

Frequency of Unintended Fertility and its Associated Factors in Married Men

Mojgan Zendehtdel¹,
Zeinab Hamzehgardeshi^{2,3},
Ensiyeh Fooladi⁴,
Shayesteh Jahanfar⁵

¹ MSc Student in Midwifery Counselling, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Monash University, Melbourne, Australia

⁵ Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health Professional, Central Michigan University, Michigan, USA

(Received August 12, 2018 ; Accepted December 1, 2018)

Abstract

Background and purpose: Unwanted fertility is rarely studied among men. The aim of this study was to investigate the frequency of unintended pregnancy and its related factors in married men in South of Tehran, Iran.

Materials and methods: This descriptive-analytic study was conducted in 507 married men aged 23-49 in 2017. Demographic characteristics of the participants, their fertility history and knowledge on this issue were recorded. To analyze the data, single and multiple logistic regressions were conducted.

Results: The majority of participants reported history of pregnancy in their wives (95.1%). Approximately 37% of married men experienced at least one unwanted pregnancy. Adjusted multivariate logistic regression showed that being married more than once (AOR [Adjusted Odds Ratio], 95% CI= 2.74; 1.07-7.13), low level of comfort in the use of contraceptive methods (AOR, 95% CI= 10.06; 1.95-51.9), more than two live births (AOR, 95% CI= 2.49; 1.60-3.88), having three children and more (AOR, 95% CI= 6.70; 3.51-12.79), and doubts about marriage durability (AOR, 95% CI= 0.25; 0.08-0.81) were associated with unwanted pregnancies.

Conclusion: More focus on the factors associated with male experiences of unintended pregnancy could reduce this problem. Providing care for fertility and sexuality, trainings on the correct use of contraceptive methods to men in healthcare centers could also be of great benefit in reducing the rate of unwanted pregnancy and illegal abortions, especially in socioeconomically vulnerable populations.

Keywords: unwanted pregnancy, married men, Tehran

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 28 (168): 82-95 (Persian).

* Corresponding Author: Ensiyeh Fooladi - Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: ensiyeh.fooladi5@gmail.com)

فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مردان متاهل

مژگان زنده دل^۱
زینب حمزه گردشی^{۳،۲}
انسیه فولادی^۴
شایسته جهانفر^۵

چکیده

سابقه و هدف: در مطالعات، باروری ناخواسته در مردان خیلی به ندرت مورد پژوهش قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مردان متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر با ۵۰۷ شرکت کننده مرد متاهل ۲۳-۴۹ ساله، در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران انجام شد. داده‌ها از پرسش نامه دموگرافیک، دانش و تاریخچه باروری جمع آوری و در نرم افزار SPSS16 وارد شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آنالیز توصیفی و تحلیلی (رگرسیون لجستیک) بهره گرفته شد. سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۹۵/۱ درصد از همسران مردان پژوهش سابقه بارداری داشتند. ۳۷ درصد از مردان با سابقه باروری، حداقل یکبار باروری ناخواسته را تجربه کرده بودند. بعد از تعدیل مخدوشگرها در رگرسیون لجستیک چند متغیره، متغیرهای ازدواج بیش از یک بار (AOR, 95%CI= 2.74; 1.07-7.13)، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری (AOR, 95%CI= 10.06; 1.95-51.9)، تعداد فرزند زنده بیش از دو تا (AOR, 95%CI= 2.49; 1.60-3.88) و سه تا و بیش تر (AOR, 95%CI= 6.70; 3.51-12.79) و عدم اطمینان از تداوم زناشویی (AOR, 95%CI=0.25; 0.08-0.81) عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته گزارش شدند.

استنتاج: توجه به عوامل مرتبط با باروری ناخواسته در مردان می تواند در کاهش فراوانی باروری ناخواسته تاثیر چشمگیری داشته باشد. ارائه مراقبت باروری و جنسی، آموزش استفاده صحیح از روش های پیشگیری از باروری به مردان در مراکز بهداشتی درمانی، می تواند باروری های ناخواسته و سقط های القایی غیرقانونی ناشی از آن را به خصوص در افراد آسیب پذیر اجتماعی و اقتصادی کاهش دهد.

واژه های کلیدی: بارداری ناخواسته، مردان متاهل، تهران

مقدمه

سلامت جامعه مورد استفاده قرار می گیرد (۳) زیرا بارداری ناخواسته، عامل پیشگویی کننده قوی برای سقط های غیربهداشتی، مرگ های مادرزادی، مراقبت های بارداری ناکافی و نامناسب می باشد (۵،۴). اهمیت علل و عوامل

بارداری ناخواسته به بارداری هایی اطلاق می شود که بدون برنامه ریزی و عدم تمایل زوجین یا هریک به تنهایی نه در حال و نه آینده رخ می دهد (۱، ۲). امروزه میزان بارداری ناخواسته به عنوان یکی از شاخص های مهم

E-mail: ensieh.fooladi5@gmail.com

مؤلف مسئول: انسیه فولادی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی نسیه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه موناخ، ملبورن، استرالیا

۵. استادیار، گروه سلامت عمومی، دانشکده بهداشت حرفه ای، دانشگاه مرکزی میشیگان، آمریکا

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۵/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۹/۱۰

مرتبط با بارداری‌های ناخواسته به خوبی در میان زنان در بسیاری از مطالعات مشخص شده است (۷،۶). بررسی عوامل مرتبط و شیوع بارداری ناخواسته بسیار پیچیده است و به طور کلی در طراحی و بررسی این اهداف، اغلب زنان را مورد هدف قرار می‌دهند، زیرا زنان بارداری را تجربه می‌کنند (۸). با وجود این که تلاش‌های خیلی زیادی برای مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده انجام شده است، ولی مطالعات اندکی از بررسی پیشگیری از بارداری توسط مردان انجام شد (۹). علل و عوامل مرتبط با رفتارهای مردان در باروری ناخواسته به ندرت شناخته شده است. ویژگی‌ها و عوامل مرتبط با باروری ناخواسته در مردان مشخص نشده است. داده‌های نظر سنجی ملی در امریکا گزارش کرد، یکی از هر سه مرد امریکایی، یک تولد حاصل از باروری ناخواسته را در سال‌های اخیر تجربه کرده است. اطلاعات باروری ناخواسته مردان معمولاً توسط زنان تکمیل می‌شود (۹، ۱۰).

مطالعات جمع‌آوری شده نشان داد اختلاف دیدگاه مادران و پدران از بارداری ناخواسته می‌تواند بر مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و بر سلامت مادر و کودک تأثیر مهمی بگذارد (۱۱). با این حال، درک تجربیات مردان در مورد باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن نه تنها برای برنامه ریزی تنظیم خانواده به عنوان یک شریک جنسی مهم است، بلکه هم‌چنین توجه به یک بعد مهم از سلامت جنسی و باروری در مردان می‌باشد (۹). تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف ایران در سال‌های ۲۰۱۸ و قبل از آن نشان‌دهنده شیوع حاملگی ناخواسته بین ۱۰/۵ درصد تا ۴۹/۳ درصد از حاملگی‌ها (در گروه هدف زنان) بوده است (۱۴-۱۲). در سال ۱۹۷۶، میزان رشد جمعیت ایران ۶/۵ درصد گزارش شده بود که با اجرای برنامه‌ریزی موفق سیاست کنترل جمعیت به میزان ۱/۶ در سال ۲۰۱۲ کاهش یافت و از سازمان بهداشت جهانی، مدال برترین کشور کنترل موالید را دریافت کرد. البته این میزان خیلی بیش تر از هدف تعیین شده بود؛ به طوری که از هدف اصلی خود که ۲/۲ درصد بود، خارج

