

تبیین فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم در زنان دارای بارداری ناخواسته: یک مطالعه نظریه پایه

رقیه نوری زاده* عیسی محمدی** معصومه سیمبر*** احمدرضا باغستانی****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: طی چرخه زندگی، عده‌ای از زنان، بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند. بنابراین مجبور به تصمیم‌گیری در مورد ختم یا تداوم بارداری هستند. اگرچه این فرآیند تصمیم‌گیری همواره رخ می‌دهد، اما تحقیقات کمی بر این فرآیند پیچیده، پویا، متغیر و وابسته به زمینه متمرکز شده‌اند؛ لذا این مطالعه با هدف تبیین فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم در زنان دارای بارداری ناخواسته انجام گرفته است. روش بررسی: این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد نظریه پایه است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه غیرساختار یافته و عمیق با ۲۹ مشارکت‌کننده طی اردیبهشت ۱۳۹۵ تا فروردین ۱۳۹۶ در شهر تبریز انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت هدفمند، آغاز و سپس تا مرحله اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل، هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA انجام یافت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج چهار طبقه محوری «تهدید پنداری»، «مقاومت آمیخته به تردید»، «منابع و ارزش‌های مؤثر بر تصمیم‌گیری» و «قبول تصمیم و تأیید» با متغیر مرکزی تأییدپذیری شد؛ بدین معنی که فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته با درک تهدید به عنوان دغدغه اصلی شروع می‌شود که این امر منجر به مقاومت آن‌ها در برابر پذیرش بارداری ناخواسته می‌گردد. سپس مواجهه با تهدیدات ناشی از سقط، موجب تردید و دودلی در انجام سقط می‌شود. در این میان زنان، متأثر از ارزش‌های اعتقادی و با توجه به منابع حمایتی، سعی به انتخاب مسیری دارند که حداقل آسیب و تهدید و حداکثر مقبولیت و تأییدپذیری را داشته باشد. قبول تصمیم و تأیید آن نیز پیامد و نتیجه فرآیند تعاملی تصمیم‌گیری است.

نتیجه‌گیری: آن‌چه که نظریه تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته را از نظریه‌های عمومی تصمیم‌گیری متمایز می‌کند، تأییدپذیری آن از بعد اجتماعی می‌باشد. پذیرش اجتماعی سقط و فرزندآوری، همسو با ارزیابی اخلاقی از سن و مرحله رشد جنین، مسیر تصمیم‌گیری در بارداری ناخواسته را براساس تأییدپذیری آن هدایت می‌کند.

نویسنده مسئول:

عیسی محمدی؛

دانشکده علوم پزشکی،

دانشگاه تربیت مدرس،

تهران، ایران

e-mail:

emohamadu@yahoo.

com

واژه‌های کلیدی: بارداری ناخواسته، سقط، تصمیم‌گیری، نظریه پایه

دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۱۰/۲۸

مقدمه

طی سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۰، به ازای هزار زن ۴۴-۱۵ ساله در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، به ترتیب حدود ۶۵ و ۴۵

بارداری برنامه‌ریزی نشده رخ داده است که به ترتیب منجر به ۳۶ و ۲۷ مورد سقط القایی شده است (۲ و ۱). شیوع بارداری ناخواسته در ایران، ۲۷/۹۴٪ برآورد شده است (۳). این زنان همواره با چالش تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری مواجه هستند. اگرچه این فرآیند تصمیم‌گیری مکرر رخ می‌دهد، تحقیقات

* گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

** گروه آموزشی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*** گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

**** گروه آموزشی آمار حیاتی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

معدودی بر این فرآیند پیچیده، پویا، متغیر و وابسته به زمینه متمرکز شده‌اند (۴). مطالعات انجام گرفته نیز بدون پشتوانه نظری بوده (۵) و یا از نظریه‌های عمومی و غیراختصاصی مانند نظریه تعارض تصمیم‌گیری استفاده نموده‌اند (۶).

اگر چه مفهوم تصمیم‌گیری به عنوان یک مفهوم رفتاری به طور کلی، نظریه محور هست و دانش و نظریه‌های متفاوت و متعددی در رشته‌های مختلف برای تعریف آن ارایه شده است، اما تصمیم‌گیری در موضوع، موقعیت‌ها، گروه‌ها و زمینه‌های خاص متفاوت است. واقعیت این است که پاسخ‌های احساسی و راه‌حل‌های انتخابی افراد در مواجهه با تصمیمات تغییردهنده زندگی متفاوت می‌باشد. برای زنان تصمیم‌گیری در مورد این که بارداری را تا پایان حفظ کنند یا آن را ختم نمایند، فرآیند پیچیده و دشواری است. تجربه بارداری ناخواسته، ارزش‌ها و اعتقادات افراد مواجه با آن را به چالش می‌کشد و می‌تواند ارتباط بین انگیزه‌های شناختی مرتبط با شیوه‌های تطابق و الگوهای تصمیم‌گیری را متأثر سازد (۷)؛ لذا شناخت زمینه و ابعاد انگیزشی-شناختی مؤثر بر تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری ناخواسته ضروری است.

با این که تصمیم به سقط یا تداوم بارداری ناخواسته، ممکن است امری شخصی تلقی شود، اما در رفتارها و تصمیمات باروری، همسران نیز نقش مهمی دارند. به علاوه بسیاری از عملکردهای افراد از جمله تعیین‌کننده‌های رفتارهای باروری، تحت تأثیر عادت‌های متأثر از فرهنگ، رسومات و

سیستم‌های معنایی هستند که ممکن است افراد حتی به وضوح از آن آگاه نباشند. به عبارت دیگر فرآیند تصمیم‌گیری در مورد ختم یا تداوم بارداری ناخواسته، دارای معانی اجتماعی، فرهنگی و تعاملی است و حتی این معانی اجتماعی اخلاقی، مسایل قانونی سیاسی مربوط به سقط را در جوامع شکل می‌دهند (۸). لذا در فرآیند تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته از یک سو به دلیل ماهیت خاص آن و از سوی دیگر به دلیل ویژگی‌های خاص فرهنگی (۸۹٪ شیعه) و اجتماعی (محدودیت‌های قانونی سقط القایی) جامعه ایرانی، کاربست نظریه‌های عمومی تصمیم‌گیری نمی‌تواند مناسب باشد و مناسب‌ترین نظریه در شناخت این پدیده می‌تواند مبتنی بر درک و تجارب فرآیندهای واقعی باشد.

از مروری بر متون چنین برمی‌آید که اکثر مطالعات ایرانی انجام گرفته در حیطه بارداری ناخواسته، بیشتر به دلایل و پیامدهای انجام سقط و یا روند تطابق با بارداری ناخواسته پرداخته‌اند، تا چگونگی فرآیند تصمیم‌گیری (۹-۱۲). مطالعات جهانی نیز اکثراً به فرآیند تصمیم‌گیری نوجوانان مجرد دارای بارداری ناخواسته پرداخته و مشکلات بارداری نوجوانان را به چالش کشیده‌اند (۱۳ و ۱۴). لذا با توجه به پیچیدگی فرآیند تصمیم‌گیری، تأثیر عوامل زمینه‌ای در این فرآیند و ناشناخته ماندن روند آن خصوصاً در زمینه خاص فرهنگی و اجتماعی کشور به دلیل موانع مذهبی و قانونی سقط، مطالعه حاضر در راستای پر کردن خلاء دانش نظری در مورد نحوه مواجهه با بارداری ناخواسته براساس تجارب واقعی

زنان ایرانی و کشف فرآیند تصمیم‌گیری آن‌ها طراحی گردید. کشف فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته جهت درک نیازهای آن‌ها به منظور انجام مداخلات حمایتی در بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کاهش پیامدهای جسمی- روانی و پشیمانی بعد از تصمیم‌گیری است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد نظریه پایه (Grounded Theory) است. در این مطالعه، اولاً پژوهشگران معتقد به پیچیدگی فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته بوده‌اند و ثانیاً به دنبال کشف تعاملاتی که در طی فرآیند تصمیم‌گیری روی می‌دهد. بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از مطالعه نظریه پایه در دستیابی به اهداف مطالعه کمک‌کننده باشد (۸). جهت انجام این مطالعه در مراکز بهداشتی- درمانی، درمانگاه‌های مامایی، مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و ماما‌های شهر تبریز طی اردیبهشت ۱۳۹۵ تا فروردین ۱۳۹۶ به جستجوی زنان دارای مواجهه اخیر با بارداری ناخواسته پرداخته شد. معیارهای ورود به مطالعه مشارکت‌کنندگان، زنان ۴۸-۱۵ ساله دارای مواجهه اخیر با بارداری ناخواسته (۱۰ زن سقط کرده طی ۶ ماه اخیر و ۱۳ زن دارای سن حاملگی بالای ۲۰ هفته تا ۴۰ روز بعد از زایمان) بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه، شامل موارد طبّی القای سقط و افسردگی شناخته شده بود. نمونه‌گیری ابتدا براساس ویژگی‌های یاد شده به صورت مبتنی بر هدف

انجام گرفت و در ادامه به سمت نمونه‌گیری نظری سوق یافت؛ بدین معنی که بعد از ظهور مفاهیم اولیه و طبقات برای روشن‌سازی و توسعه آن‌ها و مرتبط با سؤالات شکل گرفته، نمونه‌گیری به سمت افرادی سوق یافت که تجارب غنی‌تری در مورد سؤالات مرتبط با مفاهیم داشتند. بدین ترتیب، نمونه‌گیری تا موقعی که هر مقوله به اشباع نظری (اشباع طبقات و مفاهیم) برسد، ادامه یافت. در این فرآیند علاوه بر زنان با بارداری ناخواسته که تجارب خاصی در مورد سؤال نظری داشتند، از دو تن از همسران آنان، دو ماما و دو متخصص زنان دعوت به مصاحبه شد. یکی از تکنیک‌های بسیار مهم به کار گرفته شده در این پژوهش، تحلیل مقایسه‌ای بود که نه تنها شامل مقایسه رویدادها برای طبقه‌بندی می‌شد، بلکه با انجام مقایسه نظری، افکار پژوهشگران را درباره خصوصیات و ابعاد طبقات تحریک نموده و به عنوان راهنمایی برای نمونه‌گیری نظری عمل می‌کرد (۱۵). بر این اساس نمونه‌گیری نظری منجر به حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، یعنی وارد شدن افراد دارای شرایط متفاوت از نظر طیف سنی، وضعیت اشتغال، سطوح اقتصادی- اجتماعی، سوابق باروری و مرحله تشخیص بارداری جهت تکمیل ابعاد طبقات گردید. در کل ۳۸ مصاحبه با ۲۹ مشارکت‌کننده انجام گرفت. نه مشارکت‌کننده، دو بار مورد مصاحبه قرار گرفتند که دلیل آن رفع ابهامات به وجود آمده برای مصاحبه‌کننده طی کدگذاری و شفاف‌سازی موارد ابهام بود. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های بدون ساختار و یادداشت در عرصه استفاده

شد. مصاحبه با سؤالات باز و کلی. به طور مثال لطفاً اگر ممکن است در مورد بارداری اخیر خود برایم صحبت کنید و یا «وقتی اولین بار متوجه این بارداری شدید چه احساسی پیدا کردید؟» شروع شده، سپس روند مصاحبه با سؤالات اکتشافی از قبیل: در ابتدا چه تصمیمی در مورد بارداری خود داشتید؟ «ممکن است برایم توضیح دهید که چه شد یا چگونه تصمیم نهایی را گرفتید؟» چرا و چه چیزهایی باعث شد که شما به این تصمیم برسید؟ «آیا در تصمیم‌گیری و انجام آن با مشکلات و موانعی مواجه بودید؟» ادامه یافته و در موارد لازم با سؤالات عمق‌دهنده عمومی از قبیل «ممکن است در این مورد بیش‌تر برایم توضیح دهید؟» منظور شما از این موضوع چیست؟ چرا؟... چگونه؟... پی گرفته شد. علاوه بر مصاحبه‌ها از یادداشت‌های عرصه (Field Notes) برای تأیید و تقویت یافته‌های مصاحبه استفاده گردید. یادآورنویسی نقش مهمی در روشن ساختن مسیر سؤالات بعدی و نمونه‌گیری نظری داشت. مثلاً این جمله مشارکت‌کننده شماره ۵: «اگه شاید، یکی دو روز دیگه هم می‌گذشت و دسترسی پیدا نمی‌کردم به وسایل سقط و اینا، من دیگه سقط نمی‌کردم.» منجر به نوشتن یادآوری تحت عنوان «تأثیر میزان و سرعت دسترسی به خدمات سقط بر نوع تصمیم» شد و ما را برآن داشت تا میزان و سرعت دسترسی به خدمات سقط را در سؤالات بگجانیم و در مصاحبه‌های بعدی با افرادی که به میزان متفاوت دسترسی به خدمات داشتند، مصاحبه نموده و تأثیر آن بر تصمیم را عمیق‌تر بررسی نماییم که با انجام

مصاحبه‌های بعدی و توجه به بیانات مشارکت‌کنندگان، کدهای دیگری مانند هزینه خدمات، مرحله تشخیص بارداری، تجربه قبلی و آگاهی از روش‌های سقط به دست آمد. روند این نمونه‌گیری نظری به توسعه و تأیید فرضیه تطابق با منابع و ارزش‌ها کمک نمود. از طرفی کبودی زیر چشم و درگیری با همسر در یکی از مشارکت‌کنندگان که علی‌رغم میل همسر به تداوم بارداری پرداخته بود، محققان را حساس نمود تا به مقایسه روابط زوج‌ها، قبل و بعد از بارداری و تصمیم بپردازند و با نوشتن یادآور «تأثیر نوع تصمیم (توافقی یا خودسرانه) بر پیامدها و رضایت از تصمیم»، سراغ نمونه‌های متفاوت از این نوع رفته و این موضوع را عمیق‌تر بررسی نمایند.

تمام مراحل مصاحبه، توسط ضبط صوت دیجیتال ضبط شده و همان روز، نوشته می‌شد. فقط در ۸ مورد عدم رضایت به ضبط صدا، از یادداشت‌برداری استفاده شد. اغلب مصاحبه‌ها در اتاق مشاوره نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی-درمانی به محل سکونت مشارکت‌کنندگان، ۵ مصاحبه در دفتر کار یکی از ماماها و ۷ مصاحبه در منزل مشارکت‌کنندگان بنا به راحتی آن‌ها انجام یافت. مدت هر مصاحبه برای پیشگیری از خستگی، حدود ۶۰-۴۵ دقیقه بود. مصاحبه‌های تکمیلی، اغلب ۲۰-۱۵ دقیقه و به صورت تلفنی بود. مصاحبه‌ها به زبان بومی (ترکی) انجام می‌گرفت و توسط نویسنده اول که به دو زبان ترکی و فارسی تسلط دارد، به فارسی برگردانده می‌شد. مصاحبه‌های ضبط شده نسخه‌نویسی شده و نسخه‌های نوشته شده

چندین بار خوانده می‌شد تا با داده‌ها آشنایی پیدا شود و یک حس کلی ادراک شود (۱۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای و مداوم Strauss و Corbin انجام گرفت که رویکرد نظام‌مند را برای تجزیه و تحلیل داده‌ها طی سه مرحله کدگذاری معرفی کرده‌اند که عبارتند از کدگذاری باز، محوری و انتخابی (۱۵). طی کدگذاری باز، خط به خط داده‌ها بررسی شده، رویدادهای مرتبط، مشخص و به هر کدام کد داده شد؛ برای افزایش اعتبار سعی شد در نام‌گذاری کدها، تا حد امکان از کلمات مشارکت‌کنندگان که به کدهای زنده (In vivo) معروف است، استفاده گردد و یا با توجه به معانی نهفته و استنباط شده از متن مصاحبه‌ها کدگذاری شود. بدین ترتیب، داده‌ها به کوچک‌ترین اجزای ممکن شکسته شدند. برای شکل‌گیری مفهوم، از ابتدای جمع‌آوری داده‌ها به کدگذاری و تحلیل آن‌ها پرداخته شد. هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی، کدگذاری و تحلیل می‌شد. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری و با استفاده از نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA انجام می‌گرفت. از مصاحبه سوم، طبقه‌بندی اولیه شروع شد؛ در این مرحله، کدهای سطح اول با سایر کدهای سطح اول، مقایسه و کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفتند. سپس هر طبقه با سایر طبقات مقایسه شد تا اطمینان حاصل گردد که طبقات از یکدیگر متمایز هستند. مرحله دوم یا کدگذاری محوری، شامل تعیین الگوهای موجود در داده‌ها بود و داده‌ها به تدریج حالت انتزاعی‌تر به خود گرفتند. در حقیقت طبقات اصلی براساس محتویات مشترک

مفاهیم درون‌داد آن‌ها که می‌توانستند در یک محور کلی‌تر قرار گیرند و رخداد بزرگ‌تری را نشان دهند، نام‌گذاری شدند. آنگاه کدگذاری انتخابی شروع شد که طی آن، ضمن تمرکز بر فرآیند، توجه خود را بر تعیین متغیر مرکزی که در حقیقت، نتیجه پالایش شده کدهای اولیه بود، معطوف ساختیم. در نهایت، براساس متغیر مرکزی مشخص شده، نظریه شکل گرفت. در پژوهش حاضر در راستای افزایش اعتبار یافته‌ها (Credibility)، در مرحله نمونه‌گیری هدفمند، مصاحبه‌ها همراه با کدهای اولیه استخراج شده به سه مشارکت‌کننده ارایه گردید و نظرات تکمیلی آن‌ها اخذ و میزان انطباق کدهای انتخاب شده با تجارب آنان بررسی شد. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، درگیری طولانی محقق (نویسنده اول) با موضوع مورد مطالعه و انجام مصاحبه‌های عمیق، ارتباط باز و همدلانه با مشارکت‌کنندگان و تلفیق چند روش جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه و یادداشت در عرصه از دیگر عوامل افزایش اعتبار داده‌های مطالعه بود (۱۷). جهت افزایش قابلیت اعتماد (Dependability)، کدها و طبقات استخراج شده از متن مصاحبه‌ها، در اختیار دو محقق صاحب‌نظر (نویسنده دوم و سوم) در زمینه تحقیق کیفی قرار می‌گرفت و تمام مراحل مطالعه توسط آنان نظارت و حساب‌رسی می‌شد. به منظور افزایش قابلیت تصدیق (Confirmability)، محققان سعی نمودند که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها دخالت ندهند (۱۸ و ۱۹). نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و مقایسه یافته‌های این مطالعه با مطالعات مرتبط در راستای قابلیت انتقال‌پذیری (Transferrability) یافته‌ها انجام گرفت (۲۰).

بارداری ناخواسته شامل چهار مرحله (طبقه) اصلی می‌باشد. تهدیدات درک شده به عنوان نگرانی و دغدغه اصلی مشارکت‌کنندگان بوده، مقاومت آمیخته به تردید (مقاومت اولیه در پذیرش بارداری و سپس تردید و تزلزل در تصمیم به ختم بارداری) راهبردهای اتخاذ شده در برابر تهدیدات درک شده است. تصمیم متأثر از ارزش‌ها و منابع تسهیل‌کننده یا بازدارنده بوده، قبول تصمیم و تأییدپذیری آن به عنوان پیامد تصمیم می‌باشد که به عوامل دخیل و دستاوردهای مثبت و منفی تصمیم، بستگی دارد. به طوری که روند غالب در تصمیم‌گیری هر دو گروه، تأییدپذیری تصمیم از نظر همسر، باورها و اجتماع بوده است.

اولین طبقه محوری شکل گرفته، تهدیدپذیری بود. زیرطبقات اولیه در کدگذاری باز مانند ترس از بروز مخاطره‌ها در زندگی، ترس از عدم پذیرش خانواده و اجتماع و تهدید تعهدات والدی که در کل، بیانگر «تهدیدات درک شده ناشی از بارداری و تداوم» بودند، در مقایسه با رخداد دیگر یعنی «تهدیدات درک شده ناشی از سقط» که شامل سقط هراسی و تعدی از سیستم ارزشی و اعتقادی بود، به دلیل ماهیت مشترک آن‌ها که بیانگر یک رویداد و پدیده انتزاعی‌تر از درک خطر و ترس از عوارض و پیامدهای منفی بارداری بدون برنامه و سقط بود، در حول طبقه یا محور مشترکی (مفهوم انتزاعی تری) بنام «تهدید پذیری» قرار گرفتند. تهدیدپذیری مضمون مشترک استخراجی از هر دو گروه زنان سقط کرده و تداوم بارداری می‌باشد؛ بدین معنی که هر دو گروه در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده، بسته به شرایط فردی و خانوادگی،

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا با زنان دارای مواجهه اخیر با بارداری ناخواسته در مورد اهداف مطالعه، روش و مراحل مصاحبه، صحبت می‌شد. به علت غیرقانونی بودن سقط القایی در ایران، بحث در مورد آن حساس بوده، لذا پژوهشگر سعی می‌کرد تا با اطمینان بخشیدن نسبت به حفظ اسرار مشارکت‌کنندگان، آنان را تشویق به بیان تصمیم و تجربیات خود نماید. در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه توسط آنان تکمیل و امضا می‌شد. قبل از امضای فرم رضایت‌نامه، اطمینان داده می‌شد که در هر مرحله از تحقیق، در صورت عدم تمایل به همکاری، قادر به خروج از مطالعه می‌باشند. به علاوه هدف استفاده از ضبط صوت به آن‌ها گفته شده و برای ضبط گفته‌های شرکت‌کنندگان از آن‌ها اجازه گرفته می‌شد. به افراد اطمینان داده می‌شد که اطلاعات محرمانه نگه‌داری خواهد شد و صداهای ضبط شده پس از پایان تحقیق، پاک خواهد شد.

یافته‌ها

مشخصات ۲۹ شرکت‌کننده در پژوهش که شامل ۲۳ زن دارای بارداری ناخواسته، ۲ تن از همسران آن‌ها، ۲ ماما و ۲ پزشک متخصص زنان بودند، در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است.

تحلیل داده‌ها منجر به ایجاد ۴ طبقه محوری «تهدید پذیری»، «مقاومت آمیخته به تردید»، «منابع و ارزش‌های مؤثر بر تصمیم‌گیری» و «قبول تصمیم و تأیید» شد (جدول شماره ۳). به طوری که فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای

وضعیت اقتصادی و مرتبط با عوامل فرهنگی- اجتماعی، ترس‌ها و تهدیداتی را درک و احساس می‌کردند؛ بدین ترتیب، تهدیدات درک شده ناشی از تداوم و سقط، ویژگی‌های این طبقه محوری را تشکیل می‌دهند. یک بعد تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری، عدم پذیرش خانواده و اجتماع بود. در مواجهه با بارداری ناخواسته، وقتی تعداد فرزند از دو یا سه تجاوز می‌کرد، احساس هنجارشکنی در فرزندآوری به مشارکت‌کنندگان دست می‌داد. مشارکت‌کننده شماره ۳، سقط کرده چنین می‌گوید:

«هی می‌گفتم مردم چی میگن؟ هر دوی ما فقط ترس از دید جامعه داشتیم. یه دونه انگار دافعه از بیرون داشت می‌گفت: نه دیگه در شرایطی نیستید که بچه‌دار بشید ... می‌گفتم جمع وقتی جایی میریم با ۳ فرزند، این قدر اختلاف سنی بین بچه اول و سوم؟... (۱۷ سال)»

بعد دیگر تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری، ترس از بروز مخاطره‌ها در زندگی است. ترس از به هم ریختن تعادل زندگی و تحمیل دشواری بر خانواده و از دست دادن فرصت‌های شغلی و تحصیلی از جمله این موارد است. شرکت‌کننده شماره ۱۳ در این مورد چنین می‌گوید:

شوهرم شغل ثابتی نداره، درآمدمون کمه. مشکل داشتیم... برا همین نگران بودم. می‌گفتم بهمون فشار میاد به لحاظ زندگی. نمیتونیم برسونیم. (تداوم بارداری)

تهدید تعهدات والدی نسبت به کودک در راه و یا کودک(ان) موجود، بعد دیگر تهدیدات درک شده نسبت به تداوم بارداری می‌باشد، در این مورد مشارکت‌کننده شماره ۶، دیپلم، ۳۱

ساله و سقط کرده چنین می‌گوید:
نگران بودم چون نمی‌تونستم برایش یه محیط آروم درست کنم که بچه‌ام تو اون محیط بزرگ بشه. این یکی بچه رو جلوی چشم می‌دیدم که چجوری اذیت میشه.

یکی از تهدیدات درک شده نسبت به سقط، تعدی از نظام ارزشی و اعتقادی است که دارای دو بعد «کشمکش‌های اخلاقی- مذهبی» و «ترس از عقوبت سقط» است. کشمکش‌های اخلاقی و مذهبی که ناشی از مغایرت سقط با معیارهای اخلاقی و باورهای مذهبی می‌باشد، به نوعی توسط همه مشارکت‌کنندگان اعم از سقط کرده و تداوم، اظهار و بیان می‌شد. این بدین معنی است که زنان در مرحله فکر کردن به قطع و ختم بارداری، احساس گناه و عذاب وجدان دارند که شدت آن بسته به باورها و تقیدات مذهبی آنان متفاوت است.

یک بعد دیگر تعدی از نظام ارزشی و اعتقادی، به ترس از عقوبت سقط برمی‌گردد؛ ترس از متحمل شدن ضرر سقط و گرفتار شدن به قهر الهی به دلیل تقابل با خواست خدا، یک بعد مهم تهدیدات درک شده زنان نسبت به سقط می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۴ در این زمینه می‌گوید:

«از ضررش می‌ترسیدم. می‌گفتم برای بچه‌هام، خودم، شوهرم اتفاقی میفته، من پشیمون می‌شم؛ می‌گم من این بچه رو سقط کردم، خدا قهرش گرفت.» (تداوم بارداری)

یک ویژگی دیگر تهدیدات درک شده، «سقط هراسی» است که دارای دو بعد «ترس از دشواری» و «هراس از خطرات و عوارض نامطلوب سقط» می‌باشد. اکثر زنان در مراحل

تمایل و اندیشیدن به سقط، ترس و نگرانی از سختی و دشواری سقط به درجات مختلف دارند. ترس از عوارض و پیامدهای منفی سقط غیرایمن، بعد دیگر تهدیدات درک شده زنان نسبت به سقط را شکل می‌دهد؛ بالاخص در زنان بسیار جوان و تازه ازدواج کرده که هنوز فرزندی ندارند، نگرانی از ناباروری دایمی و عقیمی به دنبال آن بیش‌تر است؛ مرد شرکت‌کننده شماره ۲۶ چنین می‌گوید:

«من اصرار می‌کردم که حتماً سقط کنیم ولی خانومم می‌ترسید که دیگه حامله نشه، از عوارض سقط هم می‌ترسید.» (سقط کرده)

در مجموع، در جریان تهدیدپذیری دو نوع تهدید متناقض درک می‌شود. در ابتدا تهدیدات مربوط به مواجهه با بارداری و تداوم آن با شدت و حدت بالایی احساس می‌شوند و سپس تهدیدات مربوط به سقط، فکر و ذهن زنان را به خود مشغول می‌کند، شدت تهدیدات درک شده در این مرحله، نوع واکنش و رفتار زنان در مرحله بعد را تعیین می‌کند.

دومین طبقه محوری شکل گرفته، مقاومت آمیخته به تردید بود که مضمون مشترک استخراجی از هر دو گروه ختم و تداوم بارداری می‌باشد. «مقاومت در پذیرش» و «تردید و تزلزل در تصمیم‌گیری» دو ویژگی مهم این طبقه محوری هستند.

برآیند تهدیدات متناقض درک شده زنان، مقاومت آمیخته به تردید است؛ به طوری که مقاومت در پذیرش، دال بر عدم تأیید بارداری و گریز از تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری بوده و تردید و تزلزل در تصمیم‌گیری، نتیجه سقط‌هراسی و

سقط‌گریزی و عدم تأیید سقط می‌باشد. از آن‌جا که رویه تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده، مدام برگریز از تهدید و آسیب استوار است، لذا رویکرد و راهبرد انتخابی زنان، براساس نوع و شدت تهدیدات متناقض درک شده متفاوت می‌باشد. با توجه به این که در ابتدا، شدت عدم مقبولیت بارداری و تهدیدات ناشی از آن بیش‌تر است، لذا در اکثر موارد حتی در بین زنان مذهبی، عدم پذیرش اولیه فرزند ناخواسته و طرفداری از سقط شایع‌تر است. در این میان، زنان دارای شدت بالای تهدیدات درک شده نسبت به تداوم بارداری، مقاومت بیش‌تری در برابر پذیرش آن نشان می‌دهند.

«عدم پذیرش اولیه و تلاش جهت سقط» همراه با «مخفی‌سازی بارداری» و «جستجوی کمک و راهکار جهت سقط از منابع مختلف» ابعاد مختلف مقاومت در پذیرش را نشان می‌دهد. در مراحل اولیه مواجهه با بارداری ناخواسته، زنان بر اثر شدت تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری، عجولانه تصمیم به سقط گرفته و به تدابیر مختلف جهت رهایی از بارداری، متوسل می‌شوند که بسته به میزان آگاهی از روش‌های سنتی و یا ساده در دسترس، متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۱۰ می‌گوید:

«وسایل سنگین و این‌ها برمی‌داشتم. طناب می‌رفتم که این بچه بیفته، این هم بیفت نبود.» (تداوم بارداری)

مخفی‌سازی بارداری یکی دیگر از رایج‌ترین راهبردهای اجتنابی زنان است. اکثر زنان متمایل به سقط در مراحل اولیه بارداری،

«هر چی، هر روز که می‌گذشت من نسبت به سقط کردن شل می‌شدم؛ مثلاً آدم یه تصمیمی می‌گیره، بعد هر چی زمان می‌گذره، شل می‌شه. یواش یواش یه همچین حالتی. اون اثر زمان هستش. مال من هم همین‌جوری شده بود.»

از ابعاد تعارضات درون‌فردی تجربه شده توسط زنان در مرحله تمایل به سقط، می‌توان به تعارض با حس مادری و عدم خودکارآمدی لازم جهت سقط اشاره نمود. در موارد طولانی شدن فرآیند تصمیم‌گیری که به تدریج درجاتی از وابستگی بین مادر و جنین ایجاد می‌شود، احساس مادری در نقطه مقابل تمایل و تصمیم به سقط واقع شده و منجر به تردید و تمایل زنان به تداوم می‌شود.

عدم خودباوری و احساس ناکارآمدی در عملی کردن سقط، نیز یکی از ابعاد تعارضات درونی را شکل می‌دهد که منجر به سردرگمی و تزلزل در مقاومت می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۱ (سقط کرده) چنین می‌گوید:

«بعد از این که از قرص‌ها جواب نگرفتم و هر بار که سونو می‌کردن می‌گفتن هنوز هست و از جاش تکون نخورده، باز تو اون مرحله هم فکر کردم که بمونه؛ آدم یه کم دچار تردید می‌شه.»

در مجموع با گذشت زمان که در پی اندیشیدن و تلاش به سقط بر عدم تأییدپذیری آن افزوده می‌شود، زنان دچار تردید و تزلزل شده و راهبردهای تأییدی-تحلیلی را جایگزین راهبردهای اجتنابی می‌کنند؛ بدین ترتیب رویه منطقی‌تری را در پیش گرفته و به جستجوی نظر و تأییدات مهم می‌پردازند. مثلاً آن عده از زنان که تهدیدات و کشمکش‌های مذهبی، فکر و ذهنشان را به خود

با احتمال مخالفت و ممانعت نزدیکان از سقط، سعی به مخفی‌سازی بارداری حتی از مادر خود می‌نمایند. از دیگر راهبردهای اجتنابی به کار گرفته شده توسط زنان، جستجوی کمک و راهکار جهت سقط از منابع مختلف بالاخص کارکنان تیم سلامت و استفاده از تجارب مشترک دیگران بود. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ (سقط کرده) چنین بیان می‌کند:

«به یکی از فامیل‌های شوهرم که ماماست، به اون زنگ زدم و برای سقط ازش راهنمایی خواستم.»

تردید و تزلزل در تصمیم‌گیری، در مراحل مختلف مواجهه با بارداری ناخواسته پدیدار شده و تا مرحله بعد از تصمیم به اشکال مختلف بروز و نوسان دارد. اکثر زنان، به دنبال عدم پذیرش اولیه و تمایل به سقط، مردد شده و به مرور زمان، با تشدید تهدید و تعارضات ناشی از سقط، حالاتی از افت مقاومت و دودلی در آن‌ها پدیدار می‌شود. در این میان، عده‌ای نیز از همان اول به علت تهدیدات متناقض درک شده، دچار سردرگمی و عدم قدرت تصمیم‌گیری شده و بر سر انتخاب سقط یا تداوم مردد می‌مانند. افت مقاومت و دودلی، تعارضات درونی و راهبردهای حل تعارض، ابعاد مختلف این طبقه را تشکیل می‌دهند.

درجه تردید زنان از افت خفیف در مقاومت تا رسیدن به مرحله دودلی متغیر است. علاوه بر تهدیدات ناشی از سقط، گذشت زمان نیز از شدت مقاومت زنان می‌کاهد. مصاحبه شونده شماره ۵ (سقط کرده) در این مورد چنین می‌گوید:

مشغول کرده، به مشاوره مذهبی و جستجوی تأییدات مذهبی سقط می‌پردازند. در این زمینه مصاحبه شونده شماره ۴ چنین می‌گوید:

«رفتم پیش یه روحانی و باهاش مشورت کردم. گفت: نه خانوم، سقط با قتل یک انسان بالغ، هیچ فرقی نداره.» (تداوم بارداری) همچنین در مرحله تردید و دودلی، زنان به ارزیابی پیامدهای گزینه‌های پیش‌رو و تحلیل منافع و مضار می‌پردازند؛ مشارکت‌کننده شماره ۳ (سقط کرده) چنین می‌گوید:

«تمام شرایطی که ممکنه به وجود بیاد رو جمع کردم. از یک طرف می‌گفتم بچه هست، می‌پره، شیرین زبونی می‌کنه، اون چیزهای قشنگ بچه‌داری رو می‌دیدم؛ بعد دوباره می‌آمدم اون پشت، می‌دیم وای چه همه بار اون پشت هست؛ دست تنها بزرگ کردنش، تو بغل گرفتنش با وجود یه دختر دانشجو، دیدم که نبودش بهتر از بودنشه. یعنی انگار وزنه نکات منفی سنگین‌تر از نکات مثبت بود.»

در کل، از داده‌ها چنین برمی‌آید که فرآیند تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری ناخواسته، شامل دو مرحله است: مرحله اول، همان عدم تأیید و نفی مقبولیت بارداری و مرحله دوم، سنجش مشروعیت تصمیم می‌باشد لذا هدف از اتخاذ راهبردهای متفاوت طی مراحل مختلف، در راستای اتخاذ تصمیمی مقبول و مورد تأیید است.

سومین طبقه محوری شکل گرفته، منابع و ارزش‌ها است که از سه بعد «تأیید و حمایت‌های همسر»، «سرعت و میزان دسترسی به خدمات سقط»، توأم با «زمان تشخیص و مرحله بارداری» در سوگیری تصمیم‌نهایی زنان نقش دارند. به عنوان مثال، طی رویکرد

مقاومتی، بسیاری از زنان تا جستجوی راهکار برای سقط پیش می‌روند، اما به دلیل عدم حمایت‌های قانونی و اجتماعی در عملی‌سازی سقط، سرانجام حاملگی را می‌پذیرند. بدین ترتیب یک رشته عوامل به عنوان تسهیل‌کننده یا تعدیل‌کننده مقاومت عمل می‌کنند. عوامل تسهیل‌کننده شامل هم‌رأی بودن همسر با سقط و توافق زوج، تشخیص زودرس بارداری و دسترسی نسبتاً سریع و آسان به خدمات سقط بوده و بالعکس، مخالفت و اختلاف نظر بین زوج، تشخیص دیررس بارداری و عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در دسترسی به خدمات سقط، نقش بازدارنده در عملی‌سازی سقط دارند.

در مطالعه حاضر، تأیید و حمایت همسر از عمده عوامل مؤثر بر تصمیم مشارکت‌کنندگان بود؛ بدین معنی که همراهی همسر در پیدا کردن راهکار جهت سقط، احتمال موفقیت در عملی‌سازی سقط را افزایش داده و بالعکس، عدم همراهی و حمایت همسر در عملی کردن سقط از عوامل مهم بازدارنده سقط بود. مشارکت‌کننده شماره ۱۸ چنین می‌گوید:

«شوهرم گفت: من نه پول میدم و نه آمپول می‌گیرم؛ منم دیگه دنبالش نرفتم.» (تداوم بارداری) همچنین باورهای فرهنگی و هنجارهای اخلاقی، نقش مهمی در نوع تصمیم‌اتخاذی داشتند؛ به طوری که تشخیص دیررس بارداری در مرحله بعد از پیدایش ضربان قلب یکی از موارد منجر به تداوم بارداری بود. زیرا اکثر مشارکت‌کنندگان، باور قتل نسبت به سقط جنین دارای ضربان قلب داشتند. مصاحبه شونده شماره ۱۸ چنین می‌گوید:

«کوچیک که بود می‌خاستم با دارو درمون رفعمش کنم. وقتی رفتم سونوگرافی، ۴۵ روزه بود تا قبلش هنوز شک داشتم بنده‌ایم نندازم ولی تو سونوگرافی که گفت ضربان قلبش می‌زنه، دیگه از اونجا پشیمون شدم گفتم دیگه با قتل یه آدم بزرگ هیچ فرقی نداره. گفتم دستکاری می‌کنم می‌فته بعد، ضررشو می‌کشم ... سر بچه‌هام یه بلایی میاد.» (تداوم بارداری)

از بعد دیگه، عدم دسترسی آسان به خدمات سقط به علت موانع قانونی سقط القایی، یکی از عوامل تأثیرگذار و از محدودکننده‌های اقدام به سقط است. در واقع، یک عده از زنان به علت عدم دسترسی به خدمات سقط، مسیر تداوم را در پیش می‌گیرند؛ به طوری که بعد از مواجهه با عدم پذیرش القای سقط توسط پزشکان معتمد، ترس از عوارض و پیامدهای نامطلوب سقط تقویت شده و به علت هراس از پیامدهای نامطلوب سقط غیرایمن، از انجام آن منصرف می‌شوند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ در این مورد، چنین می‌گوید:

«فکر می‌کردم اونجوری راحته؛ من می‌رم، می‌گن بفرما سقط کن. یکی رو پیدا نکردم که برام سقط (ایمن) بکنه. چشم بسته بودم، آشنا نداشتم؛ نمی‌دونستم سقط رو چجوری هماهنگ کنم. فرد مطمئنی بود برام انجام می‌داد، ۱۰۰ درصد انجام می‌دادم.» (تداوم بارداری)

در اغلب موارد، تأخیر در دسترسی به خدمات سقط با پیدایش ضربان قلب و تجاوز از محدوده زمانی مجاز به سقط (بنا به عقیده مشارکت‌کنندگان) و یا از طریق ایجاد فرصت فکری مناسب، اغلب با انصراف از سقط همراه بود. مصاحبه شونده شماره ۷ در این مورد

چنین می‌گوید:

«در واقع داروخانه ما رو معطل کرد که تا ده روز آمپول‌ها رو میاره. تو اون فاصله انگاری من باور کردم قبولش کردم که دیگه من می‌خوام.» (تداوم بارداری)

شرکت‌کننده شماره ۱۵ نیز در این مورد چنین می‌گوید:

«گه گذاری این خط قرمزی که جامعه می‌ذاره، باعث می‌شه که آدم بتونه درست فکر کنه چون اون لحظه قدرت تصمیم‌گیری ازت گرفته می‌شه. اون لحظه فقط داشتیم به موقعیت کاریم فکر می‌کردم، به خودم فکر می‌کردم. فکر می‌کنم یه خودخواهی محض بود.» (تداوم بارداری)

برعکس روند فوق، سهولت دسترسی به خدمات سقط، منجر به تعجیل در عملی‌سازی سقط می‌شود؛ مشارکت‌کننده شماره ۵ (سقط کرده) چنین می‌گوید:

«اگه شاید، یکی دو روز دیگه هم می‌گذشت و دسترسی پیدا نمی‌کردم به وسایل سقط و اینا، من دیگه سقط نمی‌کردم.»

متأسفانه، وقتی زنان شرایط سقط را آسان، کم هزینه و ایمن پیدا می‌کنند، خیلی راحت از سقط حرف زده و تصمیم می‌گیرند. مثلاً عده‌ای از مشارکت‌کنندگان پس از یادگیری روش سقط، مسیر سقط القایی تکراری را در پیش گرفته بودند. مصاحبه شونده شماره ۲، دارنده سقط‌های مکرر در این مورد می‌گوید:

«شوهرم تو پیشگیری رعایت نمی‌کنه؛ منم که کم مونده به یائسگیم، دیگه می‌گم برا چی برم عمل (توبکتومی). الان، هر بار که احساس می‌کنم تأخیر دارم، دیگه آزمایش نمی‌دم؛ سریع

دو تا میزوپروستول می‌خورم.»

یک عامل مهم در دسترسی به خدمات سقط غیرقانونی، هزینه خدمات است. به دلیل ماهیت غیرقانونی سقط در کشور، مسأله سقط القایی، بعد تجاری به خود گرفته و زی‌نفعان راه حمایت‌های اجتماعی غیررسمی را بر روی مردم گشاده‌اند. به طوری که حتی پای افراد غیرحرفه‌ای نیز به مسأله کشیده شده است. لذا محدودیت توان مالی یکی از عواملی است که از یک سو منجر به عدم پذیرش بارداری و از سوی دیگر در موارد محدودیت شدید مالی، منجر به عدم توفیق به سقط به علت عدم امکان تأمین هزینه آن می‌شود که نشان از تأثیر منابع مالی در عملی کردن سقط دارد.

در مجموع، دامنه عملکرد زنان بستگی به آگاهی آن‌ها از روش و مسیر سقط، میزان و سرعت دسترسی به خدمات سقط و توان تأمین هزینه مالی سقط دارد؛ به طوری که کمبود حمایت‌های رسمی اجتماعی از سقط القایی با اعمال منع قانونی نسبت به ارتکاب آن و نیز از طریق محدودیت در دسترسی به امکانات و خدمات سقط، نقش بازدارنده در عملی‌سازی سقط دارد. در حالی که آرایه راحت و سریع خدمات سقط توسط زی‌نفعان به عنوان تسهیل‌کننده سقط عمل می‌کند. در کل، روند غالب طی این مرحله، تطابق با منابع حمایتی و مالی است. بدین ترتیب، طی فرآیند تصمیم‌گیری، منابع حمایتی مانند همسر و میزان پذیرش اجتماعی سقط همراه با ارزش‌ها صحه بر تأیید یا عدم تأیید سقط می‌گذارند. چهارمین طبقه محوری شکل گرفته، «قبول تصمیم و تأیید» بود که از ویژگی‌های آن

به «تسلیم، توکل و تقدیرگرایی» و «تعارضات بعد از تصمیم» می‌توان اشاره نمود.

تسلیم، توکل و تقدیرگرایی از ویژگی‌های مختص گروه تداوم است؛ بدین معنی که اکثر زنان به دنبال تشخیص دیررس بارداری و عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در عملی کردن سقط، به پذیرش حکمت و مصلحت خداوند به علامت تسلیم و تطابق معنوی با بارداری روی می‌آورند. به عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۷ که به علت بارداری هم‌زمان با آی‌یودی در دو ماهگی متوجه بارداری خود شده بود، چنین می‌گوید:

«بالاخره دیگه خدا شاید این جور صلاح دیده. به خودم قبولوندم که حتماً در این بارداری حکمتی هست شاید از اون جهت که من بچه دوم رو نمی‌خواستم داشته باشم؛ چون من با اون همه تأکیدی که داشتم که نمی‌دارم بچه دار بشم، علی‌رغم کنترل دقیق و مرتب آی‌یودی، با ملاحظات زیادی که می‌کردم مثلاً سنگین بر نمی‌داشتم، گفتم دیگه حتماً خواست خداست دیگه. دیگه قبولوندم به خودم که صلاح من در اینه.» (تداوم بارداری)

به علاوه اکثر زنان بعد از ناکامی در عملی‌سازی سقط، با توکل و امید به حمایت الهی و راضی شدن به رضای الهی به تداوم و تطابق با بارداری پرداخته و بدین نحو بر تهدیدات و دغدغه‌های ناشی از تداوم بارداری غلبه می‌کنند. مشارکت‌کننده شماره ۱۶ چنین می‌گوید:

«به خدا سپرده بودم دیگه که هرچی از خدا بیاد، خوشه. مگه من بچه می‌خواستم؟ خودش داده دیگه. وقتی آدم راضی به رضای خدا می‌شه، آرامش می‌گیره.» (تداوم بارداری)

نقل قول شرکت‌کننده شماره ۱۵ نیز در مورد تسلیم و تطابق معنوی با بارداری چنین است:

«دیدم قلب داره، دیگه کوتاه اومدم یعنی دیگه فکر سقوط نکردم. گفتم خدایا اگه دختر باشه، اسمشو میزارم تسلیم.» (تداوم بارداری)

به علت تأثیر تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ها و در نهایت تعاملی بودن فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته، عدم اطمینان از تصمیم اتخاذی و تداوم تعارضات به دنبال تصمیم، امری شایع می‌باشد که توسط هر دو گروه تداوم و سقط کرده، گزارش می‌شود. یک بعد از تعارضات بعد از تصمیم، تعارضات اخلاقی-مذهبی بعد از سقط است. مثلاً احساس گناه و عذاب وجدان که نشانگر تداوم کشمکش‌های اخلاقی-مذهبی است، هفته‌ها و گاهی تا ماه‌ها بعد از سقط اظهار می‌شود. مصاحبه‌شونده شماره ۱ (سقط کرده) چنین می‌گوید:

«چون این بچه خیلی سخت از من جدا شد، بعد از سقط، همش فکر می‌کنم که شاید من جلوی حکمت الهی رو گرفتم شاید من اصرار به این قضیه کردم که این قدر پروسه سقط درمانی من طول کشید.»

تمایلات متناقض بعد از سقط، بعد دیگری از تعارضات بعد از تصمیم را نشان می‌دهد؛ به طوری که شرکت‌کننده شماره ۵ (سقط‌کننده بارداری دوم) چنین می‌گوید:

«بعضاً فکر می‌کنم که بد هم نمی‌شد اگه ادامه می‌دادم ...»

در کل، پاره‌ای از عوامل بر نوسانات تأیید و رضایت از تصمیم مؤثرند که عوامل دخیل در تصمیم‌گیری و دستاوردهای تصمیم از آن جمله هستند؛ مثلاً در زنانی که تصمیم اتخاذی آن‌ها

مطابق با اصول ارزشی و اعتقادی‌شان بوده و از تأیید و حمایت همسر در مسیر تصمیم اتخاذی برخوردارند، تأیید و رضایت از تصمیم بیش‌تر است. اما تصمیم‌گیری تحت فشار و یا مواجهه با پیامدهای منفی ناشی از تصمیم اتخاذی، از ابعاد مختلف عدم تأیید و پشتیبانی از تصمیم می‌باشند. مثلاً به دنبال سقط و یا تداوم تحمیلی، شکایت از عوارض جسمی و روحی و نارضایتی از تصمیم بیش‌تر است. از طرفی، دستاوردهای مثبت تصمیم از قبیل جور شدن جنسی کودکان، موجبات تأیید و رضایت از تصمیم را فراهم می‌آورد. در این زمینه مصاحبه‌شونده شماره ۱۵ که دارای یک فرزند پسر است، چنین می‌گوید:

«اون کامل شدن پذیرش که مصمم بشم رو کجا به دست آوردم؟ هفته ۲۵ ام یعنی از وقتی فهمیدم دختره؛ خیلی خوشحال شدم و از اون موقع دیگه رفتارم، کلاً عوض شد؛ دقیقاً از هفته ۲۵ به بعد بود که من رو وزن‌گیری این بچه فکر کردم. وقتی فهمیدم دختره، یه جورهایی شرمنده (خدا) شدم چون خیلی دوست داشتم جنسشون جور شه.» (تداوم بارداری)

یکپارچه‌سازی در نظریه زمینه‌ای براساس متغیر مرکزی است که در پاسخ به دغدغه اصلی یا شرایط و عامل علی شکل می‌گیرد. تهدیدات متناقض درک شده، نگرانی و دغدغه اصلی زنان بود. تحلیل و مقایسه مداوم داده‌های مصاحبه نشان داد که مشارکت‌کنندگان از راهبردهای متعدد و متنوعی برای حل این نگرانی استفاده می‌کردند:

از طریق مقاومت در پذیرش و استفاده از راهبردهای اجتنابی: ۱- مخفی‌سازی بارداری ۲- جستجوی کمک و راهکار برای سقط (در صورت عدم آگاهی از روش‌های سقط)

رویکرد تعدیلی و استفاده از راهبردهای تحلیلی- تأییدی از طریق: ۱- جستجوی نظر و تأیید همسر ۲- مشاوره مذهبی برای حل تهدید و تعارضات مذهبی ۳- ارزیابی پیامدهای گزینه‌های پیش‌رو از طریق وزندهی تهدیدات و یا مقایسه منافع و مضار

این راهبردها که از سوی زنان به صورت هدفمند و متناسب با شدت تهدید درک شده اتخاذ می‌شود، تحت تأثیر دو عامل مداخله‌گر زمان تشخیص و مرحله بارداری و منابع حمایتی، مسیر نهایی تصمیم را شکل می‌دهد. لذا این فرآیند را می‌توان چند بعدی (مرتبط با شرایط فردی- خانوادگی و عوامل فرهنگی- اجتماعی از قبیل باورهای مذهبی و ارزش‌های فرهنگی) و تعاملی (منابع حمایتی) تعریف کرد. نظر به این که فرآیند تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری بدون برنامه، شامل دو مرحله و دو نوع رویکرد است: مرحله اول، همان عدم تأیید و نفی مقبولیت بارداری و مرحله دوم، سنجش مشروعیت تصمیم می‌باشد. بنابراین کل این مراحل را می‌توان در فرآیند «تأییدپذیری» مفهوم‌سازی و بیان نمود. این راهبرد اساسی یا متغیر مرکزی قدرت یکپارچه‌سازی بقیه طبقات و داده‌ها را در حول خود دارد؛ به طوری که مشارکت‌کنندگان در ابتدا به علت شدت بالای تهدیدات بارداری و عدم تأیید آن، با به کار گرفتن راهبردهای اجتنابی (مقاومت در پذیرش بارداری و مخفی‌سازی آن در تلاش جهت سقط برمی‌آیند اما عدم تأییدپذیری سقط، آنان را مجبور به تعدیل رویکرد و تطابق با منابع

حمایتی و نظام ارزشی و اعتقادی می‌نماید. لذا در تمامی مراحل تصمیم‌گیری که همان فرآیند تأییدپذیری است، عدم آسیب‌پذیری خود و خانواده در تأیید و تطابق با منابع حمایتی و ارزش‌های فرهنگی- اجتماعی مدنظر می‌باشد. طبقه محوری قبول تصمیم و تأیید نیز پیامد و نتیجه تلاش هدفمند و چندجانبه فرآیند تأییدپذیری است که همان ماهیت و روند پاسخ به دغدغه اصلی مشارکت‌کنندگان یعنی تهدیدات درک شده را آشکار می‌سازد. بنابراین ماهیت اصلی فرآیند تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری بدون برنامه را می‌توان تأییدپذیری قلمداد کرد. گفته‌ها و رفتارهای مشارکت‌کنندگان گویای نگرانی، جستجو و اطمینان از تأییدپذیری از جنبه‌های متنوع اعتقادی، خانوادگی، اجتماعی و ... در مورد تصمیم به سقط و یا تداوم از مرحله مواجهه تا بعد از تصمیم‌گیری است. نقل قول شرکت‌کننده شماره ۱۸ در مورد نقش تأییدات همسر در تداوم بارداری چنین است:

«شوهرم حرف بچه که پیش می‌ومد، خیلی بدش می‌ومد. اصلاً دیگه بچه نمی‌خواست برا همین قبل از این که به اون بگم، اوایل بارداری می‌خواستم با دارو درمون رفعمش کنم. اما نشد و مجبور شدم بهش بگم؛ فرد معتدیه؛ از سقط بدش میاد. گفت: عیب نداره نمی‌خواستیم ولی خوب خدا داده دیگه. منم دیگه ادامه دادم.»

ارتباط بین متغیر مرکزی با سایر متغیرهای پژوهش در نمودار شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱- مشخصات ۲۳ زن مواجهه یافته با بارداری ناخواسته در تبریز، ۱۳۹۶

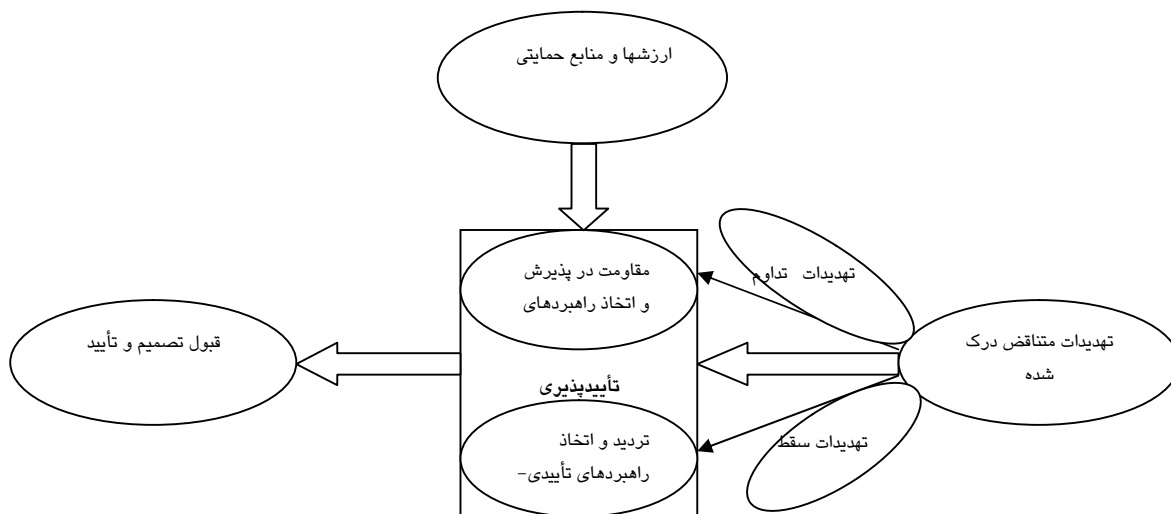
تعداد (درصد)	ویژگی‌های مادران	
۶ (۲۶٪)	زیردیپلم	تحصیلات
۵ (۲۱/۷۳٪)	دیپلم	
۷ (۳۰/۴۳٪)	فوق دیپلم و لیسانس	
۵ (۲۱/۷۳٪)	فوق لیسانس و دکترا	
۷ (۳۰/۴۳٪)	۱۸-۳۰	سن (سال)
۱۱ (۴۷/۸۲٪)	۳۱-۴۰	
۵ (۲۱/۷۳٪)	۴۱-۴۸	
۵ (۲۱/۷۳٪)	۰	تعداد فرزند
۷ (۳۰/۴۳٪)	۱	
۶ (۲۶٪)	۲	
۵ (۲۱/۷۳٪)	۳ و بیش‌تر	
۸ (۳۴/۷۸٪)	خانه‌دار	شغل
۵ (۲۱/۷۳٪)	دانشجو	
۵ (۲۱/۷۳٪)	کارمند	
۵ (۲۱/۷۳٪)	شغل آزاد	
۱۰ (۴۳/۴۷٪)	سقط کرده	پیامد بارداری ناخواسته
۱۳ (۵۶/۵۲٪)	تداوم یافته	
۱۳ (۵۶/۵۲٪)	عدم قصد بارداری مجدد	نوع بارداری ناخواسته
۱۰ (۴۳/۴۷٪)	نابهنگام (بد موقع)	
۱۸ (۷۸/۳۶٪)	ندارد	سابقه سقط القایی
۵ (۲۱/۷۳٪)	دارد	

جدول ۲- مشخصات سایر مشارکت‌کنندگان، تبریز، ۱۳۹۶

تعداد فرزند	نوع اشتغال	تحصیلات	سن	ویژگی‌های سایر مشارکت‌کنندگان
۲	بخش خصوصی/مطب‌دار	لیسانس مامایی	۴۵	ماما
۱	بخش خصوصی/مطب‌دار	لیسانس مامایی	۴۸	ماما
۱	بخش خصوصی	پزشک متخصص زنان و زایمان	۴۲	متخصص زنان و زایمان
۰	بخش دولتی و خصوصی	پزشک متخصص زنان و زایمان	۳۸	متخصص زنان و زایمان
۰	کارمند بخش دولتی	فوق دیپلم برق	۲۸	همسر
۳	کارگر بخش خصوصی	دیپلم هنرستان	۴۵	همسر

جدول ۳- طبقات و زیر طبقات استخراج شده از مصاحبه با ۲۹ مشارکت‌کننده در تبریز، ۱۳۹۶

زیرطبقات	طبقات
تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری	۱- تهدید پنداری
تهدیدات درک شده ناشی از سقط	
مقاومت در پذیرش بارداری	۲- مقاومت آمیخته به تردید
تردید و تزلزل در تصمیم‌گیری	
تأثیر تأیید و حمایت همسر در تصمیم	۳- منابع و ارزش‌های مؤثر بر تصمیم‌گیری
تأثیر زمان تشخیص و مرحله بارداری	
تأثیر سرعت و میزان دسترسی به خدمات سقط	
تسلیم، توکل و تقدیرگرایی	۴- قبول تصمیم و تأیید
تعارضات بعد از تصمیم	



نمودار ۱- ارتباط متغیر مرکزی با سایر متغیرهای پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

این اولین مطالعه نظریه پایه در راستای فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته در ایران است. کشف فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته به منظور انجام مداخلات حمایتی در بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کاهش پیامدهای جسمی-روانی و پشیمانی بعد از تصمیم ضروری است. فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته، به معنای روند تأییدپذیری

در چهار مرحله یا طبقه محوری «تهدید پنداری»، «مقاومت آمیخته به تردید»، «منابع و ارزش‌های مؤثر بر تصمیم‌گیری» و «قبول تصمیم و تأیید» تعریف و تبیین می‌شود. بنابر نتایج این مطالعه، ماهیت نحوه تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری در زنان دارای بارداری ناخواسته «تأییدپذیری» است؛ به طوری که مقاومت در پذیرش، بر عدم تأیید بارداری و گریز از تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری استوار است و تردید و

اجتماعی صحه بر تأیید می‌گذارند. لذا مسیر تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری بدون برنامه، به گونه‌ای است که زنان با توجه به شرایط و منابع موجود و در دسترس سعی به انتخاب مسیری دارند که حداقل آسیب و تهدید و حداکثر مقبولیت و تأییدپذیری را داشته باشد و از آن جا که تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته، فرآیندی تعاملی است، لذا پیامد تصمیم و تأییدپذیری آن بسته به عوامل دخیل در روند تصمیم‌گیری و دستاوردهای تصمیم متفاوت است.

در نظریه‌های عمومی تصمیم‌گیری، تفاوت‌های انگیزشی (۲۱ و ۲۲)، شناختی (۲۳) و شخصیتی افراد (۲۶-۲۴) مورد توجه قرار گرفته است. فرآیندهای انگیزشی با راهبردهای تطابق و مقابله مرتبط هستند. طبق فرضیه کلیدی مدل نظریه تعارض تصمیم‌گیری Mann و Janis که یکی از نظریه‌های مهم مطرح شده در حیطه انگیزشی تصمیم‌گیری می‌باشد، ماهیت انتخاب با سطح استرسی که فرد طی فرآیند تصمیم‌گیری تجربه می‌کند، قویاً مرتبط است (۲۱) که با نظریه تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته هم‌خوانی دارد؛ به طوری که نوع و شدت تهدیدات درک شده، تعیین‌کننده راهبرد اتخاذی زنان در مسیر تصمیم‌گیری می‌باشد.

منظور از تفاوت در الگوهای شناختی تصمیم‌گیری، سبک‌های کسب و تحلیل اطلاعات است. فرض بر این است که تصمیم‌گیرنده باید به جمع‌آوری اطلاعات، ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب گزینه‌ای که حداکثر ارزش مورد انتظار را دارد، بپردازد، اما پردازش اطلاعات و درک خطر در فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری

تزلزل در تصمیم‌گیری نتیجه سقط هراسی و سقط‌گریزی و عدم تأیید سقط می‌باشد. از آن جا که رویه تصمیم‌گیری در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده، مدام بر گریز از تهدید و آسیب استوار است، لذا رویکرد و راهبرد انتخابی زنان، براساس نوع و شدت تهدیدات متناقض درک شده متفاوت است. با توجه به این که در ابتدا، شدت عدم مقبولیت بارداری و تهدیدات ناشی از آن بیش‌تر است، لذا در اکثر موارد حتی در بین زنان مذهبی، اتخاذ راهبردهای اجتنابی-توجیهی در طرفداری از سقط شایع‌تر است، اما با گذشت زمان که به تدریج در پی اندیشیدن و تلاش به سقط بر عدم تأییدپذیری آن افزوده می‌شود، زنان دچار افت مقاومت و دودلی شده و راهبردهای تأییدی-تحلیلی را جایگزین راهبردهای اجتنابی-توجیهی می‌کنند. در این راستا اگر بیم دشواری خانواده و عدم پذیرش همسر را دارند، در جستجوی نظر و تأیید وی برمی‌آیند. اگر کشمکش‌ها و تهدیدات مذهبی فکر و ذهن آنان را درگیر کرده باشد، در جستجوی مشروعیت دینی و مذهبی سقط برمی‌آیند. در کل، هدف از اتخاذ این راهبردها، سعی به اتخاذ تصمیمی اطمینان‌بخش، مقبول و مورد تأیید است. در این میان، زمان و مرحله تشخیص بارداری همراه با منابع حمایتی به عنوان عوامل مداخله‌گر در مقبولیت و تأییدپذیری تصمیم نقش مهمی دارند؛ به طوری که تشخیص دیررس بارداری در مرحله بعد از تشکیل ضربان قلب، منجر به شکست تأییدپذیری آن می‌شود. از بین اجزای منابع حمایتی نیز حمایت همسر همراه با هنجارهای فرهنگی و قوانین

ناخواسته را از نظریه‌های عمومی تصمیم‌گیری متمایز می‌کند، تأییدپذیری آن از بعد اخلاقی و اجتماعی است. پذیرش اجتماعی سقط و فرزندآوری، همسو با ارزیابی اخلاقی از سن و مرحله رشد جنین، مسیر تصمیم‌گیری را براساس تأییدپذیری آن هدایت می‌کند. بدین ترتیب، فرآیند تأییدپذیری نوعی تصمیم‌گیری زمینه و مسأله محور در زنان ایرانی دارای بارداری ناخواسته است که برخاسته از زمینه و فرهنگ خاص آنان می‌باشد. در کل در مطالعه حاضر، نقش عوامل فرهنگی- اجتماعی در فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم بارداری ناخواسته چشمگیر بود که به عنوان بر ساخت‌گرایی اجتماعی از آن یاد می‌شود (۲۹).
عدم درک فرآیند تصمیم‌گیری جهت سقط یا تداوم در زنان و دختران دارای بارداری نامشروع از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه که انجام این مطالعه بدون همکاری آنان ممکن نبود، نهایت تشکر و سپاس را داریم. کد اخلاق مطالعه sbmu2.rec.1394.72 می‌باشد.

ناخواسته مشکل و پیچیده است؛ زیرا اغلب زنان، اطلاعات دقیقی در مورد روش‌های سقط، میزان موفقیت در به سرانجام رساندن آن و خطرات سلامت جنین در صورت تمایل به تداوم بارداری به دنبال شکست سقط ندارند. از طرفی توانایی زنان در پردازش اطلاعات و ارزیابی اطلاعات خطر احتمالی با خطر سوء تعبیر و گوش دادن انتخابی در درک اطلاعات همراه است. پیچیدگی شناختی و عدم کفایت شناخت باعث می‌شود، نحوه ارزش‌گذاری به گزینه‌ها براساس فرآیند واقعی شناختی صورت نگیرد. از طرفی مسایل مالی (هزینه‌های سقط) با الگوهای شناختی تصمیم‌گیری تداخل داشته و منجر به عدم قطعیت انتخاب و پیچیدگی تصمیم می‌شود.

در مورد تفاوت‌های شخصیتی در تصمیم‌گیری، یافته‌ها نشان داد که زنان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته، تحت تأثیر شرایط فردی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی طیفی از تهدیدات را تجربه می‌نمایند. در مطالعات دیگر نیز به نگرش و درک از بارداری ناخواسته به عنوان خطر و تهدید اشاره شده است (۲۷ و ۲۸).
اما بعد شخصیتی در تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته به دلیل ماهیت خاص آن که جان انسان دیگری در میان بوده و نیز به دلیل نقش غیرقابل انکار همسر در طی این فرآیند، تعیین‌کننده اصلی نمی‌باشد و در واقع آنچه که نظریه تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری

منابع

- 1 - Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access. New York: Guttmacher Institute; 2018. doi: 10.1363/2018.29199.

- 2 - Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016 Jul 16; 388(10041): 258-67. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30380-4.
- 3 - Motaghi Z, Poorolajal J, Keramat A, Shariati M, Yunesian M, Masoumi SZ. Induced abortion rate in Iran: a meta-analysis. *Arch Iran Med*. 2013 Oct; 16(10): 594-8. doi: 0131610/AIM.009.
- 4 - Coleman PK, Reardon DC, Strahan T, Cogle JR. The psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychology & Health*. 2005; 20(2): 237-271. doi: 10.1080/0887044042000272921.
- 5 - Hoogen SR. Contexts of choice: personal constructs of motherhood in women's abortion decisions. Ph.D Thesis in Philosophy, Miami University, 2010.
- 6 - Howard ED. Women's decisional conflict, anxiety and coping strategies following diagnosis of fetal abnormality. Ph.D Thesis in Philosophy, Vanderbilt University, 2008.
- 7 - Bouckenooghe D, Vanderheyden K, Mestdagh S, Van Laethem S. Cognitive motivation correlates of coping style in decisional conflict. *J Psychol*. 2007 Nov; 141(6): 605-25. doi: 10.3200/JRLP.141.6.605-626.
- 8 - Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Rohana N. Iranian women's experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy: a qualitative study. *Midwifery*. 2018 Jul; 62: 81-85. doi:10.1016/j.midw.2018.03.023.
- 9 - Nikkhesal N, Nourizadeh R, Dastgiri S, Mehrabi E. The factors affecting women's decision about unplanned pregnancy: a hierarchical modeling strategy. *IJWHR*. 2018 Oct; 6(4): 483-490. doi: 10.15296/ijwhr.2018.80.
- 10 - Shahbazi S. The consequences of unsafe abortion: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2012 Jun; 68(6): 1247-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05826.x.
- 11 - Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M. [Understanding reasons why women facing unintended pregnancy seeking for abortion: a qualitative study]. *Payesh*. 2014; 13(4): 413-424. (Persian)
- 12 - Motavalli R, Alizadeh L, Namadi-Vosoughi M, Shahbazzadegan S. [Evaluation of the prevalence, reasons and consequences of induced abortion in women of Ardabil in 2011]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2012; 12(4): 384-391. (Persian)
- 13 - Woodson R. Unwanted pregnancy and induced abortion among women in the Amazon region of Colombia. MSc. Thesis, Emory University, 2011.
- 14 - Ekstrand M, Tyden T, Darj E, Larsson M. An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009 Sep; 41(3): 173-80. doi: 10.1363/4117309.

- 15 - Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
- 16 - Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*. 1997; 20(2): 169-177. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I.
- 17 - Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description?. *Res Nurs Health*. 2000 Aug; 23(4): 334-40. doi: 10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g.
- 18 - Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 4th ed. New York: Springer; 2010.
- 19 - Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11; 358(9280): 483-8. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
- 20 - Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. 1st ed. Beverly Hills, Calif. : Sage Publications; 1985.
- 21 - Janis IL, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Free Press; 1977.
- 22 - Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE. *Social psychophysiology: a sourcebook*. New York: Guilford Press; 1983. P. 153-176.
- 23 - Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Baghestani AR, Rouhana N. Development and psychometric testing of an instrument to measure women's perceptions of unplanned pregnancy. *J Biosoc Sci*. 2019 May; 51(3): 394-402. doi: 10.1017/S0021932018000251.
- 24 - Rowe AJ, Mason RO. *Managing with style: a guide to understanding, assessing, and improving decision making*. 1st ed. San Francisco, Calif. : Jossey-Bass; 1987.
- 25 - Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*. 1985; 4(3): 219-47. doi: 10.1037//0278-6133.4.3.219.
- 26 - Brim OG, Glass DC, Lavin DE, Goodman N. *Personality and decision processes: studies in the social psychology of thinking*. Stanford, Calif. : Stanford University Press; 1962.
- 27 - Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M. Iranian Azeri women's perceptions of unintended pregnancy: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015 Mar-Apr; 20(2): 255-62.
- 28 - Tilahun F, Dadi AF, Shiferaw G. Determinants of abortion among clients coming for abortion service at felegehiwot referral hospital, northwest Ethiopia: a case control study. *Contracept Reprod Med*. 2017 Feb 14; 2: 11. doi: 10.1186/s40834-017-0038-5.
- 29 - Hasanpoor-Azghady SB, Simbar M, Vedadhir AA, Azin SA, Amiri-Farahani L. The social construction of infertility among Iranian infertile women: A Qualitative Study. *J Reprod Infertil*. 2019 Jul-Sep; 20(3): 178-190.

Exploration of women's decision-making process to abort or continue an unintended pregnancy: A grounded theory study

Roghayeh Nourizadeh; Eesa Mohammadi; Masoumeh Simbar; Ahmad Reza Baghestani;

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2019
Accepted: Dec. 2019
e-Published: 18 Jan. 2020

Corresponding author:
Eesa Mohammadi
e-mail:
emohamadu@yahoo.com

Background & Aim: Some women, throughout their life cycle, experience unintended pregnancy and had to decide on continuing or terminating it. Although the decision-making process always recurs, few studies have so far shed light on this complex, and context-based process. The aim of the present study was to explore Iranian women's decision-making process to abort or continue an unintended pregnancy.

Methods & Materials: This was a qualitative study using grounded theory approach. Data were collected through unstructured, in-depth interviews with 29 participants in Tabriz from March 2016 to May 2017. The participants were selected through the purposeful sampling method and data collection were continued until reaching data saturation. Data analysis was carried out concurrently with the data collection, using the MAXQDA software version 10.

Results: Data analysis gave rise to four axial categories: "perceived threats", "resistance mixed with indecision", "values and supportive resources", as well as "acceptance and confirmation of decision". This means that the decision-making process among women with unintended pregnancy initially starts with a perceived threat as a main concern leading to their resistance towards accepting such a pregnancy, then exposure to threats arising from abortion can cause indecision and uncertainty in practicing abortion. In this respect, given the social support, women affected by religious values make efforts to choose the procedure with the least harm and threats and maximum acceptability and confirmability. "Confirmation of decision" is as well the outcome of the interactive process of decision-making.

Conclusion: What can differentiate the theory of decision-making on abortion or continuation of an unintended pregnancy from the general theories of decision-making is its sociocultural confirmability. Social acceptance of abortion and childbearing in line with moral evaluation of fetal development directs the confirmability process of decision-making about unintended pregnancy.

Key words: unintended pregnancy, abortion, decision-making, grounded theory

Please cite this article as:

- Nourizadeh R, Mohammadi E, Simbar M, Baghestani AR. [Exploration of women's decision-making process to abort or continue an unintended pregnancy: A grounded theory study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2020; 25(4): 380-400. (Persian)

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

** Dept. of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

*** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Dept. of Biostatistics, School of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran