



The University of Tehran
Press

Woman in Development and Politics

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

Nayereh Ahmadi¹ | Touba Shakeri Golpaygani^{2✉} | Shohreh Rowshani³ |
Maryam Jamali⁴

1. PhD Candidate, Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: ahmadinayereh@modares.ac.ir

2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: T.shakeri@modares.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran. E-mail: sh.rowshani@alzahra.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: maryam.jamali@modares.ac.ir

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received

Received in revised form

Accepted

Published online

Keywords:

Descriptive Phenomenology,

Intentional Abortion

Experience,

Women's Coping Strategies.

ABSTRACT

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

Cite this article: Ahmadi, N., Shakeri Golpaygani, T., Rowshani, Sh., Jamali, M. (2025). Women's Coping Strategies in Confronting Intentional Abortion: From Decision to Experience. *Women in Development and Politics*, 56 (1), 1-20. DOI: <http://doi.org/00000000000000000000>



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

DOI: <http://doi.org/00000000000000000000000000000000>



انتشارات دانشگاه تهران

زن در توسعه و سیاست

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

نیره احمدی^۱ | طوبی شاکری گلپایگانی^۲ | شهره روشنی^۳ | مریم جمالی^۴

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

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

استناد: احمدی، نیره؛ شاکری گلپایگانی، طوبی؛ روشنی، شهره؛ جمالی، مریم (۱۴۰۴). راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین عمدی: از تصمیم تا تجربه. زن در توسعه و سیاست، ۲ (۴)، ۱-۲۰.

DOI: <http://doi.org/00000000000000000000000000000000>

© نویسنده‌گان.

DOI: <http://doi.org/00000000000000000000000000000000>

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران.

۱. مقدمه

سقط جنین عمدی، به عنوان یکی از پیچیده ترین تجارب زیسته زنان، کنشی چندبعدی است که در تقاطع عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی قرار می گیرد. از منظر فردی، سقط جنین فقط رویدادی پزشکی نیست، بلکه تجربه ای زیسته است که زنان را وادار به بازتعریف هویت فردی، نقش مادری و جایگاه اخلاقی خود می کند. این بازتعریف، اغلب از طریق فرایندهای ذهنی و کنشی که زنان برای مدیریت این تجربه به کار می گیرند، صورت می گیرد که هم در مرحله پیش از تصمیم گیری و هم در مرحله پس از سقط شکل می گیرند.

سقط جنین عمدی منحصر به کشور ما نیست و به عنوان یک معضل جهانی، با آمارهای تأمل برانگیزی در جهان همراه است. براساس داده های سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، سالانه تقریباً ۷۳ میلیون مورد سقط جنین عمدی در جهان رخ می دهد (Somaiya & Lew, 2023). برآوردها حاکی از آن است که در ایران نیز سالانه حدود ۲۵۰ هزار مورد سقط عمدی رخ می دهد (Akbari et al., 2025). این ارقام نه تنها بیانگر ابعاد جمعیتی این پدیده است، بلکه بر ضرورت درک عمیق تر تجربه ذهنی زنان از این کنش تأکید دارد؛ چرا که افراد به وقایع و موقعیت هایی که با آن مواجه می شوند معنا می دهند، به آن ها احساس دارند، درمورد آن ها فکر می کنند. پس از این، آن ها را به عنوان مسئله یا مشکل، چالش یا هدف درک می کنند و بعد از این مرحله از طریق کنش-هم کنشی به آن ها پاسخ می دهند (Strauss & Corbin, 2021: 154).

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

با توجه به شیوع سقط جنین عمدی و پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از آن، مطالعه جامع ابعاد این پدیده می تواند نقش تعیین کننده ای در مدیریت این معضل ایفا کند. سقط جنین عمدی به عنوان یک تجربه چندبعدی، زنان را در موقعیتی پیچیده از تنش های روانی، تعارضات اخلاقی و فشارهای اجتماعی قرار می دهد که به اتخاذ راهبردهای متنوعی منجر می شود. این پژوهش با تمرکز بر شناسایی راهبردهای زنان در مواجهه با سقط جنین عمدی، از دو منظر دارای اهمیت بنیادین است. نخست آنکه درک جامع پیامدهای سقط جنین عمدی بدون توجه به راهبردهای مقابله ای که زنان به کار می گیرند، ناقص خواهد بود؛ چرا که این راهبردها به صورت پویا با پیامدهای تجربه شده در تعامل هستند و می توانند هم تشدیدکننده و هم تعدیل کننده پیامدهای منفی باشند. دوم آنکه از منظر کاربردی، شناسایی این راهبردها پایه ای اساسی برای طراحی مداخلات روان شناختی هدفمند فراهم می آورد؛ چه در قالب برنامه های پیشگیرانه برای تقویت راهبردهای سازگارانه پیش از اقدام به سقط و چه در قالب پروتکل های درمانی برای کاهش آسیب های پس از سقط. براین اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است که زنان در مواجهه با سقط جنین عمدی، در مرحله تصمیم گیری به سقط و پس از اقدام به سقط، چه راهبردهایی اتخاذ می کنند.

۲. پیشینه پژوهش

۲-۱. پیشینه تجربی

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

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

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

۲-۲. پیشینه نظری

¹. Nov-Klaiman, T.

². Fernández, J., & Adamczyk, A.

³. Pleasants, E.

⁴. Scoglio, A., & Nayak, S.

⁵. Binayew, M.

⁶. Huneeus, A.

⁷. Jeltsch, C., & Berger-Höger, B.

⁸. Garnsey, A.

⁹. Moore, B.

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

راهبردهای مقابله‌ای به مجموعه‌ای از تلاش‌های رفتاری و روان‌شناختی آگاهانه و هدفمند اشاره دارد که به‌منظور مدیریت شرایط استرس‌زا و افزایش تحمل فرد در مواجهه با عوامل تنش‌زا به‌کار گرفته می‌شوند (Kosia et al., 2021). راهبردهای مقابله‌ای ارتباط تنگاتنگی با نحوه درک افراد از وقایع اطرافشان دارند (Palacios-Serna et al., 2024). این مفهوم براساس دیدگاه‌های نظری مختلف، به‌ویژه مدل تعاملی استرس و مقابله لازاروس و فولکمن^۳ (۱۹۸۴)، تکامل یافته است. مدل مذکور دو فرایند محوری را معرفی می‌کند: «ارزیابی شناختی» و «راهبردهای مقابله». ارزیابی شناختی فرایندی است که طی آن، فرد عوامل استرس‌زا را به‌عنوان «تهدید»، «چالش» یا «پدیده بی‌خطر» شناسایی می‌کند. این فرایند ارزیابی نقش تعیین‌کننده‌ای در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان مجموعه‌ای از کنش‌ها و فرایندهای شناختی پویا تعریف می‌شوند که افراد به‌منظور مدیریت الزامات درونی و بیرونی ناشی از تعامل استرس‌زای فرد-محیط به‌کار می‌گیرند. در این مدل تلاش‌های رفتاری و شناختی فرد برای مدیریت عامل استرس‌زا به دو دسته «مقابله مسئله‌محور» و «مقابله هیجان‌محور» تقسیم می‌شوند. مقابله مسئله‌محور یک راهبرد انطباقی است که مستلزم پرداختن به علت ریشه‌ای عامل استرس‌زا است. راهبردهایی مانند تمرکز بر حل مسئله، برنامه‌ریزی برای تغییر وضعیت، جستجوی حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، ارزیابی مجدد موقعیت به شیوه‌ای مثبت و اتخاذ گام‌های مستقیم برای کاهش عامل استرس‌زا مسئله‌مدارند. در مقابل، مقابله هیجان‌محور مستلزم مدیریت پاسخ‌های هیجانی به عامل استرس‌زا است تا پرداختن به خود عامل استرس‌زا. مقابله هیجان‌محور می‌تواند شامل راهبردهایی مانند تخلیه هیجانی، اجتناب-فرار، سرزنش خود، انکار یا جستجوی حمایت اجتماعی برای تسکین هیجانی باشد (Folkman et al., 1986). کارور^۴ و همکاران (۱۹۸۹) نیز راهبردهای مقابله را در چهار گروه کلی مقابله متمرکز بر مسئله، مقابله متمرکز بر هیجان، مقابله کمتر سودمند و مقابله ناکارآمد طبقه‌بندی کرده‌اند که هر طبقه مشتمل بر تعدادی راهبرد فرعی است. مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم، خویشتن‌داری و جستجوی حمایت اجتماعی-ابزاری بیانگر ابعاد مقابله متمرکز بر مسئله هستند. جستجوی حمایت اجتماعی-عاطفی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، انکار و گرایش به مذهب، جنبه‌های مقابله متمرکز بر هیجان را بیان می‌کنند. تمرکز بر عواطف، عدم درگیری رفتاری و عدم درگیری روانی، شیوه‌های مقابله‌ای کمتر سودمند را نشان می‌دهند. همچنین تکانش‌وری، تفکر منفی، تفکر خرافی، تفکر آرزومندانه و استفاده از دارو و دخانیات، مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد را نشان می‌دهند (Carver et al., 1989). اندلر و پارکر^۵ (۱۹۹۰) نیز راهبردهای مقابله‌ای را در سه طبقه اصلی راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و راهبرد مقابله‌ای اجتناب‌مدار دسته‌بندی کرده‌اند. راهبرد مقابله‌ای

1. Deliberate Abortion

2. Exposure

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

4. Carver, C.

5. Endler, N., & Parker, J.

مسئله‌مدار شامل فرایندهای شناختی و رفتاری هدفمندی است که فرد را قادر می‌سازد اطلاعات مربوط به موقعیت تنش‌زا و پیامدهای بالقوه آن را به‌طور نظام‌مند پردازش کند. راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بر تنظیم هیجانات و حفظ نگرش مثبت در مواجهه با عوامل استرس‌زا تأکید دارد. راهبرد مقابله‌ای اجتناب‌مدار شامل فرایندهای دفاعی روان‌شناختی نظیر انکار یا کم‌اهمیت‌شماری موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود. مبتنی بر این الگو، افراد به‌صورت آگاهانه افکار استرس‌زا را سرکوب می‌کنند و با جایگزین‌سازی شناختی، به تخفیف تنش‌های روانی می‌پردازند (Endler & Parker, 1990). مطالعه سبک‌های مقابله‌ای نشان می‌دهد افراد تحت تأثیر ارزیابی شناختی از موقعیت تنش‌زا و میزان درک کنترل‌پذیری آن، از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند.

۳. روش‌شناسی پژوهش

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

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

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

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۸ تا ۵۵ سال داشتند. از نظر تحصیلات، حدود نیمی از آن‌ها دارای مدرک دیپلم یا زیردیپلم بودند و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در زمان تجربه سقط خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. تعداد تجربیات سقط عمدی در میان مشارکت‌کنندگان ۱ تا ۵ بار و سن آن‌ها در اولین تجربه سقط ۱۷ تا ۴۱ سال بوده است. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

^۱. Descriptive Phenomenology

مصاحبه	سن	تحصيلات	سن در اولين سقط	تعداد فرزند قبل از سقط	تعداد سقط عمدی	شغل
۱	۳۰	کارشناسی ارشد	۲۵	۰	۱	معاون مدرسه
۲	۴۶	دیپلم	۴۱	۲	۱	خانه‌دار
۳	۴۵	دیپلم	۲۹	۱	۱	خانه‌دار
۴	۳۵	سوم راهنمایی	۳۱	۱	۱	سرایدار
۵	۴۳	دیپلم	۲۲	۱	۱	شغل خدماتی
۶	۴۵	کارشناسی	۲۱	۱	۱	خانه‌دار
۷	۴۴	کارشناسی	۳۷	۲	۱	خانه‌دار
۸	۳۹	کاردانی	۳۵	۲	۱	خانه‌دار
۹	۵۱	دیپلم	۲۰	۱	۲	خانه‌دار
۱۰	۳۸	دوم راهنمایی	۳۳	۳	۵	خانه‌دار
۱۱	۴۸	سوم راهنمایی	۳۵	۲	۱	خانه‌دار
۱۲	۳۵	دکتری	۲۷	۲	۱	خانه‌دار
۱۳	۴۶	کارشناسی	۲۸	۱	۳	خانه‌دار
۱۴	۴۳	اول دبیرستان	۳۱	۲	۲	خانه‌دار
۱۵	۳۹	کارشناسی	۳۳	۲	۱	پرستار
۱۶	۴۳	کارشناسی	۲۳	۱	۴	آرایشگر
۱۷	۵۰	دیپلم	۳۷	۲	۱	آزاد
۱۸	۵۳	کارشناسی	۳۴	۱	۲	معلم
۱۹	۴۳	دیپلم	۳۷	۱	۲	آزاد
۲۰	۴۳	اول دبیرستان	۳۷	۲	۲	خانه‌دار
۲۱	۲۹	سوم راهنمایی	۱۷	۱	۱	خانه‌دار
۲۲	۳۳	دیپلم	۳۰	۲	۱	سرویس مدرسه
۲۳	۴۳	کارشناسی	۴۰	۱	۱	خانه‌دار
۲۴	۴۰	دیپلم	۳۱	۲	۲	خانه‌دار
۲۵	۳۱	دیپلم	۲۱	۰	۱	خانه‌دار
۲۶	۴۶	دیپلم	۳۷	۲	۱	راننده آژانس
۲۷	۳۶	دیپلم	۳۴	۲	۱	خانه‌دار
۲۸	۵۵	کاردانی	۳۰	۲	۲	پرستار
۲۹	۲۸	کارشناسی	۲۵	۰	۱	کارمند فروش
۳۰	۲۹	کارشناسی	۲۶	۱	۱	خانه‌دار
۳۱	۴۰	کارشناسی	۲۹	۱	۱	پرستار
۳۲	۴۷	دیپلم	۳۵	۱	۲	خانه‌دار
۳۳	۴۳	دیپلم	۳۹	۲	۱	خانه‌دار
۳۴	۴۷	کارشناسی ارشد	۴۱	۲	۲	خانه‌دار
۳۵	۵۵	دیپلم	۲۴	۰	۲	خانه‌دار
۳۶	۳۸	سوم راهنمایی	۲۴	۰	۱	آزاد
۳۷	۵۴	کارشناسی	۲۴	۱	۱	معلم
۳۸	۴۵	کارشناسی	۲۴	۰	۱	پرستار

۳۹	۴۰	کاردانی	۲۹	۲	۱	خانه‌دار
۴۰	۴۸	دیپلم	۳۳	۲	۱	خانه‌دار

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

تحلیل داده در این مطالعه به شیوه هفت‌گامی کلایزی (Creswell & Poth, 2025: 159) صورت گرفت و گردآوری و تحلیل داده هم‌زمان بود. در گام نخست، صوت مصاحبه‌ها به‌صورت کامل مکتوب شدند. در گام دوم، با دقت در محتوای مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی کلیدی شناسایی شدند. این واحدها در قالب جملات کامل از متن استخراج شدند. در مرحله سوم، هر جمله به‌منظور درک عمیق‌تر معانی پنهان تحلیل و مفاهیم اصلی از دل داده‌ها استخراج شد. در گام چهارم، مفاهیم مرتبط در گروه‌های همسان دسته‌بندی شدند و تناقضات احتمالی بین مفاهیم بررسی و رفع شد. در گام پنجم، با تلفیق خوشه‌های معنایی، تصویر کامل‌تری از تجربه و راهبردها شکل گرفت و توصیف نظام‌مند از موضوع مورد مطالعه ارائه شد. در گام ششم از طریق تحلیل عمیق توصیف‌های جامع، ماهیت بنیادین موضوع مورد پژوهش آشکار شد. در گام هفتم، به‌منظور تضمین اعتبار پژوهش نتایج به تعدادی از مصاحبه‌شوندگان ارائه و تأیید نهایی آنان اخذ شد. به‌علاوه، سه ناظر متخصص بی‌طرف که با ملاحظات نظری پژوهش آشنایی نداشتند (از اعضای هیئت علمی دانشگاه)، به ارزیابی یافته‌ها پرداختند.

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

۴. یافته‌های پژوهش

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

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

ردیف	طبقات	مقوله‌های اصلی	خرده‌مقوله‌ها
۱	کنش‌های حفاظتی-ترمیمی	کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط	سعی در متقاعدسازی همسر جلب حمایت اجتماعی به‌منظور انصراف همسر از اصرار به سقط

ردیف	طبقات	مقوله‌های اصلی	خرده‌مقوله‌ها
۲	واگشت اخلاقی	کنش‌های جبرانی	هستی‌بخشیدن در برابر هستی گرفتن (فرزندآوری)
			تلاش برای نجات سایر جنین‌ها
			آگاهی بخشی به دیگران
			جبران مالی
		بازاندیشی	تأمل درباره ماهیت وجودی جنین
			ارزیابی شرایط منجر به سقط
			تصویرسازی مسیر زندگی در صورت تولد فرزند
		توبه و طلب مغفرت	استغفار در پی احساس گناه
			طلب مکرر مغفرت به دلیل ترس از مواخذه در آخرت
			خودسرزنی
		سرزنشگری	سرزنش همسر
			ملامت اطرافیان
۳	بنیان‌سازی توجیه‌گرانه	اعتراف	اقرار به خودفریبی درمورد نشانه‌های حیات جنین
			اعتراف به نقش و مسئولیت خود در اقدام به سقط
			اعتراف به گناه و استحقاق مجازات
		جستجوی مشروعیت	کسب مجوز شرعی
			جلب حمایت اجتماعی
			استناد به شرایط و عوامل بیرونی
		استناد به تقدیر و شرایط بیرونی	باور به تقدیر و کمرنگ کردن عاملیت انسان
			پیشگیری از رنج
			احتمال نقص جنین
		پنهان‌کاری	تعلیق حیات و انسانیت جنین
			پنهان‌کاری از ترس ممانعت اطرافیان
			پنهان‌کاری از ترس قضاوت منفی اطرافیان
۴	گریز همه‌جانبه	توجیه‌گری	فرار از یادآوری خاطرات جنین به دلیل باور به صحت تصمیم
			سرکوب خاطرات سقط به منظور کاهش عذاب وجدان
		گریز شناختی	نادیده‌انگاری

۴-۱. کنش‌های حفاظتی-ترمیمی

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

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

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

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

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

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

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

۴-۱-۲. کنش‌های جبرانی

یکی از راهبردهای زنان پس از تجربه سقط، انجام «کنش‌های جبرانی» بوده است. تعدادی از مشارکت‌کنندگان در پی رنج روحی و احساس پشیمانی از تصمیم سقط، برای کسب آرامش روحی درصدد جبران عمل خود از طریق «هستی‌بخشیدن در برابر هستی‌گرفتن» برآمده بودند. آنان بر این باور بودند که باید در برابر جان و هستی که از فرزندگی گرفته شده، سبب جان و هستی‌گرفتن فرزند دیگری باشند؛ بنابراین، این گروه پس از تجربه سقط، به فرزندآوری مجدد کرده بودند یا برای فرزندآوری برنامه‌ریزی کرده بودند:

«برای اینکه عذاب وجدانمو کم کنم، از ته دل از خدا خواستم همون جنینی که انداختم، همون روحی که قرار بود تو کالبد اون باشه، همون رو تو کالبد یه بچه دیگه بهم بده. یه جورهایی خودگول‌زنی بود. برای اینکه دل خودم رو آروم کنم، اونو از خدا خواستم. بعد دخترم رو باردار شدم» (کد ۶، ۴۵ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

از دیگر راهبردهای زنان برای جبران فرزند سقط‌شده «تلاش برای نجات حیات سایر جنین‌ها» است. از این‌رو گروهی از زنان سعی می‌کردند با حمایت خانم‌های باردار در اطرافیان و فراهم کردن شرایط مناسب برای ادامه بارداری، از تصمیم و اقدام آنان به سقط جنین پیشگیری کنند. همچنین تلاش برای انصراف آشنایان و اطرافیان از تصمیم به سقط از طریق کمک‌های مالی، عاطفی و مشاوره‌ای از دیگر مصادیق این راهبرد است:

«تصمیم گرفتم همون‌طور که زندگی رو از جنینی گرفتم، به جنین‌های دیگه زندگی بدم و مثل دوستم به‌صورت خودجوش برای حفظ حیات جنین تلاش کنم و اگر کسی از دوستان و اطرافیانم بابت این موضوع باهام مشورت کردن، حتماً اون‌ها رو از

سقط منصرف کنم. حتی به بارم موفق شدم با حرف‌هایی که درمورد جنین و سقط بلد بودم دوست دخترخالم رو از سقط منصرف کنم. از نظر مالی هم با همکارهای دخترخالم کمکش کردیم» (کد ۱۲، ۳۵ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

برخی زنان نیز به‌منظور رهایی از احساس گناه «سعی در آگاهی بخشی به دیگران» داشتند. این افراد اطرافیان را نسبت به هستی جنین از جمله زنده‌بودن و انسان‌بودن آن، قبح سقط جنین و آثار جسمی یا متافیزیکی آن بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی آگاه می‌کردند تا از این طریق از وقوع سقط جنین پیشگیری کنند:

«خیلی عذاب وجدان دارم و از کارم ناراحتم. تصمیم گرفتم جوون‌ها رو آگاه کنم و بگم که این گناه منو مرتکب نشن. می‌گم جنین زنده‌ست و روح داره و این کار چقدر بده و چه اثراتی ممکنه تو زندگی‌شون داشته باشه» (کد ۳۳، ۴۳ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

برخی زنان دارای تجربه سقط عمدی نیز «جبران مالی» را به‌عنوان راهبردی برای جبران عمل سقط انتخاب کرده بودند. این گروه از مشارکت‌کنندگان اقدام به سقط را عملی ناپسند و خطا تلقی کرده و از طریق پرداخت دیه، صدقه یا سرپرستی فرزند یتیم درصدد ترمیم روح آزرده خود برآمده بودند:

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

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

۴-۲. واگشت اخلاقی

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

۴-۲-۱. بازاندیشی

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

«من قبل از اینکه این مریضی برام اتفاق بیفته خیلی از مرگ می ترسیدم. ولی بعد از اون بیماری می گم مرگ تولد دوباره ست و اصلاً ترس نداره. خدا با این بیماری منو نجات داد. من خودمو پیدا کردم و دید من به همه چی عوض شد. من قبلاً زندگی نکرده بودم، این بیماری باعث شد من این آگاهی رو به دست بیارم. اون موقع به خود جنین فکر نمی کردم. بعد از اینکه این بیماری سرطان رو گرفتم و درمان شدم، بیشتر به این چیزها فکر می کنم. الان باورم اینه که جنین از همون موقع که نطفه بسته می شه زنده ست، روح داره و به انسانه. اگر آگاهی ای که الان دارم اون موقع داشتم، هرجوری شده بود با شوهرم مقابله می کردم. حتی اگر زندگیم می خواست خراب بشه اشکال نداشت. مقابله می کردم» (کد ۱۶، ۴۳ ساله، چهار بار سابقه سقط عمدی).

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

«همیشه به احساس عذاب وجدانی باهام بود اما نه خیلی زیاد؛ تا اینکه کم کم با به نفر آشنا شدم که ایشون یکی از افراد فعال توی گروه های مردمی مبارزه با سقط جنین بود. به وقت هایی منو تو جلسات با خودش می برد. وقتی تو این جلسات درمورد جنین صحبت می شد یا کلیپ هایی درمورد جنین و تلاش کردنش برای زنده ماندن پخش می شد، حال من خیلی بد می شد و بی اختیار گریه می کردم. هر چی بیشتر پیش می رفت، حال من بدتر می شد و ناراحتی اون کاری که کرده بودم بیشتر عذاب می داد. من تا قبل از اون هم می دونستم که جنین زنده است و به جورهایی انسانه و این کار گناه داره و قتل محسوب می شه و باید دیه بدم، ولی تا قبل از اینکه اون طوری جزء به جزء راجع به جنین بشنوم، زنده بودنش رو، انسان بودنش رو تا این حد درک نکرده بودم و این قدری که الان سقط تو ذهنم گناه بزرگيه، بزرگ نبود» (مصاحبه ۱۲، ۳۵ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

از دیگر راهبردهای مشارکت کنندگان «ارزیابی شرایط منجر به سقط» است. بسیاری از زنان پس از تجربه سقط درمورد شرایط منجر به سقط تأمل و بازنگری کرده بودند. برخی از آنان با «بازبینی نسبت به امکان تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، آرزو می کردند کاش در شرایط متفاوتی قرار می گرفتند و مرتکب سقط نمی شدند. این افراد با بازسازی ذهنی موقعیت و ترسیم سناریوهای جایگزین برای آن برهه زمانی، درمورد امکان تغییر کنش های خود تأمل و اظهار می کردند که امکان تغییر شرایط به نحوی که مجبور به سقط نباشند وجود داشته است. این زنان بر این باور بودند که شرایط آنان را به سمت تصمیم به سقط سوق داده است. با این حال معتقد بودند که می توانستند با مدیریت تصمیمات و کنش های خود در زندگی مانند مدیریت رابطه زناشویی و تلاش برای پیشگیری موفق از بارداری، تصمیم قطعی درمورد ادامه و یا پایان زندگی مشترک و... از بروز شرایط منجر به سقط یا بارداری برنامه ریزی نشده پیشگیری کنند. این بازنگری انتقادی اغلب با احساس پشیمانی همراه بوده است. این یافته حاکی از آن است که فرایند بازاندیشی پس از سقط می تواند سبب بازتعریف شناختی موقعیت و شناسایی گزینه های عمل جایگزین شود:

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

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

«الان دوست داشتم دو تا بچه داشته باشم تا به دونه. اون موقع متوجه نبودم، وگرنه جلوش وایمی‌ستادم. اعصابم نمی‌کشید اون قیافه و اون رفتارشو تحمل کنم. الان که یاد اون روزها می‌افتم می‌گم باید کوتاه نمی‌اومدم. الان دیگه اخلاق شوهرم دستم هست. می‌دونم که آدمیه که می‌شد راهش بندازم. من به مقدار اون موقع تحملم پایین بود. باید شوهرمو آروم می‌کردم و نگهش می‌داشتم. خیلی زود کوتاه اومدم» (کد ۲۳، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱۳۶۸، ۱۳۶۹، ۱۳۷۰، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸۷، ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰، ۱۳۹۱، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹، ۱۴۰۰، ۱۴۰۱، ۱۴۰۲، ۱۴۰۳، ۱۴۰۴، ۱۴۰۵، ۱۴۰۶، ۱۴۰۷، ۱۴۰۸، ۱۴۰۹، ۱۴۱۰، ۱۴۱۱، ۱۴۱۲، ۱۴۱۳، ۱۴۱۴، ۱۴۱۵، ۱۴۱۶، ۱۴۱۷، ۱۴۱۸، ۱۴۱۹، ۱۴۲۰، ۱۴۲۱،

عده‌ای دیگر نیز با تصویرسازی پیامدهای مثبت تولد فرزند، جنبه‌های مطلوب زندگی با فرزند دیگری را تصور می‌کردند و از تصمیم سقط پشیمان می‌شدند یا در آن تشکیک می‌کردند.

«همین که جنین دختر بوده همیشه به جورهایی باعث می‌شه دلم خیلی بسوزه... الان که دارم نگاه می‌کنم می‌گم اگر به دنیاش می‌آوردم چیزی نمی‌شد. می‌گذشت مثل خیلی چیزهای دیگه که می‌گذره. اونم اگه بود، الان دو سال از مهرشاد کوچیک‌تر بود. بزرگ شده بود. به مونس‌ی برام شده بود و به دختر خوشگل داشتم» (کد ۸، ۳۹ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

۴-۲-۲. توبه و طلب مغفرت

«توبه و طلب مغفرت» از دیگر راهبردهای زنان در مواجهه با تنش روحی ناشی از تجربه سقط جنین عمدی است. در گروهی از زنان صرف‌نظر از احساس پشیمانی یا عدم پشیمانی از اقدام به سقط، «استغفار در پی احساس گناه» راهبردی برای کسب آرامش و رهایی از عذاب روحی بوده است. این زنان عمدتاً به سبب مقابله با اراده الهی و از بین بردن فرزند، عذاب وجدان و احساس گناه داشتند. برخی از آنان خود را ناگزیر از اتخاذ تصمیم سقط در آن شرایط می‌دانستند و از تصمیم خود پشیمان نبودند و از خداوند می‌خواستند با توجه به دشواری شرایط و ناچاری، آن‌ها را عفو کند:

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

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

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

۴-۲-۳. سرزنشگری

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

«اقرار به خودفربیی نسبت به نشانه‌های حیات جنین» از دیگر راهبردهای زنان است. برخی زنان دارای تجربه سقط جنین، پس از گذر زمان به گذشته و شرایط خود می‌اندیشیدند و به اینکه در آن شرایط، خود را با تشکیل نشدن قلب جنین یا زنده نبودن و روح نداشتن آن به انجام سقط راضی کرده‌اند، اعتراف می‌کردند. آن‌ها در شرایط تصمیم‌گیری به سقط حول حیات و هستی جنین فکر نکرده و ترجیح داده بودند نگاه اطرافیان و عوام جامعه درمورد هستی جنین از جمله روح داشتن جنین از چهارماهگی، زنده نبودن جنین قبل از چهل‌روزگی یا تشکیل قلب، گناه کمتر سقط قبل از تشکیل قلب و... را بپذیرند. برخی از این افراد قبل از تصمیم به سقط با اتکا بر نگاه غالب درمورد حیات جنین، بر چالش درونی و تردید خود نسبت به تصمیم سقط فائق آمده بودند. برخی نیز پس از تجربه سقط به‌منظور تسکین روح آزردۀ خود، ترجیح می‌دادند با اتکا به شنیده‌های خود درمورد هستی جنین، از قبح عمل در نظر خود بکاهند تا قدری از عذاب وجدان رهایی یابند. عموماً این اعتراف پس از پرسش درمورد هستی جنین از مشارکت‌کنندگان اتفاق می‌افتاد. آنان پس از واکاوی و مقایسه نظر واقعی خود درمورد حیات و هستی جنین و آنچه در زمان سقط و پس از آن تمایل داشتند به‌عنوان نگاه به هستی جنین به خود تحمیل کنند، دست به اعتراف می‌زدند:

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

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

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

«اعتراف به گناه و استحقاق مجازات» از دیگر راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی است. این افراد خود را گناهکار و به‌دلیل مقابله با اراده الهی، خود را مستحق عقوبت می‌دانستند و از مشکلات و چالش‌های زندگی پس از سقط جنین، تعبیر به عقوبت سقط داشتند. حتی افرادی که مشکل خاصی پس از این تجربه در زندگی نداشتند، به سبب باور به تاوان داشتن عمل سقط، دائماً در اضطراب و نگران بروز عقوبت این گناه در زندگی خود و سایر فرزندان‌شان بودند. همین باور به تاوان داشتن سقط و خود را مستحق تاوان دانستن، افراد را به‌سمت جبران این خطا و انجام کارهایی از قبیل سرپرستی فرزندان یتیم سوق داده بود. همچنین برخی از این افراد نتوانسته بودند حتی پس از گذر سال‌ها از این تجربه خود را ببخشند و از عذاب روحی مداوم رنج می‌بردند.

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

۳-۴. بنیان‌سازی توجیه‌گرانه

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

۳-۴-۱. جستجوی مشروعیت

تلاش برای «کسب مجوز شرعی» از دیگر راهبردهای زنان قبل از اقدام به سقط بوده است. این دسته از زنان در بحبوحه تصمیم‌گیری به سقط، در دوگانه شرع و شرایط قرار گرفته بودند. آنان از یک سو تحت تأثیر شرایط و وضعیت سخت زندگی، در تصمیم به سقط خود مصمم

بودند و از سوی دیگر، اعتقادات مذهبی و ارزش‌های دینی آنان به‌عنوان مانعی بر سر راه عملی کردن تصمیمشان قرار گرفته بود. این زنان برای آرام کردن وجدان خود و غلبه بر تردید، درصدد دستیابی به یک مجوز دینی برآمده بودند. آنان با پرس‌وجو و مشورت با دفاتر مراجع دینی یا افرادی که برای آن‌ها مرجعیت داشتند، حکم و نظر فقه را درمورد تصمیم خود جویا شده بودند:

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

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

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

۴-۳-۲. استناد به تقدیر و شرایط بیرونی

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

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

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

«بین زن داداش من یه پسر داشت و شیربه‌شیر باردار شد. خودشو کشت تا اونو سقط کنه. هر کاری شما بگی کرد که بچه بیفته، اما نیفتاد که نیفتاد. الان پسرش داره برای دانشگاه درس می‌خونه، اما من یه قرص گذاشتم و بچه افتاد. درسته من انتخاب کردم، ولی می‌خوام بگم اگر خدا می‌خواست می‌موند. این تو سرنوشت من قرار گرفته بود که من این کار رو بکنم. هر

اتفاقی که می‌افته شاید فقط ۲۰ درصدش کار مائه و بقیه‌ش کار خداست. هم‌سر من خیلی وقت‌ها می‌گه عیبی نداره. قسمت ما این بوده» (کد ۸، ۳۹ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

۴-۳-۳. توجیه

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

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

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

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

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

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

۴-۴. گریز همه‌جانبه

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

۴-۴-۱. پنهان کاری

«پنهان کاری» از دیگر راهبردهای زنان قبل و پس از اقدام به سقط است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان تحت تأثیر شرایطی که در آن قرار داشتند، درمورد سقط مصمم بودند و فقط به تمام‌شدن این وضعیت و سقط‌جنین فکر می‌کردند. آنان بارداری و تصمیم سقط را از کسانی که احتمال می‌دادند با تصمیمشان مخالفت کنند یا مانع عملی کردن این تصمیم شوند، پنهان کرده بودند:

«به هیچ‌کس نگفتم؛ چون اول زندگی بود و اختلاف داشتیم و اصلاً از ادامه زندگی مطمئن نبودم. دیدم باید به تصمیماتی گرفته بشه و تشخیص دادم که سقط کنم تا خودم راحت‌تر بتونم فکر کنم و تصمیم بگیرم برای آینده‌م. فکر کنید اگر می‌فهمیدن، می‌خواستن بگن که نه زندگی کنید. دیگه شما بچه دارید. گناه داره و اون فکرهای سنتی» (کد ۳۸، ۴۵ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

بسیاری از مشارکت‌کنندگان نیز به‌منظور جلوگیری از افزایش فشار روحی در اثر سرزنش خانواده و اطرافیان و همچنین نگرانی از تزلزل جایگاه اجتماعی خود، این راهبرد را در پیش گرفته بودند:

«وقتی دیدم باردارم و به شوهرم گفتم و اون عکس‌العملو نشون داد، دیگه به هیچ‌کدوم از اعضای خانواده‌م نگفتم؛ چون خیلی پرخاش کرد و عصبانی شد. گفتم هیچ‌کس متوجه نشه که دارم اینو سقط می‌کنم، انگار نه انگار که چیزی شده. شوهرم گفتش که تنها نرو، زنگ بزن خواهی کسی باهات بیاد، تنها نری. گفتم نه دیگه. اگر نمی‌خوایم نگه داریم هیچ‌کس نباید بفهمه. اگر می‌خوایم نگه داریم که هیچی. از اون‌ور هم می‌خواستم بچه‌هایی که تو خونه بودن متوجه نشن. خجالت می‌کشیدم از اینکه باردار شده بودم و باباشونم داره این‌طوری می‌گه» (کد ۱۱، ۴۸ ساله و یک بار سابقه سقط عمدی).

۴-۴-۲. گریز شناختی

یکی دیگر از راهبردهای زنان پس از تجربه سقط، «سرکوب خاطرات سقط برای کاهش عذاب وجدان» است. غالباً این دسته از زنان پس از سقط ناآرامی روحی و عذاب وجدان داشتند. از این‌رو این زنان با تلاش برای فراموش کردن خاطرات سقط و اجتناب از قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که یادآور آن تجربه است، سعی می‌کردند عذاب وجدان خود را کاهش دهند:

«یه مدت بعد از سقط با خودمون درگیر بودیم. اگر من حرفی ازش می‌زدم همسرم می‌گفت حرفشو نزن. اگر همسرم حرفی می‌زد من بهش می‌گفتم اصلاً حرفشو نزن. ناراحت می‌شدیم از یادآوریش. وقتی کرج می‌رم، اون درمانگاهی که توش سقط کردم تو راهه. وقتی به اونجا می‌رسم سرم رو برمی‌گردونم تا اون درمونگاه رو نبینم. بعضی وقت‌ها نگاهم می‌خوره به اون درمونگاه، خیلی احساس بدی پیدا می‌کنم» (کد ۴۵ ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

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

«وقتی جنین رو دیدم، اون موقع یه ذره حالم بد شد که چرا این کارو کردم. دیگه خودمو قانع کردم. الانم هرچند وقت یه بار یادم می‌افته. ولی خب اگر اونم به دنیا می‌اومد، یه سری مشکلات دیگه برام پیش می‌اومد و بیشتر بهم فشار می‌اومد. دیگه

الان سعی می‌کنم به جنین و این مسائل فکر نکنم؛ چون فکر می‌کنم اون موقع کار درستی رو انجام دادم» (کد ۳۴، ۴۷، ساله، دو بار سابقه سقط عمدی).

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

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

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

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

اما در برخی افراد اتخاذ راهبرد «نادیده‌انگاری» در نتیجه هیچ تلقی کردن جنین در هفته‌های اول بارداری، زنده‌ندانستن جنین چند هفته و روح‌نداشتن جنین در اوایل بارداری و انسان‌نبودن جنین بوده است. این افراد بر این باور بودند که به دلیل انجام سقط بلافاصله پس از اطلاع از بارداری، هنوز جنین به صورت کامل شکل نگرفته بوده است؛ بنابراین احساسی به جنین و تجربه سقط نداشتند:

«دیگه درمورد سقط و جنین و اینا فکر نمی‌کردم؛ چون چیزی ندیدم. چیزی هم تشکیل نشده بود که بخوام یاد جنین بیفتم» (کد ۲۳، ۴۳، ساله، یک بار سابقه سقط عمدی).

۵. بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی صورت گرفته است. براساس یافته‌ها، زنان در رویارویی با تجربه سقط جنین عمدی از راهبردهای «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، «کنش‌های جبرانی»، «بازاندیشی»، «توبه و طلب مغفرت»، «سرزنشگری»، «اعتراف»، «جستجوی مشروعیت»، «استناد به تقدیر و شرایط بیرونی»، «توجیه»، «پنهان‌کاری» و «گریز شناختی» استفاده می‌کنند که در چهار رویکرد کلی «کنش‌های حفاظتی-ترمیمی»، «واگشت اخلاقی»، «بنیان‌سازی توجیه‌گرانه» و «گریز همه‌جانبه» قابل طبقه‌بندی است. رویکرد «بنیان‌سازی توجیه‌گرانه» به آن‌ها کمک می‌کند تا با ترکیب استدلال‌های عقلانی، دینی و اجتماعی، تصمیم سقط را از یک تابو به انتخابی معقول و گریزناپذیر تبدیل کنند. هم‌زمان «گریز همه‌جانبه» به عنوان مکانیسم دفاعی، بار هیجانی این تصمیم را از طریق بی‌اعتنایی، سرکوب خاطرات و پنهان‌کاری اجتماعی کاهش می‌دهد. پس از سقط، «واگشت اخلاقی» نمایانگر تلاش زنان برای بازتعریف رابطه خود با نظام ارزشی‌شان است که در نوسان میان سرزنش خود، توبه و توجیه عقلانی متجلی می‌شود. سرانجام «کنش‌های

حفاظتی-ترمیمی» نشان‌دهنده کوشش زنان برای مدیریت پیامدهای این تجربه است: چه از طریق پیشگیری فعالانه پیش از سقط و چه جبران نمادین و عینی پس از آن. این راهبردها درمجموع بیانگر تلاش زنان برای حفظ تعادل روانی-اجتماعی در بافتارهای فرهنگی-دینی است که سقط را به حاشیه می‌راند و نشان می‌دهد چگونه با نظام‌مند کردن توجیهات و تعدیل هیجانات با این چالش مواجه می‌شوند.

یافته‌ها نشان می‌دهد زنان در مواجهه با تجربه سقط‌جنین عمدی ارزیابی متفاوتی از موقعیت دارند و تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، ترکیبی از راهبردها را اتخاذ می‌کنند. شمار قابل‌توجهی از مشارکت‌کنندگان، عدم موفقیت در پیشگیری از بارداری را نوعی شکست تلقی می‌کردند و در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده، تصمیم به سقط‌جنین گرفته بودند. این افراد در صورت عدم موافقت همسر با سقط، او را برای انجام سقط متقاعد کرده بودند. این گروه از زنان، عمدتاً به دلیل ترس از مخالفت اطرافیان، با اتخاذ راهبرد «پنهان‌کاری»، تصمیم خود مبنی بر سقط را از نزدیکان پنهان نگاه داشته بودند. در مقابل، مواردی نیز مشاهده شد که زنان علی‌رغم تمایل شخصی به حفظ جنین، با مخالفت همسر مواجه شده بودند. این دسته از مشارکت‌کنندگان با به‌کارگیری راهبرد «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط»، در برابر سقط اجباری مقاومت نشان داده بودند. یافته‌ها نشان می‌دهد برخی مشارکت‌کنندگان پیش از اقدام به سقط، به‌منظور کاهش عذاب وجدان ناشی از تعارض تصمیم آنان با موازین شرعی یا جلب حمایت اجتماعی، به «جستجوی مشروعیت» روی آورده بودند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پس از تجربه نیز به‌منظور گریز از انگ اجتماعی و قضاوت منفی دیگران راهبرد پنهان‌کاری را در پیش گرفته بودند.

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

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

برخی از این مشارکت‌کنندگان از راهبرد «نادیده‌انگاری» استفاده می‌کردند که ریشه در عوامل متعددی از جمله مشغولیت به مسائل و مشکلات زندگی، باور به عدم حیات جنین و انسان‌بودن جنین یا تجربه پیامدهای مثبت سقط مانند زندگی راحت‌تر داشت. زیرمجموعه‌ای دیگر از این مشارکت‌کنندگان اگرچه گاه به جنین می‌اندیشیدند، اما این افکار به پریشانی منجر نمی‌شد. تحلیل داده‌ها نشان داد این گروه با به‌کارگیری راهبردهایی شامل «باور به تقدیر و کمرنگ کردن عاملیت انسان»، «فرار از یادآوری خاطرات جنین به دلیل باور به صحت تصمیم»، «پیشگیری

از رنج» و «استناد به شرایط و عوامل بیرونی» موفق به انطباق شده بودند. در این میان، بروز «کنش‌های جبرانی» به شکل کمک‌های مالی و نیز کاربست راهبرد «توبه و طلب مغفرت» (بدون درگیری هیجانی) در برخی موارد مشاهده شد.

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

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

با توجه به مدل‌های نظری لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، کارور (۱۹۸۹) و اندلر و پارکر (۱۹۹۰) نیز می‌توان راهبردهای شناسایی‌شده را در سه دسته راهبردهای مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتناب‌محور دسته‌بندی کرد. راهبردهای مسئله‌مدار، راهبردهایی هستند که به صورت فعال مستقیماً با سقط‌جنین ارتباط دارند. افرادی که در مواجهه با تنش‌های ناشی از سقط‌جنین عمدی، از مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، ضمن رویارویی فعال با مسئله و پرداختن به وضعیت پیش‌آمده درصدد یافتن راهی برای تغییر دادن وضعیت یا اجتناب از آن در آینده هستند. در پژوهش حاضر راهبرد «کوشش برای تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط» با هدف متقاعدسازی همسر یا تغییر شرایط به منظور جلوگیری از سقط، بیانگر مقابله فعالانه با مسئله است. راهبردهای «تأمل درباره ماهیت وجودی جنین»، «بازبینی نسبت به امکان تغییر شرایط و عدم ارتکاب سقط» و «ارزیابی امکان مقاومت در برابر فشار همسر» ذیل مقوله «بازاندیشی» به ارزیابی مجدد موقعیت به شیوه‌ای مثبت اشاره دارند و مقابله مسئله‌مدار به‌شمار می‌روند. راهبرد «جستجوی مشروعیت» و راهبرد «کنش‌های جبرانی» نیز که مقابله مستقیم فرد با مسئله و عدم تکرار موقعیت استرس‌زا

در آینده را نشان می‌دهند، مقابله مسئله‌مدارند. راهبردهای هیجان‌محور شامل تلاش‌های شناختی-رفتاری برای کاهش احساسات منفی و آشفتگی‌های هیجانی است که در این مطالعه راهبردهای «واکاوی دشواری‌های منجر به سقط» و «تصویرسازی مسیر زندگی در صورت تولد جنین» ذیل مقوله «بازاندیشی»، «توبه و طلب مغفرت»، «سرزنشگری»، «اعتراف»، «توجیه‌گری»، «استناد به تقدیر و شرایط بیرونی» به تلاش برای کاهش التهابات روحی اشاره می‌کنند و مقابله هیجان‌مدار محسوب می‌شوند. مقابله اجتناب‌محور به معنای آن است که برای مقابله با مسئله دست به هیچ کاری نزیم و به جای برخورد ریشه‌ای با موقعیت تنش‌زا، وجود هر نوع مشکل را انکار و به آن بی‌توجهی کنیم. در این پژوهش راهبردهای «پنهان‌کاری» و «گریز شناختی» از نوع مقابله اجتناب‌مدار هستند.

۶. نتیجه‌گیری

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

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، محدودیت جغرافیایی مطالعه به استان البرز، این پرسش را مطرح می‌سازد که آیا یافته‌ها قابل تعمیم به سایر مناطق با بافت فرهنگی و اجتماعی متفاوت هستند یا خیر؛ چرا که راهبردهای زنان در مواجهه با سقط‌جنین می‌تواند تحت تأثیر هنجارهای محلی و شرایط خاص هر منطقه قرار گیرد. دوم، خطای یادآوری در میان مشارکت‌کنندگان به دلیل گذشت زمان از واقعه و تأثیر تجربیات بعدی بر بازخوانی خاطرات ممکن است به ارائه گزارش‌های نادقیق یا تحریف‌شده منجر شده باشد. سوم، امکان سوگیری در مصاحبه‌ها به دلایل متعددی وجود داشت، از جمله تمایل مشارکت‌کنندگان به ارائه تصویری مطلوب از خود، تأثیر رابطه مصاحبه‌گر-مصاحبه‌شونده بر صداقت پاسخ‌ها و نیز گرایش ناخودآگاه محقق در طرح پرسش‌های هدایت‌گرانه که همگی می‌توانستند بر کیفیت داده‌ها تأثیر بگذارند.

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

۷. پیشنهادها

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

۸. تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

- Azadvari, E. and karamhabibpour, K. (2023). Abortion: Conflict of Fear and Choice (A Study of the Social Circumstances Surrounding the Emergence of Abortion in the City of Mashhad). *Journal of Social Problems of Iran*, 14(1), 151-183. https://ijsp.ut.ac.ir/article_94848.html (In Persian)
- Azadvari, E. (2020). The process of forming the decision for intentional abortion: A case study in Mashhad (Presenting a grounded theory. *Master's thesis*. Advised by Karam Habibpour Gatabi. Tehran: Kharazmi University, Faculty of Social Sciences. (In Persian)
- Akbari, M. E., Haghdoost, A. A., Bourbour, Z., Ahmadi, N., Maghsoudi, S., Akbari, A., ... & Nekouei, A. H. (2025) Prevalence and Causes of Abortion in the Islamic Republic of Iran. Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Imam Hussein University, University of Religions and Denominations. (In Persian)
- Bailey, C., & Bailey, C. (2021). *Exploring lived experience*. Researching virtual play experiences: Visual methods in education research.
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving OR being denied an abortion a prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169-178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Binayew, M., Tesfaye, T., Hareru, H. E., Ewune, H. A., Assefa, G., Kebede, S. S., ... & Gube, A. A. (2022). Determinants of repeated induced abortion among reproductive age group women visiting health facilities of Sidama regional state, Ethiopia, 2020: Facility based unmatched case-control study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 16, 101079. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101079>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2025). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. SAGE Publications.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Fernández, J. J., & Adamczyk, A. (2025). Dimensions and clusters of abortion legal attitudes: A cross-national analysis of diverse nations. *Social Science Research*, 128, 103173. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2025.103173>

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Garnsey, A., Liddell, J. L., Glover, A., Doria, C. M., Buscaglia, A., & Buxbaum, L. (2024). “I am empowered by this opportunity”: The role of abortion funds as an antidote to abortion stigma. *SSM - Qualitative Research in Health*, 6, 100478. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100478>
- Ghazanfari, R. S., Moini, S. R., & Pezhhan, A. (2025). Estimating the Prevalence of Induced Abortions in Tehran Using the Network Scale-Up Method (NSUM). *Journal of Population Association of Iran*, e722853. https://www.jpaiassoc.ir/article_722853.html (In Persian)
- Hatamifar, S., & Rezaei, M. (2025). An Inquiry into Induced Abortion in Traditional Communities: An Ethnographic Study in Sardasht, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, e722399. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2044159.1376> (In Persian)
- Huneus, A., Capella, D., Cabieses, B., & Cavada, G. (2020). Induced Abortion According to Socioeconomic Status in Chile. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(4), 415-420.e1. <https://doi.org/10.1016/J.JPAG.2020.03.003>
- Jeltsch, C., & Berger-Höger, B. (2024). Information and support needs of women planning an abortion according to counselling regulations in Germany – A qualitative study[Informations- und Unterstützungsbedarfe von Frauen bei geplantem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung in Deutschland – eine qualitative Studie]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 190, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.09.001>
- Kaveny, M. C. (2023). Intentional Killing or A Right to Bodily Integrity: Can We Bridge the Moral Languages of Abortion? *Journal of Moral Theology*, 12(1). <https://doi.org/10.55476/001c.66240>
- Khani, S., Gharibi, B., & Khaleghpanah, K. (2025). Demographic Correlates of Induced Abortion Experience: A Study of a Hidden Sample of Women in Sanandaj, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, e722402. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2045200.1381> (In Persian)
- Kimport, K., Weitz, T. A., & Freedman, L. (2016). The Stratified Legitimacy of Abortions. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(4), 503–516. <https://doi.org/10.1177/0022146516669970>
- Kosia, A., Frumence, G., Nyamhanga, T., Semakafu, A. M., & Kakoko, D. (2021). Coping strategies available for women living with HIV/AIDS experiencing intimate partner violence in the Singida Region, Tanzania. *Intimate Partner Violence: Assessment, Treatment and Prevention*, 149–169. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.IJCMPh20211966>
- Littell, J. H., Young, S., Pigott, T. D., Biggs, M. A., Munk-Olsen, T., & Steinberg, J. R. (2024). Abortion and mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 20(2). <https://doi.org/10.1002/CL2.1410>,
- Moore, B., Poss, C., Coast, E., Lattorf, S. R., & van derMeulen Rodgers, Y. (2021). The economics of abortion and its links with stigma: A secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. *PLOS ONE*, 16(2), e0246238. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246238>

- Motavalli, R., Alizadeh, L., Namadi Vosoughi, M., & Shahbazzadegan, S. (2012). Evaluation of the Prevalence, Reasons and Consequences of Induced Abortion in Women of Ardabil in 2011. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 12(4), 384-391. <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-74-fa.html> (In Persian)
- Nov-Klaiman, T., Bowman-Smart, H., & Horn, R. (2025). Women's wellbeing as an empty declaration? A qualitative exploration of challenges in accessing termination of pregnancy due to fetal anomaly in Germany. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01196-3>
- Palacios-Serna, L. I., Obando-Peralta, E. C., Durand-Ascárate, L. A., Velazco-Reyes, B., & Soto, I. B. R. (2024). Coping Strategies For the Prevention of Social Violence in University Students. *RGSA: Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(9), e08670–e08670. <https://doi.org/10.24857/RGSA.V18N9-192>
- Pleasant, E., Parham, L., Karen, W., Dolgins, E., Upadhyay, U. D., Marshall, C., & Prata, N. (2024). Waiting to start abortion: A qualitative exploration of narratives of waiting shared in a Reddit community for abortion post-Dobbs leak in 2022. *Social Science and Medicine*, 349, 116877. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116877>
- Razeghi Nasrabad, H. B., & Sanjari, E. (2017). Factors Associated with Induced Abortion: Lived Experiences of Women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(2), 105-136. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165> (In Persian)
- Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118807624. <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>
- Rocca, C. H., Moseson, H., Gould, H., Foster, D. G., & Kimport, K. (2021). Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. *Social Science and Medicine*, 269. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113567>
- Scoglio, A. A. J., & Nayak, S. S. (2023). Alignment of state-level policies and public attitudes towards abortion legality and government restrictions on abortion in the United States. *Social Science and Medicine*, 320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115724>
- Sinfield, G., Goldspink, S., & Wilson, C. (2023). Waiting in the Wings: The Enactment of a Descriptive Phenomenology Study. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231207012>
- Somaiya, D., & Lew, C. (2023). First Trimester Medication Abortion: Public Health Challenges and Clinical Guidance. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://doi.org/10.1093/ACREFORE/9780190632366.013.209>
- Speziale, H. S., & Carpenter, D. R. (2023). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2021). *Basics of Qualitative Research*. Tehran: Andisheh Rafi. (In Persian)

- Yee, S. F. (2019). *The Framework of Transcendental Phenomenology* (pp. 1–21). Springer, Singapore.
https://doi.org/10.1007/978-981-13-2679-0_1
- Zafari Dizji, A. (2014). Lived experience of women in voluntary pregnancy termination. *Master's thesis*.
Advised by Afsaneh Tavassoli. Tehran: Alzahra University. Faculty of Social Sciences and Economics. (In Persian)