

# بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین بر اساس مدل باور بهداشتی

ماندانا میرمحمدعلی<sup>۱</sup>، مریم مدرس<sup>۱</sup>، عباس مهران<sup>۲</sup>، محجوبه اشتری ماهینی<sup>۳</sup>  
<sup>۱</sup> مربی مامایی<sup>۲</sup> کارشناس ارشد آمار<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران دوره ۱۱ شماره ۴-۳ پاییز و زمستان ۱۳۸۴ صص ۹۶-۸۹

## چکیده

زمینه و هدف: ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری، از اهداف مهم برنامه‌های بهداشتی است. با وجود تلاش‌هایی که در این جهت صورت گرفته، بیماری‌های مقاربتی، هنوز از معضلات بهداشتی جامعه امروزی می‌باشد. برای پیشگیری می‌توان با انجام اقدامات آموزشی خطر انتشار این بیماری‌ها را محدود نمود که در این راستا آموزش بهداشت بر اساس مدل‌های آرایه شده از جمله مدل باور بهداشتی، نقش کلیدی دارد.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی به صورت مورد - شاهدهی در مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نمونه به شکل تصادفی ساده و شامل ۳۰ زوج در هر گروه بود. زوجین گروه مداخله طی دو جلسه نیم ساعته، بر اساس مدل باور بهداشتی آموزش داده شدند و زوجین گروه شاهد در کلاس‌های عادی و مشاوره قبل از ازدواج شرکت داشتند. اطلاعات طی ۲ مرحله قبل از آموزش و ۴ ماه بعد از آموزش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. سپس توسط نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که قبل از آموزش دو گروه از نظر مشخصات فردی و عوامل تشکیل‌دهنده مدل باور بهداشتی (حساسیت و شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی، موانع و منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی) همگن بودند. مقایسه ۲ گروه مداخله و شاهد بعد از آموزش مؤید اختلاف معناداری از نظر ارتباط بین مؤلفه‌های حساسیت و شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی، منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی ( $p < 0/0001$ )، موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی ( $p = 0/002$ ) با عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی ( $p < 0/009$ )، بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاکی از آن است که آموزش از طریق مدل باور بهداشتی در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی مؤثر می‌باشد. بنابراین می‌توان توصیه نمود از این مدل در زمینه آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به جوانان و سایر افراد جامعه استفاده گردد.

<sup>۱</sup> نویسنده مسؤول مقاله: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: mirmohamad1@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: آموزش، مدل باور بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

- دریافت مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۳ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۴

## مقدمه

بهداشت صورت گرفته است، بیماری‌های مقاربتی هنوز یکی از معضلات جامعه امروز می‌باشد. هر چه در قرن بیست و یکم پیش می‌رویم، تعداد مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی

ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری، از اهداف مهم سیستم‌های بهداشتی است. (۱) با وجود تلاش‌هایی که در جهت ارتقای سلامتی و

مؤثرترین راه کاهش عواقب ناگوار این عفونت‌ها برای زنان و جامعه می‌باشد. (۱۰)

سالانه افزون بر هشت بلیون دلار صرف تشخیص و درمان بیماری‌های مقاربتی و عوارض ناشی از آن می‌شود. (۱۱) پیشگیری اولیه از طریق فعالیت‌های ارتقای سلامتی مثل آموزش بهداشت و اقدامات حفاظتی مثل ایمن‌سازی انجام می‌شود. (۱۲) در حال حاضر به جز واکسن هپاتیت ب، هیچ واکسن دیگری برای پیشگیری از این بیماری‌ها وجود ندارد. (۱۳) لذا آموزش بهداشت یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله‌ای جهت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی است و چنانچه این آموزش با استفاده از تئوری‌ها یا مدل‌های آموزشی انجام شود، احتمال موفقیت بیشتر است. (۱۲) بر اساس مطالعات انجام شده یکی از مؤثرترین مدل‌هایی که در برنامه‌های آموزش بهداشت جهت پیشگیری از بیماری‌ها مورد استفاده قرار گرفته مدل باور بهداشتی بوده است. (۱۴) مدل باور بهداشتی Rosenstoch, Becker و Maiman عمدتاً بر پیشگیری از وقوع بیماری‌ها متمرکز گردیده و ارتباط بین باورها و عقاید بهداشتی فرد با رفتارهای وی را نشان می‌دهد. اولین جزء این مدل درک فرد از استعداد ابتلا به یک بیماری می‌باشد. جزء دوم آن درک فرد از جدی بودن بیماری است. سومین جزء مدل، منافع درک شده یا درک فرد از منافع و کارآیی رفتار توصیه شده تلقی می‌گردد. جزء چهارم، موانع درک شده یا درک فرد از موانع موجود بر سر راه انجام رفتار توصیه شده می‌باشد. پس از تجزیه و تحلیل ادراکات مزبور، فرد در مورد اجرای رفتار توصیه شده تصمیم‌گیری می‌نماید. (۱۵)

و ایدز نیز افزایش می‌یابد. (۲) سالانه بیش از ۴۰۰ میلیون نفر از بالغین به یکی از بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند، که چهار عفونت تریکومونازیس، کلامیدیا، سیفلیس و گنوره در رأس آنهاست. (۳) روزانه در حدود شانزده هزار نفر (تقریباً سالانه شش میلیون نفر) به ویروس ایدز مبتلا می‌شوند. (۴) متجاوز از نیمی از عفونت‌های هپاتیت B از طریق جنسی منتقل می‌شود (۵) و قابلیت انتقال هپاتیت B صد مرتبه بیشتر از ویروس ایدز است. (۶) طبق گزارش وزارت بهداشت و درمان ایران، تعداد مبتلایان به ایدز از ۶۴ مورد در سال ۱۳۷۰ به ۱۵۰۴ مورد در سال ۱۳۸۰ رسیده است که موارد مبتلا به HIV و ایدز تا تاریخ اول فروردین ماه ۱۳۸۵ به ۱۳۰۴۰ مورد رسیده است که از این تعداد ۱۲۳۳۶ مورد مرد و ۷۰۴ مورد زن بوده است (کلیه این موارد توسط روش فلوسایتومتری تشخیص داده شده است) (۷) و تعداد مبتلایان به دیگر بیماری‌های مقاربتی که در سال ۱۳۷۵، ۱۹۰۴۴ نفر بوده، در سال ۱۳۸۰، به ۷۰۱۱۰۳ نفر افزایش یافته است. (۸)

زنان به نسبت بیشتری تحت تأثیر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌گیرند، عوارض وخیم شامل بیماری‌های التهابی لگن، نازایی، حاملگی خارج رحمی، سرطان دستگاه تناسلی و حاملگی با پیامدهای منفی می‌باشد. درمان کامل در مبتلایان ممکن است به علل گوناگونی مثل عدم دسترسی به مراکز درمانی، پرهزینه بودن آزمایشات و داروهای مربوطه و یا ترس زنان از معاینات لگنی، انجام نشود. (۹) بنابراین پیشگیری اولیه از عفونت‌های مقاربتی

مقاربتی در زوجین بر اساس مدل باور بهداشتی انجام شده است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی به صورت مورد - شاهدهی در مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ انجام شد. نمونه عبارت بود از ۳۰ زوج (۶۰ نفر) که به طور تصادفی در هر گروه قرار داشت. داده‌ها توسط پرسشنامه‌ای که حاوی اطلاعاتی در مورد مشخصات فردی، اجزاء مدل باور بهداشتی و عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی بود، گردآوری گردید. بخش سنجش مدل باور بهداشتی شامل سؤالاتی می‌شد که آگاهی فرد را در هر جزء مدل مورد بررسی قرار می‌داد. به هر پاسخ صحیح یک امتیاز تعلق می‌گرفت و نهایتاً بر اساس مجموع امتیازات آگاهی واحدها در هر جزء مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری از روش روایی محتوا با بهره‌گیری از کتب مرجع و اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران و نیز برای تعیین پایایی آن از روش دو نیمه کردن استفاده شد. کلیه شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش رضایت خود را اعلام نمودند. پرسشنامه بی‌نام بوده و توسط واحدهای پژوهش طی دو مرحله قبل و ۴ ماه بعد از آموزش تکمیل شد. پس از آزمون اولیه، زوجین گروه شاهد در کلاس‌های عادی مشاوره قبل از ازدواج، شرکت کردند و زوجین گروه مداخله به جای این کلاس‌ها، طی دو جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، بر اساس مدل باور بهداشتی

الگوی باور بهداشتی این گونه می‌پندارد که مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها، عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند، خطر تهدیدکننده آنها بسیار جدی است، تغییر رفتار در جهت رفع موانع موجود برای آنها منافع زیادی دارد. در این شرایط است که مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالاً مؤثر واقع می‌شود. (۱۴) طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰، انجام مشاوره و آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشتی از جمله مسایل جنسی و بیماری‌های مقاربتی یکی از وظایف مهم ماماها در نظر گرفته شده است. (۱۶) بنابراین ماماها می‌توانند در فعالیتهای ارتقای سلامتی فعالانه شرکت کنند و نقش مؤثری در پذیرش دستورات بهداشتی داشته باشند. (۱۷)

با توجه به اولویت پیشگیری اولیه (پیشگیری قبل از ایجاد عامل خطر در کشور یا گروه‌های جمعیتی که هنوز عوامل خطر در آنها بروز نکرده است) (۱۸)، به نظر می‌رسد یکی از بهترین گروه‌هایی که می‌توان فعالیتهای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی را از آنان شروع کرد زوجینی هستند که جهت مشاوره قبل از ازدواج مراجعه می‌کنند چرا که با توجه به فرهنگ جامعه ما اکثر جوانان تا رسیدن به زمان ازدواج، آموزش‌های جامع و صحیحی در زمینه پیشگیری از این بیماری‌ها از طریق والدین و مدارس دریافت نکرده‌اند و اطلاعات آنان کافی نمی‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های

تغییرات هر گروه در مقایسه با زمان قبل از آموزش نتیجه آزمون حاکی از آن است که در گروه مداخله ( $p < 0/0001$ ) و در گروه شاهد ( $p = 0/011$ ) اختلاف معناداری بین شدت درک شده قبل و بعد از آموزش وجود دارد. همچنین مقایسه دو گروه بعد از آموزش ( $p < 0/0001$ ) اختلاف معناداری را بین دو گروه از نظر شدت درک شده نشان داد (جدول شماره ۱).

نتایج یافته‌ها در مورد منافع درک شده قبل از آموزش بیانگر عدم وجود اختلاف معنادار ( $p = 0/391$ ) بین دو گروه مداخله و شاهد بود. پس از آموزش به روش مدل باور بهداشتی در گروه مداخله ( $p = 0/001$ ) اختلاف معنادار نسبت به قبل از آموزش به وجود آمد. ولی آموزش سنتی در گروه شاهد نتوانست اختلاف معناداری را ( $p = 0/419$ ) به وجود آورد. همچنین مقایسه تغییرات نمرات میانگین منافع درک شده گروه مداخله و شاهد بعد از آموزش ( $p < 0/0001$ ) اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان داد (جدول شماره ۱).

یافته‌ها در زمینه بررسی موانع درک شده قبل از آموزش در دو گروه ( $p = 0/253$ ) اختلاف معناداری را بین گروه مداخله و شاهد اثبات نکرد. در گروه شاهد که به روش سنتی آموزش دیده بودند تغییر معناداری در زمینه موانع درک شده ( $p = 0/119$ ) به وجود نیامد ولی در گروه مداخله ( $p < 0/0001$ ) چنین نمود که آموزش با استفاده از این مدل سودمند بوده و باعث ایجاد تغییر معنادار شده است گروه‌های مداخله و شاهد پس از آموزش ( $p = 0/002$ ) با یکدیگر نیز اختلاف معناداری را نشان دادند (جدول شماره ۱).

به روش انفرادی و گروهی آموزش داده شدند و در نهایت اطلاعاتی نیز به صورت پمفلت در اختیار آنان قرار گرفت.

در پایان کلاس‌ها پاکت حاوی پرسشنامه کامل که آدرس گیرنده و تمبر داشت، در اختیار آنان قرار داده شد و از ایشان درخواست گردید تا چهار ماه بعد آن را تکمیل و پُست نمایند. در صورت عدم عودت پرسشنامه‌ها پژوهشگر شخصاً به منازل آنها مراجعه و پرسشنامه تکمیل شده را دریافت کرده است. سپس اطلاعات به دست آمده در هر مرحله با استفاده از نرم‌افزار SPSS (version 11) و با به‌کارگیری آزمون مجذور کای، تی مستقل و تی زوج تجزیه و تحلیل گردید.

## یافته‌ها

نتایج آزمون مجذور کای ( $p = 0/05$ ) دال بر وجود اختلاف معنادار بین گروه‌های مداخله و شاهد از نظر حساسیت درک شده نسبت به بیماری مقاربتی است. جهت تغییرات در هر گروه در مقایسه با زمان قبل از آموزش، نتیجه آزمون تی زوج، هم در گروه مداخله هم در گروه شاهد ( $p < 0/0001$ ) اختلاف معناداری بین حساسیت درک شده قبل و بعد از آموزش در دو گروه نشان داد ولی میانگین نمرات گروه مداخله با آموزش به روش مدل باور بهداشتی، بالاتر از گروه شاهد بود که به روش سنتی آموزش داده می‌شدند که میزان اختلاف آن معنادار بود ( $p < 0/0001$ ) (جدول شماره ۱).

نتایج بررسی در مورد شدت درک شده قبل از آموزش مؤید همگن بودن دو گروه از لحاظ اطلاعات ( $p = 0/126$ ) است. جهت تعیین

نکته دیگر مورد بررسی در این پژوهش، مؤید وجود اختلاف معنادار ( $p=0/009$ ) بین عملکرد دو گروه پس از آموزش بود که نتایج آنها است (جدول شماره ۲).

**جدول شماره ۱-** تغییر نمرات به دست آمده از اجزاء: حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده مدل باور بهداشتی نسبت به بیماری‌های مقاربتی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	شاهد		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$\chi^2=1/195$ $p=0/550$	۹/۰۱۷	۴۲/۷۷	۹/۲۰۶	۴۵/۰۲	قبل از آموزش
$t=4/760$ $p<0/0001$	۹/۳۶۸	۵۰/۱۰	۸/۵۱۶	۵۷/۶۸	بعد از آموزش
	paired $t=-4/753$ $p<0/0001$		paired $t=-9/232$ $p<0/0001$		نتیجه آزمون paired t
$\chi^2=4/143$ $p=0/126$	۱۰/۲۲۳	۵۱/۴۰	۱۰/۰۵۷	۵۵/۸	قبل از آموزش
$t=5/099$ $p<0/0001$	۹/۴۳۷	۵۵/۳۸	۹/۲۸۸	۶۴/۱۰	بعد از آموزش
	paired $t=-2/73$ $p=0/011$		paired $t=-4/36$ $p<0/0001$		نتیجه آزمون paired t
$\chi^2=1/877$ $p=0/391$	۷/۲۸۸	۴۲/۰	۷/۹۴۶	۴۲/۵۵	قبل از آموزش
$t=3/748$ $p<0/0001$	۵/۹۳۲	۴۲/۷۲	۵/۱۹۹	۴۶/۵۳	بعد از آموزش
	paired $t=-0/813$ $p=0/419$		paired $t=-2/347$ $p=0/001$		نتیجه آزمون paired t
$\chi^2=2/747$ $p=0/253$	۷/۴۲۷	۳۴/۸	۷/۸۲۹	۳۲/۷۸	قبل از آموزش
$t=3/217$ $p<0/002$	۴/۹۱۶	۳۶/۶۳	۶/۶۴۶	۴۰/۰۷	بعد از آموزش
	paired $t=-1/582$ $p=0/119$		paired $t=-5/624$ $p<0/0001$		نتیجه آزمون paired t

**جدول شماره ۲-** مقایسه عملکرد دو گروه از زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	شاهد		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$t=2/665$ $p<0/009$	۱۴/۲۰	۸۰/۱۷	۱۵/۱۷۳	۸۷/۳۲	بعد از آموزش

## بحث

نتایج این مطالعه مؤید وجود تفاوت معنادار از نظر حساسیت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی بعد از آموزش در گروه مداخله و شاهد است. هر چند که علاوه بر گروه مداخله، مقایسه نمرات قبل و بعد از آموزش گروه شاهد نیز اختلاف معناداری را بین این دو مرحله، نشان داده است یعنی آموزش حتی بدون استفاده از مدل آموزشی خاصی موجب بالا رفتن آگاهی می‌گردد. با این حال نتیجه تحقیق تحویل‌داری نشان می‌دهد که آموزش از طریق مدل باور بهداشتی، بر حساسیت درک شده از سرطان پستان، مؤثرتر می‌گردد. (۱۹) متأسفانه عده‌ای از مردم معتقدند که آنها بیمار نخواهند شد و چنین تصور می‌کنند که بیماری فقط برای دیگران اتفاق می‌افتد. (۱۷) با این حال یافته‌های این مطالعه نشان داد که می‌توان به جوانان در ارزیابی واقعی‌تر استعداد ابتلای به بیماری‌های مقاربتی کمک کرد.

یافته‌های مطالعه مبنی بر افزایش معنادار شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مداخله بعد از آموزش بیانگر آن است که می‌توان زوجین را در جهت درک خطرات ناشی از بیماری‌های مقاربتی، یاری نمود. عوارض درازمدت بیماری‌های مقاربتی از جمله بیماری‌های التهابی لگن، نازایی و سرطان سرویکس ممکن است در نظر جوانان خیلی اندک و یا خیلی بعید و غیرمحمتمل جلوه کند. بنابراین باید بر ماهیت بدون علامت بیماری‌های مقاربتی و خطر جدی عوارض آن مثل

بیماری‌های التهابی لگن، حاملگی خارج رحمی و نازایی با شدت بیشتری تأکید شود. (۲۰) همچنین یافته‌های بررسی حاضر که بعد از آموزش میزان امتیاز به دست آمده از جزء منافع درک شده از مدل باور بهداشتی در زوجین دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت. پس می‌توان با توضیح کارایی و ارزش رفتارهای توصیه شده برای زوجین آنها را به انجام رفتارهای بهداشتی تشویق نمود.

همچنین با درک بهتر موانع انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده و سعی در رفع این موانع، راه برای انجام اعمال بهداشتی هموارتر خواهد شد. برای کمک به کاهش موانع می‌توان از شیوه پرسش و پاسخ سود جست. یا به آنان فهرستی از موانع عمل را نشان داد، سپس راه برطرف کردن هر یک را بازگو نمود. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره دو آموزش از طریق مدل باور بهداشتی بر عملکرد زوجین گروه مداخله در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی مؤثر بوده است ( $p=0/009$ ). در حالی که برنامه آموزشی مطالعه Tyden و همکاران در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در دانشجویان، با وجود بهبود آگاهی و نگرش بر عملکرد آنان بی‌تأثیر بوده است. (۲۱) مغایرت یافته‌های این مطالعه با یافته‌های Tyden می‌تواند ناشی از نوع برنامه به کار رفته، جامعه و محیط پژوهش متفاوت باشد. به طور کلی می‌توان گفت، مطالعه حاضر می‌تواند آن است که کارکنان بهداشتی، جهت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی باید تلاش بیشتری نموده و سعی کنند با آرایه آموزش‌های جامع و مؤثر، حساسیت، شدت،

منافع و موانع درک شده درباره این بیماری‌ها را تغییر دهند. زیرا این ادراکات از جمله عواملی هستند که می‌توانند در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های مقاربتی، مؤثر واقع گردند.

### نتیجه‌گیری

در مبارزه علیه گسترش افسار گسیخته بیماری‌های مقاربتی به خصوص ایدز، اطلاع‌رسانی ابزار نیرومندی است. در این راستا زوجین جوان به عنوان ستون‌های کانون خانواده، بنیان اصلی آموزش و انتقال اطلاعات به نسل آینده تلقی می‌شوند. بنابراین رایج آموزش مناسب می‌تواند علاوه بر تأثیر بر رفتارهای خود زوجین، از طریق ایشان در اختیار دوستان و آشنایان و دیگر افراد جامعه نیز قرار گرفته و موجب گسترش فرهنگ پیشگیری در جامعه گردد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان بهداشتی جامعه، از طریق تنظیم برنامه‌های آموزشی به خصوص برای

نوجوانان و جوانان داوطلب ازدواج، با استفاده از مدل‌ها و تأکید بر اهمیت پیشگیری از آنها، سعی در بهبود ادراکات و باورهای افراد نموده و در نهایت با تصحیح عملکرد آنها بدین وسیله از گسترش بیماری‌های مقاربتی و عوارض ناشی از آنها در جامعه پیشگیری به عمل آید. همچنین با توجه به کارایی خوب مدل باور بهداشتی، پیشنهاد می‌شود در سایر گروه‌های جامعه مانند دانشجویان و دانش‌آموزان دبیرستانی نیز مورد ارزشیابی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به اجرا در آمد. بدین وسیله از همه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

### References

- 1 - مهاجر تانیا. اصول آموزش به بیمار، راهنمای آموزش به بیمار جهت کلیه اعضای تیم بهداشتی و درمانی، تهران: نشر سالمی، ۱۳۸۰: ۱۰.
- 2 - Williams SS, Norris AE, Bedor MM. Sexual relationships, condom use, and concerns about pregnancy, HIV/ AIDS, and other sexually transmitted diseases. *Clinical Nurse Specialist*. 2003; 17(2): 89-94.
- 3 - Sexually transmitted diseases hamper development efforts. [http://www.gutmacher.org/pubs/ib\\_std.html](http://www.gutmacher.org/pubs/ib_std.html).
- 4 - Chelala C. Egypt, other mideast countries see earliest stage of AIDS epidemic. *Al Jadid Magazine*. 1998; 4(23): 1-4.
- 5 - Centers for disease control and prevention. Tracking the hidden epidemics, 2000: Trends in the United States. Retrieved April 22, 2005 from: <http://www.cdc.gov/nchstp/od/news/RevBrochure1pdfHepatitisB.htm>.
- 6 - Centers for disease control and prevention. Hepatitis B prevention for men who have sex with men. Online Fact Sheet. Updated April 1, 2005, Retrieved April 22, 2005 from: [http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/msm/hbv\\_msm\\_fact.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/msm/hbv_msm_fact.htm).
- 7 - معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آخرین آمار مربوط به عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران، تهران: مرکز مدیریت بیماری‌ها، زمستان ۱۳۸۴.
- 8 - معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آخرین آمار مربوط به عفونت HIV و ایدز در ایران و توزیع اطلاعات کشوری STD، تهران: مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۲.

- 9 - Best K. STD Complication. NETWORK. 2000; 20(3): 9.
- 10 - Donanl LW, Shannon EP, Marilyn JH. Maternal child nursing care. St. Louis: Mosby; 2002. P. 76.
- 11 - Eng TR, Butler WT. Institute of Medical. The hidden epidemic - confronting sexually transmitted disease. Washington DC: National Academy Press; 1997.
- 12 - Edelman CL, Mandel CL (Eds). Health promotion, throughout the lifespan. Philadelphia: Mosby; 2002. P. 16.
- 13 - Best K. Many client need dual protection. NETWORK. 2001; 20(4): 23.
- 14 - Resource center for adolescent pregnancy prevention (Re CAPP); theories & approaches, Health Belief Model; 2004 from: [http:// www.etr.org](http://www.etr.org).
- 15 - Potter PA, Perry AG. Basic Nursing A Critical Thinking Approach. St Louis: Mosby; 2003. P. 3-4.
- ۱۶ - مرکز اداره مامایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرح وظایف ماماها، تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰.
- 17 - Dunkley J. Health promotion in Midwifery practice, A Resource for Health professionals. London: Baillivere Tinelall; 2000. P. 22.
- ۱۸ - پارک جی ای، پارک ک. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی کلیات خدمات بهداشتی، ترجمه حسین شجاعی تهرانی. چاپ چهارم، تهران: انتشارات سماط، ۱۳۷۸: ۸۳.
- ۱۹ - تحویل‌داری سوسن. مطالعه کاربرد و تعدیل مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش خودآزمایی پستان، رساله دکتری دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸.
- 20 - Hiltabiddle S. Adolescent condom use, the Health Belief Model, and the prevention of sexually transmitted disease. JOGNN. 1996; 25(1): 61-66.
- 21 - Tyden T, Bergholm M, Hallen A, et al. Evaluation of an STD - Prevention program for Swedish university students. Journal of American College Health. 1998; 47(2): 70-75.