



## بررسی میزان آگاهی زنان ۴۹-۱۵ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر اندیمشک از روشهای اورژانس پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۸۵

نویسندگان: صدیقه نوح جاه\* احمد مرادی\*\* بنفشه یعقوبی\*\* محمد حسین

حقیقی زاده\*\*\*

\* عضو هیئت علمی گروه بهداشت عمومی - دانشکده بهداشت اهواز

\*\* کارشناس مرکز بهداشت اندیمشک

\*\*\* عضو هیئت علمی گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت اهواز

### چکیده

**سابقه و اهداف:** علیرغم دسترسی به روشهای ضد بارداری موثر و متنوع هنوز هم وقوع حاملگی ناخواسته یک معضل مهم محسوب می شود.

نقش بالقوه روشهای اورژانس در کاهش حاملگی های ناخواسته و سقط جنین مشخص شده است. یکی از مهمترین موانع عدم استفاده از روشهای اورژانس، نداشتن آگاهی می باشد.

از آنجا که قرص های خوراکی ترکیبی (روش یوزپه) شایع ترین روشی هستند که به عنوان روش اورژانس استفاده می شوند ما در این مطالعه آگاهی زنان در خصوص این قرص ها را بررسی نمودیم.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۶۳۰ زن مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر اندیمشک در سال ۸۵ - ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. مصاحبه و تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش دیده جهت جمع آوری اطلاعات صورت گرفت.

**یافته ها:** نتایج این تحقیق نشان داد که ۲۶/۷٪ زنان از سطح آگاهی مطلوب و ۱۸/۷٪ از سطح آگاهی متوسط برخوردارند. ۵۴/۶٪ آگاهی نداشته یا سطح آگاهی ضعیف داشتند. ۱۸/۶٪ تا کنون از روش های اورژانس استفاده کرده بودند. شیوع حاملگی ناخواسته در آخرین بارداری ۱۹/۵٪ گزارش شده بود. ۵۵/۶٪ زنان تاکنون مطلبی در مورد روشهای اورژانس شنیده بودند. ۳۸/۱٪ از سطح آگاهی مطلوب در مورد تعداد نوبت قرص های مورد استفاده در روش های اورژانس برخوردار بودند. ۵۰/۵٪ زنان نوع قرصی که به عنوان روش اورژانس در رژیم یوزپه مورد استفاده قرار می گیرند را می شناختند. ۳۱/۷٪ زنان حداکثر فرصت جهت مصرف این قرصها را درست گزارش نموده بودند. آگاهی در مورد قرصهای مورد استفاده در روش اورژانس با شغل زنان ( $p < 0.01$ )، سطح سواد زنان ( $p < 0.01$ )، تعداد فرزندان ( $p = 0.02$ )، تمایل به داشتن فرزند دیگر ( $p = 0.031$ )، نوع وسیله پیشگیری ( $p < 0.01$ )، ناخواسته بودن حاملگی اخیر ( $p = 0.001$ ) و استفاده قبلی از روشهای اورژانس ( $p < 0.01$ ) ارتباط معنی داری داشت.

**بحث:** بر اساس نتایج این تحقیق سطح آگاهی زنان در مورد روشهای اورژانس به طور کلی پایین می باشد و ارتقاء آگاهی زنان در مورد روشهای اورژانس بایستی به عنوان یکی از اولویتهای بهداشتی زنان مطرح شود.

### واژه های کلیدی

روشهای اورژانس پیشگیری، آگاهی، زنان، قرص های ترکیبی

## طلوع بهداشت

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هفتم

شماره اول و دوم

بهار و تابستان ۱۳۸۷

شماره مسلسل: ۲۴-۲۳



## مقدمه

در مواردی که مقاربت بدون محافظت و جود داشته باشد و هیچ روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده قرار نگرفته باشد و یا آن که فرد در هنگام استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری دچار شکست شده باشد روشهای اورژانس مورد استفاده قرار می گیرند (۱). علی رغم دسترسی به روشهای ضد بارداری موثر و متنوع هنوز هم وقوع حاملگی ناخواسته یک معضل مهم محسوب می شود (۲).

استفاده به موقع از روشهای اورژانس می تواند باعث کاهش بالقوه حاملگی ناخواسته و سقط جنین های ناشی از حاملگی ناخواسته شود (۳). استفاده از روشهای اورژانس می تواند سقط جنین عمدی را تا ۵۰٪ (از ۱/۶ میلیون به ۸۰۰ هزار) کاهش دهد (۴).

