

## بررسی میزان مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده، شیراز ۱۳۷۹

گیتی ازگلی<sup>۱</sup>، مهرانوش رحمانیان<sup>۲</sup>، فاطمه ناهیدی<sup>۳</sup>، ناصر ولایی<sup>۴</sup>، محبوبه احمدی<sup>۵</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** با توجه به مشکل رشد جمعیت و عوارض اجتماعی شناخته شده آن و نیز نقش انکار ناپذیر مردان در میزان موفقیت برنامه های کشوری تنظیم خانواده و به منظور تعیین میزان مشارکت مردان در این برنامه ها و عوامل مرتبط با آن، تحقیق حاضر در شهر شیراز در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت.

**مواد و روش ها:** این تحقیق توصیفی بر روی ۴۵۰ مرد متاهل، با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای، انجام شد. منظور از مشارکت؛ مشارکت اجرایی (استفاده مردان از روش های پیشگیری مثل کاندوم، روش نزدیکی منقطع، ریتم و وازکتومی)، مشارکت حمایتی (استفاده همسر از یک روش با موافقت مرد) و مشارکت کلی (مجموع دو نوع مشارکت) بود. با استفاده از فرم اطلاعاتی میزان مشارکت مردان و ارتباط آن با برخی از عوامل نظیر سن مردان و همسر آن ها، سطح سواد همسر، تعداد فرزندان، گفتگو با همسر در یک سال اخیر در مورد روش پیشگیری و ... تعیین و میزان مشارکت واقعی در جامعه برآورد شد. داده ها با استفاده از آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و ضریب کاپا و میزان توافق، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** تحقیق روی ۴۵۰ نفر با متوسط سنی  $38.7 \pm 7.2$  سال، و سن ازدواج  $25.3 \pm 3.8$  سال انجام گرفت. میزان مشارکت اجرایی مردان  $34/4$  درصد و میزان مشارکت حمایتی آنان ۵۲ درصد بود. میزان مشارکت اجرایی مردان در جامعه با اطمینان ۹۵ درصد در محدوده ۳۹-۳۰ درصد و میزان مشارکت حمایتی  $48.57$  درصد برآورد شد. عدم مشارکت در  $13/6$  درصد موارد وجود داشت. مردان موثرترین روش مردانه را وازکتومی ( $49/5$  درصد)، بی ضررترین آن را کاندوم ( $33/8$  درصد) و آسان ترین را وازکتومی ( $30/9$  درصد) می دانستند، نظر مردان با استفاده آن ها از همان روش هم خوانی معنی دار داشت ( $P < 0.05$ ).  $82/6$  درصد مردان وجود درمانگاه های تنظیم خانواده مخصوص مردان را لازم می دانستند.

**نتیجه گیری و توصیه ها:** میزان مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده در حد قابل قبول بود، اما استفاده از روش های زنانه کماکان بیشتر از روش های مردانه می باشد. ایجاد درمانگاه های تنظیم خانواده مخصوص مردان توصیه می شود.

**واژگان کلیدی:** تنظیم خانواده، مشارکت مردان، وازکتومی، کاندوم

### مقدمه

شود. به عنوان مثال مرگ ۳۰-۲۵ درصد از پانصد هزار زنی که به علت عوارض حاملگی هر ساله جان خود را از دست می دهند با روش های تنظیم خانواده قابل پیشگیری است (۲). عدم ایفای نقش مردان در برنامه تنظیم خانواده باعث شکست بیشتر آن و به دنبال آن افزایش رشد جمعیت خواهد شد. جمعیت ایران در طی مدت حدود ۹۳ سال ۶ برابر شده است و اگر این رشد هم چنان ادامه یابد در طی ۲۵ سال آینده در مقام پانزدهمین کشور پر جمعیت دنیا با ۱۵۲ میلیون نفر خواهد بود. درحالی که بیشتر از نیمی از افراد کشور،

یکی از مشکلات برنامه های پیشگیری از بارداری مساله میزان مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده است. میزان مشارکت مردان نسبت به مشارکت زنان در برنامه تنظیم خانواده یک به شش گزارش شده است (۱). با توجه به نقش کلیدی مردان در برنامه تنظیم خانواده در کشور ما به نظر می رسد برای مشارکت آنان، برنامه ریزی دقیق و عملی در حد مطلوب انجام نشده است. میزان مشارکت کم مردان در نهایت می تواند منجر به عواقب جدی به خصوص در زنان

<sup>۴</sup> عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

میزان مشارکت حمایتی با معیارهای استفاده همسر آن ها از روش های پیشگیری با مشورت و موافقت مردان، تعیین شد. اگر فردی مشارکت حمایتی یا اجرایی داشت به عنوان فرد دارای مشارکت تلقی می شد. پرسش نامه با روش Content Validity تعیین اعتبار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و ضریب کاپا (Kappa Coef) و میزان توافق (Agreement R.) استفاده شد.

### یافته‌ها

تحقیق روی تعداد ۴۵۰ نفر انجام گرفت. متوسط سن نمونه های مورد بررسی  $38/4 \pm 3/6$  سال و سن ازدواج آن ها  $25 \pm 3/8$  سال بود. توزیع فراوانی قومیت افراد مورد بررسی نشان داد که ۳۵۲ نفر مردان از قوم فارس ( $78/2$ )، ۴۰ نفر از قوم ترک ( $8/8$  درصد) و ۴۰ نفر از قوم لر ( $8/8$  درصد) و بقیه از قوم عرب بودند. ۳۸ درصد افراد دیپلمه و ۴۰ درصد کارمند بودند. متوسط سن همسران این افراد  $32/8 \pm 7/6$  سال و سن متوسط ازدواج همسران  $19/7 \pm 3/8$  سال بود. ۳۹ درصد از همسران مردان مورد مطالعه دیپلمه و تعداد متوسط فرزندان  $3/5 \pm 0/8$  بود. ۷۴/۴ درصد مردان متولد شهر و بقیه متولد روستا بودند، ولی ۹۹/۱ درصد آنها ساکن شهر بودند. ۱۵۵ نفر از مردان مورد مطالعه ( $34/4$  درصد) خودشان از یک روش پیشگیری استفاده می کردند، به عبارتی مشارکت اجرایی داشتند. میزان مشارکت اجرایی واقعی در جامعه با احتمال ۹۵ درصد از حداقل  $30/5$  تا حداکثر  $39/3$  درصد برآورد گردید. تعداد ۲۳۴ نفر ( $52/7$  درصد) از مردان از یک روش جلوگیری از بارداری توسط همسر خود حمایت می کردند. با توجه به میزان مشارکت حمایتی در مردان، میزان واقعی آن در جامعه از حداقل ۴۸ درصد تا حداکثر  $57/3$  درصد برآورد شد. تعداد ۶۱ نفر از مردان ( $13/6$  درصد) در امر تنظیم خانواده مشارکت نداشتند. میزان واقعی مشارکت کلی مردان در برنامه تنظیم خانواده از حداقل  $83/2$  تا حداکثر  $89/6$  درصد برآورد گردید. از نمونه هایی که در امر تنظیم خانواده

زیر ۲۰ سال می باشند و خط مشی های کنترل حداقل تا ۱۵ سال آینده لازم و ضروری است (۲). اولین قدم برای کاهش مشکل بیان شده، بررسی میزان مشارکت مردان است. یعنی اولاً میزان مشارکت کلی مردان (حمایتی و اجرایی) چقدر است؟ ثانیاً عوامل مرتبط با هر یک از مشارکت ها چیست؟ در کشور ما در یک تحقیق داخلی مشارکت اجرایی مردان بررسی شده است (۱). اما در مورد مشارکت حمایتی، تحقیقی انجام نشده و یا لاقبل در دسترس قرار نگرفت. با توجه به مشکل رشد جمعیت و عوارض شناخته شده آن و اولویت پژوهش برای کاهش مشکل آن به منظور تعیین میزان مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده، تحقیق حاضر بر روی مردان متأهل با سن بالاتر از ۲۰ سال در شهر شیراز در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت.

### مواد و روش ها

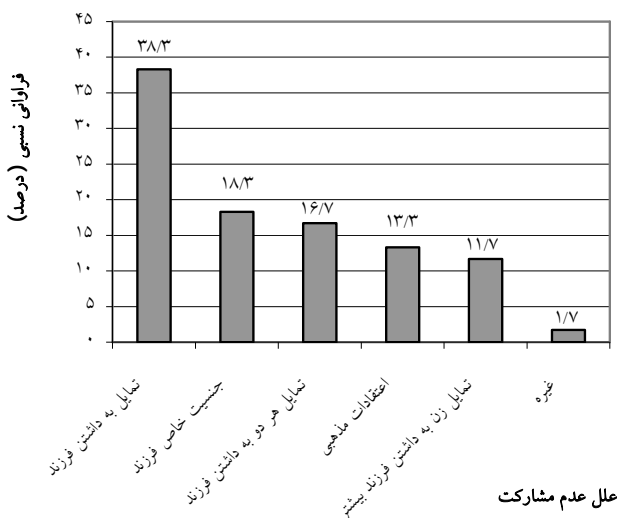
این مطالعه به روش توصیفی انجام گرفت. تعداد نمونه با احتمال میزان مشارکت ۵۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد و خطای  $4/6$  درصد، تعداد ۴۵۰ نفر تخمین زده شد. نمونه گیری به روش تصادفی چند مرحله ای انجام شد به طوری که در مرحله اول مناطقی از شهر شیراز به روش تصادفی خوشه ای تعیین و در مرحله دوم از روی لیست شاغلان هر منطقه (مردان شاغل در سازمان ها، ادارات، کارخانه های دولتی و غیر دولتی و مشاغل آزاد) نمونه ها به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. هر منطقه از شهر شیراز به صورت خوشه در نظر گرفته شد و داخل هر خوشه محل های کار انتخاب شدند. پرسش نامه در محل های کار توسط پرسشگر مرد به واحد های مورد پژوهش ارائه می شد و در صورت جلب رضایت آن ها همان روز تکمیل و پس گرفته می شد. معیارهای ورود مردان به مطالعه داشتن سن بالای ۲۰ سال و با سواد، بدون سابقه ناباروری در خود و همسر آن ها و تک همسری بوده است.

میزان مشارکت در مقوله اجرایی و حمایتی بررسی شد. میزان مشارکت اجرایی با شاخص های استفاده مردان از روش های تنظیم خانواده شامل نوع روش یا وسیله جلوگیری کننده و

جدول ۲- توزیع فراوانی علل مشارکت مردان در امر تنظیم خانواده، شیراز سال ۱۳۷۹

تعداد (درصد)	علل مشارکت
۱۳۷ (۳۵/۲)	جلوگیری دایمی از تولد فرزند
۱۳۳ (۳۴/۲)	مشکلات اقتصادی
۱۱۹ (۳۰/۶)	به عقب انداختن تولد فرزند
۳۸۹ (۱۰۰)	جمع

علل انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری در ۳۸۹ نفری که مشارکت داشته‌اند در جدول (۲) ارایه شده و نشان می‌دهد که مهم‌ترین علت انتخاب، جلوگیری دایمی از تولد فرزند به میزان ۳۵/۲ درصد و تقریباً به همین میزان مسائل و مشکلات اقتصادی (۳۴/۹ درصد) بود. علل عدم مشارکت ۶۱ نفر در افراد مورد بررسی، در نمودار (۱) ارایه شده است.



نمودار ۱- فراوانی نسبی علل مختلف عدم مشارکت ۶۱ مرد مورد بررسی در برنامه تنظیم خانواده، شیراز سال ۱۳۷۹

در ۲۵/۸ درصد افراد مورد مطالعه تعداد فرزندان از حد مطلوب بیشتر، در ۳۳/۷ درصد در حد مطلوب و در ۴۰/۵ درصد آنها کمتر از حد مطلوب بود. نقش عوامل مرتبط با میزان مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده در جدول (۳) ارایه گردیده و نشان می‌دهد مردانی که مشارکت داشتند ۵/۱ سال از مردانی که مشارکت نداشتند، بزرگتر بودند. بین گفتگو با همسر با میزان مشارکت ارتباط معنی دار وجود

مشارکت داشتند ۲۳۴ نفر (۶۰/۱ درصد) مشارکت حمایتی و تعداد ۱۵۵ نفر (۳۹/۳ درصد) مشارکت اجرایی داشته‌اند. در ۴ زوج هر دو نفر مرد و زن از روش‌های پیشگیری استفاده می‌کردند. از ۱۵۵ نمونه مشارکت اجرایی مردان، تعداد ۹۳ نفر (۶۰ درصد) از روش‌های مدرن (کاندوم یا وازکتومی) استفاده می‌کردند. در جدول (۱) توزیع مردان بر حسب نوع مشارکت آنان در برنامه تنظیم خانواده ارایه گردیده و نشان می‌دهد که بیشترین وضعیت مشارکت مربوط به مشارکت حمایتی به میزان ۵۲ درصد بود و در مرحله بعد، مشارکت در استفاده از وسایل مدرن به میزان ۲۰/۷ درصد قرار داشت که ۶ درصد آن مربوط به وازکتومی بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی مردان مورد مطالعه بر حسب نوع مشارکت آنان در برنامه تنظیم خانواده، شیراز سال ۱۳۷۹

تعداد (درصد)	نوع مشارکت
۲۳۴ (۵۲)	مشارکت حمایتی
۹۳ (۲۰/۷)	مشارکت اجرایی
۴۶ (۱۰/۲)	وسایل مدرن
۱۶ (۳/۵)	منقطع
۶۱ (۱۳/۶)	دوره‌ای
۴۵۰ (۱۰۰)	عدم مشارکت
	جمع

تعداد ۲۲۲ نفر (۴۹/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه مؤثرترین روش مردانه را وازکتومی دانستند. ۳۳/۸ درصد افراد بی‌ضررترین روش را کاندوم و ۱۳۵ نفر (۳۰/۹ درصد) آسان‌ترین روش را وازکتومی می‌دانستند. نظر مردان با استفاده آنها از روش پیشگیری هم‌خوانی معنی دار داشت ( $P < ۰/۰۵$ ). از همسران ۲۳۴ مردی که مشارکت حمایتی داشتند، ۱ نفر از روش نورپلاننت و ۵ نفر (۲/۱ درصد) از آمپول depoprovera استفاده می‌کردند. همسران ۱۰۷ (۷/۵ درصد) نفر از افراد مورد بررسی روش پیشگیری با قرص را استفاده می‌کردند. بعد از قرص، روش بستن لوله در زنان شایع‌ترین روش مورد تفاهم زن و شوهر بود.

پیشگیری جهت جلوگیری از بارداری استفاده کنند، از یک روش پیشگیری مردانه استفاده می‌کردند ( $P < 0/005$ ).

**بحث**

تحقیق حاضر نشان داد که ۸۶/۶ درصد مردان در شیراز در امر تنظیم خانواده مشارکت دارند که ۳۴/۵ درصد از نوع مشارکت اجرایی و ۵۲ درصد مشارکت حمایتی است. این میزان مشارکت در نگاه اول قابل قبول به نظر می‌رسد، اما نکته قابل ذکر این است که میانگین تعداد فرزند در نمونه‌ها ۳/۵ فرزند می‌باشد و با این تعداد فرزند، می‌بایستی مشارکت در امر تنظیم خانواده بیشتر از میزان فوق باشد. علی‌رغم واقعیت فوق فقط ۳۵ درصد از علل مشارکت، جلوگیری دایمی از تولد فرزند ذکر شده است و ۳۸/۳ درصد مردان و ۱۱/۷ درصد زنان تمایل به داشتن فرزند بیشتری دارند. مردان هم چنان نسبت به زنان فرزند بیشتری می‌خواهند که شاید به دلیل آموزش مستقیم به زنان در جامعه و یا درگیری خود آنها با مسئله حاملگی باشد. علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری در پاکستان، موروکو، تانزانیا و کامرون نیز به همین علت می‌باشد (۳).

در حالی که ۹۳/۵ درصد مردان، هم زن و هم شوهر را مسئول تصمیم‌گیری در مورد تنظیم خانواده می‌دانند، اما در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری، ۸۹ درصد هر دو را مسئول می‌دانند. در بعضی کشورهای آفریقایی این اختلاف بسیار زیاد می‌باشد و حتی گاهی فقط تا ۲۵ درصد افراد، مردان را مسئول تنظیم خانواده می‌دانند (۴). علل وجود فاصله بین موافقت با تنظیم خانواده و استفاده از وسایل پیشگیری کننده، متعدد می‌باشد که یکی از آن‌ها میزان آگاهی افراد است. با افزایش سن مرد و تحصیلات همسر، مشارکت مردان در تنظیم خانواده بیشتر می‌شود، این امر می‌تواند به دلیل بیشتر شدن تعداد فرزند با افزایش سن و نقش فعال زنان تحصیل کرده در امر تنظیم خانواده باشد. این تجربه مشابه کشورهایی نظیر پاکستان می‌باشد (۵).

گرچه تعداد فرزندان موجود در حد مطلوب یا بیشتر، باعث مشارکت بیشتر مردان در امر تنظیم خانواده می‌باشد،

داشت ( $P < 0/00001$ ). وقتی تعداد فرزندان موجود بیشتر از تعداد فرزندان مطلوب باشد، مشارکت بیشتری وجود داشت ( $P < 0/005$ ). هم چنین بین قومیت و میزان مشارکت ارتباط وجود داشت به طوری که در قوم فارس مشارکت بیشتر از قوم عرب بود ( $P < 0/05$ ).

جدول ۳ - مقایسه میانگین و انحراف معیار برخی عوامل فردی بین دو گروه مردان با وبدون مشارکت در برنامه تنظیم خانواده، شیراز سال ۱۳۷۹

عامل مورد بررسی	مشارکت	
	نداشته	داشته
سن (سال)	۳۹/۷ ± ۸/۵	۳۴/۶ ± ۷/۴ *
سن همسر (سال)	۳۳/۴ ± ۷/۵	۲۹/۳ ± ۶/۹ *
سن ازدواج (سال)	۲۵/۲ ± ۳/۹	۲۵/۵ ± ۳/۵
سن ازدواج همسر (سال)	۱۹/۷ ± ۳/۹	۱۹/۹ ± ۳/۹
تعداد فرزند موجود	۳/۵ ± ۱/۳	۳/۵ ± ۱/۶ *

\* $P < 0/005$

۱۰۰ درصد مردان حداقل یک روش پیشگیری را شناخته و شناخته شده‌ترین روش‌ها به ترتیب قرص (۹۷/۳ درصد)، کاندوم (۹۰/۴ درصد) و بستن لوله رحمی (۹۰/۳ درصد) بود. از ۹۷/۳ درصد مردانی که از روش مصرف قرص در زنان اطلاع داشتند، ۲۲/۹ درصد حداقل یک مزیت صحیح و ۲۱/۶ درصد حداقل یک عیب را به طور صحیح می‌دانستند.

هم چنین در مورد لزوم وجود درمانگاه تنظیم خانواده مخصوص مردان، ۸۲/۶ درصد افراد وجود درمانگاه را لازم می‌دانستند که علل آن را به ترتیب مشاوره با پرسنل مرد (۶۴/۷ درصد)، معاینه (۳۳/۷ درصد) و دریافت وسیله پیشگیری (۲۳/۴ درصد) ذکر می‌کردند. مردانی که مشارکت اجرایی داشتند، یعنی خودشان از یک وسیله مردانه استفاده می‌کردند، روش‌های فرضی پیشگیری از بارداری (یعنی روش‌های مردانه مانند قرص یا آمپول جهت استفاده مردان که فعلاً وجود ندارد اما ممکن است در آینده وجود داشته باشد) را به روش‌های معمول ترجیح می‌دادند. تنها ۲۵ درصد مردانی که ترجیح داده بودند همسرشان از یک روش

۴۲ درصد زوج ها از روش های غیر مطمئن برای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند و هنگام نیاز به روش دایمی در خانواده، این زنان هستند که پیشقدم می شوند. به نظر نمی رسد کمتر بودن مشارکت اجرایی مربوط به کمبود روش های مردانه (لااقل از دیدگاه خودشان) باشد (۶). به طوری که وقتی در مورد استفاده از روش های فرضی مردانه از آنان سؤال شد، کسانی که اکنون مشارکت اجرایی دارند روش های مردانه را انتخاب کردند. آگاهی مردان نیز در مورد روش های زنانه در حد شنیدن اسم روش، مثل قرص بود و میزان اطلاع آنان از مزایا و معایب صحیح روش ها سطحی یا ناقص بود. این امر نیاز مبرم به آموزش مستقیم مردان و توجه

به نقش فعال آنان را مشخص می سازد. این تجربه در دیگر کشور ها موفق بوده است (۷) و این مطلبی است که باعث شده تا خود مردان به لزوم وجود درمانگاه های مخصوص مردان (که بیشترین علت آن را مشاوره با کارکنان مرد ذکر کرده اند) اذعان داشته باشند. از این رو توصیه می شود با وجود مشارکت اجرایی قابل قبول در مردان شیراز، برای افزایش آگاهی و مشارکت اجرایی فعال تر آنان، مراکز مشاوره ای با کارکنان مرد جهت مراجعه مستقیم مردان (حداقل در بعضی مراکز) در نظر گرفته شود تا در صورت موفقیت این امر به سایر مراکز کشور گسترش یابد.

#### منابع

- ۱ - ملک افضلی حسین. سهم مردان در برنامه تنظیم خانواده. *مجله بهداشت خانواده* ۱۳۷۶؛ سال ۲، شماره ۵: صفحه ۴۰.
- ۲ - جهانفر شایسته. ساختار جمعیتی برخی کشور های در حال توسعه و عوامل موثر بر آن. *مجله بهداشت خانواده* ۱۳۷۷؛ سال اول، شماره ۱۰: صفحه ۴۶.
- 3 - Ezeh AC, Bahmandeslosis MJ. The gap between approach and use. *Popul Rep J* 1998; 46(2): 15-8.
- 4 - Obionu CN. Knowledge, attitude and practice among males in a Nigerian urban population. *Jast Africa Medical J* 1998; 75(3): 131-4.
- 5 - United Nation (UN). World contraception use. *Popul Rep J* 1998; 46(2): 12.
- 6 - Bareja R, Meiri KO, Costa RG, Brown RT. Evaluating contraceptive choice through the method mix approach. *Contraception* 2000; 61 (2): 113-9.
- 7 - Sheyd MJ, Cox B, Paul C, Skegg D. High prevalence of vasectomy in Newzland. *Contraception* 2001; 64(3):155-9.