



The act of abortion: confrontation between fear and choice (A study about the formation of voluntary abortion in Mashhad city)

Elnaz Azadvari¹  | Karam Habibpour Gatabi² 

1. Corresponding Author, Department of Sociology Kharazmi University, Tehran, Iran; Email: elnazazadvari@yahoo.com

2 Department of Sociology, Kharazmi University; Email: karamhabibpour@khu.ac.ir

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 01-02- 2022

Received in revised form:
17-05-2023

Accepted: 30-05-2023

Published online: 11-11-2023

Keywords:

social issue, abortion,
women, right to choose,
shame.

ABSTRACT

The purpose of this research is to discover the interpretation and reasons of the women of Mashhad city for the act of voluntary abortion, which was done with qualitative methodology and grounded theory method. In this research, with the purposeful sampling method and snowball strategy, 28 women who belonged to different social groups in terms of age and economic and social class were selected as participants and were subjected to in-depth and semi-structured interviews. They were structured. Data analysis with open, axial and optional three-level coding system showed that the central category extracted from the act of abortion among the studied women is "abortion: confrontation between fear and choice". In addition, abortion has occurred in special causal conditions including self-interested individualism, job issues, education and economic foresight, preventive ignorance of pregnancy, dysfunctional marital interactions and divorce, coercion and pressure from the spouse, which intervened conditions (body image and control, isolation and mental-psychological issues, obsession and idealism of child rearing) and contextual conditions (social base and modern ideas, shame) have also facilitated the decision of people to have an abortion and this kind of confrontation. The results indicate that women in certain circumstances consider abortion as a choice by which they try to free themselves from structural and social constraints and return their lives to normal.

Cite this article: Azadvari, E.& Habibpour Gatabi, K. (2023). The act of abortion: confrontation between fear and choice...
Journal of Social Problems of Iran, 14 (1),151-183.



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

کنش سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب

(مطالعه‌ای پیرامون زمینه‌های شکل‌گیری سقط جنین ارادی در شهر مشهد)

الناز آزادواری^۱ | کرم حبیب‌پور گتایی^۲

۱. نویسنده مسئول، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، رایانامه: elnazazadvari@yahoo.com

۲. گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، رایانامه: karamhabibpour@khu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	هدف این پژوهش کشف تفسیر و دلایل زنان شهر مشهد از کنش سقط جنین ارادی بوده که با روش‌شناسی کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شده است. در این پژوهش، با روش نمونه‌گیری هدفمند و استراتژی گلوله‌برفی، تعداد ۲۸ نفر از زنانی که متعلق به گروه‌های اجتماعی مختلف از حیث سن و طبقه اقتصادی و اجتماعی بودند به عنوان مشارکت‌کنندگان انتخاب شدند و مورد مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با نظام کدگذاری سه‌سطحی باز، محوری و گزینشی نشان داد که مقوله مرکزی منتزع از کنش سقط جنین در بین زنان مورد مطالعه، «سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب» است. علاوه بر این، سقط جنین در شرایط علی ویژه‌ای شامل فردگرایی منفعت‌طلبانه، مسائل شغلی، تحصیلات و آینده‌نگری اقتصادی، ناآگاهی پیشگیرانه از بارداری، تعاملات ناکارآمد زناشویی و طلاق، اجبار و فشار از طرف همسر، اتفاق افتاده که شرایط مداخله‌گر (تصویر و کنترل بدن، انزوا و مسائل روحی-روانی، وسواس و ایده‌آل‌گرایی پرورش‌فرزند) و شرایط بافتی (پایگاه اجتماعی و ایده‌های مدرن، داغ ننگ) نیز تصمیم افراد به سقط جنین و این نوع تقابل را زمینه‌سازی و تسهیل کرده‌اند. دلالت نتایج بر آن است که زنان در شرایط خاصی سقط جنین را چونان یک انتخاب می‌دانند که به وسیله آن سعی دارند خود را از قیدوبندهای ساختاری و اجتماعی رها ساخته و زندگی خود را به روال عادی برگردانند.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷	
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰	
کلیدواژه‌ها: مسئله اجتماعی، سقط جنین، زنان، حق انتخاب، داغ ننگ.	

استناد: آزادواری، الناز و حبیب‌پور گتایی، کرم. (۱۴۰۲). کنش سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب (مطالعه‌ای پیرامون زمینه‌های شکل‌گیری سقط ...): بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۴(۱)، ۱۵۱-۱۸۳.



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

مقدمه و بیان مسئله

در سه دهه اخیر، سقط جنین توسط جامعه شناسان و محققان متعددی در ابعاد مختلف در مجامع علمی مورد توجه قرار گرفته است. با این وجود مطالعات تجربی در حوزه سقط جنین بیشتر در کشورهای غربی انجام شده و کشور های مسلمان سهم اندکی از این پژوهش ها را به خود اختصاص داده‌اند (هاتون و ایلماز^۱، کارولین هیل^۲، ۲۰۲۰؛ کوردلیا فریمن^۳، ۲۰۲۱؛ جیلیان لاو^۴، ۲۰۲۰). تغییرات خانواده همگام با تغییرات فرهنگی اجتماعی حاکم بر جهان معاصر، تغییراتی سریع، بنیادی و در مواردی مسئله آفرین بوده است. نگرش جدید به زندگی در میان اعضای مختلف جوانان به ویژه زنان، تغییرات ارزش فرزند و کاهش تمایل به فرزند آوری، روابط جنسی خارج از ازدواج و هم بالینی شکل های جدیدی از زندگی را در میان اعضای جامعه قرار داده است. در این میان بارداری های ناخواسته، بدون برنامه ریزی و چالش های پس از بارداری، مسئله‌ای مهم همانند سقط جنین را مطرح می کند. موضوعی که به نظر می رسد در بخش های مختلف دنیا در حال افزایش است.

طبق یک مطالعه جامع در ایالات متحده آمریکا، از هر سه زن، یک زن در طول زندگی خود سقط جنین تجربه می کند. این سقط جنین پیامدهای مختلفی از جمله تجربه داغ ننگ و یا انگ اجتماعی را همراه خود دارد. انگ سقط جنین معمولاً نگرش های اجتماعی منفی نسبت به سقط جنین را ایجاد کرده و زندگی افراد را دچار چالش های جدی می کند (جیلیان لاو، ۲۰۲۰؛ فوندس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ استیری وارد، پری و کارنول^۶، ۲۰۱۲). طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، از بین ۵۶ میلیون سقط جنین تخمین زده شده که هر ساله در میان دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۹ ساله رخ می دهد، ۳٫۹ میلیون ناامن هستند که منجر به مرگ و میر مادران، عوارض و مشکلات سلامت پایدار می شود. به طوری که سقط جنین های ناایمن باعث مرگ حدود ۳۹۰۰۰ نفر در هر سال و منجر به بستری شدن میلیون ها زن دیگر در بیمارستان با عوارض می شود (سازمان جهانی بهداشت^۷، ۲۰۲۲). همچنین بیاباک^۸ و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان بارداری ناخواسته و سقط جنین با درآمد، منطقه و وضعیت قانونی سقط جنین، نشان دادند که بین سال های ۹۴-۱۹۹۰ و ۱۹-۲۰۱۵، میزان بارداری ناخواسته جهانی کاهش یافته است، در حالی که نسبت بارداری های ناخواسته که به سقط جنین ختم می شود، افزایش یافته است. در نتیجه، میانگین نرخ جهانی سقط جنین در سال های ۱۹-۲۰۱۵ تقریباً برابر با برآوردهای سال های ۹۴-۱۹۹۰ بود. آخرین برآوردهای جهانی حاکی از آن است که حدود ۷۳/۳ میلیون سقط جنین (ایمن و ناایمن) هر ساله بین سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ در جهان اتفاق می افتد و تقریباً ۲۹ درصد آن برنامه ریزی نشده و ۶۱ درصد از زنان به بارداری خود پایان می دهند (بیاباک و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۱۵۲). برآوردها از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ نشان می دهد که حدود ۴۵٪ از کل سقط جنین ها ناامن بوده و ۹۷ درصد آن در کشورهای در حال توسعه و کم درآمد اتفاق افتاده است (گاناتارا^۹ و همکاران، ۲۰۱۷: ۲۳۷۷). سقط جنین ناامن یکی از علل اصلی مرگ و میر مادران در جهان است. همچنین سقط جنین ناایمن با خود عوارض و پیامدهای بسیاری برای زنان، جوامع و خانواده ها به همراه دارد. بسیاری از زنان پس از سقط جنین با خطر ناباروری دائم، آسیب های رحمی، خونریزی و عفونت روبه رو می شوند (آتاکرو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹: ۴؛ رشیدی پورایی و همکاران، ۲۰۲۱: ۲).

¹ Doğan Hatun & Murat Yılmaz

² Caroline Hill

³ Cordelia Freeman

⁴ Gillian Love

⁵ Faundes

⁶ Astbury-Ward, Parry & Carnwell

⁷ World Health Organization

⁸ Bearak

⁹ Ganatra

¹⁰ Atakro

در واقع سقط جنین مسئله‌ای چالش‌برانگیز، در جهان است که از یک طرف با سلامت جنسی و امر باروری زنان پیوند دارد و از طرفی دیگر به عنوان یک مسئله اجتماعی با بسیاری از عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط است. در برخی نقاط جهان این پدیده به عنوان یک معضل و آسیب اجتماعی قلمداد شده و زندگی بسیاری از زنان را تحت تاثیر قرار داده است (رازقی نصرآباد و سنجرى، ۱۳۹۶: ۱۰۶). سازمان جهانی بهداشت سقط جنین غیرقانونی را به عنوان یک روش برای پایان دادن به یک بارداری ناخواسته یا توسط افراد فاقد مهارت‌های لازم و یا در یک محیط فاقد حداقل استانداردهای پزشکی، یا هر دو تعریف می‌کند. سقط جنین یک مداخله بهداشتی رایج است. زمانی که با استفاده از روش توصیه شده توسط WHO، متناسب با مدت بارداری و توسط فردی با مهارت‌های لازم انجام شود، بی‌خطر است. از هر ۱۰ بارداری ناخواسته، ۶ مورد به سقط جنین ختم می‌شود. (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). عوامل بسیاری بر سقط جنین تاثیر گذار هستند. قوانین و سیاست‌های ملی سقط جنین، شرایط اجتماعی و اقتصادی می‌توانند در تصمیم بر سقط جنین موثر باشند. همچنین به لحاظ اجتماعی می‌توان به بالا بودن هزینه‌های مالی، عدم آگاهی و نبود خدمات بهداشتی برای سقط جنین ایمن اشاره نمود. علاوه بر این مطالعات پیشین بر این نکته تاکید کرده‌اند که تابو بودن سقط جنین به لحاظ اجتماعی باعث افزایش سقط‌های غیرقانونی و نایمن می‌شود (کومار^۱ و همکاران، ۲۰۰۹: ۶۲۶-۶۳۳؛ بلیستاد^۲ و همکاران، ۲۰۱۹: ۵).

در ایران نیز مانند سایر کشورهای درحال توسعه علی‌رغم ممنوعیت‌ها و محدودیت‌های قانونی، عوارض ناشی از سقط‌های نایمن در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته شیوع بیشتری دارد (رشیدپورایی و همکاران، ۲۰۲۱: ۱). با وجود این، سالانه بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار سقط جنین غیرقانونی در کشور گزارش می‌شود، یعنی هر روز هزار جنین سقط می‌شود و تنها حدود ده مورد آن قانونی است (فراش و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۱۱؛ به نقل از آخوندی، ۱۳۹۸). سقط جنین نایمن به دلایل حساسیت‌های دینی، اجتماعی و قانون‌گذاری که درباره انجام سقط جنین وجود دارد، غیرقانونی است. در کشور ایران اطلاعات معتبر در مورد شیوع سقط و دلایل و عوامل مرتبط با آن بسیار محدود است. بنابراین بدست آوردن اطلاعاتی از دیدگاه‌ها و نیازهای زنان مهم بوده چرا که این زنان هستند که سلامت جسمی، جنسی، روانی، اجتماعی و زندگی آنها مستقیماً با سقط جنین ارتباط پیدا می‌کند. همچنین ناکافی بودن پژوهش‌های مربوط به آن و خلاء تحقیقاتی موجود در مورد سقط جنین ارادی و پیامدهای حاصل از آن در ایران از منظر جامعه‌شناختی، ضرورت مطالعه درباره آن از سوی نهادهای دانشگاهی و مطالعاتی همچنان احساس می‌شود. اهمیت کاربردی انجام تحقیقات در زمینه مسائل اجتماعی مانند سقط جنین ارادی در این است که نتایج آن می‌تواند سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران را با وضعیت موجود کشور و همچنین مشکلات و شرایطی که زنان با آن مواجه می‌شوند آشنا سازد.

از این رو پرسش‌هایی که به ذهن متبادر می‌شود و پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ برای آنهاست، این است که زنان چه درکی از سقط جنین دارند و آن را چگونه عملی تعریف می‌کنند؟ رابط مداخله‌گر و زمینه ساز در تصمیم‌گیری و اقدام زنان به سقط جنین کدامند؟ افراد چه دلایل و انگیزه‌هایی برای سقط جنین دارند؟ زنان برای مواجهه با سقط جنین، چه استراتژی‌هایی را به کار می‌برند؟ سقط جنین ارادی چه پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی به دنبال دارد؟

پیشینه تجربی

پژوهش‌های زیادی با موضوع سقط جنین در حوزه علوم اجتماعی، در ایران صورت نگرفته است، و غالب پژوهش‌های صورت گرفته نیز در حوزه سقط جنین زنان به خصوص در پاره ای از مواقع تکراری بر پیامدهای جسمی و روانی آن تاکید می‌کنند. همچنین به

¹ Kumar

² Blystad

دلیل ماهیت موضوع و سختی انجام پژوهش به روش‌های کیفی محدود پژوهش‌هایی پیدا می‌شود که با روش‌های کیفی (راهبرد گراند تئوری) به دنبال فهم آنان از تجربه سقط جنین باشند. در ادامه به برخی از مهم‌ترین این مطالعات متناسب با سوالات تحقیق اشاره می‌شود.

نتایج پژوهش فیاض بخش و همکاران (۱۴۰۰)، حاکی از آن بود که عوامل فرهنگی، اقتصادی در افزایش سقط جنین تاثیرگذار هستند. از طرفی عدم توجه مسئولین نسبت به ریشه‌های افزایش این پدیده، باعث افزایش سقط جنین شده است و از طرفی دیگر ترس از فقر و تنگدستی، بسیاری از خانواده‌ها را مجبور می‌سازد که به سقط جنین مبادرت ورزند. پژوهش غلامی (۱۴۰۰)، در کارزون نشان داد که اعتقادات مذهبی یکی از عوامل بسیار مهم در زندگی انسان است و بر تمام ابعاد زندگی فرد تاثیرگذار می‌باشد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که هرچه باورها و تجربیات دینی در کنش و جنبه‌های عملی زندگی فرد نمود عینی یابد اثر بازدارندگی بیشتری بر اقدام به سقط جنین دارند. نتایج پژوهش فراش و همکاران (۱۳۹۹)، نشان داد که نگرش مثبت نسبت به سقط جنین در میان زنان در پی افزایش تحصیلات و آگاهی بیشتر از مردان بود. همچنین طبق یافته‌های این پژوهش از نظر قومیت، تفاوت معناداری بین گروه‌های قومی در نگرش نسبت به سقط جنین وجود دارد. در میان گروه‌های قومی مانند فارس و ترک، نگرش مثبت-تری نسبت به سقط جنین وجود دارد. همچنین بخش دیگری از یافته‌های این پژوهش نشان داد که دینداری تاثیر زیادی در نگرش به سقط جنین دارد. هرچه بر میزان دین‌داری افراد افزوده می‌شود بر شدت و قوت نگرش مثبت نسبت به سقط جنین کاسته می‌شود. یافته‌های پژوهش عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷)، تحت عنوان «شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران»، نشان داد که احتمال سقط در بین زنان با تحصیلات بالاتر، ثروتمندتر، شاغل و کمتر مذهبی، مهاجرین شهری و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. رازقی نصرآباد و سنجر (۱۳۹۶)، در پژوهشی نشان دادند 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، اختلافات خانوادگی، احساس ناامنی در زندگی مشترک، مشکلات مالی و اقتصادی، مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری و ناسازگاری کار و فرزندآوری هزینه‌های (مادی و غیر مادی) ادامه بارداری و تولد فرزند ناخواسته، بیشتر از هزینه‌های سقط جنین ارزیابی می‌شود و افراد سقط جنین را کنشی عقلانی و برای اجتناب از پیامدها و آسیب‌های احتمالی در آینده در نظر می‌گیرند. همچنین عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی نشان دادند که 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 بارداری قبل از شروع زندگی مشترک (در دوران عقد و نامزدی)، ۸ درصد بارداری در دوران شیردهی، ۷ درصد به دلیل داشتن تعداد زیاد فرزند و مابقی به دلایلی نظیر سن پایین در زمان بارداری، اعتیاد، بیماری‌های جسمی و... بود. ظفری‌دیزجی (۱۳۹۳)، در پژوهشی تحت عنوان «تجربه زیسته زنان در ختم بارداری ارادی»، نشان داد که زنان از سقط جنین به عنوان روشی جهت حل مشکل فرزند ناخواسته و رهایی و آسایش خود و خانواده خویش با هر توجیهی استفاده کردند. نتایج تحقیق سرایی و روشن شمال (۱۳۹۱)، نشان داد که متغیرهای دینداری، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین و طبقه‌ی اجتماعی متغیرهایی هستند که بیش از ۲۶ درصد تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. کم‌رنگ شدن اعتقادات مذهبی و دینداری در میان زنان با افزایش نگرش مثبت به سقط جنین ارتباط مستقیم دارد. در پژوهش‌های صورت گرفته در خارج از ایران نیز توجه ویژه‌ای به سقط جنین شده و از آن به عنوان مسئله‌ای اجتماعی نام می‌برند. مطالعه در خصوص سقط جنین در مقایسه با ایران در سایر کشورها گسترده است؛ مور^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهشی نشان دادند که سقط جنین جنبه‌ای رایج از زندگی باروری زنان است اما تابو بودن سقط جنین باعث می‌شود بسیاری از زنان این عمل را به صورت پنهانی و غیر قانونی انجام دهند چرا که ترس از طرد

¹ Moore

اجتماعی منجر به پنهان کاری این زنان می‌شود. از طرفی این زنان به دلیل مسکوت نگاه داشتن این مسئله از شبکه حمایتی خود مانند خانواده و دوستان حمایت مالی دریافت نمی‌کنند. بنابراین طبق یافته‌های این پژوهش شرایط اقتصادی نیز در تصمیم و اقدام به سقط جنین موثر واقع می‌شود. هولتن و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهشی تحت عنوان «نفوذپذیری مراقبت از سقط جنین در هلند»، نشان دادند که با وجود قانون نسبتاً مجاز سقط جنین، زنان در هلند در دسترسی به مراقبت‌های سقط جنین با مشکلاتی مواجه می‌شوند. موانع اصلی دسترسی به سقط جنین در هلند، نهادینه شدن تابو در قانون و مراقبت از سقط جنین، آسیب‌پذیری عاطفی، مالی و اجتماعی، مقررات پیچیده نامزدی، عدم نفوذپذیری برای گروه‌های حاشیه‌نشین خاص و ناتوانی زنان در صحبت آشکار درباره سقط جنین است. همچنین در این پژوهش موضوع اصلی فقدان استقلال زنان در دسترسی به مراقبت‌های سقط جنین بود. هاتون و ایلماز (۲۰۲۰) پژوهشی را با عنوان «دینداری و نگرش عمومی نسبت به سقط جنین در میان بزرگسالان ترک: از دیدگاه اسلام» در کشور ترکیه انجام داده و دریافتند که افراد با اعتقادات مذهبی بالا، به‌هیچ‌رویی سقط جنین را برنتابیده و آن را محکوم می‌کنند. فوندس و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی نشان دادند که نسبت سقط‌های نایمن در کشورهای درحال توسعه نسبت به کشورهای توسعه‌یافته به‌طور قابل توجهی بیشتر است. هنگامی که طبق وضعیت قانونی سقط جنین گروه‌بندی می‌شود، نسبت به سقط‌های نایمن در کشورهایی که قوانین سقط جنین بسیار محدود دارند نسبت به کشورهایی که قوانینی با محدودیت کمتر دارند، به طور قابل توجهی بیشتر بود. یکی از مهمترین موانع مقابله با مسئله سقط جنین مسئله‌ی ننگ اجتماعی است که بر زنانی که سقط جنین داشته‌اند، تأثیر می‌گذارد. این ننگ بر نحوه برخورد و عمل سیاست‌گذاران به ویژه در کشورهای در حال توسعه که دارای سنت طولانی ممنوعیت سقط جنین هستند، تأثیر می‌گذارد. در بسیاری از کشورها، سیاست‌گذاران در برخورد با مسئله سقط جنین نه با رویکردهای مبتنی بر شواهد، بلکه با توجه به ملاحظات سیاسی، اخلاقی و مذهبی هدایت می‌شوند. ماهه‌سی^۱ (۲۰۲۰)، در پژوهشی در نپال نشان داد که بسیاری از زنان نپالی هنوز قادر به دسترسی به خدمات سقط جنین ایمن نیستند. در نتیجه این مطالعه نشان می‌دهد که عدم آگاهی از در دسترس بودن محل خدمات، عدم حمل و نقل به تاسیسات تأیید شده و هنجارهای جنسیتی و اعتقادات مذهبی زنان را برای استفاده از خدمات سقط جنین ایمن منع می‌کند. کیم^۲ و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی نشان دادند که به دلیل عدم اطلاع رسانی در مورد سقط جنین و پیشگیری از بارداری، نیازهای برآورده نشده از برنامه ریزی خانواده، نارسایی پیشگیری از بارداری و دسترسی آسان به خدمات سقط جنین ایمن، سقط جنین ناامن همچنان ادامه دارد. زنان با موانع بسیاری مانند محدودیت‌های قانونی روبرو هستند. عدم آگاهی از در دسترس بودن خدمات سقط جنین، به ویژه در میان کسانی که در یک منطقه دور افتاده زندگی می‌کنند. و همچنین ترس از ننگ، مشکل اصلی دسترسی به سقط جنین ایمن عدم ارائه دهندگان آموزش دیده است. بیاراک و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی تحت عنوان «بارداری ناخواسته و سقط جنین با درآمد، منطقه و وضعیت قانونی سقط جنین»، نشان دادند که مردم کشورهای پردرآمد نسبت به کشورهای کم درآمد به مراقبت‌های بهداشتی جنسی و باروری دسترسی بهتری دارند و افراد حتی در مکان‌هایی که محدود است به دنبال سقط جنین هستند. در کشورهایی که سقط جنین محدود بود، نسبت بارداری‌های ناخواسته که به سقط ختم می‌شد در مقایسه با نسبت سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۹۴ افزایش یافته بود و نرخ بارداری ناخواسته بیشتر از کشورهایی بود که سقط جنین به طور کلی قانونی بود. همچنین جیلان لاو (۲۰۲۰)، در پژوهشی که در انگلستان انجام داده است نشان داد که سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر تصمیم زنان در سقط جنین تأثیرگذار است. زنان بسته به این که متعلق به چه طبقه‌ی اجتماعی باشند درک و تعبیر متفاوتی از انگ اجتماعی در رابطه با سقط جنین دارند. شواهد موجود در پژوهشی آتاکرو و همکاران (۲۰۱۹)، در غنا نشان

¹ Mahesh C

² Kim

دادند که چندین عامل مسئول سقط جنین در غنا هستند از جمله: عدم آگاهی از خدمات بی خطر سقط جنین، اوضاع نابسامان اقتصادی اجتماعی، اعتقادات فرهنگی و مذهبی، انگ بارداری بدون برنامه‌ریزی، تمایل به فرزندآوری پس از ازدواج، تلاش برای جلوگیری از ناامیدی و کینه والدین و تمایل به ادامه تحصیل روبه‌رو بودند. ماکلف^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی تحت عنوان «بررسی انگ و هنجارهای اجتماعی در تجارب سقط جنین زنان و انتظارات آنها از مراقبت»، نشان دادند که زنان جوان و مجرد به ویژه مستعد ابتلا به ننگ سقط جنین هستند. برداشت‌های زنان از عدم تأیید جامعه از سقط جنین ممکن است از هنجارهای اجتماعی محلی مربوط به دین، مادری، مسئولیت‌پذیری از بارداری و اخلاقیات جنسی برای زنان جوان و مجرد حاصل شده باشد. لوی^۲ و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی تحت عنوان «نگ استفاده از سقط جنین و پیشگیری از بارداری»، نشان دادند که انگ اجتماعی در رابطه با تصمیم‌گیری باروری زنان بر سلامت زنان تأثیر منفی می‌گذارد. این پژوهش نشان داد که سقط جنین و استفاده از روش پیشگیری از بارداری توسط دانش‌آموزان در کنیا بسیار انگ زده می‌شود. ننگ استفاده از پیشگیری از بارداری ممکن است منجر به بارداری‌های ناخواسته و در نتیجه سقط‌های ناایمن شود. بیاراک و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی تحت عنوان «روندهای جهانی، منطقه‌ای و زیر منطقه‌ای در ناخواسته بارداری و پیامدهای آن از سال ۱۹۹۰-۲۰۱۴»، نشان دادند که میزان بارداری ناخواسته در مناطق در حال توسعه نسبت به مناطق توسعه یافته به طور قابل توجهی بالاتر است و بسیاری از سقط‌های ناشی از آن ناامن هستند. آلمایهو^۳ و همکاران (۲۰۱۷)، در پژوهشی در شمال اتیوپی نشان دادند که تجاوز به عنف، رابطه‌ی جنسی بدون برنامه با شرکای جنسی مختلف، عدم آگاهی از مسائل بهداشت باروری، مشکلات اقتصادی و فشارهای خانوادگی از جمله عوامل اصلی سقط جنین در میان زنان بوده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این زنان بعد از سقط با مشکلات روانی، اختلالات جنسی، و آسیب‌های جسمی روبه‌رو بوده‌اند. در ضمن زوجین بعد از سقط جنین بیشتر احتمال طلاق یا جدایی دارند. ماین^۴ و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی در کنیا نشان دادند که طلاق یا بیوه شدن، نداشتن تحصیلات، بارداری ناخواسته، داشتن فرزند قبلی، استفاده از روش‌های پیشگیری سستی و بارداری ناخواسته بر تصمیم‌گیری بر سقط جنین موثر بوده‌اند.

با نگاه تحلیلی به پیشینه‌های اشاره شده می‌توان به اهمیت موضوع سقط جنین در جوامع مختلف پی برد. پیشینه‌های پژوهش اگر چه دارای کمیتی قابل ملاحظه می‌باشند؛ اما جای پژوهش‌های کیفی با رویکرد آمیک کاملاً خالی است. با توجه به اهمیت موضوع سقط جنین به منزله‌ی یک پدیده اجتماعی، می‌بایست پژوهش‌های جامعه‌شناسی به رسالت خود با نگاهی موشکافانه پرداخته و موضوع سقط جنین را با رویکردی زمینه محور و کاوشی عمیق پیگیری کنند. همچنین با توجه به حساسیت موضوع سقط جنین، به نظر می‌رسد پژوهش‌های کیفی می‌توانند غنای بالایی از داده‌های صحیح را در اختیار پژوهشگران قرار دهد. موضوعی که در پیشینه‌های مورد بررسی کمتر به آن توجه شده است.

مفاهیم حساس نظری

در این بخش با پرداختن به چارچوب مفهومی و مفاهیم حساس در ارتباط با موضوع تحقیق و دیدگاه‌های موجود، بخشی از مفاهیم پیونددهنده تحلیل با زمینه پژوهش مرور شده است. به دلیل ماهیت کیفی تحقیق، نظریه و نظم دهی مفهومی تابع آن پس از جمع‌آوری داده‌ها و انجام بخش اکتشافی از دل کار بیرون می‌آید. در واقع هدف استفاده از مفاهیم در این پژوهش در ابتدا صرفاً به

¹ Makleff

² Loi

³ Alemayehu

⁴ Maina

عنوان راهنمایی جهت مفهوم سازی و حساسیت نظری است و به دنبال ذهنیتی برساخته از نظریه در جهت جمع‌آوری اطلاعات از پیش تعیین شده نیست، زیرا ماهیت پژوهش اکتشافی ورود به میدان تحقیق با ذهنیتی باز است. بنابراین، پژوهش حاضر در چارچوب رویکرد کیفی، با اتکا به برخی مفاهیم حساس متناسب با موضوع تحقیق انجام شده است. در اینجا به این مفاهیم که شامل تحولات خانواده و گذار جمعیتی دوم، تقدس حیات، حق انتخاب، تغییرات ارزشی، مسئله داغ ننگ، در ارتباط با موضوع تحقیق اشاره می‌شود. این مفاهیم صرفاً جنبه راهنما و هدف حساس‌سازی ذهن محقق برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها دارند.

تحولات خانواده و گذار جمعیتی دوم

در عصر ارتباطات و حرکت نهادهای مختلف اجتماعی و فرهنگی به سمت یکدست شدن و جهانی شدن فرهنگ، تحولات خانواده یکی از ملموس‌ترین تغییرات در بین این نهاد اجتماعی - فرهنگی می‌باشد. تغییرات جمعیتی ناشی از این فرهنگ جهانی، شکل‌های مرسوم خانواده را دچار تغییرات جدی کرده و فرزندآوری را به عنوان یک ارزش فراگیر با چالش‌های جدی مواجه ساخته است. گذار دوم جمعیتی یکی از چارچوب‌هایی است که بیشتر برای تحلیل روند تحولات خانواده در کشورهای صنعتی (نظیر افزایش میزان های طلاق، گسترش آزادی جنسی، کاهش باروری، افزایش سن ازدواج، افزایش زندگی های مشترک بدون ازدواج و رواج فرزندآوری خارج از حیطه ی ازدواج) مطرح شد. این نظریه، تغییرات بنیادین ارزشی و گسترش ایده های فرامادی گرایی، یعنی تأکید بر استقلال فردی و خود تحقق بخشی را عامل تغییرات نوین خانواده تلقی می‌کند (عسگری ندوشن و همکاران، ۱۳۸۸؛ فراش خیالو و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۱۴). ون دکا معتقد است که تحولات بنیادین خانواده بیش از هر چیز ریشه در فردگرایی دارد. یعنی هنجارها و نگرش‌هایی که بیش از هر چیز بر حقوق و کامیابی های افراد تأکید می‌کند. در حالی که در گذشته جامعه معمولاً معطوف به خانواده و فرزندان بود و دگرخواهی نقش اصلی در زندگی خانوادگی ایفاء می‌کرد (فروتن و صادقی، ۱۳۹۶: ۵۵-۷۶). طبق این نظریه، تغییرات در سطح کلان جوامع به تغییراتی در سطح خانواده و از آن طریق الگوهای فرزندآوری منجر شده است. انقلاب در تکنولوژی کنترل موالید و پیشرفت وسایل پیشگیری از حاملگی باعث تغییر در رابطه‌ی سنتی ازدواج به رابطه‌ی جنسی و سپس فرزندآوری منتهی می‌شود (سرای، ۱۳۸۷؛ فراش خیالو و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۱۵). براساس نظریه‌ی ون دکا^۱، متغیرهایی نظیر کاهش میزان ازدواج، اجتناب از ازدواج اجباری، افزایش سن زنان در اولین ازدواج، افزایش میزان جدایی و طلاق، تأخیر در فرزندآوری ناشی از ازدواج و افزایش فاصله‌ی سن مادر در اولین ازدواج تا تولد اولین فرزند، تمایل به بی‌فرزندی قطعی، کاهش باروری های ناخواسته و برنامه ریزی برای فرزندآوری با به‌کارگیری روش های نوین پیشگیری از بارداری و اقدام به سقط جنین و افزایش روابط خارج از ازدواج، برخی از جلوه‌های گذار جمعیتی دوم هستند (ون دکا، ۲۰۰۲: ۳۹۶).

حق انتخاب

رویکردی که در مقابل حق حیات و تقدس ارزش‌ها قرار می‌گیرد، رویکرد مربوط به فمینیست‌ها می‌باشد. فمینیست‌ها معتقد به لغو کلیه محدودیت‌ها نسبت به سقط جنین و خواهان آزادی بی‌قید و شرط آن هستند. آنها با بیان دلایلی از جمله: حفظ حیات و سلامت مادر، کاهش مرگ و میر، جلوگیری از افزایش جمعیت، حق انتخاب زن، سقط جنین را ناروا به شمار نمی‌آورند. از نظر آن‌ها جلوگیری از سقط جنین و نظارت بر آن، بخشی از ایدئولوژی جنسی در نظام مردسالارانه سرمایه‌دارانه است. نگاه به سقط جنین در دیدگاه

^۱ Van de kaa

فمینیست سوسیالیست بر پایه دو اصل قرار دارد: اختیار تن خود را داشتن و تصمیم گیرنده بودن، چرا که تولید مثل بیش‌ترین تأثیر را بر زنان می‌گذارد (هام و گمبل، ۱۳۸۲؛ سرایی و روشن شمال، ۱۳۹۱: ۹).

بخش اصلی نظریه‌ی فمینیستی و طرفداران حق انتخاب سقط جنین معطوف به این است که این زن و تنها این زن است که حقی اختصاصی برای تصمیم درباره‌ی بارداری یا ختم آن دارد. هیچ فردی، حتی جامعه، حق تحمیل ادامه‌ی بارداری به زن را ندارد. این نظریه به رسمیت نشناختن این حق را برای زن، رد انسانیت او می‌داند (بلالی، ۱۳۸۶: ۱۷۲). طرفداران حق انتخاب معتقدند، باید تمام حقوق انسان کامل را به فرد بالقوه هم داد، مگر آنکه وجود آن با حقوق، زندگی، آزادی و شادمانی موجود دیگری در تداخل باشد (همان: ۶۹). زنان درباره داشتن یا نداشتن فرزند حق انتخاب دارند و باید بتوانند قدرت کنترل موالیید خود را به طور فردی داشته باشند. در نتیجه فمینیست‌ها هر نوع اعمال کنترل اجتماعی تحت سلطه‌ی مردان را نفی می‌کنند. فمینیست‌های رادیکال معتقدند، زنان حق پایان‌دادن به بارداری خود یا سقط جنین را دارند و این امری شخصی و مربوط به خود زن است و نه دولت (مشیرزاده، ۱۳۸۵: ۲۸۶ و ۲۸۷). دیدگاه فمینیستی جنین را در متن و زمینه‌های که در آن قرار دارد میبیند؛ یعنی بدن زن. در این دیدگاه ارزش جنین نسبی است نه مطلق. آنچه به فرد ارزش می‌دهد موجودیت او نیست، هویت و شخصیت اوست؛ بنابراین نباید جنین را چندان مهم قلمداد کرد؛ چراکه هویت او در روابط اجتماعی رشد نیافته است (نجاتی‌حاتمیان، ۱۳۹۳: ۱۷۳). فمینیست‌ها که در مقابل رویکرد تقدس ارزش‌ها قرار گرفته، سقط جنین را به مادر فرزند واگذار کرده و معتقدند این مادر است که می‌تواند در رابطه با آن تصمیم‌گیری کند.

