

استفاده از مدل ارزیابی جامعه برای شناسایی مشکلات بهداشت خانواده

خالد رحمانی^۱، دکتر کورش هلاکویی نائینی^۲، دکتر قباد مرادی^{۳*}

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۲ استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران،
^۳ انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران، تهران، ایران
^۴ استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

نشانی نویسنده مسئول: سنندج، خیابان پاسداران، روبروی هتل شادی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پزشکی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی،
دکتر قباد مرادی

E-mail: moradi_gh@yahoo.com

وصول: ۹۳/۱/۱۸، اصلاح: ۹۳/۳/۲۵، پذیرش: ۹۳/۵/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی مشکلات اولویت بندی آنها در زمینه مسائل بهداشتی جامعه از مهمترین گام های ارائه خدمات می باشد. این مطالعه باهدف شناسایی مشکلات، اولویت بندی و عوامل مرتبط با اولویت دارترین مشکل در شهرستان دیواندرهاستان کردستان طراحی و اجرا شد.
مواد و روش ها: مطالعه حاضر بر اساس مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی آمریکا که شامل ۸ گام است انجام شد. بر اساس این مدل مطالعه در دو فاز صورت گرفت. ابتدا در گام ۱ تا ۷ با روشهای کمی و کیفی ارزیابی جامعه انجام و مشکلات موجود مشخص گردید. در فاز دوم یعنی در گام ۸ یک مطالعه مقطعی برای سنجش اندازه مشکل اصلی و عوامل موثر بر آن طراحی شد.
یافته ها: در فاز اول بطور کلی ۱۰ مشکل اصلی استخراج گردید. پس از اولویت بندی، بارداری ناخواسته اولویت دارترین مشکل شناخته شد. براساس نتایج فاز بعدی این ارزیابی، شیوع حاملگی ناخواسته ۳۳ درصد بود. رابطه معنادار آماری متغیرهایی همچون سطح سواد زن و همسر، محل سکونت، سن زن، تعداد فرزندان قبلی، تعداد سقط های زن و شغل همسر با حاملگی ناخواسته در این مطالعه یافت گردید.
نتیجه گیری: باتوجه به نتایج این مطالعه، انجام برنامه های مداخله ای مانند آموزش زنان و مشاوره صحیح در پیشگیری از بارداری های ناخواسته ضروری به نظر می رسد. ارزیابی جامعه به عنوان بخشی از وظایف تیم سلامت با ید با یک متدولوژی مناسب در سیستم بهداشتی صورت گیرد.

واژگان کلیدی: ارزیابی جامعه، حاملگی ناخواسته، سلامت، ایران

مقدمه

اولویت بندی آنها و تلاش در جهت انجام برنامه های مداخله ای برای حل این مشکلات می باشد (۲). بیشتر پژوهشهای جامعه نگرداننگاهی که بارویکرد از بالا به پایین (top-down) در راستای شناخت نیازها و انجام

در شناخت نیازهای جامعه توجه به ابعاد مختلف آن از ضروریات بدیهی می باشد (۱). ارزیابی جامعه یکی از مهمترین روش ها برای شناسایی مشکلات در جامعه،

برنامه های مداخله ای انجام می شود چون واحد مورد مطالعه یا اعضای جامعه را در تصمیم گیری، اولویت بندی و برنامه ریزی در نظر نمی گیرد، دارای نقطه ضعف است و همین موضوع باعث عدم ایجاد تغییر در سیستم های بهداشتی می گردد (۳). اما در ارزیابی جامعه با استفاده از رویکرد از پایین به بالا (bottom-up) و دخالت دادن جامعه مورد نظر، افراد را در تمام مراحل شناسایی نیاز، اولویت بندی و برنامه ریزی مشارکت می دهیم در تمدن نوین، جلب مشارکت مردمی مهمترین راهکار توسعه در بخش های مختلف جامعه تلقی می گردد. در چند سال اخیر هم برنامه ریزان بخش سلامت در پی راهکارهایی برای دادن آموزش موثر، ایجاد نگرش و تغییر در خدمات بهداشتی بوده اند که ایجاد پایگاههای تحقیقات بهداشتی و جمعیتی و مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت در سالهای اخیر در این راستا بوده است (۴).

حاملگی ناخواسته (مشکل اولویت دار در این ارزیابی) طبق تعریف عبارت است از حاملگی که از دیدگاه خانم و همسرش یا هر دو ناخواسته باشد و یا برای آن برنامه ریزی نشده باشد (۵). سالیانه ۲۰۰ میلیون حاملگی در دنیا اتفاق می افتد که تقریباً یک سوم آنها یعنی حدود ۷۵ میلیون ناخواسته هستند (۶) از این میان حدود ۵۰ میلیون رو به ختم حاملگی (سقط) می آورند و ۲۰ میلیون از همین سقطها (روزانه ۵۵۰۰۰ مورد) پر خطر می باشد، از طرفی حدود ۹۰ درصد از سقطهای پر خطر در کشورهای در حال توسعه انجام می شود که منجر به بروز بیش از ۲۰۰ مرگ در روز می گردند (۷، ۸). حاملگی ناخواسته در کشورهای اسلامی هم یک مشکل منحصر به فرد است چرا که انجام سقط، غیر قانونی بوده و لذا وقوع بارداری ناخواسته، خانواده و اجتماع را کاملاً درگیر می کند و ادامه یک مورد حاملگی ناخواسته می تواند عواقب جسمانی و روانی بسیاری را به دنبال داشته و فرصتهای تحصیلی و شغلی را از فرد سلب نماید. همچنین نوزاد متولد شده از حاملگی ناخواسته با ناکامیهای روحی و

روانی و نیز عدم برخورداری از امکانات رفاهی مواجه خواهد بود در یک نگاه کلی این مشکل می تواند به دو دلیل مهم ایجاد شود: اول آنکه زوجین از وسایل پیشگیری استفاده نکنند و دیگر آنکه روش پیشگیری مورد استفاده با شکست مواجه شود. سالیانه حدود ۳۰ - ۸ میلیون حاملگی در نتیجه شکست روشهای پیشگیری رخ می دهد که علت آن عدم مصرف صحیح یا دقیق روشها بوده است (۹). دلایل بسیاری برای عدم استفاده از وسایل پیشگیری قابل ذکر است که عبارتند از: عدم دسترسی به اطلاعات خانواده و خدمات مربوطه، به طوریکه ۱۵۰ - ۱۲۰ میلیون نفر در جهان که مایل به تنظیم خانواده و فاصله گذاری در بین حاملگی هایشان هستند به وسایل موثر برای نیل به این مقصود دسترسی ندارند (۱۰). باورهای شخصی یا مذهبی، اطلاع نا کافی از خطرات بروز حاملگی ناخواسته و همچنین توانایی محدود زنان در تصمیم گیری در ارتباط با انتخاب یک روش پیشگیری از بارداری در بعضی از جوامع می تواند از عوامل ایجاد کننده حاملگی ناخواسته باشد (۱۰، ۱۱). جلوگیری از حاملگی ناخواسته باعث کاهش در تعداد موارد افسردگی، خودکشی زنان و مرگ و میر مادر و فرزند شده و در عین حال بد رفتاری، غفلت و سهل انگاری در مراقبت از فرزند را نیز کمتر می کند ضمن اینکه حاملگی برنامه ریزی شده باعث می شود که تولد فرزند برای مادر لذت بخش بوده و ارتباط عاطفی بیشتری بین مادر و فرزند بوجود آید (۱۲-۱۴).

ناخواسته بودن حاملگی می تواند منجر به تصمیم والدین برای سقط غیرقانونی شود و این اقدام اولین گام برای سقط غیر بهداشتی و از علل عمده مرگ و میر مادر است (۱۵). از طرف دیگر وجود یک حاملگی ناخواسته در صورت ادامه حاملگی باعث افزایش فشار روانی مادر گردیده که این عمل منتهی به عدم مراقبت کافی از خود و جنین می گردد و فرد از مراجعه منظم جهت دریافت خدمات بهداشتی در دوران بارداری سر باز می زند.

همچنین، کودک پس از زایمان نیز بعلت ناخواسته بودن کمتر مورد توجه و مراقبت قرار گرفته و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماریها قرار می گیرد. همینوضعیت مسلما بر رشد فیزیکی و روانی کودک اثر گذاشته و میزان مرگ و میر را افزایش می دهد (۱۶).

آمار بارداری ناخواسته در جوامع مختلف متفاوت بوده و در سال ۱۹۹۴ در ایالات متحده حدود ۵۶ درصد گزارش شده است (۱۷). در رابطه با مطالعات انجام شده در زمینه بارداری ناخواسته در کشورمان، نتایج حاصل از بررسی شاخصهای بهداشت باروری و تنظیم خانواده در ایران در تیر ماه سال ۱۳۷۶ از اهمیت بیشتری برخوردار میباشد. طبق این گزارش ۲۶/۷٪ از بارداریها در شهرو ۲۲/۴٪ از آنها در روستاها ناخواسته بوده است. ناخواسته بودن بارداری از طرف زن و مرد در حاملگی دوم معادل ۲٪ و در حاملگی سوم ۴۱٪ و در حاملگی چهارم و بعد از آن ۵۹٪ گزارش شده است. این آمارها میتوانند نشان دهنده آن باشند که گرایش اقتصاد خانواده به فاصله گذاری بین تولدها و تعداد فرزند کمتر از ۳ تا حدی شدت یافته که حتی در حدود ۴۰٪ از بارداریهای دوم و سوم هم ناخواسته ذکر شده است (۷).

با توجه به اهمیت بالای موضوع و ادغام برنامه بهداشت باروری در سیستم بهداشتی درمانی و قابلیت انجام مداخلات لازم، این پژوهش با استفاده از مدل ارزیابی جامعه و در دو بخش با هدف ۱) تعیین اولویت بندی مشکل ۲) بررسی شیوع بارداری ناخواسته (به عنوان مشکل اصلی) و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی درمانی شهری و زایشگاه بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان دیواندره (استان کردستان) انجام شد.

مواد و روش ها

متدولوژی بکار گرفته شده در این مطالعه، ارزیابی جامعه (community assessment) شامل دو قسمت می باشد: ابتدا با ترکیب روشهای کمی و کیفی به عنوان قدم

اول در ارزیابی جامعه با استفاده از مدل بکار رفته در کشور و براساس الگوی تدوین شده کارآموزی MPH دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین مدل کارولینای شمالی که یک روش شناخته شده و مترقی است شناسایی و اولویت بندی مشکلات انجام گرفت (۱۸). در این مدل، ارزیابی جامعه طی ۸ مرحله اجرا می شود (۱- تشکیل تیم ارزیابی ۲- جمع آوری داده ها ۳- تحلیل داده های سلامت شهرستان ۴- مرور جزئیات داده های حاصله از مراحل دوم و سوم ۵- گزارش ارزیابی نتایج ۶- اولویت بندی مشکلات اصلی ۷- تهیه سند ارزیابی جامعه به منظور به اشتراک گذاشتن نتایج مطالعه با سازمانها یا قسمت های درگیر در حل مشکل ۸- برنامه ریزی عملیاتی برای برآورد مشکل اصلی و مداخلات لازم). کل پروژه ارزیابی جامعه در دوفاز انجام می شود در فاز اول که ۷ مرحله دارد شناسایی مشکلات و اولویت بندی آنها انجام می گردد و در فاز دوم حجم مشکل اولویت دار برآورد و برنامه مداخله ای مورد نیاز در جهت کاهش و یا رفع مشکل به اجرا درمی آید. در پژوهش حاضر تقریبا دوفاز این ارزیابی انجام شده است یعنی تمام مراحل ارزیابی شامل تشکیل تیم ارزیابی، جمع آوری داده ها، تحلیل داده های سلامت شهرستان، تفسیر داده ها، گزارش، اولویت بندی و توسط تیم انجام گردید. جامعه هدف که برای ارزیابی انتخاب گردید واحد بهداشت خانواده شهرستان دیواندره (متشکل از یک زایشگاه در بیمارستان و ۹ مرکز شهری - روستایی و ۶۷ خانه بهداشت) بود. چون کار واحد بهداشت خانواده تا حدی تخصصی است تیم ارزیابی از واحد مذکور انتخاب شد. در بخش کیفی ۲ مورد بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion) و ۱۰ مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختاری (In-depth and semi-structure interview) انجام شد یکی از جلسات بحث گروهی با کارشناسان بهداشت خانواده و مامایی و یک مورد هم با بهورزان شهرستان به عنوان سطح اولیه ارائه خدمات سلامت انجام شد، مصاحبه ها هم با مدیر شبکه، ریاست

اولین حاملگی، محل سکونت، شغل، میزان سواد، شغل همسر، تعداد حاملگی، تعداد سقط، تعداد فرزند زنده، تعداد پسر و دختر

- اطلاعات مربوط به بارداری حین استفاده از روش پیشگیری از بارداری
- اطلاعات مربوط به نوع وسیله که حین آنبارداری اتفاق افتاده است.
- اطلاعات مربوط به ناخواسته بودن حاملگی از نگاه زن، همسر یا هر دو

پس از جمع آوری اطلاعات مرتبط با حاملگی ناخواسته، داده ها با استفاده از نرم افزار (SPSS19) و آزمونهای کای-اسکوئر و t-test تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

نتایج این ارزیابی شامل دو بخش زیر بود:

دربخش اول از ترکیب روش های کمی و کیفی (استفاده از نتایج بحث های گروهی و مصاحبه های عمیق نیمه ساختاری و داده های آماری شهرستان) لیست مشکلات اصلی واحد مورد نظر استخراج گردید. این لیست مشکلات اصلی استخراج شده در جدول ۱ آمده است.

سپس با استفاده از روش ماتریکس اولویت بندی که با همکاری کارشناسان واحد و تیم ارزیابی، اولویت بندی انجام گرفت، در بین ۱۰ مشکل اصلی استخراج شده در مرحله قبل، حاملگی ناخواسته به عنوان اولویت دارترین مشکل تعیین گردید.

دربخش دوم (فاز دوم ارزیابی جامعه) یعنی بررسی حاملگی ناخواسته، نتایج حاصله نشان داد که ۶۶ مورد از ۲۰۰ زن بارداری که بررسی شدند حاملگی ناخواسته داشتند یعنی ناخواسته یکی از والدین و یا هر دو نفر آنها بود (میزان شیوع ۳۳ درصد). ۲۶/۵ درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه بیسواد، ۶۲/۵ درصد زیر دیپلم و ۱۱ درصد دیپلم و بالاتر بوده و همچنین ۹ درصد همسران این زنان بی سواد، ۷۲ درصد زیر دیپلم و ۱۹ درصد

مرکز بهداشت، مسول واحد بهداشت خانواده و ۷ نفر از کاردان های بهداشت خانواده شاغل در مراکز شهری و روستایی انجام شد سپس تمام مشکلات این واحد در رابطه با خدمات سلامت و شاخص های بهداشتی از دیدگاه این افراد استخراج و با داده های آماری شهرستان ترکیب شد و در نهایت با استفاده از ماتریکس اولویت بندی مشکل، با همکاری کادر بهداشت خانواده، اولویت بندی انجام گرفت در بخش کیفی برای استخراج تم های اصلی و تحلیل آنها از نرم افزار open code استفاده شد. در گام بعد یک مطالعه مقطعی (cross-sectional) طراحی تا به این صورت حجم مشکل اولویت دار بر آورده و عوامل مرتبط با آن در شهرستان شناسایی و برای آنها برنامه های مداخلاتی لازم طراحی و اجرا گردید. در فاز دوم مطالعه یعنی بر آورد مشکل اولویت دار ۲۰۰ نفر شامل کلیه زنانی که از مرداد ماه تا دی ماه سال ۱۳۸۹ باردار بوده و جهت مراقبتهای دور انبارداری به مراکز بهداشتی درمانی و یا جهت زایمان به بیمارستان شهرستان مراجعه نموده بودند از نظر حاملگی ناخواسته و عوامل تاثیرگذار بر آن مورد بررسی قرار گرفتند. در این قسمت از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. برای تعیین روایی از نظرات ۲ نفر از متخصصین زنان و زایمان شهرستان استفاده شد و برای تعیین پایایی ابتدا در ۱۵ درصد از شرکت کنندگان به عنوان پایلوت پرسشنامه تکمیل گردید و سپس در فاصله یک هفته بعد دوباره همان پرسشنامه ها برای همان افراد تکمیل گردید که جواب های یکسانی حاصل گردید. سپس با همکاری ۳ نفر کارشناس مامای آموزش دیده از طریق مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان و انجام مصاحبه حضوری با ما در انباردار که جهت مراقبتهای دور انبارداری و یا زایمان مراجعه می کردند تکمیل گردید که اطلاعات اصلی پرسشنامه پس از تایید اطمینان و اعتبار محتوای آنفاکتورهای زیر را در بر می گرفت:

- اطلاعات مربوط به سن زن، سن اولین ازدواج، سن

جدول ۱: اولویت بندی مشکلات واحد بهداشت خانواده شهرستان دیواندره با استفاده از ماتریس انتخاب

عنوان مشکل *	قابلیت اجرا	شدت و وسعت مشکل	سهولت رفع مشکل	هزینه	جمع کل
بالابودن موارد اختلال رشد در کودکان زیر ۶ سال	۱	۴	۱	۱	۷
پائین بودن میزان آگاهی مادران شیرده در زمینه شیردهی	۴	۱	۳/۲۵	۳/۲۵	۱۱/۵۰
بالابودن میزان حاملگی ناخواسته	۲	۵	۳	۳/۲۵	۱۴/۲۵
عدم مراجعه سالمندان به کلاس های آموزشی	۲/۲۵	۳	۲/۲۵	۳/۲۵	۱۱/۲۵
پائین بودن میزان آگاهی زنان در زمینه استفاده از قرص های کنتراستپتو (بویژه در مواقع فراموشی)	۳	۲/۲۵	۱	۲	۸/۲۵
بالا بودن تعداد زنان واجد شرایط بلاتکلیف	۲	۳/۵	۱/۲۵	۲	۸/۷۵
پائین بودن سطح آگاهی مادران باردار در زمینه تغذیه دوران بارداری	۴	۱	۳	۳/۲۵	۱۱/۲۵
بالابودن تعداد موارد مرگ نوزادی	۱	۵	۱	۱	۸
بالابودن موارد سوانح و حوادث در کودکان زیر ۵ سال	۳	۳/۲۵	۱	۱	۸/۲۵
پائین بودن میزان استفاده از آمبول سیکلوفم در روستاهای شهرستان	۱	۲	۱	۱/۲۵	۵/۲۵

* در این ماتریس انتخاب، افراد در هر قسمت امتیازاتی از ۱ تا ۵ به هر کدام از آیت ها در مورد هر متغیر اختصاص می دادند و میانگین نمرات داده شده به آنها به عنوان امتیاز نهایی آن متغیر لحاظ می شد.

جدول ۲: ارتباط متغیرهای مورد بررسی با حاملگی ناخواسته

متغیر	سطوح متغیر	تعداد (درصد) حاملگی خواسته	تعداد (درصد) حاملگی ناخواسته	p-value
سن زن	زیر ۱۸ سال *	۲ (۱۱٪)	۰ (۰٪)	P = ۰/۱۵
	۱۸-۳۰ سال	۵۷ (۲۸/۵٪)	۱۷ (۸/۵٪)	
	بالای ۳۰ سال	۷۵ (۳۷/۵٪)	۴۹ (۲۴/۵٪)	
سطح تحصیلات زن	بی سواد	۲۲ (۱۱٪)	۱۴ (۷٪)	P = ۰/۰۰۲
	زیردیپلم	۸۲ (۴۱٪)	۵۰ (۲۵٪)	
	دیپلم و بالاتر	۳۰ (۱۵٪)	۲ (۱٪)	
سطح تحصیلات همسر	بی سواد	۹ (۴/۵٪)	۸ (۴٪)	P = ۰/۰۰۴
	زیردیپلم	۶۷ (۳۳/۵٪)	۴۱ (۲۰/۵٪)	
	دیپلم و بالاتر	۵۸ (۲۹٪)	۱۷ (۸/۵٪)	
تعداد فرزندان پسر	نداشته	۱۰۷ (۵۳/۵٪)	۲۲ (۱۱٪)	P = ۰/۰۰۱
	۱-۲	۲۵ (۱۲/۵٪)	۴۱ (۲۰/۵٪)	
	۳ و بیشتر	۲ (۱٪)	۳ (۱/۵٪)	
تعداد سقط های قبلی زن	نداشته	۱۱۵ (۵۷/۵٪)	۴۹ (۲۴/۵٪)	P = ۰/۰۰۲
	۱ بار	۱۹ (۹/۵٪)	۱۱ (۵/۵٪)	
	۲ بار و بیشتر	۰ (۰٪)	۶ (۳٪)	
سن ازدواج زن	زیر ۱۸ سال	۳۶ (۱۸٪)	۲۶ (۱۳٪)	P = ۰/۱۵
	۱۸-۲۵ سال	۹۱ (۴۵/۵٪)	۳۵ (۱۷/۵٪)	
	بالای ۲۵ سال	۷ (۳/۵٪)	۵ (۲/۵٪)	
شغل زن	کارمند	۹ (۴/۵٪)	۳ (۱/۵٪)	P = ۰/۲۸
	خانه دار	۱۲۱ (۶۰/۵٪)	۶۳ (۳۱/۵٪)	
	سایر مشاغل	۴ (۲٪)	۰ (۰٪)	
شغل همسر	کارمند	۲۷ (۱۳/۵٪)	۱۰ (۵٪)	P = ۰/۰۰۳
	کشاورز و دامدار	۷۶ (۳۸٪)	۴۹ (۲۴/۵٪)	
	سایر	۳۱ (۱۵/۵٪)	۷ (۳/۵٪)	
محل سکونت	شهر	۸۳ (۴۱/۵٪)	۱۷ (۸/۵٪)	P = ۰/۰۰۱
	روستا	۵۱ (۲۵/۵٪)	۴۹ (۲۴/۵٪)	

* خانه های که مقادیر صفر داشتند برای آزمون کای اسکور در خانه کناری ادغام شدند اما برای اطلاع در این جدول آمده اند.

دیپلم و بالاتر بودند. میانگین تعداد حاملگی هر زن ۲/۳۲ در بین زنان شرکت کننده یکی از موارد با تعداد حاملگی بود، که بیشترین و کمترین درصد حاملگی به ترتیب ۳۷ درصد دارای یک فرزند، ۵ درصد دارای دو فرزند بودند. میانگین تعداد فرزندان زنده هر زن ۱/۱ مورد بود. همچنین ۴۰/۵

بحث

نتایج مطالعه حاضر در فاز اول ارزیابی جامعه نشان داد که ۱۰ مشکل اصلی در خدمات ارائه شده واحد بهداشت خانواده شهرستان وجود داشت که پس از اولویت بندی، حاملگی ناخواسته به عنوان مشکل اصلی شهرستان تعیین گردید و طبق نتایج فاز دوم مطالعه یعنی برآورد حجم مشکل حاملگی ناخواسته، نتایج نشان داد که درصد شیوع حاملگی ناخواسته در سطح شهرستان بالاست (۳۳ درصد) و نیازمند انجام مداخلات بیشتر می باشد.

در ارتباط با عوامل موثر در بارداری ناخواسته، نتایج نشان داد که حاملگی ناخواسته در روستا ۳ برابر شهر بود و بین سطح تحصیلات مادر، سطح سواد همسر، تعداد فرزندان پسر قبلی، تعداد حاملگی های قبلی مادر، تعداد موارد سقط قبلی مادر، محل سکونت و شغل همسر با حاملگی ناخواسته رابطه آماری معنی دار وجود دارد.

طبق نتایج بدست آمده در این بررسی، بین سطح تحصیلات و بارداری ناخواسته رابطه معنی دار آماری وجود داشت. در مورد ارتباط سطح تحصیلات و بارداری ناخواسته، مطالعات مختلف بالا بودن سطح تحصیلات را عامل پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته گزارش کرده اند (۹، ۱۹) که با نتایج این بررسی همخوانی داشتو این مطالعه هم نشان داد که درصد بارداریهای ناخواسته در زنان با تحصیلات پایین تر بیشتر بود. یافته این مطالعات با توجه به این که سطح بالاتر سواد می تواند با آگاهی بیشتر و بهتر از انتخاب و بکارگیری روش پیشگیری از بارداری همراه باشد قابل توجه است. همچنین زنان تحصیل کرده سطح اجتماعی و اقتصادی بهتر و دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی دارند. تمام این عوامل می توانند بیان کننده رابطه معنی دار سطح سواد زنان و بارداریهای ناخواسته باشند.

بر اساس نتایج این بررسی و سایر مطالعات

جدول ۳: فراوانی (درصد) حاملگی ناخواسته حین استفاده

از روش پیشگیری بر حسب انواع روش ها

نوع روش پیشگیری از بارداری	تعداد (درصد) حاملگی ناخواسته حین استفاده از روش
قرص LD	۱۹ (۴۷٪)
کاندوم	۱۴ (۲۶٪)
آمیول سه ماهه یا DMPA	۱۲ (۲۳٪)
روش طبیعی	۵ (۹٪)
وسیله داخل رحمی یا IUD	۴ (۷٪)
قرص شیردهی (لایسنرون)	۲ (۴٪)
آمیول یک ماهه یا سیکلوفم	۱ (۱٪)

درصد آنها نولی پار بودند. در ۶۳ مورد (۹۳٪) حاملگی ناخواسته خود زن، ۴۹ مورد (۷۳٪) ناخواسته همسر و در ۴۵ مورد (۶۲٪) ناخواسته هر دو طرف بوده و در مجموع ۶۶ مورد حاملگی ناخواسته (طبق تعریف یعنی ناخواسته زن، مرد، و یا هر دو آنها) وجود داشت یعنی شیوع حاملگی ناخواسته طبق این مطالعه ۳۳ درصد بود. ضمناً حاملگی ناخواسته در مناطق روستایی ۳ برابر مناطق شهری بود و بین سطح تحصیلات مادر، سطح سواد همسر، تعداد فرزندان پسر قبلی، تعداد حاملگی های قبلی مادر، تعداد موارد سقط قبلی مادر، محل سکونت و شغل همسر با حاملگی ناخواسته رابطه معنی دار مشاهده شد. جدول شماره ۲، فراوانی و ارتباط هر کدام از متغیرهای بررسی شده در این پژوهش را با حاملگی ناخواسته به همراه مقادیر معنی داری آنها نشان می دهد.

از دیگر نتایج این طرح می توان به ضعف خدمات تنظیم خانواده در سطح شهرستان اشاره کرد. با توجه به بررسی به عمل آمده این مشکل هم به دلیل ضعف در ارائه خدمات مشاوره و آموزش توسط پرسنل بهداشتی، و هم دانش کم زنان این شهرستان می باشد بطوریکه ۵۳ مورد از تعداد ۶۶ مورد حاملگی ناخواسته، حین استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، حامله شده اند که در بین روشهای پیشگیری از بارداری بیشترین روش منجر به شکست استفاده از قرص بود. جدول ۳ فراوانی و درصد شکست روش های مختلف پیشگیری از بارداری را نشان می دهد.

صورت گرفته در این زمینه، اغلب زنانی که بارداریهای ناخواسته را تجربه کرده اند از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می کردند اما عدم کارایی روش به کار رفته یا استفاده نادرست از آن؛ عامل رخداد بارداری ناخواسته بوده است (۲۰).

از نتایج مهم بدست آمده دیگر در مطالعه حاضر، رابطه بین نداشتن فرزند پسر با حاملگی ناخواسته می باشد به عبارتی بسیاری از مادران به خاطر به دنیا آوردن فرزند پسر از ابتدا خودشان خواهان بچه دار شدن می باشند اما بعد از اینکه جنسیت بچه مشخص شد و دختر بود آنها بارداری را ناخواسته تلقی می کنند.

در بررسی حاضر تقریباً ۶۲٪ از زنانی که حاملگی ناخواسته داشته اند بدون در نظر گرفتن روش منقطع از یک روش پیشگیری از بارداری پیشرفته استفاده کرده بودند با توجه به اینکه یکی از مهمترین اهداف تنظیم خانواده، پیشگیری از حاملگی ناخواسته است که متعاقباً موجب کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان و جلوگیری از پیامدهای خطرناک حاصل از رخ دادن حاملگی ناخواسته می شود (۵) باید روش پیشنهاد شده برای پیشگیری از بارداری متناسب با سن و شرایط جسمی و بهداشتی زنان باشد تا درصد شکست روش به حداقل برسد. در این پژوهش در بین روشهای پیشگیری، بیشترین درصد شکست مربوط به قرص LD می باشد که به نظر می رسد به علت فراموشی در زمان تعیین شده برای مصرف آنها و کمبود آگاهی و دانش زنان بوده است و از طرف دیگر این می تواند بیانگر آموزش و مشاوره ضعیف سیستم بهداشتی باشد بخصوص برای اقداماتی که زنان می بایست در صورت فراموشی زمان مصرف قرص انجام دهند.

آنچه که مشخص است از چند سال قبل باروش ارزیابی جامعه به عنوان یک ایده نوپژوهشهایی در ایران و دنیا انجام شده که می توان به مواردی از آنها اشاره کرد: ارزیابی کریمی و همکارانش در شاهین شهر اصفهان

که ۱۰ مشکل اولویت دار را استخراج کرده بودند (۲۱). مطالعه دانشجویان MPH دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران که در مجموع ۱۲ مشکل اولویت دار را استخراج کرده بودند (۲۲). ارزیابی جامعه توسط دانشجویان کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی در مرحله چاهستانهای بندرعباس که ۱۱ مشکل اولویت دار را شناسایی کرده بودند (۲۳). در مطالعه ای هم که در شهر لندن با هدف آگاهی از نیازهای سلامت و بدست آوردن دیدگاههای خدمت دهندگان و خدمت گیرندگان سلامت انجام شده بود مشکلاتی از قبیل نارضایتی وسیع از نظام های سلامت، از دسترسی تا ارتباطات نامناسب بین سرویس های ارائه خدمات بدست آمده است (۲۴). در ایرلند شمالی هم با ارزیابی جامعه ای که انجام شده بود کمبود مکان های امن، عدم حمایت از سالمندان و افزایش مصرف داروهای روانپزشکی به عنوان مشکلات اصلی استخراج شده بودند (۲۵).

بین این مطالعه و پژوهش های سایر افراد تشابهات و تفاوت هایی وجود دارد. در مطالعات مشابه که ارزیابی جامعه را انجام داده اند بیشتر هفت مرحله اول ارزیابی جامعه انجام شده بود (۲۲، ۲۳) اما در این مطالعه علاوه بر این ۷ مرحله، مرحله هشتم (فاز دوم ارزیابی جامعه) شامل برآورد حجم مشکل اولویت دار و برنامه ریزی برای کاهش آن نیز انجام شده است. همچنین در این مطالعه واحد ارزیابی جامعه سرویس دهندگان خدمات بهداشتی در سطح شهرستان می باشد. تشابه اصلی با سایر مطالعات، بخصوص مطالعات انجام شده داخل کشور، ارزیابی بصورت گام به گام و طی کردن تمام مراحل بصورت متوالی می باشد.

نتایج این تحقیق نشان داد حاملگی ناخواسته در بین ۱۰ مشکلی که استخراج شده بودند مشکل اصلی و اولویت دار بود و از شیوع بالایی برخوردار بود و در فاز دوم این پژوهش تنها تعدادی از متغیر های مهم مطالعه و ارتباط آنها با مشکل اولویت دار (حاملگی

ناخواسته) مورد بررسی قرار گرفته است اما با توجه به بحث مولتی فاکتوریال بودن علل ایجاد حاملگی ناخواسته با در نظر گرفتن فرهنگها، آداب و رسوم مناطق مختلف به تحقیقات بیشتری نیاز است (۸، ۲۶).

این نوع پژوهش (ارزیابی جامعه) که کاملاً مشارکتی بود در واقع سیستم بهداشتی در سطح شهرستان را به سمت برنامه ریزی برای اولویت دارترین مشکل هدایت می کند و باعث می گردد منابع در جهت صحیح و اصولی و علمی برای اجرای برنامه های مداخله ای هدایت شود. بر اساس نتایج طرح، تمام پرسنل بهداشت خانواده به یک نتیجه منطقی رسیده و تا حدودی به نیازهای آموزشی و بهداشتی جامعه تحت پوشش خود پی بردند.

از جمله محدودیتهای این بررسی برای فاز دوم پژوهش میتوان به روش نمونه گیری در دسترس که تعمیم پذیری نتایج به سایر جمعیت ها را کاهش میدهد، اشاره کرد. بنابراین توصیه میشود در مطالعات بعدی از بررسیهای بر پایه جمعیت (Population-based) و با حجم نمونه بالا استفاده گردد. همچنین میتوان سایر متغیرهای موثر بر بار داریهای ناخواسته مانند سطح اجتماعی - اقتصادی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و... را نیز اندازه گیری کرد. بطور کلی از محدودیت های اغلب مطالعات انجام شده در این مورد کم بر آورد کردن نسبت بار داری ناخواسته است بدین معنی که بسیاری از زنان باردار احتمالاً از بیان ناخواسته بودن حاملگی

خود، خوداری میکنند.

برای شناسایی دقیق مشکلات حوزه سلامت یکی از بهترین روش ها، ارزیابی جامعه، استخراج مشکلات مرتبط و برخورد با این مشکلات به روش اولویت بندی شده می باشد لذا با توجه به احتمال استقرار برنامه پزشک خانواده به صورت کامل در کشور پیشنهاد می شود ارزیابی جامعه به عنوان یکی از وظایف تیم سلامت سازماندهی و اجرا شود و برای پیشگیری از بار داری ناخواسته به عنوان مشکل اولویت داری که در این مطالعه ناسایی شد، لازم است نکاتی همچون آموزش، اختصاص زمان کافی برای مشاوره در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و تدارک برنامه های بلند مدت در جهت ارتقاء فرهنگ جامعه و از بین بردن باورهای غلط گرایش به یک جنسیت خاص مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از جناب آقای دکتر حیدری مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان آقای دکتر محمد مرادی مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیواندره که تسهیلات لازم جهت انجام این پژوهش را فراهم نمودند و همچنین از تمام همکاران بهداشتی در رده های مختلف محیطی و میانی که در این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA, Satcher D. Methods in community-based participatory research for health. Wiley. 2005:3-26.
2. Stanhope M, Lancaster J, Jessup-Falcioni H, Viverais-Dresler GA. Community health nursing in Canada: Elsevier Canada; 2011.
3. Shamsimeyandi M, Haghghi S, Iranmanesh F. Determination of effective factors to increase collaboration and participation among people of Baghodrat Jupari community research base, kerman, Rahavard danesh. 2006; 9:46-53. [Persian]
4. Habibzadeh S, Arshi S, Abbasgholizadeh N, Yusefiasadat M, Alimorad M, Sadeghi H, Jafar Bashiri H, Sadeghieh Ahari S, Amani F, et al. Presentation and Evaluation of a Community Mobilization Model in Ardabil Social Development and Health Promotion Center. 3. 2005; 5 (1): 42-52.
5. Robey B, Ross J, Bhushan I. Meeting Unmet Need" New Strategies, population reports series J; 1996; 1-

- 43.
6. United Nations Population Fund. National Report of Family Planning and fertility Health in Islamic Republic of Iran. 1997: 3-6.
 7. Jahanfar SH, Ramazani F. Assessment of prevalence of unintended pregnancy and related factors in ten city of Iran. Tehran: University of Tehran; 2001. [Persian]
 8. Schwarz UI, Büschel B, Kirch W. Unwanted pregnancy on self-medication with St John's wort despite hormonal contraception. *Br J Clin Pharmacol*. 2003;55(1):112-3.
 9. Upson K, Reed SD, Prager SW, Schiff MA. Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages 35–44 years at risk of unwanted pregnancy. *Contraception*. 2010;81(5):427-34.
 10. Akbarzadeh M, Khoursandi M. Examining the causes of unexpected pregnancy in Arak province in 1996-1997. *Teb va Tazkieh*. 2002;45(67):8. [Persian]
 11. Stedding NF, Nakkim M. Knowledge and attitude towards family planning among first year students at the Faculty of Medicine at the University of Buenos Aires, Argentina. 2013.
 12. Abazari F, Arab M, Abbaszadeh A. Association between unintended pregnancy and fertility behaviors in Kerman, *Journal of fertility and infertility*. 2002; 3 (8).p39-46.
 13. Jaefari N, Kavianpour SH, Khoshbin S, Ashinnchi M. Guidelines of methods of pregnancy prevention in Islamic Republic of Iran, Ministry of health, treatment and medical education. 2004: 33-65. [Persian]
 14. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC pregnancy & childbirth*. 2013;13(1):135.
 15. Levandowski BA, Kalilani-Phiri L, Kachale F, Awah P, Kangaude G, Mhango C. Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;118:S167-71.
 16. Rao S. Perceptions of unwanted pregnancy, emergency contraception and abortion: a qualitative study of healthcare providers and community leaders in the Amazon Region of Colombia. 2011.
 17. Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1994;170(5):1485-9.
 18. Holakouie Naeini, K. and Karimi, J. Community Assessment Guide Book for Community Health Professionals, Moghim, Isfahan. 2009. [Persian]
 19. Rahnavard Z, Haidarbana A, Babaei G, Mahmodi M, Khalkhali H. Assessment of effective factors in unintended pregnancy in health and treatment centers of Tehran. *Journal of medical college*. 2001;5:10-6. [Persian]
 20. Zeinali, M. Assessment of unintended pregnancies and related factors in women of health centers of Akbarabad and hazrat rasol, *journal of Iran university of medical sciences*. 2005: 6(45), p195-196.
 21. Karimi J. Community assessment to establish operational program for health promotion in Isfahan's Shahin Shahr. Msc thesis in epidemiology: Tehran University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
 22. Jahangiri K, Fattapour M, Holakouie Naeini K, Azin A, Samavat T, Nikfar S, Shahgholi A. Community Assessment for identifying existing problems of region 17 of Tehran. *Social Welfare Quarterly*. 2003; 3(9): 133-41. [Persian]
 23. Naeini K. Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2010;8(1). [Persian]
 24. Dale J, Shipman C, Lacock L, Davies M. Creating a shared vision of out of hours care: using rapid appraisal methods to create an interagency, community oriented, approach to service development. *BMJ*. 1996;312(7040):1206-10.
 25. Lazenbatt A, Lynch U, O'Neill E. Revealing the hidden 'troubles' in Northern Ireland: the role of participatory rapid appraisal. *Health Educ Res*. 2001;16(5):567-78.
 26. Rezaei M, Ghahramani F. Comparison of the Prevalence and the Causes of Unwanted Pregnancy in Women Under 35 Versus Over 35 Years. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2011;5(4): 133-6.

Utilization of community assessment model for identification of family health problems

Khaled Rahmani,

PhD Student of Epidemiology, Kurdistan Research Center for Social Determinants of Health (KRCS DH), Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Korosh Holakouee-Naini,

Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Ghobad Moradi,

Assistant professor of Epidemiology, Kurdistan Research Center for Social Determinants of Health (KRCS DH), Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received:07/04/2014, Revised:15/06/2014, Accepted:12/06/2014

Corresponding author's:

Ghobad Moradi,
Department of Epidemiology and
Biostatistics, Faculty of Medicine,
Kurdistan University of Medical
Sciences, Pasdaran Avenue,
Sanandaj, Iran.
E-mail: moradi_gh@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: One of the most important steps in providing services is to identify and prioritize community health problems. This study was designed and implemented to identify and prioritize problems and, also, to determine the factors related to the problem with the highest level of priority in Divandarh district, Kurdistan province.

Materials and Methods: This study was performed based on the North Carolina's Community Health Assessment model which includes 8 steps. According to this model, the study was conducted in two phases. First, in steps 1 to 7, qualitative and quantitative methods were used to assess the community and to identify the existing problems. In the second phase, i.e. in Step 8, a cross-sectional study was designed to determine the size of the major problem and its effective factors.

Results: Overall, 10 main problems were found in the first phase. After prioritization, unintended pregnancy was determined as the problem with the highest priority. Based on the results of the next phase, the prevalence of unintended pregnancy was 33%. This study found statistically significant relationships between unintended pregnancy and variables such as education level of spouses, residence, age, number of children, number of previous abortions and spouse's job.

Conclusion: Based on the obtained results, intervention programs such as training women and proper counseling are necessary to prevent unintended pregnancies. Also, as part of the health team's tasks, community assessment should be carried out in the health system with an appropriate methodology.

Keywords: *Community assessment, Unwanted pregnancy, Health, Iran*