

## مقدمه

تا کنون هرگونه فعالیتی که در زمینه تنظیم خانواده صورت گرفته بر روی زنان در سنین باروری متمرکز شده است. از طرفی بسیاری از زنان از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند چرا که همسران آنها مخالف بکارگیری این روشها می‌باشند. از جمله دلایل مخالفت مردان می‌توان عقاید مذهبی، ترس از عوارض جانبی روشهای پیشگیری، تمایل به داشتن فرزند بیشتر و... را ذکر کرد(۱). مردان اغلب نگرشهای همسر خود را در زمینه تولیدمثل تحت نفوذ قرار می‌دهند و در واقع بکارگیری یا عدم بکارگیری روشها را تعیین می‌کنند. بنابراین تمرکز بر مردان مانند زنان به طور قطع یک نیاز اجتناب ناپذیر است. درگیرکردن مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده منجر به افزایش استفاده از روشهای پیشگیری در آنها و تشویق به استفاده زنان از روشهای پیشگیری و در نهایت بهبود میزان تداوم استفاده از روشهای پیشگیری می‌شود(۲). از سوی دیگر، ارتباطات میان همسران یکی از عوامل مهم در تنظیم باروری محسوب می‌شود و در این میان زنان بعنوان منبع اصلی اطلاعات درباره تنظیم بارداری برای همسر خود محسوب می‌شوند(۳).

یکی از مناسبترین مداخلات پرستاری برای افزایش آگاهی زنان مشاوره می‌باشد(۴). چرا که مشاوره جریان یاری‌رساندن به مددجو است تا بتواند آگاهانه و داوطلبانه و با در نظر گرفتن همه جوانب درباره باروری و پیشگیری از بارداری تصمیم بگیرد. به عبارتی دیگر مشاوره بررسی عمیق مشکلاتی است که فرد با آنها مواجه می‌باشد. از سویی مشاوره گروهی اغلب نسبت به مشاوره فردی مؤثرتر است چرا که اولاً از نظر زمان و هزینه مقرون به صرفه است، ثانیاً اعضای گروه رفتارهایی را در گروه می‌آموزند و به انتقاد از خود و دیگران می‌پردازند، ثالثاً عکس‌العملهای

اعضاء نسبت به یکدیگر در مشاوره گروهی به مراتب بیشتر بوده و همین امر موجب کسب بینش بیشتر می‌شود و اعضاء متوجه می‌شوند که مشکل آنها منحصر بفرد نیست و چنین اطلاعی مقاومت مراجعه‌کننده را کاهش می‌دهد(۵).

آکاریا (۱۹۹۶) تحقیقی با عنوان «ارتباط میان همسران: بکارگیری روشهای پیشگیری و ابعاد خانواده» را در هندوستان انجام داده است. نتایج نشان داد که آگاهی در مورد روشهای پیشگیری در دو منطقه مورد پژوهش بالا بود، در حالیکه بکارگیری روشهای پیشگیری بطور معنی‌داری در سطح پائین قرار داشت. این اختلاف میان سطح آگاهی و عملکرد در دو منطقه، فرضیه این پژوهش را در مورد تأثیر عوامل مداخله‌گر (از جمله ارتباط میان همسران در مورد بکارگیری روشهای تنظیم خانواده) قطعی‌تر می‌سازد. بطور کلی درصد پائینی از زنان در هر دو منطقه در مورد تنظیم خانواده با همسران آنها بحث و گفتگو می‌کردند.

همچنین میان بکارگیری روشها و مدت زمانی که زوجین در این مورد صحبت کرده بودند، ارتباط مستقیمی وجود داشت(۶).

نتایج تحقیقی بمنظور بررسی «مشارکت مردان در تنظیم خانواده» که توسط اوزواریس (۱۹۹۸) در ترکیه نشان داد که نسبت زمانی که در مورد استفاده از روشهای پیشگیری خود تصمیم می‌گیرند تنها ۱۶٪ بوده و در ۲۳٪ زنان انتخاب روشهای پیشگیری از بارداری، تحت تأثیر شوهران آنها بوده است(۷).

تحقیقی توسط سینگ (۱۹۹۸) با عنوان «آگاهی و نگرش و رفتار مردان در زمینه بهداشت باروری در اوتارپرادش هند» نشان داد که مردان در مجموع آگاهی اندکی در مورد موضوعات بهداشت باروری دارند (اگرچه مردان با سطح تحصیلات و اقتصاد بالاتر اطلاعات بیشتری در مورد موضوعات بهداشت باروری

بتوان حداقل ۱۰٪ افزایش در میزان پوشش تنظیم خانواده شهر زاهدان بدست آورد. براین اساس تعداد ۴۴ نفر از زنان پس از تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه برای آنان و همسرانشان، در قالب ۵ گروه ۸ نفری و براساس سطح تحصیلاتشان در کلاسهای مشاوره گروهی که به صورت ۳ جلسه ۲ ساعته طی مدت ۲ هفته شرکت کردند. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه و به روش مصاحبه از نمونه‌های مورد مطالعه و همسرانشان قبل و بعد از مداخله به دست آمد. پرسشنامه مزبور شامل ۱۵ سؤال اطلاعات دموگرافیک، ۱۴ سؤال آگاهی، ۱۱ سؤال نگرش و یک چک لیست رفتاری بود. سؤالات آگاهی بصورت بسته تهیه و هر کدام از سؤالات بسته با توجه به اهمیت آن امتیازدهی شد. نمره کل سؤالات آگاهی ۶۲ نمره بود که پس از دسته‌بندی به گروههای خوب، متوسط، ضعیف و بسیارضعیف تقسیم و سؤالات نگرش بر اساس طیف سه حالتی لیکرت تهیه شدند و هر یک از سؤالات نمره ۱ تا ۳ را کسب کردند. کل نمره نگرش ۳۳ نمره بود و در جدول نمونه‌هایی که از میانه نمره نگرش، نمره بالاتری را کسب کرده بودند، دارای نگرش مثبت و کمتر از آن دارای نگرش منفی تلقی شدند. جهت تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده و با  $r = ۰.۹۳$  پایایی آن تأیید شد.

هدف از برگزاری جلسات مشاوره، بحث و بررسی در مورد روشهای پیشگیری از بارداری و اطلاعات و باورهای غلطی که گاهی اوقات نمونه‌ها و به خصوص همسرانشان در مورد این روشها داشتند، همچنین بررسی دیدگاهها و نظرات مردان در مورد مباحث مطرح شده در جلسات، نحوه ارائه اطلاعات و برقراری ارتباط و ارائه راه حل توسط نمونه‌ها برای افزایش مشارکت مردان در زمینه تنظیم خانواده بوده است. همچنین برای بالا بردن کیفیت جلسات مشاوره از

داشتند) و زنان برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبتهای بهداشتی خود وابسته به مردان بودند(۸). تحقیقی توسط بالمر و همکارانش (۱۹۹۸) بمنظور «بررسی کارآزمایی بالینی در زمینه مشاوره گروهی برای تغییر رفتارهای جنسی خطرناک در مردان» انجام شد. هدف کلی، ارزشیابی تأثیر مشاوره گروهی بعنوان یک روش مداخله برای مردان مبتلا به یکی از بیماریهای مقاربتی و درک بهتر از رفتارهای ایجادکننده این بیماریها بود. پس از مداخله نتایج نشان داد که گروه مشاوره رفتارهای خود را تغییر داده بودند و این تغییر به میزان  $\frac{1}{3}$  عفونت مجدد و افزایش تعداد دفعات استفاده از کاندوم در موقعیتهای خطرناک در مقایسه با گروه کنترل بود(۹).

با توجه به نتایج مطالعات مختلف که ارتباط مناسب زوجین یکی از عوامل مهم تنظیم باروری محسوب می‌شوند و زنان منبع اصلی اطلاع‌رسانی هستند، به همسر خود لذا در این مطالعه اثر مشاوره گروهی با زنان بر افزایش مشارکت مردان و بالابردن پوشش تنظیم خانواده مورد بررسی قرار گرفته است تا با استفاده از نتایج آن راهی مناسب و کارآمد برای جلب مشارکت مردان شناسائی و به سیستم بهداشتی معرفی شود.

### مواد و روشها

این تحقیق از نوع مطالعات نیمه تجربی (قبل و بعد) می‌باشد. جامعه مورد پژوهش کلیه زنان متأهل سنین بارداری (۴۹-۱۵ سال) بودند که در سال ۱۳۸۱ تحت پوشش یکی از مراکز بهداشتی، درمانی سیدالشهداء، امام حسن مجتبی (ع) و ابوذر غفاری شهر زاهدان بودند. این زنان حداقل دو فرزند داشته و از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. نمونه‌گیری بصورت غیر تصادفی انجام شد. تعداد نمونه‌ها طوری محاسبه شد که با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪،

جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی میزان تحصیلات افراد مورد پژوهش و همسرانشان در مراجعین به مراکز بهداشتی، درمانی شهر زاهدان جهت تنظیم خانواده

مردان		زنان		جنس	سطح تحصیلات
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۲۰/۵	۹	۳۸/۵	۱۷		بی سواد
۵۰	۲۲	۴۱	۱۸		ابتدائی
۲۰/۵	۹	۲۰/۵	۹		سوم راهنمایی
۹	۴	-	-		دیپلم
۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴		جمع کل

جدول شماره ۱ نشان دهنده سطح تحصیلات زوجین می باشد. مطابق این جدول، اکثریت زنان (۴۱٪) و اکثریت مردان (۵۰٪) دارای تحصیلات ابتدائی بودند. جدول شماره ۲ نشان می دهد که میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی زنان قبل از مداخله  $29/75 \pm 4/28$  و بعد از مداخله  $51/91 \pm 5/29$  بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی همسرانشان قبل از مداخله  $28/20 \pm 3/28$  و بعد از مداخله  $41/15 \pm 4/35$  بود که در هر دو مورد آزمون t زوج با  $P < 0/001$  اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش زنان قبل از مداخله  $21/29 \pm 3/05$  و بعد از مداخله  $24/68 \pm 3/09$  بود. میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش همسرانشان قبل از مداخله  $19/38 \pm 3/24$  و بعد از مداخله  $23/45 \pm 3/35$  بوده است که در هر دو مورد آزمون t زوج با  $P < 0/001$  اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد.

بعد از مداخله ۴۳٪ زوجین از یکی از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می کردند و آزمون مکینمار با  $P < 0/00001$  تفاوت آماری معنی داری را قبل و بعد از مداخله نشان می دهد.

نمونه های عینی وسایل پیشگیری از بارداری، وایت برد و جزوات آموزشی استفاده شد. یک ماه پس از زمان پایان مداخله، ارزشیابی به وسیله پرسشنامه و چک لیست ثبت موارد از پرونده بهداشتی انجام گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط آزمونهای آماری t زوج، مکینمار، کای اسکور، wilcoxon و ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت.

### نتایج

اکثریت زنان مورد مطالعه در محدوده ۲۰-۳۰ سال و بیشترین تعداد مردان در محدوده ۳۰-۴۰ سال بودند. اکثریت نمونه های مورد پژوهش و همسرانشان اهل تسنن و بلوچ و از نظر سطح تحصیلات دارای تحصیلات ابتدایی بودند. این افراد نمونه های مناسبی برای جمعیت مورد مطالعه محسوب می شدند زیرا اغلب کسانی که در منطقه از روشهای پیشگیری استقبال نمی کنند گروههای اهل تسنن می باشند. اکثریت مردان تک همسر بودند. میانگین تعداد فرزندان پسر،  $1/9 \pm 1/25$  و میانگین تعداد فرزندان دختر،  $1/72 \pm 1/08$  و میانگین سن آخرین فرزند نیز  $2/35 \pm 2/87$  بوده است.

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی نمرات آگاهی و نگرش واحدهای مورد پژوهش و همسرانشان قبل و بعد از مداخله

مرحله		قبل از مداخله				بعد از مداخله			
		مردان		زنان		مردان		زنان	
نمره آگاهی و نگرش		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	۴۵ و بالاتر (خوب)	-	-	-	-	۳۹	۸۸/۶	۹	۲۰/۵
	۳۰-۴۵ (متوسط)	۱۹	۴۳/۲	۱۳	۲۹/۵	۵	۱۱/۴	۳۵	۷۹/۵
	کمتر از ۳۰ (ضعیف)	۲۵	۵۶/۸	۳۱	۷۰/۵	-	-	-	-
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰
نگرش	۲۲-۳۳ (مثبت)	۱۷	۳۸/۵	۶	۱۳/۵	۳۸	۸۶/۵	۲۶	۵۹
	۱۱-۲۲ (منفی)	۲۷	۶۱/۵	۳۸	۸۶/۵	۶	۱۳/۵	۱۸	۴۱
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰

براساس نتایج این جدول، قبل از مداخله سطح آگاهی و نگرش مردان در سطح پائینی می‌باشد، در حالیکه بعد از مداخله بهبود قابل ملاحظه‌ای در وضعیت آگاهی و نگرش آنان مشاهده می‌شود که بیانگر تأثیر مشاوره و بازگو کننده نقش و توانایی زنان در انتقال اطلاعات به همسرانشان است که منجر به افزایش نسبتاً خوب سطح آگاهی و نگرش آنها شده است. این یافته‌ها دو نکته را روشن می‌سازد: نخست پائین بودن سطح آگاهی و نگرش مردان و بعضاً زنان را نسبت به روشهای تنظیم خانواده نشان می‌دهد.

نتایج تحقیقی در هندوستان جهت شناخت دلایل عدم پذیرش روشهای پیشگیری مربوط به مردان نشان داد که نه تنها مردان در مورد فاصله‌گذاری بین تولدها درک ضعیفی داشتند بلکه حتی برای بهبود آگاهی خود یا پذیرش روشهای پیشگیری مربوط به خود پیشقدم نمی‌شدند اگر چه این روشها را می‌شناختند، اما از نحوه بکارگیری صحیح آنها اطلاع اندکی داشتند (۱۰).

جدول شماره ۳ نشانگر آن است که قبل از مداخله از میان روشهای پیشگیری تمایل زنان برای استفاده از قرص بیشترین (۴۷/۵٪) و برای استفاده از روشهای دائمی پیشگیری از بارداری کمترین (۴/۵٪) میزان بود. همچنین بیشترین تمایل مردان برای استفاده همسرانشان، قرص (۴۷٪) بود و کمترین تمایل برای استفاده از کاندوم (۱۲٪) وجود داشت. بعد از مداخله قرص و آمپول هر کدام با (۳۱/۵٪) شایعترین و روشهای دائمی (توبکتومی و وازکتومی) هر کدام با ۵٪ کمترین روش مورد استفاده زوجین بودند.

### بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهند که سطح نمرات آگاهی و نگرش نمونه‌های مورد پژوهش قبل از مداخله در سطح پائینی قرار داشته و بعد از مداخله افزایش نسبتاً خوبی در این زمینه مشاهده می‌شود (جدول شماره ۲).

جدول ۳- فراوانی مطلق و نسبی زوجین مورد مطالعه برحسب میزان تمایل به استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری قبل از مداخله و استفاده از روشها بعد از مداخله

مرحله		قصد استفاده از روشها قبل از مداخله				استفاده از روشها بعد از مداخله			
		مردان		زنان		مردان		زنان	
نوع وسیله پیشگیری		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
قرص		۲۱	۴۷/۵	۸	۱۸	-	-	-	-
IUD		۴	۹	-	-	۳	۷	-	-
کاندوم		۵	۱۱/۵	۲	۴/۵	-	-	۲	۴/۵
آمپول		۱۲	۲۷/۵	۷	۱۶	۶	۱۴	-	-
توبکتومی و وازکتومی		۲	۴/۵	-	-	۱	۲	۱	۲/۳
هیچکدام		-	-	۲۷	۶۱/۵	۲۸	۶۳/۵	۴۱	۹۳/۲
جمع کل		۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰

مذهبی، مخالفت همسر یا اعضای خانواده و احساس خجالت ذکر کرده است (۱۰).

در تحقیقی دیگر توسط لوتالو (۱۹۹۸) باهدف تعیین عوامل مؤثر بر بکارگیری روشهای پیشگیری از بارداری، در اوگاندا مشخص گردید که بعد از مداخله بکارگیری روشهای پیشگیری توسط زنان بطور معنی‌داری از ۱۱٪ به ۲۰٪ (اکثراً استفاده از آمپول) و استفاده از کاندوم هم از ۱۰٪ به ۱۷٪ افزایش یافت (۱۱).

بر اساس نتایج تحقیقات فوق، همچنین پژوهش حاضر درصد افزایش استفاده از روشهای پیشگیری در میان زنان سیر صعودی‌تری نسبت به مردان نشان می‌دهد. بطور کلی مردان به اندازه زنان مسئولیت کنترل باروری را عهده دار نیستند.

نتایج تحقیق رینام (۱۹۹۳) نشان داد که شیوع استفاده از روشهای پیشگیری مردانه وابسته به عوامل انسانی و فاکتورهای مربوط به خود روشها می‌باشند. در مورد فاکتورهای انسانی، برنامه‌ریزان و فراهم‌کنندگان

نکته دوم بر اساس این نتایج این است که ارائه اطلاعات صحیح و اجرای برنامه‌های مناسب برای زنان از جمله مشاوره تأثیر مستقیمی بر روی سطح آگاهی و نگرش همسرانشان دارد و این یافته‌ها با نتایج دیگر تحقیقات بر روی زنان به عنوان منابع اصلی اطلاع‌رسانی برای همسران آنها مطابقت می‌کند (۳).

در این مطالعه بعد از مداخله ۴۳٪ افراد از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده کردند و طبق جدول شماره ۳ قرص و آمپولهای ضد بارداری شایعترین روش مورد استفاده زوجین می‌باشند و استفاده از روشهای پیشگیری مربوط به مردان هم (کاندوم ۱۰/۵٪ و وازکتومی ۵٪) افزایش یافته است.

تحقیقی توسط بالیه (۱۹۹۹) در هندوستان با هدف «بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردان در مورد تنظیم خانواده» انجام شد. نتایج نشان داد که استفاده از کاندوم در مناطق شهری ۳/۲٪ و در مناطق روستایی ۳/۵٪ می‌باشد و علت بکارگیری ناچیز کاندوم را از دست‌دادن میل جنسی، ناراحتی در هنگام استفاده، موانع

شد، مشخص گردید که برای استفاده بهینه از سرویسهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشت باروری، حمایت ۳ سطح (اجتماعی، خانوادگی و همسر) مورد نیاز است و این سطح بخصوص ارتباط میان همسران بایستی از طریق اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات ارتقاء یابند(۱۲).

نتایج این تحقیق تأثیر مثبت مشاوره با زنان را بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد مردان در زمینه تنظیم خانواده نشان می‌دهد. لذا پرسنل بهداشتی می‌توانند با اجرای برنامه‌های مشاوره با زنان در زمینه روشهای پیشگیری از بارداری و نیز نحوه انتقال آن به همسران در زمینه مشارکت مردان گام مهمی بردارند.

### تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم مرکز بهداشت زاهدان و مراکز بهداشتی، درمانی سید الشهداء، ابوزر غفاری و امام‌حسن مجتبی (ع) و بخصوص مسئولین محترم کلینیکهای تنظیم خانواده که در طی انجام پژوهش اینجانب را یاری کردند، تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

خدمات بهداشتی تاحدی تعیین‌کننده میزان پذیرش روشها هستند و در مورد فاکتورهای مربوط به روشها عواملی چون مطمئن و کارآمد بودن آنها برای موفقیت در استفاده از روشها اهمیت دارند(۳).

با وجود نگرشهای منفی نسبت به روشهای پیشگیری در منطقه و بخصوص وجود باورهای غلط در مورد استفاده از روشها، نتایج این مطالعه نشان داد که حتی در گروههای اهل تسنن که جمعیت بیشتری را تشکیل می‌دادند، می‌توان با آموزش مناسب و بالابردن آگاهی، سطح پوشش تنظیم خانواده را افزایش بخشید.

با توجه به موانع زیادی که در استفاده از وازکتومی و توبکتومی وجود دارد در این مطالعه انتظار نمی‌رفت با مشاوره زنان تغییری در استفاده از آن بوجود آید، اما همانطور که مشاهده شد دو مورد از ۴۴ مورد افراد مورد پژوهش از این روشها استفاده کردند. لذا می‌توان با نگاهی دوباره به چگونگی آموزش در جامعه، توان بیشتری را برای بهبود و اصلاح شیوه‌های آموزشی صرف نمود.

در تحقیقی که توسط روی (۱۹۹۹) در زمینه تأثیر ارتباط همسران در بهداشت باروری انجام

۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مهارتهای ارتباط بین فردی در بهداشت باروری و تنظیم خانواده. چاپ اول، آراین، تهران ۱۳۷۹، ص ۱۵۰-۱۴۸.

۵- شفیع آبادی عبدالله. فنون و روشهای مشاوره. چاپ سوم، رز، تهران ۱۳۷۶، ص ۱۶-۲۳.

6-Acharya R., Surender S. Inter-spouse communications, contraceptive use and family size; relationship examined in Bihar and Tamil Nadu. J Fam Welfare. 1996;42(4):5-11.

## References

- 1-Population reports. Opposition from husbands, families and communities. Published by the population information program, center for communication program. The Johns Hopkins school of public health. 1996;24(1).
- 2-Population reports. Focus on men as well as women. Published by the population program, center for communication program. The Johns Hopkins school of public health. 1996;24(1).

- 7-Ozvaris S., Dogan B., Akin A. Male involvement in family planning in Turkey. World Health Forum. 1998;19(1):76-8.
- 8-Singh K., Bloom Sh., Ongtsui A. Husbands reproductive health knowledge, attitude and behaviour in Uttar Pradesh, India .Stu Fam Plann. 1998;29(4):388-99.
- 9-Balmer D.H. A clinical trial of group counseling for changing high-risk sexual behaviour in men. Counsel Psych Quarterly. 1998;11(1):33-43 .
- 3-Ringheim K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive method for men. Stu Fam Plann. 1993;24(2):87-99.
- 10-Balaiah D. Contraceptive knowledge, attitude and practices of men in rural Maharashtra. Adv Contracept .1999;15:217-34.
- 11-Lutalo T. Trends and determine of contraceptive use in Rakai district,Uganda. 1995-98. Stu Fam Plann. 2000; 31(3):217-27.
- 12-Roy K. Impact of partner-to- partner communication on reproductive health and family planning. UNFPA magazine. 1996;26(4).