم بزرگ می کنی اینها را به شوهرم گفتم در نهایت بالاچار قبول کرد».

این نقل قول نشان می دهد که علی رغم تمایل و تقاضای همسر برای سقط جنین، نظرات و دیدگاه خواهر همسر درباره گناه و لزوم مسئولیت پذیری، بر تصمیم گیری زن تأثیر قابل توجهی داشته است. در مجموع در این مورد، فرایند تصمیم گیری نشان دهنده ترکیب پیچیده ای از عوامل مذهبی، خانوادگی و اقتصادی است که در نهایت تصمیم گیری زن را به سمت تداوم بارداری سوق داده است. البته این شرکت کننده در بارداری سوم تجربه سقط عمدی را دارد و این بار موضوع را از خواهر همسر و سایر اعضای خانواده پنهان می کند تا بتواند تصمیم خود را عملی می کند.

با این حال در مواردی با وجود فشارهای فرهنگی و اجتماعی از سوی اعضای خانواده برای تداوم بارداری، زنان گاهی به دلیل شرایط سخت و طاقت فرسا از نگاه خودشان، در نهایت تصمیم به سقط جنین می گیرند. آن ها زمانی که احساس ناتوانی شدید در ادامه بارداری دارند، به ویژه اگر تجربه های دشواری از بارداری و زایمان داشته یا مشکلات جدی جسمی و روانی را پشت سر گذاشته باشند، این فشارها تأثیری بر تصمیم آن ها نمی گذارد. در چنین شرایطی، زنان با وجود توصیه ها و مخالفت های اطرافیان، به دلیل شرایط پیچیده و دشوار خود، تصمیم نهایی را برای سقط جنین عملی می کنند. برای مثال شرکت کننده شماره ۱۷ (۳۶ ساله، دیپلم، عمدی و غیر عمدی) می گوید:

«مامانم گفت خدا خواسته خدا بزرگه، کاری که نباید میشد شده حالا هم اینم مثل دوتای دیگه نگه دار، شاید با اومدنش برکت به زندگیت اومد. خواهرم هم گفت سقط نکن، خدا قهرش میاد اما خودم دیدم نمیتونم بخصوص که یک بار تو بیمارستان کورتاژ کرده بودم و همکارانم را هم دیده بودم که چقدر دارند اذیت می شوند، همین باعث می شد تو تصمیم مضمم باشم».

در این مورد، مادر و خواهر شرکت کننده هر دو از دیدگاه های مذهبی به موضوع نگاه می کنند و او را تشویق می کنند که بارداری را ادامه دهد و از سقط خودداری کند. مادر این شرکت کننده بارداری را مظهري از اراده الهی می داند که در صورت پذیرش آن برکاتش در زندگی والدین و فرزند جاری و ساری خواهد شد. همچنین، خواهرش هشدار می دهد که سقط جنین ممکن است عواقب معنوی مانند «قهر خدا» را به دنبال داشته باشد. در واقع با وجود فشارهای خانوادگی و مذهبی، تجربه های شخصی پیشین و دشواری هایی که زن

پشت سر گذاشته، نقش اصلی را در تصمیم نهایی ایفا می‌کند. در مواردی نیز اعضای خانواده احساس دلسوزی و همراهی باز نداشته و تصمیم‌گیری نهایی را به زن واگذار کردند. شرکت‌کننده شماره ۳۹ (۳۰ ساله، کارشناسی، غیرعمدی) می‌گوید:

«چون می‌دانستم که مشکل جنین جزو موارد قانونی و شرعی نیست. به همین دلیل نمی‌خواستم با کسی در این زمینه صحبت کنم، می‌دانستم که کسی نمی‌تواند مجوز شرعی یا پزشکی به من بدهد. فقط با همسرم و خواهرم در این باره صحبت کردم آن‌ها دیدند من در مورد سلامت بچه تردید دارم و نگران آینده و سلامت بچه هستم تصمیم نهایی را به خودم واگذار کردند».

تأثیر تجربیات خانوادگی نیز نقش مهمی در فرایند تصمیم‌گیری ایفا می‌کند. در مورد زنانی که در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که یکی از اعضا به دلایل مختلف سقط‌جنین را تجربه کرده است، گزینه اختتام بارداری ناخواسته راحت‌تر پذیرش می‌شود و افراد کمتر احساس ناخوشایند نسبت بدان دارند و اهمیت کمتری به موانع مذهبی و فرهنگی می‌دهند. از سوی دیگر افرادی که یکی از اقوام و بستگان نزدیک آن‌ها دارای فرزندان با ناهنجاری‌های جسمی یا ذهنی هستند و شرایط تلخ و دشواری را تجربه کردند، هم از سوی اعضای خانواده برای سقط‌جنین ترغیب و تشویق شده بودند هم خودشان موافقت بیشتری با سقط‌جنین داشتند، در واقع در چنین شرایطی خانواده به جای مخالفت، از تصمیم فرد برای سقط‌جنین حمایت کرده است، زیرا نمی‌خواهد یکی دیگر از اعضای خانواده همان مسیر رنج‌آور را تجربه کند. این حمایت و تشویق اغلب ریشه در تلاش خانواده برای جلوگیری از تکرار چرخه‌ای از مشکلات و مسائل احتمالی دارد. این تجربیات خانوادگی به‌ویژه در افرادی که در سنین بالا باردار شده و یا در تشخیص‌های پزشکی احتمال برخی ناهنجاری‌ها وجود داشته، به‌عنوان الگویی برای تصمیم‌گیری عمل کرده است. شرکت‌کننده شماره ۱ (۳۳ ساله، کارشناسی ارشد) که پیش از دریافت نتایج قطعی تشخیص مشکلات ژنتیکی و اسکلتی، اقدام به سقط‌جنین کرده است، می‌گوید:

«تو شرایط خیلی بدی بودم با خواهرم و همسرم صحبت کردم همسرم نظری نداشت، اما خواهرم چون خودش یک بچه معلول ذهنی دارد، شدیداً مخالف نگه داشتن بچه بود. ریسک ناهنجاری بود و باید خودم تصمیم می‌گرفتم که آیا یک بچه با مسائل ژنتیکی را داشته باشم و یا در همین مرحله خاتمه دهم».

این نقل‌قول به‌خوبی نشان می‌دهد که چگونه تجربیات مرتبط با ناهنجاری‌های ژنتیکی و اختلالات ذهنی اعضای خانواده تصمیم‌گیری زنان را به سمت سقط‌جنین

سوق داده است؛ بنابراین خانواده به‌عنوان یک منبع حمایت عاطفی و شاهد تجربی هدایتگر تصمیم نهایی زوجین بوده است. این شرکت‌کننده بیان داشت بعد از دریافت نتایج و آزمایش‌های پیشرفته وجود مشکلات کروموزومی رد شده اما زمانی که این نتایج به دست وی رسیده بود او جنین را سقط کرده بود.

در فرایند تصمیم‌گیری نهایی برای سقط‌جنین و یا تداوم بارداری، پزشکان نقش‌آفرینی مؤثری داشته‌اند. باین‌حال در این فرایند مشاوره‌های پزشکی نقش دوگانه‌ای داشته است، در بسیاری از موارد زنان تحت تأثیر هشدارها و توصیه‌های پزشکان درباره سلامت خود یا جنین، تصمیم به سقط و یا برعکس تداوم بارداری گرفتند. زمانی که تشخیص‌های پزشکی احتمال ناهنجاری‌های جسمی جنین یا خطرات بارداری برای سلامت مادر را مطرح کرده، زنان با نگرانی‌ها و هراس‌های عمیق و جدی مواجه شدند. برای مثال، شرکت‌کننده شماره ۴۶ به سخنان پزشک اشاره می‌کند که گفته بود «دو قلو است، اما یکی‌اش به نظر پوچ می‌آید». این سخنان باعث شد او برای جلوگیری از تولد نوزادی با مشکلات جسمی، تصمیم به سقط‌جنین بگیرد: «از ترس اینکه بچه مشکل داشته باشد، تلاش کردم تا سقطش کنم». چنین هشدارهایی به‌ویژه در شرایطی که زن خودش و یا بستگان نزدیک و دوستان و اطرافیانش تجربه قبلی از مشکلات بارداری یا زایمان داشته‌اند، تأثیر بیشتری داشته است. شرکت‌کننده شماره ۱۹ به هشدار پزشک متخصص پوست در دوران مصرف دارو اشاره می‌کند که خطرات بارداری در این شرایط را به او گوشزد کرده بود. این هشدار باعث شده است تردیدها و ترس‌های زنان از تولد نوزادان معلول یا دارای نقص تقویت شود.

در مواردی هشدارهای پزشکی به‌قدری قاطع و تأثیرگذار هستند که زنان حتی پیش از تکمیل آزمایش‌های تخصصی، تصمیم به سقط‌جنین می‌گیرند. این ترس و هراس‌ها و اضطراب مرتبط با احتمال وجود ناهنجاری در جنین، وقتی با هشدارها و نظرات پزشکان همراه می‌شود، باعث می‌شود که زنان تصمیم به سقط را تسریع کنند. به‌این‌ترتیب، مشاوره‌های پزشکی، تردیدهای زنان در مورد تداوم بارداری را به سمت‌وسوی تصمیم قطعی به سقط‌جنین سوق می‌دهد.

باین‌حال در مواردی که جنین دارای مشکلات جدی نیست و یا در مواردی که زنان به دلایل دیگری بارداری خود را ناخواسته تلقی کرده، پزشکان نقش بازدارندگی داشته‌اند. شرکت‌کننده شماره ۲۲ (۳۸ ساله، دانشجوی دکتری، بارداری ناخواسته) می‌گوید:

«با دکترم صحبت کردم گفت اینها که حتی بچه‌هایشان مشکل هم دارد به سختی اجازه می‌دهند که سقط انجام بدهند. نه من این کار را انجام نمی‌دهم پاشو برو خدا را شکر کن همه دنبال این هستند که بچه‌دار بشوند. حالا خدا تو را به راحتی بچه‌دار کرده چرا می‌خواهی این کار را بکنی.»

نقل قول بالا حاکی از این است پزشک با بررسی شرایط مادر و جنین و با استدلال‌های علمی و مشاوره دلسوزانه فرد را متقاعد کرد که از تصمیم به سقط برگردد. پزشک با ارائه توضیحاتی در مورد اهمیت فرزندآوری و نداشتن مشکل ناباروری به این زن یادآوری کرده که بسیاری از افراد به دلیل مشکلات نازایی مجبور به طی فرایندهای درمانی سخت و پیچیده می‌شوند و آرزوی داشتن فرزند سالم دارند، پزشک توضیح داده است که داشتن یک فرزند سالم و بارداری بدون مشکل نعمتی است که نباید آن را دست کم گرفت. پزشک همچنین اشاره کرده که مشغله‌های شغلی نباید باعث شود که فرد خود را در معرض اقدامات پر خطر و غیرانسانی قرار دهد. در این مورد نقش بازدارندگی پزشک در چارچوب ملاحظات اخلاقی، حرفه‌ای، دینی و دانش مربوط به پیامدهای سقط‌جنین عمل می‌کند. لذا شنیدن پیامدهای سقط‌جنین از سوی افراد مرجع و مطلع از جمله پزشک می‌تواند نقش مهمی در بازنگری زنان در تصمیمات سقط داشته باشد و باعث شود آن‌ها درباره تصمیم به سقط‌جنین بیشتر فکر کنند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ هم تجربه بازدارندگی و هم ترغیب‌کنندگی کادر درمان و پزشکی را نشان می‌دهد. همان‌طور که نورخان‌تر اشاره شد همسر این شرکت‌کننده در بارداری دوم متأثر از نظرات خواهر همسر و سپس ماما از تصمیم به سقط‌جنین منصرف شده است، باین‌حال در بارداری سوم به دلیل هشدارهای متخصص پوست در مورد عوارض دارو بر روی سلامت جنین، بی‌درنگ در جستجو و اقدام برای سقط قرار گرفته است.

باین‌حال از نظر شرکت‌کنندگان، گاه در مواردی پزشک نظر قاطع در مورد مشکلات بارداری ارائه نمی‌دهد، این وضعیت آن‌ها را در مواجهه با تردید و نگرانی‌های بارداری سردرگم می‌کند. زنان از پزشکان انتظار دارند که با توصیه‌های تخصصی و راهنمایی‌های دقیق به آن‌ها کمک کنند تا بهترین تصمیم را بگیرند. در چنین مواردی عدم موضع‌گیری قاطع پزشک، این برداشت را ایجاد کرده که پزشک به مسئولیت خود عمل نکرده است و از این‌رو آن‌ها عملکرد پزشکان را مورد انتقاد قرار داده‌اند. برای نمونه شرکت‌کننده شماره ۴ (۳۸ ساله، کارشناسی ارشد، سقط غیر عمدی) با انتقاد از

عملکرد کادر درمان می‌گوید:

«تو مراکز دولتی که کاری ندارند حتی راهنمایی هم نمی‌کنند، اما تو مطب پزشکان باز بیشتر راهنمایی می‌کنند هر چند اونها هم آدم را تو دوراهی می‌گذارند وقتی مشکل باشه کسی خودش را ورود نمی‌دهد و زنان باردار به نظرم تنها هستند البته اگر یکی بخواد بچه بیاره حمایت می‌کنند اما وقتی کسی نمی‌خواد دیگه هیچ حمایتی نمیشه».

این شرکت کننده ادامه می‌دهد:

«آخرین حاملگی‌ام سال گذشته بود تا ۱۹ هفته هم رفتم تو NT مشکل بود، کوریتو سنتز هم کردم معلوم شد مشکل داره. قرص گرفتم پیش متخصص زنان زیر نظر اون قرص را مصرف کردم؛ اما مرکز بهداشت که رفتم هیچی نگفتند باینکه سونو را نشان دادم، هیچی نگفتند سر ۱۹ هفته مجبور به سقط شدم N2 آنورمالی اسکلتی داشت».

این شرکت کننده توضیح می‌دهد، پزشک و مامای حاضر در مرکز بهداشت و بیمارستان با وجود اطلاع از مشکلات جنینی، به او توصیه کرده که بارداری را ادامه دهد و به سقط اقدام نکند:

«وقتی سونو را به دکتر بیمارستان نشان دادم گفت برو چهل هفته که شد بیا برای زایمان. گفتم می‌خواهم سقط کنم گفت آنورمالی که دلیل نمیشه جون یک بچه را بگیری».

شرکت کننده شماره ۴۶ نیز در مورد تجربه تلاش‌هایش برای سقط جنین می‌گوید:

«به دکترم گفتم من بچه را نمی‌خواهم از پشش نیام دکتر گفت اگه به موندن باشه میمونه من این بچه را که دیدم گفتم ماندنی نیست، ولی ظاهراً می‌خواد بمونه به نظرم این کار را نکن پیشمون میشی. ازش پرسیدم خودش میتونه کاری کنه گفت اگه خودت یا بچه مشکل داشتید می‌گفتم برو بنداز اما الان که مطمئن نیستم نمیگم بعد هم با همسرم صحبت کرد که به لحاظ روحی هوای منو داشته باشد و اروم کند».

از سوی دیگر تعدادی از افراد که تجربه سقط عمدی داشتند، از کادر بهداشت و درمان جهت اقدامات مربوطه راهنمایی کسب کرده بودند. آن‌ها اظهار داشتند پزشک با مشاهده اصرار فرد برای سقط جنین و پیشگیری از خطراتی که ناشی از سقط غیر ایمن و غیربهداشتی است، توصیه‌ها و راهنمایی‌هایی برای پیش و پس از سقط جنین ارائه داده بودند. برای مثال شرکت کننده شماره ۴ و ۵ که خودشان از کارکنان بیمارستان بودند،

از راهنمایی پزشکان بهره‌مند بودند، شرکت‌کننده شماره ۱۵ نیز یکی از اقوام نزدیکش پزشک بوده است، او را راهنمایی کرده است. شرکت‌کننده شماره ۱ خواهرش پرستار یکی از بیمارستان‌های دولتی شهر تهران است و از حمایت و کمک‌های وی در تهیه دارو، دریافت مشاوره پزشکی در مورد نحوه مصرف دارو، پذیرش بیمارستان و معاینات بعدی برخوردار بوده است؛ بنابراین در مواردی شرکت‌کنندگان اشاره داشتند که پزشک و کادر درمان به‌منظور محافظت از آن‌ها در برابر خطرات و پیامدهای احتمالی در مورد نوع دارو، لزوم سونوگرافی و معاینه برای اطمینان از تخلیه کامل جنین، توصیه‌هایی به آن‌ها ارائه کرده بودند و در مواردی جهت پیشگیری از مشکلات آتی، به پزشک مقیم بیمارستان که نوبت کاریش در آن روز بوده و یا کارکنان بیمارستان برای پذیرش و مراقبت از وی معرفی شده بودند. درواقع آشنایی آن‌ها با کادر بهداشت و درمان این امکان را برای آن‌ها فراهم نموده است تا در شرایط ایمن‌تری اقدام به سقط‌جنین کنند. گروه دیگری که در مسیر تصمیمات باروری نقش فعالی دارند و زنان را همراهی می‌کنند، دوستان و همکاران هستند. گرچه زنان تلاش می‌کنند کمتر اقوام و خویشاوندان از تصمیمات آن‌ها مطلع شوند، اما در میان گذاشتن این موضوع با دوستان و همکاران که رابطه نزدیک و صمیمی با آن‌ها دارند، خیلی برجسته است. دوستان و یا همکاران نه‌تنها در جستجو و یافتن مراجع تهیه داروهای سقط به آن‌ها یاری می‌رسانند، همچنین آن‌ها برای پذیرش سقط‌جنین و مقابله با احساسات منفی ناشی از آن نظیر پشیمانی و احساس گناه نیز نقش فعالی داشته‌اند. درواقع به نظر می‌رسد افراد توسط دوستان و همکاران کمتر مورد قضاوت و ملامت قرار گرفته و بیشتر از سوی این گروه مورد تأیید بودند، لذا بدون نگرانی و ترس در مورد تصمیمات خود با آن‌ها مشورت کرده و به لحاظ عملی نیز از کمک‌های آن‌ها برخوردار گشته‌اند. دوستان و همکاران گاه بایبان تجربیات مثبت خود و یا دیگران و گاه بایبان اثرات منفی فرزند زیاد، زنان را به این مسیر سوق داده‌اند. این سخنان و حمایت‌ها گرچه اغلب از رودلسوزی و همدلی بوده است، اما نوعی فشار اجتماعی نیز روی زنان ایجاد کرده که گاه آن‌ها را به تصمیم‌گیری شتاب‌زده و یا ناخواسته سوق داده است. شرکت‌کننده شماره ۴، ۵، ۱۹ و ۴۲ داروهای سقط را یا از دوستانشان خریداری کرده و یا از افرادی که آن‌ها معرفی کرده‌اند، دریافت کرده‌اند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ می‌گوید: «به یکی از دوستانم گفتم گفت یکی از دوستان هست که می‌تونه راهنمایی کند یک شماره تلفن داد زنگ زد سه سال پیش یک میلیون و دویست پول قرص دادم». شرکت‌کننده شماره

۵ نیز اظهار داشت قرص را یکی از دوستانش از خریداری کرده است. شرکت کننده شماره ۱۴ به نظرات و دوستانش در ترغیب وی برای سقط جنین اشاره دارد و می گوید: «دوستام اینا میگفتن سقط کن بچه که داری تو این شرایط سه تا بچه چطوری نگه داری این حرفها را اینقدر شنیدم دیگه بلکه ذهنم شده بود که باید اینکارو انجام بدم».

این شرکت کننده از همدلی و همراهی دوستانش در کاهش احساسات منفی بعد از سقط جنین نیز برخوردار بوده است. در مواردی دوستان و همکاران با بازگویی اثرات مثبت فرزندآوری زنان را از تصمیم به سقط بازداشته‌اند. به ویژه در بین زنان با تحصیلات بالاتر نظیر شرکت کننده شماره ۱۲ و ۳ که با بارداری ناخواسته روبرو بودند و در فکر راهی برای اختتام بارداری بودند، دوستان و همکاران بایان پیامدهای تک‌فرزندی، عوارض سقط جنین و حتی احتمال ناموفق بودن سقط، فرد را به تأمل بیشتر در مورد پذیرش مسئولانه بارداری واداشته‌اند.

فرایند انجام سقط جنین

تجارب زنانی که تجربه اقدام به سقط جنین داشتند نشان می‌دهد فرایند انجام سقط جنین در دودسته کلی قرار می‌گیرد: سقط‌های خودخواسته و سقط‌های ناشی از اجبار و درماندگی. در سقط‌های خودخواسته، زنان عمدتاً از روش‌هایی مانند مصرف قرص، تزریق آمپول، حمل اجسام سنگین، مصرف داروهای گیاهی، یا بالا رفتن از پله‌ها استفاده کرده بودند. شرکت کننده شماره ۴۶ توضیح می‌دهد: «یادمه زعفران و جعفری خوردم، اینقدر که حالم خیلی بد شد رفتم دکتر گفت بچه پایینه تا بررسی خونه سقط میشه هیچی دارو نداد. من اومدم خونه هی طناب زدم هر یک ساعت میرفتم ببینم اتفاقی میفته یا نه دوباره یک هفته بعد دکتر رفتم گفت که قلبش کار می‌کنه و داره خودشو بالا میکشه گفتم من هنوز لک بینی دارم گفت بچه بزرگ بشه خونریزی قطع میشه».

این شرکت کننده به مواد غذایی و داروهای گیاهی نظیر زعفران، جعفری، آلوئه ورا، دارچین، پونه، دانه کنجد، آب زعفران، تخم شوید، سنبل ختایی به عنوان داروها و مواد گیاهی مؤثر در سقط اشاره کرده و اظهار داشت این اطلاعات را از اینترنت کسب کرده است. شرکت کننده شماره ۳۸ نیز بعد از عقب افتادن تاریخ قاعدگی‌اش همسرش روی پشت او راه‌رفته است و مبل‌های سنگین را جابه‌جا کرده اما اتفاقی نیفتاده است، سپس به عطاری مراجعه کرده و داروی گیاهی مصرف کرده است، اما برای اطمینان به توصیه یکی

از همسایگان به مامایی در نزدیکی محل زندگی‌اش مراجعه کرده و زیر نظر ماما قرص متیل مصرف کرده است. این شرکت‌کننده توضیح می‌دهد که دکتر برای بعد از سقط قرص دیکلوفناک تجویز کرد و گفته بود چنانچه مشکلی بود به بیمارستان مراجعه کند. در مقابل، سقط‌هایی که به دلیل اجبار و مشکلات پزشکی رخ می‌دهد، دو حالت دارد. در مواردی که سقط‌جنین به دلایل پزشکی و به‌صورت قانونی و مجاز انجام می‌شود، این فرایند تحت نظارت کامل پزشک و در محیط بیمارستان صورت می‌گیرد. به‌نحوی که این افراد نظیر شرکت‌کننده شماره ۲۰، ۲۱، ۱۸ پس از مراجعه به پزشک و معاینه تخصصی، زمانی که پزشک در مورد مشکلات جنین و خطرات ادامه بارداری برای مادر و یا جنین توضیح داده است، این افراد جهت آزمایش‌های و معاینات پیشرفته به راهنمایی شدند و زمانی که در نهایت لزوم سقط‌جنین مورد تأیید قرار گرفته است، بعد از طی مراحل قانونی به بیمارستان مراجعه و پس از بستری شدن تحت نظر پزشک و کادر بیمارستان سقط انجام شده است، در مواردی با مصرف قرص سقط رخ داده است، اما در مواردی کورتاژ انجام شده است؛ بنابراین در این نوع سقط‌ها که به دلیل مشکلات جدی پزشکی که جان مادر یا سلامت جنین را تهدید می‌کند، زنان از حمایت‌های پزشکی لازم برخوردار هستند. برای مثال، شرکت‌کننده شماره ۱۱ (۲۶ ساله، کارشناسی، غیرعمدی) توضیح می‌دهد:

«سقط دست خودم نبود، اجباری بود. مجبور به سقط شدم. اتفاقاً خیلی مقاومت می‌کردم که سقط نکنم، اما دکتر گفت هرچه بیشتر در بدنم بمونه ضرر داره. من فکر می‌کردم همه چیز درست می‌شه چند روز بعد از انجام سونو دوباره، رفتم بیمارستان کورتاژ شدم».

شرکت‌کننده شماره ۲۱ به مدت سه روز در بیمارستان بستری بوده و پس از انجام آزمایش و بررسی وضعیت فشار خون و ... پزشک متخصص برای تحریک سقط، قرص واژینال تجویز کرده است، طی این مدت چندین بار، پرستار بخش برای بررسی وضعیت جسمی نزد وی آمده است. برای این فرد روش دارویی ابتدا موفق نبود و این فرایند با کورتاژ و تحت نظر پزشک به اتمام رسید. این زن پس از سقط یک شب در بیمارستان بوده و بعد نیز در خانه چند روز استراحت کرده است و حدود ۱۲ روز بعد برای بررسی و معاینه به مطب پزشک مراجعه کرده است. او در ادامه می‌گوید: «در بیمارستان خانمی که مشاور امور مذهبی بود، نسبت به انجام غسل و موارد شرعی توضیحاتی ارائه داد»، اما در مورد مسائل روحی و روانی نه در ایامی که در بیمارستان

بستری بود و نه بعد از سقط جنین هیچ مشاوره‌ای از سوی کادر درمان دریافت نکرده است و تنها حامیانش همسر و خانواده بوده است.

یکی از پیچیده‌ترین شرایط زمانی است که مشکلات جنینی جدی وجود دارد، اما این مشکلات جزو موارد مجاز برای سقط قانونی محسوب نمی‌شوند. در این موارد، زنان با شرایط بسیار سختی مواجه بوده، چراکه از یک سو با هشدارهای پزشکان درباره سلامت جنین روبه‌رو بودند و از سوی دیگر قوانین سقط جنین، اجازه انجام سقط را نداده است و یا در بازه زمانی مجاز برای سقط قرار نداشته‌اند. این شرایط نیز زنان را به سمت استفاده از روش‌های غیرقانونی و نایمن سوق داده است. شرکت‌کننده شماره ۳۹ در این باره می‌گوید: «جنین مشکل اسکلتی داشت؛ اما مشکل جزو مواردی نبود که قانون اجازه سقط بدهد، بنابراین مجبور شدم دارو از بازار تهیه کنم و سقط را خودم در خانه انجام بدم». شرکت‌کننده شماره ۵ نیز که به دلیل ناهنجاری اسکلتی تصمیم به سقط می‌گیرد، تجربه مشابهی داشته و می‌گوید: «بلافاصله از داروخانه قرص تهیه کردم با همسر هم صحبت کردم با خواهر شوهرم که ماما بود هم صحبت کردم توخونه خودم دفعه اول ۴ تا زیربونی گذاشتم به خونریزی افتادم اما سقط نشد ۲۴ ساعت بعد ۶ تا واژینال گذاشتم».

شرکت‌کننده شماره ۳۱ (۳۴ ساله، دیپلم، عمدی) که داروی سقط را از طریق فضای مجازی دریافت کرده می‌گوید:

«من دو تاشو خوردم حالم خیلی بد شد هر چی به اون شماره زنگ زدم جواب نداد، بعدش رفتم مرکز بهداشت اونجا دکتره خیلی دعوا کرد گفت من کاری نمیتونم بکنم برو بیمارستان، ولی من دیگه برگشتم خونه می‌ترسیدم به کسی بگم»

در بین افرادی که در منزل و خارج از محیط بیمارستان اقدام به سقط کرده بودند، به جز سه نفر، سایر زنان اظهار داشتند که بعد از سقط هیچ گونه مراجعه‌ای به پزشک برای اخذ مشاوره و مراقبت‌های بهداشتی نداشتند. در مواردی فروشنده دارو توصیه کرده که بعد از یک یا دو هفته برای اطمینان از تخلیه و یا دفع جنین (اصطلاحی که خود افراد به کار می‌برند) سونوگرافی انجام دهند. همچنین مواردی که پس از مصرف دارو و یا سقط جنین همچنان درد و خونریزی شدید داشتند، مراجعاتی به مطب خصوصی پزشکان و یا کلینیک‌های خصوصی مامایی داشتند. آن‌ها دلیل عدم مراجعه به مراکز بهداشت و یا بیمارستان را ترس از واکنش و سرزنش پزشک یا کارکنان بیمارستان

به دلیل اقدام غیرقانونی و ثبت در پرونده و ایجاد مشکلات بیشتر برای خود و سایر اعضای خانواده می‌دانستند. شرکت‌کننده شماره ۱ (۳۳ ساله، کارشناسی ارشد، سقط عمدی) می‌گوید:

«خودم تو اینترنت خوندم اما همکار خواهرم با یک پزشک آشنا بود صحبت کرد ایشان راهنمایی کردند. صبح که قرص‌ها را خوردم. از ساعت شش عصر دردها شروع شد به حدی که جیغ می‌زدم و درد خیلی شدیدی داشتم. یک ساعت درد کشیدم و بعد یک باره کیسه آبم پاره شد و بعد هم خونریزی. بلافاصله من را به بیمارستان منتقل کردند در اورژانس بیمارستان، پزشک معاینه کرد و گفت جنین در حال سقط است و بعد هم گفتند کامل دفع شده است. بعد من را بردند بلوک زایمان و یک شب بستری بودم.»

این شرکت‌کننده در گزارش بیمارستان اشاره‌ای به مصرف قرص نکرده است. شرکت‌کننده شماره ۱۹ اظهار داشت بعد از افتادن، احساس راحتی کرده، اما بعد از دو سه ساعت دردهای شدیدی را تجربه کرده است و دو روز بعد ناچار به مراجعه به پزشک شده است:

«فرمایش دل‌دردهایم شروع شد، این قدر که خم‌خم راه می‌رفتم. دو روز بعد رفتم سونو دادم، گفتند یک تکه بزرگ مانده، باید برای کورتاژ بری... خیلی می‌ترسیدم که اگر بگم غیرقانونی سقط کردم ممکن است دردسر بشه دو روز بعد رفتم پیش یک دکتری بد اخلاق اما کار درست...»

در مجموع به نظر می‌رسد افرادی که به دلیل مشکلات جنینی و یا ترس از اینکه ممکن است فرزند آن‌ها دارای نقایصی باشد، در شرایطی قرار می‌گیرند که باید بین نگهداری جنینی که احتمال زنده ماندن یا زندگی سالم برایش وجود ندارد و سقط غیرقانونی و نایمن یکی را انتخاب کنند. این دوگانگی و بی‌اطمینانی‌ها در نهایت آن‌ها را به سمت سقط جنین سوق داده است.

بحث

در این مطالعه تلاش شد فرایند تصمیم‌گیری برای اختتام یا تداوم بارداری شناسایی شود. نتایج نشان داد تصمیم‌گیری برای تداوم و یا اختتام بارداری یک فرایند پیچیده و چندمرحله‌ای است که تحت تأثیر منابع اطلاعاتی و حمایتی، تعاملات اجتماعی و بستر اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جامعه صورت می‌گیرد. این تصمیم برای برخی زنان به‌عنوان یک گزینه اجباری و از روی ضرورت و ناچارگی است، اما گاه به‌عنوان یک

گزینه انتخابی برای تنظیم و کنترل باروری در نظر گرفته می‌شود. بر اساس یافته‌ها این فرایند شامل سه مرحله شناختی، تصمیم‌گیری و اقدام است. در تمام مراحل فرد به‌عنوان کنشگر اصلی فعالانه حضور دارد. همسو با نظریه شبکه‌سازی اجتماعی، در مرحله شناخت، شبکه‌هایی که فرد در آن‌ها تعامل دارد به‌عنوان منابع اطلاعاتی عمل می‌کنند و ضمن حمایت عاطفی و آگاهی بخشی، دسترسی به شیوه‌های سقط را تسهیل می‌کنند. در این مرحله منابع اطلاعاتی متنوع مانند پزشکان، شبکه‌های اجتماعی، دوستان و درمانگران سنتی نقش مهمی در شکل‌دهی آگاهی افراد دارند. در این مرحله، افراد با انبوهی از اطلاعات متنوع و گاه متناقض، روبرو هستند. در شرایطی که بارداری پرخطر تشخیص داده می‌شود، مهم‌ترین منبع اطلاعاتی پزشکان و کلینیک‌های تخصصی بارداری است. در این حالت زنان با مراجعه به مراکز بهداشتی و پزشکان متخصص درخواست خود را مطرح و اطلاعات موردنیاز را دریافت کرده‌اند. در مواردی که سقط‌جنین انتخابی و خودخواسته است افراد عمدتاً اطلاعات خود را از تبلیغات شبکه‌های اجتماعی و شبکه‌های غیررسمی نظیر دوستان و همکاران کسب کرده بودند. این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی لوکوبال و همکاران (۲۰۲۱)، پوری، اینگهام و متیو (۲۰۰۷)، و دراوگو، سندروویس و نگیشی (۲۰۲۰) نوری‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) مطابقت دارد.

در مرحله تصمیم‌گیری، افراد تلاش می‌کنند تا تصمیم خود را با افراد مهم و معتمد و یا گروه‌های مرجع نظیر همسر، اعضای خانواده، پزشک و دوستان صمیمی مطرح کنند. مطابق با نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در این مرحله خواست و نگرش زنان در تعامل با خواست دیگران و عوامل زمینه‌ای و شرایط اجتماعی و خانوادگی قرار می‌گیرد. در این مرحله زمانی که افراد شرایط بارداری خود را با دیگران در میان می‌گذارند، ممکن است به شیوه‌های مختلف تحت فشار اجتماعی قرار گیرند. معمولاً در این مسیر هرکدام از این گروه‌های مرجع، نقش دوگانه‌ای ایفا می‌کنند، گاه با زنان رفتار همدلانه داشته و از تصمیم زنان برای سقط‌جنین حمایت کرده و حتی به‌عنوان مشوق برای سقط‌جنین عمل می‌کنند و گاه با بازگویی ارزش‌های مثبت فرزند و پیامدهای منفی سقط‌جنین نقش بازدارنده ایفا می‌کنند. طبق نظریه کنش عقلانی (بکر ۱۹۶۰) در این مرحله زنان ضمن مذاکره با افراد مرجع، به ارزیابی از اهداف شخصی، هزینه‌ها و مزایای فرزندآوری و یا سقط می‌پردازند و در نهایت با در نظر گرفتن مجموعه‌ای از شرایط فردی، خانوادگی و پیامدهای ناشی از تصمیم به‌منظور به حداکثر رساندن

منفعت‌ها و حداقل رساندن هزینه‌ها تصمیمات باروری را اتخاذ می‌کنند. همسو با یافته‌های مطالعه لوکوبال و همکاران (۲۰۲۱)، نجاتی حاتمیان (۱۳۹۱) و نوری‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) چنانچه در این مرحله افراد سقط‌جنین را تصمیمی نامطلوب ارزیابی کنند، از این تصمیم برگشته و بارداری را ادامه داده‌اند. مطابق با فیشباین و آیزین (۱۹۹۱)، زمانی که افراد در مورد پیامدها و اثرگذاری نتایج به اطمینان می‌رسند یا خطرات بالقوه را پایین ارزیابی می‌کنند و یا در مورد افراد ارائه‌دهنده داروی سقط و یا حتی مهارت و دانش پزشکان به اطمینان می‌رسند، در واقع کنترل ادراک‌شده بالاتری دارند و با احتمال بیشتری اقدام به سقط می‌کنند.

نحوه اقدام به سقط‌جنین هم متأثر از شرایط اقتصادی اجتماعی و خانوادگی است و هم‌بستگی به نوع بارداری دارد. همسو با مطالعه حسینی چاووشی و همکاران (۲۰۱۲) و رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹۶) یافته‌ها نشان داد در شرایطی که بارداری جزء موارد پرخطر بوده، سقط‌جنین در زمره موارد قانونی قرار گرفته و در بیمارستان و شرایط ایمن انجام شده بود؛ اما در مواردی که سقط‌جنین انتخابی و خودخواسته بود و از پشتوانه مراجع رسمی و قانونی برخوردار نبود، افراد سقط‌جنین را از مسیرهای غیرقانونی و غیررسمی و در شرایط ناایمن دنبال کردند. چنانچه در این مطالعه دیدیم افراد داروهای سقط را از شبکه غیررسمی نظیر دوستان و همکاران یا از طریق فضای مجازی و بازار سیاه دریافت کردند. اقدام به سقط عموماً در منزل شخصی انجام گرفته است. تنها در موارد معدودی افراد پس از اقدام به سقط بلافاصله به بیمارستان یا پزشک متخصص مراجعه داشتند. این یافته‌ها همسو با مطالعه جوزکوفسکی^۱ و همکاران (۲۰۲۳)؛ باه^۲ و همکاران (۲۰۱۹)؛ کواست و موری^۳ (۲۰۱۶) این انتخاب‌ها، اگرچه در ظاهر ناشی از اختیار افراد است، اما به شدت تحت تأثیر شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد و محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و نگرانی و احساس ترس و نگرانی از آشکار شدن رفتارشان قرار دارد. زمانی که افراد به صورت غیرقانونی اقدام به سقط کرده‌اند، مطابق با مفهوم کنترل ادراک‌شده احساس می‌کنند کنترلی بر شرایط خود ندارند و نمی‌توانند از خطرات و واکنش‌های منفی دیگران در امان بمانند، در چنین حالتی حتی با وجود درد و بی‌حالی و احساس ضعف شدید و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی بازم به دلیل ترس از مجازات و یا واکنش پزشکان و مراجع قانونی به مراکز بهداشتی و بیمارستان

