

Original Article

The Consequences of Intentional Abortion in Women's Lives: A Phenomenological Study

Nayereh Ahmadi¹, Tooba Shakeri¹✉, Shohre Rowshani², Maryam Jamali¹

1. Department of Women Studies, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran.

Received: 2025/05/30

Revised: 2025/09/29

Accepted: 2025/10/06

DOI:10.48308/jfr.2025.240197.1990

Highlights

- The experience of intentional abortion has multiple objective and traceable consequences at individual levels, family levels, and social levels.
- Beyond objective consequences, women experience a significant portion of post-abortion suffering as "subjective and attributed consequences" – that is, they interpret negative life events within a meaning-making framework and attribute abortion as the primary cause of these events.
- Post-abortion cognitive and emotional transformations – including "cognitive transformation regarding the existence of the fetus," "firm determination to avoid abortion if faced with similar circumstances again," "preserving the fetus despite worsening difficult conditions," and "emotional attachment to the aborted fetus"– exemplify post-traumatic growth and the meaning-making reconstruction of the experience.

Extended Abstract

Introduction: Abortion, as a global dilemma, is associated with significant international statistics. According to the World Health Organization, approximately 73 million cases of induced abortion are recorded annually worldwide, accounting for 61% of unintended pregnancies and 29% of all pregnancies. In Iran, induced abortion also constitutes a considerable share, with a comprehensive national study estimating about 250,000 cases per year. Research evidence suggests that induced abortion leaves extensive and long-term consequences at individual, familial, and social levels. Given its prevalence and profound repercussions, systematic research in this area can significantly inform social policymaking and the development of effective strategies for prevention and harm reduction. The present study was therefore conducted with the aim of identifying women's lived experiences of induced abortion and its consequences in their lives. This qualitative study employed a descriptive phenomenological approach. Through purposive sampling with maximum variation (considering age, education, socioeconomic status, religious beliefs, and reproductive history) and based on data saturation, 40 eligible married women residing in Alborz Province who had experienced induced abortion were recruited via specialized and social networks. Data were collected through in-depth semi-structured interviews (45–120 minutes) and analyzed using Colaizzi's seven-step method, with full adherence to ethical considerations.

Findings: The findings revealed two core categories of consequences: "Objective and Traceable Consequences" and "Subjective Consequences Attributed to the Abortion Experience." Under the first category, the main theme of "Individual Consequences" emerged, comprising the sub-themes "Emotional and Cognitive Transformations," "Physical Complications," "Psychological Disturbances," and "Spiritual and Religious Crises." The main theme of "Familial Consequences" included "Disruption in

the Family Unit," "Fracture and Dysfunction in Family Relationship Networks," and "Weakening of the Family's Social Capital." Additionally, the main theme of "Social Consequences" encompassed "Social Isolation" and "Facing Social Judgment and Blame." In the second category—subjective consequences—"Individual Consequences" included "Stabilization of Situation and Advancement" and "Physical Problems," while "Familial Consequences" comprised "Collapse of the Emotional Network and Family Cohesion" and "Collapse of Economic and Livelihood Capital of the Family."

Discussion: The results demonstrate that the experience of induced abortion for women is a multidimensional and complex phenomenon analyzable at both objective and subjective levels. Importantly, the findings indicate that the burden of this experience is not limited to objective, tangible outcomes directly linked to the abortion itself; a significant portion consists of consequences attributed to it. That is, women often frame subsequent negative life events—such as financial or relational difficulties—within a semantic framework wherein abortion is interpreted as the primary cause. This meaning-making process, heavily influenced by religious, cultural, familial, and social values and norms, can itself amplify psychosocial suffering and must be understood as an integral part of the post-abortion experience. This insight underscores the critical need to consider women's subjective interpretations in any supportive intervention or policymaking. The study further suggests that women, over time and depending on their pre- and post-abortion circumstances, encounter a combination of the identified consequences, highlighting the dynamic and context-dependent nature of these outcomes.

Conclusion: In conclusion, this study provides a rich, in-depth understanding of the multifaceted consequences of induced abortion from the perspective of affected women. The clear differentiation between objective and subjective consequences offers a valuable framework for health professionals, social workers, and policymakers. It is strongly recommended that the findings be incorporated into strategies aimed at reducing the incidence of induced abortion, as well as into comprehensive support programs that address not only the physical and psychological aftermath but also the cultural and interpretive dimensions of women's experiences. Such an approach can contribute to more effective, empathetic, and culturally sensitive interventions in this sensitive domain.

Keywords: Intentional abortion, consequences of abortion, descriptive phenomenology.

How to cite: Ahmadi, N , Shakeri Golpaygani, T , Rowshani,S and Jamali, M . (2026). The consequences of intentional abortion in women's lives: A phenomenological study. *Journal of Family Research*, 22(1), 136-166. doi: 10.48308/jfr.2025.240197.1990

✉Corresponding Author Email Address: t.shakeri@modares.ac.ir



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

راهبردهای زنان در مواجهه با تجربه سقط جنین عمدی: تحلیلی پدیدارشناختی

نیره احمدی^۱، طوبی شاکری^۲، شهره روشنی^۱، مریم جمالی^۱

۱. گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۰۹ دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۴/۰۷/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴

DOI: 10.48308/jfr.2025.240197.1990

نکات برجسته:

- تجربه سقط جنین عمدی پیامدهای عینی و قابل ردیابی متعددی در سطوح فردی (تحولات عاطفی و شناختی، عوارض جسمانی، آشفتگی‌های روان‌شناختی، بحران‌های معنوی و دینی)، خانوادگی (آشفتگی در کانون خانواده، گسست در شبکه روابط، تضعیف سرمایه اجتماعی) و اجتماعی (انزوای اجتماعی، مواجهه با قضاوت و سرزنش) به همراه دارد.
- افزون بر پیامدهای عینی، زنان بخش عمده‌ای از رنج پس از سقط را به شکل «پیامدهای ذهنی و نسبت داده شده به تجربه» تجربه می‌کنند؛ به این معنا که رویدادهای منفی زندگی (مانند مشکلات مالی، بیماری، طلاق) را در چارچوبی معنایی تفسیر کرده و سقط جنین را علت اصلی آن‌ها می‌دانند.
- تحولات شناختی و عاطفی پس از سقط شامل «تحول شناختی نسبت به هستی جنین»، «عزم قطعی برای اجتناب از سقط در صورت مواجهه مجدد»، «حفظ جنین علی‌رغم تشدید شرایط دشوار» و «احساس دل‌بستگی عاطفی به جنین سقط شده» (مانند انتخاب نام و گفت‌وگو با جنین) از مصادیق رشد پس از سانحه و بازسازی معنایی تجربه است.

چکیده: سقط جنین عمدی، پدیده‌ای پیچیده و چند بعدی است که ابعاد مختلف زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی تجربه زیسته زنان از سقط جنین عمدی و پیامدهای آن در زندگی این زنان انجام شده است. از این رو، با اتخاذ رویکرد کیفی و استراتژی پدیدارشناسی توصیفی، با ۴۰ زن دارای سابقه سقط جنین عمدی در استان البرز مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته‌ای عمیق انجام شد و داده‌ها مبتنی بر روش هفت مرحله‌ای کلایزی مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه سقط جنین عمدی موجب بروز پیامدهایی در ابعاد عاطفی، شناختی، جسمی، روحی، معنوی، خانوادگی و اجتماعی در زندگی زنان می‌گردد. پیامدهای شناسایی شده در دو طبقه «پیامدهای عینی و قابل ردیابی با تجربه سقط» شامل سه سطح پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی و «پیامدهای ذهنی و نسبت داده شده به تجربه سقط» مشتمل بر دو سطح پیامدهای فردی و خانوادگی قابل دسته‌بندی است. نتایج پژوهش حاکی از آن است که زنان در زندگی خود، در گذر زمان و با توجه به شرایط و تجارب زیسته قبل و پس از تجربه سقط، ترکیبی از پیامدهای مورد شناسایی را تجربه می‌کنند. پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش در سیاست‌های اتخاذی برای کاهش سقط جنین عمدی مورد تأمل قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سقط جنین عمدی، پیامدهای سقط، پدیدارشناسی توصیفی.

استناد به این مقاله: احمدی، ن.، شاکری گلپایگانی، ط.، و روشنی، ش. و جمالی، م. (۱۴۰۵). پیامدهای سقط جنین عمدی در زندگی زنان: مطالعه‌ای پدیدارشناختی. خانواده پژوهی، ۲۲(۱)، ۱۳۶-۱۶۶. doi: 10.48308/jfr.2025.240197.1990

✉ نویسنده مسئول: t.shakeri@modares.ac.ir

مقدمه

سقط جنین به عنوان یک معضل جهانی، با آمارهای قابل توجهی در سطح بین‌المللی همراه است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱، سالانه حدود ۷۳ میلیون مورد سقط جنین عمدی در جهان ثبت می‌شود. این داده‌ها حاکی از آن است که از هر ۱۰ بارداری برنامه‌ریزی نشده (معادل ۶۱ درصد)، ۶ مورد و از کل بارداری‌ها (۲۹ درصد)، ۳ مورد به سقط عمدی منجر می‌گردد. این ارقام معادل نرخ ۳۹ مورد سقط جنین به ازای هر ۱۰۰۰ زن در سنین باروری است (سومایا و لو^۲، ۲۰۲۳). نرخ سقط جنین در کشورهای مختلف از ۵ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ زن در سنگاپور تا ۸۰ مورد در گرجستان متغیر است (بیراک^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۲۰، تعداد ۹۳۰۱۶۰ مورد سقط جنین عمدی ثبت شده است که نشان‌دهنده افزایش ۸ درصدی نسبت به سال ۲۰۱۷ است (جونز^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). در کشور ایران نیز سقط جنین عمدی سهم قابل توجهی را به خود اختصاص داده است. به گونه‌ای که پژوهش‌ها بیان‌گر آن است که درصد سقط‌های عمدی در بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده از ۰٪ در سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۵ به ۴۱/۷٪ در سه ساله ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ افزایش پیدا کرده است (رشیدی^۵ و همکاران، ۱۳۹۵: ۷۵). بر اساس یافته‌های یک مطالعه ملی جامع که با هدف بررسی اپیدمیولوژی سقط جنین در جمهوری اسلامی ایران انجام شده است، سالانه حدود ۲۵۰ هزار مورد سقط عمدی در کشور رخ می‌دهد (اکبری^۶ و همکاران، ۱۴۰۴).

بر اساس شواهد پژوهشی، سقط جنین عمدی پیامدهای بلندمدت و گسترده‌ای در سطوح مختلف فردی و اجتماعی بر جای می‌گذارد (نجاتی حاتمیان^۷، ۱۳۹۳). از نظر جسمانی این عمل می‌تواند عوارض قابل توجهی به همراه داشته باشد (متولی^۸ و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۸۵). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که زنان با سابقه سقط جنین در مقایسه با زنان فاقد این سابقه، با خطر بالاتر ابتلا به اختلالات روانی مواجه هستند (لیتل^۹ و همکاران، ۲۰۲۴؛ ریاردون^{۱۰}، ۲۰۱۸). در سطح فردی، این تجربه می‌تواند منجر به بروز علائم اضطراب یا افسردگی (بیگر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷)، احساس گناه و اندوه (روکا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱)، عذاب وجدان، نگرانی از اختلال در باروری آینده، اضطراب مرتبط با سقط ناقص و همچنین ترس از پیامدهای معنوی و اجتماعی شود. از منظر اجتماعی، پیامدهای این پدیده شامل کاهش تعاملات اجتماعی، شکل‌گیری بی‌اعتمادی بین‌فردی (آزادواری^{۱۳}، ۱۳۹۹)، انزوای اجتماعی (کیمپورت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۶) مواجهه با انگ اجتماعی است (مور^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱؛ یلتس و برگر^{۱۶}، ۲۰۲۴؛ گارنزی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به شیوع پدیده سقط جنین عمدی و تبعات گسترده‌ای که این مسئله در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی به همراه دارد، انجام پژوهش‌های نظام‌مند و همه‌جانبه در این حوزه می‌تواند نقش بسزایی در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و ارائه راهکارهای مؤثر برای کنترل و کاهش این معضل ایفا نماید. تجربه سقط جنین عمدی زنان را درگیر پیچیدگی‌های روانی-اجتماعی، تعارضات ارزشی و فشارهای ساختاری می‌نماید و پیامدهای عمیق و متنوعی بر ابعاد گوناگون حیات فردی و جمعی آنان برجای می‌گذارد. واکاوی علمی این پیامدها و تحلیل جامع ابعاد مختلف آن می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه، مداخلات روانی-اجتماعی و سیاست‌های حمایتی به منظور کاهش نرخ سقط جنین ارائه دهد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی تجربه زیسته زنان از سقط جنین عمدی و پیامدهای آن در زندگی این زنان انجام شده است.

بخش عمده‌ای از پژوهش‌های حوزه سقط جنین در ایران، از رویکرد کمی بهره برده و توجه کمتری به رویکرد کیفی معطوف شده است. در میان مطالعات کیفی داخلی می‌توان به پژوهش‌های حاتمی‌فر و رضایی^{۱۸} (۱۴۰۴)، آزادواری و حبیب‌پور گتایی^{۱۹} (۱۴۰۲)، رازقی نصرآباد و سنجرى^{۲۰} (۱۳۹۶)، آزادواری (۱۳۹۹)، ظفری دیزجی^{۲۱} (۱۳۹۳) و نجاتی حاتمیان (۱۳۹۳) اشاره نمود که برخی از آن‌ها به بررسی پیامدهای سقط جنین عمدی پرداخته‌اند. آزادواری (۱۳۹۹) پیامدهای سقط جنین را در دو دسته فردی و اجتماعی طبقه‌بندی کرده است که پیامدهای مثبت فردی شامل احساس خوشحالی ناشی از رهایی، احساس استقلال و مالکیت بر بدن، و پیامدهای منفی فردی شامل احساس گناه، ترس از ناباروری، ترس از عذاب الهی، مواجهه با عقاید دیگران، مورد سرزنش واقع شدن و آسیب‌های جسمی و روانی بوده است. همچنین پیامدهای اجتماعی شناسایی شده در این پژوهش عبارت بودند از: ایجاد فاصله اجتماعی، بدبینی نسبت به دیگران، تسهیل فرآیند طلاق و تأثیرگذاری بر اطرافیان. در مطالعه ظفری دیزجی (۱۳۹۳)، پیامدهای مثبت اولیه شامل احساس آرامش، رضایت، دقت در پیشگیری از تکرار سقط، مراقبت در کنترل بارداری، آسودگی خاطر و کاهش فشار روانی، و پیامدهای منفی اولیه شامل احساس ناراحتی، گناه و ترس گزارش شده است. همچنین پیامدهای مثبت ثانویه شامل کسب تأیید اجتماعی، احساس رضایت و مدیریت بدن، و پیامدهای منفی ثانویه شامل احساس گناه شدید، دریافت انرژی منفی، وقوع اتفاقات ناگوار در زندگی، احساس انتقام الهی، تردید و پشیمانی، افسردگی، تنهایی، عذاب وجدان و کم‌خونی شدید مورد شناسایی قرار گرفته است. نجاتی حاتمیان (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود به تأثیرات منفی سقط جنین عمدی بر روابط زناشویی، رابطه با فرزندان و اطرافیان و همچنین اشتغال اشاره کرده است.

