

فرایند تصمیم‌گیری برای سقط غیرقانونی

شیرین شهبازی (M.Sc.)^۱، ناهید فتحی‌زاده (M.Sc.)^۱، فریبا طالقانی (Ph.D.)^۲

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: از آنجایی که در کشور ما انجام سقط به انتخاب مادر جز در مواردی که بارداری، حیات مادر یا جنین را با خطر مواجه کند، غیر قانونی محسوب می‌شود و انجام سقط در شرایط مخفیانه و غیرقانونی نیز همواره با پیامدهای متفاوت ارتباط پیدا می‌کند، اهمیت شناخت جنبه‌های متفاوت سقط غیر قانونی و عوامل مؤثر بر آن بر هیچ فردی پوشیده نیست. براین اساس این مطالعه به بررسی تجارب و دیدگاه‌های زنان و سایر صاحب‌نظران در زمینه فرایند اقدام به سقط غیرقانونی پرداخته است.

روش بررسی: این پژوهش کیفی و از نوع آنالیز محتوا بود. طی آن با زنانی که تجربه یک سقط داشتند و همچنین صاحب‌نظران شرعی، سیاسی، حقوقی و علمی (تیم درمانی)، از فروردین تا شهریور ۱۳۸۵، در شهرستان کرج و تهران، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته (مصاحبه فردی) صورت گرفت. در نهایت ۲۷ مصاحبه طی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از روش آنالیز محتوا صورت گرفت.

نتایج: از داده‌های این پژوهش پنج مفهوم اصلی استخراج شد. در این مقاله به بیان نتایج مرتبط به مفهوم سنجش موقعیت پرداخته می‌شود. از این مفهوم نیز سه طبقه اصلی شامل واکنشها، اعتقادات شرعی، باورهای شخصی و ممنوعیت‌های سیاسی-اجتماعی استخراج شد. طبقه اصلی واکنشها به دو طبقه فرعی (۱) تیم درمانی و خانواده، دوستان و اجتماع تقسیم شد. طبقه تیم درمانی نیز به دو زیر طبقه فرعی (۲) باز دارنده و حمایت کننده تقسیم شد. سپس یکی از زیر طبقه‌های فرعی ۲ (بازدارنده) به سه زیر طبقه فرعی (۳) شامل اجتناب از همکاری، هشدار و تشویق تقسیم گردید.

نتیجه‌گیری: زنان برای انجام سقط غیرقانونی به واکنشها و عکس‌العمل‌های خانواده، دوستان و تیم درمانی اهمیت می‌دهند. باورهای نادرست یا عدم اعتماد به احکام شرعی و همچنین احساس مفیدتر بودن ختم بارداری نسبت به ادامه دادن برای کل خانواده، زمینه مساعدی را برای حذف اخلاقیات بازدارنده فراهم می‌آورد. حمایت‌های تیم‌درمانی نیز بر نحوه مقابله با ممنوعیت‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارد و در نهایت زن سقط را به انجام می‌رساند. لذا فراهم سازی زمینه مشاوره ویژه در مراکز درمانی با خانم‌هایی که با بارداری ناخواسته مواجه شده‌اند، می‌تواند از میزان سقط‌هایی که بدلیل مشکلات خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی یا عدم آگاهی درباره مسائل شرعی و اخلاقی سقط انجام می‌شود، بکاهد. بررسی دلایل همکاری تیم‌درمانی در انجام سقط غیرقانونی نیز می‌تواند به حل این مشکل بهداشتی کمک کند.

کلید واژگان: سقط غیرقانونی، آنالیز محتوا، تیم درمانی، باورهای شرعی و شخصی، واکنش‌ها، خانواده، تصمیم‌گیری.

مسئول مکاتبه: شیرین شهبازی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیکی: shahbazishirin@yahoo.com

زمینه و هدف

زمانیکه زنان با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند - چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای در حال توسعه - به دلایل مشابهی تصمیم به انجام سقط می‌گیرند (۱)؛ به‌طوری‌که در حال حاضر سقط به‌صورت یکی از شایعترین اعمال جراحی در میان زنان واقع در سنین باروری در آمده است (۲). سقط قانونی یکی از بی‌خطرترین اعمال جراحی زنان است که نسبت به زایمان طبیعی نیز دو برابر بی‌خطرتر است (۳). اما سقط غیرسالم که یکی از بزرگترین مشکلات مورد غفلت بهداشتی در کشورهای در حال توسعه است، مسئله عمده زندگی زنان در طی سال‌های تولیدمثل می‌باشد. این سقطها در خارج از سیستم‌های قانونی و اغلب به‌وسیله اشخاصی که فاقد مهارت‌های لازم هستند و در محیط‌های دارای حداقل استانداردهای پزشکی انجام می‌شوند (۴). تریمانه درباره سقط در دنیای در حال توسعه می‌نویسد: شاخص‌هایی وجود دارند که نشان می‌دهد تعداد سقط‌های غیرقانونی در حال افزایش است، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه. اکثر جراحی‌هایی که انجام می‌شوند غیر قانونی بوده و اغلب به عوارض و مرگ زنان منجر می‌شوند. با این حال زنان هنوز حتی در کشورهایی که از خدمات تنظیم خانواده کافی برخوردارند به سقط متوسل می‌شوند. موضوعات مرتبط با سقط، سوژه مناظره‌های پر قدرت مردان قانون، اخلاق‌گرایان، مردان سیاسی و مذهبی است. صدای زنان در این مناظره‌ها گم شده است؛ علیرغم این حقیقت، که این زنان هستند که جسم، روان، سلامتی و زندگی آنها مستقیماً با سقط ارتباط پیدا می‌کند. بنابراین بدست آوردن اطلاعاتی از دیدگاهها و نیازهای زنان مهم بوده و این مطالب باید در بافت فرهنگی و اجتماعی آنها درک شود (۵).

در ایران در صورتی که تأمین سلامت و نجات جان مادر مطرح باشد، مجوز سقط درمانی توسط مراجع

ذیصلاح (سازمان پزشکی قانونی) صادر خواهد شد. همچنین عوامل جنینی خاصی مانند تالاسمی ماژور می‌تواند منجر به سقط تحریکی قانونی گردد (۶)، اما براساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در ایران از ۸۰ هزار سقطی که سالانه صورت می‌پذیرد (۲۰۰ مورد در روز)، بیشتر آنها غیرقانونی و غیر بهداشتی می‌باشد (۷).

در کشورهایی که انجام سقط، قانونی نیست (مانند ایران) اطلاعات دقیقی از عوارض جسمی، روحی- روانی و اجتماعی- اقتصادی آن وجود ندارد. در سقط‌های پنهانی که به‌صورت کامل انجام می‌شود، مراجعه به بیمارستان وجود ندارد؛ لذا اطلاعات بیمارستانی تنها بخش بیرون از آب این کوه یخ را نشان می‌دهد.

از آنجا که سقط عملی مذموم شناخته می‌شود، متولی آن نیز در برنامه‌های خدمات بهداشتی- درمانی همواره غایب است؛ این در حالی است که عوارض این عمل غیر قابل انکار می‌باشد (۸). عوارضی مانند عفونت، خونریزی، جراحات مجرای تناسلی، پارگی رحم، آمبولی، هیستروکتومی و کوما که در صورت تأخیر یا عدم درمان کشنده می‌باشند، اغلب به‌دنبال اقدام به سقط غیرقانونی بروز می‌نمایند. تأخیر در رساندن زنان به مراکز درمانی، تأخیر در رسیدگی به بیمار در مرکز درمانی، تشخیص ناصحیح و سایر فاکتورهای غیراختصاصی، از علل دیگر مرگ می‌باشند (۴).

علاوه بر احتمال عوارض جسمی و مرگ، احتمال ایجاد مسایل و مشکلات روانی نیز بعد از انجام سقط وجود دارد. در زمینه مشکلات روانی پس از سقط، توافق کاملی وجود ندارد؛ اما از جمع‌بندی مطالعات، این نتیجه بدست می‌آید که این مشکلات ۱۰٪ زنان را پس از سقط القایی درگیر می‌کند و باید به آن به‌عنوان موضوعی عمده در سلامت عمومی توجه کرد؛ چون سالانه تعداد زیادی سقط در حال انجام است (۹).

سقط از لحاظ اخلاقی نیز بسیار بحث‌انگیز می‌باشد. به‌طوریکه سقط جنین یکی از دشوارترین مسائل اخلاقی است و با آنکه براساس شواهد تاریخی از حدود دو هزار سال پیش انجام می‌شده است، هنوز این مسئله به گونه‌ای قطعی از نظر اخلاقی فیصله نیافته است. در رهیافت‌های متفاوت، سقط جنین را به مثابه قتل نفس می‌دانند و به این دلیل آن را غیر اخلاقی می‌شمارند؛ یا با تاکید بر آزادی زن و حق انتخاب او سقط را امری شخصی و در حوزه اختیارات مادر می‌دانند و یا آن را تا سن خاصی، وابسته به انتخاب شخصی (مادر) و پس از آن عملی غیراخلاقی می‌دانند (۱۰). مسوولین امور مذهبی نیز همیشه از شدیدترین مخالفان بوده‌اند و این مسئله تقریباً شامل تمام ادیان می‌شود (۱۱).

با توجه به اهمیت سقط عمدی- این عمل شایع که ممکن است در سنین باروری هر زنی اتفاق بیفتد- و با توجه به اینکه تاکنون در کشور ما مطالعات کمی معدودی در این زمینه انجام شده و مطالعه کیفی نیز در خصوص این مسئله انجام نشده است، مطالعه‌ای کیفی در ارتباط با تبیین فرایند سقط‌های غیرقانونی در ایران انجام شد. این مقاله قسمتی از این پژوهش می‌باشد که به مرحله تصمیم‌گیری فرایند سقط می‌پردازد.

روش بررسی

این مطالعه به طریق کیفی و به روش آنالیز محتوا، از فروردین تا شهریور ۱۳۸۵، در شهرستان‌های کرج و تهران انجام شد. جامعه مورد پژوهش شامل زنان دارای سابقه حداقل یک سقط غیر قانونی (بدون در نظر گرفتن مدت زمان سپری شده از انجام سقط)، همسر زنان دارای سابقه سقط، پرسنل بخش زنان، روانشناسان، ماماها، متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی و صاحب‌نظران سیاسی- اجتماعی، مذهبی و حقوقی شامل معاون پزشکی قانونی تهران، رئیس کمیسیون بهداشت مجلس هفتم، یکی از اساتید

حوزه علمیه قم، امام جمعه شهرستان کرج و دو وکیل و مشاور حقوقی، بودند.

نمونه‌ها از بین کسانی انتخاب شدند که مایل به شرکت در مصاحبه بوده و توانایی بیان تجارب خود در مورد سقط غیرقانونی را داشتند. در این پژوهش از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد که با توجه به ناهمسان بودن نمونه‌گیری و استفاده از گروه‌های متفاوت تعداد نمونه‌ها به ۲۷ نفر رسید.

هرچند همسران زنان دارای تجربه سقط نیز، جزء افرادی بودند که باید با آنها مصاحبه می‌شد، اما متأسفانه جز یک شرکت‌کننده مرد، فرد دیگری حاضر به مصاحبه نشد.

جمع‌آوری داده‌های این پژوهش، با مصاحبه عمیق و نیمه‌سازمان یافته و ضبط آن بر روی کاست و مشاهده حالات و روحيات شرکت‌کنندگان و یادداشت برداری انجام گرفت. مدت زمان هر مصاحبه حداقل نیم و حداکثر دو ساعت بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آنالیز محتوا استفاده شد.

برای افزایش اعتبار تحقیق، محقق کوشید تا ارتباط خود را با شرکت‌کنندگان بیشتر کند و بعد از مکتوب کردن مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست کرد تا مطالب مکتوب شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آنها را ارزیابی نمایند. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراجی علاوه بر محقق و استادیاران دانشکده پرستاری و مامایی، توسط عده‌ای از دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی و دکترای پرستاری که در زمینه تحقیقات کیفی مطالعه داشتند، مورد بررسی قرار گرفت، تا صحت فرایند کدگذاری ارزیابی شود. محقق کوشید تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را به‌طور دقیق ثبت و گزارش نماید تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد.

نتایج

در این پژوهش متن مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان به ۴ منطقه 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، تجربیات مرتبط با عوارض سقط. از داده‌های این پژوهش پنج مفهوم اصلی استخراج شد که در این مقاله به بیان نتایج مرتبط به مفهوم سنجش موقعیت پرداخته می‌شود. از این مفهوم نیز سه طبقه اصلی شامل واکنشها، باورهای شرعی و شخصی و ممنوعیت‌های سیاسی-اجتماعی استخراج شد. طبقه اصلی واکنشها به دو طبقه فرعی (۱) تیم درمانی و خانواده، دوستان و اجتماع و طبقه تیم درمانی نیز به دو زیر طبقه فرعی (۲) بازدارنده و حمایت کننده تقسیم شد. سپس یکی از زیر طبقه‌های فرعی ۲ (بازدارنده) به سه زیر طبقه فرعی (۳) شامل اجتناب از همکاری، هشدار و تشویق تقسیم گردید. کدها و طبقات اصلی و فرعی مفهوم سنجش موقعیت در جدول ۱ نشان داده شده است.

