

چکیده :

باتوجه به افزایش روزافزون جمعیت و ایجاد مشکلات بسیار برای کشور مسئله جلوگیری از بارداری بعنوان یکی از مهمترین راهکارها برای مقابله با این مسئله مطرح می باشد و با توجه به نقش کلیدی مردان در کنترل تعداد فرزندان بدلیل فرهنگ غالب مردسالاری در جامعه لزوم بررسی آگاهی و تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری بسیار بارز است.

هدف اصلی در این طرح بررسی میزان آگاهی و تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری و اهداف فرعی نیز شامل تعیین توزیع فراوانی استفاده از انواع روشها ، تعیین توزیع فراوانی منبع اطلاعات در این زمینه ، تعیین میزان مسئولیت مردان در قبال کنترل تعداد فرزندان ، تعیین نگرش مردان نسبت به تأثیر همکاری با زوجه در روشهای جلوگیری از بارداری و تعیین ارتباط سن ، میزان تحصیلات و منبع اطلاعات با سطح آگاهی بوده است . مطالعه از نوع توصیفی ، مقطعی و روش نمونه گیری بوسیله روش آسان و در دسترس بوده و توسط پرسشنامه کتبی با حجم نمونه ۴۰۰ نفر انجام شده و داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS آنالیز شده که نتایج آن به این شرح است : سطح آگاهی پایین ۵۱/۵٪ ، متوسط

۴۷/۵٪ ، بالا ۱٪ و تمایل نسبت به استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری ۹۱٪ بوده است . توزیع فراوانی استفاده از انواع روشهای جلوگیری از بارداری به ترتیب به این صورت است : OCP ۳۱/۴٪ ، منقطع ۲۷/۱٪ ، توپکتومی ۱۵/۵٪ ، کاندوم ۱۲/۲٪ ، IUD ۶/۴٪ ، ریتمیک ۳/۴٪ ، وازکتومی ۲/۷٪ و روش تزریقی ۱/۲٪ . ۳٪ مردان رادیو و تلویزیون ، ۸/۵٪ روزنامه ها و مجلات ، ۱۴/۵٪ کلاسهای آموزشی و ۷۴٪ افراد دیگر را منبع اطلاعات خود ذکر کرده اند . ۵۵/۵٪ مردان خود را کاملاً مسئول کنترل تعداد فرزندان دانسته اند . ۳۸/۵٪ مسئول اصلی اند اما با همسر خود مشورت می کنند . ۵٪ همسر خود را مسئول اصلی دانسته اند که با آنها نیز مشورت می کند و فقط ۱٪ مسئولیت کامل کنترل تعداد فرزندان را با همسرشان می دانند . ۹۸/۵٪ اعتقاد دارند همکاری با همسرشان در جلوگیری از بارداری مؤثر است ، ۱٪ نظری نداشته و ۰/۵٪ آنرا بی تأثیر می دانند . بین منبع اطلاعات و سن با میزان آگاهی رابطه ای وجود داشت ، اما بین سطح تحصیلات با میزان آگاهی رابطه معنی دار وجود داشت .

با توجه به میزان آگاهی نسبتاً پایین در مقابل تمایل بسیار بالا می توان گفت که فرهنگ جلوگیری از بارداری در مردان بوجود آمده است اما مشخصاً آموزش در این زمینه بسیار ضعیف و ناکافی بوده است که این امر لزوم آموزشهای بیشتر و برنامه ریزی در این زمینه را نشان می دهد .

فهرست مطالب

۱	فصل اول
۲	مقدمه
۵	بیان مسئله
۶	کلیات
۹	قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری
۱۷	آمپولهای تزریقی پروژسترونی
۱۹	نورپلانت
۲۲	ابزارهای داخل رحمی
۲۵	کاندوم مردانه
۲۶	کنتراسپشن بعد از نزدیکی
۲۷	پرهیز از نزدیکی بصورت ریتمیک یا پریودیک
۲۸	بستن لوله در زن
۲۹	بستن لوله در مرد
۳۰	بررسی متون و مقالات
۳۳	فصل دوم
۳۴	اهداف طرح
۳۵	سؤالات پژوهشی
۳۵	نوع مطالعه
۳۵	متغیرها
۳۶	جامعه مورد پژوهش
۳۶	حجم نمونه
۳۶	نحوه جمع آوری اطلاعات
۳۷	نحوه آنالیز داده ها
۳۷	مشکلات و موانع طرح
۳۷	مسائل و مشکلات اخلاقی طرح
۳۸	جدول متغیرها
۳۹	فصل سوم
۴۰	نتایج و یافته های پژوهش
۴۲	نمودار میزان آگاهی مردان در مورد روشهای جلوگیری از بارداری
۴۳	نمودار میزان تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری
۴۴	نمودار منبع اطلاعات در مورد روشهای جلوگیری از بارداری
۴۵	نمودار توزیع فراوانی نوع روش بارداری

۴۶	..... نمودار نگرش مردان نسبت به تأثیر همکاری
۴۷	..... نمودار میزان مسئولیت مردان در کنترل تعداد فرزندان
۴۸	..... جدول رابطه بین سن و سطح آگاهی
۴۹	..... جدول رابطه بین سطح سواد و سطح آگاهی
۵۰	..... جدول رابطه بین منبع اطلاعات و سطح آگاهی
۵۱	..... فصل چهارم
۵۲	..... بحث و نتیجه گیری
۵۳	..... پیوستها
۵۴	..... شکل ۱
۵۵	..... شکل ۲
۵۶	..... شکل ۳
۵۷	..... شکل ۴
۵۸	..... فهرست منابع
۶۰	..... چکیده انگلیسی

فصل اول :

مقدمه ، بیان مسئله ، بررسی متون و مقالات

مقدمه

یکی از دلایل ترغیب کننده برای اجرای این طرح نرخ رشد جمعیت در ایران بوده است. طبق آخرین آمار میزان رشد جمعیت در ایران سالانه ۱/۳٪ است که اگر به همین شکل ادامه پیدا کند جمعیت ایران که مطابق آخرین آمار مربوط به سال ۱۳۸۲ حدود هفتاد میلیون نفر می باشد تا انتهای سال ۱۳۸۶ یعنی فقط تا سه سال دیگر دو برابر، یعنی حدود صد و چهل میلیون نفر خواهد بود که وضعیت بسیار بحرانی را برای کشور ایجاد خواهد کرد و عوارض و مشکلات بسیار زیادی را برای دولت و افراد جامعه ایجاد می کند که پرداختن به آن کوششی جداگانه را می طلبد.

دلیل دیگر برای انجام چنین تحقیقی نقش محوری مردان در تعیین و کنترل تعداد فرزندان خانواده بدلیل فرهنگ هنوز غالب مرد سالاری در جامعه ماست و دلیل دیگر تأثیر زیاد همکاری بین زوجین در بکارگیری روشهای جلوگیری از بارداری است.

با این مقدمه تأثیر بسیار زیاد آگاهی و تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری در کنترل جمعیت مشخص می گردد.

هدف از اجرای این طرح ، یکی بررسی تبلیغات و آموزشهای قبلی در این زمینه بوده و هدف دیگر ایجاد یک پایه برای مطالعات بیشتر و شناخت راهکارهای افزایش تمایل و آگاهی مردان جامعه نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری است.

بیان مسئلہ

کلیات

وقتی هیچ روش جلوگیری از بارداری توسط زن و مردی که از نظر جنسی فعالند استفاده نمی شود ، حدود ۹۰٪ خانمها طی یکسال حامله خواهند شد . بنابر این برای پیشگیری از ایجاد حاملگی های ناخواسته ، زوجین باید از یک روش جلوگیری از بارداری استفاده نمایند . برای انتخاب یک روش مناسب پیشگیری از بارداری برای داوطلب استفاده از آن ، باید یک مشاوره درست صورت گیرد . مشاوره فرایندی است که در آن به داوطلب کمک می شود تا در مورد استفاده یا عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری تصمیم بگیرد و اگر تصمیمش مثبت باشد با مشاوره به داوطلب کمک می شود تا با توجه به نیازش ، بتواند یک روش پیشگیری از بارداری مناسب را انتخاب نماید بطوریکه روش انتخابی نه تنها برای فرد داوطلب بلکه از نظر طبی نیز یک روش مناسب ، مؤثر و مطمئن باشد . بطور کلی می توان گفت که نتایج حاصل از یک مشاوره مطلوب عبارتند از :

- فرد داوطلب یک روش پیشگیری از بارداری مناسب خود را انتخاب کرده و از آن استفاده خواهد کرد .
- فرد داوطلب نحوه صحیح استفاده از پیشگیری از بارداری منتخب خود را خواهد آموخت .

- با توجه به رضایت داوطلب از پیشگیری از بارداری ، به استفاده از آن روش ادامه خواهد داد .
- فرد داوطلب در مورد روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده خود ، آگاهی کافی داشته و از ارائه استفاده از آن راضی خواهد بود .
 مراحل مشاوره عبارتند از :
- گرفتن شرح حال و یافتن اطلاعاتی از قبیل سن ، تعداد فرزند ، قاعدگی ، استفاده قبلی از وسایل پیشگیری از بارداری ، سابقه مصرف دارو و سابقه بیماری .
- انجام معاینه فیزیکی شامل معاینه کلی و معاینه ژنیکولوژیک .
- مشاوره عمومی بصورت توضیح کلیه وسایل جلوگیری از بارداری بطور خلاصه .
- مشاوره اختصاصی شامل توضیح کامل در مورد وسیله انتخاب شده توسط داوطلب شامل شکل وسیله ، نحوه مصرف ، عوارض ، فواید ، مدت اثر و نکات عمده و عملی و پاسخ به سؤالات داوطلب در مورد وسیله مورد نظر ، از بین بردن باورهای غلط در مورد آن و تاریخ مراجعات بعدی جهت پیگیری .

از انواع روشهای پیشگیری از بارداری مهمترین آنها عبارتند از :

- روشهای دارویی پیشگیری از بارداری
 - قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری
 - آمپولهای تزریقی پروژسترون
 - کپسولهای کاشتنی (نورپلانت)
- روشهای مکانیکی پیشگیری از بارداری
 - وسایل داخل رحمی (IUD) (شکل ۱)

- کاندومها
- مواد اسپرمیسید
- دیافراگم (شکل ۲)
- **Sponge & Cervical Cup**
- روشهای جراحی جلوگیری از بارداری
 - بستن لوله در زن (TL) (شکل ۳)
 - بستن لوله در مرد (واژکتومی) (شکل ۴)
- روشهای طبیعی پیشگیری از بارداری
 - شیردهی
 - پرهیز از نزدیکی بصورت ریتمیک یا پریودیک

نکته حایز اهمیت در مورد روشهای پیشگیری از بارداری این است که هیچ روشی بطور ۱۰۰٪ مؤثر نخواهد بود .

✓ قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری

قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری شامل دو نوع عمده قرصهای ترکیبی استروژن و پروژسترون و قرصهای پروژسترونی می-باشد.

قرصهای ترکیبی استروژن- پروژسترون

شامل سه نوع قرص با دوز پایین استروژن (OCP LD) ، با دوز بالای استروژن (OCP HD) و قرصهای فازیک (Phasic Pills) می باشند . مکانیسم اثر قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری جلوگیری از تخمک گذاری با ساپرسیون فاکتورهای آزاد کننده هیپوتالاموس است که این عمل خود ، ترشح FSH و LH را از هیپوفیز ساپرس می کند . اثرات دیگری که در جلوگیری از باروری در قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری وجود دارند جلوگیری از نفوذ اسپرم با ایجاد موکوس ضخیم و سلولار سرویکس (عمدتاً توسط پروژسترون) و ایجاد یک آندومتر نامناسب برای لانه گزینی است. ترکیبات استروژن موجود در قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری عمدتاً از نوع اتینیل استرادیول است و کمترین دوز این ترکیبات در قرصهایی که در حال حاضر موجودند $20\mu\text{g}$ به ازای هر قرص است . دوز معمول ترکیبات استروژنی در OCP (انواع LD) ، $30-35\mu\text{g}$ است و بیشترین دوز آن در OCP (انواع HD) ، $50\mu\text{g}$ می باشد. پروژستینهای موجود در OCP که در حال حاضر استفاده می-شوند از مشتقات 19-Nortestosterone می باشند و انواع ترکیبات و دوزها آنها عبارتند از :

▪ نوراتیندرن (0.4mg)

- نورائیدرون (0.5mg)
- نورائیدرون (1mg)
- نورائیدرون استات (1mg)
- ال - نورژسترون (0.15mg)
- نورژسترون (0.3mg)
- اتینودیول دی استات (1mg)

اما در قرصهای تری فازیک پروژستین در شروع سیکل با دوز کم شروع می شود و بتدریج در ادامه سیکل دوز آن افزوده می شود . دوز استروژن در این قرصها ممکن است ثابت نگه داشته شود و یا ممکن است بطور موقت در اواخر سیکل افزوده شود اما در همه فرمولاسیونها دوز اتینیل استرادیول در حد 30-35µg حفظ می شود .

نحوه مصرف

قرصها بصورت بسته های ۲۸ عددی یا ۲۱ عددی وجود دارد . در نوع ۲۸ عددی ۷ قرص آخر فاقد ماده مؤثر استروژن- پروژسترون می-باشد. در ایران بیشتر نوع ۲۱ عددی مصرف می شود . اولین قرص از بسته اول در ۷ روز اول سیکل ماهانه (که خونریزی ماهانه وجود دارد) خورده می شود زیرا در این زمان اطمینان وجود دارد که زن حامله نیست . سپس روزانه یک قرص تا ۲۱ روز استفاده می شود . بعد از آن در صورت استفاده از بسته های ۲۱ عددی ، مصرف قرص بمدت ۷ روز قطع می شود و در صورت استفاده از بسته های ۲۸ عددی ۷ قرص انتهایی که فاقد ماده مؤثره است ، مصرف می شود. خونریزی ناشی از Withdrawal معمولاً ۳ تا ۵ روز بعد از دوره ۲۱ روزه رخ می دهد . بعد از ۷ روز ، بسته جدید قرص به همان روش گفته

شده تکرار می شود . مهم آنست که دوره های ۲۱ روزه و ۷ روزه بطور منظم تکرار گردد .

تداخلات دارویی

داروهایی که اثر آنها توسط OCP کاهش داده می شوند شامل استامینوفن ، بنزودیازپین ها ، گوانتیدین ، متیل دوپا ، ضدانعقادهای خوراکی و داروهای خوراکی کاهنده قند خون می باشند .

داروهایی که اثر آنها توسط OCP افزایش داده می شوند عبارتند از : الکل ، آنتی دپرسیان ها ، بنزودیازپین ها ، بتابلوکر ها ، کورتیکواستروئیدها و تتوفیلین .

داروهایی که اثر ضد بارداری OCP را تغییر می دهند باربیتوراتها ، کاربامازپین ، گریزئوفلووین ، فنی توئین ، پریمیدون و ریفامپین هستند .

نکته مهمی در مورد تداخلات دارویی OCP وجود دارد این است که بدلیل دشوار بودن تعدیل دوزها در این موارد بهتر است از روشهای دیگر ضد باروری استفاده شود .

فواید

- کاهش خونریزی ماهانه و کاهش بروز کم خونی فقر آهن
- حاملگی های خارج رحمی کمتر
- دیس منوره کمتر ناشی از آندومتریوز
- کیستهای فانکشنال تخمدانی کمتر
- سالیپزیت کمتر
- شکایات قبل از قاعدگی کمتر
- کاهش سرطان آندومتر و تخمدان

- کاهش بیماریهای مختلف خوشخیم پستان و احتمالاً سرطان پستان
- کاهش آرتريت روماتوئيد

عوارض

- افزايش غلظت کورتيزول پلازما
- افزايش تيروکسين
- افزايش تری گليسریدها
- افزايش کليستروول توتال
- کاهش تحمل به گلوکز
- هيپر تانسيون
- افزايش فيبرينوژن و احتمالاً فاکتورهای II، VII، IX، X، XII، XIII
- افزايش خطر نسبی سکتة مغزی به میزان ۴ برابر (سيگار یک فاکتور همراه قوی است)
- کليستاز
- زردی کليستاتیک
- هيپرپلازی ندولار فوکال کبدی
- سرطان سرویکس
- سرطان پستان (مصرف < ۱۲ سال)
- کاهش سطوح پلاسمایی اسيد اسکوربيک ، اسيد فولیک ، ویتامين B12 ، نیاسين ، ريبوفلاوین و مس
- افزايش ريسک ترومبوز وریدی عمقی
- افزايش ريسک آمبولی
- سردردهای میگرنی
- موکوره سرویکال

- افزایش ریسک واژینیت یا وولُواژینیت
- هیپرپیگماتاسیون صورت ، پیشانی ، هاله پستان و پرینه
- آکنه
- افزایش وزن
- افسردگی (در OCP با ترکیبات استروژنی $< 50\mu\text{g}$)
- تهوع
- لکه بینی یا خونریزی بین پریودها (معمولاً در چند ماه اول)

کنتر اندیکاسیونهای OCP

کنتر اندیکاسیونهای مطلق

- ترومبوفلیت یا اختلالات ترومبو آمبولیک
- ترومبوفلیت قبلی یا اختلالات ترومبو آمبولیک قبلی
- بیماری کرونر قلب یا بیماری عروق مغز
- خونریزی رحمی تشخیص داده نشده
- حاملگی شناخته شده یا مشکوک
- کنسر پستان شناخته شده یا مشکوک
- نئوپلازی وابسته به استروژن مثل کنسر آندومتر
- اختلال قابل ملاحظه در عملکرد کبد
- دیس لیپیدمی (بخصوص هیپر لیپوپروتئینمی تیپ II)
- آدنوم کبدی ، کارسینوم کبدی یا تومورهای خوشخیم کبد ، تومورهای کبدی که در طی استفاده قبلی از OCP یا ترکیبات دیگر حاوی استروژن ایجاد شده اند

کنتر اندیکاسیون های نسبی

- سیگارهای بالای ۳۵ سال
- CIN متوسط یا شدید
- میگرن یا سردردهای عروقی
- دیابت حاملگی یا پره دیابت
- بیماری سیکل سل یا بتا تالاسمی
- کولیت اولسرو
- آسم
- وریدهای واریکوز
- دیسفانکشن قلب یا کلیه
- هیپرتانسیون
- افسردگی
- زردی کلستاتیک در طی حاملگی
- هیپاتیت یا منونوکلئوز در طی سال گذشته
- سابقه خانوادگی بیماری کشنده یا غیر کشنده کاردیواسکولر غیر روماتیسمی
- دیابت زیر ۵۰ سال در بستگان درجه یک
- استفاده از داروهایی که با OCP تداخل دارند

قرصهای پروژسترونی

قرصهای خوراکی پروژستینی که **Mini-Pills** نیز نام دارند حاوی تنها 0.5mg یا کمتر از 1mg پروژستین می باشند که بصورت روزانه استفاده می شوند. این قرصها محبوبیت زیادی در بین خانمها ندارند زیرا انسیدانس خونریزیهای غیر طبیعی واژینال با آن زیاد است و میزان حاملگی نیز بالا است.

مکانیسم اثر این قرصها بوسیله جلوگیری از نفوذ اسپرم با ایجاد یک موکوس ضخیم سرویکس ، ایجاد آندومتر نامناسب برای لانه گزینی بلاستوسیست و مهار تخمک گذاری در موارد کمتر می باشد .

فواید

فواید مینی پیل ها شبیه OCPها است . بعلاوه این ترکیبات باعث افزایش بیماری قلبی عروقی یا بدخیمی نمی شوند . احتمال افزایش فشار خون یا ایجاد سردرد بدنبال مصرف این قرص کمتر است . مینی پیل روی متابولیسم کربوهیدرات اثرات حداقل را دارد و افسردگی ، دیس منوره و علائم قبل از قاعدگی کمتری ایجاد می نماید .

عوارض

- درصد شکست بالا (۱/۱ تا ۹/۶ در ۱۰۰ زن استفاده کننده در سال اول)
- افزایش میزان حاملگی نابجا در صورت شکست
- آمنوره یا منوراژی طولانی
- لکه بینی
- خونریزی Break through
- کیستهای تخمدانی فونکسیونل

نحوه مصرف

مینی پیل بصورت بسته های ۲۸ عددی وجود دارد که روزانه یک قرص مصرف می شود . مصرف سر وقت این قرصها بسیار مهم است زیرا اگر ۳ ساعت دیرتر از وقت مقرر روزانه استفاده شوند ، احتمال حاملگی بالا می رود . بهترین زمان شروع مینی پیل در زنان شیرده ۶ هفته پس از زایمان می باشد .