در مقیاس بین‌المللی، سقط جنین عمدی عموماً به عنوان یک مسئله مستقل تلقی نمی‌شود، بلکه تمرکز اصلی بر پیامدهای سقط جنین غیرایمن است. بر این اساس، حجم قابل‌توجهی از مطالعات خارج از ایران به بررسی موانع دسترسی به سقط جنین ایمن و همچنین جریان‌های مخالف با این محدودیت‌ها اختصاص یافته است؛ از جمله پژوهش‌های نوکلیمین^{۲۲} و همکاران (۲۰۲۵)، فرناندز و آدامچیک (۲۰۲۵)، پلزنس^{۲۳} و همکاران (۲۰۲۴) و اسکولیو و نایاک^{۲۴} (۲۰۲۳). علاوه بر این، برخی مطالعات به تحلیل عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری برای سقط جنین پرداخته‌اند، نظیر پژوهش‌های بینایو^{۲۵} و همکاران (۲۰۲۲) و هونگوس^{۲۶} و همکاران (۲۰۲۰). لذا، توجه پژوهشی به پیامدهای سقط جنین عمدی در مطالعات خارجی نیز محدود بوده است. به عنوان مثال، مطالعه لیتل و همکاران (۲۰۲۴) و رباردون (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زنان با سابقه سقط جنین عمدی به اختلالات روانی بیشتر است. همچنین مطالعاتی همچون یلتس و برگر (۲۰۲۴)، گارنزی و همکاران (۲۰۲۴) و مور و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی انگ اجتماعی، و پژوهش کیمپورت و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی انزوای اجتماعی به عنوان پیامدهای سقط جنین پرداخته‌اند.

پژوهش‌های پیشین عمدتاً بر پیامدهای فردی، اجتماعی و کوتاه‌مدت سقط جنین متمرکز بوده‌اند، در حالی که این پدیده می‌تواند تأثیرات بلندمدتی در سطح خانوادگی در بر داشته باشد. علاوه بر این، مطالعات گذشته بیشتر به پیامدهای عینی و ملموس پرداخته و به ابعاد ذهنی و ادراکی پیامدها توجه کافی نکرده‌اند. همچنین، پیامدهای معنوی و دینی این پدیده کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. لذا این پژوهش از طریق

واکاوی پدیدارشناسانه و توجه همزمان به ابعاد عینی و ذهنی، درصدد ارائه درکی چندلایه و جامع از پیامدهای سقط جنین عمدی برآمده است.

ملاحظات نظری

با توجه به سنت پژوهش‌های کیفی، این مطالعه فاقد رویکرد نظریه‌آزمایی یا فرضیه‌آزمایی است. با این وجود، این امر به معنای فقدان مبانی نظری و پیشینه پژوهشی نبوده و در چارچوب یک مطالعه نظام‌مند، به منظور ایجاد حساست نظری، ادبیات موضوع به صورت جامع مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه برخی نظریات مرتبط با موضوع پژوهش مورد اشاره قرار گرفته است.

نظریه سوگ^{۲۷} نایمیر^{۲۸} (۲۰۰۹) به تحلیل فرآیند سوگواری و پاسخ‌های هیجانی ناشی از تجربه فقدان می‌پردازد. این نظریه با تأکید بر چندبعدی بودن پدیده سوگ، استدلال می‌کند که این تجربه صرفاً به واکنش‌های فردی محدود نبوده و تحت تأثیر عوامل اجتماعی- فرهنگی و روابط بین‌فردی قرار دارد. نایمیر به صورت ویژه بر سیر تحولی مراحل سوگواری شامل مراحل انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و پذیرش متمرکز شده و خاطرنشان می‌سازد که توالی این مراحل الزاماً از الگوی خطی و ثابت پیروی نمی‌کند (نایمیر، ۲۰۱۶). نظریه سوگ غیررسمی^{۲۹} داکا^{۳۰} (۱۹۸۹) نیز، به تجربه فقدان و سوگی اشاره دارد که از طرف جامعه و یا اطرافیان فرد به رسمیت شناخته نمی‌شود. چراکه در بسیاری از جوامع سقط جنین به عنوان یک انتخاب پزشکی و یا گناه تلقی می‌شود، نه یک فقدان. لذا فرد حمایت اجتماعی دریافت نمی‌کند و نمی‌تواند از اطرافیان انتظار همدلی داشته باشد. دیگران فقدان زانی که پس از تجربه سقط جنین دچار غم و اندوه می‌شوند را درک نمی‌کنند و اغلب با بیان جملاتی مانند: «خودت تصمیم گرفتی، چرا ناراحتی؟» فرایند سوگ را دردناک‌تر می‌کنند. از این رو فرد به دلیل ترس از قضاوت اطرافیان غم خود را پنهان می‌کند (داکا، ۲۰۱۷).

نظریه استیگما^{۳۱} گافمن^{۳۲} (۱۹۶۳)، به ویژگی‌های بی‌اعتبارکننده‌ای اشاره دارد که فرد را از یک شخص کامل به فردی لکه‌دار و بی‌ارزش تقلیل می‌دهد و وی را در گروه منحرفان قرار می‌دهد. مکانیسم‌های اثرگذاری استیگما به صورت انزوای اجتماعی و محدود کردن روابط با دیگران و یا خودسانسوری و پرهیز از بیان تجربه بروز پیدا می‌کند. استیگما در مورد تجربه سقط جنین، می‌تواند به صورت قضاوت، طرد و یا برجسب‌زنی از سوی جامعه و اطرافیان ظاهر شود (گافمن، ۱۹۶۳).

طبق نظریه پشیمانی^{۳۳} لندمن^{۳۴} (۱۹۹۳)، احساس پشیمانی یک هیجان شناختی است که در زمان مقایسه شرایط فعلی با نتایج احتمالی یک تصمیم جایگزین ایجاد می‌شود. در مورد تجربه سقط جنین زنان غالباً به تصویرسازی ذهنی از زندگی فرضی فرزند از دست رفته روی می‌آورند. احساس پشیمانی می‌تواند در اثر عوامل بیرونی مانند فشارهای فرهنگی و یا مواجهه با کودکان همسن فرزند از دست رفته تشدید شود. از جمله پیامدهای احساس پشیمانی عبارتند از: افسردگی پایدار، اختلال در تصمیم‌گیری در آینده (به طور مثال در مورد بارداری مجدد) و تنش در روابط (مانند شرزنش شریک زندگی). در برخی موارد در تجربه سقط جنین عمدی پشیمانی تأخیری^{۳۵} بروز می‌یابد. بدین معنا که فرد با گذشت زمان به عنوان مثال ۳ تا ۵ سال پس از سقط، اغلب در مواجهه با آثار سقط جنین مانند ناباروری ثانویه، دچار احساس پشیمانی می‌شوند (لندمن، ۱۹۹۳).

نظریه ضربه روانی^{۳۶} یانگ^{۳۷} (۱۹۹۵)، بیان می‌کند که تجربیات آسیب‌زا مانند سقط جنین ناخواسته و یا توأم با اجبار، می‌توانند در حافظه به صورت پاره‌های حسی-هیجانی پردازش نشده ذخیره شوند. این فرآیند به‌ویژه مرکز پردازش حافظه و مرکز پردازش ترس را دچار اختلال می‌کند. مکانیسم‌های آسیب عمدتاً به شکل اجتناب و دوری از محرک‌های مرتبط با تجربه آسیب‌زا، بازگشت به خاطره از طریق کابوس‌های مکرر در مورد تجربه، فعال‌سازی بیش‌ازحد سیستم عصبی به صورت تپش قلب، تعریق ناگهانی هنگام یادآوری رویداد ظاهر می‌شود (یانگ، ۱۹۹۹).

نظریه فشار روانی لازاروس و فولکمن^{۳۸} (۱۹۸۴)، بر دو فرآیند محوری تأکید دارد: ارزیابی شناختی و راهبردهای مقابله‌ای. در فرآیند ارزیابی شناختی، فرد ابتدا محرک‌های محیطی را به عنوان تهدید، چالش یا پدیده بی‌خطر شناسایی می‌کند (ارزیابی اولیه)، سپس توانایی‌ها و منابع خود را برای مواجهه با آن می‌سنجد (ارزیابی ثانویه) و نهایتاً بر اساس تغییر شرایط، ارزیابی‌های خود را بازبینی می‌نماید (ارزیابی مجدد). این ارزیابی‌ها مبنای انتخاب راهبردهای مقابله‌ای قرار می‌گیرند که به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند: راهبردهای مسئله‌محور که شامل اقدامات فعالانه مانند حل مسئله، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و بازسازی شناختی مثبت برای تغییر مستقیم منبع استرس هستند؛ و راهبردهای هیجان‌محور که بر مدیریت پاسخ‌های هیجانی از طریق مکانیسم‌هایی مانند تخلیه عاطفی، انکار، رفتارهای اجتنابی و جستجوی حمایت عاطفی متمرکز می‌شوند (فولکمن و همکاران، ۱۹۸۶).

نظریه رشد پس از سانحه^{۳۹} که توسط تدسچی و کالهن^{۴۰} (۱۹۹۶) مطرح شد، به فرآیندهای تحول‌آفرین مثبتی اشاره دارد که برخی افراد پس از تجربه رویدادهای آسیب‌زا یا بحران‌های زندگی تجربه می‌کنند. این نظریه بر این اصل استوار است که افراد نه صرفاً با پیامدهای منفی روانشناختی، بلکه با امکان دستیابی به رشد و تحول شخصیتی نیز در مواجهه با تجارب دشوار روبرو می‌گردند. بسیاری از افراد پس از تجربه بحران، به تفکر عمیق‌تری درباره زندگی خود می‌پردازند و ممکن است ارزش‌ها و اولویت‌های خود را بازتعریف کنند. به عنوان مثال، ممکن است اهمیت روابط بین فردی و ارزش لحظات زندگی را بیشتر درک کنند. همچنین، مواجهه موفقیت‌آمیز با شرایط بحرانی می‌تواند به توسعه مهارت‌های مقابله‌ای جدید و ارتقای ظرفیت‌های فرد در مدیریت استرس و چالش‌های زندگی بینجامد. از دیگر پیامدهای این فرآیند می‌توان به جستجوی فعالانه‌تر معنا و اهداف وجودی اشاره نمود، به گونه‌ای که افراد پس از تجربه سانحه، عموماً به دنبال فعالیت‌هایی می‌روند که احساس رضایت‌مندی و معنا داری را برای آنان به ارمغان آورد. الگوی رشد پس از سانحه عموماً در قالب مراحل متوالی قابل تبیین است: مرحله اولیه شامل تجربه شوک و واکنش‌های انکاری است؛ در ادامه، فرآیند پردازش شناختی-هیجانی تجربه آسیب‌زا آغاز می‌شود؛ و نهایتاً فرد به شناخت توانمندی‌ها و منابع درونی جدید دست یافته و به سطوحی از رشد شخصیتی نائل می‌آید (تدسچی و کالهن، ۲۰۰۴).

روش

مطالعه حاضر با اتخاذ رویکردی کیفی و به کارگیری راهبرد پدیدارشناسی توصیفی به اجرا درآمده است. پدیدارشناسی توصیفی فرآیند اکتشاف، واکاوی و بازنمایی بی‌واسطه پدیده‌ها را بدون اتکا به پیش‌فرض‌های تأییدنشده دنبال می‌کند که غایت آن دستیابی به بیانی جامع و مبتنی بر ادراکات شهودی است. این پارادایم

پژوهشی نه تنها ابعاد مختلف تجارب انسانی را مورد کنکاش قرار می‌دهد، بلکه بر غنای مفهومی، وسعت دامنه و عمق این تجارب نیز تأکید ویژه دارد. اجرای این راهبرد پژوهشی در سه گام متمایز صورت می‌پذیرد: (۱) مرحله شهود؛ (۲) مرحله تجزیه و تحلیل؛ و (۳) مرحله توصیف ساختاری (اسپیال و کارپنتر^{۴۱}، ۲۰۲۳). به بیانی دیگر، پدیدارشناسی توصیفی با محور قرار دادن تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان، به ثبت و تحلیل ادراکات، عواطف و برداشتهای ایشان با حفظ اصالت و ماهیت اولیه این تجارب می‌پردازد (کرسول و پوث^{۴۲}، ۲۰۲۵؛ سینفیلد^{۴۳} و همکاران، ۲۰۲۳).

این مطالعه کیفی با هدف واکاوی پیامدهای تجربه سقط جنین عمدی در زندگی زنان طراحی شده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک تجربه سقط عمدی، تأهل در زمان وقوع رویداد، توانایی یادآوری جزئیات، تمایل به مشارکت و سکونت در استان البرز بود. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق استفاده شد که مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. فرآیند مصاحبه با پرسش در مورد داستان تجربه سقط جنین آنان شروع می‌گردید و سؤالات بعدی براساس پاسخ‌ها طراحی می‌شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند با حداکثر تنوع از نظر سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و باورهای مذهبی انجام گرفت. در مجموع با ۴۰ نفر مصاحبه صورت گرفت. با توجه به جدول (۱) محدوده سنی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بین ۲۸ تا ۵۵ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲۲ نفر دارای مدرک دیپلم یا پایین‌تر بودند، ۱۵ نفر در مقطع کاردانی یا کارشناسی تحصیل کرده بودند، ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۱ نفر در مقطع دکتری بودند. از نظر وضعیت اشتغال، بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان در زمان تجربه سقط جنین، خانه‌دار بودند. سایرین به مشاغل همچون پرستاری، معلمی، آرایشگری، خدمات‌دهی، رانندگی سرویس مدرسه و کار آزاد اشتغال داشتند. در زمان انجام مصاحبه‌ها، تمامی شرکت‌کنندگان با همسر خود زندگی می‌کردند و فقط پنج نفر متارکه کرده بودند. سن ازدواج این افراد بین ۱۳ تا ۳۴ سال متغیر بود. تعداد تجربیات سقط عمدی گزارش‌شده بین ۱ تا ۵ مورد بود و سن آنها در اولین تجربه سقط بین ۱۷ تا ۴۱ سال قرار داشت. تعداد فرزندان مشارکت‌کنندگان بین ۰ تا ۵ فرزند بود. در زمان وقوع تجربه سقط، تعداد فرزندان آنها بین ۰ تا ۳ فرزند بود.

جدول ۱ مشخصات مشارکت‌کنندگان

مصاحبه	سن	تحصیلات	تعداد فرزندان	سن در اولین سقط	تعداد فرزندان قبل از سقط	تعداد سقط عمدی	شغل
مصاحبه ۱	30	کارشناسی ارشد	0	25	0	1	معاون مدرسه
مصاحبه ۲	46	دیپلم	2	41	2	1	خانه دار
مصاحبه ۳	۴۵	دیپلم	۱	۲۹	۱	۱	خانه دار
مصاحبه ۴	35	سوم راهنمایی	1	31	1	1	سرایدار
مصاحبه ۵	43	دیپلم	2	22	1	1	شغل خدماتی
مصاحبه ۶	45	کارشناسی	2	21	1	1	خانه دار

مصاحبه ۷	۴۴	کارشناسی	۳	۳۷	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۸	۳۹	کاردانی	۲	۳۵	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۹	۵۱	دیپلم	۲	۲۰	۱	۲	خانه دار
مصاحبه ۱۰	۳۸	دوم راهنمایی	۲	۳۳	۳	۵	خانه دار
مصاحبه ۱۱	۴۸	سوم راهنمایی	۲	۳۵	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۱۲	۳۵	دکتر	۵	۲۷	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۱۳	۴۶	کارشناسی	۲	۲۸	۱	۳	خانه دار
مصاحبه ۱۴	۴۳	اول دبیرستان	۲	۳۱	۲	۲	خانه دار
مصاحبه ۱۵	۳۹	کارشناسی	۲	۳۳	۲	۱	پرستار
مصاحبه ۱۶	۴۳	کارشناسی	۲	۲۳	۱	۴	آرایشگر
مصاحبه ۱۷	۵۰	دیپلم	۲	۳۷	۲	۱	آزاد
مصاحبه ۱۸	۵۳	کارشناسی	۱	۳۴	۱	۲	معلم
مصاحبه ۱۹	۴۳	دیپلم	۱	۳۷	۱	۲	آزاد
مصاحبه ۲۰	۴۳	اول دبیرستان	۳	۳۷	۲	۲	خانه دار
مصاحبه ۲۱	۲۹	سوم راهنمایی	۲	۱۷	۱	۱	خانه دار
مصاحبه ۲۲	۳۳	دیپلم	۲	۳۰	۲	۱	سرویس مدرسه
مصاحبه ۲۳	۴۳	کارشناسی	۱	۴۰	۱	۱	خانه دار
مصاحبه ۲۴	۴۰	دیپلم	۲	۳۱	۲	۲	خانه دار
مصاحبه ۲۵	۳۱	دیپلم	۱	۲۱	۰	۱	خانه دار
مصاحبه ۲۶	۴۶	دیپلم	۲	۳۷	۲	۱	راندنده آژانس
مصاحبه ۲۷	۳۶	دیپلم	۲	۳۴	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۲۸	۵۵	کاردانی	۲	۳۰	۲	۲	پرستار
مصاحبه ۲۹	۲۸	کارشناسی	۰	۲۵	۰	۱	کارمند فروش
مصاحبه ۳۰	۲۹	کارشناسی	۱	۲۶	۱	۱	خانه دار
مصاحبه ۳۱	۴۰	کرشناسی	۲	۲۹	۱	۱	پرستار
مصاحبه ۳۲	۴۷	دیپلم	۲	۳۵	۱	۲	خانه دار
مصاحبه ۳۳	۴۳	دیپلم	۲	۳۹	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۳۴	۴۷	کارشناسی ارشد	۲	۴۱	۲	۲	خانه دار
مصاحبه ۳۵	۵۵	دیپلم	۱	۲۴	۰	۲	خانه دار
مصاحبه ۳۶	۳۸	سوم راهنمایی	۱	۲۴	۰	۱	آزاد
مصاحبه ۳۷	۵۴	کارشناسی	۲	۲۴	۱	۱	معلم
مصاحبه ۳۸	۴۵	کارشناسی	۱	۲۴	۰	۱	پرستار
مصاحبه ۳۹	۴۰	کاردانی	۲	۲۹	۲	۱	خانه دار
مصاحبه ۴۰	۴۸	دیپلم	۲	۳۳	۲	۱	خانه دار

به دلیل حساسیت موضوع، از گروه‌های فعال در حوزه سقط‌جنین، ماماها و پرستاران بیمارستان‌های استان البرز برای شناسایی مشارکت‌کنندگان کمک گرفته شد.

مصاحبه‌ها به شیوه‌ی حضوری و با در نظرگیری ملاحظات شرکت‌کنندگان انجام شد. زمان و مکان مصاحبه مطابق با ترجیحات افراد مشارکت‌کننده تعیین گردید. بر این اساس، محل اجرای مصاحبه‌ها به این شرح بود: ۴ مصاحبه در محیط کاری، ۱۷ مصاحبه در منزل شخصی، ۱۶ مصاحبه در فضای پارک و ۳ مصاحبه در باشگاه ورزشی انجام پذیرفت. مصاحبه‌ها در بازه زمانی مهر تا اسفند ۱۴۰۳ انجام شد. پیش از آغاز بخش اصلی مصاحبه، گفت‌وگویی غیررسمی و کوتاه در خصوص شرایط جاری زندگی مشارکت‌کنندگان به منظور ایجاد فضایی مساعد و برقراری اعتماد صورت می‌پذیرفت. سپس، از ایشان درخواست می‌شد تا خود را در زمان وقوع تجربه‌ی سقط جنین عمدی تصور نموده و روایت خویش را ارائه دهند. پس از بیان اولیه‌ی تجربه، با طرح پرسش‌هایی نظیر «بعدش چه حسی داشتی؟ چی تو دلت بود؟»، «بعد از اون قضیه، چه اتفاقاتی برات افتاد؟ به نظرت این تجربه چه ربطی به زندگی الانت داره؟ این تجربه چه اثری روی زندگیت گذاشت؟»، «اصلاً یادش می‌افتی؟ مثلاً یهو به ذهنت میاد؟ یا مثلاً، یاد خود جنین می‌افتی؟»، از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد تا آثار و پیامدهای این واقعه را در ابعاد مختلف زندگی خویش به تفصیل تبیین نمایند. فرآیند نمونه‌گیری تا ۴۰ مصاحبه ادامه یافت تا اطمینان حاصل شود که ابعاد و ویژگی‌های مقولات به حداکثر رسیده و به اشباع مفهومی رسیده‌ایم.

پیش از آغاز هر مصاحبه، محقق با معرفی خویش به عنوان پژوهشگر حوزه مسائل خانواده، پروتکل‌های اخلاقی پژوهش را به طور کامل برای مشارکت‌کننده تشریح می‌نمود. این تشریحات شامل تأکید بر محرمانه ماندن کامل هویت شرکت‌کننده و استفاده غیرقابل شناسایی از داده‌ها بود، به گونه‌ای که هیچ شخص یا نهاد ثالثی توانایی شناسایی فرد یا استفاده از اطلاعات به زیان وی را نداشته باشد. به منظور جلب اعتماد بیشتر، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده می‌شد که بلافاصله پس از پیاده‌سازی متن مصاحبه، فایل صوتی ضبط شده حذف خواهد گردید. بر این اساس، از آنان درخواست می‌شد در صورت تمایل، اجازه ضبط مصاحبه را صادر نمایند. اجرای این شیوه منجر به آن شد که هیچ مقاومتی از سوی مشارکت‌کنندگان برای ضبط مصاحبه مشاهده نشود و تنها در دو مورد، فرد ترجیح داد مصاحبه بدون ضبط صوت انجام پذیرد. همچنین، به هر یک از مشارکت‌کنندگان این حق داده شده بود که در هر لحظه از فرآیند مصاحبه، دستگاه ضبط صوت را خاموش کنند یا حتی پیش از موعد مقرر، مصاحبه را متوقف نمایند، بدون آن که توضیحی ارائه دهند.

تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر بر اساس الگوی هفت‌مرحله‌ای کلایزی (کرسول و پوث، ۲۰۲۵) انجام شد که در آن فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان صورت پذیرفت. در مرحله نخست، محتوای مصاحبه‌ها به طور کامل و با دقت پیاده‌سازی شد و متن مصاحبه‌ها با رعایت امانت‌داری و حفظ اصالت گفتار مشارکت‌کنندگان تدوین گردید. در مرحله دوم، با بررسی دقیق محتوای مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی کلیدی شناسایی و در قالب جملات کامل از متن استخراج شدند. در مرحله سوم، هر یک از جملات به منظور کشف معانی ضمنی و درک عمیق‌تر داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت و مفاهیم محوری از درون داده‌ها استخراج شد. در مرحله چهارم، مفاهیم مرتبط در قالب دسته‌بندی‌های همگون گروه‌بندی شدند و ناسازگاری‌های احتمالی میان مفاهیم مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. در مرحله پنجم، با تلفیق خوشه‌های معنایی، تصویر جامع‌تری

از تجربیات و پیامدها ترسیم شد و توصیفی نظام‌مند از پدیده مورد مطالعه ارائه گردید. در مرحله ششم، از طریق تحلیل عمیق توصیف‌های تفصیلی، جوهره اصلی پدیده آشکار شد. در نهایت، در مرحله هفتم، به‌منظور تأمین اعتبار پژوهش، یافته‌های حاصل از پژوهش به تعدادی از مشارکت‌کنندگان ارائه شد و تأیید نهایی آنان اخذ گردید. علاوه‌براین، سه تن از اساتید دانشگاه به‌عنوان ناظر خارجی به ارزیابی یافته‌ها پرداختند.

یافته‌ها

براساس نتایج حاصل از کدگذاری، پیامدهای تجربه سقط جنین عمدی در چهار مقوله اصلی خلاصه شده است. مفاهیم و مقولات مربوط به این پیامدها در جدول شماره (۲) ذکر شده و سپس پیامدها به همراه نمونه‌هایی از گفته‌های زنان بیان شده است.

جدول ۲ مقولات و خرده مقولات پیامدهای تجربه سقط جنین عمدی

طبقات	مقولات اصلی	مقولات فرعی	خرده مقولات
پیامدهای عینی و قابل ردیابی با تجربه سقط	پیامدهای فردی	تحولات عاطفی و شناختی	تحول شناختی نسبت به هستی جنین
			تحول شناختی نسبت به قبح سقط جنین
			تحول عاطفی نسبت به جنین
		عوارض جسمانی	عوارض جسمی اولیه
			عوارض جسمی ثانویه
			هیجانات منفی فراگیر و اختلالات خلقی
		آشفته‌گی‌های روان‌شناختی	بحران اخلاقی و هویتی
			درگیری شناختی مداوم با گذشته
			احساس انقطاع از منبع رحمت
	پیامدهای خانوادگی	بحران‌های معنوی و دینی	هراس از حساب‌رسی اخروی
			احساس زیان‌باری دنیوی و بحران در هویت مذهبی
			سردی در روابط همسری
		آشفته‌گی در کانون خانواده	سرزنشگری و مشاجرات بازگشتی
			گوشه‌گیری از دایره خویشان
			سردی روابط با شبکه خانوادگی
		گسست و اختلال در شبکه روابط خانوادگی	بازتولید انزوای آینده
			محرومیت از شبکه حمایتی در آینده
			محرومیت از پویایی خانواده
	پیامدهای اجتماعی	انزوای اجتماعی	انفعال و کناره‌گیری
			سردی روابط با شبکه دوستان
			سرزنش مذهب‌محور
		مواجهه با قضاوت و سرزنش اجتماعی	سرزنش پیامد‌محور
			سرزنش ارزش‌محور
	پیامدهای فردی	تثبیت موقعیت و پیشرفت	تثبیت شغل و پیشرفت حرفه‌ای
			ارتقای کیفیت زندگی
			ایجاد فرصت برای تحقق ایده‌آل‌های فرزندآوری
			احساس آرامش و رضایت

پیامدهای ذهنی و نسبت داده شده به تجربه سقط	مشکلات جسمی	بروز مسائل و مشکلات در بارداری مجدد
		ابتلاء به بیماری‌های سخت
	فروپاشی شبکه عاطفی و انسجام خانوادگی	از سردی روابط تا فروپاشی کانون خانواده
		گسست در پیوندهای خانوادگی
		داغدار عزیزان شدن
	فروپاشی سرمایه اقتصادی و معیشت خانواده	بحران‌های مالی ناگهانی و خارج از کنترل
		فرسایش تدریجی وضعیت معیشتی
پیامدهای خانوادگی		

پیامدهای عینی و قابل ردیابی با تجربه سقط

پیامدهای عینی و قابل ردیابی، نتایج باواسطه و یا بی‌واسطه ملموسی هستند که می‌توان رابطه آنها با تجربه سقط را به‌وضوح دنبال کرد. این پیامدها مستقل از تفسیر فرد، قابل مشاهده، درک و یا اندازه‌گیری هستند.

پیامدهای فردی

زیرمقاله «پیامدهای فردی» بر آن دسته از آثار ناشی از تجربه سقط جنین دلالت دارد که به‌طور مستقیم ابعاد زیستی، روانی و وجودی خود فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جمله مصادیق شناسایی‌شده در این حوزه، «**تحولات عاطفی و شناختی**» است که «تحول شناختی نسبت به هستی جنین» به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های آن در چارچوب این مقوله جای می‌گیرد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پس از تجربه سقط جنین عمدی و مواجهه با موقعیتی تنش‌زا، راهبرد بازاندیشی را اتخاذ کرده و مواردی همچون شرایط منجر به تصمیم‌گیری درباره سقط، میزان مسئولیت خود و اطرافیان در اقدام به سقط، خاطرات مرتبط با جنین و روند اقدام به سقط را مورد تأمل و بازنگری قرار داده بودند. در گروهی از زنان، این بازاندیشی به ماهیت و هستی جنین معطوف شده بود. این افراد در مواجهه با عوامل بیرونی (مانند بیماری سخت، تجربیات زیسته پس از سقط، کلیپ‌ها و برنامه‌های تلویزیونی درباره جنین و ...) به بازاندیشی درباره ماهیت وجودی جنین پرداخته و به درک و آگاهی جدیدی از هستی جنین دست یافته بودند یا آگاهی پیشین آنها به باور و یقین تبدیل شده بود. این افراد به دریافت‌های تازه‌ای درباره حیات جنین، روح داشتن جنین، انسان بودن جنین، استقلال جنین، رابطه امانی مادر و جنین، قتل تلقی شدن سقط، فرزند محسوب شدن جنین و ... رسیده بودند.

«اون موقع این طرز فکر و نداشتنم الان میدونم جنین واقعاً امانتیه که تو وجود مادره. اون موقع فکر می‌کردم این بچه من مال منه، از وجود منه، و دیگه همه اختیارش با منه. ولی الان مطمئن هستم که هم دو تا پسر ام و هم جنین‌ها امانتی بودند که تو وجود من بودن و خدا منو لایق دونسته بود و اونا رو تو وجود من گذاشته بود و متأسفانه (سکوت با اندوه)». (مصاحبه ۱۶، ۴۳ ساله، ۴ بار سابقه سقط)

بعد دیگری از «تحولات عاطفی و شناختی»، «تحول شناختی نسبت به قبح سقط جنین» است که «عزم قطعی برای اجتناب از سقط در صورت مواجهه مجدد با شرایط مشابه» را می‌توان از جمله تجلیات عینی آن به شمار آورد. زنان، در پی تغییر نگرش خود نسبت به هستی جنین، به این باور رسیده بودند که در صورت تکرار شرایط منجر به سقط یا بازگشت به چنین موقعیتی، با آگاهی کنونی خود درباره زنده بودن جنین، انسان بودن جنین، روح داشتن آن، قبح شدید گناه سقط و قتل محسوب شدن این عمل، دیگر مرتکب سقط نخواهند شد.

آنان تأکید داشتند که حتی در صورت اصرار همسر به سقط، مقاومت خواهند کرد یا او را برای حفظ جنین متقاعد خواهند نمود.

«الان که برنامه‌های راجع به سقط رو می‌بینم، میگم خدا یا چرا قبلاً اون موقع این حرفا رو نمی‌زدن اون موقع هم من می‌دونستم حرامه ولی زیاد برام جدی نبود، اینقدر متوجه نبودم، قبلاً اینطوری نمی‌دونستم. تو برنامه نفس می‌گفت از همون لحظه که نطفه تشکیل میشه روح تو بدنه و زنده ست. تو این برنامه‌ها میگن اگر شوهرتون راضی نیست برید پیش مشاور. اگر برگردم حتماً پیش مشاور میرم منو راهنمایی کنه. شوهرمم پیش چند تا مشاور می‌برم که باهاش صحبت کنن. چون قتل عمد حساب میشه شوهرمو راضی می‌کردم که سقط نکنیم.» (مصاحبه ۱۴، ۴۳ ساله، ۲ بار سابقه سقط)

«حفظ جنین علی‌رغم تشدید شرایط دشوار» در مورد سایر فرزندان، از دیگر مصادیق «تحول شناختی نسبت به قبح سقط جنین» است. برخی از زنان، با وجود قرار گرفتن در شرایطی به مراتب دشوارتر از زمان اقدام به سقط و فشار اطرافیان مبنی بر سقط، در مواجهه مجدد با بارداری برنامه‌ریزی نشده تصمیم به حفظ جنین گرفته و مجدداً مرتکب سقط نشده بودند.

«بهتون گفتم که من بیشتر به خاطر بحث ادامه تحصیل بود که اون کارو کردم اون موقع تازه می‌خواستم ارشدم رو شروع کنم. اما گذشت و بعد از اینکه من این درک رو از جنین به دست آوردم و اینطوری راجع به سقط جنین فهمیدم، در شرایطی که دکتر رو شروع کرده بودم و از نظر تحصیلی در شرایط خیلی سختی بودم و دلم می‌خواست زودتر دکترام تموم بشه تا بتونم جایی مشغول به کار بشم در این شرایط دوباره ناخواسته باردار شدم. به خاطر اینکه همسرم پسر دوست داشت بدش نمی‌اومد که این بارداری ناخواسته رو هم سقط کنیم، چون می‌ترسید اینم دختر باشه. ما می‌خواستیم بعد از درسم بریم دکتر و بتونیم با تجویزهای دکتر صاحب پسر بشیم چون ما تا اون موقع دو تا دختر داشتیم. من به همسرم گفتم که هرگز حاضر نیستم که دوباره سقط کنم و بهش در مورد چیزهایی که شنیده بودم گفتم. اما ایشون می‌گفت من فکر نمی‌کنم در این حدی که شما میگی باشه. اما من چون با تمام وجودم درک کرده بودم به هیچ عنوان حاضر نبودم این کار رو بکنم. همسرم که دید من مصمم هستم دیگه اصراری نکرد. برای من سخت بودن شرایطم، وسط درس بودن این بارداریم یا پسر نداشتنم یا خواست همسرم هیچ چیزی برام مهم نبود. حتی اگر همسرم طلاقم می‌داد و یا هر اتفاق دیگه‌ای قرار بود بیفته، من حاضر نبودم جون جنینمو بگیرم. تازه اگر دوباره دختردار میشدیم سرزنش اطرافیانم بود که شما دو تا دختر داشتید برای چی بازم بچه‌دار شدید.» (مصاحبه ۱۲، ۳۵ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

یکی دیگر از پیامدهای این تحول شناختی، «تردید در درستی عمل سقط» است. برخی از مشارکت‌کنندگان، پس از دستیابی به درک و آگاهی جدید نسبت به جنین، با تأمل و بازنگری در شرایطی که منجر به سقط شده بود، در درستی تصمیم خود دچار تردید شده بودند.

«من دیدم عوض شده اون موقع فکر می‌کردم که این اختیارو دارم تا وقتی جنین هنوز رشد آنچنانی نکرده اون کار رو انجام بدم. ولی الان میگم نه شاید اون کار اشتباه بود. به هر حال یه موجود زنده بود دیگه. اون موقع این زنده بودن رو نمی‌دونستم.» (مصاحبه ۳۷، ۵۴ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«باورناپذیری ارتکاب سقط برای فرد» از دیگر پیامدهای این تحول شناختی محسوب می‌شود. در این حالت، مشارکت‌کنندگان پس از پذیرش باورهای مبنی بر زنده‌بودن و روح‌داشتن جنین و همچنین درک عمق زشتی این عمل، سقط جنین را رفتاری هولناک توصیف می‌کردند. آنان به سختی می‌توانستند باور کنند که خود مرتکب چنین عمل ناپسندی شده باشند.

«هر چی بیشتر راجع به جنین یاد می‌گرفتم بیشتر حالم بد می‌شد. فکر اینکه من یک انسان بی‌دفاع رو از بین بردم، انسانی که روح خدا درش دمیده شده. جنین من قلبش تشکیل شده بود و ۸ هفته تموم شده بود. آنچنان فشار روحی به من وارد می‌شد که به مدت مرتباً به یادش بودم و با گریه و التماس از خدا درخواست بخشش می‌کردم. من قلبش هم می‌دونستم که سقط گناه داره و حرامه و جنین زنده است. ولی واقعاً زنده بودنش رو تا اون موقع درک نکرده بودم. به همین دلیل با اینکه توبه کرده بودم و می‌دونستم خدا توبه پذیره و حتماً منو بخشیده. اما به شدت خودمو سرزنش می‌کنم. اصلاً و اصلاً باورم نمی‌شه که من این کار وحشتناک رو کرده باشم.» (مصاحبه ۱۲، ۳۵ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

برخی از زنان تحت تأثیر این تحول شناختی، با گذر زمان و تأمل در مورد جنین و شرایط منجر به تصمیم سقط دید تازه‌ای نسبت به بارداری، جنین، فرزند و زندگی خانوادگی به دست آورده بودند و تجربه خود را عبرت‌آموز تلقی می‌کردند و بعضاً تصمیم خود در مورد سقط را به چالش می‌کشیدند.

«این تجربه باعث شد که من چشمم به دنیا بازتر بشه. این تجربه منو داناتر کرد، عاقل‌تر کرد، نسبت به زندگی دقیق‌تر کرد نسبت به انتخاب‌هایی که می‌کنم، تصمیم‌هایی که می‌خوام بگیرم، اینکه بیشتر فکر کنم. الان که بهش فکر میکنم میبینم اگر هم میومد چیزی نمیشد.» (مصاحبه ۸، ۳۹ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«تحول عاطفی نسبت به جنین» از دیگر پیامدهای تغییر نگرش نسبت به هستی جنین به شمار می‌رود. برخی مشارکت‌کنندگان، پس از دستیابی به درک و آگاهی جدید نسبت به ماهیت وجودی جنین، از اقدام به سقط ابراز پشیمانی کرده و نسبت به جنین سقط شده «احساس دلبستگی عاطفی» می‌کردند. آن‌ها به منظور «حفظ خاطرات جنین» از طریق «انتخاب نام برای جنین»، «عذرخواهی از جنین و گفت‌وگو با او» و «محاسبه جنین سقط‌شده در شمار فرزندان خود»، تلاش می‌کردند یاد و خاطره جنین را حفظ نمایند.

«امسال ماه رمضون که بود خیلی ناراحت شدم و خیلی گریه کردم. پیش خودم ازش خیلی عذرخواهی کردم گفتم منو ببخش من احساس می‌کنم دختر بود / سمشو گذاشتم حنا به فکر می‌کردم که دختره نمی‌دونم میگن که دختر مثل یه تیکه گوشته من / اون موقع حس کردم که یه تیکه گوشت کنده شد و رفت.» (مصاحبه ۳، ۴۵ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«عوارض جسمانی» یکی دیگر از «پیامدهای فردی» تجربه سقط جنین عمدی می‌باشد. برخی از مشارکت‌کنندگان بلافاصله پس از تجربه سقط جنین «احساس راحتی و آرامش» اولیه می‌کردند. این افراد بارداری برنامه‌ریزی نشده را به مثابه یک شکست تلقی کرده و سقط جنین را به عنوان التیام و راه برون رفت از این ناکامی به شمار می‌آوردند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که علی‌رغم این «احساس راحتی و آرامش» اولیه، غالباً مشارکت‌کنندگان در گذر زمان از آسیب‌های ناشی از سقط جنین رنج می‌برند. یکی از انواع این آسیب‌ها، آسیب‌های جسمی می‌باشد. زنان مورد مطالعه در حین تجربه سقط متحمل «عوارض جسمی اولیه» مانند «دردناک و طولانی بودن روند سقط»، «خونریزی شدید و طولانی در پی اقدام به سقط»، «کمردرد

و پادرد شدید»، «حالت تهوع»، «اسهال و استفراغ شدید»، «دل درد شدید» و «خشک شدن دست و پا» شده بودند.

«من پنج شیش تا قرص استفاده کردم اثر نمی‌کرد و خونریزی شدید داشتم با دل درد شدید. رفتم سونوگرافی گفت هیچی نیست فکر کردم تموم شده دیگه بعد از یه مدتی مسافرت رفتیم من دیدم که یه سری علائم بارداری دارم برگشتم دوباره رفتم سونوگرافی و گفتش که جنین آسیب دیده با قرصی که خوردی اما ساک حاملگی و اینا مونده. تا اینکه یه شب دل درد داشتم کیسه آب گرم گذاشتم یهو به خونریزی شدید افتادم و رنگم مثل گچ دیوار سفید شد و رفتم بیمارستان. اول کورتاژ دستی کردن منو. خیلی اذیت شدم. واقعاً اون دنیا رو دیدم و برگشتم. بعد دوباره دیدن بقایایی مونده. دوباره منو با دستگاه هم کورتاژ کردن، خیلی عذاب کشیدم. مرگو جلو چشمم دیدم خیلی وحشتناک بود. اگر می‌دونستم اینجوریه واقعاً این کارو نمی‌کردم. اینقدر اون موقع عذاب کشیدم دیدم واقعاً به این همه عذاب نمی‌ارزه. من عمل قلب کردم اینقدر برام سخت نبود که این برام سخت بود.» (مصاحبه ۲۹، ۲۸ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

مشارکت‌کنندگان پس از تجربه سقط نیز از «عوارض جسمی ثانویه» هم چون «طولانی بودن روند بهبودی»، «ضعف و ناتوانی»، «آسیب به رحم و ضعیف شدن آن»، «ایجاد توده رحمی»، «کمر درد و پادرد»، «فرسودگی بدن»، «افزایش خونریزی در دوره قاعدگی» و «کم‌خونی» رنج می‌بردند.

«بعد از سقط دیدم اصلاً خونریزی من قطع نمیشه. چند بار دکتر رفتم و آمپول تزریق کردم اما دو سه روز قطع می‌شد و دوباره شروع می‌شد. رفتم تهران پیش به دکتر خوب گفت باید بری اتاق عمل و سقط کنی. گفت که یه تیکه سقط شده رو دادیم برای آزمایش. وقتی جواب آزمایش رو بهش نشون دادم گفت اونیه که فکر نمی‌کردم شد و گفت باید هم دوباره سقط کنی و هم شیمی درمانی. اسم شیمی درمانی اومد قلبم ریخت. بستری شدم و منو بردن سر تا پا سیتی اسکن و رادیولوژی. همه کار کردن گفتن ببینیم تو بدنت پخش شده یا نه. برام ناشناخته بود می‌گفتم یه سقط چرا داره با من اینجوری می‌کنه. بهم گفتن بچه خوره افتاده توی رحمت. گفتن یه تیکه هم اونجا می‌مونه میشه بچه خوره و گفتن باید از همین امروز شیمی درمانیتو شروع کنی. سه جلسه شیمی درمانی کردم و بعد دوباره منو فرستادن سونوگرافی. دوباره گفتن باید سقط بشی. خیلی سختی کشیدم. گفتم چرا گفت انگار شیمی درمانی جواب نمیده و بچه خوره داره بزرگ میشه و داره می‌زنه به پشت رحمت، اون وقت دیگه پخش میشه تو بدنت و دیگه کاریش نمی‌شه کرد. دوز شیمی درمانی رو زیاد کردن و دوباره سه جلسه شیمی درمانی شدم و بعدش کلاً این بچه خوره از بدنم رفت.» (مصاحبه ۵، ۴۳ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

در این پژوهش «آشفته‌گی‌های روان‌شناختی» به عنوان یکی دیگر از «پیامدهای فردی» ناشی از سقط جنین شناسایی شد. شماری از زنان مشارکت‌کننده پس از تجربه سقط درگیر «هیجانات منفی فراگیر و اختلالات خلقی» مانند «احساس غم و ناراحتی»، «افسردگی»، «از دست دادن نشاط و شادابی»، «ناراحتی اعصاب»، «احساس تهی شدن» شده بودند.

«خیلی از اون کار ناراحتیم. هر وقت یادم بیفته به شدت غمگین میشم. کلاً حس و حالم میره.» (مصاحبه ۲۰، ۴۳ ساله، ۲ بار سابقه سقط)

زیر مقوله «بحران اخلاقی و هویتی» به عنوان یکی از وجوه عمیق «آشفته‌گی‌های روان‌شناختی»، بیانگر تعارضات بنیادین در نظام ارزشی و خودپنداره فرد متعاقب تجربه سقط جنین عمدی است. این بحران در تجربیاتی همچون «عذاب وجدان» و «احساس گناه» ریشه داشته که ناشی از نقض هنجارهای اخلاقی-دینی درونی‌شده است. در شدیدترین شکل، این تعارض به «باور به ارتکاب قتل» منجر شده بود که هسته هویت فردی را دچار تزلزل کرده و او را با پرسش‌هایی بنیادین درباره ماهیت عمل خود و هویت خویش به عنوان یک «انسان خوب» یا «مادر» مواجه کرده بود.

«وقتی یادم می‌رفته گریه ام می‌گیره که چرا این کارو کردم ممکنه خدا واقعاً بخشیده باشه اما عذابش روحاً هنوز عمیقاً وجود داره. انگار روح منو زخمی کرده. همیشه مثل یک کوله پشتی رو دوشم سنگینی می‌کنه و همیشه باهام هست. انگار مثل یک برزخه برام» (مصاحبه ۶، ۴۵ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

زیرمقوله «درگیری شناختی مداوم با گذشته» بیانگر نوعی آشفته‌گی روان‌شناختی است که در آن فرد به‌طور مستمر در چرخه‌ای از بازاندیشی و مرور رویداد سقط جنین گرفتار می‌شود. این درگیری ذهنی اغلب در قالب «احساس پشیمانی» و «احساس حسرت» نسبت به تصمیم اتخاذ شده و آینده‌ای که از دست رفته نمود یافته بود.

مشارکت‌کنندگان به دلایل مختلفی از جمله «تعداد کم فرزندان»، «پشیمانی همسر از موافقت و یا اصرار به سقط»، «جنسیت جنین سقط شده»، «تمایل به تجربه مجدد بارداری»، «مشاهده آثار مثبت تعدد فرزند در اطرافیان» و «مواجهه با آسیب‌های سقط»، از انجام این عمل ابراز پشیمانی می‌کردند. این افراد با ارزیابی هزینه - فایده در خصوص تصمیم و اقدام خود، به این نتیجه رسیدند که هزینه‌های ناشی از سقط جنین از منافع احتمالی آن فزونی داشته است.

«الان اگر برگردم دیگه سقط نمی‌کنم. عذاب وجدان خیلی اذیت می‌کنه ناراحتم. من هیچ وقت دیگه سقط نمی‌کنم. البته اون روزا دیگه نمیاد دیگه اون روزا نمی‌شه دیگه سنم رفته بالا ولی من دیگه هیچ وقت سقط نمی‌کنم. اون موقع خانم دکتر بهم گفت چون قرص فلوکستین استفاده می‌کردی ممکنه جنین سالم نباشه. من حتی بعد از اون راضی بودم حتی اگر جنین سالم نباشه باز براش مادری کنم تا این حد پشیمون شده بودم» (مصاحبه ۱۱، ۴۸ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

شماری از مشارکت‌کنندگان، پس از مواجهه با دشواری‌های زندگی پس از تجربه سقط، از طریق «بازاندیشی» انتقادی نسبت به شرایط منجر به سقط، پیامدهای پس از آن و تصویرسازی زندگی در صورت عدم اقدام به سقط و نیز با مشاهده تأثیرات مثبت فرزندآوری در زندگی اطرافیان، به این تأمل گراییده بودند که در صورت عدم سقط جنین، احتمالاً مسیر زندگی آنان دستخوش تغییرات مثبت می‌شد.

«یه سال پیش بود که من حرف انداختم و گفتم سقط روی زندگی آدم تأثیر می‌ذاره. شوهرم گفت آره منم به اینا فکر کردم تو ذهن منم اومده که شاید اون کارو کردیم الان شرایط انقدر سخت و سخت‌تر می‌شه، شاید اگه اون کارو نمی‌کردیم شرایط جور دیگه‌ای می‌شد. بعضیا می‌گفتن اگه می‌داشتی به دنیا می‌ومد شاید اصلاً چه می‌دونی شرایط کلاً تغییر می‌کرد و زندگیت روال دیگه‌ای می‌شد. یکی از اطرافیانم زندگیشون داشت به نابودی کشیده می‌شد. شوهرش معتاد شده بود و اصلاً به هیچ خیالش نبود. اما وقتی بچه‌شون به دنیا اومد بعد چند سال انگار شد یه انگیزه‌ای برای اونا، زندگی اینا کلاً عوض شد و خوب شد. منم اگه این آگاهی که الان

دارم و داشتم سختی‌های نگه داشتن بچه رو تحمل می‌کردم و می‌گفتم اشکال نداره بعدش برام خوبیایی داره و سقط نمی‌کردم.» (مصاحبه ۳، ۴۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«فراموش نشدن خاطرات سقط» به عنوان محرک‌های دائمی این درگیری شناختی تظاهر یافته است. بر اساس یافته‌ها، بسیاری از مشارکت‌کنندگان، خاطرات مربوط به جنین را فراموش نکرده بودند و در موقعیت‌ها و شرایط گوناگون، به یاد جنین و وقایع مرتبط با سقط می‌افتادند. غالباً زنان در بحبوحه تصمیم‌گیری برای سقط، به جنین فکر نمی‌کردند و صرفاً بر رهایی از بارداری برنامه‌ریزی نشده و سقط جنینی که به تعبیر آنان در شرایط نامناسب به وجود آمده بود، متمرکز بودند. با این حال، پس از سپری‌شدن زمان و عبور از شرایط منجر به سقط، همچنین با کاهش تنش‌های ناشی از تصمیم‌گیری و انجام فرآیند سقط، یادآوری جنین در ذهن آنان آغاز شده بود. در برخی افراد به مرور زمان، این یادآوری‌ها با تداوم و شدت بیشتری همراه شده بود. «قبلش حسم این بود که تموم شه و این بچه خارج بشه. اما از اون به بعد دارم بهش فکر می‌کنم. انگار رفته رفته بیشتر بهش فکر می‌کنی و بیشتر حالتو می‌گیری. من شاید سال اول بهش فکر نمی‌کردم، به خاطر مشکلاتم، وقتی از اون مشکلات رد شدم بهش فکر کردم. از سال‌های بعدش زیاد دارم بهش فکر می‌کنم بیشتر یادم می‌فته. خاطراتش رو نمی‌تونم فراموش کنم. بچه رو نمی‌تونم فراموش کنم. الان دارم فکر می‌کنم که من مادر می‌شدم. واژه‌ای به اسم مادر... اون موقع وقتی بچه تو شکمم بود من مادر بودم.» (مصاحبه ۱، ۳۰، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

برخی مشارکت‌کنندگان گزارش نمودند که مواجهه با محرک‌های یادآور تجربه سقط، از قبیل رویاهای پریشان مرتبط با جنین، مشاهده محتوای رسانه‌ای در خصوص سقط جنین، یا برنامه‌های تلویزیونی با درون‌مایه‌های مرتبط با جنین، منجر به تشدید آشفته‌گی‌های روانی در ایشان می‌گردد. هرگونه عامل بازخوانی خاطره‌ی سقط، واکنش‌های عاطفی شدیدی را در این افراد در پی دارد.

«بعضی وقت‌ها این کلیپ‌هایی که نشون میده بچه توی شکم مادرش می‌جنگه برای اینکه سقط نشه اونا رو می‌بینم خیلی عذاب وجدان می‌گیرم. دستگاه‌هایی که بچه رو چرخ می‌کنن می‌بینم عذاب وجدان می‌گیرم. بعضی وقتا خودمو خیلی سرزنش می‌کنم که چرا سقط کردم/ اشتباه کردم. شاید خدا قوتشو بهم می‌داد بنیه‌اش رو بهم می‌داد می‌تونستم بزرگش کنم.» (مصاحبه ۱۰، ۳۸، ساله، ۵ بار سابقه سقط)

بر اساس یافته‌های پژوهش، در میان برخی از مشارکت‌کنندگانی که «تحولات عاطفی و شناختی» را تجربه نموده بودند، فرآیند عدم فراموشی خاطرات مرتبط با جنین به شکل آگاهانه و از طریق اتخاذ راهبرد «حفظ خاطرات جنین» بروز یافته است. این یافته نشان می‌دهد که در این گروه از افراد، یادآوری و نگهداری خاطرات جنین به عنوان یک مکانیسم روان‌شناختی فعال عمل می‌نماید.

«هیچ وقت فراموشش نمی‌کنم، نمی‌خوام که فراموشش کنم. اون جنین چیزی نیست که با فراموشی از بین بره. اون به وجود اومده بود و با خطای من فرصت زندگی پیدا نکرد. همیشه بهش فکر می‌کنم و به وقتایی باهاش حرف می‌زنم.» (مصاحبه ۱۲، ۳۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

تداوم این فرآیند، به «عذاب روحی ماندگار» و «درگیری ذهنی مدام در مورد قاتل فرزند خود بودن» منجر شده که بازتعریف هویت فرد را حول محور این تجربه رقم می‌زد.

«تو ماه رمزون که زندگی پس از زندگی نشون میدی جنینا میان جلو چشمم و این واقعیت اصلاً از جلوی چشمم نمیره اینا رو می بینم خیلی ناراحت میشم و این عذاب رو دارم. وقتی این برنامه ها رو می بینم حالم بد میشه با خودم میگم خدا از گناهام می گذره؟ تا مرگ من این عذابو یکد می کشم.» (مصاحبه ۲۰، ۴۳، ساله، ۲ بار سابقه سقط)

قابل ذکر است که، برخی از مشارکت کنندگان به منظور کاهش آسیب های روحی ناشی از تجربه سقط، راهبرد «سرکوب خاطرات سقط» را در پیش گرفته بودند. غالباً این دسته از زنان پس از سقط از ناآرامی روحی و عذاب وجدان رنج می بردند؛ از این رو این زنان با تلاش برای فراموش کردن خاطرات سقط و اجتناب از قرار گرفتن در موقعیت هایی که یادآور آن تجربه است، سعی می کردند رنج عذاب وجدان خود را کاهش دهند.

«یک مدت بعد از سقط با خودمون درگیر بودیم، اگر من حرفی ازش می زدم همسرم می گفت حرفشو نزن اگر همسرم حرفی می زد من بهش می گفتم اصلاً حرفشو نزن. ناراحت می شدیم از یادآوریش. وقتی کرج میرم اون درمانگاهی که توش سقط کردم تو راهه. وقتی به اونجا می رسم سرم رو برمی گردونم تا اون درمونگاه رو نبینم بعضی وقت ها نگاهم می خوره به اون درمونگاه خیلی احساس بدی پیدا می کنم.» (مصاحبه ۶، ۴۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط عمدی)

شرکت کنندگان در این مطالعه، علاوه بر آسیب های جسمی و روحی ناشی از سقط جنین، با «بحران های معنوی و دینی» نیز مواجه شده بودند. عمدتاً افراد به دلیل باور به «نافرمانی خداوند»، «مقابله با اراده الهی»، «ناشکری از نعمت الهی»، «ارتکاب قتل فرزند»، «ظلم به جنین»، «ظلم به خود» و «خودخواهی» دچار آشفتگی می شدند.

«احساس می کنم با این کارم ناشکری کردم، فقط به خودم فکر کردم. همش می گم هم به خودم ظلم کردم، هم به اون جنین.» (مصاحبه ۳، ۴۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

زیرمقلوبه «احساس انقطاع از منبع رحمت» به بحران عمیقی در رابطه وجودی فرد با خداوند اشاره دارد که از پیامدهای معنوی سقط جنین عمدی محسوب می شود. این تجربه در قالب «احساس طردشدگی» از سوی خداوند و «احساس رویگردانی خدا» از بنده خود تبلور یافته بود. این گسست وجودی با «احساس شرمندگی در برابر خداوند» به دلیل نقض حریم مقدس زندگی تشدید شده و فرد را در وضعیتی از احساس تنهایی معنوی و محرومیت از رحمت الهی قرار داده بود.

«از اینکه برخلاف اراده خدا نذاشتم به انسان وارد این زندگی بشه، در برابر خدا احساس شرمندگی می کنم.» (مصاحبه ۳۳، ۴۳، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«زیان باری دنیوی و اخروی» نیز به درکی دوگانه از خسارت اشاره دارد که فرد در پی تجربه سقط جنین عمدی با آن مواجه می شود. این احساس هم زمان هم «احساس خسران دنیوی» نظیر از دست دادن برکت زندگی، فرصت های مادی و آسیب به جسم خود را در بر گرفته بود و هم «احساس خسران اخروی» را شامل می شد که به معنای زیان در سعادت آخرتی است. این دوگانگی زیان، با «احساس شرمندگی در برابر جنین» به عنوان صاحب حق حیات، عمق بحران معنوی فرد را نشان می داد.

«عذاب وجدان داشتم. هر کاری می کردم، نماز می خوندم، دعا می کردم، احساس می کردم خدا حرف منو نمی شنوه چون خودم اعتقاد داشتم قتل انجام دادم. هر اتفاقی می افتاد می گفتم این از اونه به خاطر سقطیه که

انجام دادم. خیلی با خودم کلنجار می‌رفتم خیلی فشار روحی داشتم از نظر روحی آسیب دیده بودم از نظر جسمی هم که خیلی خونریزی داشتم. هم دنیای خودمو خراب کردم هم آخرتمو.» (مصاحبه ۲۰، ۴۳، ساله، ۲ بار سابقه سقط)

زیرمقوله «هراس از حساب‌رسی اخروی» نیز به یکی از وجوه بارز بحران‌های معنوی ناشی از سقط جنین عمده‌ی اطلاق می‌شود که در آن، فرد به طور مستمر با ترسی عمیق از مواجهه با عواقب اخروی عمل خود مواجه است. این هراس در «نگرانی از بخشیده نشدن» گناه و «ترس از عقوبت اخروی» به عنوان مجازاتی الهی تجلی یافته بود. همچنین، این دغدغه با «نگرانی از ملاقات جنین در آخرت» و مواجهه با موجودی که حق حیات از او سلب شده، آرامش روحی فرد را به شدت مورد آسیب قرار داده بود.

«همیشه یکی از نگرانی‌هام اینه که من چطور می‌خوام با اون جنین تو اون دنیا مواجه بشم. وقتی بهم بگه چرا نداشتی منم زنده بمونم و زندگی کنم، چی می‌خوام بهش بگم.» (مصاحبه ۱۲، ۳۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط) شدت آسیب‌های ناشی از تجربه سقط در برخی مشارکت‌کنندگان به حدی بود که این افراد با «تردید و یا انصراف از سقط در بارداری بعدی» از بروز آسیب‌های مجدد پیشگیری کرده بودند.

«شاید این چهارمین بارداری رو هم مینداختم اما گفتم اگر بخوام سقط کنم واقعاً به بدن خودم آسیب می‌زنم. خب دیدم دو تا کورتاژ کردم واقعاً خیلی سخت بود و گفتم بزار این به دنیا بیاد دیگه اشکال نداره.» (مصاحبه ۳۲، ۴۷، ساله، ۲ بار سابقه سقط)

برخی مشارکت‌کنندگان پس از تجربه و تحمل رنج‌های ناشی از سقط درصدد آگاه کردن نزدیکان در مورد آسیب‌های سقط و نهی آنان از ارتکاب سقط برآمده بودند تا ضمن التیام روح آزرده خود، شاهد رنج و آشفستگی آنان نباشند.

«خواهرم بچه دومش رو که به دنیا آورد بلافاصله بعد از اون دوباره باردار شد. چون درس می‌خواند می‌خواست اونو سقط کنه. بهش گفتم من کمکت میکنم و بچه هات رو نگه میدارم تو درس بخونی بچه‌تو از بین نبر بنابر نمونه. نمی‌خواستم اون آسیبی که من دیدم اونم تجربه کنه. نمی‌تونم الان بهتون بگم که چی بود همیشه به خلأ نوی من وجود داشت که هیچ وقت پر نشد هنوزم هست و شاید داشتم این کار رو می‌کردم که اون خلأ خودم رو پر کنم. داشتم برای خودم جایی برای ترمیم زخم‌هام می‌گشتم. می‌خواستم روحم رو ترمیم کنم روحم رو از اون آزرده‌گی و فشار در بیارم.» (مصاحبه ۱۸، ۵۳، ساله، ۲ بار سابقه سقط)

پیامدهای خانوادگی

مقوله «پیامدهای خانوادگی» به مجموعه آسیب‌هایی اشاره دارد که تجربه سقط جنین عمده بر شبکه روابط خانوادگی فرد بر جای می‌گذارد. این پیامدها در قالب زیرمقوله‌های «آشفستگی در کانون خانواده»، «گسست و اختلال در شبکه روابط خانوادگی» و «تضعیف سرمایه اجتماعی خانواده» تجلی می‌یابد.

زیرمقوله «سردی روابط همسری» به عنوان یکی از بارزترین تظاهرات «آشفستگی در کانون خانواده»، بیانگر تنش‌های ناشی از تجربه سقط جنین عمده در صمیمی‌ترین رابطه بین‌فردی است. این پدیده در ابعاد گوناگونی همچون «سردی در رابطه عاطفی با همسر» و «سردی در رابطه زناشویی» متبلور شده بود که به تدریج صمیمیت و ارتباط مؤثر بین زوجین را تحلیل می‌برد. تداوم این شرایط به «احساس مردگی در خود و

همسر» و در نهایت «احساس بی‌روح شدن فضای خانواده» منجر شده بود که در آن، گرمای عاطفی جای خود را به سکوت و بی‌تفاوتی داده بود و کانون خانواده را از کارکرد اصلی خود دور ساخته بود.

«روحیه‌مون داغون شده بود. روحمون مرده بود. زندگیمون مرده بود. تو رابطه زناشویی مون تا یک سال ناخودآگاه سردی ایجاد شده بود. حالت اینکه انگار دست خودمون نبود. انگار از هم بدمون میومد. بعد از سقط اینجوری شدیم. به خاطر گناهی که کردیم حالمون گرفته بود.» (مصاحبه ۶، ۴۵ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

زیرمقوله «سرزنش‌گری و مشاجرات بازگشتی» بیانگر چرخه معیوبی از تعارضات ارتباطی در کانون خانواده است که ریشه در تجربه سقط جنین عمده دارد. این الگو با «مقصر دانستن همسر به دلیل اصرار به سقط» و پیوند دادن مشکلاتی مانند «تعداد کم فرزندان و تنهایی فرزند موجود» به این تصمیم، شکل گرفته بود. تداوم این سرزنش‌ها به «مشاجرات دائمی با همسر» و «کاهش آستانه تحمل در تعاملات خانوادگی» منجر شده بود.

«من الان یکمی می‌بینم بچه کوچیک داره، دو تا بچه داره، سه تا داره، غبطه می‌خورم می‌گم ای کاش منم نداخته بودم و دو تا بچه داشتم. آرشین تنه‌است دلم برا تنهایی دخترم می‌سوزه چون اگر نمی‌شدم می‌گفتم نشدم ولی وقتی اینجوری باردار شدم و سقط کردم دلم می‌سوزه بعدشم رفتم دستگاه گذاشتم. اجبارم کرد گفت باید بری دستگاه بذاری چون ما بچه نمی‌خوایم. اینا انقدر روم فشار آورده الان انقدر زیونم درازه روی شوهرم. یعنی کافیه یه چیزی بگه انقدر سریع واکنش نشون میدم. اون موقع این حالتو نداشتم می‌گفتم بنار کوتاه بیام شوهرمه الان ولی اصلاً کوتاه نمیام و داغ می‌کنم. یه موقع حرفی راجع به بچه‌ای چیزی بزنه می‌گم نه دو تا بچه سه تا بچه خوبه ما اشتباه کردیم سنمم اگر بالا نبود من به حرف تو گوش نمی‌کردم یه دونه بچه می‌آوردم. خودمم الان احساس می‌کنم که دیگه اون اعصاب و کششش ندارم کاشکی همون موقع که آرشین دو سالش بود نگه می‌داشتم و با هم بزرگشون می‌کردم.» (مصاحبه ۲۳، ۴۳ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

زیرمقوله «گسست و اختلال در شبکه روابط خانوادگی» به آسیب‌های گسترده‌ای اشاره دارد که پیوندهای فرد با شبکه خویشاوندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این وضعیت در قالب «گوشه‌گیری از دایره خویشان» و «سردی روابط با شبکه خانوادگی» تجلی یافته بود که به تدریج انزوای فرد را تشدید کرده بود.

«بعد از سقط تا یه مدت حدود دو ماه همه بهم می‌گفتن که خیلی عوض شدی می‌گفتن خیلی گوشه‌گیر و بد اخلاق شدی. می‌گفتن اصلاً عوض شدی کم حرف شدی. قبلاً شاد بودی و روحیه به همه می‌دادی، می‌ومدیم کنارت جوک تعریف می‌کردی و همه رو می‌خندوندی چرا الان یه جوروی شدی.» (مصاحبه ۲۰، ۴۳ ساله و ۱ بار سابقه سقط عمدی)

زیرمقوله «تضعیف سرمایه اجتماعی خانواده» به کاهش منابع حمایتی و شبکه‌های اجتماعی خانواده در نتیجه تجربه سقط جنین عمده اشاره دارد. این فرآیند منجر به «محرومیت از پویایی خانواده» و کاهش تعاملات مؤثر بین نسلی شده بود که زیربنای سرمایه اجتماعی است. در بلندمدت، این وضعیت به «محرومیت از شبکه حمایتی» و «بازتولید انزوا» برای اعضای خانواده انجامیده بود.

«بعد از اینکه دخترم به دنیا اومد به شوهرم گفتم دو تا سقط کردم. خیلی ناراحت شد گفت چرا این کارو کردی الان ما سه چهار تا بچه داشتیم، هنوزم می‌گه. الان دخترمو نمی‌ذاره بره جایی. می‌گه اگه این بره خونه کسی ما دیگه با کی زندگی کنیم. می‌گه تقصیر توئه این کارا رو کردی ما الان تنهایییم و کم بچه داریم.» (مصاحبه ۹، ۵۱ ساله، ۲ بار سابقه سقط)

پیامدهای اجتماعی

مقوله «پیامدهای اجتماعی» به تأثیرات سقط جنین عمدی در عرصه عمومی و فراتر از دایره خانواده اشاره دارد. این پیامدها عمدتاً در قالب زیرمقوله‌های «مواجهه با قضاوت و سرزنش اجتماعی» به عنوان بازخورد منفی محیط بیرونی و «انزوای اجتماعی» به عنوان واکنش انفعالی فرد برای کاهش فشارهای محیطی تبلور یافته بود. زیرمقوله «انزوای اجتماعی» بیانگر کنش کناره‌گیری آگاهانه فرد از عرصه‌ی تعاملات اجتماعی به عنوان یکی از پیامدهای تجربه‌ی سقط جنین عمدی است. این وضعیت در قالب «انفعال و کناره‌گیری» از جمع‌های دوستانه و همچنین «سردی روابط با شبکه دوستان» نمود یافته بود. این انزوای اجتماعی عمدتاً فرد را از حمایت‌های اجتماعی محروم کرده و روند بهبود تنش‌های روحی وی را دچار تأخیر کرده بود.

«اون موقع‌ها تا به مدت تو جمع دوستام زیاد نمی‌رفتم. دل و دماغ نداشتم. دیگه مثل قبل با بقیه گرم نمی‌گرفتم.» (مصاحبه ۲۰، ۴۳، ساله، ۲ بار سابقه سقط)

«مواجهه با قضاوت و سرزنش اجتماعی» از جمله پیامدهای اجتماعی ناشی از تجربه سقط جنین عمدی در این مطالعه محسوب می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان از سوی اعضای شبکه اجتماعی خود با اشکال متنوعی از سرزنش مواجه شده بودند. یکی از مصادیق سرزنش، «سرزنش مذهب‌محور» بود؛ که در آن اطرافیان، فرد را بر اساس باورهای دینی و به دلیل ارتکاب گناه و مقابله با اراده الهی مورد ملامت قرار داده بودند.

«خواهر شوهرام وقتی فهمیدن، کلی دعوا و بحث کردن که تو نباید این کارو می‌کردی گناه کردی باید دیه بدی. میگفتن خواست خدا بوده چرا اینکارو کردی.» (مصاحبه ۴، ۳۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

شکل دیگر سرزنش، «سرزنش پیامد‌محور» بود؛ که در آن، فرد به علت عواقب احتمالی سقط بر سلامت جسمی یا روانی، مورد سرزنش واقع شده بود.

«مادر شوهرم می‌گفت بدن زن به بارداری و زایمان سالمه. زایمان به بدن زن سر و سامون میده. می‌گفت رحم زن رو زایمان سالم می‌کنه و تو پیری اذیت نمی‌شه. می‌گفت تو بدنتو داغون کردی.» (مصاحبه ۶، ۴۵، ساله، ۱ بار سابقه سقط)

همچنین «سرزنش ارزش‌محور» به عنوان یکی دیگر از اشکال سرزنش شناسایی شد؛ که در آن، اطرافیان فرد را به دلیل نقض ارزش و اهمیت فرزندآوری مورد نکوهش قرار می‌دادند.

«تازه بعد از اینکه دخترم به دنیا اومد به شوهرم گفتم قبلش دو تا سقط کردم. خیلی ناراحت شد گفت چرا این کارو کردی الان ما سه چهار تا بچه داشتیم. می‌گه تقصیر توئه که ما الان تنهاییم و بی‌کس و کاریم. خیلی بدش میاد. شوهرم بچه دوست داره الان دخترم رو نمی‌ذاره بره جایی می‌گه اگه این بره خونه کسی ما دیگه با کی زندگی کنیم.» (مصاحبه ۹، ۵۱، ساله، ۲ بار سابقه سقط)

سرزنش اطرافیان به ویژه در مشارکت‌کنندگانی که دچار آسیب‌های روحی شده بودند، سبب بروز آشفتگی روانی می‌گردید. از این رو بسیاری از مشارکت‌کنندگان از ترس واکنش منفی اطرافیان، راهبرد «پنهان‌کاری» را در پیش گرفته و تجربه خود را از دیگران مخفی می‌کردند.

پیامدهای ذهنی و نسبت داده شده به تجربه سقط

مقوله «پیامدهای ذهنی و نسبت داده شده به تجربه سقط» به طیفی از پیامدها اشاره دارد که مشارکت کنندگان آنها را به طور ذهنی به تجربه سقط جنین منتسب می کنند، بدون آنکه لزوماً رابطه عینی و ملموسی بین آنها برقرار باشد. این پیامدها که ماهیتی ادراکی دارند، از سیستم تفسیری فرد و معناسازی وی از رویدادهای زندگی نشأت می گیرند و اغلب تحت تأثیر باورهای شخصی، فرهنگی، مذهبی و اجتماعی شکل می گیرند.

پیامدهای فردی

مقوله «پیامدهای فردی» در بعد ذهنی، به درک و تفسیر مشارکت کنندگان از پیامدهای مرتبط با خودشان اشاره دارد که به تجربه سقط نسبت داده می شود. این بعد شامل دو طیف متضاد بود: «تثبیت موقعیت و پیشرفت» که در آن فرد سقط را عامل حفظ یا ارتقای شرایط زندگی خود می پنداشت، و «مشکلات جسمی» که در آن، بروز بیماری ها را به عنوان پیامد سقط تفسیر می کرد.

مطابق یافته ها، تعدادی از مشارکت کنندگان بر این باور بودند که انجام سقط سبب «تثبیت موقعیت و پیشرفت» آنها در زندگی شده است. آنان مواردی چون «احساس آرامش و رضایت»، «ارتقای کیفیت زندگی»، «تثبیت شغل و پیشرفت حرفه ای» و «ایجاد فرصت برای تحقق ایده آل های فرزندآوری» را از اثرات مثبت سقط جنین برمی شمردند.

در بخشی از مشارکت کنندگان، بروز «احساس آرامش و رضایت» متعاقب تجربه سقط جنین، ناشی از این ادراک بود که با این اقدام از بروز چالش های جدید در زندگی پیشگیری شده و یا از تشدید مشکلات موجود جلوگیری به عمل آمده است. دلیل این امر را می توان در ارزیابی متفاوت مشارکت کنندگان از شرایط زندگی جستجو نمود. عده ای با تحلیل شرایط حاکم در مقطع تصمیم گیری، به این نتیجه رسیده بودند که تولد فرزند جدید می تواند نظم جاری زندگی آنان را مختل نموده و منجر به بروز چالش های تازه گردد.

«به وقتی با خودم می گم اگه الان بود سه چهار سالش بود. دنبال همه جا...، وای خدا را شکر که نیست. اصلاً حوصله اش رو ندارم. الان راحتیم، همه کارمو انجام میدم، به برنامه هام می رسم. اثرش تو زندگی من همین آرامشی هست که الان دارم.» (مصاحبه ۲، ۴۶ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

در مقابل، گروه دیگری که پیش تر با دشواری هایی در عرصه خانوادگی مواجه بودند، ورود فرزند جدید را عاملی برای تشدید مشکلات موجود در آن برهه زمانی خاص تلقی می کردند. این افراد تصریح می کردند که از عمل خود پشیمان نبوده و در صورت تکرار همان شرایط، رویکردی مشابه را برخواهند گزید. این گروه با استناد به «دشواری شرایط حاکم» و «نامساعد بودن اوضاع برای فرزندآوری»، باوری را سخ به «صحت تصمیم خود در آن مقطع زمانی» داشتند. در همین راستا، برخی دیگر از مشارکت کنندگان نیز با بازسازی ذهنی شرایط منجر به سقط، این اقدام را در آن بستر خاص، اجتناب ناپذیر ارزیابی می کردند.

«وقتی جنین سقط شد هیچ حس بی بهش نداشتم نه حس مادرانه و نه حس ناراحتی اصلاً هیچ حس نداشتم. چون احساس می کردم بهترین کار این بود که من بچه دار نشم چون زندگیم واقعاً رو هوا بود اصلاً نمی دونستم که می خوام بمونم یا نه. چرا باید بلافاصله زندگی یکی دیگه رو خراب می کردم. به خاطر همین

اصلاً پشیمون نیستم و راضیم. من می‌گم وقتی سال اول ازدواج طرف می‌فهمه شرایط زندگی رو نداره نباید ادامه بده. وگرنه می‌مونه می‌مونه یکی دیگه رو هم وارد زندگی می‌کنه. اون موقع بخواد زندگی رو از هم بپاشه زندگی خودش که تباه میشه هیچ، زندگی یکی دیگرم تباه می‌کنه.» (مصاحبه ۲۵، ۳۱ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«ارتقای کیفیت زندگی» به عنوان یکی دیگر از پیامدهای مثبت از منظر مشارکت‌کنندگان، به تجربه سقط جنین نسبت داده شد. افرادی که شرایط اقتصادی و سطح کیفی زندگی خود را در زمان تصمیم‌گیری برای فرزندآوری نامطلوب ارزیابی می‌کردند، بر این باور بودند که با اجتناب از تولد فرزند جدید، فرصت‌های لازم برای دستیابی به زندگی همراه با مؤلفه‌های رفاهی را کسب نموده‌اند.

«از نظر اتفاقاتی که تو ذهنم بود خیلی هم بد نشد. از نظر مالی تأثیر مثبت زیادی داشت. چون خیلی تونستم کمک کار همسرم باشم. خیلی شرایط اقتصادیمون بهتر شد و به یه رفاه نسبی رسیدیم.» (مصاحبه ۲۹، ۲۸ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

تعدادی از مشارکت‌کنندگان، بارداری و تولد فرزند جدید را عاملی تهدیدکننده برای تداوم فعالیت شغلی و ارتقای حرفه‌ای خود ارزیابی می‌نمودند. این دسته از افراد، اقدام به سقط جنین را به دلیل نقش آن در «تثبیت موقعیت شغلی و پیشرفت حرفه‌ای» دارای تأثیر مثبت بر زندگی خویش قلمداد می‌کردند.

«وقتی دختر اولم ۲ ساله بود، من باردار شدم. اون موقع چون بچهام کوچیک بود مرخصی بدون حقوق گرفته بودم و می‌خواستم بچهام یکم بزرگتر بشه بعد برگردم سر کار. تو این فاصله باردار شدم و سقط کردم برای اینکه بتونم برگردم سر کار.» (مصاحبه ۳۷، ۵۴ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

بر اساس یافته‌های پژوهش، برخی از مشارکت‌کنندگان، تصویر ایده‌آلی از شرایط مطلوب برای فرزندآوری ترسیم نموده بودند و بر این باور بودند که در زمان اتخاذ تصمیم به سقط، این شرایط محقق نشده بود. این گروه، تأثیر سقط را از منظر «ایجاد فرصت برای تحقق ایده‌آل‌های فرزندآوری» در آینده مثبت ارزیابی می‌کردند، چرا که این اقدام را زمینه‌ساز فراهم‌آوری بسترهای لازم برای دستیابی به استانداردهای مدنظر خود در حوزه والدگری می‌دانستند.

«بر من تأثیر مثبت داشت. اون موقع اصلاً آمادگی بچه‌دار شدن نداشتم. هیچ تجربه‌ای نداشتم و هیچ کتابی نخونده بودم و کلاسی نرفته بودم. اما الان تجربیات زیادی در همین زمینه بچه‌داری به دست آوردم خیلی چیزها از اطرافیان که بچه‌دار شدن یاد گرفتم و آمادگی بهتری به نسبت اون موقع که هیچی نمی‌دونستم به دست آوردم.» (مصاحبه ۲۹، ۲۸ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

در برابر گروه مذکور، یافته‌ها نشان داد که بسیاری از مشارکت‌کنندگان پس از مواجهه با این تجربه، احساس گناه می‌کردند. این افراد معتقد بودند که در تقابل با اراده الهی قرار گرفته‌اند و از عذاب روحی رنج می‌بردند. آنان با «باور به عقوبت داشتن سقط»، خود را مستحق تاوان دانسته و بسیاری از مشکلات زندگی خود را ناشی از ارتکاب این گناه می‌دانستند. آنان بر این اعتقاد بودند که ارتکاب سقط موجب زوال خیر و برکت از زندگی آنان شده و در پی این عمل، زندگی‌شان با مشکلات و دشواری‌های متعددی مواجه گردیده است.

«زندگیم نابود شد. بعد از هر بار که این اتفاق می‌افتاد خیر و برکت از زندگیم می‌رفت. همون موقع هم خودم مطمئن بودم که هر اتفاقی داره میفته به خاطر همین سقطه. خواست خدا بوده که من جلوش وایسام. هر اتفاق بدی برام میفتاد، هر انرژی منفی، هر جنجال و دعوا بحثی و یا از لحاظ اقتصادی هر اتفاقی می‌افتاد

می‌گفتم من دارم تاوان اونو پس میدم. چون همیشه خیلی مراقب حرف زدنم با آدم‌ها بودم، هیچ وقت دل نمی‌شکوندم، هیچ وقت حق ضایع نمی‌کردم. ۱۰۰ تا تک تومان مال هر کی بود بهش می‌دادم، همه چی رو رعایت می‌کردم. اما اونو رعایت نکرده بودم پس باید به جوری تاوانشو پس می‌دادم. به خاطر همین هر چی می‌شد. می‌دونستم من دارم مسیرمو درست میرم پس دارم اونجا تاوان پس میدم. ولی هیچ وقت نتونستم به همسر/اینو بفهمونم.» (مصاحبه ۱۶، ۴۳ ساله، ۴ بار سابقه سقط)

«مشکلات جسمی» از جمله مسائلی است که برخی مشارکت‌کنندگان به عنوان عقوبت سقط، آن را به ارتکاب سقط نسبت می‌دهند. این باور در قالب مفاهیمی همچون «بروز مسائل و مشکلات در بارداری مجدد» به عنوان مانعی برای فرزندآوری آینده، و «بتلا به بیماری‌های سخت» از جمله بیماری‌های صعب‌العلاج نمود یافته بود که از نظر فرد با تجربه سقط در ارتباط هستند.

«خیلی عذاب وجدان داشتم می‌دونستم که من دارم کفر می‌کنم و خدا جبران می‌کنه چون سقط به گناه کبیره‌ست، یه گناه خیلی بزرگ، من جون به آدمو دارم می‌گیرم. همیشه توبه می‌کردم ولی یه چیزی تو ذهنم می‌گفت یه بلایی سرت میاد یعنی می‌دونستم که عقوبت می‌شم. ما اصلاً تو فامیل سابقه نداشتیم وقتی توی سن ۲۷ سالگی سرطان سینه برام اتفاق افتاد مطمئن بودم که به خاطر همون سقط هاست.» (مصاحبه ۱۶، ۴۳ ساله، ۴ بار سابقه سقط)

پیامدهای خانوادگی

مقوله «پیامدهای خانوادگی» در بعد ذهنی، به تفسیر مشارکت‌کنندگان از تأثیرات سقط بر شبکه روابط خانوادگی و اقتصاد خانواده اشاره دارد. این پیامدهای ادراک‌شده در دو محور اصلی «فروپاشی شبکه عاطفی و انسجام خانوادگی» و «فروپاشی سرمایه اقتصادی و معیشت خانواده» تبلور یافته بود که از نظر فرد به طور مستقیم به تجربه سقط مرتبط هستند.

زیرمقوله «فروپاشی شبکه عاطفی و انسجام خانوادگی» به درک ذهنی مشارکت‌کنندگان از تخریب غیرقابل جبران روابط عاطفی و ساختار خانواده در پی تجربه سقط اشاره دارد. این فروپاشی در قالب یک تداوم آسیب‌شناختی از «سردی روابط تا فروپاشی کانون خانواده» و «گسست در پیوندهای خانوادگی» با خویشتن‌اندان نزدیک تا «داغدار عزیزان شدن» تجلی یافته بود.

زیرمقوله «سردی روابط تا فروپاشی کانون خانواده» به طیفی از اختلالات ارتباطی در حوزه خانواده اشاره دارد که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مستقیماً به تجربه سقط جنین عمدی نسبت داده می‌شد. این طیف شامل «سردی رابطه با همسر»، «تغییرات منفی در رفتار همسر» و در نهایت «طلاق و جدایی» بود که به عنوان پیامدهای ادراک‌شده این عمل تلقی می‌گردید.

«به نظر من به وجود اومدن اون جنین حکمتی داشته چون ما جلوگیری هم داشتیم و یک درصد هم احتمال بارداری نمی‌دادم. حتماً حکمتی وجود داشته. شاید خدا می‌خواسته زندگی ما به هم نخوره و شاید شرایط بهتر می‌شد. من خودم فکر می‌کنم این کارو کردیم، بیشتر باعث شد که زندگیمون به اینجا برسه نمی‌دونم آهش گرفت، من به همچین چیزی فکر می‌کنم.» (مصاحبه ۲۲، ۳۳ ساله، ۱ بار سابقه سقط)

«گسست در پیوندهای خانوادگی» به آسیب‌شناسی روابط درون خانوادگی اطلاق می‌شود که از منظر مشارکت‌کنندگان، مستقیماً به تجربه سقط جنین عمدی قابل انتساب است. این گسست در قالب مصادیقی همچون «سردی رابطه فرزندان با والدین»، «آشفته‌گی فرزند از سردی رابطه والدین» و «بی‌تفاوتی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر» نمود یافته بود که همگی در چارچوب ادراک فرد، به عنوان پیامدهای این تجربه تفسیر می‌شدند.

«لان دیگه تو خونه ما هیچکی به اون یکی کار نداره. همسرم که کلاً ما رو رها کرده و با ما جایی نمیاد و شب دیر میاد خونه و میمونه تو مغازه. خیلی رابطه‌مون سرد و بی‌روح شده. پسر من این وسط خیلی از رابطه من و باباش ناراحته و با باباش رابطه خوبی نداره. من فکر می‌کنم این شرایط به خاطر اون کاریه که کردم.» (مصاحبه ۳، ۴۵، ۱ بار سابقه سقط عمدی)

«فروپاشی شبکه عاطفی و انسجام خانوادگی» در شدیدترین شکل خود، به صورت «داغدار عزیزان شدن» به عنوان گسست عاطفی نهایی تظاهر یافته بود که در آن فرد، مرگ نزدیکان را نیز به عنوان پیامدی از این عمل تفسیر می‌کرد.

«ما اون موقع‌ها تهران به خونه گرفتیم و پسر من سه چهار سالش بود. به شوهرم گفتم برادر من رو بگم بیاد با ما زندگی کنه تا با پسر من بازی کنه و تنها نباشه گفت باشه. برادر من دو سه سال با ما زندگی کرد. اما بعدش اتفاقی فوت کرد. خیلی برای من سخت بود و فکر می‌کنم به خاطر گناه سقط بود خب من نباید اون کارو می‌کردم.» (مصاحبه ۹، ۵۱، ۲ بار سابقه سقط)

مقوله «فروپاشی سرمایه اقتصادی و معیشت خانواده» به ادراک مشارکت‌کنندگان از تخریب پایه‌های مادی خانواده در پی تجربه سقط جنین عمدی اشاره دارد. این ادراک ذهنی در دو شکل عمده «بحران‌های مالی ناگهانی و خارج از کنترل» و «فرسایش تدریجی وضعیت معیشتی» ظاهر شده بود. «بحران‌های مالی ناگهانی و خارج از کنترل» به ادراک مشارکت‌کنندگان از رویدادهای غیرمنتظره و مخرب اقتصادی اشاره دارد که در چارچوب تفسیر ذهنی ایشان، به تجربه سقط جنین عمدی منتسب می‌شد. این بحران‌ها در قالب مصادیق عینی‌شده‌ای همچون «تصادف ماشین»، «کلاهبرداری از همسر» و «بدهی‌های سنگین» تبلور یافته بود که به‌رغم ماهیت چندعاملی بودنشان، در نظام معناسازی فرد به عنوان پیامدهای مستقیم عمل سقط قلمداد می‌گردید.

«بعد از اون سقط ما همسرم توی گالری ماشین کار می‌کرد. توی یه معامله سرش کلاه گذاشتن و همه پولش رو از دست داد. اون موقع دیگه بدبختی‌های ما شروع شد دیگه پولی نداشتیم معامله بکنه دیگه پولی نداشتیم کار و کاسبی راه بندازه. از اون موقع ما دیگه به سختی افتادیم و زندگیمون هیچ شد و از صفر شروع کردیم. من فکر می‌کنم اینا به خاطر گناه سقط بود.» (مصاحبه ۹، ۵۱، ۲ بار سابقه سقط)

«فرسایش تدریجی وضعیت معیشتی» به درک ذهنی زنان مشارکت‌کننده از روند نزولی و تدریجی شرایط اقتصادی خانوار اشاره دارد که در چارچوب تفسیر ذهنی ایشان به تجربه سقط جنین عمدی منتسب می‌شد. این فرسایش در قالب شاخص‌های عینی‌شده‌ای همچون «کاهش درآمد خانواده»، «کوچک شدن سفره خانواده» و «افزایش فاصله بین دخل و خرج» ظهور یافته بود.

«وضع‌مون خیلی خوب بود. خیلی پول داشتیم خیلی زندگیمون خوب بود. اون موقع وقتی می‌رفتم فروشگاه رفاه خرید می‌کردم وقتی می‌خواستم برگردم نایلون‌ها رو اصلاً نمی‌تونستم بیارم. اما بعد از اینکه اونا رو سقط کردم کم‌کم وضع مالیمون خراب شد.» (مصاحبه ۹، ۵۱، ۲ بار سابقه سقط)

شایان ذکر است که در برخی موارد، «باور به عقوبت داشتن سقط» چنان در زنان قوت گرفته بود که این اعتقاد به دیگر اعضای خانواده، از جمله فرزندان نیز سرایت کرده بود. در این شرایط، فرزندان نیز ناملایمات و مشکلات زندگی را به عنوان پیامدهای ناشی از انجام سقط تفسیر می‌کردند.

«بچه‌ها یکمی که زندگی اینور و اونور بشه یا بی برکتی بشه میگن مامان ببین تأثیر اون گناهه. من به روی بچه‌ها نمیارم ولی وقتی اینا رو میگن از ته دلم ناراحت میشم. شاید تأثیر حرف من بوده که روی اونا اثر گذاشته.» (مصاحبه ۶، ۴۵، ۱ بار سابقه سقط)

قابل ملاحظه است که برخی مشارکت‌کنندگان با وجود اینکه که پس از تجربه سقط، با مشکل خاصی مواجه نشده بودند؛ اما به سبب «باور به عقوبت داشتن سقط»، نسبت به بروز اثرات وضعی سقط در زندگی خانوادگی خود و یا فرزندان ابراز نگرانی می‌کردند.

«وقتی که جنین سقط شد می‌گفتم خدایا نکنه به خاطر این سقط منو با بچه‌های دیگم امتحان کنی. می‌گفتم خدایا درسته من اشتباه کردم قبول دارم. طلب استغفار می‌کردم و از خدا می‌خواستم که منو با بچه‌های دیگم امتحان نکنه. از این می‌ترسیدم که نکنه من این کارو کردم و خدا بخواد با بچه‌های دیگه منو عقوبت کنه.» (مصاحبه ۳۳، ۴۳، ۱ بار سابقه سقط)

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف شناسایی تجربه زیسته زنان از سقط جنین عمدی و پیامدهای آن در زندگی این زنان انجام پذیرفته است. پیامدهای شناسایی شده در دو طبقه محوری قابل دسته‌بندی می‌باشد: «پیامدهای عینی و قابل ردیابی با تجربه سقط»، «پیامدهای ذهنی و نسبت داده شده به تجربه سقط». در ذیل طبقه نخست، مقوله اصلی «پیامدهای فردی» شامل مقولات فرعی «تحولات عاطفی و شناختی»، «عوارض جسمانی»، «آشفته‌گی‌های روان‌شناختی» و «بحران‌های معنوی و دینی»، مقوله اصلی «پیامدهای خانوادگی» شامل مقولات فرعی «آشفته‌گی در کانون خانواده»، «گسست و اختلال در شبکه روابط خانوادگی» و «تضعیف سرمایه اجتماعی خانواده» و نیز مقوله اصلی «پیامدهای اجتماعی» شامل مقولات فرعی «انزوای اجتماعی» و «مواجهه با قضاوت و سرزنش اجتماعی» استقرار یافت. طبقه دوم با تمرکز بر «پیامدهای فردی» شامل مقولات فرعی «تثبیت موقعیت و پیشرفت» و «مشکلات جسمی» و نیز «پیامدهای خانوادگی» مشتمل بر مقولات فرعی «فروپاشی شبکه عاطفی و انسجام خانوادگی» و «فروپاشی سرمایه اقتصادی و معیشت خانواده» شناسایی گردید. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تجربه سقط جنین عمدی برای زنان، پدیده‌ای چندبعدی و پیچیده است که در دو سطح عینی و ذهنی قابل تحلیل می‌باشد.

یافته‌ها حاکی از آن است که تجربه سقط جنین تنها به پیامدهای عینی و ملموس که به صورت باواسطه و یا بی واسطه با تجربه سقط در ارتباط هستند، محدود نمی‌شود. بخش عمده‌ای از بار این تجربه را پیامدهای نسبت داده شده به تجربه تشکیل می‌دهند؛ به این معنا که زنان، رویدادهای منفی زندگی خود (مانند مشکلات

مالی یا ارتباطی) را در یک چهارچوب معنایی قرار می‌دهند که در آن، سقط جنین به عنوان علت اصلی این رویدادها تفسیر می‌شود. این فرآیند معناسازی، که اغلب تحت تأثیر ارزش‌ها و هنجارهای دینی، فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی صورت می‌گیرد، خود به عنوان بخشی از پیامدهای سقط جنین قابل تحلیل است و بعضاً بر رنج روانی- اجتماعی فرد می‌افزاید. این یافته بر ضرورت توجه به «تفسیر ذهنی» زنان در هرگونه مداخله حمایتی یا سیاست‌گذاری در این حوزه تأکید می‌ورزد.

در پژوهش‌های پیشین نیز شواهدی دال بر تأیید بخشی از یافته‌های این مطالعه مشاهده می‌شود. «عوارض جسمانی» به عنوان یکی از پیامدهای تجربه سقط جنین عمدی در مطالعه متولی و همکاران (۱۳۹۱) نیز مورد اشاره قرار گرفته است. از دیگر پیامدهای مستند شده می‌توان به «آشفته‌گی‌های روان‌شناختی» اشاره نمود که یافته‌های پژوهش‌های لیتل و همکاران (۲۰۲۴)، ریاردون (۲۰۱۸)، بیگز و همکاران (۲۰۱۷)، روکا و همکاران (۲۰۲۱) و آزادواری (۱۳۹۹) همسو با این نتیجه می‌باشد. در زمینه باورهای مرتبط با سقط، «باور به عقوبت داشتن سقط» منجر به بروز «ترس از اثرات وضعی سقط» گردیده بود که در مطالعه آزادواری (۱۳۹۹) تحت عنوان ترس از نزول عذاب توصیف شده است. از منظر پیامدهای اجتماعی، «مواجهه با قضاوت و سرزنش اجتماعی»، در پژوهش آزادواری (۱۳۹۹) با عنوان ترس از سرزنش شدن و در مطالعات گارنزی و همکاران (۲۰۲۴)، یلتس و برگر (۲۰۲۴) و مور و همکاران (۲۰۲۱) در قالب مواجهه با انگ اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. «انزوای اجتماعی» به عنوان یکی دیگر از پیامدهای اجتماعی شناسایی شده، در پژوهش کیمپورت و همکاران (۲۰۱۶) نیز مورد اشاره قرار گرفته است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نظریات روان‌شناختی مرتبط با این حوزه هم‌سویی نشان می‌دهد. نظریه سوگ نای (۲۰۰۹) به تشریح فرآیندهای هیجانی پس از فقدان، از جمله انکار، افسردگی و پذیرش می‌پردازد. مطابق یافته‌های این مطالعه، زنان در پی تجربه سقط جنین، نشانه‌هایی مشابه با فرآیند سوگ را بروز می‌دهند، از جمله «تحولات عاطفی و شناختی»، «احساس پشیمانی و حسرت» و «آشفته‌گی‌های روان‌شناختی». «تحولات عاطفی و شناختی» مشاهده شده در شرکت‌کنندگان، نظیر «حفظ خاطرات مربوط به جنین»، «تردید در درستی عمل سقط»، «باورناپذیری ارتکاب سقط برای فرد» و نیز «احساس حسرت ناشی از جنسیت جنین» و «حسرت تجربه مجدد بارداری»، بازتابی از فرآیند سوگ و فقدان حل‌نشده است که با چارچوب نظریه سوگ غیررسمی داکا (۱۹۸۹) هم‌خوانی دارد. همچنین «مواجهه با قضاوت و سرزنش اجتماعی» با نظریه سوگ غیررسمی قابل تبیین است، زیرا فقدان تجربه شده بیانگر نوعی سوگ است که از سوی جامعه به رسمیت شناخته نمی‌شود و با فقدان حمایت‌های اجتماعی همراه می‌گردد. این واکنش اجتماعی از منظر نظریه استیگمای گافمن (۱۹۶۳) نیز قابل تحلیل است. این نظریه نشان می‌دهد زنانی که سقط جنین را تجربه می‌کنند، عموماً با انواع محکومیت‌های اخلاقی، دینی و اجتماعی مواجه می‌شوند و به دلیل ترس از برچسب خوردن، غم خود را پنهان می‌سازند. بروز «احساس پشیمانی و حسرت» نیز با نظریه پشیمانی لندمن (۱۹۹۳) هم‌سوست. این احساس عموماً ناشی از مقایسه ذهنی شرایط کنونی با سناریوهای جایگزین محتمل شکل می‌گیرد. قابل توجه است که پشیمانی ممکن است ماهیتی تأخیری داشته باشد و سال‌ها پس از واقعه، در مواجهه با پیامدهای منفی سقط جنین، بروز یابد. یافته‌های مربوط به «بحران‌های معنوی و دینی» با نظریه ضربه روانی یانگ (۱۹۹۵) انطباق دارد که بر پردازش‌نشدن خاطرات آسیب‌زا در ساختارهای عصبی تأکید می‌ورزد. نشانه‌هایی نظیر «تجربه خواب

و یا کابوس‌های مکرر درباره جنین» و «سرکوب خاطرات سقط به منظور کاهش آسیب‌های روحی» مؤید این نظریه است. برخی مفاهیم مانند «تحول شناختی نسبت به هستی جنین»، «عزم قطعی برای اجتناب از سقط در صورت مواجهه مجدد با شرایط مشابه» و «حفظ جنین علی‌رغم تشدید شرایط دشوار»، با نظریه تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) درباره رشد پس از سانحه هم‌خوانی دارد که به تحولات مثبت پس از بحران اشاره می‌کند. واکنش‌های زنان به پدیده سقط جنین را می‌توان در چارچوب نظریه‌های راهبردهای مقابله‌ای، از جمله مدل لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، مورد تحلیل قرار داد. بر این اساس، برخی زنان راهبردهای هیجان‌مدار مانند «اظهار پشیمانی» را اتخاذ می‌کنند، در حالی که برخی دیگر به راهبردهای مسئله‌مدار نظیر «نهی دیگران از سقط» متوسل می‌شوند.

این پژوهش نشان می‌دهد که تجربه سقط جنین عمدی پیامدهای چندبعدی (عاطفی، شناختی، جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) در زندگی زنان دارد. لذا این مطالعه به درک عمیق‌تر ابعاد مختلف پدیده سقط جنین منجر شده و زمینه را برای تدوین سیاست‌های مؤثر در جهت کاهش سقط جنین عمدی فراهم می‌نماید. سوگیری یادآوری در گزارش تجربیات، محدودیت جغرافیایی (استان البرز) و عدم بررسی نقش شرایط فرهنگی- اجتماعی از محدودیت‌های این مطالعه است. انجام برخی دیگر از مطالعات کیفی مانند مقایسه پیامدهای تجربه سقط جنین عمدی و غیرعمدی و شناسایی پیامدهای این پدیده در زندگی سایر اعضای خانواده از جمله همسر به منظور روشن‌تر شدن ابعاد پیچیده این مسئله پیشنهاد می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. WHO | 23. Pleasants |
| 2. Somaiya & Lew | 24. Scoglio & Nayak |
| 3. Bearak | 25. Binayew |
| 4. Jones | 26. Huneus |
| 5. Rashidi | 27. Grief Theory |
| 6. Akbari | 28. Neimeyer |
| 7. Nejati Hatamian | 29. Disenfranchised Grief |
| 8. Motevallli | 30. Doka |
| 9. Littell | 31. Stigma |
| 10. Reardon | 32. Goffman |
| 11. Biggs | 33. Regret |
| 12. Rocca | 34. Landman |
| 13. Azadvari | 35. Delayed Regret |
| 14. Kimport | 36. Trauma |
| 15. Moore | 37. Young |
| 16. Jeltsch & Berger-Höger | 38. Folkman & Lazarus |
| 17. Garnsey | 39. Post-Traumatic Growth یا PTG |
| 18. Hatamifar & Rezaei | 40. Tedeschi & Calhoun |
| 19. Azadvari & aramhabibpour | 41. Speziale & Carpenter |
| 20. Razeghi Nasrabad & Sanjari | 42. Creswell & Poth |
| 21. Zafari Dizji | 43. Sinfield |
| 22. Nov-Klaiman | |

Reference

- Azadvari, E. and karamhabibpour, K. (2023). Abortion: Conflict of Fear and Choice (A Study of the Social Circumstances Surrounding the Emergence of Abortion in the City of Mashhad). *Journal of Social Problems of Iran*, 14(1), 151-183. doi: 10.22059/ijsp.2023.338353.670998. (In Persian)
- Azadvari, E. (2020). The process of forming the decision for intentional abortion: A case study in Mashhad (Presenting a grounded theory *Master's thesis*. Advised by Karam Habibpour Gatabi. Tehran: Kharazmi University, Faculty of Social Sciences. (In Persian)
- Akbari, M. E., Haghdost, A. A., Bourbour, Z., Ahmadi, N., Maghsoudi, S., Akbari, A., Aliei, M. V., Alipoor, M. H., & Nekouei, A. H. (2025) Prevalence and Causes of Abortion in the Islamic Republic of Iran. Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Imam Hussein University, University of Religions and Denominations. (In Persian)
- Bearak, J. M., Popinchalk, A., Beavin, C., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., & Alkema, L. (2022). Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*, 7(3), e007151–e007151. <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2021-007151>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving OR being denied an abortion a prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169–178. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2016.3478>,
- Binayew, M., Sisay W/Tsadik, D., Tesfaye, T., Endashaw Hareru, H., Ali Ewune, H., Assefa, G., Semagn Kebede, S., Shemelise Tesfaye, T., & Alemayehu Gube, A. (2022). Determinants of repeated induced abortion among reproductive age group women visiting health facilities of Sidama regional state, Ethiopia, 2020: Facility based unmatched case-control study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 16, 101079. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101079>
- Creswell, J. W. ., & Poth, C. N. . (2025). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches*. 515.
- Doka, K. J. (2017). *Grief is a journey : finding your path through loss*. 292.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Garnsey, A., Liddell, J. L., Glover, A., Doria, C. M., Buscaglia, A., & Buxbaum, L. (2024). “I am empowered by this opportunity”: The role of abortion funds as an antidote to abortion stigma. *SSM - Qualitative Research in Health*, 6, 100478. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100478>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* - Google. (n.d.). Retrieved May 11, 2025.

- Hatamifar, S. and Rezaei, M. (2025). An Inquiry into Induced Abortion in Traditional Communities: An Ethnographic Study in Sardasht, Iran. (e722399). *Journal of Population Association of Iran*, (), e722399 doi: 10.22034/jpai.2025.2044159.1376 (In Persion)
- Huneus, A., Capella, D., Cabieses, B., & Cavada, G. (2020). Induced Abortion According to Socioeconomic Status in Chile. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(4), 415-420.e1. <https://doi.org/10.1016/J.JPAG.2020.03.003>
- Jeltsch, C., & Berger-Höger, B. (2024). Information and support needs of women planning an abortion according to counselling regulations in Germany – A qualitative study[Informations- und Unterstützungsbedarfe von Frauen bei geplantem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung in Deutschland – eine qualitative Studie]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 190, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.09.001>
- Jones, R. K., Kirstein, M., & Philbin, J. (2022). Abortion incidence and service availability in the United States, 2020. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 54(4), 128–141. <https://doi.org/10.1363/PSRH.12215>,
- Kimport, K., Weitz, T. A., & Freedman, L. (2016). The Stratified Legitimacy of Abortions. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(4), 503–516. <https://doi.org/10.1177/0022146516669970>,
- Landman, J. (1993). *Regret: The Persistence of the Possible*. <https://doi.org/10.1093/OSO/9780195071788.001.0001>
- Littell, J. H., Young, S., Pigott, T. D., Biggs, M. A., Munk-Olsen, T., & Steinberg, J. R. (2024). Abortion and mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 20(2). <https://doi.org/10.1002/CL2.1410>,
- Moore, B., Poss, C., Coast, E., Lattof, S. R., & van derMeulen Rodgers, Y. (2021). The economics of abortion and its links with stigma: A secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. *PLOS ONE*, 16(2), e0246238. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246238>
- Motavalli, R., Alizadeh, L., Namadi vosoughi, M., & Shahbazzadegan, S. (2012). Evaluation of the Prevalence, Reasons and Consequences of Induced Abortion in Women of Ardabil in 2011. *J Ardabil Univ Med Sci*; 12 (4) :384-391. URL: <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-74-fa.html>
- Neimeyer, R. A. . (2016). *Techniques of Grief Therapy*. 312.
- Nejati Hatamian, S. (2014). Induced Abortion among Married Women in Tehran. *Journal of Iranian Social Studies*, 8(1), 167-187.
- Nov-Klaiman, T., Bowman-Smart, H., & Horn, R. (2025). Women’s wellbeing as an empty declaration? A qualitative exploration of challenges in accessing termination of pregnancy due to fetal anomaly in Germany. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01196-3>
- Pleasants, E., Parham, L., Karen, W., Dolgins, E., Upadhyay, U. D., Marshall, C., & Prata, N. (2024). Waiting to start abortion: A qualitative exploration of narratives

- of waiting shared in a Reddit community for abortion post-Dobbs leak in 2022. *Social Science and Medicine*, 349, 116877. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116877>
- Razeghi Nasrabad, H. B. and Sanjari, E. (2017). Factors Associated with Induced Abortion: Lived Experiences of Women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(2), 105-136. Doi: 10.22051/jwsps.2017.8299.1165 (In Persion)
- Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118807624. <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>
- Rocca, C. H., Moseson, H., Gould, H., Foster, D. G., & Kimport, K. (2021). Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. *Social Science and Medicine*, 269. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113567>
- Scoglio, A. A. J., & Nayak, S. S. (2023). Alignment of state-level policies and public attitudes towards abortion legality and government restrictions on abortion in the United States. *Social Science and Medicine*, 320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115724>
- Sinfield, G., Goldspink, S., & Wilson, C. (2023). Waiting in the Wings: The Enactment of a Descriptive Phenomenology Study. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231207012>
- Somaiya, D., & Lew, C. (2023). First Trimester Medication Abortion: Public Health Challenges and Clinical Guidance. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://doi.org/10.1093/ACREFORE/9780190632366.013.209>
- Speziale, H. S., & Carpenter, D. R. (2023). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. <https://books.google.com/books?id=vF9u0AEACAAJ>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1501_01
- Young, J. E. . (1999). *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach*. 83.
- Zafari Dizji, A. (2014). Lived experience of women in voluntary pregnancy termination. *master's thesis*. Advised by Afsaneh Tavassoli. Tehran: Alzahra University. Faculty of Social Sciences and Economics. (In Persion)