● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی ۲۵)، صفحه ٦۹ الی ۷۵، زمستان ۱۳۸۳
دریافت: ۸۲/۱۰/۲۰ پذیرش: ۸۳/۹/۱۱

آگاهی و نحوه مصرف قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری در شهر رامسر

فاطمه شیرین کام [۱*]، نسرین نوابی [۱]، دکتر علی حقیقت پسند [۲]، محبوبه نصیری [۱]، مهری جهانشاهی [۱]، احسان کاظم نژاد [۳]، شریعت مسگران کریمی

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- پزشک عمومی ۳- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

سابقه و هدف: آمار کشوری و جهانی نشان میدهد که تعداد زیادی از مصرف کنندگانِ قرصهای پیشگیری از بارداری، آنرا بطور نادرست مصرف می کنند. پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان آگاهی و نحوه مصرفOral OCP) (Contraceptive در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری رامسر به عمل آمد.

مواد و روشها: این مطالعه بصورت توصیفی- تحلیلی مقطعی بر روی ۳۵۸ نفر از زنان مصرف کننده OCP مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان رامسر در شش ماهه اول سال۱۳۸۱بعمل آمد. جمع آوری اطلاعات بصورت مصاحبه و تکمیل پرسشنامه و روش نمونه گیری بصورت غیرتصادفی آسان انجام شد. پس از جمع آوری اطلاعات، یافته های بدست آمده بوسیله برنامه نرم افزاری spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ٤۳/٦٪ افراد مورد بررسی، قرصها را بطور نادرست مصرف می کردند و سطح آگاهی، در۸/٤۰٪ افراد ضعیف بود. ارتباط معنی داری بین تحصیلات ونحوه مصرف(p=۰/۰۰۳) و همچنین بین شغل ونحوه مصرف OCP وجود داشت(p=۰/۰۳). بعلاوه بین" ارائه آموزش در اولین مراجعه در مراکز بهداشتی درمانی"و" نحوه مصرف OCP توسط مددجویان" رابطه معنی دار وجود دارد(p=۰/۰۱۹).

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان میدهد که سطح آگاهی و نحوه مصرف OCP توسط زنان دریافت کننده خدمات پیشگیری از بارداری مطلوب نیست.

واژه‌های کلیدی: *آگاهی، پیشگیری از بارداری، قرصهای پیشگیری از بارداری.*

مقدمه

با توجه به بهبود شاخص های مرتبط با برنامه های تنظیم خانواده در سالهای اخیر، لازم به نظر میرسد به منظور استمرار روند بهبود این شاخص ها، عمل پایش و بازنگری در ماهیت و شیوه های اجرایی این برنامه بعمل آید تا در صورت نیاز، با رفع مشکلات و موانع در جهت موفقیت هرچه بیشتر این برنامه ها گام برداریم. قرص های خوراکی ضدبارداری (OCP) از شایعترین و مطمئن ترین روشهای تنظیم خانواده به حساب می آیند(۱) و در صورتی که درست مصرف شوند میزان حاملگی با این روش کمتر از ۱٪ می باشد. در نظرسنجی بعمل آمده در برخی کشورهای پیشرفته از جمله ژاپن، بیشترین علت نگرش مثبت نسبت به قرص ها، اثربخشی بالای این روش در جلوگیری از بارداری ذکر شده است(۲). استفاده غلط از OCP خطر بروز حاملگی ناخواسته را افزایش داده و سلامت مادر را تهدید می کند. هم اکنون بیش از ۳۰ سال از کشف قرص های خوراکی ضدبارداری (OCP) می گذرد و بیش از ۶۵ میلیون زن در جهان از این روش به منظور تنظیم خانواده استفاده می کنند(۳). میزان موفقیت این روش در صورت استفاده صحیح از

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۸۰۲۵ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]

آن، بیش از ۹۹٪ می باشد. اطلاعات منتشره از وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۵ نشان می دهد که ۳۰٪ افرادی که قرص مصرف می کنند مصرف صحیحِ آن را نمی دانند(۴). افزایش آگاهی زنان در زمینه نحوه مصرف و عوارض جانبی شایع قرصهای پیشگیری از بارداری موجب موفقیت بیشتر در مصرف قرص ها می گردد. در بررسی های بعمل آمده در بنگلادش نشان داده شده که قطعِ مصرف قرص ها در اثر عوارض جانبی در زنان مسلمان شایعتر از سایر افراد بوده است(۵). مطالعات انجام شده در مراکز آموزشی درمانی کوثر قزوین نشان میدهد که ۹۴٪ زنانی که همزمان با مصرف قرص، حامله شده بودند آنرا بطور نادرست مصرف می کردند(۶). همچنین مطالعات انجام شده در رامسر نشان می دهد کسانی که در حین استفاده از یک روش پیشگیری حامله شده اند، در ۲۴٪ موارد از قرص استفاده می کردند(۷).

تحقیقات دکتر polter نشان می دهد نزدیک به یک سوم کسانی که در تمام جهان، قرص مصرف می کنند از قرصها به طرز صحیح استفاده نمی کنند و بیش از ۶۰٪ آنها قرص را نامرتب می خورند. اشتباهاتی که در مصرف قرص های معمولی پیش می آید شامل فراموش کردن قرص و چگونگی قطع یک بسته و شروع بسته دیگر است(۸).

مطالعات انجام شده در چین نشان می دهد که درصد حاملگی درسالِ اولِ مصرف OCP درحدود ۱۱٪ میباشد و در برخی کشورها تا ۳۲٪ هم گزارش شده است. بر طبق نظرات بهداشت جهانی درصورت فراموش کردن قرص و یا افزایش فاصله مصرف دو بسته بیش از ۷ روز، خطر حاملگی در زنان افزایش می یابد(۹). تا زمان کشف روشهای موثر و قابل دسترس جلوگیری از بارداری برای مردان، زنان نیازمند تلاش مداوم هستند تا از محافظت مطلوب در برابر حاملگی برخوردار باشند بدین منظور برنامه ریزان بهداشتی باید تلاش کنند با افزایش آگاهی زنان در همه سنین آنان را در انتخاب روش بهتر و استفاده صحیح از آن روش یاری دهند(۱۰). با توجه به نتایج مطالعات انجام شده و آمارهای موجود و این حقیقت که وجود آگاهی در جمعیت مصرف کننده این روشها موجب موفقیت هرچه بیشتر این روشها می گردد، لذا تصمیم گرفته شد میزان آگاهی و نحوه مصرف قرصهای پیشگیری از بارداری در جمعیت مصرف کننده این روشها، مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روشها

در این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه زنان مصرف کننده LD تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر می باشد که جهت دریافت قرص های پیشگیری از بارداری (به منظور تنظیم خانواده) به مراکز بهداشتی درمانی شهری مراجعه می کردند. این مطالعه بصورت توصیفی ـ تحلیلی مقطعی و روش نمونه گیری بصورت غیر تصادفی آسان بوده است به این ترتیب که پرسشگران آموزش دیده از کلیه خانمهایی که به جهت دریافت OCP بمنظور تنظیم خانواده به مراکز بهداشتی درمانی شهری مراجعه می کردند مصاحبه بعمل آورده و پرسشنامه تکمیل میشد تا زمانی که تعداد نمونه های مورد نیاز انتخاب گردیده و نمونه گیری کامل شد.

تعداد نمونه بر اساس شیوع ۳۰٪ (در مصرف غلط قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری) و با اعتماد ۹۵٪ و اشتباه کمتر از ۰/۰۵ حدود ۳۲۵ نفر برآورد شد. این تعداد نمونه در مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان رامسر مورد بررسی قرار گرفت و به منظور اطمینان بیشتر تعداد نمونه به ۳۵۸ مورد افزایش یافت. در این پژوهش، متغیرهای وابسته شامل سطح آگاهی و نحوه مصرف و متغیرهای مستقل شامل سن، شغل، سطح تحصیلات، تعداد فرزند، چگونگی آموزش از طرف مراکز بهداشتی درمانی و مدت مصرف OCP، می باشند (منظور از چگونگی آموزش، بررسی استمرار در آموزش بود که به چهار حالت تقسیم گردید: بدون آموزش، آموزش فقط موقعِ دریافتِ اولین بسته، آموزش هرچندماه یکبار، آموزش بعد از دریافت هربسته). تعداد ۸ سوال برای سنجش آگاهی در مصرف کنندگان قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری طراحی شده است که براساس پاسخگویی به این سوالات، سطح آگاهی به سه سطحِ ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شده است: نمراتِ ۳-۰ ضعیف، ۵-۴ متوسط و ۸-۶ خوب، همچنین تعداد ۷ سوال برای سنجش نحوه مصرف طراحی شد که بر اساس پاسخگویی به سوالات، نحوه مصرف به سه گروهِ ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شده است: نمراتِ ۲-۰ ضعیف، ۴-۳ متوسط و ۷-۵ خوب

پس از جمع آوری اطلاعات و کدبندی آن، آنالیز آماری با

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]

استفاده از نرم افزار spss انجام شد. نتایج بدست آمده در خصوص بررسی فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات پرسشنامه بصورت جداول تنظیم و برای ارتباط متغیرها آزمون کای دو و T-test انجام گردید.

یافته ها

تعداد کل افراد مورد بررسی دراین پژوهش ۳۵۸ نفر می باشند که ۹۱/۱٪ افراد خانه دار و ۳/۹٪ شاغل بودند. همچنین ۲۸/۸٪ افراد تحصیلات دیپلم و بالاتر، ۱۱/۵٪ تحصیلات دبیرستان، ۲۷/۱٪ در سطح راهنمایی و ۳۱/۶٪ تحصیلات ابتدایی داشته یا بیسواد بودند. میانگین سن افراد مورد بررسی ۳۱/۹۴ سال و میانگین تعداد حاملگی ۲/۲۷، میانگین تعداد زایمان ۲/۰۸ و میانگین تعداد فرزند ۲/۰۳ می باشد. میانگین نمره مربوط به نحوه مصرف OCP ۳/۱۶ (از ۷نمره) و میانگین نمره آگاهی ۰۹۵/ (از ۸ نمره) می باشد.۸۷/۲٪ افراد مورد بررسی در اولین مراجعه برای دریافت OCP، در خصوص چگونگی مصرف آن تحت آموزش قرار گرفته و ۱۰/۹٪ افراد آموزش نگرفته بودند. ۴۲/۷٪ افراد در آخرین مراجعه برای دریافت OCP، در خصوص چگونگی مصرف آن تحت آموزش قرار گرفته و ۵۴/۵٪ آموزش نگرفته بودند. ۷۷/۵٪ افراد مورد بررسی، اولین بسته قرص را در روزهای اول تا پنجم قاعدگی شروع به مصرف کرده بودند (نحوه مصرف صحیح). ۵۷/۵٪ افراد، بسته های بعدی قرص را درروز پنجم قاعدگی شروع به مصرف کرده بودند (نحوه مصرف غلط). ۱۸/۴٪ افراد، بسته بعدی قرص را هفت روز پس از اتمام بسته قبلی شروع به مصرف می کردند(نحوه مصرف صحیح). ۳۱٪ افراد مورد بررسی، طرز استفاده صحیح یک قرص فراموش شده را نمی دانستند. ۸۱/۳٪ افراد مورد بررسی، طرز استفاده صحیح دو قرص فراموش شده را نمی دانستند.

۵۳/۶٪ افراد مورد بررسی، معتقد بودند نمیتوان از قرص ضد حاملگی در ابتدای ازدواج استفاده کرد، ۲۴/۹٪ افراد در این خصوص اظهار بی اطلاعی کردند و ۱۹/۳٪ افراد معتقد بودند می توان از قرص ضدبارداری در ابتدای ازدواج استفاده کرد. ۷۳/۶٪ افرادی که با مصرف قرص ضد بارداری در ابتدای ازدواج مخالف بودند علتِ مخالفت خود را خطر نازایی بعدی مطرح می کردند. فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس سطح آگاهی و نحوه مصرف OCP در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است. در این مطالعه بیشترین درصد نحوه مصرف ضعیف در گروه سنی ۳۶ سال و بالاتر مشاهده شد (۶۰/۷٪) و درگروه سنی ۳۵-۲۶ سال، بیشترین درصد نحوه مصرف خوب مشاهده شد(۱۲/۹٪). آزمونِ کای دو، نشان می دهدکه رابطه معنی داری بین سن و نحوه مصرفLD وجوددارد (p=۰/۰۰۰۱). در کل گروههای مورد بررسی، در افراد با سطح تحصیلات ابتدایی و پایین تر (۵۸/۶٪) بیشترین درصدِ نحوه مصرفِ ضعیف مشاهده شد و در افراد با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، بیشترین درصدِ نحوه مصرفِ خوب مشاهده می شود(۱۴/۶٪). آزمون کای دو رابطه معنی داری بین تحصیلات ونحوه مصرفLD نشان میدهد(p=۰/۰۰۳).

جدول ۱. فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش براساس نحوه مصرف صحیح OCP در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر سال ۸۱

نحوه مصرف	فراوانی مطلق(٪)
ضعیف	۱۵۶(۴۳/۶)
متوسط	۱۶۳(۴۵/۵)
خوب	۳۶(۱۰/۱)
نامشخص	۳(۰/۸)
جمع	۳۵۸(۱۰۰)

جدول ۲. فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش براساس سطح آگاهی در زمینه OCP در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر سال ۸۱

نحوه مصرف	فراوانی مطلق(٪)
ضعیف	۱۴۶(۴۰/۸)
متوسط	۱۵۴(۴۳)
خوب	۵۲(۴/۵)
نامشخص	۶(۱/۷)
جمع	۳۵۸(۱۰۰)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]

در این بررسی افراد با سطح تحصیلات ابتدایی و پایین تر، بیشترین درصدِ سطح آگاهی ضعیف (۵۰٪) و افراد با سطح تحصیلات دبیرستان، بیشترین درصدِ سطح آگاهی خوب را دارا می باشند(۲۵/۶٪). آزمون کای دو رابطه معنی داری بین سطح آگاهی زنان ازLD و سطح تحصیلات نشان نمی دهد. نتایج بدست آمده نشان میدهد که در زنان با ۳ فرزند و بالاتر، بیشترین درصدِ نحوه مصرفِ ضعیف مشاهده شده (۵۶/۸٪) و درزنان با یک فرزند یا بدون فرزند، بیشترین درصدِ نحوه مصرفِ خوب مشاهده می شود (۱۶/۴٪). آزمون آماری کای دو، تفاوت معنی داری را بین تعداد فرزند و نحوه مصرفِ LD نشان می دهد(p=۰/۰۱۶). همچنین آزمون کای دو، تفاوت معنی داری بین تعداد حاملگی و نحوه مصرف OCP (p=۰/۰۲۹) و تعداد زایمان و نحوه مصرف OCP (p=۰/۰۰۸) نشان میدهد.

نتایج تحقیق نشان میدهد در کسانی که در اولین مراجعه برای دریافت قرص درباره چگونگی مصرف آن آموزش دریافت نکرده بودند بیشترین درصدِ نحوه مصرف ضعیف (۶۴/۱٪) و در کسانی که در اولین مراجعه برای دریافت قرص در مورد چگونگی مصرف آن آموزش دریافت کرده بودند بیشترین درصدِ نحوه مصرف خوب مشاهده شد(۱۰/۶٪). آزمون آماری کای دو ،رابطه معنی داری در خصوص نحوه مصرفLD وآموزش در اولین مراجعه برای دریافت قرص، نشان میدهد(p=۰/۰۱۹). میانگین نمره مربوط به نحوه مصرف LD در کسانی که در اولین مراجعه آموزش گرفته اند ۳/۲۴ و در کسانی که در اولین مراجعه آموزش نگرفته اند ۲/۶۳ می باشد. آزمون آماری t تفاوت معنی داری در میانگین نمره مربوط به نحوه مصرف LD در دو گروه نشان می دهد(p=۰/۰۱). بررسی ها نشان می دهد در کسانی که در اولین مراجعه آموزش دریافت نکرده بودند، بیشترین درصد سطح آگاهی ضعیف (۵۶/۴٪) و در کسانی که در اولین مراجعه آموزش دریافت کرده بودند بیشترین درصد سطح آگاهی خوب مشاهده می شود(۱۶٪) آزمون آماری کای دو رابطه معنی داری بین آموزش در اولین مراجعه و سطح آگاهی نشان نمی دهد. میانگین نمره آگاهی درکسانیکه در اولین مراجعه آموزش گرفته اند ۳/۱۷ و درکسانیکه در اولین مراجعه آموزش نگرفته اند ۲/۴۴ می باشد. آزمونِ آماری t تفاوت معنی داری در میانگین نمره آگاهی در دو گروه نشان میدهد(p=۰/۰۱). براساس نتایج این مطالعه، در کسانیکه اصلاً آموزش نگرفته بودند بیشترین نحوه مصرف ضعیف (۵۸/۱٪) و در کسانی که بعد از دریافت هربسته آموزش میگرفتند بیشترین نحوه مصرف خوب مشاهده شد (۲۴/۵٪). آزمون آماری کای دو رابطه معنی داری بین چگونگی آموزش و نحوه مصرف LD توسط مددجویان نشان می دهد (p=۰/۰۰۴). همچنین در این بررسی، در کسانی که اصلاً آموزش نگرفته بودند بیشترین درصد سطح آگاهی ضعیف (۵۵/۸٪) و در کسانی که هر چند ماه یکبار آموزش گرفتند بیشترین درصد سطح آگاهی خوب مشاهده شد(۲۳/۸٪). آزمون آماری کای دو، ارتباط معنی داری را بین چگونگی آموزش و سطح آگاهی زنان از LD نشان می دهد(p=۰/۰۳۵). بعلاه در این مطالعه در کسانیکه نحوه مصرف ضعیف دارند بیشترین درصد سطح آگاهی ضعیف(۵۱/۹٪) و درکسانیکه نحوه مصرف خوب دارند بیشترین درصد سطح آگاهی خوب مشاهده گردید(۳۰/۶٪)(جدول ۳). آزمون آماری کای دو، ارتباط معنی داری را بین سطح آگاهی و نحوه مصرف افراد مورد پژوهش نشان می دهد(p=۰/۰۰۰۱).

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش براساس سطح آگاهی و نحوه مصرف صحیح OCP در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر سال ۸۱

نحوه مصرف	آگاهی ضعیف تعداد(٪)	آگاهی متوسط تعداد(٪)	آگاهی خوب تعداد(٪)	جمع تعداد(٪)
ضعیف	۸۰(۵۱/۹)	٦۳(٤۰/۹)	۱۱(۷/۱)	۱۵۳(۱۰۰)
متوسط	٦۰(۳۷/۳)	۷۱(٤٤/۱)	۳۰(۱۸/٦)	۱٦۱(۱۰۰)
خوب	۵(۱۳/۹)	۲۰(۵۵/٦)	۱۱(۳۰/٦)	۳٦(۱۰۰)
جمع	۱٤۵(٤۱/۳)	۱۵٤(٤۳/۹)	۵۲(۱٤/۸)	۳۵۱(۱۰۰)

بحث

بر اساس نتایج بدست آمده در این تحقیق، ۴۳/۶٪ مصرف کنندگان OCP از آن بطور صحیح استفاده نمی کنند و سطح آگاهیِ

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]

۴۰/۸٪ مصرف کنندگان OCP درباره روش مصرفی، ضعیف می باشد. آمار بدست آمده کمی بیشتر از آمارهای ارائه شده توسط وزارت بهداشت (۴) و تحقیقات انجام شده توسط مرکز polter (۸) می باشد. در آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت (۱۳۷۵) ۳۰٪ زنان طریقه استفاده صحیح از OCP را نمی دانستند با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۵ می باشد و انتظار می رود بطور معمول از سال ۱۳۷۵ که تحقیق وزارتخانه انجام گردید تاکنون (یعنی سال ۱۳۸۱ زمان انجام تحقیق حاضر) سطح آگاهی زنان افزایش یابد، کاهشِ "سطح آگاهی و نحوه مصرف درست" در خصوص LD جای سوال دارد که می توان آن را به خصوصیات منطقه ای شهرستان رامسر و همچنین کاهش توجه به امر آموزش زنان در این منطقه نسبت داد.

در تحقیق حاضر، به ترتیب ۶۹٪ و ۱۹٪ افراد طرز استفاده صحیح یک یا دو قرص فراموش شده را می دانستند. در تحقیقات مشابه در ویتنام (۱۱) این درصدها ۳۸/۴٪ و ۳۵/۷٪ ذکر شده است که در مورد یک قرص فراموش شده، زنان مورد تحقیق در پژوهش رامسر آگاهی بیشتری داشته ولی در مورد دو قرص فراموش شده سطح آگاهی کمتری را نسبت به مطالعات انجام شده در ویتنام نشان می دهند. علت این تفاوت را می توان به عدم آموزش کافی درهمه زمینه های مربوط به قرص در این منطقه نسبت داد بطوریکه در مورد مصرف یک قرص فراموش شده (که مددجو بیشتر با آن مواجه شده و کسب تکلیف نموده است) آموزش بیشتری داده شده است و در سایر زمینه ها که کمتر مددجو با آن مواجه می شود آموزش کمتری ارائه گردیده است. در مطالعات انجام شده در ویتنام، آگاهی زنان با افزایش سطح تحصیلات افزایش می یافت در حالیکه در مطالعه حاضر، با افزایش سطح تحصیلات، نحوه مصرف قرص ها بهتر شده ولی بین سطح آگاهی و میزان تحصیلات ارتباط آماری معنی داری نشان داده نشد. علت این تفاوت را می توان به آموزش ضعیف مراکز بهداشتی درمانی منطقه نسبت داد زیرا اگر آموزش منسجمی داده نشود با وجود افزایش سطح تحصیلات، سطح آگاهی افزایش مطلوبی را نشان نخواهد داد.

نتایج تحقیق حاضر رابطه معنی داری بین سن، شغل، سطح سواد، تعداد فرزند؛ با نحوه مصرفOCP نشان میدهد همچنین رابطه معنی داری بین نحوه مصرف صحیح و دریافت آموزش در اولین مراجعه به مراکز وجود دارد ولی بین سطح آگاهی و دریافت آموزش در اولین مراجعه به مراکز رابطه معنی داری مشاهده نمی شود. از نتایج بدست آمده، این فرضیه مطرح می شود که موارد آموزش داده شده در اولین مراجعه، بیشتر مربوط به نحوه مصرف قرص است و آموزش های لازم در جهت افزایش آگاهی (پیرامون عوارض یا طریقه قطع مصرف قرص و...) کمترداده می شود. بنابراین افرادی که در اولین مراجعه در زمینه طریقه مصرف قرص آموزش گرفته اند با توجه به شرایط سنی، سطح سواد و ... می توانند این آموزش ها را بکار بسته و در طریقه مصرف موفق باشند و حتی اگر در مراجعات بعدی هم آموزشی دریافت نکنند به عملکرد صحیح ادامه دهند. درحالیکه این افراد درخصوص افزایش سطح آگاهی در زمینه های مختلف مربوط به OCP، آموزشی دریافت نکرده اند و حتی اگر آموزشی گرفته اند بطور عملی با آن برخورد نکرده و بدست فراموشی سپره شده است فلذا تفاوت آماری معنی داری در سطح آگاهی با عوامل تاثیرگذار در نحوه مصرف(همچون سطح سواد، سن و...) مشاهده نشده است.

این فرضیه با توجه به نتیجه دیگر این تحقیق که نشان میدهد همه کسانی که پس از دریافت هر بسته قرص آموزش داده شده اند در مقابل سایر افراد (که اصلاً آموزش نگرفته، فقط در اولین مراجعه آموزش گرفته و یا هر چند ماه یکبار آموزش گرفته اند) بطور معنی داری در هر دو سطح آگاهی و نحوه مصرف موفقتر بودند، بنظر قابل قبول می آید. در این مطالعه ۵۳/۶٪ مصرف کنندگان OCP با مصرف OCP در ابتدای ازدواج به منظور پیشگیری از بارداری مخالف بوده اند و ۷۳/۶٪ مخالفین علت مخالفتِ خود را خطر نازایی مطرح کرده اند.

مطالعات مشابه در نیجریه (۱۲) نشان میدهد که ۵۰٪ زنان مورد بررسی معتقد بودند که مصرف OCP به رحم آسیب میزند و ۴۱٪ معتقد بودند که مصرفOCP موجب نازایی می گردد. هرچند شدت ترس از نازایی در زنان منطقه ما بیشتر از زنان نیجریه بوده است ولی در هر دو مطالعه عدم مصرف OCP بعلت ترس از نازایی، از شیوع بالایی برخوردار است. این مسئله را نیز می توان به پایین بودن سطح آگاهی زنان نسبت به OCP مطرح کرد و راه حل مقابله

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]

با آن را افزایش سطح آگاهی زنان عنوان نمود. در مطالعاتی که در کشور ژاپن (۱۳) انجام گرفت نشان داده شد ۲۵٪ افراد آموزش دهنده علاقه ای به آموزش مددجویان ندارند، این درحالی است که ژاپن در میان کشورهای پیشرفته، بیشترین درصد"حاملگی های بدون قصد" را دارد.

بعنوان نتیجه گیری نهایی باید اشاره کرد قرص های ضد بارداری از موثرترین روشهای در دسترس برای پیشگیری از بارداری هستند ولی پایین بودن سطح آگاهی زنان موجب مصرف غلط و یا باورهای غلط پیرامون این روش می گردد. همچنین پایش و بازنگری در شیوه های اجرایی برنامه های تنظیم خانواده ضروری بوده و باید در جهت رفع نقایص گام های اساسی برداشته شود از این رو ضمن پیشنهاد انجام برنامه ریزی مناسب توسط مسئولین بهداشتی منطقه به منظور افزایش آگاهی زنان در خصوص روش OCP، می بایست؛ اولاً خدمات تنظیم خانواده بطور مرتب ارزشیابی شوند و در صورت لزوم تصحیح گردند ثانیاً همه مصرف کنندگان OCP در منطقه تحت آموزش جامع و مستمر قرار گیرند و ثالثاً توصیه می گردد به منظور طرح اهمیت آموزش کامل و مداوم مددجویان، کلاس های بازآموزی برای پرسنل مراکز بهداشتی درمانی برگزار شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مساعدت معاون محترم پژوهشی آقای دکتر علی اکبر مقدم نیا، خانم دکتر مبلغی ریاست شبکه بهداشت، آقای دکتر چاووش ثانی ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان رامسر، آقای کاظم نژاد عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، همکاران محترم مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامسر، دکتر علی حقیقت پسند و کلیه همکاران دانشکده پرستاری و مامایی رامسر تشکر و قدردانی می گردد.

****

منابع

۱. یوسف زاده س. قرصهای ترکیبی. مجله بهداشت خانواده ۱۳۷۷: ۳(۹): ٤-٦۲ .

2. Masako OK, Jane SK, Deborah B, Masahiro K, Jeff M. Knowledge and attitude toward the pill: Results of a national survey in Japan. Family Planning Perspectives 2001; 33 (3): 123-7.

۳. شهامفر ج. بررسی عوارض OCP ازدیدگاه مادران دارای حاملگی ناخواسته در تبریز . مجله بهداشت خانواده ۱۳۷۸: ٤(۱۵): ٤٤-۳۹.

٤. آقاجانیان ا، مهریار ا . فعالیت های مربوط به برنامه های باروری، استفاده ازوسایل پیشگیری و تنظیم خانواده درجمهوری اسلامی ایران. مجله بهداشت خانواده ۱۳۷۸: ٤(۱۵): ٦٦-٤٥.

5. Klitsch M. Half of Bangladeshi women who discontinue pill use attribute their decision to side effects. International Family Planning Perspectives 2002; 28 (1): 34-6.

٦. آصف زاده س، قاسمی برقی ر. بررسی آگاهی ، نگرش و عملکرد آموزگاران زن در شهر قزوین در مورد روشهای پیشگیری از بارداری. مجله بهداشت خانواده ۱:۱۳۷۵ (۳): ۵۵- ۳٦.

۷. شیرین کام ف. بررسی شیوع حاملگی ناخواسته درشهرستان رامسر. گزارشِ کار ارائه شده به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۰: ص:۲٦.

۸. دارابی م . برقراری ارتباط بهینه با مصرف کنندگان قرصهای جلوگیری ازبارداری .مجله بهداشت خانواده ۱۳۷٦: ۲(۷): ۳۵-۲۹.

9. Kerryl W. Why women miss pills. Network 2003: 22(3): 8-11.

10. Sharion M, Lisa H, Janice M, Cathy S, Thomas W, Marlene R. Contraception, BMC Women's Health 2004; 4: 47-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]

11. Nguyen MT, Vu TH. The oral contraceptive pill in Vietnam: Situation, client perspectives and possibilities for promotion. Asia-Pacific Population Journal 2001: 16 (4): 31-48.

12. Emily S. Protecting fertility. Network 2002; 22(1): 14-18.

13. Kazuya K, Michael DF, Nobutaro B. Contraceptive care by family physicians and general practitioners in Japan: Attitude and Practices. Fam Med 2004; 36 (4): 279-83.

* آدرس نویسنده مسئول: رامسر، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن: ۰۱۹۲-۵۲۲۵۹۶۸.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.12.5]