

Akhlāq-i zīstī

i.e., Bioethics Journal

2024; 14(39): e23

The Bioethics and Health
Law InstituteMedical Ethics and Law
Research CenterInternational Association
of Islamic Bioethics

Willingness to Induced Abortion in Successful Marriages: Clarifying the Role of Psychological Components (Case of Study: Hospitals of Regions 1 & 3 of Tehran)

Amin Atrchian¹ , Seyed Abdolmajid Bahreynian^{2*} , Alireza AmirAbadizadeh³, Samane sadat Tabatabaei⁴

1. Department of General Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2. Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3. Department of Biology, Farhangian University, Tehran, Iran.

4. Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Today, abortion occurs in successful marriages in addition to shaky married lives. According to research, many psychological factors affect the occurrence of this phenomenon. Therefore, the aim of the present study was to investigate the psychological factors leading to women's desire for abortion in successful marriages.

Methods: The study was descriptive-survey with a cross-sectional method. The statistical population of pregnant women prone to induced abortion referring to the hospitals of the 1st and 3rd regions of Tehran in 2023 was 3600 people, of which 351 people were selected using the available sampling method based on Morgan's table. The instrument was a researcher-made questionnaire, whose validity was obtained by experts' opinion and confirmatory factor analysis, and its reliability was obtained by Cronbach's alpha method. Data analysis was done using Pearson's correlation coefficient test and regression in SPSS-26.

Ethical Considerations: In all stages of the research, the principles of ethics in research, according to the Declaration of Helsinki (2008) were observed by the researchers.

Results: The findings showed that, based on the correlation test, there was a significant correlation between psychological factors including stress and anxiety, worry about the health of oneself and the fetus, early fatigue and headache, lack of preparation and unwanted pregnancy with the desire for abortion, but between mood instability and lack of compliance with There is no significant correlation between physical changes and the desire for abortion ($P < 0.05$). The results of the regression showed that there is a significant and acceptable multiple correlation between all psychological factors and the desire for abortion ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the research, it is necessary to control some of the effective psychological factors during pregnancy, which provides the basis for reducing women's desire for abortion.

Keywords: Psychological factors; Induced abortion; Successful marriage

Corresponding Author: Seyed Abdolmajid Bahreynian; **Email:** majid.bahraininan@gmail.com

Received: July 11, 2024; **Accepted:** September 17, 2024; **Published Online:** January 30, 2025

Please cite this article as:

Atrchian A, Bahreynian S A, AmirAbadizadeh A R, Tabatabaei S S. Willingness to Induced Abortion in Successful Marriages: Clarifying the Role of Psychological Components (Case of Study: Hospitals of Regions 1 & 3 of Tehran). *Akhlāq-i zīstī, i.e., Bioethics Journal*. 2024; 14(39): e23.



تمایل به سقط جنین خودخواسته در ازدواج‌های موفق: تبیین نقش مؤلفه‌های روان‌شناختی و خلقی (مورد مطالعه: بیمارستان‌های منطقه ۱ و ۳ تهران)

امین عطرچیان^۱، سید عبدالمجید بحرینیان^{۱*}، علیرضا امیرآبادی‌زاده^۲، سمانه سادات طباطبایی^۳

۱. گروه روان‌شناسی عمومی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۳. گروه زیست‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
۴. گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه پدیده سقط جنین علاوه بر زندگی‌های متزلزل زناشویی، در ازدواج‌های موفق نیز رخ می‌دهد. طبق پژوهش‌ها، عوامل روان‌شناختی بسیاری در بروز این پدیده اثرگذارند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل روان‌شناختی منجر به تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده در ازدواج‌های موفق بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی - پیمایشی با روش مقطعی بود. جامعه آماری زنان باردار متمایل به سقط جنین خواسته‌شده مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منطقه ۱ و ۳ تهران در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۳۶۰۰ نفر بودند که براساس جدول مورگان، ۳۵۱ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی آن با نظر متخصصان و تحلیل عاملی تأییدی و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون در نرم‌افزار SPSS-26 انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: در تمامی مراحل انجام پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش، حفظ امانت‌داری و محرمانگی طبق بیانیه هلسینکی (۲۰۰۸) رعایت شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، براساس آزمون همبستگی بین عوامل روان‌شناختی شامل استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، خستگی زودرس و سردرد، نداشتن آمادگی و بارداری ناخواسته با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$). بین بی‌ثباتی خلقی و عدم تطابق با تغییرات بدنی با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$). نتایج رگرسیون نشان داد که بین کلیه عوامل روان‌شناختی و تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی چندگانه معنادار و قابل قبولی وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های پژوهش، کنترل برخی از عوامل روان‌شناختی اثرگذار در دوران بارداری که زمینه کاهش تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده را فراهم می‌کند ضروری است.

واژگان کلیدی: عوامل روان‌شناختی؛ سقط جنین خواسته‌شده؛ ازدواج موفق

نویسنده مسئول: سید عبدالمجید بحرینیان؛ پست الکترونیک: majid.bahraininan@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۷؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۱/۱۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Atrchian A, Bahreynian S A, AmirAbadizadeh A R, Tabatabaei S S. Willingness to Induced Abortion in Successful Marriages: Clarifying the Role of Psychological Components (Case of Study: Hospitals of Regions 1 & 3 of Tehran). *Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal*. 2024; 14(39): e23.

مقدمه

ازدواج نهادی است که از طریق آن مرد و زن با هم پیمان زناشویی می‌بندند و اولین و مهم‌ترین مرحله در چرخه زندگی خانوادگی است و موفقیت در دیگر مراحل زندگی به موفقیت در این مرحله بستگی دارد (۱-۲). در همین راستا، ازدواج موفق ازدواجی است که در آن زوجین علاوه بر تطبیق، هماهنگی و رضایت حداکثر در حوزه‌های روانی - شخصیتی، ادراکی - شناختی، عاطفی - هیجانی، فرا فردی، مهارت‌ها و راهبردهای حل مسئله را نیز آموزش دیده باشند و به کار بندند (۳). به باور صالحی و همکاران (۴)، موفقیت در ازدواج داشتن معنایی از احساس آرامش و رضایت است که زوجین با دیدگاه معنوی و اخلاقی و با انجام رفتارهای مولد خوشبختی در حضور دیگران با ازدواج سازنده خود آن را تشکیل می‌دهند. همچنین حاجیلو و همکاران (۵) معتقدند ازدواج موفق با رابطه زناشویی نیز در ارتباط است؛ بدین معنا که در یک ازدواج موفق علاوه بر معیارهای فوق، داشتن رابطه زناشویی مناسبی نیز برقرار است و بدیهی است که نتیجه چنین فضایی، منجر به تولد فرزندی خواهد شد که در زمینه روان‌شناختی مناسب رشد خواهد کرد. با این وجود در بسیاری از ازدواج‌های موفق نیز شاهد پدیده سقط جنین (Abortion) هستیم.

در دهه‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی در مورد سقط جنین توسط پژوهشگران غربی انجام شده و در کنفرانس‌های علمی مطرح گردیده است؛ در حالی که سهم کشورهای مسلمان از این مطالعات بسیار اندک بوده است (۶). تحولات خانواده هم‌سو با دگرگونی‌های فرهنگی اجتماعی حکم‌فرما بر دنیای جدید، تغییراتی فوری، اساسی و در مواردی چالش‌زا بوده است. نگاه تازه به زندگی در بین اقشار گوناگون جوانان بالأخص زنان، تحولات ارزش فرزندان و افت تمایل به فرزندآوری، روابط جنسی نامشروع و هم‌بالینی اشکال تازه‌ای از زندگی را در بین افراد اجتماع قرار داده است. در این میان بارداری‌های ناخواسته، طرح‌ریزی نشده و مشکلات بعد از بارداری، چالشی با اهمیت شبیه سقط جنین را عنوان می‌نماید. موضوعی که به نظر می‌آید در جهان روبه افزونی است (۷). براساس بررسی‌های صورت‌گرفته در آمریکا، از هر

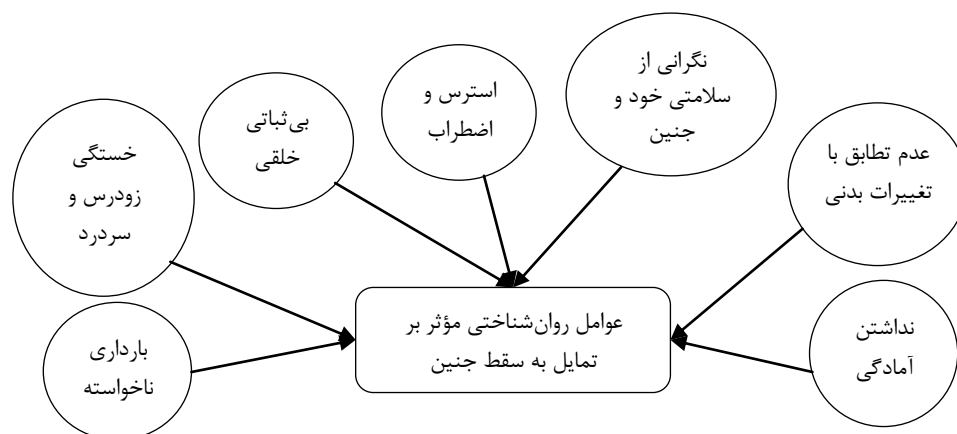
سه زن، یک زن در جریان زندگی خودش سقط جنین را تجربه می‌کند. این سقط جنین اثرات گوناگونی مانند تجربه داغ ننگ و یا انگ اجتماعی را به همراه داشته است. انگ سقط جنین اغلب دیدگاه‌های اجتماعی منفی راجع به سقط جنین به وجود آورده و زندگی اشخاص را دچار مشکلات اساسی نموده است (۸). تخمین‌ها از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ نشان داده است که تقریباً ۴۵ درصد از تمامی سقط جنین‌ها نایمن بوده و ۹۷ درصد آن در کشورهای روبه توسعه و ضعیف از جهت اقتصادی روی داده است (۹). سقط جنین نایمن یکی از دلایل اساسی مرگ‌ومیر زنان در دنیا بوده است. بدیهی است که سقط جنین نایمن، مشکلات و پیامدهای زیادی برای زنان، جامعه و خانواده‌ها دارد. خیلی از زنان بعد از سقط جنین با احتمال ناباروری همیشگی، مشکلات رحمی، خونریزی و عفونت مواجه می‌گردند (۱۰).

در حقیقت سقط جنین یک مشکل و چالش در جهان است که از یک‌سو با بهزیستی جنسی و جریان باروری زنان مرتبط است و از سوی دیگر به‌عنوان یک معضل اجتماعی با عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، جسمانی و روانی فراوانی مرتبط است (۱۱). قوانین و سیاست‌های ملی سقط جنین، بالا بودن مخارج مالی، عدم اطلاع و کمبود خدمات بهداشتی و تابو بودن سقط جنین به لحاظ اجتماعی باعث افزایش سقط‌های غیرقانونی و نایمن می‌گردد (۱۲). مسئله سقط جنین خودخواسته یکی از موضوعات بحث‌انگیز در جهان فعلی می‌باشد. در حالی که از سویی مسئله ناباروری آمار نگران‌کننده‌ای دارد. این مسئله به دلیل ابعاد اخلاقی آن همواره چالش‌برانگیز بوده است. اما آنچه در این میان نیاز به بررسی و مطالعه دارد عوامل مؤثر بر تمایل به سقط جنین خودخواسته یا عمدی است (۱۳). سقط جنین به‌عنوان مسئله چندساحتی و چالش‌برانگیز، اگرچه در جامعه کنونی ایران از نظر قانونی و همچنین از نظر عرف و عادت منع می‌شود، اما همچنان زانی هستند که آن را راه‌حلی برای پایان دادن به بارداری خود دانسته و تصمیم به انجام آن می‌گیرند (۱۴).

