

فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر

سال پنجم، شماره دوازدهم، بهار ۱۳۹۰

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۵ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۲۲

صص ۵۴ - ۳۱

بررسی ویژگی‌های مراجعه‌کنندگان به مراکز تنظیم خانواده و علت عدم مراجعه مجدد برخی از آنان به این مراکز (مطالعه موردی: زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شماره ۲ اصفهان)

فریدون وحید^۱، علی اصغر مهاجرانی^۲، مرضیه کهن کار^۳

چکیده

آسانترین راه حل مشکل رشد بالای جمعیت، اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده است. در سال ۱۳۶۸ دولت جمهوری اسلامی ایران، پس از یک وقفه ده ساله، سیاست رسمی کاهش موالید تحت عنوان تنظیم خانواده را پذیرفت و اجرای آن را به وزارتخانه‌های بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت آموزش و پرورش و سازمان‌های ذیربط واگذار کرد. هدف اصلی این پژوهش بررسی ویژگی‌های مراجعه‌کنندگان به مراکز

f.vahida@gmail.com

۱- استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان

۲- استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان

۳- کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان

تنظیم خانواده و علت عدم مراجعه مجدد برخی از آنان به این مراکز است. مطالعه حاضر در برگیرنده زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت شماره (۲) شهر اصفهان (خانه اصفهان) است. این مطالعه شامل دو قسمت است؛ قسمت اول مربوط به ویژگی های مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده بوده که تعداد آنها ۳۷۸ نفر که این قسمت شامل ۸ سوال در رابطه با ویژگی های آنان بوده است، قسمت دوم آن مربوط به علت عدم مراجعه مجدد برخی از آنان است که تعداد آنها ۳۱۱ نفر بوده است. این قسمت شامل ۸ فرضیه در رابطه با علت عدم مراجعه است که با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی به تجزیه و تحلیل داده های آن پرداخته شده است. نتایج تحقیق نشان داد که مهمترین علت عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده مهاجرت یا جابه جایی محل سکونت ۶۰/۸ درصد است و تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن تعداد فرزند دلخواه در مرتبه دوم، داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلوگیری با هزینه شخصی در مرتبه سوم قرارداد و با حذف عامل مهاجرت و جابه جایی محل سکونت، دلیل اصلی علت عدم مراجعه به ترتیب اهمیت تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن تعداد فرزند دلخواه در مرتبه اول، داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلوگیری با هزینه شخصی در مرتبه دوم و مراجعه به مراکز خصوصی در مرتبه سوم و مخالفت شوهر در مرتبه چهارم قرار داشته است. ضمناً نتایج بررسی بیانگر این موضوع است که هرچه تحصیلات بیشتر باشد، تعداد فرزندان کمتر است و نیز هر چه سن مراجعه کنندگان پایین تر باشد گرایش آنها به برنامه های تنظیم خانواده بیشتر است.

واژه های کلیدی: تنظیم خانواده، روش های پیشگیری از بارداری، ویژگی های مراجعه کنندگان، علت عدم مراجعه مجدد

مقدمه

مفهوم تنظیم خانواده از روزگاران کهن به طرق و اشکال مختلف، در زندگی اجتماعی انسان وجود داشته و روز به روز اهمیت آن در اجتماعات بشری روشن تر می شود. در ایران از سال

۱۳۶۸ برنامه‌های تنظیم خانواده و کاهش موالید بصورت یک برنامه مدون و تصویب شده توسط مجلس شورای اسلامی به اجرا گذاشته شد. در برنامه‌های آموزشی تنظیم خانواده کوشش می‌شود که با آموزش فراگیر و سراسری اقشار مختلف جامعه سطح آگاهی عمومی درباره مزایای برنامه‌های تنظیم خانواده و دانش جامعه درباره کاربرد انواع وسایل پیشگیری از بارداری افزایش یابد.

یکی از مکانیزم‌های جدید که در نیمه دوم قرن بیستم در ارتباط با خانواده به منظور اصلاح و بهبود آن به کار گرفته شده شیوه‌های مختلف تنظیم خانواده است، یعنی به کار گرفتن تدابیری که بدان وسیله عمداً و به طور دلخواه بتوان فرزندان را با فاصله‌های مشخص و دلخواه به دنیا آورد. تنظیم خانواده یکی از روش‌های مرفقی و عامل پیشرفت خانواده است. امروزه از این ابزار در بسیاری از جوامع مختلف استفاده می‌گردد و این خود به رشد و توسعه خانواده کمک کرده است. تنظیم خانواده باعث شده تا سطح زندگی در خانواده افزایش یابد، و فرزندان ناخواسته کمتر در خانواده متولد گردند. به طور کلی، پیشرفت و سلامت خانواده در گرو به کارگیری تنظیم خانواده است. در زمینه تضمین سلامت مادران و کودکان برنامه تنظیم خانواده اهداف گوناگونی را دنبال می‌کند. تنظیم خانواده می‌تواند از بسیاری از مرگ و میر زنانی که همه ساله به علل مربوط به حاملگی جان خود را از دست می‌دهند، جلوگیری کرده از عوارض و معلولیت‌های نامعلوم و رنج‌آور میلیون‌ها نفر انسان که نتیجه مستقیم حاملگی‌های پرخطر است، جلوگیری نماید.

اگرچه اغلب برنامه‌های تنظیم خانواده بیشتر بر اساس ارتباط فرد با فرد یا ملاقات‌های گروهی بین پرسنل مراکز بهداشتی و مراجعان انجام می‌گیرد، اما وسایل ارتباط جمعی به ویژه رادیو و تلویزیون نیز به طور مؤثری در انتقال اطلاعات بهداشتی اهمیت پیدا کرده‌اند.

استمرار در استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی شرط اصلی مؤثر بودن آن روش‌هاست. به عبارت دیگر هنگامی می‌توان گفت که روش جلوگیری مورد استفاده قرار گرفته و مؤثر بوده است، که پس از دریافت آن برای جلوگیری از حاملگی به طور مرتب به

کار برده شود. در مورد قرص جلوگیری از حاملگی مراجعه برای دفعه اول فقط یک قدم در راه جلوگیری از حاملگی و تنظیم خانواده است، قدم‌های دیگر مراجعه‌های مجدد برای دریافت قرص و استفاده هر ماهه از این قرص‌هاست.

در طی فعالیت چند ساله مراکز تنظیم خانواده همیشه این سؤال مطرح بوده است که زنانی که به این مراکز مراجعه می‌کنند چه ویژگی‌هایی دارند و آنهایی که دیگر به مراکز مراجعه نمی‌کنند از نظر ادامه استفاده و یا عدم استفاده از وسایل جلوگیری چه وضعیتی دارند. بدین منظور تصمیم گرفته شد که از بین کسانی که مراجعه نکرده‌اند از طریق پرسشنامه سؤال‌هایی بعمل آید، که این تحقیق نتیجه این مطالعه است. بدیهی است که نتایج حاصل از این تحقیق فقط مربوط به مراجعه کنندگان به مرکز درمانی انتخاب شده ما هستند و نمی‌توان آنرا در مورد سایر زنان عمومیت داد. بنابراین، اطلاعات به دست آمده بیشتر می‌تواند مورد توجه این مراکز و مقامات مسؤل قرار گیرد.

بیان مسأله

اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل موالید، رشد بی‌رویه جمعیت و اثرات نامطلوب اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن را کاهش می‌دهد. اطلاع از آگاهی و عقاید و گرایش‌های مردم، جهت ارائه هرگونه آموزش و برنامه ریزی در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده لازم و ضروری است. به علت نقش مهمی که زنان در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده ایفا می‌کنند، شناخت آگاهی‌ها و عقاید آنها در این زمینه از اهمیت بیشتری برخوردار است.

از نظر تاریخی برنامه تنظیم خانواده در ایران به دو دوره تقسیم می‌شود: ۱- قبل از انقلاب اسلامی؛ ۲- بعد از انقلاب اسلامی. دوره اول از سال ۱۳۴۶ شروع شد و تا سال ۱۳۵۷ ادامه داشت. دوره دوم برنامه تنظیم خانواده در ایران پس از انقلاب اسلامی و از سال ۱۳۶۸ شروع شد و تحت تاثیر تحولات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد استقبال اکثریت مردم قرار گرفت. ولی پوشش این برنامه‌ها هنوز کامل نیست و حدود ۷۵ درصد از زنان همسردار را

شامل می‌شود. این سؤال در اینجا پیش می‌آید که چه اقشاری از افراد از برنامه‌های تنظیم خانواده استقبال می‌کنند و چه گروهها یا افرادی از این برنامه‌ها استقبال نکرده‌اند. به علاوه تعداد قابل توجهی از زنان مراجعه‌کننده به مراکز تنظیم خانواده پس از مدتی از مراجعه مجدد به این مراکز امتناع می‌کنند که باز این سؤال پیش می‌آید که دلیل عدم مراجعه مجدد آنان چه بوده است. این تحقیق درصدد شناخت ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی مراجعه‌کنندگان به مراکز تنظیم خانواده و پیگیری علل عدم مراجعه مجدد برخی از آنان به این مراکز است.

درباره اینکه چه کلمه و اصطلاحی برای پیشگیری از فرزنددار شدن مناسب است، بحث‌های گسترده‌ای شده است. این بحثها بدان جهت بوده است تا تعبیری به کار برده شود که ضمن گویایی و مناسب بودن با حدود این پیشگیری، جنبه‌های ارزشی و اخلاقی آن نیز رعایت شده باشد.

بنابراین، مسأله مهم در باب پیشگیری از فرزنددار شدن، تنها کم شدن فرزند نیست، بلکه برنامه ریزی و انتخاب راهی است که خانواده‌ها باید در پیش گیرند. و این برنامه ریزی توأم با آینده‌نگری آنان برای رسیدگی به وضع اطفال و رعایت فاصله بین نوزادانی است که می‌خواهند.

پس تنظیم خانواده تعریف‌های متعددی دارد. کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت (W.H.O) تنظیم خانواده را چنین تعریف و توصیف کرده است: تنظیم خانواده به کارهایی اطلاق می‌شود که به افراد کمک می‌کند تا به اهداف معین ذیل دست یابند. این اهداف عبارتند از:

- ۱- پرهیز از تولد کودک ناخواسته؛
- ۲- داشتن کودک به تعداد دلخواه؛
- ۳- تنظیم فواصل بین باروری‌ها؛
- ۴- مراقبت از زمان زایمان در رابطه با سن پدر و مادر؛

۵- تعیین تعداد کودکان برای خانواده.

همچنین، در سال ۱۹۷۱ کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت، تنظیم خانواده را چنین تعریف کرده است: «اتخاذ یک سیاست جمعیت از سوی خانواده‌ها که به صورت داوطلبانه و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسئولانه توسط والدین به خاطر ارتقای تندرستی و بهزیستی اعضای آن به اجرا گذاشته می‌شود. (اشرفی ایبانه، ۱۳۸۷: ۹۱)

جامعه‌شناسی تنظیم خانواده:

تشکیل خانواده به قدمت خود انسان است. خانواده واحد اصلی اجتماع است و نیاز به انضباط آن تنها در این اواخر، به علت دگرگونی‌های الگوی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جهان پدید آمده است.

به طور کلی، مردم با برنامه‌های تنظیم خانواده موافق هستند و هیچ مخالفت سازمان یافته‌ای در برابر آن وجود ندارد، علیرغم این، میزان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در کشورهای رو به پیشرفت کم است. مطالعات نشان داده است که پیچیدگی مشکل جمعیت به علت ریشه‌های عمیق اعتقادات دینی و دیگر باورها، بینش‌ها و عملکردهایی است که به نفع داشتن خانواده‌های بزرگ (مانند ترجیح دادن کودک پسر) است. عقیده حاکم در بعضی از جوامع آن است که کودک هدیه الهی است و تعداد کودکان توسط خداوند تعیین می‌شود. برای مثال، در هندوستان هر هندوی باید یک پسر داشته باشد، و کودک سرمایه انسان فقیر است. کودک مایملک والدین است که برای ایام پیری، بدبختی، و تنگدستی می‌توان به کمک او متکی بود. بسیاری از این باورها ریشه در نادانی و فقدان وسایل ارتباطی دارند.

فن آوری پیشگیری از بارداری وسیله‌ای برای رفع مشکل نیست. آنچه بیشتر اهمیت دارد تقویت آن دسته از دگرگونی‌های اجتماعی است که بر باروری اثر می‌گذارند، مانند افزایش سن ازدواج، بهبود وضعیت زنان، تأمین فرصت‌های آموزش و اشتغال برای زنان، بیمه ایام پیری، آموزش اجباری کودکان، و شتاب بخشیدن به دگرگونی‌های اقتصادی در جهت افزایش

درآمد سرانه. اینک بدیهی به نظر می‌آید که پیشرفت اقتصادی بهترین وسیله جلوگیری از بارداری است. (حسینی، ۱۳۷۸: ۵۷)

اهمیت تنظیم خانواده:

ارایه دهندگان خدمات می‌توانند با توجه به کاری که انجام می‌دهند مغرور شوند و افتخار نمایند زیرا تنظیم خانواده به همه افراد کمک می‌کند و امروزه به عنوان یکی از بندهای اساسی حقوق بشر و یکی از اجزای حیاتی توسعه پایدار شناخته شده است، زیرا به افراد و گروه‌های مختلف به شرح زیر کمک می‌کند.

زنان

تنظیم خانواده به زنان کمک می‌کند تا خود را در مقابل حاملگی‌های برنامه ریزی نشده محافظت کنند. در دهه ۱۹۶۰ برنامه‌های تنظیم خانواده از طریق کمک به زنان، موفق به پیشگیری از بروز ۴۰۰ میلیون حاملگی برنامه ریزی نشده در جهان گردید. در نتیجه بسیاری از زنان بخاطر مواجه نشدن با حاملگی‌های پر خطر و سقط‌های غیر ایمن توانستند به زندگی خود ادامه دهند. در واقع اگر می‌شد همه زنان از نظر بروز حاملگی‌های پر خطر مورد حفاظت قرار گیرند، مرگ مادر تا حد ۲۵ درصد کاهش پیدا می‌کرد. علاوه بر مسایل یاد شده برخی از روش‌های تنظیم خانواده دارای فوایدی از نظر تامین سلامتی هستند. برای مثال، استفاده از روش‌های هورمونی مانع از بروز بعضی از سرطان‌ها می‌شود، کاندوم نیز باعث پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی مشتمل بر ایدز و HIV می‌گردد.

کودکان

تنظیم خانواده از طریق فاصله گذاری مناسب بین زایمان‌ها به زنده ماندن کودکان کمک می‌کند. در جهان هر سال بین ۱۳ تا ۱۵ میلیون کودکان زیر ۵ سال می‌میرند. اگر تمام کودکان

با فاصله گذاری حداقل دو سال به دنیا می‌آمدند، ۳ تا ۴ میلیون از این مرگ‌ها می‌توانست پیشگیری شود.

مردان

تنظیم خانواده به مردان و زنان کمک می‌کند تا مراقبت از خانواده خود را بهتر انجام دهند. مردان در همه دنیا می‌گویند که رعایت تنظیم خانواده باعث تأمین یک زندگی بهتر برای خانواده آنها می‌گردد.

خانواده

برنامه‌های تنظیم خانواده باعث ارتقای سطح سلامت خانواده می‌شود. زوج‌ها با داشتن تعداد فرزند مناسب قادر به تأمین آموزش، پرورش، بهداشت و تغذیه کافی برای فرزندان خود هستند.

ملل

تنظیم خانواده کمک به توسعه ملل می‌کند. در کشورهایی که زنان، فرزندان کمتر در مقایسه با مادرانشان به دنیا آورده‌اند مردم بهبود وضعیت اقتصادی سریعتری را در مقایسه با کشورهای دیگر داشته‌اند.

کره زمین

جمعیت مناسب در آینده تقاضای مناسب برای استفاده از منابع طبیعی از قبیل آب و خاک قابل کشت را به دنبال خواهد داشت. بنابراین هر کس در آینده فرصت بهتر و بیشتری برای ساختن یک زندگی مناسب و خوب خواهد داشت و کسانی که ارائه‌کننده این خدمت هستند با عنایت به کمک‌های گسترده یاد شده، باید بخود بیالند.

چارچوب نظری:

از آنجایی که موضوع مورد تحقیق یک مسئله جمعیت‌شناختی بوده و نظرات متفاوتی از دانشمندان جمعیت‌شناسی و دست‌اندرکاران امور بهداشتی و درمانی ارائه گردیده است و از آنجایی که هیچ نظریه‌ای که بتواند بطور جامع متغیرهای اثرگذار بر تنظیم خانواده را تبیین کند، وجود ندارد. در این تحقیق از ترکیب نظرات اندیشمندان به عنوان پشتوانه تئوریک تحقیق استفاده شده است. بنابراین از بین آنها به تعدادی که به نظر مهم بوده اشاره می‌کنیم.

- نظر اسلام: اسلام به زندگی از زاویه وسیعی که تمام مصالح عالی بشریت را با توجه به کلیه جنبه‌ها و هدفهای زندگی که تکامل جسم، روان و بقای انسان است، نگریسته و با منطق واقع‌بینی به طرز شایسته‌ای احتیاجات اساسی او را در چارچوب زندگی دسته‌جمعی به شکلی تنظیم نموده و دستورالعمل حیات را به نحوی مقرر کرده که به بهترین وجه، هدف بقا نوع انسان تأمین گردد (خانی شالی، ۱۳۸۵: ۵) با بررسی کوتاهی که از منابع اسلامی در رابطه با مسأله تحدید جمعیت و تنظیم خانواده به عمل آمده می‌توان نتیجه گرفت که آیات واحادیث متعددی در خصوص مسائل جمعیتی نازل و وارد شده است که هم موافق با افزایش موالید و تشویق ولادت است و هم به مخالفت با افزایش جمعیت اشاره دارد.

آیات واحادیث موافق با افزایش موالید:

از ترس روزی اولاد خود را نکشید ما آنها و شما را روزی می‌دهیم.
و پیامبر می‌فرماید: من فردا به فزونی شما بر امت‌های دیگر افتخار می‌کنم.

آیات واحادیث مخالف با افزایش موالید:

امام صادق (ع) می‌فرماید: کمی فرزند یکی از دو راه سعادت است و بیشی فرزند یکی از دو راه فقر و تیره روزی.
پس می‌توان گفت که از یک نظر منع حاملگی و تنظیم خانواده باقواعد دین، تعارض دارد ولی از نظر دیگر چنین عقیده‌ای، اساس ندارد و باطل است.

بسیاری از روحانیون با تنظیم نسل، مخالفتی ندارند. بعضی از آنان، برای این کار شروط و قیودی در نظر می‌گیرند. در اسلام، قاعده‌ای است که می‌گوید (الضرورت، تبیح و المحظورات) به این معنی که بهنگام ضرورت، می‌توان بعضی محظورات و امور را مباح دانست. و ضرورت، اقدام به بعضی کارها را که ممکن است منع شده باشد، اجازه می‌دهد. پس می‌توان چنین گفت که یکی از عوامل موفقیت برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده ایران، حمایت رهبران مذهبی است.

- افلاطون تعداد سکنه جمهوری ایده آل خود را دقیقاً مشخص کرد (آن را مقدار ۵۰۴۰ نفر در نظر گرفته است). او می‌گفت: چنین جمعیتی می‌تواند نیازمندی‌های جامعه را به هنگام برآورد و اجرای درست بخش زمین‌ها و نظام مالیت‌ها را عملی سازد. افلاطون را می‌توان یکی از طرفداران نظریه حد مطلوب جمعیت دانست. (کلانتری، ۱۳۷۸: ۱۶)

- به نظر مسیح اصل و منشأ خلقت این است که (نشو و نما کنید و کره زمین را از انبنا بشر پر نمایید) تعالیم وی انباشته از هدف‌های افزایش جمعیت است و کلیسای کاتولیک هر عمل جنسی که به تولید مثل منجر نشود را محکوم دانسته است. (خانی شالی، ۱۳۸۵: ۲)

- نظریه اشاعه فرهنگی: که مهمترین نظریه پرداز آن جیمز بشرز است معتقد است در بین ساکنان مناطق شهری درباره شناخت و استفاده از وسایل پیشگیری و نیز نگرش آنها پیرامون تنظیم خانواده اختلاف نظرهایی وجود دارد.

- کالدول: از جمله نظریه پردازانی است که معتقد است زمانی که فرزندان مهمترین منبع امنیت اقتصادی هستند باروری بالا یکی از ویژگی‌های جامعه خواهد بود.

- فریدمن معتقد بود دو عامل در کاهش باروری مؤثر است:

الف) آشنایی مردم با این تفکر که می‌توانند باروری خود را کنترل کنند

ب) دردسترس قرار گرفتن وسایل جلوگیری از حاملگی

- پل هریسون: شاید مهمترین نظریه‌ای که ما برخی از فرضیات خود را به آن مرتبط کرده‌ایم نظریه پل هریسون است. او معتقد است که گسترش آموزش و پرورش در میان زنان سبب

می‌شود که آنها آگاهی و انگیزه بیشتری برای کوچک کردن حجم خانواده خود داشته باشند و معتقد است که شهرنشین‌ها خواهان فرزند کمتری هستند. بر اساس نظر وی بین سن فرد و گرایش به برنامه‌های تنظیم خانواده رابطه وجود دارد.

روش تحقیق و نوع مطالعه

روش تحقیق مورد استفاده در این مطالعه از نوع توصیفی و اسنادی است.

در تحقیق حاضر، جهت کسب اطلاعات نظری از روش‌های متعددی مانند جست و جوی اینترنتی و مطالعات کتابخانه‌ای استفاده شده و جهت دستیابی به اطلاعات و داده‌های تجربی ابزار جمع‌آوری پرسشنامه بوده است.

جامعه مورد بررسی در مطالعه حاضر مشتمل بر زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت شماره ۲ شهر اصفهان (منطقه خانه اصفهان) است که در آنجا پرونده تشکیل داده‌اند. این مطالعه شامل ۲ قسمت است:

۱: قسمت اول: بررسی ویژگی‌های مراجعه کنندگان به این مرکز است که در سال ۱۳۸۸ به این مرکز مراجعه کرده‌اند و تعداد آنها ۳۷۸ نفر بوده است.

۲: قسمت دوم: بررسی این موضوع است که علت عدم مراجعه برخی از زنان که تعداد آنها ۳۱۱ نفر بوده چیست.

سوالات تحقیق عبارتند از:

- ۱- مراجعه کنندگان به مراکز تنظیم خانواده در چه گروه‌های سنی هستند.
- ۲- مراجعه کنندگان به مراکز تنظیم خانواده چه تحصیلاتی دارند؟
- ۳- وضعیت فعالیت و اشتغال مراجعه کنندگان چگونه است؟
- ۴- مراجعه کنندگان به مراکز تنظیم خانواده چند فرزند دارند؟
- ۵- شغل همسر مراجعه کنندگان چیست؟
- ۶- طول مدت مراجعه، مراجعه کنندگان به این مراکز چند وقت است؟
- ۷- محل سکونت مراجعه کنندگان (از نظر شهری یا روستائی بودن) کجاست؟

۸- آیا مراجعه کنندگان به مراکز خصوصی نیز مراجعه می کنند؟

و فرضیه های تحقیق عبارتند از:

- ۱- علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده بیماری روحی و جسمی است.
 ۲. علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده حاملگی (بارداری) ناخواسته است.
 ۳. علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده نداشتن تعداد فرزندان کافی است.
 ۴. علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده مخالفت شوهر است.
 ۵. علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده ناراضی بودن از خدمات مراکز تنظیم خانواده است.
 ۶. علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده داشتن امکانات مالی است.
 ۷. علت عدم مراجعه مجدد به مراکز تنظیم خانواده مراجعه به پزشک یا مراکز درمانی خصوصی است.
 - ۸- علت عدم مراجعه به مراکز تنظیم خانواده مهاجرت یا جابه جایی محل سکونت می باشد. یافته های آماری تحقیق نتایج زیر را به دست می دهد:
- ۰/۵ درصد مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده بین ۱۵ تا ۱۹ سال، ۱۳ درصد بین ۲۰ تا ۲۴ سال، ۲۶/۷ درصد بین ۲۵ تا ۲۹ سال، ۲۰/۱ درصد بین ۳۰ تا ۳۴ سال، ۳۳/۱ درصد بین ۳۵ تا ۳۹ سال، ۵/۳ درصد بین ۴۰ تا ۴۴ سال داشته اند. آنچه قابل تأمل است این است که گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال که بیشترین باروری را در بین گروه های سنی زنان ایران دارد بیش از یک چهارم زنان را تشکیل می دهد.
- ۱۱/۴ درصد مراجعه کنندگان بدون فرزند، ۵۱/۳ درصد یک فرزند زنده بدنیا آورده، ۲۷/۲ درصد دو فرزند زنده بدنیا آورده، ۷/۹ درصد سه فرزند زنده بدنیا آورده و ۲/۲ درصد چهار فرزند زنده بدنیا آورده داشته اند. نسبت دارندگان یک فرزند از همه بیشتر و بیش از نیمی از آنان را تشکیل می دهد و در مجموع بیش از سه چهارم زنان مراجعه کننده یک یا دو فرزند داشته اند که با اهداف برنامه تنظیم خانواده یعنی محدود کردن تعداد فرزندان به دو فرزند سازگاری دارد.

۱۱/۴ درصد مراجعه‌کنندگان بدون فرزند می‌باشند. ۵۲/۶ درصد یک فرزند زنده مانده داشته‌اند، ۲۶/۲ درصد دو فرزند زنده مانده، ۷/۱ درصد سه فرزند زنده مانده، ۲/۲ درصد چهار فرزند زنده مانده داشته‌اند و ۰/۵ درصد نیز وضعیت فرزند زنده مانده خود را مشخص نکرده‌اند. این ارقام نشان می‌دهد که با افزایش تعداد فرزندان، مرگ و میر آنها تا حدودی افزایش می‌یابد.

۱۴/۳ درصد مادران مراجعه‌کننده به مرکز تنظیم خانواده شاغل و ۸۵/۷ درصد خانه‌دار می‌باشند و نسبت زنان خانه‌دار حدودشش برابر زنان شاغل است. نسبت زنان شاغل مراجعه‌کننده به مراکز تنظیم خانواده با نسبت زنان شاغل در کل جامعه ایران تقریباً هماهنگی دارد.

۱/۳ درصد مادران مراجعه‌کننده به مرکز تنظیم خانواده بیسواد، ۲/۴ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا نهضت، ۷/۴ درصد راهنمایی، ۵۱/۹ درصد دیپلم، ۹/۸ درصد فوق دیپلم، ۲۴/۶ درصد لیسانس و ۱/۹ درصد فوق لیسانس و دکتر می‌باشند و ۰/۸ درصد نیز تحصیلات خود را مشخص نکرده‌اند. جالب اینکه بیش از سه چهارم زنان مراجعه‌کننده تحصیلات دیپلم و بالاتر داشته و بیش از ۳۵ درصد آنان دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند.

۱۲/۷ درصد مادران مراجعه‌کننده به مرکز تنظیم خانواده سابقه حاملگی نداشته، ۴۶/۸ درصد یک بار حامله شده، ۲۶/۲ درصد دو بار، ۹/۳ درصد سه بار، ۴ درصد چهار بار و ۱ درصد پنج بار حامله شده‌اند. وجود اکثریت زنان یک یا دو بار حامله شده که سه چهارم کل مراجعه‌کنندگان به مرکز تنظیم خانواده را نشان می‌دهند، حاکی از عزم اکثریت مطلق آنان به محدود کردن فرزندان به یک یا دو فرزند است و با اهداف تنظیم خانواده هماهنگی دارد.

بیشترین مراجعه در مرداد ماه بوده و کمترین مراجعه در آذر ماه بوده است. متوسط تعداد مراجعه در ماه‌های سال ۳۰ نفر بوده است.

بیشترین روش جلوگیری استفاده از کاندوم با ۶۳/۲ درصد و در مرتبه دوم استفاده از قرص با ۱۱/۶ درصد و در مرتبه سوم استفاده از ای‌یو‌دی با ۷/۴ درصد و در مرتبه چهارم توبکتومی با ۵ درصد می‌باشد.

۹۹/۷ درصد زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده یک بار ازدواج کرده‌اند و ۰/۳ درصد آنها دو بار ازدواج کرده‌اند.

شوهر ۶/۳ درصد زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده دارای مشاغل کارگری بوده، ۲۵/۹ درصد دارای مشاغل کارمندی، ۴۷/۴ درصد دارای مشاغل آزاد و ۱۹ درصد مشاغل نظامی و ۵/۶ درصد مهندس و ۰/۸ درصد نیز وضعیت شغلی شوهر خود را مشخص نکرده‌اند. اگر بتوان کارگران راجزء طبقه پایین و کارمندان را اعضاء طبقه متوسط جدید و دارندگان مشاغل آزاد را در طبقه متوسط قدیم طبقه بندی کرد، شاید بتوان گفت که اکثریت مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده از طبقه پایین و متوسط بوده‌اند. کمتر بودن نسبت طبقه کارمند یا متوسط جدید نسبت به مشاغل آزاد یا طبقه متوسط قدیم شاید به این دلیل باشد که زنان طبقه متوسط جدید بیشتر از زنان متوسط قدیم از خدمات مراکز خصوصی استفاده می‌کنند. بعلاوه باید خاطر نشان کرد که همچنان که نسبت مشاغل آزاد در کل جامعه از مشاغل کارمندی بیشتر است، درصد زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده که شوهرانشان شغل آزاد دارند، می‌تواند بیشتر از زنانی باشد که شوهرانشان کارمند هستند.

۰/۵ درصد شوهر زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده بیسواد، ۴/۵ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا نهضت، ۱۵/۶ درصد راهنمایی، ۴۶/۳ درصد دیپلم، ۷/۴ درصد فوق دیپلم، ۲۱/۷ درصد لیسانس و ۳/۴ درصد فوق لیسانس و بالاتر داشته‌اند و ۰/۵ درصد نیز تحصیلات شوهر خود را مشخص نکرده‌اند. اگر سطح تحصیلات رایکی از معیارهای پایگاه اجتماعی به حساب آوریم، می‌توان گفت که اکثریت مراجعه کنندگان از طبقه پایین و متوسط بوده‌اند. همانگونه که قسمت قبل نیز حاکی از این امر بود.

امکان مقایسه توزیع تعداد فرزندان به تفکیک دفعات ازدواج به دلیل کم بودن فراوانی‌های زنان مراجعه کننده که دو بار ازدواج کرده‌اند وجود ندارد ولی داده‌ها نشان می‌دهد، زنانی که یک بار ازدواج کرده‌اند، تمایل دارند یک یا دو فرزند داشته باشند.

بیشترین روش مورد استفاده برای زنان دارای یک فرزند بدنيا آورده و دو فرزند بدنيا آورده استفاده از کاندوم و سپس قرص و در مرتبه سوم استفاده از ای یو دی است. ضمناً نتایج این تحقیق حاکی از این امر است که تنوع قابل ملاحظه‌ای در روش‌های جلوگیری رایج شده است. رایجترین روش مورد استفاده برای زنان دارای یک فرزند زنده مانده و دو فرزند زنده مانده استفاده از کاندوم و سپس قرص است و در مرتبه سوم استفاده از ای یو دی است و در مواردی از بستن لوله و توبکتومی نیز استفاده شده است. مهمترین علت عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده مهاجرت یا جابجایی محل سکونت با ۶۰/۸ درصد است. تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن تعداد فرزند دلخواه با ۹/۳ درصد در مرتبه دوم، داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلوگیری با هزینه شخصی با ۶/۸ درصد در مرتبه سوم علت عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده قرار دارد. مراجعه به پزشک یا مرکز درمانی خصوصی با ۵/۵ درصد در مرتبه چهارم علت عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده قرار دارد، مخالفت شوهر با جلوگیری با ۴/۵ درصد در مرتبه پنجم اهمیت علت عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده قرار دارد و ۶/۴ درصد سایر علل را گزارش کرده‌اند.

درصد	فراوانی	علل عدم مراجعه
۱	۳	ناراحتی روحی
۰/۶	۲	مشکلات زنانگی
۹/۳	۲۹	تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن تعداد فرزند دلخواه
۱/۹	۶	تصمیم به حامله شدن به علت جور نبودن جنسیت فرزندان
۴/۵	۱۴	مخالفت شوهر با جلوگیری
۱/۹	۶	ناراضی بودن از خدمات مرکز تنظیم خانواده
۶/۸	۲۱	داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلوگیری با هزینه شخصی
۵/۵	۱۷	مراجعه به پزشک یا مرکز درمانی خصوصی
۱/۳	۴	ترس از عوارض جانبی وسایل جلوگیری
۶۰/۸	۱۸۹	مهاجرت یا جابجایی محل سکونت
۶/۴	۲۰	دلایل دیگر
۱۰۰	۳۱۱	کل

با حذف عامل مهاجرت یا جابه جایی، دلیل علت عدم مراجعه به ترتیب تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن فرزند دلخواه با ۲۳/۷ درصد در مرتبه اول، داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلوگیری با هزینه شخصی با ۱۷/۲ درصد در مرتبه دوم و مراجعه به مراکز خصوصی در مرتبه سوم با ۱۳/۹ درصد و مخالفت شوهر با ۱۱/۵ درصد در مرتبه چهارم قرار داشته است.

درصد	فراوانی	علل عدم مراجعه
۲/۵	۳	۱- ناراحتی روحی
۱/۶	۲	۲- مشکلات زنانگی
۲۳/۷	۲۹	۳- تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن تعداد فرزند دلخواه
۴/۹	۶	۴- تصمیم به حامله شدن به علت جور نبودن جنسیت فرزندان
۱۱/۵	۱۴	۵- مخالفت شوهر با جلوگیری
۴/۹	۶	۶- ناراضی بودن از خدمات مرکز تنظیم خانواده
۱۷/۲	۲۱	۷- داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلوگیری با هزینه شخصی
۱۳/۹	۱۷	۸- مراجعه به پزشک یا مرکز درمانی خصوصی
۳/۳	۴	۹- ترس از عوارض جانبی وسایل جلوگیری
۱۶/۴	۲۰	۱۰- دلایل دیگر
۱۰۰	۱۲۲	کل

ضمناً نتایج تحقیق نشان می دهد که: تعداد فرزند زنده بدنیا آمده با سن مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه دارد، بطوری که سنین ۲۴ تا ۳۹ سال اکثراً دارای یک یا دو فرزند هستند در حالی که سنین پایین تر و بالاتر از این سنین فرزند کمتری بدنیا آورده اند.

کل	سن										تعداد فرزند	
	۴۴ تا ۴۰		۳۹ تا ۳۴		۳۳ تا ۳۰		۲۹ تا ۲۴		زیر ۲۴ سال			
در صد	فراوانی	درصد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۱/۶	۴۴	۰	۰	۷/۲	۹	۹/۲	۷	۸/۹	۹	۳۳/۹	۱۹	بدون فرزند
۵۱/۳	۱۹۴	۴۰	۸	۱/۸ ۳۶	۴۶	۱/۷ ۴۸	۳۷	۶۹/۳	۷۰	۵۸/۹	۳۳	یک فرزند
۲۷/۲	۱۰۳	۵۰	۱۰	۱/۴ ۳۴	۴۳	۱/۸ ۳۶	۲۸	۱۷/۸	۱۸	۷/۱	۴	دو فرزند
۷/۹	۳۰	۵	۱	۱/۴ ۱۸	۲۳	۳/۹	۳	۳	۳	۰	۰	سه فرزند
۱/۹	۷	۵	۱	۳/۲	۴	۱/۳	۱	۱	۱	۰	۰	چهار فرزند
۱۰۰	۳۷۸	۵/۳	۲۰	۱/۱ ۳۳	۱۲۵	۱/۱ ۲۰	۷۶	۲۶/۷	۱۰۱	۱۴/۸	۵۶	کل

نتایج این فرضیه باثوری پل هریسون همخوانی دارد. او معتقد بود که هرچه سن پاسخگویان کمتر باشد تمایل آنها به گرایش به برنامه‌های تنظیم خانواده بیشتر است.

بین تعداد فرزند زنده بدنیا آورده و سن مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه معناداری وجود دارد.

بین تعداد فرزند زنده بدنیا آمده در زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده با وضعیت فعالیت آنها رابطه معناداری وجود ندارد. عبارت دیگر تعداد فرزند زنده بدنیا آمده در زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده مستقل از وضعیت فعالیت آنها می‌باشد.

تعداد فرزند زنده بدنیا آمده با تحصیلات مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه دارد بطوری که تعداد فرزند زنده بدنیا آمده در زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر تحصیلات آنها است. یعنی هرچه تحصیلات بیشتر باشد تعداد فرزند کمتر است.

کل	تحصیلات										تعداد فرزند	
	لیسانس و بالاتر		فوق دیپلم		دیپلم		راهنمایی		بیسواد یا ابتدایی			
درصد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد	فراوانی	
۱۱/۶	۴۴	۲/۹	۱۱	۱/۶	۶	۶/۹	۲۶	۰	۰	۰/۳	۱	بدون فرزند
۵۱/۳	۱۹۴	۱۷/۵	۶۶	۵/۳	۲۰	۲۵/۷	۹۷	۱/۹	۷	۱/۱	۴	یک فرزند
۲۷/۲	۱۰۳	۵/۶	۲۱	۲/۹	۱۱	۱۴/۶	۵۵	۲/۴	۹	۱/۹	۷	دو فرزند
۹/۸	۳۷	۰/۵	۲	۰	۰	۴/۸	۱۸	۳/۲	۱۲	۱/۳	۵	سه یا چهار فرزند
۱۰۰	۳۷۸	۲۶/۵	۱۰۰	۹/۸	۳۷	۵۱/۹	۱۹۶	۷/۴	۲۸	۴/۵	۱۷	کل

نتیجه این فرضیه بانظریه هریسون مطابقت دارد که معتقد بود گسترش آموزش و پرورش در میان زنان سبب می شود که آنها آگاهی وانگیزه بیشتری برای کوچک کردن حجم خانواده خود داشته باشند.

تعداد فرزند زنده بدنیا آمده با شغل همسر مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه ندارد، بطوری که تعداد فرزند زنده بدنیا آمده در زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده مستقل از شغل همسر آنهاست. تعداد فرزند زنده بدنیا آمده با تحصیلات شوهر مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه ندارد، بطوری که تعداد فرزند زنده بدنیا آمده در زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده مستقل از تحصیلات همسر آنها می باشد.

تعداد فرزند زنده مانده با سن مراجعه کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه دارد؛ یعنی تعداد فرزند زنده مانده در زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر سن آنهاست. هرچه سن بیشتر باشد تعداد فرزند نیز بیشتر است.

تعداد فرزند زنده مانده با وضعیت فعالیت مراجعہ کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه ندارد؛ یعنی تعداد فرزند زنده مانده در زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر وضعیت فعالیت آنها نیست.

تعداد فرزند زنده مانده با تحصیلات مراجعہ کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه دارد. یعنی تعداد فرزند زنده مانده در زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر وضعیت تحصیلی آنهاست.

هرچه تحصیلات بیشتر باشد تعداد فرزند زنده مانده کمتر دارند که دلیل آن داشتن فرزند کمتر است.

تعداد فرزند زنده مانده با دفعات حاملگی مراجعہ کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه دارد. یعنی تعداد فرزند زنده مانده در زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر دفعات حاملگی آنها می‌باشد. هرچه دفعات حاملگی بیشتر باشد تعداد فرزند زنده مانده بیشتر است که در این مورد یک امر بدیهی است.

تعداد فرزند زنده مانده با شغل شوهر مراجعہ کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه ندارد. یعنی تعداد فرزند زنده مانده در زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر شغل همسر آنها نمی‌باشد.

تعداد فرزند زنده مانده با تحصیلات شوهر مراجعہ کنندگان به مرکز تنظیم خانواده رابطه ندارد. یعنی تعداد فرزند زنده مانده در زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده تحت تاثیر تحصیلات شوهر آنها نمی‌باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سن زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده در مرتبه اول ۱۶/۳ درصد و در مرتبه دوم تحصیلات زنان مراجعہ کننده به مرکز تنظیم خانواده ۱۰ درصد واریانس تعداد فرزند دنیا آمده آنها را تبیین می‌کند. در مجموع ۲۶/۳ درصد واریانس تعداد فرزند دنیا آمده را سن و تحصیلات زنان تبیین می‌کند و سایر متغیرها از قبیل

شغل، روش جلو گیری، محل سکونت، شغل همسر و تحصیلات همسر پیش بینی کننده تعداد فرزند بدنیا آمده نمی باشند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سن زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده در مرتبه اول ۱۶ درصد و در مرتبه دوم تحصیلات زنان مراجعه کننده به مرکز تنظیم خانواده ۸/۱ درصد واریانس تعداد فرزند زنده مانده آنها را تبیین می کند. در مجموع ۲۴/۲ درصد واریانس تعداد فرزند زنده مانده را سن و تحصیلات زنان تبیین می کند و سایر متغیرها از قبیل شغل، روش جلو گیری، محل سکونت، شغل همسر و تحصیلات همسر پیش بینی کننده تعداد فرزند بدنیا آمده نمی باشند.

نتایج تحلیل آزمون دو جمله ای نشان داد که فقط علت مهاجرت یا جابجایی محل سکونت بطور معناداری بیشتر از متوسط ($p=0.5$) باعث عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده می باشد و سایر علل از قبیل ناراحتی روحی، مشکلات زنانگی، بارداری ناخواسته، تصمیم به حامله شدن به علت نداشتن تعداد فرزند دلخواه، تصمیم به حامله شدن به علت جور نبودن جنسیت فرزندان، مخالفت شوهر با جلو گیری، ناراضی بودن از خدمات مرکز تنظیم خانواده، داشتن امکانات مالی برای تهیه وسایل جلو گیری با هزینه شخصی، مراجعه به پزشک یا مرکز درمانی خصوصی، ترس از عوارض جانبی وسایل جلو گیری و دلایل دیگر بطور معناداری کمتر از متوسط باعث عدم مراجعه به مرکز تنظیم خانواده می باشند.

نتیجه گیری

تحقیق حاضر به بررسی ویژگی های مراجعه کنندگان به یکی از مراکز تنظیم خانواده پرداخته و علت عدم مراجعه مجدد برخی از آنان به این مرکز را بررسی نموده است که می توان به صورت زیر نتیجه گیری کرد:

تنظیم خانواده را از دو بعد فردی و اجتماعی می توان بررسی کرد یعنی همان طور که داشتن فرزند حق پدر و مادر است. این حق شامل جامعه نیز می گردد که باتوجه به افزایش جمعیت،

نگران ناگواریها و خطرات این افزایش باشد. بنابراین تنظیم خانواده موضوعی فردی و اجتماعی است. زیرا هر خانواده به آن اندازه باید فرزند داشته باشد که هم خود خانواده و هم جامعه توان حل مشکلات آنها را داشته باشند.

موضوع کنترل جمعیت راهم عقل تأیید می‌کند و هم شرع، زیرا از نظر دین کنترل جمعیت، تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری امری مباح است که گاهی متناسب با شرایط و مشکلات خانواده، مسألهٔ پیشگیری ضروری است. و همچنین اگر رشد جمعیت مشکلی برای جامعه ایجاد کند باز کنترل جمعیت امری لازم است و اگر کسی بدون رعایت حق دیگران و مشکلات و پیامدهای تکثیر نسل بخواهد بر فرزندان خود بیفزاید حق جامعه را ضایع کرده است و دولت به عنوان مسئول

جامعه می‌تواند در این زمینه اقدام لازم را صورت دهد.

در کل در این تحقیق به این نتیجه رسیدیم که مطابق با نظر پل هریسون افرادی که تحصیلاتشان بیشتر بود فرزند کمتری داشتند که آگاهی آنها را نسبت به برنامه‌های تنظیم خانواده نشان می‌دهد و افرادی که سن آنها کمتر بود گرایش آنها به برنامه‌های تنظیم خانواده بیشتر بود. در قسمت دوم هم به این نتیجه رسیدیم که یکی از مهمترین علت‌هایی که باعث عدم مراجعه مجدد برخی از مراجعه‌کنندگان می‌شود مهاجرت یا تغییر محل سکونت است. صرف نظر از عامل مهاجرت، تصمیم به حامله شدن یکی دیگر از مهمترین علل عدم مراجعه افراد باشد.

پیشنهادات

بر اساس یافته‌های تحقیق پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

- ۱- آموزش و آگاهی دادن بیشتر به افرادی که سطح تحصیلات آنها پایین است زیرا با توجه به نتیجه تحلیل داده‌ها افرادی که سطح تحصیلات آنها پایین بوده فرزندان بیشتری داشته‌اند.
- ۲- با توجه به بالا بودن میزان مهاجرت و جابه‌جایی محل سکونت پیشنهاد می‌شود که افراد به محض تغییر دادن آدرس خود مسئولین مرکز تنظیم خانواده را مطلع نمایند و آدرس دقیق

خود را اگر در آن محدوده مرکز بهداشتی هستند به مسئولین مرکز بهداشت اطلاع دهند و اگر هم به جای دیگر مهاجرت کردند پرونده‌هایشان را همراه خود به مرکز بهداشت منطقه سکونت جدید خود ببرند.

۳- همچنین به مراجعان پیشنهاد می‌شود در وقت مقرر که بر روی کارتهایی که این مراکز به آنها می‌دهد و تاریخ مراجعه بعدنیز نوشته می‌شود به این مراکز مراجعه کنند تا مسئولین بهتر بتوانند به کارهای آنها رسیدگی کنند و اگر هم مراجعان سوالاتی داشته باشند با حوصله بیشتر به سوالاتشان جواب دهند.

۴- پیشنهاد دیگر این است که مسئولین برخوردشایسته با مراجعین داشته باشند تا آنها برای مراجعه مجدد تشویق شوند.

۵- لازم است جهت پیگیری بهتر علل عدم مراجعه مجدد زنان به مراکز تنظیم خانواده اطلاعات مربوط به مراجعه کنندگان در پرونده آنها دقیق تر و کامل تر ثبت شود.

۶- پیشنهاد می‌شود که وزارت آموزش و پرورش در کتابهای درسی دوره ابتدایی، راهنمایی و متوسطه اطلاعات مناسب با سطح تحصیل درباره تنظیم خانواده را به دانش آموزان ارائه کند.

منابع

- اشرفی ایبانه، حسین، ۱۳۸۷: کلیات جمعیت و تنظیم خانواده، انتشارات مبنای خرد، نشر نو آور
- زنجانی، حبیب ا... و دیگران، ۱۳۸۵: جمعیت، توسعه و بهداشت باروری، نشر و تبلیغ بشری
- حسینی، میر محمد، ۱۳۷۸: جمعیت و تنظیم خانواده، نشر و تبلیغ بشری
- کتابی، احمد، ۱۳۷۳: درآمدی بر اندیشه‌ها و نظریه‌های جمعیت‌شناسی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
- کلانتری، صمد، ۱۳۷۸: جمعیت و تنظیم خانواده، انتشارات فروغ ولایت
- لو کاس، دیوید، میر پاول، ۱۳۸۴: درآمدی بر مطالعات جمعیتی، ترجمه حسین محمودیان، انتشارات دانشگاه تهران
- محمدخانی شالی، افسر، ۱۳۸۵: جمعیت و تنظیم خانواده، انتشارات سرداران بیهق
- نخعی، مهناز، ۱۳۸۱: جمعیت و تنظیم خانواده، ناشر آیژ

– هریسون، پل، ۱۳۶۴: درون جهان سوم، شاداب وجدی، انتشارات فاطمی، تهران
– وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳: جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران،
نشر فوژان، تهران

– ویکس، جان، ۱۳۸۵: جمعیت مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات، ترجمه دکتر الهه میرزایی، انتشارات
موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی

-Brindis , c.s , starbuck . and Al , wolf . 1994. charactenstics associated with
coutraceptive use among adolesceut females in school – based family planning
programs. P:160-164.

-Srikantan,k.s.(1930),the family planning program in the socioeconomic context

-terefe,A. and cp,larson.1993.Modern contraception use in Ethiopia:does
involving husbands make adifference?

<http://www.aftab.ir>

<http://www.behdasht.gov.ir>

<http://www.islahweb.org>

<http://www.who.int/en>





شرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی