

مقایسه دیدگاه مدیران، کارکنان و مددجویان در زمینه موانع فرهنگی - مذهبی مشاوره تنظیم خانواده

سهیلا احسانپور^۱ *صفورا طاهری^۲ شهناز کهن^۳
حمید تقی نژاد^۴ زینب سهرابی^۵ نازنین رضائی^۶ مهسا شکور^۷

چکیده

زمینه و هدف: مناسب بودن مشاوره تنظیم خانواده جهت انتخاب آگاهانه و استفاده صحیح و مسئولانه از روش های پیشگیری از بارداری نقش بسیار مهمی ایفا می کند. موانع فرهنگی-مذهبی می تواند در مشاوره تنظیم خانواده اثر گذار باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه دیدگاه مدیران، کارکنان و مددجویان در زمینه موانع فرهنگی و مذهبی مشاوره تنظیم خانواده انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای به صورت مقطعی، تک مرحله‌ای و سه گروهی با مشارکت ۲۹۵ نفر شامل ۵۹ نفر از مدیران، ۱۱۰ نفر از کارکنان و ۱۲۶ نفر از مددجویان در مراکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام گردید. نمونه گیری در مدیران و کارکنان به روش سرشماری و در مددجویان به روش تصادفی ساده بود. ابزارگردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای محقق ساخته بوده که در دو بخش ویژگی‌های فردی-باروری و سنجش دیدگاه طراحی شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی نسبی و مطلق) و استنباطی (آنالیز واریانس یک طرفه) در SPSS نسخه ۱۹ استفاده گردید.

یافته‌ها: اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره دیدگاه مدیران، کارکنان و مددجویان در زمینه موانع فرهنگی و مذهبی مشاوره تنظیم خانواده مشاهده شد ($P < /0.01$).

نتیجه‌گیری کلی: نتایج این مطالعه نشانگر تفاوت در دیدگاه سه گروه مورد بررسی بود؛ بطوریکه مددجویان این موانع را کم رنگ تر و کم اثرتر از ارایه دهندگان در مشاوره تنظیم خانواده گزارش کردند. بنابراین لزوم برنامه‌ریزی جهت برگزاری جلساتی با حضور همزمان سه گروه جهت شناسایی دغدغه‌هایی که عملکرد هر کدام از این افراد را در زمینه برنامه ریزی و اجرای صحیح مشاوره تنظیم خانواده تحت تاثیر قرار می دهد احساس می شود.

کلید واژه‌ها: تنظیم خانواده، مشاوره، موانع، فرهنگ و مذهب

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۲۸

^۱ عضو هیئت علمی گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (نویسنده مسئول).
شماره تماس: ۰۹۱۸۳۴۱۸۴۹۵ Email:taheri_safura@yahoo.com
^۳ استادیار و عضو هیئت علمی گروه مامایی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری-مامایی، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۴ استادیار و عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
^۵ عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۶ مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۷ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی، مرکز توسعه مطالعات آموزش پزشکی، کمیته پژوهش‌های دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

جلوگیری از بارداری در سراسر سنین باروری زنان از اولویت خاصی برخوردار است. از سویی جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته سبب کاهش میزان مرگ مادران می‌شود، به طوری که در سال ۱۹۹۰، در هر صد هزار تولد زنده، ۱۱/۸ مرگ مادری وجود داشت اما امروزه به دلیل خدمات تنظیم خانواده و استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، این میزان کاهش یافته است^(۱).

تنظیم خانواده به معنای پیشگیری از حاملگی پرخطر، حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده و نهایتاً سقطهای غیر-قانونی است و هدف از این برنامه، توانا سازی 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 کاملی از روشهای موثر و مطمئن جلوگیری از بارداری است^(۲،۳،۴).

انتخاب بهترین روش پیشگیری از بارداری، مهمترین دغدغه برای زوجینی است که نگران حاملگی ناخواسته هستند که البته، نمی‌توان برای همه زوجین یک روش خاص را بهترین دانست^(۵)؛ چرا که این انتخاب ممکن است تا حدود زیادی تحت تاثیر مسائل مذهبی و اعتقادی فرد از قبیل تمایل برای داشتن فرزند پسر، داشتن تعداد فرزندان بیشتر جهت تشکیل خانواده پرجمعیت و بقای نسل قرار داشته باشد^(۶،۷) که ممکن است سبب اختلال در روند انتخاب و دریافت خدمات تنظیم خانواده و یا به عبارتی اختلال در فرایند مشاوره تنظیم خانواده شود.

مشاوره تنظیم خانواده، نقش کلیدی در ایجاد استمرار و پیامد مثبت روش‌های تنظیم خانواده دارد و برای تصمیم‌گیری آگاهانه و داوطلبانه ضروری می‌باشد. مشاوره تنظیم خانواده در واقع یک فرایند برقراری ارتباط است که مشاور، اطلاعات کامل و دقیقی به مددجویان می‌دهد و به آنها کمک می‌نماید که تصمیمات داوطلبانه و آگاهانه در مورد گزینه‌های باروری و پیشگیری از باروری خود بگیرند^(۸)؛ اما متأسفانه ممکن است مشاوره‌های

تنظیم خانواده به علل مختلف از جمله موارد نامبرده تحت تاثیر سوئی قرار گیرند^(۹).

مطالعات کیفی انجام شده در زمینه تنظیم خانواده، موانع متعددی را در این زمینه معرفی نموده‌اند که می‌توان از بین آنها، موانع فرهنگی- مذهبی را نام برد. Stephenson & Hennink در مطالعه خود عوامل فرهنگی را به عنوان بزرگترین مانع استفاده از خدمات تنظیم خانواده گزارش نمودند^(۱۰). Akers و همکاران دریافته‌اند که گروهی از موانع مهم در طی مشاوره تنظیم خانواده موانع ایجاد شده از سوی دریافت کنندگان خدمات می‌باشد^(۱۱). Moss, Bartholomew & Iohr در مرور نظام مند خود و Creel, Sass & Yinger نیز گزارش کرده‌اند که باورهای مددجویان تحت تاثیر عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی بوده؛ چنانچه در برخی از کشورها زنان توانایی تصمیم‌گیری، حق انتخاب و دسترسی به خدمات تنظیم خانواده را ندارند^(۱۲،۱۳). با وجود شناسایی این موانع در مقالات کیفی انجام شده، از یک سو این موانع به صورت کمی در ایران بررسی نشده‌است و از سویی دیگر شناسایی و مقایسه این موانع از دیدگاه مدیران، کارکنان و مددجویان که سه عضو مهم نظام ارائه و دریافت خدمات است ممکن است بتواند ما را در جهت تلاش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای برای تعدیل این موانع و افزایش کیفیت مشاوره‌های تنظیم خانواده و در نهایت رسیدن به اهداف برنامه‌های تنظیم خانواده یاری نماید. پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه دیدگاه مدیران، کارکنان و مددجویان در زمینه موانع مشاوره تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-مقایسه‌ای، مقطعی، تک مرحله‌ای و سه گروهی است که با همکاری ۲۹۵ نفر نمونه مورد پژوهش در مراکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان سال ۱۳۹۱ انجام گردید. تعداد نمونه‌های مورد

