

تأثیر ارائه خدمات در منزل بر انتخاب مناسب روش پیشگیری از بارداری و تداوم استفاده از آن

زهرا قدسی^۱ دکتر شایسته جهانفر^۲ فرنگیس شاهپوریان^۳ روح انگیز جمشیدی^۴

چکیده

زمینه و هدف: گسترش استفاده از روش‌های تنظیم خانواده در کشورهای در حال توسعه، موجب تأمین سلامت مادران و کودکان و کاهش مرگ و میر آنان خواهد شد. ارائه خدمات تنظیم خانواده در منزل امکان دستیابی بهتر زنان را به وسایل تنظیم خانواده فراهم خواهد کرد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر ارائه خدمات در منزل، بر انتخاب مناسب روش پیشگیری از بارداری و تداوم استفاده از آن در زنان ساکن شهر همدان بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر که گزارش قسمتی از یک مطالعه بزرگتر است، از نوع کارآزمایی در عرصه (Field trial) همراه با گروه مقایسه می باشد. جامعه پژوهش کلیه زنان متأهل تحت پوشش رابطین بهداشتی بودند. تعداد ۲۹۷ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۰۰ نفر) و مقایسه (۱۹۷ نفر) قرار گرفتند. محیط، منازل زنان در مناطق تحت پوشش رابطین بهداشتی شهر همدان بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه، سه چک لیست و یک کارت ارجاع بود. برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. اعتماد علمی ابزار نیز از طریق اجرای روش بازآزمایی در یک نمونه تصادفی ۱۰ نفری تعیین گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که با ارائه خدمات تنظیم خانواده در منزل، انتخاب مناسب روش پیشگیری از بارداری و تداوم استفاده از روش به‌طور معنی‌داری بیشتر می‌گردد ($P=0/001$). در آمار استنباطی از آزمون‌های تی مستقل، پیرسون و آنالیز واریانس استفاده شد. در سطح توصیف داده‌ها، فراوانی‌ها محاسبه شدند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، ارائه خدمات تنظیم خانواده در منزل سبب انتخاب مناسب روش پیشگیری از بارداری و تداوم استفاده از آن می‌گردد، لذا به کارگیری این روش ارائه خدمات توصیه شده و بررسی تأثیر این نوع از ارائه خدمات در روستاها و مکان‌های دور دست، در اقوام مختلف و همچنین بررسی جنبه‌های اقتصادی این نوع از ارائه خدمات توسط رابطین بهداشتی پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: آپستنی، پیشگیری از آپستنی - روش‌ها، خدمات بهداشتی پیشگیری کننده، خدمات بهداشتی.

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۲۶

^۱ مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد توپسرکان، توپسرکان، ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ استادیار گروه بهداشت، دانشکده رویال مدیسین مالزی.

^۳ مربی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مقدمه

افزایش بی‌رویه جمعیت یکی از مشکلات اساسی کشورهای در حال توسعه است. اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده به‌طور گسترده در این کشورها سبب افزایش پیشرفت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و کاهش مرگ و میر مادران و کودکان می‌گردد^(۱) طبق آمار و اطلاعات، رشد جمعیت ایران در سال‌های اخیر به‌دلیل اجرای گسترده برنامه تنظیم خانواده نسبت به دهه‌های قبل کاهش یافته، لیکن میزان حاملگی‌های ناخواسته همچنان در سطح غیر قابل قبولی قرار دارد، که نشان از وجود نقایصی در کیفیت خدمات ارائه شده است.^(۲) براساس پژوهشی در هند، یکی از دلایل عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، نارضایتی مددجویان از نحوه ارائه خدمات می‌باشد.^(۳)

یکی از راه‌های تشویق به‌کارگیری روش‌های پیشگیری، ارائه خدمات تنظیم خانواده در منزل است. توزیع در سطح جامعه C.B.D (Community based distribution) با ارائه خدمات در منزل نقش مهمی در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری دارد.^(۴) نتایج پژوهشی در کشور مالی نشان داد میزان استفاده از روش‌های تنظیم خانواده بعد از اجرای خدمات در منزل طی ۶ ماه از ۱ درصد به ۳۱ درصد افزایش یافت.^(۵)

ارائه خدمات تنظیم خانواده در منزل ضمن سهولت دسترسی به روش‌های تنظیم خانواده، با فراهم کردن اطلاعات، نقش مهمی در انتخاب یک روش پیشگیری مناسب دارد. انتخاب مناسب و آگاهانه روش‌های پیشگیری از بارداری امری مهم در عدم قطع روش توسط مددجو است. بر اساس پژوهشی توسط

Caldwell و Khuda مشخص گردید، ملاقات رابطین با مددجویان از طریق ایجاد آگاهی و تشویق مددجویان به استفاده از روش، سبب ایجاد انتخاب مناسب روش می‌گردد.^(۶)

ارائه خدمات در منزل از طریق مراقبین بهداشتی می‌تواند در ایجاد انگیزه جهت تداوم مصرف نیز، تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. پژوهشی در اندونزی روی ۱۹۴۵ زن نشان داد: ۷۲ درصد زنانی که روش پیشگیری از بارداری خود را طبق توصیه کارکنان درمانگاه انتخاب کرده بودند طی یک سال مبادرت به قطع روش نموده، و در مقایسه ۹۱ درصد آن‌ها که روش خود را آگاهانه و از طریق رابطین دریافت کرده بودند تداوم استفاده از روش داشته‌اند.^(۷)

با توجه به اهمیت مشارکت مردم در تأمین سلامت جامعه و با توجه به تراکم جمعیت به‌خصوص در حاشیه شهرها، پژوهش حاضر بر آن بوده تا نقش این طریق از ارائه خدمات را، با هدف تعیین تأثیر ارائه خدمات در منزل بر انتخاب مناسب روش‌های پیشگیری از بارداری و تداوم استفاده از روش مورد بررسی قرار دهد.

اهداف ویژه این پژوهش تعیین و مقایسه وضعیت انتخاب روش و وضعیت تداوم استفاده از روش در ملاقات آخر در دو گروه زنان، با و بدون ارائه خدمات در منزل بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: انتخاب مناسب و تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در گروهی که خدمات در منزل دریافت می‌کنند بیشتر از گروهی است که، خدمات در منزل دریافت نمی‌کنند.

روش بررسی

پژوهش حاضر قسمتی از یک تحقیق وسیع‌تر بوده و یک مطالعه کارآزمایی در عرصه، همراه با گروه مقایسه می‌باشد. متغیر مستقل در این پژوهش ارائه خدمات در منزل و متغیرهای وابسته شامل وضعیت انتخاب روش پیشگیری از بارداری (مناسب- نامناسب) و وضعیت تداوم استفاده از روش پیشگیری (بله- خیر) بودند. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه زنان متأهل ساکن مناطق تحت پوشش رابطی بهداشتی در شهر همدان بودند. حجم نمونه در این پژوهش ۳۳۰ نفر بود، که ۱۱۰ نفر در گروه آزمایش (با ارائه خدمات در منزل) و ۲۲۰ نفر در گروه مقایسه (بدون ارائه خدمات در منزل) قرار گرفتند. تعداد نهایی نمونه‌ها پس از افت نمونه (به علت مرگ همسر، نقل مکان و یا قطع روش به‌منظور تمایل به بارداری)، ۱۰۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۹۷ نفر در گروه مقایسه بود. دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان یکسان بوده و از آنجاکه نمونه‌ها خواهان استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری بودند، سن آخرین فرزند در همگون کردن نمونه‌ها منظور نشد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و توزیع نمونه‌ها در دو گروه، به شکل تصادفی انجام گردید. نحوه انتخاب نمونه‌ها به‌این صورت بود که، بعد از کدگذاری خیابان‌ها و کوچه‌های هر منطقه، از بین خیابان‌ها، دو خیابان به‌طور تصادفی انتخاب شده، یکی از خیابان‌ها به گروه آزمایش و دیگری به گروه مقایسه اختصاص یافت. بعد از قرعه‌کشی، کوچه‌ها در خیابان انتخابی برای گروه مقایسه به‌طور تصادفی از هر کوچه دو منزل و در خیابان انتخابی برای گروه آزمایش به‌طور تصادفی از هر کوچه، یک منزل در نظر گرفته شد. این کار در همه مناطق به‌این صورت انجام گردید.

معیار پذیرش واحدهای مورد پژوهش عدم بارداری آنان در بدو ورود به مطالعه و تقاضای آنان مبنی بر استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری بود. افراد دارای تحصیلات در رشته پزشکی، پیراپزشکی و رابطین بهداشتی، کسانی که کمتر از شش هفته از زایمان یا سقط آنان گذشته بود، کسانی که توبکتومی و یا همسرانشان وازکتومی شده بودند، از مطالعه حذف شدند، همچنین کسانی که در طول مدت پژوهش خواهان قطع روش به‌منظور بارداری بودند، از مطالعه حذف گردیدند.

روش انجام کار در این پژوهش به‌این صورت بود که پس از انتخاب دوازده رابط بهداشتی، جهت انجام پژوهش و دادن آموزش‌های لازم به آن‌ها، در مجموع ۵ ملاقات از نمونه‌ها در گروه آزمایش و ۲ ملاقات در گروه مقایسه به‌عمل آمد. ملاقات اول در دو گروه هم‌زمان بوده و ملاقات دوم گروه مقایسه هم‌زمان با ملاقات ۵ گروه آزمایش بود. در گروه آزمایش در ملاقات اول پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی نمونه‌ها و میزان آشنایی آن‌ها با روش‌های پیشگیری از بارداری توسط ماما، تکمیل شد و پس از مشاوره با مددجو در خصوص انتخاب روش و با استفاده از کیت‌های آماده محتوی انواع روش‌ها یا اشکال و توضیحات مربوط به آن‌ها و نحوه استفاده از روش انتخابی ضمن ارائه روش (ارائه قرص یا کاندوم، توضیح روش منقطع یا طبیعی و یا معرفی به درمانگاه جهت تزریق آمپول، گذاشتن آی.یودی (IUD)، بستن لوله‌ها در زن (توبکتومی) و یا در مرد (واژکتومی)، تاریخ ملاقات بعدی مشخص گردید. در مورد نمونه‌هایی که از قبل به استفاده از یک روش مشغول بودند، وسیله مورد انتخاب زوجین (چه ادامه روش قبلی در صورت مناسب بودن و چه انتخاب روش جدید در صورت

تنظیم خانواده را از هر جایی که مایل بودند دریافت می کردند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه، ۳ چک لیست و کارت ارجاع بود. چک لیست شماره ۱ مربوط به بررسی مددجویان جهت پیشنهاد بهترین روش یا روش‌های مناسب به تفکیک روش در گروه آزمایش و بررسی مددجویان جهت تعیین انتخاب مناسب یا نامناسب برای گروه مقایسه بود، که در ملاقات اول مورد استفاده قرار می گرفت. چک لیست شماره ۲ مربوط به مددجویانی بود که در ملاقات اول موفق به انتخاب یک روش مناسب نشده و در ملاقات دوم روش مناسبی را انتخاب می نمودند. چک لیست شماره ۳ جهت بررسی تداوم استفاده از روش بود و در گروه آزمایش در ملاقات‌های ۳ و ۴ و ۵ و در گروه مقایسه در ملاقات ۵ توسط رابطین بهداشتی از طریق مصاحبه رودررو، تکمیل می شد. کارت ارجاع حاوی مشخصات فردی نمونه‌ها، تاریخ‌های متوالی قاعدگی، تاریخ قرار ملاقات بعدی، ثبت وزن و فشار خون (در صورت مصرف قرص) و روش استفاده شده توسط نمونه جهت ارجاع مددجو به ماما، در مواردی مانند ضرورت تعویض روش و یا به علت وجود عارضه جانبی بود. برای تعین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. اعتماد علمی ابزار نیز از طریق اجرای روش بازآزمایی در یک نمونه تصادفی ۱۰ نفری تعین گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، شیوه‌های توصیفی مختلف نظیر جدول توزیع فراوانی به کار رفت. برای پاسخ به سؤالات پژوهش در سطح استنباطی، از آزمون کای دو و تست دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

نامناسب بودن روش قبلی و به توصیه ماما) در اختیار نمونه‌ها گذارده می شد. مطابقت نوع روش انتخابی با یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری که توسط ماما در ملاقات اول پیشنهاد می شد، طبق تعریف عملی، انتخاب مناسب و در غیر این صورت نامناسب مشخص می شد. ماما همواره سعی می کرد تا مددجو را به یک روش مدرن تشویق نموده و او را از مشکلات مربوط به روش‌های سنتی (منقطع و دوره ای) که از ضریب شکست بالایی برخوردار هستند، آگاه سازد.^(۴) در صورت عدم انتخاب یک روش مناسب توسط زوجین در ملاقات اول، یک هفته بعد از ملاقات اول (ملاقات دوم) یک روش مناسب انتخاب می شد. ملاقات‌های ۳، ۴ و ۵ با فاصله دو ماه از یکدیگر و توسط رابطین بهداشتی صورت پذیرفته و سؤالات مربوط به تداوم استفاده از روش توسط به‌کارگیری چک لیست از مددجویان سؤال و ثبت می شد و پس از بررسی توسط ماما، تداوم استفاده و یا عدم تداوم محسوب می گردید. استفاده از روش انتخابی در ملاقات دوم تا انتهای پژوهش یا ادامه استفاده از روش تعویض شده به پیشنهاد ماما و یا روشی که از قبل استفاده می شده تا انتهای پژوهش تداوم استفاده از روش و قطع یا تعویض روش بدون پیشنهاد ماما و توسط خود مددجو، عدم تداوم استفاده محسوب می شد. در تمامی ملاقات‌ها به سؤالات افراد نمونه و راهنمایی آن‌ها در صورت مواجهه با دشواری و عوارض مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری پاسخ‌دهی صورت می گرفت. در گروه مقایسه در ملاقات اول پرسشنامه‌های حاوی مشخصات فردی نمونه‌ها و میزان آشنایی آن‌ها با روش‌های پیشگیری از بارداری توسط ماما تکمیل شده و در پایان شش ماه، ماما با مراجعه به درب منازل مددجویان چک لیست مربوط به تداوم مصرف را پر نمود. نمونه‌ها خدمات

میانگین و انحراف معیار سن کوچکترین فرزندان	۱۱/۸۱±۷/۲۱	۱۲/۲۵±۷/۶۴
میانگین و انحراف معیار	۴/۷±۳/۹۵	۵/۹۱±۴/۷

جدول شماره ۲ به منظور تعیین و مقایسه روش‌های پیشگیری از بارداری مورد استفاده در دو گروه آزمایش و مقایسه در ملاقات اول و آخر تنظیم شده است.

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل این داده‌ها نشان داد، که در ابتدای مطالعه همه مددجویان به‌رحال از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری، استفاده می‌کرده‌اند. به‌علاوه هر دو گروه از نظر توزیع فراوانی روش‌های پیشگیری از بارداری همگون بوده‌اند. در حالی که در ملاقات آخر بین دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده می‌شود. اطلاعات مندرج در جدول شماره ۳ وضعیت انتخاب مناسب یا نامناسب یک روش را نشان می‌دهد.

نتایج به‌دست آمده نشان داد که دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال نمونه، تعداد فرزندان، طول مدت ازدواج و سن کوچکترین فرزندان همگون بوده‌اند. جدول شماره ۱ به‌منظور توصیف مشخصات فردی نمونه‌ها در دو گروه آزمایش و مقایسه تنظیم شده است.

جدول شماره ۱ - مشخصات فردی نمونه‌ها در دو گروه

آزمایش و مقایسه		
مقایسه	آزمایش	گروه
مشخصات فردی		
سن		
میانگین و انحراف معیار	۲۹/۶±۶/۶	۲۹/۵±۶/۷
تحصیلات ابتدایی (بیشترین)	۳۵	۴۱/۸
تحصیلات دانشگاهی (کمترین)	۴	۳
وضعیت اشتغال (خانه دار)	۹۵	۹۷
تعداد حاملگی (۲ یا ۱)		
میانگین و انحراف معیار	۲/۶۷±۱/۶	۲/۶±۱/۷۳
مدت ازدواج		

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی روش‌های مورد استفاده در ملاقات اول و آخر در دو گروه آزمایش و مقایسه

روش	ملاقات اول		آخر	
	تعداد (درصد)	مقایسه	تعداد (درصد)	مقایسه
منقطع	۱۶	(۱۴/۲) ۲۸	۱	(۲۳/۶) ۴۶
کاندوم	۱۰	(۱۶/۲) ۳۲	۲۹	(۱۲/۳) ۲۴
قرص	۴۳	(۳۳) ۶۵	۳۱	(۲۷/۲) ۵۳
آمپول ضد بارداری	۵	(۴/۱) ۸	۸	(۳/۶) ۷
آی-یو-دی	۱۴	(۱۷/۸) ۳۵	۱۴	(۱۷/۴) ۳۴
نوبکتومی	۱۲	(۱۲/۲) ۲۴	۱۵	(۱۲/۸) ۲۵
واژکتومی	۰	(۲/۵) ۵	۲	(۳/۱) ۶
جمع	۱۰۰	(۱۰۰) ۱۹۷	۱۰۰	(۱۰۰) ۱۹۵

نتیجه آزمون مجذور کای

$$P=0/43$$

$$P<0/0001$$

$$\chi^2 = 4/85$$

$$\chi^2 = 34/8$$

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی وضعیت انتخاب روش در ملاقات آخر در دو گروه آزمایش و مقایسه

گروه	آزمایش تعداد (درصد)	مقایسه تعداد (درصد)	وضعیت انتخاب
مناسب	۹۹	۱۳۷ (۷۰/۳)	
نامناسب	۱	۵۸ (۲۹/۷)	
جمع	۱۰۰	۱۹۷ (۱۰۰)	
نتیجه آزمون دقیق فیشر		$P=0/0001$	

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که در ملاقات آخر، تقریباً کل افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش (۹۹ درصد)، یک روش پیشگیری از بارداری مناسب را انتخاب نموده بودند، در حالی که در گروه مقایسه این میزان ۷۰/۳ درصد بوده است. نتیجه آزمون فیشر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P=0/0001$)، (جدول شماره ۳).

در رابطه با تداوم استفاده از روش، یافته‌ها نشان دادند که در ملاقات آخر ۹۸/۹ درصد افراد گروه آزمایش در استفاده از یک روش پیشگیری تداوم داشته‌اند. به عبارتی روش را قطع نکرده و یا در صورت بروز مشکل، به توصیه ماما مبادرت به تعویض روش کرده بودند. در گروه مقایسه در ملاقات آخر تداوم استفاده کمتری مشاهده گردید و تنها ۸۴/۵ درصد از افراد دارای تداوم استفاده از روش بوده‌اند. نتیجه آزمون فیشر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر تداوم استفاده از روش نشان داد ($P=0/0001$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، تأثیر ارائه خدمات در منزل بر به‌کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری را مورد بررسی قرار داده است. در رابطه با اولین هدف پژوهش تعویض و مقایسه وضعیت انتخاب روش در دو گروه زنان، با و بدون ارائه خدمات در منزل، یافته‌ها تفاوت معنی‌داری را از نظر توزیع فراوانی روش‌های مورد استفاده در ملاقات اول بین دو گروه نشان داد. در حالی که در ملاقات آخر، یافته‌ها نشان داد که تعداد استفاده‌کنندگان روش‌های مدرن و مطمئن در گروه آزمایش به مراتب بیش از تعداد آن‌ها در گروه مقایسه بود. درصد استفاده‌کنندگان روش منقطع (که یک روش سنتی و نامطمئن پیشگیری است)، در گروه آزمایش از ۱۶ در ابتدای مطالعه به ۱ در ملاقات آخر تقلیل پیدا کرد. در حالی که در گروه مقایسه ۱۵/۵ درصد افراد مبادرت به قطع روش‌های مدرن (قرص‌های خوراکی پیشگیری، کاندوم، آی.ی.و.دی، آمپول‌های پیشگیری از بارداری) کرده و از روش‌های غیرمطمئن و سنتی، مانند منقطع استفاده نموده‌اند. به طوری که میزان استفاده از روش منقطع در گروه مقایسه از ۱۴/۲ درصد به ۲۳/۶ درصد افزایش یافت. Setty-Venugopal و همکاران اظهار می‌دارند، رابطی بین بهداشتی نقش مؤثری در انتخاب یک روش مدرن پیشگیری از بارداری دارند.^(۸) در آفریقا که رابطی بین بهداشتی نقش فعالی در ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری دارند، ۹۰ درصد زنان می‌دانند که باید از یک روش پیشگیری مدرن استفاده کنند، در حالی که در پاکستان و یمن، این آگاهی به ترتیب فقط ۴۵ و ۲۰ درصد می‌باشد.^(۹) این بدان معنی است، که ارائه خدمات در منزل نه تنها انگیزه بیشتری در

ماسوی‌نگو بود، که بیشترین تعداد رابطین بهداشتی را به خود اختصاص داده بود.^(۴) استفاده از روش‌های دائمی در پایان مطالعه در گروه آزمایش ۵ درصد افزایش داشت، درحالی‌که در گروه مقایسه ۲ درصد افزایش مشاهده گردید، که خود نشان‌دهنده نقش مثبت این نوع از ارائه خدمات در کمک به مددجویان در جهت انتخاب و به کار بستن روش‌های مناسب دائمی و مطمئن پیشگیری از بارداری می‌باشد.

در ملاقات آخر، تقریباً کل افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش (۹۹ درصد)، یک روش پیشگیری مناسب را انتخاب نموده بودند، درحالی‌که در گروه مقایسه این میزان ۷۰/۳ درصد بود. این بدان معنی است که گروهی که خدمات در منزل را دریافت می‌کرده‌اند، نه تنها آشنایی بیشتری نسبت به روش‌ها پیدا کرده‌اند، بلکه این آشنایی توانسته آن‌ها را جهت انتخاب یک روش پیشگیری مناسب کمک کند. نتایج پژوهشی در بنگلادش نشان داد که ارائه خدمات در منزل، به‌علت افزایش میزان آشنایی مددجویان با روش‌های پیشگیری از بارداری سبب انتخاب مناسب یک روش می‌گردد، درحالی‌که در پژوهش مذکور ارائه خدمات در درمانگاه تأثیر کمی بر انتخاب مناسب یک روش داشته است.^(۷)

Caldwell و Khuda نیز معتقدند ملاقات رابطین با مددجویان در مقایسه با درمانگاه، سبب ایجاد انتخاب یک روش پیشگیری مناسب می‌گردد،^(۶) لذا؛ می‌توان گفت: یک رابط بهداشتی کارآمد سعی می‌کند با در نظر گرفتن نیازهای فردی مددجویان و شرایط آن‌ها، به آن‌ها کمک کند تا یک روش مناسب پیشگیری از بارداری را انتخاب نمایند.

در رابطه با هدف بعدی پژوهش یعنی تعیّن و مقایسه وضعیت تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در دو گروه زنان با و بدون ارائه خدمات در

جهت استفاده از روش پیشگیری از بارداری ایجاد می‌نماید، بلکه به علت داشتن فرصت کافی جهت مشاوره در منزل و دادن اطلاعات مناسب آن‌ها را به انتخاب یک روش مطمئن و مدرن نیز، تشویق می‌نماید. پژوهشی در ۵ مرکز ارائه خدمات در منزل در زی‌مبابوه نشان داد که، رابطین بهداشتی با ارائه اطلاعات به مددجویان، ایجاد انگیزه در آن‌ها و مشاوره کافی در خصوص روش‌های پیشگیری از بارداری سبب انتخاب مناسب یک روش پیشگیری می‌گردند.^(۴)

در گروه آزمایش استفاده‌کنندگان کاندوم در ملاقات آخر نسبت به ملاقات اول از ۱۰ درصد به ۲۹ درصد افزایش داشت. تعدادی از مصرف‌کنندگان قرص در ملاقات آخر نسبت به ملاقات اول در گروه آزمایش بعد از مشاوره با ماما، در ملاقات اول یا دوم و یا بعد از ارجاع به ماما توسط رابط بهداشتی طی ملاقات‌های بعدی، به‌علت نامناسب بودن روش انتخابی در ملاقات اول و یا مشاهده عوارض و یا تشویق به استفاده از یک روش دائمی مبادرت به تعویض روش نموده و روش خود را پس از مشاوره، به یک روش مطمئن و مناسب دیگر تغییر داده بودند، لذا؛ تعداد استفاده‌کنندگان از قرص در این گروه در ملاقات آخر نسبت به ملاقات اول ۱۲ درصد کاهش یافته بود. Askew و Chege در نتایج پژوهش خود اظهار می‌دارند که، ارائه خدمات تنظیم خانواده در منزل در مقایسه با درمانگاه منبع مهم‌تری در جهت ارائه قرص و کاندوم به‌شمار می‌رود، به‌طوری‌که در مطالعه مذکور ۷۰ درصد قرص، کاندوم، و اسپرمیسید مددجویان از طریق رابطین ارائه شده بود.^(۱۰) بر اساس گزارش پژوهشی در زی‌مبابوه به نقل از RamaRao و همکاران نیز، بالاترین مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری مربوط به منطقه

را دارد، از هر ۴ مددجو یکی روش پیشگیری از بارداری خود را توسط رابطین بهداشتی دریافت می‌دارد.^(۱۲،۹) Hossain و همکاران طی پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که از جمله دلایل مهم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، کاهش زمان انتظار و عدم پرداخت هزینه در قبال دریافت وسیله می‌باشد.^(۱۳) به‌عنوان یک نتیجه گیری کلی می‌توان گفت: تعامل خوب بین رابط و مددجو در تبادل اطلاعات، ایجاد ارتباط و انگیزه در مددجویان از عواملی است که سبب موفقیت این طریق از ارائه خدمات گردیده است. نتایج مطالعه‌ای در بنگلادش نشان داد، آنچه در ملاقات با مددجویان مهم است تعداد مطلق ملاقات‌ها نیست، بلکه تعامل خوب بین رابط و مددجو نقش مهمی در استفاده از روش دارد. در مطالعه فوق هم‌چنین مشخص گردید، ارتباط رابط بهداشتی محلی با مددجو به‌دلیل تشابه فرهنگی، ایجاد اطمینان، اعتماد و نحوه انتقال مطالب و تشویق مددجویان سبب استفاده مداوم و مکرر روش می‌گردد. RamaRao و همکاران در پژوهش خود روی ۱۷۴۵ زن در فیلیپین به این نتیجه رسیدند که تعامل بین رابط و مددجو، آموزش مناسب، سهولت دسترسی و مشاوره کافی ضمن استفاده بیشتر از روش‌های پیشگیری، سبب تداوم استفاده از روش نیز می‌گردد.^(۱۴) آزمون دقیقی فی‌شیر اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه از نظر انتخاب مناسب روش پیشگیری و تداوم استفاده از روش از نظر آماری نشان داد؛ که نشان دهنده این است که فرضیه‌های پژوهش حاضر مورد تأیید می‌باشد. به‌طور کلی می‌توان گفت این برنامه در صورت حمایت مالی مستمر و مداوم دولت، به‌کارگیری رابطین کارآمد و مطلع در خصوص انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، حفظ تعامل بین رابط و مددجو در جهت تبادل

منزل، یافته‌ها حاکی از آن است که در ملاقات آخر اکثریت قریب به اتفاق افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش در استفاده از یک روش پیشگیری تداوم داشته‌اند. درحالی‌که، در گروه مقایسه در ملاقات آخر تداوم استفاده کمتری مشاهده گردید و تنها ۸۴/۵ درصد از افراد دارای تداوم استفاده از روش بوده‌اند. بنابراین در گروه آزمایش، مددجویان علاوه بر این که روش پیشگیری مناسبی را انتخاب کرده بودند، دارای تداوم استفاده از روش نیز بوده‌اند. ولی در گروه مقایسه ۱۵/۵ درصد افراد مبادرت به تعویض روش مورد استفاده خود کرده بودند. بنابراین می‌توان گفت رابطین بهداشتی از طریق ملاقات‌های مکرر و منظم با مددجویان و ایجاد انگیزه در آن‌ها و مشاوره کافی در خصوص روش انتخابی، مددجویان را به استفاده مکرر و مداوم روش‌های پیشگیری از بارداری تشویق می‌نماید. نتایج پژوهشی که توسط Maggwa و همکاران انجام شد نشان داد که، رابطین بهداشتی کارآمد با ایجاد انگیزه در مددجویان نقش مؤثری در تداوم استفاده از روش دارند.^(۱۵) گزارش پژوهش دیگری در گامبی نشان داد، ۵۱ درصد افرادی که در خصوص روش پیشگیری مناسب مشاوره کافی دریافت نکرده بودند، مبادرت به ترک روش کرده و در مقابل فقط ۱۴ درصد از مددجویانی که مشاوره کافی دریافت داشتند، روش پیشگیری خود را قطع کرده بودند.^(۱۶) پژوهشی در سنگال به نقل از Setty-Venugopal نشان داد، رابطین بهداشتی نقش مؤثری در تداوم استفاده از روش پیشگیری دارند.^(۱۷) یکی دیگر از دلایل افزایش تداوم استفاده از روش پیشگیری در این برنامه، سهولت دسترسی به وسایل پیشگیری و کاهش انتظار برای دریافت روش است. در زمبابوه که بالاترین میزان مصرف قرص در دنیا

2006. 31(2):73.

4- Maggwa BN, Askew J, Marangwanda C, Ronika N. An assessment of the Zimbabwe national family planning council's community based distribution programme. Fam Plan Council; 2001,[about 47p.]. Available from: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Zimbabwe_CBD.pdf. Accessed 20 July 2006.

5- Zlider VM. Helping women use the pill. Pop Rep; 2000,28(10):20.

6- Caldwell B, Khuda B. The First Generation to Control Family Size: A Microstudy of the Causes of Fertility Decline in a Rural Area of Bangladesh. Stud Fam Plan; 2000. 31(3): 239-251.

7- RamaRao S, Lacuesta M, Costello M. Pangolibay Blesilda and Jones Heidi. The Link between Quality of Care and contraceptive use. Int Fam Plan perspec;2003. 29(2):76-83.

8- Setty-Venugopal V, Jacoby R. Hart,Caroyn. Strengthening the supply chain. Pop Rep; 2002. 30(1): 9.

9- Zlider VM, Gardner R, Rutstein Sh, Morris L, Goldberg H, Johnson K, Yokoyama R. The Reproductive Revolution Continues. Pop Rep; 2003. 31(2): 13.

10- Askew J, Chege J. An Assessment of community based distribution family planning programs in Kenya . Pop Coun Opera Africa Project 2; 1997: 1-50.

11- Setty-Venugopal V. Organizing Work Better. Pop Rep; 2004. 32(1): 11.

12- Barnett B. Zimbabwe "Clinics under trees" increase access. Fam Health Int; 1999. 17(2): 15-16.

13- Mian BH, Barekate K, James F P. The effects of outreach on perceived quality of care in two rural areas of Bangladesh. Biosoc Sci; 2004. 36(5): 507-522.

اطلاعات و در نظر گرفتن حقوق و مزایایی برای رابطین می‌تواند موفق باشد. در نهایت می‌توان گفت که ارائه خدمات در منزل از طریق کمک به مددجو، در انتخاب یک وسیله پیشگیری مناسب، مدرن و مطمئن سبب به‌کارگیری صحیح و مؤثر روش و در نهایت سبب تداوم استفاده از روش می‌گردد؛ لذا، به‌کارگیری این نوع از ارائه خدمات توصیه شده و بررسی تأثیر آن در روستاها و مکان‌های دور دست، در اقوام مختلف و هم چنین بررسی جنبه‌های اقتصادی آن پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگر از جناب آقای دکتر شرفی معاونت وقت محترم دانشگاه علوم پزشکی ایران و کارکنان محترم دانشکده پرستاری مامایی علوم پزشکی ایران، نهایت تشکر و امتنان را دارد. پژوهشگر از خانم‌ها الهام قدی‌می، نوشین رهنما، مهشید زنگنه، اعظم حاج بابایی و سایر عزیزانی که ای‌نجان را در تدوین این پژوهش یاری نموده‌اند، قدردانی می‌نماید.

فهرست منابع

1- Zanjani H, Mirzayi M. population, development and reproductive health. Tehran: Boshra Publications; 2003: P. 17-20.

2- Helm-Seresht P, Delpisheh E. Health and family planning. Tehran: Chehr Publications; 2005: P. 6, 42, 48, 51.

3- Bhattacharya SK, Ram RDN, Goswam UD, Gupta K, Bhattacharyya S. Study of Unmet Need for Family Planning among Women of Reproductive Age Group in a Medical College of Kolkata. Indian J Commun Med;

The Effect of Community-based Distribution on Appropriate Choices and Maintenance of Using Contraception Methods in Hamedan

*Z. Ghodsi¹ MS, Sh. Jahanfar² PhD, F. Shahpoorian³ MS, R. Jamshidi⁴ MS

Introduction and Aim: Uncontrolled incremental trend of population growth is the basic problem in developing countries. Establishing family planning programs at an extensive level in these countries increases economical, social, and cultural advantages and decreases maternal and fetal mortality. One of the methods of implementing these programs is community-based distribution. CBD can effectively deliver family planning services at home. CBD facilitates family access to family planning methods that culminate in appropriate choices and continuity of using contraception methods. The aim of this study is to examine the effect of community based distribution on appropriate choices and continuity of using contraception methods among Hamedan households.

Materials & Methods: This study is part of a larger study conducted by controlled field trial design. Using a multi-staged method, the researchers chose 297 subjects and divided them into two groups, control (n=100) and experimental (n=197). The setting of the study was Hamedan households covered by field workers. Data collection tools were two questionnaires, three checklists, and one referral card. To determine the scientific validity of the tools, the researchers used the content validity method. The scientific reliability of the tools was determined through conducting the retrial method in a random sample of ten subjects.

Results: The findings revealed that through delivering family planning services at home, appropriate choices and continuity of using contraception methods were increased (p=0/001).

Conclusion: According to the findings of the present study, CBD led to appropriate choices and continuity of using contraception methods. Therefore, application of this kind of services is recommended. Also, the study of the effect of delivering this kind of services at villages, deserted places, different tribes, and its economic aspects are recommended.

Key words: Pregnancy_ Contraception-Methods_ Preventive Health_ Health Services_ Community-based_ Hamedan.

Accepted for Publication: 17 September 2007

¹ Lecturer, Toyserkan Azad University, Toyserkan, Iran (*Corresponding Author). E-mail: mojangho@yahoo.com.

² Assistant Professor, Health Nursing, Royal College of Medicine, Malasiya.

³ Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

⁴ Assistant Professor, Department of Statistics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences.