

تبیین اجتماعی - مدیریتی علل سقط عمدی با مشارکت اجتماعی

دکتر نازیلا نژادادگار^{*}، دکتر فاطمه دارابی^۲، دکتر محمد جعفرزاده^۳، دکتر سویل مؤمنی شعبانی^۴

۱. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۲. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران.

۳. استادیار گروه عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۴. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگی استانبول، استانبول، ترکیه.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

خلاصه

مقدمه: سقط عمدی، تجربه مشترک اغلب کشورها از جمله ایران است. سقط جنین عمدی تقریباً یک سوم از کل سقط جنین‌ها را تشکیل می‌دهد که رقم قابل توجهی است. به‌منظور کاهش سقط جنین‌ها، شناسایی علل ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تبیین اجتماعی - مدیریتی علل سقط عمدی با مشارکت اجتماعی در شهرستان اردبیل انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر با بکارگیری استراتژی مشارکت اجتماعی طی مدت ۱۰ ماه در شهر اردبیل انجام شد. جامعه مورد مطالعه، ۳۳ نفر از زنان همسر دار ۵۴-۱۵ سال بودند که تمایل به سقط عمدی داشتند و توسط داوطلبان سلامت محلات (استراتژی مشارکت اجتماعی) شناسایی شدند. افراد با استفاده از مصاحبه‌های باز و نیمه‌ساختار یافته مورد بررسی قرار گرفتند. مصاحبه با افراد مورد بررسی ضبط و سپس دست‌نویس شد و بر پایه روش تحلیل محتوی ارزیابی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA (نسخه ۲۰) کدگذاری شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها به استخراج ۳ مقوله (طبقه) اصلی فردی، خانوادگی و اجتماعی منجر شد. مقوله فردی به ۳ زیرمقوله ذهنی، اعتقادی و آگاهی، مقوله خانوادگی به ۲ زیرمقوله فرهنگی و مالی و مقوله اجتماعی به ۲ زیرمقوله سیاسی و مدیریتی طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های ذکر شده در بخش نتایج مطالعه علل سقط عمدی در بین زنان همسر دار باشد. شناخت این عوامل می‌تواند در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای، مشاوره‌ای، مدیریتی و سیاست‌گذاری در سطح محلی و ملی نقش مؤثری داشته باشد.

کلمات کلیدی: اجتماعی - مدیریتی، سقط عمدی، مشارکت اجتماعی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نازیلا نژادادگار؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران. تلفن: ۰۴۵-۳۳۵۳۴۷۹۳؛ پست الکترونیک:

naziladgar60@gmail.com

مقدمه

سقط به معنای خاتمه بارداری است و به انواع خودبه‌خودی، انتخابی، فراموش شده و درمانی تقسیم می‌شود (۱). سقط خودبه‌خودی به سقط بدون اقدام آگاهانه و سقط عمدی به سقط با مداخله عمدی گفته می‌شود. سقط فراموش شده حالتی است که محتویات فاقد حیات بارداری برای مدت‌ها در داخل رحم باقی بماند و سقط درمانی به منظور حفظ سلامت مادر یا مشکلات جنین اتفاق می‌افتد (۳-۱). در ایران سقط جنین عمدی هم بر اساس قوانین کشور و هم بر اساس موازین دین اسلام ممنوع است (۴، ۵).

بر اساس نتایج مطالعات، حدود ۵۳-۲۶ میلیون سقط در دنیا انجام می‌شود که سقط‌های ناسالم، در شرایط غیربهداشتی و با وسایل خطرناک، هر سال حدود ۱۰۰-۵۰ هزار مادر را به کام مرگ می‌کشاند (۵). در ایران آمار سقط جنین با توجه به محدودیت‌های قانونی و دینی کمتر در دسترس است، اما با وجود این، برآوردها نشان می‌دهد که بیش از ۵٪ مرگ مادران ایرانی به سقط و عوارض ناشی از آن مرتبط است (۶، ۷).

نتایج مطالعه ترابی و همکاران (۲۰۱۹) در تهران که در میان ۳۰۰۰ زن متأهل ۴۹-۱۵ ساله انجام شد، نشان داد حدود ۹٪ از بارداری‌های شناخته شده با سقط جنین انتخابی پایان می‌یابد (۸). در مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۵) در شهر مهاباد، حدود ۳۱٪ زنان بررسی شده، تجربه سقط داشته که بیش از ۳۴٪ آنها عمدی بوده و شاغل بودن و تحصیلات بالای زنان با تجربه سقط عمدی مرتبط بود (۹). مطالعه فوستر (۲۰۲۰) در فنلاند نشان داد احتمال سقط با تعداد تولدهای قبلی خانواده ارتباط مستقیم دارد و مطالعه کلان (۲۰۲۰) در دانمارک، ارتباط بین تعداد زایمان‌های قبلی با سقط را معنی‌دار نشان داد (۱۰، ۱۱).

در حال حاضر نرخ باروری در ایران به حدود ۱/۶٪ رسیده است و ۱۱٪ جمعیت کشور ۶۰ سال و بالاتر هستند که این رقم در سال ۱۴۳۰ به بیش از ۳۰٪ سالخوردگی افزایش پیدا خواهد کرد و ایران در بازه ۳۰ ساله به یک کشور فوق سالمند تبدیل خواهد شد (۱۲). این مسئله تبعات فراوانی در حوزه اقتصاد و ساختارهای

اقتصادی و به تبع آن در حوزه‌های اجتماعی، خانوادگی، سیاسی و فرهنگی خواهد داشت (۱۳).

بر اساس نتایج مطالعات، پنجره جمعیتی در اغلب استان‌های ایران در حال بسته شدن است و سقط جنین، یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش جمعیت کشور است (۱۴). در ایران بر اساس نتایج مطالعه مروری متقی و همکاران (۲۰۱۳)، میزان بروز سقط عمدی یک مسأله نیازمند مداخله است (۱۵). آنچه مسلم است، استراتژی‌های نوین و مشارکتی جهت شناسایی علل مشکلات سلامت نقش بسیار مهمی دارد (۱۲). در پاسخ به بحران جمعیت و بالاخص سقط، استراتژی مشارکت اجتماعی به منظور جلب مشارکت هدفمند افراد مؤثر و صاحب نفوذ، نه تنها باعث توانمندسازی مردم و جامعه می‌شود، بلکه با افزایش اعتماد عمومی می‌تواند منجر به اثربخشی اقدامات سیاست‌گذاران شود (۱۶، ۱۷).

