

## Contraception for Prevention of High Risk Pregnancy

Fatemeh Bahadori<sup>1\*</sup>, Hamideh Mohadesi<sup>1</sup>, Fariba Nanbakhsh<sup>1</sup>, Afsaneh Amiraabi<sup>1</sup>, Haaleh Ayatollahi<sup>1</sup>, Farzaneh Boroomand<sup>1</sup>, Sariyeh Golmohamadloo<sup>1</sup>, Zahra Yekta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup>Department of Epidemiology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Received: 30 Oct, 2012      Accepted: 18 Nov, 2012

### Abstract

**Background and Objectives:** In high risk pregnancies mother and her fetus are in greater risk than normal pregnancies and an appropriate contraception method could prevent these risky conditions to be happened.

**Materials and Methods:** High risk women from population unit and Kowsar center were referred and regarding the underlying medical diseases the best contraception method recommended and educated were implemented for them. After a year of education, women are surveyed again.

**Results:** In our referees 390 women had the old age (>35 yrs) as their only risk factor. Hypertension was the medical risk in 23, cardiac diseases in 22, diabetes mellitus in 18 and asthma in 10 patients. The frequency of using different contraception methods among this high risk women was 72.8% and the most important reason for their uncompliance non satisfaction (15.9 %.). 93.1% of women participant were agree with the implemented dejection and 77.2% of them were believed that those dejection were sufficient. The rate of satisfaction and usefulness about contraception method's education were and respectively.

**Conclusion:** We concluded that educating the women could not be enough and in order to obtain better results we need to educate husbands too.

**Keywords:** High risk pregnancy, Family planning methods, Underlying diseases

\*Corresponding author:

**E-mail:** fbahad@umsu.ac.ir

## مقاله پژوهشی

### نقش آموزش در استفاده از روشهای ضد بارداری در افراد با ریسک حاملگی پرخطر

فاطمه بهادری: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، نویسنده رابط:

E-mail : fbahad@umsu.ac.ir

حمیده محدثی: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
فریبا نانبخش: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
افسانه امیرابی: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
هاله ایت‌اللهی: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
فرزانه برومند: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
سریه گلمحمدلو: گروه زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
زهرا یکتا: گروه اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دریافت: ۹۱/۸/۹ پذیرش: ۹۱/۸/۲۸

#### چکیده

**زمینه و اهداف:** حاملگی های پر خطر به مواردی اطلاق می شود که خطر برای مادر یا جنین بیش از یک حاملگی نرمال باشد. یکی از راههای پیشگیری از این حاملگی های پر خطر استفاده از تنظیم خانواده مناسب می باشد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه از واحد جمعیتی ارومیه و درمانگاه تخصصی مرکز کوثر ارومیه بیماران پر خطر انتخاب شده و بر اساس نوع بیماری روشهای مناسب تنظیم خانواده پیشنهاد شده و آموزش لازم جهت نحوه استفاده صحیح از آن داده شد. بعد از یک سال مجددا این افراد مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته ها:** ۴۶۴ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۷۴ نفر دارای بیماری زمینه ای و ۳۹۰ سن بالای ۳۵ سال و بدون بیماری زمینه ای بودند. ۱۸ بیمار مبتلا به دیابت، ۲۳ بیمار مبتلا به فشار خون، ۱۰ بیمار آسم و ۲۲ نفر بیماری قلبی داشتند و یک نفر هم مبتلا به آسم و فشار خون بود. بعد از یکسال ۷۲/۶٪ موارد تنظیم خانواده توصیه شده را استفاده میکردند. شایعترین علت عدم استفاده، عدم رضایت همسر و مخالفت وی (۱۵/۹٪) بود. در مصاحبه حضوری از بیماران جهت ارزیابی از آموزش انجام شده ۹۳/۱٪ از آموزشهای داده شده رضایت داشتند و ۷/۲٪ از خانمها آموزش راکافی ارزیابی کردند.

**نتیجه گیری:** جهت استفاده از تنظیم خانواده مناسب، آموزش همسر اهمیت زیادی دارد. در مطالعه حاضر شایعترین علت عدم استفاده از وسایل تنظیم خانواده آن مخالفت همسر بود. ترس از عوارض جانبی روشهای تنظیم خانواده در زنان بالای ۴۰ سال یکی از مهمترین علل عدم استفاده بود. با توجه به موفق بودن آموزش در این مطالعه (کاهش ۲۰ درصدی بارداریهای ناخواسته در عرض یک سال) استفاده از رسانه های اطلاعاتی و آموزش مداوم و دسترسی به درمانگاه اختصاصی تنظیم خانواده جهت پیشگیری از بارداریهای ناخواسته در گروه پر خطر مفید خواهند بود.

**کلید واژه ها:** حاملگی پرخطر، روش های تنظیم خانواده، بیماریهای زمینه ای

#### مقدمه

مادری وجود بیماری های مزمن قبل از حاملگی (آسم و بیماری های قلبی و یا دیابت و فشار خون) میباشد. درحضور این عوامل خطر، حاملگی میتواند خطرات جدی برای مادر (حتی مرگ) بخصوص درحضور بیماریهای قلبی زمینه ای ایجاد کند و یا منجر

حاملگی های پرخطر به مواردی اطلاق می شود که در آن، عوارض حاملگی برای مادر یا جنین بیش از یک حاملگی طبیعی باشد. (۱) موارد زیادی حاملگی را در رده پرخطر قرار می دهد که میتوان به عوامل مادری و جنینی اشاره کرد. از مهمترین عوامل

اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪ و شیوع حاملگی پرخطر حدود ۲۰٪/۴۶۴ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه ها از پایگاه های جمعیتی شهر ارومیه (جلیلی، آغداشت و شاهرخ آباد)، درمانگاه های مراکز آموزشی - درمانی طالقانی، امام خمینی و کوثر انتخاب شدند. با توجه به اینکه این ۳ مرکز بیشترین تعداد مراجعین را داشتند، نمونه ها از این ۳ مرکز انتخاب شدند.

ابتدا کارگاه آموزشی و توجیهی جهت همکاران در خصوص معرفی طرح، اهداف و طرق اجرا (نحوه جمع آوری اطلاعات، تکمیل پرسشنامه و پیگیری) تنظیم و اجرا شد.

خانم ها در سنین باروری بالای ۳۵ سال، داشتن سابقه بیماری زمینه ای دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و آسم به عنوان جامعه هدف انتخاب شدند و از آنها رضایت شفاهی گرفته می شد و توضیحات لازم در خصوص شرکت و خروج آزادانه داده شده بود. حضور هر فرد در ادامه پژوهش کاملاً آگاهانه و آزادانه بود.

بعد از انتخاب نمونه افراد شرکت کننده ضمن تکمیل پرسشنامه محقق ساخته سه قسمتی اطلاعات دموگرافیک و باروری، بیماریهای زمینه ای، روش تنظیم خانواده مورد استفاده به مدت ۵ ماه در کلاس های آموزشی انواع روشهای تنظیم خانواده در دسترس، نحوه و موارد استفاده از آنها با توجه به بیماری زمینه ای شرکت نمودند. طول مدت هر جلسه آموزشی در حدود ۳۰ دقیقه بود و هر شرکت کننده به طور متوسط ۲ بار در کلاس آموزشی شرکت کرده، در ضمن به سوالات اختصاصی شرکت کنندگان پاسخ داده شد. از درمانگاه های قلب و داخلی مراکز آموزشی - درمانی تابعه افراد واجد شرایط بعد از ویزیت متخصص مربوطه با دست داشتن فرم ارجاع (نوع بیماری، عوارض، داروهای مصرفی و...) جهت تکمیل پرسشنامه و شرکت در کلاسهای آموزشی به درمانگاه تخصص کوثر معرفی می شدند. روشهای تنظیم خانواده مناسب (بر اساس کتابهای مرجع و مقالات معتبر) برای بیماران توصیه و مشاوره لازم در رابطه با نحوه استفاده صحیح آن انجام می شد. بعد از یک سال مجدداً افراد بر اساس فرم ها (اطلاعات دموگرافیک، روش پیشگیری از بارداری قبل از مداخله، روش پیشگیری توصیه شده، استفاده و یا عدم استفاده و علت عدم استفاده و...) مورد بررسی مجدد قرار گرفته و بطور حضوری از بیماران اطلاعات جمع آوری شده و فرم پایش تکمیل می شد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا و صوری استفاده گردید بدین ترتیب که پرسشنامه به ۵ نفر از اساتید داده شد تا در مورد رسا بودن سهل بودن گویه ها و مرتبط بودن گویه بررسی گردد. در مورد اعتماد پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده گردید بدین صورت که پرسشنامه به ۱۰ نفر از واجدین شرایط داده شد و پس از ۱۰ روز مجدداً به همان افراد داده شد. ضریب همبستگی بدست آمده ۰/۹ بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار می گرفتند. در بررسی اطلاعات کیفی از آزمون آماری خی ۲

به حاملگی ناموفق مانند سقط، زایمان زودرس، اختلال رشد داخل رحمی ویا آنومالی های جنینی شود. بنابراین در مرحله ای از زندگی یک خانم احتیاج به یک روش تنظیم خانواده مناسب وجود دارد. تا بیمار آمادگی حاملگی پیدا کند. از طرف دیگر متاسفانه آمار حاملگیهای ناخواسته بالاست (۲). بدین ترتیب اگر این حاملگی ناخواسته در این افراد اتفاق بیفتد میتواند مخاطره آمیز باشد. بر طبق گزارش دکتر صدقیانی و همکاران میزان مرگ و میر مادران در استان آذربایجان غربی بین سالهای ۷۶-۷۴، ۳۸/۵ مورد در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بوده که شایعترین علل بترتیب خونریزی ۵۴/۶٪، فشارخون ۲۱/۲٪، عفونت ۶/۶٪، آمبولی ریه ۳/۳٪، بیماری قلبی زمینه ای (مرگ غیر مستقیم مادری) و ۱۲٪ علل ناشناخته بوده است (۳). شیوع دیابت در بالغین تا سنین ۴۰ سالگی بر طبق مطالعه Narayan از ۴/۹٪ در ۱۹۹۰ به ۶/۹٪ در سال ۱۹۹۹ افزایش یافته است و بنظرمی آید تا سال ۲۰۵۰، ۱۶۵٪ نیز افزایش یابد که این افزایش بعلت دیابت نوع دوم میباشد. که این نوع دیابت به عنوان (diaobesity) معروف شده است (۴). Schwarz نشان داد تنها ۴٪ زنان دیابتیک در مورد روشهای تنظیم خانواده مشاوره میشوند (۵). در حدود ۴٪ خانمها آسم مزمن دارند. شعله ورشدن حاد آسم و پنومونی در حدود ۱۰٪ علل غیر مامائی بستریهای بیمارستانی، حوالی زایمان را بخود اختصاص میدهند (۶). مطالعه Namazy و Schatz نشان داد که شیوع آسم در خانمها در حال افزایش میباشد (۷). آسم Status asthmatics شایعترین فرم جدی آسم که حدود ۰/۲٪ حاملگی ها را عارضه دار میکند (۸). طبق گزارش Hajjar و همکاران شیوع متوسط فشارخون در خانمهای ۳۹-۱۸ سال در سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ ۷/۲ در صد میباشد که باتوجه به آمار سالهای ۱۹۹۱-۱۹۸۸ که ۵/۱٪ بوده و بین سالهای ۱۹۹۴-۱۹۹۱، ۶/۱٪ گزارش شده بود در حال افزایش می باشد (۹). گرچه باروری در سالهای ۴۰-۳۵ رو به کاهش میباشد ولی هنوز این خانمها در خطر حاملگی های ناخواسته و بیماریهای مقاربتی میباشند (۱۰). HenShow نصف تمام حاملگی هارا در دهه پنج ناخواسته گزارش کرد که ۶۵٪ این حاملگی ها خاتمه داده شدند (۱۱).

با توجه به موارد بالا، افرادی که در خطر حاملگی پرخطر بودند مانند خانمهای دارای فشار خون، بیماری قلبی، آسم و سن بالای ۳۵ سال را انتخاب کردیم تا روشهای مناسب را برای آنها آموزش داده تا تاثیر آموزش در کاهش حاملگیهای ناخواسته و عاقبت حاملگی در این گروه را مطالعه کنیم.

## مواد و روش ها

مطالعه ای توصیفی و تحلیلی از نوع طولی بود. روش نمونه گیری هدمند (نمونه گیری آسان) بوده، بدین ترتیب که زنانی که بالای ۳۵ سال بوده و یا یک بیماری زمینه ای داشتند برای این مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی، با

و داده های کمی از تست تی استفاده شد و  $P < 0/05$  کمتر از  $0/05$  معنی دار تلقی شد.

## نتایج

در این بررسی ۴۶۴ خانم مورد مطالعه قرار گرفتند ۳۹۰ مورد دارای سن بالای ۳۵ سال و بدون بیماری زمینه ای بوده و ۷۴ بیمار دارای یکی از بیماریهای زمینه ای بودند. میانگین سن نمونه‌ها  $41 \pm 3/9$  سال که حداقل سن ۲۲ و حداکثر ۵۰ سال و میانگین سن همسران آنها  $44 \pm 5/9$  سال که حداقل ۲۵ و حداکثر ۷۰ سال بود. (جدول ۱) روشهای تنظیم خانواده استفاده شده در زنان تحت مطالعه به تفکیک بیماری زمینه ای در جدول شماره ۳ آورده شده است. بعد از یکسال ارزیابی  $72/6\%$  بیماران از روش های توصیه شده استفاده کرده بودند و  $27/2\%$  (۱۲۶ نفر) روش توصیه شده را استفاده نکرده بودند که علت آن در  $51/9\%$  مخالفت همسر و عدم رضایت وی،  $5/6\%$  عوارض جانبی،  $3/9\%$  عدم توجیه مناسب بیمار،  $3/9\%$  سایر علل مطرح شده بود (جدول ۲).

هفت بیمار در حال بررسی حامله شده بودند که دو مورد حاملگی خواسته ولی ۵ مورد ناخواسته بودند که هر پنج نفر به علت عدم استفاده از روش پیشنهادی حامله شده بودند، یکی از حاملگی های خواسته سقط شد و ۳ بیمار بعد از سقط و کورتاژ، توبکتومی شدند و هر ۷ مورد حاملگی در خانم های بالای ۳۵ سال و بدون مشکل زمینه ای بودند. در مصاحبه حضوری  $93/1\%$  (۳۳۲ مورد) از آموزش های داده شده رضایت داشتند،  $77/2\%$  (۳۵۷ نفر) آموزش را کافی و  $22/6\%$  آموزش را ناکافی ارزیابی کرده بودند.  $78\%$  افراد استفاده کننده از روشهای توصیه شده، از آموزش داده شده رضایت داشتند. همچنین  $82/9\%$  افرادی که از آموزش رضایت داشتند، آن را کافی ارزیابی کردند. افرادی که

آموزش را کافی ارزیابی کرده و رضایت داشتند از روشهای پیشنهادی استفاده میکردند. در بررسی بیماریهای زمینه ای ۲۳ مورد فشار خون داشتند. بیشترین تنظیم خانواده توصیه شده به این گروه وازکتومی همسر بود. هیچ مورد حاملگی در یک سال بررسی در اینها دیده نشد (جدول شماره ۲). ۲۲ مورد از نمونه های پژوهش به بیماری های قلبی مبتلا بودند. شایعترین تنظیم خانواده مورد استفاده قبل از آموزش OCP ( $3/8$ ) بود.  $59/1\%$  افراد این گروه روشهای توصیه شده را استفاده کرده بودند که هیچکدام در مدت بررسی حامله نشده بودند. ۱۸ مورد دیابت که یک سوم آنها اختلال عروقی مانند فشار خون، آترواسکلروزو بیماری ایسکمیک قلبی و زخم پا داشتند. بیشترین روش مورد استفاده در این گروه کاندوم ( $44/4\%$ ) و روشهای توصیه شده DMPA، وازکتومی، IUD و OCP بودند. ۱۱ نفر ( $61/1\%$ ) از روشهای توصیه شده استفاده کرده بودند. ۱۱ نفر با بیماری آسم که یک مورد همراه فشار خون بود بررسی شدند. بیشترین روش مورد استفاده در این بیماران ( $40\%$ ) OCP بود و روشهای توصیه شده DMPA، IUD، وازکتومی، TL و کاندوم بود که تمام بیماران روشهای پیشنهادی را استفاده کرده بودند ۳۹۰ نفر ( $84/1\%$ ) از نمونه ها خانم های بالای ۳۵ سال بدون بیماری زمینه ای بودند. تنظیم خانواده مورد استفاده بیشتر ( $42/1\%$ ) OCP بود.  $74/35\%$  افراد از روش های توصیه شده استفاده کرده بودند. بین افرادی که بیماری زمینه ای داشتند با آنها که بیماری زمینه ای نداشتند از لحاظ میزان مصرف روشهای جلوگیری از وسایل ضد بارداری تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p = 0/04$ ). بدین معنی که افرادی که بیماری زمینه ای داشتند بیشتر از وسایل پیشگیری استفاده کرده بودند. میانگین سنی گروهی که از آموزشها رضایت داشتند با ناراضیها تفاوت معنی داری نداشت ( $p = 0/54$ ).

جدول ۱: فراوانی زنان مورد مطالعه به تفکیک بیماری زمینه ای

افراد مورد مطالعه	فراوانی تعداد (درصد)	میانگین تعداد حاملگی	میانگین سن (سال $\pm$ SD)
سن بالای ۳۵	۳۹۰ (۸۴/۱)	۳ $\pm$ ۱	۴۰/۷ $\pm$ ۳/۵
فشار خون بالا	۷۴ (۵/۲۳)	۳ $\pm$ ۱	۴۱ $\pm$ ۴/۴
دیابت	۱۸ (۳/۹)	۳	۴۱ $\pm$ ۴/۹
بیماری قلبی	۲۲ (۴/۷)	۳ $\pm$ ۱	۳۹ $\pm$ ۶/۹
آسم	۱۰ (۲/۲)	۳	۳۰/۷ $\pm$ ۳
آسم و فشار خون	۲ (۰/۲)	۲	۴۲

جدول ۲: فراوانی و درصد علل عدم استفاده از روشهای تنظیم خانواده توصیه شده به تفکیک بیماری زمینه ای

افراد مورد مطالعه	عدم کفایت و رضایت از آموزش	مخالفت همسر	عوارض جانبی	موارد دیگر	مجموع موارد تعداد (درصد)
سن بالای ۳۵	۱۵	۵۱	۲۲	۱۵	۱۰۳ (۲۶/۴)
فشار خون بالا	۱	۶	۲	۱	۱۰ (۷/۷)
دیابت	۱	۵	۱	۰	۷ (۵/۴)
بیماری قلبی	۱	۴	۱	۲	۸ (۶/۲)
آسم	۰	۰	۰	۰	۰
آسم و فشار خون	۰	۱	۰	۰	۱ (۰/۷)
مجموع موارد	۱۸ (۱۳/۹)	۶۷ (۵۱/۹)	۲۶ (۲۰/۱)	۱۸ (۱۳/۹)	۱۲۹ (۱۰۰)

## بحث

با توجه به افزایش سن مادران در زمان بارداری، درمان بهتر بیمارانی که دارای بیماری زمینه ای می باشند، شیوع حاملگی پرخطر به نظر می رسد رو به افزایش می باشد (۱۲). ۲۰٪ حاملگی ها در آمریکا پرخطر محسوب می شوند (۱۳)، بطور کلی ۲۵-۱۰٪ حاملگی ها را می توان پرخطر دانست که بیش از نصف تمام مرگ و میرها و ناتوانی های پره ناتال در این حاملگی ها بروز می کند. علاوه بر آثار سوء بهداشتی، آثار اقتصادی این حاملگی ها نیز قابل بررسی است (۱۴). مطالعات انجام شده در ایران بر شیوع حاملگی پرخطر بین ۶۷-۵۲٪ گزارش شده است (۱۴)، با توجه به عوارض زیاد این حاملگی ها (۱۶، ۱۵)، لزوم برنامه های آموزشی جهت پیشگیری از حاملگیهای پرخطر بیش از پیش خود را نشان میدهد. یکی از روشهایی که میتواند در کاهش این حاملگیها موثر باشد آموزش روشهای پیشگیری از بارداری در زمان خاصی از زندگی می باشد. با توجه به شیوع بالای حاملگی ناخواسته در کشور (۲۲/۶٪ کل بارداری ها) و در مطالعه حاضر که ۳۲/۸٪ مشاهده شد، جایگاه آموزش روشهای تنظیم خانواده برای زوجین و بخصوص خانم هایی که دارای بیماری های زمینه ای بوده و استفاده از بعضی روش های تنظیم خانواده منع مصرف دارد، مشخص می شود (۱۷).

مطالعه palma همکاران نشان داد که ۲۹٪ خانم هایی که در خطر حاملگی ناخواسته هستند هیچ روش ضد بارداری مصرف نمی کنند (۱۸). در مطالعه ما ۲۳٪ افراد بالای ۳۵ سال، ۲۷/۸ بیمار دیابتی، ۴۰/۱٪ افراد مبتلا به فشار خون بالا، ۳۰٪ مبتلا به آسم و ۷/۲۲٪ مبتلایان به بیماری قلبی از روش withdrawal یا ریتمیک استفاده میکردند که با توجه به میزان شکست بالا و احتمال بالای حاملگی ناخواسته لزوم آموزش روشهایی با میزان شکست پایین را جهت جلوگیری از حاملگی پرخطر پررنگتر و با اهمیت بالا نشان میدهد. در مطالعه کشفی ۵۷/۹٪ بیمارانی که تعویض درپچه قلبی شده بودند در دوره بعد از عمل بارداری ناخواسته داشتند که ۸۱/۸٪ آنها از روش طبیعی استفاده میکردند (۱۹) در مطالعه ما بعد از آموزش، در یک سال تنها ۱۰/۸٪ حاملگی ناخواسته داشتیم که در مقایسه با ۳۲/۸٪ قبل از آن تاثیر آموزش مشخص است البته با توجه به اینکه ارزیابی ما بعد از یک سال بود شاید این کاهش به علت مدت زمان کمتر ارزیابی می باشد. در مطالعه حاضر ۲۷/۲٪ از زوجین از روش های تنظیم خانواده توصیه شده استفاده نکرده بودند که شایعترین علت آن مخالفت همسر بود چرا که بیشتر این موارد توجه به استفاده از روش های مردانه (کاندوم، وازکتومی) بود و از آنجا که همسر یک رل اساسی در تصمیم گیری در مورد نحوه و نوع مصرف موارد تنظیم خانواده دارد (۲۰، ۲۱، ۲۲) آموزش همسر نیز باید به همراه خانم انجام شود. در مطالعه ای در نپال نشان داده شد که سطح تحصیلات همسر نقش اساسی در استفاده از روشهای تنظیم خانواده مردان دارد. مردانی که آموزش های ثانویه دیده بودند با  $RR=1/6-2/1$  از روش های مردانه استفاده کردند. همچنین مردانی که حداقل ۶ کلاس بیشتر از زنانشان دارای تحصیلات بودند با  $RR=1/8-1/6$  از روش های مردانه استفاده کردند (۲۲).

در مطالعه دیگری که روی مصرف موارد تنظیم خانواده در خانم های سن بالای ۴۰ سال به صورت مروری انجام گرفت نشان داده شد که ترس از عوارض جانبی بیشتر از منافع آن باعث عدم استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری می شود (۲۳).

همسر رل مهمی در پذیرش و ادامه استفاده از روشهای تنظیم خانواده توسط زنان دارد (۲۷-۲۴)، Beckman و همکاران نشان دادند که مهمترین عامل در استفاده از دیافراگم، پذیرش جنس مذکر و فاکتورهایی در رابطه با آن می باشد (۲۴).

نتایج مطالعات بالا در راستای نتایج مطالعه حاضر بود. لذا آموزش همسر یک رل اساسی جهت استفاده از روشهای تنظیم خانواده و ادامه آن دارد. با توجه به معنی دار بودن استفاده از روشهای تنظیم خانواده در افرادی که بیماریهای زمینه ای داشتند در مقایسه با افراد سالم بالای ۳۵ سال، به نظر می آید گروهی که بیماری داشتند خطر حاملگی را بهتر درک کرده و به نظر می آید برای زنان بالای ۳۵ سال بدون عامل خطر آموزشهای بیشتری می بایست در نظر گرفته شود. البته ما در تمام مواردی که آموزش دادیم موفق نشدیم. از آنجا که آموزش یک عامل چند بعدی می باشد عوامل مختلفی در موفقیت آن دخیل هستند بنظر می آید که باید در این خصوص بیشتر مطالعه و ارزیابی انجام شود تا فاکتورهای دخیل شناسایی شده و تا حد امکان بتوانیم تاثیر آموزش را بالا ببریم. مورد مهم دیگری که باید در مورد روش های تنظیم خانواده و بیماریهای زمینه ای توجه کنیم استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری اورژانسی می باشد، در اکثر بیماریهای زمینه ای استفاده از این روشها مفید می باشد (۳۰-۲۸).

## نتیجه گیری

روشهای تنظیم خانواده یک اصل مهم و ضروری جهت هر جامعه سالم می باشد و جهت حفظ سلامت بانوان و فرزندان کاربرد صحیح استفاده از آنها مهم می باشد و از آنجائیکه حاملگی های پرخطر یکی از عوامل تهدید کننده جان مادر و جنین یا نوزاد می باشد بالاخص با وجود بیماری های همراه، استفاده مناسب از روش تنظیم خانواده را ایجاب می کند. از طرف دیگر باید همسر این خانمها تحت آموزش قرار گیرند تا در حیطه آموزش موفق شویم.

## تقدیر و تشکر

از معاونت بهداشتی و معاونت محترم فنی، جناب آقای دکتر اسلاملو، متخصص بهداشت مادر و کودک، جناب آقای دکتر رستم زاده متخصص قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، سرکار خانم دکتر نوری متخصص داخلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، سرکار خانم نائبی کارشناس ارشد مامائی کوثر، همکاران شاغل در واحد تنظیم خانواده بیمارستان امام خمینی و آغداشی - جلیلی و شاهرخ آباد که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

## References

- John T, Queenan, Catherine Y. Management of high-risk pregnancy: an evidence-based approach? In: Overview of high-risk pregnancy. 5<sup>th</sup> ed. Blackwell Pub, 2007; PP: 3.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC. Williams's obstetrics. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom K Contraception. Philadelphia, McGraw Hill Company, 2005; PP: 744-766.
- Sadagiani M, Golmammadlou S, Ayatollahi H, Ebrahimi M, Salari S. Maternal mortality duo to direct factors of delivery in West Azarbayjan in 2004-6. *Urmia Medical Journal* 2004; **13**(4): 275-279.
- Narayan KM, Boyle JP, Thompson TJ. Lifetime risk for diabetes mellitus in the Unitedsttes *JAMA* 2003; **5**: 290.
- Schwarz EB, Maselli J, Gonzales R. Contraceptive Counseling of Diabetic Women in Reproductive Age. *Obstetrics & Gynecology* 2006; **107**(5): 1070-1074.
- Pérez-Ríos M, Montes A. Methodologies used to estimate tobacco-attributable mortality: a review. *BMC Public Health* 2008; **22**: 8-22.
- Namazzy JA, Schatz M. Pregnancy and Asthma: recent developments. *Current opinion in pulmonary medicine* 2005; **11**(1): 56-60.
- Namazzy JA, Schatz M. Update in the treatment of asthma during pregnancy. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology* 2004; **26**(3): 139-148.
- Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States. *JAMA* 2003; **290**(2): 199-206.
- Zahiri Z, Sharami H, Faragi R, Asgharnia M. Survey the Association between Maternal Age and Pregnancy Outcome. *Gulan University of Medical Sciences Journal* 2007; **15**(60): 73-78.
- Henshow SK. Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives* 1998; **30**(1): 24-29.
- Sittner B, Defrain J, HuSDon D. Effects of high-risk pregnancy on families. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005; **30**(2): 121-126.
- Khosrovan SH. Survry of high risk pregnancy in Gonabad.L.M.S.U of research -scientific (Abstract book of Health and seminar) 2001.
- Soleimani L, Danesh A, Basari N, Abbaszadeh A, Arab M. Survey of high risk pregnancy in Mahdieh Hospital in Bam. *Journal of Shahr-Korde University of Medical Sciences* 2010; **8**(2): 67-73.
- Chaman R, Younesian M, Golestan B, HelakoeiNaeini K. Effect of high risk pregnancy in neonatal mortality in one sample of rural with cross sectional method. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008; **3**(3-4): 1-6.
- Kazemi SA, Kousha A, Tadayyon P, MousaviNasab N. A survey of causes and rate of unwanted pregnancy in 500 pregnant women of maternity hospitals in Zanjan, 2000. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2000; **9**: 37.
- SanaieNasab H, Rashidi Jahan H. Correlates of Unwanted Pregnancy among Pregnant Women attending Medical and Health Centers in Semnan, Iran. *HAYAT* 2009; **15**(2): 94.
- Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between Women at Higher and Lower Risk for an Unintended Pregnancy. *Women's Health* 2009; **19**(5): 306-312.
- Kashfi F, Tabatabaie MB, Khamoushi AJ, Hosseini S, Sadehpour. Methods of contraception in women with prosthetic heart valves in Shahid Rajaie Heart Center. *Journal of reproduction and fertility* 2006; **3**(6): 270-275.
- Dodoo FN. Men matter: additive and interactive gendered preferences and reproductive behavior in Kenya. *Demography* 1998; **35**(2): 229-242.
- Becker S. Couples and reproductive health: a review of couple studies. *Studies in Family Planning* 1996; **27**(6): 291-306.
- Gubhaju B. The Influence of Wives' and Husbands' Education on Contraceptive Method Choice in Nepal, 1996-2006. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009; **35**(4): 176-185.
- Roberts A, Noyes J. Contraception and women over 40 years of age: mixed-method (systematic review). *Journal of advance nursing* 2009; **65**(6): 1155-1170.
- Beckman LJ, Harvey SM, Thorburn S, Maher JE, Burns KL. Women's acceptance of the diaphragm: The role of relationship factors. *J Sex Res* 2006; **43**: 297-306.
- Kulczycki A. Husband-wife agreement, power relations and contraceptive use in Turkey. *Int Fam Plan Perspect* 2008; **34**(3): 127-137.
- Marchi NM, De Alvarenga AT, Osis MJ, Bahamondes L. Contraceptive methods with male participation: A perspective of Brazilian couples. *Int Nurs Rev* 2008; **55**: 103-109.
- McGaughran AL. Informed consent and emergency contraception. *Am Fam Physician* 2000; **62**(10): 2219-2220.
- Dehlendorf C, Levya K, Ruskinb R, Steinauerb J. Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care? *Contraception* 2010; **81**: 292-298.
- Bahadori F, Ayatollahi H, Yekta Z, Fallahi Sh, Fallahi V, Mehdi Oghli R. Emergency contraception awareness among women who attended the Family Planning Center. *Journal of Urmia Bimonthly Nurse and midwife* 2012; **3**(38): 321-325.
- Peyman N, Hidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnezhad A, Oakley D, Khodae G. Self-efficacy: does it predict the effectiveness of contraceptive use in Iranian women? *East Mediterr Health J* 2009; **15**(5): 1254-1262.