

بررسی نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین عمد*

پگاه روشن شمال^۱

چکیده

موضوع این مقاله، بررسی نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین عمد می باشد. این پدیده، از مهمترین معضلاتی است که سلامت زنان را تهدید می کند. زنان به دلیل ایجاد فاصله سنی در بین فرزندان و شکست در روش های پیشگیری، به سقط های غیرایمن متوسل می شوند. تأثیرات جسمی و روحی سقط جنین بر زنانی که آن را تجربه می کنند و تأثیر شرایط فرهنگی و اجتماعی در رابطه با سقط، بر شکل گیری یا تغییر نگرش زنان نسبت به سقط جنین، توجه به مسئله سقط در میان زنان را آشکار می کند.

هدف این تحقیق، بررسی نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین عمد می باشد. در این تحقیق از نظریه های عرضه و تقاضا (بکر)، تکوین نگرش (کرچ، کراچفیلد و بالاکی) و هویت (سایمن) استفاده شده است. روش پژوهش، پیمایش و ابزار اندازه گیری، پرسشنامه است. جامعه آماری، زنان در سن باروری شهر تهران فاصله (سال ۱۳۸۵) می باشند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد شد. روش نمونه گیری نیز سهمیه ای می باشد.

یافته های پژوهش نشان داد که بین سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، جنس فرزند و نوع وسیله تنظیم خانواده با نگرش زنان باردار نسبت به سقط جنین رابطه وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می دهد که متغیرهای دینداری، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین، نوع بارداری و طبقه اجتماعی، متغیرهایی هستند که نگرش زنان باردار را نسبت به سقط جنین تبیین می کنند. در واقع؛ بیش از ۳۴٪ تغییرات متغیر وابسته از طریق چهار متغیر مذکور، تبیین می شود.

واژگان کلیدی: نگرش، بارداری، سقط جنین عمد، وسایل تنظیم خانواده، ترجیح جنسی.

* این مقاله از حمایت مالی مرکز مطالعات و پژوهش های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه بهره مند گردیده است.

۱. کارشناس ارشد جمعیت شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه و طرح موضوع

ادامه حیات بشر در گرو باروری است و در این فرایند زنان نقش برجسته و مهمی بر عهده دارند. در این راستا، زنان دارای مسائل و مشکلات خاص خود هستند و بررسی و رفع مشکلات باروری زنان نیز مستلزم شناخت دقیق و آگاهی کامل نسبت به آن‌ها است. یکی از پدیده‌هایی که در حوزه باروری همواره مطرح بوده، سقط جنین می باشد که به تناسب و درجه اهمیت در جوامع مختلف بدان پرداخته شده است.

سقط جنین در تمامی جوامع به‌عنوان یک معضل اجتماعی شناخته می شود. تعداد زیاد اولاد، ترجیح جنسی، اختلافات خانوادگی، حاملگی‌های مکرر و ناخواسته، ارتباطات جنسی نامشروع، عدم آموزش و آگاهی دقیق از روش‌های کنترل بارداری و جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته به همراه محدودیت‌های مختلف، زمینه مساعدی را جهت انجام سقط‌های غیربهداشتی فراهم می‌نماید و در این ارتباط متأسفانه سقط جنین به‌عنوان آخرین روش، جهت کنترل حاملگی و تنظیم خانواده به کار گرفته می شود (بهجتی، ۱۳۸۸: ۲۱۵). در کشور ما هیچ گونه آمار دقیقی در این زمینه 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 مرگ و میر ناشی از این اقدامات گشته است (کاظمیان، ۱۳۸۸: ۹۱).

سقط عمدی از چالش‌های اصلی جوامع به‌شمار می‌آید و کشورها را مؤظف می‌کند تا راهبردهای مضاعفی را جهت کاهش میزان بالای سقط غیربهداشتی به کار گیرند و نیز حقوق ایمن و خدمات قانونی و بهداشتی لازم را جهت توانمندسازی زوجین، به‌ویژه زنان در کسب کنترل کافی بر بارداری خویش، فراهم کنند. بر این اساس، از یک سو سازمان‌های تنظیم خانواده با ارائه خدمات جامع مراقبت‌های بهداشتی بارداری، بر جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته تأکید می‌کنند تا زن و مرد یا زوجین از کیفیت مطلوب روابط جنسی مطلع شوند و اطلاعات مربوط به پیشگیری را با آموزش، مشاوره و خدمات رسانی روش‌های متنوع، سالم و قابل اعتماد، با توجه به قابل دسترس بودن آن و استطاعت مالی زوجین کسب کنند. از سوی دیگر، در صورت شکست در استفاده از روش‌های پیشگیری و مواجهه با حاملگی‌های ناخواسته، بتوانند خدمات سالم و ایمن سقط جنین [قانونی] را در دسترس قرار دهند تا با نیازهای فردی زنان از وارد آمدن خسارت به زندگی و تحمل دوران پرمشقت درد و رنج پس از سقط جلوگیری کنند (Watters; 1976 : 52).

بر این اساس، آموزش و جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته، همیشه باید مقدم بر هرگونه تلاش در اقدام به سقط جنین باشد. میزان بالای حاملگی ناخواسته در ایران، نشان می‌دهد که برنامه‌های تنظیم خانواده در رسیدن به هدف غایی خویش که تأمین باروری برنامه‌ریزی شده و ایمن است، راهی

طولانی در پیش دارد و باید سیاست‌هایی در جهت کاهش حاملگی‌های ناخواسته به کار گرفته شود. در بسیاری از موارد، زنان حتی با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، مجدداً با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند که این مسئله نیازمند برنامه‌ریزی در سطح توسعه کیفی برنامه تنظیم خانواده است، تا بتوان روشی قابل اعتماد را در سنین باروری ارائه داد، به‌ویژه در سنینی که حاملگی پرخطر است (قبل از ۱۸ و پس از ۳۵ سالگی) و با افزایش احتمال سقط عمدی جنین، سلامت زن را تهدید می‌کند.

علاوه بر این، عوارض ناشی از حاملگی‌ها و زایمان‌ها در تهدید سلامت زن، از جمله مواردی است که باید در بهداشت باروری به آن توجه شود. در بررسی سیمای مرگ و میر در هجده استان کشور در سال ۱۳۸۰، با توجه به عوارض ناشی از حاملگی‌ها و زایمان‌هایی که سلامت زن را به خطر می‌اندازد، بر میزان قابل توجه موارد منجر به مرگ، در اثر عوارض برخاسته از حاملگی‌ها و زایمان‌ها تأکید شده است. لذا بررسی چالش‌های موجود، بازنگری و اصلاح سیاست‌های مرتبط با سقط جنین، برای حمایت از بهداشت باروری کاملاً ضروری است. در بسیاری از موارد، بر خلاف اعتقاد عمومی، زنانی که به دنبال سقط جنین هستند، غالباً متأهل و دارای زندگی مستحکم و صاحب چند فرزند هستند و به جهت محدود ساختن بعد خانواده، ایجاد فاصله سنی در بین کودکان، شکست در روش‌های کنترل بارداری یا به جهت فقدان دسترسی به روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری یا ناتوانی مالی و یا موارد دیگر به سقط متوسل شده‌اند (بهجتی، ۱۳۸۸: ۲۳۱). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، سالانه ۲۰ میلیون سقط غیرایمن در دنیا اتفاق می‌افتد که باعث مرگ ۸۰ هزار مادر و صدها هزار ناتوانی می‌شود. هم‌چنین آمارهای جهانی نشان دهنده آن است که سالانه حدود ۲۱۰ میلیون حاملگی در سراسر جهان شکل می‌گیرد که ۲۷٪ از این موارد (۴۶ میلیون) به دلایل مختلف متوسل به سقط جنین می‌گردند. دلایل سقط‌های عمدی را عمدتاً به حفظ جان مادر، حفظ سلامت جسمی مادر یا جنین، حفظ سلامت روحی مادر، تجاوز جنسی، نقایص جنسی، دلایل اقتصادی-اجتماعی و هم‌چنین درخواست والدین تقسیم‌بندی نموده‌اند (آخوندی، ۱۳۸۱: ۱۸-۱۹).

اغلب سقط‌های غیرایمن توسط افراد غیرماهر و در اماکن غیراستاندارد (از نظر پزشکی) صورت می‌گیرد که خود از عوامل مرگ‌ومیر زنان مراجعه‌کننده می‌باشد. در بین کسانی هم که سقط‌های قانونی انجام می‌دهند، عده‌ای بدن خود را در معرض اشعه ماوراء بنفش، صدمات جسمانی و... قرار می‌دهند تا سقط خود را قانونی جلوه دهند و مجوز لازم را بگیرند که این امر نیز خود مشکلات و عواقب زیادی را برای آنان به دنبال خواهد داشت. 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 مرگ و میر ناشی از آن وجود ندارد، اما شواهد و آمارهای غیر مستند، گزارش‌های بالایی از سقط‌های غیربهداشتی و متعاقب آن مرگ‌ومیر مادران و بیماری‌های ناشی از سقط‌های غیرایمن در دوران بارداری را به خود اختصاص می‌دهد.

وجود جمعیت جوان در ایران، که بیش از ۵۰٪ جمعیت زیر ۲۵ سال را تشکیل می‌دهد و عدم مدیریت صحیح آن، منجر به بروز تنش‌هایی در جامعه شده است که بررسی مسئله سقط جنین را ضروری می‌نماید؛ این مسائل تنش‌زا عبارتند از؛ تغییر نگرش زنان جوان و تمایل آن‌ها به داشتن خانواده با بُعدی کوچک، تأخیر در ازدواج به دلیل مشکلات مربوط به اشتغال و مسکن همراه با گذر از جامعه سنتی به جامعه مدرن از لحاظ جلو افتادن تحولات بلوغ و نیز بالا رفتن متوسط سن استقلال شغلی و ازدواج، نبود هم‌زمان والدین (پدر و مادر) در خانواده، تأثیر رسانه‌های جهانی (ماهواره و اینترنت)، مسئله غریزه جنسی که مانند سایر غرایز انسانی تعطیل‌بردار نیست و افزایش فعالیت جنسی خارج از ازدواج در دورانی نسبتاً طولانی و متعاقب آن خطرات حاملگی ناخواسته و گزارش‌های مستند مبنی بر افزایش رفتارهای پرخطر جنسی در بین جوانان و داشتن تماس جنسی قبل از ازدواج (بهجتی، ۱۳۸۸: ۲۱۴).

در مجموع، با نگاه به سقط جنین از حوزه اجتماع، باید گفت: که با تغییر شکل خانواده از سنتی به مدرن و هسته‌ای شدن اکثر خانواده‌ها، شاهد تغییر در نگرش و آراء اعضای خانواده نسبت به سقط جنین می‌باشیم. در واقع؛ همزمان با افزایش فردگرایی، خودمحوری، خودخواهی و طرز تفکر سودگرایانه که روابط را حسابگرانه و ماشینی کرده و پیوندهای عاطفی انسان‌ها را کم رنگ کرده است و یا به طور کلی برهم زده است، تغییر نگرش نسبت به سقط جنین عمد، به صورت مسئله‌ای مهم درآمده است.

دیدگاه‌های نظری

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

دیدگاه اخلاقی - دینی

در رویکرد اخلاقی و دینی، سه نوع جهت‌گیری عمده وجود دارد. عده‌ای مخالف صددرصد سقط جنین هستند. اینان به دو دلیل معتقدند زندگی ذاتاً محترم است و ما مجاز نیستیم آن را از بین ببریم. 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). دسته دوم طرفداران آزادی اراده شخص باردار هستند، با این استدلال 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 (همان، ۱۳۸۸). در نهایت، گروه سوم دیدگاهی اعتدالی دارند و معتقد به آزادی نسبی سقط جنین می‌باشند. اینان بر این عقیده‌اند که از یک سو نمی‌توان ادعای انسان بالنده را بی قید و شرط پذیرفت و از دیگر سو نمی‌توان ادعای آزادی مطلق اراده مادر را نیز صد در صد قابل دفاع دانست. محور اصلی بحث به تعیین زمان یا مرحله‌ای برمی‌گردد که جنین در آن زمان به انسان تبدیل می‌شود و از آن مرحله به بعد، اجازه نابودی یک شخص انسانی حتی به دست مادر نیز داده نمی‌شود (همان: ۱۹۵).

دیدگاه فمینیستی

فمینیست‌ها معتقد به لغو کلیه محدودیت‌ها نسبت به سقط جنین و خواهان آزادی بی قید و شرط آن هستند. از نظر آن‌ها جلوگیری از سقط جنین و نظارت بر آن، بخشی از ایدئولوژی جنسی در نظام مردسالارانه سرمایه‌دارانه است که معنای خانواده و مادری به آن وابسته است. سقط جنین را نمی‌توان جدا از قدرت اقتصادی، قدرت دولتی و بی‌قدرتی زنان در نظر گرفت. نظریه‌های فمینیستی درباره سقط جنین، متعدد و تا حدودی پیچیده‌اند. نظریه سقط جنین در دیدگاه فمینیست سوسیالیست^۱ بر پایه دو اصل قرار دارد؛ اختیار تن خود را داشتن و تصمیم گیرنده بودن. چرا که تولید مثل، بیشترین تأثیر را بر زنان می‌گذارد. در این نظریه نیازهای مشخص فردی و اجتماعی لحاظ شده است (هام و گمبل، ۱۳۸۲: ۲۳-۲۲).

دیدگاه اقتصادی

هاروی لیبشتاین^۲ معتقد 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 فرزندان باشد، نگرش والدین مثبت خواهد بود و تصمیم به داشتن بچه خواهند گرفت (حسینی، ۱۳۸۱: ۵۰-۵۱).

بکر^۳ نیز بر این باور است که رفتار باروری خانواده‌ها متأثر از رفتار اقتصادی آن‌ها می‌باشد؛ به طوری که فرزند به‌عنوان کالای مصرفی در نظر گرفته می‌شود که تصاحب آن مستلزم صرف پول

1-Feminism socialism

2- H.Leibnestein

3- G.Becker

و زمان از سوی والدین است. بر اساس نظریه اقتصادی بکر، پدر و مادر برای تصمیم گیری، کیفیت و کمیت کودکان را، با هم در نظر می گیرند. کسانی که سطح اقتصادی پائین تری دارند، ملزومات کمی برای کودکان خود در نظر می گیرند (غذا، پوشاک، تحصیلات، وسایل تفریحی)، بنابراین، حداقل هزینه برای آنها فرض می شود. ملزوماتی که طبقات افراد مرفه تر، برای کودکان خود در نظر می گیرند، هم از نظر مالی و به ویژه از نظر زمانی، در سطح بالاتری قرار دارد. بر اساس این دیدگاه، پدران و مادران طبقات مرفه تر همچنین برای خرید کالا و شرکت در فعالیت های وقت گیر، موقعیت های بیشتری دارند. بنابراین برای پرورش فرزندان با معیارهای مورد نظرشان، باید تعداد آنان را محدود کنند (ویکس ۱۳۸۵: ۲۲۵ و ۲۲۶).

دیدگاه اجتماعی

یکی از بحث های بسیار مهمی که در این دیدگاه مطرح می شود، ترجیح جنسی^۱ یا همان پسرخواهی^۲ است. اگر چه در بسیاری از کشورها موقعیت زنان پیوسته رو به بهبود بوده اما واقعیت آن است که در اغلب جوامع، هدف های اجتماعی تنها به وسیله فرزند پسر، جامعه عمل می پوشد. در واقع، اکثر جوامع شناخته شده در طول تاریخ بشر زیر سلطه مردها بوده است. از آنجا که در بیشتر جوامع، به مردان بیش از زنان بها داده می شود، به راحتی می توان درک کرد که چرا بسیاری از خانواده ها آن قدر به بچه دار شدن ادامه می دهند تا دست کم صاحب یک فرزند پسر شوند. افزون بر این، اگر احتمال مرگ کودکان برود، خانواده ممکن است حداقل صاحب دو پسر بشود تا احتمال بقای یکی از آنها افزایش یابد (ویکس، ۱۳۸۵: ۲۳۵).

دیدگاه جمعیتی

برای اولین بار، کینگزلی دیویس و جودیت بلیک^۳ (۱۹۵۶) الگویی را ارائه کردند که توسط آن نحوه تأثیر گذاری ساختار اجتماعی بر باروری را تحلیل و بررسی کنند. دیویس و بلیک در طبقه بندی خود، یازده متغیر اجتماعی-زیست شناختی که به طور مستقیم با باروری ارتباط دارند و به عنوان متغیرهای واسطه بین باروری و متغیرهای متعدد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و زیست شناختی واقع می شوند، را مورد شناسایی قرار دادند. (Bongaarts 1983: 2).

با این وجود، کمی کردن و تحلیل ارتباط بین متغیرهای بنیادین و باروری مشکل است. برای تسهیل کمی کردن، بونگارتز^۴ (۱۹۷۸) یازده متغیر مذکور را به هشت متغیر تقلیل داد و آنها را تعیین

1-Sex preference

2- Son preference

3- Kingsley Davis and Judith Blake

4- Bongaarts

کننده‌های بلافصل^۱ نامید و در سه دسته عمده گروه‌بندی کرد که عبارتند از: متغیرهای آمیزشی، متغیرهای آبستنی و متغیرهای حاملگی. وی چهار متغیر نسبت زنان ازدواج کرده، تغذیه با شیر مادر، استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی و سقط جنین را به عنوان متغیرهای کلیدی در کمی کردن معرفی کرد. وی تفاوت‌های باروری از یک جامعه به جامعه دیگر را عمدتاً ناشی از این چهار متغیر می‌داند (لوکاس و میر، ۱۳۸۷: ۷۰-۷۲).

دیدگاه نگرشی

گروهی از محققان، تکوین و شکل‌گیری نگرش‌ها را متأثر از عواملی خاص می‌دانند. کرج، کراچفیلد و بالاک^۲ 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 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 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: همستگی شخص با گروه در ایجاد نگرش‌های او تأثیر حتمی دارد. در واقع، نگرش‌های شخص، نماینده اعتقادات و سنت‌های گروه‌هایی است که وی عضو 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. نگرش‌ها نیز مانند شناخت‌ها انتخابی هستند. (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 می‌آورد. 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 میان تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده است، بررسی عرفانی در سال ۱۳۸۸، با عنوان «پیمایش باروری تهران» نشان داد که حدود ۶٪ از حاملگی‌ها به سقط ختم می‌شوند و میانگین سن

1- The Proximate Determinants
2-Krech and Crutchfield and Ballachey

زنان در هنگام سقط ۳۳/۵ می‌باشد. اقدام به سقط جنین در میان زنانی که در شهر تهران زندگی می‌کنند در ۲۰ سالگی شروع می‌شود و نقطه اوج آن در ۳۰ تا ۳۴ سال می‌باشد و پس از آن نرخ سقط شروع به کاهش می‌کند. نتایج این تحقیق نشان داد که احتمال سقط جنین در میان زنان کمتر مذهبی، بیشتر است و در میان زنان مذهبی، کمتر می‌باشد. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که احتمال سقط در بین زنانی که دو بچه دارند نیز بالاتر است. یافته‌های تحقیق حاکی از این است که ۸۴٪ از سقط‌ها در شهر تهران، اغلب غیرقانونی است و فاصله‌گذاری بین فرزندان و نیز محدود کردن تعداد آن‌ها، از مهمترین دلایل سقط می‌باشد. به‌علاوه حدود ۷٪ از سقط‌ها به‌دلیل تأخیر در بچه‌آوری است. این سقط‌ها اغلب در میان زنانی رخ می‌دهد که زودتر از زمان مورد نظر 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٪ از سقط‌ها در ۵ سال اخیر در تهران بوده است و خطرات مرتبط با سلامت مادر، مشکلات و نواقص جنین و خونریزی و لکه‌بینی در دوران بارداری، از مهمترین دلایل ۳۵٪ از سقط‌ها در ۵ سال اخیر می‌باشد. به‌طور کلی، ۸۴٪ از سقط‌ها به دلیل شکست وسایل پیشگیری از حاملگی می‌باشد و ۱۶٪ 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 منقطع، قرص یا کاندوم می‌باشد (Erfani, 2010 : 7-8).

بر اساس تحقیق شاه^۱ و اِهمان^۲ با عنوان «الگوی سنی سقط جنین غیر ایمن از مناطقی در کشورهای در حال توسعه»، بیش از نیمی از سقط‌های غیر ایمن در میان زنان ۱۵ تا ۳۰ ساله رخ می‌دهد که ۱۴٪ این زنان زیر ۲۰ سال هستند. ولی به هر حال، الگوی سنی سقط‌های غیر ایمن، در مناطق مختلف به شدت با یکدیگر متفاوت است. یافته‌های این بررسی نشان داد که تقریباً ۶۰٪ از سقط‌های غیر ایمن در آفریقا در میان زنان زیر ۲۵ سال است و تقریباً ۸۰٪ از سقط‌ها در میان زنان زیر ۳۰ سال رخ می‌دهد. در آسیا ۳۰٪ از سقط‌های غیر ایمن در میان زنان ۲۵ ساله و ۶۰٪ در میان زنان زیر ۳۰ ساله است. در آمریکای لاتین و مناطق کارائیب، زنان ۲۰ تا ۲۹ سال بیشترین سهم را از سقط‌های غیر ایمن دارند، در واقع، ۷۰٪ از سقط‌های غیر ایمن در میان زنان زیر ۳۰ سال رخ می‌دهد. بیش از ۴۰٪ از سقط‌های غیر ایمن در میان جوانان در کشورهای در حال توسعه به‌ویژه در آفریقا رخ می‌دهد، جایی که از هر ۴ نفر، حداقل ۱ نفر دارای تجربه سقط غیر ایمن 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

1- Igbal Shah

2- Elizabeth Ahman

سال در آمریکای لاتین و مناطق کرائیب، بزرگترین گروهی را تشکیل می‌دهند که نیازمند مداخله برای جلوگیری از سقط‌های غیر ایمن و خدمات باکیفیت بعد از سقط می‌باشند (Iqbul & Ahman, 2004: 9).

تراویچ و آمین^۱ (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان «نقش سقط جنین در مرحله پایانی کاهش باروری در ویتنام»، به تجزیه و تحلیل داده‌های منحصر به فرد پیمایش سلامت ملی ویتنام^۲ می‌پردازند تا تفاوت‌های قومی و نژادی را در شیوع سقط جنین و استفاده از وسایل پیشگیری نشان دهند. نتایج این تحقیق حاکی از نرخ بالای سقط جنین در ویتنام می‌باشد. سقط جنین، اغلب در میان زنان واقع در گروه‌های سنی بالا و زنان تحصیل کرده با فرزندان زیاد شایع می‌باشد. هم‌چنین یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که نرخ سقط جنین در میان زنان ازدواج کرده (متاهل) که از روش‌های سنتی برای جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند، بالا می‌باشد. سقط جنین در این موارد ارتباط نزدیکی با خواست و اراده زن دارد. فراهم کردن خدمات و سرویس سقط جنین پیشرفته می‌تواند سبب کاهش باروری در میان گروه‌های اقلیتی شود که باروری بالایی دارند (Bussarawan & Amin, 2009: 1).

عرفانی و مک کولان^۳ (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای که انجام دادند، نشان دادند که نرخ کلی سقط در کشور ایران، برای هر زن متاهل است ۰/۲۶ است و نرخ سالانه عمومی سقط، ۷/۵ برای هر ۱۰۰۰ زن ازدواج کرده یا متاهل در سن ۱۵ تا ۴۹ سالگی است. اثرات منفی استفاده از وسایل مدرن در جلوگیری از حاملگی، ۳۱٪ بیشتر از اثرات منفی دینداری می‌باشد و در نتیجه مجریان این تحقیق تأکید زیادی بر استفاده از یافته‌های این مطالعه برای سیاست‌گذاری‌ها در زمینه برنامه تنظیم خانواده و سلامت تولید مثل دارند (Erfani & Mc Quillan 2008: 111). از یافته‌های مهم این تحقیق، برآورد الگو و سطح نرخ سقط جنین برای کل کشور و به تفکیک استان است. یافته‌ها، حاکی از ارتباط بین نرخ سقط کلی^۴ و درصد استفاده زنان از وسایل جلوگیری از بارداری است. یعنی هرچه درصد استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از حاملگی در میان زنان بیشتر باشد، نرخ سقط جنین در میان آن‌ها کمتر است. مثلاً در استان سیستان و بلوچستان که نرخ سقط کلی آن حدود ۱/۶ در هزار زن ازدواج کرده است، فقط ۳۶٪ از زنان متاهل از روش‌های پیشگیری مدرن استفاده می‌کنند و برعکس در استان اصفهان که نرخ سقط کلی آن حدوداً کمی بالاتر از ۰/۴

1- Bussarawan Teerawichitchainan & Sajeda Amin

2- Vientam National Health Sarvey

3- AmiriErfani & Kevin Mc Quillan

4- Total abortion rate

است، زنان متأهلی که از روش‌های پیشگیری مدرن استفاده می‌کنند، بیش از ۵۰٪ هستند (Erfani & Mc Quillan 2008: 118).

روش‌شناسی

با توجه به هدف این تحقیق و ماهیت داده‌های مورد نیاز، از روش پیمایش استفاده شده است. برای سنجش این موضوع و گردآوری اطلاعات، از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. پرسشنامه به گونه‌ای تدوین شده که در وهله نخست خود پاسخگو امکان تکمیل آن را داشته باشد، ولی با فرض این که احتمال داشت، تعدادی از زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه‌های شهر تهران، بی‌سواد یا کم‌سواد بوده و امکان تکمیل پرسشنامه را نداشته باشند و از طرف دیگر با توجه به این که پرسشنامه تا حدی حساسیت برانگیز بوده و نیاز به پاسخ‌های دقیق داشت بنابراین برای تکمیل پرسشنامه، از پرسشگر کمک گرفته شد.

جامعه آماری در این تحقیق زنان واقع در سن باروری (۱۵ تا ۴۴ سال) شهر تهران در سال ۱۳۸۵ هستند.

بر اساس جدول شماره ۱، تعداد جمعیت مورد مطالعه، ۱۳۶۷۰۲۴ نفر می‌باشد. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵)

جدول (۱): جمعیت زنان ازدواج کرده ۱۵ تا ۴۴ ساله شهر تهران برحسب گروه سنی

گروه‌های سنی	زنان ازدواج کرده
۱۵-۱۹ ساله	۳۷۸۰۳
۲۰-۲۴ ساله	۲۱۲۷۳۴
۲۵-۲۹ ساله	۳۱۴۰۴۵
۳۰-۳۴ ساله	۲۷۸۵۶۸
۳۵-۳۹ ساله	۲۷۵۱۸۵
۴۰-۴۴ ساله	۲۴۸۶۸۳
کل	۱۳۶۷۰۲۴

حجم جمعیت نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۲۶۲ نفر برآورد شده، که این تعداد برای افزایش دقت احتمالی به ۳۰۰ نفر افزایش یافته است. به منظور انتخاب واحدهای نمونه، از روش

نمونه‌گیری سیستماتیک، استفاده شده است. به این نحو که ابتدا همه زایشگاه‌های شهر تهران لیست گردید و میانگین تعداد زنان باردار مراجعه کننده به آن‌ها استخراج شد. سپس با توجه به حجم نمونه ۳۰۰ نفری و میانگین تعداد مراجعین در هر روز، نمونه‌های مربوط به هر زایشگاه محاسبه شد. در ادامه با مراجعه به هر زایشگاه در فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۹۰، با توجه به نمونه‌های مورد نیاز و میانگین تعداد مراجعین، ابتدا عدد فاصله محاسبه و برای شروع کار و یافتن نفر اول از جدول اعداد تصادفی استفاده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه، اطلاعات را مطابق با جهت هر گویه کدگذاری کرده و با استفاده از نرم افزار Spss، داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در قسمت آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه‌ها، از رگرسیون دو متغیره و چند متغیره استفاده شده است.

یافته‌های تحقیق

نتایج تحقیق نشان داد که؛ ۴۵/۳٪ پاسخگویان کمتر از ۳۰ سال سن داشته و سطح تحصیلاتشان دیپلم و پایین‌تر بوده است. ۴۵/۷٪ پاسخگویان نیز بالاتر از ۳۰ سال سن داشته و میزان تحصیلاتشان بالاتر از دیپلم بوده است. از کل پاسخگویان (۳۰۰ نفر)، ۳۵٪ شاغل و ۶۵٪ خانه‌دار بودند. در واقع؛ بیش از نیمی از پاسخگویان خانه‌دار بوده‌اند.

از کل جمعیت (۳۰۰)، ۳۹/۷٪ در طبقات پائین و متوسط رو به پائین هستند. ۲۳/۳٪ در طبقه متوسط و در نهایت ۲۸٪، در طبقات بالا و متوسط رو به بالا قرار داشتند. باید گفت، ۲۲/۷٪ از اطرافیان پاسخگویان با سقط جنین موافق، ۴۶/۷٪ مخالف و ۳۰/۶٪ با سقط جنین کاملاً مخالف هستند. از کل پاسخگویان (۳۰۰)، ۳۶/۷٪ نگرش مثبت به سقط جنین داشتند. ۳۹٪ بی‌نظر بودند (متوسط) و در نهایت ۴/۳٪ دارای نگرش منفی نسبت به سقط جنین بودند.

از کل پاسخگویان (۳۰۰)، ۴۹/۹٪ اولین حاملگی‌شان را تجربه می‌کردند و ۴۲/۲٪ دارای یک فرزند بودند و در نهایت ۹٪ نیز صاحب دو فرزند بودند. ۲۶٪ پاسخگویان تمایل داشتند بارداریشان به فرزند دختر ختم گردد و ۲۰٪ تمایل به فرزند پسر داشتند اما برای ۱۶۲ نفر یعنی ۵۴٪ جنسیت فرزند مهم نبود.

۵۳/۷٪ پاسخگویان (زنان باردار)، با تصمیم خود باردار شده بودند، ۳۶/۳٪ تصمیم داشتند در آینده باردار شوند و ۱۰٪ نیز اصلاً قصد بارداری حتی در آینده را نیز نداشتند. از میان کسانی که ناخواسته باردار شده بودند، ۹۶/۴٪ قبل از بارداری از روش پیشگیری استفاده می‌کردند و ۳/۶٪ نیز قبل از بارداری از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند. پاسخگویانی که قبل از بارداری از روش‌های پیشگیری

بهره می بردند، به ترتیب از نزدیکی منقطع، کاندوم، قرص، آی یودی، نورپلنت و دوره مطمئن استفاده می کردند.

ضرایب همبستگی چندگانه، ضریب تعیین، ضریب تعدیل یافته و خطای معیار در جدول (۲) نشان داده شده است. با توجه به این جدول، می توان بیان کرد که؛ میزان همبستگی چندگانه متغیر نگرش نسبت به سقط جنین در یک ترکیب خطی با متغیرهای وارد شده در معادله (نگرش اطرافیان به سقط، پابندی به مذهب، طبقه اجتماعی، بارداری ناخواسته، روش های تنظیم خانواده، ترجیح جنسی، تعداد فرزند)، برابر ۰/۵۹۳ می باشد. همچنین ضریب تعیین حاصل، برابر با ۰/۳۵۱ و ضریب تعیین تعدیل یافته، براساس متغیرهایی که وارد تحلیل شده اند، حدود ۰/۳۴، به دست آمده است؛ یعنی بیش از ۳۴٪ از تغییرات متغیر نگرش نسبت به سقط جنین، از طریق مجموعه متغیرهای مستقل اشاره شده، تبیین شده است و مابقی تغییرات این میزان (۶۶٪) متعلق به سایر متغیرهایی است که در این مطالعه و فرضیه های تحقیق دیده نشده اند. مقدار F برابر است با نسبت متوسط واریانس رگرسیون به متوسط واریانس باقیمانده، که برابر با ۳۹/۹۴۲ و دارای سطح معناداری $Sig=0/000$ می باشد، یعنی در سطح ۹۵٪ معنی دار شده است. بنابراین ضریب تعیین تعدیل یافته بدست آمده، به لحاظ آماری معنادار است. به عبارت دیگر، بیش از ۳۴٪ تغییرات متغیر وابسته (نگرش نسبت به سقط جنین) از طریق چهار متغیر پابندی به مذهب، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین، حاملگی های ناخواسته و طبقه اجتماعی تبیین شده است اما متغیرهای تعداد فرزند، ترجیح جنسی و روش های تنظیم خانواده، با توجه به این که توانایی افزایش میزان R^2 را به میزان معناداری نداشته اند، از معادله حذف شده اند.

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

Model	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعدیل یافته	خطای معیار برآورد	F	Sig
۴	۰/۵۹۳	۰/۳۵۱	۰/۳۴۳	۰/۷۷۵۷۴	۳۹/۹۴۲	۰/۰۰۰

جدول (۳) نتایج اولیه تحلیل رگرسیون را نشان می دهد. 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 لحاظ شده، نشان می دهد. در بررسی روابط آماری فرضیات

مختلف تحقیق، متغیرها به صورت دو به دو مورد تحلیل قرار گرفتند. برای مطالعه تأثیر همزمان متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. در این تحلیل از روش گام به گام کمک گرفته شده است.

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می شود، از میان ۱۰ متغیر وارد شده در مدل، تنها ۴ متغیر پایبندی به مذهب، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین، نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته) و طبقه اجتماعی دارای رابطه معنادار با متغیر مستقل می باشند. هم چنین متغیر نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین دارای رابطه معنادار و معکوس با متغیر وابسته (نگرش فرد نسبت به سقط جنین) است؛ به طوریکه با افزایش مقدار این متغیر از مقدار متغیر وابسته کاسته می شود و بالعکس. بقیه متغیرها نیز با متغیر وابسته رابطه مستقیم دارند. اما قضاوت در مورد اهمیت و نقش هر یک از این چهار متغیر در تبیین متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) را باید به مقادیر بتا واگذار کرد. زیرا این مقادیر استاندارد شده و امکان مقایسه و تعیین اهمیت نسبی هر یک از متغیرها را فراهم می سازد. بر این اساس، مقدار β میزان پایبندی به مذهب برابر با ۰/۳۴۹ به مراتب بیشتر از ضریب نگرش اطرافیان به سقط جنین، یعنی ۰/۳۱۴- می باشد. ضریب استاندارد این متغیر نیز بیشتر از بارداری ناخواسته، ۰/۱۱۳ و نیز بیشتر از ضریب استاندارد طبقه اجتماعی یعنی ۰/۰۹۹ می باشد. یعنی به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار میزان پایبندی به مذهب، ۰/۳۴۹ در متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) تغییر ایجاد می گردد، در حالی که به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار نگرش اطرافیان به سقط جنین، تنها ۰/۳۱۴- در انحراف معیار متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) تغییر ایجاد می شود.

جدول (۳): ضرایب استاندارد شده و استاندارد نشده رگرسیونی متغیرهای مؤثر بر نگرش به سقط جنین

سطح معناداری	آزمون T	ضریب استاندارد نشده		مدل
		ضرایب استاندارد شده	انحراف معیار	
۰/۰۰۰	۹/۸۸۱		۰/۰۲۶۶	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۶/۹۰۲	۰/۳۴۹	۰/۰۷۶	پایبندی به مذهب
۰/۰۰۰	-۶/۲۳۵	-۰/۳۱۴	۰/۰۷۰	نگرش اطرافیان به سقط
۰/۰۱۸	۲/۳۶۹	۰/۱۱۳	۰/۰۶۸	بارداری ناخواسته
۰/۰۴۰	۲/۰۶۷	۰/۰۹۹	۰/۰۵۹	طبقه اجتماعی

در ادامه، به تدوین معادله رگرسیون پرداخته می شود. همان طور که در جدول (۳) مشاهده می شود، عرض از مبدأ (مقدار ثابت)، برابر با ۲/۶۲۴ است. در صورتی که مقدار هر چهار متغیر مستقل برابر با صفر باشد، میزان متغیر وابسته یعنی نگرش نسبت به سقط جنین، برابر با ۲/۶۲۴ 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 پایبندی به مذهب، برابر با ۰/۵۲۷؛ برای متغیر نگرش اطرافیان به سقط، برابر با ۰/۴۳۶-، برای متغیر بارداری ناخواسته، برابر با ۰/۱۶۱ و برای متغیر طبقه اجتماعی، برابر با ۰/۱۲۲ می باشد، بنابراین معادله معمولی رگرسیون به این شکل می باشد:

(۰/۱۲۲) طبقه اجتماعی + (۰/۱۶۱) بارداری ناخواسته + (۰/۴۳۶-) نگرش اطرافیان نسبت به سقط + (۰/۵۲۷) پایبندی به مذهب = نگرش نسبت به سقط جنین



نتیجه گیری

با توجه به آماره‌های موجود، زنانی که میزان دینداری آن‌ها زیاد است، بیشترین درصد مخالفان سقط را به خود اختصاص داده‌اند. نگرش اطرافیان نیز در این زمینه بی‌تأثیر نیست. علاوه بر آن زنانی که با بارداری ناخواسته مواجه می‌شوند و نیز کسانی که در طبقات اجتماعی بالای جامعه قرار دارند، با سقط جنین بیشتر موافق هستند.

در این تحقیق، مشخص شد که افزایش سن، تأثیری بر تغییر نگرش زنان نسبت به سقط ندارد. مقایسه درصدها نشان می‌دهد که از نظر موافقت با سقط جنین، تفاوت بسیار ناچیزی بین زنان زیر ۳۰ سال (۴۱٪) و بالای ۳۰ سال (۴۲٪) وجود دارد. در میان مخالفان نسبت به سقط جنین نیز این تفاوت بسیار کم است. ۵۹٪ از زنان زیر ۳۰ سال و ۵۸٪ از زنان بالای ۳۰ سال، مخالف سقط جنین هستند. عدم ارتباط بین سن زن و نگرش نسبت به سقط جنین نشان می‌دهد که نقش متغیر سن بسیار کم رنگ است و تأثیر چندانی بر تغییر نگرش زنان ندارد. با توجه به یافته‌های تحقیق، می‌توان این طور استنباط کرد که زنان در سنین پایین اغلب با بارداری ناخواسته مواجه می‌شوند؛ چرا که سن اولین زایمان در زنان افزایش یافته است. دختران حتی اگر در سنین پائین نیز ازدواج کنند، سن بچه‌آوری خود را به تعویق می‌اندازند. حال اگر در این زمان، افراد ناخواسته باردار شوند، حتی اگر سن آن‌ها کم باشد، سقط جنین را به عنوان آخرین راه پیشگیری از بارداری می‌دانند. باید افزود که زنان کم سن، بیشتر در معرض روابط جنسی خارج از ازدواج هستند و این یکی از دلایلی است که می‌توان گفت، زنان در سنین پایین بیشتر با بارداری ناخواسته مواجه می‌شوند. یافته‌های این تحقیق بر خلاف نتایج تحقیق عباسی نشان داد که با افزایش سن، میزان بارداری ناخواسته الزاماً افزایش نمی‌یابد، بلکه در سنین پایین نیز زنان زیادی هستند که به دلایل مختلف با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند و در نتیجه ممکن است نسبت به سقط جنین نگرش مثبت داشته باشند.

یافته‌های تحقیق نشان داد که میزان تحصیلات تأثیری در نگرش زنان نسبت به سقط جنین ندارد. با مقایسه درصدها مشخص شد که ۴۲٪ از زنانی که تحصیلات آن‌ها زیر دیپلم است و ۴۰٪ از زنانی که تحصیلات آن‌ها بالای دیپلم می‌باشد، موافق سقط جنین هستند. در میان مخالفان نسبت به سقط نیز، ۵۸٪ زیر دیپلم و ۶۰٪ بالای دیپلم می‌باشند. به بیان دیگر، تحصیلات، بر نگرش مثبت یا منفی زنان نسبت به سقط جنین تأثیری ندارد چرا که برخلاف فرضیه تحقیق، نگرش بیشتر زنانی که دارای تحصیلات بالا هستند، نسبت به سقط منفی است. در ادامه می‌توان گفت که سطح اطلاعات و آگاهی زنان تحصیل کرده به واسطه سال‌هایی که در آموزش عالی گذرانده‌اند، نسبت به زنانی که تحصیلات پائین دارند، بیشتر است. یکی از دلایل مخالفت زنان تحصیل کرده با سقط جنین، آگاهی آن‌ها از پیامدهای جسمی و روحی سقط می‌باشد. بدیهی است که خطرات و مشکلات سقط جنین

به مراتب بیشتر از گذراندن دوره بارداری و وضع حمل می باشد. از سویی زنانی که تحصیلات بالایی دارند در رابطه با روش‌های پیشگیری از بارداری و شیوه درست استفاده از آن‌ها و نیز روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری آگاهی لازم را دارند. در مجموع می توان گفت نگرش منفی زنان تحصیل کرده نسبت به سقط جنین که در اثر آگاهی آن‌ها از پیامدها و مشکلات جسمی سقط جنین، ایجاد شده است، سبب می گردد تا تمام تلاش خود را در راستای جلوگیری از بارداری به عمل آورند تا با بارداری ناخواسته مواجه نشوند چرا که در صورت بروز حاملگی ناخواسته، احتمال اینکه زنان تحصیل کرده بخواهند جنین خود را سقط کنند، کم است.

در این تحقیق وجود رابطه بین وضعیت اشتغال زن و نگرش وی نسبت به سقط جنین، اثبات نشد. ۳۴٪ از زنان شاغل و ۴۵٪ از زنان خانه‌دار، در زمره موافقان سقط هستند. مقایسه میانگین‌ها، اختلاف زیادی بین زنان شاغل و خانه‌دار را نشان نمی‌دهد و این الگو بیانگر این است که نگرش زنان خانه‌دار و شاغل نسبت به سقط جنین به مرور یکسان گردیده است. در واقع، زنان چه شاغل باشند و چه خانه‌دار، با سقط جنین مخالف هستند. اما باید توجه کرد که دلیل نگرش منفی زنان شاغل و خانه‌دار نسبت به سقط با یکدیگر متفاوت است. نگرش منفی زنان شاغل نسبت به سقط جنین ریشه در موقعیت شغلی آن‌ها دارد؛ چرا که در صورت مواجهه با بارداری ناخواسته و انجام سقط جنین، 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، فرایندی 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 فاکتورهایی است که سبب می شود تا زنان شاغل با سقط جنین مخالف باشند.

یافته‌های این تحقیق هم‌چنین، ارتباط بین طبقه اجتماعی و نگرش نسبت به سقط جنین را تأیید می‌کند. با مقایسه درصدها مشخص شد که ۳۶٪ از افراد طبقه پائین موافق سقط هستند و این عدد در طبقات بالا به ۶۶٪ افزایش می‌یابد. همچنین ۶۴٪ از زنان طبقه پائین و ۳۴٪ از زنان طبقات بالا مخالف سقط جنین می‌باشند. به بیان دیگر، اینکه فرد در چه طبقه‌ای از جامعه قرار گرفته است، می‌تواند بر روی نگرش او تأثیرگذار باشد. افراد طبقه بالا در جامعه، حاضر نیستند موقعیت شغلی و اجتماعی خود را برای فرزندآوری به خطر بیندازند به‌ویژه در مشاغل تخصصی و با درآمد بالا. در واقع؛ بهایی که بسیاری از زوجها در طبقات بالای جامعه برای رسیدن به پیشرفت می‌پردازند، داشتن فرزند کمتر است. از سویی نگاه به فرزندآوری و نوع تربیت و امکانات مورد نیاز برای پرورش فرزند در میان طبقات مختلف به صورت‌های متفاوتی تعریف شده است. افراد طبقات بالای جامعه خواهان امکانات و ملزومات خاصی برای فرزندآوری هستند؛ درحالی‌که این امر در میان

مردم طبقات پایین جامعه دیده نمی شود و به همین دلیل در اکثر جوامع، کسانی که وضعیت اقتصادی شان بدتر است، بیش از پولدارها بچه دار می شوند.

در یافته های تحقیق مشخص شد که اطرافیان فرد اعم از همسر، والدین، والدین همسر، خویشاوندان و دوستان صمیمی، در مجموع با سقط جنین مخالف هستند. اما میزان مخالفت، در میان دوستان و خویشاوندان صمیمی، کاهش یافته است. تحقیق فوق هم چنین نشان داد که بین نگرش اطرافیان فرد (همسر، والدین، والدین همسر، خویشاوندان و دوستان صمیمی) و نگرش فرد در ارتباط با سقط جنین رابطه معکوس وجود دارد بطوری که اگر نگرش اطرافیان فرد نسبت به سقط جنین مثبت باشد، نگرش خود فرد منفی است و برعکس، اگر اطرافیان مخالف سقط باشند، فرد موافق سقط خواهد بود. مقایسه درصدها گویای همین رابطه معکوس است. ۶۱٪ از افراد، موافق سقط جنین بودند در حالی که اطرافیان آن ها کاملاً با سقط مخالف بودند و حدود ۹۰٪ از افراد با سقط مخالف بودند در حالی که اطرافیان شان موافق سقط بودند. این رابطه معکوس می تواند نمایانگر افزایش فردگرایی و خودمحوری و استقلال افراد جامعه باشد. زنان دیگر تحت تأثیر نگرش مثبت یا منفی اطرافیان خود نیستند، حتی در بیشتر مواقع، نظرشان دقیقاً برخلاف نظر اطرافیان است. میزان تعلق گروهی و هم رنگی افراد با گروهی که در آن عضو هستند کم شده است و در مقابل فردگرایی افزایش یافته است و فرد، نظر خویش را در مقایسه با نظر اطرافیان برتر می داند.

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 آن ها تأیید گردید. در بعد نگرشی ۶۱٪ از کسانی که موافق سقط جنین بودند، میزان دینداری شان کم بود ولی ۹۲٪ از کسانی که مخالف سقط جنین بودند، میزان دینداری شان زیاد بود. در بعد عملی نیز، ۷۰٪ از موافقان سقط، از لحاظ مذهبی ضعیف بودند و در مقابل ۷۴٪ از مخالفان سقط، میزان دینداری شان زیاد بود. نتایج این بررسی همانند نتایج تحقیقات پیشین، از جمله تحقیق عرفانی و عبدالهیان نشان داد که مذهب مهمترین و مثبت ترین مانع سقط جنین در میان پاسخگویان می باشد چراکه از نظر مذهب، زنی که اقدام به سقط جنین کند، گناهکار شناخته می شود و باید تاوان آن را در زندگی بپردازد. در اغلب ادیان، سقط جنین به طور کلی رد شده است؛ مگر در شرایط خاص که جان مادر یا فرزند در خطر باشد. اما متأسفانه اکثر سقطهایی که رخ می دهد، دارای شرط مذکور نیست بلکه به خواسته زن یا شوهر و یا هر دو می باشد. بدیهی است که کم رنگ شدن اعتقادات مذهبی و دینداری در میان زنان با افزایش نگرش مثبت به سقط جنین ارتباط مستقیم خواهد داشت.

نتایج این تحقیق حاکی از عدم وجود ارتباط بین تعداد فرزندان و نگرش نسبت به سقط جنین است. مقایسه درصدها نشان داد که بین کسانی که موافق سقط جنین هستند، حدود ۴۹٪ دارای دو فرزند و

حدود ۴۵٪ بدون فرزند هستند. در میان مخالفان نسبت به سقط جنین نیز حدود ۵۴٪ زنان بدون فرزند می‌باشند و ۵۱٪ صاحب دو فرزند هستند. در سال‌های اخیر مشاهده شده است که زوجها تمایلی به داشتن فرزند ندارند و یا حداکثر یک فرزند می‌خواهند و آن را تا اواخر دوران بارداری به تأخیر می‌اندازند. در این میان متغیر تعداد فرزند، نمی‌تواند بر نگرش زنان تأثیرگذار باشد زیرا دیگر تعداد فرزندان خانواده‌ها از یک یا دو فرزند تجاوز نمی‌کند. در نتایج تحقیق مشخص شد که از میان کسانی که دارای یک فرزند هستند، ۶۶٪ و از میان افرادی که دارای دو فرزند می‌باشند، ۵۱٪ مخالف سقط جنین می‌باشند. به بیان دیگر، برخی از زوجین با وجود داشتن یک یا دو فرزند، به دنبال داشتن فرزند دیگری هستند و با سقط جنین مخالفند، شاید یکی از دلایل این امر جنس نوزاد باشد که هنوز در برخی خانواده‌ها دارای اهمیت زیادی است. داشتن ترجیح جنسی دختر یا پسر، خانواده‌ها را وادار می‌کند تا با وجود داشتن تعداد فرزندان مطلوب، همچنان به فرزندآوری ادامه دهند.

برخلاف تحقیقات پیشین و تئوری‌های موجود در زمینه ترجیح جنسی، نتایج تحقیق فوق نشان داد که بین ترجیح جنسی و نگرش نسبت به سقط ارتباط معنادار وجود ندارد. مقایسه درصدها نمایانگر آن است که حدود ۴۶٪ از افرادی که با سقط جنین موافق هستند (یعنی حدود نیمی از جمعیت)، نسبت به جنس فرزند بی‌تفاوت می‌باشند و همچنین ۶۰٪ از کسانی که مخالف سقط‌اند، جنس فرزند برایشان بی‌اهمیت است. در مجموع، حدود نیمی از جمعیت نمونه (چه موافق و چه مخالف با سقط) نسبت به جنس فرزند بی‌تفاوتند.

عدم ارتباط بین جنس فرزند و نگرش نسبت به سقط جنین حاکی از آن است که مفهوم ترجیح جنسی یا همان پسرخواهی در بین اغلب خانواده‌ها کم‌رنگ شده است. برخلاف گذشته که داشتن فرزند پسر بسیار با ارزش بود، امروزه خانواده‌ها چندان توجهی به جنس نوزاد نشان نمی‌دهند و گاهی برخی خانواده‌ها به داشتن فرزند دختر تمایل بیشتری دارند. امروزه برخلاف گذشته، فرزند پسر کارکرد اقتصادی خود را در خانواده از دست داده است چرا که سیستم‌های حمایت دولتی، نظیر سازمان تأمین اجتماعی و بازنشستگی، وظیفه حمایت از خانواده‌ها را در دوران کهولت بر عهده دارد. در واقع، خانواده‌ها دیگر نیازمند حمایت مالی از سوی فرزندان ذکور خود نیستند بلکه بیشتر از حمایت مالی، به حمایت عاطفی و معنوی نیاز دارند که غالباً توسط فرزندان دختر در خانواده‌ها برآورده می‌شود. از سوی دیگر می‌توان گفت که امروزه داشتن فرزند صرفاً به معنای سود و منفعت نیست چرا که هزینه‌های داشتن فرزند بسیار افزایش پیدا کرده است. در گذشته فرزند سرمایه محسوب می‌شد و نقش درآمدزایی برای خانواده داشت اما با گذار جمعیت، فرزند نقش تولیدی خود را به نقش مصرفی داده که نه تنها عامل درآمدزایی برای خانواده‌ها نیست بلکه هزینه‌بر نیز می‌

باشد. بدیهی است در چنین شرایطی که فرزند می‌تواند هزینه‌های زیادی را به خانواده‌ها تحمیل کند، جنسیت فرزند اهمیت خود را از دست داده است.

در نتایج این تحقیق شاهد همبستگی بین حاملگی ناخواسته و سقط جنین بودیم. با مقایسه درصدها مشخص شد که از بین موافقان سقط جنین، ۵۸٪ به طور ناخواسته و ۲۹٪ به طور خواسته باردار شده بودند. مسلماً اغلب زنانی که موافق سقط هستند، ناخواسته باردار شده‌اند. از سویی دیگر، ۷۱٪ از کسانی که مخالف سقط بودند، خواسته باردار شده بودند. اما این رقم در میان زنانی که ناخواسته بچه‌دار شده‌اند به ۴۲٪ کاهش می‌یابد. در نتیجه، بارداری ناخواسته از جمله مهم ترین عواملی است که تصمیم‌گیری و نگرش نسبت به سقط را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این رابطه بسیار بدیهی است؛ بطوری که یکی از راهکارهای کاهش سقط جنین و تغییر نگرش نسبت به آن، کم کردن تعداد بارداری‌های ناخواسته می‌باشد. استفاده نکردن از روش‌های کنترل بارداری یا استفاده نادرست از برخی روش‌های پیشگیری نظیر قرص، تعداد زیاد اولاد، سن بسیار پائین یا بسیار بالای زن، در زمان بارداری اختلافات خانوادگی و روابط نامشروع و ناپایدار از جمله دلایل بارداری ناخواسته می‌باشد که در نهایت منجر به سقط جنین به عنوان آخرین راه پیشگیری از فرزند آوری خواهد شد.

نتایج این مطالعه بیانگر عدم وجود ارتباط بین نوع وسیله تنظیم خانواده مورد استفاده توسط شخص و نگرش او نسبت به سقط جنین می‌باشد. از بین افرادی که موافق سقط جنین هستند ۳۹٪ از وسایل سنتی استفاده می‌کنند و ۴۳٪ از وسایل مدرن. در میان مخالفان نسبت به سقط جنین نیز ۶۱٪ از وسایل سنتی و ۵۷٪ از وسایل مدرن بهره می‌برند. این عدم ارتباط بیانگر آن است که نوع وسیله تنظیم خانواده مورد استفاده بر تصمیم‌گیری زنان نسبت به سقط جنین مؤثر نمی‌باشد. الگوی به دست آمده از نتایج تحقیق حاکی از این است که اغلب پاسخگویان با سقط جنین مخالف هستند و تأثیر نوع وسیله تنظیم خانواده مورد استفاده کم رنگ شده است. در مجموع می‌توان گفت بیش از نیمی از زنان که از روش‌های سنتی یا مدرن برای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند با سقط جنین مخالف هستند. باید افزود، ۸۰٪ پاسخگویان که مخالف سقط جنین بودند، از هیچ روشی برای پیشگیری استفاده نمی‌کردند. این امر می‌تواند ناشی از تغییر نگرش نسبت به حاملگی پس از شکست در پیشگیری از بارداری باشد. به‌علاوه زوجینی که قصد دارند بلافاصله پس از ازدواج به دلیل بالا بودن سن و یا دلایل شخصی دارای فرزند شوند، نیز جزو این دسته قرار می‌گیرند.

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 سقط جنین، تحت تأثیر طبقه اجتماعی، نگرش اطرافیان نسبت به سقط جنین، میزان دینداری و نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته) می‌باشد.

منابع:

- آخوندی، محمد مهدی و بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۱)، ضرورت بررسی ریشه‌ای ابعاد متنوع سقط جنین در ایران، فصل‌نامه پزشکی باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، تهران: پژوهشکده ابن سینا
- بهجتی اردکانی، زهره و آخوندی، محمد مهدی و صادقی، محمدرضا و صدری اردکانی، هومن (۱۳۸۸)، ضرورت بررسی جنبه‌های مختلف سقط جنین در ایران، سقط جنین؛ مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقط جنین، تهران: انتشارات سمت
- حسینی، حاتم (پائیز ۱۳۸۱)، درآمدی بر جمعیت‌شناسی اقتصادی - اجتماعی و تنظیم خانواده، همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا
- راسخ، محمد (۱۳۸۸)، جدال حیات: بررسی اجمالی نظریه‌های سقط جنین، سقط جنین؛ مجموعه مقالات سمینار میان رشته‌ای سقط جنین، 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 (پائیز ۱۳۸۴)، روانشناسی اجتماعی (نظریه‌ها، مفاهیم، کاربردها)، تهران: انتشارات ارسباران
- لوکاس، دیوید و میر، پاول (۱۳۸۷)، درآمدی بر مطالعات جمعیتی، ترجمه: دکتر حسین محمودیان، تهران: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران
- ویکس، جان (۱۳۸۵)، جمعیت - مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات، مترجم: الهه میرزایی، تهران: موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی
- هام، مگی و سارا، گمبل، (۱۳۸۲)، فرهنگ نظریه‌های فمینیستی، ترجمه: فیروزه مهاجر و همکاران، تهران: نشر توسعه

- Amin, Sajeda & Teerawichitchainan, Bussarawan (2009), The Role of Abortion in the Last Stage of Fertility Decline in Vietnam, Working pare No. 15
- Bongaarts, John and Potter, Robert (1983), Fertility, Biology, and Behavior, Academic Press, New York
- Erfani, Amir (August 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 & Mc Quillan Kevin (June 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
- Watters, W.W, The Truth about Abortion, Compulsory Parenthood, Mc Clelland and Stewart, Toronto, 1976