

تبیین نقش خدمات تنظیم خانواده در توانمندی زنان: یک مطالعه کیفی

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

۱- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ولی‌عصر، تقاطع بزرگراه نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن و نمابر: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۶
پست الکترونیک: msimbar@sbmu.ac.ir

دریافت: ۹۰/۳/۱۵ پذیرش: ۹۱/۲/۷

چکیده

مقدمه: امروزه تنظیم خانواده از مفهوم کنترل جمعیت رها گردیده و به عنوان یک عنصر اساسی در حقوق باروری، توانمندی و ارتقای موقعیت زنان در جامعه مطرح است تا زوجین به صورت داوطلبانه، بر پایه آگاهی و بینش، دست به تصمیم‌گیری مسؤولانه درباره فرزندآوری خود بزنند. لذا اطمینان از توانمندی زوجین به هنگام ارائه خدمات تنظیم خانواده، خصوصاً توانمندسازی زنان یک پیش‌نیاز ضروری جهت ارتقای سلامت و توسعه است. این مطالعه جهت تبیین نقش خدمات تنظیم خانواده در توانمندی زنان، با رویکرد کیفی انجام شد.

روش کار: این مطالعه با روش تحلیل محتوای کیفی صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان ۳۷ خانم متأهل سنین باروری واجد شرایط تنظیم خانواده تحت پوشش مراکز بهداشتی رایبه دهنده خدمات تنظیم خانواده در شهر اصفهان بودند که با نمونه‌گیری هدفمند از بین داوطلبین انتخاب شدند. اطلاعات با ضبط هفت جلسه بحث گروه متمرکز و پنج مصاحبه فردی جمع‌آوری و مکتوب گردید. داده‌ها با روش آنالیز محتوای کیفی تحلیل شدند.

یافته‌ها: با تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان درباره عوامل توانمندی در مراکز رایبه خدمات تنظیم خانواده، چهار طبقه اصلی استخراج گردید که شامل: جلب مشارکت مردان در خدمات تنظیم خانواده، فراهم کردن خدمات جامع سلامت باروری، توسعه خدمات رایگان تنظیم خانواده، و بکارگیری تکنولوژی مناسب برای اطلاع‌رسانی جامعه بود.

نتیجه‌گیری: تحلیل دیدگاه مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که رویکرد فعلی مراکز بهداشتی در ارائه خدمات تنظیم خانواده نتوانسته است تمایلات باروری زنان را به طور همه جانبه‌ای حمایت و برآورده نماید. از این رو الگوی رایبه خدمات و محتوای آن باید مورد بازنگری قرار گیرد و با تمرکز بر رایبه خدمات تنظیم خانواده همزمان به زوجین، خدمات جامع بهداشت باروری و درمان کامل عوارض روش‌های پیشگیری، به تصمیم‌گیری آگاهانه و مسؤولانه زنان کمک نماید تا آن‌ها بتوانند کنترل بیشتری بر باروری خود داشته باشند.

کل‌واژگان: توانمندی، خدمات تنظیم خانواده، مطالعه کیفی

مقدمه

در سال‌های ۷۰-۱۹۶۰ مفهوم تنظیم خانواده عمده‌تاً حاوی سیاست‌های جمعیتی برای کنترل باروری، کاهش رشد جمعیت و تحدید مولید بود؛ اما در سال ۱۹۹۴، مفهوم بهداشت باروری و تنظیم خانواده محور اصلی توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان توسعه جهانی در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره^۱

رشد سریع جمعیت در جهان، کماکان به عنوان بزرگ‌ترین مانع در راه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ملت‌ها مطرح می‌باشد. تنظیم خانواده یک محور حیاتی در توسعه پایدار جوامع می‌باشد؛ زیرا به زوجین کمک می‌کند تا داوطلبانه، بر پایه آگاهی و بینش دست به تصمیم‌گیری مسؤولانه درباره فرزندآوری، بر اساس امکانات اقتصادی، قدرت جسمی و روانی خود بزنند و باعث برقراری تعادل میان توسعه پایدار و رشد جمعیت گردند(۱).

مجله پژوهشی حکیم

¹ ICPD (International Conference on Population and Development)

اصلی خدمات تنظیم خانواده کمک به توانمندی زنان برای کنترل بیشتر بر باروری است. بنابراین باید خدمات تنظیم خانواده به گونه‌ای برنامه‌ریزی و ارائه گردد که بتواند به این هدف مهم دست یابد. بررسی مطالعات، حاکی از وجود شکاف بین سیاست‌های ملی و عملکرد خدمات تنظیم خانواده ناشی از نارسایی در کیفیت خدمات است؛ به طوری که علی‌زاده و همکاران در مطالعه کیفی با عنوان درک زنان از کیفیت خدمات تنظیم خانواده نشان دادند که خدمات تنظیم خانواده با کیفیت فعلی نتوانسته است پاسخ مناسبی به نیازها و تمایلات زنان بدهد. مشارکت‌کنندگان بر حق انتخاب، تصمیم‌گیری مستقل و برخورد محترمانه در حین دریافت خدمات تنظیم خانواده تأکید کردند و خواهان درگیر شدن بیشتر همسران در تنظیم خانواده و دسترسی بهتر به درمان عوارض و روش‌های متنوع پیشگیری از بارداری بودند. آن‌ها انتظار داشتند که سیستم بهداشتی به ارائه خدمات سلامت جنسی توجه ویژه‌ای نماید (۹). همچنین سیمبر و همکاران در یک مطالعه توصیفی در راستای بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده، تلاش کردند ساختار، فرآیندها و پیامدهای خدمات تنظیم خانواده را شناسایی کنند. نتایج نشان داد که علی‌رغم امکانات کافی، داشتن پرسنل تحصیل‌کرده و رضایت زیاد متقاضیان از این خدمات، مشاوره و آموزش‌های لازم با کیفیت مناسب ارائه نمی‌شود و آگاهی مراجعین در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری متوسط و ناکافی است (۱۰).

بنابراین باید زیر ساخت‌های خدمات بهداشتی در زمینه تنظیم خانواده در هر محیط اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گیرد و مؤلفه‌های توانمندی زنان در تنظیم خانواده شناسایی گردد؛ زیرا این نگاه جامع و کلی باعث می‌شود سیستم بهداشتی، خدمات تنظیم خانواده خود را با هدف توانمندی زنان طراحی کند و به آنان برای کنترل بیشتر بر باروری کمک نماید (۱۱). در واقع، توانمندی زنان یک عامل کلیدی برای دستیابی به توسعه ملی، ثبات جمعیتی و رفاه جهانی به شمار می‌رود و فرآیندی است که طی آن توانایی و آزادی فرد در تصمیم‌گیری‌های اساسی زندگی توسعه یافته و با قدرت بخشی به زنان باعث دستیابی بیشتر آنان به فرصت‌ها، کنترل بر منابع و انتخاب‌هایی می‌شود که منجر به بهبود زندگی می‌گردد (۱۲). در ارائه هر گونه خدمات تنظیم خانواده باید تلاش گردد تا استقلال و اختیار زنان در مسایل مرتبط با باروری مورد توجه قرار گیرد زیرا کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره نیز اطمینان از توانمندی زنان در تنظیم باروری را به عنوان شالوده برنامه‌های جمعیتی و توسعه کشورها تلقی می‌کنند. بنابراین، شناخت نقش خدمات تنظیم خانواده در توانمندی زنان از دیدگاه خود آنان ضروری است تا با ارائه بهار ۹۱، دوره پانزدهم، شماره اول

(۱۹۹۴) گردید و تنظیم خانواده از مفهوم کنترل جمعیت رها گردیده و به عنوان یک عنصر اساسی در حقوق باروری، توانمندسازی زنان و ارتقای موقعیت زنان در جامعه مطرح شد (۲). به طوری که بیانیه این کنفرانس تأکید ویژه‌ای بر اطمینان از توانمندی زوجین در تنظیم خانواده، خصوصاً توانمندسازی زنان به عنوان یک پیش‌نیاز جهت ارتقای بهداشت باروری و تنظیم خانواده دارد و معتقد است این توانمندسازی در زنان باید به گونه‌ای صورت گیرد که به آن‌ها قدرت تصمیم‌گیری، انتخاب و اختیار درباره بچه‌آوری داده شود تا بتوانند نقش و مسؤولیت خود در تنظیم خانواده را اجرا نمایند (۳).

مطالعات متعددی نشان دادند که بین تمایلات باروری زنان و رفتارهای پیشگیری از بارداری آنان شکاف آشکاری وجود دارد؛ به طوری که بین ۱۵ تا ۲۵٪ زنان با وجود تمایل به اتمام باروری و یا تأخیر در بارداری بعدی، در عمل هیچ روش پیشگیری ندارند (۴) و بیش از ۲۰۰ میلیون زوج با وجود تمایل به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ایمن و مؤثر، به دلایل عدم دسترسی به خدمات، اطلاعات مناسب و عدم حمایت همسران و جامعه، روش مؤثر پیشگیری از بارداری ندارند (۵). لذا باید تمایلات باروری زنان شناسایی گردد و برای دستیابی آنان، شرایط مناسب خصوصاً در سیستم بهداشتی فراهم شود. در ایران، رشد سریع جمعیت پس از سرشماری سال ۱۳۶۸ با نرخ رشد ۳/۹ مورد توجه قرار گرفت و استراتژی‌های متعدد جهت کنترل رشد جمعیت در برنامه تنظیم خانواده به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شد. این استراتژی‌ها منجر به گسترش خدمات تنظیم خانواده در سرتاسر کشور گردید. به طوری که میزان مصرف روش‌های پیشگیری از بارداری از ۴۹٪ در سال ۱۳۶۷ به ۷۳٪ با نرخ رشد ۱/۱ در سال ۱۳۸۶ رسید (۶). اما بر اساس نتایج حاصل از نظام نوین پایش و ارزشیابی^۲، فقط ۵۹٪ زوجین از روش‌های مؤثر پیشگیری استفاده می‌کنند، ۲۲٪ روش طبیعی دارند و ۱۰٪ هیچ گونه روش پیشگیری از بارداری ندارند. همچنین، شیوع بارداری ناخواسته ۳۰٪ برآورد گردیده است که ۱۰٪ آن در حین استفاده از روش‌های پیشگیری مؤثر رخ داده است؛ به طوری که علی‌رغم خدمات تنظیم خانواده رایگان و در دسترس، نگرانی‌های عمده‌ای درباره بارداری ناخواسته و سقط القایی وجود دارد (۷ و ۸). از این رو در شرایط فعلی که رشد جمعیت در میزان متعادل قرار گرفته است کیفیت خدمات تنظیم خانواده به عنوان یک اولویت جهانی مطرح می‌گردد؛ زیرا هدف

² IMES: Integrated Monitoring and Evaluation System

سطر خوانده شد، جملات و عبارات مهم تعیین گردید و زیر آن‌ها خط کشیده شد و جوهره آن نام‌گذاری گردید (کدگذاری). سپس کدهای مشابه ادغام گردید و دسته‌بندی اولیه انجام شد. روند تنزل در کاهش داده‌ها^۵ در تمام واحدهای تحلیل ادامه یافت تا طبقات ظهور یافتند. به این ترتیب داده‌های کلی، مفهومی و انتزاعی در طبقه اصلی قرار گرفتند. پژوهشگر با کمک روش‌های زیر تلاش کرد تا یافته‌هایش بازتاب تجارب حقیقی مشارکت‌کنندگان باشد. با کمک بازبینی دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی هم‌تراز توسط اساتید خبره در متدولوژی و محتوی مطالعه، اعتبار داده‌ها تأمین شد. قابلیت اعتماد نیز با ثبت کامل و مداوم تصمیمات و فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع‌آوری، تحلیل داده‌ها و آرایه گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات تأمین شد. همچنین طبقات استخراج شده، در اختیار تعدادی از افراد با مشخصات مشارکت‌کنندگان که در تحقیق شرکت نداشتند قرار گرفت و قضاوت آن‌ها در مورد وجود تشابه بین نتایج تحقیق و تجارب خود ارزیابی شد. به علاوه، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر آشنا با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی که در تحقیق شرکت نداشتند گذاشته شد و توافق بیش از ۸۰٪ درباره معانی به دست آمد (۱۵).

مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه پذیرفته شد. همچنین با کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و اختیار انصراف از ادامه شرکت در مطالعه ملاحظات اخلاقی تأمین گردید.

نتایج

۳۷ مشارکت‌کننده شامل ۲۹ زن متأهل واجد شرایط پیشگیری از بارداری، سه مدیر و پنج پرسنل آرایه دهنده خدمات تنظیم خانواده بودند (جدول ۱).

جدول ۱- ویژگی‌های فردی ۳۷ مشارکت‌کننده

فرآوانی	
سن	
۵	کمتر از ۳۰ سال
۲۵	۳۰-۴۰ سال
۷	بالای ۴۰ سال
تحصیلات	
۱۱	ابتدایی و راهنمایی
۱۶	دبیرستان و دیپلم
۱۰	تحصیلات دانشگاهی
اشتغال	
۲۵	خانه‌دار
۱۲	شاغل
فرزند	
۷	۰ تا ۱ فرزند
۲۰	۲ فرزند
۱۰	۳ تا ۴ فرزند

خدمات تنظیم خانواده توانمند کننده زنان، متناسب با محیط اجتماعی و فرهنگی کشور، زنان را در دستیابی به خواسته، تمایلات باروری و تصمیم‌گیری مستقلانه یاری نماید (۱۳). لذا این مطالعه با هدف تبیین نقش خدمات تنظیم خانواده در توانمند زنان، با رویکرد کیفی انجام شد.

روش کار

این پژوهش با پارادایم طبیعت‌گرایانه، اعتبار ذهنیت و انسان‌گرایی، در پی تفسیر و معنی توانمندی در خدمات تنظیم خانواده در سیستم بهداشتی از دیدگاه خود زنان بوده است و با کمک روش تحلیل محتوای کیفی به شیوه گرانهم و لاندمن^۳ از طریق تقلیل داده‌های کیفی و طبقه‌بندی کوشیده است تا به کشف درون‌مایه‌ها و الگوهای موجود در داده‌ها دست یابد (۱۴). مشارکت‌کنندگان، ۳۷ زن متأهل واجد شرایط تنظیم خانواده در سنین باروری، تحت پوشش مراکز بهداشتی بودند که در قالب هفت جلسه بحث گروهی متمرکز ۶-۵ نفره و پنج مصاحبه فردی در پژوهش شرکت کردند. در ابتدا، نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف و از میان افراد داوطلب صورت گرفت و در ادامه، به شکل نمونه‌گیری با حداکثر تنوع ادامه یافت.

زنان بر اساس پرونده‌های بهداشتی خانوار در مراکز بهداشتی شناسایی شدند و طی تماس تلفنی، ضمن معرفی پژوهشگر و شرح مختصری درباره اهداف، از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. محل بحث و مصاحبه با توجه به نظر آن‌ها و هماهنگی با سایر اعضای گروه مشخص گردید. در شروع جلسه بحث متمرکز، توضیحاتی درباره اهداف و قوانین کلی بحث داده شد و رضایت آگاهانه و کتبی اخذ گردید. گروه‌ها از نظر سن، تحصیلات و اشتغال همگن گردیدند. طول مدت جلسات بین ۹۰-۶۰ دقیقه بود که با دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ثبت گردیدند. هفت مصاحبه انفرادی با مدیران و پرسنل آرایه‌دهنده خدمات تنظیم خانواده به صورت نیمه‌ساختاریافته بر اساس روند بحث گروه متمرکز صورت گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که یافته‌های جدیدی به داده‌های موجود اضافه نگردید ادامه یافت. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات کسب شده با روش آنالیز محتوای کیفی تحلیل شد. 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، تمام مصاحبه کلمه به کلمه مکتوب شد و واحد تحلیل^۴ شکل گرفت. سپس داده‌ها سطر به

³ Granheim and Lundman

⁴ Analysis unit

⁵ Reduction

آگاهی مناسبی از برنامه باروری به دست آورند و احساس تعهد و مشارکت بیشتری نسبت به تصمیمات باروری داشته باشند. خانم خانه‌دار ۲۴ ساله می‌گوید: "من نمی‌توانم با همسرم درباره مسایل تنظیم خانواده صحبت رو در رو داشته باشم؛ ولی اگر در مرکز بهداشت زوجین با ما مشاوره کنند، ما می‌توانیم با هم به یک نتیجه برسیم". همچنین اکثریت مشارکت‌کنندگان به مسوول تلقی شدن زن برای تنظیم خانواده از طرف مردان و جامعه اشاره کردند و آن را یک مانع جدی در توانمندسازی خود بیان کردند و اظهار می‌کردند مردان جایگاه اجتماعی ویژه‌ای در تصمیم‌گیری خانگی خصوصاً تصمیمات باروری دارند و عدم حضور آنان در حین ارائه خدمات تنظیم خانواده باعث می‌شود نتنها مردان تصمیم‌گیری آگاهانه‌ای در مسایل تنظیم خانواده نداشته باشند، بلکه مشارکت و پذیرش برای مسوولیت اجرایی تنظیم خانواده را هم متوجه خود ندانند. خانم خانه‌دار ۳۸ ساله می‌گفت: "مردان تو جامعه ما حرف آخر را در مسایل بچه‌آوری می‌زنند. ولی خودشون هیچ مسوولیت برای پیشگیری از بارداری را متوجه خودشون نمی‌دوند".

آن‌ها بر ضرورت وجود امکانات فیزیکی و پرسنلی جهت ارائه مشاوره به زوجین در تنظیم خانواده به ویژه در حوالی ازدواج تأکید کردند و اظهار داشتند مشاوره زوجی می‌تواند جایگاه تصمیم‌گیری آنان را در مسایل باروری بهبود بخشد؛ زیرا حضور مردان در مراکز بهداشتی باعث می‌شود که به خواسته و نظرات زن در مسایل تنظیم خانواده بها داده شود و جایگاه زن به عنوان تصمیم‌گیرنده تقویت گردد و در نتیجه قدرت تصمیم‌گیری زنان و کنترل آن‌ها بر برنامه باروری افزایش یابد. خانم خانه‌دار ۲۶ ساله می‌گفت: "من با همسرم اومدم مرکز بهداشت و به ما مشاوره و اطلاعات دادند. حالا حس می‌کنم همسرم بیشتر هوای منو تو پیشگیری از بارداری داره و به نظرات و تصمیم من اهمیت بیشتری می‌ده".

۱-۲-۲- مخاطب نمودن مردان در ارائه خدمات تنظیم خانواده: بیشتر مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که مردان به خاطر گرفتاری شغلی امکان حضور فعال در مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات تنظیم خانواده را ندارند. بنابراین باید شرایط برای مخاطب شدن مردان در تنظیم خانواده توسط سیستم بهداشتی فراهم گردد و این خدمات تا حد ممکن به مردان نیز رسانده شود. زیرا ارائه خدمات تنظیم خانواده در شیفت صبح، توسط پرسنل زن، نداشتن پرسنل مرد و فضای فیزیکی اختصاصی برای ارائه خدمت به مردان، باعث شده که تنظیم خانواده وظیفه زنانه تلقی شود و عمده مسوولیت اجرای تنظیم خانواده بر عهده زنان قرار گیرد. لذا وجود مراکز ارائه خدمات بهار ۹۱، دوره پانزدهم، شماره اول

از تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان، چهار طبقه اصلی استخراج شد که هر طبقه اصلی شامل طبقات فرعی می‌باشد. ابتدا بر اساس توصیف مشارکت‌کنندگان، طبقات اصلی معرفی شدند. سپس، طبقات فرعی هر یک با استناد به گویه‌های مشارکت‌کنندگان به طور مفصل مطرح گردید (جدول ۲).

جدول ۲- طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده از توصیف مشارکت‌کنندگان

طبقه اصلی	طبقه فرعی
جلب مشارکت مردان در خدمات تنظیم خانواده	مشاوره زوجین در مراکز بهداشتی مخاطب قرار دادن مردان
فراهم کردن خدمات جامع سلامت باروری	ارایه خدمات بهداشت جنسی برنامه‌ریزی خدمات دوره بلوغ تا ازدواج
توسعه خدمات رایگان تنظیم خانواده	درمان عوارض روش‌های پیشگیری تنوع روش پیشگیری از بارداری
بکارگیری تکنولوژی مناسب اطلاع‌رسانی جامعه	

۱- جلب مشارکت مردان در خدمات تنظیم خانواده

طبقه اصلی و محوری که زنان در توصیف عوامل توانمندی خود در خدمات تنظیم خانواده داشتند جلب مشارکت مردان بود. اکثریت آنان اظهار می‌کردند همراهی و مشارکت مردان باعث افزایش قدرت آن‌ها در تصمیم‌گیری باروری و توانمندی در برنامه‌ریزی برای بچه‌آوری می‌گردد. زیرا ماهیت مسایل مرتبط با تنظیم خانواده و باروری به گونه‌ای است که زوجین نمی‌توانند مستقل و خودرأی تصمیم بگیرند و باید بتوانند در یک شرایط توافق شده عمل نمایند. آنان وجود پشتیبانی و حمایت همه جانبه مردان، هم در مرحله انتخاب و هم در مرحله استفاده از روش پیشگیری را عامل مهم موفقیت در تنظیم خانواده قلمداد می‌کردند. برخی از آنان بیان داشتند گرچه در بسیاری از موارد مردان با پیشگیری از بارداری موافقت نمی‌کنند، هیچ گونه همکاری و مسوولیتی را در چگونگی رسیدن به این خواسته تقبل نمی‌کنند. آن‌ها پیشنهاد می‌کردند که باید سیستم بهداشتی، خدمات تنظیم خانواده را به گونه‌ای طراحی کند که حضور و استفاده مردان از این خدمات افزایش یابد؛ از جمله فراهم کردن شرایط مناسب برای مشاوره زوجین به طور همزمان تا در کنار هم آن‌ها بتوانند در حضور پرسنل آگاه و توانمند با هم مذاکره کنند و به توافق برسند. همچنین رساندن خدمات تنظیم خانواده به مردان را از عوامل جلب مشارکت و مخاطب شدن مردان می‌دانستند.

۱-۱- مشاوره زوجین در مراکز بهداشتی: بیشتر مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که مردان معمولاً توجه آگاهانه‌ای به مسایل باروری و تنظیم خانواده ندارند و مشاوره زوجین در مراکز بهداشتی می‌تواند فرصتی را فراهم کند که زوجین در حضور یک پرسنل ماهر با هم درباره خواسته‌ها و تمایلات باروری صحبت کنند و به صورت هدفمند به یک تفاهم در برنامه باروری برسند. مشاوره زوجی باعث می‌شود مردان

طولانی شده و نیاز به اطلاعات مسایل باروری و جنسی افزایش یافته است و ارایه خدمات بهداشت باروری برای این گروه سنی را از عوامل توانمندی بعدی این افراد در تنظیم خانواده می‌دانستند. خانم خانه‌دار ۴۱ ساله می‌گفت: "من دو دختر نوجوان و جوان دارم که مجرد هستند. می‌دونم که اونا خیلی سؤال درباره مسایل باروری دارند و خجالت می‌کشند با من صحبت کنند و من هم اطلاعات خوبی که بتونم بهشون کمک کنم ندارم. فکر می‌کنم مرکز بهداشت باید شرایطی داشته باشه که دخترا و پسرا بعد از دیپلم تا وقتی ازدواج کنند بتونند بیاند و اطلاعات بگیرند تا حداقل تا موقع ازدواج مشکلات و مریضی‌هایی نگیرند."

۳- توسعه خدمات رایگان تنظیم خانواده

گسترش خدمات رایگان تنظیم خانواده از مفاهیم مهم دیگری بود که زنان آن را عامل توانمندی خود توسط سیستم بهداشتی می‌دانستند. اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند برای کمک به دستیابی بهتر زنان به تصمیمات تنظیم خانواده باید خدمات رایگان فعلی مراکز بهداشتی توسعه یابد تا هم عوارض روش‌های پیشگیری درمان شود و هم روش‌های پیشگیری متنوع را ارایه دهد.

۳-۱- درمان عوارض بکارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند هنگامی خدمات تنظیم خانواده می‌تواند به عنوان ابزار توانمندی زنان تلقی شود که بتواند با ارایه روش‌های پیشگیری ایمن و درمان کامل عوارض به حفظ سلامت زنان کمک نماید. برخی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند گر چه ارایه روش‌های پیشگیری از بارداری رایگان است، پرسنل در درمان کامل عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری از توانایی کافی برخوردار نیستند و ارجاع مکرر به پزشکان جهت مداوا، هزینه زیادی را بر عهده زانی قرار می‌دهد که اغلب خانه‌دار بوده و توانایی مالی برای پرداخت هزینه درمان عوارض را ندارند. این عوامل می‌تواند سبب پناه آوردن زنان به روش‌های غیرمؤثری از جمله روش منقطع و کاندوم گردد که در دسترس بوده و نیاز به هزینه هم ندارد و سرانجام منجر به بازماندن آنان از دستیابی به برنامه تنظیم خانواده خود می‌شود. فرازی از صحبت خانم شاغل ۴۲ ساله چنین است: "درسته مراکز بهداشتی، روش پیشگیری رایگان ارایه می‌کنن، ولی نمی‌توانند عوارض را درمان کنند. حتی وقتشو 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."

تنظیم خانواده در ساعات مختلف شبانه‌روز با پرسنل مرد را توصیه می‌کردند. مدیر میانی خدمات تنظیم خانواده می‌گفت: "مراکز بهداشتی خودشون این دیدگاه زنانه نسبت به تنظیم خانواده را به وجود آوردند؛ چون پرسنل همه خانم هستند. فقط صبح‌ها خدمت ارایه می‌شود که مردان سرکار هستند و اگر هم مردا بخوان بیان راهشون نمی‌دن. بنابراین، مردان فرصتی برای مشارکت پیدا نمی‌کنند."

۲- فراهم کردن خدمات جامع سلامت باروری

برخی از مشارکت‌کنندگان بر توجه بیشتر مراکز بهداشتی به سایر نیازهای سلامت باروری زنان اشاره کردند و اظهار داشتند امروزه زوجین و جامعه ما، رویکرد فرزند کم را در پیش دارند. بنابراین باید سیستم بهداشتی با گسترش خدمات زنان و مردان سنین باروری بتواند نیازهای دیگر آنان از جمله بهداشت جنسی را برآورده نماید. همچنین آن‌ها معتقد بودند خدمات تنظیم خانواده عمدتاً زنان متأهل سنین باروری را مخاطب قرار داده و مسایل باروری دیگر گروه‌های سنی خصوصاً نوجوانان و جوانان قبل از ازدواج را مورد غفلت قرار داده است. آن‌ها اظهار داشتند باید سیستم بهداشتی برای ارایه خدمات به این افراد برنامه‌ریزی فوری بکند.

۲-۱- ارایه خدمات بهداشت جنسی: اغلب مشارکت‌کنندگان، مراکز بهداشتی را محیط امن و قابل اطمینان برای بیان خواسته‌های خصوصی و مشکلات جنسی خود می‌دانستند و بر آموزش جنسی تأکید داشتند. اما اظهار کردند شرایط فیزیکی و توانایی ناکافی پرسنل این مراکز باعث ناکامی آنان در کسب اطلاعات مناسب درباره مشکلات جنسی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و مهارت تصمیم‌گیری در مسایل باروری گردیده است. مشارکت‌کنندگان دامنه ارایه خدمات تنظیم خانواده را محدود به ارایه روش‌های پیشگیری دانسته و علت آن را بی‌توجهی به نیازهای فعلی زنان می‌دانستند. خانم خانه‌دار ۳۲ ساله می‌گوید: "من وقتی به مرکز بهداشت می‌آیم، سؤالات و مشکلات متعددی درباره مسایل باروری دارم؛ کسی پاسخگو نیست و فقط روش‌های پیشگیری ارایه می‌دهند."

۲-۲- برنامه‌ریزی خدمات دوره بلوغ تا ازدواج: مشارکت‌کنندگان، دغدغه ارایه خدمات درباره مسایل باروری به نوجوانان خود را داشتند و معتقد بودند برنامه آموزشی مدارس برای ارایه خدمات دوران بلوغ کفایت نمی‌کند و والدین نیز دانش کافی برای اداره این دوران ندارند. لذا مراکز بهداشتی با ارایه این خدمات توسط پرسنل ماهر می‌تواند به ارتقای سلامت باروری دوران بلوغ کمک جدی نماید. همچنین مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند با توجه به افزایش سن ازدواج، دوران سنین قبل از ازدواج

بحث

این مطالعه برای اولین بار به تبیین نقش خدمات در توانمندی زنان در تنظیم خانواده پرداخت. طبقات استخراج شده، بیانگر ویژگی‌های خدمات تنظیم خانواده‌ای است که می‌تواند باعث افزایش قدرت تصمیم‌گیری زنان در تنظیم خانواده گردد و زنان را در رسیدن به انتخاب و خواسته‌های باروری‌شان کمک کند. بررسی یافته‌ها نشان داد جلب مشارکت مردان در خدمات تنظیم خانواده، مفهوم محوری در این مطالعه بود و سهولت دسترسی فیزیکی به مراکز بهداشتی و خدمات تنظیم خانواده رایگان نتوانسته سبب توانمندی کافی زنان در دستیابی به تمایلات و انتخاب‌های باروری آنان شود؛ زیرا مشارکت‌کنندگان هنگامی احساس توانمندی در تنظیم خانواده می‌کنند که تصمیمات باروری در یک شرایط توافقی و مشارکتی توسط زوجین به عهده گرفته شود و مردان آگاهانه در طول استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری از همسران خود حمایت کنند. لذا خدمات تنظیم خانواده باید به گونه‌ای ارائه شود که زوجین به توافقی آگاهانه در مورد تعداد و فاصله فرزندان نایل آیند. کنفرانس پکن ۱۹۹۵ نیز بر اهمیت مشارکت مردان در مسؤلیت‌های پیشگیری از بارداری برای ارتقای بهداشت باروری تأکید ویژه‌ای دارد (۱۶). 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 در نهایت تصمیم‌گیری مشترک درباره فرزندآوری، همگی مواردی از مصادیق مشارکت مردان در تنظیم خانواده می‌باشند (۱۷). در مطالعه موتامبیرا^۶ نیز مشارکت‌کنندگان 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 (۱۸).

همچنین نتایج نشان داد زنان، مشاوره در یک محیط مناسب و با حضور همسر در مراکز بهداشتی را سبب تصمیم‌گیری مشارکتی و افزایش مسؤلیت‌پذیری مردان در اجرای آن می‌دانند. زنان مشارکت‌کننده در مطالعه محمد علیزاده نیز اظهار داشتند که زوجین مهارت و راحتی کافی برای مذاکره درباره تنظیم خانواده ندارند و حضور زوجین در مرکز بهداشت برای مشاوره زوجی می‌تواند به تفاهم و توافق بیشتر در تصمیم‌گیری‌های تنظیم خانواده منجر شود (۹). یافته‌های سیلوا^۷

۳-۲- تنوع روش پیشگیری از بارداری: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند ارایه روش‌های پیشگیری از بارداری متنوع و رایگان در مراکز بهداشتی، عامل مهمی در دستیابی زنان به تصمیمات تنظیم خانواده است و نیمی از آنان توانمندی در تنظیم خانواده را در دریافت روش پیشگیری از بارداری دلخواه خود در یک محیط متعامل با پرسنل ماهر بیان کردند و اظهار داشتند روش‌های پیشگیری فعلی در مراکز بهداشتی محدود بوده در حالی که روش‌های متنوع و کم‌عارضه در مطب‌های خصوصی وجود دارند که زنان قادر به تأمین هزینه آن‌ها نمی‌باشند. خانم خانه‌دار ۳۰ ساله می‌گفت: "در مرکز بهداشت چند تا روش بیشتر نیست که اونا هم به من نمی‌سازن. من خودم نه پول و درآمدی برای رفتن پیش دکترای عوارض دارم، نه پولی برای روش‌های جدید که توی مطب دکتراس."

۴- بکارگیری تکنولوژی مناسب اطلاع‌رسانی جامعه

بیشتر مشارکت‌کنندگان، آگاهی درباره حقوق باروری و روش‌های پیشگیری از بارداری را عامل مهمی در شکل‌گیری برنامه باروری خود می‌دانستند و بیان می‌کردند با این که سیستم بهداشتی به عنوان منبع اصلی و قابل اعتماد در ارایه آگاهی مرتبط با تنظیم خانواده است، اما فقط به دادن اطلاعات مختصر و شفاهی به زنان اکتفا می‌کند. در حالی که انتظار می‌رود مواد آموزشی متناسب با ارزش‌های اجتماعی فرهنگی طراحی کند. همچنین افزایش آگاهی جامعه باعث می‌شد اطرافیان و بستگان که بر تصمیم‌گیری باروری زوجین اثر دارند، آگاهانه عمل کنند. خانم خانه‌دار ۳۲ ساله اظهار می‌کرد: "اول ازدواج من خودم دنبال اطلاعات درستی درباره روش‌های پیشگیری بودم، اما کتاب یا سی‌دی که قابل فهم باشه و بشه تو بازار پیداش کرد ندیدم. بهداشت باید یه فکری بکنه و منابعی را توی جامعه بفرسته تا اونایی که هیچ وقت گذارشون به مرکز بهداشت نمی‌افته بتونن استفاده کنن."

برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که مدارس و برنامه‌های تلویزیون، نقش جدی در شکل‌گیری جایگاه اجتماعی تصمیم‌گیری و توانمندی زنان در مسایل باروری دارند و سیستم بهداشتی باید بتواند با هماهنگی مؤثر از توانمندی‌های این سازمان‌ها استفاده کافی کند تا اطلاعات مناسب را به گروه‌های هدف ارسال نماید. خانم ۳۴ ساله خانه‌دار می‌گفت: "وقتی یک دختر در مدرسه مهارت تصمیم‌گیری و اعتماد به نفس یاد می‌گیره، بعداً تصمیمات درستی درباره تنظیم خانواده می‌تواند بگیرد."

⁶ Mutambirwa

⁷ Silva

توانایی کافی ندارند (۹). مطالعه سیمبر نیز دانش و مهارت ناکافی ارایه مشاوره جنسی به مراجعین مراکز بهداشتی را نشان داد و مطالعات کشورهای دیگر نیز وضعیت مشابهی را نشان می‌دهند (۱۰، ۲۱ و ۲۲). گوتکین^۸ نیز معتقد است در کنفرانس جمعیت و توسعه، تنظیم خانواده از مفهوم کنترل جمعیت رها گردید و به عنوان یک عنصر اساسی در حقوق باروری، توانمندسازی زنان و ارتقای موقعیت زنان در جامعه مطرح گردید و بنابراین سیاست‌ها و ارایه خدمات بهداشتی باید به سمت دیدگاه جامع‌تر و پوشش بهداشت باروری سوق داده شود تا به توانمندسازی زنان و کنترل بیشتر بر باروری زنان کمک شود (۲). کریل^۹ نیز نشان داد زنان از نظر تمایلات و خواسته‌های باروری و توانایی تصمیم‌گیری مستقل با هم متفاوت هستند. لذا بر اساس شرایط و نیاز هر مراجعه‌کننده، خدمات مناسب باید ارایه شود (۲۳).

خدمات تنظیم خانواده در ایران، در مراکز بهداشتی سرتاسر شهرها ارایه می‌شود و روش‌های پیشگیری در سبب تنظیم خانواده محدود ولی رایگان است و کلیه خدمات ارایه و پیگیری روش در حیطه وظایف کارشناس مامایی رایگان می‌باشد و در صورت لزوم، ارجاع به پزشکان خصوصی صورت می‌گیرد. اما مشارکت‌کنندگان، بر گسترش خدمات رایگان فعلی تنظیم خانواده به گونه‌ای که هم درمان عوارض بکارگیری روش‌های پیشگیری و هم تنوع آن‌ها را در بر بگیرد تأکید داشتند. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، توجه به درمان عوارض و تأمین هزینه‌های آن می‌تواند باعث توانمندی زنان در دستیابی به خواسته‌های تنظیم خانواده گردد؛ در حالی که محدودیت خدمات رایگان در درمان عوارض روش‌ها، بار هزینه مراجعه به پزشکان خصوصی را بر عهده زنان قرار داده است و آن‌ها را از دستیابی به خواسته‌ها و تصمیمات باروری باز داشته است. کورشی و شیخ^{۱۰} نیز دریافتند فقدان استقلال مالی زنان باعث می‌شود که آن‌ها نتوانند به هنگام برخورد با عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری، از سلامت خود مراقبت کنند و علی‌رغم میل خود به روش‌های کم‌عارضه اما غیرمؤثر مانند روش منقطع روی می‌آورند (۲۴). یافته‌های تحقیق عباسی شوازی و همکاران نیز مؤید این بود که مراجعین پس از تجربه عوارض روش‌های مدرن و مشکلات هزینه درمان آن‌ها، به روش منقطع روی می‌آورند (۲۵). بنابراین یکی از دلایل اصلی عدم استفاده از روش‌های پیشگیری زنان، عوارض جانبی روش‌ها است (۲۶).

و همکاران در مطالعه مشابهی نشان داد که در مراکز بهداشتی باید موقعیت مناسب جهت مشاوره زوجین فراهم شود تا فرصت برای آگاهی از نیازها و خواسته‌های مراجعین مهیا گردد و خدمات تنظیم خانواده بر اساس نیازهای زوجین برنامه‌ریزی شود (۱۶). از طرف دیگر مشارکت‌کنندگان مطالعه فعلی، مخاطب شدن مردان در خدمات تنظیم خانواده را از عوامل دیگر تقویت مشارکت مردان قلمداد کردند؛ زیرا ارایه خدمات تنظیم خانواده توسط پرسنل زن و در شیفت صبح عامل اصلی غفلت از مشارکت مردان بود. لذا باید این خدمات با برنامه‌ریزی مناسب به هر جایی که مردان هستند رسانده شود. رستمیان و همکاران نشان دادند با وجود تعهد جهانی به ارتقای عدالت جنسیتی، سیستم بهداشتی خود باعث کاهش مشارکت مردان شده است؛ زیرا از یک طرف اکثریت روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری برای زنان طراحی شده است و خدمات تنظیم خانواده، زنان سنین باروری را مخاطب قرار داده و یک جداسازی آشکار مردان از تنظیم خانواده رخ داده است. حتی پرسنل ارایه دهنده خدمات نیز برای ارایه خدمات به زنان تربیت شده‌اند. در حالی که برای دستیابی به مشارکت مردان در تنظیم خانواده باید برنامه‌های بهداشت باروری بر روی هر دو زوج معطوف گردد (۱۷). نتایج مطالعات در کشورهای دیگر بیانگر این است که خدمات بهداشت باروری متناسب با مردان طراحی نشده است و این موضوع شرایط پیچیده‌ای در کنترل زنان بر باروری خود ایجاد کرده است؛ زیرا زنان هم باید اختیار تصمیم‌گیری خود را حفظ کنند و هم توافق همسر را به تصمیمات خود جلب نمایند (۱۹). کنفرانس قاهره هم تأکید جدی بر مشارکت مردان در بهداشت باروری دارد. لذا سیستم بهداشتی هر منطقه باید بتواند با بازاریابی مناسبی این خدمات را به مردان برساند. زیرا آموزش و مشاوره مردان درباره پیشگیری از بارداری باعث افزایش حمایت مردان از تصمیمات باروری زنان می‌گردد (۲۰).

مشارکت‌کنندگان، دسترسی به خدمات جامع بهداشت باروری در سیستم بهداشتی از جمله بهداشت جنسی و آموزش دوران بلوغ را عامل مهمی برای فرزندان خود در شکل‌گیری برنامه‌های باروری، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و بارداری‌های ناخواسته دانستند و انتظار داشتند خدمات تنظیم خانواده نه تنها بهداشت جنسی را در بر بگیرد بلکه برای ارایه خدمات به جوانان از بلوغ تا ازدواج نیز برنامه‌ریزی نماید. مشارکت‌کنندگان در مطالعه محمد علیزاده نیز به فقدان خدمات بهداشت باروری که به ویژه مشکلات جنسی را در بر بگیرد اشاره کردند و معتقد بودند اهمیت مشاوره جنسی بسیار بیشتر از مشاوره تنظیم خانواده است، در حالی که پرسنل مرکز بهداشت برای این گونه خدمات مجله پژوهشی حکیم

⁸ Gwatkin

⁹ Creel

¹⁰ Qureshi and Shaikh

نتیجه گیری

بررسی طبقات اصلی استخراج شده در این مطالعه، بیانگر این است که رویکرد فعلی سیستم بهداشتی در ارائه خدمات تنظیم خانواده نیازمند بهبود به گونه‌ای است که بتواند خواسته‌های باروری زنان را به طور همه جانبه حمایت کرده و باعث تقویت تصمیم‌گیری آنان گردد. از این رو مدیریت و برنامه‌ریزی اولیه خدمات تنظیم خانواده باید با رویکرد جدید و خصوصاً با تمرکز بر ارائه خدمات به زوجین، خدمات جامع بهداشت باروری و درمان کامل عوارض، روش‌های پیشگیری زنان را در رسیدن به خواسته‌های باروری یاری رساند. همچنین با طراحی روش‌های اطلاع‌رسانی مناسب و هماهنگی بین بخشی بیشتری خصوصاً با مدارس و رسانه‌ها، آگاهی جامعه درباره مفهوم تنظیم خانواده و حقوق باروری را تقویت نماید و به شکل‌گیری بنیان‌های توانمندی زنان در جامعه کمک نماید. لذا پیشنهاد می‌شود بر اساس یافته‌های این مطالعه، پژوهش‌های کمی طراحی شوند تا نقش مراکز بهداشتی در توانمندی زنان در تنظیم خانواده در جمعیت بزرگ‌تری از زنان مورد بررسی قرار گیرد و همچنین مطالعات عملکردی برای طراحی و اجرای مداخلات لازم برای ارتقای خدمات تنظیم خانواده صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر تأمین اعتبار این طرح و از همکاری صمیمانه یکایک مشارکت‌کنندگانی که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌شود.

¹¹ Casterline

References

- Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F, Seyed Nozadi M, Parizadeh SMJ. *Textbook of public health*. Tehran: Arjomand press; 2004. (in Persian)
- Gwatkin DR. Where next for family planning. *Lancet* 2009; 374 (9702): 1663- 1664.
- Eguavoen ANT, Sims O, Odiagbe SO, Obetoh GO. The Status of Women, Sex Preference, Decision-Making and Fertility Control in Ekpoma Community of Nigeria. *Journal Social Science* 2007; 15(1): 43-49.
- Casterline JB, Sathar ZA, Haque ML. Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan: A Study in Punjab. *Studies in family planning* 2001; 32(2): 95-110.
- Pakseresht S, Mirhagh Joo SN, Kazemnejad E, Vazifeshenas A. Women's educational needs regarding to family planning methods. *Journal of Gilan University of Medical Sciences* 2005; 53:9-13. (in Persian)
- Simbar M. Achievements of the family planning program in Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2010; 8(1): 81-92. (in Persian)
- Ministry of Health and Medical Education. Family health and population. Monitoring and Evaluation Indicators Systems at public health facility (IMES) by district. 2006. [Cited 2007 Jan.]. Available from: URL: www.fhp.hbi.ir/e-book/IMES
- Ministry of Health and Medical Education. ICPD at 10: Country report of the Islamic Republic of Iran. Tehran: MOHME; 2005.
- Mohammadi-Alizadeha S, wahlstromb R, vahidic R, johanssond A. Women's perception of quality of family planning services in Tabriz, Iran. *Reproductive health matters* 2009; 17(33):171-181.
- Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd HR. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Sciences University, 2004. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2006; 19 (4-5): 430-42.

- 11- Stephenson R, Hennink M. Barriers to family planning service use among the urban poor in Pakistan. *Asia-pacific population journal* 2004; 19(2):5-26.
- 12- Lee-rife SM. Women's empowerment and reproductive experiences over the lifecourse. *Social Science and Medicine* 2010; 71(3): 634-642.
- 13- Campbell M, Sahin-hodoglugil NN, Potts M. Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in Family Planning* 2006; 37(2):87-98.
- 14- Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24:105-112.
- 15- Streubert H, carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th Ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
- 16- Silva RM, Araujo KN, Bastos LA, Moura ER. Family planning: significance for women of reproductive age. *Ciencia & Saude Coletiva* 2011; 16(5): 2415-2424 (in Portuguese).
- 17- Rostamian AR, Heidari GR, Zafarmand MH, Asadi K, Barghandan R, Dianat M, Bahtoi M. Men's disinclination in family planning in Bushehr Port using focus group discussion. *Iranian South Medical Journal* 2002; 4(2):142-149. (in Persian)
- 18- 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; 1998. [Cited 2011 Feb.]. Available from: URL: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eetkztajkgcvcg3qpkbn6gc3npqkdz6fhghgesvsrttpto bz44llkd4iidvtsahuo6dncnkdznuiu7im/zim2s.pdf>
- 19- Special Programme of Research. Development and Research Training in Human Reproduction. Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO regional advisers in reproductive health. WHO/PAHO, Washington DC; 5-7 September 2001. Geneva: WHO; 2002.
- 20- Bustamante-Forest R, Giarratano G, Changing men's involvement in reproductive health and family planning. *Nurs Clin North Am* 2004; 39(2):301-18.
- 21- Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 2006; 18(4): 382-95.
- 22- Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selly P. Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer* 2003; 88(5): 666-71.
- 23- 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.
- 24- Qureshi N, Shaikh BT. Women's empowerment and health: the role of institutions of power in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal* 13 (6); 2007:1459-1465.
- 25- Abbasi Shavazi MJ, Khademzadeh A. Reasons for choosing withdrawal method among women at reproductive ages in Rasht. *Fertility Infertility Journal* 2004; (4): 323-330.
- 26- Onwuhafua PI, Kantiok C, Olafimihan O, Shittu OS. Knowledge, attitude and practice of family planning amongst community health extension workers in Kaduna State, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(5):494-9.

Role of Family Planning Services in Empowering Women: a Qualitative Study

Kohan Sh¹ (PhDs), Simbar M^{2*} (PhD), Taleghani F¹ (PhD)

¹ *Nursing and Midwifery Care Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

² *Department of Midwifery and reproductive health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 5 Jun 2011, Accepted: 27 Apr 2012

Abstract

Introduction: Nowadays, family planning is a separate concept from contraceptive tools. It is considered as a fundamental element in accessing to fertility rights, empowering women, and promoting women's status in societies. It aims to empower women for appropriate decision-makings about family planning and help them to have aware decisions. To be assure of women's empowerment, while giving family planning services, is an essential prerequisite for enhancing reproductive health. This study aimed to explore women's perceptions about role of family planning services in empowering them.

Methods: In this qualitative study, data were gathered from 37 married women who were using contraceptives and were willing to participate in the study. Seven focus group discussions and five individual interviews were recorded and analyzed using qualitative content analysis method.

Results: Analysis of data emerged four main categories about the role of health centers in empowering women: calling for men's participation in family planning counseling by health providers, providing comprehensive reproductive health services, extending free family planning services, and applying suitable technology for informing society.

Conclusion: The results showed that present physical access to health centers and free family planning services cannot help women to fulfill their needs. Health centers should provide new approaches to provide comprehensive reproductive health services. This will result in helping women to decide consciously and voluntarily to have more control over their fertility.

Key words: empowerment, family planning services, qualitative study

Please cite this article as follows:

Kohan Sh, Simbar M, Taleghani F. Role of Family Planning Services in Empowering Women: a Qualitative Study. *Hakim Research Journal* 2012; 15(1): 68- 77.

*Corresponding Author: School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Vali-Asr Avenue, Cross of Vali-Asr and Neiaesh Highway, Opposite to Rajae Heart Hospital, Tehran, Iran. Postal Code: 1996835119. Tel/Fax: +98- 21- 88202516, E-mail: msimbar@yahoo.com

بهار ۹۱، دوره پانزدهم، شماره اول