

## بررسی میزان تداوم و عوامل موثر در قطع روش‌های پیشگیری از بارداری در شهر سمنان

لیلا تک فلاح<sup>۱\*</sup>، دکتر علی نجفی<sup>۲</sup>، زینب پارسانیا<sup>۳</sup>، مهری فیروزه<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۹/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۱۱/۰۹

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** امروزه ارائه خدمات تنظیم خانواده رو به افزایش است. با این وجود، سالانه ۸ تا ۳۰ میلیون حاملگی ناخواسته به دلیل عدم استفاده مستمر از روش‌های پیشگیری از بارداری رخ می‌دهد. مطالعه فوق با هدف بررسی میزان تداوم و عوامل تأثیر گذار در قطع روش‌ها، انجام شد.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر توصیفی - مقطعی می‌باشد. جامعه مورد پژوهش زنان ۱۵ تا ۴۹ سال بودند که روش‌های پیشگیری خود را قطع نموده بودند. ۴۸۶ نفر، به صورت نمونه گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق ساخته بود که جهت تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی از آزمون کرون باخ (۹۱ درصد) استفاده شد. اطلاعات با نرم افزار spss و با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس، مجذور کای دو و کاپلان مایر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بیشترین روش پیشگیری از بارداری، کاندوم (۴۱/۷ درصد) و کم‌ترین آی. یو. دی (۳/۴ درصد) بود. میانگین تداوم استفاده در مورد آی. یو. دی (۴ ± ۱۲/۳)، قرص (۸ ± ۲۲/۴)، کاندوم (۹ ± ۱۸/۷) و آمپول (۱۰ ± ۱۴/۶) ماه بود. بیشترین علل قطع روش در مورد قرص (تمایل به تغییر روش ۳۰ درصد)، کاندوم (مخالفت همسر و نگرانی درباره موثر نبودن روش ۲۲ درصد)، آی. یو. دی (خون‌ریزی و لکه بینی ۴۸ درصد) و آمپول (تغییر روش ۲۸ درصد) بود.

**بحث و نتیجه گیری:** در راستای افزایش استفاده مستمر روش‌ها علاوه بر آموزش‌های منسجم، مشاوره انگیزشی، با مشارکت زوجین خصوصاً در زمان شروع روش و شش ماهه اول توسط ارائه دهندگان پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی، کاندوم، آی. یو. دی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره دوم، پی در پی ۳۷، خرداد و تیر ۱۳۹۱، ص ۱۸۲-۱۷۵

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، گروه مامایی تلفن: ۰۹۱۲۵۷۳۱۴۳۷

Email: takfallah773@gmail.com

### مقدمه

فرانسه از هر ۳ زن ۱ زن دچار حاملگی ناخواسته می‌شود که ۶۵ درصد از آنان، مهم‌ترین علت بارداری ناخواسته خود را عدم تداوم و یا استفاده نادرست روش‌ها ذکر نمودند. در آمریکا ۴۹ درصد دچار بارداری ناخواسته می‌شوند که نیمی به علت عدم استمرار روش‌ها می‌باشد (۴). شیوع حاملگی ناخواسته در ایران که به طور عمده ناشی از استفاده ناصحیح از روش‌های پیشگیری یا عدم مصرف می‌باشد، ۴۰ درصد برآورد شده است (۵). طی مطالعه‌ای میزان حاملگی ناخواسته در مصرف کنندگان قرص

امروزه توجه به بهداشت باروری و ارائه خدمات تنظیم خانواده با هدف افزایش سلامتی و کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان رو به افزایش است (۱). با این وجود، علی‌رغم این توسعه روز افزون سالانه ۸ تا ۳۰ میلیون حاملگی ناخواسته به دلیل شکست یا عدم استفاده مستمر، از روش‌های پیشگیری از بارداری رخ می‌دهد (۲). در مطالعه‌ای عدم استمرار روش‌های پیشگیری منجر به بارداری ناخواسته در ۵۰ درصد از زنان شده بود (۳). در

<sup>۱</sup> عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان

<sup>۲</sup> رزیدنت داخلی

<sup>۳</sup> عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان

<sup>۴</sup> عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان

روش‌های پیشگیری خود را تغییر داده بودند در عرض ۱۲ ماه روش خود را کاملاً قطع نمودند (۱).

