

مقایسه پیامدهای روانی و جنسی روش بستن لوله های رحمی با سایر روشهای پیشگیری از بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد، ۸۶-۱۳۸۴

افسانه کاظمیان*، فریده محمدپور*، فرانک صفدری ده چشمه**

*مربی گروه مامایی - مرکز تحقیقات گیاهان دارویی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **کارشناس ارشد مامایی - مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۱۷/۱۱/۸۶ تاریخ تایید: ۱۱/۷/۸۷

چکیده:

زمینه و هدف: لوله بندی یک روش مطمئن، رایج و دائمی تنظیم خانواده است که علیرغم مزایای بسیار فراوان و شکست پایین آن، مشابه روش های دیگر عوارضی بدنبال دارد. این مطالعه با هدف مقایسه پیامدهای روانی و جنسی روش بستن لوله های رحمی با سایر روش های پیشگیری از بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی - تحلیلی، ۳۸۴ نفر از زنان واجد شرایط (۱۷۴ نفر در گروه بستن لوله و ۲۱۰ نفر استفاده کنندگان از سایر روش ها) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد در سال های ۸۶-۱۳۸۴ در شروع استفاده از روش پیشگیری (مرحله اول) و شش ماه پس از استفاده از روش (مرحله دوم) مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق مصاحبه و پرسشنامه ویژگی های فردی و پرسشنامه سلامت روان گلد برگ (فرم ۲۸ سوالی) و پرسشنامه مربوط به اختلالات جنسی (DSM IV) جمع آوری و داده ها با استفاده از آزمون های آماری مجذور کا، t دانشجویی، من ویتنی و مک نمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: گروه بستن لوله ۳۱/۳٪ در مرحله اول و ۳۹/۷٪ در مرحله دوم اختلال روانی داشتند ($P < 0/05$). اختلال جنسی در گروه لوله بندی به ترتیب در مرحله اول و دوم مطالعه ۲۸/۷٪ و ۱۸/۴٪ بود ($P < 0/01$). در حالی که شیوع اختلالات روانی و جنسی در گروه استفاده کنندگان از سایر روش ها بین دو مرحله اختلاف معنی دار نداشت.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج لوله بندی بر روی اختلال روانی تاثیر منفی و بر اختلال جنسی تاثیر مثبت می گذارد. لذا لزوم آموزش و مشاوره فردی قبل از انجام لوله بندی توصیه می شود.

واژه های کلیدی: بستن لوله های رحمی، پیشگیری از بارداری، پیامد روانی، پیامد جنسی.

مقدمه:

هم شریک جنسی او را درگیر می کند و عوامل متعددی در آن نقش دارند. از جمله این عوامل پیامدهای روش های مختلف است که در ابعاد مختلفی مورد بررسی قرار می گیرد (۲).

کنترل موثر باروری برای توانایی زن جهت نیل به اهداف شخصی خود ضروری است زنان از بلوغ تا

با پیوستن زنان به نیروی کار، خواه بدلیل ضرورت های اقتصادی یا بدلیل میل به شکوفایی و آزادی نسبی ابراز تمایلات جنسی و به تعویق انداختن، یا اجتناب از حاملگی، مقوله تنظیم خانواده نقش مهمی در زندگی بسیاری از زنان دارد (۱). انتخاب روش پیشگیری از حاملگی تصمیمی پیچیده است که هم زن و

Klekeci در استانبول به ارتباط عقیم سازی با افسردگی بوسیله تست بک پرداخت و به مرتبط بودن میزان افسردگی با درجه رضایت فرد پی برد وی نشان داد که تفاوتی معنی دار در میزان افسردگی قبل و بعد از عمل در افراد وجود دارد (۹).

Wyshak ضمن مقایسه علایم یائسگی و اختلالات روانی در زنان ۴۵-۵۰ ساله که لوله بندی کردند یا کسانی که لوله بندی نکردند به این نتیجه رسید که بستن لوله ها با گرگرفتگی بیشتری همراه است و علائم اختلال روانی نیز در کسانی که لوله بندی کردند بیشتر از زنانی است که لوله بندی نکردند (۱۰).

Basgul در مطالعه خود با عنوان اثر بستن لوله ها روی سلامت زنان در ترکیه به این نتیجه رسید که ۲۳/۱ درصد زنان تغییرات جنسی مثبت بعد از لوله بندی را گزارش نمودند (۱۱).

اثرات دراز مدت روانشناختی عقیم سازی بر اضطراب و افسردگی در کشور چین مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که عقیم سازی وضعیت روانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. خطر بروز افسردگی ۲/۳۴ مرتبه بعد از انجام عمل لوله بندی رحمی بیشتر از گروه کنترل بود (۱۲).

با توجه به مطالعات انجام شده در این مورد و افزایش آمار استفاده زنان استان چهارمحال و بختیاری از روش بستن لوله های رحمی و از آنجا که این روش از جمله روش هایی است که با احتمال بروز پشیمانی در زنان همراه می باشد، این پژوهش با هدف بررسی مقایسه ای پیامدهای روانی و جنسی روش بستن لوله های رحمی با سایر روش های پیشگیری از بارداری در زنان منطقه انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه بصورت توصیفی- تحلیلی آینده نگر بر روی ۳۸۴ خانم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد از بهار ۸۴ تا تابستان ۸۶ انجام گرفت. جامعه پژوهش را کلیه خانم هایی که یکی از روشهای

یائسگی با مسئله بارداری یا اجتناب از بارداری مواجه هستند میزان استفاده از روش های جلوگیری زیاد است اما تعداد قابل توجهی از زوج هایی که فعالیت جنسی دارند از این روش ها استفاده نمی کنند (۳).

تفاوت های منطقه ای در روش مورد استفاده دیده می شود، به شکلی که در کشورهای در حال توسعه روش عقیم سازی و آی یودی و در کشورهای پیشرفته کاندوم و قرص بیشترین مورد استفاده را دارد (۴). از بین روش های مختلف که با توجه به شرایط خاص مانند موثر بودن، هزینه، میزان راحتی و آسایش زوجین از تماس جنسی و عوامل دیگر انتخاب می گردد، روش عقیم سازی لوله ای مطرح می گردد که از جمله روش هایی است که همیشه قابل برگشت نبوده و یا برگشت آن با صرف هزینه ای گزاف امکان پذیر است و از این رو انتخاب این روش نیاز به تفکر و تعقل بیشتری دارد (۳). از طرفی بدنبال استفاده از این روش پیامدهای روانی مختلفی برای زن ممکن است بروز کند و اکثر زنان از واکنش های روحی و عصبی بعدی رنج می برند چرا که افسردگی، عدم اعتماد به نفس، شکایت های فیزیکی، احساس گناه و ناسازگاری های جنسی در آنها شایع است (۱). استفاده از سایر روش های پیشگیری از بارداری نیز ممکن است توام با بروز برخی نارضایتی ها در زوجین باشد که این امر بدنبال بروز برخی مشکلات از جمله بروز واکنش های حساسیتی بدنبال استفاده از کاندوم در زوجین و یا ترس از پاره شدن آن (۵)، احتمال بروز مشکلات عصبی و اختلالات روحی و روانی مثل افسردگی بدنبال مصرف هورمون ها می باشد (۲).

در مطالعات مختلف به پیامدهای جنسی و روانی روش های مختلف پیشگیری از بارداری پرداخته شده است. همچنین Warehime در آمریکا ضمن مقایسه زنانی که لوله بندی کرده بودند با کسانی که لوله بندی نکرده بودند به این نتیجه رسید که زنانی که تحت این عمل قرار گرفته اند استرس جنسی بیشتری داشته و به پزشک خود مراجعه بیشتری داشته اند (۸).

نمره بالای ۹ سلامتی را در افراد مشخص می کند و روا و پایا می باشد (۱۴).

واحدهای پژوهش در دو گروه، افرادی که عمل لوله بندی کرده بودند و آنهایی که از سایر روش های پیشگیری استفاده می کردند، قرار گرفتند. مرحله اول تکمیل پرسشنامه همزمان با آغاز روش و مرحله دوم شش ماه پس از استفاده بود.

اطلاعات نهایی پس از جمع آوری با استفاده از آزمون های آماری مجذور کاه، دانشجویی، من ویتنی و مک نمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

حجم نمونه شامل ۳۸۴ خانم ۵۰-۱۷ ساله با میانگین سنی $30/2 \pm 5/9$ بود. ۷۶/۵ درصد نمونه ها خانه دار، ۱۷/۲ درصد کارمند و مابقی شغل آزاد داشتند. ۲۰/۴ درصد نمونه ها دارای تحصیلات متوسطه بودند. متوسط حاملگی ها ۳-۲ حاملگی و تعداد فرزند بطور متوسط ۲ تا بود. ۱۷۴ نفر از نمونه ها از روش لوله بستن (گروه اول) و ۲۱۰ نفر مابقی از سایر روشهای پیشگیری (گروه دوم) استفاده کردند. میانگین سن افراد گروه یک $43/1 \pm 4/2$ سال و گروه دو $27 \pm 5/3$ سال بود ($P < 0/001$).

در مجموع ۳۱/۳ درصد آزمودنی ها قبل از مطالعه در گروه اول و ۴۰ درصد در گروه دوم اختلال روانی داشتند. در حالی که در مرحله دوم ۳۹/۷ درصد در گروه اول و ۴۰/۳ درصد در گروه دوم اختلال روانی داشتند ($P > 0/05$).

آزمون مک نمار اختلاف معنی داری در شیوع اختلال روانی قبل و بعد از مطالعه در گروه بستن لوله نشان داد ($P < 0/05$). در حالی که در گروه دوم تفاوت معنی داری در شیوع اختلاف روانی قبل و بعد از مطالعه مشاهده نگردید (جدول شماره ۱)

پیشگیری را برای اولین بار انتخاب نمودند. تشکیل و کسانی که مایل به همکاری و شرکت در پژوهش بودند از طریق نمونه گیری آسان انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش، استفاده از یکی از روش های پیشگیری از بارداری و تحت پوشش بودن در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد بود.

شرایط خروج از پژوهش داشتن هر گونه سابقه بیماری های روانی و اختلالات جنسی و مصرف داروهای موثر بر آن، مواجهه با رویدادهای استرس زا در طی یک سال گذشته و سایر مواردی که می تواند در بروز مشکلات جنسی و روانی واحدهای پژوهش دخالت داشته باشد بود.

اطلاعات توسط کارشناسان آموزش دیده شاغل در مراکز و بوسیله پرسشنامه استاندارد سلامت روان گلدبرگ (فرم ۲۸ سوالی)، پرسشنامه مربوط به اختلالات جنسی DSM IV و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک جمع آوری گردید. پرسشنامه استاندارد سلامت روان گلدبرگ (فرم ۲۸ سوالی با نقطه برش ۲۳) یک پرسشنامه مخصوص غربالگری در بررسی سلامت روان می باشد، این پرسشنامه شامل ۴ گروه ۷ سوالی، در بررسی ابعاد افسردگی، اضطراب، سلامت جسمی و عملکرد اجتماعی است. هر یک از ابعاد چهار گانه این پرسشنامه دارای نمره بندی بوده و قابل تفسیر می باشد. حداقل نمره این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره آن ۸۴ می باشد. نمره برش آن ۲۳ بوده و به این معنا است که کسب نمره ۲۲ سلامت روان و نمره ۲۳ و بالاتر عدم وجود سلامت روان را در افراد مشخص می کند. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی بوده و در مطالعات بسیاری از آن استفاده شده است (۱۳). جهت بررسی پیامد های جنسی نیز از پرسشنامه مربوط به اختلالات جنسی DSM IV استفاده شد. نقطه برش آن ۹ بوده و به این معنا است که کسب نمره ۹ و کمتر اختلال جنسی و

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی اختلال جنسی و اختلال روانی در دو گروه مورد مطالعه

متغیرهای مورد بررسی	گروه		بستن لوله		استفاده کننده از سایر روشها	
	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله اول	مرحله دوم
اختلال جنسی	دارد	۵۰ (۲۸/۷)**	۳۲ (۱۸/۴)	۲۲ (۱۰/۸)	۳۲ (۱۵/۸)	۱۷۰ (۸۴/۲)
	ندارد	۱۲۴ (۷۱/۳)	۱۴۲ (۸۱/۶)	۱۸۲ (۹۸/۲)	۸۲ (۴۰/۳)	۱۱۹ (۵۹/۷)
اختلال روانی	دارد	۵۱ (۳۱/۳)*	۶۹ (۳۹/۷)	۷۹ (۴۰)	۱۱۹ (۵۹/۷)	۱۱۹ (۵۹/۷)
	ندارد	۱۱۲ (۶۹)	۱۰۵ (۶۰/۵)	۱۲۱ (۶۰)	۱۱۹ (۵۹/۷)	۱۱۹ (۵۹/۷)

- داده ها بر اساس تعداد (درصد) می باشد. $P < 0/05$ نسبت به مرحله دوم در گروه بستن لوله (آزمون مک نماز) $P < 0/01$ نسبت به مرحله دوم در گروه بستن لوله (آزمون مک نماز) و گروه استفاده کننده از سایر روشها در مرحله اول (آزمون مجذور کا). مرحله اول: قبل از استفاده از روش پیشگیری. مرحله دوم: شش ماه پس از استفاده از روش پیشگیری

مطالعات نیز همین نتایج را نشان داد (۱۷،۱۶،۹).

در مطالعه ما در گروه یک وضعیت سلامت روانی تا حدی بدتر شده که با مطالعه Neuhaus، Uzel و Wyshak همخوانی دارد و از طرفی با توجه به اینکه اختلاف سن در دو گروه معنی دار بود و گروه لوله بندی در مقایسه با گروه سایر روشها از سن بالاتری برخوردار بودند شاید بتوان مورد فوق را توجیه نمود (۱۰،۷،۶).

در مرحله اول افرادی که مایل به لوله بندی بودند در مقایسه با گروه استفاده کننده از سایر روشها نمره اختلال جنسی بیشتری داشتند. پس از مطالعه نمره اختلال جنسی دو گروه تفاوت معنی داری نداشت به عبارت دیگر گروهی که لوله بندی نموده بودند در مقایسه با قبل از عمل کاهش معنی داری در اختلال جنسی داشتند در حالی که در گروهی که از سایر روشها استفاده می کردند تفاوتی مشاهده نشد. Speroff در این زمینه می گوید عقیم سازی تاثیر مخربی بر تمایلات جنسی ندارد در واقع تمایلات جنسی عمدتاً تحت تاثیر عوامل مثبت قرار می گیرد. بسیاری از زوج ها زمانی که در مورد بارداری ناخواسته نگرانی ندارند در برخورد با مسایل جنسی راحت تر هستند (۴). مورد فوق با مطالعه Basgul و همکاران نیز مشابه می باشد (۱۱). Li و همکاران نیز در زنان چینی و هنگ کنگی ۳-۴ ماه بعد از لوله بندی

در مرحله اول مطالعه اختلال جنسی در ۲۸/۷ درصد افراد گروه اول و ۱۰/۸ درصد افراد گروه دوم وجود داشت. در حالی که شش ماه بعد ۱۸/۴ درصد گروه اول و ۱۵/۸ درصد افراد گروه دوم اختلال جنسی داشتند. بر اساس آزمون مک نماز بین دو مرحله اختلاف آماری معنی داری در اختلال جنسی گروه اول مشاهده شد. به طوری که اختلال جنسی این گروه شش ماه بعد کاهش معنی داری نسبت به مرحله اول داشت ($P < 0/01$).

همچنین بر اساس آزمون مک نماز شیوع اختلال جنسی در گروه دوم در مرحله اول و دوم تفاوت معنی داری نداشت (جدول شماره ۱). با استفاده از آزمون مجذور کا اختلاف معنی داری در شیوع اختلال جنسی قبل از مطالعه در دو گروه دیده شد ($P < 0/01$) در حالی که در مرحله دوم این اختلاف از بین رفته بود.

بحث:

بر اساس نتایج افرادی که لوله بندی شده بودند بطور معنی داری دارای سن بیشتر بودند. طبیعتاً این افراد با توجه به سن بالاتر تعداد فرزند مورد نظر خود را دارند و تمایل بیشتری به انجام لوله بندی دارند. Agrawal نیز به این نتیجه رسید که زنان بالای ۳۵ سال در مقایسه با زنان زیر ۳۵ سال (۴۰/۴٪ در مقابل ۱۶/۸٪) تمایل بیشتری به استفاده از روش جراحی پیشگیری در بارداری دارند (۱۵). سایر

عهده دارند آموزش های لازم را دیده و در رابطه با آموزش این مسایل به مراجعین تلاش بیشتری نمایند.

نتیجه گیری:

نتایج نشان داد که لوله بندی بر روی اختلال روانی تاثیر منفی و بر اختلال جنسی تاثیر مثبت می گذارد. در این رابطه لزوم آموزش و مشاوره فردی قبل از انجام لوله بندی ضروری بنظر می رسد.

تشکر قدردانی:

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش، نمونه های پژوهش به دلیل همکاری و پرسنل محترم واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شهرکرد به جهت همکاری در جمع آوری اطلاعات و کلیه کسانی که به نوعی در اجرای پژوهش ما را یاری نمودند ابراز می نمایم.

رضایت جنسی را بیشتر از قبل گزارش نمودند (۱۸). در این رابطه Castello و همکاران در مطالعه خود با عنوان تاثیر بستن لوله ها بر میل جنسی می گویند اکثریت زنان اثرات مثبت بیشتری (۱۵-۱۰ برابر) در میل جنسی گزارش نمودند. بیشتر گروه های زنان افزایش میل جنسی را گزارش نمودند و تنها زنانی که پشیمانی از لوله بندی داشتند کاهش میل جنسی را گزارش نمودند. وی می گوید اینکه پشیمانی از بستن لوله ها یا کاهش میل جنسی کدام اول اتفاق می افتد مشخص نیست و در پایان نتیجه می گیرد که بستن لوله ها در اکثریت افراد با اثرات مثبت جنسی همراه است (۱۹). با توجه به نتایج حاصله توصیه می گردد که کلیه زنان قبل از انتخاب روش جلوگیری به اتفاق همسر خود آموزش های لازم را دیده و تحت مشاوره قرار گیرند. در این رابطه دچار عوارض ناشی از عدم انتخاب ناآگاهانه نشوند پیشنهاد می گردد کلیه افرادی که در بخش ها و کلینیک های تنظیم خانواده شاغلند و مسئولیت سرویس دهی به خانم ها در این رابطه را به

منابع:

1. Pipp's WL. Medical-Surgical Nursing (Gynecology). Translated to Persian by: Salahi M. Tehran: Boshra Pub; 1994. p: 91-118.
2. Kaplan HL, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. 7th ed. Translated to Persian by: Pourafkari N. Tehran: Company Shahrab Pub; 1994. p: 53-9.
3. Berek JS. Novaks gynecology. Family planning. Translated to Persian by: Dastejerdy MV. Tehran: Nouredanesh Pub; 2002. p: 98-325.
4. Speroff NL, Kase N, Glass RH. Family planning, sterilization and abortion in clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. NewYork: Williams and Wilkins; 2005. p: 827-61.
5. Gaitan B. Social & behavioral sciences for nurses. NewYork: Churchill Livingstone. 2000; p: 136.
6. Neuhaus W, Bolte A. Prognostic factors for preoperative consultation of women desiring sterilization: findings of a retrospective analysis. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1995 Mar. 16(1): 45-50.
7. Uzel R, Cepicky P. Is tubal sterilization harmful to the health of women? Cesk Gynecol. 1990 Jun; 55(5): 385-9.
8. Warehime MN, Bass L, Pedulla D. Effects of tubal ligation among American women. J Reprint Med. 2007 Apr; 52(4): 263-72.

9. Kelekci S, Erdemonglu E, Kutluk S, Yilmaz B, Savan K. Risk factors for tubal ligation: regret and psychological effects impact of beck depression inventory. *Contraception*. 2005 Jun; 71(6): 417-20.
10. Wyshak G. Menopausal symptoms and psychological distress in women with and without tubal sterilization. *Psychosomatics*. 2004 Sep-Oct; 45(5): 403-13.
11. Basgul A, Uzuner A, Kavak ZN, Bozkurt N, Onaran H, Erturk MS. Impact of tubal sterilization on women's health. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2007; 34(1): 39-41.
12. Luo L, Wu Z, Zhu C, Fan Liu K, Sun G. Psychological long-term effects of sterilization on anxiety and depression. *Contraception*. 1996 Dec; 54(6): 345-57.
13. Nour bala AA, Mohamadi K, Bagheri Yazdi SA, Yasami M. [Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999. *Medical Hakim Journal*. 2001; 5(1): 1-10.]Persian
14. Beigy M. [Assessment of sexual disorders in menopause: midwifery master of science Thesis. Isfahan Med Sci Univ. 2003.]Persian
15. Agarwal N, Deka D, Takka D. Contraception status and sexual behavior in women over 35 years of age in India. *Adv Contracept*. 1999. 15(3): 235-44.
16. Carreno I, da Costa JS, Use of condoms during sexual intercourse: a population based study. 2006 Aug; 40(4): 720-6.
17. McMahon S, Hansen L, Sevigny C, Wong T. *Contraception*. BMC Women's Health. 2004 Aug; 4(Suppl 1): S25-S80.
18. Li RH, Lo SS, Teh DK, Tong NC, Tsui MH, Cheung KB, Chung TK. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*. 2004 Dec; 70(6): 474-82.
19. Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Peterson HB. The effect of tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstet Gynecol*. 2002 Sep; 100(3): 511-7.