



## Woman in Development and Politics

### Women's Coping Strategies in Confronting Intentional Abortion: From Decision to Experience

Nayereh Ahmadi<sup>1</sup> | Touba Shakeri Golpaygani<sup>2✉</sup> | Shohre Rowshani<sup>3</sup> |  
Maryam Jamali<sup>4</sup>

1. PhD Candidate, Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: [ahmadinayereh@modares.ac.ir](mailto:ahmadinayereh@modares.ac.ir)
2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: [t.shakeri@modares.ac.ir](mailto:t.shakeri@modares.ac.ir)
3. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran. E-mail: [sh.rowshani@alzahra.ac.ir](mailto:sh.rowshani@alzahra.ac.ir)
4. Assistant Professor, Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: [maryam.jamali@modares.ac.ir](mailto:maryam.jamali@modares.ac.ir)

#### Article Info

##### Article type:

Research Article

##### Article history:

Received: 10 May 2025

Received in revised form: 18

July 2025

Accepted: 7 September 2025

Published online: 23 October  
2025

##### Keywords:

*Descriptive Phenomenology,*

*Intentional Abortion*

*Experience,*

*Women's Coping Strategies.*

#### ABSTRACT

Women are subjected to distressing circumstances during the decision-making process and in the post-abortion period as a result of intentional abortion. The objective of this investigation is to ascertain the coping mechanisms that women employ when confronted with the consequences of intentional abortion. Using a descriptive phenomenological approach, in-depth semi-structured interviews were conducted with 40 women who had experienced intentional abortion in Alborz Province in 2024. The findings of this study indicate that women implement a variety of coping strategies when confronted with intentional abortions. These strategies can be classified into four primary approaches: "protective-restorative actions," "moral reckoning," "justification-building," and "comprehensive avoidance." The "justification-building" approach integrates rational, religious, and social arguments to transform abortion from a stigma to a legitimate and inevitable decision within specific life circumstance. The "comprehensive avoidance" approach serves as a defensive mechanism, employing cognitive-emotional strategies to alleviate the psychological burden of this decision. The "moral reckoning" approach is indicative of the critical reflection and reevaluation of this experience within the context of women's personal value systems. Finally, "protective-restorative actions" illustrate systematic endeavors to mitigate the repercussions by implementing compensatory and preventative measures. Collectively, these strategies symbolize women's endeavors to preserve psychosocial equilibrium within the existing cultural, social, and religious context. An evidence framework for the development of comprehensive reproductive policies and targeted psychological interventions in Alborz Province can be established by the study's findings. Such initiatives have the potential to prevent intentional abortions and reduce their negative psychosocial consequences by incorporating the adaptive strategies identified in counseling services.

**Cite this article:** Ahmadi, N., Shakeri Golpaygani, T., Rowshani, Sh., & Jamali, M. (2025). Women's Coping Strategies in Confronting Intentional Abortion: From Decision to Experience. *Women in Development and Politics*, 23(3), 389-425. DOI: <https://doi.org/10.22059/jwdp.2025.395031.1008538>



© The Author(s).

Publisher: The University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jwdp.2025.395031.1008538>



انتشارات دانشگاه تهران

## زن در توسعه و سیاست

### راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین عمدی: از تصمیم تا تجربه

نیره احمدی<sup>۱</sup> | طوبی شاکری گلپایگانی<sup>۲</sup> | شهره روشنی<sup>۳</sup> | مریم جمالی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: [ahmadinayereh@modares.ac.ir](mailto:ahmadinayereh@modares.ac.ir)
۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: [t.shakeri@modares.ac.ir](mailto:t.shakeri@modares.ac.ir)
۳. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. رایانامه: [sh.rowshani@alzahra.ac.ir](mailto:sh.rowshani@alzahra.ac.ir)
۴. استادیار، گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: [maryam.jamali@modares.ac.ir](mailto:maryam.jamali@modares.ac.ir)

#### اطلاعات مقاله

#### چکیده

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

تجربه سقط جنین عمدی، زنان را هم در مرحله تصمیم‌گیری و هم در دوره پس از آن با موقعیتی تنش‌زا مواجه می‌سازد. هدف این پژوهش، شناسایی راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی است. به این منظور، با اتخاذ رویکرد پدیدارشناسی توصیفی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق با ۴۰ زن دارای سابقه سقط جنین عمدی در استان البرز در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی، از راهبردهای متنوعی با چهار رویکرد کلی «کنش‌های حفاظتی-ترمیمی»، «واگشت اخلاقی»، «بیین‌سازی توجیه‌گرانه» و «گریز همه‌جانبه» بهره می‌گیرند. «بیین‌سازی توجیه‌گرانه» از طریق تلفیق استدلال‌های عقلانی، مذهبی و اجتماعی، تصمیم سقط را از حیطة رفتارهای تابویی خارج می‌کند و به انتخابی مشروع و اجتناب‌ناپذیر در چارچوب شرایط خاص زندگی تبدیل می‌سازد. رویکرد «گریز همه‌جانبه» به‌عنوان سازوکار دفاعی، با راهبردهای شناختی-هیجانی، از بار روانی این تصمیم می‌کاهد. رویکرد «واگشت اخلاقی» نیز بازتاب فرایند بازاندیشی انتقادی زنان در ارزیابی مجدد این تجربه در پرتو نظام ارزشی شخصی است. درنهایت، «کنش‌های حفاظتی-ترمیمی» بیانگر تلاش نظام‌مند برای مدیریت پیامدهای این تجربه از طریق راهکارهای پیشگیرانه و جبرانی است. این مجموعه راهبردها در کلیت خود، نمایانگر کوشش زنان برای حفظ توازن روانی-اجتماعی در بستر فرهنگی، اجتماعی و دینی حاکم است. نتایج این پژوهش می‌تواند مبنای علمی برای طراحی سیاست‌های جامع باروری و مداخلات روان‌شناختی هدفمند در سطح استان البرز قرار گیرد؛ به‌گونه‌ای که هم از سقط‌های عمدی پیشگیری کند و هم با ارائه خدمات مشاوره‌ای مبتنی بر راهبردهای سازگارانه شناسایی شده، از پیامدهای منفی روانی-اجتماعی سقط بکاهد.

#### کلیدواژه‌ها:

پدیدارشناسی توصیفی، تجربه سقط جنین عمدی، راهبردهای زنان.

**استناد:** احمدی، نیره، شاکری گلپایگانی، طوبی، روشنی، شهره، و جمالی، مریم (۱۴۰۴). راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین عمدی: از تصمیم تا تجربه. زن در توسعه و سیاست، ۲۳(۳)، ۳۸۹-۴۲۵. DOI: <https://doi.org/10.22059/jwdp.2025.395031.1008538>

DOI: <https://doi.org/10.22059/jwdp.2025.395031.1008538>



© نویسندگان.

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.

**۱. مقدمه**

سقط جنین عمدی، به عنوان یکی از پیچیده‌ترین تجارب زیسته زنان، کنشی چندبعدی است که در تقاطع عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی قرار می‌گیرد. از منظر فردی، سقط جنین فقط رویدادی پزشکی نیست، بلکه تجربه‌ای زیسته است که زنان را وادار به بازتعریف هویت فردی، نقش مادری و جایگاه اخلاقی خود می‌کند. این بازتعریف، اغلب از طریق فرایندهای ذهنی و کنشی که زنان برای مدیریت این تجربه به کار می‌گیرند، صورت می‌گیرد که هم در مرحله پیش از تصمیم‌گیری و هم در مرحله پس از سقط شکل می‌گیرند.

سقط جنین عمدی منحصر به کشور ما نیست و به عنوان یک معضل جهانی، با آمارهای تأمل برانگیزی در جهان همراه است. براساس داده‌های سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، سالانه تقریباً ۷۳ میلیون مورد سقط جنین عمدی در جهان رخ می‌دهد (Somaiya & Lew, 2023). برآوردها حاکی از آن است که در ایران نیز سالانه حدود ۲۵۰ هزار مورد سقط عمدی رخ می‌دهد (Akbari et al., 2025). این ارقام نه تنها بیانگر ابعاد جمعیتی این پدیده است، بلکه بر ضرورت درک عمیق‌تر تجربه ذهنی زنان از این کنش تأکید دارد؛ چرا که افراد به وقایع و موقعیت‌هایی که با آن مواجه می‌شوند معنا می‌دهند، به آن‌ها احساس دارند، درمورد آن‌ها فکر می‌کنند. پس از این، آن‌ها را به عنوان مسئله یا مشکل، چالش یا هدف درک می‌کنند و بعد از این مرحله از طریق کنش-هم‌کنشی به آن‌ها پاسخ می‌دهند (Strauss & Corbin, 2021: 154).

براساس شواهد پژوهشی، سقط جنین عمدی پیامدهای بلندمدت و گسترده‌ای در سطوح مختلف فردی و اجتماعی بر جای می‌گذارد. از نظر جسمانی این عمل می‌تواند عوارض قابل توجهی به همراه داشته باشد (Motavalli et al., 2012: 385). مطالعات اخیر نشان می‌دهد زنانی که سابقه سقط جنین داشته‌اند، بیشتر از زنانی که سابقه نداشته‌اند، در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند (Littell et al., 2024; Reardon, 2018). در سطح فردی، این تجربه می‌تواند سبب بروز پیامدهای منفی مانند علائم اضطراب یا افسردگی (Biggs et al., 2017)، احساس گناه و اندوه (Rocca et al., 2021)، عذاب وجدان، نگرانی از اختلال در باروری آینده، اضطراب سقط ناقص و همچنین ترس از پیامدهای معنوی و اجتماعی یا پیامدهای مثبت مانند احساس رضایت از رهاشدن، احساس استقلال و احساس مالکیت بر بدن شود (Azadvari, 2020). از منظر اجتماعی، پیامدهای این پدیده شامل کاهش تعاملات اجتماعی، شکل‌گیری بی‌اعتمادی بین فردی (Azadvari, 2020)، انزوای اجتماعی (Kimport et al., 2016) و مواجهه با انگ اجتماعی است (Garnsey et al., 2024; Jeltsch & Berger-Höger, 2024; Moore et al., 2021).

با توجه به شیوع سقط‌جنین عمدی و پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از آن، مطالعه جامع ابعاد این پدیده می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در مدیریت این معضل ایفا کند. سقط‌جنین عمدی به‌عنوان یک تجربه چندبعدی، زنان را در موقعیتی پیچیده از تنش‌های روانی، تعارضات اخلاقی و فشارهای اجتماعی قرار می‌دهد که به اتخاذ راهبردهای متنوعی منجر می‌شود. این پژوهش با تمرکز بر شناسایی راهبردهای زنان در مواجهه با سقط‌جنین عمدی، از دو منظر دارای اهمیت بنیادین است. نخست آنکه درک جامع پیامدهای سقط‌جنین عمدی بدون توجه به راهبردهای مقابله‌ای که زنان به‌کار می‌گیرند، ناقص خواهد بود؛ چرا که این راهبردها به‌صورت پویا با پیامدهای تجربه‌شده در تعامل هستند و می‌توانند هم تشدیدکننده و هم تعدیل‌کننده پیامدهای منفی باشند. دوم آنکه از منظر کاربردی، شناسایی این راهبردها پایه‌ای اساسی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند فراهم می‌آورد؛ چه در قالب برنامه‌های پیشگیرانه برای تقویت راهبردهای سازگارانه پیش از اقدام به سقط و چه در قالب پروتکل‌های درمانی برای کاهش آسیب‌های پس از سقط. براین اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است که زنان در مواجهه با سقط‌جنین عمدی، در مرحله تصمیم‌گیری به سقط و پس از اقدام به سقط، چه راهبردهایی اتخاذ می‌کنند.

## ۲. پیشینه پژوهش

### ۲-۱. پیشینه تجربی

علی‌رغم انجام مطالعات متعدد در حوزه سقط‌جنین عمدی، از جمله تحقیقات حاتمی‌فر و رضایی (۲۰۲۵)، خانی و همکاران (۲۰۲۵)، غضنفری و همکاران (۲۰۲۵) و همچنین آزادواری و حبیب‌پور گتایی (۲۰۲۳) که به بررسی ابعاد مختلفی از جمله شیوع، علل و انگیزه‌های اقدام به سقط‌جنین عمدی و پیامدهای آن پرداخته‌اند، پژوهش‌های محدودی به موضوع راهبردهای زنان در مواجهه با پدیده سقط‌جنین عمدی اختصاص یافته است. آزادواری (۲۰۲۰) راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط‌جنین عمدی را در دو محور «پنهان‌کاری» و «علنی‌سازی» شناسایی کرد. یافته‌های او نشان داد زنان به دلایلی مانند جلوگیری از مداخله اطرافیان یا پیشگیری از وارد شدن فشار روانی بر دیگران تجربه سقط خود را از دید دیگران مخفی نگه می‌دارند. مطابق پژوهش ظفری دیزجی (۲۰۱۴) راهبردهای زنان در مواجهه با سقط‌جنین عمدی عبارت‌اند از: عدم تکرار، مخفی‌کردن از ترس طرد اجتماعی، جلب حمایت و تأیید اطرافیان و همسر، فراموشی، سازش و رضایت از سقط‌جنین، کنترل صحیح بارداری، توانمندسازی خویش و ایجاد آرامش.

