

سیاست‌های جمعیتی و رفتارهای پیشگیری از بارداری: مطالعه قند و لیپید تهران

سمیرا بهبودی گندوانی^۱، فهیمه رضائی تهرانی^{۱*}، مرضیه رستمی دوم^۱، فریدون عزیزی^۲

۱- مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم و غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم و غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، ولنجک، خ یمن، خ پروانه، پ ۲۴، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم و غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کدپستی: ۱۹۸۵۷۱۷۴۱۳. تلفن: ۲۲۴۳۲۵۰۰. نمابر: ۲۲۴۱۶۲۶۴

پست الکترونیک: fah.tehrani@gmail.com، ramezani@endocrine.ac.ir

دریافت: ۹۴/۸/۱۶ پذیرش: ۹۴/۱۲/۵

چکیده

مقدمه: رفتارهای پیشگیری از باروری از مهم‌ترین مؤلفه‌های تحولات جمعیتی می‌باشد. از این رو سیاست‌های جمعیتی عمدتاً حول محور تنظیم خانواده اعمال می‌شود. در ایران با توجه به کاهش رشد جمعیت، سیاست‌های جمعیتی تا حدودی دستخوش تغییراتی شده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر تغییر رویکرد سیاست‌های باروری بر روند استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در ده سال اخیر می‌باشد.

روش کار: این پژوهش مبتنی بر جمعیت با استفاده از اطلاعات مطالعه‌ی قند و لیپید تهران، شیوع استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری در چهار مقطع زمانی سال‌های ۸۱، ۸۴، ۸۷، و ۹۰ را مورد ارزیابی قرار داد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد روند استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری سیر نزولی، و روش‌های سنتی سیر صعودی داشته؛ و تمایل به بارداری با شیب بسیار کندی در بین زنان جوان‌تر از ۳۵ سال در حال افزایش است. استفاده از روش‌های مردانه، خصوصاً کاندوم به طور مرتب در حال افزایش می‌باشد، و روش‌های مدرن زنانه شامل دستگاه داخل رحمی (IUD)، قرص جلوگیری از بارداری، توبکتومی و آمپول روند کاهشی داشت، به طوری که در فاز چهارم درصد استفاده از روش‌های مردانه بیشتر از روش‌های مدرن زنانه بود که با سطح تحصیلات و تعداد فرزندان نیز ارتباط معناداری نداشت ($p=0/15$) و ($p=0/08$).

نتیجه‌گیری: تغییر سیاست‌های جمعیتی کلان کشور در جهت افزایش باروری، منجر به کاهش تدریجی استفاده از روش‌های مدرن جلوگیری از بارداری شده است. دانستن این روند می‌تواند سیاست‌گذاران را در زمینه پیش‌بینی، طراحی و اجرای انواع تصمیمات آتی یاری رساند، و راهکارهای ارزنده‌ای برای تعیین دقیق این سیاست‌ها در کشور ارائه دهد.

کلواژگان: سیاست‌های جمعیتی، تنظیم خانواده، مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

مقدمه

جمعیت و ابعاد آن هسته‌ی مرکزی و بسیار مهم هر اجتماعی محسوب می‌شود، و تحولات آن می‌تواند تمام ابعاد زندگی انسان و خرده نظام‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی را تحت تأثیر قرار دهد، و منشأ تحولات جدی و چشمگیر در این حوزه‌ها شود. در عین حال جمعیت، خود نیز متأثر از تحولات نظام اجتماعی، سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای است (۱). بدون شک رفتارهای پیشگیری از باروری یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های

تحولات جمعیتی در هر کشوری است، و از این رو سیاست‌های جمعیتی به طور عمده‌ای حول و حوش محور تنظیم خانواده اعمال می‌شود (۲). در ایران سطح باروری در دهه‌ی ۱۳۵۰ با افزایش فعالیت‌های تنظیم خانواده، کاهش نسبی پیدا کرد (۳ و ۴). پس از انقلاب، ایده‌های موافق افزایش جمعیت (پرواناتالیستی) شکل گرفت که نتیجه‌ی آن افزایش سطح باروری در سال‌های اولیه پس از انقلاب بود (۵ و ۶) و به حدود بهار ۹۵، دوره نوزدهم، شماره اول، پیاپی ۷۲

است که برای تعیین عوامل خطر ساز بیماری‌های مزمن غیرواگیر در بین کلیه ساکنین منطقه‌ی ۱۳ در شرق تهران طراحی شده است و به مدت بیست سال ادامه دارد. جامعه‌ی هدف در این مطالعه، کلیه افراد سه سال و بالاتر می‌باشد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده و هر چهار سال یک بار مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. جزئیات این مطالعه پیشتر منتشر شده است (۱۳). برای انجام پژوهش حاضر، کلیه زنان سنین باروری ۱۵ تا ۴۹ ساله متأهل دارای همسر، غیرباردار، غیربائسه که در فازهای اول تا چهارم مطالعه قند و لیپید تهران حاضر بودند، و حداقل از یکی از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند و یا تمایل به بارداری داشتند، وارد این مطالعه شدند و به مدت ۱۰ سال مورد پیگیری قرار گرفتند. نمودار ۱ روند انتخاب افراد برای مطالعه‌ی حاضر را نشان می‌دهد. تمامی اطلاعات دموگرافیک، سوابق بیماری‌ها و نیز اطلاعات مربوط به تاریخچه‌ی باروری و قاعدگی و جلوگیری از بارداری در طی ۶ ماه اخیر و مصرف دارو با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته استاندارد شده ثبت گردید. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مذکور با بهره‌گیری از نظرات ۵ نفر از افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش و همچنین نظرات متخصصین زنان، جامعه‌شناس، اقتصاد بهداشت و بهداشت باروری تأیید؛ و سپس پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۸۵٪ و نیز با روش آزمون مجدد با همبستگی ۰/۹۳ مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه توسط پرسشگران دوره دیده به روش مصاحبه‌ی چهره به چهره تکمیل گردید. مطالعه پس از تصویب کمیته اخلاق پژوهش و اخذ رضایت‌نامه‌ی افراد شرکت‌کننده انجام شد.

کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ مورد بررسی قرار گرفت. فراوانی استفاده از روش‌های مختلف با استفاده از آمار توصیفی محاسبه گردید، و برای مقایسه نیز از آزمون آماری من‌ویتنی^۲ استفاده شد و مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

نتایج

برای این مطالعه، تعداد ۲۴۹۱ زن واجد شرایط در فاز اول، ۲۳۲۶ نفر در فاز دوم، ۲۳۷۱ نفر در فاز سوم و ۲۴۴۵ نفر در فاز چهارم وارد مطالعه شدند (نمودار ۱). مشخصات دموگرافیک و اجتماعی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

۷ فرزند در سال ۱۳۶۰ رسید. پس از آن گسترش سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای، افزایش امکانات و خدمات آموزشی و بهداشتی به روستاها و نقاط محروم، و ترغیب دسترسی دختران به آموزش، زمینه‌هایی را برای تحولات اجتماعی و تغییر نگرش مردم ایجاد کرد (۶)؛ به طوری که از سال ۱۳۶۴ (پیش از شروع سیاست‌های تحدید موالید)، میزان باروری کل روند رو به کاهش پیدا کرد که بیانگر آن بود که رفتارهای زوجین، مستقل از برنامه‌های رسمی دولت در مورد تنظیم خانواده شکل گرفته است (۱ و ۶). همزمان با شروع مجدد برنامه‌های تنظیم خانواده از اواخر دهه‌ی ۱۳۶۰، کاهش باروری سرعت چشمگیری به خود گرفت و میزان باروری کل از حدود هفت به سطح جانشینی ۲/۱ در سال ۱۳۷۹ و ۱/۹ در سال ۱۳۸۵ رسید. البته به نظر می‌رسد روند کاهش باروری در ایران در سال‌های اخیر در نقاط شهری و روستایی، سرعت آرام‌تری داشته باشد (۹-۷).

در سال‌های اخیر رویکرد سیاست‌گذاران نسبت به گذشته متفاوت بوده است. از ابتدای دولت نهم و دهم، به طور تلویحی گرانی‌هایی نسبت به روند کاهش رشد جمعیت و سالخورده شدن آن توسط مقامات ارشد کشور مطرح شد که در نهایت لایحه اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده در انتهای سال ۱۳۹۲ به تصویب مجلس رسید. بر طبق این لایحه، کلیه محدودیت‌های مقرر در قانون تنظیم خانواده و جمعیت در راستای سیاست تحدید موالید لغو گردید، و دولت موظف گردید که هر پنج سال یک بار با توجه به نتایج سرشماری عمومی نفوس، نسبت به برقراری امتیازات یا ایجاد محدودیت‌ها بر اساس تعداد فرزندان اقدام نماید. در عین حال مرخصی زایمان مادران به نه ماه افزایش یافت و پدران نیز از دو هفته مرخصی تشویقی برخوردار شدند (۱۰-۱۲). به نظر می‌رسد که این تحولات بر روند استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در طی ده سال اخیر تأثیرگذار می‌باشد. بنابراین مطالعه‌ی مبتنی بر جمعیت با هدف تعیین تأثیر تغییر رویکرد سیاست‌های باروری در ایران در سال‌های اخیر، بر روند استفاده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری سنتی و مدرن انجام شد.

روش کار

در پژوهش مبتنی بر جمعیت با استفاده از اطلاعات مطالعه‌ی قند و لیپید تهران، شیوع استفاده از انواع روش‌های جلوگیری از بارداری در چهار مقطع زمانی سال‌های ۸۱، ۸۴، ۸۷ و ۹۰ مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه‌ی قند و لیپید (TLGS)^۱ مطالعه‌ای

^۲ Mann-Whitney U test

^۱ Tehran Lipid and Glucose Study

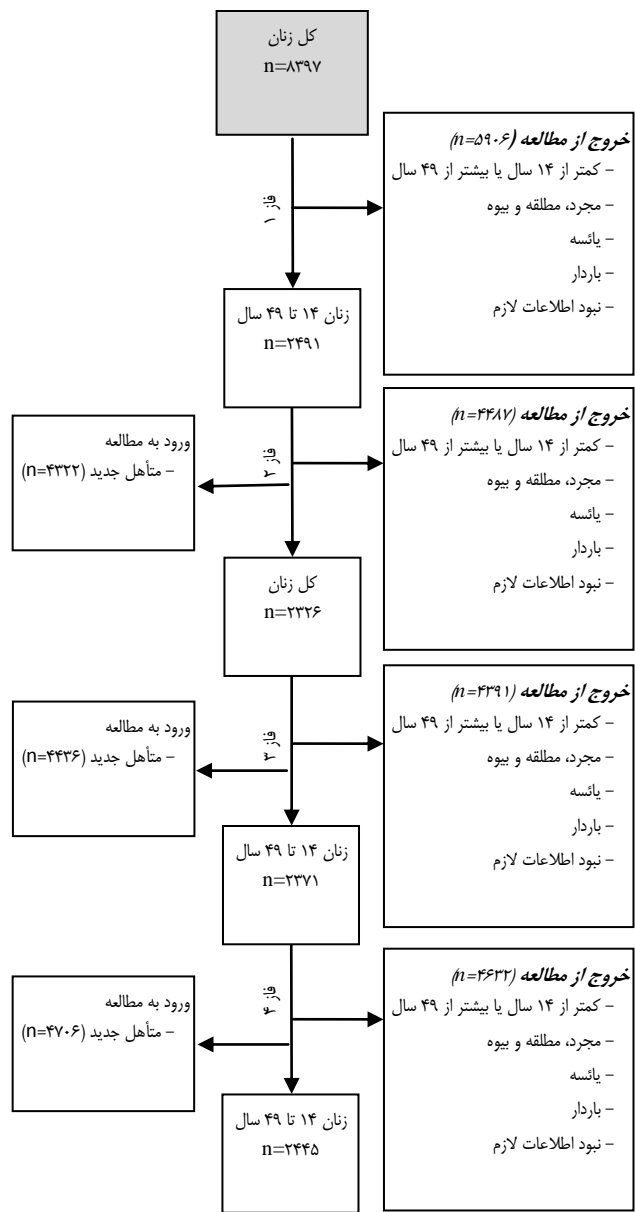
دوره‌ی پیگیری روند افزایشی داشته است. نکته جالب توجه این است که در فاز دوم تا چهارم مطالعه تمایل به بارداری با شیب کندی در حال افزایش است (نمودار ۲، الف). در عین حال در فاز دوم مطالعه، استفاده از روش‌های مدرن به حداکثر (۶۹/۲٪) و استفاده از روش‌های سنتی به حداقل میزان خود (۲۸/۶٪) در طی ده سال منتهی به سال ۹۰ رسیده است (نمودار ۲، ب). بررسی روند استفاده از روش‌ها به تفکیک انواع روش‌های مدرن مردانه و زنانه نشان می‌دهد که استفاده از روش‌های مردانه، خصوصاً کاندوم به طور مرتب در حال افزایش است و روش‌های مدرن زنانه شامل دستگاه داخل رحمی IUD، قرص جلوگیری از بارداری، توبکتومی و آمپول تزریقی روند کاهشی را نشان می‌دهد، به طوری که در فاز چهارم مطالعه درصد استفاده از روش‌های مردانه بیشتر از روش‌های مدرن زنانه می‌باشد (۲۹/۲٪ مردانه در مقابل ۲۷/۲٪ زنانه) (نمودار ۲، ج).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و اجتماعی افراد شرکت‌کننده در پژوهش

| فاز ۱ | فاز ۲ | فاز ۳ | فاز ۴ | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| n=۲۴۹۱ | n=۲۳۲۶ | n=۲۳۷۱ | n=۲۴۴۵ | |
| ۳۴/۴ (۷/۵) | ۳۵/۷ (۳/۵) | ۳۵/۶ (۷/۵) | ۳۶/۸ (۷/۳) | سن (سال)، میانگین (انحراف معیار) |
| ۷۰۸ (۲۸/۴) | ۵۸۸ (۲۵/۲) | ۵۷۷ (۲۴/۳) | ۵۵۶ (۲۲/۷) | <۳۰ سال، تعداد (درصد) |
| ۱۰۸۸ (۴۳/۴) | ۹۴۱ (۴۰/۴) | ۹۶۹ (۴۰/۸) | ۱۰۰۳ (۴۱) | ۳۰-۳۹ سال، تعداد (درصد) |
| ۶۹۵ (۲۷/۹) | ۷۹۷ (۳۴/۲) | ۸۲۵ (۳۴/۷) | ۸۸۶ (۳۶/۲) | ۴۰-۴۹ سال، تعداد (درصد) |
| ۲۷/۴ (۴/۸) | ۲۷/۹ (۴/۸) | ۲۷/۵ (۴/۸) | ۲۸ (۵) | نمایه توده بدنی (kg/m ²)، میانگین (انحراف معیار) |
| ۱۰۱۶ (۴۰/۷) | ۸۸۴ (۳۸) | ۹۴۹ (۴۰) | ۹۰۲ (۳۶/۸) | <۲۶، تعداد (درصد) |
| ۱۴۷۵ (۵۹/۲) | ۱۴۴۲ (۶۱/۹) | ۱۴۲۲ (۵۹/۹) | ۱۵۴۳ (۶۳/۱) | ≥۲۶، تعداد (درصد) |
| ۵۱ (۲) | ۲۶ (۱/۱) | ۱۸ (۰/۷) | ۸ (۰/۳) | سطح تحصیلات، تعداد (درصد) |
| ۲۳۶ (۹/۴) | ۳۳۸ (۱۴/۵) | ۴۸۳ (۲۰/۳) | ۶۷۸ (۲۷/۷) | بی سواد، <دیپلم |
| ۲۲۰۴ (۸۸/۴) | ۱۹۶۲ (۸۴/۳) | ۱۸۷۰ (۷۸/۸) | ۱۷۵۹ (۷۱/۹) | ≥دیپلم |
| ۲۴۴ (۹/۷) | ۲۸۴ (۱۲/۲) | ۲۵۴ (۱۴/۹) | ۴۵۵ (۱۸/۶) | وضعیت شغلی، تعداد (درصد) |
| ۲۳۴۷ (۹۰/۲) | ۲۰۴۳ (۸۷/۷) | ۲۰۱۷ (۸۵) | ۱۹۹۰ (۸۱/۳) | شاغل، تعداد (درصد) |
| ۱۹۶ (۷/۸) | ۲۳۷ (۱۰/۱) | ۲۷۶ (۱۱/۶) | ۳۳۸ (۱۳/۸) | غیر شاغل، تعداد (درصد) |
| ۱۷۹۲ (۷۱/۹) | ۵۰۷ (۲۱/۷) | ۵۸۱ (۲۴/۵) | ۶۸۹ (۲۸/۱) | تعداد فرزندان، تعداد (درصد) |
| ۵۰۳ (۲۰/۱) | ۱۵۸۲ (۶۸) | ۱۵۱۴ (۶۳/۸) | ۱۴۱۸ (۵۷/۹) | نولی پار، ≤۲ |
| ۹۹ (۳/۹) | ۸۱ (۳/۴) | ۶۲ (۲/۶) | ۵۶ (۲/۳) | >۲ |
| ۲۳۹۲ (۹۶) | ۲۲۴۴ (۹۶/۵) | ۲۳۰۹ (۹۷/۳) | ۲۳۸۷ (۹۷/۷) | استعمال دخانیات، تعداد (درصد) |
| | | | | بله |
| | | | | خیر |

جدول ۲- درصد شیوع استفاده از روش‌های مختلف جلوگیری از بارداری در بین زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مطالعه ی قند و لیپید تهران

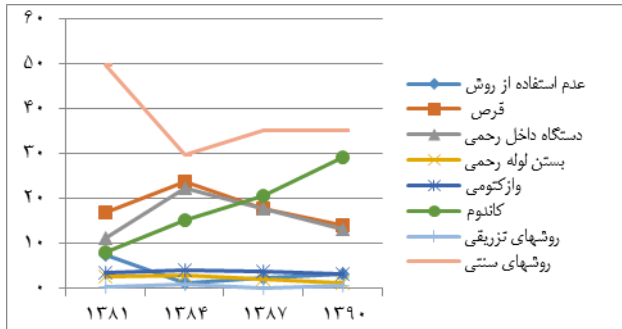
| فاز ۱ | فاز ۲ | فاز ۳ | فاز ۴ | |
|--------|--------|--------|--------|----------------------------|
| n=۲۴۹۱ | n=۲۳۲۶ | n=۲۳۷۱ | n=۲۴۴۵ | |
| ۵۳/۶ | ۶۹/۲ | ۶۳/۶ | ۵۶/۴ | روش‌های مدرن |
| ۱۵/۴ | ۱۷ | ۱۲/۷ | ۹/۵ | قرص جلوگیری از بارداری IUD |
| ۱۴/۸ | ۱۹/۷ | ۱۵/۶ | ۱۱/۵ | توبکتومی |
| ۸/۱ | ۹/۸ | ۹/۳ | ۵/۸ | واژکتومی |
| ۷/۵ | ۹/۲ | ۹/۷ | ۸ | کاندوم |
| ۸/۳ | ۱۲/۹ | ۱۵/۸ | ۲۱/۲ | آمپول تزریقی |
| ۴۰/۴ | ۲۸/۶ | ۳۲/۴ | ۳۴/۵ | روش‌های سنتی |
| ۶ | ۱/۹ | ۴ | ۹ | هیچ کدام |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | کل |



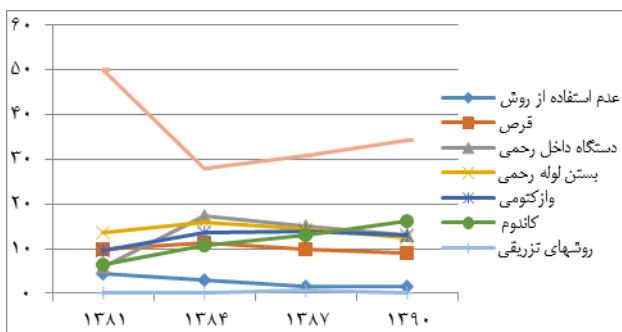
نمودار ۱- فلوچارت نحوه‌ی انتخاب افراد برای ورود به مطالعه

میانگین (انحراف معیار) سنی افراد شرکت کننده در فازهای اول تا چهارم به ترتیب شامل ۳۴/۴ (۷/۵)، ۳۵/۷ (۳/۵)، ۳۵/۶ (۷/۵)، ۳۶/۸ (۷/۳) سال بود، که اختلاف معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد. جدول ۲، درصد استفاده از روش‌های مختلف جلوگیری از بارداری را نشان می‌دهد. یافته‌های ده سال اخیر نشان می‌دهد که در تمام فازهای مطالعه، استفاده از روش‌های سنتی به تنهایی بیشترین شیوع استفاده را در بین زنان ۱۵ تا ۴۹ سال داشتند (نمودار ۲، الف). بررسی روند تغییرات نشان می‌دهد که در فاز دوم مطالعه (در سال ۸۴) شیوع استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری به صورت کلی با شیب تندی افزایش و سپس با شیب ملایمی تا فاز چهارم مطالعه کاهش پیدا می‌کند. تنها استثناء در بین انواع روش‌ها، کاندوم می‌باشد که در طی

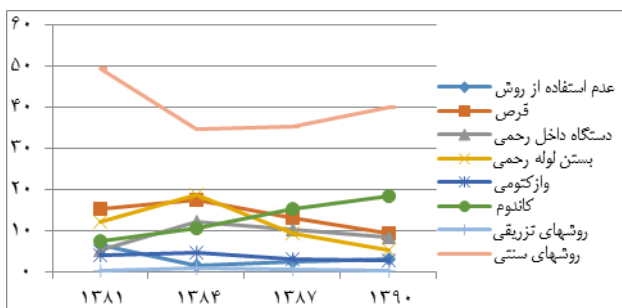
و در تمام این گروه‌ها این روند افزایشی مشاهده می‌شود (نمودار ۳، ج و د).



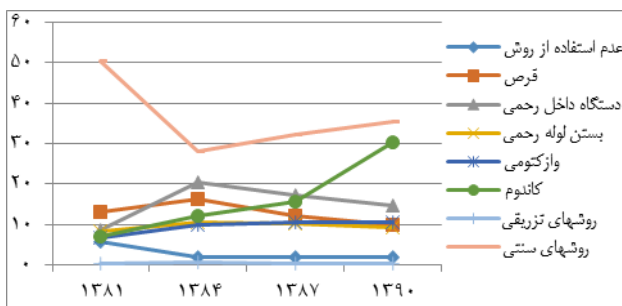
الف- درصد استفاده از انواع روش‌های جلوگیری از بارداری در افراد کمتر از سی و پنج سال



ب- درصد استفاده از انواع روش‌های جلوگیری از بارداری در افراد سی و بالاتر

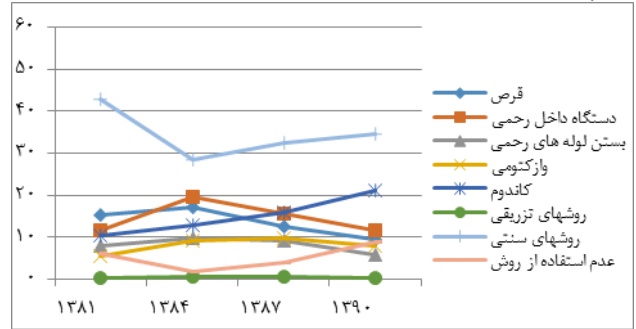


ج- درصد استفاده از انواع روش‌های جلوگیری از بارداری در افراد زیر دپلم و دپلم

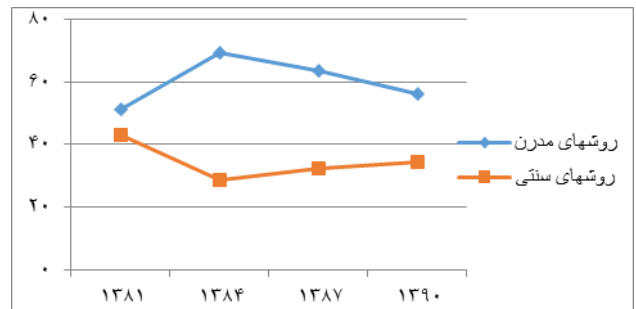


د- درصد استفاده از انواع روش‌های جلوگیری از بارداری در افراد بالای دپلم

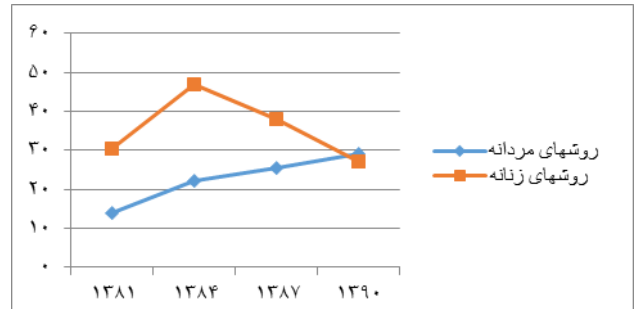
نمودار ۳- روند استفاده از انواع روش‌های جلوگیری از بارداری بر حسب سن و سطح تحصیلات



الف- درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به تفکیک انواع روش‌ها



ب- درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به تفکیک روش‌های مدرن و سنتی



ج- درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به تفکیک انواع روش‌های مدرن مردانه و زنانه

نمودار ۲- روند استفاده و عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری به تفکیک نوع روش

از طرفی، مقایسه‌ی روند استفاده از روش‌های مختلف در افراد کمتر از سی و پنج سال، و سی و پنج ساله و بالاتر نشان می‌دهد که از فاز دوم مطالعه به بعد، تمایل به بارداری در افراد کمتر از سی و پنج سال در حال افزایش، و در بالاتر از سی و پنج سال با شیب ملایمی در حال کاهش می‌باشد. نکته‌ی جالب توجه آن است که شیوع استفاده از کاندوم در این دو گروه از روند کلی تبعیت می‌کند، و در هر دو طیف سنی با شیب تندی در حال افزایش می‌باشد (نمودار ۳، الف و ب). به نظر می‌رسد که این افزایش شیوع استفاده از کاندوم در هر فاز به سطح تحصیلات ($p=0/15$) و تعداد فرزندان ($p=0/08$) نیز ارتباط معناداری ندارد

بحث

تنظیم خانواده به آن معنی است که مردم قابلیت تولیدمثل و آزادی تصمیم‌گیری در مورد چگونگی، وقت و تناوب آن را داشته باشند (۱۴). این امر، امکان آگاهی و دسترسی به بهترین روش‌های مطمئن، مؤثر، کم هزینه و قابل قبول پیشگیری از بارداری در چارچوب قانون، و نیز حق دسترسی به خدمات بهداشتی در راستای دستیابی به دوران بارداری و زایمان ایمن را مهیا می‌سازد. در واقع برنامه‌ی تنظیم خانواده شامل ارایه‌ی همگانی خدمات با کیفیت، کم هزینه و قابل قبول به نیازمندان و متقاضیان خدمت است، تا گیرندگان خدمت بتوانند به هدف‌های تولید مثل خود و پیشگیری از وقوع حاملگی‌های ناخواسته و پرخطر دستیابی داشته باشند (۱۵). امروزه تنظیم خانواده به یکی از ابزارهای بسیار مهم کنترل جمعیت در بسیاری از کشورها تبدیل شده است.

ایران در حال حاضر از باروری طبیعی به یک باروری ارادی رسیده (۱۶)، به طوری که طبق آخرین آمار سرشماری عمومی نفوس در سال ۱۳۹۰، در بسیاری از استان‌ها باروری به سطح جایگزینی و حتی کمتر کاهش یافته است (۱۷). سیاست‌های جمعیتی کشور، افزایش میزان شهرنشینی، افزایش سن ازدواج و کاهش دوره‌ی فرزندآوری، برخورداری از خدمات تنظیم خانواده و بهبود کیفیت آن در طی سال‌های گذشته، افزایش سطح تحصیلات و به تبع آن اشتغال بیشتر زنان، فرهنگ جهانی شدن و تغییر هنجارهای جامعه که منجر به تغییر ایده‌ها و دیدگاه‌های خانواده‌ها شده است، همگی در بروز این امر نقش داشته است (۱۸ و ۱۹). باروری از مؤلفه‌های اصلی رشد جمعیت بوده و برنامه‌های جمعیتی به طور معمول، معطوف به کاهش یا افزایش باروری است و سیاست‌های جمعیتی بر مبنای سطح و روند باروری تدوین می‌گردد. در این راستا، در چند سال اخیر با توجه به کاهش سطح باروری در ایران، برخی سؤالاتی در مورد ضرورت تدوام، یا محدود کردن سیاست‌های باروری، و یا عدم ضرورت اعمال برنامه‌های تنظیم خانواده را مطرح کرده؛ و بر لزوم ایجاد بسته‌های حمایتی و تشویقی بلند مدت در راستای افزایش فرزندآوری تأکید نمودند. در نهایت باتوجه به سرشماری ۱۳۸۵ که میزان باروری کلی را زیر حد جایگزینی گزارش شد، مقام معظم رهبری (مدظله العالی) سیاست کلی جمعیت را در جهت ارتقای پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش میزان باروری به بیش از سطح جانشینی را ابلاغ فرمودند؛ که ذیل آن ارایه تسهیلاتی جهت فرزندآوری و نیز آموزش‌های ازدواج و ترویج فرزندآوری با رویکردهای برنامه‌ی باروری سالم در جهت

افزایش میزان باروری کلی در نظر گرفته شد (۱۰ و ۱۱). مطالعه‌ی حاضر، روند استفاده از روش‌های پیشگیری از باروری، به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی سیاست‌های تنظیم خانواده، در دوره‌ی ده ساله پیش از شروع نگرانی‌های کاهش سطح باروری تا پیش از تصویب این قانون، را مورد ارزیابی قرار داده است. در فاز اول تا دوم این مطالعه که منطبق بر سال‌های ۸۱ تا ۸۴ است، شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با توجه به اجرای کامل سیاست تحدید مولید، و عزم و اراده دولت بر اجرای کامل سیاست کاهش جمعیت، روند افزایشی داشت، و در فاز دوم مطالعه به بیشترین میزان در سال‌های اخیر رسید. پس از این مرحله، در ادامه تغییر در روند ایجاد شده به طوری که استفاده از روش‌های مدرن و مؤثرتر روش‌های جلوگیری از بارداری با شیب ملایمی کاهش، و روش‌های سنتی رو به افزایش می‌باشد. با نظری اجمالی بر برنامه‌های سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت می‌توان نتیجه گرفت که در این بازه زمانی با توجه به کاهش ابزارهای فشار برای انجام و ارتقاء برنامه‌های تنظیم خانواده، نظارت دقیق‌تر از جمله پایش و ارزشیابی پیشین بر کیفیت اجرای این نوع برنامه‌ها تا حدودی کاسته شده است، و این امر کیفیت اثر بخشی این برنامه‌ها را تا حدودی کاهش داده است (۲۲ - ۲۰).

در این میان نکته‌ی قابل تأمل آن است که انتظار می‌رود با کاهش شیوع استفاده از روش‌های مؤثر و مدرن پیشگیری از بارداری، و شیوع بیشتر روش‌های سنتی، درصد بارداری‌های ناخواسته و به دنبال آن سقط‌های نا ایمن افزایش بیشتری پیدا کند. این مسأله از جنبه‌های مختلفی می‌تواند بر زندگی زوجین تأثیرگذار باشد، و ممکن است هم مادر و هم کودک در معرض ابتلا به مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرند که تهدیدکننده‌ی سلامت و حتی حیات مادران و کودکان می‌باشد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که عوامل مختلفی می‌تواند بر تصمیم‌گیری افراد در مورد انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری مؤثر باشد، و دانش افراد نسبت به انواع روش‌ها، یکی از مهم‌ترین و شناخته شده‌ترین این عوامل است. طبق توصیه‌ی سازمان بهداشت جهانی، رسالت و مأموریت اصلی برنامه‌های تنظیم خانواده باید حول و حوش بهبود و ارتقای کیفیت، و اطمینان از تداوم سرمایه‌گذاری در این حوزه باشد. به نظر می‌رسد با توجه به وضعیت کنونی کشور ما، فعالیت‌ها باید به گونه‌ای تنظیم گردد که چگونگی و کیفیت خدمات و امکانات و آموزش همچنان مدنظر باشد، و ترتیبی اتخاذ گردد تا در عین بهار ۹۵، دوره نوزدهم، شماره اول، پیاپی ۷۲

نتیجه‌گیری

در سال‌های گذشته کاهش میزان باروری کلی نگرانی‌هایی را در بین مسئولین ایجاد کرده بود که در نهایت منجر به تغییر در سیاست‌های جمعیتی در جهت افزایش رشد جمعیت شد. با توجه به این امر که هنوز هم درصد زیادی از زنان در جامعه در سنین باروری قرار دارند، توجه به روند تغییرات در استفاده از روش‌های مدرن تنظیم خانواده، به عنوان بازوی پر قدرت سیاست‌های جمعیتی پویا و کارآمد، می‌تواند دانش و بینش سیاست‌گزاران را در زمینه‌ی پیش‌بینی، طراحی و اجرای انواع تصمیمات یاری رساند، و می‌تواند راهکارهای ارزنده‌ای برای تعیین دقیق این سیاست‌ها در کشور ارائه دهد. این امر نه تنها ضامن موفقیت این تصمیمات است بلکه برای توسعه و ترویج سایر برنامه‌های بهداشت باروری نیز راهگشا خواهد بود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

تغییر سیاست‌های جمعیتی کلان کشور در جهت افزایش باروری، منجر به کاهش تدریجی استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری شده است. دانستن این روند می‌تواند سیاست‌گزاران را در زمینه‌ی پیش‌بینی، طراحی و اجرای انواع تصمیمات آتی یاری رساند، و راهکارهای ارزنده‌ای برای تعیین دقیق این سیاست‌ها در کشور ارائه دهد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه پرسنل واحد قند و لیپید صمیمانه قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

- 1- Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M. Fertility Transition, Family Planning and Population Policy in Iran. Knowledge in Islamic University 2011; 15:8-25. (in Persian)
- 2- Hoodfar H, Assadpour S. The Politics of Population Policy in the Islamic Republic of Iran. Studies in Family Planning 2000; 31(1): 19-34.
- 3- Abbasi-Shavazi MJ, Morgan SP, McDonald P. Family Change and Continuity in Iran: Birth Control Use Before First Pregnancy. Journal of Marriage and Family 2009; 71(5) 1309-1324.
- 4- Simbar M. Achievements of the Family Planning Program in Iran. SJSPPH 2010; 8 (1):81-92. (in Persian)
- 5- Hosseini-Chavoshi M, McDonald P, Abbasi-Shavazi MJ. The Iranian Fertility Decline, 1981-1999: An Application of the Synthetic Parity Progression Ratio Method. Population 2006; 61(5/6): 701-718.
- 6- Vahidnia F. Case study: Fertility Decline in Iran. Population and Environment 2007; 28: 259-66.
- 7- Abbasi-Shavazi MJ. Convergence of Reproductive Behaviors in Iran: Prevalence, Trends and Patterns of Reproductive Age in the Years 1351 and 1375 in the Province of Tehran. Social Sciences 1380; 201:231-9.
- 8- Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M. The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction. 2nd ed. New York: Springer; 2009: 51.
- 9- Rakhshani F, Niknami S, Ansari Moghaddam AR. Couple Communication in Family Planning Decision-making in Zahedan, Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2005; 11(4):586-93.
- 10- Research Center of Parliament. Family planning law [cited 2015 Mar 8]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/135502>

- 11- Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran's Shift in Family Planning Policies: Concerns and Challenges. *International Journal of Health Policy and Management* 2014; 3(5): 231-233.
- 12- Erfani A, McQuillan K. The Changing Timing of Births in Iran: An Explanation of the Rise and Fall in Fertility after the 1979 Islamic Revolution. *Biodemography and social biology* 2014; 60(1): 67-86.
- 13- Azizi F, Madjid M, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hadjipour R. Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS): Rationale and Design. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2000; 2 (2):77-86.
- 14- Dixon-Mueller R, Adrienne Germain. MA. Fertility Regulation and Reproductive Health in the Millennium Development Goals: The Search for a Perfect Indicator. *American Journal of Public Health* 2007; 97(1): 45-51 .
- 15- Charlafti I. A Right for Family Planning: The Benefits of Contraception for Women's Health and Social Status. *EMBO Reports*. 2002; 15 (3): 211-213.
- 16- Erfani A. Fertility in Tehran City and Iran: Rates, Trends and Differentials. *Population Studies* 2013; 1: 87-107. (in Persian)
- 17- Iranian Statistic Center. Iran Population statistics. [Cited 2015 Feb 8]. Available from: http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/n_sarshomari90_2.pdf
- 18- Mahmoodi MJ. Demographic Changes, the Challenges Ahead and the Need to Revise the Policies of the Iranian Population. *Second Impression* 1389; 7: 15-27. (in Persian)
- 19- Iranian Ministry of Health and Medical Education. Programs of Family and Population Health. [Cited 2014 June 12]. Available from: http://mboh.umsha.ac.ir/uploads/14_156_68_g90khanevade.pdf
- 20- Iranian Ministry of Health and Medical Education. Operative Programs of Family Planning, [cited 2014 June 20]. Available from: <http://www.sums.ac.ir/icarusplus/export/sites/s/vicechancellor/health/vahedhaye>
- 21- Iranian Ministry of Health and Medical Education. Operative Programs of MANA. [Cited 2014 June 20]. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fmhb.health.yums.ac.ir%2Fuploads%2Fkhanevade.docx&ei=XjY7Vd7IjNDcaMmqgUg&usq=AFQjCNGXH-kG5IIHCayxDUYTSSi5Fj9zfA>
- 22- Seyam S. Survey of Women's Knowledge about Aids in Rasht 2006. *Gilan Medical University journal* 2008; 17:59-67. (in Persian)
- 23- Ostovar M, Nassiriziba F, Taavoni S, Haghani H. Knowledge and Attitudes of Women towards Sexually Transmitted Diseases and AIDS. *Iran Journal of Nursing* 2007; 19(48):47-54.
- 24- Majidpour A, Habibzadeh S, Amani F, Hemmati F. The Role of Media in Knowledge and Attitude of Students about AIDS. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services* 2006; 6: 67-72. (in Persian)
- 25- Iranian Ministry of Health and Medical Education. National Strategic program of AIDS, [cited 2014 June 20]. Available from: aids.behdasht.gov.ir/uploads/tabestan_90.pdf
- 26- Mostafavi SF, Mehryar AH, Agha H. Socio -Cultural Effective pParticipation of Men in Family Planning in Iran. *Humanities and Social Sciences Shiraz University* 1385; 2: 16-27. (in Persian)
- 27- Hosseini H, Naji H, Abdi F, Mashhadizadeh A, Rezaei A. The Male Participation in Family Planning Programs after the Training Spouses. *Isfahan University of Medical Sciences Journal* 1390; 16: 124-31. (in Persian)
- 28- Khalajabadi Farahani F, Heidari J. Male Participation in Family Planning in Zanjan, 2011: a Qualitative Study. *Hakim Research Journal* 2013; 16: 50- 57. (in Persian)

Population policies and contraception use behavior: Tehran Lipid and Glucose Study

Behboudi-Gandevani S¹ (RM, PhD), Ramezani Tehrani F^{1*} (MD, PhD), Rostami Dovoom M¹ (MSc), Azizi F² (MD, PhD)

¹ Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Endocrine Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Original Article

Received: 7 Nov 2015, Accepted: 24 Feb 2016

Abstract

Introduction: As fertilization preventing behaviors is one of the most important components of demographic trends, population policies predominantly focuses on family planning. Due to the reduction in population growth of Iran, population policies have been changed somewhat. This study was conducted to explore the impact of changes in population policy approach on the trend of contraceptive methods usage in recent 10 years.

Methods: In this population-based cross-sectional study, the prevalence of different contraceptive methods usage was evaluated in four years of 1381, 1384, 1387 and 1390 using the collected data through Tehran Lipid and Glucose study (TLGS).

Results: The results showed that the use of the modern contraception and the traditional contraception methods have been increased and decreased across the time, respectively. Childbirth tendency were slowly increasing among women younger than 35 years. At the same time the use of male methods, especially condoms had a regular increasing trend, while female methods, including IUD, pills, injection had a decreasing trend. In this respect, at the end of decade (Phase 4), the prevalence of using male contraceptive methods, especially condom, was more than female methods which had no significant association with women's educational level or parity ($p=0.15$ and $P=0.08$, respectively).

Conclusion: It seems that the changes of population policy have been gradually caused a reduction in modern contraceptive methods usage. Understanding about these trends could help the health care policy makers to predict, design and implement the future decisions, and would provide valuable strategies to determine accurate health policies in the country.

Key words: Population policy, Contraceptive usage, Tehran Lipid and Glucose study

Please cite this article as follows:

Behboudi-Gandevani S, Ramezani Tehrani F, Bahri Khomami M, Rostami Dovoom M, Azizi F. Population policies and contraception use behavior: Tehran Lipid and Glucose Study. *Hakim Health Sys Res* 2016; 19(1): 25- 32.

*Corresponding Author: No 24, Parvane Street, Yaman Street, Velenjak, Tehran, Iran. P.O.Box: 19395-4763. Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 22432500, Fax: +98- 21- 22416264. E-mail: ramezani@endocrine.ac.ir, framezan@postharvard.edu