

## تجربه سقط جنین ارادی در زنان متأهل شهر تهران

سیمین نجاتی حاتمیان<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

### چکیده

سقط جنین ارادی یکی از روش‌های ختم بارداری‌های ناخواسته قلمداد می‌شود که اغلب غیرقانونی و غیربهداشتی صورت می‌گیرد. فرایند تصمیم‌گیری و اقدام به سقط پیچیده و دشوار است و زنان زیادی طی این فرایند از جنبه‌های جسمی، روحی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. هدف این پژوهش کسب شناخت بیشتر از تجربه سقط جنین عمدی و غیرقانونی در میان زنان بوده است. یافته‌ها با استفاده از روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی و انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته از بین ۲۸ خانم متأهل ساکن شهر تهران که دست‌کم یک‌بار سابقه اقدام به سقط جنین غیرقانونی داشته و به روش گلوله‌برفی جست‌وجو شده‌اند جمع‌آوری شده است. تجزیه و تحلیل یافته‌ها به کمک نظریه مبنایی و کدگذاری متون حاصل از مصاحبه‌ها صورت گرفته و نتایج حاصل از آن به سه بخش تصمیم‌گیری برای انجام سقط، اقدام به سقط و پیامدهای پس از سقط تقسیم شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری برای ادامه‌دادن یا ختم بارداری ناخواسته دشوارترین بخش فرایند اقدام به سقط محسوب می‌شود. در فرایند تصمیم‌گیری عوامل متعددی چون نظر همسر، دیدگاه مذهبی فرد و نظر دیگر اطرافیان ایفای نقش می‌کند. به علاوه، اقدام به سقط می‌تواند بر روابط زن با شوهر، اطرافیان، فرزندان دیگر و شغل فرد نیز تأثیر بگذارد که در زمره پیامدهای اجتماعی سقط جنین قابل بررسی هستند. به طور کلی، سقط جنین غیرقانونی زنان پاسخگوی این تحقیق تجربه‌ای مهم و چالش برانگیز ارزیابی شده و علی‌رغم احساس رهایی اولیه پس

۱. کارشناس مامایی و کارشناس ارشد مطالعات زنان از دانشگاه علامه طباطبایی Sm\_nej@yahoo.com

از اقدام به سقط، پیامدهای جسمی، روحی و اجتماعی آن برای مدت‌های طولانی زن و خانواده او را درگیر می‌کند.  
**واژگان کلیدی:** بارداری ناخواسته، سقط‌جنین ارادی، سقط‌جنین غیرقانونی، تصمیم‌گیری، پیامدهای سقط.

#### مقدمه

همواره هدف علوم مرتبط با بارداری مبتنی بر این اصل است که هر حاملگی از روی میل انجام شود و درنهایت به وجود مادر و فرزند سالم بینجامد و تعداد زنان و نوزادانی که در اثر روند بارداری و زایمان از بین می‌روند یا صدمه می‌بینند به حداقل برسد (ویلیامز،<sup>۱</sup> ۱۳۷۲: ۴). اما بسیار رخ می‌دهد که این هدف محقق نمی‌شود و بنابر علت‌های متعدد، حاملگی در یکی از مراحل تکوین خود با شکست مواجه می‌گردد. سقط‌جنین یکی از عوامل مهم در به‌ثمرنرسیدن بارداری است که یا خود به خود رخ می‌دهد یا تعمداً به آن اقدام می‌شود. نکته چالش برانگیز در مسئله اقدام به سقط، که محور اصلی تحقیق حاضر بر آن استوار است، تعارض آن با مفاهیم اجتماعی مرتبط با مادری، لذت فرزندپایی و حفظ آن و بدیهی دانستن احساس خواستن نوزاد هم‌زمان با اطلاع زن از بارداری است.

شناسایی عواملی که زنان را به عملی مغایر با ویژگی‌های زیست‌شناختی و هویت شکل‌گرفته روانی و اجتماعی‌شان در زمینه نقش مادری وامی‌دارد و چگونگی مواجهه و کنارآمدن با پیامدهای احتمالی آن و تعارض‌های ناشی از انتظارات جامعه و حتی خود، انگیزه پژوهش و تحقیقاتی از این دست را در میان علاقه‌مندان و محققان ایجاد می‌کند. تحقیق حاضر با چنین انگیزه‌هایی تکوین یافته است.

#### بیان مسئله

برای زمانی طولانی روابط جنسی و پیامدهای آن، همچون بارداری، در زمره رفتارهای شخصی افراد در حیطه خصوصی زندگی‌شان تعریف شده بود؛ روابط و رفتارهایی که جز زوجین کسی حق یا توان مداخله در آنها را ندارد. اما امروزه می‌دانیم که فرزندآوری فرایندی پیچیده است. درواقع عوامل اقتصادی و اجتماعی می‌توانند بر تصمیم زوجین برای باروری، تعداد مطلوب فرزندان، زمان فرزندآوری و فاصله سنی کودکان تأثیر بگذارند. تغییر در نقش سنتی زن و

1. Williams

تحوالات نگرشی به مسئله فرزندآوری، امکان ادامه تحصیل، اشتغال و تحولات قانونی، زمینه این تغییرات را فراهم آورده و بر انگیزه و نگرش زنان درباب بارداری و زایمان اعمال نفوذ می‌کنند. به‌لحاظ کارکردی، سقط جنین ارادی از جنبه تاریخی روشی برای کاهش و تنظیم موالید قلمداد می‌شده است. با توجه به آمار می‌توان اذعان داشت که سقط جنین ارادی در جامعه امروزی و مدرن همچنان کارکرد خود را حفظ کرده است. طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت سالانه ۱۲۰ میلیون بارداری در سراسر جهان رخ می‌دهد که از این میان، ۴۶ میلیون بارداری (یعنی ۲۲ درصد از کل حاملگی‌ها) به سقط خاتمه می‌یابند. مطابق همین آمارها، ۲۰ میلیون از سقط‌های عمدی در وضعیت غیربهداشتی صورت می‌پذیرند که سقط‌های غیرایمن تعریف می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹). طبق گزارش اکونومیست تحقیقات جدید این آمار را رد نکرده یا تغییر نداده‌اند (اکونومیست، ۲۰۱۲). در ایران نیز، با وجود ممنوعیت‌ها و محدودیت‌های قانونی و شرعی، متأثر از زمینه فرهنگی و مذهبی جامعه، آمار سقط جنین رقم بالایی برآورد می‌شود. هرچند به دلیل همین محدودیت‌ها این آمار دقیق نیستند، براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، سالانه ۸۰ هزار سقط (یعنی در حدود ۲۰۰ مورد در روز) در کشور رخ می‌دهد که اغلب آنها غیرقانونی و غیربهداشتی هستند (بهجتی کرمانی، ۱۳۸۶: ۲۱۴).

سقط جنین عمدی با برجا گذاشتن آثار جسمی درازمدت، ناتوان‌کننده و حتی مرگبار و نیز آسیب‌های روانی و اجتماعی در زنان، از دیدگاه محقق این پژوهش مسئله‌ای اجتماعی و نیازمند توجه و شناخت بیشتر است؛ چراکه به‌ویژه با ایجاد آثار نامطلوب بر سلامت عمومی زندگی زنان، هم‌ایشان و هم کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مسئله‌ای که انگیزه انجام این تحقیق را فراهم آورده است، ناکافی بودن شناخت ما از فرایند تصمیم‌گیری و پیامدهای اقدام به سقط در میان زنان و تلاش برای درک بی‌واسطه تجربه‌های زنانه از سقط عمدی جنین از زبان افراد درگیر این مسئله است.

#### اهداف تحقیق

هدف اصلی تحقیق بر درک تجربه زنانی استوار است که به سقط جنین خود اقدام کرده‌اند، چراکه در اصل «نگرش، دیدگاه، تعابیر و تفاسیر و تجارب و کنش‌های متقابل افراد، عناصر معنی‌دار حقیقت اجتماعی به‌شمار می‌آیند» (محمدی، ۱۳۸۷: ۸۰). بررسی و کشف این عناصر هدف کلی تحقیق ما را شکل داده است. اهداف تحقیق را به این شرح می‌توان برشمرد:

هدف اول: شناسایی ویژگی‌های دموگرافیک زنان سقط جنین کرده و همسرانشان؛

هدف دوم: شناسایی تجربه شخصی زنان از سقط‌جنین عمدی (شامل: روش، وضعیت تصمیم‌گیری و فرد تصمیم‌گیرنده، میزان حمایت اطرافیان و...);  
هدف سوم: شناسایی پیامدهای اجتماعی سقط‌جنین در زنان و نقش باورهای مذهبی آنان در این تجربه.

### مبانی نظری

در بخش مربوط به نظریه‌ها، به آن دسته از نظریه‌ها پرداخته‌ایم که به‌طور کلی درباب سقط‌جنین به‌کار می‌روند. درحقیقت هدف پژوهش‌هایی از این دست، نزدیک شدن به نظریه‌سازی است. با این حال برای هر تحقیقی به نظریه‌های پیشین نیاز است که راهنمای مسیر تحقیق باشند و مانع انحراف تحقیق شوند.

مهم‌ترین ارزیابی‌ها و نظریه‌ها در زمینه سقط‌جنین به بررسی این پدیده از منظر اخلاق بازمی‌گردد. دیگر نظریه‌ها مباحث فقهی و حقوقی را دربرمی‌گیرند که از حوصله مقاله حاضر خارج است. درباره دیدگاه‌های مربوط به سقط‌جنین به چهار رویکرد اصلی می‌توان اشاره کرد:

۱. دیدگاه ممنوعیت مطلق (نظریه حیات)

۲. دیدگاه اعتدالی یا میانه‌رو (نظریه سرمایه‌گذاری)

۳. دیدگاه آزادی‌خواه (آزادی مطلق)

۴. دیدگاه فمینیستی.

### رویکرد ممنوعیت مطلق (نظریه تقدس حیات)

قدیمی‌ترین و احتمالاً جدی‌ترین دیدگاه در میان نظریه‌های سقط‌جنین، نظریه تقدس حیات است که به‌طور ویژه گروه‌های مذهبی و جناح‌های محافظه‌کار سیاسی از آن پشتیبانی کرده‌اند (راسخ، ۱۳۸۶: ۱۸۲). به‌خصوص این رویکرد تا اواخر دهه ۵۰ میلادی (تحت حمایت کلیسا) رویکردی مسلط محسوب می‌شد (اسلامی، ۱۳۸۴: ۳۲۲).

نظریه تقدس حیات بر این باور است که زندگی ارزشمند و مقدس است، به‌همین دلیل هیچ‌کس مجاز به از بین بردن آن نیست. پس صرف‌نظر از درجه حیات، نوع درد، کمی یا زیادی احتمال مرگ و... باید از حیات انسانی حمایت کرد. لازم نیست زندگی انسان کیفیت خاصی داشته باشد تا برای آن اهمیت قائل شویم.

### رویکرد میانه‌رو (رهیافت اعتدالی)

جهت‌گیری هر فرد در باب سقط جنین به پاسخی باز می‌گردد که به پرسش "جنین انسان است یا خیر؟" می‌دهد. ره‌یافت اعتدالی بر آن است که میان مراحل مختلف شکل‌گیری جنین تفاوت است و در مواردی که هنوز جنین شکل نگرفته است سقط مجاز و در مواردی که به نظر می‌رسد جنین به قالب انسانی درآمده سقط غیراخلاقی است. بنابراین تفاوت‌نهادن میان مراحل بارداری عامل مجاز یا غیرمجاز دانستن سقط جنین خواهد شد. این دیدگاه، بیش‌ازهمه، کانون توجه آن دسته افرادی قرار می‌گیرد که موارد خاص سقط جنین مثل بارداری‌های ناشی از تجاوز یا زنا با محارم و نیز به‌خطرافتادن جان مادر، نقایص ژنتیکی جنین، حفظ سلامت روحی و روانی مادر و... را از جمله دلایل انجام سقط جنین عمدی (و گاه درمانی) می‌دانند. دشواری مسئله سقط جنین در اغلب این موارد بی‌گناه‌بودن جنینی است که از میان می‌رود. در واقع، انتخاب میان جان مادر و جنین می‌تواند مسئله‌ای تلخ و دردناک باشد. به‌هرحال فرض کلی بر آن است که میان جان موجودی بالقوه (جنین) و بالفعل (مادر) حفظ جان مادر ارجح است. در تأیید چنین دیدگاهی، موافقان نظریه اعتدالی به دو نظریه سرمایه و هویت ناطق استناد می‌کنند:

#### نظریه سرمایه

هنگامی که با دیدگاه نظریه سرمایه به سقط جنین می‌نگریم، اولین پرسش این نیست که آیا جنین شخص است یا خیر؛ بلکه سؤال اصلی این است که از چه زمان جنین صاحب ارزش و منفعت می‌شود تا از این طریق از آن حمایت شود. رونالد دورکین (مهم‌ترین مدعی در این نظریه) معتقد است از طریق دو منبع در انسان سرمایه‌گذاری رخ می‌دهد: ۱. به‌وسیله طبیعت یا خدا ۲. به‌وسیله انسان یا فرهنگ.

انسان ترکیبی است از قدرت تکامل طبیعت یا خلقت خدا (ژنتیک انسان) و قدرت انسانی، که ناشی از انتخاب‌های فردی او و نیز فرهنگ و جامعه اوست (همچون آموزش، احساس، علاقه و...). نظریه ارزش سرمایه نیز بر این مبتنی است که حیات انسانی خاص به‌طور منفرد یا درمقایسه با حیات‌های دیگر در چه مرحله‌ای از زندگی، به‌لحاظ سرمایه‌گذاری طبیعت و انسان، قرار دارد؟ در واقع معیار تصمیم‌گیری در این نظریه پاسخی است که به این پرسش داده می‌شود (راسخ، ۱۳۸۶: ۱۹۱-۱۹۵).

### نظریه هویت ناطق

در این نظریه سعی شده است به محور نظریه‌های قبل، که همه مبتنی بر شخص انسانی بود پرداخته شود. در واقع این بحث به مرحله یا زمانی بازمی‌گردد که جنین در آن زمان به انسان تبدیل می‌شود تا از آن به بعد، اجازه نابودی شخص انسان، حتی به مادر، داده نشود. این ادعا را جنین می‌توان مطرح کرد:

۱. کشتن شخص قتل است.

۲. جنین در مرحله X شخص می‌گردد.

۳. از مرحله X نباید جنین را سقط کرد.

سؤال اصلی آن است که براساس کدام ویژگی، جنین شخص محسوب می‌شود؟ طرفداران این دیدگاه، انسان به‌عنوان یک هویت ناطق را شخص می‌دانند. این ادعا (ناطق بودن) شامل شعور و اراده انسان و وجه تمایز او از حیوانات است. همواره تعبیرهای گوناگونی از این دست ارائه شده است. برای مثال به پنج‌وجه می‌توان اشاره کرد: خودآگاهی، قدرت تعقل، فاعلیت اخلاقی، منافع بلندمدت و حیات مستمر روانی.

همه این دیدگاه‌ها، بر قوه نطق انسان تأکید می‌کنند. بنابر نظریه هویت ناطق، به محض اینکه جنین از این قوه برخوردار شد، انسان و شخص محسوب می‌شود و نمی‌توان آن را سقط کرد (راسخ، ۱۳۸۶: ۱۹۵-۱۹۷).

### رویکرد آزادی‌خواه (آزادی مطلق)

چنان‌که از مقایسه این رویکرد با رهیافت‌های پیشین برمی‌آید، طرفداران این نظریه، از منظری کاملاً آزادی‌خواهانه به حق سقط جنین می‌نگرند و هیچ دلیلی برای غیراخلاقی بودن آن نمی‌بینند. در این نظر، سقط جنین امری خصوصی و مسئله‌ای شخصی است (اسلامی، ۱۳۸۴: ۳۲۳). طبعاً سؤالی که پیش از این برای نظریه پردازان سابق طرح شده بود، در این نظریه هم مطرح گردیده و به آن پاسخ داده شده است: اینکه آیا جنین انسان است؟ مدافعان آزادی سقط جنین کوشش‌های متعددی به عمل آورده‌اند تا نشان دهند که جنین انسان بالفعل نیست.

### دیدگاه فمینیستی

نظریه‌های فمینیستی درباره سقط جنین گوناگون و متنوع‌اند و از زوایای مختلف به این مسئله نگریسته‌اند، اما به‌طور کلی می‌توان این نظریه‌ها را به دو گروه کلی مخالف سقط جنین و موافقان آن تقسیم کرد.

### گفتمان موافق سقط جنین

الف) نظریه انتخاب: بخش اصلی نظریه فمینیستی و طرفداران حق انتخاب سقط جنین معطوف به این است که این زن و تنها این زن است که حقی اختصاصی برای تصمیم درباره ادامه بارداری یا ختم آن دارد. هیچ فردی، حتی جامعه، حق تحمیل ادامه 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 (بلالی، ۱۳۸۶: ۶۹). زنان درباره داشتن یا نداشتن فرزند حق انتخاب دارند و باید بتوانند قدرت کنترل موالید خود را به طور فردی داشته باشند. در نتیجه فمینیست‌ها هر نوع اعمال کنترل اجتماعی تحت سلطه مردان را نفی می‌کنند. فمینیست‌های رادیکال معتقدند زنان حق پایان دادن به بارداری خود یا سقط جنین را دارند و این امری شخصی و مربوط به خود زن است و نه دولت (مشیرزاده، ۱۳۸۵: ۲۸۶-۲۸۷).

دیدگاه فمینیستی جنین را در متن و زمینه‌ای 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.

ب) نظریه کنترل بر بدن: سقط جنین درخواستی - یکی از مطالبات چهارگانه نخستین کنفرانس آزادی زنان بریتانیا (۱۹۷۰) مبتنی بر این دیدگاه بود که زنان حق تفویض ناپذیری بر تن خود دارند (هام، ۱۳۸۲: ۲۲). این بخشی از دیدگاه فمینیستی درباره آزادی تولیدمثل است. حقوق تولیدمثلی خود، شامل حقوق مادرشدن، جلوگیری از بارداری و سقط جنین است. لذا گوردن معتقد بود کنترل تولیدمثل اساساً مبارزه‌ای سیاسی برای کسب حق تعیین سرنوشت زنان است (هام، ۱۳۸۲: ۳۷۴).

دیدگاه‌های زن‌محور، حق کنترل بدن را بخشی اساسی از حق آزادی انسان می‌دانند؛ به‌ویژه در بارداری‌های ناخواسته که رضایت مادر برای حضور جنین و استفاده از جسم او به‌عنوان مادر لازم است. از این رو 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).

### گفتمان فمینیستی مخالف سقط جنین

طرفداران حق حیات را در همه گروه‌های اقتصادی، اجتماعی، مذهبی و تحصیلی می‌توان یافت، اما همه آنان با این نظریه هم‌پیمان‌اند که همه انسان‌ها، مخصوصاً جنین‌های بی‌گناه، از حق ذاتی برای حیات برخوردارند (ویلک، ۱۹۸۳). در واقع فمینیست‌های طرفدار زندگی از موضعی فمینیستی - و نه سنتی - بر آن‌اند که زنان به‌مثابه انسان‌هایی مخالف خشونت، اعدام و جنگ، نباید مبادرت به قتل نفس (سقط جنین) کنند. باید از بارداری‌های ناخواسته جلوگیری شود، نه آنکه موجود زنده‌ای که شکل گرفته به قتل برسد. آنان معتقدند: ستم بر هر گروهی از افراد، ضربه‌ای بر بنیان فمینیسم است که مبتنی و معتقد به برابری مطلق همه انسان‌هاست (مشیرزاده، ۱۳۸۵: ۱۴۰). درحقیقت استدلال این گروه به این نکته مهم اشاره می‌کند که سقط‌جنین و حمایت از آن نوعی عدول از آرمان‌های پیشگامان فمینیسم است؛ ایده اولیه‌ای که مبارزه‌ها مبتنی بر آنها آغاز شد، یعنی برابری. الیزابت کدی استنتون (که اولین کنوانسیون حقوق زن را در سال ۸۴۸۱ در سنکافالز سازمان‌دهی کرد) سقط‌جنین را بچه‌کشی دانست و معتقد بود در جایی که زنان وضعیت خود را به‌مثابه دارایی مردان بودن منجرکننده می‌دانند، چگونه بر این نکته تأکید می‌کنند که جنین‌هایشان باید دارایی مادران باشند؟ (فاستر، ۱۹۹۹).

### روش‌شناسی

از آنجا که تحقیق صورت‌گرفته مبتنی بر هدف‌شناخت بیشتر درک و تجربه زنان از مسئله سقط‌جنین عمدی است؛ هدفی که دستیابی به آن با روش‌های کمی میسر نمی‌شود؛ از روش کیفی برای پژوهش سود برده‌ایم. روش‌های کیفی احتمالاً می‌توانند یکی از پرکاربردترین شیوه‌های مطالعه در حوزه زنان و مسائل و مشکلات مربوط به آن باشند. خصلت تجربه‌محور و مبتنی بر درک روش‌های کیفی این امکان را فراهم می‌آورد که از آن بخش از تجربه‌های زنان که اغلب پنهان مانده‌اند و درباره آنها صحبت نمی‌شود، اطلاعات گرانبهایی کسب شود. از آنجا که هدف این تحقیق رسیدن به درک عمیق‌تر و شناخت بیشتر پدیده سقط‌جنین ارادی و پیامدهای آن است، روش کیفی بستر مناسبی برای جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل اطلاعات حاصل برای تحقق این هدف فراهم می‌آورد. به‌ویژه آنکه حساسیت موضوع تحقیق و بحث درباب تجربه زنان سقط‌جنین عمدی با محدودیت‌ها و ممنوعیت‌های قانونی و شرعی در جامعه ما همراه است. همین باعث می‌شود استفاده از روش‌های کمی و پرسش‌نامه چندان برای شناخت این پدیده مؤثر واقع نشود، چراکه نه‌تنها یافتن تعداد موردنظر از نمونه‌ای جامع برای تحقیقات کمی بسیار دشوار است، بلکه درعین حال اطلاعات لازم به‌راحتی با تکنیک‌های پیمایشی و

پرسش‌نامه‌ای در اختیار محقق قرار نمی‌گیرد. مهم‌تر از همه اینکه واكوی احساسات و عواطف زنان، که هدف اصلی این پژوهش است، نیز به مدد روش کیفی و تکنیک‌هایی که این روش در اختیار می‌گذارد، امکان‌پذیر است. انجام مصاحبه عمیق این فرصت را که اطلاعات جامع‌تری از مصاحبه‌شوندگان دریافت شود بهتر و بیشتر فراهم می‌سازد.

پژوهش حاضر به منظور شناخت بهتر سقط جنین ارادی و نیز آگاهی‌یافتن از پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از اقدام به سقط از دو روش پدیدارشناسی و نظریه مبنایی سود برده است. تلفیق این دو شیوه با هم این امکان را برای ما فراهم آورد که با دیدگاه حاصل از مفهوم پدیدارشناسی وارد حوزه تجربه‌های زنان و فهم تجربه زیسته آنان شویم و با استفاده از امکان تحلیلی و توصیفی که نظریه مبنایی در اختیار ما قرار داد، بتوانیم یافته‌های خود را از توصیف صرف به سمت تجزیه و تحلیل سوق دهیم.

### جامعه آماری، روش انتخاب نمونه و تکنیک گردآوری اطلاعات

جامعه آماری تحقیق حاضر از زنانی تشکیل شده است که دست‌کم یک‌بار سابقه سقط جنین عمدی به صورت غیرقانونی داشته و ساکن شهر تهران بوده‌اند. نمونه‌های این تحقیق به روش زنجیره‌ای جست‌وجو شده‌اند. بنابه دلایل متعددی که به موضوع تحقیق و عنوان سقط جنین عمدی بازگشته و حساسیت‌هایی که به لحاظ قانونی، مذهبی و حتی احساسی درباب این پدیده وجود دارد، یافتن نمونه‌ها کاری بسیار دشوار بود.

انتخاب نمونه در این تحقیق به کمک هردو روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی و هدفمند صورت گرفت. به این معنی که نمونه‌ها، به دلیل خاص بودن تجربه‌شان و دشواری یافتن آنها، به روش گلوله‌برفی جست‌وجو شده‌اند، اما در مرحله انجام مصاحبه، هنگام پیاده‌کردن گفت‌وگوها و حتی در بخش تفسیر و تحلیل یافته‌ها، برخی نمونه‌ها که به دلایلی تشخیص داده می‌شد اهداف تحقیق ما را برآورده نمی‌کنند، از فهرست حذف شدند. به این ترتیب، تمام نمونه‌های معرفی شده تحت بررسی قرار گرفتند، ولی تنها کسانی در فهرست نهایی جای گرفتند که در دستیابی به اهداف پژوهش کمک بیشتری می‌کردند.

انجام مصاحبه در تحقیق حاضر به کمک شیوه مصاحبه نیمه‌استاندارد صورت گرفته است. هرچند در ابتدا سه مصاحبه آزاد با زنانی که تجربه سقط ارادی را داشتند صورت پذیرفت. به عبارتی، مصاحبه نیمه‌استاندارد در روند کار شکل گرفت، نه ابتدای آن. انجام مصاحبه در این

تحقیق به‌رغم دشواری‌هایی که در زمینه‌های مختلف به همراه داشت، یکی از جالب‌ترین بخش‌های تحقیق را شکل داد.

### تحلیل داده‌ها

نتایج حاصل از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان را می‌توان در سه بخش اطلاعات زمینه‌ای (دموگرافیک)، تجربه سقط و پیامدهای آن دسته‌بندی کرد. در بخش اول، به معرفی پاسخگویان از منظر برخی ویژگی‌های فردی و جمعیت‌شناختی ایشان اقدام و یافته‌ها را حول محور "سن، تحصیلات و شغل زن و شوهر در زمان انجام سقط و در حال حاضر"، گزارش کرده‌ایم. افزون‌براین، "سن بارداری و دلایل تأخیر در اقدام به سقط" نیز در این بخش قرار گرفت.

در بخش تجربه و ادراک سقط‌جنین مسائلی چون "فرآیند تصمیم‌گیری برای انجام سقط و نقش زن در این فرآیند"، "دلایل اقدام به سقط"، "نقش و نظر شوهر و اطرافیان در تصمیم‌گیری" و "تصمیم‌گیری و نگرانی‌ها" بررسی شده‌اند.

سن: نکته مهم در زمینه اطلاعات مربوط به سن، توجه به این مطلب است که برای بررسی این شاخص باید به سن زن و شوهر در زمان انجام سقط توجه بیشتری کرد تا سن کنونی آنان. طیف سنی پاسخگویان ما در هنگام انجام سقط بسیار گسترده است، اما به‌طور کلی بیشترین تعداد پاسخگویان ما در گروه سنی ۲۰ الی ۳۰ سال قرار دارند. پس‌از آن نیز، طیف سنی ۳۱ الی ۴۰ سال دومین حجم اقدام‌کنندگان به سقط را در پاسخگویان ما به خود اختصاص داده‌اند. در بررسی سن شوهر هنگام سقط، مردان در طیف سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و سپس ۳۶ تا ۴۰ سال بیشترین تعداد را در بین پاسخگویان داشته‌اند.

تحصیلات: اغلب زنان پاسخگو هنگام اقدام به سقط از نظر تحصیلی در سطح دبیرستان و دیپلم‌اند و کمترین تعداد به تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر اختصاص دارد؛ حال‌آنکه تحصیلات مردان در سه سطح راهنمایی، دبیرستان و دیپلم، و فوق دیپلم و لیسانس به‌طور یکسان، بیشتر از موارد دیگر (ابتدایی و کمتر؛ فوق‌لیسانس و بالاتر) بوده است.

شغل: اگرچه بررسی تغییرات شغلی و تحصیلی در زمره تحقیقات طولی قرار گرفته و از اهداف این تحقیق نبوده است، از آنجاکه یکی از دلایل اقدام به سقط حفظ یا ارتقای شغلی یا ادامه تحصیل بیان شده است، مقایسه میزان تحصیلات و شغل افراد در زمان اقدام به سقط و زمان انجام مصاحبه نشان داد که سقط جنین، تأثیر درخور ملاحظه‌ای در ارتقای سطح تحصیلی و شغلی زنان پاسخگو باقی نگذاشته است.

سن جنین، سن بارداری: سن جنین در هنگام اقدام به سقط یکی از مهم‌ترین مواردی است که بایست به آن توجه کرد. از جنبه پزشکی، بالاتر رفتن سن جنین موجب بروز دشواری‌هایی در زمینه انجام سقط می‌شود؛ به‌خصوص که سقط‌های غیرقانونی اصولاً در محیط‌هایی انجام می‌شوند که از نظر امکانات پزشکی و بهداشتی فقیر محسوب می‌شوند. سن جنین فاکتوری برای پیش‌بینی میزان خطری است که زن را تهدید می‌کند. سقط جنین دیر هنگام، خطر بروز عوارض در زن را افزایش می‌دهد (اوون، ۲۰۰۹). بخشی از نتایج این تحقیق به بررسی سن بارداری هنگام اقدام به سقط پرداخته است. سن بارداری آن چیزی است که پاسخگویان طی مصاحبه به آن اشاره کرده‌اند و دقت آن تا چند روز قابل تردید است، که مسئله‌ای طبیعی محسوب می‌شود. نتایج مبین آن است که اغلب سقط‌ها قبل از یک‌ماه‌ونیم به‌وقوع پیوسته است. سرعت عمل در تصمیم‌گیری و اقدام به سقط، به‌دلیل هیجان ناشی از مواجهه با بارداری ناخواسته را می‌توان به این مسئله مربوط دانست. سقط‌های دیگر در فاصله ۲ الی ۳ ماهگی سن بارداری رخ داده‌اند که در این تحقیق این سقط‌ها به‌مثابه سقط‌هایی که با تأخیر صورت گرفته‌اند بررسی شده‌اند.

### تأخیر در انجام سقط و دلایل آن

بی‌توجهی به علائم بارداری: دلیل اصلی پاسخگویان به بی‌نظمی‌های هورمونی و اختلال در سیکل‌های ماهانه که معیار توجه به بارداری هستند مربوط است. یعنی این اختلالات مانع توجه به بارداری می‌شوند و در نتیجه سن جنین در هنگام تصمیم برای سقط جنین بالا رفته است. از دلایل دیگر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- شکست در روش‌های جلوگیری از بارداری؛
- نامحتمل دانستن بارداری: برای مثال یکی از پاسخگویان (۲۷ ساله، دیپلمه، خانه‌دار) به مشکلات زناشویی بین خود و همسرش اشاره کرده است که باعث شده ذهن او را از احتمال بارداری منحرف کند.
- نیافتن محلی برای انجام سقط: گاه پاسخگو زمانی را دلیل این تأخیر دانسته است که صرف پیدا کردن محل و فردی شده است که به انجام سقط او کمک کند.
- عدم تشخیص علائم بارداری: گاهی تداخل حالت‌های بارداری با برخی بیماری‌ها زن را از توجه به بارداریش باز می‌دارد.

- شکست در روش‌های اولیه اقدام به سقط: یکی از پاسخگویان (۳۸ ساله، کارمند مرکز بهداشت) علت بالا رفتن سن بارداری را ناموفق بودن روش اولیه برای اقدام به سقط می‌داند. او ابتدا با تزریق آمپول اقدام به سقط می‌کند و مدتی برای کسب نتیجه آن صبر و سپس به روش بعدی (کورتاژ) اقدام می‌کند. این مدت زمانی، سن بارداری را به سه‌ماهگی افزایش داده است.

### سقط جنین و فرایند تصمیم‌گیری

در بخش تجربه سقط جنین، تصمیم‌گیری مهم‌ترین بخش را شامل می‌شود و مواجهه با بارداری ناخواسته، اولین مرحله برای اقدام به سقط است. در این زمان است که زن یکی از دو راه پیش روی خود، یعنی ادامه بارداری ناخواسته یا پایان دادن به آن، را برمی‌گزیند. اگرچه زنان زیادی گزینه ادامه بارداری ناخواسته را برمی‌گزینند، پاسخگویان این تحقیق سرانجام مبادرت به سقط ارادی جنین خود کرده‌اند. اغلب آنان انتخاب نگهداری یا از بین بردن جنین را سخت‌ترین مرحله‌ای دانسته‌اند که طی اقدام به سقط با آن مواجه شده‌اند.

### اطلاع از بارداری ناخواسته و واکنش به آن

احتمالاً اولین واکنش هیجانی در زن زمانی به وجود می‌آید که از بارداری ناخواسته خویش مطلع یا مطمئن شود. شوک و ناپاوری، خشم و عصبانیت، اندوه و غم شایع‌ترین واکنش‌هایی است که هنگام اطلاع از بارداری ناخواسته رخ می‌دهد. یکی از پاسخگویان (۳۹ ساله، دیپلمه، کمک‌بهبود) بیان می‌کند: «اصلاً ماورای فکر من بود که چنین اتفاقی برایم بیفتد، تصور نمی‌کردم. شوکه شده بودم و آن کاری را کردم که مثل جنون بود. دیگر حساب کن آدم طول می‌کشد از شوک بیاید بیرون دیگر».

### اهمیت عنصر زمان در فرایند تصمیم‌گیری

یکی از نکته‌های مهم درباره اقدام به سقط جنین زمان است که به نظر می‌رسد در تحقیقات مشابه به آن بی‌توجهی شده است. اغلب پاسخگویان این تحقیق اذعان داشته‌اند که تصمیم‌گیری برای سقط را در مقطع زمانی کوتاهی انجام داده‌اند. این سرعت عمل، اغلب به تصمیم‌گیری عجولانه می‌انجامد که طی آن فرصت مشاوره و چاره‌جویی از اشخاص مطلع یا معتمد از زن و خانواده او گرفته می‌شود. در این مقطع، زن یا شوهر احساس می‌کنند که در تصمیم خود قاطع هستند و مجموعه اوضاع را نیز به‌نحوی ارزیابی می‌کنند که چاره‌ای جز انجام سقط ندارند. افزون‌براین، اغلب به‌منظور بالاتر رفتن سن جنین که اوضاع را از نظر شرعی و

احساسی و نیز پزشکی برای سقط دشوارتر می‌سازد، سرعت این تصمیم‌گیری افزایش می‌یابد. شاید برای کمک به کاهش تعداد سقط‌جنین‌ها، توجه به این مقطع زمانی اهمیت خاصی داشته باشد. پاسخگویی (۳۰ساله، فوق‌دیپلم، معلم) در این زمینه می‌گوید: «من فهمیدم باردارم. باور کن سریع‌السير اقدام کردم؛ یعنی من همین امروز فهمیدم باردارم، شبش با دکتر صحبت کردم، فردایش رفتم این کار را کردم. یعنی یک‌روز هم نگذاشتم».

### سقط جنین، نقش زن و شوهر در فرایند تصمیم‌گیری

تصمیم‌گیری برای سقط، به رأی و نظر زن و شوهر هر دو- بستگی دارد. با این‌همه، گاه نقش یکی از زوجین در این فرایند پررنگ‌تر است. پاسخگویان در جواب به این سؤال که تصمیم‌گیرنده نهایی برای انتخاب گزینه سقط چه کسی بوده است، به ترتیب به این موارد اشاره کرده‌اند: ۱. زن تصمیم اصلی را می‌گیرد و سپس شوهر را در این تصمیم با خود همراه می‌کند. ۲. زن و شوهر با موافقت هم اقدام به سقط می‌کنند. ۳. شوهر نقش اصلی را در انتخاب سقط دارد و زن را وادار به آن می‌کند. ۴. زن به تنهایی و بدون اطلاع شوهر مبادرت به سقط می‌کند. برخلاف انتظار ما، نقش زنان در تصمیم‌گیری برای انجام سقط پررنگ و تعیین‌کننده بود. با این حال در مقام مقایسه بین دو گزینه‌ای که زن به تنهایی تصمیم‌گیرنده است یا مرد به تنهایی، تعداد مردانی که به تنهایی تصمیم‌گیرنده بودند و نظر خود را به همسرشان تحمیل کرده‌اند بیشتر است.