قرصهای خوراکی ترکیبی (روش یوزپه)، قرصهای پروژسترون تنها (لوونورژسترول) قرصهای دانازول ، IUD و آنتاگونیست های پروژسترون (میفه پرستون) از جمله ترکیباتی هستند که تا کنون به عنوان روش اورژانس مورد استفاده قرار گرفته اند (۱۰ و ۹ و ۸ و ۷ و ۶ و ۵). استفاده از قرصهای خوراکی ترکیبی که به نام رژیم yuzpe (یوزپه) معروف است (۵) شایعترین روش اورژانس مورد استفاده می باشد (۵). رژیم yuzpe شامل دو قرص حاوی ۵۰ میکروگرم اتینیل استرادیول و ۲۵۰ میکروگرم لوونورژسترول یا ۴ قرص حاوی ۳۰ میکروگرم اتینیل استرادیول و ۱۵۰ میکروگرم لوونورژسترول است (۱۱ و ۶).

قرصهای مصرف شده در روش اورژانس در تخمک گذاری مداخله نموده و در لانه گزینی دخالت نمی کند (۹) مطالعات دیگری متوقف شدن تکامل فولیکولها را گزارش نموده اند (۱۳ و ۱۲ و ۷).

قرصهای مورد استفاده در روشهای اورژانس اگر در طی ۷۲ ساعت پس از مقاربت بدون محافظت استفاده شوند حداقل تا ۷۵٪ موثر هستند (۸).

کارایی (effectiveness) روشهای اورژانس بستگی به زمان مصرف آن دارد (Time-dependent) (۶). بیشترین تأثیر آنها زمانی است که در طی ۲۴ ساعت اول مورد استفاده قرار گیرند (۵ و ۸) برخی منابع ذکر نموده اند تا ۱۲۰ ساعت هم فرصت جهت استفاده از روش های اورژانس وجود دارد (۱۰).

قرصهای پیشگیری اورژانس دارای عوارض جدی برای زنان نیستند (۱۴ و ۸). همچنین هزینه ساخت روشهای اورژانس نسبت به هزینه هائی که یک سقط جنین به همراه دارد بسیار کمتر بوده لذا روشهای اورژانسی می توانند به عنوان روش سالم و نسبتاً بی خطر موثر و کم هزینه معرفی گردند (۹ و ۶ و ۵).

علی رغم موفقیت و بی خطر بودن روشهای اورژانس هنوز هم این روشها توسط زنان استفاده نمی شود و پرسنل بهداشتی آن را تبلیغ نمی کنند (۱۵ و ۳). مهمترین مشکلات در ارتباط با قرصهای مورد استفاده در روش اورژانس نداشتن آگاهی و عدم دسترسی است (۳) یکی از مهمترین موانع استفاده گسترده از روشهای پیشگیری اورژانس ناشناخته بودن مکانیسم اثر آنها می باشد (۱۶). افزایش آگاهی در خصوص این روشها می تواند موجب پذیرش این روشها گردد (۱۷) سالهاست جمعیتهای جهانی با تلاش و تبلیغات موثر در شناساندن تولدهای ناخواسته و افزایش نامعقول و غیر متعادل جمعیت رهنمودهای مناسب ارائه نموده اند. اما همه کشورها به خصوص اکثر کشورهای در حال توسعه نتوانسته اند این برنامه را به طور دقیق اجرا نمایند بر همین اساس نیاز به انجام کوششهایی به منظور بررسی استراتژیهای موثر برای ارتقاء سطح آگاهی افراد در مورد روشهای اورژانس (EC) ضروری به نظر می رسد (۳).

در اکثر کشورها و از جمله کشور ما روشهای اورژانس به خصوص قرصهای خوراکی ترکیبی (LD و HD) که به این منظور استفاده می شوند در دسترس هستند و



۱- سطح آگاهی با توجه به نمرات آگاهی به سه دسته آگاهی ضعیف، متوسط و مطلوب دسته بندی شد. سطح آگاهی بر اساس کسب نمره بین ۱۴ - ۰ دسته بندی شد. نمره بین ۷-۰ سطح آگاهی ضعیف، ۱۰ - ۸ آگاهی متوسط، ۱۴ - ۱۱ به عنوان آگاهی مطلوب دسته بندی شد.