کنترل بر بدن

سقط جنین درخواستی - یکی از مطالبات چهارگانه‌ی نخستین کنفرانس آزادی زنان بریتانیا (۱۹۷۰) مبتنی بر این دیدگاه بود که زنان حق تفویض‌ناپذیری بر تن خود دارند (هام، ۱۳۸۲: ۲۲). این بخشی از دیدگاه فمینیستی درباره‌ی آزادی تولیدمثل است. حقوق تولیدمثلی خود، شامل حقوق مادرشدن، جلوگیری از بارداری و سقط جنین است. لذا گوردن معتقد بود کنترل تولیدمثل اساساً مبارزه-ای سیاسی برای کسب حق تعیین سرنوشت زنان است (هام، ۱۳۸۲: ۳۷۴). دیدگاه‌های زن‌محور، حق کنترل بدن را بخشی اساسی از حق آزادی انسان می‌دانند؛ به ویژه در بارداری‌های ناخواسته که رضایت مادر برای حضور جنین و استفاده از جسم او به عنوان مادر لازم است. از این‌رو با پذیرفتن سقط جنین براساس تصمیم مادر، به حریم خصوصی او احترام گذاشته‌ایم و برای او حق تعیین سرنوشت در ازدواج، بارداری، عقیم‌سازی اختیاری و خاتمه‌دادن به زندگی جنین قائل شده‌ایم (راسخ، ۱۳۸۶: ۱۸۹). بنابراین، در مقابل نظریاتی که زن (مادر) را نادیده گرفته، و به نظر و انتخاب او بی‌توجه می‌مانند، دیدگاه فمینیستی اصل نظریات خود را بر زن (مادر) متمرکز می‌سازد.

تغییرات ارزشی

در نظریه‌ی اینگلهارت آن دسته از ارزش‌ها که حول نیازهای زیست‌شناختی و امنیتی است ارزش‌های مادی و آن دسته از ارزش‌ها که پیرامون نیازهای اجتماعی و خودشکوفایی است ارزش‌های فرامادی نامیده می‌شوند (فراش خیالو و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۱۵ به نقل از اینگلهارت، ۱۹۹۷). از این منظر، فرامادیون اهمیت کم‌تری به ازدواج و داشتن بچه می‌دهند. تفسیر چرخه‌ی زندگی بر این فرض استوار است که مردم فرامادی هستند به این دلیل که ازدواج نکرده‌اند یا اینکه هنوز بچه ندارند، اما شواهد زیادی وجود دارد که قضیه به طریق دیگری مطرح می‌شود: مردم کم‌تر ازدواج می‌کنند چون فرامادی هستند و چون اولویت‌های فرامادی دارند کم‌تر به داشتن

بچه علاقه نشان می‌دهند. در صورت حقیقت داشتن این موضوع در انتظار مشاهده‌ی کاهش اهمیت ازدواج و کاهش میزان مولید در جوامع پیشرفته صنعتی هستیم (اینگلهارت، ۱۳۸۲: ۹۹). در واقعیت تغییرات ذائقه‌ای مردمان عصر مدرن و پسامدرن، فردگرایی و ارزشمند شدن رفاه فردی، مصرف‌گرایی و ترجیح دادن منافع فردی بر منافع جمع به ویژه در فرهنگ جدید نظام شهری در جهان مدرن، یادآوری تغییرات ارزشی از نهادهای مهم جامعه به ویژه نهاد خانواده است.

مسئله داغ ننگ

مفهومی که اروین گافمن یک چارچوب نظری برای مطالعه آن ایجاد و آن را به عنوان نسبتی تعریف کرد، که بی‌اعتباری عمیق درون تعاملات و روابط اجتماعی را تقویت می‌کند. به تعبیر گافمن داغ ننگ می‌تواند جنبه‌ای از زندگی اجتماعی فرد و هویت او را تخریب کند تا به این شکل محافظت اجتماعی او در برابر انواع مخاطرات را از بین ببرد. داغ ننگ از طریق ساز و کارهای مختلف نمود پیدا می‌کند. نمود ابزاری داغ ننگ تهدیدی برای هویت فرد می‌گردد. نمود نمادین داغ ننگ تهدیدی برای لایه‌های عمیق‌تر زندگی اجتماعی فرد است (قره‌قانی و موسوی، ۱۳۹۸: ۲۵۸).

تولد فرزند ناخواسته منجر به بازماندن از ورود به عرصه‌های اجتماعی، تحصیلی و شغلی می‌شود. منفعت یا عدم منفعت اقتصادی عاملی است که باعث می‌شود زنان تصمیم بگیرند که فرزند خود را نگه داشته یا سقط کند چنانچه هزینه‌های حاصل از نگه داشتن فرزند بیشتر از فرصت‌هایی باشد که زنان دارند ممکن است که آنها تصمیم بگیرند فرزند خود را سقط کنند. و همچنین باعث تغییر در موقعیت زنان در خانواده و اجتماع می‌شود، بنابراین بسیاری از زنان به انجام سقط جنین نیاز دارند. چرا که فرزند ناخواسته آنها را متحمل هزینه‌های می‌کند که این هزینه‌ها آنها را از فرصت‌های مهم زندگی‌شان محروم می‌سازد. در جوامع سنتی و کمتر توسعه‌یافته مسئله سقط جنین زنان را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند. همواره باروری و روابط جنسی زنان تحت سیطره نظم اجتماعی قرار دارد. در چنین جوامعی امر باروری خارج از چارچوب آداب و رسوم پذیرفته شده نیست؛ از این رو زنان در این شرایط به اصطلاح آبرو و اعتبار خود را از دست داده و آن‌طور که گافمن از اصطلاح داغ ننگ صحبت می‌کند، این زنان گویی داغ ننگی را بر پیشانی خود به یاد می‌کنند که بر روابط اجتماعی‌شان تاثیرگذار است. زنان با سقط جنین در واقع به دنبال بازسازی هویت اجتماعی‌شان هستند که ترس از تخریب آن را دارند. بنابراین فرزند ناخواسته می‌تواند فرصت‌های اقتصادی اجتماعی این زنان را در جامعه تحت‌الشعاع قرار دهد.

روش‌شناسی

هدف این مطالعه فهم و تفسیر تجربه گروهی از زنان، از سقط جنین است. به همین دلیل پارادایم تفسیری برای انجام این پژوهش انتخاب و از روش نظریه‌ی زمینه‌ای (گراند تئوری) برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. این روش در مواردی به کار می‌رود که پژوهشگر علاقه‌مند به فهم معنای پدیده از نگاه و تجربه افراد درگیر آن است (مریام، ۲۰۰۹: ۲۲)؛ بنابراین پژوهشگران کیفی زمانی از این روش استفاده می‌کنند که می‌خواهند بفهمند: مردم چه تفسیری از تجربه خود دارند؟ چگونه جهان خود را می‌سازند؟ چه برداشتی از تجربه خود دارند؟ (افراسیابی و همکاران، ۱۳۹۹: ۵). مشارکت‌کنندگان این پژوهش، زنان ساکن شهر مشهد بودند که سقط جنین را تجربه کرده بودند. مدت زمان فرایند جمع‌آوری داده و فرایند مصاحبه یک سال (۱۳۹۹) به طول انجامید. برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، با روش نمونه‌گیری هدفمند و استراتژی گلوله‌برفی، ۲۸ نفر از زنانی که متعلق به گروه‌های اجتماعی مختلف از حیث سن، طبقه اقتصادی و اجتماعی، به عنوان مشارکت‌کنندگان انتخاب شدند. تکنیک جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته است. بطوری که در آن، با طرح سوالاتی مشخص، فرایند مصاحبه آغاز شده و در حین انجام مصاحبه، براساس گفتگو

بین مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شوندگان، سوالات جدیدی طرح و پیگیری شد. همچنین در روند مصاحبه، سوالات پشت سر هم مطرح نشدند به این دلیل که گاه حجم زیادی از اطلاعات در پاسخ به پرسش اولیه ارائه می‌شد و دیگر نیاز به طرح سوالات بعدی نبوده است. همچنین با توجه به راهنمای مصاحبه، پژوهشگر اطمینان می‌یافت که اطلاعات مورد نیاز از مصاحبه‌شوندگان دریافت شده و پژوهش از جهت داده به اشباع نظری رسیده است. در پژوهش حاضر، پژوهشگر با انجام ۲۲ مصاحبه به اشباع نظری رسید؛ بدین معنا که داده جدیدی از مصاحبه‌ها به دست نیامده که درک جدیدی به اطلاعات قبلی اضافه کند. لکن برای حصول اطمینان از رویه در حال ظهور، انجام مصاحبه تا ۲۸ مورد ادامه پیدا کرد. از میان استراتژی‌های مختلف نمونه‌گیری، نمونه‌گیری گلوله برفی به کار گرفته شد؛ به این صورت که ابتدا تعدادی از این افراد از طریق شبکه‌های مرتبط، آشنایی و افراد مطلع انتخاب شدند. برای انجام مصاحبه تلاش شد، انتخاب زمان و مکان مصاحبه با مصاحبه‌شونده باشد. در این پژوهش، زمان مصاحبه‌ها در هر مصاحبه متفاوت بوده و بعضاً تا سه ساعت نیز به طول می‌انجامید. همچنین در مواردی در چندین جلسه مصاحبه ادامه می‌یافت. محل مصاحبه‌ها هم نیز بسته به شرایط مصاحبه‌شونده‌ها متغیر بود؛ بدین معنا که برخی از مصاحبه‌ها در کافی شاپ‌ها، دانشگاه و محل کار انجام می‌گرفت. بعضی از آنها به درخواست افراد مورد مطالعه، در منزل شخصی مصاحبه‌شونده صورت می‌گرفت.

در روش نظریه‌ی زمینه‌ای، گردآوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها یک به یک انجام گرفته است. تحلیل با نخستین مصاحبه و مشاهده آغاز و به مصاحبه و مشاهده‌ی بعدی منجر شده و مصاحبه بعدی با تحلیل بعدی و مصاحبه و کار میدانی پس از آن ادامه می‌یافت. تحلیل داده‌ها با نظام کدگذاری نظری انجام شد. در این نوع کدگذاری که خواست روش نظریه‌ی زمینه‌ای است، سه مرحله کدگذاری طی شد: کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی. در مرحله کدگذاری باز متن مصاحبه‌ها سطر به سطر خوانش و مفهوم‌بندی شد. که ۷۰ مفهوم اولیه و ۱۱ مقوله اصلی استخراج شدند. در کدگذاری محوری این مفاهیم کنار یکدیگر قرار داده شد و براساس هم‌پوشانی معنایی به صورت مقولات محوری درآمد و درنهایت مقوله هسته‌ای در سطحی انتزاعی‌تر از دو مرحله پیشین حاصل شد. ذکر این نکته ضروری است که فرآیند کدگذاری داده‌ها از مصاحبه دوم به بعد آغاز شد و تا پایان کار تحلیل، مصاحبه و تحلیل به صورت هم‌زمان پیش رفت.

جامعه‌ی نمونه در این تحقیق، شامل بررسی ۲۸ مصاحبه‌ای است که به صورت انفرادی انجام گرفته است. مشخصات کلی پاسخگویان در جدول شماره (۱) قابل مشاهده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیتی مصاحبه‌شوندگان

مصاحبه شونده	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	سن اولین سقط	دفعات سقط جنین
شماره ۱	۳۶	متاهل	دانشجوی دکتری	۲۵	۱ بار
شماره ۲	۲۹	متاهل	لیسانس	۲۲	۲ بار
شماره ۳	۳۰	متاهل	دیپلم	۲۲	۶ بار
شماره ۴	۴۴	متاهل	کارشناسی	۳۰	۱ بار
شماره ۵	۳۳	متاهل	دانشجوی دکتری	۳۰	۱ بار
شماره ۶	۲۹	مجرد	فوق لیسانس	۲۸	۲ بار
شماره ۷	۲۹	متاهل	دیپلم	۲۹	۱ بار
شماره ۸	۳۴	متاهل	کاردانی	۲۵	۳ بار
شماره ۹	۳۳	متاهل	کارشناسی	۲۲	۱ بار
شماره ۱۰	۴۱	متاهل	کارشناسی	۳۶	۱ بار

مصاحبه شونده	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	سن اولین سقط	دفعات سقط جنین
شماره ۱۱	۳۱	متاهل	دیپلم	۲۷	۲ بار
شماره ۱۲	۳۰	مجرد	دانشجوی دکتری	۳۰	۱ بار
شماره ۱۳	۲۹	مجرد	دیپلم	۲۰	۱ بار
شماره ۱۴	۳۳	مجرد	دیپلم	۲۰	۳ بار
شماره ۱۵	۲۷	متاهل	لیسانس	۲۳	۱ بار
شماره ۱۶	۲۹	متاهل	کاردانی	۲۳	۱ بار
شماره ۱۷	۳۳	متاهل	کارشناسی ارشد	۳۲	۱ بار
شماره ۱۸	۳۳	متاهل	کاردانی	۳۲	۱ بار
شماره ۱۹	۳۶	متاهل	دیپلم	۳۰	۱ بار
شماره ۲۰	۳۱	متاهل	لیسانس	۲۰	۱ بار
شماره ۲۱	۲۹	متاهل	کارشناسی ارشد	۲۱	۲ بار
شماره ۲۲	۲۸	متاهل	فوق لیسانس	۲۷	۱ بار
شماره ۲۳	۳۴	متاهل	لیسانس	۳۳	۱ بار
شماره ۲۴	۴۰	متاهل	دیپلم	۱۹	۱ بار
شماره ۲۵	۳۲	متاهل	فوق لیسانس	۲۴	۲ بار
شماره ۲۶	۳۰	متاهل	کاردانی	۲۳	۴ بار
شماره ۲۷	۲۷	متاهل	لیسانس	۲۵	۱ بار
شماره ۲۸	۴۱	متاهل	لیسانس	۳۶	۳ بار

اعتبارپذیری: برای افزایش اعتبار یافته‌ها، ارتباط نزدیک و توأم با اعتماد با مشارکت‌کنندگان ایجاد و در طول بیش از یک سال گردآوری داده، این ارتباط حفظ شد. کنترل توسط اعضا (دیپوی و گیتلین، ۲۰۰۵؛ مداحی، ۱۴۰۰: ۱۹) در سرتاسر فرآیند گردآوری داده-ها برای ارزیابی درستی مشاهدات و تفاسیر پژوهشگر، به کار گرفته شد. مفاهیم برساخته و نتایج پژوهش به طور مرتب در فرآیند کار و بعد از اتمام تحلیل داده‌ها با مشارکت‌کنندگان در میان گذاشته شد. پژوهشگران در این مطالعه با مقایسه‌های مداوم صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در کنار توجه به بازخورد آنان از تحلیل‌ها، تلاش کردند به سطح مناسبی از اطمینان در پژوهش دست یابند. از آنجا که رویکرد کیفی رویکرد تامل‌نگر و بازاندیشانه است، ما در طول پژوهش مدام کدگذاری، مفاهیم و تحلیل‌هایی که شکل می‌گرفت را چک می‌کردیم. همچنین انتخاب نمونه‌ها در تحقیق حاضر بدین صورت بوده است که از یک خصیصه‌ی مشترک برخوردار باشند. اقدام به سقط غیرقانونی در این تحقیق به عنوان همین خصیصه مشترک تعریف شده است. بنابراین، نمونه‌هایی که سقط جنین آنها ارادی بوده اما از طریق قانونی به آن اقدام شده است (مثل نقایص جنینی)، از نمونه‌ها حذف شده‌اند. این نمونه‌گیری هدفدار کمک کرد تا از پراکندگی در یافته‌ها جلوگیری شود. همچنین محقق از دخالت‌های شخصی در روند دریافت اطلاعات و تفسیر آن‌ها تا حد امکان جلوگیری کرده است.

ملاحظات اخلاقی: پیش از شروع مصاحبه، رضایت مشارکت‌کنندگان جلب شد. همچنین با توضیح هدف، موضوع و شیوه پژوهش، مصاحبه‌شوندگان با روند کار آشنا شدند تا در صورت تمایل نداشتن به شرکت در مصاحبه قدرت اختیار و انتخاب کافی به آنان داده شود. حفاظت از اطلاعات شخصی و خصوصی افراد بعدی بسیار مهم در کار پژوهشی است؛ به همین دلیل پژوهشگر با رضایت کامل و با اجازه هر فرد شرکت‌کننده در پژوهش به ضبط، یادداشت و استفاده از داده‌ها اقدام کرد و به افراد اطمینان داده شد

که اطلاعات به طور محرمانه محافظت خواهند شد. از جمله این اقدامات که برای جلوگیری از فاش شدن هویت واقعی مشارکت-کنندگان به کار برده شد، استفاده از اسامی مستعار در ثبت اطلاعات آنان بود. از آنجا که گفتگو پیرامون تجربه‌ی سقط جنین به علت محدودیت‌های شرعی و عرفی و قانونی آن، نگرانی‌های جدی در مورد افشای نام و اطلاعات شخصی مصاحبه شونده را برای او در پی دارد و حتی این نگرانی در افشای محل‌های انجام سقط غیرقانونی نیز وجود دارد، این اطلاعات با استفاده از اسامی مستعار، پنهان مانده و خواسته‌ی مشارکت‌کنندگان محترم شمرده شده است.

یافته‌ها

مفاهیم و مقولات جدول (۲) نمایی از شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، پدیده، استراتژی‌ها و پیامدهای سقط جنین را نشان می‌دهد. مقوله نهایی حاصل از بررسی‌ها «سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب» است. این مقوله روایت‌گر کنشی است که زنان شهر مشهد در مواجهه با بارداری ناخواسته، اقدام به سقط جنین می‌کنند. در ادامه داده‌ها بر مبنای اظهارات مشارکت‌کنندگان و دریافت و تحلیل پژوهشگران به صورت شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها صورت‌بندی شده‌اند.

جدول ۲. مفاهیم و مقوله‌های استخراج شده از داده‌ها

مقوله هسته	مقوله محوری	مفاهیم اولیه	ابعاد
سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب	فردگرایی منفعت‌طلبانه	خود محوری، منافع طلبی، بی ارزشی معنای فرزند، اولویت بر خواسته های فردی، مسولیت‌گریزی از نقش مادری، بی ارزشی معنای ایثار و هویت مادرانه، عدم دغدغه در فرزند آوری، اهمیت دادن به خواسته ها و آرزوهای فردی	شرایط علی
	مسائل شغلی، تحصیلات و آینده نگری اقتصادی	ترس از هزینه های فرزند پروری، مشغولیت کاری و عدم زمان کافی، اولویت مسائل شغلی، ترس از دست دادن شغل با زایمان و عواقب پس از زایمان، اولویت به رسیدن آرزوهای اقتصادی در آینده، اهمیت رسیدن منافع مالی، بیکاری همسر، فقر و احساس ناتوانی در تامین مخارج، مشغولیت تحصیلی، ترجیح ادامه تحصیل بر داشتن فرزند	
	ناآگاهی پیشگیرانه از بارداری	عدم استفاده از وسایل پیشگیری، ناآگاهی از شیوه های پیشگیری از بارداری، بارداری، بارداری ناخواسته	
	تعاملات ناکارآمد زناشویی و طلاق	در آستانه طلاق بودن و عدم تمایل به فرزند آوری، احتمال طلاق، سقط به دلیل عدم رضایت شوهر از فرزند آوری، اجبار به سقط توسط شوهر، اعتیاد همسر، خشونت همسر و عدم تعهد عاطفی، طلاق عاطفی زناشویی و عدم تمایل به داشتن فرزند	
	اجبار و فشار از طرف همسر	شرایط نامناسب خانوادگی، ترس از قضاوت‌های منفی دیگران، مشکلات اقتصادی، نوع ازدواج	شرایط زمینه‌ای
	پایگاه اجتماعی و ایده های مدرن	سقط جنین به دلیل حفظ کلاس اجتماعی، انگ دانستن داشتن فرزند، داشتن فرزند در تضاد با ذائقه‌های مدرن، ترجیح دادن نگهداری از حیوانات خانگی به جای داشتن فرزند	
	داغ ننگ	ترس از بی آبرویی، نگرانی از بدنامی، ترس از مورد قضاوت منفی قرار گرفتن، واهمه از طرد اجتماعی، فشار سنت های خانوادگی	
	تصویر و کنترل بدن	اهمیت بدن و حفظ زیبایی، بیزاری از چاقی پس از بارداری، وسواس و	

مقوله هسته	مقوله محوری	مفاهیم اولیه	ابعاد
		نگرانی ناشی از تغییر فرم بدن، ترس از عوارض بارداری، ترس از عوارض و پیامدهای زایمان، فوبیا زایمان طبیعی، عدم حق انتخاب بر بدن، سلب آزادی در روابط جنسی زنان، کنترل قانونی امور جنسی، عدم احاطه بر بدن، عدم کنترل زنان بر بدن خود	
	انزوا و مسائل روحی-روانی	عدم آمادگی ذهنی از تجربه بارداری، اضطراب فراگیر از تجربه مادری، مشکلات زمینه ای روحی-روانی، اضطراب مزمن، تنش و افکار منفی، وسواس افکار منفی و ترس از اتفاقات پیش نیامده	
	وسواس و ایده آل‌گرایی در فرزندپروری	وسواس شدید نسبت به پرورش کامل فرزند، ایده آل‌گرایی در تربیت فرزند، تمایل به تامین همه جانبه هزینه های پرورش فرزند، ترس از عدم توانایی همه جانبه تامین فرزند، تمایل به ایده آل‌گرایی در فرزند پروری	
	استراتژی‌های سقط	طناب زنی و پرش از ارتفاع، مصرف قرص، کورتاژ، مصرف داروی های گیاهی (زعفران)، روی آوردن به راه های توأم با خطر جهت سقط	استراتژی‌ها
	پیامدهای جسمی پس از سقط	مشکلات جسمی، بیماری های زنانه (عفونت های رحمی)	پیامدها
	پیامدهای روحی و روانی پس از سقط	افسردگی شدید پس از سقط، کابوس های شبانه، نگرانی های ناگهانی، احساس گناه، عذاب وجدان، ترس از سقط کامل، تهدید به طلاق به دلیل سقط، ترس از نابرابری دائمی	

شرایط علی

فردگرایی منفعت طلبانه

فردگرایی به عنوان مفهوم پر مناقشه در عصر مدرن در پژوهش‌های زیادی در حوزه جامعه‌شناسی در اشکال مختلفی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است. در رویکرد فردگرایی، تأثیرپذیری زندگی بخش مهمی از جامعه به ویژه زنان از گذار مدرنیته به پست مدرنیته و حاکمیت نشانه‌های فردگرا، به جای نمادهای اجتماع ساز، به تحلیل گذاشته می‌شود؛ تحلیل فرهنگ و جهانی به شدت متأثر از عقلانیت حسابگرانه، که به نوعی نمود مبادله در تمامی جنبه‌های زندگی از جمله عمیق‌ترین عواطف و احساسات زنان است. در واقع، جهان زندگی مردمان عصر مدرن وارد فراکتال ارزش‌ها شده است. فراکتال تمامی محدودیت مرحله فراکتال‌ها را برمی‌دارد و از همه‌ی نظام‌های ارزشی و فرهنگی تمرکززدایی می‌کند (زارع و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۰۴). برخی ویژگی‌های فردگرایانه را به صورت مشخص می‌توان در نمونه‌های مورد مصاحبه در پژوهش حاضر به روشنی یافت. سحر ۲۸ ساله دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد حقوق، و شاغل با درآمد به نسبت قابل قبولی است. او که دو بار تجربه سقط داشته است درباره‌ی خود محوری این‌گونه سخن می‌گوید:

«من پیش خودم همیشه می‌گم که یک زن آزاد هستم و اخلاقی که دارم اینه که باید خودم و در همه چیز اول در نظر بگیرم بینم خودم چی و بیشتر دوست دارم و احساساتم چی میگن؟! قطعاً بچه وقتی میاد تو زندگی تو چه بخوای چه نخوای جلوی پیشرفت رو میگیره، بچه که بدنیا اومد تا یکی دوسال تو باید وقتت و برای اون بچه بزاری، دیگه وقتی واسه خودت باقی نمی‌مونه».

هما ۲۷ ساله دارای مدرک لیسانس و حسابدار است. او درباره‌ی اولویت‌های فردی خود این‌گونه سخن می‌گوید:

«آموزش و تربیت بچه خیلی مهمه من یک دختر دارم وقتی یک بچه دیگه بیاد عملا من باید برای دوتایشون وقت بزارم، من از خودم از زندگیم باید بزنم دیگه این وسط من زمان پرتی ندارم که بخوام بگم اون زمان پرت و روی بچه دوم سرمایه گذاری کنم من باید از اون زمانی که برای خودم میزارم کم کنم و بیام به این دو نفر برسم اگر فرزند دیگه ای بیارم وقتی برای خودم نیمونه.»

مسائل شغلی، تحصیلات و آینده‌نگری اقتصادی

بیشتر مادران امروزی افرادی با سرمایه اجتماعی و فرهنگی بالا هستند که نگاهی متفاوت به نقش مادری دارند. امروزه زنان شاغل، نقش خود به منزله مادر و همسر را با نقش‌های دیگر در تضاد می‌بینند؛ در نتیجه، ترجیح زنان این است، تعداد فرزندان را که می‌خواهند، کاهش دهند یا حتی از ایفای نقش فرزندآوری دوری کنند؛ زیرا باروری زمان و نیروی زیادی از آنها می‌گیرد (رازقی نصرآباد و حسینی، ۱۳۹۸: ۱۱۲). به عنوان نمونه ای گویا و واضح، المیرا ۳۳ ساله دانشجوی دکتری، از نگرانی‌اش نسبت به از دست دادن وضعیت تحصیل و اشتغال خود می‌گوید:

«من یک دختر دو سال و هشت ماهه دارم وقتی متوجه شدم باردار هستم خیلی نگران شدم چون از نظر شغلی دچار مشکل می‌شدم اون زمان دانشگاه تدریس می‌کردم هفته‌ای یک روز بود و یکی از دلایلی که می‌خواستم ادامه تحصیل بدم این بود که شاید استخدام و جزو هیئت علمی بشم این یکی از هدفام در درازمدت بود، و خیلی سخت بود برای من، ما اصلا قصد بچه‌ی دیگه ای نداشتیم و نداریم همین الان هم من و همسرم نمی‌خواهیم.»

آوردن بچه ممکن است آینده شغلی مادر را به خطر بیندازد؛ مادری که تا رسیدن به یک شغل مورد علاقه راهی را در پیش ندارد و ممکن است بارداری و زایمان، رسیدن به شغل را به تعویق بیندازد و یا کلا آن را تهدید کند. در همچنین حالتی مادر تصمیم به سقط جنین می‌گیرد برای اینکه شغل برای او در اولویت است.

همچنین الهه نیز درباره شرایط تحصیلی خود می‌گوید:

«داشتم برای کنکور دکترم می‌خوندم و خیلی امید بسته بودم که امسال دکترم حتما قبول میشم بعد بیهویی این وسط باردار شدم و اگه بارداریم قطعی می‌شد احتمالا بچه اردیبهشت به دنیا می‌اومد و دقیقا میوفتاد وسط مصاحبه دکترم، آمادگی شو نداشتم و همه چی و هم حساب کرده بودم، کلاسای خودم اینجا رو هوا بود نمیتونستم نگرهش دارم از طرف دیگه هم دانشجو پسر داشتم و نمیتونستم با شکم بزرگ برم درس بدم اصلا فکرش و نمیکردم خیلی ناامید بودم.»

یکی از مفاهیم مطرح شده در مصاحبه‌ها ترس از هزینه‌های فرزندپروری است. آنها تا ۲۷ ساله دارای مدرک کارشناسی ارشد-

شغل معلم، که به اجبار همسرش سقط کرده بود می‌گفت:

«شوهرم از نظر مالی می‌ترسید می‌گفت ما الان پولش رو نداریم ما تازه ازدواج کردیم ما یک عالمه وام گرفتیم از نظر مالی در

تنگنا هستیم. می‌گفت من برای هزینه‌های پول ندارم می‌خواهی بری دکتر، می‌خواهی بری زایمان، وقتی بچه به دنیا بیاد یک عالمه هزینه داره من این همه پول و ندارم.»

ناآگاهی پیشگیرانه از بارداری ناخواسته

بارداری ناخواسته به طور سنتی به عنوان بارداری‌هایی تعریف می‌شود که یا برنامه‌ریزی نشده، اشتباه یا ناخواسته باشد (مورس^۱ و همکاران، ۲۰۱۷: ۲۸). در واقع عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری، نارسایی پیشگیری از بارداری، استفاده نامناسب و ناسازگار از وسایل پیشگیری، دلایل اصلی شیوع بالای بارداری ناخواسته است (اجایی^۲ و همکاران، ۲۰۱۷: ۲؛ حبیب^۳ و همکاران، ۲۰۱۷: ۲). بارداری ناخواسته (ناخواستگی فرزندان) به بارداری‌هایی اطلاق می‌شود که در هیچ زمانی خواسته یک یا هر دو زوج نبوده است. به عبارت بهتر بارداری ناخواسته به حالتی از بارداری گفته می‌شود که در آن از پیش برنامه‌ریزی برای بارداری وجود نداشته باشد. گاهی اوقات، بارداری ناخواسته به علت اعتماد به روش پیشگیری طبیعی بوده است. مبینا ۳۰ ساله، دیپلم دارد. او از جمله زنانی است که بالای ۵ بار سقط جنین دارد. مبینا بارها در مصاحبه خود چه به صورت مستقیم و غیر مستقیم از عدم اطلاع کافی در رابطه با شیوه‌های پیشگیری از بارداری خود این‌گونه سخن می‌گوید:

«والا یک چیزایی شنیده بودم که باید یک سری کارها انجام بدیم اما هیچ وقت حتی بعد سقط سومم هم برام خیلی مهم نبود، علتش و هم نمی‌دونم چطوری بگم. به شوهرم گفتم که باید مراقب باشه ولی اونم براش اهمیتی نداشت و کار خودش و انجام می‌داد (عدم پیشگیری از طرف همسر)».

شادی ۲۹ ساله، دیپلمه، عدم استفاده از وسایل پیشگیری توسط همسرش را دلیل اصلی بارداری‌اش می‌دانست و می‌گفت: «من می‌دونستم که رابطمون از جهت بارداری پر خطر و دائم هم بهش (شوهر شادی) تذکر می‌دادم که مراقب باش و باید از وسایل پیشگیری استفاده کنی، چون واقعا می‌ترسیدم و اصلا دلم نمی‌خواست تو اون مقطع زمانی (دوران عقد) حامله شم، چون بارداری تو دوران عقد یک جور بی‌آبرویی محسوب میشه واسه ماها.»

تعاملات ناکارآمد زناشویی و طلاق

مشکلات اساسی در تعامل و روابط دو سویه بین زوجین از بسترهای مهم و زمینه‌ساز طلاق و تعاملات ناکارآمد زناشویی است (عبداللهی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۵۳). اختلافات زناشویی، تنش، عدم سازگاری در مسائل مهم خانوادگی، زمینه‌های خشونت و درنهایت سقط جنین را در برخی زوجین ایجاد می‌کند. گواه این ادعا را می‌توان در ابراز نظرهای نمونه‌های پژوهش حاضر مشاهده نمود. ربابه ۳۰ ساله، دارای تحصیلات دیپلم، درباره خشونت همسرش که منجر به سقطش شد می‌گوید:

«همیشه من و از قبل میزد، اینجوری نبود که همین یکبار بزنه و بچم و سقط کنم، عادت کرده بودم به این اخلاق گندش، داستان سقطم این بود که دنبال بهونه بود یک کاری کنه بچم و سقط کنم. اخرشم این کارو کرد و توی خونه خواهرش جلو اون من و به باد کتک گرفت و در حدی زدن من و که دچار خون ریزی شدم و تا بیمارستان رسیدم بهم گفتن بچم سقط شد...»

سمیه ۴۰ ساله، دیپلمه، در آستانه طلاق و عدم تمایل به فرزندآوری را دلیل سقط خود می‌داند: «نهایتا تا دو سالگی میتونستم نگهش دارم بعدش جدا میشدم از شوهرم، شوهرم و دوست نداشتم، باهاش آینده‌ی نامعلومی داشتم چون همسرم بیکار بود معتاد بود دست بزن داشت و کلا من شرایط روحی مناسبی نداشتم که بچه رو به دنیا بیارم.»

¹ Morse je

² Ajayi ai

³ Habib ma

اجبار و فشار از طرف همسر

برخی از مشارکت‌کنندگان این تحقیق تصمیم‌گیری برای سقط را، ناشی از اجبار و فشاری که همسر اعمال کرده است، عنوان کرده‌اند. به این معنی که زن خواهان نگهداری و ادامه دادن بارداری است اما همسر بنا به دلایلی خواهان ختم بارداری است. چنین به نظر می‌رسد در میان مصاحبه‌شوندگان، برای همسران، دوران عقد و نامزدی، اوایل ازدواج، نداشتن موقعیت مالی و مشکلات اقتصادی در اولویت قرار دارند. به عنوان نمونه ای گویا و واضح، مونا ۲۷ ساله که به اجبار همسرش به دلیل اینکه در دوران عقد باردار شده، سقط کرده است این‌گونه می‌گوید:

«همسرم میخواست سقط کنم من نمیخواستم همسرم مجبورم کرد. خیلی مقاومت داشتم خونوادم و در جریان نداشتند بودم به کسی چیزی نگفته بودم من و ترسونده بود که اصلا نباید بگی و اگر بگی فلان میکنم و فلان. خونوادم هنوزم نمیدونند چنین اتفاقی افتاده. باهاش صحبت می‌کردم التماس می‌کردم میگفتم که چرا این گناهه مگه تو معتقد نیستی میگفتم ما معتقدیم زنگ بزن یا بریم پیش یک مرجع تقلید نمیمود قبول نمی‌کرد میزد به دعوا و اینا و اصلا قبول نمی‌کرد.»

همچنین راحله که در دوران عقد باردار شده و به اجبار همسرش به دلیل ترس از قضاوت‌های دیگران سقط کرده است می‌گوید: «شوهرم اصرار داشت که حتما سقط کنیم ما عقد بودیم هنوز، میگفت فک و فامیل چی میگن فکرش درگیره بچ پچ‌های دیگران بود ولی این و خیلی کم میگفت خب شاید خجالتش بود ولی میگفت من به بقیه چی بگم، بگم تو عقد بچه‌دار شدم میترسید یا هر چیزی که بود ضعف بزرگی داشت و قبول نمی‌کرد نمیخواست مسئولیت قبول کنه.»

آناهیتا ۲۷ ساله، که علی‌رغم میل خود و به اجبار و اصرار همسرش به دلیل اینکه اوایل ازدواجشان باردار شده بود، سقط کرده است می‌گوید:

«هفته اول ازدواجمون بود و ناخواسته اتفاق افتاد. اون موقع به من میگفتنش که زوده ما خانواده مذهبی بودیم اینقدر مذهبی بودیم که تو دوران عقدمون میرفت خونه خودشون ما هیچ شناختی نداشتیم از هم، بهوش این بود من اصلا تو رو نمیشناسم اصلا زندگی مو جمع نکردم، زوده من هنوز میخوام زندگی کنم من نه عقد داشتم نه هیچی حالا باز میخوام یک بچه داشته باشم بهونه‌های الکی میاورد تهدیدم می‌کرد میگفت اگر بچه به دنیا بیاد من از زندگیت جدا میشم، میرم و اینمیستم تو این زندگی. ما مدام با هم دعوا می‌کردیم جامون و جدا کرده بودیم.»

سمیه ۴۰ ساله، دیپلمه که زندگی پر اختلاف و پر تنش را با همسرش می‌گذرانده است و به دلیل نداشتن موقعیت مالی به اجبار همسرش سقط کرده است می‌گوید:

«شوهرم میگفت من زیر بار قسط و قرض نمی‌رم خودمون نداریم بخوریم بچه بیاد خیلی خرج داره از کجا خرج و مخارج شو دربیاریم. من توانایی اینکه یک بچه داشته باشم و ندارم تو این اوضاع مالی بچه میخوایم چیکار، شکم خودمون و به زور داریم سیر می‌کنیم.»

شرایط بافتی (زمینه‌ای)

پایگاه اجتماعی و ایده های مدرن

تغییر در آگاهی و ایده‌ها اساساً از طریق تغییر در نهادهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی صورت می‌پذیرد. علاوه بر این عدم تمایل به فرزندآوری ناشی از اشاعه ایده‌های مدرن و تغییر در شیوه‌های جدید زندگی است. مریم ۴۴ ساله، در ارتباط با داشتن فرزند در تضاد با زندگی مدرن این‌گونه بیان می‌کند:

«الان دیگه مثل گذشته نیست شرایط خیلی تغییر کرده، آدم کلی برنامه برای زندگی خودش داره قرار نیست من از صبح تا شب تو خونه بشینم و بچه‌داری کنم و به کارای خونه برسم واقعیتش وقت شو ندارم من تا ساعت ۴ که سرکار هستم و یک روز در میون کلاس زبان و استخر میرم اگه بچه بیاد کی به خودم و برنامه‌هام برسم.»

یاسمن ۲۹ ساله، به جای داشتن فرزند ترجیح می‌دهد از حیوانات خانگی نگهداری کند او این‌گونه بیان می‌کند:

«به نظر من ضرورتی نداره که آدم حتما بخواه بچه به دنیا بیاره تا نیازش به بچه رو برطرف کنه مثلاً سگ من مثل بچم میمونه باهاش وقت می‌گذرونم بغلش میکنم روزایی که میرم سرکار میبرمش مهد...»

داغ ننگ

به تعبیر گافمن داغ ننگ شرایط بی‌اعتبار کننده‌ای است که زندگی اجتماعی فرد و هویت اجتماعی او را تخریب می‌کند تا محافظت اجتماعی او در برابر صدمات و آسیب‌ها را از بین ببرد (محمدی قره‌قانی و موسوی ۱۳۹۸: ۲۵۸). آن‌طور که گافمن از اصطلاح داغ ننگ صحبت می‌کند، زنانی که تجربه سقط جنین دارند گویی داغ ننگی را بر پیشانی خود به یدک می‌کشند که بر روابط اجتماعی‌شان تاثیرگذار است. زنان با سقط جنین در واقع به دنبال بازسازی هویت اجتماعی‌شان هستند که ترس از تخریب آن را دارند. سروناز ۳۰ ساله دانشجوی دکتری، شغل مشاور و مدرس دانشگاه، که در دوران نامزدی باردار شده بود در حالی که به شدت گریه می‌کرد درباره ترس از خانواده و واکنش از طرد اجتماعی می‌گفت:

«مامانم مدرس دانشگاهست پدرم یکی از مهندسین صاحب نام هستش ما از بیرون خیلی خانواده‌ی مدرنی به نظر می‌رسیم ولی از درون به شدت سنتی هستیم من به شدت از خانواده‌م می‌ترسیدم چون یکی میره از خوشی یک کاری میکنه یکی از بیچارگی من اون بیچاره بودم من اونی بودم که چون جونم در خطر بود، آبروم در خطر بود و نمیتونستم کاری بکنم، خونوادم خودمم نمیخواستن چه برسه بچه‌ای که قبل از ازدواج رسمی به دنیا بیاد، حتی شاید زندمم نمیزاشتند (گریه) ترس از خانواده داشتم که اگر بفهمن چی میشه و همینطور وجهه اجتماعی‌ام هم خراب میشد.»

همچنین سمیرا در حالی که به شدت ناراحت بود و گریه می‌کرد با نگرانی و اضطراب درباره ترس از دست دادن آبرو می‌گفت:

«حرف دیگران و عرف و آبرو خیلی برام مهم بود خیلی، خیلی می‌ترسیدم واقعا می‌ترسیدم دیگه نمیدونستم باید چیکار کنم و بعدش چه اتفاقی برای من میفته فقط گریه میکردم (و گریه شدیدتر) اون روزا من فقط گریه میکردم (گریه و بغض و نفس عمیق)»

شیرین ۲۹ ساله، دیپلمه، درباره‌ی ترس از آبرو و فشار سنت‌های خانواده این‌گونه می‌گوید:

«مهم ترین دلیل برای سقط ترس از خانواده بود من اگر میدونستم پدر و مادرم حمایت میکنند شاید بچه رو نگه می‌داختم ولی برای خانواده‌م بحث آبرو خیلی مهمه با این موضوع اصلاً کنار نمیومدن وگرنه من به بچه خیلی حس داشتم حتی بعد از سقط من خیلی افسرده شدم نزدیک ۱ سال قرص اعصاب میخوردم.»

همچنین فریبا ۲۸ ساله، که به گفته خود در یک خانواده سنتی بزرگ شده و در دوران عقد باردار شده است این گونه می‌گوید:

«واقعاً می‌ترسیدیم از خانواده‌هامون به همین دلیل عنوان نمی‌کردیم که من باردارم، نمیدونستیم اگه بگیریم بهشون چه برخوردی می‌خوان بکنند نمیشناختیم برخوردشون و تا حالا ندیده بودیم همچین چیزی و تو خانواده، به نظر خودمون ما یک کار خارج از عرف نکرده بودیم ما عقد بودیم ولی خانواده‌ها معتقدند که بری سر خونه زندگیت و بعدش بچه‌دار شی، خانواده‌هامون این و عیب و ننگ میدونستن که تو دوران عقد باردار شیم.»

شرایط مداخله‌گر

تصویر و کنترل بدن

تصویر بدن ساختاری چند بعدی است که به درک و نگرش فرد درباره اندازه و شکل بدن فرد اشاره دارد. این تصویر، هم یک مولفه ادراکی دارد که به نحوه مشاهده اندازه بدن، شکل، وزن، خصوصیات بدنی خود، و هم مولفه ارزشیابی، که به احساس ما در مورد این ویژگی‌ها و تاثیر آن احساسات بر رفتارهای ما اشاره دارد. عدم رضایت از بدن هنگامی تجربه می‌شود که فرد درک کند بدن او از نظر اندازه و یا شکل از ایده‌آل اجتماعی کم‌تر است. به عبارت دیگر، عدم رضایت بدن نه تنها تحت تاثیر تفسیر ایده‌آل‌های اجتماعی است، بلکه تحت تاثیر نحوه درک خود نیز قرار می‌گیرد (پورسعید و همکاران، ۱۴۰۰: ۴۸). هدیه ۳۴ ساله، که ۳ بار تجربه سقط دارد. در ارتباط با نگرانی ناشی از تغییر فرم بدن خود این گونه می‌گوید:

«این منم که نه ماه باید اون بچه رو تو شکمم نگه دارم بالاخره اون بچه تو شکم منه این منم که هر لحظه دارم با یک موجود جدیدی زندگی می‌کنم. بدنم تغییر میکنه. رنگ پوستم تغییر میکنه. شکل سینهام تغییر می‌کنه. این منم که باید برای بدنم تصمیم بگیرم بقیه هیچ حقی ندارند که دخالت کنند، همه بار روی دوش منه.»

همچنین زهرا در ارتباط با فویبای زایمان این گونه توضیح می‌دهد:

«من همینجوری بدنم ضعیفه بچه شیر میدادم اون موقع، سنم کم بود، سزارین سختی رو پشت سر گذاشته بودم و فکر دوباره بچه‌دار شدن و پرورسه ۹ ماهه بارداری و اینا و اصلاً نمیتونستم تحمل کنم.»

بهناز ۳۳ ساله، کارشناسی ارشد، درباره حفظ زیبایی و فرم بدن می‌گوید:

«من یک بار زایمان کرده بودم و یک بارم سقط داشتم و خیلی دنبال عمل‌های زیبایی مثل ساکشن و لابیاپلاستی اینا بودم بعد از این عمل لابیاپلاستی متوجه شدم که باردارم چون نمیخواستم فرم بدنم بهم بریزه بخاطر همین سقط کردم»

همچنین مهتاب درباره اجبار همسرش به حفظ زیبایی و فرم بدن می‌گوید:

«شوهرم همیشه به من سرکوفت می‌زد و میگفت اگه از ریخت و قیافه بیفتی میرم یک زن دیگه میگیرم چاق بشی این جور می‌کنم همش تهدیدا و کارایی میکرد که میدونست چی آزارم میده.»

همچنین پوران ۴۴ ساله، در خصوص تغییر فرم بدن در زمان بارداری می‌گوید:

«این بدن منه که تو بارداری درگیر میشه این منم که هورمونام بهم می‌ریزه شکل بدنم بهم می‌ریزه، چاق میشم دندونام خراب میشه و بعدش همش خودم و باید تو اینه نگاه کنم و حرص بخورم که چقدر بهم ریختم همه‌ی این (تغییرات) تو بدن من اتفاق میفته.»

یکی از مفاهیم حساس این تحقیق، حق انتخاب و کنترل بر بدن است. این عقیده که یک زن باید قادر باشد با آزادی اراده به بارداری خود پایان بدهد. با تاکید بر آزادی زن و حق انتخاب او سقط جنین می‌تواند امری شخصی و مسئله ای خصوص قلمداد شود(راسخ، ۱۳۸۶: ۱۸۸).

همچنین نیلوفر در مورد عدم کنترل زن بر بدن خود این‌گونه بیان می‌کند:

«این حق زن که برای بدن خودش تصمیم بگیرد و انتخاب بکنه ولی متاسفانه ربطش میدن به قانون و عرف و .. به نظر من اینا چرت و پرت و پوچ و واهیه زن خیلی جایگاه والایی داره بین همینطور که خدا انسان و آزاد آفریده تو همه چی و من یک زنم این بدن منه و متعلق به منه.»

همچنین هاجر ۳۴ ساله، در مورد تصمیم همسر برای بدنش (عدم کنترل زن بر بدن) نیز این‌گونه می‌گوید:

«بعد از سقط اولم شوهرم نمیخواست که جلوگیری کنم قرص‌ها رو کسایی که مصرف می‌کردند میگفتند چاقی میاره، ریزش مو، پریشانی مو میاره شوهرم دوست نداشت خودمم حساس شده بودم ورزش میکردم از شوهرم میخواستم که اون از وسایل جلوگیری استفاده کنه ولی اونم خیلی جدی نمیگرفت.»

همچنین در این باره زیبا ۴۴ ساله می‌گوید:

«این حق زنه واقعا، باید داروها باشه آگاهی روابط جلوگیری باید باشه اینکه یک زن نمیخواد و چجوری باید بگه به شوهرش باید باشه، من خودم قرص میخوردم شوهرم شاکه بود خب بابا نمیخوام، تو بدن من داره این اتفاق میفته، حتما باید اجازه همسر مبیود که من میتونستم قرص بخورم و این خیلی به نظرم مسخرست اینکه بدن منه و من نمیتونم براش تصمیم بگیرم انگاری به بدن زن نگاه مالکیتی دارند.»

بدن زن آن قدر در تاروپود ذهنیات و عینیات اجتماعی، باورها و آداب و رسوم، هنجارها و قواعد و قوانین و ... پیچیده شده است که به سختی می‌توان از زن یا مرد مطلق سخن گفت (موسوی، ۱۳۹۸: ۸).

انزوا و مسائل روحی-روانی

بارداری و مادر شدن برای همه‌ی زنان تجربه خوشایندی نیست زیرا تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی بسیاری برای زنان به همراه دارد. براین اساس بسیاری از زنان بارداری را، یکی از پراسترس‌ترین دوره‌های زندگی خود توصیف می‌کنند (طالبی، ۱۴۰۰: ۴۵۰). در این ارتباط اسما ۲۸ ساله، کارشناسی ارشد، در خصوص عدم آمادگی روحی از تجربه بارداری این چنین می‌گوید:

«اصلا تو شرایط مناسبی نبودم فکرم کاملا بهم ریخته بودم روح و روانم اصلا آماده نبود که بخواد یک بچه‌ای بیاد خیلی به مشکل می‌خوردم اگر میومد.»

افروز ۳۳ ساله، دانشجوی دکتری، اضطراب فراگیر از تجربه مادری را این‌گونه بیان می‌کند:

«بالاخره وقتی مادر میشی تو مسئولیت داری من زمانی که دارم درس می‌خونم و بچم پای تلویزیونه، نمی‌تونم اونجوری که باید بهش برسیم عذاب وجدان میگیرم، همش به این فکر میکنم که مادر کافی برای بچم نیستم، حالا تو فکر کن یک بچه‌ی دیگه هم بیاد اونوقت من چطور میتونم به هردوشون رسیدگی کنم یا باید به بچه‌هام برسیم یا باید درس بخونم، این درس خوندن چه فایده‌ای برای بچه‌هام داره وقتی نمی‌تونم بهشون رسیدگی کنم.»

ویرا ۲۷ ساله، کارشناسی، عدم آمادگی ذهنی از تجربه بارداری را این‌گونه شرح می‌دهد:

«من آمادگی و بهداشت روانی یعنی سلامت روانی خودم ندارم چون بخاطر اینکه من هنوز باید خودم و دوست داشته باشم و برای دوست داشتن خودم و بهبود سلامت اعصاب و روانم تلاش کنم و بعد یکی دیگه رو تو این دنیا بیارم که از حس و حال خوب من حس خوب بگیره.»

همچنین گاهی اوقات مادر چون توان بزرگ کردن بچه جدید را در خود نمی‌بیند، دست به سقط جنین می‌زند. پرستو ۴۴ ساله، با توجه به نارس متولد شدن فرزند اول خود و تجربه سختی که پشت سر گذاشته بود، درباره اضطراب فراگیر از تجربه مادری‌اش این گونه توضیح می‌دهد:

«روزی که متوجه شدم باردارم کاملا بهم ریختم دیگه توان تجربه‌ی اون همه اضطراب و استرس قبل و نداشتنم اینک دوباره همه‌ی اون روزا تکرار بشه من افسردگی داشتم و اصلا خودم رو مناسب اینک دوباره مادر بشم نمیدیدم که بتونم از یک بچه دیگه هم مراقبت کنم، اصلا خودم و تو اون شرایط نمیدیدم، آمادگی روحی و جسمی نداشتیم و حرف و فشار بقیه و احساس ناکافی بودن و اینکه یک حس مامان بی‌عرضه‌ای هستیم و داشتیم پس همین یکی بچه برام کافی بود.»

وسواس و ایده‌آل‌گرایی در فرزندپروری

صاحب‌نظران دلایل مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را عامل تغییرات در میزان باروری می‌دانند. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند جامعه ایران در ۵۰ سال اخیر با تغییر در ارزش‌های فرزندآوری روبه‌رو بوده است. در واقع آگاهی و بینش زنان نسبت به فرزندآوری به منزله امری چالش‌زا دچار تغییرات جدی شده است؛ اینکه افراد چه نگاهی به فرزندآوری دارند و در مقابل این مسئله چه انتخاب و محدودیت‌هایی دارند. میان فلاسفه، پدیدارشناسان آگاهی را مهم‌ترین موضوع بررسی‌پذیر می‌دانند که نقش تعیین‌کننده‌ای در ساخت جهان اجتماعی ایفا می‌کند؛ در واقع، به باور بر ساخت‌گرایان اجتماعی همین آگاهی اجتماعی است که جهان اجتماعی را در فرایندی دیالکتیک برمی‌سازد (میرابی و همکاران، ۱۳۹۹: ۲). تمایل به ایده‌آل‌گرایی در فرزند پروری، وسواس شدید نسبت به پرورش کامل فرزند، تمایل به تامین همه جانبه هزینه‌های پرورش فرزند و حساسیت‌های مربوط به آن نیز نشان‌دهنده‌ی تغییر و تحولات گسترده در هنجارهای مربوط به فرزندپروری است. به عنوان نمونه‌ای گویا ستاره ۳۳ ساله، دانشجوی دکتری، از ایده‌آل‌گرایی در تربیت فرزند خود می‌گوید:

«من اعتقاد شدید دارم وقتی بچه‌ای رو به دنیا میاری باید با به باش پیش بری من نمی‌تونم بخاطر تحصیلات یا شرایط شغلیم به تربیت بچم فکر نکنم الان مثل گذشته نیست که بچم رو بسپارم به مامانم یا خانواده شوهرم و برم به درس و دانشگاه برسم تربیت بچه به نظرم از همه چی مهم‌تره.»

همچنین نسترن، نیز می‌گوید:

«من با خودم می‌گم الان که یک فرزند دارم دوست دارم که اون یک ادم خیلی خوب و برتری بشه من دوست دارم اون یک انسان کافی و مفیدی باشه من چقدر میتونم روی این بچه سرمایه‌گذاری عاطفی و روانی بکنم همه‌ی این‌ها نیاز به یک حوصله‌ی زیادی داره شاید یک قسمتی شدیدش نیاز مالی باشه حالا یک نفر دیگه اضافه بشه خب قطعاً شرایط سخت میشه، ما تو زندگی که الان برای دخترم داریم شاید ایده‌آل نباشه ولی نزدیک به ایده‌آلش هست.»

آفرین ۴۱ ساله، در ارتباط با ترس از عدم توانایی همه جانبه تامین نیازهای فرزند در آینده نیز، این‌گونه توضیح می‌دهد:

«الان مثل گذشته نیست بچه‌ها نیازهای متفاوتی دارند من فکر می‌کنم سلامت و خوشحالی بچه در آینده خیلی مهمه، گناه اینه

که اون بچه در آینده به جایی نرسه و نیازها و خواسته‌هاش تامین نشه و به لحاظ اقتصادی تو این شرایط نامعلوم دچار مشکل بشه.»

همچنین لاله با تحصیلات کارشناسی، نیز می‌گوید:

«درسته که آدم اولش تو مضيقه قرار می‌گیره تا بتونه هزینه‌های سقط رو بپردازه ولی بعدش دیگه دردسری نیست، شما ببینید این همه بچه تو کوچه خیابون تو چه وضعیتی هستند نه امکاناتی نه وسایلی نه آموزشی نه مهارتی نه حرفه‌ای و نه هیچ چیز دیگه‌ای نداشته باشند خب بچه نباشه بهتره دیگه، تا اینکه به دنیا بیاد و تو بعد نتونی برای آینده‌اش کاری بکنی.»

استراتژی‌ها

ختم بارداری

استراتژی، تعامل، راهبرد یا فرآیند بیانگر آن دسته از تعامل‌ها و کنش‌هایی است که کنشگران در قبال آن شرایط از خود بروز می‌دهند. استراتژی تحقیق، کنش‌هایی هستند که مشارکت‌کنندگان در پاسخ به پدیده و تحت تاثیر شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر انجام می‌دهند. در پژوهش حاضر استراتژی‌ها در قالب طناب زنی و پرش از ارتفاع، مصرف قرص، کورتاژ، مصرف داروی های گیاهی (زعفران)، روی آوردن به راه های توام با خطر جهت سقط صورت‌بندی شده است. به عنوان نمونه سوسن ۳۰ ساله، دانشجوی دکتری، با مراجعه به مراکز بی نام و نشان و یا افراد غیرمتخصص درباره نحوه انجام سقط خود با حالتی دردناک بیان می‌کند:

«وقتی متوجه شدم که باردارم برای سقط رفتم دکتر قرص و دارویی که بهم داد و مصرف کردم و به خونریزی افتادم ولی خونریزیم متوقف نشد و فردای اونروز دوباره رفتم پیش دکتر و فهمیدم که بچه کامل سقط نشده، اصلا آمادگی نداشتم فکرشو نمی‌کردم و دکتر به من دوباره گفت لباس‌هاتو در بیاار و یک چیزی شبیه جک ماشین که فلزی بود با یک چیز دیگه که نمیدونم چی بود گذاشت جلو دهانه رحم و همینطوری میچرخوند و باز می‌شد و اینقدر این ماجرا دردناک بود که اصلا نمیتونم توصیفش کنم که چقدر درد کشیدم، بعدش با یک چیزی مثل چنگک مانند داخل رحم کرد که تخلیه کنه.»

همچنین بعضی از مصاحبه‌شوندگان برای انجام سقط به مکان‌های می‌رفتند که شرایط بهداشتی و مناسبی برای سقط نداشتند (مراجعه به مراکز یا افراد غیر متخصص). مرجان ۴۰ ساله، تجربه خود از سقط، در یک مکان نامناسب را این‌گونه شرح می‌دهد: «یادمه که یک مغازه کوچیک بود که دوستم معرفی کرده بود وقتی رفتم اونجا آقا هیچ امکانات بهداشتی نداشت یک میز کوچیکی بود با یسری وسایل طبی برای سقط، اون پشت مغازه هم یک پرده‌ای زده بود و یک تخت گذاشته بود جای وحشتناک و ناامنی بود ولی چاره‌ای نداشتم. آقایی که به من آمپول زد شبیه آمپولایی بود که به گاو میزنند. تا مدت‌ها از جلوی اون مغازه رد میشدم حالم بد میشد.»

فائزه ۲۸ ساله، درباره نحوه سقط خود با طناب‌زنی و پرش از ارتفاع (روش‌های سنتی خانگی) این‌گونه می‌گفت: «بلافاصله بعد از قرصی که خوردم طناب زدم و از روی میز ناهار خوری از روی پله پریدم، خیلی حرکت‌های سخت و سریع انجام میدادم که سقط بشه، اینقدر محکم پریده بودم که پاهام کبود شده بودن و همون پرش‌ها به تمام ماهیچه‌ها و مفصل‌هام آسیب زد.»

خودکشی

بعضی از مصاحبه‌شوندگان که عموماً در دوران عقد خود باردار شده بودند و یا شرایط مناسب نگهداری از فرزند را نداشتند به درجه‌ای رسیده بودند که اقدام به خودکشی را استراتژی برای رهایی از این شرایط می‌دیدند. شهین ۲۹ ساله، با تحصیلات کارشناسی ارشد، که در دوران عقد باردار شده بود با گریه شدید از لحظاتی صحبت می‌کرد که تصمیم گرفته بود خودکشی کند:

«من کوه‌نوردی می‌کنم با خودم فکر کردم برای خلاصی از این وضعیت بهتره که کوله مو بردارم و مثل همیشه خیلی طبیعی برم کوه حتی به اینم فکر کردم که با گروه نرم که براشون مشکلی پیش نیاد. میگفتم اگه دکتر برای سقط پیدا نکنم تنها راهش اینه که برم کوه و خودمو از کوه پرت کنم.»

سیما ۲۹ ساله، دارای مدرک لیسانس، که در دوران نامزدی باردار شده بود و از طرف نامزدش هیچ‌گونه حمایت مالی و عاطفی دریافت نمی‌کرد. او در نهایت استیصال و تنهایی تصمیم به خودکشی گرفته بود، این‌گونه سخن می‌گوید:

«وقتی فهمیدم که باردارم خیلی ترسیدم چون از طرفی ما نامزد بودیم و این تو خونواده‌ی ما خیلی عیب بود خودمم سنی نداشتم خیلی خجالت می‌کشیدم که به کسی چیزی بگم نامزدمم اصلا کنارم نبود اصلا حمایت نمی‌کرد مطمئن بودم تو این مسیر تنها، تنها راهی که به ذهنم می‌رسید این بود که خودم و بکشم بارها و بارها به خودکشی فکر کرده بودم، اگه بچه سقط نمی‌شد شاید واقعا خودم و می‌کشتم.»

پیامدها

پیامدهای جسمی

پیامدها، نتایج مشخصی هستند که پس از وقوع یک پدیده یا یک وضعیت و یا در حین آن روی می‌دهند. در پژوهش حاضر پیامدها به جسمی، روانی و اجتماعی دسته‌بندی می‌شوند که در قالب افسردگی شدید پس از سقط، کابوس‌های شبانه، نگرانی‌های ناگهانی، احساس گناه، عذاب وجدان، ترس از سقط کامل، تهدید به طلاق به دلیل سقط، مشکلات جسمی، بیماری‌های زنانه (عفونت‌های رحمی)، ترس از ناباروری دائمی و تغییر در روابط زناشویی صورت‌بندی شده است. پیامدها و عوارض جسمی پس از سقط مانند تهوع، درد و خونریزی، تب، پادرد و کمردرد، کم‌خونی و کورتاژ به عنوان پیامدهای کوتاه مدت سقط نیز عنوان کرده‌اند. همچنین به عنوان عوارض طولانی مدت سقط نیز می‌توان به عفونت‌ها، اختلالات هورمونی، ایجاد مشکل در بارداری بعدی و نیز نازایی و احساس ناتوانی بدنی اشاره شده است. به عنوان نمونه لیلا در خصوص مشکلات جسمی خود بعد از سقط می‌گوید:

«از نظر فیزیکی و بدنی اون قوای بدنم فوق‌العاده تحلیل شد و استخوانام به شدت تا مدت‌ها درد می‌کرد دچار کمبود ویتامین دی شدم، سه تا از دندونام واقعا یک روز و یک جا پودر شد و ریخت، کمبود کلسیم زیاد داشتم برای همین میگم اگر بچه‌ای هم بخواد به عمل بیاد تو بدن من (خنده تلخ) شاید اونقدر کمبود داشته باشه که سالم به دنیا نیاد. خیلی ضعیف و ناتوانم ناتوانی شدید بدن دارم، و همینطور پا درد.»

از جمله عوارض جسمی کوتاه مدت که مشارکت‌کننده تحقیق به آن اشاره می‌کند درد و خونریزی است که جزو شایع‌ترین عوارض جسمی پس از سقط محسوب می‌شوند و اغلب ۱۰-۱۵ روز طول می‌کشد و زن را درگیر می‌کند. باقی ماندن جفت نیز یکی از عوارض بلافاصله‌ی پس از سقط است که زن را با خطرات زیادی مواجهه می‌کند. علاوه بر این، خارج کردن تکه‌های باقی‌مانده‌ی جفت پس از سقط، نیازمند مداخلات پزشکی است و فرایند دردناک سقط را دوباره تکرار می‌کند.

فریبا ۳۰ ساله که ۴ بار تجربه سقط دارد و در آخرین سقط خود که منجر به کورتاژ شده و مرگ را جلوی چشم‌های خود دیده این‌گونه بیان می‌کند:

«.. یک شب که همسرم سرکار بود و من فکر میکردم یک ماه پیش بچم و سقط کردم. سرویس رفته بودم و دیدم تمام سنگ دستشویی پر از لخته خون شد و خیلی زیاد و شدید از من خون خارج میشد، خیلی فشارم افتاد حالم بد شد اومدم بیرون و یک لیوان

آب قند خوردم. و بعد ۴ بار هر ده دقیقه این اتفاق برام افتاد. همون مقدار خون از بدنم خارج میشد انگار تمام زندگیم از جلو چشمم رد میشد سرگیجه داشتم و دنیا روی سرم میچرخید واقعا، اشهد خودمو میخوندم. تا اینکه چهار دست و پا از دستشویی اومدم فقط داشتم به پسر نگاه میکردم فکر میکردم این آخرین بار که دارم میبینمش... کارم به کورتاژ کشید منو دو روز نگه داشتن دو سه واحد خون بهم زدن اینقدر که خونم رفته بود..»

همچنین زینب نیز درباره مشکلات جسمی خود این گونه بیان می‌کند:

«به هیچ عنوان من الان از نظر جسمی توانایی ندارم من ماه به ماهی که مریض میشم مرگمه واقعا، اینقدر که بدنم و جسمم ضعیف شده بعد از سقط دوم بدنم خیلی ضعیف شد چند وقت پیش بخاطر همین سقط هام دچار کمبود ویتامین شدم و باید هر روز آمپول بزمن باورتون میشه من گریه میکنم دیگه تحمل اینکه یک سوزن بره تو بدنم و ندارم و میگم تورو خدا قرصش و بدید بخدا من نمیترسم، چون اون درد کشیدن و ندارم بدنم خیلی ضعیف شده.»

پیامدهای روحی و روانی

پروسه بارداری تجربه ای است که تمام جنبه های وجودی یک زن را تحت تاثیر قرار می‌دهد. علاوه بر جسم زن، از لحاظ روانی و اجتماعی بنا به شرایط محیطی، جسمی، عاطفی هم، زن را متاثر می‌کند. پدیده‌ی سقط در فرایند تطابق فرد با موقعیت جدید اختلال ایجاد می‌کند و واکنش‌های روحی نسبت به آن، زنان، خانواده و اطرافیان آنها را درگیر می‌کند. به عنوان نمونه مهین با بغض و ناراحتی درباره افسردگی پس از سقط می‌گفت:

«به جنین مثل یک انسان نگاه می‌کردم قشنگ شبیه ادم کوچولوی خمیده بود حتی تو باغچه خونمون خاکش کردم برایش مراسم گرفتم خودم اینکارو کردم واقعا نصف روز واشش سوگواری کردم هر وقت که از در میرفتم بیرون بر اساس اعتقادات اون زمانم صلوات میفرستادم نمیدونم یک حالت و یک شرمی داشتم هیچ وقت راحت نبودم، افسرده بودم شاید دلیل سه ماه افسردگیم همین بود. (بغض کرد).»

زیبا ۳۴ ساله، درباره افسردگی شدید، کابوس‌های شبانه و احساس گناه پس از سقط خود می‌گفت:

«سر سقط اولم دچار افسردگی بدی شدم یادمه تا ۴۰ روز خونریزی داشتم و مدام توی دستشویی گریه می‌کردم یعنی هق هق میزدم اصلا دست خودم نبود واقعا، تا مدت‌ها ساعت ۲ تا ۴ صبح بیدار می‌شدم و روی برگه مینوشتم من و ببخش من و ببخش من و ببخش عزیزم شوهرم با این وضعیت بیدار میشد که یک نفر داره رو برگه تو اون تاریکی شب می‌نویسه من و ببخش من و ببخش عزیزم من و ببخش بعد کاغذ و پاره میکردم دوباره مینوشتم من و ببخش من و ببخش، و تا مدت‌ها این کارو میکردم.»

مهسا ۴۴ ساله، بعد از ۱۴ سال همچنان درگیر پیامد روحی و روانی ناشی از سقط بود و این‌گونه می‌گفت:

«من تا همین امسال به خودم این اجازه و نمیدادم که در مورد (سقط) فکر کنم یا حتی فکر نمی‌کردم دلیلی برای سوگواری وجود داشته باشه در صورتیکه این یک اتفاقی بود که به بدن من آسیب زد و من پشت بندش خیلی اذیت شدم هم از نظر روحی و هم از نظر جسمی، با همه اینها به خودم میگفتم، خودم خواستم خودم تصمیم گرفتم ولش کن، امسال اولین باری بود که وقتی داشتم با تراپیستم صحبت می‌کردم من زدم زیر گریه اونجا بود که فهمیدم اوه اون موقع نیاز داشتم که سوگواری کنم که این کار و نکردم.»

و همچنین نسرین در این باره، نیز می‌گوید:

«خب بالاخره من تحت تاثیر حرفای بقیه قرار گرفته بودم الان که دارم اینجوری حرف میزنم خب یک یکساله هست که تراپی دریافت کردم اما اون موقع احساس گناه میکردم که یک موجودی و کشتم و از طرف دیگه به خودم میگفتم اگه این اتفاق (باردار

شدن) تکرار بشه دوباره سقط می‌کردم ولی با تمام اینا میگفتم من یکی و کشتم و احساس گناه می‌کردم احساس تقصیر و احساس محکومیت از حرفای بقیه بهم القا شده بود.»

آیدا ۲۷ ساله، معتقد بود هر مشکلی که در زندگی برایش پیش می‌آید بخاطر سقط جنینش است. او در این باره می‌گوید:

«یک ماه و نیم تمام وقت گریه میکردم ولی من مشکل اصلیم عذاب وجدان بود یعنی گریه‌هایی که می‌کردم بخاطر عذاب وجدان بود یعنی از خدا میترسیدم میگفتم مثلا الان اون بچه روح داشت و میرفتم تو اینترنت میخوندم که مثلا بچه از کی روح داره، بچه روح داشته یا نه اصلا درد کشیده، نمیگم دلسوزی برای جنین‌ها یا شایدم برای خودم دلسوزی میکردم، دیگه از عذاب خدا برای خودم میترسیدم که خدا از من خشم بگیره یا مشکلاتی برای من به وجود بیاد یا مثلا اون دنیا بخوام جوابش و بدم چی باید بهش بگم.»

نجمه در ارتباط با ترس از باردار نشدن در آینده و عذاب وجدان شدید که داشت می‌گفت:

«من سر سقطم خیلی بهم ریخته بودم خیلی از خدا میترسیدم خیلی عذاب وجدان شدیدی داشتم از این میترسیدم که دیگه بچه- دار نشم چون به خودم آسیب زده بودم همش فکر می‌کردم که دیگه بچه‌دار نمیشم عذاب وجدانم خیلی زیاد بود، و از این که دیگه بچه‌دار نشم میترسیدم.»

پیامدهای اجتماعی

ابعاد سلامت در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی درهم تنیده‌اند. مشکلات جسمی قادرند بر روحیه‌ی افراد و سپس بر عملکرد اجتماعی آن‌ها اثر بگذارند. مشخص‌ترین پیامد اجتماعی سقط به تغییرات جسمی و خلقی بین زن و شوهر باز میگردد. مقصدانستن شوهر و ترس از بارداری ناخواسته می‌تواند بر روابط جسمی و عاطفی زوجین اثر نامطلوب به‌جا بگذارد. مشارکت‌کنندگان به تغییر در روابط زناشویی، تغییر رفتار با سایر فرزندان پس از سقط اشاره می‌کنند. نرگس تغییر روابط عاطفی با همسرش پس از سقط را این‌گونه توضیح می‌دهد:

«ما بلافاصله بعد از سقط درگیر چالش‌های بزرگی شدیم بینمون فاصله افتاد کلا من احساس بدی پیدا کرده بودم ترس داشتم از اینکه دوباره باردار شم.»

همچنین نفیسه در این باره نیز می‌گوید:

«همسر من اون روز که رفتیم بچه رو انداختیم من و رسوند دم در خونه و رفت چند روز بعدش اومد ده روزی میشد که بین من و فاصله افتاد بی میل بود سرد بود نسبت بهم فکر میکرد مقصر منم از من خیلی بدش میومد.»

معصومه ۲۸ ساله که به اجبار همسرش سقط کرده است این‌گونه توضیح می‌دهد:

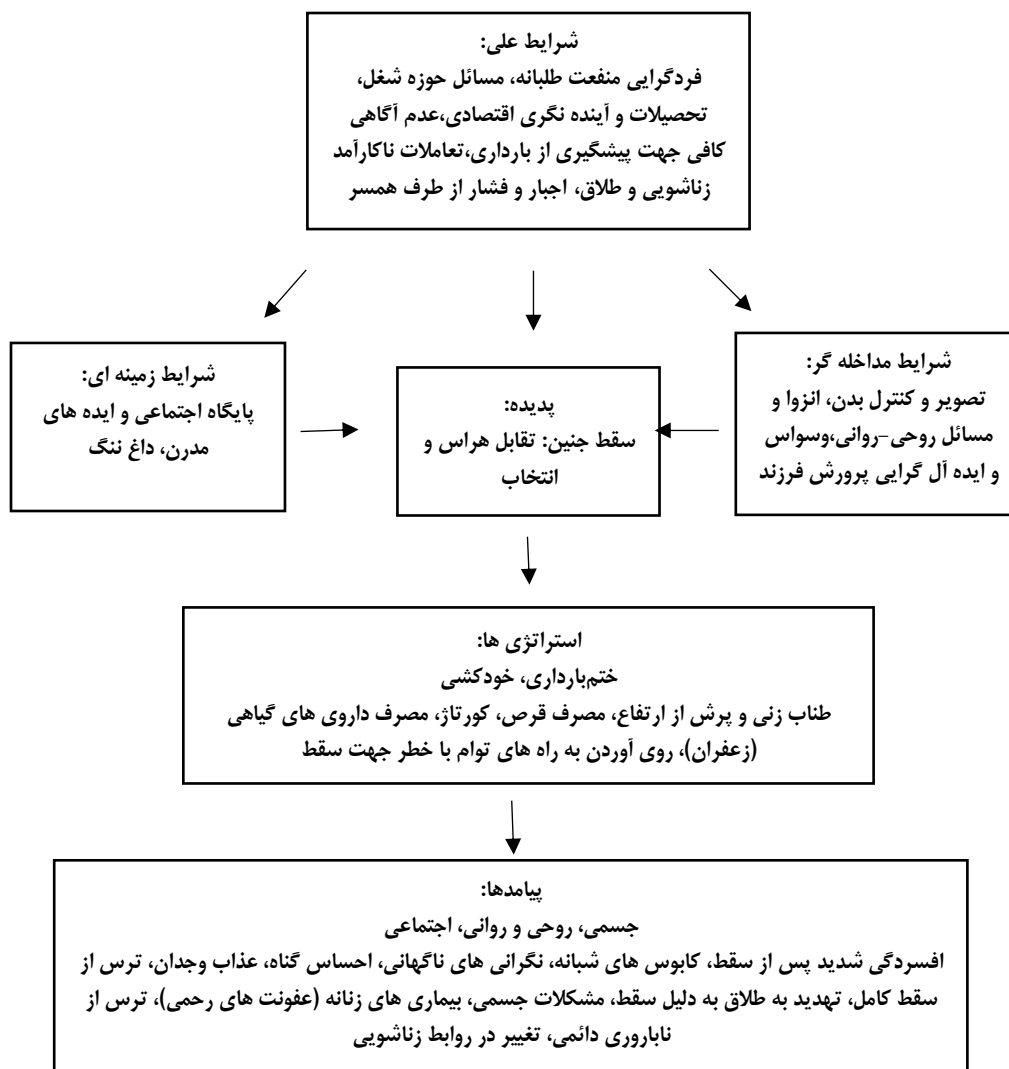
«۳-۴ ماه با هم دعوا و جنگ داشتیم اعتمادم و بهش از دست دادم من فکر میکردم یک مرد مذهبی مودبه بعد از این که من و مجبور به سقط کرد که این کارو انجام بدم از نظر باطنی و قلبی اعتمادم و بهش از دست دادم محبتم به صورت واقعی کمتر شد.»

فاطمه تغییر در روابط عاطفی و جنسی، پس از سقط با همسرش را این‌گونه بیان می‌کند:

«یک غضبی از خودم و زندگی‌م داشتم مقصر و همسر من میدونستم چون تصمیم گرفته بودیم بعد از سقط اول مراقبت بیشتری بکنیم ولی خب خودش نمیخواست که این مراقبت ایجاد بشه من خیلی اذیت شدم افسردگی هم گرفته بودم احساس تنهایی می‌کردم به لحاظ روحی هم یک مدت خیلی روحیه‌ی غمگینی داشتم و فاصله بین من و شوهرم بیشتر از همیشه شد. حتی توی رابطه جنسیمون هم تاثیر داشت و نمیتونست اعتراض کنه و روحیه‌ی من و میدید بینمون سکوت بود.»

فریبا نیز به تغییر رفتار با فرزند خود پس از سقط را این‌گونه بیان می‌کند:

«همون هفته‌هایی که سقط کرده بودم یکسری رفتارهایی و داشتم که تا حالا با بچم نداشتم خیلی عصبی میشدم دعواش میکردم حوصله شو نداشتم میرفتم تو اتاق در و میبستم و گریه میکردم میگفت مامان چی شده ولی من دست خودم نبود دیگه.»



شکل ۱. مدل پارادایمی سقط جنین ارادی زنان در شهر مشهد

بحث و نتیجه گیری

سقط جنین به عنوان مسئله چندساحتی و چالش برانگیز، اگر چه در جامعه کنونی ایران از نظر قانونی و همچنین از نظر عرف و عادت منع می‌شود، اما همچنان زنانی هستند که آن را راه حلی برای پایان دادن به بارداری خود دانسته و تصمیم به انجام آن می‌گیرند. در این پژوهش، شرایط مداخله‌گرو زمینه‌ساز در تصمیم‌گیری اقدام زنان به سقط جنین، دلایل و انگیزه‌های افراد برای سقط جنین،

همچنین استراتژی‌های زنان برای مواجهه با سقط جنین و پیامدهایی که برای آنها به دنبال دارد بررسی شد. نتایج این پژوهش که ماحصل تجزیه و تحلیل مجموعه‌هایی از مصاحبه‌ها با زنان شهر مشهد بوده است، به صورت‌بندی «سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب» به عنوان پدیده هسته‌ای منجر شد. این مقوله روایت‌گر کنشی است که زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته، اقدام به سقط جنین می‌کنند. مقوله سقط جنین به عنوان یک موضوع حساس در جامعه شامل تقابلهای بسیاری است که ممکن است باعث ایجاد هراس در برخی از افراد شود. این تقابل بین هراس از پذیرش مسئولیت فرزند آینده و انتخاب برای ختم بارداری است. این تقابل هراس معمولاً به دلیل عقاید دینی، فرهنگی، اجتماعی و اخلاقی متفاوت در جامعه وجود دارد. در یک سو، برخی افراد باور دارند که سقط جنین جرمی است و باید به هیچ وجه انجام نشود. آنها می‌گویند که جنین درون رحم، یک موجود زنده و حق دار است. از سوی دیگر، برخی افراد معتقدند که سقط جنین در شرایط خاص می‌تواند یک انتخاب درست باشد. آنها معتقدند که زنان باید حق انتخاب خود را در قبال بدن خود داشته باشند و حق دارند که در صورت لزوم برای حفظ سلامت و رفاه خود، به سقط جنین روی بیاورند. به طور کلی، تقابل هراس مربوط به سقط جنین نشان دهنده این است که چگونه می‌توان بهترین حمایت را برای حقوق زنان و حقوق جنین در کنار هم ایجاد کرد. در نهایت، این تصمیم با بستر قانونی و فرهنگی جامعه و همچنین باورهای شخصی و موقعیت‌های هر فرد دارای ارزش است. با توجه به داده‌های میدان مطالعه، سقط جنین: تقابل هراس و انتخاب به عنوان مقوله هسته بر ساخته شده است. این مقوله، مقوله‌های مربوط به سقط جنین ارادی زنان در شهر مشهد را به هم مرتبط می‌سازد و آنها را حول یک مدل نظری صورت‌بندی می‌کند. یافته‌های تحقیق نشان داد دو گروه از زنان به بارداری خود پایان می‌دهند. گروهی از زنان که شامل زنان مجرد و زانی هستند که در دوران عقد و نامزدی به سر می‌برند و هنوز زندگی مشترک خود را آغاز نکرده‌اند. گروهی نیز زنان متأهلی‌اند که دارای حداقل یک فرزند یا بیشتر هستند و یا این که بدون فرزند هستند که به دلیل عدم استفاده از وسایل پیشگیری یا شکست در پیشگیری از بارداری، به طور ناخواسته باردار شده‌اند. در پژوهش حاضر منظور از شرایط علی، آن دسته از انگیزه‌ها و دلایلی است که افراد را به طور مستقیم به سقط جنین رهنمون می‌کنند و به عبارت دیگر تأثیر مستقیم و بلافاصله بر تصمیم به سقط جنین دارند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از «فردگرایی منفعت طلبانه»، «مسائل حوزه شغل، تحصیلات و آینده‌نگری اقتصادی»، «عدم آگاهی کافی جهت پیشگیری از بارداری»، «تعاملات ناکارآمد زناشویی و طلاق»، «اجبار و فشار از طرف همسر»، به عنوان شرایطی نام برد که به صورت مستقیم بر سقط جنین اثر می‌گذارند. مطابق نتایج این پژوهش می‌توان گفت یکی از دلایل اصلی زنان برای اقدام به سقط جنین، فردگرایی منفعت‌طلبانه است. در رویکرد فردگرایی، تأثیرپذیری زندگی بخش مهمی از جامعه، به ویژه زنان از گذار مدرنیته به پست مدرنیته و حاکمیت نشانه‌های فردگرا، به جای نمادهای اجتماع ساز، به تحلیل گذاشته می‌شود. بخشی از نتایج این پژوهش با پژوهش انجام شده توسط فراش و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد، بنابراین می‌توان گفت یکی از شاخص‌های تغییر در نظریه‌ی گذار دوم جمعیتی، کسب آزادی و اختیار بیشتر زن است. در پی افزایش تحصیلات و آگاهی، اشتغال و استقلال زنان و کاهش وابستگی آنها به مردان، آزادی و اختیار زن در زمینه‌ی باروری بالاتر رفته و در نتیجه تنها تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی نخواهد بود (فراش و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۲۴). امروزه، زنان نگاه متفاوتی به نقش مادری دارند. زنان شاغل، نقش خود به منزله مادر و همسر را با نقش‌های دیگر در تضاد می‌بینند؛ براساس یافته‌های مطالعه، گروهی از زنان به دلیل از دست دادن موقعیت شغلی، تحصیلی و آینده‌نگری اقتصادی به بارداری خود خاتمه داده‌اند. بنابراین، قصد و رفتار آنها علاوه بر نظریه گذار جمعیتی دوم می‌تواند در چارچوب نظریه تعارض نقش تفسیر شود و ناسازگاری نقش‌های مادری با نقش‌های تحصیلی یا شغلی تبیینی برای آن است (رازقی نصرآباد و سنجری، ۱۳۹۶: ۱۲۷). در این مطالعه زنان به دلیل این که شاغل یا در حال تحصیل هستند و مدت زمان زیادی را در جستجوی کار و تحصیل بوده‌اند، از این رو نمی‌خواستند این فرصت پیش آمده را از دست بدهند. در نتیجه ترجیح زنان این است، تعداد

فرزندانی را که می‌خواهند، کاهش دهند یا حتی از ایفای نقش فرزندآوری دوری کنند. زیرا باروری زمان و نیروی زیادی از آن‌ها می‌گیرد. در نتیجه اهمیت این مسائل منجر به بالا رفتن انگیزه زنان برای پایان دادن به بارداری خود می‌شود. همچنین گروهی از زنان به دلیل ترس از هزینه‌های فرزندپروری، و به دنیا آوردن فرزند، شرایط نامساعد اقتصادی- اجتماعی، اختلافات و تعاملات ناکارآمد زناشویی و عدم اطلاع کافی در رابطه با شیوه‌های پیشگیرانه از بارداری ناخواسته به بارداری خود پایان می‌دهند. زیرا تصمیم‌گیری درباره داشتن فرزند وابسته به جهت‌گیری‌های آینده خواهد بود. در پژوهش حاضر، برخی از مشارکت‌کنندگان تصمیم‌گیری برای سقط را، ناشی از اجبار و فشاری که همسر اعمال کرده است، عنوان کرده‌اند. به این معنی که زن خواهان نگهداری و ادامه دادن بارداری است اما همسر بنا به دلایل مانند دوران عقد و نامزدی، اوایل ازدواج، نداشتن موقعیت مالی و مشکلات اقتصادی خواهان ختم بارداری است. به علاوه، نتایج مبین تاثیر اوقات فراغت و ارزش‌گذاری فرزند در نگرش نسبت به سقط جنین است. به این ترتیب، با دگرگونی ساختار جامعه‌ی ایران به لحاظ اقتصادی و فرهنگی و تغییر نظام هنجاری، حضور جامعه و نیروهای اجتماعی و سنتی در زندگی افراد محدود و نظارت جامعه بر رفتار افراد کمتر و این تحولات باعث گسترش آزادی‌های فردی در سطح خانواده‌ها و جامعه شده است. در جامعه‌ی معاصر به واسطه‌ی اهمیت یافتن خود و مسئولیت شخصی و ظهور جامعه‌ی مصرفی در زندگی، قدرت انتخاب نیز بیشتر و به انعطاف‌پذیری در مسیر زندگی و برهم خوردن تقسیم کار جنسیتی منجر شده است. می‌توان گفت، فرهنگ مدرن با ترویج فردگرایی از لحاظ ذهنی و فرهنگی این نیاز را در افراد به وجود می‌آورد که در زندگی اجتماعی بیشتر به خود اهمیت دهند تا اینکه زندگیشان را صرف تولید و پرورش فرزند کنند. دگرگونی‌های ناشی از گذار جمعیتی دوم خانواده‌ها در ایران، تا حدودی در روش زندگی افراد مؤثر بوده است (سرای، ۱۳۸۷: ۱۲۱). همچنین بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷) همخوانی دارد. مطابق با یافته‌های این پژوهش احتمال سقط در بین زنان با تحصیلات بالاتر، ثروتمندتر، شاغل و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹۶) و عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) نیز همخوانی دارد. در شرایطی نظیر اعتیاد همسر، اختلافات خانوادگی، احساس ناامنی در زندگی مشترک، مشکلات مالی و اقتصادی، مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری و ناسازگاری کار و فرزندآوری هزینه‌های (مادی و غیر مادی) ادامه بارداری و تولد فرزند ناخواسته، بیشتر از هزینه‌های سقط جنین ارزیابی می‌شود و افراد سقط جنین را کنشی عقلانی و برای اجتناب از پیامدها و آسیب‌های احتمالی در آینده در نظر می‌گیرند. همچنین نتایج پژوهش ماینا و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داد که طلاق یا بیوه شدن، نداشتن تحصیلات، بارداری ناخواسته، داشتن فرزند قبلی، استفاده از روش‌های پیشگیری سنتی و بارداری ناخواسته بر تصمیم‌گیری بر سقط جنین مؤثر بوده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های قبلی، پژوهش ماینا و همکاران در زمینه تعاملات ناکارآمد زناشویی مطابقت دارد. همچنین بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش ماهه‌سی (۲۰۲۰) و کیم و همکاران (۲۰۲۰) مطابقت دارد. این مطالعات نشان می‌دهند که عدم آگاهی از در دسترس بودن محل خدمات، عدم اطلاع رسانی در مورد سقط جنین و پیشگیری از بارداری و نارسایی پیشگیری از بارداری از عوامل سقط جنین بوده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که عدم استفاده از وسایل پیشگیری، ناآگاهی از شیوه‌های پیشگیری از بارداری و بارداری ناخواسته از جمله شرایط علی سقط جنین هستند. همچنین یافته‌های پژوهش‌ها حاضر با یافته‌های پژوهش‌های هولتن و همکاران (۲۰۲۱) آتاکرو و همکاران (۲۰۱۹) لوی و همکاران (۲۰۱۹) آلمایهو و همکاران (۲۰۱۷) ماینا و همکاران (۲۰۱۵)، همخوانی دارد. در گام بعدی شرایط زمینه‌ای مجموعه‌ی خاصی از شرایط است که در یک زمان و مکان خاص جمع شده تا مجموع اوضاع، احوال و مسائلی را پدید آورند که اشخاص با عمل و تعاملات خاص به آن‌ها پاسخ می‌دهند. از این میان می‌توان به شرایط زمینه‌ای از قبیل پایگاه اجتماعی و ایده‌های مدرن، داغ ننگ اشاره کرد. در این راستا یافته‌های مطالعات مور و همکاران (۲۰۲۱) هولتن و همکاران (۲۰۲۱) فوندس و همکاران (۲۰۲۰) آتاکرو و همکاران (۲۰۱۹) لوی

و همکاران (۲۰۱۹) عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که انگ اجتماعی در رابطه با تصمیم‌گیری باروری زنان بر سلامت زنان تأثیر منفی می‌گذارد. سقط جنین جنبه‌ای رایج از زندگی باروری زنان است اما تابو بودن سقط جنین باعث می‌شود بسیاری از زنان این عمل را به صورت پنهانی و غیر قانونی انجام دهند چرا که ترس از طرد اجتماعی منجر به پنهان‌کاری این زنان می‌شود. ننگ استفاده از پیشگیری از بارداری ممکن است منجر به بارداری‌های ناخواسته و در نتیجه سقط‌های نایمن شود. به تعبیر دیگر مسئله سقط جنین زنان را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند. امر باروری خارج از چارچوب آداب و رسوم پذیرفته شده نیست؛ مطابق نتایج پژوهش حاضر بارداری در شرایط نامنتظر مثل بارداری خارج از چارچوب ازدواج یا در شرایط عقد و نامزدی است که شخص را در معرض داغ ننگ قرار می‌دهد و شخص برای فرار از این ننگ اقدام به ختم بارداری می‌کند که در پژوهش حاضر تحت عنوان داغ ننگ و ترس از مورد قضاوت منفی قرار گرفتن، واهمه از طرد اجتماعی، فشار سنت‌های خانوادگی، ترس از بی‌آبرویی، نگرانی از بدنامی مطرح شدند. در این پژوهش، زنان در ارتباط با پایگاه اجتماعی و ایده‌های مدرن، داشتن فرزند را در تضاد با زندگی مدرن می‌بینند و عدم تمایل به فرزندآوری را، ناشی از تغییر در شیوه‌های جدید زندگی است. در کنار شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر نقش تشدید کننده، تغییر دهنده و در مواقعی هم کند کننده پدیده را ایفا می‌کند که در اینجا شرایط مداخله‌گر نوعی دلیل تشدید این پدیده را به وضوح نشان می‌دهند. در پژوهش حاضر شرایط مداخله‌گر همچون تصویر و کنترل بدن، انزوا و مسائل روحی-روانی، وسواس و ایده‌آل‌گرایی پرورش فرزند اشاره کرد. عدم آمادگی روحی، برای حضور فرزند جدید در خانواده، می‌تواند به عنوان عاملی دیگر، انگیزه-ی انجام سقط را فراهم آورد. احساس عدم توانایی روحی برای بزرگ کردن بچه‌ای دیگر اغلب به شرایط روحی قبلی زن باز می‌گردد. نارس متولد شدن فرزند اول، اضطراب فراگیر از تجربه مادری، ناراحتی‌های عصبی از جمله عواملی هستند که برای ناتوانی زن در حفظ بارداری محسوب می‌شوند. همچنین توجه بیشتر به مسئله‌ی آموزش و تربیت فرزند از جمله مواردی است که به عنوان دلیل انجام سقط مطرح شده‌اند. در پژوهش حاضر تمایل به ایده‌آل‌گرایی در فرزند پروری، وسواس شدید نسبت به پرورش کامل فرزند، تمایل به تامین همه جانبه هزینه‌های پرورش فرزند و کافی بودن فرزند، از دیگر شرایط مداخله‌گر هستند. همچنین در این پژوهش، تصویر و کنترل بدن، در تصمیم‌گیری برای ختم بارداری ناخواسته نیز تأثیر گذار هستند. اهمیت بدن و حفظ زیبایی، تغییر فرم بدن، فویبای زایمان، از عوامل دیگر انگیزه‌ی پایان دادن به بارداری است. که برخی از مشارکت‌کنندگان به نگرانی ناشی از تغییر فرم بدن در زمان بارداری، بعد از زایمان و همچنین به نداشتن اختیار و تصمیم‌گیری برای بدن خود نیز اشاره کرده‌اند. همچنین نتایج به دست آمده از تحلیل مصاحبه‌ها حاکی از آن است که افراد مورد مطالعه در مواجهه با سقط جنین، استراتژی‌های متفاوتی را به کار می‌گیرند. ختم بارداری استراتژی است که زنان در این پژوهش به دو روش استفاده کرده‌اند: ختم بارداری با روش‌های سنتی خانگی مانند مصرف داروی های گیاهی (زعفران)، طناب زنی و پرش از ارتفاع و مصرف قرص البته به صورت خودسرانه، می‌توانند از جمله این روش‌ها باشند. اغلب این روش‌ها به دلیل ناآگاهی از شیوه‌های استفاده درست یا نامناسب بودن روش با وضعیت و زمان بارداری و نیز تقلبی بودن داروها ناکام می‌ماند یا ناقص انجام می‌گیرد. به همین دلیل در گام بعدی به پزشک یا ماما برای مداخلات بیشتر (کورتاژ) مراجعه می‌شود. همچنین بعضی از مصاحبه‌شوندگان برای انجام سقط به روش کورتاژ با مراجعه به مراکز بی‌نام و نشان یا افراد غیرمتخصص نیز اشاره کرده‌اند که به عنوان راهبردهای زنان مورد مطالعه، بازناسایی شدند. در این بین، بعضی از مصاحبه‌شوندگان که عموماً در دوران عقد و نامزدی خود باردار شده بودند و یا شرایط مناسب نگهداری از فرزند را نداشتند، اقدام به خودکشی را استراتژی برای رهایی از این شرایط می‌دیدند. همچنین بعضی از مصاحبه‌شوندگان برای انجام سقط به مکان‌های رجوع داشته که شرایط بهداشتی و مناسبی برای سقط نداشتند. یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که سقط جنین نیز همچون سایر پدیده‌ها و کنش‌های اجتماعی آثار و پیامدهایی را به دنبال دارد. پیامدها و عوارض جسمی پس از سقط تهوع، درد و خونریزی، تب، پادرد و

کمردرد، کم خونی و کورتاژ به عنوان پیامدهای کوتاه مدت سقط نیز اشاره شده است. همچنین عوارض طولانی مدت سقط نیز می توان به بیماری های زنانه (عفونت های رحمی)، اختلالات هورمونی، ایجاد مشکل در بارداری بعدی، ترس از ناباروری دائمی و احساس ناتوانی بدنی مطرح شده است. افسردگی شدید پس از سقط، کابوس های شبانه، نگرانی های ناگهانی، احساس گناه، عذاب وجدان، ترس از سقط کامل، تهدید به طلاق به دلیل سقط، به عنوان مشکلات روحی و روانی صورت بندی شده است. به جز پیامدهای روحی و جسمی، پیامدهای اجتماعی ناشی از سقط عمدی نیز در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که روابط اجتماعی زوجین پس از سقط می تواند دستخوش تغییراتی شود. این تغییرات در میان زن و شوهر و در عرصه های روابط زناشویی در بعد عاطفی، جسمی و جنسی بروز پیدا می کند. بی میلی نسبت به مسایل زناشویی می تواند ناشی از ترس بارداری مجدد باشد که اغلب در میان زنان و چند مورد در میان شوهران گزارش شده است. به علاوه وقتی زن به اجبار شوهرش اقدام به سقط می کند این تغییرات احساسی و جسمی در میان او و همسرش بیشتر دیده می شود در این مرحله سرزنش کردن شوهر، مقصر دانستن او و گاهی اوقات دعوا و درگیری با او هم مطرح شده است. تغییرات دیگری که ممکن است در روابط پس از سقط به وجود آید تغییر رفتار با سایر فرزندان در خانواده باز می گردد. بی حوصلگی ها، ناراحتی ها و افسردگی ها می توانند بر کیفیت مراقبت از فرزندان دیگر خانواده اثر منفی بر جا بگذارند. حق انتخاب زن برای سقط جنین، معطوف به این امر است که زنان باید به صورت آزاد و مستقل از هرگونه دخالت یا تحریمی، بتوانند در خصوص تصمیم گیری درباره بارداری و سقط جنین، به روش های قانونی و ایمن دسترسی داشته باشند. این حق بر پایه حقوق بشر و حق انتخاب زنان در خصوص بدن خودشان، شکل گرفته است. هدف اصلی از اعطای حق انتخاب زن برای سقط جنین، حفظ سلامت زن و جلوگیری از بروز مشکلات جدی در صورت ادامه بارداری است. به علاوه، تصمیم گیری درباره سقط جنین، به دلایل شخصی، اجتماعی، اقتصادی و حتی پزشکی نیز ممکن است.

در هر جامعه ای، نظام آموزشی یکی از پایه های اساسی رشد و توسعه جوامع به شمار می رود. این بدان سبب است که نظام آموزشی متولی تربیت نسل های جوان و شهروندان آگاه می باشد. نظام آموزشی کشور می تواند با ارائه دروسی در زمینه تنظیم خانواده، نسل های آینده را با انواع شیوه های پیشگیری، سقط قانونی و غیر قانونی و... آگاه سازد. برای حل این مشکلات، باید به شناسایی و رفع عوامل موثر در شکل گیری تصمیمات زنان درباره سقط جنین، به ویژه مسائل روحی و روانی، احترام و حمایت از حقوق زنان برای انتخاب خود، ارتقاء آگاهی جنسیتی و تصمیم گیری پایدار و هوشمندانه با توجه به شرایط فردی و اجتماعی تاکید شود. از محدودیت های پژوهش حاضر که پژوهشگر در جریان مطالعه با آن دست و پنجه نرم کرده است، تابو بودن موضوع مورد مطالعه (سقط جنین) در جامعه ایران می باشد. سقط جنین در ایران هم از نظر عرف و هم از نظر قانون تابو به حساب می آید؛ لذا مصاحبه شونده ها به راحتی در این زمینه حاضر به مصاحبه نمی شوند. از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر، شرایط دشوار یافتن مصاحبه شونده ها و مصاحبه با آن ها به خاطر شرایط کرونایی جامعه می باشد. کووید-۱۹ شرایطی را بر جامعه و میدان مطالعه تحمیل کرده بود که فرآیند مصاحبه و یافتن موارد مصاحبه شونده ها را دشوار کرده بود.

منابع

- افراسیابی، حسین، برزیده، کسری & جوادیان. (۱۳۹۹). سازگاری پرنوسان در تعاملات اجتماعی بیماران سرطانی؛ مطالعه کیفی در شهر اهواز. *جامعه شناسی کاربردی*، ۳۱(۱)، ۱-۱۶.
- اینگلهارت، رونالد، (۱۳۸۲). تحول فرهنگی در جامعه پیشرفته صنعتی، ترجمه مریم وتر، تهران: کویر.
- بلالی، اسماعیل، (۱۳۸۶). « زنان و پیامدهای سقط جنین»، مطالعات راهبردی زنان، ش ۲۲.

- امیرپورسعید، سیفی، بهناز، رضایی، & احمد. (۱۴۰۰). سبک زندگی و مدیریت بدن: مطالعه ای جامعه شناختی (مطالعه موردی: زنان شهر رفسنجان). مطالعات جامعه شناسی، ۱۴(۵۳)، ۴۷-۷۰.
- رازقی نصرآباد، حجه بی بی، حسینی، زینب. (۱۳۹۸). مطالعه تجربه ایفای هم‌زمان نقش شغلی-خانوادگی در مادران شاغل دارای فرزند خردسال. جامعه شناسی کاربردی، ۳۰(۳)، ۱۰۹-۱۳۴.
- رازقی نصرآباد، حجه بی بی، سنجرى، & الهام. (۱۳۹۶). عوامل موثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران. مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان، ۱۵(۱۵)، ۱۰۶-۱۳۸.
- راسخ، محمد، (۱۳۸۸). جدال حیات: بررسی اجمالی نظریه‌های سقط جنین، سقط جنین؛ مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقط جنین، تهران: انتشارات سمت.
- زارع، سراج زاده، حبیب پور گنابی، کرم، & مداحی. (۱۳۹۹). زیست مجردی جوانان: مسئله‌ای اجتماعی-فرهنگی (رویکردی تحلیلی مبتنی بر آرای ژان بودریار و ریچارد سینت). مسائل اجتماعی ایران، ۱۱(۲)، ۹۷-۱۲۳.
- سرائی، روشن شمال، & پگاه. (۱۳۹۱). سنجش عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار نسبت به سقط عمدی. زن در توسعه و سیاست، ۱۰(۲)، ۵-۲۳.
- سرایى، حسن، (۱۳۸۷). « گذار جمعیتی دوم، با نیم نگاهی به ایران»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ش ۳.
- طالبی. (۱۴۰۰). ارتباط بین ذهن آگاهی و استرس، افسردگی و نگرانی در زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران. مجله پرستاری و مامایی، ۱۹(۶)، ۴۴۹-۴۵۸.
- ظفری، دیزجی (۱۳۹۳). تجربه زیسته زنان در سقط جنین ارادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا. مرتضی عبدالجباری، مرضیه کرمخانی، نسرين سحرخیز، محمد امین پورحسینقلی، & معصومه شکرى خویستانی. (۱۳۹۵). بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش اعتقادی و شرعی آنان در این باره. پژوهش در دین و سلامت، ۲(۴)، ۴۴-۵۴.
- عبداللهی، احدی، تاجری، بیوک، حاج علیزاده، & کبری. (۱۳۹۹). تجربه‌ی طلاق از منظر زوجین مطلقه در شهر تهران (در پنج سال اول زندگی). فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق)، ۲۳(۸۹۱۳۹۹)، ۱۴۳-۱۶۲.
- عرفانی، & شجاعی. (۱۳۹۷). شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران: میزان‌ها، دلایل و تغییرات. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۲۱(۳)، ۶۴-۷۷.
- عسکری ندوشن، عباسی شوازی، محمدجلال، & صادقی. (۱۳۸۸). مادران، دختران و ازدواج (تفاوت‌های نسلی در ایده‌ها و نگرش‌های ازدواج در شهر یزد). فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق)، ۱۱(۴۴۱۳۸۸)، ۷-۳۶.
- غلامی، & ژاله. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط اعتقادات مذهبی زنان باردار و سقط القایی جنین در بارداری‌های ناخواسته. مجله پرستاری و مامایی، ۱۹(۵)، ۲۷۸-۲۸۶.
- فراش خیالو، نورالدین، صادقی، رمضی، & نگار. (۱۳۹۹). تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی نگرش دانشجویان به سقط جنین. فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق)، ۲۲(۸۷۱۳۹۹)، ۱۰۹-۱۳۰.
- فروتن، یعقوب، & صادقی. (۱۳۹۶). رویکرد اجتماعی و جمعیت شناختی به مسائل خانواده معاصر با تأکید بر سقط جنین در ایران. مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۱۱(۳)، ۵۵-۷۶.
- فیاض بخش، نفسیه، سوادى، عصمت، & حسین آبادی. (۱۴۰۰). وضعیت سقط جنین در جامعه کنونی و لزوم انجام اقدامات پیشگیرانه. مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۱۳(۳).
- مداحی، زارع، سراج زاده، حبیب پور گنابی، & کرم (۱۴۰۰). مسئله تجرد: سوژه و زیست‌جهان نو پدید دختران شهر تهران. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۱(۱)، ۷-۴۳.

- مشیرزاده، حسین، (۱۳۸۵). از جنبش تا نظریه اجتماعی تاریخ دو قرن فمینیسم، تهران: شیرازه.
- محمدی قره قانی، موسوی، & هادی. (۱۳۹۸). انگ و استیگما، بستر رویش آسیب های اجتماعی در عصر فضای مجازی. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۹(۷۵)، ۲۵۳-۲۸۱.
- موسوی، منصوره. (۱۳۹۸). تابوی زنانگی. تهران: انتشارات مروارید.
- میرابی، میرزائی، حسین، & حسنی درمیان. (۱۳۹۹). بررسی پدیدارشناسانه آگاهی زنان متأهل از فرزندآوری. جامعه شناسی کاربردی، ۳۱(۳)، ۱-۲۰.
- نجاتی حاتمیان. (۱۳۹۳). تجربه سقط جنین ارادی در زنان متأهل شهر تهران. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱(۱)، ۱۶۷-۱۸۷.
- هام، مگی، گمبل، سارا، (۱۳۸۲). فرهنگ نظریه های فمینیستی، ترجمه: فیروزه مهاجر و فرخ قره داغی و نوشین احمدی، تهران: نشر توسعه.
- Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, abortion, and disclosure—findings from a qualitative study. *The journal of sexual medicine*, 9(12), 3137-3147.
- Ajayi, A. I., Nwokocho, E. E., Adeniyi, O. V., Ter Goon, D., & Akpan, W. (2017). Unplanned pregnancy-risks and use of emergency contraception: a survey of two Nigerian Universities. *BMC health services research*, 17(1), 1-8.
- Alemayehu, M., Yebyo, H., Medhanyie, A. A., Bayray, A., Fantahun, M., & Goba, G. K. (2017). Determinants of repeated abortion among women of reproductive age attending health facilities in Northern Ethiopia: a case-control study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-8.
- Atakro, C. A., Addo, S. B., Aboagye, J. S., Menlah, A., Garti, I., Amoa-Gyarteng, K. G., ... & Boni, G. S. (2019). Contributing factors to unsafe abortion practices among women of reproductive age at selected district hospitals in the Ashanti region of Ghana. *BMC women's health*, 19(1), 1-17.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., ... & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, 6(4), e380-e389.
- Blystad, A., Haukanes, H., Tadele, G., Haaland, M. E., Sambaiga, R., Zulu, J. M., & Moland, K. M. (2019). The access paradox: abortion law, policy and practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-15.
- DePoy, E. & Gitlin, L. (2005) *Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies*. Michigan: Mosby.
- Faundes, A., Comendant, R., Dilbaz, B., Jaldesa, G., Leke, R., Mukherjee, B., ... & for the Prevention, T. F. I. (2020). Preventing unsafe abortion: Achievements and challenges of a global FIGO initiative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 62, 101-112.
- Freeman, C. (2021). Feeling better: representing abortion in 'feminist' television. *Culture, Health & Sexuality*, 1-27.
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., ... & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381.
- Habib, M. A., Raynes-Greenow, C., Nausheen, S., Soofi, S. B., Sajid, M., Bhutta, Z. A., & Black, K. I. (2017). Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-10.
- HATUN, D., & YILMAZ, M. (2020). Religiosity and Public Attitudes toward Abortion among Turkish Adults: From an Islamic Perspective. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 22(42), 433-456.
- Holten, L., de Goeij, E., & Kleiverda, G. (2021). Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1917042.

- Kim, C., Sorhaindo, A., & Ganatra, B. (2020). WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 56-66.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625-639.
- Love, G. (2021). Abortion stigma, class and embodiment in neoliberal England. *Culture, health & sexuality*, 23(3), 317-332.
- Maina, B. W., Mutua, M. M., & Sidze, E. M. (2015). Factors associated with repeat induced abortion in Kenya. *BMC public health*, 15(1), 1-8.
- Makleff, S., Wilkins, R., Wachsmann, H., Gupta, D., Wachira, M., Bunde, W., ... & Baum, S. E. (2019). Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care. *Sexual and reproductive health matters*, 27(3), 50-64.
- Merriam, S. (2009) *Qualitative Research: a Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moore, B., Poss, C., Coast, E., Lattof, S. R., & van der Meulen Rodgers, Y. (2021). The economics of abortion and its links with stigma: A secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. *PloS one*, 16(2), e0246238.
- Morse, J. E., Ramesh, S., & Jackson, A. (2017). Reassessing unintended pregnancy: toward a patient-centered approach to family planning. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 27-40.
- Puri, M. C. (2020). Providing medical abortion services through pharmacies: Evidence from Nepal. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 67-73.
- Rashidpouraie, R., Dastjerdi, M. V., Shojaei, A., Saeeditehrani, S., Sharifi, M., Joodaki, K., ... & Larijani, B. (2021). Complications of illegal abortion in the suburbs of Tehran: A 9-year cross-sectional study. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 26.
- Rehnström Loi, U., Otieno, B., Oguttu, M., Gemzell-Danielsson, K., Klingberg-Allvin, M., Faxelid, E., & Makenzius, M. (2019). Abortion and contraceptive use stigma: a cross-sectional study of attitudes and beliefs in secondary school students in western Kenya. *Sexual and reproductive health matters*, 27(3), 20-31.
- Taylor, John (2003) *Encyclopedia of population, Induced abortion (History)*, Volume 2, MacMillan References USA: Thomson.
- Van de kaa, D.J. (2002). "postmodern fertility preference: from changing value orientation to new behavior. " *population & development Review*, 27.
- World Health Organization 2020. Preventing unsafe abortion. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> Last assessed on 12 May 2021.
- World Health Organization 2022. WHO issues new guidelines on abortion to help countries deliver lifesaving care. <https://www.who.int/news/item>
- World Health Organization 2020. Adolescent pregnancy. <https://www.who.int/>