مراجعه نداشته و یا با تأخیر به این مراکز یا افراد متخصص مراجعه کرده‌اند. مدل نظری برآمده از یافته‌های تحقیق به شرح زیر است:

نتیجه‌گیری

در مجموع فرایند تصمیم‌گیری، فرایند پیچیده و پرتلاطمی است. افراد پس از اطلاع از بارداری، اطلاعاتی که از منابع مختلف کسب کردند را با ارزش‌ها و ترس‌ها و نگرانی‌ها و شرایط فردی و خانوادگی ترکیب می‌کنند. در این مرحله افراد با آمدوشدی که درون شبکه اجتماعی و خانوادگی برقرار می‌کنند تصمیمات خود را عملی می‌کنند. چنانچه دیدیم نقش همسر، اعضای خانواده پزشکان و دوستان بسیار مهم است. این مرحله نقطه عطفی در فرایند تصمیمات باروری است که نتیجه آن زنان را به سمت اقدام یا انصراف از سقط‌جنین و تداوم بارداری سوق می‌دهد. در تمام طول فرایند تصمیم‌گیری زنان به ارزیابی خطرات ادامه یا خاتمه دادن بارداری می‌اندیشند و آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

در سقط‌های خودخواسته که اغلب به دلیل انتخاب شخصی و به‌طور عمدی برای پایان دادن به بارداری انجام شده است، برخی از افراد، آن‌قدر در تصمیم خود برای سقط‌جنین مضر بودند که برای رسیدن به هدف حاضر شدند، حتی خود را در معرض خطرات جدی قرار دهند. این نوع رفتارها بازتابی از یک مسئله اجتماعی و فرهنگی است، جایی که به دنبال فشارهای اجتماعی و یا خانوادگی، تلاش برای ممانعت از به دنیا آمدن فرزندی که از نظر والدین ناخواسته است، به حدی می‌رسد که فرد حاضر است جانش را به خطر بیندازد. این افراد چنان خود را مستأصل می‌پندارند که دیگر نه به پیامدهای احتمالی سقط‌جنین می‌اندیشند و نه برای سلامت خود ارزش و اهمیتی قائل هستند. گویی تجربه بارداری و فرزندآوری برایشان آنچنان دشوار می‌نماید که او را به سمت و سویی سوق می‌دهد که با عقلانیت و اولویت محافظت از زندگی و سلامت در تضاد و تعارض است.

پیشنهادها

در مجموع ایجاد بسترهای رسمی برای ارائه اطلاعات صحیح درباره پیامدهای سقط‌جنین، نظارت دقیق‌تر بر محتوای تبلیغاتی مربوط به مشاوره‌های بارداری و سقط‌جنین ضروری است. ایجاد مراکز مشاوره تخصصی که افراد بدون بیم و نگرانی

فرایند تصمیم‌گیری زنان برای تداوم بارداری یا [...] |

مسائل مرتبط با بارداری خود را مطرح کنند و در نهایت حمایت کافی و مشاوره تخصصی برای تصمیم‌گیری درست به‌دوراز پیامدهای منفی بر روی سلامت روانی و جسمی اهمیت اساسی دارد. در نهایت آمار رسمی در مورد سقط‌جنین در کشور وجود ندارد، اجرای پیمایشی برای محاسبه میزان سقط‌جنین و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر آن پیشنهاد می‌شود.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

منابع و مأخذ

- حسین رشیدی بتول، ملک افضلی حسین، حق الهی فدیة، نقی جعفرآبادی مینا، اسلامی محمد، یزدان پناه مهدیه و همکاران (۱۳۹۵). بررسی روند بروز حاملگی ناخواسته و سقط عمدی در تهران: ۱۳۹۳ - ۱۳۶۰. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۴ (۲)، ۷۵-۸۶.
- رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی و الهام سنجرى (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی اجتماعی زنان، ۱۵ (۲)، ۱۰۵-۱۳۶.
- رستمی، سحر، عبدی، فاطمه، احمدی، محبوبه و ابوعلی ودادهیر (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان، فصلنامه تاریخ پزشکی، ۵ (۱۷)، ۷۹.
- زمانی علویچه فرشته، افتخار اردبیلی حسن، بشر دوست نصراله، مرعشی طیبه و ابوالحسن نقیبی (۱۳۸۳). بررسی رفتار زنان در مواجهه با حاملگی ناخواسته، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۲ (۲)، ۵۵.
- سنجرى الهام (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، واحد تهران مرکز.
- شهبازی، شیرین؛ فتحی‌زاده، ناهید و فریبا طالقانی (۱۳۸۶). فرایند تصمیم‌گیری برای سقط غیرقانونی. باروری و ناباروری، ۸ (۴)، ۳۶۵-۳۵۲.
- عباسی شوازی، محمدرجلال و احمد دراهکی (۱۳۹۶). تأثیر سنخ‌های متفاوت شبکه‌های اجتماعی بر قصد باروری: مطالعه زنان حداقل یک‌بار ازدواج کرده مناطق شهری استان بوشهر. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۲ (۲۳)، ۷-۴۱.
- علی مرادیان، مریم (۱۴۰۱). تأخیر در تولد فرزند دوم: تحلیل دوره ماندگاری در وضعیت تک‌فرزندى در شهر خرم‌آباد. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۷ (۳۴)، ۷۳-۱۱۱.
- محمدی، عیسی، نوری‌زاده رقیه و معصومه سیمبر (۱۳۹۳). دلایل جستجوی سقط در زنان دارای بارداری ناخواسته: یک مطالعه کیفی، پایش، ۱۳ (۴)، ۴۱۳-۴۲۴.
- فراش خیالو، نورالدین، رمضی، نگار و رسول صادقی (۱۳۹۹). تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی نگرش دانشجویان به سقط جنین، مطالعات راهبردی زنان، ۲۷ (۸۷)، ۱۰۹-۱۳۰.
- محسنی، آصف (۱۳۸۴). سقط جنین در فقه اسلامی، فصلنامه باروری و نابوری، ۴ (۶)، ۳۹۰-۳۹۷.
- محمدی، حمید (۱۳۸۶). بررسی ماهیت مجازات تعزیری و بازدارنده، اشتراک یا افتراق؟ نشریه حقوق عدالت آرا، ۷ (۱۵۴)، ۱۸۳.
- نجاتی حاتمیان، سیمین (۱۳۹۲). تجربه سقط جنین ارادی در زنان متأهل شهر تهران، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۸ (۱)، ۱۶۷-۱۸۷.
- نوری‌زاده رقیه؛ محمدی عیسی، سیمبر معصومه و احمدرضا باغستانی (۱۳۹۸). تبیین فرایند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم در زنان دارای بارداری ناخواسته: یک مطالعه نظریه پایه، حیات، ۲۵ (۴)، ۳۸۰-۴۰۰.
- Abbasi-Shavazi, M. J. and Dorahaki, A. (2017). The Effect of Different Types of Social Network on Fertility Intention: The Case Study of Ever- Married Women in Urban Areas of Bushehr Province. *Journal of Population Association of Iran*, 12(23), 7-41. [in Persian]

- Abdolhahian, H., Fallah, M. A Qualitative Analysis of Intentional Abortion and Phenomenology of Women's Lived Experience: Some Case Studied of Women in Tehran, *Journal of the Population Association of Iran*, 2008; 3(5): 55-80. [in Persian]
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality, and Behavior* (2nd ed.). Maidenhead, Berkshire.
- Alimoradiyan, M. , Razeghi Nasrabad, H. B. , Alimondegari, M. and Askari-Nodoushan, A. (2023). Delay in the Second Birth: An Analysis of the Length of Waiting Time from First to the Second Birth among Women in the City of Khorramabad, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, 17(34), 73-111. doi: 10.22034/jpai.2023.1983029.1258. [in Persian]
- Becker, G. S. (1960). *An Economic Analysis of Fertility*, In National Bureau of Economic Research (Ed.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, Pp. 209-240, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Farash Kheialo, N. , Ramzi, N. and Sadeghi, R. (2020). Social and cultural determinants of students' attitudes toward abortion. *Women's Strategic Studies*, 22(87), 109-130. doi: 10.22095/jwss.2020.208964.2173. [in Persian]
- Festinger, L, S. Schachter, K. Back, C. Bauer, and R. Woods.(1950). *Social Pressures in Informal Groups: A Study of Human Factors in Housing*. New York: Harper.
- Fishbein, M. and I. Ajzen.(1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to Theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Garnsey, A., Liddell, J. L., Glover, A., Doria, C. M., Buscaglia, A., & Buxbaum, L. (2024). "I am empowered by this opportunity": The role of abortion funds as an antidote to abortion stigma. *SSM - Qualitative Research in Health*, 6, 100478. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100478>
- Hirz, A. E., Avila, J. L., & Gipson, J. D. (2017). The role of men in induced abortion decision making in an urban area of the Philippines. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 138(3), 267-271. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12211>
- Holmberg, L. I., & Wahlberg, V. (2000). The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 26(3), 230-234. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(99\)00011-7](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(99)00011-7)
- HosseinRashidiB, Malek AfzaliH, HaghollahiF, NaghiJaffarabadiM, EslamiM, YazdanpanahMetal. Trend of Unwanted Pregnancy and Induced Abortion Rates in Tehran: During 1981-2014. *sjsph 2016*; 14(2):75-86 URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5385-fa.html> . [in Persian]
- Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., Glazebrook, D., & McDonald, P. (2012). Social and psychological consequences of abortion in Iran. *International journal of gynecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 118 Suppl 2, S172-S177. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60018-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60018-6). <https://doi.org/10.22037/mhj.v5i17.5797>

- Jeltsch, C., & Berger-Höger, B. (2024). Information and support needs of women planning an abortion according to counselling regulations in Germany - A qualitative study [Informations- und Unterstützungsbedarfe von Frauen bei geplantem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung in Deutschland - eine qualitative Studie]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 190, 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.09.001>
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 30(1), 51-54.
- Lois, D. (2016). Types of Social network and the transition to parenthood. *Demographic Research*, 34(23): 657-687. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2016.34.23>.
- Lokubal, P., Frischer, S. R., Corcuera, I., Balil, J. M., Nalwadda Kayemba, C., Kurinczuk, J. J., & Nair, M. (2021). Abortion decision-making trajectories and factors influencing such trajectories in low- and middle-income countries: a protocol for mixed-methods systematic review. *BMJ open*, 11(11), e049507. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049507>.
- Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M. (2014). Understanding reasons why women facing unintended pregnancy seeking for abortion: a qualitative study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2014; 13: 413-24. [in Persian]
- Mohammadi, Hamid. Investigating the nature of penal and deterrent punishment, commonality or difference? *Journal of Justice Law*, 2007; 7: 154-183.
- Nejati Hatamian, S. Induced Abortion among Married Women in Tehran. *Journal of Iranian Social Studies*, 2014; 8(1): 167-187.
- 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.
- Ouedraogo, R., Senderowicz, L., & Ngbichi, C. (2020). I wasn't ready: abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *International journal of public health*, 65(4), 477-486. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01359-6>
- Puri M, Ingham R, Matthews Z. (2007). Factors affecting abortion decisions among young couples in Nepal. *Journal of Adolescent Health*. ;40(6 PG-535-542):535-542.
- Razeghi Nasrabad, H. B., Sanjari, E. Factors Associated with Induced Abortion: Lived Experiences of Women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 2017; 15(2): 105-136. doi: 10.22051/jwsp.2017.8299.1165. [in Persian]
- Rehnström Loi U, Lindgren M, Faxelid E, et al.(2018). Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. *Reproductive Health*; 15:1-12. 10.1186/s12978-018-0612-6.
- Rostami, S., Abdi, F., Ahmadi, M. & Vadadhir, A. A comparative study of abortion laws in different countries of the world. *Tārkh-I Pizishkī*, 2014; 5(17), 79-111. [in Persian]

فرایند تصمیم‌گیری زنان برای تداوم بارداری یا [...]]

Shahbazi Sh, Fathizadeh N, Taleghani F. (2008). Decision-Making Processes in Illegal Abortions. Journal of Reproduction and Infertility, 8(4):352-365. [in Persian]

World Health Organization (2021). available in <https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/abortion>

World Health Organization. Available in <https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/abortion.2021>

World Health Organization. WHO Constitution of WHO: Principles. Available at: <http://www.who.int/about/mission/en/.2015>

Zamani Alaviche F, Eftekhari Ardebili H, Bashardost N, Marashi T, Naghibi A. The Behavior of Women Confronted with Unwanted Pregnancies, (2004), Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 2 (2) :55-62. URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-269-fa.html>. [in Persian]



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.