

تعیین میزان آگاهی خانم‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و مرکز کوثر شهرستان ارومیه از روش‌های پیشگیری از بارداری فوری

دکتر فاطمه بهادری^{۱*}، دکتر هاله آیت‌اللهی^۲، دکتر زهرا یکتا^۳، دکتر ونوس فلاحی^۴، دکتر شیلر فلاحی^۵، رحیم مهدی اوغلی^۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۳/۰۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: روش‌های پیشگیری از بارداری فوری در زمان مشخصی پس از یک نزدیکی بدون پیشگیری استفاده می‌شود و احتمال حاملگی‌های ناخواسته را به میزان چشمگیری کاهش می‌دهد. هدف از این طرح بررسی میزان آگاهی خانم‌های مراجعه کننده به مراکز تنظیم خانواده و مرکز زنان بیمارستان شهید مطهری ارومیه در مورد پیشگیری از بارداری اورژانسی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و به روش مقطعی در بین مراجعین به مراکز تنظیم خانواده و مرکز زنان بیمارستان شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد. اطلاعات متغیرهایی مانند سن، پارتیتی، سطح تحصیلات در پرسش‌نامه‌ای که از قبل آماده شده بود، وارد شد. برای مشخصات دموگرافیک متغیرهای کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و متغیرهای کیفی از جداول فراوانی استفاده شد، متغیرهای سن SD، و پارتیتی و فراوانی مطلق و نسبی و سطح تحصیلات از جدول CROSS TAB استفاده شده است. برای مقایسه در متغیرهای کمی از آزمون تی تست و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوار استفاده شده است. سطح معنی داری بر اساس $P < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: از بین ۶۰۰ نفر خانم مراجعه کننده به مراکز مربوطه و بیمارستان شهید مطهری (مرکز کوثر) میانگین سنی و میانگین سن ازدواج و میانگین گراویته این خانم‌ها به ترتیب $29/68 \pm 7/2$ ، $2/3 \pm 19/74$ ، $1/6 \pm 2/2$ بود. همچنین میانگین آگاهی این مراجعه کنندگان $88/8\%$ درصد آگاهی ضعیف و $9/8\%$ درصد آگاهی متوسط و $1/3\%$ درصد آگاهی خوب داشتند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به آگاهی پایین خانم‌های مراجعه کننده به مراکز تنظیم خانواده و شایع‌ترین منبع اطلاع رسانی آنان که افراد و کارکنان مراکز بهداشت بوده‌اند، به نظر می‌رسد که بایستی در جهت طراحی و اجرای صحیح برنامه‌های تنظیم خانواده، تلاش و پی گیری به عمل آید و بر آموزش مداوم کارکنان بهداشتی و نهایتاً آموزش افراد جامعه چه از طریق رسانه‌های مختلف (رادیو، تلویزیون و...) و چه از طریق کارکنان مراکز بهداشت و درمان تأکید گردد. **کلید واژه‌ها:** پیشگیری از بارداری فوری، آگاهی، مراکز تنظیم خانواده

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره سوم، پی در پی ۳۸، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، ص ۳۲۵-۳۲۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان کاشانی، بیمارستان مطهری، تلفن: ۰۴۴۱-۲۲۳۷۰۷۷

Email: fbahadory27@yahoo.com

بارداری پس از نزدیکی، به تعدادی از روش‌های کنترل موالید

مقدمه

اشاره می‌نماید که در زمان مشخصی پس از یک نزدیکی بدون

پیشگیری، استفاده شده و خطر حاملگی‌های ناخواسته را به

میزان چشمگیری کاهش می‌دهد (۱)

علی‌رغم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری موثر،

تعداد زیادی از خانم‌ها دچار حاملگی ناخواسته می‌شوند

روش‌های پیشگیری از بارداری اضطراری یا روش جلوگیری از

^۱ فلوشیپ پری‌ناتولوژی، استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ فلوشیپ اونکولوژی، استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ دانشیار، گروه اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی ارومیه

^۵ دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی ارومیه

^۶ دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی ارومیه

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه تحلیلی-توصیفی-مقطعی بر اساس نمونه‌گیری ساده و در دسترس جهت بررسی وضعیت موجود پیشگیری از بارداری اورژانسی در بین مراجعین به مراکز تنظیم خانواده در سطح شهر ارومیه صورت گرفته است. این مطالعه با حمایت مالی و تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد. تعداد نمونه با احتساب $z=1.96$, $q=0.5$, $p=0.05$, $d=0.04$, بدست آمد لذا $n=600$ نفر از بانوان که جهت تنظیم خانواده به مراکز تنظیم خانواده و مرکز کوثر بیمارستان مطهری مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. اطلاعات آن‌ها مانند سن، پاریتی، سطح تحصیلات در پرسش‌نامه‌ای که از قبل آماده شده بود، وارد شد. پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام و محرمانه بود. برای بررسی میزان آگاهی آن‌ها سؤالاتی در مورد انواع روش‌های ضد بارداری فوری، زمان مصرف، فواید، عوارض احتمالی و منبع اطلاعاتی آن‌ها توسط مصاحبه کننده در پرسش‌نامه وارد شد. هر یک از سؤالات نمره داده شد و میزان آگاهی به سه دسته: خوب (نمره بالای ۱۴)، متوسط (نمره ۱۳-۷) و ضعیف نمره مساوی و کم‌تر از شش تقسیم شد. برای مشخصات دموگرافیک، متغیرهای سن و پاریتی، فراوانی مطلق و نسبی و برای سطح تحصیلات از جدول CROSS TAB استفاده شده است. برای مقایسه در متغیرهای کمی از آزمون T-TEST و برای متغیرهای کیفی از آزمون χ^2 استفاده شده است. سطح معنی داری بر اساس $P < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

از بین ۶۰۰ خانم مراجعه کننده به مراکز تنظیم خانواده و بیمارستان کوثر ارومیه میانگین سنی خانم‌ها 29.68 ± 7.2 با حداکثر سن ۵۰ سال و حداقل ۱۵ سال بود. میانگین سن ازدواج

به علاوه این روش شانس دیگری را برای زنانی که با شکست روش‌های ضد بارداری مواجه می‌شوند، فراهم می‌کند (۲). بدین ترتیب این روش جایگزین مناسبی برای سقط‌های عمدی می‌باشد (۳،۴). تحقیقات باروری جهان در سال ۱۹۸۰ نشان داد که حدود نیمی از زنان متأهل در جهان، فرزند بیش‌تری نمی‌خواهند. اما درصد نسبتاً کمی از آن‌ها از یک روش پیشگیری از حاملگی مدرن یا سنتی استفاده می‌کنند (۳). این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه نیاز به استفاده از یک روش مؤثر، بدون عارضه و قابل برگشت جلوگیری از حاملگی بیش از پیش احساس می‌شود (۳). در کل تنظیم خانواده روش مؤثری است برای جلوگیری از رشد نابهنجار جمعیت که نه تنها از طریق آن می‌توان رشد جمعیت را مهار کرد بلکه می‌توان مادران را از حاملگی‌های مخاطره آمیز نجات داد. تعداد حاملگی در سرتاسر جهان ۲۰۰ میلیون در سال برآورد می‌شود که تقریباً یک سوم آن حاملگی ناخواسته می‌باشد (۴). طبق آخرین آمار کشور، میزان حاملگی ناخواسته ۲۴/۱ درصد بوده است و حدود ۲۲۱ سقط هر روز اتفاق می‌افتد. روش‌های موجود فعلی شامل روش‌های هورمونی و روش مکانیکی می‌باشد شایع‌ترین روش مکانیکی پیشگیری از بارداری فوری، ابزار درون رحمی (IUD) مسی بوده (۵) که بایستی جایگذاری آن تا ۵ روز اول بعد از نزدیکی بدون پیشگیری صورت گیرد (۶). روش‌های هورمونی شامل رژیم Yuzp " استفاده از دو قرص خوراکی (HD) دو عدد به فاصله ۱۲ ساعت) " و قرص‌های صرفاً پروژسترونی (لوونورژسترون که دو قرص 0.075 یا تک دوز $1/5$ میلی گرمی به فاصله ۱۲ ساعت)، ضد پروژسترونی (میفیروستون و استات بولیپروستان) (۷،۶) می‌باشد، که باید در عرض ۷۲ ساعت پس از نزدیکی بدون پیشگیری استفاده شود، می‌باشد. ما در این طرح بر آنیم که وضعیت آگاهی زنان در سن باروری که جهت تنظیم خانواده به مراکز بهداشتی و مرکز کوثر بیمارستان مطهری در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند، مورد ارزیابی قرار دهیم.

۱۹/۷۴±۳/۲، میانگین گراویته ۲/۲±۱/۶ و میانگین پاریته ۲±۱/۴ ۹/۸ درصد آگاهی متوسط و ۱/۳ درصد آگاهی خوب داشتند. بود. در بین این خانم‌ها ۸۸/۸ درصد خانم‌ها آگاهی ضعیف و (جدول ۱)

جدول شماره ۱: فراوانی و درصد میزان آگاهی از روش‌های پیشگیری اورژانسی در مراجعین به مراکز بهداشتی

سطح آگاهی	فراوانی	درصد
ضعیف (نمره ۰-۶)	۵۳۳	۸۸/۸
متوسط (نمره ۷-۱۳)	۵۹	۹/۸
خوب (نمره بیشتر از ۱۴)	۸	۱/۳

شایع‌ترین روش‌های پیشگیری استفاده شده توسط این خانم‌ها OCP ۲۶۰ مورد، IUD ۹۰ مورد، ۷۱ مورد کاندوم و ۴۹ مورد withdrawal بودند. از ۵۳۳ مورد که آگاهی ضعیف داشتند ۱۰۳ (۹۷/۲٪) بی‌سواد بودند و از ۸ نفری که آگاهی خوبی داشتند بیشترین درصد (۱۰/۲٪) مربوط به افرادی با سطح تحصیلات

دانشگاهی بود. از ۶۰۰ خانم مراجعه کننده، ۳۸ نفر حاملگی ناخواسته داشتند که بیشترین در صد مربوط به افراد با آگاهی ضعیف بود (۷۳/۸٪). آزمون آماری ارتباط معنی داری را بین سطح آگاهی با تحصیلات دانشگاهی $p=0.00$ و سابقه حاملگی ناخواسته $p=0.009$ نشان داشت. (جدول ۲)

جدول شماره ۲: فراوانی آگاهی از روش‌های جلوگیری کننده از بارداری اضطراری (EC) به تفکیک سن، پاریتی، سطح تحصیلات، مدت ازدواج و سابقه حاملگی ناخواسته

P	آگاهی ضعیف	آگاهی متوسط	آگاهی خوب
۰/۸	۵۳۳ (۸۸/۸٪)	۵۹ (۹/۸٪)	۸ (۱/۳٪)
۰/۰	۱۳۸ (۹۰/۲٪)	۱۴ (۹/۲٪)	۱ (۰/۷٪)
۰/۱۶	۲۵۳ (۸۷/۸٪)	۳۰ (۱۰/۴٪)	۵ (۱/۷٪)
۰/۳	۱۴۲ (۸۹/۳٪)	۱۵ (۹/۴٪)	۲ (۱/۳٪)
۰/۰۰۹	۱۰۳ (۹۷/۲٪)	۳ (۲/۸٪)	۰
۰/۱۶	۲۰۲ (۹۳/۱٪)	۱۴ (۶/۵٪)	۱ (۰/۵٪)
۰/۳	۱۹۸ (۹۰/۸٪)	۱۹ (۸/۷٪)	۱ (۰/۵٪)
۰/۰۰۹	۳۰ (۵۰/۸٪)	۲۳ (۳۹٪)	۶ (۱۰/۲٪)
۰/۱۶	۳۷ (۹۲/۵٪)	۲ (۵٪)	۱ (۲/۵٪)
۰/۳	۴۶۸ (۸۸/۳٪)	۵۵ (۱۰/۴٪)	۷ (۱/۳٪)
۰/۰۰۹	۲۸ (۹۳/۳٪)	۲ (۶/۷٪)	۰
۰/۳	۲۳۳ (۸۷/۴٪)	۴۲ (۱۱٪)	۶ (۱/۶٪)
۰/۰۰۹	۱۳۶ (۹۲/۵٪)	۹ (۶/۱٪)	۲ (۱/۴٪)
۰/۰۰۹	۶۴ (۸۸/۹٪)	۸ (۱۱/۱٪)	۰
۰/۰۰۹	۱ (۲/۶٪)	۹ (۲۳/۷٪)	۲۸ (۷۳/۷٪)
۰/۰۰۹	۷ (۱/۲٪)	۵۰ (۸/۹٪)	۵۰۵ (۸۹/۸٪)

در افراد با آگاهی ضعیف ۹۰/۲ درصد سن ≤ 24 سال، ۷۸/۸ درصد بین ۲۵-۳۴ سال و ۸۹/۳ درصد سن ≥ 35 سال داشتند. در افراد با آگاهی متوسط ۱ (۰/۰۷) سن ≤ 24 سال، ۱۴ (۰/۹۱۲) بین ۲۵-۳۴ سال و ۱۳۸ (۰/۹۰۱۲) سن ≥ 35 سال داشتند. در افراد با آگاهی خوب یک مورد سن ≤ 24 سال، ۵ مورد بین ۲۵-۳۴ سال و ۲ مورد سن ≥ 35 سال داشتند. همچنین در افراد با آگاهی ضعیف بیشترین در صد (۸۸/۸۳) مربوط به افراد با پاریتی ۱-۴ و در افراد با آگاهی خوب نیز بیشترین درصد (۸۷/۵) مربوط به پاریتی ۱-۴ بود. لذا سن ($p=0/8$)، و پاریتی ($p=0/6$) با آگاهی ارتباط معنی دار نداشت. این مسئله در مورد مدت ازدواج نیز صادق بود. $p=0.3$ (جدول ۲) ۱۵ (۰/۲/۵) نفر از خانم‌های مورد مطالعه، سابقه‌ی مصرف EC را داشتند که ارتباطی با سن، مدت ازدواج، پاریتی و سطح تحصیلات نداشت. از ۱۵ نفری که از روش‌های EC استفاده می‌کردند ۱۴ نفر از قرص HD (رژیم Yazp) و یک نفر از IUD استفاده کرده بود. ۵۳۳ نفر (۰/۸۸/۸) از مراکز بهداشتی و ۱۳ نفر (۰/۲/۲) از دوستان خود، ۹ نفر (۰/۱/۵) از پزشک متخصص در مطب و ۴۵ نفر (۰/۷/۵) از سایر منابع (همسر، داروخانه و ...) اطلاعات خود را بدست آورده بودند (جدول ۳).

جدول شماره ۳: فراوانی و درصد منابع کسب اطلاع از

روش‌های پیشگیری اورژانسی در مراجعین به مراکز بهداشتی

منابع کسب اطلاع	فراوانی	درصد
مراکز بهداشتی	۵۳۳	۸۸/۸
دوستان	۱۳	۲/۲
از پزشک متخصص	۹	۱/۵
سایر منابع	۴۵	۷/۵

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ما (۰/۸۸/۸) از خانم‌های مراجعه کننده آگاهی ضعیف و (۰/۹/۸) آگاهی متوسط و (۰/۱/۳) آگاهی خوب داشتند.

لذا به نظر می‌آید اطلاعات خانم‌های ما از این روش‌ها بسیار اندک می‌باشد. در مطالعه Sultan (۸) ۷۱ درصد اطلاعات ناکافی از EC داشتند و فقط ۳/۳ درصد افراد در مورد EC شنیده بودند. در حالی که این میزان در مطالعه دل آرام (۹) ۷۱ درصد بود، ولی فقط ۲۲ درصد اطلاع کافی در این مورد داشتند. از کل افراد ۲/۵ درصد سابقه مصرف EC را داشتند که کمتر از مطالعه Lee (۱۰)، Wan Rs (۱۱)، Puri (۱۲)، Sen (۱۳) و Khan (۱۴) می‌باشد که می‌تواند به علت آگاهی کم از EC در جامعه ما باشد. در مطالعه ما ۴ درصد افراد می‌دانستند که باید در عرض ۷۲ ساعت استفاده شود در حالی که در مطالعه Chung CH (۱۵) ۴۸ درصد افراد اطلاع داشتند که باید EC در عرض ۱۲۰-۷۲ ساعت استفاده شود و در مطالعه Michel (۱۶) ۱۸ درصد از زمان صحیح استفاده از EC آگاهی داشتند. بنابراین لزوم اطلاع رسانی را بیشتر نشان می‌دهد. افرادی که آگاهی کمی از EC داشتند دارای سقط عمدی بیشتری بودند که نشان دهنده اهمیت دادن اطلاعات کافی جهت جلوگیری از حاملگی ناخواسته و عوارض آن می‌باشد.

مطالعه ما نشان داد که وجود تحصیلات دانشگاهی باعث افزایش اطلاعات افراد در مورد EC می‌باشد؛ لذا افزایش سطح دانش عمومی شاید بتواند باعث افزایش آگاهی و کاهش حاملگی‌های ناخواسته شود. همچنین در این مطالعه ۸۸/۸ درصد افراد اطلاعاتش را در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری را از مراکز بهداشتی دریافت می‌کردند، ۱/۵ درصد فقط از مراکز خصوصی کسب اطلاعات می‌کردند که با توجه به درصد فراوانی آن‌ها لزوم برنامه‌های آموزشی به کادر مراکز بهداشتی از اولویت‌های ارتقا سطح دانش بیماران محسوب می‌شود.

در کل با توجه به آگاهی پایین خانم‌های مورد مطالعه لزوم ایجاد سیاست‌هایی جهت افزایش اطلاعات آن‌ها را طلب می‌کند.

References:

1. Trussell J, Stewart F, Guest F, Hatcher RA. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269-73.
2. Trussell J, Koenig J, Ellertson C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: The costeffectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health* 1997;87: 932-37.
3. Mosher WD, Jones J. Use of Contraception in the United States: 1982-2008. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2010; 23 (29). Available at: http://www.cdc.gov/NCHS/data/series/sr_23/sr23_029.pdf. Accessed 27 May 2010.
4. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010 - Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. *MMWR* 2010; 59: 1-6.
5. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C, et al. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG* 2010; 117: 1205-10.
6. Sychareun V, Phongsavan K, Hansana V, Phengsavanh A. Policy maker and provider knowledge and attitudes regarding the provision of emergency contraceptive pills within Lao PDR. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 212.
7. Gemzell K, Chun D, Meng X. Emergency contraception: potential role of ulipristal acetate. *International Journal of Women's Health* 2010; 2: 53-61.
8. Mir AS, Malik R. Emergency contraceptive pills: Exploring the knowledge and attitudes of community health workers in a developing Muslim country. *North Am J Med Sci* 2010; 2: 359-64.
9. Delaram M. Knowledge and Perception of Emergency Contraception of Women in Shahrekord-Iran. *J Fam Reprod Health* 2008; 2 (3): 143-46.
10. Lee S, Wai M, Lai L, Ho PC. Women's knowledge of and attitudes towards emergency contraception in Hong Kong: questionnaire survey. *HKMJ* 1999; 5: 349-52.
11. Wan RS, Lo SS. Are women ready for more liberal delivery of emergency contraceptive pills?. *Contraception* 2005 Jun;71(6):432-7.
12. Puri S, Bhatia V, Swami HM, Singh A, Sehgal A, Amrit PK. Awareness of Emergency Contraception among Female College Students in Chandigarh, India. *Indian J Med Sci* 2007; 6: 338-46.
13. Sen A. Gender equity and the population problem. *Int J Health Serv* 2001; 31 (3): 469-74.
14. Khan ME, Shaikh GR, Sharif MI, Hossain A, Mir U Rob. Introduction of Emergency Contraceptive Pills in the Public Health System of Pakistan: A South-to-South Collaboration *Frontiers in Reproductive Health, Population Council* May 2008.
15. Chuang CH, Freund KM. Massachusetts Emergency Contraception Network. Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. *Contraception* 2005 Feb;71 (2): 157-60.
16. Aziken ME, Okonta PI, Ande AB Ande. Knowledge and Perception of Emergency Contraception Among Female Nigerian Undergraduates. *Int Fam Plan Perspect* 2003; 29 (2): 84-7.