

بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در مورد بهداشت باروری در هفت شهر مرکزی ایران، ۱۳۸۴

سید سعید مظلومی محمود آباد (Ph.D.)^۱، فاطمه شهیدی (B.Sc.)^۲، معصومه عباسی شوازی (M.Sc.)^۲، فاطمه شهری زاده (B.Sc.)^۲

۱- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۲- مرکز تحقیقات رفتارهای بهداشتی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن در سطح ملی و بین‌المللی یکی از گام‌های اساسی در تامین سلامت جامعه و خانواده با محور سلامت زنان می‌باشد. با توجه به اینکه در تعریف جدید، بهداشت باروری به تمامی جنبه‌های زندگی و سلامت زنان و دختران وابسته است و هم اکنون بهداشت باروری و بهره‌مند شدن زنان از حقوق باروری خود به عنوان بخشی از حقوق اساسی بشر و حمایت‌های مذهبی دین اسلام از آن مطرح است، این تحقیق با هدف تعیین آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در زمینه بهداشت باروری انجام گرفت.

روش بررسی: این بررسی مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در هفت شهر مرکزی ایران در سال ۱۳۸۴ انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی، ۸۴۰ نفر از زنان ۱۵-۴۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بودند که به روش نمونه‌گیری سه مرحله‌ای وارد تحقیق شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که به روش مصاحبه تکمیل و در نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ وارد و تجزیه و تحلیل گردید. آزمون‌های آماری مورد استفاده در این تحقیق، آزمون ناپارامتری کروسکال- والیس،^۲ و آزمون همبستگی پیرسون بود.

نتایج: طبق نتایج ۶۲٪ زنان با اصطلاح بهداشت باروری آشنایی داشتند و ۶۶/۴٪ آنان روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری را به کار می‌بردند؛ هرچند زنان مورد بررسی از حداکثر نمره آگاهی (۱۴) میانگین نمره ۹/۲۱ را کسب کردند؛ در عین حال فقط حدود ۱۸٪ آنان از زمان مناسب انجام آزمایش پاپ اسمیر و خودآزمایی پستان آگاهی داشتند و سوءتعبیری نیز در مورد ایدز در بین آنان وجود داشت. آزمون ناپارامتری کروسکال والیس اختلاف معنی‌داری بین آگاهی زنان در شهرهای مورد مطالعه و مقاطع تحصیلی مختلف نشان داد ($p < 0/05$). نگرش زنان در خصوص بهداشت باروری مطلوب بود ولی در شهرهای مختلف تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج فوق و اهمیت مقوله بهداشت و حقوق باروری و تأکید دین اسلام بر روی این موضوع ارتقاء آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در زمینه بهداشت باروری مقوله‌هایی مانند آزمایش پاپ اسمیر، خودآزمایی پستان و استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری باید در دستور کار سیاست‌گذاران بهداشتی و سازمان‌های غیردولتی در شهرهای مورد مطالعه قرار گیرد.

کلید واژگان: زنان، بهداشت باروری، حقوق باروری، تنظیم خانواده، خدمات بهداشت باروری، روش‌های پیشگیری از بارداری، آگاهی، نگرش، عملکرد.

مسئول مکاتبه: سید سعید مظلومی محمود آباد، مرکز تحقیقات رفتارهای بهداشتی و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، بلوار دانشجو،

یزد، ایران، صندوق پستی: ۸۸۷-۸۹۱۶۵.

پست الکترونیک: mazloomi_s@yahoo.com

زمینه و هدف

تأکید روزافزون بر سلامت مادران و فرزندان به عنوان هدف‌های اصلی برنامه‌های تنظیم خانواده باعث شده که دامنه فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در سال‌های اخیر بیش از پیش گسترش یافته و به جای عبارت تنظیم خانواده از عنوان کلی‌تر "بهداشت باروری" استفاده شود (۱). اهمیت مقوله بهداشت باروری تا آنجاست که امروزه بهداشت باروری به عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تأیید همگان قرار گرفته است و بالا بردن سطح اطلاعات مادران درباره عوامل اجتماعی و زیستی که سلامت آنان و کودکانشان را تهدید می‌کند به عنوان جزیی از برنامه‌های بهداشت باروری به شمار می‌رود (۲).

بنابر تعریف کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (قاهره-۱۹۹۴)، بهداشت باروری عبارت است از سلامت کامل فیزیکی، روانی و رفاه اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا نقص که همه جوانب مربوط به سیستم تولیدمثل، روند و عملکرد آن را در بر می‌گیرد و به این معناست که مردم آزادانه و آگاهانه قابلیت تولید مثل داشته و در مورد چگونگی، وقت و تناوب آن و زمان بچه‌دار شدن، خود تصمیم بگیرند. اجزاء بهداشت باروری عبارتند از: مشاوره، اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط درباره تنظیم خانواده، ارائه خدمات تنظیم خانواده، فراهم ساختن مراقبت‌های دوران بارداری-زایمان و پس از زایمان، پیشگیری از نازایی و درمان مناسب ناباروریها، پیشگیری از سقط جنین و درمان به موقع و مناسب عوارض ناشی از آن، درمان عفونت‌های دستگاه تولید مثل و بر خورد درست با بیماری‌های منتقله از راه جنسی و درمان مناسب آنها (۳، ۴).

هرچند حق دسترسی همگان به خصوص نسل جوان به اطلاعات صحیح، دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی و برخورداری به موقع از خدمات مشاوره‌ای از جمله

حقوق باروری مورد تأکید تلقی می‌گردد (۲) ولی همچنان نیازهای برآورده نشده مردم جهان در زمینه تنظیم خانواده بسیار است (۵)؛ به طوری که مطالعات نشان‌دهنده آن است که از موانع عمده در خصوص عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در زنان، مشاوره نامناسب با آنان، عدم اطلاعات کافی فراهم آوردن خدمات در خصوص بهداشت باروری و عدم وجود امکانات مناسب می‌باشد (۵، ۶). اطلاعات حاصل از بررسی سلامت و جمعیت ایران (IDHS) در سال ۱۳۷۹ نیز بیانگر آنست که ۷/۵٪ از زنان ایرانی علیرغم واجد شرایط بودن، از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند (۱).

اگرچه دسترسی زوج‌های جوان به اطلاعات و وسایل پیشگیری از بارداری به عنوان بخشی دیگر از بهداشت و حقوق باروری مطرح است (۲)؛ لیکن وجود بارداری‌های ناخواسته هنوز یکی از علل افزایش جمعیت در کشورهای در حال توسعه عنوان می‌شود. آمار تخمینی WHO نشان داده است که حدود ۳۸٪ از بارداریها در کل جهان ناخواسته است (۵) و بر طبق اطلاعات IDHS، ۲۴٪ از کل بارداریها در سال ۱۳۷۹ ناخواسته عنوان شده‌اند (۱). این آمارها در حالی بیان می‌شود که براساس بررسی‌های انجام گرفته، شیوع بارداری ناخواسته در افرادی که به اندازه کافی از روش‌های پیشگیری از بارداری و مزایا و معایب آن اطلاع ندارند به مراتب بیشتر از افرادی است که اطلاعات صحیح و کافی در این موارد دارند (۷). حاملگی ناخواسته نه تنها یکی از علل افزایش جمعیت در کشورهای در حال توسعه می‌باشد بلکه پیامد دیگر آن یعنی سقط توجه زیادی را در مقوله بهداشت و حقوق باروری به خود جلب نموده است (۸).

از آن جا که دسترسی به بالاترین استانداردها و اطلاعات در مورد مسائل جنسی و بهداشت باروری

برنامه بهداشت باروری زنان در شهرهای مورد بررسی پیشنهاداتی ارائه داد.

روش‌های بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی^۱ بود که طی تابستان و پاییز ۱۳۸۴ انجام گرفت. با توجه به اینکه هدف این مطالعه بدست آوردن تصویری کلی از بهداشت باروری در مراکز استان‌های کشور بود، نمونه‌گیری این تحقیق به صورت سه مرحله‌ای انجام گرفت. در مرحله اول از مجموع مراکز استان‌های کشور، هفت شهر مرکز استان شامل شهرهای تهران، مشهد، شیراز، یزد، همدان، شهرکرد و یاسوج به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله دوم چهار مرکز بهداشتی-درمانی از چهار ناحیه مختلف در هر مرکز استان به تصادف انتخاب و در مرحله سوم از هر کدام از این مراکز، سی نفر از زنان ۴۹-۱۵ ساله دارای همسر که برای دریافت خدمات تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک به این مراکز مراجعه می‌کردند به روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند. به طور کلی از هر شهر مورد مطالعه به طور مساوی ۱۲۰ نفر و در مجموع ۸۴۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که روایی محتوایی^۲ آن از طریق پانل خبرگان (سه متخصص آموزش بهداشت و دو متخصص زنان و مامایی) مورد تأیید قرار گرفت و پایایی^۳ آن با استفاده از شاخص آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/8$) به تأیید رسید. پرسشنامه نهایی دارای چندین بخش شامل مشخصات دموگرافیک، ده سؤال سنجش آگاهی، هفت سؤال سنجش نگرش و هفت سؤال سنجش عملکرد بود. حداکثر نمره آگاهی در این تحقیق ۱۴ و حداکثر نمره نگرش ۲۱ بود و در هر دو

به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین مولفه‌های حقوق باروری است که بسیار مورد تأکید قرار گرفته است، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران نیز برای رفع مشکلات اقتصادی و بهبود برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده، بر نهادینه کردن آموزش‌های بهداشت باروری و گسترش آن به تمام گروه‌های سنی به ویژه در سنین پایین‌تر تأکید نموده است. این وزارت همچنین تهیه فهرستی از موضوعات نیازمند تحقیق در قلمرو بهداشت باروری و هدایت آنها به سمت نیازهای پژوهشی و کاربردی را جزء نیازهای عمده کشور در زمینه جمعیت و تنظیم خانواده قلمداد نموده است (۹). ذکر این مهم ضروری است که اسلام به عنوان یک مذهب کامل، معتقد است زن و شوهر باید حق باروری توأم با یک زندگی زناشویی رضایتمند و مسئولانه داشته باشند. تأکید بر حقوق باروری نه تنها در تعالیم مقدس قرآن مورد حمایت و تأکید قرار گرفته است، بلکه در فرمایشات پیامبر اسلام (ص) نیز این حمایتها را به طور کامل می‌توان مشاهده نمود (۱۰)؛ بنابراین به خوبی می‌توان از این حمایت‌های مذهبی درک شده در جهت ارتقاء بهداشت و حقوق باروری زنان سود جست. با عنایت به مطالب فوق و در نتیجه لزوم به دست آوردن تصویری کلی از وضعیت بهداشت باروری در کشور، هدف اول از این تحقیق تعیین و ارزیابی وضعیت آگاهی و نگرش زنان در خصوص بهداشت باروری در مرکز هفت استان کشور بود تا بتوان با توجه به نتایج آن، پیشنهادات مناسبی جهت ارتقاء وضعیت بهداشت باروری در این دو زمینه ارائه نمود. هدف دوم این مطالعه تعیین عملکرد زنان در خصوص چند مقوله عملکردی مهم در بهداشت باروری مانند آزمایش پاپ اسمیر، خودآزمایی پستان، سزارین و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در نظر گرفته شد تا در نهایت بتوان به منظور اصلاح و ارتقاء

1- Cross-sectional

2- Content validity

3- Reliability

مورد آگاهی و نگرش، کسب ۳۳/۳-۰٪ نمره به عنوان رتبه ضعیف، ۶۶/۶-۳۳/۴٪ به عنوان رتبه متوسط و ۱۰۰-۶۶/۷٪ به عنوان رتبه خوب در نظر گرفته شد. در این پرسشنامه آشنایی کلی با بهداشت باروری طی سؤال "آیا تا کنون اصطلاح بهداشت باروری را شنیده‌اید؟" و رضایت سنجی از روش پیشگیری از بارداری در قالب سؤال کلی "آیا از وسیله‌ای که استفاده می‌کنید راضی هستید" مورد سنجش قرار گرفت.

پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه با زنان شرکت کننده در تحقیق تکمیل گردید و به آنان اطمینان داده شد که شرکت در این بررسی کاملاً داوطلبانه بوده و اطلاعات آنها محرمانه تلقی خواهد شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های تکمیل شده پس از پردازش، در نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ وارد شد و بر حسب اهداف تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون‌های مورد استفاده در این تحقیق در سطح تحلیلی شامل آزمون‌های ناپارامتری کروسکال-والیس، χ^2 و آزمون همبستگی پیرسون بود. سطح معنی‌داری این آزمونها از نظر آماری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

براساس یافته‌ها، ۲۵/۳٪ زنان مورد بررسی فوق دیپلم و بالاتر، ۴۰/۵٪ دیپلم، ۲۱/۲٪ زیر دیپلم و ۳٪ آنان بی‌سواد بودند. از لحاظ وضعیت شغلی، ۷۵٪ این زنان خانه‌دار، ۵/۷٪ شاغل در منزل و ۱۹/۳٪ شاغل در خارج از منزل بودند. میانگین سنی زنان 29.75 ± 7.7 سال و میانگین سن ازدواج آنان 20.18 ± 4.11 سال بود. همچنین هرکدام به طور میانگین 1.7 ± 1.5 فرزند و به طور میانگین 0.23 ± 0.55 فرزند ناخواسته داشتند. برطبق نتایج، ۶۲٪ از زنان مورد بررسی با اصطلاح بهداشت باروری آشنایی داشتند و کمتر از نیمی از آنان از روش‌های صحیح اورژانسی پیشگیری از بارداری و

زمان صحیح شروع مصرف قرص آهن در دوران بارداری آگاه بودند (جدول ۱). بیش از ۷۵٪ از این زنان از شایع‌ترین راه‌های انتقال ایدز در ایران یعنی استفاده از سرنگ مشترک در معتادین تزریقی و تماس جنسی آگاهی داشتند و در حدود نیمی از آنان (به ترتیب ۵۳/۷٪ و ۵۷/۹٪) با انتقال ایدز از طریق مادر به جنین و خون و فرآورده‌های خونی آشنایی داشتند. همچنین اکثر زنان (۸۶٪) از بهترین دوره فرزندآوری (۲۰-۳۰ سالگی) آگاه بودند (جدول ۱).

یافته‌های حاصل در زمینه نگرش حاکی از آن بود که ۴۰/۶٪ زنان، همه افراد جامعه را در معرض خطر ابتلا به ایدز می‌دانستند. ۲۶/۸٪ از آنان ترجیح می‌دادند که برای زیانمان از عمل سزارین استفاده کنند. همچنین ۲۷/۳٪ آنان اعتقاد داشتند که بهتر است سقط برای حاملگی‌های ناخواسته آزاد شود (جدول ۲).

یافته‌ها در خصوص بررسی عملکرد، نشانگر استفاده ۶۶/۴٪ زنان از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری بود که به ترتیب شامل کاندوم (۲۲/۵٪)، قرص (۱۸/۶٪)، روش‌های پایانی شامل واکتومی و توبکتومی (۱۱/۷٪)، آی‌یودی (۱۱/۱٪) و آمپول و نورپلانت (۲/۵٪) بود. ۲۲/۵٪ این زنان از روش طبیعی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند اما ۱۱/۲٪ روشی خاصی برای پیشگیری نداشتند. بررسی عملکرد در خصوص تصمیم‌گیری برای انتخاب روش پیشگیری از بارداری

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخ‌های صحیح زنان مورد مطالعه به سئوالات

سنجش آگاهی در خصوص بهداشت باروری در هفت شهر مرکزی ایران، ۱۳۸۴

سئوالات		پاسخ‌های صحیح	
تعداد	درصد		
۵۲۱	۶۲	۱. آشنایی با اصطلاح بهداشت باروری	
۳۹۸	۴۷/۴	۲. روش صحیح پیشگیری از بارداری اورژانسی	
۷۲۲	۸۶	۳. بهترین دوره فرزندآوری	
۳۴۶	۴۱/۲	۴. زمان صحیح شروع مصرف قرص آهن در دوران بارداری	
۳۶۶	۴۳/۶	۵. افزایش احتمال ابتلا به عفونت در دوران قاعدگی	
۵۸۹	۷۰/۸	۶. مصرف رژیم غذایی حاوی آهن در دوران قاعدگی	
۱۰۶	۱۸/۶	۷. زمان مناسب انجام تست پاپ اسمیر	
۱۰۴	۱۸/۳	۸. زمان مناسب برای انجام خودآزمایی پستان	
۴۶۴	۵۵/۲	۹. استفاده از کاندوم در پیشگیری از انتقال ایدز و بیماریهای آمیزشی	

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ‌های زنان مورد مطالعه به گویه‌های سنجش نگرش در خصوص بهداشت باروری در هفت شهر مرکزی ایران، ۱۳۸۴

کلیه	مخالف		بی نظر		موافق		بدون پاسخ		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
همه افراد جامعه، در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارند.	۳۵۸	۴۲/۶*	۱۳۴	۱۶	۳۴۱	۴۰/۶	۷	۸۳۳	۹۹/۲
افراد مبتلا به ایدز باید از سایر افراد جامعه جدا شوند.	۳۰۰	۳۵/۷	۱۹۱	۲۲/۷	۳۴۴	۴۱	۵	۸۳۵	۹۹/۴
استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بیشتر وظیفه زن است.	۴۱۹	۴۹/۹	۱۸۲	۲۱/۷	۲۳۵	۲۸	۴	۸۳۶	۹۹/۵
بهتر است سقط جنین برای بارداری‌های ناخواسته آزاد شود.	۴۰۹	۴۸/۷	۱۹۳	۲۳	۲۲۹	۲۷/۳	۹	۸۳۱	۹۸/۹
من ترجیح می‌دهم برای زایمان از عمل سزارین استفاده کنم.	۲۸۷	۴۶/۱	۲۱۹	۲۶/۱	۲۲۵	۲۶/۸	۹	۸۳۱	۹۹/۹
زایمان‌های با فاصله کمتر از سه سال به سلامت مادر آسیب می‌زند.	۷۳	۸/۶	۱۰۸	۱۲/۹	۶۵۴	۷۷/۹	۵	۸۳۵	۹۹/۴
در زمان قاعدگی باید از خوردن غذاهای سرد (شیر، ماست، کشک) پرهیز کرد.	۲۶۳	۳۱/۳	۱۵۲	۱۸/۱	۴۲۰	۵۰	۵	۸۳۵	۹۹/۴

* درصد گیری در بین موارد پاسخ داده شده انجام شده است. به عنوان مثال در سطر اول درصدها نسبت به ۸۳۳ نفر محاسبه شده است.

حاکی از آن بود که ۴۰/۵٪ زنان با منشورت همسر و ۲۸/۱٪ از آنان خود روش پیشگیری از بارداریشان را انتخاب کرده بودند.

۲۱/۹٪ از زنان مورد بررسی در حین استفاده از یک روش پیشگیری، با بارداری ناخواسته مواجه شده بودند که اکثر آنها (۳۶/۵٪) دلیل آن را نمی‌دانستند و ۲۲/۳٪ آنان، نداشتن اطلاع کافی در مورد نحوه صحیح استفاده از روش‌های پیشگیری را به عنوان دلیل بارداری ناخواسته خود برمی‌شمردند. ۱۹/۲٪ اعلام نمودند که اگر در آینده با بارداری ناخواسته مواجه شوند سقط خواهند نمود و فقط ۵۰/۲٪ اظهار داشتند که بارداری خود را ادامه خواهند داد. براساس یافته‌ها، ۳۷/۱٪ از زنان مورد بررسی عمل سزارین انجام داده بودند که فقط ۱۹/۵٪ آنان به دلایل پزشکی این عمل را انجام داده بودند و بقیه به دلایلی از قبیل ترس از زایمان طبیعی و فقدان عوارض برای کودک و نداشتن درد در عمل سزارین، این روش را انتخاب کرده بودند.

بررسی عملکرد زنان در دیگر مقوله‌های عملکرد حاکی از آن بود که اغلب زنان مورد مطالعه (۸۳٪) در زمان قاعدگی به حمام می‌روند و ۲۲/۶٪ در منزل خودآزمایی پستان انجام می‌دهند. اغلب زنان (۵۴/۸٪) تا به حال آزمایش پاپ اسمیر را انجام نداده بودند و ۲۹/۶٪ یک یا دو بار این آزمایش را قبلاً انجام داده بودند.

به طور کلی میانگین نمره آگاهی زنان مورد بررسی ۹/۲۱±۳/۰۴ از ۱۴ بود. بنابراین با توجه به اینکه این

زنان به طور میانگین ۶۶٪ از کل نمره آگاهی راجع به بهداشت باروری را کسب نمودند، آگاهی آنان نسبتاً خوب برآورد گردید. نمره آگاهی زنان در مقاطع تحصیلی و سطوح شغلی متفاوت، اختلاف معنی‌داری داشت، به طوری که زنان دارای تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر، آگاهی بالاتری نسبت به سایر زنان با مدارک تحصیلی پایین‌تر داشتند ($p < 0.001$) و زنان شاغل در خارج از منزل آگاهی بیشتری نسبت به زنان خانه‌دار و شاغل در منزل داشتند ($p < 0.001$). همچنین براساس نتایج آزمون ناپارامتری کروسکال والیس، آگاهی زنان در هفت شهر مورد بررسی تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0.001$)، به طوری که زنان شهر شیراز بالاترین آگاهی را داشتند و پس از آن به ترتیب زنان شهرهای همدان، یزد، شهرکرد، مشهد، تهران و یاسوج قرار داشتند. همچنین از بین سایر متغیرهای زمینه‌ای، آگاهی فقط با تعداد فرزند همبستگی معکوس، ضعیف و معنی‌داری داشت ($p < 0.05$, $r = -0.07$).

میانگین نمره نگرش زنان $105 \pm 2/4$ از ۲۱ بود که با توجه به کسب ۷۱٪ کل نمره نگرش از سوی این زنان، نگرش آنان نسبت به بهداشت باروری مطلوب ارزیابی گردید. براساس نتایج آزمون کروسکال والیس، نگرش زنان در مقاطع تحصیلی مختلف، تفاوت معنی‌داری نداشت؛ اما در سطوح شغلی متفاوت، اختلاف معنی‌داری وجود داشت، به طوری که زنان شاغل در خارج از منزل، نگرش مطلوب‌تری نسبت به زنان خانه‌دار و شاغل

تنها روش پیشگیری از بارداری است که از انتقال ایدز و سایر بیماری‌های آمیزشی به نحو مؤثری جلوگیری می‌کند. به عقیده Hardon، لازم است به مراجعین دریافت خدمات در خصوص فایده اختصاصی کاندوم که محافظت در برابر بیماری‌های آمیزشی و HIV/AIDS است توضیح داده شود (۱۲).

هرچند به عقیده کارشناسان ماموگرافی و معاینه دقیق پستان تنها روش‌های قابل قبول برای بیماریابی در سرطان پستان هستند (۱۳) و براساس تحقیقات بیش از ۴۰٪ از موارد تشخیص این سرطان توسط خود بیماران بوده است (۱۴) ولی نسبت کمی از زنان مورد مطالعه (۱۸/۳٪) از زمان مناسب خودآزمایی پستان آگاهی داشتند. همچنین با توجه به اینکه پاپ اسمیر نیز آزمایش تشخیصی دیگری است که به عنوان مؤثرترین و کم هزینه‌ترین روش برای غربالگری سرطان سرویکس به اثبات رسیده و می‌تواند میزان بروز مرگ و میر ناشی از آن را کاهش دهد (۱۵) نسبت ۱۸/۶٪، برای زنانی که از دوره زمانی مناسب برای انجام تست پاپ اسمیر آگاهی داشتند کم به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به نتایج فوق در زمینه آگاهی، لازم است راهکارهایی در جهت افزایش آگاهی زنان در این مقوله‌ها و نیز توانمندسازی آنان در جهت عملکرد مثبت اندیشیده شود.

اکثریت زنان مورد بررسی (۸۶٪) از بهترین دوره فرزندآوری (۲۰-۳۵ سالگی) آگاهی داشتند که این نسبت حتی از نسبت به دست آمده در مطالعه شفيعی و همکاران بیشتر است. در این مطالعه که بر روی دانشجویان و در سال ۱۳۸۳ انجام گرفته است ۸۰٪ دانشجویانی که واحد درسی جمعیت و تنظیم خانواده را گذرانده بودند از بهترین دوره فرزندآوری آگاهی داشتند (۱۶).

یافته‌ها در خصوص نگرش زنان حاکی از آن بود که تنها حدود ۴۰٪ آنان همه افراد جامعه را در معرض

در منزل داشتند ($p < 0/01$). نگرش زنان در هفت شهر مورد بررسی نیز تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$) به طوری که زنان همدان مطلوبترین نگرش را داشتند و پس از آن به ترتیب زنان شهرهای تهران، شیراز، یاسوج، شهرکرد، مشهد و یزد قرار داشتند. نگرش با هیچکدام از متغیرهای زمینه‌ای دیگر رابطه معنی‌داری را نشان نداد.

همچنین آگاهی و نگرش رابطه مثبت و معنی‌داری با یکدیگر داشتند ($p < 0/001$, $r = 0/24$).

مطابق یافته‌ها، زنان دارای تحصیلات دیپلم بیشتر از سایر زنان، در منزل خودآزمایی پستان انجام می‌دادند که آزمون ^۲این رابطه را از نظر آماری معنی‌دار نشان داد ($p = 0/001$). همچنین انجام تست پاپ اسمیر رابطه معنی‌داری با سطح تحصیلات داشت ($p = 0/001$).

برطبق نتایج این پژوهش، اکثر زنان (۶۴/۴٪) اطلاعات خود را در زمینه بهداشت باروری از طریق رادیو و تلویزیون کسب کرده بودند و بقیه آنان به ترتیب، پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی (۳۴/۶٪)، پزشک (۳۴/۳٪)، دوستان و اطرافیان (۳۱/۸٪) و سایر منابع (۲۳/۱٪) را به عنوان منابع کسب اطلاعات خود برمی‌شمردند.

بحث

یافته‌های این پژوهش در خصوص آشنایی زنان با روش‌های پیشگیری از بارداری اورژانسی در هفت شهر مورد بررسی، نشانگر آشنایی کمتر از نیمی از آنان (۴۷٪) با این روش بود. باید گفت که روش‌های اورژانسی پیشگیری به عنوان راه حلی برای پیشگیری از بارداری ناخواسته، به خصوص در مواقعی که مقاربت محافظت نشده یا شکست در روش‌های ضدبارداری اتفاق افتاده باشد، مطرح می‌باشند (۱۱).

دیگر یافته این پژوهش مبنی بر آن بود که کمتر از نیمی از زنان (۴۶/۴٪) از این نکته آگاهی داشتند که کاندوم

خطر ابتلا به ایدز می‌دانستند و در نتیجه اکثریت زنان حساسیت درک شده بالایی در مورد HIV/AIDS نداشتند.

درصد نسبتاً بالایی از زنان (۴۱٪) موافق جدا شدن افراد مبتلا به ایدز از سایر افراد جامعه بودند. این ارقام بیانگر وجود سوء پنداره‌هایی^۱ در مورد ایدز در بین زنان می‌باشد. به اعتقاد Li و Quek این سوء تعابیر در خصوص بیماری ایدز، احتمالاً می‌تواند بر اساس شایعات بی‌اساس رایج در بین مردم و کمبود اطلاعات داده شده به مردم برای تجهیز آنان به آگاهی‌های مورد نیاز باشد (۱۹).

در حالی که آمارها نشانگر آن هستند که میزان مرگ و میر در زنانی که تحت عمل سزارین قرار می‌گیرند دو تا سه برابر و میزان ناتوانی بعد از عمل پنج تا ده برابر بیشتر از زنانی است که زایمان طبیعی انجام می‌دهند (۲۰) هنوز نسبت بالایی از زنان (۲۶/۸٪) در این پژوهش ترجیح می‌دادند که برای زایمان از سزارین استفاده کنند. بنابراین به نظر می‌رسد که باید همانند سایر کشورها، برنامه‌های کاهش سزارین‌های غیرضروری را آغاز نمود که یکی از این برنامه‌ها تمرکز بر تلاش‌های آموزشی در دوران مراقبت‌های بارداری است که تأثیر آن در سایر مطالعات نیز به اثبات رسیده است (۲۱).

نسبت زنان استفاده کننده از روش طبیعی در این بررسی (۲۲/۵٪) هرچند با نسبت ۲۲/۲٪ در IDHS همخوانی داشت (۱) ولی نشانگر عدم تغییر در نسبت زنان استفاده کننده از روش طبیعی در خلال ۵ سال گذشته بوده است. بنابراین تغییر در این نسبت از زنان و سوق دادن آنان به سمت استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

تنظیم خانواده هر چند مسئولیت مشترک مردان و زنان می‌باشد و عدم مشارکت همسران در استفاده از وسایل

جلوگیری از بارداری به عنوان عامل خطر بالقوه برای بارداری‌های ناخواسته در مطالعات ذکر گردیده است (۲۲) ولی فقط ۲۲/۵٪ از زنان در این بررسی کاندوم را به عنوان وسیله پیشگیری خود معرفی کردند و تنها ۱/۸٪ از شوهران این زنان از واژکتومی استفاده می‌کردند، لذا تأکید مداوم بر افزایش مشارکت مردان در امر تنظیم خانواده باید از سیاست‌های جدی برای کاهش وقوع بارداری‌های ناخواسته باشد.

مطابق نتایج این تحقیق، ۲۱/۹٪ زنان مورد مطالعه در حین استفاده از یک روش پیشگیری، با بارداری ناخواسته مواجه شده بودند که در مقایسه با نسبت ۱۸/۴٪ در IDHS سال ۷۹ بالاتر بوده است (۱). بررسی شجاعی زاده و همکاران نیز در قائم‌شهر در سال ۱۳۸۳ نشان داد که ۸/۵٪ از جامعه مورد پژوهش از قرص و کاندوم به طور صحیح استفاده نمی‌کردند (۲۳). همچنین درصد بالایی از زنان (۲۲/۳٪) اعلام کردند که نداشتن اطلاع کافی، علل شکست آنها در پیشگیری از بارداری بوده است. با توجه به این که مشاوره صحیح قبل از پیشنهاد یک روش پیشگیری از عوامل مؤثر در انتخاب روش مناسب و افزایش کارایی و تداوم استفاده از وسیله به شمار می‌رود، به نظر می‌رسد تأکید بر راهکارهای افزایش کمیت و کیفیت خدمات مشاوره از سوی پرسنل مراکز بهداشتی به مراجعین می‌تواند یکی از راهکارهای اساسی برای کاهش وقوع بارداری ناخواسته باشد.

برطبق نتایج این پژوهش، ۴۵٪ زنان از روش‌هایی استفاده می‌کردند که در آنها میزان شکست به طور قابل توجهی بالاست (طبیعی و کاندوم) و به حدود ۱۰٪ و بیشتر می‌رسد (۲۴). ولی فقط ۴۷٪ آنان از نحوه صحیح اورژانس پیشگیری از بارداری اطلاع داشتند. نتایج تحقیقات مشابه نیز نشان می‌دهد که ۹۰-۸۰٪ از کسانی که از کاندوم و روش منقطع استفاده می‌کردند، از روش‌های اورژانس پیشگیری از بارداری آگاهی

1- Misconception

نداشتند و این عدم آگاهی با وقوع بارداری ناخواسته در آنان مرتبط بوده است (۲۵).

یافته دیگر معرف احتمال وقوع سقط در آینده، آن بود که ۱۹/۲٪ زنان اعلام کردند در صورت مواجه شدن با بارداری ناخواسته سقط خواهند نمود. به عقیده کارشناسان به دلیل وجود ملاحظات شرعی و اخلاقی در ارتباط با سقط جنین روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری، تنها راه حل موجود و قانونی به منظور پیشگیری از بارداری ناخواسته و به تبع آن سقط در ایران محسوب می‌شود. در این مطالعه ۳۷/۱٪ زنان عمل سزارین انجام داده بودند که کمتر از نسبت ۴۱/۹ درصدی در IDHS سال ۷۹ بوده است (۱) ولی به هر حال بیش از آمار قابل قبول سزارین در جهان است که بین ۲۰ تا ۲۲٪ متغیر است (۲۶).

عملکرد زنان در زمینه انجام تست پاپ اسمیر حاکی از آن بود که نسبت کمی از زنان (کمتر از ۳۰٪) یک یا دو بار این آزمایش را قبلاً انجام داده بودند. به نظر می‌رسد از زمان خصوصی شدن خدمات انجام پاپ اسمیر در مراکز بهداشتی-درمانی دولتی، درصد پوشش پاپ اسمیر کاهش پیدا کرده باشد. آمار منتشره از سوی مرکز بهداشت استان یزد در خصوص پوشش پاپ اسمیر در طی سال‌های ۸۱ تا ۸۳ نیز کاملاً موید این کاهش می‌باشد (۲۷). این نتیجه لزوم اتخاذ سیاست‌هایی در جهت رایگان کردن مجدد این تست در مراکز بهداشتی و درمانی را کاملاً روشن می‌سازد.

یافته دیگر این تحقیق مبنی بر ارتباط معنی‌دار بین انجام تست پاپ اسمیر و خودآزمایی پستان با تحصیلات زنان نتایج پژوهش Abau shabana در سال ۲۰۰۳ را تأیید می‌کند (۱۰).

برطبق نتایج این بررسی، اکثر زنان (۶۴/۴٪)، اطلاعات خود را در مورد بهداشت باروری از رادیو و تلویزیون کسب کرده بودند که این مطالعه، نتایج مطالعات مشابه را تأیید می‌کند (۱۰، ۲۸).

نتیجه دیگر این مطالعه مبنی بر اینکه پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی و پزشکان منابع بعدی کسب اطلاعات زنان مورد بررسی بودند، نه تنها با سایر مطالعات مشابه در همین زمینه همخوانی دارد (۲۸، ۲۹) بلکه بیانگر آن است که این مراکز قابلیت تبدیل شدن به یکی از اولین و معتبرترین منابع کسب اطلاعات زنان در زمینه بهداشت باروری را دارند.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌ها و بحث‌های فوق، نتیجه‌گیری این تحقیق در موارد ذیل خلاصه می‌گردد:

۱- پیشنهاد می‌گردد اطلاعات لازم در خصوص بیماری‌های آمیزشی به خصوص ایدز، ضرورت انجام خودآزمایی پستان و آزمایش پاپ اسمیر، مشکلات و عوارض مربوط به سزارین، روش‌های پیشگیری از بارداری به‌ویژه روش‌های اورژانسی، از سوی پزشکان، کارشناسان و پرسنل بهداشت خانواده به مادران آموزش داده شود. البته استفاده از رابطین بهداشتی و به کارگیری رسانه‌های آموزشی چون پمفلت و پوستر در خصوص موضوعاتی از قبیل روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری و خدمات موجود در مراکز بهداشتی-درمانی نیز ضرورت داشته و توزیع آن از طریق مراکز بهداشتی توصیه می‌گردد.

۲- پیشنهاد می‌گردد توانمندسازی زنان در زمینه‌های بهداشت باروری، از طریق ایجاد راهکارهایی چون ارتقاء کیفیت خدمات مشاوره، رایگان نمودن مجدد تست پاپ اسمیر، تأکید بر افزایش مشارکت مردان در امر تنظیم خانواده و فعال نمودن سازمان‌های غیردولتی در زمینه بهداشت و حقوق باروری تقویت گردد.

۳- با توجه به سپری شدن قسمت اعظم وقت زنان جامعه ما در منزل و به طور کلی تأثیر بسیج آموزشی رسانه‌های جمعی^۱ بر افزایش آگاهی جامعه تحت

1- Mass media campaign

اهداف کلی، اهداف ویژه، منابع، روشها و رسانه‌های آموزشی و شیوه ارزشیابی، تدوین و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری مرکز بهداشت شهرستان‌های تهران، شیراز، مشهد، یزد، شهرکرد، همدان و یاسوج و پرسنل محترم مراکز بهداشتی-درمانی شهرهای مرکزی استان‌های فوق که محققین را در گردآوری اطلاعات حمایت نمودند سپاسگزاری نمایند. همچنین از زحمات جناب آقای محمد حسین احمدیه که ما را در مشاوره آماری این پروژه یاری نمودند و نیز سرکار خانم الهه میرراسخیان برای همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در شهر تهران قدردانی می‌گردد.

پوشش آن، پیشنهاد می‌گردد از رسانه‌های محلی مانند تلویزیون‌های استانی و روزنامه‌های محلی بیشتر استفاده گردد. در عین حال ذکر این نکته ضروری است که صحت اطلاعات ارائه شده توسط رسانه‌های جمعی به اندازه پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی و پزشکان نیست.

۴- پیشنهاد می‌گردد مطالعات اختصاصی دیگری درخصوص رضایتمندی اختصاصی زنان از روش‌های پیشگیری مورد استفاده آنان و نیز خدمات مشاوره‌ای ارائه شده به آنان در مراکز انجام گرفته و نتایج آن به صورت پیشنهادات کاربردی به سازمان‌های مسئول ارائه گردد.

۵- با توجه به تأکید سازمان جهانی بهداشت و اهمیت حقوق باروری در اسلام، پیشنهاد می‌گردد برنامه آموزش بهداشت باروری در استان‌های فوق به تفکیک

منابع

- 1- معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری مرکز آمار ایران، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹)، صفحات: ۷۸-۵۲.
- 2- زنجانی حبیب ا...، شادپور کامل، میرزائی محمد، مهریار امیر هوشنگ. جمعیت، توسعه و بهداشت باروری. چاپ ششم، انتشارات بشری (۱۳۸۲)، صفحات ۱۱۷-۱۱۶.
- 3- حاتمی حسین، رضوی سید منصور، افتخار اردبیلی حسن، مجلسی فرشته، سید نوزادی محسن، پریزاده سید محمد جواد. کتاب جامع بهداشت عمومی. جلد سوم، چاپ اول، انتشارات ارجمند (۱۳۸۳)، صفحات: ۷۲-۱۳۵۴.
- 4- Roudi-Fahimi. Womens Reproductive Health In The Middle East And North AFRICA, MENA Policy Brief, Population Reference Bureau. pp:1-8.
- 5- Jaffer YA, Afifi M, Al Ajmi F, Alouhaisi K. Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: II. Reproductive health. East Mediterr Health J. 2006;12(1-2):50-60.
- 6- Leeman L. Medical barriers to effective contraception.
- Obstet Gynecol Clin North Am. 2007;34(1):19-29.
- 7- شجاعی تهرانی حسین. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی. چاپ سوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان (۱۳۷۵)، صفحات ۱۲۳-۱۲۱.
- 8- Chichakli LO, Atrash HK, Musani AS, Johnson JT, Mahaini R, Arnaoute S. Family Planning Services and programmes in Countries of The Eastern Mediterranean Region. East Mediterr Health J. 2000;6(4):614-24.
- 9- معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳)، صفحه ۱۱۰.
- 10- Abou Shabana K, el-Shiek M, el-Nazer M, Samir N. Womens perceptions and practices regarding their rights to reproductive health. East Mediterr Health J. 2003;9(3):296-308.
- 11- Graham A, Dawson W, Moore L. Emergency contraception. Health Educ J. 2000;59:329-339.
- 12- Hardon Antia A, Kabir S, Engelkes E. Monitoring Family Planning and Reproductive Rights. Published by Zed books, London. 1997:pp:18.

- ۱۳- پاک سرشت صدیقه، عودی مونا. سرطان پستان و غربالگری، فصلنامه پژوهشی دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان: سال ۱۶ (بهار و تابستان ۱۳۸۳)، صفحات: ۵-۶.
- 14- King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of Life three month and one year after first treatment for early Stage breast Cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res.* 2000;9(7):789-800.
- ۱۵- وظیفه شناس آذر، مبرهن یکتایی ملک النساء، سرطان سرویکس. فصلنامه پژوهشی دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان: سال ۱۶ (بهار و تابستان ۱۳۸۳)، صفحات: ۲۶-۲۴.
- ۱۶- شفیع فروغ، عباسی شوازی معصومه، عباسی شوازی محمد تقی، عبادی فردآذر فرید، ارزشیابی تأثیر آموزش واحد درسی جمعیت و تنظیم خانواده بر آگاهی و نگرش دانشجویان دانشکده مهندسی برق دانشگاه یزد، سال ۱۳۸۳. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی: ۱۳۸۴، شماره ۱۴، ویژه نامه خلاصه مقالات هفتمین همایش کشوری آموزش پزشکی، آبان ۳۸۴، صفحات ۶۳-۶۲.
- ۱۷- شجاعی زاده داوود، موسوی سید محمد حسین. مدل‌های مطالعه رفتارهای در آموزش بهداشت. چاپ اول، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹)، صفحات: ۲۱ و ۲۵.
- 18- Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In Glanz k, Lewis FM, Rimer BK (Editors). *Health Behavior and Health Education theory, Research and practice.* 2nd Edition. San Francisco: Jossey-Bass. 1997; pp:41-59.
- 19 - Quek JT, Li Sc. A study of the effectiveness of AIDS Health education Interventions among the adolescent population of Singapore. *Singapore Med J.* 2002; 43 (7):359-64.
- 20- Cunnigham F, Mcdonald P, Levenok K. Cesarean Section and Cesarean hysterectomy. *Williams obstetrics.* 19 th texa. Prentice Hail International. INC. 1993; 591-4.
- ۲۱- توسلی مریم، حیدرنیا محمدعلی، غفرانی پور فضل ا...، رمضانزاده فاطمه، بررسی تأثیر آموزش در کاهش سزارین انتخابی در خانم‌های باردار. فصلنامه پژوهشی طلوع بهداشت: خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، سال ۲ (تابستان و پائیز ۱۳۸۲)، شماره ۲ و ۳، صفحه ۳۹.
- ۱۳۸۲)، شماره ۲ و ۳، صفحه ۳۹.
- ۲۲- عباسی شوازی محمد جلال، حسینی چاووشی میمنت، دلاور بهرام، حاملگی ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در ایران. فصلنامه باروری و ناباروری: سال پنجم (۱۳۸۲)، شماره ۱، صفحات: ۷۶-۶۲.
- ۲۳- شجاعی زاده داوود، چالشگر مشرفه، پاشایی طاهره، تعیین میزان شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله در شهرستان قائم شهر در سال ۱۳۸۳. فصلنامه پژوهشی طلوع بهداشت: سال ۳ (زمستان ۱۳۸۳)، شماره ۴، صفحات: ۲۶-۲۰.
- ۲۴- حلم سرشت پریش، دل پیشه اسماعیل. جمعیت و تنظیم خانواده. انتشارات چهر (۱۳۷۹)، صفحات: ۱۰۵ و ۱۱۳.
- ۲۵- شکبیا مهرداد، طباطبایی افسر، کریمی مهران، بررسی حاملگی ناخواسته در استان یزد در سال ۸۰-۱۳۷۹. فصلنامه پژوهشی طلوع بهداشت: سال ۱ (زمستان ۱۳۸۱)، شماره ۲، صفحات: ۳۰-۲۶.
- ۲۶- بلبل حقیقی ناهید، ابراهیمی حسین، عجمی محمد اسماعیل، مقایسه فراوانی زایمان طبیعی و سزارین و علل آن در شهرستان شاهرود در سال ۱۳۷۹. فصلنامه پژوهشی باروری و ناباروری: سال ۳ (بهار ۱۳۸۱)، شماره ۱۰، صفحات: ۵۸-۵۱.
- ۲۷- مرکز بهداشت استان یزد، واحد تنظیم خانواده، آمار سالیانه پوشش پاپ اسمیر در استان یزد در سالهای ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳.
- ۲۸- باقیانی مقدم محمد حسین، احرام پوش محمد حسن، میرزایی منصور، فاضل پور شکوه، منابع مورد استفاده زنان ۴۹-۱۵ ساله استان یزد در زمینه آگاهی‌های کسب شده نسبت به بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده، فصلنامه پژوهشی طلوع بهداشت: سال ۳ (بهار ۱۳۸۳)، شماره ۱، صفحات: ۴۵-۳۹.
- ۲۹- سیام شهره، بررسی نحوه عملکرد زنان شهر رشت درباره تنظیم خانواده. فصلنامه پژوهشی طلوع بهداشت: خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، سال ۲ (تابستان و پائیز ۱۳۸۲)، شماره ۲ و ۳، صفحه ۳۹.