عبارت جهت پاسخ کاملاً مخالفم امتیاز صفر و جهت پاسخ کاملاً موافقم امتیاز ۴ در نظر گرفته شد. منظور از دیدگاه در زمینه موانع فرهنگی - مذهبی، اعتقادات و باورهای غلط مددجویان، تمایل برای داشتن فرزند پسر، نداشتن استقلال و قدرت تصمیم‌گیری مددجویان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری و عواملی نظیر این بود (جدول ۲). جهت طراحی سوالات مربوط به دیدگاه، پژوهشگر پس از مطالعه پژوهش‌های کمی و کیفی انجام شده در زمینه مشاوره تنظیم خانواده در داخل و خارج کشور و بررسی متون مربوط به مشاوره تنظیم خانواده، موانع فرهنگی - مذهبی مطرح شده در زمینه مشاوره تنظیم خانواده را استخراج نموده و پرسشنامه ای اولیه تنظیم گردید. پس از آن جهت روایی محتوی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری-مامایی و افراد متخصص در این زمینه گذارده شده و سپس نظرات اصلاحی جمع‌آوری و با انجام تغییرات لازم پرسشنامه نهایی تدوین گردید. جهت پایایی پرسشنامه موانع، پرسشنامه توسط یک گروه شامل ۲ نفر از مدیران، ۳ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و ۶ نفر از مددجویان که مشخصات ورود به مطالعه را داشتند (البته از نمونه‌گیری اصلی حذف شده‌اند) تکمیل گردید. سپس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹، محاسبه شده و بدین ترتیب پرسشنامه جهت بررسی اهداف پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در دو گروه مدیران و کارکنان به صورت خودگزارشی و در گروه مددجویان به صورت خودگزارشی یا پرسشگری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار spss نسخه ۱۹ و به کارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، فراوانی مطلق و نسبی) و آمار استنباطی (آنالیز واریانس یک طرفه) انجام گردید.

یافته‌ها

پژوهش با مشورت با متخصص آماری و با توجه به تخمین تعداد مدیران و کارشناسان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی، مرکز بهداشت استان، مرکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان ۶۳ نفر در نظر گرفته شد. بر اساس هدف مقایسه ای مطالعه و اینکه تعداد کارکنان با تمایل شرکت در مطالعه در ابتدای مطالعه مشخص نبود مساوی تعداد مدیران و تعداد مددجویان نیز دو برابر تعداد مدیران در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در مدیران سرشماری بود که در پایان نمونه‌گیری تعداد مدیران با تمایل به شرکت در مطالعه ۵۹ نفر بود. روش نمونه‌گیری در گروه کارکنان نیز از طریق سرشماری بود که در نهایت ۱۱۰ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی منتخب (۲۰ مرکز بهداشتی و درمانی)، دارای تمایل به شرکت در مطالعه بودند. نمونه‌گیری در گروه مددجویان به روش تصادفی ساده (انتخاب یک در میان آنها از بین مراجعه کنندگان که جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه نموده بودند) انجام گردید. معیارهای ورود مددجویان شامل زنان متأهل ۴۹-۱۵ سال و در حال استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری بود. بنابراین حجم نمونه کلی در این مطالعه به ۲۹۵ نفر (۵۹ مدیر، ۱۱۰ نفر از کارکنان و ۱۲۶ نفر مددجو) رسید. پژوهشگر پس از کسب اجازه و معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ارائه آن به مراکز بهداشتی استان و شهرستان، اجازه نامه کتبی جهت اجرای پژوهش را دریافت نمود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای محقق ساخته و دو بخشی بود. بخش اول شامل سوالات مربوط به متغیرهای فردی و باروری مدیران، کارکنان و مددجویان بوده و بخش دوم، پرسشنامه سنجش دیدگاه در زمینه موانع فرهنگی - مذهبی مشاوره تنظیم خانواده بود. منظور از دیدگاه در زمینه موانع فرهنگی - مذهبی مشاوره تنظیم خانواده، میانگین نمره کسب شده از پاسخ به ۶ سوال در پرسشنامه جهت سنجش دیدگاه در زمینه موانع فرهنگی - مذهبی با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بود به طوری که در هر

دلخواه آنها ۲/۳ بود. در اکثریت مددجویان، روش فعلی پیشگیری از بارداری کاندوم (۴۲/۹٪)، و روش قبلی پیشگیری از بارداری طبیعی (۴۰/۵٪) بود. ۲۴/۶ درصد از آنها تجربه حاملگی ناخواسته و ۵۷/۱ درصد از آنها تمایل به بارداری در آینده را گزارش نمودند. میانگین نمره دیدگاه مددجویان در زمینه موانع فرهنگی- مذهبی مشاوره تنظیم خانواده برابر ۴۰/۶±۱۶/۵ بود.

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت معناداری را بین میانگین نمره دیدگاه سه گروه در زمینه موانع فرهنگی- مذهبی نشان داد ($p < .001$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در این زمینه، نمره دیدگاه مدیران و کارکنان ($p = .017$) با هم تفاوت معنادار نداشته، اما میانگین نمره دیدگاه مددجویان با هر یک از دو گروه مدیران و کارکنان تفاوت معناداری داشته است ($p < .001$)؛ به عبارت دیگر می توان گفت مددجویان کمتر از مدیران و کارکنان موانع فرهنگی و مانع در فرایند مشاوره تنظیم خانواده دانسته اند. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می شود بر اساس نمره کسب شده از پرسش های دیدگاه در زمینه موانع فرهنگی- مذهبی و طبقه بندی در ۵ زیر گروه، بیشترین تعداد در گروه مدیران (۴۴٪) و کارکنان (۵۷/۳٪) موانع فرهنگی-مذهبی را به میزان زیاد به عنوان مانعی در مشاوره تنظیم خانواده دانسته اند، در حالی که بیشترین تعداد مددجویان (۴۰/۵٪) این موانع را به مقدار متوسط به عنوان مانع در مشاوره تنظیم خانواده بیان نمودند.

ویژگی های فردی و باروری در گروه مدیران، شامل ۵۹ نفر (۳۳ زن و ۲۶ مرد) با میانگین سنی $43 \pm 5/5$ سال با سابقه مدیریت یا پست ستادی 10 ± 6 سال و $79/7$ ٪ پزشک عمومی و $54/2$ درصد دارای دو فرزند بود. $91/5$ درصد مدیران مشاهده حضوری اجرای مشاوره تنظیم خانواده توسط کارکنان بهداشتی و $93/2$ درصد آنها ارائه مشاوره تنظیم خانواده در طی تجارب کاری خود را بیان نمودند. میانگین نمره دیدگاه مدیران در زمینه موانع فرهنگی- مذهبی مشاوره تنظیم خانواده برابر $62/6 \pm 16/3$ بود.

ویژگی های فردی و باروری گروه کارکنان، شامل ۱۱۰ نفر با میانگین سنی $39/7 \pm 6/2$ سال، با سابقه کار در زمینه مشاوره تنظیم خانواده $13 \pm 6/4$ سال و $54/6$ ٪ مدرک مامایی و $50/9$ ٪ آنها دارای دو فرزند بودند. با توجه به پاسخ های کارکنان، میانگین تعداد مراجعه کنندگان در روز جهت مشاوره تنظیم خانواده 10 ± 6 نفر محاسبه شد. همچنین $25/5$ درصد از کارکنان از به روز نشدن برشورهای آموزشی در زمینه مشاوره تنظیم خانواده خبر دادند. میانگین نمره دیدگاه کارکنان در زمینه موانع فرهنگی- مذهبی مشاوره تنظیم خانواده برابر $64/6 \pm 13/3$ بود.

ویژگی های فردی و باروری گروه مددجویان، شامل ۱۲۶ نفر با میانگین سنی $29/7 \pm 5/8$ سال، $88/1$ ٪ نوع مراجعه تکراری، $46/8$ ٪ تحصیلات زیر دیپلم، $92/1$ ٪ خانه دار و $56/1$ ٪ دارای یک فرزند بودند. میانگین تعداد فرزندان

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمره موانع فرهنگی - مذهبی مشاوره تنظیم خانواده در سه گروه مدیران، کارکنان و مددجویان

نمره باور	مدیران		کارکنان		مددجویان	
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق
خیلی کم (۰-۲۰)	۰٪	۰	۰٪	۰	۱۰/۳٪	۱۳
کم (۲۱-۴۰)	۱۳/۶٪	۸	۲/۷٪	۳	۳۸/۹٪	۴۹
متوسط (۴۱-۶۰)	۲۸/۸٪	۱۷	۳۰٪	۳۳	۴۰/۵٪	۵۱
زیاد (۶۱-۸۰)	۴۴٪	۲۶	۵۷/۳٪	۶۳	۸/۷٪	۱۱
بسیار زیاد (۸۱-۱۰۰)	۱۳/۶٪	۸	۱۰٪	۱۱	۱/۶٪	۲

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که توزیع فراوانی پاسخ‌های مدیران، کارکنان و مددجویان متفاوت می‌باشد. داده شده در زمینه موانع فرهنگی - مذهبی در سه گروه

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی (%) پاسخ‌های داده شده به عبارات سنجش موانع فرهنگی - مذهبی در گروه مدیران، کارکنان و مددجویان

موانع فرهنگی - مذهبی		کاملاً موافقم	موافقم نظری ندارم	مخالقم کاملاً مخالفم
وجود اعتقادات مذهبی غلط مددجویان نسبت به بعضی از روش‌های پیشگیری از بارداری از قبیل وجود لکه بینی در مصرف روش‌های پیشگیری و ناتوانی در به جا آوردن فریضه‌های مذهبی	مدیران	۱۵/۳	۵۰/۸	۱/۷
	کارکنان	۲۰	۵۶/۴	۰/۹
	مددجویان	۱۵/۲	۳۴/۱	۷/۹
وجود باورهای غلط مددجویان نسبت به روش‌های پیشگیری از بارداری از قبیل ترس از ایجاد ناباروری در بعضی از روش‌های پیشگیری از بارداری	مدیران	۲۰/۴	۵۰/۸	۰
	کارکنان	۱۶/۴	۶۰	۰/۹
	مددجویان	۱۵/۸	۴۶/۸	۵/۶
نداشتن استقلال و قدرت تصمیم‌گیری مددجویان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری	مدیران	۲۸/۷	۳۹	۱/۷
	کارکنان	۲۰	۵۵/۵	۱/۸
	مددجویان	۱۱/۸	۱۷/۵	۱۵/۹
اجبار به حامله شدن تحت تاثیر فرهنگ جامعه علیرغم مناسب نبودن شرایط زندگی	مدیران	۲۵/۴	۳۹	۵/۱
	کارکنان	۱۴/۵	۴۹/۱	۳/۶
	مددجویان	۵/۶	۸/۷	۳۷/۳
تمایل مددجویان برای داشتن فرزند با جنس خاص (پسر/ دختر)	مدیران	۴۰/۷	۴۰/۷	۱/۷
	کارکنان	۲۴/۵	۶۸/۲	۰
	مددجویان	۲/۴	۱۰/۳	۲۵/۴
اعتقاد به راحت بودن تحمل حاملگی نسبت به عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری	مدیران	۱/۷	۶/۸	۱۶/۹
	کارکنان	۳/۶	۹/۲	۱۰
	مددجویان	۷/۱	۱۴/۳	۲۳/۸

بحث و نتیجه گیری

بزرگترین مانع استفاده از خدمات تنظیم خانواده گزارش نمودند^(۱۰) Akers و همکاران دریافتند که گروهی از موانع مهم در طی مشاوره تنظیم خانواده موانع ایجاد شده از سوی مراجعه کنندگان می‌باشد^(۱۱). در مطالعه حاضر بیشترین تعداد مدیران، کارکنان و مددجویان در زمینه وجود موانع مذهبی موثر بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری دیدگاه موافق داشتند. Akers و همکاران نیز در بررسی دیدگاه کارکنان و مدیران شرکت کننده در زمینه موانع مشاوره تنظیم خانواده به وجود باورهای ذکر شده

به طور کلی نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره دیدگاه مدیران، کارکنان و مددجویان در زمینه موانع فرهنگی و مذهبی متفاوت بوده است. از سویی اکثریت مدیران و کارکنان موانع فرهنگی و مذهبی را به میزان زیاد و اکثریت مددجویان این موانع را به میزان متوسط در مشاوره تنظیم خانواده اثر گذار دانستند. در راستای یافته‌های پژوهش حاضر، Stephenson & Hennink در مطالعه خود عوامل فرهنگی را به عنوان

به عنوان مانعی در ارائه مشاوره تنظیم خانواده مطلوب پی برد بنابراین با توجه به توافق نظر این سه گروه در ارتباط با اثر گذار بودن باورها و موانع مذهبی مددجویان در مشاوره تنظیم خانواده ضروری به نظر می رسد که در زمینه تعدیل یا کاهش باورهای مذهبی، مداخلات آموزشی هدفمندی برنامه ریزی گردد.

Moss, Bartholomew & Iohr در مرور نظام مند خود و Creel, Sass & Yinger نیز گزارش کرده اند که باورهای مددجویان تحت تاثیر عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی بوده؛ چنانچه در برخی از کشورها زنان توانایی تصمیم گیری، حق انتخاب و دسترسی به خدمات تنظیم خانواده را ندارند^(۱۲،۱۳). علاوه بر این حاکمیت مردان در انتخاب نوع روش پیشگیری در زوجین ممکن است اثر گذار باشد^(۱۴). در مطالعه فعلی بیشترین تعداد مددجویان برخلاف کارکنان و مدیران در زمینه نداشتن استقلال و قدرت تصمیم گیری خود در انتخاب روش پیشگیری دیدگاه مخالف داشتند. چنانچه مددجویان در طی صحبت های خود با پژوهشگر به این نکته اشاره نمودند که خود تصمیم گیرنده اصلی در انتخاب روش پیشگیری می باشند.

Campbell, Sahin-Hodoglugil & Potts در طی مرور نظام مند خود دریافتند که وجود اطلاعات غلط در زنان تحت تاثیر اطرافیان و ایجاد باورهای غلط از قبیل ترس از ابتلا به سرطان و ناباروری، ایجاد توده در شکم، ایجاد اختلال در روابط زناشویی، ناتوانی در انجام فرایض مذهبی و ترس بیشتر از عوارض روش های پیشگیری نسبت به حامله شدن در مراجعه کنندگان می تواند سبب اختلال در دسترسی زنان به روش های پیشگیری از بارداری شود^(۱۵). در مطالعه حاضر بیشترین تعداد نمونه های مورد پژوهش در سه گروه در زمینه وجود باورهای غلط نسبت به روش های پیشگیری از بارداری در مشاوره تنظیم خانواده دارای دیدگاه موافق بودند. یافته مطالعه فعلی مبنی بر اثر گذار بودن باورهای غلط در مشاوره تنظیم خانواده از سوی سه گروه لزوم برنامه ریزی

جهت برگزاری کارگاههای آموزشی برای هر سه گروه جهت شناسایی باورهای مرسوم در بین مددجویان و طراحی اقداماتی برای حذف یا تعدیل آن باورها در راستای اجرای مشاوره تنظیم خانواده مطلوب را نشان می دهد. بیشترین تعداد نمونه های مورد پژوهش در سه گروه در زمینه اعتقاد به راحت تر بودن حاملگی نسبت به تحمل عوارض روش های پیشگیری از بارداری دیدگاه مخالف داشتند. مخالفت مددجویان در زمینه راحت تر فرض شدن حاملگی نسبت به تحمل عوارض روش های حاملگی از قبیل عوارض جانبی روش های هورمونی و وسایل داخل رحمی ممکن است به این دلیل باشد که اکثریت مددجویان در مطالعه حاضر روش های پیشگیری کاندوم و طبیعی را استفاده نموده اند که عوارض جانبی کمتری نسبت به روش های دیگر را ایجاد می نماید و از سویی آنها با داشتن تجربه حداقل یک بار حاملگی مشکلات حاملگی را درک و تجربه نموده و عوارض جانبی احتمالی روش های پیشگیری را در قیاس با سختی های حاملگی ناچیز دانسته اند.

Hanifi & Bhuiya بیان می کنند که از دیدگاه کارکنان بهداشتی عواملی از قبیل سطح تحصیلات پایین، تمایل برای داشتن خانواده بزرگتر، و تمایل برای داشتن فرزند پسر بر کیفیت برنامه های تنظیم خانواده اثر گذار است^(۱۶). در مطالعه حاضر نیز در نتایج ویژگی های فردی و باروری مددجویان گزارش شده است که ۵۷٪ درصد مددجویان تصمیم به بارداری در آینده را داشتند. در مطالعه فعلی بیشترین تعداد کارکنان و مدیران اعتقاد داشتند که دو عامل وجود جو فرزند آوری از سوی جامعه و تمایل مددجویان برای داشتن فرزند با جنس خاص به عنوان مانعی در فرایند مشاوره تنظیم خانواده می باشند، در صورتی که بیشترین تعداد مددجویان در این زمینه دیدگاه مخالف داشتند. این یافته لزوم شناخت بیشتر مددجویان به عنوان جامعه هدف دریافت خدمات از سوی کارکنان و مدیران و عواملی که نقش موثرتری بر تصمیم گیری مددجویان را دارد نشان می دهد. از سویی با

دیدگاه موافق در زمینه موانع و باورهای فرهنگی-مذهبی تعدادی از نمونه های مورد پژوهش در هر کدام از سه گروه، لازم است که جهت تعدیل این باورها در جهت افزایش کیفیت مشاوره های تنظیم خانواده، اقداماتی از قبیل برگزاری جلساتی با حضور سه گروه مدیران، کارکنان و مددجویان از سوی برنامه ریزان کشوری صورت پذیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیران و کارشناسان تنظیم خانواده، کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر اصفهان و تمامی مراجعه کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می نمایم. شایان ذکر است که این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول می باشد.

توجه به میانگین تعداد فرزندان دختر و پسر و اینکه تعداد پسران مددجویان بیشتر از دختران بوده است ممکن است این مسئله بر روی دیدگاه حال آنها اثر گذار بوده باشد. با توجه به اینکه هدف نهایی سیستم بهداشت و درمان ارتقاء سطح آگاهی و سلامت جامعه می باشد این امر محقق نمی شود مگر اینکه خدمتگزاران این سیستم، چه در گروه مدیران در سطوح مختلف و چه در گروه کارکنان تلاش برای جستجوی دغدغه های اصلی مراجعه کنندگان در زمینه تنظیم خانواده را آغاز نمایند. چنانچه نتایج کلی مطالعه نمایانگر این موضوع می باشد که موضوعات کم اهمیت در مشاوره تنظیم خانواده از دیدگاه مددجویان، به صورت متناقضی از دیدگاه کارکنان و مدیران مهم بوده است و شاید همین تفاوت در باورها است که باعث می شود تا با وجود تلاش های مدیران جمعیتی در زمینه دستیابی به اهداف مشاوره تنظیم خانواده از قبیل کاهش حاملگی های ناخواسته، باز هم میزان استفاده از روش های پیشگیری غیر موثر و حاملگی ناخواسته بالا می باشد. از سویی با توجه به توافق وجود

فهرست منابع

1. Hatcher RA, Trussel J, Nelson AL, Catesojr W, Stewart FH, Kowal D, Media A . Contraceptive technology, 19th ed, New York, BMJ Publishing Group, 2008.
2. Hatami H, Razavi SM, Eftekhazade Ardabili H, Majlessi F, Seyednozadi M, Parizad MJ. [Book of Public Health]. 2nd ed, Tehran: Arjomand Publication; 2006. Persian
3. Reza Soltani P, Susan Parsay P. [Maternal and Child Health]. 3rd ed. Tehran: Sanjesh Publication ;2008. Persian
4. Kohan SH, Taheri S, Fadai S, Baghersad Z. [comprehensive Textbook of Maternal, Child & reproductive Health]. Esfahan: Kankash; 2013. Persian
5. Alemzadeh F. [Contraceptive methods in iran together with emergency actions and the latest techniques]. Karaj: gozideh Publication; 2003. Persian
6. Delgosha Z. [Comprehensive guide to contraceptive methods]. 2nd ed. Tehran: Jamenegar publicate; 2009. Persian
7. Taghizade Z, Granmaie M, Vasegh rahimparvar F. [Varny midwifery]. Tehran: Andeshe rafi Publication; 2009. Persian
8. Behnodi Z, [Principles of Community Health (Community Health 1)]. Tehran : Boshra Publication: tohfeh;2007. Persian
9. Engender Health/The Acquire Project .Counseling for Effective Use of Family Planning Participant Handbook. NewYork:U.S.A; 2008.
10. Stephenson R, Hennink M. Barriers to family planning use amongst the urban poor in Pakistan. *Department for international development*. 2004; 11(20):1-34.

11. Akers AY, Gold MA, Borrero S, Santucci A, Schwarz EB. Providers' perspectives on challenges to contraceptive counseling in primary care settings. *J Women's Health*. 2010;19(6):1163-70.
12. Moos M-K, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception*. 2003;67(2):115-32.
13. Creel LC, Sass JV, Yinger NV. Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care. *New Perspectives on Quality of Care*. 2002;2:1-8.
14. Keele JJ, Forste R, Flake FD. Hearing Native Voices: Contraceptive Use in Matemwe Village, East Africa. *Afr.J.Reprod.Health*. 2005; 9(1):32-41.
15. Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN, Potts M. Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in family planning*. 2006;37(2):87-98.
16. Hanifi S, Bhuiya A. Family-planning services in a low-performing rural area of Bangladesh: insights from field observations. *J Health Popul Nutr*. 2001;19(3): 209-14

Comparing the Viewpoints of Managers, Employees and Clients Regarding the Cultural - religious Barriers to Family Planning Counseling

¹Ehsanpour S., MS. ²Taheri S. *, MS. ³Kohan Sh., PhD. ⁴Taghinejad H., PhD
⁵Suhrabi Z., MS. ⁶Rezaei N., MS. ⁷Shakour M., PhD cand

Abstract

Background & Aim: Appropriate family planning counseling for informed choice, and the right and responsible use of contraceptive methods is very important. Cultural -religious barriers can have an effect on family planning counseling. The aim of study was comparing managers', staff' and clients' viewpoints about cultural - religious barriers in family planning counseling in health care centers of Isfahan in 2012.

Material & Methods: This is a cross-sectional one-step three-group comparative descriptive study conducted on 295 subjects including 59 managers, 110 staff and 126 clients in health care centers of Isfahan in 2012. The Managers and staff were selected by census and the clients were recruited through simple random sampling. The data collection tool was a researcher made questionnaire including two sections of fertility and personal characteristics, and measurement of viewpoints. Data was analyzed by descriptive and inferential statistical tests (one-way ANOVA) using SPSS-PC (v.19).

Results: The findings showed a significant difference between mean scores of viewpoints in three groups of managers, staff and clients concerning cultural -religious barriers of family planning counseling ($p < 0.001$).

Conclusion: The results pointed to a difference among the viewpoints of the three groups, as though the clients considered cultural -religious barriers less prominent and less effective compared to other groups. Therefore, it is necessary to launch group discussion sessions with attendance of the three groups with the aim of investigation of problems which would have affected the performance of the participants in the field of planning and running correct family planning counseling.

Key words: Family planning, Counseling, Barriers, Culture and Religion

Received: 3 Oct 2013

Accepted: 19 Dec 2013

¹ Department. of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

² Department of Midwifery, faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran (*Corresponding author). Tel: +98- 09183418495 Email: taheri_safura@yahoo.com

³ Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

⁵ Faculty member, Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

⁶ Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

⁷ PhD candidate, Medical Education Development Center, Isfahan university of Medical Sciences, Isfahan, Iran.