

بررسی آگاهی و نگرش پرسنل بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی

شهری شرق گیلان در مورد آی یو دی، نورپلانت و آمپول‌های تزریقی

پیشگیری از بارداری در سال ۸۱-۸۰

فاطمه جعفرزاده* - فاطمه نجفی**

* مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی لاهیجان - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** مربی آموزشیار مامایی دانشکده پرستاری و مامایی لاهیجان - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مقدمه

از طرف دیگر برای بسیاری از کشورهای جهان (در حال توسعه) امری آسان نیست (۳) سازمان بهداشت جهانی کلید موفقیت در حل کلیه مشکلات ناشی از افزایش جمعیت را اجرای موثر خدمات تنظیم خانواده دانسته (۶). گسترش و اجرای برنامه تنظیم خانواده موثرترین، ارزاترین و ساده‌ترین روش برای بهبود زندگی انسانهاست. تنظیم خانواده می‌تواند جان $\frac{1}{2}$ از نیم میلیون زنی را که سالانه بر اثر عوارض ناشی از حاملگی و زایمان می‌میرند نجات دهد (۷). روش‌های تنظیم خانواده متعدد و متفاوت است و به طور کلی می‌توان آنها را به شش نوع کلی تقسیم بندی نمود. (۱) هورمونی (۲) داخل رحمی (۳) حائل (۴) شیمیایی (۵) فیزیولوژیک (۶) عقیم سازی (۸).

از بین روش‌های موجود پیشگیری از بارداری، آی یودی، نورپلانت و آمپول‌های تزریقی (DMPA) از جمله روش‌های با کارایی بالا و میزان شکست پایین، برگشت پذیر و بدون تاثیر پذیری قابل توجه از فعالیت روزمره مصرف کننده می‌باشد (۹). نگاهی بر تحقیقات انجام شده توسط واحد بهداشت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در استان‌ها و در کل کشور نشان می‌دهد که هنوز

یکی از بزرگترین مشکلاتی که امروزه اکثر کشورهای جهان و به خصوص کشورهای عقب مانده با آن روبرو هستند، رشد بی رویه جمعیت است که در واقع تهدیدی جدی برای جامعه جهانی می‌باشد (۱). اگر روند فعلی رشد جمعیت همچنان بی وقفه ادامه یابد ممکن است آینده زمین به عنوان زیستگاه بشر در معرض مخاطره قرار گیرد (۲). در کشورهای در حال توسعه نرخ رشد سالیانه حدود $\frac{1}{7}$ است و جمعیت این کشورها هر ۴۰ سال دو برابر می‌شود. در حالی که در کشورهای توسعه یافته نرخ رشد متوسط $\frac{1}{10}$ درصد است و جمعیت این کشورها هر ۵۸۳ سال دو برابر می‌شود (۳). در کشور ما نرخ رشد فعلی جمعیت $\frac{1}{2}$ درصد بوده (۴) و در استان گیلان نیز همین حدود می‌باشد (براساس اطلاعات حاصل از سرشماری سال ۱۳۷۹ گرفته شده از مرکز بهداشت استان). اما با وجود کاهش نرخ رشد جمعیت در ایران هنوز، حدود ۵۰۰۰۰۰ بارداری ناخواسته وجود داشته که ۱۶٪ آنها (حدود ۸۰۰۰۰ مورد) منجر به سقط گردیده است (۵).

متأسفانه ایجاد توازن بین شمار روزافزون جمعیت و نیازهای فزاینده آنها از یک طرف و منابع محدود موجود