واکنشها:

خانواده، دوستان و اجتماع: زمانی که زن دچار بارداری

ناخواسته می‌شود، ناراحت و مضطرب است. شرایط روحی و روانی او به گونه‌ای است که نیازمند حمایت خانواده می‌شود. از طرفی به دلیل ممنوعیت سقط در ایران و عدم دستیابی آسان به مکان و عاملین سقط نیاز به رابطنی وجود دارد تا بتواند به شرایط سقط دسترسی پیدا کند. بنابراین جهت ارزیابی عکس‌العمل خانواده در مقابل انگیزه‌های که در او ایجاد شده است زنان به مشورت با همسر یا خانواده یا دوستانشان می‌پردازند. براساس یافته‌های این پژوهش، نقش همسر اغلب تا آنجاست که رضایت خود را با سقط اعلام می‌کند و حمایت مالی و هزینه سقط را به عهده می‌گیرد. اغلب همسران با دیدن انگیزه قوی زنان برای ختم بارداری، حتی اگر با آن مخالف هم باشند، نهایتاً رضایت خود را اعلام کرده و با او همکاری می‌نمایند. یکی از مشارکت‌کنندگان 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 پیام چه غذایی می‌کشیدم. اصلاً هم با بچه دیگر موافق نبود. می‌گفت حداقل اون یکی مدرسه بره بعد." (شرکت کننده شماره ۳)

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌دارد:

جدول ۱- کدها، طبقات اصلی و فرعی از آنالیز محتوای مصاحبات مرتبط به مفهوم سنجش موقعیت

سنجش موقعیت			مفهوم
واکنشها	باورهای شخصی و شرعی	ممنوعیت‌های سیاسی اجتماعی	طبقه اصلی
تیم درمانی	خانواده، دوستان و اجتماع	-----	طبقه فرعی ۱
بازدارنده	حمایت کننده	-----	طبقه فرعی ۲
اجتناب از همکاری	تشویق	-----	طبقه فرعی ۳
- مجاز دانستن سقط تا سن خاصی از بارداری - اعتقاد نداشتن به حکم شرعی سقط - عدم اعتقاد به موجودیت جنین - داشتن فرصت برای بارداری مجدد - سقط به نفع جنین و اعضای خانواده - سقط تنها راه رهایی از بارداری ناخواسته و نامشروع - اعتقاد به بخشایش گناه سقط از جانب خداوند			- ممنوعیت سقط در شرع مبین اسلام - محدود بودن اندیکاسیونهای سقط قانونی
- پایبندی به مسائل شرعی - اعتقاد به موجودیت جنین - محدودیت حرفه ای و تسهیلات - ترس از عادت کردن - آکراه از پروسه های خونریزی دهنده	- موافقت و همکاری خانواده - تأیید سقط توسط دوستان - معرفی مکان یا روش سقط بواسطه دیگران معرفتی روشها و مکانهای انجام سقط غیر قانونی	- تشویق به تداوم بارداری هشدار به بیمار با بیان عوارض	کد

" اصلاً فکر اینکه بچه چهارمی بخواد باشه، با توجه به اینکه بچه‌های من دو تا دختر بودند، سومی پسر شده بود حالا اینکه حرف مردم ... اینها همه، هم برای من، هم برای شوهرم خیلی ناراحت کننده بود که شوهرم گفت به هر شکلی که هست از لحاظ مالی، و هر چقدر هم که میشه برو دنبالش، هزینه می‌کنم که کورتاژ بکنی. "(شرکت کننده شماره ۶)

اگر متقاضیان از طریق اقوام نتوانند به سوی شرایط سقط راهنمایی شوند 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. "(شرکت کننده شماره ۱۷).

تیم درمانی: عکس‌العمل تیم درمانی در مقابل زنان متقاضی سقط، به گونه‌ای است که یا انگیزه بیمار را تقویت می‌کند یا او را با جنبه دیگری از موضوع سقط آشنا کرده و نگرش و گاهی تصمیم او را تغییر می‌دهد. تیم درمانی معمولاً با اصرار بیماران مستأصل مواجه می‌شوند؛ اما به دلایل گوناگون خودشان نیز از مبادرت به سقط اجتناب می‌کنند، به ناچار جهت سلب مسئولیت از خود و پایان دادن به اصرارهای بیمار او را با روشها یا مکان‌های سقط آشنا می‌کنند و یا علیرغم میل باطنی بدون هیچگونه راهنمایی او را با دنیای سرگردانی خود تنها می‌گذارند و فقط به او از عوارض سقط غیر قانونی گفته و به جستجوی یک سقط سالم توصیه می‌کنند.

حمایت‌کننده: اگر علت و انگیزه سقط به نظر تیم درمانی موجه باشد، بیمار اصرار بورزد یا سن بارداری پایین

باشد، امکان راهنمایی بیمار به سوی مکانها و عاملین سقط بیشتر می‌شود. یکی از مشارکت کنندگان بیان می‌دارد: " اونایی که حالت غیر قانونی داره یعنی حالت نامشروع داره بارداریشون، یا اینکه واقعاً به دلایلی پدر و مادر توانایی نگهداری بچه رو ندارن که بیشتر در بین زوج‌های جوانی دیده میشه که تازه ازدواج کردن یا اصلاً عقد هستن و هنوز تشکیل خانواده ندادن، این افراد بیشتر مصر هستند که بارداری خاتمه پیدا کنه، سعی میکنم جاهایی که فکر می‌کنم که انجام میشه یا احتمالشو میدم مریضو بفرستم و در واقع از سر خودم باز کنم. "(شرکت کننده شماره ۱)

" سن بارداری مهمه، سنین بارداری بالا رو میگم که اینکارو انجام ندن، چون اینکارو حلال نمیدونم، مگر در شرایط خاصی مثل تجاوز جنسی و یا صیغه‌ای‌ها، که این افراد رو راهنمایی می‌کنم، چون در این شرایط مادر صلاحیت نگهداری این بچه اجباری رو نداره. حتی بعضی نمی‌دونند این بچه از کجاست.. تو این موارد، حتی در ماههای (حاملگی) بالا هم معرفی می‌کنم. "(شرکت کننده شماره ۱۸)

بازدارنده: عده‌ای از متخصصین و کارشناسان مامایی با بیان عوارض سقط تلاش می‌کردند زنان را از اقدام به سقط برحذر دارند:

" سونوشو که آورد، مطمئن شدم حامله ست. بهش توضیح میدم که سعی کنه اینکار رو انجام نده و مشکلاتی که ممکنه در عوارض سقط ایجاد کنه اونارو توضیح میدم... مثلاً ممکنه به هیستریکتومی رحم منجر بشه مخصوصاً بچه اولها رو تأکید می‌کنم که اصلاً اینکارو نکنن. "(شرکت کننده شماره ۱۳)

عده‌ای از متخصصین به دلیل مناسب ندانستن شرایط سقط در مطب از همکاری در زمینه سقط خودداری می‌کردند:

" من اصلاً کلاً خودم عقیده‌ام اینه که بیهوشی توی کلینیک که هیچ امکانات دیگه‌ای نداره، اصلاً صحیح

نیست، چون مشکل ما مشکل بیهوش‌شیمون هم هست. اونم با مریض زنده، که خیلیها هم ممکنه این کارو انجام بدن، مریض هم مجبوره که زیر بار این کار بره که زنده زنده کورتاژ می‌کنن، قبول هم می‌کنه، خیلی تشکر هم می‌کنه ولی من فکر می‌کنم این کار از نظر علمی درست نیست، از نظر انسانی هم درست نیست. " (شرکت کننده شماره ۸)

اعتقادات شرعی و باورهای شخصی: نقش اعتقادات شرعی و باورهای شخصی نیز در انتخاب سقط مؤثر است. براساس نتیجه‌گیری 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 یا از لحاظ شرعی گناه می‌داند و از بین بردن موجود زنده‌ای را به طور قبلی دوست ندارد و از جنبه‌ای دیگر به شرایط زندگیش که نگاه می‌کند، می‌بیند چاره‌ای 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 دو سه نفر، شوهرم دو تا بچم، در قبال یک نفره. همشون در واقع قربانی میشدن. اگه اون بچه هم می‌اومد، صدماتی که از لحاظ روحی روانی می‌دید، صد در صد با مرگش برابری می‌کرد. " (شرکت کننده شماره ۲۰)

" می‌دونستم مشکل داره. ولی مشکلات خودم رو هم در نظر گرفته بودم که واقعاً برام مشکل بود. من مجبور بودم. یعنی من در بدترین شرایط بودم و فکر می‌کردم واقعاً چهار پنج سال اسیری کشیده بودم. سر اون یکی بچه که مرخصی تحصیلی گرفتم، درسم عقب افتاد. « (شرکت کننده شماره ۳)

اکثر شرکت کنندگان (زنان و اعضای تیم درمان)، درباره مسایل شرعی و حقوقی سقط آگاهی دقیقی

نداشتند یا اعتقادات مذهبی متناقضی در بین آنها دیده می‌شد. اکثراً اعتقاد داشتند تا زمانی که جنین حرکت نکرده، سقط آن اشکالی ندارد. عده‌ای نیز عدم اعتماد به صحت احکام سقط را بیان می‌کردند. تیم درمانی نیز مانند زنان، سقط را در بعضی از موارد ضروری دانسته و معتقد بودند که در سنین پایین جنین سقط از لحاظ اخلاقی و شرعی اشکالی ندارد و در نتیجه به راهنمایی بیماران خود در مورد سقط می‌پرداختند. بنابراین، عدم آگاهی دقیق تیم درمانی یا متقاضی سقط درباره مسایل شرعی و حقوقی سقط باعث می‌شود که آنان بر باورهای شخصی خود یا اطلاعات جسته گریخته‌ای که از اطرافیان و اجتماع کسب کرده‌اند، بسنده کرده و مبنای انتخاب یا رد سقط را بر آنها استوار کنند. هر چند عده‌ای از مشارکت کنندگان بیان می‌کردند که حتی سقط در افراد مذهبی و مؤمن، که ظاهراً باید با احکام شرعی آشنایی قابل قبولی داشته باشند، نیز دیده می‌شود. یکی از اعضای تیم درمانی در این رابطه می‌گوید:

" این افراد که خودشون رو خیلی مؤمن و معتقد جا میزنن، میان و میگن هیچ گناهی نداره. خودشون ادعا می‌کنند... میگن که شما انجام بدید، هیچ مسئله‌ای نیستش، گناهی هم نداره، ما رفتیم پرسیدیم... من نرفتم اصلاً مطالعه کنم چون دنبالش هم نبودم، خودشون میگن.. میگن از زمانی که حرکت جنین احساس میشه، که همون ماه چهارمه، هیچ مسئله‌ای نیست. هنوز جنین به حرکت نیفتاده، در نتیجه از لحاظ شرعی مشکلی نداره. " (شرکت کننده شماره ۸)

میزان ایمان و اعتماد تیم درمانی به اعتقادات شرعی، در میزان راهنمایی شدن متقاضیان توسط تیم درمانی مؤثر است. بطوریکه یکی از اعضای تیم درمانی در این ارتباط می‌گوید: " من کلاً سقط رو زیر دو ماه میگم اشکال نداره. ولی از نظر وجدانی و اخلاقی، چون احساس می‌کنم اون بچه‌ای که می‌خواه ناخواسته

بعدش روح دمیدن، در همه اینها جنین جنبه. یعنی اگر جنین را یک انسان بالقوه بدانیم همه این مراحل قابل احترامه. " (شرکت کننده شماره ۲)

این صاحب نظران در ادامه بیان کردند که دیه جنین بر اساس سن او متفاوت است و اگر در هر یک از مراحل تکامل جنین (نطفه، علقه، مضقه و عظام) عمداً سقط شود، باید والدین و سایر افرادی که در سقط مشارکت داشته‌اند، دیه مقرر را پرداخت کنند. بعد از ۴ ماهگی و دمیده شدن روح، دیه جنین برابر با دیه انسان کامل است: " در مراحل مختلف دیه‌ای را که شخصی که این کار رو انجام میده باید پرداخت بکنه، حالا زمانی باشه که صرف نطفه باشد، یا بدل شده باشد به علقه، یا بدل شده باشد به استخوان، یا گوشت و استخوان با هم باشد، یا روح درش دمیده شده باشد، مراحل مختلفی است که دیه‌های مختلفی داره.. شرع مقدس اجازه سقط جنین رو به هیچ وجه من‌الوجه اجازه نمیده، الا در موارد خاص که حالا قانون هم اونو تجویز کرده. مثل مواردی که حالا جان مادر در خطر باشد یا موارد دیگری که هست. " (شرکت کننده شماره ۲۵)

ممنوعیت‌های سیاسی-اجتماعی: از لحاظ سیاسی، سقط فقط در موارد خاصی مجاز شمرده می‌شود. براساس قانون سقط درمانی که از احکام مبین اسلام نشأت گرفته و براساس فضای فرهنگی و مذهبی جامعه تنظیم شده است، تنها در صورت بیماری‌هایی از مادر که جان او را در بارداری مورد تهدید قرار می‌دهد یا در مورد ناهنجاری‌هایی از جنین که منجر به مرگ داخل رحم یا مرگ بلافاصله پس از تولد می‌شود یا سایر مواردی که منجر به عسر و حرج می‌شود، سقط مجاز بوده و در موارد دیگر، غیر شرعی و در نتیجه غیرقانونی به حساب می‌آید. اخیراً در ایران ۴۹ اندیکاسیون برای سقط قانونی تصویب شده است. معاون پزشکی قانونی تهران درباره اضافه شدن اندیکاسیون‌های جدید به قانون سقط درمانی در دهه ۸۰، می‌گوید:

به دنیا بیاد و باعث یکسری مشکلات برای خانواده بشه بهتره که اصلاً به دنیا نیاد. یک پدری که معتاده یک خانمی که بچه اولشو بدنیا آورده و حالا ناخواسته باردار شده. در حد راهنمایی خودم هیچوقت سعی نمی‌کردم کاری انجام بدم ولی می‌گفتم اگر در سطح شهر بگردین حتماً می‌تونین کسی رو پیدا کنین.. و حتی تا این حد راهنمایی می‌کردم که یه آمپول‌هایی هست میتونی تزریق کنی، میتونی از ناصر خسرو بخری. اون چیزهایی که تو اسلام اگه بوده، اطلاعاتش رو احساس می‌کنم به ما درست یاد دادن. مثل خیلی چیزای دیگه ای که ما اصلاً نمی‌دونیم. یه وقت میگن زیر ۴۰ روز روحی در بچه دمیده نشده و میشه که این کار از بین بره... به نظر من یه چیزی که توی اسلام، البته من نمی‌دونم به ما میگن غیر قانونی نمی‌کن که از لحاظ مذهبی گناهی رو مرتکب شدین. وقتی تو دینهای دیگه اینجوری نیست، پس جای این رو داره که ما یه تحقیقی بکنیم، شاید واقعاً میشه یه همچین کاری رو کرد. " (شرکت کننده شماره ۷)

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 مسلمان مانند ایران یک مانع اجتماعی باشد: " شرع مقدس از زمانی رو 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. " (شرکت کننده شماره ۲۵)

براساس اعتقاد صاحب نظران شرعی این پژوهش، تعلق گرفتن دیه و ارث به جنین نشاندهنده احترام اسلام به جنین و تصدیق انسانیت و موجودیت او می‌باشد: " اگر یکی از ورثه‌ها در بیرون قتل صورت بگیره و بمیره و دیه‌ای بگیرند، باید برای جنین هم چیزی در نظر بگیرن تا وقتی به دنیا آمد به او بدهند.. جنین رو از علقه بودن، از نطفه بودن و مضقه بودن و استخوان بودن و

ذکر شده در قانون سقط درمانی می‌توانند به صورت قانونی در مراکز سقط کنند و در غیر این صورت با ممنوعیت سیاسی-اجتماعی مواجه می‌شوند و بالاجبار یا به سوی سقط‌های ناسالم و غیر قانونی می‌روند یا با بارداری برنامه‌ریزی نشده خود کنار می‌آیند.

بحث

بر اساس نتایج این پژوهش، زنان با توجه به ممنوعیت‌های شرعی و سیاسی، اندیکاسیون‌های سقط قانونی، اعتقادات شرعی یا شخصی، واکنش‌های حمایت‌کننده یا بازدارنده خانواده، اطرافیان و تیم درمانی به ارزیابی میزان توانایی خود برای اقدام به سقط می‌پردازند و در واقع زنان در هنگام مواجه شدن با بارداری ناخواسته مهمترین محل اتکایشان، حمایت‌های خانواده (بالاخص همسر)، دوستان و تیم درمانی می‌باشد.

Tremayne درباره نقش حمایت‌های خانواده معتقد است میزان درگیری مردان و شبکه خویشاوندی در تصمیم‌گیری باید مدنظر قرار گیرد؛ در حالیکه فقط در مطالعات معدودی مردان نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند و جالب است که در این مطالعات دیده شده که زنان یا تصمیم‌های مردان را منعکس می‌کنند و یا با آنها مشورت می‌کنند. تعدادی از محققان بیان می‌کنند که مردان نقش‌های چندگانه‌ای در عملکردها و تصمیم‌گیریها دارند. این نقشها معمولاً مثبت است چون آنها به همسرانشان کمک می‌کنند تا تصمیم بگیرند و سپس با کنکاش به جستجوی خدمات و اطلاعات می‌پردازند. مطالعات نشان می‌دهد که در اکثر موارد برای هزینه مالی ختم بارداری و بویژه برای درمان عوارض، نقش مرد واضح است (۵).

در این پژوهش نیز براساس بیانات زنان، مشارکت مردان در تصمیم‌گیری سقط کاملاً واضح بود و زنان در اغلب موارد در ابتدا در پی جلب رضایت

" اوایل دهه ۸۰، توی سازمان پزشکی قانونی کشور کمیته‌ای تشکیل شد تحت عنوان کمیته سقط جنین کشوری.. سقط جنین رو دلایلش رو تقسیم‌بندی کردن.. بعد توی اون کمیته اومدن روی دسته اول و دوم یعنی اونایی که (بیماری‌هایی از جنین) که باعث مرده‌زایی میشد یا باعث مرگ جنین در فاصله کوتاهی بعد از تولد میشد بیشتر کار کردن و گفتن اینا سقط جنین براشون مجازه. تعدادی هم اندیکاسیون‌های مادری..." (شرکت‌کننده شماره ۲۳)

هرچند سقط قانونی برای مواردی 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 مجلس، درباره علت محدود بودن اندیکاسیون‌های سقط به این ۴۹ مورد می‌گوید: " فعلاً حالا تا چندین موردش رو (اندیکاسیون‌های سقط) به نظر می‌رسه این قانون جواب میده. قسمت عمده ایش که خطرات جانی داره، خطرات اقتصادی جدی داره برای مادر، و ممکنه مسایل روحی روانی یا مسایل مختلفی رو برای خانواده ایجاد کنه، این جواب میده. ممکنه یه چند موردش باقی بمونه که نیاز داره ما عمل، بازتاب و باز خورد این قانون رو بگیریم، ببینم عملکردش چی بوده." (شرکت‌کننده شماره ۲۴)

براساس بیانات این شرکت‌کننده، گزارش‌های مدون و مستندی از آمار سقط‌هایی که بنا به دلایلی غیر از اندیکاسیون‌های سقط درمانی انجام می‌شوند، لازم است تا بتوان درباره اضافه کردن این اندیکاسیونها به قانون سقط درمانی، تصمیم گرفت و آنها را برای تایید و تصویب به مجلس ارائه داد. بنابراین در حال حاضر زنان ایرانی فقط برای اندیکاسیون‌های جنینی و مادری

همسرانشان بر می‌آمدند. هر چند اعلام رضایت یا عدم رضایت همسر تأثیری در تصمیم‌نهایی زنان نداشت و نهایتاً آنها به سقط می‌پرداختند. تعدادی نیز به علت ترس از مخالفت همسر سن بارداری را کمتر از حد واقعی نشان داده 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 توجیهاات او، با آنها موافقت کرده و گاهی آنها را تا مکان انجام سقط همراهی می‌کردند. به طور کلی معمولاً این دوستان و یا خانواده‌ها بودند که از جانب زنان جهت یافتن مکان انجام سقط به همکاری دعوت می‌شدند و حتی عده‌ای از آنها با زنان به جستجوی مکان انجام سقط پرداخته و در انجام سقط به آنها کمک می‌کردند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که دختران باردار نیز اغلب 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، به او در ارزیابی شرایط سقط همراهی می‌کند. مطالعه Rossier (۲۰۰۴) نیز نشان داد که زنان اغلب به شریک جنسی خود درباره بارداری ناخواسته‌شان می‌گویند (در دوسوم موارد)، عده‌ای نیز به دوستان دخترشان و در درجه بعدی به دختران فامیلشان می‌گویند. تصمیم سقط معمولاً بوسیله شریک جنسی گرفته می‌شود. اما دوستان دختر نقش مهمی در این مرحله از فرآیند سقط دارند. حتی دوستان پسر شریک جنسی نیز ممکن است در سقط نقش داشته باشند و نقش آنها معمولاً یافتن فراهم‌آوران سقط است (۱۲).