۲- کلیه نمونه هائی که به سوالات اساسی تحقیق پاسخ نداده بودند یا پاسخ غلط داده بودند به عنوان فردی که آگاهی ندارد و کسانی که پاسخ درست داده بودند به عنوان فردی که آگاهی دارد دسته بندی شدند. پرسشنامه بر اساس پرسشنامه های تحقیقاتی در داخل و خارج کشور تنظیم شده و اعتبار آن را نیز اساتید رشته بررسی و اظهار نظر نموده اند. جهت ارزیابی پایایی سوالات پرسشنامه از آزمون استاندارد ( آلفای کرونباخ) استفاده شد ( $\alpha = 0/9$ ).

حجم نمونه در این پژوهش پس از انجام یک مطالعه پایلوت با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۳ و  $P=0/18$  درصد محاسبه گردید نهایتاً ۶۳۰ نمونه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این تحقیق سن، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، روش پیشگیری فعلی، تعداد فرزندان، تمایل به داشتن فرزند دیگر، وضعیت اشتغال زن، ناخواسته بودن آخرین حاملگی متغیرهای مورد مطالعه بودند.

آزمونهای آماری مورد استفاده در این پژوهش روشهای آمار توصیفی و تحلیلی، آزمونهای آماری کای اسکوئر و مدل رگرسیون لجستیک بود.

### نتایج

۶۳۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفت. سن بیشتر زنان مطالعه شده در رده سنی ۲۹ - ۲۵ سال بود (۳۲/۷٪). ۵/۴٪ زیر ۲۰ سال، ۸۲/۲٪ زیر ۳۵ سال و ۱۲/۴٪ سن ۳۵ سال یا بیشتر داشتند. ۱۰/۲٪ مادران شاغل و ۸۹/۸٪ خانه دار بودند. ۲۴/۴٪ بیش از ۲ فرزند و ۵/۹٪ فرزندی نداشتند. ۲۱/۹٪ زنان مورد مطالعه بی سواد بودند. ۲/۱٪ همسران زنان مورد مطالعه تحصیلات

بدون نسخه به مصرف کنندگان ارائه می شوند (۲۰۱۸).

هدف این مطالعه بررسی میزان آگاهی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی اندیمشک از روشهای اورژانس پیشگیری از بارداری و برخی عوامل مرتبط با آن بود.

### روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی، تحلیلی به روش مقطعی بوده که در آن مطالعه سطح آگاهی زنان همسر دار ۴۹ - ۱۵ ساله مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده مراکز بهداشتی شهر اندیمشک مورد بررسی قرار گرفته است. شهرستان اندیمشک در شمال استان خوزستان و در ۷۲۰ کیلومتری استان تهران واقع شده است. جمعیت تحت پوشش این شهرستان ۱۵۸۷۵۶ نفر، تعداد خانوار ۳۰۲۳۵ نفر و بعد خانوار در جمعیت شهری ۵/۱۳ و در جمعیت روستائی ۵/۶۷ می باشد. اندیمشک دارای ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۶ پایگاه بهداشتی می باشد.

زمان انجام پژوهش دیماه ۸۴ تا مرداد ۸۵ بوده است. و از روش نمونه گیری طبقه ای استفاده شده است. نمونه گیری از کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاههای بهداشتی بر حسب جمعیت زنان تحت پوشش هر مرکز انجام گرفت. اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری با زنان مورد مطالعه گردآوری و در پرسشنامه ثبت گردید. مصاحبه و تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگران زن که قبلاً آموزشهای لازم را توسط مجری طرح دیده اند انجام گرفت. سوالات پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک، سابقه مامائی و استفاده از روشهای تنظیم خانواده و سوالات مربوط به آگاهی در خصوص قرصهای خوراکی مورد استفاده، نحوه مصرف و زمان مصرف بود.

جهت ارتباط سنجی ۲ نوع تقسیم بندی مورد استفاده قرار گرفت:



آگاهی درمورد قرص های مورد استفاده در روش های اورژانس باشغل زنان دارای ارتباط معنی داری بود ( $P < 0/001$ ).

آزمون کای اسکوئر نشان داد که ارتباط معنی داری بین سطح آگاهی در مورد روش اورژانسی و سطح سواد زنان وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

۸۰/۴٪ زنان با سطح سواد ابتدائی و کمتر سطح آگاهی ضعیف داشتند و ۷۲/۸٪ زنان با سطح تحصیلات دانشگاهی از سطح آگاهی مطلوب یا متوسط برخوردار بودند (جدول ۱).

آزمون کای اسکوئر ارتباط کاملاً معنی داری را بین سواد همسر با آگاهی در مورد روش اورژانس نشان داد ( $P < 0/001$ ).

آزمون کای اسکوئر بین تعداد فرزندان و سطح آگاهی در مورد قرصهای مورد استفاده در روش های اورژانس ارتباط معنی داری نشان داد ( $P = 0/02$ ) تعداد فرزندان کمتر با میزان آگاهی بهتری همراه بود. بر اساس این جدول بیشترین آگاهی مربوط به افراد بدون فرزند بوده و هر چه بر تعداد فرزندان افزوده می شود سطح آگاهی نیز کاهش می یابد. کمترین سطح آگاهی مربوط به افراد دارای ۵ فرزند و بیشتر می باشد.

تمایل به داشتن فرزند دیگر با سطح آگاهی در خصوص روشهای اورژانس دارای ارتباط معنی داری بود ( $P = 0/031$ ). از ۱۷۸ موردی که مایل به بارداری مجدد بودند ۵۶/۷٪ سطح آگاهی ضعیف داشتند.

آزمون کای اسکوئر نشان داد نوع روش تنظیم خانواده با سطح آگاهی در مورد قرص های خوراکی اورژانسی دارای ارتباط معنی داری بود ( $P < 0/001$ ) (جدول ۲).

جدول شماره ۱ - ارتباط سطح تحصیلات زنان با آگاهی در مورد روش اورژانس

سطح آگاهی	ضعیف (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	مطلوب (درصد) تعداد
بیسواد و ابتدائی	۱۱۱ (۸۰/۴)	۱۵ (۱۰/۹)	۱۲ (۸/۷)
راهنمایی و دبیرستانی	۱۹۹ (۵۴/۲)	۷۶ (۲۰/۷)	۹۲ (۲۵/۱)
دانشگاهی	۳۴ (۲۷/۲)	۲۷ (۲۱/۶)	۶۴ (۵۱/۲)

$P.V < 0.001$

دانشگاهی داشتند ۶۴/۸٪ نمونه ها تمایلی به بارداری بعدی نداشتند. ۴۵/۸٪ نمونه های مورد مطالعه از روشهای هورمونی پیشگیری استفاده می نمودند. شیوع حاملگی ناخواسته در جمعیت مورد مطالعه در آخرین بارداری ۱۹/۵٪ بود. در پاسخ به این سوال که تا به حال مطلبی در مورد پیشگیری اورژانس شنیده است یا خیر، ۵۵/۶ درصد ذکر نمودند مطلبی شنیده اند. ۸۶/۳٪ افرادی که مطالبی در مورد روشهای اورژانس شنیده بودند منبع آگاهی خود را پرسنل بهداشتی ذکر نمودند.

۱۸/۶٪ جمعیت مورد مطالعه تاکنون از روشهای اورژانس استفاده نموده بودند.

در پاسخ به این سوال که قرص های مورد استفاده در روش اورژانس در چند نوبت استفاده می شوند ۳۸/۱٪ پاسخ درست داده و دو نوبت را ذکر نموده بودند.

۵۰/۵٪ افراد در مورد انواع قرص هائی را که به عنوان روش اورژانس استفاده می شوند، آگاهی داشتند و پاسخ درست داده بودند.

۳۴/۹٪ زنان از فاصله ۱۲ ساعت بین دو نوبت مصرف قرص های اورژانس آگاهی داشتند.

۳۱/۷٪ نمونه ها در این خصوص که حداکثر ۷۲ ساعت برای مصرف قرصها فرصت هست، آگاهی داشتند.

۵۴/۶٪ (۳۴۴ نفر) دارای سطح آگاهی ضعیف، ۱۸/۷٪ (۱۱۸ نفر) سطح آگاهی متوسط و ۲۶/۷٪ (۱۶۸ نفر) از سطح آگاهی مطلوب برخوردار بودند. ۵۰٪ زنان شاغل سطح آگاهی مطلوب و ۲۳/۴٪ آگاهی متوسط داشتند.



حاملگی و استفاده قبلی از روش اورژانس را وارد مدل رگرسیون نمودیم.

بررسی نسبت شانس در مدل رگرسیونی نشان داد که سطح سواد ابتدائی و بی سواد ۷ برابر تحصیلات دانشگاهی بر میزان آگاهی تأثیر داشته است. همچنین خانه دار بودن زن ۲/۲۲ برابر و روش تنظیم خانواده کاندوم حدوداً سه برابر (در مقایسه با روش طبیعی) بر میزان آگاهی تأثیر داشته است (جدول شماره ۳).

استفاده قبلی از روش های اورژانس با سطح آگاهی در مورد این روشها دارای ارتباط معنی داری بود ( $p < 0/001$ ). در بین افرادی که قبلاً از این روش استفاده کرده بودند ۲۵/۶٪ دارای آگاهی ضعیف یا متوسط بودند.

برخی متغیرهای مستقل را که در آزمون کای اسکوئر با متغیر آگاهی دارای ارتباط معنی داری بود از جمله سطح سواد زن، شغل زن، تعداد فرزندان، نوع روش تنظیم خانواده، خواسته یا ناخواسته بودن آخرین

جدول شماره ۲- ارتباط نوع وسیله پیشگیری مورد استفاده و سطح آگاهی زنان مورد مطالعه

سطح آگاهی	ضعیف (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	مطلوب (درصد) تعداد
از هیچ روشی استفاده نکرده است	۲۴(۷۰/۶)	۴(۱۱/۸)	۶(۱۷/۶)
قرص های خوراکی	۶۹۱(۷۰/۱)	۲۵(۱۰/۴)	۴۷(۱۹/۵)
آمپول تزریقی	۲۹(۶۱/۷)	۶(۱۲/۸)	۱۲(۲۵/۵)
آی یو دی	۲۰(۴۴/۵)	۳(۹/۷)	۸(۲۵/۸)
کاندوم	۷۲(۳۰/۳)	۷۸(۳۲/۸)	۸۸(۳۷/۰)
روش طبیعی	۳۰(۷۶/۹)	۲(۵/۱)	۷(۱۷/۹)

جدول شماره ۳ - نتایج آزمون رگرسیون لجستیک بین متغیرهای مستقل و سطح آگاهی

متغیر مستقل	نسبت شانس	سطح معنی داری
سطح سواد بی سواد و ابتدایی	۷/۰۲	$< 0/001$
شغل زن خانه دار	۰/۴۵	۰/۰۲۹
روش تنظیم خانواده کاندوم	۰/۲۶	۰/۰۳۵
استفاده قبلی از روش اورژانس	۰/۱۳	۰/۰۰۱
تعداد فرزند	۰/۹۹۶	NS
حاملگی قبلی سابقه حاملگی نداشته	۰/۲۷	۰/۰۲۲
حاملگی ناخواسته	۰/۴۳	۰/۰۱۶



## بحث

داشته و ۲۸٪ حداقل یک سقط جنین عمدی را گزارش نموده اند و اغلب آنها آگاهی کافی در مورد استفاده صحیح از قرصهای مورد استفاده در روشهای اورژانس را نداشتند (۲۴).

مایکل و همکاران نشان دادند که ۵۸٪ زنان مورد مطالعه در مورد روشهای اورژانسی آگاهی داشته اند در حالی که ۳۴٪ این زنان سابقه حداقل یک سقط عمدی را گزارش نموده اند (۲۵).

مكدونالد و همکاران در مطالعه ای بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی گزارش نمودند که ۸۰٪ زنان در مورد روشهای اورژانسی مطالبی شنیده بودند. نتایج این تحقیق نشان داد که بیشترین میزان آگاهی مربوط به انواع قرصهای مورد استفاده در روش اورژانس بود (۵۰/۵٪) و کمترین آگاهی مربوط به حداکثر فرصت زمانی موثر استفاده از قرصها به عنوان روش اورژانس بود (۳۱/۷٪) (۲۶).

Ebuehi و همکاران با مطالعه بر روی ۴۸۰ دانشجوی زن در نیجریه گزارش نمودند که ۶۷/۸٪ شرکت کنندگان در مطالعه در مورد روشهای اورژانسی اطلاع داشتند. ۳۶/۳٪ از کسانی که در مورد روشهای اورژانس شنیده بودند زمان استفاده موثر از روش را می دانستند. در بین کسانی که آگاهی داشتند ۳۴/۱٪ اطلاعاتشان را از مراکز بهداشتی کسب نموده بودند در حالی که درصد بالائی دوستان خود را به عنوان منبع اطلاعات معرفی کرده بودند (۲۷).

گراهام میزان آگاهی پرسنل بهداشتی را در مورد ساعت طلایی اثر قرصها ۶۵ درصد و آگاهی پرستاران را ۳۸ درصد گزارش نموده است (۲۳).

