

مقاله اصلی

ارائه مدل بررسی عوامل سقط جنین زنان (مورد مطالعه: زنان شهر اصفهان)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

خلاصه

مقدمه: سقط جنین را می‌توان پدیده‌ای اجتماعی پزشکی دانست، که متأثر از شرایط سیاسی و اجتماعی جامعه است، که خود جامعه می‌تواند هم زنانه که دست به سقط زده‌اند و هم کادر پزشکی که این عمل را انجام داده‌اند را به عنوان هنجارشکن معرفی و برجسب زند، از این رو، با توجه به اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر ارائه مدلی بررسی عوامل سقط جنین زنان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود.

روش کار: روش پژوهش توصیفی پیمایشی و جامعه آماری زنان با سابقه سقط جنین در شهر اصفهان و حجم نمونه ۲۴۹ نفر از زنان که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه ۹۶ سوالی بسته پاسخ محقق ساخته بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS-26 و نرم افزار اسمارت PLS-4 با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی مبتنی بر واریانس نسخه چهارم استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد، مقادیر بارهای عاملی به همراه آماره t و سطح معناداری برای مولفه‌های پرسشنامه ارائه شده که در دو مولفه اصلی علل خانوادگی و علل اجتماعی و هم‌چنین برای علل خانوادگی مضامین اصلی: وضعیت مالی، شرایط خانوادگی، درک منفی از تأثیر بر زندگی، و تعارضات زناشویی، و برای علل اجتماعی مضامین اصلی: نگرش اجتماعی و امنیت اجتماعی، با بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ در مدل علل سقط جنین در بین زنان از برازش مطلوبی برخوردار بود و مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: بنابراین، نتیجه می‌گیریم، که اولویت‌های ارزشی افراد هم‌چون بچه‌دار شدن، متأثر از میزان رفاه اقتصادی و اجتماعی و هم‌چنین جریان جامعه‌پذیری است.

کلمات کلیدی: سقط جنین، متخصص مامایی، زنان، تعارضات زناشویی، ارائه مدل

مهديه باتقوا^۱

سید ناصر حجازی^{۲*}

محمد علی چیت ساز^۳

^۱ دانشجوی دکتری جامعه شناسی، گرایش جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

^۲ استادیار، گروه جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران.

Email: hejazinaser@yahoo.com

مقدمه

سالیانه زندگی و سلامت میلیون‌ها انسان در سراسر جهان به علت پایان بخشیدن به حاملگی‌های ناخواسته در معرض خطر جدی قرار دارد. وقوع میزان چشمگیر سقط‌های القایی و غیر بهداشتی در سراسر جهان و به‌ویژه در جوامع در حال توسعه و منجر شدن بسیاری از این سقط‌ها به مرگ و میر مادران در سنین باروری، برجای گذاردن صدها هزار ناتوانی جسمی و جنسی، تحمل درد و رنج ناشی از عوارض سقط‌های غیربهداشتی، گزارش بالاترین آمار و ارقام سقط‌های غیرایمن از جوامع در حال توسعه بویژه جوامعی با منع و محدودیت‌های قانونی بیشتر، از مشکلات عمده سلامت باروری زنان به حساب می‌آید و بدین ترتیب ضرورت بررسی جامع ابعاد مختلف سقط جنین را در جوامع مختلف و از جمله ایران آشکار می‌سازد. سقط جنین^۱ به معنای به پایان رسیدن بارداری است و به انواع خودبخودی، القاء شده یا اختیاری، فراموش شده و درمانی قابل جداسازی است (۱). سقط جنین را می‌توان پدیده‌ای اجتماعی پزشکی دانست، که متأثر از شرایط سیاسی و اجتماعی جامعه است (۲)، که خود جامعه می‌تواند، هم زنانی که دست به سقط زده‌اند و هم کادر پزشکی که این عمل را انجام داده‌اند را به عنوان هنجارشکن معرفی و برچسب زند (۳). بر اساس دیدگاه اجتماعی- فرهنگی، اعمال و پیام‌های اجتماعی که بر زنان با تجربه سقط برچسب می‌زند، می‌تواند پیامدهای منفی روانشناختی برای آن‌ها به همراه داشته باشد. خونریزی، آسیب دستگاه تناسلی و حتی مرگ از عوارض سقط، بویژه در سقط‌های ناامن است، البته پیامدهای سقط ناامن فقط متوجه خود فرد نمی‌شود، بلکه کل سیستم مراقبت بهداشتی را متأثر می‌سازد، زیرا بسیاری از منابع باید صرف درمان عوارض ناشی سقط‌های غیرایمن شود (۴).

در ایران این پدیده از نظر دینی و قانونی با محدودیت‌هایی روبرو است و سقط جنین عمدی هم براساس قوانین کشور هم براساس موازین دینی در ایران ممنوع است. گرچه تاریخچه ثبت شده انجام سقط جنین در کلینیک‌های پزشکی در ایران به سال ۱۳۵۲ برمی‌گردد اما اعطای مجوز رسمی به افراد به منظور انجام سقط در مراکز پزشکی مربوط به به سال ۱۳۵۵ است که قانون جدیدی درباب سقط وضع شد و سقط را تا قبل از هفته ۱۲ بارداری به دلایل اجتماعی- پزشکی مجاز دانسته است. بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ قانون سقط جنین دوباره تغییر نمود و سقط به عنوان یک جرم جنایی تعریف و تنها به منظور حفظ جان مادر تا قبل از چهار ماهگی بارداری، مجاز شمرده شد (۵).

برآوردها از آن حکایت دارد که سالانه حدود ۲۶ تا ۵۳ میلیون سقط در دنیا انجام می‌شود که سقط‌های ناسالم، در شرایط غیربهداشتی و با وسایل خطرناک، سالانه حدود ۵۰ تا ۱۰۰ هزار مادر را به کام مرگ می‌کشاند (۶). همچنین شواهد بر آن دلالت دارد که حدود ۱۳ درصد از مرگ مادران در دنیا به علت عوارض ناشی از سقط است. در ایران آمار و اطلاعات درباب سقط جنین با توجه به محدودیت‌های قانونی و دینی آن کمتر در دسترس است، اما با وجود این، برآوردها از آن حکایت دارند، که بیش از پنج درصد مرگ مادران ایرانی به سقط و عوارض ناشی از آن بر می‌گردد (۷).

مطالب فوق بیانگر اهمیت همبستگی سقط جنین و سلامت مادران است (۸). مطالعه‌ای در تهران توسط ضابطی (۱۴۰۰) (۵)، در بین حدود ۵۰۰ زن متأهل ۲۵ تا ۵۰ ساله نشان داده است، که اوج میزان عمومی سقط جنین با حدود ۱۲ در هزار به گروه سنی ۳۴-۳۰ اختصاص دارد. به علاوه حدود نه درصد حاملگی‌های شناخته شده با سقط خاتمه می‌یابد و اینکه سقط در بین زنان شاغل، زنان با تحصیلات و درآمد بالا و نیز زنانی که کمتر

^۱- prevalence of abortion

مذهبی بوده‌اند بیشتر از سایر زنان است. مطالعه دیگر توسط رضایی و پرتوی (۱۳۹۸) (۹)، در بین زنان کرد شهر مهاباد به این نتیجه رسید که حدود ۳۱ درصد زنان بررسی شده تجربه سقط داشته و بیش از ۳۴ درصد آن‌ها عمدی بوده است. این مطالعه نیز نشان داده که شاغل بودن و داشتن تحصیلات بالا با تجربه سقط مرتبط است. نتایج تحقیقی در شهر اردبیل توسط تذکوری، مولایی، عهدایی‌وند، امانی، مردی و فولادی (۱۳۹۴) (۱۰)، حاکی از آن است، که بیشتر مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های این شهر برای سقط، زنان ۳۲-۲۴ ساله، خانه‌دار و با تحصیلات ابتدایی بوده و همسران آن‌ها نیز دارای تحصیلات ابتدایی و شغل آزاد بودند.

نتایج مطالعه‌ای در این زمینه در دانمارک توسط فوستر^۱ (۲۰۲۰) (۱۱)، نشان داد، احتمال سقط با تعداد تولدهای قبلی ارتباط مستقیم دارد و احتمال سقط برای زنانی که هنوز فرزندی ندارند بسیار پایین و با افزایش تعداد فرزندان نیز احتمال سقط افزایش می‌یابد و همچنین با افزایش سن احتمال داشتن سقط کاهش می‌یابد. مطالعه‌ای در فنلاند توسط کلان و وونگ^۲ (۲۰۲۰) (۱۲) نشان داده است، که ویژگی‌های فردی و مذهبی افراد از تعیین‌کننده‌های تمایل یا عدم تمایل به سقط در بین زنان است، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۶ در نقاط روستایی بورکینافاسو نشان داده شده است، که حدود ۱۸ درصد زنان مورد مطالعه اظهار داشته‌اند، که اگر حاملگی با مشکلات سلامتی همراه شود، با سقط جنین موافق هستند، حدود ۲۰ درصد نیز زمانی با سقط موافق بوده‌اند که زن باردار شود اما آخرین فرزند آن زن هنوز کوچک باشد، هم‌چنین ۴۴ درصد آنها سقط را برای زن ازدواج نکرده و یا زنی که خارج از

چارچوب ازدواج باردار شده است، مجاز می‌دانند (به نقل از روکا، سامری، فوستر، گولد و کیمپورت^۳، ۲۰۲۰) (۱۳). بنابراین، مطالعه در مورد علل و آثار روانی سقط جنین، به‌منظور اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی زنان و مردان حائز اهمیت است. در تبیین چرایی موضوع می‌توان اذعان نمود که سقط جنین مقوله‌ای پیچیده در حوزه سلامت باروری است، که به دلیل ماهیت بحث‌برانگیز آن کمتر بدان توجه شده است. کشورهای مختلف جهان براساس آداب و رسوم، سنت‌ها و باورهای فرهنگی متفاوت، قوانین مختلفی را در برابر سقط جنین اتخاذ کرده‌اند. با توجه به غیرشرعی و غیرقانونی بودن سقط جنین در کشورهای اسلامی و با توجه به در دسترس نبودن امکانات پزشکی و بهداشتی در کشورهای در حال توسعه به نظر می‌رسد، زنانی که مرتکب چنین عملی می‌شوند در معرض آسیب بیشتری قرار می‌گیرند. بر همین اساس، مطالعه در مورد علل و آثار روانی سقط جنین، به‌منظور اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی زنان و مردان حائز اهمیت است. بر همین اساس پژوهش حاضر به ارائه مدل سقط جنین در بین زنان شهر اصفهان و تبیین جامعه شناختی آن می‌پردازد. نتایج پژوهش می‌تواند برای پزشکان، زوجین جوان، مدیران و مسئولین مرتبط با رشد جمعیت، محققین برای انجام تحقیقات آینده، ایجاد تغییرات لازم در برنامه‌های غیر مستقیم جلوگیری از سقط و کاهش عوارض مستقیم و بهداشتی و ایمن مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین، پژوهش فوق به روش کمی برای دستیابی به نظر ارائه دهندگان خدمت در مورد مدلی برای دلایل انجام سقط در سطح شهر اصفهان انجام شد.

روش

روش پژوهش توصیفی پیمایشی و جامعه آماری زنان با سابقه سقط جنین (با شاخص ورودی حداقل یک بار انجام سقط جنین

^۱- Foster

^۲- Klann & Wong

^۳- Rocca, Samari, Foster, Gould & Kimport

شرایط خانوادگی	۴۹-۶۳
درک منفی از تأثیر بر زندگی	۶۴-۶۸
تعارضات زناشویی	۶۹-۷۴
نگرش اجتماعی	۷۵-۸۵
امنیت اجتماعی	۸۶-۹۰
اعتقادات مذهبی	۹۱-۹۲
نامشروع بودن فرزند	۹۳-۹۶

پس از ترسیم الگوی مفهومی، جهت گردآوری اطلاعات با هدف اعتبارسنجی از اقدامات انجام شده، پرسشنامه‌ای با ۹۶ سؤال طراحی و در اختیار متخصصان و خبرگان قرار گرفت، تا میزان موافقت خود را در مورد هریک از گویه‌ها و مولفه‌های مربوطه، با انتخاب یکی از نمره‌های ۱ تا ۱۰ اعلام نمایند. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان تجزیه و تحلیل گردید، نمرات ۱ تا ۴ نامناسب و نمرات ۶ تا ۹ مناسب در نظر گرفته شد. براساس نتایج، میزان رضایت و توافق شرکت‌کنندگان از مضامین اصلی، بالای ۹۵٪ بود و اعتبار اقدامات انجام شده مورد تأیید قرار گرفت. نتایج حاصله در جدول ۲. ارائه شده است.

جدول ۲. پرسشنامه اعتبارسنجی مدل مفهومی

متغیر	اجزای مدل	درصد فراوانی
		نامناسب مناسب
واکاوی	به طور کلی تا چه حد مفاهیم و متغیرهای	
سقط	مطرح شده را مناسب مدل «واکاوی	۰/۷ ۹۹/۳
جنین	سقط جنین در بین زنان می‌دانید؟	
زنان	لطفاً میزان موافقت خود را با موارد	
	مطرح شده در حوزه اصلی «علل فردی»	۳/۶ ۹۶/۴
	بیان فرمائید.	
	لطفاً میزان موافقت خود را با موارد	۴/۷ ۹۵/۳
	مطرح شده در حوزه اصلی «علل خانوادگی» بیان فرمائید.	
	میزان موافقت خود را با موارد مطرح	۴/۷ ۹۵/۳

طی یک تا دو سال گذشته، شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود، که به علت ممنوعیت عمل سقط، آمار دقیقی از آن‌ها ثبت نشده است. حجم نمونه آماری موردنظر در این پژوهش از طریق نرم افزار Sample power برابر با ۲۴۹ نفر تعیین شده است. در این روش بر اساس حجم جامعه نیست و محاسبه‌ای انجام نمی‌شود و با استفاده از تعداد متغیرهای اصلی و مؤلفه‌های آن‌ها، تعیین می‌شود، براساس محاسبه انجام شده حجم نمونه بخش کمی پژوهش برابر با ۲۴۹ نفر به دست آمد و به روش نمونه‌گیری دردسترس، با مراجعه به ۵ مطب پزشک مامایی از بین زنانی که قبلاً عمل سقط را داشته‌اند (بدون پرسش از مشخصات فردی مانند نام و نام خانوادگی، و تأکید به محرمانه بودن اطلاعات) افراد انتخاب شدند.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه محقق ساخته بود. سوالات پرسشنامه بر اساس مصاحبه انجام شده در مورد «مدلی برای واکاوی سقط جنین در بین زنان» در چهار حوزه اصلی: «علل فردی»، «علل خانوادگی»، «علل اجتماعی» و «علل فرهنگی» تنظیم و ۹۶ سؤال طی کدگذاری نهایی از مصاحبه‌ها براساس چهار حوزه اصلی استخراج شد. سوالات پرسشنامه به صورت بسته پاسخ و با طیف پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بوده که نحوه نمره گذاری آن به ترتیب ۵-۴-۳-۲-۱ بود.

جدول ۱. مولفه‌های پرسشنامه و سوالات مربوط به آن‌ها

حوزه اصلی	مضامین اصلی (کدگذاری محوری)	سوالات
علل فردی	وضعیت مادر	۱-۲۶
	نگرش منفی مادر	۲۷-۳۰
	ناهنجاری جنین	۳۱-۳۸
علل خانوادگی	وضعیت مالی	۳۹-۴۸

متغیر	اجزای مدل	درصد فراوانی	متغیر	اجزای مدل	درصد فراوانی		
نامناسب	نامناسب	نامناسب	نامناسب	نامناسب	نامناسب		
بیان فرمائید.	شده در حوزه اصلی «علل اجتماعی»		مذهبی» اعلام فرمائید.	شده در مضمون اصلی «اعتقادات			
میزان موافقت خود را با عوامل مطرح شده			میزان موافقت خود را با موارد مطرح				
در حوزه اصلی «علل فرهنگی» بیان فرمائید.	۹۷/۹	۲/۱	شده در مضمون اصلی «نامشروع بودن» اعلام فرمائید.	۹۹	۱		
میزان موافقت خود را با هریک از عوامل مطرح شده در مضمون اصلی «وضعیت مادر» فرمائید.	۱۰۰	۰	همان گونه که در جدول مشاهده می شود، میزان رضایت و توافق شرکت کنندگان از حوزه اصلی و مضامین اصلی مدل واکاوی سقط جنین در بین زنان ، بالای ۹۵٪ بود و بدین ترتیب روایی محتوایی سوالات مطرح شده برای مضامین مذکور مورد تایید قرار گرفته است. شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) جهت بررسی روایی همگرا استفاده شد، که برای علل فردی ۰/۵۲؛ علل خانوادگی ۰/۵۲؛ علل اجتماعی ۰/۶۱ و علل فرهنگی ۰/۶۱ بدست آمد و بالاتر از ۰/۴۰ بوده و مورد قابل قبول قرار دارند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای علل فردی ۰/۸۴؛ علل خانوادگی ۰/۸۸؛ علل اجتماعی ۰/۸۴ و علل فرهنگی ۰/۸۰ و ضریب پایایی ترکیبی برای علل فردی ۰/۷۰؛ علل خانوادگی ۰/۷۶؛ علل اجتماعی ۰/۷۴ و علل فرهنگی ۰/۷۷ بدست آمد و بالاتر از ۰/۴۰ بوده که پایایی مورد قابل قبولی است.	۹۷/۹	۲/۱	۹۸/۷	۱/۳
میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «ناهنجاری جنین» اعلام فرمائید.			میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «وضعیت مالی» اعلام فرمائید.				
میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «شرایط خانوادگی» اعلام فرمائید.	۱۰۰	۰	میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «درک منفی از تأثیر بر زندگی» اعلام فرمائید.	۹۵/۵	۴/۵		
میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «تعارضات زناشویی» اعلام فرمائید.	۹۹/۲	۰/۸	میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «نگرش اجتماعی» اعلام فرمائید.	۹۷/۷	۲/۳		
میزان موافقت خود را با موارد مطرح شده در مضمون اصلی «امنیت اجتماعی» اعلام فرمائید.	۹۹	۱	میزان موافقت خود را با موارد مطرح	۹۸/۷	۱/۳		

نتایج

جدول زیر نتایج توصیفی نمرات علل فردی، علل خانوادگی، علل اجتماعی و علل فرهنگی در مدل واکاوی سقط جنین در بین زنان را نشان می دهد.

نتایج

جدول زیر نتایج توصیفی نمرات علل فردی، علل خانوادگی، علل اجتماعی و علل فرهنگی در مدل واکاوی سقط جنین در بین زنان را نشان می دهد.

ضریب همبستگی آلفای کرونباخ، پایایی ثبات درونی، همانند تحلیل عاملی روشی برای مشاهده شدت همبستگی بین سازه‌ها است. معیار آلفای کرونباخ، معیاری کلاسیک برای سنجش پایایی و سازگاری درونی است که مقادیر نزدیک به ۱ این معیار، نشان از مقدار بالای واریانس تبیین شده بین یک سازه و شاخص‌های مربوط به آن است، که مقادیر از ۰/۷۲۹ تا ۰/۹۰۴ برای متغیرهای مدل می‌باشد. برای سنجش پایایی علاوه بر آلفای کرونباخ، از روش پایایی ترکیبی^۱ (CR) نیز استفاده شد. از آنجایی که معیار آلفای کرونباخ یک معیار سنتی برای تعیین پایایی سازه می‌باشد، روش حداقل مجذورات جزئی معیار مدرن‌تری نسبت به آلفا به نام پایایی ترکیبی به کار برده شد و مقادیر برای متغیرها بین ۰/۸۰۵ تا ۰/۹۲۳ بدست آمد که نشان‌دهنده پایداری درونی مناسب برای مدل‌های اندازه‌گیری بوده است. همچنین، آماره دوربین واتسون به منظور بررسی استقلال خطاها نشان از این است، که مفروضه استقلال برای متغیرهای پیش‌بین برقرار است (DW=۱/۴۵۸). آماره دوربین-واتسون یک آماره آزمون است، که برای بررسی وجود خود همبستگی در بین باقی‌مانده‌ها در رگرسیون به کار برده می‌شود و مقدار این آماره همواره بین ۰ تا ۴ قرار می‌گیرد. شاخص برازش کلی (GOF) مدل عاملی اکتشافی مرتبه دوم مدل علل سقط جنین در بین زنان ۰/۳۹ به دست آمد، که مطلوب می‌باشد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل نهایی پژوهش

شاخص‌های برازش مدل		شاخص‌های برازش مدل پژوهش
مقدار	حد مجاز	
X^2 (ارزایی برازش کلی مدل)	۷۴/۱۵۹	-
اندازگیری		

جدول ۳. نتایج توصیفی نمرات حوزه‌های اصلی (کدگذاری

انتخابی) واکاوی سقط جنین در بین زنان

متغیر	میانگین	انحراف	واریانس	حداقل	حداکثر
	معیار	نمره	نمره	نمره	نمره
علل فردی	۸۱/۲۵	۱۱/۹۶	۱۴۳/۰۸	۵۱	۱۲۳
علل خانوادگی	۱۲۰/۲۸	۱۴/۵۱	۲۱۰/۵۸	۷۱	۱۵۰
علل اجتماعی	۵۳/۰۵	۸/۱۷	۶۶/۸۶	۳۴	۷۱
علل فرهنگی	۱۹/۱۸	۳/۴۸	۱۲/۱۶	۹	۲۹

بر اساس نتایج توصیفی در مدل واکاوی سقط جنین در بین زنان نتایج نشان می‌دهد، که در این بین، میانگین علل فردی (۸۱/۲۵)، علل خانوادگی (۱۲۰/۲۸)، علل اجتماعی (۵۳/۰۵) و علل فرهنگی (۱۹/۱۸)، می‌باشد.

عامل تورم واریانس، در مدل‌های معادلات ساختاری یکی از روش‌های تخمین پارامترهای مدل، روش حداقل مربعات (نبود رابطه هم خطی بین متغیرها) است و مقادیر شاخص وضعیت برای علل فردی ۹/۶۵۳؛ علل خانوادگی ۱۲/۷۰۹؛ علل اجتماعی ۱۰/۱۴۹ و علل فرهنگی ۱۱/۲۳۵ به دست آمد و حاکی از رابطه هم خطی بین متغیرهای پیش بین وجود دارد. نتایج مربوط به آزمون کولموگوف-اسمیرنوف در خرده مقیاس‌های پرسشنامه واکاوی سقط جنین در بین زنان جهت فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها است و نتایج نشان می‌دهد، مقادیر در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نیست. بنابراین، با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته در نمونه آماری را پذیرفت.

^۱ . Composite Reliability

پذیرش برازش خوب مدل در نظر گرفته شده است و مدل اندازه‌گیری برای این شاخص مقدار ۰/۰۶ را به دست آورده است که در دامنه پذیرش قرار دارد. CFI شاخصی است جایگزین کای اسکوئر که به حجم نمونه بستگی ندارد و برای آن مقادیر بالای ۰/۹ به عنوان محدوده پذیرش پیشنهاد شده است، که در این مدل مورد قبول قرار گرفته است. برای شاخص‌های CFI, TLI, IFI مقادیر بالای ۰/۹ نشان‌دهنده پذیرش مدل و مقادیر بالای ۰/۹۵ نشان از برازش خوب مدل دارد و با توجه به مقادیر بدست آمده همگی در دامنه پذیرش قرار دارند.

شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR) کمتر از ۰/۱ بدست آمده که نشان‌دهنده همبستگی مشاهده شده و مورد انتظار را به عنوان معیار مطلق برازش (مدل) بوده و از تعیین نادرست مدل جلوگیری می‌کند. شاخص‌های معیار تناسب مدل راستین (فاصله اقلیدسی) d_uls و معیار تناسب مدل راستین (فاصله ژئودزیکی) d_g برای محاسبه اختلاف از ماتریس‌های کوواریانس استفاده می‌شوند و برای معیارهای تناسب مدل راستین چنین آستانه‌ای وجود ندارد ولی چون این مقادیر کوچکتر از کران بالای فاصله اطمینان بوت استرپینگ هستند، برازش مناسب دارند. شاخص تنای ریشه میانگین مربعات (RMS_theta) درجه همبستگی باقیمانده‌های مدل بیرونی و میانگین مربعات ماتریس کوواریانس را تأیید می‌کند.

برای انجام این مرحله ابتدا بار عاملی شاخص‌ها یا سؤالات پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. بارهای عاملی از طریق محاسبه مقدار همبستگی شاخص‌های یک سازه با آن سازه محاسبه می‌شوند، که اگر این مقدار برابر و یا بیشتر از مقدار ۰/۴۰ شود، نشانه این است، که واریانس بین سازه و شاخص‌های آن از واریانس خطای اندازه‌گیری آن بیشتر و پایایی در مورد آن مدل اندازه‌گیری، قابل قبول است. در جدول (۵) مقادیر

شاخص‌های برازش مدل		شاخص‌های برازش مدل پژوهش
مقدار	حد مجاز	
χ^2/DF (نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی)	۲/۲۹ کمتر از ۳	
RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)	۰/۰۶ بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸	
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۹۶۹ بالاتر از ۰/۹	
NFI (شاخص تناسب به‌هنجار)	۰/۹۸۲ بالاتر از ۰/۹	
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۳۳ بالاتر از ۰/۹	
AGFI (نیکویی برازش اصلاح شده)	۰/۹۴۰ بالاتر از ۰/۹	
IFI (شاخص برازندگی افزایشی)	۰/۹۱۲ بالاتر از ۰/۹	
TLI	۰/۹۳۸ بالاتر از ۰/۹	
شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR)	۰/۰۶ کمتر از ۰/۱	
شاخص تنای ریشه میانگین مربعات (RMS_theta)	۰/۰۵ زیر ۰/۱۲	
معیار تناسب مدل راستین (فاصله اقلیدسی) d_uls	۳/۲۰ برازش مطلوب	
معیار تناسب مدل راستین (فاصله ژئودزیکی) d_g	۱/۹۰ برازش مطلوب	