### سقط جنین، تصمیم‌گیری و نقش و نظر اطرافیان

فرایند تصمیم‌گیری در باب سقط تنها محدود به زوجین نمی‌شود. اغلب اوقات خانواده‌های زن، شوهر، دوستان و حتی فرزندان بزرگ خانواده (در صورت حضور) در جریان این تصمیم قرار می‌گیرند.

### الف) اطرافیان طرف مشورت

پاسخگویان اغلب برای مشورت خانواده خود را مطلع کرده‌اند، اما میزان اطلاع خانواده شوهر هم چندان کم نیست. در مرتبه سوم، زنان دوستان خود را از بارداری ناخواسته‌شان مطلع کرده‌اند. خواهرها از میان خانواده زن و خواهرشوهرها از میان خانواده شوهر بیشترین مطلعان از بارداری ناخواسته را تشکیل می‌دهند و بیشتر طرف مشورت قرار می‌گیرند. نزدیکی سنی زن با این افراد دلیل این موضوع را توجیه می‌کند. به این ترتیب این‌طور استنباط می‌شود که زنان در مشورت خود بیشتر در پی همدلی هستند تا مشاوره واقعی. در نتیجه یافته‌های ما، زنان به ندرت

اشخاصی را که احتمال مخالفت آنان با سقط می‌رود طرف مشورت قرار می‌دهند. به عبارتی، آنان از نظر اطرافیان در تأیید نظر خود استفاده می‌کنند.

### ب) نظر اطرافیان

در بخش بعدی پاسخ‌ها، نظر اطرافیان مطلع تحت بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که هنگام موافقت، خانواده‌های زن و خانواده‌های شوهر تقریباً به طور یکسان با تصمیم زن برای سقط موافقت کرده‌اند، ولی از میان مخالفت‌ها، سهم خانواده زن بیشتر از خانواده شوهر است. تأثیر نظر اطرافیان: در برخی موارد پاسخگویان معتقد بودند که شاید اگر اطرافیان به جای همدلی صرف با زوجین و موافقت با آنها، گزینه‌های دیگر را به آنها معرفی و افق بازتری از مسئله را در برابر آنها باز می‌کردند، نتیجه تصمیم با آنچه صورت گرفته متفاوت می‌بود. یکی از پاسخگویان (۳۰ ساله، فوق دیپلم، معلم) می‌گوید: «بین یکی بود من را می‌خکوب می‌کرد من شاید (این کار) را نمی‌کردم».

### سقط جنین، تصمیم‌گیری و نگرانی‌ها

۱. نگرانی برای سلامت جسمی خود: احتمالاً یکی از شایع‌ترین نگرانی‌های زن برای اقدام به سقط جنین ترس از به‌مخاطره‌افتادن سلامت جسمی خود اوست. این دغدغه می‌تواند طیفی از نگرانی‌های مربوط به خطرهای جسمی تا احساس مواجهه با مرگ را دربرگیرد. غیرقانونی بودن سقط و عملکرد مخفیانه برای اقدام به آن، به این ترس و نگرانی می‌افزاید. پاسخگویی (۲۹ ساله، دیپلمه، خانه‌دار) می‌گوید: «شب قبل کمی نگرانی بهم دست داده بود، از اینکه می‌خواستم این کار را انجام بدهم، می‌ترسیدم. می‌ترسیدم که نکنند بلایی سر خودم بیاید، دچار مشکلی، مریضی، بیماری چیزی بشوم»

۲. نگرانی از به‌مخاطره‌افتادن حیثیت اجتماعی: علاوه بر مخاطرات جسمی، یکی از نگرانی‌های زنانی که به‌دلیل وضعیت خاص ازدواجشان، مثل بارداری در ازدواج موقت یا زمان عقد، اقدام به سقط می‌کنند، بروز سوءتفاهم در دیگران است. احساس تنهایی و نیاز به مخفی نگه‌داشتن موضوع، نگرانی‌های این افراد را تشدید می‌کند. پاسخگویی (۲۷ ساله، دیپلمه، خدماتی) که در زمان ازدواج موقت باردار شده است، می‌گوید: «شرایط خیلی بدی است. خوب تنهایی... بعد مثلاً اگر مامانم می‌دانست یا یکی می‌دانست خوب خیلی راحت‌تر بودم. بعد جان و زندگی خودم در خطر بود. اصلاً اگر خودم هم از بین می‌رفتم، کی می‌خواست ثابت کند که این بچه حلال بوده؟ همه فکر می‌کردند این بچه نامشروع است، خیلی وضعیت بدی داشتم».

۳. هراس از تقابل با آموزه‌های مذهبی: به جرئت می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین تردیدهایی که بر تصمیم‌گیری زن اثر می‌گذارد و او را با خود درگیر می‌کند، قرارگرفتن بر سر دوراهی است که سقط را از یک سو گناه می‌شمرد و از طرف دیگر موقعیت زن او را به انجام سقط وامی‌دارد. صرف‌نظر از نوع این دلایل و اهمیت و قدرت قانع‌کنندگی آنها، این هراس در اغلب زنان بروز پیدا می‌کند. به‌خصوص در بافت مذهبی اجتماع ما که سقط‌جنین از نظر مذهبی و شرعی نکوهیده است. پاسخگویی (۲۰ساله، دیپلمه، خانه‌دار) می‌گوید: «بیشتر همین که اگر بچه را بیندازم گناه کرده‌ام، اگر نیندازم آبرویم می‌رود، اصلاً بلاتکلیف بودم. تکلیف خودم مشخص نبود، اصلاً نمی‌دانستم چه کار کنم».

۴. افزایش تحریک‌پذیری و خشم: فشارهای وارد به شخص در این فاصله زمانی، یعنی بین مواجهه با بارداری ناخواسته تا انجام سقط، می‌تواند منجر به افزایش تحریک‌پذیری و بروز واکنش‌هایی چون خشم و ناراحتی در این مقطع شود.

#### روش‌های انجام سقط

محل‌ها و عوامل انجام سقط: شناخت روش‌هایی که زنان برای اقدام به سقط به‌کار می‌برند، افراد، مکان‌ها، همراهان، معرفان و هزینه‌های پرداختی برای آن، به درک بهتر فرایند اقدام به سقط کمک می‌کند. افزون‌براین، بین صدمه‌های جسمی، واکنش‌های روحی و فشارهای اقتصادی ناشی از سقط و روش‌های آن رابطه‌ای انکارنشدنی وجود دارد. اگرچه، جز چند پاسخگو، همه مصاحبه‌شوندگان برای انجام سقط، به پزشک (متخصص یا عمومی) یا ماما مراجعه کرده‌اند، به‌همان میزان، قبل از مراجعه به پزشک، یک یا چند روش گیاهی یا شیمیایی را برای انجام سقط به‌کار برده و در نتیجه ناموفق‌بودن یا ایجاد مشکل در آن به متخصص مراجعه کرده‌اند. دوم اینکه به‌صرف مهارت افراد اقدام‌کننده، نمی‌توان سقط عمدی را بهداشتی نیز محسوب کرد، چراکه اغلب این سقط‌ها در محل و محیط‌های غیربهداشتی یا فاقد امکانات کافی صورت می‌گیرد. حتی اگر همان‌طور که برخی پاسخگویان اشاره کرده‌اند، مطب محلی شیک و تمیز هم باشد، باز هم فاقد استانداردهای لازم برای مواجهه با بروز خطر احتمالی سقط‌های غیرقانونی است. پاسخگویی (۲۳ساله، دیپلمه، خانه‌دار) درباره محلی که سقط را در آنجا انجام داده می‌گوید: «این هم که می‌گویم وسائل استریل نبود. من دیدم وسائل روی بخاری را برداشتند، شعله‌های بخاری را زیاد کردند. این وسائل را چیده بودند مثل کباب‌پز... بعد اینها را چیده بودند روی آن. خیلی برابیم (عجیب) بود».

همراهان: در همه اقدام به سقطها مهم‌ترین فرد همراه شوهر است. حتی اگر برای انجام آن رضایت کامل نداشته باشد، حضور همسر به دلیل نقش حمایتی که ایفا می‌کند برای زنان بسیار ارزشمند است.

معرفها: دوستان اولین گزینه‌ها برای جست‌وجوی محل و افراد اقدام‌کننده به سقط هستند. تقریباً اکثر پاسخگویان از طریق دوستان خود با این مکان‌ها آشنا شده‌اند. برخی دیگر از طریق آشنایی‌های شخصی و برخی هم از طریق منشی‌های مطب و حتی یک مورد از طریق کادر رسمی مرکز بهداشت و درمان به این افراد دسترسی یافته‌اند.

### روش‌های اقدام به سقط

مصرف داروهای شیمیایی، شامل قرص و تزریق آمپول؛ استفاده از داروهای گیاهی؛ ضربه فیزیکی، شامل سقوط از پله‌ها یا رابطه جنسی خشن و سرانجام جراحی (کورتاژ) روش‌هایی هستند که برای اقدام به سقط استفاده می‌شوند.

هزینه‌ها: تهیه هزینه‌های انجام سقط بخش مهمی از مسئله اقدام به سقط را تشکیل می‌دهد. این هزینه‌ها بسته به شیوه به کاررفته (گیاهی، شیمیایی یا جراحی)، فرد اقدام‌کننده و تخصص او، محل انجام سقط و البته سالی که سقط صورت گرفته متغیر است.

هزینه‌های غیرواقعی: طی صحبت با مامایی که خود به انجام سقط‌های غیرقانونی مبادرت ورزیده بود، این‌طور مطرح شد که به‌طور معمول و برای انجام قانونی همین سقط‌ها با روش‌های مشابه، هزینه داروها و آمپول‌ها ده‌ها بار کمتر از قیمتی است که برای تهیه آنها از بازار سیاه پرداخت می‌شود. به این هزینه‌ها باید مخارج مربوط به سونوگرافی، آزمایش‌ها، روش‌های اولیه ناموفق، پیگیری‌های بعدی پزشکی، باقی ماندن بخشی از محصولات بارداری و نیاز به جراحی مجدد و... را نیز افزود. این هزینه‌ها نشان می‌دهد که چگونه سقط غیرقانونی می‌تواند به تجارتی پرسود مبدل شود.

تحمیل فشار مالی بر خانواده: به نظر می‌رسد زیرزمینی و غیرقانونی بودن سقط زمینه مساعدی برای جریان کثیف کسب درآمد برخی سودجویان حتی در لباس کادر پزشکی، فراهم آورده است. ازسوی دیگر، سقط بر خانواده‌ای که به‌طور معمول از وضعیت بد اقتصادی رنج می‌برد هزینه تحمیل می‌کند. پاسخگویی (۴۶ ساله، فوق‌دیپلم، فرهنگی بازنشسته)، که خود در زمان انجام سقط‌ها معلم بوده و برای اولین سقط ده‌هزار تومان، دومی بیست‌هزار تومان و سومین سقط صد‌هزار تومان پرداخت کرده است، می‌گوید: «آره، ده‌هزار تومن بود، آن موقع حقوق من چهارهزار تومن بود. مثلاً دوبرابر حقوق من بود». گاهی پاسخگویان در چنان وضعیت

مالی نامطلوبی قرار داشته‌اند که برای تأمین هزینه‌ها ناگزیر از قرض کردن شده‌اند. پاسخگویی (۳۹ ساله، دیپلمه، کمک‌بہیار) دربارهٔ تهیهٔ هزینه‌های سقط می‌گوید: «یک‌جوری بود که پول هم نداشتم. نمی‌دانم چی شد، گردن‌بند دخترم را گذاشتم. پنجاه‌تومان هم داشتم دادم. یادم نیست ولی می‌دانم گروبی گردن‌بند دخترم را گذاشتم».

### پیامدهای اجتماعی

تغییر در روابط زناشویی: ابعاد سلامت در سه‌بعد جسمی، روانی و اجتماعی درهم تنیده‌اند. مشکلات جسمی قادرند بر روحیهٔ افراد و سپس بر عملکرد اجتماعی ایشان اثر بگذارند. مشخص‌ترین پیامد اجتماعی سقط به تغییرات جسمی و خلقی بین زن و شوهر بازمی‌گردد. بخشی از این تغییرات معلول طبیعت سقط جنین، مثل درد و خونریزی است، اما بخش دیگر آن به نگاه و نگرش زن به نقش همسر در بوجود آمدن وضعیت جدید مربوط می‌شود. مقصدانستن شوهر و ترس از بارداری ناخواسته می‌تواند بر روابط جسمی و عاطفی زوجین اثر نامطلوب به‌جا بگذارد. در بین کسانی که این تغییرات را تجربه کرده‌اند، کشمکش و دعوا و کاهش روابط جنسی معمول‌ترین مواردند. پاسخگویی (۳۰ ساله، فوق‌دیپلم، معلم) می‌گوید: «یک‌جورهایی من از شوهرم، شوهرم از من، یک‌جورهایی از هم جدا شده بودیم به‌خاطر اتفاق‌هایی که پیش آمده بود». شدت این تغییرات به احساس زن در مقصدانستن شوهر، روابط عاطفی زوجین قبل از سقط، شدت صدمه‌های جسمی وارد بر زن و نگاه کلی زن به سقط باز می‌گردد. اثر بر روابط با اطرافیان: با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد روابط زن با دیگران، با واکنش‌های روحی پس از سقط در ارتباط نزدیک است. افسردگی پس از سقط می‌تواند منجر به اختلال در برقراری روابط با دیگران شود. اثر بر رفتار با فرزندان دیگر: بخشی از تغییرات مربوط به روابط با دیگران، به تغییرات رفتاری با فرزندان قبلی خانواده (در صورت حضور) بازمی‌گردد. از آنجاکه مراقبت از فرزندان مسئولیتی تمام‌وقت و همیشگی برای زن قلمداد می‌شود، زنان حتی در موقعیت‌های دشوار روحی و احساسی بازهم از این مسئولیت شانه خالی نمی‌کنند. باین‌حال باید پذیرفت کیفیت این نگره‌داری از کمیت آن مهم‌تر است. زنان در پاسخ به این پرسش که پس از سقط رفتار آنان با فرزندان‌شان چه تغییری کرده است، اغلب تغییر خاصی را عنوان نکرده‌اند. باین‌حال نگرش‌های روحی خاص، مثل حس مجازات‌شدن پس از سقط، برخی از زنان را دچار نگرانی و ترس از سلامت کودکان خود می‌کند و به تبع همین احساس، مراقبت و نگره‌داری از کودکان

افزایش می‌یابد. مریم درباره رفتار با دو فرزند قبلی‌اش می‌گوید: «خیلی بیشتر مواظبشان بودم، چون احساس می‌کردم توانش را باید آن‌دوتا پس بدهند».

اگرچه نباید از نظر دور داشت که برخی پاسخگویان نیز به کیفیت پایین مراقبت از کودک، درعین‌بالارفتن کمیت این رسیدگی‌ها، اشاره کرده‌اند.

اثر بر اشتغال و کار: فعالیت‌های اقتصادی زنان بر اثر سقط می‌تواند دستخوش تغییراتی شود. اغلب مشکلات جسمی بر کمیت کار، به‌واسطه مرخصی گرفتن، غیبت از کار یا ترک شغل، تأثیر داشته و مسائل احساسی و روحی بر کیفیت کار، مثل ناتمام ماندن کار یا بی‌میلی به انجام کار، اثر می‌گذارند. درمیان پاسخگویانی که هنگام اقدام به سقط شاغل بوده‌اند، هردوی این مسائل مشاهده شده‌اند.

پاسخگویی (۳۰ ساله، فوق‌دیپلم، معلم) می‌گوید: «صددرصد. بین روی کارم تأثیر گذاشت، توی کار آدم تأثیر می‌گذارد؛ به‌خصوص کسی مثل من. باورکن میلی نداشتم، بچه‌ها می‌آمدند، من دوست نداشتم کار کنم، اصلاً دوست نداشتم درس را یاد بدهم، حداقل دو - سه‌ماهه زمان برد».

### نتیجه‌گیری

سقط‌جنین پدیده‌ای چندبعدی و میان‌رشته‌ای و مسئله‌ای اجتماعی و شایسته بررسی قلمداد می‌شود. دلیل‌های زیادی وجود دارد که انتظار داشته باشیم میزان سقط‌جنین عمدی در ایران بیش از آمارهای رسمی باشد که در این‌باره ارائه می‌شود. بخشی از این دلیل‌ها به ساختارهای کلان (مثل رشد جمعیت جوان کشور یا اقتصاد جامعه) مربوط بوده و برخی به سطوح خرد و فردی (مثل تغییرات نگرشی) بازمی‌گردند. بخشی از یافته‌های این تحقیق به اطلاعات شخصی پاسخگویان مربوط می‌شود. با محاسبه دفعات پرشمار سقط در زنانی که بیش از یک‌بار سقط‌جنین عمدی کرده‌اند، بیشترین تعداد سقط‌ها در ۲۶ تا ۳۰ سالگی به‌وقوع پیوسته است و اغلب پاسخگویان هنگام سقط دیپلمه و خانه‌دار بوده‌اند و سن جنین در اغلب سقط‌ها یک‌ماه‌ونیم بوده است. در مواردی که سقط دیرتر انجام شده است، نامنظم بودن عادت ماهیانه و بی‌اطلاع ماندن زن از بارداری، ناموفق بودن روش‌های اولیه اقدام به سقط و بالارفتن سن بارداری، زمان‌بر بودن یافتن محل و افرادی که سقط را انجام دهند و تداخل حالات بارداری با برخی بیماری‌ها دلیل این تأخیر مطرح شده است. بخش تصمیم‌گیری برای ادامه‌دادن یا ختم بارداری ناخواسته، دشوارترین بخش فرایند اقدام به سقط بیان شده است. عوامل زیادی در این تصمیم‌گیری‌ها دخیل‌اند. نظر شوهر و نقش او احتمالاً پررنگ‌ترین تأثیر را دارند. به‌علاوه، پایین بودن سن بارداری، سستی دیدگاه‌های مذهبی به سقط‌جنین عمدی، نظر تأییدکننده

اطرافیان، قانع‌کننده بودن دلایل اقدام به سقط برای زوجین و سرعت‌عمل در تصمیم‌گیری، به‌نحوی که راه را برای مشاوره‌های بهتر یا سنجیدن تمام جوانب قضیه ببندد، موجب انتخاب ختم بارداری به‌عنوان گزینه نهایی می‌شوند. نقش شوهر در تصمیم‌گیری را می‌توان در سه عنوان مخالف، موافق مشروط و اجبارکننده تقسیم‌بندی کرد. به‌همین دلیل است که اجبار شوهر می‌تواند جزء دلایل سقط جنین به‌شمار آید. اطرافیان در فرایند تصمیم‌گیری کمتر طرف مشورت قرار می‌گیرند؛ مگر آنکه در اقدام به سقط، به زوجین کمکی برسانند. به‌همین دلیل است که بیشتر خواهران (خواهرزن و خواهرشوهر) و دوستان در جریان این تصمیم قرار می‌گیرند و مسئله به‌دلیل مخالفت‌های احتمالی بزرگ‌ترها از آنان مخفی نگه داشته می‌شود. اغلب پاسخگویان بیان کرده‌اند که تصمیم‌گیری بسیار سریع بوده و در فاصله‌های زمانی کوتاه‌مدت به افراد و وسائل لازم دسترسی یافته‌اند. هرچند در این فاصله زن با نگرانی‌هایی دست‌به‌گریبان می‌شود؛ اصلی‌ترین این نگرانی‌ها به هراس از به‌خطرافتادن سلامت جسمی زن مربوط می‌شود. بعدازآن، می‌توان به تعارض این عمل با اعتقادات مذهبی یا هراس از خدشه‌دار شدن حیثیت اجتماعی زن اشاره کرد که موجب بروز احساس هیجان و خشم در زن می‌شود. اگرچه باوجود این موانع، زن با ارزیابی موقعیت، خطر این اقدام را بر خود هموار می‌کند و به سقط عمدی جنین خود دست می‌زند.

هنگام اقدام به سقط و در گام اول، اغلب زنان در منزل و با کمک شوهر یا دوستان و به روش‌های گیاهی یا تزریقی اقدام به سقط می‌کنند. 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. به‌همین دلیل در گام بعدی به پزشک یا ماما برای مداخلات بیشتر (کورتاژ) مراجعه می‌شود. هزینه‌های سقط نیز با توجه به روش، اقدام‌کننده، محل و سال اقدام متفاوت است. هرچند اغلب مواقع این هزینه‌ها در صورت قانونی بودن سقط ده‌بار کمتر خواهد بود. بنابراین می‌توان ادعا کرد فروش شیاف‌ها، قرص‌ها و آمپول‌ها در بازار سیاه و نیز اقدام غیرقانونی عاملان سقط و دستمزدهای گزاف آنها به تجارتي پرسود تبدیل شده است. بیشترین پاسخگویان ما برای اقدام به سقط به پزشکان زن و مطب‌های خصوصی مراجعه کرده بودند.

پیامدهای سقط جنبه‌هایی اجتماعی نیز دارد. مهم‌ترین آنها به تغییرات رفتاری با همسر و فرزندان بازمی‌گردد. تغییر در روابط زناشویی، چه در ابعاد جسمی و چه در جنبه‌های عاطفی، بخشی از این دگرگونی‌ها هستند؛ به‌خصوص اگر زن مجبور به سقط شده باشد. گاه نیز این تغییرات به واکنش‌های احساسی شوهر مربوط می‌شود؛ یعنی این شوهر است که به روابط