

Examining the Relationship Between Number of Children and Duration of Marriage with Depression, Anxiety, and General Health in Women with a History of Induced Abortion

Fahimeh Fadakar Davarani¹, Mojgan karshenas²

1. (Corresponding author), PhD in Counseling, Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
F_fadakar@atu.ac.ir
2. PhD, department of COunceling, Kho.C., Islamic Azad University, Khommeinishahr, Iran.
m_karshenas95@yahoo.com

ABSTRACT

Received: 20/03/2024 - Accepted: 11/1/2025

Aim: The present study aimed to examine the relationship between the number of children and duration of marriage with depression, anxiety, and general health among women with a history of induced abortion. **Methods:** This descriptive-analytical study employed a correlational and comparative design. The study population consisted of 284 married women aged 15–49 years who had experienced at least one induced abortion during the year 1403 (Iranian calendar). Participants were selected using purposive sampling. Data were collected using the Beck Depression Inventory (Beck, 1961), the Cattell Anxiety Scale (Cattell, 1973), and the General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1970). Data analysis was conducted using SPSS version 20, applying one-way analysis of variance (ANOVA) and the chi-square test to examine relationships among variables. **Findings:** The results of one-way ANOVA indicated significant differences in the mean scores of depression, anxiety, and general health across different levels of the current number of children in the family among women with a history of induced abortion (Depression: $F = 2.88$, $p < 0.05$; Anxiety: $F = 2.78$, $p < 0.05$; General Health: $F = 2.53$, $p < 0.05$). In addition, significant differences were observed in the components of somatic symptoms and anxiety symptoms (Somatic Symptoms: $F = 2.85$, $p < 0.05$; Anxiety Symptoms: $F = 3.57$, $p < 0.01$). However, no significant differences were found in social functioning and depressive symptoms ($p > 0.05$). Post-hoc test results showed that the mean anxiety symptom score in the childless group was significantly lower than that of women with two and three children ($p < 0.01$). Furthermore, the results of the chi-square test indicated a significant relationship between duration of marriage and the rate of induced abortion ($\chi^2(12) = 21.19$, $p = 0.048$). **Conclusion:** The findings suggest that variables related to family structure and the marital life cycle play an important role in women's psychological experiences following induced abortion as well as in their decision-making patterns. Accordingly, considering these factors in the design of preventive interventions and counseling programs may contribute to improving women's mental health and reducing the negative consequences of induced abortion.

Keywords: Induced abortion; depression; anxiety; general health; unwanted pregnancy.



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۴، شماره ۹۶، زمستان ۱۴۰۴
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v24i96.20836

بررسی ارتباط تعداد فرزندان و مدت ازدواج با افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی در زنان دارای سابقه سقط جنین خودخواسته

فهیمة فداکار داورانی^۱، مژگان کارشناس^۲

۱. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
F_fadakar@atu.ac.ir

۲. دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.
m_karshenas95@yahoo.com

(صفحات ۲۸-۵۳)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط تعداد فرزندان و مدت ازدواج با افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی در زنان دارای سابقه سقط جنین خودخواسته انجام شد. **روش:** این پژوهش توصیفی-تحلیلی با طرح همبستگی و مقایسه‌ای انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۸۴ زن متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال دارای حداقل یک تجربه سقط جنین خودخواسته در سال ۱۴۰۳ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۶۱)، پرسشنامه اضطراب (کتل، ۱۹۷۳) و پرسشنامه سلامت عمومی (۱۹۷۰) بودند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد و از تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون مجذور خی برای بررسی روابط استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین سطوح مختلف تعداد فرزندان فعلی خانواده، تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان دارای سابقه سقط جنین خودخواسته وجود دارد (افسردگی: $F=2.88$, $p<0.05$; اضطراب: $F=2.78$, $p<0.05$; سلامت عمومی: $F=2.53$, $p<0.05$). همچنین، تفاوت معناداری در مؤلفه‌های علائم جسمانی و علائم اضطرابی مشاهده شد (علائم جسمانی: $F=2.85$, $p<0.05$; علائم اضطرابی: $F=3.57$, $p<0.01$). در حالی که تفاوت معناداری در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی مشاهده نشد ($p>0.05$). نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که میانگین میانگین علائم اضطرابی در گروه بدون فرزند به‌طور معناداری کمتر از گروه‌های دارای دو و سه فرزند بود ($p<0.01$). علاوه بر این، نتایج آزمون مجذور خی نشان داد که بین مدت زمان گذشته از ازدواج و نرخ اقدام به سقط جنین رابطه معناداری وجود دارد ($\chi^2(12)=21.19$, $p=0.048$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد متغیرهای مرتبط با ساختار خانواده و چرخه زندگی زناشویی نقش مهمی در تجربه روان‌شناختی زنان پس از سقط جنین خودخواسته و الگوی تصمیم‌گیری آنان ایفا می‌کنند. بر این اساس، توجه به این عوامل در طراحی مداخلات پیشگیرانه و برنامه‌های مشاوره‌ای می‌تواند به ارتقای سلامت روان زنان و کاهش پیامدهای منفی سقط جنین کمک کند.

واژه‌های کلیدی: سقط جنین خودخواسته، افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، بارداری ناخواسته

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۲۰

مقدمه

سلامت روان و سلامت عمومی زنان، علاوه بر اهمیت فردی، نقش اساسی در سلامت خانواده و جامعه دارد. یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان زنان، تجربه سقط جنین است (نجاتی حاتمیان، ۱۳۹۲). سقط جنین را می‌توان به دو نوع خودبه خودی و خودخواسته تفکیک نمود (محمودیانی و عابدی، ۱۴۰۱). سقط جنین خودخواسته^۱، فرآیند خاتمه بارداری قبل از تولد جنین، توسط مادر است. این پدیده موضوعی جهانی است که تمام کشورهای جهان را تحت تأثیر قرار داده است (شیفرو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). تقریباً نیمی از تمام بارداری‌ها در سراسر جهان ناخواسته است. در حالی که برخی از این بارداری‌ها مطلوب هستند، سالانه حدود ۷۳ میلیون بارداری به سقط جنین ختم می‌شود (ادواردسون و همکاران^۳، ۲۰۲۴). زنان به دنبال مواجهه با بارداری ناخواسته به علت ماهیت برنامه‌ریزی نشده آن و تحت تأثیر شرایط فردی و وضعیت معیشتی-اجتماعی طیفی از تهدیدات را تجربه می‌نمایند که این تهدیدات آنان را به سمت سقط خودخواسته هدایت می‌کند (محمودی، نوری زاده و سیمبر، ۱۳۹۲). هرچند به دلیل برخی محدودیت‌ها، آمارهای دقیقی از سقط جنین در دسترس نیست، اما بر اساس گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران (۱۳۹۶)، آمار سقط‌های خود به خودی ۲٪ کل آمار، سقط‌های درمانی ۳٪ کل آمار و سقط‌های انتخابی و بدون مجوز ۹۵٪ کل آمار و حدود ۳۵۰۰۰۰ سقط را در بر می‌گیرد. در سال ۱۳۹۸ آمار ۱۲۵ هزار سقط غیرقانونی از سوی رئیس سازمان پزشک قانونی مطرح شده است که زنگ خطری برای نظام سلامت کشور است (فداکار و کارشناس، ۱۴۰۳). نکته حائز اهمیت آنجاست که زنان متاهل در بستر خانواده و دارای فرزند، بزرگ‌ترین جویندگان سقط جنین

1. Induced abortion

2. shiferow & et al

3. Edvardsson K & et al

خودخواسته هستند (بروئن^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

یافته‌ها نشان می‌دهد زنان علی‌رغم احساس رهایی اولیه پس از اقدام به سقط، با پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی روبه‌رو خواهند شد (نجاتی حاتمیان، ۱۳۹۲). طبق پژوهش‌ها زنان دارای تجربه سقط جنین دارند عملکرد فیزیکی و احساسی و اجتماعی ضعیف‌تر نرمال دارند (نقل از رهبر و همکاران، ۱۳۸۸). رازقی نصرآباد و سنجر (۱۳۹۶) با بررسی تجربه زیسته زنان تهرانی از سقط جنین عمدی به این نتیجه رسیدند که سقط جنین خودخواسته، هم به لحاظ جسمی و هم روحی ناراحت‌کننده و آسیب‌زا است و فرآیند سقط استرس زیادی برای زنان به همراه خواهد داشت. بر اساس پژوهش کرو^۲ (۱۹۸۹) اگرچه اکثر زنان آسیب روانی قابل توجهی را در درازمدت به دنبال سقط جنین انتخابی تجربه نمی‌کنند، اما تا ۵٪ عوارض شدید روانپزشکی مانند وسواس فکری عملی را نشان می‌دهند. همچنین، استرس، احساس درماندگی و بی‌ارزشی، اضطراب و نگرانی‌های شدید از جمله مسائلی هستند که پس از سقط جنین در افراد بروز پیدا می‌کند و همچنین افسردگی که در بسیاری موارد حاصل اضطراب و تنش می‌باشد (آخته و همکاران، ۱۳۹۲). شایع‌ترین واکنش‌هایی که زنان پس از دست دادن بارداری تجربه می‌کنند، غم، افسردگی و اضطراب است (شادمی^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). افسردگی عبارت است از وجود خلق افسرده روزانه به مدت دو هفته که با علائم غم، بی‌تفاوتی، بی‌علاقگی، احساس پوچی و بی‌ارزشی، تحریک‌پذیری، خستگی، اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس گناه و شرمساری و افکار مرتبط با مرگ است که ممکن است در دوران بارداری یا بعد از آن رخ دهد (غلامی و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین بیماری شایع در جهان است و شیوع این اختلال در بین زنان به بیست و پنج درصد می‌رسد (رضاپور میرصالح و رضازاده، ۱۴۰۲). مطالعات

1. broen & at al

2. Craw

3. Shadmi & at al

جاکوب^۱ و همکاران (۲۰۱۹) روی ۱۷۵۸۱ زن آلمانی دارای سقط جنین نشان داد که این پدیده رابطه مستقیمی با افسردگی زنان دارد. فاستر و همکارانش (۲۰۱۲) با مطالعه ۵۱۰۹ زن که در جستجوی سقط جنین بودند، دریافتند که درصد قابل توجهی از زنان (۲۴٪) احساس غم و ۲۱٪ احساس گناه داشتند و ۳/۴٪ از افراد قدرت مقابله بسیار ضعیفی پس از سقط از خود بروز داده‌اند و از این میان زنانی که هنگام سقط در تصمیم خود مردد بودند، سابقه افسردگی داشتند و یا تحت فشار اطرافیان دست به این عمل زدند، با مشکلات بیشتری دست و پنجه نرم می‌کنند. استرس یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی مرتبط با سقط جنین است که پاسخ نامشخص بدن به هرگونه تقاضا نامیده می‌شود که می‌تواند نیروها را تحلیل ببرد و زندگی شخص را تحت تاثیر قرار دهد (نقل از آخته و همکاران، ۱۳۹۲). حسینی چاوشی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای که از طریق مصاحبه عمیق با ۴۰ زن دارای تجربه سقط جنین عمدی صورت گرفت، نشان داد زنان هنگام این اقدام یا بعد از آن با استرس و اضطراب و عذاب وجدان مواجه بودند. سلامت عمومی تنها به معنای فقدان اختلال روانی نیست بلکه سطحی از سلامتی تعریف می‌شود که در آن افراد توانایی برقراری ارتباط درست و مناسب با محیط فردی و اجتماعی، برخورد منطقی با تضادها و استرس‌های زندگی و حل مشکلات به شیوه مناسب داشته باشند (خلیلی، نتاج و ایلالی، ۱۴۰۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تجربه سقط جنین به طور مستقیم بر مشکلات سلامت روان زنان اثرگذار است. همچنین، زنان دارای تجربه سقط جنین با نرخ بالاتری از اختلالات روانی در مقایسه با زنان بدون سابقه سقط جنین درگیر بوده‌اند. نکته مهم نیز این است که وجود اختلالات روان‌شناختی قبل از بارداری، زنان را در معرض مشکلات جدی‌تر سلامت روان پس از سقط جنین خودخواسته قرار می‌دهند (ریردون^۲، ۲۰۱۸). در سال‌های اخیر، بروز مشکلات سلامت روان در بیمارانی که سقط جنین کرده‌اند به طور قابل توجهی نگران‌کننده شده است و تعداد زیادی از زنان دارای

1. Jacob & at al

2. Reardon

علائم افسردگی، اضطراب، ترس هستند (کاستیلو، پنا و لدسما^۱، ۲۰۲۴).

دلایل بسیاری برای تصمیم زنان برای سقط جنین به صورت خودخواسته وجود دارد که از جمله متغیرهای بسیار مهم "هنجار کم‌فرزندی" است. طبق مطالعه کج‌دستاد و همکاران^۲ (۱۹۹۴)، چشم‌انداز تک‌فرزندی قوی‌ترین عامل تعیین‌کننده برای انتخاب سقط جنین عمدی است. طبق پژوهش‌ها، در جامعه امروز ایران تعداد فرزندان فعلی خانواده با افزایش احتمال سقط جنین رابطه مستقیم دارد. این بدان معناست که هرچه تعداد فرزندان خانواده بیشتر باشد، احتمال سقط جنین نیز بیشتر خواهد بود (محمودیانی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، هنجار تک‌فرزندی یا دو‌فرزندی، باعث می‌شود افرادی که از این هنجار عبور می‌کنند به سقط جنین فکر کنند (محمودی و همکاران، ۱۳۹۳). طبق پژوهش‌های اخیر یکی از دلایل مهم برای اقدام به سقط خودخواسته این است که آنان فکر می‌کنند اکنون زمان مناسب فرزندآوری نیست یا اینکه به اندازه کافی فرزند دارند (هوهنستاین، ۲۰۲۴). از دیگر دلایل مهم که باعث می‌شود افراد به گسترش خانواده خود اهمیت دهند سن یک ازدواج است. در واقع سن ازدواج چگونگی شکل‌گیری و ادامه یافتن رابطه زوجی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بین رضایت از زندگی زناشویی و مدت ازدواج ارتباط وجود دارد (حاجی زاده خنامانی، چراغی و فتح آبادی، ۱۴۰۱). در خانواده سالم مسائل بحرانی (مانند بارداری ناخواسته) در محیط امن همراه با کمترین سطح استرس حل می‌شوند (هرمزی، فرح‌بخش، غلامزاده جفره، ۱۴۰۳). در واقع یک ازدواج بادوام نشانگر یک بستر مناسب برای فرزندآوری است. طبق پژوهش‌ها مدت زمان گذشته از ازدواج، نقش مهمی در باروری افراد ایفا می‌کند برای مثال در پژوهش بهمن و همکاران، ۲۰۱۸، حدود دو سوم از زنان با مدت ازدواج کمتر از ۱۰ سال، تمایلی به باردار شدن بلافاصله پس از ازدواج ندارند در نتیجه در سالهای ابتدایی ازدواج سقط جنین همراه با نرخ بالاتری است.

1. Castillo, pena & ldesma

2. Skjeldestad & al

بنابراین، در کنار دلایل متعدد و طیف وسیعی از عوامل بین فردی و درون فردی که منجر به سقط جنین خودخواسته می‌گردد، بررسی این نکته نیز حائز اهمیت است که تبعات پس از سقط جنین چگونه ابعاد روان شناختی افراد را درگیر خواهد نمود. تحقیقات نشان می‌دهد اگرچه سقط جنین در بعضی از کشورها بیش از ۴۰ سال است که به صورت قانونی و آزاد امکان پذیر است، با این حال زنان هنگام و پس از سقط جنین خطرات روان شناختی زیادی را متحمل می‌شوند. علی رغم همه تلاش‌هایی که دانشمندان جهت جلوگیری یا کاهش آن داشته‌اند، نتیجه مطلوبی حاصل نشده است (فریدونی، ۱۴۰۲). در ایران پژوهش‌ها در زمینه سقط جنین در حوزه‌های علوم پزشکی و حقوق بسیار است؛ ولی مطالعات معدودی به شناخت ابعاد روان شناختی سقط جنین به ویژه سقط جنین خودخواسته اقدام کرده‌اند. در پژوهش حاضر، نقش داشتن حداقل یک فرزند در زنانی که سقط جنین خودخواسته داشته‌اند بررسی می‌شود و هم چنین، نقش مدت زمان گذشته از ازدواج و نرخ اقدام به سقط و رابطه هردو متغیر با افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی این افراد بررسی می‌شود. این نکته حائز اهمیت است که هر دو متغیر "تعداد فرزندان فعلی خانواده" و "مدت زمان گذشته از ازدواج" در ارتباط با سقط جنین، متغیرهایی هستند که بسیار تحت تاثیر نگرش افراد و فرهنگ حاکم بر جامعه هستند و به سادگی زنان را به سمت سقط عمدی جنین سوق می‌دهد. اغلب این سقط‌ها در بستر خانواده‌ها و نه خارج از چهارچوب شرع و عرف در حال رخ دادن است. اینکه نگرش زنان در جامعه امروز ایران بر اثر تغییر در بستر فرهنگی به سمتی پیش رفته است که افراد بسیاری پیشتر از اقدام به سقط شده‌اند، آنان را از تبعات روان شناختی این پدیده مصون نگه نخواهد داشت و بررسی این پیامدها در راستای سلامت روان زنان، بر ضرورت این پژوهش صحه می‌گذارد. پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که چه ارتباطی میان تعداد فرزندان و مدت زمان گذشته از ازدواج با میزان افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی در زنان دارای سابقه سقط جنین خودخواسته برقرار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود و با هدف بررسی رابطه تعداد فرزندان فعلی و مدت ازدواج با افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان دارای سابقه سقط جنین خودخواسته انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متاهل ۱۵ تا ۴۹ سال با حداقل یک تجربه سقط جنین خودخواسته تا سال ۱۴۰۲ بود. ملاک‌های ورود عملیاتی شامل: داشتن حداقل یک فرزند یا بدون فرزند، تمایل به مشارکت در پژوهش، توانایی تکمیل پرسشنامه‌های آنلاین و دسترسی به اینترنت بود. ملاک‌های خروج عملیاتی شامل: تجربه سقط پزشکی یا خودبه‌خودی، بیماری روانی شدید یا جسمانی که تکمیل پرسشنامه را مختل کند، عدم تکمیل کامل پرسشنامه و مشارکت در پژوهش‌های مشابه در سال گذشته بود. حجم نمونه ۲۸۴ نفر با نمونه‌گیری هدفمند و فراخوان در شبکه‌های اجتماعی انتخاب شدند. ابتدا با شرکت‌کنندگان تماس برقرار و هدف و نحوه انجام پژوهش توضیح داده شد، سپس رضایت آگاهانه الکترونیکی دریافت شد. از مجموع افرادی که دعوت شدند، نرخ پاسخ‌دهی ۹۲٪ بود و داده‌های ناقص یا غیرمعتبر از تحلیل حذف شد. فرضیه‌های پژوهش حاضر شامل: (۱) تعیین رابطه بین تعداد فرزندان فعلی با میزان افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان دارای تجربه سقط جنین خودخواسته و (۲) تعیین رابطه بین مدت زمان گذشته از ازدواج با میزان افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی مادر پس از سقط جنین خودخواسته بود.

تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد و پیش از تحلیل، داده‌های پرت حذف و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بررسی شد. برای بررسی رابطه بین مدت ازدواج و نرخ اقدام به سقط، از آزمون مجذور خی و ضریب فای استفاده شد. ملاحظات اخلاقی عملیاتی شامل: دریافت رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی، و امکان خروج هر زمان از پژوهش بود. این اقدامات اطمینان داد که شرکت‌کنندگان بدون فشار و با آگاهی کامل در پژوهش مشارکت دارند و داده‌ها به صورت امن ذخیره و تحلیل شد.

ابزار سنجش:

پرسشنامه افسردگی بک^۱ فرم کوتاه ۱۳ سؤالی

پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه شامل ۱۳ سؤال است و شدت علائم افسردگی را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس نسخه اصلی توسعه یافته و شامل علائمی مانند غمگینی، احساس گناه، کاهش انرژی، و اختلال در خواب می‌شود. هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل نشان‌دهنده شدت افسردگی از عدم افسردگی تا شدید است. نسخه اصلی این پرسشنامه، پایایی داخلی مناسب با آلفای کرونباخ ۰٫۸۶ تا ۰٫۸۹ و روایی همگرا با نسخه کامل (BDI $r = 0.96$) نشان داده است که ابزار توانایی تمایز افسردگی از سایر اختلالات روانی را دارد (آلتو و همکاران^۲، ۲۰۱۲؛ گولد، ۱۹۸۲). در نسخه فارسی این پرسشنامه نیز پایایی داخلی با آلفای کرونباخ ۰٫۸۵ و روایی همگرا با سایر پرسشنامه‌های افسردگی ($r > 0.70$) تأیید شده است. مطالعات در جمعیت ایرانی نشان داده‌اند که پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه برای غربالگری افسردگی مناسب و معتبر است (رجبی، ۱۳۸۴؛ ادیبی خانی و همکاران، ۱۴۰۱).

پرسشنامه اضطراب کتل^۳

پرسشنامه اضطراب کتل یک ابزار روان‌سنجی خودگزارشی شامل ۴۰ سؤال است که توسط ریموند کتل (۱۹۵۷) به منظور سنجش اضطراب طراحی شده و ابعاد صفتی و موقعیتی اضطراب را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه علاوه بر میزان اضطراب، عواملی مانند تنش، حساسیت، عدم اعتماد به نفس و واکنش‌های هیجانی را نیز می‌سنجد و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای (۰ تا ۲) نمره‌گذاری می‌شوند. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای پایایی آزمون - بازآزمون در محدوده ۰٫۷۰ تا ۰٫۸۵ است و تحلیل عاملی آن نشان می‌دهد که این ابزار قادر به تمایز اضطراب از سایر عوامل شخصیتی

1. Beck Depression Inventory (BDI) -Short Form

2. Aalto, A et al

3..Cattle anxiety questionnaire (CAQ)

بوده و روایی سازه آن در پژوهش‌های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (کتل، ۱۹۵۷؛ سویل و بلینکورن^۱، ۱۹۸۱). نسخه فارسی پرسشنامه نیز در جمعیت ایرانی دارای پایایی داخلی مطلوب ($\alpha = 0.80$) و همبستگی همگرا با سایر مقیاس‌های اضطراب در محدوده ۰.۶۵ تا ۰.۸۰ گزارش شده است و به‌طور معتبر می‌تواند برای ارزیابی اضطراب بالینی و پژوهشی در این جمعیت به‌کار گرفته شود (هومن و همکاران، ۱۳۹۰ و بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش گنجی (۱۳۷۹) نیز اعتبار این آزمون از طریق اجرای مجدد آن بالاتر از ۷۰٪ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی^۲

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۲) یک ابزار غربالگری ۲۸ سؤالی است که سلامت روانی را در چهار زیرمقیاس (علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی، و افسردگی شدید) ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل نشان‌دهنده سطوح اختلال روانی است. نسخه اصلی دارای پایایی داخلی بالا (آلفای کرونباخ ۰.۹۰) و روایی پیش‌بینی‌کننده مناسب برای تشخیص اختلالات روانی (حساسیت ۸۰٪-۹۰٪) است. مطالعات اعتبار سازه آن را در تمایز سلامت از بیماری تأیید کرده‌اند (گلدبرگ و هیلر^۳، ۱۹۷۲؛ وینفیلد و همکاران^۴، ۱۹۸۹). در نسخه فارسی، می‌توان به تحقیقات یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و عبادی و همکاران (۱۳۸۱) اشاره کرد که در پژوهش خود ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده است: در بررسی پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ثبات داخلی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه معادل ۸۷٪ محاسبه شد.

1. Saville & Blinkhorn
2. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)
3. Goldberg & Hillier
4. Winefield & et al

یافته‌های پژوهش

داده‌های توصیفی

۲۸۴ نفر از زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر بازه سنی خود را به این قرار گزارش نمودند. ۱,۸٪ زیر ۲۰ سال هستند، ۴۰,۱٪ در بازه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۴۶,۸٪ در باز سنی ۳۰-۴۰ سال و ۱۱,۳٪ در سنین بالای ۴۰ سال قرار دارند. از این میان، ۲۲٪ این زنان اکنون پس از سقط جنین هنوز فرزندی ندارند، ۳۲,۹٪ یک فرزند، ۳٪ دو فرزند، ۱۱٪ سه فرزند و ۳,۵٪ چهار و بیشتر فرزند دارند. در زمان سقط جنین، ۵,۳٪ این نمونه در دوران عقد، ۳۸٪ افراد در فاصله ۰-۳ سال پس از ازدواج، ۱۲,۵٪ افراد بین ۳-۵ سال، ۲۹,۲٪ در فاصله ۶-۱۰ سال و ۱۴,۹٪ بیش از ۱۱ سال از عمر ازدواج شان گذشته است.

جدول ۱. ویژگی جمعیت شناختی زنان دارای سقط جنین خودخواسته

بازه سنی زنان	سال	تعداد فرزندان	کنونی تعداد زنان	مدت ازدواج هنگام سقط جنین تعداد زنان	سال
کمتر از ۲۰	۵	۰	۶۴	دوران عقد	۱۵
۲۰-۳۰	۱۱۴	۱	۹۳	۰-۳	۱۰۸
۳۰-۴۰	۱۳۳	۲	۸۵	۳-۵	۳۶
بالتر از ۴۰	۳۲	۳	۳۱	۶-۱۰	۸۳
		۴ و بالاتر	۱۱	۱۱ و بیشتر	۴۲

داده‌های استنباطی

فرضیه یک: تعیین رابطه بین تعداد فرزندان فعلی با میزان افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان دارای تجربه سقط جنین خودخواسته

در جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی به تفکیک گروه‌های متغیر مستقل (تعداد فرزندان) گزارش شده است.

در جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌های متغیر مستقل (تعداد فرزندان)

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	فرزندی ندارم (۱)	۶۳	۰۵/۲۰
	۱ فرزند (۲)	۹۳	۱۱/۲۱
	۲ فرزند (۳)	۸۵	۴۹/۲۲
	۳ فرزند (۴)	۳۱	۹۵/۲۳
	۴ فرزند و بیشتر (۵)	۶	۹۹/۱۸
اضطراب	فرزندی ندارم	۶۲	۵۹/۷۷
	۱ فرزند	۹۳	۴۱/۸۰
	۲ فرزند	۸۲	۵۵/۸۲
	۳ فرزند	۳۱	۲۹/۸۵
	۴ فرزند و بیشتر	۶	۷۳/۸۳
سلامت عمومی	فرزندی ندارم	۵۷	۶۱/۵۳
	۱ فرزند	۸۷	۴۵/۵۶
	۲ فرزند	۸۱	۱۶/۶۱
	۳ فرزند	۳۰	۹۲/۶۲
	۴ فرزند و بیشتر	۶	۳۳/۵۹
علائم جسمانی	فرزندی ندارم	۵۷	۵۳/۱۴
	۱ فرزند	۸۷	۶۱/۱۴
	۲ فرزند	۸۱	۷۷/۱۵
	۳ فرزند	۳۰	۳۹/۱۷
	۴ فرزند و بیشتر	۵	۲۰/۱۷
علائم اضطرابی	فرزندی ندارم	۵۷	۱۱/۱۳
	۱ فرزند	۸۷	۴۸/۱۴
	۲ فرزند	۸۱	۰۲/۱۶
	۳ فرزند	۳۰	۴۷/۱۶
	۴ فرزند و بیشتر	۶	۶۷/۱۵

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	
عملکرد اجتماعی	فرزندی ندارم	۵۷	۴۷/۱۴	۳۹/۳
	۱ فرزند	۸۶	۲۲/۱۵	۰۰/۴
	۲ فرزند	۸۱	۸۵/۱۵	۰۷/۴
	۳ فرزند	۳۰	۳۸/۱۵	۵۷/۳
	۴ فرزند و بیشتر	۶	۵۰/۱۶	۷۸/۳
علایم افسردگی	فرزندی ندارم	۵۷	۵۰/۱۱	۴۴/۵
	۱ فرزند	۸۷	۹۸/۱۱	۶۴/۵
	۲ فرزند	۸۱	۵۲/۱۳	۵۴/۶
	۳ فرزند	۳۰	۶۸/۱۳	۲۱/۵
	۴ فرزند و بیشتر	۶	۵۰/۱۱	۷۳/۳

جدول ۳. بررسی همگنی واریانس‌ها

آزمون لون	۱df	۲df	P	
۶۳۶/۲	۴	۲۷۳	۰۳۴/۰	افسردگی
۹۳۲/۰	۴	۲۶۹	۴۴۶/۰	اضطراب
۲۶۳/۱	۴	۲۵۶	۲۸۵/۰	سلامت عمومی
۵۳۳/۲	۴	۲۵۵	۰۴۱/۰	علایم جسمانی
۶۴۴/۰	۴	۲۵۶	۶۳۲/۰	علایم اضطرابی
۱۲۱/۱	۴	۲۵۵	۳۴۷/۰	عملکرد اجتماعی
۸۰۶/۱	۴	۲۵۶	۱۲۸/۰	علایم افسردگی

نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس متغیرهای افسردگی و مؤلفه علایم جسمانی همگن نیست. بنابراین در تحلیل این متغیرها باید از آماره ولش در تحلیل واریانس یک راهه استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۴ و نتایج آزمون ولش در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس یک راه جهت بررسی تفاوت میانگین

متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف متغیر مستقل

آزمون تعقیبی	P<	F	MS	df	SS		
۱>۴	۰۲۷/۰	۷۷۷/۲	۰۴۵/۳۹۱	۴	۱۸۰/۱۵۶۴	بین گروهی	اضطراب
			۸۰۲/۱۴۰	۲۶۹	۶۴۷/۳۷۸۷۵	درون گروهی	
				۲۷۳	۸۲۷/۳۹۴۳۹	کل	
	۰۴۱/۰	۵۳۵/۲	۳۱۳/۷۱۳	۴	۲۵۲/۲۸۵۳	بین گروهی	سلامت عمومی
			۴۳۱/۲۸۱	۲۵۶	۴۲۲/۷۲۰۴۶	درون گروهی	
				۲۶۰	۶۷۴/۷۴۸۹۹	کل	
۱>۳	۰۰۷/۰	۵۷۲/۳	۶۵۱/۹۴	۴	۶۰۵/۳۷۸	بین گروهی	علائم اضطرابی
			۴۹۹/۲۶	۲۵۶	۷۸۰/۶۷۸۳	درون گروهی	
				۲۶۰	۳۸۵/۷۱۶۲	کل	
۱>۴	۳۰۰/۰	۲۲۷/۱	۱۳۴/۱۸	۴	۵۳۷/۷۲	بین گروهی	عملکرد اجتماعی
			۷۸۲/۱۴	۲۵۵	۴۳۵/۳۷۶۹	درون گروهی	
				۲۵۹	۹۷۲/۳۸۴۱	کل	
	۱۸۵/۰	۵۶۱/۱	۸۷۲/۵۲	۴	۴۸۶/۲۱۱	بین گروهی	علائم افسردگی
			۸۶۴/۳۳	۲۵۶	۲۸۵/۸۶۶۹	درون گروهی	
				۲۶۰	۷۷۱/۸۸۸۰	کل	

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس یک راه با روش ولش

آزمون تعقیبی	P<	۲df	۱df	F _{asympt}	
-	۰۳۴/۰	۰۵۸/۴۲	۴	۸۷۶/۲	افسردگی
۱>۴	۰۴۲/۰	۴۷۹/۲۸	۴	۸۵۴/۲	علائم جسمانی

نتایج تحلیل واریانس یک راه نشان داد که تفاوت معنی داری بین سطوح مختلف متغیر مستقل (تعداد فرزندان) در میانگین نمرات مؤلفه‌های عملکرد اجتماعی ($F=1/23$, $p=0/300$) و علائم افسردگی ($F=1/56$, $p=0/185$) وجود ندارد.

اما بین سطوح متغیر مستقل (تعداد فرزندان) در میانگین نمرات افسردگی ($F=2/53$, $p<0/05$)، اضطراب ($F=2/78$, $p<0/05$) و سلامت عمومی ($F=2/88$, $p<0/05$)

و مؤلفه‌های علائم جسمانی ($F_{\text{asympt}}=2/85$, $p<0/05$) و علائم اضطرابی ($F=3/57$, $p<0/01$) تفاوت معنی داری وجود داشت.

جهت بررسی اینکه بین میانگین نمره کدام یک از گروه‌های متغیر مستقل (تعداد فرزندان) این تفاوت‌ها معنی دار است از آزمون تعقیبی توکی (در شرایط تأیید همگنی واریانس‌ها) و آزمون تعقیبی جیمز-هاول (در شرایط عدم تأیید همگنی واریانس) استفاده گردید. نتایج نشان داد که میزان اضطراب و مؤلفه علائم جسمانی در گروه بدون فرزند به طور معنی داری کمتر از گروه سه فرزند بود. و میزان مؤلفه علائم اضطرابی در گروه بدون فرزند به طور معنی داری کمتر از گروه‌های دو و سه فرزند بود. آزمون تعقیبی تفاوت معنی داری بین گروه‌های مختلف متغیر مستقل در متغیرهای افسردگی و سلامت عمومی نشان نداد.

فرضیه دوم: تعیین رابطه بین مدت زمان گذشته از ازدواج با میزان افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان پس از سقط جنین خودخواسته

در جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی به تفکیک سطوح مختلف متغیر مستقل (مدت زمان گذشته از ازدواج) گزارش شده است. در جدول ۷. نتایج آزمون لون^۱ جهت بررسی همگنی واریانس‌ها گزارش شده است.

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته به تفکیک

گروه‌های متغیر مستقل (مدت زمان گذشته از ازدواج)

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی			
۱ تا ۵ سال (۱)	۶۴	۲۱/۵۹	۷/۵۴
۵ تا ۱۰ سال (۲)	۱۰۰	۲۰/۵۹	۷/۸۵
۱۰ تا ۱۵ سال (۳)	۶۴	۲۲/۶۶	۷/۴۳
بیشتر از ۱۵ سال (۴)	۴۷	۲۲/۴۱	۸/۳۴
اضطراب			
۱ تا ۵ سال	۶۲	۸۱/۲۳	۱۰/۷۹
۵ تا ۱۰ سال	۹۹	۷۹/۵۰	۱۱/۹۷

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
۱۰ تا ۱۵ سال	۶۳	۸۲/۶۶	۱۲/۶۷
بیشتر از ۱۵ سال	۴۶	۸۲/۴۱	۱۲/۵۴
۱ تا ۵ سال	۵۵	۵۲/۵۶	۱۶/۸۴
۵ تا ۱۰ سال	۹۶	۵۶/۴۱	۱۷/۷۹
۱۰ تا ۱۵ سال	۶۱	۵۹/۰۵	۱۵
بیشتر از ۱۵ سال	۴۶	۶۱/۹۳	۱۷/۸۸
۱ تا ۵ سال	۵۵	۱۵	۴/۶۹
۵ تا ۱۰ سال	۹۶	۱۴/۹۰	۴/۹۹
۱۰ تا ۱۵ سال	۶۱	۱۵/۴۹	۴/۵۳
بیشتر از ۱۵ سال	۴۶	۱۶/۱۹	۴/۷۵
۱ تا ۵ سال	۵۵	۲۸/۱۴	۴۰/۵
۵ تا ۱۰ سال	۹۶	۲۷/۱۴	۲۷/۵
۱۰ تا ۱۵ سال	۶۱	۶۱/۱۵	۹۰/۴
بیشتر از ۱۵ سال	۴۶	۰۰/۱۶	۳۷/۵
۱ تا ۵ سال	۵۵	۰۶/۱۵	۹۷/۳
۵ تا ۱۰ سال	۹۶	۱۸/۱۵	۱۴/۴
۱۰ تا ۱۵ سال	۶۱	۰۱/۱۵	۳۷/۳
بیشتر از ۱۵ سال	۴۶	۵۰/۱۶	۰۸/۴
۱ تا ۵ سال	۵۵	۱۸/۱۲	۶۲/۵
۵ تا ۱۰ سال	۹۶	۰۶/۱۲	۹۸/۵
۱۰ تا ۱۵ سال	۶۱	۹۴/۱۲	۲۶/۵
بیشتر از ۱۵ سال	۴۶	۲۴/۱۳	۶۵/۶

جدول ۷. بررسی همگنی واریانس‌ها

P	۲df	۱df	آزمون لون
۸۷۲/۰	۲۷۱	۳	۲۳/۰
۳۸۸/۰	۲۶۶	۳	۰۱/۱
۵۰۰/۰	۲۵۴	۳	۷۹/۰
۵۸۸/۰	۲۵۴	۳	۶۴/۰
۴۳۰/۰	۲۵۴	۳	۹۲/۰
۳۰۶/۰	۲۵۴	۳	۲۱/۱
۷۸۶/۰	۲۵۴	۳	۳۵/۰

نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس تمام متغیرهای وابسته، همگن است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه در جدول ۸ گزارش شده است.

جدول ۸. تحلیل واریانس یک راهه جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در سطوح مختلف متغیر مستقل (مدت زمان گذشته از ازدواج)

P<	F	MS	df	SS		
۳۳۶/۰	۱۳۴/۱	۴۶/۶۸	۳	۳۹/۲۰۵	بین گروهی	افسردگی
		۴۰/۶۰	۲۷۱	۱۹/۱۶۳۶۷	درون گروهی	
			۲۷۴	۵۷/۱۶۵۷۲	کل	
۳۳۸/۰	۱۲۸/۱	۹۴/۱۶۱	۳	۸۳/۴۸۵	بین گروهی	اضطراب
		۵۲/۱۴۳	۲۶۶	۵۱/۳۸۱۷۵	درون گروهی	
			۲۶۹	۳۴/۳۸۶۶۱	کل	
۲۶۹/۰	۳۱۷/۱	۸۱/۳۷۹	۳	۴۴/۱۱۳۹	بین گروهی	سلامت عمومی
		۴۴۳/۲۸۸	۲۵۴	۵۰/۷۳۲۶۴	درون گروهی	
			۲۵۷	۹۴/۷۴۴۰۳	کل	
۴۶۲/۰	۸۶۰/	۶۲/۱۹	۳	۸۵/۵۸	بین گروهی	علائم جسمانی
		۸۰/۲۲	۲۵۴	۳۰/۵۷۹۲	درون گروهی	
			۲۵۷	۱۴/۵۸۵۱	کل	
۱۵۲/۰	۷۷۵/۱	۵۶/۴۸	۳	۶۷/۱۴۵	بین گروهی	علائم اضطرابی
		۳۵/۲۷	۲۵۴	۷۵/۶۹۴۶	درون گروهی	
			۲۵۷	۴۲/۷۰۹۲	کل	
۱۸۳/۰	۶۳۱/۱	۰۸/۲۵	۳	۲۴/۷۵	بین گروهی	عملکرد اجتماعی
		۳۸/۱۵	۲۵۴	۷۱/۳۹۰۶	درون گروهی	
			۲۵۷	۹۵/۳۹۸۱	کل	
۶۲۱/۰	۵۹۱/	۳۶/۲۰	۳	۰۹/۶۱	بین گروهی	علائم افسردگی
		۴۵/۳۴	۲۵۴	۲۹/۸۷۵۱	درون گروهی	
			۲۵۷	۳۹/۸۸۱۲	کل	

نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که تفاوت معنی داری بین سطوح مختلف متغیر مستقل (مدت زمان گذشته از ازدواج) در میانگین نمرات افسردگی ($F=1/13$)

$(p=0/336)$ ، اضطراب ($F=1/13$, $p=0/338$) و سلامت عمومی ($F=1/32$, $p=0/269$) و مؤلفه‌های آن وجود ندارد.

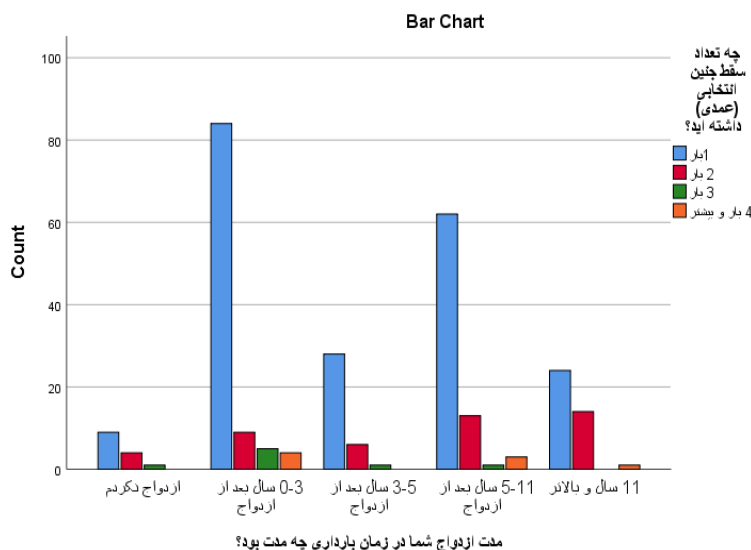
رابطه بین مدت زمان ازدواج و نرخ اقدام به سقط

جهت بررسی رابطه بین مدت زمان ازدواج و نرخ اقدام به سقط از آزمون مجذور خی استفاده گردید. در جدول ۹ فراوانی هر کدام از سطوح متغیر «مدت زمان ازدواج» بر اساس نرخ اقدام به سقط در مادران آورده شده است.

جدول ۹. فراوانی سطوح متغیر «مدت زمان ازدواج» بر پایه نرخ اقدام به سقط

کل	اقدام به سقط				
	۱ بار	۲ بار	۳ بار	۴ بار و بیشتر	
۱۴	۰	۱	۴	۹	دوران عقد
۱۰۲	۴	۵	۹	۸۴	۳-۰ سال
۳۵	۰	۱	۶	۲۸	۵-۳ سال
۷۹	۳	۱	۱۳	۶۲	۱۱-۵ سال
۳۹	۱	۰	۱۴	۲۴	۱۱ سال و بالاتر
۲۶۹	۸	۸	۴۶	۲۰۷	کل

نتایج آزمون مجذور خی نشان داد که بین سطوح متغیر «مدت زمان ازدواج» و نرخ اقدام به سقط رابطه معنی داری وجود دارد ($\chi^2(12)=21/19$, $p=0/048$). همچنین جهت پی بردن به قدرت رابطه بین «مدت زمان ازدواج» و نرخ اقدام به سقط از ضریب همبستگی فای استفاده شد. یک رابطه نسبتاً متوسط بین دو متغیر وجود داشت ($\phi=0/28$, $p<0/05$).



بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه تعداد فرزندان فعلی خانواده و مدت زمان گذشته از ازدواج با افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان دارای تجربه سقط جنین خودخواسته و همچنین ارتباط این متغیرها با نرخ اقدام به سقط بود. نتایج پژوهش در چارچوب دو فرضیه اصلی مورد بحث و تبیین قرار می‌گیرد. یافته‌های پژوهش در بررسی فرضیه اول نشان داد که تعداد فرزندان فعلی خانواده با سطوح افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان دارای تجربه سقط جنین خودخواسته رابطه معنادار دارد. به طور مشخص، زنان دارای فرزند، به ویژه در سطوح بالاتر تعداد فرزند، نمرات بالاتری در اضطراب و برخی مؤلفه‌های سلامت عمومی نسبت به زنان بدون فرزند گزارش کردند. این یافته با بخش قابل توجهی از پژوهش‌های پیشین همسو است. مطالعات طولی و مقطعی نشان داده‌اند که تجربه سقط جنین می‌تواند با پیامدهای روان‌شناختی پایداری همچون اضطراب، افسردگی، نشخوار ذهنی و علائم استرس‌زا همراه باشد (ریردون، ۲۰۱۸؛

سالینز^۱، ۲۰۲۴؛ کلمن^۲، ۲۰۱۱). بوجار^۳ (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود گزارش کرد که احساس گناه، شرم، اختلال خواب و اضطراب پس از سقط در زنانی که مسئولیت مادری را تجربه کرده‌اند، شایع‌تر و شدیدتر است. همچنین لاک و نیوبرگر^۴ (۲۰۰۷) نشان دادند که واکنش‌های سوگ و علائم اضطرابی پس از خاتمه بارداری در زنانی که درگیر نقش‌های والدینی هستند، ماندگارتر است. در پژوهش‌های داخلی نیز نتایج مشابهی گزارش شده است. نجاتی حاتمیان (۱۳۹۲) نشان داد زنان پس از سقط عمدی، به‌ویژه مادران، با نگرانی‌های شدید درباره سلامت فرزندان موجود خود مواجه می‌شوند که این نگرانی‌ها گاه به اختلال در کارکرد روانی و مراقبتی آنان منجر می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش رهبر و همکاران (۱۳۸۸) نیز همخوان است که سطوح پایین‌تر سلامت عمومی را در زنان دارای تجربه سقط گزارش کردند. در مقابل، برخی مطالعات ناهمسو، به‌ویژه در جوامعی با دسترسی گسترده به حمایت‌های روانی و هنجارهای اجتماعی متفاوت، گزارش کرده‌اند که همه زنان الزاماً دچار آسیب روان‌شناختی پایدار پس از سقط نمی‌شوند (کرو، ۱۹۸۹؛ فاسترو و همکاران، ۲۰۱۲؛ ماجور و همکاران^۵، ۲۰۰۹). با این حال، حتی این پژوهش‌ها نیز اذعان دارند که زیرگروه‌هایی از زنان، به‌ویژه آن‌هایی که تعارض‌های درونی یا فشارهای اجتماعی بیشتری تجربه می‌کنند، در معرض خطر بالاتری قرار دارند.

از منظر تبیینی، می‌توان این یافته را در چارچوب تعارض‌های شناختی - هیجانی مرتبط با نقش مادری تحلیل کرد. زنانی که تجربه مادری دارند، سقط جنین را نه صرفاً به عنوان پایان یک بارداری، بلکه به مثابه کنشی در تضاد با ارزش‌ها و هویت مادری درونی‌شده تجربه می‌کنند. این ناهماهنگی شناختی می‌تواند احساس گناه، خودسرزنش‌گری و اضطراب پایدار ایجاد کند و در نهایت سلامت عمومی فرد را تضعیف

1. sullins

2. Coleman

3. Bujar

4. Lock & Neugebauer

5. Major, & et al

نماید (ریردون، ۲۰۱۸). افزون بر این، مسئولیت مراقبت از فرزندان موجود می‌تواند فرصت پردازش هیجانی فقدان را محدود کرده و به تداوم علائم روان‌شناختی منجر شود (سالینز، ۲۰۲۴؛ فاستر و همکاران^۱، ۲۰۱۲).

یافته‌های پژوهش حاضر در بررسی فرضیه دوم نشان داد که مدت زمان گذشته از ازدواج با سطوح افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی زنان پس از سقط جنین خودخواسته رابطه معناداری ندارد؛ با این حال، این متغیر با نرخ اقدام به سقط رابطه معنادار نشان داد، به گونه‌ای که سقط جنین در سال‌های ابتدایی ازدواج با فراوانی بیشتری گزارش شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است. عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷) نشان دادند که بخش قابل‌توجهی از سقط‌های عمدی در ایران به بارداری‌هایی مربوط است که در دوره عقد یا سال‌های اولیه ازدواج رخ داده‌اند. بهمنش و همکاران (۲۰۱۸) نیز گزارش کردند که حدود دو سوم زنان با مدت ازدواج کمتر از ۱۰ سال تمایلی به بارداری بلافاصله پس از ازدواج ندارند و این امر احتمال سقط بارداری‌های ناخواسته را افزایش می‌دهد. در سطح بین‌المللی، شیلدستاد^۲ و همکاران (۱۹۹۴) و ادواردسون و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان داده‌اند که تصمیم به خاتمه بارداری به‌طور معناداری با مرحله چرخه زندگی خانوادگی و مدت ازدواج مرتبط است.

از منظر تبیینی، می‌توان گفت که سال‌های ابتدایی ازدواج دوره‌ای حساس از نظر تثبیت رابطه زوجی، امنیت اقتصادی و شکل‌گیری هویت خانوادگی است. بارداری ناخواسته در این مرحله ممکن است به عنوان تهدیدی برای انسجام رابطه و برنامه‌های زندگی زوج‌ها تلقی شود و تصمیم به سقط را تسهیل کند. با این حال، عدم تفاوت معنادار در پیامدهای روان‌شناختی پس از سقط بر حسب مدت ازدواج نشان می‌دهد که آسیب‌های روانی سقط، بیش از آنکه به طول ازدواج وابسته باشد، به معانی ذهنی، نگرش‌ها و منابع حمایت روانی - اجتماعی زنان مرتبط است (کاستیلو و همکاران،

1. Foster, & et al

2. Skjeldestad & et al

۲۰۲۴). در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر تأکید می‌کند که سقط جنین خودخواسته پدیده‌ای چندبعدی است که در تلاقی نگرش‌های فرهنگی، هنجارهای فرزندآوری، نقش‌های خانوادگی و فرایندهای روان‌شناختی فردی شکل می‌گیرد. ترجیح تک‌فرزندی یا دوفرزندی و به تعویق انداختن فرزندآوری، اگرچه تصمیم به سقط را افزایش می‌دهد، اما لزوماً زنان را از پیامدهای روان‌شناختی آن مصون نمی‌سازد. از این رو، نتایج پژوهش حاضر بر ضرورت مداخلات مشاوره‌ای و روان‌شناختی پیش از تصمیم به سقط و حمایت روانی پس از آن تأکید دارد (فداکار و کارشناس، ۱۴۰۳).

با وجود یافته‌های معنادار، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در تفسیر نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، ماهیت مقطعی پژوهش امکان بررسی پویایی تغییرات روان‌شناختی زنان در گذر زمان و تبیین روابط علی میان متغیرها را محدود می‌سازد؛ از این رو، انجام مطالعات طولی برای بررسی سیر تحول افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی پیش و پس از سقط جنین خودخواسته ضروری به نظر می‌رسد. افزون بر این، استفاده از روش کمی، اگرچه امکان تعمیم آماری را فراهم می‌کند، اما قادر به درک عمیق تجربه زیسته، معانی ذهنی و فرایندهای تصمیم‌گیری زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته و سقط جنین نیست؛ بنابراین، انجام پژوهش‌های کیفی و ترکیبی می‌تواند به غنای فهم این پدیده پیچیده کمک کند. از منظر کاربردی، با توجه به پیامدهای روان‌شناختی قابل توجه سقط جنین خودخواسته و ارتباط آن با نگرش‌های فرزندآوری، نتایج این پژوهش بر ضرورت مداخلات پیشگیرانه، آموزش‌های مبتنی بر سلامت روان و تقویت خدمات مشاوره‌ای برای زنان در سنین باروری تأکید دارد. ارتقای آگاهی زوج‌ها درباره تبعات روان‌شناختی سقط، اصلاح باورهای ناکارآمد مرتبط با زمان‌بندی فرزندآوری و فراهم‌سازی حمایت روان‌شناختی تخصصی پیش و پس از مواجهه با بارداری ناخواسته، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش سقط‌های غیرضروری و پیامدهای منفی آن برای سلامت زنان و نظام خانواده ایفا کند. در این راستا، نقش مراکز بهداشت، پزشکان، ماماها و روان‌شناسان به عنوان منابع مورد اعتماد اجتماعی در هدایت

تصمیم‌گیری آگاهانه و حمایت روانی از زنان، اهمیتی دوچندان می‌یابد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است.

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول تمامی مراحل فرایند پژوهشی را با همراهی همکار پژوهشی مدیریت نموده است.

حمایت مالی: این مقاله تحت حمایت مالی - معنوی جایی نبوده و نویسندگان هزینه‌های آن را تقبل نموده‌اند.

تعارض منافع: یافته‌های این مطالعه هیچ گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

قدردانی: از کلیه‌ی زنان که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای طرح کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- آخته، مریم؛ علی‌پور، احمد و شریفی ساکی، شیدا (۱۳۹۳). "اثربخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین". روان‌شناسی سلامت ۳ (۳)، ۱۱۹-۱۲۹.
- آخوندی، محمد مهدی (۱۳۹۸). آمارهای تکان دهنده سقط جنین در ایران، خبرگزاری الف. <https://www.alef.ir/news/3980523153.html>
- ادیبی دхани، لیلا؛ شاه حسینی تاجیک، سعید و محمدی پور، محمد (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی زنان افسرده، نشریه روان‌شناسی نوین، ۲ (۱)، ۳۱-۴۲.
- حاجی زاده خنامانی، زهره؛ چراغی، مونا؛ فتح‌آبادی، جلیل (۱۴۰۱). پیش‌بینی اضلاع مدل سه گانه خانواده ایرانی (احساس ما بودن- مرز منعطف- پیوستن) بر اساس سن ازدواج، طول مدت ازدواج، تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دلبستگی همسران. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۸ (۳)، ۵۳۳-۵۱۵.
- doi: 10.52547/JFR.18.3.515**
- خلیلی، زهرا، حسین نتاج، ابوالفضل، و ایلالی، احترام السادات. (۱۴۰۲). ارتباط سلامت عمومی با سوءرفتار در سالمندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۳۳ (۲۲۱)، ۱۰۵-۱۱۶.
- رازقی نصرآباد، حجیه بی بی و سنجرى، الهام (۱۳۹۶). عوامل موثر بر اقدام به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته

زنان از سقط جنین در تهران. مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان. ۱۵ (۲): ۱۳۶-۱۰۵.

DOR: 10.22051/JWSPS.2017.8299.1165

رجبی، غلامرضا (۱۳۸۴). ویژگی های روانسجی ماده های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13). فصلنامه روان شناسان ایرانی، سال ۱، شماره ۴، ۲۹۸-۲۹۱.

رضاپور میر صالح، یاسر؛ رضازاده، احسان (۱۴۰۲). تاثیر مداخله بر هستی شناسی دینی بر نشانگان بالینی و تفکر وجودی دانشجویان دارای اختلال افسردگی؛ یک مطالعه موردی خط پایه. فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره. ۲۲ (۸۶): ۴-۳۱.

رهبر؛ ناهید، قربانی؛ راهب، مؤذن؛ صدیقه، ستوده اصل؛ نعمت الله (۱۳۸۸). ارتباط سقط خود به خودی و سلامت عمومی. زنان مامائی و نازایی ایران، ۱۳ (۱): ۱۳-۸.

سرایبی، حسن و روشن شمال، پگاه (۱۳۹۱). سنجش عوامل اجتماعی موثر بر نگرش زنان باردار به سقط جنین، زن در توسعه و سیاست، ۲۳ (۲): ۵-۲۳.
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2012.28685>

طوفانیان، صدیقه سادات؛ رمضان زاده، فاطمه (۱۳۸۶). مشخصات جمعیت شناختی موثر بر تصمیم به سقط عمدی در مراجعین بیمارستان های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی". پایش. ۲ (۶): ۱۶۴-۱۵۷.
ظفری، دیزجی (۱۳۹۳). تجربه زیسته زنان در سقط جنین ارادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا.

عباسی شوازی، محمد جلال و حسینی چاوشی، میمنت (۱۳۹۰). تنظیم خانواده، باوروی و تحول سیاست های جمعیتی در ایران، مجله معرفت در دانشگاه اسلامی. ۱۵ (۳): ۲۶-۸.

عرفانیان، امیر؛ شجاعی، جواد (۱۳۹۷). "شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران: میزان ها، دلایل و تغییرات". مجله زنان مامایی و نازایی، ۲۱ (۳): ۷۷-۶۴.
[dor: 10.22038/IJOGL.2018.11065](https://doi.org/10.22038/IJOGL.2018.11065)
غلامی، علی؛ احمدپور، صدف؛ باغبان، بهنام؛ خیرطلب، سجاد و فروزان فر، زهره (۱۳۹۵). پرستاری و مامایی جامع نگر. ۲۵ (۸۱): ۷۳-۶۵.

فداکار، فهیمه، و کارشناس، مژگان (۱۴۰۳). سقط جنین، زمینه ها و مداخلات روان شناختی. انتشارات جهاد دانشگاهی علامه طباطبایی. تهران. ایران.

فریدونی، هادی (۱۴۰۲). بررسی احکام سقط جنین از دیدگاه فقه شیعه و اهل تسنن. پژوهش و مطالعات اسلامی مهر. ۵۸ (۵۱): ۷۸-۵۸.

محمدی، عیسی؛ نوری زاده، رقیه؛ سیمبر، معصومه (۱۳۹۲). دلایل جستجوی سقط در زنان دارای بارداری ناخواسته: یک مطالعه کیفی. پایش ۱۳ (۴): ۴۲۴-۴۱۳.

[dor: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.4.6](https://doi.org/10.22051/JWSPS.2017.8299.1165)

محمودیان، سراج الدین، و عابدی، منظر. (۱۴۰۱). بررسی رابطه بین بارداری ناخواسته و سقط عمدی جنین. پایش، ۲۱ (۶): ۶۲۷-۶۳۵.

منصور، محمود و دادستان، پری رخ (۱۳۶۸). بیماری های روانی. تهران: انتشارات ژرف.
نجاتی حاتمیان، سیمین (۱۳۹۲). تجربه سقط جنین ارادی در زنان متأهل شهر تهران. مطالعات اجتماعی ایران، ۱ (۱): ۱۸۴-۱۶۴.

- Aalto, A. M., Elovainio, M., Kivimäki, M., Uutela, A., & Pirkola, S. (2012). The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry research*, 197(1-2), 163-171.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickles, K. (1974). Short form of depression inventory: Cross-validation. *Psychological Reports*, 34, 1184- 1186.
- Behmanesh F, Taghizadeh Z, Vedadhir A, Ebadi A, Pourreza A, Abbasi-Shavazi MJ. (2018). The relationship of married women's marriage duration with their reproductive practices. *Nurs Midwifery Stud* 2018;7:122-7.
- Broen, A., Moum, T., Sejersted Bødtker, A., Ekeberg, O. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study, *General Hospital Psychiatry*, 27, 1: 36-43.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.09.009>.
- Bujar, O. (2016). Anxiety, Depression and other Psychological effects on Women after Induced Abortion. *Public Health and Preventive Medicine*, 2016, 2.
- Castillo, K. S. S., Peña, J. J. V., & Ledesma, D. V. B. (2024). Importance of mental health in patients with post-abortion. *Interamerican Journal of Health Sciences*, 4, 59-59.
[doi: https://doi.org/10.59471/ijhsc202459](https://doi.org/10.59471/ijhsc202459)
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180–186.
- Dimula, Y. Ett al. (2008), “attitudes towards abortion”. *Health Science Journal*, 3:1-11.
- Edvardsson K, Black KI, Bateson D, Norman WV, Shankar M, Hooker L, Li X, Taft AJ(2010). The prevalence of and factors associated with prior induced abortion among women who gave birth in Victoria, 2010-2019. *Med J Aust*. 220(3):138-144.
[doi: 10.5694/mja2.52202](https://doi.org/10.5694/mja2.52202)
- Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2012). How women anticipate coping after an abortion. *Contraception*, 86(1), 84–90.
- Foster. Diana Greene, Heather. Gould, Kimport. Katrina (2012). “How women anticipate coping after an abortion”. *Contraception*. 86(2012) 84-90. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.11.002
- Gould, J. (1982). A Psychometric investigation of the standard and long form Beck Depression Inventory. *Psychological Reports*, 51, 1167-1170.
[doi: 10.2466/pr0.1982.51.3f.1167](https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.3f.1167).
- Hsu, H. Huang, J., Au, Lin, Chen, Chien, Chao, Lo, Lin, Chen, Impact of miscarriage and termination of pregnancy on subsequent pregnancies: A longitudinal study of maternal and paternal depression, anxiety and eudaimonia. *Journal of Affective Disorders*, V 354, P 544-552. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.054>.
- Jacob.louis, Kostev.Karel, Gerald. Christian, Kalder.Mattias.” relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany”. *Journal of Psychiatric Research*. 114(2019) 75-79.
[doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.022](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.022)
- Leahy, J. M. (1992). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory-Short

- Form in a group of adult bereaved females. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 64-68.
doi: 10.1002/1097-4679(199201)48:1<64::aid-jclp2270480109>3.0.co;2-9
- Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Apr;21(2):229-47.
doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863.
- McCraw RK. Obsessive-compulsive disorder apparently related to abortion. *Am J Psychother*. 1989 ;43(2):269-76.
doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1989.43.2.269
- Reardon DC(2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med*. 29;6:2050312118807624.
doi: 10.1177/2050312118807624
- Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118807624.
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49(2), 306.
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A Psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.
- Scogin, F., Beutler, L., Corbishley, A., & Hamblin, D. (1988). Reliability and validity of the short form Beck Depression Inventory with older adult. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 6, 853-857.
- Shadmi N, Bloch M, Hermoni D. (2002). The psychological (long-term) sequelae of abortion. *Harefuah*. ;141(10):898-901, 930, 929. Hebrew. PMID: 12420597.
- Shiferaw BM, Kokeb LN, Bantie GM, Workie HM(2024). Post-abortion contraceptive utilization and associated factors among women who attended abortion services: A health facility cross-sectional study. *SAGE Open Med*. 14;12:20503121231223617.
doi: 10.1177/20503121231223617
- Skjeldestad FE, Borgan JK, Daltveit AK, Nymoene EH(1994). Induced abortion. Effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 73(3):255-60. doi: 10.3109/00016349409023450. PMID: 8122509.
- Sullins, D. P. Persistent Emotional Distress after Abortion in the United States. Preprints(2024), 2024071463. doi.org/10.20944/preprints202407.1463.v1

