QUALITATIVE RESEARCH

Exploring the Perceptions of Women Without Prior Pregnancy Regarding Induced Abortion: A Conventional Content Analysis

Mahsa Sharifnejad[1],
Mahsa Khoshnam rad[2],
Razieh Lotfi[3],
Zohreh Mahmoudi[4]

[1] MSc Student in Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[2] PhD in Reproductive Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[3] PhD in Reproductive Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[4] PhD in Social Determinants of Health Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

(Received April 13, 2025; Accepted September 3, 2025)

Abstract

Background and purpose: Induced abortion is a significant health and ethical concern in every society. Understanding the perceptions of individuals who have undergone induced abortion can aid in planning efforts to reduce its incidence. This study aimed to explore the knowledge and perceptions of women without prior pregnancy experience regarding induced abortion.

Materials and methods: This qualitative study employed a conventional content analysis approach and was conducted in eastern Tehran Province between 2024 and 2025. The participants comprised 15 women who had undergone abortion during their first pregnancy. Purposeful sampling was used. Semi-structured interviews were conducted at a healthcare center in eastern Tehran Province. The data were analyzed inductively using the Graneheim and Lundman methodology.

Results: Out of the initial codes, a total of 385 final codes were obtained. Three main categories emerged: "Decision-making contexts for abortion," "Encounter process and actions taken regarding abortion," and "Living with the multifaceted consequences of abortion." These categories comprised three, four, and two subcategories, respectively. The category "Decision-making contexts for abortion" included subcategories such as idealism in achieving personal goals, insufficient reproductive health literacy, and the normalization of abortion within social networks. The category "Encounter process and actions taken regarding abortion" comprised subcategories such as denial and delay in accepting pregnancy, urgency in decision-making, and concealment and social isolation. The category "Living with the multifaceted consequences of abortion" encompassed subcategories such as experiencing physical complications and psychological and emotional distress.

Conclusion: This qualitative study demonstrates that choosing to have an induced abortion is a complex process involving three main dimensions: influencing factors, the decision-making process, and post-abortion experiences. Women's experiences are shaped by individual, social, and cultural factors. Developing comprehensive pre-abortion support and counseling interventions is essential to reduce psychosocial harm and enhance women's well-being.

Keywords: induced abortion, women's perceptions, reproductive health, health literacy, qualitative research

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (249): 84-94 (Persian).

Corresponding Author: Mahsa Khoshnam rad - Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
(E-mail: m.khoshnamrad@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۹ مهر سال ۱۴۰۴ (۹۴-۸۴)

تبیین درک زنان بدون سابقه بارداری از تجربه سقط القایی، یک تحلیل آنالیز محتوای قراردادی

مهسا شریف نژاد[۱]
مهسا خوشنام راد[۲]
راضیه لطفی[۳]
زهره محمودی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: سقط القایی از مسائل مهم سلامت و اخلاق در هر جامعه است. تبیین درک افرادی که اقدام به سقط القایی کرده‌اند، می‌تواند به برنامه‌ریزی در جهت کاهش آن کمک کند. این مطالعه با هدف تبیین درک زنان بدون سابقه بارداری، از سقط القایی، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: مطالعه به روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود و در سال ۱۴۰۳ در شرق استان تهران انجام شد. شرکت کنندگان ۱۵ نفر از زنانی بودند که در اولین بارداری خود اقدام به سقط کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و مصاحبه‌ها در یکی از مراکز بهداشتی شرق استان تهران انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. داده‌های جمع‌آوری شده به سبک استقرایی و به روش گرانهایم لاندمن کدگذاری، طبقه‌بندی و تحلیل شد.

یافته‌ها: دراین مطالعه از مجموع کدهای اولیه، ۳۸۵ کد نهایی به دست آمد. سه طبقه اصلی، بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط، فرآیند مواجهه و اقدام به سقط و زیستن با پیامدهای چند وجهی سقط ایجاد شد که به ترتیب دارای سه، چهار و دو زیر طبقه بودند. طبقه بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط شامل زیر طبقات ایده‌آل‌گرایی در تحقق اهداف فردی، سواد سلامت باروری ناکافی، عادی‌سازی سقط در شبکه اجتماعی، زیر طبقات طبقه فرآیند مواجهه و اقدام به سقط شامل انکار و تأخیر در پذیرش بارداری، فوریت‌گرایی در تصمیم‌گیری و پنهان کاری و انزوای اجتماعی و زیر طبقات طبقه زیستن با پیامدهای چند وجهی سقط، مواجهه با عوارض جسمی و آشفتگی‌های روانی و عاطفی بود.

استنتاج: تصمیم‌گیری برای سقط القایی، فرآیندی چند بعدی است که در سه محور بسترهای مؤثر بر تصمیم‌گیری، فرآیند مواجهه و انتخاب و تجربه پیامدهای بعد سقط قابل تحلیل است. تجربه زنان تحت تأثیر عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی قرار می‌گیرد. طراحی مداخلات جامع حمایتی و مشاوره‌ای پیش از سقط، با هدف کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی و ارتقای سلامت زنان ضرورت دارد.

واژه های کلیدی: سقط القایی جنین، درک زنان، سلامت باروری، سواد سلامت، پژوهش کیفی

مولف مسئول: مهسا خوشنام- کرج: دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج **Email:**m.khoshnamrad@gmail.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج
۲. دکترای بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج
۳. دکترای بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج
۴. دکترای عوامل اجتماعی تعیین کننده مرتبط با سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۱/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۲/۳ تاریخ تصویب : ۱۴۰۴/۶/۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

سقط القایی به معنای پایان دادن عمدی به بارداری از طریق مداخلات پزشکی یا دارویی است و طبق تعریف در محدوده زمانی لانه‌گزینی تا پایان هفته ۲۲ حاملگی انجام می‌شود(۱، ۲). سالانه حدود ۷۳ میلیون مورد سقط القایی در سطح جهان به وقوع می‌پیوندد که می‌تواند قانونی یا بدون مجوز قانونی باشد. طبق آمار جهانی حدود ۳۰ میلیون مورد از سقط‌های القایی ایمن و نیمی دیگر از این سقط‌ها به روش ناایمن انجام می‌شود(۳، ۴). معمولاً ارائه آمار دقیق از شیوع تعداد موارد سقط‌های القایی دشوار است. میزان ثبت و گزارش شده سقط القایی در کشورهای مختلف بر اساس قوانین موجود در هر کشور، متفاوت است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت میزان سقط القایی در کشورهای ویتنام، هند،کوبا در بالاترین میزان (۶۰ مورد در هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله) و درکشورهای الجزیره، اتریش و آلبانی کم‌ترین میزان (۱-۲ مورد به ازای هر هزار زن) بوده است. در این آمار، میزان سقط عمدی در ایران ۱۰ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ زن بوده است. طبق آمار پزشکی قانونی کشور، حدود ۱۰ هزار مورد از موارد سقط با مجوز قانونی انجام می‌شود(۵). هم‌چنین در مورد شیوع سقط در اولین بارداری درصد دقیقی وجود ندارد. گزارش شده که بین ۲۰- ۴۰ درصد زنانی که سقط می‌کنند سابقه ای از بارداری قبلی نداشته‌اند(۶). در چارچوب قانونی علل متعددی نظیر جلوگیری از تولد نوزاد مبتلا به ناهنجاری‌های غیر قابل درمان، خاتمه به حیات جنین فاقد قابلیت حیات، ختم حاملگی‌های غیر طبیعی مثل حاملگی مولار یا خارج رحمی و حفظ جان مادر برای سقط القایی مطرح است(۷). سقط غیر قانونی القایی نیز به علت بارداری در شرایط زمانی، عرفی، اجتماعی و اقتصادی نامناسب، محدود کردن فرزندآوری یا فاصله‌گذاری بین فرزندان، مشکلات ارتباطی با شریک زندگی، خشونت شریک زندگی، تغییرات احتمالی منفی جسمی و عاطفی به‌دنبال بارداری و زایمان، ترس از تعهدات والدی و حتی ترجیح جنسیتی فرزند به خواسته زوجین در مراکز غیر مجاز انجام می‌شود(۸). سقط القایی غیر قانونی به دلیل این که عمدتاً در شرایط ناایمن انجام می‌شود با احتمال بیش‌تری با احتمال عوارض نامطلوب از جمله سقط ناکامل، تب، آتونی رحم و خونریزی، آنمی، عفونت دستگاه تناسلی تحتانی و فوقانی، سپسیس، سوراخ شدن رحم، آسیب به مثانه و رحم، ناباروری ثانویه و حتی مرگ و میر مادر همراه است(۹). علاوه بر عوارض جسمی، عوارض احتمالی روانشناختی را نیز نباید نادیده گرفت. اختلال استرس پس از سانحه(PTSD)، احساس شرم و گناه، کاهش عزت نفس، افسردگی و نا امیدی برخی از عوارض احتمالی سقط‌های القایی هستند(۱۰، ۱۱).

توجه به عوارض گسترده سقط القایی از جمله تحمیل هزینه‌های سنگین به سیستم بهداشتی و اختلال در ساختار جمعیتی کشور برنامه‌ریزی برای کاهش و پیشگیری از این پدیده ضروری است(۱۲). هر چند پیشینه مطالعاتی در ابعاد مختلف سقط القایی وجود دارد، کمبود داده‌های نظام‌مند درباره ویژگی‌های جمعیتی اعم از سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ساختار خانواده و انگیزه‌ها و زمینه‌های سقط، برنامه‌ریزی مداخلات کاهش آسیب را با چالش مواجه ساخته است(۱۳، ۱۴). زنانی‌که بدون سابقه بارداری اقدام به سقط می‌کنند گروه مهمی هستند، زیرا میزان سقط القایی عمدی در آنان می‌تواند نشانه غیر مستقیمی از کیفیت آموزش‌های پیش از ازدواج، میزان بارداری ناخواسته و دسترسی به روش‌های پیشگیری از باروری باشد. از طرفی چون این افراد ممکن است با انگ بی‌فرزندی مواجه شوند، احتمال بیش‌تری دارد به سمت روش‌های غیر ایمن سقط بروند، اما مطالعات بسیار محدودی در مورد ایشان انجام شده است(۱۵، ۱۶). از این رو مطالعه حاضر با هدف تبیین درک زنان بدون سابقه بارداری از سقط القایی انجام شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز با شماره IR.Abzums.rec.1403.113 بود. پژوهشگران از افرادی که در مطالعه شرکت کردند رضایت اخذ کردند.

نمونه‌گیری به روش هدفمند بود و حدود ۶ ماه به طول انجامید. شرکت کنندگان زنان ساکن شرق استان تهران بودند که تجربه سقط القایی در اولین بارداری خود داشتند. معیارهای ورود شامل، خانم‌های متأهل در هر سنی از سنین باروری، انجام سقط القایی بدون دلیل قانونی در فاصله بدو ازدواج تا ۵ سال اول زندگی، نداشتن فرزند در زمان انجام سقط (نولی پاریته)، تمایل به اشتراک تجربه و شرکت در مطالعه بود. پژوهشگر اصلی از ماماهای بومی شاغل منطقه بود و با زنان ساکن در محدوده مطالعه آشنایی نسبی داشت. وی زمانی که افرادی را شناسایی می‌کرد که در اولین بارداری اقدام به سقط القایی کرده بودند از ایشان برای شرکت در مطالعه و بررسی تجربه سقط دعوت می‌کردد. با توجه به حساسیت سقط القایی و عدم تمایل به افشاگری احتمالی پژوهشگر سعی کرد با شرکت کنندگان ارتباط صمیمی برقرار کند و ایشان را برای بیان تجربه خود آزاد بگذارد. از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه رضایت اخذ شد. (حذف شود لطفا اول روشکار تکرار شده).

۱۵ خانم تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و پژوهشگر از هر یک از نمونه‌های مطالعه می‌خواست افرادی که سقط القایی را به آنان پیشنهاد داده بودند و خود تجربه سقط القایی داشتند را در صورت تمایل به بیان تجربه‌شان به پژوهشگر معرفی نمایند. مصاحبه‌ها به روش نیمه ساختار یافته به کمک راهنمای پرسشگری، در محیطی آرام در مرکز بهداشتی در شرق انجام شد. راهنمای پرسشگری زیر با سوال کلی " در مورد تجربه سقط خود در اولین بارداری خود توضیح دهید. " شروع شد و با سوالات استفهامی "بیش‌تر برایم توضیح دهید." یا "می‌توانید بگویید چطور؟ " ادامه پیدا کرد. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. در این پژوهش استخراج و تحلیل داده‌ها به‌صورت دستی (بدون استفاده از نرم‌افزارهای تحلیل داده کیفی) انجام گرفت. پس از ضبط مصاحبه‌ها، محتوای آن‌ها خط به خط به‌صورت دست نویس پیاده‌سازی و به متن تبدیل شد. کدگذاری اولیه به‌طور مستقل توسط دو پژوهشگر انجام و سپس به اجماع رسید. مفاهیم کلیدی هر عبارت با توجه به اهداف پژوهش استخراج و کدهای مرتبط در گروه‌های مفهومی دسته‌بندی شدند. در مراحل بعد، طبقات اصلی و زیر طبقات از طریق ادغام کدهای هم‌پوشان شکل گرفتند. برای ثبت و سازماندهی کدها و طبقات از نرم‌افزارهای ورد (MicrosoftWord) و اکسل (Microsoft Excel) به‌عنوان ابزار نگارش و جدول‌بندی استفاده شد. روش تجزیه و تحلیل متن‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی به روش گرانهایم و لاندمن بود(۱۷).

راهنمای پرسشگری مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها

لطفاً در مورد تجربه سقط خود برایم توضیح دهید.

چه دلیلی برای انتخاب و انجام سقط داشتید؟

چطور برای انجام سقط اقدام کردید؟

در مورد انجام سقط و پیامدها و روش‌هایش چطور اطلاعات کسب کردید؟

روایی و پایایی

در مطالعات کیفی روایی و پایایی با استفاده از چهار اصل، قابلیت اعتبار (Credibility)، تأیید پذیری (Confirmability)، همسانی (Dependability) و انتقال (Transferability)، بر اساس اصل لینکلن و گوبا سنجیده می‌شود(۱۸). پژوهشگر با به‌کارگیری راهکارهای، خنثی‌بودن و پرهیز از قضاوت، کنترل سوگیری‌های با ثبت و بازبینی مستمر، کدگذاری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

دوگانه توسط دو پژوهشگر مستقل و تحلیل تطبیقی نتایج، بازخوردگیری از مشارکت کنندگان جهت تأیید دقت انتقال مفاهیم و ارائه جزئیات کامل فرآیند پژوهش برای قابلیت تعمیم و امکان پذیر شدن مقایسه فرهنگی، سعی داشت اصول بی‌طرفی و دقت را در این مطالعه تضمین کند.

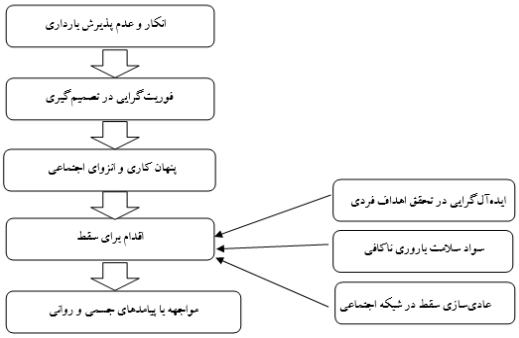
یافته‌ها

نتایج این مطالعه شامل اطلاعات جمعیت شناختی و جدولی مربوط به طبقات و زیر طبقات استخراج شده از مصاحبه‌ها بود. دامنه سن در خانم‌های شرکت کننده در مطالعه بین ۱۹ تا ۵۰ سال با میانگین سنی ۳۲ سال بود، سن همسران ایشان نیز بین ۲۰ تا ۵۵ سال بود. اکثریت خانم‌ها خانه‌دار و افراد شاغل، معلم، متخصص،کارمند بودند. همه مردان شرکت‌کننده در مطالعه شاغل و دارای درآمد بودند. ۸ نفر از زنان وضعیت اقتصادی خود را خوب، ۵ نفر متوسط و ۲ نفر نامناسب عنوان کردند. تحصیلات در مرد و زن، بین دیپلم تا متخصص پزشکی متفاوت بود. به طور میانگین در زمان انجام مطالعه ۹ سال از ازدواج زوجین گذشته بود. از میان زوجین یک زوج به علت بارداری ناخواسته در دوران عقد، ۱۱ زوج در طول سه سال اول بعد ازدواج و ۳ زوج در سال چهارم و بعد از آن اقدام به سقط کرده بودند (فاصله زمانی از ازدواج: میانگین ۳ سال و ۴ ماه).

در این مطالعه در مجموع ۵۶۶ کد اولیه ایجاد شد. بعد از بررسی و ادغام کدهای دارای مفاهیم و معانی مشترک و حذف موارد تکراری، ۳۸۵ کد نهایی به دست آمد. کدهای نهایی در سه طبقه اصلی " بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط "، "فرآیند مواجهه و اقدام به سقط " و "زیستن با پیامدهای چند وجهی سقط " طبقه بندی شدند که به ترتیب دارای سه، چهار و دو زیر طبقه بودند. طبقات و زیر طبقات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همچنین خلاصه نتایج در تصویر شماره ۱ ترسیم شده است.

جدول شماره ۱: طبقات و زیر طبقات استخراج شده در مطالعه

طبقه اصلی	طبقه فرعی	نمونه‌ای از کدهای مفهومی (نقل‌قول‌های گویا)
۱. بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط	۱،۱ ایده‌آل‌گرایی در تحقق اهداف فردی	"همیشه فکر می‌کردم اول باید به ثبات کامل مالی و شغلی برسم و بعد بچه‌دار شوم. "، "تحصیلم در اولویت بود؛ بچه را مانعی برای رسیدن به آن اهداف می‌دیدم. "
	۱،۲ سواد سلامت باروری ناکافی	"اطلاع دقیقی از چرخه باروری و زمان‌های پرخطر نداشتم "، "باورهای غلطی در مورد پیشگیری داشتم و فکر نمی‌کردم باردار شوم. " از عواقب خطرناک سقط‌های و زیرزمینی بی‌خبر بودم. "
	۱،۳ عادی‌سازی سقط در شبکه اجتماعی	"وقتی می‌دیدم چند نفر از اطرافیانم این کار را کرده‌اند، برایم راحت به نظر می‌رسید. "، "دوستانم خیلی راحت مسیرهای غیرقانونی را پیشنهاد می‌دادند. "
۲. فرآیند مواجهه و اقدام به سقط	۲،۱ انکار و تأخیر در پذیرش بارداری	"وقتی فهمیدم باردارم، کاملاً شوکه شدم و نمی‌خواستم باورش کنم."، "مدتی خودم سعی می‌کردم فکر نکنم بهش. "
	۲،۲ فوریت گرایی در تصمیم‌گیری	"فقط می‌خواستم هرچه سریع‌تر از این بحران و استرس خلاص شوم."، "ترس از انگ اجتماعی و این که دیر شود، باعث شد بدون فکر کردن به عواقب، سریع تصمیم بگیرم. " "تصورم این بود که سقط در هفته‌های اول، آسان‌تره "
	۲،۳ پنهان کاری و انزوای اجتماعی	"این بزرگ‌ترین راز زندگی من بود که از خانواده و نزدیک‌ترین افرادم پنهان کردم." "تمام مراحل را در تنهایی مطلق و با ترس از فاش شدن طی کردم. "، "برای این که کسی متوجه نشود، از همه دوری می‌کردم و از هیچ مرکز مشاوره‌ای کمک نگرفتم. "
۳. زیستن با پیامدهای چند وجهی سقط	۳،۱ مواجهه با عوارض جسمانی	"بعد از سقط دچار خونریزی و دردهای مزمن شدم که مدام مرا درگیر دکتر و درمان می‌کرد. "، "سلامتی‌ام به خطر افتاد و فرصت‌های بارداریم را از دست دادم."
	۳،۲ .آشفتگی‌های روانی و عاطفی	"احساس گناه، پشیمانی و افسوس یک لحظه رهایم نمی‌کند. "بعد از آن تجربه، دچار افسردگی و اضطراب شدم. "



تصویر شماره ۱: خلاصه‌ای از طبقات و زیر طبقات استخراج شده در مطالعه، بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط بر انتخاب این تصمیم تأثیر دارند. انتخاب سقط القایی پس از انکار و عدم پذیرش بارداری، به سرعت و در انزوا انجام می‌شود. در نهایت زنان با عوارض ناشی از سقط مواجه می‌شوند.

در طبقه بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط موارد زیر به عنوان زیرطبقه استخراج شد.

۱. بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط

۱،۱ ایده‌آل‌گرایی در تحقق اهداف فردی

شرکت کنندگان دستیابی به آرامش کامل روانی، نداشتن دغدغه مالی و کاری، فراغت از تحصیل، امنیت شغلی و داشتن حمایت اجتماعی را برای داشتن فرزند

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

ضروری می‌دانستند و تحقق اهداف فردی خود را به تولد فرزند اولویت می‌دادند.

"دوست نداشتم وقتی بچه دار بشم که هنوز رسمی نشدم. خیلی برام مهم بود ادامه تحصیل بدم و شغلم تثبیت بشه بعد برای بچه اقدام کنم " (خانم۳۶ ساله، شرکت کننده شماره ۲).

" برای وجود یک بچه همه چیز مادر و پدر باید آماده باشه، من داشتم درس می‌خوندم و رفت و آمد به شهرستان داشتم، به خاطر این سقطش کردم " (خانم ۲۷ ساله، شرکت کننده شماره ۳).

