

Abortion and mental health: a review of psychological and spiritual consequences, contributing factors, and supportive interventions

Razieh Vejdani¹ , Ali Asgharzadeh^{*2} 

¹Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine Alzahra Hospital, Taleghani Medical Research & Training Hospital Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Review Article

Article History:

Received: 24 Jan 2026

Accepted: 14 Mar 2026

ePublished: 4 Apr 2026

Keywords:

- Induced abortion
- Mental health
- Depression
- Anxiety
- Spirituality
- Reproductive health

Abstract

Background. The present study aimed to review and analyze the available research evidence on the psychological and spiritual consequences of induced abortion and the factors influencing women's mental health following this experience.

Methods. This review study examined national and international research on induced abortion and women's mental health. Studies addressing psychological outcomes, including depression, anxiety, feelings of guilt, grief, and relief, as well as spiritual consequences and the role of individual, social, cultural, and religious factors in shaping women's responses following abortion, were reviewed and analyzed.

Results. The reviewed studies showed that women's responses following induced abortion may range from depression, anxiety, guilt, sadness, and grief to feelings of relief and reduced psychological distress. However, the nature, severity, and persistence of these reactions vary considerably among individuals. Factors such as a history of psychological problems, the level of social support, unintended pregnancy, exposure to violence, social stigma, and cultural and religious beliefs may contribute to the development and severity of psychological outcomes.

Conclusion. The available evidence indicates that the relationship between induced abortion and women's mental health is complex and multidimensional, and its consequences cannot be adequately understood independently of individual characteristics, social circumstances, and cultural, religious, and spiritual contexts.

How to cite this article: Vejdani R and Asgharzadeh A. Abortion and mental health: a review of psychological and spiritual consequences, contributing factors, and supportive interventions. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2026;4(1):5-19. doi: 10.34172/srhs.2026.002. (Persian)

Extended Abstract

Background

Induced abortion is an important and complex issue in reproductive health that extends beyond its medical dimensions and involves psychological, social, cultural, ethical, and, in some contexts, spiritual considerations. Although abortion may represent a necessary or preferred response to an unintended pregnancy, maternal health concerns, fetal abnormalities, or difficult socioeconomic circumstances, women's psychological responses to

this experience are highly heterogeneous. Reported reactions range from relief and a sense of regained control to sadness, grief, guilt, anxiety, anger, and depressive symptoms.

The relationship between induced abortion and women's mental health has remained controversial for several decades. One perspective, often referred to as the abortion-trauma hypothesis, proposes that abortion may constitute a potentially traumatic event and may therefore increase vulnerability to

*Corresponding author; Email: asgharzadeh@tbzmed.ac.ir

2026 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

depression, anxiety, post-traumatic stress symptoms, substance use, and interpersonal difficulties. Some authors have also proposed the concept of “post-abortion syndrome”; however, this condition has not been recognized as an independent psychiatric diagnosis in major diagnostic classification systems. An alternative perspective, commonly described as the common-risk-factors approach, argues that psychological problems observed after abortion are more strongly attributable to pre-existing and contextual vulnerabilities, including previous mental health problems, interpersonal violence, unintended pregnancy, socioeconomic disadvantage, lack of social support, and substance use.

Methodological limitations in earlier studies, particularly inadequate comparison groups and insufficient control of confounding variables, have further contributed to conflicting conclusions. More recent longitudinal research has attempted to address these limitations and has generally reported relatively small or non-persistent differences in mental health outcomes after relevant background factors are taken into account. Accordingly, this review aimed to examine the available evidence concerning induced abortion and mental health, describe the major psychological consequences reported following abortion, identify risk and protective factors, and consider supportive and counseling interventions that may facilitate psychological adjustment.

Methods

This review examined national and international research addressing induced abortion and women’s mental health. Studies concerning emotional, cognitive, behavioral, interpersonal, social, and spiritual responses following abortion were considered. Particular attention was paid to depression, anxiety, post-traumatic stress symptoms, guilt, grief, relief, substance use, couple relationships, sexual functioning, quality of life, and abortion-related stigma. The review also considered individual, interpersonal, socioeconomic, cultural, and religious factors that may influence psychological outcomes following abortion. The evidence was interpreted in relation to the two major theoretical perspectives presented in the literature: the abortion-trauma

hypothesis and the common-risk-factors model. Research concerning pre-existing psychological vulnerability, social support, interpersonal violence, pregnancy intention, cultural and religious beliefs, stigma, and socioeconomic circumstances was also examined. In addition, evidence concerning counseling, psychological support, and the methodological limitations of previous studies was reviewed in order to clarify implications for future research and clinical care.

Results

The reviewed evidence indicates that psychological responses following induced abortion are diverse and cannot be adequately represented by a single pattern. Some women experience sadness, anxiety, depressive symptoms, grief, guilt, anger, or trauma-related symptoms, whereas others report relief, reduced psychological pressure, or an increased sense of control following the termination of an unwanted pregnancy. The nature and intensity of these responses appear to depend substantially on the circumstances surrounding the pregnancy and abortion.

Depression and anxiety are among the most frequently investigated outcomes. Although some earlier studies reported higher rates of psychological symptoms among women with a history of abortion, more recent investigations suggest that much of this association may be explained by factors already present before the abortion, including previous psychiatric disorders, interpersonal violence, social disadvantage, and unintended pregnancy. Longitudinal studies comparing women who received a requested abortion with women who were denied one have generally failed to demonstrate a persistent independent increase in depression, anxiety, or post-traumatic stress symptoms attributable solely to abortion.

Post-traumatic stress symptoms have also received considerable attention. Although some women may report intrusive memories, avoidance, emotional arousal, guilt, or other trauma-related experiences following abortion, the evidence reviewed in the article does not support recognition of a specific “post-abortion syndrome” as an

independent psychiatric disorder. Trauma-related symptoms may instead be associated with previous experiences of violence or other stressful and traumatic events.

Grief and feelings of loss may be particularly pronounced when a wanted pregnancy is terminated because of severe fetal abnormalities or maternal medical indications. Under such circumstances, women may experience the termination as the loss of a child and may undergo prolonged mourning. Nevertheless, psychological adaptation is possible, and some women subsequently report personal growth or strengthened family relationships. Evidence concerning behavioral outcomes, including tobacco, alcohol, and substance use, similarly suggests that observed associations should be interpreted cautiously. Although earlier studies reported higher rates of substance-related behaviors among women with an abortion history, longitudinal evidence does not consistently demonstrate that abortion itself causes a sustained increase in alcohol, tobacco, or illicit substance use. Shared background vulnerabilities appear to provide a more plausible explanation for much of the observed association. Interpersonal and social outcomes are also heterogeneous. Some studies have reported relationship conflict, lower relationship satisfaction, sexual difficulties, or concerns about future pregnancy, whereas other studies indicate that coping with the experience together may strengthen emotional closeness and mutual support within some couples. Likewise, women who received an abortion have not consistently demonstrated sustained reductions in self-esteem or life satisfaction. These findings indicate that relationship quality, social support, pregnancy circumstances, and cultural attitudes substantially influence post-abortion adjustment.

Religious and spiritual factors may exert both adverse and protective influences. When abortion conflicts with a woman's internalized religious or moral values, feelings of guilt, shame, self-condemnation, fear of divine judgment, and abortion-related stigma may intensify psychological distress. Conversely, religious concepts such as forgiveness, mercy, repentance, prayer, and a continuing

relationship with God may provide some women with a framework for meaning-making and psychological or spiritual reconciliation. Therefore, religiosity alone does not determine psychological outcomes; the type of religious coping, perceived forgiveness, moral conflict, and responses of the religious community may be more informative.

Several factors were consistently associated with greater psychological vulnerability. These included a previous history of depression, anxiety or other mental health problems, exposure to interpersonal violence, ineffective coping styles, low self-esteem, socioeconomic difficulties, stigma, inadequate social support, and the termination of a wanted pregnancy because of fetal or maternal medical conditions. In contrast, supportive relationships with partners and family members, adequate access to mental health services, greater certainty regarding the decision, and the perception that the decision was made voluntarily and consistently with personal values appeared to facilitate psychological adjustment. Regarding supportive interventions, the evidence suggests that women's counseling needs are not uniform. Routine mandatory counseling may not be necessary or desirable for every woman, particularly when a decision has already been made with confidence. Nevertheless, professional counseling can be beneficial for women experiencing uncertainty, emotional distress, grief, stigma, moral conflict, or other psychological vulnerabilities. Some women may also require support several months after the abortion, when grief or memories associated with the pregnancy become more prominent.

Conclusion

The available evidence does not support a simple, direct, and universally applicable causal relationship between induced abortion and subsequent mental disorders. Rather, the psychological consequences of abortion appear to emerge from a complex interaction between pre-existing vulnerabilities, pregnancy circumstances, personal meanings, interpersonal relationships, social support, socioeconomic conditions, stigma, and cultural and religious contexts. Although a subgroup of women may experience clinically important psychological distress following

abortion, current evidence suggests that such outcomes cannot generally be attributed to abortion independently of these contextual and individual factors. Accordingly, assessment and care should move beyond assumptions that abortion inevitably results either in psychological harm or in psychological relief. A more individualized approach is required, with particular attention to women with previous mental health difficulties, inadequate social support, exposure to violence, significant grief, coercion or uncertainty regarding the decision, and strong moral or religious conflict. Future research should prioritize longitudinal designs, appropriate comparison groups, careful control of pre-existing risk factors, and greater consideration of cultural and social contexts.

Practical implications

The findings have several implications for reproductive and mental health services. Psychological assessment surrounding abortion should focus primarily on identifying individual vulnerability rather than assuming a uniform psychological response. Particular attention should be given to previous psychiatric history, interpersonal violence, social isolation, pregnancy intention, perceived stigma, relationship difficulties, and the degree of personal certainty regarding the abortion decision. Supportive services should be flexible and

needs-based. Women experiencing significant distress, grief, guilt, moral or religious conflict, or limited family and social support may benefit from accessible psychological counseling before or after abortion. Counseling should remain nonjudgmental, culturally sensitive, and responsive to the individual woman's values and circumstances. Because distress may emerge or intensify after a period of time, opportunities for follow-up psychological support may also be valuable, particularly for women undergoing termination of a wanted pregnancy because of fetal abnormalities or medical indications.

At the research level, well-designed longitudinal studies with appropriate comparison groups and adequate control of pre-existing psychological and social factors are required to distinguish the effects of abortion itself from those of associated vulnerabilities. Greater attention should also be directed toward identifying women at higher risk of adverse psychological outcomes and evaluating culturally appropriate supportive interventions. Such an approach may contribute to more individualized reproductive health care while reducing unnecessary stigma and improving the psychological well-being of women who undergo abortion.

سقط جنین و سلامت روان: مروری بر پیامدهای روان‌شناختی و معنوی، عوامل مؤثر و مداخلات حمایتی

راضیه وجدانی^۱ , علی اصغرزاده^{۲*} 

^۱گروه بیماری‌های زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، مرکز آموزشی درمانی طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله مروری

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۴

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۱/۱۵

کلیدواژه‌ها:

- سقط عمدی جنین
- سلامت روان
- افسردگی
- اضطراب
- معنویت
- سلامت باروری

چکیده

زمینه. مطالعه حاضر با هدف مرور و تحلیل شواهد پژوهشی موجود درباره پیامدهای روان‌شناختی و معنوی سقط عمدی جنین و عوامل مؤثر بر سلامت روان زنان پس از این تجربه انجام شد.

روش کار. این مطالعه به روش مروری و با بررسی پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی مرتبط با سقط عمدی جنین و سلامت روان زنان انجام شد. مطالعات مرتبط با پیامدهای روان‌شناختی سقط، از جمله افسردگی، اضطراب، احساس گناه، سوگ و احساس آسودگی، همچنین پیامدهای معنوی و نقش عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی و مذهبی در شکل‌گیری واکنش‌های زنان پس از سقط، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها. یافته‌های مطالعات بررسی‌شده نشان داد که واکنش‌های زنان پس از سقط عمدی جنین می‌تواند طیفی از افسردگی، اضطراب، احساس گناه، اندوه و سوگ تا احساس آسودگی و کاهش فشار روانی را دربرگیرد. با این حال، نوع، شدت و تداوم این واکنش‌ها در افراد مختلف یکسان نیست و عواملی مانند سابقه مشکلات روان‌شناختی، میزان حمایت اجتماعی، ناخواسته بودن بارداری، تجربه خشونت، انگ اجتماعی و باورهای فرهنگی و مذهبی می‌توانند در شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی نقش داشته باشند.

نتیجه‌گیری. شواهد موجود نشان می‌دهد که رابطه میان سقط عمدی جنین و سلامت روان زنان پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است و پیامدهای آن را نمی‌توان مستقل از ویژگی‌های فردی، شرایط اجتماعی و زمینه‌های فرهنگی، مذهبی و معنوی تبیین کرد.

مقدمه

سقط جنین یکی از مهم‌ترین موضوعات حوزه سلامت باروری است که در دهه‌های اخیر توجه گسترده پژوهشگران، متخصصان سلامت، سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران علوم رفتاری را به خود جلب کرده است. اگرچه سقط جنین در نگاه نخست یک مداخله پزشکی مرتبط با خاتمه بارداری تلقی می‌شود، اما ابعاد آن فراتر از حوزه پزشکی بوده و جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی، اخلاقی و حقوقی را نیز در بر می‌گیرد. ازاین‌رو، بررسی پیامدهای سقط جنین صرفاً محدود به عوارض جسمانی نبوده و ارزیابی آثار احتمالی آن بر سلامت روان زنان نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. آمارهای جهانی نشان می‌دهد که سقط جنین یکی از شایع‌ترین پیامدهای بارداری‌های ناخواسته است و سالانه میلیون‌ها زن در سراسر جهان این تجربه را پشت سر می‌گذارند.^۱ به همین دلیل، شناخت پیامدهای روان‌شناختی این تجربه می‌تواند نقش مهمی در ارتقای خدمات سلامت روان و سلامت باروری ایفا کند.

بارداری به خودی خود یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی زنان محسوب می‌شود و معمولاً با تغییرات گسترده زیستی، هیجانی و اجتماعی همراه است. بسیاری از زنان بارداری را تجربه‌ای مثبت، همراه با امید، رشد فردی و احساس معنا در زندگی می‌دانند؛ با این حال، بارداری همواره تجربه‌ای مطلوب و بدون تنش نیست. عواملی نظیر بارداری ناخواسته، مشکلات اقتصادی، محدودیت‌های خانوادگی، بیماری‌های مادر، ناهنجاری‌های جنینی یا شرایط نامناسب اجتماعی می‌توانند بارداری را به منبعی از استرس و فشار روانی تبدیل کنند.^{۲،۳} در چنین شرایطی، خاتمه بارداری ممکن است به‌عنوان یک تصمیم دشوار و گاه اجتناب‌ناپذیر مطرح شود. این تصمیم اغلب با تعارض‌های شناختی و هیجانی همراه است و می‌تواند احساسات متفاوت و حتی متناقضی را در فرد ایجاد کند. مطالعات نشان داده‌اند که زنان پس از سقط جنین ممکن است طیف وسیعی از واکنش‌های روان‌شناختی را تجربه کنند. این واکنش‌ها از احساس آسودگی و کاهش فشار ناشی از بارداری

* نویسنده مسؤول: ایمیل: asgharzadeh@tbzmed.ac.ir

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقایسه مناسب بوده‌اند یا متغیرهای مداخله‌گر مهم را کنترل نکرده‌اند؛ موضوعی که بارها در مرورهای نظام‌مند و گزارش‌های تخصصی مورد انتقاد قرار گرفته است.^{۱۴، ۱۵، ۱۱} برای مثال، در برخی پژوهش‌ها زنان دارای سابقه سقط جنین با زنانی مقایسه شده‌اند که هرگز بارداری ناخواسته را تجربه نکرده‌اند؛ در حالی که تفاوت‌های موجود میان این گروه‌ها می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. در سال‌های اخیر، مطالعات طولی با طراحی‌های دقیق‌تر تلاش کرده‌اند این محدودیت‌ها را برطرف کنند. یافته‌های این مطالعات نشان داده است که پس از کنترل عوامل خطر زمینه‌ای، تفاوت‌های اندکی میان زنان دریافت‌کننده سقط جنین و زنانی که درخواست سقط آنان رد شده است، در شاخص‌های مختلف سلامت روان مشاهده می‌شود.^{۱۶، ۱۷، ۱۸} علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه سقط جنین تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. علت خاتمه بارداری، سن بارداری، نوع روش سقط، سابقه مشکلات روان‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی، باورهای مذهبی و فرهنگی، میزان حمایت همسر و خانواده و شدت انگ اجتماعی مرتبط با سقط جنین از جمله عواملی هستند که می‌توانند بر پیامدهای روان‌شناختی این تجربه اثرگذار باشند.^{۴، ۶، ۱۱} بنابراین، نمی‌توان الگوی یکسانی از واکنش‌های روانی را برای همه زنان در نظر گرفت و تفسیر پیامدهای سقط جنین بدون توجه به زمینه‌های فردی و اجتماعی امکان‌پذیر نیست.

با توجه به اهمیت سلامت روان زنان، تداوم اختلاف‌نظرها در یافته‌های پژوهشی و ضرورت استفاده از شواهد علمی برای طراحی مداخلات حمایتی، مرور و تحلیل نظام‌مند مطالعات انجام‌شده در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، مقاله حاضر با هدف بررسی شواهد موجود درباره رابطه سقط جنین و سلامت روان، تبیین پیامدهای روان‌شناختی احتمالی، شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده و همچنین مرور مداخلات حمایتی و مشاوره‌ای مرتبط با این حوزه تدوین شده است.

۲. سقط جنین و سلامت روان: مفاهیم و چارچوب‌های نظری

۱/۲. تعریف و ابعاد سقط جنین

سقط جنین به خاتمه بارداری پیش از رسیدن جنین به مرحله قابلیت حیات اطلاق می‌شود و می‌تواند به دلایل مختلف پزشکی، اجتماعی، اقتصادی یا فردی رخ دهد. در برخی موارد، سقط جنین در پی بارداری ناخواسته انجام می‌شود، در حالی که در موارد دیگر، وجود ناهنجاری‌های شدید جنینی یا تهدید سلامت مادر می‌تواند ضرورت خاتمه بارداری را مطرح سازد.^{۱۲} به همین دلیل، سقط جنین پدیده‌ای ناهمگون است و تجربه روان‌شناختی زنان در شرایط مختلف می‌تواند تفاوت‌های قابل توجهی داشته باشد.

ناخواسته تا احساس اندوه، سوگ، گناه، اضطراب، خشم و نگرانی متغیر است.^{۴، ۵} افزون بر این، تجربه سقط جنین به‌ویژه در مواردی که بارداری مطلوب بوده اما به دلیل ناهنجاری‌های جنینی یا مشکلات پزشکی خاتمه یافته است، می‌تواند با فرآیندهای پیچیده سوگ و فقدان همراه شود.^{۶، ۷} از سوی دیگر، برخی زنان سقط جنین را اقدامی ضروری برای حفظ سلامت فردی، خانوادگی یا اجتماعی خود تلقی کرده و پس از آن احساس آرامش و کنترل بیشتری را گزارش می‌کنند.^۵ این تفاوت در واکنش‌ها نشان می‌دهد که تجربه روان‌شناختی سقط جنین پدیده‌ای چندبعدی و وابسته به زمینه‌های فردی و اجتماعی است.

رابطه میان سقط جنین و سلامت روان طی چند دهه گذشته یکی از مناقشه‌برانگیزترین موضوعات پژوهشی در حوزه سلامت زنان بوده است. بخشی از پژوهشگران بر این باورند که سقط جنین می‌تواند به‌عنوان یک رویداد آسیب‌زا عمل کرده و احتمال بروز مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، مصرف مواد و مشکلات بین‌فردی را افزایش دهد.^{۸، ۹} این دیدگاه بر پایه نظریه «آسیب‌زایی سقط جنین» شکل گرفته است؛ نظریه‌ای که سقط جنین را تجربه‌ای منحصر به فرد و بالقوه آسیب‌زا تلقی می‌کند. در همین راستا، برخی نویسندگان مفهوم «سندرم پس از سقط جنین» را مطرح کرده‌اند و مجموعه‌ای از علائم شامل احساس گناه، افسردگی، کابوس‌های مکرر، اجتناب از محرک‌های یادآور سقط و نشانه‌های مشابه اختلال استرس پس از سانحه را به آن نسبت داده‌اند.^{۱۰} با این حال، این مفهوم تاکنون در نظام‌های معتبر طبقه‌بندی اختلالات روانی از جمله DSM و ICD به عنوان یک اختلال مستقل پذیرفته نشده است.^{۱۱، ۱۲}

در مقابل، گروه دیگری از پژوهشگران معتقدند که شواهد موجود از رابطه علی و مستقیم میان سقط جنین و اختلالات روان‌شناختی حمایت نمی‌کند. بر اساس دیدگاه «خطرهای همزمان» یا «عوامل زمینه‌ای مشترک»، بسیاری از زنانی که به دنبال سقط جنین هستند پیش از بارداری نیز در معرض عوامل خطر متعددی قرار داشته‌اند؛ عواملی مانند سابقه اختلالات روانی، تجربه خشونت، مشکلات اقتصادی، نبود حمایت اجتماعی، مصرف مواد و بارداری ناخواسته.^{۱۱، ۱۳} از این منظر، مشکلات سلامت روان مشاهده‌شده پس از سقط جنین بیشتر ناشی از همین عوامل زمینه‌ای است و نه خود سقط جنین. در نتیجه، سقط جنین ممکن است بیشتر به عنوان نشانگر وجود سایر عوامل خطر عمل کند تا علت مستقیم مشکلات روان‌شناختی.

بخش مهمی از اختلاف‌نظرهای موجود به مسائل روش‌شناختی پژوهش‌ها بازمی‌گردد. بسیاری از مطالعات اولیه فاقد گروه‌های

۳/۲. دیدگاه‌های موافق و مخالف درباره پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین
حامیان نظریه آسیب‌زایی سقط جنین معتقدند که سقط می‌تواند احتمال بروز افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، سوءمصرف مواد و مشکلات بین‌فردی را افزایش دهد. برخی مطالعات همبستگی بین سابقه سقط جنین و مشکلات سلامت روان را گزارش کرده‌اند و حتی در یک فراتحلیل، افزایش خطر برخی مشکلات روان‌شناختی پس از سقط جنین گزارش شده است.^{۸، ۲۳، ۲۴} همچنین برخی نویسندگان بر وجود علائم پایدار سوگ، احساس گناه و نشانه‌های شبه‌آسیب‌روانی در بخشی از زنان تأکید کرده‌اند.^۹ در مقابل، منتقدان این دیدگاه معتقدند که بسیاری از مطالعات حامی این نظریه با محدودیت‌های روش‌شناختی جدی مواجه بوده‌اند؛ از جمله استفاده از نمونه‌های انتخاب‌شده، گروه‌های مقایسه نامناسب، کنترل ناکافی متغیرهای مداخله‌گر و تفسیر نادرست روابط همبستگی به عنوان روابط علی.^{۱۰، ۱۱، ۱۳} به همین دلیل، بسیاری از پژوهشگران وجود رابطه مستقیم و مستقل میان سقط جنین و اختلالات روان‌شناختی را مورد تردید قرار داده‌اند. مطالعات طولی جدیدتر نیز شواهد محدودی در حمایت از اثر مستقیم سقط جنین بر سلامت روان ارائه کرده‌اند. برای مثال، یافته‌های مطالعه هوروات و شرایبر (۲۰۱۷) نشان داد زنانی که موفق به دریافت سقط جنین شده بودند، در مقایسه با زنانی که درخواست سقط آنان رد شده بود، در بلندمدت تفاوت معناداری در میزان افسردگی، اضطراب یا نشانه‌های استرس پس از سانحه نداشتند.^{۲۵} همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که سابقه مشکلات روان‌شناختی پیش از بارداری قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات سلامت روان پس از سقط جنین است.^{۱۳، ۲۶} در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهد که رابطه میان سقط جنین و سلامت روان رابطه‌ای پیچیده و چندعاملی است. اگرچه برخی زنان ممکن است پس از سقط جنین با مشکلات روان‌شناختی قابل توجهی مواجه شوند، اما یافته‌های پژوهشی از این فرضیه که سقط جنین به‌طور مستقیم و مستقل سبب اختلالات روانی می‌شود، حمایت قاطعی ارائه نکرده‌اند. در عوض، بسیاری از پژوهشگران بر نقش عوامل زمینه‌ای، شرایط اجتماعی و ویژگی‌های فردی در تبیین این رابطه تأکید دارند.^{۱۱، ۱۷}

۳. پیامدهای سلامت روان سقط جنین

۱/۳. پیامدهای هیجانی و شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس پس از سانحه، احساس گناه و سوگ)

پیامدهای هیجانی و شناختی سقط جنین از مهم‌ترین موضوعات مورد بحث در ادبیات سلامت روان زنان محسوب می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که واکنش‌های روان‌شناختی پس

پژوهشگران تأکید کرده‌اند که درک پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین بدون توجه به زمینه وقوع آن امکان‌پذیر نیست. برای مثال، تجربه خاتمه یک بارداری مطلوب به دلیل ناهنجاری‌های جنینی با تجربه سقط ناشی از بارداری ناخواسته از نظر بار هیجانی، سطح دل‌بستگی به جنین و نوع واکنش‌های روان‌شناختی تفاوت دارد.^۹ همچنین عواملی نظیر سن بارداری، نوع روش سقط، شرایط خانوادگی و فرهنگی و میزان حمایت اجتماعی می‌توانند تجربه فرد از سقط جنین را تحت تأثیر قرار دهند.^{۱۱، ۱۲} از منظر سلامت روان، سقط جنین صرفاً یک رویداد پزشکی نیست، بلکه یک تجربه بالقوه استرس‌زا محسوب می‌شود که می‌تواند با طیفی از واکنش‌های هیجانی همراه باشد. با این حال، شدت و نوع این واکنش‌ها در میان زنان یکسان نیست و به تعامل پیچیده عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی بستگی دارد.^{۱۱، ۱۲}

۲/۲. نظریه‌های تبیین‌کننده رابطه سقط جنین و سلامت روان

در ادبیات پژوهشی، دو چارچوب نظری اصلی برای تبیین رابطه سقط جنین و سلامت روان مطرح شده است. نخست، «نظریه آسیب‌زایی سقط جنین» است که سقط را تجربه‌ای منحصربه‌فرد و بالقوه آسیب‌زا می‌داند. بر اساس این دیدگاه، خاتمه عمدی بارداری می‌تواند برای برخی زنان با احساس فقدان، سوگ، گناه و تعارض‌های اخلاقی همراه باشد و در نتیجه خطر بروز مشکلات روان‌شناختی را افزایش دهد.^{۲۰، ۲۱} در چارچوب این نظریه، مفهوم «سندرم پس از سقط جنین» مطرح شده است که مجموعه‌ای از نشانه‌ها نظیر افسردگی، اضطراب، کابوس‌های مکرر، احساس گناه و علائم مشابه اختلال استرس پس از سانحه را در بر می‌گیرد.^{۱۰} در مقابل، چارچوب دوم که با عنوان «نظریه خطرهای همزمان» شناخته می‌شود، استدلال می‌کند که مشکلات سلامت روان مشاهده‌شده پس از سقط جنین بیشتر ناشی از عوامل زمینه‌ای است تا خود سقط جنین. بر اساس این دیدگاه، زنانی که در معرض عواملی نظیر فقر، خشونت، سابقه اختلالات روانی، مصرف مواد، بارداری ناخواسته و فقدان حمایت اجتماعی قرار دارند، هم احتمال بیشتری برای درخواست سقط جنین دارند و هم در معرض خطر بالاتر مشکلات روان‌شناختی هستند.^{۱۱، ۲۱} در قالب این رویکرد، سه دیدگاه مکمل شامل الگوی استرس و مقابله، دیدگاه اجتماعی - فرهنگی و دیدگاه خطرهای همزمان مطرح شده است. الگوی استرس و مقابله بر نقش ارزیابی شناختی فرد، منابع مقابله‌ای و حمایت اجتماعی تأکید می‌کند. دیدگاه اجتماعی - فرهنگی نیز بر نقش انگ اجتماعی، احساس شرم و هنجارهای فرهنگی مرتبط با سقط جنین تأکید دارد. در نهایت، دیدگاه خطرهای همزمان بیان می‌کند که عوامل زمینه‌ای مشترک می‌توانند رابطه مشاهده‌شده میان سقط جنین و مشکلات سلامت روان را توضیح دهند.^{۱۱}

بخش عمده این علائم بیشتر با تجربه خشونت‌های قبلی یا سایر رویدادهای آسیب‌زا مرتبط است تا خود سقط جنین.^{۲۵} احساس گناه، اندوه و سوگ نیز از واکنش‌های هیجانی شایع پس از سقط محسوب می‌شوند، به‌ویژه زمانی که خاتمه بارداری به دلیل ناهنجاری‌های جنینی یا مشکلات پزشکی صورت گرفته باشد. در چنین شرایطی، بسیاری از زنان تجربه سقط را مشابه از دست دادن یک فرزند یا سوگ ناشی از سقط خودبه‌خودی توصیف می‌کنند و ممکن است برای مدت طولانی با احساس فقدان، اندوه و داغ‌دیدی مواجه باشند.^{۲۶، ۲۷} با این حال، برخی زنان نیز گزارش کرده‌اند که پس از گذر از این تجربه، توانسته‌اند سازگاری روانی مناسبی پیدا کرده و حتی رشد فردی و تقویت روابط خانوادگی را تجربه کنند.^{۳۲}

در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهد که اگرچه برخی زنان پس از سقط جنین علائم هیجانی و شناختی قابل توجهی را تجربه می‌کنند، اما این پیامدها در همه افراد یکسان نیست و عوامل فردی، اجتماعی و زمینه‌ای نقش تعیین‌کننده‌ای در شدت و تداوم آن‌ها دارند. همچنین یافته‌های پژوهش‌های جدید از این دیدگاه حمایت می‌کنند که مشکلات روان‌شناختی پس از سقط بیشتر با شرایط و عوامل خطر پیشین مرتبط هستند تا خود سقط جنین به عنوان یک عامل مستقل.^{۱۱، ۱۳، ۱۷}

۲/۳. پیامدهای رفتاری (مصرف دخانیات، الکل و مواد)

مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر از جمله پیامدهای رفتاری است که در برخی مطالعات به عنوان یکی از پیامدهای احتمالی سقط جنین مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش‌های اولیه، ارتباط میان سابقه سقط جنین و افزایش میزان مصرف مواد یا اختلالات مرتبط با سوءمصرف گزارش شده بود.^{۳۳، ۳۴} با این حال، پژوهشگران بعدی تأکید کرده‌اند که چنین ارتباطی ممکن است ناشی از عوامل خطر مشترک مانند مشکلات روان‌شناختی پیشین، شرایط اجتماعی نامساعد، خشونت بین‌فردی و بارداری ناخواسته باشد.^{۱۱، ۱۳}

نتایج مطالعه هوروات و شرابیر (۲۰۱۷) نشان داد که میزان مصرف الکل و نوشیدن افراطی پیش از بارداری در زنان متقاضی سقط جنین نسبتاً بالا بوده و تفاوت معناداری میان گروه‌های مختلف وجود نداشت.^{۲۵} پیگیری طولی این زنان نشان داد که افرادی که موفق به دریافت سقط شده بودند، در مقایسه با زنانی که بارداری را ادامه داده بودند، افزایش قابل توجهی در مصرف الکل تجربه نکردند. در مقابل، زنانی که به دلیل ادامه بارداری و ورود به نقش مادری ناچار به تغییر سبک زندگی شده بودند، در کوتاه‌مدت مصرف کمتری از الکل گزارش کردند.^{۳۴} در زمینه مصرف دخانیات نیز یافته‌های مشابهی گزارش شده است. اگرچه میزان استعمال

از سقط جنین بسیار متنوع بوده و از احساس آسودگی و کاهش فشار روانی تا بروز علائم افسردگی، اضطراب، سوگ، احساس گناه و استرس پس از سانحه متغیر است.^{۱۱، ۲۵} شدت و نوع این واکنش‌ها تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله علت خاتمه بارداری، ویژگی‌های شخصیتی، نگرش فرد نسبت به سقط، میزان حمایت اجتماعی و سابقه مشکلات روان‌شناختی قرار دارد.^{۱۱، ۹} یکی از مهم‌ترین پیامدهای مورد مطالعه، افسردگی است. برخی مطالعات اولیه گزارش کرده‌اند که زنان پس از سقط جنین در مقایسه با سایر زنان با احتمال بیشتری علائم افسردگی را تجربه می‌کنند.^۸

با این حال، بررسی‌های جدیدتر نشان داده‌اند که بسیاری از این یافته‌ها ناشی از کنترل‌نشدن عوامل زمینه‌ای نظیر سابقه اختلالات خلقی، خشونت‌های بین‌فردی و شرایط اجتماعی نامساعد بوده است.^{۱۱، ۱۳} نتایج مطالعه هوروات و شرابیر (۲۰۱۷) نشان داد که سطح علائم افسردگی در زنانی که سقط جنین انجام داده بودند و زنانی که درخواست سقط آن‌ها رد شده بود، در بلندمدت تفاوت معناداری نداشت و در طول زمان در هر دو گروه کاهش یافت.^{۲۵} همچنین مطالعه سیت و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که میزان افسردگی یک ماه پس از سقط نسبت به قبل از انجام آن کاهش یافته است.^{۲۷}

اضطراب نیز از دیگر پیامدهای هیجانی مورد توجه پژوهشگران است. برخی مطالعات افزایش موقت علائم اضطرابی را پس از سقط گزارش کرده‌اند، اما شواهد موجود نشان می‌دهد که این علائم اغلب در کوتاه‌مدت مشاهده شده و به مرور زمان کاهش می‌یابند.^{۱۸} افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان متقاضی سقط جنین پیش از انجام سقط، در مقایسه با سایر زنان، شیوع بیشتری از مشکلات روانی و تجربه خشونت‌های جنسی و بین‌فردی دارند و با کنترل این عوامل، تفاوت‌های مشاهده‌شده در اضطراب تا حد زیادی از بین می‌رود.^{۱۳} یکی از مباحث بحث‌برانگیز در این حوزه، ارتباط سقط جنین با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. طرفداران نظریه «سندرم پس از سقط جنین» معتقدند که برخی زنان پس از سقط ممکن است نشانه‌هایی مشابه اختلال استرس پس از سانحه از جمله یادآوری مکرر رویداد، کابوس‌های شبانه، اجتناب، برانگیختگی هیجانی و احساس گناه را تجربه کنند.^{۲۸، ۲۹} با وجود این، سندرم پس از سقط جنین به عنوان یک تشخیص رسمی در نظام‌های طبقه‌بندی روان‌پزشکی پذیرفته نشده است.^{۳۰، ۳۱}

یافته‌های مطالعه هوروات و شرابیر (۲۰۱۷) نیز نشان داد که میزان علائم استرس پس از سانحه در زنان دریافت‌کننده سقط و زنانی که از دریافت آن محروم شده بودند تفاوت معناداری ندارد و

ناهنجاری‌های جنینی یا از دست دادن بارداری مطلوب انجام شده است، رابطه جنسی ممکن است یادآور تجربه فقدان بوده و به کاهش تمایل جنسی منجر شود.^{۴۰} با این حال، شواهد موجود در این زمینه محدود و گاه متناقض است.

از سوی دیگر، کیفیت زندگی و احساس رضایت از زندگی نیز پس از سقط جنین مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج مطالعه هوروات و شرایبر (۲۰۱۷) نشان داد زنانی که درخواست سقط آن‌ها رد شده بود، در آغاز مطالعه سطوح پایین‌تری از رضایت از زندگی و عزت‌نفس را تجربه می‌کردند، اما این وضعیت در طول زمان بهبود یافت.^{۴۱} در مقابل، زنانی که سقط دریافت کرده بودند در اغلب موارد کاهش پایداری در رضایت از زندگی یا عزت‌نفس نشان ندادند.^{۴۱} همچنین اکثر زنان شرکت‌کننده در این مطالعه اظهار داشتند که تصمیم اتخاذشده درباره بارداری برای آنان تصمیم درستی بوده است.^{۴۰} در مجموع، پیامدهای اجتماعی و بین‌فردی سقط جنین بسیار ناهمگون است و تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله کیفیت رابطه زوجی، میزان حمایت اجتماعی، نگرش فرهنگی نسبت به سقط و شرایط زمینه‌ای فرد قرار دارد. بنابراین، نمی‌توان یک الگوی واحد از تأثیر سقط جنین بر روابط اجتماعی و کیفیت زندگی همه زنان ارائه کرد و لازم است این پیامدها در بستر شرایط فردی و اجتماعی هر شخص مورد ارزیابی قرار گیرند.^{۱۷، ۹، ۱۱}

۳/۴. پیامدهای معنوی

باورهای دینی و معنوی می‌توانند نقش مهمی در نحوه معنا دادن زنان به تجربه سقط جنین داشته باشند. در افرادی که سقط جنین با ارزش‌های دینی یا اخلاقی درونی‌شده آنان تعارض پیدا می‌کند، ممکن است این تجربه با احساس گناه، شرم، خودسرزنشگری و نگرانی درباره پیامدهای معنوی همراه شود. در واقع، مسئله صرفاً خود سقط جنین نیست، بلکه تفسیر معنوی و اخلاقی فرد از این تجربه می‌تواند در شکل‌گیری واکنش‌های هیجانی پس از آن اهمیت داشته باشد. در یک مطالعه بر ۶۲۷ زن دارای سابقه سقط جنین، سطوح بالاتر مذهبی‌بودن با خودقضاوتی بیشتر و ادراک شدیدتر محکومیت اجتماعی همراه بود؛ همچنین زنان مذهبی در مقایسه با زنان غیرمذهبی، سطوح بالاتری از انگ مرتبط با سقط جنین گزارش کردند. نویسندگان این یافته‌ها را در چارچوب انگ سقط جنین تفسیر کردند که ابعادی مانند نگرانی از قضاوت دیگران، انزوا، خودقضاوتی و محکومیت اجتماعی را دربر می‌گیرد.^{۴۲} شواهد کیفی نیز نشان می‌دهند که تعارض میان تصمیم به سقط و باورهای دینی می‌تواند تجربه‌ای از کشمکش اخلاقی و معنوی ایجاد کند. فرووریت و همکاران (۲۰۱۸) در مصاحبه با ۷۸ زن دریافته‌اند که دین، جامعه دینی و تصور فرد از خدا در تجربه و مدیریت انگ سقط جنین نقش قابل‌توجهی داشتند. برخی از زنان،

دخانیات در میان زنان متقاضی سقط نسبتاً بالا بود، اما بررسی‌های طولی نشان داد که انجام سقط جنین به‌تنهایی موجب افزایش مصرف سیگار نمی‌شود. زنانی که بارداری آن‌ها ادامه یافته بود، در دوران بارداری مصرف دخانیات را کاهش دادند، اما پس از زایمان مجدداً به سطوح قبلی بازگشتند.^{۳۵}

در مورد مصرف مواد مخدر نیز شواهد نشان می‌دهد که سقط جنین با افزایش پایداری مصرف مواد ارتباط مستقلاً ندارد. مطالعه هوروات و شرایبر (۲۰۱۷) نشان داد زنانی که سقط دریافت کرده بودند طی دو سال بعد از سقط افزایش معناداری در مصرف مواد نشان ندادند؛ در حالی که برخی زنان محروم از دریافت سقط، افزایش بیشتری در مصرف برخی مواد را گزارش کردند که احتمالاً با فشارهای ناشی از ادامه بارداری و مسئولیت‌های فرزندپروری مرتبط بود.^{۳۶، ۳۵} به طور کلی، شواهد جدید از این فرضیه حمایت می‌کند که ارتباط مشاهده‌شده میان سقط جنین و مصرف مواد بیشتر ناشی از عوامل خطر مشترک و شرایط زمینه‌ای است تا اثر مستقیم سقط جنین. بنابراین، ارزیابی وضعیت سلامت روان، سابقه مصرف مواد و شرایط اجتماعی زنان متقاضی سقط می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر و طراحی مداخلات حمایتی مؤثر اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.^{۱۳، ۹، ۱۱}

۳/۳. پیامدهای اجتماعی و بین‌فردی (روابط زوجی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی)
سقط جنین علاوه بر پیامدهای فردی، می‌تواند ابعاد اجتماعی و بین‌فردی زندگی زنان و خانواده‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد. واکنش زوجین به تجربه سقط جنین یکسان نیست و بسته به شرایط بارداری، کیفیت رابطه، حمایت متقابل و نگرش افراد نسبت به سقط، ممکن است پیامدهای متفاوتی در روابط خانوادگی و زناشویی ایجاد شود.^{۳۷، ۳۲}

برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که تجربه سقط جنین می‌تواند با افزایش تعارضات زناشویی، اختلاف‌نظر درباره فرزندآوری و کاهش رضایت از رابطه همراه باشد. به عنوان مثال، پژوهش کلمن و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که سقط جنین در برخی زوج‌ها با افزایش تعارضات مرتبط با فرزند و مشکلات ارتباطی همراه بوده است.^{۳۲} همچنین برخی مطالعات افزایش احتمال جدایی یا طلاق را در زنان دارای سابقه سقط گزارش کرده‌اند.^{۳۸} این حال، این یافته‌ها همواره یکسان نبوده‌اند و پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که در برخی زوج‌ها، عبور مشترک از این تجربه می‌تواند موجب افزایش همدلی، انسجام و نزدیکی عاطفی شود.^{۳۷} عملکرد جنسی نیز از حوزه‌هایی است که در برخی مطالعات تحت تأثیر تجربه سقط قرار گرفته است. تعدادی از پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند که برخی زنان پس از سقط جنین کاهش میل جنسی، کاهش رضایت جنسی یا نگرانی از بارداری مجدد را تجربه می‌کنند.^{۳۹، ۳۹} در مواردی که سقط به علت

۴. عوامل مؤثر بر پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین

۱/۴. عوامل خطر فردی و روان‌شناختی

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که واکنش‌های روان‌شناختی پس از سقط جنین تنها به خود رویداد سقط محدود نمی‌شود، بلکه مجموعه‌ای از ویژگی‌های فردی و عوامل روان‌شناختی پیشین در شکل‌گیری این پیامدها نقش دارند. یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مشکلات روانی پس از سقط، سابقه اختلالات روان‌پزشکی پیش از بارداری است. مطالعات نشان داده‌اند زنانی که پیش از سقط سابقه افسردگی، اضطراب، اختلالات خلقی یا سایر مشکلات سلامت روان را داشته‌اند، بیش از سایر زنان در معرض تداوم یا تشدید علائم روان‌شناختی پس از سقط قرار می‌گیرند.^{۹۱۳} در مطالعه هوروات و شرایبر (۲۰۱۷) نیز مشخص شد که بخش قابل توجهی از زنان متقاضی سقط پیش از بارداری سابقه مشکلات خلقی یا تجربه خشونت‌های بین‌فردی داشته‌اند و همین عوامل بخش مهمی از پیامدهای روان‌شناختی بعدی را تبیین می‌کنند.^{۲۵} علاوه بر سابقه اختلالات روانی، برخی ویژگی‌های شخصیتی نیز می‌توانند آسیب‌پذیری افراد را افزایش دهند. پایین بودن عزت‌نفس، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، بدبینی، احساس کنترل پایین بر زندگی و گرایش بیشتر به تجربه هیجان‌های منفی از جمله عواملی هستند که با افزایش احتمال بروز افسردگی، اضطراب و احساس گناه پس از سقط مرتبط شناخته شده‌اند.^{۲۸، ۲۹، ۱۲} همچنین زنانی که بارداری آن‌ها مطلوب و برنامه‌ریزی شده بوده اما به دلایل پزشکی یا ناهنجاری‌های جنینی مجبور به خاتمه بارداری شده‌اند، اغلب سطوح بالاتری از سوگ، فقدان و آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کنند.^{۶۴} از دیگر عوامل خطر فردی می‌توان به تجربه خشونت جسمی، جنسی و عاطفی اشاره کرد. شواهد نشان می‌دهد زنانی که در معرض خشونت‌های بین‌فردی قرار گرفته‌اند، هم احتمال بیشتری برای مواجهه با بارداری ناخواسته دارند و هم در معرض خطر بالاتر مشکلات سلامت روان پس از سقط قرار می‌گیرند.^{۱۳، ۱۱} بنابراین بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مشاهده‌شده پس از سقط را باید در چارچوب آسیب‌پذیری‌های پیشین فرد تفسیر کرد.

۲/۴. عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی

عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نقش مهمی در شکل‌گیری تجربه روان‌شناختی سقط جنین دارند. بر اساس دیدگاه جامعه‌فرهنگی، نگرش‌های حاکم بر جامعه نسبت به سقط جنین می‌تواند بر نحوه تجربه و تفسیر این رویداد توسط زنان تأثیر بگذارد. در جوامعی که سقط جنین با انگ اجتماعی، قضاوت اخلاقی یا محدودیت‌های قانونی بیشتری همراه است، زنان ممکن است احساس شرم، گناه، انزوای اجتماعی و نگرانی بیشتری را تجربه

تصمیم خود را مغایر با آموزه‌های دینی می‌دانستند و از احساس گناه، ترس از قضاوت یا مجازات الهی و ضرورت پنهان کردن سقط سخن می‌گفتند. در مقابل، برخی دیگر با اتکا به مفاهیمی مانند رحمت، بخشش و امکان خطاپذیری انسان، تلاش می‌کردند تجربه خود را در چارچوبی سازگارتر با باورهای دینی تفسیر کنند. بنابراین، دین لزوماً به یک پیامد روان‌شناختی واحد منجر نمی‌شود؛ بلکه نحوه تفسیر آموزه‌های دینی و میزان تعارض آنها با تصمیم فرد می‌تواند مسیر تجربه معنوی پس از سقط را تغییر دهد.^{۴۳}

از این منظر، مفهوم بخشش و توبه نیز می‌تواند بخشی از فرایند سازگاری معنوی پس از سقط باشد. برای برخی زنان، احساس گناه ناشی از تصور «خطی از ارزش‌های دینی» ممکن است آنان را به سوی طلب بخشش، دعا، نیایش و بازسازی رابطه خود با خدا سوق دهد. مطالعه کیفی جدیدی درباره تجربه زنان پس از سقط در اتیوپی نیز نشان داد که همه زنان شرکت‌کننده سقط جنین را با باورهای دینی خود در تعارض می‌دیدند و برخی از آنان برای کاهش فشار معنوی و احساس پشیمانی، به اعمال و مناسک دینی و طلب بخشش روی می‌آوردند. این یافته نشان می‌دهد که مناسک دینی می‌توانند نه تنها منبع ارزیابی اخلاقی تجربه، بلکه برای برخی افراد ابزاری برای ترمیم معنوی و کنارآمدن با احساس گناه نیز باشند.^{۴۴}

در مقابل، هنگامی که فرد سقط جنین را به شدت در چارچوب «گناه» و «نابخشودنی‌بودن» تفسیر کند، این چارچوب می‌تواند با درونی‌شدن انگ، خودسرزنشگری و کاهش تمایل به دریافت حمایت همراه شود. در یک مطالعه کیفی بر زنان مسیحی در سنگاپور نیز شرکت‌کنندگان نگرانی‌هایی درباره قضاوت مذهبی، احساس گناه و شرم، پنهان کردن تجربه سقط و دشواری در کمک‌گرفتن را پیش‌بینی می‌کردند؛ در این میان، برداشت آنان از خدا، تعریف شخصی آنان از «زندگی» و فضای مذهبی - اجتماعی پیرامونشان در شکل‌گیری این تجربه نقش داشت.^{۴۵}

بنابراین، می‌توان گفت باورهای دینی و معنوی پس از سقط جنین می‌توانند دو کارکرد متفاوت داشته باشند: از یک سو، هنگامی که سقط با ارزش‌های مذهبی فرد در تعارض باشد، ممکن است از طریق احساس گناه، شرم، ترس از قضاوت الهی و انگ اجتماعی، پریشانی روان‌شناختی را تشدید کنند؛ از سوی دیگر، مفاهیمی مانند رحمت، توبه، بخشش، دعا و ارتباط با خدا می‌توانند برای برخی افراد چارچوبی برای معنا دادن به تجربه، کاهش خودسرزنشگری و سازگاری با آن فراهم کنند. بنابراین، در بررسی پیامدهای معنوی سقط جنین، صرفاً سنجش میزان دینداری کافی نیست و باید تعارض دینی، نوع مقابله معنوی، برداشت فرد از خدا و گناه، احساس بخشش و حمایت جامعه دینی نیز مورد توجه قرار گیرد.

خشونت و انگ اجتماعی می‌توانند خطر بروز آسیب‌های روان‌شناختی را افزایش دهند، وجود حمایت اجتماعی، روابط خانوادگی مطلوب و دسترسی به منابع حمایتی می‌تواند نقش حفاظتی مهمی در سازگاری روانی زنان ایفا کند.^{۱۱، ۹، ۱۷}

۵. مداخلات حمایتی و جمع‌بندی شواهد پژوهشی

۱/۵. نقش مشاوره و حمایت روان‌شناختی

با توجه به پیچیدگی تصمیم‌گیری درباره سقط جنین و تنوع واکنش‌های هیجانی زنان، مشاوره و حمایت روان‌شناختی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مراقبتی در این حوزه مطرح شده است. شواهد نشان می‌دهد که نیاز زنان به خدمات مشاوره‌ای یکسان نیست و بسیاری از آنان پیش از مراجعه به مراکز درمانی تصمیم خود را گرفته‌اند و بیشتر به دنبال دسترسی سریع و بدون پیچیدگی به خدمات هستند.^{۵۴} برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که تنها درصد محدودی از زنان خواهان مشاوره رسمی پیش از سقط هستند و ارائه مشاوره اجباری برای همه مراجعان ضرورت ندارد.^{۵۵} با این حال، مطالعات دیگری نشان داده‌اند که مشاوره حرفه‌ای می‌تواند در کاهش آشفتگی هیجانی، افزایش اطمینان نسبت به تصمیم اتخاذشده و بهبود سازگاری روان‌شناختی مؤثر باشد. به عنوان مثال، زنان پس از دریافت خدمات مشاوره‌ای کاهش قابل توجهی در احساس سردرگمی و تنش روانی گزارش کرده‌اند.^{۵۶}

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد بسیاری از زنان چند ماه پس از سقط و هم‌زمان با بروز احساسات سوگ، اندوه یا یادآوری تجربه بارداری، نیاز بیشتری به حمایت‌های روان‌شناختی پیدا می‌کنند.^{۵۷} در این میان، حمایت اجتماعی و خانوادگی نیز نقش مهمی در سازگاری روانی زنان ایفا می‌کند. وجود حمایت همسر، اعضای خانواده و شبکه‌های اجتماعی می‌تواند شدت پیامدهای هیجانی را کاهش داده و روند سازگاری را تسهیل کند.^{۴، ۵۱} بنابراین، بسیاری از پژوهشگران بر ضرورت شناسایی زنان در معرض خطر و ارائه خدمات حمایتی هدفمند به آنان تأکید کرده‌اند.

۲/۵. چالش‌های روش‌شناختی پژوهش‌های موجود

یکی از مهم‌ترین دلایل تداوم اختلاف نظرها درباره پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین، محدودیت‌های روش‌شناختی مطالعات انجام‌شده است. مرور پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد بسیاری از مطالعات اولیه از نمونه‌های انتخاب‌شده، گروه‌های مقایسه نامناسب یا شاخص‌های سنجش غیرمعتبر استفاده کرده‌اند و کنترل کافی بر متغیرهای مداخله‌گر نداشته‌اند.^{۱۱، ۱۴} از جمله مهم‌ترین چالش‌ها می‌توان به دشواری انتخاب گروه کنترل مناسب اشاره کرد. در بسیاری از مطالعات، زنان دارای سابقه سقط با زنانی مقایسه

کنند.^{۴۶، ۴۷، ۴۹} انگ اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل میانجی در ارتباط میان سقط جنین و سلامت روان محسوب می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درونی‌سازی نگرش‌های منفی جامعه نسبت به سقط می‌تواند به افزایش احساس گناه، کاهش عزت‌نفس و تشدید علائم اضطراب و افسردگی منجر شود.^{۳۱، ۱۱} افزون بر این، برخوردهای قضاوت‌گرانه برخی ارائه‌دهندگان خدمات درمانی با دشواری دسترسی به خدمات مرتبط با سقط نیز ممکن است فشار روانی زنان را افزایش دهد.^{۴۷، ۴۸، ۴۹}

عوامل اقتصادی و اجتماعی نیز اهمیت زیادی دارند. فقر، سطح پایین تحصیلات، بیکاری، نبود امنیت اقتصادی و قرار گرفتن در شرایط اجتماعی نامطلوب از جمله عواملی هستند که هم احتمال بارداری ناخواسته و درخواست سقط را افزایش می‌دهند و هم با افزایش خطر مشکلات سلامت روان مرتبط‌اند.^{۳۱، ۱۱} به همین دلیل بسیاری از پژوهشگران معتقدند بخشی از ارتباط مشاهده‌شده میان سقط جنین و پیامدهای روان‌شناختی در واقع بازتاب تأثیر این عوامل زمینه‌ای است و نه نتیجه مستقیم خود سقط جنین.^{۱۷، ۱۱}

۳/۴. عوامل محافظت‌کننده و نقش حمایت اجتماعی

در کنار عوامل خطر، مجموعه‌ای از عوامل محافظت‌کننده می‌توانند از بروز یا تشدید مشکلات روان‌شناختی پس از سقط جلوگیری کنند. یکی از مهم‌ترین این عوامل، برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب است. حمایت همسر، اعضای خانواده، دوستان و شبکه‌های اجتماعی می‌تواند به زنان کمک کند تا با فشارهای هیجانی ناشی از تصمیم‌گیری و پیامدهای سقط سازگاری بیشتری پیدا کنند.^{۴، ۵۱، ۵۱} حمایت عاطفی همسر به‌ویژه نقش برجسته‌ای در کاهش اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی پس از سقط دارد. مطالعات نشان داده‌اند زنانی که از حمایت همسر یا شریک عاطفی خود برخوردارند، سطوح پایین‌تری از آشفتگی روانی و مشکلات سازگاری را تجربه می‌کنند.^{۵۲، ۵۳} در مقابل، فقدان حمایت یا وجود فشار از سوی اطرافیان برای انجام یا عدم انجام سقط می‌تواند خطر مشکلات روان‌شناختی را افزایش دهد.^{۱۲} سطح بالاتر تحصیلات، دسترسی مناسب به خدمات درمانی و سلامت روان، نبود سابقه اختلالات روان‌پزشکی و اطمینان فرد نسبت به تصمیم اتخاذشده نیز از جمله عوامل محافظت‌کننده مهم به شمار می‌روند.^{۴، ۵۱}

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنانی که احساس می‌کنند تصمیم مربوط به بارداری را آگاهانه و مطابق ارزش‌های شخصی خود اتخاذ کرده‌اند، در مقایسه با زنانی که تحت فشار یا اجبار تصمیم گرفته‌اند، سازگاری روانی بهتری نشان می‌دهند.^{۴، ۵۱} در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهد که پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی هستند. در حالی که برخی عوامل نظیر سابقه مشکلات روانی،

نتیجه‌گیری

سقط جنین یکی از پیچیده‌ترین موضوعات حوزه سلامت باروری است که ابعاد پزشکی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی متعددی را در بر می‌گیرد. مرور مطالعات نشان می‌دهد که تجربه سقط جنین می‌تواند با واکنش‌های هیجانی گوناگونی از جمله اندوه، اضطراب، احساس گناه، سوگ، خشم، آسودگی و رهایی همراه باشد. با این حال، شدت و تداوم این واکنش‌ها در میان زنان یکسان نیست و تحت تأثیر شرایط فردی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. بررسی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که دو دیدگاه اصلی درباره رابطه سقط جنین و سلامت روان وجود دارد. دیدگاه نخست، سقط جنین را رویدادی آسیب‌زا تلقی می‌کند که ممکن است خطر بروز مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب و نشانه‌های استرس پس از سانحه را افزایش دهد.^{۸،۲۰} در مقابل، دیدگاه دوم بر نقش عوامل همزمان و زمینه‌ای تأکید دارد و معتقد است مشکلات روان‌شناختی مشاهده‌شده پس از سقط بیشتر ناشی از عواملی نظیر سابقه اختلالات روانی، بارداری ناخواسته، خشونت، مشکلات اقتصادی و اجتماعی، فقدان حمایت اجتماعی و انگ اجتماعی است تا خود سقط جنین.^{۱۱، ۱۳} نتایج مطالعات جدیدتر، به‌ویژه پژوهش‌های طولی با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، نشان داده‌اند که پس از در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای، شواهد کافی برای اثبات اثر مستقیم و مستقل سقط جنین بر بروز اختلالات روانی وجود ندارد.^{۱۸، ۱۷}

همچنین، تاکنون هیچ‌یک از نظام‌های رسمی طبقه‌بندی اختلالات روانی، «سندرم پس از سقط جنین» را به‌عنوان یک تشخیص مستقل نپذیرفته‌اند.^{۳۰، ۱۱} با وجود این، برخی زنان به دلیل برخورداری از عوامل خطر خاص، از جمله سابقه مشکلات روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ناکافی، تجربه خشونت، بارداری مطلوبی که به دلایل پزشکی خاتمه یافته است و باورهای فرهنگی یا مذهبی خاص، ممکن است آسیب‌پذیری بیشتری در برابر پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین داشته باشند.^{۴، ۵، ۶} در مقابل، حمایت خانوادگی و اجتماعی، دسترسی به خدمات مشاوره‌ای مناسب و برخورداری از منابع مقابله‌ای مؤثر می‌تواند نقش محافظتی مهمی در سازگاری روانی زنان ایفا کند. در مجموع، شواهد موجود از یک رابطه ساده و مستقیم میان سقط جنین و مشکلات سلامت روان حمایت نمی‌کنند و نشان می‌دهند که پیامدهای روان‌شناختی سقط جنین باید در چارچوبی چندبعدی و با توجه به ویژگی‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی هر زن تبیین شوند. از این رو، رویکردهای بالینی و پژوهشی آینده باید به جای تمرکز صرف بر خود سقط جنین، بر شناسایی عوامل خطر، تقویت عوامل محافظت‌کننده و

شده‌اند که هرگز بارداری ناخواسته را تجربه نکرده‌اند؛ در حالی که این دو گروه از نظر عوامل زمینه‌ای روان‌شناختی و اجتماعی تفاوت‌های اساسی دارند.^{۵۸، ۱۱} همچنین متغیرهایی نظیر سابقه اختلالات روانی، تجربه خشونت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، مصرف مواد و میزان حمایت اجتماعی در برخی مطالعات به‌درستی کنترل نشده‌اند که می‌تواند به نتایج گمراه‌کننده منجر شود.^{۱۳، ۱۱}

علاوه بر این، تفاوت در دلایل سقط جنین، سن بارداری، نوع روش خاتمه بارداری، شرایط فرهنگی و قانونی کشورها و نرخ بالای ریزش نمونه‌ها در مطالعات طولی، مقایسه نتایج پژوهش‌ها را دشوار کرده است.^{۱۷، ۱۲} به همین دلیل، بسیاری از صاحب‌نظران بر ضرورت انجام مطالعات طولی با کنترل دقیق عوامل زمینه‌ای و استفاده از گروه‌های مقایسه مناسب تأکید کرده‌اند.

۳/۵. جمع‌بندی و پیشنهادهای پژوهشی

برآیند شواهد موجود نشان می‌دهد که تجربه سقط جنین می‌تواند با واکنش‌های هیجانی متنوعی همراه باشد، اما این واکنش‌ها در میان زنان یکسان نیست و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. اگرچه برخی مطالعات افزایش خطر افسردگی، اضطراب یا نشانه‌های استرس پس از سانحه را گزارش کرده‌اند، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های جدیدتر نشان می‌دهند که بسیاری از این پیامدها بیش از آنکه ناشی از خود سقط جنین باشند، با عوامل زمینه‌ای نظیر سابقه مشکلات روان‌شناختی، خشونت، فقر، انگ اجتماعی و بارداری ناخواسته مرتبط هستند.^{۱۱} یافته‌های مطالعات طولی جدید، به‌ویژه پژوهش هوروات و شرایبر (۲۰۱۷)، نشان داده‌اند که پس از کنترل عوامل مداخله‌گر، تفاوت پایدار و معناداری میان زنان دریافت‌کننده سقط جنین و زنانی که درخواست سقط آنان رد شده است، در بسیاری از شاخص‌های سلامت روان مشاهده نمی‌شود.^{۲۵} همچنین شواهد علمی کافی برای پذیرش «سندرم پس از سقط جنین» به‌عنوان یک تشخیص مستقل روان‌پزشکی وجود ندارد.^{۱۱، ۳۰} با این حال، گروهی از زنان به دلیل برخورداری از عوامل خطر خاص، ممکن است در معرض مشکلات روان‌شناختی بیشتری قرار گیرند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با تمرکز بر شناسایی این گروه‌های آسیب‌پذیر، بررسی نقش متغیرهای فرهنگی و اجتماعی و ارزیابی اثربخشی مداخلات حمایتی و درمانی طراحی شوند. همچنین انجام مطالعات طولی در جوامع مختلف می‌تواند به درک دقیق‌تر سازوکارهای مؤثر بر رابطه سقط جنین و سلامت روان کمک کند و زمینه را برای طراحی برنامه‌های پیشگیری و حمایت روان‌شناختی مؤثرتر فراهم سازد.

ارائه خدمات حمایتی و روان‌شناختی متناسب با نیازهای زنان متمرکز باشند.

References

1. Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., et al. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388(10041), 258–267. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30380-4
2. Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99–137. doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426
3. Jones, K., Baird, K., & Fenwick, J. (2017). Women's experiences of labour and birth when having a termination of pregnancy for fetal abnormality in the second trimester of pregnancy: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery*, 50, 42–54. Doi: 10.1016/j.midw.2017.03.014
4. Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, 23(7), 924–936. doi.org/10.1177/1049732313484198
5. Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 122–131. doi.org/10.1363/4512213
6. Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., & Visser, G. H. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(2), 160.e1–160.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2009.04.007
7. Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: A qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234–239. doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.015
8. Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180–186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230
9. Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118807624. doi.org/10.1177/2050312118807624
10. Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95–119. doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x
11. Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863–890. doi.org/10.1037/a0017497
12. Zareba, K., La Rosa, V. L., Ciebiera, M., Makara-Studzińska, M., Commodari, E., & Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal of Medicine*, 25(3), 477–483. DOI: 10.5505/ejm.2020.82246
13. Steinberg, J. R., & Finer, L. B. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine*, 72(1), 72–82. Doi:10.1016/j.socscimed.2010.10.006
14. Major, B. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. American Psychological Association.
15. Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436–450. doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.005
16. Biggs, M. A., Rowland, B., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6(2), e009698. doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009698
17. Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169–178. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
18. Foster, D. G., Steinberg, J. R., Roberts, S. C., Neuhaus, J., & Biggs, M. A. (2015). A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychological Medicine*, 45(10), 2073–2082. doi.org/10.1017/S0033291714003213

19. Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., et al. (2005). Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: Similarities and differences between partners. *Prenatal Diagnosis*, 25(13), 1226–1233. doi.org/10.1002/pd.1307
20. Rue, V., & Speckhard, A. (1992). Post-abortion trauma: Incidence and diagnostic considerations. *Medicine & Mind*, 6(1), 57–73.
21. Steinberg, J. R., & Russo, N. F. (2009). Evaluating research on abortion and mental health. *Contraception*, 80(6), 500–503. doi.org/10.1002/pd.1307
22. Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., & Rue, V. M. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 43(8), 770–776. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.009
23. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 444–451. doi:10.1192/bjp.bp.108.056499
24. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16–24. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x
25. Horvath, S., & Schreiber, C. A. (2017). Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. *Current psychiatry reports*, 19(11), 77. doi.org/10.1007/s11920-017-0832-4
26. National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). Induced abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London: Academy of Medical Royal Colleges.
27. Sit, D., Rothschild, A. J., Creinin, M. D., Hanusa, B. H., & Wisner, K. L. (2006). Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion. *Human Reproduction*, 22(3), 878–884. doi.org/10.1093/humrep/del450
28. Speckhard, A. M. (2009). Uniwersalne reakcje na aborcję? In B. Chazan & S. Wróbel (Eds.), *Aborcja – przyczyny, następstwa, terapia*. Wektory.
29. Simon, W. (2003). Konsekwencje aborcji u kobiet. In J. Meder (Ed.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (pp. xx–xx). Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
30. Stotland, N. L. (1992). The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA*, 268(15), 2078–2079. doi:10.1001/jama.1992.03490150130038
31. Kelly, K. (2014). The spread of “post-abortion syndrome” as social diagnosis. *Social Science & Medicine*, 102, 18–25. Doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.030
32. Bryar, S. H. (1997). One day you're pregnant and one day you're not: Pregnancy interruption for fetal anomalies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(5), 559–566. doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02159.x
33. Dingle, K., Alati, R., Clavarino, A., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2008). Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: An Australian birth cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 455–460. doi:10.1192/bjp.bp.108.055079
34. Roberts, S. C., Delucchi, K., Wilsnack, S. C., & Foster, D. G. (2015). Receiving versus being denied a pregnancy termination and subsequent alcohol use: A longitudinal study. *Alcohol and Alcoholism*, 50(4), 477–484. doi.org/10.1093/alcalc/agv021
35. Roberts, S. C., Foster, D. G. (2015). Receiving versus being denied an abortion and subsequent tobacco use. *Maternal and Child Health Journal*, 19(3), 438–446. doi.org/10.1007/s10995-014-1515-y. doi.org/10.1007/s10995-014-1515-y
36. Roberts, S. C., Delucchi, K., Wilsnack, S. C., & Foster, D. G. (2015). Receiving versus being denied a pregnancy termination and subsequent alcohol use: A longitudinal study. *Alcohol and Alcoholism*, 50(4), 477–484. doi.org/10.1093/alcalc/agv021
37. Desrochers, J. (2011). *The psychological impact of termination of pregnancy for fetal anomaly on the male partner* (Master's thesis, Brandeis University). doi.org/10.48617/etd.859
38. Sullins, D. (2003). Abortion and family formation: Circumstance or culture? In J. W. Koterski (Ed.), *Life and Learning XIII: Proceedings of the Thirteenth University Faculty for Life Conference*. Georgetown University. https://ssrn.com/abstract=3678810
39. Breslau, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: A role for preexisting anxiety. *Psychiatry Research*, 58(1), 1–12. Doi: 10.1016/0165-1781(95)02765-O
40. Hagemeister, A. K., & Rosenblatt, P. C. (1997). Grief and the sexual relationship of couples who have experienced a child's death. *Death Studies*, 21(3), 231–252. doi.org/10.1080/074811897201958
41. Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., Steinberg, J. R., & Foster, D. G. (2014). Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? *Quality of Life Research*, 23(9), 2505–2513. doi.org/10.1007/s11136-014-0687-7

42. Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J., & Greene Foster, D. (2013). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 45(2), 79-88. doi.org/10.1363/4507913
43. Frohwirth, L., Coleman, M., & Moore, A. M. (2018). Managing religion and morality within the abortion experience: Qualitative interviews with women obtaining abortions in the US. *World Medical & Health Policy*, 10(4), 381-400. doi.org/10.1002/wmh3.289
44. Balcha, T., Yadeta, E., Negash, A., Lami, M., Shiferaw, K., & Wondafrash, M. (2026). 'I chose to keep it secret': a qualitative study on the lived experience of women who underwent an abortion in Ethiopia. *International Health*, 18(3), 490-498. doi.org/10.1093/inthealth/ihaf146
45. Teoh, S. J. Y., Low, P. K., & Ramsay, J. E. (2023). In search of safe spaces: an exploratory study of the anticipated help-seeking needs and preferences of protestant christian women in Singapore with respect to a hypothetical abortion scenario. *Journal of Religion and Health*, 62(2), 819-838. doi.org/10.1007/s10943-023-01766-y
46. Cardenas, R., Labandera, A., Baum, S. E., et al. (2018). "It's something that marks you": Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive Health*, 15(1), 150. doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1
47. Berer, M. (2017). Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization. *Health and Human Rights*, 19(1), 13-27. PMID: 28630538
48. Keogh, L. A., Gillam, L., Bismark, M., et al. (2019). Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: Perspectives of abortion service providers. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 11. doi.org/10.1186/s12910-019-0346-1
49. Bo, M., Zotti, C. M., & Charrier, L. (2015). Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 20(4), 272-282. doi.org/10.3109/13625187.2014.990089
50. De Zordo, S. (2018). From women's "irresponsibility" to foetal "patienthood": Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Catalonia. *Global Public Health*, 13(6), 711-723. doi.org/10.1080/17441692.2017.1293707
51. Kamranpour, B., Noroozi, M., & Bahrami, M. (2019). Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: A qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health*, 19(1), 507. doi.org/10.1186/s12889-019-6851-9
52. Lydon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C. L., & Pierce, T. (1996). Pregnancy decision making as a significant life event: A commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 141-151. doi.org/10.1037/0022-3514.71.1.141
53. Conklin, M. O., & O'Connor, B. (1995). Beliefs about the fetus as a moderator of post-abortion psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(1), 76-95. doi.org/10.1521/jscp.1995.14.1.76
54. Brown, S. (2013). Is counselling necessary? Making the decision to have an abortion: A qualitative interview study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(1), 44-48. doi.org/10.3109/13625187.2012.750290
55. Baron, C., Cameron, S., & Johnstone, A. (2015). Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(3), 181-185. doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101161
56. Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C., & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counselling from women's point of view. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(4), 309-318. doi.org/10.3109/13625187.2013.796586
57. Fisher, J. (2008). Termination of pregnancy for fetal abnormality: The perspective of a parent support organisation. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl.), 57-65. doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31382-2
58. Gilchrist, A. C., Hannaford, P. C., Frank, P., & Kay, C. R. (1995). Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 167(2), 243-248. doi.org/10.1192/bjp.167.2.243