

بررسی تأثیر آموزشهای مشاوره‌ای بر روند تنظیم خانواده در خانمهای ۴۹-۱۵ ساله بستری در بخش زنان بیمارستان هاجر شهرکرد

ماندانا شریعتی*، فریده محمدپور**، فاطمه دریس***

چکیده:

به دلیل مشکلات روز افزون ناشی از افزایش جمعیت، امروزه برای بهبود شاخصهای بهداشتی، توسعه اقتصادی و اجتماعی توجه به برنامه‌های تنظیم خانواده از اولویت خاصی برخوردار شده است. هدف کلی این پژوهش تعیین تأثیر آموزشهای مشاوره‌ای بر روند تنظیم خانواده در زنان ۴۹-۱۵ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی، درمانی است. به همین منظور مجموعاً ۳۰۰ نفر از افرادی که به بخش زنان بیمارستان هاجر به علل مختلف مراجعه کرده بودند (زایمان، سقط، حاملگی خارجی رحمی) به صورت غیر احتمالی از نوع آسان انتخاب شدند. از این تعداد، ۱۵۰ نفر به عنوان گروه تجربی تحت پوشش مرکز مشاوره قرار گرفتند و ۱۵۰ نفر نیز به عنوان گروه شاهد بدون آن که آموزش مشاوره‌ای دریافت کنند همچنان تحت پوشش مراکز بهداشتی، درمانی باقی ماندند. هر دو گروه به مدت یک سال پس از زایمان مورد پیگیری قرار گرفتند. در گروه تجربی آموزشهای تنظیم خانواده (طرز استفاده از روشها، مکانیسم اثر، عوارض احتمالی) به صورت چهره به چهره و مشاوره‌ای با استفاده از بمقننهای آموزشی و به روش سمعی و بصری به مدد جوین ارائه می‌گردید و آنان در سه نوبت توسط مرکز مشاوره پیگیری می‌شدند. نتایج دو گروه تجربی و شاهد شامل روشهای پیشنهادی در دو گروه، ادامه روش پیشنهادی، دلایل عدم ادامه روش و عوارض احتمالی بروز بارداری ناخواسته (شکست) بعد از یکسال مورد مقایسه قرار گرفت. متغیرهای اندازه‌گیری شده شامل تعداد فرزند، سن، شغل، میزان تحصیلات، روشهای پیشگیری از بارداری، تعداد حاملگیهای ناخواسته، آموزش و مشاوره بود. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه تجربی و شاهد از نظر تعداد حاملگیهای ناخواسته و همچنین انتخاب یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری وجود دارد ($P < 0/05$). تفاوت معنی‌داری بین آموزش به طریق مشاوره و سنتی بر روی خانمهای دارای ۴ فرزند و بیشتر برای انتخاب یک روش قطعی (TL، واکتومی) دیده نشد. همچنین عمده دلایل عنوان شده در گروه تجربی جهت عدم استفاده از روش پیشنهادی مرکز مشاوره در پیگیری اول را ترس از عوارض جانبی و نبودن همسر (مسافرت، طلاق) و محدودیتهای مصرف قرص در پیگیری دوم عنوان نمودند. کاهش تعداد بارداری ناخواسته، استفاده بیشتر از روشهای مطمئن جلوگیری از بارداری در خانمهای گروه تجربی که آموزش مشاوره‌ای دریافت نموده بودند، ضرورت ایجاد مراکز مشاوره و استفاده از آموزشهای مشاوره‌ای در مراکز بهداشتی درمانی را مورد تأیید قرار داد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مشاوره‌ای، تنظیم خانواده.

* مربی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد: شهرکرد - رحمتیه - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه مامایی - تلفن: ۳۳۳۵۶۵۴ - ۳۸۱

داخلی: ۲۳۶۲ (مؤلف مسئول).

** عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
*** عضو هیأت علمی گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

مقدمه:

اضطراب ناشی از مصرف قرصهای جلوگیری از بارداری را بررسی نمودند، نشان داده شده که اغلب زنان بعد از مدتی، مصرف قرص را قطع می‌کنند. آنان ضرورت مشاوره در برنامه‌های تنظیم خانواده را به ویژه در باره مصرف رژیمهای غذایی مناسب برای جلوگیری از افزایش وزن را مورد تأیید قرار دادند (۱۰). استفاده از یک روش با وسیله جلوگیری از بارداری شرایطی دارد و بایستی با وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی هر خانواده مطابقت داشته باشد و روش مناسب برای هر خانواده با در نظر گرفتن شرایط خاص آن خانواده تعیین شود. بنابراین مشاوره به منظور انتخاب بهترین روش، امری اجتناب ناپذیر است (۲، ۸، ۱۱).

در روش سنتی مرسوم، به مددجو روشها فقط پیشنهاد می‌شود و او فرصت دریافت اطلاعات کافی را ندارد. در ذهن فرد نقاط ابهام نگران کننده بسیاری وجود دارد و همین ابهامات و نگرانیها منجر به قطع روش یا استفاده نادرست از یک روش می‌شود و یا روش مفیدی را که مناسب اوست نمی‌پذیرد (۱۳، ۱۴، ۱۵). اخیراً در استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی به نقش مشاوره توجه خاصی شده است و به نظر می‌رسد مشاوره می‌تواند نقش مثبتی در انتخاب روش مطمئن‌تر و استفاده بهتر از آن روش داشته باشد (۸، ۹).

با توجه به مسائل فوق در این پژوهش سعی شده است در خانمهای ۴۹-۱۵ ساله مراجعه کننده به بیمارستان هاجر شهرکرد در سالهای ۷۷-۷۴ با روش مشاوره در تنظیم خانواده ابهامات موجود در ذهن آنها تا حد امکان رفع گردد و مشکلات آنان را شناخته و با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی رایج بهترین روش به فرد پیشنهاد شود. سپس با ارتباط و پیگیری مستمر مرکز مشاوره، مانع از سهل انگاری در استفاده از روش می‌گردد، نتایج حاصل از آموزش مشاوره‌ای با نتایج به دست آمده در طی همین مدت در افرادی که تحت

افزایش روز افزون جمعیت از مشکلات عمده کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. در گذشته به دلیل قحطی و نبود امکانات پیشگیری و درمان بیماریها، اختلاف ناچیز تعداد مرگ و تولد، رشد جمعیت بسیار کم بود. در نتیجه تا سال ۱۸۳۰ میلادی جمعیت دنیا به یک میلیارد نفر رسید در حالی که پس از آن با گذشت ۱۱ سال یک میلیارد نفر به جمعیت دنیا اضافه شد (۶).

در کشورهای در حال توسعه در طی سه دهه گذشته استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری از ۱۰ درصد به ۶۰ درصد افزایش یافته است. اما هنوز از هر ۴ تولد یکی ناخواسته است (به استثنای چین) و هر سال ۶۰۰۰۰۰ زن به خاطر عوارض مربوط به بارداری فوت می‌کنند که بین ۶۷۰۰ تا ۲۴۰۰۰ مورد آن به خاطر سقط جنین است. این مطالعه نشان داد به روشهای تنظیم خانواده بهتری نیاز است تا پاسخگوی همه اقدار جامعه باشد (۵، ۷).

درصد افزایش جمعیت بین سالهای ۱۹۷۵ تا ۲۰۰۰ در کشورهای پیشرفته صنعتی تنها ۲۰ درصد بود، حال آن که در کشور ایران در این دوره زمانی درصد افزایش جمعیت به ۹۵ درصد می‌رسد. البته این بر آورد بر اساس میزان رشد جمعیت سالانه کمتر از ۳ درصد بوده در حالی که در طی دهه ۱۳۶۰ رشد سالانه جمعیت گاهی از ۳/۵ درصد نیز فراتر رفته است (۴).

میزان حاملگی ناخواسته در ایران از متوسط کشورهای دنیا نیز بالاتر می‌باشد و به بیش از ۳۰ درصد می‌رسد (۱). لذا تنظیم خانواده به عنوان یک ضرورت حتمی بایستی در نظر گرفته شود و لازم می‌باشد هر چه سریع‌تر تغییراتی در نحوه ارائه خدمات تنظیم خانواده داده شود.

