https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en

Strategic Research on Social Problems
e-ISSN: 3041-8623
Vol. 16(2), 1-26
Received: 10.02.2026 Revised: 23.07.2026 Accepted: 26.08.2026

Research Paper

The Role of Marital Relationship Quality in the Decision to Undergo Induced Abortion: A Phenomenological Study

Nayereh Ahmadi
Ph.D. candidate, Department of Women Studies, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
ahmadinayereh@modares.ac.ir

Touba Shakeri Golpaygani*
Associate professor, Department of Women Studies, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
T.shakeri@modares.ac.ir

Shohre Rowshani
Assistant professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran
sh.rowshani@alzahra.ac.ir

Maryam Jamali
Assistant professor, Department of Women Studies, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
maryam.jamali@modares.ac.ir

Introduction

The family constitutes a private sphere, a sacred cornerstone, and the primary foundation of intimacy and affection formed through the conscious will and judicious choices of its members. It serves as a sanctuary for individuals across all dimensions of life and as the cradle of growth, development, and education grounded in unity and mutual understanding arising from the marital bond. The transcendent functions of the family are realized precisely within this atmosphere of emotional connection and rapport. However, when this safe haven gradually deteriorates due to waning intimacy and solidarity, transforming into an arena fraught with tension, conflict, and discord, its fundamental functions—including childbearing and nurturing of a healthy generation—face serious disruption. Under such circumstances, familial disputes can become so deep and pervasive that they may even serve as a contextual factor predisposing women to the decision of induced abortion. Accordingly, the present study sought to answer the following question: How does the quality of the marital relationship as the most pivotal context for reproductive decisions from the perspective of the participants' lived experience progressively guide a woman toward the decision of induced abortion without negating her agency in the cognitive appraisal of her situation and her subsequent choice?

Materials & Methods

This qualitative study employed a descriptive phenomenological approach. Using purposive sampling with maximum variation (in terms of age, education, socio-economic status, religious beliefs, and reproductive history), 40 eligible participants, who had experienced induced abortion, were married at the time of the abortion and resided in Alborz Province, were identified through specialized and social networks. Data were collected through in-depth semi-structured interviews lasting between 45 and 120 minutes. The interview process adhered to ethical considerations and privacy protocols. Data analysis was conducted by using Colaizzi's 7-step method concurrently with data collection and continued until data saturation was ensured.

Discussion of Results & Conclusion

*Corresponding author

How to cite: Ahmadi, N., Shakeri Golpaygani, T., Rowshani, Sh., & Jamali, M. (2027). The role of marital relationship quality in the decision to undergo induced abortion: A phenomenological study. *Strategic Research on Social Problems*, *16*(2), 1-26. https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

According to the findings, a disturbed marital relationship led to a "lack of psychological-emotional security within the marital relationship", which played a decisive role in the decision for induced abortion. This insecurity manifested in 3 main dimensions: "spousal personality and behavioral incompatibilities", "emotional and communicative deficits with the spouse", and "deficiencies in responsibility and commitment". Furthermore, a "sense of insecurity about the future"—stemming from the "unpredictability of marital stability" and the "fear of reproducing harm in the child"—led women to perceive the birth of a new child as a factor that would exacerbate existing future challenges. Additionally, "weak foundations of marriage", including "unconsidered spouse selection" and "coercion and fundamental conflict at the onset of cohabitation", had, from the very beginning of the relationship, diminished women's resilience and depleted their psychological capacity to simultaneously manage familial conflicts and parenting responsibilities.

The analysis of the findings elucidated the mechanisms through which a disturbed marital relationship influenced the decision for induced abortion via 3 key pathways. First, the mechanism of psychological-emotional exhaustion: persistent patterns of behavioral harm (violence, humiliation, restriction, etc.), maladaptive personality traits, lack of emotional support from the spouse, and the spouse's lack of responsibility and commitment led to women's psychological exhaustion. This exhaustion severely diminished the emotional capacity necessary for accepting parenting responsibilities. In this situation, women perceived themselves as lacking sufficient psychological resources to raise a new child. Second, the mechanism of anticipating a harmful future: the existing insecure conditions drove women toward catastrophic predictions about the future. This anticipation had two facets: on the one hand, relationship instability and inclination toward separation rendered it impossible to raise a child within a stable family environment; on the other hand, the fear of perpetuating a cycle of harm and transmitting their own suffering to the future child acted as a deterrent. Third, the mechanism of rational calculation for harm minimization and circumscription of women's agency: within this context, abortion emerged as a strategy for crisis management and minimizing potential harms. Consequently, by weighing other circumstances and rationally calculating among available options, women concluded that abortion was the sole means of preventing a child from entering an unsafe environment and averting the exacerbation of existing problems. Therefore, it is recommended that preventive interventions focus on strengthening the resilience of marital relationships and providing counseling services for at-risk couples.

Keywords: Marital Relationship Quality, Family Conflicts, Decision-Making Process, Induced Abortion, Descriptive Phenomenology.

Acknowledgments
The authors thank everyone who contributed to this article.

Conflicts of Interest
There is no conflict of interest.

Funding
The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article

Statement on the Use of AI
In the preparation of this study, DeepSeek AI was utilized for summarization, linguistic refinement, and academic rewriting of certain sections of the manuscript. The authors have thoroughly reviewed and edited the AI-generated content and assume full responsibility for the final version of the work.

.
.

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی
سال شانزدهم، شماره پیاپی (۵۷)، شماره دوم، ۱٤۰٦، ص ۱-۲٦
تاریخ دریافت: ۱٤۰٤/۱۱/۲۱ تاریخ بازنگری: ۱٤۰۵/۰۵/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱٤۰۵/۰٦/۰٤

مقاله پژوهشی

نقش کیفیت رابطهٔ همسری در تصمیم به سقط جنین عمدی: مطالعه‌ای پدیدارشناختی

نیره احمدی، دکترای مطالعات زنان، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
ahmadinayereh@modares.ac.ir
طوبی شاکری‌گلپایگانی*، دانشیار گروه مطالعات زنان، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه تربیت‌مدرس، تهران، ایران
T.shakeri@modares.ac.ir
شهره روشنی، استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
sh.rowshani@alzahra.ac.ir
مریم جمالی، استادیار گروه مطالعات زنان، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه تربیت‌مدرس، تهران، ایران
maryam.jamali@modares.ac.ir

چکیده

تصمیم به سقط جنین عمدی در زنان، حاصل تعامل عوامل مختلفی است. پژوهش حاضر با هدف واکاوی نقش کیفیت رابطهٔ همسری در فرایند تصمیم‌گیری و اقدام به سقط جنین عمدی از منظر تجربهٔ زیستهٔ زنان انجام شد. این مطالعهٔ کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی در سال ۱٤۰۳ انجام شد. با نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع، ٤۰ زن دارای تجربهٔ سقط عمدی از استان البرز انتخاب شدند. داده‌ها ازطریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی تحلیل شد. یافته‌ها حاکی‌ازآن است که «ناسازگاری‌های شخصیتی و رفتاری همسر»، «خلأهای عاطفی-ارتباطی» و «نقصان در مسئولیت‌پذیری و تعهد همسر» به‌طورتدریجی به «فقدان امنیت روانی ـ عاطفی در رابطهٔ همسری» منجر می‌شود. این ناامنی، آینده را در هاله‌ای از ابهام و ترس فرو می‌برد و سبب بروز «احساس ناامنی به آینده» می‌شود که در قالب «پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک» و «ترس از بازتولید آسیب در فرزند» ظهور می‌یابد. همچنین، «بنیان‌های سست ازدواج» ناشی از «همسرگزینی نسنجیده» و «اجبار و تعارض بنیادین در آغاز زندگی مشترک» به کاهش تاب‌آوری رابطه انجامیده است. مطابق یافته‌ها اختلال در رابطهٔ همسری در مقام بستری تعیین‌کننده، ازطریق سه مکانیسم عمدهٔ فرسودگی روانی، پیش‌بینی آینده‌ای آسیب‌زا و محدودسازی عاملیت زن، فرد را به سمت اتخاذ تصمیم به سقط جنین عمدی سوق می‌دهد؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود مداخلات پیشگیرانه بر تقویت تاب‌آوری روابط همسری و ارائهٔ خدمات مشاوره‌ای برای زوج‌های در معرض آسیب متمرکز شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت رابطهٔ همسری، اختلافات خانوادگی، فرایند تصمیم‌گیری، سقط جنین عمدی، پدیدارشناسی توصیفی.

*نویسنده مسئول

استناد به این مقاله: احمدی، نیره، شاکری‌گلپایگانی، طوبی، روشنی، شهره و جمالی، مریم .(۱٤۰٦). نقش کیفیت رابطه همسری در تصمیم به سقط جنین عمدی: مطالعه‌ای پدیدارشناختی، *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی*، ۱٦(۲)، ۱-۲٦. https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

3041-8623/ © University of Isfahan
This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

مقدمه

خانواده حریم خصوصی و کانون مقدس و پایهٔ تأمین انس و الفتی است که با اراده و انتخاب شایستهٔ ارکان آن شکل می‌گیرد و مأمن انسان در تمامی ابعاد و خاستگاه رشد و تکامل، تعلیم‌وتربیت بر پایهٔ وحدت و تفاهم برخاسته از زوجیت است (میرخانی، ۱۳۹٤: ۱٦). کارکردهای متعالی خانواده در سایهٔ همین الفت و پیوند عاطفی است که محقق می‌شود. زمانی که این پناهگاه امن در اثر زوال تدریجی انس و همدلی به عرصه‌ای مشحون از تشنج، تعارض و ناسازگاری تبدیل شود، کارکردهای بنیادین آن ازجمله فرزندآوری و پرورش نسلی سالم با اختلالات جدی مواجه خواهد شد. در چنین شرایطی، اختلافات خانوادگی می‌تواند به حدی عمیق و فراگیر شود که حتی به‌عنوان زمینه ساز تصمیم به سقط جنین عمدی در میان زنان عمل کند (آزادواری و حبیب‌پور گتابی، ۱٤۰۲: ۱۵۱)؛ بر این اساس کیفیت رابطهٔ همسری می‌تواند در تصمیم به سقط جنین عمدی نقشی تعیین‌کننده ایفا کند.

پدیدهٔ سقط جنین عمدی در جامعهٔ ایران از شیوع چشمگیری برخوردار است. نتایج مطالعه‌ای ملی نشان می‌دهد که ۳٤/۹درصد از مجموع موارد سقط جنین سالانه در کشور به‌صورت عمدی انجام می‌شود. در مقیاس کمّی، این درصد نمایانگر برآوردی در حدود ۲۵٤هزار مورد سقط عمدی در سال است (احمدی و همکاران، ۱٤۰٤). باتوجه‌به شواهد پژوهشی، اختلافات خانوادگی به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در وقوع سقط جنین عمدی شناخته می‌شود (آزادواری و حبیب‌پور گتابی، ۱٤۰۲: ۱۵۱؛ رازقی نصرآباد و سنجری، ۱۳۹٦: ۱۰۵). باتوجه‌به گستردگی این پدیده و نقش کیفیت رابطهٔ همسری در بروز آن، واکاوی ابعاد این مسئله از منظر تجربهٔ زیستهٔ زنان دارای سابقهٔ سقط عمدی دارای اهمیت است.

مرور مطالعات پیشین در حوزهٔ سقط جنین عمدی در ایران نشان می‌دهد اگرچه این پدیده از زوایای مختلفی موردبررسی قرار گرفته، نقش کیفیت رابطهٔ همسری به‌عنوان بستر شکل‌گیری این تصمیم کمتر به‌صورت عمیق واکاوی شده است. پژوهش‌های متعددی به‌صورت پراکنده به وجود ارتباط بین اختلافات خانوادگی و سقط جنین اشاره داشته است؛ برای مثال، رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹٦) در مطالعه‌ای کیفی، «اختلافات خانوادگی» و «احساس ناامنی در زندگی مشترک» را ازجمله شرایطی شناسایی کردند که در آن هزینه‌های ادامهٔ حاملگی بیش از هزینه‌های سقط جنین ارزیابی می‌شود. به‌طورمشابه، عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی کمّی، «اختلافات خانوادگی» را به‌عنوان دومین دلیل شایع سقط جنین گزارش کردند. در میان پژوهش‌های کیفی، مطالعهٔ آزادواری و حبیب‌پور گتابی (۱٤۰۲) با شناسایی مقولهٔ «تعاملات ناکارآمد زناشویی» و «اجبار و فشار ازطرف همسر» به‌عنوان بخشی از شرایط علّی سقط جنین گامی فراتر نهاد. پژوهش چینی‌چیان و همکاران (۱۳۸٦) نیز «اختلاف با شوهر» را یکی از دلایل سقط جنین برشمرده‌اند. مطالعات جدیدتر در ایران نیز این یافته‌ها را تأیید کرده است: باتقوا و همکاران (۱٤۰٤) تعارضات خانوادگی را از علل تصمیم به سقط معرفی کرده‌اند؛ بلالی و فامیل رستمی (۱٤۰٤) اعتیاد، طلاق و خیانت همسر را ازجمله علل ذکر کرده، و حاتمی‌فر و رضایی (۱٤۰٤) نیز مشکلات خانوادگی را عاملی تعیین‌کننده گزارش کرده است؛ بااین‌حال، این مطالعات عمدتاً به ذکر این عوامل در کنار سایر علل بسنده کرده و به واکاوی عمیق مکانیسم‌ها، شدت، ابعاد و کیفیت این روابط و چگونگی تأثیرگذاری آن بر تصمیم نهایی زن نپرداخته است.

در ادبیات پژوهشی بین‌المللی که عمدتاً سقط جنین را در چارچوب حق باروری بررسی کرده و تمرکز غالب آن بر محدودیت‌های قانونی دسترسی به سقط است، به نقش کیفیت رابطهٔ همسری به‌عنوان عاملی تعیین‌کننده در سقط جنین کمتر توجه مستقیم شده است؛ بااین‌حال، پژوهش‌هایی به‌صورت

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

غیرمستقیم به این موضوع اشاره داشته است. مور[1] و همکاران (2021) نشـــان دادند زنانی که فاقد شـــبکهٔ حمایتی اجتماعی قوی هستند، با موانع مالی بیشتری برای دسترسی به خدمات سقط جنین مواجه می‌شوند. آپیه آگیکوم[2] و همکاران (2015) نیز «تـأثیر خـانواده» را بـه‌عنوان یکی از عوامـل کلیـدی در تصـمیم‌گیری دربارهٔ سـقط جنین شـناسـایی کردند. همچنین، ازمت[3] و همکاران (2012) دریافتند که نرخ بالای سـقط جنین می‌تولند بازتابی از محرومیت‌های حقوقی زنان و نابرابری‌های سـاختاری در خانواده باشـد. در پژوهش‌های بین‌المللی نیز به نقش چگونگی روابط با شـریک زندگی در تصـمیم به سـقط جنین اشـــاره شـــده اســـت (Tsegaye et al., 2026; Crespo-Rodríguez et al., 2026; Pike et al., 2025). اگرچه این مطالعات به‌طورمستقیم به واکاوی نقش کیفیت رابطهٔ همسـری نپرداخته است، همگی بر اهمیت بافت خانوادگی و روابط بین‌فردی در تصمیم‌گیری مربوط به سقط جنین تأکید دارد.

