تبیین فرایند سقط غیرقانونی: یک مطالعه کیفی

شیرین شهبازی صیقلده: * مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین پیشوا
ناهید فتحی زاده: مربی، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
فریبا طالقانی: استادیار، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فصلنامه پایش
سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۱۹۵-۱۸۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

از آنجایی که در ایران انجام سقط به انتخاب مادر، جز در مواردی که بارداری، حیات مادر یا جنین را با خطر مواجه کند، غیرقانونی است و انجام سقط در شرایط مخفیانه و غیرقانونی نیز همواره با پیامدهای متفاوت مواجه می‌شود، اهمیت شناخت جنبه‌های متفاوت سقط غیرقانونی و عوامل مؤثر بر آن بر هیچ فردی پوشیده نیست. از این رو، مطالعه حاضر به بررسی تجارب و دیدگاه‌های زنان و سایر صاحب نظران در زمینه فرایند اقدام به سقط غیرقانونی پرداخته است.

این پژوهش کیفی و از نوع تحلیل محتوا بوده و طی آن زنان با تجربه یک بار سقط و نیز صاحب نظران شرعی، سیاسی، حقوقی و تیم درمانی، مورد مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. در نهایت بیست و هفت مصاحبه طی نمونه گیری مبتنی بر هدف صورت گرفته و تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد.

از پردازش داده‌های این پژوهش، پنج مفهوم اصلی شامل عوامل عدم پذیرش بارداری و تصمیم به ختم آن، عوامل تأثیر گذار بر تصمیم اتخاذ شده، انصراف از انجام سقط یا تصمیم قاطع، اقدام به سقط به واسطه تسهیل کننده‌ها و پیامدهای سقط استخراج شدند. از آنجا که سقط غیرقانونی در شرایط بهداشتی نامساعد و اغلب توسط افراد فاقد مهارت انجام می‌گیرد و در جامعه اسلامی ایران مطرود است، پیامدهای بی‌شماری را برای زنان به بار می‌آورد. با انجام حمایت‌های مقتضی از زنانی که دچار بارداری‌های ناخواسته شده‌اند، می‌توان از میزان این سقط‌ها و عوارض مرتبط با آن کاست.

کلیدواژه‌ها: سقط غیرقانونی، پژوهش کیفی، تحلیل محتوا

* نویسنده پاسخگو: ورامین، پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پیشوا ورامین، دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۰۲۹۲-۲۲۳۰۶۱۵
E-mail: shahbazishirin@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

مقدمه

زمانی که زنان با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند، چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه، به دلایل مشابهی تصمیم به انجام سقط می‌گیرند [۱]؛ به طوری که در حال حاضر سقط به صورت یکی از شایع‌ترین روش‌های جراحی در میان زنان واقع در سنین باروری درآمده است [۲].

سقط قانونی یکی از بی‌خطرترین روش‌های جراحی زنان است که نسبت به زایمان طبیعی دو برابر کم خطرتر است [۳]. اما سقط غیرسالم که یکی از بزرگترین مشکلات مورد غفلت بهداشتی در کشورهای در حال توسعه است، مشکل عمده زندگی زنان، طی سال‌های تولید مثل است. این سقط‌ها در خارج از نظام‌های قانونی و اغلب به وسیله اشخاصی که فاقد مهارت‌های لازم هستند و در محیطی که دارای حداقل استانداردهای پزشکی است، انجام می‌شوند [۴].

معیارهای تصویب شده کالج متخصصان زنان و مامایی برای سقط درمانی شامل مواردی است که ادامه حاملگی زندگی زن را تهدید کند و یا به صورت جدی سبب مختل شدن سلامتی او شود، حاملگی، ناشی از تجاوز به عنف یا زنا با محارم باشد و بالأخره هنگامی که ادامه بارداری احتمالاً منجر به تولد کودک مبتلا به ناهنجاری شدید فیزیکی یا عقب ماندگی ذهنی شود [۵]. اما بر اساس آمار ارایه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در ایران قسمت اعظم هشتاد هزار سقطی که سالیانه صورت می‌پذیرد، غیرقانونی و غیربهداشتی هستند [۶]. در کشورهایی که انجام سقط قانونی نیست، پیرامون آمار و عوارض جسمی، روحی و روانی و اجتماعی ـ اقتصادی آن نیز نمی‌توان به اطلاعات دقیقی دست یافت. در سقط‌های پنهانی که به صورت کامل انجام می‌شود، مراجعه به بیمارستان انجام نمی‌شود؛ از این رو، اطلاعات بیمارستانی تنها بخش بیرونی این کوه یخ را نشان می‌دهد. از آنجا که سقط، عملی مذموم شناخته می‌شود، متولی آن نیز در برنامه‌های خدمات بهداشتی ـ درمانی همواره غایب است، این در حالی است که عوارض این عمل غیرقابل انکار است [۷]. با توجه به اهمیت سقط به عنوان روشی شایع که ممکن است در سنین باروری هر زنی اتفاق بیفتد و با توجه به این که در کشور ما مطالعات کیفی محدودی در خصوص این مسئله انجام شده است، پژوهشگران درصدد برآمدند تا مطالعه‌ای تحت عنوان فرایند اقدام به سقط‌های غیرقانونی انجام دهند. از آنجا که هدف از تحقیق کیفی، توصیف زندگی و معنا بخشیدن به آن است و تحقیقات کیفی در مواردی بکار می‌روند که دانش اندکی در مورد آن موضوع وجود داشته یا نیاز به دیدگاه‌های جدیدی در مورد موضوع مورد مطالعه احساس می‌شود، به منظور شناخت ماهیت مشکل و تعریف و تشریح عمیق این پدیده، از پژوهش کیفی استفاده شده است.

مواد و روش کار

در ابتدای مطالعه از طریق نمونه گیری آسان با یک ماما و یک صاحب نظر شرعی، مصاحبه انجام شد. سپس مامای مورد مصاحبه دو تن از بیمارانش که سابقه انجام سقط داشتند را به پژوهشگر اصلی معرفی نمود (نمونه گیری گلوله برفی). پس از مصاحبه با این بیماران و اطمینان یافتن از امکان ادامه مصاحبه با همکاری تیم درمانی، جستجو برای یافتن افراد داوطلب دیگر آغاز شد. ادامه پژوهش در سه بیمارستان بزرگ شهرستان کرج انجام شد. با توجه به عدم تمایل اقدام کنندگان به سقط غیرقانونی نسبت به برملا شدن موضوع، تنها در صورت امکان مصاحبه در بیمارستان فراهم شد. شرکت کنندگان (غیر از دو مورد بیمارستانی) کسانی بودند که با واسطه شرکت کنندگان و دوستان معتمد معرفی شدند. متأسفانه عده‌ای از متخصصان و ماماهایی که بر اساس نمونه گیری آسان و یا با معرفی شرکت کنندگان دیگر شناسایی شدند، پس از بیان عنوان تحقیق و روش جمع‌آوری اطلاعات یعنی مصاحبه، حاضر به همکاری با پژوهشگر نشدند. عاملان سقط نیز به علت انجام تخلفات قانونی در دسترس نبودند و معدودی از عاملانی که معرفی شدند، در مصاحبه انجام شده به انجام سقط اعتراف نکردند و فقط به گفتن این جملات اکتفا کردند که اگر دلیل بیماری را برای انجام سقط موجه بدانند، او را به نزد کسی که حاضر به انجام این کار است، راهنمایی خواهند کرد. یکی از زنانی که به پژوهشگران معرفی شد، سقط خود را در یک زیرزمین توسط مردی که به نظر او یکی از کارکنان بیمارستان بود، انجام داده بود و به دلیل مخالفت شدید همسرش و به دلیل این که حاضر به یادآوری خاطره تلخ سقط خود نبود، از مصاحبه امتناع کرد. زمانی که از زنان خواسته می‌شد از همسرشان درخواست کنند در مصاحبه شرکت کنند و یا شماره تماس او را به پژوهشگران بدهند، بی‌درنگ پاسخ می‌دادند: «مطمئنیم او همکاری نخواهد کرد» و دلایلشان نداشتن وقت و نپذیرفتن وسیله جمع آوری اطلاعات یعنی مصاحبه بود. حتی عده‌ای از متخصصان نیز هنگامی که موضوع تحقیق را می‌فهمیدند،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

از گفتگو درباره آن امتناع کرده و بیان می‌کردند: «نه سقط انجام می‌دهیم، نه درباره آن صحبت می‌کنیم». به طور کلی در این پژوهش به جز دو زن که در بیمارستان مصاحبه شدند و یک ماما و متخصص زنان که در نمونه گیری آسان حاضر به همکاری شدند، اکثر افراد شرکت کننده توسط سایر مشارکت کنندگان معرفی می‌شدند، که این مسئله نیاز به وجود یک ارگان یا افراد معتمد را برای جلب همکاری افراد برای گفتگو در انجام چنین پژوهش‌هایی نشان می‌دهد. جمع‌آوری داده‌های این پژوهش، با مصاحبه عمیق و نیمه سازمان یافته و ضبط آن بر روی کاست و مشاهده حالات و روحیات شرکت کنندگان و نت برداری انجام گرفته است. در نهایت تا اشباع داده‌ها، با ۲۷ مشارکت کننده مصاحبه شد. مصاحبه‌ها در محیطی خلوت و آرام پس از ارایه مجوز تحقیق و بیان ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان، انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها به طور کامل ضبط شده و به همه شرکت کنندگان بر اساس ترتیب زمانی ورود به مصاحبه شماره‌ای تعلق گرفت. مصاحبه‌ها به صورت سازمان نیافته و با پرسش‌های باز انجام شدند (تجربه خودتان را از سقط غیر قانونی توصیف کنید؟، با بیمارانی که برای سقط نزد شما می‌آیند چگونه برخورد می‌کنید؟، برخورد کارکنان بیمارستان را که از سقط القایی شما اطلاع داشتند، توصیف کنید. تجربیات شما از موکلانی که به علت اقدام به سقط غیرقانونی مراجعه می‌کنند چگونه است؟ و چطور با انجام سقط همسرتان موافق شدید؟).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل محتوا استفاده شد.

در این مطالعه، پژوهشگران برای افزایش عمق و وسعت اطلاعات، برای جمع آوری آنها زمان کافی اختصاص دادند و علاوه بر زنانی که سقط انجام داده‌اند، با خانواده‌ها و افرادی که به نوعی با این مسئله درگیر می‌شوند نیز مصاحبه کردند. علاوه بر مصاحبه، پژوهشگران از مشاهده حالات و روحیات شرکت کنندگان نیز استفاده کردند. همچنین برای افزایش اعتبار تحقیق، تلاش بر آن بود که ارتباط با شرکت کنندگان بیشتر شود و بعد از پیاده کردن مصاحبه‌ها از مشارکت کنندگان درخواست شد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آنها را ارزیابی کنند. برای بازنگری متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراجی، علاوه بر محقق اصلی و استادان راهنما و مشاور، از عده‌ای از همکاران نیز کمک گرفته شد تا صحت فرایند کدگذاری ارزیابی شود. محققان در این مطالعه کوشیده‌اند مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را دقیق ثبت و گزارش نمایند تا امکان پی‌گیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد.

یافته‌ها

در این پژوهش، متن مصاحبه‌های شرکت کنندگان به ۴ بخش محتوایی زیر تفکیک شد: تجارب مرتبط با انتخاب سقط، واکنش‌های اجتماع و خانواده در مقابل انتخاب سقط، تجارب مرتبط با راهکارها و شیوه‌های انجام سقط و تجربیات مرتبط با عوارض سقط. از این چهار بخش محتوایی، پنج مفهوم اصلی استخراج شد: عوامل عدم پذیرش بارداری و تصمیم به ختم آن، عوامل تأثیر گذار بر تصمیم اتخاذ شده، انصراف از انجام سقط یا تصمیم قاطع، اقدام به سقط به واسطه تسهیل کننده‌ها و پیامدهای سقط. هر کدام از این مفهوم‌ها نیز به زیر مفهوم‌هایی تقسیم بندی شدند.

عوامل عدم پذیرش بارداری و تصمیم به ختم آن

این مفهوم به سه زیر مفهوم عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی تقسیم شد. زیرمفهوم عوامل اجتماعی، موارد زیر را در بر می‌گرفت: تجربه یک بارداری ناخواسته، تصمیم به تحمل یا ادامه بارداری ناخواسته و تصمیم به ختم بارداری به دلایل گوناگون. در این پژوهش، تهدید آبروی خانواده با بارداری پیش از ازدواج به دلیل درگیری در تضاد عرف‌های نوپا با ساختار سنتی و مذهبی جامعه به عنوان یکی از علل و انگیزه‌های سقط عنوان شد. بارداری نامشروع حاصل از رواج بی رویه دوستی‌های دختران و پسران و یا ارتباط جنسی پنهان در دوران عقد و نامزدی از ضرورت‌های سقط به دلیل این عرف‌های نوپا هستند. یکی از اعضای تیم درمانی در این رابطه می‌گوید: «در اصل این دوستی‌های امروزی فقط بر می‌گرده به همون مسئله رابطه جنسی دیگه، به محض این که اون رابطه جنسی انجام شد، خیلی راحت میگه خداحافظ».

پایبندی مذهبی و عرفی، عده‌ای از جوانان را از برقراری ارتباط جنسی بر حذر می‌دارد، اما با شرعی شدن این ارتباط پس از برگزاری مراسم عقد، احتمال وقوع بارداری ناخواسته پیش می‌آید و از آنجایی که دختر تا زمان برگزاری جشن عروسی نباید حامله شده و بچه دار شود، در نتیجه درصدد سقط و ختم بارداری خود بر می‌آید. یکی از مشارکت کنندگان، پرهیز از برقراری رابطه جنسی پیش از ازدواج را یک ارزش فراموش شده می‌داند و می‌گوید: «مورد دیگه‌ای که من دیدم، عقد کرده بود، به خاطر این که می‌گفت من

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

به خونوادم نگفتم که ازدواج کردم همین کار رو کرد، هی آمپول زد و آمپول زد تا سقط کرد...الآن دیگه عقد و نامزدی یکی شده. الآن ارزش‌ها همه از بین رفته».

عوامل خانوادگی: شرکت کنندگان تعداد فرزندان را نیز از جمله عوامل مهم مؤثر بر انتخاب سقط ذکر کرده‌اند. در این ارتباط یکی از بیماران می‌گوید: «الآن تو این زمونه میگن حتی یه دونه ش هم هنره که بزرگش کنی. فقط زایمان نیست که، تربیتش هم هست، بزرگ کردنش هم هست. منم اینطوری فکر می‌کنم میگم یا یکی، یا دو تا». تردید درباره امکان ادامه یافتن زندگی مشترک و بلاتکلیفی حاصل از این تردید از جمله چالش‌های دیگری است که ممکن است زوجین را در هنگام رخداد بارداری ناخواسته به سوی رهایی از آن سوق دهد: «ادامه ارتباط خودم و خودش رو هوا بود و ما قرار نبود که اصلاً بچه دار بشیم...خانمم گفت که این کار و انجام بدیم دیگه تمومش کنیم فکرمون خلاص شه این موضوع موضوعی نباشه که به فکرمون فشار بیاره و بخاطر اون مجبور بشیم راه و رویه درست رو کنار بذاریم».

عوامل فردی: یکی دیگر از انگیزه‌های سقط عمدی، موضوع تضاد در نقش است. تضاد در نقش هنگامی ایجاد می‌شود که به عهده گرفتن دو نقش در یک زمان امکان پذیر نباشد. بارداری، زایمان و تربیت و پرورش فرزند دیگر، مسئولیتی است که می‌تواند پذیرشش برای زنان دانشجو، یا زنانی که یک کودک شیرخوار دارند، غیرممکن جلوه کند. به طوری که یکی از شرکت کنندگان در این رابطه می‌گوید: «دیدم واقعاً نمی‌تونم. چون دانشجو بودم و اصلاً برام امکانپذیر نبود که نگهش دارم. دقیقاً توی امتحانات پایان ترمم بود این همه زحمتی که من کشیده بودم واقعاً نمیشد به خاطر یه ترم عقب بندازم بخاطر همین تصمیم گرفتم سقطش کنم».

عوامل تأثیر گذار بر تصمیم اتخاذ شده

از این مفهوم نیز سه زیر مفهوم شامل واکنش سایرین، باورها و اعتقادات شخص و شرایط حقوقی و قانونی ـ اجتماعی استخراج شد.

واکنش سایرین: زمانی که زن دچار بارداری ناخواسته می‌شود، ناراحت و مضطرب است. شرایط روحی ـ روانی او به گونه‌ای است که نیازمند حمایت خانواده است. از طرفی به دلیل ممنوعیت سقط در ایران و عدم دستیابی آسان به مکان و عاملان سقط نیاز به رابطی هست تا بتوان به شرایط سقط دسترسی پیدا کرد. بنابراین جهت ارزیابی عکس‌العمل خانواده در مقابل انگیزه‌ای که در او ایجاد شده است، زنان به مشورت با همسر و یا خانواده و یا دوستانشان می‌پردازند. یکی از مشارکت کنندگان که دانشجو بود در رابطه با عقیده و عکس‌العمل همسرش درباره موضوع سقط می‌گوید: «اصلاً سقط رو قبول نداشت. اما دیده بود که من اصفهان برم بیام چه عذابی می‌کشیدم. اصلاً هم با بچه دیگر موافق نبود. می‌گفت حداقل اون یکی مدرسه بره، بعد».

اگر متقاضیان از طریق اقوام نتوانند به سوی شرایط سقط راهنمایی شوند و یا تمایل نداشته باشند کسی از جریان سقط آنها باخبر شود، مستقیماً به جستجوی مکان سقط می‌روند و در این راه ممکن است با افرادی آشنا شده و توسط آنان به سوی مکان سقط هدایت شوند: «یه خانمی توی بیمارستان بهم گفت. گفت من هم اینکارو کردم، برای بچه سومم خیلی راحت بود، فقط ۵۰ هزار تومن خرج داره ...آدرسو که داد از خدا می‌خواستم، دیگه رفتم اونجا». عکس‌العمل اعضای تیم درمانی نیز در مقابل زنان متقاضی سقط، به گونه‌ای است که یا انگیزه بیمار را تقویت می‌کند و یا او را با جنبه دیگری از موضوع سقط آشنا کرده و نگرش و گاهی تصمیم او را تغییر می‌دهد. اگر علت و انگیزه سقط به نظر تیم درمانی موجه باشد، بیمار اصرار بورزد و یا سن بارداری پایین باشد، امکان راهنمایی بیمار به سوی مکان‌ها و عاملان سقط بیشتر می‌شود.

عده‌ای از متخصصان و کارشناسان مامایی با بیان عوارض سقط تلاش می‌کنند زنان را از اقدام به سقط برحذر دارند.

عده‌ای از متخصصان به دلیل مناسب ندانستن شرایط سقط در مطب از همکاری در زمینه سقط خودداری می‌کنند: «من خودم عقیده‌م اینه که بیهوشی توی کلینیک که هیچ امکانات دیگه‌ای نداره، اصلاً صحیح نیست، چون مشکل ما مشکل بیهوشیمون هم هست. اونم با مریض زنده، خیلی‌ها هم ممکنه این کارو انجام بدن، ولی من فکر می‌کنم این کار از نظر علمی درست نیست، از نظر انسانی هم درست نیست».

باورها و اعتقادات شخصی: نقش باورهای شرعی و شخصی نیز در انتخاب سقط مؤثر است. بر اساس نتیجه گیری انجام شده از بیانات شرکت کنندگانی که سقط انجام داده بودند، از همان ابتدا که انگیزه ختم بارداری در ذهن شکل می‌گیرد، زن با جنگ درونی نیز مواجه است. او در ذهنش به دنبال دلایلی می‌گردد تا بتواند خود را آرام کند. از یک جنبه سقط را از لحاظ وجدانی و یا از لحاظ شرعی، گناه می‌داند و از بین بردن موجود زنده‌ای را قلباً دوست ندارد و از جنبه‌ای دیگر به شرایط زندگیش که نگاه می‌کند، می‌بیند چاره‌ای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

جز این کار ندارد. نهایتاً در این جنگ روانی انگیزه سقط است که پیروز می‌شود، زن آرام می‌گیرد و به جستجوی شرایط آن می‌پردازد: «احساس می‌کردم قربانی شدن شوهرم و دو تا بچم، در قبال یک نفره. اگه اون بچه هم می‌اومد، صدماتی که از لحاظ روحی ـ روانی می‌دید، صد در صد با مرگش برابری می‌کرد». از لحاظ شرعی، سقط از زمان انعقاد نطفه گناه محسوب می‌شود و انجام آن ممنوع است و این مسئله می‌تواند برای متقاضیان سقط در جوامع اسلامی مانند ایران یک مانع اجتماعی باشد. یکی از روحانیون مصاحبه شونده می‌گوید: «شرع مقدس از زمانی که یک نطفه‌ای در رحم منعقد میشه و در آغاز مسیر راهه برای تشکیل یک فرزند، بعد از انعقاد نطفه اجازه سقط این جنین رو در هر مرحله‌ای که باشه شرع مقدس اجازه نمیده».

شرایط حقوقی و قانونی: از لحاظ سیاسی، سقط فقط در موارد خاصی مجاز شمرده می‌شود. بر اساس قانون سقط درمانی که از احکام مبین اسلام نشأت گرفته و بر اساس فضای فرهنگی و مذهبی جامعه تنظیم شده است، سقط تنها در صورت وجود بیماری‌هایی در مادر که جان او را در بارداری مورد تهدید قرار می‌دهند و یا در مورد ناهنجاری‌هایی در جنین که منجر به مرگ داخل رحم یا مرگ بلافاصله پس از تولد می‌شود و یا سایر مواردی که منجر به عسر و حرج می‌شوند، مجاز بوده و در موارد دیگر، غیرشرعی و در نتیجه غیرقانونی به حساب می‌آید. هرچند سقط قانونی برای ۲۹ مورد از ناهنجاری‌های جنینی آزاد اعلام شده است، اما این موارد فقط در ارتباط با بیماری‌هایی است که منجر به مرگ داخل رحمی یا مرگ بلافاصله بعد از تولد می‌شود و درباره آن دسته از ناهنجاری‌های مادرزادی که شروع علایمشان تا دوران کودکی نهفته باقی می‌ماند، هنوز دستورالعملی صادر نشده است. رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، درباره علت محدود بودن موارد مجاز سقط به این ۲۹ مورد می‌گوید: «فعلاً حالا تا چندین موردش رو (موارد مجاز سقط)، به نظر میرسه این قانون جواب میده. قسمت عمده‌اش که خطرات جانی داره، خطرات اقتصادی جدی داره برای مادر و ممکنه مسایل روحی ـ روانی یا مسایل مختلفی رو برای خونواده ایجاد کنه، این جواب میده. ممکنه یه چند موردش باقی بمونه که نیاز داره ما در عمل، بازتاب و باز خورد این قانون رو بگیریم، ببینیم عملکردش چی بوده». بر اساس بیانات این شرکت کننده، گزارش‌های مدون و مستندی از آمار سقط‌هایی که بنا به دلایلی غیر از موارد مجاز سقط درمانی انجام می‌شوند لازم است تا بتوان درباره اضافه کردن این موارد مجاز به قانون سقط درمانی، تصمیم گرفته و آنها را برای تأیید و تصویب به مجلس ارایه نمود. بنابراین در حال حاضر زنان ایرانی فقط برای موارد مجاز جنینی و مادری ذکر شده در قانون سقط درمانی می‌توانند به صورت قانونی در مراکز سقط کنند و در غیر این صورت با ممنوعیت سیاسی ـ اجتماعی مواجه می‌شوند و به ناچار یا به سوی سقط‌های ناسالم و غیرقانونی می‌روند و یا با بارداری برنامه ریزی نشده خود کنار می‌آیند.

انصراف از انجام سقط یا تصمیم قاطع

اگر بیماران در انتخاب سقط مردد بوده و یا انگیزه چندان قوی برای سقط نداشته باشند، ممکن است تحت تأثیر موانعی که با آنها برخورد می‌کنند از سقط انصراف داده و دیگر به ختم بارداری خود فکر نکنند. اما زمانی ممکن است ضرورت سقط عمیقاً در وجودشان ریشه دوانده باشد و خلاصی از آن میسر نباشد و در نتیجه به قدری در انجام سقط مصمم می‌شوند که حاضرند به هر قیمتی آن را به انجام برسانند. یکی از زنان درباره ارزیابی اولیه از مکان انجام سقط خود می‌گوید: «دیدم که جاش اصلاً مناسب نبود که من برم این کارو انجام بدم چون خیلی مطبش کثیف و آلوده بود. خودم هم خیلی حساسم، سریع مریض میشم. ولی دیگه، همه رو زیر پا گذاشتم گفتم باید اینکار رو انجام بدم».

ممنوعیت‌های سیاسی و قانونی سقط، منجر به متمرکز شدن انجام سقط در مکان‌های مخفی شده است. گاهی بیماران مدت زمان زیادی را صرف یافتن این مکان‌ها می‌کنند و اگر قبل از زمانی که بنا به عقیده خودشان آن را محدوده مجاز سقط می‌دانند (۴ ماهگی، زمان قلب دار شدن، شروع حرکت، ۴۰ روزگی و غیره) نتوانند به جایی دسترسی پیدا کنند، از انجام سقط منصرف می‌شوند.

همچنین ارزیابی راه‌های مختلف سقط نیز که ناشی از بی تجربگی است، ممکن است به قدری وقت گیر شود که بیمار را به انصراف از سقط وا دارد: «پیش یه پزشکی معرفی کردند رفتم. من باید معرفی میشدم ولی بیگدار به آب زدم همین جوری رفتم گفتم من میخوام کورتاژ کنم که خیلی هم بهش برخورد و مرتب از پشت میزش پا میشد، می‌گفت کی شمارو معرفی کرده. خلاصه یکی دو ماه من بارداریم طول کشید. یکماه هم که من درصدد کورتاژ بودم که راه‌های مختلف رو طی کنم که معطل اون شدم، به سه ماه رسید دیگه ضربان قلب داشت. یه مقدار خودم از لحاظ

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

وجدانی ناراحت بودم که اینکارو بخوام بکنم. که بچه سوم رو به این ترتیب منصرف شدیم».

اقدام به واسطه تسهیل کننده‌ها

وجود انواع روش‌های دارویی، جراحی و سنتی، وجود فراهم آوران متفاوت و اماکن شناخته شده و یا مخفی، دسترسی آسان به روش‌های غیرقانونی و مبادرت به خودالقایی و حتی تجربه قبلی سقط، به رغم غیرقانونی بودن، انجام آن را امکان پذیر کرده است. ممکن است ترس از عوارض روش دارویی یا جراحی سقط و یا عدم آشنایی با این روش‌ها و مراکز سقط، بیمار را به سوی بکارگیری روش‌های سنتی یعنی استفاده از داروهای گیاهی یا انجام فعالیت‌های فیزیکی شدید وادار نماید: «آمپولو می‌دونستم، اما دکتر گفت خیلی عوارض داره ...یک هفته هر روز سیصد چهارصد تا طناب می‌زدم. از اطرافیانم از دوران بچگی بین خانم‌ها صحبت می‌شد می‌دونستم که این کار باعث سقط میشه». یکی از اعضای تیم درمانی، می‌گوید که بیمارانش را جهت سقط به بیمارستانی که می‌شناسد راهنمایی می‌کند، به دلیل این که می‌داند متخصصان می‌توانند با شگردهای خاص خودشان سقط آنها را در بیمارستان انجام دهند: «نهایتش بهش میگم توی مطب اینکارو نکن. اگه خواستی برو بیمارستان. خب بیمارستان متخصصان زنان یه شگردهای خاص خودشون رو دارن. مثلاً وقتی که گفت سونوگرافی میگه با تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی همخوونی نداره رشد بچه کمه. خب اونو در حقیقت می‌فرسته بیمارستان. بیمارستان کورتاژ انجام بده». این موارد نشان می‌دهد که بیمار تنها در صورتی می‌تواند در بیمارستان سقط غیرقانونی خود را انجام دهد که پشتوانه‌ای مانند حمایت یکی از کارکنان از جمله یکی از متخصصان را داشته باشد. بیماران جهت سقط راه‌های مختلفی را امتحان می‌کنند و با عوامل متفاوت و مکان‌های گوناگونی روبرو می‌شوند. عاملان سقط گاه متخصصان زنان و یا سایر متخصصان هستند که مهارت حرفه‌ای لازم را دارند. اما گاه نیز کارشناسان مامایی، ماماهای خانگی، پزشکان عمومی و یا حتی خدمه بیمارستان هستند، که فاقد مهارت و تجربه کافی برای انجام فرایند مهمی مانند سقط هستند. یکی از اعضای تیم درمانی، علت گرایش به انجام سقط را محدودیت حرفه‌ای و نیاز مالی می‌داند: «اونایی که سقط انجام میدن، دست و بالشون خیلی بسته ست. عملاً هیچکاری نمی‌تونن بکنن. حق هیچگونه دستکاری در ناحیه ژینتالیا رو ندارن ...وقتی اینقدر دست و بالشون بسته ست، طبیعی میشه که تو هر جیبشون ده تا آمپول پروستادین می‌زارن ..وقتی کار ندارن از بیکاری به بیراهه میزنن».

دختران احتمالاً شرایط سقطشان نامناسب‌تر است. آنها به طور مطلق متکی به همکاری شریک جنسی خود هستند و اکثراً با خودالقایی از طریق فعالیت‌های فیزیکی شدید و یا تزریق آمپول سقط می‌کنند: «موردی داشتیم توی مدرسه انداخته بود، اینقدر خودشو بالا و پایین زد تا سقط کرد. یا طرفشون، یعنی پسره، میره داروشو از داروخانه می‌خره. میبره دقیقاً آمپول زنه کاری نداره، میره میگه فلانی بیا این آمپولو برای من بزن».

پیامدهای سقط

القای سقط، فرایندی نیازمند مهارت و امکانات است. بی تجربگی عاملان، استفاده از روش‌های غیراستاندارد و غیرمطمئن و عدم رعایت اصول ضدعفونی سازی از عواملی هستند که منجر به پیامدهای جسمی بی‌شماری در زنان می‌شوند. یکی از اعضای تیم درمانی در این رابطه می‌گوید: «بیشترین عوارض ما باقی ماندن مواد جفتی و جنینیه، دومین چیز عفونت هست. سومین مسئله، پارگی رحمیه. اینها عوامل اصلیشه. موارد خونریزی هم به نسبت عفونت توی این مریضیها دیده میشه، خونریزیهای شدید».

بر اساس دیگر یافته‌های این پژوهش، بعد از انجام سقط القایی، علاوه بر پیامدهای جسمی غیرقابل پیش بینی و غیرقابل کنترل، گاهی بیمار با عوارض روحی ـ روانی آزار دهنده نیز مواجه می‌شود. اگر بیمار، مراحل را بی‌عارضه طی کند و یا انگیزه‌ای که او را به سوی سقط کشانده، آن قدر محکم باشد که در گذر زمان قدرت خود را حفظ کند، بسیار کمتر درگیر پشیمانی یا عذاب وجدان می‌شود و از انجام سقط خود احساس رضایت می‌کند. اما بر عکس هر چه سقط پرعارضه‌تر باشد، رهایی ازتبعات آن مشکل‌تر باشد و یا در اثر انگیزه‌ای انجام شده باشد که چندان قوی و مستحکم نیست، آن وقت خاطره آن سقط، تلخ، ماندنی و عذاب آور خواهد شد. در این حالت رضایت یا عدم رضایت از سقط، بستگی به نحوه ارزیابی شرایط پس از سقط دارد. یعنی گاهی با وجود تجربه عوارض ناخوشایند، بیمار از این که به بارداری خود خاتمه داده، احساس رضایت می‌کند و گاهی هم به دلیل این عوارض و یا بیهوده دانستن انگیزه سقط، از انجام سقط خود پشیمان می‌شود. در هر حال، بر اساس گفته‌های عده‌ای از شرکت کنندگان، بعد از سقط، باید مدتی بگذرد تا زن بتواند خاطره تلخ اقدام به این کار غیراخلاقی‌اش را از یاد برده و از عذاب وجدان رهایی یابد: «فکر می‌کنم حدود یک سال

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

مرتب شب‌ها خواب می‌دیدم. خواب‌های وحشتناک، خواب‌هایی در مورد سقطم می‌دیدم. حول و حوش ۹ ماه تا یک سال این مسئله ادامه داشت. بعدش فراموش شد. وقتی این مسئله پیش اومد یه مبلغ پولی رو علاوه بر اون پول یه مبلغ اضافه گذاشتیم به اون خونواده‌ای که قرار بود کمک بکنیم، کمک کنیم برای این قضیه که لااقل وجدانم راحت باشه». یکی از اعضای تیم درمانی نیز علت ناراحتی پس از سقط را احساس فقدان و ایجاد حفره فکری و روانی دانسته و شدت این مسایل را با سن جنین مرتبط می‌داند. حتی اگر انگیزه سقط بسیار قوی هم باشد، وابسته شدن فطری مادر به جنین که با افزایش سن جنین بیشتر می‌شود، باعث متأثر شدن مادر، بعد از سقط می‌شود. یکی از روانشناسان درباره افسردگی پس از سقط یکی از بیمارانش و ایجاد اختلال در ارتباط زناشویی حاصل از این بیماری، می‌گوید: «یکی افسردگی با علایم بسیار حاد فوبیک داشت و از مردم می ترسید. فکر می‌کرد همه دنبالش می‌کنن و فکر می‌کرد تو شکمش یه چیزی داره راه میره. به شدت از رابطه جنسی بدش می‌اومد. حتی یکی از این‌ها علت مراجعه‌اش به من سرد مزاجی بود که حتی شوهرش می‌خواست طلاقش بده». روانشناسان این پژوهش، آمار زنانی را که برای مشاوره چه قبل و چه بعد از سقط مراجعه می‌کنند، بسیار کم می‌دانند و یکی از روانشناسان علت این مسئله را مرتبط به تلاش دختران برای محرمانه نگهداشتن جریان سقط بیان کرد. این روانشناس این موضوع را به شرطی شدن کتمان اتفاقات به دلیل ترس از انتشار آنها مرتبط می‌داند. همچنین علت گزارش نشدن موارد سقط زنان و دختران و نبودن آمار واقعی سقط در ایران را ناشی از کتمان آنها به دلیل ترس از تهدید آبروی خانواده، ترس تیم درمانی از تبعات قانونی و همچنین ترس از ارایه شکایات حقوقی مرتبط با سقط به دادگاه‌ها به دلیل اجتناب مردم از پیچیدگی‌های اداری دادگاه‌ها و احساس بی نتیجه بودن این پیگیری‌ها می‌دانست: «پزشک نمی‌تونه گزارش بده چون تخلف اداریه، خانواده گزارش نمی‌ده چون می‌گن که آبروی دخترمون میره. ما موردهایی داریم خانواده میدونه اما هیچ جا شکایت نمی‌کنه. فرهنگ ما اجازه نمی‌ده، گزارش‌های ما توی رده‌های قانونی افزایش پیدا کنه و مردم راه قانون را بلد نیستند. قانون هم این قدر پیچ وخم اداری داره، یعنی توی این دادسرا که شما میری، میخوای کاری رو انجام بدی اینقدر کش و قوس اداری داره، این قدر می‌کشونت که اصلاً خسته میشی».

صاحب نظران حقوقی، علت عدم شکایت و پی‌گیری قانونی مردم از تبعات سقط را علاوه بر احساس بی‌نتیجه بودن آن، ترس از مجازات شدن و یا تبانی پنهانی با پزشک می‌دانند. از آنجایی که سقط در ایران ممنوعیت شرعی و قانونی دارد، مطرح شدن سقط القایی غیرقانونی نه تنها برای خانواده سودی ندارد، بلکه ممکن است آنها را درگیر مسایل و مجازات‌های حقوقی نیز بکند. اعلام غیرقانونی بودن سقط، نه تنها اجتناب از شکایات حقوقی را ایجاد می‌کند، بلکه زنانی که برای درمان عوارض به بیمارستان می‌روند را نیز از افشای سقط القایی، بر حذر می‌دارد. شاید این ترس از عامل سقط به آنها سرایت می‌کند، به طوری که در بیمارستان حاضر به اعتراف به القای سقط خود نمی‌شوند و تا زمانی که با رفتار تند و یا پرس و جوهای مکرر کارکنان مواجه نشده‌اند، حاضر به اعتراف نمی‌شوند. شاید آنها به این فکر می‌کنند که تا حد امکان بهتر است این اقدام غیرقانونی خود را پنهان کنند تا با واکنش نامناسبی از جانب دیگران مواجه نشوند. یکی از مشارکت کنندگان درباره برخورد نامناسب کارکنان بیمارستان با زنانی که به دلیل عوارض سقط القایی مراجعه می‌کنند، می‌گوید: «اصلاً با کسانی که میان بیمارستان خوب رفتار نمی‌کنن. فکر می‌کنن کسانی که میان اینجا بهر حال یجورایی مشکل دارن درک نمی‌کنن ببینن کسی که اومده مشکلش چی بوده. شاید واقعاً مجبور شده. به یه دید دیگه به آدم نگاه می‌کنن». یکی از اعضای تیم درمانی ضمن تصدیق وجود درجاتی از این واکنش‌های نامناسب کارکنان، این واکنش‌ها را راهی برای جلوگیری از انجام سقط‌های غیرقانونی بیشتر و عدم رواج خودالقایی می‌داند. اما به طور کلی معتقد است که معمولاً کارکنان این گونه برخورد نمی‌کنند: «شاید گاهی بعضی از همکارا این برخوردار رو داشته باشن و اون هم به عنوان این که بالأخره باید یک مجازات کوچیکی در سطح جامعه برای اینا باشه. ولی معمولاً اینجوری برخورد نمیشه». از این بیانات نتیجه گیری می‌شود که زنان اکثراً پس از سقط از جانب عامل سقط رها شده و معمولاً پی‌گیری نمی‌شوند، در حالی که ممکن است درگیر پیامدهایی شوند که نیازمند ارزیابی، توجه و حمایت‌های ویژه هستند. از آنجا که در کشورهایی که انجام سقط غیرقانونی است، زنان به خدمات پس از سقط دسترسی ندارند، به علت تأخیر در تشخیص و درمان عوارض جسمی و روانی، بهداشت باروری آنها با خطرات عمده‌تری مواجه می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

بحث و نتیجه گیری

دلایلی که زنان به خاطرش سقط می‌کنند، به میزان زیادی در سراسر جهان مشابه است. زنان ممکن است تمایل داشته باشند فرزند آوری را متوقف کنند یا آن را به تعویق بیندازند، ممکن است مشکلات اجتماعی ـ اقتصادی داشته باشند و قادر نباشند از عهده هزینه‌های نگهداری و پرورش یک فرزند دیگر برآیند و یا بخواهند اهداف شغلی یا تحصیلی خود را دنبال کنند. سایرین ممکن است سقط را به دلیل مشکلات ارتباطی یا به دلیل این که بارداری آنها نتیجه تجاوز یا زنا با محارم باشد، انتخاب کنند و یا ممکن است به دلیل سن یا مشکلات مرتبط با سلامتی سقط را برگزینند. مسئله از دست رفتن آبرو در مورد زنان نیز معمولاً با سقط ارتباط پیدا می‌کند؛ به خصوص در زنانی که ازدواج نکرده‌اند. یافته‌های این پژوهش نیز مطابق با نتایج پژوهش‌های مذکور است (شکل شماره ۱). البته تمایل به سقط در زنانی که ازدواج موقت می‌کنند و یا همسرشان معتاد است نیز از یافته‌های پژوهش حاضر است. در این پژوهش، امکان مصاحبه با نوجوانان سقط کرده، جهت کسب تجاربشان، فراهم نشد، اما شرکت کنندگان دیگر در این رابطه بیان کردند که مشکلات اقتصادی، مانع بزرگی برای کم شدن تمایل پسران به ازدواج است و دختران نیز برای به دست آوردن شانس ازدواج، آزادانه وارد ارتباطات جنسی با پسران می‌شوند تا شاید بتوانند از این طریق پسران را وادار به قبول تعهد و ازدواج کنند. پسران جوان به دلیل نداشتن امکان ازدواج و پسران نوجوان به دلیل رواج فرهنگ استفاده نادرست از ماهواره و اینترنت و در نتیجه مشاهده صحنه‌های غیراخلاقی و غیرمجاز، در روابط جنسی لجام گسیخته‌ای وارد می‌شوند که نتایج آن بارداری‌های ناخواسته دختران، سقط‌های غیرقانونی و در بسیاری از موارد رها شدن دختران شکست خورده است.

مسایل و مشکلات اقتصادی بر محدود کردن روابط خانوادگی تأثیر زیادی گذاشته است. از طرفی اطلاعات کم والدین درباره مسایل بلوغ و نیازهای روحی ـ روانی فرزندان، کیفیت این روابط محدود شده را بیش از پیش نامطلوب می‌سازد.

همچنین کمبود و یا شروع دیرهنگام آموزش‌های رسمی در ارتباط با مسایل جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری برای نوجوانان و جوانان ایرانی و در نتیجه عدم استفاده کارآمد از این روش‌ها، از علل مهم بارداری ناخواسته و در نتیجه سقط غیرقانونی هستند. به عقیده یکی از مشارکت کنندگان با توجه به تغییر سریع شرایط فرهنگی جامعه، آزادی‌های بی حد و حصر و کمرنگ شدن کنترل‌های مناسب خانواده‌ها، نیاز به آموزش نوجوانان از دوره راهنمایی احساس می‌شود و به تعویق انداختن این آموزش‌ها تا زمان قبل از ازدواج ـ در قالب مشاوره قبل از ازدواج ـ بسیار دیر و غیرمؤثر است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که زنان با توجه به ممنوعیت‌های شرعی و سیاسی، دلایل سقط قانونی، باورهای شرعی و یا شخصی و واکنش‌های حمایت کننده یا بازدارنده خانواده، اطرافیان و تیم درمانی، به ارزیابی میزان توانایی خود برای اقدام به سقط می‌پردازند. بر خلاف بسیاری از کشورهای توسعه یافته‌ای که سقط در آنها قانونی و در نتیجه ارایه خدمات مشاوره‌ای قبل از سقط نیز فراهم است و نیز در کشورهای در حال توسعه‌ای که سقط بازداشته می‌شود و در نتیجه آن ارایه خدمات مرتبط به آن نیز به صورت آزادانه در اختیار قرار نمی‌گیرد، زنان در هنگام مواجهه با بارداری ناخواسته تنها محل اتکایشان، حمایت‌های خانواده، دوستان و تیم درمانی است. در این پژوهش، بر اساس بیانات زنان، مشارکت مردان در تصمیم گیری سقط کاملاً واضح بود و زنان در اغلب موارد در ابتدا در پی جلب رضایت همسرانشان بر می‌آمدند. هر چند اعلام رضایت یا عدم رضایت همسر، تأثیری در تصمیم نهایی زنان نداشت و نهایتاً آنها به سقط می‌پرداختند، حتی اگر همسرانشان با این امر موافق نبودند. تعدادی نیز به علت ترس از مخالفت همسر، سن بارداری را کمتر از حد واقعی بیان می‌کردند تا شاهد مخالفتی از جانب او نباشند. مردان در ابتدا ممکن بود زنان را از سقط منع کنند، اما به تدریج با دیدن اصرار زن و شنیدن دلایل و توجیهات او، موافقت کرده و گاهی آنها را تا مکان انجام سقط نیز همراهی می‌کردند. به طور کلی معمولاً این دوستان و یا خانواده‌ها بودند که از جانب زنان جهت یافتن مکان سقط به همکاری دعوت می‌شدند و حتی عده‌ای از آنها با زنان به جستجوی مکان سقط پرداخته و در انجام سقط به آنها کمک می‌کردند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که دختران باردار نیز اکثراً با دوستان و یا یکی از اقوام درجه یک خود برای انجام سقط مشورت می‌کنند. شریک جنسی، پرداخت هزینه سقط را تقبل می‌کند و یا به عنوان یکی از بستگان دختر، او را در ارزیابی شرایط سقط همراهی می‌کند. مطالعه روسیر نیز نشان داد که زنان اغلب به شریک جنسی خود درباره بارداری ناخواسته می‌گویند. عده‌ای نیز به دوستان دخترشان و در درجه بعدی به دختران فامیلشان می‌گویند. تصمیم سقط معمولاً به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

وسیله شریک جنسی گرفته می‌شود. حتی دوستان پسر شریک جنسی نیز ممکن است در سقط نقش داشته باشند و نقش آنها معمولاً یافتن فراهم آوران سقط است [۸]. تیم درمانی نیز در این پژوهش در زمانی که با اصرار زنان مواجه می‌شدند، آنها را به سوی مکان‌ها و یا روش‌های سقط راهنمایی می‌کردند. در مطالعه‌ای که در نشریه بهداشت خانواده ایران به چاپ رسیده است، بیان شد که بعضی از پزشکان خودشان به عنوان عامل سقط هستند و برخی نیز دوستان و نزدیکانی داشتند و صرفاً مدیریت کار را به عهده می‌گرفتند و باعث عاملیت دیگران می‌شدند [۹]. مشارکت کنندگان این پژوهش (تیم درمانی یا متقاضیان سقط)، عده‌ای سقط را تا زمان خاصی از بارداری مجاز دانسته و یا حکم شرعی سقط را فاقد درجه اطمینان بالا دانسته و در نتیجه بدون توجه به منع شرعی و قانونی سقط که بر گرفته از احکام اسلام است، به باورها و شنیده‌های خود وابسته بودند و در نتیجه در مواجهه با سقط و یا معرفی مکان سقط، آسان‌تر برخورد می‌کردند. عده‌ای از اعضای تیم درمانی که راهنمایی جز توصیه به حفظ بارداری به بیمار نمی‌کردند، از این که نتوانسته بودند به بیمار کمکی بکنند، ناراحت می‌شدند. علت عدم اطمینان به حکم شرعی سقط از طرف شرکت کنندگان، متفاوت بودن باورهای جا افتاده در مردم درباره زمان مجاز سقط در اسلام بود. زیرا عده‌ای آن را تا چهار ماهگی، عده‌ای تا سه ماهگی و عده‌ای تا چهل و یا چهل و چهار روزگی مجاز می‌دانند. یکی از مشارکت کنندگان نیز تغییر بعضی از احکام را با گذشت زمان، علت عدم اطمینانش به ثابت ماندن حکم سقط و در نتیجه عدم اطمینان به آن تلقی می‌کرد. شاید علت رواج باورهای شرعی مختلف در جامعه، احکام متفاوتی باشد که در این زمینه در فرقه‌های اسلامی بیان می‌شود. اختلاف نظر دانشمندان و علمای دینی در ارتباط با سقط جنین به مراحل مختلف شکل گیری جنین، جنین دارای روح و حیات انسانی و جنین فاقد روح بر می‌گردد. در قسم اول (جنین دارای روح و حیات انسانی)، میان شیعه و سنی اختلافی نیست و هر دو جنین را انسان تلقی نموده‌اند و معتقدند با انجام سقط، شائبه قتل نفس مطرح می‌شود، اما در مورد قسم دوم (جنین فاقد روح)، اجماع نظری در میان علما و دانشمندان اسلامی وجود ندارد و جمعی از اهل سنت آن را جایز دانسته، اما شیعیان آن را حرام می‌دانند، هر چند در این فرض استثنائاتی وجود دارد [۶]. در کشورهایی که انجام سقط، غیرقانونی است، بیماران یا درصدد خودالقایی بر می‌آیند و یا به جستجوی مکان‌های مخفی که عاملان سقط با وصول مبالغ گزافی سقط را انجام می‌دهند، می‌پردازند. گاه این جستجو به شکست می‌انجامد، زیرا بیمار نمی‌تواند به هیچ مکانی برای سقط دسترسی پیدا کند و یا معرف و رابطی ندارد تا بتواند اطمینان عامل سقط را جلب کند. گاه این جستجو ماه‌ها به طول می‌انجامد و متقاضی سقط زمانی به مکان مورد نظر دسترسی پیدا می‌کند که سن جنین به قدری بالا رفته که عامل سقط به دلایل شرعی و یا ترس از عوارض، حاضر به انجام این کار نیست و یا خود زن به دلیل اعتقاداتش از سقط، صرف نظر می‌کند. حتی در کشورهایی که انجام سقط قانونی است نیز محدوده مجازی برای آن تعیین شده و پس از گذشتن از این سن، دیگر بیماران قادر به انجام سقط در شرایط قانونی نخواهند بود. مهدیزاده علل انصراف بیماران از سقط را تأثیر انجام سونوگرافی و نشان دادن اعضای بدن جنین به مادر و نهایتاً توصیه به نگهداری او و یا شنیدن صدای قلب جنین و در نتیجه عدم تمایل به خاموش شدن همیشگی این صدا، عنوان کرد [۹]. بر اساس این پژوهش، متقاضیان سقط، آگاهانه یا ناآگاهانه وارد تقلایی می‌شوند که چیزی جز رسیدن به هدف یعنی ختم بارداری آرامشان نمی‌کند. آنها از خطرات و ممنوعیت‌های سقط اطلاع دارند، اما در موقعیتی منحصر به فرد قرار می‌گیرند که برای خود فرصتی برای اندیشیدن به این ملاحظات نمی‌بینند و سریعاً در جستجوی عملی کردن تصمیم خود بر می‌آیند. اغلب موارد آنها زمانی در معرض توصیه‌ها و هشدارهای تیم درمانی و یا مشاوران مذهبی قرار می‌گیرند که تصمیم قطعی خود را گرفته‌اند و جز درباره شرایط انجام سقط، گفتگو درباره موضوع دیگری را نشنیده و نمی‌پذیرند. در نتیجه به محض مطلع شدن از امتناع اولین پزشک مراجعه کننده، به سراغ فرد دیگری می‌روند و این جستجو را تا جایی ادامه می‌دهند که نهایتاً آن چیزی را بشنوند که می‌خواهند: «من به جستجوی شما پایان می‌دهم». شاید بعضی از زنان روزها در تلاشند تا بتوانند تحریم اخلاقی سقط را از ذهن خود پاک کنند و بر وجدان هشدار دهنده خود فائق آیند. آنها می‌دانند از بین بردن یک موجود زنده چه در مذهب و چه در اخلاقیات بشری، مورد نکوهش و انزجار است، اما چه بر آنها می‌گذرد که از این موانع هماهنگ با فطرت روحانی خود عبور می‌کنند و به سوی انجام رفتاری می‌روند که وجدان و قلب آنها را می‌رنجاند. مطالعه اسکاستر بر روی ۵۸ زن انجام دهنده سقط القایی نشان داد که تمامی این زنان متفقاً سقط را محکوم کرده‌اند، اما در بسیاری از موارد، احساسات زنان در مورد محکومیت اخلاقی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

سقط، توسط عوامل اجتماعی ـ اقتصادی، مغلوب شده و به تصمیم گیری برای سقط منجر می‌شود [۱۰].

از دیگر یافته‌های مرتبط با این پژوهش، یافته‌هایی در مورد روش‌ها و عاملان انجام دهنده سقط بود. به دلیل بد دانستن سقط از لحاظ اجتماعی و یا به دلیل فقر، سقط به صورت غیرایمن، یا با روش خود القایی و یا به وسیله یک فراهم آورنده غیرحرفه‌ای، انجام می‌شود. در این پژوهش زنان به منظور انجام سقط، از داروهای گیاهی و یا تزریق پروستاگلاندین در منزل خود یا مرکز درمانی توسط یک آشنا، یا توسط متصدی تزریقات محله، استفاده می‌کردند. پایین پریدن از ارتفاع و یا حرکات ورزشی سنگین نیز جزو این روش‌های خودالقایی بودند. در دختران دبیرستانی ظاهراً از ضربه‌های شکمی، پریدن از ارتفاع و یا تزریق پروستاگلاندین برای تحریک سقط استفاده می‌شود. در مطب‌ها نیز یا از پروستاگلاندین، یا از کورتاژ و یا ساکشن استفاده می‌کنند. ماماهای محلی نیز از شیاف‌های گیاهی، میل بافتنی و یا پر استفاده می‌کنند. مشارکت کنندگان، عاملان سقط را متعلق به اقشار متفاوت مانند پزشکان، ماماها، متخصصان زنان و زایمان، جراحان عمومی، کمک بهیاران، ماماهای محلی و حتی دندانپزشکان می‌دانستند. بعضی از عاملان و مکان‌های انجام سقط در میان مردم شناخته شده‌اند؛ به طوری که پژوهشگر اصلی از طریق مصاحبه با اکثر مشارکت کنندگان (تیم درمانی) نام‌های مشابهی را از آنها می‌شنید. وقتی پرسیده می‌شد چگونه این عاملان را می‌شناسند، آنها پاسخ می‌دادند یا از طریق بیمارانی که جهت درمان عوارض به بیمارستان می‌آیند و یا در اجتماع، نام آنها را می‌شنوند. بنابراین زنان از طریق تیم درمانی، کارکنان بیمارستان، دوستان و خانواده و یا افرادی که بر حسب اتفاق با آنها آشنا می‌شوند، راه‌های سقط را می‌آموزند و با مکان‌های سقط آشنا می‌شوند. آنها آمپول‌های سقط آور را از بازارهای دارو یا از داروخانه‌ها (به واسطه یک آشنا) تهیه می‌کنند و آنها را تزریق می‌نمایند و یا در مطب‌های عاملان سقط، به صورت غیرحرفه‌ای، بدون بیهوشی و رعایت اصول استریل و یا توسط متخصصان همراه با بیهوشی و رعایت اصول جراحی یا بدون آنها، مورد کورتاژ قرار می‌گیرند. جوکز نیز در آفریقا، پزشکان غیرحرفه‌ای و پرستاران را عامل سقط می‌داند و روش‌های سقط را شامل گیاهان دارویی، چوب عود، محصولات پاک کننده و محصولات الکلی بیان می‌کند. محصولاتی که هم در داروخانه‌ها و هم در مغازه‌های محلی، در دسترس هستند [۱۱]. با توجه به دیگر یافته‌های این پژوهش، می‌توان به عوارض و پیامدهای سقط اشاره کرد. متوسل شدن به فراهم آوران فاقد صلاحیت و استفاده از روش‌های غیراستاندارد و غیرایمن، زنان را با عوارض متفاوت جسمی مواجه می‌سازد. یکی از اعضای تیم درمانی با بیماری برخورد داشت که در اثر سقط عفونی و سرایت عفونت به روده‌ها، ناچار به انجام کولوستومی شده بود. سینگال نیز در هند موردی را گزارش کرد که در اثر سقط عفونی، ناچار به کولوستومی و برداشتن کامل کولون سیگموئید شده بود [۱۲]. بعضی از زنان نیز پس از سقط دچار مشکلات روانی می‌شوند. در این پژوهش روانشناسان، ابتلای زنان به افسردگی را از علل مراجعه آنها به مراکز مشاوره عنوان کردند. همچنین یکی از روانشناسان، احتمال ایجاد افسردگی در دختران را بیشتر از زنان بیان کرده و علت آن را، عدم دریافت حمایت از خانواده به دلیل پنهان کردن جریان بارداری ناخواسته و سقط، ناپختگی‌های عقلانی و هیجانی جهت تطابق با مشکلات، فعالیت‌های اجتماعی محدودتر و در نتیجه داشتن وقت تنهایی بیشتر برای فکر کردن و همچنین مرور مکرر جریان سقط، بیان کرد. احساس گناه در این پژوهش، ناشی از اعتقاد به گناه شرعی سقط عنوان شد. هر چند یکی از مشارکت کنندگان علت ناراحتی خود را از انجام سقط، بیشتر ناشی از اخلاقیات و وجدان خود می‌دانست تا قبح شرعی و ترس از مجازات الهی. در حالی که سایر مشارکت کنندگان، حتی آنهایی که سالیان زیادی از سقطشان گذشته بود، ناراحتی و مسئله روانی شدیدی را که نیاز به درمان را در آنها ایجاد کند، بیان نکردند، اما عده‌ای از آنها از مرور و یا گفتگو درباره آن احساس ناراحتی می‌کردند و حتی اشک می‌ریختند. یکی دیگر از مشکلات روانی پس از سقط، که در این پژوهش عنوان شد، اختلال ارتباط جنسی در زوجین بود. مطالعات محدودی، اثر سقط القایی بر روی ارتباط زوجین یا عملکرد جنسی آنها را بررسی کرده‌اند. این مطالعات نشان می‌دهند سقط القایی ممکن است اثرات منفی بر روی ارتباطات زناشویی یا عملکرد جنسی در بیش از ۲۰ درصد از زنان داشته باشد [۴].

یکی دیگر از پیامدهای سقط در این پژوهش پیامدهای حقوقی بود که شامل مطرح نشدن شکایات سقط در مجامع حقوقی است، زیرا محکوم شدن مباشران سقط به حبس و پرداخت دیه را به دنبال دارد و از طرفی شکایات مطرح شده نیز اکثراً تحت تاثیر پیچیدگی‌های اداری دادگاه‌ها، جز خسته کردن جسمی و روانی مراجعان، حاصل دیگری به بار نمی‌آورد. قبح مذهبی و نکوهش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

اجتماعی سقط از دیرباز در جوامع انسانی با مجازات‌های قانونی و اجتماعی متفاوتی همراه بوده است [۱۰].

خوشبختانه اخیراً با بیان آثار و مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ناشی از سقط جنین، موقعیت مناسبی برای دولت جهت تجدید نظر و بازنگری میسر گردیده است. همچنین فتاوای جدید علمای دینی و مجوزهای شرعی سقط در زمینه‌های نجات جان مادر و یا عسر و حرج در محدوده زمانی قبل از ولوج روح (دمیده شدن روح در کالبد)، زمینه را برای بازنگری توسط مراجع قضایی و قانونگذار فراهم نموده است. ارائه طرح سقط درمانی توسط تعدادی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۱ و ارایه لایحه سقط درمانی توسط دولت در سال ۱۳۸۲، برنامه ریزی برای تعریف و تدوین شاخص‌های قطعی پزشکی در ارتباط با سلامت مادر و جنین و نقایص جنینی و دیگر موارد جهت تدوین رویه قضایی واحد توسط قوه قضاییه و برگزاری سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران در هفتم و هشتم اسفند ماه سال ۱۳۸۱، زمینه تغییر نگرش‌ها و قوانین را نسبت به محدودیت‌های گذشته سقط جنین فراهم آورده است [۶].

در پایان به نکات کلیدی حاصل از این پژوهش اشاره می شود:

- مفهوم سقط‌های غیرقانونی از دیدگاه مشارکت کنندگان، ارتباط تنگاتنگی با نحوه برخورد زنان با ناخواسته بودن بارداریشان دارد. آنها اگرچه سقط غیرقانونی را یک امر مخالف شرع و اخلاقیات می‌دانند، اما در برخی از موارد آن را یک ضرورت غیرقابل اجتناب دانسته و از هر راهی در صدد اقدام به آن بر می‌آیند.

- زنان مشارکت کننده در این پژوهش در اغلب موارد اطلاعی از شغل و یا میزان مهارت فرد انجام دهنده سقط نداشتند و در این زمینه ارزیابی مشخصی نیز نداشتند. آنها فقط شرایط غیربهداشتی و پیامدهای ناخواسته ناشی از سقط‌های غیربهداشتی خود را ذکر می‌کردند که می‌توان از این بیانات به غیرحرفه‌ای بودن عاملان سقط پی برد. اما سایر صاحب نظران به صراحت به غیرحرفه‌ای بودن عامان سقط اشاره می‌کردند؛ زیرا اغلب این عاملان، افرادی هستند که در این زمینه هیچ گونه آموزشی ندیده‌اند و تنها به دلیل تقاضای بالای زنان برای سقط و یا برای درآمد بالای آن، اقدام به این کار می‌کنند.

- اکثر شرکت کنندگان به ناقص انجام شدن تخلیه رحم و در نتیجه خونریزی و عفونت متعاقب آن اشاره می‌کردند. زنان قضاوت خود درباره رضایت یا عدم رضایت از سقط و یا شاید درباره مهارت عامل سقط را بر اساس پیامد سقط بیان می‌کردند. آنها از انجام سقط پشیمان نبودند، اما در صورت داشتن پیامد ناخواسته از روند انجام سقط ناراضی و از عامل آن شاکی بودند، هر چند از تصمیمی که گرفته بودند به ندرت پشیمان می‌شدند.

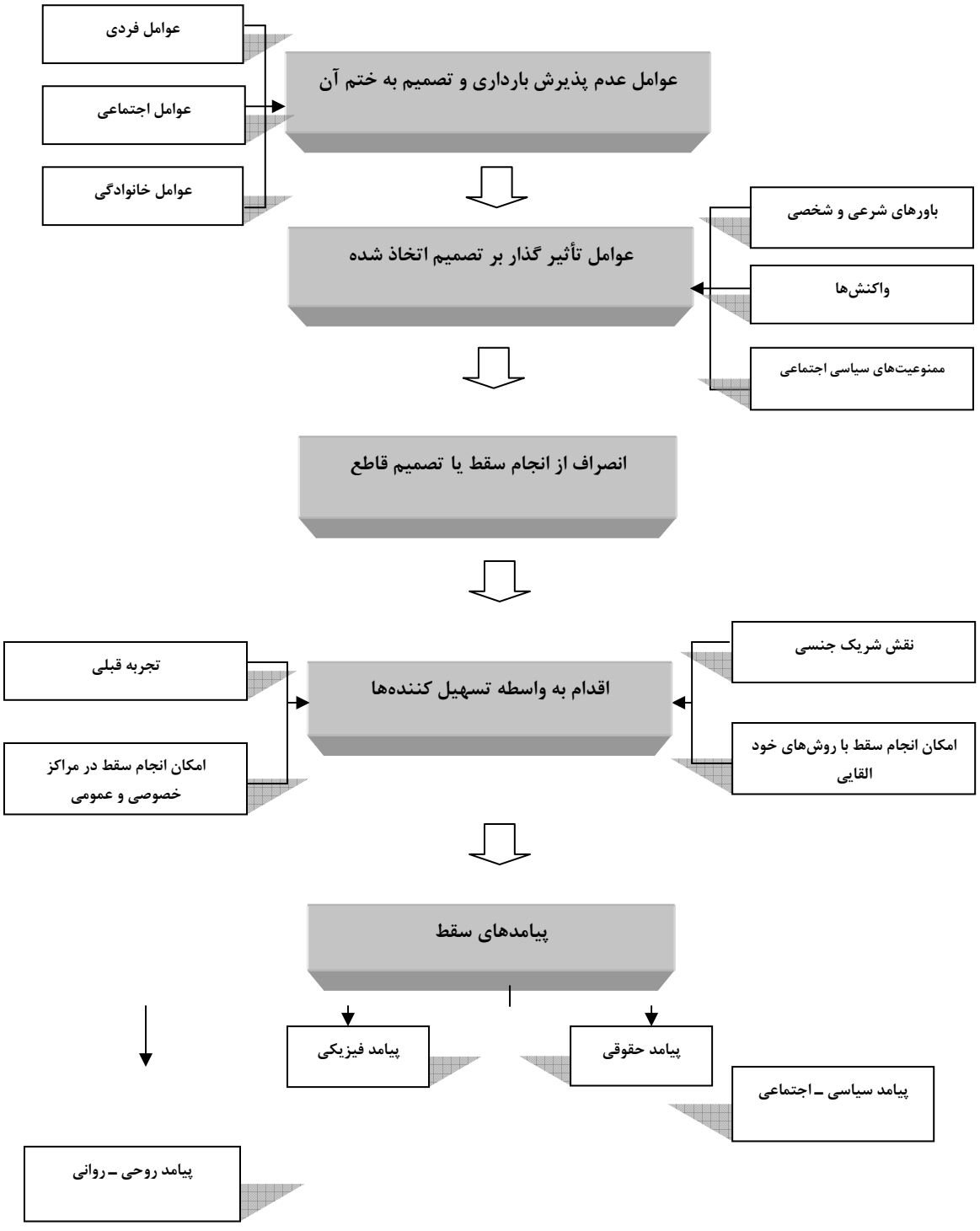
- مطرح نشدن شکایات از عاملان غیرحرفه‌ای به دلیل غیرقانونی بودن سقط، آمار واقعی سقط‌ها را پنهان نگاه داشته و کشف راهی برای اصلاح قانون سقط را با مشکل مواجه می‌کند، هر چند پایبندی‌های مذهبی نیز ختم القایی بارداری را تحت هر شرایطی مجاز ندانسته و مسایل شرعی مرتبط با سقط نیز هنوز چندان روشن بیان نشده‌اند.

محدودیت‌ها

به علت کم بودن تعداد مصاحبه شوندگان و انجام مطالعه در شهرستان کرج، ممکن است نتایج مطالعه چندان تعمیم پذیر نباشد. علاوه بر این، در موضوعاتی مانند سقط غیرقانونی، ممکن است افراد از شرکت در پژوهش امتناع کنند و یا در صورت شرکت به سؤالات طوری پاسخ دهند که مطلوب جامعه باشد. محدودیت زمانی یا میزان راهنمایی پژوهشگر نیز ممکن است بر نحوه پاسخ دهی افراد تأثیر بگذارد. در نتیجه جهت کاربردی‌تر شدن اطلاعات حاصل از این پژوهش، کسب اطلاعات مشابه توسط پژوهش‌های آینده، مفید است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]



شکل شماره یک: ارتباط بین مفاهیم پژوهش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]

سهم نویسندگان

شیرین شهبازی صیقلده: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه، تحلیل داده‌ها، تهیه مقاله

ناهید فتحی زاده: همکاری در تحلیل داده‌ها

فریبا طالقانی: نظارت بر اجرای طرح

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه شرکت کنندگانی که مشتاقانه پاسخگوی سؤالات پژوهشگر بودند و همچنین تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که زمینه تأمین بودجه مالی این طرح به شماره ۳۵۵/۱۱/۱۲ پ را فراهم آوردند.

منابع

1. Cohen AS. Envisioning life without roe: lessons without borders, The Guttmacher Report on Public Policy 2003; 6: 3-5. Available from: http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/06/2/gr060203.html

2. Harris AA. Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. Midwifery and Women Health 2004; 49: 105-11

3. Bruce O, Bentar S. Policy update on safe and legal abortion 30 years after roe. V.Wade, IWPR Population 241, October 2003. Available from: http://www.iwpr.org/pdf/B241.pdf

4. Vibeke R. The Problem of illegally induced abortion: result from a hospital-based study conducted at district level in Dares Salam. Tropical Medicine and International Health 2000; 5: 495-502

5. Fakheri T. The assessment of induced abortion cases referring to Motazedi educational and medical center of Kermanshah 2000. The Journal of Nursing Midwifery: Kermanshah University of Medical Sciences 2004; 2: 45[Persian]

6. Behjati Ardakani Z. Emergency for assessing the multiple dimensions of fetus abortion in Iran. The Journal of Fertility and Infertility 2004; 4: 299-320 [Persian]

7. Mohammadzadeh F, Fallahian M. The induced abortion conditions in Taleghani hospital depended to Shahid Beheshti Medical University 2000-2001. The Journal of Legal Medicine 2002; 32: 190-93 [Persian]

8. Rossier C. Estimating clandestine abortion with the confidents method results from Ouagadougou: Burkino Faso. Paper presented at the population association of American 2004 annual meeting, Boston, April 1-3, http://paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=41577

9. Mehdizadeh F. Fetus abortion, injuries, causes and outcomes. The Journal of Family Health 2003; 28: 44-46 [Persian]

10. Schaster S. Abortion in moral world of the Cameroon: Gradsfield. Reproductive Health Matters 2005; 13: 130-38

11. Jewkes RK. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitian: South Africa? BJOG: Obstetrics and Gynacology 2005; 112: 1236

12. Singh S, Parada E, Mirembe F, The incidence of induced abortion in Uganda. Family Planning Perspective 2005; 31: 183-91

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.6.3]