چنانچه قاعدگی قبل از هفته ششم ایجاد شد ، مصرف قرص از روز اول عادت ماهیانه شروع می شود ، در صورتیکه زمانی از شروع قاعدگی گذشته باشد و هنوز مصرف قرص شروع نشده باشد ابتدا باید حاملگی رد شده ، سپس مصرف قرص شروع گردد .

کنترل اندیکاسیون های قطعی مصرف مینی پیل

- خونریزی رحمی تشخیص داده نشده
- سرطان پستان و سرویکس
- بیماری عروقی مغز

کنترل اندیکاسیون های نسبی مصرف مینی پیل

- هیستوری قبلی حاملگی نابجا
- سابقه قبلی کیستهای تخمدانی فونکسیونل

✓ آمپولهای تزریقی پروژسترونی

دو نوع ترکیب از آمپولهای تزریقی پروژسترون بطور مؤثر در

بیش از ۹۰ کشور برای سالها استفاده شده اند :

• Medroxyprogesterone Acetate (Depo-Provera)

• Norethindrone Ethanthate (Norgest)

مکانیسم اثر

شبیه OCP می باشد . آمپول پروژسترون برعکس مینی پیل بعلت

دوز بالا ، تخمک گذاری را مهار می کند . درصد شکست تنها ۰/۳٪ در سال

اول می باشد .

فواید

• مدت اثر بیشتر از OCP و درصد شکست کم

• نقص بسیار کم در شیردهی

• کاهش ریسک کانسر های آندومتر و تخمدان

• عدم افزایش ریسک کانسر های پستان و سرویکس

عوارض جانبی

• آمنوره طولانی

• خونریزی نامنظم رحمی در طی استفاده از آمپول و بعد از آن

• عدم برگشت باروری بیمار بمدت طولانی (حتی تا ۲ سال) بعد از قطع

آمپول

• افزایش وزن

• خستگی

- سردرد
- تدرنس پستان
- افسردگی

نحوه مصرف

این آمپولها باید در ربع فوقانی خارجی کپل تزریق شود . Depo-
provera هر ۹ ماه و Norgest هر ۶ ماه یک بار باید تجدید شوند .

✓ نورپلانت (Norplant)

نورپلانت سیستمی است متشکل از ۶ کپسول سیلاستیکی ، که حاوی لوونورژسترول می باشند و بصورت زیر جلدی کاشته می شوند . هرکپسول ۳۴ میلیمتر طول و ۲/۴ میلیمتر قطر دارد و محتوی 36mg لوونورژسترول می باشد .

مکانیسم عمل

مکانیسم عمل بوسیله عملکرد های زیر می باشد :

- جلوگیری از نفوذ اسپرم با ضخیم کردن موکوس سرویکس
- ایجاد آندومتر نامناسب برای لانه گزینی
- مهار تخمک گذاری
- کاهش ترشح پروژسترون در طی فاز لوتئال

نحوه مصرف

کپسولها از طریق یک جراحی مینور وبا بی حسی موضعی ، با رعایت اصول استریل بصورت زیر جلدی در قسمت داخلی فوقانی بازوی دست مغلوب بیمار کاشته می شود . پس از کاشتن ، کپسولها قابل لمس هستند ولی به سختی قابل مشاهده می باشند . برش جراحی باید کوچک باشد (حدود ۴ میلیمتر) ، ولی به بخیه نیازی نیست .

فواید

- اثر ضد حاملگی بالا
 - طولانی بودن مدت اثر
 - برگشت باروری بلافاصله بعد از قطع مصرف
- سایر فواید نورپلانت تقریباً مشابه OCP است .

عوارض جانبی

- خارش ، درد یا عفونت در محل کاشت
- خونریزی های نابجای واژینال شامل لکه بینی ، منوراژی و متروراژی
- آمنوره
- کم خونی بدلیل خونریزیهای شدید
- درماتیت و آکنه
- سردرد
- سرگیجه
- عصبانیت
- تغییر اشتها و تهوع
- افزایش وزن
- تندر نس پستان و ترشح از پستان
- بزرگ شدن تخمدانها (اغلب در ۶ ماه اول)
- ریزش مو یا پر مویی

کنتر اندیکاسیونهای مطلق

- بدخیمی های پستان
- بدخیمی های سرویکس
- بیماری های عروقی مغز و بیماری کرونر قلب
- سندروم دوبین جانسون یا سندروم روتور
- آنمی سیکل سل
- هرپس ژنیتال

کنترل اندیکاسیونهای موقت

- شک به حاملگی تا زمانیکه حامله نبودن ثابت شود
- بیماریهای حاد کبدی مثل هپاتیت عفونی تا زمان برطرف شدن آنها
- خونریزیهای ناشناخته رحمی تا زمانیکه علت آن مشخص شود
- شک به بدخیمی پستان تا زمانیکه بدخیمی R/O شود

✓ ابزارهای داخل رحمی (IUD)

انواع عمده IUD عبارتند از :

• 380A Copper Tcu

• Progestasert-T

• Levonorgestrol Device (LNg-IUD)

مکانیسم اثر

- ایجاد التهاب موضعی استریل در آندومتر و تحریک تولید پروستاگلاندین ها در رحم و ممانعت از لانه گزینی (بخصوص انواع مس دار)
- مهار فرایند لقاح اسپرم با تخمک
- اثر اسپرمیسیدی
- آتروفی آندومتر (انواع پروژسترونی)
- مهار تخمک گذاری در بعضی زنان (انواع LNg)
- تشدید حرکات لوله رحمی

فواید

- آ یودی های محتوی ترکیبات پروژستین خونریزی ماهانه را کاهش می- دهند وحتی می توانند در درمان منوراژی استفاده شوند .
- کاهش خونریزی ماهانه اغلب با کاهش دیسمنوره همراه است .
- زنانی که کمتر اندیکاسیون برای مصرف OCP و نورپلانت دارند اغلب می توانند از این وسایل استفاده کنند .
- LNg-IUD انسیدانس عفونتهای لگنی را کاهش می دهد .

عوارض جانبی

- پرفوراسیون رحم
- کرامپ
- منوراژی و لکه بینی
- عفونت لگن

کنتر اندیکاسیونهای قطعی

- PID یا سابقه ای از آن (عفونتهای لگنی اخیر ، فعال یا رکورنت)
- سرویسیت چرکی
- STD
- سابقه حاملگی نابجا
- AUB تشخیص داده نشده
- بدخیمی های ژنیکولوژیک
- حاملگی شناخته شده یا مشکوک
- بیماری ویلسون یا حساسیت به مس
- بیماری دریچه ای قلب

کنتر اندیکاسیونهای نسبی

- نولی پاریده
- سن کمتر از ۲۵ سال
- واژینیت رکورنت
- دیس منوره متوسط یا شدید
- منوراژی
- آنمی

- سابقه مشکلات آناتومیک رحم مانند آنومالی های مادرزادی ، لیومیوم ، استنوز سرویکس و آندومتریوز
- سابقه حاملگی نابجا
- بیماری دریچه ای قلب
- بیماری ویلسون
- زنانی که در معرض خطر بیماری های منتقله جنسی اند مانند زنان دارای شرکای جنسی متعدد
- دیابتیک ها
- ایمنوساپرسیوها
- زنانیکه در معرض عفونت HIV می باشند
- سرویسیت چرکی
- اختلال انعقادی
- آندومتریوز
- عدم توانایی فیزیکی یا منتال جهت چک نخ IUD

✓ کاندوم مردانه

کاندوم یکی از روشهای مکانیکی جلوگیری از بارداری است . کاندومهای اولیه از روده حیوانات ساخته می شدند اما کاندومهای مدرن از مواد لاستیکی ساخته می شوند و اثرشان خیلی بیشتر ، ارزانتر و در دسترس ترند . کاندومها اگر به روش صحیح استفاده شوند درصد شکست آنها کم خواهد بود (۳ یا ۴ حاملگی در ۱۰۰ زوج استفاده کننده در سال) . در صد شکست در سال اول استفاده خیلی بیشتر است . کاندومهای محتوی مواد اسپرمیسید مؤثرتر از انواع بدون آن هستند .

لوبریکانت هایی که در کاندوم استفاده می شوند باید پایه آبی داشته باشند نه پایه روغنی . در غیر این صورت خطر پارگی آنها زیاد است . کاندوم در صورت مصرف صحیح جلوی انتقال بیماریهای منتقله از راه جنسی مانند گونوره ، سیفلیس ، هرپس ، کلامیدیا ، تریکومونیا ، هپاتیت B و ایدز را می گیرد . کاندوم همچنین احتمالاً جلوی تغییرات پیش سرطانی سرویکس را می گیرد .

✓ کنترل اسپشن بعد از نزدیکی

اگر نزدیکی صورت گیرد و زوجین قصد حاملگی نداشته باشند
برای جلوگیری از حاملگی از روشهای زیر استفاده می شود.

• ترکیبات استروژنی و پروژستینی (Morning After Pill)

این ترکیبات باید هرچه زودتر و حداکثر در عرض ۷۲
ساعت بعد از نزدیکی شروع شوند تا بیشترین اثر بخشی را در جلوگیری از
بارداری داشته باشند .

رژیمهای موجود عبارتند از :

- Ethynil Estradiol 2.5mg bid x 5 days
- Diethylstilbestrol 25–50mg/day x 5 days
- Conjugated Estrogens 15mg bid x 5 days
- Ethynil Estradiol 200µg+Norgestrel 2mg/day x 1day
- OCP HD 2 Tab bid x 1 day
- OCP LD 4 Tab bid x 1 day

• دانازول

• IUDهای محتوی مس

• Mifepristone (RU 486) & Epostane

• Methotrexate & Misoprostol

✓ پرهیز از نزدیکی بصورت ریتمیک یا پریودیک

پرهیز از نزدیکی در حول وحوش تخمک گذاری باید از حاملگی جلوگیری نماید ولی متأسفانه این امر غیر قابل اطمینان است و در صد شکست روشهای طبیعی جلوگیری از بارداری زیاد است (۵-۴۰ در ۱۰۰ زن در سال)

انواع پرهیز از نزدیکی بصورت ریتمیک یا پریودیک بدین

قرار است :

- Calendar Rhythm Method
- Temperature Rhythm Method
- Cervical Mucus Rhythm Method(Billing's Method)
- Symptothermal Method

✓ بستن لوله در زن (Female Sterilization)

بستن لوله در زن یا TL (Tubal Ligation) در هر زمانی می‌تواند انجام شود ولی اغلب در زمان سزارین انجام می‌شود. برای زنانیکه زایمان واژینال دارند اوایل دوره نفاس زمان مناسبی است. از آنجاییکه لوله‌های رحمی در چند روز اول بعد از زایمان بطور مستقیم زیر دیواره شکم قابل دسترسی هستند، بنابراین عمل جراحی از نظر تکنیکی ساده است و احتیاج به بستری شدن طولانی نیست.

عوارض جانبی

- سالپنژیت
- عوارض بیهوشی
- آمبولی ریه
- حاملگی خارج رحمی
- سندرم بعد از TL

✓ بستن لوله در مرد (Male Sterilization)

بستن لوله در مرد یا وازکتومی عبارتست از قطع یا در آوردن بخشی از وازدفران (Vas Deferens) دوطرفه مرد . وازکتومی بصورت سرپایی و با استفاده از بی حسی موضعی در عرض ۲۰ دقیقه انجام می شود . وازکتومی باعث کاهش روابط جنسی مرد نمی شود .

عوارض جانبی

- هماتومهای اسکروتوم
- عفونت زخم
- اپیدیمیت

بررسی متون و مقالات

در تحقیقی که در زمینه روشهای جلوگیری از بارداری در مردان در سال ۱۹۹۹-۲۰۰۰ در بنگلادش انجام شده است ، میزان اطلاعات مردان درباره روشهای جلوگیری از بارداری در مردان ۱۵-۵۹ ساله سنجیده شده است. در این مطالعه ۱۹% مردان از ۴-۵ نوع روش جلوگیری از بارداری اطلاع داشته اند و نیز افرادی که مسن تر بوده و سطح سواد بالاتری داشته اند سطح آگاهی‌شان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری بالاتر بوده است . در زمینه نوع روش جلوگیری از بارداری استفاده شده ؛ ۲۳% OCP ، ۷% روش تزریقی ، ۱% IUD ، ۴% کاندوم و ۱% از وازکتومی بعنوان روش جلوگیری از بارداری استفاده می کنند .

در مطالعه دیگری که در مجله ای وابسته به وزارت بهداشت هند به چاپ رسیده است ، ۵۰ مرد متأهل که در ۵ سال اول ازدواجشان قرار داشته- اند مورد بررسی قرار گرفته اند . در این مطالعه توبکتومی بعنوان مورد استفاده-

ترین روش دائمی جلوگیری از بارداری و کاندوم با ۵۴٪ اولین روش غیر دائمی ذکر شده است. در زمینه منبع اطلاعات ۶۴٪ مردان مجلات را بعنوان منبع دستیابی به اطلاعات خود در این زمینه دانسته اند، همچنین ۴۶٪ مردان به لزوم مشارکت مردان در استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری اذعان داشته اند.

فصل دوم :

اهداف ، فرضیات ، سوالات پژوهشی ،

متدولوژی ، روش تحقیق ، ...

الف / اهداف طرح

آ : اهداف اصلی

۱. تعیین میزان آگاهی مردان در مورد روشهای جلوگیری از بارداری در مردان مراجعه کننده به بیمارستانهای اقماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران از شهریور ۱۳۸۳ الی آذر ۱۳۸۳.
۲. تعیین میزان تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری در مردان مراجعه کننده به بیمارستانهای اقماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران از شهریور ۱۳۸۳ الی آذر ۱۳۸۳.

ب : اهداف فرعی توصیفی

۱. تعیین توزیع فراوانی نوع روش بارداری استفاده شده توسط مردان .
۲. تعیین توزیع فراوانی منبع کسب اطلاعات در مورد روشهای جلوگیری از بارداری در مردان .
۳. تعیین میزان مسئولیت مردان در خانواده در قبال تعیین و کنترل تعداد فرزندان .
۴. تعیین نگرش مردان نسبت به تأثیر همکاری با زوجه در زمینه روشهای جلوگیری از بارداری .

پ : اهداف فرعی تحلیلی

۱. تعیین رابطه بین سن و سطح آگاهی .
۲. تعیین رابطه بین سطح سواد و سطح آگاهی .
۳. تعیین رابطه بین منبع اطلاعات و سطح آگاهی .

ب / سوالات پژوهشی :

۱. میزان آگاهی مردان در مورد روشهای جلوگیری از بارداری در مردان مراجعه کننده به بیمارستانهای اقماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران از شهریور ۱۳۸۳ الی آذر ۱۳۸۳ چه اندازه است؟
۲. میزان تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری در مردان مراجعه کننده به بیمارستانهای اقماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران از شهریور ۱۳۸۳ الی آذر ۱۳۸۳ چه اندازه است؟
۳. توزیع فراوانی نوع روش بارداری استفاده شده توسط مردان چگونه است؟
۴. توزیع فراوانی منبع کسب اطلاعات در مورد روشهای جلوگیری از بارداری در مردان چگونه است؟
۵. میزان مسئولیت مردان در خانواده در قبال تعیین و کنترل تعداد فرزندان چه اندازه است؟
۶. نگرش مردان نسبت به تأثیر همکاری با زوجه در زمینه روشهای جلوگیری از بارداری چگونه است؟
۷. آیا سن و سطح آگاهی ارتباط دارد؟
۸. آیا سطح سواد و سطح آگاهی ارتباط دارد؟
۹. آیا منبع اطلاعات و سطح آگاهی ارتباط دارد؟

ج / نوع مطالعه :

این مطالعه بصورت توصیفی ، مقطعی و با روش نمونه گیری تصادفی در دسترس و آسان انجام شده است .

د / متغیرها :

عبارتند از ۸ متغییر : میزان آگاهی مردان در مورد روشهای جلوگیری از بارداری ، میزان تمایل مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری ، نوع روش بارداری استفاده شده توسط مردان ، منبع کسب اطلاعات در مورد روشهای جلوگیری ، میزان مسئولیت در قبال تعیین و کنترل تعداد فرزندان ، نگرش نسبت به تأثیر همکاری با زوجه در زمینه روشهای جلوگیری از بارداری ، سن و سطح سواد .

ح / جامعه مورد پژوهش :

جامعه مورد مطالعه ، شامل کلیه مردان متأهل مراجعه کننده به بیمارستانهای اقماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران می گردد.

ط / حجم نمونه :

شامل ۴۰۰ نفر مرد مراجعه کننده به بیمارستانهای اقماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران از ۸۳/۵/۱ تا ۸۳/۹/۱ بوده است .

ی / نحوه جمع آوری اطلاعات :

روش کار شامل طرح یک پرسشنامه شامل :

- سن
- میزان تحصیلات
- وجود تمایل نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری
- اینکه در حال حاضر از روشهای جلوگیری از بارداری استفاده می کنند
- اگر از روشهای جلوگیری از بارداری استفاده می کنند از چه روشی
- منبع کسب اطلاعات در این زمینه
- نقش افراد در خانواده نسبت به کنترل تعداد فرزندان
- نظرشان راجع به اهمیت همکاری با همسر در این زمینه
- سؤالاتی برای تعیین میزان آگاهی فرد نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری .

این پرسشنامه ها توسط مجری طرح در بیمارستانهای مختلف دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران توزیع شد تا تقریباً تمام مناطق شهر بدلیل وجود تفاوت‌های فرهنگی پوشش داده شوند.

ک / نحوه آنالیز داده ها :

اطلاعات جمع آوری شده از هر فرد مشتمل بر سؤالات مطرح شده در بالا توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .

ل / مشکلات و موانع طرح :

از آنجایی که اکثر متغیرها دارای تعاریف یکسانی بوده و فرم پرسشنامه از شکل واحدی برخوردار بوده و تنها توسط یک نفر جمع آوری شده احتمال ایجاد Observer Bias پایین بوده است . البته مشکلاتی در این امر بدلیل نوع فرهنگ جامعه که مسائل مربوط به روشهای جلوگیری از باروری اصولاً با پنهانکاری خاصی همراه است بوجود آمد .

م / مسائل و مشکلات اخلاقی طرح :

در انجام این طرح سعی بر آن شده است که کلیه مراحل هیچگونه مغایرتی با باورهای فرهنگی ، آداب ، رسوم و ارزشهای ملی و مذهبی نداشته باشد و نحوه انجام کار به گونه ای طراحی گردید تا از روش هایی که سبب آسیب جسمی و روحی افراد شود و با باورها و رفتارها و سنت های جامعه مغایرت داشته باشد ، پرهیز گردد و اطلاعات مربوط به افراد محرمانه باقی بماند و نهایت صداقت در ارائه آمار واقعی صورت گیرد و از منابع مشکوک و فاقد اعتبار استفاده نشود .

جدول متغیرها

نحوه اندازه گیری	تعریف علمی-عملی	کیفی اسمی	کیفی رتبه ای	کمی فاصله ای	کمی گسسته رتبه ای	مستقل	وابسته	نام متغیرها
توسط پرسشنامه	میزان اطلاع فرد از روشهای جلوگیری از بارداری				✓		✓	آگاهی
توسط پرسشنامه	میزان تمایل فرد نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری	✓					✓	تمایل
توسط پرسشنامه	میزان سالیانی که از عمر فرد بر اساس شناسنامه وی می گذرد			✓		✓		سن
توسط پرسشنامه	سطح مدرک تحصیلی فرد سوال شونده				✓	✓		سطح سواد
توسط پرسشنامه	منبع اطلاعات فرد در مورد روشهای جلوگیری از بارداری	✓				✓		منبع اطلاعات
توسط پرسشنامه	نوع روش بارداری استفاده شده توسط فرد در زمان مصاحبه	✓				✓		نوع روش
توسط پرسشنامه	میزان مسؤولیت فرد در قبال کنترل تعداد فرزندان خانواده	✓				✓		میزان مسؤولیت
توسط پرسشنامه	نظر فرد نسبت به تأثیر همکاری با زوجه در بکارگیری روشهای جلوگیری از بارداری	✓				✓		نگرش نسبت به تأثیر همکاری

فصل سوم :

نتایج و یافته های پژوهش

نتایج این طرح به شرح زیر است :

نتایج اهداف اصلی :

- ✓ میزان آگاهی به سه سطح پایین، متوسط و بالا تقسیم شد که از میان افراد بررسی شده $51/5\%$ سطح آگاهی پایین ، $47/5\%$ سطح آگاهی متوسط و تنها 1% سطح آگاهی بالا داشتند.
- ✓ در زمینه نگرش مردان نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری 91% نظر مثبت و تنها 9% افراد نگرش منفی نسبت به این زمینه داشته اند .

نتایج اهداف فرعی توصیفی :

- ✓ بیشترین متد استفاده شده برای جلوگیری از باروری داروهای ضد بارداری خوراکی با $31/4\%$ بوده و بعد از آن روش پس کشیدن با $27/1\%$ ، TUL با $15/5\%$ ، کاندوم با $12/2\%$ ، IUD $6/4\%$ ، روش ریتمیک $3/4\%$ ، وازکتومی $2/7\%$ و آمپولهای لوونورژسترول با $1/2\%$ قرار داشتند.
- ✓ 74% افراد منبع کسب اطلاعات خود را افراد دیگر ، $14/5\%$ کلاسهای آموزشی در این زمینه ، $8/5\%$ روزنامه ها و مجلات و تنها 3% رادیو و تلویزیون ذکر کرده اند .
- ✓ $55/5\%$ مردان مسئولیت کامل تعیین تعداد فرزندان در خانواده را با خود دانسته اند. $38/5\%$ خود را تصمیم گیرنده اصلی می دانند که با همسر خود در این زمینه مشورت می کنند. 5% افراد مسئولیت اصلی را با همسر خود ذکر می کنند که با آنها نیز در این زمینه مشورت می کند و فقط 1% افراد مسئولیت کامل این امر را با همسر خود می دانند.

✓ ۹۸/۵% مردان همکاری با زوجه را در زمینه روشهای جلوگیری از بارداری مؤثر میدانند. ۱% افراد نظری نداشته و ۰/۵% آنها همکاری در این امر را بی تأثیر می دانند.

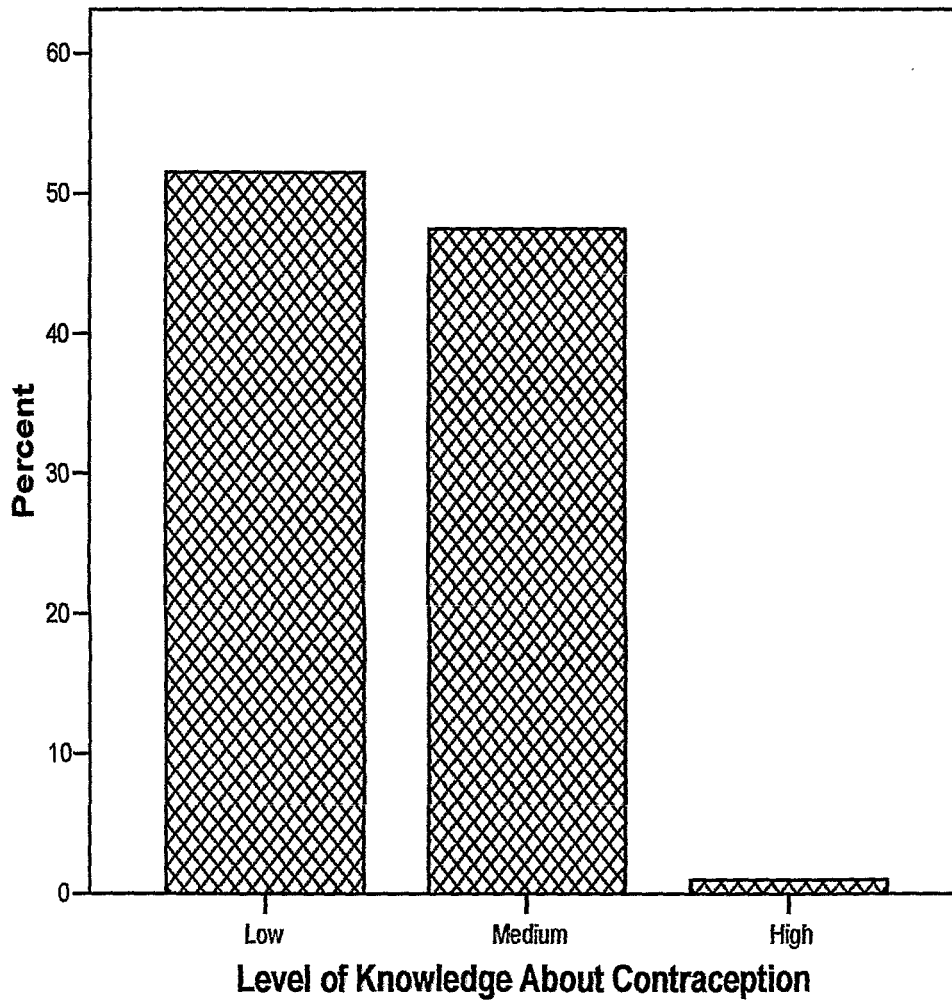
نتایج اهداف فرعی تحلیلی :

- ✓ بین سن و سطح آگاهی رابطه معنی داری وجود نداشت .
- ✓ بین سطح سواد و سطح آگاهی رابطه معنی دار مشاهده شد .
- ✓ بین منبع اطلاعات و سطح آگاهی رابطه ای وجود نداشت .

Level of Knowledge About Contraception

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Low	206	51.5	51.5
	Medium	190	47.5	99.0
	High	4	1.0	100.0
	Total	400	100.0	

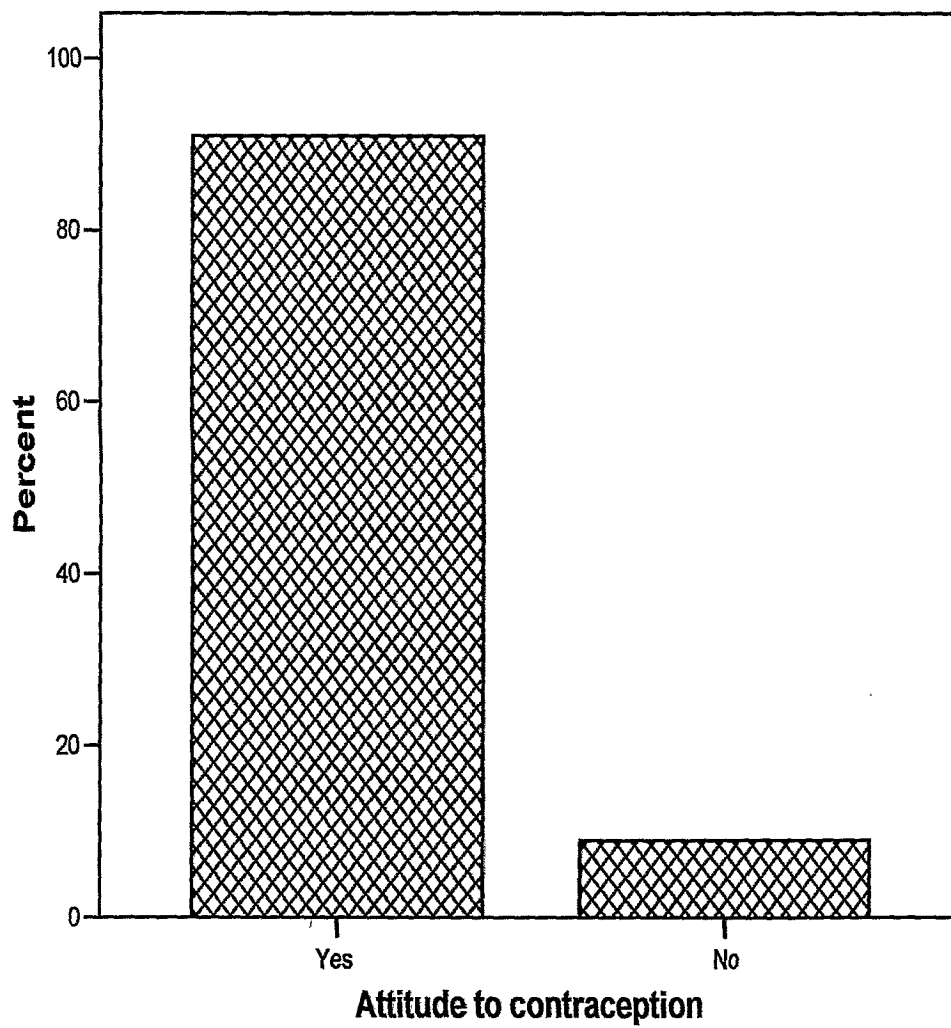
Level of Knowledge About Contraception



Attitude to contraception

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	364	91.0	91.0
	No	36	9.0	100.0
	Total	400	100.0	

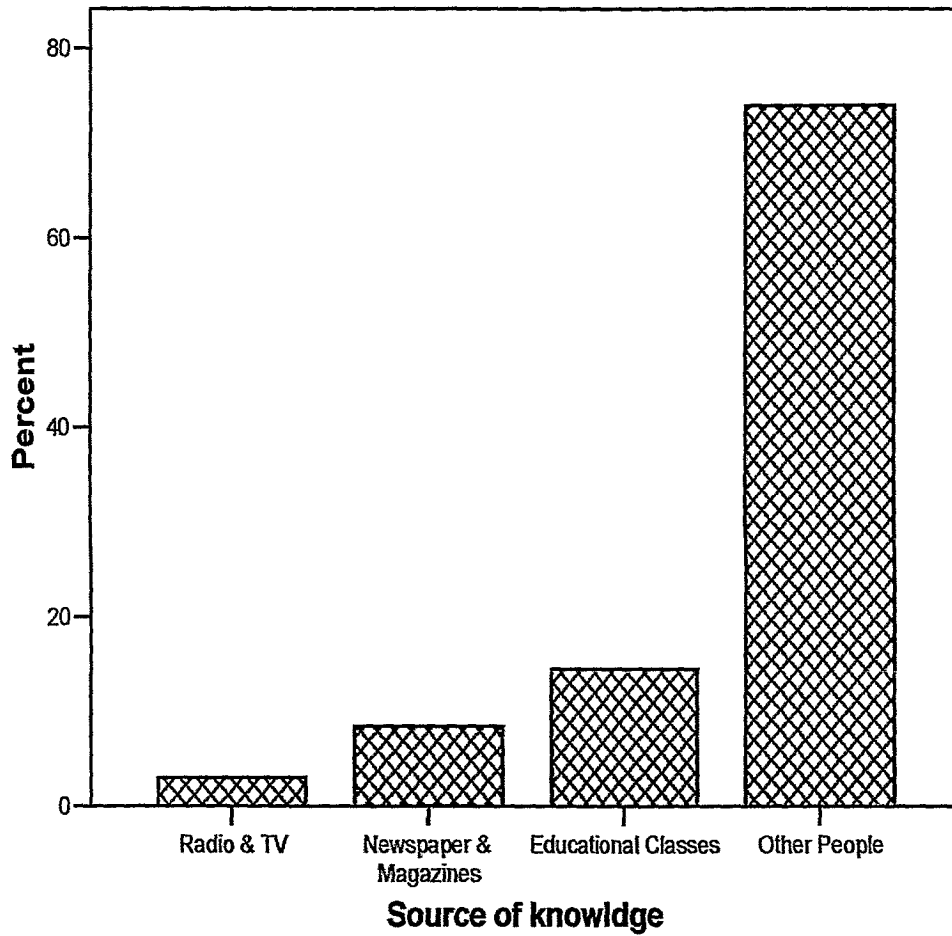
Attitude to contraception



Source of knowledge

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Radio & TV	12	3.0	3.0
	Newspaper & Magazines	34	8.5	11.5
	Educational Classes	58	14.5	26.0
	Other People	296	74.0	100.0
	Total	400	100.0	

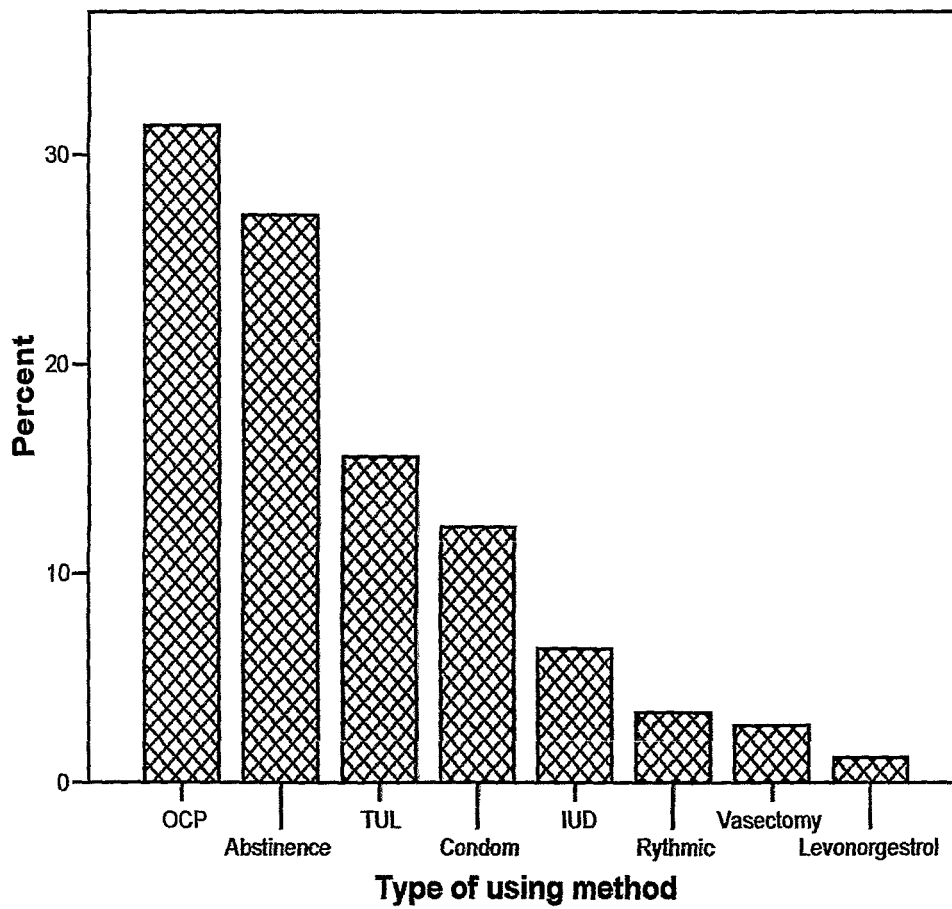
Source of knowledge



Type of using method

	Frequency	Percent
OCP	103	31.4
Abstinence	89	27.1
TUL	51	15.5
Condom	40	12.2
IUD	21	6.4
Rythmic	11	3.4
Vasectomy	9	2.7
Levonorgestrol	4	1.2
Total	328	100.0

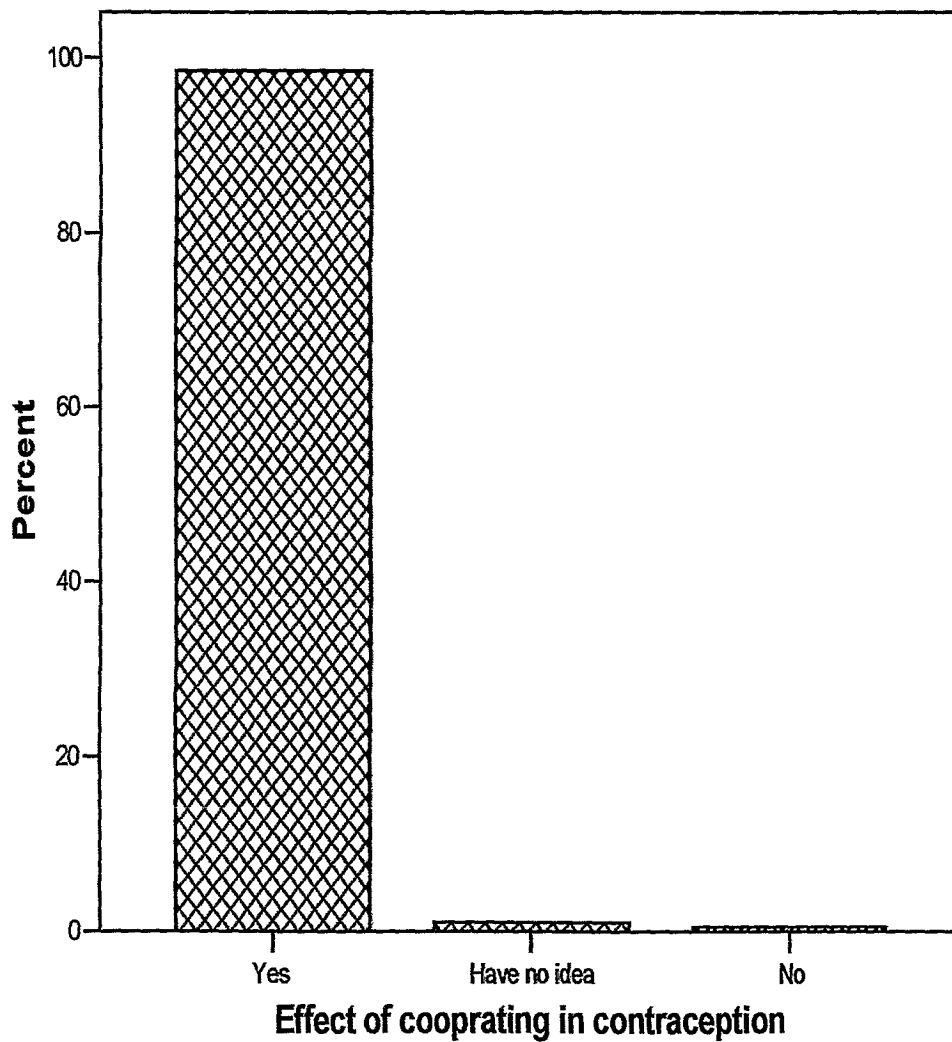
Type of using method



Effect of cooperating in contraception

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	394	98.5	98.5
	Have no idea	4	1.0	99.5
	No	2	.5	100.0
	Total	400	100.0	

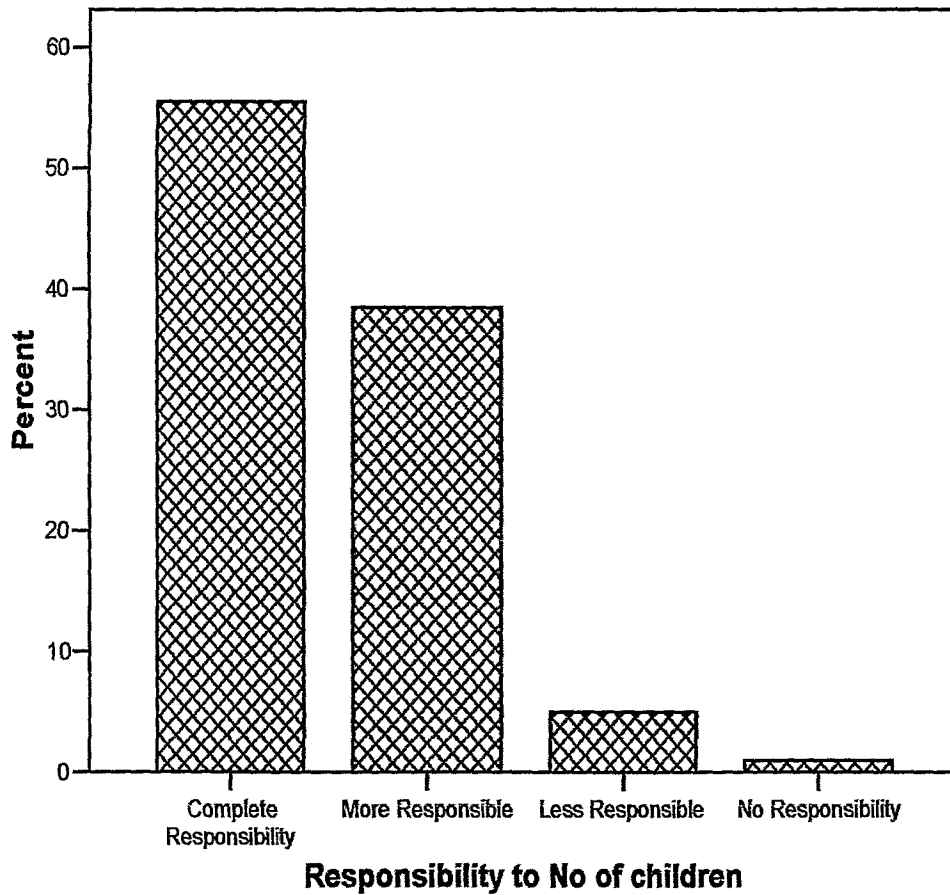
Effect of cooperating in contraception



Responsibility to Number of children

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Complete Responsibility	222	55.5	55.5
More Responsible	154	38.5	94.0
Less Responsible	20	5.0	99.0
No Responsibility	4	1.0	100.0
Total	400	100.0	

Responsibility to No of children



Age to Knowledge level Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	236.231(a)	88	.000
Likelihood Ratio	201.619	88	.000
N of Valid Cases	400		

101 cells (74.8%) have expected count less than 5.
The minimum expected count is .04.

Education level to Knowledge about Contraception Crosstabulation

		Knowledge about Contraception								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Edu. level	Under Diploma	12	27	34	33	17	5	0	0	128
	Diploma	12	33	51	19	22	23	0	0	160
	Above Diploma	0	9	28	32	35	4	1	3	112
Total		24	69	113	84	74	32	1	3	400

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67.021(a)	14	<u>.000</u>
Likelihood Ratio	73.728	14	.000
N of Valid Cases	400		

6 cells (**25.0%**) have expected count less than 5.
The minimum expected count is .28.

Source of knowledge to Level of Knowledge About Contraception
Crosstabulation

Count

		Level of Knowledge About Contraception			Total
		High	Low	Medium	
Source of knowledge	Radio & TV	0	8	4	12
	Newspaper & Magazines	0	17	17	34
	Educational Classes	1	19	38	58
	Other People	3	162	131	296
Total		4	206	190	400

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.042(a)	6	<u>.087</u>
Likelihood Ratio	11.632	6	.071
N of Valid Cases	400		

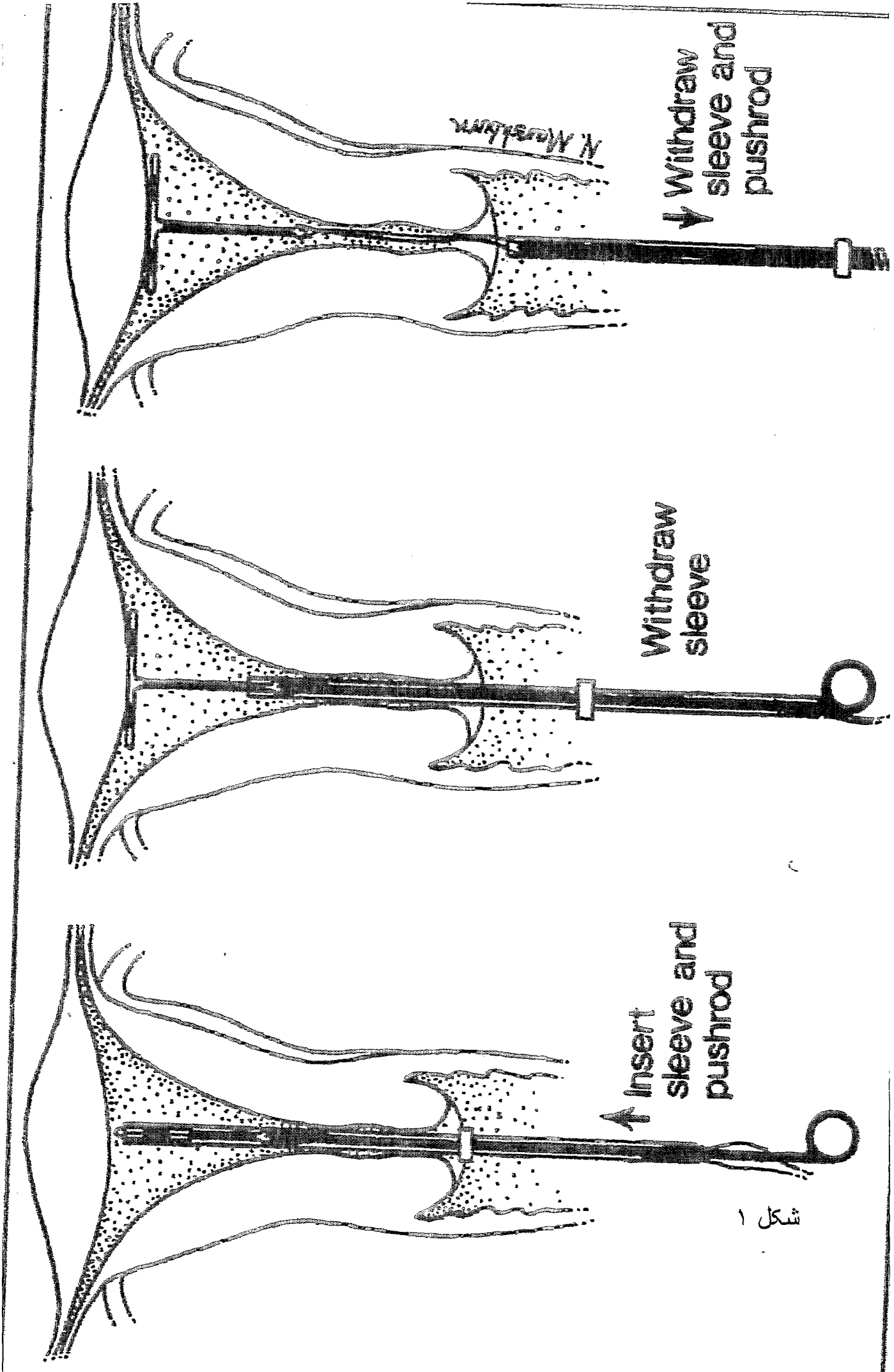
4 cells (33.3%) have expected count less than 5.
The minimum expected count is .12.

فصل چہارم

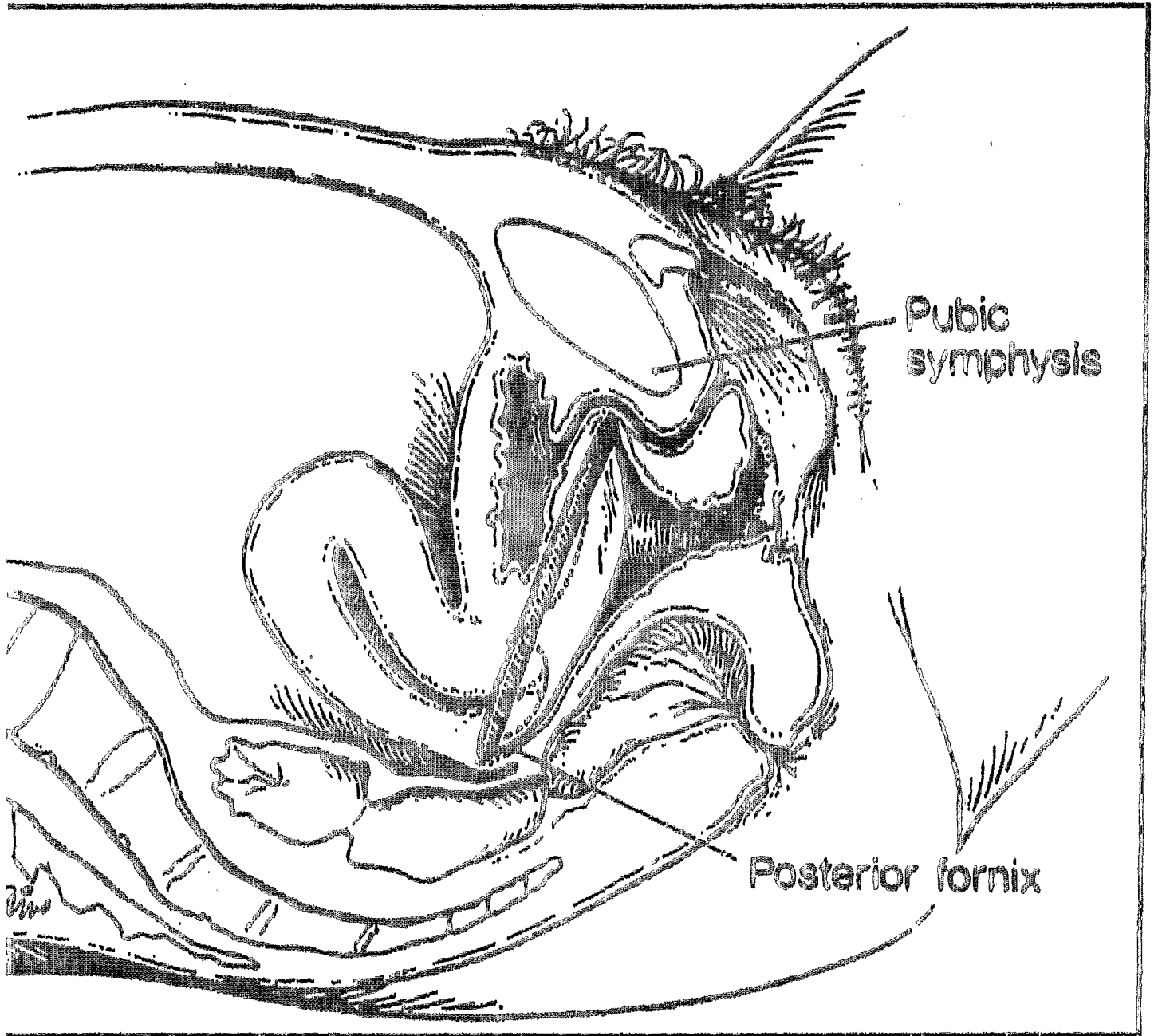
بحث و نتیجہ گیری

بطور کلی می توان به نتایج این طرح از دو زاویه نگاه کرد . از یک جهت نتیجه این طرح باعث خوشنودی است زمانی که می بینیم ۹۱٪ افراد از روشهای جلوگیری از بارداری استفاده کرده ، یا می کنند و در کل نظر مثبتی نسبت به این امر دارند اما از جهت دیگر نتیجه این طرح تأسف آور است وقتی در می یابیم که ۵۱/۵٪ افراد سطح آگاهی پایین و فقط ۱٪ سطح آگاهی بالا دارند که این امر نشاندهنده این نکته است که در زمینه فرهنگ سازی نسبتاً خوب عمل شده است اما در زمینه اطلاع رسانی و معرفی راهکارها برای پیشگیری از بارداری ضعیف عمل شده است و جامعه راه سختی را در این زمینه در پیش رو دارد و احتیاج به تلاش بسیار زیادی در این زمینه وجود دارد که منحصر به افراد خاص و یا تخصصهای خاصی مانند زنان و زایمان نبوده و کلیه کادر درمانی اعم از ماماها ، پزشکان عمومی و متخصصین و همینطور رسانه های جمعی خصوصاً رادیو و تلویزیون با توجه به طیف بسیار انبوه مخاطب باید در این زمینه فعالیت و همکاری کنند.

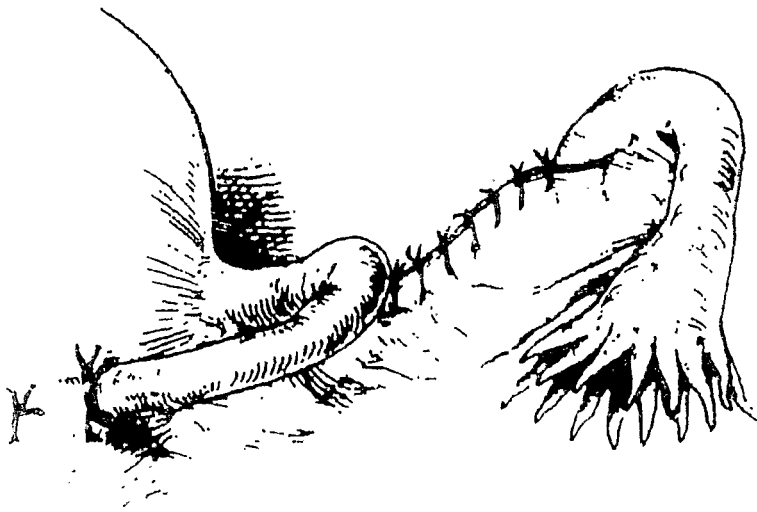
پیوستها



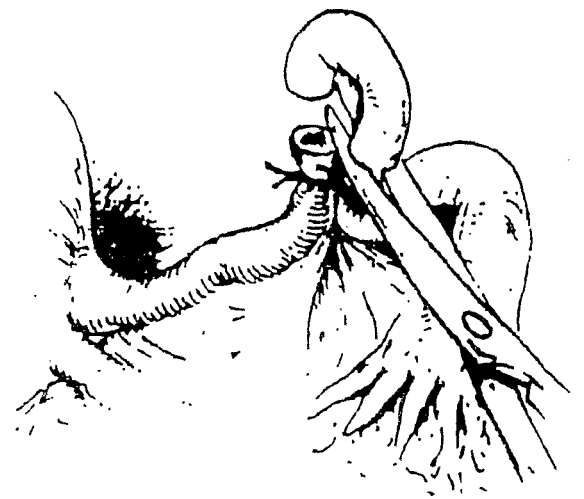
شکل ۱



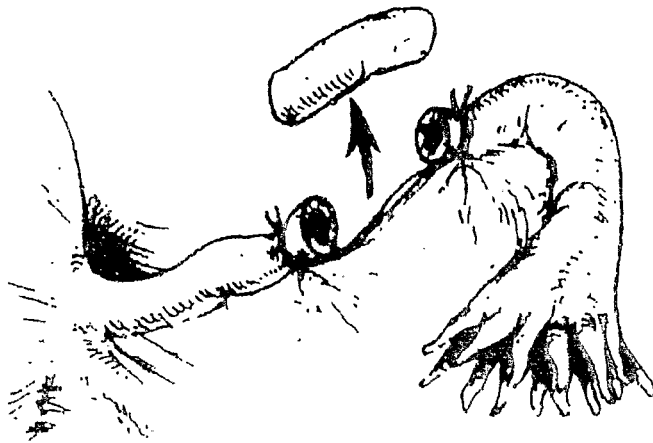
شکل ۲



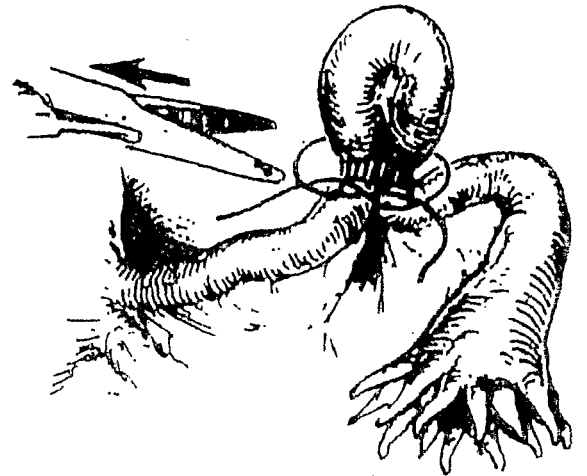
A. Irving



B. Pomeroy



C. Parkland

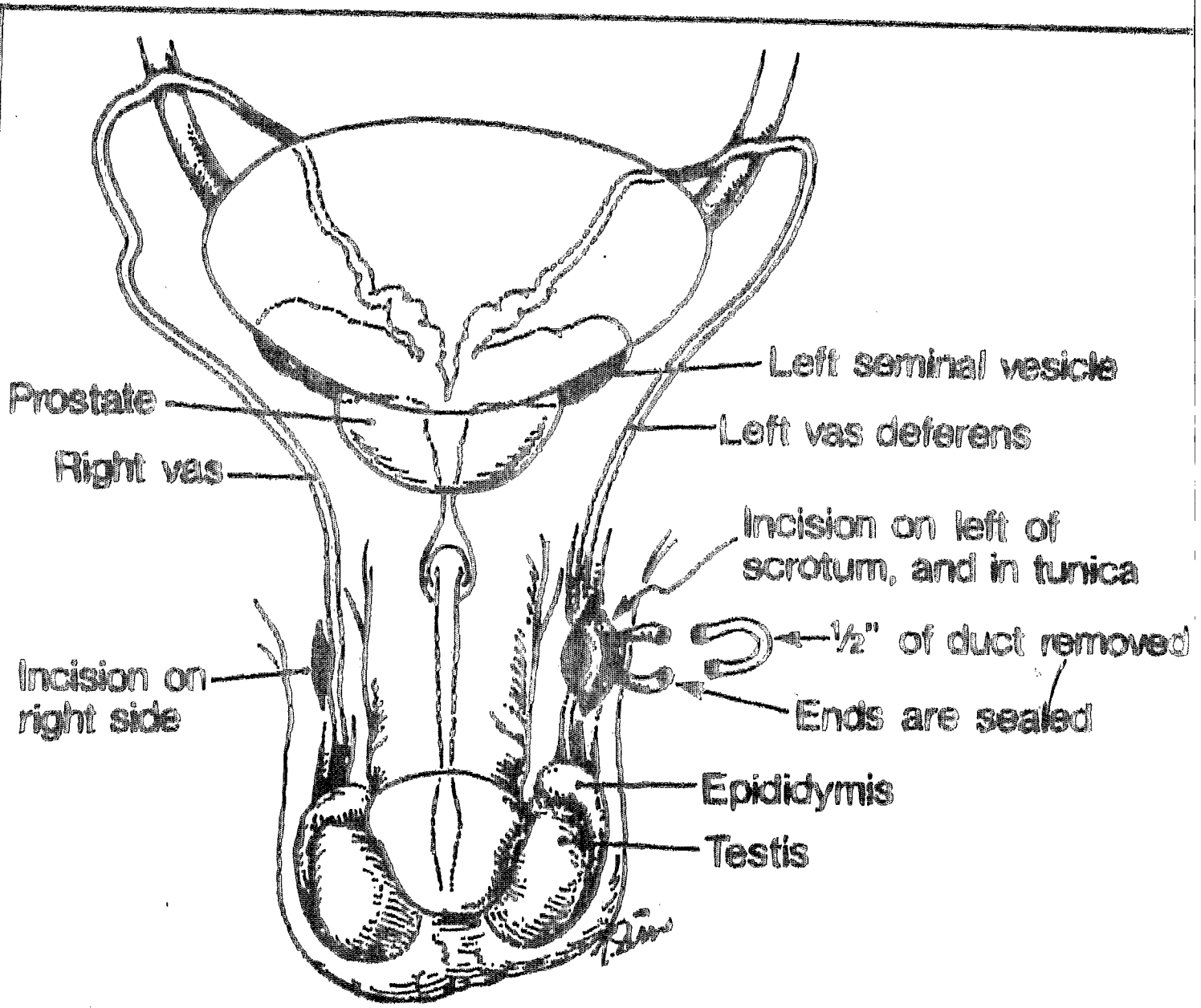


D. Madlener



E. Kroener fimbriectomy

شکل ۳



شکل ۲

فهرست منابع

REFERENCES :

1. Gale Encyclopedia of Medicine. Gale Research, 1999.
2. May 2002 University of Michigan Health System
3. 2004 American Academy of Family Physicians
4. Williams Obstetrics, 2001
5. Kistner's Gynaceology ,1999
6. Speroff, Clinical Gynaceologic Endocrinology & Infertility , 2005
7. Novac's Gynecology , 2000
8. Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment , 2002

ABSTRACT :

Because of the very fast growing of population and creating many problems for our country , contraception is a very important factor for facing this problems and regarding to men's leading role in control of the number of children in families in Iran , the necessity of studding of men's knowledge and attitude toward contraception is so obvious.

The main goal in this study was determination of men's knowledge and attitude toward contraceptive methods . The sub purposes were determination of : distribution of using types of contraceptive methods , distribution of source of knowledge about contraception , the level of men's responsibility in controlling of family's number of children , men's attitude toward effect of cooperating in contraception and relationship of level of knowledge to : Age , Source of knowledge & level of education.

The study was in the form of descriptive , cross sectional with a 400 sample volume and the data was gathered by written questionnaires and analyzed by SPSS statistic program .

The results of this study is as following : Low level of knowledge 51.5% , Medium level of knowledge 47.5% , high level of knowledge 1% and positive attitude toward contraception was 91% . Distribution of abundance of types of using methods was : OCP 31.4% , Abstinence 27.1% , tubectomy 15.5% , condom 12.2% , IUD 6.4% , Rhythmic 3.4% , vasectomy 2.7% and injection 1.2% . 3% of men said that radio and TV was the source of their knowledge , 8.5% newspapers and magazines , 14.5% educational classes and 74% other people . 55.5% of men said that they are complete responsible for the family's number of children . 38.5% are the main responsible but consult with their spouses . 5% said that their wife is the main responsible for the number of children and consults whit them and finally only 1% knows their wife as complete responsible for determining the number of children . 98.5% of men believe that cooperation in using of contraception method is effective . 2% had no idea and 0.5% said that it is not useful . there was a relationship between level of knowledge to level of education but any meaningful relationship between age and knowledge and source of knowledge to level of knowledge was not found.

Regarding the low level of knowledge among men in spite of their highly positive attitude to this matter