می نمودند (براساس اطلاعات حاصل از سرشماری سال ۱۳۷۹ از مرکز بهداشت شهرستان لاهیجان)، برآن شدیم تا پژوهشی با هدف تعیین آگاهی و نگرش پرسنل بهداشت خانواده مراکز بهداشت شهری شرق گیلان در مورد سه روش فوق انجام دهیم. امید است که یافته‌های این تحقیق که خود از اولویت‌های بهداشت باروری استان گیلان نیز بوده بتواند جهت تدوین برنامه‌های آموزشی برای پرسنل بهداشتی مورد استفاده مسئولین و مراکز بهداشتی درمانی ذی‌ربط قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع دانش و نگرش است که در مراکز بهداشتی درمانی شهری شرق گیلان (شهرهای آستانه، لاهیجان، لنگرود، رودسر، کلاچای و چابکسر) که در سال ۱۳۸۱-۱۳۸۰ انجام شده است. نمونه پژوهش شامل کلیه پرسنل شاغل در واحد بهداشت خانواده مراکز فوق بوده است که در زمان انجام پرسشگری، حدود ۶۴ نفر بودند که یک نفر تمایل به شرکت در مطالعه نداشت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش [مشخصات دموگرافیک (۱۴ سؤال)، سؤالات مربوط به آگاهی (۲۷ سؤال) و عبارتهای نگرشی (۱۲ عبارت) در مورد سه روش آی‌یودی، نورپلانت و آمپولهای تزریقی DMPA] و از طریق پرسش در طی مدت یک ماه با مراجعه پرسشگران به مراکز مربوطه و پس از کسب اجازه از مسئولین محترم مراکز و پرسنل شاغل در واحد بهداشت خانواده جمع‌آوری گردید. تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از طریق مطالعه کتب و منابع علمی موجود و با استفاده از نظرات کارشناسان و چند تن از اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و زینب (س) لاهیجان انجام گرفت و جهت کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده شد و در مورد عبارات نگرشی از روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی سؤالات آگاهی از ۰/۹ به بالا و پایایی عبارات نگرشی نیز

هم در جامعه ما شمار زیادی از زنان از نحوه مصرف و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری به درستی اطلاع ندارند و این امر موجب پائین آمدن محسوس میزان موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده می شود.

چون در ایران خدمات بهداشتی عمدتاً از طریق شبکه‌های بهداشتی در مناطق مختلف صورت می‌گیرد و در این شبکه‌ها، مراکز بهداشتی درمانی شهری نقش مهمی دارند، کارکنان این مراکز با ارائه خدمات تنظیم خانواده به زنان نقش عمده ای را در اجراء و پیشبرد این برنامه‌ها ایفا می‌نمایند (۶). بنابراین باید کارکنان بهداشتی برای انجام مشاوره تنظیم خانواده و کمک به مددجویان در تصمیم‌گیری آگاهانه و داوطلبانه درباره باروری آموزش ببینند. مشاوره تنظیم خانواده عنصر اصلی کیفیت مراقبت (۱۰) و یکی از زمینه‌های مهم و یک عامل کلیدی در پذیرش مددجویان می‌باشد (۱۱). خدمات تنظیم خانواده در حقیقت بدون مشاوره خوب نمی‌تواند موثر واقع شود. نبودن خدمات مشاورتی عامل مهمی در شکست بسیاری از برنامه‌های تنظیم خانواده است (۱۲). پائین بودن سطح دانش کارکنان و عدم بررسی بالینی زنان مصرف کننده، ممکن است آنان را در معرض مشکلات جسمی قرار داده که علاوه بر به خطر افتادن سلامتی شان به ایجاد نگرش منفی در جامعه نسبت به روشهای تنظیم خانواده منجر شود (۱۳). که در این راستا مسئولین کنترل رشد جمعیت و خانواده رسالتی بزرگ بر عهده دارند و اطلاع از آگاهی کارکنان بهداشتی و طرز تلقی و «نگرش» آنها، درک نقاط ضعف و اشتباهات برنامه، توانایی مدیران را در ارائه خدمات بیشتر خواهد نمود (۱۴). لذا جهت ارائه خدمات باکیفیت بالا و با روش‌های متنوع نیاز به ارزشیابی دایمی است به همین جهت و نیز با توجه به اهمیت سه روش پیشگیری از بارداری مطروحه و همچنین استفاده اندک زنان شوهردار گروه سنی ۴۹-۱۵ سال تحت پوشش خدمات تنظیم خانواده شهرستان لاهیجان که با توجه به آمارهای موجود تنها ۰/۴۲۶٪ از نورپلانت، ۳/۰۷۵٪ از آی‌یودی و ۲/۰۳۰٪ از آمپول‌های تزریقی پیشگیری از بارداری استفاده

بین نگرش پرسنل با منبع اطلاع رسانی هم رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0/05$) (جدول شماره ۴). بدین ترتیب که افرادی که منبع اطلاعاتی آنان دستورالعمل‌های ارسالی از وزارتخانه بوده از نگرش مثبت‌تری برخوردار بودند.

حدود ۰/۹ بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، اطلاعات به دست آمده، دسته بندی شد و سپس توسط نرم افزار کامپیوتری SPSS تحت ویندوز ۹۸ مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های آماری حاصل، در اکثر موارد با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه، و ندرتاً ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شده که در کل نتایج تحقیق حاضر مجموعاً در ۳۹ جدول توزیع فراوانی تنظیم گردید.

نتایج

از ۶۳ نمونه مورد بررسی ۳۳/۳٪ کارکنان در گروه سنی ۴۰ - ۳۰ سال بوده و اکثر آنها (۵۷/۱٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم و همچنین اکثر (۴۷/۶٪) دارای رشته تحصیلی مامایی بوده‌اند. ۴۴/۴٪ واحدهای مورد پژوهش پس از سال ۱۳۷۰ فارغ‌التحصیل شده و اکثر آنها (۴۴/۴٪) دارای سابقه کار زیر ۱۰ سال بوده‌اند. ۴۶٪ پرسنل دارای همسرانی با سطح تحصیلات دانشگاهی بوده و اکثر آنها (۴۶٪) همسرانشان کارمند غیر بهداشتی - درمانی بودند ۳۹/۷٪ واحدها بیش از یک منبع اطلاع رسانی در مورد روش‌های تنظیم خانواده داشتند. در ۴۷/۶٪ افراد دسترسی به منابع علمی جدید بسیار محدود بوده، و ۵۰/۸٪ از پرسنل کمتر از ۱۰ دوره بازآموزی داشتند.

نتایج نشان داد که اکثر (۵۵/۶٪) افراد مورد پژوهش در مورد آی یودی و (۷۹/۴٪) آنها در مورد DMPA از آگاهی خوب برخوردار بودند. و نیز (۵۸/۷٪) واحدها در مورد نورپلانت آگاهی متوسط داشتند (جدول شماره ۱).

همچنین (۹۶/۸٪)، (۸۴/۱٪) و (۷۶/۲٪) واحدها به ترتیب در مورد آی یو دی، نورپلانت و DMPA نگرش مثبت داشتند (جدول شماره ۲).

بین آگاهی واحدهای مورد پژوهش نسبت به سه روش مذکور با نگرش آنها در این خصوص طبق آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد. صرفاً بین آگاهی پرسنل با میزان دسترسی آنان به منابع علمی جدید رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0/005$) (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب میزان آگاهی آنان در مورد IUD، DMPA و NORPLANT

NORPLANT		DMPA		IUD		نوع پیشگیری فراوانی	سطح آگاهی
نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی	مطلق		
۹/۵	۶	۰	۰	۴/۸	۳		ضعیف
۵۸/۷	۳۷	۲۰/۶	۱۳	۳۹/۷	۲۵		متوسط
۳۱/۷	۲۰	۷۹/۴	۵۰	۵۵/۶	۳۵		خوب
۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۶۳		جمع

ضعیف = نمره < ۰.۵۰ متوسط = نمره $۰.۷۵ - ۰.۵۰$ خوب = نمره > ۰.۷۵

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب نگرش آنان در مورد IUD، DMPA و NORPLANT

NORPLANT		DMPA		IUD		نوع پیشگیری فراوانی	نگرش
نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی	مطلق		
۱۵/۹	۱۰	۲۳/۸	۱۵	۳/۲	۲		منفی
۸۴/۱	۵۳	۷۶/۲	۴۸	۹۶/۸	۶۱		مثبت
۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۶۳		جمع

مثبت = ≥ ۵۰ منفی = < ۵۰

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی کلی آنان نسبت به سه روش جلوگیری از بارداری و میزان دسترسی به منابع علمی جدید

متغیر مورد نظر	وضعیت مشخصه	میزان آگاهی کلی		انحراف معیار	آزمونهای آماری	قضایوت
		میانگین	میانگین			
میزان دسترسی به منابع علمی جدید	اصلاً وجود ندارد	۴۱/۲۰۰	۲/۴۹۰	F=۵/۳۰۴ P=۰/۰۰۱	معنی دار است	قضایوت
	بسیار محدود است	۴۴/۶۰۰	۴/۳۸۳			
	براحتی در دسترس می باشد	۴۱/۰۸۷	۵/۶۷۲			
	جمع	۴۲/۹۱۳	۵/۰۷۲			

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان نگرش کلی آنان نسبت به سه روش جلوگیری و منبع اطلاعات

متغیر مورد نظر	وضعیت مشخصه	میزان نگرش کلی		انحراف معیار	آزمونهای آماری	قضایوت
		میانگین	میانگین			
منبع اطلاعات	واحدهای درسی دانشگاهی	۳۵/۲۸۵	۲/۶۴۳	F=۳/۱۷ P=۰/۰۳	معنی دار است	قضایوت
	دوره های بازآموزی و کلاسهای آموزشی	۳۴/۳۰۰	۴/۱۳۷			
	دستورالعمل های ارسالی از وزارتخانه	۳۶/۶۳۶	۳/۹۰۵			
	بیش از یک منبع اطلاع رسانی	۳۲/۷۲۰	۴/۰۹۸			
	جمع	۳۴/۳۰۰	۳/۹۸۴			

بحث و نتیجه گیری

بررسی نتایج نشان می‌دهد که اکثر پرسنل بهداشتی در مورد آی یو دی و DMPA از آگاهی خوب برخوردار بوده و نیز اکثر آنها در مورد نورپلانت آگاهی متوسط داشتند. شریفیان عطار و همکاران (۱۳۷۵) در تحقیق خود نشان دادند که اکثر کارکنان بهداشتی (۸۲/۳٪) در مورد قرص‌های پیشگیری از بارداری دارای آگاهی متوسط و فقط ۱۳/۲٪ آنان دارای آگاهی خوب بودند (۱۵).

ایلدراآبادی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که ۳۶/۱٪ کارکنان بهداشتی درمانی شهری زابل آگاهی ضعیف، ۵۵/۶٪ آگاهی متوسط و ۸/۳٪ آگاهی خوب در مورد روش‌های جلوگیری از بارداری در شرایط اضطراری دارند (۵).

مختاری و صدیقی (۸۱-۱۳۸۰) در تحقیق خود نشان دادند که اکثر (۶۲/۸٪) فرهنگیان مقاطع سه گانه تحصیلی شهرستان رشت نسبت به تنظیم خانواده و روش‌های پیشگیری از بارداری دارای آگاهی متوسط بودند و تنها ۲۷٪ آنها توانستند نمرات خوب و عالی کسب کنند (۴) که با نتایج تحقیق ما چندان همخوانی ندارد. به اعتقاد پژوهشگر صرف نظر از اینکه در هر مطالعه‌ای روش نمونه گیری و مطالعه متفاوت می‌باشد، جذب نیروهای تحصیل کرده (عموماً با مدارک تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس) در سال‌های اخیر در واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهری خود می‌تواند نقش بسزایی در ارتقای نمره آگاهی واحدهای مورد پژوهش ما داشته باشد. شایان ذکر است که در این میان نقش رسانه‌های گروهی و سازمان‌های مسئول در امر کنترل جمعیت در زمینه اطلاع‌رسانی و ارتقاء آگاهی عموم مردم در خصوص تنظیم خانواده را نمی‌توان نادیده انگاشت.

در تحقیقات شریفیان عطار و همکاران (۱۳۷۵) کمترین ردیف شغلی در نمونه‌های مورد پژوهش آنها متعلق به ماماها (۹٪) و بیشترین آن مربوط به کارکنان بهداشت خانواده (۴۴٪) بود (۱۵). اگرچه در تحقیقات شریفیان عطار و همکاران (۱۳۷۵)، نیز سطح دانش ماماها و کارکنان

با تحصیلات بالاتر نسبت به بقیه نمونه‌ها بیشتر بوده است. همچنین انتظار پژوهشگر نیز بر این بود که با توجه به اینکه اکثر (۴۴/۴٪) واحدهای مورد پژوهش حاضر، پس از سال ۱۳۷۰ فارغ‌التحصیل شده‌اند، بنابراین از میزان آگاهی و اطلاعات بالاتری نسبت به روش‌های تنظیم خانواده برخوردار باشند. لازم به ذکر است که در مقایسه نتایج تحقیق حاضر با سایر تحقیقات مطروحه در فوق نمی‌توان نقش تفاوت‌های محیطی و بافت اجتماعی را نیز نادیده انگاشت.

اکثر افراد مورد پژوهش نسبت به آی‌یودی، DMPA و نورپلانت به ترتیب (۹۶/۸٪)، (۷۶/۲٪) و (۸۴/۱٪) دارای نگرش مثبت بودند. یافته‌های حاصل، مشابه نتایج تحقیقات شریفیان عطار و همکاران (۱۳۷۵) است. آنان نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که اکثر واحدهای مورد پژوهش (۸۵/۳٪) دارای نگرش مثبت در مورد قرص‌های پیشگیری از بارداری بودند (۱۵).

بین دانش با نگرش واحدها نسبت به سه روش مذکور رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

شریفیان عطار و همکاران (۱۳۷۵) نیز در پژوهش خود مشاهده نمودند که بین آگاهی و نگرش واحدهای مورد مطالعه آنان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (۱۵). همچنین هارپر و همکاران (۱۹۹۵) نیز چنین ارتباطی را در دانشجویان مورد پژوهش خود مشاهده نکردند (۱۵). که نتایج آنها با یافته‌های تحقیق ما همسویی دارد.

بررسی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آگاهی و نگرش پرسنل بهداشت خانواده به ترتیب با میزان دسترسی آنان به منابع علمی جدید ($P < 0/005$) و منبع اطلاع‌رسانی ($P < 0/005$) رابطه معنی‌دار آماری دارد. اما با سایر متغیرها (سن، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، شغل و تحصیلات همسر، سال فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت، و تعداد دفعات شرکت در بازآموزی) هیچگونه رابطه معنی‌دار آماری ندارد. که با نتایج تحقیق ایلدرآبادی و همکاران و شریفیان عطار و همکاران همخوانی ندارد. پژوهشگر معتقد است احتمالاً به دلیل محدودیت تعداد

۳- آموزش مداوم و برگزاری هر چه پر بارتر کلاس‌های بازآموزی و دوره‌های آموزشی حین خدمت جهت پرسنل مراکز بهداشتی درمانی .
 ۴- تأکید مداوم بر اهمیت نقش مشاوره‌ای کارکنان بهداشتی در امر آموزش و هدایت مددجویان و لزوم ارتقا و به روز شدن دانش و معلومات پرسنل مربوطه.
 ۵- جذب هرچه بیشتر نیروهای جوان و تازه فارغ‌التحصیل خصوصاً در رشته‌های تخصصی مامایی و بهداشت خانواده در واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهری.

تشکر و قدردانی

در پایان جا دارد از زحمات همکاران پرتلاش واحد معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامائی حضرت زینب (س) لاهیجان و پرسنل سخت‌کوش واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی و درمانی شهری شرق گیلان که نهایت همکاری را در گردآوری اطلاعات مربوط به این طرح پژوهشی داشته‌اند، سپاسگزاری نمائیم.

نمونه‌ها، تفاوت در بافت اجتماعی و محیط پژوهش و نیز عدم وجود تفاوت بارز در سطح تحصیلات پرسنل مورد پژوهش ما و... ارتباط بین متغیرهای فوق در تحقیق حاضر از لحاظ آماری معنی‌دار نشده است.

در نهایت با توجه به یافته‌های حاصل نکات زیر در قالب چند پیشنهاد ارائه می‌گردد:

۱- چون براساس تحقیقات مهمترین مشاورین تنظیم خانواده در ایران پرسنل مراکز بهداشتی درمانی می‌باشند و میزان اطلاعات و مهارت آنان در انتقال مطالب به داوطلبین تنظیم خانواده به طور مستقیم بر نتایج تنظیم خانواده تاثیر می‌گذارد، لازم است پرسنل بهداشتی اطلاعات تکنیکی کافی درباره روش‌های پیشگیری از بارداری داشته باشند لذا به منظور ارتقا و بهبود کیفی و کمی آگاهی و اصلاح هر گونه نگرش یا باورهای غلط کارکنان بهداشتی، انجام ارزشیابی مستمر ضروری است.

۲- ارائه‌ی دستورالعمل‌های مدون و جدید از سوی مراکز مسئول ذی ربط.

منابع

- ۱- نخعی، محمد: روشهای پیشگیری از بارداری، تنظیم خانواده و کنترل جمعیت. تهران: شهرآب، ۱۳۷۷.
- ۲- امید، افسر: انفجار جمعیت. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۱۳۷۷، سال هفتم شماره پانزدهم، صص: ۵۴-۵۰.
- ۳- دلاور، بهرام؛ شهریاری افشار، صفیه: تازه‌های بهداشت باروری. فصلنامه بهداشت خانواده، ۱۳۷۸، سال چهارم شماره شانزدهم، صص: ۷۲-۶۴.
- ۴- مختاری، فروغ؛ صدیقی، عبدالعظیم: بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد فرهنگیان مقاطع سه گانه تحصیلی شهرستان رشت نسبت به تنظیم خانواده و روشهای پیشگیری از بارداری در سال تحصیلی ۸۱-۸۰. پایان نامه چاپ نشده دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی
- گیلان، سال ۱۳۸۱.
- ۵- ایلدرآبادی، اسحق؛ [و دیگران]: بررسی میزان آگاهی کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهری از روشهای جلوگیری از بارداری در شرایط اضطراری. مجله راز بهزیستن، ۱۳۸۲، شماره ۲۴. صص ۲۰-۱۶.
- ۶- امینی، اشرف: بررسی خدمات ارائه شده توسط بهورزان در زمینه پذیرش، آموزش، ارجاع و پیگیری زنان در مورد تنظیم خانواده در خانه‌های بهداشت روستاهای تبریز و ارائه فرم ارزشیابی خدمات بهورزان در این زمینه. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، تهران، ۱۳۷۲، صص: ۵-۳.
- ۷- ابراهیمی، مرضیه: بررسی علل عدم استفاده از

- دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، ۱۳۷۷، شماره نهم، صص: ۳۴-۳۰.
- ۱۲- ماهر، مهران: اسلام و تنظیم خانواده. ترجمه محمد شخیصی. مجله بهداشت جهان، ۱۳۶۸، سال پنجم شماره دوم، صص: ۱۸.
- ۱۳- ثابتی، پروین: بررسی آگاهی خانمها از نحوه استفاده از وسایل پیشگیری در درمانگاههای شهر سنج سال ۱۳۷۳. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ۱۳۷۵، سال ششم شماره ۲۱، صص: ۲۵.
- ۱۴- فلاحیان، معصومه؛ سلیمانی، مهریار: روشهای جلوگیری از حاملگی تزریقی و نقش آنها در تنظیم خانواده. تهران: معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶، صص: ۴۶.
- ۱۵- شریفیان عطار، جمیله؛ سالاری، پروین؛ توسلی، فاطمه: بررسی دانش، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشتی در مورد قرصهای پیشگیری از بارداری در درمانگاههای بهداشتی درمانی شهر مشهد. مجله علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ۱۳۷۸، سال اول، شماره دوم. صص: ۲۷-۲۳.
- روشهای پیشگیری از بارداری در زنان با حاملگی ناخواسته. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۱۳۷۷، سال هفتم شماره پانزدهم. صص: ۵.
- ۸- اسپروف، لئون؛ [و دیگران]: آندوکرنیولوژی بالینی زنان و نازایی. ترجمه فرحناز امینی نائینی، [و دیگران]. تهران: تیمورزاده، ۱۳۷۹.
- ۹- رفتی جاویدان، معصومه: مقایسه بین Norplant و Implants و IUD Tcu - 380A از نظر عملکرد بالینی، قابلیت پیشگیری از بارداری، برگشت پذیری و پذیرش به مدت ۵ سال. پایان نامه چاپ نشده دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۹.
- ۱۰- گروه کارشناسان WHO: بهبود و دسترسی به کیفیت مراقبت در تنظیم خانواده. ترجمه کمیته تحقیقات بهداشت باروری معاونت پژوهشی. رشت: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، ۱۳۷۷، شماره ۱۰۷۲، صص: ۳.
- ۱۱- فتحی زاد ناهید؛ [و دیگران]: عوارض زودرس نورپلانت و آمپول های تزریقی OMPA در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. مجله علمی