

تأثیر قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۲

نیره اشرف رضایی^{۱*}، یوسف محمدپور^۲، حسین جعفری‌زاده^۳، افشین حضرتی مرنگلو^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۲/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: از آنجاکه که سازمان جهانی بهداشت سلامت را به‌عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم بیماری و ناتوانی تعریف کرده، اهمیت مفهوم کیفیت زندگی در خدمات و تحقیقات مراقبت‌های بهداشتی به‌تدریج افزایش یافته است. انتخاب روش پیشگیری از سوی خانواده و بال‌اخص زنان و استفاده از آن تا حد زیادی به رضایت ایشان از یک روش خاص و تأثیر ناشی از آن بر کیفیت زندگی آنان بستگی دارد. با توجه به تناقضات موجود درباره تأثیر رایج‌ترین روش جلوگیری از بارداری یعنی استفاده از قرص‌های خوراکی بر کیفیت زندگی زنان این مطالعه به‌منظور بررسی این موضوع انجام گرفته است

مواد و روش کار: مطالعه حاضر تحقیقی مقطعی است که در آن نمره کیفیت زندگی در گروه متقاضیان جدید مصرف LD (۹۰ نفر) و کاربران LD به مدت یک سال (۱۰۰ نفر) از بین مراجعان به تمام مراکز بهداشتی و درمانی شهر ارومیه که با روش خوشه‌ای نمونه‌گیری شدند، محاسبه و با هم مقایسه شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌ای دوقسمتی شامل سؤالات دموگرافیک و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) بود. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۳ نرم‌افزار SPSS و با محاسبه توزیع فراوانی مطلق و درصدی، میانگین و انحراف معیار و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه دو گروه از نظر سن، سن همسر و تعداد فرزندان همسان بودند. میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی به‌جز بعد جسمی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. نمرات بعد جسمی در گروه یک سال پس از مصرف، به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه، علت افزایش میانگین نمره بعد جسمی در این مطالعه، احتمالاً اثر مستقیم و آشکار LD بر کاهش دیسمنوره، میزان و مدت خونریزی قاعدگی، علائم جسمی PMS و آکنه است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، قرص‌های خوراکی پیشگیری از حاملگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۷۰، مردادماه ۱۳۹۴، ص ۴۳۳-۴۲۵

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۴-۳۲۷۵۴۹۶۱-۰۴
Email: nayer_rezaee@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد.

مقدمه

قرار داده است، سال‌هاست که کشورهای در حال توسعه از جمله ایران با مسئله افزایش جمعیت که مشکلات ناگواری از نظر اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و سلامتی در بردارد، روبه‌رو می‌باشد (۲). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به ۸/۵ میلیارد نفر برسد (۳). ایران نیز در بین کشورهای در حال توسعه با رشد بی‌سابقه‌ای از جمعیت روبرو بوده است بطوریکه در سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ رشد جمعیت ۳/۹ درصد بوده است (۴).

جامعه سالم در پرتو نظام اقتصادی، فرهنگی و سلامت جسمی و روانی افراد آن امکان‌پذیر است. پیشرفت‌های فناوری و بالا بردن استانداردهای زندگی، مبارزه با فقر و گرسنگی و بیماری و غلبه بر سوانح طبیعی ارمان ارزشمندی است که کره زمین را برای ساکنان آن جای امن و دلپذیر کرده است. از سوی دیگر افزایش جمعیت مصرف هر چه بیشتر منابع طبیعی را اجتناب‌ناپذیر نموده است (۱). مسئله افزایش بی‌رویه جمعیت یکی از مسائل مهمی است که تمام ابعاد زندگی بشر را تحت تأثیر

^۱ مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ عضو هیئت دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ کارشناس ارشد پرستاری

تغییرات خلقی از ۵ تا ۴۰ درصد در مطالعات مختلف، گزارش شده است (۱۶). با پیدایش قرص‌های کم دوز به نظر می‌رسد که میزان بروز آثار جانبی بر خلق و نیز آثار قرص بر پارامترهای سیستم عصبی مرکزی کاهش یافته است (۱۷). بر اساس برخی از مطالعات انجام گرفته حدود ۴۷ درصد از زنان در طی سه دوره اول مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به دلیل احساس بروز عوارض از ادامه آن خودداری می‌کنند که شایع‌ترین علت آن تغییرات خلقی (۸) و مشکلات جنسی (۷) بوده است. ترس از عوارض جانبی، مهم‌ترین دلیل قطع مصرف قرص‌های پیشگیری توسط مصرف‌کنندگان گزارش شده است (۷، ۸).

امروزه نظام‌های سلامت مهم‌ترین برنامه‌های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم نمودند. زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌شوند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند (۱۸). با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی، مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه فقط وجود نداشتن بیماری، لازم است اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه کند (۱۹). کیفیت زندگی عبارت است از برداشت و درک فرد از وضعیت خود که در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او تعیین می‌شود. تعریف کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی شامل توانایی عملکرد و سلامت، بهزیستی و وضعیت روحی و روانی است (۲۰). ارزیابی کیفیت زندگی می‌تواند در به تصویر کشیدن هر چه واقعی‌تر احساسات و زمینه‌های دارای مشکل در خصوص درک نیازها و توزیع مراقبت‌های سلامت کمک کند. همچنین تأثیر این دیدگاه به‌عنوان یک هدف و مقصود نهائی در تمام مداخلات پیشگیری‌کننده و ارتقای سلامت باید در نظر گرفته شوند (۱۸).

مقالات پزشکی موجود، اطلاعات کمی در مورد آثار قرص‌های ترکیبی بر کیفیت کلی زندگی فراهم می‌کنند (۲۱). اطلاعات جدید از ارتباط بین قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری و بهزیستی در این افراد حمایت می‌کنند (۲۲-۲۴). باوجوداین، در مطالعه‌ای بر روی ۶۱۴ زن، نشان داده شد که در کاربران قرص‌های جدید کم دوز، میزان کیفیت زندگی و پارامترهای رضایت به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (۲۱)، اما در کنار این مزیت‌های مهم آثار جانبی کوتاه‌مدت و درازمدتی نیز دارند که گاه باعث افزایش خطرهای جدی و آثار منفی بر کیفیت زندگی زنان می‌شود (۲۵). انتخاب روش پیشگیری از سوی خانواده و بالأخص زنان و استفاده از آن تا حد

تنظیم خانواده نقش شناخته‌شده‌ای در کنترل رشد جمعیت دارد (۴). تنظیم خانواده طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، اتخاذ یک سیاست جمعیتی از سوی خانواده است که داوطلبانه و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسئولانه توسط والدین، به خاطر ارتقای تندرستی و بهزیستی اعضای آن به‌مورد اجرا گذارده می‌شود. پیشگیری از بارداری عامل کلیدی برای یک زندگی ارزشمند از لحاظ فردی، اجتماعی و اقتصادی، هم برای زنان و هم برای مردان می‌باشد و از طرف دیگر ضامن سلامتی زنان و رفاه کودکانشان می‌باشد (۲). آمار موجود حکایت از آن دارد که امروزه ۸۵ درصد از کشورهای جهان سوم و قریب ۹۵ درصد از جمعیت آن‌ها از خدمات عمومی تنظیم خانواده حمایت می‌کنند. این در حالی است که این رقم برای زنان خاورمیانه ۲۵ درصد گزارش شده است (۵). جهت تدارک وسیع و متنوع وسایل پیشگیری از بارداری که به‌طور رایگان ارائه می‌شود، در کشور ایران سالانه بودجه زیادی (بیش از ده میلیون دلار) از سوی سازمان برنامه‌وبودجه در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد (۳). ولی با تمام این تفاسیر میزان استفاده از وسایل مدرن پیشگیری از بارداری در کشور ما ۵۸/۱ درصد بوده است. یکی از نقاط ضعف برنامه تنظیم خانواده در ایران، عقاید غلط در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری در برخی از نقاط کشور است (۳، ۶).

قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری حاوی ترکیبات هورمونی هستند (۷) و از متداول‌ترین روش‌های پیشگیری موجود می‌باشد و توسط بیش از ۷۰ میلیون زن در کل دنیا از جمله ایران مصرف می‌شوند و تقریباً ۱۸ میلیون زن در ایالات‌متحده آمریکا روزانه از این قرص‌ها استفاده می‌کنند (۸) و میزان حاملگی گزارش شده با این روش ۰/۱ درصد در سال می‌باشد (۷). تعداد زنانی که در شهرستان ارومیه در پایان سال ۸۲ از قرص‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، ۴۸۸۱۶ نفر بوده است (۹).

قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری ترکیبی^۱ (OCP) فواید و مشکلاتی را دارا می‌باشند. قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری می‌توانند فوایدی فراتر از موضوع پیشگیری از بارداری برای فرد و جامعه داشته باشند. از جمله آن‌ها می‌توان به کاهش درد و میزان خونریزی قاعدگی و آنمی همراه با آن، حاملگی نا به‌جا، بیماری التهابی لگن و فیبروم‌های رحمی اشاره کرد (۱۰-۱۵). در کنار این مزایا و فواید، مشکلات و عوارضی مانند افزایش وزن، تهوع، سردرد و تغییرات خلقی را در استفاده‌کنندگان ایجاد می‌کنند (۸). بروز

^۱ Oral Contraceptive Pills

زیادی به رضایت ایشان از یک روش خاص و تأثیر ناشی از آن بر کیفیت زندگی آنان بستگی دارد (۲۵-۲۷).

از این رو با توجه به اهمیت کیفیت زندگی زنان که نقش مهمی را در سلامت اعضای خانواده و جامعه دارند و کم بودن مطالعات در این زمینه، مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه مقطعی است که در آن کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی ارومیه برای دریافت قرص LD برای اولین بار و بعد از یک سال مصرف این قرص برای اولین بار، محاسبه و سپس با هم مقایسه شدند. برای انجام این مطالعه پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به همه مراکز بهداشتی و درمانی شهر ارومیه مراجعه و هماهنگی لازم جهت انجام مطالعه با مسئولین را به عمل آورد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای و با توجه به معیار ورود به مطالعه شامل: ۱- سن بین ۵۰-۲۰ سال، ۲- مصرف‌کنندگان جدید تاکنون از قرص LD استفاده نکرده بودند. مصرف‌کنندگان فعلی نیز قبل از شروع قرص در سال قبل، از قرص LD استفاده نکرده بودند. ۳- اگر قبلاً از روش پیشگیری استفاده کرده بودند، حداقل ۳ ماه از پایان روش پیشگیری قبلی آنان گذشته بود. ۴- هیچ بیماری خاص یا مزمن یا مهمی که بر میزان رضایت آنان از زندگی تأثیر داشته باشد، نداشتند. ۴- اتفاق مهمی که بر زندگی فرد اثر شدیدی دارد، مثل از دست دادن عزیز در طی یک سال اخیر رخ نداده بود، انجام شد. ۳۹۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای انجام کار پژوهشگر بدون برنامه‌ریزی قبلی به یک یا چند مرکز در هرروز مراجعه می‌کرد و اسامی افرادی که یک سال قبل از آن تاریخ برای شروع قرص مراجعه کرده بودند و هنوز هم آن را ادامه می‌دادند و نیز اسامی افرادی که در طی ۳ روز گذشته یا همان روز برای مصرف قرص LD برای اولین بار مراجعه کرده بودند را از پرونده‌ها استخراج می‌کرد و سپس بعد از تماس با آنان و تطبیق آنان با معیارهای ورودی، از آنان می‌خواست تا در روز خاصی (طی ۳-۲ روز آینده) به مرکز موردنظر مراجعه کنند تا پرسشنامه موردنظر را تکمیل کنند. این سؤالات در مورد افراد بی‌سواد و کم‌سواد، از طریق مصاحبه تکمیل گردید و افرادی که سطح تحصیلات آن‌ها، مقطع راهنمایی و بالاتر بود، خود با خواندن سؤالات، پرسشنامه را تکمیل نمودند.

در این مطالعه جهت گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه شماره ۱ مشتمل بر سؤالات مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و پرسشنامه شماره ۲ پرسشنامه WHOQOL-BREF بود که پرسشنامه‌ای تنظیم‌شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای سنجش کیفیت زندگی (پرسشنامه عمومی) است (۲۸). این پرسشنامه (۲۶ سؤال) دارای سؤالات بعد کلی (دو سؤال کلی در مورد سلامت و کیفیت زندگی کلی فرد از نظر خود فرد)، بعد جسمی (۷ سؤال)، بعد روانی (۶ سؤال)، بعد اجتماعی (۳ سؤال) و بعد محیطی (۸ سؤال) است. ترجمه فارسی آن نیز مستقیماً از سایت www.who.int گرفته شده است. پایایی این پرسشنامه قبلاً در مقایسه با آزمون استاندارد پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی سازمان جهانی بهداشت، موردبررسی قرارگرفته و روایی آن تأیید شده است. ولی بااین‌حال جهت روایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی استفاده گردید، بدین ترتیب که نظر ۱۰ تن از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در مورد سؤالات، جمع‌آوری گردید و پس از اعمال نظر آنان و انجام اصلاحات لازم و تأیید استاد راهنما و مشاور، جهت انجام پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. جهت برآورد پایایی پرسشنامه، در محیط مورد مطالعه، از روش آزمون مجدد برای سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی در هرکدام از ابعاد چهارگانه استفاده شد. نتایج حاصل، نشانگر قابل تکرار بودن آزمون و اعتبار پرسشنامه بود. پس از اتمام کار، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ استفاده گردید.

یافته‌ها

۱۹۰ خانم مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه مورد ارزیابی گرفتند (۹۰ در گروه کاربران جدید و ۱۰۰ نفر در گروه کاربران فعلی). داده‌ها پس از جمع‌آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با توجه به جدول ۱ دو گروه مورد مطالعه با توجه به نتیجه آزمونی مستقل از نظر تعداد فرزندان، سن و سن همسر با هم تفاوت معناداری با هم نداشتند.

با توجه به جدول ۳ در دو گروه قبل و بعد از مصرف قرص LD از نظر نمره کلی کیفیت زندگی، نمره بعد روانی کیفیت زندگی، نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی، نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت ولی در دو گروه قبل و بعد از مصرف قرص از نظر نمره بعد جسمی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p \leq 0/001$). همچنین جدول ۲ رتبه‌بندی هر دو گروه کاربران جدید و فعلی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

جدول (۱): اطلاعات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

P_value	کاربران جدید		کاربران فعلی
	انحراف معیار $\pm$ میانگین		انحراف معیار $\pm$ میانگین
۰/۹۹۵	۲/۶۰ $\pm$ ۱/۰۰		۱/۶۰ $\pm$ ۰/۹۳
۰/۵۰۰	۲۷/۹۷ $\pm$ ۷/۰۰		۲۶/۰۶ $\pm$ ۵/۹۰
۰/۰۸۷	۳۴/۹۰ $\pm$ ۱۱/۹۷		۳۰/۴۵ $\pm$ ۸/۱۵
	تعداد فرزندان		
	سن		
	سن همسر (سال)		

جدول (۲): نمره کلی کسب‌شده در ابعاد مختلف برای هر دو گروه

مطلوب		متوسط		ضعیف			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۳۲/۱	۶۱	۶۷/۹	۱۲۹	۰	۰	کاربران جدید	نمره
۵۲/۵	۱۰۵	۴۴/۵	۸۹	۲	۳	کاربران فعلی	بعد کلی
۴۲/۶	۱۶۶	۵۵/۹	۲۱۸	۱/۵	۶	کل	
۵۹/۵	۱۱۳	۴۰/۵	۷۷	۰	۰	کاربران جدید	نمره
۸۴	۱۶۸	۱۶	۳۲	۰	۰	کاربران فعلی	بعد جسمی
۷۲/۱	۲۸۱	۲۷/۹	۱۰۹	۰	۰	کل	
۹/۵	۱۸	۸۶/۳	۱۶۴	۴/۲	۸	کاربران جدید	نمره
۶	۱۲	۸۵/۵	۱۷۱	۸/۵	۱۷	کاربران فعلی	بعد روانی
۷/۷	۳۰	۸۵/۹	۳۵۵	۶/۴	۲۵	کل	
۴۷/۹	۹۱	۴۲/۶	۸۱	۹/۵	۱۸	کاربران جدید	نمره
۳۰	۶۰	۶۵/۵	۱۳۱	۴/۵	۹	کاربران فعلی	بعد اجتماعی
۳۸/۷	۱۵۱	۵۴/۴	۲۱۲	۶/۹	۲۷	کل	
۵۷/۹	۱۱۰	۴۲/۱	۸۰	۰	۰	کاربران جدید	نمره
۶۲	۱۲۴	۳۸/۰	۷۶	۰	۰	کاربران فعلی	بعد محیطی
۶۰	۲۳۴	۴۰	۱۵۶	۰	۰	کل	
۲۳/۲	۴۴	۷۶/۸	۱۴۶	۰	۰	کاربران جدید	نمره کل
۳۴	۶۸	۶۶	۱۳۲	۰	۰	کاربران فعلی	
۲۸/۷	۱۱۲	۷۱/۳	۲۷۸	۰	۰	کل	

جدول (۳): مقایسه دو گروه از نظر ابعاد مختلف کیفیت زندگی

P_value	کاربران جدید		کاربران فعلی
	انحراف معیار $\pm$ میانگین		انحراف معیار $\pm$ میانگین
۰/۰۶۸	۸۹/۹۰ $\pm$ ۷/۵۶		۹۳/۱۴ $\pm$ ۷/۲۶
۰/۰۴۳	۹/۹۷ $\pm$ ۲/۱۶		۸/۲۶ $\pm$ ۱/۳۶
$\leq 0/001$	۷۰/۷۴ $\pm$ ۱۲/۷۰		۷۸/۵۸ $\pm$ ۱۰/۰۰
۰/۳۴۵	۶۰/۱۷ $\pm$ ۱۱/۱۰		۶۲/۴۲ $\pm$ ۱۳/۸۷
۰/۴۵۶	۶۳/۴۰ $\pm$ ۱۹/۶۹		۶۱/۲۱ $\pm$ ۱۴/۰۰
۰/۹۸۵	۷۵/۷۳ $\pm$ ۹/۹۰		۷۳/۴۲ $\pm$ ۹/۴۳
	نمره کل کیفیت زندگی		
	نمره تبدیل‌شده بعد کلی		
	نمره تبدیل‌شده بعد جسمی		
	نمره تبدیل‌شده بعد روانی		
	نمره تبدیل‌شده بعد اجتماعی		
	نمره تبدیل‌شده بعد محیطی		

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری: این مطالعه به‌منظور دستیابی به هدف کلی، تعیین تأثیر هورمون‌های خوراکی پیشگیری از بارداری (LD) بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۱ انجام شد. در ارتباط باهدف اول پژوهش «تعیین کیفیت زندگی زنان متقاضی مصرف LD برای اولین بار» نتایج زیر به دست آمد: نمره خام به‌دست‌آمده در بعد کلی با نتایج مطالعه لیره و خالقی همخوانی دارد. نمره تبدیل‌شده بعد جسمی در این مطالعه در گروه کاربران جدید، با نتیجه به‌دست‌آمده در مطالعه لیره و خالقی همخوانی دارد (۲۹، ۲۵). نتایج این مطالعه با مطالعه اگرتر همخوانی ندارد. البته در مطالعه اگرتر از پرسشنامه سنجش رضایت^۱ استفاده شده بود (۳۰). به نظر می‌رسد تفاوت در نتایج دو مطالعه بیشتر ناشی از تفاوت ابزارهای به‌کاربرده شده در این دو مطالعه باشد.

در این مطالعه نمره تبدیل‌شده بعد روانی کیفیت زندگی در کاربران جدید با نتایج خالقی و لیره همخوانی ندارد (۲۹، ۲۵). نمره بعد روانی در مطالعه فعلی، پایین‌تر از هر دو مطالعه مذکور به دست آمد که نیاز به بررسی و ارزیابی دقیق‌تر دارد. شاید علت تفاوت این بعد در مقایسه مطالعه فعلی با مطالعه خالقی، مسائل روحی روانی، نواحی جغرافیایی و فرهنگ متفاوت در این دو منطقه باشد. همچنین در مطالعه حاضر نمره تبدیل‌شده بعد اجتماعی در گروه کاربران جدید با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه خالقی همخوانی چندانی ندارد. ولی با مطالعه لیره همخوانی دارد (۲۹، ۲۵). نتایج متفاوت ممکن است ناشی از اختلاف فرهنگی بین دو منطقه باشد و نیاز به بررسی بیشتری دارد. نمره به‌دست‌آمده برای بعد محیطی در کاربران جدید در این مطالعه با نتایج خالقی همخوانی ندارد (۲۹). به نظر می‌رسد این اختلاف ناشی از این امر باشد که در مطالعه خالقی مراکز روستایی گنجانده شده و با کمبود احتمالی امکانات در روستاها، نمره بعد محیطی کمتری به‌دست‌آمده است.

در ارتباط باهدف دوم پژوهش «تعیین کیفیت زندگی زنان مصرف‌کننده هورمون‌های خوراکی پیشگیری از بارداری (LD) برای اولین بار بعد از یک سال مصرف این قرص‌ها»، نتایج زیر به دست آمد: در رتبه‌بندی بعد جسمی مشخص شد که ۸۴ درصد آنان رتبه مطلوب کسب کرده‌اند و هیچ‌کدام در گروه دارای رتبه ضعیف طبقه‌بندی نشده‌اند. در رتبه‌بندی بعد روانی، ۶۶ درصد افراد رتبه مطلوب و ۸/۵ درصد آنان رتبه ضعیف کسب کردند. در رتبه‌بندی بعد اجتماعی نیز مشخص شد که ۱۹/۵ از افراد دارای رتبه مطلوب و ۴/۵

درصد آنان دارای رتبه ضعیف هستند. در رتبه‌بندی بعد محیطی نیز ۶۲ درصد افراد رتبه مطلوب در بعد محیطی کیفیت زندگی به دست آوردند و هیچ‌کدام در رتبه‌بندی ضعیف قرار نگرفتند. در رتبه‌بندی نمره کلی کیفیت زندگی نیز ۳۴ درصد از افراد رتبه مطلوب و ۶۶ درصد آنان رتبه متوسط کسب کردند و هیچ‌کدام در رتبه ضعیف رتبه‌بندی نشدند.

در ارتباط باهدف سوم پژوهش «مقایسه کیفیت زندگی زنان قبل و یک سال پس از مصرف هورمون‌های خوراکی جلوگیری از حاملگی LD برای اولین بار» نتایج زیر به دست آمد: نمره بعد کلی کیفیت زندگی افزایش یافته بود، ولی این تغییر از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه خالقی این نمره (البته نمره تبدیل‌شده) کاهش یافته بود ولی این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲۹). در مطالعه لیره، نیز نمره این بعد، پس از ۳ ماه مصرف قرص از کاهش یافته بود، ولی این تغییرات از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۲۵). در بعد جسمی نمره به‌دست‌آمده افزایش یافت؛ که این تغییرات از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0.01$). نتایج به‌دست‌آمده با مطالعه خالقی و لیره که در آن نمره بعد جسمی پس از ۳ ماه مصرف قرص افزایش یافته بود اما از لحاظ آماری معنی‌دار نبود، همخوانی ندارد (۲۹، ۲۵). شاید علت آن تفاوت فاصله زمانی و تفاوت روش تحقیق باشد. ولی با این حال، بهبود بعد جسمی در این مطالعه با مطالعه امست^۲ که در آن علائم جسمی همچون مشکلات پوستی (آکنه)، سردرد، تهوع، تندرست پستان به‌طور معنی‌داری کاهش یافته بود، همخوانی دارد (۳۱). در مطالعه آپتر^۳ نیز علائم جسمی مربوط به سیکل‌های قاعدگی سه ماه و نیز شش ماه پس از مصرف LD کاهش چشمگیری یافته بود (۱۷). در مطالعه کندلر نیز بعد از سه ماه مصرف LD تعدیل مطلوب وزن، تغییرات مطلوب در پوست و مو و کاهش مشکلات مربوط به سیکل‌های قاعدگی دیده شد (۲۳). البته مشکل است که بتوان به‌طور واضح علل این افزایش را مشخص نمود ولی به‌احتمال قوی آثار بارز LD بر نظم سیکل‌های قاعدگی، کاهش دیسمنوره، کاستن از مدت خونریزی ماهیانه و کاهش علائم PMS، نقش مهمی در این بین بازی می‌کنند.

در بعد روانی نمره به‌دست‌آمده کاهش یافت ولی این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود. این نتایج با نتایج خالقی که در آن نمره بعد روانی کاهش یافت ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲۹)، همخوانی دارد. در مطالعه لیره، نیز نمره این بعد افزایش یافت ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲۵). در مطالعه اگرتر نیز در سؤال مربوط

^۲ Ernst

^۳ Aptier

^۱ Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire

کرد که میزان علائم افسردگی با افزایش سال‌های مصرف OCP کاهش می‌یابد ($P=0/009$) (۳۴).

در بعد اجتماعی نمره به‌دست‌آمده کاهش یافت؛ اما این کاهش از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه لیبره، نیز نمره بعد اجتماعی کاهش داشت اما از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲۵)؛ که با مطالعه فعلی همخوانی دارد؛ اما در مطالعه خالقی نمره حیطه اجتماعی کاهش یافت که این کاهش از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود و این اختلاف مربوط به کاهش رضایت از روابط فردی بوده است (۲۹).

در مطالعه حاضر نیز رضایت از حمایت دوستان تغییری نکرده بود، رضایت از روابط فردی کاهش یافته بود که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و میانگین رضایت از روابط جنسی افزایش یافته بود، اما این افزایش از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه اگارتز، نیز مشابه مطالعه کنونی، روابط اجتماعی و روابط خانوادگی تغییری پیدا نکرده بود؛ اما رضایت از روابط جنسی افزایش داشت که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P<0/01$) و با نتایج مطالعه فعلی همخوانی ندارد (۳۰). در مطالعه ادنس نیز OCP اثر مثبت بر زندگی جنسی فرد داشت، احتمالاً کاهش ترس از حاملگی ناخواسته به علت کارایی بالای این روش و نیز زمان استفاده از این روش که تداخلی با اعمال جنسی ندارد، در بهبود رضایت جنسی نقش دارد (۲۶). هرچند در مطالعه حاضر این افزایش معنی‌دار نبود.

در بعد محیطی نمره به‌دست‌آمده کاهش داشت؛ که این کاهش از لحاظ آماری نیز معنی‌دار نبود. در مطالعه لیبره، نمره بعد محیطی افزایش یافت، اما این افزایش از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۲۵). در مطالعه خالقی نیز باوجود کاهش نمره بعد محیطی تغییر معنی‌داری کشف نشد و از این نظر با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۹). با توجه به نمره کل به‌دست‌آمده از ۲۶ سؤال موجود در پرسشنامه کیفیت زندگی، این نمره افزایش یافت اما از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه اکارتز، پس از مصرف قرص، افزایش معنی‌داری، در نمره کلی کیفیت زندگی مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۳۰). کیفیت زندگی از جمله موضوعاتی است که در زمان حال باید توجه ویژه‌ای نمود و پرداختن به بهبود شرایط زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی از مسائل مهم بهداشت در جهان است، به نظر می‌رسد نیاز به تحقیقات بیشتری در زمینه تأثیر مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری بر کیفیت زندگی زنان وجود دارد. انجام پیگیری و جلسات مشاوره‌ای در مراکز بهداشتی درمانی برای زنان

به خلق افزایش معنی‌داری ($P<0/01$) مشاهده شد (۳۰)؛ اما در مطالعه حاضر با توجه به سؤال مربوط به خلق (Q26) نمره خلق در کاربران جدید LD بعد از یک سال مصرف کاهش یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار بود. در مطالعه خالقی با توجه به سؤال مربوط به خلق (Q26) و نیز دو سؤال جداگانه مربوط به خلق، تغییرات آن معنی‌دار نبود. در مطالعه خالقی باوجود این که میانگین نمره خلق تغییر نداشت، اما ۳۳ درصد از افراد بدتر شدن خلق را به دنبال مصرف قرص ذکر کردند (۲۹). در مطالعه ادنس^۱ ۱۶ درصد از مصرف‌کنندگان OCP تغییرات منفی خلق را گزارش کردند (۲۵)؛ اما در مطالعه امست، نیز که با استفاده از ابزار مشابه مطالعه امست (سنجش رضایت) انجام شد، تغییرات مثبت در خلق مشاهده شد که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود (۳۱). در مطالعه اسکوبربرگر^۲ نیز ۷/۳۳ درصد از افراد در شروع مطالعه علائمی از افسردگی را نشان دادند که پس از ۴ ماه مصرف LD تعداد این افراد ۲۲ درصد کاهش یافت (۲۲). در بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک، میزان خودکشی و بیماری روانی در مصرف‌کنندگان هورمون‌های استروئیدی افزایش داشته است. در بررسی رابینسون^۳ میزان افسردگی ۳/۲ درصد و میزان سایکوز ۲ درصد در بین مصرف‌کنندگان فعلی OCP مشاهده شد (۳۲). باوجود مطالعات متعدد انجام‌شده مورد تغییرات روانی و خلقی ناشی از قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری، هنوز هم‌نظر قطعی در مورد تغییرات خلقی همراه با قرص‌های ترکیبی مورد تردید است. تغییرات خلق پس از مصرف قرص ترکیبی هنوز هم یکی از دلایل عمده عدم تداوم این روش است (۳۳). یکی از دلایل این ناهمخوانی ممکن است استفاده از ابزارهای متفاوت برای سنجش خلق باشد و لازم است برای این منظور از ابزارهای استاندارد سنجش خلق استفاده شود و تا حد امکان متغیرهای مخدوش‌کننده حذف شوند. باوجود تغییرات منفی خلق در این مطالعه، در میانگین نمره بعد روانی تغییر چندانی مشاهده نشد. علت آن ممکن است کاهش ترس از حاملگی ناخواسته به علت کارایی بالای این روش باشد؛ و تعامل این آثار متفاوت، سبب تعدیل نمره بعد روانی شده باشد.

دک^۴، نشان داد که زنانی که OCP را به دلایلی غیر از پیشگیری از بارداری مصرف می‌کنند، ۱/۳۲ برابر (۱/۰۷-۱/۶۲) بیشتر از زنانی که OCP را به دلایل پیشگیری از بارداری مصرف می‌کنند، در معرض ابتلا به افسردگی هستند؛ وی همچنین عنوان

¹ Oddens

² Schoberberger

³ Robinson

⁴ Duck

تقدیر و تشکر

محقق بر خود لازم می‌داند که از کارکنان، مسئولین و اساتید دانشگاه علوم پزشکی و مراکز بهداشتی درمانی ارومیه و تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت نمودند، نهایت تشکر را داشته باشد.

استفاده‌کننده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری برای تعیین تأثیر استفاده از روش پیشگیری از بارداری بر شرایط زندگی می‌تواند بر استفاده منظم و ارتقاء کیفیت زندگی زنان مفید باشد.

References:

1. Naeini KS, Zandi F. The Comparative of Combined Oral Contraceptives and Combine Injectable Contraceptives on Cycle Control. *Animal biology* 2012;5(2):79-86.
2. Sahebiagh M, Sabzi N, Mohammadpoorasl A, Namdar H. Investigating prevalence rate and effective parameters on switching contraceptive methods. *Iran J Nurs Res* 2014;8(4):1-10.
3. Soltani PR, Parsay S. *Maternal and Child Health*. 1st ed. Tehran: Sanjesh; 20.
4. Bakht R, Omid A. Study of Contraceptive Methods Use before the First Pregnancy. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty* 2006;16(2):32-42.
5. Roudi F. Population trends and challenges in the Middle East and North Africa [Internet]. 2001 [cited 2015 Aug 17]. Available from: <http://www.popline.org/node/235384>
6. Tehrani HS, Ebadifarsazar F. *Population, family planning and reproductive health*. 3rd ed. Tehran: Samat; 2001.
7. Bastani F, Mohammadi-Yeganeh L. Does Oral Contraceptive Pill Influence Women's Mood and Stress Level? *Iran J Nurs* 2009;22(60):65-74.
8. Mohammadi-Yeganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar-Vafaie M, Haghani H. Effect of Stress Management Education on Mood and Perceived Stress among Oral Contraceptive Pill Users. *Iran J Nurs* 2008;21(53):63-73.
9. Urmia University of Medical Sciences and Health Services, Health Center of West Azerbaijan Province. Statistics, population, births and deaths in the home health province in 82 years. <http://www.umsu.ac.ir>.
10. Sulak P, Carl J, Gopalakrishnan I, Coffee A, Kuehl T. Outcomes of extended oral contraceptive regimens with a shortened hormone-free interval to manage breakthrough bleeding. *Contraception* 2004;70(4):281-7.
11. Nelson A. Extended-regimen contraception: effects on menstrual symptoms and quality of life *J Fam Pract* 2006;55(2):1-8.
12. Roy S, Bhattacharya S. Benefits and risks of pharmacological agents used for the treatment of menorrhagia. *Drug Saf* 2004;27(2):75-90.
13. Mishell DJ, Guillebaud J, Westhoff C, Nelson A, Kaunitz A, Trussell J, et al. Combined hormonal contraceptive trials: variable data collection and bleeding assessment methodologies influence study outcomes and physician perception. *Contraception* 2007;75(1):4-10.
14. Sabatini R, Orsini G, Cagiano R, Loverro G. Noncontraceptive benefits of two combined oral contraceptives with antiandrogenic properties among adolescents. *Contraception* 2007;76(5):342-7.
15. Zahradnik H. Belara-a reliable oral contraceptive with additional benefits for health and efficacy in dysmenorrhoea. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005;10 Suppl 1:12-8.
16. McCoy N, Matyas J. Oral contraceptives and sexuality in university women. *Arch Sex Behav* 1996;25(1):73-90.
17. Kendler K, Martin N, Heath A, Handelsman D, Eaves L. A twin study of the psychiatric side effects

- of oral contraceptives. *J Nerv Ment Dis* 1988;176(3):153-60.
18. Abdi N, Solhi M. Quality of life in postmenopausal women in Tehran. *Health Educ health Promotion* 2014;2(2):87-96.
19. Nojomi M, Bijari B, Mostafavian Z, Kashanian M. Quality of life in patients with endometriosis in Tehran in 2009. *Razi J Med Sci* 2011;18(90):37-43.
20. Jvanbakhtian R, Hosseini RS. A Study of Physical and Psychological Domains of Quality of Life in Kidney Transplantation Patients in Kerman City, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2013;7(5):8-13.
21. Cullberg J. Mood changes and menstrual symptoms with different gestagen/estrogen combinations. A double blind comparison with a placebo. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1972;236:1-86.
22. Schoberberger R, Husslein P, Kunze M. Acceptance and subjective well-being with a norgestimate combination pill. *Gynakol Rundsch* 1991;31(2):65-76.
23. Bitzer J, Tschudin S, Meier-Burgoa J, Armbruster U, Schwendke A. Effects on the quality of life of a new oral contraceptive containing 30 mcg EE and 3 mg drospirenone (Yasmin). *Praxis* 2003;92(25-26):1177-84.
24. Fraser D, Cooper M, Myles M. Myles textbook for midwives. 14th ed. London: Churchill Livingstone; 2003.
25. Li RHW, Lo SST, Teh DKG, Tong N-C, Tsui MHY, Cheung K-B, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception* 2004;70(6):474-82.
26. Oddens B. 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.
27. Oddens B. Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. II: Psychological factors. *J Biosoc Sci* 1997;29(4):437-70.
28. Shahedi R, Ebtekar F. Mother and Child's Health. 1st ed. Tehran: Shahrab Ayandesazan; 2002.
29. Khaleghi Z. Investigating the relationship between contraceptive methods and quality of life after three months of starting to use in women. (Dissertation). Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2007.
30. Egarter C, Topcuoglu M, Imhof M, Huber J. Low dose oral contraceptives and quality of life. *Contraception* 1999;59(5):287-91.
31. Ernst U, Baumgartner L, Bauer U, Janssen G. Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002;7(4):238-43.
32. Robinson S, Dowell M, Pedulla D, McCauley L. Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? *Med Hypotheses* 2007;63(2):268-73.
33. Velayati A. Reasons for continuing and discontinuing using birth control pills in women referring to health centers in Urmia. (Dissertation). Urmia: Urmia University of Medical Sciences; 2005.
34. Duke J, Sibbritt D, Young A. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception* 2007;75(1):27-31.

THE EFFECT OF ORAL CONTRACEPTIVE HORMONES ON THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN REFERRED TO HEALTH CENTERS OF URMIA

Ashrafrezaei N^{1*}, Mohamadpour Y², Jafarizadeh H³, Hazrati A⁴

Received: 4 Feb, 2015; Accepted: 20 May, 2015

Abstract

Background & Aims: From 1948 in which the World Health Organization emphasized on health as a complete physical, mental and social one, and not merely the absence of disease and disability, the concept of quality of life has been changed, and subsequently health care researches have been gradually increased. The most common method is oral contraceptives, LD, So, due to controversies about different methods of contraception, this study tries to investigate the effect of the most common method, LD, on women's quality of life.

Materials & Methods: This study was a descriptive-analytic one. The quality of life of two groups of women, i.e. new applicants of LD (190 students), and the old LD users (200 patients) referring to different health centers of Urmia University of Medical Sciences were collected and compared. The instrument used in this study was a two-part questionnaire containing demographic questions, and Quality of Life Questionnaire (WHOQOL_BREF). The data were analyzed by using SPSS program (ver.13) to obtain the absolute frequency and percentage, mean, standard deviation, chi-square tests, t-test, and analysis of variance.

Results: In this study, two groups were matched and made similar concerning their age, husband's age, and number of children. Except physical dimension, the quality of life scores between the two groups were not significantly different. In the group who had taken LD for more than a year, their physical scores had increased significantly.

Conclusion: According to the results of this study and other studies, the reason for average increase in the physical dimension, can be the result of the direct and obvious effect of LD on reducing dysmenorrhea, amount and duration of menstrual bleeding, the physical symptoms of PMS, acne, etc.

Key words: quality of life, oral contraceptives

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel: (+98)4432754961

Email: nayer_rezaee@yahoo.com

¹ Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
(Corresponding Author)

² Member of Faculty Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Member of Faculty Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Ms in nursing