

بررسی میزان پیشیمانی از وازکتومی و توبکتومی در شهرهای زاهدان و زابل در سال ۱۳۸۵

فرشته نجفی (M.Sc.)^۱، فاطمه رخشانی (M.D.)^۲

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی زاهدان، زاهدان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پیشیمانی بعد از عقیم‌سازی علاوه بر صرف هزینه برای باز کردن مجدد لوله‌ها، بر روابط میان زوجین و روابط اجتماعی آنها نیز تأثیرگذار است. در استان سیستان و بلوچستان که کمترین میزان استفاده از توبکتومی و وازکتومی را نسبت به آمار کشوری داراست، پیشیمانی افراد از عقیم‌سازی می‌تواند تمایل سایر افراد را به انجام این عمل تحت تأثیر قرار دهد. لذا هدف از این مطالعه بررسی احساس پیشیمانی افراد عقیم شده و شناخت علل آن است که می‌تواند به برنامه‌ریزان بهداشتی منطقه در جهت بهبود وضعیت کمک نماید.

روش بررسی: مطالعه‌ای مقطعی-تحلیلی بر روی ۱۰۰ مرد و ۱۴۴ زن عقیم شده، که به روش نمونه‌گیری در دسترس در ۱۲ مرکز بهداشتی-درمانی و مرکز مشاوره وازکتومی از شهرهای زاهدان و زابل انتخاب شده بودند، در سال ۱۳۸۵ انجام شد. برای بررسی میزان پیشیمانی و عوامل مرتبط با آن و منابع کسب اطلاعات، پرسشنامه‌ای محقق ساخته در ۲ بخش اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم اطلاعات مربوط به دلایل انجام عقیم‌سازی، طراحی و اطلاعات به روش مصاحبه حضوری جمع‌آوری گردید. جهت توصیف داده‌ها از جداول فراوانی و میانگین و انحراف معیار و برای تجزیه و تحلیل از آزمون‌های χ^2 ، t و رگرسیون لجستیک (در سطح معنی‌داری $\alpha=5\%$) استفاده گردید.

نتایج: میانگین سن مردان و زنان عقیم شده به ترتیب $41/8 \pm 7/6$ و $40/6 \pm 5/5$ سال و میانگین سن زمان عقیمی آنها به ترتیب $28/2 \pm 6/7$ و $36/3 \pm 4/3$ سال بود. ۴۴٪ مردان و ۵۸٪ زنان، داشتن فرزند کافی را علت اصلی عقیم‌سازی بیان کردند. ۱۷٪ مردان و ۱۲/۵٪ زنان از انجام عمل اظهار پیشیمانی می‌کردند و مهمترین دلیل آن در هر دو گروه بروز عوارض پس از عقیمی ذکر شده بود که بخش عمده آن عوارض جسمی و به میزان کمتری عوارض روانی و تغییرات خلقی گزارش شد. گرچه به نظر می‌رسد بخشی از این عوارض ارتباط مستقیمی با عقیم‌سازی نداشته باشد. آزمون آماری χ^2 اختلاف آماری معنی‌داری میان بروز عوارض و میزان پیشیمانی پس از عقیمی در مردان ($p < 0/001$) و زنان ($p < 0/001$) نشان داد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، بروز عوارض علت اصلی پیشیمانی بعد از عقیم‌سازی می‌باشد. لذا ضرورت دارد در برنامه‌های مشاوره قبل از عقیم‌سازی به عوارضی نظیر کمر درد، افزایش وزن، تغییرات خلقی در زنان و درد، تورم، تغییرات خلقی و کاهش میل جنسی در مردان توجه بیشتری نموده و جهت افزایش رضایتمندی افراد، مشاوره پس از عقیم‌سازی نیز در برنامه‌های بهداشتی گنجانده شود.

کلید واژگان: پیشیمانی، عقیم‌سازی، توبکتومی، وازکتومی، بستن لوله، عوارض، مشاوره، زاهدان.

مسئول مکاتبه: دکتر فاطمه رخشانی، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی زاهدان، بلوار بهداشت، زاهدان،

صندوق پستی: ۹۸۱۶۹-۱۳۳۹۶، ایران.

