

مقدمه

جمعیت یک میلیاردی جهان از سال ۱۸۰۰ تا سال ۱۹۶۰ به سه میلیارد نفر افزایش یافت. در حال حاضر هر ده سال یکبار به جمعیت دنیا رقمی معادل یک میلیارد نفر اضافه می‌شود. با توجه به منابع محدود زمین، ادامه افزایش جمعیت به میزان فعلی برای مدت طولانی امکان‌پذیر نیست. با وجودی که استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در کشورهای در حال توسعه نسبت به دهه ۶۰ میلادی به میزان ۱۰ برابر بیشتر شده است؛ اما هنوز ۵۰-۲۵٪ زنان در این کشورها آخرین حاملگی خود را ناخواسته می‌دانند (۱). انتخاب روش جلوگیری از بارداری یکی از تصمیم‌های مهمی است که توسط زوجین اتخاذ می‌شود (۲). پیشگیری از بارداری تاثیر چشمگیری بر بهداشت عمومی خواهد داشت. در واقع هدف کنترل مولید، کاهش حاملگی ناخواسته و به دنبال آن عوارض ناشی از آن نظیر سقط‌های عفونی و کاهش مرگ و میر کودکان و مادران، کاهش بیماری‌های ژنتیکی، جلوگیری از زایمان زودرس و سوء تغذیه مادران و به طور کلی ارتقاء سلامت جسمی و روانی زنان می‌باشد (۳). در ایران از دهه ۱۹۸۰ سیاست‌های جمعیت‌گرا جانشین سیاست‌های تنظیم خانواده گردید؛ اما به تدریج خطر افزایش سریع جمعیت برای مسئولین روشن شد. از آن پس از سال ۱۹۸۷ خط مشی زمامداران تغییر یافت و از سال ۱۹۹۰ برخی از سیاست‌ها از جمله حمایت از روش‌های عقیم‌سازی^۱ عملی گردید. در ایران در سال ۱۹۹۶ میزان عقیم‌سازی زنان (بستن لوله‌های رحمی یا TL) ۸٪ و وازکتومی^۲ ۱٪ بود (۴). اما طبق آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹، لوله بستن در خانمها (TL) ۱۷/۱٪ و وازکتومی ۱/۵٪ می‌باشد (۵). همچنین بیش از ۲۲۰ میلیون زوج در

سراسر دنیا تاکنون از روش‌های عقیم‌سازی استفاده کرده‌اند (۶). عقیم‌سازی از طریق بستن لوله‌های رحمی در زنان و بستن مجاری وازودفران در مردان صورت می‌گیرد (۷). تجربیات اخیر نشان داده است که مردم در صورت داشتن اطلاعات صحیح و کافی از روش‌های دائمی، آنرا بر روش‌های موقت ترجیح می‌دهند (۸). مطالعات مختلف عواملی نظیر وضعیت تاهل، سن زوجین، سن آخرین فرزند، تعداد فرزند، جنس فرزند، تفاوت سنی زن و شوهر، افزایش طول مدت ازدواج، میزان تحصیلات زوجین، مذهب، رضایت همسر، منبع کسب اطلاعات، چگونگی مشاوره در انتخاب روش‌های دائمی را مورد بررسی قرار داده‌اند (۹، ۷-۵، ۳). این نکته را باید همواره مدنظر داشت که مشاوره پیشگیری از بارداری فراتر از ارائه اطلاعات یا پاسخگویی به سؤالات مددجویان است؛ بلکه باید پرسنل بهداشتی عقاید و نگرش‌های آنان را در این زمینه کشف و اصلاح نمایند (۱۱-۱۰، ۶).

داشتن آگاهی کافی و نگرش مثبت در انتخاب روش‌های دائمی حائز اهمیت بیشتری می‌باشد؛ چرا که در این صورت احتمال پشیمانی کمتر است (۶). اکثر زوجین واجد شرایط مورد مطالعه در کشورهای آسیایی و آفریقایی نسبت به عقیم‌سازی آگاهی ضعیف و نگرش بی‌نظر دارند. Balaiah آگاهی افراد واجد شرایط را ضعیف و نگرش آنان را بی‌نظر به دست آورد (۱۲).

در مطالعه Al-Calaf نیز آگاهی ضعیف افراد واجد شرایط مشخص شده است (۱۳). در مطالعه Savala افراد انتخاب کننده عقیم‌سازی (هم زنان و هم مردان) با وجود نگرش مثبت آگاهی ضعیف داشتند (۱۴). در مطالعه از گلی در مردان شیراز نیز آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده کم و سطحی بود (۱۵). افراد واجد شرایط کسانی هستند که با داشتن ۲ فرزند این روش را به صورت اختیاری (حداقل سن زنان ۲۰ و

1- Sterilization
2- Tubal Ligation
3- Vasectomy

استفاده از بی‌حسی یا بیهوشی برای عمل و نیز احتمال بازگشت بارداری و عوارض روش مثل تغییرات قاعدگی، تأثیر روی سایر سیستم‌های بدن، تغییر در عملکرد جنسی، احتمال حاملگی، احتیاج به جلوگیری بعد از وازکتومی در آقایان، در پرسشنامه ثبت شد که در صورت ارائه پاسخ صحیح به ۷۵٪ سوالات در گروه دانش خوب، ۷۴-۵۰٪ در گروه دانش متوسط و کمتر از ۵۰٪ در گروه دانش ضعیف دسته‌بندی شدند. نگرش در قالب ۱۴ گویه^۱ از جمله ترس از حاملگی، تغییر در میل جنسی، آرامش خیال به علت دائمی بودن روش، احساس ناکامل بودن، نگرانی از ترک همسر، بروز مشکلات جنسی، نگرانی از آینده فرزندان و احساس گناه از لحاظ مذهبی، با استفاده از تقسیم‌بندی ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر و مخالف و کاملاً مخالف) بررسی گردید. در هر گویه به نگرش کاملاً منفی امتیاز یک و به نگرش کاملاً مثبت امتیاز ۵ تعلق گرفت. سپس امتیاز ۷۰-۴۲ نگرش مثبت (کاملاً مثبت و مثبت) و ۴۲-۲۸ نگرش بی‌نظر و کمتر از ۲۸ (کاملاً منفی و منفی) در نظر گرفته شد.

پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. پرسشنامه زنان توسط کارشناس ارشد مامایی و در مورد مردان توسط پرسشگر مرد دانشجوی پزشکی (دوره دستیاری) تکمیل شد که هر دو پرسشگر آشنا به روش تحقیق بودند و آموزش‌های لازم را دیده بودند و با هر ۱۳۰ زوج یعنی ۱۳۰ نفر مرد و ۱۳۰ نفر زن مصاحبه شد. با رجوع به مراکز بهداشتی و بیمارستانی نمونه‌های زن به این مطالعه دعوت شدند و جهت دستیابی به مردان در صورتی که انتخاب‌کننده روش وازکتومی بودند با رجوع به بیمارستان مربوطه این امر صورت گرفت و برای مصاحبه از همسران آنها دعوت تلفنی به عمل آمد تا در روزهای معینی در درمانگاه حضور یابند. از سایر مردان نیز دعوت تلفنی (شماره

مردان ۲۵ و حداکثر سن زنان ۴۵ و مردان ۵۰ سال) انتخاب نمایند و یا بدون در نظر گرفتن سن با داشتن حداقل سه فرزند، و علاقه و رضایت نسبت به عمل و داشتن آگاهی از همه مقاصد عمل عقیم‌سازی آن را انتخاب نمایند(۱۱).

با توجه به موارد فوق این سؤال مطرح شد که زوجینی که اقدام به عقیم‌سازی کرده‌اند دارای چه خصوصیتی هستند و آیا با نگرش مثبت و آگاهی کافی به این عمل، اقدام کرده‌اند. در مقام مقایسه زوجینی که بیش از سه فرزند دارند و با وجود مناسب بودن این روش آنرا انتخاب نکرده‌اند، از نظر خصوصیات مؤثر در انتخاب روش و نیز آگاهی و نگرش چه تفاوت‌هایی با گروه اول دارند. لذا این تحقیق به منظور مقایسه آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط در خصوص عقیم‌سازی بین زوجین انتخاب کننده عقیم‌سازی و زوجین واجد شرایط استفاده کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۸۱ در همدان انجام گرفت.

مواد و روشها

مطالعه حاضر به روش توصیفی-تحلیلی در شهر همدان انجام گرفت. در این مطالعه ۶۵ زوج انتخاب کننده عقیم‌سازی و ۶۵ زوج واجد شرایط عقیم‌سازی (دارای دو فرزند، حداقل سن زنان ۲۰سال، مردان ۲۵سال و حداکثر سن زنان ۴۵ سال و مردان ۵۰ سال یا بدون در نظر گرفتن سن با داشتن حداقل سه فرزند که به صورت اختیاری عقیم‌سازی را انتخاب کنند) به طور تصادف از مراکز بهداشتی، درمانی شهر همدان انتخاب گردیدند.

سن، سطح سواد، قومیت، محل تولد، شغل، نوع مسکن، تعداد فرزند، سن فرزند، طول مدت ازدواج، علت روش جلوگیری از بارداری، نوع روش‌های جلوگیری از بارداری قبلی و نیز اطلاعات مربوط به آگاهی، شامل نحوه عمل بستن لوله در خانها و آقایان، محل عمل،

در گروه انتخاب‌کننده عقیم‌سازی $23/2 \pm 3/9$ سال و در گروه واجد شرایط $23/3 \pm 4/2$ سال به دست آمد. طول مدت ازدواج زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی $16/6 \pm 6$ سال و زوجین واجد شرایط $20/8 \pm 5/7$ سال بود. اکثر زوجین هر دو گروه ترک زبان بودند. در گروه انتخاب‌کننده عقیم‌سازی $43/1\%$ از زنان و 40% مردان دارای تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد بودند. در گروه استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری، $36/9\%$ زنان و $46/2\%$ مردان تحصیلات ابتدایی داشتند. $96/9\%$ زنان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و $86/2\%$ زنان استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری خانه‌دار بودند و $44/6\%$ مردان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و $43/1\%$ مردان استفاده‌کننده از سایر روش‌ها، کارگر بودند. آزمون‌های آماری نشان داد بین سن مردان و زنان، تحصیلات، شغل، قومیت در هر دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد. اما تفاوت دو گروه از لحاظ طول مدت ازدواج معنی‌دار بود ($p=0/01$).

میانگین تعداد فرزند در گروه انتخاب‌کننده عقیم‌سازی $3/5 \pm 1/5$ نفر و در گروه استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری $4/1 \pm 0/8$ نفر بود که تفاوت دو گروه معنی‌دار می‌باشد ($p=0/01$). در $41/6\%$ زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی سن آخرین فرزند ۵-۲ سال و در 40% زوجین استفاده‌کننده از سایر روش‌ها ده سال به بالا بود. بین سن آخرین فرزند در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P<0/0001$). اکثر افراد دو گروه تعداد فرزند ایده‌آل را ۲ فرزند می‌دانستند و تفاوت تعداد فرزند ایده‌آل از لحاظ زوجین در دو گروه معنی‌دار نبود. تفاوت تعداد فرزند موجود و ایده‌آل در گروه زوجین واجد شرایط بیشتر از زوجین انتخاب‌کننده روش عقیم‌سازی بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<0/01$) به طوری که $61/5\%$ زنان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و $73/8\%$ همسران آنها و $81/1\%$ زنان استفاده‌کننده از سایر روش‌ها و

تلفن تماس از طریق همسران آنها در اختیار پرسشگران قرار می‌گرفت) به عمل آمد تا در روزهای تعیین شده در درمانگاه حضور یابند. سپس مصاحبه برای هر زوج، اما به صورت انفرادی، در یک روز انجام می‌شد. همسران از سؤالات و پاسخ‌های یکدیگر اطلاع نداشتند. در صورت عدم شرکت یکی از زوجین در مصاحبه، زوج/زوجه نیز از نمونه‌ها حذف می‌شد. کلیه نمونه‌ها جهت همکاری با تحقیق آزاد بودند. فقط ۲ زوج اعلام عدم همکاری نمودند که از طرح خارج شدند. پرسشنامه‌ها به روش اعتبار محتوا^۱، تعیین اعتبار گردید و پایایی آن به روش دو نیمه کردن^۲ انجام شد. که با پایایی $0/92$ این ابزار معتبر محسوب شد. در نهایت اطلاعات طبقه‌بندی و از آزمون‌های آماری t و χ^2 ، آنالیز واریانس و کروسکال والیس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

تحقیق روی تعداد ۱۳۰ زوج (زن و مرد) یا ۲۶۰ نفر انجام گرفت، که هر گروه شامل ۶۵ زوج بود. میانگین سنی انتخاب‌کنندگان عقیم‌سازی در خانمها $33/4 \pm 5/6$ سال و در آقایان $36/4 \pm 6/9$ سال بود. در زوجین استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری میانگین سنی خانمها $37/6 \pm 5/8$ سال و آقایان $44 \pm 6/5$ سال بود. $66/2\%$ خانم‌های انتخاب‌کننده عقیم‌سازی در گروه سنی ۳۵-۲۰ سال و 60% خانم‌های استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری در گروه سنی بالای ۳۵ سال قرار داشتند. میانگین سن ازدواج در خانم‌های انتخاب‌کننده روش عقیم‌سازی $17/4 \pm 4/2$ سال و در خانم‌های واجد شرایط عقیم‌سازی $16/4 \pm 2/9$ سال بود. سن ازدواج $49/2\%$ از زنان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و $55/4\%$ استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری زیر ۲۰ سال بود. میانگین سن ازدواج مردان

1- Content validity

2- Spilt half

اطلاع کافی داشتند. ۱۳/۸٪ استفاده‌کننده‌گان از سایر روشها، از احتمال بارداری پس از عقیم‌سازی آگاهی داشتند و ۲۰٪ زمان رفع خطر حاملگی پس از وازکتومی را می‌دانستند.

منبع کسب اطلاعات اکثر زنان، مراکز بهداشتی، درمانی و در مردان، دوستان و آشنایان بود. ۸۱/۵٪ زنان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و ۷۲/۳٪ زنان استفاده‌کننده از سایر روشها معتقد بودند که زن و مرد باید به‌طور مشترک در مورد تعداد فرزند تصمیم‌گیری کنند که از لحاظ آماری بین دو گروه اختلاف معنی‌دار دیده نشد. ۴۹/۲٪ مردان استفاده‌کننده از سایر روشها ۲۷/۷٪ مردان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی معتقد بودند که مرد باید به تنهایی در مورد تعداد فرزند تصمیم‌گیری کند که این تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/01$).

۷۸/۵٪ زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی نسبت به عقیم‌سازی، نگرش مثبت و ۴۹/۲٪ زوجین استفاده‌کننده از سایر روشها نسبت به عقیم‌سازی نگرش بی‌نظر داشتند. بین نگرش دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری دیده شد ($P < 0/01$).

بین نگرش و سن ازدواج در مردان انتخاب‌کننده عقیم‌سازی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت

۹۰/۸٪ همسران آنها تعداد فرزند موجود را بیشتر از تعداد فرزندان مطلوب می‌دانستند. آخرین روش پیشگیری از بارداری در زوجین هر دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نداشت و در اکثر افراد هر دو گروه یعنی ۴۰٪ زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و ۴۱/۵٪ زوجین واجد شرایط، قرص‌های ضدبارداری بود و علت ترک روش قبلی در زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی، عوارض جانبی یا عدم اطمینان ذکر شد.

علل انتخاب عقیم‌سازی در گروه انتخاب‌کننده روش عقیم‌سازی در جدول شماره ۱ و علل عدم انتخاب عقیم‌سازی در گروه واجد شرایط در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

دلیل پیشگیری از بارداری در زوجین هر دو گروه کافی بودن تعداد فرزند ذکر شده است. ۵۲/۳٪ از زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی آگاهی ضعیف داشتند و ۵۰/۸٪ افراد واجد شرایط استفاده‌کننده از سایر روشها آگاهی ضعیف داشتند. مقایسه آگاهی زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی و استفاده‌کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری تفاوت معنی‌دار آماری ندارد. تنها ۳۰٪ از زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی در مورد میزان احتمال برگشت بارداری پس از عمل و ۱۷/۵٪ از زوجین در مورد زمان رفع خطر حاملگی پس از وازکتومی

جدول ۱- توزیع فراوانی زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی بر حسب علل انتخاب روش عقیم‌سازی در

مراجعه به بیمارستانها و مراکز بهداشتی، درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۱

مردان		زنان		فراوانی	علل انتخاب
نسبی	مطلق	نسبی	مطلق		
۳۰/۸	۲۰	۴۰	۲۶		دائمی بودن
۲۱/۵	۱۴	۲۳	۱۵		شکست کم
۷/۷	۵	۱۰/۸	۷		مشکل در استفاده از سایر روشها
۱۲/۹	۱۱	۶/۲	۴		هزینه کم
۷/۷	۵	۷/۷	۵		توصیه پزشک
۱۵/۴	۱۰	۱۲/۳	۸		دلایل دیگر
۱۰۰	۶۵	۱۰۰	۶۵		جمع

جدول ۲- توزیع فراوانی زوجین استفاده کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری بر حسب علل عدم انتخاب روش عقیم‌سازی در مراجعین به بیمارستانها و مراکز بهداشتی، درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۱

مردان		زنان		فراوانی	علل عدم انتخاب
نسبی	مطلق	نسبی	مطلق		
۴۴/۶	۲۹	۴۷/۷	۳۱		ترس از عوارض آن
۱۸/۵	۱۲	۱۲/۳	۸		مخالفت همسر
۰	۰	۱/۵	۱		ترس از عمل جراحی
۹/۲	۶	۹/۲	۶		نزدیک بودن به سن یائسگی خانمها
۳/۱	۲	۶/۲	۴		ترجیح دادن روشهای دیگر
۱۵/۴	۱۰	۱/۵	۱		اعتقادات مذهبی
۰	۰	۳/۱	۲		بیماری زنان
۶/۲	۴	۷/۷	۵		تصمیم به داشتن فرزند در آینده
۱	۰	۱۰/۸	۷		ترس از عوارض آن و مخالفت همسر
۱/۵	۱	۰	۰		تمایل به داشتن فرزندی با جنسیت خاص
۱/۵	۱	۰	۰		اعتقادات مذهبی و ترس از عوارض
۱۰۰	۶۵	۱۰۰	۶۵		جمع

امر ناشی از فعالیت مؤثر پرسنل بهداشتی در ترویج روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری است که مشابه مطالعه Savala در هند (۱۴) می‌باشد.

نیمی از زنان هر دو گروه قبل از ۲۰ سالگی ازدواج کرده بودند. سن ازدواج همسر مشابه مطالعه از گلی (۱۳۸۱) در شیراز است که علت آن احتمالاً بافت فرهنگی حاکم بر منطقه مورد مطالعه می‌باشد و این سن پائین ازدواج سبب گردیده است که با وجود اینکه اکثر خانمها قبل از ۳۵ سالگی اقدام به عقیم‌سازی نموده‌اند؛ اکثر آنها دارای ۴ - ۳ فرزند باشند که در مطالعه Savala (۱۴) و Bumpass (۱۶) نیز نتیجه مشابه به دست آمده است. لذا توجه به روش‌های مطمئن جلوگیری از بارداری در زوج‌های جوان مهم به نظر می‌رسد.

اکثر افراد هر دو گروه از لحاظ تحصیلات در سطح پایین بودند که مشابه مطالعه Bumpass (۱۶) و مطالعه مرکز بهداشت استان همدان (۱۷) می‌باشد. در مطالعه

($P < 0/05$). بین سن ازدواج خانم‌های استفاده کننده از سایر روش‌ها ($P < 0/001$) و نگرش آنها نسبت به عقیم‌سازی نیز ارتباط معنی‌دار وجود داشت که با افزایش سن ازدواج خانم، تمایل به عقیم‌سازی کمتر می‌شود. همچنین بین آگاهی و قومیت، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و منبع کسب اطلاعات در هر گروه اختلاف معنی‌دار آماری دیده شد ($P < 0/05$); به طوریکه در قوم فارس، افراد دارای تحصیلات بیشتر، زنان شاغل، مردان کارمند و موارد کسب اطلاعات از پزشک و پرسنل بهداشتی، آگاهی متفاوت بود. اما بین دانش و نگرش و سایر مشخصات دموگرافیک در زوجین واجد شرایط عقیم‌سازی و انتخاب‌کننده عقیم‌سازی ارتباط معنی‌دار دیده نشد.

بحث

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از خانمها در قبل از ۳۵ سالگی اقدام به عقیم‌سازی نموده بودند که احتمالاً این

روشها استفاده کنند. در سایر مطالعات نیز بیان شده است که مردان معتقدند زن و مرد باید مشترکاً در مورد تعداد فرزند تصمیم‌گیری کنند؛ اما زن به تنهایی باید از روش استفاده کند (۱۴-۹،۱۳). گرچه انتخاب عقیم‌سازی توسط زن یا مرد در بعضی فرهنگها تفاوت فاحش ندارد؛ به طور مثال سالیانه در آمریکا ۷۰۰ هزار توبکتومی در مقابل ۵۰۰ هزار واکتومی صورت می‌گیرد (۶).

در مطالعه حاضر آخرین روش پیشگیری در هر دو گروه قرص بود که مشابه آمار کشوری می‌باشد (۵) که شاید به علت برگشت پذیر بودن این روش و منافات نداشتن آن با اعتقادات مذهبی در عین مطمئن بودن باشد.

دلیل پیشگیری از بارداری در هر دو گروه تعداد کافی فرزندان ذکر شد که در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری دیده نشد. زوجین انتخاب کننده عقیم‌سازی دلیل انتخاب این روش را دائمی بودن و هزینه کم آن ذکر کرده‌اند و اکثر زوجین استفاده کننده از سایر روشها از قرص استفاده می‌نمایند. علت عدم انتخاب عقیم‌سازی در گروه استفاده کننده از سایر روشها ترس از عوارض آن و سپس مخالفت همسر ذکر شده است. در مطالعه ضیائی (۱۳۷۲) در رشت نیز علت عدم انتخاب عقیم‌سازی، ترس از جراحی ذکر شده است (۱۱).

در مطالعه حاضر منبع کسب اطلاعات در هر دو گروه به میزان نه چندان قابل قبول از پزشک و پرسنل بهداشتی و بیشتر از طریق دوستان و آشنایان و افرادی که اقدام به عقیم‌سازی کرده‌اند، بود. لذا توصیه می‌شود در آموزش‌های جامعه‌نگر از رابطین زن یا حتی رابطین مرد استفاده شود.

در بررسی حاضر آگاهی زوجین انتخاب کننده عقیم‌سازی و استفاده کننده از سایر روشها اکثراً ضعیف بود که مشابه تحقیق محققان دیگر در کشورهای زیمباوه، مالزی، بنگلادش، پاکستان،

ازگلی (۱۵) تحصیلات بیشتر همسران دیپلم بود که علت تفاوت این دو مطالعه در این زمینه این است که نمونه‌های مورد مطالعه ازگلی در سطح شهر شیراز بررسی شده بود. در حالیکه مطالعه حاضر تنها در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی و بیمارستانها انجام شد. اکثر زنان هر دو گروه خانه‌دار و اکثر مردان هر دو گروه کارگر بودند که مشابه مطالعه Balaiah و همکاران می‌باشد (۱۲).

بالتر بودن سن آخرین فرزند در گروه استفاده کننده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری پیامد بالاتر بودن سن افراد و طول مدت ازدواج بیشتر آنها می‌باشد. در مطالعه حاضر سن آخرین فرزند در حدود نیمی از زوجین انتخاب کننده عقیم‌سازی، کمتر از ۵ سال بود که در واقع تصمیم‌گیری در مورد عقیم‌سازی نزدیک به زایمان بوده است که مشابه مطالعه Bumpass (۱۶) است.

تعداد فرزند موجود در گروه انتخاب کننده عقیم‌سازی نسبت به زوجین استفاده کننده از سایر روشها انتخاب به موقع گروه اول را نشان می‌دهد که مطالعه Savala (۱۴) و Bumpass (۱۶) نیز مشابه مطالعه حاضر می‌باشد. با توجه به تفاوت تعداد فرزند موجود و مطلوب در زوجین استفاده کننده از سایر روشها و با وجود بالاتر بودن سن و طول مدت ازدواج در این گروه تمایلی جهت اقدام به عقیم‌سازی در آنها مشاهده نشد که شاید به دلیل نزدیکی سن خانمها به سن یائسگی بود که مشابه سایر مطالعات می‌باشد (۱۶، ۱۴).

در مورد تصمیم‌گیری و انتخاب روش جلوگیری به نظر می‌رسد باور مردسالاری در گروه استفاده کننده از سایر روشها بیشتر حاکم بود که مشابه تحقیق مهریار (۱۳۷۶) و ازگلی (۱۳۸۱) در شیراز می‌باشد (۱۸، ۱۵). همچنین احتمالاً تعدد روش‌های پیشگیری زنانه که مطمئن و برگشت‌ناپذیر است سبب گردیده که مردان تمایل داشته باشند همسرانشان از این

است ثبات کافی نداشته باشد.

به طور خلاصه در این مطالعه مشخص شد افراد انتخاب‌کننده عقیم‌سازی با طول مدت ازدواج کمتر، تعداد فرزندان کمتر، با وجود روش پیشگیری مطمئن قبلی به علت ترس از عوارض و اعتقاد به تعداد فرزند کافی موجود با کسب اطلاعات در حد نه چندان مطلوب با دانش ضعیف و نگرش مثبت اقدام به عقیم‌سازی می‌کنند که البته از لحاظ تعداد فرزند و زمان انجام روشی مطمئن، مناسب می‌باشد. در حالی که فقط $\frac{1}{5}$ از آنها می‌دانند احتمال برگشت‌ناپذیر بودن عمل وجود دارد و کمتر از $\frac{1}{3}$ آنان در مورد زمان رفع خطر حاملگی به خصوص پس از وازکتومی اطلاع دارند. با این وجود افراد واجد شرایط نه به دلیل ناآگاهی و نه حتی منافات با اعتقاد مذهبی و نه به دلیل نگرش منفی بلکه بیشتر به دلیل ترس از عوارض آن و مخالفت همسر به این عمل اقدام نمی‌کنند و این اطلاعات را نه از منابع معتبر بلکه از دوستان و آشنایان به دست آورده‌اند. براساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود پس از انتخاب افراد مناسب واجد شرایط، آگاهی لازم به ایشان داده شود تا افرادی که اقدام به عقیم‌سازی می‌کنند آگاهانه این عمل را انجام دهند. همچنین لازم است با دادن آگاهی صحیح به افراد واجد شرایط حتی از طریق روش‌های آموزش جامعه‌نگر مثل استفاده از رابطین زن یا حتی مرد فرصت انتخاب آگاهانه در زمان مناسب داده شود؛ لذا توجه دقیق‌تر مشاوران به این امر بیش از پیش توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از سرکار خانم دولتیان و مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی و نیز مسئولین و پرسنل بیمارستانها و مراکز بهداشت استان همدان که امکان انجام تحقیق را فراهم ساختند نهایت تشکر را داریم.

کامرون و برزیل است (۲۰). این نتیجه به خصوص در گروه انتخاب‌کننده عقیم‌سازی دور از انتظار بود چرا که افراد در صورت نداشتن اطلاعات کافی در مورد عقیم‌سازی، روش انجام آن، عوارض احتمالی و دائمی بودن آن، ممکن است پس از عمل در صورت بروز هرگونه مشکل یا عارضه‌ای که مرتبط یا غیرمرتبط با عمل باشد دچار پشیمانی بعد از عمل شده و با در نظر گرفتن احتمال پائین برگشت باروری پس از عمل، این پشیمانی عواقب متعددی را به دنبال داشته باشد (۶). در گروه استفاده کننده از سایر روشها نیز به علت ناآگاهی نیاز به آموزش و مشاوره صحیح در زمان مناسب برای انجام عقیم‌سازی بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به اینکه افراد این گروه مسن‌تر هستند و تعداد فرزندان بیشتری دارند ممکن است در این زمان عقیم‌سازی برای آنان دیر باشد اما در زمان مناسب با آموزش و اطلاع‌رسانی صحیح امکان انتخاب برای افراد وجود دارد (۸).

گرچه مکانیسم‌هایی که از طریق آن آگاهی بر رفتار تاثیر می‌گذارد مشخص نیست (۲۱) و در مطالعه حاضر مقایسه آگاهی دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد؛ اما نکته مهم این است که عامل اصلی انتخاب و عدم انتخاب روش عقیم‌سازی، آگاهی از این روش به عنوان روش دائمی نبود. به طور مثال هرچند برقراری اتصال مجدد لوله‌ها در موارد وازکتومی تا ۹۸٪ موفقیت‌آمیز است اما میزان باروری کمتر (۷۹-۱۶٪) می‌باشد که با گذشت زمان کمتر نیز می‌شود (۲۲). درحالی که جزء اصول اولیه مشاوره صحیح تنظیم خانواده، آگاهی دادن است (۶) و نداشتن آگاهی کافی نگران‌کننده می‌باشد. در مطالعه حاضر در مقایسه نگرش زوجین نسبت به عقیم‌سازی در دو گروه تفاوت معنی‌دار دیده شد و زوجین انتخاب‌کننده عقیم‌سازی نگرش مثبت نسبت به آن داشتند که شاید این نگرش مثبت باعث اقدام به انجام شده است. نگرش مثبت بدون پشتوانه آگاهی ممکن

منابع

- تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران. دفتر صندوق جمعیت ملل متحد در ایران (۱۳۸۰)، صفحات: ۲۰-۱.
- 12- Balaiah D., et al. Contraceptive knowledge, attitude and practices of men in roral south India. *Stud Fam plan*.1999;30(4): 288-301.
- 13- al- Gallaf K., al- Wazzan H., al- Namash H., Shah N.M., Behbehani J. Ethic differences in contraceptive use in kuwait. *Soc Sci Med*. 1995;41(7):1023-31.
- 14- Savala A. Undestraining the prevalence of female sterilization in roral south India. *Stud Fam plan*.1999;30(4):302-308.
- ۱۵- ازگلی گیتی، رحمانیان مهنوش، ناهیدی فاطمه، ولایی ناصر. بررسی میزان مشارکت مردان شیراز در برنامه تنظیم خانواده. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان: سال ۱۰ (۱۳۸۱)، شماره ۴، صفحات: ۴۷-۴۱.
- 16- Bumpass L., Thom son E., Fodecker Al. Women, men and contraceptive Sterilization. *Fertil Steril*.2000;73(5):37-945.
- ۱۷- مرکز بهداشت استان همدان. بررسی شاخص‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده. مقالات تحقیقی مرکز بهداشت استان همدان، ۱۳۷۹.
- ۱۸- مهریار امیرهوشنگ. مردان در تنظیم خانواده در ایران. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۱۳۷۶).
- ۱۹- ضیائی طاهره. بررسی آگاهی، عقاید و عملکرد کارگران مرد شهر رشت در مورد تنظیم خانواده، پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲.
- 20- United Nation (UN). World contraception use. *Popul Reprot J*.1998;46(2):12.
- 21- Egger Garry., et al. Health promotion strategies. Sydney, Mc Graw Hill.1999;pp: 23-24.
- 22- Lowdemilk D., Leonard P., Shannon E., Irene M. Maternity women's healthcare. 7th Edition, Missorimosby.2000;pp:199.
- ۱- جهانفر شایسته، فضلی خلف زهرا. تحولات جمعیتی و عوامل محیطی. انتشارات بیژه (۱۳۸۰)، صفحات: ۸-۲.
- 2- Saumya R., Lacuesta M., Costello M., Pangolibay B., Heidijcnes. The link between quailty of care and contraceptive use. *Int Fam Plan perspect*.2000; 3:29(2)76-83.
- 3- Gardon E., Colanry E. Health and wellness. 8th Edition, Publishers sudburg, Massachusette.2004;pp:194.
- ۴- ژان کلود شتلندژان، کلودتنه. جمعیت جهان، چالش‌ها و مسائل آن. ترجمه دکتر سید محمدسعید میرزایی تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۱۳۸۰)، صفحات: ۲۶-۱۰.
- ۵- بررسی شاخص‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، مقالات تحقیقی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹)، صفحات: ۴۰-۳.
- 6- ACOG practice bulletin. Benefits and risks of sterilization. *Inter J Gynecol Obstet*.2003; 46(83):339-350.
- 7- Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J., Gilstrap L.C., Hauth J.C., Wenstrom D.D. Williams Obstetrics. 21st Edition. Mc Graw-Hill, Medical Publishing Division.2001;pp: 1558-1560.
- ۸- فروهری فریدون. بررسی آخرین تجارب روش NSV. انتشارات رجا، (۱۳۷۶)، تهران.
- 9- Obionu C.N. Family planning knowledge, attitude and practice among males in a Nigerian urban population. *East Africa Med J*.75: (3)131-134.
- 10- Udigwe G.O., Vdigwe B.I., Ikechebelu J.I. Contraceptive practicc in a teaching hospital in south-east Nigeria. *J Obstet Gynecol*. 2002;22(3):308-11.
- ۱۱- انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران. روش‌های پیشگیری از بارداری. تهران، انتشارات انجمن