

علل نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی: یک مطالعه کیفی

رقیه خرقانی^۱، معصومه مهاجر رهبری^۱، فروزان الفتی^۱، افسانه کرامت^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بارداری‌های ناخواسته، مانع رسیدن به شاخص‌های قابل قبول بهداشتی و تأمین رفاه عمومی در جامعه می‌شود. هدف از این مطالعه، تبیین دیدگاه‌های پرسنل بهداشتی درباره علل نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی-درمانی تهران و شاهرود در سال ۱۳۹۰ بود.

روش: این مطالعه، یک بررسی کیفی از نوع تحلیل محتوا بود و نمونه‌ها شامل ۲۷ نفر از پرسنل و سرپرستان بهداشتی بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات به روش مصاحبه فردی و بر اساس پرسش‌های نیمه ساختارمند مطرح شده توسط پژوهشگر صورت گرفت. صحبت‌های افراد بر روی نوار کاست ضبط شد و سپس بر روی کاغذ پیاده شدند. از تحلیل محتوا، جهت تجزیه و تحلیل این بررسی استفاده شد. کلیه صحبت‌ها چندبار خوانده شد و عناوین اصلی از آن استخراج و کدگذاری گردید و هر عنوان به صورت یک طبقه اصلی و چند زیرطبقه آورده شد.

یافته‌ها: مضامین استخراج شده از بیانات شرکت کنندگان، شامل عوامل سازمانی نظیر ادغام خدمات بهداشت خانواده با مامایی و عدم حفظ حریم خصوصی مددجو، فشار کاری و کاغذ بازی‌های زیاد واحد مامایی که ممکن است موجب کاهش کیفیت خدمات تنظیم خانواده شوند. همچنین مشارکت مردان، محدودیت‌های زمانی و باورهای غلط و سلیقه‌ای عمل کردن ناظران مراکز بهداشتی از دیگر مضامین اشاره شده بودند.

نتیجه‌گیری: نادیده گرفتن مسایل سازمانی و فرهنگ اجتماعی ممکن است موجب رواج بارداری ناخواسته شود.

کلید واژه‌ها: پیشگیری از بارداری، ایران، پرسنل بهداشتی، نیازهای برآورده نشده، مطالعه کیفی

ارجاع: خرقانی رقیه، مهاجر رهبری معصومه، الفتی فروزان، کرامت افسانه. **علل نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۳): ۲۸۶-۲۷۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱۰

مقدمه

بیش از یک دهه پیش، کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه اعلام کرد که افزایش کیفیت مراقبت‌ها با سطح و تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مرتبط هستند (۱). مدارک و شواهد موجود نشان می‌دهند که بین کیفیت خدمات تنظیم خانواده، پذیرش و تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط مثبت وجود دارد (۵-۲)، با وجود این موضوع بین برنامه‌های بهبود کیفیت مراقبت و پیشگیری از بارداری،

این ارتباط به صورت تجربی اثبات نشده است (۳). برای بهبود کیفیت مراقبت‌ها، بر دیدگاه‌ها و نیازهای مددجویان تأکید می‌شود (۶)، در حالی که مداخلات بهداشتی بر روی پرسنل بهداشتی-درمانی انجام می‌شود چرا که دانش، مهارت‌ها، نگرش و نظرات آنان بر کیفیت خدماتی که مددجویان دریافت می‌کنند مؤثر است (۷). جالب این‌جا است که با وجود نقش اصلی پرسنل مراقبت‌های بهداشتی در ارائه و کیفیت خدمات، دیدگاه‌های آنان درباره کیفیت مراقبت‌ها نادیده گرفته

۱- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲- دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

Email: r.kharaghani@yahoo.com

نویسنده مسئول: رقیه خرقانی

را با عمق بیشتری بسنجد، انجام نشده است؛ این مطالعه با هدف تبیین دیدگاه‌های پرسنل بهداشتی درباره علل نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی تهران و شاهرود انجام شد.

روش

این مطالعه، یک بررسی کیفی بود که به بررسی عمیق دیدگاه‌های پرسنل بهداشتی- درمانی درباره علل نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی تهران و شاهرود پرداخت. معیارهای ورود به مطالعه شامل شاغل بودن در یکی از مراکز بهداشتی- درمانی تهران و شاهرود در ارتباط با تنظیم خانواده بود. نمونه‌ها شامل ۲۰ ماما یا کارشناس بهداشت خانواده و ۷ سرپرست مراکز بهداشتی- درمانی (پزشک عمومی) بودند که در ارتباط با تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی تهران و شاهرود شاغل بودند. نمونه‌گیری از مناطق مختلف تهران و شاهرود و بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف صورت گرفت و به صورت جداگانه مصاحبه فردی با شرکت کنندگان به عمل آمد.

پیش از اجرای مطالعه، با پرسنل و سرپرستان در مورد هدف مطالعه صحبت شد و از آنان رضایت شفاهی و آگاهانه کسب شد و در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها و نظرات آنان اطمینان داده شد. جمع‌آوری اطلاعات به روش مصاحبه فردی و بر اساس پرسش‌های نیمه ساختارمند مطرح شده توسط پژوهشگر در ارتباط با تنظیم خانواده، طی ۲۷ مصاحبه در کلاس آموزشی انجام شد. مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود. صحبت‌های افراد بر روی نوار کاست ضبط شد و سپس بر روی کاغذ پیاده گردید. نمونه‌گیری تا زمان اشباع اطلاعات و عدم دستیابی به داده‌های جدید ادامه یافت. جهت تحلیل کیفی مطالعه، از تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول به صورت همزمان با مصاحبه‌ها شروع شد. به این صورت که کلیه صحبت‌ها چندین بار خوانده شد و عناوین اصلی از آن استخراج و کدگذاری گردید. از طریق فرایند طبقه‌بندی کدها، طبقات اصلی و زیرطبقات شناسایی شدند. از متن‌های خوانده شده

شده است و تنها به وجود منابع و امکانات تأکید می‌شود (۸، ۷) در حالی که عوامل مرتبط با نیازهای برآورده نشده پیشگیری از بارداری ماهیت اجتماعی نیز دارند (۹). در حال حاضر اطلاعات کافی در رابطه با دیدگاه‌های پرسنل بهداشتی درباره این که چگونه محیط اجتماعی بر توانایی آن‌ها در ارایه خدمات پیشگیری از بارداری با کیفیت مؤثر است، وجود ندارد (۱۰).

عدم استفاده زوجین از روش‌های تنظیم خانواده با وجود نیاز و حتی تصمیم به استفاده از آن‌ها، نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده نامیده می‌شود. مطلق و همکاران، نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده را در هشت شهر ایران، ۱۷/۴ درصد تخمین زدند (۱۱). این نیازهای برآورده نشده منجر به افزایش بارداری‌های ناخواسته و در نهایت سقط‌های غیر قانونی می‌شود. عرفانی، نشان داد که سالانه حدود ۱۱۵۰۰ سقط در تهران انجام می‌شود، به طوری که ۹ درصد بارداری‌ها منجر به سقط می‌شوند. حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد این سقط‌ها به صورت غیر قانونی و غیر بهداشتی انجام می‌شوند (۱۲).

دلایل اصلی نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده، درک کم خطر بارداری و مخالفت خانواده گزارش شده است (۱۱). در حالی که مسؤولیت اصلی برنامه‌ریزی خانواده در بسیاری از نقاط جهان، بر عهده زنان است. بنابراین به نظر می‌رسد خدمات تنظیم خانواده باید با رویکردهای جدیدی اجرا شوند و بر سلامت زنان و توانمندسازی آنان تمرکز داشته باشند و این مستلزم ارتقای کیفی این خدمات است (۱۳).

کیفیت خدمات بهداشتی اهمیت ویژه‌ای دارد، چرا که حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش است. برای افزایش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و تداوم آن، استفاده از روش‌هایی که پاسخگو و مورد پذیرش مددجویان باشد باعث افزایش کیفیت برنامه‌ها خواهد شد. بهبود کیفیت تنظیم خانواده نه تنها بر تجربیات مددجویان، بلکه بر تجربیات سازمانی و سطح اجتماعی این خدمات وابسته است. غلبه بر این محدودیت‌ها در صورتی که این وابستگی متقابل حساب نشود موفقیت‌آمیز نخواهد بود (۱۰).

با توجه به اهمیت موضوع و با در نظر گرفتن این مطلب که در این زمینه، در ایران مطالعه کیفی که بتواند ابعاد مختلف

پزشک و سرپرست مرکز، ۱۸ نفر کارشناس مامایی، ۱ نفر کاردان مامایی و ۱ نفر کارشناس بهداشت خانواده بودند. میانگین سن این افراد ۳۹ سال (۲۶ تا ۵۰ سال) با سابقه کار ۱۷ سال (۱/۵ تا ۳۵ سال) بود. طبقات و زیر طبقات استخراج شده از بیانات شرکت کنندگان که به طور خلاصه در جدول ۱ نشان داده شده است، شامل موارد زیر بودند:

جدول ۱. طبقات اصلی و زیر طبقات استخراج شده از مطالعه

طبقات اصلی	زیر طبقات
عوامل سازمانی	فضای نامناسب به دلیل ادغام خدمات بهداشت خانواده با مامایی
	بار کاری زیاد پرسنل
	سلیقه‌ای عمل کردن سیستم نظارت
	تغییر دستورالعمل‌ها
ماهیت روش‌های تنظیم خانواده	عوارض جانبی روش‌ها
	درصد شکست بالای روش‌ها
	کیفیت وسایل تنظیم خانواده
عوامل اجتماعی	باورهای غلط مراجعه کنندگان
	مشارکت مردان
	نحوه مشاوره ارائه کنندگان رایگان بودن خدمات

الف- عوامل سازمانی:

بسیاری از پرسنل و سرپرستان فضای نامناسب جهت ارائه خدمات تنظیم خانواده را مطرح می‌کردند که منجر به عدم حفظ حریم خصوصی بیمار و شلوغی اتاق مامایی شده بود. کارشناس مامایی ۳۵ ساله با سابقه ۱۵ سال کار می‌گفت: «در گذشته یک اتاق مامایی بود زمان به مراجعه کننده اختصاص پیدا می‌کرد اما از چند سال پیش که ادغام شده اون طرف مادری میاد که بچه‌اش داره مراقبت می‌شه، این طرف یکی دیگه میاد مشاوره تنظیم خانواده بگیره».

کارشناس بهداشت خانواده ۵۱ ساله با سابقه ۲۴ سال کار در واحد مامایی در تهران گفت: «چون کس دیگری کنارشون هست راحت نبودند که بگند یا اطلاعات بگیرند. فضا خوب نیست ما سه تا پرسنل هستیم تازه سه تا دانشجو هم کنارمونه. تازه قرار بود ۶ تا باشند شکایت کردیم شده ۳ تا. خیلی وقت‌ها

طی این فرایند، ۲۹ کد به دست آمد که در میان آن‌ها سه طبقه اصلی شامل عوامل سازمانی، ماهیت روش‌های تنظیم خانواده و عوامل اجتماعی و ۱۱ زیر طبقه شناسایی گردید. به منظور بررسی داده‌ها در این مطالعه، معیارهای اعتبار پژوهش‌های کمی در مطالعات کیفی (معیارهای Lincoln و Guba) شامل قابلیت اعتبار (Credibility)، معادل روایی درونی (Internal validity)، قابلیت اطمینان (Transferability)، معادل پایایی (Reliability)، قابلیت تصدیق (External validity)، معادل عینیت (Dependability)، قابلیت انتقال (Confirm ability)، معادل روایی بیرونی (Objectively) استفاده شد (۱۴).

برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، محقق زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفت و با رفت و برگشت مکرر در داده‌ها درگیری خود را با یافته‌ها حفظ نمود. در این تحقیق تلاش شد تا با تلفیق روش گردآوری داده‌ها (مصاحبه فردی و مشاهده)، تلفیق منابع داده‌ها (ارایه کنندگان خدمات و سرپرستان در تهران و شاهرود) و حداکثر تنوع نمونه (از لحاظ مصاحبه با افراد با سطوح مختلف شامل کارشناسان و کاردان‌های مامایی، کارشناسان بهداشت خانواده، پزشکان) و طبقات مختلف اجتماعی در تهران و شاهرود، اعتبار داده‌ها تضمین شود. همچنین برای تأیید بیشتر بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تضمین قابلیت تصدیق، پژوهشگر سعی نمود که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. قابلیت انتقال‌پذیری داده‌ها با بازنگری یافته‌ها توسط دو ارایه کننده که در فرایند تحقیق حضور نداشتند به لحاظ تناسب یافته‌ها رعایت شد. سوالات در بحث‌های فردی از پرسنل و سرپرستان حول محورهای چگونگی تعریف مراقبت با کیفیت تنظیم خانواده، موانع رسیدن به خدمات تنظیم خانواده با کیفیت از دیدگاه آنان و پیشنهادات آن‌ها برای بهبود خدمات تنظیم خانواده بود.

یافته‌ها

این مطالعه با حضور ۲۷ نفر انجام شد. این افراد شامل ۷ نفر

ارباب رجوع شکایت می‌کنه. فکر می‌کنی خودمون اگر جای مریض باشیم ناراحت نمی‌شیم؟ ناراحت می‌شیم».

سرپرست مرکز ۴۲ ساله با سابقه کار ۱۶ سال در تهران می‌گفت: «خیلی وقت‌ها مشاوره‌ها خصوصی نیست شاید خانم یک مشکل جنسی داشته باشه، توی جمع مطرح نمی‌کنه».

کارشناس مامایی ۳۵ ساله با سابقه ۱۵ سال کار می‌گفت: «شما خودتون به عنوان یک خانم بخواید برید به جا خدمات مامایی بگیرید براتون راحت‌تره که سه نفر دیگه با سه تا مراجع دیگه توی یک اتاق باشند. تازه محیط اوتقدر شلوغ شده که مردم خودتون هم رغبتی ندارن».

بار کاری زیاد پرسنل از جمله کاغذ بازی‌های زیاد واحد مامایی، مسئولیت‌های زیاد واحد، پراکندگی مسئولیت‌ها، کمی تعداد پرسنل مامایی که منجر به کمبود وقت پرسنل برای مسئولیت‌های اصلی خود شده بود از جمله مشکلات پرسنل و سرپرستان در این مطالعه عنوان شد.

کارشناس بهداشت خانواده ۵۱ ساله با سابقه ۲۴ سال کار در واحد مامایی در تهران گفت: «تعداد فرم‌های زیاد، کاغذ بازی زیاد. ما یکسری از وقتمون رو هم باید برای این کاغذبازی‌های زیاد بگذاریم».

سرپرست یک مرکز ۳۶ ساله با ۸ سال سابقه کار در شاهرود می‌گفت: «کارهای فوق برنامه زیاد می‌خواهند، مشاوره قبل از ازدواج یک تا دو ساعت انجام می‌دهند بعد خسته بر می‌گردن، تعداد مریض‌ها زیاد شده، غربالگری تیروئید، ۷-۸ تا ده تا کار دست یکی می‌سپزند، با یک دست چند تا هندونه می‌شه برداشت».

کارشناس مامایی ۴۲ ساله با ۲۰ سال سابقه کار می‌گفت: «با توجه به این‌که واحد بهداشت خانواده تمام مسئولیت‌ها رو به عهده می‌گیره از جمله مسؤول رابطین، مدارس، هیپوتیروئیدی، واکسیناسیون، صدور شیر خشک ببینید تمام این مسایل وقتی رو دوش یکسری افراد می‌یان، آمارگیری‌ها و پوشش‌ها و خیلی خیلی چیزهای دیگه به مقدار کیفیت کار را پایین میاره».

تقریباً تمام مراکز بهداشتی و درمانی چه پرسنل و چه سرپرستان در تهران و شاهرود این مسأله را مطرح کردند.

کارشناس مامایی با ۳۸ سال سن و ۱۶ سال سابقه کار

می‌گفت: «وقت بیشتر داشته باشیم تا آموزش بهتری بتونم بدم اما با توجه به کمبود پرسنل که داریم و تعداد مراجعین زیادی که هست واقعاً آموزش کافی نمی‌تونم به مردم بدم. یعنی اگر کسی کاندوم استفاده می‌کنه من می‌بینم دو تا بچه داره، کاندوم براش مناسب نیست می‌گم درصد خطاش زیاده ولی اگر وقت داشته باشیم می‌تونم بیشتر براش توضیح بدم».

سلیقه‌ای عمل کردن مسؤولان و تغییرات مکرر دستورالعمل‌ها و فرم‌های تنظیم خانواده از جمله اشکالات موجود در سیستم نظارت مطرح شد.

کارشناس بهداشت خانواده ۵۱ ساله با سابقه ۲۴ سال کار در واحد مامایی در تهران گفت: «این می‌یاد می‌گه این‌جا رو تیک بزن اون یکی می‌یاد می‌گه تیک نزن ضربدر بزن! اون یکی می‌گه دایره بکش ستاد می‌یاد به جور سلیقه اجرا می‌کنه. معاونت می‌یاد به جور سلیقه اجرا می‌کنه».

کارشناس بهداشت خانواده ۵۱ ساله با سابقه ۲۴ سال کار در واحد مامایی در مورد قرص‌های اورژانس لوونورژسترول گفت: «تا پارسال می‌گفتیم روزی دوتا تا ۳ روز بخور حالا شده تا ۵ روز. دقیقه به دقیقه قوانین عوض می‌شه. نه فقط تو تنظیم خانواده تو کودک هم همین‌ها داره سلیقه‌ای عمل می‌شه. من امروز از مریض می‌پرسم آموزش دو سال قبل رو یادش مونده و جواب میدن، در صورتی‌که همه چیز جدید شده اون توی ذهنش همون اولی باقی می‌مونه. خیلی طول می‌کشه تا تو مردم تغییر کنه».

کارشناس بهداشت خانواده ۵۱ ساله با سابقه ۲۴ سال کار در واحد مامایی در تهران گفت: «از طرفی هم دقیقه به دقیقه فرم‌ها عوض می‌شه تغییر روش به فرم، انتخاب روش به فرم، کاندوم به فرم خاص داره، به فرم مشاوره داره، IUD (Intrauterine device) فرم جدا داره، قرص جدا داره، دقیقه به دقیقه وقتی روش تغییر می‌کنه و مریض روش رو عوض می‌کنه ما باید فرم رو عوض کنیم».

ب- ماهیت روش‌های تنظیم خانواده:

ترس و تجارب قبلی مددجویان از عوارض جانبی و آثار بعضی از روش‌های تنظیم خانواده بر عادت ماهیانه از جمله مواردی بود که از دیدگاه پرسنل و سرپرستان بر مصرف بعضی از

روش‌ها تأثیرگذار بود.

کارشناس مامایی با ۳۸ سال سن و ۱۶ سال سابقه کار می‌گفت: «برای مثال می‌گن DMPA (Depot medroxyprogesterone acetate) پوکی استخوان می‌ده. هورمونی‌ها رو می‌ترسن. IUD رو فکر می‌کنن یه دستگاه بزرگی است».

کارشناس مامایی با ۳۸ سال سن و ۱۶ سال سابقه کار می‌گفت: «به خاطر این‌که چون استفاده کردن دیدن جواب نداده عوارض داشته کاندوم استفاده کردن دیدن شوهرشون با مشکل برخورد می‌کنه. روی روابط جنسی‌شان تأثیر گذاشته. توکتومی و وازکتومی رو هم این طوری فکر می‌کنند. از نظر علمی این طوری نیست فکر می‌کنند که روی روابط جنسی تأثیر می‌گذاره».

کارشناس مامایی ۴۲ ساله با ۱۶ سال سابقه کار در تهران می‌گفت: «اون پروده خیلی برای همه مهمه است. ما همه همین طور هستیم چه تحصیلاتمون بالا باشه چه پایین. روش‌هایی که روی پرورد اثر می‌گذارند خیلی برای مردم قابل قبول نیستند».

از دیدگاه پرسنل و سرپرستان کاربرد نادرست بعضی از روش‌ها، منجر به درصد شکست بالای آن‌ها و اعتماد به روش طبیعی منجر به عدم استفاده از روش‌ها می‌شد.

کارشناس مامایی ۴۵ ساله با ۲۰ سال سابقه کار می‌گفت: «کاندوم در جامعه ما روش مناسبی نیست چون درصد شکستش بالاست چون مردم درست استفاده نمی‌کنن».

کارشناس مامایی ۲۸ ساله با ۴ سال سابقه کار می‌گفت: «شوهرشون متقاعد نمی‌شه فکر می‌کنه بقیه بلد نیستند والا طبیعی روش خوبیه».

کیفیت نامطلوب و کمی تنوع روش‌های تنظیم خانواده نیز از دیدگاه پرسنل و سرپرستان منجر به عدم استفاده از روش‌ها می‌شد.

کارشناس مامایی ۳۶ ساله با ۱۳ سال سابقه کار می‌گفت: «به نظر من کیفیت کاندوم هم خیلی شرط هست. کاندوم‌های اینجا خیلی ضخیمه بوی بد هم می‌ده».

کارشناس مامایی ۴۲ ساله با ۱۶ سال سابقه کار در تهران

می‌گفت: «کاندوم خواهان زیاد داره اما کاندوم‌های این‌جا خوب نیست. خیلی زود پاره می‌شه شکننده است. IUDهای آمریکایی که از قبل بود خوب بود اما از وقتی جنس هندی رو آوردند البته من به مراجعه کننده‌ها نمیگم ولی واقعاً خونریزی‌ها زیاد شده».

ج- عوامل اجتماعی

پرسنل و سرپرستان مکرر تأکید می‌کردند که باورهای غلط مراجعه کنندگان، اعتماد به توصیه‌های اطرافیان و بی‌اعتمادی به مراکز بهداشتی - درمانی منجر به عدم تمکین مددجویان از توصیه‌های آنان می‌شود.

سرپرست مرکز ۴۵ ساله با سابقه کار ۱۷ سال می‌گفت: «نوع برداشت فرد بر بیماری‌های فرد اثر می‌گذارد. با وازکتومی فکر می‌کنند ایمنپوتنسی پیدا می‌کنند».

کارشناس مامایی با ۴۲ سال سن و ۱۶ سال سابقه کار می‌گفت: «خیلی نمیتونم مردم رو متقاعد کنم TL و VS کنند. همسایه‌شون گفته دیابت گرفته حالا چه ربطی داره! هر چی پمفلت می‌گذارم جلوش می‌گه نه هست شما نمی‌خواهید بگید. میگه چشمم ضعیف شده! از ۱۰ تا مریض ۶ تا ۸ تا ش روز متقاعد می‌کنم ولی اون ۳ تا ۴ رو واقعاً نمی‌شه».

کارشناس مامایی ۴۵ ساله با ۲۰ سال سابقه کار می‌گفت: «مراجعه کننده می‌ره مثلاً پیش همسایه‌اش. می‌یاد می‌گه همسایه‌مون گفته این روش خوب نیست. اطمینانش به همسایه، مادر شوهر و بستگانش بیشتر از اعتماد به آگاهی و معلومات پرسنل بهداشت خانواده است».

کاردان مامایی ۴۳ ساله با ۱۸ سال سابقه کار در واحد تنظیم خانواده می‌گفت: «خانم میاد میگه فلان محل هم که بودیم یه خونه بهداشت بود یه چیزهایی می‌گفت. با بی‌اعتمادی کامل به مراکز بهداشتی نگاه می‌کنن چون اسمش بهداشتیه».

پرسنل بهداشتی مسأله عدم مشارکت و توافق مردان را به عناوین مختلف مطرح می‌کردند.

کارشناس مامایی ۴۲ ساله با ۱۸ سال سابقه کار می‌گفت: «عدم همکاری همسرانشون باعث می‌شه افراد کاندوم رو استفاده نکنند».

کارشناس مامایی ۲۸ ساله با ۵ سال سابقه کار می‌گفت: «۵۰ درصد آقایان مقصرند. حتی خانم می‌داند می‌خواهد بدون آگاهی همسرش IUD بگذارد».

عدم برقراری ارتباط و تحمیل روش به مراجعین توسط ارایه کنندگان منجر به عدم استفاده مراجعین از روش‌ها می‌شد. کارشناس مامایی ۴۵ ساله با ۲۰ سال سابقه کار می‌گفت: «آنقدر دارم می‌نویسم که اصلاً چشم تو چشم مریض نگاه نمی‌تونم بکنم».

کارشناس بهداشت خانواده ۵۱ ساله با سابقه ۲۴ سال کار در واحد مامایی در تهران گفت: «مثلاً فرد می‌یاد کاندوم را می‌گیره اما میره استفاده نمی‌کنه، ممکنه از ترس باشه به خاطر این که ما گفتیم حتماً یه روش داشته باشه. مجبور شده وقتی آزاد باشه خیلی بهتره».

رایگان بودن خدمات از دیدگاه پرسنل بهداشتی - درمانی منجر به عدم اعتماد مراجعین و بی‌ارزش جلوه دادن خدمات می‌گردید.

کاردان مامایی ۴۳ ساله با ۱۸ سال سابقه کار در واحد تنظیم خانواده می‌گفت: «خیلی‌ها فکر می‌کنن بهداشت کارهاش خوب نیست چون رایگانه. همین IUD کاپرتی ما رو مطب براش می‌ذاره هفتاد هشتاد هزار تومن، من اینجا دارم رایگان براش می‌گذارم بعد می‌یاد میگه همسایه‌مون رفته بیرون گذاشته هشتاد تومن هم داده اینقدر راضیه ولی من لکه‌بینی دارم. چیزی که رایگان به دست می‌یاد به نظرتون خیلی ارزش نداره».

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که ارایه دهندگان خدمات بهداشتی در زمینه تنظیم خانواده با مسایل بسیاری از مشکلات سازمانی تا مسایل اجتماعی و فرهنگی مواجه هستند. بر اساس تحقیق حاضر، این اولین مطالعه‌ای است که در ایران دیدگاه‌های پرسنل بهداشتی - درمانی درباره علل نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده را به صورت کیفی بررسی می‌کند.

با توسعه و پیشرفت کشورها، مرگ و میر کاهش یافته است و در نتیجه باروری مهم‌ترین نقش را در رشد جمعیت ایفا

می‌کند (۱۵). در ایران در اثر سیاست کنترل جمعیت کشور و اعمال برخی محدودیت‌ها، میزان باروری عمومی کاهش چشمگیری داشته و در نهایت در سال‌های اخیر در حد متوسط ۱/۸ فرزند ثابت مانده است (۱۶) اما اهمیت ارتقای سلامت زنان و اجتناب از بارداری ناخواسته، بیش از کاهش جمعیت و کاهش بارداری در نوجوانان ازدواج نکرده است (۱۷).

بارداری ناخواسته (عدم تمایل والدین به داشتن فرزند) یا بدون برنامه (عدم تمایل فعلی والدین به داشتن فرزند) بر اساس مطالعه مروی Shah و همکاران موجب افزایش استرس، مشکلات روحی - روانی، مسایل اقتصادی، وزن کم هنگام تولد و زایمان پره ترم می‌شود (۱۸). بر اساس مطالعه منصوری و همکاران در ایران، حاملگی ناخواسته که به صورت پیش‌بینی نشده و بدون برنامه به وقوع می‌پیوندد مسؤولیت‌های خارج از توان مادر را بر وی تحمیل می‌کند که ممکن است موجب طرد شدن یا مورد خصومت واقع شدن فرزند از سوی والدین شود. سن کم و بالای مادر، پایین بودن سن ازدواج، استفاده از روش منقطع، تغییر روش و عدم مشارکت همسر در بروز حاملگی ناخواسته مؤثر است (۱۹).

منصوری و همکاران در ایران نشان دادند که ۳۵/۸ درصد حاملگی‌ها ناخواسته بوده و تنها ۱۷ درصد از مادرانی که به صورت ناخواسته باردار می‌شوند در انتهای حاملگی با آن سازگار می‌شوند. بسیاری از زنانی که دچار حاملگی ناخواسته می‌شوند تمایلی به دریافت مراقبت‌های دوران بارداری ندارند و از سوی دیگر بسیاری از این افراد به سقط‌های غیر قانونی اقدام می‌کنند و به حاملگی خود پایان می‌دهند (۱۹). بنابراین، شیوع حاملگی ناخواسته از آن‌چه در مطالعات گزارش می‌شود بیشتر است (۲۰).

بیش از نیمی از زنان با حاملگی ناخواسته یا از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند و یا روش مورد استفاده را قطع کرده‌اند و یا دچار شکست استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری شده‌اند (۲۱). از سویی مطالعه عرفانی (۱۲) در تهران نشان داد که بیشتر بارداری‌های ناخواسته، ناشی از شکست روش منقطع می‌باشند. بنابراین به نظر می‌رسد که روش‌های پیشگیری از بارداری در ایران به

مطالعه در همدان نشان داد، مراقبت‌هایی که در ساعات ۸ تا ۱۰ صبح انجام می‌شوند کیفیت بالاتری از مراقبت‌هایی دارند که بعد از ساعت ۱۰ صبح انجام می‌شوند (۲۴).

باورهای غلطی که درباره روش‌های تنظیم خانواده وجود دارد همچنان یکی از مسایلی است که رایج دهنندگان خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند. از سویی بر خلاف بسیاری از کشورها در ایران با افزایش سطح تحصیلات احتمال سقط جنین ناشی از بارداری ناخواسته افزایش می‌یابد (۲۰). پرسنل بهداشتی-درمانی، مهم‌ترین منبع اطلاعات افراد در زمینه تنظیم خانواده در ایران می‌باشند (۲۵، ۲۱) و نگرش آن‌ها در ارتباط با تنظیم خانواده در ایران مثبت گزارش شده است (۲۶) و آموزش و مشاوره آن‌ها در این رابطه بسیار مؤثر خواهد بود. پذیرش تغییرات قاعدگی نه از نظر فرهنگی و نه از نظر مذهبی در کشور ما، بر اساس دیدگاه پرسنل و سرپرستان این مطالعه پذیرفته شده نیست. کمالی فرد و همکاران نیز نشان دادند که مهم‌ترین علت قطع روش‌هایی نظیر سیکلوفم و آمپول‌های سه ماهه پیشگیری از بارداری تغییرات قاعدگی است به خصوص که بسیاری از افراد قاعدگی را نشانه‌ای از سلامتی می‌دانند (۲۷).

با وجود آن‌که زنان و مردان به یک اندازه مسؤول پیشگیری از بارداری هستند، اما مردان نقش اساسی در تصمیم‌گیری در رابطه با روش تنظیم خانواده دارند. ربابی و همکاران در یک مطالعه در ایران نشان دادند که حدود ۶۴/۴ درصد از زوجین از روش‌های مردانه و ۳۶/۶ درصد از روش‌های زنانه جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند (۲۱). یکی از روش‌های افزایش کیفیت خدمات تنظیم خانواده، افزایش مشارکت مردان است. میزان نوگرایی (تلاش برای تجربه هر چیز جدید و شکستن عادت‌های اجتماعی و باورهای سنتی)، تحصیلات و استفاده از وسایل ارتباط جمعی، باعث افزایش مشارکت مردان و سن ازدواج و اختلاف سنی همسران باعث کاهش مشارکت مردان می‌شود (۲۸). همچنین زنان، آگاهی‌های کسب شده طی آموزش را به همسران خود نیز منتقل می‌نمایند (۲۹). بنابراین با توانمندسازی زنان، آموزش آنان و جامعه از طریق مراکز بهداشتی و رسانه‌های ارتباط

صورت درستی استفاده نمی‌شوند. همچنین استفاده از روش اورژانس پیشگیری از بارداری، از بسیاری از بارداری‌های ناخواسته و عواقب آن‌ها می‌تواند جلوگیری کند.

اجتناب از عوارض روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری، یکی از مهم‌ترین عوامل استفاده از روش نزدیکی منقطع است. از سویی بعضی از افراد حاضر به پرداخت هزینه‌های ناشی از استفاده از روش‌های مدرن نیستند. زنان به جهت ترس از عوارض روش‌های مدرن، همسران خود را ترغیب به استفاده از روش منقطع می‌کنند. پذیرش این روش در مردان بر اساس درک متقابل و ملاحظه آنان از وضعیت همسرشان صورت می‌گیرد که در نهایت منجر به تصمیم مشترک زوجین در استفاده از این روش می‌گردد (۲۲).

هر چند وجود اسپرم زنده و فعال قبل از انزال علت بی‌اعتمادی به روش منقطع را توجیه می‌کند، اما مطالعاتی که در این زمینه انجام شده‌اند، نشان می‌دهند که اسپرم در مایع قبل از انزال در افراد بسیار کمی یافت می‌شود و این اسپرم‌ها نیز غیر فعال هستند (۲۳). استفاده از روش منقطع، تمایلات جنسی افراد را کاهش می‌دهد که این مسأله خود کارآمدی روش‌های منقطع را افزایش می‌دهد (۲۲). بنابراین برنامه‌های تنظیم خانواده نباید در جهت حذف این روش اقدام کنند، بلکه می‌توانند با افزایش سطح آگاهی افراد و تلفیق این روش با سایر روش‌ها از جمله روش‌های سدی، کارایی آن را جهت کاهش حاملگی‌های ناخواسته افزایش دهند.

نتایج این مطالعه نشان داد که، به نظر می‌رسد بعضی از محدودیت‌های ساختاری خارج از کنترل رایج کننده خدمات بهداشتی مانع مراقبت با کیفیت تنظیم خانواده می‌گردد. یکی از مهم‌ترین این موانع از دیدگاه پرسنل بهداشتی-درمانی، طرح ادغام خدمات مامایی با بهداشت خانواده و در نتیجه حضور سایر مادران و پرسنل در اتاق مامایی بود که مانع رعایت حریم خصوصی مددجو برای مشاوره تنظیم خانواده بود، از سویی پراکندگی وظایف ماماها آن‌ها را از شغل اصلی خود دور ساخته و موجب نارضایتی آن‌ها شده بود. خستگی و فشار کاری پرسنل بهداشتی-درمانی بر کیفیت رایج خدمات تنظیم خانواده توسط آن‌ها مؤثر است، به طوری که یک

بهداشتی- درمانی و مراجعین خاص آن‌ها ارزیابی شد. شاید اگر پرسنل و سرپرستان مراکز بهداشتی- درمانی سایر شهرها انتخاب می‌شدند، نتایج متفاوتی حاصل می‌شد. پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی مشابه در سایر شهرها طراحی و اجرا شود تا بتوان بر اساس نتایج نهایی این مطالعات تدابیری برای رفع مشکلات موجود اندیشید.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی و مسؤولین دانشگاه‌های علوم پزشکی شاهرود و علوم پزشکی تهران که با حمایت‌های خود پژوهشگران را یاری نمودند، و کلیه پرسنل و سرپرستان مراکز بهداشتی- درمانی که بدون همکاری آن‌ها انجام پژوهش مقدور نبود، تشکر و قدردانی می‌شود.

جمعی می‌توان مشارکت آنان را جلب نمود.

با وجود پوشش به نسبت بالای خدمات و دستاوردهای برنامه تنظیم خانواده طی چند دهه گذشته در ایران (۳۰) ارتقای کیفیت خدمات، تعامل ارایه دهندگان و خدمت گیرندگان، نیازمند اصلاح و بازنگری اساسی است. برطرف نمودن مشکلات سازمانی، اصلاح شیوه آموزش و مشاوره مناسب، می‌تواند راهکار ارزشمندی جهت ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده و کاهش بارداری‌های ناخواسته باشد. همچنین ارتقای کیفیت خدمات رسیدن به اهداف توسعه هزاره را به صورت هزینه اثر بخشی تضمین می‌کند (۱۶).

محدودیت‌ها

ایده‌های پرسنل و سرپرستان بیان شده در این مطالعه در شهرهای تهران و شاهرود و بر اساس شرایط حاکم بر مراکز

References

1. International Conference on Population and Development. Report of the International Conference on Population and Development: synthesis of national reports on population and development; report of the Secretary-General of the International Conference on Population and Development. New York, NY: United Nations; 1994.
2. Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB. The Impact of Quality of Care on Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh. New York, NY: Frontiers in Reproductive Health, Population Council; 2003.
3. León FR, Roca S, Ríos A, Zumarán A, Feijoo AR. One-year client impacts of quality of care improvements achieved in Peru [Online]. [cited 2003]; Available from: URL: <http://www.popline.org/node/236022/>
4. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect* 2003; 29(2): 76-83.
5. Sanogo D, RamaRao S, Jones H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(2): 57-73.
6. Alli F, Maharaj P, Vawda MY. Interpersonal relations between health care workers and young clients: barriers to accessing sexual and reproductive health care. *J Community Health* 2013; 38(1): 150-5.
7. Shelton JD. The provider perspective: human after all. *International Family Planning Perspectives* 2001; 27(3): 152-3, 161.
8. Fonn S, Mtonga AS, Nkoloma HC, Bantebya KG, daSilva L, Kazilimani E, et al. Health providers' opinions on provider-client relations: results of a multi-country study to test Health Workers for Change. *Health Policy Plan* 2001; 16(Suppl 1): 19-23.
9. Mehryar AH, Ahmad-Nia S, Kazemipour S. Reproductive health in Iran: pragmatic achievements, unmet needs, and ethical challenges in a theocratic system. *Stud Fam Plann* 2007; 38(4): 352-61.
10. Mugisha JF, Reynolds H. Provider perspectives on barriers to family planning quality in Uganda: a qualitative study. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2008; 34(1): 37-41.
11. Motlaq ME, Eslami M, Yazdanpanah M, Nakhaee N. Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 121(2): 157-61.
12. Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2011; 37(3): 134-42.
13. 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.
14. Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. New York, NY: Sage; 1985. p. 158-72.

15. Hosseinzadeh H, Nouhghah S, Sharifi SM. The pattern of fertility, age at marriage among various ethnic groups in reproductive age and use of family planning methods in the city of Ahvaz. *Journal of Social Sciences* 2010; 4(8): 67-96. [In Persian].
16. Statistical Centre of Iran. The results of national population and housing census 2006. Tehran, Iran: Statistical Centre of Iran; 2006. [In Persian].
17. Ross J, Smith E. Trends in national family planning programs, 1999, 2004 and 2009. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2011; 37(3): 125-33.
18. Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C. Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review. *Matern Child Health J* 2011; 15(2): 205-16.
19. Mansoori A, Hossainy Sh, Dadgar S. Unexpected pregnancy and relative factors in pregnant women referring to Mashhad maternity wards in 2004. *J Birjand Univ Med Sci* 2009; 16(1): 65-70. [In Persian].
20. Mahouri K, Amirian M. Unwanted pregnancies and its related factors in pregnant women referred to health care centers in Bandar Abbas Iran - 2004. *Hormozgan Med J* 2009; 13(1): 25-32. [In Persian].
21. Robabi H, Sarani H, Azarkish F, Dastfan Z, Dashipoor A. The survey of factors associated with unwanted pregnancy among women referring to health care centers of Iranshahr in 2007. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(4): 32-40. [In Persian].
22. Abbasi-Shavazi MJ, Khademzadeh A. Reasons for choosing withdrawal method among women at reproductive ages in Rasht. *J Reprod Infertil* 2004; 5(4): 323-9. [In Persian].
23. Finger WR. Withdrawal popular in some cultures. *Contraceptive update. Netw Res Triangle Park N C* 1996; 17(1): 15-6, 24.
24. Shahidzadeh A, Mir Moeeni ES, Azimian MH, Mani-Kashani Kh. Qualitative assessment of urban family planning facilities Hamadan, May-September 2003. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2004; 2(1): 1-10. [In Persian].
25. Roushani A, Kiani SA, Sedighi A, Mokhtari F. A study on knowledge, attitude and performance of teachers in Rasht - city concerning family planning and contraceptive methods. *J Guilan Univ Med Sci* 2004; 13(49): 33-8. [In Persian].
26. Amiri M, Kasaeian A. Study of family planning service provider's knowledge about and attitude toward pregnancy prevention methods. *Knowledge Health* 2009; 4(1): 24-9. [In Persian].
27. Kamalifard M, Mohammad Alizadeh S, Sadeghi H, Hasanzadeh R. Comparison of Continuation Rates and Reasons for Discontinuation of Cyclofem and Depo- Provera in Health Houses of East Azarbaijan, Iran, 2009. *Nursing & Midwifery Journal* 2010; 5(18): 22-30. [In Persian].
28. Rabbani R, Afshani SA, Fazel Najaf Abadi S. Different Roles of Men and Women in the Family Planning: A Case Study of the City of Najafabad, Iran. *Women's studies (Sociological & Psychological)* 2008; 5(3): 59-80. [In Persian].
29. Hosseini H, Naji H, Mashhadizadeh A, Rezaei A. Evaluation of men's participation in group training of their wives in family planning programs. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(Suppl 1): 292-5. [In Persian].
30. 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].

Causes of Unmet Needs of Family Planning from the Perspective of Health Personnel: A Qualitative Study

Roghieh Kharaghani¹, Masoumeh Mohager Rahbari¹,
Forozan Olfati¹, Afsaneh Keramat²

Original Article

Abstract

Introduction: In order to achieve acceptable health indices and the general welfare, family planning is necessary in any society. The aim of this study was to identify the perspectives of health care providers about the unmet needs of family planning in health centers of Tehran and Shahroud in 2011.

Method: The present study was a qualitative research including 27 of the staff and administrators of health centers recruited with purposive sampling. Data gathering was conducted by holding several individual discussions with staff from different centers of Shahroud and Tehran with different social, cultural, and economic status. Then all of the recorded speeches were written on paper and the main themes and sub-themes were extracted.

Results: Themes extracted from the statements of the participants were organizational factors (such as integration of family health services with midwifery services, and lack of privacy), occupational pressure, and the excessive paperwork of the midwifery unit, which had reduced the quality of family planning services. Moreover, other obstacles cited included the participation of men, time limitations, misconceptions, and health center supervisors acting according to personal preferences.

Conclusion: Overlooking social, cultural, and organizational issues may reduce the quality of family planning services.

Keywords: Family planning, Iran, Health personnel, Unmet needs, Qualitative study

Citation: Kharaghani R, Mohager Rahbari M, Olfati F, Keramat A. **Causes of Unmet Needs of Family Planning from the Perspective of Health Personnel: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(3): 277-86.

Received date: 01.08.2013

Accept date: 04.09.2013

1- PhD student, Department of Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

2- Associate Professor, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Corresponding Author: Roghieh Kharaghani MSc, Email: r.kharaghani@yahoo.com