پست الکترونیک: rakhshanif@yahoo.com

زمینه و هدف

جمعیت جهان در دو قرن اخیر به سرعت رو به افزایش بوده است و یکی از روش‌های مقابله با روند افزایش جمعیت استفاده از روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری است (۱). عقیم‌سازی، راهی مؤثر برای جلوگیری از بارداری در مردان و زنانی است که تمایلی به داشتن فرزند بیشتر ندارند (۲). در جهان حدود ۱۶۲ میلیون زن و ۶۰-۴۲ میلیون مرد، اقدام به عقیم‌سازی نموده‌اند (۱). از طرف دیگر در ایران نتایج شاخص‌های بهداشتی کشور در سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که در بین روش‌های پیشگیری از بارداری آمار توبکتومی و وازکتومی به ترتیب ۱۷/۴٪ و ۳٪ و در استان سیستان و بلوچستان به ترتیب ۵/۹٪ و ۲/۲٪ و در شهرستان زاهدان ۶۲۰۰ و ۳۰۷ نفر می‌باشند (۳).

نتایج تحقیقات شواهدی دال بر افزایش میزان بروز بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان بیضه یا پروستات پس از وازکتومی نشان نمی‌دهند (۴،۵).

هر چند بخش بزرگی از مددجویانی که عمل عقیم‌سازی را انجام می‌دهند از تصمیم خود راضی هستند، شمار اندکی هم دچار پشیمانی بعد از عمل شده و درخواست برقراری مجدد باروری از طریق جراحی را دارند. این درخواست معمولاً به دلیل تغییرات پیش‌بینی نشده در وضعیت شخصی افراد، مثل مرگ کودک، ازدواج مجدد یا بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی است.

می‌توان دریافت که با افزایش عقیم‌سازی زنان، درخواست برای برگشت باروری به ویژه در بین گروه‌های سنی جوان‌تر و زنان دارای تعداد فرزند کمتر بیشتر خواهد شد. در کشورهای در حال توسعه ۱-۳٪ افرادی که تحت عمل عقیم‌سازی قرار می‌گیرند خواهان برگشت باروری می‌باشند. این موضوع علاوه بر نیاز به صرف هزینه‌های زیاد برای باز کردن مجدد لوله‌ها، بر روابط میان زوجین و روابط اجتماعی آنها نیز تأثیرگذار می‌باشد (۶).

نتایج تحقیقات متعددی نشان داده است که عقیمی منجر به کاهش تمایلات جنسی و افسردگی نمی‌شود، مگر اینکه به دلایلی قبل از عمل نسبت به انجام عقیم‌سازی ناراضی‌توانی وجود داشته باشد (۷،۸).

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۰ در هندوستان، عواملی همچون تجربه از دست دادن فرزند و کیفیت سرویس‌های ارائه دهنده خدمات را از جمله دلایل پشیمانی زنان بعد از توبکتومی ذکر کرده‌اند (۹). مطالعه‌ای در فرانسه پشیمانی در زنان به دنبال توبکتومی را پس از سه سال، ۳۱٪ گزارش نمود (۱۰). نتایج پژوهشی در آمریکا با هدف مقایسه میزان پشیمانی زنان توبکتومی شده نشان داد که درصد پشیمانی بعد از ۵ سال ۷٪ بود و زمانی که در تصمیم‌گیری قبل از عقیم‌سازی میان زوجین تضاد وجود داشته باشد، میزان پشیمانی و تقاضا برای برگشت‌پذیری باروری بعد از عمل افزایش می‌یابد (۱۱). نتایج تحقیق دیگری نشان داد که در بین زنان توبکتومی شده، ۵/۴٪ آنها از عمل ناراضی، ۱۳/۷٪ پشیمان و ۶/۵٪ تمایل به باز کردن مجدد لوله‌ها داشتند (۱۲). علاوه بر این نتایج مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که عوامل فردی از جمله سن فرد و وضعیت اشتغال همسر با میزان درخواست برای برگشت‌پذیری باروری ارتباط معنی‌داری دارند (۱۳).

