

تبیین علل بارداری ناخواسته از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده: یک مطالعه

اکتشافی - توصیفی

دکتر نوشین پیمان^۱، خدیجه عزتی رستگار^۲، دکتر هادی طهرانی^{۳*}،
دکتر فاطمه زاعی^۴

۱. دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۲۵

خلاصه

مقدمه: بارداری یکی از بهترین وقایع زندگی یک زن محسوب می‌شود، اما ناخواسته بودن آن ممکن است سلامتی مادر، کودک، خانواده و نهایتاً جامعه را تهدید کند. مطالعه حاضر با هدف شناخت عمیق دلایل ناخواسته بودن بارداری از دیدگاه ارائه کنندگان خدمات تنظیم خانواده انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر، مطالعه‌ای با رویکرد تحلیل محتوای کیفی است که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۱۳ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی بودند که به مراجعان مراکز بهداشتی شهر مشهد خدمات تنظیم خانواده ارائه می‌دادند. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا زمان اشباع یافته‌ها ادامه داشت. از روش مصاحبه فردی عمیق و نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مصاحبه ضبط و سپس به صورت مکتوب درآمد. از تحلیل محتوا، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار MAXQDA استفاده شد.

یافته‌ها: از مجموع مضمون‌های به دست آمده ۳ عامل اصلی "دلایل مربوط به مشکلات سیستم ارائه خدمات"، "دلایل مربوط به ویژگی‌های گیرندگان خدمت"، و "دلایل مربوط به قابلیت وسایل تنظیم خانواده" برای تبیین دلایل ناخواسته بودن حاملگی انتزاع شد.

نتیجه‌گیری: کاهش بروز حاملگی‌های ناخواسته مستلزم بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده، مشاوره، مشارکت شوهر، ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش ارائه‌دهندگان خدمت نسبت به تنظیم خانواده و بهبود کیفیت وسایل تنظیم خانواده است.

کلمات کلیدی: ارائه دهندگان خدمت، بارداری ناخواسته، تحلیل محتوا، مطالعه کیفی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر هادی طهرانی؛ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۵۲۸۵۳۰، پست الکترونیک: tehranih@mums.ac.ir

مقدمه

حاملگی ناخواسته واقع‌های پیش‌بینی نشده است که مسئولیت‌هایی خارج از توان مادر را بر او تحمیل می‌کند؛ به طوری که خشونت و طرد شدن می‌تواند یکی از پیامدهای تولد فرزند ناخواسته باشد (۱). حاملگی ناخواسته و عوارض ناشی از آن یک مشکل جهانی است که گریبان‌گیر زنان، خانواده‌ها و جامعه شده و در غالب موارد به سقط عمدی و حتی مرگ مادر منتهی می‌شود (۲، ۴). سالانه در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون حاملگی اتفاق می‌افتد که یک سوم آنها یعنی ۷۵ میلیون از این حاملگی‌ها ناخواسته هستند (۳)؛ به طوری که ۴۹٪ از موارد حاملگی در آمریکا ناخواسته گزارش شده که در ۵۴٪ موارد منجر به سقط شده است (۶). امروزه میزان حاملگی ناخواسته به عنوان شاخص سلامتی جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵). علت اصلی ۶٪ از نرخ مرگ و میر مادران در خاورمیانه (حد فاصل موراکو تا ایران) سقط جنین غیر بهداشتی و پرخطر است. آمارهای غیر رسمی نشان می‌دهد روزانه یک هزار مورد سقط جنین غیر بهداشتی و پرخطر در ایران رخ می‌دهد (۷). به غیر از سقط نایمن و مرگ مادر، از عوارض ناخواسته بودن بارداری می‌توان به افزایش فشارخون، زایمان زودرس، تولد نوزادان کم وزن، احساس منفی و احساس درد بیشتر در هنگام زایمان به دلیل احساسات و عواطف ناخوشایند در طی بارداری، افسردگی بعد از زایمان برای مادر و افسردگی، اضطراب، بزهکاری و مصرف دخانیات در کودکان حاصل آن بارداری اشاره کرد (۸، ۹).

زمانی تصور می‌شد علت این مشکل، کمبود وسایل پیشگیری از بارداری مناسب است، در حالی که تحقیقات انجام شده نشان داد که تجدید موالید و کنترل جمعیت تنها با دسترسی افراد به وسایل پیشگیری از بارداری تحقق نمی‌یابد. تحلیل اطلاعات سرشماری جمعیت و سلامت در ایران در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که ۳۵٪ از زنان متأهل باردار، بارداری خود را ناخواسته ذکر می‌کنند و دو سوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند، در حال استفاده از یک روش بارداری نیز بودند (۱۰-۱۲). بر اساس آمارهای موجود، حدود ۱۵۰-۱۲۰

میلیون زن در جهان اطلاعات کافی در مورد چگونگی استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری ندارند و در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، علی‌رغم این‌که ممکن است مردم قرص، IUD و ... را بشناسند، اما آگاهی آنان در مورد نحوه بکارگیری آنها بسیار اندک و سطحی است (۱۳، ۱۴).

