

مروری بر رابطه سقط جنین و سلامت روان

نیکو قاسمی اقدم

۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران.

چکیده

یکی از موارد شایان توجه در حیطه مطالعات زنان، بررسی اثر سقط جنین بر سلامت روان بانوان است. علاوه بر اینکه متاثر از دلایل مذهبی و تابوهای اخلاقی، به این موضوع در ایران کمتر پرداخته شده، در مقاله ها و تحقیقات جهانی نیز نتایج متفاوتی حاصل شده است و گروه های مختلف در این زمینه اختلاف نظر دارند. اما آنچه غیر قابل انکار است تاثیر سقط جنین بر بروز مشکلات سلامت روان گروه هایی از بانوان است که به دلیل شرایط محیطی، اجتماعی، پزشکی و حتی اقتصادی ناچار به تجربه سقط جنین خودخواسته یا ناخواسته می شوند و نیازمند دریافت توجه بالینی و مشاوره های روانی هستند. در این مقاله سعی شده تا بدون سوگیری، نظرات متفاوت در این حیطه بررسی و مقایسه شوند و مروری بر مهم ترین تحقیقات صورت گرفته در زمینه سقط جنین و سلامت روان ارائه گردد تا بتوان با بهره گیری از این پیشینه تحقیق زمینه بررسی های بیشتر در این حیطه فراهم گردد.

واژگان کلیدی: سقط جنین، سلامت روان، ترومای پس از سقط، ریسک فاکتور، بارداری، مطالعات زنان

مقدمه

سقط به معنی پایان یافتن حاملگی چه خود به خود و چه عمدی قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات است. به طور قراردادی سقط معمولاً به عنوان پایان یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی و یا در وزن کم تر از ۵۰۰ گرم هنگام تولد، تعریف می شود. در واقع سقط خودبه خود شایع ترین عارضه در طی حاملگی است. حدود ۱۵-۲۰ درصد حاملگی های مسجل به سقط خود به خود ختم می شود (رهبر، قربانی، موذن و ستوده اصل، ۱۳۸۸).

در تحقیقات متعدد در کشورهای مختلف نتایج متفاوتی حاصل شد. در برخی تحقیقات نشان داده شد در بانوانی که سابقه سقط جنین داشته اند، احتمال بروز مشکلات روانی پس از سقط افزایش می یابد. این مشکلات مرتبط با سلامت روان نظیر افسردگی، اضطراب شدید، تلاش در جهت خودکشی، سوء مصرف مواد، افکار وسواسی و اختلالات OCD^۱ و جر و بحث زناشویی بوده است. هم چنین در برخی مطالعات کاهش کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی در خانم هایی که سقط داشته اند، درمقایسه با جمعیت نرمال دیده شده است. بعلاوه سندرم بعد از سقط یا PAS^۲ تشخیص گذاری می شود که با علایم غیراختصاصی مثل کابوسها و رویاهای تکراری و احساس شدید گناه مشخص می شود. در مقابل، در برخی مطالعات نیز این نتیجه به دست آمده که اکثریت خانم ها قادرند تصمیمات سختی را در زمینه سقط جنین بگیرند، بدون این که دچار احساس گناه و تأسف ناشی از آن و تغییرات خلقی گردند.

روش پژوهش

این پژوهش از آن جا که به تلفیق یافته های پژوهش های کمی و کیفی پیشین میپردازد، یک مرور فراترکیب و فراتحلیلی است. با توجه به اندک بودن پژوهش های جامع و در دست در این حیطه در داخل ایران، از مقالات انگلیسی مرتبط استفاده شده است. با استفاده از واژگان کلیدی و بهره مندی از موتورهای جستجوی قدرتمند نظیر گوگل اسکالر مقالات مرتبط در این زمینه جستجو و جهت بالا بردن روایی و اعتبار تحقیق در قسمت سال انتشار در ابتدا به بعد از ۲۰۱۶ محدود شدند و سپس در جهت غنی سازی و جامعیت مقاله از مقالات قدیمی تر نیز بهره گرفته شد. فرآیند جستجو و جمع آوری مطالب، سازمان بندی در خط سیری مشخص و نهایتاً ترجمه و ویراستاری این اثر در حدود ۳ ماه زمان برد به این امید که مرجعی موجز و نسبتاً جامع را در اختیار علاقه مندان پژوهش در این حیطه که کمتر بدان پرداخته شده است، قرار دهد.

یافته ها

دکتر گریگوری ویلموث^۳ (۱۹۹۲)، در مجله مسائل اجتماعی به طوری جامع به تاثیر روانشناختی سقط خود خواسته پرداخت. در مرور کلی مقالات ارائه شده، وی به این نتیجه رسید در حال حاضر توافقی بین محققین در خصوص تجربه واکنش های روانشناختی منفی پس از سقط در برخی زنان وجود دارد. در عوض موارد مورد اختلاف شامل موارد زیر است:

۱. شیوع و میزان همه گیری واکنش های روانی منفی میان زنان
۲. شدت این واکنش های منفی
۳. این شدت واکنش های روانی منفی شامل چه مشکلاتی در حیطه سلامت روانی و اجتماعی می شود
۴. دسته بندی واکنش های شدید

با توجه به مبحث پرچالش سقط جنین و سلامت روانی (AMH)، دو گروه در این باب در کشمکش هستند: گروهی با رویکرد مینیمالیستی^۴ و گروهی دیگر بعنوان طرفداران و موافقان اثرات منفی^۳ سقط جنین بر سلامت روان. کارشناسان از هر دو گروه می

¹ Obsession Compulsion Disorder

² Post Abortion Syndrome

³ Gregory Wilmoth

توانند یافته های یکسانی را از داده های یکسان گزارش کنند اما به نظر می رسد نگاه این دو گروه به تاثیرات منفی سقط جنین متفاوت است به طوری که گروهی نگاهی خوش بینانه و مینیمالیستی به اثرات سقط دارند و گروهی دیگر بر اثرات منفی آن تاکید دارند. باید به این نکته توجه داشت که طیف گسترده ای از نگاه های کارشناسی به جریان AMH وجود دارد.

طبیعی است که مقالات مروری و پژوهش های صورت گرفته توسط کارشناسان هر گروه به پشتیبانی از دیدگاه حاکم بر آنهاست؛ (الف) اثرات سلامت روانی مرتبط با سقط جنین برای بانوانی که به صورت خودخواسته در این جریان قرار می گیرند حداقل و در دامنه قابل انتظار است یا (ب) اثرات ناشی از سقط جنین آنقدر قابل توجه است که لازم به بودجه گذاری های بیشتر در زمینه پژوهش های مرتبط، غربالگری ها و رویکردهای مشاوره ای بهتر به منظور کاهش نتایج متناقض در این زمینه است. در این مقاله سعی شده است تا با نگاهی بی طرفانه با استفاده از مقایسه پژوهش های صورت گرفته در قالب هر دو دیدگاه به بررسی اثرات سقط جنین پرداخته شود (ریردون، ۲۰۱۸).

در گزارش سال ۲۰۰۸ انجمن روانشناسی امریکا (APA) که توسط گروه ویژه سقط جنین و سلامت روان^۴ (TFMHA) انجام شد این نتیجه منتشر شد که "پر واضح است برخی بانوان به یقین غم، سوگواری و احساس فقدان را در پی پایان یافتن بارداری و همچنین برخی بانوان اختلالات بالینی بارزی من جمله افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند" (میجر، اپلبام، بکمن و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع رئیس گروه ویژه، برندا و همکارانش در پژوهش خود با بررسی تعدادی از بانوان با تجربه سقط گزارش کردند که ۲ سال پس از سقط جنین، ۱.۵٪ از شرکت کنندگان باقی مانده در گروه آزمایش (۳۸٪) از ۱۱۷۷ خانم واجد شرایط، پس از انصراف از پژوهش (تمامی سمپتوم های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مرتبط با دوران پس از سقط را دارا می باشند. همچنین او دریافت که نشانه های مشاهده شده در دوره دو ساله، در مقایسه با بررسی های صورت گرفته در دوره یک ماهه پس از سقط، با افزایش میزان افسردگی و واکنش های منفی و کاهش میزان واکنش های مثبت، تسکین و رضایتمندی از تصمیم رو به رو است (میجر، کزارلی، کوپر و همکاران، ۲۰۰۰).

در واقع، این واقعیت که برخی زنان دچار ناسازگاری می شوند و نمی توانند خود را با شرایط تطبیق دهند به طور خاص در مطالعات موردی مشاورانی که پس از سقط در زمینه درمان موفق این بانوان درگیر بودند، ثبت شده است (بورک و ریردون، ۲۰۰۷؛ لیر، ۲۰۰۴؛ نی و ویکت، ۱۹۸۹).

تحقیقات معتبر بسیاری متفق القول به این نتیجه رسیدند که ریسک فاکتورهایی وجود دارد که می تواند مشخص کند که کدام گروه از زنان با ریسک بالاتری برای تجربه تبعات روانی و منفی سقط در تجربه های اول یا تجربه های بعدی مواجه می شوند. همچنین TFMHA نتیجه گرفت که یکی از زمینه های موثر پژوهشی که کمتر بدان پرداخته شده است، شناسایی بانوانی است که ممکن است بیشتر یا کمتر از سایرین واکنش های شدید یا بالعکس مثبتی را در ادامه تجربه سقط نشان دهند (میجر و همکاران، ۲۰۰۸). TFMHA، ۱۵ ریسک فاکتور یا عامل خطر را برای واکنش های منفی در برابر سقط شناسایی کرد. جدول ۱، طیفی از میزان شیوع ریسک فاکتورهای ارائه شده توسط TFMHA که در این گزارش آمده است را نشان می دهد. درصد بانوانی که تحت تاثیر ریسک هر یک از این فاکتورها قرار می گیرند اگرچه در مطالعات TFMHA ذکر نشده اما در سایر مطالعات با نرخ های متعدد تعریف شده که در جدول ۱ آمده است. نرخ شیوع نشان داده شده در جدول ۱ نشان می دهد درصد بالایی از بانوانی که در جست و جوی سقط هستند، حداقل یک یا بیشتر از این ریسک فاکتورها را دارا هستند. از آنجایی که داشتن سقط های

¹ Abortion and Mental Health

² AMH Minimalists

³ AMH Proponents

⁴ Task Force on Mental Health and Abortion

مکرر یکی از ریسک فاکتورها می باشد، شایان توجه است که این عامل خطر به تنهایی حدود نیمی از زنان را به خصوص در ایالات متحده در بر می گیرد (جونز، سینگ، فاینر و همکاران، ۲۰۰۶).

جدول ۱: ریسک فاکتورهای موثر در مشکلات روانی پس از سقط

درصد بانوان در معرض ریسک	ریسک فاکتورهای TFMHA
۲۰٪، ۲۳٪، ۳۲٪، ۶۴٪	فشار اطرافیان برای سقط
۳۰-۶۳٪، ۲۶-۳۹٪، ۵۶-۱۱٪، ۲۵٪ کشتن جنین انسان، نکته: ۷۰، ۵۰٪ بانوان این اقدام را اخلاقاً اشتباه می دانند.	سقط خودخواسته یا توجیه شده
۱۰-۲۰٪	میزان مخالفت اطرافیان برای سقط
۴۴٪	کمبود حمایت اجتماعی
۴۷-۵۶٪	قبح اجتماعی و نیاز به پنهانی بودن سقط
۸۷٪	مواجهه با جریانات قانونی، مذهبی و اجتماعی ضد سقط
درصد گروه های تحت خطر گزارش نشده است.	درک یا پیش بینی حمایت اجتماعی پایین برای تصمیم به سقط
۳۱-۵۱٪	سابقه مشکلات سلامت روان
۵۳٪	فاکتورهای وابسته به شخصیت نظیر عزت نفس پایین و نداشتن کنترل برای زندگی شخصی
۱۹-۵۱٪، ۱۷٪، ۷۵٪	استفاده از استراتژی ها و مهارت های مقابله ای انکار و اجتناب
۱۵-۱۸٪، ۳۰٪	احساس تعهد نسبت به بارداری
۳۵-۵۴٪، ۳۰-۴۴٪، ۲۲٪، ۶۵٪، ۱۱-۲۹٪، ۳۵٪	دودلی در تصمیم برای سقط
۴۰٪، ۳۶٪	باور توانایی پایین برای کنار آمدن با سقط پیش از وقوع آن
۴۸-۵۲٪	سابقه سقط جنین
۹٪	سقط پس از سه ماهه اول

ارائه شده توسط کارگروه ویژه سقط انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۸

توانایی شناسایی زنانی که در خطر ریسک بیشتری تحت تاثیر واکنش های منفی سقط قرار دارند منجر به ایجاد دستورالعمل هایی برای پزشکان و دست اندرکاران مربوطه شده است تا این ریسک فاکتورها را شناسایی کرده و اقدامات مراقبتی و مشاوره ای لازم را قبل از سقط، شامل مشاوره برای تصمیم گیری و نیز خدمات روانشناسی و مشاوره ای پس از سقط اتخاذ نمایند (لهمان، ۲۰۰۳؛ بیکر و برسفورد، ۲۰۰۹).

با وجود آنکه اجبار نمودن گروه تحت آزمایش به سقط کاری غیر اخلاقی است، اما عملاً این شرایط در محیط واقعی ایجاد می شود چرا که بسیاری از بانوان تحت تاثیر فشار وارده از سمت همسر، والدین، شرایط شغلی، دلایل پزشکی و دیگر عوامل اثرگذار مجبور به تن دادن به سقط می شوند. این مسئله با سقط اجباری نشانگر یکی از مشکلات اصلی در مسیر تحقیقات AMH است: هر گونه نمونه گیری بر اساس مشارکت داوطلبانه، جامعه آماری مورد هدف را به طور کامل پوشش نمی دهد. در واقع از آنجایی که فشار ادراک شده به جهت سقط یکی از ریسک فاکتورهای اصلی است، مستثنی نمودن گروه زنانی که بارداری خودخواسته خود را

بالاجبار پایان می دهند از تحقیقات AMH، تعمیم پذیری نتیجه این تحقیقات را به جامعه آماری واقعی از تمام زنانی که سقط جنین دارند، کاهش می دهد. این تنها یکی از مشکلاتی است که عملاً باعث می شود تا انجام تحقیقات AMH بدون وجود ضعف های بارز در حیطه روش شناسی غیر ممکن باشد (اشمیچ و روسو، ۲۰۰۵). در نتیجه، همه گیری حقیقی و شدت تاثیرات منفی مرتبط با سقط جنین هرگز نمی تواند به طور قطع شناخته شود. با توجه به این مشکل، دانش تجربی هرگز نمی تواند پاسخ مشخصی به سوالات پیرامون پیامدهای سقط جنین بر سلامت روان به شکلی قطعی بدهد چرا که انجام تحقیقات در محیط کنترل شده و آزمایشگاهی عملاً غیر ممکن و غیر اخلاقی است (میجر و همکاران، ۲۰۰۸).

اگرچه تحقیقات تجربی و بر پایه مشاهدات میتواند به دلیل ضعف های روش شناسی مورد انتقاد قرار گیرد، با این وجود همچنان کشف نتایج معنادار و عملیاتی ممکن است. برای مثال، تحقیقات صورت گرفته پیرامون مشکلات سلامت روان ارزیابی شده در میان زنانی که بالاجبار و مخالف با باورهای اخلاقیشان اقدام به سقط کرده اند، به زیر مجموعه مشخص این گروه قابل تعمیم است. بنابراین در حالیکه مهم است تا نتایج یک تحقیق هرگز به جمعیت کلی زنانی که سقط داشتند تعمیم نیابد، نتایج یک تحقیق می تواند برای گروه های ذی ربط ارزشمند باشد (ریردون، ۲۰۱۶).

در حالی که اختلاف نظر بر سر چگونگی تفسیر نتایج حاصل از تحقیقات همچنان باقی است، خروجی های حاصل از تحقیقات روشن و مشخص است و به ۶ مجموعه تقسیم می شود: تمامی انواع سمپتوم ها و اختلالات، سمپتوم های مربوط به افسردگی در دسته اختلالات افسردگی و دو قطبی، اضطراب، اختلالات وابسته به مواد و دیگر اختلالات. گروه های مقایسه ای شامل زنانی هستند با بارداری ناخواسته، زنانی که زایمان می کنند، زنانی که اولین زایمان خود را دارند، زنانی که سابقه سقط ندارند، زنان با دیگر نتایج بارداری غیر از سقط نظیر حاملگی خارج از رحم و زنانی که حین تحقیق باردار نیستند. جمعاً نتایج زیر حاصل شد (ریردون، ۲۰۱۸):

۱. در حالیکه هیچ شک و بحثی در خصوص شناسایی ریسک فاکتورها و تاثیرشان وجود ندارد، هیچ مطالعه و تحقیقی نیز دال بر تاثیر مثبت سقط جنین بر سلامت روان بانوان حتی آن دسته از زنانی که بارداری ناخواسته را تجربه می کنند وجود ندارد (دقت انجام آزمایش با ۹۵٪ اطمینان)

۲. ارتباط بین سقط جنین و درجات بالایی از اضطراب، افسردگی، مصرف مواد، سمپتوم های تروماتیک، اختلالات خواب و دیگر اثرات منفی در اکثر تحلیل ها با معناداری آماری قابل توجه حاصل شد.

۳. اقلیت تحقیقات و آنالیزهایی که معناداری آماری نتایج منفی را نشان نمی دهند در تناقض با دیگر تحقیقاتی که این اثرات منفی را با معناداری آماری بالا نشان می دهند، نیستند.

همانطور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است، تاریخچه مشکلات روانی یکی از ریسک فاکتورهایی است که میزان مشکلات روانی پس از سقط را به درصد قابل توجهی افزایش می دهد. این ارتباط از سال ۱۹۷۳ ثابت شد، زمانی که مجموعه ای از مطالعات موردی با شناسایی و تعریف پارامترهای سلامت روان می توانست برای شناسایی زنانی که در خطر بیشتری از اختلالات روانی قرار دارند، به کار رود. محققان این تحقیق توصیه می کنند که اجرای آزمون MMPI و در نظرگیری نمرات حاصل از آن می توانند به طور موثری به شناسایی زنانی که قبل و پس از سقط نیازمند مشاوره و خدمات روانشناسی هستند کمک می کند (آتاناسیو، اپل، میکلسون و همکاران، ۱۹۷۳).

هر دو گروه با رویکرد مینیمالیستی و گروهی دیگر بعنوان طرفداران و موافقان اثرات منفی سقط جنین بر سلامت روان متفق القول موافقتند که وضعیت سلامت روان اولیه بعنوان یکی از فاکتورهای اصلی در توضیح اثرات منفی پس از سقط تعیین کننده است. البته در نحوه تشخیص، تفسیر و تاکید اثر تقابلی سلامت روان اولیه و تجربه سقط و پیامدهای سلامت روان ناشی از آن در این دو گروه تفاوت وجود دارد (ریردون، ۲۰۱۸).

موافقان اثرات منفی سقط جنین، پیشینه ضعیف سلامت روان را ریسک فاکتوری برای بانوانی می دانند که ممکن است (الف) در شرایط دشوار باردار شوند، (ب) نسبت به فشارهای وارده در جهت سقط جنین بر خلاف ترجیحات فردی، تمایلات اخلاقی یا ایده آل ها آسیب پذیرتر باشند، و (ج) مهارت های مقابله ای ضعیف تری با استرس های پس از سقط داشته باشند. علاوه بر این، سقط جنین به عنوان یک عامل استرس زا بالقوه باعث می شود تا زنانی که در معرض تجربه های تروماتیک قبلی قرار دارند برای تجربه سقط جنین به عنوان یک تجربه آسیب زای دیگر بیشتر مستعد باشند. در مقابل، مینیمالیست های AMH که سقط جنین را به خودی خود و به تنهایی عامل استرس زا بالقوه نمی دانند، تمایل دارند ثابت کنند که درصد بالایی از زنان که مشکلات سلامت روان را پس از سقط جنین تجربه می کنند، دارای مشکلات قبلی بهداشت روانی هستند (استینبرگ، تروسل، هال و همکاران، ۲۰۱۲؛ میجر، ۲۰۰۳؛ میجر، اپلبام، بکمن و همکاران، ۲۰۰۹). از منظر این دیدگاه، زنانی با مشکلات سلامت روان مستعد تجربه شرایط استرس زا و بارداری دشوار هستند و تمایل بیشتری دارند تا جنین خود را سقط کنند چرا که معتقدند به دنیا آوردن فرزندی که برایش برنامه ریزی نکرده اند آنها را در شرایط بدتری نسبت به سقط جنین قرار می دهد (استینبرگ و تسان، ۲۰۱۳؛ مونک السن، لرسن، پدرس و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین نتایج بررسی ها نشان می دهد سابقه سو استفاده جنسی یک عامل خطرناک و تهدید کننده برای سلامت روان و سقط جنین است و این موردی است که هر دو گروه موافقان و مینیمالیست های اثرات سو سقط جنین در آن اتفاق نظر دارند و تاکید دارند تا بانوانی که خواهان سقط جنین هستند از نظر سلامت روان و پیشینه های لازم مورد بررسی قرار گیرند (سولینز، ۲۰۱۶؛ استینبرگ و روسو، ۲۰۰۸).

جدول ۲: جمع بندی گزاره های مورد تایید و تاکید دو دیدگاه مینیمالیست و موافق اثرات منفی سقط جنین بر سلامت روان

دیدگاه موافقین	دیدگاه مینیمالیستی	گزاره های مورد بحث
مورد تاکید	مورد تایید	سقط جنین در مشکلات سلامت روان برخی بانوان موثر است.
مورد تایید	مورد تاکید	اکثر بانوان به دنبال سقط جنین بیماری یا کژکاری روانی را تجربه نمی کنند.
مورد تاکید	مورد تایید	اقلیت قابل توجهی از بانوان بیماری یا کژکاری روانی پس از سقط را تجربه می کنند.
مورد تاکید	مورد تایید	ریسک فاکتورهایی برای شناسایی بانوان تحت خطر بالاتر وجود دارد.
مورد تایید	مورد تاکید	درصد بالای بیماری و کژکاری های روانی بانوان با سابقه سقط جنین ممکن است تا اندازه ای یا به میزان زیادی به ریسک فاکتورهای رایج وابسته باشد.
مورد تایید	مورد تاکید	شواهدی که دال بر تعیین کننده بودن سقط جنین بعنوان عامل اصلی در مشکلات سلامت روان است ناکافی است.
مورد تاکید	مورد تایید	شواهد قابل توجهی دال بر تاثیر عامل سقط جنین بر شروع، شدت و مدت کژکاری و مشکلات سلامت روان وجود دارد.
مورد تاکید	مورد تایید	درصد قابل توجهی از بانوان مشکلات سلامت روان خود را به تجربه سقطشان نسبت می دهند.
مورد تاکید	مورد تایید	شواهدی دال بر تاثیر مثبت سقط جنین بر سلامت روان وجود ندارد.
مورد تاکید	مورد تایید	شناسایی بانوانی با سابقه سقط جنین به شناسایی این گروه های تحت

ریسک و بهره مندی آنها از خدمات مشاوره ای کمک می کند.		
تجربه داشتن سقط های مکرر می تواند با درصد بالاتر مشکلات سلامت روان مرتبط باشد.	مورد تایید	مورد تاکید
هیچ طرح و تحقیقی منحصر و به تنهایی نمی تواند مسائل و مشکلات مربوط به سقط جنین و سلامت روان را تبیین کند.	مورد تاکید	مورد تاکید

لیست مشابهی توسط APA (انجمن روانشناسی امریکا) تهیه شد که در آن ریسک فاکتورها همچون جدول شماره ۱ نشان داده شد. پیرو یافته های گزارش شده این نتیجه گیری اعلام شد که ریسک مشکلات سلامت روان مرتبط با سقط جنین واحد، قانونی و در سه ماهه اول بیشتر از به دنیا آوردن نوزاد حاصل از یک بارداری ناخواسته نیست (میجر و همکاران، ۲۰۰۸).

این گزاره بعنوان نتیجه گیری رسمی APA به شکلی گسترده منتشر شد که سقط جنین هیچ گونه خطر و ریسک مشکلات سلامت روان را به همراه ندارد. اما همانطور که در جدول شماره ۱ قید شد، این شکل از نتیجه گیری با توجه به موارد ظریف بیان شده فقط برای اقلیت زنان قابل استناد و اجرا است و در این زمینه نقش گروه های حمایتی، پیشینه سلامت روانی و فاکتورهای بسیار دیگری دخیل است.

فرگوسن^۱ یکی از کسانی بود که باور داشت با استفاده از اطلاعات منتج از تحقیقات انجام شده اش، می تواند ثابت کند موافقین اثرات منفی سقط جنین بر سلامت روان در اشتباه هستند. اما وقتی تحلیل ها و آنالیزهای مربوطه را به انجام رساند، دریافت که حتی با کنترل فاکتورهای متعدد، سقط جنین مستقلا خطر افسردگی، اضطراب، رفتارهای خودکشی و اختلالات سوء مصرف مواد را دو تا سه برابر افزایش می دهد (فرگوسن، هرود و بادن، ۲۰۱۳).

باید به این نکته نیز توجه داشت که مناقشات در درک نظرات متناقض در زمینه AMH، به شکل مستقیم و غیر مستقیم با تجربیات و ویژگی های شخصی مرتبط است. این واقعیت که فمینیست های حامی سقط جنین قانونی بیشتر بر احساس آسودگی، تسکین و دیگر جنبه های لیبرالی حق سقط جنین تاکید می کنند قابل انکار نیست. برعکس، محافظه کاران ضد سقط جنین، که تصور می کنند مشکلات AMH شایع است، ممکن است تحت تاثیر تجربیات نسبی و منفی خود پیرامون سقط جنین باشند (مک نیر، ۲۰۱۶).

در مطالعه ای که توسط مری زیمرمن^۲ (۱۹۷۷) انجام شد فرضیه تاثیر ویژگی ها و تجربیات شخصی ثابت شد. در مطالعه او نیمی از بانوانی که مورد مصاحبه قرار گرفتند در دسته سازگار آقرار گرفتند. این افراد هدفمند و دارای تحصیلات بالا بودند. آنها وابستگی کمتری به تایید دیگران داشتند و تصمیمشان برای سقط تحت تاثیر تمایل شخصی خودشان بود تا فشار دیگران. در مقابل نیم دیگری از مصاحبه شوندگان در دسته گروه ناسازگار آقرار گرفتند. آنها شغل و هدفی که محوریت زندگی شان قرار گیرد نداشتند، دارای تحصیلات پایین و ابتدایی بودند و بیشتر به تایید دیگران وابسته بودند و سقط جنین را برای خوشایند اطرافیان انتخاب کرده بودند تا تمایل شخصی خودشان. وقتی زیمرمن با نمونه آماری خود ۶ هفته پس از سقط مصاحبه کرد، دریافت که تنها ۲۶٪ از گروه بانوان سازگار با افکار مزاحم و وسواس گونه دست و پنجه نرم می کنند، در مقایسه گروه بانوان ناسازگار ۷۴٪، در حدود سه

¹ Fergusson

² Marry Zimmerman

³ Affiliated

⁴ Disaffiliated

برابر بیشتر از گروه اول با مسائل سلامت روان و افکار وسواسی درگیر شدند. نتایج مشابهی در تحقیق میجر و همکارانش نیز حاصل شد (میجر، ریچاردز، کوپر، ۱۹۹۸).

در مطالعه ای که توسط برندا میجر، استاد TFMHA انجام شد نتایج حاکی از آن بود که میزان افسردگی ۱ ماه پس از سقط جنین در مقایسه با ۱-۲ ساعت پس از سقط ۹۱٪ افزایش داشته است و ۲ سال پس از سقط جنین به ۱۱۸٪ رسیده است. البته شایان ذکر است این مطالعه در ماه اول فالوآپ ۳۰٪ و در سال دوم فالوآپ ۵۰٪ ریزش نمونه آماری داشته است (میجر و همکاران، ۲۰۰۰).

با بررسی این مطالعات این چنین به نظر می رسد که الگوهایی در خصوص واکنش های منفی درست بلافاصله پس از سقط و هم چنین واکنش های تاخیری پس از آن وجود دارد. برای مثال در مطالعه زیمرمن بانوان ناسازگار سه برابر بانوان سازگار افکار مزاحم و وسواسی را تجربه کردند.

بر اساس گزارش تجربیات بالینی واکنش های تاخیری در خصوص سقط جنین توسط (الف) تجارب متعاقب نظیر مشکلات مربوط به ناباروری و (ب) تجاربی که منجر به درون نگری و ارزیابی مجدد روند کلی زندگی یا یکپارچگی اخلاقی فرد می شود (بورک و ریردون، ۲۰۰۷). متقابلاً، هرچه ریسک فاکتورهای مربوطه بر احساس فشار و اجبار بیشتر و مهارت های مقابله ای ضعیف تر دلالت داشته باشند، واکنش های سریع و منفی بیشتری را به همراه خواهند داشت.

به طور خلاصه تلاش برای ارزیابی نرخ شیوع واکنش های منفی نسبت به سقط جنین به دلایل زیر با پیچیدگی هایی روبه رو است و هر کدام از این عوامل ممکن است نتایج ارزیابی های تحقیقاتی را منحرف نماید (اشمیج و روسو، ۲۰۰۵؛ جونز و فارست، ۱۹۹۲):

- ۱) وجود طیف گسترده ای از واکنش های متنوع
- ۲) وجود هردو واکنش سریع و تاخیری
- ۳) تنوع گسترده عوامل ایجاد کننده واکنش های تاخیری
- ۴) احتمال اینکه در ارزیابی های فالوآپ سقط جنین، تعدادی از زنانی که قبلاً واکنش های قابل توجهی داشتند بهبودی کامل یا جزئی را تجربه کنند

نکته دیگری که حائز اهمیت است این است که اطلاعات جمع آوری شده برای ارزیابی واکنش های احتمالی نسبت به سقط جنین ممکن است تحت تاثیر مکانیزم های دفاعی نمونه های مورد بررسی قرار گیرد. مکانیزم های اجتناب، انکار، واپس رانی، سرکوب، عقلانی سازی، فرافکنی، تجزیه و واکنش وارونه همگی می توانند به طور ناخودآگاه یا خودآگاه بر عدم گزارش سمپتوم های نسبت داده شده به مسائل حل نشده سقط جنین تاثیرگذار باشند. آنچه که اکثر بانوان تجربه می کنند به دلیل عدم همکاری برای به اشتراک گذاشتن افکار و احساساتشان مجهول است (ریردون، ۲۰۱۸).

علاوه بر مکانیسم های دفاعی که بر نتایج حاصله تاثیر می گذارد، واکنش روانشناسان و تراپیست ها هم به این موضوع در روند درمان بی تاثیر نیست. برخی بانوان بر این عقیده اند که جلسات روانشناسی برای آنها تاثیر مثبتی نداشته است که اتین موضوع می تواند ناشی از چند دلیل باشد: اول آنکه بسیاری از درمانگران ممکن است به شخصه مشکلات حل نشده ای با تاریخچه شخصی خود در خصوص سقط جنین داشته باشند، دوم برخی از درمانگران ممکن است نسبت به تجدید نظر در خصوص روش های خود مقاومت داشته و مراجعین را متقاعد کنند که سقط جنین خوب است و سوم آنکه برخی از درمانگران اصراری غیر منطقی بر این باور دارند که سقط جنین هیچ خطری برای سلامت روان ندارد. این مسئله یکی از دلایل مهمی است که باید به مسئله سقط جنین و سلامت روان با استفاده از تحقیقات و آموزش های گسترده تر پرداخته شود تا دست اندرکاران مربوطه با حساسیت بیشتر و روی گشاده نسبت به این موضوع برخورد نمایند (بورک و ریردون، ۲۰۰۷).

¹ Brenda Major

از آنجایی که انتخاب و جایگزینی تصادفی بانوان در گروه های آزمایش و فراهم آوردن شرایط سقط غیر ممکن است، هیچ گروه کنترلی در تحقیقات انسانی وجود ندارد. با توجه به این محدودیت، مقایسه با دیگر گروه های زنانی که در معرض سقط قرار نگرفته اند تنها راه حل است (رومانس، ۲۰۱۳). مقایسه بین گروه های زیر صورت میگیرد: جمعیت کلی زنان، زنانی که هیچگاه بارداری نداشته اند، زنانی بدون سابقه سقط، زنانی با زایمان های موفق، زنانی با زایمان موفق در اولین بارداری، زنانی با زایمان موفق در بارداری ناخواسته و زنانی که سقط جنین را رد کردند. با مقایسه تمامی این گروه ها این نتیجه حاصل شد که زنانی با سابقه سقط بیشترین میزان مشکلات مربوط به سلامت روان را تجربه می کنند (ریردون، ۲۰۱۸).

مقایسه مهم دیگر میان زنانی است که به قصد جنین خود را سقط می کنند با آنهایی که بارداری شان نافرجام مانده است. هر دو گروه متاثر از اثرات بارداری ممکن است تغییرات بلند مدتی را در مغز تجربه کنند (هکزما، باربامولر، پزین، ۲۰۱۶). با آنکه که فرآیندهای فیزیولوژیکی سقط طبیعی با سقط خودخواسته متفاوت است، ممکن است شباهت هایی در ریکواری شرایط باشد. بعلاوه، این مقایسه منجر به کشف تفاوت اثرات روانی بین انتخاب پایان خودخواسته بارداری در مقایسه با فقدان ناخواسته می شود (ریردون و ترپ، ۲۰۱۷).

یکی از گزاره های رایجی که به اشتباه تعمیم می یابد این است که اکثر سقط جنین ها بر اثر بارداری ناخواسته روی می دهند. اما با نگاهی دقیق تر می توان گفت بسیاری از سقط جنین ها در پی بارداری های برنامه ریزی شده، خودخواسته و با تمایل پذیرش درونی رخ می دهد (میلر، پاستا، دین، ۱۹۹۸). منظور از بارداری پذیرفته^۱ بارداری ای است که در ابتدا برنامه ریزی شده نبوده اما در صورت حمایت همسر یا خانواده قابل پذیرش بوده است. تعریف بارداری ناخواسته نیز کمی پیچیده است چرا که به گزارش بانوانی که شرایط مشابه داشته اند، کشاکش عقل و احساس موجب دودلی آنها در تصمیم گیری بوده است. در چنین نمونه هایی زنانی که از مکانیسم های دفاعی قوی برخوردارند برای سالها می توانند با انتخابشان کنار آیند. اما در صورتی که این مقابله همراه با احساسات سرکوب شده باشد، با صرف انرژی بسیار و حتی واکنش های ناسازگارانه نظیر سوء مصرف مواد و اختلالات خواب همراه است (ریردون، ۲۰۱۸).

یکی از معیارهای مهم که به ندرت در تحقیقات AMH به آن اشاره می شود، تمایل برای داشتن فرزند در زمانی دیگر است. سطوح بالای تمایل به داشتن فرزند در آینده بسته به شرایط و کمبود حمایت اجتماعی کافی می تواند موجب همراه شدن سقط جنین با مسائل و مشکلات عدیده باشد. در بررسی هایی که میان نمونه ای از بانوان اجرا شد که به دنبال خدمات مشاوره ای و حمایتی پس از سقط بودند، ۶۴٪ از بانوان شرایط بیرونی تحمیل شده را عامل تصمیم گیری خود دانسته و ۸۳٪ از بانوان اذعان داشتند در صورت داشتن حمایت کافی و تشویق به به دنیا آوردن نوزاد بارداری خود را به پایان می رساندند (ریردون، ۱۹۸۷).

یکی از اصطلاحاتی که توسط گروه مینیمالیست بسیار به کار می رود و به معنای آن به طور دقیق پرداخته نشده، اصطلاح آسودگی یا به بیان بهتر "راحت شدن"^۲ است. این اصطلاح می تواند معانی بسیاری داشته باشد. استفاده از این اصطلاح به شکل عامیانه "راحت شدم" می تواند اشاره به موارد مختلفی داشته باشد، از قبیل: (الف) راحتی از نداشتن بچه و مسئولیت های آن، (ب) راحتی و فراغت از فرآیندهای پزشکی بارداری و زایمان، (ج) راحتی خیال و آسودگی از اینکه والدین متوجه بارداری او نشدند، (د) راحتی و آسودگی از جانب پارتنر یا همسر و فشارهای او برای سقط و دلایل دیگری که موجب می شود تا بانوان در شرایط مشابه از استرس ها و فشارها رهایی یابند (ریردون، ۲۰۱۸).

¹ Welcomed Pregnancy

² Relief

اما همانطور که اشاره شد سقط جنین می تواند هم خود عامل بوجود آورنده استرس^۱ و هم بعنوان استرس زدا عمل کند. گزارش های مینیمالیستی AMH با تاکید بر سقط جنین بعنوان عامل استرس زدا اذهان عمومی را از جامعه بزرگی از زنان که در کنار احساس فراغت و آسودگی احساسات منفی بسیاری را نیز تجربه می کنند غافل می نماید (رو، کلمن، رو و همکاران، ۲۰۰۴). البته بانوانی که با انتخاب و تمایل شخصی خود تصمیم به سقط می گیرند در مقایسه با دسته ی مقابل که به جهت فشارهای محیطی مختلف ناچار به سقط می شوند، انتظار می رود واکنش های منفی کمتری را تجربه کنند. اما حتی در نمونه آماری از بانوانی که با انتخاب شخصی خود اقدام به سقط می نمایند نیز شاهد افزایش احساسات منفی در طول دو سال اول هستیم (میجر و همکاران، ۲۰۰۰).

بحث و نتیجه گیری

در حالیکه اختلاف دیدگاه میان گروه های مینیمالیست و موافق اثرات منفی سقط جنین در مطالعات AMH همچنان باقی است، زمینه سازی برای تحقیقات بیشتر در این زمینه می تواند به شفاف تر شدن موضوعات کمک کند. ضمن اینکه آنچه مشخص است این است که حداقل برخی از بانوان به دنبال سقط جنین مسائل و مشکلاتی را در زمینه سلامت روان تجربه می کنند که این میتواند به دلیل فشارهای محیطی مختلف یا تصمیم گیری بدون توجه به باورها و گرایش های مذهبی و اخلاقی شخص باشد که منجر به دشواری در انطباق با شرایط جدید گردد.

همچنین توجه به ریسک فاکتورهای مشخص شده و تحقیقات بیشتر برای شناسایی گروه های تحت خطر و فراهم نمودن شرایط مراقبتی و حمایتی با ارائه خدمات مشاوره ای دقیق تر و آماده سازی پروتکل های مشخص در این زمینه می تواند کمک شایانی به تصمیم گیری دقیق و بدون سو گیری، پیشگیری و کاهش اثرات منفی سقط جنین بر سلامت روان بانوانی که در این شرایط قرار می گیرند باشد.

و در آخر، زمینه های پژوهشی مختلف به خصوص در زمینه تحقیقات طولی که می تواند در حیطه های مختلف وابسته به این موضوع وارد شده و کمبود تحقیقات در این زمینه ها را جبران نماید.

مراجع

- رهبر، ناهید. قربانی، راهب. موذن، صدیقه. ستوده اصل، نعمت اله. (۱۳۸۸). ارتباط سقط خودبه خودی و سلامت عمومی. سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.
- Athanasiou R, Ooppel W, Michelson L, et al. (1973). Psychiatric sequelae to term birth and induced early and late abortion: a longitudinal study *Fam Plann Perspect* 1; 5(4): 227– 231.
- Baker A. and Beresford T. (2009). Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M, Lichtenberg E, Borgatta L, et al. (eds) *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Chichester: Wiley-Blackwell, <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=iK7xrRr2p9sC&oi=fnd&pg=PA27&dq=Management+of+Unintended+and+Abnormal+Pregnancy:+Comprehensive+Abortion+Care&ots=S1VJfHUdVD&sig=C5Yqy9jPROhk2wPikMS87GTWTo#v=onepage&q=ManagementofUnintendedandAbnormalPregna>
- Burke T. and Reardon D. C. (2007). *Forbidden grief: the unspoken pain of abortion*. Springfield, IL: Acorn Books, 334 pp.

¹ stress creator

² stress reliever

- Fergusson D. M., Horwood L. J. and Boden J. M. (2013). Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry*; 47(9): 819–827.
- Hoekzema E., Barba-Muller E., Pozzobon C., et al. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*; 20: 287–296.
- Jones E. F. and Forrest J.D. (1992). Underreporting of abortion in surveys of U.S. women: 1976 to 1988. *Demography*; 29(1): 113–126.
- Jones R., Singh S., Finer L., et al. (2006) Repeat abortion in the United States. Occasional report no. 29. New York, <http://www.popline.org/node/563305>
- Layer S. D. (2004). Postabortion grief: evaluating the possible efficacy of a spiritual group intervention. *Res Soc Work Pract*; 14(5): 344–350.
- Lehmann C. (2003). Psychiatrists can play critical role in pregnancy decisions. *Psychiatr News*; 38(13): 8–43.
- MacNair R. M. (2016). Peace psychology perspectives on abortion. Kansas City, MO: Feminism & Nonviolence Studies Association, p. 316.
- Major B. (2003). Psychological implications of abortion—highly charged and rife with misleading research. *CMAJ*; 168(10): 1257–1258.
- Major B., Appelbaum M., Beckman L., et al. (2008) Report of the APA Task Force on mental health and abortion. Washington, DC: American Psychological Association, 105 pp, <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>
- Major B., Appelbaum M., Beckman L., et al. (2009). Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol*; 64(9): 863–890.
- Major B., Cozzarelli C., Cooper M. L., et al. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*; 57(8): 777–784.
- Major B., Richards C., Cooper M. L., et al. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol*; 74(3): 735–752.
- Miller W. B., Pasta D. J. and Dean C. L. (1998). Testing a model of the psychological consequences of abortion. In: Beckman LJ and Harvey SM (eds) *The new civil war: the psychology, culture, and politics of abortion*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 235–267.
- Munk-Olsen T., Laursen T. M., Pedersen C. B., et al. (2012). First-time first-trimester induced abortion and risk of readmission to a psychiatric hospital in women with a history of treated mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 69(2): 159–165.
- Ney P. G. and Wickett A. R. (1989). Mental health and abortion: review and analysis. *Psychiatr J Univ Ott*; 14(4): 506–516.
- Reardon D. C. (1987). *Aborted women, silent no more*. Chicago, IL: Loyola University Press, 373 pp.
- Reardon D. C. (2016). Missed opportunities and overstated results in anxiety and quality of life study following termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 96: 382.
- 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 Volume 6: 1– 38. sagepub.com/journals-permissions/10.1177/2050312118807624

- Reardon D. C. and Thorp J. M. (2017). Pregnancy associated death in record linkage studies relative to delivery, termination of pregnancy, and natural losses: a systematic review with a narrative synthesis and meta-analysis. SAGE Open Med; 5: 205031211774049.
- Romans S. (2013). Asking the unanswerable: stymied again by the impossibility of sensible controls. Aust N Z J Psychiatry; 47(9): 802–804.
- Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, et al. (2004). Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. Med Sci Monit; 10(10): SR5–SR16.
- Schmiede S. and Russo N. F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. BMJ; 331(7528): 1303.
- Steinberg J. R. and Russo N. F. (2008). Abortion and anxiety: what's the relationship? Soc Sci Med; 67(2): 238–252 .
- Steinberg J. R., Trussell J., Hall K. S., et al. (2012). Fatal flaws in a recent meta-analysis on abortion and mental health. Contraception; 86(5): 430–437.
- Steinberg J. R. and Tschann J. M. (2013). Childhood adversities and subsequent risk of one or multiple abortions. Soc Sci Med; 81: 53–59.
- Sullins D. P. (2016). Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: thirteen-year longitudinal evidence from the United States. SAGE Open Med; 4: 2050312116665997.
- Wilmoth G. H. (1992). Abortion, public health policy, and informed consent legislation. J Soc Issues; 48(3): 1–17.
- Zimmerman M. K. (1977). Passage through abortion: the personal and social reality of women's experiences. New York: Praeger Publishers, 238.