DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 3, Autumn

Received: 11.10.2025 Accepted: 15.02.2026 Published: 07.10.2026

# Exploring Women's Lived Experiences and Perceptions of Spontaneous Abortion: A Qualitative Phenomenological Study in Lenjan, Iran

Hajar Jafari[1], Tahereh Jalali[1], Mahboubeh Hojati[2]

Original Article

## Abstract

**Background:** Spontaneous abortion is one of the most common complications of pregnancy among women of reproductive age, which, according to global estimates, involves 15%–20% of recognized pregnancies. Despite the focus of studies on medical aspects, women's perceptions and lived experiences of abortion, especially within the cultural context of Iran, have been less investigated. This phenomenological study aimed to explore the lived experiences and perceptions of women residing in Lenjan County, Iran, regarding the causes of spontaneous abortion in 2024.

**Methods:** Using Colaizzi's phenomenological method, this qualitative study was conducted on 163 women residing in Lenjan County who had experienced spontaneous abortion in 2024, with their records documented in the Ministry of Health's SIB system. Although theoretical saturation was achieved after interviewing about 20 participants, interviews were extended to the entire accessible population using purposeful and convenience sampling. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews (20-60 minutes) conducted in safe environments. The main questions focused on describing the abortion experience and its associated emotions and meanings, while exploratory questions were used to facilitate deeper discourse. Data analysis was conducted using Colaizzi's seven-step method.

**Findings:** The mean age of women was 32.34 ± 6.80 years, and that of their husbands was 36.52 ± 6.65 years. Most women held a high school diploma (41.2%) and were homemakers (93.8%), while their husbands were primarily self-employed (42.9%). Data analysis identified five main themes: (1) biological–medical causes (absence of fetal heartbeat, genetic abnormalities, uterine problems, and maternal diseases such as hypothyroidism); (2) psychological–emotional factors (stress and psychological shock, family conflicts, and domestic violence); (3) environmental factors (air pollution, presence of cats, excessive mobile phone use); (4) cultural–social beliefs and interpretations (superstitious beliefs such as spells and divine will); (5) lifestyle and pregnancy care (heavy physical activities, unhealthy diet, lack of supplement use, and inappropriate pregnancy spacing).

**Conclusion:** Women's perception of spontaneous abortion is multidimensional and influenced by biological, psychological, environmental, cultural, and lifestyle factors. From the participants' perspective, psychological–emotional factors (especially stress) and environmental factors played a decisive role in the occurrence of spontaneous abortion. Therefore, it is necessary to integrate psychological educational programs for mothers, including stress management techniques (such as mindfulness and counseling), to strengthen resilience and reduce adverse reproductive outcomes.

**Keywords:** Spontaneous abortion; Lived experience; Phenomenology; Stress; Maternal education; Reproductive health

**Citation:** Jafari H, Jalali T, Hojati M. **Exploring Women's Lived Experiences and Perceptions of Spontaneous Abortion: A Qualitative Phenomenological Study in Lenjan, Iran.** J Health Syst Res 2026; 22(3): 466-71.

1- Lenjan Health Network, Deputy Director of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- PhD, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan AND Forensic Medicine Research Center, Forensic Medicine Organization, Tehran AND Department of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
**Corresponding Author:** Mahboubeh Hojati; PhD, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan AND Forensic Medicine Research Center, Forensic Medicine Organization, Tehran AND Department of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran; Email: m.hojati12345@gmail.com



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 ]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 Published by Vesnu Publications

# بررسی تجربه زیسته و ادراک زنان از سقط خودبه‌خودی: یک مطالعه پدیدارشناختی کیفی در لنجان، ایران

هاجر جعفری[۱]، طاهره جلالی[۱]، محبوبه حجتی[۲]

مقاله پژوهشی


## چکیده

**مقدمه:** سقط خودبه‌خودی یکی از شایع‌ترین عوارض بارداری در میان زنان در سن باروری است که بر اساس برآوردهای جهانی، ۱۵ تا ۲۰ درصد بارداری‌های شناخته شده را درگیر می‌کند. با وجود تمرکز مطالعات بر جنبه‌های پزشکی، ادراک و تجربیات زیسته زنان از سقط به ویژه در بافت فرهنگی ایران کمتر بررسی شده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، کاوش تجربه زیسته و ادراک زنان ساکن شهرستان لنجان از علل سقط خودبه‌خودی در سال ۱۴۰۳ بود.

**روش‌ها:** این تحقیق کیفی با رویکرد پدیدارشناسی Colaizzi بر روی ۱۶۳ زن ساکن شهرستان لنجان که در سال ۱۴۰۳ سابقه سقط خودبه‌خودی داشتند و اطلاعاتشان در سامانه سیب وزارت بهداشت ثبت شده بود، انجام شد. با وجود دستیابی به اشباع نظری پس از مصاحبه با حدود ۲۰ شرکت‌کننده، مصاحبه با کل جامعه به صورت هدفمند و در دسترس ادامه یافت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته عمیق (۶۰-۲۰ دقیقه) در محیط‌های امن جمع‌آوری گردید. پرسش‌های اصلی بر توصیف تجربه سقط، احساسات و معانی آن تمرکز داشت و از پرسش‌های کاوشی برای تعمیق استفاده شد. تحلیل داده‌ها بر اساس روش هفت مرحله‌ای Colaizzi انجام گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی زنان و همسران آنان به ترتیب ۶/۸۰ ± ۳۲/۳۴ و ۶/۶۵ ± ۳۶/۵۲ سال بود. بیشتر زنان دیپلم (۴۱/۲ درصد) و خانه‌دار (۹۳/۸ درصد) بودند و همسرانشان فعالیت آزاد (۴۲/۹ درصد) داشتند. تحلیل داده‌ها پنج مضمون اصلی «عوامل زیستی- پزشکی (عدم تشکیل قلب جنین، ناهنجاری ژنتیک، مشکلات رحمی و بیماری‌های مادر مانند کم‌کاری تیروئید؛ عوامل روانی- عاطفی (استرس و شوک روانی، تعارضات خانوادگی و خشونت خانگی؛ عوامل محیطی (آلودگی هوا، وجود گربه، استفاده زیاد از موبایل)؛ باورها و تفسیرهای فرهنگی- اجتماعی (باورهای خرافی مانند طلسم و اراده الهی) و سبک زندگی و مراقبت بارداری (فعالیت‌های جسمی سنگین، تغذیه ناسالم، عدم مصرف مکمل‌ها و فاصله نامناسب بارداری‌ها)» را شناسایی کرد

**نتیجه‌گیری:** ادراک زنان از سقط خودبه‌خودی چند بعدی و تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی، محیطی، فرهنگی و سبک زندگی قرار دارد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، عوامل روانی- عاطفی (به ویژه استرس) و عوامل محیطی نقش تعیین‌کننده‌ای در وقوع سقط خودبه‌خودی داشتند. بنابراین، ضروری است برنامه‌های آموزشی روانی برای مادران شامل تکنیک‌های مدیریت استرس (مانند ذهن‌آگاهی و مشاوره) ادغام شود تا تاب‌آوری را تقویت و پیامدهای منفی باروری را کاهش دهد.


**واژه‌های کلیدی:** سقط خودبه‌خودی؛ تجربه زیسته؛ پدیدارشناسی؛ استرس؛ آموزش مادران؛ سلامت باروری

**ارجاع:** جعفری هاجر، جلالی طاهره، حجتی محبوبه. **بررسی تجربه زیسته و ادراک زنان از سقط خودبه‌خودی: یک مطالعه پدیدارشناختی کیفی در لنجان، ایران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۳): ۴۷۱-۴۶۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۷/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۷/۱۵

## مقدمه

سقط خودبه‌خودی (Spontaneous abortion) یکی از شایع‌ترین مشکلات باروری در میان زنان سن باروری است که بر اساس برآوردهای جهانی، حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد تمام بارداری‌های شناخته شده را درگیر می‌کند (۱). اگرچه بخش قابل توجهی از این سقط‌ها در مراحل اولیه بارداری رخ می‌دهند و اغلب به ناهنجاری‌های کروموزومی یا علل زیست پزشکی دیگر نسبت داده می‌شوند، اما پیامدهای آن فراتر از بعد جسمی است و می‌تواند اثرات عمیق روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی به همراه داشته باشد (۳، ۲).

در جوامعی مانند ایران که با چالش‌های جمعیتی از جمله کاهش نرخ رشد جمعیت و افزایش میانگین سن روبه‌رو است، سلامت باروری و حفظ بارداری‌های موفق اهمیت دوچندانی می‌یابد (۴). کاهش نرخ باروری کلی در کشور و افزایش میانگین سن ازدواج و بارداری، باعث شده است که هر تجربه از دست رفتن بارداری، نه تنها بر سلامت فردی مادر، بلکه بر انسجام خانواده‌ها، روابط زناشویی و حتی چشم‌انداز جمعیتی کشور نیز اثرگذار باشد (۵). از این منظر، سقط خودبه‌خودی دیگر یک رویداد فقط پزشکی نیست، بلکه مسأله‌ای اجتماعی- جمعیتی است که با سیاست‌های سلامت باروری، برنامه‌های جمعیتی

۱- کارشناس ارشد، شبکه بهداشت و درمان لنجان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دکتری تخصصی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان و مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران و گروه پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
**نویسنده مسؤول:** محبوبه حجتی؛ دکتری تخصصی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان و مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران و گروه پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
Email: m.hojati12345@gmail.com



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]
[ DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 ]

و حمایت‌های روانی- اجتماعی پیوند دارد.

از منظر روان‌شناختی، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که زنان پس از تجربه سقط خودبه‌خودی، با احساساتی همچون غم، افسردگی، اضطراب، احساس گناه و حتی بحران هویت مادری مواجه می‌شوند (۷، ۶). در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله ایران، بارداری و مادری نه تنها یک تجربه زیستی، بلکه یک «ارزش اجتماعی و خانوادگی» محسوب می‌شود. از دست رفتن این تجربه، می‌تواند منجر به احساس ناکامی، انگ اجتماعی و یا فشار از سوی همسر و خانواده گسترده گردد (۸). این امر اهمیت شناخت و بررسی ابعاد معنایی و اجتماعی تجربه سقط را در بافت فرهنگی- اجتماعی ایران برجسته می‌سازد.

علاوه بر این، باورها و ادراک زنان در مورد علل سقط خودبه‌خودی، نقشی کلیدی در شکل‌دهی واکنش‌های روانی و اجتماعی آنان دارد. در بسیاری از موارد، زنان علل سقط را به عواملی همچون استرس، فشارهای روانی، فعالیت‌های سنگین یا حتی اراده الهی نسبت می‌دهند (۱۰، ۹). چنین باورهایی می‌تواند منجر به سرزنش خود یا دیگران شود و چرخه‌ای از احساس گناه و تعارض خانوادگی ایجاد کند. در مقابل، درک دقیق این ادراک و معنابخشی‌ها می‌تواند به طراحی مداخلات حمایتی مؤثر، تقویت تاب‌آوری زنان و کاهش بار روانی ناشی از سقط کمک کند.

روش‌های پژوهش کیفی به ویژه رویکرد پدیدارشناختی (Phenomenology)، این امکان را فراهم می‌آورد که صدای زنان به صورت مستقیم شنیده شود و تجربه زیسته آنان از سقط خودبه‌خودی در بستر زندگی روزمره، روابط خانوادگی و زمینه فرهنگی- اجتماعی بررسی گردد (۱۱). چنین دانشی می‌تواند نه تنها برای متخصصان زنان و مامایی، بلکه برای روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، سیاست‌گذاران سلامت و برنامه‌ریزان جمعیتی نیز ارزشمند باشد.

بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته و ادراک زنان از سقط خودبه‌خودی با رویکرد پدیدارشناختی در لنجان طراحی گردید تا با تمرکز بر زنان ایرانی که در سال ۱۴۰۳ تجربه سقط داشتند، ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و معنایی این پدیده را روشن سازد. نتایج مطالعه می‌تواند با ارایه شواهد کیفی و مبتنی بر زندگی واقعی زنان، زمینه‌ساز سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی کارامدتر جهت ارتقای سلامت روانی- اجتماعی مادران و تحکیم بنیان خانواده‌ها در جامعه ایران باشد.

## روش‌ها

*طراحی مطالعه:* این تحقیق با رویکرد کیفی و بر اساس روش پدیدارشناسی Colaizzi انجام شد. هدف از به کارگیری پدیدارشناسی، کشف و بازنمایی تجربه زیسته زنان از سقط خودبه‌خودی و درک معانی نهفته در ادراک و احساسات آنان بود. این رویکرد امکان می‌دهد تا محقق به جای تمرکز صرف بر عوامل زیست پزشکی، به عمق تجارب فردی و اجتماعی زنان دست یابد و ساخت ذهنی آنان از پدیده را روشن سازد.

*مشارکت‌کنندگان و معیارهای ورود و خروج:* جامعه پژوهش شامل تمامی زنان ساکن شهرستان لنجان بود که در سال ۱۴۰۳ تجربه سقط خودبه‌خودی داشتند. در مجموع، از ۱۷۷ زن که اطلاعات آنان در سامانه سیب وزارت بهداشت ثبت شده بود و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، مصاحبه به عمل آمد و ۱۶۳ شرکت‌کننده وارد تحقیق شدند و اطلاعات زنانی که سابقه سقط القایی داشتند، حذف گردید.

معیارهای ورود شامل داشتن سابقه سقط خودبه‌خودی در سال ۱۴۰۳ و ثبت اطلاعات در سامانه سیب و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه مصاحبه و داشتن سقط القایی بود.

اشباع نظری که به منظور پوشش تنوع معانی تجربه شده در مشارکت‌کنندگان بود، پس از حدود ۲۰ مصاحبه حاصل گردید، اما با وجود دستیابی به اشباع نظری، به دلیل در دسترس بودن نمونه‌ها، افزایش غنای توصیف پدیده، اطمینان از تنوع دیدگاه‌ها و تجارب در زیرگروه‌های مختلف، مصاحبه با کل جامعه در دسترس ادامه یافت. تحلیل کیفی بر روی تمامی مصاحبه‌ها به صورت یکپارچه و با تمرکز بر عمق معنا انجام گرفت.

نمونه‌گیری به صورت هدفمند از بین زنانی که در سامانه سیب ثبت‌نام کرده بودند و بر اساس حداکثر تنوع از نظر سن، تعداد سقط و سطح تحصیلات آغاز شد و به دلیل همکاری بالای مراکز بهداشتی، به نمونه‌گیری در دسترس نیز تبدیل گردید.

*جمع‌آوری داده‌ها:* ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق بود. این روش به صورت کیفی است که در آن پژوهشگر با داشتن راهنمای پرسش‌های از پیش تعیین شده، امکان طرح پرسش‌های باز و انعطاف‌پذیر برای کشف عمیق‌تر تجربه‌های مشارکت‌کنندگان را دارد (۱۲). پیش از آغاز مصاحبه، هدف و ماهیت پژوهش برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب اعتماد و اخذ رضایت آگاهانه، مصاحبه‌ها در محیطی امن و آرام (مرکز بهداشت یا فضای خصوصی انتخابی توسط مشارکت‌کننده) انجام گرفت.

هر مصاحبه به طور متوسط ۲۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. پرسش‌های اصلی شامل مواردی همچون «سقط شما چگونه اتفاق افتاد؟، برداشت و احساس شما نسبت به این تجربه چه بود؟، چه معنایی برای شما داشت و چه تأثیری بر زندگی‌تان گذاشت؟» بود و در ادامه برای تعمیق مصاحبه از پرسش‌های کاوشی مانند «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» یا «مثالی از تجربه خود بیاورید.» استفاده گردید.

تمامی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. به منظور افزایش دقت، فایل‌ها چندین بار بازشنوی و متن‌ها بازخوانی و اصلاح شد.

تحلیل داده‌ها بر اساس روش هفت مرحله‌ای Colaizzi بدون استفاده از نرم‌افزار انجام گرفت. این مراحل به صورت تکراری و با رفت و برگشت مستمر بین بخش‌های مختلف متن مصاحبه‌ها انجام پذیرفت تا اطمینان حاصل شود که مضامین نهایی به طور مستقیم از خود داده‌ها استخراج شده‌اند. مراحل شامل خواندن مکرر داده‌ها جهت درک کلی از محتوای مصاحبه‌ها، استخراج جملات و گزاره‌های کلیدی مرتبط با تجربه سقط، کدگذاری و شناسایی مفاهیم اصلی، سازماندهی کدها در طبقات فرعی، ادغام طبقات فرعی در مضامین اصلی، تدوین توصیف جامع و یکپارچه از پدیده و بازگشت به مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت و دقت تحلیل‌ها بود.

### اعتبار و استحکام داده‌ها

به منظور اطمینان از اعتبار (Trustworthiness) داده‌ها، معیارهای Lincoln و Guba شامل قابلیت اعتماد، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری رعایت گردید (۱۳).

*قابلیت اعتماد (Credibility):* برای افزایش قابلیت اعتماد، از تکنیک بازبینی توسط همتایان (Peer debriefing) و بررسی توسط اعضا (Member checking) استفاده شد که در بند تأییدپذیری ذکر شده است.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 ]

*انتقال‌پذیری (Transferability):* جهت افزایش انتقال‌پذیری، توصیف غنی از زمینه مطالعه، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و یافته‌ها ارایه شد تا خواننده بتواند قضاوت کند که این یافته‌ها تا چه حد به موقعیت‌های دیگر قابل انتقال است.

*وابستگی:* این مرحله با ثبت و مستندسازی کامل مراحل پژوهش و بررسی ثبات داده‌ها توسط پژوهشگران دیگر ارزیابی گردید.

*تأییدپذیری (Confirmability):* با ردیابی مستندات و شواهد پژوهش و اطمینان از بی‌طرفی محقق در تحلیل داده‌ها بررسی شد.

*ملاحظات اخلاقی:* پژوهش پس از اخذ کد اخلاق IR.MUI.DHMT.REC.1402.099 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. قبل از شروع مصاحبه، هدف و ماهیت مطالعه به طور کامل برای زنان توضیح داده شد. مشارکت در تحقیق داوطلبانه و حق خروج در هر مرحله برای آنان محفوظ بود. اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه نگهداشته شد و فرم رضایت‌نامه آگاهانه پیش از جمع‌آوری داده‌ها تکمیل گردید.

## یافته‌ها

میانگین سنی زنان و همسران آنان به ترتیب ۶/۸۰ ± ۳۲/۳۴ و ۶/۶۵ ± ۳۶/۵۲ سال بود. شرکت‌کنندگان به طور عمده زنان خانه‌دار با تحصیلات دیپلم بودند و همسران بسیاری از آنان شغل آزاد داشتند. پژوهش حاضر در راستای تبیین علل سقط از نظر مادران صورت گرفت و مضامین و زیرمضامین مرتبط از طریق تحلیل مصاحبه‌ها به روش Colaizzi استخراج گردید. تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌ها صرف نظر از حجم نمونه، منجر به اشباع مضامین و شناسایی پنج مضمون اصلی شد که در جدول ۱ ارایه شده است.

## بحث

نتایج پژوهش پدیدارشناختی حاضر که بر پایه تجربه زیسته ۱۶۳ زن ساکن شهرستان لنجان با سابقه سقط خودبه‌خودی در سال ۱۴۰۳ انجام گردید، پنج مضمون اصلی «علل زیستی- پزشکی، عوامل روانی- عاطفی، عوامل محیطی، باورها و تفسیرهای فرهنگی- اجتماعی و سبک زندگی و مراقبت بارداری» را در ادراک و معنابخشی زنان به این پدیده آشکار ساخت. این یافته‌ها نه تنها تنوع ادراک زنان را نشان می‌دهد، بلکه بر نقش کلیدی بافت فرهنگی- اجتماعی ایران در شکل‌دهی این تجربیات تأکید می‌کند. با بهره‌گیری از روش Colaizzi، مطالعه حاضر موفق به بازنمایی صدای زنان شد و نشان داد که سقط خودبه‌خودی فراتر از یک رویداد پزشکی، به عنوان یک بحران چند بعدی روانی، اجتماعی و فرهنگی تجربه می‌شود. با توجه به اهمیت عوامل روانی- عاطفی و محیطی در تحقیق حاضر، آموزش روانی و کاهش استرس مادران به عنوان یک ضرورت برجسته برای بهبود سلامت روان و کاهش پیامدهای منفی سقط مطرح می‌شود.

در مضمون علل زیستی- پزشکی، زنان به ناهنجاری‌های جنینی (مانند عدم تشکیل قلب یا جنین پوچ)، مشکلات رحمی (رحم دو شاخه یا چسبندگی) و بیماری‌های زمینه‌ای مادر (مانند کم‌کاری تیروئید یا میوم) اشاره نمودند. این ادراک با شواهد اپیدمیولوژیک جهانی مانند دستورالعمل‌های کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان که حدود ۵۰ درصد سقط‌های اولیه را به ناهنجاری‌های کروموزومی نسبت می‌دهد (۱)، همخوانی دارد. با این حال، در ایران محدودیت دسترسی به تشخیص‌های ژنتیکی پیشرفته می‌تواند احساس ناامیدی و بار روانی را تشدید کند. مقایسه با یافته‌های پژوهش Quenby و همکاران نشان می‌دهد که هزینه‌های روانی و اقتصادی سقط‌های مکرر (۲) به ویژه در جوامعی با نرخ باروری پایین مانند ایران (۴)، می‌تواند تمایل به بارداری‌های بعدی را کاهش دهد و بر چالش‌های جمعیتی تأثیر بگذارد.

مضمون عوامل روانی- عاطفی، نقش برجسته استرس، شوک‌های عاطفی، تعارضات خانوادگی و خشونت خانگی را در تجربه سقط نشان می‌دهد.

**جدول ۱. دسته‌بندی علل سقط خودبه‌خودی از دیدگاه زنان**

| مضمون اصلی | زیرمضامین | نمونه نقل‌قول زنان |
|---|---|---|
| علل زیستی- پزشکی | عدم تشکیل قلب جنین، جنین پوچ یا ناهنجاری ژنتیک، خونریزی و مشکلات رحمی (رحم دو شاخه، چسبندگی)، بیماری‌های مادر (کم‌کاری تیروئید، پرفشاری خون، میوم، تالاسمی) | «به من گفتند قلب بچه تشکیل نشده بود و دلیل خاصی هم پیدا نکردند» (مشارکت‌کننده ۱۰۱). «رحمم دو شاخه است و خون‌رسانی به بچه ضعیف بود» (مشارکت‌کننده ۱۳٤). |
| عوامل روانی- عاطفی | استرس و شوک روانی، تعارضات خانوادگی و خشونت خانگی | «بعد از شنیدن خبر فوت پسر عمویم، خونریزی گرفتم و بچه سقط شد» (مشارکت‌کننده ۳۷). «همسرم در دوران بارداری مرا کتک زد، بعدش دچار خونریزی شدم» (مشارکت‌کننده ۱۱). |
| عوامل محیطی | آلودگی هوا، وجود گربه، استفاده زیاد از موبایل | «به خاطر آلودگی هوا بچه‌ام قلبش درست تشکیل نشد» (مشارکت‌کننده ۱٤۰). |
| باورها و تفسیرهای فرهنگی- اجتماعی | باورهای سنتی و خرافی (طلسم، بوی حنا)، اراده الهی و تقدیر | «فکر می‌کنم طلسم شدم، چون روی سینه‌ام علامتی ظاهر شد» (مشارکت‌کننده ۱۳٦). «نمی‌دانم چرا... گفتند خواست خدا بود» (مشارکت‌کننده ۱٤۳). |
| سبک زندگی و مراقبت بارداری | فعالیت‌های جسمی سنگین (بلند کردن وسایل، اسباب‌کشی)، تغذیه ناسالم و چاقی، عدم مصرف مکمل‌ها و مراقبت‌های بارداری، فاصله نامناسب بارداری‌ها | «فرش را جابه‌جا کردم، بعد خونریزی کردم» (مشارکت‌کننده ۵۷). «به خاطر کار زیاد در خانه نتوانستم استراحت کنم» (مشارکت‌کننده ۱۲٤). |



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 ]

نقل قول‌هایی مانند خونریزی پس از خبر فوت خویشاوند یا خشونت همسر با یافته‌های مطالعه Farren و همکاران که شیوع بالای اختلالات پس از سانحه، اضطراب و افسردگی را گزارش کرده‌اند (۳)، هم‌راستا می‌باشد. در ایران با توجه به ساختار خانواده گسترده و فشارهای اجتماعی برای مادری (۵)، این عوامل می‌توانند چرخه‌ای از احساس گناه و بحران هویت ایجاد کنند. تحقیق حاضر بر ضرورت آموزش روانی مادران و مداخلات کاهش استرس مانند مشاوره مبتنی بر شواهد و تکنیک‌های مدیریت استرس مانند ذهن‌آگاهی تأکید دارد. چنین مداخلاتی می‌توانند تاب‌آوری زنان را تقویت کند و از شدت پیامدهای روانی سقط بکاهد؛ به ویژه در مناطقی مانند لنجان که دسترسی به خدمات روان‌شناختی ممکن است محدود باشد.

مضمون عوامل محیطی، تأثیر عواملی مانند آلودگی هوا، وجود گربه و استفاده زیاد از موبایل را بر ادراک زنان از سقط برجسته می‌کند. این باورها اغلب ریشه در تجربیات روزمره دارند و مطالعات اپیدمیولوژیک نیز تأثیر عوامل مرتبط با آلودگی محیطی بر سلامت باروری را تأیید کرده‌اند (۱۴)؛ جایی که آلاینده‌ها می‌توانند بر رشد جنین تأثیر بگذارند (مانند گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در مورد آلودگی هوا و بارداری). در بافت ایران، با سطوح بالای آلودگی در برخی مناطق، این ادراک می‌تواند به احساس عدم کنترل منجر شود. توجه مادران به اخبار هواشناسی و عدم خروج از منازل در روزهایی که برای افراد حساس پرخطر می‌باشد و همچنین، ادغام آموزش روانی ضروری به نظر می‌رسد.

مضمون باورها و تفسیرهای فرهنگی- اجتماعی، تأثیر فرهنگ ایرانی را نشان می‌دهد؛ جایی که زنان به عوامل خرافی (طلسم، بوی حنا) یا الهی (اراده خدا) اشاره کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج تحقیق Gerber-Eggleston و همکاران که دریافتند مذهب در فرهنگ‌های مذهبی می‌تواند هم تسکین دهنده و هم مانع جستجوی کمک پزشکی باشد (۱۰)، همسو بود. در مقایسه با پژوهش‌های غربی مانند Meaney و همکاران که بر سرزنش خود تمرکز دارند (۹)، باورهای سنتی ایرانی می‌توانند منجر به انگ اجتماعی شوند. آموزش روانی باید این باورها را در نظر بگیرد و با ادغام آن‌ها در برنامه‌های آموزشی سلامت، آگاهی پزشکی را بدون انکار هویت فرهنگی ارتقا دهد و در عین حال، استرس ناشی از ابهام (مانند پذیرش خواست خدا) را کاهش دهد.

مضمون سبک زندگی و مراقبت‌های بارداری نشان می‌دهد که فعالیت‌های جسمی سنگین، تغذیه ناسالم و بی‌توجهی به مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه زنان به عنوان عوامل مؤثر در وقوع سقط خودبه‌خودی ادراک می‌شوند که با یافته‌های مطالعه Côté-Arsenault و همکاران که تأثیر سبک زندگی بر پیامدهای بارداری را تأیید می‌کند (۶)، هم‌راستا است. در ایران عوامل خطر با میانگین سنی بالاتر بارداری (۵)، افزایش می‌یابد. آموزش زنان در مورد مراقبت‌های پیش از بارداری و مدیریت استرس می‌تواند این خطرات را کاهش دهد؛ به ویژه برای زنان خانه‌دار با تحصیلات پایین که بیشتر نمونه‌های بررسی حاضر را تشکیل دادند.

نقاط قوت تحقیق حاضر شامل پوشش جامع زنان واجد شرایط، رعایت معیارهای اعتبار کیفی و تمرکز بر بافت محلی بود. با این حال، محدودیت‌هایی مانند تمرکز بر یک شهرستان و عدم بررسی تجربیات خانواده زنان وجود داشت. پژوهش‌های آینده باید رویکردهای ترکیبی کمی- کیفی به منظور ارزیابی شیوع این ادراک و اثربخشی مداخلات به ویژه آموزش روانی و کاهش استرس را به کار گیرند.

مطالعه حاضر بر ضرورت سیاست‌های سلامت باروری یکپارچه در ایران که شامل آموزش روانی هدفمند برای کاهش استرس، مشاوره مبتنی بر شواهد و دسترسی به مراقبت‌های پیشرفته می‌باشد، تأکید دارد. چنین رویکردی نه تنها بار روانی- اجتماعی سقط را کاهش می‌دهد، بلکه به تحکیم بنیان خانواده و مقابله با چالش‌های جمعیتی کمک می‌کند.

## نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ادراک زنان از سقط خودبه‌خودی پدیده‌ای چند بعدی است که تحت تأثیر عوامل زیستی- پزشکی، روانی- عاطفی، محیطی، فرهنگی- اجتماعی و سبک زندگی قرار دارد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، هر یک از این ابعاد در شکل‌دهی تجربه سقط نقش مهمی ایفا می‌کنند و تنها تمرکز بر جنبه روانی کافی نیست. بنابراین، مداخلات حمایتی باید جامع و چند سطحی طراحی شوند؛ به گونه‌ای که علاوه بر آموزش روانی و مدیریت استرس، شامل ارتقای مراقبت‌های پزشکی، توجه به عوامل محیطی، اصلاح سبک زندگی و درک باورهای فرهنگی- اجتماعی نیز باشد. پیام کلیدی مطالعه آن است که سیاست‌های سلامت باروری در ایران برای اثربخشی بیشتر، نیازمند رویکردی تلفیقی و فرهنگ‌محور می‌باشد که بتواند هم سلامت فردی زنان را ارتقا دهد و هم انسجام خانواده و پایداری جمعیتی را تقویت کند. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده با رویکردهای ترکیبی کمی- کیفی، اثربخشی این مداخلات چند بعدی را ارزیابی نمایند.

## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی با شماره ۳۴۰۲۶۰۲ و کد اخلاق IR.MUI.DHMT.REC.1402.099، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از شبکه بهداشت و درمان لنجان، معاونت بهداشتی و کلیه افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. Obstet Gynecol. 2018; 132(5): e197-207.
2. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Lancet. 2021; 397(10285): 1658-67.
3. Farren J, Jalmbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Posttraumatic stress, anxiety and



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 ]

depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. BMJ Open. 2016; 6(11): e011864.
4. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, McDonald P, Rashidian A. The fertility transition in Iran: Revolution and reproduction. Springer; 2009.
5. Bagheri A, Mokhtari Lakeh N, Moghaddam Banaem L. Women's lived experiences after recurrent miscarriage: A phenomenological study. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 122(3): 193-6.
6. Côté-Arsenault D, Dombeck M, Bulleit K, Walker D. Women's experience of miscarriage in the emergency department. J Perinat Neonatal Nurs. 2014; 28(2): 95-102.
7. O'Leary J, Thorwick C. Mothers' perspectives on their child's stillbirth: A descriptive phenomenological study. Death Stud. 2006; 30(5): 373-88.
8. Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. Pediatrics. 2010; 125(5): e1202-7.
9. Meaney S, Corcoran P, Spillane N, O'Donoghue K. Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. BMJ Open. 2017; 7(3): e011382.
10. Gerber-Eggleston D, Chung MC, Zilcha-Mano S. Religious coping and psychological adjustment after miscarriage: a systematic review. J Relig Health. 2020; 59(4): 1909-29.
11. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Wolters Kluwer; 2020.
12. Ruslin R, Mashuri S, Rasak MS, Alhabsyi F, Syam H. Semi-structured interview: A methodological reflection on the development of a qualitative research instrument in educational studies. IOSR J Res Method Educ. 2022; 12(1): 22-9.
13. Lincoln, Y., and E. Guba. "Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage master, peter (1999) editorial. English for Specific Purposes 18(1985): 102-4.
14. Konar H. Environmental Pollution and Reproductive Health: The Cause for Concern. J Obstet Gynaecol India. 2025; 75(2): 101-5.

[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1691 ]