مطالعات نشان می‌دهند ارائه خدمات با کیفیت بهتر به رضایت بیشتر متقاضیان، پذیرش روش‌های پیشگیری و استفاده طولانی‌تر از آنها منجر می‌شود. در خدمات بهداشت باروری "کیفیت" به طرق مختلف تعریف شده است، اما این توافق وجود دارد که کیفیت خوب خدمات، نیازمند پرسنل تحصیل کرده است که انواع خدمات مناسب را به صورتی مؤدبانه که به خوبی برای متقاضی مهیا باشد، ارائه کنند (۱۵، ۱۶). میلر برای کیفیت خدمات تنظیم خانواده چارچوب شش عاملی را ذکر کرد که شامل ایجاد امکان انتخاب روش، ارائه اطلاعات به بیمار، توانایی تکنیکی، روابط بین فردی و مکانیسم‌های تشویق برای تداوم و خدمات مشاوره‌ای بود (۱۷). به نظر می‌رسد موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده در گرو ایجاد ارتباط مؤثر و نزدیک با تقاضا کنندگان و یا نیازمندان واقعی این خدمات در خارج از مرزها و موانع موجود است. اینگونه ارتباطات تأثیر و نفوذ بیشتری در ایجاد تغییرات فرهنگی و رفع موانع موجود برای دسترسی متقاضیان به وسایل جلوگیری از بارداری و بکارگیری آن دارد (۱۸). اسپچین (۱۹۹۹) یکی از دلایل کاربرد نامطلوب روش‌های اضطراری ضد بارداری را نداشتن آگاهی گیرندگان خدمت، مشاوره ناکافی ارائه دهندگان خدمت با بیماران و ترس آنها از گسترش استفاده از این روش و استفاده از آن به جای روش‌های منظم پیشگیری بیان کرد (۱۹). همچنین نتایج مطالعه ادکانل و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که مانع اصلی و مهم در استفاده منظم از روش‌های ضد بارداری اضطراری، کاهش اطلاع‌رسانی کارکنان بهداشتی است (۲۰). از طرفی نتایج تحقیقات مشابه نشان دادند که کمبود آگاهی کارکنان بهداشتی از روش پیشگیری از بارداری اضطراری، باعث استرس و عملکرد نامناسب آنها می‌شود (۲۱، ۲۲).

با توجه به تفاوت‌هایی که در بیان علل ایجاد کننده حاملگی ناخواسته در مطالعات مختلف مشاهده می‌شود و جنبه‌های مترتب بر آن نظیر ناآگاهی، تعامل مؤثر ارائه دهنده خدمت با مراجعه کننده، نحوه استفاده صحیح از وسایل پیشگیری از بارداری، رضایت مراجعه از دریافت مشاوره تنظیم خانواده و سایر عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته، در این مطالعه سعی شد با رویکردی کیفی دلایل درک شده حاملگی ناخواسته از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات تنظیم خانواده شاغل در مراکز بهداشتی شناسایی شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های آن با سایر مطالعات انجام شده در سایر کشورها مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین هدف از این پژوهش، واکاوی تجارب و دیدگاه کارکنان ارائه‌دهنده خدمات تنظیم خانواده بود که می‌تواند مستندی بر دلایل حاملگی ناخواسته باشد. اهمیت انجام این پژوهش در شناسایی دیدگاه کارکنان بهداشتی به عنوان متولیان ارائه‌دهنده خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی از دلایل حاملگی ناخواسته بر اساس نظام سلامت کشور مبتنی بر شرایط و فرهنگ جامعه است. از آنجایی که این مطالعه به مؤلفه‌های فرهنگی و بومی توجه دارد، لذا یافتن دیدگاهی مشترک در زمینه دلایل حاملگی ناخواسته می‌تواند گامی مؤثر در راستای برنامه‌ریزی مداخله محور در راستای ارتقای سلامت زنان و مادران آن جامعه باشد.

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای با رویکرد تحلیل محتوای کیفی است که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. تحلیل محتوای کیفی، یک رویکرد تحقیقی است که برای کسب استنتاج‌های معتبر و مبتنی بر زمینه داده‌ها و همچنین با هدف تولید دانش، بینش جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مطالعه، مشارکت کنندگان شامل ۱۳ نفر از کاردanan و کارشناسان بهداشت خانواده و مامایی که در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد به مراجعین خدمات تنظیم خانواده ارائه می‌کردند، بودند. جهت جمع‌آوری نمونه‌های مطالعه، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده

شد. در این روش افراد بر اساس علاقه یا تعلقشان به گروه‌های خاص انتخاب می‌شوند. شیوه جمع‌آوری داده‌ها به صورت مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود. مصاحبه‌ها توسط یکی از اعضای گروه پژوهش تا زمان رسیدن به اشباع ادامه داشت. مدت زمان هر مصاحبه به طور متوسط بین ۲۲-۵۹ دقیقه به طول انجامید. تحلیل داده‌های کیفی به روش تحلیل چارچوب صورت گرفت. پس از مصاحبه، متن مصاحبه‌ها به طور دقیق پیاده شد و همزمان تجزیه و تحلیل داده‌ها، استخراج و طبقه‌بندی کدها انجام گرفت. داده‌های پژوهش با روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شد.

تحلیل محتوای کیفی، شیوه‌ای تخصصی در پردازش داده‌های کیفی است که به منظور تبیین مفاهیم یک موضوع یا متن به کار گرفته می‌شود و محقق، وقوع و تکرارپذیری آن را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد. در مرحله بعد، طبقه‌بندی اطلاعات کسب شده صورت می‌گیرد. پژوهشگران با جستجوی منظم و دقیق و همچنین با طرح سؤالات هدفمند در راستای موضوع و پدیده تحقیق، درجه صحت و استحکام داده‌ها را بر اساس معیارهای همسانی، مقبولیت و انتقال‌پذیری تعیین کردند. از طرفی، جهت برآورد تأییدپذیری داده‌ها از روش بازنگری ناظرین استفاده کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی مشتمل بر پنج مرحله شناسایی یک چارچوب موضوعی، فهرست‌بندی، ترسیم جدول، ترسیم نقشه و تفسیر استفاده شد. متن هر مصاحبه در کمتر از ۲۴ ساعت بر روی کاغذ پیاده شد. در این نوع تحلیل ابتدا پژوهشگران بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوعات کلیدی را مشخص و بر اساس آن یک چارچوب موضوعی ترسیم نمودند. در مرحله بعد، تمام متن‌های مصاحبه بر اساس چارچوب موضوعی به دست آمده، بازبینی و حاشیه‌نویسی شده و بر اساس یک منبع موضوعی مناسب طبقه‌بندی می‌شدند. مفاهیم، موارد مشابه و متفاوت با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از نتایج استنتاج می‌شدند. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها فرآیند کدگذاری نیز صورت می‌گرفت. مفاهیم اصلی در قالب کدهای اولیه تعیین و در مرحله بعد کدهای با مفاهیم مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقات فرعی

تنظیم خانواده" مبتنی بر روش شناسی کیفی انجام شد. نتایج تحلیل دیدگاه مشارکت کنندگان در جدول ۱ نمایش داده شده است.

تشکیل می‌شدند. به منظور مدیریت بهتر داده‌ها از نرم افزار MAXQDA استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه در راستای پاسخ به دغدغه اصلی "دلایل حاملگی‌های ناخواسته از منظر ارائه‌دهندگان خدمات

جدول ۱- بیانات مشارکت کنندگان (کارکنان ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده) در مورد دلایل حاملگی ناخواسته در مادران

طبقه اصلی	طبقات فرعی
دلایل مربوط به مشکلات سیستم ارائه خدمات	ارائه آموزش ضعیف و مشاوره ناکارآمد. فراهم نبودن امکان مشاوره آقایان در مراکز ارائه خدمت. مشکل فرهنگی و زبانی در برقراری ارتباط با گیرندگان خدمت
دلایل مربوط به ویژگی‌های گیرندگان خدمت	عدم درک و پذیرش مراجعه کنندگان تأثیر اطرافیان در باور و انتخاب گیرنده خدمت مخالفت و ممانعت شوهر در استفاده مادر از وسایل تنظیم خانواده
دلایل مربوط به قابلیت وسایل تنظیم خانواده	کیفیت نامطلوب وسایل تنظیم خانواده نسبت به وسایل بخش خصوصی عوارض ناشی از وسایل تنظیم خانواده که در دستورالمع عمل جامع نوشته نشده است.

به راحتی می‌توان آموزش داد" (خانم ۳۳ ساله، کارشناس بهداشت خانواده مرکز).

فراهم نبودن امکان مشاوره آقایان در مراکز ارائه خدمت: تنظیم خانواده امری مشترک بین زن و شوهر است و بر همین اساس لازم است که هر دو در انتخاب وسیله و استفاده از آن سهیم باشند. در این پژوهش یکی از پرسنل بهداشت خانواده دیدگاه خود را در این خصوص این‌گونه بیان می‌کرد:

"اگر در مرکز جایی باشد که آقا بتواند با خانمش وارد شود و طرز استفاده، عوارض، معایب و مزایا گفته شود، آقا هم در جریان باشد، تنظیم خانواده ارزشمند است، ولی ما در مراکز، جلوی در نوشته‌ایم: ورود آقایان ممنوع. چون چند تا خانم می‌آیند و اگر یک آقا بیاید خانم‌ها معذب می‌شوند" (خانم ۳۴ ساله، کارشناس بهداشت خانواده مرکز).