۱،۲ سواد سلامت باروری ناکافی

موضوع مورد توجه بعدی سواد سلامت ناکافی در مورد باروری بود، زنان بیان کردند در زمان انتخاب سقط درک درستی از یک باروری ایمن، روش درست پیشگیری از بارداری، سقط و عوارض آن نداشته و حتی باورهای اشتباه داشتند.

" من قرص جلوگیری می خوردم، چند بار یادم رفت. اون موقع فکر نمی کردم این موضوع باعث بارداری بشه. پریودیم عقب افتاده بود. فکر کردم به خاطر استرس کارمه " (خانم ۲۱ ساله و آقا ۲۵ ساله، شرکت‌کننده شماره ۸).

" من و همسرم فکر می‌کردیم استفاده از کاندوم باعث نازایی می‌شه، نمی‌گذاشتیم، رابطه محافظت نشده داشتیم و بعدش افتادیم دنبال سقط " (۳۱ و ۳۵ ساله، هر دو کارشناسی ارشد، شرکت کننده شماره ۵).

۱،۳ . عادی‌سازی سقط در شبکه اجتماعی

این زیر طبقه به نقش کلیدی شبکه‌های اجتماعی (خانواده، دوستان، همکاران) در شکل‌گیری و تحمیل تصمیم سقط اشاره داشت. یافته‌ها نشان داد که در بسیاری از موارد، فشارهای مستقیم یا غیر مستقیم اطرافیان می‌تواند مسیر تصمیم‌گیری فرد را به شدت تحت تأثیر قرار دهد و اقدام به سقط را تحریک و تسهیل کند.

" من وقتی خواستم تصمیم بگیرم دوستام گفتند که فلان جا می‌تونی بری و این کارو بکنی، به خاطر این دیگه مجبور نشدم خیلی تحقیق کنم و حرف آن‌ها را گوش دادم " (خانم ۲۳ ساله، شرکت کننده شماره ۱۲).

" برای سقط مادر شوهرم اصرار کرد. کمکم کرد و رفت برام قرص خرید. دو تا قرص رو زیر زبونم گذاشتم دو تا هم داخل واژنم و بچه رو سقط کردم "(خانم ۲۸ ساله، شرکت کننده شماره ۶).

۲.فرآیند مواجهه و اقدام به سقط

۱ .۲. انکار و تأخیر در پذیرش بارداری

زوجین پس از آن که متوجه می‌شدند باردار هستند، وارد دوره‌ای از حس بحران پذیرش و انکار بارداری شده بودند.

وقتی متوجه شدم باردارم احساس ترس و دلهره داشتم. مونده بودم. نمی‌خواستم اون موقع باردار باشم، دوست داشتم غلط باشه تست بتا "(خانم ۲۸ ساله، شرکت کننده شماره ۶).

" شوک شدیم. باورم نمی‌شد باردارم، انقدر زود آخه، استرس داشتم چه کارش کنم. بعد فکر کردیم و پرسش و جو کردیم و اینها که چه کار کنیم " (خانم ۲۲ ساله، شرکت کننده شماره ۱۵).

۲ .۲. فوریت‌گرایی در تصمیم‌گیری

شرکت کنندگان اظهار کردند که علی‌رغم اینکه دانش کافی و توانایی تصمیم‌گیری قطعی درمورد بارداری خود نداشتند، اما احساس می‌کردند باید زودتر برای سقط اقدام کنند. علت این اقدام را نیاز به زودتر رها شدن و خبردار نشدن دیگران و آرام شدن خود ذکر کردند.

" ما شوکه بودیم، نمی‌دونستیم که باید چکار کنیم فقط فکر می‌کردیم که باید زودتر از دستش خلاص شیم" (خانم ۲۹ ساله، شرکت کننده شماره ۱۰).

"می‌دونستم که هر چه سن بچه پایین‌تر باشه، راحت‌تره سقط، بدون فکر اقدام کردم بدون اینکه تحقیقی کنم "(خانم ۲۳ ساله، شرکت کننده شماره ۱۵).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

۳. ۲. پنهان‌کاری و انزوای اجتماعی

زوجین پس از تصمیم به سقط، عموماً آن را به جز از افراد نزدیک، بین یک نفر تا ۳ نفر، از سایرین و به خصوص از خانواده شخصی خود پنهان کرده بودند. یکی از افراد شرکت کننده‌ها اظهار کرد عمل سقط را پنهانی حتی بدون اطلاع همسر خود انجام داده و چند سال است که از این موضوع ناراحت است. در نتایج مطالعه حاضر تصمیم سقط بیش‌تر بین زن و مرد و فرد دیگری مثل همکار گرفته می‌شود تا اعضای خانواده درجه اول زن و زوجین اقدام به سقط را از خانواده به علت احتمال دلسوزی و احتمال منصرف شدن توسط ایشان و از سایرین به علت قبح عمل و حفظ آبرو پنهان کرده بودند و در یک انزوای اجتماعی قرار گرفته بودند.

" نه خانواده من و نه خانواده همسرم هیچ کدوم در جریان نبودن و بهشون نگفتیم " (خانم ۲۵ ساله، شرکت کننده شماره ۱).

" حتی اولین بار که پیش دکتر رفتم به همسرم هم نگفتم. " (خانم ۲۵ ساله، شرکت کننده شماره ۷).

"یک مدت رفت و امد نکردم با کسی تا کامل آبها از آسیاب بیفته، بندازمش و کسی نفهمه " (خانم ۲۳ ساله، شرکت کننده شماره ۱۵).

۳. زیستن با پیامدهای چند وجهی سقط

زوجین بعد از اقدام به سقط زوجین با پیامدها و تبعات آن مواجه شده بودند. این طبقه شامل دو طبقه عوارض جسمی و آشفتگی‌های روانی و عاطفی بود. اغلب مصاحبه شوندگان ابتدا از انتخاب سقط راضی بودند و انتظار پیامدهای خاصی را نداشتند ولی بعد از گذشت مدت زمانی با عوارض آن مواجه شده بودند.

۳. ۱. مواجهه با عوارض جسمانی

"الان سه سال گذشته همسرم یک افسردگی خاصی بهش دست داده بود که رابطمون خیلی شکرآب شد"(خانم ۲۱ ساله، شماره ۸).

"من چون سقطم شرایط استریلی شاید نداشت یا کامل انجام نشد، بعدش خونریزی داشتم و مجبور بشم چند بار برم سونوگرافی بقایا، خیلی از نظر بدنی اذیت شدم. " (خانم ۲۵ ساله، شرکت کننده شماره ۷).

۳. ۲. آشفتگی‌های روانی و عاطفی

افراد پس از اقدام به سقط القایی، با گذشت زمان پیامدهای روانی و عاطفی را تجربه کرده بودند. آشفتگی‌های روانی و عاطفی ناشی از سقط می‌تواند تأثیر عمیقی بر سلامت فرد داشته باشند. تجربه خانم ۲۴ ساله نشان می‌دهد که احساس رضایت در یک زمان ممکن است با احساس نارضایتی و درگیری‌های روانی در زمان دیگر جایگزین شود.

" اون زمان هم احساس رضایت داشتم و هم فکر می‌کردم که راحت شدم. اما الان نه، خیلی از نظر رواحی درگیر شدم " (خانم ۲۴ ساله، شرکت کننده شماره ۱۱).

بحث

نتایج این مطالعه به تبیین درک زنان از سقط القایی پرداخت و سه طبقه اصلی بسترهای شکل‌گیری تصمیم به سقط، فرآیند مواجه و اقدام به سقط و زیستن با پیامدهای ناشی از سقط را استخراج کرد.

اولین طبقه خروجی از این مطالعه نشان داد در تصمیم سقط القایی عوامل مؤثری نقش دارند. تاکنون مطالعات مختلفی در رابطه با سقط القایی و علل آن انجام شده است. کافی بودن تعداد فرزندان، تمایل به صرف هزینه‌های بیش‌تر برای کودکان موجود، ناتوانی در تأمین مالی فرزندان بیش‌تر، فقر، بیکاری، بارداری قبل از ازدواج و مشکلات رابطه با شریک زندگی از مهم‌ترین علل سقط القایی گزارش شده است(۱۹، ۲۰). لیکن یافته‌های مطالعه حاضر که متمرکز بر زنان بدون فرزند بود، نشان‌دهنده تفاوت‌هایی در انگیزه‌های این گروه است. زوجین مورد مطالعه به کرات اظهار کردند که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

فرزند خود را سقط کردند چون انتظار دستیابی به آرامش و رفاه بیش‌تر و شرایط پایدارتری از نظر شغلی و اجتماعی داشتند که برای از بین بردن یک فرزند، انگیزه کافی و منطقی به نظر نمی‌رسید. نکته قابل تأمل، تناقض آشکار در رفتار باروری برخی مصاحبه شوندگان بود که گزارش کردند که تنها ۱ تا ۲ سال پس از سقط، برای بارداری مجدد اقدام کرده بودند. هنگام پرسش در مورد این تغییر نگرش سریع و تضاد بین تمایل و عدم تمایل به فرزند در فاصله‌ای کوتاه و عدم بهبود چشمگیر شرایط در زمان بارداری دوم، بسیاری از آنان تصمیم پیشین خود برای سقط را «عجولانه »، «آنی »، «غیر منطقی » و حتی «خنده‌دار» توصیف نمودند. این یافته‌ها می‌تواند نشان‌دهنده خلاء جدی در درک واقع‌بینانه‌ی ارزش حیات جنین نزد زوجین در مقایسه با اولویت‌های فردی ایشان باشد. در مطالعه‌ای در شهر تبریز، مفهومی تحت قالب "تهدید انگاری " یکی از علل مهم اقدام به سقط القایی مطرح شد. به این معنا که زوجین فرزند را تهدیدی برای برنامه‌های زندگی آتی خود دانسته‌اند. در مطالعه حاضر «اولویت دادن به تحقق اهداف فردی» پدیدار شد. باید توجه کرد که نگرانی‌های مطرح شده صرفاً اجتماعی یا فرهنگی، بدون مستندات قانونی معتبر و خطرات جدی، مجوزی برای سقط جنین محسوب نمی‌شوند(۲۱). تبیین این موضوع برای زنان و همسرشان ایشان ضرورت دارد(۲۲). بر اساس مطالعات، افرادی که اعتقادات دینی قوی‌تری دارند، در مواجهه با سختی‌های زندگی توانمندی بیش‌تری دارند، بنابراین آموزش‌های معنوی می‌توانند به افراد در پذیرش مسئولیت‌های زندگی (از جمله فرزندآوری) و تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر و متعهدانه‌تر کمک شایانی نمایند. گنجاندن این گونه مداخلات آموزشی در برنامه‌های مشاوره‌ای مرتبط توصیه می‌شود(۲۳).

بر اساس نتایج حاضر، زوجین در مورد سلامت باروری از جمله چرخه فیزیولوژیک باروری، بارداری ایمن و عواقب ناشی از سقط اطلاع اندکی داشتند. این یافته همسو با مطالعه Georgsson در کشور سوئد است که نداشتن اطلاعات کافی در مورد باروری و سقط را علت مهم سقط القایی مطرح کردند(۲۴). به‌طور مشابه مطالعه‌ای در کشور غنا نشان داد دانش باروری و جنسی پایین در نوجوانان و تکیه بر اطلاعات غلط دوستان علت انتخاب سقط جنین ناایمن است(۲۵).

موضوع مهم دیگر تأثیرپذیری از شبکه‌های اجتماعی و حمایتی افراد در تصمیم گرفتن به سقط و انجام آن بود. زنان اظهار کردند که اطرافیان با فشار مستقیم یا غیر مستقیم انجام سقط را عادی جلوه داده بوده و در معرفی مکان و نحوه انجام سقط به زنان کمک کرده بودند. لیون با بیان لزوم توجه به نقش گروه اطرافیان در تصمیم‌گیری زنان در مطالعه خود بیان می‌کند که گروه اطرافیان زوجین بر انتخاب زنان تأثیر می‌گذارند(۲۰). عدم وجود استقلال و دانش کافی در زنان عامل مهم آسیب پذیری در برابر پذیرش پیشنهاد سقط معرفی شده است از این رو توصیه می‌شود توانمندی زنان در انتخاب تصمیم‌آگاهانه افزایش پیدا کند(۲۶). ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان در خط اول، می‌توانند با تشخیص زود هنگام موارد احتمالی تصمیم به سقط و ایجاد ارتباطی صمیمی نقش راهنمای قابل اعتماد را به عهده بگیرند.

در بررسی فرایند تصمیم‌گیری تا اقدام به سقط، یک الگوی رفتاری مشترک مشاهده شد. زنان ابتدا مرحله انکار و تأخیر در پذیرش واقعیت بارداری را تجربه می‌کردند، اما متعاقباً بدون ارزیابی عواقب بلند مدت، با شتاب به سمت خاتمه بارداری اقدام کردند. این یافته همسو با مطالعه Major و همکاران است که سقط جنین را راهکاری برای کاهش استرس ناشی از بارداری غیر منتظره و تسکین روانی موقت توصیف می‌کند(۲۷). پژوهش حاضر نیز فوریت‌گرایی در تصمیم‌گیری، اجتناب از ارزیابی عواقب و تمایل به «رهایی سریع » را به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی این فرایند شناسایی نمود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در مطالعه حاضر زنان در تجربه سقط یک انزوای اجتماعی را گزارش کردند. در یک کار کیفی در انگلستان محققان بیان کردند که تجربه زنان از سقط جنین عمدی ممکن است تحت تأثیر نگرش‌های منفی اجتماعی قرار بگیرد و به انزوا منجر شود. این انزوا حتی مدت‌ها بعد مانع افشای تجربه زنان می‌شود(۲۸).

آخرین طبقه این مطالعه تجربه پیامدهای پس از سقط از منظر جسمی و روانی-عاطفی بود. اگر چه اکثر زوجین بلافاصله پس از عمل، احساس پریشانی آشکاری را گزارش نکردند، اما به‌تدریج و با گذشت زمان، عوارض روانی عمیق‌تری (شامل افسردگی، تنش‌های روحی پایدار و عذاب وجدان) در آنان تشدید و تثبیت شد. گزارش‌های بین‌المللی حاکی از آن است که حدود ۸۰ درصد از زنان، مشکلات جسمی و روان شناختی قابل ارزیابی پس از سقط عمدی را تجربه می‌کنند. اگر چه این عوارض ممکن است صرفاً مرتبط خود سقط نبوده و با عوامل زمینه‌ای (فشارهای اجتماعی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، مصرف مواد) در هم تنیده باشند، اما تجربه سقط به‌خودی خود یک رویداد تروماتیک از نظر جسمی و روحی محسوب می‌شود. باید توجه کرد که هر چند ارائه خدمات تخصصی سلامت روان به زنان آسیب دیده و تقویت حمایت‌های اجتماعی برای خانواده‌ها ضرورتی انکارناپذیر است، اما این مداخلات به‌هیچ وجه جایگزین راهبردهای پیشگیرانه مؤثر برای کاهش وقوع سقط نخواهند بود(۲۹، ۳۰).

این مطالعه به بررسی درک و تجربیات زنان از سقط القایی پرداخت و سه محور کلیدی را در فرآیند سقط القایی روشن کرد که این سه محور، بسترهای شکل‌گیری تصمیم برای سقط، مواجهه با فرآیند سقط و تبعات جسمی و روانی پس از آن، بوده است. یافته‌های به‌دست آمده، می‌تواند به تعیین راهکارهای راهبردی برای طراحی و اجرای مداخلات مؤثر در آینده کمک کند. بر اساس نتایج، تاکید بر توسعه و تقویت برنامه‌های پیشگیرانه، به ویژه ارتقاء سطح سواد سلامت باروری و تقویت تاب‌آوری زنان در برابر فشارهای اجتماعی، امری حیاتی است. هم‌چنین، تأکید بر ارائه خدمات مداخلاتی جامع و مؤثر برای حمایت روانی-عاطفی زنان در تمامی مراحل این فرآیند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به جمعیت خاص مورد بررسی (زنان بدون فرزند) و همکاری ایشان اشاره کرد. در این مطالعه به تبیین درک زنان در شرق استان تهران پرداخته شده است و ممکن است نشانگر نظرات کل جامعه نباشد. صحبت‌ها تنها از دیدگاه زنان بود و ممکن است منعکس کننده دیدگاه همسر یا خانواده هایشان نباشد. بیان نظرات به صورت گذشته نگر بود و گذر زمانی می‌تواند باعث ایجاد سوگیری در یادآوری و یا تغییر نگرش شده باشد. با توجه به حساسیت موضوع سقط القایی بیان آنچه به نظر مطلوب اجتماعی است نیز ممکن است اتفاق افتاده باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با پیگیری طولانی مدت و درگیر کردن مردان به عنوان دیگر تصمیم‌گیرندگان مؤثر در انتخاب سقط القایی، انجام شوند.

سپاسگزاری

از همه زنانی که در مصاحبه ها شرکت کردند و وقت خود را در اختیار ما قرار دادند، قدردانی می‌شود. همچنین از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی البرز که ما را در انجام این طرح یاری کردند، سپاس‌گزاری می‌شود.

References

1. Kang L, Liu J, Ma Q, Jing W, Wu Y, Zhang S, et al. Prevalence of induced abortion among Chinese women aged 18-49 years: Findings from three cross-sectional studies. Front Public Health 2022; 10: 926246. PMID: 36262243.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

2. Group ECW, Cameron S, Glasier A, Lohr P, Moreau C, Munk-Olsen T, et al. Induced abortion. Hum Reprod 2017; 32(6): 1160-1169. PMID: 28402552.
3. World Health Organization. Abortion. Geneva: WHO; 2024.
4. Bell SO, Shankar M, Moreau C. Global epidemiology of induced abortion. In: Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2021.
5. Azadvari E, Karamhabibpour K. Abortion: Conflict of Fear and Choice (A Study of the Social Circumstances Surrounding the Emergence of Abortion in the City of Mashhad). J Soc Probl Iran 2023; 14(1): 151-183.
6. World Health Organization. Abortion rates by country. Geneva: WHO; 2025.
7. Ferguson S. Induced abortion: procedures, risks, and recovery. Healthline; 2023.
8. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. Contraception 2017; 96(4): 233-241. PMID: 28694165.
9. Bridwell RE, Long B, Montrief T, Gottlieb M. Post-abortion complications: a narrative review for emergency clinicians. West J Emerg Med 2022; 23(6): 919-925. PMID: 36409940.
10. Radeva S. Psychological aspects of women's health care abortion on medical grounds. Knowl Int J 2023; 61(4): 777-781.
11. Alipanahpour S, Tayebi N, Zarshenas M, Akbarzadeh M. Short-term physical and psychological health consequences of induced and spontaneous abortion: a cross-sectional study. Shiraz E-Med J 2021; 22(12): e112345.
12. Rodgers YvdM, Coast E, Lattof SR, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes. PLoS One 2021; 16(5): e0250692. PMID: 33956826.
13. Shirdel E, Asadisarvestani K, Kargar FH. The abortion trend after the pronatalist turn of population policies in Iran: a systematic review from 2005 to 2022. BMC Public Health 2024; 24(1): 1885. PMID: 39010012.
14. Aghaei F, Shaghaghi A, Sarbakhsh P. A systematic review of the research evidence on cross-country features of illegal abortions. Health Promot Perspect 2017; 7(3): 117-125.
15. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. Int Perspect Sex Reprod Health 2011; 37(3): 134-142. PMID: 21988789.
16. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Saavedra-Avendano B, Sanhueza-Smith P, Schiavon R. Preventing first births among adolescents in Mexico City's public abortion programme. BMJ Sex Reprod Health 2021; 47(3): e1-e6. PMID: 33452057.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-112. PMID: 14769454.
18. Lincoln YS. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
19. Tang M. Induced abortion among unmarried women in China. China Popul Dev Stud 2022; 6(1): 78-94.
20. Lyon R, Botha K. The experience of and coping with an induced abortion: a rapid review. Health SA Gesondheid 2021; 26: 1601. PMID: 34230858.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

21. 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. J Hayat 2020; 25(4): 380-400.
22. Kheyrat M, Zamani-Alavijeh F, Araban M, Kheyrat F. Reasons Deemed for an Unwanted Pregnancy: A Qualitative Study. Iran J Health Educ Health Promot 2014; 2(2): 123-130.
23. Gholami Z. Investigating the Relationship Between Religious Beliefs and Induced Abortion in Unwanted Pregnancies. Nurs Midwifery J 2021; 19(5): 378-386.
24. Georgsson S, Stina K, Emilia S, Carlsson T. Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. Eur J Contracept Reprod Health Care 2019; 24(5): 380-389. PMID: 31368829.
25. Kyilleh JM, Tabong PT-N, Konlaan BB. Adolescents' reproductive health knowledge, choices and factors affecting reproductive health choices: a qualitative study in the West Gonja District in Northern region, Ghana. BMC Int Health Hum Rights 2018; 18(1): 6. PMID: 29361947.
26. 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. PMID: 29438335.
27. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. Am Psychol 2009; 64(9): 863-890. PMID: 19968372.
28. Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. Stigma, Abortion, and Disclosure-Findings from a Qualitative Study. J Sex Med 2012; 9(12): 3137-3147. PMID: 22239919.
29. VanderWeele TJ. Abortion and mental health-context and common ground. JAMA Psychiatry 2023; 80(2): 105-106. PMID: 36576744.
30. Littell JH, Young S, Pigott TD, Biggs MA, Munk-Olsen T, Steinberg JR. PROTOCOL: Abortion and mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. Campbell Syst Rev 2024; 20(2): e1410. PMID: 38779333.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]