در بسیاری از کشورها، سقط جنین عمدی مسئله مستقلی در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه تمرکز اصلی بر پیامدهای منفی سقط جنین غیرایمن است. براین اساس، بخش قابل توجهی از مطالعات در زمینه سقط جنین در خارج از ایران، به بررسی موانع دسترسی به سقط جنین ایمن و همچنین جریان‌های مخالف با این محدودیت‌ها اختصاص یافته است؛ از جمله پژوهش‌های نووکلیمن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۵)، فرناندز و آدامچیک<sup>۲</sup> (۲۰۲۵)، پلزنتس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۴) و اسکولیو و نایاک<sup>۴</sup> (۲۰۲۳). علاوه بر این، برخی مطالعات به تحلیل عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری برای سقط جنین پرداخته‌اند، از جمله پژوهش‌های بینایو<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۲) و هونئوس<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۰). به این ترتیب در میان پژوهش‌های خارجی نیز توجه محدودی به این موضوع معطوف شده است. مطالعه یلتس و برگر<sup>۷</sup> (۲۰۲۴) نشان داد انگ اجتماعی سقط جنین سبب پنهان‌کاری و در نتیجه کاهش قابل توجه بهره‌برداری از خدمات مشاوره‌ای موجود می‌شود. طبق پژوهش گارنزی<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۴) انگ اجتماعی سقط جنین، به‌عنوان عنصری سنگین در تجربه ذهنی افراد، موجب خودداری بسیاری از متقاضیان از جستجوی حمایت مادی یا عاطفی در شبکه‌های اجتماعی و نیز گسست روابط بین فردی با پیامدهای گسترده عاطفی و مادی می‌شود. مطابق مطالعه مور<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۱)، زنانی که به سبب اتخاذ راهبرد پنهان‌کاری از ترس انگ اجتماعی سقط جنین نمی‌توانند به شبکه اطرافیان خود اعتماد کنند، با احتمال بیشتری با محدودیت‌های مالی در دسترسی به خدمات سقط جنین مواجه می‌شوند.

در مجموع با مرور مطالعات انجام‌شده در زمینه سقط، با توجه به پژوهش‌های محدودی که در زمینه راهبردهای مواجهه با سقط جنین انجام شده است، این مطالعه با پرکردن خلأ پژوهشی موجود در مورد راهبردهای زنان در مواجهه با این پدیده پیچیده می‌تواند به غنای ادبیات علمی در این حوزه کمک کند.

1. Nov-Klaiman, T.
2. Fernández, J., & Adamczyk, A.
3. Pleasants, E.
4. Scoglio, A., & Nayak, S.
5. Binayew, M.
6. Huneus, A.
7. Jeltsch, C., & Berger-Höger, B.
8. Garnsey, A.
9. Moore, B.

## ۲-۲. پیشینه نظری

در مطالعه حاضر، سقط جنین عمدی<sup>۱</sup> به خاتمه دادن آگاهانه و ارادی به بارداری از طریق روش‌های پزشکی یا جراحی اطلاق می‌شود که با قصد صریح پایان دادن به حیات جنین در حال تکوین صورت می‌پذیرد (Kaveny, 2023). تجربه زیسته نیز به ادراکات ذهنی و تفسیرهای فردی از پدیده‌ها اشاره دارد که از طریق توصیف عمیق و بازتابی تجارب بی‌واسطه افراد آشکار می‌شود (Bailey, 2021). مواجهه<sup>۲</sup> در راهبرد پدیدارشناسی به تجارب مستقیم و زیسته افراد در تعامل با پدیده‌های مورد مطالعه اشاره دارد که در آن تأکید اصلی بر ادراکات، تفسیرها و معناسازی‌های ذهنی مشارکت‌کنندگان قرار می‌گیرد (Yee, 2019). به این ترتیب در این پژوهش، مواجهه به معنی رویارویی با تجربه سقط جنین عمدی است. راهبردها به پاسخ‌های افراد در مواجهه با رویدادها یا شرایط چالش‌برانگیز زندگی اشاره دارد که طی فرایندی پویا شکل می‌گیرد. این فرایند با معناداری شناختی به رویدادها و شکل‌گیری واکنش‌های عاطفی آغاز می‌شود، سپس از طریق تشخیص ماهیت موقعیت (به‌عنوان مشکل، چالش یا هدف) و تحلیل پیامدهای بالقوه ادامه می‌یابد و در نهایت به ارائه پاسخ‌های تعاملی منجر می‌شود (Strauss & Corbin, 2021: 154).

راهبردهای مقابله‌ای به مجموعه‌ای از تلاش‌های رفتاری و روان‌شناختی آگاهانه و هدفمند اشاره دارد که به منظور مدیریت شرایط استرس‌زا و افزایش تحمل فرد در مواجهه با عوامل تنش‌زا به کار گرفته می‌شوند (Kosia et al., 2021). راهبردهای مقابله‌ای ارتباط تنگاتنگی با نحوه درک افراد از وقایع اطرافشان دارند (Palacios-Serna et al., 2024). این مفهوم براساس دیدگاه‌های نظری مختلف، به‌ویژه مدل تعاملی استرس و مقابله لازاروس و فولکمن<sup>۳</sup> (۱۹۸۴)، تکامل یافته است. مدل مذکور دو فرایند محوری را معرفی می‌کند: «ارزیابی شناختی» و «راهبردهای مقابله». ارزیابی شناختی فرایندی است که طی آن، فرد عوامل استرس‌زا را به‌عنوان «تهدید»، «چالش» یا «پدیده بی‌خطر» شناسایی می‌کند. این فرایند ارزیابی نقش تعیین‌کننده‌ای در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان مجموعه‌ای از کنش‌ها و فرایندهای شناختی پویا تعریف می‌شوند که افراد به‌منظور مدیریت الزامات درونی و بیرونی ناشی از تعامل استرس‌زای فرد-محیط به کار می‌گیرند. در این مدل تلاش‌های رفتاری و شناختی فرد برای مدیریت عامل استرس‌زا به دو دسته «مقابله مسئله‌محور» و «مقابله هیجان‌محور» تقسیم می‌شوند. مقابله مسئله‌محور یک راهبرد

1. Deliberate Abortion

2. Exposure

3. Folkman, S., & Lazarus, R.

انطباقی است که مستلزم پرداختن به علت ریشه‌ای عامل استرس‌زا است. راهبردهایی مانند تمرکز بر حل مسئله، برنامه‌ریزی برای تغییر وضعیت، جستجوی حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، ارزیابی مجدد موقعیت به شیوه‌ای مثبت و اتخاذ گام‌های مستقیم برای کاهش عامل استرس‌زا مسئله‌مدارند. در مقابل، مقابله هیجان‌محور مستلزم مدیریت پاسخ‌های هیجانی به عامل استرس‌زا است تا پرداختن به خود عامل استرس‌زا. مقابله هیجان‌محور می‌تواند شامل راهبردهایی مانند تخلیه هیجانی، اجتناب-فرار، سرزنش خود، انکار یا جستجوی حمایت اجتماعی برای تسکین هیجانی باشد (Folkman et al., 1986). کارور<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۹) نیز راهبردهای مقابله را در چهار گروه کلی مقابله متمرکز بر مسئله، مقابله متمرکز بر هیجان، مقابله کمتر سودمند و مقابله ناکارآمد طبقه‌بندی کرده‌اند که هر طبقه مشتمل بر تعدادی راهبرد فرعی است. مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم، خویش‌داری و جستجوی حمایت اجتماعی-بزاری بیانگر ابعاد مقابله متمرکز بر مسئله هستند. جستجوی حمایت اجتماعی-عاطفی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، انکار و گرایش به مذهب، جنبه‌های مقابله متمرکز بر هیجان را بیان می‌کنند. تمرکز بر عواطف، عدم درگیری رفتاری و عدم درگیری روانی، شیوه‌های مقابله‌ای کمتر سودمند را نشان می‌دهند. همچنین تکانش‌وری، تفکر منفی، تفکر خرافی، تفکر آرزومندانه و استفاده از دارو و دخانیات، مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد را نشان می‌دهند (Carver et al., 1989). اندلر و پارکر<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) نیز راهبردهای مقابله‌ای را در سه طبقه اصلی راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و راهبرد مقابله‌ای اجتناب‌مدار دسته‌بندی کرده‌اند. راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار شامل فرایندهای شناختی و رفتاری هدفمندی است که فرد را قادر می‌سازد اطلاعات مربوط به موقعیت تنش‌زا و پیامدهای بالقوه آن را به‌طور نظام‌مند پردازش کند. راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بر تنظیم هیجانات و حفظ نگرش مثبت در مواجهه با عوامل استرس‌زا تأکید دارد. راهبرد مقابله‌ای اجتناب‌مدار شامل فرایندهای دفاعی روان‌شناختی نظیر انکار یا کم‌اهمیت‌شماری موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود. مبتنی بر این الگو، افراد به‌صورت آگاهانه افکار استرس‌زا را سرکوب می‌کنند و با جایگزین‌سازی شناختی، به تخفیف تنش‌های روانی می‌پردازند (Endler & Parker, 1990). مطالعه سبک‌های مقابله‌ای نشان می‌دهد افراد تحت تأثیر ارزیابی شناختی از موقعیت تنش‌زا و میزان درک کنترل‌پذیری آن، از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند.

---

1. Carver, C.

2. Endler, N., & Parker, J.

### ۳. روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و راهبرد پدیدارشناسی توصیفی<sup>۱</sup> انجام شده است. پدیدارشناسی توصیفی عبارت از کاوش، تحلیل و توصیف بی‌واسطه و تا حد امکان به دور از پیش‌فرض‌های آزمون‌نشده، با هدف دستیابی به بیانی حداکثری مبتنی بر شهود است (Speziale & Carpenter, 2023: 81). در واقع پدیدارشناسی توصیفی، تجربیات زیسته مشارکت‌کنندگان را در اولویت قرار می‌دهد و ادراکات و عواطف آنان را با حفظ اصالت بیانشان ثبت می‌کند (Creswell & Poth, 2025: 58; Sinfield et al., 2023).

مطالعه حاضر در پی شناسایی راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط‌جنین عمدی است. شرایط ورود به مطالعه، داشتن حداقل یک بار تجربه سقط‌جنین عمدی، تأهل در زمان تجربه سقط، به‌خاطر آوردن جزئیات تجربه، تمایل به انجام مصاحبه و سکونت در استان البرز بود. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته در رابطه با تجربه سقط‌جنین عمدی و نحوه رویارویی افراد با این تجربه استفاده شد. مدت مصاحبه‌ها از ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها با پرسش «داستان سقط شما از کجا شروع شد» آغاز و پرسش‌های بعدی با توجه به پاسخ‌های قبلی و به‌صورت جزئی‌تر مطرح شد.

برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، از نمونه‌گیری هدفمند برای دستیابی به افرادی با حداکثر تنوع از نظر سن، تحصیلات، وضعیت مالی و اشتغال، اعتقادات مذهبی، وضعیت تأهل در زمان مصاحبه، سابقه باروری (تعداد فرزندان، سابقه سقط و...)، زمان سپری‌شده از سقط و انگیزه سقط بهره‌گرفته شد تا با رعایت حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، تفاوت‌های ظریف در راهبردها که ممکن است به متغیرهای دموگرافیک خاصی مرتبط باشد، شناسایی شود. از این‌رو براساس معیارهای از پیش تعیین‌شده، با استفاده از نمونه‌گیری موارد مطلوب، افرادی که می‌توانستند غنی‌ترین اطلاعات را در مورد پدیده مورد مطالعه ارائه دهند، شناسایی و انتخاب شدند. با توجه به قرارگرفتن موضوع پژوهش در حیطه حریم خصوصی افراد و دشواری دسترسی به افراد واجد شرایط، برای یافتن مشارکت‌کنندگان از گروه‌های مردمی فعال در مبارزه با سقط‌جنین استان البرز، ماماها و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان البرز و شبکه اطرافیان کمک گرفته شد.

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۸ تا ۵۵ سال داشتند. از نظر تحصیلات، حدود نیمی از آن‌ها دارای مدرک دیپلم یا زیردیپلم بودند و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیش از نیمی از

شرکت کنندگان در زمان تجربه سقط خانه دار و بقیه شاغل بودند. تعداد تجربیات سقط عمدی در میان مشارکت کنندگان ۱ تا ۵ بار و سن آنها در اولین تجربه سقط ۱۷ تا ۴۱ سال بوده است. مشخصات مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان

مصاحبه	سن	تحصیلات	سن در اولین سقط	تعداد فرزند قبل از سقط	تعداد سقط عمدی	شغل
۱	۳۰	کارشناسی ارشد	۲۵	۰	۱	معاون مدرسه
۲	۴۶	دیپلم	۴۱	۲	۱	خانه دار
۳	۴۵	دیپلم	۲۹	۱	۱	خانه دار
۴	۳۵	سوم راهنمایی	۳۱	۱	۱	سرایدار
۵	۴۳	دیپلم	۲۲	۱	۱	شغل خدماتی
۶	۴۵	کارشناسی	۲۱	۱	۱	خانه دار
۷	۴۴	کارشناسی	۳۷	۲	۱	خانه دار
۸	۳۹	کاردانی	۳۵	۲	۱	خانه دار
۹	۵۱	دیپلم	۲۰	۱	۲	خانه دار
۱۰	۳۸	دوم راهنمایی	۳۳	۳	۵	خانه دار
۱۱	۴۸	سوم راهنمایی	۳۵	۲	۱	خانه دار
۱۲	۳۵	دکتری	۲۷	۲	۱	خانه دار
۱۳	۴۶	کارشناسی	۲۸	۱	۳	خانه دار
۱۴	۴۳	اول دبیرستان	۳۱	۲	۲	خانه دار
۱۵	۳۹	کارشناسی	۳۳	۲	۱	پرستار
۱۶	۴۳	کارشناسی	۲۳	۱	۴	آرایشگر
۱۷	۵۰	دیپلم	۳۷	۲	۱	آزاد
۱۸	۵۳	کارشناسی	۳۴	۱	۲	معلم
۱۹	۴۳	دیپلم	۳۷	۱	۲	آزاد
۲۰	۴۳	اول دبیرستان	۳۷	۲	۲	خانه دار
۲۱	۲۹	سوم راهنمایی	۱۷	۱	۱	خانه دار
۲۲	۳۳	دیپلم	۳۰	۲	۱	سرویس مدرسه
۲۳	۴۳	کارشناسی	۴۰	۱	۱	خانه دار
۲۴	۴۰	دیپلم	۳۱	۲	۲	خانه دار
۲۵	۳۱	دیپلم	۲۱	۰	۱	خانه دار
۲۶	۴۶	دیپلم	۳۷	۲	۱	راننده آژانس
۲۷	۳۶	دیپلم	۳۴	۲	۱	خانه دار

مصاحبه	سن	تحصیلات	سن در اولین سقط	تعداد فرزند قبل از سقط	تعداد سقط عمدی	شغل
۲۸	۵۵	کاردانی	۳۰	۲	۲	پرستار
۲۹	۲۸	کارشناسی	۲۵	۰	۱	کارمند فروش
۳۰	۲۹	کارشناسی	۲۶	۱	۱	خانه‌دار
۳۱	۴۰	کارشناسی	۲۹	۱	۱	پرستار
۳۲	۴۷	دیپلم	۳۵	۱	۲	خانه‌دار
۳۳	۴۳	دیپلم	۳۹	۲	۱	خانه‌دار
۳۴	۴۷	کارشناسی ارشد	۴۱	۲	۲	خانه‌دار
۳۵	۵۵	دیپلم	۲۴	۰	۲	خانه‌دار
۳۶	۳۸	سوم راهنمایی	۲۴	۰	۱	آزاد
۳۷	۵۴	کارشناسی	۲۴	۱	۱	معلم
۳۸	۴۵	کارشناسی	۲۴	۰	۱	پرستار
۳۹	۴۰	کاردانی	۲۹	۲	۱	خانه‌دار
۴۰	۴۸	دیپلم	۳۳	۲	۱	خانه‌دار

از آنجا که احساس امنیت و آرامش خاطر مشارکت‌کنندگان در کیفیت مصاحبه تأثیرگذار بود، زمان و مکان مصاحبه‌ها با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان و در بازه زمانی مهر تا اسفند ۱۴۰۳ هماهنگ شد. پس از مصاحبه ۳۶، کد جدیدی اضافه نشد، اما برای اطمینان از اشباع مقوله‌ها و به حداکثر رسیدن ویژگی‌ها و ابعاد مقوله‌ها، روند پژوهش تا ۴۰ مصاحبه ادامه یافت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در صورت رضایت مشارکت‌کنندگان به مصاحبه، به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات و نام و مشخصات فردی آنان پنهان بماند. در آغاز مصاحبه، از مشارکت‌کنندگان درخواست شد خود را در زمان تجربه سقط جنین عمدی تصور کنند. پس از بازگ کردن داستان آن تجربه، آنان تشویق شدند که واکنش‌ها و تصمیمات خود در رابطه با آن تجربه را با جزئیات بیان کنند.

تحلیل داده در این مطالعه به شیوه هفت‌گامی کلابزی (Creswell & Poth, 2025: 159) صورت گرفت و گردآوری و تحلیل داده هم‌زمان بود. در گام نخست، صوت مصاحبه‌ها به صورت کامل مکتوب شدند. در گام دوم، با دقت در محتوای مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی کلیدی شناسایی شدند. این واحدها در قالب جملات کامل از متن استخراج شدند. در مرحله سوم، هر جمله به منظور درک عمیق‌تر معانی پنهان تحلیل و مفاهیم اصلی از دل داده‌ها استخراج شد. در گام چهارم، مفاهیم مرتبط در گروه‌های همسان دسته‌بندی شدند و تناقضات احتمالی بین مفاهیم بررسی و رفع شد. در

گام پنجم، با تلفیق خوشه‌های معنایی، تصویر کامل‌تری از تجربه و راهبردها شکل گرفت و توصیف نظام‌مند از موضوع مورد مطالعه ارائه شد. در گام ششم از طریق تحلیل عمیق توصیف‌های جامع، ماهیت بنیادین موضوع مورد پژوهش آشکار شد. در گام هفتم، به منظور تضمین اعتبار پژوهش نتایج به تعدادی از مصاحبه‌شوندگان ارائه و تأیید نهایی آنان اخذ شد. به علاوه، سه ناظر متخصص بی‌طرف که با ملاحظات نظری پژوهش آشنایی نداشتند (از اعضای هیئت علمی دانشگاه)، به ارزیابی یافته‌ها پرداختند.

در این پژوهش، به منظور حفظ بی‌طرفی، پیش از جمع‌آوری داده‌ها، کلیه پیش‌فرض‌ها، باورهای مذهبی و موضع‌گیری‌های اخلاقی پژوهشگر درباره سقط جنین به صورت یادداشت‌های بازتابی مستندسازی و به‌طور آگاهانه کنار گذاشته شد. در طول مصاحبه‌ها، با پرهیز از طرح پرسش‌های هدایت‌گر و خودداری از اظهارنظرهای ارزشی، فضایی بی‌طرفانه برای بیان تجارب مشارکت‌کنندگان فراهم شد. در مرحله تحلیل، کدگذاری‌ها منحصراً براساس توصیفات عینی مصاحبه‌شوندگان انجام شد و از هرگونه تفسیر متأثر از ارزش‌های پژوهشگر اجتناب شد. همچنین از تکنیک بازگشت مکرر به داده‌های خام استفاده شد تا سوگیری‌های احتمالی شناسایی و اصلاح شوند.

#### ۴. یافته‌های پژوهش

براساس نتایج کدگذاری باز و محوری، راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی در یازده مقوله اصلی خلاصه شده است. خرده‌مقوله‌ها و مقوله‌های اصلی و طبقات مربوط به این راهبردها در جدول ۲ ذکر شده و سپس راهبردها به همراه نمونه‌هایی از گفته‌های زنان بیان شده است.

جدول ۲. خرده‌مقوله‌ها، مقوله‌های اصلی و طبقات مربوط به راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین

ردیف	طبقات	مقوله‌های اصلی	خرده‌مقوله‌ها
۱	کنش‌های حفاظتی- ترمیمی	عدم ارتکاب سقط کنش‌های جبرانی	سعی در متقاعدسازی همسر
			جلب حمایت اجتماعی به منظور انصراف همسر از اصرار به سقط
			هستی‌بخشیدن در برابر هستی‌گرفتن (فرزندآوری)
۲	واگشت اخلاقی	بازاندیشی	تلاش برای نجات سایر جنین‌ها
			آگاهی‌بخشی به دیگران
			جبران مالی
			تأمل درباره ماهیت وجودی جنین
			ارزیابی شرایط منجر به سقط

ردیف	طبقات	مقوله‌های اصلی	خرده‌مقوله‌ها
		توبه و طلب مغفرت	تصویرسازی مسیر زندگی در صورت تولد فرزند
			استغفار در پی احساس گناه
۲	واگشت اخلاقی	سرزنشگری	طلب مکرر مغفرت به دلیل ترس از مؤاخذه در آخرت
			خودسرزنشی
			سرزنش همسر
		اعتراف	ملامت اطرافیان
			اقرار به خودفریبی درمورد نشانه‌های حیات جنین
			اعتراف به نقش و مسئولیت خود در اقدام به سقط
			اعتراف به گناه و استحقاق مجازات
		جستجوی مشروعیت	کسب مجوز شرعی
			جلب حمایت اجتماعی
			استناد به شرایط و عوامل بیرونی
			باور به تقدیر و کمرنگ کردن عاملیت انسان
			پیشگیری از رنج
		توجیه‌گری	احتمال نقص جنین
			تعلیق حیات و انسانیت جنین
			پنهان‌کاری از ترس ممانعت اطرافیان
		پنهان‌کاری	پنهان‌کاری از ترس قضاوت منفی اطرافیان
			فرار از یادآوری خاطرات جنین به دلیل باور به صحت تصمیم
			سرکوب خاطرات سقط به منظور کاهش عذاب وجدان
			نادیده‌انگاری
۴	گریز همه‌جانبه	گریز شناختی	

#### ۴-۱. کنش‌های حفاظتی-ترمیمی

مقوله «کنش‌های حفاظتی-ترمیمی» به مجموعه راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین اشاره دارد که هم شامل تلاش برای پیشگیری از سقط (حفاظت از جنین از طریق متقاعدسازی همسر) و هم جبران پیامدهای آن (ترمیم از طریق فرزندآوری، کمک‌های مالی و...) می‌شود. این مقوله نشان‌دهنده تلاش زنان برای حفظ یا بازسازی هویت مادرانه و تعادل اخلاقی خود، چه در مرحله پیشگیری و چه در مرحله ترمیمی پس از سقط است.

#### ۴-۱-۱. کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط

این راهبرد از راهبردهای فعال زنان قبل از اقدام به سقط است. تعدادی از مشارکت‌کنندگان پس از اطلاع از بارداری تمایل داشتند جنین خود را حفظ کنند، اما با مخالفت همسر خود روبه‌رو شده بودند و علی‌رغم میل باطنی و به اصرار همسر اقدام به سقط کرده بودند. این زنان در برابر اجبار و فشارهای همسر نسبت به اقدام به سقط، منفعل نبوده‌اند و «سعی در متقاعدسازی همسر» برای حفظ جنین داشته‌اند:

«با شوهرم خیلی حرف می‌زدم، اما قبول نمی‌کرد و می‌گفت باید بندازیش، من نمی‌خوامش. می‌گفتم نکنیم این کار رو. این بچه گناه داره. چه فرقی با ساغر و غزل داره؟ عین ساغر می‌مونه، عین غزل جون داره، قلب داره. اما شوهرم قبول نمی‌کرد. می‌گفت نه بابا، چیه چرت‌وپرت می‌گی؟ بچه دوماهه یه لخته خونه. من نتونستم جلوش وایسم. زورش بیشتر از من بود. من تلاشمو کردم، اما نشد. اگر به خودم بود هیچ‌وقت سقط نمی‌کردم» (کد ۲۲، ۳۳ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

تعدادی از این زنان پس از ناکامی در متقاعد کردن همسر، با «جلب حمایت اجتماعی به‌منظور انصراف همسر از اصرار به سقط»، برای حفظ جنین کوشش کرده بودند. این افراد از طریق واسطه قراردادادن خانواده‌های پدری تلاش کرده بودند نظر همسرشان را درمورد سقط جنین تغییر دهند:

«با خودم گفتم به مادرشوهرم بگم شاید حرف اون روش اثر کنه و شوهرم از خر شیطون پیاده شه. به مادرشوهرم قضیه رو گفتم. بهش گفتم این بچه گناه داره و من می‌خوام نگهش دارم. ازش خواهش کردم با شوهرم حرف بزنه. مادرشوهرم وقتی شنید خیلی ناراحت شد و با شوهرم حرف زد، ولی شوهرم به حرفش گوش نداد» (کد ۱۴، ۴۳ ساله، دو بار سابقه سقط عمدی).

این راهبرد نشان می‌دهد زنان در غیاب قدرت چانه‌زنی مستقیم، به سرمایه اجتماعی خانواده‌ها متوسل می‌شوند. با این حال، حتی این راهکار نیز به‌دلیل مقاومت مردان در برابر فشارهای بیرونی، بی‌نتیجه می‌ماند.

#### ۴-۱-۲. کنش‌های جبرانی

یکی از راهبردهای زنان پس از تجربه سقط، انجام «کنش‌های جبرانی» بوده است. تعدادی از مشارکت‌کنندگان در پی رنج روحی و احساس پشیمانی از تصمیم سقط، برای کسب آرامش روحی درصد جبران عمل خود از طریق «هستی‌بخشیدن در برابر هستی‌گرفتن» برآمده بودند. آنان بر این باور بودند که باید در برابر جان و هستی که از فرزندگی گرفته شده، سبب جان و هستی‌گرفتن



«عذاب وجدان ندارم، اما از کار خودم خوشم نیومد. به خاطر تنبیه خودم تصمیم گرفتم دیه پرداخت کنم و به جای بچه از دست داده خودم به بچه‌ای که به دنیا آمده و کسی نیست خرجش کنه رو خرجش رو بدم. به همین دلیل یه بچه یتیم رو انتخاب کردم و هنوز دارم خرجش رو می‌دم» (کد ۱۷، ۵۰ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

برخی مشارکت‌کنندگان به منظور جبران عمل خود ترکیبی از این راهبردها را اتخاذ کرده بودند. درپیش گرفتن راهبردهای فوق لزوماً در پی پشیمانی از ارتکاب سقط صورت نگرفته بود؛ بلکه برخی افراد ضمن باور به گرفتن تصمیم صحیح در آن شرایط، برای التیام آسیب‌های روحی خود دست به جبران زده بودند.

#### ۴-۲. واگشت اخلاقی

مقوله «واگشت اخلاقی» به فرایند بازبینی و ارزیابی مجدد زنان از تصمیم سقط جنین از منظر اخلاقی و ارزشی اشاره دارد. این مقوله شامل دو شکل متضاد مواجهه است: از یک سو سرزنش خود/دیگران، اعتراف و توبه که نشانگر پذیرش مسئولیت اخلاقی است، و از سوی دیگر توجیه عقلانی تصمیم که تلاشی برای کاهش ناهماهنگی شناختی و حفظ تصویر اخلاقی از خود محسوب می‌شود.

#### ۴-۲-۱. بازاندیشی

یکی از راهبردهای زنان پس از تجربه سقط جنین عمدی، «تأمل پیرامون ماهیت وجودی جنین» بوده است. درک این زنان در مواجهه با عوامل مختلف، اعم از رخدادهای دشوار زندگی، برنامه‌های تلویزیونی مرتبط با سقط جنین، گذر عمر و افزایش تجربه نسبت به خداوند، جهان هستی، انسان و... دچار تحول شده بود. این دگرگونی صرف‌نظر از سطح دانش و آگاهی اولیه از ماهیت وجودی جنین، سبب بروز «تحول شناختی نسبت به هستی جنین» شده بود. غالباً برای این افراد، جنین در زمان تصمیم به سقط موضوعیت نداشت و درمورد زنده بودن، انسان بودن، دارای روح بودن یا وجود مستقل جنین نیندیشیده بودند. اما پس از مواجهه با برخی عوامل بیرونی، درمورد جنین و ابعاد وجودی او تأمل و بازاندیشی کرده بودند و به درک و آگاهی جدیدی از هستی جنین از جمله حیات جنین رسیده بودند. در چنین شرایطی، فرد به صورت بازتابنده به گذشته مراجعه و اذعان می‌کرد که اگر با این دانش و بینش جدید به زمان پیشین بازمی‌گشت، هرگز اقدام به سقط جنین نمی‌کرد:

«من قبل از اینکه این مریضی برام اتفاق بیفته خیلی از مرگ می‌ترسیدم. ولی بعد از اون بیماری می‌گم مرگ تولد دوباره‌ست و اصلاً ترس نداره. خدا با این بیماری منو نجات داد. من خودمو پیدا

کردم و دید من به همه چی عوض شد. من قبلش زندگی نکرده بودم، این بیماری باعث شد من این آگاهی رو به دست بیارم. اون موقع به خود جنین فکر نمی‌کردم. بعد از اینکه این بیماری سرطان رو گرفتم و درمان شدم، بیشتر به این چیزها فکر می‌کنم. الان باورم اینه که جنین از همون موقع که نطفه بسته می‌شه زنده‌ست، روح داره و یه انسانه. اگر آگاهی‌ای که الان دارم اون موقع داشتم، هرچوری شده بود با شوهرم مقابله می‌کردم. حتی اگر زندگی می‌خواست خراب بشه اشکال نداشت. مقابله می‌کردم» (کد ۱۶، ۴۳، ساله، چهار بار سابقه سقط عمدی).

گاهی فرد قبل از مواجهه با عامل بیرونی، از ماهیت و هستی جنین آگاهی داشته است، اما پس از مواجهه با عامل بیرونی و «بازاندیشی» نسبت به تجربه سقط، این آگاهی به «باور و درک عمیق نسبت به هستی جنین» منجر شده است. به عبارتی، مواجهه با عامل بیرونی (اعم از تجربه شخصی یا محرک‌های محیطی) به مثابه مداخله‌ای تحول‌آفرین عمل کرده و بستری برای رشد روحی و معرفتی فرد فراهم کرده است؛ به گونه‌ای که این افراد اذعان کردند که قبل از اقدام به سقط نیز در مورد حیات جنین، انسان بودن جنین، دارای مرتبه‌ای از روح بودن جنین، حرمت سقط، لزوم پرداخت دیه و... آگاهی داشتند، اما پس از رویارویی با برخی عوامل و شرایط بیرونی و در نتیجه بازاندیشی در مورد ماهیت وجودی جنین، این آگاهی به باور و یقین تبدیل شده است:

«همیشه یه احساس عذاب وجدانی باهام بود اما نه خیلی زیاد؛ تا اینکه کم‌کم با یه نفر آشنا شدم که ایشون یکی از افراد فعال توی گروه‌های مردمی مبارزه با سقط جنین بود. یه وقت‌هایی منو تو جلسات با خودش می‌برد. وقتی تو این جلسات در مورد جنین صحبت می‌شد یا کلیپ‌هایی در مورد جنین و تلاش‌کردنش برای زنده‌موندن پخش می‌شد، حال من خیلی بد می‌شد و بی‌اختیار گریه می‌کردم. هر چی بیشتر پیش می‌رفت، حال من بدتر می‌شد و ناراحتی اون کاری که کرده بودم بیشتر عذاب می‌داد. من تا قبل از اون هم می‌دونستم که جنین زنده است و یه جورهایی انسانه و این کار گناه داره و قتل محسوب می‌شه و باید دیه بدم، ولی تا قبل از اینکه اون طوری جزء به جزء راجع به جنین بشنوم، زنده‌بودنش رو، انسان‌بودنش رو تا این حد درک نکرده بودم و این قدری که الان سقط تو ذهنم گناه بزرگیه، بزرگ نبود» (مصاحبه ۱۲، ۳۵، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

از دیگر راهبردهای مشارکت‌کنندگان «ارزیابی شرایط منجر به سقط» است. بسیاری از زنان پس از تجربه سقط در مورد شرایط منجر به سقط تأمل و بازنگری کرده بودند. برخی از آنان با «بازبینی نسبت به امکان تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، آرزو می‌کردند کاش در شرایط متفاوتی قرار می‌گرفتند و مرتکب سقط نمی‌شدند. این افراد با بازسازی ذهنی موقعیت و ترسیم سناریوهای جایگزین برای آن برهه زمانی، در مورد امکان تغییر کنش‌های خود تأمل و اظهار می‌کردند که امکان

تغییر شرایط به نحوی که مجبور به سقط نباشند وجود داشته است. این زنان بر این باور بودند که شرایط آنان را به سمت تصمیم به سقط سوق داده است. با این حال معتقد بودند که می‌توانستند با مدیریت تصمیمات و کنش‌های خود در زندگی مانند مدیریت رابطه زناشویی و تلاش برای پیشگیری موفق از بارداری، تصمیم قطعی در مورد ادامه و یا پایان زندگی مشترک و... از بروز شرایط منجر به سقط یا بارداری برنامه‌ریزی نشده پیشگیری کنند. این بازنگری انتقادی اغلب با احساس پشیمانی همراه بوده است. این یافته حاکی از آن است که فرایند بازاندیشی پس از سقط می‌تواند سبب بازتعریف شناختی موقعیت و شناسایی گزینه‌های عمل جایگزین شود:

«الان که بیرون گود وایسادم، با این تجربیاتی که دارم اگر برگردم با خودم تصمیم قطعی می‌گیرم. می‌گم که بالاخره مریم تصمیمتو بگیر. تو زندگی تو می‌خوای یا نمی‌خوای؟ بعد اگه می‌خواستم تو این زندگی بمونم، حتماً به راهی پیدا می‌شد برای جلوگیری. حالا یا دستگاه یا به چیز دیگه. اونو پیدا می‌کردم که نخواد به بارداری برسه یا اصلاً به سقط جنین برسه» (کد ۱۳، ۴۶ و سه بار سابقه سقط عمدی).

از راهبردهای زنان پس از سقط جنین «ارزیابی امکان مقاومت در برابر فشار همسر» بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد این زنان در پی عذاب وجدان و گاهی مشاهده پیامدهای منفی سقط در زندگی، با مرور تجربه خود، به بازشناسی ظرفیت‌های استفاده نشده برای مقاومت در برابر فشار همسر در مورد اقدام به سقط و حفظ جنین می‌رسند. آنان به این درک رسیده بودند که می‌توانستند از راه‌های مختلف همسر را آرام و به حفظ جنین متقاعد کنند. این مشارکت کنندگان به این نتیجه رسیده بودند که حتی در صورت عدم توافق همسر، امکان ایستادگی در برابر فشارها و عدم سقط وجود داشت:

«الان دوست داشتم دو تا بچه داشته باشم تا به دونه. اون موقع متوجه نبودم، وگرنه جلوش وایمیستادم. اعصابم نمی‌کشید اون قیافه و اون رفتارشو تحمل کنم. الان که یاد اون روزها می‌افتم می‌گم باید کوتاه نمی‌اومدم. الان دیگه اخلاق شوهرم دستم هست. می‌دونم که آدمیه که می‌شد راهش بندازم. من به مقدار اون موقع تحملم پایین بود. باید شوهرمو آروم‌ش می‌کردم و نگاهش می‌داشتم. خیلی زود کوتاه اومدم» (کد ۲۳، ۴۳، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

«واکاوی دشواری‌های منجر به سقط» از دیگر راهبردهای زنان پس از تجربه سقط جنین است. یافته‌ها نشان می‌دهد گروهی از زنان، تصمیم خود را در آن بستر خاص توجیه‌پذیر می‌دانند. این دسته از زنان با تأمل و ارزیابی مجدد شرایط منجر به سقط، به دشواری یا غیرقابل تحمل بودن شرایط در آن برهه زمانی اشاره کردند و تصمیم سقط را واکنشی اجتناب‌ناپذیر به موقعیت بحرانی

می‌دانستند. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که در صورت مواجهه مجدد با همان شرایط دشوار، احتمالاً همان انتخاب را تکرار خواهند کرد:

«اگر باز تو اون شرایط باشم و شوهرم و بقیه اون طوری پافشاری کنن و بهم بدوبیراه بگن و خوردم کنن، شاید باز این کارو بکنم. شرایط خیلی بدی بود» (کد ۲۳، ۳۳ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

راهبرد دیگر «تصویرسازی مسیر زندگی در صورت تولد فرزند» است. مطابق یافته‌ها، زنان از طریق ساخت سناریوهای ذهنی از زندگی احتمالی در صورت عدم سقط و تولد فرزند، به ارزیابی مجدد تصمیم خود می‌پردازند. برخی با تصویرسازی پیامدهای منفی تولد فرزند، شرایط دشوار احتمالی برای فرزند را ترسیم و تصمیم سقط را توجیه می‌کردند. این افراد با ارزیابی مجدد موقعیت دشوار منجر به تصمیم سقط و شرایط زندگی پس از این تجربه، به این نتیجه رسیده بودند که در صورت تولد فرزند، شرایط زندگی برای خودشان و نیز فرزند متولدشده سخت‌تر می‌شد؛ بنابراین از تصمیم خود پشیمان نبودند و احساس رضایت می‌کردند:

«الان که دارم دو تا بچه‌هامو نگاه می‌کنم، می‌بینم همین که اون نیومد بهتره. اون الان وضع بهتری داره تا این بچه‌هام که دارن تو این دنیا زندگی می‌کنن. شرایط این بچه‌هام هم خیلی اوکی نیست. خیلی از بچه‌ها چیزهایی رو دارن که بچه‌های من ندارن. خیلی چیزها دوست دارن داشته باشن، اما من نمی‌تونم براشون تهیه کنم. این‌هام خیلی خوشبخت نیستن» (کد ۳۹، ۴۰ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

عده‌ای دیگر نیز با تصویرسازی پیامدهای مثبت تولد فرزند، جنبه‌های مطلوب زندگی با فرزند دیگری را تصور می‌کردند و از تصمیم سقط پشیمان می‌شدند یا در آن تشکیک می‌کردند. «همین که جنین دختر بوده همیشه به جورهایی باعث می‌شه دلم خیلی بسوزه... الان که دارم نگاه می‌کنم می‌گم اگر به دنیا می‌آوردم چیزی نمی‌شد. می‌گذشت مثل خیلی چیزهای دیگه که می‌گذره. اونم اگه بود، الان دو سال از مهرشاد کوچیک‌تر بود. بزرگ شده بود. به مونس‌ی برام شده بود و به دختر خوشگل داشتم» (کد ۸، ۳۹ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

#### ۴-۲-۲. توبه و طلب مغفرت

«توبه و طلب مغفرت» از دیگر راهبردهای زنان در مواجهه با تنش روحی ناشی از تجربه سقط جنین عمدی است. در گروهی از زنان صرف‌نظر از احساس پشیمانی یا عدم پشیمانی از اقدام به سقط، «استغفار در پی احساس گناه» راهبردی برای کسب آرامش و رهایی از عذاب روحی بوده است. این

زنان عمدتاً به سبب مقابله با اراده الهی و از بین بردن فرزند، عذاب وجدان و احساس گناه داشتند. برخی از آنان خود را ناگزیر از اتخاذ تصمیم سقط در آن شرایط می دانستند و از تصمیم خود پشیمان نبودند و از خداوند می خواستند با توجه به دشواری شرایط و ناچاری، آن‌ها را عفو کند:

«خودمو زیاد محکوم نمی‌کنم؛ چون می‌گم نه تو اومدنش مقصر بودم، نه تو رفتنش و نه تصمیم بارداری داشتم. تو اون شرایط اون دو تا بچه رو جمع می‌کردم، خیلی هنر کرده بودم. از خدا می‌خوام خودش منو ببخشه» (کد ۷، ۴۴، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

در این بین افراد مذهبی‌تر، مکرراً در موقعیت‌های مختلف به یاد جنین و تجربه سقط می‌افتادند و بر این باور بودند که در آخرت جنین را ملاقات می‌کنند و باید پاسخگوی خداوند و جنین سقط شده باشند. این زنان از اقدام به سقط پشیمان شده بودند و احساس عذاب وجدان دائمی داشتند؛ تا جایی که برخی گناه خود را نابخشودنی می‌دانستند. به این ترتیب راهبرد این افراد «طلب مکرر مغفرت به دلیل ترس از مؤاخذه در آخرت» بود:

«یه وقت‌هایی تو جلساتی که می‌ریم احکام شرعی سقط رو می‌گن، اون موقع من واقعاً از داخل خالی می‌شم. خیلی حال دلمو خراب می‌کنه. از خدا می‌خوام از سر تقصیراتم بگذره و این اشتباه منو ببخشه. خیلی تجربه بدی بود. می‌دونم این جنینی که من سقط کردم زنده‌ست و اون دنیا داره زندگی می‌کنه. حتی اون دنیا به من نشون می‌دن که این بچه‌ایه که تو نخوایستی و انداختی و باید اون دنیا جوابگوی خدا و این بچه باشم که چرا انداختم» (کد ۳۳، ۴۳، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

#### ۴-۲-۳. سرزنشگری

«سرزنشگری» از دیگر راهبردهای زنان در مواجهه با تنش روحی ناشی از تجربه سقط جنین است. برخی از مشارکت‌کنندگان انگشت اتهام را به سمت خود گرفته و راهبرد خودسرزنی را در پیش گرفته بودند. آنان خود را به دلایل مختلف از جمله انتخاب فرد نامناسب برای ازدواج، ادامه زندگی پرتنش با همسر، ارتکاب سقط، تسلیم شدن در برابر اصرار همسر به سقط، باردار شدن در شرایط نامناسب، عدم موفقیت در پیشگیری از بارداری، زودتر اقدام نکردن برای سقط و... مقصر می‌دانستند و ملامت می‌کردند:

«همه‌ش می‌گفتم که چرا اون جنین باید به وجود بیاد و بمیره. همه‌ش من مقصر بودم به خاطر انتخاب اشتباهم. اگر من این انتخابو برای ازدواج و زندگی نمی‌کردم، این بچه به وجود نمی‌اومد که بخواد از بین بره. ما از اول اختلاف فرهنگی داشتیم. اون انتخاب غلط و اشتباه بود که باعث شد من یه بارداری داشته باشم و سقط کنم» (کد ۳۸، ۴۵، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

مقصردانستن و سرزنش همسر از دیگر راهبردهای زنان در رویارویی با تجربه سقط جنین عمدی است. این مشارکت‌کنندگان همسر خود را به دلایل مختلفی مانند عدم جلوگیری از بارداری، نقش داشتن در تشکیل جنینی در شرایط نامناسب، رقم‌زدن شرایطی در زندگی که خانم را مجبور به سقط کرده، پافشاری کردن در انجام سقط، بی‌مسئولیتی و تحمیل فشار زندگی بر خانم، فراهم‌نکردن شرایط مناسب زندگی برای تولد فرزند جدید و... مقصر می‌دانستند:

«گناه این کار به گردن شوهرمه. همه تقصیرها گردن اونه. اگر شوهرم برای زندگی تلاش می‌کرد که بار زندگی روی دوش من نباشه، بچه‌هام اون جوری کمبود نداشته باشند و من ترس از ادامه مسیر زندگی نداشته باشم، اگر به مرد حامی بود، اگر این حمایت رو داشتیم، منم بچه می‌آوردم» (کد ۱۷، ۵۰ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

برخی مشارکت‌کنندگان نیز راهبرد «ملامت اطرافیان» را اتخاذ کرده بودند. این دسته از زنان از اقدام به سقط احساس پشیمانی می‌کردند و نقش دیگران را در تصمیم خود پررنگ تلقی می‌کردند. آنان انتظار داشتند اطرافیان اعم از والدین، دوستان و پزشک با اطلاع از بارداری برنامه‌ریزی نشده، آنان را آرام کنند و با دلگرم کردن و اعلام حمایت، آنان را از تصمیم به سقط منصرف کنند. این زنان در پی عذاب وجدان و ناآرامی روحی پس از تجربه سقط، انگشت اتهام را به سوی اطرافیان گرفته بودند و آنان را به سبب آگاه‌نکردن از قبح زیاد سقط جنین، پیشنهاد اولیه سقط، ممانعت‌نکردن از اقدام به سقط، متقاعدنکردن خانم در مورد نگاه‌داشتن فرزند، حمایت و همراهی در اقدام به سقط و... سرزنش می‌کردند:

«من حتی از دوستم هم شاک می‌شدم. دوست صمیمیم بود، پا شد به خاطر من باهام برای سقط اومد. ارزش شاک می‌شدم. گفتم من تصمیم احمقانه‌ای گرفتم، تو چرا پا شدی با من اومدی؟ تو چرا تشویق کردی؟ بهم می‌گفت آره من باهات می‌آم، نگران نباش، من هستم؛ مثلاً می‌تونست بگه نه، من نمی‌آم. تو هم این کارو نکن» (کد ۱۱، ۴۸ ساله، یک بار سابقه سقط جنین عمدی).

#### ۴-۲-۴.۴ اعتراف

«اقرار به خودفریبی نسبت به نشانه‌های حیات جنین» از دیگر راهبردهای زنان است. برخی زنان دارای تجربه سقط جنین، پس از گذر زمان به گذشته و شرایط خود می‌اندیشیدند و به اینکه در آن شرایط، خود را با تشکیل نشدن قلب جنین یا زنده‌نبودن و روح‌نداشتن آن به انجام سقط راضی کرده‌اند، اعتراف می‌کردند. آن‌ها در شرایط تصمیم‌گیری به سقط حول حیات و هستی جنین فکر کرده و ترجیح داده بودند نگاه اطرافیان و عوام جامعه در مورد هستی جنین از جمله روح‌داشتن جنین

از چهارماهگی، زنده نبودن جنین قبل از چهل روزگی یا تشکیل قلب، گناه کمتر سقط قبل از تشکیل قلب و... را بپذیرند. برخی از این افراد قبل از تصمیم به سقط با اتکا بر نگاه غالب در مورد حیات جنین، بر چالش درونی و تردید خود نسبت به تصمیم سقط فائق آمده بودند. برخی نیز پس از تجربه سقط به منظور تسکین روح آزردۀ خود، ترجیح می‌دادند با اتکا به شنیده‌های خود در مورد هستی جنین، از قبح عمل در نظر خود بکاهند تا قدری از عذاب وجدان رهایی یابند. عموماً این اعتراف پس از پرسش در مورد هستی جنین از مشارکت‌کنندگان اتفاق می‌افتاد. آنان پس از واکاوی و مقایسه نظر واقعی خود در مورد حیات و هستی جنین و آنچه در زمان سقط و پس از آن تمایل داشتند به عنوان نگاه به هستی جنین به خود تحمیل کنند، دست به اعتراف می‌زدند:

«قبل از سقط به جنین فکر نمی‌کردم؛ یعنی نمی‌خواستم بهش فکر کنم؛ چون بهش وابسته می‌شدم و دیگه نمی‌تونستم سقط کنم. اون لحظه سقط حس عجیبی داشتم، یه ناراحتی عجیبی. از خودم ناراحت بودم که چرا دارم این کارو انجام می‌دم که یه موجودی رو دارم از بین می‌برم. اون به خاطر تصمیم من اومده و حالا خودم دارم اون رو از بین می‌برم. بعدش خیلی یادش می‌افتم. هنوزم یادش می‌افتم. درواقع سر خودم رو کلاه گذاشتم با اینکه گفتم قلب نداره. وگرنه می‌دونم که از همون اول جنین زنده‌ست. از همون اول روح داره و از همون اول انسانه» (کد ۴، ۳۵، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

یکی دیگر از راهبردهای زنان «اعتراف به نقش و مسئولیت خود در اقدام به سقط» بود. زمانی که این مشارکت‌کنندگان با بی‌طرفی و عدم موضع‌گیری مصاحبه‌کننده نسبت به موضوع مواجه می‌شدند، در مورد تجربه سقط خود عادلانه قضاوت می‌کردند و به نقش خود در ارتکاب سقط اعتراف می‌کردند. این افراد با گذر از شرایط تصمیم به سقط و کاهش التهابات ناشی از شرایط دشوار و نگاه از دور به ماجرا، نقش خود در تصمیم و اقدام به سقط را قضاوت می‌کردند و مسئولیت تصمیم و عمل خود را می‌پذیرفتند:

«به خاطر گناهی که داره با خودم می‌گم من که این مشکلات رو داشتم، می‌تونستم صبرمو زیاد کنم. باید دنبال یه روشی می‌گشتم. نمی‌دونم شاید خودخواهی بود؛ چون خودم اذیت می‌شدم، به فکر خودم بودم. می‌تونستم یه راه دیگه پیدا کنم. یعنی باید یه راه دیگه پیدا می‌کردم که این اتفاق نیفته» (کد ۶، ۴۵، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

«اعتراف به گناه و استحقاق مجازات» از دیگر راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی است. این افراد خود را گناهکار و به دلیل مقابله با اراده الهی، خود را مستحق عقوبت می‌دانستند و از مشکلات و چالش‌های زندگی پس از سقط جنین، تعبیر به عقوبت سقط داشتند. حتی

افرادی که مشکل خاصی پس از این تجربه در زندگی نداشتند، به سبب باور به توان داشتن عمل سقط، دائماً در اضطراب و نگران بروز عقوبت این گناه در زندگی خود و سایر فرزندان خود بودند. همین باور به توان داشتن سقط و خود را مستحق توان دانستن، افراد را به سمت جبران این خطا و انجام کارهایی از قبیل سرپرستی فرزندان یتیم سوق داده بود. همچنین برخی از این افراد نتوانسته بودند حتی پس از گذر سال‌ها از این تجربه خود را ببخشند و از عذاب روحی مداوم رنج می‌بردند.

«بعد از هر بار که این اتفاق می‌افتاد، خیر و برکت از زندگی می‌رفت. همون موقع هم خودم مطمئن بودم که هر اتفاقی داره می‌افته به خاطر همین سقطه. من با خواست خدا مقابله کرده بودم. هر اتفاق بدی برام می‌افتاد، هر انرژی منفی، هر جنجال و دعوا و بحثی، هر چی می‌شد از لحاظ اقتصادی و... می‌گفتم من دارم تاوان اون سقطها رو پس می‌دم. من همیشه همه چی رو رعایت می‌کردم و حق کسی رو ضایع نمی‌کردم، اما اونو رعایت نکرده بودم (حق جنین). پس باید به جوری تاوانشو پس می‌دادم. ولی هیچ‌وقت نتونستم به همسرم اینو بفهمونم» (کد ۱۶، ۴۳، ساله، چهار بار سابقه سقط عمدی).

#### ۳-۴. بنیان‌سازی توجیه‌گرانه

مقوله «بنیان‌سازی توجیه‌گرانه» به فرایند چندبعدی در ایجاد پایه‌های عقلانی، دینی و اجتماعی در جهت ایجاد یک چارچوب تأییدکننده برای تصمیم به سقط اشاره دارد. این راهبرد نشان‌دهنده تلاش فعالانه زنان برای تبدیل تصمیم سقط از یک عمل به حاشیه رانده شده به انتخابی معقول، مقبول و حتی گریزناپذیر در بافت زندگی فردی و اجتماعی آنان است که با ترکیب استدلال‌های مختلف محقق می‌شود.