نتایج مطالعه نژاددادگر و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که مشارکت اجتماعی با محوریت داوطلبان سلامت محلات می‌تواند بستر تداوم شکل‌گیری و اجرای یک برنامه را مهیا کند. داوطلب سلامت در نظام بهداشتی ایران، یک نفر از اعضای خانواده است که اعلام آمادگی جهت همکاری داوطلبانه با نظام سلامت در مرکز، پایگاه و خانه بهداشت می‌کند و تحت آموزش‌های مرتبط با تربیت داوطلبان سلامت محله قرار می‌گیرد (۱۸). رویکرد اصلی مشارکت اجتماعی شامل: ۱- افزایش اعتماد، ۲- مشارکت اجتماعی و ۳- مدیریت اطلاعات و باورهای نادرست و انتخاب کانال ارتباطی مؤثر است (۱۸). از آنجایی که عملیاتی نمودن برنامه‌های مشارکتی و محله محور یک استراتژی جهانی است (۱۷)، مطالعه حاضر با هدف به‌کارگیری استراتژی مشارکت اجتماعی در راستای بهره‌گیری از ظرفیت مردمی (داوطلبان سلامت) برای تبیین علل سقط عمدی در شهر اردبیل برنامه‌ریزی و اجرا شد، نتایج این پژوهش به‌عنوان یک مطالعه پایه می‌تواند مورد استفاده پژوهشگران، سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت برای مطالعات آینده و تدوین سیاست‌های هدفمند قرار گیرد؛ چراکه رویکرد بهتر، انجام اقداماتی است که تعداد سقط جنین‌های عمدی را کاهش دهد. اولین راه

برای انجام این کار، کاهش تعداد بارداری‌های ناخواسته است. اگر در این زمینه سرمایه‌گذاری هدفمند و مبتنی بر شواهد انجام شود، تعداد سقط جنین‌های غیرقانونی می‌تواند به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر سقط جنین عمدی انجام شد تا بتوان بر اساس نتایج، راهکارهای مؤثری برای سیاست‌گذاری ارائه داده شود.

روش کار

مطالعه حاضر با به‌کارگیری استراتژی مشارکت اجتماعی طی مدت ۱۰ ماه در شهرستان اردبیل انجام شد. جامعه مورد مطالعه، ۳۳ نفر از زنان همسر دار ۵۴-۱۵ سال بودند که تمایل به سقط عمدی داشتند و توسط داوطلبان سلامت محلات شناسایی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان سن ۵۴-۱۵ سال، رضایت جهت شرکت در مطالعه و عدم ابتلاء به بیماری روانی بود.

طبق شاخص‌های کشوری و استانی اعلام شده از وزارت بهداشت، مسأله مدیریت سقط عمدی جنین، یکی از موارد بسیار مهمی است که جزء اولویت‌های مداخلات است. در مطالعه حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات، از استراتژی مشارکت اجتماعی (کار مردم برای مردم) که مصداق عینی آن در نظام سلامت ایران داوطلبان سلامت محلات می‌باشد، استفاده شد؛ به این ترتیب که از بین ۱۱۰ محله شهر اردبیل که داوطلب سلامت محلی داشتند، ۵۰ محله در منطقه ۱ شهری به روش تصادفی انتخاب شدند. این ۵۰ محله دارای ۱۸۰۰۰ هزار خانوار و ۳۶۲۱ زن ۵۴-۱۵ سال همسر دار واجد شرایط فرزندآوری بودند. طبق گزارش سامانه یکپارچه بهداشت، از میان این زنان، ۳۲۲ نفر (۸/۹٪) سابقه یک‌بار سقط عمدی، ۴۱۲ نفر (۱۱/۴٪) سابقه تولد نوزاد پره‌ترم و ۱۸۸ نفر (۵/۲٪) سابقه نازایی داشتند و از میان خانوارهای تحت پوشش، ۷۴۹ نفر (۲۰/۷٪) تک فرزند، ۱۴۵۲ نفر (۴۰٪) دو فرزند و ۳۵۸ نفر (۹/۹٪) فرزند نداشتند. با توجه به به‌کارگیری استراتژی مشارکت اجتماعی در این مطالعه و هماهنگی با ذی‌نفوذان محلی (داوطلبان سلامت، مراقبین سلامت، ذی‌نفوذان محل، نماینده زنان در محله)، کانون فرهنگی محل، مکان

اجرای مصاحبه‌ها در نظر گرفته شد. نوع مطالعه، تحلیل محتوای کیفی بود. برای نمونه‌گیری از روش هدفمند استفاده شد و جمع‌آوری داده‌ها زمانی پایان یافت که اشباع نظری داده‌ها به‌دست آمد. برای مصاحبه، ۳۳ زن واجدالشرایط فرزندآوری که تمایل به سقط عمدی داشتند انتخاب و داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های باز و عمیق جمع‌آوری گردید. سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای مطابق با استراتژی گرانهایم و لاندمن انجام شد (۱۸). در انتخاب شرکت‌کنندگان، مراقبین سلامت مراکز بهداشتی و داوطلبین محلی نقش مهمی ایفا کردند. بعد از شناسایی افراد واجدالشرایط، داوطلبان سلامت محل که شناخت کافی از زنان محلی داشتند، در مورد اهداف برنامه به آنها توضیح می‌دادند و بعد از اعلام رضایت زنان، مصاحبه توسط تیم پژوهشی در کانون فرهنگی محل انجام می‌شد. برای افزایش اعتبار داده‌های حاصل از مصاحبه با ۴ مشارکت‌کننده مجدداً مصاحبه تکمیلی انجام شد و مطالبی که واضح نبود، مجدداً سؤال و ابهامات برطرف شد. همچنین به آنان اطلاع داده شد که مشارکت در مطالعه آزادانه است و در مورد حق انصراف در هر زمان آگاهی داده شد و اطمینان داده شد که مصاحبه‌ها محرمانه نگهداری می‌شود و برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت گرفته شد. پس از هر مصاحبه، اطلاعات پیاده‌سازی، دسته‌بندی و مرتب می‌شد.

