

مطالعه عوامل فرهنگی مرتبط با نگرش نسبت به سقط جنین (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر شیراز)

مجید موحد*

سها عظمت**، زهرا معاون***

چکیده

هدف از انجام این مطالعه بررسی عوامل فرهنگی مرتبط با نگرش نسبت به سقط جنین است و جامعه آماری آن را ۶۰۰ نفر از جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر شیراز، که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند، تشکیل می‌دهند و اطلاعات آن با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است. این مطالعه در کل دارای هشت فرضیه بوده که از میان آن‌ها دو فرضیه رد شده است. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی مطالعه (سن، جنس، و تعداد فرزندان) تمامی متغیرها به‌جز تعداد فرزندان در نگرش جوانان نسبت به سقط جنین رابطه معنادار آماری داشته است. از بین متغیرهای فرهنگی (ارزش‌های دینی، اعتقادات دینی، میزان استفاده از رسانه‌ها، نگرش به روابط جنس مخالف پیش از ازدواج، و تجربه سقط جنین فرد پاسخ‌گو) همگی به‌جز تجربه سقط با متغیر وابسته رابطه معنادار آماری داشته‌اند. نتایج حاصل حاکی از آن بود که زنان نسبت به سقط جنین نگرش مثبت‌تری نسبت به مردان دارند و بالا بودن اعتقاد به ارزش‌های دینی و اعتقادات دینی منجر به نگرش منفی‌تر نسبت به سقط جنین می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سقط جنین، نگرش، جوانان، ارزش‌های دینی، روابط پیش از ازدواج، میزان استفاده از رسانه.

* دانشیار بخش جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول) mmovahed@rose.shirazu.ac.i

** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز soha.azemat@gmail.com

*** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز z.moaven5@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۴

۱. مقدمه و بیان مسئله

سقط یعنی ختم حاملگی، به هر وسیله‌ای، قبل از آن‌که جنین به‌طور مطلوب رشد کرده و قادر به ادامه زندگی باشد. سقط زودرس به بروز سقط قبل از هفته دوازدهم و سقط دیررس به بروز سقط بین هفته‌های دوازدهم تا بیستم اطلاق می‌شود (صلاحی و قاسمی، ۱۳۸۵: ۲۶۰). با توجه به غیرقانونی بودن سقط جنین در بسیاری از کشورها تقریباً غیرممکن است که بتوان با دقت تعداد آبستنی‌های متوقف‌شده به این علت را تعیین کرد. آمار جهانی نشان‌دهنده آن است که سالانه حدود ۲۱۰ میلیون حاملگی در سراسر جهان شکل می‌گیرد و ۲۲ درصد از این موارد (۴۶ میلیون)، به علل مختلف، به سقط جنین ختم می‌شود. به عبارت دیگر، آمار سقط‌های القایی ۳۵ مورد به ازای هر هزار زن اعلام گردیده است. گزارش‌ها حاکی از آن است که ۴۴ درصد (حدود بیست میلیون) از سقط‌های مذکور سقط‌های غیر بهداشتی است؛ بدین معنی که یا سقط‌ها توسط افرادی انجام می‌شود که از مهارت‌های لازم برای انجام سقط برخوردار نیستند یا این‌که انجام سقط بدون توجه به حداقل استانداردهای لازم پزشکی صورت می‌گیرد. در نتیجه، تعداد زیادی از این سقط‌های غیربهداشتی (۸۰ هزار) منجر به مرگ و موارد بیش‌تری نیز به ناتوانی‌های جنسی و جسمی ختم می‌شود. متأسفانه سهم عمده‌ای از این موارد به کشورهای در حال توسعه تعلق دارد (بهبختی اردکانی و دیگران، ۱۳۸۴: ۱۴). سقط جنین، به‌مثابه پدیده‌ای اجتماعی و درمانی، از دیرباز در اکثر جوامع و ملل مرسوم بوده است. سقط عمدی جنین از معضلات کنونی جوامع بشری است و افزایش سرسام‌آور آن معلول لجام‌گسیختگی و آشفتگی روحی است که باعث اشاعه فساد، بی‌بندوباری، و بیماری‌های روانی می‌شود (دیبایی، ۱۳۸۷: ۱۸).

موضوع سقط جنین، با توجه به ابعاد گسترده‌ای که دارد، موضوعی بسیار پیچیده برای تحقیق و تفحص است و در جوامع مختلف، بازخوردها و نگرش‌های متفاوتی نسبت به این مسئله وجود دارد. آمار و اطلاعات سازمان بهداشت جهانی در رابطه با اجازه و امکان سقط و زمینه‌های مجاز و غیرمجاز آن در کشورهای مختلف نیز بازگوکننده همین واقعیت است. پدیده سقط جنین پدیده‌ای چندعاملی است و انتخاب این مسئله، که به تعبیر یکی از نویسندگان سوئدی در اکثر جوامع «تابو» نام گرفته است (آملایی و دیگران، ۱۳۸۱: ۹۳)، به چند علت صورت گرفته است؛ نخست این‌که با وجود ماهیت مهم و بحث‌انگیز سقط جنین، که از مسائل محافل مختلف اجتماعی و فرهنگی کشور است، کم‌تر درباره آن مطالعه انجام شده است. در واقع، این مطالعات و حتی گفت‌وگوها، همانند خود موضوع،

معمولاً مخفیانه و بسیار محتاطانه انجام گرفته است. دوم این که به رغم بحث‌انگیز بودن این موضوع، و اختلافات زیادی که بر سر آن وجود دارد، همیشه پیش‌فرض ممنوعیت برای آن مطرح بوده است. در آخر این که پژوهش‌گران علوم انسانی در رشته‌های مرتبط با مسئله استقبال چندانی به این امر نشان نداده‌اند. از آنجایی که میزان سقط جنین عمدی در کشور رو به افزایش است، و این پدیده آثار و تبعات بسیاری به دنبال خود می‌آورد (ملک خسروی و دیگران، ۱۳۸۸: ۱۴۱)، بنابراین پژوهش درباره این مسئله نیاز جامعه تلقی می‌شود. تصمیم‌گیری درباره انجام این عمل خود از مباحث بحث‌انگیز است، چراکه این عمل صرفاً توسط زنان صورت می‌گیرد و باید توجه شود که چگونه و تحت چه شرایطی زنان، که خصوصاً نسبت به فرزندشان مظهر مهر و عاطفه‌اند، حاضر می‌شوند سقط جنین را به صورت عمدی انجام دهند؟ البته همیشه زنان تنها تصمیم‌گیر در این موضوع نیستند و مردان نیز می‌توانند نقش زیادی را در اتخاذ این تصمیم ایفا کنند. بنابراین، سنجش نگرش و آگاهی از نوع نگاه جوانان در رابطه با مسئله سقط جنین از راه‌هایی است که ما را به سمت علت‌یابی و درک انگیزه افراد برای انجام این عمل سوق می‌دهد. سقط جنین در ایران از نظر قانونی و شرعی محدود به شرایط خاصی است اما به رغم این محدودیت‌ها، و حتی برخلاف اعتقاد به نامقبول بودن این عمل در شرایط عادی، در حال حاضر بسیاری از افراد، که به عللی مایل به ادامه بارداری نیستند، با توسل به روش‌های مخفیانه غیرقانونی (بهداشتی و غیربهداشتی) اقدام به سقط جنین می‌کنند که در مواردی با عدم موفقیت یا حتی عوارض جدی برای مادر و جنین همراه می‌شود. کشورهای مختلف، بر اساس فرهنگ و آداب و رسوم و باورها و اعتقادات مذهبی، قوانین متفاوتی را در ارتباط با موارد فوق وضع کرده‌اند؛ به رغم موضع تقریباً مشابه مذاهب مختلف نسبت به سقط جنین، و نظر به آزادی‌های بیش‌تر روابط جنسی در کشورهای غربی، متأسفانه میزان سقط‌ها، و به ویژه سقط‌های غیربهداشتی، در کشورهای در حال توسعه و از جمله کشورهای اسلامی بالاست؛ بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که افزایش محدودیت‌ها در انجام سقط سهم بیش‌تری از مرگ‌ومیر و بیماری‌های ناشی از آن را نیز به همراه دارد. در جوامع در حال توسعه، از هر صد هزار سقط غیربهداشتی ۶۸۰ مورد به مرگ منجر شده در حالی که در کشورهای پیشرفته این آمار بسیار اندک و کم‌تر از یک مورد در صد هزار گزارش شده است (بهجتی اردکانی و دیگران: ۱۳۸۴، ۱۴). از آنجایی که جوانان درصد قابل‌توجهی از جمعیت کشور ایران را تشکیل می‌دهند، و نیز

به سبب روی دادن بحران‌های خاص در این دوران، بر آن شدیم که نگرش جوانان به این رویداد را بررسی کنیم. جمعیت شهر شیراز، بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، ۱۵۱۷۶۵۳ نفر است که از این جمعیت ۱۲۸۰۲۸۲ نفر را جوانان بین ۱۸ تا ۲۹ سال تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). عوارض ناشی از سقط علت نه درصد موارد مرگ‌ومیر مادران در این دهه بوده است و همه موارد سقط منجر شده به مرگ مادر به صورت غیرقانونی انجام شده بودند (ملک خسروی و دیگران، ۱۳۸۸: ۱۴۱).

سقط جنین در تمامی جوامع معضلی اجتماعی - فرهنگی تلقی می‌شود که سلامت خانواده و جامعه را با مشکل مواجه می‌کند. تعداد زیاد اولاد، جنسیت، اختلافات خانوادگی، حاملگی‌های مکرر و ناخواسته، ارتباطات جنسی نامشروع، کمبود آموزش و نبود آگاهی دقیق از روش‌های کنترل باروری و جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته زمینه انجام سقط‌های غیربهداشتی را فراهم می‌کند و متأسفانه این‌گونه سقط جنین به‌مثابه روشی برای کنترل حاملگی و تنظیم خانواده به کار گرفته می‌شود (بهجتی اردکانی و دیگران: ۱۳۸۴، ۱۴). در این تحقیق منظور از سقط جنین شکل عمدی آن است و سعی بر این است که ابعاد مختلف فرهنگی سقط جنین از جمله رسانه‌های جمعی، ارزش‌های دینی، اعتقادات دینی، تجربه روابط با جنس مخالف، و روابط دو جنس پیش از ازدواج را از دیدگاه جوانان بررسی کنیم. از آنجایی که جوانان از نظر تأثیربخشی بر دیگر افراد جامعه و نیز تشکیل نسل‌های بعدی اجتماع بسیار بااهمیت هستند، و هرگونه تغییر نگرشی در رفتار آن‌ها بر دیگر آحاد جامعه اثر دارد، سنجش نگرش آن‌ها نسبت به مسائل مختلف فرهنگی، علت‌یابی، و سپس، در صورت یافت علل، تلاش برای تغییر نگرش و درنهایت رفع معضلات گوناگون از جمله وظایفی است که به عهده پژوهش‌گران حوزه اجتماعی است.

۲. پیشینه تحقیق

در این قسمت به بیان مطالعاتی می‌پردازیم که به صورت مستقیم و غیرمستقیم به بررسی موضوع این مطالعه پرداخته‌اند.

پژوهشی توسط جراحی و دیگران (۱۳۹۱) با عنوان «نگرش و آگاهی زنان قبل از ازدواج نسبت به سقط جنین القایی» انجام شده و هدف آن بررسی علل سقط جنین القایی، نگرش زنان به این موضوع، و آگاهی در مورد عوارض آن است. روش کار در این مطالعه توصیفی - مقطعی و ابزار آن پرسش‌نامه بوده است. نمونه مطالعه این پژوهش ۴۸۰ نفر از

زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج در شهر مشهد بودند و مطالعه روی آن‌ها با نمونه‌گیری آسان انجام شده بود. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که ۷۱ درصد افراد دارای نگرش مخالف با سقط جنین القایی و ۹۵ درصد نیز دارای آگاهی مناسب درباره سقط القایی و عوارض آن بودند.

عبداللهیان و فلاح (۱۳۸۷) پژوهشی با عنوان «تحلیل کیفی سقط جنین‌های ارادی و پدیدارشناسی تجربه زیستی زنان: برخی مطالعات موردی درباره زنان ساکن تهران» انجام داده‌اند. این مطالعه در سطح کیفی انجام شده است و داده‌های آن از طریق مصاحبه عمیق با ۲۶ زن، که تجربه سقط جنین ارادی داشته‌اند، به دست آمده است. نتایج مطالعه اگرچه قابل تعمیم نیست اما نشان‌دهنده آن است که سقط جنین در جامعه ایران، همچون گذشته، تابو و ممنوع است و برخی از زنان هنگام مواجهه با حاملگی ناخواسته به آن مبادرت می‌ورزند و، چون این مسئله امری غیرقانونی محسوب می‌شود، معمولاً به افراد غیرمتخصص رجوع می‌کنند و سلامت خود را به خطر می‌اندازند. بالابردن آگاهی زوجین در نحوه استفاده از وسایل پیش‌گیری از بارداری می‌تواند، ضمن حفظ سلامت زنان، به کاهش سقط جنین‌های غیربهداشتی منجر شود. حاصل این مطالعه همچنین تدوین نظریه‌ای ترکیبی است که از این مطالعه پدیدارشناسی به دست آمده است.

صادقی و مظاهری (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای با عنوان «مقایسه سبک‌های دل بستگی در مادران با سابقه سقط جنین (عمدی و خودبه‌خودی) و مادران بدون سابقه سقط» سبک‌های دل بستگی در مادران با سابقه سقط جنین (عمدی یا خودبه‌خودی) و مادران بدون سابقه سقط را با هم مقایسه کردند و در ادامه، پرسش‌نامه سبک دل بستگی بزرگسالان (Shiver and Hazen) و نیز پرسش‌نامه‌ای تهیه‌شده توسط خود محققان را تکمیل کردند. یافته‌های این مطالعه نشان داد بین سقط و دل بستگی مادران رابطه معناداری وجود دارد، بدین معنی که در مادران با سابقه سقط عمدی سبک دل بستگی اجتنابی از فراوانی بیش‌تری برخوردار بود، در حالی که مادرانی که سابقه سقط نداشتند فراوانی بیش‌تری از دل بستگی ایمن را نشان دادند.

چینی چیان و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران» به مطالعه علل انجام دادن یا ندادن سقط جنین عمدی توسط زنان پرداخته‌اند. مطالعه به روش کیفی و با استفاده از دو شیوه بحث گروهی متمرکز و مصاحبه فردی انجام شده است و نتایج نشان می‌دهد که بارداری ناخواسته در مقام اصلی‌ترین علت

سقط مطرح بوده است و در شرایط مختلف، به خصوص وجود مشکلات مالی، به انجام سقط جنین عمدی منجر شده است. از دیگر نتایج پژوهش این بود که اعتقادات مذهبی به‌مثابه مهم‌ترین علت انجام‌دادن سقط عمدی ذکر شده است.

چنگ (Cheng) و همکاران (2012) در مطالعه‌ای با عنوان «مطالعه آگاهی و نگرش در مورد سقط جنین پزشکی در میان درمان‌گران طب چینی» به بررسی نگرش درمان‌گران طب چینی نسبت به سقط جنین پرداختند. این پژوهش مقطعی در چین انجام گرفت و نتایج نشان داد که دانش مراجعان به این مراکز درباره سقط جنین پزشکی نسبتاً ضعیف است و افراد آن را بسیار خطرناک توصیف می‌کردند با این حال، بسیاری از آنان نظر مثبت‌تری به سقط جنین پزشکی نسبت به سقط جنین جراحی داشتند. در کل آگاهی این افراد نسبت به هر دو گونه این سقط‌ها محدود بود. تعدادی از این افراد هم کمبود درمانگاه و امکانات پزشکی و بهداشتی را جزء موانع جدی برای انجام این‌گونه سقط‌ها می‌دانستند. با توجه به گزارش‌ها سقط جنین در مناطق روستایی عموماً توسط درمان‌گران سنتی انجام می‌گیرد.

ترنر (Turner) و همکاران (2008) تحقیقی با عنوان «تشخیص ارزش‌ها و تغییر نگرش نسبت به انجام سقط جنین در سه ماهه دوم بارداری» انجام دادند و به مطالعه تغییر نگرش در رفتارهای مرتبط با سقط جنین، با هدف حمایت از زنانی که به دنبال سقط جنین بودند، پرداختند. با وجود قوانین، و سیاست‌های لیبرال، اقدام به سقط جنین امن در سه‌ماهه دوم بارداری در بسیاری از کشورها ضعیف است. در این خصوص کارگاهی آموزشی در ویتنام، نپال، و افریقای جنوبی، با هدف تغییر در نگرش منفی و از بین بردن بدنامی‌های حاصل از این‌گونه سقط‌ها به ارائه‌دهندگان سقط جنین نظیر مدیران و سیاست‌گذاران، انجام شد. این آموزش‌ها صرفاً در زمینه حمایت از زنان بود زیرا سقط در سه‌ماهه دوم بارداری بدنامی بیش‌تری از سقط قبل از سه‌ماهه دوم به همراه دارد. ارائه خدمات و حمایت از زنانی که تمایل به انجام چنین عملی دارند از نتایج برگزاری این کارگاه بود و تجارب امیدوارکننده‌ای پس از برگزاری به دست آمد.

گولد و کوپی (Gold and Coupey, 1998) در مطالعه‌ای با عنوان «نگرش زنان نوجوان شهرهای کوچک نسبت به سقط جنین‌های پزشکی و جراحی» به بررسی نگرش اقلیت زنان نوجوان شهرهای کوچک ایالت پنسیلوانیای آمریکا نسبت به سقط جنین جراحی و پزشکی، با هدف ایمنی و اثربخشی آن، پرداخت. در این تحقیق از زنان خواسته شد که تجدیدنظر بیش‌تری نسبت به سقط جنین جراحی و پزشکی انجام دهند. نتایج به‌دست‌آمده

مؤید این مطلب بود که زنان کم سن شهرستانی نظر مثبت تری به سقط جنین پزشکی نسبت به سقط جنین جراحی دارند. زنان نوجوان شهرستانی معتقدند که سقط جنین به طور کلی زیان بار نیست اما می تواند در میزان باروری آنها در آینده تأثیر بگذارد و حاملگی های بعدی ایشان را دشوار کند.

گوندور (Gondor) و همکاران (۱۹۹۶) در تحقیقی با عنوان «آگاهی، نگرش، و رفتار در زنان جوان در رابطه با سقط جنین» به مستندسازی عقاید و استراتژی های تصمیم گیری زنان جوان در رابطه با سقط جنین پرداختند. در این مطالعه از ۸۹ مرد و ۲۱۵ زن از دانشجویان یکی از کالج های امریکای شمالی، که به صورت روتین به مرکز سلامت و بهداشت کالج مراجعه می کردند، سؤالاتی راجع به سقط جنین پرسیده شد. بیشترین اولویت برای انجام سقط در روند این تحقیق زمانی به این دختران داده شد که قربانی تجاوز بودند یا این که سلامتی ایشان در خطر بود. تقریباً همگی پاسخ گویان نسبت به خطرات سقط جنین غیرقانونی آگاهی داشتند ولی بسیاری از آنها اذعان داشتند که در صورتی که قانون در قبال این عمل از آنها حمایت نکند به این شیوه متوسل خواهند شد.

۳. مبانی نظری پژوهش

۱.۳ نظریه تغییر نگرشی و ارزشی اینگلهارت

این تئوری توسط رونالد اینگلهارت (Inglehart) طرح شده و گسترش یافته است. این نظریه، که به دنبال فهم چگونگی و چرایی تغییر و تحولات فرهنگی و ارزش ها و نگرش های جوامع است، در بسیاری از تحقیقات اجتماعی، که به بررسی جهت گیری های نگرشی - ارزشی و دگرگونی فرهنگی و اجتماعی می پردازند، استفاده می شود. دگرگونی فرهنگی تدریجی است و بازتاب دگرگونی در تجربه های سازنده ای است که به نسل های مختلف شکل داده است. از این رو، ارزش ها و هنجارهای سنتی در میان نسل های گذشته کاملاً گسترده اند در حالی که گرایش جدید تا حد زیادی در میان نسل های جوان تر نفوذ دارد و با جانشین شدن نسل های جدیدتر جهان بینی متداول در این جوامع دگرگون می شود. به طور کلی، اینگلهارت به بررسی تأثیر دگرگونی های محیطی (اقتصادی و سیاسی - اجتماعی) بر فرهنگ و تأثیر فرهنگ بر اقتصاد، جامعه، و سیاست می پردازد و از نظر او دگرگونی فرهنگی دارای ارتباطی بسیار نزدیک با دگرگونی های سیاسی - اجتماعی و

اقتصادی است؛ با این حال، این پرسش را که «کدام عامل واقعاً آنچه روی داده است را تبیین می‌کند؟» بی‌معنی می‌داند (اینگلهارت، ۱۳۸۲). به نظر وی «هر عامل جزئی از یک نظام به‌هم‌وابسته از علت‌هاست» و این‌گونه وی از هیچ‌نوع جبرگرایی (اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، و تکنولوژی) حمایت نمی‌کند و می‌گوید: «در حالی که روابط میان عوامل را می‌توان مورد بررسی قرار داد، بی‌معنی است که یکی از آن‌ها را علت‌العلل بدانیم» (همان). او ادعای محدودتری را مطرح می‌کند: «فرهنگ یک عنصر کلی ضروری است که به شکل‌گیری جامعه کمک می‌کند» (همان). به‌طور کلی رهیافت نظریه‌پردازی اینگلهارت دو سطح سیستم ساختاری (جامعه) و سطح خرد (افراد) را مدنظر قرار می‌دهد. بدین‌شکل که تغییرات محیطی و کلان در سیستم به دگرگونی‌هایی در سطح فردی منجر می‌شود و این دگرگونی‌ها دارای پیامدهایی برای سیستم است (همان).

نمودار ۱. فراگردهای دگرگونی در سطوح سیستم و فرد از نظر اینگلهارت (اینگلهارت، ۱۳۸۲)

تغییرات در سطح سیستم	تغییرات در سطح فرد	پیامد در سطح سیستم
← ۱. توسعه اقتصادی و تکنولوژی	← ارزش‌ها اهمیت بیش‌تر به نیازهای	← ۱. دگرگونی در مسائل سیاسی
← ۲. افزایش سطح تحصیلات	← دلبستگی به دیگران، احترام، و تحقق خود	← ۲. دگرگونی در شالوده‌های اجتماعی
← ۳. تجارب متفاوت گروه‌های سنی	← مهارت‌ها افزایش بخشی از جمعیت که	← ۳. دگرگونی در حمایت از نهادهای ملی
← ۴. گسترش ارتباطات جمعی، نفوذ در رسانه‌های جمعی، افزایش تحرک جغرافیایی	← دارای مهارت‌های سیاسی در سطح ملی است.	← ۴. دگرگونی در اشکال متداول مشارکت سیاسی

به‌طور کلی چهارچوب نظری اینگلهارت، که بر اساس یافته‌های پیمایش ارزش‌های جهانی است، دارای دو فرضیه پیش‌بینی‌کننده است که دگرگونی ارزش‌ها را تبیین می‌کند:

۱. فرضیه کمیابی (scarcity hypothesis) که به این نکته اشاره دارد که اولویت‌های فرد بازتاب محیط اجتماعی و اقتصادی اوست. فرد بیش‌ترین ارزش را برای چیزهایی قائل است که عرضه آن‌ها کم است؛

۲. فرضیه جامعه‌پذیری (socialization hypothesis) که مبتنی بر این قضیه است که تغییر در شرایط محیطی مستلزم تطابق سریع اولویت‌های ارزشی نیست و ارزش‌های اساسی فرد

به شکل گسترده منعکس کننده شرایط و فرایند جامعه‌پذیری وی است که در سال‌های قبل از بلوغ تجربه کرده است (Inglehart and Baker, 2000: 19-51).

به نظر اینگلهارت فرضیه‌ی کمیابی به دگرگونی‌های کوتاه‌مدت با آثاری دوره‌ای اشاره دارد؛ دوره‌های رونق به افزایش فرامادی‌گرایی و دوره‌های کمیابی به مادی‌گرایی می‌انجامد. فرضیه‌ی جامعه‌پذیری دلالت بر وجود آثار بلندمدت نسلی دارد. اینگلهارت درباره‌ی دگرگونی ارزشی به نقش جمعیت نیز نظر دارد (اینگلهارت، ۱۳۸۲). این دو فرضیه، در کنار هم، مجموعه‌ی به‌هم‌پیوسته‌ای از پیش‌بینی‌های مربوط به دگرگونی ارزش‌ها را پدید می‌آورند؛ در حالی که فرضیه‌ی کمیابی دلالت بر این دارد که رونق اقتصادی به گسترش ارزش‌های فرامادی می‌انجامد، فرضیه‌ی جامعه‌پذیری مبین این است که ارزش‌های جامعه یک‌شبه تغییر نمی‌کنند و برعکس دگرگونی اساسی ارزش‌ها به تدریج و بیش‌تر به‌طور نامرئی روی می‌دهد. فرضیه‌ی جامعه‌پذیری فرضیه‌ی کمیابی را تکمیل می‌کند و ایرادهای ناشی از دیدگاه بیش‌ازحد ساده‌انگارانه‌ی تأثیر کمیابی بر رفتار را برطرف می‌سازد (همان).

اینگلهارت سیر تطور و تکامل جوامع را، همانند بسیاری از نظریه پردازان مدرنیزاسیون، سنتی، مدرن، و پست‌مدرن می‌داند؛ مشخصات جوامع سنتی، مدرن، و پست‌مدرن در جنبه‌های مختلف از منظر اینگلهارت در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. انواع جامعه‌ی سنتی، مدرن، و پست‌مدرن همراه با ارزش‌های فردی و سیستم اقتدار آن‌ها

(Inglehart, 1977)

نوع جامعه	جامعه‌ی سنتی	جامعه‌ی مدرن	جامعه‌ی پست‌مدرن
هدف اصلی جامعه	بقا در اقتصاد دولتی پایدار	نهایت رشد اقتصادی	حداکثر آسایش ذهنی
ارزش‌های فردی	مذهب‌های سنتی و هنجارهای محلی	انگیزه‌ی به‌دست‌آوردن کار (انگیزه‌ی ترقی)	افزایش‌های فرامادی و فرامدرن
سیستم اقتدار	اقتدار سنتی	اقتدار قانونی - عقلانی	نپذیرفتن هیچ‌نوع اقتداری

ارزش‌های اجتماعی و مذهبی سنتی ارزش‌های فردی غالب در جامعه‌ی سنتی هستند و در گذار جامعه‌ی سنتی به جامعه‌ی مدرن جای خود را به انگیزه‌ی پیشرفت و ترقی می‌دهند. به دنبال آن با گذر از جامعه‌ی مدرن به جامعه‌ی پست‌مدرن انگیزه‌ی پیشرفت، در مقام ارزش غالب دوره‌ی مدرنیزاسیون، جای خود را به ارزش‌های فرامادی و غیرفیزیولوژیک می‌دهد.

اینگلهارت، در آثار متأخر خود، از دو بعد اصلی و اساسی ارزش‌های بین‌فرهنگی

(cross cultural values) سخن به میان می‌آورد که با فرایندهای مدرنیزاسیون و پست‌مدرنیزاسیون در ارتباط است. بر این اساس، جهت‌گیری‌های ارزشی افراد را می‌توان بر اساس این دو بعد با یکدیگر مقایسه و نقشه بین‌فرهنگی جوامع را ترسیم کرد. این دو بعد عبارت‌اند از:

۱. ارزش‌های سنتی در مقابل ارزش‌های سکولار-عقلانی (traditional values vs. secular-rational values)

۲. ارزش‌های بقا در مقابل ارزش‌های خودشکوفایی (survival values vs. self expression value) (Inglehart and welzel, 2005).

تضاد و تفاوت میان جوامعی که در آن‌ها دین و ارزش‌های دینی بسیار بااهمیت است با جوامعی که این‌چنین نیست را ارزش‌های سنتی در مقابل ارزش‌های سکولار-عقلانی نشان می‌دهند. این دو نوع ارزش‌ها در جوامع با دو نوع اقتدار همراه هستند؛ در جوامعی که دین بااهمیت است، و ارزش‌ها ارزش‌های سنتی هستند، اقتدار سنتی و ایدئولوژی‌های دینی حاکم است. در جوامعی با ارزش‌های سکولار و عقلانی اقتدار حاکم اقتدار ایدئولوژی‌های سکولار است که در رأس آن دولت و قانون حضور دارند.

عنصر مرکزی و کلیدی بعد ارزش‌های بقا در مقابل ارزش‌های خودشکوفایی شامل قطبی‌شدن بین ارزش‌های مادی‌گرایانه و فرامادی‌گرایانه است. شواهد گسترده در جوامع غربی، که امنیت مسلم فرض می‌شود، حاکی از تغییری بین‌نسلی از تأکید بر امنیت اقتصادی و جانی به سمت تأکید فزاینده بر ارزش‌های خودشکوفایی، سعادت ذهنی (subjective well-being)، و کیفیت زندگی (quality of life) است. این بعد نشانگانگی از اعتماد (trust)، بردباری (tolerance)، سعادت ذهنی، فعالیت‌های سیاسی، و خودشکوفایی را منعکس می‌کند که در جوامع پسا صنعتی با سطوح بالای امنیت همراه است. این بعد از ارزش‌ها منعکس‌کننده این واقعیت است که ظهور و پیدایش سطوح غیرقابل انتظار رفاه به تغییر از هنجارها و ارزش‌های کمیابی و تأکید بر کار سخت و انکار خود (self-denial) به سمت ارزش‌های پست‌مدرن، با تأکید بر کیفیت زندگی و رهایی زنان و اقلیت‌های جنسی (sexual minorities)، منجر شده است و اولویت‌های فرامادی‌گرایانه، از قبیل خودشکوفایی، بسیار اهمیت یافته است (Inglehart and welzel, 2005). بر اساس نظریه تغییر ارزشی و نگرشی اینگلهارت ما دو دسته متغیر را در نظر خواهیم گرفت: ۱. متغیرهایی چون طبقه اجتماعی، درآمد خانواده، هزینه شخصی فرد، و... که مربوط به فرض کمیابی اینگلهارت

هستند و ۲. متغیرهایی فرهنگی چون ارزش‌های دین، اعتقادات دینی، و نگرش نسبت به سقط جنین که مربوط به فرض جامعه‌پذیری هستند. از طرف دیگر، اولویت‌های ارزشی مادی و فرامادی فرد، که هر دو فرض فوق را درون خود به‌طور مستتر دارد، نیز سنجیده خواهند شد و، در مقام یک متغیر مستقل، رابطه‌شان با نگرش فرد نسبت به سقط جنین آزموده خواهد شد.

۲.۳ مدل باورهای بهداشتی (اعتقاد بهداشتی)

این مدل در دهه ۱۹۵۰ میلادی و توسط روزن‌استاک (Irwin M. Rosenstock)، هاچبام (Godfrey M. Hochbaum)، کگلز (S. Stephen Kegeles)، و لونتال (Howard Leventhal) مطرح شد. در ادامه، بکر و همکارانش در دهه‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۷۰ آن را توسعه دادند؛ بکر، برای تبیین رفتارهای مربوط به بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی یا باور بهداشتی را به وجود آورد. این الگو، و سایر موضوعات مشابه این، از دیدگاه شناختی برای تبیین رفتار به‌مثابه عملی منطقی استفاده می‌کند. مدل باورهای بهداشتی تلاش می‌کند تا رفتارهای بهداشتی را توضیح دهد و معتقد است که تصمیم در ارتباط با رفتارهای بهداشتی به وسیله مجموعه‌ای از باورها پیش‌بینی می‌شود که این باورها شامل آسیب‌پذیری درک‌شده، شدت و وخامت (تهدیدهای) درک‌شده، فواید و منافع درک‌شده، موانع و هزینه‌های درک‌شده، و خودکارآمدی است. این الگو همچنین دربرگیرنده تأثیرات محیطی مانند عوامل عقیدتی و اجتماعی است که در خانه، مدرسه، محل کار، یا از طریق رسانه‌های گروهی تأثیر می‌گذارند. مفهوم خودکارآمدی در این نظریه نیز مهم تلقی شده است و به معنای اطمینان شخص در توانایی اجرای اقدامات به صورت موفقیت‌آمیز است (Maiman and Becker, 1974).

۴. چهارچوب نظری تحقیق

در این پژوهش، پس از مطالعه نظریات متفاوت، نظریه تحول و دگرگونی ارزشی، با توجه به داشتن ارتباط بیش‌تر با موضوع تحقیق، به عنوان چهارچوب نظری انتخاب شد. این تئوری، که توسط رونالد اینگلهارت طرح و گسترش یافته است، به دنبال فهم چگونگی و چرایی تغییر و تحولات فرهنگی و ارزش‌ها و نگرش‌های جوامع است و در بسیاری از تحقیقات اجتماعی، که به بررسی جهت‌گیری‌های نگرشی-ارزشی و دگرگونی فرهنگی

اجتماعی می‌پردازند، استفاده شده است. در چند دهه گذشته تغییرات اقتصادی، فناوری، و اجتماعی-سیاسی فرهنگ‌های جوامع پیشرفته صنعتی را از جنبه‌های بسیار مهم دگرگون ساخته است. اعتقادات مذهبی و نگرش مردم درباره طلاق، ازدواج، سقط جنین، و همجنس‌گرایی، و اهمیتی که به داشتن بچه و تشکیل خانواده می‌دهند، همه و همه، دگرگون شده و به‌طور کلی خواست مردم از زندگی تغییر کرده است. تغییر و تحولات صنعتی شدن، شهرنشینی، و به‌طور کلی امنیت اقتصادی کشورهای پیشرفته به پیدایش تغییر بین‌نسلی، به علت ارزش‌های پست‌مدرن و فرامادی، منجر شده است به‌طوری که مردم بیش‌تر بر کیفیت زندگی، محافظت از محیط، و خود شکوفایی تأکید می‌کنند (Inglehart and Baker, 2000: 19-51). دگرگونی فرهنگی تدریجی و بازتاب دگرگونی در تجربه‌های سازنده‌ای است که به نسل‌های مختلف شکل داده است. از این رو، ارزش‌ها و هنجارهای سنتی در میان نسل‌های گذشته کاملاً گسترده‌اند در حالی که گرایش جدید تا حد زیادی در میان نسل‌های جوان‌تر نفوذ دارد و با جانشین شدن نسل‌های جدیدتر جهانی مبتنی متداول در این جوامع دگرگون شده است (اینگلهارت، ۱۳۸۲). اینگلهارت و بکر نظریه نوسازی اصلاح شده‌ای را طرح کرده و نشان داده‌اند که حوزه‌های فرهنگی، در ورای تأثیرات توسعه اقتصادی، تأثیر معنادار بیش‌تری بر ارزش‌های بیان نفس دارند. شواهد تجربی حاکی از آن است که نشانگان توسعه انسانی توسط زنجیره‌ای علی پدید می‌آید که در این زنجیره منابع فردی به ارزش‌های بیان نفس منجر شده است و این ارزش‌ها نیز به دموکراسی واقعی ختم می‌شوند. دموکراسی فقط هنگامی واقعی می‌ماند که از جانب فرهنگی توده‌ای، که بر بیان نفس انسان‌ها تأکید می‌کند، حمایت شود. این فرهنگ، برای ریشه‌دواندن در هر جامعه‌ای، نیازمند شالوده‌ای اجتماعی-اقتصادی است؛ دموکراسی واقعی پدیده‌ای است که به صورت تدریجی شکل می‌گیرد و آن را نمی‌توان زیرکانه با تدوین یک قانون اساسی به وجود آورد؛ شکل‌گیری دموکراسی واقعی عمیقاً در تغییرات سطح توده‌ای ریشه دارد، و بر اساس منطق‌هایی بخش توسعه انسانی، پیوند نزدیکی با آن‌ها یافته است. درواقع، دموکراسی واقعی عنصر ذاتی توسعه انسانی است.

نوشته حاضر مدعی است که توسعه اجتماعی-اقتصادی، تغییر فرهنگی، و دموکراتیک شدن نشانگان (syndrome) به‌هم‌پیوسته‌ای از تغییر اجتماعی هستند؛ نشانگانی که در نظریه کلاسیک نوسازی به‌نحوی شایسته به آن توجه نشده است. ما این نشانگان را توسعه انسانی می‌خوانیم و برآنیم که فصل مشترک مؤلفه‌های سه‌گانه این نشانگان گسترده‌ترکردن امکان

انتخاب انسان است. توسعه اجتماعی - اقتصادی، با فراهم آوردن منابع فردی، امکان انتخاب انسان‌ها را گسترده‌تر می‌سازد و تغییر فرهنگی مجال بیش‌تری برای تأکید بر ارزش‌های بیان نفس (self-expression) فراهم می‌کند و انسان‌ها را به سمتی سوق می‌دهد که به گزینش آزاد در جامعه اولویت دهند؛ دموکراتیک‌شدن بیش‌ازپیش حقوق واقعی (effective rights) انسان‌ها را تأمین می‌کند و تضمینی قانونی برای انتخاب آزاد افراد در عرصه سیاست است. محققان در زمینه تغییرات اجتماعی سه فرایند اصلی را مهم دانسته‌اند که اساسی‌ترین این فرایندها توسعه اجتماعی - اقتصادی است که بیش از دو فرایند دیگر بدان پرداخته‌اند.

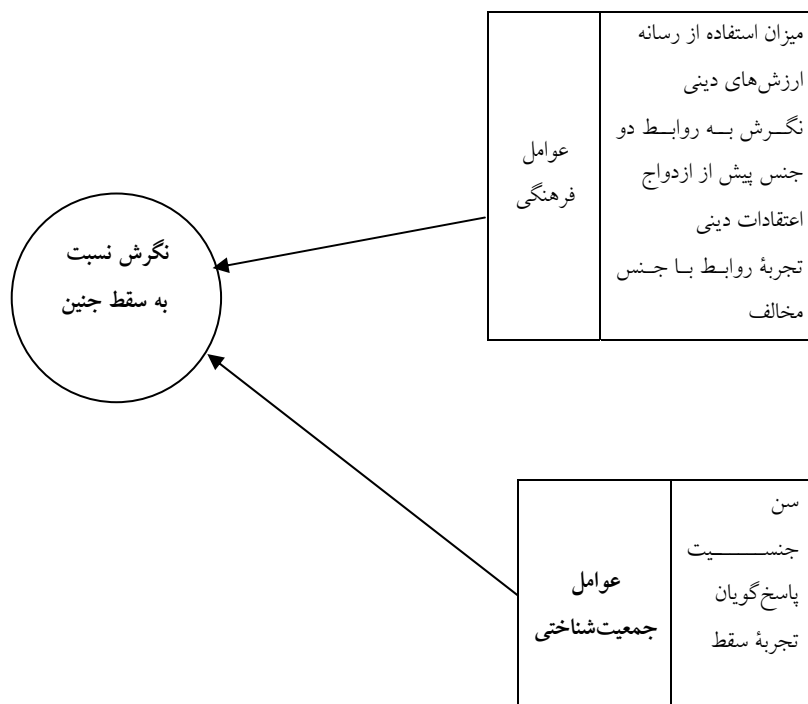
همه این آثار در این نکته متفق‌اند که توسعه اجتماعی - اقتصادی مجموعه به‌هم‌پیوسته‌ای از تغییرات از جمله رشد تولید، بهبود سطح بهداشت و امید به زندگی، رفاه مادی بیش‌تر، ارتباطات گسترده‌تر، و پیچیدگی اجتماعی بیش‌تر است.

فرایند دوم، یعنی تغییرات ارزشی، با توسعه اجتماعی - اقتصادی در ارتباط است، امید زندگی را افزایش می‌دهد، و سطح امنیت زیستی را بالاتر می‌برد. علاوه بر این، بازارهای در حال گسترش و تحرک اجتماعی تعامل انسان‌ها و شبکه‌های هم‌تراز یا غیراقتدارگرایانه‌ای (horizontal networks) را در میان جوامع افزایش می‌دهد که موجب جایگزینی روابط مبتنی بر مذاکره و چانه‌زنی به جای روابط مبتنی بر اقتدار گشته است و انسان‌ها را از قیود خشک سلسله‌مراتبی، که خودآیینی (autonomy) بشر را از او می‌ستانند، می‌رهاند (Inglehart and Baker, 2000: 19-51). ما، به پیروی از اینگلههارت و بکر (2001)، این فرایند را عزیمت از ارزش‌های بقا به ارزش‌های بیان نفس توصیف کرده‌ایم. با این حال، در یک نکته تردیدی نیست و آن این‌که «هرگاه توسعه اجتماعی - اقتصادی، تغییرات فرهنگی، و دموکراتیک‌شدن رخ داده‌اند همبسته و همراه بوده‌اند. غالباً جوامع فقیری را که دچار کمبود منابع‌اند مبتنی بر ارزش‌های بقا دانسته‌اند» (Inglehart and Baker, 2000: 19-51, Inglehart, 1977).

آناند (1993)، سن (2000)، و آناند و سن (2000)، ضمن طرح واژه توسعه انسانی، می‌گویند «حق انتخاب بشر» یا توانایی نوع بشر برای انتخاب شیوه‌ای از زندگی، که بدان تمایل دارد، باید معیار نهایی میزان پیشرفت اجتماعی باشد. ما به پیروی از رویکرد انسان‌مدارانه آناند و سن مفهوم توسعه انسانی را چنان بسط می‌دهیم که فرهنگ سیاسی را نیز در بر گیرد. با به‌کارگرفتن این چهارچوب، داده‌های پیمایش ارزش‌های جهانی را به همراه داده‌های اجتماعی - اقتصادی ونهانن (1997)، رتبه‌بندی حقوق مدنی و

سیاسی فریدام هاوس و مقیاس های فساد نخبگان سازمان شفافیت بین المللی (Transparency International)^۱ تحلیل می کنیم.

مدل تحقیق



۵. فرضیه ها

۱. بین سن پاسخ گویان و نگرش آنها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد؛
۲. بین میزان استفاده افراد از رسانه داخلی (وسایل ارتباط جمعی) و نگرش آنها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد؛
۳. بین میزان استفاده افراد از رسانه خارجی (وسایل ارتباط جمعی) و نگرش آنها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد؛
۴. بین ارزش های دینی افراد و نگرش آنها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد؛
۵. بین اعتقادات دینی و نگرش آنها به سقط جنین رابطه وجود دارد؛
۶. بین تجربه روابط جنس مخالف و نگرش آنها به سقط جنین رابطه وجود دارد؛

۷. بین نگرش به روابط دو جنس پیش از ازدواج و نگرش آن‌ها به سقط جنین رابطه وجود دارد؛
۸. بین جنسیت پاسخ‌گویان و نگرش آن‌ها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.

۶. روش پژوهش

در این پژوهش از روش پیمایش برای گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. پیمایش، در میان تمام روش‌های تجربی، از متداول‌ترین و شناخته‌شده‌ترین روش‌ها در علوم انسانی است که به گونه‌ای گسترده توسط پژوهش‌گران استفاده شده است و از آن به‌مثابه روشی ویژه در تحلیل و گردآوری داده‌ها نام برده می‌شود (دواس: ۱۳۸۳). اعتبار به‌کارگرفته‌شده در این مطالعه اعتبار صوری است بدین‌نحو که هم در انتخاب سؤالات برای پرسش‌نامه از برخی از اساتید و دانشجویان دکترا و کارشناسی ارشد بخش جامعه‌شناسی استفاده شده است و هم درباره کلیت پرسش‌نامه، به‌نحوی که اصلاحات مدنظر آن‌ها انجام شده و از این طریق اعتبار پرسش‌نامه به تأیید رسیده است. در این تحقیق برای اندازه‌گیری پایایی ابزار سنجش از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که به سبب وجود ضریب بالای ۰/۷۰ می‌توان گفت کیفیتی در حد عالی دارد و پرسش‌نامه (سؤالات) می‌تواند منبع خوبی برای سنجش نگرش نسبت به سقط جنین باشد. جامعه آماری مطالعه جوانان شهر شیراز هستند که رده سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۲۹ سال است. همچنین در این پژوهش از روش طبقه‌بندی سهمیه‌ای استفاده شد و، بر اساس مناطق نه‌گانه شهر شیراز، به هر منطقه سهمیه‌ای اختصاص داده شد. برای جامعه آماری این پژوهش، که مطابق با سرشماری سال ۱۳۹۰ تعداد آن‌ها برابر با ۱۲۸۰۲۸۲ نفر است، با احتساب ۹۵ درصد اطمینان و پارامتر ۵۰ درصد و خطای ۴ درصد، حجم نمونه برابر با ۶۰۰ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری بر اساس فرمول کوکرین انجام شد و پس از گردآوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss، در دو سطح توصیفی و استنباطی، داده‌ها بررسی شد. متغیرهای مستقل عبارت‌اند از سن، جنس، تجربه سقط، رابطه با جنس مخالف، ارزش‌های دینی، میزان استفاده از رسانه و متغیر وابسته نگرش به سقط جنین است. از میان متغیرهای فوق متغیرهای تجربه سقط، رابطه با جنس مخالف، ارزش‌های دینی، و میزان استفاده از رسانه با یک طیف پنج‌قسمتی از خیلی زیاد تا خیلی کم سنجیده می‌شوند.

۷. یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که پاسخ‌گویان ۵۰/۲ درصد مرد و ۴۹/۸ درصد زن و ۸۰/۲ درصد مجرد و ۱۹/۸ درصد متأهل هستند. میانگین سنی پاسخ‌گویان نیز ۲۳/۶۲ سال است و بیش‌ترین فراوانی به مقطع لیسانس تعلق دارد که معادل با ۴۲/۲ درصد حجم نمونه است. ۵/۳ درصد تجربه سقط داشته‌اند و ۹۴/۷ درصد فاقد این تجربه بوده‌اند، همچنین ۷۰/۵ درصد تجربه رابطه با جنس مخالف را داشته‌اند و ۲۹/۵ درصد نیز این رابطه را تجربه نکرده‌اند. اطلاعات به‌دست‌آمده حاکی از این است که ارزش‌های دینی ۵۲/۸ درصد از پاسخ‌گویان در حد زیاد است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که ۶۱/۵ درصد از پاسخ‌گویان نگرش میانه به سقط جنین داشته‌اند. استفاده از ماهواره (۳/۰۱)، با توجه به میانگین هریک از گویه‌ها، بالاترین رتبه را دارد. همچنین استفاده از رادیوهای خارجی (۰/۹۳) پایین‌ترین میانگین را در بین گویه‌ها داشته است.

۸. آزمون فرضیه‌ها

در این بخش برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار استنباطی استفاده شد. همچنین برای بررسی فرضیه‌ها آزمون‌های پارامتریک مانند رگرسیون و همبستگی نیز به کار گرفته شد.

فرضیه ۱: بین سن پاسخ‌گویان و نگرش آن‌ها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد. این فرضیه با آزمون رگرسیون مورد آزمون قرار گرفت که نتایج ذیل به دست آمد. در جدول ۱ به منظور بررسی رابطه بین سن و نگرش به سقط جنین از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصل شده همبستگی ضعیفی ($R = 0/100$) بین سن و نگرش به سقط جنین وجود دارد. مقدار $R^2 = 0/010$ نشان می‌دهد که متغیر سن توانسته است فقط یک درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. ضریب $B = 0/420$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (سن) $0/420$ واحد به متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $T = 2/46$ ، $F = 6/07$ ، و $Sig = 0/014$ رابطه مشاهده‌شده بین دو متغیر در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است، بنابراین فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۱. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر سن و نگرش به سقط جنین

نام متغیر	R	R ²	R ² Ad	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
سن	0/100	0/010	0/008	14/20	0/420	0/100	2/46	6/07	0/014

فرضیه ۲: بین میزان استفاده افراد از رسانه خارجی (وسایل ارتباط جمعی) و نگرش آنها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد.

در جدول ۲، به منظور بررسی رابطه بین میزان استفاده از رسانه‌های خارجی و نگرش به سقط جنین، از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصل می‌توان گفت همبستگی ضعیفی ($R = 0/165$) بین استفاده از رسانه‌های خارجی و نگرش به سقط جنین وجود دارد. مقدار $R^2 = 0/027$ نشان می‌دهد که متغیر استفاده از رسانه‌های خارجی توانسته است فقط ۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. ضریب $B = 1/018$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (استفاده از رسانه‌های خارجی) $1/018$ واحد به متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $F = 16/82$ ، $T = 4/10$ و $Sig = 0/000$ رابطه مشاهده شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنی دار است و فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۲. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر میزان استفاده

از رسانه‌های خارجی و نگرش به سقط جنین

نام متغیر	R	R ²	R ² Ad	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
رسانه‌های خارجی	0/165	0/027	0/026	14/07	1/018	0/165	4/10	16/82	0/000

فرضیه ۳: بین میزان استفاده از رسانه‌های داخلی (وسایل ارتباط جمعی) و نگرش به سقط جنین رابطه وجود دارد.

در جدول ۳، به منظور بررسی رابطه بین میزان استفاده از رسانه‌های داخلی و نگرش به سقط جنین، از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصل همبستگی ضعیفی ($R = 0/141$) بین استفاده از رسانه‌های داخلی و نگرش به سقط جنین وجود دارد. مقدار $R^2 = 0/020$ نشان می‌دهد که متغیر استفاده از رسانه‌های داخلی توانسته است فقط ۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. ضریب $B = -0/908$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (استفاده از رسانه‌های داخلی) $0/908$ واحد از متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) کاسته می‌شود. با توجه به مقادیر $F = 12/17$ ، $T = -3/49$ و $Sig = 0/001$ رابطه مشاهده شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنی دار است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۳. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر میزان استفاده از رسانه‌های داخلی و نگرش به سقط جنین

نام متغیر	R	R ²	R ² Ad	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
رسانه‌های داخلی	۰/۱۴۱	۰/۰۲۰	۰/۰۱۸	۱۴/۱۳	-۰/۹۰۸	-۰/۱۴۱	-۳/۴۹	۱۲/۱۷	۰/۰۰۱

فرضیه ۴: بین ارزش‌های دینی افراد و نگرش آن‌ها نسبت به سقط جنین رابطه وجود دارد. در جدول ۴، به منظور بررسی رابطه بین ارزش‌های دینی و نگرش به سقط جنین، از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصل همبستگی متوسطی ($R = 0/429$) بین ارزش‌های دینی و نگرش به سقط جنین وجود دارد. مقدار $R^2 = 0/184$ نشان می‌دهد که متغیر ارزش‌های دینی توانسته است ۱۸ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. ضریب $B = 0/670$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (ارزش‌های دینی) $0/670$ واحد از متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) کاسته می‌شود. با توجه به مقادیر $T = -11/61$ ، $F = 134/9$ و $Sig = 0/000$ ، رابطه مشاهده‌شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است و فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۴. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر ارزش‌های دینی و نگرش به سقط جنین

نام متغیر	R	R ²	R ² Ad	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
ارزش‌های دینی	۰/۴۲۹	۰/۱۸۴	۰/۱۸۳	۱۲/۸۹	-۰/۶۷۰	-۰/۴۲۹	-۱۱/۶۱	۱۳۴/۹	۰/۰۰۰

فرضیه ۵: بین تجربه روابط با جنس مخالف و نگرش آن‌ها به سقط جنین رابطه وجود دارد. در جدول ۵ نتایج نگرش به سقط جنین، بر حسب تجربه رابطه با جنس مخالف، مشاهده می‌شود. داده‌ها نشان می‌دهد میانگین نمرات نگرش به سقط جنین در افرادی که تجربه رابطه با جنس مخالف را داشته‌اند بالاتر است، در نتیجه این افراد نگرش مثبت‌تری به سقط داشته‌اند. همچنین تفاوت مشاهده‌شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار $-3/925$ و سطح معنی‌داری $Sig = 0/000$ بیان‌کننده این است که با ۹۹ درصد اطمینان تفاوت معنی‌داری بین افرادی که تجربه رابطه با جنس مخالف را داشته‌اند و کسانی که این تجربه را نداشته‌اند، از نظر نگرش به سقط جنین، وجود دارد، بنابراین فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۵. آزمون تفاوت نگرش به سقط جنین بر حسب تجربه رابطه با جنس مخالف

متغیر	فراوانی	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	T	سطح معناداری
بلی	۴۲۳	۶۱/۷	۱۴/۳	۳/۹۲۵	۰/۰۰۰
خیر	۱۷۷	۵۶/۷	۱۳/۵		

فرضیه ۶: بین اعتقادات دینی و نگرش آن‌ها به سقط جنین رابطه وجود دارد.

بر اساس نتایج حاصل شده همبستگی بالایی ($R = ۰/۶۶۸$) بین اعتقادات دینی و نگرش به سقط جنین وجود دارد. مقدار $R^2 = ۰/۴۴۶$ نشان می‌دهد که متغیر اعتقادات دینی توانسته است ۴۴ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. ضریب $B = -۱/۸۸۶$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (اعتقادات دینی) $۱/۸۸۶$ واحد از متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) کاسته می‌شود. با توجه به مقادیر $T = -۲۱/۹۵$ ، $F = ۴۸۱/۹$ و $Sig = ۰/۰۰۰$ رابطه مشاهده شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنادار است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۶. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر اعتقادات دینی و نگرش به سقط جنین

نام متغیر	R	R ²	R ² Ad	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
اعتقادات دینی	۰/۶۶۸	۰/۴۴۶	۰/۴۴۵	۱۰/۶۲	-۱/۸۸۶	-۰/۶۶۸	-۲۱/۹۵	۴۸۱/۹	۰/۰۰۰

فرضیه ۷: بین نگرش به روابط دو جنس پیش از ازدواج و نگرش آن‌ها به سقط جنین رابطه وجود دارد.

بر اساس نتایج حاصل شده همبستگی متوسطی ($R = ۰/۳۳۹$) بین نگرش به روابط دو جنس و نگرش به سقط جنین وجود دارد. مقدار $R^2 = ۰/۱۱۵$ نشان می‌دهد که متغیر نگرش به روابط دو جنس توانسته است ۱۱ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. ضریب $B = ۰/۲۴۹$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نگرش به روابط دو جنس) $۰/۲۴۹$ واحد به متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $T = ۸/۸۲$ ، $F = ۷۷/۸۷$ و $Sig = ۰/۰۰۰$ رابطه مشاهده شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنی دار است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۷. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر نگرش به روابط دو جنس پیش از ازدواج و نگرش به سقط جنین

نام متغیر	R	R ²	R ² Ad	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
نگرش به روابط	۰/۳۳۹	۰/۱۱۵	۰/۱۱۴	۱۳/۴۲	۰/۲۴۹	۰/۳۳۹	۸/۸۲	۷۷/۸۷	۰/۰۰۰

فرضیه ۸ بین جنسیت پاسخ‌گویان و نگرش آن‌ها به سقط جنین رابطه وجود دارد.

جدول ۸ نتایج نگرش به سقط جنین بر حسب جنسیت پاسخ‌گویان را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد میانگین نمرات نگرش به سقط جنین در زنان بالاتر است در نتیجه، زنان نگرش مثبت‌تری به سقط داشته‌اند. همچنین تفاوت مشاهده‌شده بین دو میانگین، براساس آزمون T با مقدار $-2/925$ و سطح معناداری $0/004$ ، Sig نشان‌دهنده این است که، با ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معناداری بین مردان و زنان از نظر نگرش به سقط جنین وجود دارد، بنابراین فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۸ آزمون تفاوت نگرش به سقط جنین بر حسب جنسیت

متغیر	فراوانی	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	T	سطح معناداری
مرد	۳۰۱	۵۸۷	۱۴/۳	۲/۹۲۵	۰/۰۰۴
زن	۲۹۹	۶۱/۹	۱۴/۰		

مقادیر R^2 برای متغیرهای مراحل یک تا سه، طبق جدول ۹، عبارت‌اند از $0/427$ ، $0/369$ و $0/463$. این مقادیر نشان می‌دهند که با ورود هر متغیر به معادله رگرسیون، در هرکدام از مراحل، چند درصد از تغییرات متغیر وابسته تبیین شده است. مقادیر R^2 اضافه‌شده در مرحله دوم و سوم $0/058$ و $0/036$ است. این مقادیر نشان می‌دهد که با ورود هریک از متغیرها، در هریک از مراحل سه‌گانه این معادله، چه مقدار به میزان R^2 اضافه شده است.

جدول ۹. عناصر اصلی رگرسیون چندمتغیره به روش گام‌به‌گام

از مرحله اول تا سوم برای پیش‌بینی متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین).

مرحله	نام متغیر	R	R^2	مقدار افزوده‌شده به R^2	خطای معیار
اول	اعتقادات دینی	۰/۶۰۷	۰/۳۶۹	۰/۳۶۹	۱۱/۳
دوم	ارزش‌های دینی	۰/۶۵۳	۰/۴۲۷	۰/۰۵۸	۱۰/۸
سوم	جنسیت	۰/۶۸۰	۰/۴۶۳	۰/۰۳۶	۱۰/۵

با توجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جدول ۹ مشخص می‌شود که دو متغیر واردشده به معادله (اعتقادات دینی و ارزش‌های دینی) در مراحل سه‌گانه با متغیر وابسته دارای رابطه‌ای معکوس هستند، این رابطه به این معناست که هرچه اعتقادات و ارزش‌های دینی افراد بالاتر باشد نگرش به سقط جنین منفی‌تر است. همچنین یک متغیر (جنسیت) نیز دارای رابطه مستقیم بوده است. با توجه به این‌که زنان کد یک و مردان کد صفر داشته‌اند در نتیجه

زنان نگرش مثبت تری را به سقط جنین داشته‌اند. مقادیر T و سطوح معناداری معادله چندمتغیره نشان می‌دهد که متغیرهای اعتقادات دینی با فاصله اطمینان $p < 0/000$ در سطح ۹۹ درصد، ارزش‌های دینی با فاصله اطمینان $p < 0/000$ در سطح ۹۹ درصد، و جنسیت نیز با فاصله اطمینان $p < 0/006$ در سطح ۹۹ درصد معنادار هستند.

جدول ۱۰. عناصر متغیرهای درون معادله برای پیش‌بینی متغیر وابسته (نگرش به سقط جنین).

نام متغیر	B	Beta	مقدار T	Sig
اعتقادات دینی	۱/۳۰۵	۰/۴۷۸	-۶/۳۵	۰/۰۰۰
ارزش‌های دینی	۰/۴۹۸	-۰/۲۹۴	-۳/۸۸	۰/۰۰۰
جنسیت	۵/۶۴۶	۰/۱۹۲	۲/۸۷	۰/۰۰۶

$$R2=0/463, R=0/680, Sig=0/000, F=32/98, R2.Ad=0/449, a=95/37$$

۹. نتیجه‌گیری

سقط جنین به مثابه معضلی اجتماعی در تمامی جوامع برای سلامت خانواده و جامعه مشکل‌ساز تلقی می‌شود. سقط جنین در ایران از نظر قانونی و شرعی محدود به شرایط خاصی است اما به‌رغم این محدودیت‌ها، و حتی برخلاف اعتقاد به نامقبول بودن این عمل در شرایط عادی، در حال حاضر بسیاری از افراد، که به عللی مایل به ادامه بارداری نیستند، با توسل به روش‌های مخفیانه غیرقانونی (بهداشتی و غیربهداشتی) اقدام به سقط جنین می‌کنند که در مواردی با عدم موفقیت یا حتی عوارض جدی برای مادر و جنین همراه می‌شود. از آن‌جا که میزان سقط جنین عمدی در ایران رو به افزایش است، و با توجه به این‌که وجود طیف گسترده یک رفتار و بقای آن در بین مردم علت وجود کارکرد آن رفتار است، بر آن شدیم تا نگرش جوانان را نسبت به پدیده سقط جنین بررسی کنیم. چهارچوب نظری به‌کارگرفته‌شده در این مطالعه نظریه تغییر نگرشی و ارزشی رونالد اینگلهارت بوده است. در تحلیل داده‌های این مطالعه از روش‌های دومتغیره و چندمتغیره استفاده شده است. در این مطالعه، که به روش پیمایش انجام شده است، به ۶۰۰ نفر از جوانان شهر شیراز، که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، پرسش‌نامه‌های محقق‌ساخته‌ای با مضمون سنجش نگرش آن‌ها نسبت به سقط جنین داده شد، سپس پاسخ‌های آن‌ها جمع‌آوری شد و به وسیله نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۸۰/۲ درصد از

پاسخ‌گویان مجرد و ۱۹/۸ درصد از پاسخ‌گویان متأهل هستند. از نتایج برمی‌آید که متغیرهای فرهنگی (ارزش‌های دینی، اعتقادات دینی، میزان استفاده از رسانه‌های داخلی، میزان استفاده از رسانه‌های خارجی، نگرش به روابط باجنس مخالف پیش از ازدواج، و تجربه رابطه با جنس مخالف) همگی با متغیر وابسته رابطه معنادار آماری دارند. در تحلیل چندمتغیره، که با تکنیک رگرسیون و روش گام‌به‌گام انجام شده است، سه متغیر ارزش‌های دینی، اعتقادات دینی، و جنسیت به ترتیب وارد شده‌اند و این متغیرها در نهایت نگرش به سقط جنین را به‌طور کلی نمایان ساختند. زنان، با توجه به تحلیل رگرسیون چندگانه، نسبت به سقط جنین نگرش مثبت‌تری نسبت به مردان دارند و به‌طور کلی یافته‌های مطالعات پیشین یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کند. بالابودن اعتقاد به ارزش‌های دینی و اعتقادات دینی منجر به نگرش منفی‌تر به سقط جنین می‌شود، و با توجه به این‌که سالیانه حدود ۳۰ تا ۵۰ میلیون سقط جنین عمدی در دنیا اتفاق می‌افتد، نتایج حاصل تفاوت چشم‌گیری با آمار جهانی ندارد. نگرش میانه مؤید این مسئله است که جوانان مورد مطالعه در شرایطی خاص، نظیر تأثیر خطرناک ادامه بارداری برای مادر، ناقص‌بودن جنینی که متولد خواهد شد، ناخواسته‌بودن فرزند، و اقتضای شرایط سقط جنین را، در چهارچوب رعایت موازین شرعی، تا حدی مجاز می‌دانند. بسیاری از مراجع و فقها معتقدند که جنین پیش از چهارماهگی موجود انسانی نیست، بنابراین سقط جنین در چنین حالتی قتل نفس به شمار نمی‌رود. هرچند که سقط قبل از چهارماهگی هم باید با علل موجه و به‌طور قانونی انجام شود.

با توجه به یافته‌های این پژوهش ۶۴ درصد از پاسخ‌گویان دارای اعتقادات دینی متوسطی هستند و این میزان در ارزش‌های دینی ۵۲/۸ درصد است و شامل بیش‌ترین میزان در میان پاسخ‌گویان است. از کل پاسخ‌گویان این مطالعه ۷۰/۵ درصد دارای تجربه رابطه با جنس مخالف بوده‌اند که درصد نسبتاً بالایی است. مطالعات معدودی که در این زمینه انجام شده مؤید یافته‌های این مطالعه است به این معنا که کم‌رنگ‌شدن اعتقادات مذهبی و دین‌داری با افزایش نگرش مثبت نسبت به سقط جنین ارتباط مستقیم دارد (سرائی و روشن‌شمال، ۱۳۹۱؛ چینی‌چیان و دیگران، ۱۳۸۶).

یافته‌ها حاکی از آن است که جوانان به ارزش‌ها و هنجارهای دینی مرتبط با معاشرت دختر و پسر قبل از ازدواج آن‌چنان پای‌بند نیستند. درباره نگرش میانه جوانان نسبت به سقط جنین و مقایسه آن با میزان اعتقادات و ارزش‌های دینی بالای آن‌ها به نتایج مشابهی با تفاوت نگرش آن‌ها به معاشرت با جنس مخالف قبل از ازدواج و مغایرت آشکار آن با

عقاید و ارزش‌های دینی می‌رسیم و این مخالفت، به‌رغم میزان بالای اعتقاد جوانان به ارزش‌های دینی، در نگرششان به سقط جنین نیز وجود دارد. اینگلهارت (1977) سیر حرکت جوامع را حرکت از جامعه سنتی به صنعتی و مدرن می‌داند و از ویژگی‌های جوامع سنتی حاکمیت جهان‌بینی دینی بر آن‌ها و نیز تشابه بسیار زیاد ارزش‌های حاکم در جامعه با ارزش‌های فردی افراد آن جامعه است. ویژگی‌های جامعه مدرن و صنعتی از نظر اینگلهارت با جوامع سنتی کاملاً مغایر است. در جوامع مدرن ارزش‌های اجتماعی و سنتی جای خود را به ارزش‌های قانونی - عقلانی و انگیزه پیشرفت می‌دهند و فردگرایی ارزش است. نتایج حاصل از نگرش جوانان نسبت به سقط جنین و همچنین نتایجی که از اعتقاد پای‌بندی آن‌ها به ارزش‌های دینی به دست آمده نشان‌دهنده تغییر و حرکتی فرهنگی است.

از منابع هنجاری‌بخش و راهنمایی‌کننده افراد در زندگی اجتماعی دین است. با توجه به این‌که این پژوهش در ایران انجام شده، و نظر به این‌که دین اکثریت ایرانیان اسلام است، منظور از دین در این تحقیق دین اسلام است. هرچند ادیان مختلف دیگر هم دارای قواعد و مقرراتی راجع به سقط جنین هستند، به‌طوری‌که این عمل در دین زرتشتی، یهودیت، و مسیحیان کاتولیک به‌شدت تقبیح شده است و انجام سقط جنین گاهی، حتی با وجود دلایل موجه، مجاز شمرده نمی‌شود. اگرچه اکثریت قریب به اتفاق مردم خواهان آن‌اند که رفتار خود را در زمینه سقط جنین به گونه‌ای تنظیم کنند که مغایر قوانین اسلامی و موازین شرعی نباشد اما مشکلات اجتماعی و اقتصادی ممکن است تضادی بین فرهنگ نظری و عملی مردم نمایان سازد که این همان بحث اینگلهارت راجع به کم‌رنگ‌تر شدن هنجارهای سنتی و دینی و جایگزینی آن با ارزش‌های فردی و عقلایی است.

تمامی این مباحث حول این محور صورت می‌گیرد که تغییرات نگرشی و ارزشی در زمینه سقط جنین و نگاه افراد جامعه به‌خصوص جوانان به این پدیده در حال شکل‌گیری است که این همان حرکت از ارزش‌های سنتی به سمت ارزش‌های عقلایی است. سقط جنین از جمله معضلات اجتماعی تقریباً جدید در جامعه ایران است که روزبه‌روز به میزان آن افزوده می‌شود و با گذشت سال‌ها، و بروز مشکلات و مسائل مختلف اجتماعی و اقتصادی و...، سقط جنین و نگرش نسبت به آن کم‌کم از شکل تابوگونه خود خارج شده است و حتی در بعضی از موارد توصیه نیز می‌شود. جامعه ایران جامعه‌ای در حال گذار است و هنوز افراد، همچون تمامی جوامع در حال گذار، دیدگاهی ثابت و قاطع نسبت به برخی از مسائل، که قبلاً بسیار قبیح بوده و گاه با مجازات‌های اجتماعی شدید مواجه می‌شده‌اند، ندارد. افراد هنوز

میان سنت و مدرنیته سردرگم هستند و به همان میزان که ارزش‌ها و اعتقادات دینی برای آن‌ها بسیار محترم است، و سعی در رعایت و انجام آن‌ها دارند، در بعضی از موارد (همانند سقط جنین، معاشرت با جنس مخالف، و مسائلی از این دست) تا حدی متعادل‌تر رفتار می‌نمایند و سعی در نادیده‌گرفتن یا حتی موجه‌کردن این رفتار خود دارند.

پی‌نوشت

۱. سازمانی غیردولتی است که در سال ۱۹۹۳ تأسیس شد و دفتر اصلی آن در برلین آلمان قرار دارد. هدف این سازمان، که حدوداً در ۱۰۰ کشور نمایندگی دارد، تلاش برای مبارزه با فساد و افزایش آگاهی درباره آن است.

منابع

- اینگلهارت، رونالد (۱۳۸۲). *تحول فرهنگی در جوامع پیشرفته صنعتی*، ترجمه مریم وتر، تهران: کویر.
- بهجتی اردکانی، زهره و دیگران (۱۳۸۴). «ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران»، *باروری و ناباروری*، دوره ششم، ش ۴.
- آملایی، خاور و دیگران (۱۳۸۱). «بررسی نسبت مرگ مادری ناشی از سقط غیرقانونی در استان کرمانشاه در سال‌های ۱۳۷۶ - ۱۳۸۱»، مقاله ارائه‌شده در هشتمین سمینار تخصصی *باروری و ناباروری کرمانشاه*.
- جراحی، لیدا، علی پاشا میثمی، و احمد فیاض‌بخش (۱۳۹۱). «نگرش و آگاهی زنان قبل از ازدواج نسبت به سقط جنین القایی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره ششم، ش ۱.
- چینی‌چیان، مریم، کوروش هلاکوئی نائینی، و خسرو رفائی شیرپاک (۱۳۸۶). «مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران»، *پایش*، دوره ششم، ش ۳.
- دواس، دی. ای. (۱۳۸۳). *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: نی.
- دیبايي، امير و نسرین سعادت (۱۳۸۷). «مطالعه فراوانی، خصوصیات دموگرافی، علل، و عوارض سقط‌های انجام‌شده در مراجعه به بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اهواز سال ۱۳۸۳»، *مجله علوم پزشکی*، ش ۱.
- سرائی، حسن و پگاه روشن شمال (۱۳۹۱). «سنجش عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان باردار نسبت به سقط عمدی»، *زن در توسعه و سیاست*، دوره دهم، ش ۲.
- صادقی، منصوره‌سادات و علی مظاهری (۱۳۸۶). «مقایسه سبک‌های دلبستگی در مادران با سابقه سقط جنین (عمدی و خودبه‌خودی) و مادران بدون سابقه سقط»، *باروری و ناباروری*، ش ۳۰.
- صلاحی، مهرداد و فرحناز قاسمی (۱۳۸۵). *درس‌نامه جامع مامایی*، تهران: شهرآب.
- عبداللهیان، حمید و مریم فلاح (۱۳۸۷). «تحلیل کیفی سقط جنین‌های ارادی و پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان: برخی مطالعات موردی درباره زنان ساکن تهران»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ش ۵.

مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰، نتایج تفصیلی، استان فارس، تهران: مرکز آمار.

ملک خسروی، شهره، مریم زنگنه، و منصور رضایی (۱۳۸۸). «بررسی مقایسه‌های نتایج بارداری در مادران نوجوان و جوان مراجعه‌کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه»، فصل‌نامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ش ۳.

Cheng, Yimin et al. (2012). 'Study of knowledge and attitudes on medical abortion among Chinese health providers', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 118.

Gold, M. A. and S. M. Coupey (1998). 'Attitudes of inner-city female adolescents toward medical and surgical abortion', *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Vol. 11, No. 3.

Gondor, M. et al. (1996). 'Young Adult's knowledge, Attitudes, and Behavior About Abortion in Young women', *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Vol. 9, No. 1.

Inglehart, R. (1977). *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Publics*, Princeton: Princeton University.

Inglehart, R, and W, E. Baker (2000). 'Modernization, Cultural change, and persistence of Traditional values', *American Sociological Review*, vol. 65, No. 1.

Inglehart, R. and W. E. Backer (2001). 'Modernization's Challenge to Traditional Values: Who's Afraid of Ronald McDonald', *The Futurist*, March-April.

Inglehart, R and C. welzel (2005). *Modernization, Cultural change and Democracy: The Human Development Sequence*, Newyork: Cambridge university.

Maiman, L. A. and M. H. Becker (1974). 'The health belief model: origins and correlates in psychological theory', *Health Education Monographs*, Vol. 2, No. 16-17.

Turner, L. et al. (2008). 'Clarifying Values and Transforming Attitudes to Improve Access to Second Trimester Abortion', *Reproductive Health Matters*, Vol. 16, No. 31.

