

Study the demand for contraceptive methods in women referring to Health Centers in Qazvin, Iran (2017)

Sh. Khourani¹, S. Asefzadeh², H. Dargahi³

¹ Department of Health Services Management E-Campus, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Department of Health Care Management, School of Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Address: Shabnam Khourani, Department of Health Services Management E-Campus, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: +98-912-7891697, Email: shabnamkhorani@yahoo.com

Received: 15 May 2018; Accepted: 15 Sep 2018

*Abstract

Background: Family planning means planning for the future of fertility and is aimed at preventing unplanned and high-risk pregnancies, illicit abortions and providing maternal and child health.

Objective: The present study evaluated the demand for contraceptive methods in women referring to health centers in Qazvin, Iran in 2017.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in 11 comprehensive centers of urban health services in Qazvin. The research population were 384 married women from 10-49 years old who referred to the health centers by simple random sampling method. Data collection tools were done by researcher-made questionnaire, interview and reviewing family profiles. Data were analyzed using X^2 and Spearman correlation coefficient.

Findings: The mean age of women was 31.79 ± 6.376 years. Among families, 40.6% had only one child and 57.8% of them didn't want to have a child in the future. Also, 51% of them used natural distancing method and 16.4% used condom as a contraceptive device and didn't have any plan to use confident methods. There was a significant relationship between age, education, receiving useful trainings and consulting services with the current distancing method ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results, the difference between the use and demand for distancing devices may lead to increase unwanted pregnancy and abortion. Therefore, interventions need to adjust the age of marriage, develop free services for distancing methods, and promote the management of educational and consulting services for families who are not interested in childbearing.

Keywords: Family planning, Contraceptive methods, Pregnancy, Induced abortion, Urban health services

Citation: Khourani SH, Asefzadeh S, Dargahi H. Study the demand for contraceptive methods in women referring to Health Centers in Qazvin, Iran (2017). J Qazvin Univ Med Sci 2018; 22(4): 40-50.

بررسی میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین (۱۳۹۶)

شبنم خورانی^۱، دکتر سعید آصف‌زاده^۲، دکتر حسین درگاهی^۳

^۱ واحد الکترونیکی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

^۲ دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تلفن ۰۹۱۲۷۸۹۱۶۹۷

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۲۴

*چکیده

زمینه: تنظیم خانواده به معنای برنامه‌ریزی برای آینده باروری است و با هدف پیشگیری از حاملگی بدون برنامه و پُرخطر، سقط‌های غیرقانونی و تأمین سلامت مادر و کودک ارایه می‌گردد.

هدف: این مطالعه با هدف ارزیابی تقاضا برای استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی سال ۱۳۹۶ در ۱۱ مرکز جامع خدمات سلامت شهری قزوین انجام شد. جامعه پژوهش ۳۸۴ نفر از زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسررداری بودند که جهت دریافت خدمات به این مراکز مراجعه می‌کردند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده و ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه محقق ساخته، مصاحبه و بررسی پرونده‌های خانوار بود. داده‌ها با آزمون‌های تحلیلی کای ۲ و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن خانمها $31/79 \pm 6/376$ سال بود. $40/6\%$ از خانوار مورد مطالعه تک فرزندی بودند و $57/8\%$ تمایلی برای فرزندآوری در آینده نداشتند. همچنین 51% از روش فاصله‌گذاری طبیعی و $16/4\%$ از کاندوم استفاده می‌کردند و برنامه‌ریزی جهت استفاده از روش‌های مطمئن نداشتند. بین متغیرهای سن و تحصیلات خانمها و دریافت و مفید بودن آموزش‌ها و خدمات مشاوره‌ای با روش فاصله‌گذاری فعلی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج در خانمهای مورد مطالعه، تفاوت میان استفاده و تقاضا برای وسایل فاصله‌گذاری، احتمال دارد حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین را افزایش دهد. بنابراین نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای در راستای متناسب‌سازی سن ازدواج، توسعه خدمات رایگان فاصله‌گذاری، ارتقا مدیریت خدمات آموزشی و مشاوره‌ای برای خانواده‌هایی که تمایلی به فرزندآوری ندارند می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: تنظیم خانواده، روش‌های پیشگیری از بارداری، بارداری، سقط جنین، مراکز جامع سلامت

*مقدمه:

کاملی از روش‌های مؤثر و مطمئن جلوگیری از بارداری است.^(۱) مطالعه‌های انجام گرفته در خصوص تنظیم خانواده نشان می‌دهد رشد سریع جمعیت در ایران پس از سرشماری سال ۱۳۶۸ با نرخ رشد $3/9$ درصد مورد توجه قرار گرفت و راهبردهای متعددی جهت کنترل رشد جمعیت در برنامه تنظیم خانواده به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شد. به طوری که میزان مصرف روش‌های

تنظیم خانواده به معنای پیشگیری از حاملگی پُرخطر، حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده و نهایتاً سقط‌های غیرقانونی است و هدف از این برنامه، توانمندسازی زوجین و افراد به تصمیم‌گیری آگاهانه و مسئولانه در مورد تعداد و فاصله‌گذاری بین فرزندان، برخورداری از اطلاعات و وسایل لازم برای وصول به این هدف، اطمینان از انتخابی آگاهانه و در اختیار قرار دادن مجموعه

پیشگیری از بارداری از ۴۹ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۷۳ درصد با نرخ رشد ۱/۱ درصد در سال ۱۳۸۶ رسید.^(۲) موفقیت ایران در تنظیم خانواده به کاهش سریعی در میزان باروری انجامید.^(۳) پیشگیری از بارداری، عامل بسیار مهمی در زندگی اغلب زنان است و نیاز به آن برحسب دوره‌های مختلف زندگی آن‌ها متفاوت است. گزارش‌ها حاکی از آن است که سالانه در حدود ۵۰ میلیون مورد از حاملگی‌های ناخواسته به‌طور عمدی سقط می‌شوند و حدود ۲۰ میلیون از این سقطها در شرایط غیرایمن صورت می‌گیرد که حدود ۴ میلیون مورد آن در کشورهای در حال توسعه انجام و موجب مرگ بیش از ۲۰۰ زن در هر روز می‌شود. سقط عفونی به‌دنبال حاملگی ناخواسته یکی از ۵ عامل مهم مرگ و میر مادران می‌باشد.^(۴)

با وجود تلاش‌های روزافزون تنظیم خانواده در ایران و دسترسی آسان به وسایل پیشگیری از حاملگی، سالانه حدود ۸۰ هزار سقط عمدی، عمدتاً به دلیل بارداری‌های ناخواسته در ایران گزارش شده است که تعدادی از آن‌ها به دلیل سقط‌های غیربهداشتی منجر به مرگ یا ناتوانی می‌گردد.^(۵) مطالعه جامع نظام مدیریت و ارزیابی برنامه‌های سلامت خانواده که در سال ۱۳۸۴ در کشور انجام شد، نشان داد که ۱۸/۶ درصد از بارداری‌های کشور در آن سال ناخواسته بوده و این میزان در استان قزوین ۱۳/۴ درصد گزارش شد. در همین مطالعه، پوشش خدمات تنظیم خانواده کشور ۷۸/۹ درصد گزارش شد که ۱۹/۲ درصد از آن شامل روش طبیعی بود. پوشش خدمات تنظیم خانواده و روش طبیعی در استان قزوین به ترتیب ۸۳/۷ و ۲۱ درصد بود.^(۶) همچنین پوشش تنظیم خانواده در مناطق شهری شهرستان البرز (استان قزوین) در سال ۱۳۸۸، ۶۳ درصد گزارش شده است و ۷/۷ درصد از کل زنان واجد شرایط و تحت پوشش در این سال از روش طبیعی استفاده می‌کردند و این درصد مطابق آمار موجود در مرکز بهداشت این شهرستان در چهار سال گذشته رو به افزایش بوده است.^(۷)

بروز بارداری‌های ناخواسته تا حدود زیادی در ارتباط با رفتارهای نادرست تنظیم خانواده است؛ به طوری که با اصلاح رفتارهای تنظیم خانواده می‌توان از یک سوم تا یک چهارم مرگ و میر مادران پیشگیری کرد.^(۸) در مقابل، موضوع مهم دیگر، رشد جمعیت است. بدیهی است تعداد، رشد و ساختار جمعیت سه متغیر اساسی و مرتبط هستند که در برنامه‌ریزی‌های جمعیتی و توسعه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرند. پرداختن به «تعداد» بدون توجه به «رشد» و یا «ساختار جمعیت» نمی‌تواند شناخت درستی از وضعیت موجود و آینده جمعیت ارائه نماید. رشد طبیعی جمعیت حاصل تغییرات میزان‌های موالید و مرگ و میر است. مهاجرت نیز می‌تواند در افزایش یا کاهش رشد جمعیت تأثیر داشته باشد ولی رشد جمعیت کشور ایران طی چهار دهه اخیر عمدتاً متأثر از دو عامل مرگ و میر و باروری بوده است.^(۹)

طبق آخرین سرشماری صورت گرفته در ایران در سال ۱۳۹۵، جمعیت کل کشور برابر با ۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر بود که سهم زنان از این جمعیت ۳۹۴۲۷۸۲۸ نفر (۴۹ درصد)، سهم مردان ۴۰۴۹۸۴۴۲ نفر (۵۱ درصد) و نرخ رشد جمعیت ۱/۲۴ درصد می‌باشد که این میزان کم‌تر از حد جایگزینی اعلام گردیده است.^(۱۰) اکثر کشورها کاهش نرخ باروری کلی به کم‌تر از حد جایگزینی را خطر تلقی نموده و سیاست‌های تشویقی را در مقاطعی از زمان جهت ارتقای نرخ باروری کلی به اجرا می‌گذارند. با توجه به این که ایران نیز از جمله کشورهایی است که براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ و از حدود همان مقطع زمانی، نرخ باروری کلی کم‌تر از حد جایگزینی (۱/۹۶ درصد) را تجربه نموده است و پیش‌بینی می‌گردد که در طول زمان در صورت تداوم این نرخ، سبب رشد منفی و کاهش جمعیت خواهد شد.^(۱۱) بنابراین باید در سیاست‌های جمعیتی کشور تغییراتی به‌وجود آید زیرا رشد منفی جمعیت از یک سو به روند کاهشی جمعیت می‌انجامد که به معنای سرمایه انسانی کم‌تر، تهدیدپذیری و آسیب‌پذیری نظام اقتصادی و سیاسی، کاهش اقتدار ملی

و کاهش احتمالی نقش کشورها در رقابت‌های بین‌المللی است و از سوی دیگر به سالخوردگی جمعیت می‌انجامد که افزایش هزینه‌های تأمین اجتماعی در حقوق بازنشستگان، خدمات درمانی و مراقبت از سالمندان و در نهایت رکود اقتصادی را در پی دارد.^(۱۲)

بنابراین افزایش تقاضا برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و کاهش میزان باروری کل به کم‌تر از حد جایگزینی، توجه صاحب‌نظران و سیاست‌مداران متعددی را به خود جلب کرده است؛ زیرا افزایش تقاضا برای این وسایل، از یک سو موجب استمرار کاهش باروری در آینده خواهد شد و از سوی دیگر، چنان‌چه تقاضای این دسته از زنان برآورده نشود با مسائلی چون نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته و سقط جنین روبرو خواهند شد.^(۱۱) به‌همین دلیل ضروری است تا در مورد نیات و رفتار باروری زنان و میزان تقاضای آن‌ها برای استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی، بررسی‌های بیش‌تری صورت گیرد، زیرا آگاهی از میزان تقاضای زنان برای استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی میزان باروری کل و مسائل بهداشت باروری می‌باشد. از این‌رو هدف از این مطالعه ارزیابی تقاضا برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۶ می‌باشد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۶ در مراکز جامع خدمات سلامت شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین در شهر قزوین انجام شد. جامعه پژوهش کلیه زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسررداری بودند که جهت دریافت خدمات سلامت به ۱۱ مرکز جامع خدمات سلامت شهری موجود در شهر قزوین مراجعه می‌کردند. برای نمونه‌گیری ۶ مرکز به تناسب، به صورت ۲ مرکز در شمال، ۲ مرکز در جنوب، ۱ مرکز در غرب و ۱ مرکز در شرق شهر قزوین انتخاب شد و حجم نمونه با استفاده از

فرمول کوکران ۳۸۴ نفر محاسبه گردید. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده و ابزار گردآوری داده‌ها شامل؛ پرسش‌نامه محقق ساخته، مصاحبه و بررسی پرونده‌های خانوار موجود در مراکز جامع خدمات سلامت شهری بود.

برای طراحی و تدوین پرسش‌نامه، ابتدا سؤال‌ها با توجه به نظر متخصصان و خبرگان این حوزه استخراج و در سه قسمت طراحی شد. قسمت الف) شامل ۱۶ سؤال در خصوص مشخصات فردی زنان خانوار و همسرانشان، ب) شامل ۲۳ سؤال در خصوص خدمات سلامت باروری از جمله؛ تعداد افراد خانوار، تعداد حاملگی، تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده، تعداد فرزندان دلخواه، سن آخرین فرزند، تمایلات فرزندآوری، روش فاصله‌گذاری قبلی، علت ترک روش قبلی و مدت استفاده از آن، روش فاصله‌گذاری فعلی، علت انتخاب روش فعلی و مدت استفاده از آن، نوع روش پیشگیری از بارداری در صورت شیردهی، نحوه تهیه وسیله فاصله‌گذار، هزینه ماهانه وسیله فاصله‌گذاری، سایر هزینه‌های سلامت باروری، دارا بودن یا نبودن بیماری خاص، دفعه‌های مراجعه به مرکز جامع خدمات سلامت شهری، دریافت آموزش و خدمات مشاوره‌ای فاصله‌گذاری و مفید بودن یا نبودن این خدمات و علت مراجعه به مرکز سلامت جامعه و ج) ۱۲ سؤال در خصوص رضایت‌مندی زنان خانوار از نحوه برخورد، رفتار، آموزش و مسئولیت‌پذیری مراقبان سلامت، هزینه خدمات دریافتی، آرایه خدمات موجود در مرکز سلامت، خدمات مورد انتظار از مرکز و نظرها و پیشنهادهای آنان بود. اکثر سؤال‌های پرسش‌نامه بسته بودند به جز ۴ سؤال باز که در رابطه با دریافت آموزش‌ها و مفید بودن آن‌ها، دریافت نظرها و پیشنهادهای زنان خانوار و خدمات مورد انتظار برای بهبود عملکرد نظام آرایه خدمات بهداشتی و درمانی این شهر بود.

برای تعیین روایی محتوایی از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. برای بررسی روایی کیفی، سؤال‌ها در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان این حوزه قرار گرفت تا نظرهای اصلاحی خود را در خصوص دستور زبان، جمله‌بندی و

*** یافته‌ها:**

بیش‌ترین توزیع فراوانی سن زنان خانوار در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ و ۳۰ تا ۳۴ سال (۲۸/۹ درصد) با میانگین سنی 31.79 ± 6.376 سال می‌باشد در حالی که بیش‌ترین توزیع فراوانی سن همسران متعلق به گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال (۳۰/۷ درصد) با میانگین سنی 36.12 ± 3.366 سال می‌باشد. از طرفی میانگین سن ازدواج زنان ۲۱/۸۴ و همسران ۲۶/۲۲ سال بود.

۱۹ نفر (۴/۹ درصد) از خانم‌ها تاکنون باردار نشده بودند در حالی که ۱۴۲ نفر (۳۷ درصد) سابقه ۱ بار، ۱۴۹ نفر (۳۸/۸ درصد) سابقه ۲ بار، ۴۶ نفر (۱۲ درصد) سابقه ۳ بار و ۲۸ نفر (۷/۳ درصد) سابقه بیش از ۳ بار حاملگی داشتند. ۴۱ نفر (۱۰/۷ درصد) از خانم‌ها هیچ فرزندی نداشتند؛ در حالی که ۱۵۶ نفر (۴۰/۶ درصد) دارای ۱، ۱۴۷ نفر (۳۸/۳ درصد) دارای ۲، ۳۱ نفر (۸/۱ درصد) دارای ۳ و ۹ نفر (۲/۴ درصد) دارای بیش از ۳ فرزند بودند. در خصوص تعداد فرزندان دلخواه؛ ۱۱ نفر (۲/۹ درصد) از خانم‌ها علاقه‌ای به داشتن فرزند نداشتند؛ در حالی که ۵۶ نفر (۱۴/۶ درصد) ۱، ۲۳۱ نفر (۶۰/۲ درصد) ۲، ۵۵ نفر (۱۴/۳ درصد) ۳ و ۳۱ نفر (۸/۱ درصد) بیش از ۳ فرزند را مد نظر داشتند.

۱۴۷ نفر (۳۸/۳ درصد) از خانم‌ها تمایل به فرزندآوری داشتند؛ در حالی که ۲۲۲ نفر (۵۷/۸ درصد) تمایلی برای فرزندآوری در آینده نداشتند و ۱۵ نفر (۳/۹ درصد) به این سؤال پاسخ نداده بودند. ۴۰ نفر (۱۰/۴ درصد) از خانم‌ها دارای خانوار ۲، ۱۵۸ نفر (۴۱/۱ درصد) دارای خانوار ۳، ۱۴۶ نفر (۳۸ درصد) دارای خانوار ۴ نفره و ۴۰ نفر (۱۰/۵ درصد) دارای خانوار بیش از ۴ نفر بودند. در جدول شماره یک به رایج‌ترین وسایل فاصله‌گذاری مورد استفاده خانوار اشاره شده است.

۱۷۶ نفر (۴۵/۸ درصد) از خانم‌ها علت انتخاب روش فاصله‌گذاری خود را عدم عوارض، ۱۰۱ نفر (۲۶/۳ درصد) عدم تمایل به بارداری، ۷۱ نفر (۱۸/۵ درصد) راحتی روش و ۴ نفر (۱ درصد) عدم حساسیت به روش عنوان نمودند؛

قرار گرفتن عبارات در جای مناسب اعلام نمایند و همچنین برای بررسی روایی محتوایی کمی از آنان خواسته شد تا هر یک از سؤال‌ها را براساس طیف سه بخشی لیکرت «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» طبقه‌بندی کنند. سپس مقدار ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) براساس مدل لاوشه محاسبه گردید.^(۱۳) با توجه به این که ضریب نسبی روایی محتوای محاسبه شده طبق جدول لاوشه بالاتر از ۰/۶۲ بود، بدین صورت روایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی، پرسش‌نامه طراحی شده در یک پیش مطالعه، توسط ۳۰ نفر تکمیل و سپس وارد نرم‌افزار SPSS شد و در نهایت ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶۵۲ به دست آمد که چون ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه از عدد ۰/۷ بزرگ‌تر بود، لذا می‌توان گفت که پرسش‌نامه مورد استفاده از پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد. جهت نمره‌دهی به متغیرهای میزان رضایت‌مندی از طیف پنج گزینه‌ای لیکرت به شرح: کاملاً ناراضی نمره صفر، ناراضی ۱، تقریباً راضی ۲، راضی ۳ و کاملاً راضی نمره ۴ استفاده شد. پرسش‌نامه‌ها توسط زنان خانوار تکمیل شد و در برخی موارد از طریق مصاحبه و با کسب اجازه از آنان، توسط محقق تکمیل گردید. در بعضی موارد نیز جهت تکمیل اطلاعات سابقه باروری و فاصله‌گذاری آن‌ها از اطلاعات موجود در پرونده‌های خانوار استفاده شد. تقاضا برای خدمات سلامت باروری از نوع متغیر وابسته و سن، سن ازدواج، تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، تعداد افراد خانوار، نوع بیمه، تعداد دفعه‌های حاملگی، تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده، تعداد فرزندان دلخواه، تمایلات فرزندآوری، روش فاصله‌گذاری، وضعیت شیردهی، نحوه تهیه وسیله فاصله‌گذاری و هزینه ماهانه وسیله فاصله‌گذاری از نوع متغیرهای مستقل بودند. جهت توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و برای تعیین رابطه و تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار تحلیلی و آزمون‌های آماری؛ کای ۲، ضریب همبستگی اسپیرمن و نرم‌افزار SPSS ۲۲ استفاده شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

داد ($P < 0.05$). در حالی که یافته‌ها حاکی از آن بود که بین میزان تحصیلات با تعداد فرزندان دلخواه، بین تعداد افراد خانوار با هزینه ماهانه وسیله فاصله‌گذاری و بین وضعیت اقتصادی با مراجعه به مراکز جامع خدمات سلامت شهری رابطه معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$). از طرفی بین دریافت آموزش‌ها و خدمات مشاوره‌ای و مفید بودن آن‌ها، تحصیلات و سن خانم‌ها با روش فاصله‌گذاری فعلی ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0.05$).

جدول ۱- توزیع فراوانی روش‌های پیشگیری از بارداری

روش فاصله‌گذاری	فراوانی	درصد
قرص	۳۱	۸/۱
کاندوم	۶۳	۱۶/۴
آمپول	۱۶	۴/۲
IUD	۳۱	۸/۱
طبیعی	۱۹۶	۵۱
واژکتومی	۱	۰/۳
توبکتومی	۱۴	۳/۶
بارداری	۲۸	۷/۳
بدون پاسخ	۴	۱
جمع کل	۳۸۴	۱۰۰

*بحث و نتیجه‌گیری:

در مطالعه حاضر، ۳۵۲ نفر (۹۱/۷ درصد) یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری را استفاده می‌کردند. مطالعه بهرامی و همکاران نشان می‌دهد که روش جلوگیری از حاملگی در ۲۶/۳ درصد کاندوم، ۲۵/۵ درصد طبیعی، ۱۳/۳ درصد قرص‌های ترکیبی، ۶/۶ درصد آمپول‌های تزریقی، ۱۸/۸ درصد وسایل داخل رحمی، ۶ درصد توبکتومی و ۳/۴ درصد واژکتومی بود. (۱۴)

بر این اساس می‌توان گفت اگر این روند ادامه پیدا کند و از روش‌های موقت و کوتاه اثر از جمله روش طبیعی استفاده شود می‌تواند خطر حاملگی‌های ناخواسته را افزایش دهد. مطالعه رهنما و همکاران نیز حاکی از این موضوع است که علت ۳۷/۲ درصد حاملگی‌های ناخواسته

لازم به ذکر است ۲۸ نفر (۷/۳ درصد) باردار بوده و ۴ نفر (۱ درصد) به این سؤال پاسخ نداده بودند. در خصوص نحوه تهیه وسیله فاصله‌گذاری، ۹۷ نفر (۲۳/۶ درصد) به بخش دولتی و ۶۹ نفر (۱۶/۸ درصد) به بخش خصوصی مراجعه کردند. هزینه‌ای که خانوار به‌صورت ماهیانه صرف وسیله فاصله‌گذاری می‌کردند به‌صورت: ۵۳ نفر (۱۳/۸ درصد) کمتر از ۵۰۰ هزار ریال، ۲ نفر (۰/۵ درصد) ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون ریال و ۱۰ نفر (۲/۶ درصد) بیش از ۱ میلیون ریال بود، در حالی که ۳۰۹ نفر (۸۰/۵ درصد) به صورت رایگان از وسایل فاصله‌گذاری استفاده می‌کردند و میانگین هزینه ماهیانه وسیله فاصله‌گذاری ۴۴۲۶۱۵ ریال برآورد گردید؛ لازم به ذکر است ۱۰ نفر (۲/۶ درصد) از خانم‌ها به‌این سؤال پاسخ نداده بودند.

در بحث میزان رضایت خانوار از مرکز سلامت جامعه، ۱۳۳ نفر (۳۴/۵۱ درصد) کاملاً راضی، ۱۷۷ نفر (۴۶ درصد) راضی، ۵۷ نفر (۱۴/۷۷ درصد) تقریباً راضی، ۱۴ نفر (۳/۷۰ درصد) ناراضی و ۴ نفر (۱/۰۲ درصد) کاملاً ناراضی بودند.

۲۲۷ نفر (۵۹/۱ درصد) آموزش و خدمات مشاوره‌ای فاصله‌گذاری را دریافت کرده و ۱۵۰ نفر (۳۹/۱ درصد) این خدمات را دریافت نکرده‌اند و ۷ نفر (۱/۸ درصد) به این سؤال پاسخی نداده بودند. ۲۱۸ نفر (۵۶/۸ درصد) آموزش‌ها و خدمات مشاوره‌ای را مفید اعلام کرده ولی ۱۵۸ نفر (۴۱/۱ درصد) معتقد بودند که آموزش‌ها و خدمات مفید نبوده است و ۸ نفر (۲/۱ درصد) به این سؤال پاسخ نداده بودند.

در تعیین همبستگی و تأثیر بین متغیرهای پژوهش از جمله تأثیر سن و تحصیلات خانم‌ها بر تعداد افراد خانوار و تعداد فرزندان دلخواه، تأثیر تعداد افراد خانوار بر هزینه وسیله فاصله‌گذاری و تأثیر وضعیت اقتصادی بر مراجعه به مراکز جامع خدمات سلامت شهری، یافته‌ها بین سن خانم‌ها با تعداد افراد خانوار و تعداد فرزندان دلخواه رابطه مثبت و معنادار ($P < 0.05$) و بین میزان تحصیلات خانم‌ها با تعداد افراد خانوار رابطه منفی و معنادار را نشان

در تهران مربوط به افرادی است که از نزدیکی منقطع به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند.^(۱۵) از طرفی عباسی شوازی و همکاران نیز معتقدند که استفاده از روش‌های پیشگیری سنتی و قرص، مهم‌ترین عامل در بروز حاملگی‌های ناخواسته در ایران است.^(۱۶)

مطالعه حسینی و همکارش نشان می‌دهد ۲۵/۷ درصد زنان از هیچ‌یک از روش‌های پیشگیری از حاملگی استفاده نمی‌کردند و میزان استفاده از روش‌های دایمی و طولانی اثر هم ۲۷/۷ درصد بود،^(۱۱) این در حالی است که مدبر و همکاران مهم‌ترین دلایل عدم استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری را؛ خواست همسر، مغایرت با اعتقادات مذهبی، عدم دسترسی و مضر بودن روش‌های پیشگیری از بارداری ذکر کردند.^(۷) ۲۲۲ نفر از زنان خانوار در این پژوهش تمایلی برای فرزندآوری در آینده نداشتند و آن‌ها دلایلی چون؛ درآمد کم خانوار، نداشتن شغل مناسب یا بیکاری و در برخی موارد اشتغال و ترس از دست دادن شغل را عنوان می‌نمودند، این در حالی است که مطالعه حسینی و همکارش نشان می‌دهد در میان زنانی که از روش‌های موقت استفاده می‌کردند، ۶۵/۸ درصد نمی‌خواهند در ۲ سال آینده فرزند دیگری به دنیا بیاورند. به این ترتیب شمار زنانی که از روش‌های موقت پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند و در آینده نمی‌خواستند فرزند دیگری داشته باشند برابر ۶۱ درصد بوده است.^(۱۱) سیمبر و همکاران نشان دادند که ۶۲/۳ درصد از زنان قصد بارداری در آینده را نداشتند. ۲۲/۷ درصد در این مورد مطمئن نبودند و فقط ۱۶ درصد در آینده قصد بارداری داشتند.^(۱۷)

۱۷۶ نفر از زنان در این مطالعه علت استفاده از روش‌های سنتی را عدم عوارض آن بیان کردند و بیش‌ترین تغییر صورت گرفته در روش قرص‌های ترکیبی مشاهده شد. مهم‌ترین دلایل زنان در این زمینه، اثرها و عوارض جانبی مصرف قرص‌ها یا بیماری بود در حالی که اکثر زنانی که سال‌ها از روش طبیعی استفاده می‌کردند همچنان متقاضی استفاده از این روش بودند. ۱۱۲ نفر نیز

بر اثر حاملگی ناخواسته، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را متوقف کرده بودند. این نتایج حاکی از خطرپذیری بالای استفاده از روش‌های سنتی است. حسینی و بگی نشان دادند که در میان کاربران روش‌های پیشگیری از بارداری، ۵۴/۳ درصد روش مورد استفاده را تغییر داده‌اند؛ همچنین ۱۰/۸۵ درصد زنان استفاده از روش‌ها را با وجود نیاز به آن متوقف کرده‌اند؛ از سوی دیگر، ۱/۳ درصد نمونه‌ها استفاده از روش پیشگیری از بارداری را به دلیل حاملگی ناخواسته حاصل از شکست روش پیشگیری متوقف کرده‌اند. مهم‌ترین دلیل افراد برای تغییر و توقف استفاده از روش‌ها، ترس از اثرها و عوارض جانبی روش‌های پیشگیری بوده است و میزان آگاهی از روش‌ها، استقلال زنان، تمایلات فرزندآوری و درک زنان از هزینه‌های پیشگیری از حاملگی بیش‌ترین تأثیر را بر احتمال عدم تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری دارد.^(۱۸)

امیری و همکارش معتقدند که ۶۴ درصد از روش سنتی پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند و یکی از دلایل اصلی عدم استفاده از روش‌های مطمئن را عوارض جانبی آن‌ها بیان کرده‌اند. به طوری که مراجعین پس از تجربه عوارض روش‌های مدرن و مشکلات هزینه درمان آن‌ها به روش سنتی روی آورده‌اند. ۳۰/۹ درصد از هیچ روش پیشگیری مدرنی استفاده نمی‌کردند و ۴۷/۴۰ درصد از روش‌های سنتی جهت پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند.^(۱۹) در بحث تنظیم خانواده نمی‌توان بهترین روش پیشگیری از بارداری را تعیین کرد، زیرا انتخاب نوع روش براساس ویژگی‌های هر شخص متفاوت است. به همین دلیل ضروری است تا مراقبان سلامت آگاهی و راهنمایی‌های لازم را در این خصوص به زنان خانوار بدهند و آن‌ها را در انتخاب بهترین روش کمک نمایند، این امر مستلزم صرف زمان و دادن فرصت کافی به زنان خانوار به هنگام مراجعه به مراکز ارائه خدمات می‌باشد. از طرفی برخی خانوار به دلیل هزینه‌ای که روش‌های دایمی یا طولانی اثر بر اقتصاد خانواده اعمال می‌کنند تمایلی به

استفاده از آن‌ها ندارند، در واقع هرچه هزینه‌های پیشگیری از حاملگی بیش‌تر باشد میزان تقاضا برای استفاده از روش‌های دائمی و طولانی اثر نیز کاهش خواهد یافت. به‌همین دلیل سیاست‌گذاران می‌بایست در جهت حمایت مادی از خانواری که متقاضی استفاده از این روش‌ها هستند تلاش نمایند.

یافته‌های این مطالعه و سایر مطالعه‌ها اهمیت آموزش و آگاهی دادن به خانوار را نشان می‌دهد. باید به‌این نکته توجه کرد که وجود و شیوع روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری، واقعیتی است که نشان می‌دهد برنامه تنظیم خانواده نمی‌تواند و نباید درصد حذف روش‌های موقت و کوتاه اثر برآید، بلکه در جهت آموزش و افزایش آگاهی برای کاهش حاملگی‌های ناخواسته ناشی از این روش‌ها، آموزش در زمینه درست استفاده کردن از این روش‌ها، آگاهی از زمان‌های دارای حداکثر احتمال بارداری در طول چرخه باروری زنان و روش‌های پیشگیری اضطراری اقدام شود.

در این مطالعه، ۱۵۸ نفر از خانم‌ها اظهار کردند که خدمات مشاوره‌ای فاصله‌گذاری برای آن‌ها مفید نبوده است و دلایلی مانند؛ شلوغ بودن مراکز جامع خدمات سلامت شهری، حضور همزمان چند مراجعه‌کننده در داخل اتاق، عدم رعایت حریم خصوصی، استفاده از کلمه‌ها و اصطلاح‌های نامفهوم توسط مراقب سلامت و عدم فرصت به مراجعه‌کننده جهت پرسیدن سؤال را عنوان می‌کردند. این در حالی است که یالی معتقد است برای ایجاد افزایش آگاهی و حمایت جهت جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین ناامن، آموزش‌های لازم توسط ارائه‌دهندگان خدمات جهت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری دائمی و طولانی اثر به زنان و همسران آن‌ها ارائه گردد.^(۲۰) مطالعه بنی عقیل و حسینی نیز در خصوص اهمیت آموزش نشان می‌دهد که پس از آموزش، افراد مورد مطالعه تمایل به استفاده از روش‌های مدرن داشتند.^(۲۱)

از طرفی بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش نشان

داد که بین سن زنان با تعداد افراد خانوار و تعداد فرزندان دلخواه رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد که می‌تواند به این دلیل باشد که هر چقدر سن زنان افزایش می‌یابد میزان آگاهی، نگرش و درک آنان نسبت به فرزندآوری تغییر می‌کند و وضعیت آنان نیز از لحاظ اقتصادی و اجتماعی بهبود می‌یابد و حتی برخی زنان در سنین بالا ازدواج می‌کنند و یا برای این که شغلشان را از دست ندهند در سنین بالا صاحب فرزند می‌شوند به‌همین دلیل جهت مقابله با از دست رفتن فرصت باروری تعداد فرزندان دلخواه خود را به‌دنیا می‌آورند. همچنین بین تحصیلات با تعداد افراد خانوار رابطه منفی و معنادار وجود داشت که یکی از دلایل آن این است که زنان تحصیل‌کرده دیرتر ازدواج می‌کنند و ضمن بالا رفتن آگاهی، نقش‌های سنتی آن‌ها با نقش‌هایی در بخش مدرن جامعه جایگزین می‌شود. همچنین این زنان نیازهای اقتصادی و احساسی اضافه شدن هر فرزند را در نظر می‌گیرند و موفق‌تر روش‌های تنظیم خانواده را برای کنترل اندازه خانواده به‌کار می‌برند. لذا می‌بایست توجه کرد که جامعه تحصیل‌کرده کنونی احتمالاً مقاومت بیش‌تری در برابر تمهیدات مشوق باروری خواهد داشت. همچنین بین اشتغال و مفید بودن آموزش‌های خدمات فاصله‌گذاری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

همچنین از یافته‌های این مطالعه چنین برمی‌آید که با افزایش تحصیلات و تعداد فرزندان زنده به‌دنیا آمده، تقاضا برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری افزایش می‌یابد، این در حالی است که تحلیل‌های چندمتغیره در مطالعه حسینی و همکارش از تأثیر تعیین‌کننده هزینه‌های پیشگیری از حاملگی، شمار فرزندان زنده به‌دنیا آمده و تمایلات فرزندآوری بر متغیر تقاضا حکایت دارد.^(۲۱) همچنین هایل و همکارش در مطالعه‌ای در اتیوپی به‌این نتیجه رسیدند که سن زنان، شمار فرزندان در حال حاضر زنده و ترس از اثرها و عوارض جانبی روش‌های پیشگیری، بیش‌ترین تأثیر را در تقاضای زنان برای این وسایل دارد.^(۲۲) بر این اساس می‌توان

گفت، میزان تقاضا برای استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در میان زنانی که درک کم‌تری از هزینه‌های پیشگیری از حاملگی دارند، تعداد فرزندان زنده متولد شده بیش‌تری دارند، از سطح تحصیلات بالاتری برخوردارند و نمی‌خواهند در آینده فرزند دیگری داشته باشند، بیش‌تر است. با افزایش هزینه، میزان تقاضا برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری کاهش می‌یابد. در این خصوص حسینی و همکارش معتقدند که تغییر در هزینه‌های پیشگیری از حاملگی در جهت مخالف با متغیر تقاضا است.^(۱۱) در بحث تأثیر اشتغال بر تقاضا مواردی همچون؛ نوع شغل، بخشی از اقتصاد که زنان در آن مشغول به کار هستند، نوع جامعه و هنجارهای حاکم بر آن و سطح توسعه‌یافتگی مؤثر می‌باشند ولی در مشاغل حرفه‌ای تقاضا برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری افزایش می‌یابد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد، علی‌رغم اقدام‌های صورت گرفته در جهت ارتقای نرخ باروری کلی، بیش‌تر خانواده‌ها تک فرزندی بودند و ۵۷/۸ درصد از آن‌ها ضمن برخورداری از شرایط مناسب، تمایلی برای فرزندآوری یا برنامه‌ریزی جهت استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری طولانی اثر نداشتند. از این‌رو تفاوت میان استفاده و تقاضا برای وسایل فاصله‌گذاری، احتمال دارد حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین را افزایش دهد. از طرفی نیز دست‌یابی به افزایش نرخ باروری کل امکان‌پذیر نگردد؛ بنابراین نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای در راستای متناسب‌سازی سن ازدواج (فرهنگ‌سازی کاهش میانگین سن ازدواج، تدوین برنامه‌های آموزشی قبل از ازدواج و ایجاد زمینه مناسب برای ازدواج جوانان)، بازنگری مجدد دستورالعمل‌های سلامت باروری (توسعه خدمات رایگان فاصله‌گذاری جهت زنان واجد شرایط)، ارتقای مدیریت خدمات آموزشی و مشاوره‌ای فاصله‌گذاری آگاهانه و براساس نیازهای شخصی و مطابق با شرایط سلامت فرد (افزایش آگاهی خانوار برای استفاده از روش‌های موقت ولی طولانی اثر پیشگیری از بارداری در کسانی که موقتاً

تمایل به فرزندآوری ندارند، استفاده از روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری برای خانواری که قطعاً تمایلی به فرزندآوری در آینده ندارند)، بهبود وضعیت اقتصادی خانوار از طریق ایجاد اشتغال مؤثر و مرتبط با نیازهای جامعه، توانمندسازی جمعیت در سن کار، حمایت از زوج‌های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه‌های زندگی و هزینه‌های مرتبط با زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان، بهبود وضعیت اجتماعی و فرهنگی از طریق رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی و بهبود ارزش‌ها و باورهای خانواده‌هایی که تمایلی برای فرزندآوری ندارند از طریق تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی- ایرانی و در نهایت سیاست‌های کشور می‌بایست به سمتی حرکت کنند که خانواده‌ها تشویق به فرزندآوری گردند و از روی میل خود نسبت به آن اقدام نمایند. زیرا نیاز عاطفی به فرزند از بین نمی‌رود و این خود زمینه تداوم باروری و جلوگیری از کاهش بیش‌تر آن است.

برای رفع مشکل عدم تمایل برخی واحدها برای شرکت در مطالعه به آن‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات دریافتی اطمینان خاطر داده شد. پایین بودن سطح آگاهی و دانش زنان خانوار در خصوص سلامت باروری محدودیتی بود که این مشکل با صرف زمان بیش‌تر توسط محقق و دادن اطلاعات و آگاهی به زنان و در نهایت توجیه آنان برطرف شد.

*سپاس‌گزاری:

بدین‌وسیله از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین، معاونت بهداشتی دانشگاه، مدیر مرکز بهداشت شهرستان و مدیران مراکز جامع خدمات سلامت شهری واقع در شهر قزوین که امکان

- 1990-2008. Natl Vital Stat Rep 2012; 60(7): 1-21.
9. Abbasi-Shavazi MJ, Morgan SP, Hosseini-Chavoshi M, and McDonald P. Family change and continuity in Iran: Birth control use before first pregnancy. *J Marriage Fam* 2009; 71: 1309-24. doi: 10.1111/j.1741-3737.2009.00670.x
10. Statistical Center of Iran. Announcement of preliminary results of population and housing census. Available at: <https://www.amar.org.ir>. Undated in: 2017.
11. Hosseini H, Bagi B. Demand for using contraceptive methods among Kurdish women in city of Mahabad in 2012. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 17(3): 181-90. [In Persian]
12. Alie MV. The Role of population and demographic policies in strength the internal construction of the power of the Islamic Republic of Iran. *J Afaq Security* 2015; 8(28): 107-33. [In Persian]
13. Lawshe CH. A quantitative approach to control validity. *Pers Psychol* 1975; 28: 563-75.
14. Bahrami N, Soleymani MA, Sharifnia S H, Masoudi R, Shayegan H, Mohammad Rezaee ZH. Women's sexual satisfaction in different methods of pregnancy. *Iran J Nurs* 2012; 25(76): 55-63. [In Persian]
15. Rahnema P, Hidarnia A, Amin Shokravi F, Kazemnejad A, Ghazanfari Z, Montazeri A. Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: A study from Eastern district of Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2010; 10: 779. doi: 10.1186/1471-2458-10-779.
16. Abbasi Shavazi MJ, Khademzadeh A. Reasons for choosing withdrawal method among women at reproductive ages in Rasht. *J Reprod Infertil* 2004; 5(4): 323-29.

انجام این پژوهش را فراهم نمودند تشکر می‌نمایم. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.QUMS.REC.1396.266 در دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد.

*مراجع:

1. Kohan SH, Taheri S, Fadai S, Baghersad Z. *Comperhensive Textbook of Maternal, Child and Reproductive health*. 2nd ed. Esfahan, Iran: Kankash; 2013. 10-12.
2. Kohan S, Simbar M, Taleghani F. Empowerment in family planning as viewed by Iranian women: a qualitative study. *J Biosoc Sci* 2012; 44(2): 209-19. doi: 10.1017/S0021932011000563.
3. Simbar M. Achievements of the family planning program in Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2010; 8(1): 81-92. [In Persian]
4. Nojah S, Latifi M. The effect of unwanted pregnancies on lactation in the first three-hour period after delivery. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2001; 7(4): 37-42. [In Persian]
5. Jarahi L, Meysamie A. P, Fayaz Bakhsh A. Assessment of attitude and knowledge about intentional abortion in pre-married females. *J Qom Univ Med Sci* 2012; 6(1): 54-9. [In Persian]
6. International Medical Edu Services Study (IMES). Tehran: Health deputy, family health and population. Part 3: family planning indicators. 2006: 19.
7. Modabber MR, Pouresmaeil M, Soltani M. Effects of group discussion on knowledge, attitude and practice of women using natural family planning methods in Alborz City, Qazvin. *J Health* 2017 15; 8(2): 211-21. [In Persian]
8. Ventura SJ, Curtin SC, Abma JC, Henshow SK. Estimated pregnancy rates and rate pregnancy outcome for the United States,

17. Simbar M, Ahmad M, Ahmadi G, Hamid AM. Quality of family planning services at health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *J Monitoring* 2007; 6(2): 145-55. [In Persian]
18. Hosseini H, Bagi B. Reasons behind contraception discontinuation and switching among married women between 15 and 49 in Mahabad city (2012). *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 17(9): 572-81. [In Persian]
19. Amiri M, Kasaeian A. Study of family planning service providers' knowledge about and attitude toward pregnancy prevention methods. *Knowledge Health* 2009; 4(1): 24-9. [In Persian]
20. Yalew SA, Zeleke BM, Teferra AS. Demand for long acting contraceptive methods and associated factors among family planning service users, Northwest Ethiopia: A health facility based cross sectional study. *BMC Res Notes* 2015; 8(1): 29. doi: 10.1186/s13104-015-0974-6.
21. Baniaghil A, Khoddam H. Impact of group and individual education of family practice of women. *J Gorgan Univ Med Sci* 2005; 7(1): 43-6. [In Persian]
22. Haile A, Fantahun M. Demand for long acting and permanent contraceptive methods and associated factors among family planning service users, Batu town, Central Ethiopia. *Ethiop Med J* 2012; 50(1): 31-42.