

بررسی آگاهی و نگرش زنان ساکن شهر رشت نسبت به عمل بستن لوله های رحمی

و عوارض آن

دکتر سیده هاجر شارمی* - دکتر فروزان میلانی* - مونا عودی**

*استادیار گروه زنان و زایمان - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

**کارشناس مامایی

مقدمه

میزان لوله بستن در زنان به منزله استفاده از روشهای غیرمطمئن جلوگیری از بارداری است. زیرا براساس مطالعه‌ای که به منظور برآورد شیوع حاملگی‌های ناخواسته در مراجعین به بیمارستان الزهراء (س) رشت انجام شد، ۷۳/۶٪ از موارد حاملگی‌های ناخواسته در ضمن استفاده از روشهای تنظیم خانواده رخ داده که بیشترین فراوانی مربوط به روش منقطع می باشد که این رقم قابل ملاحظه است (۱۴). بدیهی است افزایش شیوع حاملگیهای ناخواسته علاوه بر عوارض و مخاطراتی که برای مادران فراهم می آورد، اثرات سوء نیز بر وضعیت جمعیت کشور خواهد گذاشت. در پژوهشی که پیرامون دلایل لوله بستن در زنان مراجعه کننده به کلینیکهای تنظیم خانواده (سال ۷۴) به عمل آمد، عدم آگاهی، ترس از انجام عمل، مخالفت همسر و... از دلایل اصلی عدم پذیرش لوله بستن توسط زنان عنوان شد (۱۰). اما چون یکی از دلایل عدم پذیرش لوله بستن ترس از بروز عوارضی مانند اختلالات قاعدگی، دردهای لگنی، کمردرد، کیستهای تخمدانی (سندرم پس از لوله بستن) می باشد، بنابراین بررسی

یکی از بزرگترین مشکلات اکثر کشورهای جهان سوم بخصوص کشورهای در حال توسعه، رشد بی رویه جمعیت است. با اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده می توان به راه حل مطمئنی جهت کنترل جمعیت دست یافت. در میان روشهای جلوگیری از بارداری لوله بستن به دلیل کارایی بالا در پیشگیری از باروری و دائمی بودن راه حل تضمین شده ای جهت کنترل جمعیت محسوب می شود (۱۳و ۱۵). انجام این عمل بخصوص در زنان زوجینی که دیگر تمایل به فرزند ندارند مناسب است و یک عامل مؤثر در جلوگیری از تولد فرزند ناخواسته می باشد. نتایج بررسی‌ها نشان داده که درخواست عقیم سازی طی سه دهه گذشته افزایش زیادی داشته و بستن لوله‌های رحمی جایگاه مهمی در کشورهای غربی بخود اختصاص داده است (۱، ۷و ۸). اما به نظر می رسد مقبولیت آن براساس آمارهایی در استان گیلان روبه کاهش می رود، به طوری که میزان استقبال از TL طی سالهای ۷۴ تا ۷۷ از ۲۵/۳٪ به ۳۰/۷٪ رسید و سپس در سال ۷۹ به ۱۹/۱٪ تنزل یافت (۱۶). اهمیت این مسئله بیشتر بدان جهت است که کاهش

باورها و نگرشهای رایج در جامعه و ارزیابی سطح آگاهی زنان اهمیت ویژه‌ای دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی و نگرش زنان سنین باروری شهر رشت در زمینه لوله بستن و عوارض پس از آن طراحی شده است به علاوه برخلاف مطالعات قبل که جمعیت‌های محدودی از زنان را در درمانگاهها و مرکز تنظیم خانواده مورد ارزیابی قرار می‌داد، این مطالعه با یک دید وسیع و انجام مطالعه‌ی جمعیتی به ارزیابی دقیق‌تری از موضوع می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه مقطعی است که به منظور بررسی میزان آگاهی و نگرش زنان سنین باروری شهر رشت در مورد لوله بستن و عوارض آن در سال ۱۳۸۱ انجام شد و ۴۰۳ نفر از زنان سنین باروری که در زمان انجام بررسی حداقل یک فرزند داشتند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه تصادفی بوده، بدین صورت که چند روز از ماه شهریور سال ۱۳۸۱ به صورت تصادفی انتخاب شده و تیم پرسشگر با مراجعه به تمام مراکز بهداشتی سطح شهر رشت (حدود ۱۵ مرکز) و یادداشت تصادفی ۵ آدرس از زنانی که به هر علتی به این مراکز مراجعه نموده بودند، آدرس‌های اولیه را به عنوان مبنا قرار داده و در هنگام تکمیل فرم پرسشنامه که به صورت فردی یا خود ایفاء تکمیل می‌شد ۶ منزل مجاور (از هر خانه یک نفر) با آنها را نیز جهت انجام طرح مزبور در نظر می‌گرفتند که در صورت عدم همکاری و یا نبود فرد واجد شرایط در آن خانه، به منزل مجاور مراجعه می‌شد. (تصادفی طبقه بندی شده) ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که با توجه به اهداف پژوهش در سه قسمت ۱- مشخصات فردی ۲- سئوالات مربوط به آگاهی (بله، خیر، نمی‌دانم) و بخش سوم عبارات نگرشی که براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تهیه و تنظیم گردید. جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی و جهت کسب اعتبار محتوی با استفاده از منابع و

