

## ازدواج فامیلی و بروز ناتوانی‌ها و معلولیتها در استان چهارمحال و بختیاری\*

دکتر منصور حقیقتیان  
شهرام مقدسی

### کلیات

با وجود تغییرات و پیشرفتهای نسبتاً زیادی که در وضعیت بهداشت و تندرستی انسانها حاصل شده است، ایجاد مصونیت کامل و پیشگیری از ابتلای به ناتوانیها، به دلیل آسیب‌پذیری زیست‌شناختی انسان، امکانپذیر نشده است. همچنین، وضعیتهایی که همواره انسانها را در معرض ناتوانی قرار می‌دهد، متشکل از عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه‌ای بوده که میزان و چگونگی ابتلای به ناتوانی را در هر جامعه، متفاوت از دیگر جوامع می‌نماید. در نتیجه، به‌منظور دستیابی به علل و زمینه‌هایی که فراتر از فرآیندهای زیست‌شناختی، موجب تفاوت‌های جوامع در ارتباط با این پدیده می‌گردند، بایستی به الگوهای رفتار اجتماعی، موقعیت فرهنگی، آگاهیها و باورداشتها، امکانات بهداشتی، سیاستگذاریهای امور بهداشتی و درمانی و غیره توجه نمود.

جمعیت نسبتاً زیاد افراد ناتوان، آسیبها و مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از بروز ناتوانیها و معلولیت‌های مختلف جسمی، ذهنی، نابینایی و ناشنوایی و همچنین سازماندهی نیروها و امکانات زیادی که هر جامعه‌ای برای رسیدگی به امور مختلف این افراد، اختصاص می‌دهد، بیانگر ضرورت راهیابی موضوع ناتوانی، معلولیت

\*. با حمایت و همکاری دفتر امور اجتماعی و انتخابات استانداری و سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری.

و توانبخشی در مباحث جامعه‌شناختی، می‌باشد. در این راستا سه وجه عمده جامعه، ناتوانی و امکانات و شیوه‌های توانبخشی و شبکه روابط بین آنها، می‌توانند در قلمرو جامعه‌شناسی توانبخشی قرار گیرند. بدین ترتیب، به دلایل ذیل، بیماری از ناتوانی و همچنین اقدامات پزشکی از توانبخشی، متمایز بوده و ضرورت استقلال موضوعی جامعه‌شناسی توانبخشی از جامعه‌شناسی پزشکی مورد تأکید است:

- صرف‌نظر از بخش نسبتاً محدودی از بیماریها که در حالات خاصی منجر به عوارض پایدار جسمانی و یا ذهنی می‌گردند، در حالات کلی، بیماریها را قابل درمان و نسبتاً موقتی می‌دانند. در صورتی که نتایج ناشی از بروز اختلالات و نارساییهای جسمانی و ذهنی (ناتوانیها) پایدار بوده و تلاشهایی که در بخش درمان و توانبخشی صورت می‌پذیرد، عمدتاً بر محور توقف روند اختلال یا کند نمودن سیر آن، متمرکز می‌باشند.
- بروز ناتوانیها و معلولیتها، بسیار متفاوت از بروز بیماریها، محدودیتهای اقتصادی و اجتماعی متعددی از قبیل حمایت و نگهداری مستمر (برخی از موارد) و هزینه‌های بسیار بالای خدمات درمانی و توانبخشی (در موارد دیگر) و همچنین بار عاطفی و روانی زیادی را به افراد ناتوان، خانواده‌های آنها و در نهایت به جامعه تحمیل می‌کند.
- حمایت اجتماعی و خانواده‌ها در درمان بیماران نقش مؤثری دارد، اما استمرار مشکلات افراد ناتوان به تدریج به کاهش حمایت بستگان و خسته و آسیب‌پذیر شدن آنها می‌انجامد.
- بازدهی اقتصادی بخش درمان (پس از بهبود بیماران) بسیار سریعتر و بیشتر از بازدهی امور توانبخشی افراد ناتوان است.
- افراد ناتوان در مقایسه با سایر اقشار آسیب‌دیده جامعه، در انزوای اجتماعی متفاوتی بسر می‌برند و در صورت عدم آرایه خدمات توانبخشی مکفی، همواره از محرومیتهای مختلفی رنج برده و در حاشیه عرصه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی

و فرهنگی بسر می‌برند.

از طرف دیگر، از آنجا که در توانبخشی افراد ناتوان علاوه بر فرد ناتوان، توجه زیادی نیز به زمینه و سیعتر اجتماعی، معطوف شده است، مبحث توانبخشی به مطالعات جامعه‌شناختی ارتباط می‌یابد. زیرا این محیط اجتماعی است که تا حدود زیادی عواقب ناتوانی را تعیین می‌نماید و در شرایط نامناسب اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که تجربه محرومیت در ابعاد مختلفی چون، تشخیص موقعیت، استقلال جسمانی، تحرک، اشتغال، ... بازگشت به اجتماع و خودکفایی اجتماعی، برای افراد ناتوان به وقوع پیوسته و در نهایت ناتوانی<sup>(۱)</sup> به معلولیت<sup>(۲)</sup> منتهی می‌گردد. در نتیجه بخش عمده‌ای از تدابیر پیشگیرانه، موقوف به اصلاح ساختارهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه می‌باشد. با ایجاد یک نظام منسجم، هماهنگ و نظارت شده اجتماعی، به تدریج الگوهای رفتار جمعی و فردی اصلاح گردیده و از آن پس بکارگیری امکانات بهداشتی و رعایت موازین پیشگیری به‌عنوان اصول پذیرفته شده و باورهای اجتماعی، مطرح می‌گردند.

مطلبی که در پیش رو دارید به گزارش نتایج یک بررسی پیرامون ارتباط ازدواج فامیلی و بروز ناتوانیها در استان چهارمحال و بختیاری اختصاص یافته است. این بررسی به دلیل اهمیت ازدواج فامیلی در بروز ناتوانیها، همزمان در جنب مطالعه «زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بروز ناتوانیها در استان» که با حمایت دفتر امور اجتماعی و انتخابات استانداری استان و سازمان بهزیستی استان صورت پذیرفته، انجام شده است.

براساس مطالعات علم ژنتیک، ازدواج بین خویشاوندان نزدیک، به ویژه اگر سابقه یک بیماری ارثی در خانواده وجود داشته باشد، احتمال بروز صفات نهفته نامطلوب را

۱. ناتوانی عبارت است از اختلالات و آشفتگیهای موجود در سطح ارگانیکی فرد.

۲. معلولیت عبارت است از عدم امکان رقابت فرد ناتوان با سایر افراد در کلیه عرصه‌ها یا برخی از عرصه‌های زندگی اجتماعی

به نحوی که عدم امکان انطباق فرد با محیط زندگیش منجر به محرومیت‌هایی برای او گردد.

در فرزندان آنها افزایش می‌دهد. گذشته از گستره وسیع مطالعات علم ژنتیک در پیرامون ازدواج فامیلی، آنچه از دیدگاه جامعه‌شناسی توانبخشی واجد اهمیت است، بررسی علل و زمینه‌هایی است که این‌گونه ازدواج‌ها را علی‌رغم آمار و اطلاعات روشن‌گر موجود و همچنین شواهد عینی و ملموس خانواده‌ها مبنی بر احتمال بروز ناتوانیها، توصیه می‌نماید. شناخت کارکردهای نهان و آشکار این نوع ازدواج و همچنین شناخت محدودیتهایی که خانواده‌ها را ناگزیر از انتخاب این نوع ازدواج می‌نماید در تدوین برنامه‌های مربوط به پیشگیری از ناتوانیها، دارای اهمیت می‌باشند.

ازدواج فامیلی از نوع ازدواج درون گروه بوده و از آنجا که در جوامع روستایی میان گروه‌های اجتماعی، طایفه‌ای و خویشاوندی، بر اثر تنوع فرهنگی، امکان سازگاری و معاشرت مستمر کمتر می‌باشد، بیشتر به این نوع ازدواج مبادرت می‌ورزند. در گذشته نه چندان دور، اقتصاد بسته روستایی و کمبود ارتباطات بین روستاها، امکان ترویج ازدواج بین گروهی را محدود می‌ساخته است. در چنین شرایطی باورداشتهای خاص هر روستا پیرامون ازدواج شکل گرفته و علی‌رغم گسترش روابط اقتصادی و اجتماعی بین جوامع در زمان حاضر، این باورداشتهای و عوامل فرهنگی در کنار سایر بقایای ناشی از محدودیتهای اقتصاد بسته روستایی، نسبت به تغییر الگوی همسرگزینی مقاومت می‌کنند.

این بررسی بر مبنای مقایسه دو جامعه خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهایی که علی‌رغم داشتن تشابهات نسبی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، فاقد این ویژگی بودند (گروه شاهد) صورت پذیرفته است.

بر این اساس، ۲۱۱ خانوار دارای عضو ناتوان متناسب با نسبتهای واقعی آنان در جامعه اصلی (۵۱۷۷ پرونده موجود در مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری) برحسب منطقه مسکونی، شهرستان، نوع معلولیت، شدت معلولیت و سن، به عنوان نمونه انتخاب و بررسی شدند. به تبع این نمونه، خانوارهای گروه شاهد با فاصله‌ای مشخص از محل سکونت نمونه قبلی (۵ واحد مسکونی به سمت

جلو و سمت راست) انتخاب و بررسی شدند.

بررسی الگوی ازدواج و ارتباط آن با بروز ناتوانیها و سنجش نگرش و میزان تمایل خانوارها نسبت به ازدواج فامیلی در سطح استان و همچنین مقایسه مناطق مسکونی و شهرستانهای مختلف، اهداف اصلی این مطالعه را تشکیل می‌دهند. به‌علاوه، اهمیت و توجهی که خانوارها در قبل از ازدواج فرزندان خویش، برای پیشگیری از ناتوانیهای ارثی قائل می‌گردند و اقداماتی که در این خصوص به‌عمل می‌آورند از اهداف دیگر این مطالعه محسوب می‌گردند.

لازم به توضیح است که نتایج حاصل از مطالعه خانوارهای دارای عضو ناتوان، به تنهایی قادر به بیان آن بخش از زمینه‌های بروز ناتوانیها که مبتنی بر ازدواج فامیلی هستند، نبوده و این فرضیه مطرح بود که تجربه بروز ناتوانی برای عضوی از خانوارهای مذکور، موجب تحریک کنجکاوی آنها پیرامون علل ناتوانیها گردیده و با افزایش سطح آگاهیهای آنان، نوع نگرشهای اعلام شده پیرامون ازدواج فامیلی، متفاوت از وضعیت واقعی خانوارهای استان، باشد. از طرفی به‌کارگیری سایر روشهای نمونه‌گیری تصادفی و مبتنی بر فهرست خانوارهای استان نیز به‌دلیل فوق و همچنین لزوم به‌کارگیری امکانات فنی و کارشناسی لازم به‌منظور تشخیص افراد ناتوان، منطقی و قابل اجرا نبود.

در نهایت با رعایت برخی ملاحظات، مادران خانوارهای دارای فرزند کمتر از ۱۰ سال، به‌عنوان پاسخگویان این پژوهش در نظر گرفته شدند. با رعایت این شرط تعداد خانوار مکفی در نمونه مورد نیاز واقع گردیده و از وارد شدن سایر مادرانی که قادر به یادآوری وقایع گذشته پیرامون ازدواج خویش و عللی که منجر به ناتوانی فرزند آنها شده است، نبودند، جلوگیری می‌شد. این دسته از مادران خانوارها، احتمالاً هنوز توان باروری داشته و می‌توان نگرش آنها را انعکاسی از وضعیت واقعی نگرش جامعه پیرامون ازدواج فامیلی، ارزیابی نمود.

## تمایل و نگرش خانوارها نسبت به ازدواج فامیلی و غیر فامیلی و علل آن

از پاسخگویان سؤال گردید که، «در صورتی که پسر یا دختر شما قصد ازدواج با فامیل نسبی (دور یا نزدیک) و یا غیر فامیل را داشته باشد، شما با کدامیک موافقتر هستید؟»  
 جوابها در سه گروه دسته‌بندی گردید (ازدواج فامیلی، ازدواج غیر فامیلی، فرق نمی‌کند) و سپس هر یک از دو حالت اول در مقابل دو حالت دیگر، بررسی و تحلیل شد.

جدول شماره ۱ توزیع خانوارهای مورد مطالعه برحسب نوع نگرش آنان  
 نسبت به ازدواج فامیلی و نوع خانوار<sup>(۱)</sup>

نوع خانوار	نوع نگرش نسبت به ازدواج فامیلی		جمع سطر
	تمایل به ازدواج فامیلی	فرقی نمی‌کند و یا تمایل به ازدواج فامیلی ندارد	
دارای عضو ناتوان	۴۰	۱۷۱	۲۱۱ %۵۰
خانوارهای شاهد	۶۴	۱۴۷	۲۱۱ %۵۰
جمع ستون	۱۰۴	۳۱۸	۴۲۲ %۱۰۰

مشاهده می‌گردد که خانوارهای دارای عضو ناتوان تمایل کمتری نسبت به ازدواج فامیلی دارند<sup>(۱)</sup> هر چند قریب ۲۵ درصد از پاسخگویان در سطح استان نسبت به این نوع ازدواج متمایل بوده‌اند. از آنجا که نزدیک ۱۲ درصد از جامعه خانوارهای دارای عضو ناتوان و ۱۶ درصد از جامعه خانوارهای شاهد اظهار نظر خاصی نسبت به انواع

۱. ارتباط نوع نگرش نسبت به ازدواج فامیلی و نوع خانوارهای مورد بررسی، از طریق آزمون کی-دو تأیید گردید،

( $\chi^2=7.35, DF=1, Sig.L=0.006 < \alpha$ )

ازدواج ارائه نمودند و بررسی وضعیت نگرش مخالف نسبت به ازدواج فامیلی در ارتباط با نوع خانوار، حائز اهمیت بود، به همین دلیل در تحلیل دیگری، آمار پاسخگویان مخالف ازدواج فامیلی در مقابل سایر پاسخگویان بررسی شد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهند که قریب ۶۱ درصد از خانوارهای مورد مطالعه به ازدواج غیرفامیلی تمایل داشته و میان دو جامعه خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد<sup>(۱)</sup>.

### جدول شماره ۲ توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه برحسب نوع نگرش آنان نسبت به ازدواج غیرفامیلی و نوع خانوار

نوع خانوار	نوع نگرش نسبت به ازدواج غیرفامیلی		جمع سطر
	تمایل به ازدواج غیرفامیلی	فرقی نمی‌کند و یا تمایل به ازدواج فامیلی دارد	
دارای عضو ناتوان	۱۴۵	۶۶	۲۱۱ %۵۰
خانوارهای شاهد	۱۱۳	۹۸	۲۱۱ %۵۰
جمع ستون	۲۵۸ %۶۱/۱	۱۶۴ %۳۸/۹	۴۲۲ %۱۰۰

در تحلیل داده‌های فوق به تفکیک شهرستانهای استان نتایج متفاوتی به دست آمد. در شهرستانهای شهرکرد و بروجن شدت تمایل به ازدواج غیرفامیلی افزایش یافته و در شهرستان فارسان اندکی کاسته شده است. در شهرستان لردگان تقریباً تمایل خانوارها به هر یک از انواع ازدواج برابر بوده و در شهرستان اردل در مسیری متفاوت،

۱. ارتباط نوع نگرش نسبت به ازدواج غیرفامیلی و نوع خانوارهای مورد بررسی، از طریق آزمون کی-دو تأیید گردید،

$(X^2=10/21, Df=1, Sig.L.=0/0014 < \alpha)$

خانوارها شدیداً به ازدواج فامیلی تمایل نشان داده‌اند. همچنین برخلاف تمایز و اختلاف نسبتاً زیادی که میان شهرستانهای مختلف موجود بود، این بررسی نشان داد که نوع نگرش خانوارهای روستایی و شهری در هر شهرستان از تجانس و همگونی زیادی برخوردار بوده و در واقع گرایش خانوارهای شهری نسبت به ازدواج غیرفامیلی، به میزان اندکی (۶ درصد) بیشتر از خانوارهای روستایی بوده است.

از تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به علت تمایل پاسخگویان به هر یک از انواع ازدواج، نتایج متفاوتی به دست آمد. بدین صورت که کلیه افراد متمایل به ازدواج فامیلی، در هر دو جامعه خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد، با دلایل نسبتاً مشابهی، نسبت به این نوع ازدواج اظهار تمایل نموده‌اند<sup>(۱)</sup> درحالی که افراد متمایل به ازدواج غیرفامیلی در دو جامعه مورد بررسی، تفاوت‌های معنی‌داری در دلایل انتخاب این نوع ازدواج، داشته‌اند.

### جدول شماره ۳ توزیع فراوانی خانوارهای مورد بررسی برحسب دلایل تمایل به ازدواج فامیلی و نوع خانوار

نوع خانوار	دلایل تمایل به ازدواج فامیلی			جمع سطر
	تفاهم و شناخت	نظر بزرگان	خواست پسرها و دخترها	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۲۶	۱۴	۰	۴۰ %۳۸/۵
خانوارهای شاهد	۴۸	۱۳	۳	۶۴ %۶۱/۵
جمع ستون	۷۴ %۷۱/۲	۲۷ %۲۶	۳ %۲/۹	۱۰۴ %۱۰۰

۱. آزمون کی دو ارتباط معنی‌داری میان نوع خانوار و دلایل تمایل به ازدواج فامیلی نشان نداد.

$(X^2=۴/۲۶, Df=۲, Sig.L.=۰/۱۳)$

در این قسمت بر پایه اهداف و کارکردهایی که برای ازدواج درون گروه برمی‌شمارند و همچنین در نظر گرفتن الزاماتی که بر جوامع سنتی و نسبتاً بسته حاکم می‌باشند، در پاسخهای احتمالی سؤال فوق حالاتی چون، کاهش نیافتن جمعیت گروه فامیلی، عدم آشنایی با فامیلهای دیگر به دلیل کوچک بودن روستا و یا محدود بودن دایره روابط اجتماعی، رقابت و کشمکش بین فامیلهای و دلسوزی فامیل در حمایت از سالمندان، پیش‌بینی گردید، اما تنها جوابهای فوق به دست آمد.

### جدول شماره ۴ توزیع فراوانی خانوارهای مورد بررسی برحسب دلایل تمایل به ازدواج غیرفامیلی و نوع خانوار

نوع خانوار	دلایل تمایل به ازدواج غیر فامیلی		جمع سطر
	احتمال به وجود آمدن فرزندان ناتوان کمتر می‌شود	سایر دلایل	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۹۲	۷۹	۱۷۱ ٪۴۶
خانوارهای شاهد	۱۲۵	۲۲	۱۴۷ ٪۵۴
جمع ستون	۲۱۷ ٪۶۸/۲	۱۰۱ ٪۳۱/۶	۳۱۸ ٪۱۰۰

جدول اخیر نشان می‌دهد که میان دو جامعه مورد مطالعه در علل تمایل آنها نسبت به ازدواج غیر فامیلی، تفاوت بسیار زیادی وجود دارد<sup>(۱)</sup>. در همین جا مشاهده می‌گردد که قریب ۳۲ درصد پاسخگویان در ارائه دلیل برای علت تمایل خویش نسبت به ازدواج غیر فامیلی، به دلیل غیر از احتمال کمتر بوجود آمدن فرزندان ناتوان اشاره نموده و در واقع تنها ۵۱ درصد از کل پاسخگویان دارای آگاهی لازم پیرامون ارتباط ازدواج فامیلی و

۱. آزمون کی دو ارتباط و پیوستگی بسیار شدید عوامل را تأیید نمود، ( $X^2=35/29, Df=1, Sig.L.=0 < \alpha$ )

احتمال به وجود آمدن فرزندان ناتوان بوده‌اند. حال این سؤال مطرح می‌باشد که، چرا علی‌رغم آنکه خانوارهای دارای عضو ناتوان که در سایر ابعاد اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در مقایسه با خانوارهای شاهد در سطح پایین‌تری قرار دارند<sup>(۱)</sup> و صرفاً به دلیل تجربه پدیده ناتوانی و ارتباط آن با ازدواج فامیلی، تمایل کمتری نسبت به این نوع ازدواج نشان داده‌اند، در ارائه دلایل پیرامون علت تمایل به ازدواج غیرفامیلی به دلایلی غیرمربوط با تجربه خویش استناد نموده‌اند؟ احتمال می‌رود که در مقابله با وضعیت ناشی از بروز ناتوانی‌های ناشی از ازدواج فامیلی و علل ارثی، یک واکنش روانی خاص شکل گرفته است و این واکنش در خانوارهای دارای عضو ناتوان، موجب انکار و ممانعت از ارتباط مؤثر آموزش‌های نوین بهداشتی و تجارب علمی با وضعیت عینی ناشی از بروز ناتوانی در خانوار، شده است. در نتیجه، با وجود تمایل بیشتر این خانوارها به ازدواج غیرفامیلی، دلایل مناسبی برای علت تمایل خویش ارائه ننموده و یا توان بیان مناسب مقصود خود را در چارچوب پیش‌بینی شده در پرسشنامه نداشته‌اند. از سوی دیگر، از دوگانگی فوق می‌توان دریافت که اگر خانوارهای دارای عضو ناتوان، علت تمایل خویش به ازدواج غیرفامیلی را، «احتمال بوجود آمدن فرزندان ناتوان» ذکر کنند، در واقع آنان به تقصیر خود در بوجود آمدن فرزندان ناتوان اعتراف کرده‌اند. در نتیجه، برای پرهیز از این استنباط، به شیوه‌ای انکارگرایانه، دلایل دیگری را برای علت تمایل خویش به ازدواج غیرفامیلی مطرح کرده‌اند. ضمن آنکه، بخشی از این انکار، در خانواده‌های جوان، براساس امید به داشتن فرزند یا فرزندان سالم بعدی شکل گرفته است.

در ادامه تحلیل و در واقع در تأیید اظهارات فوق، نتایج بررسی دیگری را که پاسخگویان را در موقعیتی قرار می‌داد تا نگرش خویش را نسبت به ازدواج فامیلی مطرح نمایند، ارائه می‌نماییم.

از مادران دارای فرزند کمتر از ده سال سنوال گردید که «در صورتی که بدانیم در

۱. برای آگاهی بیشتر مراجعه شود به: مقدسی، شهرام، «زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بروز ناتوانی در استان چهارمحال و بختیاری»، دفتر امور اجتماعی و انتخابات استانداری استان و سازمان بهزیستی استان، بهار ۱۳۷۷.

یک فامیل تعدادی افراد ناتوان و عقب‌مانده وجود دارد و قرار باشد یک وصلت فامیلی صورت گیرد، به نظر شما چه باید کرد؟»

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی خانوارهای مورد بررسی  
برحسب نوع نگرش آنان نسبت به ازدواج فامیلی و نوع خانوار<sup>(۱)</sup>

نوع خانوار	نوع نگرش نسبت به ازدواج فامیلی			جمع سطر
	ازدواج مانعی ندارد، نظر خاصی ندارم	ممانعت از ازدواج	مشاوره ژنتیک	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۵۲	۸۴	۷۵	۲۱۱ %۵۰
خانوارهای شاهد	۶۵	۶۹	۷۷	۲۱۱ %۵۰
جمع ستون	۱۱۷ %۲۷/۷	۱۵۳ %۳۶/۳	۱۵۲ %۳۶	۴۲۲ %۱۰۰

مشاهده می‌گردد که پاسخگویان در خانوارهای دارای عضو ناتوان با قاطعیت بیشتری بر ممانعت از ازدواج اظهار نظر نموده و به طور همسان با خانوارهای شاهد، مشاوره ژنتیک را پیشنهاد نموده‌اند. دو اظهار نظر اخیر، به‌تنهایی بیانگر ارتقاء آگاهی‌های خانوارهای دارای عضو ناتوان در بعد ازدواج فامیلی محسوب می‌گردد<sup>(۱)</sup>. در اینجا ضرورت دارد به تحلیل این عامل در ارتباط با عامل شهرستان و منطقه مسکونی و تعیین جایگاه هر شهرستان یا منطقه مسکونی در سلسله مراتب موجود در استان پردازیم.

۱. آزمون کی‌دو بیانگر ارتباط نسبتاً ضعیف عوامل می‌باشد. ( $X^2=۲/۹۴, Df=۲, Sig.L.=۰/۲۳ < \alpha$ )

جدول شماره ۶ توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه برحسب نوع نگرش آنان نسبت به ازدواج فامیلی و منطقه مسکونی

منطقه مسکونی	نوع نگرش نسبت به ازدواج فامیلی			جمع سطر
	ازدواج مانعی ندارد، نظر خاصی ندارم	ممانعت از ازدواج	مشاوره ژنتیک	
منطقه شهری	۴۰	۸۰	۷۷	۱۹۷ %۴۶/۷
منطقه روستایی	۷۷	۷۳	۷۵	۲۲۵ %۵۲/۳
جمع ستون	۱۱۷ %۲۷/۷	۱۵۳ %۳۶/۳	۱۵۲ %۳۶	۴۲۲ %۱۰۰

جدول شماره ۷ توزیع خانوارهای مورد مطالعه برحسب نوع نگرش آنان نسبت به ازدواج فامیلی و شهرستان

نوع خانوار	نوع نگرش نسبت به ازدواج فامیلی			جمع سطر
	ازدواج مانعی ندارد، نظر خاصی ندارم	ممانعت از ازدواج	مشاوره ژنتیک	
شهرکرد	۸۱	۶۰	۲۹	۱۷۰ %۴۰/۳
بروجن	۳۱	۱۹	۲	۵۲ %۱۲/۳
فارسان	۴۱	۲۵	۰	۶۶ %۱۵/۶
لردگان	۷۸	۱۶	۰	۹۴ %۲۲/۳
اردل	۲۱	۱۸	۱	۴۰ %۹/۵
جمع ستون	۲۵۲ %۵۹/۷	۱۴۸ %۳۲/۷	۳۲ %۷/۶	۴۲۲ %۱۰۰

در این بررسی به خوبی سطح بالاتر آگاهی‌های مرتبط با پیشگیری از ناتوانیهای مبتنی بر ازدواج فامیلی در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی و همچنین تفاوت شهرستانها نسبت به یکدیگر مشاهده می‌گردد.

در این ارتباط شهرستان شهرکرد در بالاترین سطح آگاهی و سپس با فاصله نسبتاً زیادی شهرستانهای بروجن، فارسان و اردل قرار دارند. شهرستان لردهگان در پایین‌ترین سطح آگاهیهای مربوط به عامل فوق قرار داشته و این نتیجه در شرایطی است که نسبت ازدواج فامیلی در این شهرستان در سطح نسبتاً بالایی قرار داشته و بخش عمده‌ای از امکانات اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی آن شهرستان نیز در مقایسه با سایر شهرستانها در سطح پایین‌تری قرار دارد.

### پیشگیری از ناتوانی‌های ارثی

آگاهیهای والدین نسبت به زمینه‌های ارثی ناتوانیها، از طریق مطالعه‌ای که دقت و حساسیت آنها را در زمان ازدواج پیرامون سابقه بروز ناتوانی و معلولیت در خانواده همسر آتی مورد سنجش قرار می‌داد، بررسی شد.

قصد داشتیم تا مشخص نماییم که، آیا اساساً در زمان انتخاب همسر، به عامل وجود داشتن یا نداشتن فرد ناتوان در بین بستگان همسر آینده، به‌عنوان زمینه‌ای برای سلامت فرزندان توجه می‌گردد یا خیر؟ بدین منظور از مادران دارای فرزند کمتر از ده سال سؤال گردید «آیا در زمان ازدواج میان بستگان شما و یا همسرتان فرد ناتوان و معلولی وجود داشت؟» در اینجا امکان کنترل علت معلولیت آن فرد وجود نداشت، اما دقت و توجه والدین به موضوع در آن زمان، به‌عنوان یک شاخص در تعیین آگاهی آنان در آن زمینه و اقدامات مربوط به پیشگیری، دارای اهمیت بود.

جدول شماره ۸ توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه برحسب وجود فرد ناتوان در بین بستگان زن و نوع خانوار

نوع خانوار	فرد ناتوان در بین بستگان زن		جمع سطر
	وجود دارد	وجود ندارد	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۶۶	۱۴۵	۲۱۱ %۵۰
خانوارهای شاهد	۳۹	۱۷۲	۲۱۱ %۵۰
جمع ستون	۱۰۵ %۲۴/۹	۳۱۷ %۷۵/۱	۴۲۲ %۱۰۰

جدول شماره ۹ توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه برحسب وجود فرد ناتوان در بین بستگان شوهر و نوع خانوار

نوع خانوار	فرد ناتوان در بین بستگان شوهر		جمع سطر
	وجود دارد	وجود ندارد	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۷۴	۱۳۵	۲۱۱ %۵۰
خانوارهای شاهد	۵۵	۱۵۶	۲۱۱ %۵۰
جمع ستون	۱۲۹ %۳۰/۶	۲۹۱ %۶۹/۴	۴۲۲ %۱۰۰

همانطور که در جدول اخیر مشاهده می‌گردد، سابقه وجود ناتوانی و معلولیت در بین بستگان والدین، برای خانوارهای دارای عضو ناتوان، از سطح بالاتری برخوردار بوده و به‌طور غیرمستقیم می‌توان وجود عوامل ارثی در بروز ناتوانیها را در این نوع خانوارها، استنباط نمود. به‌منظور دستیابی به اهداف این قسمت از مطالعه، از

پاسخگویان، سؤال گردید که «در صورت وجود فرد ناتوان (در هر یک از حالات فوق)، آیا شما یا همسرتان قبل از ازدواج از این موضوع اطلاع داشتید؟»

**جدول شماره ۱۰ توزیع خانوارهای مورد بررسی برحسب آگاهی زن از وجود فرد ناتوان در بین بستگان شوهر و نوع خانوار**

نوع خانوار	زن از وجود فرد ناتوان در بین بستگان شوهر		جمع سطر
	آگاهی دارد	آگاهی ندارد	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۴۰	۳۴	۷۴ %۵۷
خانوارهای شاهد	۲۸	۲۷	۵۵ %۴۳
جمع ستون	۶۸ %۵۳	۶۱ %۴۷	۱۲۹ %۱۰۰

**جدول شماره ۱۱ توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه برحسب آگاهی شوهر از وجود فرد ناتوان در بین بستگان همسر و نوع خانوار**

نوع خانوار	زن از وجود فرد ناتوان در بین بستگان همسر		جمع سطر
	آگاهی دارد	آگاهی ندارد	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۳۴	۳۲	۶۶ %۶۳
خانوارهای شاهد	۲۰	۱۹	۳۹ %۳۷
جمع ستون	۵۴ %۵۱	۵۱ %۴۹	۱۰۵ %۱۰۰

صرف نظر از احتمال وجود آفات روایی تحقیق در بعد پیش‌داوریه‌ها و اشتباهات

مربوط به پاسخگویان، نتایج بررسیهای فوق بیانگر آن هستند که در هر دو موقعیت نزدیک ۵۰ درصد زنان و مردانی که ازدواج نموده و در بین بستگان همسر آنها فرد یا افراد ناتوانی وجود داشته‌اند، نسبت به این موضوع واقف نبوده و اساساً این موضوع در بررسیهایی که معمولاً همسران و خانواده‌های آنها، قبل از ازدواج، نسبت به یکدیگر به عمل می‌آورند، وارد نشده است. به دلیل اهمیت اقداماتی که در پیشگیری از ناتوانی‌های ارثی و ژنتیکی مطرح می‌باشد، ۶۱ نفر از پاسخگویان در هر دو جامعه خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد که واجد چنین اطلاعاتی بودند، مبنای مطالعه بعدی قرار گرفتند. از آنان سؤال کردید، «حال که فرد ناتوان یا معلولی در بین بستگان شما و یا همسران وجود داشته (و دیگری نیز از این موضوع اطلاع داشته است)، قبل از ازدواج، در این رابطه چکار کردید؟» توزیع فراوانی هر یک از اقداماتی که صورت پذیرفته است، بیانگر آن است که ۹۵ درصد خانوارهای فوق اساساً کاری انجام نداده‌اند، ضمن آنکه میان خانوارهای دو جامعه مورد بررسی نیز، تفاوت قابل توجهی وجود ندارد.

جدول شماره ۱۲ توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه برحسب نوع اقدامات والدین پس از اطلاع از وجود فرد ناتوان در خانواده همسر و بر حسب نوع خانوار

نوع خانوار	نوع اقدامات			جمع سطر
	کاری نکردیم	مشورت با دوستان (آشنایان)	مشاوره با پزشک (غیرژنتیک)	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۳۵	۱	۰	۳۷ %۶۱
خانوارهای شاهد	۲۹	۰	۱	۳۰ %۳۹
جمع ستون	۵۸ %۵۹	۱ %۱/۶۶	۱ %۱/۶۶	۶۰ %۱۰۰

همانطور که مشاهده می‌گردد، آگاهیهای مبتنی بر تجربه روزمره خانوارها که از طریق بررسیهای قبلی، تا حدودی جهت مثبت آنها را دریافتیم، تا رسیدن به یک اقدام فراگیر اجتماعی فاصله زیادی دارند. در چنین شرایطی، در صورتی که یک جهت‌گیری قوی فرهنگی و ارائه وسیع امکانات اقتصادی، اجتماعی و خدمات بهداشتی، در سطح جامعه صورت نپذیرد، نیازهای محسوس خانوارها، در امور مختلفی که به پیشگیری از ناتوانیها ارتباط دارند، به یک آگاهی و باور اجتماعی عمیق که قادر به حمایت و نظارت بر رفتار آنان باشد، پیوند نخورده و در نهایت تغییرات جدی و ریشه‌ای در الگوهای رفتاری موجود حاصل نخواهد شد. به همین دلیل در ادامه تحقیق ملاحظه می‌گردد که والدین خانوارهای دارای عضو ناتوان تنها در ۲۲ مورد از ۱۸۱ مورد، پس از مواجه شدن با فرزند ناتوان، درصدد مشاوره ژنتیک برآمده‌اند، که این اقدام نیز عموماً توسط خانوارهایی که از سطح اقتصادی و اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، انجام شده است. لازم به ذکر است که در ۳۰ مورد از خانوارهای دارای عضو ناتوان، سرپرست و یا همسر وی ناتوان بوده و در نتیجه در بررسی اخیر وارد نشده‌اند.

## آزمون فرضیه شماره ۱

شاخص رفتار و نگرش مخالف با ازدواج فامیلی  $\uparrow$  ← بروز ناتوانیها  $\downarrow$

میانگین شاخص<sup>(۱)</sup> مخالفت با ازدواج فامیلی خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد برابر هستند:  $H_0$   
 میانگین شاخص مخالفت با ازدواج فامیلی خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد متفاوت هستند:  $H_1$

۱. شاخص فوق از طریق محاسبه میانگین نظرات ۳۰ نفر از متخصصین و کارشناسان مرتبط با انواع معلولیتها پیرامون سهم علل مبتنی بر ازدواج فامیلی در بروز ناتوانیها، به دست آمده و جایگاه هر خانوار بر آن اساس مشخص شده است. ارزش بالاتر این شاخص بیانگر احتمال پایین تر بروز ناتوانیهای ناشی از ازدواج فامیلی می‌باشد و با توجه به مؤلفه‌های مورد نیاز تحقیق حداکثر میزان امکانپذیر و مطلوب این شاخص برابر ۲۷/۷ بوده که از میانگین به دست آمده برای استان (۱۵/۷) تفاوت زیادی دارد.

### آزمونهای t برای نمونه‌های خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد

جامعه	تعداد مورد	میانگین	انحراف معیار	اشتباه معیار میانگین
شاهد	۲۱۱	۱۴/۲۱	۸/۶۱	۰/۵۹
دارای عضو ناتوان	۲۱۱	۱۶/۱۴	۸/۳۰	۰/۵۷

تفاضل میانگینها ۱/۹۴-

آزمون برابری واریانسها: با توجه به مقدار  $P.V=0/38$ ، واریانسهای دو جامعه برابرند.

### آزمون برابری میانگین شاخص مخالفت با ازدواج فامیلی خانوارهای شاهد و خانوارهای دارای عضو ناتوان

واریانسها	مقدار t	Df	مقدار Sig.L. دوطرفه
برابر	-۲/۳۵	۴۲۰	۰/۰۱۹
نابرابر	-	-	-

با توجه به برابری واریانسهای دو جامعه، آزمون برابری میانگینهای دو جامعه در سطح  $\alpha=0/019$  معنی‌دار بوده و در نتیجه فرضیه  $H_0$  رد می‌شود. بدین معنی که در شرایط کنونی استان و با توجه به عواملی که در سنجش متغیر ازدواج فامیلی مورد استفاده قرار گرفته است، میانگینهای دو جامعه اختلاف معنی‌داری داشته و این اختلاف بیانگر جهت‌گیری مثبت خانوارهای دارای عضو ناتوان در مقایسه با خانوارهای شاهد می‌باشد. در نتیجه، می‌توان ادعا نمود که در شرایط فعلی جامعه، باورهای مبتنی بر سنتها و محدودیتهای اقتصادی و اجتماعی تقویت‌کننده رفتار ازدواج فامیلی، در نزد خانوارهای شاهد چندان دچار تحول نگردیده و حداقل می‌توان ادعا کرد که این باورها در مقایسه با خانوارهای دارای عضو ناتوان کمتر تحول یافته است.

## آزمون فرضیه شماره ۲

## میزان ازدواج فامیلی ↑ ← بروز ناتوانیها ↑

میزان ازدواج فامیلی در خانوارهای نمونه استان، مستقل از نوع خانوارهای مورد بررسی است:  $H_0$

میزان ازدواج فامیلی در خانوارهای نمونه استان، در ارتباط با نوع خانوارهای مورد بررسی است:  $H_1$

در آزمون شماره ۱ مجموعه ویژگیها و مؤلفه‌هایی که زوایای مختلف ازدواج فامیلی را بررسی می‌کردند، مورد توجه قرار گرفت. اکنون رفتار واقعی خانوارها در همسرگزینی و به‌طور مشخص، نسبت فامیلی مزدوجین خانوارها در قبل از ازدواج و تفاوتی که احتمالاً دو جامعه خانوارهای دارای عضو ناتوان و خانوارهای شاهد در این خصوص دارند، از طریق سه آزمون پی‌درپی، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### جدول ۱۳. توزیع فراوانی و مقادیر انتظاری خانوارهای مورد بررسی برحسب نسبت خویشاوندی مزدوجین قبل از ازدواج و برحسب نوع خانوار

مشاهده مقدار مورد انتظار	نسبت خویشاوندی مزدوجین در قبل از ازدواج			جمع سطر
	فامیل نسبی نزدیک	فامیل نسبی دور	بدون نسبت فامیلی	
خانوارهای دارای عضو ناتوان	۹۲ ۷۳/۵	۳۹ ۴۱/۵	۸۰ ۹۶	۲۱۱ ٪۵۰
خانوارهای شاهد	۵۵ ۷۳/۵	۴۴ ۴۱/۵	۱۱۲ ۹۶	۲۱۱ ٪۵۰
جمع ستون	۱۴۷ ٪۳۴/۸	۸۳ ٪۱۹/۷	۱۹۲ ٪۴۵/۵	۴۲۲ ٪۱۰۰

$$X^2=14/95, Df=2, Sig.Level=0/00057 < \alpha$$

نتایج آزمون به شدت فرضیه  $H_0$  را رد نموده و ارتباط قوی عوامل را تأیید می‌نماید. بدین ترتیب با ملاحظه همزمان نتایج آزمون فعلی و آزمون قبلی به سه نتیجه مهم می‌رسیم. ابتدا ازدواج فامیلی به‌عنوان یک علت جدی در بروز ناتوانیها و معلولیتها مشخص می‌گردد و سپس با توجه به آزمون برابری میانگین شاخص مخالفت با ازدواج

فامیلی، می‌توان ادعا نمود که تجربه بروز ناتوانی در هر خانوار، موجب تحول آگاهیهای مادران و جهت‌گیری منفی آنان نسبت به ازدواج فامیلی و کاهش احتمال بروز مجدد آن در همان خانوار خواهد بود. نتیجه سوم، بیانگر آن است که ۵۴/۵ درصد از ازدواجهای خانوارهای مورد مطالعه در سطح استان بین فامیلیهای نسبی دور یا نزدیک صورت پذیرفته است که خود به‌طور بالقوه حاکی از زمینه بسیار قوی بروز ناتوانیها در سطح استان محسوب می‌گردد. این نسبت در سنجش تمایلات و نگرشهای خانوارها نسبت به الگوی ازدواج در آینده به ۲۵ درصد کاهش یافته است. با وجود آنکه واقعیت عملی آینده خانوارها احتمالاً مقداری از این اظهار نظرات متفاوت خواهد بود، با این حال، این نسبت هنوز در ارتباط با بروز ناتوانیها هشداردهنده می‌باشد هر چند جهت حرکت جامعه مثبت و امیدوارکننده است.

### آزمون فرضیه شماره ۳

نسبت خویشاوندی مزدوجین خانوارها در قبل از ازدواج، مستقل از عامل شهرستان محل سکونت آنان است:  $H_0$   
 نسبت خویشاوندی مزدوجین خانوارها در قبل از ازدواج، در ارتباط با عامل شهرستان محل سکونت آنان است:  $H_1$

نتایج آزمون فوق، فرضیه  $H_0$  را رد نموده و بر ارتباط عوامل مورد بررسی گواهی می‌دهد. بر این اساس همانطور که مشاهده می‌گردد میزان ازدواج فامیلی در شهرستان شهرکرد به مراتب کمتر از سایر شهرستانها می‌باشد.

### جدول شماره ۱۴ توزیع فراوانی و توزیع مقادیر انتظاری خانوارهای مورد بررسی برحسب نسبت خویشاوندی مزدوجین قبل از ازدواج و شهرستان

مشاهده مقدار مورد انتظار	نسبت خویشاوندی مزدوجین در قبل از ازدواج			جمع سطر
	فامیل نسبی نزدیک	فامیل نسبی دور	بدون نسبت فامیلی	
شهرکرد	۵۷ ۷۹/۲	۲۱ ۲۳/۴	۹۲ ۷۷/۳	۱۷۰ ٪۴۰/۳
بروجن	۱۷ ۱۸/۱	۱۵ ۱۰/۲	۲۰ ۲۳/۷	۵۲ ٪۱۲/۳
فارسان	۲۸ ۲۳	۱۱ ۱۲	۲۷ ۳۰	۶۶ ٪۱۵/۶
لردگان	۳۱ ۳۲/۷	۲۵ ۱۸/۵	۳۸ ۴۲/۸	۹۴ ٪۲۲/۳
اردل	۱۴ ۱۳/۹	۱۱ ۷/۹	۱۵ ۱۸/۲	۴۰ ٪۹/۵
جمع ستون	۱۴۷ ٪۳۴/۸	۸۳ ٪۱۹/۷	۱۹۲ ٪۴۵/۵	۴۲۲ ٪۱۰۰

$$X^2=16/77, Df=8, \text{Sig.Level}=0/03 > \alpha$$

### آزمون فرضیه شماره ۴

- $$\left\{ \begin{array}{l} H_0 \text{ نسبت خویشاوندی مزدوجین خانوارها در قبل از ازدواج، مستقل از منطقه مسکونی آنان است:} \\ H_1 \text{ نسبت خویشاوندی مزدوجین خانوارها در قبل از ازدواج، در ارتباط با منطقه مسکونی آنان است:} \end{array} \right.$$

با توجه به نتایج آزمون، فرضیه  $H_0$  تأیید شده و ارتباط معنی‌داری میان عوامل فوق مشاهده نمی‌گردد. در نتیجه جمعیت شهری و روستایی هر شهرستان، در ارتباط با میزان ازدواج فامیلی از مشابهت و تجانس نسبی برخوردار می‌باشد.

## جدول شماره ۱۵ توزیع فراوانی و توزیع مقادیر انتظار خانوارهای مورد بررسی برحسب نسبت خویشاوندی مزدوجین قبل از ازدواج و منطقه مسکونی آنان

مشاهده مقدار مورد انتظار	نسبت خویشاوندی مزدوجین در قبل از ازدواج			جمع سطر
	فامیل نسبی نزدیک	فامیل نسبی دور	بدون نسبت فامیلی	
منطقه شهری	۶۲	۴۲	۹۳	۱۹۷
	۶۸/۶	۳۸/۷	۸۹/۶	%۴۶/۷
منطقه روستایی	۸۵	۴۱	۹۹	۲۲۵
	۷۸/۴	۴۴/۳	۱۰۲/۴	%۵۳/۳
جمع ستون	۱۴۷	۸۳	۱۹۲	۴۲۲
	%۳۴/۸	%۱۹/۷	%۴۵/۵	%۱۰۰

$$X^2=۱۰۹۴, Df=۲, Sig.Level=۰.۳۷ < \alpha$$

### نتیجه گیری:

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که در شرایط کنونی، باورها، سنت‌ها و شرایط اقتصادی - اجتماعی تقویت‌کننده ازدواجهای فامیلی، در نزد خانواده‌هایی که عضو ناتوان‌دارند چندان تغییری نکرده و هنوز از پایداری زیادی برخوردار است. در صورتیکه، تجربه بروز ناتوانی خانواده‌های دارای عضو ناتوان، موجب بالا رفتن آگاهی آنان و جهت‌گیری منفی آنان نسبت به ازدواج فامیلی شده است. همچنین شهر محل سکونت افراد، تأثیر بسزایی روی تمایل آنان به ازدواج فامیلی می‌گذارد، که خود نشان دهندهٔ تجانس و همگونی فرهنگی شهرهای گوناگون استان می‌باشد.

### فهرست منابع:

- برای آگاهی بیشتر از زمینه‌های نظری و سوابق تحقیق، علاوه بر منابع ذیل، مراجعه شود به: مقدسی، شهرام، «زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بروز ناتوانی در استان چهارمحال و بختیاری»، دفتر امور اجتماعی و انتخابات استانداری استان و سازمان بهزیستی استان، بهار ۱۳۷۷.
۱. آرمسترانگ، دیوید؛ جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه و تألیف خزاعی، احمد و توکل، محمد، تهران، انتشارات علمی دانشگاه صنعتی شریف، چاپ اول، ۱۳۷۲.
  ۲. ازکیا، مصطفی، جامعه‌شناسی توسعه و توسعه‌نیافتگی روستایی ایران، تهران، انتشارات اطلاعات، ۱۳۶۵.
  ۳. ازکیا، مصطفی، نظریه‌های توسعه‌نیافتگی، نامه علوم اجتماعی، دوره جدید، شماره ۱، جلد اول، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۷.
  ۴. رفیع پور، فرامرز، کندوکاوها و پنداشته‌ها، تهران، شرکت سهامی انتشار، ۱۳۶۰.
  ۵. گروه بین‌الملل امور اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد، ناتوانی؛ وضعیت، استراتژیها و تدابیر، مترجم صالحی، جواد، انتشارات سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۲.
  ۶. محسنی، منوچهر، جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت، تهران، کتابخانه طهروری، چاپ دوم ۱۳۵۷.
  ۷. محسنی، منوچهر، جامعه‌شناسی توانبخشی، پیام پیشگیری شماره ۳، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ۶ بهمن ۱۳۵۷.
  ۸. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، کم‌شنوایی و ازدواج‌های فامیلی، پیام پیشگیری شماره ۲۰ تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۵.
  ۹. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ناهنجاریهای مادرزادی، پیام پیشگیری شماره ۲۶ تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور، (اردیبهشت ۱۳۷۶).
  10. Hosmer, D.W. and Lemeshow, S.; Applied Logistic Regression; John wiley, Newyork, 1989.
  11. Weeks, John. R; Population; Sandiago state university, Fifth Edition, 1994.