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 اعوان

و انصار داشتند یعنی (افرادی) که صرفاً مدیریت کار را به عهده می‌گرفتند و باعث عاملیت دیگران می‌شدند (۱۳).

عده‌ای از اعضای تیم درمانی مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر نیز، علیرغم غیراخلاقی و غیرشرعی دانستن سقط با مشاهده درماندگی زنان، آنها را به مکان‌های سقط راهنمایی می‌کردند و یا به جستجوی مکان سقط تشویق می‌کردند و عده‌ای نیز بیان کردند که هستند افرادی که به ازای گرفتن مبالغی از عاملین سقط، متقاضیان سقط را به آنها معرفی می‌کنند.

محمدزاده و فلاحیان (۱۳۸۲) در رابطه با همکاری پزشکان می‌نویسند: هنگامی که یک پزشک جهت خاتمه حاملگی مورد مشاوره قرار می‌گیرد، در معذوریت اخلاقی خواهد بود. عموماً پزشکان بنا به رسالت حفظ حیات و سلامتی جامعه، نگرش مثبتی به انجام سقط ندارند و چنانچه راهنمایی نکنند و عوارض جدی مادر را تهدید کند خود را ملامت خواهند کرد. در جوامعی که انجام سقط قانونی است تعدادی از پزشکان و پرسنل پزشکی برای کمک به این افراد آمادگی دارند و بقیه پزشکان چنین معذوریت و دو راهی اخلاقی را ندارند (۸).

مشارکت‌کنندگان 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 می‌دانستند و در نتیجه بدون توجه به منع قانونی و سیاسی سقط که برگرفته 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 جز توصیه به حفظ بارداری به بیمار راهنمایی نمی‌کردند، از اینکه نتوانسته بودند به بیمار کمکی بکنند، ناراحت می‌شدند.

علت عدم اطمینان به حکم شرعی سقط از طرف شرکت‌کنندگان، 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، عده‌ای تا ۴۰ روز و یا ۴۴ روز مجاز می‌دانند. یکی از مشارکت‌کنندگان 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 شکل‌گیری 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 مشاهده نمی‌گردد و هر دو جنین را انسان تلقی نموده‌اند و 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 می‌دانند؛ اما شیعیان آن را حرام می‌دانند؛ هرچند در این فرض استثنائاتی وجود دارد (۱۴).

عده‌ای از مشارکت‌کنندگان این پژوهش براساس حکم شرعی سقط را از همان ابتدا گناه می‌دانستند؛ اما اعتقاد داشتند با توجه به موقعیت فعلی خانواده‌هایشان این بهترین تصمیم است.

Schaster نیز در سال ۲۰۰۵ بیان نمود که آن چیزی که افراد درباره ارزش‌هایشان می‌گویند، با احتمال بیشتری منعکس‌کننده ایده‌ها و هنجارهای اجتماعی آنهاست و ممکن است مکانیسم‌هایی دفاعی بیش نباشد که زنان آن را جهت پنهان کردن آن چیزی که واقعاً به آن فکر می‌کنند، به‌کار می‌برند. در حالی که آن چیزی که در موقعیت‌های واقعی انجام می‌دهند ممکن است نگرش‌های حقیقی آنها را نشان دهد (۱۵).

در مطالعه این محقق بیان شد که زنان به ندرت سقط‌القایی را به عنوان گناه یا به دلایل مذهبی محکوم

می‌کردند، با اینکه اکثر آنها از لحاظ مذهبی، کاتولیک یا پروتستان بودند.

در مطالعه Rana که در جنوب غربی نیجریه انجام شد نیز بیان شد که زنان مسیحی که بارداری خود را خاتمه می‌دهند، هیچ احساس ویژه‌ای از گناه درباره آن ندارند (۱۶). مطالعه Elul نیز در سال ۲۰۰۱ در راجستان هند طی مصاحبه با ۵۹ زن، نشان داد که زمانی که درباره میزان پذیرش سقط از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شود، پاسخ‌دهندگان بندرت موقعیت قانونی آن را در نظر می‌گرفتند و به جای آن به‌طور عمده درباره آن چیزی که از لحاظ اخلاقی آن را درست یا غلط می‌دانستند، صحبت می‌کردند و عده‌ای توجیه می‌کردند که سقط اگر در مراحل اولیه بارداری انجام شود قابل قبول‌تر است؛ هرچند اکثر افراد آن را گناه دانسته یا آن را با قتل مساوی می‌دانستند؛ اما در پاره‌ای از موارد آن را غیر قابل اجتناب می‌دانستند. در پژوهش این محقق، هم عاملین و هم مشارکت‌کنندگان، سقط را برای دختران ازدواج نکرده تصدیق می‌کردند. Elul معتقد است یک دولت ممکن است قانونی را برای محدود کردن سقط وضع کند؛ ولی آنهایی که می‌خواهند آن را انجام دهند به هر طریقی که شده این کار را به انجام برسانند (۱۷).

در پژوهش حاضر نیز تیم درمانی، سقط بارداری زنان دخترانی را که از طریق نامشروع باردار شده بودند، نسبت به موارد دیگر بیشتر مورد تأیید قرار داده و در نتیجه اغلب آنها را به مکان‌های سقط معرفی می‌کردند و حتی یکی از مشارکت‌کنندگان اعلام کرد که راهنمایی دختران با بارداری نامشروع و یا زنان باردار صیغه‌ای را، به سوی مکان و عامل سقط، حتی در سنین بارداری بالا نیز انجام می‌دهد؛ در حالی که برای سایر افراد فقط تا ۴ ماهگی حاضر به انجام این کار می‌باشد. از آنجاییکه هیچگونه خدمات ویژه‌ای در پیش از سقط به زنان ایرانی ارائه نمی‌شود، اما زنان می‌توانند جهت

افزایش آگاهی و تغییر دادن دیدگاه خود نسبت به این موضوع و اتخاذ آنچه که می‌تواند بهترین و مناسب‌ترین تصمیم با لحاظ شرایط خانوادگی و آرمانی و عرفی جامعه باشد، از مشاوره‌های خانواده، مذهبی و پزشکی کمک بطلبند که البته ظاهراً این امر برای زنان یا به دلیل ممنوعیت سقط و یا به دلیل احساس زنان از عدم درک موقعیتشان، رواج نداشته و در نتیجه واکنش‌های خانواده و گاهی تیم پزشکی، تنها عوامل مؤثر بر تصمیم زنان برای سقط می‌باشند. متأسفانه هدف مراجعه زنان ایرانی به تیم درمانی انجام مشاوره برای یافتن بهترین راه حل مقابله با بارداری ناخواسته نیست بلکه برای جلب همکاری برای ختم بارداری‌شان است.

اسکات در این رابطه می‌نویسد: مشاوره پیش از سقط باید بحث درباره کلیه جنبه‌های مربوط به حاملگی را در برگیرد که تحت آن شرایط، نگرانی‌های بیمار منجر به تصمیم‌گیری در مورد انجام سقط شده است. همچنین باید در برگیرنده مباحثی چون مقایسه روش‌های دارویی و جراحی، ادامه حاملگی و راه‌های مختلف برای فرزندخواندگی قانونی باشد. بحث می‌باید مبتنی بر انجام تصمیم و سیستم حمایت از بیمار استوار باشد. نکته مهم آن است که بیماران را تشویق به این کار نکنیم.

در جلسات مشاوره باید به ارائه اطلاعات پزشکی پرداخت، شرح حال طبی مربوط را مرور کرد و به خصوص درباره سابقه سقط در گذشته صحبت کرد. خطرات انجام سقط باید به بیماران گوشزد شود. اطلاعات کاملی مشتمل بر خطرات ادامه حاملگی نیز ذکر گردد (۱۸).

تمام اعضای تیم درمانی در این پژوهش زمانی که با زنان متقاضی سقط برخورد می‌کردند، آنها را به ادامه بارداری تشویق می‌کردند؛ البته به جز مواردی مانند بارداری ناشی از ارتباط نامشروع که بنا به عقیده

خودشان نیز ختم بارداری را ارجح بر ادامه آن می‌دانستند.

آنها با بر شمردن عوارض سقط غیرقانونی در جهت منصرف کردن زنان از انجام سقط، بر می‌آمدند و در نهایت عده‌ای از زنان به‌ویژه آنهایی که علت سقطشان تعداد فرزند بود به ادامه بارداری تمایل نشان می‌دادند؛ اما عده‌ای بی‌توجه به هشدارهایی که به آنها داده شده بود به جستجوی مکانی برای سقط ادامه می‌دادند. همه اعضای تیم درمانی در این پژوهش اعلام کردند که خودشان سقط را بنا به دلایلی چون غیر شرعی بودن، غیرقانونی بودن و یا غیراخلاقی بودن آن انجام نمی‌دهند و یا محیط مطب را مناسب برای اعمال جراحی مانند سقط نمی‌دانند و عده‌ای آن را خارج از فعالیت‌های حرفه‌ای خود می‌دانستند. عده‌ای علت این امتناع و عدم همکاری را مطلق و وابسته به ریشه‌های مذهبی و اخلاقی و غیرقابل تغییر می‌دانستند و عده‌ای بیشتر به جنبه غیرقانونی سقط در ایران تاکید کرده و اظهار می‌کردند که در صورت قانونی شدن سقط در ایران، به انجام سقط القایی در مطب خواهند پرداخت.

متأسفانه زنان ایرانی از خدمات اختصاصی مشاوره قبل از سقط بی‌بهره‌اند؛ در حالیکه شاید ارائه چنین خدماتی که به‌طور ویژه مشکلات زنان و دختران با بارداری ناخواسته را تحت بررسی کارشناسانه و ارائه راه حل متناسب قرار می‌دهد، بتواند نقش عمده‌ای در کاهش سقط‌های غیرقانونی و غیر سالم داشته باشد.

نتایج تحقیقی انجام شده در دانشگاه واشنگتن جهت بررسی نگرش‌های دانشجویان پزشکی، دستیاران پزشکی و پرستاری درباره خدمات سقط نشان داد، که ۷۰٪ آنها از در دسترس بودن سقط قانونی تحت هر شرایطی حمایت می‌کردند. ۶۴٪ از همه پاسخ دهندگان تمایل به شرکت در برنامه آموزشی سقط داشتند، ۴۲٪ بیان می‌کردند که پزشکان بالینی باید قادر به انجام

سقط طبی باشند و ۲۷٪ نیز به ارائه خدمات جراحی سقط توسط پزشکان، اعتقاد داشتند (۱۹).

در پژوهش حاضر نیز، عده‌ای از اعضای تیم درمانی بیان کردند که اگر شرایط سقط قانونی شود یا امکانات انجام سقط در مطب‌های خصوصی فراهم شود، حاضر به همکاری در این زمینه هستند. همچنین آنها اظهار کردند که عاملینی که سقط انجام می‌دهند تا پایان ۳ تا ۴ ماهگی این کار را انجام می‌دهند و به دلایلی چون اعتقاد به حلول روح در پایان سه ماهه اول و اغلب چهار ماهه اول، و یا به دلیل افزایش عوارض، از انجام سقط در سنین بالاتر بارداری امتناع می‌کنند. عده‌ای یکی از علل امتناع خود را از انجام سقط، اکراه از کشتن یک موجود زنده دانسته و حتی سقط قانونی را نیز به راحتی انجام نمی‌دهند یا از اعمال جراحی خونریزی دهنده اعلام بیزاری می‌کردند. از دیدگاه بعضی از مشارکت‌کنندگان، قانونی شدن سقط نیاز به بازنگری مجدد احکام و توجه به نیازهای بهداشتی زنان جامعه دارد. آنها اذعان می‌کردند که در صورت حل مشکل قانونی که در واقع به طور غیرمستقیم مسئله شرع را نیز مرتفع می‌کند، حاضر به انجام سقط می‌شوند؛ اما سقط جنین در فقه شیعه به استثنای مواردی، به طور مطلق حرام اعلام شده است (۱۴) و هرگاه زنی جنین خود را سقط کند دیه آن را در هر مرحله‌ای که باشد باید بپردازد و خود از آن دیه سهمی نمی‌برد (۲۰).

نتیجه‌گیری

ارزیابی میزان امکان‌پذیر بودن سقط از لحاظ اجتماعی، شخصی و شرعی یکی از فرایندهای سقط غیر قانونی می‌باشد. از بیانات شرکت‌کنندگان این پژوهش می‌توان دریافت که زنان در مقابل انگیزه سقط خود به واکنشها و عکس‌العمل‌های خانواده، دوستان و تیم درمانی اهمیت می‌دهند؛ زیرا می‌دانند که بدون همکاری آنها نمی‌توانند سقط غیر قانونی بارداری خود را عملی کنند

و از طرفی تا وقتی که نتوانند با اعتقادات شرعی و شخصی خود کنار بیایند در جستجوی امکانات سقط بر نمی‌آیند. باورهای نادرست یا عدم اطمینان به احکام شرعی و همچنین احساس مفیدتر بودن ختم بارداری نسبت به ادامه دادن به آن برای کل خانواده، زمینه مساعدی را برای حذف اخلاقیات بازدارنده فراهم می‌آورد. حمایت‌های تیم درمانی نیز بر نحوه مقابله با ممنوعیت‌های سیاسی-اجتماعی تاثیر می‌گذارد و در نهایت تکلیف زن را با خودش و احساسی که در او از لحاظ ضرورت انجام سقط شکل گرفته است، روشن می‌کند. با توجه به اینکه انجام سقط در ایران به دلیل غیرقانونی بودن آن نیاز به حمایت خانواده و تیم درمانی دارد و از آنجایی که از بین بردن یک جنین سالم از لحاظ اخلاقی و شرعی برای زنان مشکل است، بنابراین شاید بتوان با روشن‌سازی علی که زنان را به درک ناخواسته بودن بارداری و در نتیجه تلاش برای ختم بارداری آنها می‌کشاند، راه‌های مقابله موثرتر در پیشگیری از این بارداریها و یا برخورد مناسب‌تر در هنگام وقوع این بارداریها را از حیطة پیشنهاد و نظر، به حیطة اجرا و عمل کشاند و در نتیجه یکی از جنبه‌های مهم مرتبط با بهداشت باروری زنان، یعنی پیشگیری از سقط‌های غیرایمن را تحقق بخشید.

با ایجاد مراکز مشاوره پیش و پس از سقط، می‌توان زنان را با مسائل و جنبه‌های گوناگون سقط آشنا کرده و حمایت لازم را در زمان مواجهه با بارداری‌های ناخواسته آنها- جهت مقابله مناسب‌تر- به عمل آورد.

برطرف ساختن ابهامی که در زنان به دلیل اطلاعات غلط مرتبط با احکام شرعی و حقوقی سقط، شکل گرفته است را می‌توان با آموزش مناسب در دوران پیش از دانشگاه آغاز کرد و اتکای زنان و دختران را به گفته‌های غیر معتبر اطرافیان برطرف ساخته و در نتیجه آنها را از انجام سقط‌های پرعارضه و غیرضروری برحذر داشت.

تشکر و قدردانی

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

سیاست‌گذاران بهداشت و آموزش با اتخاذ راهکارهایی جهت جلب اعتماد تیم درمانی، برای ارائه آمار صحیح بارداری‌های ناخواسته و میزان تمایل و اقدام به سقط غیرقانونی، می‌توانند زمینه بازنگری مجدد قانون جاری سقط در ایران را امکان‌پذیر ساخته و شرایط اصلاح و توسعه آن را فراهم آورند.

References

- 1- Cohen S. Envisioning life without Roe: lessons without borders, The Guttmacher Report on Public Policy. 2003;6(2):3-5.
- 2- Harris AA. Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Midwifery and women health* 2004;49(2):105-111.
- 3- Bruce O, Bentar S. Policy update on safe and legal abortion 30 years after Roe. *Institute for Women's Population Research (IWPR.org)*. 2003;p:241.
- 4- Rasch V, Muhammad H, Urassa E, Bergström S. The problem of illegally induced abortion: results from a hospital-based study conducted at district level in Dar es Salaam. *Trop Med Int Health*. 2000;5(7):495-502.
- 5- Tremayne S. Abortion in the developing world. *J Med Ethics*. 2000;26(6):483-4.
- ۶- فاخری طراوت. بررسی موارد ارجاع شده سقط تحریکی به مرکز آموزشی درمانی معتضدی کرمانشاه سال ۱۳۸۰. فصلنامه عملی پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی کرمانشاه، سال دوم، شماره دوم، بهار و تابستان ۱۳۸۴، صفحه: ۴۵.
- ۷- بهجتی اردکانی زهره، ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران. فصلنامه باروری و ناباروری ۱۳۸۴، دوره ششم، شماره چهارم، صفحات: ۲۹۹-۳۲۰.
- ۸- محمد زاده فرنان، فلاحيان معصومه. وضعیت سقط عمدی در بیمارستان آیت الله طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱. *مجله پزشکی قانونی، زمستان ۱۳۸۲، سال نهم، شماره سی و دوم، صفحات: ۱۹۳-۱۹۰.*
- 9- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 2005;172(5):637-41.
- ۱۰- اسلامی سیدحسن. رهیافت‌های اخلاقی به سقط جنین، یک بررسی موردی. *باروری و ناباروری ۱۳۸۴، دوره ششم، شماره چهارم، صفحات: ۳۲۱-۳۴۲.*
- ۱۱- قشلاقی فرزاد. تاریخ، اخلاق، مقررات مامایی و پزشکی قانونی. *هنرهای زیبا، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ۱۳۸۴، صفحه: ۵۸.*
- 12- Rossier C, Guiella J, Ouedraogo A, Thieba B. Estimating clandestine abortion with the confidants method-results from Ouagadougou, Burkino Faso. *Soc Sci Med* 2006;62(1):254-66.
- ۱۳- مهدیزاده فرهاد. سقط جنین، آسیبها، علل و پیامدها. *نشریه بهداشت خانواده ۱۳۸۳، شماره ۲۸، سال نهم، صفحات: ۴۴-۴۶.*
- ۱۴- محسنی آصف. سقط جنین در فقه اسلامی. *فصلنامه باروری و ناباروری ۱۳۸۴، دوره ششم، شماره چهارم، صفحات: ۳۹۰-۳۹۷.*
- 15- Schaster S. Abortion in moral world of the Cameroon gradfields. *Reprod Health Matters*. 2005;13(26):130-8.
- 16- Rana A, Pradhan N, Gurung G, Singh N. Induced septic abortion: a major factor in maternal mortality and morbidity. *Obstet Gynaecol Res*. 2004;30(1):3-8.
- 17- Elul B, Bracken H, Verma Sh, Ved R, Singhi R, Lockwood K. Unwanted pregnancy and induced abortion in Rajashtan, India: a qualitative exploration. *New Delhi, India, Population Council*. 2004;p:...
- ۱۸- اسکات جیمز، دنفورث دیوید. بیماری‌های زنان و مامایی دنفورث ۲۰۰۳، ترجمه فاطمه ابراهیمی و همکاران، با نظارت مرضیه وحید دستجردی. تهران، نسل فردا، ۱۳۸۴.
- 19- Shotorbani S, Zimmerman FJ, Bell JF, Ward D, Assefi N. Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision, perspective on sexual and reproductive health. *Newyork*. 2004;36(2): 58.
- ۲۰- منصور جهانگیر. *قانون مجازات اسلامی*. تهران، نشر دیدار، ۱۳۸۶، صفحه: ۱۳۰.