

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2026; 20: e7

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Induced Abortion and Its Psychological Consequences

Seydeh Mahboubeh Mirtabar^{1*}, Sareh Bakouei², Shirin Shahrokhi³,
Seyed Mohammad Mirtabar⁴, Ali Reza Alebouyeh⁵

1. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
2. Spiritual Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
3. Clinical Research Center, Ayatollah Rouhani Hospital, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
4. Department of Islamic Studies, Etrat Campus, Farhangian University, Tehran, Iran.
5. Research Center for Islamic Sciences and Culture, Qom, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Although induced abortion is considered part of women's right to choose in many societies, evidence indicates that this experience can be associated with significant psychological consequences. This study aimed to review the psychological consequences of induced abortion and analyze the conflict between the right to choose and the principle of non-maleficence, with an emphasis on women's mental health.

Methods: This study was a narrative review that was conducted in two main phases. In the first phase, eligible Persian- and English-language articles were identified and reviewed in the PubMed, Scopus, and Web of Science databases and the Google Scholar search engine using English keywords, including induced abortion, psychological consequences, moral injury, non-maleficence, and no harm, along with their Persian equivalents in the SID database. In the second phase, the conflict between individual choice, or the principle of respect for the autonomy of pregnant women regarding induced abortion, and the principle of non-maleficence was explained and analyzed.

Ethical Considerations: In this study, principles of scientific integrity, accurate citation of sources, and respect for intellectual property rights were observed throughout all stages of manuscript preparation.

Results: The literature review indicated that the consequences of induced abortion can be classified into three main categories: psychological consequences, moral injury, and cultural, social, and individual factors affecting these consequences. In the psychological consequences category, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, complicated grief, shame, and guilt, and, in some studies, impairment in interpersonal relationships, sexual functioning, and long-term psychological adjustment were reported. Regarding the moral injury category, feelings of guilt, shame, and distress arising from conflicts between the abortion experience and personal or religious values and beliefs were reported. In the category of cultural, social, and individual factors, cultural and religious attitudes and beliefs, social stigma, economic and family pressures, social support, individual circumstances, and the alignment of decisions with personal values were among the most important factors associated with the severity and persistence of psychological consequences. An analysis of the conflict between a pregnant woman's right to choose induced abortion and the principle of non-maleficence indicates that harm prevention necessitates the provision of psychological counseling and support before decision-making, so that their choice does not subsequently lead to depression, anxiety, guilt, or moral distress. In fact, the ethical principle of respect for autonomy can be deemed to be genuinely upheld when the decision is made with full awareness of the complications and potential consequences of abortion.

Conclusion: The psychological consequences of induced abortion are not solely attributable to the abortion itself but are also associated with the circumstances surrounding the decision, cultural and social contexts, and the quality of psychological support. From a bioethical perspective, a balance should be maintained between respect for individual autonomy, prevention of psychological harm, and comprehensive support for women. Providing psychological counseling and social support before and after abortion may not only contribute to decisions to refrain from induced abortion but may also, when abortion does occur, play an effective role in reducing psychological harms.

Keywords: Induced Abortion; Psychological Consequences; Moral Injury; Right to Choose; Principle of Non-Maleficence

Corresponding Author: Seydeh Mahboubeh Mirtabar; **Email:** m.mirtabar@mubabol.a.ir

Received: February 04, 2026; **Accepted:** August 18, 2026; **Published Online:** September 06, 2026

Please cite this article as:

Mirtabar SM, Bakouei S, Shahrokhi SH, Mirtabar SM, Alebouyeh AR. Induced Abortion and Its Psychological Consequences. Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e7.



مجله اخلاق پزشکی

دوره بیستم، ۱۴۰۵



سقط عمدی و پیامدهای روان‌شناختی آن

سیده‌محبوبه میرتبار^{۱*}، ساره باکویی^۲، شیرین شاه‌رخی^۳، سیدمحمد میرتبار^۴، علیرضا آل بویه^۵

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده پرستاری و مامایی قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۳. مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان روحانی، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۴. گروه معارف اسلامی، پردیس عترت، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
۵. پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه در بسیاری از جوامع، سقط به عنوان بخشی از حق انتخاب زنان مطرح می‌شود، شواهد نشان می‌دهد که این تجربه می‌تواند با پیامدهای روان‌شناختی قابل توجهی همراه باشد. این مطالعه با هدف مرور پیامدهای روان‌شناختی سقط عمدی و تحلیل تعارض بین حق انتخاب و اصل عدم آسیب با تأکید بر سلامت روان زنان انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع مرور روایتی است که در دو بخش اصلی انجام شده است: در بخش اول جهت گردآوری منابع، مقالات فارسی و انگلیسی مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، PubMed، Web of Science، Google Scholar و SID با استفاده از واژگان کلیدی انگلیسی، شامل Induced Abortion، Psychological Consequences، Moral Injury، Non-Maleficence، No Harm و معادل‌های فارسی آن‌ها (سقط عمدی، پیامدهای روان‌شناختی، آسیب اخلاقی، عدم آسیب) مورد مرور و تحلیل قرار گرفتند. در بخش دوم به تبیین و تحلیل تعارض بین حق انتخاب فردی یا اصل احترام به استقلال فردی زن باردار برای سقط عمدی و اصل عدم آسیب پرداخته شد.

ملاحظات اخلاقی: در این مطالعه، اصول امانتداری علمی، استناد دقیق به منابع و رعایت حقوق مالکیت فکری در تمامی مراحل نگارش رعایت شد.

یافته‌ها: مرور مطالعات نشان داد که پیامدهای سقط عمدی را می‌توان در سه طبقه اصلی شامل پیامدهای روان‌شناختی، آسیب اخلاقی و عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی مؤثر بر پیامدها طبقه‌بندی کرد. در طبقه پیامدهای روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب، نشانگان استرس پس از سانحه، سوگ پیچیده، احساس شرم و گناه و در برخی مطالعات اختلال در روابط بین‌فردی، عملکرد جنسی و سازگاری روانی طولانی‌مدت گزارش شد. در طبقه آسیب اخلاقی، احساس گناه، شرم و رنج ناشی از تعارض تجربه سقط با ارزش‌ها، باورهای فردی و اعتقادی گزارش شده بود. در طبقه عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی، نگرش‌ها و باورهای فرهنگی و مذهبی، ننگ اجتماعی، فشارهای اقتصادی و خانوادگی، میزان حمایت اجتماعی، شرایط فردی و میزان هماهنگی تصمیم با ارزش‌های شخصی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با شدت و تداوم پیامدهای روان‌شناختی بودند. تحلیل تعارض بین حق انتخاب زن باردار برای سقط عمدی و اصل عدم آسیب نشان می‌دهد که پرهیز از آسیب اقتضا می‌کند که مشاوره و حمایت روانی پیش از اتخاذ تصمیم فراهم شود تا انتخاب او بعدها موجب افسردگی، اضطراب، احساس گناه یا رنج اخلاقی وی نگردد. در واقع زمانی می‌توان گفت اصل اخلاقی احترام به استقلال فردی رعایت شده است که تصمیم‌گیری با آگاهی کامل از عوارض سقط جنین صورت گرفته باشد.

نتیجه‌گیری: پیامدهای روانی سقط عمدی صرفاً ناشی از خود عمل سقط نیست، بلکه به شرایط تصمیم‌گیری، زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی و کیفیت حمایت‌های روان‌شناختی وابسته است. ضروری است میان اصل احترام به استقلال فردی، پیشگیری از آسیب روانی و حمایت همه‌جانبه از زنان توازن برقرار شود. فراهم‌سازی امکان مشاوره روان‌شناختی و حمایت اجتماعی پیش و پس از سقط نه‌تنها می‌تواند موجب انصراف از سقط عمدی گردد، بلکه در صورت سقط عمدی می‌تواند در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از آن نقش مؤثری داشته باشد.

واژگان کلیدی: سقط عمدی؛ پیامدهای روان‌شناختی؛ آسیب اخلاقی؛ حق انتخاب؛ اصل عدم آسیب

نویسنده مسئول: سیده‌محبوبه میرتبار؛ پست الکترونیک: m.mirtabar@mubabol.a.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۷؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵

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

Mirtabar SM, Bakouei S, Shahrokhi SH, Mirtabar SM, Alebouyeh AR. Induced Abortion and Its Psychological Consequences. Faşlñmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e7.

مقدمه

سقط جنین عمدی همواره یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات در حوزه‌های پزشکی، روان‌شناسی، حقوق و اخلاق زیستی بوده است. تصمیم به انجام سقط ممکن است در شرایط مختلف و بر اساس اندیکاسیون‌های پزشکی، ملاحظات اخلاقی، الزامات قانونی یا شرایط فردی و اجتماعی اتخاذ شود. صرف نظر از مبانی این تصمیم، تجربه سقط عمدی می‌تواند با پیامدهای روان‌شناختی و عاطفی قابل توجهی همراه باشد که کیفیت زندگی و سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار دهد. با این حال، اگرچه ابعاد حقوقی و اخلاقی سقط عمدی همواره مورد توجه بوده است، پیامدهای روان‌شناختی و عاطفی این تجربه در بسیاری از موارد کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد سقط عمدی می‌تواند با پیامدهای عمیق روانی برای زنان همراه باشد (۱). بسیاری از زنان، بلافاصله پس از سقط یا حتی ماه‌ها و سال‌ها بعد، با پیامدهای روانی متعددی دست و پنجه نرم می‌کنند. احساس گناه، اضطراب، افسردگی و نشانگان استرس پس از سانحه (PTSD)، از جمله واکنش‌هایی هستند که در بسیاری از زنان پس از سقط عمدی گزارش شده‌اند، حتی در مواردی که تصمیم به سقط با رضایت کامل گرفته شده است (۲، ۳).

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند که زنانی که تجربه سقط عمدی داشته‌اند، در معرض خطر بالاتری از مشکلات سلامت روان قرار دارند. یک مطالعه جامع بر روی ۸۷۷/۰۰۰ زن نشان داد که زنان پس از سقط عمدی، بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی، سوءمصرف الکل و خودکشی هستند (۴، ۵). پژوهشگران در ایران نیز طیف گسترده‌ای از واکنش‌های روان‌شناختی پس از سقط عمدی را شناسایی کرده‌اند که شامل افسردگی، نگرانی در مورد عدم قابلیت حاملگی مجدد، اختلالات خوردن، کاهش عزت نفس، کابوس و احساس گناه می‌باشد (۳). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که حدود ۴ درصد از زنان متقاضی سقط عمدی، از نشانگان استرس پس از سانحه رنج می‌برند، در حالی که ۲۳ درصد آن‌ها علائم استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند. عوامل

خطر، شامل تجارب آسیب‌زای قبلی، سابقه اختلالات روانی و عدم حمایت اجتماعی کافی می‌باشد (۶).

یکی از رویکردهای مهم در فهم پیامدهای روانی سقط عمدی، در نظرگیری آن به عنوان نوعی تجربه فقدان است که فرآیند سوگواری در آن کامل نمی‌شود. در این چارچوب، زنان ممکن است با نوعی دوگانگی روانی مواجه شوند: از یک‌سو احساس رهایی از بارداری ناخواسته و از سوی دیگر، تجربه عمیق اندوه، احساس گناه و از دست‌دادن بخش مهمی از هویت مادری (۷، ۸).

تحقیقات نشان می‌دهند که شدت واکنش‌های روانی پس از سقط به عواملی، از جمله باورهای مذهبی و فرهنگی، میزان حمایت اجتماعی دریافتی، پیشینه روانی و هیجانی فرد و شیوه مواجهه با فقدان و استرس بستگی دارد (۹). در این میان، نادیده‌گرفتن پیامدهای روانی و اخلاقی سقط می‌تواند به آسیب‌های عمیق فردی و اجتماعی بینجامد. در واقع، توجه صرف تصمیم‌گیری زنان بدون ملاحظه‌ای تأثیرات روانی و وجودی آن، نوعی کاستی در رویکردهای مدرن به سلامت روان محسوب می‌شود.

از منظر اخلاق زیستی، یکی از مهم‌ترین محورهای بحث درباره سقط عمدی، تعارض میان اصل احترام به احترام به استقلال فردی (حق انتخاب) و اصل عدم آسیب است. این تعارض می‌تواند بر تجربه روان‌شناختی زنان پس از سقط و نیز بر ارزیابی اخلاقی این پدیده تأثیرگذار باشد. از این رو بررسی تحلیلی پیامدهای پنهان روانی سقط عمدی، نه‌تنها به درک عمیق‌تر از تجربه زنان می‌انجامد، بلکه با توجه ویژه به بافتارهای فرهنگی و مذهبی خاص در ایران می‌تواند در تدوین سیاست‌ها و مداخلات حمایتی مؤثر نقش مهمی ایفا کند، لذا هدف این مقاله، تحلیل پیامدهای روان‌شناختی سقط عمدی جنین و بررسی تعارض میان اصل احترام به احترام به استقلال فردی و اصل عدم آسیب در چارچوب اخلاق زیستی است.

روش

این پژوهش از نوع مرور روایتی است که در دو بخش اصلی انجام شده است: در بخش مروری، جهت گردآوری منابع،

مقالات فارسی و انگلیسی مرتبط با پیامدهای روان‌شناختی سقط عمدی و ابعاد اخلاقی آن در پایگاه‌های اطلاعاتی Google Scholar، Web of Science، Scopus، PubMed و SID مورد جستجو و بررسی قرار گرفتند. جستجو با استفاده از واژگان کلیدی انگلیسی، شامل Induced Psychological، Mental Health، Abortion، Consequences، Moral Injury، Non-Maleficence و پیامدهای روان‌شناختی، آسیب اخلاقی، حق انتخاب، عدم آسیب و با عملگرهای منطقی OR و AND انجام شد. مقالات مرتبط در حوزه‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی، اخلاق زیستی و سلامت باروری انتخاب و و مرور شده و پیامدهای روان‌شناختی سقط عمدی و عوامل فرهنگی مؤثر بر این پیامدها توصیف شد، سپس در بخش تحلیلی به تبیین تعارض بین رضایت به سقط عمدی (درمانی) و تحمیل آسیب روانی به زن باردار پرداخته شد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

بر اساس مرور متون، پیامدهای سقط عمدی را می‌توان در سه طبقه اصلی شامل پیامدهای روان‌شناختی، آسیب اخلاقی و عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی مؤثر بر پیامدها دسته‌بندی کرد.

۱. **پیامدهای روان‌شناختی سقط عمدی:** یافته‌های توصیفی نشان دادند که سقط عمدی یکی از موضوعات پیچیده و چالش‌برانگیز در حوزه سلامت زنان است که تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان آن‌ها دارد (۱۰). مطالعات روان‌شناختی طی دو دهه اخیر نشان داده‌اند که تجربه سقط عمدی برای بسیاری از زنان با مجموعه‌ای از واکنش‌های هیجانی پیچیده و گاه متناقض، از جمله افزایش خطر ابتلا به افسردگی،

اضطراب، علائم استرس پس از سانحه (PTSD/PTSS)، سوگ پیچیده، احساس شرم و گناه، و آسیب اخلاقی (moral injury) همراه است (۱۳-۱۰)، هرچند شدت و تداوم آن‌ها بسته به زمینه‌های فرهنگی، حمایت اجتماعی و پیش‌زمینه روانی فرد متفاوت است (۱۱).

افسردگی یکی از پایدارترین پیامدهای گزارش‌شده پس از سقط عمدی محسوب می‌شود. یک مطالعه مرور نظام‌مند و متاآنالیز گسترده که داده‌های ۱۵ مطالعه با ۱۸، ۲۰۷ شرکت‌کننده را تحلیل کرد، نشان داد که شیوع کلی افسردگی پس از سقط ۳۴/۵ درصد بود. این میزان شیوع در مناطق مختلف جغرافیایی متفاوت بود، به طوری که آسیا بالاترین نرخ را با ۳۷/۵ درصد و اروپا پایین‌ترین نرخ را با ۳۲/۷ درصد نشان داد (۱۰). مطالعه Coleman که بیست و دو مطالعه را مرور کرد و ۸۷۷، ۱۸۱ شرکت‌کننده (از جمله ۱۶۳/۸۳۱ نفر که سقط تجربه کرده بودند) را شامل می‌شد، گزارش داد که زنانی که سقط عمدی داشته‌اند، در مقایسه با گروه‌های کنترل، ۸۱ درصد بیشتر در معرض مشکلات سلامت روان قرار دارند. این مطالعه همچنین نشان داد که تقریباً ۱۰ درصد از بروز مشکلات سلامت روان به سقط نسبت داده می‌شود (۱۴).

در حالی که ارتباط بین از دست‌دادن بارداری و خطر افسردگی کوتاه‌مدت پس از سقط جنین در مطالعات مختلف نشان داده شده است (۱۵)، مطالعات متعدد دیگر نشان می‌دهد که سقط جنین به طور قابل توجهی با خطر افسردگی و اضطراب طولانی‌مدت مرتبط است که معمولاً در میانسالی و پیری رخ می‌دهد (۱۶، ۱۷). نتایج قابل توجه مطالعه‌ای نشان می‌دهد که در بین انواع مختلف سقط جنین (سقط جنین خود به خودی، مرده‌زایی و سقط عمدی)، سقط عمدی قوی‌ترین ارتباط را با خطر افسردگی و اضطراب نشان داد و پس از آن سقط خود به خودی قرار داشت. همچنین ارتباط بین سقط جنین عمدی و خطر افسردگی در زنان با سابقه زایمان بیشتر از زنان نخست‌زا بود (۱۷). مطالعه طولی ۲۵ ساله Christchurch در نیوزلند که در آن ۴۱ درصد از زنان مشارکت‌کننده حداقل یک بار باردار شده بودند و ۱۴/۶ درصد سقط تجربه کرده بودند، نشان داد که پس از کنترل عوامل

مخدوش‌کننده، سابقه سقط عمدی با افزایش خطر افسردگی، اضطراب، رفتارهای خودکشی و اختلالات مصرف مواد همراه بود. احساس گناه اخلاقی، از دست‌دادن جنین و فقدان فرصت سوگواری رسمی از عوامل اصلی بروز این وضعیت معرفی شده‌اند (۱۲).

علاوه بر افسردگی، اضطراب و نشانگان استرس پس از سانحه از پیامدهای روان‌شناختی شایع پس از سقط عمدی گزارش شده‌اند. درک این نکته ضروری است که سقط جنین، صرف نظر از دلایل آن، می‌تواند به عنوان یک رویداد استرس‌زای عمده در نظر گرفته شود که بالقوه قادر به فعال‌سازی پاسخ‌های روانی مشابه با سایر تروماها است (۱۸). اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یا علائم استرس پس از سانحه (PTSS) به دلیل حساسیت ژنتیکی، عوامل شخصیتی و استرس روانی مداوم در جمعیت عمومی زنان بسیار شایع است (۱۹)، این اختلال در زنان با سقط عمدی شایع‌تر است. یک مطالعه مقطعی انجام‌شده در سوئد نشان داد که میزان شیوع استرس پس از سانحه در طول عمر در زنانی که تحت سقط جنین عمدی قرار گرفته‌اند، هفت درصد است، در حالی که این میزان در جمعیت عمومی زنان چهار درصد گزارش شده است. نکته قابل تأمل‌تر، میزان شیوع بسیار بالای ۲۳ درصد برای علائم استرس پس از سانحه (PTSS) درست در زمان انجام عمل سقط است که نشان‌دهنده شدت استرس روانی در لحظه وقوع رویداد است (۶). مطالعات دیگری نیز نشان می‌دهند که ۱۰ تا ۳۰ درصد زنان پس از سقط، علائمی شبیه PTSD را تجربه می‌کنند. این علائم شامل کابوس‌های مکرر، اجتناب از محرک‌های مرتبط با بارداری و احساس کرختی عاطفی می‌شود (۲، ۶). این علائم روانی می‌تواند تأثیر مخربی بر روابط بین فردی، به ویژه رابطه زوجین داشته باشد. احساس غم، اندوه و اضطراب مشترک، اما غیر هم‌زمان، می‌تواند به سوءتفاهم، فاصله عاطفی و کاهش صمیمیت منجر شود. یکی از طرفین ممکن است بخواهد در مورد احساساتش صحبت کند، در حالی که دیگری برای محافظت از خود، به طور کامل از موضوع اجتناب می‌ورزد و سلامتی کلی رابطه را به خطر می‌اندازد (۲۰). از طرفی بین نشانه‌های اختلال

استرس پس از سانحه و مشکلات عملکرد جنسی رابطه معنادار وجود دارد. مطالعه‌ای نشان داد که بخشی از زنانی که سقط جنین را تجربه می‌کنند، مشکلاتی را در عملکرد جنسی‌شان نشان می‌دهند که می‌تواند به صورت کوتاه‌مدت یا بلندمدت و دقیقاً بعد از سقط یا بعد از مدتی بروز کند و به شکل اختلال از دست‌دادن لذت یا افزایش درد و بی‌زاری از رابطه جنسی با مردان بروز پیدا می‌کند (۲۱).

اختلال سوگ (Grief Disorder) پس از از دست‌دادن یک بارداری (از جمله سقط عمدی) عبارت است از پاسخ غم و اندوهی که فراتر از انتظار فرایند سوگواری متعارف است، تداوم شدید اندوه، هراس از فراموش کردن جنین، اختلال در کارکرد اجتماعی/ شغلی و عدم توانایی در پذیرش واقعیت از دست‌دادن. واکنش‌های عاطفی پس از از دست‌دادن بارداری می‌تواند ترکیبی از اندوه، گناه، خشم، احساس خلأ و گاهی علائم افسردگی یا اضطراب باشد (۲۲). همچنین مفهوم سوگواری مبهم (Ambiguous Grief) که توسط Pauline Boss معرفی شده است، به خوبی پیچیدگی‌های روانی سقط عمدی را توضیح می‌دهد. این نوع سوگ فاقد اتمام روشن است و شامل سوگ برای کودکی است که هرگز به دنیا نیامده و همچنین درگیر احساسات متناقض امید و فقدان است (۲۳). بنابراین پس از سقط عمدی، سوگ می‌تواند بسیار پیچیده و طولانی باشد و نیازمند توجه خاص به سلامت روانی و درمان‌های حمایتی است تا بتواند فرد را در فرایند پذیرش و بازیابی کمک کند (۲۴).

شناخت شرم به عنوان یک عنصر حیاتی در شکل‌دهی نگرش‌ها نسبت به سقط جنین، چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی، همچنان مورد توجه است (۲۵). نتایج یک مطالعه پیگیری پنج ساله نشان داد زنانی که انواع مختلف سقط جنین داشتند، غم و اندوه و احساس فقدان بیشتری داشتند، در حالی که احساس گناه در گروه سقط جنین عمدی به طور قابل توجهی بیشتر بود (۲۶).

۲. آسیب اخلاقی: آسیب اخلاقی (Moral Injury) عبارت است از پیامدهای منفی روانی، معنوی و اخلاقی که پس از

است که باید در ارزیابی و حمایت از زنان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد (۲۸).

۳. عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی مؤثر بر پیامدهای

روانی: یافته‌ها نشان دادند که شدت پیامدهای روان‌شناختی سقط عمدی تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اعتقادی، اجتماعی و فردی قرار دارد (۱۱، ۱۸، ۳۳-۳۰). این عوامل شامل نگرش‌های فرهنگی و مذهبی، ننگ اجتماعی، فشارهای اقتصادی، سطح حمایت اجتماعی و هماهنگی تصمیم با ارزش‌های شخصی هستند که می‌توانند شدت علائم افسردگی، اضطراب، سوگ و آسیب اخلاقی را تعدیل کنند. مطالعه‌ای در ایران نشان داد که زنان ایرانی به دلیل نگرش‌های فرهنگی و مذهبی، اضطراب و افسردگی قابل توجهی پس از سقط تجربه کردند. در این مطالعه، عوامل اجتماعی و اقتصادی از مهم‌ترین دلایل تصمیم به سقط عمدی گزارش شدند؛ با این وجود، زنان پس از سقط همچنان احساس گناه و ننگ اجتماعی قابل توجهی را تجربه کردند (۱۱). در جوامعی مانند ایران که سقط عمدی از نظر قانونی و اخلاقی ممنوع است، احساس گناه، شرم و اضطراب اجتماعی ممکن است بر واکنش‌های روانی بیفزاید (۱۸). مطالعه ایرانی نشان داد که عدم آگاهی کافی از قوانین شرعی مرتبط، زنان را از جستجوی مراقبت هنگام بروز عوارض باز می‌دارد. این یافته‌ها با تحقیقات دیگر همخوانی دارد که نشان می‌دهند در فرهنگ‌های محافظه‌کارتر، علائم اضطرابی شدیدتر مشاهده می‌شود (۱۸، ۳۰، ۳۱). مطالعه‌ای روی جامعه آسیایی - آمریکایی نشان داد که تابوهای فرهنگی پیرامون سلامت باروری و رابطه جنسی قبل از ازدواج به طور قابل توجهی بر تجربه سقط تأثیر می‌گذارد. شرکت‌کنندگان گزارش کردند که حتی در خانواده‌هایی که در برابر سقط موضع منفی نداشتند، هنوز هم این موضوع به صورت آشکار مورد بحث قرار نمی‌گرفت که این مسأله نشان‌دهنده وجود ننگ پیرامون موضوع سقط می‌باشد (۳۰).

حمایت اجتماعی نقش محافظتی مهمی در کاهش آسیب‌های روانی پس از سقط دارد. مطالعات نشان می‌دهند که میزان حمایت هیجانی از سوی همسر، خانواده، دوستان و متخصصان

انجام عملی رخ می‌دهد که با باورها و ارزش‌های اخلاقی فرد در تعارض است. در زمینه سقط عمدی، این آسیب زمانی رخ می‌دهد که ۱- زن از نظر اخلاقی با سقط مخالف است، اما تحت شرایطی مجبور به انجام آن می‌شود؛ ۲- تصمیم اتخاذشده با نظام ارزشی شخصی یا مذهبی او در تناقض قرار می‌گیرد؛ ۳- فشارهای اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی فرد را به سوی تصمیمی سوق می‌دهد که با وجدان و باورهای درونی وی سازگار نیست (۱۳، ۲۷).

مطالعات نشان می‌دهند که پیامدهای اخلاقی سقط عمدی فراتر از احساس گناه گذرا بوده و می‌توانند به تعارض پایدار با ارزش‌های فردی، خودسرزنی، احساس شرم، کاهش انسجام هویتی و دشواری در آشتی‌دادن تصمیم اتخاذشده با باورهای اخلاقی و مذهبی منجر شوند. در برخی زنان، سقط عمدی نه‌تنها به عنوان یک تصمیم پزشکی، بلکه به عنوان یک چالش اخلاقی تجربه می‌شود که می‌تواند احساس از دست‌رفتن یک ارزش مهم شخصی یا نقض مسئولیت اخلاقی را به دنبال داشته باشد. شدت آسیب اخلاقی پس از سقط تحت تأثیر عوامل مختلفی، از جمله باورهای مذهبی، میزان حمایت اجتماعی، نگرش‌های فرهنگی و ارزش‌های اخلاقی شخصی قرار دارد (۲۸).

به عنوان مثال، زنان کاتولیک در برخی مطالعات به دلیل تعارض سقط عمدی با آموزه‌های دینی و اعتقادات شخصی خود، سطوح بالاتری از آسیب اخلاقی، احساس گناه و پریشانی روانی را گزارش کرده‌اند. همچنین عدم حمایت شریک زندگی، مشکلات ارتباطی و تجربه سرزنش یا ننگ اجتماعی می‌تواند پیامدهای اخلاقی و روان‌شناختی سقط را تشدید کند (۲۹). افزون بر این، شواهد نشان می‌دهد که سقط جنین می‌تواند موجب پریشانی اخلاقی در میان پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باروری نیز شود، به ویژه در محیط‌هایی که محدودیت‌های قانونی، تعارض‌های ارزشی و فشارهای اجتماعی بر تصمیم‌گیری‌های بالینی سایه افکنده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سقط عمدی، علاوه بر ابعاد پزشکی و روان‌شناختی، دارای پیامدهای اخلاقی قابل توجهی

سلامت روان، به طور مستقیم با کاهش افسردگی، اضطراب، احساس گناه و پریشانی پس از سقط مرتبط است. این حمایت نه‌تنها در کاهش شدت علائم روانی مؤثر است، بلکه به زنان کمک می‌کند تا تجربه سقط را در چارچوبی قابل درک‌تر معنا کنند و از احساس انزوا، ننگ اجتماعی و خودسرزنی فاصله بگیرند (۳۳، ۳۴). پژوهش‌ها تأکید می‌کنند که حمایت اجتماعی کیفی، شامل شنیده‌شدن، همدلی، اعتباربخشی به احساسات و عدم قضاوت، می‌تواند فرایند سازگاری روانی را تسهیل کرده و زمینه بازگشت به عملکرد عادی زندگی را فراهم کند. همچنین وجود شبکه حمایتی مناسب، احتمال بروز پیامدهای طولانی‌مدت مانند آسیب اخلاقی، سوگ پیچیده و نشانه‌های PTSD را به طور معناداری کاهش می‌دهد. در مقابل، نبود حمایت اجتماعی یا مواجهه با سرزنش و ننگ اجتماعی می‌تواند واکنش‌های هیجانی پس از سقط را تشدید کرده و روند بهبود روانی را مختل کند.

بحث

یافته‌های مطالعات مرور شده نشان می‌دهد که سقط عمدی تجربه‌ای صرفاً پزشکی یا زیستی نیست، بلکه رویدادی چندبعدی با پیامدهای روان‌شناختی، اجتماعی و اخلاقی گسترده است. پیامدهای روان‌شناختی گسترده شامل افسردگی، اضطراب، احساس گناه و علائم استرس پس از سانحه نشان می‌دهند که سقط نه‌تنها یک رخداد جسمانی، بلکه تجربه‌ای عمیقاً اخلاقی و هیجانی است که می‌تواند به تزلزل در هویت روانی و ارزش‌های درونی فرد منجر شود (۳، ۳۵، ۳۶). با این حال، نتایج مطالعات همواره یکسان نبوده و برخی پژوهش‌ها پیامدهای روانی شدید و پایدار را گزارش نکرده‌اند. این تفاوت در یافته‌ها نشان می‌دهد که پیامدهای روانی سقط، بیش از آنکه صرفاً ناشی از خود عمل سقط باشد، تحت تأثیر عواملی همچون زمینه فرهنگی و مذهبی، میزان حمایت اجتماعی، شرایط تصمیم‌گیری، فشارهای اقتصادی و میزان هماهنگی تصمیم با ارزش‌های فردی قرار دارد. از این رو، تحلیل پیامدهای سقط عمدی بدون توجه به زمینه‌های

اخلاقی و اجتماعی آن، می‌تواند به درکی ناقص از تجربه زنان منجر شود.

یافته‌های این مرور نشان داد که سقط عمدی می‌تواند با طیفی از پیامدهای روان‌شناختی، از جمله افسردگی، اضطراب، نشانگان استرس پس از سانحه، احساس گناه، شرم و آسیب اخلاقی همراه باشد و شدت این پیامدها تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ارزیابی اخلاقی سقط عمدی صرفاً به تصمیم‌گیری بالینی محدود نیست، بلکه باید پیامدهای روان‌شناختی و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر تجربه زنان نیز در چارچوب اصول اخلاق زیستی مورد توجه قرار گیرد. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که این موضوع فراتر از یک مسأله پزشکی صرف، بازتابی از چالش‌های پیچیده اجتماعی، اخلاقی و روان‌شناختی است که ضرورت بازنگری عمیق در رویکردهای سنتی اخلاق بالینی را آشکار می‌سازد (۱۴). یافته‌های این مرور با بخشی از شواهد پیشین هم‌سو است، هرچند در این زمینه نتایج متناقضی نیز گزارش شده است. برای مثال، مطالعه Coleman در سال ۲۰۱۱ نشان داد که زنان با سابقه سقط، ۸۱ درصد خطر بیشتری برای مشکلات روان‌شناختی دارند و ۱۰ درصد از مشکلات سلامت روان مستقیماً قابل انتساب به سقط است (۱۴). با این حال، مطالعه طولی که حدود ۱۰۰۰ زن را برای پنج سال پیگیری کرد، نشان داد که زنانی که از انجام سقط منع شده بودند، در کوتاه‌مدت (هشت روز پس از مراجعه) اضطراب بیشتری تجربه کردند، عزت نفس پایین‌تری داشتند و رضایت از زندگی‌شان کمتر بود، در حالی که میزان افسردگی در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. با این حال، در طی ماه‌ها و سال‌های بعد، شاخص‌های سلامت روان در هر دو گروه به تدریج به یکدیگر نزدیک شد و تفاوت‌ها کاهش یافت (۳۷). در نگاه نخست، این نتایج با برخی پژوهش‌ها که سقط را با افزایش خطر افسردگی، اضطراب یا PTSD مرتبط می‌دانند ناسازگار به نظر می‌رسند، اما این اختلاف را می‌توان با تفاوت‌های روش‌شناختی توضیح داد. نخست آنکه مطالعه Biggs تنها زنانی را بررسی می‌کند که خواهان سقط بودند و گروه کنترل آن زنانی هستند که با

وجود درخواست، مجبور به ادامه بارداری شدند؛ وضعیتی که خود به طور مستقل می‌تواند استرس و ناراحتی قابل توجهی ایجاد کند؛ دوم آنکه این پژوهش در بستری انجام شده است که زنان به خدمات قانونی، ایمن و همراه با مراقبت روانی و اجتماعی دسترسی داشته‌اند، حال آنکه بسیاری از مطالعاتی که پیامدهای منفی بیشتری گزارش کرده‌اند، در محیط‌هایی با محدودیت‌های قانونی، طرد یا فقدان حمایت اجتماعی انجام شده‌اند. بنابراین ناسازگاری نتایج نشان می‌دهد که پیامدهای روانی سقط بیش از آنکه صرفاً ناشی از خود عمل سقط باشد، به شرایط تصمیم‌گیری، میزان حمایت اجتماعی و بافت فرهنگی اجتماعی وابسته است.

تصمیم‌گیری درباره سقط عمدی می‌تواند تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و اعتقادی قرار گیرد و این عوامل ممکن است بر تجربه روان‌شناختی زنان پس از سقط نیز اثرگذار باشند. یافته‌های مطالعات مرور شده نشان می‌دهد که فشارهای اجتماعی و خانوادگی، شرایط اقتصادی، میزان حمایت اجتماعی و هماهنگی یا ناهماهنگی تصمیم با ارزش‌ها و باورهای فردی، از جمله عوامل مرتبط با شدت و تداوم پیامدهای روان‌شناختی و تجربه آسیب اخلاقی هستند (۳۸-۴۰). از این منظر، توجه به سلامت روان زنان در فرایند تصمیم‌گیری و پس از وقوع سقط، همراه با ارزیابی شرایط زمینه‌ای و فراهم کردن حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی متناسب، اهمیت ویژه‌ای دارد.

در بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شکل‌گیری تصمیم به سقط، اغلب نتایج نشان می‌دهد که این تصمیم در بستر مجموعه‌ای از شرایط و فشارهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی شکل می‌گیرد و این عوامل می‌توانند بر تجربه و شدت پیامدهای روان‌شناختی زنان پس از سقط نیز اثرگذار باشند. حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل حفاظتی نیرومند شناخته شده است. مطالعه Feld و همکاران (۲۰۲۱ م.) نشان داد که برای هر یک واحد افزایش در حمایت اجتماعی از نوع تعلق و ملموس، زنان به ترتیب ۱۳ درصد و ۱۴ درصد کمتر احتمال داشت که بارداری ناخواسته داشته باشند (۴۱). این یافته‌ها نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی

می‌تواند به عنوان یک محافظ عمل کند که اثرات عوامل خطرناک مرتبط با بارداری ناخواسته را کاهش دهد، در نتیجه، عدالت اخلاقی ایجاد می‌کند که پیش از تأکید بر آزادی فردی، به اصلاح ساختارهایی پرداخته شود که زنان را در موقعیت‌های آسیب‌زا و فاقد حمایت قرار می‌دهد. این نگاه، رویکردی انسان‌گرایانه‌تر به مسأله ارائه می‌دهد که هم‌زمان به ارزش حیات جنین و سلامت روان مادر توجه دارد.

از دیدگاه روان‌شناسی اخلاق نیز، احساس گناه و رنج روانی پس از سقط می‌تواند بازتاب آگاهی اخلاقی درونی باشد، نه الزاماً صرف تجربه آسیب. پژوهش‌های کیفی نشان می‌دهند که تجربه سقط می‌تواند پرسش‌های وجودی عمیقی درباره زندگی و مرگ، معنای زندگی، اخلاق و اینکه فرد خود را چگونه می‌بیند، را برانگیزد. در مطالعه سوئدی Stålhandske و همکاران (۲۰۱۲ م.)، ۶۱ درصد زنان گزارش کردند که افکار وجودی درباره زندگی و مرگ، معنا و اخلاق با تجربه سقط آن‌ها مرتبط بود. همچنین حضور بیشتر مؤلفه‌های وجودی با دشواری در تصمیم‌گیری برای سقط و بهزیستی روان‌شناختی ضعیف‌تر پس از سقط همبستگی داشت (۴۲).

افزون بر آن، این پیامدها از منظر اصل عدم آسیب دارای بار اخلاقی قابل توجهی هستند. اصل پرهیز از آسیب تنها به معنای آن نیست که مداخله پزشکی نباید آسیبی به بیمار برساند، بلکه این اصل در مورد فرایند تصمیم‌گیری خود زن نیز صدق می‌کند. در سطح فردی، پرهیز از آسیب، یعنی تصمیم زن نباید در شرایطی اتخاذ شود که احتمال آسیب روانی، اخلاقی یا هیجانی او را افزایش دهد. اگر زن تحت فشار اقتصادی، خانوادگی، اضطراب شدید، نبود حمایت اجتماعی یا تعارض اخلاقی تصمیم می‌گیرد، این شرایط خود «خطر آسیب» ایجاد می‌کنند. در چنین مواردی (حتی اگر سقط از نظر پزشکی ایمن باشد) فرایند تصمیم‌گیری از منظر اخلاقی آسیب‌زا است، زیرا فرد در موقعیتی انتخاب می‌کند که توان روانی یا آزادی واقعی او محدود شده است. بنابراین، پرهیز از آسیب اقتضا می‌کند که مشاوره کافی، حمایت هیجانی و بررسی ارزش‌های درونی پیش از تصمیم فراهم شود تا زن تصمیمی نگیرد که بعدها موجب افسردگی، اضطراب، احساس

نتیجه‌گیری

مرور شواهد نشان داد که سقط عمدی می‌تواند با طیفی از واکنش‌ها و پیامدهای روان‌شناختی، از جمله اضطراب، افسردگی، سوگ پیچیده، احساس گناه، شرم و نشانگان استرس پس از سانحه همراه باشد؛ با این حال، نوع، شدت و تداوم این واکنش‌ها در همه زنان یکسان نیست و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی قرار دارد. عواملی مانند سابقه مشکلات روان‌شناختی، میزان حمایت اجتماعی و خانوادگی، فشارها و شرایط اجتماعی و اقتصادی، انگ اجتماعی، کیفیت مراقبت‌های سلامت، آگاهی از پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی سقط و میزان هماهنگی تصمیم با ارزش‌ها و باورهای شخصی می‌توانند در تجربه و شدت این پیامدها نقش داشته باشند.

یافته‌ها همچنین نشان دادند که در برخی زنان، تجربه سقط ممکن است با نوعی رنج یا آسیب اخلاقی همراه شود، به ویژه هنگامی که تصمیم یا پیامدهای آن با ارزش‌های فردی، باورهای مذهبی یا برداشت آنان از ارزش و حرمت زندگی در تعارض قرار گیرد. از این رو، توجه به پیامدهای روان‌شناختی و ابعاد اخلاقی سقط نباید به معنای تعمیم یک الگوی ثابت از آسیب به همه زنان تلقی شود، بلکه لازم است شرایط و زمینه‌های فردی و اجتماعی هر زن به صورت جامع ارزیابی شود.

بر این اساس، شناسایی زود هنگام زنان در معرض آسیب، ارزیابی وضعیت روان‌شناختی و عوامل زمینه‌ای، ارائه اطلاعات و آگاهی کافی، حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی و فراهم کردن خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی متناسب، می‌تواند در پیشگیری یا کاهش شدت و تداوم پیامدهای روان‌شناختی و رنج اخلاقی مرتبط با سقط مؤثر باشد. رویکردهای مراقبتی در این حوزه باید ضمن توجه به شرایط و ارزش‌های فردی، خانوادگی، فرهنگی و اعتقادی، از سلامت روان زنان در فرایند تصمیم‌گیری و پس از سقط حمایت کنند.

گناه یا رنج اخلاقی گردد. در سطح پزشکی، پرهیز از آسیب به کیفیت انجام سقط و مراقبت‌های پیرامونی آن اشاره دارد. اگر نظام سلامت بدون مشاوره، بدون ارزیابی وضعیت روانی یا بدون حمایت پس از سقط این فرآیند را انجام دهد، این خود نقض اصل پرهیز از آسیب است، حتی اگر سقط از نظر جسمانی ایمن باشد. شواهد روان‌شناختی نشان می‌دهند که سقط ممکن است با افزایش خطر افسردگی، اختلالات اضطرابی و نشانه‌های پس از آسیب همراه باشد (۴۳، ۴۴)، بنابراین اگر نظام سلامت این پیامدهای قابل پیش‌بینی را مدیریت، پیشگیری یا کاهش ندهد، در واقع آسیب روانی رخ داده و اصل اخلاقی پرهیز از آسیب رعایت نشده است.

چالش اصلی در سقط عمدی آن است که اصل احترام به استقلال فردی و اصل عدم آسیب در تعارض مستقیم قرار می‌گیرند. دفاع از حق انتخاب زنان، اگر بدون ملاحظات روان‌شناختی انجام شود، ممکن است منجر به تصمیم‌هایی گردد که در بلندمدت آسیب روانی پایداری ایجاد می‌کنند. راه حل اخلاقی در این میان، نه در نفی یکی از این اصول، بلکه در ایجاد توازن مبتنی بر آگاهی و حمایت روانی است، یعنی فراهم کردن امکان مشاوره‌ی روان‌شناختی پیش از سقط، فراهم نمودن شرایط تصمیم‌گیری و انتخاب درست و آگاهانه، حمایت عاطفی پس از آن، و آموزش گسترده‌تر درباره پیامدهای روانی احتمالی. بنابراین، راه حل اخلاقی درست، آن است که احترام به استقلال فردی را نه به عنوان انتخابی ناآگاهانه و بدون پیامد، بلکه به عنوان انتخابی «آگاهانه و حمایت‌شده» تفسیر کنیم؛ تلقی‌ای که مشاوره روان‌شناختی پیش از سقط، حمایت عاطفی و درمانی پس از سقط و آموزش درباره پیامدهای احتمالی را ضروری و جزء لاینفک آن می‌سازد. تنها در این صورت است که می‌توان ادعا کرد سقط عمدی، به گونه‌ای هم‌زمان با اصل احترام به استقلال فردی و اصل پرهیز از آسیب، از لحاظ اخلاقی توجیه‌پذیر است.

مشارکت نویسندگان

سیده‌محبوبه میرتبار: طراحی ایده پژوهش، نظارت علمی کلی و نگارش اولیه مقاله.

ساره باکویی: مشارکت در جمع‌آوری منابع، تدوین مبانی نظری و جستجوی ادبیات.

شیرین شاه‌رخ: جستجوی منابع، تحلیل مطالعات، نگارش نهایی مقاله و تهیه پیش‌نویس.

سیدمحمد میرتبار: مشارکت در تحلیل مفاهیم اخلاقی، بازبینی علمی متن و کمک به بحث اخلاق زیستی.

علیرضا آل بویه: تحلیل مباحث اخلاق زیستی، بررسی انتقادی محتوا.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

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

تأمین مالی

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

بیانیه هوش مصنوعی

در فرآیند ویرایش زبانی و بهبود ساختار متن از ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی Perplexity استفاده شده است. با این حال، تمامی مراحل طراحی مقاله، انتخاب و تحلیل منابع، تفسیر مطالب علمی، بازبینی نهایی و تأیید محتوای مقاله به طور کامل توسط نویسندگان انجام شده است.

References

1. American Psychological Association. The facts about abortion and mental health [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association; 2022 [cited 2026 Aug 16]. Available from: <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-facts-abortion-mental-health>
2. Biggs MA, Rowland B, McCulloch CE, Foster DG. Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009698.
3. Pourreza A, Batebi A. Psychological Consequences of Abortion among the Post Abortion Care Seeking Women in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2011;6(1):31-6.
4. Laguna Treatment Center. Abortion and Mental Health Impact. Laguna Treatment Center [Internet]. Laguna Beach, CA: Laguna Treatment Center [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://lagunatreatment.com/support-for-women/mental-health-abortion/>
5. U.S. Congress. HMKP-118-ED00-20240110-SD004.pdf [Internet]. Washington, DC: U.S. Congress; 2024 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www.congress.gov/118/meeting/house/116708/documents/HMKP-118-ED00-20240110-SD004.pdf>
6. Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Frans O, Helström L, Högberg U, Moby L, et al. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2013;18(6):480-8.
7. First Care Pregnancy Center. Coping with Grief After an Abortion: Next Steps [Internet]. Minnesota: First Care Pregnancy Center; 2024 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://firstcaremn.org/coping-with-grief-after-an-abortion-next-steps/>
8. Becker A. "My Abortion Made Me a Good Mom": An Analysis of the Use of Motherhood Identity to Dispel Abortion Stigma [Internet]. Bingley, UK: Emerald Publishing Limited; 2019 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www.emerald.com/books/edited-volume/15765/chapter-abstract/87410847/My-Abortion-Made-Me-a-Good-Mom-An-Analysis-of-the?redirectedFrom=fulltext>
9. Katz J. Supporting women coping with emotional distress after abortion. *Professional Counselor*. 2019;9(2):100-8.
10. Gebeyehu NA, Tegegne KD, Abebe K, Asefa Y, Assfaw BB, Adella GA, et al. Global prevalence of post-abortion depression: systematic review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):786.
11. Hosseini-Chavoshi M, Abbasi-Shavazi MJ, Glazebrook D, McDonald P. Social and psychological consequences of abortion in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;118:S172-7.
12. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(1):16-24.
13. Grant III LF. When Abortion Causes Moral Injury. *Human Life Review*. 2024;50(2):29-38.
14. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(3):180-6.
15. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany - A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*. 2017;258:382-6.
16. Hu Y, Tang R, Li X, Wang X, Ma H, Heianza Y, Qi L, Liang Z. Spontaneous miscarriage and social support in predicting risks of depression and anxiety: a cohort study in UK Biobank. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2024;231(6):655.e1-655.e9.
17. Jacob L, Gerhard C, Kostev K, Kalder M. Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57,770 women followed in gynecological practices in Germany. *Journal of Affective Disorders*. 2019;251:107-13.
18. Mirtabar SM, Barat S, Kheirkhah F, Mostafazadeh A, Shirafkan H, Pahlavan Z, et al. Experiences of women with threatened abortion: a qualitative study of pregnant women and health providers in Iran. *BMC Health Services Research*. 2025;25:550.
19. Liu H, Wu F, Liao G, Mai S, Ouyang M. Impact of the intensive psychological intervention care on post-traumatic stress disorder and negative emotions of teenage female patients seeking an induced abortion. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:1033320.
20. Alipanahpour S, Zarshenas M, Ghodrati F, Akbarzadeh M. The Severity of Post-abortion Stress in Spontaneous, Induced and Forensic Medical Center Permitted Abortion in Shiraz, Iran, in 2018. *Iranian*

Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020;25(1):84-90.

21. Safari B, Safaie F, Edalati Shateri Z, Fotovat A, Aali S. The Psychological Consequences of Abortion: Grief, Sexual Disorders and Post-Traumatic Stress Disorder in Women With a History of Legal and Illegal Abortion Based on the Cases Referred to the General Department of Forensic Medicine of Khorasan Razavi, Iran. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2025;31(2):95-105. [Persian]

22. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):187-94.

23. Naftal S. Ambiguous grief with infertility and baby loss [Internet]. London, UK: Counselling Directory; 2025 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www.counselling-directory.org.uk/articles/ambiguous-grief-with-infertility-and-baby-loss>

24. Bagheri L, Nazari AM, Chaman R, Ghiasi A, Motaghi Z. The Effectiveness of Healing Interventions for Post-Abortion Grief: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2020;49(3):426-36. [Persian]

25. Fejzić A. Shame and artificial abortion [Master's Thesis on the Internet]. Zagreb: University of Zagreb; 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:364247>

26. Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):100.

27. Carleton TC, Snodgrass JL. Moral Injury After Abortion: Exploring the Psychospiritual Impact on Catholic Women. 1st ed. New York: Routledge; 2022. p.160.

28. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health*. 2023;3:1032212.

29. Anselmi N, D'Aloise A, Febo RD, Pezzuti L, Leone C. Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion. *Rivista di Psichiatria*. 2018;53(6):324-30.

30. Chandrasekaran S, Key K, Ow A, Lindsey A, Chin J, Goode B, et al. The role of community and culture in abortion perceptions, decisions, and experiences among Asian Americans. *Frontiers in Public Health*. 2023;10:982215.

31. Foster S, Bock JE, Gul P. Culture of honour and the stigma of abortion. *Psychology & Health*. 2026;41(4):539-62.

32. Harris LF, Roberts SC, Biggs MA, Rocca CH, Foster DG. Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Women's Health*. 2014;14:76.

33. Biggs MA, Driver M, Kaller S, Ralph LJ. Unwanted abortion disclosure and social support in the abortion decision and mental health symptoms: A cross-sectional survey. *Contraception*. 2023;119:109905.

34. Harris LF, Roberts SC, Biggs MA, Rocca CH, Foster DG. Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Women's Health*. 2014;14:76.

35. Musabwasoni S, Nyiringango G, Uwambaye P, Mukeshimana M, Ngoga E, Uhawenimana T, et al. Psychology of Abortion: A Qualitative Exploration of Women's Quality of Life after Termination of Pregnancy Service Provision. *Rwanda Journal of Medicine and Health Science*. 2024;7(1):116-30.

36. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*. 2018;6:2050312118807624.

37. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(2):169-78.

38. University of Washington, Department of Philosophy. Nancy Jecker on abortion and bioethics [Internet]. Seattle, WA: University of Washington; 2022 [cited 2025 Oct 28]. Available from: <https://phil.washington.edu/news/2022/06/29/nancy-jecker-abortion-and-bioethics>

39. Institute CL. Fact Sheet: Abortion and Mental Health. Lozier Institute [Internet]. Arlington, VA: Lozier Institute; 2025 [cited 2025 Oct 28]. Available from: <https://lozierinstitute.org/fact-sheet-abortion-and-mental-health/>

40. Reardon DC, Longbons T. Effects of Pressure to Abort on Women's Emotional Responses and Mental Health. *Cureus*. 2023;15(1):e34456.

41. Feld H, Barnhart S, Wiggins AT, Ashford K. Social Support Reduces the Risk of Unintended Pregnancy in a Low-Income Population. *Public Health Nursing*. 2021;38(5):801-9.
42. Stålhandske ML, Ekstrand M, Tydén T. Existential Experiences and Strategies in Relation to Induced Abortion: An Interview Study with 24 Swedish Women. *Archive for the Psychology of Religion*. 2011;33(3):345-70.
43. Kerns J, Cheeks M, Cassidy A, Pearlson G, Mengesha B. Abortion Stigma and Its Relationship with Grief, Post-traumatic Stress, and Mental Health-Related Quality of Life After Abortion for Fetal Anomalies. *Women's Health Reports*. 2022;3(1):385-94.
44. Jamali B, Zare O, Nabavian M, Rezaei F. The prevalence of perceived stress and depression in women facing abortion and related obstetric and non-obstetric risk factors: a cross-sectional study. *Reproductive Health*. 2025;22:50.