

## روش‌های پیشگیری از بارداری و عوامل موثر بر آن با نیم‌نگاهی به دوران شیوع کووید-۱۹ در شهر شیراز

سراج‌الدین محمودیانی<sup>۱\*</sup>، رقیه خسروی<sup>۲</sup>، جانانان پارکر<sup>۳</sup>، نازنین آقایی<sup>۴</sup>

۱- دانشیار، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران  
۲- استادیار، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران  
۳- استاد، بخش علوم اجتماعی و مددکاری اجتماعی، دانشکده بهداشت و علوم اجتماعی، دانشگاه بورنموث، بورنموث، انگلستان  
۴- دکتری، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران  
\*نویسنده رابط: serajmahmoudiani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۳۰

### چکیده

زمینه و هدف: علی‌رغم اهمیت بهداشت باروری و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، اهمیت آنها در بهداشت و رفاه عمومی مردم هنوز به‌طور کامل در کشورهای در حال توسعه درک نشده است. انتظار می‌رود تغییرات قابل توجه در سیاست ایران در زمینه تنظیم خانواده، همراه با بروز کووید-۱۹، بر روش‌های پیشگیری از بارداری به کار گرفته شده در کشور تأثیر گذاشته باشد.

روش کار: این مطالعه مقطعی با استفاده از روش پیمایشی کمی بر روی ۱۲۰۰ زن متأهل در سن باروری شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه‌گیری ترکیبی از روش‌های طبقه‌بندی چند مرحله‌ای و تصادفی سیستماتیک بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ساختاریافته و محقق‌ساخته جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد.

نتایج: بر اساس یافته‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری شامل سن زنان، باروری واقعی، باروری ایده‌آل، سطح تحصیلات زوج‌ها و وضعیت اشتغال زوج‌ها بود. شانس استفاده از روش‌های سستی در پی همه‌گیری کووید-۱۹ افزایش یافت. نتیجه‌گیری: با توجه به گرایش قابل توجه زنان به استفاده از روش‌های پیشگیری سستی، بخصوص در دوران شیوع همه‌گیری‌ها، آموزش مسائل مرتبط با این روش‌ها به زنان ضرورت می‌یابد. از آنجایی که روش‌های سستی می‌تواند بارداری ناخواسته را به دنبال داشته باشد بنابراین آموزش روش‌های پیشگیری برای زنان باید در سیاست‌های جمعیتی گنجانده شود. واژگان کلیدی: زنان، باروری، روش‌های پیشگیری از بارداری

### مقدمه

جنین‌ناایمن‌ جلوگیری کند (۵-۳) که به نوبه خود می‌تواند به‌طور قابل توجهی تعداد بیماری‌ها و مرگ‌ومیرهای مادری را کاهش دهد (۶، ۷). علاوه بر این، این خدمات با تقویت زنان برای مشارکت در امور تنظیم خانواده و مشارکت بیشتر در

تنظیم خانواده به عنوان یکی از مداخلات اولیه بهداشت قرن بیستم شناخته شده است (۱، ۲). دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری به عنوان جزء اصلی سلامت و حقوق جنسی و تولیدمثل، می‌تواند از بارداری‌های ناخواسته و سقط

خدمات تنظیم خانواده، از جمله دسترسی رایگان به وسایل پیشگیری از بارداری در پیش گرفته شده است. در این راستا، دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری برای برخی از زنان در معرض باروری محدود شده است. برخی از وسایل پیشگیری از بارداری مانند کاندوم رایگان و دستگاه‌های داخل رحمی که قبلاً به طور گسترده در مراکز خصوصی و دولتی در مناطق شهری و روستایی در دسترس بودند، از سال ۱۳۹۷ کمیاب شده‌اند (۱۳).

«قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» از سال ۱۴۰۰ اجرا شده است که یکی از بحث برانگیزترین موضوعات روز در ایران است. این موضوع واکنش‌های متفاوتی را در میان افراد مختلف از مردم گرفته تا سیاست‌گذاران برانگیخته است. یکی از بندهای مورد مناقشه این طرح، محدودیت عرضه و دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری است. هزینه این وسایل دیگر تحت پوشش یارانه‌های دولتی نیست. علیرغم کاهش جهانی در استفاده از روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری از سال ۱۹۹۴ میلادی، روش‌های سنتی هنوز در مقایسه با روش‌های مدرنی همچون کاندوم، به طور گسترده در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۴، ۱۵). استفاده از روش‌های مدرن از ۱۴٪ در سال ۱۳۵۵ به ۹/۳٪ در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است (۱۶)، اما کاملاً مشخص نیست که چرا این کاهش رخ داده است.

علاوه بر این، استفاده از روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری حتی در بین زنان تحصیل‌کرده شهرهای بزرگ و برخی مناطق با سطح باروری بسیار پایین مانند گیلان و تهران نیز زیاد است که می‌تواند باعث حاملگی‌های ناخواسته شود (۱۷). تقریباً بیش از دو سوم حاملگی‌های ناخواسته در روستاها و شهرهای ایران به دلیل استفاده از نزدیکی منقطع (عزل) به عنوان یک روش پیشگیری از بارداری است (۱۳). از این رو، با افزایش تعداد حاملگی‌های ناخواسته، تقاضا برای سقط جنین بیشتر می‌شود. بر اساس آخرین آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت ایران، میزان سقط جنین در ایران از

نیروی کار، افزایش استقلال و رشد اقتصادی زنان، موجب توانمندسازی زنان و کاهش نابرابری جنسیتی می‌گردد (۴، ۸، ۹). در واقع، مزایای گسترده تنظیم خانواده نه تنها برای زنان بلکه برای زوج‌ها، خانواده‌ها، اجتماع و جامعه نیز می‌باشد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱۰)، ۱/۱ میلیارد نفر از ۲ میلیارد زن در سنین تولیدمثل (۱۵ تا ۴۹ سال) به خدمات تنظیم خانواده نیاز دارند. گزارش اخیر دیگری همچنین نشان داده است که ۲۷۰ میلیون نفر دارای نیاز برآورده نشده پیشگیری از بارداری هستند (۱۱). هنگامی که نیاز برآورده نشده برای دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری افزایش می‌یابد، تعداد بارداری‌های ناخواسته افزایش می‌یابد. طبق برخی مطالعات (۱۲)، ۷۰٪ از بارداری‌های ناخواسته ناشی از عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری است، همچنین ۹۰٪ از سقط‌ها در سطح جهان به دلیل بارداری‌های ناخواسته رخ می‌دهد.

در حالی که نیمی از زنان در سراسر جهان از سقط جنین عمدی برای پایان دادن به بارداری‌های ناخواسته استفاده می‌کنند، دسترسی به مراقبت‌های به موقع و ایمن سقط جنین و خدمات پیشگیری از بارداری همچنان چالشی در بسیاری از کشورهاست. در واقع، علیرغم اهمیت بهداشت باروری و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، اهمیت آن‌ها در سلامت و رفاه کلی افراد هنوز به‌طور کامل در بسیاری از کشورهای در حال توسعه درک نشده است (۵).

ایران به عنوان یکی از موفق‌ترین کشورهای در حال توسعه در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده شناخته شده است. با توجه به برنامه تنظیم خانواده در ایران، توجه به تغییرات شگرف در سیاست دولت در قبال جمعیت در دهه اخیر حیاتی است. اگرچه در مقایسه با سایر کشورهای خاورمیانه و مسلمان، ایران بالاترین میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را گزارش کرده است، اما از سال ۱۳۹۱ و در پی چرخش به سمت سیاست‌های تشویقی برای افزایش رشد جمعیت، سیاست‌های محدودکننده‌ای در خصوص

روش های پیشگیری از بارداری در کشور تأثیر گذاشته باشد. از آنجایی که این تأثیرات مشخص نیست، نیاز فوری به انجام مطالعاتی برای ارزیابی مدل ها، سطوح، و همبستگی های استفاده از روش های پیشگیری از بارداری زنان به همراه تأملی کوتاه در مورد تغییرات پویایی پیشگیری از بارداری در طول همه گیری کووید-۱۹ وجود دارد. بدین منظور مطالعه حاضر در شیراز، یکی از کلانشهرهای بزرگ کشور انجام شد. این مطالعه بر بررسی تغییرات در استفاده از انواع روش های پیشگیری از بارداری قبل و بعد از شیوع کووید-۱۹ تأکید دارد و این جنبه نوآوری تحقیق حاضر است. سؤالات تحقیق حاضر آن است که زنان از چه نوع وسایل پیشگیری از بارداری استفاده می کنند؟ آیا نوع وسایل استفاده شده برای پیشگیری از بارداری در دوران کووید-۱۹ نسبت به قبل از آن تغییر کرده است؟ چه عواملی تعیین کننده نوع وسایل استفاده شده برای پیشگیری از بارداری است؟

## روش کار

داده ها برای تجزیه و تحلیل از یک پیمایش مقطعی در شهر شیراز واقع در جنوب ایران استخراج شده است. این پیمایش در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بر اساس آخرین سرشماری نفوس و مسکن ایران در سال ۱۳۹۵، جامعه آماری را ۴۶۷۱۵۵ زن در سن باروری در شیراز تشکیل دادند. بر اساس فرمول کوکران، حجم نمونه ۱۰۶۵ زن برآورد شد که به منظور جلوگیری از ریزش نمونه و مشکل عدم پاسخگویی یا اشتباهات پرسشنامه، به ۱۲۰۰ نفر افزایش یافت. از آنجایی که روابط جنسی در ایران از نظر قانونی و اجتماعی فقط در داخل ازدواج قابل قبول است، در پژوهش حاضر تنها زنان دارای همسر وارد مطالعه شدند. نمونه گیری ترکیبی از روش های طبقه بندی چند مرحله ای و تصادفی سیستماتیک بود. ابتدا شهر شیراز به ۱۱ منطقه (طبقه) تقسیم شد. سپس تعداد نمونه ها در هر منطقه با توجه به جمعیت هر منطقه (متناسب با سهم منطقه) تعیین شد. سپس نقشه مناطق منتخب هر منطقه

۶۸٪ در سال ۱۳۸۸ به ۸۱٪ در سال ۱۳۹۳ رسیده است (۱۵). در کشورهایی مانند ایران که سقط جنین غیرقانونی یا بسیار محدود است (تنها شامل زنان در معرض خطر مرگ)، عوارض و مرگ و میر مربوط به سقط جنین به طور قابل توجهی بالا است و متأسفانه چندان مورد توجه قرار نمی گیرد. در مارس ۲۰۲۰، کووید-۱۹ یک بیماری همه گیر جهانی اعلام شد که زندگی میلیاردها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داد. اکثر دولت ها سیاست های گسترده ای را برای نجات جان انسان ها به کار گرفتند. این سیاست ها بر بسیاری از بخش های اجتماعی و بهداشتی، از جمله مراقبت های بهداشت جنسی و باروری که برای ارائه روش های مؤثر، ایمن، قابل قبول و مقرون به صرفه پیشگیری از بارداری ضروری است، تأثیر گذاشت. در حالی که قبل از شیوع کووید-۱۹، دسترسی به مراقبت های ایمن و به موقع سقط جنین و خدمات پیشگیری از بارداری مسئله مهمی در سطح جهان بود، برآورد می شود که استفاده از روش های پیشگیری از بارداری برای حدود ۱۲ میلیون زن در طول سال ۲۰۲۰ در کشورهای با درآمد کم و متوسط مختل شده باشد که نتیجه آن نزدیک به ۱/۴ میلیون حاملگی برنامه ریزی نشده است (۱۱). متعاقباً، شیوع کووید-۱۹ بر استفاده زنان از روش های پیشگیری از بارداری به صورت های مختلفی تأثیر گذاشته است، از جمله اختلال در زنجیره تأمین، که تولید، توزیع و دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری را محدود کرد (۱۸، ۱۹). این امر به نوبه خود، باعث کاهش خدمات در برخی از مراکز مراقبت بهداشتی شد (۱۲). در این وضعیت، بسیاری از ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی از ارائه خدمات تنظیم خانواده به سمت واکنش به کووید-۱۹ هدایت شدند و بسیاری از زنان به دلیل قرنطینه یا ترس از قرار گرفتن در معرض کووید-۱۹ قادر به مراجعه به مراکز مراقبت بهداشتی نبودند (۱۱، ۲۰).

از این رو، انتظار می رود تغییرات قابل توجه در سیاست ایران در زمینه تنظیم خانواده، همراه با بروز کووید-۱۹، بر

تهیه شد. از بین بلوک‌های هر منطقه تعدادی بلوک به قید قرعه انتخاب شد. روش‌های نمونه‌گیری به مصاحبه‌کنندگان آموزش داده شد و در بلوک‌های انتخابی قرار گرفتند. از آنها خواسته شد که خود را در شمال غربی بلوک قرار دهند و با حرکت به سمت شرق و عبور از دو خانه اول، در صورت واجد شرایط بودن با خانه سوم مصاحبه کنند. سپس دوباره از دو خانه عبور کنید و با خانه بعدی (ششم) مصاحبه کنند، به این ترتیب بلوک را دور بزنند تا تعداد نمونه مورد نظر تکمیل شود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ساختاریافته و محقق‌ساخته جمع‌آوری شد. در مجموع ۱۷ سؤال پرسیده شد که شامل مشخصات جمعیت‌شناختی زنان (۷ سؤال) و جنبه‌های مختلف رفتار باروری (۱۰ سؤال) بود. پرسشنامه‌ها توسط پاسخ‌دهندگان تکمیل شد. اگر خانمی بی‌سواد بود، پرسشنامه توسط پرسشگر تکمیل می‌شد. روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوایی بررسی و تأیید شد. چندین متخصص در زمینه بهداشت باروری و جمعیت‌شناسی کیفیت پرسشنامه را ارزیابی کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج از جداول فراوانی و تحلیل رگرسیون لجستیک در SPSS 27 استفاده شد.

## نتایج

جدول ۱ خصوصیات فردی پاسخ‌دهندگان و شوهران آنها را خلاصه می‌کند. میانگین سنی زنان مورد بررسی حدود ۳۵ سال است که ۲۵٪ از نمونه ۱۵ تا ۲۹ سال، ۴۸/۸٪ در سنین ۳۰-۳۹ و حدود ۲۶٪ در سنین ۴۰-۴۹ سال قرار دارند. میانگین سنی در اولین ازدواج زنان متأهل مورد مطالعه حدود ۲۱ سال است. میانگین سنی شوهران شرکت‌کنندگان نزدیک به ۴۱ سال است و اکثریت آنها ۳۰ تا ۳۹ سال دارند. حدود ۹٪ نمونه بی‌سواد و حدود ۴۹٪ از زنان متأهل دارای تحصیلات عالی هستند. حداقل ۱۴٪ از زنان در زمان بررسی شاغل بودند و بقیه آنها خانه‌دار بودند. همچنین، در مقابل، ۸۳٪ از همسران پاسخگویان شاغل بودند.

اطلاعات مربوط به باروری ایده‌آل و واقعی و همچنین روش‌های پیشگیری از بارداری زنان مورد بررسی در جدول ۲ نشان داده شده است. داشتن ۲ فرزند رایج‌ترین الگوی فرزندآوری ایده‌آل در بین زنان است. میانگین تعداد فرزندان ایده‌آل برای هر زن ۲/۵ فرزند است. در مقابل، میانگین تعداد فرزندان واقعی، حدود ۱/۸ فرزند به ازای هر زن است. بر اساس جدول، ۶۱٪ از زنان متأهل بین ۱ تا ۲ فرزند دارند و حدود ۱۷٪ از آنها در زمان بررسی بدون فرزند بوده‌اند. بیش از ۷۰٪ از زنان مورد مطالعه از وسایل پیشگیری از بارداری برای محدود کردن تعداد فرزندان خود استفاده کرده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که قرص و کاندوم در طول دوره همه‌گیری کووید-۱۹ بیشترین استفاده را در بین زنان داشته است. عقیم‌سازی زنان سومین روش رایج پیشگیری از بارداری در بین زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله بوده است. علاوه بر این، داده‌ها نشان می‌دهد که روش‌های تقویمی و ایمپلنت کمترین درصد استفاده را در بین زنان دارند. طبق جدول، کاندوم و قرص اولین و دومین روش رایج پیشگیری از بارداری پس از شیوع کووید-۱۹ هستند. پس از همه‌گیری کووید-۱۹، استفاده از روش تزریق از حدود ۵٪ به حدود ۲٪ در بین زنان کاهش یافته است. در مقابل، روش‌های نزدیکی منقطع، تقویمی و قرص‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری افزایش یافته‌اند. جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک را نشان می‌دهد. استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری یک متغیر وابسته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که افزایش سن زنان و همسران‌شان منجر به کاهش احتمال استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌شود. با این وجود، تأثیر سن شوهر از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. سن زنان در ازدواج اول تأثیر آماری معنی‌داری بر احتمال استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نداشته است. افزایش میزان‌های باروری واقعی منجر به افزایش آماری معنی‌داری در احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری

است کمتر شود و همچنین قابلیت باروری نیز کاهش می‌یابد (۲) که منجر به استفاده کمتر از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌شود، اگرچه تحقیقات بیشتری در اینجا مورد نیاز است.

مطابق با مطالعه قبلی در شیراز (۱۷)، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین درصد استفاده از روش‌های سستی پیشگیری از بارداری مربوط به زنان در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۹ سال است. این نتیجه را می‌توان به نگرش‌های طرفدار فرزندآوری رایج در کشورهای درحال توسعه نسبت داد (۱۵)، (۲۱). این نگرش‌های اجتماعی - که انتظار می‌رود زنان از آنها پیروی کنند - ممکن است منجر به فشار بر زنان جوان برای اثبات باروری خود و پرهیز از استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری گردد (۲، ۵). مهمتر از آن، این نگرش‌ها ممکن است منجر به باورهای غلط و ترس از روش‌های مدرن پیشگیری شود، از جمله اینکه استفاده از روش‌های پیشگیری ممکن است باعث ناباروری شود (۱۳، ۲۲). در ایران، نگرانی‌هایی در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری وجود دارد، از جمله ترس از عوارض جانبی این روش‌ها، مشکلات سلامتی و از دست دادن شانس بچه‌دار شدن (۵، ۱۲). با این حال، نتایج مطالعه همچنین نشان داد که با افزایش میزان باروری واقعی، احتمال استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نیز افزایش می‌یابد. بنابراین، هنگامی که زنان تعداد فرزندان دلخواه خود را دارند، بیشتر از این روش‌ها استفاده می‌کنند (۱۵، ۱۷، ۲۳).

یافته‌ها همچنین نشان داد که نگرانی برای افزایش تعداد «ایده‌آل» فرزندان منجر به کاهش احتمال استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری برای زنان می‌شود. نگرش زنان در شکل

می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که افزایش تعداد فرزندان ایده‌آل منجر به کاهش احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری برای زنان می‌شود. احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری برای زنان بی‌سواد، زنان با تحصیلات متوسطه و زنان با تحصیلات دیپلم به طور قابل توجهی کمتر از زنان با تحصیلات عالی است. زنانی که همسران‌شان بی‌سواد بوده‌اند یا فقط تحصیلات متوسطه دارند، نسبت به هم‌تایان‌شان که شوهرشان مدرک دانشگاهی دارند، کمتر از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که وضعیت اشتغال از نظر آماری تأثیر معنی‌داری بر شانس استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری دارد. زنان خانه‌دار کمتر از زنان شاغل از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در زنانی که همسران‌شان بیکار هستند بیشتر از زنانی است که همسران‌شان شاغل هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل حدود ۳۹ تا ۵۷٪ از احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری را در این مطالعه پیش‌بینی کرده‌اند.

## بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که افزایش سن زنان و همسران آنها منجر به کاهش احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری می‌شود. تغییر در ترجیحات باروری زوجین و قرار گرفتن در معرض خطر بارداری، احتمال استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری را تغییر می‌دهد (۱۷، ۱۵). از این رو، با افزایش سن زوج‌ها، روابط جنسی ممکن

دادن به رفتار آنها نسبت به استفاده یا عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مهم است. با پیروی از هنجارهای اجتماعی، بیشتر انتظار می‌رود که زنان پس از ازدواج، توانایی باروری خود را از طریق فرزندآوری اثبات کنند، و وسایل پیشگیری از بارداری تنها پس از به دنیا آوردن تعداد مورد انتظار فرزند ضرورت می‌یابد (۱۷، ۲۳، ۲۴). با این وجود، این یافته‌های قابل توجه ضرورت برنامه‌های مبتنی بر جامعه را برای نشان دادن ناکارآمدی هنجارهای طرفدار فرزندآوری در جامعه به طور کلی برجسته می‌کنند.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که زنان با تحصیلات عالی در مقایسه با زنان با تحصیلات پایین‌تر احتمال بیشتری برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری دارند. فرض بر این است که سطح تحصیلات زنان معیاری برای استقلال است. در ایران دانشگاه رفتن فرصتی برای زنان فراهم می‌کند که مستقل‌تر شوند و در نتیجه آگاهی آنها افزایش یافته و به آنها کمک می‌کند تا در تصمیم‌گیری‌های خانواده مشارکت بیشتری داشته باشند. از این رو، قرار گرفتن در معرض زندگی اجتماعی و در نتیجه استقلال، احتمال استفاده از پیشگیری از بارداری را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، آموزش را می‌توان به عنوان واسطی برای کسب دانش در مورد وسایل پیشگیری از بارداری در نظر گرفت. در واقع، با افزایش دانش زنان در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری، آنها کمتر نگران عوارض جانبی وسایل پیشگیری از بارداری خواهند بود و احتمال بیشتری برای استفاده از آنها خواهند داشت (۱۲، ۱۵). داده‌ها در مورد نوع روش‌های پیشگیری از بارداری نشان داد که زنان با تحصیلات عالی تمایل به استفاده از روش‌های پیشگیری سنتی دارند. هنگام انتخاب یک روش

خاص پیشگیری از بارداری، اثربخشی آن به شدت به دانش نحوه استفاده صحیح از روش بستگی دارد. اثربخشی برخی از روش‌های سنتی، برای مثال روش منقطع، متکی به تجربه و مهارت‌های کاربران، مراقبت و همکاری همسر و اطلاعات کافی است (۱۲، ۱۳). علاوه بر این، فرض بر این است که زنان با سطح تحصیلات بالاتر نسبت به زنان بی‌سواد یا کم‌سواد امکان پیشگیری از بارداری بیشتری دارند. برخی تبیین‌های احتمالی برای این فرض می‌تواند این باشد که زنان با تحصیلات عالی احتمالاً اطلاعات بیشتری در مورد عوارض جانبی پیشگیری از بارداری زنانه دارند. دلیل دیگر ممکن است همکاری و تفاهم بیشتر در به کارگیری روش‌های سنتی در بین زوج‌های تحصیل‌کرده‌تر باشد. این یافته‌ها با یافته‌های سایر مطالعات نیز مطابقت دارد (۱۳، ۱۵، ۲۳).

در رابطه با وضعیت اشتغال زنان، یافته‌ها حاکی از آن بود که زنان خانه‌دار کمتر از زنان شاغل از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. از یک سو، حضور اجتماعی در خارج از خانه به زنان کمک می‌کند تا استقلال خود را توسعه دهند، که استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری را افزایش می‌دهد (۲۵، ۲۶). از سوی دیگر، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به زنان کمک می‌کند تا به تنظیم خانواده توجه نمایند تا فرصت‌های شغلی بیشتری داشته باشند و در نتیجه وضعیت اقتصادی و اجتماعی و اقتدار آنها بهبود یابد (۴). علاوه بر این، در برخی شرایط محدود کننده که زنان بیشتر وقت خود را در خانه می‌گذرانند، عدم اشتغال نه تنها شیوه‌های ارتباطی زنان را به شدت محدود می‌کند، بلکه دسترسی آنها به اطلاعات را به اطلاعات فیلتر شده از طریق همسران و سایر اقوام یا دوستانشان محدود می‌کند

خاص، از جمله زنان دارای مشکلات پزشکی، زنان دارای فرزند کمتر از ۲ سال و افراد بالای ۴۰ سال رایگان بود. بعداً با توجه به تغییر سیاست جمعیتی ایران، همه زنان باید وسایل پیشگیری از بارداری را خریداری کنند. این وضعیت، همراه با بروز کووید-۱۹، منجر به در دسترس نبودن برخی از ابزارهای پیشگیری و همچنین افزایش قابل توجهی در قیمت آنها، به ویژه در کاندومها و قرصها گردید. این امر به نوبه خود منجر به تغییرات قابل توجهی در رفتار استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و جایگزینی روشهای مدرن با روش های سنتی مانند روش منقطع و تقویمی گردید. علاوه بر این، در راستای یافته‌های برخی مطالعات دیگر در ایران (۱۴)، یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد که در جریان همه‌گیری کووید-۱۹، استفاده از روش تزریقی کاهش یافته است؛ چراکه ترس از آلوده شدن به ویروس کووید-۱۹ باعث کاهش مراجعه به مراکز بهداشتی شد (۲۷). به طور کلی، مراقبت‌های مداوم پیشگیری از بارداری برای زنان و همچنین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت جنسی و باروری، می‌تواند خطر تکرار بارداری‌های ناخواسته و پیامدهای آن را کاهش دهد. این پیامدها شامل مسائل مادام‌العمر برای زنان و فرزندان آنها و همچنین پیامدهای اجتماعی و شغلی می‌شود که در نهایت می‌تواند تأثیر منفی بر توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور داشته باشد. تغییر سیاست جمعیتی با هدف افزایش سطح فرزندآوری در کشور، باید شرایط اجتماعی-اقتصادی-فرهنگی کشور را مد نظر قرار داده و مبتنی بر مطالعات شواهد-محور جامع باشد. به‌طور کلی یافته‌های این مطالعه می‌تواند در تدوین برنامه‌ای با هدف بهبود وضعیت سلامت زنان، خصوصاً در دوران شیوع همه‌گیرهای احتمالی،

و پتانسیل اطلاعات نادرست در مورد پیشگیری از بارداری را افزایش می‌دهد (۱۵، ۲۴). به علاوه، یافته‌ها نشان داد که احتمال پیشگیری از بارداری در زنانی که همسران‌شان بیکار هستند در مقایسه با زنانی که همسران‌شان شاغل هستند، بیشتر است. برخلاف ادبیات قبلی، این یافته می‌تواند وضعیت اقتصادی ایران را برجسته کند. در کشوری که تنها درصد کمی از زنان به مشاغل حرفه‌ای اشتغال دارند، شوهران مسئول اصلی اقتصاد خانواده هستند. بیکاری شوهر می‌تواند بر فرزندآوری تأثیر بگذارد و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری را در این خانواده‌ها افزایش دهد. اگرچه هزینه پیشگیری از بارداری در ایران افزایش یافته است، اما با هزینه بچه‌دار شدن قابل مقایسه نیست. این بدان معناست که زنانی که در خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی پایین‌تر زندگی می‌کنند، ترجیح می‌دهند بیش از سایر زنان از روش‌های پیشگیری استفاده کنند.

## نتیجه گیری

با توجه به اثرات همه‌گیری کووید-۱۹ بر روش‌های پیشگیری از بارداری، این مطالعه به یافته‌های قابل توجهی دست یافت. یافته‌های این مطالعه کاهش قابل توجهی در روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری مانند قرص‌ها و کاندومها را نشان داد. در مقابل، افزایش قابل توجهی در استفاده از روش های سنتی، یعنی روش منقطع و تقویمی وجود داشت. همچنین، این یافته‌ها افزایش قابل توجهی در مصرف قرص‌های اورژانسی نشان داد. در ایران تا سال ۱۳۹۸ ارائه وسایل پیشگیری از بارداری برای برخی از زنان با شرایط

مفید واقع شود. از محدودیت‌های اصلی مطالعه حاضر آن بود که چون مطالعه در دوران کووید-۱۹ انجام شده است از این-رو امکان طراحی پرسشنامه مفصل‌تر فراهم نبود. پرسشنامه مفصل‌تر مستلزم صرف زمان بیشتر از سوی پاسخگویان بود که این عامل می‌توانست مانع از همکاری پاسخگویان شود. از این رو امکان طرح متغیرهای تبیین‌کننده بیشتر در پرسشنامه فراهم نبود و به سؤالات زمینه‌ای اکتفا شد. مهم‌ترین نقطه قوت این مطالعه به حجم نمونه مورد بررسی و نیز مقایسه یافته‌ها قبل و بعد از شیوع کووید-۱۹ بر می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله مراتب تشکر خود را از تمام افرادی که در پیمایش حاضر همکاری داشتند اعلام می‌دارند. این مطالعه دارای تأییدیه کد اخلاق (IR.SUMS.REC.1399.1090) از دانشگاه علوم پزشکی شیراز است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی و اقتصادی- اجتماعی نمونه در مطالعه روش‌های پیشگیری از بارداری و عوامل موثر بر آن با نیم-

نگاهی به دوران شیوع کووید-۱۹ در شهر شیراز

| تعداد (درصد)                            | گروه‌های سنی زنان (سال) |
|---|-------------------------|
| ۲۹۷ (۲۴/۷)                              | ۲۹-۱۵                   |
| ۵۸۵ (۴۸/۸)                              | ۳۹-۳۰                   |
| ۳۱۸ (۲۶/۵)                              | ۴۹-۴۰                   |
| گروه‌های سنی شوهران (سال)               |                         |
| ۱۶۵ (۱۳/۷)                              | ۲۹ ≥                    |
| ۵۰۷ (۴۲/۳)                              | ۳۹-۳۰                   |
| ۲۶۴ (۲۲/۰)                              | ۴۹-۴۰                   |
| ۲۶۴ (۲۲/۰)                              | ۵۰ ≤                    |
| گروه‌های سنی زنان در اولین ازدواج (سال) |                         |
| ۳۷۸ (۳۱/۵)                              | ۱۸-۱۳                   |
| ۴۲۹ (۳۵/۷)                              | ۲۳-۱۹                   |
| ۳۹۳ (۳۲/۸)                              | ۳۲-۲۴                   |
| وضع سواد و سطح تحصیلات                  |                         |
| ۱۰۵ (۸/۷)                               | بی‌سواد                 |
| ۴۲ (۳/۵)                                | ابتدایی                 |
| ۶۳ (۵/۲)                                | راهنمایی                |
| ۴۲ (۳/۵)                                | دبیرستان                |
| ۳۶۳ (۳۰/۳)                              | دیپلم                   |
| ۵۸۵ (۴۸/۸)                              | دانشگاهی                |
| وضع سواد و سطح تحصیلات همسر             |                         |
| ۶۹ (۵/۷)                                | بی‌سواد                 |
| ۷۲ (۶/۰)                                | ابتدایی                 |
| ۸۷ (۷/۲)                                | راهنمایی                |
| ۱۲۶ (۱۰/۵)                              | دبیرستان                |
| ۲۴۹ (۲۰/۸)                              | دیپلم                   |
| ۵۹۷ (۴۹/۸)                              | دانشگاهی                |
| وضعیت اشتغال                            |                         |
| ۱۷۴ (۱۴/۵)                              | شاغل                    |
| ۱۰۲۶ (۸۵/۵)                             | خانه‌دار                |
| وضعیت اشتغال همسر                       |                         |
| ۹۹۶ (۸۳/۰)                              | شاغل                    |
| ۲۰۴ (۱۷/۰)                              | بیکار                   |

جدول ۲- باروری و روش‌های پیشگیری از بارداری زنان در مطالعه روش‌های پیشگیری از بارداری و عوامل موثر بر آن با نیم‌نگاهی به دوران شیوع کووید-۱۹ در شهر شیراز

| باروری ایده‌آل                       |               | تعداد (درصد)    |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|
| ۰                                    |               | ۱۲ (۱/۰)        |
| ۱                                    |               | ۱۲۶ (۱۰/۵)      |
| ۲                                    |               | ۶۰۶ (۵۰/۵)      |
| ۳                                    |               | ۲۳۷ (۱۹/۷)      |
| ۴                                    |               | ۱۵۶ (۱۳/۰)      |
| ۵ ≤                                  |               | ۶۳ (۵/۳)        |
| باروری واقعی                         |               |                 |
| ۰                                    |               | ۲۰۷ (۱۷/۲)      |
| ۱                                    |               | ۳۶۶ (۳۰/۵)      |
| ۲                                    |               | ۳۶۶ (۳۰/۵)      |
| ۳                                    |               | ۱۱۴ (۹/۵)       |
| ۴                                    |               | ۸۴ (۷/۰)        |
| ۵ ≤                                  |               | ۶۳ (۵/۳)        |
| استفاده از وسایل پیش‌گیری از بارداری |               |                 |
| بله                                  |               | ۸۶۴ (۷۲/۰)      |
| خیر                                  |               | ۳۳۶ (۲۸/۰)      |
| روش پیشگیری از بارداری               | دوره همه‌گیری | قبل از همه‌گیری |
| عقیم‌سازی زنان                       | ۹۶ (۱۱/۱)     | ۹۶ (۱۱/۱)       |
| عقیم‌سازی مردان                      | ۳۳ (۳/۸)      | ۳۳ (۳/۸)        |
| قرص                                  | ۱۹۵ (۲۲/۶)    | ۳۱۵ (۳۶/۵)      |
| کاندوم                               | ۲۶۱ (۳۰/۲)    | ۲۲۵ (۲۶/۰)      |
| دستگاه داخل رحمی (IUD)               | ۴۲ (۴/۹)      | ۴۲ (۴/۹)        |
| ایمپلنت                              | ۲۱ (۲/۴)      | ۲۱ (۲/۴)        |
| تزریق                                | ۱۵ (۱/۷)      | ۴۲ (۴/۹)        |
| قرص اورژانسی                         | ۸۱ (۹/۴)      | ۳۳ (۳/۸)        |
| تقویمی یا ریتمی                      | ۳۶ (۴/۲)      | ۱۵ (۱/۷)        |
| منقطع (عزل)                          | ۸۴ (۹/۷)      | ۴۲ (۴/۹)        |

جدول ۳- پیش بینی استفاده از روش های پیشگیری از بارداری از طریق تحلیل لجستیک رگرسیون در مطالعه روش های پیشگیری از بارداری و عوامل موثر بر آن با نیم نگاهی به دوران شیوع کووید-۱۹ در شهر شیراز

| متغیر                             | ضریب B                |
|-----------------------------------|-----------------------|
| سن زن                             | -۰/۱۴۴*               |
| سن شوهر                           | -۰/۰۴۱ <sup>ns</sup>  |
| سن زن در اولین ازدواج             | -۰/۱۲۳ <sup>ns</sup>  |
| باروری واقعی                      | ۲/۵۷۷*                |
| باروری ایده آل                    | -۰/۱۹۰*               |
| سطح تحصیلات زن (مرجع: دانشگاهی)   |                       |
| بی سواد                           | -۹/۰۱۶*               |
| ابتدایی                           | -۱۳/۳۵۷ <sup>ns</sup> |
| راهنمایی                          | -۵/۰۶۲*               |
| دبیرستان                          | -۱۷/۶۷۰ <sup>ns</sup> |
| دیپلم                             | -۱/۶۸۶*               |
| سطح تحصیلات شوهر (مرجع: دانشگاهی) |                       |
| بی سواد                           | -۳/۰۲۶*               |
| ابتدایی                           | -۱/۲۲۳ <sup>ns</sup>  |
| راهنمایی                          | -۰/۰۶۳ <sup>ns</sup>  |
| دبیرستان                          | -۱/۳۸۹*               |
| دیپلم                             | -۱/۲۲۰*               |
| وضعیت اشتغال (مرجع: شاغل)         |                       |
| خانه دار                          | -۱/۰۴۰*               |
| وضعیت اشتغال همسر (مرجع: شاغل)    |                       |
| بیکار                             | ۱/۴۸۶*                |
| Cox & Snell R Square = 0.394      |                       |
| Nagelkerke R Square = 0.568       |                       |

\*معنی دار، ns غیر معنی دار

ضرایب تعیین

## References

1. Bongaarts J, Cleland JC, Townsend J, Bertrand JT, Gupta MD. Family planning programs for the 21st century: rationale and design, 2012.
2. Mutumba M, Wekesa E, Stephenson R. Community influences on modern contraceptive use among young women in low and middle-income countries: A cross-sectional multi-country analysis. *BMC public health* 2018; 18(1): 1-9.
3. Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, Chowdhury S, Christilaw J, El Kak F, Gemzell-Danielsson K. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: Results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2021; 100(4):571-578.
4. Lindberg LD, Mueller J, Kirstein M, VandeVusse A. The Continuing Impacts of the COVID-19 Pandemic in the United States: Findings from the 2021 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences, 2021.
5. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, Ashford LS. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet* 2018; 391(10140): 2642-2692.
6. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet* 2012; 380(9837): 111-125.
7. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2016; 65(4):1-66.
8. Islam AZ, Mondal MNI, Khatun ML, Rahman MM, Islam MR, Mostofa MG, Ladusingh L, Devi NM, Singh KJ. Sex preference and contraceptive use in Manipur. *Sociological Bulletin* 2006; 55(1): 67-77.
9. Saleem S, Bobak M. Women's autonomy, education and contraception use in Pakistan: A national study. *Reproductive health* 2005; 2(1): 1-8.
10. WHO. Family planning/contraception methods. World Health Organization: WHO, 2020. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planningcontracepti>
11. UNFPA. World Population Dashboard, 2020. Available: <https://www.unfpa.org/data/worldpopulation-dashboard>
12. Cleland J. The complex relationship between contraception and abortion. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2020; 62: 90-100.
13. AsadiSarvestani K, Khoo S. Determinants of withdrawal use as a contraception method and its impact on sexual satisfaction: Case study of Shiraz County-Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2019; 7(2):1621-1629.
14. Asadisarvestani K, Lucy K, Ahmed J, Ahmed T, Hulsbergen M, Vries I, Juanola L, Ahmed F. Factors influencing access around contraception and abortion services during the COVID-19 pandemic in Iran, Bangladesh and the Netherlands. *Share-Net International*

- Community of Practice on Contraception, Abortion and Gender Equality, 2021. Available: <https://share-netinternational.org/resources/factors-influencing-access-around-contraception-and-abortion-services-during-the-covid-19-pandemic-in-iran-bangladesh-and-the-netherlands/>
15. Erfani A. Levels, trends and correlates of abortion in Tehran, Iran: 2009–2014. *International perspectives on sexual and reproductive health* 2016; 42(2): 93-101.
  16. Randall E. Family planning programmes review. London: Population Matters, 2012.
  17. Asadisarvestani K, Khoo SL, Malek NM, Yasin SM, Ahmadi A. Determinants of contraceptive usage among married women in Shiraz, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2017; 5(4):1041-1052.
  18. Aly J, Haeger KO, Christy AY, Johnson AM. Contraception access during the COVID-19 pandemic. *Contraception and Reproductive Medicine* 2020; 5(1): 1-9.
  19. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2020; 46: 73-76.
  20. Dasgupta A, Kantorová V, Ueffing P. The impact of the COVID-19 crisis on meeting needs for family planning: A global scenario by contraceptive methods used. *Gates Open Research* 2020; 4: 1-22.
  21. Westoff CF, Bankole A. Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century (DHS Comparative Reports No. 2). Calverton, MD: ORC Macro, 2002.
  22. Polis CB, Bradley SE, Bankole A, Onda T, Croft T, Singh S. Contraceptive failure rates in the developing world: An analysis of demographic and health survey data in 43 countries. Report, Guttmacher Institute, 2016.
  23. Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M. The fertility transition in Iran. 2009; 75: 191-195.
  24. Ngome E, Odimegwu C. The social context of adolescent women's use of modern contraceptives in Zimbabwe: A multilevel analysis. *Reproductive health* 2014; 11(1): 1-14.
  25. Ghodsi Z, Hojjatoleslami S. Knowledge of students about Patient Rights and its relationship with some factors in Iran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012; 31:345-348.
  26. Hijazi HH. Factors affecting contraceptive use among women of reproductive age in northern Jordan: A framework for health policy action, 2012.
  27. Schaaf M, Boydell V, Van Belle S, Brinkerhoff DW, George A. Accountability for SRHR in the context of the COVID-19 pandemic. *Sexual and reproductive health matters* 2020; 28(1): 1779634.

## Contraceptive Methods and the Factors Influencing Them with a Brief Review during the COVID-19 Outbreak in Shiraz

Serajeddin Mahmoudiani<sup>1\*</sup>, Roghayeh Khosravi<sup>2</sup>, Jonathan Parker<sup>3</sup>, Nazanin Aghaei<sup>4</sup>

1- Ph.D. Associate Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

3- Ph.D. Professor, Department of Social Sciences and Social Work, Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth University, Bournemouth, England

4- Ph.D. Department of Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: serajmahmoudiani@gmail.com

Received: Apr 16, 2024

Accepted: Jul 20, 2024

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Despite the importance of reproductive health and the utilization of contraceptive methods, their significance in public health and well-being is not yet fully understood in developing countries. It is expected that significant changes in Iran's family planning policy, coupled with the emergence of Covid-19, have influenced the contraceptive methods employed in the country.

**Materials and Methods:** This research was a cross-sectional study including 1200 married women of reproductive age using a quantitative survey method in Shiraz city, Iran in 2019. Sampling was done using a combination of multi-stage and systematic random classification methods. Data collection was done through a researcher-made structured questionnaire and analyzed using the SPSS software, the statistical tests being chi-square tests and multiple logistic regression.

**Results:** The main predictors of using contraceptive methods included women's age, actual fertility, ideal fertility, education level of the couple, and the employment status of the couple. After the Covid-19 pandemic there was an increase in the likelihood of utilizing traditional contraceptive methods.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, considering the notable preference among women for traditional contraceptive methods, particularly during epidemics, it is imperative to educate them about the problems associated with these methods. As traditional contraceptive methods can result in unintended pregnancies, educating women about these methods should be integrated into population policies.

**Keywords:** Women, Fertility, Contraceptives Methods

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.