در مطالعه‌ای که میزان رضایت، عوارض بارداری، اطلاعات افراد از فواید استفاده طولانی مدت دارو و

آموزش سنتی قرار داشتند مقایسه شده است.

مواد و روشها:

جامعه آماری مورد پژوهش را کلیه خانمهای ۱۵-۴۹ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی در سالهای ۷۷-۷۴ تشکیل می دادند. مجموعاً ۳۰۰ نفر از افراد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی که به بخش زنان بیمارستان هاجر به علل مختلف مراجعه کرده بودند (زایمان، سقط، حاملگی خارج از رحم ...) به صورت غیر احتمالی از نوع آسان انتخاب شدند که از این ۳۰۰ نفر، ۱۵۰ نفر تحت پوشش مرکز مشاوره و ۱۵۰ نفر نیز به عنوان گروه شاهد تحت آموزشهای سنتی قرار گرفتند و هر دو گروه به مدت یکسال پیگیری شدند.

ابزارهای اندازه گیری به صورت پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و نگرش مادران نسبت به روشهای پیشگیری بود. جهت پیگیری نیز سه فرم تنظیم گردید که به ترتیب ۴۰ روز، ۶ ماه و یکسال بعد از زایمان تکمیل می گردید. (کل این تحقیق در طی سالهای ۷۷-۷۴ انجام گرفت و هر فرد به مدت یکسال پیگیری شد). اطلاعات حاصل از این فرمها شامل تأثیر آموزش، استفاده از روش، دلایل عدم استفاده از روش و روش احتمالی پیشنهادی جدید بوده است.

در اجرای پژوهش آموزشهای مشاوره ای با استفاده از ابزارهای آموزشی که عبارت بودند از پمفلتهای آموزشی تهیه شده توسط مرکز مشاوره (بر اساس کتب مرجع و دستورالعملهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) که در باره معایب و مزایای روشهای مزبور، موارد منع مصرف و اطلاعاتی در باره کارایی و مکانیسم اثر روش پیشگیری به طور کامل و به زبان ساده جهت استفاده بهتر و صحیح تر مادران از روش پیشنهادی مرکز به مادران ارائه می داد.

در ضمن ارائه آموزشهای چهره به چهره وسایلی نظیر IUD و انواع قرص به طور عینی با توضیحاتی در باره

آن روش (به طور مثال نحوه قرار دادن IUD) ارائه می گردید. متغیرهای مورد بررسی شامل تعداد فرزندان، سن، شغل، میزان تحصیلات، روشهای پیشگیری از بارداری و تعداد حاملگیهای ناخواسته بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی) آمار تحلیلی (آزمونهای تفاوت نسبتهای χ^2) استفاده گردید و $P < 0/05$ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج:

در افراد مورد مطالعه قبل از مداخله، اکثریت خانمها (۶۹/۳٪) در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال قرار داشتند. ۷۱/۳ درصد خانمها خانه دار و ۷۱/۳ درصد دارای یک تا دو فرزند بودند. ۵۱ درصد همسران این خانمها در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند. ۳۷ درصد دارای تحصیلات متوسطه و ۳۴/۵ درصد کارمند بودند. قبل از مداخله ۱۷/۳ درصد در گروه تجربی و ۱۴/۷ درصد در گروه شاهد سابقه سقط جنین داشته اند. ۷۲/۷ درصد در گروه تجربی و ۸۳/۳ درصد در گروه شاهد قبلاً از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می نمودند. در گروه شاهد ۱۰۵ نفر (۸۴٪) از افرادی که از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می نمودند از یکی از روشهای نامطمئن مثل کاندوم و یا روش منقطع استفاده می کردند که در گروه تجربی این تعداد ۹۸ نفر (۸۸٪) بود و از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. از سوی دیگر با وجود استفاده از روش پیشگیری در گروه شاهد ۴۵ نفر (۳۰٪) و در گروه تجربی ۵۱ نفر (۳۴٪) از افراد حامله شده بودند که تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر شکست در استفاده از روش پیشگیری دیده نشد.