شده بود. سیاست موفق کنترل جمعیت ایران در سال ۲۰۱۲ با چالش کاهش میزان باروری کلی، کم‌تر از حد جایگزینی و نگرانی‌ها و پیامدهای احتمالی اقتصادی و اجتماعی ناشی از این تغییر سیاست مواجه شد (۱۵). یک راهکار شتابزده و اولیه جهت جبران کاهش میزان باروری کلی، دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری دائمی (توبکتومی و وازکتومی) منوط به شرایط خاص شد. هم‌چنین دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن در بخش دولتی محدود شده است. ولی در بخش‌های خصوصی قابل دستیابی می‌باشند (۱۶). در واقع مردان و زنان خانواده‌های آسیب پذیر (کارگران جنسی، مردان و زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و خانواده‌های کم‌درآمد)، بیش‌ترین افرادی هستند که از این تغییر سیاست متضرر می‌شوند چرا که اندازه خانواده این افراد بزرگ‌تر شده و کیفیت زندگی تنزل پیدا می‌کند (۱۷). اکثر مطالعات، شیوع بارداری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن را فقط در زنان و اغلب در دوره قبل از تغییر سیاست و عملکرد تنظیم خانواده (توزیع رایگان و ترویج آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری) بررسی کرده‌اند. لذا با توجه به تغییر سیاست‌های جدید جمعیتی ایران و تغییر عملکرد تنظیم خانواده از سال ۱۳۹۳ (ترویج فرزندآوری حداقل سه فرزند، محدودیت توزیع روش پیشگیری از بارداری مدرن، استفاده از روش‌های پیشگیری دائمی توبکتومی فقط در شرایط خاص و وازکتومی در مراکز بهداشتی درمانی دولتی قابل انجام نمی‌باشد) و عدم بررسی شیوع و عوامل مرتبط باروری ناخواسته مردان در ایران، بر آن شدیم تا مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن را در مردان متأهل ۴۹-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به ۶۲ مرکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران را مورد پژوهش قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می‌باشد.

کمیته اخلاق تحقیقات علوم پزشکی مازندران و تحقیقات علوم پزشکی تهران این مطالعه را با کد اخلاق IR.MAZUM.REC.96.3019 تایید کردند. جامعه پژوهش، مردان متاهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن جنوب شرقی، جنوب و جنوب غربی شهر تهران بودند که جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز، پایگاه‌ها و خانه بهداشت این مناطق مراجعه می‌کردند. مردان در صورت تمایل به شرکت در مطالعه دعوت می‌شدند و رضایت خود را به صورت کتبی اعلام می‌کردند. تنها معیار خروج از مطالعه، عدم توانایی ذهنی برای پاسخ به سوالات مطالعه و عدم ارتباط مناسب کلامی بود.

در این مطالعه نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای طبقه‌بندی شده (classified multistage cluster sampling method) انجام شد. محیط انجام پژوهش، مراکز، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت در سطح جنوب شهر تهران بوده است. پژوهشگر از ۱۰۹ مرکز، پایگاه و خانه بهداشت جامع سلامت جنوب تهران، ۶۲ مرکز، پایگاه و خانه بهداشت را به صورت تصادفی انتخاب کرده و از مردان ۴۹-۱۵ سال مراجعه‌کننده به این مراکز بهداشتی درمانی جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد. در صورتی که افراد واجد شرایط بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، پرسشنامه پژوهش برای آن‌ها تکمیل می‌شد. براساس سرشماری دریافت شده از سازمان مدیریت برنامه استان تهران، جمعیت مردان ۴۹-۱۵ ساله، ۴۴۸۲۹۰ نفر در سال ۱۳۹۵ بوده است. حجم نمونه با استفاده از مطالعه مطلق و همکاران که شیوع حاملگی ناخواسته را ۳۰ درصد بیان کردند (۱۳)، محاسبه شد. تعداد نمونه‌های جمع‌آوری شده براساس محاسبات، جمعاً ۵۰۷ نفر (مرد) بود. این تعداد نمونه در پرسشگری شرکت کردند و پرسشنامه برای تمامی این افراد تکمیل شد و هیچ نمونه‌ای حذف نشد. پرسشگری از نوزدهم خردادماه سال ۱۳۹۶ شروع شد و در تاریخ نوزدهم مهرماه ۱۳۹۶ خاتمه یافت. در ابتدا پژوهشگر خود و

طرح پژوهشی را به مردان متاهل ۴۹-۱۵ ساله که برای دریافت خدمات (تنظیم خانواده یا مراقبت بارداری (همسر)، پایش کودکان، مراقبت‌های میانسالی (از ۳۰ سالگی تا ۵۹)، دندانپزشکی، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، تغذیه و بهداشت روان و به دلائل دیگر) به مراکز و خانه بهداشت نزدیک منزل خود مراجعه می‌کردند، معرفی می‌کرد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، پرسشنامه مورد نظر در فضای کاملاً خصوصی برای شرکت‌کنندگان تکمیل می‌شد. زمان لازم جهت تکمیل هر پرسشنامه ۴۵-۳۰ دقیقه بود. پرسشنامه متشکل از آگاهی و سابقه باروری بود. جهت تهیه نسخه فارسی این ابزار، در ابتدا مجوز ترجمه و به کارگیری پرسشنامه understanding fertility management in Australia سازنده آن، Holton sara از دانشگاه MONASH، در تاریخ ۱۸ می سال ۲۰۱۶ میلادی اخذ گردید. سپس پرسشنامه مذکور با استفاده از روش ترجمه برگشتی^۱ به شرح زیر ترجمه و اعتبار یابی شد:

ابتدا پرسشنامه توسط دو مترجم به شکل مستقل، از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. سپس ترکیب و تلفیق ترجمه‌های اولیه به یک ترجمه واحد توسط مترجم مسلط به هر دو زبان و جمعی از متخصصان صورت گرفت و در مرحله سوم، نسخه نهایی ترجمه گردید. سپس پایلوت پرسشنامه در گروه کوچکی (۳۰ نفر) از زنان و مردان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران انجام شد. هدف از انجام پایلوت، بررسی قابلیت درک زنان و مردان متاهل، تفسیر و برداشت آنان و استفاده از کلمات جایگزین بود. نتایج به دست آمده از پایلوت، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اصلاحات لازم در نسخه ترجمه شده اعمال شد. در آخرین گام ترجمه پرسشنامه، متخصصین مربوطه نسخه ترجمه شده به فارسی را از لحاظ اشتباهات املائی و نکات دستوری مورد بازنگری قرار دادند. در نهایت

1. Forward-Backward translation

برای کسب اطمینان کافی از وجود روایی و اعتبار، اقدامات زیر انجام گردید:

۱- تعیین روایی صوری^۱، به منظور بررسی مرتبط بودن ابزار از نظر ظاهری با اهداف مطالعه، با کمک ۳۰ نفر از زنان و مردان متأهل و ۱۸ نفر از پانل متخصصان زنان و بهداشت باروری انجام شد و از آنان خواسته شد تا در مورد تناسب ابزار با اهداف تحقیق نظر دهند. ضمناً پرسشنامه از نظر استفاده از شیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات مورد بررسی قرار گرفت.

۲- تعیین روایی محتوی^۲، که به منظور کسب اطمینان از این که محتوای آزمون، معرف سازه‌ای است که ادعا می‌گردد آن را می‌سنجد، انجام شد. برای این کار از روش کیفی استفاده گردید.

روایی صوری و محتوا به روش کیفی بررسی شد.

۳- تعیین پایایی^۳ پرسشنامه به معنای وجود همسانی و ثبات در اندازه‌گیری صفات یا سازه‌های موجود در ابزار است که این فرآیند با استفاده از روش آلفای کرونباخ جهت تعیین همبستگی درونی پرسشنامه و از روش آزمون- بازآزمون^۴ برای بررسی تکرار پذیری پرسشنامه با فاصله ۲ هفته (در ۳۰ زن و مرد سنین باروری ۴۹-۱۵ سال) انجام شد. نتایج نشان دادند پایایی رضایت بخشی مناسبی دارد. ضریب همبستگی درونی ابزار با آلفا کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. ارزیابی آزمون- بازآزمون با فاصله ۲ هفته نیز همبستگی بین نمرات پرسشنامه را ۰/۸۱ نشان داد که نشان دهنده ثبات مناسبی از ابزار می‌باشد (جدول شماره ۱ و ۲). بر اساس انجام پایلوت، مشخص گردید که پر کردن پرسشنامه حدوداً به ۳۰ تا ۴۵ دقیقه زمان نیاز دارد.

سوالات پرسشنامه شامل بخش‌های دموگرافیک، آگاهی و دانش باروری، نوع روش پیشگیری از بارداری و تاریخچه باروری بود.

سوالات دموگرافیک شامل سن، جنس، محل زندگی، محل تولد، ملیت، میزان تحصیلات شرکت کننده و همسر، رضایت‌مندی از وضعیت اقتصادی و سلامتی و مذهب بود. در قسمت دوم، میزان آگاهی و دانش بهداشت باروری با پاسخ‌های خیلی زیاد، کافی، خیلی کم سنجیده شد. هم‌چنین در خصوص آموزش در مدرسه در مورد انواع روش‌های پیشگیری از بارداری با پاسخ‌های خیلی زیاد، زیاد، کم و اصلاً مشخص شد.

در قسمت سوم از روش پیشگیری که در حال حاضر مورد استفاده قرار گرفته، پرسش انجام شد. هم‌چنین سوال "راحتی صحبت کردن با همسر در خصوص استفاده و انتخاب روش پیشگیری" پرسیده شد و با پاسخ‌های راحت، راحت نیستم، خیلی ناراحتم مشخص شد. هم‌چنین در این قسمت، "روزهایی از سیکل ماهانه (زن) که احتمال باروری در صورت عدم استفاده از روش پیشگیری بیش‌تر از سایر روزهای سیکل می‌باشد" به‌طور خاص مورد پرسش قرار گرفت و پاسخ‌ها ثبت شد. موارد باروری ناخواسته طبق تعریف حاملگی ناخواسته پرسش شد و پاسخ‌ها با توجه به تعداد حاملگی ناخواسته ثبت شد. سیستم نمره‌دهی ابزار با استفاده از اعداد انجام شد. عوامل مرتبط سن، سن اولین ازدواج، تعداد ازدواج، اهمیت مذهب در مسائل باروری، سن اولین بارداری، اطمینان از ادامه رابطه زناشویی، راحتی استفاده از روش پیشگیری، داشتن فرزند زنده و تعداد آن، رضایت از روش پیشگیری، اولین رابطه زناشویی با همسر یا غیر همسر و سن اولین رابطه جنسی با بارداری ناخواسته مورد بررسی قرار گرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه تحلیل شد. برای توصیف نتایج کمی مطالعه از میانگین و انحراف استاندارد و نتایج کیفی از درصد استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تحلیل عوامل مرتبط در مرحله اول از مدل رگرسیون لجستیک تک متغیره و در مرحله دوم از مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره استفاده شد.

1. Face validity
2. Content validity
3. reliability
4. test-retest

جدول شماره ۱: نتایج ارزیابی پایایی پرسشنامه در بعد تکرارپذیری به تفکیک سوالات

Intraclass correlation coefficient (ICC)			سوالات پرسشنامه
Minimum	Maximum	Mean	
دامه مراقبت های بهداشتی			
۰/۵۰۱	۰/۷۵۶	۰/۶۰۱	۱۷- آیا در طول ۲ سال گذشته از پزشک یا کارکن بهداشتی در مورد روش پیشگیری از بارداری، باروری یا حاملگی مشاوره دریافت کرده اید؟
۰/۸۹۲	۰/۹۸۱	۰/۹۴۹	۱۸- شما به عنوان یک زن، چقدر صحت کردن با کارکن بهداشتی در مورد موارد زیر برایتان راحت است؟
۰/۹۷۱	۰/۹۹۴	۰/۹۸۵	۱۹- شما به عنوان یک زن چقدر برایتان راحت و آسان است که خدمات بهداشتی - مشاوره ای زیر را از مرکز بهداشتی درمانی دریافت کنید؟
۰/۹۳۵	۰/۹۹۳	۰/۹۶۹	۲۰- در صورت <u>رخداد حاملگی ناخواسته</u> در شما کدام یک از موارد زیر را انجام می دهید
۰/۹۸۱	۰/۹۹۴	۰/۹۸۴	۲۱- کدامیک از موارد زیر به نظرات شما در مورد انجام سقط در ایران نزدیک است؟
۱	۱	۱	۲۲- آیا تا به حال نام داروهای که باعث ایجاد سقط می شوند را شنیده اید؟
۱	۱	۱	۲۳- آیا فکر می کنید داروهای سقط آور در ایران موجود هستند؟
۱	۱	۱	۲۴- آیا فکر می کنید داروهای سقط آور باید در ایران موجود باشد؟
۱	۱	۱	۲۵- آیا شما و همسرتان استفاده از داروهای سقط آور را در صورت نیاز، مد نظر قرار خواهید داد؟
۰/۱۸۹	۰/۸۱۶	۰/۷۴۰	۲۶- اگر در بارداری مشکل داشته باشید، موانع دریافت خدمات مربوط به ناباروری به نظر شما چه خواهد بود؟
دامه اطلاعات بهداشت باروری			
۱	۱	۱	۲۷- میزان دانش شما در مورد مسائل جنسی و بهداشت باروری چقدر است؟
۰/۸۲۸	۰/۹۶۷	۰/۹۱۳	۲۸- چقدر در مدرسه به شما در مورد زیر آموزش داده شده است؟
۰/۸۲	۰/۹۲۶	۰/۷۷۰	۲۹- به جز مواردی که شما در مدرسه یاد گرفته اید، سه منبع مهم و اصلی دیگر که بیشترین اطلاعات در مورد مدیریت باروری (انتخاب روش جلوگیری از بارداری و باردار شدن) را در اختیار شما قرار می دهند، کدامند؟
دامه پیشگیری از بارداری			
۰/۴۹۸	۰/۸۷۵	۰/۶۶۹	۳۰- روش پیشگیری از بارداری شما در اولین باری که نزدیکی داشته اید، یا در حال حاضر در حال استفاده از آن هستید و یا این که تا به حال از آن استفاده کرده اید، چیست؟
۰/۷۸۹	۰/۹۹۱	۰/۸۸۹	۳۱- اگر شما در حال حاضر برای پیشگیری از بارداری از روش خاصی استفاده می کنید، میزان رضایتمندی شما از این روش چقدر است؟
۰/۷۴۶	۰/۸۵۳	۰/۷۹۴	۳۲- چنانچه در حال حاضر از بارداری پیشگیری می کنید، آیا روش شما...؟
۱	۱	۱	۳۳- اگر در حال حاضر از روش های پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنید، لطفاً علت آن را توضیح دهید؟
۱	۱	۱	۳۴- فکر می کنید در حال حاضر چقدر مساله پیشگیری از بارداری برای شما اهمیت دارد؟
دامه پیش و تجربه شما در مدیریت باروری			
۰/۹۴۵	۰/۹۹۴	۰/۹۸۲	۳۵- به طور کلی فکر می کنید چه کسی باید مسئولیت پیشگیری از بارداری را به عهده بگیرد؟
۱	۱	۱	۳۶- به طور کلی چقدر در موقع صحت کردن در مورد روش های پیشگیری با همسرتان احساس راحتی می کنید؟
۱	۱	۱	۳۷- چقدر در موقع سوال کردن در مورد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری با همسرتان احساس راحتی می کنید؟
۰/۹۸۴	۰/۸۴۲	۰/۹۴۹	۳۸- با توجه به پیشرفت روش های پیشگیری از بارداری، تعدادی از آنها <u>طولانی اثر</u> و <u>مؤثرتر</u> از روش های قبلی پیشگیری از بارداری هستند. در این سوالات می خواهیم نظر شما را در مورد روش های جدید پیشگیری از بارداری بدانیم.
۰/۹۶۶	۰/۸۲۱	۰/۹۱۰	۳۹- فکر می کنید موارد زیر بر توانایی بارداری زنان در آینده به چه میزان تاثیر گذار باشد؟
۰/۸۷۱	۰/۹۷۵	۰/۹۲۴	۴۰- آیا فکر می کنید در یک دوره عادت ماهیانه در بعضی روزها در صورت عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری امکان بارداری پیش تر باشد؟
۱	۱	۱	۴۱- اگر پاسخ به سوال فوق بله می باشد، احتمال بارداری در کدام روزها بیش تر است؟
۰/۹۸۹	۰/۹۹۹	۰/۹۹۸	۴۲- فکر می کنید در رده های مختلف سنی زنان چه مدت طول می کشد تا حاملگی رخ دهد؟
۰/۹۳۳	۰/۹۹۳	۰/۹۶۹	۴۳- آیا به نظر شما قابل قبول است که یک زن با سن بالای ۴۵ سال بر باردار شدن اقدام نماید؟
۰/۹۸۹	۰/۹۹۹	۰/۹۹۶	۴۴- فکر می کنید برای یک مرد تا چه سنی به نظر شما قابل قبول است؟
۰/۹۸۸	۰/۹۹۹	۰/۹۹۶	۴۵- فکر می کنید باروری در مردان و زنان از چه سنی شروع به کاهش می کند؟
۰/۸۱۶	۰/۹۸۱	۰/۹۴۱	۴۶- به عقیده شما عامل ناباروری به کدامیک از موارد زیر مربوط می باشد؟
۰/۹۶۲	۰/۹۹۶	۰/۹۸۸	۴۷- وقتی درمان های ناباروری مثل IUI کاشتن جنین در رحم با استفاده از لقاح آزمایشگاهی (نیز باشد، فکر می کنید...؟
۱	۱	۱	۴۸- آیا شانس باردار شدن با روش های کمک باروری مانند IVF کاشتن جنین در رحم با استفاده از لقاح آزمایشگاهی) در زمانی که در اواخر دهه ۳۰ یا اوایل دهه ۴۰ زندگی شما می باشد، همانند شانس باردار شدن آن ها به صورت طبیعی در زمانی که جوان تر بوده اند، می باشد؟
۰/۹۶۶	۰/۶۷۱	۰/۸۴۴	۴۹- آیا در ایران بایستی زنان برای ذخیره تخمک (فریز بخشی از تخمک ها در بانک های بیولوژیک) برای استفاده در آینده تشویق شوند؟
دامه تجربه جنسی			
۰/۹۶۸	۰/۶۹۱	۰/۸۰۱	۵۰- شما در چند سالگی اولین نزدیکی را تجربه کردید؟
۱	۱	۱	۵۱- اولین نزدیکی خودتان را چگونه توصیف می کنید؟
۰/۹۶۵	۰/۹۹۶	۰/۹۸۹	۵۲- همسر شما در اولین باری که نزدیکی داشتید، چند ساله بود؟
۰	۰	۰	۵۳- آیا تا به حال تحت فشار مرد یا زنی دیگر به داشتن نزدیکی ترغیب شده اید یا این که نگران این مسئله بوده اید؟
۰	۰	۰	۵۴- آیا نزدیکی ناخواسته توسط کسی بود که:
دامه تلاش برای باردار شدن			
۱	۱	۱	۵۵- آیا برای باردار شدن تلاش کردید و یا بارداری داشته اید؟
۱	۱	۱	۵۶- شما زمانی که برای اولین بار برای بارداری تلاش می کردید، چند ساله بودید؟
۰/۹۵۵	۰/۸۹۵	۰/۹۸۵	۵۷- در اولین باری که شما برای بارداری سعی می کردید، آیا فکر می کنید حمله شدن چگونگی باشد؟
دامه مشکلات باروری			
۱	۱	۱	۵۸- آیا شما تاکنون بارداری داشته اید؟
۱	۱	۱	۵۹- آیا شما (در حال حاضر یا در گذشته) تشخیص ناباروری داشته اید؟
۰/۷۸۰	۰/۹۷۷	۰/۹۲۹	۶۰- بعضی از مردم تنها یک کودک دارند (با بیش تر) اما برای باردار شدن مجدد مشکل پیدا می کنند. آیا شما در حال حاضر برای بارداری دومین (یا سومین) بچه مشکل دارید؟
۰/۵۶۸	۰/۹۸۶	۰/۹۴۵	۶۱- وقتی تلاش شما برای باردار شدن موفقیت آمیز نبود، متعاقباً چه اقداماتی برای حاملگی انجام دادید؟
۰/۵۶۸	۰/۹۸۶	۰/۹۴۵	۶۲- آیا افرادی در مورد این که چه کاری برای بارداری انجام دهید، مشاوره داشتید؟
۰/۵۶۸	۰/۹۸۶	۰/۹۴۵	۶۳- قبل از این که شما با یک پزشک مشورت کنید، چقدر سعی کردید تا باردار شوید؟
برنامه باروری شما و تاریخچه آن			
۱	۱	۱	۶۴- تعداد فرزند ایده آل شما چند تا است؟
۱	۱	۱	۶۵- ایده آل همسر شما چند فرزند است؟
۱	۱	۱	۶۶- در واقعیت فکر می کنید، چندتا بچه خواهید داشت (این شامل همه بچه های قبلی شما نیز می باشد).
۱	۱	۱	۶۷- اگر می خواهید که بچه یا بچه های دیگری داشته باشید، تمایل دارید چه زمانی بچه بعدی را داشته باشید؟
۰/۶۶۵	۰/۸۹۴	۰/۷۸۰	۶۸- چند بار موارد زیر برای شما اتفاق افتاده است؟
۱	۱	۱	۶۹- چندبار ازدواج کردید و از چند همسر تاکنون باردار شده اید؟
۰/۹۹۸	۱	۰/۹۹۸	۷۰- شما وقتی باردار شدید، چند سال داشتید؟
۱	۱	۱	۷۱- تاریخ این بارداری ها چه بوده؟
۰/۷۷۲	۰/۸۵۹	۰/۸۸۹	۷۲- این حاملگی شما چطور اتفاق افتاد؟
۰/۶۸۵	۰/۹۳۳	۰/۸۴۶	۷۳- قبل از این که این بارداری اتفاق بیفتد، فکر می کردید اینکه راحت باردار شوید؟
۱	۱	۱	۷۴- اگر شما برای بارداری تلاش کردید، چقدر طول کشید تا بارداری رخ دهد؟
۱	۱	۱	۷۵- شما برای رخداد این بارداری چه کاری انجام دادید؟
۱	۱	۱	۷۶- آیا کادر بهداشتی-درمانی در مورد روش های پیشگیری بعد از بارداری های زیر مشاوره ای با شما داشتند؟
۰/۶۶۵	۰/۸۵۹	۰/۸۸۹	۷۷- آیا در زمان نزدیکی که منجر به حاملگی ناخواسته شد، فکر می کردید که خطر حاملگی ناخواسته وجود داشته باشد؟
۰/۳۱۷	۰/۸۶۹	۰/۶۵۴	۷۸- اگر تمایلی به بارداری نداشتید، فکر می کنید علت باردار شدن شما چه بوده است؟

جدول شماره ۲: نتایج ارزیابی پایایی پرسشنامه در بعد تکرارپذیری به تفکیک دامنه ها

Intraclass correlation coefficient (ICC)			دامنه های پرسشنامه
Minimum	Maximum	Mean	
۰/۸۳۶	۰/۹۶۹	۰/۹۱۵	مراقبت های بهداشتی (سوال ۱۷-۲۶)
۰/۶۵۶	۰/۹۱۱	۰/۸۱۷	اطلاعات بهداشت باروری (سوال ۲۷-۲۹)
۰/۵۹۹	۰/۸۳۹	۰/۷۱۵	پیشگیری از بارداری (سوال ۳۰-۳۴)
۰/۸۱۹	۰/۹۶۴	۰/۹۰۶	بینش و تجربه شما در مدیریت باروری (سوال ۳۵-۳۷)
۰/۴۹۹	۰/۸۵۵	۰/۶۱۳	تجربه جنسی (سوال ۳۸-۴۹)
۰/۸۱۲	۱	۰/۹۸۷	تلاش برای باردار شدن (سوال ۵۰-۵۴)
۰/۴۷۶	۰/۸۸۸	۰/۷۰۲	مشکلات باروری (سوال ۵۵-۵۷)
۰/۸۹۹	۰/۹۷۹	۰/۹۱۹	برنامه باروری (سوال ۵۸-۶۳)
۰/۶۸۹	۰/۹۸۶	۰/۸۴۵	کل پرسشنامه (سوال ۶۴-۷۸)

یافته ها

میانگین سن مردان در پژوهش $1/6 \pm 36/5$ سال بود. مردان مطالعه از نظر سنی به سه گروه تقسیم شدند. اکثریت مردان با ۷۲ درصد به گروه سنی ۲۵-۴۰ سال و کمترین مردان با ۱/۶ درصد در گروه سنی ۱۵-۲۵ تعلق داشتند. ۸۱/۷ درصد مردان تحصیلات دیپلم و کم تر از دیپلم داشتند. ۹۹/۴ درصد از مردان در پژوهش، شاغل بودند. ۹۲/۹ درصد از مردان یکبار ازدواج کرده بودند. ۷۶/۵ درصد از همسر مردان به گروه سنی ۲۶-۴۰ سال تعلق داشتند. ۹۶/۱ درصد از مردان مذهب شیعه داشتند و ۷۶/۳ درصد از مردان از وضعیت مالی و جسمانی خود رضایت نسبی داشتند و مدت زمان تاهل مردان از یک ماه تا ۳۹۶ ماه متفاوت بود. ۲/۷۶ درصد افراد پژوهش، ملیت افغانی داشتند. ۱۰۰ درصد مردان هیچ آموزشی در خصوص روش های پیشگیری از بارداری در مدرسه دریافت نکرده بودند. ۹۵/۱ درصد از مردان تجربه باروری در همسرانشان داشتند. ۳۷/۱ درصد از مردان با سابقه باروری حداقل یک بار تجربه بارداری نافواسته را در همسر خود گزارش کردند. بیشترین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده مردان در حال حاضر، روش طبیعی با ۳۷/۱ درصد، کاندوم ۳۵/۳ درصد و ۳/۸ IUD درصد، کمترین روش ها مورد استفاده شامل ۴/۳ درصد توبکتومی، ۰/۸ درصد آمپول دیومدروکسی پروژسترون و ۲ درصد وازکتومی گزارش شد. عوامل تک متغیره مرتبط با بارداری نافواسته در جدول شماره ۳ گزارش شد. گروه سنی مردان شرکت کننده در مطالعه با حاملگی نافواسته ارتباط معنی داری داشت

($p=0/017$). بیشترین حاملگی نافواسته با ۴۵/۹ درصد را مردان در گروه سنی ۴۰ سال و بیش تر و کمترین حاملگی نافواسته در گروه سنی ۳۰-۱۸ سال با ۳۱ درصد گزارش شد. سن اولین ازدواج مردان با باروری نافواسته در گروه سنی ۲۰-۱۵ سال با ۵۶/۸ درصد بیشترین و در گروه سنی ۴۰-۳۰ با ۲۱ درصد کمترین ارتباط را نشان داد ($p=0/001$). ازدواج بیش از یک بار، ۵۵/۵ درصد با ($p=0/02$)، هم چنین عدم اهمیت مذهب در برنامه باروری ۴۴/۱ درصد با ($p=0/001$)، سن اولین باروری در گروه سنی ۱۵-۲۰ سال با ۶۶/۷ درصد با ($p=0/001$)، عدم اطمینان از ادامه تدوام زناشویی ۶۵ درصد با ($p=0/008$)، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری ۷۵ درصد با ($p=0/001$)، داشتن سه فرزند زنده و بیش تر با ۶۶/۱ درصد با ($p=0/001$)، عدم رضایت از روش پیشگیری ۴۷/۶ درصد با ($p=0/04$)، اولین تماس جنسی با شریک جنسی ۴۴/۴ درصد با ($p=0/007$)، سن اولین تماس جنسی ۴۶/۱ درصد با ($p=0/002$) با باروری نافواسته ارتباط نشان دادند (جدول شماره ۳). در تجزیه و تحلیل مدل های رگرسیون لجستیک چند متغیره، عوامل مرتبط با حاملگی نافواسته، ازدواج بیش از یکبار مردان (CI = 95% 1/07-7/13)، عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی (CI = 95% 0/08-0/81)، عدم راحتی استفاده از روش پیشگیری (CI = 95% 1/95-51/91)، داشتن دو فرزند زنده (CI = 95% 1/37-4/09)، داشتن ۳ فرزند زنده و بیش تر (CI = 95% 1/82-10/99)، ۴/۴۷ مشخص شد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: مشخصات فردی و توزیع فراوانی ۵۰۷ مرد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران

متغیرهای تحقیق	تعداد مردان (۵۰۷) درصد (۱۰۰)	متغیرهای پژوهش	تعداد (۵۰۷) درصد (۱۰۰)
سن، سال، دامنه	۲۳-۴۹ (۳۶/۵ ± ۶/۱)	دانش باروری	۱۰ (۱/۹)
سن	۸ (۶/۱)	خوب	۴۹۷ (۹۸/۰۲)
۱۵-۲۵	۳۶۶ (۷۲)	بد	۲۵ (۴/۹)
۲۶-۴۰	۱۳۳ (۲۶/۲)	سابقه باروری	۴۸۲ (۹۵/۱)
>۴۰		خیر	
تخصیلات		بله	
دیپلم و پایین تر	۴۱۴ (۸۱/۷)	سابقه باروری ناخواسته	۳۱۹ (۶۲/۹)
دیپلم و بالاتر	۹۳ (۱۸/۳)	یکبار	۱۸۸ (۳۷/۱)
شامل		بیش از یکبار	
بله	۵۰۴ (۹۹/۴)	روش پیشگیری از بارداری در حال حاضر	۱۸۸ (۳۷/۱)
خیر	۳۰ (۶)	طبیعی	۱۷۹ (۳۵/۳)
تعداد ازدواج		کاندوم	۱۹ (۳/۷)
یکبار	۴۷۱ (۹۲/۹)	قرص های خوراکی	۲۷ (۵/۳)
بیش تر از یکبار	۳۶ (۷/۱)	آی یو دی	۴ (۰/۸)
سن همسر		دیو مدرن کسپی پروژسترون تزریقی	۲۲ (۴/۳)
۱۵-۲۵	۸۰ (۱۵/۸)	توئیکومی	۱۰ (۲)
۲۶-۴۰	۳۸۸ (۷۶/۵)	واژکتومی	۵۸ (۱۱/۴)
>۴۰	۳۹ (۷/۷)	هیچ روشی نداریم	
تخصیلات همسر		در دو سال گذشته مشاوره از پرسنل بهداشتی در خصوص روش های پیشگیری از بارداری دریافت کرده اید؟	
دیپلم و پایین تر	۳۶۸ (۷۲/۶)	بله	۴۵ (۸/۹)
دیپلم و بالاتر	۱۳۹ (۲۷/۴)	خیر	۴۶۲ (۹۱/۱)
مذهب		به راحتی از پرسنل بهداشتی پرسش های خود را در خصوص روش های پیشگیری از بارداری می پرسید؟	
شیعه	۴۸۷ (۹۶/۱)	نمی پرسم	۱۱۷ (۲۳/۱)
سنی	۲۰ (۳/۹)	راحتم	۲۴۹ (۴۹/۱)
رضایت از وضعیت مالی		ناراحتم	۱۴۱ (۲۷/۸)
خیلی زیاد	۵۴ (۱۰/۷)	سابقه سقط	
متوسط	۳۸۷ (۷۶/۳)	خیر	۴۴۱ (۸۱/۴)
خیلی کم	۶۶ (۱۳)	بله	۴۱ (۸/۶)
رضایت از سلامت جسمانی		آموزش روش های پیشگیری از بارداری در مدرسه دریافت کردید؟	
خوب	۵۴ (۱۰/۷)	خیلی کم	۰
نه خوب نه بد	۳۸۷ (۷۶/۳)	تدریس نشد	۵۰۷ (۱۰۰)
بد	۶۶ (۱۳)	به نظر شما در حال حاضر جلوگیری از بارداری اهمیت دارد؟	
		خیلی مهم	۳۹۶ (۷۸/۱)
		بی اهمیت	۱۱۱ (۲۱/۹)
		به نظر شما مسئولیت پیشگیری از بارداری با کیست؟	
		زن	۳۸ (۷/۵)
		مرد	۹۵ (۱۸/۷)
		هر دو	۳۶۵ (۷۲)
		احساس راحتی در صحبت کردن در خصوص روش های پیشگیری از بارداری با همسر خود دارید؟	
		خیلی راحت	۴۶۷ (۹۲/۱)
		خیلی ناراحت	۴۰ (۷/۹)

جدول شماره ۴: مقایسه متغیرهای دموگرافیک و دانش، تاریخچه باروری با و بدون بارداری ناخواسته و تحلیل رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند

متغیر ۵۰۷ مرد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران

متغیرهای پژوهش	عدم بارداری ناخواسته (تعداد=۳۱۹)	سابقه بارداری ناخواسته (تعداد=۱۸۸)	سطح معنی داری	نسبت شانس تطبیق داده شده با حدود اطمینان ۹۵ درصد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
سن	۶۰ (۱۹)	۲۷ (۳۱)	۰/۰۱	۱/۱۹ (۰/۷۱-۱/۹۹)	۱
۱۸-۳۰	۱۸۷ (۵۵/۲)	۱۰۰ (۳۴/۸)		۰/۸۱ (۰/۳۹-۱/۶۶)	
۳۱-۴۰	۷۲ (۲۲/۱)	۶۱ (۴۵/۹)		۱/۰۸ (۰/۳۸-۲/۰۸)	
>۴۰					
سن اولین ازدواج	۱۹ (۴۳/۲)	۲۵ (۵۶/۸)	۰/۰۰۱	۰/۴۵ (۰/۲۴-۰/۸۵)	۱
۱۰-۲۰	۲۵۱ (۶۲/۶)	۱۵۰ (۳۷/۴)		۰/۲ (۰/۰۹-۰/۴۷)	
۳۰-۴۰	۴۹ (۱۶)	۱۳ (۲۱)			
تعداد ازدواج	۳۰۳ (۶۴/۳)	۱۶۸ (۳۵/۷)	۰/۰۰۱	۲/۲۵ (۱/۱۴-۴/۴۸)	۱
یکبار	۱۶ (۴/۵)	۲۰ (۵/۵)			
بیش از یک بار	۱۳۳ (۳۴/۳)	۱۴۸ (۳۵/۷)			
اهمیت مذهب در موضوعات باروری	۱۳۳ (۳۴/۳)	۷۳ (۱۹/۷)	۰/۰۰۱	۱/۸۷ (۱/۲۹-۲/۶۹)	۱
مهم هست	۱۴۶ (۳۵/۹)	۱۱۵ (۲۹/۱)			
مهم نیست					
اولین سن باروری	۶ (۳/۳)	۱۲ (۶/۷)	۰/۰۰۱	۰/۴۴ (۰/۰۲-۲/۳۸)	۱
۱۰-۲۰	۱۹۱ (۵۸/۱)	۱۳۸ (۳۸/۱)		۰/۲۹ (۰/۰۴-۲/۱۲)	
۳۰-۴۰	۹۷ (۲۷/۹)	۳۸ (۱۰/۸)			
تولم زندگی زناشویی	۷ (۳/۵)	۱۳ (۳/۵)	۰/۰۰۸	۰/۲۵ (۰/۰۸-۰/۸۱)	۱
برای همیشه	۳۱۲ (۶۴/۲)	۱۷۴ (۳۵/۸)			
مطمئن نیستن تا کی					
راحتی استفاده از روش پیشگیری	۲۶۵ (۶۶/۱)	۱۳۶ (۳۳/۹)	۰/۰۰۱	۵/۸۴ (۱/۵۵-۱۸/۴۷)	۱
بله	۴ (۲/۵)	۱۲ (۳/۵)			
خیر					
داشتن تعداد فرزند زنده	۱۳۴ (۵۷/۷)	۳۹ (۲۲/۵)	۰/۰۰۱	۲/۴۹ (۱/۶-۳/۸۸)	۱
یک فرزند	۱۳۱ (۵۸/۱)	۹۵ (۴۲)		۶/۳۷ (۱/۳۲-۴/۰۹)	
دو فرزند	۲۰ (۳/۳)	۳۹ (۲۲/۵)		۰/۹۲ (۰/۰۱-۱/۳۸)	
سه فرزند				۰/۴۶ (۰/۰۹-۲/۳۸)	
رضایت از روش پیشگیری از بارداری	۲۶۵ (۶۶/۵)	۲۰۴ (۳۳/۵)	۰/۰۰۲	۱/۳۲ (۰/۰۱-۲/۰۲)	۱
کاملاً رضایت دارم	۴۹۷ (۶۰/۸)	۳۳۱ (۳۹/۲)		۱/۵۹ (۰/۰۱-۲/۵۴)	
رضایت دارم	۱۲۲ (۳۲/۴)	۱۱۱ (۲۷/۶)			
رضایت ندارم					
اولین تماس جنسی	۲۱۰ (۶۷/۵)	۱۰۱ (۳۲/۵)	۰/۰۰۷	۱/۶۶ (۱/۱۵-۲/۴)	۱
همسر	۱۰۹ (۵۵/۶)	۸۷ (۲۴/۴)			
غیر همسر					
سن اولین تماس جنسی	۹۰ (۵۳/۹)	۷ (۴/۶)	۰/۰۰۲	۰/۶۱ (۰/۰۴-۰/۸۹)	۱
۱۰-۲۰	۲۹۶ (۶۵/۸)	۱۰۷ (۳۴/۲)		۰/۲ (۰/۰۷-۰/۶۱)	
۳۰-۴۰	۲۳ (۵/۲)	۴ (۱/۴)			
۴۰-۴۱					

بحث

نتایج در این مطالعه، اطلاعات به روز از فراوانی باروری نافواسته و عوامل مرتبط با آن، در مردان متاهل ۴۹-۱۵ ساله جنوب شهر تهران گزارش شده است. بیش از یک سوم از مردان پژوهش تجربه بارداری نافواسته را با همسر خود را گزارش کردند، هم چنین از عوامل مرتبط با باروری نافواسته می توان به تعدد ازدواج بیش از یکبار، عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری از بارداری و تعداد فرزند زنده بیش از یکی، اشاره کرد. شیوع بارداری نافواسته، در مطالعات مقطعی انجام شده از سال ۲۰۱۲ تا سال ۲۰۱۸ در شهرهای مختلف کشور متفاوت گزارش شده است. قابل ذکر است که در تمام مطالعات، گروه هدف مطالعه را فقط زنان تشکیل می دادند. به طوری که بیشترین بارداری نافواسته مطالعه کیانی در سال ۲۰۱۳ در شهر مشهد (۱۸) ۲۹/۵ درصد، مطلق در سال ۲۰۱۳ در شش شهر بزرگ ایران ۳۰ درصد (۱۳)، مطالعه نمازی در سال ۲۰۱۴ در شهر رشت ۴۹/۳ درصد (۱۲)، مطالعه ولی پور در سال ۲۰۱۵ در شهر یزد ۳۸/۹ درصد (۱۹) و مطالعه ابراهیمی زاده در سال ۲۰۱۵ در شهر خرم آباد ۳۲/۳ درصد (۲۰)، گزارش شد. کمترین شیوع حاملگی نافواسته در مطالعه شهبازیان در سال ۲۰۱۵ در کرمانشاه ۲۱/۷ درصد (۲۱)، جراحی در سال ۲۰۱۵ در سرخس مشهد ۲۱/۷ درصد (۲۲)، اسدی سروسستانی در سال ۲۰۱۶ در شهر شیراز ۱۷ درصد (۲۳)، رزاقی نصرآباد در سال ۲۰۱۸ در شهر سمنان ۱۰/۵ درصد (۱۴)، در مطالعه میرزاپور در سال ۲۰۱۷ در شهر تهران ۱۹/۲ درصد (۲۴) و مطالعه Rowe در سال ۲۰۱۶ در کشور استرالیا با گروه هدف زنان و مردان شیوع بارداری نافواسته را ۴۰ درصد گزارش کرد (۲۶). محمد هاتف حبیب در سال ۲۰۱۷ در کشور پاکستان (گروه هدف زنان) ۳۸/۲ درصد (۲۷) و Wellings و همکاران در سال ۲۰۱۳ در کشور بریتانیا (گروه هدف زنان) ۱۶/۲ درصد (۷)، Kågesten در سال ۲۰۱۴ در فرانسه شیوع بارداری نافواسته در مردان را ۲۰ درصد گزارش کردند (۲۸).

طبق آمار جهانی، شیوع بارداری نافواسته در قاره آسیا در سال ۲۰۱۰ تا سال ۲۰۱۴ از ۳۶ درصد تا ۴۴ درصد گزارش شده است (۲۹). فراوانی بالای بارداری نافواسته در مطالعه حاضر با سایر مطالعات در سطح کشور به جهت تفاوت مهم در نوع جمعیت پژوهش می باشد. در مطالعه حاضر مردان و در سایر مطالعات ایرانی فقط زنان مورد پژوهش قرار گرفتند. تعداد نمونه، گروه هدف (زنان)، تفاوت محیط پژوهش، فرهنگ شهرستانها و موقعیت اجتماعی و اقتصادی مردم پژوهش از سایر موارد قابل ذکر می باشد. فراوانی باروری نافواسته مطالعه حاضر با آمار جهانی همخوانی دارد و نسبت به کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه افزایش نشان می دهد که برای سلامت مادران و کودکان تهدید جدی به شمار می آید. شایان ذکر است که فراوانی باروری نافواسته در مردان بیش از ۳۷ درصد می باشد، چرا که مردان باروری را تجربه نمی کنند و از طریق اطلاع رسانی همسر یا شریک جنسی متوجه باروری می شوند، ممکن است اطلاعات به درستی از سوی همسران انتقال داده نشود یا با سقط خاتمه پیدا کند (۳۱).

دومین یافته مهم مطالعه حاضر، متغیر ازدواج بیش از یکبار در مردان است که با بارداری نافواسته همراه بود. معمولاً با شروع رابطه جنسی جدید و هیجانات جنسی، معمولاً استفاده از روش پیشگیری فراموش می شود (در اولین رابطه، اکثریت باروریها نافواسته گزارش می شوند) یا به دلیل عدم استفاده صحیح از روش پیشگیری، احتمال بارداری افزایش می یابد. گاهی اوقات به دلیل نشان دادن صمیمیت بین زوجین، روش پیشگیری استفاده نمی شود (۳۲)؛ لذا احتمال بارداری نافواسته افزایش می یابد (۳۳). یافته سوم، عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی که با بارداری نافواسته ارتباط معکوس نشان داد، می باشد که در واقع نقش محافظتی دارد. در سایر مطالعات هم گزارش شده که تعارضات زناشویی و عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی بر کاهش یا عدم رابطه جنسی تاثیر دارد و زوجین به دلیل

طلاق عاطفی سعی می‌کنند وارد رابطه عاطفی یک بارداری قرار نگیرند (۳۴). اما در سایر مطالعات، افزایش دهنده بارداری ناخواسته گزارش شده است (۳۵). شاید به دلیل عدم ارتباط مناسب، زوجین فکر می‌کنند طرف مقابل در حال استفاده از روش پیشگیری می‌باشد و یا نسبت به شریک جنسی تعهدی ندارد، لذا بارداری ناخواسته حائز اهمیت نیست. مردان در روابط زناشویی پایدار اغلب از روش پیشگیری قابل اطمینان استفاده می‌کنند (۳۵).

یافته چهارم مطالعه حاضر، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری از بارداری به عنوان عامل خطر بارداری ناخواسته در نظر گرفته شده است. بیشترین احتمال بارداری ناخواسته همزمان با استفاده از روش منقطع، کاندوم و قرص گزارش شده است (۲). احتمال خطا معمولاً در شش ماهه اول استفاده از روش افزایش می‌یابد (۳۳). عدم استفاده صحیح و مهارت لازم، شانس بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد. استفاده از روش‌های طولانی‌اثر از جمله آمپول مدروکسی پروژسترون و آی‌یودی یا روش‌های دائمی توبکتومی و وازکتومی که نیاز به مهارت استفاده کننده ندارد، شانس بارداری ناخواسته را کاهش می‌دهد. در صورت آگاهی از مکانسیم عملکرد روش پیشگیری، احتمال بارداری ناخواسته به صفر درصد می‌رسد (۳۶). هم‌چنین تغییر روش پیشگیری و استفاده از روش جدید، شانس بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد (۳۷). یافته پنجم مطالعه حاضر، ارتباط تعداد بیش از یک فرزند زنده با بارداری ناخواسته گزارش شد. در توضیح این یافته مطالب ذیل قابل ذکر است: در زندگی کشاورزی، فرزندان بهترین و ارزشمندترین سرمایه‌های هر خانواده به شمار می‌رفتند از جمله نیروی کار، منبع امرار معاش والدین و در زمان سالمندی، پرستار و حامی والدین سالمند خود بودند. افزایش تعداد فرزندان در حکم افزایش سرمایه آن خانوار در نظر گرفته می‌شد. در فرایند صنعتی شدن و توسعه شهرنشینی و بالارفتن

تحصیلات، ابتدا باعث کاهش مرگ و میر و بعدها نیز منجر به کاهش تمایل به باروری شد، تعداد فرزند نه تنها سرمایه محسوب نمی‌شود، بلکه از یک طرف با تحمیل هزینه‌های سنگین برای والدین به دلیل آموزش و پرورش فرزندان و از طرف دیگر منافع فرزندان دیگر کاهش می‌یابد. در نتیجه، انگیزه والدین برای داشتن فرزند بسیار کم‌تر می‌شود (۳۸، ۳۹). یافته‌های مطالعات جویس و یونگارت با این یافته هم‌سو بود (۴۰، ۴۱). با توجه به وضعیت اقتصادی اجتماعی و تحصیلات مردان پژوهش (فقط ۱۸ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند) که اکثراً کارگران روز مزد بودند، تامین مسکن و معاش خانواده با ابعاد بزرگ تر، سخت و در بعضی مواقع غیر ممکن می‌باشد، می‌تواند کامل کننده توضیح این متغیر باشد "افزایش تعداد فرزند بیش از یکی، باروری ناخواسته تلقی می‌شود".

محدودیت های مطالعه

از نقاط ضعف مطالعه می‌توان به مقطعی بودن مطالعه اشاره کرد. افراد شرکت کننده در مطالعه ملیت ایرانی و افغانه داشتند، این گروه (افغانه) با توجه به مشکلات اقتصادی اجتماعی بیش‌تر، امکانات و تسهیلات کم‌تر، گروه ویژه‌ای هستند، نتایج داده‌ها به دلیل ناکافی بودن حجم نمونه افغانه (۱۴ مرد) امکان قدرت مطالعه کافی را نداشت و تعمیم متغیر و عوامل مرتبط، نتایج به این گروه امکان پذیر نبود.

نقاط قوت مطالعه

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱- اولین مطالعه در خصوص باروری ناخواسته در مردان در کشور ایران بود؛ البته در کشورهای دیگر هم مطالعات اندکی انجام شده است. ۲- بعد از گذشت چهار سال از تغییر سیاست فرزندآوری، اولین مطالعه در جنوب و حاشیه شهر تهران بود که به بررسی فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن پرداخته است.

(آپول مدروکسی پروژسترون و آی یودی) که توسط پرسنل دوره دیده ارایه خدمت می شود، استفاده کنند. در صورت عدم تمایل به باروری مجدد، عوارض بارداری ناخواسته و سقط برای مردان با بیش از یک فرزند آموزش داده شود و مشاوره کامل روش های پیشگیری دریافت کنند.

پیشنهاد می شود آموزش باروری و جنسی در برنامه مراقبت فردی مردان قرار گیرد تا آگاهی لازم و مناسب بدون واسطه انتقال داده شود. برای استفاده بهینه از پژوهش در بالین و سیاست آموزش روش های پیشگیری از بارداری به مردان توصیه می شود: آموزش روش های پیشگیری از بارداری به مردان معمول نیست، هم چنین از ورود مردان متاهل به اتاق تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی ممانعت می شود، در بعضی مواقع که امکان ورود هست، فضای کافی برای آموزش نیست. لذا مراجعین مرد احساس راحتی در هنگام کسب اطلاعات لازم از خدمات مشاوره تنظیم خانواده را نمی کنند. بارداری ناخواسته از چالش های مهم بهداشتی کشور ایران بوده و هست. این چالش (کاهش بارداری ناخواسته) تا حدودی با برنامه ریزی و آموزش همگانی به زنان در سال های قبل محدود شده بود، اما با تغییر عملکرد تنظیم خانواده، این چالش می تواند غیر قابل کنترل و آسیب رسان باشد. برنامه تنظیم خانواده ایران، نیازمند حمایت، تدابیر هوشمندانه و مقتدرانه مسئولین کشوری می باشد تا الگوی مناسب باروری سالم در مردان ترویج گردد.

۳- تعداد متغیرهای بیش تری مورد تحلیل قرار گرفت.
 ۴- از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره در تحلیل آماری استفاده شد. ۵- با توجه به محیط نمونه گیری (جنوب و حاشیه تهران)، مردم این منطقه با مشکلاتی از قبیل وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و مشکلات شغلی (کارگر و روزمزد) و مکان سکونت نامناسب و استیجاری مواجه هستند، لذا بررسی فراوانی باروری ناخواسته و بررسی وضعیت باروری آن ها نسبت به سایر افراد می تواند اطلاعات دقیق تری از وضعیت باروری ناخواسته شهر تهران در اختیار ما قرار دهد. ۶- مطالعه ما با نمونه گیری از ۶۰ مرکز و دو خانه بهداشت از ۱۰۹ مرکز و خانه بهداشت، مرکز بهداشت جنوب که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. با توجه به افزایش فراوانی بارداری ناخواسته در مردان، توجه به عوامل مرتبط می تواند در کاهش باروری ناخواسته و سقط خود خواسته موثر باشد. کلاس های مشاور قبل از ازدواج و مراکز بهداشتی درمانی، مکان مناسب جهت آموزش روش های پیشگیری از بارداری برای مردان می تواند باشد. افرادی که بار دوم یا بیش تر ازدواج می کنند، بهتر است آموزش روش های پیشگیری را دریافت کنند. ازدواج مجدد آن ها بر آگاهی مناسب آن ها تلقی نشود. هم چنین آموزش مهارت فردی، مزایا و معایب استفاده از روش پیشگیری می تواند در راحتی استفاده از روش پیشگیری کمک رسان باشد. در افرادی که عدم راحتی در استفاده از روش دارند، بهتر است از روش های طولانی الاثر

References

1. Ebrahimzadeh F, Hajizadeh E, Vahabi N, Almasian M, Bakhteyar K. Prediction of unwanted pregnancies using logistic regression, probit regression and discriminant analysis. *Med J Islam Repub Iran* 2015; 29: 264 (Persian).
2. Moosazadeh M, Nekoeimoghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and metaanalysis. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(3): e277-e290.
3. Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M. Women's experiences of unwanted pregnancy. *Behbood* 2012; 15(6): 492-503.
4. Finlayson K, Downe S. Why do women not

- use antenatal services in low-and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med* 2013; 10(1): e1001373.
5. Amoako Johnson F, Madise NJ. Examining the geographical heterogeneity associated with risk of mistimed and unwanted pregnancy in Ghana. *J Biosoc Sci* 2009; 41(2): 249-267.
 6. Finer LB, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001–2008. *Am J Public Health* 2014; 104(Supp,1): S43-S48.
 7. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382(9907): 1807-1816.
 8. Santelli JS, Lindberg LD, Orr MG, Finer LB, Speizer I. Toward a multidimensional measure of pregnancy intentions: evidence from the United States. *Stud Fam Plann* 2009; 40(2): 87-100.
 9. Lindberg LD, Kost K. Exploring US men's birth intentions. *Matern Child Health J* 2014; 18(3): 625-633.
 10. Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Jones J, Mosher WD. Fertility, contraception, and fatherhood: data on men and women from cycle 6 (2002) of the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat* 23 2006(26): 1-142.
 11. Carter M, Kraft JM, Hock Long L, Hatfield Timajchy K. Relationship characteristics and feelings about pregnancy among Black and Puerto Rican young adults. *Perspect Sex Reprod Health* 2013; 45(3): 148-156.
 12. Namazi A. The investigation of demographic variables associated with the phenomenon of unwanted pregnancy in Rasht. *Nurs Vulnerables* 2015; 2(2): 29-38 (Persian).
 13. Motlaq ME, Eslami M, Yazdanpanah M, Nakhaee N. Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. *Int J Gynecol Obstet* 2013; 121(2): 157-161.
 14. Razeghi H, Saadati M, Bagheri A. Factors Affecting Unplanned Pregnancy in Semnan Province, Iran. *J Midwifery Reproduct Health* 2018; 6(2): 1273-1281 (Persian).
 15. Erfani A. Fertility in Tehran city and Iran: rates, trends and differentials. *Popul Stud* 2013; 1(1): 87-107 (Persian).
 16. Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran's shift in family planning policies: concerns and challenges. *Int J Health Policy Manag* 2014; 3(5): 231-233.
 17. Karamouzian M, Haghdoost AA, Sharifi H. Addressing the needs of sexual partners of people who inject drugs through peer prevention programs in Iran. *Int J Health Policy Manag* 2014; 2(2): 81-83.
 18. Kiani MA, Vakili R, Khakshour A, Saeedi M, Mosavi Gagarmi SM. Prevalence of Unwanted Pregnancy and its Related Factors in Women Mashhad City in 2013. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5(2): 421-419 (Persian).
 19. Valipour M, Nodushan AA. Factors Pertaining to Unintended Pregnancy Amongst Women Visiting Healthcare Centers of Yazd City. *JCHR* 2015; 4(2): 128-137 (Persian).
 20. Ebrahimzadeh F, Azarbar A, Almasian M, Bakhteyar K, Vahabi N. Predicting Unwanted Pregnancies among Multiparous Mothers in Khorramabad, Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2016; 18 (12): e26994 (Persian)

21. Shahbazin S, Gholamy A. Prevalence of Unintended Pregnancy and Its Related Factors in Kermanshah, Kangavar city (west Iran). *J Commun Health Res* 2015; 4(1): 19-28 (Persian).
22. Jarahi L, Zavar A, Neamat Shahi M. Evaluation of the frequency of unwanted pregnancy and its related factors in the pregnant women of Sarakhs city. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(124): 8-14 (Persian).
23. Sarvestani KA, Ahmadi A, Enayat H, Movahed M. Level and Factors Related to Unintended Pregnancy with a Brief Review of New Population Policies in Iran. *Iran J Public Health* 2017; 46(7): 973-981 (Persian).
24. Mirzamoradi M, Saleh M, Jamali M, Bakhtiyari M, Pooransari P, Saleh Gargari S. Factors related to unwanted pregnancies and abortion in the northern district of the city of Tehran, Iran. *Women Health* 2018; 58(6): 714-728 (Persian).
25. KHOUSHEH MG, Taheri E, HATAMI Z, Safaari M. Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in women referring to health centers in south of Tehran. *Faculty Of Nursing Of Midwifery Quarterly* 2008; 16(59): 26-32 (Persian).
26. Rowe H, Holton S, Kirkman M, Bayly C, Jordan L, McNamee K, et al. Prevalence and distribution of unintended pregnancy: the Understanding Fertility Management in Australia National Survey. *Australian New Zealand J Public Health* 2016;40(2):104-109.
27. Habib MA, Raynes-Greenow C, Nausheen S, Soofi SB, Sajid M, Bhutta ZA, et al. Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17(1): 156.
28. Kågesten A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Hum Reprod* 2014; 30(1): 186-196.
29. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* 2014; 45(3): 301-314.
30. Ebrahimzadeh F, Azarbar A, Almasian M, Bakhteyar K, Vahabi N. Predicting Unwanted Pregnancies among Multiparous Mothers in Khorramabad, Iran. *Iranian Red Crescent Med J* 2016; 18(12): 1-9 (Persian).
31. Jones EF, Forrest JD. Underreporting of abortion in surveys of US women :1976 to 1988. *Demography* 1992; 29(1): 113-126.
32. Manlove J, Welti K, Barry M, Peterson K, Schelar E, Wildsmith E. Relationship characteristics and contraceptive use among young adults. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43(2): 119-128.
33. Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999; 31(2): 56-63.
34. Hosseinian S, Amini M, Amini Y. Efficacy of Couples Communication Skills Group Training using Interaction Analysis Approach (TA) on Reducing Marital Conflicts. *Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 3(3): 377-400 (Persian).
35. Catalozzi M, Bell DL, Short MB, Marcell AV, Ebel SC, Rosenthal SL. Does perception of relationship type impact sexual health risk? *Sex Transm Dis* 2013; 40(6): 473-475.
36. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New Engl J Med* 2012; 366(21): 1998-2007.

37. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Group C, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human Reprod* 2006; 21(11): 2862-2867.
38. Keshavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hosseinpour K. Effective Factors of the Fertility Behavior the Nomadic and Non nomadic Tribes in Township of Semirum. *J Health Syst Res* 2012; 8(3): 456-465 (Persian).
39. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, Delavar B. "Unwanted" pregnancies and its determinants in Iran. *J Reproduct Inferti* 2004; 5(1): 62-76 (Persian).
40. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. *Demography* 2000; 37(1): 83-94.
41. Bongaarts J, Watkins SC. Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review* 1996; 22(4): 639-682.