در مطالعه Trussell ۱/۸٪ زنان و ۲/۴٪ مردان اقدام به باز کردن مجدد لوله‌ها نمودند. در این مطالعه و دیگر تحقیقات مشخص گردید که این درخواست در افراد جوانتر بیشتر است که نشان‌دهنده افزایش میزان پشیمانی در سنین پائین‌تر می‌باشد (۱۴،۱۵). پژوهشی در برزیل نشان داد که میزان رضایت مردان پس از وازکتومی ارتباط مستقیمی با حمایت تیم پزشکی در طول فرآیند تصمیم‌گیری آنان داشته است (۱۶).

نتایج تحقیق Dunmoye در آفریقای جنوبی نیز نشان داد در حالیکه ۶/۵٪ مردان عقیم شده دچار عوارض پس از عقیم‌سازی شده بودند، تنها ۱٪ از تصمیم خود

مطالعه ۱۰۰ مورد تحت مطالعه قرار گرفتند که ۵۰ نمونه از شهرستان زاهدان و ۵۰ نمونه در دسترس نیز از شهرستان زابل و توابع آن انتخاب شدند. پژوهشگر با مراجعه به ۱۲ مرکز بهداشتی-درمانی در نواحی مرکزی و حاشیه شهر شهر زاهدان، همچنین مرکز مشاوره وازکتومی، اقدام به جمع‌آوری و استخراج اطلاعات از پرونده‌های افراد عقیم شده نمود. روش نمونه‌گیری برای زنان مورد مطالعه از میان افراد واجد شرایط به صورت تصادفی و از طریق انتخاب نمونه‌ها از مراکز بهداشتی-درمانی سطح شهر زاهدان صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری، پرسشنامه محقق ساخته در ۲ بخش اطلاعات دموگرافیک (۲۱سئوال) و بخش دوم اطلاعات مربوط به دلایل انجام عقیم‌سازی، نوع روش‌های پیشگیری از بارداری قبل از عمل، مشاوره درباره عقیم‌سازی، میزان مشارکت زوجین در تصمیم‌گیری، بررسی میزان پشیمانی و عوارض مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، تمایل یا اقدام به باز کردن مجدد لوله‌ها، توصیه به دیگران جهت عقیم‌سازی و منابع کسب اطلاعات (۲۴سئوال) طراحی و به روش مصاحبه حضوری اطلاعات جمع‌آوری گردید. جهت تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شده و با $r = 93\%$ پایایی آن تایید شد. در کلیه مراحل پژوهش ملاحظات اخلاقی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات در نظر گرفته شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی تحت نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و درصد و برای تجزیه و تحلیل آنها از آزمون t ، r و رگرسیون لجستیک (در سطح معنی‌داری ۵٪) استفاده گردید.

پشیمان و فقط ۷/۰٪ تمایل به برگشت‌پذیری باروری داشتند (۱۷). نتایج مرور سیستماتیک مطالعات مختلف در این موضوع نشان داد میان سن زنان هنگام عقیم‌سازی و میزان پشیمانی پس از عمل ارتباط معنی‌دار و معکوسی وجود دارد (۱۸). نتایج مطالعه‌ای در کرمانشاه شیوع پشیمانی در زنان و مردان را به ترتیب ۶/۱۹٪ و ۷/۱۵٪ گزارش نمود. از جمله مهمترین دلایل پشیمانی، فوت فرزند، عوارض ناشی از عمل، فوت همسر و بروز اختلافات زناشویی بوده است (۱۹). مطالعه خیرالهی در خرم‌آباد نیز شیوع پشیمانی مردان عقیم شده را ۲/۷٪ نشان داد (۲۰).

اگرچه نتایج مطالعات مختلف حاکی از پایین بودن درصد پشیمانی پس از عقیم‌سازی می‌باشد اما در استان سیستان و بلوچستان که کمترین میزان استفاده از توبکتومی و وازکتومی را نسبت به آمار کشوری دارا است، پشیمانی آنان می‌تواند تمایل سایر افراد را جهت عقیم‌سازی تحت تاثیر قرار دهد. لذا بررسی احساسات پشیمانی افراد عقیم شده و شناخت علل آن می‌تواند به برنامه‌ریزان بهداشتی منطقه در جهت بهبود وضعیت روش‌های پیشگیری از بارداری کمک نماید.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه مقطعی-تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۸۵ و با هدف بررسی و مقایسه میزان پشیمانی مردان و زنان عقیم شده و عوامل مرتبط با آن در شهر زاهدان و زابل طراحی و اجرا گردید. جامعه مورد مطالعه کلیه مردان و زنانی بودند که حداقل ۶ ماه از زمان عقیم‌سازی آنها گذشته بود.

در مجموع تعداد کل نمونه‌های در نظر گرفته شده برای پژوهش ۲۸۸ نفر (۱۴۴ زن و ۱۴۴ مرد عقیم شده) بودند. از آنجائی که به دلیل تغییر مکان بسیاری از مردان عقیم شده امکان دسترسی و تکمیل کلیه پرسشنامه‌ها وجود نداشت، از تعداد ۱۴۴ مرد در نظر گرفته شده برای

نتایج

میانگین سن مردان و زنان به ترتیب $41/8 \pm 7/6$ و $40/7 \pm 5/5$ سال و میانگین سن زمان عقیمی آنان به ترتیب $36/3 \pm 4/3$ و $38/2 \pm 6/7$ سال به دست آمد. میانگین سن ازدواج مردان و زنان عقیم شده به ترتیب $23/2 \pm 3/8$ و $18/6 \pm 3/7$ سال بود. میانگین مدت ازدواج زنان $23/09 \pm 7/6$ سال و میانگین مدت ازدواج مردان $18/30 \pm 8/4$ سال بود. میانگین تعداد فرزند دختر زنان و مردان عقیم شده به ترتیب $2/09 \pm 1/29$ و $1/9 \pm 1/35$ فرزند و میانگین تعداد فرزند پسر آنان به ترتیب $2/68 \pm 1/07$ و $2/20 \pm 1/46$ فرزند بود. میانگین سن آخرین فرزند در میان زنان $6/2 \pm 4/2$ سال و در میان مردان $6/61 \pm 4/9$ سال بود. 32% زنان بی سواد و 32% مردان دارای تحصیلات دیپلم بودند. میانگین مدت زمان عقیم سازی در میان زنان $5/04 \pm 4/1$ سال و در میان مردان $3/05 \pm 2/2$ سال به دست آمد.

$12/5\%$ زنان و 17% مردان دچار پشیمانی پس از عقیم سازی شده بودند که اختلاف آماری معنی داری از نظر میزان پشیمانی در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد. بروز عوارض و مشکلات شایعترین علت پشیمانی در هر دو گروه (100% زنان و 88% مردان پشیمان) ذکر شده بود و فقط 12% مردان به دلایل دیگری از جمله تمایل به داشتن فرزند بیشتر، ازدواج مجدد و مخالفت همسر اشاره نموده بودند. آزمون χ^2 ارتباط آماری معنی داری میان بروز عوارض جسمی و پشیمانی پس از عقیمی ($p < 0/001$ در مردان و $p < 0/001$ در زنان) نشان داد.

63% زنان پس از عقیم سازی به درجاتی دچار عوارضی از قبیل کمر درد، افزایش وزن، تغییرات خلقی، تغییر در خونریزی قاعدگی شده و 37% مردان مشکلاتی از قبیل درد، تورم، تغییرات خلقی، کاهش قدرت جسمی و میل جنسی را گزارش نمودند.

58% زنان و 44% مردان علت اصلی انجام عقیم سازی را تعداد کافی فرزند بیان کرده بودند. 89% زنان و 63% مردان در جلسات مشاوره قبل از عقیم سازی شرکت نکرده بودند. ارتباط آماری معنی داری میان متغیر شرکت در جلسات مشاوره قبل از عمل و میزان پشیمانی پس از عمل مشاهده نشد.

77% زنان و 88% مردان بیان کردند که تصمیم گیری در مورد عقیم سازی با مشارکت کامل همسر آنها صورت گرفته است. $50/5\%$ زنان و 70% مردانی که تصمیم گیری آنها با مشارکت همسرشان صورت نگرفته بود، اظهار داشتند که تصمیم گیرنده اصلی در این زمینه خود بوده اند، البته ارتباط آماری معنی داری میان مشارکت زوجین در تصمیم گیری قبل از عقیم سازی و میزان پشیمانی پس از عمل مشاهده نشد.

79% زنان و 91% مردان معتقد بودند عقیم سازی روش مطمئنی در پیشگیری از بارداری محسوب می شود. 98% زنان و 90% مردان تمایلی به باز کردن مجدد لوله هایشان نداشتند.

آزمون t-test اختلاف آماری معنی داری میان برخی متغیرهای دموگرافیک افراد از جمله سن، سن زمان عقیمی، مدت ازدواج، تعداد فرزند دختر و پسر، سن آخرین فرزند با میزان پشیمانی پس از عمل در هیچیک از دو گروه مورد مطالعه نشان نداد.

برای بررسی اثر همزمان متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (پشیمانی) از مدل رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده گردید و کلیه متغیرهایی که $p < 0/25$ داشتند در مدل نهایی حفظ شدند. در نهایت 4 متغیر بروز عوارض، سن ازدواج همسر، سن آخرین فرزند و میزان مشارکت زوجین در تصمیم گیری وارد مدل شدند. در مدل نهایی در گروه مردان فقط بروز عوارض به دنبال عقیمی باقی ماند و مشخص گردید بروز پشیمانی در افرادی که دچار عوارض شده بودند به طور معنی داری بیش از افرادی است که عوارض

در مطالعه حاضر اکثریت زنان هر دو گروه (زنان عقیم شده و همسران مردان عقیم شده) خانه‌دار بودند و اکثریت مردان هر دو گروه کارمند بودند که مشابه مطالعه ازگلی می‌باشد (۲۱). در این مطالعه علت اصلی انجام عقیم‌سازی در هر دو گروه با نتایج بسیاری از مطالعات مشابه است (۱۱، ۱۸، ۲۱).

در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری میان شرکت در جلسات مشاوره قبل از عمل و پشیمانی پس از عمل وجود نداشت و لیکن نتایج مطالعات متعدد این ارتباط را گزارش نموده‌اند (۱۱، ۲۴، ۲۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از مشاوره ناکافی یا نامناسب باشد. لذا بازنگری بر کیفیت و محتوای جلسات مشاوره در کاهش پشیمانی بعد از عقیم‌سازی موثر خواهد بود.

در مطالعه حاضر ۷۷٪ زنان و ۸۸٪ مردان به طور مشترک با همسرشان در مورد عقیم‌سازی تصمیم‌گیری کرده بودند و در سایر موارد، تصمیم گیرنده اصلی خود فرد بوده که با نتایج تحقیق Jamieson مطابقت دارد (۱۱).

طبق نتایج تحقیق حاضر، بیشترین منبع کسب اطلاعات در میان هر دو گروه دوستان و اقوام آنها بودند و نقش سیستم بهداشتی-درمانی، همسر و کتب ضعیف بوده است، که با نتایج مطالعه ازگلی و همکاران مشابه است (۲۱). کسب اطلاع از طریق اطرافیان در اغلب موارد انتقال دانش ناکافی و غلط و نیز باورها و نگرش‌های نامناسب به دنبال دارد. لذا توجه بیشتر به عملکرد سیستم بهداشتی-درمانی در زمینه اطلاع‌رسانی به زوجین قبل از اقدام به عقیم‌سازی ضروری بنظر می‌رسد.

به طور خلاصه در این مطالعه مشخص گردید کلیه افراد عقیم شده قبل از ۴۰ سالگی و بعد از تکمیل ابعاد خانواده دلخواه و در بیش از نیمی از موارد با توافق کامل یکدیگر اقدام به عقیم‌سازی نموده بودند. اما در میان افراد پشیمان، بروز عوارض به دنبال عقیم‌سازی

نداشتند [OR:21(95%CI;4-98)]. در زنان در مدل نهایی دو متغیر رابطه معنی‌داری داشتند یکی از آنها سن ازدواج همسر ($p < 0.05$) بود به گونه‌ای که به ازای افزایش سن همسر، از شانس پشیمانی کاسته می‌شد [OR:0.78(95%CI;0.63-0.97)]. همچنین بروز پشیمانی در افرادی که دچار عوارض شده بودند به طور معنی‌داری بیش از افرادی بود که عارضه نداشتند [OR:16 (95% CI; 5-51)].

بیشترین منبع کسب اطلاعات در مورد عقیمی در هر دو گروه دوستان و اقوام آنها بود و سیستم بهداشتی-درمانی کمترین درصد را به خود اختصاص داد.

بحث

در این مطالعه شیوع پشیمانی پس از عقیم‌سازی در زنان ۱۲/۵٪ و در مردان ۱۷٪ و بروز عوارض به دنبال عقیمی مهمترین علت پشیمانی گزارش شد که با نتایج مطالعات متعددی مطابقت دارد (۱۱، ۲۱، ۲۲). نکته قابل توجه این است که برخی از عوارض ذکر شده توسط افراد ممکن است ارتباط مستقیمی با عقیم‌سازی نداشته باشد و عواملی از قبیل بالا رفتن سن، مشکلات جسمی و روحی نیز می‌تواند در ایجاد این عوارض دخیل باشد (۲۰). بنابراین می‌توان با انجام معاینات دقیق و آزمایشات دوره‌ای قبل و بعد از عقیم‌سازی، وجود یا عدم وجود ارتباط در این زمینه را بررسی نمود. طبق نتایج مطالعه حاضر پشیمانی در میان زنانی که بیش از ۵ سال از عقیمی آنها گذشته بود بیشتر گزارش شد که گویای نیاز به مشاوره‌های پس از عقیم‌سازی است.

طبق نتایج، ۱۳٪ مردان عقیم شده فرزند دختر نداشتند در حالیکه تنها ۸٪ آنان بدون فرزند پسر بودند و کلیه زنان عقیم شده دارای فرزندان از هر دو جنس بودند که با نتایج مطالعه Nayer مشابه است (۲۳). این مسئله می‌تواند به دلیل تکمیل نمودن تعداد و جنس دلخواه فرزند قبل از اقدام به عقیم‌سازی باشد.

دست اندرکاران بهداشت قرار گرفته و در جلسات مشاوره در مورد عوارض کوتاه مدت و بلندمدت پس از عقیمی نیز به افراد آموزش داده شود. همچنین برای کاهش پشیمانی در افرادی که به مدت طولانی‌تری عقیم شده‌اند، مشاوره‌های پس از عقیم‌سازی البته با در نظر گرفتن مشاوره‌هایی با کیفیت خوب و محتوای مناسب نیز صورت گیرد.

در یک نگاه کلی لازم است ضمن تقویت مشاوره در سیستم سلامت، عوارض ناشی از عقیم‌سازی مورد توجه بیشتر قرار گرفته و با اطلاع رسانی مناسب و پیگیری موارد عقیم‌سازی، در جهت کاهش میزان پشیمانی گام برداریم.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از حمایت مالی و همکاری صمیمانه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و زحمات مسئولین محترم مرکز بهداشت شهرستان‌های زاهدان و زابل تشکر و قدردانی می‌شود.

به عنوان علت اصلی پشیمانی ذکر شده بود. همچنین منابع اطلاع‌رسانی از قبیل سیستم بهداشتی-درمانی و برگزاری جلسات مشاوره قبل از عقیم‌سازی، همسر و کتب نقش نسبتاً ضعیفی به عهده داشتند.

علاوه بر این در مطالعه حاضر به تأثیر عوامل مختلف از جمله عوامل فرهنگی، اقتصادی و مذهبی بر میزان پشیمانی افراد پرداخته نشده است؛ لذا پیشنهاد می‌گردد با توجه به موقعیت جغرافیایی منطقه و اعتقادات و باورهای خاص که می‌توانند بر تمایل افراد به عقیم‌سازی یا میزان رضایت پس از آن تأثیر گذار باشند، در مطالعات آینده به اینگونه موارد نیز پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه فقط ۲۲٪ افراد مورد مطالعه در جلسات مشاوره قبل از ازدواج شرکت کرده بودند، پیشنهاد می‌گردد برگزاری مشاوره‌های تخصصی با استفاده از نیروهای متخصص و دوره دیده مورد توجه

منابع

- ۱- کانینگهام، گنت، لونو و همکاران. بارداری و زایمان ویلیامز ۲۰۰۱. ترجمه: حمید جزایری. چاپ اول، سماط، ۱۳۸۲، صفحات: ۶۲-۵۵۵.
- ۲- زنجانی حبیب الله، میرزائی محمد. جمعیت توسعه و بهداشت باروری. چاپ اول، گلپان، ۱۳۷۹، صفحات: ۲-۱۷۱.
- ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بررسی شاخصهای بهداشت باروری و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۵.
- ۴- دنفورت دیوید، زنان و زایمان. ترجمه: تکتم رشید کردستانی. چاپ اول، برای فردا، ۱۳۸۱، صفحات: ۱۱۳-۱۱۰.
- 5- Cox B, Sneyd MJ, Paul C, Delahunt B, Skegg DC. Vasectomy and risk of prostate cancer. JAMA. 2002; 287(23):3110.
- 6- شجاعی تهرانی حسین، عبادی فردآذر فرید. جمعیت و تنظیم خانواده و بهداشت باروری. چاپ اول، سماط، ۱۳۸۲، صفحات: ۸۵-۸۰.
- 7- Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Peterson HB. The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. Obstet Gynecol. 2002; 100(3):511-7.
- 8- Kelekci S, Erdemoglu E, Kutluk S, Yilmaz B, Savan K. Risk factors for tubal ligation: regret and psychological effects impact of Beck depression inventory. Contraception. 2005;71(6):417-420.
- 9- Romanathan M, Mishra US. Correlates of female sterilization regret in the southern states of India. J Biosoc Sci. 2000;32(4):547-58.
- 10- Nervo P, Bawin L, Foidart JM, Dubois M. Regret

- کرمانشاه که در مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶.
- ۲۰- خیرالهی عبدالرضا، احمدی پور شکوفه. فراوانی عوارض دیررس وازکتومی. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره هفتم، شماره ۳ و ۴، سال ۱۳۸۴، صفحات: ۱۵-۱۸.
- ۲۱- ازگلی گیتی، احمدی محبوبه، گلی شادی و همکاران. مقایسه آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط در خصوص عقیم سازی بین زوجین استفاده کننده از این روش و استفاده کننده از سایر روشهای پیشگیری از بارداری در شهر همدان. فصلنامه باروری و ناباروری، دوره پنجم، شماره ۳، سال ۱۳۸۳، صفحات: ۲۶۷-۲۵۹.
- 22- Sandlow JI, Westefeld JS, Maples MR, Scheel KR. Psychological correlates of vasectomy. *Fertil Steril.* 2001;75(3):544-8.
- 23- Nayer I, Akter SF, Hossain S, Luci RH. Acceptance of long-term contraceptive methods and its related factors among the eligible couples in a selected union. *Bangladesh Med Res Counc Bull.* 2004;30(1):31-5.
- 24- Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertil Steril.* 2000;73(5):923-3.
- 25- Nagarajappa D. A study on knowledge of married men on Non-Scalpel Vasectomy. *Nurs J India.* 2005;96(10):325-8.
- after tubal sterilization. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000;29(5):485-91.
- 11- Jamieson DJ, Kaufman S, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):1073-9.
- 12- Korell M, Englmaire R, Hepp H. Effects of tubal sterilization. *Zentralbl Gynakol.* 2000;122(1):28-34.
- 13- *Angiogenesis weekly.* Vasectomy reversal, patient characteristics associated with vasectomy reversal. Atlanta. 1999;16-17.
- 14- Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstet Gynecol.* 2003;101(4):677-84.
- 15- Moseman CP, Robinson RD, Bates GW, Propst AM. Identifying women who will request sterilization reversal in a military population. *Contraception.* 2006;73(5):512-5.
- 16- Manhoso FR, Hoga LA. Men's experiences of vasectomy in the Brazilian public health service. *Int Nurs Rev.* 2005;52(2):101-8.
- 17- Dunmoye OO, Moodley J, Popis M. Vasectomy in developing countries. *J Obstet Gynaecol.* 2001;21(3):295-7.
- 18- Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception.* 2006;73(2):205-210.
- ۱۹- جهان بخشی کرمانشاهی سهیلا. بررسی و مقایسه دلایل پشیمانی زنان و مردان پشیمان از عمل عقیم سازی در ساکنین شهرستان