بررسی کیفی مشارکت مردان متأهل در تنظیم خانواده در شهرستان زنجان

فریده خلج‌آبادی فراهانی[1*]، جلال حیدری[2]

۱- گروه جمعیت، بهداشت و تنظیم خانواده، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه ۲- دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان پاسداران، خیابان بهستان دوم، پلاک ۴، گروه جمعیت، بهداشت و تنظیم خانواده، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، کدپستی: ۱۹۴۶۸۹۳۴۵۱، تلفن: ۲۲۷۶۹۷۲۰ نمابر: ۲۲۵۵۰۷۷۶

پست الکترونیک: f.farahani@psri.ac.ir; Faridehfarahani@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۴/۱۴ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: *این مطالعه با هدف توضیح و کشف مشارکت مردان در برنامه بهداشت باروری و تنظیم خانواده و عوامل مؤثر بر آن در شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۰ با استفاده از روش کیفی (مصاحبه عمیق) در بین مردان متأهل ساکن شهرستان زنجان انجام گرفت.*

روش کار: *بر اساس متون و نظریه‌های رفتار باروری، یک مدل پنداشتی در نظر گرفته شد و بر اساس آن، هدایت مصاحبه‌ها و جهت سؤالات مشخص گردید. رویکرد تحقیق، تحلیل محتوایی قیاسی و نمونه‌گیری به روش هدفمند با حداکثر تنوع بود. با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته در تیر ماه و مرداد ماه ۱۳۹۰ به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته شد. در مصاحبه‌ها از راهنمای موضوعی مبتنی بر مدل مفهومی استفاده شد. موضوعات مورد بحث شامل آگاهی، نگرش (نسبت به تنظیم خانواده و نقش‌های جنسیتی)، درک از خطر، رفتار استفاده از روش‌های پیشگیری و مشارکت در آن و عوامل محیطی بود. تحلیل محتوای موضوعی به دو روش چارت موضوعی و نقشه مفهومی انجام شد.*

یافته‌ها: *داده‌های این مطالعه در سه حیطه طبقه‌بندی گردیدند: ماهیت مشارکت، تسهیل کننده‌های مشارکت و موانع مشارکت. ماهیت مشارکت شامل ارتباط کلامی با همسر، درک متقابل از نیازهای همسر و استفاده از روش‌های مردانه بود. تسهیل‌کننده‌های مشارکت شامل شهرنشینی و تحصیلات، اطلاعات و دسترسی به رسانه‌ها و نگرش مثبت نسبت به تنظیم خانواده و جنسیت بود و موانع مشارکت شامل زمان نامناسب کار مراکز بهداشتی، تک جنسیتی بودن مراکز بهداشتی، نگرش منفی به تساوی جنسیتی، ماهیت و عوارض روش‌های پیشگیری مردانه و حس آسیب‌پذیری کم نسبت به بیماری‌های مقاربتی بود.*

نتیجه‌گیری: *در کل نگرش مردان زنجانی نسبت به مشارکت در بهداشت باروری و تنظیم خانواده رضایت‌بخش می‌باشد، هر چند موانعی مانند زمان نامناسب کار مراکز بهداشتی، تک جنسیتی بودن مراکز، برخی نگرش‌های جنسیتی و عوارض برخی روش‌های مردانه و آگاهی کم در خصوص روش‌های پیشگیری، موجب مشارکت کم‌تر در برخی مردان می‌گردد. مداخلات مناسب متناسب با نتایج این تحقیق می‌تواند موجب ارتقای مشارکت مردان در تنظیم خانواده گردد.*

گل‌واژگان: *مشارکت مردان، تنظیم خانواده، روش‌های مردانه پیشگیری از بارداری*

مقدمه

تأکید روز افزون بر سلامت مادران و فرزندان به عنوان هدف اصلی برنامه‌های تنظیم خانواده باعث شده که دامنه فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در سال‌های اخیر بیش از پیش گسترش یافته و به جای عبارت تنظیم خانواده از عنوان کلی‌تر «بهداشت باروری» استفاده شود. اهمیت مقوله بهداشت باروری تا آنجاست که امروزه مباحث حقوقی مربوط به بهداشت باروری به عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تأیید سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است. بنابر تعریف کنفرانس

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

بین‌المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ قاهره، بهداشت باروری عبارت است از سلامت کامل فیزیکی، روانی و رفاه اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت که همه جوانب مربوط به سیستم تولیدمثل، فرآیند و عملکرد آن را در برمی‌گیرد و به این معناست که مردم آگاهانه و آزادانه قابلیت تولیدمثل داشته و در مورد چگونگی، تناوب و زمان بچه‌دار شدن، خود تصمیم بگیرند. اجزای بهداشت باروری عبارتند از: مشاوره، اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط درباره تنظیم خانواده، ارایه خدمات تنظیم خانواده، فراهم ساختن مراقبت‌های دوران بارداری- زایمان و پس از زایمان، پیشگیری از نازایی و درمان مناسب ناباروری‌ها، پیشگیری از سقط جنین و درمان به موقع و مناسب عوارض ناشی از آن، درمان عفونت‌های دستگاه تولیدمثل و برخورد درست با بیماری‌های منتقله از راه رابطه جنسی و درمان مناسب آن‌ها (۱).

شواهد گذشته بیانگر این است که در کشورهای در حال توسعه معمولاً مردان مانع اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده بوده و برای مخالفت خود دلایلی نیز ابراز می‌داشته‌اند. مطالعات بی‌شماری گویای این مطلب است که مردان نه فقط در مورد استفاده زنان از وسایل تنظیم خانواده اعمال نفوذ می‌کنند بلکه در این مورد که آیا روش انتخاب شده به درستی توسط زن اجرا می‌شود نیز تأثیر می‌گذارند (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد که کم‌تر از یک سوم مردان معتقدند که تنظیم خانواده باید یک تصمیم مشترک بین زن و مرد باشد، و حال آنکه دو سوم بقیه فکر می‌کنند که فقط مردان بایستی تصمیم بگیرند. علاوه بر این گزارش‌های اخیر بیانگر این است که گرچه طرز تفکر امروزه مردان نسبت به تنظیم خانواده بسیار مثبت‌تر از طرز تفکر و برخورد قبلی آنان با این موضوع است، با این حال هنوز موانعی در راه اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده وجود دارد.

داشتن آگاهی و دسترسی به روش‌های مطمئن، مؤثر، کم هزینه و قابل قبول تنظیم خانواده، همچنین مناسب‌ترین روش‌های پیشگیری از بارداری که بر خلاف قانون نباشد، از حقوق مردان و زنان به حساب می‌آید. همچنین دسترسی به خدمات مناسب مراقبت‌های بهداشتی که زنان را به گذراندن دوران بارداری ایمن و زایمان مطمئن و سلامت نوزاد قادر سازد و به زوجین بهترین فرصت را برای داشتن طفلی سالم بدهد، از حقوق آنان می‌باشد (۱). تنوع وسایل پیشگیری از بارداری برای زنان، محدود بودن روش‌های مخصوص مردان و وجود برخی نگرش‌های نادرست شامل نگرش جنسیتی، که تنظیم خانواده را تنها وظیفه زنان می‌دانند، سبب شده تا مردان مشارکت کمتری در برنامه‌های تنظیم خانواده داشته باشند (۳). مطالعه‌ای در ایران در سال ۱۳۸۱ نشان داد که سهم مشارکت مردان در تنظیم خانواده در برخی استان‌های کشور هیچ تناسبی با سهم مشارکت زنان نداشته به طوری که در برخی استان‌ها سهم زنان تا بیست برابر مردان می‌رسد که نمایانگر نابرابری جنسیتی و تبعیض در به عهده گرفتن مسؤولیت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، به خصوص روش‌های دایمی است (۴).

در شهرستان زنجان بر اساس آمارهای زیج حیاتی شهرستان زنجان، طی سال‌های اخیر یعنی ۱۳۸۵ الی ۱۳۸۹ آمار استفاده از روش‌های پیشگیری زنانه خیلی بالاتر از روش‌های پیشگیری مردانه (یعنی در حدود ۱۰ برابر روش‌های مردانه) بوده است. لوله بستن نیز در بین زنان ۱۲ برابر مردان بوده است و این آمارها نشان از مشارکت کم‌تر مردان در زمینه استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری می‌دهد (۵).

نقش مردان و مشارکت آن‌ها در موفقیت اجرایی برنامه‌های تنظیم خانواده، شروع روش پیشگیری توسط زن و ادامه روش پیشگیری ثابت شده است. اگر رضایت و خشنودی مرد در استفاده از روش پیشگیری در نظر گرفته نشود استفاده از روش‌های پیشگیری در زنان با شکست مواجه می‌شوند. با توجه به معیارهای فرهنگی موجود و حاکم بر جامعه، اقدام جدی در راستای تقویت مشارکت مردان در تصمیم‌گیری برای فاصله‌گذاری بین موالید که برای تضمین سلامتی مادر و کودک اهمیت دارد به عمل نیامده است. لذا باید میزان آگاهی و نگرش مردان در زمینه مسایل تنظیم خانواده را موشکافی کرده و با شناسایی موانع مشارکت مردان در سطوح مختلف فردی و اجتماعی، اقدامات لازمی در جهت تشویق و عملیاتی کردن مشارکت مردان در تنظیم خانواده انجام داد.

هدف کلی در این تحقیق توصیف و کشف مشارکت مردان زنجانی در بهداشت باروری و تنظیم خانواده و عوامل مؤثر بر آن بود. همچنین اهداف جزئی نیز عبارت بودند از: شناخت طیف آگاهی مردان متأهل زنجانی نسبت به اهمیت تنظیم خانواده، انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، بیماری‌های مقاربتی و منابع کسب اطلاعات؛ شناخت طیف نگرشی مردان متأهل نسبت به مشارکت مردان در بهداشت باروری و تنظیم خانواده و نقش‌های جنسیتی در استفاده از روش‌های تنظیم خانواده و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مردانه؛ شناخت درک از خطر (حس آسیب‌پذیری) در بین مردان متأهل نسبت به بیماری‌های مقاربتی و ایدز و نقش آن در رفتارهای محافظتی و دلایل آن؛ شناخت فرآیند تصمیم‌گیری مردان متأهل در

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

خصوص تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین فرزندان و استفاده از روش‌های پیشگیری (تبادل نظر با همسر، دسترسی به روش‌ها، مراجعه به مراکز بهداشتی و غیره)؛ شناخت دلایل و انگیزه‌های مشارکت و یا عدم مشارکت در تصمیم‌گیری در تعداد، فاصله‌گذاری و استفاده از روش‌های تنظیم خانواده؛ شناخت عوامل تأثیرگذار بر مشارکت مردان متأهل زنجانی در انتخاب روش‌های مردانه (کاندوم، وازکتومی و روش منقطع و انگیزه آن‌ها).

روش کار

روش‌های کیفی از سنت فلسفی تفسیری ناشی می‌شوند که معتقد است مردم موجودات اجتماعی هستند که به طور فعال دنیای پیرامون خود را تفسیر و تجربه می‌کنند. بر مبنای این دیدگاه، رفتارهای مردم را نه از طریق متغیرهای مختلف، بلکه از طریق تفسیر و شناخت آن‌ها از وقایع و تجربیات دنیای پیرامونشان می‌توان شناخت (۶). در تحقیق حاضر از مصاحبه عمیق جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است و روش هدفمند[1] جهت نمونه‌گیری به کار رفته است. در این روش معمولاً تعداد محدودی از پاسخگویان با توجه به شرایط خاصی (شهری، روستایی، سن و تحصیلات) که مبتنی بر هدف مطالعه است و موجب بیشترین تنوع[2] در تجربیات و نگرش‌ها، و اعتبار بیشتر نتایج می‌گردد انتخاب می‌شوند. در این پژوهش، محقق در جستجوی یافتن پاسخ سؤالات خود به مصاحبه عمیق با پاسخگویان پرداخت. در این گونه مصاحبه‌ها، محقق از طریق صحبت با پاسخگویان درباره موضوعات مورد نظر، اطلاعات جزئی و عمیق در مورد موضوع مورد بررسی به دست می‌آورد.

رویکرد این مطالعه، تحلیل محتوایی قیاسی[3] است. در تحلیل محتوایی قیاسی یک مدل مفهومی و نقشه از پیش طراحی شده وجود دارد و تحلیل محتوا به تقلیل داده‌ها می‌پردازد؛ به آن‌ها ساختار و نظم داده و موجب تسهیل توسعه تئوری می‌گردد. تحلیل محتوا یک متدولوژی تحقیق است که کلمات و عبارات را در یک متن مورد بررسی قرار می‌دهد. در تحلیل محتوا محقق تکرار و وقوع[4]، معنی و ارتباط کلمات و مفاهیم متن را معلوم کرده و سپس پیام‌های موجود در متن و پیام‌های نویسنده، مخاطبان و حتی فرهنگ و زبانی که کلمات و مفاهیم، بخشی از آن‌ها هستند را استنتاج می‌کند. طی تحلیل، محقق با تعیین طبقات، به شمارش تعداد مصادیق یا مثال‌هایی که در هر طبقه جای می‌گیرد می‌پردازد. از ملازمات با اهمیت در تحلیل محتوا آن است که طبقات به قدر کافی دقیق و جامع هستند که کدگذاران مختلف با اطلاعات و داده‌های مشابه به نتایج مشابه دست پیدا می‌کنند. لذا توجه خاص به مسأله پایایی و اطمینان از این که محققان مختلف از طبقات به طریق مشابه استفاده کنند و دقت در روایی یافته‌ها که همانا شمارش دقیق کلمات مورد استفاده شده است، اهمیت پیدا می‌کند. در این رویکرد طبقه‌بندی تحلیلی اصلی باید مورد شناسایی قرار گیرد. در این روش تحلیل، مفاهیم کلیدی در سؤالات مصاحبه، کدهای اصلی را تشکیل می‌دهد (۷).

در تحقیق حاضر، جامعه آماری شامل مردان متأهل شهری و روستایی زیر ۵۰ ساله در شهرستان زنجان بودند. برای این که نمونه مورد بررسی در مطالعه فوق، بتواند اعتبار بالایی به نتایج ببخشد و تمام طیف‌های موجود در جامعه زنجان را از نظر نگرش‌ها و رفتارها دربرگیرد، مطابق با برخی متغیرها، ۳۳ نفر از مردان با سنین مختلف، سطح تحصیلات مختلف و شهری و روستایی مورد مصاحبه قرار گرفتند (جدول ۱). نمونه‌گیری به روش هدفمند با رویکرد ناهمگون انجام شد. روش هدفمند، با استفاده از جدول نمونه‌گیری، راهی است برای دستیابی به تنوع و معرف بودن یا سمبولیک[5] بودن نمونه. در این صورت، در واقع ترکیب نمونه تحت کنترل محقق می‌باشد. با توجه به اشباع داده‌ها در هر یک از خانه‌های ماتریس ، نمونه‌گیری در خانه مذکور متوقف گردید؛ به استثنای دو گروه تحصیلکرده روستایی که به دلیل مشکلات در یافتن نمونه در روستا، فقط دو نفر انتخاب گردیدند. لذا تعداد ۳۳ نفر وارد مطالعه شدند.

نتایج

برخی مشخصه‌های دموگرافیک و اجتماعی افراد شرکت کننده در مصاحبه‌ها شامل سن، تحصیلات مصاحبه شونده، تحصیلات فرد و همسر، و تعداد فرزندان به تفکیک محل سکونت در جدول ۲ آمده است. این جدول بیانگر این است که نمونه مورد بررسی از ترکیب متنوعی از نظر متغیرهای سن، تحصیلات و تعداد فرزندان به تفکیک شهری و روستایی تشکیل شده است و تا حدود زیادی می‌تواند معرف طیف‌های نگرشی و رفتاری در مردان متأهل زنجانی باشد.

[1] Purposive
[2] Maximum variation
[3] Deductive content analysis
[4] Presence
[5] Symbolic Representative

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

جدول ۱- ماتریس نمونه‌گیری کیفی

سن (سال)	محل سکونت	مردان با تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از دیپلم (غیردانشگاهی)	مردان بالای دیپلم (دانشگاهی)	جمع
۳۵ □	شهری	۶	۴	۱۰
	روستایی	۴	۲	۶
۳۵ ≤	شهری	۵	۶	۱۱
	روستایی	۴	۲	۶
کل		۱۹	۱۴	۳۳

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک و اجتماعی شرکت کنندگان در مصاحبه‌های عمیق

مشخصات	تعداد شهری	تعداد روستایی
سن		
۲۹ – ۲۵	۳	۲
۳۴ – ۳۰	۷	۴
۳۹ – ۳۵	۵	۳
۴۴ – ۴۰	۶	۳
تحصیلات فرد		
زیر دیپلم	۵	۷
دیپلم	۶	۱
فوق‌دیپلم	۰	۳
لیسانس	۶	۱
فوق‌لیسانس و بالاتر	۴	۰
تحصیلات همسر		
زیر دیپلم	۴	۶
دیپلم	۷	۴
فوق‌دیپلم	۲	۰
لیسانس	۸	۲
تعداد فرزندان		
بدون فرزند	۱	۰
۱ فرزند	۸	۵
۲ فرزند	۱۰	۵
۳ فرزند	۱	۱
۴ فرزند	۱	۱

نتایج به دست آمده از این تحقیق، در سه حیطه ماهیت مشارکت، تسهیل کننده‌های مشارکت و موانع مشارکت مردان در تنظیم خانواده دسته‌بندی شدند که هر حیطه شامل مضمون و خرده مضمون‌هایی است که اشتراکات مفهومی دارند. در ذیل به توضیح هر حیطه و مضمون‌ها و خرده مضمون‌ها می‌پردازیم (جدول ۳):

۱- ماهیت مشارکت: ماهیت مشارکت یعنی نحوه تعامل، ارتباط با همسر و درک متقابل در خصوص استفاده از روش پیشگیری و عملکرد فرد. از لحاظ ماهیت مشارکت، مردان زنجانی درک متقابلی از نیازهای همسران خود داشتند یعنی اعتقاد داشتند که وسایل پیشگیری مورد استفاده باید کم‌ترین عوارض را داشته و طرفین از آن رضایت داشته باشند. مرد شهری ۲۶ ساله با تحصیلات دیپلم در این مورد می‌گوید: "... در این مورد صحبت کرده‌ایم که مثلاً خانم هم گفته کاندوم ضرر دارد با هم مشورت کرده‌ایم که از اون استفاده نکنیم..."

شرایط جسمانی همسر خود را مراعات می‌کردند یعنی به دوران قاعدگی و عادت ماهیانه در زنان توجه داشتند. مرد شهری ۲۹ ساله با تحصیلات دیپلم در این باره می‌گوید: "... در اون مدت نزدیکی از نظر شرعی هم گناه است و هم از نظر بهداشتی به خاطر یک سری عفونت‌ها نباید با او نزدیکی کرد".

مردان همچنین مهارت‌های ارتباط کلامی با همسر خود را داشتند؛ یعنی از همسر خود برای استفاده از وسایل پیشگیری حمایت لازم را انجام می‌دادند، و قدرت متقاعد کردن همسر خود در استفاده از وسایل پیشگیری را داشتند. حدود دو سوم آن‌ها اعتقاد داشتند که زنان باید در امور زندگی مشارکت‌های لازم را با مردان انجام بدهند و نقش هیچ کدام کم‌رنگ نباشد. مرد روستایی ۳۸ ساله با تحصیلات ابتدایی در این مورد می‌گوید: "... هماهنگ باشند تا زندگی را راحت‌تر بچرخونند و هر کدام حرف متفاوتی نزنند و با هم به توافق برسند...".

در مورد وسایل پیشگیری مورد استفاده، مشورت‌های لازم را با همسر خود انجام می‌دادند. در زمینه تهیه وسایل پیشگیری و استفاده از روش‌های مردانه، دو سوم از مردان تهیه وسایل پیشگیری را بر عهده زنانشان از مراکز بهداشتی می‌دانستند و در دلایل خود نداشتن وقت لازم برای مراجعه به مراکز بهداشتی را ذکر می‌کردند. از لحاظ شناخت وسایل، اکثر وسایل پیشگیری را می‌شناختند فقط مشکل آن‌ها در استفاده از وسایل پیشگیری بود که به گفته آن‌ها به علت کیفیت نامطلوب وسایل پیشگیری مردانه بود. مرد شهری ۳۴ ساله با تحصیلات اول راهنمایی می‌گوید: "... اگر بخواهم به آن جا برای تهیه این وسایل مراجعه کنم از کارم باید بزنم و یک روز کارم را تعطیل بنمایم و به این خاطر مجبورم سر کار بروم و وسایل پیشگیری را از بیرون تهیه نمایم".

۲- تسهیل‌کننده‌های مشارکت: بر اساس نتایج این مطالعه، تسهیل کننده‌های مشارکت یا عواملی که با مشارکت بیشتر مردان در تنظیم خانواده مرتبط است عبارت بودند از نگرش مثبت به تنظیم خانواده که اکثر شرکت کنندگان به اهمیت آن اشاره کردند و به دلایلی همچون اهمیت تربیت صحیح فرزند، آینده‌نگری، اهمیت سرمایه‌گذاری تحصیلی بر روی فرزندان و فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان اشاره کردند. مرد شهری ۳۵ ساله با تحصیلات پنجم ابتدایی در مورد اهمیت تربیت بچه می‌گوید: "... تنها بچه را به دنیا آوردن نیست از لحاظ تربیت و فرهنگ مهم است. کم‌تر بودن بچه برای جامعه هم بهتر است...".

همچنین مردان زنجانی به مشارکت در تنظیم خانواده اعتقاد داشتند و به لزوم مشارکت مردان در این زمینه و لزوم مشورت با

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

زنان در زمینه تعداد و فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان اشاره کردند. در مورد نگرش جنسیتی دو رویکرد متفاوت نسبت به تحصیلات و اشتغال زنان داشتند، یعنی همه مشارکت کنندگان نگرش مثبتی به تحصیلات زنان ولی اکثریت مردان نگرش منفی به اشتغال زنان داشتند که متأثر از وضعیت اجتماعی و اقتصادی است. مرد شهری ۲۹ ساله با تحصیلات دیپلم در مورد تحصیلات همسر می‌گوید: "... تحصیلات همسر از همه جهات در جامعه و در خانواده بر فرزند از لحاظ بهداشتی، آموزشی و تربیتی برای فرزند خیلی بهتر است و هم برای خانواده خوب می‌شود...".

دو سوم مردان اعتقاد به مدیریت مشارکتی در امور زندگی داشتند. شهرنشینی و سطح تحصیلات دو تسهیل کننده نگرش مثبت به روش‌های مردانه بود؛ یعنی شهرنشینان نگرش مثبتی به استفاده از کاندوم داشتند و افراد تحصیلکرده به وازکتومی اعتقاد مثبتی داشتند. مرد شهری۴۲ ساله با تحصیلات دانشگاهی در زمینه نگرش نسبت به وازکتومی می‌گوید: "... انجام وازکتومی (بستن لوله در مردان) بعد از حداقل دو فرزند (یک پسر و یک دختر) کاملاً منطقی و به جاست...".

۳- موانع مشارکت: در بخش موانع مشارکت به عواملی که باعث مشارکت کم مردان در تنظیم خانواده می‌شود پرداخته شده است. نگرش منفی جنسیتی نسبت به اشتغال زنان که متأثر از وضعیت اجتماعی- اقتصادی جامعه است یعنی کم بودن فرصت اشتغال در جامعه و بعضی نگرش‌های سنتی نسبت به مسؤولیت زنان باعث شده که اکثر مصاحبه شوندگان نگرش منفی نسبت به اشتغال زنان داشته باشند. مرد شهری ۳۵ ساله با تحصیلات پنجم ابتدایی در مورد اشتغال زنان می‌گوید: "... بالاخره زن جماعت باید در خونه باشد و به لحاظ رسیدگی به فرزند و غذا و... به نظر من کار کردن زن در بیرون از خانه اصلاً مجاز نیست...".

عامل بعدی مربوط به مراکز بهداشتی است که یکی تداخل زمان کاری این مراکز با زمان اشتغال مردان است که باعث می‌شود مردان نتوانند به آن جا مراجعه نمایند و دیگری تک جنسیتی بودن مسؤول مربوطه می‌باشد؛ یعنی زنان در آن قسمت مشغولند و این امر موجب مراجعه کم مردان به مراکز بهداشتی می‌شود. عامل بعدی مربوط به معایب موجود در روش‌های پیشگیری مردانه می‌باشد؛ مثل احتمال پارگی در کاندوم و پایین آوردن حس لذت جنسی در آن و همیشگی بودن وازکتومی که موجب استفاده کم‌تر از این وسایل در بین مردان می‌شود. مرد شهری ۴۰ ساله با تحصیلات دانشگاهی در زمینه معایب وازکتومی می‌گوید: "از معایب وازکتومی برگشت‌ناپذیری آن است و ممکن است به نوعی احساس بازنشستگی دایمی برای آقایان بدهد...".

عامل دیگر حس آسیب‌پذیری در مقابل بیماری‌های مقاربتی است. علی‌رغم این که دو سوم مصاحبه شوندگان خود را در معرض بیماری‌های مقاربتی مثل ایدز می‌دیدند و مراقبت‌های لازم را انجام می‌دادند، نبود حس آسیب‌پذیری کم نسبت به بیماری‌های مقاربتی، یکی از موانع مشارکت مردان در تنظیم خانواده و مصرف کاندوم محسوب می‌شد. مرد شهری ۳۳ ساله دارای تحصیلات دیپلم در مورد ایدز می‌گوید: "... چون از لحاظ انتقال شخص به شخص یا از طریق تزریق است الحمدا... نه اعتیاد دارم که برم تزریق بکنم از اون لحاظ راحت هستم..."

جدول ۳- حیطه‌ها، مضمون‌ها و خرده مضمون‌های استخراج شده مربوط به مشارکت مردان در تنظیم خانواده

حیطه	توضیحات	مضمون (Theme)	خرده مضمون (Sub theme)
ماهیت مشارکت	نحوه تعامل، ارتباط با همسر و درک متقابل در خصوص استفاده از روش پیشگیری و عملکرد فرد	درک متقابل از نیازهای همسر (اهمیت دادن به تمایلات همسر و درک شرایط جسمانی او)	لزوم رضایت هر دو طرف در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری
			در نظر داشتن شرایط جسمانی همسر
		بر عهده داشتن تهیه وسایل پیشگیری از بارداری و شناخت آن‌ها و شناخت درمانگاه	نقش مردان در تهیه وسایل پیشگیری از بارداری کم‌تر از زنان است
			شناخت اکثر وسایل پیشگیری از بارداری و درمانگاه برای تهیه آن‌ها
		مهارت‌های ارتباطی با همسر	حمایت کردن همسر در استفاده از روش پیشگیری از بارداری
			قدرت متقاعد کردن همسر برای استفاده از روش پیشگیری از بارداری
			اعتقاد به مدیریت مشارکتی دو جنس در امور زندگی
			قدرت ارتباط کلامی با همسر در مورد روش انتخابی
تسهیل کننده‌های مشارکت	عواملی که با مشارکت بیشتر مردان در تنظیم خانواده مرتبط است	نگرش مثبت به: (تنظیم خانواده، و مشارکت در تنظیم خانواده و جنسیت)	تنظیم خانواده
			مشارکت در تنظیم خانواده
			جنسیت (دو رویکرد متفاوت در نگرش جنسیتی نسبت به تحصیلات و اشتغال زنان)، نگرش مثبت به اشتغال و تا حدودی به مدیریت
		وضعیت اقتصادی، اجتماعی (شهرنشینی و تحصیلات)	شهرنشینی و سواد دو تسهیل کننده نگرش مثبت به روش‌های مردانه
			شهرنشینی و سواد دو تسهیل کننده مصرف روش‌های مردانه
		اطلاعات و دسترسی به رسانه‌ها	اینترنت و ماهواره، رادیو و تلویزیون، کتاب و مجله و دوستان، آموزش و تبلیغات
موانع مشارکت	عواملی که با مشارکت کم مردان در تنظیم خانواده ارتباط دارد	نگرش منفی جنسیتی	نگرش منفی جنسیتی نسبت به اشتغال متأثر از وضعیت اجتماعی- اقتصادی
		تک جنسیتی بودن مراکز بهداشتی	یکی از موانع مشارکت مردان تک جنسیتی بودن مراکز بهداشتی است
		ماهیت روش‌های مردانه	معایب موجود در روش‌های مردانه (تداخل با رضایت جنسی، پاره شدن کاندوم
		زمان نامناسب کار مراکز بهداشتی	عدم مراجعه به مراکز بهداشتی
		ریسک‌پذیری کم در مقابل بیماری‌های مقاربتی	درک کم از خطر ابتلا به ایدز، بیماری‌های مقاربتی و غیره

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

بحث

این نتایج نشان داد که مردان شهرستان زنجان نگرش مثبتی در زمینه بهداشت باروری و تنظیم خانواده دارند، اما برخی موانع موجود در این زمینه موجب می‌شود که مشارکت آن‌ها در بعضی موارد کم‌تر باشد. مشارکت مردان شهرستان زنجان در سه حیطه مورد بررسی قرار گرفت. بخش اول، ماهیت مشارکت؛ بخش دوم، تسهیل کننده‌های مشارکت؛ و بخش سوم، موانع مشارکت می‌باشد. در زمینه استفاده از روش‌های پیشگیری، نزدیک به نیمی از مصاحبه‌شوندگان گفته بودند که از روش‌های پیشگیری مردانه استفاده می‌کنند. هر چند نتیجه فوق قابل قیاس با نتیجه یک مطالعه کمی در مورد شیوع مصرف روش‌های مردانه نمی‌باشد، جالب است اشاره کنیم که بر اساس نتایج تحقیقی که مهریار و همکارانش در سال ۱۳۷۶ انجام دادند حداقل یک سوم مردان در سطح کشور از روش‌های پیشگیری مردانه استفاده می‌کردند (۸). اگر فرض کنیم که مردان زنجانی نیز مشابه سایر مردان کشورمان فقط حدود یک سوم از روش‌های مردانه استفاده می‌کنند، به نظر می‌رسد علی‌رغم دارا بودن نگرش مثبت مردان به تنظیم خانواده و مشارکت با همسرشان، و ارتباط نسبتاً خوب کلامی و صحبت در مورد روش‌های پیشگیری با همسر، عملکرد ضعیفی در امر مشارکت در استفاده از روش‌های پیشگیری دارند و یک شکاف مهم بین نگرش و عملکرد وجود دارد. هارتمن[6] و همکاران (سال ۲۰۱۲) نشان دادند که چگونه ارتباط با همسر در خصوص تنظیم خانواده، موجب افزایش مشارکت و تصمیم‌گیری مردان در تنظیم خانواده می‌شود؛ ولی در نمونه مورد بررسی در این مطالعه، تنها نگرش مثبت به تنظیم خانواده و داشتن تعامل با همسر، موجب بهبودی مشارکت نشده است و به نظر می‌رسد عوامل اثرگذار محیطی دیگری نیز در مشارکت کم مردان در تنظیم خانواده نقش داشته باشند (۹).

در بررسی نقش سواد و تحصیلات بر نگرش مثبت نسبت به تنظیم خانواده که توسط آقاپور و همکاران در شهرستان مرند و همچنین گویلکی و جاین[7] در زیمباوه انجام شد، تحصیلات مرد و زن از عوامل تأثیرگذار بر استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری گزارش شده‌اند (۱۰). نقش آگاهی بر مشارکت مردان توسط دکتر نجومی و همکارانشان مطالعه شد. در این مطالعه، آموزش به روش سخنرانی از عوامل تسهیل کننده مشارکت مردان در تنظیم خانواده دانسته شد و این عامل، موجب بالا رفتن سطح آگاهی مردان دانسته شده است (۱۱). در مطالعه حاضر هم مردان، خواستار آموزش از طریق چنین کلاس‌هایی یا روش‌های دیگری مثل ارایه سی‌دی آموزشی و یا مجلات آموزشی بودند. مهریار و دیگران در سال ۱۳۶۹ در پیمایشی در ایران، شاخص‌های توسعه نظیر شهرنشینی، نرخ سواد مردان و زنان، دسترسی به برق، آب لوله‌کشی و تلفن را از عوامل تسهیل‌کننده مشارکت دانسته‌اند (۱۲). مالکوم پاتس[8] هم دسترسی مردان به وسایل پیشگیری مردانه مثل فراهم شدن امکانات وازکتومی و در دسترس قرار دادن کاندوم را از عوامل تسهیل مشارکت مردان در تنظیم خانواده می‌داند (۲). در حالی که در مطالعه حاضر مردان اظهار می‌کردند که از لحاظ دسترسی به وسایل پیشگیری مشکلی ندارند، فقط معایب وسایل پیشگیری مردانه موجب استفاده کم‌تر از این وسایل می‌شد. لذا به نظر می‌رسد با افزایش سطح آگاهی مردان زنجانی، تا حد زیادی می‌توان به مشارکت آن‌ها در تنظیم خانواده کمک کرد. ملاحظات مناسب آموزشی که با فرهنگ شهرستان زنجان تضاد نداشته باشد بیشترین تأثیر را خواهد داشت و شهرنشینی از طریق افزایش دسترسی به رسانه‌ها و منابع آموزشی می‌تواند بر مشارکت تأثیر بگذارد. لذا با اطلاع‌رسانی در بین روستاییان می‌توان سطح مشارکت را افزایش داد.

مطالعه‌ای در اندونزی، حس برتری مردان بر زنان و خشونت مردان علیه زنان در خانواده را یکی از موانع اصلی مشارکت مردان در تنظیم خانواده دانسته و همچنین قدرت و تصمیم‌گیرنده اصلی و نهایی در مورد استفاده و یا عدم استفاده از وسایل پیشگیری را مردان معرفی کرده است (۱۲). عباسی هم ویژگی شخصیتی اقتدارطلبانه مردان را یکی از موانع مشارکت مردان در تنظیم خانواده می‌داند (۱۳). ساها[9] و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که بی‌عدالتی و عدم تساوی جنسیتی یکی از عوامل مؤثر در مشارکت کم مردان در بهداشت باروری در هندوستان است (۱۴). گایکواد[10] و همکاران (۲۰۱۲)، با بررسی بر روی رانندگان اتو ریچکا[11] در هندوستان، دریافتند که مردان، مسؤولیت مراقبت‌های دوران بارداری و تنظیم خانواده را به عهده زنان می‌دانند (۱۵). مطالعه دیگری نشان داد که نگرش منفی مردان نسبت به تنظیم خانواده اصلی‌ترین دلیل عدم موفقیت زنان در تنظیم خانواده حتی در مواقعی است که زنان انگیزه لازم برای استفاده از روش‌های پیشگیری را دارند (۱۶).

[6] Hartmann
[7] Guilky & Jayne

[8] Malcolm Potts
[9] Saha
[10] Gaikwad
[11] Auto-rickshaw

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

در این تحقیق نشان داده شد که مردان نگرش مثبتی نسبت به تنظیم خانواده داشتند. رستمیان و همکاران او در مطالعه خود در بوشهر موانع مشارکت مردان را شامل مسایل فرهنگی- اجتماعی همچون طعن و تمسخر اطرافیان در صورت استفاده مردان از روش‌های پیشگیری، عدم آگاهی از حقوق زنان در خصوص بهداشت باروری، اطلاع‌رسانی ناکافی در خصوص نحوه ارایه خدمات در مراکز دولتی، عدم تطابق ساعت کار مراکز با وقت آزاد مردان، نبود فضای مناسب جهت مشاوره در این زمینه (مشاوران مرد) را ذکر کرده بودند (۱۷) که در مطالعه حاضر هم مردان به این دو مورد آخر به عنوان موانع مشارکت اشاره کرده بودند. نتایج این پژوهش باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه، تفسیر گردند. این محدودیت‌ها عبارتند از سختی انتخاب افراد حائز شرایط و عدم تمایل به شرکت در مصاحبه‌ها، ماهیت حساس موضوع در جامعه زنجان، عدم دسترسی به نگرش زنان همسردار و عدم امکان مقایسه نگرش مردان و زنان در خصوص مشارکت مردان و در نهایت محدودیت زمانی جمع‌آوری اطلاعات.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد هر یک از موانع مشارکت که قابلیت اصلاح و تغییر دارند می‌توانند در مداخلات بهداشتی مورد هدف قرار گیرند و موجب افزایش مشارکت مردان شوند. برای مثال، اصلاح باورهای جنسیتی به سمت عدالت در تصمیم‌گیری و موازنه قدرت در تصمیم‌گیری، یکی از استراتژی‌های مشارکت بیشتر مردان در تنظیم خانواده می‌باشد. تغییرات ساختاری در ساختار مراکز بهداشتی هم از نظر دوجنسی شدن و مناسب شدن جهت مراجعه مردان و هم از نظر ساعات کار و اطلاع‌رسانی از دیگر مداخلات محسوب می‌گردد. یکی دیگر از مداخلات، می‌تواند توسعه روش‌های مردانه باشد؛ به خصوص روش‌هایی که بیشتر مورد پذیرش مردان قرار می‌گیرد و تداخل کمی با رضایت جنسی افراد داشته و قابلیت اطمینان بیشتری دارند. همچنین آموزش‌های لازم برای استفاده صحیح از کاندوم در مراکز بهداشتی توسط مراقبین بهداشتی مرد برای جلوگیری از پارگی در هنگام نزدیکی و کاهش نگرانی از بارداری ناخواسته، یکی از راهکارها برای مشارکت بیشتر مردان در تنظیم خانواده محسوب می‌شود.

References

1- Reproductive Health/White Paper. World Youth Alliance. [cited 2012 Feb]. Available from: URL: http://www.wya.net/advocacy/research/WYA%20Reproductive%20Health%20White%20Paper.pdf

2- Green CP. Male Involvement in Reproductive Health and Family Planning Programme. Advisory Note/Technical Paper. UNFPAMIRH; 1994.

3- Rostamian AR, Heidari GH., Zafarmandi MH, Asadi K, Barghandan R, Dianat M, et al. The qualitative Assessment of Lack of Male Participation in Family Planning in Boushehr Province. South Medicine Journal 2001; 4 (2):142-149. (in Persian)

4- Yarahmadi A, Iran Mahboob J. Unmet Needs of Family Planning in Iran. Journal of Population Association of Iran 2007; 2 (3): 111-129. (in Persian)

5- Vital Statistics of Health Centres in Zanjan Province (2006-2010). URL: http://www.zums.ac.ir/find.php?item=89.5668.7261.fa

6- Abbasi Shavazi MJ, Hosseini Chavoshi M, Kaveh Firooz Z. The Attitude of Women towards Reproductive Behaviors in Yazd Province. Journal of Social Sciences 2002; 20:169-204 (in Persian).

7- Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M, Qualitative Research Methods. 2nd ed. Tehran: Boshra Medical Science Publication. Tehran; 2001. (in Persian)

8- Mehryar AH, Mostafavi F, Agha H. Men and Family Planning in Iran. Proceedings of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP); 2001 August 18-24; Salvador, Brazil. 2001.

9- Hartmann M, Gilles K, Shattuck D, Kerner B, Guest G. Changes in Couples' Communication as a Result of a Male-involvement Family Planning Intervention. Journal of Health Communication 2012; 17 (7): 802-819.

10- Guilkey DK, Jayne S. Fertility Transition in Zimbabwe: Determinants of Contraceptive Use and Method Choice, Population Studies. Journal of Demography 1997: 51 (2): 173-189. DOI:10.1080/0032472031000149896

11- Nojoomi M, Rafati MF, Jafari M. The effect of training on Men's knowledge on Family Planning in Bardabad in 1999. Journal of Iran Medical University 1999; 30: 455-461. (in Persian)

12- Setiawan B. Barriers to Male Participation in Family Planning in West Timor. Asia-Pacific Population Journal 2004; 19(4):55-74.

13- Abbasi M. (dissertation). The effect of power structure in the Family and Male Participation in Family Planning, Case Study among Married Students Resided in Dormitory of Shahid Salamat. Tehran: Allameh Tabatabaie University; 2003. (in Persian)

14- Saha KB, Singh N, Chatterjee Saha U, Roy J. Male Involvement in Reproductive Health among Scheduled Tribe: Experience from Khairwars of Central India. Rural Remote Health 2007; 7 (2): 605.

15- Gaikwad VS, Murthy TSM, Sudeepa D. A Qualitative Study on Men's Involvement in Reproductive Health of Women among Auto-rickshaw Drivers in Bangalore Rural. Online J Health Allied Sciences 2012; 11 (1): 3.

16- Toure L. Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Program Initiatives in Africa. Washington D.C: Academy for Educational Development; 1996.

17- Aghapoor I, Sadat Moini S, Hatami A. Socio-Demographic Factors Associated with Men's Attitude towards Male's Participation in Family Planning Programs; Case Study of Married Men of Marand City. In: Future Studies in family issues, Strategic Research Centre. 1st ed. Tehran: Komeil Press; 2010: 66-96. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

Male Participation in Family Planning in Zanjan, 2011: a Qualitative Study

Khalajabadi Farahani F[1*] (PhD), Heidari J[2] (MSc)

[1] *Department of Population, Health and Family Planning, Population Studies and Research Institute in Asia and the Pacific, Tehran, Iran*
[2] *School of Social Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran*

Received: 4 Jul 2012, Accepted: 14 Mar 2013

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate male participation in reproductive health and family planning in Zanjan in 2011.

Methods: This was a qualitative study conducted among married men resided in rural and urban areas of Zanjan. A conceptual model was considered for the study based on the literature and existing theories of reproductive behaviors to guide the interviews and direct the queries. The deductive content analysis was used as the main approach for this study. Purposive sampling with maximum variability was used to select the participants. Data were collected via 33 semi-structured and in-depth interviews during July-Aug 2011. Topics discussed included knowledge, attitude (towards family planning and gender roles), risk perception, behavior and environmental factors. Data were analyzed using conceptual framework and conceptual mapping approach.

Results: The data of this study was categorized into three main areas: 1) Nature of male participation; 2) Facilitators of male participation; and 3) Barriers of male participation. Nature of male participation included verbal communication with spouse about contraception, mutual understanding of spouse's reproductive health needs and use of male contraceptive methods. Facilitators of male participation included education and living in urban areas, knowledge about contraceptives and access to media, positive attitudes towards family planning and gender issues. The barriers of male participation included inappropriate working hours of health clinics which provide contraceptive and counseling services, lack of access to male health care providers in such clinics, negative gender beliefs, and complications related to some male methods and low risk-perception towards sexually transmitted diseases.

Conclusion: Although men's attitudes towards participation in reproductive health and family planning in Zanjan seems to be appropriate, there were some barriers prevented men from participating in family planning actively. These barriers included inappropriate working hours of family planning clinics, lack of access to male health care provider, some gender beliefs and complications and inconvenience of using male methods and lack of knowledge on contraceptive methods. Appropriate interventions based on the results of this study might enhance male participation in family planning.

Key words: male participation, family planning, male contraception

Please cite this article as follows:

Khalajabadi Farahani F, Heidari J. Male Participation in Family Planning in Zanjan, 2011: a Qualitative Study. Hakim Research Journal 2013; 16(1): 50- 57.

*Corresponding Author: Department of Population, Health and Family Planning, Population Studies and Research Centre in Asia and the Pacific, No. 4, No, 4th Behestan st., Pasdaran Ave., Tehran, Iran, Tel: +98- 21- 22769720, Fax: +98- 21- 22550776, E-mail: faridehfarahani@yahoo.com; f.farahani@psri.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]