حسینی و همکاران عوامل موثر در قطع مصرف قرص را بیماری (۱۵/۶ درصد)، IUD را خون‌ریزی (۲۷ درصد)، کاندوم را حاملگی ناخواسته (۲/۸ درصد) و آمپول دپوپورورا را بیماری (۷۵ درصد) ذکر نمودند (۱۳). جونز<sup>۲</sup> معتقد است تعیین و شناسایی میزان شکست، علل استفاده نادرست و غیرمستمر و یا قطع روش‌های پیشگیری از بارداری، می‌تواند راهکارهای مفیدی را جهت افزایش اثر بخشی روش‌های پیشگیری از بارداری ارائه نماید (۱۴). بنابراین با عنایت به عواقب ناخوشایند ناشی از قطع روش‌های پیشگیری از بارداری، بررسی عوامل موثر در قطع روش‌ها، جهت ارائه راهکارهای مفید، در راستای ارتقاء سلامت زنان و جامعه ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه فوق با هدف بررسی میزان تداوم استفاده از روش‌ها و عوامل تأثیرگذار در قطع آن‌ها، انجام شد.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی می‌باشد. جامعه مورد پژوهش کلیه زنان ۱۵ تا ۴۹ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر سمنان بودند که بنا به عللی روش‌های پیشگیری از بارداری خود را قطع نموده بودند. تمامی مراکز بهداشتی تحت پژوهش به صورت خوشه‌ای انتخاب و ۴۸۶ نفر، به صورت نمونه‌گیری تصادفی، پس از بررسی معیارهای پذیرش و عدم پذیرش وارد مطالعه شدند. معیارهای پذیرش در مطالعه، تجربه استفاده از حداقل یک روش پیشگیری از بارداری و قطع حداقل یک بار روش پیشگیری و معیارهای عدم پذیرش، عدم تمایل شرکت در مطالعه و وجود اختلالات روانی بود.

۵۲/۸ درصد، کاندوم ۲۴/۲ درصد، IUD ۲/۲ درصد و دیافراگم ۱۴/۲ درصد گزارش شد (۶). مسلماً حاملگی ناخواسته عواقب ناخوشایندی را به دنبال دارد. در مطالعه‌ای تنها ۶۴ درصد از حاملگی‌های ناخواسته منجر به تولد زنده شده بود، ۱۹ درصد سقط و ۱۷ درصد تولد مرده، ناشی از بارداری ناخواسته گزارش شده بود (۷). در آمریکا سالیانه ۱/۳ میلیون سقط و ۱/۴ میلیون تولد بدون برنامه ریزی شده به دنبال حاملگی ناخواسته رخ می‌دهد (۸). در مطالعه‌ای نیمی از زنانی که سقط انتخابی انجام داده بودند، مهم‌ترین عامل را حاملگی ناخواسته، ناشی از استفاده ناصحیح و عدم استمرار روش‌های پیشگیری ذکر کرده بودند. اکثر آنان در طی شش ماه گذشته روش خود را قطع و یا به روش کم اثرتر تغییر داده بودند (۴). همچنین سالیانه ۵۸۵۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان‌های مکرر ناخواسته جان خود را از دست می‌دهند که ۹۹ درصد این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد (۹). عوامل متعددی در قطع روش‌های پیشگیری دخیل است. دبسی معتقد است چهار عامل مهم در استفاده و تداوم روش‌های پیشگیری از بارداری دخیل است: انتخاب روشی مناسب، متناسب با شرایط و ویژگی‌های هر فرد، میزان انگیزه، تمایل و پذیرش فرد، میزان اثربخشی و میزان ایمنی و بی خطر بودن روش (۱۰).

هابر<sup>۱</sup> وجود عوارض جانبی را مهم‌ترین علت قطع قرص‌های پیشگیری از بارداری، عنوان نمود. در مطالعه وی بیشتر افراد پس از قطع، روش کم اثر تری را انتخاب کرده بودند (۱۱). مطمئناً هیچ کدام از روش‌های پیشگیری به طور کامل، بدون عوارض جانبی و یا بی خطر نیستند، اما به طور کلی، روش‌های پیشگیری از بارداری خطر کمتری نسبت به بارداری دارند (۱۲). مطالعه‌ای در شش کشور نشان داد که حدود یک سوم از زنانی که به طور مکرر

<sup>2</sup> Jones

<sup>1</sup> Huber

## یافته‌ها

در نهایت ۴۷۲ نفر از واحدهای مورد پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش نشان داد که اکثریت آن‌ها در محدوده سنی ۲۵-۳۴ سال (۴۸/۴ درصد) قرار داشتند. میانگین سن همسران آن‌ها (۴ ± ۳۳) برآورد شد. اکثریت زنان سواد در حد ابتدایی و راهنمایی (۴۰/۷ درصد) داشته و خانه دار (۷۳/۶ درصد) بودند. میانگین تعداد فرزندان (۲ ± ۲/۴) بود. (۶ درصد) فاقد فرزند و (۹/۴ درصد) بیشتر از سه فرزند داشتند. بیشترین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده کاندوم (۴۱/۷ درصد) و کم‌ترین روش پیشگیری آی. یو. دی (۳/۴ درصد) بود. استفاده از قرص (۳۲/۶ درصد) و آمپول دپوپرورا (۲۲/۳ درصد) برآورد شد. بیشترین میانگین طول مدت استفاده از روش‌های پیشگیری در مورد قرص (۲۲/۴ ± ۸) ماه بود (جدول شماره ۱).

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر مشخصات دموگرافیک و عوامل موثر (تمایل به تغییر روش، تمایل به بارداری، دستور پزشک، خون‌ریزی یا لکه بینی، عفونت، تمایل به وازکتومی یا توبکتومی، حاملگی ناخواسته، افزایش وزن، عصبانیت، عدم تمایل به استفاده از هورمون، نگرانی درباره موثر نبودن روش و سایر موارد در قطع روش‌ها بود. اطلاعات توسط پنج کارشناس مامایی آموزش دیده جمع‌آوری شد.

برخی از قسمت‌های پرسش‌نامه به صورت مصاحبه شفاهی پرسیده شد. جهت تعیین اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی از روش آزمون کرون باخ با ضریب (۹۱ درصد) استفاده شد. اطلاعات پس از جمع‌آوری با نرم افزار spss و با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، آزمون مجذور کای دو و کاپلان مایر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و  $P < 0/05$  معنی‌دار تلقی گردید.

جدول شماره (۱): میانگین طول مدت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به تفکیک وسیله مورد استفاده

| علل قطع                        | روش پیشگیری | قرص      | آی. یو. دی | آمپول دپوپرورا | کاندوم   |
|--------------------------------|-------------|----------|------------|----------------|----------|
| تعداد(%)                       | تعداد(%)    | تعداد(%) | تعداد(%)   | تعداد(%)       | تعداد(%) |
| تغییر روش                      | ۴۶ (۳۰)     | ۲ (۱۲/۵) | ۲۹ (۲۸/۷)  | ۳۵ (۱۸)        |          |
| تمایل به بارداری               | ۶ (۴)       | ۱ (۶/۲)  | ۶ (۵/۷)    | ۲۲ (۱۱)        |          |
| دستور پزشک                     | ۵ (۳)       | ۱ (۶/۲)  | ۵ (۴/۷)    | ۱۶ (۸)         |          |
| خون‌ریزی یا لکه بینی           | ۵ (۳)       | ۸ (۵۰)   | ۵ (۴/۷)    | ۴ (۲)          |          |
| عفونت                          | -           | ۲ (۱۲/۵) | -          | -              |          |
| تمایل به وازکتومی یا توبکتومی  | ۳ (۲)       | -        | ۲ (۱/۹)    | ۱۴ (۷)         |          |
| حاملگی ناخواسته                | ۶ (۴)       | -        | ۱ (۰/۹)    | ۱۸ (۹)         |          |
| افزایش وزن                     | ۲۰ (۱۳)     | -        | ۱۸ (۱۷)    | -              |          |
| عصبانیت                        | ۱۶ (۱۰)     | -        | ۲ (۱/۹)    | -              |          |
| عدم تمایل به استفاده از هورمون | ۳۲ (۲۱)     | -        | ۱۷ (۱۶)    | -              |          |
| نگرانی درباره موثر نبودن روش   | ۵ (۳)       | ۱ (۶/۲)  | ۷ (۶/۶)    | ۴۳ (۲۲)        |          |
| مخالفت همسر                    | ۶ (۴)       | ۱ (۶/۲)  | ۵ (۴/۷)    | ۴۳ (۲۲)        |          |
| سایر موارد                     | ۴ (۳)       | -        | ۸ (۷/۶)    | ۲ (۱)          |          |
| جمع                            | ۱۵۴ (۱۰۰)   | ۱۶ (۱۰۰) | ۱۰۵ (۱۰۰)  | ۱۹۷ (۱۰۰)      |          |

تمایل به داشتن فرزند دیگر ( $P < 0/04$ ) و سن ( $P < 0/01$ ) وجود داشت. در صورتی که بین میزان تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری و سن همسر، تحصیلات همسر، شغل و شغل همسر و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین بین میزان تحصیلات خانم و نوع روش ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/01$ ). ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری و سطح اطلاعات و آگاهی زنان از روش‌ها، وجود داشت ( $P < 0/03$ ). به طوری که با افزایش سطح آگاهی، میزان تداوم افزایش یافته بود.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی سمنان، کاندوم ( $41/7\%$ ) سپس قرص ( $32/6\%$ ) و آمپول دپوپورا ( $22/3\%$ ) و کم‌ترین روش پیشگیری آی. یو. دی ( $3/4\%$ ) است. در مطالعه جونز و همکاران نیز بیشترین روش مورد استفاده کاندوم ( $28\%$ ) و سپس قرص ( $14\%$ ) بود ( $14$ ). در مطالعه حسینی نیز ( $46/9\%$ ) از زنان از کاندوم، ( $30/17\%$ ) از قرص، ( $20/68\%$ ) از آی یودی و ( $2/15\%$ ) از آمپول استفاده کرده بودند ( $13$ ). با این وجود در برخی مطالعات دیگر بیشترین روش مورد استفاده قرص بوده است ( $15$ ) این تناقض احتمالاً ناشی از تمایل کم‌تر زنان سمنانی به استفاده از روش‌های هورمونی می‌باشد. که در این راستا تأثیر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی قابل توجه می‌باشد.

با این حال بیشترین تداوم روش پیشگیری مربوط به قرص ( $22/4 \pm 8$ )، و کم‌ترین تداوم مربوط به آی. یو. دی ( $12/3 \pm 4$ ) بود. استفاده از کاندوم ( $18/7 \pm 9$ ) و سپس آمپول ( $14/6 \pm 10$ )، بعد از قرص قرار داشتند. در مطالعات مشابه دیگر نیز بیشترین

$22\%$  درصد از زنان روش خود را در عرض کم‌تر از شش ماه تغییر داده بودند. ( $14/6\%$ ) از زنان هم‌زمان از دو روش پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند. استفاده هم‌زمان کاندوم و روش طبیعی ( $9\%$ )، قرص و کاندوم ( $2/1\%$ )، آی. یو. دی و کاندوم ( $1/7\%$ )، قرص و روش طبیعی ( $1/8\%$ ) برآورد شد. ( $53\%$ ) از زنان حداقل یک بار، ( $32\%$ ) دو بار و ( $11\%$ ) سه بار و ( $4\%$ ) بیش از سه بار روش خود را تغییر داده بودند. ( $61\%$ ) روش‌های پیشگیری را به طور صحیح، و ( $29\%$ ) نادرست استفاده نموده و ( $9\%$ ) از مصرف صحیح مطمئن نبودند.

در بررسی دلایل قطع روش‌های پیشگیری از بارداری بیشترین علل قطع روش در مورد قرص (تغییر روش  $30\%$  و عدم تمایل به استفاده از هورمون  $21\%$ ، عوارض جانبی (افزایش وزن  $13\%$ ، عصبانیت  $10\%$ ، در مورد کاندوم (تغییر روش  $18\%$ ، مخالفت همسر  $22\%$ ، نگرانی درباره موثر نبودن روش  $22\%$ ، در مورد آی. یو. دی (خون‌ریزی و لکه بینی  $50\%$  و در مورد آمپول (تغییر روش  $28\%$ ، افزایش وزن  $17\%$  و عدم تمایل به استفاده از هورمون  $16\%$  درصد بود (جدول شماره ۲).

**جدول شماره (۲):** توزیع فراوانی دلایل قطع روش‌های پیشگیری از بارداری به تفکیک وسیله مورد استفاده

| روش پیشگیری   | میانگین طول مدت استفاده (ماه) |
|---------------|-------------------------------|
| آی. یو. دی    | $12/3 \pm 4$                  |
| آمپول دپوپورا | $14/6 \pm 10$                 |
| قرص           | $22/4 \pm 8$                  |
| کاندوم        | $18/7 \pm 9$                  |

میزان مخالفت همسر در استفاده کنندگان کاندوم ( $22\%$ )، قرص ( $4\%$ )، آی. یو. دی ( $7\%$ ) و آمپول ( $4\%$ ) برآورد شد. ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری و تحصیلات ( $P < 0/04$ )، تعداد فرزندان ( $P < 0/02$ )،

به استفاده از هورمون ۲۱ درصد، عوارض جانبی (افزایش وزن ۱۳ درصد، عصبانیت ۱۰ درصد)، در مورد کاندوم (تمایل به تغییر روش ۱۸ درصد، مخالفت با همسر ۲۲ درصد. نگرانی درباره موثر نبودن روش ۲۲ درصد)، در مورد آی. یو. دی (خون‌ریزی و لکه‌بینی ۴۸ درصد) و در مورد آمپول (تغییر روش ۲۸ درصد، افزایش وزن ۱۷ درصد و عدم تمایل به استفاده از هورمون ۱۶ درصد برآورد شد. در مطالعه‌ای مشابه مهم‌ترین عامل قطع قرص وجود عوارض جانبی بود (۱۱). در طی مطالعه در سمنان بیشترین علت خروج آی. یو. دی عوارض جانبی (۳۵/۲ درصد) بود. شایع‌ترین عارضه جانبی منجر به خروج آی. یو. دی خون‌ریزی، لکه‌بینی، عفونت و درد گزارش شد (۱۶). در مطالعه مشابه دیگری بیشترین دلیل ترک روش‌ها، «عوارض جانبی» (۴۰ درصد) و کم‌ترین دلیل ترک «عدم رضایت از نحوه استفاده» و «تمایل به بارداری» بود (۱۷).

میزان مخالفت همسر در استفاده کنندگان کاندوم (۲۲ درصد)، قرص (۴ درصد)، آی. یو. دی (۷ درصد) و آمپول (۴ درصد) برآورد شد. در مطالعه مشابهی دلایل اصلی عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن، ترس از مسائل بهداشتی، عوارض جانبی و مخالفت همسر ذکر شد (۵).

طی مطالعه‌ای در آمریکا نیز نقش شرکای جنسی و همسران در انتخاب و تداوم روش بسیار حائز اهمیت بود (۱۸). این امر نشان دهنده تأثیر بسزای مردان در تداوم استفاده از روش‌ها می‌باشد. بنابراین با عنایت به این امر دخالت دادن و مشارکت فعال مردان در امور تنظیم خانواده از طریق مشاوره‌های هدفمند و منسجم و تغییر نگرش مردان می‌تواند تا حد زیادی از عواقب عدم تداوم روش‌ها بکاهد.

ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری و تحصیلات ( $P < 0/04$ )، تعداد فرزندان ( $P < 0/02$ )، تمایل به داشتن فرزند دیگر ( $P < 0/04$ ) و سن ( $P < 0/01$ ) وجود داشت. به طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات، افزایش تعداد

تداوم، مربوط به قرص گزارش شده بود (۱،۳). در مطالعه رخشانی و همکاران نیز تداوم استفاده از آی. یو. دی و آمپول کم‌تر از قرص و نورپلانت بود همچنین در مطالعه فوق (۱۴ درصد) از زنان روش خود را در عرض کم‌تر از شش ماه تغییر داده بودند (۱۵). در مطالعه مشابهی در سمنان میزان خروج قبل از موعد آی. یو. دی ۶۶ درصد گزارش شده بود که بیشترین میزان خروج در سال اول (۱۲ ماه) رخ داده بود (۱۶). در مطالعه دیگری اکثر موارد قطع برای سه روش آی. یو. دی، قرص و کاندوم در سه ماه اول اتفاق افتاده بود (۱۷). در مطالعه حسینی در مجموع ۸۶/۳ درصد زنان بعد از شش ماه و ۶۲/۵ درصد بعد از ۱۸ ماه و ۳۹/۹ درصد بعد از ۳۰ ماه و تنها ۳۷ درصد زنان تا ۳۶ ماه از چهار روش مذکور استفاده نموده بودند (۱۳). (۱۴/۶ درصد) از زنان هم‌زمان از دو روش پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند. در مطالعه مشابه ۳ درصد زنان به طور هم‌زمان بیش از ۲ روش موثر استفاده می‌کردند (۱۸). این عامل می‌تواند ناشی از عدم آگاهی زنان درباره میزان اثربخشی روش‌های پیشگیری از بارداری و یا عدم اطمینان دادن به افراد درباره میزان اثربخشی روش‌ها از جانب مراقبان و ارائه دهندگان بهداشتی باشد.

(۵۳ درصد) از زنان حداقل یک بار، (۳۲ درصد) دو بار و (۱۱ درصد) سه بار و (۴ درصد) بیش از سه بار روش خود را حداکثر ظرف شش ماه بعد از شروع مصرف تغییر داده بودند در مطالعه‌ای (۲۱/۷ درصد) از زنان روش پیشگیری خود را ۱ تا ۳ بار در طی سه سال بررسی تغییر داده بودند (۱۵). (۶۱ درصد) روش‌های پیشگیری را به طور صحیح، و (۲۹ درصد) نادرست استفاده نموده و (۹ درصد) از مصرف صحیح مطمئن نبودند. در مطالعه مشابهی ۶۹ درصد افراد روش مورد استفاده را به صورت صحیح و ۳۱ درصد به صورت غلط استفاده کرده بودند (۵).

در بررسی دلایل قطع روش‌های پیشگیری از بارداری بیشترین علل قطع روش در مورد قرص (تغییر روش ۳۰ درصد و عدم تمایل

از روش‌های پیشگیری و سطح اطلاعات و آگاهی زنان از روش‌ها، وجود داشت ( $P < 0/03$ ). به طوری که با افزایش سطح آگاهی، میزان تداوم افزایش یافته بود. در مطالعه ای نیز سطح آگاهی زنان با میزان تداوم روش، ارتباط داشت (۲۱)

به طور کلی نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که موارد فوق در عدم تداوم روش‌ها موثر است: ۱- فاکتورهای شناختی مانند فقدان آگاهی و اطلاعات کافی و یا باورهای غلط درباره روش‌های پیشگیری ۲- رفتارهای غلط درباره نحوه استفاده موثر و صحیح روش‌ها مانند نحوه برخورد با فراموشی، عدم مراجعه جهت پیگیری و ... ۳- وجود عوارض جانبی ۴- فقدان و یا کاهش انگیزه جهت جلوگیری از بارداری ۵- عدم آگاهی و همسو نبودن مردان با همسران در امر تنظیم خانواده ۶- عدم ارائه آموزش تأثیرگذار از طرف ارائه دهندگان خدمات بهداشتی که می‌تواند ناشی از عدم آگاهی آنان باشد، لذا در این راستا علاوه بر آموزش‌های منسجم‌تر با محتوای غنی‌تر، مشاوره انگیزشی، با مشارکت زوجین خصوصاً در زمان شروع روش و شش ماهه اول استفاده توسط ارائه دهندگان آگاه پیشنهاد می‌شود.

### تقدیر و تشکر

مراتب سپاس خود را از تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش و یکایک پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شهر سمنان، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان جناب آقای دکتر نیکخواه، که در این پژوهش ما را یاری نمودند، ابراز می‌داریم و برای یکایک آنان از خداوند منان توفیق روز افرون را خواهانیم.

فرزندان، افزایش سن و عدم تمایل به فرزند، میزان تداوم افزایش یافته بود. در مطالعه لوری<sup>۱</sup> و همکاران نیز تداوم روش‌های پیشگیری با تعداد فرزندان ارتباط معنی‌داری داشت (۱). این عامل احتمالاً نشان دهنده افزایش انگیزه زنان، جهت جلوگیری از بارداری با افزایش تعداد فرزند می‌باشد. این امر بدین معناست که، افزایش انگیزه زنان از طریق افزایش آگاهی و تغییر نگرش نیز می‌تواند در تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری موثر باشد. در مطالعه مشابهی نیز بین تعداد فرزندان با روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (۱۹). مطالعه گونزالس نیز نشان داد که افزایش سطح سواد و همچنین افزایش سن در زنان، با میزان تداوم روش، ارتباط دارد (۲۰). در مطالعه دیگری نیز با افزایش سن زنان، میزان تداوم روش افزایش یافته بود (۱۳).

همچنین بین میزان تحصیلات خانم و نوع روش ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/01$ ). به طوری که افراد با سطح سواد کم‌تر بیشتر تمایل به استفاده از آمپول و با سطح سواد بیشتر تمایل به استفاده از قرص، کاندوم و آی. یو. دی داشتند. در مطالعه رخشانی نیز زنانی با سطح سواد بیشتر تمایل به آی. یو. دی و سطح سواد کم‌تر تمایل به استفاده از آمپول داشتند (۱۵). بین میزان تداوم استفاده از روش‌های پیشگیری و سن همسر، تحصیلات همسر، شغل زنان و شغل همسر و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

در مطالعه مشابهی میانگین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با شغل، شغل همسر و تحصیلات همسر ارتباط آماری نشان نداد (۱۳). ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان تداوم استفاده

<sup>1</sup> Iúri

## References:

1. Iuri C L, Neeru G. Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil. *Reprod Health* 2007;4:6
2. Saebi por S, Sishkar Sistani N. Illegal abortion and unwanthed pregnancy. *Behvarz Q* 2004;15(2):62. (Persian)
3. Read C, Bateson D, Weisberg E, Estoesta J. Contraception and pregnancy then and now: examining the experiences of a cohort of mid-age Australian women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009 Aug;49(4):429-33
4. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod* 2007 Sep;22(9):2422-7.
5. Ramezani Tehrani F, Hejazi, Aflaki S. Effective ingredients on correct usage of preventing ways of pregnancy. *Ghazvin J Med Sci* 2000;14:37-42. (Persian)
6. Bednarek PH, Jensen JT. Safety, efficacy and patient acceptability of the contraceptive and non-contraceptive uses of the LNG-IUS. *Int J Womens Health* 2010; 1:45-58.
7. O'Reilly M. Careful counsel: Management of unintended pregnancy. *J Am Acad Nurse Pract* 2009;21(11):596-602
8. Douglas Kirby. The impact of programs to increase contraceptive use among adult women: a review of experimental and quasi-experimental studies. *Perspect Sex Reprod Health* 2008; 40: (1):34-41.
9. Geranmayeh M, Pakgozar M, Babaie GH, Khanjani H. Investigating of systematic consultation influence on pregnancy preventing ways use in Tehran hygienic centers. *Kordestan Med Sci Univ* 2005; 10: 33-8.
10. Debski R. Contraception--methods of preventing unintended pregnancy. *Ginekol Pol* 2007; 78(11):834-41.
11. Huber LRB, Hogue CJ, Stein AD. Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1290-5.
12. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Wiliam's Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> Ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2009.
13. Hoseini N, Mazlomi S, Falahzadeh H, Morevati Sharifabad MA. The investigation about continuing and effecting preventions ways of pregnancy in the women that come to hygienic and remedy in Yazd. *Yazd J Med Sci* 2008;16(1):75-80
14. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34(6):294-303.
15. Rakhshani F, Mohamadi M, Mokhtari M, Refahi R. Continuous rate of usage on the pregnancy prevention equipments and it interruption causes in zahedan. *Fert Infert* 2002:41-9(Persian)
16. Khaledian Z, Ehsani R, Khaledian F. Demand causes for women's IUD quickly exit, who refer to Semnan remedy-hygienic centers. *Rafsanjan J Med Sci* 2004; 4:45-50. (Persian)
17. Holakoie naieni K, Sadeghypor H, Ghazizadeh Ehsani Sh. Investigating the rate of failure and continuous consumption of pregnancy prevention ways and their effective factors in Tehran. *Hakim Q* 2000;3(4):336-43. (Persian)
18. Frost JJ, Darroch JE. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Contraception* 2008; 77(1):10-21.
19. Gashtasbi A, Vahdaninia M. Usage pattern of the pregnancy prevention ways in Kohkiluye and BoyerAhmad urban areas in 2004. *Fert Infert* 2006:252-9. (Persian)

20. González E, Molina B T, Montero A, Martínez V, Molina R. Factors associated with maintenance of contraception among adolescents. *Rev Med Chil* 2009; 137(9):1187-92.
21. McDuffie RS Jr, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1996 Mar 20;275(11):847-51.