عمده دلایل عنوان شده از طرف خانمها در خصوص حاملگی ناخواسته قبلی آنها، استفاده از روش نامطمئن پیشگیری (در گروه تجربی ۴۲ درصد و در گروه شاهد

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی و مقایسه انواع روش‌های پیشگیری از بارداری در دو گروه تجربی و شاهد

روش‌های پیشگیری	گروه تجربی		گروه شاهد	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
منقطع*	۱/۴	۲	۱۵/۶	۲۱
کاندوم*	۰/۷	۱	۲۳/۷	۳۲
IUD*	۵۰/۴	۷۱	۲۰	۲۷
روش‌های قطعی جلوگیری از بارداری (TL-واژکتومی)	۱۹/۱	۲۷	۱۴/۸	۲۰
مصرف قرص LD	۲۸/۴	۴۰	۲۳	۳۱
مصرف قرص HD	۰	۰	۰/۷	۱
مگسترون	۰	۰	۲/۲	۳
جمع کل	۱۰۰	۱۴۱	۱۰۰	۱۳۵

مقایسه دو گروه پس از انجام یکسال پیگیری صورت گرفت. در استفاده از روش‌های منقطع، کاندوم، IUD تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در دو گروه تجربی ۹ نفر و در گروه شاهد ۱۵ نفر از روش‌ها استفاده نکرده‌اند. $P < ۰/۰۰۱$

۴/۸۴٪) و اشکال در مصرف قرص (در گروه تجربی ۱/۴۷٪ و در گروه شاهد ۳/۱۳٪) بوده است. بیشترین منبع اطلاعاتی خانمها در هر دو گروه تجربی و شاهد، مرکز بهداشتی - درمانی (به ترتیب با ۲/۷۵٪ و ۶/۹۲٪) عنوان شد. بر اساس اطلاعات فوق چنین نتیجه‌گیری می‌شود که دو گروه مورد و شاهد مشابه هستند.

پس از ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری با روش مشاوره‌ای و پیگیری بر روند تنظیم خانواده در هر دو گروه تجربی و شاهد بعد از یکسال پیگیری مشاهده شد که در گروه تجربی دو مورد (۳/۱٪) و در گروه شاهد ۱۰ مورد (۷/۶٪) حاملگی ناخواسته وجود داشته است و آزمون t تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < ۰/۰۵$).

نتایج پس از مداخله در مورد مادران دارای ۴ فرزند و بیشتر نشان داد که در گروه تجربی ۶/۶۹ درصد و در گروه شاهد ۱/۵۷ درصد، یک روش قطعی پیشگیری از بارداری (TL و یا واژکتومی) را انتخاب نموده‌اند که

آزمون t تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. در خصوص تأثیر آموزش با روش مشاوره و پیگیری و چگونگی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نسبت به آموزش سنتی، چنانچه نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در گروه تجربی استفاده از روش‌های نامطمئن پیشگیری از بارداری (منقطع - کاندوم) به ترتیب ۱/۴ و ۷ درصد و در گروه شاهد به ترتیب ۶/۱۵ و ۳/۲۳ درصد بود و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین روش پیشگیری مطمئن IUD در گروه تجربی ۴/۵۰ درصد و در گروه شاهد ۲۰ درصد مشاهده گردید.

در این مطالعه در گروه‌های تجربی و شاهد تعداد نمونه مورد مطالعه در سنین قبل از ۱۸ سالگی و بعد از ۳۵ سالگی محدود بود (در گروه تجربی ۱۷ نفر و در گروه شاهد ۱۴ نفر) و در هیچکدام از گروهها در طول یکسال باروری اتفاق نیفتاد و لذا بررسی آماری امکان‌پذیر نگردید.

همچنین مشاهده شد که در گروه تجربی علت عمده عدم استفاده از روش پیشنهادی مرکز مشاوره، در پیگیری اول ترس از عوارض جانبی و نبودن همسر (هر کدام با ۲/۲۲٪) و در پیگیری دوم نیز محدودیت مصرف قرص (۸/۷۹٪) بوده است. در پیگیری سوم مجموعاً ۹ نفر از کل نمونه‌ها (۱۶٪) از روش پیشنهادی مرکز استفاده نکرده بودند.

بحث:

همانگونه که نتایج نشان داد درصد شکست (حاملگی ناخواسته) در گروه تجربی به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد بعد از انجام مشاوره کاهش یافت. به علت شرکت دادن مددجویان در انتخاب روش مناسب، مددجویان انگیزه بهتر و بیشتری برای استفاده از روش مورد نظر دارند و همینطور به دلیل پیگیری کافی در این روش کاهش درصد شکست در مقایسه با گروه شاهد

مشاهده نگردید که به نظر می‌رسد به علت قطعی بودن عمل TL و وازکتومی باید فاکتورهای نظیر سن والدین، شرایط اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفته شود که این فاکتورها در دو گروه تجربی و شاهد یکسان بوده و همین امر باعث شده که آموزش مشاوره‌ای نتواند افزایشی در انتخاب این روشها ایجاد کند. لذا پیشنهاد می‌شود که در این زمینه (شرایط مؤثر بر افراد در پذیرش روشهای قطعی جلوگیری از بارداری) بررسی و تحقیقات بیشتری انجام شود.

از آنجایی که نتایج تحقیق نشان داد قبل از مداخله اکثریت خانمهای مورد مطالعه اطلاعات خود را از مراکز بهداشتی درمانی کسب کرده بودند و این مراکز به واسطه شرایط کاری با سایر اعضای خانواده ارتباط نزدیکتری می‌تواند برقرار کند. لذا آگاهی یافتن کارکنان مراکز بهداشتی درمانی از روشهای مشاوره‌ای و پیگیری مددجویان بر کیفیت کار کارکنان این مراکز خواهد افزود. همچنین دیده شد که برخی از پزشکان به علت عوارضی نظیر سر درد، مشکلات عصبی، اختلالات گوارشی با مصرف قرصهای ضد بارداری در خانمها مشاهده می‌شود بدون توجه به شروع روش مطمئن دیگری مصرف قرصها را قطع می‌کنند. لذا آموزش پزشکان و همکاری بین آنها و مراکز بهداشتی درمانی، ضرورت دارد.

به عنوان نتیجه‌گیری کلی از این تحقیق می‌توان گفت: در روش آموزش مشاوره‌ای به علت شرکت دادن مددجویان در انتخاب یک روش مناسب انگیزه بیشتری در آنان جهت شروع روش ایجاد می‌شد و از طرف دیگر به علت پیگیری مکرر مرکز چنانچه در حین استفاده از روش عارضه یا دلیلی برای قطع روش پیشنهادی پیش می‌آمد، این امکان وجود داشت تا بتوان سریعاً روش مناسب دیگری جایگزین نمود که نتایج به دست آمده به صورت کاهش آماری بارداری ناخواسته و همینطور افزایش آمار استفاده از روشهای مطمئن تنظیم خانواده

دیده می‌شود که تحقیق Kim و همکاران را تأیید می‌کند (۱۲).

همینطور مشخص شد که اکثریت افراد قبل از مداخله از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند ولی علیرغم استفاده از این روشها ۳۲ درصد افراد بارداری ناخواسته داشته‌اند که مهم‌ترین دلیل این مسئله نیز استفاده از روشهای پیشگیری نامطمئن (کاندوم، منقطع) و اشکال در مصرف قرص عنوان شده است که پس از مداخله همانطور که اشاره شد به طور مشخص در گروه تجربی که تحت آموزش مشاوره‌ای بودند، کاهش در میزان بروز بارداری ناخواسته دیده می‌شود.

نتایج تحقیق حاکی از تأثیر آموزش مشاوره‌ای در استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری است بدین صورت که در گروه تجربی از روش مطمئن پیشگیری از بارداری IUD بیشتر از گروه شاهد استفاده شده و درصد استفاده از IUD در گروه تجربی ۵۰/۴ درصد است و در گروه شاهد ۲۰ درصد می‌باشد.

در رابطه با استفاده از روشهای نامطمئن پیشگیری از بارداری نتایج نشان داد که در گروه تجربی استفاده از کاندوم ۰/۷ درصد و منقطع ۱/۴ درصد می‌باشد و در گروه شاهد در مورد روش اول ۲۳/۷ درصد و در مورد روش دوم ۱۵/۶ درصد می‌باشد. البته محمد زاده و همکاران نشان دادند که میزان شکست IUD از تمام روشهای موقت دیگر کمتر است و دلایل مهم عدم استفاده از IUD احتمال حاملگی و خونریزی می‌باشد (۳). که در این بررسی نشان داده شد چنانچه مشاوره و آموزشهای درست و کافی به خانمها ارائه شود از این روش به خوبی استقبال خواهد شد.

نتایج در مورد تأثیر آموزش مشاوره‌ای در مقایسه با روش سنتی در انتخاب یک روش قطعی پیشگیری از بارداری توسط مادران دارای ۴ فرزند و بیشتر به صورت ۶۹/۶ درصد در گروه تجربی و ۵۷/۱ درصد در گروه شاهد بوده است و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه

شهرکرد تأمین گردیده است که بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی از آن معاونت محترم به عمل می‌آید.
همچنین از ریاست و مدیریت محترم بیمارستان هاجر که در فراهم نمودن امکانات لازم جهت اجرای این طرح کمال همکاری را داشته‌اند بی نهایت سپاسگزاریم.

گویای ضرورت ایجاد مراکز مشاوره و استفاده از آموزشهای مشاوره در مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد.

تشکر و قدردانی:

هزینه این طرح توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

منابع:

- ۱- احمدی کامران. بهداشت، اپیدمیولوژی، آمار حیاتی. تهران: انتشارات تیمور زاده، چاپ اول، ۷۴، ۱۳۷۶.
- ۲- تیموری پروانه؛ رشادمنش ناصر. شناخت رفتارهای باروری زنان همسردار ۴۹-۱۵ ساله شهرستان سنندج و عوامل مؤثر بر آن در سال ۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۳(۱۰): ۱۹-۲۰، ۱۳۷۷.
- ۳- محمد زاده زهرا؛ مهدی زاده مرتضی؛ سلیمانی بهرام. علل قطع استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری در زنان روستایی اصفهان در سال ۱۳۷۵. مجله پژوهش در علوم پزشکی، ۲(۳): ۷۱-۱۶۶، ۱۳۷۶.
- ۴- مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری. نکاتی در مورد تنظیم خانواده و جمعیت، شهرکرد: ۷-۲، ۱۳۷۱.
- ۵- مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری. اطلاعات رایانه‌ای ذیح حیاتی استان، شهرکرد. ۱۳۷۷.
- ۶- ملک افضلی حسین. جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران. مجله نبض، ۲(۲): ۷-۳، ۱۳۷۱.
- ۷- ملک زاده رضا. جمعیت و تنظیم خانواده. مجله نبض، ۲(۱۲): ۶-۳، ۱۳۷۱.
- ۸- همتی حسین؛ روشنی علی. واکتومی (روشی مناسب برای پیشگیری از بارداری). انتشارات هدایت، ۲: ۷-۳۳، ۱۳۷۴.
- 9- Catley Carlson M. Implementing family planning programs in developing countries: lessons and reflections from four decades of population council experience. *Int J Gynecol Obstet*, 58(1): 101-6, 1997.
- 10- Delgado Rodriguez N.; Gomez Olmedo M.; Bueno Gavanillas A.; Galvas Vargas R. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Prev Med*, 26(6): 834-8, 1997.
- 11- Haws JM.; Butta PG.; Girvin S. A comprehensive and efficient process for counseling patients desiring sterilization. *Nurse Pract*, 22(6): 55-61, 1997.
- 12- Kim YM.; Marangwanda C.; Kols A. Quality of counseling of young clients in Zimbabwe. *East Afr Med J*, 47(8): 514-8, 1997.
- 13- Mbizvo MT.; Bonduelle MM.; Chadzuka S.; Lindmark G.; et al. Unplanned pregnancies in Harare, Zimbabwe: What is the contraceptive history and awareness of the mothers? *Cent Afr J Med*, 43(7): 200-5, 1997.
- 14- Morrison A.; Mackie CM.; Elliott L. The sexual health help center: a service for young people. *J Public Health Med*, 19(4): 457-63, 1997.
- 15- Riddoch GG.; Duncombe P.; Kovacs G. Tamsnian survey of pill symptoms. *Aust Fam Physician*, 1: 38-48, 1996.