

کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از حاملگی های ناخواسته در زنان مورد بررسی تحت پوشش منطقه بهداشت جنوب تهران

نویسندگان: دکتر ابوالقاسم اصفیاء^۱، دکتر داود شجاعی زاده^۲

خلاصه:

مطالعات انجام شده در جهان حاکی از آن بوده است که بالاترین نرخ رشد جمعیت مربوط به فقیرترین کشورهاست. در حالی که بیش از ۹۰٪ افزایش جمعیت جهان مربوط به کشورهای درحال توسعه می باشد، این کشورها بدلیل محدودیت منابع اقتصادی و طبیعی قادر به تأمین نیازهای مربوط به مسکن، آموزش، اشتغال و خدمات بهداشتی و درمانی جامعه نخواهند بود. در کشورهایی که دارای میزان مولد بالا هستند، میزان مرگ و میر مادران، شیرخواران و اطفال در سطح بالا، امید به زندگی کوتاه، اقدام به سقط جنین های غیربهداشتی در سطح وسیع و نهایتاً وضعیت بهداشتی نامناسب می باشد. تحقیق سراسری اداره کل بهداشت خانواده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸ میزان حاملگی های ناخواسته را ۲۲/۶ درصد کل بارداریها گزارش نموده است که باتوجه به جوان بودن جمعیت و استعداد بالقوه آن جهت افزایش باروری، کنترل بارداریهای ناخواسته امری اجتناب ناپذیر می باشد این تحقیق به روش مداخله ای می باشد. در این بررسی مدل اعتقاد بهداشتی HealthBelief model جهت آموزش پیشگیری از حاملگی های ناخواسته به زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دولتی تحت پوشش منطقه بهداشت جنوب تهران بکار گرفته شد. فلسفه مدل اعتقاد بهداشتی مبتنی بر این است که، آموزشهایی منجر به ایجاد رفتار و یا تغییر در رفتار فراگیران می گردند که دارای چهار ویژگی باشند اولاً انجام رفتار بهداشتی مورد نظر برای آنان دارای فایده یا فوایدی از جنبه های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی باشد، ثانیاً آموزش دهندگان باید موانع موجود برای فراگیران اعم از فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی را شناسایی و برطبق آن برنامه ریزی کنند، ثالثاً برنامه های آموزشی بایستی قادر باشند در مورد عوارض و خطرات ناشی از عدم انجام رفتارهای بهداشتی اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی، در فراگیران حساسیت لازم را ایجاد کنند و رابعاً جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی لازمست علاوه بر سایر موارد مذکور، از راهنماهایی برای عمل شامل توصیه های کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی، پزشک معالج، وسایل ارتباط جمعی، بوستر، پمفلت و کارتهای بخاطر آورنده نیز استفاده شود.

نمونه مورد پژوهش شامل تعداد ۱۶۰۰ نفر زنان شوهردار تحت پوشش ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی جنوب تهران بود که بطور تصادفی از میان ۴۲۱۹۵ نفر کل زنان تحت پوشش انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری یافته ها، پرسشنامه ای حاوی ۶۷ سؤال بود که در دو بخش شامل اطلاعات فردی و سئوالات مربوط به اطلاعات، نگرشها و رفتارهای بهداشتی آنان بود. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، اطلاعات بدست آمده مورد ارزیابی آماری قرار گرفت. بر مبنای یافته های بدست آمده، یک برنامه آموزشی بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی طراحی گردید. نمونه های مورد بررسی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم گردیدند. افراد گروه آزمایشی توسط برنامه آموزشی تهیه شده تحت آموزش قرار گرفتند و پس از سپری شدن مدت ۶ ماه از اتمام آموزش به گروه آزمایشی، میزان وقوع حاملگی در دو گروه آزمایشی و شاهد تعیین و مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نهائی حاکی از آن بود که میزان کل حاملگی های صورت گرفته در افراد گروه آزمایشی ۳۰ درصد کمتر از گروه شاهد بود، همچنین میزان حاملگی ناخواسته در زنان گروه آزمایشی ۱۱/۵ درصد در مقایسه با گروه شاهد کاهش داشت که نشان دهنده تأثیر مدل آموزشی اعتقاد بهداشتی بوده است.

کلید واژه: حاملگی ناخواسته، مدل اعتقاد بهداشتی.

مقدمه:

گردیده است. مطالعات انجام شده در جهان حاکی از آن بوده است که بالاترین نرخ جمعیت مربوط به فقیرترین کشورهاست.

غریزه بقا، نسل یکی از غرائز موجودات زنده و از جمله انسان بوده است، اما در عین حال ازدیاد جمعیت نیز باعث نگرانی

بارداریهای ناخواسته ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در این راستا، جهت پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته برای اولین بار در ایران، از مدل آموزشی اعتقاد بهداشتی **Health Belief model** جهت آموزش به زنان تحت پوشش ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی دولتی تابعه منطقه بهداشت جنوب تهران در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ استفاده شد تا پس از جمع‌آوری اطلاعات، از نتایج آن جهت کمک به برنامه‌های پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته استفاده شود.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش مطالعه مداخله‌ای می‌باشد. در این بررسی مدل اعتقاد بهداشتی جهت آموزش پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش منطقه بهداشت جنوب تهران که دارای ۴ ویژگی بشرح زیر بودند بکار گرفته شد:

- ۱- دارا بودن همسر
 - ۲- قرار داشتن در سنین باروری (۱۵ تا ۴۵ سال)
 - ۳- حامله نبودن در هنگام مطالعه
 - ۴- عدم شیردهی به نوزاد هنگام مطالعه
- فلسفه مدل اعتقاد بهداشتی مبتنی بر این است که، آموزش‌هایی منجر به ایجاد رفتار جدید و یا تغییر در رفتار فراگیران می‌گردند که دارای چهار ویژگی باشند، اولاً انجام رفتار بهداشتی مورد نظر برای آنان دارای فایده یا فوایدی از جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی باشد، ثانیاً آموزش دهندگان باید موانع موجود برای فراگیران اعم از فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی را شناسایی و برطبق آن برنامه‌ریزی کنند، ثالثاً برنامه‌های آموزشی بایستی قادر باشند در مورد عوارض و خطرات ناشی از عدم انجام رفتارهای بهداشتی اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و فردی، در فراگیران حساسیت لازم را ایجاد کنند و رابعاً جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی لازمست علاوه بر موارد ذکر شده، از راهنماهایی برای عمل شامل توصیه‌های مراکز بهداشتی درمانی، پزشک معالج، وسایل ارتباط جمعی، پوستر، بروشور و کمپلتهای به‌خاطر آورنده نیز استفاده شود.

تعداد نمونه مورد پژوهش شامل ۱۶۰۰ نفر از زنان بود که بطور تصادفی از میان ۴۲۱۹۵ نفر کل زنان تحت پوشش منطقه بهداشت جنوب تهران انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری یافته‌ها، پرسشنامه‌ای حاوی ۶۷ سؤال بود که در دو بخش شامل اطلاعات فردی و سئوال‌ات مربوط به

در حالیکه بیش از ۹۰٪ افزایش جمعیت جهان در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد، این کشورها بدلیل محدودیت منابع اقتصادی و طبیعی قادر به تأمین نیازهای مربوط به مسکن، آموزش اشتغال و خدمات بهداشتی و درمانی جامعه نخواهند بود. در کشورهایی که دارای میزان موالید بالا هستند، میزان مرگ و میر مادران، شیرخواران و اطفال در سطح بالا، امید به زندگی کوتاه، اقدام به سقط جنین‌های غیر بهداشتی در سطح وسیع و نهایتاً وضعیت بهداشتی نامناسب می‌باشد. با وجودی که در گذشته بیکارمیان آدمیان با پدیده‌هایی مانند سیل، زلزله، آتش فشان و بیماری‌های کشنده‌ای مثل طاعون و وبا، باعث تعادل بین ازدیاد جمعیت و امکانات زیست بوده است، با وجود این برخی آثار بر جای مانده از دوران باستان حاکی از آن است که انسانهای اولیه نیز برای جلوگیری از حاملگی تلاش نموده‌اند. «افلاطون» درباره روش‌های محدود کردن جمعیت معتقد است که اگر لازم باشد باید تولید نسل را در خانواده‌ها ممنوع کرد و حتی توصیه می‌کند که برای جلوگیری از ازدیاد جمعیت، می‌توان گروهی از مردان را به خارج از کشور کوچ داد. «کنفوسیوس» معتقد بود که باید بین کره خاکی و میزان جمعیت تناسبی وجود داشته باشد و گرنه هرگونه عدم تناسب موجب فقر و هلاکت می‌شود. از قرن‌ها قبل از میلاد مسیح بشر برای یافتن روش مؤثر و بی‌ضرری جهت جلوگیری از بارداری کوشش می‌کرده‌است. زنان ژاپنی از ترشحات دهان شتر برای پیشگیری از حاملگی می‌خوردند. زنان مصری بلافاصله پس از زایمان به تعداد سالهایی که نمی‌خواستند بچه‌دار شوند، روغن دانه روغن کرچک می‌خوردند. «علی بن عباس» دانشمند و پزشک معروف ایرانی در کتاب خود مصرف نمک طعام را با مواد چرب جهت پیشگیری از حاملگی مطرح نموده و اضافه کرده است که بطور کلی محلول نمک طعام، اسپرم را نابود می‌کند. زنان یهودی نیز از پشم شتر جهت جلوگیری از حاملگی در داخل واژن استفاده می‌نمودند. برای اولین بار مردان مصری در سال ۱۳۵۰ میلادی از کاندوم برای پیشگیری از حاملگی استفاده کردند و در سال ۱۹۲۰ «گرافن برگ» آلمانی اولین I.U.D را ساخت و در سال ۱۹۵۹ نیز اولین ترکیب قرصهای خوراکی ضد بارداری وارد بازار شد و بدنبال آن روش‌های متنوع دیگری جهت جلوگیری از حاملگی ابداع گردید. تحقیق سراسری اداره کل بهداشت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸ میزان حاملگی‌های ناخواسته در ایران را ۲۲/۶ درصد کل بارداریها گزارش نموده است که باتوجه به جوان بودن جمعیت کشور و استعداد بالقوه آن جهت تولید مثل و افزایش میزان باروری، کنترل و پیشگیری از

داشت. از مجموع زنان مورد بررسی ۳۸/۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم متوسطه بودند، ۳۲/۸ درصد دارای تحصیلات حد راهنمایی و فقط ۲/۳ درصد بیسواد بودند. ضمناً بیشترین میزان تحصیلات شوهران زنان مورد مطالعه با ۳۷/۳ درصد مربوط به دارندگان تحصیلات دوره راهنمایی بود که نشان‌دهنده ارتقاء سطح سواد و تحصیلات در زنان می‌باشد. بررسی حاکی از آن بود که ۸۵/۹ درصد زنان خانه‌دار بودند و تنها ۶ درصد آنان دارای فعالیت اجتماعی با درآمد محسوب گردیدند. از مجموع زنان مورد بررسی، ۸۲/۶ درصد آنها از یک‌روش پیشگیری از حاملگی بطور دائم استفاده می‌کردند و ۱۷/۴ درصد نیز از کاربرد وسایل جلوگیری از بارداری خودداری می‌نمودند. بیشترین روش پیشگیری مورد استفاده مربوط به مصرف قرص‌های خوراکی با ۲۸/۹ درصد و در مراتب بعدی به ترتیب استفاده از کاندوم با ۲۲/۵ درصد و بکار بردن I.U.D با ۲۳/۲ درصد قرار داشتند و کمترین وسیله جلوگیری مورد استفاده، مصرف کپسول‌های نور پلانت با ۰/۶ درصد بود. تحقیق نشان داد که ۳۷/۴ درصد زنان علت انتخاب روش خاص پیشگیری از حاملگی را آگاهی شخصی ذکر نمودند و ۱۵ درصد نیز توصیه شوهران خود را در این زمینه علت اصلی ذکر نمودند. از مجموع زنانی که از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند، ۲۰/۸ درصد علت این موضوع را عدم تمایل شوهران خود و ۲۰/۵ درصد نیز علاقه خود به داشتن فرزند را علت عدم کاربرد وسایل جلوگیری از حاملگی ذکر نمودند. همچنین ۶۰/۱ درصد زنان مورد مطالعه از کاهش اثر قرص‌های خوراکی جلوگیری از حاملگی در هنگام مصرف برخی از آنتی بیوتیک‌ها و یا ابتلاء به اسهال و استفراغ بی‌اطلاع بودند. ضمناً ۷۳/۸ درصد زنان مورد بررسی نیز از روش اورژانس پیشگیری از حاملگی آگاهی نداشتند. از نظر انگیزه اصلی زنان جهت پیشگیری از حاملگی، ۳۷/۲ درصد مشکلات اقتصادی خانواده و ۳۱/۹ درصد مشکلات تربیتی فرزندان را بعنوان مهمترین انگیزه خود دانستند. یافته‌های بدست آمده از جدول ۲ نشان می‌دهد که ۴۲/۴ درصد زنان مورد مطالعه مهمترین منبع اطلاعاتی خود جهت بکاربردن روش‌های پیشگیری از حاملگی را کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی ذکر نمودند، ۱۷/۶ درصد نیز توصیه پزشک معالج و ۱۲/۱ درصد تلویزیون را بعنوان منابع اصلی کسب اطلاع خود جهت جلوگیری از بارداری معرفی کردند.

اطلاعات، نگرشها و رفتارهای آنان در مورد حاملگی‌های ناخواسته بود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات آنها بصورت کدگذاری شده وارد برنامه کامپیوتری EP2 گردید و نتایج آنها به شکل آمار توصیفی در جداول و نمودارها نمایش داده شد. در مرحله دوم و بر مبنای یافته‌های بدست آمده، یک برنامه آموزشی بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی طراحی گردید و سپس نمونه‌های مورد بررسی به دو گروه آزمایشی و شاهد (کنترل) تقسیم گردیدند و افراد گروه آزمایشی توسط برنامه آموزشی تهیه شده تحت آموزش مستقیم (چهره به چهره) قرار گرفتند و نهایتاً پس از سپری شدن مدت ۶ ماه از اتمام آموزش به گروه آزمایشی، میزان کل حاملگی‌ها و نیز میزان حاملگی‌های ناخواسته در افراد دو گروه آزمایشی و شاهد تعیین و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌های تحقیق

تحقیق نشان داد که اکثریت زنان مورد بررسی (۳۲/۴ درصد) در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال قرار داشتند و متوسط سن افراد مطالعه ۲۶/۷ سال بود. همچنین ۷۸/۲ درصد افراد غیر بومی بودند. سن اولین ازدواج ۵۴/۱ درصد از زنان مورد مطالعه در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال قرار داشت و اکثریت زنان (۴۵/۷ درصد) دارای یک فرزند زنده بودند. جدول ۱ نشان می‌دهد که ۶۹/۴ درصد زنان مورد بررسی داشتن تعداد ۲ فرزند را کافی می‌دانستند.

جدول ۱: توزیع فراوانی تعداد فرزندان کافی از نظر زنان مورد بررسی در منطقه بهداشت جنوب تهران

تعداد	درصد	فراوانی تعداد فرزندان کافی
۱۷۲	۱۵	۱
۷۹۳	۶۹/۴	۲
۱۲۸	۱۱/۲	۳
۳۰	۲/۵	۴
۸	۰/۷	۵
۲	۰/۲	۶
۱۱۴۳	۱۰۰	جمع

همچنین ۶۳/۳ درصد شوهران زنان مورد بررسی نیز دارا بودن ۲ فرزند را کافی تلقی می‌کردند که از این نظر همبستگی معنی‌داری بین دیدگاههای زنان و شوهران آنان وجود

جدول ۲: توزیع فراوانی منابع اطلاعاتی در رابطه با بکار بردن روشهای پیشگیری از حاملگی در زنان مورد بررسی منطقه بهداشت جنوب تهران

فراوانی منابع اطلاعاتی	تعداد	درصد
راديو	۱۵	۱/۴
تلویزیون	۱۳۴	۱۲/۱
کتاب	۸۱	۷/۳
روزنامه‌ها و مجلات	۲۸	۲/۵
نشریات و جزوات آموزشی همراه با تصاویر	۳۲	۲/۹
دوستان و آشنایان	۹۳	۸/۴
فامیل نزدیک	۷۱	۶/۴
کارکنان مراکز پزشکی درمانی	۴۵۹	۴۱/۴
پزشک معالج	۱۹۵	۱۷/۶
جمع	۱۱۰۸	۱۰۰

راجهت تأمین سلامت روانی خانواده لازم و ضروری ارزیابی کردند. در مرحله دوم تحقیق، افراد گروه آزمایشی جهت پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی تحت آموزش قرار گرفتند و پس از سپری شدن مدت ۶ ماه از اتمام آموزش، میزان کل حاملگی‌های بوقوع پیوسته و حاملگی‌های ناخواسته در دو گروه آزمایشی و شاهد تعیین و مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۳، حاکی از آن است که در مدت ۶ ماه تعداد ۳۹ مورد حاملگی در افراد گروه شاهد صورت گرفته است که ۷۱/۸ درصد حاملگی مورد انتظار و ۲۸/۲ درصد بارداریها ناخواسته بوده است و جدول ۴ نشان میدهد که در همین مدت، تعداد ۳۰ مورد حاملگی در افراد گروه آزمایشی بوقوع پیوسته که ۸۳/۳ درصد حاملگی‌ها مورد انتظار و ۱۶/۷ درصد بارداریها ناخواسته بوده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی تعداد حاملگی‌های صورت گرفته پس از مدت ۶ ماه در افراد گروه شاهد زنان مورد بررسی منطقه بهداشت جنوب تهران

فراوانی نوع حاملگی	تعداد	درصد
حاملگی مورد انتظار	۲۸	۷۱/۸
حاملگی ناخواسته	۱۱	۲۸/۲
جمع	۳۹	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که تعداد حاملگی‌های بوقوع پیوسته در افراد گروه شاهد به میزان ۳۰ درصد بیشتر از افراد گروه آزمایشی بوده است. همچنین میزان حاملگی ناخواسته در زنان گروه آزمایشی به میزان ۱۱/۵ درصد از زنان گروه شاهد کمتر است که نتایج حاصله حاکی از تأثیر آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، جهت کاهش حاملگی‌های ناخواسته می‌باشد. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که ۸۲/۶ درصد زنان مورد بررسی از یکی از روشهای پیشگیری از حاملگی بطور مداوم استفاده می‌کردند که در مقایسه با آمار سال ۱۳۶۸ مبنی بر استفاده ۶۸ درصد زنان شهری از وسایل پیشگیری از بارداری، استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی ۱۸/۶ درصد افزایش یافته است. با توجه به بررسیهای متعدد انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی در خصوص تأثیر افزایش سطح سواد مادران بر روی ارتقاء سلامت کودکان آنان در ۱۵ کشور جهان، افزایش سطح تحصیلات زنان مورد بررسی از نکات مثبت و قابل توجه

۱۴/۳ درصد زنان مورد مطالعه علت عدم استفاده خود از روشهای پیشگیری از بارداری را ترس از بچه‌دار نشدن در آینده ذکر کردند و ۶۴/۲ درصد آنان نیز بروز حاملگی ناخواسته را موجب سلب آسایش روانی خانواده ارزیابی نمودند. از مجموع افراد مورد بررسی، ۱۵/۷ درصد داشتن تعداد دفعات حاملگی بیشتر را موجب سلامتی بیشتر زنان می‌دانستند لیکن ۸۰/۶ درصد آنان با این نظریه مخالف بودند. از کل زنان مورد مطالعه، ۶/۹ درصد معتقد بودند که علت عدم استفاده آنان از وسایل پیشگیری از حاملگی عدم مشارکت شوهران آنان جهت جلوگیری از بارداری می‌باشد لیکن ۸۹ درصد آنان با وجود عدم مشارکت شوهران خود جهت پیشگیری، شخصاً مصمم به جلوگیری از حاملگی بودند. از مجموع افراد مورد بررسی ۷۵/۵ درصد آنان، دوستان و آشنایان و اطرافیان خود را به استفاده منظم از روشهای پیشگیری از حاملگی تشویق می‌نمودند و ۱۷/۵ درصد زنان معتقد بودند در صورتی که بطور ناخواسته حامله شوند، مورد بی‌مهری شوهر خود قرار خواهند داد. همچنین ۴۹/۶ درصد زنان اعتقاد داشتند که اگر بصورت ناخواسته حامله شوند، قدرت تحمل دوران بارداری را نخواهند داشت و ۳۸/۱ درصد نیز با این نظریه موافق نبودند. از مجموع زنان مورد بررسی، ۴۲/۳ درصد معتقد بودند که اگر بطور ناخواسته حامله شوند، احساس تقصیر و گناه خواهند نمود و ۵۴ درصد آنان نیز وقوع حاملگی ناخواسته را موجب به خطر افتادن سلامتی فرزند خود در هنگام بارداری و پس از تولد وی می‌دانستند. همچنین ۸۹/۱ درصد زنان پیشگیری از بارداری ناخواسته

۱- برنامه‌ریزی مناسب درمورد اینکه تمامی افراد ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی و تنظیم خانواده دارای وسایل و تجهیزات مورد لزوم برای پیشگیری از حاملگی، مهارت‌های فنی لازم، اطلاعات و آگاهی‌ها و مهارت‌های لازم جهت ارتباطات فردی برای ارائه خدمات با کیفیت بهتر، می‌باشند.

۲- وجود اطمینان در مورد اینکه تمام زوجها و افراد دسترسی لازم به کیفیت مناسب آگاهی و اطلاعات و آموزش مربوط به تنظیم خانواده و نیز سرویس‌های خدماتی در مورد ارائه روش‌های مختلف جلوگیری از بارداری دارند.

۳- ارائه آموزش‌های لازم بطور مستمر به عموم مردم درمورد عوارض فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حاملگی‌های ناخواسته.

۴- تقویت نگرش مردان در مورد احساس مسئولیت و عمل منصفانه در روابط جنسی، مشارکت فعال در پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته و مراقبت از کودک در محیط خانواده

۵- توسعه و اصلاح ارائه برنامه‌های آموزشی مناسب به نوجوانان و جوانان در زمینه خدمات بهداشتی و تنظیم خانواده و پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته.

۶- آگاه نمودن زنان و خانواده آنان از طریق وسایل ارتباط جمعی در مورد خدمات تنظیم خانواده با تأکید ویژه بر نحوه صحیح مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از حاملگی، کاهش اثرات قرص‌های خوراکی پیشگیری در هنگام مصرف برخی آنتی‌بیوتیک‌ها و ابتلاء به اسهال و استفراغ، استفاده از یک روش مکمل دیگر در صورت استفاده از شیردهی به نوزاد بعنوان پیشگیری از حاملگی، و نهایتاً آشنائی با روش اورژانس جلوگیری از بارداری.

۷- باتوجه به اینکه استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی برای اولین بار در ایران و حتی جهان در این تحقیق جهت پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته بکار گرفته شد و مجموعاً نتایج مثبتی نیز داشته است، لذا پیشنهاد میشود که پس از انجام اصلاحات لازم در روش‌های اجرایی مدل مذکور، بایرگزاری کارگاه‌های آموزشی در سطح تهران و کل کشور، جهت بازآموزی کارشناسان آموزش بهداشت اقدام شود و در مرحله بعد، کاربرد مدل موصوف بمنظور پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته در سطح وسیع بمورد اجرا درآید.

می‌باشد. همچنین وجود هماهنگی بین زنان و شوهران آنان از نظر تعداد فرزندان مناسب و کافی که از یافته‌های این مطالعه است، نقش مهمی در پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته دارا می‌باشد. همچنین باتوجه به ویژگی‌های مدل آموزشی اعتقاد بهداشتی، یافته‌های زیر مهم و قابل تأمل است:

- ۷۱ درصد از زنان مورد بررسی، در صورت قطع خونریزی ماهیانه در موعدمقرر، دچار ترس از حاملگی می‌گردیدند که حاکی از حساسیت و شدت درک شده فرد نسبت به عوارض خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حاملگی‌های ناخواسته می‌باشد.

- از مجموع زنان مورد بررسی، ۱۴/۳ درصد آنان علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی را احتمال بچه‌دارنشدن در آینده ذکر کردند که طبق مدل اعتقاد بهداشتی، بعنوان یک مانع در اتخاذ رفتار پیشگیری از بارداری ناخواسته تلقی می‌گردد.

- ۵۴ درصد زنان دارای تهدید درک شده درمورد به خطر افتادن سلامتی فرزند آنان در صورت ایجاد حاملگی ناخواسته بودند.

- مجموعاً ۸۳/۵ درصد از زنان مورد مطالعه، علت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری را کم هزینه بودن این وسایل می‌دانستند و همچنین ۸۹/۱ درصد آنان، جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته را عامل مؤثری در تأمین سلامت روانی خانواده ارزیابی نمودند که این موارد بعنوان منافع افراد جهت اتخاذ رفتار پیشگیری از حاملگی ناخواسته تلقی می‌گردد.

جدول ۴: توزیع فراوانی تعداد حاملگی‌های صورت گرفته پس از مدت ۶ ماه در افراد گروه آزمایشی زنان مورد بررسی منطقه بهداشت جنوب تهران

درصد	تعداد	فراوانی نوع حاملگی
۸۳/۳	۲۵	حاملگی مورد انتظار
۱۶/۷	۵	حاملگی ناخواسته
۱۰۰	۳۰	جمع

پیشنهادات

باتوجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهادات زیر مطرح می‌گردد:

منابع:

- ۱- یونیسف، پیشرفت ملتها ۱۹۹۴، چاپ اول تهران ۱۳۷۳
- ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی «بررسی عملکرد زنان ۴۵-۱۵ ساله شوهردار در برنامه‌های تنظیم خانواده ۱۳۷۱» تهیه و تنظیم دکتر اسدپور، اداره کل جمعیت و تنظیم خانواده، صندوق کودکان سازمان ملل متحد ۱۳۷۴
- ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی «گزارش ملی جمعیت جمهوری اسلامی ایران»، کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴ - قاهره
- ۴- عندلیب پ، شهریار افشار ص، بهداشت خانواده، نشریه انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، «برنامه‌های کنترل جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران»، - تابستان ۱۳۷۶
- ۵- میلانی فر ب، بهداشت روان، تهران، نشر قومس، ۱۳۷۰.
- ۶- کمال ش، بهداشت خانواده، نشریه انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، «بررسی شیوع حاملگی ناخواسته در سمنان»، پائیز ۱۳۷۶
- ۷- دل پیشه، ا، پرستاری و بهداشت مادر کودک، انتشارات چهر، تهران ۱۳۷۳
- ۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «گزارش کشوری برنامه‌های جمعیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران» - صندوق جمعیت ملل متحد، خرداد ماه ۱۳۷۸
- ۹- نیکپور ب . آصف زاده س. مجلسی ف، مدیریت و برنامه‌ریزی بهداشت و درمان، جلد اول، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، سال ۱۳۶۸
- ۱۰- حلم سرشت پ. دل پیشه ا، بهداشت و تنظیم خانواده، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۶۸
- ۱۱- sanayak.p. the infacil of unregulated frtlilility on maternal and cnild survival. in. obss, Gyn 50(2) oct1995. PP: 11-17
- 12- Family planning in islamic Republic of Iran Rc pon unfpA S.MOHME 1994.
- 13- WHO. challenges in Reproductive health roscarch Biennal Repon 1992-93. Gencva. 1994. P. 20-40
- 14- Who. Division of reproductive health. prevent unwanted pregnancy. GENEVA. 1998, P.10-17



Abstract***The Application of a Health Belief Model to Prevent Unwanted Pregnancy among Women in South Health Centers - Tehran******Authors: Dr. Asfia A¹. Shojaeizadeh D.²***

Studies performed throughout the world indicate that the highest rate of population growth occurs in the most impoverished countries.

Ninety percent of world population growth occurs in developing countries. Because occupational, economic, and natural resources are limited, these countries are unable to provide the increased demands for housing, education, and occupation and health and remedial services for their societies.

In these countries there is a high mortality rate, particularly among mothers, infants, and children. Due to this shorter life expectancy, people are more likely to have abortions, because of unsafe health conditions or unsanitary environment. Based on research conducted by the Health General Department of Ministry of Health and Medical Education in 1999, 22.6% of all pregnancies are unwanted. Taking into consideration the current adolescent population and the resulting potential for an increase in the percentage of the population in the age of fertility, it becomes increasingly difficult to control the number of unwanted pregnancies. This research is an interfering method of study. In this study, the Health Belief Model format has been used in order to teach the female clientele of public health centers in Southern Tehran how to prevent unwanted pregnancies. The philosophy of the Health Belief Model is based on the principle that the types of training result in changed learner behavior includes the following four elements: First, the client should be made aware of the economic, social, cultural, and familial advantages to controlling unwanted pregnancies. Second, the instructors must be able to recognize factors that may hinder learning, such as personal attitudes and those of family members, and economic and cultural pressures – factors that influence decisions regarding health behaviors and then to plan accordingly. Third, in order to change health behaviors, educational programs must make the learner sensitive to cause and effect regarding socioeconomic, cultural, family behaviors, and so forth.

The studied sample was composed of 1600 married women, chosen from a population of 42,195 total women, who are covered by 15 different health and remedy centers in Southern Tehran. The instrument used to collect the findings was a 2-part questionnaire totaling 67 questions. Questions in Part One were designed to obtain personal information, and in the second part, the women responded to questions concerning their knowledge and concepts of their own health behaviors.

In order to reach the goals of the research, the data collected has been statistically assessed. On the basis of this data, an educational program based on the Health Belief Model has been designed. The subjects of the study were divided into two groups: a probationary group and a control group. The people in the probationary group were provided education and instruction for a period of six months. The control group was given no training. The final results indicate that the total rate of all pregnancies in the probationary group was 30% less than that of the control group. The rate of unwanted pregnancy in the probationary group of women was 11.5% lower than the control group, indicating the effectiveness of the Health Belief Model.

Keyword: Unwanted pregnancy, Health Belief Model.

1 - Ph.D. candidate in Health education- Tehran University of Medical Sciences.

2 - Associate Professor in Tehran University of Medical Sciences.