#### ۳-۴-۱. جستجوی مشروعیت

تلاش برای «کسب مجوز شرعی» از دیگر راهبردهای زنان قبل از اقدام به سقط بوده است. این دسته از زنان در بحبوحه تصمیم‌گیری به سقط، در دوگانه شرع و شرایط قرار گرفته بودند. آنان از یک سو تحت تأثیر شرایط و وضعیت سخت زندگی، در تصمیم به سقط خود مصمم بودند و از سوی دیگر، اعتقادات مذهبی و ارزش‌های دینی آنان به‌عنوان مانعی بر سر راه عملی کردن تصمیمشان قرار گرفته بود. این زنان برای آرام کردن وجدان خود و غلبه بر تردید، درصدد دستیابی به یک مجوز دینی برآمده بودند. آنان با پرس‌وجو و مشورت با دفاتر مراجع دینی یا افرادی که برای آن‌ها مرجعیت داشتند، حکم و نظر فقه را در مورد تصمیم خود جویا شده بودند:

«همسرم راضی به سقط نبود، خودم هم خیلی آدم معتقدی هستم، خلاصه به این‌ور زنگ بزن مشورت کن، به اون‌ور زنگ بزن مشورت کن. از قم اجازه بگیر. به قم زنگ زدیم، اون‌هام گفتن تا روح تو بدنش نیومده و تا یک ماه نشده اشکال نداره، اما در هر صورت گناهه. منم می‌گفتم دیگه چاره‌ای نیست؛ چون واقعاً کسی نیست این‌ها رو موقع سرکار رفتن من نگه داره. دیگه بعد از کلی بحث و دعوا و ناراحتی با همسرم و استخاره گرفتن سقط کردم» (کد ۱۵، ۳۹، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

«جلب حمایت اجتماعی» یکی دیگر از راهبردهای زنان قبل از اقدام به سقط بوده است. این افراد به منظور غلبه بر استرس ناشی از تصمیم‌گیری به سقط و گریز از تنهایی در اقدام به سقط، به منظور جلب حمایت و همراهی اطرافیان در روند سقط، آن‌ها را در جریان بارداری و تصمیم خود به سقط قرار داده بودند:

«فقط به زن داداشم گفتم، گفت این کار رو نکن گناه داره. بهش گفتم ممنون می‌شم کمکم کنی؛ وگرنه مجبور می‌شم تنهایی برم. اونم تنهام نداشت و باهام اومد» (کد ۴، ۳۵، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

#### ۴-۳-۲. استناد به تقدیر و شرایط بیرونی

بسیاری از زنان پس از تجربه سقط جنین، راهبرد «استناد به شرایط و عوامل بیرونی» را اتخاذ کرده بودند. این گروه از زنان اظهار می‌کردند که به سبب فشارهای ناشی از شرایط بیرونی از جمله چالش با همسر و اختلافات خانوادگی، چالش‌های اقتصادی، مشکلات جسمانی، نداشتن آمادگی برای فرزندآوری و... اقدام به سقط در آن موقعیت زمانی گریزناپذیر بوده و انتخاب دیگری نداشته‌اند. بسیاری از این مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که فراهم بودن شرایط مادر از جهات مختلف اعم از شرایط عاطفی مادر، شرایط اقتصادی و شغلی مادر، شرایط تحصیلی مادر، شرایط جسمی و روحی مادر و نیز شرایط خانوادگی از نظر تعامل و روابط میان زوجین، شرایط مالی خانواده، احساس امنیت مادر در زندگی خانوادگی و... شرط لازم برای تصمیم به فرزندآوری است. از نظر آنان در صورت نبود این شرایط، فرد مجبور به ارتکاب سقط می‌شود؛ علی‌رغم اینکه ممکن است خودش مخالف سقط بوده باشد یا از هستی جنین آگاهی داشته باشد. برخی از این افراد پس از سقط دچار عذاب وجدان و تنش‌های روحی شده بودند و سعی می‌کردند با اتکا به گزاره «من در آن شرایط مجبور شدم سقط کنم» التهابات روحی خود را کاهش دهند:

«من می‌گم وقتی کسی شرایط زندگیش مناسب نیست، نباید فرد دیگه‌ای رو وارد زندگیش کنه؛ چون اون فرد بزرگ‌ترین لطمه رو می‌خوره. همین الانش پسر من و همسر من خیلی لطمه می‌خوره، حتی ممکنه در آینده این رفتاری که پدرش با من داره با همسرش داشته باشه؛ و من می‌گم تا زمانی که این جوریه نباید بچه بیاری» (کد ۲۵، ۳۱ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

عده‌ای دیگر از زنان با «باور به تقدیر و کم‌رنگ کردن عاملیت انسان» سعی می‌کردند آرامش خود را تأمین کنند. زنانی که این راهبرد را برگزیده بودند، برای انتخاب سقط جایگاهی حداقلی قائل بودند و خواست و اراده الهی را در سقط تأثیرگذار تلقی می‌کردند. آنان بیان می‌کردند که خواست خداوند حاکم بر همه چیز است و اگر اتفاقی می‌افتد حتماً مبتنی بر قضا و قدر الهی است:

«بین زن‌داده من یه پسر داشت و شیربه‌شیر باردار شد. خودشو کشت تا اونو سقط کنه. هر کاری شما بگی کرد که بچه بیفته، اما نیفتاد که نیفتاد. الان پسرش داره برای دانشگاه درس می‌خونه، اما من یه قرص گذاشتم و بچه افتاد. درسته من انتخاب کردم، ولی می‌خوام بگم اگر خدا می‌خواست می‌موند. این تو سرنوشت من قرار گرفته بود که من این کار رو بکنم. هر اتفاقی که می‌افته شاید فقط ۲۰ درصدش کار مائه و بقیه‌ش کار خداست. همسر من خیلی وقتاً می‌گه عیبی نداره. قسمت ما این بوده» (کد ۸، ۳۹ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

#### ۴-۳-۳. توجیه

از دیگر راهبردهای زنان، موجه‌سازی عمل سقط با «پیشگیری از رنج» است. این گروه از زنان به‌منظور پیشگیری از ورود فرزند به زندگی پرتنش یا پیشگیری از دشوارتر شدن شرایط زندگی مرتکب سقط شده بودند. آنان با مرور تجربیات سخت زندگی خود پس از ارتکاب سقط، از متولد نشدن فرزند جدید اظهار رضایت می‌کردند؛ چرا که تصور می‌کردند شرایط زندگی فعلی آن‌ها با آمدن فرزندی دیگر سخت‌تر می‌شد یا فرزند در صورت تولد زندگی پررنجی را متحمل می‌شد. این افراد صرف‌نظر از پشیمانی یا عدم پشیمانی از سقط، سعی می‌کردند به جنبه مثبت عمل خود فکر کنند و به نحوی از بروز آشفتگی روحی ناشی از عذاب وجدان پیشگیری کنند:

«اگر اون بچه هم بود، الان دو تا بچه داشتیم. تو این تورم و گرونی خب خیلی سخت بود. یه وقت‌هایی می‌گم خدا رو شکر که سقط کردم. الان اگر بود از پسر بزرگ‌تر بود دیگه. فکر می‌کنم اون موقع کار درستی کردم. دور از جون الان پسر من، اما می‌گم کاش اینم سقط کرده بودم. شرایط جامعه برای یه زن مطلقه با بچه خیلی سخته. الان نمی‌تونم از پس پسرم بر پیام. از من طلبکاره» (کد ۳۸، ۴۵ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

از دیگر راهبردهای زنان، توجیه سقط با «احتمال نقص جنین» بوده است. در میان مشارکت‌کنندگان برخی حقیقتاً به دلیل ترس از نقص جنین تصمیم به سقط گرفته بودند، اما دغدغه اصلی عده‌ای دیگر در تصمیم و اقدام به سقط، نگرانی از نقص جنین نبود، بلکه این افراد پس از تصمیم قطعی، از احتمال نقص جنین به‌عنوان عاملی برای توجیه عمل سقط و آرام کردن خود (قبل و بعد از سقط) بهره گرفته بودند:

«وقتی احتمال دادم باردارم، قبل از سونوگرافی و استفاده از بیبی‌چک، دمنوش زعفران زیاد خورده بودم. یه سری قرص‌هایی مصرف کرده بودم که برای بچه ضرر داشت. قرص اورژانسی هم خوردم که می‌گفتن خیلی ضرر داره و شاید بچه نارس بشه. وقتی رفتم سونوگرافی، گفتن قلبش ضعیف می‌زنه و براش مشکل پیش می‌آد و احتمال داره نارس بشه. دیگه از نارس بودنش می‌ترسیدم. می‌ترسیدم اگه نگهش دارم، مشکل جسمی داشته باشه، مشکل ذهنی داشته باشه» (کد ۱، ۳۰ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

اتکا به «تعلیق حیات و انسانیت جنین» در هفته‌های اول بارداری، از دیگر راهبردهای زنان برای توجیه انجام سقط است. برخی از مشارکت‌کنندگان پس از سقط سعی می‌کردند با تکیه بر گزاره‌هایی مانند «روح نداشتن جنین در هفته‌های اول بارداری»، «زنده‌نبودن جنین قبل از تشکیل قلب»، «انسان نبودن جنین چند هفته‌ای»، «لخته خون بودن جنین چند هفته‌ای» و... تنش روحی و درگیری ذهنی خود را تا حدی کاهش دهند. آنان با این گزاره‌ها سعی در متقاعدسازی خود داشتند تا از این طریق بلامانع بودن سقط در شرایط دشوار خود یا کمتر ایرادداشتن آن را نتیجه بگیرند:

«از وقتی فهمیدم باردارم، دو سه روز بعدش اقدام کردم و تا برم دکتر و خلاصه پیگیری سقطو بکنم و آمپول تزریق کنم تا سقط بچه کلاً دو هفته شد؛ نه قلبی داشت و نه روحی. خودمو دل‌داری می‌دم که می‌گن تا یه ماه روحی تو جنین دمیده نشده و قلبی تشکیل نشده» (کد ۱۱، ۴۸ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

#### ۴-۴. گریز همه‌جانبه

مقوله «گریز همه‌جانبه» به راهبردهای ترکیبی‌ای اشاره دارد که زنان برای کاهش بار هیجانی نادیده‌انگاری و سرکوب خاطرات) و اجتناب از مواجهه اجتماعی (پنهان‌کاری) به کار می‌گیرند. این مفهوم بر تلاش فراگیر برای ایجاد فاصله شناختی، عاطفی و اجتماعی با تجربه سقط تأکید دارد.



سرم رو برمی گردونم تا اون درمونگاه رو نبینم. بعضی وقت‌ها نگاهم می‌خوره به اون درمونگاه، خیلی احساس بدی پیدا می‌کنم» (کد ۶، ۴۵، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

برخی زنان نیز با «فرار از یادآوری خاطرات جنین به دلیل باور به صحت تصمیم» سعی می‌کردند فکر خود را درگیر جنین و خاطرات سقط نکنند. درواقع این افراد با اتخاذ این راهبرد از بروز آشفتگی روحی در اثر فکر کردن به جنین پیشگیری می‌کردند:

«وقتی جنین رو دیدم، اون موقع یه ذره حالم بد شد که چرا این کارو کردم. دیگه خودمو قانع کردم. الانم هرچند وقت یه بار یادم می‌افته. ولی خب اگر اونم به دنیا می‌اومد، یه سری مشکلات دیگه برام پیش می‌اومد و بیشتر بهم فشار می‌اومد. دیگه الان سعی می‌کنم به جنین و این مسائل فکر نکنم؛ چون فکر می‌کنم اون موقع کار درستی رو انجام دادم» (کد ۳۴، ۴۷، ساله، دو بار سابقه سقط عمدی).

گروهی دیگر از زنان راهبرد «نادیده‌انگاری» و بی‌اعتنایی به سقط جنین عمدی را برگزیده بودند. این مشارکت‌کنندگان اصلاً پس از تجربه سقط از جنین و خاطرات تجربه یاد نمی‌کردند؛ گویا چنین تجربه‌ای نداشته‌اند. این گروه از مشارکت‌کنندگان این تجربه را یک اتفاق تلقی و از آن عبور کرده بودند و بر این باور بودند که سقط جنین تأثیری بر زندگی آن‌ها نداشته است. این نادیده‌انگاری در برخی زنان ناشی از عدم محوریت و موضوعیت جنین در تصمیم‌گیری بوده است. عمدتاً این افراد به سبب برخی پیامدهای مثبت سقط مانند زندگی راحت‌تر و رهایی از دشواری‌های فرزندآوری و فرزندپروری، از تصمیم خود احساس رضایت و آرامش می‌کردند:

«نه قبلش و نه بعدش به جنین‌ها فکر نمی‌کردم. وقتی بچه از بدنم خارج می‌شد، تازه یه حس آرامش بهم دست می‌داد. تازه آروم می‌شدم، فکرم راحت می‌شد» (کد ۳۳، ۴۷، ساله، دو بار سابقه سقط عمدی).

برخی نیز به سبب دشواری‌های بسیار زندگی حسی به جنین نداشتند و نمی‌خواستند در شرایط آشفتگی زندگی، فرزند دیگری داشته باشند. این افراد پس از تجربه سقط نیز به سبب تجربه نامایمات بسیار در زندگی مجال فکر کردن به جنین و خاطرات سقط را نداشتند:

«اصلاً هیچ‌وقت بهشون فکر نکردم. این قدر درگیر زندگی و نامایمتهای و مشکلات زندگی با دو تا بچه‌هام بودم که اصلاً به این فکر نمی‌کردم که وای من چرا دو تا بچه رو سقط کردم. هیچ حسی به اون بچه‌هایی که به وجود می‌اومدن نداشتیم؛ چون اصلاً نمی‌خواستیم» (کد ۲۴، ۴۰، ساله، دو بار سابقه سقط عمدی).

اما در برخی افراد اتخاذ راهبرد «نادیده‌انگاری» در نتیجه هیچ تلقی کردن جنین در هفته‌های اول بارداری، زنده‌ندانستن جنین چندهفته و روح‌نداشتن جنین در اوایل بارداری و انسان‌نبودن جنین بوده است. این افراد بر این باور بودند که به دلیل انجام سقط بلافاصله پس از اطلاع از بارداری، هنوز جنین به صورت کامل شکل نگرفته بوده است؛ بنابراین احساسی به جنین و تجربه سقط نداشتند: «دیگه درمورد سقط و جنین و اینا فکر نمی‌کردم؛ چون چیزی ندیدم. چیزی هم تشکیل نشده بود که بخوام یاد جنین بیفتم» (کد ۲۳، ۴۳، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

## ۵. بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی صورت گرفته است. براساس یافته‌ها، زنان در رویارویی با تجربه سقط جنین عمدی از راهبردهای «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، «کنش‌های جبرانی»، «بازاندیشی»، «توبه و طلب مغفرت»، «سرزنشگری»، «اعتراف»، «جستجوی مشروعیت»، «استناد به تقدیر و شرایط بیرونی»، «توجیه»، «پنهان‌کاری» و «گریز شناختی» استفاده می‌کنند که در چهار رویکرد کلی «کنش‌های حفاظتی-ترمیمی»، «واگشت اخلاقی»، «بنیان‌سازی توجیه‌گرانه» و «گریز همه‌جانبه» قابل طبقه‌بندی است. رویکرد «بنیان‌سازی توجیه‌گرانه» به آن‌ها کمک می‌کند تا با ترکیب استدلال‌های عقلانی، دینی و اجتماعی، تصمیم سقط را از یک تابو به انتخابی معقول و گریزناپذیر تبدیل کنند. هم‌زمان «گریز همه‌جانبه» به عنوان مکانیسم دفاعی، بار هیجانی این تصمیم را از طریق بی‌اعتنایی، سرکوب خاطرات و پنهان‌کاری اجتماعی کاهش می‌دهد. پس از سقط، «واگشت اخلاقی» نمایانگر تلاش زنان برای بازتعریف رابطه خود با نظام ارزشی‌شان است که در نوسان میان سرزنش خود، توبه و توجیه عقلانی متجلی می‌شود. سرانجام «کنش‌های حفاظتی-ترمیمی» نشان‌دهنده کوشش زنان برای مدیریت پیامدهای این تجربه است: چه از طریق پیشگیری فعالانه پیش از سقط و چه جبران نمادین و عینی پس از آن. این راهبردها در مجموع بیانگر تلاش زنان برای حفظ تعادل روانی-اجتماعی در بافتارهای فرهنگی-دینی است که سقط را به حاشیه می‌راند و نشان می‌دهد چگونه با نظام‌مندکردن توجیهات و تعدیل هیجانات با این چالش مواجه می‌شوند.

یافته‌ها نشان می‌دهد زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی ارزیابی متفاوتی از موقعیت دارند و تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، ترکیبی از راهبردها را اتخاذ می‌کنند. شمار قابل توجهی از مشارکت‌کنندگان، عدم موفقیت در پیشگیری از بارداری را نوعی شکست تلقی می‌کردند و در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده، تصمیم به سقط جنین گرفته بودند.

این افراد در صورت عدم موافقت همسر با سقط، او را برای انجام سقط متقاعد کرده بودند. این گروه از زنان، عمدتاً به دلیل ترس از مخالفت اطرافیان، با اتخاذ راهبرد «پنهان کاری»، تصمیم خود مبنی بر سقط را از نزدیکان پنهان نگاه داشته بودند. در مقابل، مواردی نیز مشاهده شد که زنان علی‌رغم تمایل شخصی به حفظ جنین، با مخالفت همسر مواجه شده بودند. این دسته از مشارکت‌کنندگان با به‌کارگیری راهبرد «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، در برابر سقط اجباری مقاومت نشان داده بودند. یافته‌ها نشان می‌دهد برخی مشارکت‌کنندگان پیش از اقدام به سقط، به‌منظور کاهش عذاب وجدان ناشی از تعارض تصمیم آنان با موازین شرعی یا جلب حمایت اجتماعی، به «جستجوی مشروعیت» روی آورده بودند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پس از تجربه نیز به‌منظور گریز از انگ اجتماعی و قضاوت منفی دیگران راهبرد پنهان کاری را در پیش گرفته بودند.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که طیفی از مشارکت‌کنندگان، متعاقب تجربه سقط جنین عمدی، دچار عوارض روان‌شناختی از جمله تنش و آشفتگی‌های روحی شده بودند. این دسته از زنان در مواجهه با موقعیت‌های زمانی و مکانی مرتبط با جنین، شرایط منجر به سقط و عوامل مؤثر در فرایند تصمیم‌گیری، مراحل متعددی از «بازاندیشی» را تجربه کرده بودند. یافته‌ها نشان می‌دهد بیشتر این افراد از عوارضی نظیر احساس گناه و عذاب وجدان در رنج بودند که به اتخاذ راهبردهایی مانند «اعتراف»، «سرزنشگری»، «توجیه‌گری»، «توبه و طلب مغفرت» و «کنش‌های جبرانی» منجر شده بود. در زیرمجموعه‌ای از این گروه، کاهش تدریجی تنش‌های روحی با گذشت زمان مشاهده شد. این افراد پس از طی دوره سوگواری موفق به تنظیم هیجانی و انطباق با پیامدهای روانی سقط شده بودند. تحلیل داده‌ها نشان داد مکانیسم‌های شناختی این گروه عمدتاً مبتنی بر «توجیه» و «استناد به شرایط و عوامل بیرونی» بود که تصمیم به سقط را در آن شرایط خاص توجیه می‌کردند. برخی دیگر با استناد به «احتمال نقص جنین» یا باور به «تعلیق حیات و انسانیت جنین» به کاهش پریشانی‌های خود رسیده بودند. در مقابل، گروهی دیگر از این مشارکت‌کنندگان با تداوم عوارض روانی مواجه بودند. مواجهه با محرک‌های یادآور (از جمله رؤیایا یا کابوس‌های مرتبط، تجارب بارداری در شبکه اجتماعی، محتوای رسانه‌ای یا مکان‌های مرتبط) به فعال شدن چرخه «بازاندیشی» و نشخوار ذهنی در این افراد منجر می‌شد. پیامد این فرایند، تداوم احساس گناه و ناتوانی در بخشش خود حتی پس از گذشت سال‌ها بود. «سرکوب خاطرات سقط برای کاهش عذاب وجدان»، «طلب مغفرت مکرر»، «اعتراف به گناه و استحقاق مجازات» از جمله راهبردهای اتخاذی توسط این دسته از مشارکت‌کنندگان بوده است.

در سوی دیگر طیف، گروهی از مشارکت‌کنندگان فاقد عوارض روانی معنادار پس از سقط بودند. این افراد احساس پشیمانی نداشتند و تصمیم خود را در آن شرایط، عقلانی ارزیابی می‌کردند. این زنان از تجربه خود در گذشته عبور کرده بودند و خود را محکوم و متهم نکرده بودند. تحلیل محتوای مصاحبه‌ها نشان‌دهنده کاربست راهبرد «واکاوی دشواری‌های منجر به سقط» در این گروه بود. ویژگی بارز این افراد، عدم درگیری شناختی با موضوع جنین و نداشتن دلبستگی عاطفی به آن بود که به تداوم زندگی طبیعی آن‌ها منجر شده بود.

برخی از این مشارکت‌کنندگان از راهبرد «نادیده‌نگاری» استفاده می‌کردند که ریشه در عوامل متعددی از جمله مشغولیت به مسائل و مشکلات زندگی، باور به عدم حیات جنین و انسان‌بودن جنین یا تجربه پیامدهای مثبت سقط مانند زندگی راحت‌تر داشت. زیرمجموعه‌ای دیگر از این مشارکت‌کنندگان اگرچه گاه به جنین می‌اندیشیدند، اما این افکار به پریشانی منجر نمی‌شد. تحلیل داده‌ها نشان داد این گروه با به‌کارگیری راهبردهایی شامل «باور به تقدیر و کمرنگ‌کردن عاملیت انسان»، «فرار از یادآوری خاطرات جنین به دلیل باور به صحت تصمیم»، «پیشگیری از رنج» و «استناد به شرایط و عوامل بیرونی» موفق به انطباق شده بودند. در این میان، بروز «کنش‌های جبرانی» به شکل کمک‌های مالی و نیز کاربست راهبرد «توبه و طلب مغفرت» (بدون درگیری هیجانی) در برخی موارد مشاهده شد.

می‌توان راهبردهای شناسایی‌شده را از منظر جهت‌گیری کنش زنان (فردی، اجتماعی یا فراساختاری) نیز در سه سطح درونی-ذهنی، بین‌فردی و فرافردی تقسیم‌بندی کرد. راهبردهای درونی-ذهنی فرایندهای شناختی، هیجانی و معناسازی‌های فردی هستند که عمدتاً زنان برای مدیریت پیامدهای سقط از آن‌ها استفاده می‌کنند، مانند «بازاندیشی»، «توبه و طلب مغفرت»، «خودسرزنی»، «اعتراف»، «توجیه‌گری» و «گریز شناختی». این راهبردها غیرقابل مشاهده و متکی بر مکانیسم‌های روانی برای سازگاری با عذاب وجدان یا تضادهای ارزشی هستند. راهبردهای بین‌فردی بر کنش‌های عینی و تعامل با دیگران متمرکز است که زنان برای کاهش تنش‌های ناشی از سقط به کار می‌گیرند. این راهبردها عبارت‌اند از: «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، انجام «کنش‌های جبرانی» (فرزندآوری، کمک مالی یا آگاهی‌بخشی به دیگران)، «سرزنشگری» بیرونی (همسر، اطرافیان)، «جستجوی مشروعیت» اجتماعی و «پنهان‌کاری». این راهبردها بازتاب‌دهنده تلاش زنان برای تعدیل فشارهای اجتماعی یا بازتعریف روابط قدرت در بستر فرهنگی-خانوادگی هستند. راهبردهای فرافردی شامل سازوکارهایی است که زنان با اتکا به ساختارهای کلان (دینی، تقدیری) برای تبیین یا توجیه سقط به کار می‌بندند. این راهبردها عبارت‌اند از: «استناد به

تقدیر و شرایط بیرونی»، «جستجوی مشروعیت» شرعی، جبران فرافردی با انجام اعمالی مانند نجات جنین‌های دیگر. این راهبردها عاملیت فرد را به نهادهای مذهبی یا باورهای ماورایی واگذار می‌کنند و اغلب در جوامع با هنجارهای دینی قوی برجسته‌ترند.

در پژوهش‌های پیشین نیز به برخی از راهبردهای شناسایی شده در این پژوهش اشاره شده است. پنهان‌کاری یکی از راهبردهای زنان، پیش از اقدام به سقط است، که در پژوهش آزادواری (۲۰۲۰) و ظفری دیزجی (۲۰۱۴) نیز به آن اشاره شده است. همچنین در پژوهش مور و همکاران (۲۰۲۱) و گارنزی و همکاران (۲۰۲۴)، به محرومیت زنان از حمایت مالی و عاطفی شبکه اجتماعی اطرافیان و در مطالعه یلتس و برگر (۲۰۲۴) به محرومیت زنان از خدمات مشاوره‌ای به سبب مخفی کردن تصمیم به سقط از ترس انگ اجتماعی اشاره شده است. در این پژوهش در جریان قراردادن اطرافیان در مورد تصمیم به سقط یا تجربه سقط، ذیل راهبرد «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، به منظور بهره‌مندی از حمایت شبکه اطرافیان در انصراف همسر از اصرار به سقط و ذیل راهبرد «جستجوی مشروعیت» به منظور جلب حمایت اجتماعی نمود پیدا کرد که یافته‌های آزادواری (۲۰۲۰) در مورد علنی‌سازی تجربه سقط و ظفری دیزجی (۲۰۱۴) در رابطه با جلب حمایت و تأیید اطرافیان و همسر در این راستا است. «کنش‌های جبرانی» یکی از راهبردهای زنان برای جبران ارتکاب سقط است که نتایج مطالعه ظفری دیزجی (۲۰۱۴) در مورد عدم تکرار سقط در این زمینه است. از دیگر راهبردهای زنان «اجتناب شناختی» از طریق گریز از یادآوری خاطرات جنین و عمل سقط است که راهبرد فراموشی و توانمندسازی خویش در مطالعه ظفری دیزجی به آن اشاره دارد. «توجه‌گری» از دیگر راهبردهای زنان برای کاهش التهاب روحی ناشی از سقط است که ظفری دیزجی (۲۰۱۴) تحت عنوان سازش و رضایت از سقط جنین به آن اشاره کرده است. سایر راهبردها در پژوهش‌های پیشین شناسایی نشده است.

