

بررسی روند تغییرات در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر آن در جمعیت روستایی شهرستان ساری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶

عباس علیپور^۱، نرگس حبیبیان^۲، سیدحمید رضا طباطبایی^۳

^۱ دستیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

^۲ مسئول واحد آموزش بهداشت مرکز بهداشت شهرستان ساری، ایران

^۳ اسنادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

نویسنده رابط: عباس علیپور، نشانی: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت و تغذیه. تلفن: ۰۷۱۱-۷۲۶۰۲۲۵؛ پست الکترونیک: Alipour_abbass@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۰۸/۰۸؛ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۰/۰۷

مقدمه و اهداف: طرح پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در ایران آغاز گشت. از مهم‌ترین وظایف این طرح ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است. در این بررسی تأثیر اجرای این طرح بر روی روند تغییرات شاخص‌های مربوط به روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۶ در شهرستان ساری مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش که بصورت مقطعی صورت گرفته است، زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله واجد شرایط برنامه تنظیم خانواده بوده است. نمونه‌گیری به روش سرشماری و اطلاعات از روی زیج‌های حیاتی مراکز مذکور استخراج گردید. الگوی تغییرات زمانی و مقایسه آن با شاخص‌های متناظر استان، با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات و تست t مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: در این مدت استفاده از روش‌های کاندوم، آمپول، وازکتومی و کل روش‌های پیشگیری از بارداری سیر صعودی و بکارگیری روش‌های توبکتومی، IUD، قرص، نور پلانت و روش طبیعی، سیری نزولی داشتند. این تغییرات برای روش‌های کاندوم، توبکتومی و طبیعی از نظر آماری معنادار ($P < 0/05$) و برای سایر روش‌ها معنادار نبوده است ($P > 0/05$). اختلاف میانگین درصد‌های روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری برای روش‌های کاندوم، آمپول، توبکتومی و قرص در دو مقطع قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، از نظر آماری معنادار ($P < 0/05$) و برای سایر روش‌ها معنادار نبوده است ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه مشخص گردید که روند کلی استفاده از اکثر روش‌های مطمئن در استان و شهرستان ساری روبه رشد بوده است (توفیقات نسبی حاصل شده است)؛ ولی دو روش قرص و توبکتومی در طول مدت مطالعه، روندی کاملاً نزولی و نسبتاً هماهنگ در استان و شهرستان ساری داشته است.

واژگان کلیدی: طرح پزشک خانواده، زیج حیاتی، شاخص‌های روش‌های پیشگیری از بارداری، ساری، ایران

مقدمه

فراهم شود (۱). اجرای این طرح از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ آغاز گشت و در حال حاضر سالانه حدود ۶۰۰۰ میلیارد ریال صرف آن می‌شود (۲).

در کشور ما سهم سلامت از درآمد تولید ناخالص ملی (GDP) تنها ۷/۱۶٪ است و این در حالیست که متوسط این شاخص در

سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه بوده که دولت موظف به تأمین آن‌ها به طور برابر با رعایت عدالت است. بر اساس بند (ب) ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت «پزشک خانواده» و «نظام ارجاع»

۱۳۷۲ (۱۹۹۴ میلادی) در قاهره برگزار گردید نقطه عطفی در تاریخ فعالیت‌های جمعیت و توسعه و همچنین حقوق زنان محسوب می‌شود. زیرا ۱۷۹ کشور در این جلسه توافق نمودند که اصولاً جمعیت و توسعه بهم پیوسته بوده و توانمندسازی زنان و برآورد کردن نیازهای آموزشی و بهداشتی افراد از جمله نیازهای «بهداشت باروری» آنان، هم برای پیشرفت فردی افراد ضروری است و هم برای توسعه متعادل (۸).

به طور کلی تنظیم خانواده اهداف مهمی را همچون جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته، کاستن از میزان حاملگی‌های پرخطر، کاهش میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن، کاهش میزان بیماری‌های ژنتیکی در نوزادان، جلوگیری از سوء تغذیه در مادر و فرزند و امکان پرورش و آموزش مناسب‌تر را برای فرزندان دنبال می‌نماید (۹).

همه ساله در جهان بیش از ۵۸۵۰۰۰ زن بر سر عوارض حاملگی و زایمان جان خود را از دست می‌دهند که ۹۹٪ از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتند و حاملگی‌های ناخواسته مهم‌ترین علت تن دادن به خطرات سقط جنین است (۹).

در بررسی‌های انجام شده در ایران، نشان داده شده است که از ۵/۰ میلیون بارداری ناخواسته، ۱۶٪ منجر به سقط جنین شده که ۷۵٪ آنان از هیچ وسیله پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند و ۲۵٪ نیز علیرغم استفاده از وسایل پیشگیری، بارداری ناخواسته داشته‌اند (۱۰).

بررسی آمارهای وزارت بهداشت، در سال ۱۳۷۴ نیز بیانگر آن بود که ۲۰٪ از بارداری‌ها در شهرها و ۲۵٪ در روستاها ناخواسته بوده‌اند و شایع‌ترین روش پیشگیری در آن‌ها، روش منقطع بوده است (۱۰). به عبارت دیگر در کشورمان از هر ۴-۳ فرزند، یک فرزند بدون هیچ گونه برنامه‌ریزی قبلی به دنیا می‌آید که می‌تواند به نوبه خود سبب معضلات زیاد اقتصادی، آموزشی و اجتماعی گردد (۱۱).

تنظیم خانواده به حفظ جان کودکان نیز کمک می‌کند. احتمال مرگ کودکانی که در فاصله کمتر از دو سال از فرزند قبلی خانواده به دنیا می‌آیند به طور متوسط دوبرابر مواردی است که این فاصله بیش از دو سال است. اگر فاصله همه تولدهای جهان دو سال یا بیشتر بود از مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه ۲۵٪ کاسته می‌شد (۹).

در یک بررسی ۱۰ ساله در جهان مشخص گردید که کشورهای با میزان مولید پایین‌تر، از امید به زندگی بالاتر ($r = -0.76$)، مرگ و میر کودکان کمتر ($r = 0.71$) و میزان سواد والدین بالاتر

کشورهای پیشرفته حدود ۱۲٪ است (۳). در سال ۱۳۸۷ نیز بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رشدی نداشت (۴). لذا در قبال این اعتماد و در اختیار گذاشتن منابع مالی برای اجرای این طرح و محدودیت شدید آن منابع، جدای از مسئله سیاسی و اجتماعی آن، باید اهداف دقیق این طرح که در رأس آن، «سلامتی مردم» است به نحو مطلوبی تأمین گردد.

در این طرح مسئول اصلی تیم سلامت، پزشک خانواده است. یکی از مهم‌ترین وظایف تیم سلامت، با محوریت پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات نمی‌توان از اصطلاح «پزشک خانواده» برای ارائه خدمات صرفاً درمانی استفاده نمود. کلیه این خدمات نیز باید به صورت فعال ارائه گردد (۱).

در سنوات اخیر وضعیت شاخص‌های بهداشتی درمانی کشورمان در سطح منطقه‌ای و جهانی روند خوبی داشته است (۴). اما با توجه به نگاه رایج و مشکلاتی که در راستای اجرای این طرح توسط صاحب‌نظران مطرح می‌شود (۵) (مانند جابجایی و ریزش سالیانه حدود ۳۰-۲۵ درصدی این پزشکان، عدم آشنایی کافی پزشکان مشغول به کار شده، نقص سیستم آموزش پزشکی جامعه نگر، اختلافات موجود بین دو وزارتخانه «رفاه» و «بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» بر سر تعیین سرانه و تخصیص بموقع منابع آن و ...) بیم آن می‌رود که علیرغم تلاش‌های زیاد انجام شده، شاخص‌های بهداشتی و سلامتی مناطق تحت پوشش طرح، دچار مشکلاتی شده و از سیر صعودی این شاخص‌ها کاسته شود.

علیرغم گذشت حدود ۳ سال از اجرای این طرح مهم ملی، هنوز ارزیابی جامعی انجام نشده است. بدیهی است در صورت تداوم این امر، متوجه مشکلات احتمالی اجرای طرح نخواهیم شد و لذا فرصت ارتقاء فرایندهای موجود در زمینه ارائه خدمات پیش‌بینی شده در طرح مذکور را از دست خواهیم داد.

از جمله این شاخص‌های سلامتی که نقش مهمی در برقراری تعادل میان توسعه اقتصادی، اجتماعی و رشد جمعیت دارد، شاخص‌های «تنظیم خانواده» است. تنظیم خانواده، مشتمل بر اقداماتی است که افراد و زوجها را یاری می‌دهد تا از داشتن فرزند ناخواسته جلوگیری کنند، فاصله بین فرزندان خود را تنظیم نمایند، زمان تولد فرزندان را با سن و شرایط دیگر خود تطبیق دهند و آگاهانه درباره تعداد فرزندان خود تصمیم بگیرند (۷).

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD)^۱ که در سال

^۱ International Conference of Population and Development

($r = -0.17$) برخوردار بوده‌اند (۱۲).

شایع‌ترین روش‌های مرسوم جلوگیری از حاملگی در کشورمان که عموماً مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارتند از قرص (OCP)، کاندوم، آمپول، IUD، توبکتومی، وازکتومی، روش‌های طبیعی و نورپلانت.

بر اساس آخرین آمار منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین سازمان بهداشت جهانی (WHO)، در سال ۱۳۷۹، درصد تنظیم خانواده برای کل روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری برای کشورمان و استان مازندران به ترتیب ۵۶ و ۵۳ درصد اعلام شده است (۱۳، ۱۴). مقدار این شاخص برای کل جهان ۴۸/۹ درصد، کشور آذربایجان ۱۱/۹ درصد، عراق ۱۰/۴ درصد، ترکیه ۳۷/۷ درصد، افغانستان ۳/۶ درصد، پاکستان ۲۰/۲ درصد، ترکمنستان ۵۳/۱ درصد، ارمنستان ۰/۳ درصد، کشورهای اروپایی ۶۱/۷ درصد، کشورهای آسیایی ۶۳/۳٪، آمریکای لاتین ۷۱/۷٪ و آمریکای شمالی ۷۶/۲ درصد بوده است (۱۳، ۱۴).

به طور کلی بهبود وضعیت بهداشت باروری یک وظیفه فرابخشی است؛ ولی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول اصلی این برنامه است (۸).

برای اجرای بهتر برنامه تنظیم خانواده لازم است اولاً بین پرسنل بهداشتی و داوطلب یک رابطه و اعتماد دوجانبه برقرار شود به طوری که پرسنل بهداشتی به داوطلب احترام گذاشته و به او اجازه دهند تا شک و تردید و نگرانی‌اش را نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بیان نماید و ثانیاً اطلاعات مناسب، دقیق و کامل بین داوطلب و پرسنل بهداشتی رد و بدل شود، به طوری که تبادل این اطلاعات، داوطلب را قادر به اتخاذ تصمیم صحیح در خصوص تنظیم خانواده نماید (۱۵) و ثالثاً به حساسیت‌ها و فرهنگ جامعه نیز اهمیت کافی داده شود (۹) و رابعاً به نقش مردان برای همراهی بهتر از روش‌های تنظیم خانواده توجه بیشتری شود چرا که کم توجهی به مردان از عوامل عمده شکست برنامه‌هاست (۹، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

این مطالعه با هدف بررسی شاخص‌های تنظیم خانواده روستاهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان ساری در یک مقطع ۵ ساله از سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ (۲/۵ سال قبل و ۲/۵ سال بعد از اجرای طرح ملی پزشک خانواده) و تأثیر اجرای طرح مذکور بر روی آن شاخص‌ها انجام گردید تا بتواند فرصت مناسب و البته محدودی را برای ارزشیابی بخشی از فعالیت‌های جاری «طرح پزشک خانواده» فراهم نماید.

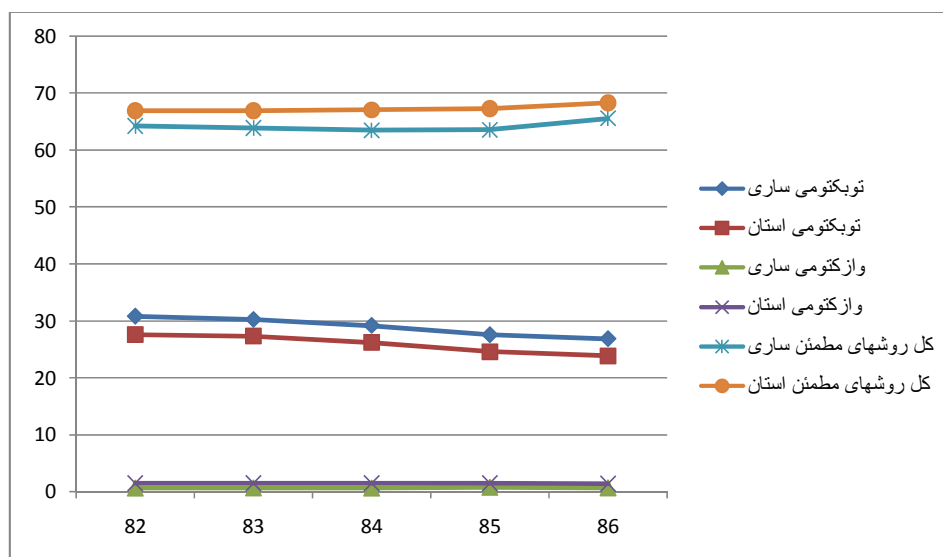
لازم به ذکر است که این مطالعه جزئی از یک مطالعه بسیار وسیع است که سایر نتایج آن (در زمینه‌های خصوصیات دموگرافیک، شاخص‌های مرتبط با مرگ و تولد) انشاء... به مرور منتشر خواهد گشت.

روش کار

در حال حاضر، شهرستان ساری دارای ۳۳ مرکز مجری طرح پزشک خانواده شامل ۲۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و ۲ مرکز شهری با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر (سورک و کیاسر) است.

جامعه آماری این پژوهش که بصورت "مقطعی" صورت گرفته است، زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله واجد شرایط برنامه تنظیم خانواده در مناطق تحت پوشش کلیه مراکز مجری طرح بجز ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و مرکز بهداشتی درمانی شهر کیاسر بوده است. علت حذف این مراکز، تغییر ترکیب جمعیتی تحت پوشش آن‌ها بوده است. نمونه‌گیری به روش سرشماری از زنان واجد شرایط ۴۹-۱۵ ساله همسر دار تحت پوشش کلیه مراکز مذکور طی سال‌های ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۶ انجام گردید. اطلاعات مربوط به نوع روش پیشگیری از بارداری در سال‌های مختلف مستقیماً از روی زیج‌های حیاتی مراکز مذکور استخراج گردیدند.

زیج حیاتی ابزاری است ایرانی که بر اساس نیازهای واقعی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور برای اولین بار در سال ۱۳۶۷ مورد استفاده قرار گرفت. به تدریج و با تکمیل شدن این ابزار، از آن وسیله‌ای کارا، ساده و معتبر در سطوح مختلف محیطی، شهرستانی، استانی و کشوری به منظور ارتقای توان رهبری تیم‌های بهداشتی ساخته شده است. زیج‌های کنونی ورقه‌ای است به ابعاد ۷۰ در ۵۰ سانتی متر، دارای ۷ جدول و ۵ دایره متحدالمرکز که در چهاررنگ چاپ می‌شود و داده‌های مختلفی را نشان می‌دهد از جمله: اطلاعات جمعیتی بر حسب سن، جنس و محل سکونت، مولید، شرایط زایمان، مرگ بر حسب سن و جنس، مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان و علل مرگ آن‌ها، علل مرگ کودکان زیر ۵ سال، چگونگی مصرف نمک یددار توسط خانواده‌ها و تنظیم خانواده. سالانه شاخص‌های متعددی از این ورقه بدست می‌آید که می‌توان با تحلیل آن‌ها و مقایسه با سال‌های قبل، وضعیت برنامه‌ها و مداخله‌ها را ارزیابی کرد و در برنامه‌ریزی‌ها به جهت ارتقاء وضعیت سلامت جامعه گام‌های مثبتی برداشت. همچنین با مرتب کردن شاخص‌های بدست آمده



نمودار ۱ - روند تغییرات استفاده از روش‌های دائمی و مطمئن پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی

درمانی روستایی استان مازندران و جامعه مورد مطالعه روستایی ساری

از زیج‌های حیاتی هر دانشگاه می‌توان مناطق با عملکرد پائین‌تر را مشخص کرده، نقاط ضعف آن مناطق را شناسایی و اقدام به مداخله مناسب نمود. این ساده‌ترین استفاده از زیج حیاتی است که کارایی مدیریتی خوبی دارد (۱۹). با توجه به داده‌های موجود در زیج‌های حیاتی در خصوص نحوه استفاده خانم‌های ۱۵-۴۹ ساله همسران از روش‌های پیشگیری از بارداری، اطلاعات و شاخص‌های تنظیم خانواده محاسبه گردید. الگوی تغییرات زمانی با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات^۲، تست t زوجی^۳ و تست t در یک گروه^۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقدار p نیز در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جمعیت مورد بررسی از ۱۶۵۱۶۵ نفر در سال ۱۳۸۲ تا ۱۶۶۵۲۶ نفر در سال ۱۳۸۶ متغیر بوده است (میانگین جمعیت مورد بررسی در هر سال ۱۶۵۴۲۴ نفر).

تعداد خانم‌های ۱۵-۴۹ ساله همسران که از نظر روش‌های تنظیم خانواده مورد بررسی قرار گرفتند از ۳۰۵۲۳ نفر در سال ۱۳۸۲ تا ۳۱۲۵۸ نفر در سال ۱۳۸۶ متغیر بوده است (میانگین

^۲ Repeated measurement

^۳ Paired t-test

^۴ One sample t-test

۳۱۶۸۹ نفر).

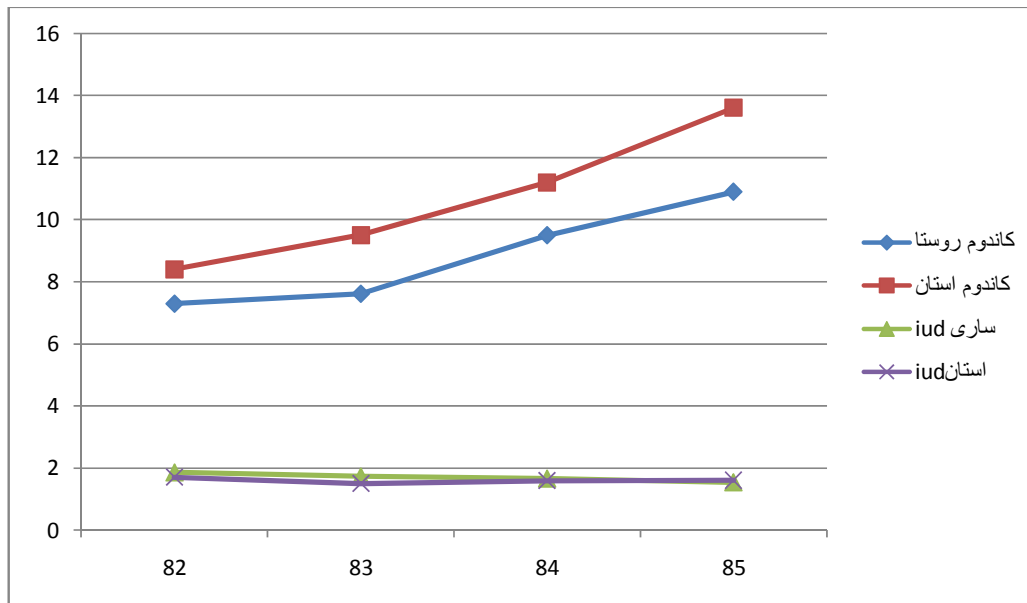
از نظر وضعیت تغییرات درصد استفاده از انواع روش‌های مختلف تنظیم خانواده، به طور کلی بیشترین میزان تغییرات در روش کاندوم بوده است که از ۷/۲۹ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۱۳ درصد در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است که از نظر آماری این اختلاف (۵/۷۱ درصد)، معنادار بوده است (P<۰/۰۱) (جدول ۱).

ولی برای روش‌های آمپول، اختلاف مشاهده شده (با ۱/۱۹ درصد افزایش)، واژکتومی (با ۰/۰۳ درصد افزایش) و کل روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری (با ۱/۳ درصد افزایش)، از نظر آماری معنادار نبوده است (P>۰/۰۵).

در این مدت روش‌های قرص، IUD، توبکتومی، نورپلانت و روش طبیعی، سیری نزولی داشتند که بیشترین مقدار کاهش مربوط به روش‌های توبکتومی (با ۳/۹۵ درصد) و طبیعی (با ۲/۵۶ درصد) بود که اختلاف مشاهده شده در هر دو روش مذکور از نظر آماری معنادار بوده‌اند (P<۰/۰۵).

ولی برای روش‌های IUD (با ۰/۲۹ درصد کاهش) نورپلانت (با ۰/۰۲ درصد کاهش) و قرص (با ۱/۳۵ درصد کاهش) اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبوده است (P>۰/۰۵).

از نظر میانگین درصد‌های روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری در دو مقطع قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، سال‌های ۸۲، ۸۳ و ۸۴ به عنوان مرحله قبل و سال‌های ۸۵ و ۸۶ به عنوان مرحله بعد از اجرای طرح مذکور لحاظ گردیدند (نیمه دوم سال



نمودار ۲ - روند تغییرات استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (کاندوم و آی-یودی) از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمان روستایی استان مازندران و جامعه مورد مطالعه روستایی ساری

نمودارهای ۱ و ۲ و ۳).

نتایج حاکی از آن بودند که تفاوت مشاهده شده در مورد روش‌های قرص، توبکتومی، وازکتومی، آمپول، کاندوم، طبیعی و کل روش‌های مطمئن از نظر آماری معنادار بوده ($P < 0/05$) ولی برای روش‌های IUD و نورپلانت از نظر آماری معنادار نبوده است ($P > 0/05$).

بحث

در بررسی روند تغییرات در طول مدت بررسی (۵ سال)، هر چند که در کل روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری علیرغم افزایش ۱/۵ درصدی، تغییرات معناداری رخ نداده است ولی در مورد بعضی از روش‌ها مانند کاندوم (افزایش)، آمپول (افزایش)، توبکتومی (کاهش) و روش‌های طبیعی (کاهش)، روند تغییرات معنادار بوده است ($P < 0/05$).

در یک بررسی در شهرستان بابل که روند الگوی روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری در مدت ۷ سال (از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۹) مورد بررسی قرار گرفت نیز استفاده از روش‌های کاندوم، IUD و توبکتومی از نظر آماری افزایش معناداری داشتند؛ ولی تغییر در استفاده از روش‌های قرص و طبیعی از نظر آماری معنادار نبوده است (۲۰).

روند تغییرات مشاهده شده در مطالعه با روند تغییرات مطالعه

۸۴ به جهت عدم استقرار کامل طرح، جزء مرحله قبل از اجرای طرح لحاظ گردید).

برای روش‌های کاندوم (با ۳/۸۷ درصد افزایش و $CI = -2/5517$ ، $CI = -5/178$) و آمپول (با ۱/۱۹ درصد افزایش و $CI = -0/5442$ ، $CI = -1/8255$) اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار بوده است. ولی برای روش‌های وازکتومی (با ۰/۱ درصد افزایش و $CI = -0/2286$ ، $CI = 0/0424$) و کل روش‌ها (با ۱/۱۱ درصد افزایش و $CI = -2/84$ ، $CI = 0/6004$) ($p = 0/193$) اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبوده است.

در این دو مقطع زمانی، برای روش‌های توبکتومی (با ۲/۷۵ درصد کاهش و $CI = 1/978$ ، $CI = 3/5053$)، قرص (با ۰/۹۳ درصد کاهش و $CI = 0/001$ ، $CI = 1/863$) و طبیعی (با ۲/۳۸ درصد کاهش و $CI = 1/276$ ، $CI = 3/497$) اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار بوده است ($P < 0/05$).

ولی برای روش‌های IUD (با ۰/۱۳ درصد کاهش و $CI = -0/364$ ، $CI = -0/111$)، نورپلانت (با ۰/۰۱ درصد کاهش و $CI = -0/004$ ، $CI = 0/017$) ($p = 0/188$) اختلافات مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبوده‌اند.

در ادامه، شاخص‌های مختلف تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی روستایی ساری با شاخص‌های نظیر و در مقاطع زمانی مشابه در کل مناطق روستایی استان مقایسه گشتند (جدول ۱ و

جدول ۱- تعداد و درصد الگوی تغییرات استفاده از روشهای مختلف پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان مازندران و جامعه مورد مطالعه روستایی ساری

سال، مکان		1382		1383		1384		1385		1386	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
6318	20.7	51560	26.1	6405	20.76	50542	25.4	6029	19.55	50380	19.35
2225	7.29	16594	8.4	2348	7.61	18903	9.5	3361	10.90	4063	15.69
568	1.86	3358	1.7	534	1.73	2985	1.5	475	1.54	3359	1.64
9398	30.79	54523	27.6	9325	30.22	54322	27.3	8490	27.53	51639	26.84
192	0.63	2963	1.5	197	0.64	2985	1.5	237	0.77	3149	1.39
882	2.89	2766	1.4	685	2.22	2587	1.3	990	3.21	3569	2.65
6	0.02	59	0.03	0	0	20	0.01	0	0.007	15	0.007
4267	13.98	27459	14.2	4526	14.67	28255	14.2	3833	12.43	28128	11.42
19602	64.22	132158	66.9	19698	63.84	133120	66.9	19586	63.51	141273	65.52
30523	59.75	197546	61.64	30856	60.2	198983	61.7	31286	60.89	209915	62.7

از مقایسه روند تغییرات الگوی تنظیم خانواده در مطالعه ما و استان مازندران درمی‌یابیم که تقریباً روند تغییرات مشابه همدیگر است. (شیب منحنی‌ها در نمودارهای ۱ و ۲ و ۳ به موازات همدیگر است، ولی الگوی تنظیم خانواده در ساری با کل استان مازندران متفاوت است. به طوریکه درصد کل روش‌های مطمئن قرص، واژکتومی و کاندوم به طور معنادار در ساری از استان در تمامی سال‌های بررسی، پایین‌تر بوده ($P < 0.05$) ولی درصد استفاده از روش‌های IUD، توبکتومی و آمپول در ساری از استان بالاتر بوده است (البته در مورد IUD این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود) ($P > 0.05$).

با بررسی این تفاوت‌ها در می‌یابیم که عموماً در ساری روش‌هایی که به مشارکت مردان برای استفاده از آن نیاز است (واژکتومی، کاندوم و طبیعی) و همچنین روش‌هایی که نیاز به پیگیری و آموزش مداوم داشته باشد (مانند قرص) توفیقات کمتری نسبت به استان داشته است.

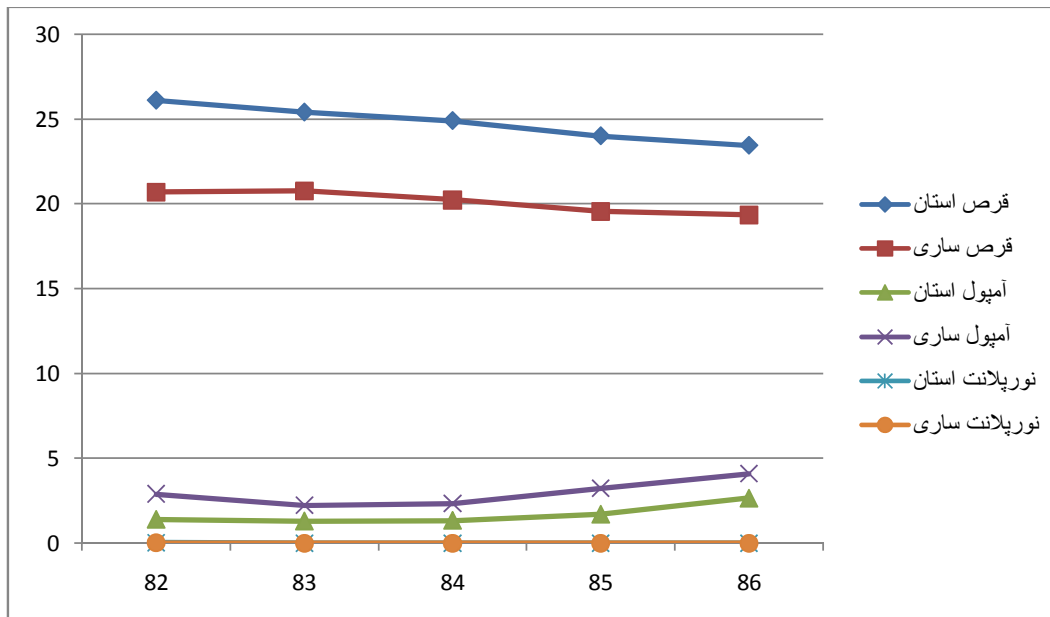
از طرف دیگر روش‌های توبکتومی (روش دائمی) و آمپول که روش‌های نسبتاً پایدارتری هستند، توفیقات بیشتری را کسب نموده‌اند (در مورد روش IUD تفاوت قابل توجه نیست).

در این مطالعه مشخص گردید که روند کلی استفاده از اکثر روش‌های مطمئن در استان و شهرستان ساری رو به رشد بوده است (توفیقات نسبی حاصل شده است) ولی دو روش قرص و توبکتومی در طول مدت مطالعه، روندی کاملاً نزولی و نسبتاً

مذکور متفاوت است (غیر از روش کاندوم). هر چند مقطع زمانی بررسی در مطالعه مذکور متفاوت است ولی به نظر می‌رسد به علت تشابه زیاد جامعه مورد بررسی در دو مطالعه (از لحاظ فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی)، تفاوت را باید در نحوه اقدامات در خصوص سیاستگذاری‌ها و امور اجرایی روش‌های پیشگیری از بارداری در دو جمعیت جستجو کرد.

همچنین در یک مطالعه دیگر که از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۶ (۱۰ سال) در آذربایجان شرقی انجام شده است، این روند افزایش با وضوح بیشتری دیده شده است (۲۱).

هر چند که روش‌های غالب و اصلی استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری در سایر جوامع با کشورمان متفاوت است، مثلاً در چین، کشورهای اروپای مرکزی و شرقی (۲۴) و نیجریه (۲۵) شایع‌ترین روش استفاده IUD بوده است؛ ولی همین روند افزایش در سنوات اخیر دیده می‌شود. البته نتایج حاصل از یک مطالعه که در غرب استان مازندران انجام شده است، حاکی از آن است که شایع‌ترین روش پیشگیری از بارداری در زنان ازدواج کرده زیر ۲۵ سال، IUD بوده است (۲۶) که البته به علت ترکیب سنی متفاوت جمعیت مورد مطالعه مذکور با جمعیت مورد مطالعه ما، نتایج به طور کامل قابل مقایسه نیست. به هر حال شیوع بیشتر روش IUD نسبت به روش قرص و کاندوم (که جزء روش‌های رایج در افراد تازه ازدواج کرده در کشورمان هستند) جلب توجه می‌نماید.



نمودار ۳- روند تغییرات استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی (قرص، آمپول، نورپلانت) از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان مازندران و جامعه مورد مطالعه روستایی ساری

بنظر می‌رسد با توجه به افزایش کمی و کیفی نیروی انسانی پزشک و ماما در این مراکز، بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، می‌باید توفیقات بیشتری را شاهد می‌بودیم. حضور دائمی و دسترسی آسان زنان همسر دار به بهورز، ماما و پزشک باید استفاده از روش‌هایی همچون توپکتومی، IUD و قرص را با سیر صعودی همراه می‌کرد که چنین نبوده است.

در بررسی‌های دیگر نیز (که البته از مناطق شهری تهران انجام شده است) نشان داده شد که علیرغم استفاده از امکانات کافی، داشتن پرسنل تحصیل کرده و رضایت زیاد متقاضیان از خدمات تنظیم خانواده، مشاوره و آموزش‌های لازم با کیفیت مناسب ارائه نشده بود و آگاهی‌های خانم‌های همسر دار واجد شرایط، متوسط و ناکافی بود (۲۷).

البته لازم است مطالعه مشابهی در زمینه آگاهی خانم‌های همسر دار جمعیت مورد مطالعه ما در خصوص روش‌های مختلف به صورت مستقل سنجیده شود تا بتوان اظهار نظر دقیق‌تری نمود؛ ولی به هر حال نیاز است به آموزش‌های مداوم افراد واجد شرایط توسط پرسنل اهتمام بیشتری شود.

در بررسی‌های زیادی، نقش آموزش سیستماتیک و ارائه مدل‌های آموزشی مانند مدل «قص رفتار»، توجه ویژه‌ای شده است (۲۸، ۲۹).

همانگ در استان و ساری داشته است. در مورد روش توپکتومی با توجه به اینکه عموماً برای خانم‌های شوهر دار بالای ۴۰ سال (پس از تکمیل تعداد فرزندان) کاربرد دارد (۹) ترکیب جمعیتی خانم‌های همسر دار در دو مقطع سنی بالا و زیر ۴۰ سال برای استان و ساری از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت.

تغییرات برای ساری و جمعیت زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال به ترتیب ۷ و ۱۰/۱۶ درصد بوده و در استان مازندران نیز این تغییرات به ترتیب ۵/۷۳ و ۱۱/۳ درصد بوده است (۲۷) (همگی افزایشی بوده‌اند).

با توجه به افزایش بیشتر در محدوده سنی بالای ۴۰ سال، به نظر می‌رسد که استان و شهرستان ساری در بکارگیری این روش چندان موفق عمل نکرده و سیر نزولی مشاهده شده، قابل اعتنا و شایسته دقت است. چرا که به همان درصدی که خانم‌های توپکتومی شده مسن‌تر، از محدوده سنی ۴۹ سال فراتر می‌روند، خانم‌های جوان‌تری که به محدوده سنی بالای ۴۰ سال می‌رسند از این روش دائمی استفاده نمی‌کنند.

در مورد روش قرص نیز این روند کاهش جای تأمل و پیگیری دارد. در روش قرص، آموزش مستمر، پیگیری‌های بعدی و مشاوره دائمی توسط کادر بهداشتی ضروری است (۲۸).

تشکر و قدردانی

مؤلفین وظیفه خود می‌دانند که از مساعی معاون محترم بهداشتی، ریاست محترم مرکز بهداشت ساری بخصوص واحدهای آمار، آموزش بهداشت، بهداشت خانواده و آقای دکتر کریم‌پور مسئول محترم واحد آمار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران نهایت سپاس‌گزاری خود را ابراز نمایند.

منابع

1. Ministry of health and medical education, "Illustration of health team and family physician services", first ed. Tehran, Arvij publishers; 1386, 1-2.
2. "Report of salamat news, Dr Baghbanian (assistant manager of health committee of Iran assembly), cited 2008 Jun 24.
3. "Report of WHO Expert committee on data and statistics, NHA ratios and per capita level", 2000-2005. available from: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>
4. Report of Fars news, Minister of health and medical education, cited 2008 Aug 9
5. Report of Hamshahri newspaper, Assistant manager of Iranian general physicians committee, 2008 Jul 28.
6. Report of salamat news, Dr Shahriaree (the member of health committee of Iran assembly), 2008 Jul 2.
7. "Report of a WHO Expert committee on family planning and Health services", Technical report series. WHO, Geneva, 1979, 476.
8. Ministry of health and medical education. "Report of ten years activities of Islamic Republic of Iran for interventional conference on population and development". first ed. Tehran, Karoon publishers, 2004: 1-3, 41.
9. Zanjani H. "Population, development and reproductive health". Tehran; Boshra publishing, 2004, 128-132.
10. Gahanfar M, Gahanfar SH. "Population and family planning". Tehran, Dehkoda publishers, 1999, 167-176, 197-204
11. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. Fam. Plan. perspect. 1998; 30: 24-9.
12. Ghazizadeh A. "Absorbition demography and family planning". First ed; Tehran. Semat publishers, 1999: 78-83.
13. Report of WHO Expert committee on data and statistics, coverage of services, maternal and neonatal care, 2000-2005. Available from: <http://www.who.int/reproductive-indications/getexel.asp>.
14. Ministry of health and medical education, "Report of DHS program"; 2004. Available from <http://www.mohme.gov.ir/health/index.htm>
15. Ghazizadeh sh. "Family planning consult". 2th ed. Tehran, UNICEF, 2002, 16-18.
16. Ozgoli G, Rahmanian M, Nahidi F, Valaei N, Ahmadi M. "Men's participation rate in family planning program in Shiraz in 2000", Journal of Zanzan university of medical sciences and health services. 2001; 40: 41-5.
17. Robey B, Ross j, Bhushan I, et al. "Focus on men as well as women". Popul Rep J. 1996: 43; 1-35.
18. Fekri Sh, Vakili MM, Mousavinasab N. "The Effect of Male Participation in Quality and Quantity Improvement of Family Planning in Islamabad- Zanzan". Journal of zanzan medical university, 1386, 58: 39-48.
19. Gamshidbeigi A. Analysis of rural astronomical tables, Ministry of health and medical education, 2000 Available from <http://www.mohme.gov.ir/health/index.htm>
20. Hajian K, Asnafi N, Mollania Jolodar F. "Seven years trend of changes in pattern of contraceptive methods in rural population of Babol, 1994-2000". Journal of Gorgan university of medical sciences. 2003; 12: 19-24.
21. Nik Niaz AR, "Comparison of fertility behavior in families residing in rural areas of east Azarbaijan province". Medical

در این آموزش‌ها، از آموزش به مردان هرگز نباید غافل گردیم. در تکمیل مطالبی که در قسمت مقدمه به آن اشاره نمودیم. باید عنوان نماییم که در مطالعات متعددی تأثیر آموزش مستقیم مردان در افزایش درصد روش‌های پیشگیری از بارداری، جلوگیری از فرزندان ناخواسته و شکست روش‌ها تأیید شده است (۱۸،۳۰). در این زمینه همچنین از نقش آموزش سایر افراد و رسانه‌ها (غیر از پرسنل بهداشتی) نیز نباید غافل گردید. در یک مطالعه که در یزد انجام شده است نتایج حاکی از آن بود که منبع آگاهی خانم‌های واجد شرایط در خصوص روش‌های مختلف تنظیم خانواده توسط پرسنل بهداشتی تنها ۴۳/۸ درصد را تشکیل می‌داد و بقیه (۵۶/۲ درصد) از سایر منابع (خانواده، مدرسه، دانشگاه، همسر، همکاران، خانواده، همسر، رادیو، تلویزیون، دوستان و خویشاوندان) آگاهی‌های لازم را کسب نمودند (۳۰) که لازم است واحدهای آموزش بهداشت برای این گروه‌های هدف برنامه‌های مؤثری را اجرا نمایند.

در مورد روش طبیعی نیز سیر نزولی مشاهده شده و شیوع ۱۱/۴۲ درصدی در سال ۱۳۸۶ در مجموع خوب است. در آمارهای بین‌المللی در کشورهای توسعه یافته نیز تقریباً درصد روش‌های غیرمطمئن در همین محدوده است. اما مهم این است که باید مراقبت و آموزش کافی برای این افراد صورت گرفته تا با توجه به شکست بعدی این روش از بروز بالای فرزندان ناخواسته در این گروه جلوگیری گردد. به‌رحال این روش به عنوان یک روند دائمی توصیه نمی‌گردد و باید این افراد به یک روش مطمئن روی آورند. هر چند که همواره می‌توان برای درصد محدودی از افراد جامعه به دلایل پزشکی و یا باورهای اجتماعی ناچاراً حداقل در مقاطعی از زمان این روش را پیشنهاد نمود.

نتایج حاصل از یک مطالعه دیگر انجام شده در استان مازندران حاکی از آن بود که ترس از عوارض جانبی و باورهای غلط در خانم‌های واجد شرایط (که ناشی از عدم آموزش، آگاهی، پیگیری، مشاوره و مراقبت کافی است) به عنوان اصلی‌ترین دلیل عدم استفاده از روش‌های مطمئن محسوب می‌شود (۳۴).

با توجه به اینکه اجرای طرح پزشک خانواده فرصت‌گرانبهایی برای ارتقاء شاخص‌های سلامتی است، باید در کنار برنامه‌های پایش، با ارزشیابی مداوم، نتایج و برون‌دادهای فرایندهای جدید ایجاد شده توسط طرح را استخراج کرده و بوسیله تیم‌های مناسب منطقه‌ای نسبت به ارتقاء مستمر آن فرایندها اقدام نمود.

- affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences". *Payesh*. 2006; 2: 145-155.
30. Geranmayeh M, Pak Gohar M, Babaei Gh.R, Khanjani H. "The effect of systematic counseling on efficiency of contraceptive methods in Tehran health care centers". *Scientific journal of kordistan medical university*. 2006: 33-38.
 31. Peyman N, Hidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Khodaei Gh, Amin Shokravi F. "The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashhad in order to decrease unwanted pregnancies". *International journal of fertility and sterility (Iranian journal of fertility and sterility)*. 2007, 78-90.
 32. Vaziri F. "Male participation in family planning, Bandar Abbas, Iran, 2001-02". *Medical Journal of Hormozgan university*. 2003, 25-31.
 33. Kalantari s, Beyg Mohammadi H, Zare Shah Abadi A. "A study on demographic factors affecting fertility in Yazd, Iran, 2004". *Women's research (Pazhuhish-l zanan)* summer 2005; 3: 137-156.
 34. Amir Ali Akbari S, Tofighi Niaki M, Ahmadi M, Alavi H. "Reasons for not applying safe contraceptive methods in women using withdrawal method in Amol city, 2003". 2006, 8: 92-98.
 - Journal of Tabriz university of medical sciences. 2001; 51: 83-90.
 22. Xiaogin C, Li x, Xiaoping P, Chuonrong Z, Shiyuan L. survey of IUD replacing status in sichuan. PR china. *Contraception*. 2003; 67: 379- 63.
 23. Xiao BL, Zhao BG , current practice of family planning in china. *ijGOAL* ,1997; 58: 59-67.
 24. Kovacs L. Abortion and contraceptive practices in eastern Europe. *Int-j- gynecol- obstet*. 1997; 58: 69-75.
 25. Ozumba BC, Ibe KWe PC. Contraceptive use at the family planning clinic of the university of Nigeria teaching hospitals, Enelgu, Nigeria. *Public-health*. 2001; 115: 51-3.
 26. Nazar Pour S, Azimi H. " Study of the rate of using family planning methods and attitudes of married women under 25 years referring to health-treatment centers about family planning in west of Mazandaran province during 2001". *Journal of Mazandaran university of medical sciences*. 2001; 37: 46-55
 27. Health ministry of mazandaran medical university, "Statistical books of health ministry, 2002-8 .
 28. Rezaeian M . "Predictors of the correct use of contraceptive pills among urban and rural Iranian females". *International journal of fertility and sterility (Iranian journal of fertility and sterility)*. 2007: 149-155.
 29. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd HR. "Quality assessment in family planning services in urban health centers