

بررسی دیدگاه‌های مردان عشایر شهرستان بیرجند نسبت به تنظیم خانواده براساس الگوی قصد رفتاری (۱۳۸۰)

محمد رضا میری (M.Sc.)* فروغ شفیعی (Ph.D.)**
 علرضا حیدرنیا (Ph.D.)*** انوشیروان کاظم‌نژاد (Ph.D.)****

چکیده

سابقه و هدف : مشارکت مردان اساس موفقیت برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده است که این مسئله در جوامع سنتی خصوصاً در بین عشایر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است این مطالعه با هدف تعیین دیدگاه‌های مردان عشایری نسبت به تنظیم خانواده براساس الگوی قصد رفتاری در مناطق عشایری شهرستان بیرجند انجام گرفت . مواد و روش ها : در یک مطالعه مقطعی ۴۰۰ نفر از مردان عشایری شهرستان بیرجند به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بر مبنای متغیرهای الگوی قصد رفتاری شامل (نگرش نسبت به تنظیم خانواده- هنجارهای انتزاعی - قصد - رفتار - آگاهی) بود که اطلاعات به روش مصاحبه از نمونه‌ها جمع آوری گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها : میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴۱/۲۶+۹/۸۴ سال و میانگین بعد خانوار آنها ۲/۵+۶/۶۴ است. همچنین میانگین نمره نگرش مردان عشایری از مجموع ۱۹ نمره ۵/۷۴ و میانگین نمره آگاهی آنان از مجموع ۱۸ نمره ۴/۱۴ بود که این مسئله مبین آگاهی و نگرش ضعیف مردان عشایری نسبت به تنظیم خانواده و روشهای پیشگیری از بارداری بود. ۴۲/۵ درصد مردان مورد مطالعه هنوز مایل به داشتن فرزند بیشتر بودند، ۲/۵ درصد مردان عشایری قصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را توسط خودشان داشته و فقط ۵ درصد آنان از روش‌های پیشگیری از بارداری مردانه استفاده می‌کردند و بیشترین روش مورد استفاده در این مناطق قرص‌های پیشگیری از بارداری بود (۷۱/۵ درصد)

استنتاج : یافته‌های به دست آمده این مطالعه ارتباط بین قصد با نگرش و آگاهی را تأیید نمود و همچنین عوامل مؤثر بر هنجارهای انتزاعی نیز مورد بررسی قرار گرفت بنابراین می‌توان استنباط نمود که الگوی قصد رفتاری دارای کاربرد بسیار خوبی در زمینه تنظیم خانواده به خصوص در فرهنگ‌های سنتی می‌باشد و پیشنهاد می‌گردد که جهت مطالعه رفتارهای باروری در مناطق روستایی و عشایری از این الگو استفاده گردد و آموزش‌های تنظیم خانواده نیز بر اساس این مدل انجام گیرد .

واژه های کلیدی : تنظیم خانواده، نگرش، پیشگیری از آبستنی

* دانشجوی دکتری بهداشت، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
 ** دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
 *** استادیار گروه آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس
 ✉ بیرجند. خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی - گروه بهداشت
 **** استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

رشد شتابان جمعیت در جهان بزرگترین مانع اساسی در راه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشورهاست (۱).

جمعیت جهان از ۳/۷ میلیارد نفر در سال ۱۹۷۰ به بیش از ۶ میلیارد نفر در حال حاضر رسیده است (۲).

بر اساس تحقیقات به عمل آمده توسط صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، در جوامع جهان سوم از هر ۱۰۰۰ طفلی که به دنیا می‌آید یک مادر در حین زایمان از بین می‌رود. این رقم در بین عشایر بسیار بیشتر از شاخص جهان سومی آن است (۳) که از کمبود تکنولوژی و امکانات رفاهی و بهداشتی بین زنان عشایری، سن پایین ازدواج دختران به علت عدم اشتغال آنان به تحصیل و همچنین تأمین رفاه اجتماعی و فرهنگی ناشی می‌شود (۴،۳).

با توجه به این که عشایر کوچنده کشور حدود ۴/۵ درصد جمعیت کل ایران را تشکیل می‌دهند و از متوسط بُعد خانوار بیشتری (۶/۲۹) نسبت به متوسط بعد خانوار کشور (۴/۸) برخوردار می‌باشند و از طرفی به دلیل حرکات جمعیت به صورت بیلاق و قشلاق و عدم دسترسی آنان به خدمات بهداشت و تنظیم خانواده می‌توان تصور نمود که آموزش به این جمعیت در ارتباط با بهداشت و تنظیم خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد (۵).

در مورد تنظیم خانواده و فاصله گذاری بین مولید تاکنون مطالعات زیادی در سطح ملی و بین‌المللی صورت گرفته و مطالب و مقالات زیادی منتشر شده است ولی نکته‌ای که همواره به آن تأکید شده آموزش زنان و آشناسازی آنان با برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده بوده است و از نقش مردان به ویژه مردان کشورهای در حال توسعه و بالاخص مردان جوامع عشایری که دارای هنجارها و باورهای فرهنگی، مذهبی

و سنتی مخصوص به خود بوده و در اصطلاح مردم‌شناسی دارای ساختار مرد سالاری می‌باشند و در تصمیم‌گیری‌های خانواده و خصوصاً تعداد فرزندان نقش اساسی را ایفاء می‌نمایند کمتر سخنی به میان آمده است. در صورتی که مردان با به کارگیری روش‌های مخصوص به خود و یا حمایت از زنان می‌توانند نقش مؤثری را در تنظیم خانواده داشته باشند (۶).

بعضی مطالعات انجام شده در برخی جوامع در حال توسعه نیز حکایت از آن می‌کند که نگرش غالب مردان بر آن است که تنظیم خانواده وظیفه زنان است (۷).

بررسی نقش مردان به عنوان تصمیم‌گیرنده افق وسیعتری دارد که از پژوهش در تغییر نگرش‌ها تا ارائه خدمات و طراحی استراتژی‌های آموزشی برای درگیر کردن مردان در این برنامه‌ها را شامل می‌شود. سه نوع برنامه مهم و اساسی برای مشارکت مردان وجود دارد که عبارتند از آموزش چهره به چهره، تماس مستقیم با افراد با نفوذ جامعه (leadership) و ارائه خدماتی که فقط مردان را هدف قرار می‌دهد (۲،۱). محققان بر این اعتقادند که نگرش افراد نسبت به کنترل مولید و اشتیاق آگاهانه یا نا آگاهانه آنها برای صاحب فرزند شدن از مجموعه ویژگی‌های رفتاری و منشی آنان و متغیرهای محیطی نشأت می‌گیرد (۸).

با توجه به این که الگوهای مطالعه رفتار می‌توانند در بررسی دیدگاه‌های مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حایز اهمیت باشند لذا بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای مربوط به تنظیم خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرد مدل قصد رفتاری است (۹). BIM^۱ این الگو بر مبنای یک تئوری روان‌شناختی به نام تئوری عمل منطقی^۲ (استدلالی) پایه‌گذاری گردیده است. مفروضات این تئوری این

1. Behavioural intention model
2. Theory of rezond action

است که اولاً مردم تصمیمات رفتاری‌شان را بر پایه بررسی معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ می‌کنند و ثانیاً مردم پیامدها و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار می‌دهند (۱۰).

بر اساس الگوی قصد رفتاری، مهمترین تعیین کننده رفتار فرد، قصد رفتاری^۳ است که فیش بین و آزن قصد را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظر وی بیان کرده‌اند. قصد فرد برای انجام یک رفتار ترکیبی از نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی است. نگرش نسبت به رفتار شامل عقاید فرد و ارزیابی از نتایج رفتار می‌باشد و هنجارهای انتزاعی نیز شامل اعتقادات نرمی و انگیزه برای اطاعت است (۱۱، ۱۰). تا آنجا که می‌دانیم در ایران مطالعه‌ای با استفاده از این مدل برای سنجش دیدگاه‌های مردان در زمینه تنظیم خانواده انجام نشد. در این پژوهش از مدل قصد رفتاری برای سنجش دیدگاه‌های مردان عشایری در زمینه تنظیم خانواده و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده گردیده است.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مقطعی ۴۰۰ نفر از مردان عشایری متأهل شهرستان بیرجند در ارتباط با تنظیم خانواده و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به این که ۵۱۱۰ خانوار عشایری شهرستان در ۳ بخش و ۱۰ دهستان ساکن بوده و از طرفی وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی عشایر در بخش‌ها متفاوت است لذا نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام گرفت. بدین ترتیب که ابتدا به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و با توجه به جمعیت عشایر در هر بخش تعداد نمونه‌ها مشخص و سپس به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۶ خانه بهداشت (از هر بخش ۲ خانه بهداشت)

انتخاب گردید که سه خانه بهداشت دارای مذهب تشیع و سه خانه بهداشت دیگر اهل تسنن بودند و سپس در داخل هر خوشه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه‌ها مشخص گردیده و توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند.

با توجه به موجود نبودن پرسشنامه استاندارد در این زمینه، پرسشنامه پس از مطالعه جدیدترین منابع و مراجع در این زمینه توسط پژوهشگر تهیه و روایی آن توسط ۶ نفر متخصص تایید و پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت ($\alpha = 0.67$)

پرسشنامه طراحی شده بر مبنای متغیرهای مدل قصد رفتاری شامل بخش‌های زیر است:

الف) متغیرهای زمینه‌ای مستقل شامل: سن، سن همسر، سن ازدواج، تحصیلات، تحصیلات همسر، تعداد فرزندان زنده، مذهب و غیره

ب) قصد رفتاری: قصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری توسط خود فرد یا همسرش

ج) نگرش نسبت به تنظیم خانواده و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری

۱۹ سؤال نگرشی بر مبنای مقیاس لیکرت سه تایی (موافق، بی‌نظر، مخالف) ۱- تا ۱+ نمره گذاری گردید که جمع نمرات از ۱۹- تا ۱۹+ متغیر بوده است.

د) هنجارهای انتزاعی (افرادی که در تصمیمات فرد نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مؤثرند، عقاید مذهبی در زمینه تنظیم خانواده و نرم‌ها و هنجارهای موجود در این زمینه)

ه) آگاهی: آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و آگاهی از نحوه استفاده از روش‌ها

۱۸ سؤال آگاهی بر مبنای ۰ و ۱ نمره گذاری گردید که در صورت داشتن آگاهی نمره ۱ و در صورت عدم آگاهی نمره ۰ منظور گردید.

3. Intention

بر حسب آگاهی از روش‌ها و نحوه استفاده آنها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مردان عشایری مورد مطالعه بر حسب آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و نحوه استفاده از آنها

| روش‌های پیشگیری از بارداری | آگاهی داشته‌اند | |
|----------------------------|-----------------|--|
| | تعداد (درصد) | نحوه استفاده از روش را می‌دانستند (تعداد (درصد)) |
| قرص‌های خوراکی | ۳۱۴ (۷۸/۵) | ۱۹۹ (۴۹/۸) |
| کاندوم | ۲۱۸ (۵۴/۵) | ۱۶۰ (۴۰) |
| آمپول‌های تزریقی | ۲۲۴ (۵۶) | ۶۱ (۱۵/۳) |
| توبکتومی | ۱۴۴ (۳۶) | ۱۲ (۳) |
| واژکتومی | ۱۰۷ (۲۶/۸) | ۵ (۱/۳) |
| آی بودی | ۵۹ (۱۴/۸) | ۲ (۰/۵) |
| نوروپلانت | ۵۷ (۱۴/۳) | ۴ (۱) |
| دیافراگم | ۱ (۰/۳) | ۰ (۰) |
| مقاربت منقطع | ۴۳ (۱۰/۸) | ۴۰ (۱۰) |

نکته جالب توجه در رابطه با قصد مردان عشایری نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بود که فقط ۲/۵ درصد از مردان عشایری قصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را توسط خودشان داشتند ولی ۲۴/۳ درصد آنان عنوان کرده بودند که قصد دارند همسرشان را تشویق نمایند تا از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمایند.

بین میانگین نمرات آگاهی و نگرش مردان عشایری و قصد آنان نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$) (جدول شماره ۲).

همچنین اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات آگاهی و نگرش مردان عشایری و سطح تحصیلات آنان مشاهده گردید ($P < 0/001$) (جدول شماره ۳).

۵۵/۵ درصد افراد مورد مطالعه مایل به داشتن فرزندان بیشتر نبودند و ۴۲/۵ درصد آنان هنوز مایل به

(و رفتار: تعداد مردانی که خودشان یا همسرشان از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند اطلاعات به روش مصاحبه از مردان عشایری جمع آوری گردید. سپس اطلاعات استخراج شده در فرم‌های اطلاعاتی کدگذاری شده وبا استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه به منظور مقایسه میانگین نمرات نگرش و آگاهی در دو گروه از آزمون t مستقل و در موارد بیشتر از دو گروه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده و ($P < 0/05$) به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

میانگین سن مردان عشایری مورد مطالعه $9/84 \pm 4/26$ و میانگین تعداد فرزندان آنان $2/02 \pm 4/64$ بود. میانگین سن ازدواج آنان $22/37 \pm 2/14$ و میانگین بُعد خانوار آنها $6/64 \pm 2/53$ است که بیش از متوسط بُعد خانوار کشور ($4/48$) می‌باشد. ۵۲/۵ درصد مردان عشایری بی سواد و ۳۴ درصد آنان دارای تحصیلات ابتدایی (کم‌سواد) و فقط ۱۳/۵ درصد دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم (باسواد) بودند. همچنین ۷۱/۵ درصد همسران آنان نیز بی‌سواد بودند.

میانگین نمره نگرش مردان عشایری نسبت به تنظیم خانواده و روش‌های پیشگیری از بارداری از مجموع ۱۹ نمره $5/47$ ($28/88$ درصد) و میانگین نمره آگاهی مردان عشایری از مجموع ۱۸ نمره $4/14$ ($27/1$ درصد) بود.

بر طبق یافته‌های پژوهش $21/3$ درصد مردان مورد مطالعه اصلاً هیچ‌یک از روش‌ها را نمی‌شناختند و $71/2$ درصد آنان تا حدودی نسبت به روش‌ها آشنایی داشتند و فقط ۲ درصد آنان کاملاً با همه روش‌ها آشنا بودند. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی مردان عشایری را

۵۲/۸ درصد مردان مورد مطالعه بهوزان ، ۲۷/۸ درصد آنان روحانی و ۱۳ درصد آنان پزشکان را در تصمیم‌گیری خود نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری موثر می‌دانستند .
 ۴۱/۲ درصد مردان عشایری نسبت به استفاده مردان از روش‌های پیشگیری از بارداری نظر موافق داشتند که این موافقت نسبت به استفاده همسران از وسایل تنظیم خانواده به ۸۲ درصد می‌رسد (جدول شماره ۴).

داشتن فرزندان بیشتری بودند که با توجه به میانگین تعداد فرزندان عشایری مورد مطالعه می‌تواند بسیار جالب توجه باشد.
 در مقایسه میانگین نمره نگرش مردان عشایر تشیع و تسنن (مردان شیعه با میانگین ۴/۸۵ و مردان تسنن با میانگین ۶/۰۹) اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین بین میانگین نمره آگاهی این دو گروه (مردان شیعه با میانگین ۵/۲۲ و مردان تسنن با میانگین ۴/۶۶) نیز اختلافی مشاهده نگردید .

جدول شماره ۲: بررسی اختلاف بین میانگین نمره آگاهی، نگرش مردان عشایری و قصد آنان نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری

| قصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری | | | | | |
|---|--------------|------|---------|----------------------------|---|
| Pvalue | T محاسبه شده | SEM | میانگین | روش‌های پیشگیری از بارداری | قصد داشته اند |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۸۳ | ۱/۰۳ | ۹/۴۰ | قصد داشته اند | آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری |
| | | | ۰/۱۹ | ۴/۷۵ | قصد نداشته اند |
| ۰/۰۰۳ | ۳/۰۱ | ۲/۲۱ | ۱۲/۳۰ | قصد داشته اند | نگرش نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری |
| | | | ۰/۳۷ | ۵/۲۵ | قصد نداشته اند |

جدول شماره ۳: بررسی اختلاف بین نمره آگاهی، نگرش مردان عشایری و تحصیلات آنان

| تحصیلات | | | | | | |
|---------|--------------|------|---------|---------|--|----------------|
| Pvalue | F محاسبه شده | SEM | میانگین | تحصیلات | نگرش نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری | |
| ۰/۰۰۱ | ۷۰/۷۷ | ۰/۲۲ | ۳/۳۵ | بیسواد | آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری | |
| | | | ۰/۲۸ | ۵/۷۴ | | ابتدایی |
| | | | ۰/۵۲ | ۹/۱۳ | | متوسطه و دیپلم |
| | | | ۰/۰۵ | ۳/۰۳ | | بیسواد |
| ۰/۰۰۱ | ۳۷/۶۶ | ۰/۵۳ | ۶/۸۴ | ابتدایی | نگرش نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری | |
| | | | ۰/۸۲ | ۱۱/۴۸ | | متوسطه و دیپلم |

جدول شماره ۴: Attitude Toward Family Planning توزیع فروانی مردان مورد مطالعه بر حسب نگرش آنان نسبت به تنظیم خانواده

| دیدگاه‌های مردان عشایری در زمینه‌های ذیل | | | | | |
|--|--------|-------|---|--|--|
| مخالف | بی‌نظر | موافق | | | |
| ۱۲ | ۶ | ۸۲ | آیا بطور کلی شما موافقید زوجین از برنامه‌های تنظیم خانواده استفاده کنند | | |
| ۴۹/۸ | ۹ | ۴۱/۳ | آیا با استفاده مردان از روش‌های پیشگیری از بارداری موافقید | | |
| ۱۲/۸ | ۱۳/۵ | ۷۳/۸ | آیا با استفاده زنان از روش‌های پیشگیری از بارداری موافقید | | |
| ۴ | ۴ | ۹۲ | تنظیم خانواده مبنای سلامت خانواده و کودکان است | | |
| ۴/۸ | ۴/۵ | ۹۰/۸ | اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده موجب می‌گردد تا مشکلات جمعیتی کاهش یابد | | |

جدول شماره ۵: Subjective Norms توزیع فراوانی مردان مورد مطالعه بر حسب هنجارهای انتزاعی

| مخالف | بی نظر | موافق | سؤالات هنجارهای انتزاعی |
|-------|--------|-------|--|
| ۳۰/۸ | ۲۰ | ۴۹/۳ | این مقدرات و قضا و قدر است که تعداد فرزندان را مشخص میکند |
| ۴۲/۵ | ۱۳/۸ | ۴۳/۸ | مذهب اجازه نمیدهد که از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده کنیم |
| ۳۹ | ۱۷ | ۴۴ | جلوگیری از بارداری دخالت در کار خداست |
| ۷۹/۸ | ۴/۵ | ۱۵/۸ | وظیفه زن فقط زائیدن بچه است |
| ۳۶/۸ | ۸/۵ | ۵۴/۸ | فرزندان زیاد زمان پیری دست والدین را می‌گیرند |
| ۳۷/۵ | ۱۲/۸ | ۴۹/۸ | فرزندان زیاد نیروی کار را از نظر اقتصادی افزایش می‌دهند |

استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را تأیید نمود (جدول شماره ۲).

در مطالعه‌ای که Mcquellarcl (۱۹۹۹) بر روی ۲۸۱۲ سفید پوست غیر اسپانیایی انجام شد، مشخص گردید که قصد باروری آنان بسیار قوی است و یک پیشگویی کننده دایمی و ثابت برای رفتار باروری به شمار می‌رود و همچنین اهمیت منحصر به فرد قصد، تأکید برجسته آن بر انگیزه‌های شخصی است که یک جهت مناسبی را به تحقیقات باروری با اثرات متقابل شخص و محیط می‌دهد (۱۳).

در مطالعه Warven (۱۹۹۴) تحت عنوان انگیزه‌های بچه دار شدن، آرزوها و قصدها، ۴۰ زوج مورد مطالعه قرار گرفتند که در این تحقیق یک چهار چوب تئوریک شامل ۴ مرحله زیر مطرح گردید: ۱- شکل‌گیری یک خصیصه یا ویژگی؛ ۲- تبدیل شدن این خصیصه به آرزو یا میل؛ ۳- انتقال میل به قصد؛ ۴- اجرای قصد به شکل رفتار. که در این مطالعه آزمون آماری رگرسیون بین مرحله اول و دوم نشان داد که چگونه ویژگی یا خصیصه بچه‌دار شدن منجر به میل باروری گردید، و چگونه بعداً منجر به قصد باروری می‌شود (۱۴).

متغیر دومی که بر اساس این مدل بر قصد رفتاری مؤثر است هنجارهای انتزاعی (نرم‌های ذهنی) می‌باشد که در این مطالعه با توجه به یافت فرهنگ و سنتی مناطق

در بررسی هنجارهای انتزاعی مردان عشایری نسبت به تنظیم خانواده ۴۹/۳ درصد مردان معتقد به قضا و قدر در تولد فرزندان و ۴۴ درصد آنان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را دخالت در کار خداوند می‌دانستند (جدول شماره ۵).

۲/۵ درصد مردان مورد مطالعه از کاندوم استفاده می‌کردند و فقط یک نفرشان وازکتومی کرده بود و ۳۲/۵ درصد مردان عشایری همسرانشان از قرص‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و درصد پوشش تنظیم خانواده در روستاهای مورد مطالعه ۴۲/۴ درصد بود. بیشترین روش مورد استفاده برای پیشگیری از بارداری در این مناطق قرص‌های پیشگیری از بارداری بود (۷۱/۵ درصد).

بحث

بر اساس تئوری انتظار ارزش (Expected value theory) مردم فقط موقعی یک رفتار را انجام می‌دهند که خودشان متوجه شوند که برای آنها مفید است (۱۲). لذا این تئوری که اساس الگوی قصد رفتاری را تشکیل می‌دهد می‌تواند در بررسی‌ها و اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده به خصوص در مورد فرهنگ‌های سنتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد.

یافته‌های پژوهش ارتباط بین آگاهی و نگرش مردان عشایری با قصد آنان با نسبت به تنظیم خانواده و

آگاهی و نگرش با نوع مذهب شاید عوامل دیگری از جمله اعتقاد به قضا و قدر، حمایت والدین توسط فرزندان در زمان پیری و بازدهی اقتصادی فرزندان در خانواده در این زمینه تاثیر گذار باشد. در جوامع سنتی و عشایری که اکثریت مردان بی سواد و یا کم سواد هستند فشارهای اجتماعی و سنت های حاکم بر جامعه تأثیرات به سزایی در رفتارهای باروری مردان خواهد داشت بنابراین سطح تحصیلات مردان عشایری می تواند عامل مهمی در افزایش آگاهی و نگرش های مردان عشایری نسبت به تنظیم خانواده باشد که در نتیجه باعث تقویت قصد مردان عشایری و همچنین استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در آنان خواهد شد. با توجه به الگوی غالب مصرف وسایل پیشگیری از بارداری در این مناطق (قرص های پیشگیری از بارداری) پیشنهاد می گردد استراتژی های آموزشی بایستی در زمینه افزایش پوشش قرص های پیشگیری از بارداری باشد.

چون میانگین نمره آگاهی و نگرش مردان عشایری نسبت به تنظیم خانواده ضعیف و همچنین قصد آنان نسبت به استفاده از روش ها کم می باشد و با توجه به این که در الگوی قصد رفتاری این متغیر ها از عوامل تعیین کننده رفتارهای باروری هستند لذا اصلاح ساختارهای نگرشی مردان و افزایش آگاهی آنان در زمینه شناخت روش های جلوگیری از بارداری و به کارگیری صحیح روش ها با استفاده از این الگو پیشنهاد می گردد.

عشایری این متغیر به طور خاصی توجه قرار گرفت که طبق یافته های پژوهش اکثریت مردان عشایری در درجه اول بهورزان و در درجه دوم روحانیون را در تصمیمات خود نسبت به استفاده از روش های تنظیم خانواده مؤثر می دانستند مطالعات در کشورهای متفاوت مانند بنگلادش، مکزیک و آفریقای جنوبی نشان داده است که رضایت مردان مهمترین عامل تعیین کننده در استفاده زنان از روش های پیشگیری از بارداری بوده است. زمانی که شوهران از این امر ناراضی هستند زنان از به کارگیری وسایل جلوگیری از بارداری منصرف می شوند و به روش هایی رو می آورند که می توانند بدون آگاهی مردان از آن استفاده کنند (۶).

در جوامع سنتی ارتباطات کلامی در ازدواج اغلب آنقدر محدود است که زنان از عقیده همسر خود در مورد تنظیم خانواده بی اطلاع هستند و فرض می کنند اغلب مردان خانواده های بزرگ را دوست دارند (۴، ۸). بنابراین هنجارهای انتزاعی عامل مهمی در قصد به شمار می روند.

در مطالعه Mbyzvo (۱۹۹۱) که در زیمباوه از طریق وسایل ارتباط جمعی (رادیو) و روش های چهره به چهره توسط کارکنان کمکی جهت افزایش مشارکت آنان در تنظیم خانواده آموزش داده شده بود تا ۹۶ درصد آگاهی مردان در این رابطه افزایش یافت و استفاده کاندوم از ۵ درصد به ۱۰ درصد و میزان پوشش تنظیم خانواده از ۵۶ درصد به ۵۹ درصد افزایش یافت (۱۵). بنابراین با در نظر گرفتن یافته های پژوهش می توان چنین نتیجه گیری نمود که با توجه به عدم ارتباط بین

- فهرست منابع
1. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح جامع عملیاتی مردان همسر دار در افزایش پوشش برنامه تنظیم خانواده. ۱۳۷۷.
 2. وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی. سیاست‌های کشوری بهداشت باروری و تنظیم خانواده در ایران. بهمن ۱۳۷۵.
 3. صندوق جمعیت ملل متحد. گزارش وضعیت جمعیت جهان در سال ۱۹۹۹.
 4. امان الهی بهاروند سکندر. کوچ نشینی در ایران: پژوهش درباره عشایر و ایلات. انتشارات آگاه، چاپ پنجم. ۱۳۷۸.
 5. مرکز آمار ایران. سر شماری اجتماعی، اقتصادی عشایر کوچنده - ۱۳۷۷، نتایج تفصیلی. شهریور ۱۳۷۸.
 6. Mcginn T, Bamba A, Balma M. Male knowledge use and attitude regarding family planning in Burkinafaso, *International Family Planning Perspective*. 1989; 15(3): 46.
 7. Obionv CN. Family planning KAP amongst male in Nigerian urban population. *East-Afr-Med-J*. 1998 Mar; 75(3): 131-4.
 8. کلافی یونس. مطالعه ویژگی‌های رفتاری پدران پراولاد در جامعه روستایی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۳۷۸؛ سال اول، شماره دوم: صفحات ۹۸ تا ۱۰۱.
 9. Brown, Kelli McCormack. Theory of reasond action/planned behavioroverview. University of South Florida, 1999.
 10. شفیع‌ی فروغ. در ترجمه رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت، تئوری، پژوهش، عملکرد، کارن گلاز فرانسیس (مؤلف) تهران: انتشارات لادن، ۱۳۷۶، صفحه ۹۷.
 11. کارگاه کاربرد الگوهای آموزش بهداشت در تغییر رفتار، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت، ۱۳۷۶.
 12. Read, Donald A., Health Education, USA, 1997.
 13. Mcclelland G.H. Do Fertility intention affect fertility behavior? *Journal of Marriage and Fertility*. 1999 Agust;
 14. Warren B, Miller. Childbearing motivations, desires and intention: a theoretical framwork. *Gentic, Social and General Psychology monographs*, 1994 May;
 15. Mbizvo MT, Adamchak DJ. Family planing knowledge, attitudes, and practices of men in Zimbawe. *Studies in Family Planning*. 1991 Jon-Feb; 22(1): 31-8.