

مقایسه عوارض و رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده آمپول ضد بارداری سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون استات شهر بابل

مریم غلامی تبار طبری^{۱*}، لیلا مسلمی^۱، رحیم ملک زاده^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: انواع مختلفی از روشهای پیشگیری از بارداری وجود دارد که سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون از روشهای هورمونی تزریقی می باشد. این مطالعه با هدف مقایسه عوارض و رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده آمپول ضد بارداری سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی به روش نمونه گیری آسان بر روی ۳۰۰ نفر در دو گروه انجام شد. ابزار گردآوری داده ها از دو نوع پرسشنامه مربوط به بررسی عوارض و دیگری مربوط به بررسی رضایت مندی زناشویی بود (پرسشنامه زوجی اینریچ)

یافته ها: افزایش روزهای خونریزی قاعدگی در مصرف کنندگان دیومدروکسی بیشتر از مصرف کنندگان سیکلوفم بود ($p=0/004$). همچنین از نظر تغییرات وزن، اختلالات خلق و خوی، تغییرات میل جنسی و سایر عوارض، دو گروه با هم یکسان بودند. میزان تداوم استفاده از این روش در مصرف کنندگان آمپول دیومدروکسی پروژسترون بیشتر از مصرف کنندگان آمپول سیکلوفم بود ($p=0/002$). بین رضایتمندی زناشویی با سن، تحصیلات، تعداد فرزندان و شغل، ارتباط معنی داری وجود نداشت. میانگین رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده از روش پیشگیری دیومدروکسی پروژسترون به طور معنی داری بیشتر از میانگین رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده از روش پیشگیری سیکلوفم بود ($p=0/01$).

نتیجه گیری: عوارض ایجاد شده از آمپول سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون مشابه هم بوده و دارای تفاوت چشمگیری نیست و این عوارض مهلک و غیر قابل برگشت نمی باشد.

واژگان کلیدی: آمپول سیکلوفم، دیومدروکسی پروژسترون، تنظیم خانواده، عوارض جانبی.

مقدمه

دیومدروکسی پروژسترون از جمله آنان می باشد. سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ خود که بر اساس تحقیقات انجام شده در رابطه با مسائل تولید مثل تهیه شده بود، می نویسد: اگرچه آمپول های DMPA^۱ دارای اثر بخشی بالایی در پیشگیری از حاملگی هست، اما به دلیل عوارض جانبی، موارد قطع آن قابل توجه می باشد. به همین دلیل، محققان درصدد یافتن جایگزین مناسبتری برای این آمپول هستند (۸). تلاش های قابل ملاحظه ای برای کاهش دوز ترکیبات هورمونی به منظور کاهش ریسک عوارض انجام شده است. این تلاش ها برای کاهش محتویات هورمونی بر این اساس بوده "کم تا حد ممکن و زیاد به اندازه ضرورت" (۹). روش های هورمونی تزریقی که یکی از روش های پیشگیری از بارداری با اثر بخشی بالا هست به علت آسان بودن مصرف و عدم تداخل با نزدیکی جنسی

اگرچه در سالهای اخیر رشد جمعیت جهان (۱) و همچنین ایران کاهش یافته است (۳ و ۲)؛ ولی با این حال نیاز به برنامه های تنظیم خانواده، جهت کاهش فقر و سلامتی بیشتر مادر و کودک و آموزش بهتر همچنان وجود دارد (۴) از طرف دیگر گزارش های اخیر نشان می دهد که میزان حاملگی ناخواسته (۵) و سقط القایی در کشور ما بالا می باشد (۶ و ۷). براساس تحقیقات، یک سوم حاملگی ها در شهرهای بزرگ (تهران) ناخواسته می باشند که سبب افزایش میزان سقط های غیر قانونی و بنا بر این در خطر انداختن سلامتی مادر می شود (۷). انواع مختلفی از روشهای پیشگیری از بارداری وجود دارد که روشهای هورمونی سیکلوفم و

۱. گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

(نویسنده مسؤول) Email: maryam_tabari@yahoo.com

۲. کارشناس مبارزه با بیماریها، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تداخل کند. و همچنین نداشتن بیماری روحی روانی و فوت بستگان نزدیک در روزهای اخیر بود. افرادی که حداقل دو دوره سه ماهه یعنی شش ماه از آمپول دپو مدروکسی پروژسترون و حداقل سه دوره یک ماهه یعنی سه ماه از آمپول سیکلوفم استفاده کرده بودند وارد مطالعه شدند. این مدت زمان به دلیل تعدیل شدن عوارض جانبی روشهای هورمونی بعد از چند ماه اول استفاده از آن بود. همچنین افراد نمی بایست در حین استفاده از این روش از هیچ روش هورمونی دیگری استفاده می کردند. نمونه ها از ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی که به طور خوشه ای از ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهر بابل بود، انتخاب شدند. با استفاده از مطالعه پاپلوت حجم نمونه در هر گروه ۱۵۰ نفر تعیین شد. ابزار گرد آوری داده ها از دو نوع پرسشنامه مربوط به بررسی عوارض و دیگری مربوط به بررسی رضایت مندی زناشویی بود. پرسشنامه مربوط به عوارض که با بررسی مطالعات قبلی و منابع علمی تهیه شد، در دو بخش ۱: مشخصات فردی شامل ۶ سوال دموگرافیک اعم از: سن: زنانیکه بین ۴۵-۱۵ سال سن داشتند و از روش جلوگیری از بارداری استفاده می کردند. تعداد فرزندان، شغل که به سه دسته تقسیم شدند: خانه دار، کار در خارج از منزل، کار در منزل، تحصیلات که به پنج گروه تقسیم شد: بی سواد، راهنمایی، دبیرستان، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی ۲: بخش مربوط به عوارض آمپول ها شامل ۱۵ سوال، اعم از: اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق و خوی، وزن، میل جنسی، پرمویی، تهوع، سردرد، حساسیت پستان، کمردرد، خستگی زودرس، ریزش مو، گرفتگی عضله پا، نفخ شکم، آکنه، لکه های پوستی و ضعف بود. این متغیرها بدین صورت تعریف می شود:

اطلاعات قاعدگی شامل: ۱- آمنوره: قطع قاعدگی در طی مصرف روش جلوگیری از بارداری ۲- کاهش روزهای خونریزی: کاهش روزهای خونریزی کمتر از سه روز یا کمتر از زمانی که از روش دیگری استفاده می کرد. ۳- افزایش زمان خونریزی: افزایش روزهای خونریزی بیشتر از هفت روز یا بیشتر از زمانی که از روش دیگری استفاده می کرد. ۴- افزایش حجم: استفاده روزانه شش پد بهداشتی یا بیشتر در روز در طی ۳ روز اول قاعدگی. ۵- منظم بودن قاعدگی: فواصل شروع قاعدگی بین ۲۸-۳۰ روز می باشد. ۶- قاعدگی نامنظم: قاعدگی در فواصل نامنظم اتفاق می افتد. ۷- تغییر میل جنسی: کاهش یا افزایش میل جنسی در مقایسه با روش قبل. ۸- تغییر وزن: کاهش یا افزایش وزن در مقایسه با روش قبل. برای پاسخ دادن به متغیرهای مربوط به عوارض از سوالات بلی و خیر استفاده شد.

جهت بررسی رضایت مندی زناشویی از پرسشنامه زوجی اینریچ (۲۱) با اعتبار درونی ۹۲٪ که شامل ۴ خرده مقیاس و ۳۵ سوال از جمله رضایت، ارتباطات و حل تعارض بود، استفاده شد. این پرسشنامه، یک ابزار تحقیق معتبر بوده که در تحقیقات و

مطلوب تلقی می شوند (۱۰). آمپول سیکلوفم با فواصل یک ماهه، یک روش ضد بارداری بسیار موثر می باشد که حاوی ۲۵ میلی گرم مدروکسی پروژسترون استات و ۵ میلی گرم استرادیول سیپونات است دپومدروکسی پروژسترون استات نیز یک هورمون موثر برای پیشگیری از حاملگی می باشد. این دارو، هر ۱۲ هفته یکبار به صورت عضلانی تزریق می شود (۱۱). هیچ یک از روشهای جلوگیری از بارداری خالی از اشکال نمی باشد و عوارضی به همراه دارد. از جمله عوارض، روشهای هورمونی زیر می توان به موارد زیر اشاره کرد: اختلالات قاعدگی، آمنوره، خونریزی رحمی نامرتب، اضافه وزن، سردرد، کاهش میل جنسی، عصبانیت، خستگی، تغییرات خلق و خوی و... (۱۵-۱۲) مطالعات نشان داده اند که در جوامع مختلف این عوارض با میزان های متفاوتی بروز می کند (۱۸-۱۶). بنابراین با بررسی دقیق اثرات جانبی می توان به کاهش شکایات ناشی از بروز اثرات جانبی مددجویان کمک نمود و سطح رضایت مندی آنان را ارتقا بخشید. مصرف کنندگان چنین روشهای هورمونی به دلیل وجود عوارض ناخواسته، دچار اختلالات جسمی، روحی و روانی می شود که گاه رضایت مندی زناشویی را تحت تاثیر قرار می دهد. رضایت مندی زناشویی حالتی است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت دارند (۱۹). در طول زندگی مشترک، متغیرهای گوناگونی بر نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر تاثیر می گذارند و این متغیرها شامل درآمد، اشتغال، فرزندان، بیماری و رضایت مندی جنسی می باشد (۲۰). تغییر در وضعیت جسمی و روانی این افراد می تواند با اجتناب از انجام تعهدات خانه داری و وظایف و نقش های معمول، به بروز واکنش و رفتارهای نامطلوب منجر گردد. اگرچه رضایت مندی زناشویی و عوامل تاثیر گذار بر آن مورد توجه پژوهشگران ایرانی بوده است، اما مطالعات انجام شده در این خصوص در این افراد وجود نداشته بنابراین با توجه به اهمیت موضوع روش های مناسب پیشگیری از بارداری در زنان و سهل الاوصول بودن و استفاده راحت روشهای تزریقی پیشگیری از بارداری و شناخت عوارض و مشاوره صحیح به دریافت کنندگان این روشها پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه ای با هدف مقایسه عوارض و رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده از آمپول ضد بارداری سیکلوفم و دپومدروکسی پروژسترون در سال ۹۱ در شهرستان بابل انجام دهند.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی به روش نمونه گیری آسان انجام شد. جامعه مورد پژوهش، زنان استفاده کننده از روش ضد بارداری سیکلوفم و دپومدروکسی پروژسترون استات از مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل بودند. شرط ورود به مطالعه، داشتن حداقل یک فرزند و عدم وجود بیماری ای که با عوارض آن

یافته ها

کلیه پاسخگویان در دامنه سنی ۱۷ تا ۵۰ ساله قرار داشته اند. میانگین کل سن پاسخگویان برابر با $۳۱/۵۷ \pm ۸/۰۳$ بود. بین دو گروه استفاده کننده از سیکلوفم و دپو مدروکسی پروژسترون از نظر سن، تعداد فرزندان، شغل و تحصیلات تفاوت معنی داری وجود نداشت. جدول شماره ۱ بیانگر مقایسه عوارض استفاده از دو نوع آمپول جلوگیری از بارداری سیکلوفم و دپو مدروکسی پروژسترون می باشد.

کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. مقیاس لیکرت جهت ارزیابی استفاده شد. نمرات کمتر از ۳۰ به عنوان ناراضی شدید، نمرات ۳۰-۴۰ به عنوان ناراضی متوسط و نمرات ۴۰-۶۰ به عنوان رضایتمندی و نمرات ۶۰-۷۰ به عنوان رضایتمندی عالی از رابطه زناشویی بین زوجین در نظر گرفته شد. جهت روایی پرسشنامه مربوط به عوارض آمپول از نظر متخصصان زنان و استفاده از مقالات مرتبط با موضوع استفاده شد. اطلاعات با نرم افزار آماری SPSS/v 19 و با آمار توصیفی، آزمون کای دو، آزمون t و همبستگی پیرسون مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

جدول شماره (۱): مقایسه عوارض استفاده از آمپول سیکلوفم و دپومدروکسی پروژسترون در زنان استفاده کننده از این روشها

P value	مدروکسیسیکلوکفم %N		عوارض
۰/۷۷	۵۰/۳(۷۴)	۴۸(۷۲)	قطع قاعدگی
۰/۹۹	۱/۳(۲)	۱/۳(۲)	کاهش روزهای خونریزی
۰/۷۷	۱۹/۳(۲۹)	۲۰/۷(۳۱)	لکه بینی
۰/۰۰۴	۵/۳(۸)	.	افزایش روزهای خونریزی
۰/۱۵	۱/۳(۲)	.	افزایش میزان خونریزی
۰/۳۱	۰/۳(۱)	.	منظم تر شدن قاعدگی
۰/۸۱	۶/۷(۱۰)	۶(۹)	نامنظم تر شدن قاعدگی
۰/۷۲	۵۱/۳(۷۷)	۴۹/۳(۷۴)	بی تغییر
۰/۹	۳۳/۳(۵۰)	۳۴(۵۱)	افزایش وزن
۰/۸۶	۱۳/۳(۲۰)	۱۴(۲۱)	کاهش وزن
۰/۷۲	۴۷/۳(۷۱)	۴۹/۳(۷۴)	بدون تغییر
۰/۷۵	۱۵/۳(۲۳)	۱۶/۷(۲۵)	حساسیت پذیری
۰/۶۵	۱/۳(۲)	۲(۳)	زود به گریه افتادن
۰/۱۷	۱۶(۲۴)	۱۰/۷(۱۶)	احساس خستگی زودرس
۰/۷۳	۳/۳(۵)	۲/۷(۴)	کاهش توان
۰/۶۵	۱۶/۷(۲۵)	۱۸/۷(۲۸)	افزایش میزان عصبانیت
۰/۸	۶(۹)	۵/۳(۸)	نزدیکی دردناک
۰/۰۹	۴(۶)	۸/۷(۱۳)	تغییر ترشح واژینال
۰/۴۸	۱۴(۲۱)	۱۱/۳(۱۷)	کاهش میل جنسی
۰/۳۵	۵/۳(۸)	۸(۱۲)	افزایش میل جنسی
۰/۵۹	۱۱/۳(۱۷)	۱۳/۳(۲۰)	پرمویی
۱	۷/۳(۱۱)	۷/۳(۱۱)	تهوع
۰/۷۷	۲۰/۷(۳۱)	۱۹/۳(۲۹)	سردرد
۰/۸۶	۱۳/۳(۲۰)	۱۴(۲۱)	حساسیت پستان
۰/۲۹	۲۸/۷(۴۳)	۲۳/۳(۳۵)	کمر درد
۰/۷۱	۱۲(۱۸)	۱۰/۷(۱۶)	سرگیجه
۰/۶۸	۹/۳(۱۴)	۸(۱۲)	جوش صورت
۰/۸۹	۲۳/۳(۳۵)	۲۴(۳۶)	نفخ شکم
۰/۶۲	۳۴(۵۱)	۳۶/۷(۵۵)	گرفتگی عضله پا
۰/۲۸	۱۹/۳(۲۹)	۱۷(۲۲)	ریزش مو

نموده اند. میزان استفاده از آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات در میان مصرف کنندگان این روش به میزان ۶۰٪ مدت

۶۲٪ از زنان به مدت یک سال، ۲۲/۷٪ به مدت دو سال، ۱۵/۳٪ به مدت سه سال و بیشتر، از آمپول سیکلوفم استفاده

روش جلوگیری از بارداری و سن در زنانی که از آمپول سیکلوفم استفاده کرده اند مشاهده نشد. ($p=0/07$ $r=0/20$) بین رضایتمندی زناشویی با سن، تحصیلات، تعداد فرزندان و شغل ارتباط معنی داری وجود نداشت. نمره رضایت مندی زناشویی در زنان استفاده کننده از آمپول سیکلوفم دارای حداقل ۱۰۰ و حداکثر ۱۳۶ بود. نمره رضایت مندی زناشویی در زنان استفاده کننده از آمپول دیومدروکسی پروژسترون دارای حداقل ۱۰۲ و حداکثر ۱۴۲ بود. میانگین رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده از روش پیشگیری دیومدروکسی پروژسترون برابر $116/79+/-8/62$ به طور معنی داری بیشتر از میانگین رضایت مندی زناشویی در زنان مصرف کننده از روش پیشگیری سیکلوفم $114/53+/-7/16$ بود. نمره رضایتمندی با توجه به سیستم نمره دهی بیانگر رضایتمندی عالی در این افراد بود.

یک سال و $16/7\%$ به مدت دو سال و $23/3\%$ درصد به مدت سه سال و بیشتر بود. مقایسه بین مدت استفاده از دو آمپول سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون نشان داد که تفاوت معنی داری بین مدت استفاده و نوع روش جلوگیری از بارداری وجود داشت. به طوری که تداوم استفاده از روش جلوگیری از بارداری در مصرف کنندگان آمپول دیومدروکسی پروژسترون بیشتر از مصرف کنندگان آمپول سیکلوفم بود. ($p=0/02$) ارتباط بین تداوم استفاده از روش و سن مصرف کنندگان در دو گروه از زنان استفاده کننده از آمپول سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون نشان داد که: بین تداوم استفاده از روش جلوگیری از بارداری و سن در زنانیکه از آمپول دیومدروکسی پروژسترون استفاده کرده اند ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0/012$ $=0/14$) اما ارتباط معنی داری بین تداوم استفاده از

جدول (۲): نمره رضایتمندی زناشویی در زنان مصرف کننده از روش پیشگیری آمپول سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون

روشهای جلوگیری از بارداری	تعداد	میانگین	مقدار آزمون t	درجه آزادی	سطح معنی داری
آمپول سیکلوفم	۱۵۰	۱۱۴/۵۳	-۲/۴۶۹	۲۹۸	*۰/۰۱
آمپول دیومدروکسی پروژسترون	۱۵۰	۱۱۶/۷۹			

سطح معنی داری با آزمون t-test بدست آمده است.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، بین قطع قاعدگی، کاهش روزهای خونریزی، لکه بینی، افزایش میزان خونریزی، منظم شدن و نامنظم شدن سیکل قاعدگی با روش ضد بارداری سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون ارتباط معنی داری وجود نداشت؛ ولی میزان بروز افزایش روزهای خونریزی در روش دیومدروکسی پروژسترون $5/3\%$ به طور معنی داری بیشتر از روش سیکلوفم 0% بود. شایع ترین اختلال قاعدگی در مصرف کنندگان سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون در مطالعه حاضر، قطع قاعدگی بود به ترتیب 48% و $50/3\%$ در مطالعه افکاری در کرمانشاه شایعترین اختلال قاعدگی در مصرف کنندگان دیومدروکسی پروژسترون آمنوره بود $53/2\%$.

در این مطالعه، میزان بروز آمنوره در مصرف کنندگان دیومدروکسی پروژسترون برابر $25/9\%$ درصد بود. در مطالعات مشابهی این میزان بیشتر و برخی دیگر آن را کمتر گزارش کرده اند. مرادان در مطالعه خود در شهر سمنان میزان بروز آمنوره را $39/2\%$ درصد (۲۲) و کمالی فرد در استان آذربایجان شرقی میزان بروز آن را 50% گزارش نمودند (۲۳).

میزان بروز آمنوره در مصرف کنندگان سیکلوفم در مطالعه حاضر برابر 48% بود، در حالی که کمالی فرد (۲۳) میزان آن را 22% و یزدان پناه در مطالعه خود در شهر کرمان میزان بروز آن را $14/7\%$ گزارش کرد (۲۴). سیمبر در مطالعه خود با استفاده از

بررسی ایمونوهیستوشیمی بر روی زنان ایرانی نشان داد که تراکم رگ های آندومتر و آندومتر آتروفیک در مصرف کنندگان سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون سه تا شش ماه پس از مصرف هیچ تفاوتی با هم ندارند (۲۵).

در این مطالعه، افزایش میزان عصبانیت شایع ترین نوع تغییرات خلق و خوی در مصرف کنندگان سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون به ترتیب $18/7\%$ و $16/7\%$ بود. افکاری در مطالعه خود در شهر کرمانشاه، میزان آن را در مصرف کنندگان دیومدروکسی پروژسترون $25/4\%$ گزارش کرد (۲۶)، که میزان آن از مطالعه حاضر بیشتر می باشد که شاید به علت تفاوت در بافت فرهنگی نژاد های تحت بررسی است؛ ولی در مورد تغییرات خلق و خوی در مصرف کنندگان سیکلوفم مطالعه ای یافت نشد.

در مطالعه حاضر، میزان تداوم یکساله سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون در مصرف کنندگان به ترتیب برابر 62% و 60% بود. در حالی که کمالی فرد در مطالعه خود میزان تداوم یکساله سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون را در مصرف کنندگان این روشها به ترتیب 27% و 42% (۲۵) و یزدان پناه نیز در مطالعه خود میزان تداوم یکساله سیکلوفم را $21/2\%$ گزارش کرد (۲۴). در مطالعه انجام گرفته در کنیا (۲۷) تداوم یکساله سیکلوفم و دیومدروکسی پروژسترون به ترتیب برابر 56% و 75% گزارش شد در مطالعه مشابه انجام شده در کشورهای مسلمان نظیر اندونزی و تونس میزان تداوم یکساله سیکلوفم به ترتیب برابر $66/5\%$ و $28/2\%$ بود (۲۸). تفاوت در میزان تداوم در مطالعات مختلف می تواند به علت تفاوت های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه

استفاده بیشتر و تداوم این روشها کمک نمایند. از محدودیت های این طرح، طولانی شدن زمان نمونه گیری به دلیل وجود معیارهای ورود به مطالعه بود. پیشنهاد می شود مطالعه ای مشابه جهت بررسی علت قطع روش های تزریقی یا تغییر روش های پیشگیری از بارداری در مصرف کنندگان روشهای تزریقی انجام شود.

های مورد پژوهش و همچنین کیفیت مشاوره قبل از شروع روش های تزریقی باشد.

به طور کلی بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه و مطالعات مشابه، عوارض ایجاد شده از آمپول سیکلوفم و دیو مدروکسی پروژسترون مشابه هم بوده و دارای تفاوت چشمگیری نیست و این عوارض مهلک و غیر قابل برگشت نمی باشد. کادر بهداشتی می توانند با مشاوره و آموزش مناسب به زنان استفاده کننده از این روشها بخصوص در مورد عوارض جانبی احتمالی در

References

1. Nowels L, Veillette C. International population Assistance and family planning programs; Issues for congress CRS. Available at: <http://usembassy.it/pdf/other/RL33250.pdf> (accessed May 2010).
2. Mohammad Alizadeh S, Marions L, Vahidi R, Nikniaz A, Johansson A, Wahlstrom R. Quality of reproductive health services at primery health centers in an urban area of Iran Emphasis on family planning. The European journal of contraception & Reproductive Health care. 2007;12(4):326-34.
3. UNFPA. State of world population. Available at: <http://unfpa.org.pdf>. 2010.
4. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006; 368(9):1810-27.
5. Faghihzadeh S, Babaee Rochee G, Lmyian M, Mansourian F, Rezasoltani P. Factors associated with unwanted pregnancy. Journal of Sex & Marital Therapy. 2003; 29: 157-164. [Persian]
6. Majlessi F, Forooshani AR, Shariat M. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. The Eastern Mediterranean Health Journal. 2008; 14: 103-109. [Persian]
7. Nojomi M, Akbarian A, Ashory-Moghadam S. Burden of abortion: Induced and spontaneous. Arch Iran Med. 2006; 9: 39 – 45. [Persian]
8. Organization WHO. Reproductive health research at WHO: A new beginning: HRP financial report 1998-1999. 2000
9. Endrikat J, Düsterberg B, Ruebig A, Gerlinger C, Strowitzki T. Comparison of efficacy, cycle control, and tolerability of two low-dose oral contraceptives in a multicenter clinical study. Contraception. 1999;60(5):269-74.
10. Nommsen-Rivers L. Early skin to skin contact: Dose duration matter? J Hum Lac.2003; 19(3):331-332.
11. Stubblefield PH, Carr-Ellis S, Kapp N. Family planning In: Berek J, Berek & Novak's Gynecology. Translated by: Ghazijahani B. 14th. Tehran, Golban publisher. 2007. [Persian]
12. Polaneczky M, Guarancaccia M, Alon J, Wiely J, Early experience with the contraceptive use of depot medroxy progesterone. Family planning perspective. 1996; 28(4):174-178.
13. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN, Bateman L, Ditmore JR. Experiences of injectable contraceptive users in an urban setting. Obstetrics & Gynecology. 1996;88(2):227-33.
14. Fraser IS, Dennerstein GJ. Depo-Provera use in an Australian metropolitan practice. The Medical Journal of Australia. 1994;160(9):553-6.
15. Nelson AL. Counseling Issues and management of side effects for woman using depot medroxy progesterone acetate. The Journal of Reproductive Medicine. 1996;41(5): 391-400.
16. Piya-Anant M, Koetsawang S, Patrasupapong N, Dinchuen P, d'Arcangues C, Piaggio G, Pinol A. Effectiveness of Cyclofem in the treatment of depot medroxy progesterone acetate induced amenorrhea Contraception. 1998;57(1):23-8.
17. Kaunitz AM. Injectable Depot Medroxy progesteron Acetate Contraception: an

- update for U.S clinicians. *International Journal of Fertility*. 1998; 43(2):73-83.
18. Davidson AR, Kalmuss D, Cushman LF, Romero D, Heartwell S, Rulin M. Injectable contraceptive discontinuation and subsequent unintended pregnancy among low-income women. *American Journal of Public Health*. 1997;87(9):1532-4.
19. Mirahmadizadeh A, Nakhai Amroodi N, Tabatabai SH, Shafieian R. Marital satisfaction and related factors in Shiraz. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2003; 8(4): 56-63[Persian].
20. Edalati A, Redzuan Mr. Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*. 2010;6(4):132-7.
21. Blaine FJ, David OH. ENRICH Marital Inventory: A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1989;15(1):65-79.
22. Moradan S, Ghorbani R, Baghani S. Incidence of Abnormal Uterine Bleeding in individuals who used hormonal contraceptive methods and referred to Semnan health centers (2006-2007). *Journal of Semnan University of Medical Science*. 2009;10 (3):219-224. [Persian].
23. Kamalifard M, Mohammadalizadeh S, Sadeghi H, Hasanzadeh R. Comparison of Continuation Rates and Reasons for Discontinuation of Cyclofem and Depo-Provera in Health Houses of East Azarbaijan, Iran. *Nursing and Midwifery Journal of Tabriz Medical Science*. 2011;18:22-30. [Persian].
24. Yazdanpanah M, Eslami M, Andalib P, Motlaq M, Jadidi N, Nakhaee N. Acceptability and side effects of Cyclofem once-a-month injectable contraceptive in Kerman, Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 2010;8(4): 191-196. [Persian].
25. Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z, Zham H, Fraser IS. A comparative study of Cyclofem and depot medroxy progesterone acetate (DMPA) effects on endometrial vasculature. 2007;33(4):271-6.
26. Afkari B, Iranfar SH, Esmaeili K, Heidarpor Common Complications of Depo-Medroxy Progesterone Acetate (DMPA) injection in Women Referring to Health and Treatment Clinics of Kermanshah University of Medical Sciences. *Journal of Sabzevar University of Medical Science*. 2003; 11(3):53-58. [Persian].
27. Ruminjo JK, Sekadde-Kigundu CB, Karanja JG, Rivera R, Nasution M, Nutley T. Comparative acceptability of combined and progestin-only injectable contraceptives in Kenya. *Contraception*. 2005;72(2):138-45.
28. Garza-Flores J. Cyclofem®/Cyclo-Provera™: Emerging countries' perspective. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1998;62:S31-S6