فرج خدا و همکاران سطح آگاهی مطلوب را در خصوص ساعت طلایی اثر قرصها ۳۲/۴٪ ذکر نمودند (۱۹).

مكدونالد و همکاران در مطالعه بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی گزارش نمودند که ۲۶٪ زنان آگاهی مطلوب در خصوص لزوم استفاده از روشهای

نتایج این تحقیق نشان داد که سطح آگاهی زنان به طور کلی پائین می باشد. این مطالعه نشان داد که ۲۶/۷٪ زنان از سطح آگاهی مطلوب و ۱۸/۷٪ از سطح آگاهی متوسط برخوردارند. با وجود آنکه سطح آگاهی نمونه های مورد مطالعه در خصوص روشهای اورژانس پائین میباشد اما در مقایسه با نتایج برخی تحقیقات بر روی جمعیت های دانشجویی و پرسنل بهداشتی سطح آگاهی نسبتاً مطلوب میباشد برخی مطالعات نشان داده اند که مراجعه کنندگان واحد تنظیم خانواده از سطح آگاهی بالاتری برخوردارند (۱۹).

تحقیقات بر روی پرسنل بهداشتی نشان می دهد که حتی پرسنل نیز آگاهی کافی در مورد روشهای اورژانسی پیشگیری ندارند (۲۰ و ۲۱) Adehnule و همکاران نشان دادند که حتی پزشکان، پرستاران و پرسنل بهداشتی در نیجریه از آگاهی کافی در خصوص روشهای اورژانسی برخوردار نیستند (۲۱).

Sevil و همکاران گزارش نمودند که آگاهی مراقبین بهداشتی در خصوص روشهای اورژانسی کافی نیست (۲۲).

لیتل و همکاران بر اساس گزارش فرج خدا گزارش نشان دادند که در بین پرسنل بهداشتی، پرسنل واحد تنظیم خانواده بیشترین آگاهی را در مورد روشهای اورژانس و دانشجویان پزشکی مذکور کمترین آگاهی را داشتند (۱۹).

گراهام و همکاران سطح آگاهی از روشهای مختلف اورژانس را ۶۴٪ گزارش نمودند (۲۳). فرج خدا و همکاران آگاهی از روشهای مختلف اورژانس را ۲۴/۵٪ گزارش نمودند (۱۹).

نتایج این تحقیق نشان داد که ۵۵/۶٪ زنان تاکنون مطالبی در مورد روشهای اورژانس شنیده اند در حالی که سابقه حاملگی ناخواسته در آخرین بارداری آنان ۱۹/۵٪ بود.

Abbott و همکاران گزارش نمودند که ۵۲٪ از زنان مورد مطالعه حداقل یک حاملگی ناخواسته را در گذشته



آگاهی در خصوص روشهای اورژانس گزارش نمودند (۲۷).

نوع روش پیشگیری دارای ارتباط معنی داری با سطح آگاهی بود. در این مطالعه بیشترین آگاهی مربوط به مصرف کنندگان روش کاندوم بود در مطالعه لیتل و همکاران بر اساس گزارش فرج خدا مصرف کنندگان قرص بیشترین آگاهی را داشتند (۱۹). جورج و همکاران گزارش نمودند که فقط ۵۳٪ استفاده کنندگان روشهای سد کننده در مورد روشهای اورژانس اطلاع داشتند (۱۷).

در کانادا نیز بیشترین آگاهی مربوط به مصرف کنندگان کاندوم بود نتایج تحقیق هاروی و همکاران نشان داد که ۴۵٪ مصرف کنندگان روش های اورژانس در مصرف کاندوم دچار شکست شده بودند (۲۸). از آنجا که در مراکز بهداشتی ما اغلب همراه بسته های کاندوم، قرص های بریده شده به تعداد یکبار استفاده اورژانس در اختیار مراجعه کنندگان قرار می گیرد بالاتر بودن میزان آگاهی مصرف کنندگان کاندوم منطقی باشد.

در این مطالعه پرسنل بهداشتی مهمترین منبع کسب آگاهی در خصوص روش های اورژانس تنظیم خانواده بودند (۸۶/۳٪).

جورج و همکاران گزارش نمودند ۲۰/۱٪ زنان مورد مطالعه اطلاعات خود را از پرسنل بهداشتی کسب نموده اند نتایج همین مطالعه نشان داد که در ۲۳/۵٪ موارد منبع آگاهی را دوستان و اقوام تشکیل داده اند (۱۷).

لیتل و همکاران گزارش نمودند که مصرف کنندگان قرصهای خوراکی ترکیبی سطح آگاهی بهتری داشتند اما آگاهی آنان در مورد جزئیات مربوط به مصرف قرصهای اورژانسی کم بود (۱۹).

۳۴/۹٪ افرادی که آگاهی متوسط یا مطلوب داشتند از ۱۲ ساعت فاصله بین مصرف دو نوبت قرص مطلع بودند، ۳۶/۳٪ تعداد قرصهای مصرفی را درست

اورژانسی در طی ۷۲ ساعت پس از مقاربت بدون محافظت داشتند (۲۶).

مایکل و همکاران گزارش نمودند که ۱۸٪ زنان مورد مطالعه زمان صحیح مصرف قرصهای مورد استفاده در روش اورژانس را می دانسته اند. این مطالعه نشان داد که فقط ۱۸/۶٪ نمونه های مورد بررسی تاکنون از روشهای اورژانس استفاده نموده بودند در حالی که شیوع حاملگی ناخواسته در آخرین حاملگی ۱۹/۵٪ گزارش شده بود (۲۵).

Ebuehi و همکاران گزارش نمودند ۳۳/۹٪ زنان مورد مطالعه از روشهای اورژانس استفاده کرده بودند (۲۷).

مکدونالد و همکاران گزارش نمودند فقط ۹ درصد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی تاکنون از روشهای اورژانس استفاده کرده بودند (۲۶).

نتایج این تحقیق نشان داد که سطح سواد زنان عامل مهمی در آگاهی زنان از روش اورژانس می باشد. در مدل رگرسیون مشخص گردید که بیسوادی فاکتور اساسی در سطح آگاهی بوده است.

Ebuehi و همکاران نیز اثر سطح تحصیلات را بر آگاهی از روش های اورژانس نشان دادند (۲۷).

شغل زنان با سطح آگاهی از روشهای اورژانس دارای ارتباط معنی داری بود. شاغل بودن زنان از آنجا که در ارتباط با سواد قرار می گیرد می تواند بر آگاهی زنان نقش موثری داشته باشد.

تعداد فرزندان با سطح آگاهی از روشهای اورژانس ارتباط معنی داری را نشان داد. علت این مسئله احتمالاً رابطه معکوس تعداد فرزندان و سطح سواد زنان می باشد.

سابقه حاملگی ناخواسته در آخرین بارداری با سطح آگاهی از قرصهای مورد مصرف روشهای اورژانسی دارای ارتباط معنی داری بود.

Ebuehi و همکاران سابقه سقط عمدی متعاقب حاملگی ناخواسته را به عنوان عامل اثرگذار در سطح



### تقدیر و تشکر

این مقاله قسمتی از نتایج مربوط به طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز است بدینوسیله از همکاری صمیمانه آن دانشگاه قدردانی می شود.

### References

1-Norris turner A , Ellertson C .How safe is emergency contraception? Drug saf 2002 ;25(11): 756-758.

2-Jolene Beitz .Emergency contraception : A Vital component of reproductive health programs. west med. may 2002 ;176(3):152-154.

3-Takkar N.Geol P.Saha PK.Dua D. Contraceptive Practices and awareness of emergency contraception in educated working women Indian med sci. Apr 2005 ; 5 (4):143-9.

4- Gold MA. postcoital pills could cut unplanned pregnancies by half contracept technol update. mar 1993 ; 14 (3): 33-6.

5-pham A. Emergency contyaaption (post-coital contraception).J okla state med Assoc .2002;95(6):311-4.

6- Pretnar A .Darovec B. Emergency contraception: Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen. contraceptive choices and Realities, 2000: 128 – 130.

7-sarkar N. Levonorgestrel as an emergency contraceptive drug. Int g clin pract. Nov 2003; 57(9):8248.

گزارش نموده و ۳۸/۱٪ نسبت به تعداد دفعات مصرف قرص آگاهی داشتند.

بر طبق تحقیقات انجام شده آگاهی در مورد زمان مصرف روش های اورژانس با سرانجام استفاده (موفقیت یا شکست ) دارای ارتباط معنی دار است در حالی که هیچ یک از متغیر های وابسته به نگرش بر سرانجام استفاده تاثیر ندارد (۲۹) .

از موارد مهمی که در مورد آموزش روشهای اورژانس بایستی به آنها توجه نمود زمان اثر و میزان اثر روشهای اورژانسی می باشد.

با توجه به این که عدم آگاهی از مکانیسم اثر روشهای اورژانس میتواند منجر به برداشتهای غلط در خصوص این روشها شود و بسیار بر اساس همین مشکل باور دارند که این روشها منجر به سقط می شود لازم است در این خصوص آگاهی لازم به پرسنل بهداشتی و مراجعه کنندگان داده شود.

### پیشنهادات

۱- به کلیه پرسنل بهداشتی روشهای اورژانس پیشگیری آموزش داده شده و دوره های باز آموزی برگزار شود.

۲- اطلاعات در مورد روشهای اورژانس بایستی به صورت تایپ شده در مراکز بهداشتی و زایشگاهها نصب شود.

۳- همه جوانان و افرادی که در معرض خطر حاملگی ناخواسته هستند مورد مشاوره قرار گیرند.

۴- پوسترهایی در این خصوص در مراکز بهداشتی، زایشگاهها، مطبهای زنان نصب گردد.

۵- همه پرسنل داروخانه ها در مورد روشهای اورژانس آموزش داده شود .

۶- تحقیقات در خصوص مقایسه روشهای اورژانس انجام شود.





emergency contraception. fam plan n perspect. mar 1996; 28(2):52-7.88

17-George J.Turner J Cooke E.Hennessy E. Women's knowledge of emergency contraception .Br J Gen pract. oct 1994 ;44(386):451-4.

18-Langer A ( et al). Emergency contraception in Mexico city. contraception .oct 1999;60 (4): 233 – 47.

19-Farajkoda T, Koshbin A. Knowledge of students of Medical Sciences University of Yazd related to emergency contraception methods. Tolooe Behdasht Journal of Health school . 2004; 3(1): 23-30

20-Gold MA. emergency contraception .adr pediater.2000; 47:309-34 .

21-Adekunle AO.Emergency contraception: survey of Knowledge ,attitudes and practice of health care professionals in Ibadan, Nigeria.J obstet Gynaecol.May 2000; 20(3): 284 – 9

22-Sevil U, Yanikkerem E, Hatipoglus. A survey of Knowledge, attitudes and practices relating to emergency contraception among health workers in Manisa, Turkey. Midwifery. Mar 2006;22 (1): 66- 77

23- Graham A, Dawson N, Moor L. Emergency contraception . Health Education J. 2000;59 :329 – 339 .

8-Hatcher RA.10 Common questions on emergency contraception. contracept technol up date. Jan 1998 ;19 (1) : 6-11 .

9-Haspels AA. Emergency contrception: a review. contraception. Aug 1994;5.(2):101-8

10-Sarkar N . The potential of mifepristone (Ru-486) as an emergency contraceptive drugs . Acta obstet Gynecol scand. Apr 2005; 84 (4) :309-16.

11-Massjudi M. Emergency prevention. Family Health Journal. 2003 , 8(25): 40-50 [Persian].

12-Marions L , cekan sz .Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function.Contraception. May 2004; 69(5):373-7.

13-Marioussl, gemzell panielssonk. Emergency oral contraceptives donot interrupt pregnancy. Lakartidningen. mar 2005; 102 (10): 754

14-Trussell J. Emergency contraception :it can change our world. fam life matters. winter 1999 ; (36):3-5.

15-Klima CS.Emergency contraception for midwifery practice. J Nurse midwifery, 1998; 43(6) : 541 -30.

16-von hertzen h,van look PF. Research on new methods of



practice of emergency contraception Among female undergraduates in the university of Lagos, Nigerian. East Afr Med J. Mar 2006 ;83( 3): 90 – 5.

28-Harvey sm, Beckman lg, shermanc, petittid. Women's emperience and satisfaction with emergency contraception. Fam plan perspect. sep-oct 1999;37(5):237-40260.

29-Marion R. Sills James M.Chamberlain JM. The associations Among pediatricians knowledge, Attitudes, and practices regarding emergency contraception. pediatrics. April 2000;105(4): 954- 6.

24- Abbott J.Feldhaus KM.Houry D.Lowenstein SR.Emergency contraception: what do our patients know? Ann emerg med. mar 2004; 43(3):376-810.

25-Michael E. knowledge and perception on of emergency contraception Among female Nigerian undergraduates.

26-Mc Donald G, Amir L. Women's Knowledge and attitudes about emergency contraception : a survey in a Melbourne women's health clinic. Aust NZ J obstet Gynaecol. Nov 1999 ; 39(4):460 – 40.

27-Ebuehi OM, Ekanem EE, Ebuehi OA. Knowledge and

Archive of SID