

تحلیل تمایز عوامل مؤثر بر استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان گُرد- شهر مهاباد

حاتم حسینی*، بلال بگی**

(تاریخ دریافت ۹۱/۰۷/۰۲، تاریخ پذیرش ۹۲/۰۷/۱۷)

چکیده: باوجود افزایش آگاهی زنان و دسترسی آسان آن‌ها به وسایل پیشگیری از حاملگی، زنانی هستند که از این وسایل استفاده نمی‌کنند. عدم استفاده از روش‌های پیشگیری، از طریق تأثیر بر حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده و سقط جنین بر سلامت مادر و کودک تأثیر می‌گذارد. هدف از این مقاله، بررسی میزان شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان گُرد همسردار ۱۵-۴۹ ساله شهر مهاباد است. داده‌ها حاصل یک پیمایش مقطعی است که در فروردین ماه ۱۳۹۱ بر روی نمونه‌ای بالغ بر ۷۰۰ خانوار انجام شد. یافته‌ها از شیوع گسترده استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در نمونه مورد بررسی حکایت دارد، به طوری که ۷۴/۳ درصد زنان در زمان مطالعه از یکی از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند. بر پایه این بررسی، سهم روش‌های مُدرن و سنتی پیشگیری از حاملگی به ترتیب ۷۱/۲ و ۲۸/۸ درصد است. نتایج تحلیل تمایز نشان داد که عواملی چون هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های فرهنگی و اجتماعی و شمار فرزندان در حال حاضر زنده از بیشترین تأثیر در استفاده زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی برخوردارند. استقلال زنان و نگرش آن‌ها نسبت به هزینه‌ها و منافع فرزندان از جمله متغیرهای فرهنگی تأثیرگذار در این زمینه می‌باشند. نتایج گویای آن است که کاهش هزینه‌های درک‌شده برای وسایل پیشگیری، بهبود دانش و آگاهی زنان درباره روش‌های مدرن پیشگیری و تثبیت مشروعیت‌های اجتماعی و فرهنگی استفاده از این وسایل،

* استادیار جمعیت‌شناسی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا (نویسنده مسئول). h-hosseini@basu.ac.ir

** کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی. Belal.Bagi@Live.com

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره چهاردهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲، ص. ۱۷۵-۱۵۱

نقش مهمی در اعمال استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان دارد.

مفاهیم کلیدی: استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، حاملگی‌های ناخواسته، تحلیل تمایز، مهاباد، زنان کُرد

مقدمه

از نیمه قرن بیستم و به ویژه با پیدایش قرص‌های خوراکی، استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی توسعه یافت و در مقیاس وسیعی از سوی زوجین مورد استفاده قرار گرفت. نسبت درصد زنان ازدواج‌کرده ۴۹-۱۵ ساله استفاده‌کننده از روش‌های پیشگیری از حاملگی از کم‌تر از ۱۵ درصد در سال ۱۹۶۶ میلادی به ۶۲/۷ درصد در سال ۲۰۰۹ رسید (حسینی ۱۳۹۰: ۲۷۸). در کشورهای درحال توسعه شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در طول سه ده گذشته به طور آشکاری افزایش یافته است. میزان شیوع این وسایل از نزدیک صفر در سال ۱۹۶۰ به حدود ۶۰ درصد در سال ۲۰۰۰ و ۶۱/۲ درصد در سال ۲۰۱۱ رسید (بونگارت^۱ و جانسون، ۲۰۰۲: ۲۵، سازمان ملل، ۲۰۱۱). امروزه در مقیاس جهانی حدود ۶۳ درصد زنان واقع در سنین تولید مثل دست‌کم از یک روش پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند. با این حال، میزان شیوع استفاده از این وسایل در میان کشورهای مختلف از سه درصد در چاد^۲ تا ۸۸ درصد در نروژ^۳ متغیر است (سازمان ملل، ۲۰۱۱).

در ایران استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی از عمومیت بالایی برخوردار است. بر اساس نتایج پیمایش جمعیت و سلامت، ۷۴ درصد زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار کشور از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند (عباسی شوازی و خادم‌زاده، ۱۳۸۳: ۳۲۴). علی‌رغم افزایش آگاهی زنان و دسترسی آسان آن‌ها به روش‌های پیشگیری از حاملگی و گسترش عمومیت استفاده از وسایل پیشگیری، باز هم زنانی هستند که از این روش‌ها استفاده نمی‌کنند. از سوی دیگر، امروزه شمار فرزندان از دیدگاه خانواده‌ها کاهش یافته* و سن فرزندآوری^۴ به دوره خاصی از زندگی زنان (حدود ۲۵ تا ۳۲ سالگی) محدود شده است. در نتیجه، زنان یک دوره فشرده فرزندآوری را در پایان دهه دوم زندگی خود می‌گذرانند و قبل و پس از آن،

^۱. Bongaarts

^۲. Chad

^۳. Norway

* حسینی و بگی (۱۳۹۱) نشان دادند که در شهر مهاباد در سال ۱۳۹۰ بیش از ۹۰ درصد زنان مورد بررسی آن‌ها شمار فرزندان ایده‌آل برای خانواده‌ها را در شرایط کنونی یک تا دو فرزند می‌دانند.

^۴. Childbearing Age

ضمن داشتن توانایی تولید مثل، قصدی برای فرزندآوری ندارند (عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۷: ۹۶). چنانچه زنان مایل باشند تنها دو فرزند داشته باشند، بایستی دست‌کم ۲۰ سال از وسایل مؤثر پیشگیری از حاملگی استفاده کنند. در چنین شرایطی، عدم استفاده زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی به افزایش باروری‌های برنامه‌ریزی نشده^۱ (نابهنگام^۲ و ناخواسته) و در نهایت سقط جنین می‌انجامد. توجه به حاملگی‌های ناخواسته و برنامه‌ریزی برای جلوگیری از بروز آن به لحاظ تأثیری که بر سلامت مادر و کودک می‌گذارد حائز اهمیت بسیار است. علی‌رغم تحوّل و دگرگونی‌ای که در عملکرد برنامه تنظیم خانواده در کشور مشاهده می‌شود، هنوز هم درصد قابل‌توجهی از حاملگی‌ها برنامه‌ریزی نشده است. در سال ۱۳۷۹، اگرچه ۷۲ درصد زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند، اما حدود ۳۲ درصد حاملگی‌ها ناخواسته بوده است (عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۱). عرفانی (۲۰۰۸: ۱) نشان داد که امروزه در ایران حدود ۳۴ درصد حاملگی‌ها برنامه‌ریزی نشده است که از میان آن‌ها ۱۶ درصد ناخواسته و ۱۸ درصد نابهنگام است. بررسی‌ها (حسن‌زاده، ۱۳۸۷: ۳) همچنین نشان می‌دهد که با وجود دسترسی آسان به وسایل پیشگیری از حاملگی، هر ساله ۴۰۰ تا ۵۰۰ هزار حاملگی ناخواسته در کشور رخ می‌دهد که ۷۵ درصد آن‌ها به دلیل عدم استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی است. بر اساس برآوردهای صورت‌گرفته، استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی سالانه از مرگ ۱۷۵۰۰۰ زن جلوگیری می‌کند. از سوی دیگر، استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از حاملگی در کشورهای در حال توسعه سالانه از مرگ ۲/۷ میلیون کودک جلوگیری می‌کند. همچنین، افزایش فاصله بین موالید به مدت دو سال می‌تواند از مرگ یک میلیون کودک و بیشتر در سال جلوگیری کند (مجدفر و محمدی، ۱۳۸۷: ۳). کاسول^۳ (۲۰۰۳) از بین بردن جنین، از بین بردن نوزاد، سوء استفاده از کودک و بی‌توجهی به آن را از دیگر پیامدهای نامطلوب حاملگی‌های ناخواسته می‌داند. بارون^۴ و همکاران (۱۹۸۷: ۳۴) استدلال می‌کنند که زنان با حاملگی ناخواسته به علت داشتن احساسات و عواطف ناخوشایند در طی دوران حاملگی ناخواسته خود، در معرض بروز علائم شدید عصبی و در نتیجه خطر افزایش بروز سقط جنین قرار می‌گیرند. کودکان حاصل از بارداری ناخواسته به احتمال بسیار بیشتری دارای زندگی خانوادگی ناامن و پرآشوبی می‌شوند، مورد آزار و غفلت والدین قرار می‌گیرند، رفتارهای بزهکارانه بروز می‌دهند و نیازمند درمان برای علایم مشکلات روحی روانی هستند (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۸۲: ۶۳).

^۱. Unplanned pregnancies

^۲. Mistimed

^۳. Kasule

^۴. Barron

از مهم‌ترین جنبه‌ جمعیت‌های انسانی ناهمگونی آن‌هاست. ایران جامعه‌ای چند قومی است. کردها با سهم نسبی ۱۰ درصد جمعیت، سومین گروه قومی در ایران می‌باشند (زنجانی و همکاران، ۱۳۷۸: ۵۳). به‌دست آوردن نتایج شفاف و روشن از مطالعات باروری و خدمات بهداشت باروری در استان‌های ناهمگن از لحاظ قومی و مذهبی چندان آسان نمی‌نماید. تفاوت‌های موجود در رفتار باروری و پیشگیری از حاملگی توسط زنان ساکن در استان‌های همگن به لحاظ مذهبی و ناهمگن از نظر قومی بر پیچیدگی این مسأله می‌افزاید. عباسی شوازی و همکاران (۱۳۸۳) در مطالعه خود در چهار استان منتخب ایران نشان دادند که زنان کُرد و بلوچ با مذهب تسنن دارای رفتارهای باروری و جمعیتی متفاوتی می‌باشند. مک‌دونالد (۲۰۰۲: ۵) گروه‌های قومی را یکی از بسترهای مناسب برای بررسی روندهای جمعیت‌شناختی می‌داند. در ایران، علی‌رغم کاهش هم‌زمان باروری در استان‌ها و مناطق شهری و روستایی، میزان کاهش در گروه‌های مختلف قومی و مذهبی به‌طور یکنواخت صورت نگرفته است. از سوی دیگر، عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که در ایران علی‌رغم گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، الگوهای متفاوتی در کاربرد روش‌های پیشگیری در میان گروه‌های قومی وجود دارد. برای مثال، در استان آذربایجان غربی نسبت درصد زنانی که از روش‌های مدرن پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند در میان کردها بیش‌تر از ترک‌هاست (حسینی و عباسی شوازی، ۱۳۸۹: ۱۲). عباسی شوازی (۲۰۰۱: ۱۲) همچنین نشان داد که ترک‌ها زودتر از کردها به باروری جایگزینی، ۲/۱ فرزند برای هر زن، رسیده‌اند.

مهاباد یکی از سه شهر مهم گردنشین ایران و همچنین دومین شهر مهم استان آذربایجان غربی به لحاظ اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی می‌باشد. حسینی و همکاران (۱۳۹۱: ۷۷) نشان دادند که در شهر مهاباد نیاز برآورده‌نشده تنظیم خانواده ۱۰/۸ درصد است. میزان بالای نیاز برآورده‌نشده، کیفیت ارائه خدمات بهداشت باروری را به چالش می‌کشد. بنابراین، آگاهی از وضعیت بهداشت باروری و عوامل و تعیین‌کننده‌های کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی در این منطقه، نقش مهمی در برنامه‌ریزی‌های بهداشت باروری و ارتقاء سلامت مادران و کودکان خواهد داشت. اگرچه مطالعه جمعیت‌شناسی گروه‌های قومی در ایران در سال‌های اخیر رو به رشد بوده، اما اطلاعات محدودی در مورد تقاضا و کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی در مناطق گردنشین به طور کلی و در شهر مهاباد به طور خاص وجود دارد. تحقیق حاضر تلاشی است برای پرکردن این خلاء. این مقاله در صدد است تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد:

۱) میزان شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان کُرد همسردار ۴۹-۱۵ ساله شهر مهاباد چقدر است؟

۲) کدام یک از متغیرهای مستقل در تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی از بیشترین تأثیر برخوردار است؟

۳) گروه‌بندی پیش‌بینی‌شده‌ی جمعیت آماری بر پایه‌ی متغیر وابسته تا چه اندازه با گروه‌بندی واقعی آن‌ها مطابقت دارد؟

ملاحظات نظری و زمینه‌های تجربی

در این بخش، ضمن مطالعه‌ی رویکردهای نظری به عوامل مؤثر بر استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، به بررسی شواهد تجربی مرتبط با هر یک از آن‌ها می‌پردازیم. قبل از آن، ذکر چند نکته در مورد استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و تنظیم رفتار باروری توسط زوجها ضروری به نظر می‌رسد؛

۱) تصمیم‌گیری در مورد باروری فرآیندی ترتیبی و مستمر است نه ایستا که یک بار و برای همیشه گرفته شود.

۲) مردم در تنظیم رفتارهای باروری‌شان نه بر اساس واقعیت بلکه بر اساس آنچه درک می‌کنند تصمیم می‌گیرند. علاوه بر این، همه‌ی افراد جمعیت اطلاعات کاملی در مورد پیشگیری از حاملگی ندارند.

۳) زوجها معمولاً دیدی منفی نسبت به باردار نشدن دارند تا این‌که دیدی مثبت به باردار شدن داشته باشند.

عواملی از قبیل ترجیح جنسی و ترکیب جنسی فرزندان در قید حیات می‌تواند تأثیر عمیقی بر آرزوی فرزندآوری زوجها داشته باشد. علاوه بر این، هزینه‌های درک‌شده‌ی وسایل پیشگیری از بارداری برای زوجها مختلف متفاوت است. برای مثال، برگشت‌ناپذیری عقیم‌سازی برای زوج‌هایی که در مورد آینده هنوز تصمیم قطعی نگرفته‌اند با زوج‌هایی که قطعاً می‌دانند بچه‌ی دیگری نمی‌خواهند متفاوت است. همچنین، در شرایط اقتصادی و اجتماعی متفاوت زوجها می‌توانند به روش‌های پیش‌بینی‌نشده تغییر عقیده بدهند. بنابراین، فرآیند تصمیم‌گیری در مورد فرزندآوری ایستا و ساکن نیست و در شرایط اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی متفاوت فرق می‌کند.

تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی، جمعیتی و فرهنگی مؤثر بر تقاضا برای وسایل پیشگیری از

حاملگی

کاهش باروری در بسیاری از کشورها یکی از پیامدهای کلی توسعه‌ی اقتصادی - اجتماعی و تلاش‌هایی است که در زمینه‌ی اجرای برنامه‌ی تنظیم خانواده صورت گرفته است (استور و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۰). با

این‌حال، (مهران^۱ و همکاران ۱۹۹۵: ۲۲) استدلال می‌کنند که به دلیل شرایط اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی متفاوت کشورها، میزان استقبال آن‌ها از برنامه‌تنظیم خانواده متفاوت بوده است. انگیزه زوج‌ها برای پیشگیری از حاملگی متأثر از عواملی چون تحصیلات، اشتغال زنان، استقلال زنان، ایده‌آل‌ها و تمایلات فرزندآوری، سن زن و شمار فرزندان در قید حیات است. در بیشتر کشورها، میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان جوان در پایین‌ترین حد و سپس در میان زنان ۳۰ ساله به بیشترین حد خود می‌رسد و پس از آن رو به کاهش می‌گذارد (روبی^۲، ۱۹۹۲). این امر می‌تواند منعکس‌کننده نیت زنان جوان برای فرزندآوری و افزایش علاقه و تمایل زنان مومن برای توقف فرزندآوری‌شان در حدود ۳۰ سالگی باشد^۳. زنان شاغل و به ویژه آنان که استقلال مالی دارند با افزایش آگاهی‌شان از جهان خارج کنترل بیشتری نیز بر تصمیمات خانواده و در نتیجه، تصمیمات باروری‌شان خواهند داشت (آسفا^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). در واقع، کار پرداختی جایگزین رضایت‌بخشی برای فرزندآوری و تربیت آن‌هاست. زنانی که در خارج از خانه کار می‌کنند در مقایسه با سایر زنان، بیشتر از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند.

هر پدر و مادری دارای باورها و آرزوهایی در مورد بُعد خانواده و حتی شمار فرزندان دختر یا پسر است که می‌خواهند داشته باشند. چنین خواستی به‌طور مستقیم بر استفاده یا عدم استفاده آن‌ها از وسایل پیشگیری و در نتیجه، باروری‌شان تأثیر می‌گذارد. بنابراین، بر حسب این‌که خانواده ایده‌آل یا شمار فرزندان ایده‌آل نزد زوجین چه باشد، باروری متفاوت خواهد بود (حسینی، ۱۳۹۰: ۱۱۶). زیودو^۵ و همکاران همکاران (۲۰۰۳) می‌گویند زنانی که به اندازه‌ی ایده‌آل خود در مورد بُعد خانوار رسیده‌اند، تقریباً دو برابر بیشتر از سایر زنان از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. یافته‌های فکدو^۶ (۱۹۹۶) در آدیس آبابا^۷ این نتایج را تأیید می‌کند. او نشان داد زنانی که پیشتر به شمار فرزندان دلخواه خود رسیده و یا پنج فرزند و بیشتر داشته‌اند، نگرشی مثبت در زمینه استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی دارند. شمار فرزندان در قید حیات نیز می‌تواند بر گرایش زوج‌ها به استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی تأثیر بگذارد.

^۱. Mahran

^۲. Robey

^۳. تیزازو (۱۹۹۴) نشان داد که استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در میان زنان ۱۹-۱۵ ساله و آن دسته از زنانی که در پایان دوره‌ی باروری قرار دارند کمتر از دیگر زنان است.

^۴. Assefa

^۵. Zewudu

^۶. Fekadu

^۷. Addis Ababa

ممدامی و گرنر^۱ (۱۹۹۳) نشان دادند که استفاده از وسایل پیشگیری تا فرزند سوم یا چهارم کاهش و سپس افزایش می‌یابد. شمار بیشتر فرزندان در قید حیات، زوجها را تشویق می‌کند که باروری‌شان را متوقف یا میان موالید فاصله بگذارند. به بیان دیگر، شمار بیشتر فرزندان در قید حیات، تمایلات فرزندآوری را کاهش می‌دهد (میهرت^۲، ۲۰۰۸). وستوف و بانکلی^۳ (۱۹۹۵) نشان دادند که در آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب، عدم تمایل به فرزندآوری در میان زنانی که دو بچه داشتند به مراتب بیشتر از زنانی بود که یک بچه داشتند (۶۰ درصد در مقابل ۲۲ درصد).

یکی دیگر از مشخصه‌های اجتماعی مؤثر بر تقاضا برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی وضع سواد و سطح تحصیلات است. تأثیر تحصیلات از دو جنبه حائز اهمیت است. از طرفی، تحصیلات باعث تحولات فردی و دگرگونی در ایده‌آل‌های شخصی می‌گردد و با گسترش آفق دید افراد به ماورای مرزهای سنتی جامعه باعث می‌شود که زنان به ارزیابی مجدد ارزش فرزندان و نقش زن در جامعه بپردازند (حسینی، ۱۳۹۰: ۱۰۰). فیسین^۴ (۲۰۰۰) می‌گوید در بیشتر نقاط جهان، افزایش سطح تحصیلات زنان رابطه‌ی مستقیمی با میزان احترامی دارد که دیگران برای نظرات آن‌ها قائل می‌شوند. افزایش سطح تحصیلات همچنین باعث افزایش سن ازدواج می‌شود. تحصیلات فرصت‌های شغلی را برای زنان مهیا کرده، در افزایش آگاهی و شناخت زنان از مسایل بهداشتی مؤثر واقع شده و زمینه را برای پذیرش بهتر و مؤثرتر خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده فراهم می‌سازد. یافته‌های بانک جهانی^۵ (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که میزان استفاده از وسایل پیشگیری در میان زنان بی‌سواد پنج برابر کمتر از زنانی است که دارای تحصیلات متوسطه و بالاترند. همچنین، زنان با تحصیلات ابتدایی به طور متوسط ۳/۶ درصد بیشتر از زنان بی‌سواد از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند.

گذشته از تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی، جمعیتی و فرهنگی مؤثر بر تقاضا برای کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی، برخی از صاحب‌نظران مانند بوشان^۶ (۱۹۹۷) بر هزینه‌های پیشگیری از بارداری و برخی چون استرلین^۷ (۱۹۷۵) بر موانع و مخارج کنترل موالید در کنار عرضه و تقاضای فرزند تأکید دارند.

^۱. Mamadami & Garner

^۲. Mihret

^۳. Westoff & Bankole

^۴. Feyisetan

^۵. World bank

^۶. Bushan

^۷. Easterlin

هزینه‌های پیشگیری از بارداری

بوشان (۱۹۹۷)، برخلاف دیگران، استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی را نه به عوامل اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی بلکه به هزینه‌های درک‌شده از وسایل پیشگیری مرتبط می‌داند. زوجها بر اساس درکی که از هزینه‌های حاملگی دارند و نه بر اساس هزینه‌های واقعی آن تصمیم به تنظیم باروری می‌گیرند. استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی مستلزم صرف هزینه‌های پولی و غیر پولی است. هزینه‌های غیر پولی ممکن است یک نیروی بازدارنده بسیار قوی‌تری نسبت به هزینه‌های پولی باشد. وی در این ارتباط سه نوع هزینه را از هم تفکیک می‌کند:

الف) هزینه‌های مرتبط با دسترسی؛ برای استفاده از هر گونه وسیله‌ی پیشگیری از بارداری یک شرط مهم دسترسی زنان به آن وسیله است. رابطه مستقیمی بین دسترسی به یک روش و میزان استفاده از آن وجود دارد. بونگارت و بروس^۱ (۱۹۹۵) نشان دادند که در ۱۰ کشور مورد مطالعه آن‌ها میزان شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی با افزایش فاصله دست‌یابی به وسایل تنظیم خانواده کاهش می‌یابد. خدمات تنظیم خانواده از لحاظ کیفیت متفاوت‌اند. تجزیه و تحلیل دسترسی به خدمات به خودی خود معنی دار نیست. بنابراین، باید محتوا، دامنه و نحوه ارائه خدمات نیز در نظر گرفته شوند. دامنه و کیفیت خدمات ممکن است عوامل تعیین‌کننده مهم‌تری بر رفتارهای پیشگیری از بارداری در مقایسه با نزدیکی یا دوری نسبت به یک مرکز خدمات باشند.

ب) هزینه‌های مربوط به آگاهی و نگرانی‌های بهداشتی و ترس از عوارض جانبی روش‌ها؛ یکی از عواملی که می‌تواند مانعی برای استفاده زنان از روش‌های پیشگیری باشد نداشتن آگاهی در مورد روش و چگونگی استفاده از آن‌ها و یا حتی نداشتن آگاهی در مورد چگونگی دست‌یابی به این خدمات و یا عوارض جانبی این روش‌هاست. در نتیجه، آگاهی از دست‌کم یک روش پیشگیری از بارداری پیش‌شرطی ضروری به نظر می‌رسد. میزان اطلاعات استفاده‌کنندگان از جزئیات روشی که به کار گرفته‌اند نقش مهمی در تداوم مصرف و در نتیجه، افزایش میزان کارایی و اثربخشی آن روش خواهد داشت (حسینی، ۱۳۹۰: ۱۲۵). درک خطرات بهداشتی وسایل پیشگیری از بارداری یکی از دلایل عدم استفاده زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی است. در بسیاری از کشورها، نگرانی‌های بهداشتی و ترس از عوارض جانبی می‌تواند انگیزه لازم را برای عدم استفاده از وسایل به وجود آورد. بنابراین، بسیاری از زنان از وسایل استفاده نمی‌کنند نه به این

^۱. Bruce

خاطر که می‌خواهند حامله شوند بلکه به این علت که عوارض جانبی و مشکلات جسمانی و سلامتی ناشی از استفاده از این وسایل را تجربه کرده‌اند.

ج) هزینه‌های مربوط به مخالفت‌های اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی با تنظیم خانواده؛ علاوه بر موارد مذکور، بررسی‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از زنان به دلیل مخالفت‌های شوهر و یا دیگران نمی‌توانند از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده کنند. در خانواده‌هایی که آداب و رسوم سنتی هنوز هم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در مسایل مربوط به تولید مثل، شوهران به ندرت با همسران خود مشورت می‌کنند، این شوهران هستند که تصمیم‌گیرندگان اصلی در مورد باروری هستند (بلاچو، ۲۰۰۷). در واقع، دخالت شوهر در تمام امور مربوط به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، از جمله تصمیم به ادامه پیشگیری از بارداری، نوع وسیله و طول مدت عمل پیشگیری از بارداری مؤثر است. مردان و زنان اغلب در مورد اندازه مطلوب خانواده با هم اختلاف دارند. در صورت عدم توافق زوجین در مورد اندازه مطلوب خانواده، معمولاً دیدگاه شوهران غالب است حتی اگر ترجیحات یک زن مهم‌تر باشد. باینیم^۱ (۲۰۰۷) می‌گوید شوهران در تصمیمات خود در مورد شمار فرزندان عقاید همسران‌شان را نادیده می‌گیرند. برای بیشتر زنان نیت و اهداف شوهران‌شان و خانواده برای استفاده از وسایل دلیل بسیار مهم‌تری از آرزوها و نیت خودشان در مورد استفاده از وسایل است.

چارچوب عرضه و تقاضا و هزینه‌های تنظیم باروری

در مدل استرلین (۱۹۷۵) تقاضا برای کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی و تصمیم‌گیری درباره کنترل عمدی باروری بر اساس سه مفهوم عرضه فرزند یعنی توان فیزیکی زاد و ولد زنان^۲، تقاضا برای بچه^۳ یعنی شمار ایده‌آل کودکان زنده و مخارج کنترل مولید فرموله شده است. به باور استرلین، کنترل آگاهانه باروری بستگی به تفاوت بین پتانسیل بُعد خانوار (C_n) و بُعد مطلوب خانوار (C_d) دارد. اگر موازنه‌ی $C_n - C_d$ منفی باشد، خانوار قادر نیست به بُعد مطلوب و مورد نظر خود دست بیابد. در نتیجه، انگیزه برای فرزندآوری بیش‌تر می‌شود. اگر حاصل این موازنه مثبت باشد، والدین با فرزندان ناخواسته مواجه می‌شوند و انگیزه لازم را برای کنترل مولید بدست می‌آورند.

^۱. Bynim

^۲. Potential Output of Children

^۳. Demand for Children

استرلین، برخلاف سایر اقتصاددانان نئوکلاسیک تلاش کرد تا با واردکردن متغیر موانع و مخارج کنترل مولد در مدل خود صیغه‌ای جامعه‌شناختی نیز به آن بدهد. بر این اساس می‌گوید وقتی هزینه‌های تنظیم باروری بالا باشد هیچگونه کنترل عمدی بر باروری اعمال نخواهد شد. در نتیجه، بُعد خانوار بزرگ‌تر از بُعد مطلوب و ایده‌آل خانوار خواهد شد. کنترل عمدی باروری تنها در شرایطی صورت می‌گیرد که هزینه‌های تنظیم باروری نسبتاً پایین و بُعد خانوار مطلوب و مورد انتظار برابر با تقاضا برای فرزندان باشد (حسینی، ۱۳۹۰: ۱۲۷).

روش‌شناسی و داده‌ها

پژوهش حاضر حاصل پیمایشی است که در فروردین ۱۳۹۱ در شهرستان مهاباد انجام شد. داده‌های مورد نیاز به وسیله‌ی پرسشنامه و از طریق مصاحبه با تمام خانوارهای نمونه و یک زن حداقل یک بار ازدواج‌کرده همسر دار ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ی عضو خانوار گردآوری شد. جمعیت آماری شامل کلیه خانوارهای معمولی ساکن در شهر مهاباد و زنان ۱۵-۴۹ ساله حداقل یک‌بار ازدواج‌کرده دارای همسر است که در داخل خانوارها شناسایی و مورد مصاحبه قرار گرفتند. از آنجا که در بعضی خانوارها بیش از یک زن ازدواج‌کرده ۱۵-۴۹ ساله وجود داشت، مبنای انتخاب واحد تحلیل زن ازدواج‌کرده ۱۵-۴۹ ساله‌ای بود که همسر سرپرست خانوار بود.

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۷۰۰ خانوار تعیین شد. روش نمونه‌گیری، ترکیبی از روش‌های خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تصادفی و تصادفی سیستماتیک است. داده‌ها با استفاده از بسته‌ی نرم‌افزاری SPSS 20 پردازش و تجزیه و تحلیل شد. با توجه به سطح سنجش متغیر وابسته (اسمی دو وجهی)، در تجزیه و تحلیل چندمتغیره از روش تحلیل تمایز^۱ استفاده شد. تحلیل تمایز روشی است که متغیرهای مستقل را برای ایجاد یک متغیر جدید ترکیب می‌کند که هر یک از پاسخگویان برای آن مقداری به‌دست می‌آورند. این متغیر جدید که تابع تشخیص نامیده می‌شود به گونه‌ای محاسبه می‌شود که پاسخگویان را بر حسب مقداری که به‌دست می‌آورند در طبقات مختلف متغیر وابسته تفکیک کند (حبیب‌پور و صفری، ۱۳۹۰: ۸۱۲).

متغیرهای تحقیق

متغیرهای مستقل در پژوهش حاضر به چهار دسته متغیرهای اقتصادی - اجتماعی، جمعیتی، فرهنگی

^۱. Discriminant Analysis

و هزینه‌های پیشگیری از حاملگی تقسیم می‌شوند (جدول شماره ۱). متغیر وابسته استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی می‌باشد که در سطح سنجش اسمی و با دو گویه‌ی «بلی» و «خیر» اندازه‌گیری شده است. با توجه به این که در تحلیل تمایز بایستی تمامی متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله‌ای باشند، متغیرهای سطح تحصیلات، خاستگاه، وضعیت اشتغال و تمایلات فرزندآوری به متغیرهای تصنعی تبدیل شده و سپس وارد تحلیل شدند.

جدول شماره ۱. متغیرهای مستقل و شاخص‌های تحلیل

متغیرهای مستقل	معرف‌ها
اقتصادی - اجتماعی	سطح تحصیلات، خاستگاه، وضعیت اشتغال
جمعیتی	سن هنگام بررسی، شمار فرزندان ایده‌آل، شمار فرزندان در قید حیات، تمایلات باروری
فرهنگی	گرایش به ترجیح جنسی، تقدیرگرایی در رفتار باروری، استقلال زنان در خانواده، نگرش نسبت به هزینه‌ها و منافع فرزندان
هزینه‌های پیشگیری از حاملگی	هزینه‌های مرتبط با دسترسی، هزینه‌های مرتبط با آگاهی و ترس از عوارض جانبی روش‌های پیشگیری، هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی

یافته‌ها

در ارایه نتایج، ابتدا ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی، جمعیتی و فرهنگی پاسخگویان به صورت کلی توصیف می‌شود. سپس، میزان شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی محاسبه خواهد شد. در ادامه، به تحلیل دو متغیره و چندمتغیره‌ی تعیین‌کننده‌های استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی می‌پردازیم.

ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی پاسخگویان

بر اساس این تحقیق، میانگین سن زنان در هنگام بررسی ۳۳/۲ سال و میانگین سن ازدواج آن‌ها ۲۰/۵ سال بوده است. توزیع زنان در گروه‌های سنی تولید مثل حاکی از آن است که بیشترین جمعیت نمونه در گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله و کمترین شمار در اولین گروه سنی تولید مثل (۱۹-۱۵ ساله) قرار دارند. توزیع درصدی پاسخگویان برحسب سن ازدواج، تغییرات صورت گرفته در میانگین سن ازدواج گروه‌های هم‌دوره ازدواجی را تأیید می‌کند. در طول زمان میانگین سن زنان به هنگام ازدواج افزایش یافته؛ به طوری که این شاخص از ۱۸/۴ سال در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه ۱۳۶۰ و پیش از آن به ۲۰/۷۱ سال در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه ۱۳۷۰ و ۲۱/۲۴ سال در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه ۱۳۸۰ افزایش یافته است.

حدود ۶۵ درصد زنان اظهار نمودند که تمایل ندارند علاوه بر فرزندان که هم‌اکنون دارند فرزند دیگری به دنیا بیاورند. تحلیل نسلی تمایلات فرزندآوری زنان نشان داد که زنان متولد دهه‌های ۱۳۴۰ و ۱۳۵۰ تمایل کمتری برای فرزندآوری بیشتر دارند. این وضعیت ریشه در این واقعیت دارد که این دسته از زنان به شمار ایده‌آل فرزندان خود دست یافته‌اند. بررسی وضع سواد پاسخگویان از عمومیت سوادآموزی در میان آن‌ها حکایت دارد؛ به طوری که تنها کمی بیش از ۱۶ درصد پاسخگویان را افراد بی‌سواد تشکیل می‌دهند. نتایج از بهبود وضعیت سواد زنان در طول زمان حکایت دارد؛ به طوری که نسبت درصد بی‌سوادان از ۴۱/۷ درصد در گروه هم‌دوره ازدواجی ۱۳۶۹-۱۳۵۷ به ۹/۳ درصد در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه ۱۳۸۰ تقلیل یافته است. بررسی وضعیت اشتغال زنان گویای آن است که کم‌تر از ۱۵ درصد آن‌ها در زمان بررسی شاغل و بیش از ۸۵ درصد غیرشاغل بوده‌اند. تحلیل نسلی نسبت‌های اشتغال نشان می‌دهد که در طول زمان بر نسبت درصد زنان شاغل در شهر مهاباد افزوده شده و نسبت اشتغال در میان گروه هم‌دوره ازدواجی اخیرتر بیش‌تر (۱۷ درصد) از نسبت متناظر در میان زنان متعلق به گروه هم‌دوره ازدواجی دهه ۱۳۶۹-۱۳۵۷ (۶/۹ درصد) است.

نتایج همچنین نشان می‌دهد که در طول زمان تغییرات عمده‌ای در نگرش‌های فرهنگی زنان صورت گرفته و ایستارهای بیشتر آن‌ها در جهت تفکرات مدرن تغییر کرده است. آنچه در این میان جلب توجه می‌کند میزان بالای تقدیرگرایی در جمعیت نمونه است. بر خلاف دیگر ویژگی‌های فرهنگی، تقدیرگرایی در رفتارهای باروری نه تنها کاهش محسوسی نداشته، بلکه در میان گروه‌های هم‌دوره ازدواجی نیز تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. به استثنای تقدیرگرایی در رفتار باروری، در همه‌ی شاخص‌ها اختلافی معنی‌دار بین متولدین دهه ۱۳۴۰ با دهه‌های ۱۳۵۰ و ۱۳۶۰ وجود دارد. تفاوت‌ها بین متولدین دهه‌های ۱۳۵۰ و ۱۳۶۰ معنی‌دار نیست. نتایج از ایجاد شکاف در نگرش‌های فرهنگی بین متولدین دهه ۱۳۴۰ با متولدین دهه ۱۳۵۰ و ۱۳۶۰ حکایت دارد.

بررسی شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی

اطلاعات مندرج در جدول ۲ از شیوع گسترده استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی، به ویژه روش‌های مدرن پیشگیری، در جامعه‌ی مورد بررسی حکایت دارد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، حدود سه چهارم زنان مورد بررسی از وسایل پیشگیری از حاملگی، اعم از روش‌های سنتی و مدرن، استفاده می‌کنند.

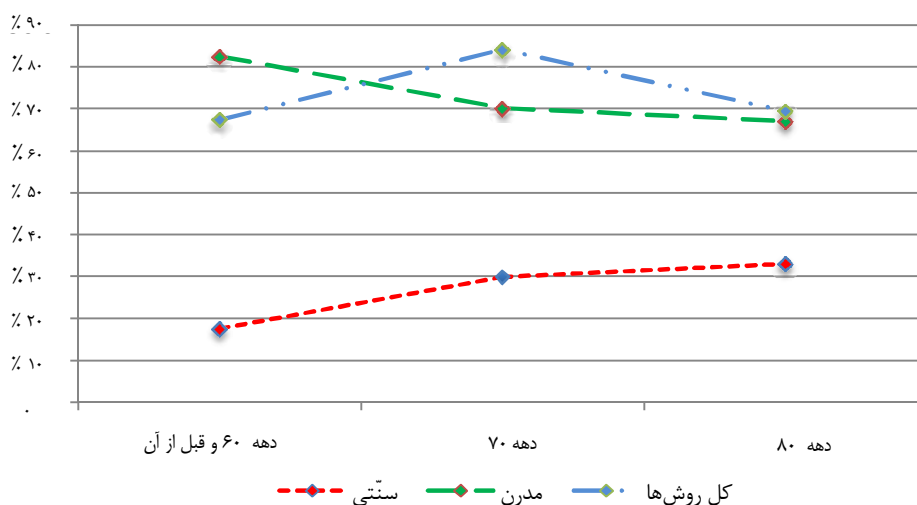
جدول شماره ۲. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در میان

پاسخگویان

فراوانی		مقولات	
نسبی	مطلق		
۷۴/۳	۵۲۰	از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند	
	۳۷۰	روش‌های مدرن	
۷۱/۲	۱۵۰	روش‌های سنتی	
۲۸/۸			
۱۰۰/۰	۵۲۰	جمع	
۲۵/۷	۱۸۰	از وسایل پیشگیری استفاده نمی‌کنند	
۱۰۰/۰	۷۰۰	جمع	

تحلیل‌های نسلی نشان داد که میزان استفاده از وسایل مدرن و سنتی پیشگیری از حاملگی در گروه‌های هم‌دوره ازدواجی متفاوت است. استفاده از روش‌های سنتی در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه‌ی ۱۳۸۰ بیشتر از دو گروه هم‌دوره ازدواجی دیگر است (نمودار ۱). در مقابل، عمومیت استفاده از روش‌های مدرن در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه‌ی ۱۳۶۰ بیشتر از دو گروه هم‌دوره ازدواجی دیگر است. این تفاوت‌ها ناشی از این واقعیت است که زنان متعلق به گروه هم‌دوره ازدواجی دهه‌ی ۱۳۶۰ و قبل از آن به ایده‌آل‌های فرزندآوری‌شان دست یافته و بنابراین، بیشتر از روش‌های دائمی و طولانی‌اثر پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند. افزایش شیوع استفاده از روش‌های سنتی پیشگیری از حاملگی در میان زنان متعلق به گروه هم‌دوره ازدواجی دهه‌ی ۱۳۸۰ برخلاف انتظار است. با توجه به میزان بالای شکست روش‌های سنتی، انتظار می‌رود در طول زمان تمایل زنان به استفاده از روش‌های مدرن بیشتر شود. البته، افزایش آگاهی زنان از روش‌های مدرن پیشگیری از حاملگی و وقوف به عوارض و اثرات جانبی استفاده از این روش‌ها می‌تواند یکی از دلایل کاهش تمایل زنان به استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از حاملگی در میان گروه هم‌دوره ازدواجی دهه‌ی ۱۳۸۰ باشد. بررسی و تحلیل دقیق‌تر این موضوع مستلزم انجام مطالعاتی با روش‌های کیفی و یا ترکیبی می‌باشد.

همان‌طور که در نمودار شماره ۱ ملاحظه می‌کنید، استفاده از وسایل پیشگیری (اعم از سنتی و مدرن) در گروه هم‌دوره ازدواجی دهه‌ی ۱۳۷۰ بیشتر از دو گروه هم‌دوره ازدواجی دیگر است. دلیل این امر را می‌توان اجرای عملی برنامه‌ی تنظیم خانواده



از سال ۱۳۶۸ و گسترش خدمات بهداشت باروری در کشور دانست. میزان پایین استفاده از وسایل پیشگیری (اعم از سنتی و مدرن) در میان زنان متعلق به گروه هم‌دوره ازدواجی دهه ۱۳۸۰ نیز می‌تواند از طرفی به دلیل تمایلات فرزندآوری بیشتر زنان واقع در این گروه هم‌دوره ازدواجی و از سوی دیگر، شمار بیش‌تر زنانی باشد که در زمان بررسی حامله بودند (۱۶/۱ درصد) و به این گروه هم‌دوره ازدواجی تعلق داشتند.

تحلیل دو متغیره

برای بررسی این موضوع که آیا بین زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند و آن‌هایی که استفاده نمی‌کنند، تفاوت معنی‌داری بر حسب مشخصه‌های جمعیتی، فرهنگی و هزینه‌های استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی وجود دارد یا خیر از آزمون t با دو نمونه‌ی مستقل استفاده شد (جدول شماره ۲). نتایج گویای آن است که به استثنای دو متغیر سن به هنگام بررسی و شمار فرزندان ایده‌آل، تفاوت معنی‌داری در میانگین سایر مشخصه‌ها در میان این دو گروه از زنان وجود دارد. بر حسب متغیرهای مرتبط با هزینه‌های پیشگیری (هزینه‌های دسترسی، هزینه‌های آگاهی و عوارض جانبی، و هزینه‌های مخالفت‌های خانوادگی اجتماعی) در هر سه مورد میانگین نمرات زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی

استفاده نمی‌کنند بیش از زنانی است که استفاده می‌کنند. به این ترتیب، می‌توان گفت زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند هزینه‌های درک‌شده‌ی بیشتری دارند و این امر می‌تواند بر عدم استفاده‌ی آن‌ها از وسایل تأثیر بگذارد.

جدول شماره ۲. بررسی تفاوت میانگین‌های متغیرهای پیش‌بین در دو گروه از زنان استفاده‌کننده و عدم استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی

متغیرها		آزمون یون برای برابری واریانس‌های دو گروه		آزمون t برای برابری میانگین‌های دو گروه	
		مقدار F	سطح معنی‌داری	مقدار t	سطح معنی‌داری
هزینه‌های دسترسی	فرض برابری واریانس‌ها	۱/۱۵۹	۰/۲۸۲	۵/۵۷۵	**
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۵/۵۲۲	**
هزینه‌های آگاهی و عوارض جانبی	فرض برابری واریانس‌ها	۰/۹۷۱	۰/۳۲۵	۶/۳۵۲	**
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۶/۲۸۷	**
هزینه‌های مخالفت‌های خانوادگی اجتماعی	فرض برابری واریانس‌ها	۴۱۷/۰۹۷	۰/۰۰۰۵	۸/۷۱۶	*
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۵/۱۲۱	*
استقلال زنان	فرض برابری واریانس‌ها	۸/۳۲۹	۰/۰۰۴	۵/۷۹۹	**
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۵/۲۹۱	**
ترجیح جنسی	فرض برابری واریانس‌ها	۰/۶۷۶	۰/۴۱۱	۲/۱۱۴	*
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۲/۰۷۳	*
هزینه‌ها و منافع فرزندان	فرض برابری واریانس‌ها	۳۸/۱۶۳	۰/۰۰۰۵	۷/۷۲۸	**
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۶/۵۶۷	**
تقدیرگرایی در رفتار باروری	فرض برابری واریانس‌ها	۵/۵۲۸	۰/۰۱۹	۲/۴۴۳	*
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۲/۵۶۸	*
سن در هنگام بررسی	فرض برابری واریانس‌ها	۱۶/۲۹۲	۰/۰۰۰۵	۰/۲۲۷	ns
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۰/۲۰۸	ns
شمار فرزندان در قید حیات	فرض برابری واریانس‌ها	۱۷/۹۲۵	۰/۰۰۰۵	۵/۵۶۷	**
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۵/۱۶۹	**
شمار فرزندان ایده‌آل	فرض برابری واریانس‌ها	۵/۵۹۳	۰/۰۱۸	۰/۸۵۷	ns
	فرض نابرابری واریانس‌ها			۰/۸۲۵	ns

** = معنی‌داری در سطح (۰/۰۱) * = معنی‌داری در سطح (۰/۰۵) ns = غیرمعنی‌دار

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۲، میانگین نمره شاخص استقلال زنان برای آن دسته از زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند بیشتر از زنانی است که استفاده نمی‌کنند. در واقع،

زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با رفتارهای جمعیتی از استقلال بیشتری برخوردارند. در مقابل، میانگین نمرات شاخص‌های گرایش به ترجیح جنسی، تقدیرگرایی در رفتار باروری و نگرش نسبت به هزینه‌ها و منافع فرزندان در میان زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند بیشتر از آن‌هایی است که استفاده می‌کنند. بر اساس این نتایج می‌توان گفت زنانی که از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند بیشتر از سایر زنان دارای تفکرات مدرن می‌باشند. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که از نظر شمار فرزندان در قید حیات نیز تفاوت معنی‌داری میان زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند در مقایسه با آن‌هایی که استفاده نمی‌کنند وجود دارد.

تحلیل چند متغیره

در ادامه، می‌خواهیم بدانیم کدام یک از متغیرهای مستقل در تصمیم‌گیری زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی بیشترین تأثیر را دارد. در واقع، می‌خواهیم بدانیم که گروه‌بندی زنان بر پایه‌ی استفاده یا عدم استفاده از وسایل پیشگیری تا چه اندازه با گروه‌بندی افراد در تابع تمایز مشابهت دارد. برای این منظور، ابتدا با استفاده از تابع تمایز و متغیرهای پیش‌بین، تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی پیش‌بینی می‌شود. سپس، این پیش‌بینی با اظهارات زنان در این خصوص مقایسه می‌شود تا میزان مطابقت این پیش‌بینی با اظهار نظر خود افراد مشخص گردد.

جدول ۳، معنی‌داری تفاوت میانگین‌های هر یک از متغیرهای مستقل در میان طبقات متغیر وابسته را نشان می‌دهد. چنانچه سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۱ باشد، نتیجه می‌گیریم که تفاوت میانگین گروه‌ها معنی‌دار است. برای این منظور، از آماره‌ی لاندای ویلکز استفاده می‌شود. هر چه مقدار لاندای برای یک متغیر کمتر باشد بیانگر سهم بیشتر آن متغیر در تابع تمایز است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، متغیر هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های اجتماعی و خانوادگی با ۰/۹۰۲ باعث ایجاد بیشترین تمایز در میان گروه‌های متغیر وابسته است.

در مرحله بعد، متغیرهای مستقل به صورت گام به گام وارد تابع تمایز شده و برحسب مقدار F و لاندای ویلکز در تابع نهایی باقی مانده و یا حذف شدند. جدول شماره ۴، متغیرهایی را نشان می‌دهد که در نهایت برای ایجاد تابع تمایز از آن‌ها استفاده شده است. از مجموع ۱۴ متغیر مورد مطالعه تنها هشت متغیر در تابع تمایز استفاده شده‌اند*.

* چون در پژوهش حاضر متغیر وابسته دو وجهی می‌باشد تنها یک تابع تشخیص خواهیم داشت.

جدول شماره ۳. آزمون برابری میانگین‌ها برای هر یک از متغیرهای مستقل

سطح معنی- داری	مقدار F	لانداى ويلکز	متغیر مستقل
ns	۱/۰۶۲	۰/۹۹۸	سطح تحصیلات
ns	۰/۰۳۶	۱/۰۰۰	وضعیت اشتغال
ns	۰/۴۶۲	۰/۹۹۹	خاستگاه
**	۴۷/۱۵۴	۰/۹۳۷	تمایلات باروری
ns	۰/۰۵۲	۱/۰۰۰	سن در هنگام بررسی
**	۳۰/۹۸۹	۰/۹۵۷	تعداد فرزندان در حال حاضر زنده
ns	۰/۷۳۴	۰/۹۹۹	تعداد فرزندان ایده‌آل
**	۳۳/۶۲۵	۰/۹۵۴	استقلال زنان
*	۴/۴۶۷	۰/۹۹۴	گرایش به ترجیح جنسی
*	۵/۹۶۸	۰/۹۹۲	تقدیرگرایی در رفتار باروری
**	۵۹/۷۲۹	۰/۹۲۱	نگرش نسبت به هزینه و منافع فرزندان
**	۳۱/۰۷۷	۰/۹۵۷	هزینه‌های مرتبط با دسترسی
**	۴۰/۳۴۴	۰/۹۴۵	هزینه‌های مرتبط با آگاهی از روش‌ها و عوارض جانبی
**	۷۵/۹۶۱	۰/۹۰۲	هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های اجتماعی و خانوادگی

** = معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ * = معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ ns = غیرمعنی‌دار

در واقع، این هشت متغیر به میزان زیادی در پیش‌بینی تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی کمک می‌کنند. متغیرهای مذکور پس از هشت مرحله پالایش بر حسب مقدار لانداى متغیر در افزایش مقدار کل لانداى تابع و مقدار F جزئی برای ورود و خروج از معادله‌ی تمایز انتخاب شده-اند. با مقایسه‌ی مقدار F متغیرها و لانداى ويلکز آن‌ها می‌توان دریافت که متغیرهایی چون «هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های فرهنگی و اجتماعی» و «تعداد فرزندان در قید حیات» به میزان زیادی در پیش‌بینی تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری مؤثر بوده‌اند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴. متغیرهای نهایی وارد شده برای ایجاد تابع تمایز

متغیر	مقدار F برای ورود متغیر به تابع	لانداى ويلكز
هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های اجتماعی و خانوادگی	۴۲/۷۹۷	۰/۷۶۹
نگرش نسبت به هزینه و منافع فرزندان	۲۰/۹۳۲	۰/۷۴۶
تعداد فرزندان در قید حیات	۴۲/۲۷۳	۰/۷۶۹
هزینه‌های مرتبط با آگاهی از روش‌ها و عوارض جانبی	۹/۶۶۸	۰/۷۳۴
تمایلات باروری	۲۱/۹۸۰	۰/۷۴۷
سن در هنگام بررسی	۲۳/۸۳۲	۰/۷۴۹
استقلال زنان	۱۰/۰۹۴	۰/۷۳۵
هزینه‌های مرتبط با دسترسی	۶/۳۲۴	۰/۷۳۱

بر اساس این بررسی، مقدار ویژه‌ی تابع تمایز، درصد واریانس تبیین‌شده توسط تابع و همبستگی کانونی به ترتیب ۰/۴۸۱، ۱۰۰ و ۰/۶۸۵ است. مقدار همبستگی کانونی (۰/۶۸۵) نشان می‌دهد که مجموعه‌ی متغیرهای مستقل توانسته‌اند حدود ۴۶/۹ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند و تابع مورد نظر قادر است به خوبی گروه‌ها را از همدیگر تفکیک کند. بر اساس آماره‌ی لانداى ويلكز (۰/۵۳۱) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰۵) آماره‌ی کای اسکوت (۲۲۳/۷۹۰) می‌توان گفت مقدار ویژه‌ی محاسبه‌شده برای تابع تمایز به لحاظ آماری معتبر بوده و در سطح معنی‌داری قرار دارد. همانطور که گفته شد، هرچه مقدار لاندا کمتر باشد بهتر است و نشان می‌دهد که میانگین گروه‌ها با هم متفاوت است*. جدول ۵، ضرایب تابع تشخیص کانونی را نشان می‌دهد. این ضرایب سهم تفکیکی هر متغیر مستقل در تابع تشخیص را ضمن کنترل اثر سایر متغیرها نشان می‌دهد. با استفاده از این ضرایب، معادله‌ی پیش‌بینی تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی را این‌گونه می‌توان نوشت:

$$Y = -2/557 + 2/757 (X_1) + 0/098 (X_2) - 0/492 (X_3) + 0/441 (X_4) + 0/791 (X_5) + 0/063 (X_6) - 0/068 (X_7) - 0/351 (X_8)$$

* در تفسیر مقدار لاندا می‌توان آن را از عدد یک کم کرده و در ۱۰۰ ضرب نمود. به این ترتیب، نتیجه مساوی ۴۶/۹ درصد است. این درصد دقیقاً همان مقداری است که در ضریب همبستگی کانونی بدست آمد.

که در آن؛ Y استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و Xها متغیرهای مستقل به ترتیب خانه‌های جدول ۷ می‌باشد که می‌توان با جایگزین کردن مقادیر معادله‌ی فوق برای هر پاسخگو نمره‌ی تابع تمایز آن پاسخگو را بدست آورد. برای بدست‌دادن معادله‌ی پیش‌بینی واقعی تمایز که جهت گروه‌بندی موارد جدید قابل کاربرد باشد، بایستی از این ضرایب در معادله‌ی تمایز استفاده کرد.

میانگین‌های نمرات تمایز ناشی از تابع در هر کدام از طبقات متغیر وابسته برای آن‌هایی که از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند و آن‌هایی که استفاده نمی‌کنند به ترتیب ۰/۳۶۲- و ۱/۰۴۷ می‌باشد. از این ارقام می‌توان برای تعیین نقطه‌ی تمایز^۱ نمرات جهت اختصاص افراد به هر یک از گروه‌های متغیر وابسته استفاده کرد. نقطه‌ی تمایز حاصل از معادله‌ی تمایز برای این تحلیل به صورت زیر است:

$$C.O = \frac{-0/326 + 1/047}{2} = 0/3425$$

در صورتی که نمره‌ی تمایز یک فرد کمتر یا برابر با نقطه‌ی تمایز (۰/۳۴۲۵) باشد، در گروه استفاده-کنندگان از وسایل پیشگیری و اگر بیشتر از آن باشد در گروه افرادی قرار می‌گیرد که از وسایل استفاده نمی‌کنند.

جدول شماره ۵. ضرایب تابع تشخیص کانونی

ضرایب	متغیر
۲/۷۵۷	هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های اجتماعی و خانوادگی
۰/۰۹۸	نگرش نسبت به هزینه و منافع فرزندان
- ۰/۴۹۲	تعداد فرزندان در حال حاضر زنده
۰/۴۴۱	هزینه‌های مرتبط با آگاهی و عوارض جانبی
۰/۷۹۱	تمایلات باروری
۰/۰۶۳	سن در هنگام بررسی
- ۰/۰۶۸	استقلال زنان
- ۰/۳۵۱	هزینه‌های مرتبط با دسترسی
- ۲/۵۵۷	مقدار ثابت

^۱. Cutting off point

جدول شماره ۶ که جدول آشفستگی نیز نامیده می‌شود، تعداد و درصد پاسخگویانی را که به درستی و یا به اشتباه در دو گروه مورد نظر طبقه‌بندی شده‌اند نشان می‌دهد. همان‌طور که نشان داده شد، ۴۲۸ نفر (۸۲/۳ درصد) از استفاده‌کنندگان از وسایل پیشگیری به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. همچنین، از این گروه ۹۲ نفر (۱۷/۷ درصد) به اشتباه در گروه عدم استفاده‌کنندگان از وسایل پیشگیری طبقه‌بندی شده‌اند. در میان آن‌هایی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند، ۳۳/۳ درصد به اشتباه و ۶۶/۷ درصد به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. نتایج بیانگر آن است که دقت طبقه‌بندی استفاده‌کنندگان از وسایل پیشگیری بیشتر از آن‌هایی است که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند.

در مجموع و بر اساس درصد صحت طبقه‌بندی در دو گروه، ۷۸/۳ درصد از زنان درست و مطابق گروه‌بندی واقعی آن‌ها بر حسب متغیر وابسته طبقه‌بندی شده‌اند. به بیان دیگر، با استفاده از تابع تمایز و ضرابی که هر کدام از هشت متغیر معنی‌دار داشتند، تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی پیش‌بینی شده است. سپس، این پیش‌بینی با اظهار نظر خود افراد در این خصوص مقایسه شده و در ۷۸/۳ درصد افراد مورد بررسی، این پیش‌بینی با اظهار نظر پاسخگویان مطابقت داشت. این میزان مطابقت در گروه‌بندی، بیانگر توانایی مناسب تابع تمایز و نقش بارز متغیرهای آن در پیش‌بینی تصمیم زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی است.

جدول شماره ۶. جدول طبقه‌بندی

کل	طبقه‌بندی پیش‌بینی شده		آیا از وسایل استفاده می‌کند؟	تعداد	طبقه‌بندی معتبر
	خیر	بلی			
۵۲۰	۹۲	۴۲۸	بلی		
۱۸۰	۱۲۰	۶۰	خیر		
۱۰۰/۰	۱۷/۷	۸۲/۳	بلی	درصد	متقاطع
۱۰۰/۰	۶۶/۷	۳۳/۳	خیر		

نتیجه‌گیری

با کاهش باروری در ایران به پایین‌تر از سطح جایگزینی، به نظر می‌رسد تحقیق درباره استفاده زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی از اهمیت چندانی در میان پژوهشگران برخوردار نباشد؛ اما باید به این نکته توجه نمود که امروزه زوجین متمایل به داشتن خانواده‌های کوچک‌تری هستند و قصد ندارند فرزندان زیادی داشته باشند. در چنین شرایطی، چنانچه زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده نکنند، امکان

بروز حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین افزایش می‌یابد. این پدیده می‌تواند سلامت مادر و کودک را تهدید کند. بنابراین، شناخت عوامل مؤثر بر استفاده زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی از ضروریات اصلی در برنامه‌ریزی‌های بهداشت باروری در جامعه کنونی ایران است.

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان ۱۵-۴۹ ساله شهر مهاباد و به منظور شناسایی نقش متغیرهای مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی انجام شد. نتایج از شیوع گسترده‌ی وسایل پیشگیری از بارداری در جمعیت مورد بررسی حکایت دارد؛ به طوری که ۷۴/۳ درصد زنان مورد مطالعه در زمان تحقیق از یکی از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند. شیوع استفاده از روش‌های مدرن با ۷۱/۲ درصد به مراتب بیشتر از روش‌های سنتی با ۲۸/۸ درصد است. بر اساس نتایج به‌دست آمده، زنان واقع در گروه‌های سنتی بالاتر دامنه‌ی سنتی فرزندآوری (۱۵-۴۹) بیشتر از روش‌های مدرن و زنان جوان‌تر از روش‌های سنتی استفاده می‌کنند. علت این امر را می‌توان در دست‌یابی زنان متعلق به گروه‌های هم‌دوره ازدواجی قدیمی‌تر به شمار فرزندان ایده‌آل‌شان جستجو کرد.

پس از این‌که معلوم شد چند درصد زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند، تلاش شد تا مشخص شود چه تفاوت‌هایی بر حسب مشخصه‌های فرهنگی، جمعیتی و هزینه‌های درک‌شده بین زنانی که از وسایل پیشگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند و آن‌هایی که استفاده نمی‌کنند وجود دارد. آیا تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار است؟ نتایج نشان داد که به استثنای دو متغیر سن زن در هنگام بررسی و شمار ایده‌آل فرزندان، در سایر موارد بین میانگین دو گروه بر حسب تعیین‌کننده‌های استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی تفاوت‌های آماری معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل چندمتغیره با استفاده از تکنیک تحلیل تمایز نشان داد که از میان ۱۴ متغیر مستقل مورد بررسی، هشت متغیر به مقدار زیادی تصمیم زنان برای کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی را پیش‌بینی می‌کنند. بر این اساس، «هزینه‌های مرتبط با مخالفت‌های اجتماعی و فرهنگی» و «شمار فرزندان در قید حیات» بیشترین نقش را در پیش‌بینی تصمیم زنان برای استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی دارند. حضور هر سه متغیر مرتبط با هزینه‌های پیشگیری از حاملگی (هزینه‌های دسترسی، هزینه‌های آگاهی و عوارض جانبی و هزینه‌های مخالفت‌های خانوادگی اجتماعی) در میان هشت متغیر برگزیده نشان از تأثیر زیاد این متغیر در استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی دارد. یافته‌ها ادعای بوشان را مبنی بر این‌که هزینه‌های درک‌شده از سوی زنان بیش از دیگر عوامل می‌تواند در استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی مؤثر باشد تأیید می‌کند. این بررسی همچنین نشان داد که استقلال زنان در تصمیم‌گیری‌های باروری و نگرش آن‌ها نسبت به هزینه و منافع فرزندان بیشتر از سایر متغیرها در استفاده‌ی زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی تأثیر دارند. بر

اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اگرچه نقش بعضی متغیرها در مقایسه با سایر متغیرها مهم‌تر است، اما مجموعه‌ای از متغیرهای فرهنگی، جمعیتی و عوامل مرتبط با تنظیم خانواده در استفاده‌ی زنان از وسایل پیشگیری از حاملگی تأثیر می‌گذارند.

بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت کاهش هزینه‌های درک‌شده برای استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، افزایش آگاهی‌های زنان از روش‌های مدرن پیشگیری، از میان برداشتن موانع اجتماعی و فرهنگی استفاده از وسایل پیشگیری و مشروعیت بخشیدن به استفاده از این وسایل نقش مهمی در گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و در نتیجه ارتقای سلامت مادران و کاهش مرگ‌ومیرهای مادری دارد. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که صرف‌ارایی خدمات بهداشت باروری، تضمین‌کننده دسترسی و استفاده‌ی زنان از این خدمات نیست. موانع، به ویژه موانع اجتماعی - فرهنگی و ذهنی استفاده از وسایل پیشگیری نیز اهمیت دارد. بنابراین، انجام اقداماتی در راستای افزایش آگاهی‌های عمومی در خصوص ضرورت و اهمیت استفاده از وسایل پیشگیری و نقش آن‌ها در بهبود وضعیت سلامت مادران و کودکان می‌تواند کمک مؤثری در بسترسازی برای حذف موانع اجتماعی - فرهنگی و ذهنی ارائه‌ی خدمات بهداشت باروری باشد. نویسندگان مقاله همچنین بر ضرورت انجام مطالعات زمینه‌ای با روش‌های کیفی و یا ترکیبی در مناطقی با زمینه‌های قومی و فرهنگی متفاوت و برخوردار از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متمایز تأکید دارند.

منابع

- استور، جان، شارون کرمایر، لورا هیتون، اد ایل (۱۳۸۸) Spectrum: سیستم مدل‌سازی سیاست-گذاری، ترجمه حاتم حسینی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- حبیب‌پور، کریم و رضا صفری (۱۳۹۰) راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده‌های کمی)، چاپ سوم، تهران، نشر لویه و متفکران.
- حسینی، حاتم (۱۳۹۰) درآمدی بر جمعیت‌شناسی اقتصادی اجتماعی و تنظیم خانواده، چاپ چهارم، ویراست دوم، همدان، انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
- حسینی، حاتم، امیر عرفانی، سلیمان پاک‌سرشت و بلال بگی (۱۳۹۱) نیاز برآورده‌نشده بهداشت بارداری و تعیین‌کننده‌های آن در میان زنان گُرد شهر مهاباد، مجله زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۰، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱، صص ۸۶-۶۵.

حسینی، حاتم و بلال بگی (۱۳۹۱) تغییرات ساختار سنی و خلاء سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران، مقاله
ارایه شده در ششمین همایش جمعیت‌شناسی ایران، ۱۷ و ۱۸ آبان ماه ۱۳۹۱، تهران، دانشکده
علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.

حسینی، حاتم و محمد جلال عباسی شوازی (۱۳۸۹) تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری زنان گرد و ترک
شهرستان ارومیه: کاربرد روش تجزیه‌ی بونگارت، *مجله‌ی مطالعات اجتماعی ایران*، دوره‌ی ۴، شماره
۲، صص ۴۸-۲۳.

حسن‌زاده، افسانه (۱۳۸۷)، بارداری‌های ناخواسته در ایران، *هفته‌نامه سلامت*، شماره ۱۹۲، ص ۳.
زنجانی، حبیب‌الله و محمد میرزایی و امیر هوشنگ مهریار و کامل شادپور (۱۳۷۸)، *جمعیت، توسعه و
بهداشت باروری*، تهران: نشر بشری.

عباسی شوازی، محمد جلال و میمنت حسینی چاووشی و بهرام دلور (۱۳۸۲)، حاملگی‌های ناخواسته و
عوامل مؤثر بر آن در ایران، *فصل‌نامه باروری و ناباروری*، زمستان ۸۲، صص ۷۶-۶۲.
عباسی شوازی، محمد جلال و آتیه خادم‌زاده (۱۳۸۳)، علل انتخاب روش منقطع پیشگیری از بارداری در
بین زنان سنین باروری در شهرستان رشت، *فصل‌نامه باروری و ناباروری*، صص ۳۲۷-۳۲۳.
عباسی شوازی، محمد جلال و میمنت حسینی چاووشی و پیتر مک‌دونالد و بهرام دلور (۱۳۸۳)، *تحولات
باروری در ایران: شواهدی از چهار استان منتخب*، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی.

مجدفر، زهرا و گوهر محمدی (۲۰۰۸)، روز جهانی جمعیت، *واحد جمعیت و تنظیم خانواده معاونت
بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی*، تولکیت (ابزار کار یا شیوه نامه) صندوق جمعیت سازمان ملل
(UNFPA).

Abbasi-Shavazi, M.J (2001) Below-Replacement Level Fertility in Iran: Progress and
Prospects, *Paper Presented at the Workshop on Low Fertility in Advanced
Countries: Trends, Theories and Policies*, Tokyo, 21-23 March.

Abbasi-Shavazi, M.J., P. McDonald, and M. Hosseini - Chavoshi (2009) *The
Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*, Springer,
London.

Abbasi-Shavazi, M.J., M, Hosseini-Chavoshi., and P, McDonald (2007) The
path to below-replacement fertility in Iran, *Asia-Pacific Population Journal*,
112-91: (2) 22.

- Abbasi-Shavazi, M.J., A.H, Mehryar., B, Delavar, and M, Hosseini-Chavoshi (2001) Unintended fertility in the Islamic Republic of Iran: trends and correlates, *Paper presented at the IUSSP conference*, Salvador, 18-24 August.
- Assefa H., Tesfayi G., and Charles H. Teller (2007) The lagging demographic and health transitions in rural. Ethiopia: Socio-economic, Agro ecological and health service factors affecting fertility, mortality and nutrition trends, *Paper presented at session 104*, Arusha, Tanzania, 10-14 December 2007.
- Barron, P.M., Ferrinho, P. Del. G.M., Buch, E., Gear, JSS., Morris, A., Orkin, F.M., Becker, S., A, Jeffrey (1987) Community health survey of Oukasie, *S.Afr Med J*; 79(1): 32-34.
- Belachew, A (2007) “Determinants of contraceptive use among rural married women of reproductive age (15 – 49) in Amhara Region: The case of Mecha Woreda”, *Thesis Addis Ababa university*.
- Bhushan (1997) Understanding unmet need, *Johns Hopkins School of Public Health*, Center for Communication Programs, Working PaperNo.4 November.
- Bongaarts J, and Bruce J (1995) The causes of unmet need for contraception and the social context of services, *Studies in Family Planning*, 26(2):57–75.
- Bongaarts, J., Johansson, E (2002) Future Trends in Contraceptive Prevalence and Method Mix in Developing World, *Studies in Family Planning*, Vol. 33, No. 1, PP. 24-36.
- Byniym, T (2007) “Preferences for sex & Number of Children and contraceptive use in rural Ethiopia”, published M.Sc. *Thesis Addis Ababa University*.
- Easterlin, Richard. A. (1975) An Economic Framework for Fertility Analysis, *Studies in Family Planning*, Vol. 6, No. 3, PP. 54-63.
- Erfani, A (2008) Abortion in Iran: What Do We Know?, Discussion Paper No, 08-01, available online at: <http://sociology.uwo.ca/popstudies/dp/dp08-01.pdf>.
- Fekadu, Z (1996) Social-psychological Factors associated with contraceptive attitudes of married women in the Kechene community of Addis Ababa, Ethiopia, *Journal of Health Development*, 1996; 10[3]; 153-160.
- Feyisetan, B.J (2000) Spousal communication & contraceptive use among the Yoruba of Nigeria, *population Research and policy Review*, 19(1): 29-45.

- Kasule, OH (2003) Social and religious dimensions of unwanted pregnancy: an Islamic perspective, *Med J Malaysia*, 58(Suppl A): 49-60.
- Mahran, M., El-Zanaty, F., Way, A (1995) Perspectives on fertility and family planning in Egypt, *Macro international Inc*, Calverton, Maryland USA.
- McDonald, P (2002) Low Fertility: Unifying the Theory and the Demography, Paper Prepared for Session 73, *Future of fertility in low fertility countries*, 2002 Meeting of the Population Association of America.
- Mamdani, M., and Garner, p (1993) Fertility and contraceptive use in poor urban areas of developing countries, *Health Policy and Planning*, Oxford University Press.
- Mihret, N (2008) “Determinants of unmet need for contraception among currently married couples in West Belessa Woreda, North Gondar of Amhara, Ethiopia”, *Thesis Addis Ababa university*.
- Robey, BR., Rutsein, SO., Morris, L (1992) “The Reproductive Revolution: New survey findings population reports”, *Baltimore John Hopkins University*, population information program, series M, No, 11.
- Tizazu, A (1994) “Differential In Use Effectiveness Of Contraception In Dale Wereda South Ethiopia”, *MPH Thesis*.
- United Nations (2011) “2011 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG 2011)”, *Department of Economic and social affairs*, population division.
- Westoff, CF., and Bankole, A (1995) The potential demographic significance of unmet need, *International Family Planning Perspectives*, 22(1) :16-20.
- World Bank (2007) Capturing the Demographic Bonus in Ethiopia: Gender, Development and Demographic Actions, Poverty Reduction and Economic Management, *country Department Africa Region*.
- Zewudu, W., Sibanda, A., and Dennis, P (2003) The proximate determinants of the decline to below replacement fertility in Addis Ababa, *studies in Family Planning*, 34 (1):1-7.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی