journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2023 Aug;29(2):80-89 Volume 29, Issue 2, Summer 2023 Research Article

Evaluation of Ethical Aspects of Legal Abortion From the Viewpoint of Pregnant Women Referring to the Forensic Medicine Center in Iran

Mahboubeh Valiani[1] PhD, Gita Montazery[2] MD, Ali Mohammad Sabzghabaee[3] PharmD, Somayeh Hamdavipour[1*] MSc

[1] Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[2] Legal Medicine Research Center, Iranian Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

[3] Isfahan Clinical Toxicology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[4] Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran3

***Correspondence to:** Somayeh Hamdavipour, Email: s.hamdavipour@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: March 15, 2023

Accepted: August 14, 2023

Online Published: August 20, 2023

Keywords:

Medical ethics

Pregnant women

Legal abortion

Iran

HIGHLIGHTS

1. Women who choose to undergo a legal abortion are often influenced by a variety of factors, including their spouse, family, society, culture and religious beliefs.
2. The principle of medical ethics needed to be observed by medical staff in dealing with women who seek legal abortion, and their mental and family conditions should also be considered.

ABSTRACT

Introduction: Abortion has long been a complex and challenging issue in many societies. Abortion refers to the spontaneous or induced termination of a pregnancy before the fetus reaches a stage of viability. Women's decisions regarding legal abortion are influenced by a range of factors, including their husbands, families, societies, cultures, and religious beliefs, which encompass various dimensions. Thus, the present study aimed to investigate the ethical aspects of legal abortion from the perspective of pregnant women attending Iran's forensic medicine center.

Methods: This descriptive-analytical and cross sectional study was conducted in 2019. The research samples included pregnant women referring to the forensic medicine of Isfahan city to obtain a legal abortion license. A total of 229 participants were selected using convenience sampling method. The data collection tool was a researcher-developed questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods in the SPSS software.

Results: In the present study, the highest and lowest mean scores of ethical aspects of legal abortion belonged to autonomy (36.20±3.01) and justice (17.24±2.45) respectively. The mean scores of ethical aspects of legal abortion did not show significant differences between women with wanted and unwanted pregnancies ($P<0.05$).

Conclusion: Women's autonomy in doing a legal abortion had the highest score, while justice in legal abortion had the lowest score. Given the fact that a great percent of mothers agreed that their spouses should support their decisions, it is necessary to examine factors such as the role of spouses, family, doctors, and society in this regard. Determining the ethical aspects (positive or negative) of legal abortion and mothers' viewpoint in this regard can hopefully lead to the design of an appropriate program to improve the conditions governing legal abortion.

How to cite: Valiani M, Montazery G, Sabzghabaee AM, Hamdavipour S. Evaluation of ethical aspects of legal abortion from the viewpoint of pregnant women referring to the forensic medicine center in Iran. Iran J Forensic Med. 2023;29(2):80-9.

Copyright © 2023 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۲۹، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۸۰ تا ۸۹

مقاله پژوهشی

بررسی ابعاد اخلاقی سقط قانونی از دیدگاه زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی در ایران

محبوبه والیانی[۱] PhD، گیتا منتظری[۲] MD، علی‌محمد سبزقبایی[۳] PharmD، سمیه حمداوی‌پور[۴*] MSc

[۱] مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۲] مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
[۳] مرکز تحقیقات سم‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۴] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: سمیه حمداوی پور، پست الکترونیک: s.hamdavipour@gmail.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۴
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۳
انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۵/۲۹

واژگان کلیدی:
اخلاق پزشکی
زنان باردار
سقط قانونی
ایران

نکات ویژه

۱- تصمیم‌گیری زنان برای انجام سقط قانونی تحت تأثیر عواملی همچون همسر، خانواده، جامعه، فرهنگ و اعتقادات مذهبی است.
۲-رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط کارکنان درمانی در برخورد با زنان متقاضی سقط قانونی و توجه به شرایط روحی و خانوادگی آنها اهمیت دارد.

چکیده

مقدمه: سقط جنین از گذشته جزو مسائل چالش‌برانگیز در جامعه بوده است. سقط به صورت خاتمه یافتن خودبه‌خود یا القایی حاملگی قبل از رسیدن جنین به قابلیت حیات تعریف می‌شود. تصمیم‌گیری زنان برای انجام سقط قانونی تحت تأثیر عواملی همچون همسر، خانواده، جامعه، فرهنگ و اعتقادات مذهبی است که شامل ابعاد مختلفی می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعاد اخلاقی سقط قانونی از دیدگاه زنان باردار مراجعه‌کننده به سازمان پزشکی قانونی ایران انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۸ اجرا شد. جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهر اصفهان، برای اخذ مجوز سقط قانونی تشکیل داد. ۲۲۹ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود. اطلاعات به دست آمده توسط روش‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر بیشترین میانگین نمره ابعاد اخلاقی مربوط به متغیر خودمختاری (۳۶/۲۰±۳/۰۱) و کمترین میانگین نمره ابعاد اخلاقی مربوط به عدالت (۱۷/۲۴±۲/۴۵) است. میانگین نمرات هیچ یک از ابعاد اخلاقی سقط قانونی بین زنان با نوع بارداری خواسته یا ناخواسته تفاوت معنادار نداشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: خودمختاری زن در انجام سقط قانونی بیشترین نمره را به خود اختصاص داد اما عدالت در سقط قانونی از کمترین میانگین برخوردار بود. باتوجه به اینکه درصد زیادی از مادران موافق بودند که همسر باید از تصمیم مادر حمایت کند، بررسی عواملی مانند نقش همسران، خانواده، پزشکان و اجتماع در این مورد حائز اهمیت است. امید است که به دنبال تعیین ابعاد اخلاقی (مثبت و یا منفی) در سقط قانونی و همچنین تعیین دیدگاه زنان، بتوان برنامه‌ریزی مناسبی در راستای بهبود شرایط حاکم بر سقط‌های قانونی انجام داد.

مقدمه

سقط به صورت ختم حاملگی قبل از هفته ۲۰ بارداری و یا ختم حاملگی در جنینی با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم که قابلیت حیات خارج رحمی ندارد توصیف شده است [۱]. در ایران در سال ۱۳۹۷، تعداد ۹۷۰۰ نفر مجوز سقط درمانی از سازمان‌های پزشکی قانونی دریافت کرده‌اند [۲] و سقط درمانی (سقط قانونی) با تشخیص قطعی سه پزشک و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توام باشد، قبل از ولوج روح (چهار ماهگی) با رضایت زن مجاز است [۳]. بر اساس بخشنامه سازمان پزشکی قانونی ایران بررسی امکان صدور مجوز سقط درمانی به دستور مقام قضایی یا درخواست زوجین یا معرفی‌نامه پزشک معالج، تنها در ادارات کل پزشکی قانونی استان‌ها انجام می شود [۴]. در حال حاضر، شایع‌ترین اندیکاسیون سقط درمانی، جلوگیری از تولد نوزاد مبتلا به اختلال قابل توجه آناتومیک، متابولیک یا عقلانی است [۱].

برخی مسائل مانند سقط جنین و رابطه پزشک و بیمار در حوزه اخلاق پزشکی سابقه دیرینه دارند و در متون کهن پزشکی نیز مورد

توجــه و بحث قرار گرفته‌اند [۵]. برای اخذ یک تصمیم اخلاقی درمورد ســقط جنین، چند مسئله باید مورد توجه قرار گیرد که شــامل خواســته‌های مادر (زن حامله)، منافع و حقوق جنین از جمله حق حیات او، مرحله رشــد جنیــن و ارزیابی‌های اخلاقی مرتبط با سقط جنین در جامعه است [۳]. در کشورهای غربی ۴ اصل کلیدی برای راهنمایی، پیرامون تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مطرح و مورد اســتفاده هســتند که عبارتند از: ۱- اصل اختیار فردی (اســتقلال فــرد) ، ۲- اصل ســودمندی ، ۳-اصل زیانبار نبودن ، ۴- اصل عدالت [۶].

خودمختاری یعنی هرانسانی، آزاد آفریده شده و می‌تواند در رابطه با وضعیت و شرایط خود تصمیم‌گیری کند [۶]. در مطالعه Svenaeus بیان شــده که ایده خودمختاری در بیمار، حق سقط جنیــن قانونی را برای هر زن به عنوان بخشــی از برنامه اخلاق زیستی و سایر جنبش‌های سیاسی ایجاد کرده است [۷].

اصل ســودمندی یعنی پزشــکان در راســتای مصالح عالیه بیماران عمل کنند و اصل زیانبار نبودن یعنی پزشــکان از ایجاد هرگونه آسیب به بیماران خودداری نمایند [۵]. Svenaeus بیان می‌کنــد که تولد یک نوزاد مبتلا به نقایص بدنی که به شــدت رنج می‌برد و یک زندگی کوتاه دارد، مانند آنانســفالی ، ســندرم ادوارد ، دیستروفی عضلانی و فیبروز کیستیک غیرمسئولانه و غیراخلاقی به نظر می‌رسد [۷].

عدالت به این معناســت که ما مسئولیت معینی را با شرایط معینــی برای درمان بپذیریم و منصفانــه به آن عمل کنیم و به علت تفــاوت در دارایی، موقعیت یا نژاد تفاوتی در خدمات قائل نشویم [۳]. McCallum و همکاران نشان دادند که تبعیض علیه زنان بخشــی جدایی ناپذیر از ساختار، ســازمان‌دهی و فرهنگ بیمارستان‌هاســت و تنها از اقدامات فردی پرسنل مراقبت‌های بهداشتی حاصل نمی‌شود [۸].

یکی از معیارهای احترام به اختیار افراد رازداری، یعنی حفظ اسرار بیمار اســت که هم از جنبه اخلاقی و هم حقوقی اهمیت دارد [۳]. در مطالعه Zulu و همکاران که برای بررسی چالش‌های اخلاقی مراقبت پس از سقط در نوجوانان انجام شد، یکی از این چالش‌ها رازداری و محرمانه بودن اطلاعات بود [۹].

در اخــلاق پزشــکی مبتنی بر اختیار فــردی، گفتن حقایق بیماری به بیمار الزامی است. البته تفاوت‌های فرهنگی گسترده‌ای درمورد میزان و نحوه بیان حقایق و خصوصاً بیان خبر بد وجود دارد [۳]. در مطالعه بادرودین نشــان داده شــد که افشای خبر بد باید با توجه به اصل خیرخواهی، نپذیرفتن و اســتقلال بیمار باشد. این نحوه افشا سبب رضایت بهتر بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی خواهد شد [۱۰].

در این زمینه که برخی جنبه‌های اخلاق پزشــکی در طول سالیان تغییر کرده‌اند شکی وجود ندارد [۵]. رویکرد پزشک‌مدار در بســیاری از کشــورها دیگر جایی ندارد و خدمات سلامت به صورت بیمارمحور ارائه می‌شــود [۳]. علوی‌زاده نشــان داد که بین مراقبت بیمارمحور و پیامدهای ســلامت همبستگی مثبت و معنــادار وجــود دارد [۱۱]. تصمیم‌گیری مــادران برای انجام ســقط قانونی تحــت تأثیر عواملــی همچون همســر، خانواده، جامعــه، فرهنگ و اعتقــادات مذهبی اســت. بنابراین پژوهش حاضر با عنوان بررسی ابعاد اخلاقی سقط قانونی از دیدگاه زنان باردار مراجعه‌کننده به ســازمان پزشــکی قانونی برای به دست آوردن جنبه‌های اخلاقی در زمینه ســقط قانونی، طراحی شــد. در این پژوهش ۵ بعد اخلاقی شامل خودمختاری، سودمندی و زیانبار نبودن، عدالت، رازداری، نحوه اعلام خبر بد مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی در ســال ۱۳۹۸ صورت پذیرفت. هدف از این مطالعه بررسی ۵ بعد اخلاقی از دیدگاه زنان باردار مراجعه‌کننده به ســازمان پزشــکی قانونی اصفهان و دارای مجوز سقط قانونی بود. پژوهش در ســازمان پزشکی قانونی شهر اصفهان و بر روی زنان باردار کمتر از ۱۹ هفته که برای گرفتن مجوز سقط درمانی به پزشــکی قانونی مراجعه کرده بودند، انجام شد. اطلاعات زنان باردار از تاریخ ۱۳۹۸/۸/۶ تا ۱۳۹۸/۱۲/۱ جمع‌آوری شد. حجم نمونــه طبق فرمول کوهن برای تعیین حجم نمونه در مطالعات کمی $n = \frac{z^2 \cdot s^2}{d^2} = \frac{1/96^2 \cdot s^2}{0/13^2 \cdot s^2}$ محاسبه و حداقل ۲۲۸ نفر به‌دست آمد که با احتمال ریزش ۱۰درصد، از ابتدا ۲۵۲ نفر انتخاب شد. در نهایت ۲۲۹ مادر بــاردار به عنوان نمونه‌های مطالعه انتخاب

شـدند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، از نوع در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شـامل رضایت مادر، مادران متقاضی سـقط درمانی، مادران دارای نامه مجوز سـقط قانونی با سـن بارداری مشـخص و مـادران ایرانی و معیارهای خروج شـامل بی‌میلی به ادامه تکمیل پرسشنامه و بارداری نامشروع بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه محقق‌ساخته بود. برای ارزیابی روایی محتوا از نظرات ۲۰ نفر کارشناس خبره، اعضای هیئت علمی گروه مامایی دانشـگاه، کارشناسان اخلاق پزشـکی و متخصص پزشـکی قانونی استفاده شـد. ابتدا تعداد سـوالات ۳۳ عـدد بود. پس از ارزیابی و بررسـی توسـط افراد فوق‌الذکر و جمع‌آوری نظرات اصلاحی آنها ۳ سوال غیرضروری و غیرمرتبط با اهداف پژوهش تشـخیص داده شد و حذف شد. تغییرات لازم در راسـتای افزایش اعتبار محتوای سایر سوالات داده شـد. روایی محتوای این پرسشنامه با CVR بیشتر از ۰/۴۲ و CVI بیشـتر از ۰/۷۹ مـورد تأیید قرار گرفت [۱۲] که در این پرسشـنامه به ترتیب ۰/۴۹ و ۰/۸۳ به‌دسـت آمد. برای تعیین پایایی، پرسشـنامه در اختیار ۲۰ نفر از مادران متقاضی سـقط قرار گرفت و سپس ارزیابی شد. لازم به ذکر است این افراد وارد مطالعه نشـدند. پایایی با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ در نظر گرفته شد [۱۲] که در این پژوهش ۰/۷۴۲ محاسبه شد.

پرسشنامه دارای ۳ قسمت بود. قسمت اول پرسشنامه، فرم جمع‌آوری اطلاعات فردی و اجتماعی (سـن، شغل، تحصیلات، میزان درآمد خانواده، سال ازدواج) را شامل می‌شد. قسمت دوم پرسشنامه، فرم جمع‌آوری مشـخصات باروری (تعداد بارداری، تعداد زایمان‌ها، تعداد سـقط، سـن بارداری، سـابقه ناباروری، خواسـته یا نا خواسـته بودن بارداری، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند مرده) بود.

قسمت سوم شامل پرسشنامه ابعاد اخلاقی سقط قانونی بود که دارای ۵ بعد (اصول خودمختاری، سودمندی و زیانبار نبودن، عدالـت، رازداری، نحـوه اعلام خبر بد) و ۳۰ سـوال و به روش لیکرت ۵ مرحله‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) سنجیده شد. به جواب کاملاً مخالفم نمره یک و به جواب کاملاً موافقم نمره ۵ داده شد. پرسشنامه ترکیبی از سوالات مثبت و منفی بود که در سوالات منفی ترتیب نمره‌دهی معکوس شد.

پژوهشـگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به پزشکی قانونی شـهر اصفهـان مراجعه و پس از معرفـی خود و توضیح اهداف پژوهـش، نمونه‌گیری را آغاز کرد. نمونه‌گیری به صورت در دسـترس، بر اسـاس معیارهای ورود بود و پـس از توضیح اهداف تحقیق، جلب رضایت و تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط واحدهای مورد پژوهش، پرسشنامه‌ها به وسیله پژوهشگر تکمیل شـد. هیچ اطلاعاتی مبنی بر شناسـایی هویت پاسخ دهندگان جمع‌آوری نشـد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. از روش‌های آمار توصیفی (تعداد، درصـد، میانگین و انحـراف معیار) و آمار اسـتنباطی (ضرایب همبسـتگی پیرسون، اسـپیرمن و آزمون t مسـتقل) با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲۹ مادر مورد بررسـی قـرار گرفتند. دامنه سنی مادران مورد بررسی از ۱۸ تا ۴۷ سال و دامنه سنی همسران آنها از ۲۲ تا ۶۲ سـال بود. میانگین سن مادران ۶±۳۱/۳ سال و میانگین سن همسران آنها ۷/۱±۳۵/۲۹ سال بود. ضمناً میانگین مدت زمان ازدواج افراد مورد بررسـی ۶/۰۴±۹/۲۳ سال به دست آمد. اکثر مادران خانه دار (۱۸۳ نفر، ۷۹/۹ درصد) و اکثر همسران دارای شـغل آزاد (۱۱۸ نفر، ۵۱/۵ درصد) بودند. نوع بارداری در اکثر موارد مورد بررسـی (۱۳۹ نفر، ۶۰/۷ درصد) خواسـته بوده است. ضمنا فقط ۹ نفر (۳/۹ درصد) سابقه ناباروری داشتند.

همان‌گونـه که در جدول ۱ مشـخص شـده، از دیدگاه مادران

▼ جدول۱- توصیف آماری نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی از دیدگاه مادران

ابعاد اخلاقی سقط قانونی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
خودمختاری (۹-۴۵)	۳۶/۲۰	۳/۰۱	۲۶	۴۳
سودمندی و زیانبار نبودن (۶-۳۰)	۲۶/۸۴	۲/۷۴	۲۰	۳۰
عدالت (۴-۲۰)	۱۷/۲۴	۲/۴۵	۸	۲۰
رازداری (۷-۳۵)	۲۸/۱۶	۴/۶۳	۷	۳۵
نحوه اعلام خبر بد (۴-۲۰)	۱۹/۲۳	۲/۰۱	۴	۲۰

بیشـــترین میانگین نمـــره ابعاد اخلاقـــی مربوط بـــه خودمختاری (۳۶/۲۰±۳/۰۱) است. رازداری با میانگین (۲۸/۱۶±۴/۶۳) در رتبه دوم است. سودمندی و زیانبار نبودن با میانگین (۲۶/۸۴±۲/۷۴) در رتبه سوم و نحوه اعلام خبر بد با میانگین (۱۹/۲۳±۲/۰۱) در رتبه چهارم قرار گرفته است. کمترین میانگین نمره ابعاد اخلاقی مربوط به عدالت (۱۷/۲۴±۲/۴۵) است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که سن مادران با میانگین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی رابطه معنادار نداشت (P<۰/۰۵). سن همسر با میانگین نمره نحوه اعلام خبر بد رابطه معکوس داشت (P<۰/۰۵) اما با میانگین نمرات سایر ابعاد اخلاقی سقط قانونی رابطه معنادار نداشت (P>۰/۰۵) همچنین مدت زمان ازدواج با میانگین نمره عدالت رابطه معکوس داشت (P<۰/۰۵) اما با میانگین نمرات سایر ابعاد اخلاقی ســقط قانونی رابطه معنادار نداشت (P>۰/۰۵). ضریب همبســتگی اسپیرمن نشان داد که سطح تحصیلات مادر با میانگین نمره رازداری رابطه مستقیم داشت (P<۰/۰۵) اما با نمرات سایر ابعاد اخلاقی ســقط قانونی رابطه معنادار نداشت (P>۰/۰۵). ســطح تحصیلات همسر با میانگین نمره سودمندی رابطه مستقیم داشــت (P<۰/۰۵) اما با نمرات ســایر ابعاد اخلاقی ســقط قانونی رابطه معنادار نداشــت (P>۰/۰۵). سطح درآمد خانواده با میانگین نمره هیچ یک از ابعاد اخلاقی ســقط قانونی رابطه معنادار نداشــت (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

آزمون t مســتقل نشان داد که میانگین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی بین مادران خانه دار و شاغل اختلاف معنادار نداشت (P>۰/۰۵)، (جدول ۳).

جدول ۲- همبستگی بین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی با سن مادر، سن همسر، مدت زمان ازدواج، سطح تحصیلات مادر، سطح تحصیلات همسر و سطح درآمد خانواده

ابعاد اخلاقی سقط قانونی	سن مادر		سن همسر		مدت زمان ازدواج		سطح تحصیلات مادر		سطح تحصیلات همسر		سطح درآمد خانواده	
	r	سطح معناداری *	r	سطح معناداری *	r	سطح معناداری *	r	سطح معناداری **	r	سطح معناداری **	r	سطح معناداری **
خودمختاری	۰/۰۲۹	۰/۶۶	۰/۰۲۱	۰/۷۵	۰/۰۲۶	۰/۷۰	-۰/۰۳۹	۰/۵۵	۰/۰۱۰	۰/۸۸	۰/۰۱۷	۰/۷۹
سودمندی و زیانبار نبودن	۰/۰۴۴	۰/۵۱	-۰/۰۹۲	۰/۱۶	۰/۰۴۰	۰/۵۵	۰/۰۵۸	۰/۳۸	۰/۱۷۴	۰/۰۰۸	۰/۰۲۷	۰/۶۸
عدالت	-۰/۰۵۴	۰/۴۲	-۰/۰۹۶	۰/۱۵	-۰/۱۳۶	۰/۰۴	-۰/۰۸۴	۰/۲۰	-۰/۰۸۹	۰/۱۸	-۰/۰۶۳	۰/۳۴
رازداری	۰/۱۲۷	۰/۰۵۴	۰/۰۱۷	۰/۸۰	-۰/۰۰۷	۰/۹۲	۰/۱۶۲	۰/۰۱	۰/۱۲۳	۰/۰۶	۰/۰۱۶	۰/۸۱
نحوه اعلام خبر بد	-۰/۱۱۵	۰/۰۸	-۰/۱۹۷	۰/۰۰۳	-۰/۱۲۴	۰/۰۶	۰/۰۴۲	۰/۵۳	۰/۱۰۸	۰/۱۰	۰/۱۱۵	۰/۰۸

*ضریب همبستگی پیرسون، **ضریب همبستگی اسپیرمن

جدول ۳- میانگین نمره خودمختاری، سودمندی و زیانبار نبودن، عدالت، رازداری، نحوه اعلام خبر بد و اعتراض وجدان به تفکیک شغل مادران

ابعاد اخلاقی سقط قانونی	شاغل		خانه دار		آزمون t مستقل		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
خودمختاری	۳۶/۱۳	۲/۹۶	۳۶/۲۲	۳/۰۳	۰/۱۸	۲۲۷	۰/۸۶
سودمندی و زیانبار نبودن	۲۷/۵۰	۲/۵۷	۲۶/۶۸	۲/۷۶	۱/۸۳	۲۲۷	۰/۰۷
عدالت	۱۶/۴۹	۳/۰۷	۱۷/۴۳	۲/۲۳	۱/۹۶	۲۲۷	۰/۰۶
رازداری	۲۸/۵۷	۴/۱۹	۲۸/۰۶	۴/۷۴	۰/۶۶	۲۲۷	۰/۵۱
نحوه اعلام خبر بد	۱۹/۶۷	۰/۸۷	۱۹/۱۲	۲/۱۹	۱/۶۸	۲۲۷	۰/۰۹

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی بین مادران با مشاغل مختلف همسرانشان تفاوت معنادار نداشت (P>۰/۰۵)، (جدول ۴).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که تعداد زایمان و تعداد فرزند زنده با میانگین نمره نحوه اعلام خبر بد رابطه معکوس داشت (P<۰/۰۵) اما با میانگین نمرات سایر ابعاد اخلاقی سقط قانونی رابطه معنادار نداشت (P>۰/۰۵). بین تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد فرزند مرده و سن بارداری اخیر با میانگین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی رابطه معنادار وجود نداشت (P>۰/۰۵)، (جدول ۵).

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمرات هیچ یک از ابعاد اخلاقی سقط قانونی بین مادران با نوع بارداری خواسته یا

▼ جدول۴- میانگین نمره خودمختاری، سودمندی و زیانبار نبودن، عدالت، رازداری، نحوه اعلام خبر بد و اعتراض وجدان به تفکیک شغل همسران

ابعاد اخلاقی سقط قانونی	کارمند		آزاد		سایر		آزمون آنالیز واریانس		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	درجه آزادی	سطح معناداری
خودمختاری	۳۶/۱۳	۳/۱۳	۳۶/۱۹	۲/۹۹	۳۶/۳۱	۲/۹۴	۰/۰۵	۲ و ۲۲۶	۰/۹۵
سودمندی و زیانبار نبودن	۲۷/۳۸	۲/۶۸	۲۶/۸۱	۲/۶۵	۲۶/۲۷	۲/۹۲	۲/۳۰	۲ و ۲۲۶	۰/۱۰
عدالت	۱۷/۰۳	۲/۴۶	۱۷/۱۸	۲/۵۸	۱۷/۶۴	۲/۰۹	۰/۹۲	۲ و ۲۲۶	۰/۴۰
رازداری	۲۸/۶۶	۴/۰۱	۲۷/۸۲	۴/۹۰	۲۸/۳۵	۴/۷۱	۰/۷۰	۲ و ۲۲۶	۰/۵۰
نحوه اعلام خبر بد	۱۹/۵۹	۱/۰۴	۱۹/۲۸	۲/۰۹	۱۸/۶۸	۲/۵۴	۲/۹۵	۲ و ۲۲۶	۰/۰۵۴

▼ جدول۵- ضرایب همبستگی پیرسون بین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی با تعداد بارداری، زایمان، سقط، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند مرده و سن بارداری اخیر

ابعاد اخلاقی سقط قانونی		رازداری	عدالت	سودمندی و زیانبار نبودن	خودمختاری	ابعاد اخلاقی سقط قانونی
تعداد بارداری	r	۰/۰۰۱	-۰/۰۵۶	۰/۰۱۶	۰/۰۴۳	-۰/۱۱۱
	سطح معناداری	۰/۹۹	۰/۴۰	۰/۸۰	۰/۵۲	۰/۰۹
تعداد زایمان	r	۰/۰۳۲	-۰/۰۴۰	۰/۰۳۵	-۰/۰۳۵	-۰/۱۷۵
	سطح معناداری	۰/۶۳	۰/۵۴	۰/۶۰	۰/۶۰	۰/۰۰۸
تعداد سقط	r	-۰/۰۴۹	-۰/۰۴۲	-۰/۰۱۴	۰/۱۲۹	۰/۰۲۸
	سطح معناداری	۰/۴۶	۰/۵۳	۰/۸۳	۰/۰۵۱	۰/۶۷
تعداد فرزند زنده	r	۰/۰۷۰	-۰/۰۴۶	۰/۰۴۵	-۰/۰۶۵	-۰/۱۹۵
	سطح معناداری	۰/۲۹	۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۳۳	۰/۰۰۳
تعداد فرزند مرده	r	-۰/۱۰۴	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۲	۰/۰۶۶	۰/۰۲۵
	سطح معناداری	۰/۱۱	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۳۲	۰/۷۰
سن بارداری اخیر	r	-۰/۰۴۲	۰/۰۰۹	۰/۰۵۸	-۰/۰۱۹	۰/۰۷۰
	سطح معناداری	۰/۵۳	۰/۹۰	۰/۳۸	۰/۷۷	۰/۲۹

▼ جدول۶- میانگین نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی به تفکیک نوع بارداری

ابعاد اخلاقی سقط قانونی	خواسته		ناخواسته		آزمون t مستقل		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
خودمختاری	۳۶/۲۴	۳/۰۱	۳۶/۱۳	۳/۰۳	۰/۲۷	۲۲۷	۰/۷۸
سودمندی و زیانبار نبودن	۲۷/۰۲	۲/۵۸	۲۶/۵۷	۲/۹۵	۱/۲۳	۲۲۷	۰/۲۲
عدالت	۱۷/۳۸	۲/۲۹	۱۷/۰۲	۲/۶۷	۱/۰۹	۲۲۷	۰/۲۸
رازداری	۲۸/۵۰	۴/۲۷	۲۷/۶۴	۵/۱۲	۱/۳۶	۲۲۷	۰/۱۷
نحوه اعلام خبر بد	۱۹/۳۸	۱/۳۶	۱۹	۲/۷۱	۱/۲۴	۲۲۷	۰/۲۲

ناخواسته تفاوت معنادار نداشت (P>۰/۰۵)، (جدول ۶).

بحث

در مطالعه فعلی بالاترین میانگین نمره کسب شده مربوط به خودمختاری (۳/۰۱±۳۶/۲۰) است که با مطالعه وثوق تقی دیزج و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. آنها در مطالعه خود بیان کرده‌اند یکی از نقاط قوت در ارائه خدمات در مرکز ناباروری پژوهشگاه رویان امکان مشارکت زوجین در تصمیم‌گیری‌ها درصورت تمایل ایشان است [۱۳]. نتایج مطالعه Zareba و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که ۹۵ درصد زنان برای سقط جنین به نظر جامعه اهمیت نمی‌دهند که پژوهش حاضر با این مطالعه همسو است [۱۴]. در مطالعه حاضر ۶۸/۶ درصد بیان کردند که نظر اطرافیان (همسایه‌ها، دوستان، بستگان و ...) در تصمیم‌گیری مادر برای سقط جنین قانونی اهمیت ندارد. در مطالعه Molina-Mula و Gallo-Estrada (۲۰۲۰) نشان داده شد که بیمار به دلیل ویژگی‌های روابط پرستار با بیمار، در تصمیم‌گیری برای درمان و مراقبت از خود، مختار نیست. در این مقاله نتیجه‌گیری شد که نقش منفعل بیمار در بخش‌های بستری بیشترین تجلی را پیدا می‌کند [۱۵]. در مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۵) کمترین میزان رعایت حقوق بیماران مربوط به میزان رعایت حق انتخاب روش درمانی بود که نتایج پژوهش حاضر با این مطالعه مطابقت ندارد [۱۶]. این موضوع می‌تواند بیانگر این باشد که بیماران در زمان بستری قدرت انتخاب کمتری نسبت به زمانی که هنوز بستری نشده‌اند، دارند. در مطالعه Frederico و همکاران (۲۰۱۸) مشخص شد ۴ عامل تکرارشونده وجود داشته که بر روند تصمیم‌گیری زنان جوان درمورد سقط جنین تأثیر منفی گذاشته است. عامل اول فقدان استقلال زنان برای تصمیم‌گیری درمورد خاتمه حاملگی است. در اکثر زنان تصمیم‌گیری درمورد خاتمه حاملگی بیشتر توسط دیگران (والدین، اعضای خانواده و شرکای جنسی) و گاه مخالف خواست آنها انجام می‌شود [۱۷]. Frederico و همکاران عامل دوم را تأثیر بیش از حد ارائه‌دهندگان خدمات بر تصمیم‌گیری مادران درمورد مکان، روش‌های مورد استفاده و قانونی بودن مراحل سقط جنین بیان کردند [۱۷].

در مطالعه حاضر بعد رازداری با میانگین ۴/۶۳±۲۸/۱۶ در رتبه دوم رعایت شده است. در مطالعه‌ای که توسط محمدی و همکاران (۱۳۹۵) درمورد نگرش بیماران درمورد حریم خصوصی و رازداری در بیمارستان‌های منتخب تهران انجام شد، مشخص شد اکثر بیماران دارای نگرش تا حدی مثبت درمورد حفظ حریم خصوصی و رعایت رازداری توسط پزشک هستند که پژوهش حاضر با این مطالعه همسو است. در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۵) اکثر بیماران با بیان کردن اطلاعات به بستگان یا تیم پزشکی (حتی بدون اجازه بیمار) موافق بودند [۱۸]. طبق مطالعه Zareba و همکاران (۲۰۱۸)، ۹۷ درصد از زنان شریک زندگی خود، ۸۲ درصد نزدیکترین اعضای خانواده و ۳۲ درصد دوستان خود را مطلع کرده بودند [۱۴]. در این مطالعه کسب اطلاع افراد خانواده ۷۱/۹ درصد و کسب اطلاع نزدیک‌ترین دوستان ۵۱/۸ درصد از دیدگاه مادران بلامانع بود. در مطالعه Tariq و Hackert (۲۰۱۸) بیان شده که در قوانین انتقال و پاسخگویی الکترونیک

بیمه سلامت، اجازه افشای اطلاعات بهداشتی را به همسر، والدین، سرپرستان قانونی و سایر مراقبینی که درگیر مراقبت از بیمار هستند، بدون داشتن توافق رسمی از طرف بیمار می‌دهد [۱۹]. طبق نتایج مطالعه Jolly و همکاران (۲۰۱۹) مضامین مهمی پدید آمد که ازجمله آنها اهمیت مشارکت یک زن در تصمیم‌گیری و درصورت لزوم حفظ اسرار است [۲۰]. در مطالعه عرب و همکاران (۱۳۹۵) در مجموع بالاترین امتیاز در پژوهش، هم از دیدگاه پرستاران و هم از دیدگاه بیماران به دو بعد حفظ اسرار بیمار و رعایت شأن بیمار و احترام به او اختصاص یافت [۲۱]. مطالعه‌ای توسط Chekol و همکاران (۲۰۱۶) در اتیوپی با عنوان ابعاد رضایت بیمار از مراقبت جامع از سقط جنین انجام شد، نشان داد که مهم‌ترین عامل رضایت زنان از مراقبت‌های سقط جنین مربوط به حریم خصوصی و رازداری است [۲۲].

در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۵) متغیرهای سن، جنس، شهری و روستایی، تحصیلات، بخش بستری و روزهای بستری بر روی نگرش بیماران مورد مطالعه تأثیری نداشته است [۱۸]. در مطالعه حاضر سطح تحصیلات مادر با نمره رازداری ارتباط مستقیم داشت. این امر می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که افزایش تحصیلات مادران با افزایش آگاهی آنها در این زمینه همراه است، در نتیجه رازداری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. همچنین تعدادی از مادران تحصیل‌کرده در جامعه مشغول به کار هستند و ممکن است به همین دلیل موضوع رازداری برای آنها از اهمیت بیشتری برخوردار باشد.

در مطالعه حاضر بعد سودمندی و زیانبار نبودن با میانگین ۲۶/۸۴±۲/۷۴ در رتبه سوم رعایت شده است. در مطالعه معارفی و همکاران (۱۳۹۲) مشخص شد کمترین میانگین به دست آمده از بین کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه تعهد حرفه‌ای مربوط به «توضیح صادقانه به بیماران درصورت وقوع اشتباه در اقدامات پرستاری» بوده است [۲۳]. در مطالعه‌ای که توسط Andersson و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد بیان شده که اینترنت، دوستان، والدین و اطلاعات کارمندان منابع مشترک برای کسب اطلاعات در شرکت‌کنندگان بوده است. تقاضا برای توضیحات دقیق‌تر درمورد روند سقط برای احساس آرامش و امنیت در وضعیت سقط جنین وجود داشت. در این مطالعه اینترنت راهی برای تأیید اطلاعات به دست آمده بود [۲۴]. این موضوع می‌تواند نشانه توضیح ناکافی پزشکان و پرسنل درمانی درمورد روش‌های درمان سقط، عوارض و مزایای سقط درمانی باشد، در نتیجه مادران در تصمیم‌گیری برای انجام سقط جنین دچار مشکل شوند. در مطالعه Andersson و همکاران (۲۰۱۴) بیان شده تمام زنانی که به علت ناهنجاری جنینی سقط جنین کرده بودند، تحصیلات دانشگاهی داشتند اما سطح تحصیلات در زنانی که به علت بارداری ناخواسته سقط جنین کرده بودند از دبستان تا دانشگاه متفاوت بود [۲۴] در مطالعه حاضر سطح تحصیلات همسر با نمره سودمندی رابطه مستقیم داشت. این امر می‌تواند نشانه این باشد که افزایش تحصیلات با افزایش آگاهی زنان و مردان در این زمینه همراه است و سلامت مادر و جنین و درمان موثر آنان، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

در مطالعه حاضر بعد نحوه اعلام خبر بد با میانگین ۱۹/۲۳±۲/۰۱ در رتبه چهارم رعایت شده است. در مطالعه‌ای مروری با عنوان گفتن خبر بد به بیمار و جوانب مختلف آن که توسط پارسا و همکاران (۱۳۹۰) انجام شد، نتیجه‌گیری شد که رویه غالب در اکثر کشورها آشکار کردن تشخیص بیماریهای صعب‌العلاج یا لاعلاج است، اما به هر حال این موضوع در فرهنگ‌های شرقی هنوز عمومیت پیدا نکرده است [۲۵]. در مطالعه حاضر ۹۷/۴ درصد از مادران و ۹۶/۵ درصد از پدران خبر لزوم انجام سقط جنین برایشان ناراحت‌کننده بوده است. همچنین ۹۷/۸ درصد از مادران بیان کردند که پزشکان و کارکنان درمانی باید درمورد روش اعلام خبر بد لزوم سقط جنین قانونی به مادران مهارت کافی داشته باشند.

در مطالعه حاضر سن همسر با نمره نحوه اعلام خبر بد رابطه معکوس داشت، همچنین تعداد زایمان و تعداد فرزند زنده با نمره نحوه اعلام خبر بد رابطه معکوس داشت. این موضوع می‌تواند نشانه این باشد که در همسران جوان‌تر، مادرانی که تعداد فرزند کمتری دارند یا تعداد زایمان کمتری دارند باید بیان خبر بد با مهارت بیشتری صورت بگیرد. همچنین با توجه به شرایط روحی، اجتماعی و خانوادگی افراد برای آن وقت گذاشته شود.

در مطالعه حاضر کمترین میانگین مربوط به عدالت (۱۷/۲۴±۲/۴۵) است. در مطالعه عزیزی و همکاران کمترین

میزان ضرورت توجه به حقوق بیماران مربوط به حق دسترسی به امکانات است [۱۶]. در مطالعه‌ای که توسط Madeiro و Rufino (۲۰۱۷) انجام شد بیان شده است که توسط ۲۶ زن، به‌خصوص در بین افرادی که سقط القایی داشته‌اند، اعمال تبعیض آمیز و بدرفتاری حین مراقبت گزارش شده و مطالعه حاضر با این نتایج همسو است [۲۶]. در مطالعه معارفی و همکاران مشخص شد بیشترین میانگین به دست آمده از بین کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه خدمات بالینی مربوط به «توجه بدون تبعیض» است و مطالعه حاضر با این مطالعه همسو نیست [۲۳].

در مطالعه Zareba و همکاران (۲۰۱۹) نتایج نشان داد که عوامل محیطی مانند سن، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی تأثیری بر روند تصمیم‌گیری ندارند [۲۷]. نتایج مطالعه حاضر نیز با این مطالعه همسو است که نشان داد سن مادر، شغل مادر و همسر، سطح درآمد خانواده و نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته) با نمرات ابعاد اخلاقی سقط قانونی رابطه‌ای نداشت.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر در بررسی ابعاد اخلاقی (در مقوله سقط قانونی در ایران) و بررسی ۵ مولفه آن، بیشترین ارتباط مربوط به متغیر خودمختاری و کمترین مربوط به عدالت بود. با توجه به اینکه درصد زیادی از مادران موافق بودند که همسر باید از تصمیم مادر حمایت کند، بررسی عواملی مانند نقش همسران، خانواده، پزشکان و اجتماع در این مورد حائز اهمیت است. پرسنل گروه مامایی، پرستاری و پزشکی نیز باید آموزش‌های تئوری و عملی را درمورد رعایت اصول اخلاقی ببینند تا بتوانند رابطه‌ای مناسب و محترمانه با مادران برقرار کنند، در نتیجه کیفیت مراقبت و درمان افزایش یابد و سبب بهبود مدیریت وضعیت‌های دشوار شود. امید است که به دنبال تعیین ابعاد اخلاقی (مثبت و یا منفی) در سقط قانونی و همچنین تعیین دیدگاه زنان، بتوان برنامه‌ریزی مناسبی در راستای بهبود شرایط حاکم بر سقط‌های قانونی انجام داد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران برای انجام مطالعه حاضر از همکاری پرسنل پزشکی قانونی اصفهان و از زنان بارداری که مجوز سقط گرفته بودند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تأییدیه اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.406 مورد تأیید قرار گرفت. رضایت کتبی آگاهانه از واحدهای پژوهش گرفته شد و کلیه اطلاعات نزد پژوهشگر به صورت محرمانه باقی ماند. همچنین این مطالعه براساس دستورالعمل‌ها و مقررات کمیته اخلاق، و با رعایت حقوق واحدهای پژوهش انجام شد.

تعارض منافع: همه نویسندگان بیان کردند که در این مطالعه تعارض منافع ندارند.

سهم نویسندگان: محبوبه والیانی: تهیه طرح پژوهش، تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله (۳۰ درصد)؛ گیتا منتظری: مشاور قانونی طرح و جمع‌آوری داده‌ها (۲۰ درصد)؛ علی محمد سبزقبایی: ایده طرح و بازبینی مقاله (۲۰ درصد)؛ سمیه حمداوی پور: ترجمه متون، جمع‌آوری داده‌ها و تدوین مقاله (۳۰ درصد).

منابع مالی: تمام هزینه‌های این طرح توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین شد.

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. New York: McGraw-Hill Medical; 2014.
2. Masjedi Arani A. Head of Forensic Medicine: Abortion statistics are a wake-up call for the country's health system. Tehran: Islamic Repubic News Agency, 2020. [Persian]. Available from: https://www.irna.ir/news/83663050/.
3. Larijani B. Physician and ethical considerations. 2nd ed. Tehran: Baraye Farda; 2016. p. 64-420. [Persian]
4. Ministry of Health and Medical Education. Familiarity with medical abortion cases. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2018. [Persian]. Available from: https://behdasht.gov.ir/.
5. Taghizadeh M, Jafari N, Rezaei Mirqaed O, Suri M, Shams Akhtari A, Mahmoudi S, et al. Textbook of Medical Ethics. 1st ed. Tehran: Babazadeh; 2016. p. 13-36. [Persian]
6. Rahimi Madiseh M, Ayazi Z. Ethics and professional ethics for professions and nursing, midwifery and paramedical students. 1st Edition. Tehran: Jame-e-Negar; 2015. 5-30 pp. [Persian]
7. Svenaeus F. Phenomenology of pregnancy and the ethics of abortion. Med Health Care Philos. 2018;21(1):77-87. doi: https://doi.org/10.1007/s11019-017-9786-x.
8. McCallum C, Menezes G, Reis AP. The dilemma of a practice: experiences of abortion in a public maternity hospital in the city of Salvador, Bahia. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2016;23(1):37. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004.

9. Zulu JM, Ali J, Hallez K, Kass N, Michelo C, Hyder AA. Ethics challenges and guidance related to research involving adolescent post-abortion care: a scoping review. Reprod Health. 2018;15(1):71. doi: https://doi.org/10.1186/s12978-018-0515-6.
10. Badruddin S. Ethics of breaking sad news to patient by health care professionals: Pakistan perspective. J Clin Res Bioeth. 2016;7(1):261. doi: http://dx.doi.org/10.4172/2155-9627.1000261
11. Alavizade M, Nasiripour A, Jadidi R. The Relationship between Patient-Centered Care and Health Outcomes in a Hospital: Tehran. Nursing Developement in Health. 2016;7(2):17-25. [Persian]
12. Mohammadbeigi A, Mohammad salehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurmentS in Health Applied Researches. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;13(12):1153-70. [Persian]
13. Vosough Taqi Dizaj A, Ezabadi Z, Takbiri A, Baniasadi A. Infertility care in Royan Institute: a patient centeredness analysis. Payesh. 2016;15(3):325-32. [Persian]
14. Zarba K, Makara-Studziska M, Ciebiera M, Gierus J, Jakiel G. Role of social and informational support while deciding on pregnancy termination for medical reasons. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(12):2854. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15122854.
15. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(3):835. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17030835.
16. Azizi M, Hashemipor B, Barati H, Barati M, Vakili M. The assessment of observing patients' right and its Necessity from View of Nurses in educational hospitals of Yazd, 2014. Journal of Nurse and Physician Within War. 2016;4(10 and 11):36-43. [Persian]
17. Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors influencing abortion decision-making processes among young women. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(2):329. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15020329.
18. Mohammadi M, Dayyani Tilaki MS, Larijani B. Patients' attitudes about privacy and confidentiality in selected hospitals in Tehran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2017;9(6):5-19. [Persian]
19. Tariq RA, Hackert PB. Patient Confidentiality. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Aug 24.
20. Jolly Y, Aminu M, Mgawadere F, van den Broek N. "We are the ones who should make the decision"–knowledge and understanding of the rights-based approach to maternity care among women and healthcare providers. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):42. doi: https://doi.org/10.1186/s12884-019-2189-7.
21. Arab M, Hamouzadeh P, Yousefvand M, Namani F, Abdi M. Comparison of Patient-Centered Situation in Selected Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences from the Viewpoint of Nurses and Patients. Journal of Hospital. 2016;15(3):31-9. [Persian]
22. Chekol BM, Abdi DA, Adal TA. Dimensions of patient satisfaction with comprehensive abortion care in Addis Ababa, Ethiopia. Reprod Health. 2016;13(1):144. doi: https://doi.org/10.1186/s12978-016-0259-0.
23. Maarefi F, Ashktorab T, Abbaszadeh A, Alavi Majd H. Investigating the viewpoints of patients regarding the compliance of codes of professional ethics by nurses at Jahrom hospitals of Medical Sciences 2013. Bioethics J. 2013;3(10):35-57. [Persian] doi: https://doi.org/10.22037/.v3i10.13817.
24. Andersson I-M, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. PLoS One. 2014;9(12):e115957. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115957.
25. Parsa M, Bagheri A, Larijani B. Telling bad news and its various aspects. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011; 4(6):1-14. [Persian]
26. Madeiro AP, Rufino AC. Maltreatment and discrimination in induced abortion care: perception of women in Teresina, State of Piauí, Brazil. Cien Saude Colet. 2017;22(8):2771-80. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016.
27. Zarba K, La Rosa VL, Ciebiera M, Makara-Studziska M, Gierus J, Jakiel G. Psychosocial Profile and Reproductive Decisions of Women Undergoing Pregnancy Termination for Medical Reasons—A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(18):3413. doi: https://org/10.3390/ijerph16183413.