همچنین، مشارکت کننده دیگری بیان می‌کرد: "حجالت خود پرسنل هم مهم است و یک پرسنل خانم نمی‌تواند به راحتی همه چیز را به یک آقا بگوید. من دیده‌ام وقتی خانمی با همسرش برای تنظیم خانواده می‌آید، وقتی پرسنل خانم می‌خواهد آموزش بدهد، به خانم می‌گوید که به شوهرت بگو بیرون بایستد و هنوز

ارائه آموزش ضعیف و مشاوره ناکارآمد: در این مطالعه مشارکت کنندگان به اهمیت مشاوره و آموزش اشاره می‌کردند، ولی شرایط موجود را برای آموزش و انجام مشاوره صحیح ناکافی می‌دانستند. یکی از آنها در مورد شرایط فضای فیزیکی نامناسب دیدگاه خود را اینگونه بیان می‌کرد:

"جای مناسبی برای مشاوره نداریم. مراجعه کننده ما خیلی زیاد است و مجبوریم در همان جایی که نشسته‌ایم مشاوره کنیم. پس مشکل اتاق است، صدای جیغ بچه‌ای که کنار ما واکنس می‌زند و... البته علت دیگر اینکه مادر خودش خیلی تمایل نشان نمی‌دهد چون چند نفر در اتاق جمع شده‌اند و مادر راحت نیست. مثلاً در مورد کاندوم وقتی می‌پرسم که از کی شروع به استفاده کاندوم می‌کنی؟ مادر سرخ می‌شود و این نشان می‌دهد که تا به حال کسی از او نپرسیده و برایش توضیح نداده است" (خانم ۳۵ ساله، کارشناس مامایی مرکز). در تأیید دیدگاه این مشارکت کننده: «ما وسیله را می‌دهیم، ولی آموزش کافی نمی‌دهیم. من چقدر وقت دارم و یا چقدر توانایی دارم که یک آموزش درست بدهم. وقت کم، مراجعه کننده زیاد و نیرو هم کم است و گرنه

در جامعه ما جا نیفتاده که یک آقا هم حق دارد در مورد نحوه خوردن قرص و عوارض آن بداند" (خانم ۴۰ ساله، کارشناس بهداشت خانواده).

در خصوص جلب مشارکت مردان یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد بود:

«ما در مورد مردها کاری نمی‌کنیم و تنظیم خانواده فقط برای خانم‌ها است. مردها اصلاً آموزش نمی‌بینند. باید برنامه‌ای در نظر گرفته شود که مشارکت مردها جلب شود و واقعاً اگر مرد همکاری نکند نمی‌شود. حالا قرص‌ها را یواشکی می‌خورند، ولی چیزی مثل آبودی را نمی‌شود».

مشکل فرهنگی و زبانی در برقراری ارتباط با گیرندگان خدمت: در مطالعه حاضر کارکنان ارائه دهنده خدمت از اختلاف زبان با مراجعه‌کنندگان که تعداد قابل ملاحظه‌ای از آنها نیز مهاجر بودند، سخن می‌گفتند؛ به طوری که آنها معتقد بودند:

"جمعیت مهاجر زبان مرا درست نمی‌فهمد. می‌گویم چرک خشک کن، کپسول درشت‌ها، کپسول دورنگ‌ها و من این همه با آنها صحبت می‌کنم ولی او هنوز نتوانسته با من ارتباط برقرار کند. من هم نتوانستم و یا شاید اصلاً نخواستم ارتباط برقرار کنم. چون اگر می‌خواستم می‌رفتم و دو کلمه از زبان محلی او را یاد می‌گرفتم و وقتی خانم می‌آمد و من از این دو کلمه استفاده می‌کردم، شاید این خانم آنقدر جذب من بشود که تمام مشکلات خانوادگی‌اش را نیز به من بگوید" (خانم ۳۱ ساله، کارشناس مامایی مرکز).

عدم درک و پذیرش مراجعه‌کنندگان: شرکت‌کنندگان یکی از دلایل مهم حاملگی ناخواسته را در میزان درک مردم منطقه می‌دانستند. مشارکت‌کننده‌ای با سابقه کار قابل توجه در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی دیدگاه خود را اینگونه بیان می‌کرد:

"من در جمعیتی کار می‌کنم که اصلاً به حرفت گوش نمی‌دهند و راهی را می‌روند که خودشان می‌پسندند و بعد به بن بست می‌خورند، برمی‌گردند و می‌گویند که حق با شما بود و ما نمی‌توانیم زیاد در زندگی خصوصی مردم دخالت کنیم، چون اگر مشکلی پیش بیاید،

می‌گویند به خاطر حرف شما اینطور شد» (خانم ۳۸ ساله، کارشناس مامایی مرکز).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در مورد پذیرش مراجعه‌کننده، تجربه خود را اینگونه بیان می‌کرد:

"گاهی مردم نمی‌آیند سؤال پرسند و اگر هم می‌آیند و چیزی می‌گویی، می‌گویند که درست است، ولی ادر نهایت آنچه را که فکر می‌کنند درست است، انجام می‌دهند" (خانم ۳۴ ساله، کارشناس بهداشت خانواده مرکز).

تأثیر اطرافیان در باور و انتخاب گیرنده خدمت: یکی دیگر از علل مهم در حاملگی ناخواسته تأثیر و نفوذ اطرافیان در باور و اعتقاد مادر است و به نحوی اطرافیان در امر مشترک تنظیم خانواده زن و شوهر دخالت می‌کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه اینگونه بیان می‌کرد:

"در منطقه ما اطرافیان تأثیر زیادی دارند. خانوارها خیلی بزرگ هستند و در یک خانه چند خانوار، مادر شوهر و جاری‌ها با هم زندگی می‌کنند و مثلاً مادری که تازه بچه به دنیا آورده است، قرص ال‌دی می‌خورد چون مادر شوهرش گفته اینطوری بخورد. چون این خانوارها با هم دسته جمعی زندگی می‌کنند تحت تأثیر همدیگرند" (خانم ۳۷ ساله، کارشناس بهداشت خانواده).

و یا در مورد دختران تازه ازدواج کرده، اینگونه بیان می‌شد:

"دخترانی که سن کم ازدواج می‌کنند مادرشان را خیلی بیشتر از پرسنل بهداشتی قبول دارند و مثلاً مادرانشان می‌گویند ما این همه بچه آوردیم، سالم بودیم و هیچ چیزی نشد و شما این قرص‌ها را استفاده می‌کنید و سر خود بلا می‌آورید و نازا می‌شوید. در منطقه ما عوامل فرهنگی قوی است و هنوز بافت سنتی خود را حفظ کرده‌اند" (خانم ۴۰ ساله، کارشناس مامایی مرکز).

مخالفت و ممانعت شوهر در استفاده همسر از وسایل تنظیم خانواده: در مطالعه حاضر مشخص شد که برخی از شوهران نه تنها در استفاده از وسیله تنظیم خانواده همکاری نمی‌کنند، بلکه گاهی اوقات حتی با استفاده وسایلی مانند قرص از طرف خانم نیز مخالفت

می‌کنند. در این رابطه یکی از مشارکت کنندگان دیدگاه خود را اینگونه شرح می‌داد:

"حاملگی‌های ناخواسته مشاهده شده اکثراً به این دلیل است که شوهران آنها همکاری نمی‌کنند و دوست ندارند که همسرشان قرص بخورد یا می‌گویند اصلاً دوست نداریم از تنظیم خانواده استفاده کنید و قرصی را که می‌دهیم دور می‌اندازند. منطقه ما خانم‌ها زیر دست شوهرانشان هستند و نمی‌توانند روی حرف شوهر حرف بزنند و می‌ترسند که اگر اصرار کنند زندگی‌شان بیاشد و شوهرشان زن بگیرد".

در راستای تأیید این مطلب تأیید مشارکت کننده دیگری در مورد خانوارهای مهاجر اینگونه شرح می‌داد: "ما جمعیت مهاجر زیاد داریم. در جمعیت ایرانی مشکلی نداریم ولی جمعیت مهاجر اصلاً اعتقادی ندارند. اینها عجیب و غریب هستند و مثلاً می‌گویند که شوهرمان نمی‌گذارند و بچه می‌خواهند. حتی شوهرانشان نمی‌گذارند که روش طبیعی استفاده کنند و کلاً دوست دارند که بچه زیادی داشته باشند" (خانم ۴۰ ساله، کارشناس مامایی مرکز).

کیفیت نامطلوب وسایل تنظیم خانواده نسبت به وسایل بخش خصوصی: در مطالعه حاضر به کیفیت نامطلوب و نبود تنوع وسایل تنظیم خانواده موجود در سیستم بهداشتی اشاره می‌شد. در این راستا یکی از مراجعات تجربه خود را اینگونه بیان می‌کرد:

"مراجعه‌ها اعتقاد دارن که کاندوم‌های بیرون از کاندوم‌های بهداشت بهتر است و ترجیح می‌دهند از داروخانه بگیرند و پارگی کاندوم را گزارش می‌کنند" (خانم ۳۹ ساله، کارشناس مامایی مرکز).

در راستای تأیید دیدگاه این مشارکت کننده: "شکل کاندوم شماها (سیستم بهداشتی) یکنواخت است، در بیرون کاندوم‌ها با شکل‌ها و رنگ‌ها و اندازه‌های مختلف عرضه می‌شود. ولی در بهداشت سایز کاندوم‌ها مناسب نیست" (خانم ۴۲ ساله، کارشناس بهداشت خانواده).

یکی از کارکنان تجارب خود را از نامطلوب بودن کیفیت خدمات تنظیم خانواده این‌گونه شرح می‌داد:

"مردم از برخی کاندوم‌ها ناراضی بودند. یک‌بار می‌برند و برای دفعه دوم کاندوم را با اکراه می‌برند و اظهار می‌کنند

که نازک است، نرم نیست، بوی بدی دارد و روغن آن نشت کرده است، زود پاره می‌شود و میل جنسی را کم می‌کند" (خانم ۳۶ ساله، کارشناس بهداشت خانواده).

همچنین یکی از آنها در مورد کیفیت آمپول پیشگیری از بارداری اینگونه بیان می‌کرد:

"آمپول‌ها افتضاح است و جالب این که حاملگی ناخواسته نداریم، به‌خصوص در مگسترون که باید خیلی هم بزنی و باز هم حل نمی‌شود. وقتی در سرنگ می‌کشیم مثل گچ است و من می‌گویم این در بدن طرف چی می‌شود و افتضاح است" (خانم ۳۳ ساله، کارشناس بهداشت خانواده مرکز).

عوارض ناشی از وسایل تنظیم خانواده که در دستورالعمل جامع نوشته نشده است: یکی از نکات جالب توجه در این مطالعه اشاره ارائه‌دهندگان خدمت به عوارض ناشی از وسایل تنظیم خانواده بود که در کتب و یا در دستورالعمل جامع تنظیم خانواده به آن اشاره‌ای نشده، ولی به‌طور شایع در استفاده‌کنندگان مشاهده می‌شود. یکی از مشارکت کنندگان تجربه خود را اینگونه بیان می‌کرد:

"در دستورالعمل نوشته افزایش وزن، ولی چاقی است نه افزایش وزن و مثلاً خودم با هر بسته نیم کیلو اضافه می‌کنم". در تأیید تجربه این مشارکت کننده: "قرص‌ها واقعاً تغییرات خلق‌وخو را بیشتر از آنچه کتاب نوشته، افزایش می‌دهد. تا خودت نخوری نمی‌توانی درک کنی. من خیلی وقت‌ها قرص را توصیه نمی‌کنم چون خودم خورده‌ام" (خانم ۴۰ ساله، کارشناس بهداشت خانواده).

همچنین یکی از کارکنان در مورد عدم مصرف مداوم به دلیل عوارض معتقد بود:

"فرد به خاطر عوارض مصرف قرص را قطع می‌کند و یا یک شب در میان می‌خورد و یا هر وقت لازم داشت، می‌خورد و هر چه قدر هم بگوییم، می‌گوید خانم من نمی‌توانم هر شب استفاده کنم، عارضه دارد، شوهرم ناراضی است. حالا کتاب بیاور، اطلاعات بده و ... فایده‌ای ندارد و عقیده اش بر این است که اعصابش بهم می‌ریزد و واقعاً هم اینجوری است" (خانم ۴۶ ساله، کارشناس مامایی مرکز).

بحث

در مطالعه حاضر از مرور تجربیات ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده در رابطه با دلایل بارداری ناخواسته، نتایج در قالب سه درون‌مایه اصلی "مشکلات سیستم ارائه خدمات"، "ویژگی‌های گیرندگان خدمت" و "قابلیت وسایل تنظیم خانواده" استخراج گردید. در این مطالعه مشارکت کنندگان به مشکلات مربوط به سیستم ارائه خدمات بهداشتی به عنوان یکی از دلایل بارداری ناخواسته اشاره کردند. این مورد ناشی از آموزش ضعیف و مشاوره ناکارآمد، به ویژه برای آقایان و عدم توانایی در برقراری ارتباط صحیح بود. این نتیجه با مطالعه شهیدزاده و همکاران (۲۰۰۳) در همدان همخوانی داشت. در همدان بیش از ۵۰٪ موارد ارائه خدمات تنظیم خانواده با کیفیتی در حد متوسط و رو به پایین ارائه شده بود و بیشترین نارسایی در قسمت شرح حال‌گیری و مشاوره یعنی بخش برقراری ارتباط صمیمانه با مراجعه کننده بود. همچنین کارمندان با وضعیت تحصیل کرده خدمات را با کیفیت پایین‌تری عرضه می‌کنند و مراجعه کنندگانی که قبلاً به نوعی آموزش دیده‌اند، خدمات را با کیفیت پایین‌تری دریافت می‌کنند (۲۳). همچنین در مطالعه ابادری و همکار (۲۰۰۲) در شهر کرمان ۴۲٪ از مادران با وجود استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، باردار شده بودند. این نکته بیانگر این واقعیت است که صرفاً تدارک وسایل پیشگیری از بارداری و استفاده از آن نمی‌تواند مؤثر باشد، بلکه استفاده صحیح از این روش‌ها و پیگیری و نظارت ارائه دهندگان این خدمات بسیار مهم است (۲۴).

در مطالعه حاضر، فراهم نبودن مکان مناسب مشاوره و به‌خصوص مشاوره آقایان در مراکز ارائه خدمت به عنوان دلیل حاملگی ناخواسته شناسایی شد. در حیطه فضای فیزیکی، مشکل مربوط به محرمانه ماندن اتاق مشاوره که در آن به طور همزمان دو متقاضی مورد مشاوره قرار می‌گرفتند قابل ملاحظه است. در حالی که با توجه به بیانیه بین‌المللی برنامه ریزی برای وظایف والدین در سال ۲۰۰۰، فراهم کردن یک محیط محرمانه در طول مشاوره، حق متقاضیان روش‌های تنظیم خانواده است. ضمن آن‌که با توجه به اعتقادات اسلامی و ایرانی

متقاضیان، محرمانه بودن اتاق مشاوره باید بیشتر مورد تأکید قرار گیرد. به‌خصوص، مشاوره با دو متقاضی به طور همزمان در یک اتاق می‌تواند مانعی برای حضور مردان در روندهای مشاوره‌های برنامه‌های تنظیم خانواده باشد. ارائه یک محیط محرمانه می‌تواند به مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده کمک کند (۲۵).

در مطالعه حاضر مشخص شد که برخی از شوهران نه تنها در استفاده از وسیله تنظیم خانواده همکاری نمی‌کنند، بلکه گاهی اوقات حتی با استفاده وسایلی مانند قرص از طرف خانم نیز مخالفت می‌کنند. برخلاف نتایج این مطالعه در مطالعه چامپون و همکاران (۲۰۰۳) در هند نشان داده شد که مردان ترجیح می‌دهند همسران آنها پیشگیری از بارداری داشته باشند که می‌تواند به دلیل عدم رضایت آنها از روش‌های مردانه باشد (۲۶). همچنین این یافته با نتایج مطالعه موحد و همکار (۲۰۰۷) همخوانی داشت. نتایج مطالعه مذکور حاکی از آن بود که نگرش مردان نسبت به مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده چندان مثبت نبوده است و متغیرهای واسط در این پژوهش مانند ترجیح جنسی، ارزش‌های دینی و نگرش‌های مرد سالارانه جنسیتی مورد تأکید می‌باشد (۲۷). مطالعه رخشانی و همکاران (۲۰۰۱) در زاهدان نشان داد که در گروه‌های حاشیه شهر، مرد نقش تصمیم‌گیرنده در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری دارد (۲۸). از دیگر علل حاملگی ناخواسته در این مطالعه تفاوت فرهنگی و مشکل برقراری ارتباط بود و طبق نظر مظلومی، تمامی رفتارهای انسان (یا حتی اعمال مقاومت نسبت به فرهنگ غالب) به درجات متفاوتی فرهنگ و ارزش‌های یک جامعه معین را منعکس می‌سازد. هنجارهای جامعه و استانداردهای رفتاری نیز انتخاب فردی را محدود می‌کنند و مداخلات با هدف فرهنگی اثربخشی مستندی در کاهش رفتارهای خطرناک سلامتی در انواع متنوع رفتارها و گروه‌های جمعیتی دارد (۲۹).

در این مطالعه یکی از دلایل مصرف نامنظم قرص‌ها، عوارض جانبی و یا ترس از عوارض جانبی گزارش شد که با نتایج مطالعه وایت و همکاران (۲۰۱۳) در آمریکا

سایر شهرها طراحی و اجرا شود تا بتوان بر اساس نتایج نهایی این پژوهش‌ها جهت رفع مشکلات موجود مربوط به بارداری ناخواسته و کاهش آثار منفی آن تدابیری اندیشید.

نتیجه‌گیری

کاهش بروز حاملگی‌های ناخواسته مستلزم بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده، مشاوره، افزایش مشارکت مردان در برنامه‌های پیشگیری از حاملگی، ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش ارائه دهندگان خدمت نسبت به تنظیم خانواده و بهبود کیفیت وسایل تنظیم خانواده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از ریاست محترم مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد، کارکنان واحد آموزش سلامت و بهداشت خانواده که در هماهنگی و جمع‌آوری اطلاعات همکاری نمودند و نیز از مشارکت کنندگان عزیز در طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

و نتایج مطالعه موحد و همکاران (۲۰۰۷) در شیراز همخوانی داشت (۲۷، ۳۰).

در مطالعه حاضر تأثیر اطرافیان در باورها و اعتقادات گیرندگان خدمت نشان داده شد که با نتایج مطالعه رستمیان و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی داشت. رستمیان و همکاران به مسائل فرهنگی و اجتماعی مانند طعن و سرزنش اطرافیان در صورت استفاده مردان از وسایل تنظیم خانواده و عدم آگاهی زنان از حقوق باروری خود به نحوی که فقط خود را مسئول تنظیم خانواده می‌دانند، اشاره کردند (۳۱). در مطالعه رخشانی و همکاران (۲۰۰۲) به نقش باورهایی از قبیل لزوم ازدواج در سنین پایین، بارداری بلافاصله بعد از ازدواج و تعداد زیاد فرزند در حاشیه شهر تأکید کردند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۲).

اگرچه در این پژوهش سعی شد مطالعه با مشارکت اکثر گروه‌های ارائه دهنده خدمات پیشگیری از بارداری شامل ماما، کارشناسان بهداشت و ... انجام شود، با این وجود مطالعه کیفی بر روی خود زنان و یا زنانی که سابقه سقط دارند، می‌تواند به تکمیل نتایج این پژوهش کمک کند. پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی مشابه در

منابع

1. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47(9):819-27.
2. Panova OV, Kulikov AM, Berchtold A, Suris JC. Factors associated with unwanted pregnancy among adolescents in Russia. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 4:4.
3. Jrahi L, Zavar A, Neamat Shahi M. Evaluation of the frequency of unwanted pregnancy and its related factors in the pregnant women of Sarakhs city. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(124):8-14. (Persian).
4. Moosazadeh M, Nekoei-moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(3):e277-90.
5. Nisand I, Bettahar K, Investigators of the aMaYa Study. Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015; 184:13-8.
6. Zaheri F, Ranaie F, Hashemi Nasab L, Karimeh R, Shahoi R. Unwanted pregnancy and associated factors among pregnant women who referred to Sanandaj health centers in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(132):10-5. (Persian).
7. Nojah S, Latifi M. The effects of unwanted pregnancy on lactation in the first three-hours period after delivery. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2001; 7(4):37-42. (Persian).
8. Bairagi R, Islam MM, Barura MK. Contraceptive failure; levels, trends and determinants in Matlab, Bangladesh. *J Biosoc Sci* 2000; 32(1):107-23.
9. Kheiriat M, Aamanialavijeh F, Araban M, Kheiriat F. Reasons deemed for an unwanted pregnancy: a qualitative study (unwanted pregnancy). *Health Educ Health Prom* 2014; 2(2):153-64. (Persian).
10. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *East Mediterr Health J* 2005; 11(4):618-24.
11. Hakimi S, Mohammad Ali Zadeh S. Reproductive rights in Iran health system: challenges and outcomes. *Iran J Med Law* 2009; 2(7):129-43.

12. Zamani Alaviche F, Eftekhar Ardebili H, Bashardost N, Marashi T, Naghibi A. The behavior of women confronted with unwanted pregnancies. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2004; 2(2):55-62. (Persian).
13. Nourani Saadodin S, Goudarzi M, Peyman N, Esmaily H. Prediction of intrauterine device insertion among women of childbearing age based on the theory of planned behavior. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(45):13-9. (Persian).
14. Peyman N, Oakley D. Married Iranian women's knowledge, attitude and sense of self-efficacy about oral contraceptives: focus group discussion. *J Reprod Infertil* 2011; 12(4):281-8.
15. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* 2012; 380(9837):165-71.
16. Rahman M, DaVanzo J, Razzaque A. Do better family planning services reduce abortion in Bangladesh? *Lancet* 2001; 358(9287):1051-6.
17. Miller E, Tancredi DJ, Decker MR, McCauley HL, Jones KA, Anderson H, et al. A family planning clinic-based intervention to address reproductive coercion: a cluster randomized controlled trial. *Contraception* 2016; 94(1):58-67.
18. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Hasani Kabootarkhani M. Applying socioecological model to improve women's physical activity: a randomized control trial. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18(3):e21072.
19. Schin A. Pregnancy preventing using emergency contraception. *Pediatr Atr Adolesc Gynecol* 1999; 12(1):3-9.
20. Adekunle AO, Arowojolu AO, Adedimeji AA, Okunlola MA. Emergency contraception: survey of knowledge, attitudes and practice of health care professionals in Ibadan, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20(3):284-9.
21. Tehrani H, Rakhshani T, Shojaee Zadeh D, Hosseini SM, Bagheriyan S. Analyzing the relationship between job stress to mental health, personality type and stressful life events of the nurses occupied in Tehran 115 emergency. *Iran Red Crescent Med J* 2013; 15(3):272-3.
22. Smit J, McFadyen L, Beksinska M, De Pinho H, Morroni C, Mqhayi M, et al. Emergency contraception in South Africa: knowledge, attitudes, and use among public sector primary healthcare clients. *Contraception* 2001; 64(6):333-7.
23. Shahidzade A, Mir Moeeni ES, Aazimian MH, Mani-Kashani K. A qualitative assessment of urban family planning facilities Hamadan, May-September 2003. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2003; 2(1):1-10. (Persian).
24. Abazri F, Arab M, Abbaszade A. Relationship of unwanted pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals. *J Reprod Fertil* 2002; 4(1):39-46. (Persian).
25. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Ann Rev Public Health* 2004; 25:439-55.
26. Champion V, Maraj M, Hui S, Perkins AJ, Tierney W, Menon U, et al. Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Prev Med* 2003; 36(2):150-8.
27. Movahed M, Turajian H. Review of relationship between social factors-cultural with male attitudes in family planning programs in Shiraz, Iran. *J Iran Demog Soc.* 2007; 2(3):92-110. (Persian).
28. Rakhshani F, Niknami S, Ansari Moghaddam AR. Couples communication role in family planning decision-making in Zahedan, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2005; 11(4):586-93.
29. Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-Aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. *Blood Press* 2016; 5:1-4.
30. White K, Hopkins K, Potter JE, Grossman D. Knowledge and attitudes about long-acting reversible contraception among Latina women who desire sterilization. *Womens Health Issues* 2013; 23(4):e257-63.
31. Rostamian A, Heidari G, Zafarmand M, Asadi K, Barghandan R, Dianat M, et al. Investigation of causes of male participation in family planning in Boushehr, Iran. *Iran South Med J* 2001; 4(2):142-9. (Persian).
32. Rakhshani F, Razaghi A, Rakhshani M. Different views of classes about marriage and family planning in Zahedan, Iran. *J Qazvin Med Sci Health Serv* 2002; 21(1):28-35. (Persian).