پژوهش حاضـر با تمرکز بر نقش «کیفیت رابطهٔ همسـری» در فرایند تصـمیم‌گیری به سـقط جنین عمدی و با اتخاذ یک رویکرد کیفی و مبتنی بر تجربهٔ زیســـتهٔ زنان، در پی پرکردن این خلأ در ادبیات موضوع است. تأکید بر فرایند تصمیم‌گیری به این معناست که پژوهش حاضر به دنبال شناسایی چگونگی اثرگذاری تدریجی و تعاملی عوامل مختلف در بســـتر رابطهٔ همســـری اســـت که درنهایت زن را به‌عنوان فاعلی مسـئول و دارای عاملیت به انتخاب سقط سوق می‌دهد؛ بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است: چگونه کیفیت رابطهٔ همسری به‌عنوان یکی از بسترهای تصمیمات باروری از منظر تجربهٔ زیستهٔ مشـارکت‌کنندگان، در فرایند تجربهٔ سـقط جنین عمدی نقش ایفا می‌کند؟

ملاحظات نظری

برخلاف پژوهش‌های کمّی که با چارچوب نظری ثابت و با هـدف آزمون نظریـه آغـاز می‌شـــود، در پژوهش کیفی، نقش نظریه، ایجاد حســـاســـیت نظری و غنای مفهومی برای محقق اسـت؛ در این راسـتا، محقق با مرور ادبیات و نظریه‌های مرتبط می‌توانـد لایـه‌هـای معنـایی پنهـان در داده‌هـای تجربی را بهتر درک و تفسیر کند؛ بر این اسـاس در پژوهش حاضـر، نظریاتی ازجملـه نظریـهٔ خودمختـاری رابطـه‌منـد[4]، نظریـهٔ مبـادلـهٔ پدرســـالارانه[5]، نظریهٔ دلبســـتگی[6]، نظریهٔ حفاظت از منابع[7] و نظریهٔ کنترل اجباری[8] مرور شـــد تا چارچوب ذهنی غنی‌تری برای طراحی ســـؤالات و تحلیل عمیق‌تر تجارب زیســـتهٔ مشارکت‌کنندگان فراهم آید.

نظریهٔ خودمختاری رابطه‌مند (2001)، در تقابل با نگاه لیبرال و فردگرایـانـه بـه خودمختـاری اســـتـدلال می‌کنـد کـه تصمیمات انسانی همواره در بستر روابط اجتماعی، هنجارهای فرهنگی و سـاختارهای قدرت شـکل می‌گیرد. مرور این نظریه در پژوهش حاضـر، حسـاسـیت نظری محقق را از جهات زیر افزایش داد: نخسـت، درک این نکته که تصـمیم زنان به سـقط جنین عمـدی را نمی‌توان صـــرفاً یک «انتخاب آزاد» در خلأ اجتماعی تلقی کرد، بلکه باید در شـــبکهٔ پیچیده‌ای از روابط (به‌ویژه رابطهٔ همســـری) و محدودیت‌های ســـاختاری تحلیل کرد؛ دوم، این نظریـه بـه تحلیـل «پیش‌بینی نـاپـایـداری زنـدگی مشـــترک» کمک کرد. زن با آینده‌نگری و ســـنجش خطر برای خود و فرزند بالقوه، عاملیت خود را در جهت کاهش آســـیب به کار می‌گیرد؛ عاملیتی که هرچند در شـــرایط نامطلوب ظهور می‌یابد، نافی قدرت انتخاب و مسئولیت اخلاقی زن نیست.

نظریهٔ فمینیســـتی مبادلهٔ پدرســـالارانه کندی[9] (1988) که درزمینهٔ مطالعات خاورمیانه و جوامع اســـلامی تدوین شـــده

[1] Moore
[2] Appiah-Agyekum
[3] Azmat
[4] Relational Autonomy
[5] atriarchal Bargain
[6] Attachment Theory
[7] Conservation of Resources
[8] Coercive Control
[9] Kandiyoti

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

است، استدلال می‌کند که زنان در نظام‌های پدرسالارانه با آگاهی از محدودیت‌های ساختاری، استراتژی‌های مشخصی را برای بیشینه‌کردن امنیت، بقا و منافع خود اتخاذ می‌کنند. وی این استراتژی‌ها را «مبادلهٔ پدرسالارانه» می‌نامد. زن در ازای پذیرش برخی از هنجارهای سلطه‌آمیز (مانند اطاعت از همسر یا پذیرش برخی نابرابری‌ها)، حمایت‌ها و مزایای خاصی (مانند تأمین مالی، امنیت اجتماعی و مشروعیت نقشی) دریافت می‌کند؛ اما هنگامی که این مبادله دچار اختلال شود، یعنی همسر نتواند یا نخواهد حمایت و امنیت موردانتظار را فراهم آورد، ساختار مبادله فرو می‌ریزد و زن ممکن است به استراتژی‌های «خروج» روی آورد که سقط جنین در شرایط بارداری ناخواسته یکی از آن‌هاست. مرور این نظریه در پژوهش حاضر، پژوهشگر را به این موضوع حساس ساخت که زنان در نظام‌های پدرسالارانه، استراتژی‌های محاسبه‌شده‌ای را برای بیشینه‌کردن امنیت و منافع خود در ازای پذیرش محدودیت‌های ساختاری اتخاذ می‌کنند. این حساسیت نظری، پژوهشگر را به جست‌وجوی نشانه‌هایی از فروپاشی مبادلهٔ ضمنی در روابط همسری، نظیر ناتوانی همسر در تأمین امنیت عاطفی و مادی و پیوند آن با تصمیم به سقط به‌عنوان یک استراتژی خروج هدایت کرد.

نظریهٔ دلبستگی بالبی[1] (1969) بر این اصل استوار است که انسان‌ها با انگیزه‌ای ذاتی برای جست‌وجوی مجاورت با چهره‌های دلبستگی اولیه متولد می‌شوند تا در مواجهه با تنش و تهدید، «امنیت و آرامش» به دست آورند. بر اساس این نظریه، کیفیت رابطهٔ اولیهٔ کودک با مراقب اصلی، الگوهای درونی‌شده‌ای از خود، دیگری و روابط را ایجاد می‌کند که اگرچه در طول زندگی تغییرپذیر است، تا بزرگسالی نسبتاً پایدار می‌ماند و در بستر روابط عاطفی بعدی، ازجمله رابطهٔ همسری و رابطه با فرزندان بازنمایی و فعال می‌شود. درواقع در بزرگسالی سبک دلبستگی جدیدی شکل نمی‌گیرد، بلکه سبک‌های اولیه در تعامل با همسر تعدیل، تشدید یا بازنمایی می‌شود. این نظریه به محقق یادآوری کرد که رابطهٔ همسری، تنها یک قرارداد اجتماعی نیست، بلکه مأمنی برای تأمین نیازهای عاطفی و روانی همسران محسوب می‌شود؛ بنابراین، محقق از ابتدا به این موضوع حساس شد که بپرسد: «آیا این رابطه یک «پناهگاه امن» است یا خود منبع تهدید؟». این حساسیت، سؤالاتی را در مصاحبه دربارهٔ احساس امنیت، اعتماد و آرامش در رابطهٔ همسری شکل داد. هنگامی که شریک زندگی به‌طورمستمر دردسترس نباشد، پاسخی همدلانه ارائه ندهد یا خود به منبع تهدید تبدیل شود، این الگوی تعاملی می‌تولند دو پیامد متفاوت، اما مرتبط به دنبال داشته باشد: از یک‌سو، سبک دلبستگی ناایمن پیشین را تشدید کند و ازسوی دیگر، سبک دلبستگی ایمن اولیه را به‌تدریج در جهت منفی تعدیل نماید؛ به‌علاوه نظریهٔ دلبستگی، محقق را دربرابر «الگوهای ارتباطی» حساس کرد. به‌جای اینکه فقط به یک دعوای خانوادگی بپردازد، این پرسش در ذهن محقق شکل گرفت که «آیا الگویی از طرد، بی‌ثباتی یا ترس در این رابطه حاکم است». همچنین این نظریه محقق را به ترس از بازتولید آسیب و تکرار «سبک دلبستگی ناایمن» دربارهٔ فرزند متولنشده حساس کرد.

نظریهٔ حفاظت از منابع هابفول[2] (1989) استدلال می‌کند که افراد به دنبال کسب، حفظ و حفاظت از منابع ارزشمند خود (مانند انرژی عاطفی، احساس امنیت، حمایت اجتماعی و عزت نفس) هستند. استرس روانی زمانی بروز می‌کند که این منابع تهدید شده، از دست رفته یا پس از یک سرمایه‌گذاری بازگشت کافی نداشته باشد. مرور این نظریه باعث شد محقق از خود بپرسد: «این زن در رابطهٔ همسری چه منابع عاطفی و روانی را از دست داده است و چه منابعی به دست آورده

[1] Bowlby

[2] Hobfoll

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

است؟» این دید سبب پرسیدن سؤالات مستقیم و غیرمستقیم دربارهٔ فشار کاری، مسئولیت زندگی، پرورش فرزندان فعلی، میزان حمایت عاطفی دریافت‌شده ازسوی همسر و احساس درماندگی و خستگی مفرط شد.

استارک[1] (2007) با معرفی مفهوم «کنترل اجباری»، تمرکز را از خشونت فیزیکی منفرد به سمت یک «الگوی استراتژیک از سلطه» تغییر داد که در آن، همسر آزارگر با استفاده از تکنیک‌هایی مانند انزوا، نظارت، تحقیر، تهدید و محدودسازی دسترسی به منابع، «آزادی عمل و عاملیت» زن را محدود می‌کند یا از بین می‌برد. این چارچوب نظری، محقق را ملزم کرد که صرفاً بر رفتارهای خشونت‌آمیز فیزیکی متمرکز نباشد، بلکه به اشکال دیگر کنترل ازقبیل اعمال محدودیت‌های افراطی، رفتارهای تحقیرآمیز و توهین‌آمیز، مضیقه‌های اقتصادی، و قطع ارتباط با شبکهٔ خویشاوندی و اجتماعی نیز توجه کند. این رویکرد زمینه‌ساز واکاوی عمیق‌تر و مبتنی بر جزئیات ابعاد مختلف اختلاف در رابطهٔ همسری شد؛ درنهایت، این نظریه امکان درک «عاملیت» زن در فرایند تصمیم‌گیری به سقط جنین را در چارچوب شرایط ساختاری محدودکننده و زمینهٔ فشار سیستماتیک میسر ساخت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در چارچوب پارادایم تفسیری انجام شده که به‌عنوان مبنا و چارچوب هدایت‌کنندهٔ فرایند تحقیق حاکم است. همان‌گونه که گوبا و لینکلن[2] (1994) تأکید کرده‌اند، درک پارادایم پژوهش برای تضمین انسجام روش‌شناختی و تدوین پژوهشی معتبر ضروری است. این مطالعه با بهره‌گیری از راهبرد پدیدارشناسی توصیفی به اجرا درآمده است. این راهبرد که ریشه در آرای هوسرل دارد، با هدف کشف و توصیف ماهیت تجارب زیسته به کار می‌رود؛ در این راستا، پژوهشگر با اجرای فرایند «اپوخه» یا «در پرانتز نهادن پیش‌انگاره‌ها» به توصیف ناب تجارب مشارکت‌کنندگان می‌پردازد (Colaizzi, 1978). پدیدارشناسی توصیفی با تمرکز نظام‌مند بر تجارب زیسته به ثبت و تحلیل ادراکات و برداشت‌های مشارکت‌کنندگان با تأکید بر حفظ اصالت تجارب می‌پردازد. این رویکرد با خودداری از هرگونه تفسیر تحمیلی در پی بازنمایی بی‌واسطهٔ ساختارهای تجربهٔ انسانی است (Creswell & Poth, 2025; Sinfield et al., 2023).

معیارهای ورود به مطالعه شامل دارابودن حداقل یک تجربهٔ سقط عمدی، تأهل در زمان وقوع رویداد، تولنایی بازگویی جزئیات تجربه، اعلام رضایت آگاهانه برای مشارکت و سکونت در استان البرز بود. داده‌ها ازطریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد که مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. فرایند نمونه‌گیری به روش هدفمند و با د رنظر گرفتن حداکثر تنوع ازنظر متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و باورهای مذهبی انجام پذیرفت.

در این مطالعه، میانگین سنی مشارکت‌کنندگان حدود ۴۲ سال بود. ازنظر سطح تحصیلات، تقریباً نیمی از افراد دارای مدرک دیپلم یا کمتر و نیمی دیگر از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. ازنظر وضعیت اشتغال، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در دورهٔ تجربهٔ سقط خانه‌دار بودند و باقی افراد دارای اشتغال خارج از خانه بودند. تعداد دفعات تجربهٔ سقط عمدی در بین نمونه‌ها بین ۱ تا ۵ بار در نوسان بود و سن آنان در زمان اولین تجربهٔ سقط بین ۱۷ تا ۴۱ سال متغیر بود. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول (۱) ارائه شده است.

[1] Stark

[2] Guba & Lincoln

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان

Table 1- Demographic characteristics of participants

ویژگی Characteristic	توضیحات Description	
سن مشارکت کنندگان Participants' age	میانگین: ٤۲.۱۵ سال Mean: 42.15 years	۲۸ تا ۵۵ سال 28–55 years
تحصیلات Education	غیر دانشگاهی: ۲۲ نفر Non-university: 22 دانشگاهی: ۱۸ نفر university: 18	زیر دیپلم تا دکترا From below diploma to doctoral degree
وضعیت اشتغال Employment status	خانه‌دار: ۲٤ نفر Homemakers: 24 فرهنگی: ۳ teachers: 3 آزاد: ۷ self-employed: 7 پرستار: ٤ nurses: 4 مشاغل خدماتی: ۲ service workers: 2	٦۰ درصد خانه‌دار 60% homemakers ٤۰ درصد شاغل 40% employed
دفعات تجربه سقط جنین عمدی Number of induced abortions	۱ تا ۵ بار 1–5 times	٦۷.۵ درصد یک بار تجربه سقط 67.5% had experienced one abortion
سن در اولین تجربه سقط Age at first abortion	میانگین: ۳۰.۲۳ سال Mean: 30.23 years	۱۷ تا ٤۱ سال 17–41 years ٤۵ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ سال 45% were aged 20–30 ٤۵ درصد بین ۳۰ تا ٤۰ سال 45% were aged 30–40
تعداد فرزندان در زمان وقوع تجربه Number of children at the time of the abortion	۰ تا ۳ فرزند 0–3 children	۵۲.۵ درصد دارای ۰ یا ۱ فرزند 52.5% had 0 or 1 child
تعداد فرزندان در زمان مصاحبه Number of children at the time of interview	۰ تا ۵ فرزند 0–5 children	۳۰ درصد دارای ۰ یا ۱ فرزند 30% had 0 or 1 child

باتوجه‌به ماهیت حساس موضوع پژوهش، فرایند شناسایی مشارکت‌کنندگان با بهره‌گیری از شبکه‌های تخصصی فعال در حوزهٔ سلامت و حیات جنین شامل گروه‌های مردمی، ماماها و پرستاران شاغل در مراکز درمانی استان البرز انجام شد. در همهٔ مراحل اجرای پژوهش، اصول اخلاقی شامل حفظ محرمانگی داده‌ها، رعایت حق انصراف آزادانهٔ مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه و تعیین زمان و مکان مصاحبه مطابق با ترجیحات ایشان به‌طورکامل رعایت شد. گردآوری داده‌ها در بازهٔ زمانی مهر تا اسفند ۱٤۰۳ صورت پذیرفت. در جلسات مصاحبه از مشارکت‌کنندگان دعوت می‌شد تا با بازگشت به زمان وقوع رویداد، تجربهٔ زیستهٔ خود را با بیشترین جزئیات بازگو کنند. پرسش‌های بعدی به‌صورت پویا و براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان و با هدف واکاوی نقش کیفیت رابطهٔ همسری در فرایند

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

تصمیم به سقط طراحی و مطرح می‌شد. فرایند نمونه‌گیری تا انجام ۴۰ مصاحبه ادامه یافت که در این مرحله نمونه‌گیری با احراز اشباع داده‌ها و تکمیل ابعاد و ویژگی‌های مقولات خاتمه یافت.

تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر براساس رویکرد هفت‌مرحله‌ای کلایزی (Creswell & Poth, 2025: 159) و با رویکردی تطبیقی (هم‌زمانی گردآوری و تحلیل داده‌ها) انجام شد. در گام اول، محتوای همهٔ مصاحبه‌ها به‌طورکامل و عینی پیاده‌سازی شد؛ در مرحلهٔ دوم، با مطالعهٔ عمیق متون مصاحبه‌ها، گزاره‌های معنادار مرتبط با پدیدهٔ موردمطالعه استخراج شد؛ در گام سوم، این گزاره‌ها به‌منظور کشف معانی نهفته در بستر تجربهٔ زیستهٔ مشارکت‌کنندگان تفسیر شد و مفاهیم بنیادین استخراج گردید؛ در مرحلهٔ چهارم، مفاهیم استخراج‌شده در قالب خوشه‌های معنایی همگون دسته‌بندی و یکپارچه شد و ناسازگاری‌های احتمالی بررسی و رفع گردید؛ در گام پنجم، با تلفیق این خوشه‌ها توصیف ساختاریافته و جامعی از تجربهٔ مشارکت‌کنندگان ارائه شد؛ در مرحلهٔ ششم، ازطریق واکاوی توصیف‌های تولیدشده، ماهیت بنیادین پدیدهٔ موردمطالعه آشکار شد؛ درنهایت و در گام هفتم، به‌منظور تأمین اعتبار یافته‌ها، نتایج به تعدادی از مشارکت‌کنندگان ارائه و تأیید نهایی آنان اخذ گردید. همچنین، ارزیابی یافته‌ها توسط سه تن از اساتید دانشگاهی صورت پذیرفت.

یافته‌ها

براساس نتایج حاصل از کدگذاری و مقوله‌بندی، نقش کیفیت رابطهٔ همسری در تصمیم به سقط در سه طبقه خلاصه شده است. مقوله‌ها و خرده‌مقوله‌های مربوط در جدول (۲) ذکر شده و سپس به همراه نمونه‌هایی از گفته‌های زنان، نقش هریک از مقوله‌ها در تصمیم به سقط جنین عمدی بیان شده است.

فقدان امنیت روانی-عاطفی در رابطهٔ همسری

مقولهٔ «فقدان امنیت روانی-عاطفی در رابطهٔ همسری» به مجموعه‌ای از عوامل روانی ـ رفتاری و ارتباطی اشاره دارد که به احساس نارضایتی از همسر و رابطهٔ همسری منجر و به دلیل ایجاد احساس عدم‌امنیت روانی و عاطفی در فرد، زمینه‌ساز تصمیم به سقط جنین شده است. این عوامل شامل «ناسازگاری‌های شخصیتی و رفتاری همسر»، «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» و «نقصان در مسئولیت‌پذیری و تعهد همسر» می‌شود که درنهایت به فرسودگی هیجانی زن و ارزیابی منفی از توانایی پرورش فرزند جدید منجر شده است.

«ناسازگاری‌های شخصیتی و رفتاری همسر» به طیف گسترده‌ای از «آسیب‌های رفتاری همسر» و «ویژگی‌های شخصیتی و اخلاقی نامطلوب» وی اشاره دارد که در ایجاد احساس عدم‌امنیت روانی ـ عاطفی و تصمیم به سقط نقش داشته است.

«آسیب‌های رفتاری همسر» ذیل این زیرمقوله به رفتارهای مخرب و ناسالم همسر اشاره دارد که ازطریق ایجاد ناامنی روانی، کاهش کیفیت رابطهٔ همسری و تضعیف اعتماد متقابل، زمینه‌ساز تصمیم به سقط جنین شده است. این آسیب‌ها شامل «رفتارهای سرکوب‌گرانهٔ فیزیکی»، «رفتارهای تخریب‌گرانهٔ هیجانی»، «رفتارهای طردگرانه»، «رفتارهای تحقیرگرانه»، «رفتارهای محدودگرانه» و «رفتارهای قانون‌گریزانه» می‌شود که به ارزیابی منفی زن از امکان پرورش فرزند در چنین محیطی منجر شده است.

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

جدول ۲- مقوله‌ها و خرده‌مقوله‌های نقش کیفیت رابطهٔ همسری در تصمیم به سقط

Table 2- Themes and subthemes of the role of marital relationship quality in the decision to undergo induced abortion

ردیف	طبقات	مقولات اصلی	خرده مقولات
1	فقدان امنیت روانی- عاطفی در رابطه همسری Lack of psychological-emotional security in the marital relationship	ناسازگاری‌های شخصیتی و رفتاری همسر Spouse's personality and behavioral incompatibilities	آسیب‌های رفتاری همسر Spouse's behavioral problems
			ویژگی‌های شخصیتی و اخلاقی نامطلوب Undesirable personality and moral traits
		خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر Emotional and communication gaps with the spouse	مشکلات تعاملی با همسر Interactional problems with the spouse
			اختلال در رابطه زناشویی Dysfunction in the marital relationship
			عدم تأمین انتظارات عاطفی زن از سوی همسر Failure of the spouse to meet the woman's emotional needs
			فقدان مهارت‌های ارتباطی Lack of communication skills
		نقصان در مسئولیت‌پذیری و تعهد همسر Deficiency in the spouse's responsibility and commitment	خیانت همسر Spousal infidelity
			عدم مسئولیت‌پذیری همسر The spouse's lack of responsibility
2	احساس ناامنی نسبت به آینده A Sense of Insecurity About the Future	پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک Anticipation of instability in married life	عدم تمایل زن به تداوم زندگی مشترک The woman's unwillingness to continue married life
			بی‌میلی همسر به حفظ کانون خانواده The spouse's lack of interest in preserving the family unit
			احساس عدم اطمینان به آینده رابطه Uncertainty about the future of the relationship
		ترس از بازتولید آسیب در فرزند Fear of perpetuating harm in the child	پیش‌بینی آینده آسیب‌زا برای فرزند Anticipation of a harmful future for the child
			انعکاس تجارب پیشین در پرورش فرزندان فعلی Reflection of past experiences in raising current children
3	بنیان‌های سست ازدواج Fragile marital bonds	همسرگزینی نسنجیده Ill-considered spouse selection	عدم کفویت و تناسب در ازدواج Lack of compatibility and suitability in marriage
			انتخاب نادرست Inappropriate choice
		اجبار و تعارض بنیادین در آغاز زندگی مشترک Coercion and fundamental conflict at the beginning of married life	ازدواج تحمیلی Forced marriage
			شروع زندگی مشترک با وجود تعارضات حل نشده Beginning married life despite unresolved conflicts

«رفتارهای سرکوبگرانهٔ فیزیکی» به‌عنوان یکی از مصادیق «آسیب‌های رفتاری همسر» شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که تجربهٔ مواجهه با رفتارهای خشونت‌آمیز فیزیکی ازسوی همسر (به خود فرد و نیز به فرزندان موجود) به شکل‌گیری احساس ناامنی عمیق، نارضایتی از همسر و دلسردی از زندگی مشترک منجر شده بود. در چنین شرایطی، مشارکت‌کنندگان با این

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

ارزیابی که حفظ جنین ممکن است موجب تشدید ناامنی‌های موجود و وخامت بیشتر اوضاع خانواده شود، تصمیم به سقط جنین را به‌عنوان راهبردی برای پیشگیری از آسیب‌های احتمالی آینده اتخاذ کرده بودند.

مصاحبهٔ ۱۰، ۳۸ساله، ۵ بار سابقهٔ سقط عمدی: «رابطه‌ام با همسرم زیاد خوب نیست. به‌خاطر مشکلاتی که سر پسرم پیش اومد؛ سر فحش‌هایی که می‌داد؛ دست بزن‌هاش، فحاشی‌هاش، خسیسی‌هاش. بچه‌ها می‌رفتن مدرسه پول نمی‌داد. من خودم قایمکی می‌رفتم کار می‌کردم؛ تو خونه‌های مردم کار می‌کردم که خرج بچه‌هامو بدم. تا می‌گفتم پول یه دونه می‌کوبید تو سرم. حتی به‌خاطر ختنهٔ بچه‌ها هم خیلی منو کتک زد. می‌گفت چرا الکی می‌خوای بچه‌ها رو ببری دکتر پول خرج کنی. می‌بریم شهرستان پیش فلانی ختنه می‌کنه. بهش می‌گفتم بابا اون موقع گذشت. الآن مردم بچه‌هاشونو می‌برن پیش دکتر توی مطب ختنه می‌کنن. دعوامون شد. سر منو کوبید به دیوار. از اولش به من تهمت می‌زد. می‌گفت تو با اینی، تو با اونی. مغزش مریضه. چند وقت بعد از عروسی، سالگرد فوت مامانم شد. از نظرآباد رفتیم قم. از قم برگشتنی شوهرم منو تو راه گرفت کتک زد. گفت آره تو با پسر دایی‌ات رابطه داری، به اون نامه دادی. گفتم بابا من اصلاً اونو ندیدم. چه‌جوری نامه نوشتم؟ اصلاً از اون خوشم نمیاد. من باردار بودم انقدر بد زده بود که جفت اومده بود پایین و خونریزی کرده بود. فرداش رفتم قم خونه خواهرم و بهش گفتم به کسی نگو اومدم اینجا. اونجا بدنمو به خواهرم نشون دادم. از گردن به پایین بدنم کبود بود.»

«رفتارهای تخریب‌گرانهٔ هیجانی» از دیگر مصادیق «آسیب‌های رفتاری همسر» است. یافته‌ها نشان داد که مواجههٔ مستمر با رفتارهای مخرب هیجانی ازسوی همسر شامل برخوردهای نامناسب با فرزندان، رفتارهای پرخاشگرانه، بداخلاقی‌های مکرر و لجبازی، بهانه‌جویی و تعارضات بی‌دلیل به ایجاد احساس ناخشنودی عمیق از رابطهٔ زناشویی منجر شده بود. در چنین شرایطی، مشارکت‌کنندگان با ارزیابی منفی از کیفیت محیط خانوادگی و عدم‌احساس دلبستگی عاطفی به همسر، شرایط را برای پرورش فرزند جدید نامناسب تشخیص داده بودند. تعدادی از مشارکت‌کنندگان نیز تولد فرزند جدید را به‌عنوان عامل تشدیدکننده مشکلات موجود در زندگی زناشویی ارزیابی می‌کردند. این ارزیابی‌های منفی درنهایت به تصمیم به سقط جنین منجر شده بود.

مصاحبهٔ ۲۰، ٤۳ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «رابطه‌ام با همسرم اصلاً خوب نبود. اخلاقش بد بود؛ دست بزن داشت؛ دهن‌بین بود. برادر شوهرم ٦ تا دختر داره، یه دونه پسر. می‌ترسید اینم همش دختر بیاره. می‌گفت من این همه کار می‌کنم آخرش داماد بیاد بخوره. وقتی باردار شدم، از ترس دخترشدن گفت بنداز. خیلی بداخلاقی و بدرفتاری می‌کرد. منم دیدم زندگیمو زهرمار می‌کنه. گفتم خودم بذارم برم با این دوتا دختر وضعیت اینا چی میشه. ترسیدم زندگیم به هم بخوره و انداختم. تا پارسال قهر بودم باهاش. بهونه‌های الکی می‌آورد. رابطه‌اش با دخترام خوب نبود. بهش می‌گفتم اصلاً برو یه زن بگیر برات پسر بیاره. درخواست مهریه دادم. با خودم گفتم اگر دوست داره زندگی کنه، اگر دوست نداشت طلاقم بده.»

«رفتارهای طردگرانه» به‌عنوان یکی دیگر از مصادیق «آسیب‌های رفتاری همسر» شناسایی شد. یافته‌ها حاکی‌ازآن بود که الگوهای رفتاری نظیر بی‌اعتنایی عمدی، قطع ارتباط با شبکهٔ خویشاوندی همسر و سایر اشکال طرد عاطفی به شکل‌گیری احساس محرومیت هیجانی و ناامنی روانی در زنان منجر شده بود. این شرایط از دو منظر بر تصمیم به سقط تأثیر گذاشته بود: ۱) تأثیرات مستقیم: ایجاد محیطی پرتنش و ناپایدار در رابطهٔ زناشویی؛ ۲) تأثیرات غیرمستقیم: کاهش تاب‌آوری زن در مواجهه با مسئولیت‌های والدگری. در چنین فضای عاطفیِ مخدوش‌شده، زنان با پیش‌بینی تشدید این الگوهای ارتباطی نامطلوب درصورت تولد فرزند جدید، تصمیم به سقط را به‌عنوان راهبردی برای پیشگیری از عمیق‌ترشدن آسیب‌های روانی موجود برمی‌گزیدند.

مصاحبهٔ ۷، ٤٤ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «سر این بارداری که سقط کردم، شرایط خیلی بدی داشتم. با همسرم خیلی چالش داشتم. شش ماه خودم پیش مشاوره می‌رفتم و مشکلات روحی و جسمی زیادی داشتم. وقتی پسرم رو باردار

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

بودم، خیلی اذیت شدم. همسرم اصرار داشت که پسرمو سقط کنم؛ اما من زیر بار نرفتم. ۹ ماه بارداری با من قهر بود. همش نگران بودم نکنه وقتی بچه به دنیا بیاد، بچه رو نخواد. بچه رو بغل نکنه. تو اون ۹ ماه خیلی با هم مشکل داشتیم. خیلی اذیت شدم. همراهی نمی‌کرد؛ ازنظر عاطفی توجهی نداشت؛ به‌خاطر مشکلی که با برادرم داشت با خانواده‌ام قطع رابطه کرده بود. خیلی برام سنگین بود این قطع رابطه. من خودم بچهٔ اول هستم و یه خواهر و برادر دارم که بعد از من ازدواج کردن. به خانواده‌ام و خواهرم وابسته‌ام. خیلی قطع رابطه با خانواده‌ام برام سخت بود. بچه‌هام هم خیلی ناراحت بودند که چرا بابا نمیاد، همه هستند.»

«رفتارهای تحقیرگرانه» از دیگر موارد «آسیب‌های رفتاری همسر» است. تحلیل داده‌ها نشان داد که الگوهای رفتاری مخربی همچون تخریب شخصیت زن در محیط‌های عمومی، اتهامات ناروای خیانت، بی‌حرمتی به زن و خانوادهٔ وی، استفاده از الفاظ تحقیرآمیز و توهین‌آمیز و نسبت‌دادن ناروای اختلالات روانی به ایجاد فضایی از ناامنی روانی و فشارهای عاطفی برای زنان منجر شده بود. این شرایط از دو جنبه بر تصمیم به سقط تأثیر گذاشته بود: تشخیص نامناسب‌بودن فضای خانواده برای پرورش فرزند، فرسودگی هیجانی ناشی از رفتارهای تحقیرآمیز و کاهش ظرفیت روانی برای پذیرش مسئولیت والدگری.

مصاحبهٔ ٤، ۳۵ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «خیلی شوهرم بددهنه. به‌جای اینکه اسممو بیاره بگه زهره، میگه بیشعور، احمق، الاغ. تو نمی‌فهمی، تو احمقی. بهش می‌گم درست صحبت کن. اگر از من انتظار احترام داری، خب تو هم به من احترام بذار. بی‌احترامی می‌کنه، اجازه نمی‌ده با مادرم حرف بزنم. میاد بی‌احترامی می‌کنه به مادرم و خانواده‌ام. پیش اطرافیان طوری برخورد می‌کنه که منو کوچیک می‌کنه؛ مثلاً پارسال برای ارث و میراث رفته بودیم شهرستان. برادر شوهرم گفت که خانمش نظرش اینه و با مشورت هم می‌خوان یه کاری بکنن. بعد برگشت به برادر شوهرم گفت اگه خانم من بخواد چیزی بگه که این کارو بکن، اون کارو نکن، من زیر پام لهش می‌کنم؛ درحالی‌که من روحم از چیزی خبر نداشت و اصلاً دخالتم نمی‌کنم.»

«رفتارهای محدودگرانه» نیز به‌عنوان یکی از مصادیق «آسیب‌های رفتاری همسر» شناسایی شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که اعمال کنترل‌های شدید ازسوی همسر شامل مواردی چون قطع یا محدودیت ارتباط با خانوادهٔ پدری، اعمال نظارت افراطی بر روابط اجتماعی، ممانعت از حضور اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های عمومی به شکل‌گیری احساس انزوا، افسردگی و کاهش دلبستگی به زندگی مشترک منجر شده بود. این شرایط زمینه‌ساز تصمیم و اقدام به سقط شده بود.

مصاحبهٔ ۲٤، ٤۰ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «اذیتم می‌کرد. فوق‌العاده بددل بود. تا سه سال اول ازدواج قبل از اینکه بچه‌دار بشم، صبح می‌رفت بیرون در رو قفل می‌کرد. شب که میومد، در رو باز می‌کرد. اصلاً حق رفتن خونهٔ پدر و مادر نداشتم. حق دیدن خواهر و برادرامو نداشتم. اصلاً حق تنها جایی رفتن رو نداشتم. هیچ‌جا، فقط با خودش می‌رفتم و با خودش برمی‌گشتم. فکر کن یه آدم افسرده شده بودم. یه زنی بودم که اصلاً بلد نبودم حتی یه پولو کارت به کارت کنم. این‌قدر تو جامعه محدود بودم.»

از دیگر موارد «آسیب‌های رفتاری همسر»، «رفتارهای قانون‌گریزانه» است. یافته‌ها حاکی‌ازآن بود که ارتکاب مستمر اعمال خلاف قانون ازسوی همسر به ارزیابی منفی از پایبندی همسر به هنجارهای اجتماعی و اخلاقی و احساس ناامنی به تداوم و ثبات زندگی مشترک منجر شده بود. این ادراک که ریشه در مشاهدهٔ رفتارهای قانون‌شکنانهٔ همسر داشت، باعث کاهش شدید اعتماد به همسر، ترس از آینده‌ای نامطمئن برای فرزند و پیش‌بینی مشکلات اجتماعی و حقوقی احتمالی شده بود. همین شرایط فرد را به سمت تصمیم به سقط سوق داده بود.

مصاحبهٔ ۳۵، ۵۵ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «همسر من توی شرکت کار می‌کرد. اونجا باهاش آشنا شدم. در شرف طلاق‌دادن خانمش بود. اونجا محبت منو به خودش جلب کرد. می‌گفت من تو کار زیرخاکی‌ام؛ ولی بعد از ازدواج متوجه شدم که یه جورایی خلافکاره و سارقه. اختلاف‌های ما از اون موقع شروع شد.»

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

برخی «ویژگی‌های شخصیتی و اخلاقی نامطلوب» همسر شامل «مشخصه‌های خلقی و رفتاری ناکارامد» و «اختلالات روانی همسر» نیز سبب بروز نارضایتی از زندگی خانوادگی شده و تصمیم به سقط جنین را تسهیل کرده بود.

یافته‌ها نشان داد که «مشخصه‌های خلقی و رفتاری ناکارامد» همسر شامل ویژگی‌های رفتاری (راحت‌طلبی مفرط، خودمحوری، عدم‌ثبات رفتاری، عصبانیت مزمن و خساست)، کاستی‌های اخلاقی (افشای اسرار خانوادگی و لذت‌جویی افراطی)، ساده‌انگاری در پذیرش سخنان دیگران و تمایلات نامتعادل (جاه‌طلبی بیمارگونه، سخت‌گیری غیرمنطقی و رفاقت‌های خارج از چارچوب) به ایجاد محیطی ناامن و پرتنش در زندگی زناشویی منجر شده بود. این صفات با ایجاد تعارض مستمر با ارزش‌های اخلاقی زن و مصالح خانواده، کارکردهای حمایتی نهاد خانواده را مختل کرده و آن را از حالت پناهگاه امن خارج ساخته بود. در چنین شرایطی، زنان با پیش‌بینی تداوم یا تشدید این الگوهای رفتاری درصورت تولد فرزند جدید، تصمیم به سقط جنین را به‌عنوان راهبردی برای پیشگیری از ورود کودک به این محیط ناسالم اتخاذ کرده بودند.

> مصاحبهٔ ۳۹، ۴۰ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «شوهرم اصلاً آدم نرمالی نیست. عصبیه، دهن‌بینه، نگاه می‌کنه ببینه اطرافیان چی ازش می‌خوان، انجام بده. نمی‌تونه خانواده رو حمایت کنه. آدمی نیست که در قیدوبند خانواده باشه، رفیق‌بازه. آدمی نیست که خودش رو تو قیدوبند خانواده و زندگی بدونه. براش مهم نیست که چه اتفاقی بیفته.»

«اختلالات روانی همسر» نیز به‌عنوان عاملی مؤثر در فرسودگی روابط همسری در تصمیم به سقط جنین نقش داشته است. یافته‌ها نشان داد که مواجههٔ مستمر با رفتارهای ناشی از مشکلات روانی همسر (شامل اعمال محدودیت‌های افراطی، ابراز علاقه‌های آزاردهنده، نوسانات خلقی و رفتاری، و پرخاشگری‌های مکرر) به ایجاد فرسودگی روانی شدید در زنان منجر شده بود. این شرایط به‌گونه‌ای بر توانایی‌های روانی ـ عاطفی آنان تأثیر گذاشته بود که ظرفیت پذیرش مسئولیت‌های والدگری را برای فرزند جدید در خود نمی‌دیدند.

> مصاحبهٔ ۲٤، ٤۰ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «همسرم مشکل روانی داشت. کارت قرمز داشت. مشکل اعصاب و روان داشت و دارو مصرف می‌کرد. به من نگفته بودن. پدر مادرم تو این زمینه پیگیری نکرده بودن. فقط منو شوهر داده بودن که من برم. هفت هشت سال بعد از ازدواجم متوجه شدم. می‌گفت اصلاً نمی‌خوام تو کسی رو حتی دوست داشته باشی. حتی کسی تو رو ببینه. خیلی دوم داشت. ؛ولی اصلاً این دوست داشتنه به نظرت؟ یه نوع بیماری بود. خیلی محدودم می‌کرد و هیچ‌جا نمی‌ذاشت برم و با کسی ارتباطی نداشتم. خیلی سر بچه‌داری اذیتم می‌کرد. می‌گفت اصلاً به بچه محبت نکن. فقط محبتت به من باشه. می‌گفت چرا من میام، جلوی من به اون شیر میدی. نذار کسی دست به بچه بزنه. این‌قدر به اون غذا نده. این‌قدر بهش اهمیت نده. بسه خستم کردی.»

«خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» به طیفی از اختلالات در روابط همسری اشاره دارد که شامل «مشکلات تعاملی با همسر»، «اختلال در رابطهٔ زناشویی»، «عدم‌تأمین انتظارات عاطفی زن ازسوی همسر» و «فقدان مهارت‌های ارتباطی با همسر» می‌شود. این عوامل با ایجاد احساس ناامنی، فرسودگی روانی و کاهش کیفیت رابطه، زمینه‌ساز تصمیم به سقط جنین شده است.

«مشکلات تعاملی با همسر» یکی از مصادیق «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» بوده است. عواملی چون فقدان صمیمیت عاطفی، شکاف اعتماد متقابل، حساسیت‌های افراطی به مسائل روزمره، الگوهای ارتباطی مخرب (ازجمله پاسخ‌های تدافعی و عدم‌صداقت) به شکل‌گیری فضایی ناامن در رابطهٔ زناشویی منجر شده بود. این شرایط سبب کاهش رضایت از زندگی مشترک، شکل‌گیری تمایلات جدایی‌طلبانه و احساس عدم‌ثبات در رابطه شده بود؛ بنابراین، فرد در این وضعیت احساس می‌کرد که شرایط خانوادگی برای تولد فرزند جدید مناسب نیست.

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

مصاحبهٔ ۲۵، ۳۱ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «همسرم خیلی اذیت می‌کرد. اخلاقش خوب نبود. خیلی حساسیت به خرج می‌داد. با اینکه قبل از عقد قبول کرده بود، بعدش نذاشت درس بخونم. می‌گفت نباید با پسرعموهات حرف بزنی. نباید فلان‌جا بری. جایی می‌خواستم برم یا باید با مادرشوهرم می‌رفتم یا باید با خواهرشوهرم می‌رفتم یا باید با مامانم می‌رفتم. رفتم مشاوره، گفت سعی کن رو چیزایی که حساسه پا نذاری. یه‌مدت من رعایت کردم. یه کوچولو بهتر شد؛ ولی خب، اون حس و احساس امنیتی که اون قبل از اینکه شوهرم باشه، رفیقم باشه، باهاش درد و دل کنم و اینا دیگه نداشتم و من از اونجا به بعد مجبور شدم به‌خاطر این چیزایی که اون روش حساسه و احتمال داره از توش دوباره جنگ و جدل در بیاد، بهش دروغ بگم و این دروغ گفتنای من باعث شد که اون به من بی‌اعتماد شد و رابطه‌مون دوباره بدتر شد. یکمم من حاضرجواب بودم و تند بودم و هرچی اون می‌گفت من جواب می‌دادم. چون اینم توی خانواده‌ای بودش که هیچ‌کس بهش هیچی نمی‌گفت. خواهراش و مادرش طوری اینو تربیت کرده بودن که انگار کیه. این یه دونه پسره که هیچ رقمه نباید بهش بگی بالای چشش ابروئه. این فکر کرده بود که منم همون‌جوری میشم. وقتی که می‌دید من برخلاف اون چیزی هستم که فکر می‌کنه و جواب میدم اوضاع خیلی خراب‌تر می‌شد. یه بارم سر همین ماجرا دستشو رو من بلند کرد.»

«اختلال در رابطهٔ زناشویی» به‌عنوان یکی دیگر از مصادیق «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که ترکیبی از مشکلات عملکرد جنسی (شامل ناتوانی همسر، رابطهٔ دردناک برای زن، کاهش میل جنسی ناشی از بی‌علاقگی و نارضایتی از همسر) و کمبودهای ارتباطی (مانند فقدان مهارت‌های رابطهٔ سالم و سردی عاطفی) به ایجاد محیطی متشنج و ناپایدار در زندگی زناشویی منجر شده بود. این شرایط ازطریق کاهش شدید رضایت زناشویی، ایجاد فشار روانی و احساس درماندگی، تصمیم به سقط را تسهیل کرده بود.

مصاحبهٔ ۱۷، ۵۰ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «متأسفانه مشکلی که همسرم داشت، این بود که به‌راحتی نمی‌تونست رابطهٔ زناشویی برقرار کنه. من این قضیه رو از همون شب اول عروسی فهمیدم؛ اما خیلی روشنفکرانه و واقع‌بینانه با موضوع برخورد کردم؛ ولی خیلی برام عذاب‌آور بود. آدم توی جوونی شور و شعف داره، ذوق داره. هیچ‌وقت توی رابطهٔ زناشویی به حالت رضایت و ارضا نرسیدم و همین خیلی توی حال روحی من و اعصابم تأثیر داشت. شاید می‌تونستم با همین موضوع جدا بشم. به‌خاطر عسر و حرجی که دچارش شده بودم؛ اما پروسهٔ طلاق و رفت‌وآمد و اون هزینهٔ مالی و اینکه خانواده‌ام هم مشکلم رو نمی‌دونستن، ترجیح دادم زندگی‌مو ادامه بدم. زنی هم نبودم که با این باشم، با اون باشم. دوست نداشتم وارد کاری بشم. زندگی سالم و تمیز رو بیشتر دوست داشتم. نمی‌خواستم این کمبود رابطهٔ جنسی رو جای دیگه جبران کنم.»

از دیگر مصادیق «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر»، «عدم‌تأمین انتظارات عاطفی زن ازسوی همسر» است. یافته‌ها حاکی‌ازآن بود که برآورده‌نشدن نیازهای عاطفی زن توسط همسر (شامل مواردی چون عدم‌همراهی عاطفی در مراقبت از فرزند معلول، دوره‌های طولانی قهر بدون حمایت توسط همسر، کم‌توجهی به نیازهای محبت‌آمیز و رفتارهای نامهربانانه در بارداری‌های پیشین) به ایجاد فشار روانی، خلأ عاطفی و شکاف در روابط همسری منجر شده بود. این شرایط از دو مسیر بر تصمیم‌گیری تأثیر گذاشته بود: نخست، ایجاد فرسودگی عاطفی و روانی که توانایی پذیرش مسئولیت والدگری مجدد را کاهش می‌داد؛ دوم، پیش‌بینی تشدید مشکلات موجود با تولد فرزند جدید.

مصاحبهٔ ۱۸، ۵۳ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «سر پسرم بارداری بسیار بدی رو گذروندم. ازنظر روحی-روانی خیلی درگیر بودم. تمام دورهٔ بارداری رو به پهنای صورتم اشک ریختم، زار می‌زدم. زندگی که قرار بود توش بچه‌ام چراغ دلم باشه، خیلی بد می‌گذشت. هیچ مهری وجود نداشت. حتی تو دوره‌ای که من سقط کرده بودم، نیاز داشتم که از من حمایت عاطفی بشه. این حمایت عاطفی رو نه از سمت خونواد خودم داشتم و نه از سمت خانوادهٔ همسرم و

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

نه از اونی که با من داشـــت زندگی می‌کرد. این منو خیلی اذیت کرد. تموم این سال‌ها هنوز هم نتونستم حلش کنم. کسی نبود از من حمایت عاطفی بکنه. شما فرض کن یه نفر یه کاسه کاچی برات بپزه بیاره، آدم دلش خوش می‌شه. دو سیخ جگر بگیره، حال دل آدم خوب می‌شـــه. یک نگاه مهربانانه، یک نوازش. من محبت‌های پدرم به مادرم رو دیده بودم؛ قربون‌صـــدقه‌ها رو؛ نوازش‌ها رو. دیده بودم چه‌جوری به مادربزرگ من که اومده بود به مادرم بعد زایمان رسیدگی کنه محبت می‌کرد و من می‌دیدم که پدرم چه جوری بچه‌ها رو بغل می‌کنه با چه عشقی و قربون‌صدقه‌شون میره؛ اما همسر من این‌طوری نبود. من سعی می‌کردم در تمام سال‌ها باوجود اینکه از این مرد هیچ مهری نگرفتم، هیچ کم‌وکسری نذارم.»

مقولهٔ «فقدان مهارت‌های ارتباطی با همســـر» بازتابندهٔ فقدان دانش و مهارت‌های ضروری در مدیریت روابط همسری است که به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» شناسایی شد. این ناتوانی کارکردی که به فرسودگی عاطفی و روانی منجر شـــده بود، به‌عنوان یکی از پیشـــایندهای تصمیم به سقط جنین تحلیل شده است.

مصاحبهٔ ٦، ٤٥ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «اوایل زندگی فکر می‌کردم زندگی باید با همین ســـختی‌ها باشـــه. فکر می‌کردم اینم یه قسمتی از زندگیه. یواش‌یواش داشـــت ســـخت‌تر می‌شـــد. دیدم دیگه تحملم داره کم میشـــه. نمی‌تونســـتم حرفمو درســـت به همســـرم انتقال بدم. البته خودش هم می‌دید شـــرایط رو و گاهی هم به مادرشـــوهرم می‌گفت خونمون کوچیکه، جامون کمه؛ اما من نمی‌تونســـتم خوب منظورمو انتقال بدم. همسرم رو تو فشار نمی‌ذاشتم که جای بزرگ‌تر بریم. نمی‌تونســـتم حرف دلم رو خوب انتقال بدم. جاریم زبون داشـــت و به‌موقع حرفشـــو می‌زد. همش حرفام برام عقده شـــده بود. بیانم واقعاً ضـــعیف بود. علم فن‌بیان نداشـــتم. به‌موقع نمی‌تونســـتم حرفمو بزنم. هرکی هرچی می‌گفت، خواهر شـــوهرام و جاری‌هام من فقط گریه می‌کردم. به‌جای حرف‌زدن گریه می‌کردم. به شـــوهرم انتقال می‌دادما. بهش می‌گفتم؛ ولی با روش‌های غلط انتقال می‌دادم که باعث دلخوری می‌شـد و دلخوری پیش میومد. بیانم غلط بود. بعدها فهمیدم. مهارت نداشـتم. نمی‌دونســتم با شـوهرم چه‌جوری برخورد کنم، چه‌جوری رابطه‌ام با مادرشـــوهرم و خانوادهٔ شوهرم رو مدیریت کنم و مادرم هم کنارم نبود و یه دوســـت هم نداشـــتم که راهنماییم کنه و بهم مشـــاوره بده. نمی‌تونســـتم حرفام رو طوری به شـــوهرم انتقال بدم که هم حرفمو قبول کنه و هم مشکلاتم برطرف بشه.»

زیرمقولهٔ «نقصـــان در مســـئولیت‌پذیری و تعهد همســـر» به «عدم مسئولیت‌پذیری همسر» در ایفای نقش‌های خانوادگی و «خیانت همســـر» اشـــاره دارد که به افزایش بار وظایف زن و کاهش تاب‌آوری روانی ــ جسمانی وی منجر شده است. این شـــرایط تصـــمیم به ســـقط جنین را به‌عنوان راهکاری برای جلوگیری از تشدید فشارهای موجود تسهیل کرده است.

«خیانت همسر» به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر نارضـایتی از همسر و تزلزل بنیان خانواده در تصمیم به سقط جنین نقش داشـته اسـت. یافته‌ها نشـان داد که روابط خارج از چارچوب خانواده ازسـوی همسـر به تخریب خانواده و شـکل‌گیری دو الگوی رفتاری متمایز منجر شـده بود: در یک‌سو، زنانی که در پی مواجهه با خیانت همسر دچار فرسودگی روانی شده بودند و فاقد ظرفیت عاطفی لازم برای پذیرش مســـئولیت واللدگری مجدد بودند؛ ازسوی دیگر، در مواردی که مردان قصد جدایی و تشکیل زندگی جدید را داشـتند، اصـرار بر سـقط جنین به‌عنوان راهبردی برای تسـهیل فرایند طلاق و جلوگیری از تثبیت بیشـتر پیوندهای خانوادگی مشـاهده شـد. تحلیل داده‌ها نشـان می‌دهد که خیانت همسـر ازطریق مکانیسـم‌های مختلفی ازجمله تضـعیف اعتماد در رابطه و ایجاد احساس ناامنی بر اقدام به سقط جنین تأثیر گذاشته است. این نتایج لزوم توجه به مداخلات مشاوره‌ای تخصصی را در بحران‌های ناشـی از خیانت و توسـعهٔ خدمات حمایتی برای زنان در معرض آسیب برجسته می‌سازد.

مصـاحبهٔ ٤، ٣٥سـاله، ۱ بار سـابقهٔ سـقط عمدی: «تو بارداری دخترم متوجه شـدم که شـوهرم با گوشـی مشـغوله. شـب تا صـبح با گوشـی مشـغول بود. می‌گفت من دارم کار می‌کنم. کارش خرید و فروش دلار بود؛ ولی کنار کارش دائم در حال چت‌کردن بود. بعد که دقت کردم، دیدم که تایم کارش که تموم میشـــه، باز تا صـــبح مشـــغوله و داره چت می‌کنه. و داره رابطه برقرار می‌کنه. اون برای من سخت بود.

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

نمی‌تونستم قبول کنم. حتی باعث شد توی بارداری دخترم چند بار ضعف و غش کنم. حتی از فشار عصبی تشنج هم کردم. با خانما با آقایونی که ببخشید بی‌غیرتن و خانم‌هاشونو در اختیار دیگران قرار میدن با یه همچین آدمایی در ارتباط بود. اون خودشو مجرد معرفی می‌کرد، با اسم و شخصیت دیگه‌ای، الآنم همینجوریه. سعی کردم یه‌جوری بهش حالی کنم که من دارم می‌بینم می‌دونم. نمی‌دونم اون نمی‌خواست بفهمه یا اصلاً براش مهم نبود. دیگه بعدش مجبور شدم، مستقیم بهش بگم که روش باز شد؛ پررو شد؛ بدتر شد.»

«عدم‌مسئولیت‌پذیری همسر» از دیگر عوامل مؤثر بر نارضایتی از همسر و آشفتگی در روابط همسری است که در تصمیم به سقط جنین نقش داشته است. یافته‌ها حاکی‌ازآن بود که الگوهای رفتاری نظیر غفلت از مسئولیت‌های وللدگری، عدم‌مسئولیت‌پذیری در تأمین مالی خانواده و بی‌توجهی به نیازهای اعضای خانواده به تحمیل بار مضاعف روانی، عاطفی و جسمانی بر زنان منجر شده بود؛ بنابراین، زنان ناچار بودند به تنهایی وظایفی چون تربیت فرزندان، تأمین اقتصادی خانواده و انجام امور خانگی را بر عهده بگیرند. شایان ذکر است که مواردی چون توانمندی بالای زنان که به سوءاستفادهٔ همسر منجر می‌شد، تمایل زنان به حفظ آبروی خانواده، اجتناب از ایجاد تنش و پنهان‌کاری دربارهٔ بی‌مسئولیتی همسر نزد اطرافیان، موجب تشدید این الگو شده بود. فشارهای مستمر ناشی از این شرایط، توانایی روانی و جسمانی زنان را برای پذیرش مسئولیت فرزند جدید به‌شدت کاهش داده بود. این یافته نشان می‌دهد که عدم‌توازن در تقسیم مسئولیت‌های خانوادگی می‌تواند به‌عنوان عاملی تعیین‌کننده در تصمیم‌های باروری عمل کند.

مصاحبهٔ ۱۷، ۵۰ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «همسرم زیاد کار نمی‌کرد. یه ماه می‌رفت سر کار، دو ماه نمی‌رفت. یه روز می‌رفت، ده روز نمی‌رفت. خونه بود. منم چون دوستش داشتم و نمی‌خواستم زندگیم خراب بشه، زیاد تحت‌فشار نمی‌ذاشتمش و به‌جاش خودم می‌رفتم کار می‌کردم؛ اما برام مدیریت کار و خونه و بچه‌ها خیلی سخت بود. شوهرم بیشعور بود و درک نداشت. همیشه درحال استراحت بود تو خونه. من همه فشارها رو به خودم وارد می‌کردم. هیچ همکاری تو کارا و کارهای بچه‌ها نمی‌کرد. همهٔ سختی‌ها رو خودم باید تحمل می‌کردم. آدم راحت‌طلبیه. اصلاً به خودش سخت نمی‌گیره. مثلاً یه دفعه بهش زنگ زدم که بچه رو بره از مهد برداره، نرفت. نمی‌شدم که بچه اونجا تنها بمونه. مهد تعطیل می‌شد. مجبور شدم تو اون اوضاع از سر کار بیام بچه رو از مهد بردارم بیارم خونه و دوباره برم سر کار.»

احساس ناامنی به آینده

این طبقه بازتاب‌دهندهٔ ترس از تداوم و تشدید مشکلات فعلی در آینده است که در دو بُعد اصلی نمایان می‌شود: «پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک» و «ترس از بازتولید آسیب در فرزند». زنان در این شرایط نه‌تنها به پایدارماندن رابطهٔ همسری اطمینان ندارند، عمیقاً نگران هستند که این محیط ناامن موجب انتقال رنج به فرزند آینده و تکرار چرخهٔ معیوب آسیب شود.

«پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک» به‌عنوان یکی از ابعاد «احساس ناامنی به آینده» در تصمیم‌گیری دربارهٔ سقط جنین مؤثر بوده است. یافته‌ها نشان داد که احساس عدم‌ثبات و تزلزل در روابط همسری به کاهش تعلق‌خاطر به زندگی مشترک و ارزیابی منفی از استحکام بنیان خانواده منجر شده بود. سه مؤلفه دراین‌زمینه نقش داشته است: عدم‌تمایل زن به تداوم زندگی مشترک (ناشی از نارضایتی‌های انباشته‌شده)، احساس عدم‌اطمینان به آیندهٔ رابطه (به دلیل تعارضات حل‌نشده) و بی‌میلی همسر به حفظ کانون خانواده. در چنین شرایطی، مشارکت‌کنندگان با این باور که محیط خانوادگی موجود، فاقد ثبات لازم برای پرورش فرزند جدید است، تصمیم به سقط جنین اتخاذ نموده بودند. این یافته بر اهمیت ثبات روابط زناشویی به‌عنوان پیش‌شرط اساسی برای فرزندآوری تأکید دارد؛ بنابراین، عدم تمایل خانم به ادامهٔ

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

زندگی مشترک، عدم‌اطمینان از ادامهٔ زندگی با همسر یا عدم‌تمایل مرد به ادامهٔ زندگی مشترک زمینه‌ساز تصمیم به سقط بوده است.

مصاحبهٔ ۱۰، ۳۸ساله، ۵ بار سابقهٔ سقط عمدی: «من دیگه بچه نمی‌خواستم. واقعاً قصدم جدایی بود. گفتم اگه بچهٔ دیگه‌ای بیاد، من پاگیر این زندگی می‌شم. واقعاً نمی‌خواستم پاگیر این زندگی باشم. منتظرم یه پولی دستم بیاد، بچه‌هام بزرگ شن، زن بگیرن برن، منم برم. نمی‌خوام یه بچه دیگه بیاد پاسوز این زندگی بشه. زندگی خودم که با این مرد به فنا رفت؛ نه آرزویی، هیچی نداشتم. البته خودش می‌خواست بچه داشته باشیم که منو پاگیر بچه کنه؛ اما من نمی‌خواستم. چون من می‌خواستم طلاق بگیرم، اون می‌خواست با بچه منو پاگیر کنه که من نرم. کلاً می‌دونست که من می‌خوام جدا شم و می‌دونست نقطه ضعف من بچه‌هامن.»

از دیگر ابعاد «احساس ناامنی به آینده»، «ترس از بازتولید آسیب در فرزند» است که بیانگر دغدغه‌های مرتبط با سرنوشت فرزند متولدنشده در بستر خانوادهای نابسامان و فاقد امنیت است. بیشتر مشارکت‌کنندگان به‌واسطهٔ تجربهٔ روابط همسری نابسامان، عدم‌رضایت از همسر و مواجهه با فضای خانوادگی پرتعارض، با پیش‌بینی آیندهٔ آسیب‌زا از سرنوشت فرزند احتمالی خود ابراز نگرانی می‌کردند. همین نگرانی زمینه‌ساز تصمیم به سقط جنین شده بود.

مصاحبهٔ ٤، ۳۵ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «با خودم می‌گفتم با این شرایطی که من دارم، ریسکه بخوام یکی دیگه رو هم وارد زندگی بکنم. بچهٔ من هنوز هم داره تاوان میده. اون موقع یکی دیگه هم باید تاوان این زندگی رو می‌داد.»

درواقع دربارهٔ برخی مشارکت‌کنندگان تصمیم به سقط به‌عنوان راهبردی برای مراقبت پیشگیرانه از فرزند بالقوه دربرابر احتمال مواجهه با زندگی همراه با رنج و رشد در محیطی آسیب‌زا بوده است. این نگرش بازتابی از نگرانی والدین در قبال کیفیت زندگی آیندهٔ فرزند محسوب می‌شود.

مصاحبهٔ ۱۰، ۳۸ساله، ۵ بار سابقهٔ سقط عمدی: «با خودم می‌گفتم اگر این دختر باشه، نمی‌خوام اینم مثل خودم این همه سختی بکشه؛ چون من خیلی سختی کشیده بودم و نمی‌خواستم اینم بیاد سختی بکشه. دختر تو خانوادهٔ شوهرم یعنی زندانی، دختر و زن یعنی زندانی. میگن زن باید بمونه تو خونه، بشوره بسابه و هیچ کاری نکنه. هرچی هم بزنن تو سرشون هیچی نگه.»

در موارد متعددی، انعکاس تجارب پیشین در پرورش فرزندان فعلی به‌عنوان عامل تشدیدکنندهٔ این اضطراب عمل کرده بود.

مصاحبهٔ ۲۱، ۲۹ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «بچه اولم که آواره شده بود، گفتم ما که مشکل داریم این یکی دیگه آواره نشه. با خودم گفتم این بدبخت شده دیگه، این یکی بدبخت نشه. الآن اصلاً خبر ندارم اون بچه‌ام کجاست. نه زنگ می‌زنم نه چیزی. فقط یه وقتایی از دور می‌بینمش. با خودم میگم اون که آواره شد، خوب شد این یکی نیومد.»

بنیان‌های سست ازدواج

این طبقه به ریشه‌های شکل‌گیری رابطهٔ آسیب‌پذیر و تأثیر آن در تصمیم به سقط جنین می‌پردازد و نشان می‌دهد که «همسرگزینی نسنجیده» به کاهش تاب‌آوری فرد منجر شده است. همچنین «اجبار و تعارض بنیادین در آغاز زندگی مشترک»، پایه‌های رابطهٔ همسری را به‌گونه‌ای سست کرده که فرد توان مقاومت دربرابر چالش‌های بعدی را مانند تصمیم‌گیری دربارهٔ بارداری در محیط پرتنش ندارد.

مقولهٔ «همسرگزینی نسنجیده» ذیل این مقوله به کاستی‌ها و خطاهای نظام‌مند در فرایند ارزیابی و انتخاب شریک زندگی اشاره دارد که شامل «عدم‌کفویت و تناسب در ازدواج» و «انتخاب نادرست» است.

«عدم‌کفویت و تناسب در ازدواج» ذیل این زیرمقوله به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری روابط همسری ناپایدار و تصمیم به سقط جنین شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که ناهمخوانی و عدم‌کفویت بین همسران در ابعاد مختلف ازجمله تفاوت‌های فرهنگی، اختلافات اعتقادی، شکاف اقتصادی، ناهماهنگی در معیارهای ظاهری و عدم‌سازگاری روحیات به ایجاد تعارضات ساختاری در رابطه منجر شده

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

بود. این ناهماهنگی‌های بنیادین که از مرحلهٔ انتخاب همسر ریشه می‌گرفت، به‌تدریج محیط خانواده را به فضایی نامساعد برای تربیت فرزند تبدیل کرده بود؛ به‌گونه‌ای که زنان در چنین شرایطی امکان پرورش مطلوب فرزند جدید را نامحتمل ارزیابی می‌کردند.

مصاحبهٔ ۳۸، ۴۵ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «طبقهٔ زندگیمون به هم نمی‌خورد. فرهنگ زندگیمون به هم نمی‌خورد. ازنظر اقتصادی، ازنظر فرهنگی، بیشتر فرهنگی به همدیگه نمی‌خوردیم. بالأخره اون ادب و فرهنگ و تربیت خانوادگی خیلی شرطه. من هی مقایسه می‌کردم می‌دیدم خودمم تو این زندگی اضافی‌ام. برای چی باید یه بچه بیاد و دیدم باید یه تصمیماتی گرفته بشه و تشخیص دادم که سقط کنم تا خودم راحت‌تر بتونم فکر کنم و تصمیم بگیرم برای آینده‌ام. من میگم که اون اختلاف فرهنگ بود، اون انتخاب غلط و اشتباه بود که باعث شد من یه بارداری داشته باشم و سقط کنم. خانوادهٔ اونا نسبت‌به خانوادهٔ ما جوون‌تر بودن. بچه اول اونا متولد ۵۳ بود و بچهٔ اول خانوادهٔ ما متولد ۴۸ بود. پدر و مادر من سنشون از پدر و مادر ایشون بیشتر بود؛ ولی خب، باز اون فرهنگ و تمدن و اعتقادات تو خانوادهٔ ما بیشتر بود. پسرم ۷ساله بود که دیدم نه ما این اختلاف طبقاتی و این اختلاف فرهنگی رو داریم. دیدم ایشون نمی‌خواد پیشرفت کنه. نمی‌خواد تغییر کنه و تصمیم گرفتم جدا بشم.»

یکی دیگر از ابعاد این زیرمقوله «انتخاب نادرست» در ازدواج است که در تصمیم به سقط نقش داشته است. یافته‌ها نشان داد که اشکال مختلف انتخاب نادرست و نسنجیده در ازدواج شامل مواردی چون تصمیم‌گیری‌های عاطفی محض (ازدواج صرفاً براساس احساسات زودگذر)، ارزیابی نادرست از شریک زندگی (اعتماد بی‌پایه به وعده‌های خواستگار و شناخت ناکافی از ویژگی‌های همسر) و انگیزه‌های ناسالم (فرار از مشکلات خانهٔ پدری بدون توجه به معیارهای انتخاب همسر) به تشکیل زندگی مشترکی با پایه‌های سست منجر شده بود. به‌تدریج که چالش‌های ناشی از این انتخاب نادرست ظاهر می‌شد، فرد با درک ناپایداری رابطه و به‌منظور پیشگیری از تشدید مشکلات، تصمیم به سقط جنین می‌گرفت.

مصاحبهٔ ۱۸، ۵۳ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «من یه خواهری دارم که خیلی زیباست. این خواهرم از سن سیزده چهارده سالگی تو همون محلهٔ قدیم تهرانمون یه خواستگار داشت که خیلی پیگیر بود. پدرم به مادرشون می‌گفت خانم من سه تا دختر بزرگ‌تر از ایشون دارم و ایشونم فعلاً کوچیکه و سنش کمه و حالا فرصت هست. بذارین این دخترام ازدواج کردن، بعد نوبت این برسه. گذشت و دو تا خواهرای بزرگ‌تر از من ازدواج کردند و من بودم و خواهر کوچک‌ترم. وقتی هم که خانواده اومدیم کرج، این اصرارهای خواستگار خواهرم ادامه داشت؛ تاجایی‌که من حس کردم من سد راه خواهرم شدم. خانواده‌ام که روحیهٔ حساس منو می‌دیدند، ترجیحشون این بود که اول من ازدواج کنم بعد مرجان ازدواج کنه. من به خودم گفتم که اولین کسی که بیاد ازدواج می‌کنم. ای کاش ازدواج نمی‌کردم. ای کاش مجال می‌دادم خواهرم بره. شرایط دیگه‌ای برای من رقم می‌خورد. یکی از محلهٔ قدیممون اومد خواستگاریم. یکی دو تا جلسه همدیگه رو دیدیم. این آقا باب میل من نبود؛ ولی انگار ما افتادیم توی مسیر و توی موجی. می‌دونستم باب میل من نیست؛ ولی نه هم نمی‌تونستم بگم اشتباه کردم. اگر انسان بخواد کسی رو انتخاب کنه برای ازدواج، باید سعی کنه شریک عاطفی خوبی برای خودش انتخاب کنه. ما زندگی بدون مهری داریم و بعد از مشکلاتی که داشتم سر پسرم با خودم عهد کردم که دیگه بچه‌دار نشم.»

مقولهٔ «اجبار و تعارض بنیادین در آغاز زندگی مشترک» به عواملی اشاره دارد که بنیان رابطهٔ خانوادگی را از همان ابتدا بر پایه‌هایی سست و آکنده از کشمکش نهاده است، تداوم و سلامت آن را به مخاطره می‌اندازد و شامل «ازدواج تحمیلی» و «شروع زندگی مشترک باوجود تعارضات حل‌نشده» است.

«ازدواج تحمیلی» یکی از ابعاد این مقوله است که در تصمیم به سقط نقش داشته است. یافته‌ها نشان داد که الزام به ازدواج بدون رضایت قلبی به پیامدهای روانی ـ اجتماعی عمیقی منجر شده بود. فقدان دلبستگی عاطفی به همسر و زندگی مشترک، کاهش آستانهٔ تحمل در مواجهه با مشکلات، بروز افسردگی و بی‌تفاوتی به ابرازهای محبت‌آمیز همسر و در

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

موارد حاد، تمایل به خودکشی به‌عنوان راه‌حل نهایی ازجمله پیامدهای روانی ازدواج اجباری بود. این شرایط موجب احساس عدم‌آمادگی جسمی و روانی برای پذیرش نقش وللدگری، ارزیابی منفی از محیط خانواده برای پرورش فرزند و پیش‌بینی انتقال آسیب‌های روانی به کودک آینده شده بود.

مصاحبهٔ ۲۴، ۴۰ساله، ۲ بار سابقهٔ سقط عمدی: «ازدواج من یه ازدواج کاملاً سنتی بود. ازدواجی نبود که از روی عشق و علاقه باشه. سر یه سری مسائل خانوادگی از روی اجبار اولین خواستگار غریبه که اومد، بدون خواستن نظر من، منو عقد کردن. تمام فامیلا خواستگار من بودن: پسردایی، پسرخاله، پسرعمو. حتی جوری شده بود که دعواهای بدی شده بود. برای اینکه دیگه دعوا و خونریزی نشه، فقط منو دادن به این که سریع منو برداره ببره که من توی فامیل نباشم. همسرم تو زندگی کامل داشت اینو از من دریافت می‌کرد که من دوستش ندارم. منو خیلی دوست داشت. وقتی می‌دید من متقابلاً دوستش ندارم، داشت اذیت می‌شد. دیگه من کاملاً نسبت بهش بی‌تفاوت بودم، هیچ حسی. می‌گفتم الآن من برای چی دیگه بخوام بچه بیارم. کسی بچه میاره که بخواد زندگی قشنگی داشته باشه. اون عشق لااقل بین خودش و همسرش باشه که بتونه این حسو به بچه‌هاش انتقال بده. منی که صبح تا شب تو خونم دعواست؛ منی که دارم دیگه به طلاق فکر می‌کنم، دیگه لزومی نداره بخوام یه بچه دیگه داشته باشم.»

«شروع زندگی مشترک باوجود تعارضات حل‌نشده» به‌عنوان یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز تصمیم به سقط جنین شناسایی شد. یافته‌ها حاکی‌ازآن بود که برخی از مشارکت‌کنندگان باوجود مواجهه با چالش‌های متعدد در دوران نامزدی (با این تصور نادرست که این مشکلات پس از ازدواج به‌صورت خودبه‌خود کاهش خواهد یافت) وارد زندگی مشترک شده بودند. در عمل نه‌تنها این تعارضات برطرف نشده بود، در بسیاری از موارد تشدید نیز شده بود. این شرایط به کاهش تمایل به فرزندآوری به دلیل عدم‌احساس امنیت و ثبات در رابطه، پیش‌بینی انتقال مشکلات به کودک آینده، فقدان انرژی روانی برای مدیریت هم‌زمان تعارضات زناشویی و مسئولیت‌های والدگری منجر شده بود؛ بنابراین، فرد سقط جنین را به‌عنوان راهبردی برای جلوگیری از پیچیده‌ترشدن روابط برگزیده بود.

مصاحبهٔ ۲۵، ۳۱ساله، ۱ بار سابقهٔ سقط عمدی: «ما از دوران نامزدی مشکل داشتیم. همسر من از همون مجردیش دو تا خواهر داره. از همون اول بددل بود، سیاه‌دل بود. نمی‌ذاشت خواهراش برن بیرون. اونا رو تو خونه نگه می‌داشت. واسه مدرسه، مامانش بلید اونا رو می‌برد. من با جزئیات از این‌جور چیزا خبر نداشتم. بعد که وارد زندگی شدیم، دیدم خیلی شرایطش وخیمه؛ مثلاً من گوشی استفاده می‌کردم. یه شارژ هزار تومانی بهم می‌داد، می‌گفت باید یه هفته اونو استفاده کنم. درصورتی‌که اصلاً نمی‌شد. اگر استفاده می‌کردم می‌گفت به کی زنگ زدی، چی‌کار کردی. خیلی آدم بددلی بود. خیلی اذیت می‌کرد. نمی‌تونستم تنها جایی در بیام. باید با یکی می‌رفتم. اولش به من گفتش که اگر کنکور قبول بشی، می‌ذارم ادامهٔ تحصیل بدی؛ اما همین که خطبهٔ عقد رو خوندیم، زد زیرش. متأسفانه تو خونوادهٔ ما ایرانیا مخصوصاً سنتی‌ها، آبرو حرف اول و آخر رو می‌زنه و از همه‌چی مهم‌تره. گفتم می‌خوام دوران نامزدی جدا بشم. پدرم گفت نه نمیشه آبرومون میره. مامانم می‌گفت این‌جوری نمیشه. فردا هزارجور حرف در میارن؛ میگن دختر عیب داره. از این‌جور چیزا که من متأسفانه موندم و اشتباه بزرگ‌تری کردم که ازدواج کردم و ادامه دادم و هی می‌گفتم امسال درست میشه؛ ولی روزبه‌روز بدتر می‌شد.»

بحث و نتیجه

پژوهش حاضر با هدف شناسایی نقش رابطهٔ همسری در تصمیم به سقط جنین عمدی انجام شده است. اگرچه تصمیم به سقط همواره در بستر برهم‌کنش پیچیده‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و فردی شکل می‌گیرد، پژوهش حاضر با تمرکز بر رابطهٔ همسری به‌عنوان یکی از تأثیرگذارترین عرصه‌های زندگی زنان، چگونگی اثرگذاری آن را در این فرایند واکاوی کرده است. مطابق یافته‌ها رابطهٔ همسری آشفته به «فقدان امنیت روانی ـ عاطفی در رابطهٔ همسری» منجر شده و در تصمیم به سقط جنین عمدی نقش تعیین‌کننده داشته است. این ناامنی در سه بُعد اصلی تجلی

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

یافته است: «ناسازگاری‌های شخصیتی و رفتاری همسر»، «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» و «نقصان در مسئولیت‌پذیری و تعهد». «احساس ناامنی به آینده» نیز به دلیل «پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک» و «ترس از بازتولید آسیب در فرزند» موجب شده بود تا زنان تولد فرزند جدید را به‌عنوان عاملی در تشدید چالش‌های موجود در آینده ارزیابی کنند؛ به‌علاوه، «بنیان‌های سست ازدواج» شامل «همسرگزینی نسنجیده» و «اجبار و تعارض بنیادین در آغاز زندگی مشترک» از ابتدای رابطهٔ همسری با کاهش تاب‌آوری زنان، توان روانی آنان را برای مدیریت هم‌زمان تعارضات خانوادگی و مسئولیت‌های والدگری به تحلیل برده بود.

تحلیل یافته‌های این پژوهش، چگونگی اثرگذاری رابطهٔ همسری آشفته بر تصمیم به سقط جنین عمدی را در قالب سه مکانیسم تبیین می‌کند: نخست، مکانیسم فرسودگی روانی ـ عاطفی: وجود الگوهای مداوم آسیب‌های رفتاری (خشونت، تحقیر، محدودسازی و ...)، ویژگی‌های شخصیتی ناسازگار، فقدان حمایت عاطفی ازسوی همسر و فقدان مسئولیت‌پذیری و تعهد همسر به فرسودگی روانی زنان منجر می‌شود. این فرسودگی، ظرفیت عاطفی لازم برای پذیرش مسئولیت والدگری را به شدت کاهش می‌دهد. زنان در این شرایط، خود را فاقد منابع روانی کافی برای پرورش فرزند جدید می‌بینند؛ دوم، مکانیسم پیش‌بینی آینده‌ای آسیب‌زا: شرایط ناامن موجود، زنان را به سمت پیش‌بینی فاجعه‌بار از آینده سوق می‌دهد. این پیش‌بینی دو وجه دارد: از یک‌سو، ناپایداری رابطه و تمایل به جدایی، امکان پرورش فرزند در خانواده‌ای باثبات را ناممکن می‌سازد. ازسوی دیگر، ترس از تکرار چرخهٔ آسیب و انتقال رنج‌های خود به فرزند آینده، به‌عنوان عاملی بازدارنده عمل می‌کند؛ سوم، مکانیسم محاسبهٔ عقلانی برای حداقل‌سازی آسیب و محدودسازی عاملیت زن: در این بستر، سقط جنین به‌عنوان راهبردی برای مدیریت بحران و حداقل‌سازی آسیب‌های بالقوه ظاهر می‌شود؛ ازاین‌رو زنان با سنجش سایر شرایط و محاسبهٔ عقلانی بین گزینه‌های موجود به این نتیجه می‌رسند که سقط جنین، تنها راه جلوگیری از ورود کودک به محیطی ناامن و پیشگیری از تشدید مشکلات موجود است.

از منظر تجربهٔ زیستهٔ مشارکت‌کنندگان، وجود رابطهٔ همسری آشفته و فاقد امنیت روانی و عاطفی به ناتوانی نظام خانواده در ایفای نقش پرورشی منجر شده بود. از دیدگاه ایشان، وجود رابطهٔ همسری باثبات و ایمن، پیش‌شرط بنیادین تصمیم به فرزندآوری محسوب می‌شد. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در قبال کیفیت زندگی فرزند بالقوه، مسئولیتی اخلاقی بر عهده دارند و بر این اساس، تولد کودک در محیطی ناآرام و پرتنش را مساوی با سرنوشتی تباه‌شده برای وی ارزیابی می‌کردند. همچنین ورود فرزند جدید به‌مثابهٔ عاملی برای تعمیق و تشدید چالش‌های پیش رو قلمداد می‌شد. باور غالب بر این بود که تولد فرزند، نه‌تنها گرهی از مشکلات موجود نخواهد گشود، بار فشارهای موجود را افزون خواهد ساخت. نگرانی عمدهٔ دیگر در میان زنانی که کانون خانواده را در آستانهٔ فروپاشی می‌دیدند، هراس از مسئولیت تربیت تک‌والدی و فروگذاری همسر در ایفای نقش پدری بود.

در تحلیل مواردی که مشارکت‌کنندگان تجربهٔ ازدواج تحمیلی داشته‌اند، باید میان دو مرحلهٔ متمایز تمایز قائل شد؛ «ازدواج تحمیلی» پدیده‌ای است که پیش از آغاز زندگی مشترک و عمدتاً در بستر خانواد مبدأ (خانوادهٔ پدری زن) رخ می‌دهد؛ جایی که خانواده با ساختاری اقتدارگرا ازطریق اعمال فشار و الزام، دختر را به ازدواجی بدون رضایت قلبی وامی‌دارد؛ بااین‌حال، پس از تشکیل زندگی مشترک، زن به‌تدریج در بستر رابطهٔ همسری (هرچند ناخواسته) با واقعیت‌های روزمرهٔ جدیدی مواجه می‌شود و در این مرحله او به‌مثابهٔ فاعلی مستقل، از عاملیت برخوردار است. دراین‌میان،

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

تصمیم به سقط جنین برخلاف ازدواج که رویدادی عمومی و خانوادگی محسوب می‌شود، عمدتاً در حریم خصوصی و با محوریت خود زن اتخاذ می‌شود و می‌تواند به‌صورت فردی و حتی پنهان از خانواده و گاه همسر صورت پذیرد. یافته‌های پژوهش حاضر به‌روشنی نشان می‌دهد که زنان باوجود تجربهٔ ازدواج تحمیلی، خود را فاعل و کنشگر نهایی در تصمیم‌گیری مرتبط با سقط می‌دانند؛ بنابراین، در چنین مواردی، تصمیم به سقط جنین را می‌توان تصمیمی فردی تلقی کرد که زن باوجود فشارهای ساختاری و محدودیت‌های نهادی، آن را براساس ارزیابی شناختی از شرایط و گزینه‌های پیش رو اتخاذ می‌کند.

درخور ملاحظه است که کنترل اجباری ناشی از رابطهٔ همسری آشفته و مخدوش‌شدن عاملیت زن، هرگز به معنای سلب مطلق و کامل عاملیت وی تلقی نمی‌شود، بلکه مقصود آن است که الگوهای سلطه، محدودیت‌سازی و فشار نظام‌مند همسر، بستر تصمیم‌گیری را چنان تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که زن توانایی اتخاذ تصمیمی فارغ از اجبار، ترس و محدودیت‌های تحمیل‌شده را از دست می‌دهد؛ به‌عبارت‌دیگر، عاملیت زن وجود دارد و او همچنان به‌عنوان فاعل تصمیم‌گیرنده عمل می‌کند؛ اما این عاملیت در فضایی تنگناگونه با گزینه‌هایی محدود و در سایهٔ فشارهای ساختاری و رابطه‌ای اعمال می‌شود و نه در وضعیتی آرمانی و عاری از قیدوبند. باید تأکید کرد که باوجود محدودیت‌های ناشی از زندگی در ساختاری بسته و رابطهٔ همسری آشفته، زنان در پژوهش حاضر از عاملیت نسبی برخوردار بوده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که در بیشتر موارد، زنان با ارزیابی شناختی از شرایط خانوادگی و زندگی مشترک، یا موفق به «جلب رضایت و همراهی همسر» خود برای سقط شده‌اند یا در مواردی با «الزام و فشار مستقیم همسر» به این اقدام مبادرت ورزیده‌اند. تنها در اقلیت کوچکی از مشارکت‌کنندگان، تصمیم و اقدام به سقط «کاملاً از همسر پنهان» مانده بود؛ بنابراین، غلبه با مواردی است که عمل سقط با رضایت یا حداقل اطلاع همسر صورت گرفته است.

تحلیل فرایند تجربهٔ سقط جنین عمدی نشان می‌دهد که احساس ناامنی در ابعاد چندگانه و درهم‌تنیده در تصمیم به سقط نقش دارد. این احساس ناامنی در بستر رابطهٔ همسری ابعاد گوناگونی به خود می‌گیرد: ناامنی اقتصادی ناشی از «عدم‌مسئولیت‌پذیری همسر» به تأمین مالی خانواده؛ ناامنی عاطفی نشئت‌گرفته از «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر»؛ ناامنی اجتماعی ناشی از «رفتارهای محدودگرانه» از زیرمقولهٔ «آسیب‌های رفتاری همسر»؛ ناامنی رابطه‌ای که در مطالعهٔ حاضر در مقوله‌های «خلأهای عاطفی و ارتباطی با همسر» در قالب «مشکلات تعاملی با همسر» و «اختلال در رابطهٔ زناشویی»، در مقولهٔ «نقصان در مسئولیت‌پذیری و تعهد همسر» به‌صورت «خیانت همسر»، در مقولهٔ «احساس ناامنی به آینده» به‌صورت «پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک» ظهور یافته است؛ ناامنی جسمانی منتج از «رفتارهای سرکوبگرانهٔ فیزیکی» در زیرمقولهٔ «آسیب‌های رفتاری همسر». باوجود تنوع این ابعاد، آنچه به‌عنوان نقطهٔ اشتراک و مکانیسم نهایی اثرگذاری ظهور می‌یابد، تمرکز همهٔ آنها در قالب «ناامنی روانی ـ عاطفی» است؛ به‌عبارت‌دیگر، ابعاد گوناگون ناامنی درنهایت به‌صورت کاهش سرمایه‌های روانی ـ عاطفی زن، احساس درماندگی، فرسودگی و فقدان پناهگاه ایمن تظاهر می‌یابد. همین ناامنی روانی ـ عاطفی است که به‌عنوان مکانیسم مشترک، زن را به این درک می‌رساند که ظرفیت لازم برای پذیرش مسئولیت والدگری را ندارد و درنتیجه، تصمیم به سقط جنین عمدی را به‌عنوان راهبردی دفاعی دربرابر آینده‌ای پیش‌بینی‌شده و آسیب‌زا تسهیل می‌کند.

ازلحاظ سنخ‌شناسی، نقش رابطهٔ همسری آشفته را می‌توان در دو وجه متمایز تحلیل نمود: وجه نخست، گروهی از مشارکت‌کنندگان را دربر می‌گیرد که درنتیجهٔ تجربهٔ چنین رابطه‌ای دچار فرسودگی عاطفی شده و تحمل لازم برای تداوم زندگی خانوادگی را از دست داده بودند. این دسته از

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

زنان اساساً ظرفیت روانی ـ عاطفی لازم را برای پذیرش مسئولیت پرورش فرزند جدید دارا نبودند؛ بنابراین، تصمیم آنان به سقط جنین عمدی را می‌توان از نوع «خودخواهانه» تلقی کرد؛ وجه دوم، اما تعداد چشمگیری از زنانی را شامل می‌شود که باوجود تجربهٔ رابطهٔ همسری آشفته، نه به دلیل خستگی و فرسودگی شخصی، بلکه به‌سبب نگرانی عمیق از آیندهٔ فرزند بالقوه در بستر رشد و پرورش در خانواده‌ای ناایمن و بی‌ثبات، و نیز هراس از بدبختی، آوارگی و گرفتاری فرزند به تصمیم سقط جنین عمدی مبادرت ورزیده بودند؛ ازاین‌رو، تصمیم این گروه ماهیتی «دگرخواهانه» دارد؛ زیرا انگیزهٔ اصلی آنها، صیانت از فرزند بالقوه دربرابر آسیب‌های پیش‌بین‌شدهٔ ناشی از روابط آشفتهٔ والدینی بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر دعین همسویی با مطالعات پیشین داخلی و بین‌المللی، از حیث عمق و نظام‌مندی تحلیل مکانیسم‌های تأثیرگذار، گامی فراتر نهاده است. همان‌گونه که در مطالعات رازقی نصرآباد و سنجری (۱۳۹۶)، عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۵)، آزادواری و حبیب‌پور گتابی (۱۴۰۲) و نیز باتقوا و همکاران (۱۴۰۴)، بلالی و فامیل رستمی (۱۴۰۴) و حاتمی‌فر و رضایی (۱۴۰۴) اشاره شده است، اختلافات خانوادگی، تعارضات زناشویی، خیانت و اعتیاد همسر به‌عنوان عواملی زمینه‌ساز سقط جنین شناسایی شده است؛ بااین‌حال، پژوهش حاضر فراتر از صرف برشمردن این عوامل، سه مکانیسم فرسودگی روانی ـ عاطفی، پیش‌بینی آینده‌ای آسیب‌زا و محاسبهٔ عقلانی برای حداقل‌سازی آسیب را به‌عنوان زنجیرهٔ علّی پیونددهندهٔ «کیفیت رابطهٔ همسری» با «تصمیم به سقط عمدی» معرفی می‌کند. در سطح بین‌المللی، هرچند شماری از پژوهش‌ها بر اهمیت رابطه با شریک زندگی در تصمیم‌گیری به سقط جنین تأکید داشته است (Tsegaye et al., 2026; Crespo-Rodríguez et al., 2026; Pike et al., 2025)، رویکرد پدیدارشناختی اتخاذشده در پژوهش حاضر با تمرکز بر «تجربهٔ زیستهٔ» زنان در بستر فرهنگی و دینی ایران، موفق به آشکارسازی لایه‌های پنهان معنایی شده است که در مطالعات پیشین کمتر کاوش عمیق شده است؛ ازجملهٔ این لایه‌ها می‌توان به «ترس از بازتولید آسیب در فرزند» و «نقش بنیان‌های سست ازدواج» اشاره کرد.

نتایج این مطالعه با نظریات این حوزه همسویی معناداری دارد. از منظر نظریهٔ خودمختاری رابطه‌مند (Thurston, 2001)، مقولات «فقدان امنیت روانی ـ عاطفی در رابطهٔ همسری» و «احساس ناامنی به آینده» به‌روشنی نشان می‌دهد که تصمیم زن نه در خلأ، در شبکه‌ای از محدودیت‌های رابطه‌ای (ناسازگاری‌های شخصیتی، خلأهای عاطفی و نقصان در تعهد همسر) شکل می‌گیرد؛ بااینحال، همان‌گونه که نظریهٔ مذکور تأکید دارد، عاملیت زن به‌کلی سلب نمی‌شود و یافتهٔ «پیش‌بینی ناپایداری زندگی مشترک» گواه آن است که زن خود با ارزیابی شناختی از شرایط، دست به انتخاب می‌زند. همچنین نظریهٔ مبادلهٔ پدرسالارانه (Kandiyoti, 1988) در تبیین یافته‌ها نشان می‌دهد که زن در ازای پذیرش تعهدات و مسئولیت‌های رابطهٔ همسری، انتظار دریافت حمایت و امنیت از همسر را داشته است؛ اما هنگامی که این مبادله به دلیل ناتوانی یا عدم‌مسئولیت‌پذیری همسر فرومی‌پاشد، در تعامل با سایر شرایط موجود، سقط جنین به‌عنوان «استراتژی خروج» برای جلوگیری از بازتولید آسیب در فرزند ظاهر می‌شود.

در بستر پژوهش حاضر، رابطهٔ همسریِ آشفته تجسم چهرهٔ دلبستگی ناایمن (Bowlby, 1969) است. همسری که خود منبع آسیب، بی‌ثباتی و عدم‌حمایت است، نمی‌تواند نقش «پناهگاه امن» را ایفا کند. این مسئله به «فرسودگی روانی» زن می‌انجامد و ظرفیت عاطفی لازم برای پذیرش نقش پرورش‌دهندهٔ کودک جدید را تحلیل می‌برد. از این منظر، تصمیم به سقط جنین می‌تواند پاسخی به این ترس بنیادین باشد که نه‌تنها محیط امنی برای دلبستگی کودک فراهم نیست،

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

خود مادر نیز به دلیل فرسودگی منابع عاطفی، نمی‌تواند پایگاه امنی برای فرزندش باشد.

باتوجه‌به نظریهٔ حفاظت از منابع (Hobfoll, 1989)، افراد در پی حفظ منابع ارزشمند خود هستند. رابطهٔ همسری آشفته، سیستم هدردهندهٔ منابع است. رفتارهای آسیب‌زای همسر (خشونت، خیانت و بی‌مسئولیتی) به‌طورمستمر منابع عاطفی و روانی زن را تخلیه می‌کند، درحالی‌که هیچ منبع جدید یا حمایت‌کننده‌ای جایگزین آن نمی‌شود. در چنین شرایطی، بارداری و فرزندآوری به‌عنوان تقاضای جدیدی برای منابع (انرژی، زمان، هزینهٔ مالی و حمایت عاطفی) در نظر گرفته می‌شود. زنی که خود در آستانهٔ تهی‌شدن از منابع است، با محاسبهٔ عقلانی به این نتیجه می‌رسد که نه‌تنها منابع کافی برای تأمین زندگی توأم را با آرامش برای فرزند ندارد، بلکه فرزند را به‌مثابهٔ عاملی برای از دست رفتن منابع باقی‌مانده تلقی می‌کند؛ بنابراین، این مسئله در تصمیم به سقط جنین به‌عنوان راهبردی برای جلوگیری از فروپاشی کامل روانی نقش‌آفرینی می‌کند.

در چارچوب تحلیلی پژوهش حاضر، شماری از مصادیق مقولهٔ «آسیب‌های رفتاری همسر» ازقبیل اعمال محدودیت‌های شدید، رفتارهای تحقیرآمیز و قطع ارتباط با شبکهٔ خویشاوندی، ذیل نظریهٔ «کنترل اجباری» (Stark, 2007) تبیین‌پذیر است. در این چارچوب، کنش‌ها و عملکردهای سلطه‌گرایانهٔ همسر در عرصهٔ رابطهٔ همسری به‌نحو نظام‌مندی «عاملیت» و توانایی تصمیم‌گیری مستقل زنان را مخدوش می‌سازد و آنان را در موقعیتی قرار می‌دهد که فاقد حاشیهٔ امن لازم برای اتخاذ تصمیماتی فارغ از فشار و اجبار هستند. در چنین بستری، شرایط به‌گونه‌ای شکل می‌گیرد که باوجود میل درونی، زنان در اثر مواجههٔ مستمر با بدرفتاری‌ها و تعارضات ناشی از رابطهٔ ناسالم، ناگزیر به اتخاذ تصمیم به سقط جنین به‌عنوان راهبردی انفعالی در مواجهه با این ساختار سلطه می‌گردند. روشن است که این مکانیسم‌های کنترلی هرچند تأثیرگذاری عمیقی دارد، در بستر برهم‌کنش با سایر عوامل معنا می‌یابد و تصمیم نهایی زن همواره حاصل تعامل مجموعه‌ای از این شرایط است.

انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بوده است که باید در تفسیر یافته‌ها موردملاحظه قرار گیرد: نخست، اتکای صرف به روایت زنان و عدم‌امکان مصاحبه با همسرانِ آنان که می‌توانست نمای دیگری از پویایی رابطه ارائه دهد، از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود؛ دوم، باتوجه‌به حساسیت اخلاقی و اجتماعی موضوع، احتمال سوگیری یادآوری در بازگویی تجارب توسط مشارکت‌کنندگان وجود دارد. سرانجام، این پژوهش در بافت جغرافیایی ـ فرهنگی خاصی (استان البرز) انجام شده و لازم است در انتقال نتایج به سایر بافت‌ها محتاطانه عمل کرد.

براساس یافته‌های پژوهش حاض، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاورهٔ خانواده و سلامت باروری، «غربالگری کیفیت رابطهٔ همسری» را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از خدمات خود قرار دهند و با شناسایی زودهنگام روابط آشفته، مداخلات زوج‌درمانی و آموزش مهارت‌های ارتباطی را برای زوج‌های در معرض آسیب تسهیل کنند. از منظر سیاست‌گذاری پیشنهاد می‌شود طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای تقویت «مهارت‌های گزینش همسر و مدیریت تعارض قبل از ازدواج» در دستور کار نهادهای متولی قرار گیرد. در عرصهٔ پژوهشی، انجام مطالعاتی با رویکرد کمّی برای سنجش میزان تأثیر این عوامل و نیز پژوهش‌های کیفی با مشارکت همسران برای درک جامع‌تر از پویایی رابطه توصیه می‌شود.

حامی مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول: (طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله)

https://doi.org/10.22108/srspi.2026.148246.2205

نویسنده دوم: (نظارت بر مراحل انجام پژوهش، مشارکت در تحلیل و تفسیر داده‌ها، بازبینی و کنترل نتایج)

نویسنده سوم: (نظارت بر روش‌شناسی پژوهش، مشارکت در تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازبینی و کنترل نتایج)

نویسنده چهارم: (نظارت بر مراحل انجام پژوهش، بازبینی نهایی و تأیید نسخه نهایی مقاله)

تعارض منافع:

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت نموده لند و این موضوع مورد تایید همه آنها است.

سپاسگزاری:

از همه بزرگوارانی که در مسیر این پژوهش ما را یاری کردند سپاسگزاریم.

خوداظهاری استفاده از هوش مصنوعی

در تهیه این مطالعه، از هوش مصنوعی دیپ سیک جهت خلاصه‌سازی، بهبود نگارش و بازنویسی بخش‌هایی از مقاله به صورت آکادمیک و رسمی استفاده گردید. نویسندگان محتوای تولید شده را بازبینی و ویرایش کرده و مسئولیت کامل محتوای نهایی را بر عهده دارند.

منابع فارسی

آزادواری، ا.، و حبیب پورگتابی، ک. (۱٤۰۲). کنش سقط جنین: تقابل هراس و لنتخاب (مطالعه‌ای پیرامون زمینه‌های شکل‌گیری سقط جنین ارادی در شهر مشهد). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، *۱٤*(۱)، ۱۵۱-۱۸۳. https://doi.org/10.22059/ijsp.2023.338353.670998

احمدی، ا.، شاکری گلپایگانی، ط.، روشنی، ش.، و جمالی، م. (۱٤۰٤). راهبردهای زنان در مواجهه با سقط‌جنین عمدی: از تصمیم تا تجربه. *زن در توسعه و سیاست*، ۲۳(۳)، ۳۸۹-٤۲۵. https://doi.org/10.22059/jwdp.2025.395031.1008538

باتقوا، م.، حجازی، س. ن.، و چیت‌ساز، م. ع. (۱٤۰٤). ارائه مدل بررسی عوامل سقط جنین زنان (مورد مطالعه: زنان شهر اصفهان). *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ٦۸(٤)، ۹۸۹-۱۰۰۳. https://doi.org/10.22038/mjms.2025.84318.4844

بلالی، ا.، و فامیل رستمی، م. (۱٤۰٤). بررسی پدیدارشناسانه دلایل سقط جنین در زنان دارای تجربه سقط در شهر همدان. *جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، *۱٤*(۱)، ۱۵۵-۱۸۰. https://doi.org/10.22034/jeds.2025.65831.1851

چینی‌چیان، م.، هلاکوئی نائینی، ک.، و رفائی شیرپاک، خ. (۱۳۸٦). مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران. *پایش*، ٦(۳)، ۲۱۹-۲۳۲. https://payeshjournal.ir/article-1-701-fa.pdf

حاتمی‌فر، ش.، و رضائی، م. (۱٤۰٤). کاوشی در سقط جنین عمدی در اجتماعات سنتی: مطالعه‌ای مردم‌نگارانه در سردشت. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۳۰(۳۹)، ۱۱۱-۱۳۰. https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2044159.1376

رازقی نصرآباد، ح.، و سنجری، ا. (۱۳۹٦). عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران. *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، *۱۵*(۲)، ۱۰۵-۱۳٦. https://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165

عبدالجباری م.، کرمخانی، م.، سحرخیز، ن.، پورحسینقلی، م.، و شکری خوبستانی، م. (۱۳۹۵). بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری زنان برای سقط عمدی جنین و نگرش

اعتقادی و شرعی آنان دراین‌باره. *پژوهش در دین و سلامت*، ۲(٤)، ٤٤-٥٤.
https://doi.org/10.22037/jrrh.v2i4.13416

میرخانی، ع. (۱۳۹٤). *بحران هویت و رسالت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی تربیت*. الگوی پیشرفت.

References

Abdoljabbari, M., Karamkhani, M., Saharkhiz, N., Pourhosseingholi, M., & Shokri Khoubestani, M. (2016). Study of the effective factors in women's decision to make abortion and their belief and religious views in this regard. *JRRH*, *2*(4), 44-54. [In Persian]. https://doi.org/10.22037/jrrh.v2i4.13416

Ahmadi, N., Shakeri Golpaygani, T., Rowshani, S., & Jamali, M. (2025). Women's coping strategies in confronting intentional abortion: From decision to experience. *Woman in Development & Politics*, *23*(3), 389-425. [In Persian]. https://doi.org/10.22059/jwdp.2025.395031.1008538

Appiah-Agyekum, N. N., Sorkpor, C., & Ofori-Mensah, S. (2015). Determinants of abortion decisions among Ghanaian university students. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *27*(1), 79–84. https://doi.org/10.1515/ijamh-2014-0011

Azadvari, E., & Karamhabibpour, K. (2023). Abortion: Conflict of fear and choice (A study of the social circumstances surrounding the emergence of abortion in the city of Mashhad). *Journal of Social Problems of Iran*, *14*(1), 151-183. [In Persian] https://doi.org/10.22059/ijsp.2023.338353.670998

Azmat, S. K., Bilgrami, M., Shaikh, B. T., Mustafa, G., & Hameed, W. (2012). Perceptions, interpretations and implications of abortions: a qualitative enquiry among the legal community of Pakistan. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *17*(2), 155–163. https://doi.org/10.3109/13625187.2011.637585

Balali, E., & Famil Rostami, M. (2025). Phenomenological study of the reasons for abortion in women with abortion experience in Hamedan city. *Journal of Economic & Developmental Sociology*, *14*(1), 155-180. [In Persian]. https://doi.org/10.22034/jeds.2025.65831.1851

Bataghvae, M., Hejazi, S. N., & Chitsaz, M. A. (2025). Presenting a model for analyzing abortions among women in Isfahan. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, *68*(4), 989-1003. [In Persian]. https://doi.org/10.22038/mjms.2025.84318.4844

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Chinichian, M., Holakoic Nainie, K., & Rafaie Shirpak, K. (2007). Voluntary abortion in Iran: A qualitative study. *Payesh*, *6*(3), 219- 232. [In Persian]. https://payeshjournal.ir/article-1-701-fa.pdf

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In R. S. Valle, & K. Mark (Eds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48-71). Oxford University Press. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2910443

Crespo-Rodríguez, A. P., González-Esteban, A. T., Gallego-Morón, N., & Montes-López, E. (2026). Factors related to the voluntary termination of pregnancy processes: A systematic literature review. *Sexuality Research and Social Policy*. https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-026-01330-9

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2025). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage Publications.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Sage Publications. https://psycnet.apa.org/record/1994-98625-005

Hatamifar, S., & Rezaei, M. (2025). An inquiry into induced abortion in traditional communities: An ethnographic study in Sardasht, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, *20*(39), 111-130. [In Persian]https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2044159.1376

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513–524. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

Kandiyoti, D. (1988). Bargaining with patriarchy. *Gender & Society*, *2*(3), 274-290. https://www.jstor.org/stable/190357

Mirkhani, A. (2015). *Identity Crisis and the Family's Mission in the Islamic-Iranian Model of Education.* Olgou-ye Pishraft Press. [In Persian]

Moore, B., Poss, C., Coast, E., Lattof, S. R., & Meulen Rodgers, Y. V. (2021). The economics of abortion and its links with stigma: A secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. *Plos One*, *16*(2), e0246238. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246238

Pike, B., Hooker, L., LaGrappe, D., & Edvardsson, K. (2025). How reproductive coercion and abuse shapes survivors' afety and life circumstances: A systematic review. *Journal of Family Violence*. https://doi.org/10.1007/s10896-025-00961-7

Razeghi Nasrabad, H. B., & Sanjari, E. (2017). Factors associated with induced abortion: Lived experiences of women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, *15*(2), 105-136 [In

Canadian Journal of Public Health, *92*(4), 312. https://doi.org/10.1007/BF03404968

Tsegaye, A., Moland, K. M., Blystad, A., Haukanes, H., & Tadele, G. (2026). Navigating an ambiguous abortion terrain in Addis Ababa, Ethiopia: Autonomy and relational dynamics in pregnancy termination. *International Journal for Equity in Health*, *25*(66), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12939-026-02779-1

Persian] https://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165

Sinfield, G., Goldspink, S., & Wilson, C. (2023). Waiting in the wings: The enactment of a descriptive phenomenology study. *International Journal of Qualitative Methods*, *22*. https://doi.org/10.1177/16094069231207012

Stark, E. (2007). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*. Oxford University Press.

Thurston, W. E. (2001). The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy.