

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: بیان مسئله و اهداف و سؤالات و فرضیات
.....	بیان مسئله
.....	اهداف طرح
.....	۱- هدف اصلی
.....	۲- هدف جزئی
.....	۳- سؤالات
.....	۴- فرضیات
	فصل دوم: بررسی متون
.....	لزوم آگاهی جامعه در مورد پیشگیری اضطراری از بارداری (EC)
.....	تاریخچه روشهای EC
.....	روشهایی که می توان جهت EC به کار برد.
.....	مکانیسم اثر در روشهای EC
.....	میزان مجاز استفاده از روشهای EC
.....	عوارض استفاده از روشهای EC

موارد منع مصرف استفاده از روشهای EC

مطالعات مشابه انجام شده

فصل سوم: روش بررسی

جدول فهرست و مشخصات متغیرهای تحقیق

نوع مطالعه

جمعیت مورد مطالعه

الف) تعریف جامعه مورد مطالعه

ب) معیارهای ورود و حذف از مطالعه

ج) روش نمونه گیری

حجم نمونه و شیوه محاسبه آن

مکان و زمان انجام مطالعه

روش جمع آوری داده ها و اجرای طرح

روش تجزیه و تحلیل داده ها

مشکلات و محدودیتها

فصل چهارم: نتایج

نتایج

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooen.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

..... بحث و نتیجه گیری

..... پیشنهادات

..... منابع

www.kandooen.com
www.kandooen.com
www.kandooen.com

فهرست جداول و نمودارها

صفحه

عنوان

- جدول و نمودار شماره (۱): توزیع فراوانی سنی افراد مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۲): توزیع وضعیت تأهل افراد مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۳): توزیع فراوانی جنسی افراد مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۴): توزیع فراوانی سابقه طبابت افراد مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۵): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC برحسب سن در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۶): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC برحسب جنس در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۷): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC برحسب وضعیت تأهل در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۸): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC برحسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۹): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC بر حسب سن در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۱۰): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC برحسب جنس در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۱۱): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC برحسب وضعیت تأهل در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۱۲): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC برحسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۱۳): توزیع فراوانی تعداد پاسخ به سؤالات بینش افراد مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۱۴): توزیع بینش نسبت به EC برحسب سن در نمونه مورد مطالعه
- جدول و نمودار شماره (۱۵): توزیع بینش نسبت به EC برحسب وضعیت تأهل در نمونه مورد مطالعه

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

جدول و نمودار شماره (۱۶): توزیع بینش نسبت به EC برحسب جنس در نمونه مورد مطالعه
جدول و نمودار شماره (۱۷): توزیع بینش نسبت به EC برحسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه

چکیده

باوجود دسترسی به روشهای مؤثری که در زمینهٔ جلوگیری از باروری وجود دارد، بسیاری از حاملگی‌ها غیر برنامه‌ریزی شده و ناخواسته می‌باشد. برای زنانیکه در معرض یک مقاربت محافظت نشده قرار میگیرند روشهای پیشگیری اضطراری مؤثری وجود دارد که بسیار کارآمد می‌باشند. ولی متأسفانه بخاطر اطلاعات ناکافی افراد نسبت به موضوع استفاده لازم از این روشها نمی‌شود. از آنجا که پزشکان خانواده و عمومی به عنوان مرجعی برای کسب اطلاعات مردم در این زمینه می‌باشند. در یک مطالعه مقطعی از پزشکان عمومی مراجعه کننده به سمینارهای بازآموزی به روش نمونه‌گیری آسان از طریق پرسشنامه با حجم نمونه ۴۰۰ نفر در مورد آگاهی، بینش و عملکرد نسبت به روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری Emergency contraception مورد تحقیق قرار گرفت. در این تحقیق ۱۰۰٪ پزشکان EC را شنیده بودند در حالیکه ۱۴٪ کاندوم را جزء روشهای EC می‌دانستند، ۳۲٪ افراد IUD و ۸۳٪ افراد OCP(HD) را جزء روشهای EC می‌دانستند. ۷٪ پزشکان معتقد بودند روشهای هورمونی Emergency Hormonal contraception(EHC) بدون عارضه است. در حالیکه عوارضی تهوع و استفراغ ۸۷٪، خونریزی و لکه بینی ۶۳٪، ترومبو آمبولی ۳۱٪، سردرد ۷۰٪ توسط بقیه ذکر شدند. ۱۴٪ افراد به میزان تأثیر واقعی EHC واقف بودند، ۸۳٪ به درستی می‌دانستند EHC منع مصرفی ندارد. ۴۰٪ افراد مدت اثربخشی را ۷۲ ساعت می‌دانستند. ۳۹٪ پزشکان EHC را به مراجعین خود توصیه نمی‌کردند. ۶۲٪ در صورت لزوم برای خود EC استفاده می‌کردند. ۴۱٪ پزشکان معتقد بودند جامعه دسترسی گسترده به روشهای EC داشته باشد، ۴۱٪ دسترسی را کاملاً

محدود و کنترل شده می خواستند . ۷۱٪ از نظر شرعی روشهای EC را مجاز و ۷٪ غیر مجاز می دانستند ، ۵۰٪ معتقد بودند فقط پزشکان باید EC را تجویز نمایند.

در بررسی بعمل آمده آگاهی با سن ، ازدواج و سابقه طبابت ارتباط معنی داری داشت ($P<0/0001$) . آگاهی با کاهش سن و کاهش سابقه طبابت بیشتر می شد، همچنین آگاهی افراد مجرد بیشتر بود و آگاهی با جنس ارتباطی نداشت. ۴۰/۵٪ افراد بدرستی می توانستند به مراجعین خود یک روش مؤثر EC را پیشنهاد و طریقه مصرف آن را بیان نمایند.

عملکرد افراد با سن ، سابقه طبابت و جنس ارتباط معنی داری داشت ($P<0/001$). افراد جوان با سابقه طبابت کمتر عملکرد بهتری داشتند. همچنین عملکرد خانم ها برخلاف آگاهی نسبت به آقایان بهتر بود. عملکرد با وضعیت تأهل ارتباط معنی داری نداشت ($P=0/97$). همچنین بینش افراد با سابقه طبابت ، سن ، جنس و وضعیت تأهل ارتباط معنی داری نداشت .

از نتایج این تحقیق مشخص شد بسیاری از پزشکان نمی توانند بخوبی و دقیق و کامل نسبت به EC به مردم اطلاعات بدهند و یا آنرا تجویز نمایند. لذا به مسئولان امر توصیه می شود که نسبت به آموزش پزشکان در مراکز بازآموزی در مورد EC توجه و تأکید بیشتری شود.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooen.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل اول

بیان مسئله و اهداف

بیان مسئله:

علیرغم دسترسی به روش‌های بسیار مؤثری که در زمینه جلوگیری از بارداری استفاده می‌شود بسیاری از حاملگی‌ها غیر برنامه‌ریزی شده و ناخواسته هستند. که در این موارد میزان سقط جنایی افزایش می‌یابد.^۱ شانس حاملگی در یک مقاربت محافظت نشده می‌تواند به اندازه $1/3$ باشد.^۱ برای زنانیکه در معرض مقاربت محافظت نشده قرار می‌گیرند، برای مثال به کار نبردن روش‌های پیشگیری، پاره شدن کاندوم، فراموش نمودن خوردن قرص‌های جلوگیری اضطراری از بارداری و یا تجاوز جنسی، روش‌های جلوگیری از بارداری اضطراری برای جلوگیری از حاملگی ناخواسته توصیه می‌شود.^۱

طبق آمار موجود در آمریکا ۶۰٪ حاملگی‌ها ناخواسته است که نیمی از آنها منجر به سقط می‌شود.^۲ طبق برآورد who هر ساله ۲۰۰۰۰۰ زن یعنی هر ۳ دقیقه یک زن جان خود را در اثر سقط و عوارض آن از دست می‌دهد و ۹۹٪ این مرگ و میرها و عوارض در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد.^۳ اگر هر زن در معرض یک مقاربت محافظت نشده از روش‌های جلوگیری اضطراری از بارداری استفاده کند، مقدار حاملگی ناخواسته تا $3/4$ کم می‌شود. تخمین زده می‌شود که اگر پیشگیری اضطراری از بارداری (EC*) به صورت گسترده در آمریکا به کار گرفته می‌شد می‌توانست از $1/7$ میلیون بارداری ناخواسته که منجر به $0/8$ میلیون ختم به روش سقط شد جلوگیری کند.^۴

عوارض بالای حاملگی ناخواسته و سقط‌های غیرقانونی ناشی از آن و توجه به این نکته که تنظیم خانواده یکی از اولویت‌های سیستم بهداشتی کشور می‌باشد،

لزوم آگاهی جمعیت در سنین باروری کشور از Morning after pills بعنوان گام دوم در برنامه بهداشت خانواده ایران می‌رساند تا در مواقع لزوم با استفاده از این روش‌ها ریسک یک بارداری ناخواسته را به خود، خانواده و جامعه تحمیل نکنند.

مورد مهم دیگر بررسی سطح آگاهی و بینش و عملکرد پزشکان نسبت به EC به عنوان گروهی که مرجع افراد جامعه در مورد مشکلات بهداشتی می‌باشند و در بهبود سلامت جامعه نقش مهمی ایفا می‌نمایند می‌باشد.

روشی که اکثراً در جلوگیری اضطراری از بارداری استفاده می‌شود رژیم Yuzpe است. روشی که متخصصین زنان و مامایی کانادا برای اولین بار ابداع کردند. رژیم Yuzpe شامل $200 \mu\text{g}$ (میکرو گرم) اتنیل استرادیول* همراه ۲ mgr (میلی گرم) نورژسترول یا ۱ mg (میلی گرم) لوونرژسترول می‌باشد که به دو مقدار** مساوی تقسیم می‌شود. و به فاصله ۱۲ ساعت استفاده می‌گردد. رژیم Yuzpe باید هر چه زودتر تا ۷۲ ساعت بعد از مقاربت محافظت نشده مصرف گردد.^۵ رژیم دیگری که به کار برده می‌شود، خوردن یک قرص ۷۵۰ میکروگرم لوونرژسترول هر چه زودتر در عرض ۷۲ ساعت پس از مقاربت محافظت نشده و تکرار آن در ۱۲ ساعت بعد، یا به جای آن از ۲۵ قرص Mini pill که معادل همان ۷۵۰ میکروگرم است برای هر روز استفاده کرد.^۵

* Ethynyl estradion
** norgestrol

البته ممکن است جذب هورمون هنگامی که تعداد زیادی قرص مصرف شود کمتر شود. پزشکانی که با تصمیم برای تجویز EC روبرو می‌شوند در مورد تجویز آن مشکل دارند. که علت آن آموزش ناکافی درباره چگونگی مصرف آن است. پزشکانی که در این مورد کار کرده‌اند از نقص دانش تجربی خود آگاهند و علاقمند به بهبود دانش خود می‌باشند.⁶

در یک مطالعه درباره EC در کارولینای شمالی در رابطه با بینش و کنش پزشک و مراقبت اولیه در سال ۲۰۰۱ انجام شد [بررسی کایزر (۱۹۹۷) نشان داد که کمتر از ۴۰٪ پزشکان خانواده به بیماران درباره دسترسی به EC اطلاعات می‌دهند و اطلاعات ناقص پزشکان و جامعه دلیل اصلی بهره‌برداری ناکافی از این روش بود.]

در این بررسی در کارولینای شمالی ۷۲٪ پاسخ‌دهندگان گفتند که اطلاعاتی به بیمار در مورد EC نمی‌دهند. ۴۵٪ هرگز EC پیشنهاد نکرده بودند و ۴۹٪ فقط ۱-۴ بار در سال گذشته پیشنهاد مصرف داده بودند. متأسفانه در کشور ما هنوز پژوهشی در مورد آگاهی، بینش و عملکرد پزشکان عمومی نسبت به EC انجام نشده است. از آنجا که سقط در کشور ما غیرقانونی غیرشرعی است تنها راه جلوگیری از بارداری در موارد وقوع مقاربت محافظت نشده روش پیشگیری اضطراری از بارداری می‌باشد. پزشکان عمومی نقش بسزایی در گسترش استفاده از روش‌های مذکور دارند.

۴۲٪ فقدان یا نقص دانش خود را دلیل عدم تجویز برمی‌شمردند.⁷

متأسفانه در کشور ما هنوز پژوهشی در مورد آگاهی، بینش و عملکرد پزشکان عمومی نسبت به EC انجام نشده است. از آنجا که سقط در کشور ما غیر قانونی و غیر شرطی است تنها راه جلوگیری از

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

بارداری در موارد وقوع مقاربت محافظت نشده روش پیشگیری اضطراری از بارداری می باشد. پزشکان
عمومی نقش بسزایی در گسترش استفاده از روشهای مذکور دارند.

www.kandoo.cn.com
www.kandoo.cn.com
www.kandoo.cn.com

اهداف

الف- هدف کلی:

تعیین میزان دانش، بینش و عملکرد در مورد روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری پس از

مقاربت در بین پزشکان مراجعه کننده به مراکز بازآموزی تهران در سال ۱۳۸۱

ب- اهداف جزئی:

(۱) تعیین میزان دانش نسبت به روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری (EC) در نمونه مورد

مطالعه

(۲) تعیین میزان بینش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه

(۳) تعیین میزان عملکرد نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه

(۴) تعیین میزان دانش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب سن

(۵) تعیین میزان دانش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب جنس

(۶) تعیین میزان دانش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب تأهل

(۷) تعیین میزان دانش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب سابقه طبابت

(۸) تعیین میزان بینش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب سن

(۹) تعیین میزان بینش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب جنس

(۱۰) تعیین میزان بینش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب تأهل

(۱۱) تعیین میزان بینش نسبت به EC در نمونه مورد مطالعه بر حسب سابقه طبابت

۱۲) تعیین میزان عملکرد در نمونه مورد مطالعه نسبت به EC بر حسب سن

۱۳) تعیین میزان عملکرد در نمونه مورد مطالعه نسبت به EC بر حسب جنس

۱۴) تعیین میزان عملکرد در نمونه مورد مطالعه نسبت به EC بر حسب تأهل

۱۵) تعیین میزان عملکرد در نمونه مورد مطالعه نسبت به EC بر حسب سابقه طبابت

۱۶) تعیین ارتباط بین میزان دانش، بینش و عملکرد در نمونه مورد مطالعه نسبت به EC

ج) سؤالات

۱) میزان دانش، بینش و عملکرد نمونه مورد مطالعه نسبت به روشهای پیشگیری اضطراری از

بارداری بر حسب سن - جنس - تأهل و سابقه طبابت چقدر است.

۲) آیا بین میزان دانش، بینش و عملکرد نسبت به روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری و

متغیرهای مطرح شده ارتباط وجود دارد.

د) فرضیات: بین میزان آگاهی و بینش با عملکرد نسبت به روشهای EC ارتباط وجود دارد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooen.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل دوم

بررسی متون

بررسی متون:

لZoom آگاهی جامعه در مورد پیشگیری اضطراری از بارداری (EC)¹

طبق آمار یونیسف در سال ۱۳۷۴ در ایران ۴۸ درصد جمعیت از روشهای جلوگیری از بارداری متداول استفاده نمی‌کردند و از ۵۲ درصد باقیمانده ۲۲/۸ درصد از قرص، ۵/۲ درصد از کاندوم، ۷/۱ درصد از IUD، ۱/۳ درصد از وازکتومی، ۱۳/۷ درصد از توبکتومی و ۱/۳ درصد از نورپلنت و آمپول استفاده می‌کرده‌اند.³

طبق آمار سال ۱۹۹۸ که میان ۵۴ میلیون زن ۱۸-۴۴ ساله در ایالات متحده انجام شد وضعیت عقیمی و بکارگیری روشهای پیشگیری به قرار زیر بود؛ مصرف قرص ضد بارداری ۱۸/۵ درصد، کاندوم ۸/۸ درصد، دیافراگم ۳/۵ درصد، IUD حدود ۱/۲ درصد، ریتمیک ۱ درصد، توبکتومی ۱۶/۶ درصد، وازکتومی ۷ درصد و ۳۳/۶ درصد آنها از هیچ روش معمول برای جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند.⁵

میزان شکست روشهای پیشگیری از حاملگی به هنگام استفاده کامل از آنها طی یکسال به قرار زیر می‌باشد: عقیم‌سازی مرد ۰/۱ درصد، عقیم‌سازی زن ۰/۴ درصد، IUD نوع T380 ۰/۶ درصد، قرص مخلوط با پروژسترون ۰/۱ درصد، قرص پروژسترون تنها ۰/۵ درصد، دیافراگم ۶ درصد و روشهای ریتمیک ۱۶ درصد.⁵ در آمار موجود در کشور آمریکا گزارش می‌شود تقریباً ۶۰ درصد از حاملگیها ناخواسته می‌باشد که نیمی از آنها منجر به سقط می‌شود.⁵ آن قبیل حاملگیها که ادامه یابند اغلب با تأخیر در مراقبتهای پیش از تولد و سوء مصرف الکل و دخانیات توسط مادر مشخص می‌شود.² طبق

برآورد who هر ساله ۲۰۰۰۰۰ زن یعنی هر ۳ دقیقه یک زن جان خود را در اثر سقط و عوارض آن از دست می‌دهند.^۸ تحقیقات نشان می‌دهد که ۷۵٪ از ۳/۵ میلیون حاملگی ناخواسته که هر ساله در ایالات متحده اتفاق می‌افتد توسط روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری (EC) قابل جلوگیری هستند.^۲

استفاده درست و به موقع روشهای EC می‌تواند باعث کاهش ۱ میلیون سقط و ۲ میلیون حاملگی ناخواسته در سال در ایالات متحده شود.^۹

این مهم که مصرف هر چه سریعتر روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری تأثیر آنرا بیشتر می‌کند و در بعضی روشها (قرص ۷۵۰ میکروگرمی لوونرژسترویل) تا ۹۵ درصد می‌رساند.^۴ اهمیت آگاهی جمعیت در معرض خطر حاملگی ناخواسته از روشهای EC را می‌رساند. تا در مواقع لزوم نظیر پارگی کاندوم، فراموش کردن خوردن قرصهای جلوگیری، شکست روش پیشگیری طبیعی (withdrawal)، تجاوز و ... هر چه سریعتر با استفاده از روشهای EC ریسک یک حاملگی ناخواسته را به خود و جامعه تحمیل نکنند.

تاریخچه روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری:

برای هزاران سال انسانها آرزو داشتند که شانس حاملگی را بعد از یک رابطه گرم عاشقانه کم کنند، تاریخ انجام دوش گیاهی (احتمالاً کوکاکولا در گذشته)، عطسه، پریدن، جست و خیز به عنوان کوششی برای جلوگیری از بارداری بعد از مقاربت به ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح می‌رسد.

درمان برای حاملگی بعد از مقاربت با دوز بالای استروژن به شکل دی اتیل استیل بسترول یا اتنیل استرادیول در سال ۱۹۲۰ بر روی اسبها و سگها مورد استفاده قرار گرفت.^۲ در سال ۱۹۶۰ تجویز هورمون استروئید به صورت خوراکی به انسان نشان داد که می تواند جهت پیشگیری از بارداری مؤثر باشد. همچنین IUDهای آزاد کننده مس می توانند با اثر بخشی بالاتر جهت پیشگیری از بارداری ناخواسته مورد استفاده قرار گیرند.^۲ در دهه ۷۰ (۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰) متخصصین زنان و مامایی کانادا برای اولین بار رژیم Yuzpe را ابداع کردند که شامل ۲۰۰ µg (میکروگرم) اتنیل استرادیول همراه ۲mg (میلی گرم) نورژسترول یا ۱mg (میلی گرم) لوونرژسترول می باشد.^۴

در سال ۱۹۹۸، FDA، Preven که اولین کیت اختصاصی جلوگیری اضطراری از بارداری بود را تصویب کرد. این کیت شامل تست ادراری تشخیص حاملگی، راهنمایی ها و اطلاعات لازم و ۴ قرص آبی رنگ هر کدام شامل ۵۰ µg (میکروگرم) اتنیل استرادیول و ۰/۲۵mg (میلی گرم) لوونرژسترول بود.^۴

روشهایی که می توان جهت پیشگیری اضطراری از بارداری به کار برد:

حدود دو دهه است که روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری در جهان متداول شده است. روشهایی که می توان به این منظور به کار برد عبارتند از ترکیبی از استروژن پروژستین (اتنیل استرادیول و لوونرژسترل)،^(۱) پروژستین تنها (لوونرژسترل)، استروئید سنتیک، آنتی پروژستین RU۴۵۶ (میفه پریستون)^(۲)، میفپرکس^(۳)، استروژن تنها با دوز بالا یا اتنیل استرادیول و IUD.

A: رژیم ترکیبی استروژن، پروژستین

این رژیم در سال ۱۹۹۷ با نام Yuzpe ابداع شده است، این رژیم شامل $200 \mu\text{g}$ (میکروگرم) اتنیل استرادیول، و لوونرژسترل 1mg (میلی گرم) می باشد. که به دو دوز تقسیم می شود. دوز اول ظرف ۷۲ ساعت پس از نزدیکی محافظت نشده استفاده می شود. و دوز دوم ۱۲ ساعت پس از مصرف دوز اول. این رژیم حدود ۷۵ درصد تأثیر دارد یعنی اگر ۱۰۰ زن یک مقاربت محافظت نشده طی دومین یا سومین هفته سیکل خود داشته باشند، ممکن است ۸ زن حامله شوند ولی اگر رژیم Yuzpe استفاده شود فقط ۲ زن حامله می شوند (حدود ۷۵٪ کاهش).^۹

با توجه به اینکه قرصهای ضد بارداری ترکیبی موجود در ایران (LD) دارای $30 \mu\text{g}$ (میکروگرم) اتنیل استرادیول و 0.15mg (میلی گرم) لوونرژسترل در هر قرص می باشند می توان در هر دوز از رژیم Yuzpe، از ۴ قرص LD (کرم رنگ) استفاده کرد یعنی در مجموع ۸ قرص LD.

B: رژیم پروژستین تنها (لوونرژسترل)

در این رژیم که از چند سال قبل ابداع شده است، ۷۵۰ میکروگرم لوونرژسترل ظرف ۷۲ ساعت بعد از نزدیکی محافظت نشده تجویز شده و ۱۲ ساعت بعد تکرار می شود. این رژیم حدود ۸۵ درصد می تواند از حاملگی جلوگیری کند.^{۱۰}

با توجه به نبود قرص لوونرژسترل با این دوز در لیست داروهای ژنریک ایران می توان از ۲۵ قرص mini-pill (قرص ضد بارداری دوران شیردهی) در هر دوز استفاده کرد. البته این امکان وجود دارد که جذب هورمون کمتر شود، وقتی دوز با تعداد بیشتری از قرص گرفته شود.^۱

طبق توصیه FDA برای این منظور می توان از ۲۰ قرص (ovrette) حاوی ۰/۰۳۷۵ میلی گرم لوونرژسترل در هر قرص برای هر دوز استفاده کرد. البته اولین دوز باید ظرف ۴۸ ساعت پس از نزدیکی محافظت نشده استفاده شود.^۹

C: استروئید سنتتیک آنتی پروژستین RU۴۸۶ (میفه پرستون)

در این رژیم که به صورت تک دوز استفاده می شود می توان از ۱۰، ۵۰ یا ۶۰۰ میلی گرم میفه پرستون استفاده کرد. این رژیم ۸۵ تا ۱۰۰٪ مؤثر است و می توان تا ۱۲۰ ساعت پس از نزدیکی محافظت نشده از آن استفاده کرد.^۹ این رژیم به صورت گسترده فقط در کشور چین با دوز ۱۰ mg استفاده می شود.

D: IUD (Copper Intrauterine device)

اگر از این وسیله تا ۱۲۰ ساعت بعد از نزدیکی محافظت نشده استفاده شود می تواند از حاملگی جلوگیری کند. میزان شکست این روش کمتر از ۱ درصد است. این وسیله در همه دنیا در دسترس است ولی به عنوان پیشگیری اضطراری از بارداری توصیه نمی شود. مگر اینکه مصرف کننده بخواهد به عنوان روش پیشگیری از بارداری از IUD استفاده کند.^۹

مکانیسم اثر روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری (EC)

دو مکانیسم عمل اولیه برای این روشها وجود دارد:

اولی به سیکل قاعدگی وابسته است چرا که EC ممکن است LH surge را مهار کند و بنابراین از اوولاسیون ممانعت نماید.

دوم، EC با تغییر در لایه اندومترال از لانه‌گزینی ممانعت می‌نماید. مکانیسم‌های دیگر مانند (غلیظ) کردن مخاط سرویکس که حرکت اسپرم را مشکل می‌کند و انتقال لوله‌ای را تغییر می‌دهد، احتمالاً نقش کمتری را ایفا می‌کنند.^۹

اثر بخشی EC ترکیبی (استروژن+پروژستین) دست کم ۷۵٪ تخمین زده می‌شود.

مطالعات اخیر نشان می‌دهد رژیم پروژستین تنها اثر بیشتری از رژیم متعارف Yuzpe دارد. رژیم

Yuzpe ریسک بارداری پس از یک مقاربت را حدود ۷۵٪ و رژیم لوونرژسترل به تنهایی تا حدود ۸۵٪

احتمال حاملگی را کاهش می‌دهد.^۷

البته اگر رژیم لوونرژسترل ظرف ۲۴ ساعت پس از نزدیکی محافظت نشده استفاده شود تا ۹۵

درصد می‌تواند از حاملگی جلوگیری کند. اثر بخشی هر دو رژیم پس از نزدیکی ارتباط زیادی با زمان

مصرف داشته هر چه زودتر مصرف شوند موثرترند.^۷

میزان مجاز استفاده از روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری:

قرصهای پیشگیری اضطراری از بارداری نباید جایگزین روشهای منظم پیشگیری از بارداری شوند زیرا فراوانی تجمعی میزان حاملگی در استفاده از EC بیشتر از روشهای منظم پیشگیری از بارداری است. به هر حال اگر نزدیکی محافظت نشده در سیکلی که قبلاً از EC استفاده شده است رخ دهد می توان مجدداً از EC استفاده کرد.

زنان باید بدانند که استفاده از EC نمی تواند از آنها در برابر حاملگی ناخواسته محافظت کند اگر نزدیکی محافظت نشده بعدها در سیکل اتفاق بیفتد. در یک سیکل می توان بیش از یک بار از EC استفاده کرد ولی میزان تأثیر به فاصله دو نزدیکی محافظت نشده بستگی دارد.

زنان باید بدانند که اگر حاملگی قبلاً اتفاق افتاده باشد، EC تأثیری نخواهد داشت.¹

عوارض استفاده از روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری:

تهوع و استفراغ بین زنانیکه رژیم Yuzpe را به کار می برند شایع می باشد. ولی در زنانیکه رژیم لوونرژسترل تنها به کار می برند به طور مشخص کمتر است. هنگام مصرف رژیم Yuzpe یک پیش درمان ضد استفراغ در نظر گرفته می شود که در رژیم لوونرژسترل لازم نیست.

هنگامیکه استفراغ تا ۲ ساعت پس از مصرف دوز اتفاق بیافتد، تکرار دوز یک توصیه رایج است، ولی شواهدی وجود ندارد که این عمل اثربخشی را بیشتر کند در عوض استفراغ می تواند نشانه ای از جذب هورمون باشد. در مورد استفراغ می توان قرصهای بعدی را واژنیال تجویز کرد. اگرچه اطلاعات

بالینی وجود ندارد که از اثربخشی این کار حمایت کند، هورمونهای استروئیدی ضد بارداری قابل جذب از واژن دانسته می‌شوند. اثرات جانبی دیگر عبارتند از درد شکمی، خستگی، سردرد، گیجی، تندرns Breast و خونریزی و لکه‌بینی نامنظم واژن.^۱

در رژیم Yuzpe تهوع در ۵۰ درصد موارد، استفراغ در ۲۲/۴ درصد موارد، تهوع و استفراغ در ۲۵/۲ درصد موارد و سردرد در ۲/۲ درصد موارد دیده می‌شود.^۷

در رژیم لوونرژسترل فقط ۲۳/۱ درصد زنان دچار تهوع می‌شوند. و تنها ۵/۶ درصد دچار استفراغ می‌شوند.^۷

خونریزی محرومیتی (withdrawal bleeding) ظرف ۳ هفته بعد از درمان رخ می‌دهد ۳۸ درصد زنان دچار خونریزی می‌شوند قبل از زمانی که باید پیود شوند. فقط ۸ درصد زنان ۴ روز یا بیشتر، دیرتر پیود می‌شوند.^۹

هیچ یافته‌ای از عوارض عروقی این رژیمها حمایت نمی‌کند. در انگلستان EC در ۴ میلیون زن در مدت ۱۳ سال استفاده شده است، و هیچ افزایش مشخصی در میزان ترومبوز ورید عمقی رخ نداده است.^۹

موارد منع مصرف روشهای پیشگیری اضطراری از بارداری:

کنتراندیکاسیونهای مصرف ocp در روشهای ضد بارداری متداول با مصرف آن به منظور EC متفاوت است.

بر طبق نظر کالج متخصصین زنان زایمان آمریکا تنها کونتراندیکاسیون برای EC بارداری فعلی است.
بارداری یک منع مصرف است به علت فقدان اثربخشی و نه به دلیل اثرات تراتوژنیک. ^۴ زمانیکه یک تخم بارور داخل لایه اندومتر جایگزین شده است (تعریف پزشکی از بارداری داخل رحمی) هیچ اندیکاسیونی برای EC وجود ندارد زیرا آن سبب سقط نمی‌شود. ^۴ در انگلستان (UK) می‌گرن، با علائم فوکال عصبی، کونتراندیکاسیون دوم مطرح می‌شود. ^۴

برای کارکنان امور بهداشتی تجویز یک EC استروژنی برای زنان جوان با سابقه ترومیوز ورید عمقی، آمبولی ریوی، سکته مغزی یا حمله قلبی مشکل است.

روشهای پیشگیری اورژانس دیگر شامل رژیمهای پروژستین تنها یا IUD مسی بعد از مقاربتی توصیه می‌شود. ^۹ سابقه بارداری نابجا برای EC کونتراندیکاسیون نیست ولی پیگیری با دقت بیشتر توصیه می‌شود زیرا این بیماران ریسک بالایی برای تکرار بارداری نابجا دارند. یک تست بارداری تأییدکننده ۲ تا ۳ هفته بعد از کاربرد EC باید انجام شود تا عدم بارداری را نشان دهد. اگر تست بارداری مثبت شد محل لانه‌گزینی باید مشخص شود. ^۴

مطالعات مشابه انجام شده:

در یک بررسی در کنیا در سال ۱۹۹۹، دانش، کنش و بینش پرستاران و دانشجویان پرستاری در مورد EC بررسی شد. ۴۸٪ از پاسخ‌دهندگان به این سؤال که آیا تا کنون درباره EC مطلبی شنیده‌اید جواب بله دادند. (ملاک جواب بله سؤال فوق بود).

۵۷٪ از آنها از کارکنان بهداشتی و کتابها آموخته بودند، ۱۳/۴٪ از رادیو و تلویزیون شنیده بودند.

تفاوت زیادی در آشنایی با EC بین افراد مجرد و متأهل وجود نداشت (۵۲/۸٪ در برابر ۴۳٪).

دانش در مورد محدودیت زمانی مصرف EC پائین بود. ۴۹٪ پاسخ‌دهندگان EC را یک روش سقط

می‌دانستند. ۵۹٪ گفتند فقط پزشکان باید EC را تجویز کنند در حالیکه ۶۴٪ تجویز و توزیع EC را

توسط توزیع‌کنندگان ضد بارداری در مراکز بهداشتی ذکر کردند. ۶۹٪ دسترسی به EC را کاملاً

کنترل شده می‌خواستند. در حالیکه ۶۳٪ دسترسی گسترده را اعتقاد داشتند. تمایل به کاربرد EC به

جنس، تأهل یا مذهب ارتباطی نداشت بلکه بسته به این بود که EC را سقط می‌دانستند یا

نمی‌دانستند.^{۱۱}

یک مطالعه درباره EC در کارولینای شمالی در سال ۲۰۰۱ انجام شد که بینش و کنش پزشکان

مراقبت اولیه را بررسی می‌کرد. در این بررسی ۷۲٪ از پاسخ‌دهندگان گفتند که اطلاعاتی به بیمار در

مورد EC نمی‌دهند. ۴۵٪ هرگز EC را پیشنهاد نکرده بودند و ۴۹٪ فقط ۴-۱ بار در سال گذشته

پیشنهاد مصرف داده بودند.

۷۰٪ از تجویز EC در صورت درخواست و مراجعه، حمایت می‌کردند و ۲۱٪ حمایت نمی‌کردند.

زنان حمایت بیشتری از تجویز EC می‌کردند (۸۰٪ در مقابل ۶۲٪). بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان

فقدان دانش بیماران و فرصت درمانی کوتاه را موانع مهمی در عدم تجویز EC در کارشان می‌دانستند.

۴۲٪ فقدان یا نقص دانش خود را دلیل عدم تجویز برمی‌شمردند.^۷

مطالعه دیگری در آفریقای جنوبی نتایج زیر را داشت. ۹۳٪ پزشکان درخواست برای EC در سال قبل داشتند. ۲۸٪ پزشکان رژیم Yuzpe را بدرستی تجویز کرده بودند. ۲۷٪ پزشکان قادر به شناسایی سه اثر جانبی شایع EC بودند.

۴۹٪ پزشکان بدرستی تشخیص دادند که کنتراوندیکاسیون مطلقاً برای تجویز EC وجود ندارد. ۳۵٪ پزشکان کاربرد متعدد EC را دارای ریسک می دانستند.^{۱۲}

یک بررسی از پزشکان اطفال درباره دانش و بینش آنها درباره EC حاکی از آن بود که ۷۲/۹٪ پاسخ‌دهندگان قادر به معرفی هیچ یک از متدهای EC که توسط FDA توصیه شده نبودند. فقط ۲۷/۹٪ بدرستی زمان شروع EC را می دانستند و تنها ۳۱/۶٪ از آنها در تجویز EC مشکلی نداشتند. عدم تجربه در کاربرد دلیل اصلی عدم تجویز در ۷۰٪ موارد بود. ۸۷/۵٪ مایل به آموختن درباره EC بودند. با وجود بی‌خطر و موثر بودن EC میزان پائین کاربرد قابل تأمل است. پزشکان که با تصمیم برای تجویز روبرو می‌شوند بعلت عدم آموزش کافی احساس راحتی نمی‌کنند.^۶

در این تحقیق ۴۰۰ پزشک عمومی که در سمینارهای بازآموزی در شهر تهران شرکت کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۰۰٪ اعلام کردند که EC را شنیده‌اند ولی اینکه واقعاً بدانند چه می‌باشد و EC یک روش ضد بارداری پس از آمیزش است با توجه به نتایج تحقیق مورد شک می‌باشد بطوریکه ۱۴/۲۵٪ افراد کاندوم را جزء روشهای EC می دانستند. ۴۰/۵٪ (۱۶۲ نفر) می‌توانستند روش مناسب و درستی برای بیمار خود تجویز نمایند. آگاهی افراد با سن، تأهل و سابقه طبابت ارتباط معنی‌داری داشت ($p < 0.0001$) بطوریکه افراد متأهل آگاهی کمتری داشتند، افراد جوانتر با سابقه طبابت کمتر

آگاهی بهتری داشتند. عملکرد با سن ($p < 0/0001$) ارتباط معنی داری داشت با جنس هم همچنین ارتباط معنی داری داشت ($p < 0/03$) خانمها عملکرد بهتری داشتند. عملکرد با سابقه طبابت هم ارتباط معنی داری داشت ($p < 0/002$) افراد با سابقه طبابت کمتر عملکرد بهتری داشتند. ولی عملکرد افراد مجرد و متأهل اختلاف معنی داری نداشت.

