

تجارب زنان آذری از سقط القایی: یک مطالعه کیفی

رقیه نوری زاده^۱، عیسی محمدی^۲، معصومه سیمبر^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اطلاعات در دسترس در مورد تجارب سقط با توجه به فراوانی آن به طور نامتناسبی کم است و این به عنوان مانعی در سنجش اثربخشی سیاست‌های موجود و برنامه‌ریزی‌های لازم برای آینده عمل می‌کند. بنابراین با توجه به غیر مذهبی و غیر قانونی بودن سقط القایی در ایران و محدودیت اطلاعاتی موجود در این حیطه، مطالعه کیفی حاضر طراحی گردید.

روش: این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق ۲۳ مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با ۱۵ زن سقط کرده در تبریز انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از خرداد سال ۱۳۹۲ آغاز و تا مرحله اشباع (شهریور ماه) ادامه یافت. تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها توسط نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۰۷ صورت گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه درون‌مایه «انعکاس درون شخصی، جلب حمایت اجتماعی و تعارضات بعد از سقط» شد. بدین معنی که زنان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته و به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده آن، واکنش‌های منفی و اجتنابی از خود بروز می‌دادند و یکسری نگرانی‌هایی را تجربه می‌کردند. سپس به طرق مختلف به جلب حمایت اجتماعی جهت عملی‌سازی سقط می‌پرداختند، اما در بیشتر موارد به علت مغایرت سقط با نظام ارزشی و اعتقادی، دچار تعارضات بعد از سقط می‌شدند.

نتیجه‌گیری: بارداری ناخواسته و سقط برای زنان با واکنش‌های منفی شروع می‌شود و به تعارضات بعد از سقط می‌انجامد که این امر لزوم حمایت روحی- روانی از زنان مواجهه شده با بارداری ناخواسته را نشان می‌دهد. از طرف دیگر تعارضات بعد از سقط ضرورت مداخلات برای پیشگیری اولیه (جهت جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته) و ثانویه (بسته کمک تصمیم) در راستای تصمیم‌گیری مناسب و کاهش پیامدهای منفی بعد از سقط را نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها: بارداری ناخواسته، سقط، تجارب زنان، تحقیق کیفی

ارجاع: نوری زاده رقیه، محمدی عیسی، سیمبر معصومه. تجارب زنان آذری از سقط القایی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۳): ۲۴۷-۲۵۶.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۱۹

سالانه حدود ۷۳۰۰۰ سقط القایی در بین زنان متأهل کشور رخ می‌دهد که بیشتر آن‌ها غیر ایمن است. برآوردهای غیر مستقیم نشان می‌دهد که هر زن ایرانی در طول دوره باروری خود به طور متوسط در حدود ۰/۲۶ مورد سقط القایی را تجربه می‌کند. بدین معنی که از هر ۴ زن در ایران، یک زن در طول دوره باروری خود تجربه سقط القایی دارد (۲).

مقدمه

میزان سقط القایی در جهان از سال ۲۰۰۳ ثابت مانده است و حدود ۲۸ در هر ۱۰۰۰ زن در سنین باروری می‌باشند (۱). نیمی از این سقط‌ها غیر ایمن است که به طور تقریبی همه آن‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. آمار دقیقی در مورد سقط القایی در ایران در دسترس نیست، اما تخمین زده می‌شود که

۱- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چیزی بیش از توصیف صرف و هدف آن فراهم نمودن توصیف مفهومی عمیق و درک پدیده است (۹). با این رویکرد می‌توان تعدد تجارب مربوط به سقط القایی را به دست آورد. مطالعه از خرداد تا شهریور ۱۳۹۲ در تبریز انجام گرفت. مشارکت کنندگان ۱۵ زن آذری سقط کرده بودند که تا یک سال بعد از سقط القایی از آنان مصاحبه به عمل آمد. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام گرفت؛ یعنی افرادی برای مصاحبه انتخاب شدند که پدیده موردنظر را تجربه نموده و واجد معیار ورود ذکر شده بودند. نمونه‌گیری با افراد دارای شرایط متفاوت از نظر طیف سنی، وضعیت اشتغال، سطوح اقتصادی- اجتماعی و سوابق باروری انجام شد (جدول ۱). لازم به ذکر است زنان دارای اختلالات روانی شناخته شده در مطالعه قرار نگرفتند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها که کد و داده‌های جدیدی حاصل نشد، سطوح مفهومی کامل شده و بر اساس قضاوت محقق، جمع‌آوری بیشتر داده‌ها موجب درک عمیق‌تر پدیده نگردید (۱۰)، ادامه یافت.

جدول ۱: مشخصات مشارکت کنندگان در مطالعه

تعداد	ویژگی‌های مادران
۵	زیر دیپلم
۴	دیپلم
۳	فوق دیپلم و لیسانس
۳	فوق لیسانس و دکتری
۵	۱۸-۳۰
۵	۳۱-۴۰
۵	۴۱-۴۸
۴	۰
۴	۱
۴	۲
۳	۳ و بیشتر
۵	خانه‌دار
۴	دانشجو
۳	کارمند
۳	شغل آزاد
۵	ناخواسته
۵	ناپهنگام
۵	نامشخص
۱۰	ندارد
۵	دارد
	سابقه سقط القایی

سقط غیر ایمن مسئول ۱۳ درصد موارد مرگ مادر و ۲۰ درصد بار ناتوانی (Disability adjusted life years) ناشی از بارداری و زایمان در جهان می‌باشد (۳). متأسفانه سقط القایی بیش از آن‌چه موضوعی طبی و مرتبط با سلامت مادر باشد، به حیطه علوم نظری و مباحث تئوریک راه یافته است. موضوعات مرتبط با سقط القایی سوژه مناظره‌های پر قدرت اخلاق‌گرایان، مردان سیاسی و مذهبی است و صدای زنان در این مناظره‌ها گم شده است. اگرچه دفاع از حقوق جنین و موجودی که قدرت دفاع ندارد نمودی از عدالت است، اما در این مسیر به وجود عینی مادر و فرایند سقط وی نباید بی‌اعتنا بود.

بیشتر مطالعات انجام گرفته در حیطه بارداری ناخواسته و سقط از نوع کمی می‌باشد که بیشتر به چرایی انجام سقط پرداخته‌اند تا چگونگی فرایند آن (۷-۴). مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (Centers for disease control یا CDC) گزارش کرد که اطلاعات در دسترس در مورد تجارب سقط القایی با توجه به فراوانی آن به طور نامتناسبی کم است و این به عنوان مانعی در سنجش اثربخشی سیاست‌های موجود و برنامه‌ریزی‌های لازم برای آینده عمل می‌کند (۸). مروری بر متون ایرانی نشانگر آن است که تاکنون مطالعات کافی از منظر تجارب سقط القایی زنان مواجه شده با بارداری ناخواسته انجام نگرفته است. این نکته مهم که سقط در خلأ اجتماعی رخ نمی‌دهد، ضرورت درک دلایل سوق دهنده زنان ایرانی به سوی القای سقط با وجود غیر مذهبی و غیر قانونی بودن آن را روشن می‌سازد. نظر به اهمیت و ضرورت به دست آوردن اطلاعات از ادراک زنان نسبت به بارداری ناخواسته در بافت فرهنگی و اجتماعی آن‌ها و با توجه به محدودیت اطلاعاتی موجود در این حیطه، مطالعه کیفی حاضر با هدف امکان‌پذیری انجام مداخلات اثربخش در بهبود تصمیم‌گیری‌ها در راستای کاهش سقط‌های القایی غیر قانونی و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب آن طراحی گردید.

روش

با توجه به هدف مطالعه که درک تجارب زنان از فرایند سقط القایی بود، از مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا با رویکرد توصیفی- تفسیری استفاده شد. تحلیل توصیفی- تفسیری

در مطالعه حاضر از مصاحبه ۱۳ تا ۱۵ کد جدیدی به دست نیامد. بر این اساس، ۱۵ مصاحبه چهره به چهره نیمه ساختار یافته و عمیق با سؤالات باز و ۸ مصاحبه تکمیلی برای کسب اطلاعات بیشتر و یا رفع ابهام در موارد لازم انجام گرفت که در مجموع ۲۳ مصاحبه با ۱۵ زن سقط کرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی، درمانگاه‌های مامایی، مطب‌های خصوصی متخصصین زنان و ماما‌های شهر تبریز صورت گرفت. بیشتر مصاحبه‌ها در منازل و یا اتاق مشاوه نزدیک‌ترین مراکز بهداشتی- درمانی به محل سکونت مشارکت کنندگان بنا به راحتی آن‌ها انجام شد.

مدت هر مصاحبه بین ۸۰-۴۵ دقیقه و در مصاحبه‌های تکمیلی بین ۲۰-۱۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال باز مانند «وقتی متوجه بارداری خود شدید، چه احساسی داشتید؟» شروع شد و بعد با سؤالات اکتشافی و عمق دهنده از قبیل «به دنبال متوجه شدن بارداری چه کردید؟ چگونه شد که بارداری خود را سقط کردید؟ لطفاً از احساسات و

رفتارهای خود به دنبال سقط صحبت بفرمایید. چرا؟ ممکن است بیشتر توضیح دهید؟ چگونه؟» ادامه یافت و زمانی که اطلاعات جدیدی از مصاحبه شونده‌ها حاصل نشد، به پایان رسید. مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت در عرصه مکمل در برخی از موارد لزوم نوشته می‌شد. سپس مصاحبه‌های ضبط شده، نسخه‌نویسی شده و نسخه‌های پیاده شده چندین بار خوانده می‌شد تا با داده‌ها آشنایی پیدا شود و یک حس کلی ادراک گردد (۹). در یک مورد که مشارکت کنندگان اجازه ضبط مصاحبه‌ها را ندادند، از یادداشت‌برداری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۰۷ انجام شد. طبقه‌بندی اولیه از مصاحبه سوم شروع شد. با افزایش تعداد مصاحبه‌ها، تعداد کدها و طبقات اولیه افزایش یافت که با مقایسه و ادغام آن‌ها، زیرطبقات به هم نزدیک شد و مشابه حول طبقه مشترک قرار گرفت. در جدول ۲ روند تحلیل از واحد معنایی تا یک طبقه اصلی آمده است.

جدول ۲: روند تشکیل طبقه نگرانی

طبقه	زیرطبقه	کد اولیه	واحد‌های معنایی
نگرانی	نگرانی از بروز مخاطره‌ها در زندگی	ترس از فشار اقتصادی ترس از محرومیت اجتماعی	«از نظر مالی احساس کردم با مشکل مواجه خواهم شد» «آدم عملاً هیچ فعالیت اجتماعی جنبی نمی‌تونه انجام بده. دیگه با وجود بچه کوچولو جایی نیست برا این کارها. ضمن این‌که من می‌خواستم ادامه تحصیل هم بدم و دیدم اگه بچه‌دار بشم قطعاً دیگه دکتری قبول نمی‌شم و ممکنه یکی دو سال زمین گیر بشم... اصلاً هیچ کاری...»
	نگرانی‌های مادرانگی	نگرانی از اجحاف در حق کودک در راه نگرانی از اجحاف در حق کودک قبلی	«وقتی من می‌بینم وقت و امکانات برای دو تا بچه می‌تونم ایجاد کنم، برای سومی دیگه نمی‌تونم. اون خودش نوعی ظلمه دیگه، فقط به دنیا آوردن بچه نیست که...» «فاصلشون کم بود، می‌گفتم دخترم گناه داره، دارم بهش شیر می‌دم»
	نگرانی از عدم پذیرش خانواده و اجتماع	نگرانی از عدم پذیرش خانواده ترس تعدی از هنجارهای اجتماعی فرزندآوری	«خانواده شوهر من هر وقت می‌دیدن یکی دومین بچه‌اش رو آورده، من می‌شنیدم که غرغر می‌کردن... کلاً اونا با بچه خیلی موافق نیستن. یعنی به نوعی می‌شه گفت خیلی جالب نبود که آدم با اون دید خانواده شوهر، بچه دوم رو هم بیاره.» «می‌گفتم جمع وقتی جایی می‌ریم با ۳ فرزند، این قدر اختلاف سنی بین بچه اول و سوم...؟ (۱۷ سال). مثلاً این به دنیا بیاد دست من باشه، مردم یه جورهایی احساس کنن که ما از سطح فرهنگی پایینی هستیم که به این نکات توجه نکردیم. کما این‌که اطراف شهر مثلاً شهرستان‌ها و روستاها همچین کارهایی می‌کنن»
	نگرانی از پیامدهای منفی جسمی و عاطفی	نگرانی از پیامدهای منفی جسمی نگرانی از پیامدهای منفی عاطفی	«می‌نشستم گریه می‌کردم که ای وای صورتم داغون می‌شه، چند سال پیرتر می‌شم، اندامم به هم می‌خوره، چاق می‌شم... بعدش ۲ سال طول می‌کشد دوباره لاغر شم» «آدم دوست داره بچه موقعی به دنیا بیاد که واقعاً می‌خوادش. می‌گفتم شاید همیشه این احساس رو نسبت بهش داشته باشم که این اومد... من یک سری از برنامه‌هام به هم ریخت و نشد. خیلی بده که آدم به یک بچه همیشه به این چشم نگاه کنه که من اینو نمی‌خواستم»

هدف استفاده از ضبط صوت به آن‌ها گفته و برای ضبط گفته‌های شرکت کنندگان از آن‌ها اجازه گرفته شد. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری می‌شود و صداهای ضبط شده پس از پایان تحقیق پاک خواهند شد. همچنین اطلاعات لازم درباره نحوه دستیابی به نتایج تحقیق در اختیارشان گذاشته شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۲۹۰ کد باز، ۱۴ زیرطبقه، ۷ طبقه و سه درون‌مایه «انعکاس درون شخصی، جلب حمایت اجتماعی و تعارضات بعد از سقط» شد. بدین ترتیب که انعکاس درون شخصی نحوه مواجهه را نشان می‌دهد. جلب حمایت اجتماعی به عنوان دغدغه اصلی زنان بود و تعارضات بعد از سقط، پیامد را نشان می‌دهد.

انعکاس درون شخصی

این درون‌مایه از سه طبقه «احساس منفی نسبت به جنین، نگرانی و عدم افشای بارداری» تشکیل شده است؛ به طوری که این واقعه غیر منتظره به سرعت نگرش منفی و احساسات ناخوشایند زنان نسبت به جنین را برمی‌انگیخت. شرکت کننده شماره ۹ در این رابطه چنین می‌گوید: «به دلم نبود، اصلاً / اوایل محلش نمی‌داشتیم که مثلاً نمی‌خوام دیگه... / ازش متنفر بودم، اصلاً / ازش خوشم نمی‌اومد».

بیشتر مشارکت کنندگان بعد از شک و تشخیص بارداری احساس نگرانی می‌کردند و به این مهمان ناخوانده به عنوان موجودی چالش برانگیز می‌نگریستند که از به چالش کشیدن آرامش زن و ثبات خانواده تا محرومیت‌های اجتماعی را می‌توانست به همراه داشته باشد. از ابعاد مختلف نگرانی زنان می‌توان به نگرانی از بروز مخاطره‌ها در زندگی، نگرانی از پیامدهای منفی جسمی-عاطفی، نگرانی از عدم پذیرش خانواده و اجتماع و نگرانی‌های مادرانگی اشاره نمود. در رابطه با نگرانی از بروز مخاطره‌ها در زندگی شرکت کننده شماره ۱۳ می‌گوید: «شوهرم شغل ثابتی نداره، درآمدمون کمه، مشکل داشتیم... برا همین نگران بودم. می‌گفتم بهمون فشار میاد به لحاظ زندگی، نمی‌تونیم برسونیم».

ترس از به هم ریختن زیبایی صورت و اندام، نگرانی از

نمونه‌ها با حداکثر تنوع از لحاظ مشخصات دموگرافیک و سوابق باروری از بین مناطق مختلف ده‌گانه شهر تبریز انتخاب شدند که اعتبار داده‌ها را افزایش می‌داد (جدول ۱). همچنین در راستای افزایش اعتبار یافته‌ها، مصاحبه‌ها همراه با کدهای اولیه استخراج شده به سه مشارکت کننده ارایه گردید و نظرات تکمیلی آن‌ها اخذ و میزان انطباق کدهای انتخاب شده با تجارب و ادراک آنان بررسی شد. درگیری طولانی محقق با موضوع مورد مطالعه و ارتباط باز و همدلانه با مشارکت کنندگان نیز از دیگر عوامل افزایش اعتبار داده‌های مطالعه بود (۱۱). جهت افزایش قابلیت اعتماد، کدها و طبقات استخراج شده از متن تعدادی از مصاحبه‌ها در اختیار دو استاد صاحب‌نظر در زمینه تحقیق کیفی که تمام مراحل مطالعه را نظارت و حسابرسی می‌نمودند، قرار گرفت.

به منظور تضمین تأییدپذیری، محقق سعی نمود که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها دخالت ندهد. سعی گردید قابلیت انتقال‌پذیری داده‌ها از طریق بازنگری یافته‌ها و با در میان گذاشتن سازه‌ها با ۵ زن سقط کرده که در فرایند تحقیق حضور نداشتند و همچنین با رعایت تنوع ویژگی‌ها و نیز مقایسه یافته‌ها با یافته‌های مطالعات مرتبط دیگر حفظ شود.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، تأییدیه اخلاقی مطالعه با ارایه پروپوزال از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اخذ گردید. سپس رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت آگاهانه مشارکت کنندگان تهیه شد که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد اهداف پژوهش، فرم رضایت‌نامه توسط آنان تکمیل و امضا گردید. فقط یک مشارکت کننده بی‌سواد بود و سواد خواندن و نوشتن نداشت که بعد از اخذ رضایت شفاهی وی به شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه خدمت ایشان قرائت و موارد توسط پژوهشگر و طبق نظر مشارکت کننده تکمیل و در آخر توسط ایشان امضا گردید.

قبل از امضای فرم رضایت‌نامه، به سؤالات مشارکت کنندگان پاسخ و به آنان اطمینان داده شد که در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم تمایل به همکاری قادر به خروج از مطالعه می‌باشند. برای راحتی و حفظ حریم خصوصی، زمان و مکان مصاحبه‌ها با نظر مشارکت کنندگان تعیین می‌شد.

از سقط به کار گرفته می‌شد. شرکت کننده شماره ۱۱ بیان کرد: «بیا ز ندیدم که به فرد دیگه‌ای هم بگم. بالآخره بارداری ناخواسته و سقط که بگی، یکی می‌گه چرا می‌خوای سقط کنی؟ یکی می‌گه نگه دار، گناه داره».

نگریستن به موضوع به عنوان راز زناشویی از علل دیگر عدم افشای بارداری بود. اظهارات مشارکت کننده شماره ۱۴ در این زمینه چنین است: «صلاً نداشتیم بدون من باردارم و می‌خوام سقطش کنم چون احساس می‌کردم موضوع خیلی شخصیه».

جلب حمایت اجتماعی

این درون‌مایه از دو طبقه افشا و جستجوی راهکار و حمایت جهت سقط تشکیل شده است. با وجود عدم افشای اولیه بارداری در پی جستجوی راهکار و حمایت جهت سقط از اطرافیان و کارکنان تیم سلامت، افشای بارداری به تدریج رخ می‌داد. یک بعد جستجوی راهکار و حمایت جهت سقط، جلب حمایت و همراه‌سازی افراد اصلی در عملی‌سازی سقط بود. در این میان یکی از روش‌های شایع اتخاذ شده جهت هم رأی ساختن همسر، مذاکره و توجیه ذهنی و روانی بود؛ به طوری که مشارکت کننده شماره ۱۱ اظهار داشت: «هی با شوهرم صحبت می‌کردم. آدم موقع صحبت کردن احساس می‌کنه سبک‌تر می‌شه، هی شرایط رو بهش توضیح می‌دادم. حتی با شوهرم که صحبت می‌کردم به این موارد اشاره می‌کردم که اگه با برنامه‌ریزی شده باشه، روی همه چیزش می‌تونیم کنترل داشته باشیم. اصلاً نمی‌خواستیم و دوست نداشتیم که با وجود مخالفت اون سقط کنم. آدم دوست داره که شوهرش بیشتر باهاش همراه باشه. من دوست داشتم که با من هم‌دردی کنه و کار منو سریع تأیید کنه و با من همراه بشه».

بعد دیگر جستجوی راهکار و حمایت جهت سقط، جستجوی کمک از منابع مختلف به ویژه کارکنان تیم سلامت بود. پزشکان عمومی، متخصصین زنان و رادیولوژیست‌ها، ماماها، کارکنان بهداشت خانواده، مسؤولین داروخانه‌ها و تزریقاتی‌ها از جمله افرادی بودند که بیشتر مشارکت کنندگان با آنان در رابطه با سقط مشاوره و تقاضای کمک نمودند. مشارکت کننده شماره ۱۲ چنین بیان کرد: «به یکی از فامیل‌های شوهرم که ماما است زنگ زدم و برای سقط ازش راهنمایی خواستم».

پیامدهای منفی جسمی بارداری را نشان داد و نگرانی از پیامدهای منفی عاطفی بارداری ناخواسته شامل نگرانی از تقسیم و کم شدن محبت همسر با آمدن بچه در بین زنان تازه ازدواج کرده و نیز ترس از احساس و نگرش منفی دایمی نسبت به فرزند ناخواسته بود. در این خصوص مشارکت کننده شماره ۱۲ می‌گوید: «روز اول که فهمیدم، اولین چیزی که به ذهنم اومد این بود که دنیای من خراب شد. فکر می‌کردم بین من و شوهرم فاصله می‌افته مثلاً توجه همسر من به بچه معطوف می‌شه. گفتم من می‌ترسم از این که تورو از دست بدم، تو عشقت به من کم می‌شه. از طرفی دیدم ممکنه به عمر من از این بچه بدم بیاد که با اومدنش برنامه‌ها و آرزوهای منو به هم ریخت. من دوست نداشتم وقتی بزرگ می‌شه همیشه به این چشم بهش نگاه کنم».

بعد دیگر نگرانی‌های زنان، نگرانی از عدم پذیرش خانواده و اجتماع بود. در مطالعه حاضر مواجهه با بارداری به ویژه در زوج‌های تازه ازدواج کرده و با فاصله بسیار کم بعد از ازدواج و نیز در زوج‌های مسن و چندزا و فواصل بسیار زیاد بین موالید منجر به القای احساس هنجارشکنی و نگرانی از پیامدهای منفی آن می‌شد. به طور مثال وقتی که تعداد فرزند از دو یا سه تجاوز می‌کرد به دلیل وجود و مشاهده هنجارهای فرزندآوری در بین اطرافیان و همکاران، خجالت و نگرانی از دید منفی اطرافیان تشدید می‌شد. شرکت کننده شماره ۳ چنین بیان کرد: «هی می‌گفتم مردم چی می‌گن؟ هر دوی ما فقط ترس از دید جامعه داشتیم. یه بچه انگار دافعه از بیرون داره. می‌گفت: نه دیگه در شرایطی نیستید که بچه‌دار بشید».

نگرانی‌های مادرانگی، بعد دیگری از نگرانی‌های زنان را تشکیل می‌داد که خود شامل ابعاد نگرانی از اجحاف در حق کودک در راه و نگرانی از اجحاف در حق کودک (ان) قبلی بود. مشارکت کننده شماره ۶ در این زمینه می‌گوید: «گران بودم چون نمی‌تونستم براش یه محیط آروم درست کنم که بچه‌ام تو اون محیط بزرگ بشه. این یکی بچه‌رو جلوی چشمم می‌دیدم که چه جور اذیت می‌شه».

عدم افشای بارداری یکی دیگر از واکنش‌های رایج مشارکت کنندگان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته بود که جهت مقابله با ترس ناشی از مخالفت و ممانعت نزدیکان

بارداری ناخواسته منجر به استخراج سه درون‌مایه «انعکاس درون شخصی، جلب حمایت اجتماعی و تعارضات بعد از سقط» شد. نتایج داده‌ها نشان داد که مواجهه با بارداری ناخواسته، بروز واکنش‌های منفی و اجتنابی و نگرانی در زنان را برمی‌انگیزد. نتایج مطالعه مرتضوی و همکاران در شاهرود نیز نشان داد که بیشتر زنانی که بارداری بدون برنامه‌ریزی داشته‌اند، تحت فشارهای روحی شدیدی قرار گرفته‌اند و کشمکش‌های روحی و نگرانی و دلهره شدید را تجربه کرده بودند (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. مطالعه‌ای در آمریکا که به تبیین تجارب کشف و پذیرش بارداری ناخواسته در بین مادران نخست‌زا پرداخته بود، گزارش کرد که استفاده از واکنش‌های اجتنابی تنها به معنی عدم پذیرش بارداری نیست، بلکه گاهی می‌تواند انکار ناشی از ناباوری باشد (۱۳).

