

تجارب زنان سنین باروری از توانمندی در تنظیم خانواده: یک مطالعه کیفی

دکتر شهناز کهن^۱، دکتر معصومه سیمبر^{۲*}، دکتر فریبا طالقانی^۳

تاریخ دریافت: 1391/06/10 تاریخ پذیرش: 1391/09/12

چکیده

پیش زمینه و هدف: توانمندی زنان فرآیند توسعه توانایی و آزادی آنان در تصمیم‌گیری‌های اساسی زندگی است، خصوصاً باید به آن‌ها قدرت تصمیم‌گیری، انتخاب و اختیار درباره خواسته‌های باروری داده شود تا بتوانند نقش و مسئولیت خود در تنظیم خانواده را اجرا نمایند. این مطالعه با هدف تبیین تجارب زنان از توانمندی در تنظیم خانواده صورت گرفت.

مواد و روش کار: در این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوی، اطلاعات از ۳۵ زن متأهل سنین باروری واجد شرایط تنظیم خانواده طی ضبط هفت جلسه بحث گروه متمرکز و پنج مصاحبه فردی جمع‌آوری گردیده و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از تحلیل توصیف زنان درباره تجارب توانمندی در تنظیم خانواده چهار طبقه اصلی استخراج شد که شامل کنترل بر برنامه باروری، تنظیم خانواده مشارکتی، حفظ سلامتی در دوره باروری، دسترسی به خدمات تنظیم خانواده بود.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که زنان دسترسی به منابع اطلاعاتی درباره تنظیم خانواده، اقتدار و مهارت در تصمیم‌گیری را عامل کنترل بر برنامه باروری خود تلقی می‌کردند و اظهار داشتند تفاهم با همسر در خواسته‌های باروری و وجود پشتیبانی او در اجرای تنظیم خانواده یک عامل مهم توانمندی است. همچنین تأمین سلامت زنان در طول دوره باروری با کمک بارداری‌های برنامه‌ریزی شده و روش‌های پیشگیری ایمن و دسترسی به خدمات تنظیم خانواده مطلوب نیز مورد تأکید قرار گرفت. لذا توانمندی زنان در تنظیم خانواده باید در متن جامعه، خانواده و سیستم بهداشتی مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: توانمندی زنان، تنظیم خانواده، آنالیز محتوی کیفی، کنترل باروری

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره ششم، پی در پی 41، بهمن و اسفند 1391، ص 857-847

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از میر داماد، تقاطع ولی عصر و اتوبان نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، طبقه سوم، کد پستی: ۱۹۹۶۸۳۵۱۱۹، تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۶

Email: msimbar@yahoo.com

مقدمه

تصمیم‌گیری‌های اساسی زندگی می‌داند که باعث قدرت بخشی به آنان جهت دستیابی به فرصت‌ها، کنترل بر منابع و انتخاب‌هایی می‌شود که منجر به تأثیر عمده بر سرانجام زندگی می‌گردد (۳). بیانیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۴) اطمینان از توانمندی زوجین را لازمه دستیابی به اهداف تنظیم خانواده و کسب موفقیت در اجرای

توانمندی زنان یک عامل کلیدی برای دستیابی به توسعه ملی، ثبات جمعیتی و رفاه جهانی است (۱). کبیر^۴ توانمندسازی را توسعه توانایی‌های افراد می‌شمارد تا انتخاب‌های اساسی زندگی‌شان را انجام دهند در شرایطی که قبلاً این توانایی‌ها نادیده گرفته شده بود (۲). لی ریف^۵ بر توانمندی زنان تأکید کرده و آن را به معنای فرآیند توسعه توانایی و آزادی زنان در

^۱ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی

^۲ دانشیار، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی

^۴ kabeer

^۵ Lee-rife

تصمیم‌گیری آزادانه درباره روابط جنسی و پیشگیری از بارداری ندارند و انتخاب‌های آنان درباره روش‌های پیشگیری و نحوه تنظیم باروری به طور جدی تحت تأثیر تمایلات همسر و اطرافیان است (۸). در مطالعه بادار^۳، نیز اغلب زنان تمایل داشتند که فرزند کم به دنیا بیاورند اما توانایی تصمیم‌گیری مستقل درباره تعداد فرزندان را نداشتند بعلاوه از نظر فرهنگی برای کسب امنیت و حفظ ثبات زندگی مشترک، نیاز داشتند که فرزند کافی به دنیا بیاورند و حتماً پسر داشته باشند (۹). اسلام^۴ و همکاران نشان دادند فقط ۱۸ درصد زنان خودشان تصمیمات تنظیم خانواده را می‌گیرند و تحصیلات زوجین، طول زندگی مشترک و موافقت شوهر با تنظیم خانواده از عوامل تعیین‌کننده در بکارگیری تنظیم خانواده بود (۱۰). مردان در عمان هم در نیمی از موارد به تنهایی درباره پیشگیری از بارداری تصمیم می‌گیرند (۱۱). در ایران هم نتایج مطالعه مظلومی و همکاران در مناطق مرکزی ایران نشان داد که فقط ۲۸ درصد زنان خودشان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری تصمیم می‌گیرند (۱۲). نبوی و همکاران نیز دریافتند در حالی که تصمیم‌گیری اساسی در باروری توسط مردان صورت می‌گیرد اما بخش عمده مسئولیت اجرایی تنظیم خانواده بر دوش زنان است و هنگامی که قدرت تصمیم‌گیری زنان پیرامون مسایل خانگی، پایگاه اجتماعی و اقتصادی افزایش می‌یابد اختیار تصمیم‌گیری و مسئولیت اجرایی تنظیم خانواده بین زوجین تقسیم می‌شود (۱۳). نتایج مطالعات حاکی از تأثیر شناخته شده توانمندی زنان بر فرآیندهای جمعیتی و نتایج باروری است. زیرا توانمندی زنان بر استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، سقط، فواصل فرزندان، ترکیب جنسی و اندازه خانواده موثر است (۱۴). لذا زنان باید برای مسایل مرتبط با باروری توانمند شوند و بر مهارت‌های لازم برای تصمیم‌گیری در آن تسلط یابند

کامل آن می‌داند، توانمندسازی خصوصاً در زنان باید به گونه‌ای صورت گیرد که به آن‌ها قدرت تصمیم‌گیری، انتخاب و اختیار درباره تمایلات باروری داده شود تا بتوانند نقش و مسئولیت خود در تنظیم خانواده را اجرا نمایند. به عبارتی پیش‌نیاز اساسی موفقیت در تنظیم خانواده داشتن زنان توانمند در خانواده و جامعه است (۴). با اینکه تنظیم خانواده به عنوان یک محور حیاتی در توسعه پایدار شناخته شده است تا زوجین به صورت داوطلبانه، بر پایه آگاهی و بینش دست به تصمیم‌گیری مسئولانه درباره فرزندآوری بر اساس امکانات اقتصادی، قدرت جسمی و روانی خود زنند اما مطالعات نشان می‌دهند بین تمایلات باروری زنان و رفتارهای پیشگیری از بارداری آنان شکاف آشکاری وجود دارد به طوری که بین ۱۵ تا ۲۵ درصد زنان با وجود تمایل به اتمام باروری و یا تأخیر در بارداری بعدی در عمل هیچ روش پیشگیری ندارند (۵). این شکاف باعث شده که بیش از ۲۰۰ میلیون زوج با وجود تمایل به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ایمن و موثر، به دلایل عدم دسترسی به خدمات، دانش ناکافی، عدم حمایت همسران و جامعه روش موثر پیشگیری از بارداری نداشته و حتی در بسیاری از کشورها با وجود آرایه گسترده خدمات تنظیم خانواده ناآگاهی، عوامل اجتماعی و فرهنگی مردم را از بهره‌گیری کامل از این خدمات باز می‌دارد (۶) از طرف دیگر عمده مسئولیت تنظیم خانواده در اغلب نقاط جهان بر عهده زنان است اما آنان اختیار کافی و تصمیم‌گیری مستقل ناچیزی درباره مسایل مرتبط با فرزندآوری دارند، بطوریکه یافته‌های دی رز و ایزه^۱ در اوگاندا نشان داد مردان تصمیم‌گیرنده اصلی در خانه هستند و این مسئله درباره تصمیمات باروری نیز صدق می‌کند. تمایلات مردسالاری باعث شده مردان هم تمایل به تعداد بیشتر فرزند داشته و هم کنترل روابط جنسی در اختیار آن‌ها باشد (۷). کریل^۲ نیز معتقد است در بسیاری از قسمت‌های جهان زنان قدرت کافی برای

³ Badar⁴ Islam¹ DeRose and Ezeh² Creel

محتوی کیفی به تبیین تجارب توانمندی زنان سنین باروری در تنظیم خانواده می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی با روش تحلیل محتوی است که با تقلیل داده‌های کیفی و طبقه بندی آن‌ها می‌کوشد تا تجارب توانمندی در تنظیم خانواده را درک کند و به دنبال استخراج درون‌مایه‌های اصلی و کشف الگوهای موجود در بین داده است (۱۷). مشارکت کنندگان ۳۵ زن متأهل ۴۶-۲۴ ساله ساکن شهر اصفهان بودند که در حال حاضر باردار نبوده و تمایل به بارداری هم نداشتند. این افراد با نمونه گیری مبتنی بر هدف و از میان افراد داوطلب انتخاب شدند. در ادامه به شکل نمونه گیری با حداکثر تنوع (از نظر سن، تحصیلات، اشتغال، تعداد فرزند و روش‌های پیشگیری) ادامه یافت تا دیدگاه‌های زنان با شرایط مختلف درباره معنی توانمندی در تنظیم خانواده بررسی شود. بر اساس پرونده‌های بهداشتی خانوار در مراکز بهداشتی شناسایی شده و طی تماس تلفنی ضمن معرفی پژوهشگر و با شرح مختصری درباره مطالعه از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. محل بحث و مصاحبه با توجه به نظر آن‌ها و هماهنگی با سایر اعضا گروه در مراکز بهداشتی و محل اشتغال آنان تعیین گردید. هفت جلسه بحث گروه متمرکز ۶-۵ نفره و پنج مصاحبه فردی صورت گرفت. در شروع جلسه توضیحاتی درباره اهداف و قوانین کلی بحث داده شد و رضایت آگاهانه و کتبی اخذ گردید. مشارکت کنندگان هر گروه از نظر سن، تحصیلات و اشتغال همگن گردیدند. به منظور حفظ یکنواختی در گروه‌ها، از سؤالات راهنمای مصاحبه استفاده شد (چگونه در مسایل فرزندآوری و تنظیم خانواده تصمیم گیری می‌کنید؟ برای دستیابی به خواسته‌های باروری خود چه اختیاراتی دارید؟) طول مدت جلسات بین ۹۰-۶۰ دقیقه بوده

(۱). زیرا زنان توانمند ارزش خود در جامعه را می‌فهمند و متقاضی شرایط برابر در دسترسی به خدمات بهداشتی می‌شوند، آن‌ها نیازهای خود را بیان می‌کنند و بر حقوق خود پافشاری می‌نمایند، دیرتر ازدواج می‌کنند، بچه دار شدنشان را به تأخیر می‌اندازند، تعداد کم فرزند در فواصل مناسب به دنیا می‌آورند و در زمان مناسب برای دستیابی به خدمات بهداشتی اقدام می‌کنند که همه این عوامل باعث ارتقا تنظیم خانواده و در نتیجه ارتقا سلامت باروری زنان می‌گردد (۱۵). لذا باید عوامل توانمندی زنان در برنامه ریزی‌های مسایل باروری و تنظیم خانواده زنان مورد توجه قرار گیرد و بدین جهت لازم است تا وضعیت توانمندی زنان هر جامعه و خواسته‌ها و نیازهای آنان در این زمینه شناسایی گردد. اغلب مطالعات مرتبط با تنظیم خانواده در ایران نیز، تلاش کرده‌اند تا عوامل ناکامی و راه حل‌های موفقیت در تنظیم خانواده را در محدوده سیستم بهداشتی تبیین نمایند در حالی که عباسی شوازی معتقد است خانواده اصلی‌ترین واحد تصمیم گیری درباره باروری و تنظیم خانواده است، تصمیمات باروری عمدتاً تحت تأثیر روابط و قدرت بین زوجین بوده، جایگاه و موقعیت زن در خانواده مؤلفه‌ای کلیدی و تعیین کننده در رفتارها، نگرش‌های باروری و تنظیم خانواده می‌باشد (۱۶) بدین ترتیب ضرورت بررسی وضعیت تصمیم گیری، اختیارات، تمایلات زنان در تنظیم خانواده و به طور کلی تبیین مفهوم توانمندی در تنظیم خانواده از دیدگاه خود زنان را آشکار می‌نماید. همچنین موضوعاتی مانند توانمندی و تنظیم خانواده وابسته به مؤلفه‌های فرهنگی و اجتماعی هستند و یافتن الگوی منطقه‌ای مناسب از مهم‌ترین عوامل موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده محسوب می‌گردد. با توجه به اینکه در ایران اطلاعات ناچیزی درباره توانمندی زنان وجود داشته و تحقیق کیفی بهترین گزینه برای مطالعه مفاهیم پیچیده‌ای است که اطلاعات کمی درباره آن موجود است این مطالعه به روش تحلیل

ثبت کامل و مداوم تصمیمات و فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع آوری، تحلیل داده‌ها و ارایه گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات، در اختیار گذاشتن طبقات استخراج شده به تعدادی از افراد با مشخصات مشارکت کنندگان که در تحقیق شرکت نداشتند و ارزیابی قضاوت آن‌ها در مورد وجود تشابه بین نتایج تحقیق و تجارب خود، کسب توافق مناسب پژوهشگران کیفی درباره متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده صورت گرفت. مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه پذیرفته شد همچنین با کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از مشارکت کنندگان و اختیار انصراف از ادامه شرکت ملاحظات اخلاقی تأمین گردید.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان ۳۵ زن در سنین باروری بودند. اکثریت آنان خانه دار بوده، تحصیلات متوسطه داشته، دارای دو فرزند بوده و در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. از تحلیل توصیف مشارکت کنندگان درباره معنی توانمندی در تنظیم خانواده چهار طبقه اصلی به همراه طبقات فرعی شکل گرفت که در جدول شماره ۱ قید شده است.

که با دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ثبت گردید. پنج مصاحبه انفرادی به صورت نیمه ساختار یافته مشابه روند بحث گروه متمرکز صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا اشباع اطلاعاتی یعنی زمانی که یافته‌های جدیدی به داده‌های موجود، اضافه نگردید ادامه یافت. اطلاعات کسب شده، به طور همزمان با روش آنالیز محتوای کیفی تحلیل شد. بطوریکه پژوهشگر بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه بحث گروه متمرکز یا مصاحبه فردی، به مصاحبه‌ها گوش سپرده و بعد از پیدا کردن دید کلی نسبت به آن‌ها، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه مکتوب گردید و واحد تحلیل شکل گرفت سپس سطر به سطر خوانده شده، جملات و عبارات مهم تعیین گردیده و زیر آن‌ها خط کشیده شده و جوهره آن نام گذاری گردید (کد گذاری)، سپس کدهای مشابه ادغام گردیده و دسته بندی اولیه انجام شد، روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل ادامه یافت تا طبقات ظهور یافتند به این ترتیب داده‌ها در طبقه اصلی که کلی، مفهومی و انتزاعی بود قرار گرفتند. پژوهشگر با کمک روش‌های زیر تلاش نمود تا یافته‌هایش بازتاب تجارب حقیقی مشارکت کنندگان باشد. بازبینی دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان و بازبینی هم تراز توسط اساتید صاحب نظر،

جدول شماره (۱): طبقات اصلی و فرعی استخراج شده از بحث گروهی متمرکز و مصاحبه فردی

طبقه اصلی	طبقه فرعی
۱- کنترل بر برنامه باروری	اطلاع کافی از مسایل مرتبط با تنظیم خانواده
۲- تنظیم خانواده مشارکتی	توانایی تصمیم گیری در تنظیم خانواده
۳- حفظ سلامتی در دوره باروری	تفاهم با همسر در برنامه باروری
۴- دسترسی به خدمات تنظیم خانواده	پشتیبانی همسر در اجرای تنظیم خانواده
	بارداری برنامه ریزی شده
	روش پیشگیری ایمن و متناسب
	انتخاب روش دلخواه
	دریافت مشاوره زوجی در تنظیم خانواده
	اطمینان از درمان عوارض روش‌های پیشگیری

برنامه باروری بود آن‌ها هنگامی خود را توانمند در این باره می‌دانستند که دسترسی به اطلاعات کافی نسبت به مسایل مرتبط

کنترل بر برنامه باروری؛ مفهوم اصلی مورد نظر اکثریت مشارکت کنندگان از توانمندی در تنظیم خانواده داشتن کنترل بر

با تنظیم خانواده داشته و توانایی تصمیم گیری در تنظیم خانواده را داشتند.

اطلاع کافی از مسایل مرتبط با تنظیم خانواده: مشارکت کنندگان بر دسترسی به طیف وسیعی از اطلاعات اشاره داشتند. آن‌ها اظهار می‌کردند وقتی از حقوق باروری آگاهی داشته و اطلاعات کاربردی و مناسبی درباره روش‌های پیشگیری از بارداری از منابع مطمئن در اختیار دارند و از خواسته‌های همسر درباره تنظیم خانواده مطلع هستند احساس می‌کنند که می‌توانند برای باروری و تنظیم خانواده خود یک طرح کلی ترسیم نمایند خانم ۴۶ ساله شاغل می‌گفت: "من از همون دوران بلوغ درباره مسایل باروری آگاهی پیدا کردم و بعد از ازدواج تلاش کردم نظرات همسر را تویجه دار شدن بدونم. همین باعث شد مصمم به شم برای خودمون یک بذاریم. چندتا بچه داشته باشیم و کی اونا را به دنیا بیاورم."

توانایی تصمیم گیری در تنظیم خانواده: مشارکت کنندگان اظهار می‌کردند که زنان با کمک منابع اطلاعاتی به یک طرح و برنامه کلی برای تنظیم خانواده و باروری می‌رسند اما توانایی تصمیم گیری، عامل کلیدی در دستیابی به آن است و هنگامی زنان می‌توانند درباره تنظیم خانواده خود تصمیم بگیرند که در خانواده اختیار در تصمیم گیری‌ها برای آنان وجود داشته باشد. این توانایی همچنین تحت تأثیر مهارت فردی برای تصمیم گیری قرار دارد که از کودکی با کمک والدین و در دوران تحصیل از مدرسه آموخته می‌شود. بطوریکه خانم شاغل ۴۲ ساله بیان داشت: "خانواده من از اول به دختر و نظرات من اهمیت می‌دادند تو فامیل ما زن ارزش داره یا بهتر به گم قدرت و اختیار. مردامون به از زن نظر می‌پرسن و باهاش مشورت می‌کنن. خب این چیزا باعث میشه که من برنامه‌هایی که تو ذهنمه را برای همسر به گم وبهاش به نتیجه برسم"

تنظیم خانواده مشارکتی طبقه اصلی دیگر درباره مفهوم توانمندی در تنظیم خانواده از دیدگاه اغلب مشارکت کنندگان، تنظیم خانواده مشارکتی بود، آن‌ها بیان می‌کردند نه تنها باید کلیه تصمیمات باروری در یک شرایط مشارکتی و توافقی صورت گیرد بلکه زوجین در اجرای تصمیمات تنظیم خانواده نیز باید مشارکت داشته باشند

تفاهم با همسر در برنامه باروری: از نظر اکثر مشارکت کنندگان تفاهم در تمایلات باروری اساس تنظیم خانواده مشارکتی بود زیرا زوجین هر یک متعلق به خانواده‌هایی با شرایط اجتماعی فرهنگی خاصی هستند که باعث می‌شود خواسته‌ها و نگرش‌های متفاوتی نسبت به فرزند آوری داشته باشند. بنابراین باید در زندگی مشترک بتوانند درباره تصمیمات باروری با یکدیگر مذاکره نمایند. زیرا گفتگوهای رودررو در شکل گیری تفاهم بسیار مهم هستند خصوصاً زنان باید بتوانند موافقت همسران خود را برای برنامه‌های پیشگیری از بارداری جلب نمایند. خانم خانه دار ۳۴ ساله می‌گفت: "با شناختی که از روحیات همسر داشتم یه وقت مناسب که گیر می‌اومد، بدون خجالت و راحت حرفامو می‌زدم و از همسر می‌خواستم که در مورد همه چیزایی که توی ذهنشه با من حرف بزنه که من بدونم ما کجای کاریم. یعنی اینجور گفتگوها با فرهنگی که ما داریم جور کردنش خیلی مهارت میخاد."

پشتیبانی همسر در اجرای تنظیم خانواده: از دیدگاه کلیه مشارکت کنندگان بعد از رسیدن زوجین به یک تفاهم و توافق در برنامه باروری و پیشگیری از بارداری عامل مهم بعدی برای موفقیت در تنظیم خانواده مشارکتی، وجود پشتیبانی همسر هم در مرحله انتخاب و هم در مرحله استفاده از روش پیشگیری است. زنان تاکید ویژه‌ای بر حمایت همه جانبه مردان در پیشگیری از بارداری داشتند و اظهار کردند در بسیاری از موارد مردان با پیشگیری از بارداری موافقت، اما هیچ‌گونه همکاری و مسئولیتی را در چگونگی رسیدن به این خواسته تقبل نمی‌کنند. خانم خانه دار

۳۷ ساله این‌گونه بیان داشت: "من و شوهرم هر دو سهم مساوی در پیشگیری از بچه دار شدن داشتیم. با هم درباره روش پیشگیری تصمیم گرفتیم. در مدتی که من قرص می‌خوردم، هر وقت قرص تمام می‌شد یا به خاطر خوردن قرص سردرد می‌گرفتم همسرم خیلی مواظبم بود. وقتی در اثر قرص چاق شدم همسرم موافقت کرد تا مدتی با کاندوم جلوگیری کنیم".

حفظ سلامتی در دوره باروری نیمی از مشارکت کنندگان حفظ سلامت در دوره باروری را مفهوم مهمی از توانمندی زن در تنظیم خانواده تلقی کرده و اظهار داشتند سلامتی اغلب زنان در پایان دوره باروری، بعد از تولد چند فرزند و استفاده از روش‌های جلوگیری آسیب جدی می‌بیند. اما بارداری‌های برنامه ریزی شده و استفاده از روش‌های پیشگیری ایمن و متناسب می‌تواند به حفظ این سلامتی کمک نماید. مشارکت کنندگان با تاکید ویژه بر سلامت دوره باروری، تنظیم خانواده را به عنوان یکی از ابزارهای تأمین سلامت و توانمندی خود مطرح کردند.

بارداری برنامه ریزی شده: توصیف مشارکت کنندگان از بارداری برنامه ریزی شده هم به معنی کاهش تعداد بارداری و هم فاصله گذاری مناسب بین بارداری‌ها بود آن‌ها بر آمادگی جسمی و روانی برای بارداری تاکید داشتند و اظهار داشتند هر چه تعداد بارداری کمتر بوده و با آمادگی همه جانبه مادر باشد احتمال به مخاطره افتادن سلامتی او کمتر است خانم شاغل ۳۹ ساله می‌گفت: "همسرم اول ازدواج شرایط مالی برای بچه نداشت منم می‌خواستم به یه آمادگی روحی روانی به مادر شدن برسیم. تصمیم گرفتیم یکی دو سال بچه دار نشویم و همین باعث شد که خیلی جدی برنامه ریزی کنیم تا ببینیم چه روشی را استفاده کنیم"

روش پیشگیری ایمن و متناسب: کلیه مشارکت کنندگان تجارب استفاده از روش‌های پیشگیری را داشتند و برخی آنان از عوارض روش‌ها شاکی بودند و اظهار می‌کردند روش‌های پیشگیری

سلامتی آن‌ها را به خطر انداخته و هزینه زیادی را برای درمان بر آن‌ها تحمیل نموده است همچنین اغلب مشارکت کنندگان بیان می‌کردند که دسترسی آسان و کم هزینه به روش‌های متنوع و کم عارضه، انتخاب روش‌های ایمن و مناسب برای هر زن می‌تواند به حفظ سلامت او هنگام استفاده از روش‌های پیشگیری کمک نموده و باعث توانمندی زن در تنظیم خانواده گردد. خانم خانه دار ۳۰ ساله این‌گونه اظهار می‌کرد: "من باید ۲۰ سال جلوگیری کنم باید روش‌های زیادی باشه که به بدن من به خوره و مشکلی برم درست نکنند چه میدونم فردا سرطان بگیرم و یا فشارخون بگیرم. ا من که دارم از حاملگی جلوگیری می‌کنم باید مطمئن باشم که سالم می‌مونم."

دسترسی به خدمات تنظیم خانواده مطلوب گرچه کلیه مشارکت کنندگان دسترسی آسان به مراکز بهداشتی را مطرح کردند اما اظهار داشتند خدمات فعلی تنظیم خانواده مطلوب نبوده و باعث توانمندی آن‌ها در تنظیم خانواده نمی‌شود و انتخاب روش‌های پیشگیری دلخواه با کمک پرسنل ماهر طی مشاوره زوجین و درمان کامل عوارض روش‌های پیشگیری را به عنوان معیارهای مطلوب بودن تنظیم خانواده بیان می‌کردند.

انتخاب روش دلخواه: نیمی از مشارکت کنندگان توانمندی در تنظیم خانواده را در دریافت روش پیشگیری دلخواهشان در یک محیط متعامل با پرسنل ماهر بیان کردند و اظهار داشتند روش‌های پیشگیری فعلی محدود بوده و اغلب زنانه است و پرسنل معمولاً حق زنان در انتخاب روش را نادیده می‌گیرند. خانم خانه دار ۳۴ ساله می‌گفت: "با همسرم هم صحبت کردم و قرار شد قرص مصرف کنم اما وقتی او دم در مانگاه گفتند آی یو دی برات بهتره. با هر زحمتی بود دستگاه را گذاشتم. ولی احساس بدی دارم. فکر می‌کنم به نظر من اهمیتی ندادند نداشتند یک مدتی قرص بخورم ببینم چه جوریه."

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش برای اولین بار به تبیین تجارب توانمندی در تنظیم خانواده از دیدگاه زنان سنین باروری می‌پردازد. یافته‌ها حاکی از آن است که داشتن کنترل بر باروری مفهومی محوری از دیدگاه اکثریت مشارکت‌کنندگان است و دستیابی به آن نیاز به دو زیرساخت اصلی یعنی آگاهی کافی از مسایل مرتبط با تنظیم خانواده و استقلال در تصمیم‌گیری دارد. این مفهوم از توانمندی در تنظیم خانواده مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان با هدف بیان شده در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره برای توانمندی زن در تنظیم خانواده کاملاً مطابقت دارد. در یافته‌های مشابهی کاسترلین و همکاران نشان دادند که دانش کافی زنان درباره روش‌های پیشگیری و توانایی آنان برای تصمیم‌گیری مستقل دو عامل کلیدی در دستیابی به تمایلات باروری و کاهش نیازهای پاسخ داده نشده است (۵). اکنون نیز معتقد است کنترل بر باروری مشابه دیگر تصمیم‌گیری‌های خانگی برآیندی از مذاکرات زوجین و تصمیم‌گیری مشترک آن‌هاست و ماهیت روابط حاکم بر خانواده عامل تعیین‌کننده‌ای در تصمیمات باروری بوده بدین ترتیب وضعیت زنان در خانواده و اجتماع بر قدرت و استقلال آنان در تصمیم‌گیری باروری اثر دارد (۴). از دیدگاه ال ریامی نیز، یکی از زیرساخت‌های اساسی کنترل بر باروری داشتن اختیار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با تنظیم خانواده است و اختیار خود به معنی توانایی مهارتی، اجتماعی و روانی برای کسب اطلاعات و به‌کارگیری آن به‌هنگام تصمیم‌گیری درباره موضوعات مهم و شخصی از جمله مسایل باروری است (۱۱) همچنین لی ریف و همکاران توانمندسازی زنان جهت کسب استقلال در تصمیمات تنظیم خانواده و کنترل بیشتر بر باروری را یکی از راه‌های مهم کاهش فرزندآوری ناخواسته می‌دانند و استقلال زنان را در کنترل باروری عامل کلیدی جهت کاهش بارداری ناخواسته ذکر کردند (۳). پانندی نیز در بررسی ارتباط توانمندی زنان با سلامت

مشاوره زوجین در تنظیم خانواده: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند در حالی که توانمندی زنان در تنظیم خانواده منوط به یک تنظیم خانواده مشارکتی است و انتظار داشتند که شرایط برای مشاوره زوجین و خصوصاً مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده فراهم گردد در حالی که مرکز بهداشت با ارائه خدمات در شیفت صبح، نداشتن پرسنل مرد و فضای فیزیکی مناسب برای ارائه خدمت به مردان باعث شده که تنظیم خانواده چهره زنانه بگیرد و عمده مسئولیت پیشگیری از بارداری بر عهده زنان قرار گیرد. خانم ۲۸ ساله در این باره اظهار داشت: "همسرم جلوگیری و تنظیم خانواده را جدی نمی‌گیره ولی انتظار داره که وقتی هم بچه نمیخاد من باردارنشم یعنی همه مسئولیت به عهده خودم بود. اومدم درمانگاه و از پرسنل خواستم که با شوهرم هم حرف بزنند اونا با دوتایی ما مشاوره کردند و چند تا کتابچه هم به همسرم دادند باور کنید همسرم رفتارش فرق کرده، اگر خودشم جلوگیری نمی‌کنه دست کم بیشتر مواظب منه و اهمیت میده."

اطمینان از درمان عوارض روش‌های پیشگیری: کلیه مشارکت‌کنندگان اشاره داشتند توجه به درمان عوارض و تأمین هزینه‌های آن باعث بهبود خدمات تنظیم خانواده و توانمندی زنان می‌گردد. آنان اظهار داشتند که گرچه ارائه روش‌های پیشگیری رایگان است اما هزینه ارجاع از مراکز بهداشتی به پزشکان جهت درمان عوارض اغلب باعث تحمیل هزینه، تغییر روش و حتی پناه بردن به روش‌های غیر موثر شده است فرازی از صحبت خانم شاغل ۴۲ ساله چنین است: "درسته مراکز بهداشتی روش پیشگیری رایگان ارائه می‌کنند ولی نمی‌توانند عوارض را درمان کنند حتی وقتش را ندارند که به ما گوش کنند مکرر به پزشکان ارجاع می‌کنند که هزینه زیادی داره تازه دکتر هم تا عارضه را می‌بینه میگه روش را ول کن. عارضه روش ما را مجبور می‌کنه روشی را که با زحمت شروع کرده بودیم کنار بذاریم"

خانواده تلقی شده و زنان بارداری برنامه ریزی شده را به عنوان عامل اصلی حفظ این سلامتی می‌دانند خصوصاً اگر این بارداری‌ها در شرایطی صورت گیرد که زن آمادگی جسمی و روانی مناسبی برای گذراندن آن را داشته باشد و هر چه این بارداری‌های در تعداد کمتر و فواصل مناسب تر برنامه ریزی شود، احتمال حفظ سلامتی بیشتر می‌شود. همچنین مشارکت کنندگان بر به کارگیری روش‌های پیشگیری ایمن و متناسب با شرایط بدنی برای تأمین سلامت خود تاکید داشتند. کادور^۱ و همکاران هم در بررسی معنی بهداشت باروری از دیدگاه زنان دریافتند که سلامتی برای آنان یک مفهوم محوری است و تمام ابعاد سلامتی را دربر دارد. آن‌ها معتقد بودند برای داشتن سلامت باروری مناسب باید سلامتی یک زن هم در بارداری و هم هنگام استفاده از روش‌های پیشگیری مورد توجه قرار گیرد (۲۳). در واقع یک ارتباط دو جانبه بین توانمندی و سلامتی زنان مطرح است و حفظ سلامت زنان در باروری می‌تواند عامل توانمندی زنان محسوب شود زیرا زنی که سالم است، بیشتر می‌تواند درباره مسایل اساسی زندگی‌اش تصمیم بگیرد و برای توسعه توانایی‌هایش اقدام کند و هنگامی که حقوق باروری‌اش، مثل حق تصمیم‌گیری در مورد تعداد، زمان و فاصله‌ی بین تولد فرزندان و نیز تصمیم‌گیری آزادانه در مورد باروری بدون اعمال فشار و خشونت، مورد حمایت و ارتقا واقع شود، به راحتی می‌تواند همانند مردان در جامعه مشارکت کند و در توسعه ملی مثر ثمر باشد (۲۴). دسترسی به خدمات تنظیم خانواده مطلوب مفهوم دیگری بود که مشارکت کنندگان خصوصاً زنان خانه دار بر آن تاکید نمودند از دیدگاه آنان دسترسی آسان و رایگان فعلی به خدمات تنظیم خانواده برای برآوردن نیازها و خواسته‌های باروری کافی نیست، به نظر می‌رسد مراکز بهداشتی باید با یک نگرش جدید و با رویکرد توانمندسازی زنان در ارائه خدمات تنظیم خانواده اقدام کنند و با فراهم کردن روش‌های متنوع مورد نظر

باروری دریافت زنان وقتی احساس توانمندی داشته باشند کنترل بیشتری بر رفتارهای تنظیم خانواده خود دارند و هوشیاری بیشتر آنان نسبت به حقوق باروری و خدمات سلامتی باعث ارتقا سلامت باروری آن‌ها می‌شود (۱). نتایج مطالعه دی رز و ایزه نشان داد که الگوهای تصمیم‌گیری زوجین در سطح خانواده و جامعه بر میزان استفاده از روش‌های پیشگیری مدرن اثر دارد و هنگامی که الگوی مردسالارانه در تصمیم‌گیری خانگی و باروری حاکم باشد کاربرد روش‌های پیشگیری به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد (۷) یافته‌ها نشان داد مشارکت کنندگان هنگامی احساس توانمندی در تنظیم خانواده دارند که مسئولیت‌های آن در یک شرایط توافقی و مشارکتی توسط زوجین به عهده گرفته می‌شود و همسرشان آگاهانه در طول استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری از آنان حمایت می‌کند. مطالعه گسترده در سنگال نیز نشان داد که بحث و گفتگوی زوجین درباره خواسته‌های باروری، تعداد فرزند و روش‌های پیشگیری اساس بهداشت باروری است و مشارکت مردان در تنظیم خانواده یک مسئله حیاتی در توانمندی و رضایت زنان است (۱۹). کنفرانس پکن ۱۹۹۵ بر اهمیت مشارکت مردان در مسئولیت‌های پیشگیری از بارداری برای ارتقا بهداشت باروری تاکید ویژه‌ای دارد (۲۰). یافته‌های رستمیان و همکاران به طور مشابهی بر حمایت و مشارکت مردان در تنظیم خانواده اشاره دارد، آگاهی مردان از روش‌های پیشگیری، نحوه مصرف صحیح روش‌ها، عوارض جانبی احتمالی روش‌ها، آگاهی از عوارض بارداری ناخواسته و تصمیم‌گیری مشترک درباره فرزندآوری همگی مواردی از مصادیق مشارکت مردان در تنظیم خانواده می‌باشد (۲۱). در مطالعه موتامبیرا نیز مشارکت کنندگان معتقد بودند باید تصمیم‌گیری مشارکتی در تمام موضوعات مربوط به تنظیم خانواده و باروری صورت گیرد تا زوجین هر دو احساس تسلط بر برنامه باروری را داشته باشند (۲۲). نتایج نشان داد حفظ سلامتی در کل دوره باروری یک مفهوم از توانمندی در تنظیم

¹kaddour

خانواده را در متن خانواده، جامعه و سیستم بهداشتی تبیین می‌کنند. به نظر می‌رسد آن‌ها جنبه‌های آگاهی و اقتدار شخصی برای تصمیم‌گیری در زمینه تنظیم خانواده را عامل اصلی در دستیابی به خواسته‌های باروری می‌دانند بر همین اساس، برنامه ریزی‌های گسترده و آموزش‌های فرهنگی مناسب برای تقویت جایگاه زن برای تصمیم‌گیری در خانواده و جامعه می‌تواند در توانمندی زنان در تنظیم خانواده نیز موثر باشد. همچنین زنان بخش عمده مسئولیت تنظیم خانواده را بر دوش خود دیده و بر تنظیم خانواده مشارکتی به عنوان عامل توانمندی در تنظیم خانواده تاکید داشتند. لذا سیستم بهداشتی هنگام ارائه خدمات، مدارس در مراحل جامعه‌پذیری کودکان و محیط کار مردان تمهیدات لازم را بیندیشند تا مردان برای بر عهده گرفتن نقش و مسئولیت خود در تنظیم خانواده به طور جدی آماده گردند. از طرف دیگر در دوره باروری به دلیل بارداری‌های برنامه ریزی نشده و عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری، سلامت زنان در معرض آسیب جدی است لذا سیستم بهداشتی در ارائه خدمات تنظیم خانواده باید بتواند تمایلات باروری زنان را به طور همه جانبه ای حمایت و بر آورده نماید تا نه تنها سلامت زنان بلکه توانمندی آنان نیز تقویت گردد.

زنان در مراکز بهداشتی، پرسنل ماهر برای کمک به زوجین در انتخاب روش پیشگیری مناسب و درمان کامل عوارض جانبی استفاده از روش‌ها به توانمندی زنان در تنظیم خانواده کمک نمایند. یافته‌های سیلوا و همکاران در مطالعه مشابهی نشان داد فقدان تنوع در روش‌ها پیشگیری و ارایه نامنظم آن‌ها باعث شکاف بین سیاست‌های جمعیتی و رفتارهای تنظیم خانواده در متن جامعه برزیل گردیده است. همچنین برای کارایی بیشتر اطلاع رسانی تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی باید موقعیت مناسب جهت مشاوره فراهم شود تا فرصت برای آگاهی از نیازها و خواسته‌های مراجعین مهیا گردد و خدمات تنظیم خانواده بر اساس نیازهای مراجعین برنامه ریزی شود (۲۰). کریل و همکاران نیز دریافتند در سیستم بهداشتی باید بر اساس شرایط و نیاز هر مراجعه کننده خدمات مناسب ارائه شود. برای دستیابی به این هدف باید امکانات لازم برای یک مشاوره صحیح در محیط خصوصی جهت برقراری ارتباط موثر توسط پرسنل ماهر مهیا گردد. به طوری که الگوی ارائه خدمات باعث توانمندی زنان در رسیدن به تمایلات باروری شخصی و ارتقا قدرت انتخاب آنان شود (۸).

با بررسی طبقات اصلی استخراج شده در این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت کنندگان توانمندی خود در تنظیم

References:

1. Pandey S, Singh M. Women empowerment and personal values as predictors of reproductive health. *J India academy of applied psychology* 2008; 34(2): 309-16.
2. Kabeer N. Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third Millennium Development Goal. *Gend develop* 2005; 13(1): 13-24.
3. lee-rife SM. women's empowerment and reproductive experiences over the lifecourse. *Soc Sci Med* 2010; 71(3): 634-42.
4. Eguavoen ANT, Odiagbe SO, Obetoh GI. The Status of Women, Sex Preference, Decision-Making and Fertility Control in Ekpoma Community of Nigeria. *J Soc Sci* 2007; 15(1): 43-49.
5. Casterline JB, Sathar ZA, Haque MUL. Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan: A Study in Punjab. *Stud Fam Plann* 2001; 32(2): 95-110

6. Pakseresht S, Mirhagh Joo SN, Kazemnejad E, Vazifeshenas A. Women's educational needs regarding to family planning methods. *J Gilan Univ Med Sci* 2005; 53: 9-13. (Persian).
7. DeRose L, Ezeh A. Decision-making patterns and contraceptive use. Evidence from Uganda. *Population Res Policy Review* 2010; 29(3): 423-39.
8. 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.
9. Badar S. Women empowerment & fertility behavior. *Professional Med J* 2007; 14(2): 295-9.
10. Islam MA, Padmadas SS, Smith PWF. Female method versus male method: women's role in decision-making process in Bangladesh. Paper presented at public health and human rights, APHA, 2006, 134th annual meeting & exposition, Boston. Available at http://apha.confex.com/apha/134am/techprogram/paper_127120.htm.
11. Al Riyami A, Afifi M, Mabry RM. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reprod Health Matters* 2004; 12(23): 144-54.
12. Mazloomi MA SS, Shahidi F, Abbasi-Shavazi M, Shahrizadeh F. Evaluating knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health subjects in seven central cities of Iran. *J reproduc infertil* 2007; 7(4): 391-400. (Persian)
13. Nabavi SAAH, Ershad F, Ahmadi L. Socio-Demographic factors and pragmatic acceptance of the family planning in Ahwaz. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai* 2009; 16(35): 23-45. (Persian).
14. MacQuarrie K. Women's empowerment and family formation across the life course in Madhya Pradesh, India: the influence of time-varying and fixed empowerment resources [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 8]. Available from: <http://iussp2009.princeton.edu/abstracts/91879>
15. WHO. Women's empowerment and gender equality: Essential goals for saving women's lives [Internet]. WHO. 2008 [cited 2013 Jan 8]. Available from: http://www.who.int/gender/documents/women_and_girls/who_fch_gwh_082/en/index.html
16. Abbasi SH MJ, Askari NA. Family changes and fertility decline in Iran: case study in Yazd province. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai* 2005; 11(25): 25-76. (Persian).
17. Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse edu today*. 2004; 24: 105-12.
18. Streubert H, carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*, 4th Ed. Lippincott: Williams wilkings; 2007.
19. IntraHealth international. The Urban Reproductive Health Initiative in Senegal - IntraHealth [Internet]. [cited 2013 Jan 8]. Available from: <http://www.intrahealth.org/page/the-urban-reproductive-health-initiative-in-senegal>
20. Silva R, Araújo K, Bastos L, Moura S. Bastos LCA, Moura SRF. The meaning of family planning in view women in reproductive age. 12th world congress on public health: Istanbul; 2007.
21. Rostamian AR, Heidari GR, Zafarmand MH, Asadi K, Barghandan R, Dianat M, et al. Men's disinclination in family planning in Bushehr Port Using focus group discussion. *Iran South Med J* 2002; 4(2): 142-9. (Persian).
22. Mutambirwa J, Utete V, Mutambirwa Ch, Maramba P. The Consequences of Family Planning for Women's Quality of Life, Summary of a Report Prepared for The Women's Studies Project, Family Health International. Zimbabwe: University of Zimbabwe Medical School; 1998.

23. Kaddour A. Hafez R, Zurayk H. Women's perception of reproductive health in three communities around Beirut, Lebanon. *Reprod Health Matters* 2005;13(25), 34-42.
24. UNFPA. State of world population: Gender equality, women empowering [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan 8]. Available from: <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch5/index.htm>