۵۳/۲۵٪ افراد برای مراجعه کنندگان خود روشهای EC را تجویز می کردند و ۶۲٪ افراد اظهار داشتند که اطلاعات خود را از طریق مطالعه فردی از کتب و مجلات بدست آورده اند.

۴۲/۲۵٪ افراد اعتقاد به دسترسی گسترده در جامعه داشتند در حالیکه ۴۱٪ دسترسی مردم را

کاملاً کنترل شده می خواستند. ۵۰٪ معتقد بودند فقط پزشکان باید EC تجویز کنند و ۳۲/۵٪ معتقد بودند مراکز بهداشتی باید EC را تجویز کنند.

۷۱/۷۵٪ افراد معتقد بود EC از نظر شرعی مجاز است و ۷/۲۵٪ افراد آنرا غیر مجاز می دانستند.

محققین این مطالعه نتیجه گیری می کنند که آگاهی ضعیف و بینش نادرست عامل مهمی در پائین بودن عملکرد پزشکان که عامل مهم و تعیین کننده در بهداشت مردم و کنترل جمعیت دارند می باشد.

بهبود استفاده از EC احتمالاً از طریق آگاه کردن مردم و خاصه پزشکان و دسترسی گسترده و

آسان به قرصهای پیشگیری از بارداری بطور اورژانس دارد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل سوم روش بررسی

ردیف نام متغیر نوع و نقش تعریف عملی نحوه اندازه گیری مقیاس

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- | | | | | | |
|----|-------------|--------------|--------------------------|----------------|------------|
| ۱- | دانش نسبت | کیفی- | میزان آگاهی فرد در مورد | سؤالات | خوب-متوسط- |
| | به EC | رتبه‌ای- | EC بر اساس پاسخ به | پرسش‌نامه | ضعیف |
| | | وابسته | سؤالات | | |
| ۲- | بینش نسبت | کیفی- | بینش فرد نسبت به EC بر | سؤالات | خوب-متوسط- |
| | به EC | رتبه‌ای- | اساس پاسخ به سؤالات | پرسش‌نامه | ضعیف |
| | | وابسته | | | |
| ۳- | عملکرد فرد | کیفی- | نحوه تجویز فرد درباره EC | سؤالات | خوب-متوسط- |
| | نسبت به EC | رتبه‌ای- | به بیماران | پرسش‌نامه | ضعیف |
| | | وابسته | | | |
| ۴- | جنس | کیفی، اسمی، | مرد یا زن بودن مرد | نظر سؤال کننده | مرد- زن |
| | | مستقل | (متوتیپ) | | |
| ۵- | سن | کمی، پیوسته، | تعداد سال‌هایی که از عمر | پرسش از فرد | سال |
| | | مستقل | فرد می‌گذرد | | |
| ۶- | تأهل | کیفی، اسمی، | نداشتن یا داشتن همسر | پرسش از فرد | سال |
| | | مستقل | | | |
| ۷- | سابقه طبابت | کمی، پیوسته، | تعداد سال‌هایی که از | پرسش از فرد | سال |
| | | مستقل | طبابت می‌گذرد | | |

جهت سنجش میزان آگاهی به هر پاسخ صحیح به سؤالات سنجش آگاهی یک امتیاز داده شد و سپس از جمع کردن امتیازات، امتیاز ۷-۰ آگاهی ضعیف، امتیاز ۱۵-۸ آگاهی متوسط و امتیاز ۲۲-۱۶ آگاهی خوب در نظر گرفته شد.

جهت سنجش میزان بینش به هر پاسخ صحیح به سؤالات سنجش بینش به شماره‌های M,N,Q,S یک امتیاز داده شد و پس از جمع کردن امتیازات، امتیاز ۱-۰ ضعیف، ۳-۲ متوسط و امتیاز ۴ خوب در نظر گرفته شد.

جهت سنجش میزان عملکرد، افرادی که در پاسخ به سؤال C یکی از روشهای EC را به درستی تجویز نموده بودند با ذکر مدت زمان مصرف- دوز و فاصله زمانی مصرف هر دوز امتیاز گرفته و در صورتی که بطور کامل پاسخ ذکر می‌شد عملکرد صحیح و در غیر اینصورت عملکرد نادرست محسوب شد.

این تحقیق در سمینارهای بازآموزی جایی که هدف از برقراری آن بالا بردن دانش و بینش و عملکرد پزشکان نسبت به مسائل پزشکی است انجام شد.

از آنجا که یکی از اهداف محققین این تحقیق مقایسه افراد تازه فارغ‌التحصیل و کسانی که به تازگی طبابت خود را آغاز کرده با کسانی که مدت زمان بیشتری از دانشکده پزشکی فارغ‌التحصیل شده و طبابت خود را آغاز کرده بودند لذا توزیع سنی این افراد در ۳ گروه، ۳۰-۲۴ سال، ۳۷-۳۱ سال، ۳۸ سال و بالاتر تقسیم شد. همچنین سابقه طبابت افراد به ۳ گروه، تا ۳ سال سابقه طبابت، ۴-۱۰ سال، و بالاتر از ۱۰ سال تقسیم شد.

نوع مطالعه

KAP study (knowledge-Attitude-practice) و از نوع مقطعی (cross sectional) می باشد.

جمعیت مورد مطالعه:

الف- تعریف جامعه مورد مطالعه

پزشکان مراجعه کننده به سمینارهای بازآموزی پزشکان عمومی شهر تهران در سال ۸۱

ب- معیارهای ورود و حذف افراد تحت مطالعه:

ورود: پزشکان عمومی که مایل به پاسخگویی به پرسشنامه بودند.

معیارهای حذف: راضی نبودن شخص، غیر پزشکان.

ج- روش نمونه گیری:

نمونه گیری به صورت آسان در چندین سمینار بازآموزی پزشکان عمومی شهر تهران با حجم نمونه

۴۰۰ نفر انجام پذیرفت.

حجم نمونه و شیوه محاسبه آن:

$$n = \frac{z^2(1 - \frac{\alpha}{2})p(1-p)}{d^2}$$

$$Z(1 - \frac{\alpha}{2}) = 1/96 \approx 2$$

$$P = 50$$

$$d = 0.05\%$$

$$a = 95\%$$

$$n = \frac{4 \times \frac{50}{100} \times \frac{50}{100}}{\frac{5}{100} \times \frac{5}{100}} = 400$$

مکان و زمان انجام مطالعه:

این تحقیق در مراکز سمینارهای بازآموزی که در سالهای ۱۳۸۱ در شهر تهران برگزار شده انجام

شد.

روش جمع آوری داده‌ها و اجرای طرح:

این پژوهش توسط ۲ نفر شامل ۲ کارورز پزشکی که در این زمینه آموزش لازم را دیده بودند از طریق پرسشنامه که توسط خود پزشکان تکمیل می‌شد و سپس پس از نیم ساعت تحویل گرفته می‌شد در صورتی که فرد مفهوم یک سؤال را متوجه نمی‌شد توضیح لازم داده می‌شد.

پرسشنامه شامل مشخصات عمومی هر فرد (سن - جنس - ازدواج، سابقه طبابت) و حاوی سؤالات آگاهی، عملکرد و بینش که توسط ۵ نفر از اساتید گروه زنان بررسی و از نظرات آنها استفاده شد، میباشد. در ضمن جهت تهیه پرسشنامه از سؤالاتی که در سایر مقالات وجود داشت استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

داده‌های بدست آمده در این پژوهش به صورت فراوانی مطلق و نسبی تنظیم شده است اطلاعات موجود در پرسشنامه جمع‌آوری و کد بندی شد (code sheet) و از طریق برنامه آماری spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های توصیفی بصورت جداول و نمودارها ارائه شده و جهت تحلیل از χ^2 و T test استفاده شده است.

مشکلات و محدودیتها:

نداشتن بودجه کافی جهت انجام پژوهش، وقت‌گیر بودن پرکردن پرسشنامه، شرکت نکردن تعداد زیادی از پزشکان محترم و عدم دادن تعداد زیادی از پرسشنامه‌ها از محدودیت‌های این تحقیق بود.

ملاحظات اخلاقی:

(۱) کسب رضایت از پزشکان شرکت کننده جهت پر کردن پرسشنامه

(۲) محرمانه بودن اطلاعات نوشته شده و هویت اشخاص

(۳) کسب اجازه از برگزارکنندگان سمینار

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل چهارم نتایج و جداول

نتایج:

در ابتدا اطلاعات زمینه‌ای تحقیق و سپس مطالب مربوط به اهداف و سؤالات این تحقیق عنوان خواهد شد.

۱- سن:

افراد تحت مطالعه به چند گروه سنی دسته بندی شده ۳۰ - ۲۴ سال ۱۵۲ نفر ۴۲٪، ۳۷ - ۳۱ سال ۱۵۸ نفر ۴۳/۶٪، ۷۰ - ۳۸ سال ۵۲ نفر ۱۴/۴٪، که بیشترین آنها بین ۲۸-۳۶ سال سن داشتند. حداقل سن ۲۴ سال و حداکثر ۷۰ سال بود.

میانگین سنی ۳۲ سال انحراف از معیار ۸/۴۰ و میانه ۳۲/۷۰۰ بوده است.

۳۸ نفر (۹/۵٪) از حجم نمونه ۴۰۰ نفر سن خود را مشخص ننموده بودند که در بررسیهای نسبت به سن وارد نشدند.

(جدول شماره ۱، نمودار شماره ۱)

۲- تأهل:

افراد تحت مطالعه به ۲ گروه مجرد و متأهل تقسیم شدند وضعیت تأهل ۳۷۴ نفر مشخص بود، که از این تعداد ۱۳۸ مورد (۳۶/۹٪) مجرد و ۲۳۶ مورد (۶۳/۱٪) متأهل بودند. ۲۶ نفر (۶/۵٪) وضعیت تأهل نامشخص از حجم نمونه ۴۰۰ نفر داشتند که در بررسیهای نسبت به تأهل وارد نشدند.

(جدول شماره ۲، نمودار شماره ۲)

۳- جنس:

افراد تحت مطالعه به دو گروه مذکر و مونث تقسیم شدند. ۲۴۰ نفر مرد (۶۴/۴٪)، ۱۳۴ نفر زن (۳۵/۸٪)، ۲۶ نفر جنسشان را مشخص نکرده بودند. ۶/۵٪ از کل ۴۰۰ نفر که در بررسیهای نسبت به جنس وارد نشدند.

(جدول شماره ۳، نمودار شماره ۳)

۴- سابقه طبابت:

افراد تحت مطالعه به ۳ گروه تا ۳ سال سابقه طبابت ۱۸۲ نفر (۴۵/۵٪)، ۱۰-۴ سال سابقه طبابت ۱۱۰ نفر (۲۷/۵٪) و ۱۱ سال به بالا (سابقه طبابت) ۸۰ نفر (۲۰٪) تقسیم شدند.

حداقل سابقه طبابت صفر سال است. و حداکثر ۴۰ سال بود. میانگین ۴، انحراف معیار ۷/۰۱، میانه

۵/۷۳ بوده است. (جدول شماره ۴، نمودار شماره ۴)

۲۸ نفر سابقه طبابت خود را مشخص نکرده بودند که از کل جمعیت ۷٪ را شامل می‌شود که در بررسیهای نسبت به سابقه طبابت وارد نشدند.

در این تحقیق ۴۰۰ نفر مطلبی در مورد EC شنیده بودند (۱۰۰٪)

در این تحقیق ۱۲۸ نفر (۳۲٪) IUD را یک روش EC می‌دانستند در حالیکه ۹۲ نفر (۲۴٪) مخالف

بودند. ۱۷۶ نفر (۴۴٪) نمی‌دانستند از روشهای EC می‌باشد یا خیر.

۳۳۳ نفر (۸۳/۲۵٪) استفاده از OCP (HD) را برای EC ذکر نمودند. و ۳۲ نفر (۵/۷۵٪) معتقد

بودند که نمی‌توان OCP (HD) را بدین خاطر استفاده کرد. ۴۴ نفر (۱۱٪) نمی‌دانستند.

۵۷ نفر (۱۴/۲۵٪) کاندوم را یکی از روشهای EC می دانستند و ۱۳۵ نفر (۳۳/۷٪) معتقد بودند که نمی توان کاندوم را بدین منظور استفاده کرد. ۲۰۸ نفر (۵۲٪) نمی دانستند.

۱۷۹ نفر (۴۴/۷۵٪) OCP (LD) را یکی از روشهای EC می دانستند و ۷۳ نفر (۱۸/۲۵٪) معتقد به آن نبودند و ۱۴۸ نفر (۳۷٪) نمی دانستند.

۲۷ نفر (۶/۷۵٪) معتقد بودند که روش های هورمونی پیشگیری اضطراری از بارداری EHC* عارضه ای ندارد و ۲۶۴ مورد (۶۶٪) معتقد بودند که عارضه دارد و ۱۰۹ نفر (۲۷/۲۵٪) پاسخی ندادند (جواب نمی دانم را برگزیدند)

D₂: ۳۴۷ نفر (۸۶/۷۵٪) تهوع و استفراغ را از عوارض EHC می دانستند و ۹ نفر (۲/۲۵٪) چنین عارضه ای را معتقد نبودند و ۴۴ نفر (۱۱٪) پاسخی ندادند. (پاسخ نمی دانم را برگزیدند)

D₃: ۲۵۱ نفر (۶۲/۷۵٪) خونریزی و لکه بینی واژینال را بعنوان عارضه ذکر کردند. و ۴۰ نفر (۱۰٪) معتقد به چنین عارضه ای نبودند و ۱۰۹ نفر (۲۷/۲۵٪) پاسخی ندادند. (پاسخ نمی دانم را برگزیدند)

D₄: ۱۲۴ نفر (۳۱٪) ترومبو آمبولی را به عنوان عارضه EHC می دانستند. ۷۶ نفر (۱۹٪) مخالف بودند. ۲۰۰ نفر (۵۰٪) نمی دانستند.

D₅: سردرد ۲۸۰ نفر (۷۰٪) به عنوان عارضه EHC

* (Emergency hormonal contraception)

۲۰ نفر (۵٪) چنین عارضه ای ندارد.

۱۰۰ نفر (۲۵٪) نمی دانستند چنین عارضه ای دارد یا ندارد.

۱۷۱ نفر (۴۲/۷۵٪) به عنوان عارضه EHC D₆: تأخیر در پر یود

۴۹ نفر (۱۲/۲۵٪) چنین عارضه ای ندارند.

۱۸۰ نفر (۴۵٪) نمی دانستند چنین عارضه ای دارد یا ندارد.

E₂: شایعترین عارضه ۲۳۶ نفر (۵۹٪) ذکر کردند که تهوع و استفراغ می باشد و درست پاسخ

دادند و بقیه نمی دانستند.

در پاسخ به میزان تأثیر EHC :

۱۷۳ نفر (۴۳/۲۵٪) بیش از ۹۰٪ تأثیر را ذکر کردند.

۸۴ نفر (۲۱٪) تأثیر در حدود ۹۰٪-۸۰٪ ذکر کردند.

۵۵ نفر (۱۳/۷۵٪) تأثیر در حدود ۸۰٪-۷۰٪ ذکر کردند.

۴۴ نفر (۱۱٪) تأثیر در حدود ۷۰٪-۶۰٪ ذکر کردند.

۱۶ نفر (۴٪) تأثیر در حدود کمتر از ۶۰٪ ذکر کردند.

۲۸ نفر (۷٪) نمی دانستند به چه میزان تأثیر دارد. و پاسخ نمی دانم داده بودند. (پاسخشان نمی دانم

بود.)

در پاسخ به مورد منع مصرف EHC

۲۶۷ نفر (۶۶/۷۵٪) همان موارد منع مصرف ماهیانه و منظم OCP را ذکر کرده بودند.

۵۲ نفر (۱۳٪) ذکر کرده بودند منع مصرفی ندارد.

۸۸ نفر (۲۰/۲۵٪) نمی دانستند منع مصرفی دارد یا ندارد.

در پاسخ به مکانیسم اثر EHC:

موافق	مخالف	نمی دانم	
۹۶ نفر (۲۴٪)	۱۴۰ نفر (۳۵٪)	۱۶۴ (۴۱٪)	سقط
۲۱۹ (۵۴/۷۵٪)	۶۸ (۱۷٪)	۱۱۳ (۲۸/۲۵٪)	مهار پیک LH و تخمک گذاری
۲۱۱ (۵۲/۷۵٪)	۴۹ (۱۲/۲۵٪)	۱۴۰ (۳۵٪)	تغییر موکوس سرویکس
۳۱ (۷/۷۵٪)	۱۷۳ (۴۳/۲۵٪)	۱۹۶ (۴۹٪)	از بین بردن اسپرم

۲۰ نفر (۵٪) معتقد بودند می توان روش EHC را به عنوان یک روش منظم و مستمر پیشگیری از

بارداری به کار برد. ۳۴۶ نفر (۸۶/۵٪) معتقد بودند که نمی توان روش EHC را به عنوان یک روش

منظم و مستمر پیشگیری از بارداری به کار برد. ۳۴ نفر (۸/۵٪) پاسخی به این سؤال ندادند. (نمی دانم

را پاسخ دادند)

ز: مدت زمان اثر بخشی EHC:

۱۱۲ نفر (۲۸٪) حداکثر ۲۴ ساعت

۱۰۰ نفر (۲۵٪) حداکثر ۴۸ ساعت

۱۶۰ نفر (۴۰٪) حداکثر ۷۲ ساعت

۳ نفر (۰/۷۵٪) حداکثر ۵ روز

۴ نفر (۱٪) حداکثر یک هفته

۲ نفر (۵٪) حداکثر بیشتر از یک هفته

۱۹ نفر (۴۷۵٪) نمی دانم را پاسخ داده بودند.

K: در پاسخ به سؤال اگر پس از مصرف روش EHC بیمار دچار استفراغ شد چه توصیه ای می شود.

۹۲ نفر (۲۳٪) مصرف مجدد را توصیه کرده بودند.

۲۲۹ نفر (۵۷/۲۵٪) عارضه را ناشی از جذب هورمون دانسته و اقدامی را لازم نمی دانستند.

۳۱ نفر (۷/۷۵٪) استفاده از روش دیگری را لازم دانسته بودند.

۴۸ نفر (۱۲٪) نمی دانم را پاسخ داده بودند.

در پاسخ به سؤال تا چه مدت زمان از IUD به عنوان EC می توان استفاده کرد.

۱۰۴ نفر (۲۶٪) حداکثر ۴۸ ساعت

۶۴ نفر (۱۶٪) حداکثر ۷۲ ساعت

۵۷ نفر (۱۴/۲۵٪) حداکثر ۵ روز

۴۰ نفر (۱۰٪) حداکثر یک هفته

۲۹ نفر (۷/۲۵٪) حداکثر ۱۰ روز

۱۰۸ نفر (۲۷٪) نمی دانم.

R: در پاسخ به سؤال یک خانم چند بار می تواند از روش های EHC استفاده کند

۹۶ نفر (۲۴٪) در هر سیکل یک بار را ذکر کردند.

۵۲ نفر (۱۳٪) سالی یکبار

۱۸۳ نفر (۴۵/۷۵٪) هیچ محدودیتی را ذکر نکرده بودند.

۶۹ نفر (۱۷/۵٪) نمی دانم را برگزیدند.

M: در پاسخ به این سؤال که آیا شما EHC را به مراجعین خود توصیه می کنید

۲۱۳ نفر (۵۳/۲۵٪) توصیه می کردند.

۱۵۷ نفر (۳۹/۲۵٪) توصیه نمی کردند.

۲۸ نفر (۷٪) نمی دانم را برگزیدند.

N: در پاسخ به اینکه در صورت لزوم برای خود یا همسران از روش EHC استفاده می کنید.

۲۴۹ نفر (۶۲/۲۵٪) استفاده می کردند.

۹۱ نفر (۲۲/۷۵٪) استفاده نمی کردند.

۶۰ نفر (۱۵٪) نمی دانم.

Q: ۱۶۹ نفر (۴۱/۲۵٪) به دسترسی گسترده در جامعه اعتقاد داشتند.

۱۶۴ نفر (۴۱٪) دسترسی را کاملاً کنترل شده می خواستند.

۶۷ نفر (۱۶/۷۵٪) نظری نداشتند.

S: در پاسخ به اینکه آیا این روش از نظر شرعی مجاز است یا خیر: ۲۸۷ نفر (۷۱/۷۵٪) از نظر

شرعی روش های جلوگیری اضطراری از بارداری را مجاز می دانستند.

۲۹ نفر (۷/۲۵٪) مجاز نمی دانستند.

۸۴ نفر (۲۱٪) نمی دانستند از لحاظ شرعی مجاز است یا خیر.

P: در پاسخ به اینکه متقاضی استفاده از روش EHC چگونه باید قرص های مربوط را تهیه کند.

۵۰٪ معتقد بودند فقط پزشکان باید EC را تجویز کنند. (۲۰۰ نفر)

P: ۱۳۰ نفر (۳۲/۵٪) معتقد بودند با مراجعه به مراکز بهداشتی

۷۲ نفر معتقد بودند (۱۸٪) به طور مستقیم از داروخانه

۵ مورد (۱/۲۵٪) مراکز بهداشتی و داروخانه

۳ نفر (۰/۷۵٪) تجویز پزشک و مراکز بهداشتی

۱۴ نفر (۲/۳۵٪) پاسخ ندادند.

O: در مورد منبع اطلاعات شما در مورد روش های هورمونی از کجا بوده است.

۱۲۰ نفر (۳۰٪) کلاس های تئوری و کنفرانس

۲۴۸ نفر (۶۲٪) از مطالعه فردی از کتب علمی و مجلات

۳۸ نفر (۹/۲۵٪) دوستان

۱۷ نفر (۸/۵٪) بروشورها و وسائل ارتباط جمعی

در این تحقیق بررسی میزان آگاهی افراد از میزان پاسخ به ۲۲ سؤال در رابطه با آگاهی مشخص

شد.

از هیچ گونه پاسخ تا ۷ پاسخ صحیح آگاهی ضعیف ۱۳٪ (۵۲ نفر)

۸-۱۵ پاسخ صحیح (آگاهی متوسط) ۷۸٪ (۳۱۲ نفر)

۲۲-۱۶ پاسخ صحیح (آگاهی خوب) ۳۶ نفر ۹٪

حداقل پاسخ (صفر)

حداکثر ۲۰ پاسخ صحیح

میانگین: ۱۰/۹۵ ، S.D=۳/۵۹ و میانه: ۱۱

در بررسی ارتباط آگاهی با سن ارتباط معنی داری وجود داشت ($\chi^2=۸۱/۷۶$ ، $p<۰/۰۰۰۱$) افراد

جوانتر آگاهی بهتری داشتند.

جدول (۵) نمودار (۵)

بین آگاهی و جنس ($\chi^2=۵/۳۵$ ، $p=۰/۰۶۹$) ارتباط معنی داری وجود نداشت.

جدول (۶) نمودار (۶)

بین آگاهی و ازدواج ارتباط معنی داری وجود داشت ($\chi^2=۱۵/۵۳$ ، $p<۰/۰۰۰۱$) افراد مجرد از

آگاهی بهتری برخوردار بودند. جدول شماره (۷) نمودار شماره (۷)

بین آگاهی و سابقه طبابت ارتباط معنی داری وجود داشت ($\chi^2=۵۵/۳۹$ ، $p<۰/۰۰۰۱$) بطوریکه

افراد با سابقه طبابت کمتر از آگاهی بهتری برخوردار بودند. جدول شماره (۸) نمودار شماره (۸)

بررسی میزان عملکرد افراد در پاسخ به نسخه ای که شما برای EC ارائه می فرمائید:

۱۶۲ نفر (۴۰/۵٪) پاسخ صحیح داده بودند و عملکرد درست داشتند.

۲۳۸ نفر (۵۹/۵٪) پاسخ نادرست داشتند یا توانایی پاسخ دادن نداشتند.

در بررسی ارتباط عملکرد با سن ($\chi^2 = 17/9$ ، $p < 0/0001$) ارتباط معنی داری وجود داشت.

بطوریکه افراد جوانتر عملکرد بهتری داشتند.

جدول (۹) نمودار (۹)

در بررسی ارتباط عملکرد با جنس ($\chi^2 = 4/58$ ، $p = 0/032$) ارتباط معنی دار اما بطور خفیف وجود

داشت و زنان از عملکرد بهتری برخوردار بودند.

جدول (۱۰) نمودار (۱۰)

در بررسی ارتباط عملکرد با ازدواج ارتباط معنی داری وجود نداشت ($\chi^2 = 0/001$ ، $p = 0/97$)

جدول (۱۱) نمودار (۱۱)

در بررسی عملکرد با سابقه طبابت ارتباط معنی داری وجود داشت ($\chi^2 = 92/8$ ، $p < 0/002$)

بطوریکه پزشکانی که سابقه طبابت کمتری داشتند از عملکرد بهتری برخوردار بودند.

جدول (۱۲) نمودار (۱۲)

بررسی بینش پزشکان از میزان پاسخ به سؤالات M,N,Q,S (۴ سؤال) که در مورد آیا برای

مراجعین خود EHC را توصیه می نمایند یا خیر، خودشان یا همسرشان مصرف می نمایند یا خیر. از

لحاظ شرعی مجاز می دانند یا خیر و آیا با گسترش این روش در جامعه موافقید یا خیر مشخص شد.

۳۶ نفر (۹٪) بدون هیچ گونه پاسخ صحیح بودند.

۱ پاسخ صحیح ۶۸ نفر (۱۷٪)

۲ پاسخ صحیح ۱۰۸ نفر (۲۷٪)

۳ پاسخ صحیح ۱۰۶ نفر (۰/۲۶/۵)

۴ پاسخ صحیح ۸۲ نفر (۰/۲۰/۵)

Median: ۲ ، Mean: ۲/۳۳ ، St-D: ۱/۲۳ ، Mini-: -۰- ، Max-: ۴

جدول شماره (۱۳)

در کل ۲۶٪ (۱۰۴ نفر) پاسخ ضعیف (۱-۰ پاسخ صحیح) بینش ضعیف

۲۱۴ نفر (۰/۵۳/۵) پاسخ متوسط (۳-۲ پاسخ صحیح) بینش متوسط

۸۲ نفر (۰/۲۰/۵) پاسخ خوب داده بودند. (۴ پاسخ صحیح) یعنی از بینش بالایی برخوردار

بودند.

ارتباط بینش پزشکان با سن ارتباط معنی داری نداشت ($\chi^2 = 7/09$ ، $p = 0/131$)

جدول (۱۴) نمودار (۱۴)

ارتباط بینش پزشکان با ازدواج ارتباط معنی داری نداشت ($\chi^2 = 0/324$ ، $p = 0/85$)

جدول (۱۵) نمودار (۱۵)

ارتباط بینش پزشکان با جنس ارتباط معنی داری نداشت ($\chi^2 = 1/7$ ، $p = 0/416$)

جدول (شماره ۱۶) نمودار (شماره ۱۶)

ارتباط بینش پزشکان با سابقه طبابت ارتباط معنی داری نداشت ($\chi^2 = 2/07$ ، $p = 0/721$)

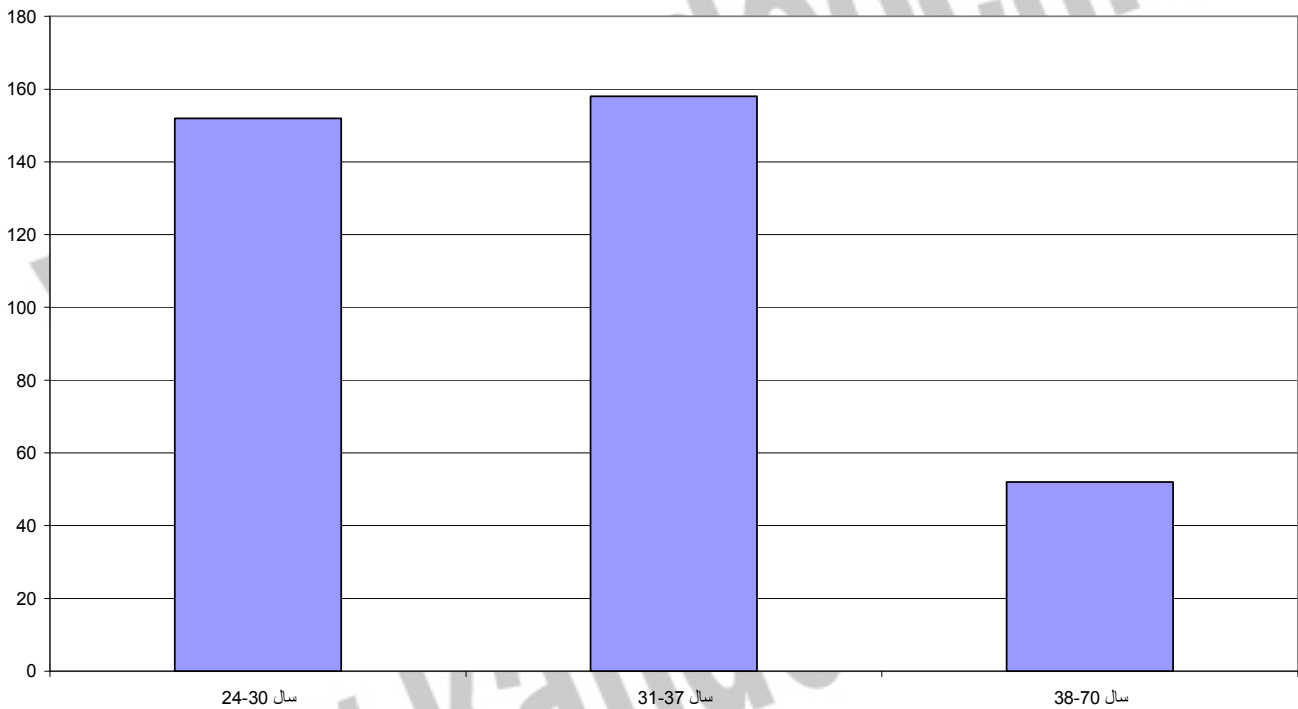
جدول (شماره ۱۷) نمودار (شماره ۱۷)

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

جدول شماره ۱: توزیع سنی افراد مورد مطالعه

کل	سال ۲۴-۳۰	سال ۳۱-۳۷	سال ۳۸-۷۰	محدوده سنی
۳۶۲*	۱۵۲	۱۵۸	۵۲	تعداد از کل
%۱۰۰	%۴۲	%۴۳/۶	%۱۴/۴	درصد

نمودار شماره (۱): توزیع فراوانی سنی افراد مورد مطالعه

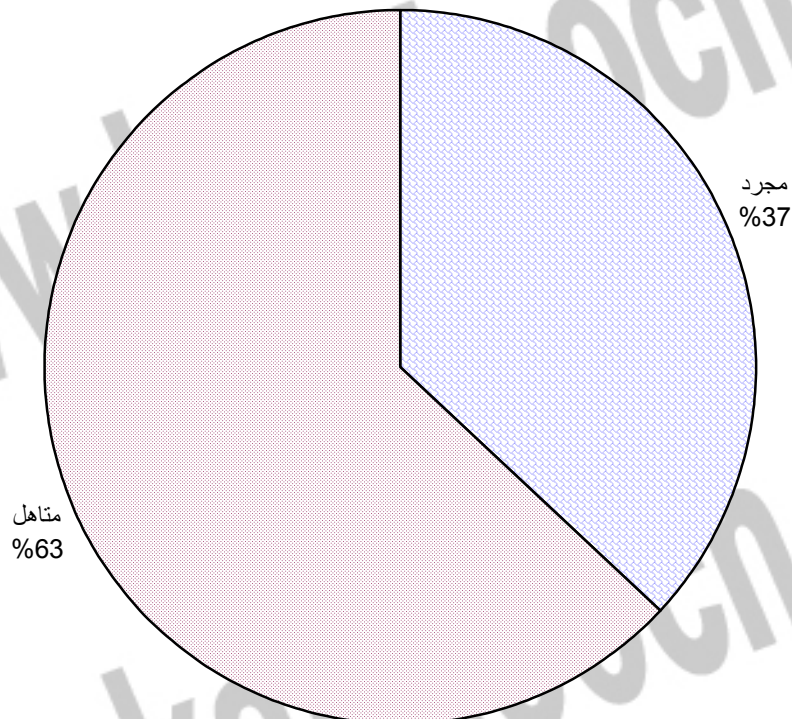


جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

جدول شماره ۲: توزیع وضعیت ازدواج افراد مورد مطالعه

وضعیت تاهل	مرد	زن	کل
مجرد	۸۸ (۶۳/۸٪)	۵۰ (۳۶/۲٪)	۱۳۸ (۳۶/۹٪)
متاهل	۱۵۲ (۶۴/۴٪)	۸۴ (۳۵/۶٪)	۲۳۶ (۶۳/۱٪)
کل	۲۴۰ (۶۴/۲٪)	۱۳۴ (۳۵/۸٪)	۳۷۴ * ۱۰۰٪

نمودار شماره (2): توزیع وضعیت تاهل افراد مورد مطالعه

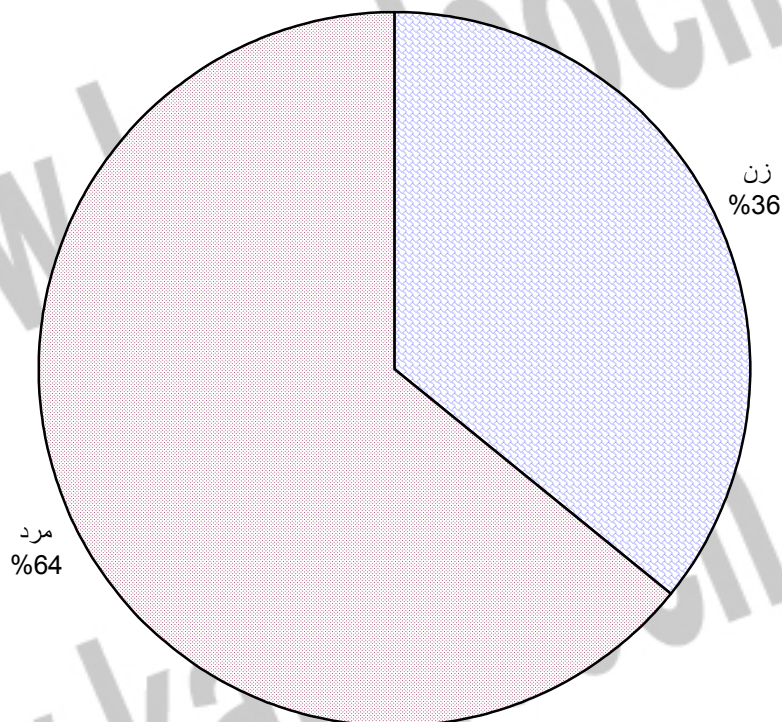


جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی جنسی افراد مورد مطالعه

جنس	فراوانی (نفر)	درصد
مرد	۲۴۰	۶۴/۲٪
زن	۱۳۴	۳۵/۸٪
کل	۳۷۴	۱۰۰٪

نمودار شماره (3): توزیع فراوانی جنسی افراد مورد مطالعه

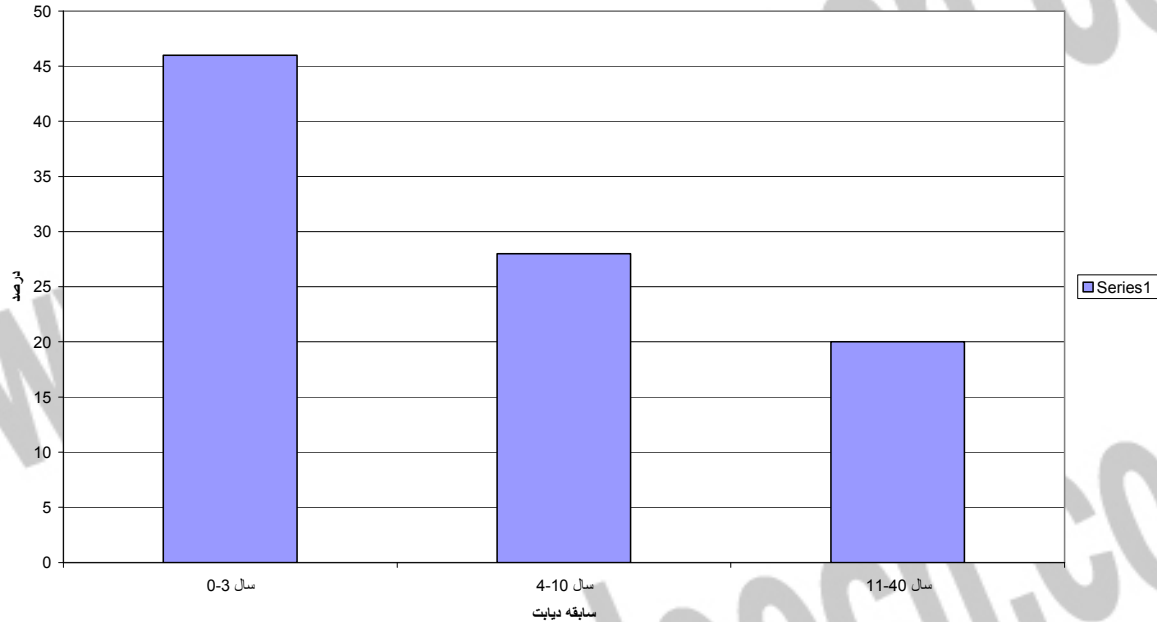


جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی سابقه طبابت افراد مورد مطالعه

سال ۰-۳	سال ۴ - ۱۰	سال ۱۱-۴۰	سابقه طبابت
۱۸۲ (۴۵/۵٪)	۱۱۰ (۲۷/۵٪)	۸۰ (۲۰٪)	کل ۳۷۲
۴۸/۹٪	۲۹/۶٪	۲۱/۵٪	کل ۴۰۰

نمودار شماره (۴): توزیع فراوانی سابقه دیابت افراد مورد مطالعه

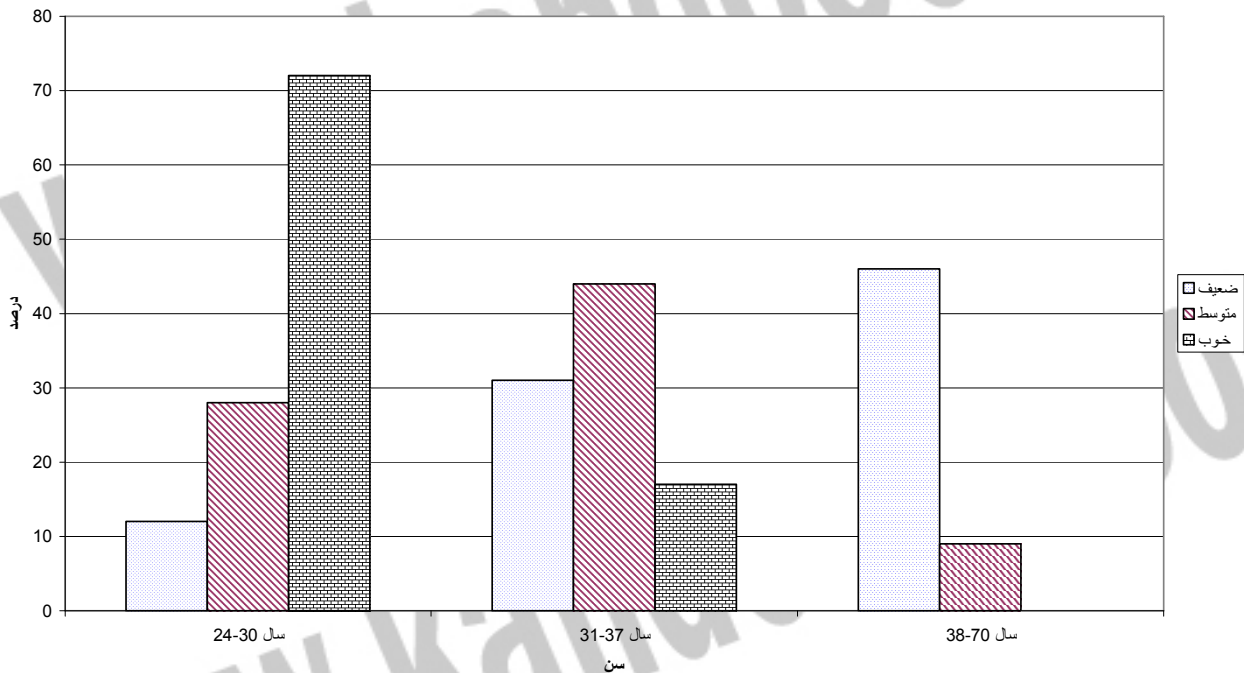


جدول شماره ۵: توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب سن در نمونه مورد مطالعه

کل	سال ۲۴-۳۰	سال ۳۱-۳۷	سال $38 \leq$	سن شاخص آگاهی*
۴۶ (۱۰۰٪) ٪۱۲/۷	۶ (۱۳٪) ٪۳/۹	۱۶ (۳۴٪) ٪۱۰/۱	۲۴ (۵۲٪) ٪۴۶/۲	ضعیف
۲۸۴ (۱۰۰٪) ٪۷۸/۵	۱۲۰ (۴۲٪) ٪۷۸/۹	۱۳۶ (۴۷٪) ٪۸۶/۱	۲۸ (۹٪) ٪۵۳/۸	متوسط
۳۲ (۱۰۰٪) ٪۸/۲	۲۶ (۸۱٪) ٪۱۷/۱	۶ (۱۸٪) ٪۳/۸	—	خوب
۳۶۲ (۱۰۰٪) ٪۱۰۰	۱۵۲ (۴۲٪) ٪۱۰۰	۱۵۸ (۴۳٪) ٪۱۰۰	۵۲ ٪۱۰۰	کل

$$\chi^2 = 81.76, p < .0001$$

نمودار شماره (۵): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب سن در افراد مورد مطالعه

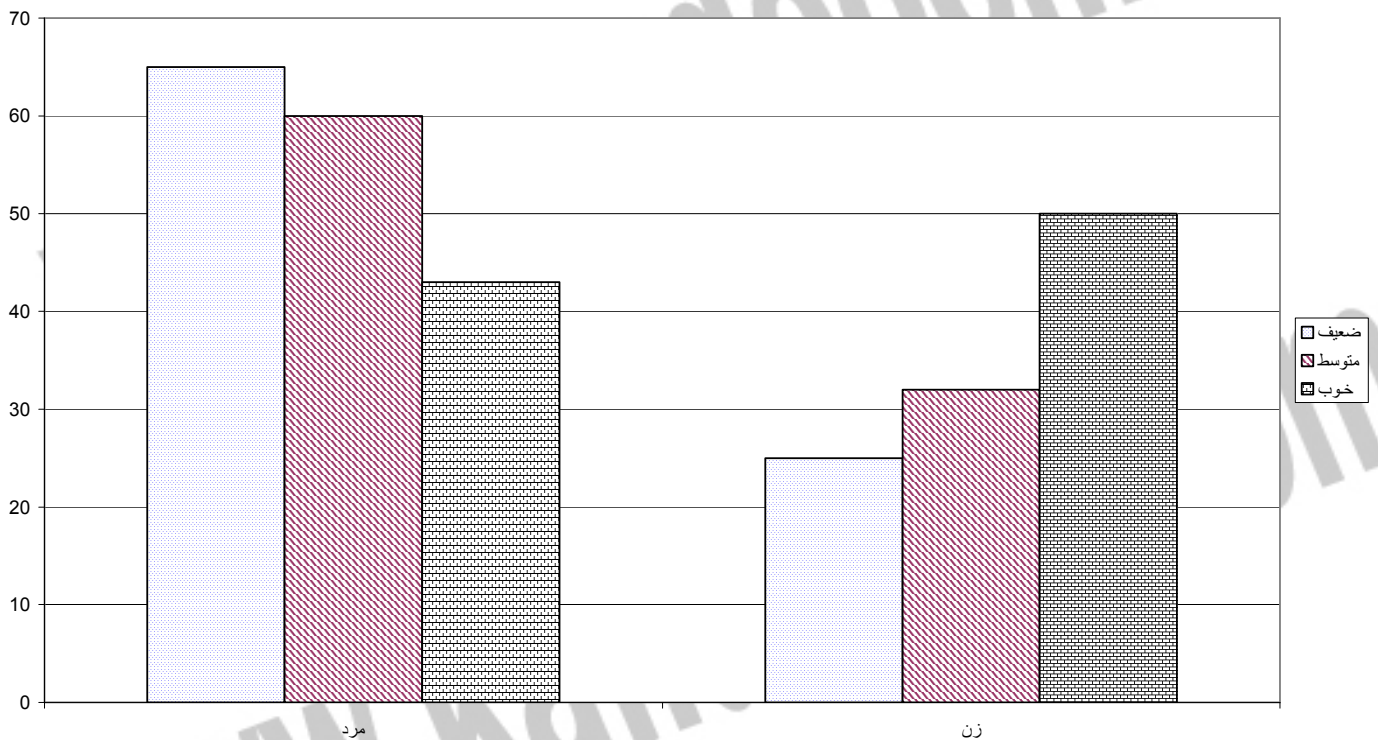


جدول شماره ۶: توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب جنس در نمونه مورد مطالعه

جنس	مرد	زن	کل
شاخص آگاهی			
ضعیف (۱)	۳۴ نفر (۰.۷۰/۸) (۰.۱۴/۲)	۱۴ (۰.۲۹/۲) (۰.۱۰/۴)	۴۸ نفر (۰.۱۰۰) ٪۱۲/۸
متوسط (۲)	۱۹۰ (۰.۶۵/۱) ٪۷۹/۲	۱۰۲ (۰.۳۴/۹) ٪۷۶/۱	۲۹۲ (۰.۱۰۰) ٪۷۸/۱
خوب (۳)	۱۶ (۰.۴۷/۱) ٪۶/۷	۱۸ (۰.۵۲/۹) ٪۱۳/۴	۳۴ (۰.۱۰۰) ٪۹/۱
کل	۲۴۰ (۰.۶۴/۲) ٪۱۰۰	۱۳۴ (۰.۳۵/۸) ٪۱۰۰	۳۷۴ (۰.۱۰۰) ٪۱۰۰

$$X^2=5/35, P=0/069$$

نمودار شماره (6): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب جنس در افراد مورد مطالعه

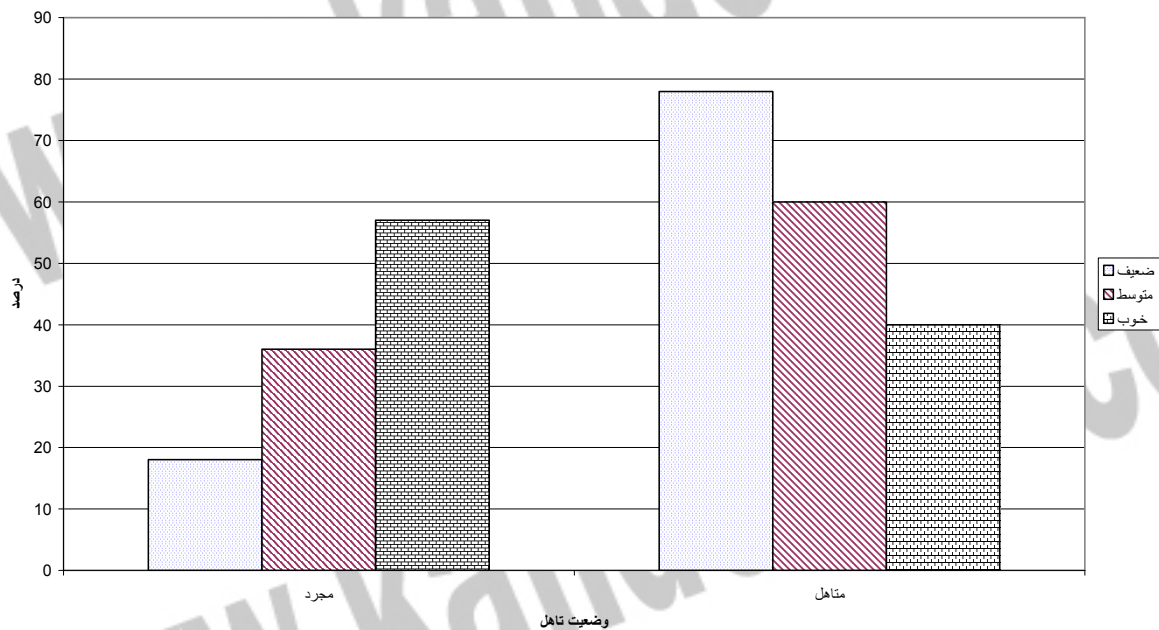


جدول شماره ۷: توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب تأهل و مجرد در نمونه مورد مطالعه

کل	مجرد	متأهل	وضعیت تأهل / شاخص آگاهی
۴۸ (۱۰۰٪) ۱۲/۸٪	۸ (۱۶/۷٪) ۵/۸٪	۴۰ (۸۳/۳٪) ۱۶/۹٪	ضعیف
۲۹۲ (۱۰۰٪) ۷۸/۱٪	۱۱۰ (۳۷/۷٪) ۷۹/۷٪	۱۸۲ (۶۲/۳٪) ۷۷/۱٪	متوسط
۳۴ (۱۰۰٪) ۹/۱٪	۲۰ (۵۸/۸٪) ۱۴/۵٪	۱۴ (۴۱/۲٪) ۶٪	خوب
۳۷۴ (۱۰۰٪) ۱۰۰٪	۱۳۸ (۳۶/۹٪) ۱۰۰٪	۲۳۶ (۶۳/۱٪) ۱۰۰٪	کل

$$\chi^2 = 15/53, p < 0/0001$$

نمودار شماره (7): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب تأهل در افراد مورد مطالعه

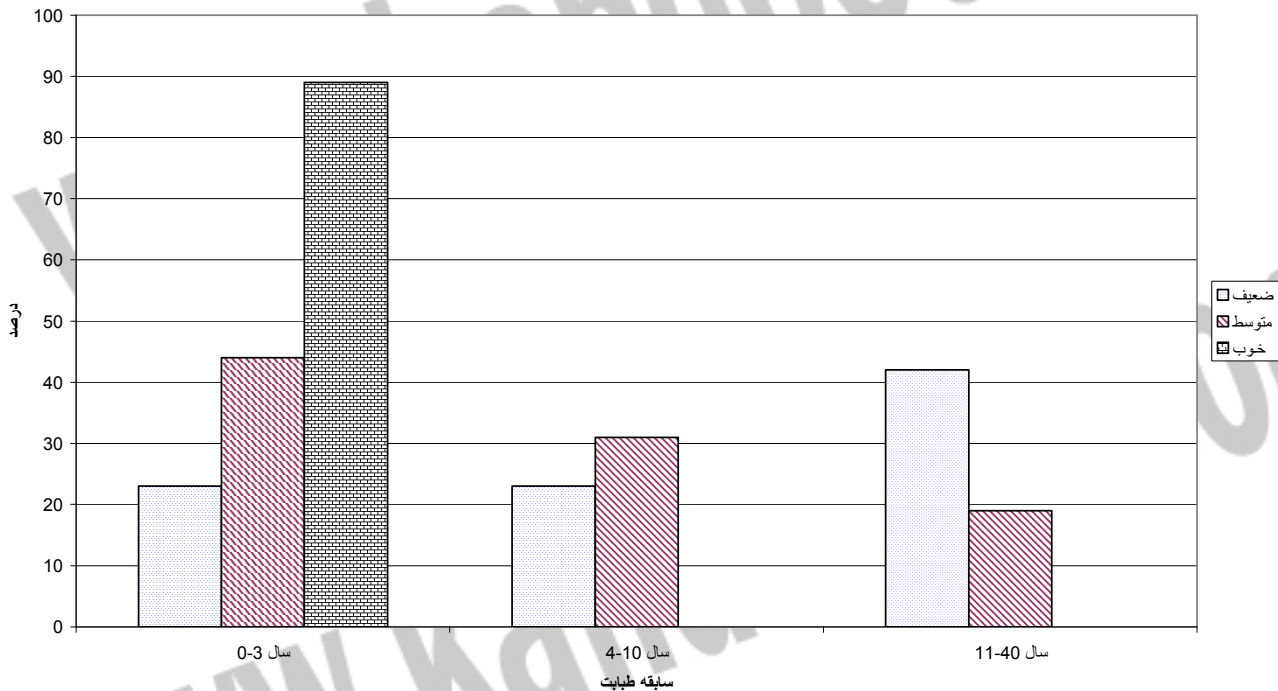


جدول شماره ۸: توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب سابقه طبابت

کل	تا ۳ سال سابقه طبابت	۴-۱۰ سال سابقه طبابت	۱۱-۴۰ سال سابقه طبابت	سابقه طبابت شاخص آگاهی
۴۶ (۱۰۰٪) ۱۲٪/۴	۱۲ (۲۶/۱٪) ۶٪/۶	۱۲ (۲۶/۱٪) ۱۰٪/۹	۲۲ (۴۷/۸٪) ۲۷٪/۵	ضعیف
۲۹۴ (۱۰۰٪) ۷۹٪	۱۳۸ (۴۶/۹٪) ۷۵٪/۸	۹۸ (۳۳/۳٪) ۸۹٪/۱	۵۸ (۱۹/۷٪) ۷۲٪/۵	متوسط
۳۲ (۱۰۰٪) ۸٪/۶	۳۲ (۱۰۰٪) ۱۷٪/۶	—	—	خوب
۳۷۲ (۱۰۰٪) ۱۰۰٪	۱۸۲ (۴۸/۹٪) ۱۰۰٪	۱۱۰ (۲۹/۶٪) ۱۰۰٪	۸۰ (۲۷/۵٪) ۱۰۰٪	کل

$\chi^2 = 55/39, p < 0/0001$

نمودار شماره (8): توزیع میزان آگاهی نسبت به EC بر حسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه

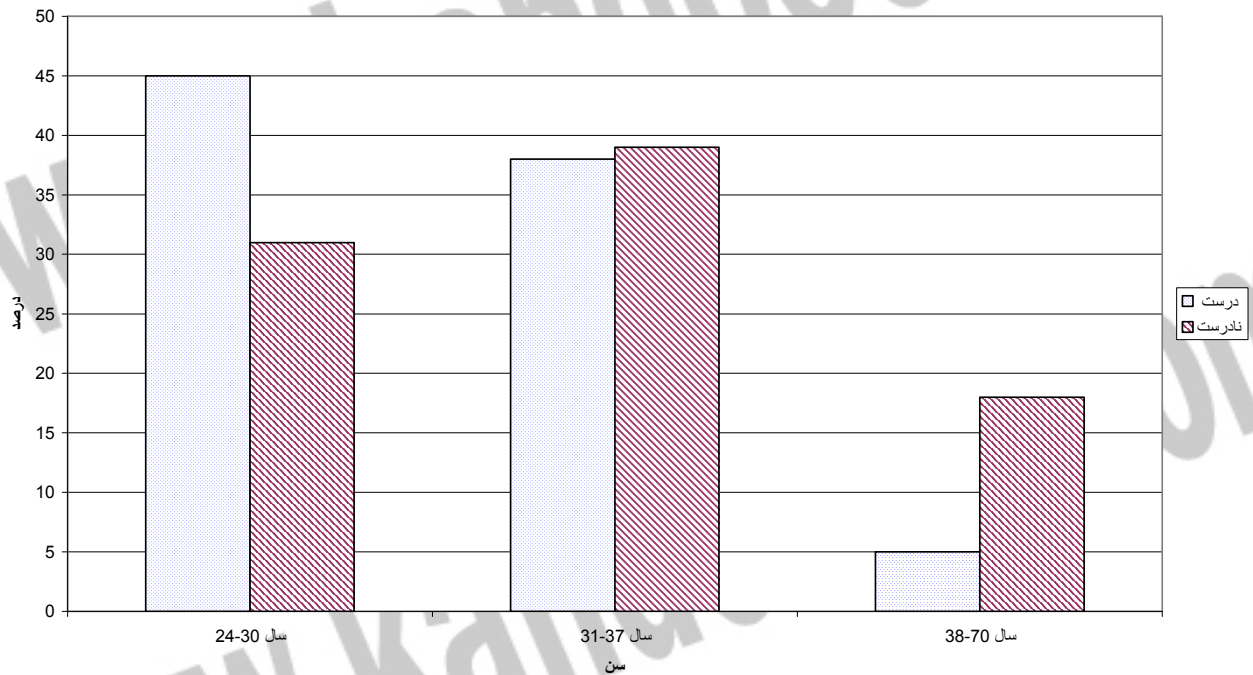


جدول شماره ۹: توزیع عملکرد نسبت به EC بر حسب سن در نمونه مورد مطالعه

کل	نادرست	صحیح	شاخص عملکرد
			سن
۱۵۲ (٪۴۲)	۷۸ (٪۵۱/۳)	۷۴ (٪۴۸/۷)	سال ۲۴-۳۰
۱۵۸ (٪۴۳/۶)	۹۶ (٪۶۰/۸)	۶۲ (٪۳۹/۲)	سال ۳۱-۳۷
۵۲ (٪۱۴/۴)	۴۴ (٪۸۴/۶)	۸ (٪۱۵/۴)	سال ۳۸-۷۰
۳۶۲ (٪۱۰۰)	۲۱۸ (٪۶۰/۲)	۱۴۴ (٪۳۹/۸)	کل

$$\chi^2 = 17/9, p < 0/0001$$

نمودار شماره (9): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC بر حسب سن در نمونه مورد مطالعه

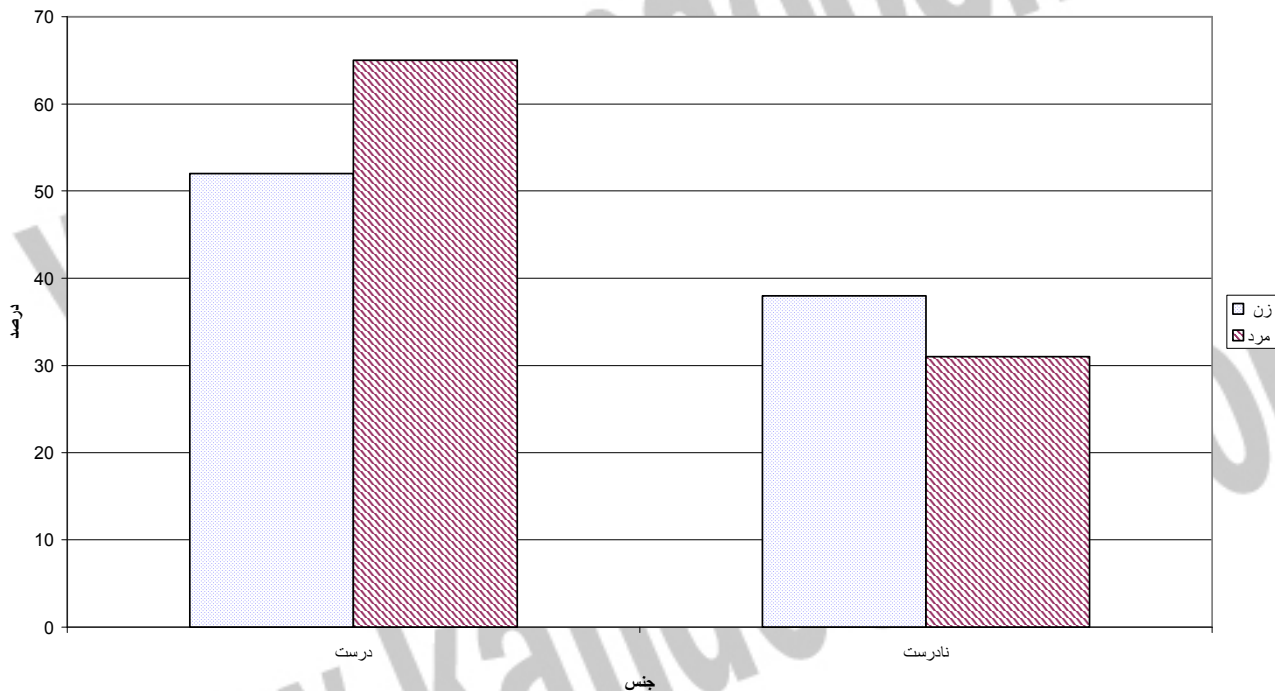


جدول شماره ۱۰: توزیع عملکرد نسبت به EC بر حسب جنس در نمونه مورد مطالعه

جمع	مؤنث	مذکر	جنس
			شاخص عملکرد
۱۴۶ (۳۹٪)	۶۲ (۴۲/۵٪)	۸۴ (۵۷/۵٪)	عملکرد صحیح
۲۲۸ (۶۱٪)	۷۲ (۳۱/۶٪)	۱۵۶ (۶۸/۴٪)	عملکرد نادرست
۳۷۴ (۱۰۰٪)	۱۳۴ (۳۵/۸٪)	۲۴۰ (۶۴/۲٪)	کل

$$\chi^2 = 4/58, p = 0/032$$

نمودار شماره (10): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC بر حسب جنس در نمونه مورد مطالعه

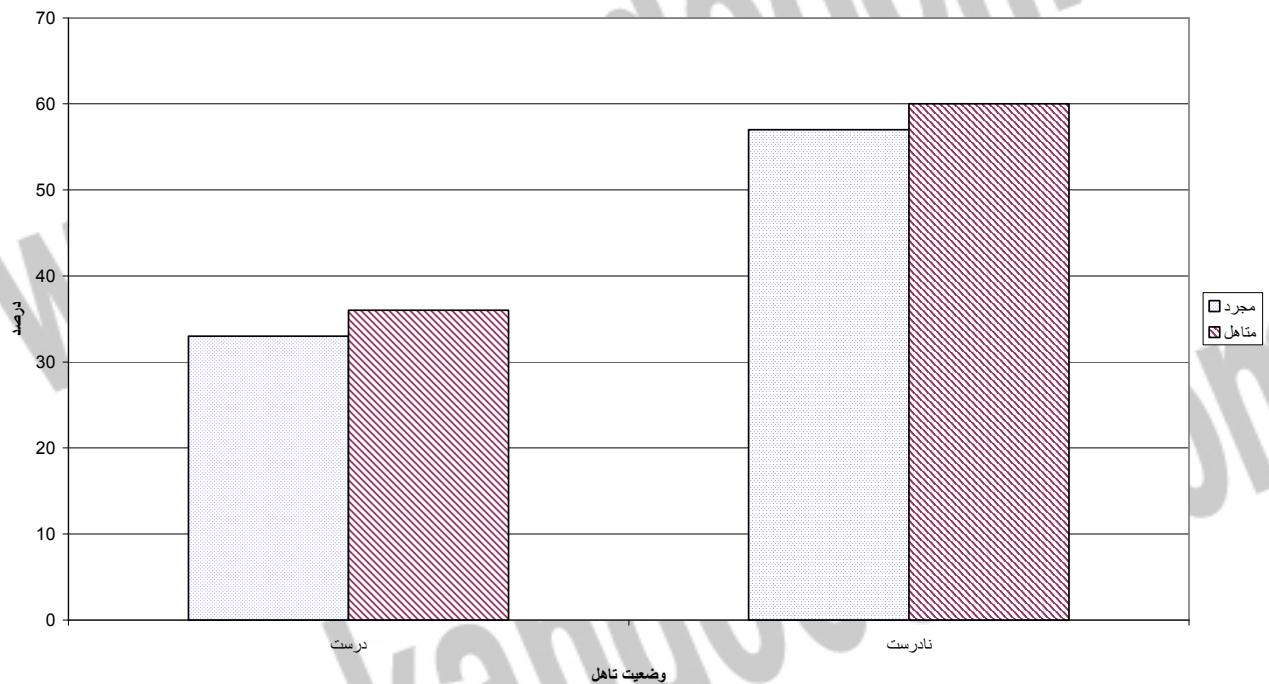


جدول شماره ۱۱: توزیع عملکرد نسبت به EC بر حسب تأهل در نمونه مورد مطالعه

کل	نادرست	صحیح	شاخص عملکرد وضعیت تأهل
۱۳۸ ٪۳۶/۹	۸۴ ٪۶۰/۹	۵۴ ٪۳۹/۱	مجرد
۲۳۶ ٪۶۳/۱	۱۴۴ ٪۶۱	۹۲ ٪۳۹	متأهل
۳۷۴ ٪۱۰۰	۲۲۸ ٪۶۱	۱۴۶ ٪۳۹	کل

$$\chi^2 = 0/001, p = 0/97$$

نمودار شماره (11): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC بر حسب تأهل در نمونه مورد مطالعه

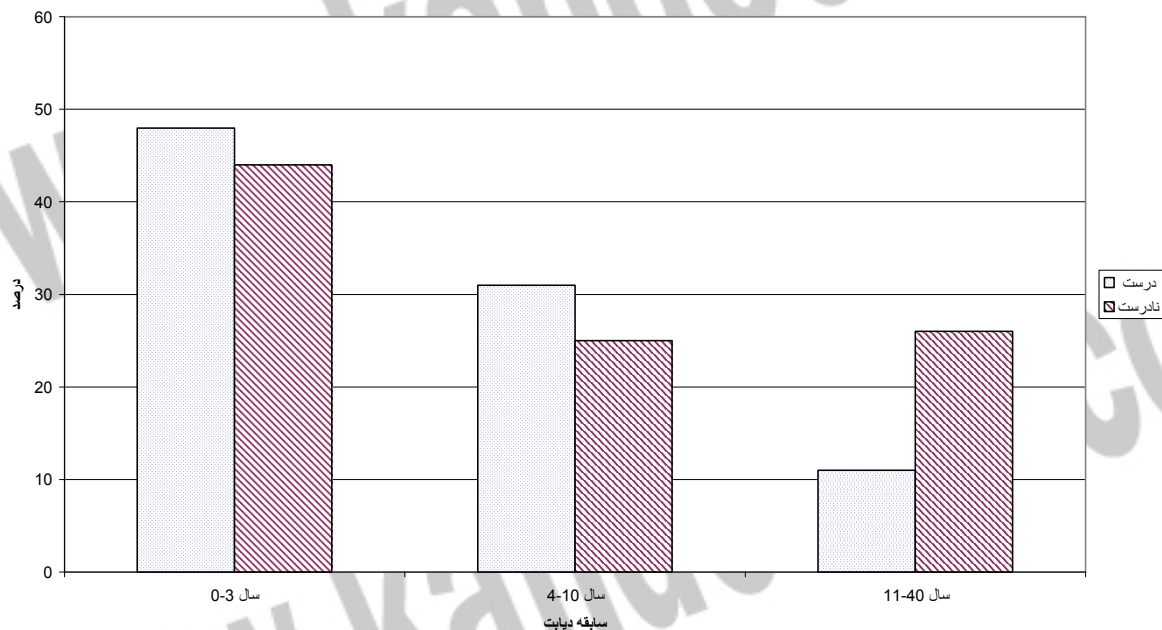


جدول شماره ۱۲: توزیع عملکرد نسبت به EC بر حسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه

شاخص عملکرد سابقه طبابت	صحیح	نادرست	کل
۰-۳ سال	۷۸ (۴۲/۹٪)	۱۰۴ (۵۷/۱٪)	۸۲ (۴۸/۹٪)
۴-۱۰ سال	۵۰ (۴۵/۵٪)	۶۰ (۵۴/۵٪)	۱۱۰ (۲۹/۶٪)
۱۱-۴۰ سال	۱۸ (۲۲/۵٪)	۶۲ (۷۷/۵٪)	۸۰ (۲۱/۵٪)
کل	۱۴۶ (۳۹/۲٪)	۲۲۶ (۶۰/۱۸٪)	۱۰۰٪

$$\chi^2 = 12/8, p < 0/002$$

نمودار شماره (12): توزیع میزان عملکرد نسبت به EC بر حسب سابقه دیابت در نمونه مورد مطالعه

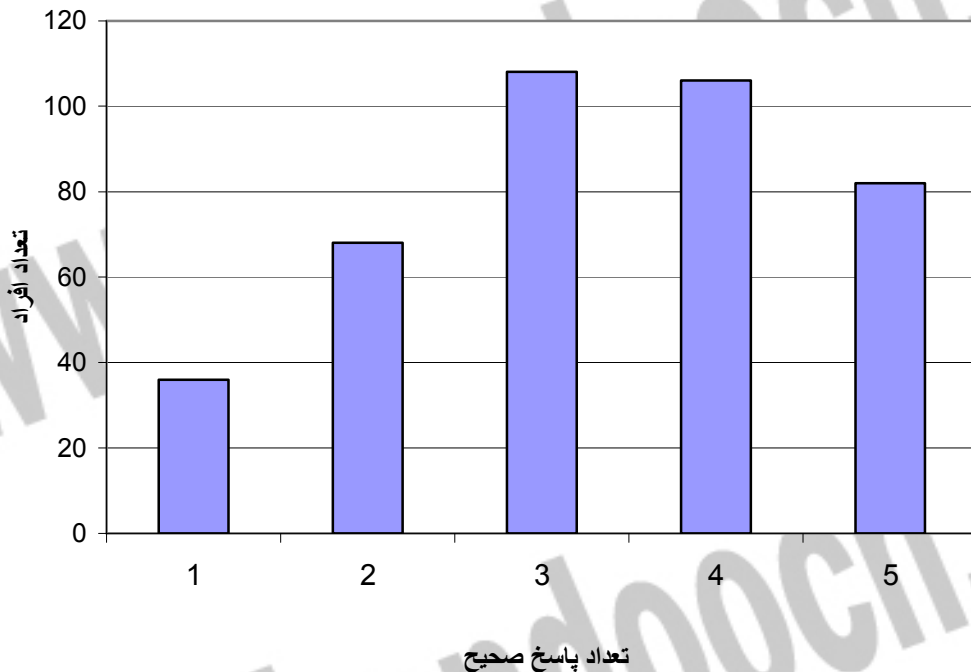


جدول شماره ۱۳: توزیع فراوانی تعداد پاسخ به سؤالات بینش افراد مورد مطالعه

تعداد پاسخ	فراوانی (نفر)	درصد
۰*	۳۶	۹
۱*	۶۸	۱۷
۲*	۱۰۸	۲۷
۳	۱۰۶	۲۶/۵
۴	۸۲	۲۰/۵
کل	۴۰۰	۱۰۰

۰ ← بدون هیچ پاسخ صحیح
۱ ← یک پاسخ صحیح
۲ ← دو پاسخ صحیح
←
۳ ← سه پاسخ صحیح
۴ ← چهار پاسخ صحیح

نمودار شماره (13): توزیع فراوانی تعداد پاسخ به سؤالات بینش افراد مورد مطالعه

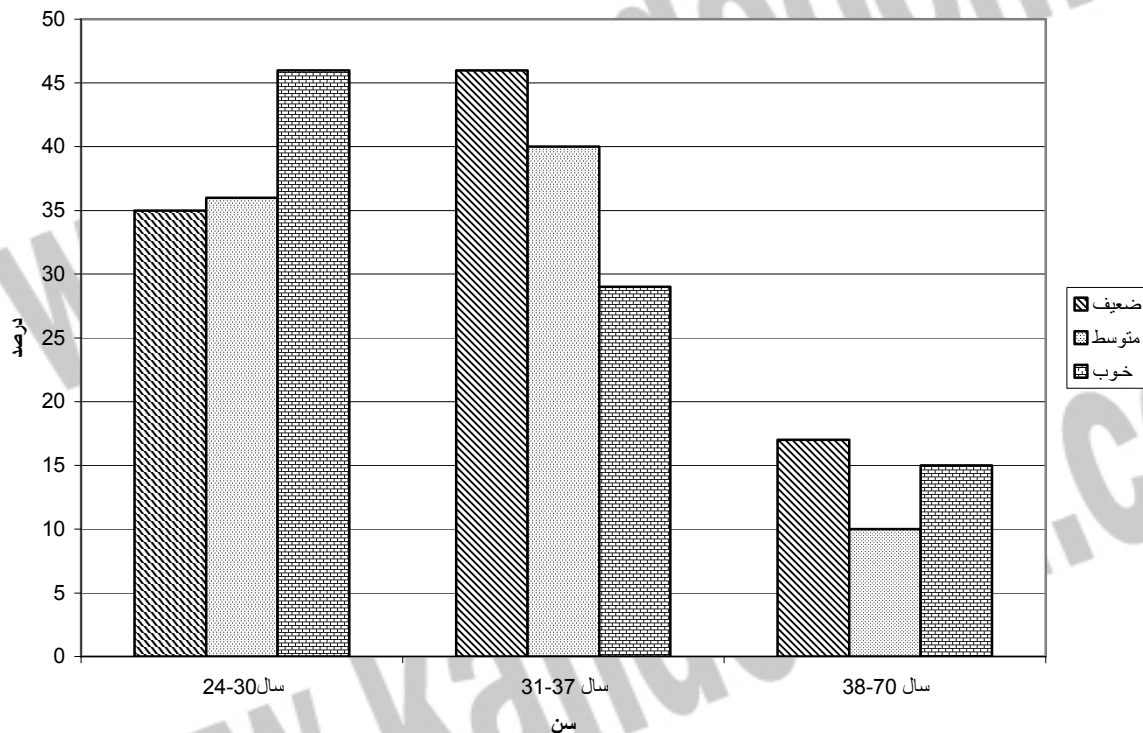


جدول شماره ۱۴: توزیع بینش نسبت به EC بر حسب سن در نمونه مورد مطالعه

کل	۲۴-۳۰ سال	۳۱-۳۷ سال	۳۸-۷۰ سال	سن شاخص بیش
(/۱۰۰) ۱۰۲ ٪۲۸/۲	(/۳۵/۳) ۳۶ ٪۲۳/۷	(/۴۷/۱) ۴۸ ٪۳۰/۴	(/۱۷/۶) ۱۸ ٪۳۴/۶	ضعیف ۰-۱ پاسخ صحیح
(/۱۰۰) ۱۸۶ ٪۵۱/۴	(/۴۱/۹) ۷۸ ٪۵۱/۳	(/۶۴/۲) ۸۶ ٪۵۴/۴	(/۱۱/۸) ۲۲ ٪۴۲/۳	متوسط ۲-۳ پاسخ صحیح
(/۱۰۰) ۷۴ ٪۲۰/۴	(/۵۱/۴) ۳۸ ٪۲۵	(/۳۲/۴) ۲۴ ٪۱۵/۲	(/۱۶/۲) ۱۲ ٪۲۳/۱	خوب ۴ پاسخ صحیح
(/۱۰۰) ۳۶۲ ٪۱۰۰	(/۴۲) ۱۵۲ ٪۱۰۰	(/۴۳/۶) ۱۵۸ ٪۱۰۰	(/۱۴/۴) ۵۲ ٪۱۰۰	کل

$$\chi^2 = 7/09, p = 0/131$$

نمودار شماره (14) : توزیع بینش نسبت به EC بر حسب سن در نمونه مورد مطالعه

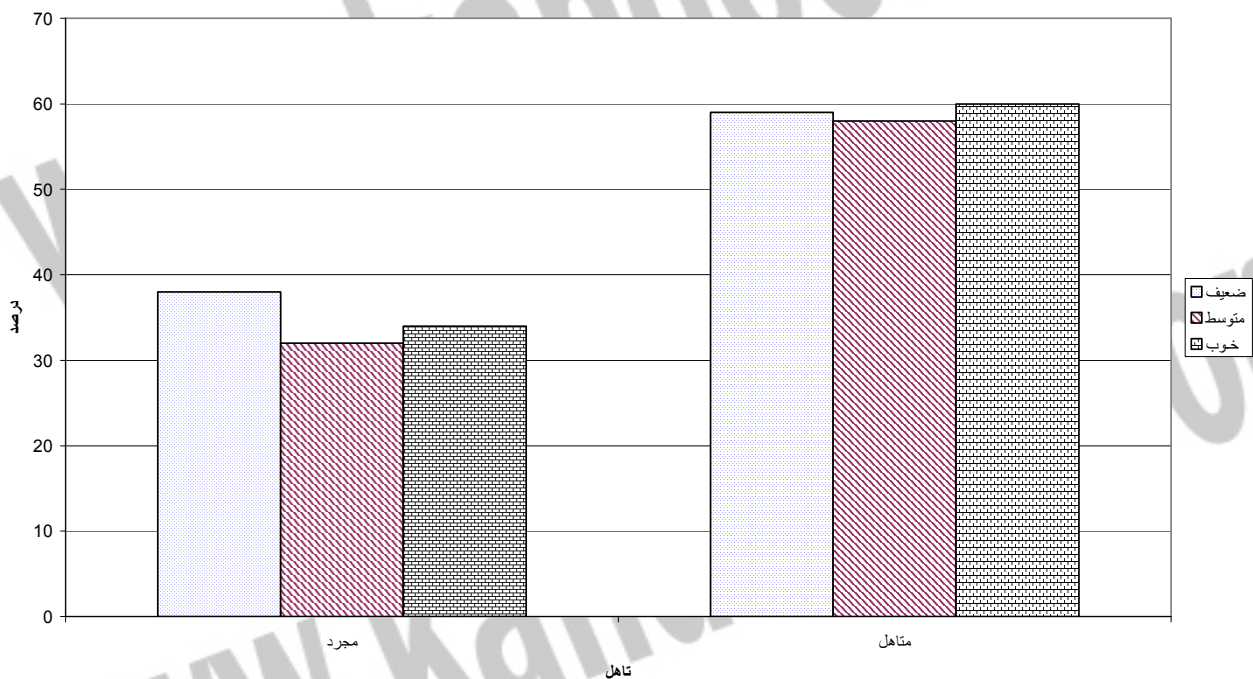


جدول شماره ۱۵: توزیع بینش نسبت به EC بر حسب تأهل در نمونه مورد مطالعه

کل	مجرد	متاهل	وضعیت تأهل شاخص بینش
۱۰۲ (٪۱۰۰) ٪۲۷/۳	۴۰ (٪۳۹/۲) ٪۲۹	۶۲ (٪۶۰/۸) ٪۲۶/۳	ضعیف
۱۹۴ (٪۱۰۰) ٪۵۱/۹	۷۰ (٪۳۶/۱) ٪۵۰/۷	۱۲۴ (٪۶۳/۹) ٪۵۲/۵	متوسط
۷۸ (٪۱۰۰) ٪۲۰/۹	۲۸ (٪۳۵/۹) ٪۲۰/۳	۵۰ (٪۶۴/۱) ٪۲۱/۲	خوب
۳۷۴ (٪۱۰۰) ٪۱۰۰	۱۳۸ (٪۳۶/۹) ٪۱۰۰	۲۳۶ (٪۶۳/۱) ٪۱۰۰	کل

$$\chi^2 = 1/7, p = 0/416$$

نمودار شماره (15): توزیع بینش نسبت به EC بر حسب تأهل در نمونه مورد مطالعه

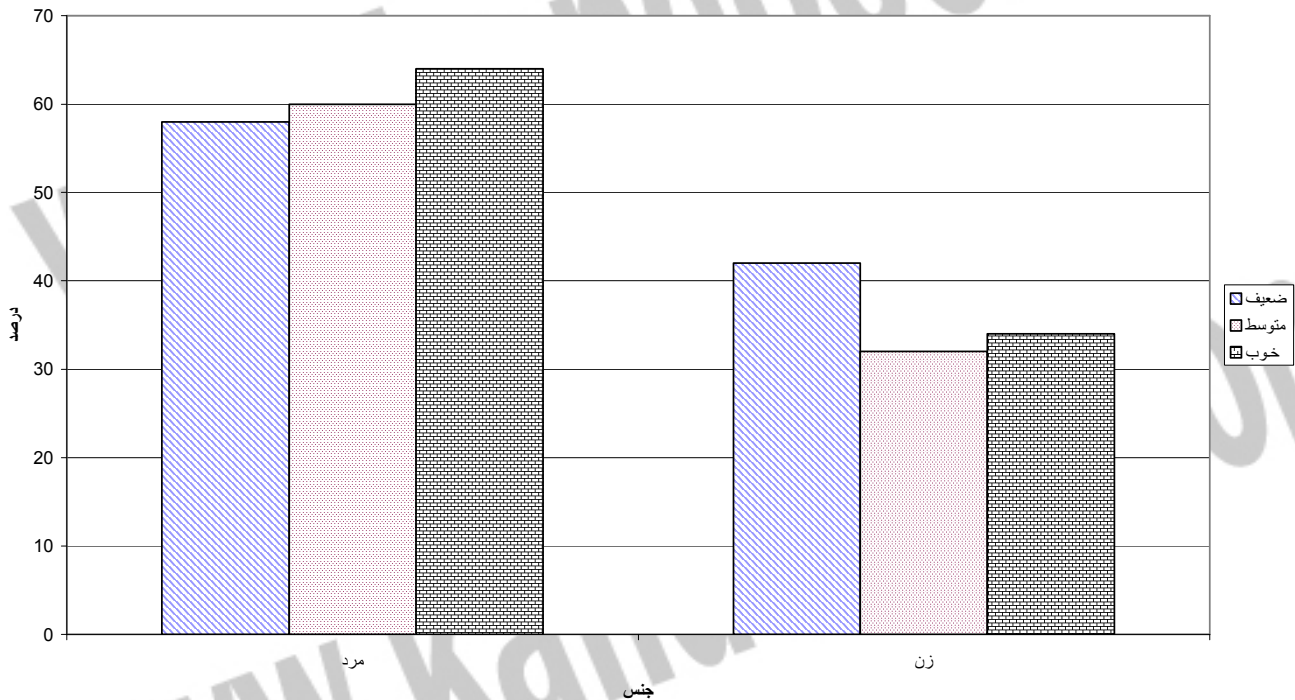


جدول شماره ۱۶: توزیع بینش نسبت به EC بر حسب جنس در نمونه مورد مطالعه

کل	مذکر	مؤنث	جنس / بینش
۱۰۲ (٪۱۰۰) ٪۲۷/۳	۶۰ (٪۵۸/۸) ٪۲۵	۴۲ (٪۴۱/۲) ٪۳۱/۳	ضعیف ۱،۰ پاسخ صحیح
۱۹۴ (٪۱۰۰) ٪۵۱/۹	۱۲۸ (٪۶۶) ٪۵۳/۳	۶۶ (٪۳۴) ٪۴۹/۳	متوسط ۳،۲ پاسخ صحیح
۷۸ (٪۱۰۰) ٪۲۰/۹	۵۲ (٪۶۶/۷) ٪۲۱/۷	۲۶ (٪۳۳/۳) ٪۱۹/۴	خوب ۴ پاسخ صحیح
۳۷۴ (٪۱۰۰) ٪۱۰۰	۲۴۰ (٪۶۴/۲) ٪۱۰۰	۱۳۴ (٪۳۵/۸) ٪۱۰۰	کل

$$\chi^2 = 1/7, p = 0/416$$

نمودار شماره (16): توزیع بینش نسبت به EC بر حسب جنس در نمونه مورد مطالعه

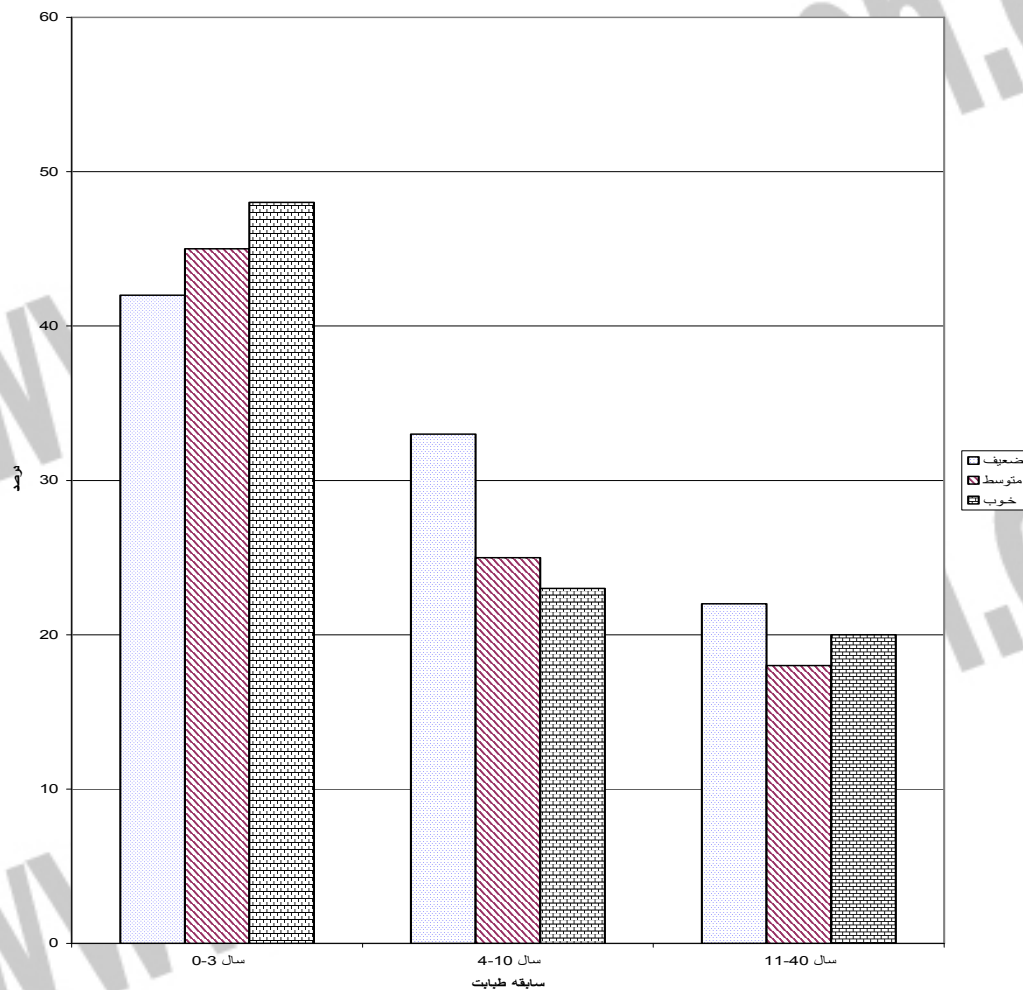


جدول شماره ۱۷: توزیع بینش نسبت به EC بر حسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه

کل	سال ۰-۳ سابقه طبابت	سال ۴-۱۰ سابقه طبابت	سال ۱۱-۴۰ سابقه طبابت	سابقه طبابت شاخص بینش
۱۰۲ (۱۰۰٪) ۲۷/۴٪	۴۴ (۴۳/۱٪) ۲۴/۲٪	۳۴ (۳۳/۳٪) ۳۰/۹٪	۲۴ (۲۳/۵٪) ۳۰٪	ضعیف ۰-۱ پاسخ صحیح
۱۹۴ (۱۰۰٪) ۵۲/۲٪	۹۸ (۵۰/۵٪) ۵۳/۸٪	۵۶ (۲۸/۹٪) ۵۰/۹٪	۴۰ (۲۰/۶٪) ۵۰٪	متوسط ۲-۳ پاسخ صحیح
۱۷۶ (۱۰۰٪) ۲۰/۴٪	۴۰ (۵۲/۶٪) ۲۲٪	۲۰ (۲۶/۳٪) ۱۸/۲٪	۱۶ (۲۱/۱٪) ۲۰٪	خوب ۴ پاسخ صحیح
۳۷۲ (۱۰۰٪) ۱۰۰٪	۱۸۲ (۴۸/۹٪) ۱۰۰٪	۱۱۰ (۲۹/۶٪) ۱۰۰٪	۸۰ (۲۱/۵٪) ۱۰۰٪	کل

$$\chi^2 = 2/07, p = 0/721$$

نمودار شماره (۱۷): توزیع بینش نسبت به EC بر حسب سابقه طبابت در نمونه مورد مطالعه



بحث و نتیجه گیری

در ابتدا لازم به ذکر می باشد که بعلت فقدان سابقه تحقیقی جامع و مشابه، بر اساس آخرین مقالات و بررسی انجام شده تا زمان تحقیق جایگاهی برای وجود تشابه و تناقض در تمامی موارد مورد بررسی این تحقیق نبوده و در ذیل، حاصل ارائه و در صورت وجود مقایسه ها بحث خواهد شد.

بررسی KAP پیشگیری اضطراری از بارداری در ۴۰۰ پزشک عمومی مراجعه کننده به مراکز و سمینارهای بازآموزی شهر تهران در سالهای ۸۱ انجام شده که از چند جهت با مطالعات مشابه در سطح بین المللی متفاوت است.

هرچند مطالعه ما توصیفی بوده است ولی تا حدود زیادی عوامل مؤثر بر آگاهی نگرش و عملکرد را هم بررسی نموده ایم.

جمعیت مورد مطالعه ما دارای حداقل سن ۲۴ سال و حداکثر ۷۰ سال بوده است بیشترین تعداد مصاحبه شونده در گروه ۲۸ تا ۳۷ سال قرار داشتند. میانگین سنی $۳۲ \pm ۸/۴$ سال و انحراف از معیار $۸/۴$ بوده است.

حداقل سابقه طبابت از بدون سابقه طبابت تا ۴۰ سال سابقه طبابت می باشد. میانگین سابقه طبابت $۴ \pm ۷/۰۱$ سال و انحراف از معیار $۷/۰۱$ بوده است بیشتر افراد با سابقه طبابت ۳ تا ۸ سال بودند.

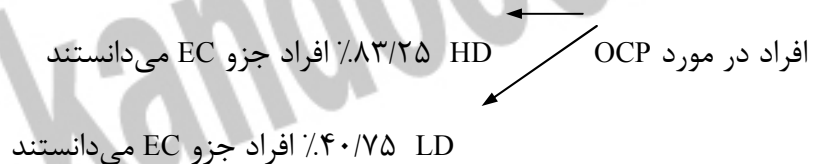
اکثر پرسش شوندگان مرد ($۶۴/۴\%$) بودند که می توان بعلت کمتر بودن تعداد پزشکان خانم باشد.

همچنین اکثر پرسش شوندگان متأهل بودند ($۶۳/۱\%$)

۱۰۰٪ شرکت کنندگان در طرح از EC مطلبی شنیده بودند که با توجه به عملکرد و سایر پاسخها اغراق آمیز می باشد. در واقع می توان گفت که ۱۰۰٪ شرکت کنندگان EC را شنیده بودند بدون آن بدانند واقعاً چه هست. در مطالعه مشابه در مکزیک در بین کارکنان امور بهداشتی و از جمله پزشکان ۶۷٪ مطلبی شنیده بودند و در مطالعه مشابه انجام شده در سال ۸۱ در بین دانشجویان علوم پزشکی تهران ۹۰٪ مطلبی شنیده بودند.¹³

در این تحقیق ۱۴/۲۵٪ کاندوم را جزو EC می دانستند در حالیکه در بین دانشجویان ۱۷/۹۳٪ و در مکزیک ۵۲٪ کاندوم را جزو EC می دانستند.

۴۰/۵٪ افراد عملکرد صحیح داشتند. که با توجه به به آمارهای از آفریقای جنوبی و آمریکا قابل قبول می باشد. مطالعه در آفریقای جنوبی ۲۸٪ پزشکان رژیم Yuzpe را بدرستی تجویز کرده بودند.¹² مطالعه در کارولینای شمالی ۴۹٪ پزشکان عملکرد مناسبی داشتند.⁷



در حالیکه در تحقیق دانشجویان علوم پزشکی (۷/۷۶٪ در کل) OCP را بعنوان EC می شناختند.¹³ بنابراین تفاوت محسوسی بین پزشکان عمومی و دانشجویان وجود نداشته (در مورد OCP) است.

همچنین در مورد شایعترین عارضه EHC در این مطالعه ۵۹٪ افراد تهوع و استفراغ (پاسخ صحیح) را ذکر نمودند در حالیکه در مطالعه دانشجویان ۳۸/۶۷٪ تهوع و استفراغ را ذکر نمودند.¹³ که این میزان در تحقیق مشابه در سال ۲۰۰۱ در بین پزشکان آفریقای جنوبی انجام شده ۲۷٪ بوده است.¹²

(در کل آگاهی پزشکان در مورد شایعترین عارضه بالاتر از دانشجویان علوم پزشکی و پزشکان
افریقای جنوبی بود.)

۱۳٪ از پزشکان روشهای EHC را بدون کنتراندیکاسیون می دانستند که این میزان در دانشجویان
علوم پزشکی تهران ۱۴/۰۷٪^{۱۳} و در تحقیق افریقای جنوبی ۴۹٪ بوده است.^{۱۲}

۶۶/۷۵٪ افراد مورد مطالعه به اشتباه موارد منع مصرف روشهای EHC را مشابه موارد منع قرصهای
ماهپانه OCP می دانستند. در مورد دانشجویان علوم پزشکی تهران این میزان ۵۴/۶۷٪ بود.^{۱۳} لازم است
با آموزش مناسب آگاهی صحیح در این زمینه ایجاد کرد تا افراد دست‌اندرکار تجویز EC، دچار بینش
نادرست و یا ضعف در تجویز روشهای EHC به متقاضیان نشوند.

در مورد میزان تأثیر و موفقیت، روشهای EHC را ۷۸٪ افراد، بیش از ۷۰٪ می دانستند و ۱۵٪ کمتر
از آن ولی فقط ۱۳/۷۵٪ میزان تأثیر آنرا در حدود ۸۰-۷۰٪ می دانستند.

در مطالعه دانشجویان علوم پزشکی تهران حداقل تأثیر را ۳۳/۴۹٪ افراد بیش از ۷۰٪ می دانستند و
۱۰/۰۸٪ افراد کمتر از ۷۰٪ می دانستند.^{۱۳}

بدین ترتیب گویا دانشجویان به واقعیت نزدیکتر می‌باشند و پزشکان بیش از واقعیت به EHC
امیدوارند.

در این تحقیق ۹۶ نفر ۲۴٪ افراد سقط را جزو مکانیسم اثر روشهای EHC می دانستند. این میزان
در تحقیق مشابه در دانشجویان علوم پزشکی تهران ۲۲/۶۷٪ بود^{۱۳} و در تحقیق مشابه در مکزیک ۱۷٪

بوده است.^۹

بنابراین لازم است در مورد روش تأثیر نیز آموزش کافی داده شود. چرا که می‌تواند تأثیر مستقیم در عملکرد افراد داشته باشد.

۵٪ افراد مورد مطالعه معتقد بودند که می‌توان EHC را بطور مستمر بکار برد. لازم است این آگاهی داده شود که EHC هیچگاه به اندازه روشهای منظم بارداری تأثیرگذار نمی‌باشد و فقط در مواقع اورژانس باید استفاده شود. در تحقیق مشابه در بین دانشجویان علوم پزشکی این میزان ۶/۶۷٪ افراد مورد مطالعه بود.^{۱۳}

۱۸۳ نفر (۴۵/۷۵٪) از پزشکان معتقد بودند در دفعات مصرف EHC محدودیت وجود ندارد این آگاهی در حد قابل قبول اما رضایت‌بخش نمی‌باشد. در تحقیق دانشجویان پزشکی این ۱۹/۴٪ بود.^{۱۳} بنابراین آگاهی پزشکان عمومی به مراتب بهتر می‌باشد. ولی لازم است با آموزش صحیح بهتر شود. در عملکرد افراد اختلال ایجاد نگردد.

۱۶۰ نفر (۴۰٪) از پزشکان در این مطالعه از زمان صحیح استفاده از EHC و اثربخشی آن آگاهی داشتند. این میزان در تحقیق دانشجویان علوم پزشکی تهران ۴۶/۶٪ بود^{۱۳}، در تحقیق مشابه که در سال ۲۰۰۱ در بین پزشکان اطفال نیویورک انجام شد ۲۷/۹٪ این مورد را بطور صحیح می‌دانستند.^۶ در تحقیقی که در سال ۱۹۹۶ در اورگون آمریکا انجام شد ۴۰٪ این مورد را بطور صحیح میدانستند.^{۱۴}

در مورد اقدام صحیح در مواجهه با بیماری که پس از استفاده از روش EHC دچار استفراغ شده است نتایج زیر بدست آمد ۲۳٪ (۱۰۴ نفر) اعلام کردند که اگر کمتر از یک تا ۲ ساعت از مصرف

قرص گذشته است مصرف مجدد را توصیه می کنند که این روش توسط who توصیه شده است.^۱ در

این مورد نظر دانشجویان علوم پزشکی تهران ۲۴٪ بود.^{۱۳}

۵۷/۲۵٪ (۲۲۹ نفر) اعلام داشتند عارضه ناشی از جذب هورمون بوده و اقدام خاصی لازم نمی باشد.

این روش در برخی مقالات ذکر شده است. در تحقیق دانشجویان علوم پزشکی این میزان ۴۵/۳۳٪ بود.^{۱۳}

۵۳/۲۵٪ (۲۱۳ نفر) از پزشکان اعلام داشتند در آینده EHC را به مراجعین خود توصیه می نمایند.

و ۳۹/۲۵٪ (۱۵۷ نفر) این روشها را توصیه نمی کردند. در تحقیق مشابهی که در سال ۲۰۰۱ در بین

پزشکان مراقبت اولیه کارولینای شمالی انجام شد ۷۰٪ تمایل به توصیه و ۲۱٪ عدم تمایل به توصیه را ذکر نمودند.^۷

در تحقیق دانشجویان علوم پزشکی تهران ۵۳/۳۳٪ توصیه می کردند و ۲۲/۶۷٪ توصیه نمی نمودند.^{۱۳}

در این مطالعه ۲۸۷ نفر (۷۱/۷۵٪) روشهای EHC را از نظر شرعی مجاز می دانستند و ۷/۲۵٪ غیر

مجاز می دانستند و ۲۱٪ افراد در مورد مجاز و غیر مجاز بودن مردد بودند.

در تحقیق مشابه دانشجویان علوم پزشکی تهران ۷۴/۰۷٪ مجاز و ۲۱/۳۳٪ نمی دانستند مجاز است

یا خیر^{۱۳}

۴۱٪ (۱۶۴ نفر) از پزشکان با دسترسی محدود مردم به روشهای EHC موافق بودند و ۴۱/۲۵٪

(۱۶۹ نفر) موافق با دسترسی گسترده مردم بودند. ۶۷ نفر (۱۶/۷۵٪) نظری نداشتند.

در تحقیق مشابه در مکزیک ۵۵٪ موافق دسترسی گسترده، ۱۰٪ مخالف، ۳۵٪ مردد بودند.⁹ در تحقیق دانشجویان علوم پزشکی تهران ۵۳/۳۳٪ افراد موافق با دسترسی گسترده مردم و ۲۰٪ مخالف بودند.¹³

۵۰٪ از پزشکان مورد تحقیق اعتقاد داشتند که متقاضیان استفاده از روشهای EHC فقط باید با مراجعه به پزشک این روشها را دریافت نمایند در حالیکه بقیه اعتقاد به مراجعه مستقیم به مراکز بهداشتی و داروخانه داشتند.

منبع اطلاعاتی ۶۲٪ از مطالعه کتب و مجلات علمی بود. ۳۰٪ کلاسهای تئوری و کنفرانس، ۹/۲۵٪ از طریق دوستان و ۸/۵٪ از طریق بروشورها و وسائل ارتباط جمعی بود.

در تحقیق مشابه دانشجویان علوم پزشکی تهران ۱۸/۶۷٪ از مطالعه فردی، ۶۵/۳۳٪ از کلاسهای تئوری و کنفرانسها، ۱۴/۶۷٪ از طریق دوستان و ۱/۳۳٪ از طریق وسایل ارتباط جمعی اطلاعات خود را بدست آورده‌اند.¹³

در بررسی بعمل آمده ارتباط بینش پزشکان در ارتباط با سن ($p=0/131$)، جنس ($p=0/416$)، تأهل ($p=0/85$) و سابقه طبابت ($p=0/72$) هیچ کدام معنی دار نبود.

در حالیکه در تحقیق دانشجویان علوم پزشکی تهران ارتباط بین بینش و مقاطع تحصیلی معنی دار بود. $p < 0/0001$ به طوریکه با افزایش مقطع تحصیلی بینش افراد نسبت به EC بهتر می‌شد است که

دلیل این امر دانش مقاطع بالاتر و دید بالینی تر آنها می‌باشد.¹³

در بحث عملکرد

۴۰/۵٪ پزشکان توانایی تجویز یک روش موثر EC را داشتند.

در بررسی ارتباط عملکرد با جنس، بر خلاف آنچه آگاهی با جنس ارتباط نداشت ولی عملکرد با جنس ارتباط معنی‌داری داشت $p=0/032$ بطوریکه زنان از عملکرد بهتری برخوردار بودند.

در بررسی ارتباط عملکرد با سن همانند آگاهی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<0/0001$) بطوریکه پزشکان جوان از عملکرد بالاتری برخوردار بودند.

در بررسی عملکرد با تأهل و سابقه طبابت نیز به ترتیب $p=0/97$ و $p<0/002$ بود بطوریکه تأهل با عملکرد ارتباط نداشت. ولی عملکرد پزشکان با سابقه طبابت کمتر بالاتر از پزشکان با سابقه طبابت بالا بود دلیل اصلی این امر آشنایی با منابع علمی جدید تر در رابطه با EC در پزشکان با سابقه طبابت کمتر و جوانتر بود.

در بررسی ارتباط آگاهی با سن ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p<0/0001$) و پزشکان جوان از آگاهی بهتری برخوردار بودند. دلیل این امر آشنائی به کتب جدیدتر می‌باشد در طی ۱۰ ساله اخیر EC در کتب پزشکی بحث شده است قبلاً مطلبی بدین صورت و در این حجم نبوده است.

در بررسی ارتباط آگاهی با جنس اگرچه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت $p=0/069$ ولی به نسبت آگاهی ضعیف زنان کمتر از مردان و آگاهی خوب زنان بیشتر از مردان بود.

در بررسی ارتباط آگاهی با تأهل ارتباط معنی‌داری وجود داشت. $p<0/0001$ بطوریکه برخلاف مرسوم افراد مجرد از آگاهی بهتری برخوردار بودند. علت این امر شاید این باشد که افراد متأهل برای جلوگیری از بارداری از روشهای منظم جلوگیری استفاده می‌نمایند و کمتر از EC استفاده می‌نمایند.

در بررسی ارتباط آگاهی با سابقه طبابت هم ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0.0001$) بطوریکه پزشکان جوان با سابقه طبابت کمتر از آگاهی بهتری برخوردار بودند.

در پایان همانطور که در آمار این تحقیق بیان شد تعداد زیادی از پزشکان نسبت به روشهای ساده EC آشنائی نداشته و طریقه استفاده از آنها و نحوه اثر و میزان اثر آنها و عوارض آنها را نمی دانند. همچنین بسیاری نسبت به گسترش این روش در جامعه بدبین می باشند و حتی از نظر شرعی غیر مجاز می دانند. لذا، محققین این مطالعه نتیجه گیری می کنند آگاهی ضعیف و بینش نادرست عامل مهمی در پایین بودن عملکرد پزشکان که عامل مهم و تعیین کننده در بهداشت مردم و کنترل جمعیت دارند می باشد.

بهبود استفاده از EC احتمالاً از طریق آگاه کردن مردم و خاصه پزشکان و دسترسی گسترده و آسان به قرصهای پیشگیری از بارداری بطور اورژانس دارد. جهت بالابردن آگاهی و بینش پزشکان باید مسئولان برگزاری سمینارهای بازآموزی توجهی ویژه به موضوع جلوگیری اضطراری از بارداری داشته باشند و در سمینارها بخوبی این موضوع مورد بحث قرار گیرد. همچنین در دانشگاهها نیز این موضوع باید بخوبی به دانشجویان آموزش داده شود تا در آینده هیچگونه مشکلی در ارائه آگاهی به مردم نداشته وجود نداشته باشد.

منابع:

- 1) Marcos Arevalo, Victoria jennirgs IMPA statement of Emergency contraception
International planned parethood Federation. June 2000 vol 34 Number 3 p1-4
- 2) Katherine word, Angela deneris, Emergency contraception preventing unintended
pregnancy. The nurse practitioner Nov 1997 vol220 No.11 p34-36
- 4) Melanie A.Gold ,Do. Pediatric clinic of North America prescribing and managing
oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents Aug 1999
vol
46 No 4 page 695-717
- 5) Rundy Ellenwerthe imer MD.Emergency postcoital contraception Amercan fomilly
physician 2000 Nov p 1-8
- 6) Golden NH, seigel WM, Fisher M Emergency contraception pediatrician's
knowledge,
outitudes, and opinions, (Abs) pediatrics feb 2001, 107 (2) Page 287-292
- 7) Julie Nielsen lindsey Emergency contraception: Attitudes and practices of primary
care doctors in northe caroline NCMJ Mag/ June 2001 vol 62 Nom 3 Page 158-162
- 9) Ano Longer, cynthia Harper Emergency contraception in Mexicocity: what Do health

care providers and potentials users know and think about it? Contraception 1999 No 60

Page 233-241

10) Henry P.Becton Emergency contraception: the nurse's role in providing postcoital options (Abs) I-obstet- Gynecol-Neonatal-Novs- 1997 Mar-Apr/ 2002 p: 145-52

11) Peter B.Gichangi, Joseph G.Kotonja knowledge, Attitudes, and practices regarding Emergency contraception Among Nurses and Nursing students in two hospitals in Neurobi,

Kenya. Contraception Apr 1999 59 (4) Page 253-256

12) Hari Pasad N knowledge of emergency contraception among phatmacists and doctor in Durban, south Africa (Abs) Eurj contraception repord health care 2001 Mar: 6(1) p

21-

26

14) sherman cA, Harvegs m oreagon center: USA Emergency contraceptin: knowledge and

attetndes of health care provider's in a health maitenance organization (Abs) Womans

Health

issues 2001 Sep. Oct: 11

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

3- عمید، گیلدا، معینی. بررسی موارد سقط عمد در مقایسه باسقطهای خودبخودی در بیمارستان

روئین تن آرش در مهر ۷۱ تا ۷۴- مجله پزشکی قانونی- اردیبهشت و خرداد ۷۸ شماره ۱۶ صفحه ۱۶

8- مرندي علیرضا؛ لاریجانی باقر و همکاران

کتاب سلامت در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات یونیسف سال ۱۳۷۷ صفحه ۱۱۹

13- اسحاقیه، شهرام؛ باقیانی

بررسی بینش، آگاهی و عملکرد دانشجویان علوم پزشکی تهران در مورد روشهای پیشگیری اضطراری

از بارداری پس از مقاربت

* Emergency contraception

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm

Title:

Subject:
Author: hadi tahaghoghi
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/1/2012 10:28:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/1/2012 10:28:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 73
Number of Words: 8,493 (approx.)
Number of Characters: 48,412 (approx.)