

# بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و رفتار زنان شهری ۱۵ تا ۴۹ ساله چابهار در مورد حاملگی ناخواسته

خیرمحمد جدگال<sup>۱</sup>، هادی عزیزاده سیوکی<sup>۲\*</sup>، ایرج ضاربان<sup>۳</sup>، فاطمه رخشانی<sup>۴</sup>، بهروز لطفی ماین بلاغ<sup>۵</sup>، الهام حاجیلو<sup>۶</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** تقریباً تمام زنان در معرض خطر بارداری ناخواسته می باشند و کاهش بارداری های ناخواسته یکی از اولویت های کاری کارکنان بهداشتی است. مطالعه حاضر به منظور تعیین تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و رفتار در زنان شهری دارای بارداری پرخطر قبلی در شهرستان چابهار به اجرا درآمد.

**روش بررسی:** این مطالعه مداخله ای شاهددار در سال ۱۳۹۱ بر روی ۹۴ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهر دار شهر چابهار انجام شد. نمونه گیری به روش تصادفی چند مرحله ای بود. ابزار گردآوری پرسشنامه بود که پس از تایید روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت. آموزش، بصورت برگزاری دو جلسه بحث گروهی و پرسش و پاسخ و با استفاده از پاورپوینت ارائه گردید. یک ماه بعد مجدداً همان پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها تکمیل شدند. تفاوت بین متغیرها در دو گروه، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با آزمون های Pried T-test، آمستقل و کای اسکورمورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج یافته ها نشان داد که استناد به آزمون آماری کای اسکوربین دو گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات دموگرافیک اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). بعد از مداخله، در گروه مورد نمره آگاهی، نگرش و رفتار نمونه ها بطور معنی داری نسبت به قبل از مداخله افزایش یافت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** برنامه آموزش بهداشت طراحی شده تاثیر مثبتی بر آگاهی، نگرش و در نهایت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در گروه مداخله داشت و می تواند نقش موثری در کاهش بارداری ناخواسته داشته باشد.

**کلید واژه ها:** آموزش؛ آگاهی؛ نگرش؛ رفتار؛ حاملگی ناخواسته

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، شبکه بهداشت و درمان چابهار، چابهار، ایران  
۲- \*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران  
تلفن: ۰۵۳۱-۲۲۴۲۰۳۸

پست الکترونیکی:

halizaeh1@yahoo.com

۳- استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده بهداشت، زاهدان، ایران  
۴- معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده بهداشت، زاهدان، ایران  
۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده بهداشت، زاهدان، ایران  
۶- کارشناس بهداشت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، شبکه بهداشت و درمان چابهار، چابهار، ایران

فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دوره اول، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲

**مقدمه**

برنامه ریزی برای بارداری و داشتن بارداری هدفمند یک شاخص مهم در بالا بردن سلامتی مادر و نوزاد است. بارداری ناخواسته با افزایش هزینه های مالی، اجتماعی، روانی و پزشکی مادر، خانواده و جامعه همراه است (۱). هر سال ۲۱۰ میلیون حاملگی در جهان رخ می دهد که ۳۸ درصد آنها ناخواسته است و از میان آنها ۲۲ درصد به سقط ختم میشود (۲). در هر ۳ دقیقه یک زن به علت عوارض سقط عمدی جان خود را از دست میدهد و ۱۳ درصد مرگ مادران در دنیا بعلت عوارض سقط است که ۹۹ درصد مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. در حالی که ۲۵ درصد مرگ مادران با پیشگیری از حاملگی ناخواسته و عوارض آن قابل کنترل است (۳). در ایران نیز علیرغم تلاش های انجام گرفته در این زمینه و پوشش وسیع تنظیم خانواده، بارداری ناخواسته یکی از مشکلات شایع می باشد (۴). به طور کلی حاملگی های ناخواسته به دو دلیل ایجاد می شود: ۱- عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری به علل مختلف از قبیل: عدم دسترسی به این وسایل، اعتقادات فردی یا مذهبی، عدم آگاهی درباره نقش روش های پیشگیری از بارداری، محدودیت های مالی، مخالفت اعضای خانواده و نگرانی های مربوط به تأثیر این روش ها بر باروری در آینده و یا محدودیت های دیگری که برای زنان جهت تصمیم گیری در مورد استفاده از روش ها وجود دارد ۲- مؤثر نبودن صد درصدی روش های پیشگیری از بارداری. تخمین زده شده است که در جهان سالانه حدود ۸ تا ۳۰ میلیون حاملگی به علت نقص روش های پیشگیری یا عدم استفاده صحیح و سهل انگاری در هنگام استفاده از این روش ها اتفاق می افتد (۵،۶).

محققین معتقدند که بارداری ناخواسته برای زنان مخرب بوده و ادامه رفتارهای پر خطر و مضر برای سلامتی جنین نظیر مصرف دخانیات، الکل و داروهای غیر قانونی در این نوع بارداری ها بیشتر و میزان دریافت ویتامین ها و مواد مغذی،

شاخص های مراقبت نوزادان و شیردهی مادر، کمتر و میزان استرس و افسردگی نیز در آنها بیشتر است (۷ و ۸). مطالعه هرومی فیلدر<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد که مادران با بارداری ناخواسته شیردهی به فرزند خود موفقیت کمتری داشته، در تعامل اجتماعی ناموفق تر بوده و عزت نفس کمتری دارند (۹).

مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان تاثیر برنامه آموزش بر آگاهی، نگرش و رفتار زنان شهری دارای بارداری پرخطر قبلی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان چابهار در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

**روش بررسی**

این مطالعه مداخله ای شاهددار بر روی ۹۴ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهر دار شهری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان چابهار در سال ۱۳۹۱ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه باردار نبودن در هنگام مطالعه، دارای بارداری پرخطر قبلی، عدم شیردهی به نوزاد در هنگام مطالعه و نداشتن روش پیشگیری از بارداری مطمئن بود. در این مطالعه حجم نمونه مورد نیاز با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و برآوردی از انحراف معیار نمره آگاهی که حداکثر ۱۶/۷ نمره و در نظر گرفتن نمره ۱۰ برای حداقل تفاوت تغییر میانگین نمره بین هر یک از دو گروه که اختلاف معنی داری را نشان دهد و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها، حداقل ۴۵ نفر در هر گروه تعیین شد (مجموعاً ۹۰ نفر) که با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش احتمالی در نهایت ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر در هر گروه) محاسبه شد (۱۰). که در طول مطالعه ۱ نفر از گروه آزمون و ۵ نفر از گروه شاهد از مطالعه خارج شدند و آنالیز نهایی روی ۹۴ نفر انجام شد. محیط پژوهش در این مطالعه مراکز بهداشتی درمانی شهر چابهار و نمونه گیری به روش چند مرحله ای انجام شد بدین ترتیب که در مرحله اول از بین مراکز بهداشتی درمانی شهری که از لحاظ عوامل تاثیرگذار اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی همگون بودند، ۲ مرکز به روش تصادفی انتخاب و با تخصیص تصادفی، این دو

پرسشنامه نگرش  $T=20/86$  و پایایی پرسشنامه رفتارهای پیشگیری کننده  $T=20/85$  تعیین شد.

اهداف آموزشی مناسب با توجه به نتایج بدست آمده از پیش آزمون طی ۲ جلسه آموزشی یک ساعته و در طول ۲ هفته برای گروه آزمون اجرا شد. روش های مورد استفاده در آموزش شامل بحث گروهی و پرسش و پاسخ بود که برای کمک به درک مناسب مطالب توسط مادران و پیشگیری از برداشت نادرست مطالب و همچنین درگیری حس بینایی مادران در یادگیری از دیگر ابزار و وسایل کمک آموزشی مانند پاورپوینت و وایت برد استفاده شد.

جلسه اول شامل آشنایی با روش های تنظیم خانواده و افزایش آگاهی مادران در زمینه فرآیند بارداری ناخواسته و جلسه دوم شامل ارائه محتوای آموزشی در جهت تغییر نگرش و در نهایت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته بود.

۱ ماه بعد از مداخله آموزشی، پس آزمون برگزار شد. در این مطالعه آزادی افراد در خروج از مطالعه در هر مرحله، بی نام بودن پرسشنامه ها و اجرای برنامه آموزشی برای گروه کنترل پس از برگزاری پس آزمون به عنوان ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده بود.

### یافته ها

در این مطالعه ۹۴ زن متاهل شهر چابهار در سنین ۴۹-۱۵ سالدر مطالعه شرکت کردند (۴۹ نفر در گروه مورد و ۴۵ نفر در گروه کنترل). بیشتر افراد مورد بررسی در گروه سنی ۳۰-۲۵ سال قرار داشتند (گروه مداخله ۳۲.۷٪ و گروه شاهد ۳۵.۶٪). سن موقع ازدواج اکثر افراد مورد و شاهد ۲۰-۱۵ سال بود (گروه مداخله ۴۴.۹٪ و گروه شاهد ۵۳.۳٪). از نظر تعداد فرزندان بیشتر افراد مورد بررسی بین یک تا پنج فرزند داشتند (گروه مورد ۹۱.۸٪ و گروه شاهد ۹۰.۹٪). سن اولین فرزند بیشتر افراد مورد مداخله آموزش و شاهد بین ۵-۱ سال بود (گروه شاهد ۵۷.۱٪ و گروه مورد ۵۹.۱٪). ۳۴.۷٪ افراد در گروه مداخله تحصیلات دبیرستان داشتند و در گروه شاهد ۲۸.۹٪ افراد تحصیلات دانشگاهی داشتند. به طور کلی بیشتر

مرکز به مرکز آزمون و کنترل تقسیم شدند. سپس در مرحله بعد با استناد به دفاتر و پرونده های فعال بهداشت خانواده و مامایی این مراکز، فهرست زنان دارای معیارهای ورود به مطالعه تهیه و سپس به هر یک از اعضاء شماره مشخصی داده شد، در مرحله آخر به روش قرعه کشی تعداد نمونه مورد نیاز برای مطالعه انتخاب و با کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند که یکسان سازی از نظر کلیه فاکتورها (شامل: سن، سطح سواد، سن موقع ازدواج، وضعیت شغلی، وضعیت ملکیت واحد مسکونی، تعداد فرزندان و ...) انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که در ۶ بخش طراحی شد. بخش اول شامل ۱۱ سوال مربوط به اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم شامل ۹ سوال مربوط به آگاهی در مورد بارداری ناخواسته و تنظیم خانواده، بخش سوم شامل ۹ سوال مربوط به نگرش و بخش چهارم ۵ سوال مربوط به رفتار بود.

نحوه امتیازدهی به پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۲، جواب نمی دانم امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر، در قسمت نگرش نیز دامنه امتیاز بین ۰ تا ۴ متغیر بود، به طوری که به جواب کاملاً مخالف امتیاز صفر، مخالف ۱، نظری ندارم ۲، موافقم ۳ و کاملاً موافقم ۴ امتیاز تعلق گرفت و در قسمت رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته دامنه امتیاز بین ۱ تا ۳ بود به طوری که به جواب هرگز امتیاز صفر، گاهی اوقات امتیاز ۲ و همیشه جواب ۳ تعلق گرفت.

اعتبار علمی پرسشنامه، به روش اعتبار صوری و محتوایی و با استفاده از پانل<sup>۱</sup> متخصصان سنجیده شد. بدین منظور ابزار طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین علوم بهداشتی و مامایی قرار داده شد و پیشنهادات و نظرات اصلاحی آنها اعمال شد. برای سنجش اعتماد علمی پرسشنامه آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته، از روش آزمون-آزمون مجدد به فاصله ۱۰ روز استفاده شد. پایایی پرسشنامه آگاهی  $T=20/87$ ، پایایی

دموگرافیک (سن، سن موقع ازدواج، تعداد فرزندان، سن اولین فرزند، میزان تحصیلات، شغل، میانگین درآمد، وضعیت مالکیت، سن شوهر، تحصیلات شوهر، شغل شوهر و میانگین درآمد شوهر) اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

تغییرات میانگین نمرات آگاهی زنان مورد مداخله شهر چابهار نسبت به حاملگی ناخواسته قبل و بعد از مداخله در جدول شماره ۱ آمده است. با توجه به نتایج به این جدول و با استناد به آزمون آماری تی مستقل، بین تغییرات میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P > 0/05$ ).

افراد مورد بررسی خانه دار بودند (گروه مداخله ۸۵.۴٪ و گروه شاهد ۸۳.۷٪). میانگین درآمد اکثر افراد مورد مطالعه کمتر از ۲۵۰ هزار تومان بود (گروه مداخله ۸۷.۲٪ و گروه کنترل ۸۱.۸٪). به طور کلی ۴۸.۴٪ افراد شرکت کننده در مطالعه منزل شخصی داشتند. سن ۳۷.۲٪ شوهران افراد مورد مطالعه بین ۳۵-۳۰ سال بود. به طور کلی تحصیلات ۳۲٪ شوهران افراد مورد مطالعه دبیرستان بود. ۸۸٪ شوهران افراد مورد مطالعه شاغل بودند. به طور کلی میانگین درآمد ۵۳.۵٪ شوهران افراد مورد مطالعه بین ۵۰۰-۲۵۰ هزار تومان بود. با استناد به آزمون آماری کای اسکوتر، بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات

جدول ۱: مقایسه تغییرات میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

گروه	قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار	مقایسه میانگین تغییرات	آزمون t زوج
مداخله	۴/۱۴ ± ۱/۹۲	۵/۶۳ ± ۱/۸۱	df=۹۲	t=۸/۰۶ df=۴۸ P_Value < 0/001
شاهد	۳/۹۷ ± ۱/۷۷	۴/۰۶ ± ۱/۶۵	df=۹۲	t=۱/۲۷ df=۴۴ P_Value = 0/۲۰۹
آزمون t مستقل	t=۰/۴۳ df=۹۲ P_Value = 0/۶۶۸	t=۴/۳۶ df=۹۲ P_Value < 0/001		

مستقل بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی داری در میانگین نمره نگرش وجود نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی، تفاوت معنی داری در میانگین نمره نگرش در گروه آزمون و کنترل مشاهده شد ( $p < 0/001$ ).

جدول شماره ۲ مقایسه میانگین نمره نگرش در رابطه با بارداری ناخواسته در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی را نشان می دهد. همانطور که از نتایج این جدول مشخص می شود با استناد به آزمون آماری تی

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره نگرش در رابطه با بارداری ناخواسته در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر	گروه آزمون	گروه کنترل	سطح معنی داری*
قبل از مداخله	۱۸/۳۴ ± ۵/۹۸	۱۶/۳۱ ± ۳/۳۲	0/047
بعد از مداخله	۲۳/۱۰ ± ۴/۷۶	۱۶/۲۸ ± ۳/۳۲	< 0/001
سطح معنی داری**	< 0/001	0/785	

\*\*آزمون تی زوج

\*\*آزمون تی مستقل

هم چنین تغییرات میانگین نمرات رفتار زنان نسبت به حاملگی ناخواسته قبل و بعد از مداخله، در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: مقایسه تغییرات میانگین و انحراف معیار نمره رفتار قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

گروه	قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار	مقایسه تغییرات	آزمون t زوج
مداخله	۷/۱۸±۱/۸۳	۸/۶۷±۲/۲۰	df=۹۲	t=-۵/۱۰ df=۴۸ P_Value<۰/۰۰۱
شاهد	۷/۸۲±۱/۶۸	۷/۸۴±۱/۶۹	df=۹۲	t=-۱/۰۰ df=۴۴ P_Value=۰/۳۲۳
آزمون t مستقل	t=-۱/۷۵ df=۹۲ P_Value=۰/۰۸۳	t=۲/۰۳ df=۹۲ P_Value=۰/۰۴۵		

هم چنین نتایج مطالعه کربی<sup>۵</sup> و همکاران که بر روی دانش آموزان لس آنجلس انجام شدند نشان داد که افزایش آگاهی در پیشگیری از ایدز و بارداری موثر است (۱۳).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره نگرشبه طور معنی داری از ۱۸/۳۴ به ۲۳/۱۰ افزایش یافت و نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی در این راستا بوده است. این یافته ها با نتایج مطالعه غفاری (۱۴) اسدپور (۱۵) و وای و همکاران (۱۶) همخوانی داشت.

در این مطالعه رفتار به طور معنی داری پس از آموزش ارتقا یافت به طوری که میانگین تغییر نمره رفتار زنان در گروه مداخله از ۷/۱۸ به ۸/۶۷ افزایش یافت ولی در گروه شاهد تغییر محسوسی در رفتار زنان مورد مطالعه ایجاد نشد. افزایش نمره رفتار در مطالعات مداخله ای مختلف مشاهده شده است به عنوان مثال، مطالعه رضانخانی (۱۷) و مطالعه کمالی (۱۸) یافته های مذکور را تایید می کنند.

برنامه آموزش بهداشت طراحی شده تاثیر مثبتی در افزایش آگاهی، نگرش و در نهایت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در گروه مداخله داشت و می تواند نقش موثری در کاهش بارداری ناخواسته داشته باشد.

با توجه به نتایج گزارش شده در این جدول و همچنین بر اساس آزمون آماری تی مستقل، بین میانگین تغییرات نمره رفتار قبل و بعد از مداخله در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P \leq 0/05$ ).

#### بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، اجرای برنامه آموزشی در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته موثر بود، بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری از نظر میانگین نمره آگاهی قبل از مداخله وجود نداشت. پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معنی داری نشان نداد ولی میانگین نمرات در گروه مورد به طور معنی داری افزایش یافت که بیانگر تاثیر مداخله آموزشی می باشد. مطالعات مختلف موید تاثیر افزایش نمره آگاهی بعد از مداخله آموزشی می باشد به عنوان مثال یافته های مطالعات پارک<sup>۳</sup> و توین<sup>۴</sup> نشان داد که آموزش تاثیر مناسبی در افزایش سطح آگاهی زنان گروه مداخله نسبت به گروه شاهد در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم داشته است (۱۱ و ۱۲).

3Park  
4Twinn

**نتیجه گیری**

درمانی، زوجین سنین باروری را به کاربرد روشهای مطمئنپیشگیری از بارداری ترغیب نمایند.

**تشکر و قدردانی**

بدینوسیله از جناب آقای دکتر نظری ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان چابهار، همکاران محترم در مراکز بهداشتی درمانی شهری دو و گلشهر و مادران گرامی که در اجرای مراحل مختلف این طرح همکاری صمیمانه داشته اند تشکر و قدردانی می شود.

با توجه به اینکه این مطالعه تنها در بین زنان شهری چابهار انجام شده بود، نتایج آن مستقیماً قابل تعمیم به کل جامعه نمی باشد ولی قابل تصور است که مطالعات مشابه در بین زنان روستایی نیز نتایج تقریباً مشابهی را به همراه داشته باشند. پیشنهاد می شود آموزشها در جهت افزایش آگاهی و تغییر نگرش جامعه در معرض خطر به استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری معطوف شود و پرسنل بهداشتی

**References:**

1. Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. *Womens Health Issues* 2009 Sep-Oct;19(5):12-306
2. KarimiAllahM, AmaniF, tazkariz. Factors associated with spontaneous abortion among women in Ardabil-a case control study. *Arums*;2010:20-23 [In Persian].
3. Zamani F, EftekharaArdebili H, Bashardost N, MarashiT, Naghibi A. The behavior of women confronted with unwanted pregnancies. *Journal of school of public health and institute of public health research*2004;2(2):55-62[In Persian].
4. Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M. Women's experiences of unwanted pregnancy. *Behbood* 2012;15(6):492-503 [In Persian].
5. SanaieNasabH, RashidjahanH, TavakoliR, tava koliHR, AminshokraviF. Corrolates of unwanted pregnancy among pregnant women attending medical and health centers in Semnan, Iran. *Hayat*;2009:15(2):81-86[In Persian].
6. Jahanfar S, RamazaniTehrani F, Sadat HashemiM. The prevalence of unwanted pregnancy and it's effective factors in 10 cities Iran. *TUMJ*; 2002:60(4):334-340[In Persian].
7. Dwyer JM, Jackson T. Unwanted pregnancy, mental health and abortion: untangling the Evidence. *Aust New Zealand Health Policy* 2008 Apr 29;5:2
8. Messer LC, Dole N, Kaufman JS, Savitz DA. Pregnancy intendedness and maternal psychosocial factors and preterm birth. *Matern Child Health J* 2005 Dec;9(4):12-403
9. Hromi Fielder AJ, Perez Escamilla R. Unintended pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding: an analysis of 18 Demographic and Health Surveys. *Public Health Nutr* 2006 May;9(3):12-306
10. Karimy M, Gallali M, Niknami SH, Aminshokravi F, Tavafian SS. The effect of health education based on health belief model on performance of Pap smear test among women referring to health care centers in Zarandieh. *Journal of Jahrom University Mediccal Sciences* 2012;10(1):47-53[In Persian].
11. Park S, Chang S, Chung C. Effects of acognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public Health Nurs* 2005; 2(4):289-298
12. Twinn SF, Holroyd E, Fabrizio C, Moore A, Dickinson JA. Increasing knowledge about and uptake of cervical cancer screening in Hongkong Chinese women over 40 years. *Hong Kong Medical Journal* 2007; 13(2):16-20
13. Kirby D, Korpi M, Adivi C, Weissman J. An impact evaluation of project SNAPP: an AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS EducPrev* 1998 Feb;9(1 Suppl):44-61

14. Ghafari M. Comparing the efficacy of health belief model and it's integrated model in AIDS education among male high school students in Tehran. Heydarnia AR. Thesis for Doctorate in Health Education. Tehran: TarbiatModares University; 2007: 95-187 [In Persian].
15. Asadpour M. Promotion and maintenance of preventive behaviors from HIV, HBV and HCV infections in health care worker with using constructs of health belief model in Precede-Proceed model. Heydarnia AR. Thesis for Doctorate in Health Education. Tehran: TarbiatModares University; 2009 [In Persian].
16. Wai CT, Wong ML, Ng S, Cheok A, Tan MH, Chua W, Mak B, et al. Utility of Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 May; 21(10): 62-1255.
17. Ramazankhani A, Measuring the impact of health education Based On HBM Model On Knowledge And Preventive behaviors of smoking. Heydarnia AR. Thesis for Doctorate in Health Education. TarbiatModares University. Sept 2008: p22 [In Persian].
18. Kamali M. The Effect of Health Belief Model On Student Body Status. Heydarnia AR. Thesis for Doctorate in Health Education. TarbiatModares University. Sept 2008: p36 [In Persian].