مأخذ علمی، پرسشنامه تهیه و تنظیم و سپس گروهی از اعضاء هیئت علمی صاحب نظر در مسایل بهداشتی آنرا ارزیابی نموده و نظرات خود را در رابطه با محتوای آن بیان نمودند. برای سنجش پایایی پرسشنامه نیز از آزمون آلفا-کرون باخ کمک گرفته شد. در این آزمون میزان آلفا برای سئوالات آگاهی و نگرش بترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۸ به دست آمد. لازم به ذکر است چون تعداد سئوالات آگاهی و نگرش زیاد بوده و ارائه آنها از حوصله این مقاله خارج است، تصمیم گرفته شد که مجموع امتیازات عبارات نگرشی و سئوالات آگاهی در نظر گرفته شود و ارزیابی بیشتر روی عبارات و سئوالات طرح ریزی شده پیرامون امکان وقوع اختلالات قاعدگی، دردهای لگنی و ایجاد کیستهای تخمدانی که جزء عوارض سندرم پس از بستن لوله‌های رحمی است و از آزمون ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط آنها استفاده گردد. همچنین برای مشخص نمودن اختلاف بین میانگین‌ها از آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه، تی تست و جهت مشخص نمودن رابطه بین متغیرها از آزمون آماری کای اسکوار با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS.9 استفاده شد.

نتایج

در این بررسی آگاهی و نگرش ۴۰۳ نفر از زنان ساکن در شهر رشت پیرامون لوله بستن مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفت. میانگین سنی زنان $34/28 \pm 1/8$ سال بود. اکثریت آنها خانه دار (۸۱/۹٪) با سطح تحصیلات درمقطع دیپلم (۴۰٪) بوده و اغلب آنها ۱-۲ فرزند داشتند (۶۶/۳٪)، همچنین ارزیابی عوامل مربوط به خدمات تنظیم خانواده که در انتخاب روش جلوگیری مؤثرند نشان می‌دهد اکثر زنان (۵۰/۴٪) اطلاعات مربوط به تنظیم خانواده، بخصوص لوله بستن را از دوستان و آشنایان خود دریافت نموده‌اند، به طوری که نقش پزشک و ماما به عنوان قابل اعتمادترین منبع کسب اطلاعات در درجه سوم (۱۱/۷٪) اهمیت قرار گرفت (جدول ۱). در مورد ارتباط میزان

۳/۷	۱۵	
۵۰/۴	۲۰۳	منبع کسب اطلاعات
۱۲/۹	۵۲	دوستان
۶/۲	۲۵	راديو-تلویزیون
۱۱/۷	۴۷	کتاب و مجلات
۹/۶	۳۹	منابع مختلف
۹/۲	۳۷	عدم پاسخ

با بررسی مشخصات دموگرافیک جمعیت تحت پژوهش با میزان آگاهی در مورد لوله بستن ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و منبع کسب اطلاعات نشان داد ($P < 0.05$)، به این صورت که میانگین بالاترین میزان آگاهی در مقطع تحصیلاتی دانشگاه و کمترین میزان آگاهی در سطح تحصیلاتی بی سواد و کم سواد مشاهده شده، در مورد تعداد فرزندان نیز میانگین بیشترین میزان آگاهی در زنانی مشاهده شد که ۱ تا ۲ فرزند داشتند و کمترین میزان آگاهی در زنان با تعداد فرزندان بیشتر و مساوی ۵ تا وجود داشت. و در مورد منبع کسب اطلاعات بیشترین میزان آگاهی از طریق کتاب و مجلات و کمترین آن از طریق دوستان و اطرافیان کسب می شد جدول (۲) ۲۹/۸٪ از زنان اظهار نمودند که بستن لوله باعث ایجاد سرطان دستگاه تناسلی می شود، ۲۷/۳٪ احتمال وقوع یائستگی زودرس، ۴۲/۷٪ کاهش میل جنسی، ۴۰/۹٪ کاهش قدرت زنانگی، ۲۲/۸٪ چاقی و بزرگی شکم را از عوارض عمل می دانستند. ۴۸/۱٪ هزینه عمل و ۶۴/۳٪ اشکال از نظر شرعی را از علل تاثیرگذار در انتخاب لوله بستن عنوان کردند. ارزیابی ارتباط مشخصات دموگرافیک در مورد تحصیلات، روش جلوگیری از بارداری و منبع کسب اطلاعات با چگونگی نگرش یافته معنی داری را نشان داد، بطوری که سطح تحصیلات دانشگاهی از بالاترین میزان نگرش مثبت و زنان کم سواد نگرش منفی داشتند ($P < 0.05$)، در مورد چگونگی نگرش زنان با افزایش تعداد فرزندان نتایج نشان داد زنانی که ۱ تا ۲ فرزند دارند

تحصیلات با روش جلوگیری از بارداری نشان داد، علی رغم اینکه شایعترین روش پیشگیری در همه گروهها روش منقطع است. اما این روش در سطح تحصیلات بالا کاربرد بیشتری دارد. ۴۷/۲٪ از زنان کم سواد، ۴۸/۲٪ زیر دیپلم و ۵۳/۶٪ دیپلم و نیز ۵۱/۲٪ از زنان با تحصیلات دانشگاهی ($P < 0.05$). بررسی زنان مورد پژوهش در مورد آگاهی نسبت به لوله بستن نشان داد که اکثریت ۴۵/۹٪ آگاهی کمی داشتند. در حالی که ۳۸/۲٪ زنان آگاهی متوسط و ۱۲/۷٪ از آگاهی خوبی برخوردار بودند. نتایج حاصل از چگونگی نگرش زنان نیز نشان داد که تنها ۵/۵٪ افراد نسبت به لوله بستن نگرش مثبت داشتند، در حالیکه ۷۲٪ از نگرش متوسط و ۲۱/۱٪ از نگرش منفی برخوردار بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک واحدموردپژوهش

متغیر	فراوانی نسبی	درصد
سن (سال)		
< ۲۵	۳۶	۸/۹
۲۵-۳۵	۱۶۶	۴۱/۲
۳۵-۴۵	۱۳۲	۳۲/۸
> ۴۵	۲۸	۶/۹
عدم پاسخ	۴۱	۱۰/۲
تحصیلات		
کم سواد	۱۰۹	۲۷
زیر دیپلم	۸۳	۲۰/۶
دیپلم	۱۶۱	۴۰
دانشگاهی	۴۳	۱۰/۷
عدم پاسخ	۷	۱/۷
تعداد فرزندان		
۱-۲	۲۶۷	۶۶/۳
۳-۴	۱۰۶	۲۶/۳
> ۵	۱۶	۴
عدم پاسخ	۱۴	۳/۵
شغل		
خانه دار	۳۳۰	۸۱/۹
شاغل	۶۱	۱۵/۱
عدم پاسخ	۱۲	۳
روش جلوگیری از بارداری		
Ocp	۱۰۸	۲۶/۸
کاندوم	۴۰	۹/۹
IUD	۱۹۵	۴۸/۴
سایر روشها	۲۱	۵/۲
عدم پاسخ	۲۴	۶

می‌شود. ۲۸٪ ذکر نمودند که امکان بروز دردهای شکمی و لگنی پس از انجام عمل وجود دارد، ۳۵/۲٪ اشاره کردند که لوله بستن باعث ایجاد تغییرات در نظم خونریزیهای قاعدگی می‌شود، همچنین ۱۴/۴٪ از زنان مورد پژوهش اعلام نمودند که امکان ایجاد کیست تخمدان بعد از عمل مذکور وجود دارد. در حالی که بقیه افراد نسبت به این پرسشها پاسخ نمی‌دانم و خیر را انتخاب نموده بودند.

در مورد نحوه نگرش به عمل لوله بستن ۵۲/۱٪ از زنان این عمل را به علت ایجاد کمردرد، ۳۰/۷٪ به علت درد شکم و لگن، ۴۱/۵٪ بدلیل ایجاد خونریزی و ۲۱/۸٪ به علت ایجاد عارضه کیست تخمدان روش مناسبی نمی‌دانستند. در حالیکه بقیه افراد نسبت به این گزینه‌ها پاسخ نمی‌دانم و مخالفم را انتخاب نمودند.

از نگرش خوبی برخوردار می‌باشند، همچنین در مورد منبع کسب اطلاعات بیشترین میزان نگرش مثبت در کسانی که اطلاعات خود را از کتاب و مجلات بدست آوردند و کمترین میزان نگرش مثبت از طریق دوستان و اطرافیان بوده است (P<۰/۰۵) (جدول ۳). یکی از اهداف اصلی مطالعه بررسی ارتباط سطح آگاهی با نحوه نگرش بود که در این زمینه نیز ارتباط معنی داری را نشان داد، (P<۰/۰۵) به طوری که با افزایش میزان آگاهی نگرش افراد نیز نسبت به لوله بستن بالا می‌رفت (جدول ۴). نحوه پاسخگویی زنان مورد مطالعه به سئوالات آگاهی و عبارات نگرشی در مورد برخی از علائم سندرم پس از لوله بستن نیز مورد ارزیابی قرار گرفت، ۵۴/۱٪ از زنان مورد بررسی عنوان نمودند که لوله بستن باعث ایجاد کمردرد

جدول ۲: مقایسه میانگین آگاهی زنان مورد پژوهش برحسب مشخصات فردی در مورد بستن لوله های رحمی

نتیجه آزمون	آگاهی					مشخصات فردی
	میانگین ± انحراف معیار	جمع	ضعیف	متوسط	خوب	
آنالیز واریانس یکطرفه F= ۱/۱۶ معنی دار نیست	۵۱/۶۸ ± ۱۷/۳۴	۳۵(۱۰۰)	۱۹(۵۴,۳)	۱۲(۳۴/۳)	۴(۱۱/۴)	سن (سال) <۲۵
	۵۴/۵۷ ± ۱۶/۹۷	۱۶۲(۱۰۰)	۶۹(۴۲,۶)	۷۵(۴۶/۳)	۱۸(۱۱/۱)	۲۵-۳۵
	۵۱/۹۳ ± ۱۹/۷۰	۱۳۰(۱۰۰)	۶۷(۵۱,۵)	۴۶(۳۵/۴)	۱۷(۱۳/۱)	۳۵-۴۵
	۴۸/۵۸ ± ۱۸/۲۱	۲۸(۱۰۰)	۱۸(۶۴,۳)	۷(۲۵)	۳(۱۰/۷)	>۴۵
آنالیز واریانس یکطرفه F= ۵/۶۳ p<۰/۰۵	۴۸/۷۵ ± ۱۹/۱۴	۱۰۸(۱۰۰)	۶۰(۵۵/۶)	۳۹(۳۶/۱)	۹(۸/۳)	سطح تحصیلات کم سواد
	۵۱/۴۸ ± ۱۷/۷	۸۱(۱۰۰)	۴۰(۴۹/۴)	۳۳(۴۰/۷)	۸(۹/۹)	زیردیپلم
	۵۷/۰۵ ± ۱۷/۸۹	۱۵۹(۱۰۰)	۶۶(۴۱/۵)	۶۷(۴۲/۱)	۲۶(۱۶/۴)	دیپلم
	۵۸/۰۴ ± ۱۷/۷۰	۴۱(۱۰۰)	۱۹(۴۶/۳)	۱۴(۳۴/۱)	۸(۱۹/۵)	دانشگاهی

بقیه‌ی جدول شماره ۲

نتیجه آزمون	آگاهی					مشخصات فردی
	میانگین ± انحراف معیار	جمع	منفی	متوسط	مثبت	
آنالیز واریانس یکطرفه F=۴/۹۱ p<۰/۰۵	۵۵/۴۱ ± ۱۸/۰۹	۲۶۱(۱۰۰)	۱۱۶(۴۴/۴)	۱۰۷(۴۱)	۳۸(۱۴/۶)	تعداد فرزندان ۱-۲
	۴۹/۸۵ ± ۱۸/۵۱	۱۰۵(۱۰۰)	۵۶(۵۳/۳)	۴۰(۳۸/۱)	۹(۸/۶)	۳-۴
	۴۵/۹۲ ± ۱۸/۴۴	۱۶(۱۰۰)	۱۱(۶۸/۸)	۴(۲۵)	۱(۶/۳)	≥۵