با توجه به مدل‌های نظری لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، کارور (۱۹۸۹) و اندلر و پارکر (۱۹۹۰) نیز می‌توان راهبردهای شناسایی شده را در سه دسته راهبردهای مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتناب‌محور دسته‌بندی کرد. راهبردهای مسئله‌مدار، راهبردهایی هستند که به صورت فعال مستقیماً با سقط جنین ارتباط دارند. افرادی که در مواجهه با تنش‌های ناشی از سقط جنین عمدی، از مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، ضمن رویارویی فعال با مسئله و پرداختن به وضعیت پیش‌آمده درصد یافتن راهی برای تغییر دادن وضعیت یا اجتناب از آن در آینده هستند. در پژوهش حاضر راهبرد «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط» با هدف متقاعدسازی همسر یا تغییر شرایط به منظور جلوگیری از سقط، بیانگر مقابله فعالانه با مسئله است. راهبردهای «تأمل درباره ماهیت

وجودی جنین»، «بازبینی نسبت به امکان تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط» و «ارزیابی امکان مقاومت در برابر فشار همسر» ذیل مقوله «بازاندیشی» به ارزیابی مجدد موقعیت به شیوه‌ای مثبت اشاره دارند و مقابله مسئله‌مدار به‌شمار می‌روند. راهبرد «جستجوی مشروعیت» و راهبرد «کنش‌های جبرانی» نیز که مقابله مستقیم فرد با مسئله و عدم تکرار موقعیت استرس‌زا در آینده را نشان می‌دهند، مقابله مسئله‌مدارند. راهبردهای هیجان‌محور شامل تلاش‌های شناختی-رفتاری برای کاهش احساسات منفی و آشفته‌گی‌های هیجانی است که در این مطالعه راهبردهای «واکاوی دشواری‌های منجر به سقط» و «تصویرسازی مسیر زندگی در صورت تولد جنین» ذیل مقوله «بازاندیشی»، «توبه و طلب مغفرت»، «سرزنشگری»، «اعتراف»، «توجیه‌گری»، «استناد به تقدیر و شرایط بیرونی» به تلاش برای کاهش التهابات روحی اشاره می‌کنند و مقابله هیجان‌مدار محسوب می‌شوند. مقابله اجتناب‌محور به معنای آن است که برای مقابله با مسئله دست به هیچ کاری نزنیم و به‌جای برخورد ریشه‌ای با موقعیت تنش‌زا، وجود هر نوع مشکل را انکار و به آن بی‌توجهی کنیم. در این پژوهش راهبردهای «پنهان‌کاری» و «گریز شناختی» از نوع مقابله اجتناب‌مدار هستند.

## ۶. نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی از راهبردهای پیچیده و چندبعدی استفاده می‌کنند که در چهارچوب کنش‌های حفاظتی-ترمیمی، واگشت اخلاقی، بنیان‌سازی توجیه‌گرانه و گریز همه‌جانبه قابل‌طبقه‌بندی است. این راهبردها بازتابی از تلاش زنان برای مدیریت تنش‌های روانی-اجتماعی، سازگاری با تعارضات ارزشی و کاهش بار هیجانی تصمیم سقط در بسترهای فرهنگی-دینی هستند. درحالی‌که برخی زنان با توجیه‌گری عقلانی یا استناد به عوامل بیرونی به سازگاری می‌رسند، گروهی دیگر با عذاب وجدان پایدار و نشخوار ذهنی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. تفاوت در پاسخ‌های روانی عمدتاً تحت تأثیر عوامل فردی مانند باورهای مذهبی، بین‌فردی مانند حمایت همسر و فراساختاری مانند هنجارهای اجتماعی است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، محدودیت جغرافیایی مطالعه به استان البرز، این پرسش را مطرح می‌سازد که آیا یافته‌ها قابل‌تعمیم به سایر مناطق با بافت فرهنگی و اجتماعی متفاوت هستند یا خیر؛ چرا که راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین می‌تواند تحت تأثیر هنجارهای محلی و شرایط خاص هر منطقه قرار گیرد. دوم، خطای یادآوری در میان مشارکت‌کنندگان به دلیل گذشت زمان از واقعه و تأثیر تجربیات بعدی بر بازخوانی خاطرات ممکن است به ارائه گزارش‌های نادقیق یا تحریف‌شده منجر شده باشد.

سوم، امکان سوگیری در مصاحبه‌ها به دلایل متعددی وجود داشت، از جمله تمایل مشارکت‌کنندگان به ارائه تصویری مطلوب از خود، تأثیر رابطه مصاحبه‌گر-مصاحبه‌شونده بر صداقت پاسخ‌ها و نیز گرایش ناخودآگاه محقق در طرح پرسش‌های هدایت‌گرانه که همگی می‌توانستند بر کیفیت داده‌ها تأثیر بگذارند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند به درک عمیق‌تر و نظام‌مند چالش‌ها و راهبردهای زنان در مواجهه با پدیده سقط جنین عمدی منجر شود و مبنایی علمی برای تدوین سیاست‌های جمعیتی هدفمند، طراحی برنامه‌های پیشگیری از سقط جنین عمدی، توسعه خدمات مشاوره‌ای پیش از بارداری، ارائه مداخلات زوج‌محور، شکل‌دهی سیاست‌های حمایتی برای مادران در معرض خطر سقط، ارتقای برنامه‌های بهداشت باروری، و همچنین طراحی مداخلات روان‌شناختی مؤثر و خدمات تخصصی پس از سقط فراهم آورد.

## ۷. پیشنهادها

با توجه به یافته‌های این پژوهش و محدودیت‌های آن، انجام پژوهش‌های تطبیقی در بافت‌های فرهنگی-اجتماعی مختلف و بررسی مقایسه‌ای راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین در مناطق مختلف ایران، پژوهش‌های ترکیبی (کیفی-کمی) برای سنجش فراوانی راهبردها، مطالعه شرایط اثرگذار بر اتخاذ راهبردهای متفاوت و راهبردهای همسران در مواجهه با تجربه سقط جنین خانم و مطالعات مداخله‌ای برای طراحی برنامه‌های حمایتی می‌تواند ابعاد پیچیده این مسئله را بیشتر روشن سازد.

## ۸. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## References

- Azadvari, E. & Karamhabibpour, K. (2023). Abortion: Conflict of Fear and Choice (A Study of the Social Circumstances Surrounding the Emergence of Abortion in the City of Mashhad). *Journal of Social Problems of Iran*, 14(1), 151-183. [https://ijsp.ut.ac.ir/article\\_94848.html](https://ijsp.ut.ac.ir/article_94848.html) (In Persian)

- Azadvari, E. (2020). The process of forming the decision for intentional abortion: A case study in Mashhad (Presenting a grounded theory. *Master's thesis*. Advised by Karam Habibpour Gatabi. Tehran: Kharazmi University, Faculty of Social Sciences. (In Persian)
- Akbari, M. E., Haghdoost, A. A., Bourbour, Z., Ahmadi, N., Maghsoudi, S., Akbari, A., ... & Nekouei, A. H. (2025) Prevalence and Causes of Abortion in the Islamic Republic of Iran. Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Imam Hussein University, University of Religions and Denominations. (In Persian)
- Bailey, C., & Bailey, C. (2021). *Exploring lived experience*. Researching virtual play experiences: Visual methods in education research.
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving OR being denied an abortion a prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169–178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Binayew, M., Tesfaye, T., Hareru, H. E., Ewune, H. A., Assefa, G., Kebede, S. S., ... & Gube, A. A. (2022). Determinants of repeated induced abortion among reproductive age group women visiting health facilities of Sidama regional state, Ethiopia, 2020: Facility based unmatched case-control study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 16, 101079. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101079>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2025). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. SAGE Publications.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Fernández, J. J., & Adamczyk, A. (2025). Dimensions and clusters of abortion legal attitudes: A cross-national analysis of diverse nations. *Social Science Research*, 128, 103173. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2025.103173>

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Garnsey, A., Liddell, J. L., Glover, A., Doria, C. M., Buscaglia, A., & Buxbaum, L. (2024). “I am empowered by this opportunity”: The role of abortion funds as an antidote to abortion stigma. *SSM - Qualitative Research in Health*, 6, 100478. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100478>
- Ghazanfari, R. S., Moini, S. R., & Pezhhan, A. (2025). Estimating the Prevalence of Induced Abortions in Tehran Using the Network Scale-Up Method (NSUM). *Journal of Population Association of Iran*, e722853. [https://www.jpaiassoc.ir/article\\_722853.html](https://www.jpaiassoc.ir/article_722853.html) (In Persian)
- Hatamifar, S., & Rezaei, M. (2025). An Inquiry into Induced Abortion in Traditional Communities: An Ethnographic Study in Sardasht, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, e722399. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2044159.1376> (In Persian)
- Huneus, A., Capella, D., Cabieses, B., & Cavada, G. (2020). Induced Abortion According to Socioeconomic Status in Chile. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(4), 415-420.e1. <https://doi.org/10.1016/J.JPAG.2020.03.003>
- Jeltsch, C., & Berger-Höger, B. (2024). Information and support needs of women planning an abortion according to counselling regulations in Germany – A qualitative study [Informations- und Unterstützungsbedarfe von Frauen bei geplantem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung in Deutschland – eine qualitative Studie]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 190, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.09.001>
- Kaveny, M. C. (2023). Intentional Killing or A Right to Bodily Integrity: Can We Bridge the Moral Languages of Abortion? *Journal of Moral Theology*, 12(1). <https://doi.org/10.55476/001c.66240>
- Khani, S., Gharibi, B., & Khaleghpanah, K. (2025). Demographic Correlates of Induced Abortion Experience: A Study of a Hidden Sample of Women in Sanandaj, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, e722402. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2045200.1381> (In Persian)

- Kimport, K., Weitz, T. A., & Freedman, L. (2016). The Stratified Legitimacy of Abortions. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(4), 503–516. <https://doi.org/10.1177/0022146516669970>
- Kosia, A., Frumence, G., Nyamhanga, T., Semakafu, A. M., & Kakoko, D. (2021). Coping strategies available for women living with HIV/AIDS experiencing intimate partner violence in the Singida Region, Tanzania. *Intimate Partner Violence: Assessment, Treatment and Prevention*, 149–169. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.IJCMPh20211966>
- Littell, J. H., Young, S., Pigott, T. D., Biggs, M. A., Munk-Olsen, T., & Steinberg, J. R. (2024). Abortion and mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 20(2). <https://doi.org/10.1002/CL2.1410>,
- Moore, B., Poss, C., Coast, E., Lattof, S. R., & van derMeulen 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. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246238>
- Motavalli, R., Alizadeh, L., Namadi Vosoughi, M., & Shahbazzadegan, S. (2012). Evaluation of the Prevalence, Reasons and Consequences of Induced Abortion in Women of Ardabil in 2011. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 12(4), 384-391. <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-74-fa.html> (In Persian)
- Nov-Klaiman, T., Bowman-Smart, H., & Horn, R. (2025). Women's wellbeing as an empty declaration? A qualitative exploration of challenges in accessing termination of pregnancy due to fetal anomaly in Germany. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01196-3>
- Palacios-Serna, L. I., Obando-Peralta, E. C., Durand-Ascárate, L. A., Velazco-Reyes, B., & Soto, I. B. R. (2024). Coping Strategies For the Prevention of Social Violence in University Students. *RGSA: Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(9), e08670–e08670. <https://doi.org/10.24857/RGSA.V18N9-192>
- Pleasants, E., Parham, L., Karen, W., Dolgins, E., Upadhyay, U. D., Marshall, C., & Prata, N. (2024). Waiting to start abortion: A qualitative exploration of narratives of waiting shared in a Reddit community for abortion post-Dobbs leak in 2022. *Social Science and Medicine*, 349, 116877. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116877>

- Razeghi Nasrabad, H. B., & Sanjari, E. (2017). Factors Associated with Induced Abortion: Lived Experiences of Women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(2), 105-136.  
<https://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165> (In Persian)
- Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118807624.  
<https://doi.org/10.1177/2050312118807624>
- Rocca, C. H., Moseson, H., Gould, H., Foster, D. G., & Kimport, K. (2021). Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. *Social Science and Medicine*, 269.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113567>
- Scoglio, A. A. J., & Nayak, S. S. (2023). Alignment of state-level policies and public attitudes towards abortion legality and government restrictions on abortion in the United States. *Social Science and Medicine*, 320.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115724>
- Sinfield, G., Goldspink, S., & Wilson, C. (2023). Waiting in the Wings: The Enactment of a Descriptive Phenomenology Study. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231207012>
- Somaiya, D., & Lew, C. (2023). First Trimester Medication Abortion: Public Health Challenges and Clinical Guidance. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*.  
<https://doi.org/10.1093/ACREFORE/9780190632366.013.209>
- Speziale, H. S., & Carpenter, D. R. (2023). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2021). *Basics of Qualitative Research*. Tehran: Andisheh Rafi. (In Persian)
- Yee, S. F. (2019). *The Framework of Transcendental Phenomenology* (pp. 1–21). Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-2679-0\\_1](https://doi.org/10.1007/978-981-13-2679-0_1)
- Zafari Dizji, A. (2014). Lived experience of women in voluntary pregnancy termination. *Master's thesis*. Advised by Afsaneh Tavassoli. Tehran: Alzahra University. Faculty of Social Sciences and Economics. (In Persian)