

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٥٥٥٢٧ ✓



دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته جمعیت شناسی

بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با رضایتمندی مراجعین از خدمات تنظیم
خانواده شهر شیراز

توسط

شفیعه قدرتی

۱۳۸۷ / ۱۷ / ۱۵

استاد راهنما:

دکتر محمد تقی ایمان

موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی
شیراز

تیرماه ۱۳۸۷

۱۴۵۵۴۷

به نام خدا

بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با رضایتمندی مراجعین از خدمات تنظیم خانواده
شهر شیراز

به وسیله‌ی:

شفیعه قدرتی

پایان نامه

ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی
از فعالیتهای تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته‌ی:

جمعیت شناسی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

عالی

ارزیابی شده توسط کمیته پایان نامه با درجه: -----

دکتر محمدتقی ایمان، دانشیار بخش جامعه شناسی و برنامه‌ریزی (رئیس کمیته).....

دکتر عبدالعلی لهسایی زاده، استاد بخش جامعه شناسی و برنامه‌ریزی.....

دکتر حلیمه عنایت، استادیار بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی.....

تیرماه ۱۳۸۷

تقدیم به

پدر

مادر

و همسر

سپاسگزاری

انجام این رساله جز با راهنمایی‌های استادان بزرگوار آقایان دکتر محمد تقی ایمان، دکتر عبدالعلی لهسایی زاده و سرکار خانم دکتر حلیمه عنایت ممکن نبود. از زحمات ایشان کمال تشکر را دارم و برای ایشان آرزوی موفقیت و سربلندی می‌کنم. این پایان نامه با حمایت مالی صندوق جمعیت سازمان ملل انجام گرفته است بدین وسیله از صندوق جمعیت و همچنین از آقای دکتر مقدس ریاست بخش جامعه شناسی و ریاست صندوق جمعیت شیراز، کمال تشکر را دارم. همچنین بر خود لازم می‌دانم از همسر مهربان و فداکارم آقای حسین قدرتی و نیز دوست عزیزم خانم منیژه محمدیان تشکر نمایم.

چکیده

بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با رضایتمندی مراجعین از خدمات تنظیم خانواده شهر شیراز

بوسیله‌ی:

شفیعه قدرتی

هدف این تحقیق بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با رضایتمندی مراجعین از خدمات تنظیم خانواده در شهر شیراز می‌باشد. برای انجام این پژوهش، ابتدا شماری از مطالعات انجام شده و همچنین نظریه‌های مرتبط با این موضوع بررسی گردید. سپس با روش پیمایش و تکنیک پرسشنامه، ۳۸۴ نفر از زنان ازدواج کرده‌ی ۱۵-۵۰ ساله که به مراکز تنظیم خانواده‌ی منتخب مراجعه می‌نمایند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS توصیف و تحلیل شد. آمار استنباطی که در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت شامل تحلیل عامل، رگرسیون چندگانه، تحلیل مسیر و تحلیل ممیزی است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل رتبه‌ی شغلی، مدت زمان استفاده از خدمات، میزان انتظارات برآورده شده و میزان آگاهی از روش‌های پیشگیری رابطه‌ی معنادار و مستقیمی با متغیر وابسته دارند. به عبارتی با افزایش این متغیرها، رضایت از خدمات تنظیم خانواده افزایش می‌یابد. متغیرهای تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده، تعداد حاملگی ناخواسته و میزان ابتلا به اثرات جانبی با متغیر وابسته رابطه‌ی معنادار و معکوس دارند بدین معنی که با افزایش این متغیرها، رضایت از خدمات تنظیم خانواده کاهش می‌یابد. در تحلیل مسیر انجام شده مشخص شد که در مجموع متغیرهای سن، درآمد، رتبه‌ی شغلی، تحصیلات، میزان آگاهی از روش‌های پیشگیری و میزان انتظارات برآورده شده ۵۴/۹ درصد از تغییرات رضایت از خدمات را تبیین می‌نمایند. در تحلیل ممیزی انجام شده، تابع ممیزی شامل متغیرهای انتظارات برآورده شده، درآمد زن و سن می‌باشد و ۷۲/۶ درصد موارد را بدرستی پیش‌بینی می‌نماید.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول
۱	کلیات تحقیق
۱	۱-۱- مقدمه
۲	۱-۲- طرح مسأله
۴	۱-۳- ضرورت تحقیق
۸	۱-۴- اهداف تحقیق
۹	فصل دوم
۹	ادبیات تحقیق
۹	۲-۱- تحقیقات داخلی
۱۳	۲-۲- تحقیقات خارجی
۱۷	۲-۳- نقد و بررسی مطالعات پیشین
۲۱	فصل سوم
۲۱	مبانی نظری تحقیق
۲۱	۳-۱- مروری بر نظریات موجود
۲۱	۳-۱-۱- نظریه های روانشناسی اجتماعی
۲۲	۳-۱-۱-۱- نظریه ی روانکاوانه
۲۳	۳-۱-۱-۲- نظریه ی مبادله
۲۴	۳-۱-۱-۳- نظریه دو عاملی یا انگیزشی - بهداشتی
۲۵	۳-۱-۱-۴- نظریه برابری
۲۷	۳-۱-۲- دیدگاه های ارزیابی کیفیت خدمات

۲۷	۳-۱-۲-۱- دیدگاه دونابدیان
۲۸	۳-۱-۲-۲- دیدگاه بروس
۳۰	۳-۱-۲-۳- دیدگاه داد و ستد
۳۱	۳-۱-۲-۴- دیدگاه ادی و اندرسن
۳۲	۳-۲- چارچوب نظری تحقیق
۳۴	۳-۳- مدل مفهومی و تجربی تحقیق
۳۵	۳-۴- فرضیه های تحقیق
۳۷	فصل چهارم
۳۷	روش تحقیق
۳۷	۴-۱- روش و تکنیک تحقیق
۳۷	۴-۲- جامعه آماری و نمونه گیری
۳۸	۴-۳- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۳۹	۴-۳-۱- متغیر وابسته
۴۰	۴-۳-۲- متغیرهای مستقل
۴۱	۴-۴- ابزار گردآوری اطلاعات
۴۲	۴-۵- اعتبار و روایی ابزار سنجش
۴۸	۴-۶- تحلیل داده ها
۵۰	فصل پنجم
۵۰	یافته های تحقیق
۵۰	۵-۱- یافته های توصیفی
۵۰	۵-۱-۱- طیف رضایت از خدمات
۶۴	۵-۲- یافته های استنباطی
۶۴	۵-۲-۱- بررسی فرضیه ها
۶۸	۵-۲-۲- مدل ساختاری رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته
۷۳	۵-۲-۳- معادله رضایت از خدمات بر اساس روش تحلیل ممیزی
۷۶	فصل ششم
۷۶	بحث و نتیجه گیری

صفحه

عنوان

۷۶	۱-۶- نتیجه گیری
۷۹	۲-۶- محدودیت‌ها
۸۰	۳-۶- پیشنهادات
۸۲	منابع و ماخذ
۸۲	منابع فارسی
۸۵	منابع لاتین

فهرست جداول و شکل‌ها

صفحه	عنوان و شماره
۲۹	شکل ۱: مدل علی بروس
۳۴	شکل ۲: مدل مفهومی تحقیق
۳۵	شکل ۳: مدل تجربی تحقیق
۴۲	جدول ۱-۴: آزمون روایی رضایت
۴۳	جدول ۲-۴: آزمون روایی انتظارات
۴۵	جدول ۳-۴: ضرایب همبستگی بین گویه‌های رضایت از خدمات
۴۶	جدول ۴-۴: آمارهای اولیه
۴۷	جدول ۵-۴: ماتریس عامل دوران نیافته
۴۸	جدول ۶-۴: ماتریس عامل دوارن یافته
۵۱	جدول ۱-۵: توزیع درصدی گویه‌های رضایت از خدمات
۵۲	جدول ۲-۵: گویه‌های مربوط به رضایت از خدمات
۵۳	جدول ۳-۵: طیف برآورده شدن انتظارات
۵۵	جدول ۴-۵: مؤلفه‌های رضایت از خدمات
۵۵	جدول ۵-۵: مؤلفه‌های انتظارات
۵۶	جدول ۶-۵: توزیع پاسخگویان بر اساس رضایت یا عدم رضایت از خدمات
۵۶	جدول ۷-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب محل تولد
۵۶	جدول ۸-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گروه سنی
۵۷	جدول ۹-۵: فراوانی پاسخگویان بر اساس تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده
۵۷	جدول ۱۰-۵: فراوانی نمرات پاسخگویان در مورد رضایت از خدمات
۵۸	جدول ۱۱-۵: توزیع فراوانی نمرات برآورده شدن انتظارات پاسخگویان

- جدول ۱۲-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب رضایت از خدمات و تعداد فرزندان ۵۸
- جدول ۱۳-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سن و رضایت از خدمات ۵۹
- جدول ۱۴-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب رضایت از خدمات و درآمد ماهیانه‌ی آنها ۶۰
- جدول ۱۵-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب درآمد همسر و رضایت آنها از خدمات ۶۰
- جدول ۱۶-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تحصیلات و رضایت از خدمات ۶۱
- جدول ۱۷-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس رضایت از خدمات و وضعیت اشتغال ۶۲
- جدول ۱۸-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب انتظارات و رضایت از خدمات ۶۲
- جدول ۱۹-۵: توزیع فراوانی میزان آگاهی پاسخگویان از روش‌های پیشگیری ۶۳
- جدول ۲۰-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس آگاهی از روش‌ها و رضایت ۶۴
- جدول ۲۱-۵: آزمون همبستگی درآمد و رضایت از خدمات ۶۴
- جدول ۲۲-۵: آزمون همبستگی نوع شغل و رضایت از خدمات ۶۵
- جدول ۲۳-۵: آزمون همبستگی میزان تحصیلات و رضایت از خدمات ۶۵
- جدول ۲۴-۵: آزمون همبستگی سن و رضایت از خدمات ۶۵
- جدول ۲۵-۵: آزمون همبستگی تعداد فرزندان و رضایت از خدمات ۶۶
- جدول ۲۶-۵: آزمون همبستگی تعداد حاملگی‌های ناخواسته و رضایت از خدمات ۶۶
- جدول ۲۷-۵: آزمون همبستگی مدت زمان استفاده از خدمات و رضایت از خدمات ۶۷
- جدول ۲۸-۵: آزمون همبستگی میزان ابتلا به اثرات جانبی و رضایت از خدمات ۶۷
- جدول ۲۹-۵: آزمون همبستگی انتظارات و رضایت از خدمات ۶۸
- جدول ۳۰-۵: آزمون همبستگی میزان آگاهی از روش‌ها و رضایت از خدمات ۶۸
- جدول ۳۱-۵: رگرسیون متغیرهای مستقل بر روی متغیر میزان آگاهی از روش‌های پیشگیری ۶۹
- جدول ۳۲-۵: رگرسیون متغیرهای مستقل بر روی متغیر انتظارات ۶۹
- جدول ۳۳-۵: رگرسیون متغیرهای مستقل بر روی متغیر رضایت از خدمات ۷۰
- جدول ۳۴-۵: اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیرها بر رضایت از خدمات ۷۱
- جدول ۳۵-۵: مقادیر کمیت خطا ۷۱
- شکل ۴: نمودار تحلیل مسیر ۷۲
- جدول ۳۶-۵: رابطه‌ی متغیرهای مستقل و وابسته بر اساس تابع تشخیصی ۷۳

صفحه

عنوان و شماره

۷۴

جدول ۵-۳۷: ارزیابی مدل ممیزی

۷۵

جدول ۵-۳۸: پیش‌بینی عضویت در گروه، توسط تابع ممیزی

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

رشد بی رویه جمعیت موجب به هم خوردن معادلات اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و نارسایی در اجرای برنامه های توسعه اقتصادی شده و خود این اثرات نامطلوب موجب چرخه ای معیوب و نتیجتاً افزایش جمعیت است. ایجاد توازن بین شمار روز افزون انسانها و نیازهای فزاینده آنها از یک طرف و منابع محدود موجود از طرف دیگر برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران امری بسیار دشوار می باشد. برای رهایی از مسائل و مشکلات یاد شده اجرای دقیق برنامه های تنظیم خانواده ضروری است.

سیاست های کنترل جمعیت در ایران بصورت رسمی از سال ۱۳۴۶ اجرا شد. سیاست های مذکور از سال ۱۳۵۷ به دلیل وقوع انقلاب اسلامی و تغییرات بنیادی در ساخت های دولتی و اجرایی متوقف شد. زنگ خطر رشد جمعیت توسط کارشناسان و صاحب نظران جمعیتی به احیای مجدد سیاست های کنترل جمعیت از سال ۱۳۶۷ منجر گردید (عباسی شوازی، ۱۳۸۱: ۳۷۳). گرچه به گفته ی عباسی شوازی آغاز روند کاهشی جمعیت، قبل از اعمال سیاستهای رسمی کنترل جمعیت رخ داده است، بی شک در کنار کنترل آگاهانه ی باروری نمی توان نقش برنامه های تنظیم خانواده را از یاد برد (Abbasi-Shavazi, 2004).

خدمات تنظیم خانواده در ۱۵ سال اخیر یکی از اصلی ترین اجزای خدمات بهداشتی اولیه را تشکیل داده و با برخورداری از حمایت سیاسی و ساختار مناسب اجرایی، موفقیت چشم گیری را در زمینه کنترل موالید و ارتقای بهداشت باروری کسب نموده است. شواهدی بر این مدعا کاهش نرخ رشد سالیانه جمعیت است که از ۳/۵ درصد در سال های ابتدایی دهه ۶۰ به سطح ۱/۱ درصد در سال های اخیر رسیده است (شهید زاده و دیگران، ۱۳۸۲: ۲). شاخص های مرتبط با بهداشت

باروری از قبیل مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر شیرخواران، مرگ و میر مادران و کم وزنی هنگام تولد نیز در دهه اخیر کاهش یافته است (همان: ۲).

با وجود اینکه رضایت بیماران به عنوان هدف نهایی مراکز درمانی، عنوان شده است و علی رغم استفاده‌ی گسترده از این واژه، مقالات اندکی به تعریف "رضایت بیمار" و یا ارائه‌ی مدل مفهومی برای سنجش آن پرداخته‌اند. برخی محققان، رضایت از خدمات را به عنوان میزان تجربه‌ی فرد در مقایسه با انتظارات وی، تعریف نموده‌اند. گروهی دیگر آن را ارزیابی فرد از فرایند دریافت درمان و پیامدهای همراه با درمان دانسته‌اند (Speight, 2005). برخی دیگر نیز رضایت فرد را با توجه به کیفیت خدمات دریافتی، بررسی نموده‌اند.

۲-۱- طرح مسأله

پیشرفتهای برنامه های بین المللی تنظیم خانواده را از دهه‌ی ۱۹۶۰ تا کنون می توان از حیث اهداف و توجهات به چهار دوره تقسیم بندی نمود. از دهه‌ی ۱۹۶۰، استفاده از وسایل جلوگیری مدرن آغاز شد. در آن دهه کانون توجه، برآوردن تقاضاها و در دسترس قرار دادن وسایل جلوگیری بود. در دهه‌ی ۱۹۷۰ اهداف متوجه تداوم استفاده، و بکارگیری روش های مؤثرتر و همچنین ایجاد تقاضا شد. همچنین قابلیت دسترسی به خدمات به عنوان نگرانی اصلی مطرح گردید. اهداف اصلی در دهه‌ی ۱۹۸۰ تشویق استفاده کنندگان بالقوه و اشاعه اطلاعات و تکنولوژی بود و نقطه توجه معطوف به این بود که خدمات ارائه شده، قابل پذیرش باشند. در دهه‌ی ۱۹۹۰ رضایت استفاده کنندگان و رفع موانع پزشکی و اجتماعی به عنوان اهداف کلیدی مطرح شدند و عمده توجه به سمت منافع استفاده کنندگان و پاسخگویی به آنان می‌باشد (Tavaraw, 1997: 9).

توجه به کیفیت مراقبت برنامه‌ها بیشتر در دهه‌ی ۱۹۹۰ و به چند علت صورت گرفت. اولاً مجریان برنامه های تنظیم خانواده دریافتند که در صورتی که به کیفیت مراقبت توجه نشود، رواج وسایل پیش گیری، اثر محدودی بر میزان های باروری دارد. جین^۱ چنین می گوید: "بدون توجه کافی به کیفیت، نه قادر به افزایش مداوم و با ثبات در میزان رواج وسایل پیش گیری هستیم، و نه موفق به کاهش میزان باروری از طریق ابزارهای داوطلبانه می شویم". به بیان دیگر اگر به جای آنکه بر افزایش تعداد مراجعین تأکید بیش از اندازه داشته باشیم در ارتقاء و بهبود مراقبت تلاش نماییم، برنامه ها تأثیر بیشتری خواهند داشت. علت دوم افزایش توجه به کیفیت مراقبت، مدافعین

^۱ Jain

سلامت زنان و فمینیست ها بودند. جنبش سلامت زنان، تأکید برنامه های جمعیتی بر کاهش باروری در کشورهای در حال توسعه را به چالش کشاند. این برنامه ها تأکید داشتند که تحدید بعد خانواده، مسئولیتی اجتماعی است که بر بهزیستی و حقوق افراد تقدم دارد. جنبش سلامت زنان، به انتقاد از تأکید برنامه های جمعیت بر افزایش تعداد پذیرندگان وسایل جلوگیری، به منظور رسیدن به اهداف برنامه و کاهش باروری پرداخت. مدافعین حقوق زنان به دنبال خدماتی بودند که به حقوق زنان درمورد باروری و امور جنسی، توجه نماید. این خدمات باید اطلاعات جامعی در مورد روش های موجود فراهم نماید و انتخاب آزاد و آگاهانه ای از روش ها را پیش روی مراجعین قرار دهد (Hardon et al, 1997: 7-8).

خدمات تنظیم خانواده در ایران یکی از حجیم ترین خدمات ارائه شده به جامعه است. نزدیک به ۴ میلیون زن واجد شرایط تنظیم خانواده بطور مرتب از آن بهره می برند و در صورت وجود مشکلی در این فرایند، پیامدهای وسیعی پدید خواهد آمد. به همین دلیل ضروری است که کیفیت ارائه ی خدمات تنظیم خانواده بطور مداوم ارزیابی و در صورت لزوم تصحیح گردد (حسن پور و یزدانی، ۱۳۸۵: ۳۴).

اگر چه تجربه ی فعالیتها و خدمات تنظیم خانواده در ایران مثبت و اثربخش بوده است اما علی رغم کاهش رشد جمعیت در ایران، به علت میزان باروری بالای کشور در دهه ی ۱۹۸۰، در آینده ی نزدیک، کشور دچار افزایش جمعیت خواهد شد. به علاوه نسبت بالای حاملگی های ناخواسته در ایران، به عنوان زنگ خطری به حساب می آید (Nakhaee & Mirahmadzadeh, 2005: 194). بونگارتس در تحقیقی در سال ۱۹۹۴ نشان می دهد که حدوداً از هر چهار تولد در کشورهای در حال توسعه، بجز چین، یک تولد، ناخواسته است (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۸۲: ۶۳). در ایران نیز سالیانه پانصد هزار زوج به دلیل عدم دسترسی و یا محروم بودن از یک مشاوره مناسب، از حق داشتن فرزند برنامه ریزی شده و توأم با میل و رغبت، محروم می شوند (زمانی و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۰۶). نکته ی قابل توجه در امر باروری ناخواسته این است که ۴۲ درصد از زنانی که حاملگی ناخواسته داشته اند تا پیش از حاملگی از یک روش پیش گیری استفاده نموده اند (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۸۲: ۶۲). ضرورت کنترل جمعیت و حفظ بهداشت روانی مادران ایجاب می کند که مداخله های جدی برای کاهش این معضل بکار گرفته شود. در این میان رضایت دریافت کنندگان خدمات تنظیم خانواده نقش عظیمی در افزایش رواج وسایل جلوگیری و استفاده ی آگاهانه از وسایل پیش گیری دارد، که این امر موجب کاهش میزان باروری و نیز باروری ناخواسته می گردد.

با توجه به آنچه مطرح شد، اهمیت کنترل جمعیت و ضرورت توجه به برنامه های تنظیم خانواده، که مهم ترین ابزار کنترل جمعیت می باشد، مشخص گردید. بدین ترتیب، مسأله ای که این پژوهش به دنبال بررسی آن است، بدین صورت می باشد: رضایت مراجعین از خدمات تنظیم خانواده در چه سطحی است، و چه عواملی با رضایت افراد از خدمات، رابطه دارد؟

۳-۱- ضرورت تحقیق

کیفیت شامل مؤلفه های عینی و ذهنی است. به لحاظ عینی، محصولات یا خدمات باید معیارهای ایمنی، کارکرد مناسب، بهداشت، و دیگر امتیازات معمول را برآورد و یا از آن پیشی گیرد. از مؤلفه های عینی اغلب به عنوان کنترل کیفیت، تضمین کیفیت، و یا کیفیت پزشکی نام برده می شود و عمدتاً به دیدگاه های ارائه دهندگان وابسته است. در دوره ای نه چندان دور بیشتر تلاش ها برای بهبود کیفیت، بر این مؤلفه تأکید داشتند. در سال های اخیر، جنبه های ذهنی کیفیت نیز ضروری شناخته شده، و نظرات مراجعین و به ویژه رضایت آنان اساسی به نظر می رسد (Williams et al, 2000:63). شرکت های بخش خصوصی در کشورهای توسعه یافته (چه مرتبط با بهداشت و چه غیر آن) دریافته اند که توجه به رضایت مشتریان برای منافع تجاری آنها مفید است. مشتریان راضی، خریدهای خود را تکرار نموده، هزینه های بیشتری برای هر خرید صرف می کنند، و نسبت به آنها وفادارترند. در مقابل، مشتریان ناراضی ممکن است در مورد تجربه منفی خود دو برابر کسانی که از آنها راضی هستند، صحبت کنند و تا مدتها احتمال خرید دوباره محصول یا خدمات، بسیار کم است (Ibid: 63).

اگر با نگاهی جمعیت شناختی به کیفیت و رضایت از خدمات بنگریم، وجود دو گروه متفاوت شاهدهی بر فقدان توجه به کیفیت مراقبت است: الف) استفاده کنندگان از وسایل که به دلایل مختلف استفاده را رها کرده اند. ب) افراد و زوج هایی که در رابطه با تنظیم خانواده، نیازهایشان برآورده نشده است. با پرداختن به نیازهای این دو گروه و توجه به کسب رضایت آنان، بیشتر زوجین قادر خواهند بود که به اهداف باروری خود دست یابند (Seltzer, 2002: 85). در ادامه به توضیح بیشتر وضعیت این دو گروه می پردازیم.

رها کردن استفاده از وسیله ای خاص، امری عمومی است و می تواند دال بر آن باشد که نیازهای افراد و زوجین برآورده نشده است. داده های مربوط به نرخ رها کردن در کشورهای مختلف گستره ای وسیعی از ۲۰٪ تا ۶۵٪ را نشان می دهد. دلایل متعددی مبنی بر اینکه چرا زنان استفاده

از روش خاصی را متوقف می سازند، وجود دارد. برخی زنان به علت ممانعت همسر ممکن است دست از استفاده بکشند. برخی نیز به خاطر نگرانی‌های مربوط به سلامت و بهداشت یا اثرات جانبی نامطلوب، از ادامه‌ی استفاده سر باز می زنند. به عنوان مثال ۶۰٪ زنانی که در بنگلادش استفاده از روش خاصی را رها کرده اند به خاطر اثرات جانبی آن می‌باشد (Ibid: 87). شکست و ناتوانی روش نیز می تواند دلیل دیگری برای این امر باشد. به عنوان مثال این امر در پرو و فیلیپین مهمترین دلیل عدم ادامه یک روش بود و مشخص شد که روش های سنتی در آن جمعیت بسیار رایج است. به علاوه مراجعین ممکن است در صورتی که گزینه های مرجح خود را بدست نیاورند و یا با آنها خشن برخورد شود، دست از استفاده بکشند (Ibid: 87).

برخی دلایل برای عدم تداوم می تواند نشان گر کیفیت ضعیف مراقبت در برنامه‌های ارائه خدمات باشد. مثلاً ممکن است میزان مشاوره برای تعیین نیازهای باروری مشتریان، گزینش روش دلخواه، و نگرانی‌هایشان در مورد اثرات جانبی کافی نباشد. فراهم‌کنندگان ممکن است دانش و توانایی فنی کافی نداشته باشند. ممکن است تفاوت‌های زبانی، طبقاتی و قدرت بین فراهم‌کنندگان خدمات و مشتریان، موجب شود که مراجعان از پرسیدن سوال یا پی گیری مشاوره منصرف شوند. همچنین فرهنگ بوروکراتیک شدید در برخی موارد چنین پی آمدی دارد.

گروه دوم کسانی هستند که دارای نیاز برآورده نشده جهت تنظیم خانواده می باشند. برنامه‌ها به خاطر عدم توجه به افرادی که علی رغم نیازشان، از وسایل جلوگیری استفاده نمی نمایند، مورد انتقاد قرار گرفته اند. رایج ترین دلایل برای عدم استفاده از وسایل پیش گیری در بین زنانی که نیاز برآورده نشده دارند، عبارتند از: فقدان دانش، ترس از اثرات جانبی، عدم تأیید خانوادگی (بویژه شوهر) و اجتماعی. این دلایل نشانگر کیفیت نامناسب خدمات و همچنین اثرات اجتماعی فرهنگی زیربنایی می‌باشد و نشان می دهد که موضوعات برنامه‌ای و فرهنگی در هم بافته‌اند (Ibid:87-8). بنابراینچه گذشت، بهبود کیفیت خدمات تضمین می‌کند که مراجعین مراقبت دلخواه خود را دریافت نمایند. به علاوه مراجعین بیشتری جذب شوند، استفاده از روش‌های تنظیم خانواده افزایش یابد، و از تعداد حاملگی های ناخواسته کاسته شود. مطالعات صورت گرفته در بنگلادش، سنگال، و تانزانیا نشان می‌دهند که استفاده از وسایل پیش‌گیری در مناطقی که مراجعین احساس می‌کنند مراقبت با کیفیتی را دریافت می‌نمایند، در مقایسه با مراکزی که کیفیت خدمات پایین تر است، بیشتر می‌باشد (Creel et al, 2002: 2). کیفیت خدمات به دلایل اخلاقی نیز مهم است چراکه دریافت خدمات با کیفیت بالا، خود از حقوق افراد محسوب می‌شود (Becker et al, 2007: 207).

در این میان، رضایت مراجعین، مؤلفه‌ی مهمی برای تداوم استفاده از خدمات محسوب می‌شود. بنابراین سنجش رضایت مراجع، راه مفیدی برای ارزیابی کیفیت است و افزایش رضایت، نشان دهنده‌ی بهبود کیفیت از دید مراجعین است که چشم انداز بهتری برای استفاده از خدمات را نشان می‌دهد (Williams et al, 2000: 63-4).

گنجاندن رضایت مراجعین، در ارزیابی کیفیت خدمات پزشکی کمک می‌کند تا مسئولیت بیشتری در قبال خدمات ارایه شده به مصرف کنندگان بوجود آید. طرفداران این ادعا دلایل دیگری نیز برای ضرورت سنجش رضایت بیان می‌کنند، از جمله اینکه رضایت مراجعین می‌تواند به عنوان شاخصی از کیفیت خدمات به منظور بهبود مدیریت و عملکرد کارکنان بکار رود؛ رضایت می‌تواند رفتارهای نامطلوبی همچون عدم پذیرش، عدم شرکت در برنامه‌های بهداشتی، و عدم تشویق دیگران به استفاده از خدمات را پیش بینی نماید؛ و بالاخره مؤسسه‌ی برنامه‌های تنظیم خانواده باید توجه کنند که هیچ وسیله‌ی ارزیابی دیگری، نمی‌تواند جایگزین تحقیقات، پیرامون رضایت مراجعین شود، زیرا این مراجعین هستند که می‌توانند ابعاد خاصی از خدمات را ارزیابی نمایند. به علاوه می‌تواند اطلاعاتی در مورد ارزش‌ها و ترجیحات مراجعین که ممکن است متفاوت با ارائه کنندگان باشد، فراهم نماید (Tavaraw, 1997: 20-22).

همان طور که قبلاً ذکر شد، از سال ۱۹۹۰ رضایت مراجعین به عنوان یک ملاحظه‌ی اصلی در جامعه‌ی بین‌المللی تنظیم خانواده مطرح شد. در همین راستا در سال ۱۹۹۲ فدراسیون بین‌المللی والدین شدن برنامه ریزی شده^۱، منشور حقوق مراجعین را تدوین نمود. در این منشور آنچه که مراجعین می‌توانند از ارائه دهندگان تقاضا نمایند مشخص شده است (Creel et al, 2002: 3) همچنین بعد از کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره که در سال ۱۹۹۴ برگزار شد ایده‌های بسیاری در مورد چگونگی سازماندهی تنظیم خانواده ارائه شد که نکته مستتر در همه‌ی آنها این است که ارائه‌دهندگان باید نسبت به دریافت کنندگان پاسخگو باشند (Ramarao & Mohanam, 2003: 228). در کنفرانس قاهره، سه جنبه‌ی اساسی مدنظر قرار گرفت: الف) ثبات جمعیتی، هدف نهایی در نظر گرفته شود ب) توجه به برنامه‌های ملی که با هدف بهبود دسترسی به روش‌های پیش‌گیری است به عنوان بخشی از حقوق بشر است و نه منافع توسعه ج) توانمندسازی زنان پیش شرط تداوم باروری پایین است، بنابراین هدف برنامه‌های تنظیم خانواده، ارتقاء سلامت است نه کاهش باروری (میرزایی و عسکری ندوشن، ۱۳۸۵). بدین ترتیب در مسائل باروری، بر ابعاد فردی و استقلال بیشتر زنان در این مورد، تأکید شد (Trovato, 2002: 318).

^۱ IFPP: International Federation of Planned Parenthood

خدمات تنظیم خانواده را می‌توان از نقطه نظر بهداشت و سلامت مادران نیز در نظر گرفت. خدمات تنظیم خانواده به دو دلیل در اتخاذ مراقبت‌های پیش از حاملگی ضروری هستند. اول اینکه، مراقبت‌های پیش از حاملگی در مواردی است که حاملگی برنامه‌ریزی شده باشد، و خدمات تنظیم خانواده، برنامه‌ریزی حاملگی را تشویق می‌نماید. دوم اینکه، خدمات تنظیم خانواده شامل مشاوره نیز هست و مشاوره فرصتی را برای صحبت پیرامون فواید مراقبت‌های پیش از حاملگی ایجاد می‌نماید (Klerman, 2006: 157).

بونگارتس به استفاده از وسیله‌ی پیش‌گیری مؤثر و به عبارتی با کیفیت، و مقایسه‌ی آن با روش سقط عمدی پرداخته است. وی در پژوهش خود به این نتیجه می‌رسد که تعداد موالیدی که بوسیله‌ی سقط عمدی از تولد آنها جلوگیری می‌شود، قویاً با استفاده از وسایل جلوگیری در قبل از سقط، مرتبط است. در شرایطی که وسیله‌ی جلوگیری استفاده نمی‌شود، سقط عمدی مانع از تولد ۰,۴ موالید می‌شود درحالی‌که حدود ۰,۸ موالید در هنگامی که وسیله‌ی جلوگیری مؤثری بکار رود، بدنیا نخواهد آمد (Boungarts, 1982:184). بنابراین ضرورت توجه به کیفیت خدمات به خصوص جنبه‌ی مشاوره در خدمات تنظیم خانواده مشخص می‌شود.

بررسی‌هایی که در طی چند سال گذشته در کشور انجام گرفته حکایت از بالا بودن میزان حاملگی‌های ناخواسته در بین زنان در سنین باروری دارد؛ در مطالعه جمعیتی و بهداشتی (DHS^۱) که در سال ۱۳۷۹ صورت گرفت میزان بارداری‌های ناخواسته در مناطق شهری ۳۱٪ و در مناطق روستایی ۳۴٪ برآورد شده است (شهید زاده و دیگران، ۱۳۸۲: ۲). با عنایت به این ارقام، در کنار توسعه کمی و افزایش دسترسی به خدمات تنظیم خانواده اکنون لزوم پرداختن به مقوله‌ی کیفیت و نیز رشد و ارتقای کیفی این گونه خدمات در سطح کشور احساس می‌شود. با انجام مطالعات در این زمینه ضمن آگاهی از نقاط قوت و ضعف در سیستم فعلی، زمینه برای بهبود رضایت از خدمات و نشر و اشاعه بهداشت باروری و کنترل موالید فراهم می‌گردد.

^۱ Demographic Health Study

۴-۱- اهداف تحقیق

هدف کلی این تحقیق پاسخ به این پرسش است که آیا بین عوامل اجتماعی اقتصادی با رضایت مراجعین از خدمات تنظیم خانواده رابطه ای وجود دارد؟
اهداف جزئی پژوهش به شرح ذیل می باشند:

- ۱- تا چه حد مراجعین به مراکز تنظیم خانواده از خدمات تنظیم خانواده راضی می باشند؟
- ۲- انتظارات مراجعین از مراکز تنظیم خانواده تا چه حد برآورده شده است؟
- ۳- تا چه حد انتظارات، تعیین کننده ی رضایت مراجعین از خدمات تنظیم خانواده است؟
- ۴- عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با رضایت مراجعین از خدمات تنظیم خانواده کدامند؟