رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

توصیف تجارب زیسته زنان و مردان با سقط‌جنین ناخواسته

Description of lived experiences of women and men with miscarriage

محمد حسینی نیا (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران.
دکتر سجاد رضائی
دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
دکتر عذرا زبردست
استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
دکتر امیر قربان‌پور لفمجانی
دانشیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Mohammad Hosseini nia*
MS, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
hoseini.mho75@gmail.com
Dr. Sajjad Rezaei
Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
Dr. Azra Zebardast
Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
Dr. Amir Qorbanpoor Lafmejani
Associate Professor of Educational sciences and counseling, Department of Educational sciences and counseling, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

چکیده

سقط‌جنین ناخواسته تجربهٔ دردناکی برای والدین است که همراه با پیامدهای منفی روان‌شناختی تجربه می‌شود. پژوهش حاضر باهدف توصیف تجربهٔ زیستهٔ زنان و مردان با سقط‌جنین ناخواسته انجام پذیرفت. روش این پژوهش کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، روش نمونه‌گیری هدفمند (متمرکز بر ملاک) به کار رفت. برای تعیین حجم نمونه نیز از معیار اشباع نظری داده‌ها استفاده شد. اطلاعات با استفاده از مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته از ۹ زن و ۸ مرد ساکن قم که سقط‌جنین ناخواسته را تجربه کرده بودند، جمع‌آوری شدند. فرایند مصاحبه‌ها حدوداً سه ماه (آذر لغایت دی سال ۱۴۰۰) به طول انجامید. درنهایت اطلاعات با استفاده از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی تحلیل شدند. تحلیل متن مصاحبه‌ها ۵ مضمون اصلی را آشکار کرد. این مضامین شامل ابراز غم و اندوه، احساس گناه و ناتوانی، میزان اضطراب، حمایت‌ها و روش‌های مقابله‌ای می‌شود. تحلیل متن مصاحبه‌ها نشان داد واکنش‌های خاص جنسیتی به تجربهٔ از دست دادن وجود دارد. زنان به دلیل تجربهٔ جسمانی بارداری و سقط‌جنین، غم و اندوه، احساس گناه و اضطراب بیشتری نسبت به مردان تجربه می‌کنند. در مقابل مردان به دلیل انتظارات اجتماعی و وابستگی کمتر به جنین، شدت کمتری از غم و اندوه را تجربه و اغلب احساسات خود را سرکوب می‌کنند. همچنین مشخص شد اغلب حمایت‌های اجتماعی مثبت معطوف به زنان است. درنهایت زنان برای مقابله با غم و اندوه خود بر باورهای مذهبی و حمایت‌های اجتماعی تکیه کردند و مردان با غوطه‌ور شدن در کار خود سعی در بازگشت به زندگی سابق خود دارند.

واژه‌های کلیدی: *سقط‌جنین ناخواسته، تجربه زیسته، پدیدارشناسی.*

Abstract

Miscarriage and early pregnancy loss is a painful experience for parents, which is experienced with negative psychological consequences. The present study was conducted to describe of lived experiences of women and men with miscarriages. The methodology of this study is the qualitative and phenomenological approach. To select the participants, a purposive sampling method (centered on criteria) was used. The theoretical data saturation criterion was also used to determine the sample size. Information was collected using a semi-structured interview with 9 women and 8 men living in Qom who had experienced miscarriage. The process of interviews lasted about three months (November to December 2021). data were analyzed using the 7-step Colaizzi method. The analysis of narrations revealed 5 main themes. These themes include expression of grief, guilt and helplessness, level of anxiety, support, and coping methods. the analysis of narratives and the comparison of free codes showed that there are gender-specific reactions to the experience of loss. Women experience more grief, guilt, and anxiety than men due to the physical experience of pregnancy and Miscarriage. On the other hand, men experience less intensity of grief and often repress their feelings due to social expectations and less dependence on the fetus. It was also found that most of the positive social support is aimed at women. In the end, women relied on religious beliefs and social support to cope with their grief, and men tried to return to their former lives by immersing themselves in their work.

Keywords: *Miscarriage, Lived Experience, Phenomenology.*

نوع مقاله : کیفی **دریافت : شهریور ۱۴۰۲** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

بارداری[1] مرحلهٔ جدیدی از زندگی برای خانواده‌ها است که در طی آن زن و مرد به‌تدریج برای خود هویت جدید و بزرگی یعنی نقش پدر و مادر را ایجاد می‌کنند. متأسفانه تقریباً در هر چهار بارداری یک مورد با سقط‌جنین[2] به پایان می‌رسد و در این پدیده حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از کل بارداری‌ها در سطح جهان رخ می‌دهد (اوجول و اوگو[3]، ۲۰۱۹). ازنظر پزشکی سقط ناخواسته به‌صورت خاتمه حاملگی قبل از هفته بیست و سوم بارداری یا از دست دادن جنین با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم، به‌طور طبیعی و بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای در انسان رخ می‌دهد (سیمونز[4] و همکاران،۲۰۰۶). بیشتر سقط‌ها در سه‌ماهه اول بارداری رخ می‌دهد و تقریباً ۹۵ درصد آن‌ها در اوایل حاملگی تا هفته بیستم صورت می‌گیرد. نیمی از سقط‌ها به دلیل علل شناخته‌شده‌ای مانند ناهنجاری‌های ژنتیکی و کروموزومی اتفاق می‌افتد. هرچه سقط در ماه‌های اول بارداری رخ دهد احتمال تأثیر عوامل ژنتیکی بیشتر است. از عوامل دیگر می‌توان به عوامل هورمونی، رحمی، مشکلات ایمنی‌شناختی، عفونی، تصادف یا آسیب‌دیدگی نام برد (کوهن و مافیت[5]، ۲۰۱۳).

به‌طور گسترده‌ای پذیرفته‌شده است که سقط‌جنین می‌تواند بر سلامت روانی افراد تأثیر بگذارد (هاکس[6] و همکاران، ۲۰۲۳). والدین درحالی‌که در انتظار یک تولد و زندگی جدید هستند با مرگ روبرو می‌شوند. از دست دادن نوزاد به معنی از دست دادن یک شخص است، تمامی والدین نسبت به بارداری خود خوش‌بین هستند و کودک نه‌تنها در برنامه آینده آنان جایی دارد؛ بلکه در زندگی فعلی خانواده نیز دارای جایگاه است؛ بنابراین قبل از تولد نوزاد، جنین موردتوجه، مراقبت و دوست داشتن قرار می‌گیرد. درواقع مرگ نوزاد مرگ فردی است که می‌توانست وجود داشته باشد. پس از سقط‌جنین خانواده‌ها ممکن است اندوه، غم، احساس گناه و خشم را در کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت تجربه کنند (رابینسون[7]، ۲۰۱۴). همچنین نشان داده‌شده که عوارض روانی ازجمله افسردگی، اضطراب و حتی اختلال استرس پس از ضربه از عوارض سقط‌جنین هستند (مک‌کارتی[8] و همکاران، ۲۰۱۵). کوکولسکین و زمایتین[9] (۲۰۲۲) در یک مطالعه کمی گزارش کردند پس از سقط‌جنین ۵۹.۱٪ از زنان در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند. مطالعه رهبر (۱۳۸۸) نیز نشان داد ابتلا به سقط باعث اختلال در سلامت عمومی فرد می‌شود و اختلالاتی مثل اضطراب، اختلال خواب، مشکلات جسمانی و افسردگی را ایجاد می‌کند.

بر اساس تحقیقات کیفی، غم، فقدان و احساس گناه، شایع‌ترین واکنش‌ها به سقط‌جنین هستند (بل‌هاوس[10] و همکاران، ۲۰۱۸). علائم غم و اندوه ناشی از سقط‌جنین مانند مواردی است که افراد یک فرد عزیز را از دست می‌دهند. غم و اندوه باعث اختلال در عملکردهای شناختی، عاطفی، جسمی و بین فردی والدین پس از سقط می‌شود. بنا بر گزارش‌ها، پس از یک سال اکثریت به عملکردهای عادی خود بازمی‌گردند و برخی اندوه مزمن و علائمی از اختلال افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (فارن[11] و همکاران، ۲۰۱۸). از دیگر تجارب بعد از سقط‌جنین احساس گناه و خودسرزنشی است. بر اساس مطالعه بل‌هاوس[12] (۲۰۱۹) بسیاری از زنان در مورد سقط‌جنین خود احساس سرزنش و گناه می‌کنند، آنان بر این اعتقاد بودند که در سقط فرزندشان مقصر بوده و احساس عدم رضایت از بدن خود و عدم توانایی در فرزند آوری داشته‌اند. همچنین هاکس و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند زنان پس از سقط‌جنین نمی‌توانند به بدن خود اعتماد کنند و نگران‌اند هرگز نتوانند فرزند سالمی به دنیا بیاورند. والدین احساس می‌کنند که خود، شریک زندگی، دیگر فرزندان و دیگر اعضای خانواده را ناکام کرده‌اند. فقدان توضیحات پزشکی بر افزایش احساس گناه والدین اثرگذار است و والدین را با این باور که خودشان مسئول سقط‌جنین هستند روبه‌رو می‌کند. همچنین بنا بر گزارش‌ها، احساس تنهایی، انزوا، درماندگی، پوچی و ترس از بارداری‌های آینده از دیگر تجارب افراد پس از سقط‌جنین ناخواسته است (لی و رولاندز[13]، ۲۰۱۵).

1. Pregnancy
2. Miscarriage
3. Ojule & Ogu
4. Simmons
5. Kohn & Moffitt
6. Hawkes
7. Robinson
8. McCarthy
9. Kukulskienė & Žemaitienė
10. Bellhouse
11. Farren
12. Bellhouse
13. Lee C, Rowlands

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

برخی از محققان معتقدند که مردان همانند زنان از سقط‌جنین رنج می‌برند و به همان روش آن را تجربه می‌کنند (تورتون[1] و همکاران، ۲۰۰۶). گزارش شده است که اگرچه مردان پس از سقط‌جنین الگوهای پاسخ متفاوتی از خود نشان می‌دهند، اما به‌طورکلی، احساسات تجربه‌شده مشابه احساسات زنان است (جیو[2] و همکاران، ۲۰۱۷). . بر اساس مطالعه هارتی[3] و همکاران (۲۰۲۲) مردان با دیدن تصاویر سونوگرافی و شنیدن صدای ضربان قلب جنین ارتباط عاطفی با فرزندانشان برقرار می‌کنند درنتیجه پس از از دست دادن بارداری واکنش عاطفی عمیقی در مردان مشاهده می‌شود. مک‌گاروا-کالینز[4] و همکاران (۲۰۲۴) نیز گزارش کردند مردان مشتاقانه در انتظار به دنیا آمدن فرزند خود هستند و پس از سقط‌جنین احساس غم و اندوه و فقدان قابل‌توجهی تجربه می‌کنند. برخی دیگر گزارش کرده‌اند که غم، اندوه و علائم افسردگی در زنان بیشتر بوده و عواطف منفی بیشتری نسبت به مردان تجربه می‌کنند (سوانسون[5] و همکاران، ۲۰۰۳). محققان فرض کرده‌اند که برداشت‌های فرهنگی مردانگی تأثیر بسزایی در پاسخ مردان نسبت به سقط‌جنین دارد و فرهنگ عامل اصلی ایجاد این تفاوت‌ها است (آولین[6] و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس این دیدگاه انتظارات فرهنگی از قدرت مردانه و نقش‌های پدر بودن بیان عاطفی مردان را تغییر می‌دهد. واگنر[7] و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند که مردان ادراکات خود را از نقش پدر بودن به‌طور مداوم گزارش دادند. آن‌ها خود را محافظ و مدافع می‌دانستند و مسئولیت تأمین محافظت و پرورش را داشتند. هم‌چنین بریر[8] (۲۰۰۸) به این نتیجه رسید که مردان تمایل کمتری به گریه دارند و برای حمایت و برطرف کردن غم و اندوه شریک زندگی خود، احساساتشان را سرکوب می‌کنند. علاوه بر این مردان احساس می‌کنند که نباید درباره سقط‌جنین صحبت کنند، زیرا این یک موضوع عاطفی است و انتظار اجتماعی این است که مردان احساسات زیادی نشان ندهند (بیوت[9] و همکاران، ۲۰۱۹).

اگرچه مرور شواهد انجام برخی ازکارهای تحقیقی روی این پدیده در خارج از ایران را نشان می‌دهد اما با توجه به کارهای تحقیقی کیفی تعمیم‌یافته به آن صورت که در کارهای کمی مرسوم است، موردتوجه نیست و یافته‌ها از مصاحبه با افراد خاصی در مکان‌های خاصی و توسط یک محقق خاص به دست می‌آید؛ بنابراین نیاز است تا تحقیقات در فرهنگ‌های دیگر توسط محققین دیگر و با مصاحبه با افراد دیگر حاصل شود تا بتوان بر اساس این یافته‌ها مفهوم‌سازی‌های دیگر انجام شود و بر آن اساس راهبردهای درمانی و مشاوره‌ای آن‌ها طرح‌ریزی شود.

بررسی نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که در ایران تاکنون تحقیقی به بررسی پدیدارشناسانه سقط‌جنین ناخواسته در پدران و مادران و مقایسهٔ این نحوهٔ تجربه نپرداخته‌اند. بنا بر بررسی پژوهشگر و متناسب با منابع قابل‌دسترسی پدیدارشناسی به تجربهٔ زیستهٔ افراد توجه می‌کند و به پدیده‌هایی توجه می‌کند که با الگوهای نظری پیش رو در معرض دید نیستند (کیامنش و دلنای طوس، ۱۳۹۸). از طرفی انجام مداخلات روان‌شناسانه برای تخفیف آلام این افراد مستلزم درک درست مشکلات آن‌ها و مفهوم‌سازی درست این تجارب و مشکلات است؛ زیرا فهم نحوهٔ درک این پدیده توسط افراد و پاسخ‌های عاطفی آن‌ها روی درمانشان تأثیر می‌گذارد و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین با توجه به تأثیر سقط‌جنین غیر عمد بر رفاه و بهزیستی خانواده و وجود تفاوت بین تجارب زنان و مردان و از آنجایی‌که تاکنون هیچ تحقیقی تجربهٔ زیستهٔ مردان را در ایران موردتوجه قرار نداده است، تحقیق حاضر به دنبال توصیف تجارب زنان و مردان از سقط‌جنین ناخواسته است.

روش

ازآنجایی‌که هدف پژوهش حاضر شناخت و درک تجربهٔ زنان و مردانی است که دچار سقط‌جنین ناخواسته شده‌اند و اطلاعات کاملی برای درک این پدیده در ایران وجود ندارد، بنابراین روش تحقیق حاضر پدیدارشناسی توصیفی[10] است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش تمامی زنان و مردانی بودند که در بیمارستان فرقانی شهر قم سقط‌جنین ناخواسته را تجربه کرده بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند

1.Turton
2. Due
4. Harty
4. McGarva-Collins
5. Swanson
6. Avelin
8. Wagner
9. Brier
9. Bute
10. Descriptive phenomenology

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

(متمرکز بر ملاک)[1] بوده است و برای تعیین حجم نمونه از معیار اشباع نظری داده‌ها استفاده‌شده است. بر این اساس بعد از ۶ مصاحبه از زنان، داده‌ها به اشباع نظری رسیدند و به‌منظور اطمینان بیشتر جهت اشباع داده‌ها ۳ مصاحبهٔ تکمیلی دیگر صورت گرفت. همچنین بعد از ۵ مصاحبه از مردان، داده‌ها به اشباع نظری رسیدند و به‌منظور اطمینان بیشتر جهت اشباع داده‌ها ۳ مصاحبهٔ تکمیلی دیگر صورت گرفت. در این نقطه فرایند جمع‌آوری داده‌ها و مصاحبه‌ها به پایان رسید. همچنین ملاک‌های ورود شامل: ۱- حداکثر چهار ماه از سقط‌جنین گذشته باشد. ۲- مشارکت‌کنندگان سقط اول خود را تجربه کرده و دچار سقط‌جنین مکرر نباشند. ۳- مشارکت‌کنندگان قبل از این حادثه دارای فرزندی نباشند. رویکرد پدیدارشناسی به بررسی ذات پدیده علاقه‌مند است (دانایی‌فرد و کاظمی، ۱۳۹۸). درنتیجه به منظور رسیدن به اهداف پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته استفاده‌شده است. در مورد نوع پرسش‌ها، دو سؤال کلیدی از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. یکی آن‌که در مورد این پدیده چه چیزی را تجربه کرده‌اند و دوم آن‌که چه بسترها و شرایطی بر تجربهٔ آن‌ها اثرگذار است. درواقع شامل پرسش‌های چه و چگونه بود.

به‌منظور اجرای پژوهش پس از دریافت کد اخلاق با شناسه IR.GUMS.REC.1399.428 از دانشگاه علوم پزشکی گیلان، تمامی زنان و همسرانشان که حداقل یک‌بار سقط‌جنین ناخواسته را تجربه کرده‌اند، در شهر قم به‌عنوان جامعه انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان، به‌منظور انجام مصاحبه اطلاعات کاملی از پژوهش (اهداف پژوهش و بیان موضوعات اخلاقی ازجمله محرمانگی) به مشارکت‌کنندگان ارائه شد و پس از اخذ رضایت‌نامه از آن‌ها فرایند مصاحبه توسط پژوهشگر آغاز شد. به دلیل وجود همه‌گیری بیماری کرونا، مصاحبه‌ها به‌صورت تلفنی اجرا شد. لازم به ذکر است که پس از اولین مصاحبه کدگذاری داده‌ها آغاز شد و تا اشباع نظری ادامه یافت. فرایند مصاحبه‌ها حدوداً سه ماه (آذر لغایت دی سال ۱۴۰۰) به طول انجامید. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی[2] استفاده شد. فرآیند هفت مرحله‌ای کلایزی تجزیه و تحلیل دقیقی را ارائه می‌دهد. نتیجه نهایی توصیفی مختصر و درعین‌حال جامع از پدیده موردمطالعه است که توسط شرکت‌کنندگانی که آن را ایجاد کرده‌اند تأییدشده است. درنهایت به‌منظور تعیین روایی پژوهش از شیوهٔ اعتبار یابی پاسخ‌دهنده و مرور یا بازخورد توسط همتایان استفاده شد (گیویان، ۱۳۹۴). در روش اعتبار یابی پاسخ‌دهندگان، پژوهشگر از دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان برای برقرار ساختن اطمینان‌پذیری یافته‌ها و تفاسیر استفاده می‌کند. در این مطالعه نیز از مشارکت‌کنندگان خواسته شد خلاصهٔ نتایج و تفاسیر را بررسی کرده و در مورد صحت آن‌ها اظهارنظر کنند. مرور یا بازخورد همتایان، نوعی کنترل بیرونی بر فرایند پژوهش است. در مطالعهٔ حاضر اساتید راهنما، در طراحی سؤالات مصاحبه، انتخاب نوع مصاحبه، نحوهٔ انجام مصاحبه و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت داشته و همواره این موضوعات را موردبررسی و اصلاح قرار می‌دادند.

یافته ها

این پژوهش به‌منظور بررسی تجربهٔ زیستهٔ زنان و مردان از سقط‌جنین ناخواسته صورت گرفته است. ۹ زن با میانگین سنی ۳۰/۷۷ که سقط‌جنین ناخواسته را تجربه کرده‌اند مورد مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. در جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مربوطه ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان دچار سقط‌جنین ناخواسته

ردیف	نام	سن	شغل	تحصیلات	مدت ازدواج	منزل
۱	خانم الف	۳۰	دبیر	کارشناسی ارشد	۶ سال	استیجاری
۲	خانم الف	۳۳	خانه‌دار	دیپلم	۹ سال	استیجاری
۳	خانم ر	۲۱	خانه‌دار	راهنمایی	۱ سال	استیجاری
۴	خانم ر	۲۰	خانه‌دار	دیپلم	۳ سال	شخصی
۵	خانم ک	۳۰	دانشجو	کارشناسی ارشد	۱۰ سال	استیجاری
۶	خانم س	۳۷	دبیر	کارشناسی ارشد	۷ سال	شخصی

2. porpusive sampling method (centered on criteria)
3. 7-step Colaizzi's method

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

۷	خانم ش	۳۹	دبیر	کارشناسی	۷ سال	شخصی
۸	خانم ق	۴۴	خانه‌دار	دیپلم	۱۰ سال	استیجاری
۹	خانم م	۲۳	خانه‌دار	کارشناسی	۶ سال	استیجاری

در ادامهٔ پژوهش ۸ مرد با میانگین سنی ۲۵/۳۴ که سقط‌جنین ناخواسته را تجربه کرده‌اند مورد مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. در جدول شماره ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی مردان ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مردان دچار سقط‌جنین ناخواسته

ردیف	نام	سن	شغل	تحصیلات	مدت ازدواج	منزل	درآمد
۱	آقای ش	۳۰	مکانیک	دیپلم	۵ سال	شخصی	-
۲	آقای الف	۲۷	کارمند	دیپلم	۵ سال	شخصی	۱۰میلیون
۳	آقای ب	۳۲	طلبه	کارشناسی	۴ سال	استیجاری	۳ میلیون
۴	آقای ح	۳۳	کارمند	دیپلم	۶ سال	شخصی	۴ میلیون
۵	آقای ش	۳۲	طلبه	کارشناسی ارشد	۱۰ سال	استیجاری	۳ میلیون
۶	آقای م	۴۵	آزاد	دیپلم	۸ سال	شخصی	-
۷	آقای ق	۳۳	کارگر	پنجم ابتدایی	۸ سال	استیجاری	-
۸	آقای و	۴۲	راننده	سیکل	۷ سال	شخصی	۴ میلیون

سقط‌جنین ناخواسته به‌عنوان یک رویداد ناگوار که تأثیرات روانی بسیاری بر زنان و مردان دارد شناخته می‌شود. بااین‌حال بررسی مصاحبه‌ها نشان داد مردان و زنان واکنش‌های متفاوتی نسبت به این رویداد دارند. تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ مضمون اصلی را نشان داد. این مضامین شامل: تفاوت در ابراز غم و اندوه، احساس گناه و ناتوانی، اضطراب، حمایت‌ها و راهبردهای مقابله است. در جدول شماره ۳ مضامین اصلی و نمونه مصاحبهٔ مردان و زنان ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسهٔ تجارب زیستهٔ زنان و مردان پس از سقط‌جنین ناخواسته

		نمونهٔ مصاحبهٔ مردان	نمونهٔ مصاحبهٔ زنان
تفاوت در ابراز غم و اندوه	سرکوب احساسات درنتیجهٔ انتظارات اجتماعی از مردان	ـ خب من ناراحت شدم ولی اینکه بخوام گریه کنم و بخوام به روی خودم بیارم نه. خب نشده دیگه. من بیشتر نگران خانومم بودم.	ـ از اونجا که اومدم بیرون همسرم حالمو دید همش می‌پرسید چی شده. سکوت کرده بودم اصلاً نمی‌تونستم حرف بزنم. وقتی همسرم باهام حرف می‌زد زدم زیر گریه خیلی حال بدی بود.
	وابستگی کم‌تر مردان به جنین	ـ ولی بچه‌ای که قلبش تشکیل بشه دیگه خیلی ناراحت کنندست. میگیم آقا بچه زنده بوده. ولی این بچه نه قلبش تشکیل نشده بوده. انگار بچه روح هم نداره دیگه.	ـ تا قبل از اینکه بچه سقط بشه یعنی هفته‌ی شیشم، هر روز باهاش حرف می‌زدم حسش می‌کردم. غذایی که می‌خوردم می‌گفتم بخور این غذا خوش مزس اسمش اینه.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

تفاوت در میزان احساس گناه و ناتوانی	زنان مسئول محافظت از جنین	ـ نه هیچ احساس گناهی نداشتم. بعد هم این چیز خودخواسته نبوده که. یه مسئله ژنتیکی. دست ما نیست که. ما که بچه رو از بین نبردیم. یه چیز طبیعیه که حالا برای خیلی ها ممکنه اتفاق بیوفته.	ـ احساس می‌کردم شکمم یه قتلگاهه احساس می‌کردم یه انسان واقعی یک انسان سالم. یک بچه‌ای که من دیدمش. حس می‌کردم این بچه، بچه‌ای بوده که به دنیا اومده من کشتمش.
	ناامیدی همسر	ـ نه من کاری نکردم که بخوام احساس گناه داشته باشم. من همه کاری برای همسرم کردم. اون کاری که از دستم برمیومد من انجام دادم.	ـ همسرم. بیشتر دلم برای اون می‌سوخت تا خودم. اون هم سنش چهل و خورده‌ای سن داره. بعد از ۷ سال آخرشم هیچی.
تفاوت در میزان اضطراب تجربه‌شده	میزان اضطراب بیشتر زنان به دلیل تجربهٔ جسمانی سقط‌جنین	ـ هیچی اصلاً. خب گفتم قسمت این بوده خدا خواسته. من بیشتر نگران همسرم بودم.	ـ طرز صحبت دکترا منو می‌ترسوند. وقتی هم که بستری شدم تو بیمارستان خیلی استرس داشتم.
تفاوت در میزان حمایت‌های دریافتی	حمایت بیشتر از زنان به دلیل وجود انتظارات اجتماعی از نقش‌های مردانه	ـ همسرم خب حالش خیلی بدتر بود و تحملش از من کمتر بود، حالا به خاطر اینکه کمکی به ایشون هم بشه من سعی می‌کردم قوی باشم. یعنی خودم اهمیتی نداشتم می تونستم تحمل کنم.	ـ مادرم حتی می‌دونست که من ناراحتی می‌کنم. باوجوداینکه خودش از من بیشتر ناراحت بود. سعی می‌کرد به روی خودش نیاره. بقیه هم نه خیلی اونا سعی می‌کردن با حرفاشون دلداری بدن.
تفاوت در راهبردهای مقابله‌ای	تکیهٔ مردان بر شغل و حواس‌پرتی تکیهٔ زنان بر حمایت‌های اجتماعی	ـ من بیشتر درگیر کارم هستم. دیگه نمیزاره بخوایم فکر کنیم به گذشته. همین‌جوری هدفم رو جلو میرم. من کلن درگیر کارم هستم. کارم از همه‌چیز مهم تره.	ـ احساس وابستگی پیدا کردم به همسر، مادرم، پدرم. دوست دارم پیش اونا باشم. سعی کردم با این قضیه کنار بیام و عاشق زندگیم بشم.

مضمون اول تفاوت در ابراز غم و اندوه است. بررسی تجارب زیستهٔ زنان و مردان پس از سقط‌جنین نشان داد که زنان نسبت به مردان به‌صورت آشکارتر غم و اندوه خود را ابراز می‌کنند و مردان تمایل کم‌تری برای ابراز احساسات خود دارند. دو دلیل رایج برای عدم بیان عاطفی مردان وجود دارد. دلیل اول انتظارات اجتماعی بود. هنجارهای اجتماعی این باور را ترویج می‌دهند که مردان به هنگام وقایع ناگوار باید قوی و حمایت‌کننده باشند. درنتیجه مردان برای ایفای این نقش اجتماعی اغلب احساسات خود را سرکوب می‌کنند. به عنوان مثال یکی از مردان (مشارکت‌کننده شماره ۲) بیان کرد: «خب من ناراحت شدم ولی اینکه بخوام گریه کنم و بخوام به روی خودم بیارم نه. خب نشده دیگه. من بیشتر نگران همسرم بودم» دلیل دوم وابستگی کمتر مردان به جنین بود. باوجود فناوری‌ها پزشکی مانند سونوگرافی، اغلب مردان وابستگی کمتری در مقایسه با زنان نسبت به جنین گزارش کردند. این موضوع می‌تواند به دلیل تجربه جسمانی زنان در طول بارداری باشد. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد: «ولی بچه‌ای که قلبش تشکیل بشه دیگه خیلی ناراحت کنندست. میگیم آقا بچه زنده بوده. ولی این بچه نه قلبش تشکیل نشده بوده. انگار بچه روح هم نداره دیگه»

مضمون دوم تفاوت در احساس گناه و ناتوانی است. زنان در مقایسه با مردان احساس گناه و ناتوانی بیشتری گزارش کردند. با توجه به ساختار بارداری، زنان خود را مسئول نگهداری از جنین می‌دانند و با سقط‌جنین اغلب خود را مقصر این رویداد تلقی می‌کنند. همچنین زنان احساس می‌کردند که همسر خود را ناامید کردند. این موضوع منجر به افزایش احساس گناه و ناتوانی زنان شد. یکی از زنان (مشارکت‌کننده شماره ۴) اظهار داشت: «احساس می‌کردم شکمم یه قتلگاهه. احساس می‌کردم یه انسان واقعی یک انسان سالم.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

یک بچه‌ای که من دیدمش. حس می‌کردم این بچه، بچه‌ای بوده که به دنیا اومده من کشتمش» همچنین مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد: «همسرم. بیشتر دلم برای اون می‌سوخت تا خودم. اون هم چهل و خورده‌ای سن داره. بعد از ۷ سال آخرشم هیچی»

سومین مضمون تفاوت در میزان اضطراب تجربه‌شده است. مقایسهٔ تجارب زیستهٔ زنان و مردان پس از سقط‌جنین نشان داد که زنان میزان اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند. زنان گزارش کردند که انجام غربال‌گری، بستری شدن در بیمارستان، انجام عمل کورتاژ، خون‌ریزی و درد بسیار هنگام سقط‌جنین، اضطراب زیادی برای آن‌ها به همراه داشته است. در این رابطه یکی از زنان مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد: «طرز صحبت دکترا منو می‌ترسوند. وقتی هم که بستری شدم تو بیمارستان خیلی استرس داشتم»

مضمون چهارم تفاوت در میزان حمایت‌های دریافتی است. اغلب زنان در این پژوهش حمایت اجتماعی و عاطفی بیشتری نسبت به مردان دریافت کردند. همان‌طور که در مباحث گذشته بیان شد، انتظارات اجتماعی از مردان باعث می‌شود احساسات خود را ابراز نکرده و در نقش حمایت‌کننده اصلی شریک زندگی خود قرار گیرند. تجارب مردان نشان داد که آن‌ها پس از سقط‌جنین بیشتر بر رفاه همسر خود متمرکز هستند و نسبت به دریافت حمایت عاطفی بی‌میل هستند. درنتیجه اغلب احساسات مردان نادیده گرفته می‌شود که این موضوع می‌تواند منجر به افزایش غم و اندوه و احساس تنهایی مردان شود. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: «همسرم خب حالش خیلی بدتر بود و تحملش از من کمتر بود، حالا به خاطر اینکه کمکی به ایشون هم بشه من سعی می‌کردم قوی باشم؛ یعنی خودم اهمیتی نداشتم می تونستم تحمل‌کنم»

آخرین مضمون دریافتی از مصاحبه‌ها، راهبردهای مقابله‌ای است. زنان اغلب بر حمایت‌های اجتماعی و عاطفی که از دیگران دریافت می‌کنند تکیه کردند. زنان گزارش کردند که صحبت کردن درباره تجارب خود، وقت گذراندن با همسر و دیگر اعضای خانواده و همچنین دوستان، در مقابله با از دست دادن فرزند کمک می‌کند. به‌عنوان‌مثال مشارکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد: «احساس وابستگی پیدا کردم به همسر، مادرم، پدرم. دوست دارم پیش اونا باشم. سعی کردم با این قضیه کنار بیام و عاشق زندگیم بشم». در مقابل مردان بیشتر بر شغل خود تکیه کردند. مردان گزارش کردند که با کار کردن و مشغول نگه‌داشتن خود، می‌توانند از فضای دردناک سقط‌جنین فاصله بگیرند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱ اظهار داشت: «من بیشتر درگیر کارم هستم. دیگه نمیزاره بخوایم فکر کنیم به گذشته. همین جوری هدفمو جلو میرم. من کلن درگیر کارم هستم. کارم از همه‌چیز مهم تره»

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف کسب بینش در زمنیهٔ تجربهٔ زیسته زنان و مردان از رویداد سقط‌جنین صورت گرفت. مطابق با یافته‌های این مطالعه، می‌توان مشاهده کرد که واکنش‌های خاص جنسیتی به تجربهٔ از دست دادن وجود دارد. اولین تفاوت مشاهده‌شده بین تجربهٔ زیستهٔ زنان و مردان پس از سقط‌جنین، تفاوت در ابراز غم و اندوه بود. در این رابطه رابینسون[1] (۲۰۱۹) گزارش کرد فرهنگ یک فرد تأثیرات متعددی بر تجربهٔ آن‌ها از سقط‌جنین دارد. درزمینهٔ نقش‌های جنسیتی مرد و انتظارات اجتماعی از پردازش احساسات مردانه، مردان ترجیح می‌دهند که کمتر احساسات خود را بیان کنند. مردان همچنین به وجود انتظارات اجتماعی و فرهنگی برای ازسرگیری سریع زندگی، اغلب بدون در نظر گرفتن نیازهای عاطفی، روانی یا عملکردی خود اشاره می‌کنند. همچنین مک‌گاروا-کالینز و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کردند مردان به دلیل حمایت عاطفی از همسر خود، غم خود را نادیده می‌گیرند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد زنان نسبت به مردان تمایل بیشتری دارند غم و اندوه را آشکارا ابراز کنند درحالی‌که مردان کمتر بیانگر غم خود هستند. این تفاوت ممکن است ناشی از تأثیرات فرهنگی-اجتماعی بر جنسیت باشد. سوگواری در جوامع مختلف تابع انتظارات فرهنگی متعددی ازجمله هنجارهای متناسب با جنسیت است. به‌صورت کلی انتظارات برای مردان و زنان متفاوت است. کلیشه‌های جنسیتی، زنان را احساساتی‌تر و مردان را غیراحساسی و منطقی نشان می‌دهند که احساسات را در درون خود نگه می‌دارند. دریافت این موضوع که زنان بیشتر از مردان غم و اندوه را بیان می‌کنند، لزوماً به این معنا نیست که زنان غم و اندوه بیشتری را احساس می‌کنند یا ممکن است به این فرض منجر شود که مردان غمگین نیستند و وضعیت آن‌ها بهتر از زنان پس از فقدان است؛ بنابراین باید بررسی کنیم که مردان چگونه غم و اندوه را تعریف می‌کنند. تحلیل روایات به‌وضوح نشان داد که مردان همانند زنان به دنبال از دست دادن بارداری همسر غمگین می‌شوند اما خروجی‌های

1. Robinson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

کمتر یا متفاوتی برای ابراز آن دارند. به‌علاوه نتایج پژوهش حاضر نشان داد این تفاوت در ابراز احساسات را می‌توان به میزان دلبستگی بین جنین و والدین نسبت داد. ازآنجایی‌که زنان حامل جنین هستند و ارتباط بیشتری نسبت به مردان با جنین دارند، انتظار می‌رود زنان وابستگی عمیق‌تری نسبت به مردان داشته باشند. درنتیجه واکنش‌های شدیدتر غم و اندوه زنان نسبت به مردان دور از انتظار نیست.

دومین تفاوت مشاهده‌شده بین تجربهٔ زیستهٔ زنان و مردان پس از سقط‌جنین، احساس گناه و ناتوانی بود. در این رابطه ولگستن[1] و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند زنان میزان بیشتری از احساس گناه را تجربه می‌کنند و ممکن است تا یک سال پس از سقط‌جنین ادامه داشته باشد. نتایج نشان داد زنان میزان بیشتری از احساس گناه و ناتوانی را تجربه کرده‌اند. برای یک مرد احساس گناه اغلب شامل نقش او به‌عنوان محافظ خانواده است. به‌عبارت‌دیگر مردان به این دلیل که نتوانسته‌اند از سقط‌جنین جلوگیری کنند، احساس گناه را تجربه می‌کنند. در مقابل احساس گناه زنان جنبه‌های متعددی ازجمله نقش آن‌ها به‌عنوان یک مادر و یک همسر را شامل می‌شود. با توجه به تجربهٔ بارداری زنان خود را مسئول محافظت از جنین می‌دانستند و سلامتی جنین مستقیماً تحت تأثیر رفتار مادر است. با سقط‌جنین اغلب زنان به دلیل رفتارهایی مانند فعالیت زیاد، بلند کردن وسایل سنگین و ... خود را مسئول از دست دادن بارداری می‌دانند. همچنین زنان به‌عنوان یک همسر به این دلیل که نتوانسته‌اند فرزند سالمی به دنیا بیاورند و همسر خود را ناامید کرده‌اند، احساس گناه را تجربه می‌کنند.

سومین تفاوت مشاهده‌شده بین تجربهٔ زیسته زنان و مردان پس از سقط‌جنین، میزان اضطراب تجربه‌شده بود. در این رابطه فارن[2] و همکاران (۲۰۲۱) در یک پژوهش کمی باهدف بررسی تفاوت مردان و زنان در استرس پس از ضربه، اضطراب و افسردگی به دنبال سقط‌جنین، دریافتند که زنان نسبت به همسرانشان نمرات اضطراب بالاتری نشان می‌دهند. تحلیل روایات نشان داد زنان میزان بیشتری از اضطراب را گزارش کردند. از دست دادن ناگهانی و غیرمنتظرهٔ بارداری می‌تواند یک تجربهٔ ویرانگر و آسیب‌زا باشد که منجر به سطوح بالایی از اضطراب می‌شود زیرا زنان اغلب برای این رویداد آماده نیستند. به‌علاوه سقط‌جنین همراه با درد شدید، خون‌ریزی، نیاز به بستری شدن، جراحی و در برخی از موارد همراه با مشاهدهٔ جنین مرده تجربه می‌شود. تمامی این عوامل در افزایش میزان اضطراب زنان تأثیرگذار است. در مقابل احساس اضطراب مردان تنها معطوف به سلامتی همسر خود می‌باشد. به‌صورت کلی باید بیان کرد زنان به دلیل تجربهٔ جسمانی بارداری و سقط‌جنین میزان اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند.

چهارمین تفاوت مشاهده‌شده بین تجربهٔ زیستهٔ زنان و مردان پس از سقط‌جنین، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی بود. در این رابطه هارتی و همکاران (۲۰۲۲) گزارش کردند به دلیل وجود نقش‌ها و هویت‌های مردانه در بافت اجتماعی، احساسات و نیازهای مردان کم‌ارزش و نادیده گرفته می‌شوند. درنتیجه ممکن است از مردان به‌اندازهٔ کافی حمایت نشود. همچنین فرناندز- بسانتا[3] و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند بافت اجتماعی نقش کلیدی در تعدیل رنج ایفا کرده و مردان را تشویق می‌کند تا چهرهٔ خود را قوی و محافظ نشان دهند، بنابراین آن‌ها را از ابراز احساسات خود بازمی‌دارد. درنتیجه درد و رنج مردان به‌درستی به رسمیت شناخته‌نشده و موردتوجه قرار نمی‌گیرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زنان پس از سقط‌جنین، حمایت‌های اجتماعی بیشتری نسبت به مردان دریافت می‌کنند. در تبیین این موضوع می‌توان گفت ازآنجایی‌که سقط‌جنین رویدادی است که برای زنان اتفاق می‌افتد و پس‌ازآن نیاز به مراقبت‌های درمانی دارند، سقط‌جنین به‌ندرت به‌عنوان یک رویداد نگران‌کننده برای مردان تلقی شده و اغلب نقش محافظ برای آن‌ها در نظر گرفته می‌شود. به‌علاوه این فرض وجود دارد که مردان وابستگی کمتری نسبت به زنان به فرزند ازدست‌رفته خود دارند. همچنین فرهنگ‌عامه با باورها و کلیشه‌هایی در مورد نقش‌ها و ویژگی‌های مردانه و زنانه آمیخته‌شده است. ویژگی‌هایی مانند سرسخت بودن، قوی بودن و حامی بودن در روایات مردان مشهود بود. این باورهای فرهنگی در به رسمیت شناخته شدن مردان به‌عنوان یک پدر سوگوار تأثیرگذار بود و منجر به عدم‌حمایت عاطفی از مردان شد.

آخرین تفاوت مشاهده‌شده بین تجربهٔ زیستهٔ زنان و مردان، راهبردهای مقابله‌ای بود. در این رابطه استوری چاوز[4] و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند مردان معمولاً در افشای احساسات خود پس از از دست دادن بارداری مردد هستند و کمتر دریافت حمایت‌های اجتماعی را ترجیح می‌دهند؛ بنابراین مردان از راهبردهای متفاوتی مانند اجتناب فعال و حواس‌پرتی استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد اکثر زنان به‌منظور مقابله با فقدان فرزند خود، از حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان یک شیوهٔ مقابله‌ای استفاده می‌کنند. همان‌طور که

2.Volgsten
2. Farren
3. Fern´andez-Basanta
2. Story Chavez

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

گفته شد زنان نسبت به مردان بیشتر احساسات خود را ابراز کرده و نیاز دارند در رابطه با تجربیات خود با همسر، اعضای خانواده و دوستان صحبت کنند. حمایت‌های اجتماعی به زنان کمک می‌کرد تا افکار منفی خود را تغییر دهند و دیدگاه مثبت‌تری نسبت به آینده داشته باشند. در مقابل تحلیل روایات نشان داد مردان تمایل دارند بر احساسات خود غلبه کرده و زودتر از همسر خود فقدان را پذیرفته، از فکر کردن به سقط‌جنین پرهیز کنند و با غوطه‌ور شدن در کار خود به زندگی عادی گذشته بازگردند.

به‌طورکلی از دست دادن بارداری منجر به یک تجربه سوگ منحصربه‌فرد و پیچیده می‌شود. سقط‌جنین یک واقعیت دردناک و غیرمنتظره است که در آن زنان و مردان با از بین رفتن ناگهانی امیدها و رؤیاهای آینده روبه‌رو شده و اندوه شدید، احساس شکست، ناامیدی، درماندگی، احساس گناه، شرم، سرزنش خود و خشم را تجربه می‌کنند. باوجوداین تجارب مشترک تحلیل متن مصاحبه‌ها و مقایسهٔ کدهای آزاد نشان داد واکنش‌های خاص جنسیتی به تجربهٔ از دست دادن وجود دارد. نتایج نشان داد زنان نسبت به مردان تمایل بیشتری به ابراز احساسات خود دارند و میزان بیشتری از اضطراب و احساس گناه را تجربه می‌کنند. این تفاوت به دلیل تجربهٔ جسمانی بارداری و سقط‌جنین و همچنین وابستگی بیشتر زنان به جنین بود. در مقابل مردان به دلیل انتظارات اجتماعی و نقش‌های جنسیتی اغلب احساسات خود را سرکوب و تمایلی برای ابراز احساسات خود ندارند. مضمون بعدی شامل حمایت‌های اجتماعی بود. مشخص شد اکثر حمایت‌های اجتماعی معطوف به زنان است. در مقابل مردان از عدم وجود حمایت‌های اجتماعی صحبت کردند. این موضوع نیز می‌تواند مربوط به نقش‌های جنسیتی و انتظارات اجتماعی باشد. درنهایت آخرین مضمون به‌دست‌آمده از متن مصاحبه‌ها رویکردهای مقابله‌ای بود. زنان اغلب برای مقابله باغم فقدان فرزند خود بر باورهای مذهبی و دریافت حمایت‌های اجتماعی تکیه کردند. در مقابل مردان احساسات خود را سرکوب کرده و با غوطه‌ور شدن در کار خود سعی در بازگشت به زندگی سابق خود دارند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تأثیر باورها و تجربیات شخصی محقق در تحلیل روایات اشاره کرد. پذیرفته‌شده است که تفاسیر متعددی از تجربهٔ زیسته وجود دارد و اگر این تفاسیر توسط شخص دیگر یا خود محقق در زمان دیگر انجام شود، تحلیل‌های متفاوتی صورت می‌گیرد. همچنین محدودیت در تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر به دیگر فرهنگ‌ها وجود دارد. نمونه‌های برآورد شده معطوف به شهر قم بود و ممکن است زمینهٔ فرهنگی و مذهبی در تجربهٔ افراد تأثیرگذار باشد. به‌علاوه باید به امکان سوگیری در پاسخ اشاره کرد. داده‌های جمع‌آوری‌شده از طریق مصاحبه‌های کیفی دارای زمینه برای تحریف هستند زیرا ممکن است شرکت‌کنندگان احساس کنند از آن‌ها انتظار می‌رود به روش خاصی پاسخ دهند. به‌عنوان‌مثال در این مطالعه برخی از مردان ممکن است در روایات سعی در قوی نشان دادن خود داشته باشند و غم و اندوه خود را همان‌گونه که تجربه کرده‌اند بیان نکنند.

منابع

رهبر، ن.، قربانی، ر.، مؤذن، ص.، و ستوده اصل، ن. (۱۳۸۹). ارتباط سقط خود به خودی و سلامت عمومی. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران. ۱۳(۱)*، ۷-۱۲. https://sid.ir/paper/64696/fa

سالدنا، ج. (۲۰۱۳). *راهنمایی کدگذاری برای پژوهشگران کیفی. ترجمه عبدالله گیویان (۱۳۹۴)*. چاپ اول. تهران: علمی و فرهنگی.

کرسول، ج. (۱۹۴۵). *پویش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد. ترجمه حسن دانایی‌فرد و حسین کاظمی (۱۳۹۸)*. چاپ چهارم. تهران: صفار.

میریام، ش.، و تیزدل، ا. (۲۰۱۶). *پژوهش کیفی راهنمای طراحی و کاربست. ترجمه علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس (۱۳۹۸)*. چاپ اول. تهران: سمت.

Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. Midwifery, *29(6)*, 668-673.https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007

Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC women's health, 18(1)*, 1-9.https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3

Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women and Birth, 32(2)*, 137-146.https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006

Bonnette, S., & Broom, A. (2012). On grief, fathering and the male role in men's accounts of stillbirth. *Journal of Sociology, 48(3)*, 248-265.https://doi.org/10.1177/1440783311413485

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health, 17(3)*, 451-464.https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

Bute, J. J., Brann, M., & Hernandez, R. (2019). Exploring societal-level privacy rules for talking about miscarriage. *Journal of Social and Personal Relationships, 36(2),* 379-399.https://doi.org/10.1177/0265407517731828

Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth, 17(1),* 1-13. doi:10.1186/s12884-017-1560-9

Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., & Bourne, T. (2021). Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 57(1),* 141-148.https://doi.org/10.1002/uog.23147

Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human reproduction update, 24(6),* 731-749.https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025

Fernández-Basanta, S., Rodríguez-Pérez, R., Coronado, C., & Movilla-Fernández, M. J. (2023). Knight by force and wounded, protecting without a shield: A meta-ethnography of men's experiences after an involuntary pregnancy loss. *Midwifery, 103827. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103827*

Harty, T., Trench, M., Keegan, O., O'Donoghue, K., & Nuzum, D. (2022). The experiences of men following recurrent miscarriage in an Irish tertiary hospital: A qualitative analysis. *Health Expectations, 25(3),* 1048-1057. https://doi.org/10.1111/hex.13452

Hawkes, A., Shields, R. C., Quenby, S., Bick, D., Parsons, J., & Harris, B. (2023). *Lived experience of recurrent miscarriage: women and their partners' experience of subsequent pregnancy and support within an NHS specialist clinic–a qualitative study, 13(12), e075062.* https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075062

Kukulskienė, M., & Žemaitienė, N. (2022). Postnatal depression and post-traumatic stress risk following miscarriage. *International journal of environmental research and public health, 19(11),* 6515. https://doi.org/10.3390/ijerph19116515

Lee, C., & Rowlands, I. J. (2015). When mixed methods produce mixed results: integrating disparate findings about miscarriage and women's wellbeing. *British journal of health psychology, 20(1),* 36-44.https://doi.org/10.1111/bjhp.12121

McCarthy, F. P., Moss-Morris, R., Khashan, A. S., North, R. A., Baker, P. N., Dekker, G., ... & O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. BJOG: An *International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122(13),* 1757-1764.https://doi.org/10.1111/1471-0528.13233

McGarva-Collins, S., Summers, S. J., & Caygill, L. (2024). Breaking the silence: men's experience of miscarriage. An interpretative phenomenological analysis. *Illness, Crisis & Loss, 32(2),* 244-265. https://doi.org/10.1177/10541373221133003

Ojule, J. D., & Ogu, R. N. (2019). *Miscarriage and Maternal Health.* In Complications of Pregnancy .DOI: 10.5772/intechopen.82117

Robinson, G. E. (2014). Pregnancy loss. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 28(1),* 169-178.https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012

Robinson, N. M. (2019). *Comparing the Lived Experience of Men and Women Bereaved by Stillbirth: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies (Doctoral dissertation).https://hdl.handle.net/2440/131814*

Simmons, R. K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social science & medicine, 63(7),* 1934-1946https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.024

Story Chavez, M., Handley, V., Lucero Jones, R., Eddy, B., & Poll, V. (2019). Men's experiences of miscarriage: a passive phenomenological analysis of online data. *Journal of Loss and Trauma, 24(7),* 664-677.https://doi.org/10.1080/23802359.2019.1611230

Swanson, K. M., Karmali, Z. A., Powell, S. H., & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine, 65(5),* 902-910.10.1097/01.PSY.0000079381.58810.84

Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S., & White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *The British Journal of Psychiatry, 188(2),* 165-172.https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.165

Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery, 64,* 23-28.https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003

Wagner, N. J., Vaughn, C. T., & Tuazon, V. E. (2018). Fathers' lived experiences of miscarriage. *The Family Journal, 26(2),* 193-199.https://doi.org/10.1177/1066480718770154.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]