شاخص Chi square برای ارزیابی برازش کلی مدل اندازه‌گیری بکار می‌رود. البته این شاخص که تحت اندازه نمونه قرار می‌گیرد و زمانی که اندازه نمونه بالا باشد برآزش مناسب مدل را نشان می‌دهد، از این‌رو، در اغلب موارد شاخص Chi square/df گزارش می‌شود. مقدار این شاخص با توجه به این که مقدار درجه آزادی مدل ۲/۲۹ (کمتر از ۳) بدست آمده، مناسب است. هم‌چنین، مقدار بین ۱ تا ۱/۲ را برای این شاخص مناسب می‌دانند.

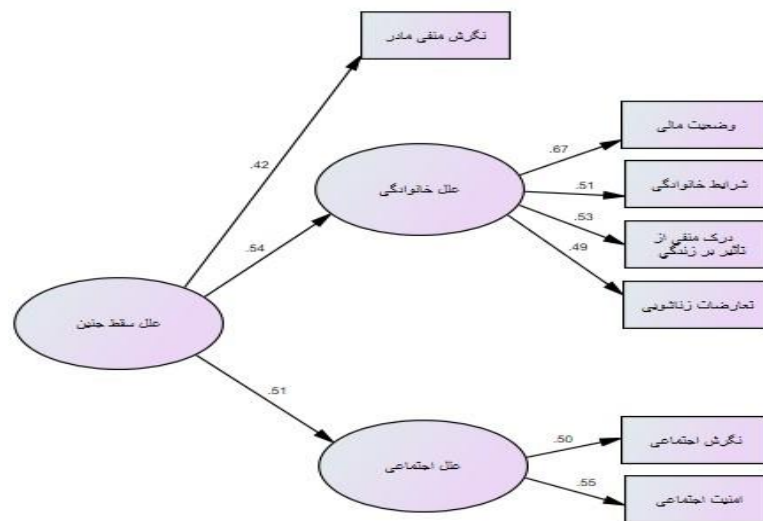
RMSEA یکی از اصلی‌ترین شاخص‌های برازش مدل است، که برای آن مقادیر بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ به عنوان دامنه

بارهای عاملی به همراه آماره t و سطح معناداری برای مولفه‌های پرسشنامه ارائه شده که در دو مولفه اصلی علل خانوادگی و علل اجتماعی و همچنین برای علل خانوادگی مضامین اصلی: وضعیت مالی، شرایط خانوادگی، درک منفی از تأثیر بر زندگی، و تعارضات زناشویی، و برای علل اجتماعی مضامین اصلی: نگرش اجتماعی و امنیت اجتماعی، قرار گرفته شده در مدل بار عاملی بیشتر از $0/40$ بدست آمده که برای علل سقط

جنین در بین زنان مناسب و از برازش مطلوبی برخوردار است و کاربرد مطلوبی برای تشخیص علل سقط جنین را دارد و تنها در مولفه اصلی علل فردی مضمون اصلی: نگرش منفی مادر، در مدل بار عاملی بیشتر از $0/40$ به خود گرفته است. بنابراین برای ترسیم شکل (۱). مدل علل سقط جنین در بین زنان، سایر موارد به علت بار عاملی کمتر از $0/40$ حذف شده است.

جدول ۵. بررسی بارهای عاملی سازه‌های پرسشنامه علل سقط جنین در بین زنان

سازه‌ها	بار عاملی	آماره t	سطح معناداری
علل فردی	$0/158$	$2/88$	$0/641$
علل خانوادگی	$0/549$	$34/94$	$0/0001$
علل اجتماعی	$0/512$	$32/87$	$0/0001$
علل فرهنگی	$0/192$	$2/74$	$0/668$
وضعیت مادر	$0/174$	$2/95$	$0/597$
نگرش منفی مادر	$0/425$	$23/44$	$0/0001$
ناهنجاری جنین	$0/116$	$2/14$	$0/842$
وضعیت مالی	$0/672$	$40/48$	$0/0001$
شرایط خانوادگی	$0/513$	$32/59$	$0/0001$
درک منفی از تأثیر بر زندگی	$0/539$	$35/89$	$0/0001$
تعارضات زناشویی	$0/497$	$30/54$	$0/0001$
نگرش اجتماعی	$0/508$	$32/25$	$0/0001$
امنیت اجتماعی	$0/556$	$36/54$	$0/0001$
اعتقادات مذهبی	$0/214$	$3/28$	$0/426$
نامشروع بودن	$0/247$	$3/64$	$0/357$



شکل ۱. بارهای عاملی تایید شده در مدل علل سقط جنین در بین زنان

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر ارائه مدل بررسی عوامل سقط جنین زنان شهر اصفهان بود. براساس یافته‌های کمی، مقادیر بارهای عاملی به همراه آماره χ^2 و سطح معناداری برای مولفه‌های پرسشنامه ارائه شده که در دو مولفه اصلی علل خانوادگی و علل اجتماعی و همچنین برای علل خانوادگی مضامین اصلی: وضعیت مالی، شرایط خانوادگی، درک منفی از تأثیر بر زندگی، و تعارضات زناشویی، و برای علل اجتماعی مضامین اصلی: نگرش اجتماعی و امنیت اجتماعی، با بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ در مدل علل سقط جنین در بین زنان از برازش مطلوبی برخوردار بود و مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش حاضر در راستای با یافته‌های پژوهش آمینی و یاری نسب (۱۳۹۹) (۱۴)، عرفانی و شجاعی (۱۳۹۷) (۱۵)، محمودیانی، احمدی و جوادی (۱۳۹۷) (۱۶) فریدریچ-کارنیک، استوکوف-ایرلیچ و جونز^۱ (۲۰۲۴) (۱)، لیتل،

یونگ، پیگوت، بیگز، مونک-اولسن و استینبرگ^۲ (۲۰۲۴) (۸)، کابونگ^۳ و همکاران (۲۰۲۳) (۱۷)، و کلارک، سیبلی و اوسبورن^۴ (۲۰۲۳) (۱۸)، قرار دارد. در هر یک از پژوهش مذکور ابعاد مختلف علل فردی، علل خانوادگی، و علل اجتماعی سقط جنین مورد تأیید قرار گرفته است.

در تبیینی می‌توان گفت، در نگاه کلان نگر، عوامل مؤثر در باروری در حقیقت فرهنگ جامعه، عوامل محیطی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مذهبی است و این‌ها عواملی‌اند که حرکت باروری و سقط جنین را در جامعه تعیین می‌کنند. در سطح خرد، انگیزه‌های شخصی، سلايق، نگرش‌های افراد و طرز تلقی آن‌ها می‌تواند روی رفتارهای افراد اثر بگذارد آنچنان‌که (۱)، نیز در پژوهش خود به این موضوع اشاره نمودند. در این سطح بیشتر گرایش‌ها، انگیزه‌ها و سلیقه‌های افراد است، که حرکت اصلی باروری و حتی سقط جنین را دیکته می‌کند. چگونگی

²- Littell, Young, Pigott, Biggs, Munk-Olsen & Steinberg

³- Kabunga

⁴- Clarke, Sibley & Osborne

¹- Friedrich-Karnik, Stoskopf-Ehrlich & Jones

نگرش به سقط جنین با دوگانه سنت‌گرایی-نوگرایی پیوند خورده است، به‌طوری که کاست، زولند و مورو^۱(۲۰۲۳)(۱۹)، معتقدند، هر چقدر نگرش‌های نوگرایانه و غیرسنتی و لیبرالی برجسته‌تر می‌شود، بر شدت نگرش مثبت به سقط جنین افزوده می‌شود. براساس نظریه اینگلههارت (۱۹۹۷)(۲۰)، فرامادیون اهمیت کمتری به ازدواج و داشتن بچه می‌دهند(۲)، و از نظر آنان تفسیر چرخه زندگی بر این فرض استوار است که ازدواج کردن و بچه‌دار شدن موجب می‌شود، تا از اولویت‌های اصلی زندگی مانند: زیبایی و تناسب اندام، لذت بردن از لحظات زندگی، رسیدن به اهداف شغلی دور بمانند و آنگونه که باید در زندگی احساس رضایت و خشنودی نداشته باشند، به همین دلیل از سقط جنین حمایت می‌کنند.

در تبیینی دیگر، نظریه کنترل بر بدن، سقط جنین درخواستی یکی از مطالبات چهارگانه نخستین کنفرانس آزادی زنان بریتانیا (۱۹۷۰)، مبتنی بر این دیدگاه بود که زنان حق تفویض‌ناپذیری بر تن خود دارند و این نظر بخشی از دیدگاه فمینیستی درباره آزادی تولید مثل است (۲۱)، بر همین اساس، زندگی بدون فرزند را ترجیح می‌دهند و در صورت بارداری اقدام به سقط می‌کنند. حقوق تولید مثل، خود شامل حقوق مادرشدن، جلوگیری از بارداری و سقط جنین است و لذا گوردن یکی از تئوریسینهای فمینیستی معتقد بود، کنترل تولید مثل اساساً مبارزه‌ای سیاسی برای کسب حق تعیین سرنوشت زنان است (۱۱)، و این دیدگاه زن‌محور حق کنترل بدن را بخشی اساسی از حق آزادی زنان می‌داند؛ به ویژه در بارداری‌های ناخواسته که می‌توانند اقدام به سقط جنین کنند.

یافته‌ها براساس «نگرش منفی مادر» شامل: تغییرات منفی جسمی به دنبال بارداری و زایمان، ترس از پیری زودرس و از

دست دادن زیبایی، ترس از پیامدهای منفی عاطفی با همسر به دنبال تداوم بارداری، بهم ریختن اندام، بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، ترس از تغییرات منفی جسمی (پیری زودرس و از دست دادن زیبایی) و عاطفی یکی از دلایل تمایل به سقط گزارش شده که در مطالعات جهانی، کمتر اشاره‌ای به این عامل شده است. و بارداری را موجب برهم خوردن اندام و نگرش منفی دیگران نسبت به اندام خود تصور می‌کنند(۲۲)، که احتمالاً تفاوت‌های فرهنگی در این امر دخیل است، که متأثر از تربیت خانوادگی (نگرش والدین به فرزندآوری) و نوع اجتماعی است، که زنان در آن زندگی می‌کنند، قرار دارد. به رغم اینکه بارداری و فرزندآوری ادامه نسل و حیات و بشارت تولد است؛ وقتی به صورت ناخواسته بروز می‌کند زنان آن را به گونه مغایر و غیرقابل انتظار یعنی تهدید آمیز و آسیب‌زا تجربه می‌کنند(۲۳)، و این معنای درک شده منجر به افزایش سقط جنین به عنوان یک مشکل بهداشتی در زنان سنین باروری می‌شود. در همین مورد، گاهی مادر به بیماریهایی مبتلاست و یا اینکه رحم دچار نارسایی است که ادامه‌ی بارداری برای زیبایی و تناسب اندام خود بسیار خطرناک است (۲۴).

یافته‌ها براساس «وضعیت مالی» شامل: هزینه‌های بالای فرزندآوری، هزینه‌های بالای پزشکی، هزینه‌های بالای تهیه پوشاک، هزینه‌های بالای غذای مخصوص نوزاد، نداشتن مسکن، نداشتن شغل ثابت، بیکاری، هزینه‌های بالای زندگی، عدم تناسب بین درآمد و هزینه‌های زندگی، وضعیت ناگوار اقتصادی کشور، بود. یافته‌ها براساس «علل خانوادگی» شامل: ترجیح جنسیتی، فاصله‌گذاری بین فرزندان، به تاخیر انداختن تولد، محدود کردن تعداد فرزندان، اعتیاد همسر، مشکلات مهاجرتی، عدم پذیرش مسئولیت فرزند، تصمیم‌گیری مردانه، عدم آمادگی برای بچه دار شدن، نداشتن شرایط مساعد در

^۱- Kost, Zolna & Murro

زندگی، بارداری قبل از عقد، احساس عدم تحمل و اختلال در ایفای همزمان نقش‌های متعدد، شرمندگی از بارداری با وجود تعداد زیاد فرزندان، سن بالای والدین موجب احساس شرمندگی از بارداری، ناتوانی در تامین نیازهای آتی کودک، بود. یافته‌ها براساس «درک منفی از تأثیر بر زندگی» شامل: ترس از بهم ریختن تعادل زندگی، ترس از تأثیر منفی بارداری بر زندگی، ترس از بی محبتی به فرزند بعدی، تشدید شرایط ناپایدار و تحمیل دشواری بر خانواده، محدودیت‌های خانوادگی به علت بارداری، بود. یافته‌ها براساس «تعارضات زناشویی» شامل: روابط ناپایدار زناشویی، اقدام برای طلاق، عدم اعتماد به تداوم زندگی زناشویی، عدم تفاهم بین همسران برای بچه دار شدن، مشارکت کم مردان در امور خانه و بچه‌داری، تشدید بی ثباتی به دنبال مواجهه با بارداری بدون برنامه، بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، بدون تردید، روند تغییرات اجتماعی و فرهنگی سالیان اخیر که به فرزندان در خانواده جایگاه و نقش محوری داده و در عین حال، سطح مطالبات و توقعات متعدد آن‌ها را از والدین افزایش داده است. بار هزینه‌ای سنگینی برای خانواده محسوب می‌شود. از دیدگاه افراد فرزندان نه تنها به عنوان یک منبع اقتصادی قلمداد نمی‌شوند، بلکه سرپرستی و نگهداری از آن‌ها مترادف با صرف زمان (از بین رفتن اوقات فراغت، درگیری بیشتر و...) و هزینه‌های اقتصادی است. افراد سبک و سنگین کرده و هزینه‌ها و مخارج فرزندان را ارزیابی می‌کنند و چنانچه منافع داشتن فرزند، بیشتر از هزینه‌ها یا مخارج آن‌ها باشد، نگرش مثبت خواهد بود و تصمیم به داشتن بچه خواهند گرفت و در غیر این صورت سقط جنین را انتخاب می‌کنند. از این رو، تعادل بین رضایت‌مندی اقتصادی و هزینه‌های فرزند، زیربنای اصلی نگرش مردم در مورد فرزندآوری را تشکیل می‌دهد.

آنچنان که در پژوهش حاضر یکی از علل سقط جنین گزارش داده شد.

هم‌چنین در تبیین دیگر، گذار از جامعه سنتی به جامعه مدرن، بخشی از نظام هنجاری مربوط به خانواده و نقش‌های زن و مرد را تغییر داده است. بخش‌هایی از نظام هنجاری مربوط به حضور زنان در صحنه‌ی اجتماع و اخذ جایگاه‌های اجتماعی، تعریفی از نقش‌های زنانگی، به خصوص انجام دادن کارهای خانگی و فقط همسراری و رضایت همسر در زندگی زناشویی در بین آن‌ها تغییر کرده است (۲۵)، هم‌چنین، انجام دادن کارهای خانگی فقط وظیفه خاص و اصلی زنان تلقی نمی‌شود؛ و نگرش آن‌ها نسبت به زندگی فقط در چارچوب بچه‌داری و همسراری محدود نشده به همین خاطر، در صورت بچه‌دار شدن هنگامی که از زندگی زناشویی رضایت نداشته باشند، سقط جنین را به عنوان بهترین راه حل انتخاب می‌کنند.

یافته‌ها براساس «نگرش اجتماعی» شامل: نگرش مثبت اطرافیان به سقط جنین، ناامنی اجتماعی، نبود امکانات لازم اجتماعی برای فرزند در جال و آینده، نگرش مبتنی بر فرزند کمتر، زندگی بهتر، نگرش منفی جامعه به تعداد فرزندان زیاد، رواج فرهنگ تک فرزندی، ترس از محرومیت‌های اجتماعی به واسطه بارداری، ترس از ناکامی در ادامه تحصیل مادر، محرومیت از ارتقای شغلی و محدودیت در عملکرد اجتماعی، محدود شدن تفریحات، مسافرت و مهمانی‌ها، ساعات کار طولانی، بود. یافته‌ها براساس «امنیت اجتماعی» شامل: احساس عدم امنیت در جامعه، گستردگی آسیب‌های اجتماعی، مشاهده سرگردانی جوانان و ترس از فرزندآوری، عدم تثبیت موقعیت زندگی و شغلی از قبیل مسکن استیجاری، بیکاری، و دوری محل کار از محل زندگی، بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، براساس نظریه تهدیدپذیری، گاهی مواقع زنان به علت تهدیداتی که از محیط دریافت می‌کند از تشکیل خانواده و بارداری امتناع می‌کنند است (۲۴)، مواردی هم‌چون: احساس عدم امنیت در جامعه، گستردگی آسیب‌های اجتماعی، مشاهده سرگردانی جوانان و ترس از فرزندآوری، عدم تثبیت موقعیت زندگی و شغلی اولیه، می‌تواند والدین را از بچه‌داری منصرف کند و در صورت بارداری مادر اقدام به سقط کنند. در مواجهه با بارداری برنامه‌ریزی نشده، بسته به شرایط فردی و خانوادگی، وضعیت اقتصادی و مرتبط با عوامل فرهنگی- اجتماعی، ترس‌ها و تهدیداتی را درک و احساس می‌کردند؛ بدین ترتیب، تهدیدات درک شده ناشی از تداوم و سقط، ویژگی- های بدست آمده از مصاحبه و نظرات زنان اقدام کننده با سقط بوده است. براساس مطالعه گیتنه و نیگسی (۲۰۲۰)(۲۲)، اولویت‌های ارزشی افراد همچون بچه‌دار شدن، متأثر از میزان رفاه اقتصادی و اجتماعی و همچنین جریان جامعه‌پذیری است و چنانچه فردی در دوران اولیه‌ی زندگی خوشی در محیط

آرام اجتماعی و سیاسی همراه با تأمین نیازهای اقتصادی و امنیتی باشد، گراشی او به سمت ارزش‌های فرامادی محتمل‌تر است و به تعبیری، وی ارزش‌های فرامادی را در اولویت قرار می‌دهد و بچه‌دار شدن را در اولویت قرار خواهد داد. در مقابل، اگر افراد وضعیت فوق را تجربه نکرده باشند، اولویت ارزشی آن‌ها دگرگون شده و ارزش‌های مادی در اولویت قرار می‌گیرند و از بچه‌دار شدن امتناع می‌کنند و یا در صورت حاملگی، اقدام به سقط خواهند کرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بحث در مورد جامعه آماری بود، که جامعه آماری زنان با سابقه سقط جنین در شهر اصفهان را تشکیل داده و در تعمیم نتایج آن به زنان با سابقه سقط جنین دیگر شهرها احتیاط لازم بایستی صورت گیرد. در راستای پیشنهادات پژوهشی، با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود، موضوع پژوهش در بین زنان با سابقه سقط جنین در شهرهای دیگر نیز انجام شود و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

References

- 1- Friedrich-Karnik, A., Stoskopf-Ehrlich, E., & Jones, R.K. (2024). Medication Abortion Within and Outside the Formal US Health Care System: What You Need to Know. Center facts. Shape policy. Advance sexual and reproductive rights.
- 2- Adair, L. & Lozano, A. (2022). Adaptive Choice: Psychological Perspectives on Abortion and Reproductive Freedom. *Women's Reproductive Health*,
- 3- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet. Global Health*, 8(9), e1152–1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- 4- Cohen, D. S., & Joffe, C. (2020). Obstacle course: Everyday struggle to get an abortion in America. University of California Press.
- 5- Zabeti, A.A., Kamali Asl, Sh. (2021). Comparative analysis of Saeb's influence on Hafez based on two ghazals. *Kohn-e-Nameh Adab Parsi* [Internet]. 1400;12(1):197-216.
- 6- Rowland, B. B., Rocca, C. H., & Ralph, L. J. (2021). Certainty and intention in pregnancy decision-making: An exploratory study. *Contraception*, 103(2), 80–85.
- 7- Khosravi, F., Hesami, K., Shahavi, R., and Savadzadeh, Sh. (2017). Investigating the reasons for medical abortion in clients to legal medical centers in Kurdistan province in the years 2000 to 2011. *Scientific journal of the Faculty of Nursing, Midwifery and Paramedicine*, 4 (1): 37-47
- 8- Littell, J.H., Young, S., Pigott, T.D., Biggs, M.A., Munk-Olsen, T., & Steinberg, J.R. (2024). Abortion and mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*. 2024 May 21;20(2): e1410. doi: 10.1002/cl2.1410. PMID: 38779333; PMCID: PMC11109527.
- 9- Rezaei, M., and Partovi, L. (2018). Abortion in Kurdish women from Mahabad in 2015. *Iranian Journal of Nursing*, 30 (109): 32-43

- 10- Tazkuri, Z., Moulai, B., Ahadaei-Vand, F., Amani, F., Mardi, A., and Fuladi, N. (2014). Factors affecting abortion in patients visiting Ardabil hospitals. *Journal of Health and Care*, 10 (4): 19-24.
- 11- Foster, D. G. (2020). *The Turnaway Study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having – or being denied – An abortion*. Scribner. [Google Scholar]
- 12- Klann, E. M., & Wong, Y. J. (2020). A pregnancy decision-making model: Psychological, relational, and cultural factors affecting unintended pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 44(2), 170–186. <https://doi.org/10.1177/0361684320904321> [Crossref], [Web of Science ®], [Google Scholar]
- 13- Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, 248, 112704–112708. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
- 14- Amini, K., and Yari Nasab, F. (2019). A comparative study of the amount and reasons for issuing legal abortion licenses in women referring to the forensic medicine of Boyar Ahmad city in 1991-1996. *Qanun Yar*, 4(16), 57-72.
- 15- Erfani, A., and Shujaee, J. (2017). New evidence of intentional abortion in Tehran: rates, reasons and changes. *Iranian Journal of Midwifery and Infertility*, Volume 21, Number 3: 77-64.
- 16- Mahmoudiani, S.A., Ahmadi, A.Y., and Javadi, A. (2017). Prevalence and factors related to abortion among rural women in Fars province. *Iran Nursing Journal (Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences)*, number 115, volume 31, 51-61.
- 17- Kabunga, A., Acanga, A., Akello, A. J., Kambugu Nabasiye, C, Namata H, Mwesiwa D, Grace Auma A, Kigongo E, & Udho, S. (2023). Phenomenology of Induced Abortion in Northern Uganda Among HIV-Positive Women Following an Unintended Pregnancy. *Open Access J Contracept*. 2023 Apr 20; 14:73-82. doi: 10.2147/OAJC.S407547. PMID: 37101706; PMCID: PMC10124552.
- 18- Clarke, E.V., Sibley, C.G. & Osborne, D. (2023). Examining Changes in Abortion Attitudes Following the Transition to Parenthood. *Sex Roles*. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01408-3>
- 19- Kost, K., Zolna, M., & Murro, R. (2023). Pregnancies in the United States by desire for pregnancy: Estimates for 2009, 2011, 2013, and 2015. *Demography*, 60(3), 837–863. 10.1215/00703370-10690005
- 20- Ingelhart, R. (1997). *Modernization and Post-Modernization: Cultural, Economic and Political Chang in 43 Societies*, Princeton: Princeton University Press.
- 21- Cullen, P., & Korolczuk, E. (2019). Challenging abortion stigma: framing abortion in Ireland and Poland. *Sexual and reproductive health matters*, 27(3), 6–19.
- 22- Getaneh, T., & Negesse, A. (2020). Predictors of Malnutrition among Pregnant Women in Ethiopia: Systematic Review and Meta-Analysis. 2020.
- 23- Hoffower, H., & Borden, T. (2020). How much it costs to have a baby in every state, whether you have health insurance or not. *Business Insider*
- 24- Blackshaw, B. P. (2020). “Genetic Selective Abortion: Still a Matter of Choice.” *Ethical Theory and Moral Practice* 23 (2): 445–455. doi:10.1007/s10677-020-10080-5
- 25- Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658–1667. 10.1016/S0140-6736(21)00682-6.

Original Article

Presenting a model for investigating the factors of female abortion (Case study: Women in Isfahan)

Received: 26/11/2024 - Accepted: 11/03/2025

Mahdiyeh Bataghvae¹
Naser Hejazi^{2*}
Mohammad Ali Chitsaz³

¹ Sociology doctoral student, majoring in economic development, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

Email: hejazinaser@yahoo.com

Abstract

Background: Abortion can be considered a socio-medical phenomenon, which is affected by the political and social conditions of society, and society itself can introduce and label both women who have had abortions and the medical staff who performed this procedure as norm-breakers. Therefore, given the importance of the issue, the aim of the present study was to present a model for analyzing abortions among women in Isfahan in 2024.

Methods: Descriptive survey research method and statistical population of women with a history of abortion in Isfahan city and a sample size of 249 women who were selected by purposive sampling method. The measurement tool was a 96-question questionnaire made by the researcher. To analyze the data, SPSS-26 software and Smart PLS-4 software were used using the variance-based partial least squares method, fourth version.

Results: The findings showed that the values of factor loadings along with t-statistics and significance levels for the components of the questionnaire presented in the two main components of family causes and social causes, as well as the main themes for family causes: financial status, family conditions, negative perception of the impact on life, and marital conflicts, and for social causes the main themes: social attitude and social security, with a factor loading of more than 0.40 in the model of causes of abortion among women, had a good fit and was approved.

Conclusion: Therefore, we conclude that individuals' value priorities, such as having children, are affected by the level of economic and social well-being and the socialization process.

Keywords: Abortion, Obstetrician, Women, Marital Conflicts, Model Presentation