شغل	خانواده دار	شاغل	منبع کسب اطلاعات	دوستان و اطرافیان	رادیو و تلویزیون	کتاب و مجلات	پزشک و ماما	چند منبع		
آزمون تی تست F= /۲۷ معنی دار نیست	۵۳/۶ ± ۱۵/۵۲	۳۲۶(۱۰۰)	۱۵۳(۴۶/۹)	۱۳۱(۴۰/۲)	۴۲(۱۲/۹)	۵۳/۷۱ ± ۱۸/۳۶	۵۸(۱۰۰)	۳۰(۵۱/۷)	۲۰(۳۴/۵)	۸(۱۳/۸)
آنالیز واریانس یکطرفه F= ۳/۵۱ p<۰/۰۵	۵۰/۱۳ ± ۱۷/۴۳	۱۹۸(۱۰۰)	۱۰۷(۵۴)	۷۷(۳۸/۹)	۱۴(۷/۱)	۵۶/۷۶ ± ۱۷/۸۱	۵۲(۱۰۰)	۱۹(۳۶/۵)	۲۴(۴۶/۲)	۹(۱۷/۳)
	۶۱/۲۹ ± ۱۹/۳۴	۲۴(۱۰۰)	۹(۳۷/۵)	۸(۳۳/۳)	۷(۲۹/۲)	۵۴/۹۷ ± ۱۸/۹۵	۴۷(۱۰۰)	۲۱(۴۴/۷)	۲۰(۴۲/۶)	۶(۱۲/۸)
	۵۵/۶۳ ± ۱۷/۴۲	۳۹(۱۰۰)	۱۸(۴۶/۲)	۱۴(۳۵/۹)	۷(۱۷/۹)					
روش جلوگیری از بارداری OCP کاندوم مقطع IUD سایر روشها	آنالیز واریانس یکطرفه F=۱/۸۳ معنی دار نیست	۵۰/۷ ± ۱۸/۹۲	۱۰۵(۱۰۰)	۵۷(۵۴/۳)	۳۶(۳۴/۳)	۵۸/۶ ± ۲۰/۵۹	۴۰(۱۰۰)	۱۳(۳۲/۵)	۱۹(۴۷/۵)	۸(۲۰)
	۵۴/۳۱ ± ۱۷/۶۸	۱۹۱(۱۰۰)	۸۶(۴۵)	۸۱(۴۲/۴)	۲۴(۱۲/۶)	۵۵/۸۷ ± ۱۸/۶۶	۲۱(۱۰۰)	۱۱(۵۲/۴)	۷(۳۳/۳)	۳(۱۴/۳)
	۴۹/۵۵ ± ۱۷/۷۳	۲۴(۱۰۰)	۱۴(۵۸/۳)	۸(۳۳/۳)	۲(۸/۳)					

جدول ۳: مقایسه میانگین نگرش زنان مورد پژوهش برحسب مشخصات فردی در مورد بستن لوله های رحمی

نتیجه آزمون	نگرش					مشخصات فردی
	میانگین ± انحراف معیار	جمع	منفی	متوسط	مثبت	
آنالیز واریانس یکطرفه F= /۲۸ معنی دار نیست	۵۷/۳۰ ± ۸/۴۱	۳۶(۱۰۰)	۶(۱۶/۷)	۳۰(۸۳/۳)	-	سن (سال) <۲۵
	۵۸/۰۶ ± ۱۰/۳۶	۱۶۶(۱۰۰)	۳۸(۲۲/۹)	۱۱۹(۷۱/۷)	۹(۵/۴)	۲۵-۳۵
	۵۷/۵۳ ± ۱۱/۳۶	۱۳۲(۱۰۰)	۳۴(۲۵/۸)	۹۱(۶۸/۹)	۷(۵/۳)	۳۵-۴۵
	۵۹/۳۵ ± ۱۰/۳۲	۲۸(۱۰۰)	۴(۱۴/۳)	۲۱(۷۵)	۳(۱۰/۷)	>۴۵
آنالیز واریانس یکطرفه F= ۲۲/۱۸ p<۰/۰۵	۵۲/۹۸ ± ۹/۴۱	۱۰۹(۱۰۰)	۳۹(۳۵/۸)	۶۹(۶۳/۲)	۱(۰/۹)	سطح تحصیلات کم سواد زیردپلم دپلم دانشگاهی
	۵۶/۴۰ ± ۸/۴۹	۸۳(۱۰۰)	۱۶(۱۹/۳)	۶۶(۷۹/۵)	۱(۱/۲)	
	۶۱/۵۴ ± ۱۰/۰۵	۱۶۱(۱۰۰)	۲۴(۱۴/۹)	۱۲۳(۷۶/۴)	۱۴(۸/۷)	
	۶۳/۸۴ ± ۱۱/۹۷	۴۳(۱۰۰)	۶(۱۴)	۳۱(۷۲/۱)	۶(۱۴)	
آنالیز واریانس یکطرفه F=۱/۳۱ معنی دار نیست	۵۸/۵۹ ± ۱۰/۵۶	۲۶۷(۱۰۰)	۵۸(۲۱/۷)	۱۹۵(۷۳)	۱۴(۵/۲)	تعداد فرزندان ۱-۲
	۵۷/۸۳ ± ۱۰/۵۹	۱۰۶(۱۰۰)	۷۹(۷۴/۵)	۷۹(۷۴/۵)	۶(۵/۷)	۳-۴
	۵۴/۳۶ ± ۸/۷۳	۱۶(۱۰۰)	۱۰(۶۲/۵)	-	-	≥۵

بقیه ی جدول شماره ۳

نتیجه آزمون	نگرش					مشخصات فردی
	میانگین ± انحراف معیار	جمع	منفی	متوسط	مثبت	

شغل	۱۵(۴/۵)	۲۴۰(۷۲/۷)	۷۵(۲۲/۷)	۳۳۰(۱۰۰)	۵۷/۷۹ ± ۱۰/۲۷	آزمون تی تست F=۰/۷۴ معنی دار نیست
خانه دار	۷(۱۱/۵)	۴۵(۷۳/۸)	۹(۱۴/۸)	۶۱(۱۰۰)	۶۱/۸۶ ± ۱۱/۳۱	
شاغل						
منبع کسب اطلاعات						
دوستان و اطرافیان	۶(۳)	۱۳۹(۶۸/۵)	۵۸(۲۸/۶)	۲۰۳(۱۰۰)	۵۵/۸۷ ± ۹/۸۰	
رادیو و تلویزیون	۲(۳/۸)	۴۲(۸۰/۸)	۸(۱۵/۴)	۵۲(۱۰۰)	۵۹/۰۱ ± ۹/۴۲	
کتاب و مجلات	۴(۱۶)	۱۸(۷۲)	۳(۱۲)	۲۴(۱۰۰)	۶۴/۰۹ ± ۱۲/۱۱	F=۱۰/۱۴
پزشک و ماما	۸(۱۷)	۳۴(۷۶/۶)	۳(۶/۴)	۴۷(۱۰۰)	۶۴/۳۲ ± ۱۱/۱۱	p<۰/۰۵
چند منبع	۱(۲/۶)	۳۳(۸۴/۶)	۵(۱۲/۸)	۳۹(۱۰۰)	۶۱/۳۷ ± ۹/۴۸	
روش جلوگیری از بارداری						
OCP	۴(۳/۷)	۷۳(۶۷/۶)	۳۱(۲۸/۷)	۱۰۸(۱۰۰)	۵۶/۳۳ ± ۱۰/۵۶	آنالیز واریانس یکطرفه
کاندوم	۱(۲/۵)	۲۲(۸۰)	۷(۱۷/۵)	۴۰(۱۰۰)	۵۹/۱۹ ± ۸/۳۸	F=۲/۶۱
منقطع	۱۱(۵/۶)	۱۴۳(۷۳/۳)	۴۱(۲۱)	۱۹۵(۱۰۰)	۵۸/۲۴ ± ۱۰/۸۷	P<۰/۰۵
IUD	۲(۹/۵)	۱۷(۸۱)	۲(۹/۵)	۲۱(۱۰۰)	۶۱/۴۶ ± ۸/۸۴	
سایر روشها	۳(۱۲/۵)	۱۸(۷۵)	۳(۱۲/۵)	۲۴(۱۰۰)	۶۲/۷۷ ± ۱۰/۵۵	

جدول ۴: توزیع فراوانی زنان تحت مطالعه برحسب میزان آگاهی و ارتباط آن با نگرش

نگرش	مثبت تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	منفی تعداد(درصد)	نتیجه آزمون
خوب	۳ (۵/۹)	۴۷ (۹۲/۲)	۱ (۲)	X ² = ۶/۳۴
متوسط	۱۱ (۷/۱)	۱۲۴ (۸۰/۵)	۱۹ (۱۲/۳)	df=۴
ضعیف	۸ (۴/۳)	۱۱۴ (۶۱/۶)	۶۳ (۳۴/۱)	p<۰/۰۵
جمع	۲۲ (۵/۶)	۲۸۵ (۷۳/۱)	۸۳ (۲۱/۳)	

بحث و نتیجه گیری

مراجعه به مراکز بهداشتی، تنظیم خانواده و خانه های بهداشت قرار می گیرد، اما آنچه ناباورانه شاهد آن بودیم بکارگیری روش منقطع علی رغم قابلیت شکست بالا در نزدیک به نیمی از جمعیت زنان مورد پژوهش نسبت به روشهای مطمئن تر تنظیم خانواده به ویژه لوله بستن بود که باعث افزایش میزان حاملگهای ناخواسته می شود. با وجود این که اغلب زنان مورد بررسی ما شرایط لازم جهت لوله بستن از جمله کافی بودن تعداد فرزندان را داشتند، اما درصد پذیرش این روش در بین زنان ناچیز بود (کمتر از ۵٪). به علاوه نتایج مطالعه نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش آگاهی ضعیف (۱۲٪) و نگرش منفی (۹۴/۵٪) در زمینه لوله بستن داشتند. در یک مطالعه که بروی زنان مراجعه کننده به مراکز تنظیم خانواده انجام شد (۱۰) مشخص گردید با اینکه نگرش مثبتی (۵۶/۵٪)

نتایج حاصل نشان داد که اکثریت زنان شهر رشت نسبت به عمل لوله بستن آگاهی ضعیف و نگرش منفی دارند. این مسئله می تواند مبین عدم کفایت آموزشهای لازم توسط مسئولین بهداشتی- درمانی باشد. به طور متوسط سالیانه ۷۰۰ هزار نفر زن امریکایی تحت لوله بستن قرار می گیرند (۸۰۵) علی رغم استفاده گسترده از این شیوه بنظر می رسد، انتخاب داوطلبانه در لوله بستن کاهش یافته و مقبولیت آن زیر سؤال رفته است (۷) و اهمیت این مشکل با تهدیدی که رشد بی رویه جمعیت برای جامعه جهانی دارد، نقش برنامه های تنظیم خانواده را به عنوان محوری ترین جایگاه جهت کاهش مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه در خور توجه و بررسی نموده است (۹ و ۲). در کشور ما نیز جهت کنترل جمعیت امکانات و تسهیلات مناسبی چه بسا به صورت رایگان در اختیار

نسبت به لوله بستن وجود دارد، اما نداشتن آگاهی، عدم آموزش فردی و گروهی، همچنین بهره نگرفتن اغلب زنان از مشاوره های تنظیم خانواده در انتخاب نکردن عقیم سازی دائمی توسط زنان مؤثر می باشد. افزایش میزان نگرش منفی در بررسی مآشاید ناشی از تفاوت در تقسیم بندی میانگین نمرات بوده باشد که در پژوهش ما به سه سطح و در مطالعه قبلی در دو سطح مورد ارزیابی قرار گرفت. گرچه مراکز تنظیم خانواده و تیمهای بهداشتی نقش اصلی در رابطه با اطلاع رسانی در زمینه روشهای پیشگیری از بارداری را بر عهده دارند. در این بررسی بیشتر زنان دوستان و اطرافیان خود را بعنوان منبع کسب اطلاعات عنوان نمودند که طبعاً درصد ناچیزی از این زنان قادر به ارائه مشاوره کامل بوده و بیشتر آنها فاقد تخصص لازم هستند و برحسب تجربیات و یافته های غیرعلمی اطلاع رسانی ضعیفی خواهند نمود. در نتیجه به نظر می رسد، کلینیک ها و مراکز تنظیم خانواده پوشش مشاوره ای مناسبی نداشته اند. اما در پژوهش حاضر با وجود معنی دار بودن ارتباط میان تحصیلات با آگاهی و نگرش بیشترین روش کنترل باروری در همه گروهها روش منقطع ذکر شد. یکی از عوامل مؤثر در انتخاب یک روش پیشگیری بی خطر بودن و کم عارضه بودن آن روش می باشد. لوله بستن مانند هر عمل جراحی دیگر عوارضی دارد که شامل عوارض حین عمل، عوارض زودرس و دیررس می باشد. عوارض حین عمل لوله بستن ناشیابوده و قابل پیشگیری می باشد عوارض زودرس نیز شامل عفونت، درد ناحیه انسیزیون و عفونت اداری است که آنها مشکلات عمده ای ایجاد نمی کند. اما امکان وقوع بعضی عوارض دیررس که تحت عنوان سندرم پس از لوله بستن مطرح شده است، اصلی ترین موضوع بسیاری از پژوهشها را بخود اختصاص داده است. تظاهرات این سندرم با اختلالات قاعدگی، درد لگن و امکان ایجاد کیست تخمدانی ... می باشد (۱۱ و ۳). در زمینه تغییرات قاعدگی فرض بر این است که اختلالات قاعدگی

پس از لوله بستن به علت بستن شاخه انتهایی شریان رحمی و اختلال در سیستم خون رسانی تخمدان و در نتیجه اختلال عملکردی تخمدان ایجاد شود (۴)، اما یافته های حاصل از مطالعه Harlow و همکاران (۶) که در مورد تاثیر لوله بستن بر افزایش خطر منوراژی یا دیسمنوره انجام گرفت، نشان داد که هیچ تفاوتی در تغییرات قاعدگی و سطح هورمونهای فولیکولی مشاهده نشد. پیترسون و همکاران (۵) نیز در مورد امکان ایجاد اختلالات قاعدگی بررسیهای طولانی مدت و مستمری انجام دادند، نتایج مطالعات آنها نشان داد اغلب بی نظمی های قاعدگی و افزایش میزان هیستروکتومی بعد از لوله بستن بدلیل قطع مصرف قرصهای ocp می باشد، چرا که قرصهای ضد بارداری خوراکی علاوه بر نقش جلوگیری از بارداری اثر درمانی در تنظیم نمودن قاعدگی را بر عهده دارند که با قطع آن و انجام عقیم سازی دائمی در زنان، مشکل قدیمی دوباره بروز خواهد نمود. البته نتایج متناقضی نیز در مورد امکان بروز اختلالات قاعدگی، افزایش خطر هیستروکتومی و عوارضی از این دست ارائه شده است و به نظر می رسد به دلیل عدم وجود گروه کنترل مناسب که در اکثر پژوهشهای مورد بررسی دیده شد، ارزش بالینی زیادی ندارد.

با توجه به این که نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد اغلب زنان مورد پژوهش به ایجاد سندرم پس از لوله بستن اعتقاد داشته و آن را از دلایل مهم عدم پذیرش این روش جلوگیری عنوان کرده اند، به علاوه بررسی مطالعات مختلف نیز در مورد وجود یا عدم وجود این سندرم متناقض است (۱۲، ۱۳ و ۱۶)، لذا پیشنهاد می شود: ۱- مطالعات کاملی در زمینه ایجاد سندرم پس از بستن لوله های رحمی و ۲- آموزش همه جانبه در مورد روشهای پیشگیری در زنان سنین باروری سطح استان انجام شود.

تشکر و قدردانی: با تشکر از آقایان دکتر شجاعی و کاظم نژاد که در آنالیز و مشاوره آماری یاریگر ما بودند.

منابع

1.Schor N, Ferreira AF, Machado VL, Franca AP, Pirotta KC, Alvarenga AT, Siqueira AA. Women and Contraception: knowledge and use of Contraceptive Methods. *Cad Saude Publica* 2000; 16(2): 377-84

2.Rosenfeld JA, Zahorik PM, Saint W, Murphy G. Women's Satisfaction with Birth Control. *J Fam Pract* 1993; 36(2):169-73.

3.Gentil GP, Kaufman SC, Helbig DW. Is there any Evidence for a Post-Tubal Sterilization Syndrome?. *Fertil Steril* 1998; 69:179-186.

4.Bulent Tiras M, Noyan V, Ozdemir H, Guner H, Yildiz A, Yildirim M. The Changes in Ovarian Hormone Levels and Ovarian Artery Blood Flow Rate after Laparoscopic Tubal Sterilization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99 (2):219-21.

5.Peterson HB, Jeng G, Folger SG, Hillis SA, Marchbanks PA, Wilcox LS. The Risk of Menstrual Abnormalities after Tubal Sterilization. *New England Journal* 2000; 343(23): 1681-1687.

6.Harlow BL, Missmer SA, Cramer DW, Barbieri RL. Does Tubal Sterilization Influence the Subsequent Risk of Menorrhagia or Dysmenorrhea?. *Fertil Steril* 2002; 77(4):754-6.

7.Kaufman G. Sterilization of Married Couples: husband Versuse Wife Sterilization. *J Biosoc Sci* 1998; 30(1):1-14.

8.Zotti ME, Siegel E. Preventing Unplanned Pregnancies Among Married Couples: are Services for Only the Wife Sufficient?. *Res Nurs Health* 1995; 18(2):133-42.

9.Bumpass LL, Thomson E, Godecker AL. Women, Men, and Contraceptive Sterilization. *Fertil Steril* 2000; 73(5):937-46.

۱۰- رضاپور، افسر؛ رهبری، عذرا: بررسی دلایل عدم انتخاب لوله بستن در زنان مراجعه کننده به کلینیک تنظیم خانواده در سال ۱۳۷۴. فصل نامه دانشکده پرستاری و

مامایی گیلان، ۱۳۷۸، سال هشتم شماره ۳۳ و ۳۲، صص: ۴۷-۵۵.

۱۱- اختیاری، افسانه: بررسی عوارض متعاقب بستن لوله های رحمی از سال ۱۳۷۵ الی ۱۳۷۶ در بیمارستان معتضدی کرمانشاه. پایان نامه دکترای تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۷.

۱۲- هامونی، فریبا: بررسی و مقایسه تغییرات قاعدگی در زنان استفاده کننده از دو روش لوله های رحمی و مصرف قرص های پیشگیری از باروری در مراجعین به خانه های بهداشت روستای بخش باسمنج تبریز در سال ۱۳۷۳. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۴.

۱۳- رجبیان، رضا: استفاده از روش های پیشگیری از حاملگی. مجله دارو و درمان، ۱۳۶۸، سال ششم شماره ۶، صص: ۱۳.

۱۴- احمدی، سودابه؛ بدخشان مهر، فاطمه: بررسی شیوع حاملگی ناخواسته در زنان حامله مراجعه کننده به درمانگاه پره ناتال بیمارستان الزهرا رشت ۱۳۸۰. پایان نامه چاپ نشده دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۰.

۱۵- نحعی، محمد: روش های پیشگیری از حاملگی. تهران: نشر علوم دانشگاهی، ۱۳۷۳.

۱۶- دانشگاه علوم پزشکی گیلان: مرکز بهداشت استان: شاخص های زیج حیاتی استان گیلان. رشت: مرکز بهداشت استان گیلان، ۱۳۸۱.