در مطالعه حاضر، زنان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده و تحت تأثیر شرایط فردی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی درجاتی از نگرانی را تجربه می‌کردند. نگرانی از بروز مخاطره‌ها در زندگی، نگرانی از پیامدهای منفی جسمی-عاطفی، نگرانی از عدم پذیرش خانواده و اجتماع و نگرانی‌های مادرانگی ابعاد مختلف نگرانی‌های سوق دهنده زنان به سوی سقط را تشکیل می‌داد. مطالعات دیگر نیز حیطه‌های مختلف نگرانی از بروز مخاطره‌ها در زندگی مانند فشار و مشکلات مالی، تضاد نقش و محرومیت‌های اجتماعی را به عنوان شایع‌ترین عوامل سوق دهنده زنان به سوی سقط گزارش کرده‌اند (۱۴-۱۶).

پیامدهای منفی جسمی و عاطفی ناشی از ادامه بارداری، یکی دیگر از نگرانی‌های سوق دهنده زنان به سوی سقط بود که در مطالعات جهانی اشاره کمتری به این عامل شده است (۵). شاید تفاوت‌های فرهنگی در این امر دخیل باشد و از سوی دیگر نوع مطالعه و باز بودن سؤالات پژوهش امکان درک عمیق و جامع‌تری از نگرانی‌های زنان جستجوگر سقط را فراهم کرد.

همسو با نگرانی‌های مادرانگی که در مطالعه حاضر به آن اشاره شد، مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که درک زنان نسبت به «مادر خوب بودن» در مواجهه با بارداری ناخواسته به چالش کشیده می‌شود (۱۷). در مطالعه حاضر زنان به مادر

بعد دیگر جستجوی راهکار و حمایت جهت سقط، استفاده از تجارب مشترک دیگران در عملی‌سازی سقط بود. بیانات مشارکت کننده شماره ۱۰ در این رابطه چنین است: «دم کردنی‌های گیاهی می‌خوردم که بیفته. از مامانم راهنمایی گرفتم برا اینا. مامانم اولش گفت: گناه داره نکن. گفتم گناهش گردن خودم، کمکم کن».

تعارضات بعد از سقط

در بیشتر موارد پذیرش تصمیم و تطابق با آن، چالش‌برانگیز و زمان‌بر بود؛ به طوری که تعارضات بعد از سقط تا مدت‌ها بعد از تصمیم توسط مشارکت کنندگان اظهار می‌شد. یک بعد از تعارضات بعد از سقط، به تعارضات اخلاقی-مذهبی مربوط می‌شد. به طور مثال احساس گناه و عذاب وجدان، هفته‌ها و گاهی تا ماه‌ها بعد از سقط اظهار می‌شد. مصاحبه شونده شماره ۱ چنین گفت: «چون این بچه خیلی سخت از من جدا شد، بعد از سقط همش فکر می‌کردم که شاید من جلوی حکمت الهی رو گرفتم... شاید من اصرار به این قضیه کردم. تا مدت‌ها عذاب وجدان داشتم».

تمایلات متناقض، بعد دیگری از تعارضات بعد از سقط را شکل می‌داد. تمایل به تداوم بارداری به دنبال سقط از بارزترین علایم تعارضات بعد از سقط و نشانه عدم اطمینان از تصمیم اتخاذ شده بود. مشارکت کننده شماره ۲ چنین بیان کرد: «بعضی وقت‌ها دلم می‌گیره، بعضی وقت‌ها خواب می‌بینم که اگه به دنیا می‌اومد... بچه اولم دختره، تو خواب می‌بینم این پسره و دارم می‌گم کاش نگه می‌داشتم با هم بزرگ می‌شدن یا مثلاً می‌بینم تو خواب بهم مامان می‌گه. بعضی اوقات فکر می‌کنم که بد هم نمی‌شد اگه ادامه می‌دادم».

مشارکت کننده شماره ۶ نیز از تمایل مجدد خود به بارداری بلافاصله بعد از سقط چنین می‌گوید: «بعد از سقط، ۵۰ درصد ناراحت و ۵۰ درصد خوشحال بودم. ناراحت بابت این‌که ما یک انسان رو از جامعه حذف کردیم... شاید اگه می‌موند این قدر صاحب هوش و ذکاوت بود که خیلی برای جامعه مفید می‌شد و حتی برای خودمون، ولی بعد از سقط خیلی خیلی دلم می‌خواست که دوباره حامله بشم».

بحث

تحلیل داده‌ها در رابطه با تجارب سقط القایی در زنان دارای

تعارضات بعد از سقط یکی از تجارب شایع بیشتر مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر بود. در بسیاری از مطالعات دیگر نیز به تعارضات و مسایل روحی بعد از سقط اشاره شده است (۲۴-۲۰). در دو مطالعه بر روی زنان مسیحی که اکثر آنها کاتولیک یا پروتستان بوده و بارداری خود را خاتمه داده بودند، هیچ احساس ویژه‌ای از گناه گزارش نشد (۲۶، ۲۵). در مطالعه‌ای در آمریکا احساس و تجربیات زنان یهودی و مسیحی مواجه شده با بارداری ناخواسته به وضوح متفاوت از یکدیگر گزارش گردید (۲۷). با توجه به غالب بودن هنجارهای فرهنگی- اجتماعی در سوق به سقط و نظر به تفاوت بودن تجارب زنان در مذاهب مختلف، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی علاوه بر نقش مذهب، هنجارهای فرهنگی- اجتماعی جوامع مختلف نیز مدنظر قرار گیرد.

یافته‌های مطالعه بر ضرورت مداخلات در راستای پیشگیری اولیه با جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته تأکید دارد. از سوی دیگر، عدم اطمینان از تصمیم اتخاذ شده و تمایلات متناقض بعد از سقط در مطالعه حاضر، ضرورت طراحی بسته کمک تصمیم برای زنان دارای بارداری ناخواسته شامل مشاوره‌های حمایتی جهت تصمیم‌گیری مناسب و کاهش تعارضات بعد از سقط را نشان می‌دهد. متأسفانه در حال حاضر زنان ایرانی از بسته مراقبتی ویژه بارداری ناخواسته و خدمات اختصاصی سقط القایی بی‌بهره هستند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم رضایت به مصاحبه توسط زنان دارای بارداری نامشروع اشاره نمود که منجر به عدم درک تجارب آنان از سقط القایی بارداری ناخواسته گردید. پیشنهاد می‌گردد به علت محدودیت اطلاعاتی موجود در این زمینه، مطالعات آینده در حوزه مذکور انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، عوامل فرهنگی- اجتماعی در سوق به سقط نقش مهمی داشت و این امر مؤید آن است که سقط در خلأ اجتماعی رخ نمی‌دهد. از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که بارداری ناخواسته و سقط برای زنان با واکنش‌های منفی شروع می‌شود و به تعارضات بعد از سقط می‌انجامد که این

بودن بیشتر از جنبه خانواده محور می‌نگریستند تا تنها جنین محور و رفاه بعد از تولد کودک ناخواسته توأم با رفاه دیگر اعضای خانواده بود، از نظر آنان مادر خوب مسؤول رفاه کل خانواده می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ای که با مشارکت ۱۱ مهاجر مکزیکی در آمریکا انجام گرفت، انگیزه اصلی زنان از برنامه‌ریزی برای بارداری، امکان تأمین زندگی و آینده خوب برای کودکانشان عنوان شد (۱۸).

نگرانی از عدم پذیرش اجتماع به علت محدودیت‌های اجتماعی فرزندآوری، بعد دیگر نگرانی‌های مشارکت کنندگان را تشکیل می‌داد. بدین معنی که ترویج فرهنگ تک فرزندی و دو فرزندی در جامعه مورد پژوهش منجر به درک تعدی از هنجارهای فرزندآوری در بیشتر موارد مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده می‌شد. این مهم بیانگر آن است که سقط در خلأ اجتماعی رخ نمی‌دهد و گاهی جو فرهنگی جامعه زنان را به سوی سقط سوق می‌دهد. سایر مطالعات ایرانی نیز نگرش منفی اجتماع نسبت به تعدد کودکان را در عدم تداوم بارداری ناخواسته مؤثر گزارش کرده‌اند (۱۴، ۱۲). با این‌که طی سال‌های اخیر سیاست جمعیتی ایران در جهت تشویق به افزایش فرزندآوری تغییر کرده است، اما هنوز فرهنگ تک فرزندی و دو فرزندی بسیار رایج می‌باشد؛ به طوری که درک و تجارب زنان ایرانی از بارداری ناخواسته را تحت تأثیر قرار داده است. در کل در مطالعه حاضر، نقش عوامل فرهنگی- اجتماعی در عدم پذیرش بارداری و سوق به سقط چشمگیر بود که در مطالعات دیگر از تأثیر این عوامل در پذیرش و یا عدم پذیرش بارداری به عنوان برساخت‌گرایی اجتماعی مفهوم بارداری یاد شده است (۱۹، ۱۳).

بیشتر مشارکت کنندگان مطالعه حاضر به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته و در راستای پیشبرد سقط، از راهبردهای جلب حمایت اجتماعی استفاده می‌کردند که یک بعد آن، همراه‌سازی افراد اصلی بود. از آن‌جا که به دلیل ماهیت غیر قانونی، هیچ گونه خدمات ویژه‌ای در رابطه با سقط القایی به زنان ایرانی ارائه نمی‌شود؛ بنابراین در بیشتر موارد هدف مراجعه مشارکت کنندگان به تیم درمانی، انجام مشاوره برای یافتن بهترین راه‌حل در مواجهه با بارداری ناخواسته نبود بلکه برای جلب همکاری جهت ختم بارداری بود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی می‌باشد. از همکاری‌ها و حمایت مالی آن مرکز و نیز همکاری معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و شرکت کنندگان در پژوهش که بدون همکاری آن‌ها انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود، نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

امر لزوم حمایت روحی- روانی از زنان مواجه شده با بارداری ناخواسته را نشان می‌دهد. به علاوه تعارضات بعد از سقط، ضرورت مداخلات در راستای پیشگیری اولیه با جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته و اتخاذ روش‌های پیشگیری ثانویه از طریق طراحی بسته کمک تصمیم برای زنان دارای بارداری ناخواسته جهت تصمیم‌گیری مناسب و کاهش پیامدهای منفی بعد از سقط را نشان می‌دهد.

References

1. World Health Organization. Building knowledge base on the social determinants of health [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa939.pdf>.
2. Erfani A, McQuillan K. Rates of induced abortion in Iran: the roles of contraceptive use and religiosity. *Stud Fam Plann* 2008; 39(2): 111-22.
3. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
4. Kalyanwala S, Zavier AJ, Jejeebhoy S, Kumar R. Abortion experiences of unmarried young women in India: evidence from a facility-based study in Bihar and Jharkhand. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2010; 36(2): 62-71.
5. Pallikadavath S, Stones RW. Maternal and social factors associated with abortion in India: a population-based study. *Int Fam Plan Perspect* 2006; 32(3): 120-5.
6. Naravage W, Vichit-Vadakan N, Sakulbumrungsil RC, van der Putten M. Factors affecting decision making of low-income young women with unplanned pregnancies in Bangkok, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005; 36(3): 775-82.
7. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(8): 601-5.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Women's Reproductive Health [Online]. [cited 2009 June 3]; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/womensrh/>.
9. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health* 1997; 20(2): 169-77.
10. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
11. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23(4): 334-40.
12. Mortazavi F, Mottaghi Z, Shariati M, Damghanian M. Women's experiences of unwanted pregnancy. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2012; 12(6): 492-504.
13. Peacock NR, Kelley MA, Carpenter C, Davis M, Burnett G, Chavez N, et al. Pregnancy discovery and acceptance among low-income primiparous women: a multicultural exploration. *Matern Child Health J* 2001; 5(2): 109-18.
14. Shahbazi Sh, Fathizadeh N, Taleghani F. The process of illegal abortion: a qualitative study. *Payesh Health Monit* 2011; 10(2): 183-95.
15. Zamani-Alavijeh F, Noughjah S, Kheiriat M, Hghighi Zadeh MH. Related factors of unwanted pregnancy and intention of women to continue or terminate pregnancy based on health belief model. *Payesh Health Monit* 2012; 11(6): 877-85.
16. Greene M, Mehta M, Pulrwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: contributes to development [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf.
17. Hoogen SR. Contexts of choice personal constructs of motherhood in women's abortion decisions. Oxford, Ohio: Miami University; 2010.

18. Wilson EK, McQuiston C. Motivations for pregnancy planning among Mexican immigrant women in North Carolina. *Matern Child Health J* 2006; 10(3): 311-20.
19. Miller RS. The Social Construction and Reconstruction of Physiological Events: Acquiring the Pregnancy Identity. *Studies in Symbolic Interaction* 1978; 1: 181-204.
20. Tsilo MM. Exploring the psychological sequelae of women who have undergone abortion: a multiple case-study approach [Thesis]. Stellenbosch, South Africa: University of Stellenbosch; 2007.
21. Rowlands S, Guthrie K. Abortion and mental health. *Br J Psychiatry* 2009; 195(1): 83-4.
22. Fountain TM. The effects of beliefs and coping on emotional response to surgical abortion [Thesis]. Minnesota, MN: Walden University; 2007.
23. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(4): 268-90.
24. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43(2): 103-9.
25. Schuster S. Abortion in the moral world of the Cameroon grassfields. *Reprod Health Matters* 2005; 13(26): 130-8.
26. Rana A, Pradhan N, Gurung G, Singh M. Induced septic abortion: a major factor in maternal mortality and morbidity. *J Obstet Gynaecol Res* 2004; 30(1): 3-8.
27. Porter LC. How women "make sense" of an unwanted pregnancy: A case study of the abortion/live birth paradox in surveillance research [PhD Thesis]. Virginia Beach, VA: Regent University; 2010.

Azeri Women's Experiences of Induced Abortion: A Qualitative Research

Roghaiyeh Nourizadeh¹, Easa Mohammadi², Masoumeh Simbar³

Original Article

Abstract

Introduction: The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009) reported that since women's experiences of induced abortion are poorly known, examining the effectiveness of current policies and planning for the future are difficult. Due to illegality of induced abortion in Iran and the significant knowledge gap in this area, the present study was designed.

Method: The data were collected through 23 semi-structured in-depth interviews from May to September 2013 in Tabriz, Iran, and analyzed using descriptive-interpretive approach of content analysis. The participants were 15 women who had recently undergone an induced abortion (during the past year). All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Data analysis was conducted simultaneously to data collection and using MAXQDA 2007.

Results: Findings fell into three main themes: individual reflections, gaining social support, and post-abortion conflicts. This means that the study participants, when facing an unplanned pregnancy, showed negative reactions and had some concerns. Then, they begin to gain social support for having an abortion. Due to the incompatibleness of abortion with religious beliefs and values, post-abortion conflict was a common experience.

Conclusion: Unplanned pregnancy for women begins with initial negative reactions and leads to post-abortion conflicts. These findings highlight the importance of psychological support of women with unplanned pregnancies, prevention of unwanted pregnancy occurrence, and designing secondary prevention programs.

Keywords: Unwanted pregnancy, Abortion, Women's experience, Qualitative research

Citation: Nourizadeh R, Mohammadi E, Simbar M. **Azeri Women's Experiences of Induced Abortion: A Qualitative Research.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(3): 247-56.

Received date: 10.07.2014

Accept date: 24.08.2014

1- PhD Student, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Easa Mohammadi PhD, Email: mohamade@modares.ac.ir