

سنجش عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار نسبت به سقط عمدی

حسن سرائی*، پگاه روشن شمال**

چکیده: سقط جنین عمدی یکی از معضلاتی است که برخی از زنان به دلایلی نظیر تنظیم خانواده، مخفی کردن روابط نامشروع، گریز از بارداری ناخواسته، تجاوز به عنف و... به آن متوسل می‌شوند. تأثیرات جسمی و روحی سقط جنین بر زنانی که آن را تجربه می‌کنند و نیز شرایط فرهنگی و اجتماعی سقط، توجه به این مسئله را آشکار می‌سازد. هدف تحقیق حاضر، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین عمدی است. روش پژوهش، پیمایشی و جامعه آماری تحقیق، زنان در سن باروری شهر تهران (سال ۱۳۸۵) می‌باشند. حجم نمونه بر اساس فرمول ۳۰۰ نفر برآورد گردیده است. روش نمونه‌گیری نیز سهمیه‌ای تعیین گردید. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای دینداری، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین و طبقه اجتماعی متغیرهایی هستند که بیش از ۲۶ درصد تغییرات متغیر وابسته‌ی را تبیین می‌کنند. کم‌رنگ شدن اعتقادات مذهبی و دینداری در میان زنان با افزایش نگرش مثبت به سقط جنین ارتباط مستقیم دارد. سایر متغیرها نظیر سن، تحصیلات و وضعیت شغلی با نگرش زنان باردار به سقط جنین عمدی رابطه‌ای ندارند.

واژگان کلیدی: نگرش، بارداری، سقط جنین عمدی، دینداری، طبقه اجتماعی.

مقدمه و طرح مسأله

سقط جنین مقوله‌ای پیچیده در حوزه باروری است که به دلیل ماهیت بحث‌برانگیز آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. کشورهای مختلف جهان بر اساس آداب و رسوم، سنت‌ها و باورهای فرهنگی متفاوت، قوانین مختلفی را در رابطه با سقط جنین اخذ نموده‌اند. به گونه‌ای که در برخی کشورها، آزادی کامل سقط جنین و قانونی بودن آن و در برخی از کشورها قوانین سخت و محدود کننده وجود دارد. البته در میانه طیف نیز کشورهایی تحت شرایطی خاص از سقط حمایت کرده یا با آن مخالفت می‌کنند. با توجه به غیر شرعی و غیر قانونی بودن سقط جنین در کشورهای اسلامی و با توجه به عدم دسترسی به امکانات پزشکی و بهداشتی در کشورهای در حال توسعه، به نظر می‌رسد که زنانی که مرتکب چنین عملی می‌شوند در این کشورها در معرض آسیب‌های بیشتری می‌باشند.

hsaraie@yahoo.com

roshaan.pegah@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۹

* استاد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی

** کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۸/۷

در کشور ایران، هیچگونه آمار دقیقی در زمینه سقط جنین در دسترس نیست و فعالیت مراکز غیرقانونی و زیرزمینی متعدد در کنار اقدامات شخصی مادران، با استفاده از وسایل نامطمئن، منجر به بروز عوارض و مرگومیر ناشی از سقط جنین گردیده است. در مطالعه‌ای که در طی سال‌های ۷۱ تا ۷۴ در یکی از بیمارستان‌های تهران انجام گرفته نشان می‌دهد ۹/۱ درصد مراجعات، مربوط به سقط‌های غیرقانونی یا عمدی بوده که در ۴۹/۵ درصد آن‌ها، عامل اجرای سقط، پرسنل پزشکی بوده‌اند و ۲۲/۵ درصد سقط توسط فرد صورت گرفته است (کاظمیان، ۱۳۸۸: ۹۱).

بر اساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سالانه ۸۰ هزار سقط (۲۰۰ مورد در هر روز) صورت می‌پذیرد که بیشتر آن‌ها، غیرقانونی و غیربهداشتی است (آخوندی، ۱۳۸۱: ۱۸ و ۱۹). هرچند هیچ‌گونه گزارش دقیقی از سقط‌های غیربهداشتی و میزان مرگومیر ناشی از آن وجود ندارد؛ شواهد و آمارهای غیر مستند زیادی در مورد سقط‌های غیربهداشتی و متعاقب آن مرگومیر مادران و بیماری‌های ناشی از سقط‌های غیرایمن در دوران بارداری وجود دارد (بهجتی، ۱۳۸۸: ۲۳۳ و ۲۳۴).

علیرغم فقدان آمارهای مستند در این زمینه، شواهد نشان می‌دهد؛ سقط‌جنین معضلی است که با اجتماع گره خورده است، از اجتماع متأثر می‌شود و بر آن تأثیر می‌گذارد. تأثیرات جسمی و روحی سقط‌جنین بر زنانی که آن را تجربه می‌کنند، تأثیر شرایط مختلف اجتماعی در شکل‌گیری یا تغییر نگرش زنان باردار نسبت به سقط‌جنین از دلایل بسیار مهمی است که توجه به این مسئله را بیش از پیش آشکار می‌کند.

تعریف سقط‌جنین

سقط‌جنین یعنی خاتمه دادن به حاملگی قبل از اینکه جنین قادر شود در خارج از رحم، به طور مستقل زندگی کند. در طول دوران بارداری ممکن است سقط جنین به صورت خودبه‌خودی و بدون دخالت عوامل خارجی، نظیر دارو یا دخالت‌های پزشکی، صورت گیرد که آن را سقط جنین غیرعمد یا خودبه‌خودی می‌نامند. گاهی نیز در طول دوران بارداری سقط جنین با دخالت عوامل بیرونی انجام می‌گیرد که آن را سقط عمد یا انتخابی می‌نامند. سقط جنین قانونی و غیرقانونی، زیرمجموعه سقط جنین عمد می‌باشد. سقط جنین قانونی عبارت است از سقطی که تحت شرایط قانونی و رسمی تعیین شده در کشور انجام شود (پرسات ۱۹۸۵: ۱). سقطی که به‌طور کلی ممنوع بوده و اجازه آن به هیچ‌عنوان داده نشده است، سقط غیرقانونی نامیده می‌شود. این ممنوعیت شدید در ۷۳ کشور دنیا یعنی حدود یک چهارم کشورهای جهان اعمال می‌شود (دینی و مک نیکول ۲۰۰۳: ۵۳۱).

مبانی نظری

در رابطه با موضوع سقطجنین، دیدگاه‌های بسیار زیادی وجود دارد که هر کدام از آن‌ها، سقطجنین را از زاویه‌ای خاص مورد بررسی قرار داده‌اند. در ادامه مختصری از نظریه‌های موجود در این زمینه ارائه می‌گردد.

نظریه تقدس حیات

این دیدگاه، از کهن‌ترین دیدگاه‌های مربوط به سقطجنین است که تحت تأثیر آراء دینی و یا اخلاقی ابراز شده است. این ایده، که از حیات جنین انسان همواره باید محافظت کرد، به اوائل تاریخ حرفه پزشکی بازمی‌گردد. سوگند نامه بقراط چنین بیان می‌دارد: «من به خواهش اشخاص به هیچ کس داروی کشنده نخواهم داد و مبتکر چنین فکری نخواهم بود، هم‌چنین وسیله سقطجنین را در اختیار هیچ یک از زنان نخواهم گذاشت» (تیلور، ۲۰۰۳: ۵۲۷). این نظریه اصرار دارد که زندگی ذاتاً محترم است و ما مجاز نیستیم آن را از بین ببریم. در نتیجه، همواره باید از حیات انسانی حمایت کرد. طرفداران نظریه تقدس حیات دو نتیجه از این ادعا می‌گیرند. اول آنکه؛ ارزش حیات برتر از تمامی ارزش‌هاست و هیچ ارزشی نمی‌تواند آن را کنار بزند و دوم آنکه، حیات همه انسان‌ها ارزشمند است و هیچ حیات انسانی بر حیات انسانی دیگر از جمله حیات مادر بر زندگی جنین برتری ندارد (راسخ، ۱۳۸۸: ۱۸۳).

نظریه آزادی اراده

هسته اصلی ادعاهای طرفداران این نظریه در ارتباط با سقطجنین، آزادی اراده شخص باردار است، با این توضیح که تصمیم به حفظ کردن یا پایان دادن به زندگی جنین یک امر کاملاً شخصی و خصوصی است و این مادر است که باید کاملاً آزادانه در مورد بدن و زندگی خود تصمیم بگیرد. مخالفت با تصمیم مادر بنا بر نظر آنان، معنایی جز نقض کنترل بر بدن و تجاوز به حقوق انسانی وی ندارد.

موضع گیری نظریه پردازان لیبرال، یکی از مواضع اصلی نظریه آزادی اراده در مبحث سقطجنین است. این موضع گیری از چهار جز تشکیل می‌شود؛ اول آنکه، لیبرال‌ها می‌پذیرند که سقط جنین از اهمیت اخلاقی بزرگی برخوردار است و نمی‌توان به دلایل خرد و ناچیز مرتکب آن شد، مگر به منظور جلوگیری از صدمات جدی. ثانیاً، با این حال، سقط جنین به دلایلی مهم، اخلاقاً مجاز است. از جمله این دلایل عبارتند از: نجات جان مادر، تجاوز به عنف، زنا یا محارم و وجود نقص جدی در جنین. ثالثاً، اگر تکمیل بارداری و وضع حمل، نتایج دائمی و سنگینی برای زن و خانواده او به بار آورد، حداقل در این صورت منافع زن دلیل کافی و موجهی است برای انجام سقط جنین. در نهایت اینکه، حداقل تا اواخر دوره بارداری که جنین آنقدر تکامل نیافته که منافع مستقلی داشته باشد، دولت حق مداخله در سقط جنین و جلوگیری از آن را

حتی در مواقع غیراخلاقی ندارد؛ زیرا در نهایت، این زن باردار است که باید درباره سقط خود تصمیم بگیرد (راسخ، ۱۳۸۸: ۱۸۸ و ۱۸۹).

نظریه هویت ناطق

طرفداران این نظریه معتقدند که از یک سو نمی‌توان ادعای انسان بالنده را بی قیدوشرط پذیرفت و از دیگر سو نمی‌توان ادعای آزادی مطلق اراده مادر را نیز صددرصد قابل دفاع دانست. افزون بر این، از بین بردن هر موجودی ممنوع نیست، بلکه همه مسئله این است که موجود صاحب حق نباید مورد تعرض واقع شود. می‌توان ادعا کرد که موجود محترم و هویت صاحب حق از نظر تمامی نظریه‌ها، مشخصاً انسان است. با توجه به اینکه در بالفعل بودن جنین به عنوان یک انسان تردید جدی وجود دارد ولی این‌طور هم نیست که تا لحظه تولد، جنین، انسان نشده باشد. محور اصلی بحث به تعیین زمان یا مرحله‌ای برمی‌گردد که جنین در آن زمان به انسان تبدیل می‌شود تا از آن زمان به بعد اجازه نابودی یک شخص انسانی، حتی به دست مادر نیز داده نشود (همان، ۱۹۵). ادعای مذکور را می‌توان در قالب این استدلال بیان کرد:

- کشتن شخص قتل است،
- جنین در مرحله X شخص می‌شود،
- از مرحله X به بعد نباید جنین را سقط کرد.

در رابطه با زمان تبدیل شدن جنین به انسان، آراء متفاوتی وجود دارد. در اغلب نظریه‌ها، زمان شکل‌گیری قوه نطق را زمان تبدیل شدن جنین به شخص می‌دانند. بنابر نظریه هویت ناطق، به محض اینکه جنین از این قوه برخوردار گردید، یعنی هسته اصلی قوه نطق در وی شکل گرفت، یک انسان است و از این رو شخص محسوب می‌شود و نمی‌توان آن را سقط کرد. بدیهی است تا زمانی که قوه نطق در یک موجود به وجود نیامده است، نمی‌توانیم امتیازاتی را که برای یک هویت ناطق یعنی برای یک شخص قائلیم، برای آن موجود قائل شویم (همان، ۱۹۶-۱۹۸).

نظریه‌های فمینیستی

فمینیست‌ها معتقد به لغو کلیه محدودیت‌ها نسبت به سقط‌جنین و خواهان آزادی بی قید و شرط آن هستند. آن‌ها با بیان دلایلی از جمله؛ حفظ حیات و سلامت مادر، کاهش مرگ‌ومیر، جلوگیری از افزایش جمعیت، حق انتخاب زن، سقط‌جنین را ناروا به شمار نمی‌آورند. از نظر آن‌ها جلوگیری از سقط‌جنین و نظارت بر آن، بخشی از ایدئولوژی جنسی در نظام مردسالارانه

سرمایه‌دارانه است. نگاه به سقط‌جنین در دیدگاه فمینیست سوسیالیست^۱ بر پایه دو اصل قرار دارد؛ اختیار تن خود را داشتن و تصمیم گیرنده بودن، چراکه تولیدمثل بیشترین تأثیر را بر زنان می‌گذارد (هام و گمبل، ۱۳۸۲: ۲۲ و ۲۳).

فمینیسم سوسیال نیز در جهت تلفیق دو دیدگاه فمینیسم مارکسیسم و فمینیسم رادیکال برآمد. به گونه‌ای که مفهوم فرودستی زنان که مارکسیست‌ها در نظام سرمایه‌داری و رادیکال‌ها در نظام مردسالاری روی آن تأکید زیاد دارند، از سوی سوسیالیست‌ها تماماً مورد توجه قرار گرفت. از این رو در این برنامه ترکیبی، دو گونه فمینیسم سوسیال از هم متمایز شدند: نخستین گونه، تنها بر ستمگری در مورد زنان و بر شیوهای تأکید می‌ورزند که از طریق آن بتوان دانش مارکسیستی ستم طبقاتی را با تحلیل رادیکال فمینیستی ستمگری جنسی ادغام کرد. این گروه غالباً از اصطلاح پدرسالاری سرمایه‌دارانه استفاده می‌کنند. نوع دوم فمینیسم سوسیال، بر آن است تا همه صورت‌های ستمگری اجتماعی را توصیف و تبیین کند. این دسته از نظریه‌پردازان سوسیالیست، از دانش مربوط به سلسله مراتب طبقاتی و جنسی به عنوان مبنایی برای تحقیق درباره نظام‌های ستمگری مبتنی بر طبقه، جنسیت، نژاد، قومیت، سن و ترجیح جنسی استفاده می‌کنند. این گروه غالباً از اصطلاح تسلط استفاده می‌کنند (ریترز، ۱۳۷۴: ۴۹۲). اینان معتقدند برای درک کامل ستم بر زنان باید تقسیم کار جنسی را در قلمرو خانگی و بازار کار و همچنین رابطه میان این دو بررسی کرد. وظایف معطوف به تولیدمثل، دسترسی زنان را به کارهای فردی محدود می‌کند، اما چیزی که بسیاری از زنان را به ازدواج سوق می‌دهد، گستره‌ی محدود کارهای مزدی است که در دسترس زنان قرار دارد. ایدئولوژی که وظیفه اصلی زنان را ازدواج و مادر شدن می‌داند، بر این روند سرپوش می‌گذارد. تمایز عرصه عمومی و خصوصی نه تنها به سود سرمایه‌داری است، بلکه به مردان نیز سود می‌رساند. حذف زنان از قلمرو عمومی به همان اندازه به سود مردان است که به سرمایه‌داران سود می‌رساند و از کار رایگان زنان، هم مردان و هم سرمایه‌داران سود می‌برند (ابوت، ۱۳۸۰: ۳۹۸).

نظریه هاروی لیشتاین

لیشتاین^۲ از نظریه‌پردازان اقتصاد باروری، تئوری خود را در دهه ۷۰-۱۹۶۰ بر این فرض استوار کرده است که منفعت یا عدم منفعت اقتصادی عاملی است که باعث می‌شود والدین تصمیم بگیرند که چه تعداد فرزند داشته باشند. زوجین سبک و سنگین می‌کنند و به ارزیابی هزینه‌ها و مخارج فرزندان می‌پردازند. چنانچه منافع داشتن فرزند، بیشتر از هزینه‌ها یا مخارج آنان باشد، نگرش والدین مثبت خواهد بود و تصمیم به داشتن بچه خواهند گرفت. از این رو تعادل بین رضایتمندی اقتصادی و هزینه‌های نگهداری فرزند، زیربنای اصلی نگرش مردم در مورد تعداد فرزند را تشکیل می‌دهد.

1. feminism socialism

2. H. Leibnstein

شکل (۱): مدل اقتصادی لیبشتاین



طبق نظر لیبشتاین، منافع و هزینه‌های فرزندان بر فرآیند تصمیم‌گیری عقلایی زوجین در مورد داشتن بچه، تأثیر می‌گذارد. وی سه نوع منفعت و دو نوع هزینه را در مورد فرزندان مطرح می‌کند. به طور کلی فرزندان در سه زمینه می‌توانند منشأ سود و منفعت برای والدین خود باشند. کالا بودن فرزندان به عنوان یک منبع لذت برای والدین، نیروی کار قلمداد شدن و تأمین و نگهداری والدین در سنین کهولت یا وضعیت‌های دیگر مثل بیماری یا از کارافتادگی. هزینه‌های فرزندان نیز به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم می‌شود. هزینه‌هایی چون تعلیم و تربیت و آموزش، نگهداری و مراقبت‌های مختلف از فرزندان تا زمانی که به مرحله منفعت اقتصادی برسند، هزینه‌های مستقیم می‌باشند و هزینه‌های غیرمستقیم نیز در واقع مربوط به فرصت‌هایی است که مادران به خاطر نگهداری از فرزند خویش از دست می‌دهند. لیبشتاین نتیجه می‌گیرد که اگر منافع اقتصادی حاصل از وجود فرزند بیشتر از هزینه‌های دوگانه آن باشد، خانواده انگیزه پیدا می‌کند که فرزند بیشتری داشته باشد. او بر این باور است که در یک جامعه رفتارهای باروری ناشی از یک رفتار اقتصادی عقلایی است (حسینی، ۱۳۸۱: ۵۰-۵۱).

تئوری عرضه و تقاضا^۱ (هزینه فرصت)^۲

گری بکر^۳ در مقاله مشهور خود به نام «تحلیل اقتصادی باروری» در سال ۱۹۶۰، به تبیین اقتصادی رفتار باروری خانواده‌ها پرداخته است. بکر بر این باور است که رفتار باروری خانواده‌ها متأثر از رفتار اقتصادی آن‌ها می‌باشد. در این تئوری فرزند به عنوان کالای مصرفی در نظر گرفته می‌شوند که تصاحب آن مستلزم صرف پول و زمان از سوی والدین است. او بر مبنای تئوری اقتصاد کلاسیک خرد استدلال می‌کند که برای هر فرد می‌توان یک تابع سودمندی را یافت که در آن تابع، رابطه‌ای را میان تمایل زوجین به داشتن بچه و تمام کالاها و فعالیت‌های دیگری که در رقابت با کودکان برای پول و زمان قرار می‌گیرند، پیدا نمود (ویکس به نقل از حسینی، ۱۳۸۱: ۵۱).

1. supply & demand theory
2. opportunity case
3. G.Becker

در این تئوری فرض بر این است که، تقاضا برای سه بچه‌ی اول یک امر مسلم و قطعی است و اغلب به وسیله‌ی عوامل فرهنگی تعیین می‌شود، ولی در مورد فرزند چهارم به بعد، تابع عوامل اقتصادی است، به این صورت که والدین هزینه‌ی به دنیا آمدن و منافع مالی آینده‌ی فرزندان را با هم مقایسه می‌کنند. بر اساس نظریه بکر، کودکان مانند کالایی هستند که پدر و مادر، برای کسب آنان، به زمان و پول نیاز دارند. باید توجه کرد که عامل زمان و پول هر دو با هم در نظر گرفته می‌شوند؛ زیرا اگر تنها پول معیار بود، در جامعه‌ای که فشار اجتماعی برای بچه‌دار شدن وجود داشت، فرد هر چه پولدارتر بود، خواهان تعداد بچه‌های بیشتری می‌بود. در صورتی که می‌دانیم تقریباً در تمام جوامع صنعتی، کسانی که موقعیت مالی‌شان بدتر است، بیشتر از پولدارها صاحب فرزند می‌شوند.

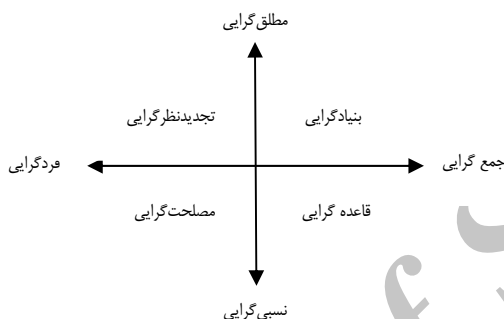
با وارد کردن عامل زمان به این محاسبات و همچنین تشخیص ضمنی این امر که طبقه اجتماعی تعیین کننده شیوه زندگی و سلیقه فرد است، بر اساس نظریه اقتصادی بکر، پدر و مادر برای تصمیم‌گیری، کیفیت و کمیت کودکان را با هم در نظر می‌گیرند. کسانی که سطح اقتصادی پایین‌تری دارند، ملزومات کمی برای کودکان خود در نظر می‌گیرند (غذا، پوشاک، تحصیلات، وسایل تفریحی و...) و بنابراین، حداقل هزینه برای آن‌ها فرض می‌شود. ملزوماتی که طبقات افراد مرفه‌تر، برای کودکان خود در نظر می‌گیرند، هم از نظر مالی و به ویژه از نظر زمانی، در سطح بالاتری قرار دارد. بر اساس این نظریه، پدران و مادران طبقات مرفه‌تر همچنین برای خرید کالا و شرکت در فعالیت‌های وقت‌گیر، موقعیت‌های بیشتری دارند. بنابراین برای پرورش فرزندان با معیارهای مورد نظرشان، تعداد آنان را باید محدود کنند (ویکس، ۱۳۸۵ : ۲۲۵ و ۲۲۶).

نظریه هویت سایمن

جان سایمن^۱ در بررسی عوامل مؤثر بر کاهش باروری، در چهارده کشور اروپایی که علیرغم افزایش سطح تولید، میزان تجزیه و تحلیل اثرات هویت اجتماعی بر زوجین، از گستره و تلقی آن‌ها از هویت خانواده، به مثابه یک بنگاه اقتصادی یا واحدی مذهبی تا نگرش به خانواده به عنوان واحدی فرهنگی که در آن تحقق رفتار تجدید نسل ناشی از «لزومات اخلاقی» می‌باشد، پرداخته است. بر این اساس سایمون به بررسی رابطه بین رفتار تجدید نسل با وجوه منبعت از هویت افراد پرداخته است. از نظر او دامنه‌ی تلقی افراد از رفتار تجدید نسل به مثابه اخلاقی در باروری، بر حسب سطح پذیرش هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، متفاوت است.

^۱ John Simon

سطح پذیرش هنجارهای فرهنگی، شامل قواعد ویژه باروری، از مطلق‌گرایی^۱ که هرگونه تلاش در کنترل باروری را نفی می‌کند تا نسبی‌گرایی^۲ است که این قواعد را رد می‌کند. اما سطح پذیرش هنجارهای اجتماعی یا فردی رفتار تجدید نسل، از جمع‌گرایی^۳ که متناسب با انتظارات و ارزش‌های منبعث از جامعه رفتار می‌کند تا فردگرایی^۴ را که متناسب با ترجیحات فردی رفتار می‌کند، در بر می‌گیرد. در نمودار زیر ابعاد هویت نشان داده شده است.



بنیادگرایی^۵؛ شکل ویژه‌ای از رفتار تجدید نسل است که هرگونه بی‌حرمتی به مقدسات را نفی می‌کند، مانند نظر غالب در بسیاری از کشورهای اسلامی. بنیادگرایی در اروپای مدرن دربرگیرنده زوجینی است که عقیده زیر را دارند: «از آن‌ها انتظار می‌رود که حداقل، دو فرزند مشروع به دنیا بیاورند.» مصلحت‌گرایان^۶ برخلاف بنیادگرایان، دارای نظرهایی مبنی بر تغییر رفتار باروری همراه با تغییر در شرایط و در راستای منافع شخصی هستند و در این مسیر بی‌حرمتی به مقدسات را نیز جایز می‌دانند. قاعده‌گرایان^۷؛ به افرادی اطلاق شده که دارای نظرهایی، منبعث از الزامات اجتماعی هستند، ولی همراه با تغییر شرایط و متناسب با عقاید رهبران و گروه‌های مرجع حرکت می‌کنند و به دلیل اینکه سبک‌های زندگی آن‌ها فراگیر شده است، دارای باروری بسیار پایین هستند. تجدیدنظرگرایان^۸؛ کسانی هستند که در غیاب الزامات اجتماعی، رفتارهای باروری را متناسب با شرایط تغییر می‌دهند و برای آن‌ها تقییدات فردی، بیشتر از قواعد اخلاقی موضوعیت دارد (سایمن به نقل از ابراهیم پور، ۱۳۸۲: ۴۸).

1. Absolutism
2. Relativism
3. Collectivism
4. Individualism
5. Fundamentalism
6. pragmatism
7. conventionalism
8. revisionism

در ادامه باید افزود که درباره اثرات هویت مذهبی بر باروری سه نظر عمده وجود دارد:

دیدگاه اول: دیدگاهی که معتقد است کاهش باروری در اروپا، ناشی از کاهش پذیرش عقاید سنتی مسیحی درباره رفتار تجدیدنسل است. از نظر لستاژ^۱؛ ترجیح منافع فردی، رفتارهای عقلانی متناسب با سود مادی، افزایش هزینه‌های فرصت برای زنان و کاهش درآمد نسبی جوانان در شرایط رشد پایین اقتصادی؛ موجب گسترش فردگرایی سکولار، افزایش روابط جنسی بدون بچه، بچه‌دار نشدن اختیاری، سقط‌جنین، کاهش گرایش‌ها و رفتارهای مذهبی و در نهایت کاهش باروری شده است (لستاژ به نقل از ابراهیم پور، ۱۳۸۲: ۴۸).

در دیدگاه دوم که عمدتاً از نظریه لاکمن^۲ نشأت می‌گیرد، در تحلیل رابطه بین مذهب و کاهش باروری بر این نکته تأکید می‌شود که «سکولاریزاسیون^۳»، فرآیندی در جهت محدود کردن مذهب به حوزه خصوصی و شخصی است. آنچه در تعیین سطح باروری مهم می‌باشد؛ خانواده است نه رفتار. آزادی رفتار جنسی و خانواده نیز بدون تقابل با عقاید سنتی مسیحیت مورد پذیرش قرار دارد. از نظر لاکمن، شرایط کنونی جامعه اروپایی با تیپ‌های مصلحت‌گرا و تجدیدنظرگرا تناسب دارد و بُعد خانواده نیز متناسب با سبک زندگی و منابع در دسترس ممکن است، کوچک یا بزرگ شود ولی بدون فرزند بودن در خانواده عمومیت ندارد (لاکمن به نقل از ابراهیم پور، ۱۳۸۲: ۴۹).

سومین دیدگاه بر مبنای مفهوم مذهب مدنی و این ایده که سیستم معنای اجتماعی به مثابه یک شکل جهانی از مذهب قابل بیان است. بر مبنای این دیدگاه، در جوامع مدرن، بچه‌آوری و بچه‌داری، به مثابه کارکرد هویت افراد با جامعه تلقی می‌شود و متناسب با تغییرات جامعه، برداشت‌های مذهبی و معناهای اجتماعی در مورد رفتار تجدید نسل نیز متحول شده و افراد سعی در هم‌نوایی با عقاید مذهبی دارند، همانند تیپ بنیادگرا (سایمن به نقل از ابراهیم پور، ۱۳۸۲: ۴۹).

نظریه چگونگی تکوین نگرش‌ها

گروهی از محققان، تکوین و شکل‌گیری نگرش‌ها را متأثر از عواملی خاص می‌دانند. کرج، کراچفیلد و بالاکی^۴ معتقدند؛ نگرش‌ها تحت تأثیر چهار عامل شکل می‌گیرند که عبارتند از: (۱) آنچه نیازهای شخصی را برآورده می‌کند. در جریان فعالیت‌های فرد برای رفع نیازهای خود، موانع و مشکلاتی بر سر راه او قرار می‌گیرند که نگرش‌های مثبت و منفی ویژه‌ای را در او به وجود می‌آورند. (۲) کسب اطلاعات درباره موضوع یا شی یا فرد خاص. علاوه بر نیازها که در ایجاد نگرش‌های شخص مؤثرند، اطلاعاتی که شخص در دوران کودکی و در خانواده، از پدر و مادر، در مدرسه، از معلمان و

1. Lesthaeghe

2. Luckmann

3. Secularization

4. Krech and Crutchfield and Ballachey

هم‌شاگردی‌ها و در جامعه، از رسانه‌های گروهی و همکاران و دوستان و آشنایان کسب می‌کند نیز در ایجاد و شکل‌گیری نگرش‌های او تأثیر دارند. (۳) تعلق گروهی: همبستگی شخص با گروه در ایجاد نگرش‌های او تأثیر حتمی دارد. در واقع؛ نگرش‌های شخص، نماینده اعتقادات و سنت‌های گروه‌هایی است که وی جزء آن‌هاست. علاوه بر این، افراد برای حفظ نگرش‌های خود به حمایت دیگران نیازمند هستند. البته در اینجا لازم به توضیح است که شخص در تأثیرپذیرفتن از گروه، پذیرنده‌ای منفعل و بدون چون و چرا نیست. (۴) شخصیت فرد: نگرش‌های فرد، منعکس‌کننده شخصیت او هستند. یکی از تأثیرات گروه در شکل‌دهی نگرش‌های فرد آن است که در نگرش‌های او نسبت به نگرش‌های سایر اعضای گروه هماهنگی به وجود آورد. اما علیرغم این کوشش‌ها، در میان افراد هر گروه باز هم از نظر نگرشی تفاوت‌هایی وجود دارد. این تفاوت‌ها ناشی از شخصیت افراد است. از سویی باید افزود، معمولاً شخصیت‌های خاص دارای نگرش‌های خاص هستند که با همان الگوی شخصیتی دارای هماهنگی است (کریمی، ۱۳۸۴: ۲۳۴ و ۲۳۵).

مروری بر تحقیقات پیشین در ایران

مطالعات و تحقیقات گسترده‌ای درباره سقط‌جنین در ایران و سایر کشورها صورت گرفته است. در ادامه به چند نمونه از این تحقیقات به اختصار اشاره خواهد شد.

صدیقه سادات طوافیان و فاطمه رمضان زاده (۸۶-۸۵) در تحقیقی با عنوان «مشخصات جمعیت شناختی مؤثر بر تصمیم به سقط عمدی در مراجعین به بیمارستان‌های آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی» نشان می‌دهند علاوه بر بارداری‌های ناخواسته، عوامل تعدیل‌کننده دیگری از جمله، مشخصات جمعیت شناختی افراد نیز می‌تواند در روند اقدام به سقط عمد تأثیرگذار باشد. جهت شناخت این عوامل تعیین‌کننده، با ۸۸ نفر از زنانی که بارداری آنان در یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران به صورت سقط، سزارین یا زایمان طبیعی ختم شده بود در خصوص مشخصات جمعیت‌شناختی و تصمیم به سقط‌عمدی با استفاده از برگه مصاحبه خود ساخته، مصاحبه شد و داده‌های جمع‌آوری شده از طریق تحلیل رگرسیون لجستیک یک و چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۳۸۸ نفر (۴۳٪ درصد) با میانگین سنی $29/9 \pm 6/3$ سال در بارداری اخیر خود تصمیم به سقط‌عمد داشتند و ۵۰۰ نفر (۵۶٪ درصد) با میانگین $24/9 \pm 4/9$ سال چنین تصمیمی نداشتند. طبق یافته‌های این مطالعه بارداری ناخواسته، افزایش تعداد زایمان‌های قبلی، درآمد متوسط و بالاتر و ازدواج غیر فامیلی به ترتیب از مهم‌ترین عوامل مؤثری بودند که باعث افزایش شانس تصمیم به سقط‌عمدی شدند. همچنین تصمیم به سقط‌عمدی با افزایش سن زن و افزایش مدت زمان گذشته از ازدواج دارای ارتباط معنی‌دار بودند (طوافیان، ۱۳۸۶: ۱۵۷).

مطالعه عرفانی (۲۰۱۰) با عنوان «پیمایش باروری تهران» نیز نشان داد که حدود ۶ درصد از حاملگی‌ها به سقط ختم می‌شوند و میانگین سن زنان در هنگام سقط ۳۳/۵ می‌باشد. اقدام به سقط‌جنین در میان زنان شهر تهران، در ۲۰ سالگی شروع می‌شود و نقطه اوج آن در ۳۰ تا ۳۴ سال می‌باشد و پس از آن نرخ سقط‌جنین به تدریج کاهش می‌یابد. بالاترین نرخ سقط‌جنین در میان زنان حدود ۳۵ سال می‌باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که احتمال سقط‌جنین در میان زنان کمتر مذهبی بیشتر است و در میان زنان مذهبی‌تر، کمتر می‌باشد. از دیگر یافته‌های پژوهش این است که ۸۴ درصد از سقط‌ها در شهر تهران، اغلب غیرقانونی می‌باشد و فاصله‌گذاری بین فرزندان و نیز محدود کردن تعداد آن‌ها، از مهمترین دلایل سقط می‌باشد. به علاوه حدود ۷ درصد از سقط‌ها به دلیل تأخیر در بچه‌آوری است. این سقط‌ها اغلب در میان زنانی رخ می‌دهد که زودتر از زمان مورد نظر (دوران نامزدی) حامله شده‌اند. فقر و مشکلات اقتصادی و عدم توانایی پرداخت هزینه تربیت و نگهداری فرزند و مشکلات مرتبط با زناشویی نظیر طلاق، جدایی و یا اعتیاد یکی از والدین به مواد مخدر، از مهمترین دلایل ۲۱ درصد از سقط‌ها در ۵ سال اخیر در تهران بوده است. به طور کلی، ۸۴ درصد از سقط‌ها به دلیل شکست وسایل پیشگیری از حاملگی می‌باشد و ۱۶ درصد زنان نیز وقتی حامله شدند از هیچ وسیله پیشگیری استفاده نمی‌کردند. باید افزود بیش از نیمی از حاملگی‌هایی که به سقط ختم می‌شوند، در اثر شکست در روش‌های متقطع، قرص یا کانوم می‌باشد (عرفانی، ۲۰۱۰: ۷ و ۸).

یکی دیگر از تحقیقات مرتبط با کاهش باروری در ایران، بررسی جامعی است که عباسی، حسینی چاوشی و دلاور با عنوان «حاملگی‌های ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در ایران» انجام داده‌اند. هدف تحقیق، تعیین میزان حاملگی‌های ناخواسته در ایران و بررسی تأثیر عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی بر روی حاملگی ناخواسته بود. به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر «داده‌های بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در ایران» در سال ۱۳۷۹ مورد استفاده قرار گرفت (عباسی ۱۳۸۸: ۲۵۶). متغیرهای مستقلی که عباسی آن‌ها را در رابطه با بارداری ناخواسته مورد بررسی قرار داد، عبارت بودند از: محل سکونت (شهر و روستا)، سن، نوبت حاملگی، میزان تحصیلات زوجین، ترجیح جنس فرزند، وضعیت اشتغال و استفاده از وسایل پیشگیری همزمان با حاملگی و قبل از حاملگی.

نتایج تحقیقات بیانگر همبستگی معکوس بین تحصیلات و میزان حاملگی ناخواسته است. مقادیر حاملگی ناخواسته از ۴۸ درصد برای زنان بی‌سواد به ۱۸/۸ درصد در زنان با تحصیلات دانشگاهی، کاهش یافته است (عباسی ۱۳۸۸: ۲۶۴). در این تحقیق مشخص شد، یک رابطه خطی مثبت بین سن و حاملگی ناخواسته وجود دارد. حدود ۲۶ درصد از زنان باردار ۱۵ تا ۲۴ ساله اظهار داشتند که حاملگی‌شان ناخواسته بوده است. این میزان در زنان ۲۵ تا ۳۴ ساله ۴۰ درصد افزایش می‌یابد و برای سنین ۳۵ تا ۴۹ ساله به ۶۵ درصد می‌رسد. دلیل این الگو این است که معمولاً زنان فرزندان ناخواسته خود را در سنین

جوانی به دنیا می‌آورند، به طوری که حدود ۷۵ درصد از حاملگی‌های در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال با برنامه‌ریزی قبلی بوده است (عباسی، ۱۳۸۸: ۲۶۲).

مروری بر تحقیقات پیشین در خارج از ایران

بر اساس تحقیق اقبال شاه^۱ و الیزابت اِهمان^۲ با عنوان «الگوی سنی سقط‌جنین غیرایمن در مناطقی از کشورهای در حال توسعه»، بیش از نیمی از سقط‌های غیرایمن در میان زنان ۱۵ تا ۳۰ ساله رخ می‌دهد که ۱۴ درصد آن‌ها زیر ۲۰ سال هستند ولی به هر حال الگوی سنی سقط‌های غیرایمن، در مناطق مختلف به شدت با یکدیگر متفاوت است. در آسیا ۳۰ درصد از سقط‌های غیرایمن در میان زنان ۲۵ سال است و ۶۰ درصد در میان زنان زیر ۳۰ سال است. در آمریکای لاتین و مناطق کارائیب، زنان ۲۰ تا ۲۹ سال بیشترین سهم را از سقط‌های غیرایمن دارند، در واقع ۷۰ درصد از سقط‌های غیرایمن در میان زنان زیر ۳۰ سال رخ می‌دهد. بیش از ۴۰ درصد از سقط‌های غیرایمن در میان جوانان در کشورهای در حال توسعه به ویژه در آفریقا رخ می‌دهد، جایی که از هر ۴ نفر، حداقل ۱ نفر دارای تجربه سقط غیرایمن در دوران نوجوانی هستند. طبق نتایج این مطالعه، زنان جوان زیر ۲۵ سال در آفریقا، و زنان بالای ۲۵ سال در آسیا و زنان ۲۵ تا ۳۵ سال در آمریکای لاتین و مناطق کارائیب، بزرگترین گروهی را تشکیل می‌دهند که نیازمند مداخله برای جلوگیری از سقط‌های غیرایمن و خدمات باکیفیت بعد از سقط می‌باشند (اقبال و اِهمان، ۲۰۰۴: ۹).

عرفانی و مک کولان (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان «میزان‌های سقط‌جنین عمدی در ایران: نقش وسایل پیشگیری از بارداری و مذهب» نشان می‌دهند که در هر سال ۷/۵ سقط برای هر ۱۰۰۰ زن ازدواج کرده در سن ۱۵ تا ۴۹ سالگی رخ می‌دهد. نرخ کلی سقط در ایران ۰/۲۶ برای هر زن متأهل است. به بیان دیگر از میان هر چهار زن، یک سقط‌جنین عمدی در طول دوران بارداری رخ خواهد داد. (عرفانی و مک کولان ۲۰۰۸: ۱۱۱). یافته‌های تحقیق حاکی از تأثیر کاهنده دینداری بر سقط‌جنین در ایران می‌باشد. در استان‌های مختلف ایران، رابطه معکوسی میان درجه دینداری و نرخ سقط‌جنین عمدی وجود دارد. در مناطقی که شاخص‌های مذهبی بالاست، میزان‌های سقط‌جنین پایین است و بالعکس. با وجود این رابطه معکوس، برآوردها نشان داده است که در برخی از استان‌ها، هم شاخص‌های دینداری پایین است و هم میزان سقط‌جنین. دلیل اصلی این امر، میزان بالای استفاده از وسایل پیشگیری مدرن در این استان‌ها می‌باشد. تأثیر کاهنده استفاده از وسایل پیشگیری مدرن بر سقط‌جنین، ۳۱ درصد بیشتر از تأثیر کاهنده دینداری بر سقط است.

1. Iqbal Shah

2. Elizabeth Ahman

فرضیات تحقیق

- بین سن زن و نگرش وی نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.
- بین میزان تحصیلات زن و نگرش وی نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.
- بین وضعیت اشتغال زن (شاغل و خانه دار) و نگرش زن نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.
- بین طبقه اجتماعی^۱ و نگرش زنان نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.
- بین نگرش اطرافیان و نزدیکان زن (همسر، خویشاوندان و دوستان) نسبت به سقط جنین و نگرش زن نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.
- بین میزان پایبندی به مذهب و نگرش زن نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.

روش شناسی

با توجه به هدف تحقیق و ماهیت داده‌های مورد نیاز، از روش پیمایش و برای گردآوری اطلاعات، از تکنیک پرسشنامه استفاده گردید. جمعیت آماری تحقیق، زنان در سن باروری (۱۵ تا ۴۵ سال) شهر تهران در سال ۱۳۸۵ هستند. تعداد جامعه آماری از جدول «جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر برحسب سن، جنس و وضع زناشویی»، از سایت مرکز آمار ایران استخراج شده است.

جدول شماره (۱) جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر برحسب سن، جنس و وضع زناشویی

زنان ازدواج کرده (متاهل)	گروه‌های سنی
۳۷۸۰۳	۱۵-۱۹ ساله
۲۱۲۲۳۴	۲۰-۲۴ ساله
۳۱۴۰۴۵	۲۵-۲۹ ساله
۳۷۸۵۶۸	۳۰-۳۴ ساله
۲۷۵۱۸۵	۳۵-۳۹ ساله

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۴۶۲ نفر برآورد شده است. برای افزایش روایی سؤالات، این تعداد به ۳۰۰ نفر افزایش یافته است. در ادامه برای تعیین واحدهای نمونه از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی (سه‌میهای) استفاده شد. ابتدا کلیه

۱. برای سنجش طبقه اجتماعی از متغیرهای تحصیلات و شغل استفاده نشده است. طبقه اجتماعی با سه سؤال سنجیده شده است که سؤال اول و دوم، جنبه عینی دارند و سؤال سوم، جنبه ذهنی. میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال، به صورت متغیرهای جداگانه در نظر گرفته شده است.

زایشگاه‌های شهر تهران (۱۴ زایشگاه) لیست گردید و سپس با مراجعه به پذیرش زایشگاه‌ها میانگین روزانه تعداد زنان باردار مراجعه‌کننده به آن‌ها بدست آمد. با توجه به حجم نمونه ۳۰۰ نفری و میانگین تعداد مراجعین در هر روز، نمونه‌های مربوط به هر زایشگاه محاسبه شد. در فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۹۰ پرسشگران با مراجعه به هر زایشگاه، با توجه به سهم نمونه‌ها و میانگین تعداد مراجعین، ابتدا عدد فاصله (11) را محاسبه و برای شروع کار و یافتن نفر اول از جدول اعداد تصادفی استفاده نمودند. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که از کل پاسخگویان (۳۰۰ نفر)، ۲۲/۵ درصد ۱۹ تا ۲۵ سال و ۳۰/۹ درصد ۲۶ تا ۳۰ ساله، ۳۷/۱ درصد ۳۱ تا ۳۵ ساله و ۹/۵ درصد پاسخگویان، بالاتر از ۳۵ سال داشتند. از کل پاسخگویان، میزان تحصیلات ۷/۷ درصد، سیکل و پایین‌تر، ۴۶/۷ درصد دیپلم، ۱۶/۳ درصد فوق دیپلم، ۲۹/۳ درصد لیسانس و بالاتر بودند. از کل پاسخگویان، ۳۵ درصد شاغل و ۶۵ درصد خانه‌دار بودند. در واقع؛ بیش از نیمی از پاسخگویان خانه‌دار بوده‌اند. از کل جمعیت ۳۹/۷ درصد در طبقات پایین و متوسط رو به پایین هستند. ۳۲/۳ درصد در طبقه متوسط و در نهایت ۲۸ درصد در طبقات بالا و متوسط رو به بالا قرار داشتند.

مقایسه درصدها نشان می‌دهد تفاوت بسیار ناچیزی بین زنان زیر ۳۰ سال (۴۱ درصد) و بالای ۳۰ سال (۴۲ درصد) که موافق سقط‌جنین هستند، وجود دارد. در میان مخالفان نسبت به سقط‌جنین نیز، تفاوت بسیار کم است. ۵۰ درصد از زنان زیر ۳۰ سال و ۵۸ درصد از زنان بالای ۳۰ سال، مخالف سقط هستند. میزان تحصیلات نیز تأثیری در نگرش زنان نسبت به سقط‌جنین ندارد. با مقایسه درصدها مشخص شد که ۴۲ درصد از زنانی که تحصیلات آنان زیر دیپلم است و ۴۰ درصد از زنانی که تحصیلات آن‌ها بالای دیپلم می‌باشد، موافق سقط هستند. در میان مخالفان نسبت به سقط نیز، ۵۸ درصد زیر دیپلم و ۶۰ درصد بالای دیپلم می‌باشند. ۳۴ درصد از زنان شاغل و ۴۵ درصد از زنان خانه‌دار، در زمره موافقان سقط هستند و در میان مخالفان نیز ۶۶ درصد شاغل و ۵۵ درصد خانه‌دار هستند. درصدها نشان داد که ۳۶ درصد از افراد طبقه پایین موافق سقط هستند و این عدد به ۶۶ درصد در طبقات بالا افزایش می‌یابد. همچنین ۶۴ درصد از زنان طبقه پایین و ۳۴ درصد از زنان طبقات بالا، مخالف سقط‌جنین می‌باشند. مقایسه درصدها گویای همین رابطه معکوس می‌باشد. ۶۱ درصد از افراد، موافق سقط بودند، در حالی که اطرافیان آن‌ها کاملاً با سقط مخالف بودند و حدود ۹۰ درصد از افراد با سقط مخالف بودند، در حالی که اطرافیانشان موافق سقط بودند. در بعد نگرشی ۶۱ درصد از کسانی که موافق سقط بودند، میزان

دینداریشان کم بود، ولی ۹۲ درصد از کسانی که مخالف بودند، میزان دینداریشان زیاد بود. در بعد عملی نیز، ۷۰ درصد از موافقان سقط، از لحاظ مذهبی ضعیف بودند و در مقابل ۷۴ درصد از مخالفان سقط، میزان دینداریشان زیاد بود.

ضرایب همبستگی چندگانه، ضریب تعیین، ضریب تعدیل یافته و خطای معیار در جدول (۲) نشان داده شده است. با توجه به این جدول می‌توان گفت؛ میزان همبستگی چندگانه متغیر نگرش نسبت به سقط‌جنین در یک ترکیب خطی با متغیرهای وارد شده در معادله (نگرش اطرافیان نسبت به سقط، پابندی به مذهب، طبقه اجتماعی) برابر $0/519$ می‌باشد. همچنین ضریب تعیین حاصل، برابر با $0/270$ و ضریب تعیین تعدیل یافته، براساس متغیرهایی که وارد تحلیل شده‌اند، حدود $0/262$ به دست آمده است؛ یعنی بیش از ۲۶ درصد از تغییرات متغیر نگرش نسبت به سقط‌جنین، از طریق مجموعه متغیرهای مستقل مورد اشاره، تبیین شده است و مابقی تغییرات متغیر وابسته (۷۴ درصد) متعلق به سایر عواملی است که در این مطالعه و فرضیه‌های تحقیق دیده نشده‌اند. مقدار F برابر است با نسبت متوسط واریانس رگرسیون به متوسط واریانس باقیمانده، که برابر با $36/464$ و دارای سطح معناداری $Sig=0/000$ می‌باشد، یعنی در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار شده است. بنابراین ضریب تعیین تعدیل یافته بدست آمده، به لحاظ آماری معنادار است. به عبارت دیگر؛ بیش از ۲۶ درصد تغییرات متغیر وابسته (نگرش نسبت به سقط‌جنین) از طریق سه متغیر پابندی به مذهب، نگرش اطرافیان نسبت به سقط‌جنین و طبقه اجتماعی تبیین شده است، اما سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال، با توجه به این که توانایی افزایش میزان R^2 را به میزان معناداری نداشته‌اند، از معادله حذف شده‌اند.

جدول شماره (۲) ضرایب همبستگی چندگانه، ضریب تعیین، ضریب تعدیل یافته و خطای معیار برآورد

sig	F	خطای برآورد معیار	ضریب تعیین تعدیل یافته	ضریب تعیین	ضریب همبستگی چندگانه	model
0/000	36/464	0/57871	0/262	0/270	0/591	۱

در ادامه، جدول شماره (۳) نتایج اولیه تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد، به نحوی که در هر ستون مقدار ثابت، ضرایب استاندارد نشده (B)، خطای معیار، ضرایب رگرسیونی استاندارد شده، آزمون (t) و سطح معناداری را برای هر یک از متغیرهای ملحوظ شده، نشان می‌دهد. در بررسی روابط آماری فرضیات مختلف تحقیق، متغیرها به صورت دو به دو مورد تحلیل قرار گرفتند. جهت مطالعه تأثیر همزمان متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته، از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده و روش گام به گام استفاده شده است.

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود از میان ۶ متغیر وارد شد در تحقق، تنها ۳ متغیر پابندی به مذهب، نگرش اطرافیان نسبت به سقط‌جنین و طبقه اجتماعی دارای رابطه معنادار با متغیر مستقل می‌باشند. هم چنین متغیرهای نگرش

اطرافیان نسبت به سقطجین و طبقه اجتماعی دارای رابطه معنادار و معکوس با متغیر وابسته (نگرش فرد نسبت به سقطجین) می باشند، به طوری که با افزایش مقدار این متغیرها از مقدار متغیر وابسته کاسته می شود و بالعکس. اما قضاوت در مورد سهم و نقش هر یک از سه متغیر فوق در تبیین متغیر وابسته (نگرش به سقطجین)، را باید به مقادیر بتا واگذار کرد، زیرا این مقادیر استاندارد شده و امکان مقایسه و تعیین سهم نسبی هر یک از متغیرها را فراهم می سازد. بر این اساس، مقدار B میزان پایداری به مذهب برابر با ۰/۲۸۳ به مراتب بیشتر از ضریب نگرش اطرافیان به سقط، یعنی ۰/۳۲۱- می باشد. همچنین ضریب استاندارد این متغیر بیشتر از ضریب استاندارد طبقه اجتماعی یعنی ۰/۱۵۲- می باشد. یعنی به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار میزان پایداری به مذهب، ۰/۲۸۳ در متغیر وابسته (نگرش به سقطجین) تغییر ایجاد می گردد، در حالی که به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار مثلاً نگرش اطرافیان به سقطجین، تنها ۰/۳۲۱- در انحراف معیار متغیر وابسته (نگرش به سقطجین) تغییر ایجاد می شود.

جدول شماره (۳) ضرایب استاندارد شده و استاندارد نشده رگرسیونی متغیرهای مؤثر بر نگرش به سقطجین

سطح معناداری	آزمون T	ضریب استاندارد نشده		مثل
		مقدار B	انحراف معیار	
۰/۰۰۰	۱۰/۷۵۵		۰/۲۰۱	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۵/۳۸۴	۰/۲۸۳	۰/۰۵۰	پایداری به مذهب
۰/۰۰۰	-۶/۱۸۰	-۰/۳۲۱	۰/۰۴۹	نگرش اطرافیان نسبت به سقط
۰/۰۰۲	-۳/۰۶۵	-۰/۱۵۲	۰/۰۷۰	طبقه اجتماعی

در ادامه، به تدوین معادله رگرسیون می پردازیم. همان طور که در جدول مشاهده می شود عرض از مبدأ (مقدار ثابت)، برابر با ۲/۱۶۰ است که نشان می دهد، در صورتی که مقدار هر سه متغیر مستقل برابر با صفر باشد، میزان متغیر وابسته یعنی نگرش نسبت به سقطجین، برابر با ۲/۱۶۰ می باشد که مقدار Sig معنی دار بودن آن را تأیید می کند (Sig=۰/۰۰۰). با توجه به اینکه شیب رگرسیون (b) برای متغیر پایداری به مذهب، برابر با ۰/۲۶۸، برای متغیر نگرش اطرافیان به سقط، برابر با ۰/۲۹۷- و برای متغیر طبقه اجتماعی، برابر با ۰/۲۱۵- می باشد؛ بنابراین معادله معمولی رگرسیون به این شکل می باشد:

$$(-۰/۲۱۵) \text{ طبقه اجتماعی} + (۰/۲۹۷) \text{ نگرش اطرافیان نسبت به سقط} + (۰/۲۶۸) \text{ پایداری به مذهب} = \text{نگرش نسبت سقطجین}$$

در ادامه برای نوشتن معادله استاندارد رگرسیون از ضریب استاندارد رگرسیون (Beta) استفاده می شود. این ضریب برای متغیر پایداری به مذهب برابر ۰/۲۸۳، برای متغیر نگرش اطرافیان به سقط، برابر با ۰/۳۲۱- و در نهایت برای متغیر طبقه اجتماعی، برابر با ۰/۱۵۲- است. در نتیجه، معادله استاندارد رگرسیون به شکل زیر می باشد:

$$(-۰/۱۵۲) \text{ طبقه اجتماعی} + (-۰/۳۲۱) \text{ نگرش اطرافیان نسبت به سقط} + (۰/۲۸۳) \text{ پایداری به مذهب} = \text{نگرش نسبت به سقطجین}$$

نتیجه گیری

در این نوشتار سقط جنین عمدی به عنوان یک معضل اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است و هدف تحقیق بررسی نگرش زنان باردار شهر تهران نسبت به سقط جنین عمدی می باشد.

در تحقیق فوق، مشخص شد که افزایش سن، تأثیری بر تغییر نگرش زنان نسبت به سقط عمدی ندارد. می توان این طور استنباط نمود که چون سن اولین زایمان در زنان افزایش یافته است، دختران حتی اگر در سنین پایین نیز ازدواج کنند، سن بچه آوری خود را به تعویق می اندازند. اگر زنانی که در سنین پایین قرار دارند، ناخواسته باردار شوند، سقط جنین را به عنوان آخرین راه پیشگیری از بارداری می دانند. همچنین زنان کم سن بیشتر در معرض روابط جنسی خارج از ازدواج هستند و این یکی از دلایلی است که می توان گفت، زنان در سنین پایین بیشتر با بارداری ناخواسته مواجه می شوند. یافته های این تحقیق بر خلاف نتایج تحقیق عباسی نشان داد که با افزایش سن، میزان بارداری ناخواسته افزایش نمی یابد، بلکه در سنین پایین نیز زنان زیادی هستند که به دلایل مختلف با حاملگی ناخواسته مواجه می شوند و در نتیجه ممکن است نسبت به سقط نگرش مثبت داشته باشند.

نتایج تحقیق نشان داد که تحصیلات، بر نگرش مثبت یا منفی زنان نسبت به سقط تأثیری نخواهد داشت، چراکه برخلاف فرضیه تحقیق، نگرش زنانی که دارای تحصیلات بالا هستند، نسبت به سقط منفی است. در ادامه می توان گفت؛ سطح اطلاعات و آگاهی زنان تحصیل کرده به واسطه سال هایی که در آموزش عالی گذرانده اند، نسبت به زنانی که تحصیلات پایین دارند، بیشتر است. یکی از دلایل مخالفت این دسته از زنان با سقط جنین، آگاهی آن ها از پیامدهای جسمی و روحی آن می باشد. از سویی اینان در رابطه با روش های پیشگیری از بارداری و شیوه درست استفاده از آن ها و نیز روش های اورژانسی پیشگیری از بارداری آگاهی لازم را دارند. زنان تحصیل کرده تمام تلاش خود را در راستای جلوگیری از بارداری به عمل می آورند تا با بارداری ناخواسته مواجه نشوند، چراکه در صورت بروز حاملگی ناخواسته، احتمال اینکه بخواهند جنین خود را سقط کنند، کم است.

در این تحقیق وجود رابطه بین وضعیت اشتغال زن و نگرش وی نسبت به سقط جنین، تأیید نشد. مقایسه ی میانگین ها، اختلاف زیادی بین زنان شاغل و خانه دار نشان نمی دهد و این الگو بیانگر این است که نگرش زنان خانه دار و شاغل نسبت به سقط جنین به مرور یکسان گردیده است. در واقع؛ زنان چه شاغل باشند و چه خانه دار، با سقط جنین مخالف هستند اما باید توجه داشت که دلیل نگرش منفی زنان شاغل و خانه دار نسبت به سقط با یکدیگر متفاوت است. نگرش منفی زنان شاغل نسبت به سقط جنین ریشه در موقعیت شغلی آن ها دارد چراکه در صورت مواجهه با بارداری ناخواسته، موقعیت شغلی زنان در جامعه متزلزل می شود. طی کردن دوره بارداری و ختم آن با سقط جنین و در ادامه، کنار آمدن با پیامدها و مشکلات سقط،

فرآیندی است که زنان را مجبور می‌کند تا از جایگاه شغلی خود فاصله بگیرند و این امر موقعیت اشتغال آن‌ها را پس از سقط به خطر می‌اندازد. در واقع حفظ جایگاه و موقعیت شغلی؛ یکی از فاکتورهای است که سبب می‌شود تا زنان شاغل با سقط‌جنین مخالف باشند.

نتایج این تحقیق ارتباط بین طبقه اجتماعی و نگرش نسبت به سقط را تأیید می‌کند. بدین معنی که طبقه اجتماعی می‌تواند بر روی نگرش افراد تأثیرگذار باشد. افراد طبقه بالا در جامعه، به ویژه در مشاغل تخصصی و با درآمد بالا، حاضر نیستند موقعیت شغلی و اجتماعی خود را برای فرزندآوری به خطر بیندازند. در واقع؛ بهایی که بسیاری از زوج‌ها در طبقات بالایی جامعه برای رسیدن به پیشرفت می‌پردازند، داشتن فرزند کمتر است. افراد طبقات بالایی جامعه خواهان امکانات و مزوومات خاصی برای فرزندآوری هستند، در حالی که این امر در میان مردم طبقات پایین جامعه دیده نمی‌شود و به همین دلیل در اکثر جوامع، کسانی که وضعیت مالی آنها بدتر است، بیش از پولدارها بچه‌دار می‌شوند.

در یافته‌های تحقیق مشخص شد که اطرافیان فرد اعم از همسر، والدین، والدین همسر، خویشاوندان و دوستان صمیمی؛ در مجموع با سقط‌جنین مخالف هستند، اما میزان مخالفت، در میان دوستان و خویشاوندان صمیمی، کاهش یافته است. تحقیق فوق نیز نشان داد که بین نگرش اطرافیان فرد (همسر، والدین، والدین همسر، خویشاوندان و دوستان صمیمی) و نگرش فرد رابطه معکوس وجود دارد به طوری که اگر نگرش اطرافیان فرد نسبت به سقط‌جنین مثبت باشد، نگرش خود فرد منفی است و برعکس، اگر اطرافیان مخالف سقط باشند، فرد موافق سقط خواهد بود. این رابطه معکوس می‌تواند نمایانگر استقلال فکری زنان باشد. زنان دیگر تحت تأثیر نگرش مثبت یا منفی اطرافیان خود نیستند، حتی در بیشتر مواقع، نظرشان دقیقاً برخلاف نظر اطرافیان است.

در این بررسی رابطه دینداری و نگرش نسبت به سقط در دو بُعد نگرشی و عملی سنجیده شد که در هر دو بعد رابطه بین آن‌ها تأیید گردید. این نتیجه همانند نتایج تحقیقات پیشین، از جمله تحقیق عرفانی و عبداللهیان نشان داد که مذهب مهم‌ترین مانع سقط‌جنین در میان پاس‌خگویان می‌باشد، چراکه از نظر مذهب، زنی که اقدام به سقط‌جنین کند، گناهکار شناخته می‌شود و باید تاوان آن را در زندگی دنیوی و اخروی بپردازد. در اغلب ادیان، سقط‌جنین به طور کلی رد شده است مگر در شرایط خاص که جان مادر یا فرزند در خطر باشد. بدیهی است که کم‌رنگ شدن اعتقادات مذهبی و دینداری در میان زنان با افزایش نگرش مثبت به سقط‌جنین ارتباط مستقیم خواهد داشت. به طور کلی با توجه به نتایج ارائه شده از این تحقیق، باید چنین نتیجه گرفت که نگرش زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه‌های شهر تهران نسبت به سقط‌جنین، تحت تأثیر طبقه اجتماعی، نگرش اطرافیان نسبت به سقط‌جنین و میزان دینداری می‌باشد.

منابع

- ابراهیم پور، محسن (۱۳۸۲) پایان نامه دکترای جمعیت شناسی، جمعیت و توسعه روستایی در ایران، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- ابوت، پاملا و کار والاس (۱۳۸۰) جامعه شناسی زنان، ترجمه: منیژه نجم عراقی، تهران: نشر نی.
- آخوندی، محمد مهدی و زهره بهجتی اردکانی (۱۳۸۱) ضرورت بررسی ریشه‌های ابعاد متنوع سقطجنین در ایران، فصل نامه پزشکی باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقطجنین در ایران، تهران: پژوهشکده ابن سینا.
- بهجتی اردکانی، زهره و همکاران (۱۳۸۸) ضرورت بررسی جنبه‌های مختلف سقطجنین در ایران، سقطجنین؛ مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقطجنین، تهران: انتشارات سمت.
- حسینی، هاتم (۱۳۸۱) درآمدی بر جمعیت شناسی اقتصادی - اجتماعی و تنظیم خانواده، همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
- ریتر، جورج (۱۳۷۴) نظریه‌های جامعه شناسی در دوران معاصر، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- راستخ محمد (۱۳۸۸) جنال حیات: بررسی اجمالی نظریه‌های سقطجنین، سقطجنین؛ مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقطجنین، تهران: انتشارات سمت.
- طوائفیان، صدیقه سادات و فاطمه رمضان زاده (۱۳۸۶) مشخصات جمعیت شناختی مؤثر بر تصمیم به سقط عمدی در مراجعین به بیمارستان‌های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، فصل نامه پایش، سال ششم، ش ۲.
- عباسی شورزی، محمد جلال؛ میمنت حسینی چلوشی و بهرام دلاور (۱۳۸۸) حاملگی‌های ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در ایران، سقطجنین؛ مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقطجنین، تهران: انتشارات سمت.
- کاظمیان، محمد (۱۳۸۸) بررسی علل مرگ و میر مادران ناشی از سقط جنینی، سقط جنین: مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقط جنین، تهران، انتشارات سمت.
- کریمی، یوسف (۱۳۸۴) روانشناسی اجتماعی (نظریه‌ها، مفاهیم، کاربردها)، تهران: انتشارات ارسباران.
- ویکس، جن (۱۳۸۵) جمعیت - مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات، مترجم: الهه میرزایی، تهران: موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی.
- هام، مگی و سارا گمبل (۱۳۸۲) فرهنگ نظریه‌های فمینیستی، ترجمه: فیروزه مهاجر و فرخ قره دلغی و نوشین احمدی، تهران: نشر توسعه.

Demeny, Paul & McNicoll, Geoffrey (March 2003) Encyclopedia of population, New York.

Erfani, Amir (2010) Tehran Survey of Fertility (2009) a Study on the Reproductive Behavior of Married Women in Tehran, Tehran: The Population Studies and Research Center in Asia and Pacific (PSRC)

Erfani, Amir & McQuillan Kevin (2008) Rates of Induced Abortion in Iran: The Roles of Contraceptive Use and Religiosity, Volume 39 Number 2

Shah, Iqbal & Ahman, Elizabeth (2004) Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions, Reproductive Health Matters

Taylor, John (2003) Encyclopedia of population, Induced abortion (History), Volume 2, MacMillan References USA: Thomson