طبق بررسی‌های انجام‌شده، تأثیرات روانی و عاطفی، نقش کلیدی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به حفظ یا خاتمه بارداری

به ویژه در ازدواج‌های موفق، نیاز به مطالعه بیشتر دارد. یکی از عوامل و بسترهای مهم افزایش سقط جنین، تغییر نگرش و تمایل به این پدیده و دیگر عامل، روزافزونی تمایل به این پدیده است. اهمیت بیان شده از یک سو و همچنین مرور پیشینه پژوهشی نیز نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی به بررسی جامع ابعاد روان‌شناختی تمایل به سقط جنین خواسته‌شده، به‌خصوص در ازدواج‌های موفق نپرداخته است. اهمیت انجام پژوهش از دیگر سو نیز این‌گونه تبیین می‌شود که با توجه به بررسی عوامل روان‌شناختی منجر به تمایل به سقط جنین در ازدواج‌های موفق، مشخص شد که این مسئله نه تنها به ابعاد روان‌شناختی و شخصیتی زوجین بستگی دارد، بلکه در تعاملات ادراکی، شناختی، عاطفی، و مهارت‌های حل مسئله آن‌ها نیز تأثیرگذار است. با توجه به تحقیقات اخیر، نیاز به توجه به این مسئله در جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی احساس می‌شود تا سیاست‌های مناسب‌تری برای پشتیبانی از خانواده‌ها و پیشگیری از مسائلی مانند سقط جنین خواسته‌شده در ازدواج‌های موفق ارائه شود. بر این اساس، این پژوهش قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد که بین عوامل روان‌شناختی با میزان تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده در سه ماه اول نخستین بارداری در ازدواج‌های موفق رابطه وجود دارد؟ شکل ۱، مدل مفهومی مستخرج از مبانی نظری مربوط به عوامل مؤثر بر سقط جنین را نشان می‌دهد.

دارند (۱۳). دوران بارداری برای بسیاری از زنان همراه با تغییرات شدید جسمی و روانی است که می‌تواند منجر به افزایش سطح استرس و اضطراب شود. یکی از این عوامل، نگرانی‌های مرتبط با سلامت جنین و مادر است؛ ترس از مشکلات احتمالی جسمی یا روانی برای خود یا جنین ممکن است به شک و تردید درباره ادامه بارداری دامن بزند (۹). همچنین، زنانی که بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند، معمولاً آمادگی لازم برای پذیرش نقش مادری را در خود نمی‌بینند و این احساس می‌تواند به سردرگمی و اضطراب بیشتری منجر شود (۱۵). علاوه بر این، خستگی‌های زودرس، سردردهای مداوم و ناراحتی‌های جسمی دیگر، به همراه بی‌ثباتی خلقی که ناشی از تغییرات هورمونی و فشارهای زندگی است، می‌تواند تأثیرات مضاعفی بر روان زن باردار داشته باشند (۱۱). این تغییرات خلقی، به‌ویژه در شرایطی که فرد از نظر عاطفی یا اجتماعی حمایت کافی دریافت نمی‌کند، ممکن است باعث افزایش احساس ناامیدی و خستگی روانی شود. در نتیجه، تصمیم به سقط جنین گاهی به‌عنوان راه‌حلی برای پایان دادن به این فشارهای روانی و جسمی در نظر گرفته می‌شود (۱۳). در واقع مجموعه‌ای از این عوامل می‌تواند در کنار هم باعث افزایش گرایش به سقط جنین در زنانی شود که با این چالش‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند (۱۶). با توجه به آنچه بیان شد، در ایران پژوهش در خصوص تمایل به سقط جنین خواسته‌شده و عوامل روان‌شناختی مؤثر بر آن



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - پیمایشی بود که با روش مقطعی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار متمایل به سقط جنین خواسته‌شده مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منطقه ۱ و ۳ تهران در سال ۱۴۰۲ که در سه ماه اول نخستین بارداری بوده و ازدواج موفق داشته‌اند به تعداد ۳۶۰۰ نفر بودند. حجم نمونه ۳۵۱ نفر در نظر گرفته شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس با مراجعه به بیمارستان‌های مذکور، پرونده‌ها و آدرس زنان باردار متمایل به سقط جنین خواسته‌شده که در سال ۱۴۰۱ در سه ماه اول نخستین بارداری و با وجود داشتن ازدواج موفق مراجعه نموده‌اند بررسی و اخذ شده و آن‌گاه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به آن‌ها مراجعه گردید. لازم به ذکر است که قبلاً مجوزهای لازم برای اجرای پرسشنامه‌ها و مراجعه به آن‌ها اخذ شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در سه ماهه نخست بارداری، شرکت داوطلبانه و رضایت آگاهانه از جریان تحقیق و داشتن ازدواج موفق بود. لازم به ذکر است ملاک داشتن ازدواج موفق عواملی مانند تناسب خانوادگی، داشتن سلامت روانی و جسمی، کیفیت رابطه زناشویی، شناخت کافی از طرف مقابل در رابطه و داشتن ثبات مالی و شغلی بود. همچنین عوامل روان‌شناختی مد نظر در پژوهش حاضر شامل استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، بی‌ثباتی خلقی، خستگی زودرس و سردرد، عدم تطابق با تغییرات

بدنی، بارداری ناخواسته، نداشتن آمادگی بودند که از مبانی نظری موجود مربوط به عوامل مؤثر بر سقط جنین استخراج گردیده و در پژوهش حاضر نیز در پرسشنامه محقق ساخته، هریک از این متغیرها نرمال ارزیابی شدند و پرسشنامه محقق ساخته نیز براساس همین متغیرها تدوین و اعتباریابی شد. پس از مطالعه کامل و عمیق مبانی نظری موجود مربوط به عوامل مؤثر بر سقط جنین، پرسشنامه محقق ساخته تنظیم و روایی صوری و محتوایی (CVR و CVI) آن از طریق روش اجماع کارشناسان و روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تأییدی و پایایی آن از طریق آماره آلفای کرونباخ میزان ۰/۹۶ به دست آمد. پس از تأیید استاد راهنما پرسشنامه تهیه شده از طریق مراجعه حضوری و در مواردی از طریق شبکه‌های اجتماعی واتساپ و تلگرام برای شرکت‌کنندگان در تحقیق ارسال گردید و از آن‌ها درخواست شد که پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها را به پژوهشگر عودت دهند. نهایتاً داده‌های پژوهش به کمک آزمون ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها

برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها به دلیل حجم نمونه بالا از شاخص چولگی و کشیدگی استفاده شد. در جدول ۱، مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱. بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی
استرس و اضطراب	۰/۵۹	-۰/۶۱
نگرانی از سلامتی خود و جنین	۰/۶۴	-۰/۴۶
بی‌ثباتی خلقی	۰/۱۸	۰/۳۱
خستگی زودرس و سردرد	۰/۹۱	۰/۰۴
عدم تطابق با تغییرات بدنی	۰/۴۲	۰/۲۶
نداشتن آمادگی	۰/۳۶	۰/۱۹
بارداری ناخواسته	۰/۶۰	۰/۰۸
عوامل روان‌شناختی	۰/۴۵	-۰/۹۲

بارداری ناخواسته، نداشتن آمادگی) با میزان تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده در سه ماه نخستین بارداری در ازدواج‌های موفق رابطه وجود دارد. در جدول ۲، رابطه بین عوامل روان‌شناختی و تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده ارائه شده است.

آن‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. بنابه فرضیه تحقیق، بین عوامل روان‌شناختی (استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، بی‌ثباتی خلقی، خستگی زودرس و سردرد، عدم تطابق با تغییرات بدنی،

جدول ۲. رابطه بین عوامل روان‌شناختی و تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده

عوامل روان‌شناختی	تمایل به سقط جنین خواسته‌شده
استرس و اضطراب	پیرسون (r) ۰/۱۱۶
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۰۳۰
نگرانی از سلامتی خود و جنین	پیرسون (r) ۰/۱۱۷
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۰۲۸
بی‌ثباتی خلقی	پیرسون (r) -۰/۰۶۶
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۲۱۴
خستگی زودرس و سردرد	پیرسون (r) ۰/۲۴۲
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۰۰۰
عدم تطابق با تغییرات بدنی	پیرسون (r) ۰/۰۹۶
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۰۷۲
نداشتن آمادگی	پیرسون (r) ۰/۳۹۵
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۰۰۰
بارداری ناخواسته	پیرسون (r) ۰/۵۰۸
	سطح معنی‌داری (Sig) ۰/۰۰۰

استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، خستگی زودرس و سردرد، نداشتن آمادگی و بارداری ناخواسته با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده تأیید ولی در مورد رابطه متغیرهای بی‌ثباتی خلقی و عدم تطابق با تغییرات بدنی با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده تأیید نمی‌گردد. در جدول ۳، خلاصه نتایج رگرسیون (رابطه بین عوامل روان‌شناختی و تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده) ارائه شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد، بین استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، خستگی زودرس و سردرد، نداشتن آمادگی و بارداری ناخواسته با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی معنی‌دار وجود داشته است ($p < 0/05$) اما بین بی‌ثباتی خلقی و عدم تطابق با تغییرات بدنی با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی معنی‌دار وجود نداشته است ($p > 0/05$). لذا براساس آزمون همبستگی، فرضیه پژوهش مبنی بر رابطه بین عوامل روان‌شناختی با تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده درخصوص رابطه متغیرهای

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون (رابطه بین عوامل روان‌شناختی و تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده)

مدل	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	نسبت F	B	سطح معنی‌داری F	t	سطح معنی‌داری T	R	R ²
بارداری ناخواسته	رگرسیون	۴۸/۰۴۷	۱	۱۲۱/۵۸۱	۰/۳۷۷	./... ^a	۱۱/۰۲۶	۰/۰۰۰	۰/۲۵۸	۰/۵۰۸ ^a
	باقیمانده	۱۳۷/۹۲۱	۳۴۹	-						
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-						
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۸۱/۹۷۴	۲	۱۳۷/۱۵۵	۰/۴۸۵	./... ^b	۱۵/۴۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۴۱	۰/۶۶۴ ^b
	باقیمانده	۱۰۳/۹۹۵	۳۴۸	-	۰/۸۷۰		۱۰/۶۵۵			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-						
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۲۲/۸۹۲	۳	۲۲۵/۳۵۷	۰/۷۲۰	./... ^c	۲۴/۷۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶۱	۰/۸۱۳ ^c
	باقیمانده	۶۳/۰۷۶	۳۴۷	-	۱/۸۸۰		۲۰/۲۸۸			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۰/۶۴۵		۱۵/۰۰۴			
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۳۳/۹۶۶	۴	۲۲۲/۸۳۸	۰/۷۸۶	./... ^d	۲۸/۵۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲۰	۰/۸۴۹ ^d
	باقیمانده	۵۲/۰۰۲	۳۴۶	-	۱/۸۶۶		۲۲/۱۴۴			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۰۲۷		۱۷/۳۵۵			
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۴۸/۳۷۴	۵	۲۷۲/۳۲۵	۰/۵۹۲	./... ^e	۲۰/۴۹۱	۰/۰۰۰	۰/۷۲۸	۰/۸۵۳ ^e
	باقیمانده	۳۷/۵۹۴	۳۴۵	-	۲/۹۶۲		۲۴/۸۲۹			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۱۵۱		۲۲/۳۲۱			
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۵۷/۹۵۸	۶	۳۲۳/۳۲۹	۰/۲۱۸	./... ^f	۵/۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۶۰	۰/۸۷۲ ^f
	باقیمانده	۲۸/۰۱۰	۳۴۴	-	۳/۴۵۷		۳۰/۶۵۷			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۵۳۰		۲۷/۰۱۸			
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۶۴/۴۱۸	۷	۳۷۳/۸۵۸	۰/۱۱۹	./... ^g	۳/۰۸۳	۰/۰۰۰	۰/۷۷۴	۰/۸۸۰ ^g
	باقیمانده	۲۱/۵۵۰	۳۴۳	-	۳/۱۷۸		۳۰/۹۱۸			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۳۵۵		۲۵/۷۱۱			
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۶۰۷	./... ^h	۸/۶۲۹	۰/۰۰۰	۰/۷۷۴	۰/۸۸۰ ^h
	باقیمانده	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۶۸۱		۱۹/۹۹۷			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۱۳۸		۱۳/۰۱۸			
بارداری ناخواسته خستگی زودرس	رگرسیون	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۱۳۸	./... ^h	۱۰/۱۴۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۴	۰/۸۸۰ ^h
	باقیمانده	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۱۳۸		۱۰/۱۴۰			
	جمع	۱۸۵/۹۶۸	۳۵۰	-	۱/۱۳۸		۱۰/۱۴۰			

a. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته

b. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته، خستگی

c. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته، خستگی، عدم تطابق

d. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته، خستگی، عدم تطابق، بی‌ثباتی

e. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته، خستگی، بی‌ثباتی، عدم تطابق

f. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته، خستگی، بی‌ثباتی، عدم تطابق، نگرانی، بی‌ثباتی

g. Predictors: (Constant), بارداری ناخواسته، خستگی، بی‌ثباتی، عدم تطابق، نگرانی، بی‌ثباتی، نگرانی، عدم تطابق

h. Dependent Variable: تمایل به سقط جنین

۰/۰۰۴ افزایش یافته و به ۰/۸۵۳ بالغ می‌گردد. مقدار R^2 نیز بیانگر این نکته است که ۰/۷۲۸ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۷۲۸ تغییرات متغیر ملاک، به وسیله متغیرهای پیش‌بین (بارداری ناخواسته، خستگی زودرس، عدم تطابق با تغییرات بدنی، بی‌ثباتی خلقی و نگرانی از سلامتی خود و جنین) تبیین می‌شود.

همچنین اگر متغیر آمادگی نداشتن را در کنار متغیرهای پیش‌بین قبلی قرار داده و تأثیر هم‌زمان آن‌ها را بر متغیر ملاک بررسی کنیم، ضریب همبستگی آن‌ها به مقدار ۰/۰۱۹ افزایش یافته و به ۰/۸۷۲ بالغ می‌گردد. مقدار R^2 نیز بیانگر این نکته است که ۰/۷۶۰ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۷۶۰ تغییرات متغیر ملاک، به وسیله متغیرهای پیش‌بین (بارداری ناخواسته، خستگی زودرس، عدم تطابق با تغییرات بدنی، بی‌ثباتی خلقی، نگرانی از سلامتی خود و جنین و آمادگی نداشتن) تبیین می‌شود.

در نهایت اگر متغیر استرس و اضطراب را در کنار متغیرهای پیش‌بین قبلی قرار داده و تأثیر هم‌زمان آن‌ها را بر متغیر ملاک بررسی کنیم، ضریب همبستگی آن‌ها به مقدار ۰/۰۰۸ افزایش یافته و به ۰/۸۸۰ بالغ می‌گردد. مقدار R^2 نیز بیانگر این نکته است که ۰/۷۷۴ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۷۷۴ تغییرات متغیر ملاک، به وسیله متغیرهای پیش‌بین (بارداری ناخواسته، خستگی زودرس، عدم تطابق با تغییرات بدنی، بی‌ثباتی خلقی، نگرانی از سلامتی خود و جنین، آمادگی نداشتن و استرس و اضطراب) تبیین می‌شود.

به طور کلی ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک، ۰/۸۸۰ بوده و ۰/۷۷۴ تغییرات متغیر ملاک، با متغیرهای پیش‌بین فوق‌الذکر، تبیین شده است که همبستگی قابل قبولی است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل روان‌شناختی تمایل به سقط جنین خواسته‌شده در سه ماه اول نخستین بارداری در

ضریب همبستگی میان متغیرهای بارداری ناخواسته و تمایل به سقط جنین ۰/۵۰۸ به دست آمده است. مطابق جدول ۳ میزان F مشاهده شده برای بارداری ناخواسته معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$). مقدار R^2 نیز مبین این نکته است که ۰/۲۵۸ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۲۵۸ واریانس مربوط به تمایل به سقط جنین به وسیله بارداری ناخواسته تبیین می‌شود.

همچنین اگر دو متغیر بارداری ناخواسته و خستگی زودرس را به صورت هم‌زمان با متغیر ملاک (تمایل به سقط جنین) در رابطه قرار دهیم، میزان همبستگی آن‌ها ۰/۱۵۶ افزایش یافته و به مقدار ۰/۶۶۴ بالغ می‌گردد. مقدار R^2 نیز بیانگر این نکته است که ۰/۴۴۱ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۴۴۱ تغییرات متغیر ملاک، به وسیله متغیرهای پیش‌بین (بارداری ناخواسته و خستگی زودرس) تبیین می‌شود.

همچنین اگر متغیر عدم تطابق با تغییرات بدنی را در کنار متغیرهای پیش‌بین قبلی قرار داده و تأثیر هم‌زمان آن‌ها را بر متغیر ملاک بررسی کنیم، ضریب همبستگی آن‌ها به مقدار ۰/۱۴۹ افزایش یافته و به ۰/۸۱۳ بالغ می‌گردد. مقدار R^2 نیز بیانگر این نکته است که ۰/۶۶۱ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۶۶۱ تغییرات متغیر ملاک، به وسیله متغیرهای پیش‌بین (بارداری ناخواسته، خستگی زودرس و عدم تطابق با تغییرات بدنی) تبیین می‌شود.

اگر متغیر بی‌ثباتی خلقی را در کنار متغیرهای پیش‌بین قبلی قرار داده و تأثیر هم‌زمان آن‌ها را بر متغیر ملاک بررسی کنیم، ضریب همبستگی آن‌ها به مقدار ۰/۰۳۶ افزایش یافته و به ۰/۸۴۹ بالغ می‌گردد. مقدار R^2 نیز بیانگر این نکته است که ۰/۷۲۰ نقاط، دقیقاً بر روی خط رگرسیون قرار دارند؛ به بیان دیگر، ۰/۷۲۰ تغییرات متغیر ملاک، به وسیله متغیرهای پیش‌بین (بارداری ناخواسته، خستگی زودرس، عدم تطابق با تغییرات بدنی و بی‌ثباتی خلقی) تبیین می‌شود.

همچنین اگر متغیر نگرانی از سلامتی خود و جنین را در کنار متغیرهای پیش‌بین قبلی قرار داده و تأثیر هم‌زمان آن‌ها را بر متغیر ملاک بررسی کنیم، ضریب همبستگی آن‌ها به مقدار

مطالعات نشان داده است که بارداری ناخواسته به‌عنوان اصلی‌ترین دلیل طرح‌شده در شرایط مختلف، به‌خصوص وجود مشکلات مالی، منجر به تمایل یا انجام سقط خودخواسته می‌شود. باید این‌گونه تبیین نمود که در مواردی که فرد آمادگی روانی یا مالی برای پذیرش مسئولیت مادری ندارد، بارداری می‌تواند به منبع اضطراب و فشار روانی تبدیل شود. این عدم آمادگی، به‌ویژه در شرایطی که بارداری به‌طور ناگهانی و بدون برنامه‌ریزی رخ داده، می‌تواند احساس ناامیدی و سردرگمی را تشدید کرده و فرد را به سمت تصمیم‌گیری برای خاتمه بارداری سوق دهد. در چنین مواردی، سقط جنین به‌عنوان راه‌حلی برای رفع این فشارهای روانی و بازگرداندن کنترل به زندگی فرد تلقی می‌شود (۱۶).

– خستگی زودرس و سردرد: خستگی زودرس و سردرد به‌عنوان یکی از شایع‌ترین ناراحتی‌ها در دوران بارداری به‌شمار می‌رود که در هر زمان از بارداری، به‌خصوص سه‌ماهه اول و سوم بارداری بروز می‌کند. اگر خانم باردار مستعد ابتلا به سردرد تنشی باشد، بارداری مشکل او را بدتر می‌کند. طبیعی است در چنین موقعی ممکن است خستگی زودرس و سردرد هم به تنهایی و هم در کنار سایر عوامل ازجمله بارداری ناخواسته منجر به تمایل به انجام سقط جنین خودخواسته شود. این یافته پژوهش نیز مبین آن است که این ناراحتی‌های جسمی که به‌ویژه در مراحل اولیه بارداری شدت می‌یابند، می‌توانند به کاهش توانایی فرد در انجام کارهای روزمره و افزایش استرس روانی منجر شوند. وقتی این علائم مداوم باشند، فشار جسمی و روانی ایجاد شده ممکن است به کاهش تحمل و احساس ناتوانی در ادامه بارداری بینجامد. در چنین شرایطی، سقط جنین به‌عنوان راهی برای رهایی از این دردها و بهبود کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود (۲۴).

عدم تطابق با تغییرات بدنی: در دوران بارداری زنان دچار تغییرات فیزیولوژیکی زیادی می‌شوند که کاملاً طبیعی است و بایستی زنان نسبت به آن آگاهی داشته و از قدرت بالای جسمانی برخوردار باشند تا بتوانند خودشان را با آن تطابق دهند. در نخستین حاملگی به‌طور طبیعی آگاهی زنان احتمالاً

ازدواج‌های موفق انجام شد. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که: بین استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، خستگی زودرس و سردرد، نداشتن آمادگی و بارداری ناخواسته با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی معنی‌دار وجود دارد اما بین بی‌ثباتی خلقی و عدم تطابق با تغییرات بدنی با تمایل به سقط جنین خواسته‌شده همبستگی معنی‌دار وجود ندارد اما براساس نتایج رگرسیون بین کلیه عوامل روان‌شناختی همبستگی چندگانه قابل قبولی وجود داشت. نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده توسط محمودیان و همکاران (۱۷)، مولوی و همکاران (۱۴)، غلامی (۱۸)، جعفری و همکاران (۱۶)، فاتحی (۱۹)، آزادوری (۷)، صدیقی و همکاران (۲۰)، شبیری و همکاران (۲۱)، Moore و همکاران (۲۲)، Holten و همکاران (۲۳)، Kim و همکاران (۲۴) و Love (۶) هم‌سو است. دلیل همسویی این است که یافته‌های کنونی هماهنگ با یافته‌های این محققین نشان می‌دهد که بین عوامل روان‌شناختی با میزان تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده رابطه وجود دارد. تفاوت پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها این است که پژوهش حاضر به بررسی هم‌زمان رابطه برخی از عوامل روان‌شناختی از قبیل: استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، بی‌ثباتی خلقی، خستگی زودرس و سردرد، عدم تطابق با تغییرات بدنی، بارداری ناخواسته و نداشتن آمادگی با میزان تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده در سه ماه اول بارداری در ازدواج‌های موفق پرداخته است ولی پژوهش‌های ذکرشده عمدتاً به بررسی رابطه برخی از این متغیرها و همچنین دیگر عوامل روان‌شناختی با میزان تمایل زنان به سقط جنین اعم از خواسته‌شده یا عمدی و غیرعمدی و همچنین در طول دوران بارداری و اعم از ازدواج موفق یا ناموفق پرداخته‌اند. در ادامه نتایج به دست آمده تبیین می‌شود.

– بارداری ناخواسته: افزایش استرس‌های وارد به فرد در فاصله زمانی بین رویارویی با بارداری ناخواسته تا تمایل به انجام سقط، می‌تواند باعث ارتقای تحریک‌پذیری و بروز عکس‌العمل‌هایی از قبیل خشم و ناراحتی در این دوران شود.

دغدغه می‌تواند طیفی از نگرانی‌های مربوط به خطرهای جسمی تا احساس مواجهه با مرگ را دربر گیرد (۱۸). چنانچه عمل سقط جنین غیر قانونی باشد و مخفیانه به آن اقدام شود، به این ترس و نگرانی افزوده می‌شود. عدم اطمینان از جنین سالم و یا صدمات وارده بر جنین در دوران بارداری می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از اختلال‌های جسمی و روانی در سال‌های بعدی زندگی فرد و از دست رفتن سلامتی جسمی و روحی مادر باشد به طوری که زمینه بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی دوران بزرگسالی را باید در دوران جنینی جستجو کرد. این نگرانی‌ها می‌تواند موجب افزایش تمایل مادران به سقط جنین و یا اقدام به انجام آن گردد. Holten و همکاران (۲۳) نشان دادند زنان باردار ممکن است در صورت مواجهه با خطرات بالقوه برای سلامت خود یا جنین، از جمله نقص‌های احتمالی یا مشکلات پزشکی جدی، احساس اضطراب و ترس کنند. این نگرانی‌ها، به‌ویژه اگر احتمال بروز مشکلات جدی باشد، می‌تواند به تصمیم‌گیری برای خاتمه بارداری به منظور جلوگیری از عوارض بیشتر منجر شود.

نداشتن آمادگی: داشتن آمادگی روانی و جسمانی خصوصاً آمادگی روانی برای حاملگی بسیار مهم است. هرچند خوب است که زنان آماده باشند و جهت بارداری برنامه‌ریزی کنند، اما بارداری می‌تواند غیر قابل پیش‌بینی باشد و گاهی اوقات این برنامه‌های آمادگی برای بارداری درست پیش نمی‌رود. آمادگی در دوران حاملگی می‌تواند موجب نگرش مثبت زنان نسبت به بارداری گردد. حال چنانچه به هر دلیلی این آمادگی وجود نداشته باشد موجبات ترس و وحشت از بارداری شده و تمایل زنان را به سقط جنین افزایش می‌دهد (۲۳). نداشتن آمادگی ممکن است به دلایلی از جمله: عدم آموزش لازم از سوی والدین، مدرسه و ... به دختران، عدم توجه به تغذیه و ورزش، پیش نرفتن درست برنامه‌های آمادگی برای بارداری و ... باشد.

استرس و اضطراب: استرس پاسخ طبیعی بدن ما به خطر یا تهدید است. ولی یک حالت استرس مداوم یا سطح بالایی از استرس می‌تواند زمینه‌ساز چندین مسئله سلامتی باشد. بارداری بسیاری از تغییرات جسمی و عاطفی را در زندگی یک

پایین است و امکان دارد برخی از آنان توانمندی لازم را برای انطباق و سازگاری با این تغییرات گسترده و طاقت‌فرسا نداشته باشند. در عین حال عدم تطابق با تغییرات بدنی به‌تنهایی ارتباط معنی‌داری با تمایل زنان به سقط جنین خودخواسته نداشته اما وقتی در کنار سایر عوامل روان‌شناختی یعنی بارداری ناخواسته و خستگی زودرس قرار گرفته است، توانسته بر تمایل زنان به سقط جنین خودخواسته تأثیر گذاشته و ارتباط چندگانه با آن پیدا کند.

بی‌ثباتی خلقی: تغییرات خلق‌وخو و نوسانات خلقی مادران در دوران بارداری مسئله‌ای شایع است. دوران بارداری می‌تواند دوره‌ی پراسترس و طاقت‌فرسایی باشد. زنان ممکن است از تصور بچه‌دار شدن هیجان‌زده شوند، اما هم‌زمان در مورد این تصمیم خود دچار تردید گردند. با توجه به اینکه امروزه توقع از والدین بالا رفته و حتی سطح توقع‌ها پیش از تولد نوزاد نیز از آن‌ها بسیار زیاد است، این مسئله کاملاً طبیعی است. در عین حال بدن زنان در این دوران دچار تغییراتی می‌شود و ممکن است احساس کنند که دیگر زیبایی گذشته را برای خودشان یا از دید همسرشان ندارند. شاید اضافه وزن یا چاق شدن که در دوران بارداری مسئله‌ای طبیعی است، باعث نگرانی زنان شود و احساس کنند که نمی‌توانند همان اندازه که می‌خواهند یا قبلاً می‌توانستند با اطرافیان معاشرت کنند. تمامی این عوامل می‌تواند باعث شود تا زنان طیف وسیعی از احساسات خوب و بد را تجربه کنند و دچار نوسانات خلقی شوند. بسیاری از زنان با آگاهی از طبیعی بودن این نوسانات در دوران بارداری آن را کنترل نموده و با آن کنار می‌آیند اما در عین حال با توجه به تفاوت‌های فردی بین زنان، برخی نمی‌توانند با آن کنار بیایند. بی‌ثباتی خلقی وقتی در کنار سایر عوامل روان‌شناختی یعنی بارداری ناخواسته، خستگی زودرس و عدم تطابق با تغییرات بدنی قرار می‌گیرد، بر تمایل زنان به سقط جنین خودخواسته تأثیر می‌گذارد.

نگرانی از سلامتی خود و جنین: احتمالاً یکی از شایع‌ترین نگرانی‌های زن برای اقدام به سقط جنین ترس از به مخاطره افتادن سلامت جسمی خود و یا جنین اوست. این

می‌توان به استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی (پرسشنامه)، محدود نمودن جامعه پژوهش به دو منطقه ۱ و ۳ تهران، عدم توجه به نقش مردان و اثرات احتمالی شوهران (روانی، جسمی، اقتصادی و ...) در پدیده سقط جنین و دشواری در تعمیم یافته‌ها به علت محدود بودن جامعه پژوهش و محدوده جغرافیایی آن اشاره نمود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های کیفی و مصاحبه عمیق استفاده گردد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده، در سایر شهرها و فرهنگ‌های متعدد ایرانی انجام و نتایج به دست آمده به بوطه مقایسه و نقد گذاشته شود. بدیهی است انجام مداخلات روان‌شناختی با هدف کاهش گرایش به سقط جنین در میان مادران دارای این افکار، مهم و ضروری است.

نتیجه‌گیری

مجموعاً نتایج نشان داد که میزان تمایل زنان به سقط جنین خواسته‌شده در سه ماه اول بارداری در ازدواج‌های موفق تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی مانند استرس و اضطراب، نگرانی از سلامتی خود و جنین، بی‌ثباتی خلقی، خستگی زودرس و سردرد، عدم تطابق با تغییرات بدنی، بارداری ناخواسته و نداشتن آمادگی بوده است. لذا شرایط بروز تمایل به سقط جنین خواسته‌شده چندگانه و چندبعدی است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، امکانات مشاوره‌ای جهت کمک گرفتن زنان از روان‌شناسان متخصص قبل از دوران بارداری فراهم شود؛ همچنین به آموزش مهارت‌های والدینی در طی آموزش‌های دوران بارداری توجه بیشتری مبذول شود تا موجبات کاهش نگرانی‌های مادران فراهم گردد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

زن ایجاد می‌کند، همچنین Kim و همکاران (۲۴) بر این باورند که استرس و اضطراب می‌تواند نگرانی‌های خاصی را در مورد رفاه کودک و تغییرات بعدی زندگی در آینده ایجاد کند. همچنین بیشتر زنان باردار ممکن است این سؤال را داشته باشند که آیا استرس می‌تواند در سه ماهه اول بارداری خود باعث سقط جنین شود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد زنانی که به طور مداوم تحت استرس هستند یا استرس بیشتری دارند، ممکن است در معرض خطر بیشتری از سقط جنین یا تمایل به سقط جنین باشند، به‌خصوص در زمان بارداری و در روزهای اولیه بارداری. دانشمندان بر این باورند که استرس مداوم یا افزایش استرس در دوران بارداری می‌تواند منجر به عوارض احتمالی بارداری شود (۲۲). با این حال، هیچ مدرک قطعی در دسترس نیست که بتواند ثابت شود استرس در دوران بارداری منجر به سقط جنین می‌شود. البته ممکن است استرس و اضطراب افزایش یافته در دوران بارداری منجر به از دست دادن بارداری و یا حداقل تمایل به آن شود. در هر صورت، سطح استرس بیشتر در دوران بارداری مطلوب نیست زیرا می‌تواند منجر به عوارض بارداری شود (۶). ثابت شده که آسیب‌پذیری نسبت به استرس در ماه‌های نخستین بارداری (سه‌ماهه اول) بیشتر است. مطالعات و بررسی‌های متعدد روی زنان باردار نشان‌دهنده این فرضیه است که سطح بالای استرس‌های روانی - اجتماعی در طول دوران بارداری، تمایل به سقط جنین، خطر زایمان زودرس و در نتیجه تولد نوزاد با وزن کمتر از میزان طبیعی را افزایش می‌دهد. ترس و نگرانی به علت تغییرات جسمی و مشکلات مربوط به نقش مادری (به‌خصوص در حاملگی اول) مانند ترس از درد زایمان، ترس از مرگ، ترس از پیامدهای اقتصادی بارداری، ترس از بی‌کفایتی در اجرای وظیفه مادری، ترس از فقدان استقلال و جذابیت و ترس از نوزاد آینده به‌عنوان رقیب در عشق و عاطفه شوهر وجود دارد. این ترس و نگرانی‌ها می‌تواند حداقل گرایش زنان را به سقط جنین تحت تأثیر قرار دهد.

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی (عوامل مزاحم مؤثر بر نتیجه) روبه‌رو بود که از مهم‌ترین آن‌ها

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند با کد (۱۶۲۷۳۳۵۶۳) بود. در تمامی مراحل انجام پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش، حفظ امانت‌داری و محرمانگی برحسب بیانیه هلسینکی ویرایش ۲۰۰۸ توسط پژوهشگران رعایت شد. اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

References

1. Samari safa J, Zarei E, Najarpourian S, Mohamadi K. Challenges and problems of remarriage couples and coping strategies of successful couples; A qualitative research. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2023; 14(53): 35-92. [Persian]
2. Moradi Z, Sadri Damirchi E, Keshavarz afshar H, Dargahi S. Lived experience of married women with marriage without parental consent: A phenomenological study. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2022; 13(50): 225-252. [Persian]
3. Khanbani M, Golparvar M, Aghaei Jeshvaghani A. Comparison of the Effectiveness of Successful Marriage Training and Choice Theory Training on Kind of Selection of Young Couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2022; 23(2): 11-24. [Persian]
4. Salehi H, Hosseinian S, Yazdi S M. The relationship between cognitive flexibility and successful marriage: The mediating role of cognitive emotion regulation. *Rooyesh*. 2021; 10(8): 93-102. [Persian]
5. Hajiloo M, Goudarzi M, Ahmadian H. Formulation of a Causal Model of a Successful Marriage Based on Personality Traits and Attachment Style with the Mediating Role of Self-Differentiation. *Psychological Models and Methods*. 2021; 12(43): 42-54. [Persian]
6. Love G. Abortion stigma, class and embodiment in neoliberal England. *Culture, health & sexuality*. 2021; 23(3): 317-332.
7. Azadvari A. The formation process of voluntary abortion among women in Mashhad city. Master's Thesis, Kharazmi University; 2020. [Persian]
8. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B. for the Prevention Preventing unsafe abortion: Achievements and challenges of a global FIGO initiative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020; 62: 101-112.
9. Su X, Sun L. Prevalence and associated factors of abortion among women with severe mental disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2024; 355: 432-439.
10. Atakro CA, Addo SB, Aboagye JS, Menlah A, Garti I, Amoah-Gyarteng KG, ... & Boni GS. Contributing factors to unsafe abortion practices among women of reproductive age at selected district hospitals in the Ashanti region of Ghana. *BMC women's health*. 2019; 19(1): 1-17.
11. Clark CS, Paluck EL, Westwood SJ, Sen M, Malhotra N, Jessee S. Effects of a US Supreme Court ruling to restrict abortion rights. *Nature Human Behaviour*. 2024; 8(1): 63-71.
12. Blystad A, Haukanes H, Tadele G, Haaland ME, Sambaiga R, Zulu JM, Moland KM. The access paradox: abortion law, policy and practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia. *International Journal for Equity in Health*. 2019; 18(1): 1-15. [Persian]
13. Haile TG, Abraha TH, Gebremeskel GG, Zereabruk K, Welu TH, Grum T, Asres N. Induced abortion in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*. 2024; 19(5): e0302824.
14. Mowlavi M. Ethical problems of disabled abortions with Islamic approach. Doctoral Thesis, Islamic Studies University of Qom, Faculty of Islamic Studies; 2022. [Persian]
15. Akhundi M. Shocking statistics of abortions in Iran. ALEF News Agency; 2019. Available at: <https://www.alef.ir/news/3980523153.html> [Persian]
16. Jafari M. Jurisprudential and legal investigation of abortion caused by rape. Master's Thesis, Shomal University, Faculty of Humanities and Social Sciences; 2021. [Persian]
17. Mahmoudiani S, Abedi M. Relationship between unintended pregnancy and induced abortion. *Payesh*. 2022; 21(6): 627-635. [Persian]
18. Gholami Z. Investigating the relationship between religious beliefs and induced abortion in unwanted pregnancies. *Nursing and Midwifery Journal*. 2021; 19(5): 378-386. [Persian]
19. Fatehi K. The basics of freedom of abortion by the mother. Master's thesis, University of Kurdistan, Faculty of Humanities and Social Sciences; 2022. [Persian]
20. Sadighi J, Tavousi M, Montazeri A, Mozafari Kermani R, Eslami M, Rostami R et al. Fertility indicators and its correlates among women in Iran. *Payesh*. 2020; 19(6): 645-672. [Persian]
21. Shobeiri F, Ahang Poor P, Parsa P, Yazdi-Ravandi S. Comparing Health Condition Between Wanted and Unwanted Pregnancy of Women in Hamadan City. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019; 27(2): 82-88. [Persian]
22. Moore B, Poss C, Coast E, Lattof SR, & van der Meulen Rodgers Y. The economics of abortion and its links with stigma: A secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. *PloS one*. 2021; 16(2): e0246238.

23. Holten L, De Goeij E, Kleiverda G. Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2021; 29(1), 1917042.
24. Kim C, Sorhaindo A, Ganatra B. WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2020; 63: 56-66.