

## فهرست جداول

<u>عنوان</u>	<u>صفحه</u>
جدول ۱- توزیع زنان مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۱۳۷۹	۵۲
جدول ۲- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب سواد در سال ۱۳۷۹	۵۳
جدول ۳- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب وضعیت اشتغال	۵۴
جدول ۴- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب سهولت دسترسی به وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری	۵۵
جدول ۵- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب محل تهیه وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری	۵۶
جدول ۶- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر که از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری بر حسب مرجع توصیه کننده استفاده می کنند	۵۷
جدول ۷- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر که از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری بر حسب منابع کسب اطلاعات استفاده می کنند	۵۸
جدول ۸- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری	۵۹
جدول ۹- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب نوع روش استفاده برای پیشگیری از حاملگی	۶۰
جدول ۱۰- توزیع سنی زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری	۶۱

- جدول ۱۱- توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار ساکن شهرستان اهر بر حسب سواد و آشنایی با وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری..... ۶۲
- جدول ۱۲-۱ رابطه بین تحصیلات زنان و استفاده از قرص..... ۶۳
- جدول ۱۲-۲ رابطه بین تحصیلات زنان و استفاده از کاندوم..... ۶۴
- جدول ۱۲-۳ رابطه بین تحصیلات زنان و استفاده از نورپلانت..... ۶۵
- جدول ۱۳-۱- رابطه بین اشتغال زنان و استفاده از عقیم کردن زن... ۶۶
- جدول ۱۳-۲- رابطه بین اشتغال زنان و استفاده از قرص..... ۶۷
- جدول ۱۴-۱ رابطه بین سهولت دسترسی به وسایل و استفاده از قرص..... ۶۸
- جدول ۱۴-۲ رابطه بین سهولت دسترسی به وسایل و استفاده از نورپلانت..... ۶۹
- جدول ۱۵- رابطه بین متغیر استفاده از رسانه های جمعی ( تلویزیون و رادیو ) و استفاده از آی. یو. دی..... ۷۰
- جدول ۱۶-۱ - رابطه بین شناخت کامل از وسایل و روشهای جلوگیری و استفاده از قرص..... ۷۱
- جدول ۱۶-۲ - رابطه بین شناخت کامل از وسایل و روشهای جلوگیری و استفاده از عقیم کردن زن ..... ۷۲
- جدول ۱۶-۳ - رابطه بین متغیر شناخت کامل از وسایل و روشهای جلوگیری و استفاده از عزل..... ۷۲
- جدول ۱۷-۱- رابطه بین توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از آی . یو . دی ..... ۷۴
- جدول ۱۷-۲- رابطه بین توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از قرص ..... ۷۵
- جدول ۱۸- رابطه بین متغیر کسب اطلاع در مورد وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از مراکز بهداشتی و استفاده از آن ..... ۷۶
- جدول ۱۹- رابطه بین متغیر توصیه خویشاوندان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص)..... ۷۷

- جدول ۲۰- رابطه بین متغیر ترجیح جنسی و استفاده از وسایل و روشهای  
پیشگیری از بارداری..... ۷۸
- جدول ۲۱- رابطه بین متغیر سن زنان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری  
از بارداری..... ۷۹
- جدول ۲۲- رابطه بین متغیر در آمد و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از  
بارداری ..... ۸۰
- جدول ۲۳- رابطه بین متغیر تعداد فرزندان خانواده و استفاده از وسایل و  
روشهای پیشگیری از بارداری..... ۸۱

## فصل اول

### مقدمه:

افزایش جمعیت جهان در دهه های گذشته بر هر مبنای مآخذی که حساب کنیم تکان دهنده و سرسام آور بوده است. جمعیت دنیا از ابتدای شروع زندگی تا سال ۱۸۴۰ فقط به یک میلیارد نفر رسید. حدود صد سال طول کشید که این جمعیت دوبرابر شده و به دو میلیارد نفر رسید. سی سال بعد از آن یعنی در سال ۱۹۶۰ این جمعیت سه برابر شده، یعنی به سه میلیارد نفر برسد. جمعیت دنیا با چنین روند رشد در سال ۱۹۷۵ به چهار برابر یعنی به چهار میلیارد نفر رسید. بطور یقین بدون توجه به اثرات ثمربخش برنامه های بهداشت و تنظیم خانواده، اکنون جمعیت جهان در حال حاضر و سالهای آینده (اوایل قرن بیست و یکم) به بیش از شش میلیارد نفر رسیده است. در حالیکه میزان رشد جمعیت در کشورهای پیشرفته صنعتی به میزان قابل ملاحظه ای کاهش یافته و یاد رحد پایینی ثابت مانده است. ولی در کشورهای در حال توسعه که از نظر تامین مواد غذایی، امکانات فرهنگی و اقتصادی ظرفیت کمتری وجود دارد جمعیت با سرعت سرسام آوری رو به افزایش است (کیوان، ۱۳۶۸: ۳۸).

بنابراین با توجه به افزایش سریع جمعیت، رشد اقتصادی و اجتماعی در هیچ جامعه ای بدون شناخت دقیق تغییرات جمعیتی و استفاده هر چه مطلوب تر از امکان و توان بالقوه نیروی انسانی تحقق نخواهد یافت. لذا تعادل و توازن بین جمعیت و امکانات موجود و توزیع عادلانه آن در تعیین شتاب حرکت بسوی رشد و توسعه اقتصادی از اهمیت زیادی برخوردار است (قاسم زاده سروش، ۱۳۷۴: ۱۲).

از آنجا نیکه کانون و منشاء اصلی رشد جمعیت خانواده می باشد . بنابراین در وهله اول باید برنامه ریزی های لازم جهت کنترل جمعیت از خانواده شروع کرد . از آنجائیکه درممالک مختلف تفاوت فاحشی از نظر ساختمان و طرز عمل خانواده وجود دارد . از طرفی دیگر در سلامت خانواده بطور مستقیم و غیرمستقیم عوامل گوناگونی دخالت دارد . برخی از این عوامل مربوط به محیط زیست می باشد که این گونه عوامل را می توان با انجام اقداماتی در زمینه محیط زیست از بین برد .

گاهی برخی از مسائل بهداشتی خانواده، به تولید مثل ، رشد و تکامل ارتباط پیدا میکند . بخصوص مادران و کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد . بنابراین تنظیم خانواده یکی از عوامل مؤثر در سلامت خانواده و کنترل جمعیت می باشد .

تنظیم خانواده در صورتیکه به بطور مؤثر انجام گیرد نه تنها سلامتی و خوشبختی یک به یک افراد جامعه را تأمین می کند بلکه بر روی سلامت و خوشبختی افراد خانواده نیز مؤثر است .

بطور خلاصه تنظیم خانواده از دو جهت مورد نظر است ، هم از نظر پیشگیری ، هم از نظر درمان ، چه با اجرای آن اثرات مثبت بر روی سلامت و پیشرفت و خوشبختی خانواده مشهود میگردد (جهانفر، ۱۳۷۷ : ۳۷) .

بخصوص این اثر بر روی سلامت مادران و کودکان آشکار تر است . تنظیم خانواده بخشی از خدمات بهداشتی است که می بایست در دسترس خانوادها قرار گیرد . و بیشتر فعالیت های مربوط بدان نیازمند کارکنان و وسائل ، علم ، تکنیک و مراکز بهداشتی می باشد به این دلیل تنظیم خانواده در علم پزشکی و بهداشت عمومی مورد توجه بسیار قرار گرفته است (غفاری، ۱۳۷۳ : ۲۱)

از طرف دیگر افزایش تقاضا برای وسایل و روشهای جلوگیری از باروری در دو دهه اخیر بی سابقه بوده است . این خواسته ها انگیزه متفاوتی دارد . از نظر عده ای این تقاضا به حق افراد و زوجها در تعیین تعداد فرزندان که می خواهند داشته باشند مربوط می شود . از نظر عده ای دیگر این تقاضا در ارتباط با

سلامتی و بهداشت است. بدین معنی که حاملگیهای مکرر و در فواصل کوتاه برای سلامتی مادر و کودک و نهایتاً برای هردو خطرناک می باشد (کریم زاده، ۱۳۷۳: ۴).

بالاخره بحث دیگر درباره بهداشت و تنظیم خانواده از آنجا ناشی میگردد که بسیاری از جوامع تشخیص داده اند که محدود کردن رشد جمعیت در پیشرفت اقتصادی و اجتماعی جامعه مؤثر خواهد بود. این تقاضا، مسئولین امر را در مقابل این مسأله قرار داده است که چگونه خدمات بهداشت و تنظیم خانواده را برای همه زوج هائیکه در سنین باروری هستند تهیه و تامین نمایند و این وسائل جلوگیری از باروری، متناسب با خواسته ها و نیازهای زوجین باشد و در عین حال سلامتی آنها را تهدید ننماید (شجاعی، ۱۳۷۷: ۴۰).

#### ۱-۱- اهمیت مسأله و موضوع تحقیق

آگاهی از افزایش سریع جمعیت به عنوان نوعی خطر جهانی یکی از مشغله های فکری عمده بشر نیمه دوم قرن بیستم شناخته شد. علیرغم مباحث مفصلی که درباره دامنه و واقعیت خطر افزایش جمعیت به عمل آمده و علیرغم جبهه گیری های عقیدتی و مرامی که در مورد راه و روش مواجهه با این خطر بروز کرده، لزوم جلوگیری از افزایش جمعیت به عنوان یک اصل عمده از طرف اکثریت ملت های جهان مورد قبول قرار گرفته است. در همه جای دنیا یک تفاهم کلی در مورد تحدید موالید وجود ندارد. در نتیجه در بعضی ممالک جلوگیری از رشد جمعیت را به عنوان بخشی از برنامه کلی تلقی کرده و برنامه های خاصی را با هدف مشخص کاهش نرخ زاد ولد به مرحله اجرا گذاشته اند (کیوان، ۱۳۶۹: ۷).

از طرف دیگر چهل سال گذشته برونوع یکی از بزرگترین انقلاب های اجتماعی در طول زمان ما شهادت می دهد. آن درک این واقعیت توسط دولت ها است که لازم است مردم از طریق برنامه های تنظیم خانواده تولید مثل خود را

کنترل کنند. و در طول چهارده گذشته کشورهای مختلف جهان، چه پیشرفته و چه در حال توسعه و با نظامهای گوناگون، برنامه تنظیم خانواده را بهترین روش برای کنترل جمعیت و تحدید موالید دانسته اند ( کریم زاده : ۱۳۷۳ : ۸).

پس از رویداد مهم " کنفرانس جهانی جمعیت " که در بخارست تشکیل شد، بیشتر کشورهای در حال توسعه سیاست ها و روشهای طرح ریزی شده ای برای جلوگیری از حاملگی، تهیه وسایل و روشهای جلوگیری از باروری و امکان دسترسی بیشتر به آن در قالب برنامه های ملی تنظیم خانواده پذیرفته و به کار گرفته اند. استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی اگرچه در تمام دنیا به طور مداوم رو به افزایش است، هنوز استفاده از آن بطور عموم در میان خانواده ها شایع نیافته است. سازمان ملل تخمین می زند که در کشورهای در حال توسعه ۳۸ درصد زنان از وسایلو روشهای جلوگیری از حاملگی استفاده می کنند، حال آنکه در کشورهای صنعتی این رقم ۶۸ درصد زنان را تشکیل می دهد. در آفریقا که دسترسی به خدمات و امکانات و راههای جلوگیری محدود است فقط ۱۱ درصد از کل زنان در سنین باروری از وسایل جلوگیری استفاده می کنند. دسترسی به امکانات مزبور در اغلب نواحی شهری و روستایی کشورهای جهان سوم نیز محدود و ناکافی است ( غفاری، ۱۳۶۹ : ۱۲).

در جمهوری اسلامی ایران تا سال های قبل از انقلاب بر طبق سیاست های سازمان بهداشت جهانی در زمینه کنترل جمعیت در کشورهای جهان سوم، برنامه تنظیم خانواده (بر اساس دو فرزند) در کشور ما به اجرا درآمد. پس از انقلاب با توجه به دیدگاههای منفی که در مورد برنامه ها و طرح های رژیم گذشته وجود داشت برنامه کنترل جمعیت و تنظیم خانواده به طور موقت منتفی شناخته شد و در طول کمتر از ۱۰ سال (۶۸-۵۹) رشد جمعیت به مرحله خطر آفرینی رسید. با پایان گرفتن جنگ تحمیلی در سال ۱۳۶۸ و با نظریه اینکه جمعیت کشور در زمانی اندک به میزان دو برابر اضافه شده بود، سیاست هایی برای

کنترل جمعیت و تنظیم خانواده از سوی سازمان ها وزارتخانه های مربوطه به مرحله اجرا گذاشته شد (فروزانفر، ۱۳۷۷: ۲۳).

به دنبال چندین سال تلاش، برای کنترل جمعیت که از طرف سازمان ها و کلینیک ها و مراکز بهداشتی صورت گرفت، نرخ رشد جمعیت کشور از رقم ۳/۸ درصد در سال ۱۳۶۵ که یکی از بالاترین نرخ رشد جمعیت در جهان بود به ۱/۸ درصد در سال ۱۳۷۵ کاهش نموده، و حتی در اواخر سال (۱۳۷۷) به ۱/۴ درصد تنزل پیدا کرده است ( تقوی، ۱۳۷۷: ۲۶).

با توجه به ارقام و اعداد فوق می توان نتیجه گرفت که برنامه های تنظیم خانواده در سطح کشور تا حدودی موفق بوده است. اما علیرغم این همه موفقیت ها، آنچه در این خصوص مورد سؤال می باشد این هست که آیا انتخاب نوع روش و وسیله پیشگیری از باروری براساس شناخت زنان مصرف کننده از وسایل جلوگیری از باروری صورت می گیرد؟ یا این که انتخاب وسایل جلوگیری از باروری متناسب با اهداف تنظیم خانواده می باشد؟ همچنین گرایش به برنامه های تنظیم خانواده ناشی از تغییر در طرز فکر و افزایش بنیادی آگاهی خانواده ها می باشد یا انتخابی نا آگاهانه و موقتی است؟ دیگر اینکه چه تعداد افراد با توجه به شرایطی که دارند روشی مناسب برای جلوگیری از باروری و باردار شدن برگزیده اند؟ یا اینکه به کارگیری صحیح امکانات مادی و پرسنلی باعث انتخاب و ترجیح استفاده از یک روش به روش دیگر شده است؟ یا این که توصیه افراد فامیل، دوستان و کارکنان مراکز بهداشتی تا چه حد در استفاده از وسایل جلوگیری مؤثر بوده است؟ به منظور پاسخگویی به سوالاتی از این قبیل سعی بر این شد که مطالعه ای تحت عنوان بررسی عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری و کاهش باروری در شهرستان اهر (در استان آذربایجان شرقی) انجام گیرد. این سوالات به طور مفصل مورد بررسی قرار گیرد و در آخر بتوان به نتایج قانع کننده ای در این مورد دست یافت. از طرفی دیگر امید است که یافته های چنین تحقیقات بتواند مورد استفاده جامعه علمی،



دانشگاهیان ، سازمان ها، وزارتخانه ها و مراکز کلینیکی که درمورد بهداشت و تنظیم خانواده فعالیت می کنند قرار گیرد.

## ۲-۱- اهداف تحقیق

دراین تحقیق دو هدف عمده دنبال می شود:

۱) اهداف کلی تحقیق: بررسی عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری و کاهش باروری در شهرستان اهر

۲) اهداف جزئی تحقیق: که شامل موارد زیر می باشد.

الف: شناسایی تأثیر تعداد فرزندان خانواده ، میزان تحصیلات زنان، بعد مطلوب خانواده و تعداد فرزندان خانواده بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری

ب: شناسایی میزان شناخت و آگاهی زنان مصرف کننده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری

ج: شناخت کاربرد انواع وسایل جلوگیری از باروری توسط زنان همسر دار (۴۹-۱۵ساله)

د: شناسایی نحوه برقراری ارتباط زنان مصرف کننده وسایل و روشهای جلوگیری از باروری با مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده .

ه: شناسایی مشکلات زنان مصرف کننده وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری درتهیه و تأمین وسایل و روشهای جلوگیری از باروری

و: شناخت تأثیر استفاده از رسانه های جمعی ( رادیو ، تلویزیون ، مجله و ....) بر آگاهی زنان از مشکلات افزایش جمعیت و اهداف برنامه های تنظیم خانواده .

## فصل دوم

### ۲- مروری بر مطالعات پیشین

در اینجا تعدادی از مطالعات انجام گرفته شده توسط دیگران که در دسترس و مرتبط با موضوع تحقیق بود یعنی مطالعاتی که ارتباط با عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل روشهای جلوگیری از بارداری را نشان می داد به طور خلاصه بررسی و مرور شده اند. جهت سهولت انجام کار آنها را به دو دسته "مطالعات انجام گرفته خارجی" و انجام گرفته داخلی "تقسیم نموده و در پایان هر بخش، نکات قوت و ضعف هریک مورد نقد و بررسی قرار گرفته است.

#### ۲-۱- مطالعات انجام گرفته داخلی

مطالعات و تحقیقاتی که در زمینه بهداشت و تنظیم خانواده یا به عبارتی کلی در زمینه تنظیم خانواده در ایران صورت گرفته، بسیار محدود می باشد. بیشتر کارهای انجام گرفته شده به صورت نظری بوده که قابلیت کاربرد عملی چندانی ندارد. با این وجود، تحقیقات تجربی محدودی انجام گرفته که بیشتر در قالب رساله و پایان نامه دانشجویی بوده است. از سال ۱۳۵۴ به بعد بود که تحقیقات تجربی در سطح وسیع از طرف مراکز بهداشتی و دانشگاهی انجام گرفته است. در زیر سعی بر این شده است که برخی کارهای تحقیقاتی که در داخل و خارج از کشور در رابطه با موضوع تحقیق انجام گرفته جمع آوری و به طور مختصر مرور شود. در پایان معایب و محاسن هریک از آنها مورد نقد و بررسی قرار گیرد.

تحقیقی تحت عنوان " بررسی آگاهی ، عقاید ، و رفتار زنان همسر دار درباره تنظیم خانواده در شهرستان نور آباد ( ممسنی ) در سال ۱۳۵۴ توسط اکبر اقا جانیان و دانا با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت . نتایج تحقیق حاکی از این بود که ۹۶/۲ درصد از زنان مورد بررسی به عملی بودن وسایل و روشهای جلوگیری از باروری و کنترل موالید آگاه بوده اند. بیش از ۹۶ درصد از زنان مورد مطالعه حداقل از یک وسیله جلوگیری از باروری آگاه بوده اند . در این مورد نیز بیشترین میزان آگاهی در میان گروههای سنی جوان به خصوص در گروه سنی ( ۲۹-۲۵ ساله ) و گروه ( ۱۹-۱۵ ساله ) می باشد . ۵۳/۱ درصد زنان از قرص بعنوان روش جلوگیری و کنترل موالید استفاده می کردند . مهمترین منبع کسب اطلاعات در مورد تنظیم خانواده در مناطق عشایری ، ماما های عشایر با ۴۶/۹ درصد و در مناطق شهری ، مراکز بهداشتی ۲۹/۹ درصد بوده است ( آقا جانیان و دانا ، ۱۳۵۴ : ۷ ) .

مطالعه دیگری تحت عنوان " بررسی باروری در ایران و رابطه آن با شاخص های اقتصادی و اجتماعی " توسط خانم آقا با استفاده از داده های مرکز آمار ایران در ارتباط با باروری و با استفاده از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه انجام گرفت . داده های جمع آوری شده نشان داد که میزان باروری در ایران بالا بوده ، به ویژه در مناطق روستایی بالاتر از استانداردهای بین المللی بوده است . نتایج تحقیق حاکی از این بود که با افزایش میزان تحصیلات زن و شوهر و همچنین اشتغال زنان در بیرون از منزل بویژه در مناطق شهری در کاهش میزان باروری مؤثر بوده است . همچنین مهاجرت روستائیان به شهرها باعث شده که مناطق شهری ایران نیز از میزان باروری بالا برخوردار باشد ، در حقیقت بالا بودن نرخ زاد و ولد در شهرها بیش از آنکه به خانواده های شهری مربوط شود در ارتباط با مهاجرین روستایی می باشد ( آقا ، ۱۳۵۶ : ۱۳ ) .

تحقیق دیگر تحت عنوان " تأثیر میزان مرگ و میر کودکان بر شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در جوامع روستایی ایران " در سال ۱۳۵۸ توسط آقا جانیان و مهریار با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک

مصاحبه‌ای در بین ۹۸۷ زوج که به صورت تصادفی انتخاب شده بود انجام گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده نشان داد که هبستگی منفی بین تجربه مرگ و میر کودکان و شیوع استفاده از وسایل جلوگیری از باروری در بین خانواده‌ها وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه خانواده‌ها کودکان بیشتری را از دست بدهند، کمتر تمایل به استفاده از وسایل جلوگیری نشان می‌دهند. نتایج تحقیق حاکی از این بود با این که سهولت دسترسی به وسایل پیشگیری مهم بود، ولی کاهش مرگ و میر کودکان عامل بسیار مهمی در استفاده از وسایل جلوگیری به نظر می‌رسد (آقا جانیان و مهریار، ۱۳۵۸: ۲۸).

مطالعه دیگر تحت عنوان "آگاهی، نگرش و عملکرد زنان (۴۹-۱۵) ساله کارگرتهرانی دربارهٔ بهداشت و تنظیم خانواده" در سال ۱۳۶۸ توسط زهرا پور انصاری و همکارانش با استفاده روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه‌ای انجام گرفت. نتایج تحقیق حاکی از این بود که بیشترین روش مورد استفاده در سال ۱۳۶۸ بترتیب عبارتند از روش منقطع ۴۶/۹ درصد، قرص ۲۶/۸ درصد، آی.یو.دی ۹/۲ درصد، کاندوم ۷/۷ درصد، بستن لوله زن ۷/۳ درصد، بستن لوله مرد ۰/۴ درصد، نورپلنت ۰/۳ درصد، آمپول ۰/۱ درصد بوده است. با توجه به موارد فوق نتیجه گرفته است که زنان کارگرتهرانی استفاده از روش منقطع را نسبت به سایر روشها ترجیح می‌دهند. این روش از لحاظ کاربرد در سال (۱۳۶۸) در رتبه اول قرار داشت (پور انصاری و همکارانش، ۱۳۶۸: ۴۵).

آقا جانیان در سال ۱۳۷۰ با استفاده از داده‌های مربوط به سرشماری ۱۳۳۵ و ۱۳۴۵ تحقیقی تحت عنوان "نوسازی اجتماعی اقتصادی، موقعیت اجتماعی زنان و کاهش باروری در ایران" انجام داد. نتایج تحقیق حکایت از این می‌کند که در طی ده سال بین دو سرشماری، جمعیت شهری از میزان ۲۲/۶ درصد به ۲۹/۱ درصد رسیده است. میزان باسوادی از ۲۶/۷ درصد به ۴۱/۱ درصد رسید. میزان باروری کلی از ۷/۷ به ۶/۴ درصد رسید. اما باز ایران یکی از کشورهای بود که بالاترین میزان باروری را داشت. اختلاف سواد

بین زن و مرد در دوره اول ۲۱/۸ درصد به نفع با سوادی مردان و در دوره دوم ۲۳/۵ درصد به نفع با سوادی زنان بود ( آقاجانیان ، ۵۱: ۱۳۷۰)

تحقیق دیگر تحت عنوان " بررسی آگاهی ، عقاید و رفتار مردان متأهل درباره وازکتومی " در شهر سراب توسط جعفر شهامفر در سال ۱۳۷۰ با استفاده روش مقطعی و تکنیک پرسشنامه ای در بین ۲۰۰ نفر از مردان متأهل که به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده بود انجام گرفت . نتایج حاکی از این بود که اکثر افراد مورد مطالعه ( ۹۷درصد) موافق برنامه های تنظیم خانواده بودند . ولی به دلیل آگاهی کم آنان از برنامه های وازکتومی فقط ۱۲درصد موافق این روش بودند و تنها ۸درصد آنان حاضر به انجام عمل وازکتومی بودند و ۱۱/۵درصد از افراد مورد مطالعه بستن لوله ها را در مردان و ۳۲/۵درصد آنها بستن لوله را در زنان ترجیح می دادند و ۳۸درصد افراد انجام عمل وازکتومی را به بعد از داشتن سه فرزند مناسب می دانستند . بیشترین درصد از افراد مورد مطالعه دارای مدرک سیکل و یا دیپلم بوده اند ( ۶۷/۵درصد ) و ۱۱درصد نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۳۱/۵ درصد بیسواد بوده است (شهامفر ۱۳۷۰: ۸۲) .

تحقیق دیگر توسط ایوب سهرابی و همکارانش تحت عنوان " مقایسه آگاهی ، نگرش و عملکرد زنان ۴۹-۱۵ ساله زنان شوهردار تبریزی نسبت به برنامه های تنظیم خانواده " در سال ۱۳۷۲ با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای ، به دنبال تحقیقی که در سال ۱۳۵۵ صورت گرفته بود انجام داد . نتایج مقایسه دو تحقیق در سال ۱۳۷۲ نشان داد که ۹۹/۶ درصد زنان با یکی از روشهای پیشگیری از باروری آگاهی داشتند . اما در مرحله نگرش ۹۴/۳ درصد و در مرحله عملکرد ۸۵/۵ درصد زنان ، یکی از روشهای پیشگیری از حاملگی را بکار می بردند . همچنین شایع ترین روش مورد استفاده شده در هر دو مطالعه روش منقطع و قرص بوده که اولی توسط زنان با سواد و دومی بوسیله زنان بیسواد مورد استفاده قرار می گرفت . به طور کلی نتایج حاصل از مقایسه دو تحقیق نشان داد که مقبولیت برنامه های تنظیم خانواده در میان زنان

شوهردار تبریزی در سال ۱۳۷۲ بیشتر از سال ۱۳۵۵ بوده است (سهرابی و همکارانش، ۱۳۷۲: ۶۵).

محسن قاسم زاده سروش در سال ۱۳۷۴ تحقیقی را تحت عنوان "بررسی میزان آگاهی و عملکرد زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار در مورد تنظیم خانواده" در یازده روستای بخش داورزن شهرستان سبزوار با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای در میان ۲۰۴۹ نفر از زنان یازده روستا که به صورت تصادفی و براساس دفاتر تنظیم خانواده انتخاب شده بود انجام داد. نتایج گرفته شده نشان داد که در بین روستاهای پیشگیری از بارداری، استفاده از قرصهای خوراکی در بین زنان بیشترین نسبت را به (۳۴ درصد) را به خود اختصاص داده که شاید ناشی از سهولت دسترسی و مصرف آن باشد. نتیجه دیگر این که اهمیت استفاده از روشهای مطمئن جلوگیری از باروری به جای روش منقطع یا طبیعی و همچنین ترویج روشهای ازکئومی و یا پیشگیری مطمئن در طول دوران شیردهی باعث می شود که در صورت اجرای درست برنامه های بهداشت و تنظیم خانواده باعث کاهش باروری گردد (قاسم زاده سروش، ۱۳۷۴: ۵).

مطالعه دیگر تحت عنوان "بررسی علل حاملگی ناخواسته در روستاهای شهرستان اراک" توسط مرضیه اکبرزاده و محبوبه خرسندی در سال ۱۳۷۵ با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت. نتایج گرفته شده نشان داد که بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی، تحصیلات و تعداد فرزندان با حاملگی های ناخواسته ارتباط وجود دارد. رایج ترین روش مورد استفاده شده در مناطق روستایی قرص با ۵۳/۷ درصد بوده است. مهمترین منبع کسب اطلاعات در جامعه روستایی خانه بهداشت بوده است. بیشترین علت عدم استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری ترس از عوارض (۳۴/۵ درصد)، نا مرتب خوردن قرص (۲۷/۳)، فراموشی (۲۵/۸ درصد) و مخالفت همسر (۲۴/۴ درصد) بوده است (اکبرزاده و خرسندی، ۱۳۷۵: ۴۵).

تحقیق دیگر تحت عنوان "بررسی عوامل موثر در انتخاب روشهای پیشگیری از باروری در روستاهای شاهرود" در سال ۱۳۷۵ توسط محمد

اسماعیل عجمی و افسانه کرامت با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه‌ای در بین زنان (۱۵-۴۵) ساله همسر دار روستایی که از روشهای پیشگیری از باروری استفاده می‌کردند انجام گرفت. انتخاب نمونه مورد مطالعه به صورت چند مرحله بود که در نهایت ۶۶۰ نمونه برای مورد فوق به صورت تصادفی انتخاب شد. نتایجی که از تحقیق فوق گرفتند این بود که میانگین سن خانم‌های استفاده کننده از روشهای پیشگیری از حاملگی در تحقیق فوق ۳۲ سال بود. نتیجه دیگر این که در بین روشهای پیشگیری از باروری، ۳۴ درصد زنان از قرص‌های خوراکی استفاده می‌کردند. در بین منابع کسب اطلاعات در مورد استفاده از روشها و وسایل بیشترین درصد (۶۰/۱) مربوط به خانه بهداشت بود. با توجه به بالا بودن میانگین سنی گروه مورد مطالعه (۳۲ سال) در مقایسه با میانگین سن ازدواج (۲۳) میتوان نتیجه گرفت که استفاده از روشهای پیشگیری در سنین پایین (با میانگین ۲۶) با استقبال روبرو شده که نیا زبه تبلیغات و آموزش بیشتر در این زمینه هست. در بین زنان استفاده کننده از روشهای پیشگیری از باروری در میان روستاهای شاهرود بیشتر افراد از قرص استفاده می‌کردند و از سایر روشها آگاهی چندانی نداشته‌اند و باید تبلیغات و اقداماتی موثر در زمینه فوق از طرف دفاتر تنظیم خانواده و بهورزان صورت گیرد (عجمی و کرامت، ۱۳۷۵: ۲۹).

حسین نجاتیان در مقاله‌ای تحت عنوان "کارایی فعالیت‌های بارداری در ایران" در سال ۱۳۷۵ در بین زنانی که تحت پوشش استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از باروری بودند مورد بررسی قرار داد. همچنین با استفاده از ارقام و آمار ارائه شده از سرشماری‌ها در مورد تغییرات سطح باروری در کشور سعی نمود تا براساس آن تغییرات باروری را از یک گروه سنی به گروه سنی دیگر مورد بررسی قرار دهد. نتایج گرفته شده نشان داد که استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری در زنان در سنین مختلف اثر یکسانی در کنترل موالید ندارد. بیشترین درصد موالید کشور مربوط به زنان (۲۵-۲۹ ساله) که بیش از یک چهارم (۲۷ درصد) کل موالید سالانه کشور توسط این گروه از زنان به دنیا

می آید. در حالیکه تعداد آنان به ۱۸ درصد کل زنان همسر دار هم نمی رسد. ولی زنان (۳۹-۳۵) ساله که سهم بیشتری از زنان همسر دار کشور را تشکیل می دهد کمتر از ۱۵ درصد موالید سالانه کشور را به دنیا می آورند که ناشی از شدت باروری در گروه سنی (۲۹-۲۵) ساله در مقایسه با سایر گروه سنی است. با توجه به موارد فوق می توان نتیجه گرفت که سهم زنان از موالید سالانه کشور بر حسب سن آنها تغییر می کند. در چنین شرایطی، اگر فعالیت های مربوط به کنترل موالید بدون توجه به این ویژگی ها به عمل آید، مسلماً کارایی لازم را نخواهد داشت. برنامه های کنترل موالید در صورتی به هدف های خود خواهد رسید که به گروه های سنی معینی که در آنها شدت باروری بالا است توجه بیشتری مبذول کند و تعداد بیشتری از آنان را تحت پوشش در آورد (نجاتیان، ۱۳۷۵: ۴۶).

مطالعه دیگر تحت عنوان "جلوگیری از حاملگی در بین زنانی که بیش از چهل (۴۰) سال دارند" توسط فرشته شاه محمدی در سال ۱۳۷۶ در شهرستان بابل با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت. نتایج گرفته شده حاکی از این بود که درصد بالایی از زنان در سنین چهل سالگی دچار حاملگی های ناخواسته و سقط جنین می شوند. همچنین شانس نسبتاً محدودی در انتخاب روشها و وسایل جلوگیری از بارداری دارند. متدهای مکانیکی در مواردی که مقاربت بندرت و با برنامه ریزی انجام گیرد مفید خواهد بود (شاه محمدی، ۱۳۷۶: ۶۲).

مطالعه دیگر تحت عنوان "بررسی اثربخشی و عوارض پیشگیری از بارداری در بین سه درمانگاه های وابسته به کلینیک ثارالله" توسط مهوش دزفولی منش و منصورضایی در سال ۱۳۷۶ در شهرستان کرمانشاه با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت. در این تحقیق حدود ۲۶۰۷ نفر از مراجعین به درمانگاه ثامن الائمه و سه پایگاه وابسته به آن که بیش از شش ماه از قرصهای ضد حاملگی استفاده می کردند به صورت تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. نتایج گرفته شده نشان داد که ۸۹ درصد زنان مراجعه کننده به



مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده از قرص استفاده می کردند و میزان اثربخشی قرص های ضد بارداری در آنها ۹۷/۷۸ درصد بوده است. ۸۶/۸ درصد زنان عدم رضایت در استفاده از قرص را ذکر کرده اند و شایع ترین عوارض موجود در میان زنان بترتیب شامل ، عصبانیت ۵۰/۲۰ درصد، سردرد ۲۴/۹۴ درصد ، اضافه وزن ۲۲/۴۰ درصد ، سرگیجه ۱۷/۵۰ درصد، و استفراغ ۱۶/۳۰ درصد بوده است (دزفولی منش و رضایی، ۱۳۷۶: ۳۸).

## ۲-۲ - مطالعات انجام گرفته خارجی

در سال ۱۹۷۲ مقاله ای تحت عنوان " نقش سازمانهای داوطلب در برنامه های ملی تنظیم خانواده " ، توسط بی . ال . رینا در نشستی که در بانکوک ( تایلند ) برگزار گردیده بود ارائه شد . تأکید اصلی این مقاله بر روی این بود که برنامه های تنظیم خانواده در سطح ملی تحت رهبری دولت هنگامی میتواند به بهترین نحو اجرا گردد که سازمانهای داوطلب در حداکثر میزان ممکن موجود باشد ، همچنین نیاز به ارتباط و هماهنگی در تمام سطوح برنامه ریزی و اجرا و هماهنگی با برنامه های دولت داشته باشد (B.L.Raina, 1972: 42).

در مطالعه ای تحت عنوان " ارزیابی اثرات و کارایی برنامه های تنظیم خانواده " توسط ادوارد ال . روبرت و سوسن ال . جرز در سال ۱۹۷۹ انجام گرفت و نتایج گرفته شده حاکی از این بود که سیاست ارزیابی برنامه های تنظیم خانواده نیاز به اطلاع رسانی مستمر دارد . همچنین به باز بینی دوره ای برنامه های تنظیم خانواده تأکید می کرد. نکته مهم دیگر، عینی بون سیستم برنامه های تنظیم خانواده هست که بر اساس آن سیستم ها با درجات متفاوت از هم دیگر متمایز می شوند . نتیجه کلی تحقیق این بود که با ارائه این سیستم های ارزیابی تنظیم خانواده به جای برانگیختن تحقیقات خیالی و ذهنی در مورد روشهای مختلف ارزیابی برنامه های تنظیم خانواده ، به تمایز نیازها و اهداف

برنامه‌های مجریه‌ان تنظیم خانوادہ برپردازد  
(Eduardo L.Roberto and Susan L Gehrz , 1979: 37 )

مطالعه ای دیگر تحت عنوان " نقش سازمانهای تنظیم خانوادہ بر کاهش باروری در هنگ کنگ " توسط کی . سی . چان در سال ۱۹۸۵ با استفاده از روش پیمایشی انجام گرفت . تأکید اصلی این تحقیق بر این بود که سطح باروری در هنگ کنگ تا چه حد می تواند در غیاب عوامل وسایل و روشهای پیشگیری از باروری ( وسایل و روشهایی که از طرف سازمانهای تنظیم خانوادہ ارائه می شود ) کاهش موفقیت آمیزی داشته باشد . از طرف دیگر محرک قویتر برای پذیرش وسایل جلوگیری از باروری و استفاده بیشتر از سقط جنین اجباری ، به منظور رسیدن به سطح باروری کمتر نیاز می باشد .  
نتایج کلی تحقیق این بود که در کاهش باروری هنگ کنگ دو عامل مؤثر بوده است .

۱- توسعه اقتصادی ، اجتماعی حاصله در دهه ۶۰ که محیط مناسب برای برنامه‌های تنظیم خانوادہ فراهم ساخته بود .

۲- تغییر عملی در میزان باروری که حاصل جهت گیری وسایل و روشهای پیشگیری از باروری بوسیله سازمانهای تنظیم خانوادہ می باشد. کمک اصلی این سازمانها بر تحریک مردم به پذیرفتن خدمات برنامه‌های تنظیم خانوادہ و فراهم کردن وسایل و روشهای جلوگیری از باروری به صورت راحت و ارزان می باشد ( K.C. Chan : 1985: 284 ).

مطالعه دیگر تحت عنوان " ارزیابی برنامه تنظیم خانوادہ در مناطق روستایی غنا " توسط دانیال ، ا ، آمپوفو ، در سال ۱۹۸۶ با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت . تأکید اصلی این تحقیق ، نحوه پذیرش وسایل جلوگیری از باروری در بین مردان و زنان می باشد . نتایج گرفته شده نشان داد که حدود ۵۴ درصد زنان پذیرنده برنامه تنظیم خانوادہ قرص ، و ۱۷ درصد IUD را انتخاب کرده اند و بیش از نیمی از پذیرندگان برنامه تنظیم خانوادہ مردان بودند . از طرفی دیگر هزینه سالانه هر نفر ۴ دلار بود . چون

دسترسی به خدمات تنظیم خانواده از شاخصهای اصلی پذیرش برنامه تنظیم خانواده به شمار می رود. انجمن اشاعه برنامه تنظیم خانواده برای کار خود از زنان میان سال سنتی و نیز از سایر داوطلبین استفاده می کرد. همچنین افرادی را نیز در کلینیک های بهداشتی برای ارائه خدمات تنظیم خانواده تعلیم می دادند. بنابراین ترکیبی از خدمات کلینیکی و اجتماع در مناطق افریقای به مدرن کردن برنامه تنظیم خانواده کمک می کرد (Daniel A . Ampfo : etal 1986: 266).

مطالعه دیگر تحت عنوان ، " چرا و چگونه زنان عقیم سازی را ترجیح می دهند " ، توسط لندری در سال ۱۹۹۰ در شش کشور بنگلادش ، کلمبیا ، ال سالوادور، گواتمالا، اندونزی ، وتونس با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت. نتایج گرفته شده نشان داد، زنانی که در زمینه عقیم سازی اطلاعات کافی کسب کرده اند ، داوطلبانه برای عقیم شدن (توبکتومی) اقدام می نمایند. این زنان بعد از نظرخواهی از همسران خود با مشورت دوستان و اقوام و سایر زنان عقیم شده برای عمل توبکتومی اقدام می کردند ( Landry 1990 : 143).

مطالعه دیگر تحت عنوان ، استفاده از روشهای سنتی در بین زوجهای ترکیه " توسط هوارد آی. گلد برگ و همکارانش در سال ۱۹۸۸ با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت. نتایج حاکی از این بود که در حدود نیمی از استفاده کنندگان وسایل پیشگیری از بارداری در ترکیه از روشهای سنتی در تنظیم خانواده به ویژه از روش عقب کشی و عزل استفاده می کنند. دلایل عمده عدم استفاده از روشها و وسایل مدرن ، ترس از داشتن عوارض و عدم اعتماد زوجها به وسایل و روشها بیان شده است. اکثر زوجهایی که روش عقب کشی را تجربه کرده بودند ، اظهار می داشتند که اثرات این روشها (عقب کشی) به اندازه روشها و وسایل مدرن می باشد. این نتایج تأکید بر این دارد که تمرکز عمده تنظیم خانواده باید بر سواد زنان و همسران آنها در ارتباط با تهیه وسایل تنظیم خانواده دارد. همچنین میزان شکست روشهای سنتی و استفاده از روشهای

مدرن پیشگیری در ارتبساط باسواد میباشد.  
(Hioward I . Goldberg , et al : 1994: 122 )

مطالعه دیگر تحت عنوان " باروری و تنظیم خانواده " در سال ۱۹۹۵ توسط وارن ، سی ، وی و دیگران در کشور اردن با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت نتایج حاکی از این بود که تقریباً ۴۰ درصد مردان به وسایل و روشهای جلوگیری از باروری ایمان نداشتند، و بیشتر از ۵۰ درصد از افراد مورد مطالعه معتقد بودند که بعد خانوار به مشیت خداوند مربوط می باشد ( Warren,1995: 131 ).

مطالعه دیگر تحت عنوان ، " عوامل منع کننده استفاده از روشهای بازگشت ناپذیر جلوگیری از باروری در روستاهای جنوب هند " توسط تی.راجرت من و همکارانش در سال ۱۹۹۶ با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام گرفت. نتایج گرفته شده از تحقیق نشان داد که میزان شیوع استفاده از روشها و وسایل جلوگیری مدرن تنظیم خانواده ۴۱ درصد بود و برای تمام روشها و وسایل بازگشت ناپذیر در سال ۱۹۹۶ فقط در حدود ۲ درصد بود . مصاحبه با ۳۵ درصد کارمندان برنامه بهداشت و تنظیم خانواده و با ۸۱۵ زن تازه ازدواج کرده و ۱۳۶ نفر از شوهران آنها نشان داد که، نه تنها تقاضا برای روشها بازگشت نا پذیر نبود بلکه عرضه خدمات وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری در حد قوی نبود. از طرف دیگر مدیران برنامه و کارکنان منطقه روشهای جدید شده را قبول نداشتند. بنابراین زوجها قادر به دانستن مزایا آنها نبودند . بنابراین، نیاز به یک تعهد قوی از طرف مدیران برنامه در تمام سطوح به منظور افزایش استفاده از روشهای بازگشت ناپذیر می باشد. خدمات کافی باید در دسترس کلینکهای مناطق روستایی باشد  
(T . Rajaretman et al 1996: 221).

مطالعه دیگر تحت عنوان " بررسی شیوع جلوگیری از باروری " در تانزانیا در سال ۱۹۹۷ توسط فرانسین . ام . کویی تاکس با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای انجام دادند. نتایج گرفته شده حاکی از این بود

که ۳۴ درصد از زنانی که در سنین باروری ( ۴۹-۱۵ ) هستند از وسایل و روشهای مدرن جلوگیری از باروری استفاده می‌کنند. رایج ترین وسایل و روشهای پیشگیری از باردای توسط مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده فراهم می شد. از میان وسایل پیشگیری استفاده از I.U.D. و بستن لوله (واکتومی) پرمصرف ترین بوده است و همچنین ۴۵ درصد زنان از قرص استفاده می کردند. مهمترین منابع کسب اطلاعات درباره وسایل و روشهای پیشگیری، کلینیک ها و مراکز بهداشتی تنظیم خانواده بوده است (Francine M. Coeytaux, 1997: 111).

تحقیقی دیگر تحت عنوان "تعیین کننده های واسطه ای و خط مشی های ضمنی در بی جینگ (یکی از شهرهای چین)" توسط ساکسیون ونگ و همکارانش با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه ای در سال ۱۹۹۷ انجام گرفت. در این تحقیق ۳۸۳۰ زنان متأهل زیر پنجاه سال مورد پرسش واقع گردید. نتایج تحقیق نشان داد که نقش تعیین کننده واسطه ای (قربیه) از قبیل نا باروری شیردهی و جدایی همسر در کاهش باروری نا چیز بوده است. پایین بودن سطح باروری در بی جینگ از طریق سطح بالایی از سقط جنین اجباری بدست آمد شد (Shoxian Wang, et al : 1997: 15).

مطالعه دیگر تحت عنوان "باروری و تنظیم خانواده" در سال ۱۹۹۸ توسط جمیز اولمن و همکارانش در جمهوری خلق ویتنام با استفاده از یکسری داده هایی که در مورد تنظیم خانواده از سرشماری عمومی بدست آمده بود انجام گرفت. نتایج گرفته شده نشان داد که میزان باروری عمومی از شش بچه برای یک زن در اوایل دهه ۱۹۷۵ به چهار بچه در اواخر دهه ۱۹۸۰ و حدود سه بچه برای یک زن در اوایل دهه ۱۹۹۴ کاهش یافته است. استفاده از وسایل و روشهای مدرن در حدود ۴۷ درصد برآورد شده است. همچنین مدت شیردهی مادر به طور متوسط ۱۴ ماه هست و ازدواج نسبتاً دیر صورت می گیرد. از میان وسایل جلوگیری، I.U.D. پرمصرف ترین بوده و همچنین سقط جنین در بین زنان شایع یافته است (James Allman et al, 1998: 164).

### ۳-۲- نقد و بررسی مطالعات انجام گرفته شده

پس از مروری اجمالی بر مطالعات و تحقیقات انجام شده، در ارتباط با پژوهش حاضر، اینک به نقد و بررسی آنها پرداخته می شود. ابتدا مطالعات و تحقیقات داخلی را ارزیابی کرده و سپس به مطالعات و تحقیقات خارجی پرداخته می شود تا نکات قوت و ضعف هر یک از آنها مشخص گردد.

از نکات ضعف برخی تحقیقات و مطالعاتی که در ایران در رابطه با باوروری و بطور کلی در ارتباط با تنظیم خانواده توسط پژوهشگران مختلف انجام گرفته، این است که کار برخی از این محققان در سطح توصیفی بوده و به تبیین رابطه بین متغیرها در سطح استنباطی پرداخته اند. دیگر اینکه کار برخی از محققان فاقد چارچوب نظری بوده و یا اینکه کارشان از پشتوانه نظری قوی برخوردار نبوده است.

اما نکته مثبتی در کار این محققان، تقریباً رسیدن به نتایج مشابه در زمینه تنظیم خانواده می باشد. بعنوان مثال اکثر پژوهشگران در مطالعات خود به این نتیجه رسیده اند که استفاده از قرص در بین وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است یا اینکه منبع کسب اطلاع در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری مراکز بهداشتی بوده است.

در ارتباط با تحقیقات خارجی باید یاد آور شوم، علیرغم اینکه جنبه های بسیار خاص و جزئی از موضوع را مورد بررسی قرار داده اند اما نتوانستند متغیرهای دیگر مرتبط با موضوع تحقیق را دخالت داده و موضوع را در سطح کلان بررسی نمایند. دیگر اینکه کار برخی از این محققان فاقد چارچوب نظری بوده و از روشهای آماری پیشرفته برای نشان دادن رابطه بین متغیرها استفاده نکرده اند.

با توجه به نکاتی که در بالا اشاره شد، در این تحقیق سعی شده با دوری از نکات ضعف آنها و استفاده از نکات قوت تحقیقات فوق، با ارائه چارچوب نظری

مناسب و استفاده از روشهای آماری پیشرفته ، به تبیین مناسبی از موضوع پژوهش حاضر پرداخته شود.

## فصل سوم

### ۳- چارچوب نظری تحقیق

با توجه به اینکه میان "نظریه و تحقیق" مناسبات متجانس و تنگاتنگی وجود دارد. بر خلاف تصوّر عمومی، نظریه و تحقیق به عرصه‌هایی مجزایی تعلق ندارد، بلکه مکمل و متمم یکدیگرند. نظریه القاء کننده فرضیه‌ها و در خلال حل یک مسئله نظری می‌تواند موجد افکار بیشتری شود (نائینی، ۱۳۶۷: ۱۹). با این توضیح که می‌توان گفت که استفا ده از نظریه‌های اندیش‌مندان در مطالعات جمعیت‌شناسی و جامعه‌شناسی برای رسیدن به یک چارچوب نظری جامع‌تر، که ایجاد کننده فرضیات و ایده‌های جدید باشد، امری لازم و ضروری است و به محقق کمک شایانی خواهد نمود.

لذا در این بخش، برخی نظریه‌های جمعیت‌شناسی و جامعه‌شناسی که مرتبط با موضوع تحقیق هست، برای ارائه چارچوب نظری استفاده شده است. با توجه به اینکه موضوع تحقیق بررسی عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری و کاهش باروری می‌باشد. این موضوع که در غالب برنامه‌های تنظیم خانواده می‌باشد نخست به تعریف "تنظیم خانواده و باروری" پرداخته، و سپس به ذکر نظریات و دیدگاه‌های مربوط به موضوع تحقیق می‌پردازیم. در نهایت براساس نظریات و دیدگاه‌های بیان شده به ارائه چارچوب نظری مناسب برای تحقیق حاضر، پراخته شود.



### ۱-۳- تعاریف پیرامون تنظیم خانواده و باروری

واژه تنظیم خانواده معادل کلمه انگلیسی "Family planning" می باشد. معمولاً اصطلاحات "تنظیم باروری"، "طرح ریزی باروری"، برنامه ریزی باروری، تنظیم توالد و تناسل، تنظیم زاد و ولد بمعنای تنظیم خانواده بکار می رود (جهانفر، ۱۳۷۷: ۱۵).

باتوجه به اینکه جمعیت شناسان و صاحب نظران تعاریف مختلفی در تنظیم خانواده ارائه داده اند و هر یک از دیدگاه خاصی بدان نگریسته اند، لذا در اینجا جامع ترین تعریف را که مورد توافق اکثر جوامع می باشد، انتخاب شده است. این همان تعریفی است که از طرف سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است.

سازمان بهداشت جهانی "تنظیم خانواده" را چنین تعریف می کند: "تنظیم خانواده عبارت از روشهایی است که به افراد یا زوج ها کمک می کند تا از طریق بکارگیری آنها از حاملگی های ناخواسته جلوگیری کنند و فرزندان دلخواه خود را به دنیا آورند و فاصله بین حاملگی ها را تنظیم کنند و در ارتباط با سن والدین، زمان بدنیا آوردن نوزاد را کنترل کنند و تعداد فرزندان خانواده خود را به دلخواه تعیین نمایند" (قاسم زاده سروش، ۱۳۷۵: ۵)

واضح است که در این مورد پیش از هر چیز باید به شرایط اقلیمی و اقتصادی و فرهنگی و عقیدتی جوامع توجه داشت. چرا که شتاب رشد جمعیت در هر نقطه جهان یکی نیست. همچنین نگرش نسبت به باروری در تمام جوامع به یک صورت نیست و به توجیهی مشترک در مورد آن نمی توان پرداخت.

واژه دیگر که باید به آن پرداخت باروری می باشد. باروری، در جمعیت شناسی به معنی تعداد واقعی کودکان زنده بدنیا آمده می باشد (آقا، ۱۳۷۶: ۱۲۸)

باروری در دو معنا به کار می رود. نخست در مفهوم طبیعی (Fecundity) که به معنای قابلیت و توانایی طبیعی و زیستی زن برای بدنیا آوردن کودک، دوم در

مفهوم اجتماعی و زیستی ( Fertility ) به معنای تعداد کودکانی که یک زن در شرایط اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی هر جامعه معین به دنیا می آورند . امّا آنچه که در مورد باروری باید توجه نمود این است که برخلاف کاربرد عامیانه، باروری به معنای زاینده‌گی واقعی یا بالفعل است نه زاینده‌گی بالقوه (جهانفر ، ۱۳۷۷ : ۲۴) .

## ۲-۳- نظریات و دیدگاه های پیرامون تنظیم خانواده و باروری

### ۱-۲-۳- نظریات انتقال جمعیتی<sup>۱</sup>

الف: تامپسون

تامپسون<sup>۲</sup> در تلاش برای تعمیم تجارب جمعیتی اروپا به صورت یک چارچوب نظری که بتواند برای سایر مناطق به کارگرفته شود، ملت‌های جهان را به سه گروه عمده براساس میزان مولید و مرگ و میر آنها تقسیم بندی کرده است. ابتدا کشورهای که به لحاظ جمعیت شناختی در سطح پیشرفته تری بودند. او چنین تمایز کرد:

(۱) کشورهایی که با کاهش خیلی سریع میزان مولید و مرگ و میر، با کاهش سریعتر نسبت به گذشته و بنابراین میزان رشد نیز در حال کاهش است.

(۲) کشورهایی با کاهش میزان های مولید و مرگ و میر برای طبقات خاص، اما میزان های مرگ و میر با سرعت مساوی یا بیشتر از میزان مولیدی که موجب افزایش یا ثبات میزان رشد است.

(۳) کشورهای که میزان های مولید و مرگ و میر آنها کمتر کنترل می شود، اما در بعضی موارد میزان های مرگ و میر سریعتر از میزان های مولید تحت کنترل درمی آیند. که منجر به یک افزایش خیلی سریع در آینده می شود.

بلکر<sup>۳</sup> پنج مرحله تکامل جمعیتی را چنین مشخص کرد:

(۱) مرحله سطح ابتدایی<sup>۴</sup> با مشخصات میزانهای بالای مرگ و میر و مولید.

(۲) اوایل مرحله توسعه با میزانهای مولید و مرگ و میر بالا، اما در حال

کاهش.

(۳) اواخر مرحله توسعه با میزانهای روبه کاهش مولید، اما کاهش خیلی

سریع تر میزان مرگ و میر.

- 
1. Demographic Transition Theory
  2. Thompson
  3. Blacker
  4. Stationary

۴) مرحله ایستایی پایین با میزانهای موالید پایین که در تعادل بامرگ  
ومیرپایین مساوی با آن است.

۵) مرحله کاهش با مرگ ومیر پایین و موالید پایین ترو مرگ ومیربیشتر از  
موالید (Thompson : 1973: 158).

### ب: نتشتاین

نتشتاین<sup>۵</sup> بیان کرد که رشد جمعیت اروپا در عصر جدید، ابتدا مربوط به  
کاهش مرگ ومیری است که عامل آن افزایش سطح زندگی و کنترل بیماریها در  
اثر فرایند مدرنیزه شدن می باشد. باروری نسبت به فرایند مدرنیزه شدن خیلی  
آهسته واکنش نشان داد. اما نهایتاً کاهش باروری از طریق گسترش استفاده از  
وسایل جلوگیری شروع شد که این امر تحت تأثیر عوامل فرد گرایی و افزایش  
سطح خواسته ها در زندگی صنعتی و شهری بود. نتشتاین تأکید کرد که واکنش  
نسبت به مرگ ومیر در اثر فرایند مدرنیزه شدن احتمالاً نسبت به باروری  
اجتناب ناپذیر است. او سه گونه جمعیت یا سه مرحله تکامل جمعیتی را متمایز  
ساخت.

۱) جمعیت های با کاهش ابتدایی<sup>۶</sup> یا انتقال کامل<sup>۷</sup>، با مشخصات میزان

باروری در حال کاهش و حتی زیر سطح جانشینی

۲) نوع انتقالی جمعیت با میزان رشدیکه هنوز نسبتاً سریع است، در حالیکه

کاهش نرخ موالید کاملاً جا افتاده است.

۳) جمعیت های دارای پتانسیل رشد بالای انتقالی، که هنوز شروع نشده،

در حالیکه باروری در حد بالا باقی می ماند بدون هیچ تمایلی به کاهش، ونیز

هنگامی که میزان مرگ ومیر بالا ولی در حال کاهش است. این عامل اصلی رشد

جمعیت می باشد.

5. Notestein

6. Incipint decline

7. TransitionCompleted

او متعقد بود که بامطالعه خواستگاه های توسعه اقتصادی درکشورهای غیر اروپایی ، اصول ، یا قواعدی از تئوری انتقال جمعیتی اروپا استخراج کند که در سطح جهان قابل استعمال باشد. (Notestein: 1973: 57)

## ۲-۲-۳- تئوری تغییرات و واکنش های جمعیتی<sup>۸</sup>

تئوری تغییر و واکنش جمعیتی در سال ۱۹۶۳ توسط کینگزلی دیویس<sup>۹</sup> به عنوان یک مقدمه نه به عنوان یک راه حل برای تئوری انتقال جمعیتی مطرح شد. توجه دیویس به علل رشد جمعیت، بر اساس فرضیاتی است که او آنها را به عنوان علل اصلی رشد جمعیت می داند. مشکل اساسی تلاش های دیویس مربوط به موضوع محوری تئوری انتقال جمعیت بود . دیویس یک سوال در تئوری خود مطرح می کند و آن این است که چگونه کاهش مرگ و میر منتهی به کاهش باروری می شود؟ برای پاسخ به این سؤال، دیویس این سؤال را پرسید که به هنگام کاهش مرگ و میر چه اتفاقی می افتد؟

پاسخ این است که بیشتر بچه ها تا بزرگسالی باقی می مانند درحالیکه فشار بزرگی بر خانواده وارد کرده و افراد برای رهایی از این فشار مجبور به سازماندهی دوباره زندگی شان می شوند این واکنش مردم نسبت به تغییر جمعیتی می باشد.

باید دانست که واکنشهای آنها برحسب هدفهای فردی است نه اهداف ملی، و به ندرت آنچه که دولت می خواهد، اتفاق می افتد.

اگر اعضای یک جامعه آماده دریافت روش رفتاری خاص نباشد، به آن روش رفتار نخواهند کرد. درحقیقت این یک مجادله جدی است که بوسیله نئومالتوسی ها بر علیه منع اخلاقی مطرح شد. چرا تأخیر در ازدواج و لذت جنسی بیشتر از راههای جلوگیری از حاملگی و آبستنی ، مورد حمایت قرار می گیرد.

<sup>8</sup>. The Theory Demographic Change and Responsible

<sup>9</sup>. Davis

درحالی‌ه که افرادی کمی هستند که درحین حمایت از ازدواج، واقعاً رابطه جنسی را نیز حمایت می‌کنند.

دیویس پیشنهاد کرد که قویترین انگیزه برای محدود کردن خانواده ترس از فقر یا اجتناب از رنج آن چنانکه مالتوس بحث می‌کرد، نیست. بلکه چشم انداز موفقیت بیشتر است که اغلب مردم را برمی‌انگیزد تا تعداد فرزندان کمتری داشته باشند. او در نهایت تأکید می‌کند که حداقل تمایل برای بقاء پایگاه نسبی فرد در جامعه ممکن است باعث جلوگیری از داشتن فرزندان زیاد شود. البته او چنین فرض می‌کند که افراد به پایگاه‌هایی دست یافته اند که ارزش باقی ماندن را دارد. بنابراین تحلیل دیویس از اولین تحلیلهایی بود که رابطه بین زندگی روزانه افراد و تغییرات اجتماعی که در آن اتفاق می‌افتد ترسیم می‌کند (Week, 1994: 58).

### ۳-۲-۳ - نظریه جریان ثروت بین نسلی<sup>۱۰</sup>

نظریه دیگری که جمعیت‌شناسان در تبیین کاهش باروری به کار می‌گیرند نظریه جریان ثروت بین نسلی می‌باشد. این نظریه توسط کا لدول<sup>۱۱</sup> مطرح شده و در واقع کوششی برای ترکیب رویکردهای اقتصادی و جامعه‌شناختی به باروری می‌باشد. موضوع محوری این نظریه بر مفهوم "تفاضل اقتصادی" برای کودکان مطابق با با ایده‌ها و ارزش‌های فرهنگی غربی که منجر به کاهش آن تضاد می‌شود، بنا شده است. این نظریه علل کاهش باروری را در جریان ثروت از نسل‌های سالمندتر به کودکان می‌داند. علت این امر ظهور و جایگزینی تفکر فرهنگی خانواده هسته‌ای و کم‌اولاد بجای خانواده گسترده می‌باشد. جایگاه تصمیم‌گیری زاد و ولد در خانواده‌های هسته‌ای و کم‌اولاد به زوجینی واگذار می‌شود که برای مراقبت کودکانشان در روش جدید اروپایی، هزینه‌های زیادی متحمل شوند. با افزایش چنین هزینه‌ها بعد خانوار کاهش می‌یابد.

<sup>10</sup>. Intergenerntional Wealth Flows theory

<sup>11</sup>. Caldwell

پیمایش های جهان سوم نشان میدهد که والدین آرزوهای بزرگی برای کودکانشان دارند که این، یافته ها همخوان با نظریه کالدول می باشد. چنین آرزوهای میتواند سریعاً در درون یک جامعه منتشر و انگیزه قدرتمندی برای کاهش به \_\_\_\_\_ خانواده باشد \_\_\_\_\_ (Cleland and Wilson:1977: 83).

#### ۴-۲-۳- نظریه اقتصادی باروری<sup>۱۲</sup>

این نظریه که توسط لبن اشتاین<sup>۱۳</sup> مطرح گردیده و بعنوان رویکردی "اقتصادی، اجتماعی" به باروری شناخته شده است. بررسی تحقیقات مربوط به علل کاهش باروری نشان می دهد که این نظریه اغلب مورد استفاده قرار گرفته است. موضوع محوری این نظریه این هست که عوامل تعیین کننده و تأثیر گذار بر شمار مطلوب تولدها در هر خانواده را تبیین نماید. براساس این نظریه، شمار تولدهای مورد آرزوی مردم براساس محاسباتی که درباره سودمندی و فایده حاصل از آن انجام می دهند، معین می گردد. این محاسبات بر توازن بین رضایت مندی ها یا فواید حاصل از یک تولد اضافی در مقابل هزینه های پولی و رواشناختی از آن، متکی می باشد.

این نظریه علل کاهش باروری را در توسعه اقتصادی و نوسازی ناشی از آن می داند. به این ترتیب که در طی فرایند توسعه و نوسازی، درآمدها افزایش و باروری کاهش می یابد و میزان فزاینده ای از جمعیت به مراکز شهری جهت کار در صنایع و در بخش خدمات سرازیر می شوند. در تحلیل نهایی، توسعه اقتصادی و نوسازی ناشی از آن هزینه کودکان را بالا برده و منافع اقتصادی آن را پایین می آورد. در عوض هزینه های مستقیم و غیر مستقیم کودکان افزایش

---

12. Economic Theory of Fertility

13. Leibenstein

می یابد. لذا رابطه منفی بین درآمد و باروری، قابل تبیین است: *Lebenstien*: (1977: 172).

توضیح این نکته ضروری است که کارکردها و ارزشها اقتصادی کودکان، در مناطق روستایی و شهری که ویژگی های فرهنگ جوامع روستایی را حفظ کرده اند، هنوز وجود دارد.

### ۵-۲-۳- نظریه تقاضا<sup>۱۴</sup>

رویکرد "نظریه تقاضا" به باروری به عنوان شاخه ای از نظریه "گزینش مصرف کننده" توسعه یافت. در هسته مرکزی این نظریه، این نکته مورد توجه است که افراد عقلانی، کالایی را برای مصرف برمی گزینند که بیشترین سودمندی و رضایت را به آنها اعطا کنند. گری بیکر<sup>۱۵</sup> واضح این نظریه ابتدا معتقد بود که افزایش درآمد موجب افزایش تقاضا برای کودکان خواهد شد و این واقعیت که خانواده های ثروتمندتر اغلب کوچکتر از خانواده های کم درآمد هستند ناشی از دسترسی نابرابر به اطلاعات و روشهای جلوگیری می باشد. لذا در جامعه ای که دسترسی به دانش و تسهیلات جلوگیری کاملاً برابر باشد، همبستگی بین درآمد و بعد خانواده، مثبت خواهد بود. بیکر پس از روبرو شدن با انتقاد های شدید و اثبات نارسایی ادعای مذکور، استدلال خود را تعدیل و اصلاح نمود و رابطه کمیت و کیفیت کودکان، ارزش زمان، هزینه کودکان و تغییر نگرش های والدین را مورد توجه قرار داد. این مسئله که در جوامع صنعتی، ثروتمندان نمی خواهند فرزندی (ویا فرزندان زیاد) داشته باشند بیانگر این نکته است: آنهایی که بچه دار شدن را انتخاب می کنند باید برپایه ارزش یا ارزش های دیگر عمل کرده

14. Demand Theory

<sup>15</sup>. Gary Baker



باشند. بیکر به ارزش زمان برای والدین و بخصوص مادران توجه نموده و اینکه آنان ترجیح می دهند این زمان را به اشتغال خارج از منزل ، به جهت کسب پایگاه اجتماعی و استقلال اقتصادی اختصاص می دهند تا بچه آوری، و این عاملی مهم در رابطه بین نوسازی و کاهش باروری می باشد (Fridman and others: 379 & Celand and Wilson 1987: 5). بیکر در مقاله مشهور خود "تحلیل اقتصادی باروری" رفتار باروری خانواده ها را متأثر از رفتار اقتصادی آنها می دانسته و معتقد است که خانواده ها همانند تصمیم گیری در مورد داشتن فرزند بعدی خود نیز به ایجاد نوعی تعادل عقلانی در مورد ترجیحات و سلیقه های خود ، میزان درآمد و هزینه ها اقدام می کنند.

وی خاطر نشان می کند که دولت ها جهت اجرای سیاست های جمعیتی در جهت محدود کردن میزان مولید میتوانند از طریق عنوان کردن هزینه های متنوع نگهداری فرزند به ساکنان کشور خود در جهت کاهش مولید عمل نماید. (رئییسی ، ۱۳۷۶)

همچنین استدلال شده است که درآمدهای فزاینده در دراز مدت نظام های ارزشی و نگرش های افراد را تغییر می دهند. سطوح درآمد بالاتر ، معمولاً مرتبط با پیشرفت اقتصادی ، اجتماعی می باشد که نیازها و فرصت های جدید همچون لزوم دسترسی روزافزون به تحصیلات و اطلاعات و تحرک اجتماعی و مکانی بیشتر را به وجود می آورد. این پدیده ، فرزند خواهی را از طریق تغییر در ارزشها و نگرشهای افراد بطور منفی تحت تأثیر قرار می دهد (Overbeek:1997: 16)

### ۶-۲-۳- نظریه مبادله<sup>۱۶</sup>

به نظر می رسد که حداقل بخشی از موضوع تحقیق ، در قالب نظریه مبادله قابل بررسی و تبیین باشد. انتخاب نظریه مبادله برای موضوع مورد تحقیق به

این دلیل است که دو انگاره واقعیت اجتماعی ( شبکه یا ساخت شبکه‌ای ) و انگاره رفتار اجتماعی ( رفتار مبادله‌ای ) را بهم پیوند می‌زند. از طرف دیگر این تئوری یکی از مسائل بحث انگیز جامعه‌شناسی را که شکاف بین سطح خرد و کلان است ، حل می‌کند. به این ترتیب که " ماهیت واحدها می‌تواند خرد و کلان باشد (Turner, 1998) کنشگر می‌تواند یک فرد یا یک واحد جمعی باشد که قابلیت تقویت از محیط را دارد ". واحدها می‌تواند اشخاص فردی یا واحدهای پیوسته‌ای مثل گروه‌ها ، سازمانها ، و ملت‌ها باشند (Cook, Etal: 1983: 290) . امرسون<sup>۱۷</sup> بنیانگذار این تئوری سه پیش فرض اساسی برای نظریه مبادله‌گرا است که عبارتند از:

الف : کسانی که از رویدادها نفع می‌برند، گرایش به کنش معقولانه در جهت وقوع آن رویداد دارند .

ب: انسانها سرانجام از رویدادهای رفتاری دلزده می‌شوند چندان که این رویداد به تدریج خاصیت خود را از دست می‌دهند.

ج: منافعی که انسانها از رهگذر فراگرد های اجتماعی بدست می‌آورند بستگی به منافعی دارد که آنها می‌توانند در مبادله ارائه کنند (Emerson 1981, Molm and Cook : 1995: 310).

بر اساس یکی از این اصول ، هر چه یک موقعیت " منابع چند گانه پاداش " برای یک شخص فراهم نماید، وابستگی شخص به آن موقعیت بیشتر خواهد شد ، بر اساس اصل دیگر، هر چه ارزش پاداش های دریافت شده به وسیله یک شخص در یک موقعیت بیشتر باشد، وابستگی شخص به آن موقعیت بیشتر خواهد شد (Emerson ascited Turner, 1998: 421).

از آنجا که استفاده از وسایل جلوگیری پاداش‌های مختلف را برای زنان و خانواده فراهم می‌نماید. تحت تأثیر عواملی مختلفی از جمله شرایط اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جامعه می‌باشد. کارایی وسایل جلوگیری از باروری بستگی به ارزشی دارد که خانواده و زنان برای وسایل جلوگیری از باروری قائل هستند.

---

17. Emerson

بدیهی است که ارزش هر یک از انواع وسایل جلوگیری متفاوت بوده و طبیعی است که در این شرایط نگرش و تمایل زنان نسبت به هر کدام متفاوت باشد که در جای خود قابل بررسی است .

هومنز یکی دیگر از نظریه مبادله در "قضیه ارزش" خود متعقد است که " نتیجه یک کنش برای فرد، هر اندازه پر ارزش باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که او این کنش را تکرار نماید (اسیکدمور، ۱۳۷۲) .

بنابراین اصل، می توان نتیجه گرفت که تمایل به استفاده از وسایل جلوگیری از باروری توسط زنان ممکن است تحت تأثیر عوامل زیر باشد: کارایی انواع وسایل جلوگیری، عدم تمایل به استفاده از وسایل جلوگیری به علت عدم دسترسی به آنها، مشکلات و ناراضیاتی هایی که در اثر استفاده از وسایل جلوگیری از باروری توسط زنان ایجاد می شود.

### ۷-۲-۳- به سوی یک نظریه ترکیبی

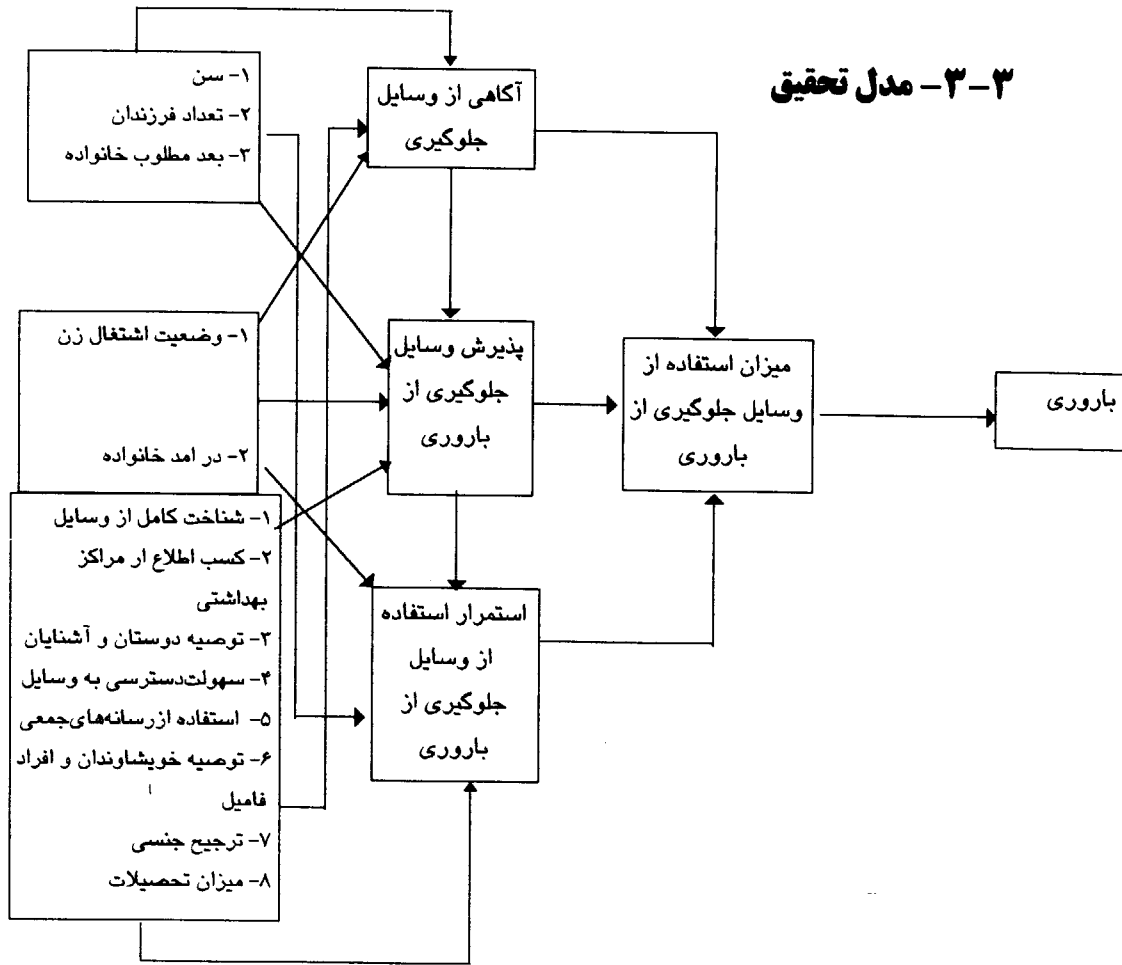
با توجه به اینکه تحقیقات و مطالعات زیادی از سوی پژوهشگران در راه شناخت و تجزیه و تحلیل روند کاهش باروری و عوامل موثر بر استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از باروری صورت گرفته است، تا کنون در درک پیچیدگی این روند موفقیت کاملی حاصل نشده است. بررسی مطالعات و نظریات مطرح شده در این زمینه نشان می دهد که عوامل گوناگونی در کاهش باروری دخالت دارد. بنابراین یک نظریه خاص به تنهایی نمی تواند از عهده تبیین فرایند علل کاهش باروری برآید و هر یک از نظریات مطرح شده فقط می تواند قسمت محدودی از مسئله را تبیین نماید. بنابراین برای تبیین مسأله پژوهش حاضر باید ترکیبی از نظریات مطرح شده استفاده کرد. علل استفاده زنان از وسایل و روشهای پیشگیری از باروری ناشی از ادراک و تحلیلی است که زنان از سود و زیان آن دارند که بی تردید این منافع و زیانها فقط جنبه اقتصادی ندارد. از آنجا که علیرغم همه مشکلات و ناراحتی که در اثر استفاده از وسایل و روشهای

پیشگیری حاصل می شود ، بازهم تمایل به استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری در سطوح بالا وجود دارد ، که باید به دنبال انگیزه ها و منافع غیر اقتصادی بود .

از آنجا که هدف استفاده از نظریه ترکیبی ، شناخت عمیق و دقیق تر پدیده مورد بررسی است. برخی از کارها و تحقیقاتی که در ارتباط با موضوع تحقیق حاضر انجام گرفته ، جهت کنکاش پیرامون استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از باروری انتخاب نموده و مورد بررسی قرار گرفته است. از نظریه انتقال جمعیتی که در سه مرحله جداگانه مطرح شد. در مرحله سوم که تأکید بر کاهش باروری دارد انتخاب شده ، از نظریه تقاضا رابطه بین وضعیت اشتغال زنان در بیرون از منزل و استفاده از وسایل جلوگیری جهت کاهش تعداد فرزندان خانواده و همچنین آگاهی زنان از برنامه تنظیم خانواده استفاده شده است . از نظریه باروری اقتصادی لبن اشتاین تأثیر هزینه های اقتصادی کودکان بر استفاده از وسایل جلوگیری و از نظریه جریان ثروت بین نسلی، تغییر نگرش افراد نسبت به باروری و داشتن فرزند و همچنین ظهور خانواده هسته ای به جای خانواده گسترده در جامعه امروزی و همچنین از نظریه مبادله ، نقش فرزندان بعنوان منابع پاداش و ارائه خدمات تنظیم خانواده از طرف کارکنان مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده و همچنین منبع کسب اطلاعات در مورد روشهای و وسایل پیشگیری از بارداری استفاده شده است . از نظریه تغییرات جمعیتی دیویس ، جهت کاهش بعد خانواده که در اثر مدرنیزه شدن زندگی و همچنین اضافه شدن مخارج زندگی خانواده که تأثیر بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از باروری و کاهش موالید دارد استفاده شده است .

همانگونه که ملاحظه گردید ، هر کدام از دیدگاهها و نظریات ارائه شده در رابطه با باروری دلایل یا عوامل خاصی را بیشتر مورد تأکید قرار داده اند. لذا در این تحقیق از ترکیب نظریات و دیدگاهها استفاده شده است.

### ۳-۳- مدل تحقیق



### ۴-۳- فرضیات تحقیق

- فرضیه اول: به نظر میرسد که بین میزان تحصیلات زنان و استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.
- فرضیه دوم: به نظر میرسد که بین اشتغال زنان در بیرون از منزل و استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.
- فرضیه سوم: به نظر میرسد که بین سهولت دسترسی به وسایل جلوگیری از باروری و استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.
- فرضیه چهارم: به نظر می رسد که بین استفاده از رسانه های جمعی ( تلویزیون و رادیو و روزنامه و مجله .... ) و استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از باروری رابطه معنی دارد وجود دارد .
- فرضیه پنجم: به نظر می رسد که بین شناخت کامل از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری و استفاده از آن رابطه معنی داری وجود دارد .
- فرضیه ششم: به نظر میرسد که بین توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.
- فرضیه هفتم: به نظر میرسد که بین کسب اطلاع در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری و استفاده از آن رابطه معنی داری وجود دارد.
- فرضیه هشتم: به نظر می رسد که بین توسعه خویشاوندان و افراد فامیل و استفاده از آن و استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری رابطه معنی دار وجود دارد .
- فرضیه نهم: به نظر میرسد که بین ترجیح جنسی و استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.
- فرضیه دهم: به نظر می رسد که بین سن و استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه یازدهم: به نظر می‌رسد که بین درآمد خانواده و استفاده از وسایل  
جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.  
فرضیه دوازدهم: به نظر می‌رسد که بین تعداد فرزندان خانواده و  
استفاده از وسایل جلوگیری از باروری رابطه معنی داری وجود دارد.

## فصل چهارم

### ۴- روش تحقیق

در تحقیقات علمی، انتخاب روش متناسب با ماهیت تحقیق اهمیت زیادی دارد، زیرا هر تحقیق روش خاص مناسب با خود را می‌طلبد. بنابراین بایستی در انتخاب روش تحقیق، نهایت دقت را مبذول داشت.

در تحقیق حاضر، برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته، از روش پیمایشی استفاده شده است. علت انتخاب روش پیمایشی به این دلیل است که با مقایسه دقیق ویژگی‌های مختلف موردها به استنباط علی نائل شویم. از طرفی دیگر باتوجه به این که جامعه مورد مطالعه وسیع است، روش پیمایشی روشی است که از سایر روشها برای انجام این مطالعه مناسب می‌باشد. در روش پیمایشی جامعه مورد مطالعه به دو گروه تقسیم می‌شود: ۱- گروه آزمایش: گروه آزمایش شامل زنان ۴۹-۱۵ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر که از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند. ۲- گروه کنترل یا شاهد: شامل زنانی هست که از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند.

در این تحقیق، در راستای فرضیات تحقیق و با استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه‌ای، اطلاعاتی در زمینه خصوصیات فردی پاسخگران از قبیل، سن، شغل، میزان تحصیلات، شغل، و همچنین اطلاعاتی در مورد نحوه آشنایی زنان با وسایل و روشهای جلوگیری از باروری و نحوه دسترسی به آن، تأثیر توصیه دوستان و آشنایان بر استفاده از وسایل جلوگیری، منابع کسب اطلاعات



در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری، علت ترجیح استفاده از یک روش به روش دیگر و نظایر آن جمع آوری شده است.

## ۲-۴- تعاریف عملی و نظری متغیرها و سطوح سنجش آنها

در مطالعات پیمایشی تعریف مفاهیم و متغیرهایی که در تحقیق بکار رفته، و مشخص کردن تعریف عملیاتی و تعیین سطوح سنجش آنها، برای آزمون فرضیات بسیار ضروری است. در تعریف نظری متغیرها باید به دو نکته توجه کرد: نخست اینکه فضای مفهومی واژه ها باید بطور پایدار تثبیت شود تا همه افراد تحت آن یک مفهوم را درک کنند. دوم اینکه تعریف به گونه‌ای دقیق باشد که بتوان آن را به سادگی بررسی نمود ( رفیع پور ، ۱۳۶۸: ۱۴۳).

در مرحله بعد ، تعریف عملیاتی متغیرها بدان جهت صورت می گیرد که بیشتر مفاهیمی که در تحقیقات جمعیت شناسی بکار می رود عام و انتزاعی و یا کیفی هستند که باید به حالت خاص ، عینی ، کمی و به مفاهیم قابل بررسی برگردانده شود. علاوه براین در تحقیقات تجربی و اجتماعی جهت محاسبات آماری و استفاده از تکنیک های آماری مناسب و کمی ساختن جنبه های کیفی رفتار و همچنین جهت آزمون تجربی نظریه ها و فرضیات ، لازم است که سطوح سنجش متغیر های تحقیق مشخص شود. در ادامه سعی شده است که مفاهیم و متغیرهای عمده در تحقیق حاضر، به صورت عملی و نظری تعریف شده و سطوح سنجش آنها نیز مشخص گردد.

## ۲-۴-۲- متغیر های مستقل

به طور کلی در این تحقیق ، متغیر مستقل عبارت است از عوامل جمعیتی، اجتماعی، و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری می باشد. که مفاهیم مربوطه به آن از داخل دیدگاه ها و نظریات مطرح شده بیرون کشیده

شده تا مورد آزمون قرارگیرد. بنابراین برای بررسی بهتر و دقیق تر، متغیرهای مستقل را به سه قسمت تقسیم می شود .

**الف: متغیرهای جمعیت شناختی:** شامل متغیرهایی نظیر ، سن، بُعد مطلوب خانواده و تعداد فرزندان می باشد.

**ب: متغیرهای اقتصادی:** شامل متغیرهایی نظیر، زنان ، اشتغال زنان، درآمدخانواده ، و نظایر آن می باشد.

**ج: متغیرهای اجتماعی:** که شامل متغیرهایی از قبیل، میزان تحصیلات زنان، نحوه آشنایی با وسایل جلوگیری، سهولت دسترسی به وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری ، آگاهی از برنامه های تنظیم خانواده، توصیه دوستان و آشنایان به استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری، تأثیر رسانه های جمعی (رادیو و تلویزیون) بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری، ترجیح جنسی ، و نظایر آن می باشد. در ادامه سعی شده است که تک تک این متغیرها به صورت عملیاتی تعریف گردد.

**سن:** منظور تعداد سال های کاملی است که از لحظه تولد تا زمان تحقیق، از عمر پاسخگو می گذرد. عین رقم سنی که پاسخگو اظهار می دارد، مد نظر است. این متغیر در سطح مقیاس فاصله ای قابل سنجش می باشد.

**جنس:** بیانگر صفات بیولوژیکی پاسخگو، از نظر مرد و زن (مذکر و مونث) بودن است. این متغیر در سطح مقیاس اسمی قابل سنجش است.

**تعداد فرزندان:** منظور تعداد فرزندان فعلی خانواده می باشد. این متغیر در سطح مقیاس فاصله ای قابل سنجش می باشد .

**بعد مطلوب خانواده:** منظور تعداد فرزندان است که فرد داشتن آنها را برای خود مطلوب و ایده آل می داند. این متغیر در سطح مقیاس فاصله ای قابل سنجش می باشد.

**وضعیت تحصیلی پاسخگو:** بیانگر میزان تحصیلات پاسخگو در امر تحصیل است. به عبارتی دیگر مقدار سواد فرد مورد نظر است که در یکی از طبقات بی سواد، ابتدایی ، راهنمایی، متوسطه ، دیپلم ، فوق دیپلم ، لیسانس و

بالاتر جای می گیرد. سطح سنجش این متغیر، ترتیبی است چون میزان سواد افراد مورد بررسی در این تحقیق به صورت طبقه بندی شده مدنظر می باشد.

**وضعیت اشتغال :** فعالیتی که فرد انجام می دهد، مورد نظر است که به دودسته شاغل و غیر شاغل تقسیم می شود. شاغل کسی است که شغلی در خارج از منزل دارد و از آن شغل درآمدی کسب می نماید. غیر شاغل کسی است که شغلی در خارج از منزل ندارد. به عنوان مثال زنان خانه دار، غیر شاغل محسوب می شود. این متغیر در سطح مقیاس اسمی قابل سنجش می باشد.

**میزان درآمد:** مقدار پول دریافتی ماهیانه در ازای ارائه خدمات است. عین رقم درآمد ماهیانه مورد نظر است و این متغیر در سطح مقیاس فاصله ای قابل سنجش می باشد.

**ترجیح جنسی:** منظور از این متغیر این هست که والدین یک جنس را به جنس دیگر (پسر یا دختر) برتر بدانند. این متغیر در سطح اسمی قابل سنجش می باشد.

#### ۱-۱-۴- متغیر وابسته

در این تحقیق، وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. از میان تعاریف ارائه شده در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری، تعریفی که از همه تعاریف تقریباً جامع تر و کامل تر است در زیر بیان شده است.

**وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری عبارت است از :** روشهایی که به زن کمک می کند تا از بارداری ناخواسته پرهیز کند و همچنین شامل همه تدابیر موقتی و دائمی برای جلوگیری از بارداری می باشد. برای سنجش متغیر وابسته در این تحقیق سعی شده تعدادی گویه در ارتباط با وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری انتخاب گردد. تا در نهایت بتوان متغیر مورد نظر را به کامل مورد آزمون و سنجش قرار داد.

#### ۴-۴- جامعه آماری

جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه زنان شوهردار ساکن شهرستان اهر می باشد. چون استفاده از روشهای جلوگیری هم مربوط به مردان و زنان می باشد لذا لازم به یاد آوری است که در این تحقیق فقط زنان مد نظر بوده و مورد پرسش قرار گرفتند که به طور بالقوه توان باروری داشته اند. لذا حد اکثر سن برای زنان پاسخگو ۴۹ و حداقل ۱۵ در نظر گرفته شده است.

#### ۴-۵- روش نمونه گیری و حجم نمونه

باتوجه به حجم جامعه آماری و عدم امکان جمع آوری اطلاعات از تمامی افراد، ناگزیر تعدادی از جامعه آماری را به عنوان نمونه معرف و به شیوه تصادفی برای مطالعه انتخاب شده است. برای آنکه نمونه انتخابی معرف مناسبی از جامعه مورد مطالعه باشد، و نتایج حاصله از آن را بتوان با اطمینان بیشتر به جامعه آماری تعمیم داد، لذا گام نخست در این مورد، تعیین حجم نمونه می باشد. برطبق آخرین گزارش بدست آمده از طرف مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده در شهرستان اهر، حدود ۱۰۰۰۰ نفر از زنان به برای دریافت وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری به مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده مراجعه می کنند. از این تعداد حدود ۲۵۰ نفر بر اساس فرمول زیر برای مطالعه انتخاب شده است.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{(1/96^2 * \%5 * \%5)}{(062^2)} = 249$$

برای جمع آوری اطلاعات از پاسخگویان در تحقیق حاضر از "نمونه گیری تصادفی قشر بندی" استفاده شده است. به همین جهت شهرستان اهر را به شش منطقه یا محله که از لحاظ جمعیت مساوی، ولی از نظر شرایط اقتصادی،

اجتماعی و فرهنگی نا همگون است تقسیم و حجم نمونه که ۲۵۰ نفر می باشد ، به شش قسمت مساوی تقسیم و تعداد مورد نظر را در هر محله بر اساس تصادفی انتخاب شده است. به عبارتی دیگر در هر منطقه ۴۰ خانواده انتخاب و در هر خانواده فقط زنان همسر دار ( ۴۹-۱۵ ساله ) موردپرسش قرار گرفته اند . تا در نهایت بتوان به نتیجه دقیق تر و کامل تر در ارتباط با موضوع تحقیق دست یافت.

### ۳-۴- روش و ابزار جمع آوری اطلاعات

همانطورکه در قسمت قبلی ذکر شد روش تحقیق مورد استفاده در این تحقیق روش پیمایشی است ، در روش پیمایشی داده های مربوط رامی توان از طریق فنون متعددی نظیرمصاحبه پرسشنامه ومشاهده گرد آوری کرد. در بسیاری از مطالعات ممکن است از چندین روش تحقیق برای جمع آوری اطلاعات استفاده شود. در این روش ها اطلاعات با طرح ونقشه قبلی جمع آوری می شود.

اگر چه در تحقیقات پیمایشی از تکنیکهای مختلفی نظیرمشاهده، مصاحبه، مطالعه رسمی (مطالعات گزارشات رسمی ، پروندهها) ، ونظایر آن استفاده می شود. اما به نظر می رسد که در بررسی عوامل جمعیتی ، اجتماعی، و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری بهترین تکنیک مورد استفاده پرسشنامه می باشد. زیرا که با استفاده از این تکنیک امکان جمع آوری اطلاعات وسیع در زمان اندک امکان پذیر خواهد شد. از طرفی دیگر با استفاده از پرسشنامه سوالاتی را که قابل پرسش طور مستقیم نیست، به طور غیر مستقیم می توان پرسید. از طرفی دیگر کار تجزیه وتحلیل و نتیجه گیری داده ها در این روش راحت تر بوده ، و اعتبار کار تحقیقی نیز بیشتر خواهد شد.

## ۶-۴- روش استخراج و تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از جمع آوری اطلاعات ، پرسشنامه ها کد گذاری و کدها بر روی کد برگهای ثبت شده و آنگاه اعداد ثبت شده به کامپیوتر انتقال داده و سپس با استفاده از نرم افزار "Spss" مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.

داده های جمع آوری شده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد . در سطح توصیفی با استفاده از جداول توزیع فراوانی به توصیف متغیر پرداخته شده است. در سطح استنباطی برای تجزیه و تحلیل رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته که در سطح فاصله ای و اسمی هستند از رگرسیون لجستیک ( Logistic ) ، برای متغیر هایی که در سطح اسمی هستند از جدول متقاطع ( Crosstabs ) استفاده شده است .

## فصل پنجم

### ۵- تاریخچه تنظیم خانواده در جهان و ایران

#### ۵-۱- سوابق تنظیم خانواده در جهان

در گذشته های تاریخی سیاست ها و تدابیر جمعیتی غالباً معطوف به ازیاد جمعیت بود. در این زمانها نظر کلیه ادیان، متفکرین و فیلسوفان، و سلاطین (به استثنای موارد جزئی) بسوی زناشویی و فرزندآوری در سطح جامعه بود. از دهه های پایانی سده هجدهم به بعد، بنا به دلایل سیاسی، اقتصادی و جمعیتی، و با آرای مالتوس، سیاست های مبنی بر کاهش موالید، نخست در کشور انگلستان و پس از آن در کشورهای انگوساکسون و سایر ممالک اروپایی و امریکایی مطرح شد (تقوی، ۱۳۷۷: ۲۴).

سیاست های مبتنی بر کاهش موالید در دو مرحله مطرح و مورد بحث قرار

گرفت:

نخست در دهه های پایانی سده هجدهم و در دهه های آغازین سده نوزدهم تحت عنوان "مالتوسگرایی کلاسیک" سپس از ربع دوم سده نوزدهم به بعد با عنوان "مالتوس گرایی نو" هسته اساسی اندیشه های مرحله اول را "کاهش موالید" تشکیل می داد. در حالیکه با طرح نظریه های مرحله دوم، علاوه بر کاهش موالید مسائلی از قبیل سلامتی مادر و کودک و تعداد فرزندان مورد دلخواه، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران مطرح کردند (تقوی، ۱۳۷۷: ۲۶).

"فرانسیس پلیس" در سال ۱۸۲۲ اعلامیه مالتوزیانیسم نورا انتشار داد و در کشورهای انگلستان و آمریکا به اندیشه محدود کردن موالید افتادند. بعد در سال ۱۸۷۸ نخستین در مانگاه تنظیم خانواده در آمریکا افتتاح شد و در سال ۱۹۰۰

نخستین کنفرانس "مالتوزیانسیم نو" تشکیل گردید. در سال ۱۹۱۰ "مارگارت سانجر" در آمریکا رهبر نهضت مالتوزیسم نوشده و در سال ۱۹۱۶ نخستین درمانگاه در آمریکا تأسیس یافت. پس از این سالها در کشورهای نظیر سوئد، نروژ و دانمارک اقدامات مشابهی انجام گرفت. در سالهای پس از جنگ جهانی دوم بود که "مالتوزیانسیتهاى نو" در اروپا و در آمریکا فعالیت خود را گسترش دادند و جنبه های مثبت تری را جایگزین مفاهیم منفی تنظیم خانواده کردند (بهنام، ۱۳۴۸: ۱۶۴).

برنامه های تنظیم خانواده در مفهوم اخص در سطح جهان قدمتی در حدود ۵۰ سال دارد. در گذشته سیاست های جمعیتی فقط معطوف به افزایش و کاهش جمعیت بود. در صورتی که امروزه این سیاست ها فراتر رفته و بسیاری از موازین اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را در بر می گیرد و در سطح بسیاری از کشور های جهان گسترش یافته است. آمار های موجود حکایت از آن دارد که امروزه حدود ۸۵ درصد از کشورهای جهان سوم و قریب ۹۵ درصد از جمعیت آنها از خدمات بهداشتی و تنظیم خانواده استفاده می کنند اما برنامه های تنظیم خانواده به همه جمعیت شهری و روستایی و عشایری این کشورها تعمیم نیافته است (شیخی، ۱۳۷۳: ۱۷۶).

## ۲-۵- سوابق تنظیم خانواده در ایران

تا قبل از سال ۱۳۳۰ فعالیت های چشم گیری برای جلوگیری از حاملگی انجام نمی شد فقط در موارد خاص آن هم در مطب های خصوصی یا در زمینه جمعیت و تنظیم خانواده فعالیت چشمگیری صورت نمی گرفت بلکه به عکس طرز فکر عمومی و قوانین مملکتی در جهت تشویق خانواده های پر اولاد بود. بعنوان مثال مادر نمونه سال صرفاً براساس تعداد فرزندان از میان مادران انتخاب می شد (افتخاری، ۱۳۶۴: ۳).



اما اولین اقدام مؤثر از سال ۱۳۴۲ با تأسیس اداره بهداشت مادران و کودکان در وزارت بهداشت آغاز گردید. در همان سال انجمن خیریه راهنمای خانواده با کمک صندوق بین المللی جمعیت در ایران قرص های کف کننده و کاندوم در اختیار بعضی مراکز دولتی و غیردولتی قرار می داد، و در سال ۱۳۴۱ دولت ایران برای اولین بار برنامه های جمعیتی را مورد توجه قرار داد. در سال ۱۳۴۳ موضوع جلوگیری از حاملگی مورد تأیید برخی از مقامات روحانی قرار گرفت، در اعلامیه مرحوم "آیت العظمی حاج شیخ بها الدین محلاتی" فتواییه چنین است طرق مختلف جلوگیری از حاملگی از لحاظ قوانین شرعی در صورتی که به طور موقت باشد و زن را عقیم نسازد مانعی ندارد (جهانفر، ۱۳۷۷: ۴۷).

### **۳-۵- اهداف اصلی برنامه های تنظیم خانواده در ایران**

اهداف اصلی برنامه های تنظیم خانواده در ایران از لحاظ زمانی به دو مرحله گذشته و کنونی تقسیم می گردد و برای هر مرحله اهدافی در نظر گرفته شده است که در زیر بطور خلاصه بیان می گردد.

#### **۱-۳-۵- اهداف برنامه های تنظیم خانواده در گذشته**

در مورد اهداف تنظیم خانواده در جوامع و کشورهای مختلف جهان نظریات و آرای متفاوت از سوی صاحب نظران و سازمانهای متولی جمعیت ابراز شده و هر کشوری و سازمانی متناسب با اهداف خود مواردی را ذکر نموده اند.

در ایران از سال ۱۳۴۵ هدف های اصلی برنامه بهداشت و تنظیم خانواده که از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در اسناد و مدارکی که در رابطه با اهداف تنظیم خانواده در ایران منتشر و موارد زیر را بیان کرده است.

۱- کاهش مرگ و میر مادران و کودکان

۲- پیشرفت بهداشت و تأمین اجتماعی و اقتصادی خانواده ها (که در آن به زیان حاملگی های مکرر، عدم تکافوی کمی و کیفی غذایی و کمبود مراقبت های پرورشی و آموزشی) توجه داده شود.

۳- بهره گیری کلیه سازمانهای بهداشتی و درمانی کشور از برنامه های تنظیم خانواده (استفاده از کادر پزشکی، آموزش مردم برای استفاده از این سرویس های بهداشتی درمانی که تعداد فرزندان خواسته خود را تنظیم کنند).

۴- هر زن و شوهری حق داشته باشند تعداد فرزندان که قادر به داشتن آنها هستند تعیین و فاصله بین کودکان را به اراده خود تنظیم کنند (وسایل لازم برای آنهایی که قادر به اجراء هستند فراهم شود).

۵- آموزش و تفهیم مادران به اینکه طرق جلوگیری باموازی شرعی مغایرت ندارد.

۶- برنامه های بهداشت و تنظیم خانواده همگام با سایر برنامه های اجتماعی و اقتصادی باشد (زیرا که تنظیم برنامه جمعیتی متناسب با پیشرفت اقتصادی، موفقیت در مسائل اجتماعی را به همراه دارد) (جهانفر، ۱۳۷۷).

باتوجه به اینکه امروزه مسئله کنترل جمعیت و تنظیم خانواده از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. از طرفی با توجه به این امر که امروزه مفاهیم و مباحث تحدید موالید و تنظیم خانواده تحت عناوینی همچون "بهداشت خانواده" یا "بهداشت و تنظیم تنظیم" یا "جمعیت و تنظیم خانواده" به کار می رود. لذا برنامه های تنظیم خانواده باگذشت زمان تکامل یافته و اهداف تازه ای نسبت به گذشته مطرح می شود. به همین دلیل در جامعه امروز ما، اهداف برنامه های تنظیم خانواده به شرح زیر جمع بندی و مطرح می شود.

## ۲-۳-۵-الف-اهداف مستقیم در سطح خانواده

- ۱) برقراری تناسب لازم میان بودجه خانواده و تعداد اولاد به منظور تأمین سطح زسیت معقول برای اعضای خانواده
- ۲) تصمیم گیری نسبت به زمان لازم تولد کودک به منظور جلوگیری از تولدهای زود هنگام و دیر هنگام
- ۳) مراعات و حفظ سلامت جسمانی مادر
- ۴) فاصله گذاری بین موالید به منظور امکان برنامه ریزی برای زندگی بهتر
- ۵) کاهش مرگ و میر مادران بر اثر زایمان های متعدد (تقوی، ۱۳۷۷: ۲۹).

## ۳-۳-۵-ب: اهداف غیر مستقیم در سطح خانواده

- ۱) مراعات حقوق و آزادی زنان
- ۲) حفظ و سلامتی و نشاط کودکان
- ۳) فراهم سازی امکان مشارکت فعال زنان در جامعه
- ۴) پیشگیری از سقط جنین ناخواسته و غیر قانونی
- ۶) پیشگیری از انتقال بیماریهای ارثی به کودکان و در نتیجه انتخاب فرزندان سالم برای جامعه (تقوی، ۱۳۷۷: ۲۸).

## ۴-۳-۵-اهداف اجتماعی برنامه تنظیم خانواده

- ۱) فراهم ساختن امکانات آموزشی و تحصیلاتی و بهداشتی برای تک تک افراد جامعه
- ۲) فراهم ساختن امکانات لازم و مناسب برای اشتغال یابی افراد جامعه
- ۳) ایجاد توازن و تعادل بین جمعیت و مواد غذایی

۴) ایجاد امکانات لازم برای مقابله بهتر با مشکلات جوامع شهری و روستایی

۵) رهایی از وابستگی های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشور از خارج

۶) فراهم آوردن زمینه مناسب برای مسئولین امور جامعه جهت برنامه ریزی اجتماعی و اقتصادی بهتر (تقوی، ۱۳۷۷: ۲۶).

#### ۴-۵- نحوه اجراء و آغاز برنامه تنظیم خانواده در ایران

سیاست های جمعیتی مبتنی بر تنظیم خانواده در ایران در دو مرحله اتخاذ و به مورد اجراء گذاشته شده است :

نخست: طی سال های ۴۷-۵۷ (پیش از انقلاب )

دوم: از سال ۶۸ تا امروز.

#### ۱-۴-۵- دوره اول

برای نخستین بار در کشور بود که در برنامه سوم عمرانی کشور (از سال ۱۳۴۱ تا سال ۱۳۴۶) به امر جمعیت نگامی پهنا نگر افکنده شده و متصدیان و برنامه ریزان امور اجتماعی و اقتصادی به این امر پرداختند. در سال ۱۳۴۶ در داخل وزارت بهداری واحدی بنام بهداشت و تنظیم خانواده استقرار یافت تا بر روی باروری جمعیت کنترل و محدودیتی اعمال کند (تقوی، ۱۳۷۷: ۴۱). از این تا ریخ به بعد، اجرای برنامه های جمعیتی و تنظیم خانواده به وزارت بهداری محول گردید. اما در سالهای اول به علت محدودیت امکانات مالی و نیاز به مطالعات بیشتر، لزوم پی ریزی پایه های اصلی کار و از همه مهمتر عدم آشنایی مردم با برنامه های تنظیم خانواده پیشرفت های اجرائی اندک و ناچیز داشت .

اما در همین سال اقدامات لازم در زمینه تهیه طرح اجرایی برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده در برنامه چهارم عمرانی که از سال ۱۳۴۷ شروع می شد

بعمل آمد. از این تاریخ به بعد با تصویب طرح و استفاده از همه امکانات فنی و پرسنلی موجود، برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده پیشرفت های رضایت بخشی داشته و در این راه از همکاری کلیه مؤسسات بهداشتی، پزشکی و آموزشی کشور کمک برده است. وزارت بهداشت در آن موقع توانست به ۹۲/۵ درصد از هدفهای تعیین شده در طرح برنامه پنج ساله عمرانی چهارم تحقق بخشد. گرچه اجرای برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده در طی دوران جنگ ۱۳۶۷-۱۳۵۹ توقف گردید، اما روند ایجاد زمینه های فکری لازم کماکان ادامه داشت و دست اندرکاران اصلی در سازمان های ذیربط دولتی و همچنین در جامعه توجه عموم را به مشکل جمعیت جلب می کردند. در نتیجه، پس از خاتمه جنگ ادغام برنامه ریزی جمعیت در فرایند توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور بتدریج شکل گرفت (جهانفر، ۱۳۷۷: ۴۰).

## ۲-۴-۵- دوره دوم

دوره دوم سیاست تحدید موالیدو بر نامه های تنظیم خانواده در ایران، از سال ۱۳۶۸ اتخاذ و به مرحله اجرا گذاشته شده است. وقتی در سال ۱۳۶۷ نتایج سرشماری سال ۱۳۶۵ منتشر شد و میزان رشد جمعیت (به طور کلی ۳/۲ در صد و بدون احتساب معاودین عراقی و پناهندگان افغانی) اعلام شد، خطر افزایش انفجاری جمعیت و زمان دو برابر شدن آن (با نرخ ۳/۲ درصد در هر هجده سال یکبار)، متفکرین جامعه و در رأس آن دولت را به فکر اتخاذ سیاست رسمی مبنی بر کاهش موالید انداخت. در این سال (۱۳۶۸) سیاست رسمی جمهوری اسلامی مبنی بر کاهش موالید، تحت عنوان تنظیم خانواده اتخاذ و اجرای آن به وزارتخانه های "بهداشت، درمان و آموزش پزشکی"، "وزارت علوم، تحقیقات و فناوری"، "وزارت آموزش و پرورش" و سازمانهای ذیربط واگذار شد. در سال ۱۳۶۹ شورایی با نام "شورای تحدید موالید" با تصویب دولت و به ریاست وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. در سال ۱۳۷۰ با ایجاد "اداره کل

جمعیت و تنظیم خانواده "برنامه های جمعیتی گسترش یافت و در تاریخ ۲۶ اردیبهشت ۱۳۷۲" قانون تنظیم خانواده" مشتمل بر چهارده ماده و دو تبصره در مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در تاریخ دوم خرداد سال ۱۳۷۲ به تأیید شورای نگهبان رسید (جهانفر، ۱۳۷۷: ۳۴).

## فصل ششم

### ۶- یافته های تحقیق:

در این قسمت نتایج بدست آمده از تحقیق ارائه میشود. بدین ترتیب ابتدا، نتایج بدست آمده را در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه می‌شود. در سطح توصیفی با استفاده از جداول که مهمترین ابزار برای سنجش و اندازه‌گیری داده‌های یک تحقیق اجتماعی است، به توصیف متغیرها پرداخته می‌شود. در سطح استنباطی به آزمون فرضیات و تبیین متغیر وابسته بواسطه متغیرهای مستقل و معرف های آنها پاسخ داده می‌شود.

### ۱-۶- گزارش توصیفی داده ها

جدول (۱): توزیع زنان مورد مطالعه به تفکیک گروههای سنی در سال ۱۳۷۹

سن	تعداد	درصد
۱۵-۱۹	۴	۱/۶
۲۰-۲۴	۳۳	۱۳/۲
۲۵-۲۹	۸۳	۳۳/۲
۳۰-۳۴	۶۸	۲۷/۲
۳۵-۳۹	۳۷	۱۱/۸
۴۰-۴۴	۱۸	۷/۲
۴۵-۴۹	۴	۱/۶
جمع	۲۴۷	۱۰۰

مطابق ارقام موجود در جدول (۱) بیشترین تعداد افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۹-۲۵ با ۳۳/۲ درصد و کمترین تعداد افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۱۹-۱۵ و ۴۹-۴۵ با ۱/۶ درصد می باشد.

جدول (۲) توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر برحسب سواد در سال ۱۳۷۹

سواد	تعداد	درصد
بیسواد	۵۳	۲۱/۲
ابتدایی	۶۶	۲۶/۴
راهنمایی	۲۵	۱۰
متوسطه و دیپلم	۷۸	۳۱/۲
فوق دیپلم	۱۵	۶
لیسانس و بالاتر	۱۳	۵/۲
جمع	۲۵۰	۱۰۰

مطابق ارقام مندرج در جدول (۲) ۵۳ نفر از افراد مورد مطالعه را بیسوادان با ۲۱/۲ درصد و بقیه افراد را با سوادان با ۷۸/۸ درصد تشکیل می دهد. در میان باسوادان بالاترین درصد (۳۱/۲ درصد) مربوط به متوسطه و دیپلم می باشد. بنابراین با توجه به ارقام موجود در جدول فوق می توان نتیجه گرفت که اکثریت زنان مورد مطالعه از تحصیلات لازم برخوردار می باشند.



جدول (۳): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر برحسب وضعیت اشتغال

درصد	تعداد	شغل
۷۷/۲	۱۹۳	خانه دار
۲۲/۸	۵۷	شاغل
۱۰۰	۲۵۰	جمع

برطبق ارقام مندرج در جدول فوق، ۵۷ نفر شاغل (۲۲/۸ درصد) و ۱۹۳ نفر خانه دار (۷۷/۲ درصد) می باشد.

جدول (۴): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله برحسب سهولت دسترسی به وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۷۹

سهولت دسترسی به وسایل	تعداد	درصد
خیر	۳۴	۱۳/۶
بلی	۲۱۶	۸۶/۴
جمع	۲۵۰	۱۰۰

مطابق ارقام مندرج در جدول (۴) از ۲۵۰ نفر مورد مطالعه، حدود ۸۶/۴ نفر از زنان مورد مطالعه در تهیه وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری مشکلاتی نداشته و براحتی می توانند وسایل موردنیاز خود از مرکز مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی و تنظیم خانواده تهیه و تأمین کنند.

جدول (۵): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر برحسب  
 ارائه محل تهیه وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری

درصد	تعداد	محل تهیه وسایل جلوگیری
۸۴/۵	۲۱۲	مراکز بهداشتی
۵/۶	۱۴	بیمارستان دولتی
۴/۴	۱۱	داروخانه
۳/۲	۸	کلینیک خصوصی
۱/۶	۴	پزشک
۰/۴	۱	زایشگاه
۱۰۰	۲۵۰	جمع

مطابق ارقام مندرج در جدول (۵) از بین مراکز مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی و تنظیم خانواده، اکثر زنان مورد مطالعه (۸۴/۵ درصد)، برای تهیه وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند. بنابراین مراکز بهداشتی نقش مهمی در ارائه خدمات تنظیم خانواده داشته است.

جدول (۶): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر که از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری برحسب مرجع توصیه کننده استفاده می کنند.

مرجع توصیه کننده	تعداد	درصد
کارکنان مراکز بهداشتی	۱۷۳	۶۹/۲
دوستان و آشنایان	۳۸	۱۵/۲
تلویزیون	۳۲	۱۲/۸
افراد فامیل	۳۰	۱۲
پزشکان خصوصی	۱۸	۷/۲
مامای تحصیل کرده	۱۶	۶/۴
سایر	۱	۰/۴

مطابق ارقام مندرج در جدول (۶) از بین مراجع مختلف توصیه کننده به استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، کارکنان مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده نسبت به سایر مراجع توصیه کننده، بیشترین درصد (۶۹/۲ درصد) را به خود اختصاص داده است. بنابراین توصیه کارکنان مراکز بهداشتی در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری نقش مهمی دارد.

جدول (۷): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر که از وسایل جلوگیری از بارداری برحسب منابع کسب اطلاعات استفاده می‌کنند.

منابع کسب اطلاعات	تعداد	درصد
مراکز بهداشتی	۱۶۹	۶۷/۶
تلویزیون	۷۷	۳۰/۸
خویشاوندان	۲۸	۱۱/۲
دوستان	۲۶	۱۰/۴
روزنامه	۲۰	۸
پزشک	۱۹	۷/۶
داروخانه	۱	۰/۴

مطابق ارقام موجود در جدول (۷) زنان بیشتر اطلاعات را در مورد وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری را از مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده کسب می‌کردند. بعبارتی دیگری مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده بیشترین درصد (۶۷/۶) را نسبت به سایر منابع کسب اطلاعات در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری به خود اختصاص داده است. بعد از مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده، رادیو و تلویزیون با ۳۰/۸ درصد نقش مهمی در زمینه منابع کسب اطلاعات زنان از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری داشته است.

جدول (۸): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر  
برحسب استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری

درصد	تعداد	استفاده از وسایل و روشها
۸۴	۲۱۰	بلی
۱۶	۴۰	خیر
۱۰۰	۲۵۰	جمع

مطابق ارقام مندرج در جدول حدود ۸۴ درصد از زنان مورد مطالعه از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند. همچنین ۱۶ درصد از زنان مورد مطالعه از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری استفاده نمی کنند.

جدول (۹): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر برحسب نوع روش استفاده برای پیشگیری از حاملگی

درصد	تعداد	وسایل و روشها
۴۴/۴	۱۱۱	قرص
۳۴	۸۵	آی. یو. دی
۱۱/۶	۲۹	عقیم کردن زن
۶	۱۵	روش طبیعی
۵/۲	۱۳	کاندوم
۴/۸	۱۲	تزریق
۴/۴	۱۱	نورپلانت
۲	۵	عقیم کردن مرد
۲	۵	دوره اطمینان

مطابق ارقام موجود در جدول (۹) بیشترین روش مورد استفاده در سال ۱۳۷۹ در بین زنان مورد مطالعه بترتیب قرص با ۴۴/۴ درصد، آی. یو. دی ۳۴ درصد، عقیم کردن زن ۱۱/۶ درصد، روش طبیعی ۶ درصد، کاندوم ۵/۲ درصد، تزریق ۴/۸ درصد، وازکتومی ۲ درصد، و از دوره اطمینان ۲ درصد استفاده می کردند.

جدول (۱۰-۱-۶): توزیع سنی زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر برحسب استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری در سال

۱۳۷۹

شماره	توزیع		دوره نطفه‌زایی		عقب کشی		تورپلانت		کاندوم		عقیم کردن مرد		عقیم کردن زن		آی. یو. دی		فرض		وسایل سن
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱/۲	۱	-	-	۱۵-۱۹
-	-	-	-	-	-	-	۱۱/۱	۱	-	-	-	-	-	-	۱۴/۵	۱۲	۸/۹	۱۱	۲۰-۲۴
-	-	۳۳/۳	۴	۶۰	۳	۴۴/۳	۴	۶۰	۳	۴۰	۲	۲۴/۱	۷	۳۹/۸	۳۱	۳/۱	۴۲	۲۵-۲۹	
-	-	۵۸/۳	۷	۴۰	۲	۳۳/۳	۲	۴۰	۲	-	-	-	-	۲۷/۷	۲۳	۳۵	۴۰	۳۰-۳۴	
-	-	۸/۳	۱	-	۱	۱۱/۱	۱	-	-	۴۰	۲	۴۴/۸	۱۳	۱۱/۹	۱۰	۱/۶	۱۴	۳۵-۳۹	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۴۰-۴۴
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۴۵-۴۹
-	-	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۵	۱۰۰	۵	۱۰۰	۹	۱۰۰	۵	۱۰۰	۵	۱۰۰	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۱۱۹	جمع

جدول شماره (۱۰-۱-۶) توزیع سنی زنان ۱۵-۴۹ شوهردار ساکن اهر را برحسب استفاده از انواع وسایل پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۷۹ نشان می‌دهد. در این جدول آغاز استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری به آهستگی از سن ۱۹-۱۵ شروع و با بالا رفتن سن، روشهای مورد استفاده نیز افزایش پیدا می‌کند. بخصوص در مورد استفاده از آی. یو. دی و بستن لوله زن (توکومی) در بین زنان نسبت به سایر روشهای بارداری از مقبولیت بیشتری برخوردار است. در صورتی که از وازکتومی استقبال چندانی نیامده است. فقط ۵ نفر از ۲۵۰ نفر به استفاده از این روش اقدام کرده است.



جدول (۱۱-۱-۶): توزیع زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهردار ساکن شهرستان اهر  
برحسب سواد و آشنایی با وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری در سال

۱۳۷۹

تخصصیات با وسایل آشنایی	بیسواد		ابتدایی		راهتمایی		متوسطه		فوق دیپلم		لیسانس و بالاتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
قرص	۴۷	۸۸/۷	۵۸	۸۷/۹	۱۹	۷۶	۶۹	۸۸/۵	۱۵	۱۰۰	۹	۷۵
آی. یو. دی	۴۲	۸۱/۱	۵۴	۸۱/۸	۱۵	۶۰	۶۴	۸۲/۱	۱۱	۷۳	۸	۶۶
عقیم کردن زن	۲۶	۴۹/۱	۳۷	۵۶/۱	۱۲	۴۸	۲۴	۲۸/۱	۱۰	۶۶	۲	۱۶/۷
نورپلانت	۲۶	۴۹/۱	۳۱	۴۷	۵	۲۰	۲۷	۳۷/۶	۵	۳۵	۱	۸/۳
کاندوم	۲۲	۴۱/۵	۲۲	۳۳/۳	۹	۳۴	۴۸	۶۱/۵	۱۰	۶۶/۷	۵	۴۱/۷
تزریق	۲۵	۴۷/۲	۲۸	۵۷/۶	۸	۳۲	۳۷	۴۷/۱	۹	۶۰	۴	۳۳
عقیم کردن مرد	۱۸	۳۴	۲۱	۳۱/۸	۹	۳۶	۲۹	۲۸/۵	۶	۴۰	۲	۱۶/۷
دوره اطمینان	۶	۱۱/۳	۶	۹/۱	۶	۲۴	۱۸	۲۳/۱	۴	۲۶	۱	۸/۳
عقب کشی	۱۴	۲۶/۴	۱۷	۲۵/۸	۹	۳۶	۲۶	۳/۸	۱	۶/۷	۱	۸/۳
سایر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

جدول شماره (۱۱-۱-۶) توزیع زنان را در ارتباط با تحصیلات و آشنایی

با وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری نشان میدهد. مطابق ارقام مندرج در جدول (۱۱-۱-۶) با افزایش تحصیلات، آشنایی زنان با وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری نیز افزایش می یابد. در جدول (۱۱-۱-۶) بین باسوادان و بیسوادان از لحاظ آشنایی با توپکتومی، نورپلانت و آی. یو. دی اختلاف زیادی وجود دارد.

## ۲-۶ گزارش استنباطی داده ها

- فرضیه اول

رابطه بین متغیر تحصیلات زنان و استفاده از با وسایل و روشهای

پیشگیری از بارداری بر اساس جداول متقاطع

جدول (۱-۱۲) رابطه بین تحصیلات و استفاده از قرص

تحصیلات استفاده از وسایل (قرص)	ابتدائی	راهنمائی	متوسطه	فوق دیپلم و بالتر	کل (ردیف)
بلی	۲۷	۱۶	۳۲	۱۶	۹۱
	(۴۰/۹)	۶۴	۴۱	۵۹/۲	۴۶
خیر	۳۹	۹	۴۶	۱۱	۱۰۶
	۵۹/۱	۳۶	۵۹	۴۰/۷	۵۴
کل (ستون)	۶۶	۲۵	۷۸	۲۷	۱۹۷
	۲۸/۳	۱۵	۴۸/۱	۱۷/۲	۱۰۰

مربع کای<sup>۱۸</sup>: ۱۵/۹۲۱۳۳ درجه آزادی<sup>۱۹</sup>: ۵ سطح معنی داری<sup>۲۰</sup>: ۰/۰۰۷۰۷

بر اساس ارقام مندرج در جدول (۱-۱۲) تحصیلات زنان در سطح

ابتدائی ۴۰/۹ درصد، راهنمائی ۶۴ درصد، متوسط ۴۱ درصد، فوق دیپلم ۳۳/۳،

لیسانس و بالاتر از آن ۹۱/۷ درصد، در استفاده از قرص تأثیر داشته است.

<sup>18</sup> - chi-square

<sup>19</sup> -df

<sup>20</sup> - significance

جدول (۱۲-۲) رابطه بین تحصیلات زنان و استفاده از کاندوم

تحصیلات استفاده از وسایل (کاندوم)	ابتدائی	راهنمائی	متوسطه	فوق دیپلم و بالتر	کمال (ردیف)
بلی	۱	۱	۱۰	۱	۱۳
	۳	۴	۱۲/۸	۶/۷	
خیر	۶۴	۲۴	۶۸	۲۶	۱۸۳
	۹۷	۹۶	۸۷/۲	۹۳/۳	
کل (ستون)	۶۶	۲۵	۷۸	۲۷	۱۹۶
	۲۸/۳	۱۵	۴۸/۱	۱۴/۹	۱۰۰

مربع کای<sup>۲۱</sup>: ۱۴/۷۶۱ درجه آزادی<sup>۲۲</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۲۳</sup>: ۰/۰۱۱۴۲

جدول (۱۲-۳) رابطه بین تحصیلات زنان و استفاده از نورپلانت

تحصیلات استفاده از وسایل (نورپلانت)	ابتدائی	راهنمائی	متوسطه	فوق دیپلم و بالتر	کمال (ردیف)
بلی	۵	۲	۱	۴	۱۱
	۹/۱	۱/۳	۱/۳	۱۳/۳	
خیر	۶۰	۲۵	۷۷	۲۶	۱۸۵
	۹۰/۹	۱۰۰	۹۸/۷	۸۶/۷	
کل (ستون)	۶۶	۲۵	۷۸	۳۰	۱۹۶
	۲۸/۳	۱۵	۴۸/۱	۲۰	

مربع کای<sup>۲۴</sup>: ۱۵/۹۲۲ درجه آزادی<sup>۲۵</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۲۶</sup>: ۰/۰۰۷۰۷

<sup>21</sup> - chi-square

<sup>22</sup> - df

<sup>23</sup> - significance

<sup>24</sup> - chi-square

<sup>25</sup> - df

<sup>26</sup> - significance

در جدول (۱۲-۲) تحصیلات زنان در سطح ابتدائی ۲ درصد، متوسطه ۱۲/۸ درصد، فوق دیپلم ۱/۶ درصد، در استفاده از کاندوم تأثیر داشته است.

بر طبق ارقام مندرج در جدول (۱۲-۳) تحصیلات زنان در سطح ابتدائی ۹۱/۱ درصد، دیپلم ۱/۳ درصد، فوق دیپلم ۱۳/۳ درصد، و لیسانس و بالاتر از آن ۱۶/۷ درصد در استفاده از نورپلانت تأثیر داشته است.

با توجه به سطح معنی داری در جداول فوق، می توان ادعا کرد که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین تحصیلات زنان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری ( قرص، کاندوم، عقیم کردن زن) رابطه معنی دار وجود دارد.

- فرضیه دوم

رابطه بین متغیر اشتغال زنان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری

جدول (۱-۱۳) رابطه بین اشتغال زنان و استفاده از عقیم کردن زن

کل (ردیف)	خیر	بلی	اشتغال زنان استفاده از وسایل (عقیم کردن زن)
۲۹	۲	۲۷	بلی
۱۱/۶	۴۰	۱۱	
۲۲۱	۳	۲۱۸	خیر
۸۸/۴	۶۰	۸۹	
۲۵۰	۵	۲۴۵	کل (ستون)
۱۰۰	۱/۲	۹۸/۸	

مربع کای<sup>۲۷</sup>: ۴/۰۱۳۰ درجه آزادی<sup>۲۸</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۲۹</sup>: ۰/۰۴۵۱۵  
 براساس ارقام مندرج در جدول (۱-۱۳) اشتغال زنان در استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری (عقیم کردن زن) ۱۱ درصد تأثیر داشته است.

<sup>27</sup> - chi-square

<sup>28</sup> - df

<sup>29</sup> - significance

جدول (۲-۱۳) رابطه بین اشتغال زنان و استفاده از قرص

کل (ردیف)	خیر	بلی	اشتغال زنان استفاده از قرص
۱۱۶	۲	۱۱۴	بلی
۵۴/۱	۵۴	۴۷/۲	
۱۳۴	۳	۱۳۱	خیر
۵۵/۹	۵۶	۵۲/۸	
۲۵۰	۵	۲۴۵	کل (ستون)
۱۰۰	۱/۲	۹۸/۸	

مربع کای<sup>۳۰</sup>: ۴/۲۷۶۷ درجه آزادی<sup>۳۱</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۳۲</sup>: ۰/۰۲۸۶۴  
 در جدول (۲-۱۳) اشتغال زنان در استفاده از وسایل جلوگیری (قرص) ۴۷/۲ درصد تأثیر داشته است.

با توجه به رابطه معنی دار بودن در جدول فوق می توان گفت که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین وضعیت اشتغال زنان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (عقیم کردن زن، قرص) رابطه معنی داری وجود دارد.

<sup>30</sup> - chi-square

<sup>31</sup> -df

<sup>32</sup> - significance

- فرضیه سوم

رابطه بین متغیر سهولت دسترسی به وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری و استفاده از آن براساس جدول متقاطع جدول (۱-۱۴) رابطه بین سهولت دسترسی به وسایل و استفاده از قرص

سهولت دسترسی به وسایل	بلی	خیر	کل (ردیف)
استفاده از وسایل (قرص)	بلی	۹۳	۱۱۴
	۶۱/۸	۴۳/۱	۴۵/۶
خیر	۱۳	۱۲۳	۱۳۶
	۳۸/۲	۵۶/۹	۵۴/۴
کل (ستون)	۳۴	۲۱۶	۲۵۰
	۱۹/۶	۸۰/۴	۱۰۰

مربع کای<sup>۳۳</sup>: ۴/۱۴۵۱ درجه آزادی<sup>۳۴</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۳۵</sup>: ۰/۰۴۱۷۵

مطابق ارقام مندرج در جدول (۱-۱۴) ۶۱/۸ درصد از افراد در دسترسی به وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص) مشکلاتی نداشته‌اند.

<sup>33</sup> - chi-square

<sup>34</sup> -df

<sup>35</sup> - significance

جدول (۲-۱۴) رابطه بین سهولت دسترسی به وسایل استفاده از (نورپلانت)

سهولت دسترسی به وسایل استفاده از وسایل (نورپلانت)	بلی	خیر	کل (ردیف)
بلی	۶	۵	۱۱
	۱۷/۶	۲/۳	۴/۴
خیر	۸	۲۱۱	۲۳۹
	۸۲/۴	۹۷/۷	۹۵/۶
کل (ستون)	۳۴	۲۱۶	۲۵۰
	۱۹/۶	۸۰/۴	۱۰۰

مربع کای<sup>۳۶</sup>: ۱۶/۴۱۶ درجه آزادی<sup>۳۷</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۳۸</sup>: ۰/۰۰۰۰۵.  
 مطابق ارقام مندرج در جدول (۲-۱۴)، سهولت دسترسی به وسایل و روشهای جلوگیری، ۱۷/۶ درصد در استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری (نورپلانت) تأثیر داشته است.

با توجه به رابطه معنی دار بودن در جدول فوق می توان گفت که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین سهولت دسترسی به وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری و استفاده از آن (عقیم کردن زن، نورپلانت) رابطه معنی دار وجود دارد.

<sup>36</sup> - chi-square

<sup>37</sup> - df

<sup>38</sup> - significance



- فرضیه چهارم

رابطه بین متغیر استفاده از تلویزیون و رادیو و وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری بر اساس جدول متقاطع جدول ۱۵: رابطه بین استفاده از تلویزیون و رادیو و استفاده از آی. یو. دی

کل (ردیف)	خیر	بلی	تلویزیون و رادیو استفاده از وسایل (آی. یو. دی)
۸۵	۶۷	۱۸	بلی
۳۴	۳۸/۷	۲۳/۴	
۱۶۵	۱۰۶	۵۹	خیر
۶۶	۶۱/۳	۷۶/۶	
۲۵۰	۱۷۳	۷۷	کل (ستون)
۱۰۰	۶۹/۲	۳۰/۸	

مربع کای<sup>۳۹</sup>: ۵/۵۹۶۱ درجه آزادی<sup>۴۰</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۴۱</sup>: ۰/۰۱۸۰۰  
بر اساس ارقام مندرج در جدول فوق، تلویزیون و رادیو در استفاده افراد از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (آی. یو. دی)، ۲۳/۴ درصد تأثیر داشته است. حدود ۶۱/۳ درصد افراد در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از تلویزیون و رادیو متأثر نشده اند. به عبارتی دیگر این تعداد افراد از تلویزیون و رادیو و از آی. یو. دی استفاده نکرده اند.

با توجه به رابطه معنی دار بودن در جدول فوق، می توان گفت که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین استفاده از تلویزیون و رادیو و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (آی. یو. دی) رابطه معنی دار وجود دارد.

<sup>39</sup> - chi-square

<sup>40</sup> - df

<sup>41</sup> - significance

- فرضیه پنجم

رابطه بین متغیر شناخت کامل از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری و استفاده از آن بر اساس جداول متقاطع جدول (۱-۱۶): رابطه بین شناخت کامل از وسایل و روشهای جلوگیری و استفاده از (قرص)

کل (ردیف)	خیر	بلی	شناخت کامل از وسایل استفاده از وسایل (قرص)
۱۱۴	۱۰۴	۱۰	بلی
۴۵/۶	۱۸/۸	۲۷	
۱۳۶	۱۰۹	۲۷	خیر
۵۴/۴	۵۱/۲	۷۳	
۲۵۰	۲۱۳	۳۷	کل (ستون)
۱۰۰	۸۵/۲	۱۴/۸	

مربع کای<sup>۴۲</sup>: ۶/۰۳۸۹ درجه آزادی<sup>۴۳</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۴۴</sup>: ۰/۰۱۳۹۹. براساس ارقام مندرج در جدول (۱-۱۶) شناخت کامل از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص)، ۲۷ درصد تأثیر داشته است. حدود ۵۱/۲ درصد افراد در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از شناخت کامل برخوردار نبودند.

<sup>42</sup> - chi-square

<sup>43</sup> - df

<sup>44</sup> - significance

جدول (۲-۱۶): رابطه بین شناخت کامل از وسایل و استفاده از (عقیم کردن زن)

کل (ردیف)	خیر	بلی	شناخت کامل از وسایل
			استفاده از وسایل (عقیم کردن زن)
۲۹	۲۱	۸	بلی
۱۱/۶	۹/۹	۲۱/۶	
۲۲۱	۱۹۲	۲۹	خیر
۸۸/۴	۹۰/۱	۷۸/۴	
۲۵۰	۲۱۳	۳۷	کل (ستون)
۱۰۰	۸۵/۲	۱۴/۸	

مربع کای<sup>۳۵</sup>: ۴/۲۵۳۳ درجه آزادی<sup>۳۶</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۳۷</sup>: ۰/۰۳۹۱۷

جدول (۳-۱۶): رابطه بین متغیر شناخت کامل از وسایل و استفاده از (عزل)

کل (ردیف)	خیر	بلی	شناخت کامل از وسایل
			استفاده از وسایل (عزل)
۱۵	۹	۶	بلی
۶	۴/۲	۱۶/۲	
۲۳۵	۲۰۴	۳۱	خیر
۹۴	۹۵/۸	۸۲/۸	
۲۵۰	۲۱۳	۳۷	کل (ستون)
۱۰۰	۸۵/۲	۱۴/۸	

مربع کای<sup>۳۸</sup>: ۰/۰۳۶۴ درجه آزادی<sup>۳۹</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۴۰</sup>: ۰/۰۰۴۵

<sup>45</sup> - chi-square

<sup>46</sup> - df

<sup>47</sup> - significance

<sup>48</sup> - chi-square

<sup>49</sup> - df

در جدول (۲-۱۶) شناخت کامل از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری در استفاده از آن (عقیم کردن زن) ۲۱/۶ درصد تأثیر داشته است. حدود ۹۰/۱ درصد افراد از شناخت کامل در مورد وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (عقیم کردن زن) و استفاده از آن آگاهی نداشتند.

بر اساس جدول (۳-۱۶) شناخت کامل از وسایل پیشگیری و استفاده از (عقب کشی) ۱۶/۲ درصد تأثیر داشته است.

بنابراین با توجه به رابطه معنی دار بودن در جدول فوق، می توان گفت که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. بعبارتی دیگر بین شناخت کامل از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری و استفاده از آن (قرص، عقیم کردن زن، عزل) رابطه معنی دار وجود دارد.

- فرضیه ششم

رابطه بین متغیر توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری براساس جدول متقاطع جدول (۱-۱۷): رابطه بین توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از آی. یو. دی

کل (ردیف)	خیر	بلی	توصیه دوستان و آشنایان استفاده از وسایل و روشها (آی. یو. دی)
			بلی
۸۵	۸۰	۵	
۳۴	۳۷/۷	۱۳/۲	
			خیر
۱۶۵	۱۳۳	۳۳	
۶۶	۶۲/۳	۸۶/۸	
			کل (ستون)
۲۵۰	۲۱۲	۳۸	
۱۰۰	۸۴/۲	۱۵/۲	

مربع کای<sup>۵۱</sup>: ۸/۶۷۴۵ درجه آزادی<sup>۵۲</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۵۳</sup>: ۰/۰۰۳۲۳

براساس ارقام مندرج در جدول (۱-۱۷) توصیه دوستان و آشنایان در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص) ۶۰/۵ درصد تأثیر داشته است.

<sup>51</sup> - chi-square

<sup>52</sup> - df

<sup>53</sup> - significance

جدول (۱۷-۲) رابطه توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از قرص

کل (ردیف)	خیر	بلی	توصیه دوستان و آشنایان استفاده از وسایل (قرص)
۱۱۴	۹۱	۲۳	بلی
۴۵/۶	۴۱/۹	۶۰/۵	
۱۳۸	۱۲۱	۱۵	خیر
۵۴/۴	۵۷/۱	۳۹/۵	
۲۵۰	۲۱۲	۳۸	کل (ستون)
۱۰۰	۸۴/۸	۱۵/۲	

مربع کای<sup>۵۳</sup>: ۴/۰۲۴۶۶ درجه آزادی<sup>۵۵</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۵۶</sup>: ۰/۰۴۴۸۴.  
 براساس ارقام مندرج در جدول (۱۷-۲) توصیه دوستان و آشنایان در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص) ۱۳/۲ تأثیر داشته است. حدود ۶۲/۲ درصد افراد در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از توصیه دوستان و آشنایان متأثر شده اند. به عبارتی دیگر این تعداد افراد از توصیه دوستان و آشنایان و از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (آی.یو.دی) استفاده نکرده اند.

بنابراین با توجه به سطح معنی داری در جداول (۱۷-۲) می توان گفت که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین توصیه دوستان و آشنایان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری رابطه معنی دار وجود دارد.

<sup>54</sup> - chi-square

<sup>55</sup> - df

<sup>56</sup> - significance

- فرضیه هفتم

رابطه بین متغیر کسب اطلاع در مورد وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از مراکز بهداشتی و استفاده از آن بر اساس جدول متقاطع جدول (۱۸): رابطه بین کسب اطلاع در مورد وسایل و استفاده از قرص

کل (ردیف)	خیر	بلی	کسب اطلاع در مورد وسایل استفاده از وسایل (قرص)
۱۳۹	۳۲	۱۰۷	بلی
۵۵/۶	۷۴/۴	۵۱/۷	
۱۱۱	۱۱	۱۰۰	خیر
۴۴/۴	۲۵/۶	۴۸/۳	
۲۵۰	۴۴	۲۰۷	کل (ستون)
۱۰۰	۱۷/۲	۸۲/۸	

مربع کای<sup>۵۷</sup>: ۷/۴۴۹۹ درجه آزادی<sup>۵۸</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۵۹</sup>: ۰/۰۰۶۳۴ مطابق ارقام مندرج در جدول (۱۸) حدود ۵۱/۷ درصد از زنان مورد مطالعه اطلاعات خود را در مورد استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از مراکز بهداشتی کسب می کردند. حدود ۲۵/۶ درصد زنان اطلاعاتشان در مورد استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از طرف مراکز بهداشتی کسب نمی کردند و همچنین از قرص بعنوان وسیله پیشگیری از بارداری استفاده نمی کردند.

با توجه به رابطه معنی داری در جدول فوق، می توان گفت که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین کسب اطلاع در

<sup>57</sup> - chi-square

<sup>58</sup> - df

<sup>59</sup> - significance

مورد وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از طرف مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده و استفاده از آن (قرص) رابطه معنی دار وجود دارد.

### - فرضیه هشتم

جدول (۱۹): رابطه بین متغیر توصیه خویشاوندان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری بر اساس جدول متقاطع

کل (ردیف)	خیر	بلی	توصیه و خویشاوندان استفاده از وسایل (قرص)
۱۳۹	۱۱۷	۲۲	بلی
۵۵/۶	۵۳/۲	۷۳/۳	
۱۱۱	۱۰۳	۸	خیر
۴۴/۴	۴۶/۸	۲۶/۷	
۲۵۰	۲۲۰	۳۰	کل (ستون)
۱۰۰	۸۸	۱۲	

مربع کای<sup>۶۰</sup>: ۴/۳۴۲۷ درجه آزادی<sup>۶۱</sup>: ۱ سطح معنی داری<sup>۶۲</sup>: ۰/۰۳۷۱۷

بر اساس ارقام مندرج در جدول (۱۹)، توصیه خویشاوندان در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص)، ۷۳/۳ درصد تأثیر داشته است. حدود ۲۶/۷ درصد از افراد در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری (قرص) از توصیه خویشاوندان متأثر نشده اند.

با توجه به رابطه معنی دار بودن در جدول فوق می توان ادعا کرد که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. بعبارتی دیگر بین

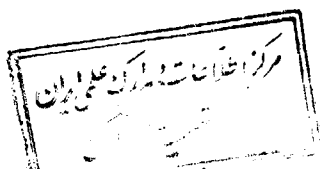
<sup>60</sup> - chi - square

<sup>61</sup> - df

<sup>62</sup> - significance



توصیه خویشاوندان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری  
رابطه معنی دار وجود دارد.



- فرضیه نهم

جدول (۲۰): رابطه بین متغیر ترجیح جنسی و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری براساس رگرسیون لجستیک

وسایل	سطح معنی داری <sup>۶۳</sup>	۲- لگاریتم احتمالی <sup>۶۴</sup>	بتا <sup>۶۵</sup>	خطای استاندارد <sup>۶۶</sup>
قرص	۰/۰۰۰۹	۳۳۷/۴۲۸	-۰/۶۵۹۶	۰/۲۵۲۴
عقیم کردن زن	۰/۰۱۳۷	۱۷۳/۳۶۵	-۰/۹۲۷۷	۰/۳۷۶۴
نورپلانت	۰/۰۲۳۸	۸۵/۸۳۵	۱/۳۳۰۵	۰/۵۸۸۸

با توجه به رابطه معنی دار بودن درجدول فوق، می توان ادعا کرد که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین ترجیح جنسی و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری رابطه معنی دار وجود دارد.

<sup>63</sup> - singificance

<sup>64</sup> - 2 Log likelihood

<sup>65</sup> - B

<sup>66</sup> - S.E

## فرضیه دهم

جدول (۲۱): رابطه بین متغیر سن زنان و استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری براساس رگرسیون لجستیک

خطای استاندارد <sup>۷۰</sup>	بتا <sup>۶۹</sup>	۲- لگاریتم تشابه <sup>۶۸</sup>	سطح معنی داری <sup>۶۷</sup>	وسایل
۰/۰۰۶۶	-۰/۰۰۲۶	۳۴۱/۴۵۱	۰/۶۸۹۳	قرص
۰/۰۰۲۲	-۰/۰۰۱۸	۳۱۶/۵۹۲	۰/۳۶۲۳	آی. یو. دی
۰/۰۰۴۷	-۰/۰۰۳۶	۷۷/۴۵۷	۰/۴۴۸۰	نورپلانت
۰/۰۰۲۰	۰/۰۰۰۷	۱۷۹/۱۷۸	۰/۷۱۲۵	عقیم کردن زن
۰/۰۵۶۳	۰/۰۹۹۲	۹۸/۴۱۹	۰/۰۷۸۱	کاندوم

با توجه به عدم رابطه معنی دار در جدول (۲۱)، می توان ادعا کرد که دلایل کافی برای قبول فرضیه صفر و رد فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین سن زنان و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری رابطه معنی دار وجود ندارد.

<sup>67</sup> - singificance

<sup>68</sup> - 2 Log likelihood

<sup>69</sup> - B

<sup>70</sup> - S.E

## فرضیه یازدهم

جدول (۲۲): رابطه بین متغیر درآمد و استفاده از وسایل و روش‌های پیشگیری از بارداری براساس رگرسیون لجستیک

خطای استاندارد <sup>۷۴</sup>	بتا <sup>۷۳</sup>	قابلیت احتمال <sup>۷۲</sup>	سطح معنی داری <sup>۷۱</sup>	وسایل
۳/۴۶۸	۲/۰۱۴	۳۲۰/۱۳۳	۰/۵۳۷۹	آی. یو. دی
۴/۶۶۰	-۵/۳۰۶	۱۷۸/۱۹۶	۰/۲۵۳۶	عقیم کردن زن
۶/۸۸۴	-۷/۳۰۶	۸۹/۱۹۴	۰/۲۸۹۸	نورپلانت
۳/۲۴۲	۴/۰۲۰	۳۴۴/۶۲۰	۰/۹۰۱۴	قرص
۶/۸۶۰	-۳/۰۰۶	۱۰۱/۹۹۶	۰/۶۶۱۱	کاندوم
۶/۶۵۹	-۶/۹۰۶	۹۵/۳۰۱	۰/۳۰۱۱	تزریق

با توجه به عدم رابطه معنی دار بودن در جدول فوق، می توان ادعا کرد که دلایل کافی برای قبول فرضیه صفر و رد فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین درآمد و استفاده از وسایل و روش‌های پیشگیری از بارداری رابطه معنی دار وجود ندارد.

<sup>71</sup> - singificance

<sup>72</sup> - 2 Log likelihood

<sup>73</sup> - B

<sup>74</sup> - S.E

- فرضیه دوازدهم

جدول (۲۳) رابطه بین متغیر تعداد فرزندان خانواده و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری بر اساس رگرسیون لجستیک

وسایل	سطح معنی داری <sup>۷۵</sup>	۲- لگاریتم تشابه <sup>۷۶</sup>	بتا <sup>۷۷</sup>	خطای استاندارد <sup>۷۸</sup>
قرص	۰/۰۳۸۰	۱۷۰/۰۶۲	-۱/۱۰۴۱	۰/۵۳۲۲
عقیم کردن زن	۰/۰۰۰۰	۳۰۱/۹۳۷	-۱/۳۰۵۱	۰/۲۸۵۵
نورپلانت	۰/۰۰۰۶	۳۰۶/۷۹۱	-۱/۸۴۸۸	۵۹/۲۴

با توجه به رابطه معنی دار بودن در جدول فوق، می توان ادعا کرد که دلایل کافی برای رد فرضیه صفر و قبول فرضیه اصلی داریم. به عبارتی دیگر بین تعداد فرزندان خانواده و استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری رابطه معنی دار وجود دارد.

<sup>75</sup> - significance

<sup>76</sup> - 2 Log likelihood

<sup>77</sup> - B

<sup>78</sup> - S. E

## فصل هفتم

### ۷ - نتیجه گیری، محدودیتها و پیشنهادات

#### ۷-۱- بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر به منظور بررسی عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری و کاهش باروری در شهرستان اهر صورت گرفت. پس از بیان اهمیت موضوع تحقیق، به بررسی پیشینه تحقیق در دو بخش، تحقیقات و مطالعات داخلی و خارجی پرداخته شد. در فصل سوم چارچوب نظری تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به تحقیقات انجام شده و نظریات انتخاب شده، دوازده (۱۲) متغیر مستقل در قالب فرضیه هایی مطرح شد و بعد از تعریف عملیاتی به صورت سؤالیهای در قالب پرسشنامه بین ۲۵۰ نفر از زنان شوهردار ساکن اهر که در گروههای سنی ۴۹-۱۵ ساله قرار داشتند، توزیع گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از جداول توزیع فراوانی، جداول متقاطع و رگرسیون لجستیک، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، و در نهایت ۱۰ فرضیه تأیید و ۲ فرضیه رد گردید و نتایج حاصله بشرح زیر است.

۱- با توجه به اینکه میانگین سنی خانمهای استفاده کننده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری که در تحقیق فوق مورد نمونه گیری قرار گرفتند، سی سال (۳۰) بود. حدود ۴۴/۴ درصد پاسخگویان از قرص، ۳۴ درصد آی.یو.دی، ۱۱/۶ درصد روش طبیعی، ۵/۲ درصد کاندوم، ۴/۸ درصد نورپلانت، ۲ درصد دوره اطمینان، و ۲ درصد از روش وازکتومی استفاده می نمودند. علت اینکه در بین وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، قرص بیشترین درصد (۴۴/۴) را به خود اختصاص داده، شاید ناشی از سهولت دسترسی و مصرف

آن باشد و یا اینکه اجبار زنان (حتی آموزش بیشتر زنان در مقایسه با مردان) باعث مصرف آن گردد. همچنین سودمند بودن قرص نسبت به سایر وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری باشد. گری بیکر واضح نظریه تقاضا معتقد است که افراد عقلایی، کالایی هایی را برای مصرف بر می گزینند که بیشترین سودمندی و رضایت را به آنها عطا کند. همچنین هومنز در "قضیه ارزش" معتقد است که نتیجه یک کنش برای فرد، هر اندازه پرارزش باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که او این کنش را تکرار نماید.

۲- منبع کسب اطلاعات در مورد استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری بترتیب عبارتند از: مراکز بهداشت و تنظیم خانواده با ۶۷/۶ درصد، ۳۰/۸ درصد رادیو و تلویزیون، ۱۱/۲ درصد خویشاوندان، ۱۰/۴ درصد دوستان و آشنایان، ۸ درصد روزنامه، ۷/۶ درصد پزشکان خصوصی، و ۰/۴ درصد داروخانه بوده است. از بین منابع کسب اطلاعات در مورد وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده، بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است. بنابراین مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده در شهرستان اهر با فراهم کردن اطلاعات و تسهیلات در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری و ارائه خدمات تنظیم خانواده نسبت به سایر مراکز از فعالیت چشمگیری در این زمینه برخوردار است.

گری بیکر معتقد است در جامعه ایکه دسترسی به دانش و تسهیلات در زمینه تنظیم خانواده و وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری کاملاً برابر باشد، در نتیجه بعد خانوار کمتر می باشد.

۳- علت انتخاب وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، در بین زنان مورد مطالعه بترتیب عبارتند از: توصیه کارکنان و بهورزان مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده با ۶۹/۲ درصد، توصیه دوستان و آشنایان ۱۵/۲ درصد، رادیو و تلویزیون ۱۲/۸ درصد، افراد فامیل ۱۲ درصد، پزشکان خصوصی ۷/۲ درصد، و ماماهاى تحصیل کرده ۶/۴ درصد بوده است. بنابراین کارکنان و بهورزان مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده در توصیه وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری نسبت به سایر مراجع توصیه کننده بیشترین درصد (۶۹/۲) را به خود

اختصاص داده که این امر ناشی از این هست دانش و تسهیلات در زمینه بهداشت و تنظیم خانواده در این مراکز متمرکز شده است. امرسون در نظریه مبادله معتقد است کسانی که از رویدادها نفع می‌برند، گرایش به کش معقول در جهت وقوع آن دارند.

۴- در زمینه تهیه وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری نتایج نشان داد که اکثر زنان وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری را از مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده (۸۴/۵ درصد) تهیه و تأمین می‌کند. علت اش این هست که اولاً مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده وسایل مورد نیاز زنان را در زمینه تنظیم خانواده به صورت رایگان ارائه می‌دهد و ثانیاً زنان در تهیه وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری از این مراکز مشکلاتی از قبیل خجالتی، عدم دسترسی و نظایر آن را ندارند و هم اینکه انواع وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری به راحتی در این مراکز یافت می‌شود. امرسون در نظریه مبادله معتقد است که هرچه یک موقعیت "منابع چندگانه" برای یک شخص فراهم نماید، وابستگی شخص به آن موقعیت بیشتر خواهد شد.

۵- در زمینه اشتغال زنان و رابطه آن با وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، ۷۷/۲ درصد پاسخگویان خانه دار و ۲۲/۸ درصد شاغل بودند. در بین زنان شاغل استفاده از عقیم کردن زن رابطه معنی داری نسبت به سایر وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری نشان می‌دهد. این امر ناشی از این هست که استفاده از عقیم کردن (توبکتومی) به عنوان یک روش مطمئن و بدون داشتن عوارض جانبی و داشتن سودمندی نسبت به سایر روشها باعث مصرف آن در بین زنان شاغل می‌گردد. گری بیگر در نظریه تقاضا معتقد است که زنان در جوامع امروزی به خاطر کسب پایگاه اجتماعی و استقلال اقتصادی سعی می‌کند به اشتغال روی بیاورند.

۶- یکی از نتایج پژوهش حاضر این هست که در گروه سنی (۲۵-۲۹) استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری نسبت به سایر گروههای سنی بیشتر بوده است. همچنین در این گروه سنی استفاده از قرص و آی. یو.دی بیشترین درصد را (بترتیب ۳۶/۱ و ۳۹/۸) نسبت به سایر گروههای



سنی به خود اختصاص داده است.

علت اش شاید این باشد که زنان اولاً به تعداد فرزندهای مورد مطلوب و دلخواه خود رسیده اند و ثانیاً آگاهی آنها در زمینه بهداشت و تنظیم خانواده بالا رفته و هم اینکه سودمند بودن این وسایل نسبت به سایر روشهای جلوگیری باعث افزایش مصرف آن می گردد. لبن اشتاین در نظریه اقتصادی باروری معتقد است که تعداد تولدهای مورد آرزوی مردم بر اساس محاسباتی که انجام می دهند، تعیین می شود.

۷- از نتایج دیگر پژوهش حاضر این هست که درآمد خانواده نقش مهمی در استفاده از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری ندارد. علت این امر ناشی از این است که وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری از طرف مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده به صورت رایگان در اختیار زنان قرار می گیرد.

۸- از نتایج دیگر پژوهش حاضر این است که بین تعداد فرزندان خانواده در استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری رابطه وجود دارد. تعداد فرزندان خانواده در بین وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، رابطه معنی داری قوی با عقیم کردن زن (توبکتومی) دارد. بدین ترتیب که با افزایش تعداد فرزندان خانواده، استفاده از روشهای دائمی وسایل و روشهای جلوگیری افزایش می یابد. کادرویل معتقد است که جریان ثروت از نسل سالمندتر به کودکان علت اصلی کاهش باروری می باشد.

۹- در مقایسه نتایج این تحقیق با مطالعات و تحقیقات قبلی باید یادآور شوم استفاده از قرص نسبت تحقیقات قبلی افزایش چندانی نیافته و در مقابل استفاده از آی. یو. دی افزایش یافته است. دیگر اینکه در تحقیقات قبلی استفاده از رسانه های جمعی تأثیر چندانی بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری نداشته است. در این تحقیق رسانه های جمعی (تلویزیون، رادیو، مجله) بعد از مراکز بهداشتی عامل مهمی در زمینه منبع کسب اطلاعات در مورد وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری بوده است. علت این امر ارائه برنامه های تنظیم خانواده از طریق رسانه های جمعی و استفاده گسترده زنان از رسانه های جمعی می باشد. از تفاوت دیگر این یافته های این تحقیق با مطالعات قبلی این

است که در مطالعات قبلی اکثر زنان شاغل از روش طبیعی یا منقطع استفاده می‌کردند. در این تحقیق استفاده از عقیم کردن زن (توبکتومی) نسبت به سایر مطالعات افزایش یافته است. همچنین در این تحقیق درصد زنان استفاده‌کنندگان از وسایل و روشهای جلوگیری نسبت به سایر مطالعات بیشتر شده است.

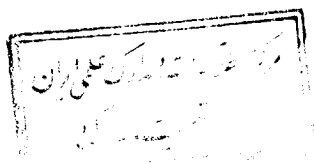
## ۷-۲- موانع و مشکلات تحقیق:

۱- انجام مطالعات اجتماعی و جمعیتی مستلزم اطلاعات دقیق و صحیح پیرامون موضوعات اجتماعی و جمعیتی است. از آنجائیکه در بعضی از کشورهای جهان (بویژه در کشورهای جهان سوم) اطلاعات جمعیتی و اجتماعی بطور دقیق و صحیح ثبت نمی‌شود. به همین دلیل اطلاعات ثبت شده، زمینه مناسبی را برای تحقیقات اجتماعی و جمعیتی فراهم نمی‌کند. بنابراین یکی از مشکلات پژوهش حاضر عدم وجود اطلاعات دقیق و کافی در ارتباط با زنان مصرف‌کننده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری می‌باشد، که به طور ناقص در مراکز بهداشتی ثبت شده بود. این مشکل با مراجعه مکرر به مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده تا حدودی برطرف گردید.

۲- یکی از موانع و مشکلات این تحقیق مسأله تأمین هزینه مالی بود. از آنجائیکه انجام تحقیقات صحیح و دقیق اجتماعی و جمعیتی و هر تحقیق دیگر نیاز به تأمین منابع مادی (پول و سایر امکانات) دارد. لذا علیرغم مشکلات مالی، توانسته‌ام انجام رساله حاضر را به نحو صحیح و دقیق به انجام برسانم.

۳- با توجه به اینکه فرهنگ تحقیق و مطالعه در مسائل اجتماعی، جمعیتی و سایر مطالعات، اغلب برای مسئولین سازمانها و اداره جات نهادینه نشده است. لذا عدم همکاری مسئولین سازمانها و اداره جات با محقق یکی از مشکلات اساسی پژوهش حاضر بود. این مشکل با تلاش مستمر و مراجعه مکرر و صرف وقت زیاد تا حدودی برطرف گردید.

۳- یکی از موانع مهمی که در طی انجام تحقیق با آن مواجه بودم، مسأله جلب اعتماد پاسخگویان بود. از آنجائیکه اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به



نحوی بود که سر، از مسائل شخصی و خانوادگی در می‌آورد. لذا بعضی از خانواده‌ها بنا به مسائل شخصیتی و خانوادگی و سری بودن اطلاعات از پاسخ دادن به سؤالات خودداری می‌نمودند. این مسأله با توجیه قبلی محقق به پرسشگران و بهورزانی که بعنوان پرسشگر با محقق همکاری می‌کردند، تا حدودی حل گردید.

۴- یکی از مشکلات اساسی و مهم تحقیق حاضر این بود که منابع داخلی و خارجی به راحتی در دسترس نبود، که بتوان با مراجعه به آنها به نحو مطلوب تری استفاده لازم را بنمایم. در خصوص منابع خارجی علیرغم استفاده از شبکه جهانی اینترنت که در آن هم در بعضی از موارد مقالات و منابع به حد کافی در رابطه با موضوع تحقیق وجود نداشت. از طرف دیگر مقالات موجود در رابطه با موضوع تحقیق در نشریات متفاوت و سازمانها و اداره جات مختلف بطور پراکنده و نامنظم یافت می‌شد، که خود بر مشکلات و موانع تحقیق می‌افزود. این مشکل باصرف وقت زیاد و مراجعه مکرر به سازمانها و نشریات مربوطه تا حدود زیادی برطرف گردید. در مورد منابع داخلی چنانچه تحقیقی یا مقاله‌ای در رابطه با موضوع مورد تحقیق انجام گرفته باشد، آنقدر پراکنده و نامنظم بوسیله سازمانها داخلی در مجلات مختلف به چاپ رسیده، که دسترسی به اکثر آنها غیر ممکن و تا حدودی مشکل بود. این مشکل با تلاش مستمر و مراجعه به کتابخانه‌های مختلف تا حدودی برطرف گردید.

### ۳-۷- پیشنهادات:

۱- فعال نمودن رسانه های جمعی (رادیو، تلویزیون، روزنامه و ...) جهت ترغیب و تشویق و آموزش زنان برای استفاده صحیح از برنامه های تنظیم خانواده و وسایل و همچنین استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری.

۲- از آنجائیکه بیشترین اطلاعات کسب شده در مورد تنظیم خانواده و وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری از مراکز و کلینیکهای بهداشتی و تنظیم خانواده بدست آمده، لذا فعال نمودن مستمر و آموزش بیشتر کارکنان و بهورزان مراکز بهداشتی برای اجرای دقیق و صحیح برنامه های تنظیم خانواده ضروری می باشد.

۳- ایجاد اشتغال برای زنان.

۴- تشکیل کلاسهای آموزشی بهداشتی و تنظیم خانواده برای زوجین جوان در مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده جهت استفاده صحیح از وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری و تنظیم فاصله بین موالید.

۵- معرفی نمودن روش توبکتومی (بستن لوله زن) و وازکتومی (بستن لوله مرد) به عنوان یک روش مطمئن برای پیشگیری از بارداری وبدون عوارض.

۶- توصیه به استفاده از روش آی. یو. دی از طرف مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده، برای زنانی که از حافظه کافی برخوردار نیستند و درضمن شرایط مناسب برای بستن لوله (توبکتومی) ندارند.

۷- الزامی نمودن درس جمعیت و تنظیم خانواده برای دختران و پسران در سطح متوسطه و آموزش عالی

۸- باید بروشور و پوسترهایی در زمینه تنظیم خانواده و وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری تهیه و در میان خانواده ها، مراکز آموزشی، درمانی، و اماکن عمومی توزیع کرد.

بررسی عوامل جمعیتی ، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری از بارداری و کاهش باروری در شهرستان اهر.

(۱) چند سال دارید ؟ .....سال

(۲) در کجا متولد شده اید ؟ ۱- شهر  ۲- روستا  ۳- عشایر

(۳) میزان تحصیلات شما چقدر است؟ (لطفاً به سال زکر کنید). ..... سال

(۴) میزان هزینه ماهانه خانواده شما چقدر می باشد ؟ ..... تومان

(۵) شغل شما چیست ؟ ۱- خانه دار  ۲- شاغل  (اگر شاغل نام شغل شما

چیست).....

(۶) دقیقاً در چه ماه و سالی ازدواج کرده اید؟ ماه..... سال .....

(۷) چند بار تا کنون ازدواج کرده اید؟ .....

(۸) به نظر شما در شرایط فعلی چند فرزند برای یک خانوار کافی است ؟

دختر ..... پسر.....

(۹) به نظر شما فرزندان دخترچه منافع و مشکلاتی برای خانواده دارند؟

منافع ..... مشکلات.....

(۱۰) آیا تا کنون فرزند زنده ای بدنیا آورده اید ؟ ۱- بلی  ۲- خیر

اگر بلی : چندتا.....پسر و چندتا دختر.....

(۱۱) در اوایل ازدواج دلتان می خواست چند فرزند داشته باشید؟

دختر ..... پسر.....

چنانچه پاسخگو تا به حال فرزندی زنده به دنیا آورده جدول یک را کامل کنید.  
 (نام کلیه فرزندان را درستون ۲ بنویسید سپس پرسش های ۲ تا ۶ را برای هر  
 فرزند تکمیل نمایید. این کار با اولین فرزند شروع می شود اگر دو قلو داشت هر  
 کدام را جداگانه بنویسید)

ردیف	نام فرزند	جنس	سال و ماه تولد (اگر نمی داند، چند سال قبل متولد شده)	زنده است یا مرده	اگر فوت کرده، چند سال عمر کرده است	آیا سقط جنین داشته اید؟ چندتا	آیا قبل از تولد، از وسایل جلوگیری استفاده کرده اید
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>
		پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	زنده <input type="checkbox"/> مرده <input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> چندتا خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> از چه وسایله ای خیر <input type="checkbox"/>

قسمت دوم :

جلوگیری از باروری و تنظیم خانواده

حال چند سوال در مورد تنظیم خانواده ، روشها و وسایلی که یک زوج می تواند برای جلوگیری از بارداری یا فاصله گذاری بکاربرد دارم ، (لطفاً روشهای تشخیص داده شده را علامت × مشخص کنید )

(۱۳) کدامیک از روشهای زیر را می شناسید ؟

- ۱- نورپلاننت  ۲- قرص  ۳- آی.یو.دی.  ۴- تزریق   
۵- دیافراگم، اسفنج، ژله  ۶- کاندوم  ۷- عقیم کردن مرد  ۸- عقیم کردن زن  ۹- دوره اطمینان  ۱۰- عزل - عقب کشی - روش طبیعی   
۱۱- دوش  ۱۲- سایر

(۱۴) آیا میدانید که این وسایل را از کجا می توان تهیه کرد ؟ بلی  (بروید به  
سئوال بعدی) خیر  (بروید به سئوال ۱۵)

- بخش دولتی: بیمارستان دولتی  زایشگاه  مراکز بهداشتی   
بخش خصوصی: کلینیک خصوصی  داروخانه  دکتر، زنان قابله   
سایر

(۱۵) آیا هرگز برای جلوگیری از باروری و یا فاصله گذاری از وسیله یا روشی استفاده کرده اید. ۱- بلی  (اگر بلی ، بروید به سئوال بعدی) ۲- خیر   
(بروید به سئوال ۱۶)

- (۱۵) از چه وسیله و روشی استفاده کرده اید؟ ۱- نورپلاننت  ۲- قرص   
۳- آی.یو.دی.  ۴- تزریق  ۵- دیافراگم، اسفنج، ژله  ۶- کاندوم   
۷- عقیم کردن مرد  ۸- عقیم کردن زن  ۹- دوره اطمینان ، خوداری از  
آمیزش  ۱۰- عزل ، عقب کشی ، روش طبیعی  ۱۱- دوش  ۱۲- سایر

(۱۶) از کجا این وسایل را تهیه کرده اید؟

- بخش دولتی: بیمارستان دولتی  زایشگاه  مراکز بهداشتی   
بخش خصوصی: کلینیک خصوصی  داروخانه  دکتر، زنان قابله   
سایر

۱۷) در حال حاضر، آیا برای جلوگیری از باروری از وسیله و روشی استفاده می کنید؟

۱- بلی  (بروید به سوال ۱۸)      ۲- خیر  (بروید به سؤال ۱۹)

۱۸) از چه وسیله و روشی استفاده کرده اید؟

۱- نوبلانت  ۲- قرص  ۳- آی.یو.دی.  ۴- تزریق  ۵- دیافراگم، اسفنج ، ژله  ۶- کاندوم  ۷- عقیم کردن مرد  ۸- عقیم کردن زن  ۹- دوره اطمینان ، خوداری از آمیزش  ۱۰- عزل ، عقب کشی ، روش طبیعی  ۱۱- دوش  ۱۲- سایر

۱۹) دلیل اصلی برای اینکه از هیچ وسیله‌ای استفاده نمی کنید چیست ؟

۱- قصد دارم بچه دار شوم       ۵- هزینه سنگین   
۲- عدم شناخت از وسیله جلوگیری       ۶- اعتقادات مذهبی   
۳- داشتن عوارض جانبی       ۷- سخت بدست می آید   
۴- مخالفت همسر       ۸- سایر

۲۰) آیا شما تا کنون برای استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری به مراکز بهداشتی و تنظیم خانواده مراجعه کرده اید؟ ۱- بلی  ( اگر بلی، بروید به سؤال بعدی) خیر

۲۱) استفاده از کدامیک از وسایل زیر را پیشنهاد کرده است؟

۱- نوبلانت  ۲- قرص  ۳- آی.یو.دی.  ۴- تزریق  ۵- دیافراگم، اسفنج ، ژله  ۶- کاندوم  ۷- عقیم کردن مرد  ۸- عقیم کردن زن  ۹- دوره اطمینان ، خوداری از آمیزش  ۱۰- عزل ، عقب کشی ، روش طبیعی  ۱۱- دوش  ۱۲- سایر

۲۱) آیا قصد دارید در آینده از وسایل و روشهای جلوگیری از باروری استفاده کنید؟

۱- بلی       ۲- خیر

۲۲) اگر قصد دارید استفاده از کدام روش یا وسیله را ترجیح می دهید ؟

۱- نوبلانت  ۲- قرص  ۳- آی.یو.دی.  ۴- تزریق  ۵- دیافراگم ، اسفنج ، ژله  ۶- کاندوم  ۷- عقیم کردن مرد  ۸- عقیم کردن زن



- ۹- دوره اطمینان ، خوداری از آمیزش  ۱۰- عزل ، عقب کشی ، روش طبیعی
- ۱۱- دوش  ۱۲- سایر

۲۳) علت اینکه استفاده از یک روش را به روش و وسیله دیگر ترجیح می دهید چیست ؟

۱- شناخت کامل از وسیله و روش جلوگیری  ۲- توصیه کارکنان مراکز بهداشتی

- ۳- توصیه دوستان و آشنایان  ۴- نداشتن عوارض جانبی
- ۵- تهیه راحت وسایل جلوگیری  ۶- نداشتن هزینه سنگین
- ۷- نداشتن مشکلات و عوارض برای حاملگی بعدی  ۸- سایر

۲۴) آیا در تهیه وسایل جلوگیری از باروری ، مورد نیازتان با مشکلی مواجه شده اید؟

- ۱- بلی  ( اگر بلی با چه مشکلاتی مواجه شده اید).....
- ۲- خیر

قسمت ج:

منابع و اطلاعات در مورد تنظیم خانواده

۲۵- شما اولین بار از چه منبعی راجع به تنظیم خانواده مطابقتی شنیده اید؟  
۱- رادیو و تلویزیون  ۲- روزنامه و مجلات  ۳- کارکنان مراکز  
بهداشتی  ۴- دکتر  ۵- داروخانه  ۶- افراد فامیل  ۷- دوستان  
و آشنایان  ۹- سایر

۲۶- شما اطلاعات عمده خود را در مورد روشهای جلوگیری از باروری از کجا  
بدست می آورید؟

۱- رادیو و تلویزیون  ۲- روزنامه و مجلات  ۳- کارکنان مراکز  
بهداشتی  ۴- دکتر  ۵- داروخانه  ۶- افراد فامیل  ۷- دوستان  
و آشنایان  ۹- سایر

۲۷- عوامل فراوانی در تصمیم برای استفاده از وسایل و روشهای جلوگیری  
از باروری نقش دارد. کدامیک از عوامل زیر در تصمیم شما برای استفاده از  
وسایل جلوگیری از تأثیر داشته است؟

۱- توصیه دوستان و آشنایان  ۲- توصیه افراد فامیل   
۳- توصیه ما ما های تحصیل کرده  ۴- توصیه رادیو و تلویزیون   
۵- توصیه کارکنان بهداشت و تنظیم خانواده  ۶- توصیه پزشکان  
خصوصی  ۷- سایر