

## آیا زنان واجد شرایط تنظیم خانواده از برنامه‌های پیگیری خود اطلاع دارند؟

دکتر غلامحسین صدیقی<sup>۱</sup>، بیژن قاندرشرفی<sup>۲</sup>، دکتر زیبا فرج‌زادگان<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** در ایران حدود دو سوم جمعیت زنان را واجدین شرایط تنظیم خانواده تشکیل می‌دهند که این جمعیت عظیم، نیازمند استفاده از روش‌های تنظیم خانواده هستند. از طرف دیگر تحقیقات مختلف نشان داده است استفاده از روش‌های پیگیری از بارداری با عوارضی همراه است که به طور معمول تأکیدی بر آن‌ها در واحدهای ارائه‌دهنده خدمات نمی‌گردد. با توجه به این که در استفاده طولانی مدت از وسایل پیگیری از بارداری این عوارض می‌تواند مسأله‌ساز باشد انجام این پژوهش لازم و ضروری بود تا میزان آگاهی زنان در این خصوص سنجیده شود و برنامه‌ریزی لازم جهت ارتقای سطح آگاهی آنان انجام گیرد.

**روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود که در سال ۱۳۸۸ در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشت شهری اصفهان به انجام رسید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل زنان واجد شرایط تنظیم خانواده بود که از یکی از روش‌های پیگیری قرص‌های ضد بارداری (Oral contraceptive یا OCP)، (Intrauterine device) IUD، (Tubal ligation) TL و کاندوم استفاده می‌کردند. در هر یک از گروه‌های چهار گانه‌ی فوق ۶۵ خانم به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از واحدهای بهداشتی درمانی مستقر در شهر اصفهان انتخاب شدند و میزان آگاهی آنان در مورد پیگیری‌ها و مراقبت‌های مستمر روش پیگیری از بارداری به وسیله پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده وارد رایانه شد و به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره آگاهی کل زنان مورد مطالعه  $2/4 \pm 5/52$  بود. حداقل و حداکثر نمره اخذ شده نیز به ترتیب ۰ و ۱۰ بود. میانگین نمره آگاهی زنان استفاده کننده از روش OCP  $1/37 \pm 5/65$ ، زنان استفاده کننده از IUD  $1/84 \pm 5/93$ ، زنان استفاده کننده از کاندوم  $3/36 \pm 5/78$  و زنان استفاده کننده از TL  $2/42 \pm 4/72$  بود. طبق آزمون One way ANOVA، میانگین نمره آگاهی زنان در مورد پیگیری و مراقبت از روش پیگیری، در چهار گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار داشت ( $P = 0/016$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این که میزان آگاهی زنان تحت پوشش تنظیم خانواده در زمینه عوارض، مراقبت‌ها و پیگیری‌های مورد لزوم روش پیگیری از بارداری در حد مطلوب نمی‌باشد باید تدابیر لازم جهت ارتقای سطح آگاهی زنان در این مورد انجام شود. از طرف دیگر اقدامات مراقبتی لازم جهت تشخیص به موقع و پیگیری از بروز عوارض احتمالی استفاده از روش پیگیری از بارداری به انجام برسد.

**واژگان کلیدی:** تنظیم خانواده، روش‌های پیگیری از بارداری، پیگیری و مراقبت.

### مقدمه

را با توجه به امکانات اقتصادی و قدرت جسمی و روانی خود تنظیم کنند و بدین وسیله در توسعه اجتماعی کشور نیز سهیم شوند و از افزایش جمعیت و در نتیجه افزایش فقر و مشکلات اجتماعی دیگر جلوگیری کنند (۱-۳).

تنظیم خانواده عبارت از آن است که در یک خانواده پدر و مادر به دل‌خواه خود و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسؤولانه با به کار بردن یکی از روش‌های پیگیری از حاملگی، تعداد فرزندان خود

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری مرافعی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

<sup>۱</sup> استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی و کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

برای اجرای هر چه بهتر و موفق‌تر برنامه‌های تنظیم خانواده مشارکت زوجین ضروری است. حتی الامکان زن و شوهر باید هر دو برای کسب اطلاع از روش‌های مختلف و اتخاذ تصمیم برای انتخاب مناسب‌ترین آن‌ها مراجعه کنند. اگر امکان مشاوره با هر دو میسر نبود، در این صورت باید با یکی از زوجین مشاوره نمود و به او فرصت داد تا با همسرش مشورت نماید. در ابتدا مشاور (پزشک یا کارکنان بهداشتی درمانی) باید از شرایط زوجین در زمینه‌ی اجرای برنامه آگاه شود و سپس اطلاعات لازم در مورد روش‌های مختلف پیشگیری مناسب برای زوجین و نحوه‌ی استفاده، محاسن و عوارض احتمالی آن‌ها را با زبان ساده بیان کند و به زوجین فرصت دهد تا با تبادل نظر با یکدیگر نسبت به انتخاب روش، تصمیم لازم را بگیرند (۱).

در این ارتباط، آگاهی زوجین از مزایا و معایب روش‌های پیشگیری از بارداری، به ویژه روشی که برای آن‌ها در نظر گرفته شده است ضروری است تا در صورت بروز هر نوع عارضه و یا مشکلی بتوانند در صدد حل آن برآمده و از عوارض و پیامدهای ناخواسته جلوگیری نمایند.

امروزه متأسفانه بسیاری از خانم‌ها از عوارض جانبی روش‌های پیشگیری از بارداری بی‌اطلاع هستند و در صورت مواجهه با عوارض برخی از این روش‌ها به ویژه قرص‌های پیشگیری از بارداری اقدامی انجام نمی‌دهند و چه بسا تداوم این عوارض باعث بروز پیامدهای زیان‌بار و گاه دایمی در آنان می‌گردد. به عنوان مثال، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری یکی از عمومی‌ترین روش‌های پیشگیری از بارداری برگشت‌پذیر هستند. این روش تخمک‌گذاری

(آزاد شدن ماهیانه‌ی یک تخمک از تخمدان‌ها) را به وسیله‌ی اثر مرکب هورمون‌های استروژن و پروژسترون مهار می‌کند. در کنار پیشگیری از بارداری قرص‌ها مزایای دیگری نیز دارند. قرص می‌تواند عادت ماهانه را منظم‌تر و سبک‌تر کند. در ضمن اثر حفاظتی علیه بیماری‌های التهابی لگن (عفونت لوله‌های فالوپ یا رحم که علت عمده‌ی ناباروری در زنان است) و علیه سرطان‌های تخمدان و لایه‌ی داخلی رحم دارد. تصمیم به استفاده از قرص باید با مشاوره با یک کارشناس بهداشتی گرفته شود. قرص‌های پیشگیری از بارداری برای بسیاری زنان ایمن است حتی بسیار کم خطرتر از به دنیا آوردن کودک، اما در عین حال برخی خطرات را نیز به همراه دارند. از جمله عوارض قرص که به طور معمول چند ماه پس از مصرف قرص از بین می‌روند شامل تهوع، سردرد، درد پستان‌ها، اضافه وزن، خونریزی نامنظم و افسردگی است. اما عوارض خطرناک‌تری چون افزایش خطر ترمبوامبولی استروک و افزایش فشار خون نیز با قرص وجود دارد (۱۰-۴). بنابراین آگاهی دادن به زنان استفاده‌کننده در مورد مضرات و خطرات احتمالی روش‌های پیشگیری از بارداری امر ضروری و اجتناب ناپذیر تلقی می‌گردد. آگاهی دقیق زوجین از روش‌های پیشگیری از بارداری موجب استفاده‌ی گسترده‌تر و مؤثرتر از آن‌ها خواهد شد (۱۱). البته تنها آگاهی داشتن از روش‌های پیشگیری از بارداری منجر به کارآیی مناسب این روش‌ها نمی‌گردد بلکه استفاده‌ی صحیح و درست از یک روش مطمئن می‌تواند از حاملگی‌های ناخواسته نیز پیشگیری نماید (۱۲، ۱).

در ایران حدود دو سوم جمعیت زنان را واجدین شرایط تنظیم خانواده تشکیل می‌دهند که این جمعیت

فوق، فعال بودن پرونده‌ی خانوار و موافقت فرد برای شرکت در مطالعه بود. همچنین مواردی که کمتر از ۵۰ درصد پرسشنامه را تکمیل کرده بودند از مطالعه خارج گردیدند.

حجم نمونه‌ی مورد مطالعه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات شیوع به تعداد ۶۵ نفر در هر روش برآورد شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد میانگین استفاده شد که در آن از ضریب اطمینان ۹۵ درصد، انحراف معیار ۱/۶۶ و دقت ۰/۲ استفاده شد.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه‌ی چندمرحله‌ای بود. در مرحله‌ی اول مراکز تحت پوشش شبکه‌ی اصفهان در یک لیست قرار گرفت (چهارچوب نمونه‌گیری)، سپس از کل مراکز بهداشتی درمانی ۱ و ۲ بهداشت شهرستان، ۳۰ درصد مراکز به طور تصادفی ساده انتخاب گردیدند.

با مراجعه به واحدهای بهداشت خانواده در مراکز انتخاب شده، از هر روش ۶۵ نفر به طریق تصادفی انتخاب شدند و با کمک کارشناس بهداشت خانواده‌ی شهرستان از آن‌ها جهت تکمیل پرسشنامه دعوت به عمل آمد. به این صورت که ۳۰ درصد مراکز یعنی ۱۶ مرکز به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و در هر مرکز پرونده‌ی بهداشت خانواده‌ی ۴ یا ۵ نفر (۱۶/۶۵) به طور تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنان قرار گرفت.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسشنامه‌ی محقق ساخته استفاده شد که بر اساس پروتکل کشوری تنظیم خانواده تهیه شده بود و روایی محتوای آن توسط استاد راهنما و کارشناسان تأیید گردید. برای روایی صوری از خانم‌های واجد شرایط سؤال شد.

عظیم، نیازمند استفاده از روش‌های تنظیم خانواده هستند. از طرف دیگر تحقیقات مختلف نشان داده است استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با عوارضی همراه است که اغلب تأکیدی بر آن‌ها در واحدهای ارائه‌دهنده‌ی خدمات نمی‌گردد. بنابراین با توجه به این که در استفاده‌ی طولانی مدت از وسایل پیشگیری از بارداری این عوارض می‌تواند مسأله‌ساز باشد. به وجود آمدن عوارض ممکن است به تغییر یا قطع روش به صورت خودسرانه توسط خانم‌ها منجر شود که باعث شکست روش و افزایش حاملگی ناخواسته نیز می‌شود. به همین جهت این پژوهش برای تعیین میزان آگاهی زنان در این خصوص و برنامه‌ریزی لازم جهت ارتقای سطح آگاهی آنان انجام گردید. هدف کلی از انجام این مطالعه تعیین سطح آگاهی خانم‌های واجد شرایط تحت پوشش تنظیم خانواده از پیگیری‌ها و مراقبت‌های مستمر خود در سال ۱۳۸۸ در شهر اصفهان بود.

## روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی (Cross-sectional) توصیفی و تحلیلی بود که در سال ۱۳۸۸ در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان اجرا شد. جمعیت مورد مطالعه، زنان واجد شرایط تنظیم خانواده بودند که به مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشت شهری مراجعه کرده بودند و از یکی از روش‌های کاندوم، قرص‌های جلوگیری از بارداری (Oral contraceptive یا OCP)، (Intrauterine device) IUD و توبکتومی استفاده می‌کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه‌ی سنی ۵۰-۱۵ سال، استفاده از یکی از روش‌های پیشگیری

## یافته‌ها

در این مطالعه ۴ گروه ۶۵ نفره از خانم‌های استفاده کننده از OCP، کاندوم، IUD و توبکتومی (در مجموع ۲۶۰ خانم واجد شرایط تنظیم خانواده)، انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سن گروه OCP، IUD، کاندوم و توبکتومی به ترتیب  $29/2 \pm 3/5$ ،  $29/2 \pm 3/5$ ،  $32/9 \pm 5/3$  و  $28/9 \pm 5/3$  سال بود و طبق آزمون ANOVA میانگین سن این چهار گروه تفاوت معنی‌دار داشت ( $P < 0/001$ ).

میانگین مدت زمان سپری شده از ازدواج در این چهار گروه به ترتیب  $1/5 \pm 7/6$ ،  $2/6 \pm 8/4$ ،  $2/8 \pm 8/11$  و  $2/6 \pm 8/7$  سال بود و طبق آزمون مذکور، مدت زمان سپری شده از ازدواج در این چهار گروه متفاوت نبود ( $P = 0/07$ ).

میانگین مدت زمان استفاده از روش فعلی در چهار گروه مذکور به ترتیب  $1/5 \pm 3/6$ ،  $2/6 \pm 4/4$ ،  $2/2 \pm 2/4$  و  $4 \pm 2/4$  سال بود و طبق آزمون مذکور مدت زمان استفاده از روش نیز در این چهار گروه تفاوت معنی‌دار داشت ( $P < 0/001$ ).

میانگین تعداد فرزند نیز در این چهار گروه به ترتیب  $0/7 \pm 1/84$ ،  $0/66 \pm 1/48$ ،  $0/94 \pm 2/98$  و  $0/94 \pm 2/98$  نفر بود و طبق آزمون فوق الذکر، تفاوت بین چهار گروه معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). بیشترین درصد بی‌سوادی در گروه توبکتومی با  $12/3$  درصد و کمترین آن در گروه کاندوم با صفر درصد بود. همچنین بالاترین سطح تحصیلات، مربوط به گروه کاندوم با  $32/3$  درصد و کمترین آن مربوط به گروه توبکتومی با  $10/8$  درصد بود. انجام آزمون Fisher's exact بر روی این داده‌ها نیز نشان داد سطح تحصیلات در چهار گروه

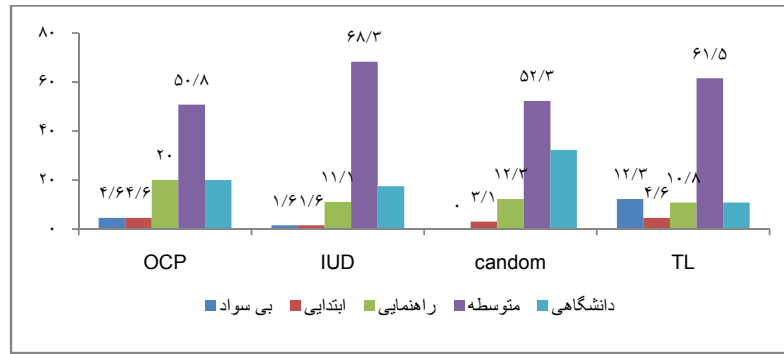
پایایی پرسشنامه در یک مطالعه‌ی مقدماتی با ۲۰ نفر با برآورد آلفای کرونباخ و Internal consistency تعیین گردید. نقطه‌ی برش  $0/7 \geq 2$  در نظر گرفته شد. پایایی پرسشنامه به وسیله‌ی آزمون آلفای کرونباخ تعیین شد که مقدار آن  $0/82$  بود.

پرسشنامه حاوی ۲۲ سؤال بود. ۱۰ سؤال در مورد OCP، ۷ سؤال در مورد IUD، ۲ سؤال در مورد کاندوم و ۳ سؤال در مورد توبکتومی بود.

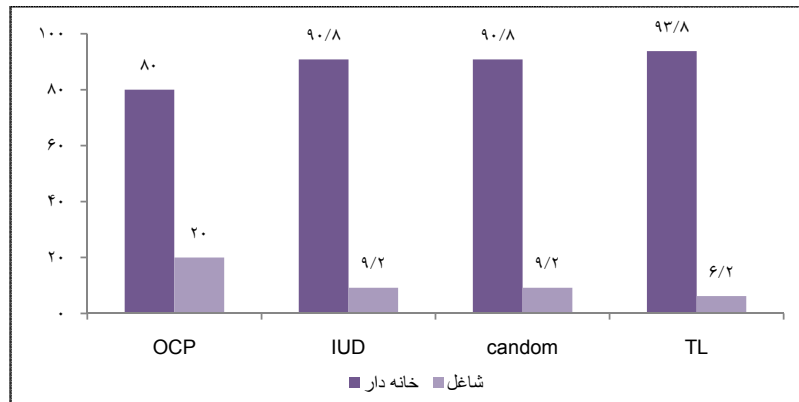
تمامی سؤالات نمره‌ی مساوی و برابر یک داشتند. در صورت پاسخ صحیح نمره‌ی یک برای آن سؤال منظور می‌شد و در صورت پاسخ غلط یا عدم پاسخ نمره‌ی صفر از آن سؤال برای وی محسوب می‌گردید.

گردآوری اطلاعات به صورت مصاحبه با پرسشنامه بود. بعد از کسب اجازه از مسؤول مرکز، نمونه‌های مورد مطالعه به مرکز بهداشتی درمانی دعوت شدند و در صورت رضایت و تمایل به انجام مصاحبه وارد مطالعه شدند و با همکاری واحد بهداشت خانواده، پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه‌ی حضوری تکمیل شد. به منظور اطمینان از صحت اطلاعات جمع‌آوری شده، پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط محقق مورد بررسی مجدد قرار گرفت و اشکالات موجود برطرف گردید. سپس داده‌های پرسشنامه‌های تکمیلی در نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) وارد شد.

برای توصیف داده‌های کیفی از فراوانی نسبی، درصد و برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه از ANOVA و برای تعیین ارتباط از ضریب همبستگی Pearson استفاده شد. به علاوه از آزمون‌های آماری  $\chi^2$  و Student-t نیز استفاده شد.



شکل ۱. فراوانی نسبی سطح تحصیلات در چهار روش پیشگیری



شکل ۲. فراوانی نسبی شغل در چهار روش پیشگیری

نمره‌ی اخذ شده نیز به ترتیب صفر و ۱۰ بود. جدول ۱ میانگین نمره‌ی آگاهی زنان را به تفکیک روش مورد استفاده نشان می‌دهد. طبق آزمون One way ANOVA، میانگین نمره‌ی آگاهی زنان در چهار گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار داشت ( $P = ۰/۰۱۶$ ). از طرف دیگر انجام آزمون Post hoc LSD بر روی داده‌های مذکور نشان داد میانگین نمره‌ی آگاهی گروه OCP با دو گروه IUD و کاندوم اختلاف نداشت ولی با توبکتومی تفاوت معنی‌دار داشت ( $P = ۰/۰۲۶$ ). روش IUD نیز با دو گروه OCP و کاندوم متفاوت نبود ولی با توبکتومی اختلاف معنی‌دار داشت ( $P = ۰/۰۰۴$ ). گروه کاندوم نیز با دو گروه OCP و IUD متفاوت نبود ولی با گروه توبکتومی متفاوت بود

مذکور اختلاف معنی‌دار داشت ( $P = ۰/۰۰۹$ ) (شکل ۱). از نظر توزیع شغلی، بیشترین درصد زنان شاغل در گروه استفاده کننده از OCP بودند، به طوری که ۲۰ درصد زنان این گروه کارمند بودند. همچنین کمترین درصد شاغل بودن در زنان استفاده کننده از توبکتومی با فراوانی نسبی ۶/۲ درصد بود. در عین حال آزمون  $\chi^2$  تفاوت معنی‌داری را بین چهار گروه مذکور نشان نداد ( $P = ۰/۰۰۶$ ) (شکل ۲).

جهت سنجش میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در خصوص پیگیری و مراقبت روش مورد استفاده پرسشنامه‌ای ارائه گردید و میانگین نمره‌ی اخذ شده بر مبنای ۱۰ محاسبه گردید. میانگین نمره‌ی آگاهی کل زنان مورد مطالعه  $۵/۵۲ \pm ۲/۴$  بود. حداقل و حداکثر

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی زنان از پیگیری‌ها و مراقبت‌های روش مورد استفاده در چهار گروه

مقدار P	نمره‌ی آگاهی انحراف معیار $\pm$ میانگین	گروه
	$5/65 \pm 1/37$	OCP
	$5/93 \pm 1/84$	IUD
۰/۰۱۶	$5/78 \pm 3/36$	کاندوم
	$4/72 \pm 2/42$	توبکتومی
	$5/52 \pm 2/4$	کل

OCP: Oral contraceptive IUD: Intrauterine device

جدول ۲. درصد پاسخ‌های صحیح به سؤالات به تفکیک روش مورد استفاده

درصد	سؤال	ردیف
۳۲/۳	اولین مراجعه به منظور پیگیری در خانم‌های مصرف‌کننده قرص‌های هورمونی چند ماه بعد از شروع قرص است؟	۱ OCP
۶۴/۶	در دو سال اول استفاده از قرص، مراقبت‌ها هر چند ماه یک بار صورت می‌گیرد؟	۲
۷۰/۸	بعد از پایان دو سال مصرف قرص، در صورت نبودن مشکل مراجعات چند وقت یک بار انجام می‌شود؟	۳
۵۰/۸	کدام مورد در همه‌ی مراقبت‌های مصرف‌کننده‌های قرص‌های هورمونی انجام نمی‌شود؟	۴
۸۰	در خانم‌های مصرف‌کننده قرص‌های هورمونی آزمایش قند و چربی در چه صورت انجام نمی‌شود؟	۵
۳۶/۹	آزمایش قند و چربی در خانم‌های دیابتی مصرف‌کننده قرص‌های هورمونی هر چند وقت یک بار باید انجام شود؟	۶
۵۰/۸	خانمی که قرص پیشگیری هورمونی مصرف می‌کند در صورت بروز کدام علامت باید فوری به پزشک مراجعه کند؟	۷
۸۶/۲	در هنگام مصرف قرص پیشگیری کدام عارضه گذرا می‌باشد و نیاز به مراجعه فوری ندارد؟	۸
۶۰	امکان کدام عارضه در مصرف قرص‌های دوران شیردهی وجود دارد؟	۹
۳۲/۳	مصرف‌کننده قرص‌های پیشگیری چه موقعی بعد از شروع دارو باید جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر مراجعه کنند؟	۱۰
۵۰/۸	زمان اولین مراجعه بعد از گذاشتن IUD چه موقع است؟	۱ IUD
۷۶/۹	بعد از مراجعه اول استفاده‌کننده از IUD باید هر چند ماه یک بار مراجعه کند؟	۲
۶۱/۵	در مورد کنترل نخ IUD کدام جمله درست است؟	۳
۶۶/۲	اگر بعد از گذاشتن IUD قاعدگی دچار تأخیر شد اقدام بعدی چیست؟	۴
۴۷/۷	کدام مورد بعد از گذاشتن IUD از علائم هشداردهنده نیست؟	۵
۵۵/۴	کدامیک در مورد انجام پاپ اسمیر بعد از گذاشتن IUD صحیح است؟	۶
۵۶/۹	کدام گزینه در مورد پیگیری IUD درست است؟	۷
۲۶/۲	در چه صورت بعد از عمل بستن لوله‌های رحمی مراجعه به بیمارستان نیازی نیست؟	۱ توبکتومی
۷۳/۸	چه موقع برای کشیدن بخیه‌های عمل باید مراجعه کرد؟	۲
۴۱/۵	پس از توبکتومی هر چند سال یک بار باید جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر مراجعه کرد؟	۳
۷۲/۳	مصرف‌کننده کاندوم برای دریافت بسته‌ی بعدی چه زمانی باید مراجعه کند؟	۱ کاندوم
۴۱/۵	در صورت پاره شدن کاندوم در هنگام رابطه زناشویی کدام کار باید صورت گیرد؟	۲

OCP: Oral contraceptive IUD: Intrauterine device

جدول ۳. فراوانی پاسخ‌ها در مورد پیگیری روش‌های پیشگیری

از بارداری به تفکیک روش مورد استفاده

روش‌ها	پاسخ صحیح (درصد)	پاسخ غلط یا عدم پاسخ (درصد)
OCP	۶۵/۱	۳۴/۹
IUD	۵۹/۲۸	۴۰/۷۲
توبکتومی	۴۷/۱	۵۲/۹
کاندوم	۵۶/۹	۴۳/۱

OCP: Oral contraceptive  
IUD: Intrauterine device

(P = ۰/۰۱۱). بالاخره سطح آگاهی زنان استفاده‌کننده

از توبکتومی با هر سه گروه اختلاف معنی‌دار داشت

(P &lt; ۰/۰۵). در جداول ۲ و ۳ میانگین نمره‌ی آگاهی

خانم‌ها به تفکیک روش و سؤال‌ها نشان داده شده

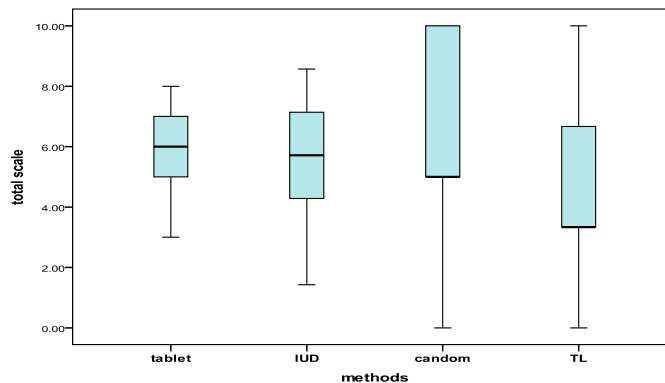
است. میانه، دامنه و صدک ۲۵ و ۷۵ درصد سطح

آگاهی زنان از پیگیری و مراقبت روش به تفکیک نوع

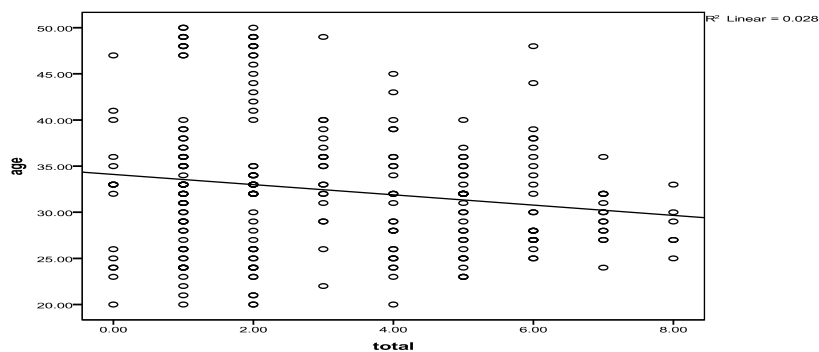
روش جلوگیری در شکل ۳ نشان داده شده است.

معنی‌دار بود ( $r^2 = 0/021$  و  $P = 0/015$ ) (شکل ۷). در خصوص اثر سطح تحصیلات، میانگین نمره‌ی آگاهی زنان بی‌سواد  $2/55 \pm 3/64$ ، زنان با تحصیلات راهنمایی  $2/84 \pm 4/52$ ، زنان با تحصیلات متوسطه  $1/2 \pm 5/76$  و زنان با تحصیلات دانشگاهی  $2/48 \pm 5/14$  بود. انجام آزمون One way ANOVA بر روی داده‌های مذکور نیز نشان داد بین سطح تحصیلات و نمره‌ی آگاهی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ( $P = 0/024$ ) (شکل ۸). میانگین نمره‌ی آگاهی زنان خانه‌دار  $2/46 \pm 5/52$  و میانگین نمره‌ی آگاهی زنان کارمند  $1/87 \pm 5/47$  بود و طبق آزمون Student-t تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مذکور مشاهده نشد ( $P = 0/91$ ) (شکل ۹).

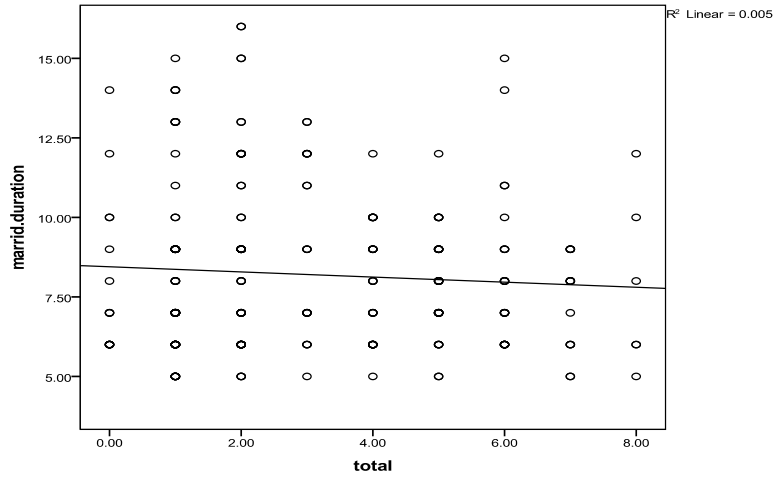
تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از مطالعه نشان داد بین سطح آگاهی و سن یک همبستگی معکوس به میزان ۹ درصد وجود داشت که طبق آزمون همبستگی Pearson این همبستگی معنی‌دار نبود ( $r^2 = 0/028$  و  $P = 0/16$ ) (شکل ۴). همچنین بین مدت ازدواج و میزان آگاهی نیز یک همبستگی ضعیف به میزان ۴ درصد وجود داشت، که از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $r^2 = 0/005$  و  $P = 0/52$ ) (شکل ۵). بین مدت زمان استفاده از روش و میزان آگاهی نیز یک همبستگی ضعیف به میزان ۴ درصد وجود داشت که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $r^2 = 0/005$  و  $P = 0/52$ ) (شکل ۶). ولی بین میزان آگاهی و تعداد فرزند یک همبستگی معکوس به میزان ۱۵ درصد وجود داشت که طبق آزمون همبستگی Pearson، این ارتباط



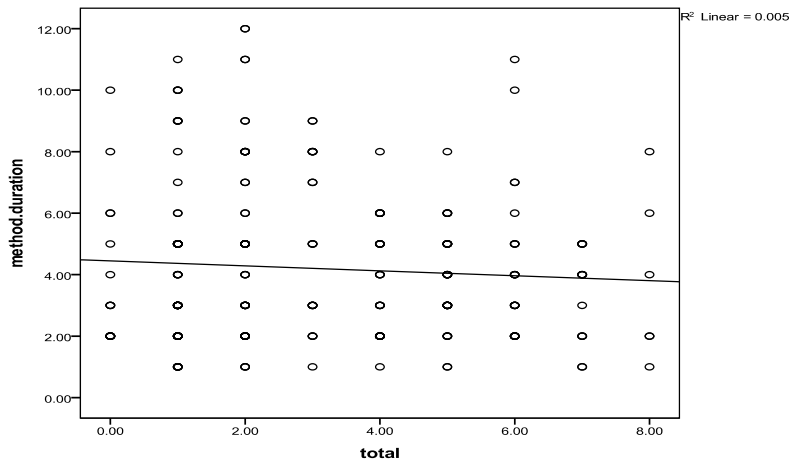
شکل ۳. میانه، دامنه و صدک ۲۵ و ۷۵ درصد سطح آگاهی زنان از پیگیری و مراقبت روش به تفکیک نوع روش جلوگیری



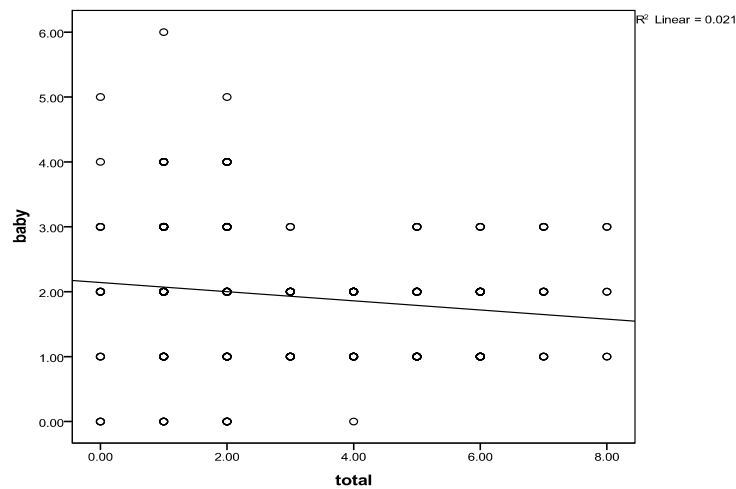
شکل ۴. ارتباط بین سن و سطح آگاهی



شکل ۵. ارتباط بین سطح آگاهی و مدت زمان ازدواج

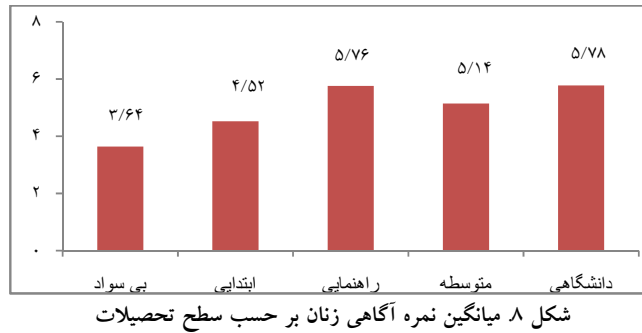


شکل ۶. ارتباط بین سطح آگاهی و مدت استفاده از روش

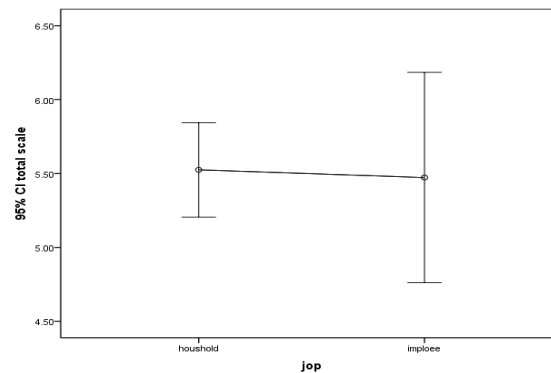


شکل ۷. ارتباط بین سطح آگاهی و تعداد فرزند





شکل ۹. میانگین نمره آگاهی زنان بر حسب وضعیت اشتغال



با سیاست‌های دولت جمهوری اسلامی ایران مبنی بر کنترل رشد بی‌رویهی جمعیت، کلیه‌ی روش‌های پیشگیری به ویژه در مناطق روستایی که از رشد جمعیت بالاتری برخوردار بود در سطح بسیار بالایی به زنان آموزش داده شد و به منظور تشویق زنان به استفاده از روش‌های مؤثر پیشگیری، بیشتر بر مزایا و محاسن روش‌های مذکور تأکید گردیده است و در مورد عوارض احتمالی استفاده از این روش‌ها کمتر صحبت شده است. ولی اینک که رشد جمعیت در مناطق مختلف کشور به حد قابل قبولی رسیده است و اکثریت زنان به ویژه در مناطق روستایی تحت پوشش برنامه‌های تنظیم خانواده قرار دارند، لازم است علاوه بر ارتقای سطح آگاهی آنان در مورد عوارض روش‌های پیشگیری، نسبت به پیگیری و مراقبت از آنان نیز اقدام نمود و اقدامات مراقبتی لازم به عمل

## بحث

آگاهی خانم‌های واجد شرایط تنظیم خانواده از کیفیت برنامه‌های پیگیری و عوارض ناشی از روش مورد استفاده در حد مطلوب نمی‌باشد.

طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه میزان آگاهی زنان در خصوص پیگیری‌ها و مراقبت‌هایی که لازم است به منظور پیشگیری از عوارض استفاده از روش انجام می‌گیرد حدود ۵۰ درصد بود. به عبارت دیگر، زنان مورد مطالعه در مورد نیمی از سؤالات مطرح شده اطلاعات داشتند که این سطح آگاهی در حد مطلوب نیست و لازم است زنان، در مورد کلیه‌ی عوارض و پیامدهای مطرح شده اطلاع داشته باشند. بنابراین لازم است تمهیدات لازم در خصوص ارتقای سطح آگاهی زنان انجام پذیرد. نکته‌ی قابل ذکر دیگر در این مورد این است که در طی سالیان گذشته همگام

آید. به عنوان مثال تحقیقات ثابت کرده است حدود ۵ درصد زنان استفاده کننده از OCP با خطر افزایش فشار خون مواجه هستند و شانس ابتلا به ترومبوز وریدی عمقی در این زنان، چهار برابر زنان دیگر است (۵-۶). همچنین زنان استفاده کننده از قرص‌های OCP ممکن است با افزایش سطح TIBC (Total iron-binding capacity) و کاهش PT (Prothrombin time) مواجه شوند (۱۳). استفاده از قرص‌های پروژسترونی که در دوران شیردهی مورد استفاده قرار می‌گیرند، خطر بروز خونریزی نامنظم رحمی، خونریزی شدید، کیست تخمدانی و بروز سر درد و تندرینس پستان را در زنان افزایش می‌دهد (۱۴). در یک مطالعه، استفاده از آمپول مدروکسی پروژسترون باعث قطع قاعدگی در ۸/۶۷ درصد از زنان شده است (۱۵).

در سایر روش‌ها نیز عوارضی مرتبط با آن روش وجود دارد. مانند نورپلانت که شایع‌ترین عارضه‌ی آن نامنظم کردن خونریزی است (۱۷-۱۶، ۱۳) و یا بروز عفونت مثانه در استفاده از دیافراگم (۱۸) و آلرژی در استفاده از دیافراگم کاپ سرویکس و مواد اسپرم‌کش (۱۳).

استفاده از IUD نیز ممکن است با عوارضی مانند خونریزی و پارگی، آمنوره، و عفونت همراه باشد (۱۹). در یک مطالعه‌ی مروری بروز بیماری‌های التهابی لگن (Pelvic inflammatory disease یا PID) با استفاده از IUD ارتباط معنی‌دار داشته است (۲۰). عارضه‌ی سوراخ شدن رحم و حاملگی خارج رحمی نیز از دیگر عوارضی است که ممکن است استفاده‌کنندگان از IUD با آن مواجه گردند (۲۱-۲۳، ۱۹، ۴).

موضوع سطح اطمینان روش‌هایی مانند کاندوم نیز

آنها را به روش‌های غیر مطمئن در پیشگیری از بارداری تبدیل کرده است. استفاده از این روش علاوه بر سطح اطمینان پایین، ممکن است باعث بروز اختلالات روانی در زوجین استفاده‌کننده شود. در عین حال عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری در اغلب موارد خفیف است و در مقایسه با منافع آنها قابل اغماض می‌باشد. ولی در هر حال در استفاده‌های طولانی مدت از این روش‌ها باید اقدامات مراقبتی لازم برای این زنان انجام گیرد. باید در زنانی که خطر بروز عفونت وجود دارد آزمایش‌های لازم جهت تشخیص به موقع انجام گیرد و اقدام درمانی لازم به انجام برسد. همچنین راهنمایی‌های لازم به منظور مقابله با عوارض گوارشی، سر درد و کمر درد ارائه گردد و به آنها آموزش داده شود تا در صورت مواجهه با عوارض مذکور، نسبت به مراجعه به پزشک و یا واحد بهداشتی اقدام نمایند و از درمان‌های خودسرانه و قطع یا تغییر روش پیشگیری به طور خودسر امتناع ورزند.

پیگیری و مراقبت از خانم‌هایی که اقدام به بستن لوله‌های رحمی می‌کنند و کمتر به واحد بهداشتی مراجعه می‌کنند باید در اولویت‌های برنامه‌های تنظیم خانواده قرار گیرد، زیرا برخی تحقیقات ثابت کرده است شیوع پیری زودرس، استئوپروز، شکستگی استخوان و ناراحتی‌های روانی در خانم‌هایی که اقدام به بستن لوله‌های رحمی نموده‌اند شایع‌تر می‌باشد (۲۳). در عین حال در بسیاری از مناطق کشور، زنان توبکتومی شده به حال خود رها شده‌اند و اقدام مراقبتی خاصی (به استثنای آزمایش پاپ اسمیر) در مورد آنها انجام نمی‌شود. یکی از عوارض مهمی که ممکن است در زنان توبکتومی شده بروز نماید،

پشیمانی بعد از بستن لوله‌ها می‌باشد که ممکن است عوارض و صدمات جبران‌ناپذیری را بر مادر وارد کند. به عبارت دیگر، زنان توبکتومی شده چون توان باروری خود را از دست رفته می‌بینند در خود نوعی احساس ضعف و ناامنی می‌کنند و در صورتی که تحت مراقبت و پشتیبانی روانی قرار نگیرند ممکن است چنین احساسی به بروز اختلالات جدی روحی روانی مانند اضطراب و افسردگی دایمی آن‌ها منجر شود. در یک مطالعه که توسط نجفی و همکاران در زاهدان انجام گرفت، ۱۷ درصد مردان و ۱۲/۵ درصد زنان از انجام عمل اظهار پشیمانی می‌کردند و مهم‌ترین دلیل آن‌ها در هر دو گروه بروز عوارض پس از عقیمی ذکر شده بود که بخش عمده‌ی آن عوارض جسمی و به میزان کمتری عوارض روانی و تغییرات خلقی بود. در این مطالعه نتیجه‌گیری شد که بروز عوارض، علت اصلی پشیمانی بعد از عقیم‌سازی می‌باشد. بنابراین ضرورت دارد در برنامه‌های مشاوره‌ی قبل از عقیم‌سازی به عوارضی نظیر کمردرد، افزایش وزن، تغییرات خلقی در زنان و درد، تورم، تغییرات خلقی و کاهش میل جنسی در مردان توجه بیشتری نمود و جهت افزایش رضایت‌مندی افراد، مشاوره پس از عقیم‌سازی نیز در برنامه‌های بهداشتی گنجانده شود (۲۴).

پایین بودن آگاهی خانم‌ها در مورد پیگیری‌ها و مراقبت‌های مستمر خود از یک سو به دلیل عدم توجه کافی خود ایشان به فراگرفتن کلیه‌ی عوارض و مراقبت‌های مربوط به روش پیشگیری مورد استفاده‌ی خود و عدم مراجعه‌ی به موقع برای پیگیری‌های خود می‌باشد (به ویژه در مورد استفاده‌کنندگان از روش توبکتومی که بسیاری از خانم‌ها پس از عمل مراجعه‌ی منظمی به مراکز ندارند یا مراجعه نمی‌کنند) و از سوی

دیگر به خاطر توجه ناکافی کارکنان واحدهای ارایه دهنده‌ی خدمات به آموزش خانم‌ها و مراقبت از مراجعه‌ی به موقع آن‌ها که این مورد نیز به طور عمده به خاطر حجم زیاد کار و بار بالای مراجعه‌کنندگان و کمبود نیرو در بسیاری مراکز می‌باشد.

طبق مطالعه‌ای که بر روی بهورزان در خانه‌های بهداشت شهرکرد انجام شد، آگاهی، نگرش و اعتقاد بهورزان در مورد روش‌های پیشگیری و انتخاب آن تأثیر متقابلی بر روی عملکرد مردم داشت (۲۵).

تنها با مختصر تغییر در نحوه‌ی ارتباط، صرف وقت کافی برای خدمت‌گیرندگان، گرفتن بازخورد از مطالب آموزش داده شده و رعایت اصول مشاوره هم خدمت‌گیرنده در قبال روش منتخب خود احساس مسؤلیت می‌کند و هم صاحبان فرایند همواره فرایند را در حال پویایی و ارتقا نگه می‌دارند. در نتیجه افزایش رضایت پرسنل، کاهش عوارض روش‌ها و در صورت بروز عوارض تحمل آن ممکن و مقدور می‌گردد و میزان شکست روش به حد استاندارد نزدیک می‌شود (۲۶).

بنابراین لازم است جهت ارتقای آگاهی خانم‌ها بر روی آموزش آن‌ها تأکید لازم صورت گیرد. این امر از طریق برگزاری کلاس در مراکز بهداشتی درمانی، تهیه و توزیع بروشورها، جزوه‌ها و پمفلت‌های آموزشی بین خانم‌های واجد شرایط و آموزش دادن توسط کارکنان حین دریافت خدمات امکان‌پذیر است.

همچنین باید سیستم فعالی جهت دعوت از خانم‌ها جهت انجام مراقبت‌ها و آموزش مستمر به آن‌ها وجود داشته باشد.

باید کارکنان مراکز بهداشتی در مورد تمام مسایل مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری و نحوه‌ی یاد دادن آن‌ها به مراجعه‌کنندگان آموزش بیشتر و مؤثرتری

**تشکر و قدردانی**

از کلیه‌ی خانم‌های شرکت‌کننده در مطالعه و کارکنان مرکز بهداشت درمانی مشارکت‌کننده قدردانی می‌شود.

بینند. و نیز تقسیم نیروی کار به صورتی تعدیل شود که در مراکزی که شلوغ‌تر و تعداد مراجعه‌کننده بیشتر است تعداد کارکنان بیشتر باشد تا بتوانند جهت ارتقای این آگاهی گام بردارند.

**References**

1. Barzegar R, Haghshenas N. Evaluate the performance of 49-15 year old women in family planning knowledge and practice in Bushehr. Iran South Med J 1997; 1(2): 131-8. [In Persian].
2. Qasemzadeh Soroush M. Knowledge and practice of women (49-10 years) with spouse about family planning. Nabz 1995; 4(7). [In Persian].
3. Matin M. Unwanted pregnancy. Peyk Mama 1994; 4: 16-7. [In Persian].
4. Salemi P. Users experiences of contraceptive methods in health centers of Isfahan in 2005, [Thesis]. Isfahan: School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 2006. [In Persian].
5. Smirova S, Chochola M, Varejka P, Aschermann M. Thromboembolic complications in the use of oral estrogen-gestagen contraceptives. Vnitr Lek 2001; 47(7): 460-4.
6. Hannaford PC, Kay CR. The risk of serious illness among oral contraceptive users: evidence from the RCGP's oral contraceptive study. Br J Gen Pract 1998; 48(435): 1657-62.
7. Cerel-Suhl SL, Yeager BF. Update on oral contraceptive pills. Am Fam Physician 1999; 60(7): 2073-84.
8. Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Stewart F, et al. Contraceptive Technology. 17<sup>th</sup> ed. London: BMJ Books; 1998.
9. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet 1997; 349(9060): 1202-9.
10. Pillitteri A. Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
11. Mirmohammadali M, Mirmolaei T, Babaei GH, Borghei N. The comparative study of side effect DMPA with OCP (LD) in reproductive women referring to health center in Kalaleh. Hayat 2002; 8(2): 21-31.
12. Almasi F, Asif S. Evaluation of unwanted pregnancies in women living in Qazvin city and countryside in 1995. J Qazvin Univ Med Sci 1995; 4: 49-57. [In Persian].
13. Firouzabadi M. Satisfaction and complaint review and comparison of methods of contraception in women referred to health centers in Isfahan 2009, [Thesis]. Isfahan: School of Nursing and Midwifery; 2009. [In Persian].
14. Jafari N, Eslami M, Khoshbin S, Delaware B, Kaviyanpor SH, Arshinchi M. Instructions on methods of contraception in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2004. [In Persian].
15. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN, III, Bateman L, Ditmore JR. Experiences of injectable contraceptive users in an urban setting. Obstet Gynecol 1996; 88(2): 227-33.
16. Rajaei M, Abedi Asl J, Zare SH. A Five-Year Clinical Experience of Using Norplant Contraceptive Subdermal Implants in Bandar Abbas. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2005; 9(2). [In Persian].
17. Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Marintcheva-Petrova M. Tolerability and clinical safety of Implanon. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008; 13 Suppl 1: 29-36.
18. Najafi F, Rakhshani F. Evaluation of regret after vasectomy and Tubal in Zahedan and Zabol in 2006. J Reprod Fertil. 2008; 8(4): 351-45. [In Persian].
19. MacIsaac L, Espey E. Intrauterine contraception: the pendulum swings back. Obstet Gynecol Clin North Am 2007; 34(1): 91-111, ix.
20. Sarma SP, Garafalo K, Graves WL. Use of the intrauterine device by inner-city women. Arch Fam Med 1998; 7(2): 130-3.
21. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. Contraception 1999; 59(5): 277-86.
22. Drife JO, Drife J, Magowan B. Clinical Obstetrics and Gynaecology. Col Florida, México: Elsevier Health Sciences; 2004.
23. Shojaei Tehrani H. Population, family planning and reproductive health. Tehran, Iran: Iranian Students Book Agency; 2012. [In Persian].

24. Najafi F, Rakhshani F. Evaluation of regret after vasectomy and Tubal in Zahedan and Zabol in 2006. *J Reprod Fertil*. 2008; 8(4): 351-45. [In Persian].
25. Hojjati F. The relationship between the attitudes of health workers about family planning with their performance under the home health population Shahrekord city in 2000. [Thesis]. 2000. [In Persian].
26. Farajzadegan Z. Assess the role of continuous quality care in family planning to reduce unintended pregnancies in selected sites in the city for 6 months, [Thesis]. Isfahan, Iran: 2001. [In Persian].

## Do Reproductive Women Have Awareness about Complications of Birth Control Methods and the Required Follow-up?

Golam Hossein Sadri MD<sup>1</sup>, Bijan Ghaed Sharafi<sup>2</sup>, Ziba Farajzadegan MD<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** About 2 thirds of Iranian women are eligible to participate in family planning programs. On the other hand, many studies have shown all birth control methods to be associated with complications, especially in long-term use, which are not usually emphasized in health centers. This study was thus performed to measure level of awareness of women about possible complications of birth control methods and necessary follow-up in family planning.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted in urban health centers of Isfahan (Iran) during 2009. Overall, 4 methods of birth control including oral contraceptive pills (OCPs), condom, intrauterine device (IUD), and tubal ligation (TL) were studied. We selected 65 women using each method and interviewed them about the complications of each method and the required follow-up programs using a special questionnaire. The collected data after was analyzed by SPSS.

**Findings:** The mean level of awareness in all women was  $5.52 \pm 2.40$  (range: 0-10). The mean levels of awareness in the OCP, IUD, condom, and TL groups were  $5.65 \pm 1.37$ ,  $5.93 \pm 1.84$ ,  $5.78 \pm 3.36$ , and  $4.72 \pm 2.42$ , respectively. According to analysis of variance (ANOVA), there was a statistically significant difference between the 4 groups ( $P = 0.016$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed women's level of awareness about complications of birth control methods and the required follow-up programs in to be poor. Therefore, educational programs must be directed by rural and urban health centers to improve the level of awareness among women.

**Keywords:** Level of awareness, Family planning, Follow-up

\* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>2</sup> Student of Medicine, School of Medicine And Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Corresponding Author:** Bijan Ghaed Sharafi, Email: bghaedsharafi@gmail.com