

## مقایسه نیازهای بنیادین روان‌شناختی، اضطراب حاملگی و رضایت جنسی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین شهرستان جوانرود

سونیا زارعی<sup>۱</sup>، اسماعیل سلیمانی<sup>۲</sup>، شیرین زینالی<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۳/۲۱

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** بارداری یکی از مهم‌ترین اتفاقات زندگی زنان است که ممکن است گاهی اوقات منجر به سقط جنین نیز گردد و بر سلامت روانی مادر تأثیرگذار باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه نیازهای بنیادین روان‌شناختی، اضطراب حاملگی و رضایت جنسی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین در شهرستان جوانرود بود.

**مواد و روش کار:** روش پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای از نوع مقطعی هست. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین است که در بازه زمانی بهار و تابستان ۱۳۹۸ به مراکز بهداشت و درمان شهرستان جوانرود مراجعه کرده‌اند (N=۱۲۰). نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۵۰ نفر (دو گروه ۲۵ نفر) از جامعه آماری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه نیازهای بنیادین روان‌شناختی گاردیا، دسی و رایان، فرم کوتاه شده پرسشنامه اضطراب حاملگی وندنبرگ و پرسشنامه رضایت جنسی لارسون استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). اما نتایج آزمون t نشان داد بین اضطراب حاملگی و رضایت جنسی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه سابقه سقط جنین بر سلامت روان‌شناختی مادر تأثیر می‌گذارد و پیشنهاد می‌گردد تا در سطح مراکز بهداشت و درمان دوره‌هایی آموزشی و حمایتی برای زنان باردار و خانواده‌های آنان در دوران بارداری یا سقط توسط روانشناسان به‌طور منظم برگزار شود.

**کلیدواژه‌ها:** بارداری، سقط جنین، نیازهای بنیادین روان‌شناختی، اضطراب حاملگی، رضایت جنسی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۴۱، تیر ۱۴۰۰، ص ۳۳۸-۳۴۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه ارومیه، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۴۱۳۵۵۷۵۸۴۹

Email: shirinzeinali@yahoo.com

### مقدمه

باینکه سقط جنین امروزه یک روش ایمن محسوب می‌شود اما می‌تواند عامل خطری برای حالات مختلف بدنی از جمله فشارخون (۶) و سندرم‌های متابولیک باشد (۷). سقط می‌تواند منجر به ناراحتی و حس گناه نیز شود (۹). تأثیرات روحی و جسمی سقط جنین بر زنانی که آن را تجربه می‌کنند و نیز شرایط فرهنگی و اجتماعی آن، توجه به این مسئله را آشکار می‌سازد (۹). تحقیقات

در طول زندگی هر زن مراحل وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او بر جای می‌گذارد، از جمله این مراحل دوران بارداری است که با تغییرات جسمی و روانی بسیاری همراه است (۱-۳). در این میان، سقط عمدی<sup>۱</sup>، سقط خود به خودی<sup>۲</sup> و ناباروری<sup>۳</sup> حوادث پزشکی متداولی هستند که در سراسر جهان رخ می‌دهند (۴-۵).

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

1. Elective Abortion

2. Spontaneous Abortion

3. Infertility

بین مشکلات روان‌شناختی و سقط گزارش شد (۲۳). همچنین Jacob و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای دیگر شیوع اضطراب، افسردگی و مشکلات سازگاری را در زنان با سقط ناخواسته ۸/۹ درصد گزارش نمودند (۲۴).

به نظر می‌رسد یکی دیگر از عوامل مؤثر در دوران به اداری رضایت جنسی باشد (۲۵). رضایت جنسی<sup>۶</sup> احساسی است که فرد از درآمیختن خوشایند روانی و تماس فیزیکی با لذت حاصل از آمیزش جنسی (تحریک جنسی، ارگاسم) به دست می‌آورد (۲۶). اگرچه برقراری رابطه جنسی در بارداری بدون رعایت اصول صحیح، عوارضی را برای مادر و جنین در پی دارد (۲۷)، با این وجود علم پزشکی هیچ محدودیتی برای انجام فعالیت جنسی در یک بارداری طبیعی قائل نشده و می‌توان رابطه جنسی متعادل را به‌غیر از گروه پرخطر در طول بارداری ادامه داد (۲۸). همچنین نتایج پژوهش Lina و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد ادامه فعالیت جنسی در طول بارداری باعث افزایش شناخت خود، افزایش قدرت در ارتباط جنسی، استحکام روابط زناشویی و استحکام بخشیدن به حقیقت فعالیت جنسی می‌شود (۲۹). اما به نظر می‌رسد زندگی جنسی افراد باردار و همسرانشان در طول دوره بارداری با توجه به بسیاری از تغییرات فیزیولوژیکی و اثرات روانی بارداری، تغییر می‌کند (۳۰، ۳۱). به نظر می‌رسد پس از سقط جنین، مشکلاتی مانند طلاق افزایش یابد (۳۲) و زنانی که سابقه سقط جنین دارند، در معرض ناراضی جنسی بیشتری هستند (۳۳). مطالعه Boesen و همکاران (۲۰۰۴) نیز در افرادی که سقط جنین قانونی داشته‌اند نشان می‌دهد مشکلات پزشکی بعد از سقط جنین بر رضایت جنسی زنان تأثیر می‌گذارد (۳۴). همچنین Coleman و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهد در زنان بعد از سقط نگرش مثبت به روابط جنسی باقی می‌ماند، ولی مردان تمایل به تجربه رابطه با شریک جنسی دیگر دارند و همین مسئله ناراضی جنسی را در یک سال بعد از سقط جنین پیش‌بینی می‌کند (۳۵).

با توجه به مطالب ذکر شد، این پژوهش در پی فهم و مقایسه متغیرهای نیازهای بنیادین روانشناسی، اضطراب حاملگی و رضایت جنسی در بارداری معمولی و بارداری در زنان با سابقه سقط جنین است. مشاهده خلأ پژوهشی در حیطه بررسی روان‌شناختی سقط جنین در داخل ایران می‌تواند ناشی از کم‌توجهی محققین حوزه روانشناسی به این امر حیاتی و پیامدهای آن باشد. همچنین با در نظر گرفتن اینکه امکان شیوع بیماری‌ها و آسیب‌های روانی در زنانی که سقط جنین دارند بیشتر است، لزوم توجه بیشتر به این حوزه را می‌رساند. بنابراین مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال

میزان توان منفی روانی و اثر عاطفی سقط را در طول سه دهه گذشته نشان داده‌اند. سطح بالای پریشانی روانی امری رایج و بسیار سریع در سقط است، و تحمل پریشانی روانی و ناراحتی در یک‌پنجم والدین رخ می‌دهد (۱۰، ۱۱). یکی از متغیرهایی که می‌تواند در دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد، بررسی نیازهای بنیادین روان‌شناختی<sup>۴</sup> است. ارضا نیازهای بنیادین روان‌شناختی با کیفیت بالاتر زندگی و سطح پایین‌تر مشکلات روانی همراه است (۱۲). این مفهوم برای اولین بار توسط Ryan & Deci در سال ۲۰۰۰ تحت عنوان نظریه خودتعیین‌گری (Self Determination Theory) مطرح شد (۱۳). بر اساس این نظریه، برخی تمایلات روان‌شناختی و اجتماعی وجود دارند که اگر ارضا شوند یکپارچگی و بهزیستی فرد را تسهیل خواهند کرد، اما ناکامی در این نیازها، آسیب‌های جدی روانی دارد. به این نیازهای ضروری برای رشد شخصیت، نیازهای بنیادی روانشناسی گفته می‌شود (۱۴) که شامل خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط است (۱۵). بر اساس یافته‌های پژوهشی موجود، ارضای نیازهای بنیادین خود پیروی، شایستگی و تعلق با بهزیستی، رضایت از زندگی، آرزوها و حرمت خود رابطه مثبت و با افسردگی و اضطراب رابطه منفی دارد (۱۶). به نظر می‌رسد زنانی که سقط جنین را تجربه می‌کنند، عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند و نیاز به مراقبت هیجانی در آن‌ها احساس می‌گردد (۱۷) و این در حالی است که دوستان و آشنایان ممکن است فرد را به خاطر تصمیم سقط جنین تنها بگذارند و ترس از دست دادن حمایت اجتماعی باعث می‌گردد تا این افراد سقط جنین را پنهان کنند. بنابراین به نظر می‌رسد زنانی که سابقه سقط جنین دارند، عواطف منفی مانند طرد شدن را احساس می‌کنند و نیاز به حمایت اجتماعی در آن‌ها احساس می‌گردد (۱۸). همچنین زنانی که سابقه مکرر سقط جنین دارند دچار احساس بی‌کفایتی، طردشدگی، عزت‌نفس پایین و نشخوار فکری می‌شوند (۱۹).

همچنین اضطراب بارداری<sup>۵</sup> متشکل از نگرانی‌ها و ترس‌های مربوط به بارداری، شایع‌ترین مشکل عاطفی در بارداری است (۲۰). اضطراب واکنش ذاتی انسان به موقعیت‌هایی است که باعث ترس و نگرانی می‌شود که به صورت شناختی، عاطفی و بدنی تجربه می‌شود (۲۱). نتایج یک مطالعه در سال ۲۰۱۲ که به صورت مورد شاهدهی در دانشگاه Tuzla در بوسنی هرزگوین انجام شد نشان داد نمره اضطراب، افسردگی و استرس در زنانی که به علت بارداری ناخواسته، سقط جنین عمدی داشته‌اند، بیشتر از بقیه زنان بود (۲۲). همچنین در مطالعه‌ای که در زمینه رابطه بین اضطراب، افسردگی، اختلالات سازگاری و اختلال جسمانی‌سازی در آلمان انجام شد رابطه مثبتی

<sup>6</sup> Sexual satisfaction

<sup>4</sup> Basic psychological needs

<sup>5</sup> pregnancy-related anxiety

است که آیا بین زنان با و بدون سابقه سقط جنین بارداری در متغیرهای نیازهای بنیادین روانشناسی، اضطراب حاملگی و رضایت جنسی تفاوت وجود دارد؟

## مواد و روش کار

روش تحقیق در این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است، جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان بارداری با سابقه سقط جنین شهرستان جوانرود که در بازه زمانی بهار و تابستان ۱۳۹۸ به مراکز بهداشت و درمان شهرستان جوانرود مراجعه کرده‌اند (N=۱۲۰). نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۲۵ زن بارداری با سابقه سقط جنین از جامعه آماری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از آنجایی که امکان دسترسی به تک تک اعضای جامعه وجود نداشت (زنان بارداری در زمان‌های مشخص برای دریافت خدمات مراجعه نمی‌کردند) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه مقایسه نیز با روش هم‌تاسازی از لحاظ سن و تحصیلات به تعداد ۲۵ نفر از بین زنان بارداری بدون سابقه سقط جنین که به مراکز بهداشت و درمان مراجعه می‌کردند انتخاب شدند. در مطالعات علی مقایسه‌ای حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر است (۳۶) که به دلیل افت آزمودنی و افزایش اعتبار بیرونی تحقیق برای هر گروه ۲۵ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود شامل زنان بارداری و زنان بارداری با سابقه سقط جنین عمدی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایت کامل از مشارکت در پژوهش و عدم تمایل به شرکت در پژوهش ملاک خروج بود. اطلاعات این پژوهش در ابتدا با تعیین جامعه آماری و با روش نمونه‌گیری در دسترس و تعیین ابزار اندازه‌گیری از بین چند مرکز بهداشت در شهرستان جوانرود و سپس با گرفتن معرفی‌نامه از معاون پژوهشی دانشکده ادبیات و علوم انسانی و با کسب رضایت شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات گردآوری شد. در جهت تکمیل پژوهش حاضر، بعد از تصویب موضوع پژوهش و بررسی مراحل اجرایی، اجازه نهایی کار تحقیق اخذ شد. پس از مشخص شدن تعداد افراد دارای سابقه سقط جنین مراجعه‌کننده به مراکز جهت اخذ خدمات و مشاوره‌های دوران بارداری فرآیند جمع‌آوری داده‌ها طی چند روز و با کسب رضایت شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات گردآوری شد. پس از جلب رضایت آن‌ها هر سه پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که با دقت پرسشنامه‌ها را بخوانند و به سؤالات پاسخ دهند. لازم به ذکر است که تعداد زیادی از زنان بارداری که دارای سابقه سقط جنین بودند به شرکت در پژوهش رضایت ندادند و دلایل عمده‌ی آن‌ها برای این امر شامل: عدم اطلاع همسر از سقط جنین و ترس از آگاه شدن او، تابو بودن سقط جنین، ترس از برچسب ناتوانی

در تولیدمثل و نامساعد بودن شرایط جسمی زنان بارداری سابقه سقط جنین بود.

و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲، داده‌ها به روش آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون t در سطح (p<۰/۰۵) تجزیه و تحلیل شدند. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه شامل عدم درخواست نام و نام خانوادگی، محرمانه بودن اطلاعات ارائه‌شده و عدم تمایل به ادامه تکمیل پرسشنامه بود.

## ابزار گردآوری داده‌ها:

### پرسشنامه نیازهای بنیادین روان‌شناختی:

این مقیاس توسط Gardia, Deci & Ryan در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است که میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران را می‌سنجد. مقیاس مذکور دارای ۲۱ ماده است که بر اساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است و شامل مؤلفه‌های خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران است. ضریب آلفا برای استقلال ۰/۶۵، برای شایستگی ۰/۷۹، برای ارتباط ۰/۸۳، و ۰/۷۰ برای کل پرسشنامه است (۳۷). روایی همگرا و تشخیصی این مقیاس توسط بشارت و کلاگری تأیید شده و همسانی درونی این مقیاس برحسب ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است و همچنین پایایی بازآزمایی بر اساس نتایج دوبار اجرای آزمون محاسبه شد و با ضرایب همبستگی از ۰/۶۷ تا ۰/۷۷ برای زیرمقیاس‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفت و بر اساس نتایج این پژوهش، فرم فارسی مقیاس رضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی برای سنجش این سازه در نمونه‌های ایرانی از پایایی و روایی کافی برخوردار است (۳۸).

### پرسشنامه اضطراب حاملگی (PRAQ):

پرسشنامه اضطراب حاملگی، ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری را می‌سنجد و در سال ۱۹۸۹ توسط Wendenburg توسعه داده شده است. نسخه اولیه این پرسشنامه دارای ۵۷ سؤال است. نسخه کوتاه این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده است. این ۱۷ ماده ۵ عامل ترس از زایمان (۳ ماده)، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی (۴ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (۴ ماده)، ترس از تغییرات در خلق و خوی خود و پیامدهای آن بر کودک (۳ ماده) و ترس خودمحوارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۳ ماده) را مورد سنجش قرار می‌دهند. نمره هریک از عبارت‌ها بین ۱ تا ۷ درجه‌بندی می‌شود. نمره کل پرسشنامه از جمع پاسخ‌های داده شده به سؤالات به دست می‌آید که بین ۱۷ تا ۱۱۹ است. مطالعه کلی Hompes و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که نمره کلی پرسشنامه اضطراب بارداری و وننبرگ و خرده مقیاس‌های آن از پایایی خوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند (۳۹). پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای

آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ گزارش شده است (۴۲). بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای سؤالات مثبت ۰/۸۰ و برای سؤالات منفی ۰/۷۷ به دست آوردند (۴۳).

### یافته‌ها

از بین ۵۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه حاضر در هر گروه ۱۰ نفر بین رده سنی ۲۰-۳۰ سال، در گروه بدون سقط جنین ۱۴ نفر بین رده سنی ۳۱-۴۰ سال و در گروه با سقط جنین ۱۵ نفر بین ۳۱-۴۰ سال و در رده سنی ۴۱-۵۰ سال در گروه بدون سقط جنین ۱ نفر حضور داشت. جهت کنترل سن به‌عنوان متغیر مزاحم، گروه مورد مقایسه (زنان بدون سابقه سقط جنین) بر اساس روش هم‌تاسازی از روی گروه اصلی و با اختلاف یک نفر در دو گروه از نظر سنی انتخاب شدند. همچنین در گروه با سابقه سقط جنین، ۲۴ درصد دارای یک سقط، ۲۰ درصد دارای دو سقط و ۶ درصد بیشتر از دو سقط داشته‌اند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای گروه مطالعه ارائه می‌گردد.

کرونباخ ۰/۷۸ بود. همچنین ضریب پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ بود و برای عامل‌های ترس خودمحوارانه ۰/۶۹، ترس از بچه توان‌خواه ۰/۷۴، ترس از زایمان ۰/۷۶، ترس از تغییرات ۰/۷۲ و ترس از تغییر در روابط زناشویی ۰/۷۰ به دست آمد و همچنین ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۶۴ بود (۴۰).

### پرسشنامه رضایت جنسی لارسون:

این پرسشنامه توسط Larson (۱۹۹۸) جهت سنجش میزان رضایت جنسی زوجین طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی ۲۵ سؤال بوده و پاسخ‌های آن به‌صورت ۵ گزینه‌ای بر اساس مقیاس لیکرت، امتیازدهی از ۱-۵ است. بدین معنا پاسخ هر سؤال ۵ گزینه-ی انتخابی هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه می‌باشد و امتیاز ۵۰-۲۵ معادل عدم رضایت جنسی، امتیاز ۷۵-۵۱ معادل رضایت جنسی کم، امتیاز ۱۰۰-۷۶ رضایت جنسی متوسط و امتیاز ۱۲۵-۱۰۱ رضایت جنسی بالاست. روایی افتراقی نسخه اصلی پرسشنامه نیز توسط Hudson و همکاران (۱۹۸۱) مناسب گزارش شده است (۴۱). در بررسی پایایی ابزار در ۱۸۹ زن پرتغالی، میزان

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های با و بدون سابقه سقط جنین

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کل	۹۱/۶۸	۴/۳۶	۹۴	۵/۴۹
خودمختاری	۳۰/۶۴۰	۲/۵۸	۳۰/۴۰	۲/۴۱
شایستگی	۲۵	۲/۶۳	۲۵/۸۰	۲/۳۴
ارتباط	۳۴/۰۴	۱/۹۲	۳۴/۸۸	۲/۲۸
اضطراب حاملگی	۴۶/۴۴	۱۷/۶۶	۶۶/۰۴	۱۱/۵۵
رضایت جنسی	۱۰۶	۹/۸۴	۹۵/۸۴	۱۰/۹۹

آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (زنان باردار بدون سقط و با سابقه سقط) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ( $p > 0.05$ ) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون لامبدای ویلکس نشان داد که در بین دو گروه زنان باردار بدون سقط و با سقط از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود ندارد. در ادامه نتایج جدول تحلیل واریانس چند راهه ارائه می‌گردد.

همان‌گونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین گروه با سابقه سقط جنین و بدون سابقه سقط جنین در متغیرهای نیازهای بنیادی، اضطراب حاملگی و رضایت جنسی تفاوت وجود دارد، در ادامه به بررسی معنی‌داری این تفاوت‌ها پرداخته می‌شود. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها در سطح ( $p > 0.05$ ) حاکی از نرمال بودن توزیع است. همچنین نتایج آزمون لوین برای متغیر نیازهای بنیادی روان‌شناختی نشان داد سطح آماره (F) برای همه مؤلفه‌ها معنی‌دار نیست ( $p > 0.05$ ) و این نشان‌دهنده

**جدول (۲):** مقایسه ابعاد نیازهای بنیادین روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دو گروه با و بدون سابقه سقط جنین

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	میزان اتا
	خودمختاری	۰/۷۲۰	۱	۰/۷۲۰	۰/۱۱۵	۰/۷۳۶	۰/۰۰۲
گروه	شایستگی	۸	۱	۸	۱/۲۸۹	۰/۲۶۲	۰/۰۲۶
	ارتباط	۸/۸۲۰	۱	۸/۸۲۰	۱/۹۸۲	۰/۱۶۶	۰/۰۴۰
	نیازهای بنیادین	۶۷/۲۸۰	۱	۶۷/۲۸۰	۲/۷۳۸	۰/۱۰۵	۰/۰۵۴

بنابراین بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت وجود ندارد. در ادامه نتایج آزمون t برای مقایسه اضطراب حاملگی و رضایت جنسی ارائه شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود در هیچ‌کدام از ابعاد نیازهای بنیادین روان‌شناختی تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ).

**جدول (۳):** مقایسه اضطراب حاملگی و رضایت جنسی در دو گروه با و بدون سابقه سقط جنین

نتیجه	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	مقدار آماری T	متغیر
رد H0	۰/۰۰۱	۴۸	۴/۳۹۶	اضطراب حاملگی
رد H0	۰/۰۰۱	۴۸	۳/۴۴۳	رضایت جنسی

تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین اضطراب حاملگی و رضایت جنسی زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت وجود دارد.

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با یافته اول نشان داد که بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت وجود ندارد. نتیجه‌ای که در این مورد به دست آمد با نتایج پژوهش‌های Mauldon و همکاران (۲۰۱۵)، Biggs و همکاران (۲۰۱۴) مغایر است (۴۴، ۴۵) و با نتیجه پژوهش Olson و همکاران (۲۰۱۴) همسو است (۴۶).

نیاز به ارتباط باعث می‌شود افراد احساس کنند در شرایط استرس‌زا می‌توانند از کسی کمک بگیرند و از این موضوع احساس خوبی داشته باشند (۴۷). توانایی ارتباط برقرار کردن با دیگران یعنی اینکه فرد در عین حال که احساس صمیمیت دارد، می‌تواند استقلال خود را حفظ کند. در نظریه خود تعیین‌گری فرض می‌شود با توجه به حمایت محیط از استقلال، افراد به‌طور طبیعی به سمت مسئولیت‌ها و استقلال تمایل پیدا می‌کنند و با به حداقل رساندن کنترل خارجی به افراد فرصت مشارکت داده می‌شود (۴۸). تصور بر این بر اساس است که محیطی که از نیاز استقلال فرد برای فعال بودن و

نتایج آزمون T مستقل برای فرضیه اضطراب حاملگی نشان داد مقدار آماری برابر ۴/۳۹۶ با درجه آزادی در سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰۱) از سطح خطا ۰/۰۵ کوچک‌تر است بنابراین فرض صفر رد گردید. به عبارتی بین اضطراب حاملگی در دو گروه با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت معنادار آماری وجود داشت و مقایسه تفاوت میانگین‌های جدول ۱ نشان می‌دهد اضطراب حاملگی در زنان با سابقه سقط جنین بیشتر از زنان بدون سابقه سقط جنین است. همچنین نتایج آزمون T مستقل برای رضایت جنسی نشان داد مقدار آماری برابر ۳/۴۴۳ با درجه آزادی در سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰۱) از سطح خطا ۰/۰۵ کوچک‌تر است، بنابراین فرض صفر رد گردید. به عبارتی بین رضایت جنسی در دو گروه با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت معنادار آماری وجود داشت. مقایسه تفاوت میانگین‌های جدول ۱ نشان می‌دهد رضایت جنسی در زنان بدون سابقه سقط جنین بیشتر از زنان با سابقه سقط جنین است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن بین دو گروه زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین

مشارکت بیشتر او حمایت می‌کند، باعث تسهیل رشد و سلامت فرد می‌شود (۴۷). در مطالعه Stocki و همکاران (۲۰۱۲) رابطه بین سقط جنین و خشونت جسمی/جنسی شریک زندگی مورد بررسی قرار گرفت و در کنار وجود رابطه بین این دو متغیر، نتایج نشان داد ۰/۲۳ از این زنان اقدام به سقط جنین عمدی می‌کنند (۴۹). به نظر می‌رسد خشونت‌های شریک زندگی باعث القای استرس زیاد به زنان باردار شده و از طرفی چون احساس مورد سوء استفاده واقع شدن می‌کنند، احساس مثبتی به فرزند خود در زمینه پرورش وی نداشته باشند، همچنین احساس خودمختاری در این زنان کاهش می‌یابد (۵۰). از طرفی مسائل فرهنگی نیز نقش بسزایی دارند، به‌عنوان مثال برجسب عدم توانایی در نگه داشتن جنین نیز ممکن است احساس منفی عدم باروری را در زنان با سابقه سقط جنین به‌وجود آورد (۵۱). به نظر می‌رسد سابقه سقط جنین بر احساسات مثبت زنان تأثیر منفی داشته باشد، اما در مطالعه حاضر این تفاوت مشاهده نشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که نیازهای بنیادین روان‌شناختی بین زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تحت تأثیر وجود یا عدم وجود سابقه سقط قرار نگرفت، که این می‌تواند بیانگر آن باشد که این نیازها تحت تأثیر بارداری فعلی قرار می‌گیرند نه تجارب قبلی و یا در صورتی که این نیازها تحت تأثیر بارداری پیشین (سابقه سقط) قرار بگیرد، این عدم تفاوت ممکن است ناشی از حمایت و ارتباط نزدیکان در تجارب سقط قبلی باشد که باعث عدم تفاوت این نیازها در زنان باردار می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با یافته دوم نشان داد که بین اضطراب حاملگی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های Gourounti و همکاران (۲۰۱۴)؛ Aktan (۲۰۱۲)؛ نصیری کناری و علیوندی وفا (۱۳۹۶) همخوان بود (۵۲-۵۴). Vukelić و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند زنان ۷ روز بعد از سقط جنین دچار اختلال استرس حاد شده و احساس گناه، بی‌قراری، خجالت، خودقضاوتی، ترس از خدا و نفرت از خود می‌شوند (۵۵). همچنین Jacob و همکاران (۲۰۱۹) نیز معتقدند سقط جنین منجر به افزایش اضطراب، استرس و اختلالات سازگاری در زنان می‌شود (۲۳). در تبیین علل افزایش مشکلات روانی در زنان با سابقه سقط جنین می‌توان به چندین تبیین اشاره نمود. اول اینکه بارداری بدون برنامه‌ریزی زنان را مستعد اختلالات روانی می‌کند (۵۶). چرا که بارداری بدون برنامه‌ریزی و مطابق آن سقط جنین، زنان را دچار احساسات منفی مانند غم، اضطراب و خشم می‌کند. چرا که تعارض بزرگی بین سقط جنین و احساسات مادرانه به وجود می‌آید (۵۷). از طرفی سقط جنین منجر به کاهش صمیمیت بین زوجین می‌گردد و صمیمت پایین زوجین خود بر اختلالات روانی تأثیر می‌گذارد (۵۸). همچنین سقط جنین

بر میزان اضطراب بارداری بعدی نیز تأثیر می‌گذارد، نگرانی از سقط جنین غیرعمدی، به‌دنيا آوردن فرزند سالم و احساس گناه‌های پیشین نیز می‌تواند بر اضطراب حاملگی بیفزاید. همچنین علاوه بر اینکه شخص خود را سرزنش می‌کند، اطرافیان نیز نقش موثری در این سرزنش و احساس ناخوشایند دارند، چون با وجود زیاد بودن تعداد زنانی که سقط جنین را حداقل یکبار در طول زندگی خود تجربه می‌کنند، اما هنوز هم سقط جنین به‌عنوان یک تابو در جامعه شناخته می‌شود. تمامی این عوامل و چندین عامل درونی دیگر (ازجمله تغییرات هورمونی) و نیز بیرونی (ازجمله ترس از سقط مجدد در زنانی که در حاملگی قبلی خود سقط داشته‌اند) هر کدام به نحوی منجر به افزایش اضطراب حاملگی در زنان باردار می‌شود، که در صورتی بارداری با سابقه سقط همراه باشد، امکان بیشتر بودن اضطراب حاملگی نیز وجود دارد.

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با یافته سوم نشان داد که بین رضایت جنسی در زنان باردار با و بدون سابقه سقط جنین تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های Boesen و همکاران (۲۰۰۴) و Fok و همکاران (۲۰۰۶) سازگار بود (۳۳، ۳۴). البته یافته‌ها در مورد رضایت جنسی زنان بعد از سقط جنین متناقض است، به‌عنوان مثال همچنین Coleman و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند در زنان بعد از سقط نگرش مثبت به روابط جنسی باقی می‌ماند (۳۵)، که تفاوت‌ها و تعاریف فرهنگی از سقط جنین بر نوع نگرش اطرافیان و خدمات بهداشتی درمان تأثیر می‌گذارد. Kimport, Littlejohn (۲۰۲۱) در مطالعه مروری خود بیان می‌کند که برخی از زوجین بعد از تجربه سقط جنین از هم جدا می‌شوند و همچنین مشکلات در روابط جنسی از دیگر پیامدهای سقط جنین می‌تواند باشد (۵۹) و Hanschmidt و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقدند برجسب‌های اطرافیان و جامعه در مورد سقط جنین بر روابط جنسی و احساسات جنسی زنان تأثیرگذار است (۶۰). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که قرار گرفتن در معرض خطرات و ریسک ناشی از عوارض سقط جنین منجر به کناره‌گیری هیجانی فرد از دیگران می‌شود و این تغییرات در روابط زوجین نیز اثرگذار است و منجر به کاهش رضایت جنسی می‌شود. تأثیر تغییر نگرش زنان نسبت به تغییرات بدنی خود بر برقراری رابطه جنسی و رضایت جنسی را نیز نمی‌توان نادیده گرفت. مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها مواجه بود. حجم کم آزمودنی‌های مورد پژوهش و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های این پژوهش بود که تعمیم نتایج آن را با مشکل مواجه می‌کند عدم اجرای مصاحبه بالینی جهت بررسی مشکلات روان‌شناختی همراه از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی

ارومیه است. در پایان از مسئولان محترم دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه، مسئولان و کارکنان مراکز بهداشت شهرستان جوانرود و کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

از نمونه‌گیری تصادفی استفاده کرد، تحقیق در مقیاس بزرگتری صورت گیرد و وضعیت روانی افراد از نظر داشتن یا نداشتن اختلال مورد بررسی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه

### References:

- 1-Roberts RM, Muller T, Sweeney A, Bratkovic D, Gannoni A. Promoting psychological well-being in women with phenylketonuria: pregnancy-related stresses, coping strategies and supports. *Mol Genet Metab Rep* 2014; 1: 148-57.
- 2-Tafazoli M, bagheri M, Boskabadi H, Setayesh Y. The comparative study of the impact of antenatal training care infants to fathers and couple on the fathers' participations after birth. *Int J Pediatr* 2013; 1(1): 31-8.
- 3-Skouteris H. Pregnancy: physical and body image changes. *Encyclopedia of body image and human appearance*. London, England: Elsevier; 2012. P. 664-8.
- 4-Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh LR. Induced abortion: a systematic review and meta-analysis. *Mater Socio-Medica* 2017; 29: 58-67.
- 5-Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. The global trend of infertility: an original review and meta-analysis. *Int J Epidemiol Res* 2014; 1: 35-43.
- 6-Yang Q, Song C, Jiang J, Chen Y, Liang S, Ma N, et al. Association of reproductive history with hypertension and prehypertension in Chinese postmenopausal women: a population-based cross-sectional study. *Hypertens Res* 2018; 41: 66-74.
- 7-Xu B, Zhang J, Xu Y, Lu J, Xu M, Chen Y, et al. Association between history of abortion and metabolic syndrome in middle-aged and elderly Chinese women. *Front Med* 2013; 7: 132-7.
- 8-Doka KJ. Disenfranchised grief. *Bereave Care* 1999; 18 (3): 37-9.
- 9-Roshan Shomal P. Assessment of social factors affecting the attitude of pregnant women towards intentional abortion. (Master Thesis). Allameh University; 2012. (Persian)
- 10-Flenady V, Boyle F, Koopmans L, Wilson T, Stones W, Cacciatore J. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG* 2014; 121: 137-40.
- 11-Murphy S, Shelvin M, Elkilt A. Psychological consequences of pregnancy loss and infant death in a sample of bereaved parents. *J Loss Trauma* 2014; 19 (1): 56-9.
- 12-Krabbenborg MA, Boersma SN, vanderveld WM, Vollebergh WA, Wolf JR. Self-determination in relation to quality of life in homeless young adults: Direct and indirect effects through psychological distress and social support. *J Posit Psychol* 2017; 12(2): 130-40.
- 13-Ghorbani N, Watson PJ, Zhuo C, Norballa F. Self-compassion in Iranian Muslims: Relationship with integrative Self-knowledge, Mental Health and Religious Orientation. *Int J Psych of Relig* 2012; 2: 106-18.
- 14-Ryan RM, Deci EL. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York, NY: The Guilford Press; 2017.
- 15-Deci EL, Ryan RM, Gagné M, Leone DR, Usunov J, Kornazheva BP. Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Pers Soc Psychol Bull* 2001; 27(8): 930-42.

- 16-Johnson MM, Finney SJ. Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluation of the basic needs satisfaction in general scale. *Contemp Educ Psychol* 2010; 35: 280-96.
- 17- Upadhyay UD, Cockrill K, Freedman LR. Informing abortion counseling: an examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Educ Couns* 2010; 81(3):415-21.
- 18- Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43: 104-9
- 19- French DA. A Clinician's Approach to the Diagnosis and Management of Recurrent Pregnancy Loss. *Phys Assist Clin* 2018;3(3):457-68.
- 20-Westerneng M, Witteveen AB, Warmelink JC, Spelten E, Honig A, de Cock P. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Compr Psychiatry* 2017; 75: 6-13.
- 21-Spielberger C, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A, Natalicio LF, Natalicio DS. The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia. Interam J Psychol* 2017; 5(3 & 4).
- 22-Zulčić-Nakić V, Pajević I, Hasanović M, Pavlović S, Ljuca D. Psychological Problems Sequelae in Adolescents after Artificial Abortion. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25(4): 241-7.
- 23-Jacob J, Kostev K, Gerhard C, Kalder M. Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. *J Psychiatr Res* 2019; 114: 57-79.
- 24-Jacob J, Polly L, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany – A retrospective cohort study. *J Psychiatr Res* 2017; 258: 382-6.
- 25-Sydow K. sexuality during pregnancy and after child birth: A meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. *J Psycho Somat Res* 1999; 47(1): 27-49.
- 26-Shams Mofrahe Z. Investigating the effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples referring to one of Shiraz health centers. (Master's Thesis). Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2002. (Persian)
- 27-Andrews G. women's sexual health. 2nd Ed. Bailliere tinal Edinburgh; 2001. P. 161-72.
- 28-Sanfilippo JS, Smith RP. Primary care in obstetrics and gynecology. springer; 1997
- 29-Li TC, Makris M, Tomsu M, Tuckerman E, Laird S. Recurrent miscarriage: aetiology, management and prognosis. *Hum Reprod Update* 2002; 8(5): 463-81.
- 30-Jawed-Wessel S, Sevic E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviours: A systematic review. *J Sex Res* 2017; 54: 411-23.
- 31- Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011; 8: 1267-84.
- 32- Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004;10(10):SR5-16.
- 33- Fok WY, Siu SS, Lau TK. Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;126(2):255-8.
- 34- Boesen H, Rorbye CH, Norgaard M, Nilas L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83; 1189-92.
- 35- Coleman PK, Rue V M, Spence M, Coyle C T. Abortion and the sexual lives of men and women: Is casual sexual behavior more appealing and more



- common after abortion? *Int J Clin Health Psychol* 2008; 8 (1); 77-91.
- 36-Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in the humanities. Tehran: Roshd Press; 2006. (Persian)
- 37-Johnston M M, Finney S J. Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemp Educ Psychol* 2010; 35: 280-96.
- 38-Besharat MA, Ranjbar E. Satisfaction scale of basic psychological needs: reliability, validity and factor analysis. *Quarterly Journal of Educational Measurement* 2013; 14: 147-68. (Persian)
- 39-Hompes T, Izzi B, Gellens E, Morreels M, Fieuws S, Pexsters A, et al. Investigating the influence of maternal cortisol and emotional state during pregnancy on the DNA methylation status of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) promoter region in cord blood. *J Psychiatr Res* 2013; 47(7): 880-91.
- 40- Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2017; 5 (4): 22-34. (Persian)
- 41-Hudson WW, Harrison DF, Crosscup PC. A Short-form Scale to measure sexual disorder in dyadic relationships. *J sex res* 1981; 2(17): 157-74.
- 42-Vieira RX, Pechorro P, Diniz A. T08-p-10 Validation of index of sexual satisfaction (ISS) for use with Portuguese women. *Sexologies* 2008; 17: 115.
- 43- Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Soliemani M, Haghdoost A. Psychometric Properties of the Persian Version of Larsons Sexual Satisfaction Questionnaire in a Sample of Iranian Infertile Couples. *Iranian Journal of Epidemiology* 2016; 12 (2):18-31. (Persian)
- 44-Biggs MA, Upadhyay Ushma D, Steinberg Julia R, Foster Diana G. Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? *Qual Life Res* 2014; 23: 2505-13.
- 45-Mauldon J, Greene foster D, Roberts SCM. Effect of abortion vs. carrying to Term on a womans relationship with the man involved in the pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2015; 47(1):11-8.
- 46-Olson Craig A, Dpsych Emily H, Moore Elya, Eisenberg Marla E, Venn A, OLoughlin C, et al. Social and emotional adjustment following early pregnancy in young Australian women: A comparision of those who terminate, miscarry, or complete pregnancy. *J Adolesc Health* 2014; 54(6): 698-703.
- 47-Uzman E. Basic psychological needs and psychological health in teacher candidates. *Procedia Soc Behav Sci* 2014;116: 3629 – 35.
- 48-Johansen A B, Darnell F J, Franzen E. Constructing a theory and evidence-based approach to promote and evaluate autonomy in addiction. *Inquiry* 2013;56 (5): 539-57.
- 49-Stockl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo J. Induces abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC pregnancy childbirth* 2012; 12: 1-8.
- 50-Moore AM, Frohwirth L, Miller E. Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Soc Sci Med*2010; 70 (11): 1737-44.
- 51-Plummer ML, Wamoyi J, Nyalali K, Mshana G, Shigongo ZS, Ross DA, et al. Aborting and suspending pregnancy in rural Tanzania: an ethnography of young people's beliefs and practices. *Stud Fam Plan* 2008; 39 (4): 281-92.
- 52-Gourounti KN, Karpathiotaki V, Karapanou P, Antzaklis G, Daskalakis. Validation of the High-Risk Pregnancy Stress Scale in a sample of hospitalized Greek high-risk pregnant women. *Women Health* 2016; 56 (6): 680-94.

- 53-Aktan N M. Social support and Anxiety in pregnant and postpartum women. *Clin Nurs Res* 2012; 21(2): 183-94.
- 54-Nasiri Kanari F, Alivandi Vafe M. The prediction of pregnancy anxiety on the basis of subjective well-being and happiness of pregnant woman in Tabriz. *Depiction of Health* 2017; 8 (10): 34-43. (Persian)
- 55- Vukelić J, Kapamadžija A, Kondić B. Investigation of risk factors for acute stress reaction following induced abortion. *Med Pregl* 2010; 63: 399-403.
- 56-Mota NP, Burnett, M, Sareen, J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can. J Psychiatr.* 2010; 55: 239-47.
- 57-Reardon DC. The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med* 2018; 6: 1-38.
- 58- Whisman MA, Johnson DP, Li A, Robustelli BL. Intimate relationship involvement, intimate relationship quality, and psychiatric disorders in adolescents. *J Fam Psychol* 2014;28(6):908-14.
- 59- Kimport K, Littlejohn K E. What are We Forgetting? Sexuality, Sex, and Embodiment in Abortion Research. *J Sex Res* 2021: 1-11.
- 60-Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller S G, Kersting A. Abortion stigma: A systematic review. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2016; 48(4): 169-77.

## COMPARISON OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS, PREGNANCY ANXIETY, AND SEXUAL SATISFACTION IN PREGNANT WOMEN WITH AND WITHOUT HISTORY OF ABORTION IN JAVANROUD CITY

Sonia Zareei<sup>1</sup>, Esmail Soleimani<sup>2</sup>, Shirin Zeinali<sup>3</sup>

Received: 08 March, 2021; Accepted: 20 December, 2021

### Abstract

**Background & Aims:** Pregnancy is among the most important events in women's lives that sometimes can lead to abortion and affect the mental health of the mother. This study aimed to compare the basic psychological needs, pregnancy anxiety, and sexual satisfaction in pregnant women with and without a history of abortion in Javanroud city.

**Materials & Methods:** This research is a cross-sectional causal-comparative study. The statistical population of the present study includes pregnant women with and without a history of abortion who were referred to Javanroud health centers in the spring and summer of 2019 (N=120). The statistical sample of this study consisted of 50 subjects (two groups of 25) from the statistical population who were selected by available sampling method. Data were collected using the Gardia, Deci & Ryan Psychological Needs Questionnaire, abbreviated form of Wendenburg pregnancy anxiety questionnaire, and Larson sexual satisfaction Questionnaire. The data were analyzed with SPSS software version 22.

**Results:** The results of analysis by multivariate analysis revealed that there was no significant difference between the basic psychological needs of pregnant women with and without a history of abortion ( $p>0.05$ ). The result of t-test confirmed that there was a significant difference between pregnancy anxiety and sexual satisfaction in women with and without a history of abortion.

**Conclusion:** According to the results of the study, the history of abortion affects the psychological health of the mother and it is suggested that regular training and support courses for pregnant women and their families during pregnancy or abortion should be held by psychologists at the level of health centers.

**Keywords:** Pregnancy, Abortion, Basic psychological needs, pregnancy-related anxiety, Sexual satisfaction

**Address:** Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

**Tel:** +984135575849

**Email:** shirinzeinali@yahoo.com

<sup>1</sup> Master of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran (Corresponding Author)