تحلیل داده‌ها با کدگذاری و مقایسه مداوم و یادداشت‌نویسی انجام می‌شد، داده‌ها بر پایه روش تحلیل محتوای ارزیابی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA (نسخه ۲۰) کدگذاری شدند. در صورت دستیابی به یافته‌های جدید، به انتخاب مشارکت‌کنندگان جدید اقدام می‌شد و مجدداً این مرحله تا دستیابی به اشباع نظری تکرار می‌شد و پژوهشگر با استفاده از سؤالات و جملات پیگیری‌کننده مانند (می‌توانید یک مثال بزنید) یا (می‌توانید بیشتر توضیح دهید)، پاسخ شرکت‌کنندگان به هر یک از سؤال‌ها را مورد بررسی بیشتر قرار می‌داد. طول مدت مصاحبه‌ها به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه طول می‌کشید. در پایان هر مصاحبه و در نخستین زمان ممکن، مصاحبه‌ها چندین بار شنیده و سپس به‌صورت کلمه به کلمه به متن تبدیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها

کردند. مراحل و فرآیند تحقیق ثبت و مرحله به مرحله گزارش شد تا قابل اعتماد بودن یافته‌ها تضمین شود و در نهایت، قابلیت انتقال داده‌ها از طریق توصیف‌های غنی و عمیق از زمینه، ارائه توضیحات لازم در مورد ادراک شرکت‌کنندگان و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تضمین شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۳۳ زن همسر دار ۵۴-۱۵ سال واجد شرایط مصاحبه شدند. میانگین سنی زنان حاضر در مطالعه ۳۳ سال و به‌طور متوسط شرکت‌کنندگان 1 ± 3 فرزند با میانگین سنی 6 ± 5 سال داشتند. ۴/۴۵٪ مادران شرکت کننده خانه‌دار و ۶/۶۹٪ تحصیلات بالایی دیپلم داشتند. ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

همزمان با جمع‌آوری آنها با استفاده از روش ۵ مرحله‌ای گرانهایم و لاندمن انجام شد که شامل رونویسی فوری داده‌ها پس از هر مصاحبه، بررسی متون مصاحبه برای درک کلی از محتوا، تعیین واحدهای معنی و کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه و تعیین محتوی پنهان در داده‌ها بود (۱۸).

برای اطمینان از قابل اعتماد بودن داده‌ها، از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اطمینان و انتقال استفاده شد. اعتبار داده‌ها از طریق بررسی هم‌تأیید شد؛ بدین‌صورت که اعضای تیم پژوهش به‌طور مستقل مصاحبه‌ها را تجزیه و تحلیل کردند، مفاهیم، دسته‌بندی‌ها و مضامین را با هم مقایسه کردند و در صورت عدم توافق، موضوع را مورد بحث قرار دادند تا به توافق نهایی برسند. برای اطمینان از تأییدپذیری یافته‌ها، ۲ نفر از اعضای هیأت علمی (کیفی کار) غیر از تیم پژوهش و نویسنده دوم و چهارم، متن مصاحبه‌ها را به همراه کدها و مفاهیم استخراج شده بررسی و تأیید

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

ردیف	سن به سال	تعداد فرزندان	تحصیلات	شغل	سن فرزندان
۱	۳۱	۱	لیسانس	دبیر	۵
۲	۳۳	۱	فوق لیسانس	کارمند	۸
۳	۳۷	۲	دیپلم	خانه‌دار	۵، ۹
۴	۴۰	۲	دیپلم	کارمند	۸، ۱۵
۵	۳۶	۱	لیسانس	خانه‌دار	۱۴
۶	۳۹	۲	فوق لیسانس	وکیل	۸، ۱۰
۷	۴۷	۱	فوق دیپلم	خانه‌دار	۱۸
۸	۴۵	۲	فوق دیپلم	خانه‌دار	۱۶
۹	۱۸	۰	دانشجو	خانه‌دار	۰
۱۰	۳۹	۱	دیپلم	کارمند	۸
۱۱	۲۹	۱	دانشجو	خانه‌دار	۵
۱۲	۳۲	۱	لیسانس	خانه‌دار	۱۲
۱۳	۲۷	۲	لیسانس	کارمند	۴، ۷
۱۴	۳۹	۱	دکتری	استاد دانشگاه	۴
۱۵	۳۰	۲	لیسانس	کارمند	۶، ۹
۱۶	۳۲	۱	لیسانس	خانه‌دار	۱
۱۷	۲۵	۰	دیپلم	کارمند	۰
۱۸	۲۹	۲	دیپلم	خانه‌دار	۲، ۴
۱۹	۴۳	۲	لیسانس	دبیر	۱۳، ۱۴
۲۰	۳۳	۱	دکتری	پزشک	۱
۲۱	۲۹	۲	فوق لیسانس	کارمند	۱، ۴
۲۲	۳۱	۱	لیسانس	خانه‌دار	۷

۲۳	۴۱	۲	دیپلم	خانه‌دار	۹،۴
۲۴	۲۳	۱	دیپلم	خانه‌دار	۳
۲۵	۲۵	۱	فوق دیپلم	شغل آزاد	۶
۲۶	۳۹	۱	دیپلم	خانه‌دار	۳
۲۷	۵۱	۲	دیپلم	خانه‌دار	۲،۱
۲۸	۱۸	۱	دانشجو	خانه‌دار	۱
۲۹	۲۸	۱	لیسانس	کارمند	۳
۳۰	۲۴	۲	لیسانس	کارمند	۵،۱
۳۱	۲۱	۱	فوق دیپلم	کارمند	۲
۳۲	۴۱	۱	لیسانس	شغل آزاد	۱۵
۳۳	۳۴	۳	دیپلم	شغل آزاد	۱۳

