

آگاهی، نگرش و رفتار زنان مهاجر افغانی ساکن شهر زاهدان در مورد تنظیم خانواده

فاطمه رخشانی^۱ (Ph.D.)، علیرضا انصاری مقدم^۲ (M.S.)، عبدالفهیم حر^۳.

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زاهدان، زاهدان، ایران.

۳- دانشجوی رشته پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زاهدان، زاهدان، ایران.

چکیده

به دلیل اهمیت حضور مهاجرین افغانی و چگونگی روش زندگی آنان، پژوهش حاضر آگاهی، نگرش و رفتار زنان افغانی ساکن زاهدان را در زمینه برنامه‌های تنظیم خانواده مورد بررسی قرار داد. بدین منظور از یک نمونه ۳۹۷ نفری از زنان متأهل افغانی در منازل مسکونی‌شان مصاحبه بعمل آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمونهای آماری Chi-square، t-student و Kruskal-Wallis با استفاده از SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش پایین‌بودن سن اولین ازدواج و بارداری و بالابودن میزان باروری و بیسوادی را در جمعیت مورد مطالعه نشان داد. بیشترین آگاهی در زنان مهاجر افغانی در مورد استفاده از کنتراسپتیوهای خوراکی وجود داشت و شایعترین وسایل مورد استفاده آنها قرص‌های خوراکی و آمپول بود. ۴۸/۶ درصد از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند، که تمایل به داشتن فرزند بیشتر، حامله‌بودن یا مخالفت شوهر را به عنوان مهمترین دلایل بیان نمودند. ۲۰/۴ درصد تا کنون دچار حاملگی ناخواسته شده بودند که عدم استفاده صحیح بعنوان شایعترین علت ذکر شد. ۵۱/۸ درصد با لزوم داشتن فرزند پسر در خانواده و ۵۷/۳ درصد با این نگرش که دختر هر چه زودتر به خانه بخت برود موافق بودند. آگاهی، نگرش و رفتار این زنان با متغیرهای سواد، سواد همسر، قومیت و مذهب آنها ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P < 0.001$). سیستم بهداشتی ایران خدمات مشابه با ایرانیان به مهاجرین افغانی ارائه می‌نماید که لازم است ضمن تداوم آن نسبت به ارائه آموزشهای مؤثر بر اساس نیازهای در حال تغییر تلاش شود.

کل واژگان: آگاهی، نگرش، رفتار، تنظیم خانواده، زنان، مهاجرین افغانی و زاهدان.

آدرس مکاتبه: دکتر فاطمه رخشانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زاهدان، میدان مشاهیر، زاهدان، ایران.

پست الکترونیک: rakhshanif@yahoo.com

مقدمه

کنترل رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعه از مهم‌ترین اهداف برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO) می‌باشد و بر طبق اهداف مورد نظر سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۰۰ روش‌های پیشگیری در کشورهای رو به توسعه باید به نحوی گسترش یابد که ۵۶٪ زنان در سنین باروری به آن دسترسی داشته باشند (۱). ۸۰٪ افزایش جمعیت دنیا در ۲۵ کشور در حال توسعه اتفاق می‌افتد و تخمین زده می‌شود که جمعیت این کشورها در طی ۳۰ سال آینده دو برابر شود (۲). تقریباً ۴۰۰ میلیون زن در کشورهای در حال توسعه از برنامه‌های تنظیم خانواده استفاده می‌کنند و در ۳۰ سال گذشته متوسط باروری کلی از حدود ۶ به ۴ بچه برای هر زن کاهش داشته، در حالیکه درصد استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری از کمتر از ۱۵٪ به بیش از ۵۰٪ افزایش داشته است.

با این وجود کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۵ در ایالات متحده آمریکا برآورد کرد که ۳۵۰ میلیون زوج در سراسر دنیا به تمامی روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری دسترسی نداشته و حدود ۲۰۰ هزار مرگ مادران در سال را می‌توان به فقدان یا شکست در استفاده از وسایل پیشگیری نسبت داد (۳).

مطالعات انجام شده در نقاط مختلف دنیا نیز عدم دسترسی به مسائل مطمئن و فقدان آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری را دلیل عدم استفاده از وسایل تنظیم خانواده بیان نموده است. بطوریکه در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت مهاجرین غزه (۳) صورت گرفت، مشخص شد در حالیکه ۹۸٪ زنان با تنظیم خانواده موافق بودند ولی ۵۲٪ به دلیل مخالفت همسر، ترس از عوارض و یا فقدان آگاهی، از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. در یک بررسی در مسکو (۴) نیز فقدان آگاهی، عدم دسترسی به وسایل مطمئن و

عقاید منفی به عنوان دلایل اصلی ضعف تنظیم خانواده مطرح شد.

پژوهش مشابهی در نپال (۵) نشان داد ۵۲٪ زوجین از روش‌های مدرن استفاده می‌کردند و دلایل عدم استفاده به خطرات بهداشتی وسایل، عدم آگاهی و تمایل به داشتن فرزند پسر نسبت داده شده بود. همچنین در نیجریه (۶) در حالیکه ۷۶٪ زنان از تنظیم خانواده آگاه بودند فقط ۵۴/۵٪ از روش‌های پیشگیری استفاده می‌کردند و فقدان آگاهی به عنوان علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری مطرح شده بود. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۵ در زنان شهر زاهدان (۷) انجام شد نیز مشخص گردید ۵۷/۳٪ از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند.

در کشور جمهوری اسلامی ایران برنامه کنترل جمعیت به عنوان یک اولویت تحقیقاتی در دستور کار برنامه‌های وزارت بهداشت قرار گرفت. در این میان استان سیستان و بلوچستان بنا به موقعیت خاص جغرافیائی و هم مرز بودن با کشورهای افغانستان و پاکستان و سکونت تعداد کثیری از مهاجرین افغانی و تردد زیاد آنان در شهر زاهدان، در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده با موقعیت خاص و منحصر به فردی روبروست. بر اساس آمار سال ۱۳۷۷ تعداد ۴۲۹۱۰۱ نفر افغانی در این استان سکونت دارند و به نظر می‌رسد حدود ۲۶۸۱۸۸ نفر آنها زنان همسر دار ۴۹-۱۰ ساله باشند که به دلیل عدم تفکیک آنها از ایرانیان ساکن استان، این زنان نیز از کلیه خدمات بهداشت خانواده اعم از واکسیناسیون کودکان، مراقبت مادران باردار و خدمات تنظیم خانواده استفاده می‌کنند و انتظار می‌رود سالانه ۱۵۰۱۸ نفر به جمعیت مهاجرین (رشدی معادل ۳/۵٪) افزوده شود (۸) که ارائه خدمات مختلف اجتماعی و بهداشتی به این گروه بویژه در این استان امری سهل نیست.

پژوهش حاضر وضعیت آگاهی و نگرش و رفتار زنان مهاجر افغانی ساکن شهر زاهدان را مورد مطالعه قرار داد تا ضمن مشخص نمودن نیازهای آموزشی جمعیت فوق، بتواند برنامه مناسب آموزشی ارائه نماید.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی-تحلیلی است که جمعیت مورد مطالعه آن زنان همسردار افغانی ساکن زاهدان در سال ۱۳۷۹ می‌باشند. ۳۷۹ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری احتمالی وارد مطالعه شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده از پرسشنامه و مصاحبه حضوری بود. این پرسشنامه‌ها حاوی اطلاعات دموگرافیک پاسخ دهندگان، آگاهی، بینش و رفتار آنها در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده و روش‌های جلوگیری از بارداری بود که با نظر تعدادی از صاحب‌نظران تهیه و برای تکمیل پرسشنامه‌ها از خواهران بهورز افغانی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی زاهدان استفاده شد. بدین منظور با مراجعه به منازل مسکونی زنان افغانی و چهار مرکز بهداشتی و

درمانی حومه شهر زاهدان که بیشترین مراجعین افغانی را داشتند، نمونه مورد مطالعه انتخاب و اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری و داده‌های جمع‌آوری شده پس از کدگذاری برای تجزیه و تحلیل وارد نرم‌افزار آماری SPSS تحت ویندوز گردید. در آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در آمار تحلیلی از آزمون‌های آماری Chi-Square, Kruskal-Wallis, T-Student استفاده شد.

نتایج

۸۹/۹٪ زنان خانه‌دار و ۶۲٪ آنها بی‌سواد بودند. ۷۰٪ آنها مدت زمانی بیش از ۵ سال در شهر زاهدان اقامت داشتند. سن ازدواج ۸۱/۸٪ افراد مورد مطالعه کمتر از ۱۸ سالگی بوده و ۶۸/۴٪ آنها اولین حاملگی خویش را در سن کمتر از ۱۸ سالگی تجربه کرده بودند. حدود ۵۰٪ زنان در حال حاضر بیش از سه فرزند داشتند و در ۴۰٪ آنها سابقه داشتن فرزند مرده مشاهده شد. تعداد کثیری از زنان (۷۸٪) مناسب‌ترین سن اولین حاملگی را ۱۸ سالگی و کمتر از آن و ۵۸٪ مناسب‌ترین

جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی انواع روشهای پیشگیری مورد استفاده در زنان مهاجر افغانی ساکن شهر زاهدان

فراوانی	تعداد	درصد
روش پیشگیری		
قرص	۱۲۵	۳۱/۵
آمپول	۲۹	۷/۳
کاندوم	۷	۱/۸
IUD	۶	۱/۵
بستن لوله در زنان	۶	۱/۵
بستن لوله در مرد	۳	۰/۸
مقاربت منقطع	۱۶	۴
نورپلانت	۷	۱/۸
دوره ایمن	۵	۱/۲
هیچ روشی استفاده نمی‌کردند	۱۹۳	۴۸/۶
کل	۳۹۷	۱۰۰

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی علل حاملگی ناخواسته از نظر زنان مهاجر افغانی ساکن شهر

زاهدان

درصد	تعداد	علل فراوانی
۲۱/۴	۱۸	عدم استفاده صحیح
۲۱/۴	۱۸	نامطمئنی یا نامرغوبی روش
۱۹/۰	۱۶	قطع روش به دلیل شیردهی
۱۱/۹	۱۰	قطع روش به دلیل عوارض
۱۳/۱	۱۱	عدم توجه و فراموشی
۸/۳	۷	اجبار شوهر
۴/۸	۴	سایر علل
۱۰۰	۸۴	کل

جدول ۳- فراوانی مطلق و نسبی آگاهی از نحوه مصرف قرص های پیشگیری از بارداری در زنان مهاجر افغانی ساکن شهر زاهدان

اطلاع از نحوه استفاده		صحیح		غلط		نمی داند	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۶۰	۸۸/۹	۱۳	۷/۲	۷	۳/۹		
۱۱۲	۶۴	۳۶	۲۰/۵	۲۷	۱۵/۵		
۱۰	۵/۶	۴۶	۲۵/۸	۱۲۲	۶۸/۵		

سن آخرین حاملگی را ۳۷ سالگی و بالاتر از آن بیان نمودند. ۴۱٪ اعتقاد داشتند که امکان حاملگی در زمان شیردهی وجود ندارد و ۴۵٪ آنها مناسبترین فاصله سنی بین دو فرزند را ۲ سال و کمتر از آن می دانستند. حدود ۵۰٪ زنان علاوه بر فرزندان موجود به داشتن فرزندان دیگری هم تمایل داشته و در جواب اینکه دوست دارید چند فرزند داشته باشید ۴۶٪ آنها به داشتن ۵ فرزند و بیشتر از آن تمایل بودند. از نمونه مورد مطالعه سؤال شد وسایل پیشگیری از بارداری را نام ببرید که ۸۲/۸٪ قرص، ۶۰/۲٪ آمپول، ۳۰/۷٪ IUD، ۲۳/۴٪ نورپلانت و کاندوم، ۱۲/۸٪ بستن لوله در

زنان و ۱۲/۱٪ مقاربت منقطع را نام بردند. در جدول شماره ۱ روش های پیشگیری مورد استفاده زنان افغانی در حال حاضر ارائه شده است. شایع ترین روش پیشگیری استفاده از قرص (۳۱/۵٪) بود و ۴۸/۶٪ از هیچ روشی استفاده نمی کردند که در مورد علل عدم استفاده آنها از روش های پیشگیری از بارداری بیشترین فراوانی مربوط به تمایل به داشتن فرزند (۳۵٪)، حامله بودن (۲۷٪) و مخالفت شوهر (۱۳/۷٪) و کمترین فراوانی به دلایل عدم آگاهی از وجود این روش ها (۱٪) و عدم دسترسی (۱/۸٪) ذکر شده است.

در این مطالعه مشاهده شد ۲۰/۴٪ زنان مورد مطالعه تا کنون دچار حاملگی ناخواسته شده بودند که علل آن در جدول شماره ۲ آمده است.

ارجحیت فرزند پسر در خانواده و ازدواج سریع دختران، زنان بی‌سواد و یا دارای همسر بی‌سواد نسبت به زنان تحصیلکرده و یا دارای همسر تحصیلکرده

جدول ۴- فراوانی مطلق و نسبی نگرش در مورد داشتن فرزند پسر در خانواده و ازدواج سریع دختران در زنان مهاجر افغانی ساکن شهر زاهدان

موضوع	نگرش	موافق		مخالف		بی‌نظر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
داشتن فرزند پسر در خانواده		۲۰۵	۵۱/۸	۷۴	۱۸/۷	۱۱۸	۲۹/۵
دختر هر چه زودتر به خانه بخت برود		۲۲۷	۵۷/۳	۱۲۰	۳۰/۳	۵۰	۱۲/۳

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۲ بیشترین علل حاملگی‌های ناخواسته، عدم استفاده صحیح و نامطمئنی یا نامرغوبی روش می‌باشد. از دیگر مطالب مورد بررسی سطح آگاهی زنان افغانی از نحوه مصرف صحیح قرص‌های خوراکی از بارداری بود که نتایج بدست آمده، در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

داده‌ها نشان می‌دهد ۸۹٪ زنان روش صحیح مصرف قرص‌های پیشگیری را بیان کردند، ۶۴٪ می‌دانستند در صورت فراموشی یک روز قرص چگونه به مصرف آن ادامه دهند و تنها ۵/۶٪ از نحوه برخورد صحیح با دو دوز فراموشی قرص اطلاع داشتند.

از دیگر مقوله‌های مورد بررسی، نگرش زنان در مورد داشتن فرزند پسر در خانواده و ازدواج سریع دختران بوده که نتایج آن در جدول شماره ۴ بیان شده است. مطابق یافته‌های جدول فوق ۵۱/۸٪ با داشتن فرزند پسر در خانواده و ۵۷/۳٪ با این نگرش که دختر هر چه زودتر ازدواج نماید، موافق بودند.

آگاهی، نگرش و رفتار این زنان با متغیرهای سواد، سواد همسر، قومیت و مذهب آنها ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.001$). بطوریکه با افزایش سطح سواد افراد و همسران‌شان سطح آگاهی زنان در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده افزایش نشان داد و در مورد

(علی‌الخصوص تحصیلات دانشگاهی) با درصد بالاتری با این دو گزینه موافق بودند.

میانگین نمره آگاهی زنان شیعه بالاتر از اهل تسنن بود و ۶۴/۴٪ زنان اهل تشیع در مقایسه با ۴۲/۳٪ زنان اهل تسنن از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و درصد بالاتری از زنان اهل تسنن نسبت به زنان شیعه با ارجحیت فرزند پسر در خانواده و ازدواج سریع دختران موافق بودند.

در مورد قومیت، بالاترین سطح آگاهی و استفاده از روش‌های پیشگیری در فارس‌های قندهاری (اقوام بیات و قزلباش) و پایین‌ترین سطح آگاهی و استفاده در قوم ازبک دیده شد. در حالیکه بیشترین موافقت با دیدگاه ازدواج سریع دختران و ارجحیت فرزند پسر در قوم ازبک و کمترین توافق با این دیدگاه در فارس‌های قندهاری دیده شد.

از پاسخ دهندگان در مورد منبع کسب اطلاع‌شان در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده سؤال شد که اکثریت آنها (۷۹٪) مراکز بهداشتی - درمانی را ذکر کردند. در این میان تلویزیون (۲۵/۵٪)، رادیو (۸/۱٪) و مطبوعات (۶/۸٪) در ایجاد و افزایش آگاهی نقش ضعیفی داشتند.

بحث

یافته‌های پژوهش نشانگر پایین بودن سن اولین ازدواج و اولین حاملگی و بالا بودن میزان باروری و بیسوادی در جمعیت مورد مطالعه بود. در حالیکه سازمان بهداشت جهانی (WHO) سن قبل از ۱۸ سالگی را بدلیل عدم کفایت فیزیولوژیک برای بارداری توصیه نمی‌کند، ۸۱/۸٪ زنان افغانی در زمان ازدواج کمتر از ۱۸ سال سن داشتند و ۶۸/۴ درصد در کمتر از ۱۸ سالگی اولین حاملگی را تجربه کرده بودند که شاید یکی از دلایل اصلی آن بالابودن درصد بیسوادی در بین زنان و همسران آنها باشد. در مطالعه انجام شده در زنان ایرانی ساکن زاهدان نیز تقریباً در نیمی از زنان سن ازدواج و اولین حاملگی کمتر از ۱۸ سال بود (۷). بررسی مشابه در اردوگاه غزه نیز نشانگر بالا بودن درصد بیسوادی و باروری و پایین بودن سن ازدواج در زنان مهاجر بود (۳). در آسیای جنوبی سن پایین ازدواج یکی از دلایل بالابودن میزان باروری خصوصاً در طبقات پایین بوده است. میانگین سن ازدواج دختران در بنگلادش ۱۷ سال، در سری‌لانکا ۲۴/۴ سال و در کل کشورهای منطقه ۱۸/۳ سال بوده است. بیش از ۳۲٪ زنان ۱۹-۱۵ سال در آسیای جنوبی ازدواج کرده‌اند (۹). در مطالعه حاضر ۶۶ درصد زنان بالای ۳ فرزند داشتند که نشانگر خصوصیات نزدیک این جمعیت با زنان کشورهای عربی می‌باشد؛ بطوریکه در بررسیهای جهانی میزان باروری در کشورهای عربی همانند سوریه، یمن، سودان و اردن، بالاتر از کشورهای غربی است و حتی در کشورهای همانند مصر، مراکش، تانزانیا که برنامه های فعال تنظیم خانواده دارند اکثر زنان بالای ۴ فرزند دارند (۳). در مورد آگاهی از روشهای پیشگیری بیشترین اطلاع از قرصهای خوراکی بود که از نتایج مشابه آن در غزه که ۹۰٪ زنان قرص و IUD، ۶۵٪ آمپول و کاندوم و ۵۰٪ سایر روشهای پیشگیری از بارداری را می شناختند کمتر بود (۳). در مطالعه دیگری در نیجریه بیشترین آگاهی در مورد

کاندوم مشاهده شد (۶). ولی در ماهیگیران هندوستان اطلاع از توپکتومی و وازکتومی به مراتب بیشتر از روشهای موقت بود (۱۰). نه تنها اطلاع از روشهای موثر بلکه اطلاع از تعداد روشهای پیشگیری نیز می‌تواند در تنظیم خانواده مؤثر باشد (۲) بنابراین به نظر می‌رسد آموزشهای سیستم بهداشتی ضمن تداوم باید بر روشهای دائمی پیشگیری تأکید نماید. از نظر رفتار تنظیم خانواده نیز بیشترین روش مورد استفاده قرص و کمترین آن وازکتومی و در مطالعه مشابه در غزه متداولترین روش مورد استفاده IUD (۳) و در مطالعه نیجریه شایعترین روش مورد استفاده دوره ایمن (۶) و در مطالعه دیگری در مسکو روشهای اصلی مورد استفاده دوره ایمن، کاندوم و روش منقطع بود (۴). در لبنان نیز متداولترین روش IUD و دوره ایمن بود (۱۱). نتایج مطالعات مختلف حاکی از متفاوت بودن الگوی استفاده از روش های پیشگیری از بارداری می‌باشد و بر متناسب بودن برنامه ریزیها و آموزشها مطابق با فرهنگ هر منطقه تأکید می‌کند که در این گروه جلب مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده بیش از پیش احساس می‌شود. از سوی دیگر استفاده بیشتر از قرصها برخلاف سایر کشورها ممکن است بدلیل آموزش بیشتر سیستم بهداشتی در این زمینه یا مسایلی باشد که می‌توان با شناسایی آن استفاده از سایر روشها را رواج داد. در مطالعه حاضر تقریباً نیمی از زنان از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی‌کردند که در مقایسه با اردوگاه مهاجرین غزه تقریباً مشابه بود (۳). در مورد علل عدم استفاده در جمعیت مورد مطالعه شایعترین علت تمایل به داشتن فرزند بود، در حالیکه در مطالعه غزه شایعترین علل مخالفت شوهر ذکر شده بود (۳) و در مطالعه‌ای در نپال دلایل عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری به خطرات بهداشتی وسایل نسبت داده شده بود و از طرفی نیز تمایل زیادی به داشتن فرزند پسر در خانواده ها وجود داشت،

بطوریکه اغلب زوجین تا بدین آمدن یک فرزند پسر از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند. در مطالعه ما نیز حدود ۵۲ درصد زنان در مورد داشتن فرزند پسر در خانواده نگرش مثبت داشتند و در مطالعه غزه نیز فرزند پسر ارجحیت داشت و ارتباطی بین تعداد فرزندان و فرزند پسر مشاهده شد (۳). آگاهی و رفتار زنان با سواد افغانی شهر زاهدان بیشتر از گروههای بی سواد بود و مشابه آن، در بنگلادش مشخص شد که زنان با سواد دو برابر بیشتر از زنان بی سواد از روشهای جدید پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند (۱۲). همچنین در مطالعه ما ۵۷/۳ درصد افراد با این نظریه که دختر هر چه زودتر باید به خانه بخت برود موافق بودند. نتیجه چنین باوری ازدواج در سنین پایین و مواجهه با بارداریهای پرخطر می‌باشد که برنامه‌ریزی در زمینه اصلاح باورهای موجود در جامعه بصورت بنیادی توصیه می‌شود.

در رابطه با علل حاملگی‌های ناخواسته در جمعیت مورد مطالعه مهمترین دلایل، عدم استفاده صحیح ذکر شده بود که اعتراف افراد مورد مطالعه به عدم اطلاع

خودشان را نشان می‌دهد که می‌تواند انگیزه مناسبی برای آموزش بیشتر جمعیت فوق باشد. بطور کلی یافته‌های پژوهش بر ضرورت برنامه‌ریزیهای اصولی در جهت ارتقاء سطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مهاجر افغانی در زمینه بهداشت باروری تأکید دارد و می‌باید متناسب با شرایط خاص فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی آنها نسبت به برآورده کردن نیازهای آموزشی آنان اقدام شود. همچنین با توجه به انتظار WHO برای تقلیل بی سوادی در کشورهای در حال توسعه تا مرز ۲۵ درصد (۱۳)، گسترش امر سواد آموزی در میان جامعه مهاجرین از نیازهای مبرم و اساسی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین مرکز بهداشت شهرستان زاهدان و همچنین بهبخشان مراکز بهداشتی، درمانی زاهدان که در جمع‌آوری اطلاعات این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ۱- شجاعی تهرانی، حسین. جمعیت و بهداشت باروری. انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران، سال ۱۳۷۷، ص ۳۶-۳۵.
- 2-Yurdakul M., Vural G. Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning. *Contraception*. 2002;65:347-50.
- 3-Donati S., Hamam R., Medda E. Family planning KAP survey in Gaze. *Soc Sci Med*. 2000;50(6):841-9.
- 4-Popou A.A., Visser A.P., Ketting E. Contraceptive knowledge, attitude and practice in Russia during the 1980s. *Stud Fam Plan*. 1993; 24(4):227-35.
- 5-Gelennon M.J., Fagan D.J. Attitude towards family planning in Dharan, East Nepal: implications for the family planning programme. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1993;87(6):612-4.
- 6-Adinna J.I., Nwosu B.O. Family planning knowledge and practice among Nigerian woman attending an antenatal clinic. *Adv Contracept*. 1995;11(4):335-44.
- ۷-کیخائی نسرين. مطالعه سطح آگاهی، رفتار و نگرش زنان بارور زاهدانی. پایان نامه برای اخذ درجه دکتری پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان. سال ۱۳۷۵.
- ۸-بولتن خبری اداره کل اتباع سیستان و بلوچستان، سال ۱۳۷۷، ص ۸ و ۷.
- 9-Kapoor L. Unmet need in family planning in South Asia region. *Int J Gyn Obs*. 1995;(2): s19-s26.

12-Johnson T., Macke B. Estimating contraceptive needs from trends in method mix in developing countries. *Int Fam Plan Perspec.* 1995;22:392-6.

۱۳-جهانفر، محمد. جمعیت و تنظیم خانواده. انتشارات اورنج، تهران، سال ۱۳۷۹، ص ۱۷۲-۱۷۰.

10-Rama Rao G., Moulasha K., Sureender S. Knowledge, attitude and practice of family planning among fisherman in Tamil Nadu. *J Fam Welfare.* 1993;39(3):50-4.

11-Myntti C., Ballan A., Dewachi O., El-kak F., Deeb M.E. Challenging the stereotypes: men, withdrawal, and reproductive health in Lebanon. *Contraception.* 2002;65:165-70.