دلایل جستجوی سقط در زنان دارای بارداری ناخواسته: یک مطالعه کیفی

عیسی محمدی[1]، رقیه نوری‌زاده[2*]، معصومه سیمبر[2]

۱. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره چهارم مرداد - شهریور ۱۳۹۳ صص ۴۲۴-۴۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۵ خرداد ۹۳]

چکیده

بسیاری از زنان طی چرخه زندگی، بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند که درصد چشمگیری از آنها به سقط می‌انجامد. در نظر گرفتن این مهم که سقط در خلا اجتماعی رخ نمی‌دهد، ضرورت درک دلایل جستجوی سقط در زنان مواجهه یافته با بارداری ناخواسته را در بافت فرهنگی- اجتماعی آنها روشن می‌سازد. در این میان غیرشرعی و غیرقانونی بودن سقط القایی در ایران، بر ضرورت درک دلایل جستجوی سقط به‌رغم موانع اجتماعی آن می‌افزاید. مطالعه حاضر به منظور بدست آوردن اطلاعات از دلایل و نگرانی‌های سوق‌دهنده زنان آذری به سقط، جهت مداخله برای بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کاهش سقط‌های القایی غیرایمن به‌عنوان یکی از معضلات مهم سلامت باروری کشور طراحی گردید. مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق ۳۱ مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با ۲۳ زن دارای بارداری ناخواسته جستجوگر سقط در تبریز انجام گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند شده آغاز و تا مرحله اشباع ادامه یافت. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار MAXQDA 2007 انجام شد. تحلیل داده‌ها منجر به دو مضمون اصلی "درک منفی از تأثیر بر زندگی" و "تعدی از مدها و هنجارهای فرزندآوری" همراه با مضمون مرکزی تهدیدپنداری شد؛ بدین معنی که زنان به دنبال مواجهه با بارداری نابهنگام یا ناخواسته، به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده و تحت تأثیر شرایط فردی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سلامت خود، طیفی از نگرانی‌ها و تهدیدات را تجربه می‌نمایند. به‌رغم اینکه بارداری و فرزندآوری، ادامه نسل و حیات و بشارت تولد است، وقتی به‌صورت ناخواسته بروز می‌کند زنان آن‌را به‌گونه مغایر و غیرقابل انتظار یعنی تهدید، درک و تجربه می‌کنند. این معنای درک‌شده منجر به افزایش سقط القایی در زنان سنین باروری می‌شود. یافته‌ها نشان داد که زنان در این مرحله نیاز به حمایت‌های خانوادگی و حرفه‌ای و درکل، حمایت‌های اجتماعی بیشتری دارند.

کلیدواژه: بارداری ناخواسته، دلایل سقط، تجارب

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع خیابان نیایش و ولیعصر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تلفن: ۲۳۸۷۱
Email: rnourizadeh@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

مقدمه

بارداری ناخواسته یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت باروری به شمار می‌آید[۱]. طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۸، سطح بارداری در جهان ۱۷درصد کاهش یافته است. در این میان میزان بارداری ناخواسته در کشورهای توسعه یافته ۲۹ درصد و در کشورهای در حال توسعه، ۲۰ درصد کاهش یافته است با این وجود هنوز ۴۱ درصد بارداری‌ها یعنی از هر ۱۰ مورد بارداری، ۴ مورد آن ناخواسته است. طبق آمار سال ۲۰۱۰، در آسیا نسبت بارداری خواسته به ناخواسته ۷۸ به ۴۹ بارداری به ازاء ۱۰۰۰ زن سنین باروری است[۲]. در ایران، میزان بارداری ناخواسته از ۳۷ درصد در سال ۱۳۷۱ به ۱۸/۶ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده و از آن پس، تقریباً در همین حد ثابت مانده است[۳]. متوسط میزان پوشش تنظیم خانواده در ایران در سال ۹۱، ۷۳/۳ درصد است[۴] که از این تعداد، حدود ۵۵/۹ درصد زوجین از روش‌های مدرن تنظیم خانواده استفاده می‌کنند و ۱۸ درصد زوجین به روش‌های سنتی تکیه داشتند. حتی در صورت اتخاذ روش‌های پیشگیری از بارداری، هیچکدام از این روش‌ها ۱۰۰ درصد مؤثر نبوده و به‌رغم به‌کارگیری تمامی تدابیر لازم، احتمال وقوع بارداری ناخواسته باز هم مطرح است. برآوردهای غیر مستقیم نشان می‌دهند که هر زن ایرانی در طول دوره باروری خود به طور متوسط در حدود ۱/۰۷۱ مورد سقط القایی را تجربه می‌کند[۵]. از آنجا که سیستم حقوقی ایران با فقه و اخلاق گره خورده است، انجام سقط القایی، اقدامی غیر قانونی است؛ مگر در موارد برخی از بیماری‌های جنین که پس از ولادت موجب حرج والدین یا طفل می شود یا در مواردی از بیماری مادر که با تهدید جانی وی توأم باشد که در مرحله قبل از ولوج روح با مجوز پزشکی قانونی از سال ۱۳۸۲ قابل انجام است[۶]. این مهم، ضرورت بررسی نحوه درک زنان ایرانی از بارداری برنامه‌ریزی نشده و عوامل سوق دهنده آنان به سقط را به‌رغم موانع مذهبی و قانونی سقط القایی در کشور روشن می‌سازد. مروری بر متون ایرانی نشانگر آن است که تاکنون مطالعات کافی خصوصاً از منظر تجارب و ادراکات زنان مواجهه یافته با بارداری ناخواسته که امکان درک عمیق دلایل سوق دهنده آن‌ها به‌سوی سقط را فراهم آورد، انجام نگرفته است. اکثر مطالعات جهانی انجام گرفته نیز در حیطه تجارب و فرایند تصمیم‌گیری نوجوانان مجرد در مواجهه با بارداری ناخواسته بوده و مشکلات بارداری نوجوانان را به چالش کشیده‌اند[۱۱-۷]. مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) در سال ۲۰۰۹ گزارش کرد که اطلاعات در دسترس در مورد درک از بارداری ناخواسته و تجارب سقط با توجه به فراوانی آن، بطور نامتناسبی کم است و این به‌عنوان مانعی در سنجش اثربخشی سیاست‌های موجود و برنامه‌ریزی‌های لازم برای آینده عمل می‌کند[۱۲]. با در نظر گرفتن این مهم که در راستای کاهش سقط‌های القایی، به‌دست آوردن اطلاعات از ادراکات زنان مواجهه یافته با بارداری ناخواسته مهم بوده و این مطالب باید در بافت فرهنگی و اجتماعی آنها درک شود[۱۳]، مطالعه کیفی حاضر جهت درک دلایل جستجوی سقط توسط زنان آذری مواجهه یافته با بارداری ناخواسته به منظور انجام مداخلات حمایتی در بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کاهش سقط‌های غیرایمن و پرعارضه طراحی گردید.

مواد و روش کار

با توجه به هدف مطالعه، از رویکرد کیفی با طراحی توصیفی تفسیری استفاده شد. تحلیل توصیفی ـ تفسیری چیزی بیش از توصیف صرف است و هدف آن فراهم نمودن توصیف مفهومی عمیق و درک پدیده است[۱۴]. با این رویکرد می‌توان تعدد تجارب و درک از شرایط متفاوت زنان دارای بارداری ناخواسته را به دست آورد. مطالعه از اردیبهشت تا بهمن ۱۳۹۲ در تبریز انجام شد. مشارکت‌کنندگان، زنان آذری دارای بارداری ناخواسته جستجوگر سقط بودند. با توجه به اینکه تبریز، یکی از ۵ کلان‌شهر کشور بوده و تاکنون مطالعه‌ای کیفی از منظر درک و تجارب زنان دارای بارداری ناخواسته در این منطقه صورت نگرفته بود، لذا این مطالعه در راستای درک دلایل جستجوی سقط زنان آذری طراحی گردید. منظور از بارداری ناخواسته در این مطالعه، بارداری بود که مورد تمایل زن یا شوهر یا هر دو نبوده و یا برای وقوع آن در آینده برنامه‌ریزی کرده بودند[۳]. برای دستیابی به نمونه‌های متنوع از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و مشارکت‌کنندگان از ده منطقه متفاوت شهر از لحاظ وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی انتخاب شدند. شایان ذکر است زنان دارای اندیکاسیون طبی القای سقط و یا اختلالات روانی شناخته شده در مطالعه قرار نگرفتند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها که کد و داده‌های جدیدی حاصل نشد، سطوح مفهومی تقریباً کامل شده و بر اساس قضاوت محقق، گردآوری بیشتر داده‌ها موجب درک عمیق‌تر پدیده نگردید[۱۵]، ادامه یافت. در این مطالعه از مصاحبه ۱۹ تا ۲۱ کد جدیدی بدست نیامد. بر این اساس، ۲۳ مصاحبه چهره به چهره نیمه ساختار یافته و عمیق

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

با سوالات باز و ۸ مصاحبه تکمیلی برای کسب اطلاعات بیشتر و یا رفع ابهام در موارد لازم انجام گرفت که در مجموع ۳۱ مصاحبه با ۲۳ زن جستجوگر سقط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی، درمانگاه‌های مامایی، مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و ماماهای شهر تبریز صورت گرفت. اکثر مصاحبه‌ها در منازل و یا اتاق مشاوره نزدیک‌ترین مراکز بهداشتی- درمانی به محل سکونت مشارکت کنندگان بنا به راحتی آنها انجام گرفت. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه، و در مصاحبه‌های تکمیلی بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال باز مانند "دلیل شما برای جستجوی سقط چیست؟" شروع و بعد با سؤالات اکتشافی از قبیل چرا؟ چه عوامل دیگری در این رابطه دخیلند؟ ممکن است بیشتر توضیح دهید؟ ادامه می‌یافت و زمانی‌که اطلاعات جدیدی از مصاحبه شونده‌ها به دست نمی‌آمد، به پایان می‌رسید. مصاحبه‌ها، اغلب، ضبط شده و یادداشت در عرصه مکمل در پاره‌ای از موارد لزوم نوشته می‌شد. سپس مصاحبه‌های ضبط شده نسخه نویسی شده و نسخه‌های پیاده شده چندین بار خوانده می‌شدند تا با داده‌ها آشنایی پیدا شود و یک حس کلی ادراک گردد[۱۴]. در ۴ مورد که مشارکت‌کنندگان اجازه ضبط مصاحبه‌ها را ندادند، از یادداشت‌برداری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و با استفاده از نرم افزار MAXQDA 2007 انجام شد. از مصاحبه سوم، طبقه‌بندی اولیه شروع شد. با افزایش تعداد مصاحبه‌ها، تعداد کدها و طبقات اولیه افزایش یافت که با مقایسه و ادغام آنها، زیرطبقات نزدیک و به هم مشابه، حول طبقه مشترک قرار گرفتند. در جدول شماره ۱، روند تحلیل از واحد معنایی تا یک طبقه اصلی آمده است.

نمونه‌گیری با حداکثر واریانس از لحاظ مشخصات دموگرافیک و سوابق باروری، اعتبار داده‌ها را افزایش می‌داد (جدول شماره ۲). همچنین در راستای افزایش اعتبار یافته‌ها، مصاحبه‌ها همراه با کدهای اولیه استخراج شده به سه مشارکت‌کننده ارائه گردید و نظرات تکمیلی آن‌ها اخذ و میزان انطباق کدهای انتخاب شده با تجارب و ادراک آنان بررسی شد. درگیری طولانی محقق با موضوع مورد مطالعه و ارتباط باز و همدلانه با مشارکت کنندگان به‌طوری که بعضی از آنها، این مصاحبه را اولین و بهترین فرصت برای ابراز نگرانی‌ها و نیازها تلقی کرده بودند، نیز از دیگر عوامل افزاینده اعتبار داده‌های مطالعه بود[۱۶]. جهت افزایش قابلیت اعتضموناد، کدها و طبقات استخراج شده از متن تعدادی از مصاحبه‌ها، در اختیار دو استاد صاحب‌نظر در زمینه تحقیق کیفی که تمام مراحل مطالعه را نظارت و حساب‌رسی می‌نمودند، قرار گرفت. به منظور تضمین تأییدپذیری، محقق سعی نمود که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها دخالت ندهد. قابلیت انتقال‌پذیری داده‌ها، سعی گردید از طریق بازنگری یافته‌ها با در میان گذاشتن سازه‌ها با ۵ زن مواجه با بارداری ناخواسته که در فرایند تحقیق حضور نداشتند، رعایت تنوع ویژگی-ها و نیز مقایسه یافته‌ها با یافته‌های مطالعات مرتبط دیگر حفظ شود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، تأییدیه اخلاقی مطالعه با ارائه پروپوزال از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اخذ گردید. سپس، رضایت‌نامه‌ای کتبی جهت شرکت آگاهانه و رضایتمندانه مشارکت‌کنندگان تهیه شد که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد اهداف پژوهش، فرم رضایت‌نامه توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل و امضا می‌شد. فقط یک مشارکت کننده، بی‌سواد بوده و سواد خواندن و نوشتن نداشت که بعد از اخذ رضایت شفاهی وی به شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه خدمت ایشان قرائت و موارد توسط پژوهشگر، طبق نظر مشارکت‌کننده تکمیل شد و در آخر توسط ایشان امضا گردید. قبل از امضای فرم رضایت نامه، به سؤالات مشارکت‌کنندگان پاسخ و به آنان اطمینان داده می‌شد که در هر مرحله از تحقیق، در صورت عدم تمایل به همکاری قادر به خروج از مطالعه هستند. برای راحتی و حفظ حریم خصوصی، زمان و مکان مصاحبه‌ها با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین می‌شد. هدف استفاده از ضبط صوت به آن‌ها گفته شده و برای ضبط گفته‌های شرکت‌کنندگان از آن‌ها اجازه گرفته می‌شد. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری خواهد شد و صداهای ضبط شده پس از پایان تحقیق پاک خواهند شد. همچنین اطلاعات لازم درباره نحوه دستیابی به نتایج تحقیق در اختیارشان گذاشته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، 114 کد اولیه بدون احتساب همپوشانی استخراج شد. احتساب همپوشانی و تحلیل مقایسه و مستمر داده‌ها منجر به ظهور 56 کد، 15 زیرطبقه، 7 طبقه و دو مضمون "درک منفی از تأثیر بر زندگی" و "تعدی از مدها و هنجارهای فرزندآوری" همراه با مضمون مرکزی تهدیدپنداری شد (نمودار شماره ۱). از یافته‌ها چنین برمی‌آید که مواجهه با بارداری بدون برنامه برای زنان، معادل خروج زندگی از روال معمول آن است و در اکثر موارد با تهدیدپنداری همراه است؛ به این معنا که آنان بعد از شک و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

تشخیص بارداری، احساس خطر و تهدید نموده و به این مهمان ناخوانده، به‌عنوان موجودی چالش برانگیز می‌نگرند که از به چالش کشیدن آرامش زن و ثبات خانواده تا محرومیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. یک بعد دیگر دلایل جستجوی سقط به تهدیدات ناشی از محدودیت‌های اجتماعی فرزندآوری مربوط می‌شود. در اغلب موارد، تهدیدات درک شده زنان به‌دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته، بیش از یک مورد بوده و طیف و تنوع تهدیدات درک شده بسته به شرایط فردی، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و سلامت زنان متفاوت بود.

درک منفی از تأثیر بر زندگی

ترس از بهم ریختن تعادل زندگی، تشدید شرایط ناپایدار و تحمیل دشواری بر خانواده، محرومیت از ارتقای شغلی و تحصیلی، کاهش در سطح عملکرد اجتماعی و محدودیت در تعاملات احتماعی به‌واسطه زایمان و بچه‌داری، توام با نگرانی از پیامدها و عوارض منفی مادری و نوزادی، دغدغه تغییرات منفی جسمی ـ عاطفی و تهدید تعهدات والدی به‌دلیل ماهیت این طبقات که همه آنها بیانگر یک رویداد و پدیده انتزاعی‌تر از درک خطر و ترس از عوارض و انتظار پیامدهای منفی بارداری بود، در حول مضمون مشترکی بنام "درک منفی از تأثیر بر زندگی" قرار گرفتند.

دشواری و بی‌ثباتی زندگی

یکی از دلایل جستجوی سقط، ترس از تأثیر منفی بارداری بر زندگی بود که یکی از ویژگی‌های آن ترس از دشواری و بی‌ثباتی زندگی است. از ابعاد این طبقه می‌توان به "تهدید ثبات و تشدید بی‌ثباتی زندگی " و "عدم تحمل و اختلال در ایفای همزمان نقش های متعدد" اشاره نمود. محدودیت و عدم آمادگی اقتصادی، یک بعد مهم بیم بی‌ثباتی و تحمیل فشار اقتصادی به خانواده را در پی مواجهه با بارداری شکل می‌داد. در این رابطه، مشارکت‌کننده شماره ۲ چنین می‌گوید:

" از نظر مالی احساس کردم با مشکل مواجه خواهم شد؛ ترسیدم تو خونه مشکل ساز بشه."(لیسانس، ۴۵ ساله)

عدم تثبیت موقعیت زندگی و شغلی از قبیل مسکن استیجاری، بیکاری، دوری محل کار از محل زندگی، روابط ناپایدار زناشویی، اختلاف روابط بین زوج، تردید درباره امکان ادامه یافتن زندگی مشترک نوپا در زوجین تازه ازدواج کرده و ... از ابعاد دیگر بروز نگرانی از تشدید بی‌ثباتی به‌دنبال مواجهه با بارداری بدون برنامه بودند. از سوی دیگر، فواصل کم بین موالید و تعدد نقش زنان به علت اشتغال به کار یا تحصیل، در مواجهه با بارداری، احساس عدم تحمل و اختلال در ایفای همزمان نقش‌های متعدد را القا می‌کرد؛ دغدغه‌های بچه‌داری و مشکلات همراه، در این گروه به‌وضوح بیشتر بود؛ به‌طوری‌که شرکت کننده شماره ۳ چنین می‌گوید:

"من شاغلم. باز دوباره اون دوران سختی بچه‌داری و مهد آوردن(همراه با تغییر چهره به حالت ترشرویی) و به دوش کشیدن بچه‌ها برای من تداعی شد."(لیسانس، ۴۱ ساله)

محرومیت‌های اجتماعی

یکی دیگر از ویژگی‌های درک منفی از تأثیر بر زندگی، ترس از محرومیت‌های اجتماعی به واسطه بارداری، زایمان و بچه‌داری است. ناکامی در ادامه تحصیل و ارتقای علمی، محرومیت از ارتقای شغلی و محدودیت در عملکرد اجتماعی، ابعاد مختلف ترس از محرومیت‌های اجتماعی و جستجوی سقط را شکل می‌دادند؛ به‌طوریکه مصاحبه شونده شماره ۵ چنین بیان می‌کند:

"آدم، عملاً هیچ فعالیت اجتماعی جنبی نمی‌تونه انجام بده. دیگه با وجود بچه کوچولو، جایی نیست برا این کارها، ضمن اینکه من ادامه تحصیل هم می‌خواستم بدم و دیدم اگه بچه‌دار بشم قطعاً دیگه دکترا قبول نمیشم و ممکنه یکی دو سال زمین‌گیر بشم، اصلاً هیچ کاری..."(فوق لیسانس، ۳۶ ساله)

محدودیت در تعاملات اجتماعی به واسطه مسوؤلیت بچه‌داری از جمله احساس محدود شدن تفریحات، مسافرت و مهمانی‌ها با آمدن بچه، بعد دیگر نگرانی‌های زنان از محرومیت‌های اجتماعی و دلیل جستجوی سقط را تشکیل می‌داد. در این راستا، مشارکت‌کننده شماره ۷ چنین می‌گوید:

"به‌خاطر وقت گذاشتن برای دو بچه، باید از همه چیزت بزنی؛ از تفریحات، مهمونیات. شوهرهای ترک میدونید که همه مسولیت بچه داری رو میندازن گردن خانوم. دیگه وقتی دوتا می‌شد من بیشتر در محدودیت قرار می‌گرفتم."(دیپلم، ۳۱ ساله)

تهدید تعهدات والدی

یکی دیگر از ویژگی‌های مضمون درک منفی از تأثیر بر زندگی، تهدید تعهدات والدی است که از عوامل مهم سوق‌دهنده به‌سوی سقط است. این نگرانی دارای دو بعد احساس و امکان اجحاف و ظلم به کودک یا فرزندان قبلی و از سوی دیگر در حق فرزند در راه یا بعدی است. در این مطالعه، زنان شاغل، دارای تعدد فرزند و با فواصل بسیار کم بین دو بارداری، نگرانی و ترس بیشتری نسبت به عدم رسیدگی کامل به امور بچه‌ها و انجام تمام و کمال مسوؤلیت‌ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

و وظایف مادری، در مواجهه با بارداری ناخواسته تجربه می‌کردند. مشارکت‌کننده شماره ۲۲ چنین می‌گوید:

" فاصلشون کم بود می‌گفتم دخترم گناه داره، دارم بهش شیر میدم." (سیکل، ۲۲ ساله)

ناتوانی در تامین نیازهای آتی کودک ناخواسته اعم از مادی و احساسی ـ عاطفی و تهدید کیفیت زندگی وی، بعد دیگری از نگرانی‌های سوق دهنده زنان به‌سوی سقط را شکل می‌داد؛ به طوریکه مشارکت کننده شماره ۹ می‌گوید:

"وقتی من میبینم وقت و امکانات برای دو تا بچه میتونم ایجاد کنم برای سومی دیگه نمیتونم، اون خودش نوعی ظلمه دیگه. فقط بدنیا آوردن بچه نیست که"(فوق دیپلم، ۳۶ساله)

پیامدهای منفی مادری و نوزادی

نگرانی از پیامدهای منفی مادری و نوزادی، از دیگر ویژگی‌های مضمون درک منفی از تأثیر بر زندگی است که یک بعد آن به ترس از عوارض نامطلوب مادری مربوط می‌شود. ترس از ناهنجاری جنین، دلیل اصلی تمایل زنان به سقط بود. به‌علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده، وقوع همزمان بارداری حین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مثل قرص‌های پیشگیری از بارداری و آی‌یودی، مصرف دارو به علت بیماری مقطعی و یا زمینه‌ای، تماس با اشعه و سن بالای زنان ابعاد مختلف ترس از ناهنجاری جنین، به‌دنبال مواجهه را شکل می‌دادند. به‌عنوان مثال مصاحبه شونده شماره ۲ می‌گوید:

"سنم زیاده؛ بارداری من خطرناکه، تو این سن ممکنه بچه عقب مونده بشه، اونوقت زندگیم مختل می‌شه." (لیسانس، ۴۵ ساله)

یک بعد دیگر دلایل جستجوی سقط در زنان به تهدیدات ناشی از عوارض و پیامدهای منفی مادری مربوط می‌شود؛ مثلاً مادرانی که مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن بودند احساس می کردند بارداری موجب تشدید بیماری و عوارض آن شده و بر نگرانی‌هایشان می‌افزود. احتمال ایجاد عوارض نامطلوب بارداری در سن بالا نیز، ذهن و توجه زنان مسن را بخود مشغول می‌ساخت. مشارکت‌کننده شماره ۳ چنین بیان می‌کند:

" آخه خطرات دیگه‌ای هم ما رو تهدید می‌کرد. معمولاً بارداری بالای ۳۵ سال خطر آفرینه، مشکل فشار خون حاملگی و این حرفارو داره." (لیسانس، ۴۱ ساله)

ترس از پیامدهای منفی مادری و نوزادی، مشارکت‌کنندگان را به سوی مشاوره‌های طبی و یا جستجوی سقط رهنمون می‌ساخت. در این میان، نقش کارکنان سلامت بسیار مهم و قابل توجه بود. به طوری‌که عدم رعایت اصول مشاوره و همدلی لازم آنان در درک نگرانی‌های زوج نسبت به احتمال ناهنجاری جنین و ارائه توضیحات ناکافی و غیرقانع کننده به آنها از عوامل ایاتروژنیک سوق دهنده سقط بود. مشارکت کننده شماره ۶ در این رابطه چنین می‌گوید:

"چسبیدن آی یو دی به جفت منو می‌ترسونه. ماماها و دکترهای بهداشت میگن هیچی نمیشه؛ یه بچه هم که بیشتر نداری، بزار بمونه. میدونی میگن چیزی نمیشه ولی باز خودتون میدونید (با تأکید). دلیل و منطق نمیارن که نه، هیچ چی نمیشه مثلاً بگن یکی دو نفر مثل تو هستن که هیچ چیشون نشده. من خیلی اینجا اومدم و رفتم؛ پیش اینها گریه کردم ولی اونها با لحن سرد و بی‌تفاوتی میگن نه خانوم، هیچ چی نمیشه. قطعی با من همدلی نمی‌کنن اصلاً با جدیت نمیگن که نه، هیچ چی نمیشه؛ راه امیدی برای من نیست. ببینید این پرسنل بهداشتی رو گذاشتن که ما رو راهنمایی کنن؛ من که به اینجور مسائل زیاد آشنا نیستم اونا خوب می‌دونن، اونا که جواب قطعی نمیدن، میگم حمضموناً یه خبریه دیگه. " (دیپلم،۲۷ ساله)

تغییرات و پیامدهای منفی جسمی ـ عاطفی

یکی دیگر از ویژگی‌های درک منفی از تأثیر بر زندگی، ترس و نگرانی از تغییرات منفی جسمی و عاطفی است. انتظار تغییرات منفی جسمی به‌دنبال بارداری و زایمان و مختل شدن تصویر ذهنی از بدن همراه با ترس از پیامدهای منفی عاطفی به‌دنبال تداوم بارداری، دو بعد سوق‌دهنده به‌سوی سقط بود؛ به‌طوری‌که نگرانی از ایجاد پیگمانتاسون‌های پوستی، چاق شدن و بهم ریختن اندام و افتاده و پیرتر بنظر رسیدن با افزایش تعداد کودکان، از دلایل عدم تمایل به تداوم بارداری توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان گزارش شد. در این رابطه نقل قول شرکت‌کننده شماره ۶ چنین است:

"دیگه به من با وجود ۲ تا بچه، با نگاه پیرتری نگاه می‌کنن. از طرفی باز اندامم بهم می‌خوره، بالاخره هم بارداری و هم زایمان، اندام آدمو بهم می‌ریزه دیگه." (دیپلم،۲۷ ساله)

نگرانی از تقسیم و کم‌شدن محبت همسر با آمدن بچه در مورد زنان تازه ازدواج کرده و نگرانی از تداوم احساس و نگرش منفی نسبت به فرزند ناخواسته از جمله پیامدهای منفی عاطفی مورد انتظار مشارکت کنندگان از تداوم بارداری بود. در این خصوص، مصاحبه شونده شماره ۱۲ چنین می‌گوید:

"ممکنه یه عمر، من از این بچه بدم بیاد که با اومدنش، برنامه‌ها و آرزوهای منو بهم ریخت. من دوست ندارم وقتی بزرگ میشه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

همیشه به این چشم بهش نگاه کنم که تو اومدی نذاشتی من برنامه‌هامو ادامه بدم؛ چون من قصد داشتم برا ادامه تحصیل، خارج برم و اونجا بچه‌دار شم. مطمئنم اگه بدنیا بیاد، همیشه احساس منفی نسبت بهش خواهم داشت چون من آدم کینه‌ای هستم، اصلاً از دلم هیچ چی بیرون نمیره." (دانشجوی فوق لیسانس،۲۳ ساله)

تعدی از مدها و هنجارهای فرزندآوری

یکی دیگر از مضمون‌های استخراجی، تعدی از مدها و هنجارهای فرزندآوری است؛ بدین معنی که مشارکت‌کنندگان در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده، به‌دلیل تکمیل بودن بعد خانوار، متمایل و ترجیحات تک فرزندی خود و فامیل و ...، احساس تجاوز و تعدی از هنجارهای ذهنی، خانوادگی و اجتماعی فرزندآوری می‌نمودند که یکی از دلایل بسیار مهم اغلب مشارکت‌کنندگان جهت سقط بود. این مضمون از دو ویژگی بهم‌خوردن معادله ذهنی فرزندآوری و محدودیت‌های اجتماعی فرزندآوری تشکیل شده است.

زائدپنداری و بهم خوردن معادلات جنسیتی زوج دو بعد مهم به هم خوردن معادله ذهنی فرزندآوری و تمایل به سقط بودند. در موارد مواجهه با بارداری دوم در زوجین دارای تمایلات تک فرزندی یا در موارد داشتن دو یا سه فرزند و تکمیل بودن بعد خانوار همراه با جور بودن جنسیتی فرزندان، زائدپنداری شدت بیشتری داشت. نقل قول مشارکت کننده شماره ۹ در این رابطه چنین است:

" تو ناخواسته، آدم احساس می‌کنه که یه موجود زایده که میخاد وارد زندگی بشه چون ناخواسته است ولی برعکس، خواسته از ته دل و اونطور که دلم میخاد، مثل مهمون دعوت کرده و دعوت نکرده میمونه. ... با داشتن دو تا فرزند بزرگ و سالم یعنی هیچ دلیلی برای دوباره بچه آوردن نداشتم من؛ شاید مثلاً اگه دو تاش دختر بودن، می‌گفتن شوهرش وادارش کرده که پسر بیاره. "(فوق دیپلم، ۳۶ساله)

در مطالعه حاضر، در پاره‌ای از موارد، اهمیت جنسیت کودک و نگرانی از بابت جنسیت فرزند برای زوج به حدی بود که حاضر به تداوم بارداری بدون مشاوره جنسی نبودند. این نگرانی در موارد مضمونایلات تک فرزندی با جنسیت دلخواه و یا در موارد تمایل به جورشدن جنسی کودکان با فرزند دوم تشدید می‌یافت. مشارکت کننده شماره ۱۲ چنین می‌گوید:

" من یه بچه بیشتر نمیخام، دوست دارم بچه‌ام پسر باشه آخه تو جامعه ما دختر، ضعیف و بدبخته. دوست دارم با مشاوره تغذیه برا جنسیتش برنامه‌ریزی کنم چون شنیدم که خیلی‌ها از این روش استفاده می‌کنن. جنسیتش خیلی برا من مهمه." (دانشجوی فوق لیسانس،۲۳ ساله)

یک بعد دیگر دلایل جستجوی سقط به تهدیدات ناشی از محدودیت‌های اجتماعی فرزندآوری مربوط می‌شود. "احساس هنجارشکنی و نگرانی از نگاه منفی اطرافیان" همراه با "تابعیت و تأثیرپذیری از جو فرزندآوری فامیل و اجتماعی" دو بعد مهم محدودیت‌های اجتماعی فرزندآوری است. مواجهه با بارداری بویژه در زوج‌های تازه ازدواج کرده و با فاصله بسیار کم بعد از ازدواج و نیز زوج‌های مسن و چندزا با فواصل بسیار زیاد بین موالید منجر به القای احساس هنجارشکنی و ترس از پیامدهای منفی آن می‌شد؛ مثلاً وقتی که تعداد فرزند از دو یا سه فرزند تجاوز می‌کرد، به دلیل وجود و مشاهده نرم‌های فرزندآوری از نظر سن، تعداد و فاصله بین موالید در بین اطرافیان و همکاران، خجالت و ترس از دید منفی اطرافیان تشدید می‌یافت. از آنجا که رعایت هنجارهای فرزندآوری در جامعه مورد پژوهش به عنوان نشانگر طبقه فرهنگی ـ اجتماعی افراد تلقی می‌شود، بی‌توجهی به آن و هنجارشکنی به نوعی منجر به احساس تنزل کلاس اجتماعی نیز می‌شد. در این رابطه، مشارکت‌کننده شماره ۳ چنین بیان می‌کند:

"مردم چی میگن؟ هر دوی ما فقط ترس از دید جامعه داریم. یه دونه انگار دافعه از بیرون داره میگه: نه دیگه در شرایطی نیستید که بچه‌دار بشید؟ ... در کل می‌گم جمع وقتی جایی میریم با ۳ فرزند، اینقدر اختلاف سنی بین بچه اول و سوم؟(۱۷ سال)... خوب این بدنیا بیاد دست من باشه، یه جورهایی احساس میکنن که ما از سطح فرهنگی پایینی هستیم که به این نکات توجه نکردیم؛ کمااینکه اطراف شهر مثلاً شهرستانها، روستاها همچین کارهایی می‌کنن." (لیسانس، ۴۱ ساله)

گاهی شدت تهدیدات اجتماعی و ترس از سرزنش و تمسخر مردم به حدی بود که زنان را به مخفی‌سازی بارداری و انزوای اجتماعی وا می‌داشت؛ به‌طوری‌که مشارکت کننده شماره ۱۷ که در ۲۰ سالگی، برای سومین بار، باردار شده است، چنین می‌گوید:

" از حرف مردم می‌ترسم. خونه مامانمینا نمیرم. مراسم‌هارو نمیرم، می‌گم الان تحقیرم میکنن که میخواستی چیکار؟" (دوم ابتدایی)

از سوی دیگر، ترویج فرهنگ تک‌فرزندی در جامعه و فراگیر شدن آن در بعضی از خانواده‌ها، بر شدت فشار و دافعه اجتماعی نسبت به تداوم بارداری می‌افزود. این احساس که با تولد کودک ناخواسته، تعداد فرزندانش از اطرافیان و همکاران بیشتر می‌شود، میل به سقط را در آنان تقویت می‌کرد. در کل، مقایسه خود با همسالان و رویه فرزندآوری آنان که نشان از تمایل به تابعیت و تأثیرپذیری از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

جو فرزندآوری فامیل و اجتماع دارد؛ در بیانات مشارکت کنندگان، به کرات آمده است. به‌عنوان نمونه شرکت کننده شماره ۶ می‌گوید: "فکر اینکه دور و بریها همه یه بچه دارن و بچه من داره میشه دو تا... " (دیپلم،۲۷ ساله)

تهدیدپنداری

تهدیدار پنداری مفهومی برآیندی از مضمون‌های فوق است و در واقع محور و مرکز هر دو مضمون می‌باشد. در رابطه با معنا و روح کلی تهدیدپنداری، مشارکت کننده شماره ۵ چنین می‌گوید:

"من از اینکه حامله بشم می‌ترسیدم و دیدم که حامله‌ام، اصلاً برام یه مصیبت بود انگاری؛ برا اینکه تو اون لحظه، تو اون شرایط خاص زندگیم دوست نداشتم، نمی‌خواستم بچه دیگه‌ای داشته باشم." (فوق لیسانس، ۳۶ ساله)

مصاحبه شونده شماره ۳ در این رابطه می‌گوید: "بارداری ناخواسته رو همیشه یه بحران در ذهنم می‌دونستم یعنی یه بحران بزرگ، یعنی اینکه همه‌اش احساس می‌کردم میخاد یه چیزی بیاد و تنظیم زندگی منو بهم بزنه، بخاطر همین، وقتی که این وضعیت پیش اومد، واقعاً برام غیر قابل قبول بود." (لیسانس، ۴۱ ساله)

شدت تهدیدات درک شده مشارکت‌کنندگان در این مرحله تا اندازه زیادی به شرایط زندگی، تجارب شخصی قبلی و پنداشت‌های ذهنی بستگی داشت به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره ۱۷ چنین می‌گوید:

"با خودم می‌گفتم بابا این بچه‌ها منو اذیت نکردن که آخه، هرجا خواسمضمون راحت رفتم و اومدم، مریض نشدن، اذیت نکردن، با خودم اینها رو تصور می‌کردم که این هم مثل اونها میشه، من از چی می‌ترسم؟ والا نه مشکل مالی دارم و نه با شوهرم مشکل و اختلاف دارم. " (دوم ابتدایی، ۲۰ ساله)

جدول ۱: روند تشکیل طبقه دشواری و بی‌ثباتی زندگی

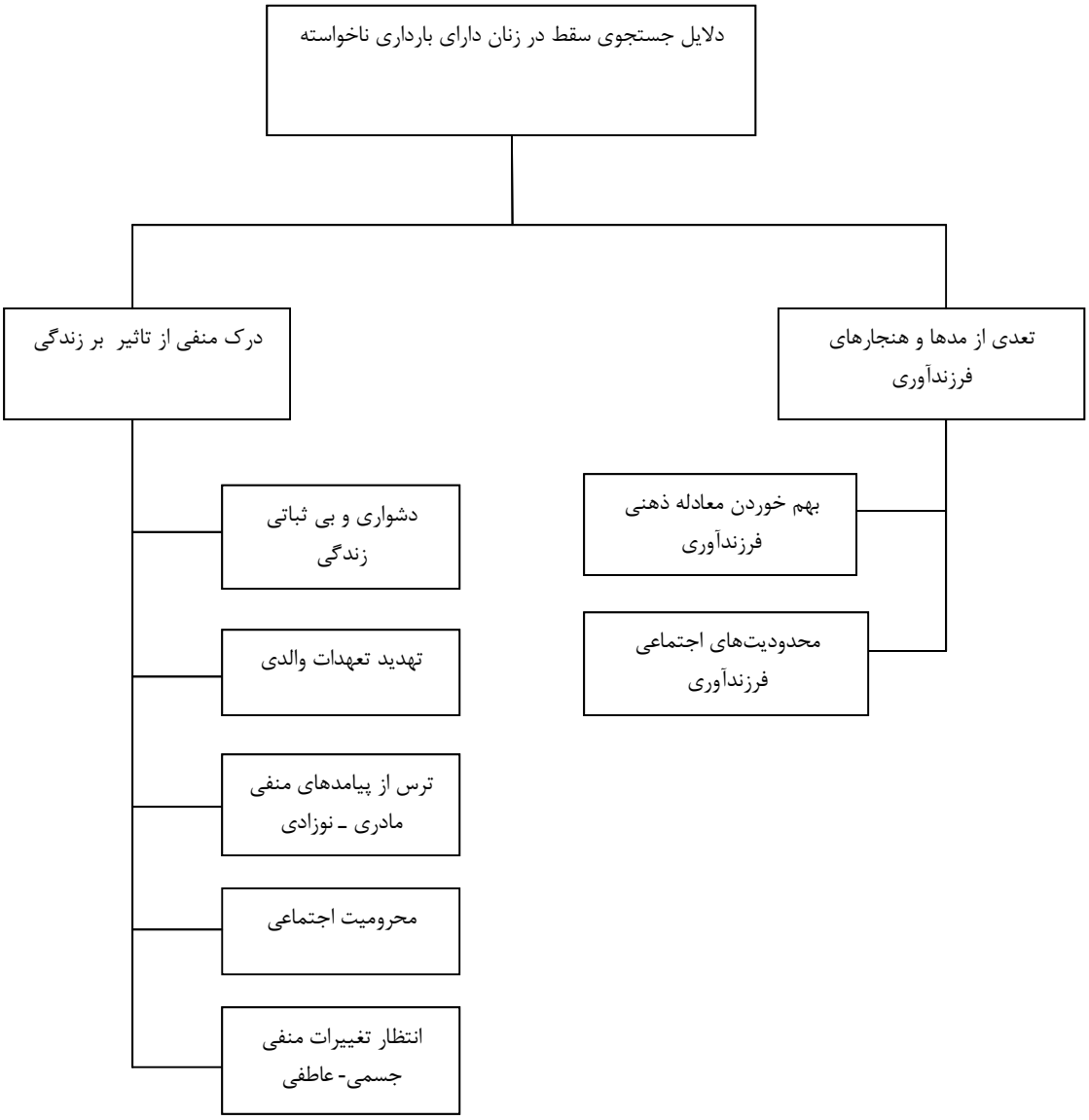
واحدهای معنا	کد اولیه	زیرطبقه	طبقه
" از نظر مالی احساس کردم با مشکل مواجه خواهم شد"(شرکت کننده شماره ۲)	مواجهه با فشار اقتصادی	تهدید ثبات و تشدید بی‌ثباتی در خانواده	دشواری و بی‌ثباتی زندگی
" ناراحت شدم؛ گفتم: میخام چیکار؟ بخاطر نداشتن تفاهم با همسرم، با هم‌جور نیستیم، اختلاف فرهنگی داریم"(شرکت کننده شماره ۸)	تشدید بی‌ثباتی در موارد اختلاف روابط بین زوج		
"بارداری برام خیلی سخت می‌اومد مخصوصاً بخاطر شغلم، شرایطم نسبت به بارداری قبلی خیلی متفاوت بود، تو اولی من شاغل نبودم، بالا سرش بودم، خودم بزرگش کردم"(شرکت کننده شماره ۱۰)	تداخل بچه‌داری با اشتغال	عدم تحمل و اختلال در ایفای همزمان نقش-های متعدد	
" وقتی فاصله دو بارداری کمه، خیلی به مادر فشار میاد چون علاوه بر بچه دوم، بچه اول هم بهت فشار میاره چون همش بهت نیاز داره و اصلاً نمی‌تونی کاور کنی"(شرکت کننده شماره ۱۵)	سختی بچه‌داری در فواصل موالید کم		

جدول ۲: مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه

ویژگی های مادران	تعداد (درصد)
تحصیلات	
زیر دیپلم	۶
دیپلم	۵
فوق دیپلم و لیسانس	۷
فوق لیسانس و دکترا	۵
سن	
۳۰-۱۸	۷
۴۰-۳۱	۱۲
۴۸-۴۱	۴
تعداد فرزندان	
۰	۲
۱	۱۰
۲	۹
۳ و بیشتر	۲
شغل	
خانه دار	۹
دانشجو	۳
کارمند	۹
شغل آزاد	۲
نوع بارداری	
ناخواسته	۱۳
نابهنگام	۷
سابقه سقط القایی	
ندارد	۱۹
دارد	۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

نمودار شماره 1: دلایل جستجوی سقط



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه، درک دلایل جستجوی سقط در زنان آذری دارای بارداری ناخواسته بود. تحلیل داده‌ها منجر به دو مضمون "درک منفی از تأثیر بر زندگی" و "تعدی از مدها و هنجارهای فرزندآوری" همراه با مضمون مرکزی تهدیدپنداری شد؛ بدین‌معنی که زنان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده و تحت تأثیر شرایط فردی و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی طیفی از تهدیدات را تجربه می‌نمایند و این تهدیدات درک شده، زمینه سوق بسوی سقط القایی را فراهم می‌آورند. در مطالعه حاضر، ترس از دشواری و بی‌ثباتی زندگی، محرومیت اجتماعی، پیامدهای منفی مادری و نوزادی، تغییرات منفی جسمی ـ عاطفی همراه با تهدید تعهدات والدی، که همگی نشان از انتظار پیامدهای منفی بارداری ناخواسته و درک از تأثیر منفی آن بر زندگی دارند، عمده دلایل جستجوی سقط توسط مشارکت‌کنندگان را تشکیل می‌دادند. در مروری بر مطالعات که به بررسی کمی علل و عوامل مربوط به سقط پرداخته‌اند، فشار مالی، تضاد و اختلال در نقش، تعدد فرزندان، تردید درباره امکان ادامه یافتن زندگی مشترک و از دست رفتن موقعیت‌ها بعلت بارداری[۲۳-۱۹، ۱۷،۱۸] از جمله دلایل سوق دهنده زنان به‌سوی سقط گزارش شده‌اند که در مطالعه حاضر به‌عنوان عوامل زمینه‌ای درک منفی از تأثیر بر زندگی عمل می‌نمودند. همسو با تهدید تعهدات والدی به‌عنوان دلیل جستجوی سقط که در مطالعه حاضر به آن اشاره شد، مطالعه هوگن در ایالت اوهایوی آمریکا نشان داد که درک زنان نسبت به "مادر خوب بودن" در فرایند تصمیم به سقط نقش مهمی دارد بدین معنی که هر زن در مقطعی از زندگی ـ حداقل برای یکبار ـ ممکن است مادر خوب بودن را در عدم تداوم بارداری معنی کند. آنان به مادر بودن، بیشتر از جنبه خانواده محور می‌نگریستند تا صرفاً جنین محور و در تصمیم خود، رفاه بعد از تولد کودک ناخواسته را توام با رفاه دیگر اعضای خانواده مدنظر قرارمی‌دادند. به‌عبارت دیگر، آنان، مادر خوب را مسوؤل رفاه کل خانواده می‌دانستند[۲۴]. همچنین در مطالعه کیفی ویلسون که با مشارکت ۱۱ مهاجر مکزیکی در امریکا انجام گرفت، انگیزه اصلی زنان از برنامه‌ریزی برای بارداری، امکان تامین زندگی و آینده خوب برای کودکانشان عنوان شد[۲۵]. لذا در رابطه با تهدیدات و دلایل فردی و خانوادگی جستجوی سقط، بین زنان ایرانی و زنان سایر کشورها تفاوتی وجود ندارد. ترس زنان از محرومیت‌های اجتماعی القا، شده بواسطه زایمان و بچه‌داری در مطالعه حاضر، مطرح کننده نیاز آنان به حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بیشتر طی این مراحل می‌باشد. افزایش حمایت‌های اجتماعی از طریق اتخاذ سیاست‌های حمایت جنسیتی با در نظر گرفتن تسهیلات ویژه شغلی و تحصیلی برای زنان باردار و شیرده جهت کاهش محرومیت‌های اجتماعی درک شده توصیه می‌گردد. در این مطالعه، ترس از پیامدهای منفی مادری و نوزادی، از دیگر دلایل جستجوی سقط بود. در مطالعات معدودی خطرات سلامت مادر و جنین از دلایل مهم درخواست سقط ذکر گردیده است. ترس از خطرات سلامت مادر در منطقه افریقای تحت صحرا و جنوب آسیا از دلایل اصلی جستجوی سقط بوده و فقط در برخی از مطالعات آسیایی، نقایص جنینی به‌عنوان دلیل مهم سقط گزارش شده‌اند که علت آن احتمالاً آگاهی و یا دسترسی پایین‌تر زنان کشورهای در حال پیشرفت به روش‌های تشخیصی مدرن در رابطه با ناهنجاری جنین است[۲۶]. در هر حال، کشف این مهم، ضرورت افزایش آگاهی و تقویت مهارت‌های مشاوره‌ای مراقبین سلامت را به‌عنوان اعضای مورد اطمینان و کمک تصمیم زنان مواجهه یافته با بارداری برنامه‌ریزی نشده، بیش از پیش آشکار می‌نماید. ارائه مشاوره‌های علمی از جانب مراقبین تیم سلامت و حمایت‌های اطلاعاتی، روانی و عملی آنان با ارزیابی علمی خطرات مادر و نوزادی در راستای رفع ابهام و نگرانی و حذف کج‌فهمی‌ها و تصورات ذهنی منفی در حذف سقط‌های غیرضروری و پر عارضه می‌تواند نقش مهمی داشته باشد. در مطالعه حاضر، یک بعد دیگر دلایل جستجوی سقط به هنجارهای ذهنی و خانوادگی و محدودیت‌های اجتماعی فرزندآوری مربوط می‌شد؛ بدین‌معنی که ترویج فرهنگ تک‌فرزندی و دو فرزندی در جامعه، منجر به درک تعدی از مدها و هنجارهای فرزندآوری در زنان به‌دنبال مواجهه با بارداری دوم و بیشتر می‌شد. این مهم بیانگر آنست که سقط در خلا اجتماعی رخ نمی‌دهد و گاهاً جو فرهنگی جامعه، زنان را از تداوم بارداری منع می‌نماید. سایر مطالعات ایرانی نیز نگرش اجتماعی نسبت به تعداد بچه‌ها را در پذیرش و تطابق با بارداری مؤثر گزارش کرده‌اند[۱۷،۲۷]. سیاست‌های کاهش رشد جمعیت کشور که به علت رشد سریع جمعیت طی سال‌های دهه شصت اتخاذ گردید، در طولانی‌مدت هنجار تک فرزندی و دو فرزندی را به صورت عرف و فرهنگ در کشور درآورده است به‌طوری‌که زوجین، خود بخود در صورت تعدی از آن، احساس تنزل کلاس اجتماعی می‌نمایند. با اینکه طی یکسال اخیر، سیاست جمعیتی به علت افزایش جمعیت میانسال و رو به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

سالمندی کشور در جهت تشویق به افزایش فرزندآوری تغییر کرده است اما هنوز فرهنگ تک فرزندی و دو فرزندی بسیار رایج است به طوری‌که درک و تجارب زنان کشورمان از بارداری ناخواسته را تحت تأثیر قرار داده است. به‌علاوه در مطالعه حاضر، تعدادی از مشارکت-کنندگان به اهمیت جنسیت جنین در سوق به سقط و عدم تمایل به تداوم بارداری برنامه‌ریزی نشده اشاره داشتند که در برخی مطالعات آسیایی نیز به این عامل اشاره شده است[۲۶]. در مطالعه حاضر، ترس از تغییرات منفی جسمی و عاطفی یکی از دلایل تمایل به سقط گزارش شد که در مطالعات جهانی، کمتر اشاره‌ای به این عامل شده است. احتمالاً از یکسو تفاوت‌های فرهنگی در این امر دخیل است و از سوی دیگر نوع مطالعه و باز بودن سؤالات پژوهش امکان درک عمیق و جامع‌تری از دلایل زنان جستجوگر سقط را فراهم کرده است. از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به عدم رضایت به مصاحبه توسط زنان دارای بارداری نامشروع اشاره نمود که منجر به عدم درک تجارب و دلایل جستجوی آنان به سقط گردید. پیشنهاد می‌گردد به‌علت محدودیت اطلاعاتی موجود در این زمینه، مطالعات آینده در حوزه مذکور انجام گیرد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد به‌رغم اینکه بارداری و فرزندآوری ادامه نسل و حیات و بشارت تولد است؛ وقتی به صورت ناخواسته بروز می‌کند زنان آن‌را به‌گونه مغایر و غیرقابل انتظار یعنی تهدید درک و تجربه می‌کنند. این معنای درک‌شده منجر به افزایش سقط القایی به عنوان یک مشکل بهداشتی در زنان سنین باروری می‌شود. انتظار می‌رود مطالعه حاضر با آگاه‌سازی سیاستگذاران و مشاوران و مراقبان تیم سلامت نسبت به مسائل زنان مواجهه یافته با بارداری برنامه‌ریزی نشده، زمینه پاسخگویی بیشتر به نیاز این گروه از طریق ایجاد مراکز مشاوره پیش از سقط و تقویت مهارت‌های حرفه‌ای و مشاوره‌ای کارکنان تیم سلامت همراه با اتخاذ سیاست‌های حمایتی بیشتر از زنان سنین باروری را فراهم آورد.

سهم نویسندگان

عیسی محمدی: نظارت و حسابرسی بر تحلیل داده‌ها، ویرایش
رقیه نوری‌زاده: اجرا و تحلیل داده‌ها، تدوین
معصومه سیمبر: نظارت و حسابرسی بر تحلیل داده‌ها، ویرایش

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی شهیدبهشتی می‌باشد. از همکاری‌ها و حمایت مالی آن مرکز و نیز همکاری معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و شرکت کنندگان در پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود، نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Finer L, Henshaw S. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2006; 38: 90-6
2. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended Pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. Studies in Family Planning 2010; 41: 241-50
3. Erfani, A. Levels, Trends, and Determinants of Unintended Pregnancy in Iran: the role of contraceptive failures. Studies in Family Planning 2013; 44: 299-317
4. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M and Radaie Z. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demograpphic and Healh Survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. Available in: http://iran.unfpa.org/IrMIDHS, 2012.2.16
5. Agha Yari Hir T, Mehryar AH. Estimation of induced abortion rates in Iran: Application of proximate determinants model. Journal of Population Association of Iran 2007; 2: 61-91 [Persian]
6. Sadr Sh. Indications for Therapeutic Abortion. Iranian forensic medicine organization. Bill of Therapeutic Abortion. No: 1.4176. Tehran, 2002 [Pesian]
7. Crock RJ. Abortion Decision-making attitudes of adolescents attending Roman catholic schools. Proquest thesis, 2007. Manhattan, Kansas: Kansas State University
8. Neamsakul W. Unintended Thai adolescents pregnancy: A grounded theory study. Proquest thesis, 2008. San Francisco: University of California
9. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. An Illusion of Power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2009; 41: 173-80
10. Gama NN. The effects of unplanned pregnancy on female students of the University of Zululand. Thesis

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

for M.Sc. in community work, 2008. University of Zululand
11. Webb D. Attitudes to 'Kaponya Mafumo': the terminators of pregnancy in urban Zambia. Health Policy and Planning 2000; 15: 186-93
12.CDC. Reproductive health of women: Center for Disease Control and Prevention, Retrieved from:www.cdc.gov. June 3, 2009
13. Tremayne S. Abortion in the developing world. Journal of Medical Ethics 2000; 26: 483-4
14. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. Research in Nursing & Health 1997; 20: 169-77
15. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process, Journal of Advaned Nursing 2008; 62: 107-15
16. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Research in Nursing & Health 2000; 23: 334-40
17. Shahbazi S, Fathizadeh N, Taleghani F. The Process of Illegal Abortion: A Qualitative Study. Payesh 2011;10: 183-95 [Persian]
18. Zamani-Alavijeh F, Noohjah S, Kheiriyat M, Haghighizadeh M.H. Related factors of unwanted pregnancy and intention of women for continuation or termination based on HBM. Payesh 2012; 11: 876-85 [Persian]
19. Chinichian M, Halakooii-Naiini K, Rafaii-Shirpak K. Voluntary abortion in Iran: a qualitative study. Payesh 2007; 6: 219-32 [Persian]
20. Greene M, Mehta M, Pulrwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: contributes to development. Background paper to the public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the millennium development goals. United Nation Millennium Development Project. Retrieved from:
RL:http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf. SEP 5, 2009
21. Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. Women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2005; 37: 110-18
22. Saha R, Shrestha NS, Koirala B, Kandel P, Shrestha S. Patient's choice for method of early abortion among comprehensive abortion care clients at Kathmandu Medical College Teaching Hospital. Kathmandu University Medical Journal 2007; 5: 324-29
23. Lie ML, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. Biologhy Medicine Central Health Services Research 2008;8: 150
24. Hoogen SR. Contexts of choice: personal constructs of motherhood in women's abortion decisions. ProQuest thesis, 2010. Oxford, Ohio: Miami University
25. Wilson EK, McQuiston C. Motivations for pregnancy planning among Mexican immigrant women in North Carolina. Maternal and Child Health Journal 2006; 10: 311-20
26. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons Why Women Have Induced Abortions: evidence from 27 countries. International Family Planning Perspectives 1998; 24: 117
27. Mortazavi F, Mottaghi Z, Shariati M, Damghanian M. Women's experiences of unwanted pregnancy. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2012; 15: 492-509 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

ABSTRACT

Understanding reasons why women facing unintended pregnancy seeking for abortion: a qualitative study

Easa Mohammadi [1], Roghaiyeh Nourizadeh [2*], Masoumeh Simbar [2]

1. Nursing Deprtement, Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Nursing & midwifery Faculty, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran
Payesh 2014; 13: 413-424
Accepted for publication: 19 October 2013
[EPub a head of print-17 June 2013]

Objective (s): Most women, over the life cycle, experience an unintended pregnancy. A substantial proportion of unwanted pregnancies are resolved by abortion worldwide. The issue that abortions do not occur in a social vacuum, highlight the importance of understanding the reasons why women seek abortion especially in different socio-cultural contexts. The main focus of this study was to provide a better understanding why Azeri women (in Tabriz, Iran) facing unintended pregnancy seek abortion.
Methods: The data were collected through 31 semi-structured in depth interviews from April to November 2012 and were analyzed using content analysis. The participants were 23 women seeking for abortion selected through purposeful sampling. All interviews were audio taped and transcribed verbatim. Data analysis was conducted using the MAXQDA 2007 software.
Results: Findings fell into two main themes: perception and expectation of negative impact on life and violation of childbearing norms. Perceived threat, that is women facing unintended pregnancies, was found to be the central theme and was related to their circumstances, including their individual characteristics, socioeconomic and health status experience the spectrum of concerns and threats.
Conclusion: Although pregnancy and childbearing mean life and regeneration but when occur untimely and unexpectedly, for most women it means threat that could result in seeking an induced abortion. Women facing unplanned pregnancy need more family and social supports.

Key Words: unintended pregnancy, abortion reasons, experience

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6]

* Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran
Tel: 23871
E-mail: rnourizadeh@gmail.com