خانوادگی به ۲ زیرمقوله فرهنگی با کدهای (باکلاس بودن کم‌فرزند، عدم حمایت توسط خانواده، عدم حمایت توسط همسر، تعارض زوجین، مخالفت همسر، تحصیلات بالا) و مالی با کدهای (نگرانی از هزینه‌ها، ترس از دست دادن شغل، وابستگی اقتصادی خانواده به شغل مادر، نداشتن درآمد ثابت شوهر، لزوم بیرون رفتن از خانه برای کار، اجاره‌نشینی) و مقوله اجتماعی به ۲ زیرمقوله سیاسی با کدهای (تعارضات سیاسی، لزوم اعمال قانون) و مدیریتی با کدهای (عدم دسترسی به امکانات رفاهی رایگان، نبود زیرساخت لازم در محل کار، عدم دسترسی یکسان افراد به خدمات رایگان، عدم دسترسی به مهد کودک در محل کار، عدم حمایت مادران در محل کار) تقسیم‌بندی شد (جدول ۲).

بر اساس تحلیل مصاحبه‌های انجام شده، مقوله (طبقه) اصلی عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی استخراج شد. مقوله فردی به ۳ زیرمقوله ذهنی با کدهای (باورهای نادرست، افسردگی، عدم تحمل فرزند جدید، نگرانی از آینده شغلی و رفاه فرزند جدید و خانواده، رفاه‌طلبی، فردگرایی، ترس از بارداری و زایمان مجدد، خودکارآمدی پایین، ادامه تحصیل، اشتغال، بیماری، سن بالا، عدم مهارت فرزندپروری)، اعتقادی با کدهای (باور به تعداد کم فرزند، لجبازی، بی‌اعتمادی نسبت به تعهدات و تشویقات دولت، بی‌انگیزگی و ناامیدی افراد، بی‌اعتمادی مردم نسبت به اطلاعات اعلامی رسانه‌ها، بی‌اعتمادی به فرزندان، عدم اعتماد به پرستار منزل) و آگاهی با کدهای (سواد سلامت پایین، عدم اطلاع از قوانین جدید فرزندآوری و حمایت از مادران، نبود یک رسانه منسجم آگاهی بخش و پاسخگو)، مقوله

جدول ۲- مقولات، زیرمقولات و کدها

مقولات	زیرمقولات	کدها
فردی	ذهنی	باورهای نادرست، افسردگی، عدم تحمل فرزند جدید، نگرانی از آینده شغلی و رفاه فرزند جدید و خانواده، رفاه‌طلبی، فردگرایی، ترس از بارداری و زایمان مجدد، خودکارآمدی پایین، ادامه تحصیل، اشتغال، بیماری، سن بالا، عدم مهارت فرزندپروری
	اعتقادی	باور به تعداد کم فرزند، لجبازی، بی‌اعتمادی نسبت به تعهدات و تشویقات دولت، بی‌انگیزگی و ناامیدی افراد، بی‌اعتمادی مردم نسبت به اطلاعات اعلامی رسانه‌ها، بی‌اعتمادی به فرزندان، عدم اعتماد به پرستار منزل
	آگاهی	سواد سلامت پایین، عدم اطلاع از قوانین جدید فرزندآوری و حمایت از مادران، نبود یک رسانه منسجم آگاهی بخش و پاسخگو
خانوادگی	فرهنگی	باکلاس بودن کم‌فرزند، عدم حمایت توسط خانواده، عدم حمایت توسط همسر، تعارض زوجین، مخالفت همسر، تحصیلات بالا
	مالی	نگرانی از هزینه‌ها، ترس از دست دادن شغل، وابستگی اقتصادی خانواده به شغل مادر، نداشتن درآمد ثابت شوهر، لزوم بیرون رفتن از خانه برای کار، اجاره‌نشینی
اجتماعی	سیاسی	تعارضات سیاسی، لزوم اعمال قانون
	مدیریتی	عدم دسترسی به امکانات رفاهی رایگان، نبود زیرساخت لازم در محل کار، عدم دسترسی یکسان افراد به خدمات رایگان، عدم دسترسی به مهد کودک در محل کار، عدم حمایت مادران در محل کار

بح‌ث

مطالعه حاضر با هدف تبیین اجتماعی- مدیریتی علل سقط عمدی با مشارکت اجتماعی در شهرستان اردبیل انجام شد. سقط، پدیده‌ای چندبُعدی و مسئله‌ای اجتماعی است. سقط جنین اغلب ناشی از یک بارداری ناخواسته است و زمانی رخ می‌دهد که زنان می‌خواهند باردار شدن را محدود کنند یا نمی‌توانند از بارداری ناخواسته جلوگیری کنند. دلایل زیادی وجود دارد که انتظار می‌رود میزان سقط جنین انتخابی در ایران بیش از آمارهای رسمی باشد که در این زمینه ارائه می‌شود. برخی از این دلایل به ساختارهای کلان (مانند رشد جمعیت جوان کشور یا اقتصاد جامعه) مربوط بوده و برخی به سطوح خرد و فردی (مانند تغییرات آگاهی و نگرشی) باز می‌گردند. کشف عوامل موجود در زنانی که قصد سقط عمدی دارند، به منظور انجام مداخلات حمایتی در بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کاهش پیامدهای جسمی و روانی ضروری است.

نتایج مطالعه چینی‌چیان و همکاران (۲۰۰۷) (۱۹) نشان داد که سقط عمدی در تمام نقاط ایران و در بین همه مردم از مناطق محروم گرفته تا شهرهای بزرگ، موضوعی شناخته شده است و رفتاری است که به دلایل مختلف در ایران انجام می‌شود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سه دسته عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی، عامل سقط عمدی در زنان هستند که با نتایج سایر مطالعات از جمله ال‌ول (۲۰۱۱)، فاینر و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه فردریکو و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت داشت (۲۰-۲۲). در این مطالعات عوامل زمینه‌ای، فردی، بین فردی، خانوادگی و اجتماعی، از جمله دلایل سقط جنین در زنان بودند. چینی‌چیان و همکاران (۲۰۰۷) و فاینر و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود، کافی بودن تعداد فرزندان، مشکلات مالی، آماده نبودن برای نگهداری از فرزند جدید و ادامه تحصیل مادران را از جمله دلایل سقط عمدی در زنان نشان دادند (۱۹، ۲۱). بر اساس نتایج مطالعه چینی‌چیان و همکاران (۲۰۰۷) تعداد فرزندان کمتر به‌عنوان موضوعی اصلی در تبلیغات و آموزش‌های تنظیم خانواده در سال‌های اخیر به‌عنوان دلیل سقط عمدی یا انتخابی مورد توجه قرار گرفته است

(۱۹). مسلماً افزایش برنامه‌های کنترل جمعیت نمی‌تواند به‌عنوان تنها علت این تغییر هنجارهای مربوط به انجام سقط جنین باشد، اما به‌عنوان یکی از عوامل قابل تأمل مطرح است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مضمون اول موانع شخصی یا فردی را تعیین می‌کند. موانع فردی از جمله موانع ذهنی، اعتقادی و آگاهی، از دلایل اصلی سقط عمدی در زنان بود. در واقع رفتار افراد به ارزش‌هایی برمی‌گردد که برای موضوع در نظر گرفته می‌شوند. ارزش‌های مثبت و منفی، تأثیرات مهمی بر رفتار افراد دارند، به‌ویژه در مورد رفتارهایی که عوامل مؤثر پیچیده‌ای دارند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات مانند فردریکو و همکاران (۲۰۱۸) و پرز و همکاران (۲۰۱۴) مطابقت داشت (۲۲، ۲۳). گروهی از زنان، از دست دادن موقعیت شغلی یا تحصیلی را هزینه ادامه حاملگی و تولد فرزند می‌دانند. تعارض کار و فرزندآوری در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۲۴). زنان شاغل به‌دلیل اینکه مدت زمانی در جستجوی کار بودند و خود یا خانواده آنها هزینه زیادی را برای تحصیل پرداخته بودند، از این رو ممکن است که نخواهند این فرصت را از دست بدهند و با اطمینان بیشتری تصمیم به سقط می‌گیرند. بدیهی است وقتی که شرکت‌کنندگان آگاهی اندکی از موضوع و مشکلات سقط داشته باشند، تمایلی به عدم سقط ندارند. بر اساس نتایج مطالعه فردریکو و همکاران (۲۰۱۸) و منصوری و همکاران (۲۰۱۷)، ارتقای سطح آگاهی زنان از سقط جنین و فراهم ساختن امکانات لازم و برگزاری کلاس‌ها در جهت آگاه‌سازی زنان باردار از خطرات سقط، گامی بلند در جهت کاهش سقط جنین و مرگ مادران و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌باشد (۲۲، ۲۵).

در مطالعه حاضر سواد سلامت پایین از جمله مواردی بود که در «موانع فردی» استخراج شد. نتایج مطالعه ال‌ول (۲۰۱۱) و اسیفی و همکاران (۲۰۱۶) نشان‌دهنده محدودیت آگاهی زنان از سقط جنین بود (۲۰، ۲۶). تحصیلات، تعیین‌کننده دسترسی به یک شغل خاص و در نتیجه سطح درآمدی است که فرد احتمالاً به آن دست می‌یابد. تحصیلات نیز با سطح فرهنگی مرتبط است و بر رفتار تأثیر می‌گذارد. مطالعه منصوری و

همکاران (۲۰۱۷) و پرز و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میزان آگاهی زنان از سقط جنین بیشتر شده و سقط کاهش می‌یابد. مداخلات آموزشی و ارتباطی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر افزایش دانش زنان در مورد جنبه‌های مختلف سقط جنین داشته باشد (۲۳، ۲۵). روش‌های ارتباطی می‌تواند بر زیرگروه‌های آسیب‌پذیر جمعیت در کمک به افزایش آگاهی و دانش آن‌ها تأثیرگذار باشد. بنابراین، مداخلات برای انتشار اطلاعات دقیق در زمینه سقط ضروری است. ارائه اطلاعات صحیح به زنان و روش‌های دسترسی به چنین اطلاعاتی به کاهش شانس مراجعه یک زن به خدمات سقط جنین نالایم و در نتیجه کاهش احتمال ابتلاء به عوارض یا مرگ‌ومیر مرتبط با سقط جنین کمک می‌کند، بنابراین لازم است آموزش‌های بیشتری از طریق رسانه‌ها در زمینه سقط جنین ارائه گردد تا زنان جامعه بهتر بتوانند از طریق پیشگیری از بارداری، از بارداری ناخواسته جلوگیری کنند.

افسردگی، یکی دیگر از موانع فردی در این مطالعه بود. افسردگی، اختلالی است که انگیزه انجام بسیاری از امور را از بین می‌برد. نتایج مطالعه کائو و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که روابط صمیمی خانوادگی، به‌ویژه با دوستان و همسران، مهم‌ترین عوامل در بهبود سطح روانی و عاطفی افراد است (۲۷). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گفتگو با همسران درباره موضوعات مختلف و رفت‌وآمد با خانواده و دوستان، بار استرس روزانه را کاهش داده و نقش مهمی در پذیرش دیدگاه‌ها و رفتار دارد. سقط، یک موضوع پیچیده است که عوامل مستقیم و غیرمستقیم زیادی در علل آن نقش دارند. با توجه به اهمیت مشارکت اجتماعی لازم است در این زمینه، برنامه‌های مبتنی بر کار با مردم برای مردم طراحی و اجرا گردد (۲۸).

موانع خانوادگی، یکی دیگر از موضوعاتی بود که در این مطالعه شناسایی شد. در مطالعه فردریکو و همکاران (۲۰۱۸) نیز موانع خانوادگی، مهم‌ترین موانع بود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سقط جنین در زنان تأثیر می‌گذاشت (۲۲). زنان ممکن است مشکلات اقتصادی داشته باشند و قادر نباشند از عهده هزینه‌های

نگهداری یک فرزند دیگر برآیند و یا بخواهند اهداف شغلی و تحصیلی خود را دنبال کنند. یافته‌ها نشان داد ناامنی اقتصادی (نگرانی از هزینه‌ها، مشکلات مالی، ترس از دست دادن شغل، وابستگی اقتصادی خانواده به شغل همسر، نداشتن درآمد ثابت در خانواده، لزوم بیرون رفتن از خانه برای کار، اجاره‌نشینی، عدم رونق مشاغل خانگی) باعث شده برخی از زنان اقدام به سقط کنند (۲۹). بدون شک عدم ثبات اقتصادی جامعه بر شرایط اقتصادی درون خانواده‌ها تأثیر گذاشته است و نه تنها به پایین آمدن استانداردهای زندگی، کاهش قدرت خرید و کاهش سطح رفاه خانواده منجر می‌شود، بلکه زمینه پس‌انداز در زندگی هم از بین می‌رود و این فشارهای اقتصادی بر تمام ابعاد زندگی از جمله رفتارهای باروری اثر می‌گذارد. تأثیر عوامل اقتصادی بر رفتارهای باروری در سایر مطالعات نیز مشاهده شده است (۲۴). بر اساس مطالعه منصوری و همکاران (۲۰۱۷)، فردریکو و همکاران (۲۰۱۸)، پرز و همکاران (۲۰۱۴) و ال (۲۰۱۱)، وضعیت اقتصادی و فرهنگی - اجتماعی با میزان سقط عمدی در ارتباط است (۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵). هرچه زنان از وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر و وضعیت فرهنگی بالاتری برخوردار باشند، میزان سقط جنین در آن‌ها کمتر است. افراد با طبقه بالا در جامعه، به‌ویژه در مشاغل تخصصی و درآمد بالا، حاضر نیستند موقعیت شغلی و اجتماعی خود را برای فرزندآوری به خطر بیندازند. در واقع بهایی که بسیاری از زوجین در طبقات بالای جامعه برای رسیدن به پیشرفت می‌پردازند، داشتن فرزند کمتر است. افراد طبقات بالای جامعه، خواهان الزامات و ملزومات خاصی برای فرزندآوری هستند، در حالی که این امر در میان مردم طبقات پایین جامعه مشاهده نمی‌شود و به همین دلیل در اکثر جوامع، کسانی که وضعیت مالی آن‌ها بدتر است، بیشتر از پولدارها بچه‌دار می‌شوند (۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵). مشابه با مطالعه حاضر، در مطالعه پرز و همکاران (۲۰۱۴)، سقط با نوع مالکیت خانه و میانگین تعداد فرزندان ارتباط قوی داشت (۲۳). لازم است مطالعات بیشتری در مورد سلامت جنسی و باروری به‌ویژه با در نظر گرفتن عوامل اجتماعی و اقتصادی برای توسعه دستورالعمل‌های

مداخله‌ای برای ارتقای سلامت جنسی و باروری به‌ویژه در مورد گروه‌های در معرض خطر انجام شود. بر اساس یافته‌ها، زنان با توجه به عوامل فرهنگی به سقط عمدی می‌پردازند. زنان در هنگام مواجهه با بارداری ناخواسته تنها محل اتکایشان، حمایت خانواده، دوستان و تیم درمانی است. بر اساس مطالعه چینی چیان و همکاران (۲۰۰۷) مشارکت مردان در تصمیم‌گیری سقط کاملاً واضح بوده و زنان در اغلب موارد در ابتدا در پی جلب رضایت همسرانشان برمی‌آمدند. هرچند اعلام رضایت یا عدم رضایت همسر، تأثیری در تصمیم نهایی زنان نداشت و در نهایت آنها به سقط می‌پرداختند، حتی اگر همسرانشان با این امر موافق نبودند (۱۹).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، موانع اجتماعی، سومین عامل در سقط عمدی زنان بود. سردرگمی در تصمیم‌گیری مسئولان و اظهارات متناقض و بی‌توجهی به نیازها، از جمله مواردی بود که توسط شرکت‌کنندگان به‌عنوان موانع به آن اشاره شد. نتایج مطالعه ساندارام و همکاران (۲۰۱۲) (۲۸) نیز با مطالعه حاضر مطابقت داشت. یافته‌های مطالعه جاری، عوامل تعیین‌کننده اجتماعی در سطوح مختلف مدیریتی و سیاسی از جمله عدم دسترسی به امکانات رفاهی رایگان، نبود زیرساخت لازم در محل کار، محدودیت دسترسی یکسان افراد به خدمات رایگان، عدم حمایت مادران در محل کار و غیره می‌توان یافت که در سایر مطالعات مشابه از جمله فردریکو و همکاران (۲۰۱۸) (۲۲)، دوران و همکار (۲۰۱۵) (۲۹)، ماننشی و همکاران (۲۰۱۷) به موانع مربوط به در دسترس بودن خدمات بهداشتی و نگرش ارائه‌دهندگان نسبت به سقط جنین اشاره کرده‌اند (۳۰). بنابراین لازم است استراتژی‌هایی برای افزایش دانش سقط جنین و بهبود کیفیت و دسترسی زنان به خدمات، توسط مدیران و سیاست‌گذاران برنامه‌ریزی شود. موانع مدیریتی با مفاهیمی چون ساده‌سازی مشکل از سوی مسئولان، لزوم مشارکت مردم در حل مشکل، عدم ارائه خدمات بهینه به مادران باردار، عدم دسترسی رفتار برابر و رایگان و عدم نگاه مشارکتی به مسئله، باعث نوعی انفعال فرد شده است که مانع اجرای یک رفتار می‌شود. مردم به بهبود وضعیت و اثربخشی سیاست‌ها و مهم‌تر از

آن سیاست‌ها با توجه به شرایط حاکم علاقه دارند و در صورت نبود این شرایط، انفعال در بین مردم حاکم است. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، تعارضات سیاسی، لزوم اعمال قانون همچون عدم استفاده از روش‌های پیشگیری یا استفاده نادرست از روش‌های پیشگیری، علت وقوع حاملگی ناخواسته است. با توجه به کاهش باروری به زیر سطح جانشینی و همچنین کاهش ایده‌آل‌های باروری به سطح دو فرزند و کوتاه شدن دوره فرزندآوری، اکثریت زنان جوان در سال‌های زیادی از دوران باروری خود از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند. این در حالی است که در سال‌های اخیر ارائه خدمات تنظیم خانواده متفاوت از قبل شده و محدودیت‌هایی در ارائه خدمات به برخی گروه‌های زنان اعمال می‌شود. در این شرایط ممکن است میزان حاملگی‌های ناخواسته و به تبع آن، تقاضای سقط جنین افزایش یابد. بسیاری از موارد سقط جنین در شرایط ناایمن رخ می‌دهد که می‌تواند سلامتی هزاران زن را به خطر بیندازد. بازنگری در برنامه‌های تنظیم خانواده و همکاری مستمر متخصصان مختلف حوزه‌های بهداشت، حقوق، اخلاق، روانشناسی و علوم اجتماعی با سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران می‌تواند بخشی از چالش‌های مربوط به سلامت زنان، به‌ویژه در خصوص حاملگی ناخواسته و سقط جنین را کاهش دهد. دولت‌ها با توجه به مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ناشی از سقط جنین، باید بازنگری و تجدید نظرهایی را انجام دهند.

نتیجه‌گیری

عوامل به‌دست آمده در شهرستان اردبیل، حیطه‌های مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی را در برمی‌گیرد و مربوط به یک زمینه خاص نمی‌باشد. حصول اطمینان از پاسخ مؤثر جامعه، مستلزم تغییر رویکرد از بالا به پایین است که برای این امر، ضروری است که ارزیابی خطر برای موقعیت‌های اضطراری و اولویت‌های بهداشتی با مشارکت اجتماعی اجرا شود و جوامع در سطح محلی مشارکت کنند. اگرچه چندین مدل برای تعامل با جوامع و استفاده از رویکرد مشارکتی ایجاد شده است، ولی هنوز نیاز به تحقیقات بیشتر در مورد ساختارها و دستورالعمل‌های مختلف برای مشارکت

جوامع به عنوان ذینفعان مسئول در فرآیند وجود دارد، جایی که آنها نه تنها از مشکلات مطلع می‌شوند، بلکه می‌توانند تصمیمات آگاهانه‌ای با توجه به مسائل اجتماعی- اقتصادی محلی و تنوع فرهنگی پیشنهاد و اتخاذ کنند.

پیشنهاد می‌شود اقدامات لازم در زمینه برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های مداخلاتی و مدیریتی در راستای پیشگیری از سقط عمدی جنین در سطح جامعه انجام گیرد. همچنین لازم است مطالعات بیشتری در مورد ساختارها و دستورالعمل‌های جلب مشارکت جامعه به عنوان ذینفعان فرآیند انجام گیرد، جایی که مردم هم از مشکلات سلامت و علل آن آگاه شوند و می‌توانند تصمیمات آگاهانه‌ای اتخاذ کنند. همچنین نتایج این مطالعه می‌تواند به سیاست‌گذاران در تدوین برنامه‌ها، سیاست‌ها و مداخلات مختلف مبتنی بر جامعه در زمینه پیشگیری از سقط جنین کمک کند.

محدودیت‌های مطالعه

در مطالعه حاضر جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، از مهم‌ترین مشکلات و موانعی بود که پژوهشگر سعی نمود با بیان هدف مطالعه، بهره‌گیری از ظرفیت‌های محلی و داوطلبان سلامت و محرمانه بودن اطلاعات، اعتماد آنها را جلب نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پروژه تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1403.022 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه،

کارکنان مراکز جامع سلامت و داوطلبان سلامت محلات شهری شرکت کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ کدام از نویسندگان مطالعه تعارض منافع ندارند.

حمایت مالی

حمایت مالی این پژوهش بر عهده معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از نظر ملاحظات اخلاقی، هماهنگی و اخذ مجوز از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اردبیل جهت ارائه معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه به مراکز موردنظر و ورود به محیط پژوهش صورت پذیرفت. همچنین به مسئولین مراکز، شرکت‌کنندگان و داوطلبان سلامت محلات، توضیحات کافی در مورد هدف و روش انجام مطالعه برای داده شد. به گروه هدف در خصوص محرمانه بودن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد و حق خروج از پژوهش برای هر یک از شرکت کنندگان محفوظ بود.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان مقاله در نگارش و انجام امور مربوط به مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع

1. Nejhadadgar N, Mardi A, Zare M. The impact of new population policies on women's reproductive health pattern in Ardabil, Iran: a comparative cross-sectional study. *Frontiers in Reproductive Health* 2025; 7:1520027.
2. Adair L, Lozano N. Adaptive choice: Psychological perspectives on abortion and reproductive freedom. *Women's Reproductive Health* 2022; 9(1):1-26.
3. Zabeti AA, Kamali Asl S. Comparative analysis of Saeb's influence on Hafez based on two ghazals. *Kohn-e-Nameh Adab Parsi [Internet]* 2021; 1400(12):1.
4. Hashemi S, Asadolahi K, Direkvand Moghadam A, Sayehmiri K. Factors affecting abortion among pregnant women in Khorramabad from September 2020 to March 2021—A case-control study. *Technology and Research Information System* 2025; 1403(4).
5. Mousavi F. A Comparative Study of Competitive Rules in Competition Laws of Iran and the European Union. *Comparative Studies on Islamic and Western Law* 2021; 8(2):279-312.

6. Fathi Najafi T, Najafi Fathi M, Dashti S, Farnoosh E. Comparative study of the Fetal Rights in National and International laws: a narrative Review Paper. *Journal of Preventive Medicine* 2022; 9(3):292-301.
7. NeJhaddadgar N, Darabi F, Ezati F. Factors Affecting Induced Abortion: A Scoping Review. *Journal of Research and Health* 2025;15(1):105-16.
8. Torabi F, Sheidani R. A study of effective factors in tendency to fewer childbearing of 15-49 year old women residents of Tehran. *Journal of Woman and Family Studies* 2019; 7(2):31-67.
9. Rezaei M, Partovi L. Abortion among kurdish women from Mahabad in 2016. *Iran Journal of Nursing* 2017; 30(109):32-43.
10. Foster DG. The turnaway study: ten years, a thousand women, and the consequences of having—or being denied—an abortion. Simon and Schuster; 2021.
11. Klann EM, Wong YJ. A pregnancy decision-making model: psychological, relational, and cultural factors affecting unintended pregnancy. *Psychology of Women Quarterly* 2020; 44(2):170-86.
12. Ziapour A, Sharma A, NeJhaddadgar N, Mardi A, Tavafian SS. Study of adolescents' puberty, adolescence training program: The application of intervention mapping approach. *International quarterly of community health education* 2021; 42(1):5-14.
13. Nejhaddadgar N, Azadi H, Mehedi N, Togholi R, Faraji A. Teaching adults how to prevent COVID-19 infection by health workers: The application of intervention mapping approach. *Journal of Education and Health Promotion* 2021; 10(1):24.
14. NeJhaddadgar N, Togholi R, Yoosefi Lebni J, A Melca I, Ziapour A. Exploring the barriers in maintaining the health guidelines amid the COVID-19 pandemic: a qualitative study approach. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 2022; 59:00469580221100348.
15. Shariati M. Induced abortion rate in Iran: a meta-analysis. *Archives of Iranian medicine* 2013; 16(10):594.
16. Beggs JC. Applications: Disaster communication and community engagement. In *Disaster epidemiology* 2018:163-169. Academic Press.
17. World Health Organization. Risk communication and community engagement (RCCE) considerations: Ebola response in the Democratic Republic of the Congo. World Health Organization; 2018.
18. NeJhaddadgar N, Ziapour A, Jafarzadeh M, Ezzati F, Rezaei F, Darabi F. Explaining barriers to childbearing using the risk communication and community engagement (RCCE) strategy: Based on action research. *Health Science Reports* 2023; 6(10):e1606.
19. Chinichian M, Holakoic Nainie K, Rafeie Shirpak Kh. Voluntary abortion in Iran: a qualitative study. *Payesh* 2007; 6(3):219-232.
20. Elul B. Determinants of induced abortion: an analysis of individual, household and contextual factors in Rajasthan, India. *Journal of Biosocial Science* 2011; 43(1):1-7.
21. Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons US women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on sexual and reproductive health* 2005; 37(3):110-8.
22. Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *International journal of environmental research and public health* 2018; 15(2):329.
23. Perez G, Ruiz-Munoz D, Gotsens M, Cases MC, Rodríguez-Sanz M. Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *The European Journal of Public Health* 2014; 24(1):162-9.
24. Razeghi Nasrabad HB, Sanjari E. Factors associated with induced abortion: Lived experiences of women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological* 2017; 15(2):105-36.
25. Mansori F, Salarzaee AH, Shahraki DS. Examination of the level of knowledge of pregnant women of Legal regulations and Jurisprudence of Abortion and it's affective factors in Zabol in 1394. *Medical Figh Year* 2017; 8(28-29):137-159.
26. Assifi AR, Berger B, Tunçalp Ö, Khosla R, Ganatra B. Women's awareness and knowledge of abortion laws: A systematic review. *PloS one* 2016; 11(3):e0152224.
27. Cao C, Liu M, Qu S, Huang R, Qi M, Zhu Z, et al. Chinese medicine formula Kai-Xin-San ameliorates depression-like behaviours in chronic unpredictable mild stressed mice by regulating gut microbiota-inflammation-stress system. *Journal of ethnopharmacology* 2020; 261:113055.
28. Sundaram A, Juarez F, Bankole A, Singh S. Factors associated with abortion-seeking and obtaining a safe abortion in Ghana. *Studies in family planning* 2012; 43(4):273-86.
29. Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2015; 41(3):170-80.
30. Teffo ME, Rispel LC. 'I am all alone': factors influencing the provision of termination of pregnancy services in two South African provinces. *Global health action* 2017; 10(1):1347369.

Social-Managerial Explanation of the Causes of Induced Abortion with Social Participation

Nazila Nezhaddadgar^{1*}, Fatemeh Darabi², Mohammad Jafarzadeh³, Sevil Momeni Shabani⁴

1. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Asadabad University of Medical Sciences, Asadabad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, School of Education Sciences, Istanbul Kültür University, Istanbul, Turkey.

Received: Jul 28, 2025 Accepted: Oct 30, 2025

Abstract

Introduction: Induced abortion is a common problem in most countries, including Iran. Induced abortion accounts for approximately one-third of all abortions, which is a significant number. In order to reduce abortions, it is essential to identify the causes. The present study was conducted with aim to socio-managerial explain the causes of induced abortion with social participation in Ardabil city.

Methods: This study was conducted by social participation during 10 months in Ardabil city. The study population was 33 married women aged 15-54 years who were willing to have an induced abortion, identified by neighborhood health volunteers. People were investigated using open and semi-structured interviews. The interviews with the investigated people were recorded and then written down and analyzed based on the content analysis method using the MAXQDA (version 20).

Results: The results of data analysis led to the extraction of 3 main classes: individual, family, and social. The individual class was classified into 3 subclasses: mental, belief, and awareness; the family class was classified into 2 cultural and financial subclasses; and the social class was classified into 2 political and managerial subclasses.

Conclusion: According to the findings presented in the results section, the causes of intentional abortion among married women should be examined. Identifying these factors can play an effective role in designing interventional, counseling, managerial, and policy-making programs at the local and national levels.

Keywords: Inuced Abortion, Social-Management, Social Participation

► Please cite this article as:

Nezhaddadgar N, Darabi F, Jafarzadeh M, Momeni Shabani S. Social-Managerial Explanation of the Causes of Induced Abortion with Social Participation. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2025; 28(8):20-30. DOI: 10.22038/ijogi.2025.82366.6195