

مقایسه کیفیت زندگی استفاده‌کنندگان از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری

نصرت بهرامی^۱، زهرا کریمیان^۲، سمیه بهرامی^۳، مجتبی راجی^۴، مهناز نصرت آبادی^۵

چکیده

زمینه و هدف: انتخاب، پذیرش و رضایت از روش‌های مختلف جلوگیری از بارداری می‌تواند کیفیت زندگی زنان را متأثر سازد. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان استفاده‌کننده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی دزفول در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی ۵۲۵ زن مراجعه‌کننده به ۸ مرکز بهداشتی درمانی که به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند، انجام شد. کیفیت زندگی با پرسش‌نامه استاندارد ۲۶ سؤالی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی (WHQOL-BREF) سازمان جهانی بهداشت تعیین گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان گروه سنی ۱۶-۵۰ سال، عدم منع طبی استفاده از روش پیشگیری از بارداری و فاقد هر گونه بیماری طبی یا روحی شناخته‌شده در فرد بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشترین سطح کیفیت زندگی در بین زنان استفاده‌کننده از روش طبیعی (۲۹/۹ درصد) و کاندوم (۲۶/۳ درصد) بودند و کمترین کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به توبکتومی (۴/۲ درصد) و آمپول‌های تزریقی (۴/۹ درصد) بود. بین میزان کیفیت زندگی و نوع روش پیشگیری از بارداری ارتباط معناداری وجود داشت ($P=0/034$). همچنین افرادی که تعداد فرزندان بیشتری داشتند، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند ($P=0/001$ ، $t=0/23$). کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی ارتباط مستقیم داشت ($P=0/001$ ، $t=0/41$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که زنان استفاده‌کننده از روش‌های طبیعی و کاندوم بالاترین سطح کیفیت زندگی را دارند و لذا نیاز به آموزش توسط مشاوران تنظیم خانواده درباره این روشها پیشنهاد می‌شود.

کلید واژگان: کیفیت زندگی، روش‌های پیشگیری از بارداری، زنان.

۱-کارشناس ارشد مامایی.

۲-دانشجوی دکترای بهداشت باروری.

۳-دانشجوی کارشناس آمار.

۴-دانشجوی پرستاری.

۵-دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی.

۱-گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران.

۲-گروه بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۳-دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۴-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران.

۵-دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

*نویسنده مسؤول:

سمیه بهرامی؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۳۴۱۰۱۹۶

Email: Bahramin@dums.ac.ir

مقدمه

امروزه تنظیم خانواده به عنوان یک اصل اساسی زندگی بشر در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که تنظیم خانواده جزء مهمی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه محسوب می‌شود، به ندرت می‌توان کشوری یافت که در برنامه‌ریزی خود سیاست جمعیتی ویژه طراحی نکرده باشد (۱). تنظیم خانواده طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، اتخاذ یک سیاست جمعیتی از سوی خانواده است که داوطلبانه و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسؤولانه توسط والدین، به خاطر ارتقای تندرستی و بهزیستی اعضای آن به مورد اجرا گذارده می‌شود. پیشگیری از بارداری عامل کلیدی برای یک زندگی ارزشمند از لحاظ فردی، اجتماعی و اقتصادی، هم برای زنان و هم برای مردان می‌باشد و از طرف دیگر، ضامن سلامتی زنان و رفاه کودکان می‌باشد (۲). از اهداف مهم تنظیم خانواده می‌توان به کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان، کاهش سوء تغذیه مادران و کودکان، کاهش حاملگی ناخواسته و کاهش سقط‌های عمدی، آموزش بهتر خانواده، بهبود وضع مالی خانواده، تضمین ثبات خانواده، افزایش مشارکت اجتماعی-اقتصادی زنان، تأمین بهتر خدمات و تسهیلات عمومی برای افراد و کاهش رشد جمعیت و ... اشاره کرد (۱). تجربه شخصی زنان و درک آن‌ها از چگونگی روش‌های پیشگیری از بارداری به-طور بالقوه بر کیفیت زندگی، سلامت جنسی و همچنین بر تصمیم‌گیری آن‌ها درباره انتخاب وسیله پیشگیری از بارداری تأثیر می‌گذارد (۳). تنظیم خانواده و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری تأثیر مهمی بر کیفیت زندگی زنان دارد (۴). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که عملکرد جسمی، روحی- روانی، اجتماعی و معنوی فرد را دربرمی‌گیرد و می‌تواند تحت تأثیر اعتقادات سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و معنوی فرد قرار گیرد (۵). کیفیت زندگی در بررسی‌های پزشکی به‌عنوان نشانه کیفیت

مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شود و به‌عنوان بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌شود و بایستی از زوایای مختلف آن را سنجید (۶). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت شامل ادراک افراد است از موقعیتشان در زندگی و در متن فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، ارتباطات، نیازها و عقایدشان شکل می‌گیرد. تعیین مفهوم کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن برای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، پژوهش، ارزشیابی و تصمیم‌گیری کارکنان بالینی بسیار مهم است (۷). کیفیت زندگی احساس خوب بودن است و از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم است، ناشی می‌شود و شامل حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی- اجتماعی، روحی- روانی و خانوادگی می‌شود (۸). عوامل مختلفی روی کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند از جمله استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری روی کیفیت زندگی افراد مؤثر می‌باشد (۴). کیفیت زندگی با پیشرفت اقتصادی اجتماعی و بهبود سطح زندگی اهمیت پیدا می‌کند. استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تأثیر مهمی بر کیفیت زندگی زنان دارد (۴). قضاوت درباره اثربخشی روش‌های پیشگیری از بارداری، وقتی که زنی تصمیم به استفاده از روش پیشگیری از بارداری می‌گیرد، اهمیت پیدا می‌کند (۹). استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری توسط زنان و انتخاب روش بر رضایت آن‌ها تأثیر زیادی می‌گذارد؛ به-طوری‌که تجربه ذهنی فرد را تحت نفوذ خود قرار می‌دهد و بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بسزایی می‌گذارد. قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به دلیل تأثیر بر سطوح هورمون‌های جنسی بر فعالیت جنسی زن تأثیر می‌گذارند و همچنین این قرص‌ها با سطح کمتر تستوسترون در کاهش تحریک جنسی مؤثر هستند. قرص‌های خوراکی پیشگیری

زندگی استفاده‌کنندگان از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی دزفول در سال ۱۳۹۳ انجام دهند.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر دزفول در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی دزفول بود. حجم نمونه با توجه نتایج مطالعه راهنما و استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعداد ۷۵ نفر در هر روش استفاده‌کننده روش‌های پیشگیری از بارداری تعیین شد و نظر به اینکه حداقل به ۷ روش پیشگیری از بارداری در کتب تخصصی زنان و مامایی اشاره شده است و هدف مطالعه، مقایسه کیفیت زندگی در روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری بود؛ لذا این حجم نمونه در کل برابر ۵۲۵ نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری شامل مصرف‌کنندگان قرص-های ترکیبی پیشگیری از بارداری، آمپول‌های تزریقی، وسایل داخل رحمی، کاندوم، توبکتومی، وازکتومی و روش طبیعی بودند.

محققین برای انتخاب مراکز بهداشتی، نقشه شهر دزفول را به چهار منطقه جغرافیایی تقسیم کردند. سپس از هر منطقه، یک مرکز بهداشتی درمانی به‌طور تصادفی (به قید قرعه) انتخاب گردید. در داخل هر مرکز برای انتخاب افراد جامعه پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا لیست افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه مشخص گردید و سپس از بین این افراد، تعداد افراد نمونه به‌طور تصادفی (با جدول اعداد تصادفی) انتخاب شدند. از هر مرکز به تناسب افراد تحت پوشش

از بارداری اثرات نامطلوبی بر روان فرد مثل خلق افسرده و تحریک‌پذیری نیز دارند و شیوع این تغییرات خلق را بین ۴۰-۵ درصد گزارش کرده‌اند. بهبود رضایت جنسی بعد از لوله بستن زن ناشی از ثبات و اعتماد این روش می‌باشد که باعث کاهش استرس روانی و بنابراین افزایش لذت در طول رابطه جنسی می‌شود (۱۰). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ در روستاهای چین انجام شد نمره کیفیت زندگی زنان استفاده‌کننده از قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری و وسایل داخل رحمی نسبت به قبل از استفاده افزایش معناداری نشان داد (۴). درحالی‌که در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ در هند انجام شد نمره کیفیت زندگی پس از استفاده وسایل پیشگیری از بارداری نسبت به قبل از استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری تغییر معناداری نشان نداد (۱۱). اطلاعات اندکی در زمینه تأثیر روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی موجود می‌باشد (۱۰) و از آنجایی‌که انتخاب، پذیرش و رضایت از روش‌های مختلف جلوگیری از بارداری متأثر از آن، روی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان اثر دارد (۱۲).

علی‌رغم اهمیت بالای کیفیت زندگی افراد استفاده‌کننده از وسایل پیشگیری از بارداری و به‌علت تغییر در بهداشت جسمی و روانی انسان پس از استفاده از آن‌ها، توجه ناکافی به آن مهم کاملاً مشهود است. با توجه به نقش مهمی که کیفیت زندگی زنان در سلامت اعضای خانواده و جامعه دارد. همچنین به دلیل نتایج ضد و نقیض مطالعات فوق و به‌علت شیوع استفاده از این وسایل در سطح وسیع، لازم است تحقیقات متعددی در زمینه کیفیت زندگی این زنان خصوصاً در مناطق با فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف و دارای دیدگاه‌های مختلف پذیرش این وسایل انجام گیرد تا بتوان راهکارهای لازم را در زمینه انجام مشاوره و آموزش-های مناسب در راستای انتخاب صحیح روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری اتخاذ نمود. بنابراین دلایل، محققین بر آن شدند تا پژوهش حاضر را با هدف مقایسه کیفیت

مطالعات متعددی در جهان هنجاریابی شده است. روایی مشخصات دموگرافیک و فرم مقیاس کوتاه کیفیت زندگی از طریق روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دزفول تأیید شد. در پژوهش‌های پیشین این پرسش‌نامه روان‌سنجی شده و پایایی آن از طریق همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۳، به روش دو نیمه کردن ۰/۷۸ و به روش بازآزمایی ۰/۷۸ محاسبه گردید و اعتبار محتوا و اعتبار صوری آن تأیید شد (۱۳). جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه مقیاس کوتاه کیفیت زندگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی آن به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمد. برای توصیف نمونه‌ها و تعیین میزان کیفیت زندگی زنان از نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی مانند آزمون‌های کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه و چند طرفه استفاده شد. سطح معناداری کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه $33/8 \pm 5/1$ سال (۱۶-۴۵ سال)، میانگین مدت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری $8/4 \pm 5/7$ سال (حداقل ۹ ماه و حداکثر ۲۲ سال) بود. سایر اطلاعات دموگرافیک افراد تحت مطالعه در جدول ۱ ذکر شده‌اند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار حیطه‌های کیفیت زندگی بر اساس روش پیشگیری از بارداری زنان شرکت‌کننده در مطالعه را نشان می‌دهد. بالاترین میزان امتیاز کیفیت زندگی را حیطه سلامت روان‌شناختی و کمترین میزان امتیاز را حیطه سلامت جسمانی کسب کرد. نتایج آزمون آماری بین گروه‌های بر اساس نوع روش پیشگیری از بارداری و مؤلفه‌های کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0/001$).

آن مرکز حجم‌های نابرابر انتخاب شد. پس از ارائه معرفی‌نامه از معاونت محترم پژوهشی به مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی و کسب موافقت ایشان، پژوهشگر به مراکز فوق مراجعه کرده و زنانی را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند به روش تصادفی انتخاب نمودند. رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ گردید و به‌منظور محرمانه بودن اطلاعات، در برگه‌های پرسش‌نامه نام افراد ذکر نشد. داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی در پرسش‌نامه دو قسمتی ثبت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان گروه سنی ۱۶-۵۰ سال، عدم منع طبی استفاده از روش پیشگیری از بارداری و فاقد هر گونه بیماری طبی یا روحی شناخته‌شده در فرد بودند. قسمت اول پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک شامل سؤالاتی برای توصیف مشخصات فردی واحدهای پژوهش بود. ده سؤال مربوط به متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، شغل واحدهای پژوهش و همسران آنان، میزان تحصیلات، طول مدت ازدواج، روش پیشگیری از بارداری و مدت استفاده از روش، وضعیت اقتصادی، نوع زایمان و تعداد فرزند بود. قسمت دوم پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی (WHQOL-BREF) سازمان جهانی بهداشت بود. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۶ سؤال که پاسخ‌های این آزمون بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم، کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. این پرسش‌نامه شامل دو سؤال کلی درباره کیفیت زندگی و سلامت عمومی و چهار حیطه سلامت جسمی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال)، سلامت محیطی (۸ سؤال) می‌باشد (۱۳، ۱۴). با استناد به مقالاتی که از این آزمون استفاده کرده‌اند، این نمره با تبدیل به مقیاس صفر تا ۱۰۰، کیفیت را به ۴ سطح ضعیف (۰-۲۴/۹)، متوسط (۲۵-۴۹/۹)، خوب (۵۰-۷۴/۹) و عالی (۷۵-۱۰۰) تقسیم شد. این پرسش‌نامه به چندین زبان از جمله زبان فارسی ترجمه شده است و در

ازدواج و میانگین مدت استفاده از روش پیشگیری از بارداری با کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود داشت که این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($P=0/001$, $r=-0/18$)؛ به طوری که با افزایش طول مدت ازدواج و افزایش مدت استفاده از روش پیشگیری از بارداری کیفیت زندگی زنان کاهش یافته بود. همچنین افرادی که تعداد فرزندان بیشتری داشتند، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند ($P=0/001$, $r=0/23$). کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی ارتباط مستقیم داشت ($P=0/001$, $r=0/41$). به عبارت دیگر، افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند، نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و پایین، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند.

میزان کیفیت زندگی را در زنان استفاده‌کننده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری را جدول ۳ نشان می‌دهد. به طوری که بیشترین سطح کیفیت زندگی در بین استفاده‌کنندگان انواع روش‌های پیشگیری از بارداری به ترتیب مربوط به زنان استفاده‌کننده از روش طبیعی (۲۹/۹ درصد) و کاندوم (۲۶/۳ درصد) بود و کمترین کیفیت زندگی روش مورد استفاده به ترتیب مربوط به توبکتومی (۴/۲ درصد) و آمپول‌های تزریقی (۴/۹ درصد) بود. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین سن زنان، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان آنان در سه گروه با کیفیت زندگی کم، متوسط و بالایی متفاوت بود؛ به طوری که میانگین سنی زنانی که کیفیت زندگی بیشتری داشتند، کمتر از میانگین سنی آنان در سایر گروه‌ها بود. نتایج آزمون آماری پیرسون نیز نشان داد بین میانگین طول مدت

جدول ۱: توصیف مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
شغل زنان	۴۸۵	۹۲/۳
کارمند	۴۰	۷/۷
کارگر	۲۰۶	۳۹/۲
کارمند	۱۹۵	۳۷/۱
آزاد	۹۷	۱۸/۵
بیکار	۲۷	۵/۲
سطح تحصیلات	۳۷۳	۷۱/۱
کمتر از ۱۲ سال	۱۵۲	۲۸/۹
بیشتر از ۱۲ سال	۲۵۹	۴۹/۳
طول مدت ازدواج (سال)	۲۶۶	۵۰/۷
بیشتر از ۱۲ سال	۱۱۲	۲۱/۳
وضعیت اقتصادی -	۴۱۳	۷۸/۷
خوب	۳۴۸	۶۶/۲
متوسط	۱۷۷	۳۳/۸
اجتماعی	۳۸۴	۷۳/۱
روش زایمان	۱۴۱	۲۶/۹
طبیعی		
سزارین		
تعداد فرزند		
کمتر از ۳		
بیشتر از ۳		

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حیطه‌های کیفیت زندگی بر اساس روش پیشگیری از بارداری

سلامت جسمانی	سلامت روان‌شناختی	روابط اجتماعی	محیط زندگی	
۱۴/۷±۱/۸	۱۵/۴±۲/۵	۱۳/۹±۱/۴	۱۴/۷±۱/۳	روش طبیعی
۱۳/۹±۲/۱	۱۳/۹±۲/۱	۱۴/۴±۱/۸	۱۵/۱±۱/۸	کاندوم
۱۲/۱±۱/۵	۱۴/۲±۱/۵	۱۳/۷±۲/۱	۱۲/۹±۱/۱	قرص‌های ترکیبی
۱۱/۲±۱/۱	۱۳/۲±۱/۴	۱۱/۱±۱/۵	۱۳/۱±۱/۵	آمپول‌های تزریقی
۱۳/۷±۲/۴	۱۲/۵±۲/۴	۱۱/۴±۱/۱	۱۲/۲±۱/۱	وسایل داخل رحمی
۱۰/۹±۲/۸	۱۲/۴±۳/۱	۱۰/۲±۱/۷	۱۱/۹±۲/۴	توبکتومی
۱۲/۱±۱/۶	۱۱/۷±۱/۳	۱۱/۹±۲/۸	۱۲/۲±۱/۲	واژکتومی
P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۳: توزیع فراوانی کیفیت زندگی زنان شرکت‌کننده در مطالعه

کیفیت زندگی عالی	کیفیت زندگی خوب	کیفیت زندگی متوسط	
(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
۵۶ (۲۹/۹)	۱۵ (۵/۵)	۴ (۶/۰)	روش طبیعی
۴۹ (۲۶/۳)	۱۹ (۶/۹)	۷ (۱۰/۶)	کاندوم
۲۱ (۱۱/۳)	۴۵ (۱۶/۵)	۹ (۱۳/۶)	قرص‌های ترکیبی
۹ (۴/۹)	۵۳ (۱۹/۵)	۱۳ (۲۰/۰)	آمپول‌های تزریقی
۱۹ (۱۰/۱)	۴۴ (۱۶/۲)	۱۲ (۱۸/۲)	وسایل داخل رحمی
۸ (۴/۲)	۵۴ (۱۹/۷)	۱۳ (۲۰/۰)	توبکتومی
۲۵ (۱۳/۳)	۴۳ (۱۵/۷)	۷ (۱۰/۶)	واژکتومی
۱۸۷ (۱۰۰)	۲۷۳ (۱۰۰)	۶۵ (۱۰۰)	جمع

از آنجا که تعداد موارد کیفیت زندگی ضعیف کم بود در کیفیت زندگی متوسط ادغام شد.

بحث و نتیجه‌گیری

بارداری نسبت به عدم استفاده‌کنندگان آن‌ها بهتر بود و بالاترین نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمی را مصرف‌کنندگان آمپول‌های تزریقی و توبکتومی و کمترین نمره را مصرف‌کننده قرص‌های ترکیبی داشتند (۳). شاید علت اختلاف حجم نمونه متفاوت، تفاوت‌های فردی و فرهنگی حاکم بر جامعه، پرسش‌نامه‌های مختلف مورد استفاده ارزیابی کیفیت زندگی و اعتقادات افراد باشد. ژائو و همکاران در سال ۲۰۰۹ در چین نشان دادند رضایت کلی،

هر چند مطالعات زیادی بر روی کیفیت زندگی صورت گرفته است، اما مطالعات اندکی به بررسی رضایت روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری پرداخته است. یافته‌های مطالعه نشان داد که بالاترین میزان نمره کیفیت زندگی را حیطه سلامت روان‌شناختی و کمترین آن را حیطه سلامت جسمانی کسب کرد. ویلیامز و همکاران در مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا گزارش کردند که کیفیت زندگی روانی در استفاده‌کنندگان از روش پیشگیری از

عاطفی کمتری در ارتباطشان دارند؛ از لحاظ جنسی فعال-تر بوده و از کاندوم استفاده کرده و رضایت جنسی بیشتری را گزارش کردند (۱۷). علت این مغایرت‌ها شاید مربوط به نوع و تعداد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، حجم متفاوت نمونه‌ها و اختلافات فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی باشد.

مطالقات نتایج این مطالعه، میانگین سن زنان، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان آنان در سه گروه با کیفیت زندگی کم، متوسط و بالا متفاوت بود. به طوری که زنان با کیفیت زندگی بالاتر، میانگین سنی کمتری داشتند. ماتسوماتو در سال ۲۰۰۷ در مطالعه‌ای با عنوان "تأثیر استفاده از قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری بر کیفیت زندگی زنان ژاپنی" نشان می‌داد که نمره کیفیت کلی زندگی در همه گروه‌های سنی به جز گروه سنی ۳۱-۳۵ سال، در بیشتر حیطه‌ها افزایش معناداری داشته است (۱۸). شاید در زنان این گروه سنی معیارهای مهم برای رسیدن به رضایت، عوامل مرتبط با احساس عاطفی، آرامش و عواملی از قبیل احساس امنیت با شریک جنسی هستند؛ در حالی که در زنان جوان‌تر تجربیات فیزیکی اهمیت بیشتری دارند.

نتایج این تحقیق نشان داد که بین میانگین طول مدت ازدواج و میانگین مدت استفاده از روش پیشگیری از بارداری با کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد که این ارتباط از نظر آماری معنادار بود؛ به طوری که با افزایش طول مدت ازدواج و افزایش مدت استفاده از روش پیشگیری از بارداری کیفیت زندگی زنان کاهش یافته بود. نتایج مطالعه کاربوسو و همکاران در سال ۲۰۱۴ با عنوان "تأثیر استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بر کیفیت زندگی جنسی زنان ۱۸ تا ۳۲ سال" نشان داد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تأثیر بسیار زیادی در افزایش معنادار در نمره کیفیت زندگی جنسی داشته است (۱۹). شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که با افزایش سن در

سلامت جسمانی، سلامت روانی و کلی زنان با شروع استفاده از قرص‌های ترکیبی وسایل داخل رحمی افزایش معناداری نشان داد؛ گرچه در افرادی که از وسایل داخل رحمی استفاده می‌کردند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به استفاده‌کنندگان از قرص‌های ترکیبی داشتند (۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشترین کیفیت زندگی در بین استفاده‌کنندگان انواع روش‌های پیشگیری از بارداری به ترتیب مربوط به روش طبیعی و کاندوم بود و در میان آنها کمترین کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به توبکتومی و آمپول‌های تزریقی بود. طبق نتایج یک مطالعه در چین در استفاده‌کنندگان روش‌های پیشگیری از بارداری و پیگیری آنها نشان دادند که هیچ‌یک از روش‌های پیشگیری (قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری، آمپول‌های تزریقی، وسایل داخل رحمی و توبکتومی) تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان نداشت (۱۲). محققان در هلند یافتند که کیفیت زندگی زنان دارای وسایل داخل رحمی هورمونی بهتر از استفاده‌کنندگان وسایل داخل رحمی غیر هورمونی و عدم استفاده‌کنندگان آنها است. علت احتمالی این مسأله را به تأثیر هورمون‌ها بر عوارض شایع وسایل داخل رحمی ذکر کردند (۱۵). در حالی که گلوم و همکاران در مطالعه‌ای بر روی زنان ترکیه به این نتیجه رسیدند که زنان با توبکتومی کمترین میزان کیفیت زندگی را در بین سایر مصرف‌کنندگان داشتند. در این مطالعه، احساس عقیمی و نازایی در زنان علت اصلی کاهش کیفیت زندگی بود (۱۶).

تفاوت انگیزه در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. وجود بعضی عوارض پایدار مثل لکه‌بینی مداوم در زنان استفاده‌کننده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زمان انتخاب روش بر سلامت و کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی دارد (۳). اسلاندر و همکارانش معتقد هستند افرادی که به طور کل روابط بهتری با همسرانشان داشته و حساسیت

اقتصادی متوسط و پایین، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند. به نظر می‌رسد خانواده‌هایی که از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردارند، کمتر درگیر مشکلات روحی ناشی از آن شده و از نظر روابط جنسی شاداب‌تر و راضی‌تر هستند.

با توجه به این که تنظیم خانواده از خصوصی‌ترین مسایل زندگی زناشویی محسوب می‌شود و نیز به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی در جامعه ما ممکن است افراد به راحتی قادر به صحبت در این مورد نباشند.

نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی زنان استفاده‌کننده از روش‌های پیشگیری از بارداری کاهش یافته است و دلایل این کاهش می‌تواند عواملی از قبیل آگاهی کم، استفاده نادرست از وسایل، تأثیر هورمون‌های موجود در این روش‌ها، سهل‌انگاری در استفاده از آن‌ها و نگرانی درباره مصرف صحیح آن‌ها باشد. لذا ضرورت ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی و یا آموزش‌های سطوح سلامت و مشاوره صحیح احساس می‌گردد. نتایج این پژوهش می‌تواند جهت ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده در اختیار مدیران بهداشتی و صاحب‌نظران این حرفه قرار گیرد.

قدردانی

این مقاله حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول با کد DUR100 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول به دلیل تصویب این طرح تحقیقاتی و پرداخت بودجه آن و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

نزدیک به یائسگی و با وجود مشکلات زندگی، کاهش در کیفیت زندگی زوجین و حتی کاهش میل جنسی به وجود می‌آید. در این راستا دی کارلو و همکاران در سال ۲۰۱۴ در مطالعه‌ای با عنوان "تأثیر استفاده از روش پیشگیری از بارداری (کاشت ایمپلنت) بر روی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان" انجام دادند و نشان دادند که ایمپلنت تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی در ۳ ماه اول در حیطه‌های سلامت عمومی و وضعیت فیزیکی و افزایش نسبی در وضعیت اجتماعی، سلامت روانی و نقش عاطفی در ۶ ماه بعد داشته است (۲۰).

نتایج این مطالعه نشان داد افرادی که تعداد فرزندان بیشتری داشتند، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند. همچنین اواسارالا و همکاران در پژوهشی با هدف ارزیابی کیفیت زندگی در استفاده‌کنندگان وسایل تنظیم خانواده در منطقه کریمنگر هند نشان دادند که تعداد استفاده‌کنندگان از وسایل تنظیم خانواده در خانواده‌های کوچک به‌طور معناداری بیشتر از خانواده‌های بزرگ بود و اما تفاوت در نمره کیفیت زندگی بین خانواده‌های کوچک و خانواده‌های بزرگ معنادار نبود (۱۱). در برخی زوجین، استفاده از روش‌های عقیمی نگرانی درباره بارداری ناخواسته را برطرف کرده و این موضوع می‌تواند تأثیر به‌سزایی در افزایش رضایت جنسی و کیفیت زندگی داشته باشد. افزایش تعداد فرزندان تا حدودی فرصت اضافی آن‌ها را برای پرداختن به امور غیر ضروری کاهش می‌دهد و چه بسا با گذشت زمان سبب ایجاد ارتباط قوی بین اعضای خانواده و میان زوجین گردد و احتمال افسردگی‌ها و ناراحتی‌های روحی را کاهش دهد.

مطابق با نتایج این تحقیق، کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی ارتباط مستقیم داشت. به عبارت دیگر، افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند؛ نسبت به افراد با وضعیت

- 1-Amiri M, Kasaeian A. Study of family planning service providers' knowledge about and attitude toward pregnancy prevention methods. *Knowledge & Health* 2009; 4 (1): 24-9.
- 2-Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2010; 24: 209–22.
- 3-Williams SL, Parisi SM, Hess R, Schwarz EB. Associations between recent contraceptive use and quality of life among women. *Contraception* 2012 March; 85(3): 282–7.
- 4-Zhao J, Li Y, Wu Y, Zhou J, Ba Lei, Gu X, et al. Impact of different contraceptive methods on quality of life in rural women of the Jiangsu province in China. *Contraception* 2009; 80: 180–6.
- 5-Ioannidis G, Gordon M, Adachi JD. Quality of life in osteoporosis. *Nurs Clin North Am* 2001; 36(3): 481-9.
- 6-Bahrami N, Simbar M, Bahrami S. The effect of prenatal education on mother's quality of life during first year postpartum among Iranian women: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril* 2013; 7(3): 177-82.
- 7-Stromberg M, Olsen Sh. Instruments for Clinical Health-Care Research. Boston: Jones and Bartlett Publisher. 2004; 23-40.
- 8-Sammarco A. Perceived social support, uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 2001; 24(3): 212-9.
- 9-Kallner HK, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K. Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey. *PLoS ONE* 2015; 10(5): e0125990. Doi: 10.1371/journal.pone.0125990
- 10-Lia RHW, Lo SST, Teh DKG, Tong NC, Tsui MHY, Cheung KB, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception* 2004; 70: 474–82
- 11-Avasarala K. Quality-of-life Assessment of Family Planning Adopters through User Perspectives in the District of Karimnagar. *Indian Journal of Community Medicine* 2009; 34(1): 24-8.
- 12-Li RH, Lo SS, Teh DK. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception* 2004; 70(6):474–82.
- 13-Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 61.
- 14-Bahrami N, Karimian Z, Bahrami S, Bolbolhaghghi N. Comparing the postpartum quality of life between six to eight weeks and twelve to fourteen weeks after delivery in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014 Jul; 16(7).
- 15-Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of Quality of Life and Sexual Functioning of Women Using Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Contraceptive System – Mirena. *Collegium Antropologicum* 2008; 4:1059–68.
- 16-Gulum M, Yeni E, Sahin MA, Savas M, Ciftci H. Sexual functions and quality of life in women with tubal sterilization. *Int J Impot Res* 2010; 22:267–71.
- 17-Auslander BA, Rosenthal SL, Fortenberry JD, Biro FM, Bernstein DI, Zimet GD. Predictors of sexual satisfaction in an adolescent and college population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007 Feb; 20(1):25-8.
- 18-Matsumoto Y, Yamabe S, Ideta K, Kawabata M. Impact of use of combined oral contraceptive pill on the quality of life of Japanese women. *J Obste Gynaecol Res* 2007; 33(4): 529–35.
- 19-Carusio S1, Cianci S, Malandrino C, Cicero C, Lo Presti L, Cianci A. Quality of sexual life of women using the contraceptive vaginal ring in extended cycles: preliminary report. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014; 19(4):307-14.
- 20-Di Carlo C1, Sansone A, De Rosa N, Gargano V, Tommaselli GA, Nappi C. Impact of an implantable steroid contraceptive (etonogestrel-releasing implant) on quality of life and sexual function: a preliminary study. *Bifulco GGynecol Endocrinol*. 2014 Jan; 30(1):53-6.

Comparison of Quality of Life of Women on Different Methods of Contraception

Nosrat Bahrami¹, Zahra Karimian², Somayeh Bahrami^{3*}, Mojtaba Raji⁴, Mahnaz Nosratabadi⁵

1-M.Sc of Midwifery.

2-PhD Student in Reproductive Health.

3-Master Students of Biostatistics.

4-Bachelor Students of Nursing.

5-MSc Students of Counseling in Midwifery.

1-Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.

2-Department of Reproductive Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

3-Department of Biostatistics, Faculty of Health, Student Research Committee, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.

5-MSc Students of Counseling in Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Somayeh Bahrami; Department of Biostatistics, Faculty of Health, Student Research Committee, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +986142429532

Email: Bahrami.n@Dums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: The choice, acceptance and satisfaction of women with different types of contraceptive methods would affect their quality of life. The aim of this study was to compare women's quality of life on different methods of contraception among clients referred to health centers in Dezful city in 2014.

Subjects and Methods: This descriptive cross-sectional study was carried out among 525 women in 8 health centers of Dezful city in 2014 using cluster random sampling method. Inclusion criteria included women aged 16-50 years, no medical contraindications to use contraception and have no known medical condition or mental illness. Quality of Life was assessed with short scale World Health Organization Quality of Life (WHQOL-BREF) form. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics using SPSS-PC (v.20).

Results: The highest level of quality of life was found among using withdrawal (29/9%) and condom (26/3%); and the least level of quality of life were among using Tubal Ligation (4/2%) and Depot Medroxyprogesterone acetate (4.9%). There is a significant correlation between the mean quality of life and the use of contraception method ($P=0.034$). Those who had more children a higher quality of life was reported ($r=0.23$, $P=0.001$). There was a direct correlation between the mean quality of life with socioeconomic status ($r=0.41$, $P=0/001$).

Conclusion: The findings revealed women using withdrawal and condom methods have highest level of quality of life. Accordingly, executing family planning training programs for counselors regarding the suitable choice of contraceptive method considering women's quality of Life is recommended.

Keywords: Quality of life, Contraceptive Methods, Women.

►Please cite this paper as:

Bahrami N, Karimian Z, Bahrami S, Raji M, Nosratabadi M. Survey of Comparative of Women Quality of Life with Different Methods of Contraceptive. Jundishapur Sci Med J 2016;15(4):443-452.

Received: Oct 17, 2015

Revised: June 6, 2016

Accepted: June 29, 2016