تبیین فرایند تطابق زنان با بارداری ناخواسته

رقیه نوری زاده[1]، عیسی محمدی[2*]، معصومه سیمبر[3]

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

نشریه پایش
سال چهاردهم شماره اول بهمن ـ اسفند ۱۳۹۳ صص ۸۴-۷۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۱۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ آذر ۹۳]

چکیده

بارداری برای زنان، یک مرحله گذر برای پذیرش نقش، تعهد و مسئولیت جدید است که لازمه تطابق با آن آمادگی از نظر روحی و ذهنی است، لذا ماهیت غیرمنتظره بارداری ناخواسته، فرایند تطابق با آن را به چالش می‌کشد. هدف اصلی این مطالعه، تبیین فرایند تطابق زنان با بارداری ناخواسته است. مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق ۲۳ مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با ۱۵ زن ادامه دهنده بارداری ناخواسته در تبریز انجام گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند از خرداد ۱۳۹۲ آغاز و تا مرحله اشباع شهریور انجام شد. تحلیل همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار MAXQDA2007 انجام گرفت. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج چهار درون‌مایه "واکنش‌های منفی و اجتنابی"، "محدودیت‌های اجتماعی سقط"، "ارزش‌ها و باورهای مذهبی" و " تعارضات بعد از تداوم" شد. بدین‌معنی که زنان بدنبال مواجهه با بارداری ناخواسته، به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده آن، دچار خودباختگی شده و واکنش-های منفی و اجتنابی از خود بروز می‌دهند. در این میان، محدودیت‌های اجتماعی سقط، به‌عنوان مانع و بازدارنده سقط عمل می‌کنند. اگرچه بستر فرهنگی اجتماعی کشور به تطابق با بارداری کمک می‌کند اما پیامد مهمی چون تعارضات بعد از تداوم را بدنبال دارد.
بارداری ناخواسته برای زنان با واکنش‌های منفی و اجتنابی شروع و به تعارضات بعد از تداوم می‌انجامد که این امر ضرورت مداخلات برای پیشگیری اولیه جهت جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته و نیز حمایت‌های روحی ـ روانی جهت تطابق مثبت با بارداری (پیشگیری ثانویه) را نشان می‌دهد.

کلیدواژه: بارداری ناخواسته، تطابق، تجارب

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷
E-mail: mohamad@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

مقدمه

بارداری ناخواسته یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت باروری است[۱]. از ۲۰۸ میلیون بارداری که سال ۲۰۰۸ در جهان رخ داد، ۸۵ میلیون(۴۱ درصد) بارداری ناخواسته بود که حدود ۴۱ میلیون منتهی به القای سقط، ۳۳ میلیون تولد ناخواسته و ۱۱ میلیون سقط خودبخودی گردید[۲]. در ایران، میزان بارداری ناخواسته از ۳۷ درصد در سال ۱۳۷۱ به ۱۸/۶ درصد در سال ۱۳۸۴ رسید و از آن پس، کاهش چشمگیری نداشته است[۳]. متوسط میزان پوشش تنظیم خانواده در ایران، ۷۳/۳ درصد است که از این تعداد، حدود ۵۵/۹ درصد زوجین از روش‌های مدرن تنظیم خانواده استفاده می‌کنند و ۱۸ درصد زوجین به روش‌های سنتی تکیه دارند[۴]. حتی در صورت اتخاذ روش‌های پیشگیری از بارداری، هیچکدام از این روش‌ها ۱۰۰ درصد موثر نبوده و به‌رغم بکارگیری تمامی تدابیر لازم، احتمال وقوع بارداری ناخواسته باز هم مطرح است که در این میان، عده‌ای مسیر تطابق با آن را در پیش خواهند گرفت. بارداری برای زنان، یک مرحله گذر برای پذیرش نقش، تعهد و مسولیت جدید است که لازمه تطابق با آن آمادگی از نظر روحی و ذهنی است، لذا ماهیت غیرمنتظره بارداری ناخواسته، فرایند تطابق با آن را به چالش می‌کشد. با اینکه نحوه تطابق با بارداری ناخواسته بر سلامت جسمی ـ روانی مادر و کودک حاصل از آن تاثیرگذار است[۵]، اما کمتر مطالعه‌ای به تبیین پیچیدگی این فرایند پرداخته است. اکثر مطالعات انجام گرفته در حیطه بارداری ناخواسته، بر شیوه‌های تطابق و مسائل روحی بعد از سقط تمرکز نموده‌اند[۱۰-۶] و هنوز اطلاعات کافی درباره نحوه تطابق زنان با بارداری ناخواسته موجود نیست[۱۱]. نظر به این مهم و با توجه به اینکه چالش‌های تطابق زنان با بارداری ناخواسته باید در بافت فرهنگی و اجتماعی آنها درک شود[۱۲]، مطالعه حاضر در جهت روشن‌سازی نحوه تطابق زنان آذری با بارداری ناخواسته به‌منظور امکان‌پذیری مداخلات اثربخش در راستای پیشگیری از پیامدهای نامطلوب بارداری طراحی گردید.

مواد و روش کار

با توجه به هدف مطالعه که درک روند تطابق زنان با بارداری ناخواسته است، از رویکرد کیفی با طراحی توصیفی ـ تفسیری استفاده شد. تحلیل توصیفی- تفسیری چیزی بیش از توصیف صرف است و هدف آن فراهم نمودن توصیف مفهومی عمیق و درک پدیده است[۱۳]. با این رویکرد می‌توان تعدد تجارب و درک از شرایط متفاوت تطابق با بارداری ناخواسته را به دست آورد. مطالعه از خرداد تا شهریور ۱۳۹۲ در تبریز انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان، ۱۵ زن آذری ادامه دهنده بارداری ناخواسته به بالای ۲۰ هفته بودند که تا ۴۰ روز بعد از زایمان نیز از آنان مصاحبه بعمل می‌آمد. تعریف بارداری ناخواسته در این مطالعه، برگرفته از تعریف نظام ایرانی پایش و ارزشیابی(IMES) بود که طبق آن، بارداری ناخواسته شامل بارداری‌هایی است که در اصل مورد تمایل زن یا شوهر یا هر دو نبوده و قصد بارداری مجدد نداشته و یا برای وقوع آن در آینده برنامه‌ریزی کرده باشند؛ بطوری‌که وقوع بارداری فعلی، نابهنگام یا بدموقع تلقی گردد[۳]. در این مطالعه، ناخواسته بودن بارداری از نظر زن مدنظر بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام گرفت؛ یعنی افرادی برای مصاحبه انتخاب شدند که پدیده مورد نظر را تجربه نموده و واجد معیار ورود فوق الذکر بودند. نمونه‌گیری با افراد دارای شرایط متفاوت از نظر طیف سنی، وضعیت اشتغال، سطوح اقتصادی ـ اجتماعی، سوابق باروری و مرحله تشخیص بارداری انجام شد. شایان ذکر است زنان دارای 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[۱۴]، ادامه یافت. در این مطالعه از مصاحبه ۱۳ تا ۱۵ کد جدیدی بدست نیامد. بر این اساس، ۱۵ مصاحبه چهره به چهره نیمه ساختار یافته و عمیق با سوالات باز و ۸ مصاحبه تکمیلی برای کسب اطلاعات بیشتر و یا رفع ابهام در موارد لازم انجام گرفت که در مجموع ۲۳ مصاحبه با ۱۵ زن 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 ـ درمانی به محل سکونت مشارکت‌کنندگان بنا به راحتی آنها انجام گرفت. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۸۰ دقیقه بود و در مصاحبه‌های تکمیلی بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با یک سوال باز مانند " وقتی متوجه بارداری خود شدید، چه احساسی داشتید؟" شروع و بعد با سوالات اکتشافی و عمق‌دهنده از قبیل بدنبال متوجه شدن بارداری چه کردید؟ چگونه شد که بارداری خود را ادامه دادید؟ لطفاً از احساسات و رفتارهای خود بدنبال تداوم بارداری صحبت بفرمایید. چرا؟ ممکن است بیشتر توضیح دهید؟ چگونه؟ ادامه می‌یافت و زمانی‌که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

اطلاعات جدیدی از مصاحبه شوندهها بدست نمیآمد، به پایان می-رسید. مصاحبهها، ضبط شده و یادداشت در عرصه مکمل در پارهای از موارد لزوم نوشته میشد. سپس مصاحبه های ضبط شده نسخهنویسی شده و نسخههای پیاده شده چندین بار خوانده می-شدند تا با دادهها آشنایی پیدا شود و یک حس کلی ادراک گردد[۱۵]. در ۱ 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 بهم نزدیک و مشابه، حول طبقه مشترک قرار گرفتند. در جدول شماره ۱، روند تحلیل از واحد معنایی تا یک طبقه اصلی آمده است. نمونهها با حداکثر تنوع از لحاظ مشخصات دموگرافیک و سوابق باروری از بین مناطق مختلف دهگانه شهر تبریز انتخاب شدند که اعتبار دادهها را افزایش میداد (جدول شماره ۲). همچنین در راستای افزایش اعتبار یافتهها، مصاحبهها همراه با کدهای اولیه استخراج شده به سه مشارکت-کننده 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 مشارکتکنندگان نیز از دیگر عوامل افزاینده اعتبار دادههای مطالعه بود[۱۶]. جهت افزایش قابلیت اعتماد، 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 تاییدپذیری، 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 ویژگیها و نیز مقایسه یافتهها با یافته-های 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 مشارکت کنندگان 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 امضاء فرم رضایت نامه، به سوالات 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 میباشند. 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

تحلیل دادهها منجر به ظهور ۲۹۰ کد باز، ۱۸ زیرطبقه، ۸ طبقه و چهار درونمایه "واکنشهای منفی و اجتنابی"، "محدودیتهای اجتماعی سقط "، "ارزشها و باورهای مذهبی" و " تعارضات بعد از تداوم" شد (جدول ۳). بدین ترتیب که واکنشهای منفی و اجتنابی، نحوه مواجهه را نشان میدهد. محدودیتهای اجتماعی سقط بعنوان مسئله و مانع اصلی زنان بوده، ارزشها و باورهای مذهبی از عوامل زمینهای موثر بر تطابق بوده و تعارضات بعد از تداوم، پیامد تطابق را نشان میدهد.

واکنشهای منفی و اجتنابی: این درونمایه از دو طبقه "واکنشهای احساسی-عاطفی منفی" و "مقاومت در پذیرش" تشکیل شده بود. بر اساس دادهها، مرحله تشخیص بارداری ناخواسته از بحرانیترین مراحل مواجهه بود. با توجه به اینکه وقوع بارداری، ناگهانی بوده و مشارکتکنندگان آمادگی برخورد با این واقعه را نداشتند، بعد از شنیدن تشخیص بارداری دچار شوک، ناباوری و انکار میشدند؛ بطوریکه علیرغم داشتن علائم بارداری و یا آزمایش بارداری مثبت، هنوز باور نداشتند که باردارند. این واقعه غیرمنتظره، بلافاصله نگرش منفی و احساسات ناخوشایند زنان را برمیانگیخت؛ بطوریکه واکنش اولیه اکثر زنان بدنبال مواجهه، گریه و ناراحتی بود. در پارهای از موارد، تعادل روحی روانی زنان بهم خورده، حساس، زودرنج و یا پرخاشگر شده و حتی درجاتی از افسردگی نیز در آنان اظهار و بیان میشد. مشارکت کننده شماره ۹ در این باره گفته است:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

"خیلی افسرده شده بودم. خیلی برام سخت می‌اومد. نه حرف می‌زدم، نه می‌خندیدم. همسایه‌ها می‌گفتن ما باورمون نمیشه تو آروم بشینی آخه من خیلی شوخ طبعم. ۱ ماه افسرده شدم. اشتها به غذا نداشتم. به بچه‌ها نمی‌تونستم برسم. شوهرم تا می‌خواست یه چیزی بگه، قهر می‌کردم."(سیکل، ۲۴ ساله، دارای دو پسر)

ریشه‌یابی و جستجوی مقصر از دیگر واکنش‌های شایع قابل مشاهده در بین مشارکت‌کنندگان بود که در صورت مقصر و سهل‌انگار دانستن خود در وقوع بارداری، با افسوس، ملامت و سرزنش خود همراه بود. در صورت مقصر قلمداد کردن همسر، تنش و اختلال در روابط کلامی و جنسی زوج بروز کرده و گاهی تا مدت‌ها بعد از مواجهه ادامه می‌یافت. در این میان، زنانی که به‌دنبال عقیم‌سازی باردار شده بودند، از جراح و عملکرد ناقص وی، شاکی بوده و یا در پاره‌ای از موارد به‌علت خودباختگی، حالاتی از عدم کنترل بر خود و ناشکری به درگاه الهی را گزارش می‌کردند. مشارکت‌کننده شماره ۴ چنین می‌گوید:

"می‌گفتم آخه چرا باید من بچه دار بشم؟ من که لوله بندی کرده بودم. ناشکری می‌کردم. می‌گفتم: خدایا چرا دادی؟ چرا منو اینجوری بیچاره کردی؟ من چه گناهی به درگاهت کرده بودم که منو این مدلی گرفتار کردی؟ "(بیسواد، ۳۲ ساله، دارای دو پسر)

از طرفی، اکثر مشارکت‌کنندگان احساس منفی نسبت به جنین داشتند. شرکت‌کننده شماره ۹ چنین می‌گوید:

"به دلم نبود. اصلاً اوایل، محلش نمیذاشتم که مثلاً نمیخام دیگه، ازش متنفر بودم، اصلاً ازش خوشم نمیومد." (سیکل، ۲۴ ساله، دارای دو پسر)

یکی از واکنش‌های رایج اکثر مشارکت کنندگان بدنبال مواجهه با بارداری بدون برنامه، مقاومت اولیه در پذیرش بود که تا مراحل مختلف پیشبرده می‌شد؛ بطوری که بعد از اطمینان از باردار بودن، بلافاصله درصدد سقط آن برمی‌آمدند. "احساس عدم آمادگی"، "عدم پذیرش اولیه و اتخاذ راهبردهای اجتنابی" ابعاد مختلف مقاومت در پذیرش را نشان می‌دهند. عدم آمادگی جهت بارداری، مقاومت مشارکت گنندگان نسبت به پذیرش بارداری را برمی‌انگیخت. عدم آمادگی روحی، ذهنی و اقتصادی سه بعد مهم احساس عدم آمادگی برای پذیرش مسولیت والدی بود که در بیانات مشارکت کنندگان به کرات آمده است؛ عدم آمادگی روحی منجر به اعتماد به نفس پایین، القای حس ناتوانی و عدم خودباوری جهت تداوم بارداری می‌شد. شرکت‌کننده شماره ۴ در این باره چنین گفته است:

"اونها رو خودم می‌خواستم، آمادگی داشتم که بچه بیارم ولی اینو... . فکر می‌کردم چجوری من میخام بزرگش کنم؟ چجوری ۹ ماه بارداری رو تحمل خواهم کرد؟ می‌گفتم اصلاً من نمی‌تونم بارداری رو ادامه بدم، زایمان کنم، نگهش دارم. "(بیسواد، ۳۲ ساله، دارای دو پسر)

اکثر مشارکت‌کنندگان در ابتدا، عجولانه و حتی گاهی بدون مشورت با دیگران، تصمیم به سقط می‌گرفتند. مخفی سازی بارداری یکی از رایج‌ترین راهبردهای اجتنابی اتخاذ شده توسط آنان بود که جهت مقابله با ترس ناشی از مخالفت و ممانعت نزدیکان از سقط بکار گرفته می‌شد. مشارکت کننده شماره ۱ چنین می‌گوید:

" از مشکلاتم یکی این بود که از همه قایم می‌کردم، ترس از اینکه اطرافیان بدونن و نزارن من سقط کنم سقط در کشور ما جا نیفتاده بعلت مسائل مذهبی، عرف و از دید جامعه چیز بدی قلمداد میشه." (لیسانس،۳۳ ساله، دارای یک دختر)

در این میان، احساس منفی نسبت به جنین، شروع تلاش‌های اولیه زنان جهت سقط را با استفاده از روش‌های سنتی و یا روش‌های طبی در دسترس تسهیل می‌کرد. بسته به آگاهی و تجارب ذهنی و قبلی، روش‌های بکار گرفته شده توسط زنان جهت سقط متفاوت بود؛ به‌عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱۰ گفته است:

"سنگین و اینها برمی‌داشتم. طناب می‌رفتم که این بچه بیفته، این هم بیفت نبود."(دیپلم، ۳۱ ساله، دارای یک پسر)

از دیگر راهبردهای اجتنابی بکار گرفته شده توسط مشارکت‌کنندگان، جستجوی کمک و راهکار جهت سقط از منابع مختلف بالاخص کارکنان تیم سلامت و استفاده از تجارب مشترک دیگران بود. مشارکت کننده شماره ۱۲ چنین بیان کرده است:

"به یکی از فامیل‌های شوهرم که ماماست، به اون زنگ زدم و برای سقط ازش راهنمایی خواستم. "(دانشجوی کارشناسی ارشد، ۲۳ ساله، بدون فرزند)

از دیگر راهبردهای اجتنابی اتخاذ شده توسط مشارکت کنندگان می‌توان به مقابله و رویارویی با تعارضات از طریق توجیه‌سازی مثل جلب حمایت و همراه سازی افراد کلیدی مانند همسر و کارکنان تیم سلامت جهت پیشبرد سقط اشاره نمود. توجیهات اقتصادی و طرفداری از کیفیت زندگی، همراه با طرفداری از حق انتخاب، از دیگر ابعاد توجیه‌سازی زنان در عدم پذیرش بارداری بود. شرکت کننده شماره ۵ نیز در این رابطه چنین گفته است: "با خودم گفتم وقتی شرایط بچه‌دار شدن را کسی نداره، سقط کردنش گناه نیست؛ بلکه آوردن بچه گناه‌تره. از طرفی آدم مجبور نیست بچه‌ای رو بدنیا بیاره و بزرگش کنه که نمیخاد. "(کارشناس ارشد، ۳۵ ساله، دارای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

یک دختر)

محدودیت‌های اجتماعی سقط: این درونمایه از دو طبقه تابوی اجتماعی سقط و ممنوعیت قانونی سقط تشکیل شده بود و نشان از دغدغه اصلی زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته داشت که بدلیل ماهیت برنامه ریزی نشده بارداری، یکی از اقداماتی که به ذهن زنان برای فرار از ترس ها و دشواری فوق می‌آمد، اقدام به سقط القایی بود، اما تابوی اجتماعی سقط و احتمال مخالفت اطرافیان با سقط در کنار گذر از موانع قانونی سقط، ترس و نگرانی زنان را برمی‌انگیخت؛ بطوری‌که ترس از مخالفت اطرافیان با سقط، اغلب زنان را به مخفی-سازی بارداری و سقط از اطرافیان مجبور می‌ساخت. مشارکت کننده شماره ۱ چنین گفته است:

"می‌ترسیدم که مادر و خواهرم، پدر شوهر و مادر شوهرم متوجه بشن؛ چون مطمئن بودم مانع این قضیه می‌شدن. از مشکلاتم یکی این بود که از همه قایم می‌کردم، ترس از اینکه اطرافیان بدونن و نزارن من سقط کنم؛ آخه سقط در کشور ما جا نیفتاده بعلت عرف، جامعه... مشکل مذهبی و ... از دید جامعه چیز بدی قلمداد میشه." (لیسانس،۳۳ ساله، دارای یک دختر)

در مطالعه حاضر، تابوی اجتماعی سقط یکی از موارد بازدارنده سقط عمل بود. در واقع نگرش منفی و مخالفت اطرافیان با سقط یکی از دلایل پذیرش و تطابق با بارداری بود. مخالفت اطرافیان با سقط نیز اغلب تابعی از نگرانی آنان از دشواری و پیامدهای منفی سقط بود؛ بطوری‌که گاهی القائات و تشدید هراس از سقط از سوی اطرافیان، موجب انصراف زنان از سقط می‌شد. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۷ چنین گفته است:

"یکی هم دلیل سقط نکردنم این بود که مادرم گفت سقط کردن از زایمان سخت‌تره. می گفت: آدم می‌میره و زنده میشه؛ اون جمله‌اش که سقط کردن خیلی سخته، از زایمان هم سخت‌تره، منو منصرف کرد." (فوق دیپلم، ۴۲ ساله، دارا ی دو پسر و یک دختر)

یک بعد دیگر محدودیت‌های اجتماعی سقط مربوط به موانع قانونی آن می‌شود؛ بطوری‌که کمبود حمایت‌های رسمی اجتماعی از سقط القایی با اعمال منع قانونی نسبت به ارتکاب آن و نیز از طریق محدودیت در دسترسی به امکانات و خدمات سقط، نگرانی زنان از ناکارآمدی در عملی سازی سقط را القاء و تقویت می‌کرد. مشارکت کننده شماره ۵ چنین گفته است:

"باید می‌رفتیم دنبال سقط، سقطی که قانونی نیست تو این مملکت، آسون نیست. من خیلی دغدغه داشتم. خیلی می‌ترسیدم. ترس از اینکه چجوری میشه؟ من که نمیخام این رو نگه دارم، کجا باید برم؟ چیکار باید بکنم؟ استرس اینکه سقط را چجوری راست و ریست کنم؟ پیش کی برم؟"(کارشناس ارشد، ۳۵ ساله، دارای یک دختر)

در واقع، موانع قانونی سقط، یکی دیگر از عوامل بازدارنده سقط بود. به عبارتی، یک عده از مشارکت‌کنندگان بعلت عدم دسترسی به خدمات سقط، مسیر تداوم را در پیش می‌گرفتند؛ شرکت کننده شماره ۶ در این رابطه، چنین گفته است:

"فکر می‌کردم اونجوری راحته؛ من میرم، میگن بفرما سقط کن. یکی رو پیدا نکردم که برام سقط ایمن بکنه. چشم بسته بودم، آشنا نداشتم؛ نمی‌دونستم سقط رو چجوری هماهنگ کنم. فرد مطمئنی بود برام انجام می‌داد، ۱۰۰ درصد انجام می‌دادم."(لیسانس، ۲۲ ساله، دارای یک پسر)

از طرفی محدودیت‌های اجتماعی سقط، با فراهم آوردن فرصت فکری مناسب، زمینه‌ساز انصراف زنان از سقط بود؛ بطوری‌که شرکت کننده شماره ۱۱ چنین گفته است:

" گه گداری این خط قرمزی که جامعه میذاره، باعث میشه که آدم بتونه درست فکر کنه چون اون لحظه قدرت تصمیم گیری ازت گرفته میشه. الآن میگم درست فکر کردم به خاطر اینکه اون لحظه فقط داشتم به موقعیت کاریم فکر می‌کردم، به خودم فکر می‌کردم. فکر می‌کنم یه خودخواهی محض بود."(کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

یک بعد دیگر محدودیت اجتماعی سقط به هزینه آن مربوط می‌شد. به‌دلیل ماهیت غیرقانونی سقط در کشور، مسئله سقط القایی، بعد تجاری به خود گرفته و ذی‌نفعان راه حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی را بر روی مردم گشاده‌اند. در این میان، محدودیت توان مالی یکی از عواملی است که از یکسو منجر به عدم پذیرش بارداری و از سوی دیگر در موارد محدودیت شدید، منجر به عدم توفیق به سقط بعلت عدم امکان تامین هزینه سقط می‌شد که نشان از تاثیر منابع مالی در عملی کردن سقط دارد. مشارکت کننده شماره ۱۰ چنین مگفته است:

" از لحاظ مالی می‌گفتیم نمی‌رسونیم؛ مثلاً شوهرم بعد از خبر بارداری می‌گفت: کم مونده، سکته کنم ایوای! می‌گفت: به خودت در مورد خورد و خوراک و لباس نمی‌تونم برسم؛ به بچه نمی‌تونم برسم. شانساً هم تو اون شرایط، اصلاً تو دستم پول نبود، دست و بالم خیلی تنگ بود. دیگه نمی‌تونستم به کسی بگم به من پول بده، برم بچه‌ام رو بندازم. دیگه از وقتش هم که بگذره، آمپول اثر نمی-کنه که. اگه پول سقط رو داشتم یعنی هزینه آمپول‌ها رو داشتم،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

می‌رفتم سقط می‌کردم ولی خیلی دستم خالی بود. هزینه آمپول‌ها ۵۰ هزار تومن می‌شد ولی همون رو هم نداشتم." (دیپلم، ۳۱ ساله، دارای یک پسر)

ارزش‌ها و باورهای مذهبی: این درونمایه از دو طبقه "تعارضات اخلاقی ـ مذهبی ناشی از سقط" و "تسلیم، توکل و تقدیرگرایی" تشکیل شده است. تعارضات اخلاقی و مذهبی که ناشی از مغایرت سقط با معیارهای اخلاقی و باورهای مذهبی زنان می‌باشد، به نوعی توسط همه مشارکت‌کنندگان ذکر می‌شد. به این معنی که آنان در فکر کردن به قطع و ختم بارداری، احساس گناه و عذاب وجدان داشتند. شرکت‌کننده شماره ۱ در این رابطه، چنین گفته است:

"با اینکه اولین لحظه تصمیم داشتم که این بچه سقط بشه، اما در میانه‌های کار، با خودم گفتم باعث از بین رفتن زندگی یه نفر نشم و از بین نبرمش." (لیسانس،۳۳ ساله، دارای یک دختر)

تعارضات اخلاقی ـ مذهبی ناشی از سقط منجر به تردید و سردرگمی مشارکت‌کنندگان شده و آنها را به مشاوره مذهبی و جستجوی تاییدات مذهبی وامی‌داشت. مصاحبه شونده شماره ۴ چنین گفته است:

"رفتم پیش یه روحانی و باهاش مشورت کردم. گفت: نه خانوم، سقط جنین با قتل هیچ فرقی نداره." (بی‌سواد، ۳۲ ساله، دارای دو پسر)

از ابعاد تسلیم، توکل و تقدیرگرایی می‌توان به "پذیرش حکمت و مصلحت الهی" و" توکل و رضا" اشاره نمود؛ بدین معنی که اکثر زنان بعلت تاخیر در دسترسی به خدمات سقط در مرحله بعد از پیدایش ضربان قلب، به پذیرش حکمت و مصلحت خداوند به علامت تسلیم و تطابق معنوی با بارداری روی می‌آورند. زیرا اکثراً باور قتل نسبت به سقط جنین دارای ضربان قلب داشتند، لذا ترس از احتمال متحمل شدن ضرر سقط در آنان تقویت می‌یافت. نقل قول شرکت کننده شماره ۱۱ در این رابطه چنین بود:

"دیدم قلب داره، دیگه کوتاه اومدم ؛گفتم که خدا خواسته دیگه، تو قسمتم بوده دیگه. گفتم خدایا اگه دختر باشه، اسمشو میزارم تسلیم." (کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

به‌علاوه، اکثر مشارکت کنندگان بدنبال عدم حمایت‌های اجتماعی و بعد از ناکامی در عملی‌سازی سقط، با توکل و امید به حمایت الهی و راضی شدن به رضای الهی به تداوم و تطابق با بارداری می‌پرداختند. مصاحبه شونده شماره ۲ که بعلت موانع اجتماعی سقط، مسیر تداوم را در پیش گرفته بود، چنین گفته است:

"به خدا سپرده بودم دیگه که هرچی از خدا بیاد، خوشه. مگه من بچه می‌خواستم؟ خودش داده دیگه. وقتی آدم راضی به رضای خدا میشه، آرامش می‌گیره. "(لیسانس، ۴۰ ساله، دارای یک پسر و یک دختر)

تعارضات بعد از تداوم: عوامل مداخله‌گر در پذیرش بارداری از یکسو و دستاوردهای مثبت و منفی تداوم بارداری از سوی دیگر، منجر به تناقضات احساسی ـ واکنشی بعد از تداوم بارداری می‌گردند. "مقاومت خاموش به‌دنبال پذیرش بارداری" و " تناقضات احساسی " دو بعد تعارضات بعد از تداوم را نشان می‌دادند. در اکثر مواقع، دعا و امید به سقط خودبخود یا مرگ داخل رحمی جنین و یا تلاش‌های غیرتهاجمی جهت سقط، تا مدت‌ها بعد از تداوم بارداری وجود داشت؛ بطوری‌که شرکت کننده شماره ۱۰ گفته است:

"بعد از مصرف ۳ تا قرص که جواب نداد، دیگه من بارداری رو پذیرفتم. البته اوایل فکر می‌کردم که خدا کنه خودبخود بیفته. می‌گفتم من که اینو نگه داشتم، اینجا هم که کارم سنگینه، شاید انشاءالله بیفته. چون از دوستام هم کسانی بودن که به‌خاطر سنگینی کارمون، خودبخود سقط می‌کردن. تا ۴ ماهگی این امید رو تو دلم داشتم. بعد از ۴ ماهگی دیگه سنگین برنداشتم چون بعد از ۴ ماه، دیگه تا بدنیا اومدنش چیزی نمی‌مونه که. از ۴ ماهگی قلباً پذیرش کردم. "(دیپلم، ۳۱ ساله، دارای یک پسر)

مشارکت کننده شماره ۷ نیز چنین مگفته است:

"سه ماه شبها عمداً دمر می‌خوابیدم، می‌گفتم بزار فشار بیاد. هر وقت نصف شب بیدار می‌شدم یادم میفتاد، دمر می‌خوابیدم که فشار بیاد و بیفته. دخترم از رو شکمم اینور اونور می‌رفت، می‌گفتم باشه بهتر، بزار بیفته. تا دو سه روز قبل که رفتم سونوگرافی؛ پروب سونوگرافی رو که دکتر می‌چرخوند، این دست و پاشو تکون می‌داد. خیلی دلم براش سوخت. گفتم ببین من چقدر ظالمم؟ اون یه موجود بی‌دفاع، نمی‌تونه که از خودش دفاع کنه. اون موقع من تا صبح دمر میخابم که بهش فشار بیاد و بیفته؛ دیگه از اون به بعد دیگه نه، دمر نخوابیدم. "(فوق دیپلم، ۴۲ ساله، دارا ی سه فرزند)

یک بعد دیگر مقاومت خاموش بعد از پذیرش بارداری به بی‌توجهی و عدم رسیدگی تغذیه‌ای و مراقبتی مادر باردار برمی‌گردد. مشارکت کننده شماره ۱۱ در این رابطه چنین گفته است:

"دیدم قلب داره، دیگه کوتاه اومدم یعنی دیگه فکر سقطو نکردم ولی خوب، پذیرشه هنوز در من کامل نشده بود. پذیرفته بودم نگهش دارم ولی اون رسیدگی که به لحاظ باید میشد و نمی‌کردم. خیلی فعالیتم بالا بود اصلاً انگار نه انگار بچه تو شکممه؛ همینم باعث شد زایمان زودرس بکنم. "(کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

در راستای تناقضات احساسی، مشارکت‌کنندگان اغلب از خستگی و افسردگی پریناتال (افسردگی دوران بارداری و افسردگی بعد از زایمان) شاکی بودند؛ مثلاً شرکت کننده شماره ۱۱ درباره افسردگی بعد از زایمان خود چنین گفته است:

"احساس می‌کنم که اون شادابی سابق رو ندارم. من خیلی شاد و شارژ بودم ولی الآن زود بدخلق میشم. خیلی زود رنج شدم؛ خیلی سریع عصبانی میشم می‌دونین چرا؟ چون زود خسته میشم چون این منم که باید دو تا بچه کوچیک روحمایت کنم و این جسم و روح منه که آسیب می‌بینه . وقتی جسم آدم خسته است، ناخودآگاه دردهای جسمی، ذهن و فکرت رو هم خسته می‌کنه و باعث میشه شما رفتار مناسبو نشون ندی. افسرده‌ام؛ تو خودمم، حوصله هیچکس رو ندارم. حال ندارم همه می‌فهمن." (کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

در این میان، رضایت و پشیمانی ناشی از تداوم، بر اساس اثربخشی درک شده آن متفاوت بود. شرکت‌کننده شماره ۱۰ که بارداری نابهنگام دوم خود را بعلت عدم توان تامین هزینه سقط ادامه داده بود، چنین گفته است:

"در بدترین برهه زندگیم باردار شدم، مشکلاتمون خیلی زیاد بود؛ درآمد شوهرم جالب نبود. شوهرم می‌گفت: تو نباید میذاشتی باردار بشی. میذاشتی وضع زندگیمون بهتر بشه، بعد. تو بارداری به تغذیه خودم نمی‌تونستم برسم، امکاناتمون ایجاب نمی‌کرد نداشتیم؛ برا همین تو بارداری احساس گناه و عذاب وجدان می‌کردم. الان کم خونه؛ از کم خونی تنگی نفس میاره. اینها رو که می‌بینم ناراحت میشم که من به این نرسیدم." (دیپلم، ۳۱ ساله، دارای یک پسر)

همچنین، در مواردی که زنان، علی‌رغم مخالفت همسر با تداوم، مسیر تداوم بارداری را در پیش می‌گرفتند، اغلب از تاثیرات عملکردی منفی تداوم برخانواده و خشونت خانگی شاکی بودند. بعنوان نمونه شرکت کننده شماره ۱۰ که بدلیل عدم توان تامین هزینه سقط، بارداری ناخواسته خود را ادامه داده بود، چنین گفته است:

"زندگیمون بدتر شد. شوهرم که راضی به ادامه نبود، اخلاقش بد بود، بدتر شد مثلاً الان اینجام (اشاره به کبودی زیر چشم) جای کتکشه چون نمی‌خواست دیگه، نمی‌رسوند دیگه. سر به هوا شده، به زندگیمون اهمیت نمیده. به حرفم گوش نمیده، میگم وسایل برا خونه بگیر بیار، نمی‌گیره. "(دیپلم، ۳۱ ساله، دارای یک پسر)

از سوی دیگر، دستاوردهای مثبت تداوم از قبیل جور شدن جنسی کودکان، موجبات تایید و رضایت از تصمیم را فراهم می‌آورد. در این زمینه مصاحبه شونده شماره ۱۱ چنین گفته است:

"اون کامل شدن پذیرش که مصمم بشم رو کجا بدست آوردم؟ هفته ۲۵ ام یعنی از وقتی فهمیدم دختره؛ خیلی خوشحال شدم و از اون موقع دیگه رفتارم، کلاً عوض شد؛ دقیقاً از هفته ۲۵ به بعد بود که من رو وزن‌گیری این بچه فکر کردم و دیگه یه خورده حرکتی رخ داد در من. وقتی فهمیدم دختره، یه جورهایی شرمنده (خدا) شدم چون خیلی دوست داشتم جنسشون جور شه." (کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

جدول ۱: روند تشکیل طبقه مقاومت در پذیرش

واحد معنایی	کد	زیر طبقه	طبقه
من گفتم نمیخام؛ دلیلش این بود که هنوز آماده نبودم مادر بشم؛ آمادگی از نظر ذهنی، اقتصادی. فکر می‌کردم مسئولیت خیلی سنگینیه	عدم آمادگی زن جوان برای گذر به مادر شدن	احساس عدم آمادگی	مقاومت در پذیرش
من از نظر روحی روانی برای بچه آماده نبودم؛ اصلاً توانش رو نداشتم	عدم آمادگی روحی برای پذیرش جنین و خودباوری پایین برای تداوم		
از اولش که متوجه شدم، نمی‌دونم چرا؟ احساس کردم که نباید بدنیا بیاد، نخواستم که بدنیا بیاد. من اصلاً احساسی نسبت بهش نداشتم فقط می‌گفتم که اصلاً بدنیا نیاد	عدم پذیرش اولیه	عدم پذیرش اولیه و اتخاذ راهبردهای اجتنابی	
مصر که بندازم؛ از لجم هیچ چی نمی‌خوردم. می‌گفتم بزار ضعیف بشه و خودبخود بیفته	تلاش های سنتی جهت سقط		
اولین نفر به یکی از دوستهام که قبلا سقط کرده بود زنگ زدم که این اتفاق برا من هم افتاده، تو اون موقع چیکار کردی؟ برام توضیح بده، من هم بکنم.	جستجوی راهکار برای سقط		
من به مادر و خواهرم اصلاً نگفتم چون مطمئن بودم ناراحت می‌شدن و مخالفت می‌کردن. می‌ترسیدم که مانع سقط بشن	مخفی کردن بارداری بعلت ترس از ممانعت از سقط		
می‌گفتم این اختیار رو دارم که وقتی می‌بینم شرایط مالی ندارم...(سقطش کنم)	توجیه‌سازی اقتصادی		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

جدول ۲: مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه

ویژگی های ما دران	تعداد
تحصیلات	
زیر دیپلم	۵
دیپلم	۴
فوق دیپلم و لیسانس	۳
فوق لیسانس و دکترا	۳
سن	
۱۸-۳۰	۵
۳۱-۴۰	۵
۴۱-۴۸	۵
تعداد فرزند	
۰	۴
۱	۴
۲	۴
۳ و بیشتر	۳
شغل	
خانه دار	۵
دانشجو	۴
کارمند	۳
شغل آزاد	۳
نوع بارداری	
عدم قصد بارداری	۶
نابهنگام	۶
نامشخص	۳
سابقه سقط القایی	
ندارد	۱۰
دارد	۵

جدول ۳: درونمایه، طبقات اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه با ۱۵ مشارکت کننده

	طبقات	زیرطبقات
واکنش‌های منفی و اجتنابی	واکنش‌های احساسی-عاطفی منفی	شوک، ناباوری و انکار اختلال در تعادل روانی جستجوی مقصر و ملامت کردن احساس منفی نسبت به جنین
	مقاومت در پذیرش	احساس عدم آمادگی عدم پذیرش اولیه و اتخاذ راهبردهای اجتنابی
محدودیت‌های اجتماعی سقط	تابوی اجتماعی سقط	نگرش منفی جامعه به سقط مخالفت اطرافیان با سقط
	موانع قانونی سقط	محدودیت دسترسی به خدمات سقط هزینه بالای خدمات سقط
ارزش‌ها و باورهای مذهبی	تعارضات اخلاقی-مذهبی ناشی از سقط	احساس گناه و عذاب وجدان جستجوی تاییدات مذهبی سقط
	تسلیم، توکل و تقدیرگرایی	پذیرش حکمت و مصلحت الهی توکل و رضا
تعارضات بعد از تداوم	مقاومت خاموش بدنبال پذیرش بارداری	دعا و امید به مرگ داخل رحمی جنین
		بی‌توجهی و عدم رسیدگی مراقبتی و تغذیه‌ای زن باردار
	تناقضات احساسی	شکایت از پیامدهای جسمی و روحی بدنبال تداوم
		رضایت و پشیمانی ناشی از اثربخشی درک شده تداوم

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها در رابطه با نحوه تطابق با بارداری ناخواسته، منجر به استخراج چهار درون‌مایه "واکنش‌های منفی و اجتنابی"، "محدودیت‌های اجتماعی سقط "، "ارزش‌ها و باورهای مذهبی" و " تعارضات بعد از تداوم" شد. نتایج داده‌ها نشان داد که عدم آمادگی برای باردار شدن، زمینه بروز واکنش‌های منفی و اجتنابی را در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده برمی‌انگیزد. همسو با مطالعه ما، نتایج مطالعه مرتضوی و همکاران در شاهرود نیز نشان داد اغلب زنانی که بارداری بدون برنامه‌ریزی داشته‌اند، تحت فشارهای روحی شدیدی قرار گرفته و به‌تدریج در عرض چندماه، بارداری را می-پذیرفتند. در مطالعه آنان، عدم برنامه‌ریزی در امور به‌دلیل عدم آمادگی جسمی، روحی روانی و اقتصادی برای بارداری از علل ناخواسته دانستن بارداری توسط مشارکت‌کنندگان بود و روند پذیرش بارداری ناخواسته شامل عدم پذیرش بارداری (گریه، کشمکش‌های روحی، نگرانی و دلهره شدید)، تلاش برای سقط جنین (پرس و جو برای روش‌های سقط)، پذیرش جنین (ترس از عواقب جسمی و خطرات سقط، در نظرگرفتن خواست دیگران، خواست خدا) و احساسات منفی نسبت به افکار مربوط به سقط(ترس، احساس گناه، پشیمانی، توبه) بود[۱۷]. در مطالعه دیگری در امریکا که به تبیین تجارب کشف و پذیرش بارداری ناخواسته در بین مادران نخست‌زا پرداخته بود، اشاره شد که استفاده از راهبردهای اجتنابی، صرفاً به معنی عدم پذیرش بارداری نبوده، بلکه گاهی می‌تواند انکار ناشی از ناباوری باشد[۱۱]. در مطالعه حاضر، مخالفت اطرافیان با سقط و موانع قانونی سقط که با عدم پذیرش سقط توسط پزشکان معتمد و دارای صلاحیت و مجوز علمی همراه بود، با القای ترس از عوارض نامطلوب سقط غیرایمن و غیرقانونی منجر به انصراف زنان از سقط می‌گردید. همسو با مطالعه ما، در مطالعه دیگری در ایران، واکنش سایرین و شرایط قانونی- اجتماعی بر شدت تهدیدات درک شده موثر بود؛ به این صورت که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

زنان با توجه به ممنوعیت‌های اجتماعی ـ سیاسی، واکنش‌های بازدارنده خانواده، اطرافیان و تیم درمانی به ارزیابی میزان توانایی خود برای اقدام به سقط ایمن می‌پرداختند[۱۸]. در مطالعه حاضر، ارزش‌ها و باورهای مذهبی مشارکت‌کنندگان نقش مهمی در تطابق معنوی با بارداری داشت؛ بطوری‌که مغایرت سقط با باورهای مذهبی، در اغلب موارد مشارکت‌کنندگان را به اتخاذ راهبردهای تاییدی از قبیل جستجوی تاییدات مذهبی سقط وامی‌داشت. در این میان، تشخیص دیررس بارداری و مشاوره‌های مذهبی، منجر به ممانعت از سقط می‌شد. مطالعات انجام گرفته در ایران و سایر کشورها با مذاهب مختلف، به کرات بر تعارضات اخلاقی- مذهبی و نقش باورهای مذهبی در تطابق با بارداری ناخواسته اشاره نموده‌اند [۲۲-۱۹]. ترس از قهر الهی و گرفتار شدن به عقوبت دنیوی سقط و احتمال آسیب به سایر کودک(ان) در صورت ارتکاب سقط، از جمله موانع انجام سقط در این مطالعه بود که در مطالعات جهانی، کمتر اشاره‌ای به این عامل شده است[۲۳]؛ احتمالاً از یکسو شدت بالای تهدیدات درک شده مذهبی زنان مسلمان ایرانی توام با تفاوت‌های فرهنگی در این امر دخیل است و از سوی دیگر نوع مطالعه و باز بودن سوالات پژوهش امکان درک عمیق و جامع‌تری از تجارب پذیرش و نحوه تطابق با بارداری ناخواسته را فراهم کرده است. در کل در مطالعه حاضر، نقش عوامل فرهنگی-اجتماعی در تطابق با بارداری چشمگیر بود که در مطالعات دیگر از تاثیر این عوامل در پذیرش بارداری به‌عنوان برساخت‌گرایی اجتماعی مفهوم بارداری یاد شده است[۲۴، ۱۱]. در مطالعه حاضر، تناقضات احساسی-واکنشی بعد از تداوم عمدتاً شامل دعا و امید به مرگ داخل رحمی جنین و یا تلاش‌های غیرتهاجمی جهت سقط، عدم مراقبت و تغذیه مناسب مادر در دوران بارداری همراه با خستگی و افسردگی دوران پریناتال بود. در مطالعات دیگر به تاخیر در شروع مراقبت‌های دوران بارداری، روی آوردن به مصرف مواد در بارداری، افسردگی و حتی کودک آزاری بعنوان پیامدهای منفی تداوم بارداری ناخواسته اشاره شده است[۳۰-۲۵]. مطالعه‌ای در آمریکا گزارش کرد که تاخیر در شروع مراقبت‌های دوران بارداری از جمله یافته‌های بارز در زنان دارای بارداری ناخواسته است که متاثر از عواملی چون عدم احتمال بارداری و تشخیص دیررس آن، ناباوری و شک به صحت آزمایش‌های بارداری و نگرانی از واکنش‌های دیگران در برابر افشای بارداری است[۱۱]. از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به عدم رضایت به مصاحبه توسط زنان دارای بارداری نامشروع اشاره نمود که منجر به عدم درک نحوه تطابق آنان با بارداری ناخواسته گردید. پیشنهاد می‌گردد بعلت محدودیت اطلاعاتی موجود در این زمینه، مطالعات آینده در حوزه مذکور انجام گیرد. یافته‌های این مطالعه در راستای افزایش آگاهی کارکنان تیم سلامت از واکنشی بودن مقاومت اولیه مددجویان در پذیرش بارداری، جهت اتخاذ سیاست مشاوره‌ای مناسب و حمایت‌های محتاطانه آنان از زنان دارای بارداری ناخواسته کمک کننده است. در مطالعه حاضر، عوامل فرهنگی ـ اجتماعی در پذیرش و تداوم بارداری نقش مهمی داشتند، اما از سوی دیگر تداوم بارداری ناخواسته، اغلب تعارضات بعد از تداوم و گهگاه پیامدهای منفی مادری و نوزادی را به همراه داشت. پیامدهای منفی مادری و نوزادی گزارش شده به دنبال تداوم بارداری ناخواسته در این مطالعه، ضرورت مداخلات در راستای پیشگیری اولیه با جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته و اتخاذ روش‌های پیشگیری ثانویه از طریق بسته مراقبتی ویژه دوران بارداری برای مادران دارای بارداری ناخواسته شامل مشاوره‌های حمایتی، مراقبت در منزل و حتی تدارک بسته‌های کمک تغذیه‌ای در موارد لزوم را نشان می‌دهد.

سهم نویسندگان

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

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

منابع

1. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States between 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. Family and Population Health Department. [Iran Integrate Monitoring Evaluation Survey (IMES)]. Ministry of Health and Medical Education. Population Report 2005: 135-40. Available at: www.cdcr.ca.gov/Reports_Research/.../Population_Reports.html, 2009.5.11

4. World Health Organization. Building knowledge base on the social determinants of health: review of 7 countries in EMRO. WHO Regional Publications: Eastern Mediterranean Series 31, 2008. Available at: http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa939.pdf, 2014.12.3

5. Parker R, Hunter C. Supporting couples across the transition to parenthood. Briefing australian family relationships clearinghouse 2011; 2: 1-9

6. Tsilo MM. Exploring the psychological sequelae of women who have undergone abortion: a multiple case-study approach. Thesis for MA in Psychology): University of Stellenbosch; 2007

7. Thibodeau AM. Spiritual well-being and adjustment to abortion. Thesis for Ph.D. in Counseling & School Psychology**:** University of New York, Buffalo; 2002

8. Fountain TM. The Effects of Beliefs and Coping on Emotional Response to Surgical Abortion. Thesis for Ph.D. in Clinical psychology: Walden University; 2007

9. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. Clinical Psychology Review 2003;23:929-58

10. Katrina K, Foster K, Weitz TA. Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2011;43:103-9

11. Peacock NR, Kelley MA, Carpenter C, Davis M, Burnette G, Chavez N. Pregnancy discovery and acceptance among low-income primiparous women: A multi-cultural exploration. Maternal and Child Health Journal 2001; 5: 109-18

12. Tremayne S. Abortion in the developing world. Journal of Medical Ethics 2000; 26: 483-4

13. 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

14. Elo S., Kyngas H. The qualitative content analysis process. Journal of Advaned nursing 2008; 62: 107-15

15. 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

16. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description?. Research in Nursing & Health 2000; 23: 334-40

17. 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]

18. Shahbazi S, Fathizadeh N, Taleghani F. The Process of Illegal Abortion: a qualitative study payesh 2011;10:183-95 [Persian]

19. Lie ML, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. Bio Med Central Health Services Research 2008: 150

20. 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]

21. Chinichian M, Halakooii-Naiini K, Rafaii-Shirpak K. [Voluntary abortion in Iran. a qualitative study Payesh 2007; 6: 219-32[Persion]

22. Moos M, Peterson R. Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy. Women's Health Issues 1997; 7: 385-92

23. Reardon DC. Psychological reactions reported after abortion. The Post-Abortion Review1994; 2: 4-8

24. Miller RS. The social construction and reconstruction of physiological events: Acquiring the pregnancy identity. Studies in Symbolic Interaction 1978; 1: 181-204

25. Orr ST, Miller CA. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. Womens Health Issues 1997;7:38-46

26. Leathers S, Kelley MA. Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time others and

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

fathers. American Journal of Orthopsychiatry 2000; 70:523-31

27. Altemeier WA, O'Connor S, Vietze P, Sandler H, Sherrod K. Prediction of child abuse: A prospective study of feasibility. Child Abuse & Neglect 1984; 8: 393-400

28. Gazmararian JA, Adams MM, Saltzman LE, Johnson CH, Bruce FC, Marks JS, Zahniser SC, and the PRAMS Working Group. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. Obstetrics and Gynecology 1995; 85: 1031-8

29. Zuravin SJ. Unplanned pregnancies, family planning problems, and child maltreatment. Family Planning Perspectives 1987; 36: 135-9

30. Brown S, Eisenberg L, editors. The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington, DC: National Academy Press,1995

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]

ABSTRACT

Women's coping with an unplanned pregnancy

Roghaiyeh Nourizadeh [1], Easa Mohammadi [2*], Masoumeh Simbar [3]

1. Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran
2. Nursing Department, Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Nursing & midwifery Department, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran

Payesh 2015; 1: 73-84
Accepted for publication: 5 December 2014
[EPub a head of print-7 December 2014]

Objective (s): Pregnancy is the transition to parenthood. Being mentally prepared is essential for successful psychosocial adaptation to pregnancy. So, an unplanned pregnancy challenges the self-sufficiency and control expected of women. The main focus of this study was to provide a better understanding of women's coping with an unplanned pregnancy

Methods: The data were collected through 23 semi-structured in depth interviews from May to September 2013 in Tabriz and analyzed using descriptive-interpretive approach of content analysis. The participants were 15 women having a recent unplanned pregnancy, interviewed from the 20th week of gestation until 40 days after childbirth. All interviews were audio recorded and transcribed verbatim. Data analysis was conducted using MAXQDA 2007.

Results: Findings fell into four main themes: initial negative reactions, social rejection of abortion, values and religious beliefs and post-continue conflicts indicating negative reactions when facing with an unplanned pregnancy. Although socio-cultural context of Iran helped women to copy with an unplanned pregnancy, post-continue conflicts remained.

Conclusion: Unplanned pregnancy for women begins with initial negative reactions and leads to the post-continue conflicts. These findings highlight the importance of promoting primary prevention of unplanned pregnancy and also designing secondary prevention programs to help positive coping with such pregnancies.

Key Words: unplanned pregnancy, adaptation, coping style, experience

[*] Corresponding author: Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 82883817
E-mail: mohamad@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.6.5]