

بررسی آگاهی زنان در مورد عوارض دیو مدروکسی پروژسترون استات و برخی عوامل مرتبط

هاجر سلمیلیان^۱، شبنم امیدوار^۲، حسین مشاقی طبری^۳، مریم نیکپور^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: انتظار می رود که جمعیت جهان در سال ۲۱۸۰ بیش از ۱۰ میلیارد نفر برسد. تقریباً ۹۵٪ رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد. اجرای برنامه های تنظیم خانواده، علاوه بر پیشگیری از موالید پرخطر، می تواند بهبود قابل ملاحظه ای را در کوتاه مدت و درازمدت بر کیفیت زندگی زنان داشته باشد. با توجه به اهمیت تنظیم خانواده و لزوم برنامه ریزی دقیق ارزیابی آگاهی زنان در مورد عوارض روشهای تنظیم خانواده اساسی است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۵۸ زن استفاده کننده دیو مدروکسی پروژسترون استات مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بابل صورت گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. جهت آنالیز داده ها از آمار توصیفی، آزمون آماری χ^2 و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته ها: بیشتر افراد (۵۵/۱ درصد) در زمینه عوارض دیو مدروکسی پروژسترون استات آگاهی ضعیفی داشتند بر اساس آزمون X^2 آگاهی افراد با سن، شغل، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، تعداد فرزند و منبع کسب اطلاع رابطه معنی داری نداشت در حالیکه با مشاوره قبل از تجویز دارو رابطه معنی داری نداشت در حالیکه با مشاوره قبل از تجویز دارو رابطه معنی داری داشت ($p < 0.001$)

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نقش بسیار مهم پرسنل بهداشتی در ارتقا آگاهی زنان نسبت به روشهای پیشگیری از بارداری، با آموزش صحیح آنان می توان زمینه کاهش بار جسمی و روانی فرزندان زیاد و با فاصله کوتاه را فراهم آورد.

واژگان کلیدی: آگاهی، دیو مدروکسی پروژسترون استات، عوارض

مقدمه

هم اکنون جمعیت جهان از مرز ۶ میلیارد نفر گذشته است و با رشد سالانه ۱/۷٪ تقریباً هر سال ۱۰۰ میلیون نفر به جمعیت جهان اضافه می شود، این مقدار رشد جمعیت عمدتاً در کشورهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین اتفاق خواهد افتاد (۳). جمعیت ایران با رشدی معادل ۲۴.۱٪ تا سال ۱۴۰۰ شمسی به ۹۰ میلیون نفر خواهد رسید و در صورت عدم انجام اقدامات به موقع برای کنترل جمعیت، تصویری جز گرسنگی، بیکاری و فقر پیش روی نخواهد بود (۴). رشد بی رویه جمعیت جهان باعث شده بسیاری از منابع اساسی که بقا و سلامت نسل های آینده به آنها بستگی دارد به علت الگوهای ناپایدار تولید و مصرف در حال تهی شدن بوده و تخریب محیط زیست رو به افزایش می باشد، بنابراین لزوم کنترل و مهار رشد جمعیت از طریق برنامه تنظیم خانواده درک می گردد (۳).

در سرتاسر جهان، ۴۵٪ زنان متاهل در سنین باروری از روشهای جلوگیری از حاملگی استفاده می کنند (۱). در ایالات متحده هر سال تقریباً ۶ میلیون حاملگی اتفاق می افتد و حدود نیمی از آنها ناخواسته است، البته نه تنها در ایالات متحده بلکه در بیشتر کشورهای توسعه یافته نیز میزان حاملگی ناخواسته بالا است (۲). با مرفه شدن جوامع میزان باروری در آنها کاهش می یابد (۱).

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشجوی دکتری بهداشت باروری، مرکز تحقیقات بهداشت باروری فاطمه زهرا (س)، بابل

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل (نویسنده مسؤول) Email: marinikpour@yahoo.com

۳. بانک سپه بابل

کردند (شامل ۱۵۸ نفر)، بوسیله پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند که از نمونه های دردسترس استفاده گردید.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش بود. قسمت اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۱۹ سوال آگاهی در زمینه عوارض آمپول دیو مدروکسی پروژسترون استات بود. در صورت پاسخ صحیح به هر سوال امتیاز یک و در صورت پاسخ غلط امتیاز صفر به آن تعلق می گرفت. میزان آگاهی افراد بر اساس نمره به سه دسته ضعیف (۰-۶)، متوسط (۷-۱۲) و خوب (۱۳-۱۹) تقسیم شد.

جهت کسب اعتبار علمی^۱ ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوی استفاده شد. برای تعیین اعتماد علمی^۲ ابزار گردآوری داده ها از آزمون مجدد استفاده گردید که با درجه اطمینان ۹۵ درصد ضریب همبستگی بالایی بین دو بار بررسی وجود داشت ($P < 0.001, r = 0.85$). جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای اسکور و ضریب همبستگی) استفاده گردید. برای آنالیز اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد و در سطح $p < 0.05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

میانگین سنی افراد 4 ± 35 سال بود. بیشتر افراد خانه دار (۸۴/۲ درصد) و دارای ۲ فرزند و کمتر (۵۷/۶ درصد) بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۵/۵ درصد از افراد زیر دیپلم و تحصیلات همسران آنان نیز اکثراً زیر دیپلم بوده است (۴۸/۸ درصد).

۶۵/۸ درصد از نمونه ها گزارش کردند که، فرد توجیه کننده این روش، پرسنل بهداشتی بوده اند. همچنین ۸۱/۶ درصد از آنها عنوان کردند که قبل از تزریق آمپول دیو مدروکسی پروژسترون استات با آنان مشاوره شده است. مهمترین منبع کسب اطلاع در مورد عوارض آمپول دیو مدروکسی پروژسترون استات پرسنل بهداشتی (۷۰/۹ درصد) و کمترین منبع کسب اطلاع رسانه های جمعی بوده است (۱/۳ درصد). در این تحقیق بیشتر افراد (۵۵/۱ درصد) در زمینه عوارض آمپول دیو مدروکسی پروژسترون استات آگاهی ضعیفی داشتند (جدول شماره ۱).

بر اساس آزمون X² بین آگاهی نمونه های پژوهش با سن، شغل، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، تعداد فرزند و منبع کسب اطلاع رابطه معنی داری وجود نداشت. در حالیکه بر اساس نتایج جدول شماره ۲ بین آگاهی واحدهای پژوهش با مشاوره قبل از تجویز دارو رابطه معنی داری وجود داشته است ($p < 0.001$).

از بین روشهای پیشگیری از بارداری دیو مدروکسی پروژسترون استات^۱ یک وسیله مطمئن، موثر و قابل پذیرش توسط زنان شناخته شده که نیاز به حداقل تشویق را دارد و میزان شکست روش پائین است (۵/۶).

کارایی این روش معادل عقیم سازی و بهتر از سایر روشهای موقت است (۱). چون غلظت سرمی هورمون نسبتاً زیاد است کارایی آن تحت تاثیر وزن فرد یا مصرف داروهای محرک آنزیمهای کبدی قرار نمی گیرد. مزیت دیگر آن این است که بر وضعیت شیردهی تاثیری ندارد و از این رو در تجربه های چند کشور به عنوان یک وسیله قابل قبول فاصله گذاری در دوره های پس از زایمان شناخته شده است. مشکلات عمده مرتبط با دیوپروورا (دیو مدروکسی پروژسترون استات) شامل خونریزی نامنظم، حساسیت پستان، افزایش وزن و افسردگی است (۱). افزایش وزن در استفاده طولانی مدت از دیوپروورا بیشتر می شود (۷) تغییر خونریزی قاعدگی با فاصله بسیار زیاد، شایعترین مشکل محسوب می شود (۱).

بعضی از مطالعات نشان دادند که گالاکتوره ممکن است بندرت اتفاق بیافتد (۸). خونریزی واژینال را می توان با داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و قرصهای پیشگیری از بارداری منوفازیک درمان کرد (۱۰ و ۹). بیشتر مطالعات نشان دهنده اثر منفی دیوپروورا بر تراکم استخوان می باشد اما بعد از قطع آن میزان تراکم استخوان افزایش می یابد (۱۱ و ۱۲) در زنان جوان دیوپروورا ممکن است مضر باشد. زیرا مانع حصول پیک توده استخوان می گردد (۱۳). مهمترین علت قطع این روش اختلالات قاعدگی است (۱۴). استراتژی کاهش شکست آن مشاوره مناسب می باشد (۱۵). پرسنل بهداشتی باید در مورد عوارض جانبی دیوپروورا آگاهی لازم داشته باشند و این نکته را باید در نظر داشت در زنانیکه اطلاعات مکرر و کلاسه بندی شده دریافت می کنند نسبت به آنها، مشاوره روتین دارند، میزان قطع روش کمتر است (۱۶ و ۱۷). بنابراین با توجه به اهمیت مساله تنظیم خانواده و لزوم برنامه ریزی های دقیق در کشور بر آن شدیم تا کرده تا از این طریق بتوانیم گامی موثر در جهت پیشبرد اهداف تنظیم خانواده برداریم.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۰ انجام شد از کلیه مرکز بهداشتی - درمانی (شهری و روستایی) شهرستان بابل ۷ مرکز به طور تصادفی به عنوان خوشه انتخاب شدند. سپس در این ۷ مرکز تمام زنانی که از آمپول سه ماهه ی دیو مدروکسی پروژسترون استات به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می

1. Validity
2. Reliability
3. Test- Retest

جدول (۱): توزیع فراوانی و میانگین آگاهی واحدهای پژوهش در مورد عوارض دیو مدروکسی پروژسترون استات

| آگاهی | تعداد | درصد |
|----------------------------|-------|------|
| خوب | ۱۳ | ۸/۲ |
| متوسط | ۵۸ | ۳۶/۷ |
| ضعیف | ۸۷ | ۵۵/۱ |
| جمع | ۱۵۸ | ۱۰۰ |
| انحراف معیار \pm میانگین | | |

جدول (۲): توزیع فراوانی و میانگین آگاهی واحدهای پژوهش بر حسب مشاوره قبل از تجویز دیو مدروکسی پروژسترون استات

| آگاهی | مشاوره قبل از تجویز | | بلی | | خیر | |
|----------------------------|---------------------|----------------|-------|---------------|-------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| خوب | ۷۰ | ۸۰/۵ | ۱۷ | ۱۹/۵ | | |
| متوسط | ۴۸ | ۸۲/۸ | ۱۰ | ۱۷/۲ | | |
| ضعیف | ۱۱ | ۸۴/۶ | ۲ | ۱۵/۴ | | |
| جمع | ۱۲۹ | ۸۱/۶ | ۲۹ | ۱۸/۴ | | |
| انحراف معیار \pm میانگین | | ۱۹/۲ \pm ۵/۳ | | ۸/۳ \pm ۵/۶ | | |
| مقدار P | | p < .۰۰۰۱ | | | | |

پروژسترون استات فقدان آگاهی در مورد آن بوده است و کسانی که از آمپول سه ماهه بعنوان روش پیشگیری استفاده نمی کردند آگاهی ضعیفی داشته و تمایل داشتند که در مورد فواید دیو مدروکسی پروژسترون استات از استفاده کنندگان آن روش اطلاعاتی کسب کنند بالعکس در مصرف کنندگان این روش علت انتخاب طولانی اثر بودن و موثر بودن روش فوق بوده است (۱۹).

مطالعه و نکات^۳ و همکاران نشان داد که کمتر از ۵۰٪ زنان بیان کردند که دیو مدروکسی پروژسترون استات یک روش بی خطر است و عوارض مرتبط با آمپول سه ماهه پیشگیری از بارداری را بیشتر ارزیابی کرده بودند که در واقع بیانگر آگاهی ضعیف آنان بوده است (۲۰). درحالی که نتایج مطالعه کرامت در شاهرود نشان داد که علت انتخاب روش پیشگیری دیو مدروکسی پروژسترون استات بعلت اطمینان از پائین بودن میزان شکست روش مزبور بوده است که بیانگر بالا بودن آگاهی زنان می باشد (۲۱). در مطالعه جعفرزاده و همکاران بر روی پرسنل بهداشت خانواده مراکز بهداشتی گیلان انجام شد نتایج نشان داد که اکثر واحدهای پژوهشی (۷۹/۴٪) در زمینه دیو مدروکسی پروژسترون استات آگاهی خوبی داشتند (۲۲).

بنابراین در مطالعه حاضر میزان آگاهی زنان از عوارض آمپول سه ماهه پیشگیری از بارداری ضعیف می باشد که با توجه به اینکه جامعه پژوهش ما را زنان مصرف کننده از دیو مدروکسی پروژسترون استات تشکیل می دهند که میزان تحصیلات اکثر آنان نیز زیر دیپلم بود این نتیجه دور از انتظار نمی باشد. در این بررسی بین میزان آگاهی واحدهای پژوهش با سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزند منبع کسب اطلاع رابطه معنی داری وجود نداشت. در مطالعه میری و همکاران نیز بین آگاهی با سن و شغل رابطه معنی داری وجود نداشت ولی سطح تحصیلات آنان با آگاهی رابطه معنی داری نشان داد (۱۸). در مطالعه جعفرزاده نیز آگاهی فقط با متغیر میزان دسترسی به منابع علمی جدید رابطه معنی داری داشته است (۲۲).

در مطالعه ما بیشترین منبع کسب اطلاع را پرسنل بهداشتی (۷۰/۹٪) و کمترین آن را پوستر و جزوات آموزشی تشکیل می داد (۱/۳٪). در مطالعه پاترون نیز منابع کسب اطلاع را همسایگان، دوستان، همکاران، جزوه، نشریه و کارکنان پزشکی مراکز بهداشتی تشکیل می داد (۱۹) با توجه به اینکه در مطالعه ما و پاترون یکی از منابع اطلاعاتی پرسنل بهداشتی بوده اند، بنابراین باید این مساله مورد بررسی قرار گیرد که چرا آگاهی و اطلاعات در هر دو مطالعه ضعیف بوده است. نتایج مطالعه لزوم اطلاع

شایان ذکر است بیشترین عارضه ی ذکر شده توسط واحد های پژوهش در اثر تزریق دیو مدروکسی پروژسترون استات، قطع قاعدگی در آنها بوده است (۵۰/۶ درصد). همچنین ۱۷/۷ درصد از نمونه ها روش مزبور را قطع کرده بودند و بیشترین علت قطع روش افزایش وزن بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این تحقیق بررسی آگاهی زنان استفاده کننده از آمپول سه ماهه ی پیشگیری از بارداری دیو مدروکسی پروژسترون استات نسبت به عوارض آن در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بابل بود.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که ۵۵/۱ درصد از واحدهای پژوهش از آگاهی ضعیفی در مورد عوارض دیوپروورا برخوردار بودند که بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. در مطالعه میری و همکاران نیز که بر روی زنان متاهل مراکز بهداشتی بیرجند انجام شد اکثر واحدهای پژوهش آگاهی ضعیفی داشته و فقط ۳۰/۷ درصد از افراد از آگاهی خوب برخوردار بودند (۱۸) ۹۰/۳ درصد از آنها بیان کرده بودند که در زمینه پیشگیری از بارداری بوسیله آمپول مگسترون (دیوپروورا) در مراکز بهداشتی آموزش ندیده اند (۱۸). همچنین در مطالعه پاترون^۱ و پالابریکا^۲ در فیلیپین علت عدم انتخاب دیو مدروکسی

2. Palabrica
3. Venkat

1. Patron

مطالعه پاترون تعداد کمی از واحدهای پژوهش قبل از مصرف دیو مدروکسی پروژسترون استات تحت مشاوره قرار گرفته بودند و تمایل داشتند که آن را در مراکز بهداشتی دریافت کنند (۱۹). این امر بیانگر نقش بسیار مهم پرسنل بهداشتی اعم از ماما، پزشک، کارشناس بهداشت خانواده و ... در ارتقا آگاهی زنان نسبت به روش های پیشگیری از بارداری از جمله مگسترون می باشد.

پیشرفت های زیادی در زمینه تحقیقات پیشگیری از بارداری در ۵۰ سال گذشته صورت گرفته است (۳۲). رشد بی رویه جمعیت جهان باعث شده بسیاری از منابع اساسی که بقا و سلامت نسل های آینده به آنها بستگی دارد به علت الگوهای ناپایدار تولید و مصرف در حال تهی شدن بوده تخریب محیط زیست رو به افزایش می باشد بنابراین لزوم کنترل و مهار رشد جمعیت از طریق برنامه تنظیم خانواده اساسی است.

بنابراین با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر باید یک بررسی همه جانبه و دقیق از کلیه متقاضیان این روش بعمل آمده و آگاهی های لازم در مورد عوارض روش فوق به آنها داده شود. همچنین پرسنل بهداشتی باید معاینات دوره ای را بطور منظم انجام دهند تا بدین ترتیب میزان پذیرش این روش طولانی مدت با درصد شکست پائین و بدون اثرات معکوس بر شیر مادر را افزایش داده و این امر را مد نظر قرار دهند که اجرای برنامه های تنظیم خانواده، علاوه بر پیشگیری از مولید پرخطر، می تواند بهبود قابل ملاحظه ای را در کوتاه مدت و درازمدت بر کیفیت زندگی زنان از طریق کاهش بار جسمی و روانی فرزندان زیاد و پشت سر هم با فاصله کوتاه فراهم نماید، همچنین فرصتهای تحصیل آموزشهای حرفه ای، کسب درآمد، زمان مراقبت از کودکان و تربیت آنان، مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، اقتصادی، تکامل شخصی و اوقات فراغت و تفریح را که برای میلیون ها زن در جهان ناشناخته است، افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل و واحدهای پژوهش که در انجام نمونه گیری همکاری لازم را داشتند کمال تشکر را داریم.

رسانی بیشتر و بهتر در مورد روش پیشگیری از بارداری دیو مدروکسی پروژسترون استات را می طلبد.

در مطالعه ما بیشترین عوارض ناشی از دیو مدروکسی پروژسترون استات که توسط واحدهای پژوهش ذکر گردید، آمنوره بود درحالیکه در مطالعه تانی پانیچکول^۱ و همکاران بیشترین عارضه جانبی خونریزی نامنظم (۲۳) و در مطالعه رهنما و همکاران نیز ۲۴ درصد از نمونه ها در خونریزی نامنظم شدید شاکی بودند. (۲۴) در مطالعه وانیونی^۲ و همکاران عوارض جانبی عمده دیو مدروکسی پروژسترون استات بی نظمی قاعدگی (۳۲/۵ درصد) و در ۱۷/۲ درصد مصرف کنندگان آمنوره گزارش گردید، همچنین نتایج نشان داد که دیو مدروکسی پروژسترون استات علیرغم اثرات پیشگیری از بارداری بدون هیچگونه اثر معکوس بر سلامت روانی و عملکرد جنسی، سلامت فیزیکی را بهبود می بخشد (۲۵). در مطالعه آدکانی^۳ نتایج نشان داد که شایعترین عارضه بی نظمی قاعدگی (۷۱/۴ درصد) بود که ۶۶/۷ درصد آنرا آمنوره تشکیل می داد (۲۶).

در مطالعه ما بیشترین علت قطع روش افزایش وزن بود، در حالیکه در مطالعه آدکانی مهمترین علت قطع روش فرمهای غیر طبیعی قاعدگی بود (۲۶) مطالعه کراسپی^۴ و همکاران نشان داد زنان استفاده کننده از دستگاه داخل رحمی^۵ عوارض جانبی بیشتری نسبت به مصرف کنندگان دیو مدروکسی پروژسترون استات داشتند ولی میزان قطع روش در آنها کمتر بود (۱۸/۸ درصد در مقابل ۶۷ درصد) (۲۷).

شایان ذکر است که آمنوره ناشی از دیو مدروکسی پروژسترون استات را می توان با قرصهای پیشگیری از بارداری (۲۸) و خونریزی نامنظم را بیشتر می توان با داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی نظیر مفنایمیک اسید درمان نمود (۱) در مطالعه کرم^۶ و همکاران عوارض جانبی دیو مدروکسی پروژسترون استات مهمترین دلیل برای درخواست روشهای درازمدت دیگر نظیر دستگاه داخل رحمی و روش های کاشتنی بود (۲۹).

در تحقیق حاضر میزان آگاهی واحدهای پژوهش با مشاوره قبل از تجویز دارو رابطه معنی داری داشت. و افرادی که از مشاوره قبل از تجویز برخوردار بودند نمره آگاهی آنان نیز بیشتر بود. همچنین در مطالعه لی و کانتو^۸ مشاوره قبل از تجویز دیو مدروکسی پروژسترون استات در مورد عوارض جانبی دارو میزان مقبولیت روش را افزایش داده بود (۳۰ و ۳۱) در حالیکه در

1. TaneePanichSkul
2. Wanyonyi
3. Adekanie
4. Cropsey
5. IUD
6. Cremer
7. Implant
8. Lei&Canto

References

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 17th Edition. lippincott Williams & wilkins 2011, Vol 1, pp:1082-92.
2. Espey E, Ogburn T, Fotieo D. Contraception: what every internist should know. *Med Clin North Am.* 2008; 92(5):1037.
3. Parnian A. Family planning program .family health. 1997; 2 (6) :2-9.
4. OmidvarSh, Salmalian H. Knowledge and attitude of the personnel of Mazandaran family health centers toward vasectomy. *JHUMS* 2004; 8(2): 91-96.
5. Salmalian H, Khirkhah F, Saghebi R, NasiriAmiri F, Hajiahmadi M , Pasha H. Depo-Provera and depression In Iranian women. *AJPP.* 2012; 6(27), 2011-2016.
6. Ojule JD, Oriji VK, Okongwu C. A five year review of the complications of progestogen only injectable contraceptive at the University of Port-Harcourt Teaching Hospital. *Niger J Med.* 2010 Jan-Mar;19(1):87-95.
7. Bonny AE, Harkness LS, Cromer BA. Depot medroxyprogesterone acetate: implications for weight status and bone mineral density in the adolescent female. *Adolesc Med Clin.* 2005 Oct;16(3):569-84.
8. Omar HA, Zakharia RM, Kanungo S, Huff M, McClanahan K. Incidence of galactorrhea in young women using Depot-Medroxyprogesterone Acetate. *ScientificWorldJournal.* 2006 May 5;6:538-41.
9. Rager KM, Fpwler A, Omar HA. Successful treatment of depot medroxyprogesterone acetate-related vaginal bleeding improves continuation rates in adolescents. *ScientificWorldJournal.* 2006 Mar 19;6:353-5.
10. Nathirojanakun P, Taneepanichskul S, Sappakitkumjorn N. Efficacy of a selective COX-2 inhibitor for controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception.* 2006 Jun; 73(6):584-7.
11. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM, Ross D, McClung MR. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception.* 2006 Aug; 74(2):90-9.
12. Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Farley TM, Mbatha f. Bone mineral density in women aged 40-49 years DMPA, norethisteroneenanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception.* 2005 Mar;71(3):170-5.
13. Albertazzi P, Bottazzi M, Steel SA. Bone mineral density and DMPA. *Contraception.* 2006 Jun;73(6):577-83.
14. Vincent, -A-J; Zhang, -J; Ostor, -A; Rogers, -P-A; Affandi, -B; Kovacs, -G; Salmonsens, -L-A. Matrix metalloproteinase-1 and -3 and mast cells are present in the endometrium of women using progestin-only contraceptives. *Hum-Reprod.* 2000 Jan;15(1):123-30.
15. Beksinska ME, Rees HV, Smit J. Temporary discontinuation: a compliance issue in injectable users. *Contraception* 2001 Nov;64(5):309-13.
16. Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability *w. of SID.ir*

- hormonal methods for contraception. *Cochrane Database syst Rev*. 2006 Jan 25; (1): CD004317.
17. Glasier A, Yan Y, Wellings K. How do health care professionals respond to advice on adverse side effects of contraceptive methods? The case of Depo Provera. *Contraception*. 2007 Jul;76(1):18-22. Epub 2007 May 24.
 18. Miri MR, Moudi M, Soraki T. An investigation into the married women's niveau of awareness and outlook towards Magestron's method (DMPA) referring to health and therapeutic centers Journal of Birjand University of Medical Sciences 1997;4(11-10): 99-92.
 19. Patron MC; Palabrica-Costello M. Knowledge, attitudes and practice of the DMPA injectable contraceptive: data from focus group discussions. Philippines. Final report. Manila, Philippines, Population Council, Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, 1995 Aug. [4], 28, [5] p. (USAID Contract No. DPE-3030-Q-00-0023-00)
 20. Venkat P, Masch R, Ng E, Cremer M, Richman S, Arslan A . Knowledge and Beliefs about Contraception in Urban Latina Women. *Journal of Community Health* October 2008, 33(5): 357-362.
 21. Keramat A The assessment of continuous use of DMPA as a contraceptive mehtod in the Shahrood villages .Daneshvar, Scientific-research *Journal of Shahed University* 2000;8(29): 54-47.
 22. JafarZadeh F, Najafi F Investigation of knowledge and attitude of family health workers about IUD, Norplant and DMPA in health care centers in east of Guilan between 2001-02. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences* 2004;13(50): 21-14.
 23. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Phaosavadi S. DMPA use above the age of 35 in Thai women. *Contraception*. 2000 Apr;61(4):281-2.
 24. Rahnama P, Hidarnia A, Amin Shokravi F, Kazemnejad A, Ghazanfari Z , Montazeri A .Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: a study from Eastern district of Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2010, 10:779 .
 25. Wanyonyi SZ, Stones WR, Sequeira E. Health-related quality of life changes among users of depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*.2011;84(5): 17-22.
 26. Adeyemi AS, Adekanle DA. Progestogen-only injectable contraceptive: experience of women in Osogbo, southwestern Nigeria. *Ann Afr Med*. 2012;11(1):27-31.
 27. Cropsey KL, Matthews C, Campbel S, Ivey S, Adawadkar S. Long-term, reversible contraception use among high-risk women treated in a university-based gynecology clinic: comparison between IUD and depo-provera. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(2):349-53.
 28. Sadeghi-Bazargani H, Ehdiaeivand F, Arshi S, Eftekhari H, Sezavar H, Amanati L. Low-dose oral contraceptive to re-induce menstrual bleeding in amenorrheic women on DMPA treatment: a randomized clinical trial. *Med SciMonit*. 2006;12(10): 420-5.
 29. Cremer M, Ditzian L, April A, Peralta E, Klausner D, Podolsky R, Dierking E. *wDepotSID.ir*

- medroxyprogesterone acetate
contraception use among Salvadoran
women: an in-depth analysis of
attitudes and experiences. *J Womens
Health (Larchmt)*. 2011;20(11):1751-
6.
30. Lei Z, Wu S, Garceau RJ. [Effect of
pretreatment counseling on
discontinuation rates in women given
depo-medroxyprogesterone acetate
for contraception]. [Article in
Chinese] *Zhonghua Fu Chan
KeZaZhi*. 1997 Jun;32(6):350-3.
31. Canto De Cetina TE, Canto P,
Ordoñez Luna M. Effect of
counseling to improve compliance in
Mexican women receiving depot-
medroxyprogesterone acetate.
Contraception. 2001 Mar;63(3):143-
6.
32. Sitruk-Ware R, Nath A, Mishell DR
Jr. Contraception technology: past,
present and
future. *Contraception*. 2013;87(3):319-
30.

Archive of SID

Assessment of Women's Awareness about the Complication of DepoMedroxy Progesterone Acetate and Related Factors

Hajar Salmalian¹, Shabnam Omidvar², Hosseinmashaghi Tabari³, Maryam Nikpour^{2*}

Abstract

Background & Objective: It is expected that global population is to be steady at 10 billion people in 2180. Nearly 95% of the population growth happens in the developing countries. Family planning programs can substantially improve the quality of life for women in the short term may also prevent high-risk births. It is essential to assess women knowledge about the effects of family planning methods. Due to the importance of family planning and the need for careful planning.

Methods: This cross-sectional study was performed on 158 women who were Depo Medroxy Progesterone Acetate users and referred to health centers of Babol during 2011. Data were collected by questionnaire and was analyzed by descriptive statistics, X2 test and Pearson's correlation.

Results: The result of this study showed that most women (55.1%) had weak knowledge about DMPA complication. There was no significant relationship between women's knowledge and age, job, education, husband education number of child and information resources. But there was a significant relationship with consultation before drug recommendation. ($P < 0.001$).

Conclusion: Physical and psychological problems of high children and short spacing can be reduced with proper education of health personnel since they have an important role in improving women's knowledge of contraceptive methods.

Keywords: Awareness, Depomedroxy progesterone acetate, Complication.

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, PhD. Student of Reproductive Health, Fatemeh Zahra Reproductive Health Research Center, Babol, Iran.

2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

3. Babol-Sepah-Bank

(Corresponding Author)* Email: marinikpour@yahoo.com