

بررسی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره از دیدگاه مراجعین برنامه‌ی بهداشت باروری در شهر اصفهان

دکتر زیبا فرج زادگان^۱، نیلوفر اشتری^۲، دکتر لیلا منظوری^۳، دکتر امیر لقمانی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت به کارگیری استانداردهای مشاوره توسط مشاور بهداشت باروری در جهت نیل به اهداف برنامه‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره از دیدگاه مراجعین برنامه‌ی بهداشت باروری در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، بر روی ۲۳۶ نفر از مددجویان برنامه‌ی بهداشت باروری مراجعه‌کننده به ۲۰ پایگاه مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان، که به روش تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌ی استانداردهای مشاوره بر اساس چک لیست وزارت بهداشت و درمان به عنوان استاندارد خدمات مشاوره استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های ANOVA، χ^2 و Student-t انجام گرفت.

یافته‌ها: اکثریت مددجویان کلیه استانداردهای مربوط به حیطه‌های ارتباط لفظی و غیر لفظی مشاوره، شرایط مشاوره، انتخاب روش پیشگیری و تبیین اهمیت بهداشت باروری را مطلوب ارزیابی کردند. در مقایسه‌ی شاخص‌های مختلف اصلاح باورهای غلط مددجو درباره‌ی روش‌های پیشگیری بیشترین تطابق با استاندارد و کمک کردن به تصمیم‌گیری آگاهانه‌ی مددجو کمترین تطابق با استاندارد را داشت.

نتیجه‌گیری: به کارگیری استانداردهای مشاوره در پایگاه‌های شهری اصفهان در مجموع مطلوب ارزیابی شد، اگر چه نیاز به بررسی و ارتقای سطح کیفی بعضی از حیطه‌های مشاوره امری ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: برنامه‌ی بهداشت باروری، مراجعین برنامه‌ی تنظیم خانواده، استانداردهای مشاوره‌ی بهداشت باروری

ارجاع: فرج زادگان زیبا، اشتری نیلوفر، منظوری لیلا، لقمانی امیر. بررسی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره از دیدگاه مراجعین

برنامه‌ی بهداشت باروری در شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۱؛ ۳۰ (۲۱۷): ۲۱۵۹-۲۱۵۰

مقدمه

مواجه هستند (۱). اجتناب از مقاربت جنسی عملی نیست؛ چرا که یکی از نیازها و خصوصیات رفتاری انسان است (۲). در صورت عدم پیشگیری از

از سنین بلوغ تا یائسگی، زنان به صورت مداوم با نگرانی‌هایی در ارتباط با بارداری و اجتناب از آن

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مره‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- متخصص پزشکی اجتماعی، واحد بهداشت باروری و تنظیم خانواده، شبکه‌ی بهداشت استان اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دستیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: نیلوفر اشتری

Email: niloofarashtari@yahoo.com

بارداری نیز، بیش از ۸۵ درصد زنان شوهردار، طی یک سال باردار خواهند شد (۱).

برنامه‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده به زنان برای محافظت از خود در مقابل حاملگی‌های ناخواسته کمک می‌کند. در دهه‌ی ۱۹۶۰ برنامه‌های تنظیم خانواده موفق به پیشگیری از بروز ۴۰۰ میلیون حاملگی برنامه‌ریزی‌نشده در جهان گردید (۳). در نتیجه این برنامه با هدف کنترل مؤثر باروری به عنوان بخشی از طیف وسیع بهداشت باروری بدین صورت تعریف می‌شود که زن و مرد به دلخواه خود و بر پایه‌ی آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسؤولانه با به کار بردن یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری، تعداد فرزندان خود را با توجه به امکانات اقتصادی و قدرت جسمی و روانی خود تنظیم کنند (۴).

مشاوره از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اثربخشی موفقیت برنامه‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده است (۵). مشاوره به رابطه‌ی حرفه‌ای بین یک مشاور آموزش‌دیده و مراجعه‌کننده دلالت می‌کند (۶) که طی آن کارکنان بهداشتی به فرد کمک می‌کنند تا آگاهانه و آزادانه در مورد مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از روش‌های تنظیم خانواده تصمیم‌گیری نمایند (۵).

نتایج حاصل از پژوهش‌ها در کشورهای مختلف حاکی از آن است که مشاوره‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده با کیفیت، به پذیرش روش پیشگیری، رضایت بیشتر مددجویان و تداوم مصرف روش‌های پیشگیری در آن‌ها منجر می‌شود (۷)، در حالی که ضعف در مشاوره‌ی تنظیم خانواده گاه به تغییر زود به زود روش‌های پیشگیری منجر می‌شود و در فاصله‌ی همین تغییرات حاملگی‌های ناخواسته روی می‌دهد (۸).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه هر سال ۸۰ میلیون حاملگی ناخواسته رخ می‌دهد (۹). در ایران نیز با وجود افزایش پوشش روش‌های تنظیم خانواده از ۷۴ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۷۷ درصد در سال ۱۳۸۵، فراوانی بارداری ناخواسته از ۲۴ درصد به ۲۴/۴ درصد افزایش یافته است (۱۰، ۸). این مشکل آشکارا بدین معنا است که با وجود افزایش میزان استفاده از روش‌های پیشگیری، اطلاعات درستی در ارتباط با این روش‌ها وجود ندارد؛ در نتیجه وزارت بهداشت ایران در راستای اهداف و استراتژی‌های جهانی تنظیم خانواده که در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (۱۱) و سازمان جهانی بهداشت پذیرفته شده است، ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی باروری را یکی از اولویت‌های برنامه‌ی خود قرار داد (۱۲).

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی عبارت است از درجاتی از خدمات بهداشتی ارائه‌شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش دهد و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد (۱۳).

با وجود اهمیت مشاوره‌ی با کیفیت و استاندارد، تحقیقات انجام‌گرفته نشان داده‌اند که متأسفانه برخی از مشاوره‌های ارائه‌شده در برنامه‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده به دلیل کمبود امکانات لازم، کمبود وقت و کمبود مهارت مشاوره‌ای پرسنل بهداشتی از کیفیت مطلوب و استاندارد برخوردار نیستند (۱۸-۱۴). پرسنل بهداشتی برای انجام یک مشاوره‌ی استاندارد و با کیفیت باید مهارت و دانش کافی را جهت برقراری ارتباط صحیح با داوطلب و ارائه‌ی اطلاعات صحیح و کامل در خصوص روش‌های پیشگیری از بارداری داشته باشند (۲۰-۱۹).

پرسشنامه در اختیار وی قرار داده شد و تکمیل گردید. در صورت بی سواد بودن مراجعه کننده پرسشنامه توسط پژوهشگر و با پرسش از مددجو تکمیل گردید.

حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی راهنما بر روی ۳۲ نفر با حداکثر خطای $d = 0/058$ و اطمینان ۹۵ درصد، ۲۳۶ نفر برآورد شد و به طور تقریبی در هر پایگاه ۱۲ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و در پژوهش وارد شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که شامل ۶ سؤال در ارتباط با اطلاعات دموگرافیک مددجو، ۵ سؤال در ارتباط با ارتباط غیر لفظی مددجو، ۲ سؤال در ارتباط با ارتباط لفظی مددجو، ۷ سؤال در ارتباط با شرایط مشاوره، ۳ سؤال در ارتباط با تبیین اهمیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده و ۱۲ سؤال در ارتباط با انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری بود.

پرسشنامه‌ی مذکور بر اساس چک لیست ارائه شده توسط وزارت بهداشت و درمان که جهت مشاوره‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده استاندارد بود (۲۰)، تهیه شد. روایی این پرسشنامه با روش اعتبار محتوا تعیین گردید؛ بدین صورت که پرسشنامه‌ی تدوین شده به تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ۲ نفر پزشک واحد بهداشت باروری و تنظیم خانواده‌ی شبکه بهداشت استان اصفهان داده شد. برای تعیین پایایی ابزار، از آزمون Cronbach's alpha استفاده شد و این ضریب برابر ۰/۹۱ محاسبه گردید.

در پاسخ به سؤالات پرسشنامه از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شد. در مورد بعضی

در این تحقیق بر آن شدیم میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره در زمینه‌ی برقراری ارتباط لفظی و غیر لفظی مشاور با مددجو، شرایط انجام مشاوره، تبیین اهمیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده توسط مشاور برای مددجو، کمک به مددجو در انتخاب روش مناسب پیشگیری را از دیدگاه مراجعین برنامه‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده بررسی کنیم.

روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰ در شهر اصفهان انجام گرفت. برای انجام این مطالعه ۲۰ پایگاه بهداشتی ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده به طور تصادفی انتخاب شدند که ۱۰ پایگاه تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۱ اصفهان و ۱۰ پایگاه تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۲ اصفهان بودند. با توجه به پراکندگی ۲۰ پایگاه مذکور در تمام مناطق شهر اصفهان اطلاعات به دست آمده از این جمعیت هدف، قابل تعمیم به کل جمعیت شهر اصفهان بود.

جهت انجام این مطالعه پژوهشگر پس از مراجعه به هر کدام از ۲۰ پایگاه انتخاب شده، زنان ۴۹-۱۵ ساله‌ی همسر دار را که خواهان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بودند، ولی روشی را انتخاب نکرده بودند یا خواهان تغییر روش قبلی خود بودند در پایگاه مورد نظر از پرسنل ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده مشاوره دریافت می کردند، به طور تصادفی انتخاب کرد. پس از توضیح دادن هدف و نحوه‌ی انجام پژوهش در صورت تمایل مراجعه کننده به شرکت در پژوهش،

پژوهشگر در اتاق انجام مشاوره حضور نمی‌یافت. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و آمار توصیفی (درصد، توزیع فراوانی) و آزمون‌های ANOVA، χ^2 و Student-t تجزیه و تحلیل شد.

سؤالات از گزینه‌های همیشه، اغلب، گاهی، بندرت و هرگز و در مورد بعضی سؤالات از گزینه‌های به طور کامل موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و به طور کامل مخالفم استفاده شد. جهت ارزیابی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره از دیدگاه مراجعین برنامه‌ی تنظیم خانواده، گزینه‌های همیشه، اغلب، به طور کامل موافقم و موافقم در حد مطلوب، گزینه‌های گاهی و نظری ندارم در حد متوسط و گزینه‌های هرگز، به ندرت، به طور کامل مخالفم و مخالفم در حد نامطلوب تفسیر شد. پرسشنامه با مراجعه‌ی پژوهشگر به مراکز انتخابی و انتخاب تصادفی مددجویان از بین دریافت‌کنندگان مشاوره تکمیل گردید. برای جلوگیری از اثر حضور یک عامل کنترل کننده بر کیفیت کار مشاورین،

یافته‌ها

میانگین سنی مددجویان ۳۰ سال بود (محدوده‌ی سنی ۱۷-۴۴ سال). ۴۴/۹ درصد مددجویان تحصیلات دبیرستانی داشتند و ۸۳/۵ درصد از مددجویان قبل از دریافت مشاوره اطلاعات قبلی در ارتباط با روش‌های تنظیم خانواده داشتند. بیشترین میزان اطلاعات مددجویان (۵۵/۸ درصد) از طریق پرسنل بهداشتی کسب شده بود (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات دموگرافیک مددجویان

متغیر	عنوان	تعداد	درصد
میزان تحصیلات	بی سواد	۲	۰/۸
	ابتدایی	۲۱	۸/۹
	راهنمایی	۳۷	۱۵/۷
	دبیرستان	۱۰۶	۴۴/۹
	دانشگاهی	۷۰	۲۹/۷
شغل	در حال تحصیل	۱۶	۶/۸
	خانه‌دار	۱۷۸	۷۵/۴
	شاغل در منزل	۱۰	۴/۲
	شاغل در خارج از منزل	۳۲	۱۳/۶
	داشته است	۱۹۷	۸۳/۵
اطلاعات قبلی درباره‌ی تنظیم خانواده	نداشته است	۳۹	۱۶/۵
	پرسنل بهداشتی	۱۲۰	۵۵/۸
	راديو و تلویزیون	۱۴	۶/۵
	اطرافیان	۳۳	۱۵/۳
	مطالعات شخصی	۴۸	۲۲/۴

روش کسب اطلاعات بعضی از مددجویان بیش از یک مورد از موارد موجود در جدول بوده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره‌ی تنظیم خانواده در حیطه‌ی ارتباط غیر لفظی مشاور

حیطه‌ی ارتباط غیر لفظی مشاور با مددجو	مطلوب (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	ضعیف (درصد) تعداد
لبخند زدن و گرم بودن	۱۶۱ (۶۸/۲)	۶۰ (۲۵/۴)	۱۵ (۶/۴)
بی‌طرف بودن و گرم بودن	۱۷۶ (۷۴/۶)	۳۱ (۱۳/۱)	۲۹ (۱۲/۳)
با دقت گوش دادن و سر را به علامت تصدیق تکان دادن	۱۹۲ (۸۱/۳)	۳۰ (۱۲/۷)	۱۴ (۶/۰)
حوصله و فرصت کافی داشتن	۱۸۵ (۷۸/۴)	۳۳ (۱۴/۰)	۱۸ (۷/۶)
برخورد محترمانه و مناسب داشتن	۲۰۴ (۸۶/۴)	۲۵ (۱۰/۶)	۷ (۳/۰)

جدول ۳. توزیع فراوانی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره‌ی تنظیم خانواده در حیطه‌ی ارتباط لفظی مشاور

حیطه‌ی ارتباط لفظی مشاور با مددجو	مطلوب (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	ضعیف (درصد) تعداد
پاسخ دادن به سؤالات داوطلب	۲۰۷ (۸۷/۷)	۲۰۷ (۸۷/۷)	۱۱ (۴/۷)
صحبت کردن با زبانی ساده و قابل فهم	۲۱۰ (۸۹/۰)	۲۱۰ (۸۹/۰)	۱۳ (۵/۵)

جدول ۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان رضایت مددجویان از شرایط انجام مشاوره

حیطه‌ی رضایت مددجو از شرایط انجام مشاوره	راضی (درصد) تعداد	نظری ندارم (درصد) تعداد	ناراضی (درصد) تعداد
مدت زمان انتظار قبل از مشاوره‌ی تنظیم خانواده	۲۱۴ (۹۰/۷)	۱۵ (۶/۴)	۷ (۲/۹)
مدت زمان انجام مشاوره‌ی تنظیم خانواده	۱۶۱ (۶۸/۲)	۵۷ (۲۴/۲)	۱۸ (۷/۶)
محیط مشاوره از نظر نور و بهداشت	۱۷۶ (۷۴/۶)	۴۳ (۱۸/۲)	۱۷ (۷/۲)
وجود فضای اعتماد و اطمینان	۱۷۷ (۷۵/۰)	۴۲ (۱۷/۸)	۱۷ (۷/۲)
حفظ حریم خصوصی	۱۹۱ (۸۰/۹)	۳۲ (۱۳/۶)	۱۳ (۵/۵)
استفاده از وسایل کمک آموزشی (پمفلت، پوستر و...)	۱۸۷ (۷۹/۲)	۲۱ (۸/۹)	۲۸ (۱۱/۹)

مدت زمان انجام مشاوره‌ی بهداشت با مشاور تنظیم خانواده (۶۸/۲ درصد) و بیشترین رضایت مددجویان از مدت زمان انتظار قبل از مشاوره‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده (۹۰/۷ درصد) بود (جدول ۴).

در زمینه‌ی کمک مشاور به انتخاب روش پیشگیری توسط مددجو، از دیدگاه مددجویان کمترین تطابق با استاندارد مربوط به کمک کردن به تصمیم‌گیری آگاهانه‌ی داوطلب (۵۷/۶ درصد) و بیشترین تطابق با استاندارد مربوط به توضیح دادن در مورد عوارض جانبی روش انتخابی (۸۷/۷ درصد) بود (جدول ۵).

از دیدگاه مددجویان در زمینه‌ی ارتباط غیر لفظی مشاور با مددجو، کمترین تطابق با استاندارد مربوط به لبخند زدن و گرم بودن مشاور (۶۸/۲ درصد) و بیشترین تطابق با استاندارد مربوط به برخورد محترمانه‌ی مشاور با داوطلب (۸۶/۴ درصد) بود (جدول ۲).

در زمینه‌ی ارتباط لفظی مشاور با مددجو، کمترین تطابق با استاندارد مربوط به پاسخ به سؤالات داوطلبین (۸۷/۷ درصد) و بیشترین تطابق با استاندارد مربوط به صحبت کردن با زبان ساده و قابل فهم (۸۹ درصد) بود (جدول ۳).

در زمینه‌ی شرایط مشاوره کمترین میزان رضایت از

جدول ۵. توزیع فراوانی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره‌ی تنظیم خانواده در حیطه‌ی کمک مشاور به انتخاب روش پیشگیری توسط مددجو

حیطه‌ی کمک مشاور به انتخاب روش پیشگیری از بارداری توسط مددجو	مطلوب (درصد) تعداد	نظری ندارم (درصد) تعداد	نامطلوب (درصد) تعداد
توضیح در مورد تمام روش‌های پیشگیری از بارداری	۱۸۵ (۷۸/۴)	۲۳ (۹/۷)	۲۸ (۱۱/۹)
سؤال در مورد روش مورد علاقه و انتخابی داوطلب	۲۰۴ (۸۶/۴)	۸ (۳/۴)	۲۴ (۱۰/۲)
سؤال در مورد میزان اطلاعات داوطلب از روش انتخابی	۲۰۲ (۸۵/۶)	۱۷ (۷/۲)	۱۷ (۷/۲)
توضیح در مورد میزان مؤثر بودن روش انتخابی داوطلب	۱۷۱ (۷۲/۵)	۳۴ (۱۴/۴)	۳۱ (۱۳/۱)
توضیح در مورد طرز استفاده از روش انتخابی	۱۹۵ (۸۲/۶)	۲۳ (۹/۷)	۱۸ (۷/۷)
توضیح در مورد عوارض جانبی روش انتخابی داوطلب	۲۰۷ (۸۷/۷)	۱۵ (۱۶/۴)	۱۴ (۵/۹)
توضیح در مورد علایم هشدار حین استفاده از روش انتخابی داوطلب	۱۷۵ (۷۴/۱)	۳۳ (۱۴)	۲۸ (۱۱/۹)
توضیح در مورد اقدام مناسب حین بروز مشکل در زمان استفاده از روش انتخابی	۱۹۵ (۸۳/۵)	۱۹ (۸/۱)	۲۰ (۸/۵)
پاسخ به ابهامات و سؤالات داوطلب در زمینه‌ی روش انتخابی	۱۹۷ (۸۳/۵)	۱۷ (۷/۲)	۲۲ (۹/۳)
درخواست تکرار مطالب ارائه‌شده به داوطلب توسط وی (پس‌خوراند)	۱۷۰ (۷۲)	۳۷ (۱۵/۷)	۲۹ (۱۲/۳)
کمک کردن به تصمیم‌گیری آگاهانه‌ی داوطلب	۱۳۶ (۵۷/۶)	۴۸ (۲۰/۳)	۵۲ (۲۲/۱)
تعیین جلسه‌ی بعدی مشاوره با داوطلب	۱۸۶ (۷۸/۸)	۲۴ (۱۰/۲)	۲۶ (۱۱)

جدول ۶. توزیع فراوانی میزان به کارگیری استانداردهای مشاوره‌ی تنظیم خانواده در حیطه‌ی تبیین اهمیت تنظیم خانواده

حیطه‌ی تبیین اهمیت تنظیم خانواده	مطلوب (درصد) تعداد	نظری ندارم (درصد) تعداد	نامطلوب (درصد) تعداد
سؤال در مورد خواسته‌ها، اهداف و مشکلات داوطلب در زمینه‌ی استفاده از روش پیشگیری از بارداری	۱۹۵ (۸۲/۶)	۲۴ (۱۰/۲)	۱۷ (۷/۲)
توضیح در مورد لزوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری	۱۹۰ (۸۰/۵)	۲۶ (۱۱/۰)	۲۰ (۸/۵)
تصحیح باورهای غلط داوطلب در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری	۲۱۸ (۹۲/۴)	۹ (۳/۸)	۹ (۳/۸)

اشتغال، بیشترین میزان مشارکت در برنامه‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده در خانم‌های خانه‌دار بود که در این زمینه کوتاه کردن مدت زمان انتظار و طولانی کردن ساعات کار مراکز می‌تواند به جلب زنان شاغل و مردان به این مراکز کمک کند. در رابطه با مددجویانی که درباره‌ی روش‌های تنظیم خانواده آگاهی داشتند، بیشترین میزان اطلاعات از طریق پرسنل بهداشتی و کمترین میزان اطلاعات از طریق رادیو و تلویزیون کسب شده بود.

با توجه به در دسترس بودن و تأثیر زیاد رسانه‌های گروهی در ارتباط با اطلاع‌رسانی درباره‌ی

از دیدگاه مددجویان در زمینه‌ی تبیین اهمیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده توسط مشاور برای مددجو، کمترین تطابق با استاندارد مربوط به توضیح دادن در مورد لزوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (۸۰/۵ درصد) و بیشترین تطابق با استاندارد مربوط به تصحیح باورهای غلط داوطلب در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (۹۲/۴ درصد) بود (جدول ۶).

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که در زمینه‌ی

مسأله‌ی پر اهمیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده، مطرح شدن آموزش‌های بهداشت باروری در رسانه‌ی گروهی به شدت مورد نیاز به نظر می‌رسد.

یافته‌های حاصل از پژوهش در حیطه‌ی ارتباط غیر لفظی و لفظی مشاور با مددجو نشان داد که کمترین تطابق با استاندارد در حیطه‌ی استانداردهای غیر کلامی در لبخند زدن و گرم بودن مشاور و در حیطه‌ی کلامی پاسخ دادن به سؤالات مددجو بود. این نتایج هم‌سو با نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی پاک گوهر و همکاران بود که کیفیت برخورد اولیه‌ی مشاورین در حد مطلوب را ۴۹ درصد و متوسط را ۳۶/۶ درصد گزارش کردند (۱۶)، ولی در مطالعه‌ی تقی‌زاده و همکاران میزان به کارگیری مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی توسط اغلب مشاورین به ترتیب ۶۲ و ۵۶ درصد و در سطح نامطلوب بود (۲۱). ممکن است مطالعه‌ی جزئی‌تر مهارت‌های ارتباطی در مطالعه‌ی تقی‌زاده و همکاران (ارزیابی مهارت‌های کلامی و غیر کلامی با تعداد سؤالات بیشتر) منجر به چنین تفاوتی شده باشد. ارتباط یک اصل مهم در ارائه‌ی مراقبت‌ها محسوب می‌شود و در تمام مراحل مراقبت، کیفیت برقراری ارتباط تعیین‌کننده‌ی اصلی رضایت از مراقبت است (۲۲).

از طرفی، اهمیت ارتباط غیر لفظی در جلب اطمینان مددجو و پذیرش بهتر مشاور، توصیه می‌شود. بنابراین توصیه می‌شود که جهت ارتقای نحوه‌ی برخورد مشاورین در زمینه‌ی حالت‌های صورت و حرکات بدن که به دلیل آموزش ندیدن مشاورین در این زمینه از ضعف برخوردار است، برای مشاورین آموزش‌هایی در این زمینه در نظر گرفته شود. برای این کار می‌توان از حضور یک

روانشناس در این زمینه بهره گرفت.

به نظر می‌رسد به دلیل تعداد زیاد مراجعه‌کننده‌ها و فرصت کمی که به هر یک از مددجویان اختصاص داده می‌شود، امکان پاسخ‌گویی به تمام سؤالات مددجویان وجود ندارد. به همین دلیل توصیه می‌شود که با برنامه‌ریزی مناسب و افزایش تعداد پایگاه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده این مشکل مرتفع گردد.

در حیطه‌ی شرایط مشاوره، کمترین میزان رضایت از مدت زمان انجام مشاوره‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده بود. در این مورد نیز به دلیل تعداد زیاد مددجویان و نیز به دلیل این که پرسنل واحد بهداشت خانواده علاوه بر مشاوره‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده فعالیت‌های دیگری از قبیل مراقبت از مادران باردار و مراقبت از کودکان را نیز انجام می‌دهند، طول مدت مشاوره کوتاه شده است و رضایت کافی وجود ندارد. بنابراین با توجه به اهمیت صرف زمان مناسب جهت مشاوره مطابق با الگوهای استاندارد توصیه می‌شود که پرسنل آموزش‌دیده تنها جهت مشاوره‌ی بهداشت باروری و تنظیم خانواده در این مراکز در نظر گرفته شوند.

بیش از ۵۰ درصد مددجویان کمک کردن به تصمیم‌گیری آگاهانه‌ی مددجو را مطلوب ارزیابی کردند که در مقایسه با سایر استانداردهای این حیطه ضعیف‌تر بود. این مسأله می‌تواند به دلیل عملکرد مشاورین در تحمیل روش‌های بارداری به مددجو باشد، در حالی که مشاورین باید توجیه شوند که وظیفه‌ی مشاور بهداشت باروری و تنظیم خانواده تنها آگاهی دادن به داوطلب در رابطه با روش‌هایی است که ممکن است مددجو با آن‌ها آشنایی نداشته باشد و

این برنامه برای مددجویان محرز شده است که به تداوم بیشتر این روش‌ها منجر خواهد شد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند جهت برنامه‌ریزی در راستای ارتقای سطح مشاوره‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده در اختیار مسئولین مربوط قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل حمایت معنوی و مادی از این پژوهش کمال تشکر را داریم. از مدیریت شبکه‌ی بهداشت و درمان استان اصفهان، مدیریت مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ اصفهان و مدیریت و پرسنل ۲۰ پایگاه بهداشتی مورد تحقیق نیز به دلیل همکاری بی‌شائبه‌شان سپاسگزاریم.

نه انتخاب روش برای داوطلب. در زمینه‌ی انتخاب روش پیشگیری، کمترین توجه به گرفتن پس‌خوراند از مددجو بود. مهم‌ترین علت این مسأله کمبود وقت می‌باشد. با توجه به اهمیت این مورد در شناخت مفاهیم درک نشده توسط داوطلب رفع این مشکل ضروری به نظر می‌رسد. در زمینه‌ی تبیین اهمیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده نیز توضیح دادن لزوم استفاده از روش‌های پیشگیری کمترین تطابق را با استاندارد داشت. به نظر می‌رسد با توضیح نقش مؤثر برنامه‌ی تنظیم خانواده در کاستن از رشد بی‌رویه‌ی جمعیت، حاملگی‌های پرخطر، مرگ و میر مادران و کودکان، اختلالات ژنتیکی، سرطان‌ها و بیماری‌های مقاربتی برای دریافت‌کنندگان مشاوره به عنوان لزوم استفاده از روش‌های پیشگیری، استفاده از این روش‌ها هدفمند شده و ابعاد تازه‌ای از

References

1. Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Cunningham FG. Williams obstetrics. 20th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1996. p. 1339-80.
2. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, Novak ER. Novak's gynecology. 12th ed. London, UK: Williams & Wilkins; 1996. p. 227-78.
3. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh SMJ. Textbook of public health. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2008. [In Persian].
4. Tatem HJ. Contraception & Family Planning. In: DeCherney AH, Nathan L, editors. Current obstetric and gynecologic: diagnosis and treatment. 9th ed. Philadelphia, PA: McGraw-Hill; 2003.
5. Abbatt FR, World Health Organization. Teaching for better learning: a guide for teachers of primary health care staff. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
6. George RL, Cristiani TS. Counseling: theory and practice. 4th ed. New Jersey, US: Prentice Hall; 1995.
7. De Silva U, Fonseka P. Quality of care in government family planning clinic services in Colombo District. Ceylon Med J 2008; 53(4): 121-7.
8. Ministry of Health and Medical Education. Assessment of indices of reproductive health and family planning in Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 1997. [In Persian].
9. World Health Organization. Future of sexual and reproductive health at tipping point according to global study. [Online]. 2006 [cited 1 Nov 2006]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr63/en/index.html>
10. Ministry of Health and Medical Education. Ten years activities report of Islamic Republic of Iran on international conference of population and development. Tehran, Iran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2004. [In Persian].
11. United Nations. International Conference on Population and Development. 1994, Sep, 5-13; Cairo, Egypt.
12. Ministry of Health and Medical Education. National Safe Motherhood Program- Integration

- of maternal health care. Tehran: Iran: Family and Population Office, Ministry of Health and Medical Education; 2007.
13. Clemen-Stone S, McGuire SL, Eigsti DG. Comprehensive community health nursing: family, aggregate & community practice. 6th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2002.
 14. Zamani AR, Eshaghi SR. Quality assessment of family health providing services and immunization in health and treatment organization in Isfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences. 1997. [In Persian].
 15. Farajzadegan Z. Quality assessment of continuity of family planning care in reducing unwanted pregnancy in selected centers in Isfahan in 6 months, February 2000 up to July 2000 [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
 16. Pakgohar M, Rahimikian F, Mehran A, Mohammadi T. Quality assessment of family planning counseling in health and treatment centers, affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Hayat 2002; 8(2): 62-71. [In Persian].
 17. Rakhshani F. Quality of family planning services in Zahedan health and treatment center. Zahedan J Res Med Sci 2001; 3(4): 9-15. [In Persian].
 18. Kamalifard M, Mohebbi P, Borzanje Atri Sh, Safaian A. Clients' viewpoints about the quality of consultation of family planning in the pre-marital counseling centers of Tabriz. Nursing & Midwifery Journal 2009; 5(17): 26-33. [In Persian].
 19. Rakhshani F, Razaqi A, Rakhshani M. Opinion of people about marriage and family planning in Zahedan. J Qazvin Univ Med Sci 2002; 6(1): 28-35. [In Persian].
 20. Ghazizade SH. Counseling of family planning. Tehran, Iran: Tehran United Nation Population Fund; 1997. [In Persian].
 21. Taghizadeh Z, Rezaiepour A, Mehran A, Alimoradi Z. Usage of communication skills by midwives and its relation to clients' satisfaction. Hayat 2006; 12(4): 47-56. [In Persian].
 22. Hunt SC, Symonds A. Social meaning of midwifery. London, UK: MacMillan; 1995. p. 107.

The Use of Counseling Standards in a Fertility Health Program from the Perspective of Clients

Ziba Farajzadegan MD¹, Niloufar Ashtari², Leila Manzouri MD³, Amir Loghmani MD⁴

Original Article

Abstract

Background: Using counseling standards by fertility health counselors is necessary in achieving the goals of every fertility health and family planning program. The current study investigated the implementation of counseling standards by counselors from the viewpoint of fertility health clients in Isfahan, Iran during 2011.

Methods: This study was conducted on 236 randomly-selected clients of the fertility health program in 20 counseling centers in Isfahan. The counseling standard questionnaire (designed based on a checklist provided by the Iranian Ministry of Health) was used to collect data. Statistical analyses were performed using analysis of variance, chi-square test, and t-tests in SPSS₁₆.

Findings: Most clients ranked verbal and non-verbal communication, counseling conditions, selection of contraceptive method, and describing the importance of fertility health as satisfactory. In contrast, correcting the wrong beliefs of clients about the contraceptive methods and helping them choose the right decision were less satisfactory according to the standards.

Conclusion: The use of counseling standards in the studied health fertility program was mostly ranked as satisfactory. Nevertheless, improvement of some qualitative domains of counseling seems necessary.

Keywords: Fertility health program, Family planning program, Clients, Fertility health counseling standards

Citation: Farajzadegan Z, Ashtari N, Manzouri L, Loghmani A. **The Use of Counseling Standards in a Fertility Health Program from the Perspective of Clients.** J Isfahan Med Sch 2013; 30(217): 2150-9

* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Specialist in Community Medicine, Fertility Health and Family Planning Unit, Provincial Health Center, Isfahan, Iran

4- Resident, Department of Community Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Niloufar Ashtari, Email: niloofarashtari@yahoo.com