اثر برنامه آموزشی نظریه محور در پیشگیری از حاملگی های ناخواسته در زنان با نزدیکی منقطع

پروین رهنما[1]، علیرضا حیدرنیا[2*]، علی منتظری[3]، فرخنده امین شکروی[1]

۱. دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. مرکزتحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۵
سال چهاردهم شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۳۹۴ صص ۴۵۲-۴۴۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳ تیر ۹۴]

چکیده

حاملگی ناخواسته از مشکلات اساسی در سلامت همگانی است که بروز آن با نزدیکی منقطع افزایش می یابد. مطالعه حاضر با هدف تاثیر نظریه‌های رفتار برنامه‌ریزی شده و شناختی اجتماعی در تغییر روش پیشگیری از بارداری نزدیکی منقطع به قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری به منظور پیشگیری از حاملگی ناخواسته صورت گرفته است. تدوین برنامه آموزشی حضوری و غیر حضوری بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده و نظریه شناختی اجتماعی صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل زنانی بودند که به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. به داوطلبان در گروه مداخله آموزشهای حضوری و غیر حضوری ارائه می شد و گروه کنترل نیز اقدامات مستمر را دریافت کردند. در فواصل قبل، یک و سه ماه بعد از مداخله آزمون بر اساس پرسشنامه‌ای که روانسنجی آن در طی دو مرحله کیفی و کمی انجام شده و تایید شده بود صورت گرفت. نرم افزارSPSS به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات مورد استفاده واقع شد و از آزمونهای آماری داده‌های تکراری، ویلکاکسون، آزمون کای دو و تی تست استفاده گردید. نتایج بیانگر آن بود که میانگین باورهای رفتاری و باورهای هنجاری افراد در این مطالعه با گذشت زمان تغییر نموده است و در زمانهای متفاوت، اختلاف مشاهده شده در گروه آزمون معنی دار و یا به عبارتی با گذشت زمان سازه های مذکوردر جهت استفاده از قرصهای پیشگیری از بارداری ارتقاء یافته‌اند. همچنین در گروه آزمون اختلاف معنادار در متغیر کنترل رفتاری درک‌شده و قصد قبل و بعد از مداخله آموزشی به منظور استفاده از قرصهای پیشگیری از حاملگی حاصل شده است. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که مداخله نظریه محور تدوین‌شده قادر به ارتقای قصد و رفتار در افراد گروه مورد پژوهش بوده و می‌تواند به عنوان اساسی برای انجام مداخلات در گروه مورد پژوهش مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه: نزدیکی منقطع، روشهای پیشگیری از بارداری مدرن، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، نظریه شناختی اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، ساختمان پزشکی شماره ۱، گروه آموزش بهداشت
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷
E-mail: Hidarnia@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

مقدمه

تاکید روز افزون بر سلامت مادران و فرزندان به عنوان هدفهای اصلی برنامه های تنظیم خانواده باعث شده که دامنه فعالیتهای بهداشتی و درمانی در سالهای اخیر بیش از پیش گسترش یافته و عنوان کلی تر " سلامت باروری" جایگزین عبارت تنظیم خانواده شده است[۱]. واژه تنظیم خانواده معادل اصطلاح برنامه ریزی خانواده است و معمولاً کلمه‌های تنظیم باروری، طرح ریزی، تنظیم توالد و تناسل، تنظیم زاد و ولد یا تنظیم موالید، تنظیم وقت برای زاد و ولد را به کار می‌برند. اهمیت مقوله سلامت باروری تا جایی است که امروزه به عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تایید همگان قرار گرفته است. سلامت باروری طیف وسیعی از زمان قبل از تولد تا زمان مرگ فرد را شامل می شود. اجزای سلامت باروری عبارتند از: مشاوره، اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط در باره تنظیم خانواده، فراهم ساختن مراقبتهای دوران بارداری- زایمان و پس از زایمان، پیشگیری از نازایی و درمان مناسب ناباروریها، پیشگیری از سقط جنین و درمان به موقع و مناسب عوارض آن، درمان عفونتهای دستگاه تولید مثل و برخورد درست با بیماریهای منتقله از راه جنسی و درمان مناسب آنها است[۲].کاربرد روش نزدیکی منقطع به عنوان یک روش اولیه پیشگیری از بارداری از یک درصد در آفریقا تا ۱۶ درصد در آسیای غربی متفاوت است و چهار کشور آسیایی نیز (ایران ، ژاپن ، لبنان و گرجستان) بین ۱۰ تا ۱۸ درصد از روش مذکور استفاده می‌کنند [۳]. سالیانه ۲۰۰ میلیون حاملگی در دنیا اتفاق می‌افتد که تقریبا یک سوم آنها یعنی حدود ۷۵ میلیون ناخواسته هستند از این میان حدود ۵۰ میلیون به ختم حاملگی رو می‌آورند و ۲۰ میلیون از این سقطها (روزانه ۵۵۰۰۰) پر خطر هستند. حاملگی‌های ناخواسته علت اصلی سقط است حدود ۹۰ درصد از سقطهای پر خطر در کشورهای در حال توسعه انجام می‌شوند که منجر به بروز بیش از ۲۰۰ مرگ در روز می‌گردند. حاملگی ناخواسته در کشورهای اسلامی یک مشکل منحصر به فرد است چرا که انجام سقط، غیر قانونی است[۴،۵]. میزان وقوع حاملگی ناخواسته در روش نزدیکی منقطع و قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری متفاوت است. مطابق تمام روشهای کنترل تولد اثربخشی قابل اطمینان روشهای مذکور فقط به وسیله کاربرد صحیح و مداوم آن است. میزان شکست مشاهده شده روش بسته به جمعیتی دارد که مطالعه در آن صورت گرفته است. به طور کلی مطالعات انجام شده میزان شکست واقعی در روش نزدیکی منقطع را بین ۲۸ -۱۵ درصد در سال می‌دانند و برای زوجهایی که از روش منقطع به طور صحیح در هر نزدیکی استفاده می‌کنند میزان شکست آن ۴ درصد است. در مقایسه با قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری که میزان واقعی شکست آن ۸-۲ درصد است و با استفاده صحیح میزان شکست آن ۰/۳ درصد است[۶،۷]. این امر ثابت می‌کند که وقتی تولدی ناخواسته می‌شود، مادر و طفل او در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرند. کودکان حاصل از بارداری ناخواسته با احتمال بیشتری دارای زندگی خانوادگی ناامن و پرآشوبی می‌شوند، مورد آزار و غفلت والدین قرار می‌گیرند رفتارهای بزهکاری بروز می‌دهند و نیازمند درمان برای مشکلات روحی روانی هستند[۸،۹] بر اساس داده های تحقیق "بررسی ویژگی های جمعیتی و بهداشتی در ایران " نتایج بیانگر آن است که در مواردی که حاملگی ناخواسته همزمان با بکارگیری روشهای پیشگیری از بارداری اتفاق افتاده است روشهای سنتی بیشترین میزان را (۶/ ۳۲درصد) به خود اختصاص داده است و بیشتر زنان در شهر قبل از حاملگی از نزدیکی منقطع استفاده می‌کردند [۱۰،۱۱]. علت حاملگیهای ناخواسته در ۵۹ درصد مراجعان مراکز بهداشتی شمال تهران[۱۲] و۳۵ درصد مراجعین بیمارستانهای علوم پزشکی ایران روش نزدیکی منقطع اعلام گردیده است[۱۳]. برآورد میزان شکست در ارتباط با همه روشهای پیشگیری از بارداری نشان داد که در مناطق شهری بیشترین میزان شکست مربوط به روش سنتی بوده است[۱۴]. به دلیل محدودیت مطالعه نظریه محور در ارتباط با ارتقای روش پیشگیری از بارداری در افرادی که از نزدیکی منقطع استفاده می‌کنند، در این مطالعه انتخاب نظریه بر اساس پیشنهاد نوآر (Noar Seth M) صورت گرفت[۱۵] به این ترتیب که با مرور مطالعات انجام شده عناصر مهم و برجسته‌ای که منجر به انتخاب روشهای پیشگیری از بارداری می‌شود تعیین گردید. با توجه به موارد مطرح شده در فوق تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به عنوان چارچوب مفهومی برای انجام این مطالعه به‌کار برده شده است این تئوری به طور موفقیت‌آمیزی در دامنه وسیعی از رفتارهای بهداشتی از قبیل رفتارهای تغذیه‌ای[۱۶]، فعالیتهای فیزیکی[۱۷]، رفتارهای جنسی امن[۱۸] و قصد زنها در بکارگیری قرصهای خوراکی پیشگیری ازبارداری[۱۹] بکار برده شده است. از آنجایی که نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بیشتر به منظور پیشگویی قصد و رفتار مورد استفاده واقع شده است، ضروری است به منظور تدوین برنامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

آموزشی از یک تئوری مداخله محورکه دارای سازه مشترک با تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده باشد و در واقع بیان می‌دارد که چگونه می‌توان رفتار را تغییر داد، استفاده گردد. که در این مطالعه از نظریه شناختی اجتماعی به همراه نظریه مذکور به منظور انجام مداخله استفاده خواهد شد. تئوری شناختی اجتماعی فرآیند پویایی را توصیف می‌کند که طی آن عوامل فردی، محیطی و رفتار انسان برهمدیگر تاثیر می‌گذارند[۲۰]. در این پژوهش از راهبردهای مداخله ای ارائه شده براساس تئوری مذکور در تدوین برنامه آموزشی استفاده خواهد شد، سازه‌های بکار برده شده شامل خودکارآمدی، انتظارات و ارزیابی نتایج خواهند بود. بر اساس مراحل چهار گانه مطرح شده در تئوری خودکارآمدی در استراتژی های آموزشی از تجربه و کسب موفقیت در عملکرد، تجربه جانشین، تشویق و ترغیب و حالات فیزیولوژیکی و هیجانی استفاده شد. از آنجایی که بر اساس نظر پدید آورنده نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بین کنترل رفتار درک شده و خود کارآمدی اختلافی وجود ندارد، لذا از راهکارهای ارائه شده به منظور ارتقای خودکارآمدی، که در نظریه مذکور به وضوح بیان شده است در تدوین برنامه مداخله آموزشی به کار گرفته خواهد شد[۲۱].

مواد و روش کار

این مطالعه قسمتی از یک مطالعه وسیع تر بوده است این بخش از مطالعه از نوع نیمه تجربی بود که به منظور بررسی اثر مداخله آموزشی بر سازه های نظریه نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد در این مرحله پس از انجام دو مرحله قبل و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه نمونه های مورد مطالعه از دو درمانگاه انتخاب شد ند. پرسشنامه بر اساس نظر پدید آورنده نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده طی انجام مطالعه کیفی[۲۲] تدوین گردید، و سپس با استفاده از مطالعه کمی روایی پرسشنامه با استفاده از روشهای اعتبار محتوای کمی و کیفی، اعتبار همگرا، اعتبار سازه تایید گردید همچنین پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ و آزمون- آزمون مجدد تایید شد[۲۳]. پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که پاسخ آنها در طیف لیکرتی ۵ قسمتی از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم بیان شده بود. پرسشنامه مذکور دارای ۵ بعد بود که هریک به ترتیب توسط گویه‌های مرتبط ارزیابی می گردید. سنجش نگرش افراد توسط ۵ آیتم ، هنجارهای انتزاعی توسط ۵ آیتم و کنترل رفتار درک شده توسط ۴ گویه مورد سنجش قرار گرفتند. همچنین قصد ۲ گویه و رفتار نیز توسط ۵ گویه سنجیده شد. از درمانگاههای واقع در تهران دو درمانگاه به صورت تصادفی انتخاب و تخصیص آنها برای گروههای آزمون و شاهد نیز به صورت تصادفی انجام شد. سپس پرسشنامه تهیه شده در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت تا تکمیل گردد. برای تکمیل هر پرسشنامه ۳۰-۲۰ دقیقه زمان در نظر گرفته شده بود. سپس مداخله آموزشی که بر اساس نتایج بدست آمده از دو مرحله قبل تدوین شده بود، برای گروه آزمون انجام شد و یک و سه ماه بعد از انجام مداخله افراد مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه کنترل هم مداخلات جاری را دریافت می کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل استفاده از روش نزدیکی منقطع به منظور پیشگیری از بارداری، عدم تمایل به بارداری و ممنوعیتی برای دریافت قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری بود. در این مطالعه منع مطلق و نسبی برای دریافت قرصهای پیشگیری از حاملگی در نظر گرفته شدکه بر اساس تاریخچه پزشکی تهیه شده از افراد مورد مطالعه و معاینه بیمار توسط کارشناس ارشد مامایی انجام شد[۲۴]. در انتها پرسشنامه‌ها در ارتباط با سازه‌های مورد نظر قبل، یک و سه ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد و در هریک از گروهها تکمیل و مورد مقایسه قرار گرفتند. با توجه به اینکه تعیین دقیق تعداد نمونه منوط به ارزیابی مجدد مطالعه در مراحل اولیه بوده است، و بر اساس مطالعه اولیه افزایش قصد پس ازآموزش) میانگین و انحراف معیار در گروه مداخله به ترتیب ۶/۲ (۳) و در گروه شاهد ۴/۷ (۳/۲) بود، لذا تعداد نمونه لازم برای هر گروه با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد برای هر گروه ۶۷ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد ریزش تعداد نمونه ۷۵ نفر برآورد گردید.

$$\frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta}\right)^2\left(s^2{}_1+s^2{}_2\right)}{(\mu_1-\mu_2)^2} \quad n= = ۶۷$$

یکی از اجزای آموزش غیر حضوری بکار رفته در این مداخله شامل پمفلتهای آموزشی بود، که در اختیار افراد مورد مطالعه قرار داده شد. در این مطالعه تلاش شد تا پمفلتهای آموزشی به منظور افزایش آگاهی در مورد نزدیکی منقطع و ارتقای رفتار بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و تئوری شناختی اجتماعی تدوین گردد[۲۵]. پمفلتهای آموزشی با مطالبی ساده، قابل فهم و به دور از اصطلاحات تخصصی و مبتنی بر اهداف آموزشی در ارتباط با نزدیکی منقطع و مصرف قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری تهیه شد، زیرا این مطالب زمانی بیشترین تاثیر را خواهد داشت که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

مختصر تهیه شده باشد، خواندن آن آسان و راحت باشد و در بر گیرنده نیازهای آموزشی مراجعه کننده باشد[۲۶]. جهت تعیین روایی پمفلت تهیه شده، علاوه بر تعیین اعتبار صوری، نظر سنجی از متخصصان نیز صورت گرفت. بعد از تعیین روایی محتوا، پمفلت تهیه شده مورد پیش آزمون قرار گرفت و در اختیار گروه قرار گرفت. در روش حضوری تلاش شد تا در هر جلسه سازه‌های نظریه های مذکور مد نظر قرار گیرند به طوری که در جلسه اول اثر بر نگرش افراد مورد توجه قرار گرفته شد. دومین جلسه به گونه ای برنامه ریزی شد که برنامه آموزشی ارائه شده به ارتقای کنترل رفتاری درک شده در ارتباط با مصرف قرص بپردازد. استراتژی پرداخته شده در جلسه به تجربه و کسب موفقیت در عملکرد، تجربه جانشین[۲۷] تشویق و ترغیب[۲۸] و در نظر گرفتن حالات فیزیولوژیک و هیجانی[۲۹] به منظور ارتقای کنترل رفتار درک شده اختصاص یافت. درسومین جلسه اثرگذاری بر هنجارهای انتزاعی مد نظر قرار گرفته شد. در روش حضوری مداخله شامل ۳ جلسه آموزشی هرکدام به مدت ۶۰ دقیقه بود که بر اساس سازه های نظریه رفتاربرنامه‌ریزی شده و نظریه شناختی اجتماعی انجام پذیرفت. در جلسه‌ای که پرسشنامه توسط افراد تکمیل می‌گردید، اهداف مطالعه، برنامه‌های آموزشی و اطلاعات لازم در ارتباط با نزدیکی منقطع برای گروه مورد مطالعه ارائه می‌شد. در این مطالعه برنامه آموزشی با ترکیبی از چند روش، از جمله سخنرانی کوتاه مدت، بارش افکار، پرسش و پاسخ و نهایتا ایفای نقش ارائه گردید.

اهداف طرح برای شرکت‌کنندگان در مطالعه مطرح و کسب موافقت و امضای فرم رضایت‌نامه کتبی آنها برای شرکت در طرح انجام گرفت.و .به آنها اطلاع داده شد هر زمان تمایل داشته باشند می‌توانند از طرح خارج شوند

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ بیانگر آن است که بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیر سن، طول مدت ازدواج و سطح سواد، اختلاف آماری معنادار وجود ندارد. از نظر فراوانی حاملگی ناخواسته در بین نمونه های پژوهش در این مرحله از مطالعه ۴۴ نفر (۲۹/۳ درصد) بود و اختلافی از نظروقوع حاملگی ناخواسته در بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین نتایج مطالعه بیانگر آن بود که قبل از مداخله بین میانگین نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده و قصد در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد. همچنین قبل از مداخله بین میانگین آگاهی افراد بین دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد (جدول ۱). بر اساس آزمون تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، بیانگر آن است که میزان آگاهی با گذشت زمان تغییر می‌نماید و البته این موضوع تنها در گروه آزمون صادق بوده است. و در گروه شاهد با گذشت زمان اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. در مورد اثر متقابل زمان و گروه نیز این اثر معنی دار بود. در واقع با گذشت زمان در بین گروهها از نظر آگاهی اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده می‌شود (جدول ۲). نتایج جدول ۲ نیز بیانگر آن است که میانگین نگرش در این مطالعه با گذشت زمان تغییر نمود و در زمانهای متفاوت، اختلاف مشاهده شده معنی دار است و این نتیجه فقط در گروه مورد بدست آمده است و در گروه کنترل اختلافی در طول زمان مشاهده نمی گردد. هم چنین در مورد اثر متقابل زمان و گروه نیز این اثر معنی‌دار است (P=۰/۰۰۲). به عبارتی با گذشت زمان میزان نگرش در دو گروه با یکدیگر اختلاف پیدا کرده است (جدول ۲). همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله اختلاف بین دو گروه از نظر هنجارهای انتزاعی معنی دار نیست (P=۰/۸ ، P=۰/۰۹) ولی ۳ ماه بعد از مداخله اختلاف هنجارهای انتزاعی در بین دو گروه معنی دار است. نتایج بیانگر آن بود که در گروه آزمون اختلاف معنادار در متغیر کنترل رفتاری درک شده قبل و بعد از مداخله آموزشی حاصل شده است. در حالیکه در گروه شاهد این اختلاف مشاهده نمی‌شود (جدول ۲). در گروه آزمون اختلاف معناداری درمتغیر قصد قبل و بعد از مداخله آموزشی حاصل شده است. در حالیکه در گروه شاهد این اختلاف مشاهده نمی‌شود. آزمون ویلکاکسون با تصحیح بون فرونی بیانگرآن بود که قصد افراد در گروه آزمون بین زمانهای قبل و یک ماه بعد از مداخله، قبل و سه ماه بعد از مداخله و همچنین یک و سه ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار مشاهده شده است. همچنین نتایج بیانگر آن است که یک ماه بعد از مداخله بین دو گروه از نظر رفتار اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده نمی‌شود در حالیکه سه ماه بعد از مداخله این اختلاف معنادار است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

جدول ۱: مشخصات نمونه های پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک و سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در دو گروه مورد بررسی

	گروه آزمون(تعداد=۷۵)		گروه شاهد(تعداد=۷۵)		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۸-۲۵	۱۶	۲۱/۳	۱۱	۱۴/۷	=۰/۲
۲۶-۳۰	۲۰	۲۶/۷	۲۴	۳۲	
۳۱-۳۵	۲۲	۲۹/۳	۱۴	۱۸/۷	
۳۶ و بالاتر	۱۷	۲۲/۷	۲۶	۳۴/۷	
میانگین (انحراف معیار)	۳۱/۱۶	۶/۱۳	۳۲/۴۹	۶/۰۷	=۰/۸
طول مدت ازدواج					
<۱۰	۴۴	۵۸/۷	۳۷	۴۹/۳	=۰/۲
≥ ۱۰	۳۱	۴۱/۳	۳۸	۵۰/۷	
میانگین (انحراف معیار)	۱۰/۷۷	۷/۲۷	۱۲/۳۴	۶/۵۵	=۰/۱
سطح تحصیلات					
ابتدایی	۱۰	۱۳/۳	۵	۶/۷	=۰/۳
متوسطه	۴۴	۵۸/۷	۵۱	۶۸	
دانشگاهی	۲۱	۲۸	۱۹	۲۵/۳	
حاملگی ناخواسته					
بلی	۲۴	۳۲	۲۰	۲۶/۷	=۰/۴
خیر	۵۱	۶۸	۵۵	۷۳/۳	
باورهای رفتاری	۱۱/۸۸	۲/۷۲	۱۲/۱۴	۳/۰۴	=۰/۵
باورهای هنجاری	۱۳/۷۲	۲/۸۴	۱۳/۶۲	۴/۳۵	=۰/۸
کنترل رفتاری درک شده	۱۱/۰۶	۲/۵۶	۱۰/۷۴	۲/۲۵	=۰/۲
آگاهی	۶/۳۴	۲/۴۲	۶/۲۴	۲/۷۷	=۰/۳
قصد	۴/۲۵	۲/۳۰	۴/۱۸	۱/۸۴	=۰/۸

جدول ۲: مقایسه شاخصهای آماری سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله آموزشی، یک و سه ماه بعد از مداخله آموزشی

	قبل از مداخله		یک ماه بعد از مداخله		سه ماه بعد از مداخله		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمون	۱۱/۸۸	۲/۷۲	۱۴/۳۰	۳/۶۴	۱۴/۱۸	۳/۳۲	<۰/۰۰۱
شاهد	۱۲/۱۴	۳/۰۴	۱۲/۶۲	۳/۱۷	۱۲/۸۱	۳/۱۵	=۰/۲
آزمون تی	۰/۵		۰/۰۰۳		۰/۰۱		
اثر مداخله			**۱/۶۴(۰/۶۲)**				<۰/۰۰۹
هنجارهای انتزاعی							
آزمون	۱۳/۷۲	۲/۸۴	۱۴/۷۸	۳/۶۱	۱۶/۰۵	۴/۲۹	<۰/۰۰۱
شاهد	۱۳/۶۲	۴/۳۵	۱۳/۶۹	۴/۳۶	۱۳/۷۳	۴/۳۸	=۰/۹
آزمون تی	۰/۸		۰/۰۹		۰/۰۰۱		
اثر مداخله			**۲/۲۴(۰/۷۵)**				<۰/۰۰۳
کنترل رفتاری درک شده							
آزمون	۱۱/۰۶	۲/۵۶	۱۴/۳۰	۳/۸۱	۱۵/۰۶	۳/۹۲	<۰/۰۰۱
شاهد	۱۰/۷۴	۲/۲۵	۱۱/۰۲	۲/۴۲	۱۱/۳۴	۲/۱۶	=۰/۱
آزمون من ویتنی	۰/۲		<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱		
اثر مداخله			**۳/۴ (۰/۶۰)**				<۰/۰۰۱
قصد							
آزمون	۴/۲۵	۲/۳۰	۵/۴۱	۲/۲۹	۶/۲۵	۲/۹۲	<۰/۰۰۱
شاهد	۴/۱۸	۱/۸۴	۴/۴۱	۲/۰۴	۴/۲۲	۱/۹۲	=۰/۹
آزمون من ویتنی		۰/۸	۰/۰۰۴		<۰/۰۰۱		
اثر مداخله			**۱/۹ (۰/۳۹)**				<۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

جدول ۳: مقایسه شاخصهای آماری متغیر انجام رفتار در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله آموزشی، یک و سه ماه بعد از مداخله آموزشی

	یک ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	
	میانگین رتبه	میانگین رتبه	P
آزمون	۷۸/۱۶	۸۵	<۰/۰۰۱
شاهد	۷۲/۸۴	۶۶	= ۰/۲
آزمون من ویتنی	=۰/۰۹	<۰/۰۰۱	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد بین افرادی که از نزدیکی منقطع استفاده می کنند بیش از ۲۹ درصد حاملگی ناخواسته مشاهده شده است. به هر حال آموزش آنها چه درارتباط با روش مذکور یا تغیر روش بسیار مهم و اساسی است. در مطالعه حاضر تدوین پرسشنامه، تدوین برنامه آموزشی نظریه محور و ارزیابی سازه‌ها قبل، یک و سه ماه بعد از مداخله انجام گردید.یکی از اثرات ایجاد شده بعد از انجام مداخلات که در متغیرهای شناختی ایجاد می‌گردد، تغییر میانگین متغیرهای پیشگویی کننده است[۳۰] که در مطالعه حاضر این اثر مشاهده گردید. بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده آگاهی به عنوان سازه مستقلی در نظر گرفته نمی‌شود اما از آنجا که در مطالعه فعلی به منظور ارتقای کنترل رفتاری درک شده از روش مطرح شده توسط بندورا (ارتقای خودکارآمدی) استفاده شد و یکی از روشهای ارتقای سازه مذکور ارتقاء آگاهی افراد است، این مهم در نظر گرفته شد و یافته های تحقیق بیانگر افزایش معنا دار نمره کل آگاهی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بعد از مداخله می‌باشد. نتایج مطالعات بیانگر آن بود که ارائه اطلاعات ضروری و درک آنها توسط زنان می‌تواند آنها را در اتخاذ تصمیم مناسب و صحیح در روشی که مورد استفاده قرار می دهند و یا به منظور استفاده از قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری کمک نماید[۳۱].

نتایج مطالعه بیانگر آن بود که بعد از انجام مداخله باورهای رفتاری افراد و متعاقبا باورهای رفتاری آنها در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تغییر معنی دار را نشان می‌دهد. در مطالعه انجام شده توسط کاراوس و همکارانش نگرش افراد نسبت به قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری به عنوان مهمترین عامل مصرف مطرح شده است[۳۲]. همچنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه انجام شده بر ۵۰۳ دانش آموز انگلستانی که کتابچه آموزشی تدوین شده به منظور انجام حداقل فعالیت ورزشی برای آنها بر اساس نظریه تدوین شده بود، تطابق داشت و نتایج آن نشان داد که مداخله موثر واقع شده و میانگین کنترل رفتاری درک شده، نگرش و هنجارهای انتزاعی افزایش یافته است. در این مطالعه دو رویکرد دیگر آموزشی یعنی کتابچه همراه با امتحان انگیزشی نیز مورد بررسی قرار گرفت و نهایتا نتایج بیانگر آن بود تاثیر مثبت مداخله نظریه محور بود [۳۳]. لذا بر اساس نتایج بدست آمده محققان بیان داشته اند که در کنار دسترسی به خدمات، ارائه مشاوره و آموزشهای مناسب نقش موثری در کاهش عقاید منفی و افزایش عقاید مثبت دارا هستند[۳۴]. نتایج بدست آمده از این مطالعه در زمینه سازه کنترل رفتاری درک شده نشان داد که، میانگین امتیازات این سازه بین دو گروه آزمون و شاهد در قبل از مداخله دارای اختلاف آماری معناداری نبود. در حالی که اختلاف میانگین این متغیر بین دو گروه پس از مداخله آموزشی به لحاظ آماری معنا دار شد.یافته های مطالعه حاضر با نتیجه مطالعه کلی که تاثیر مداخله مبتنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده با روش آموزش کتبی در رابطه با تغذیه بهداشتی و فعالیت بدنی را سنجیده بود تطابق داشت. نتایج مطالعه وی نشان داد که مداخله آموزشی باعث افزایش میانگین سازه کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری، و رفتار در فعالیتهای مورد نظر می‌گردد، که نشانه اثرنسبی مداخله نظریه محور با نظریه رفتار برنامه ریزی شده است. مقایسه میانگین امتیازات هنجارهای انتزاعی قبل و بعد از مداخله نشان داد که اختلاف میانگین امتیازات بین دو گروه در قبل از مداخله از لحاظ آماری معنا دار نبود، اما این اختلاف در بعد از مداخله معنی دار شده است. در مطالعه مداخله نظریه محور که به منظور انجام ماموگرافی صورت گرفته است اختلاف میانگین امتیازات هنجارهای انتزاعی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد را معنی دار گزارش نمود[۲۹].

عدم اختلاف بین گروه مورد و شاهد در یک ماه بعد از مداخله در مطالعه حاضر وجود داشته است. از آنجایی که نظر همسر و کارمندان و پزشکان در این مطالعه بیشترین ارتباط را با سازه هنجارهای انتزاعی داشت، لذا چون بعد از مداخله تقریبا مقارن با ماه مبارک رمضان بود لذا به نظر می‌رسد زمینه مناسبی برای بحث در ارتباط با موضوع مورد پژوهش با همسران وجود نداشته است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

همچنین سازه مذکور مربوط به انتزاع افراد از نظر و عملکرد مراجع است و نیاز است که در مورد ارتقای این باورها به طور مستقیم اقدام گردد. یافته های پژوهش حاضر مشخص نمود پس از مداخله اختلاف معنادار بین دو گروه آزمون و شاهد در قصد رفتاری حاصل شده است.در این راستا در مطالعه‌ای توسط میری و همکاران به منظور بررسی تاثیر الگو قصد رفتاری در آموزش تنظیم خانواده به مردان عشایر، انجام شد، نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین میانگین آگاهی، نگرش و خودکارآمدی و استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری و قصد رفتاری گروه آزمون با گروه شاهد، وجود داشت و تاثیر آموزش اختصاصی تنظیم خانواده بر آگاهی، نگرش و خودکارآمدی نمونه های پژوهش بر اساس این مدل به اثبات رسید[۲۹]. در یک مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۶ که به منظور پیشگیری از حاملگی و بیماری ایدز انجام شده بود نظریه عملکرد منطقی و نظریه شناختی اجتماعی و نظریه رفتار برنامه ریزی شده به منظور تغییر رفتار بکار برده شده بود اصول و یا سازه های بکار برده شده در این مطالعه دانش، نگرش، هنجارها، خودکارآمدی و ایجاد مهارت در افراد مورد مطالعه بوده است. نتایج مطالعه مذکور بیانگر آن بود که در طی آخرین نزدیکی و ۳ ماه بعد از مداخله تعداد روابط جنسی بدون کاندوم نسبت به گروه کنترل کمتر گزارش شده است[۳۵]. نتایج بررسی ما بر روی دو گروه آزمون و شاهد نشان داد که با انجام مداخلات آموزشی تئوری محور، می‌توان ارتقای در قصد و رفتار را در انتخاب روشی که کمترین میزان حاملگی ناخواسته را دارد ، ملاحظه نمود. در این مطالعه به منظور بررسی رفتار از روش خودگزارشی استفاده شده است گرچه به نظر پدید آورنده نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده این کار به دلیل مشکل بودن جمع آوری داده‌ها و محدودیت زمانی روشی پذیرفته شده است ولی بعنوان یک محدودیت بالقوه در استفاده از این مطالعه است[۳۶]. همچنین از آنجایی که زوجین تمایل به بارداری نداشتند لذا مصرف قرصهای خوراکی پیشگیری از حاملگی انتخاب شد، اگرچه مراجعه کننده حق دارد که از همه روش‌های موجود بطور بسیار خلاصه بداند آن گاه از ارایه‌کننده خدمت برای روشی که مدنظر دارد تقاضای توضیح و کمک بیشتر کند؛ در این مطالعه این عمل رخ نداده است؛ و این یک محدودیت است. پیشنهاد می شود که از مقیاسهای عینی همانند وقوع حاملگی ناخواسته به موازات سایر مقیاسها به منظور بررسی اثر مداخله استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود انجام مداخله با رویکرد مشابه ولی با پیگیری طولانی‌تری صورت گیرد.

سهم نویسندگان

پروین رهنما: طراحی، نحوه اجرا و نمونه گیری
علیرضا حیدرنیا: راهنمایی طرح
علی منتظری: در تمام مراحل انجام طرح در زمینه طراحی، اجرا و بررسی و اظهار نظر در مورداطلاعات به دست آمده
فرخنده امین شکروی: مشاوره طرح

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه داوطلبانی که در مطالعه شرکت کردند اعلام می دارد. کسب رضایت نامه از کلیه شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان به مشارکت کنندگان مبنی بر محفوظ بودن اطلاعات آنان به صورت استفاده از پرسشنامه‌های بدون نام و کدبندی شده صورت گرفت.

منابع

1. Ministry of Health and Medical Education Burea of Population and Family Health. Population and health in the Islamic Republic of Iran: Demographic and Health Servey(DHS). 1st Edition, UNICEF: Tehran 2000 [Persian]

2. Hatami H, Razavi SM, Eftekhar Ardebili, Majlesi F, Nozadi Seyed F, Public health textook, volume3 ,1st Edition, Arjmand: Tehran,2002 :1354-1372

3.Family Planning World Wide: 2002 Data Sheet Population Reference Bureau Retrieved on 2006: 109-140. http://www.prb.org/pdf/FamPlanWorldwide_Eng.pdf

4.Jahanfar SH , Ramazani Tehrani F , Sadat Hashemi M. The prevalence of unwanted pregnancy and it's effective factors in 10 cities Iran (Year 2000). Tehran University Medical Sciences Journal 2002; 60:334-40[Article in Persian]

5.Eisenberg, Leon; Brown, Sarah Hart (1995). The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington, D.C: National Academy Press. ISBN 0-309-05230-0. Retrieved 2011-09-03

6.Kippley J, Kippley Sh. The Art of Natural Family Planning; 4th Eddition, The Couple to Couple League: Cincinnati, OH, 1996

7. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC. Creasy GW. Evaluation of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs and oral contraceptive: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical association 2001; 285: 2347-54

8.Okonofua F.E. Odimegwu C. Ajabor H, Daru P.H, Johnson A. Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. Studendt Family Planning 1999; 30: 67-77

9.Nock S. L. Abortion, Adoption, and Marriage: Alternative resolutions of an unwanted pregnancy (in exchange on the treatment of adoption and abortion in Textbooks). Family Relations 1994; 43: 277-79

10. Abbasi-Shavazi JM, Hosseini-Chavoshi M, Delvar B, Mehryar A, Aghajanian A: Unintended pregnancies and predisposing on them in Iran. Fertility Sterility 2004; 5: 76-62 [Article in Persian]

11. Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Oakley D, Montazeri A. Why Iranian married women use withdrawal instead of oral contraceptives? A qualitative study from Iran. BMC Public Health 2010 ; 28: 289

12. Ashari G, Mohammadi N, Heidarian H, Eini A. Prevalence of unwanted pregnancy and family planning in north of Tehran in 1999. Pajouhandeh 2001;17:29-33 [Article in Persian]

13. Haghighi L, Zandephani N. The survey of unwanted pregnancy in hospital of Iran University of MedicalSciences during 1999-2000. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2003;9:29-33[Article in Persian]

14 . Akbari AA, Ahmadi M, Touphighi Nia Niali M, Alavi H, REASONS for not applying safe contraceptive methods in women using withdrawal method in Amol city 2003. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2005; 15:92-98 [Article in Persian]

15. Noar S M. A health educator's guide to theories of health behavior. Internanal Quarterly of Community Health Education 2006; 24: 75-92

16. Povey R, Conner M, Sparks P. Application of the theory of planned behavior to two dietary behaviors: roles of perceived control and self-efficacy. British Journal Healht Psychology 2000; 5:121-37

17. Hagger MS, Chatzisarantis NLD, Biddle SJH. The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the theory of planned behavior. British Journal Health Psycholog 2002; 7: 283-94

18. White KM, Terry DJ, Hogg MA. Safer sex behavior: the role of attitudes, norms, and control factors. Journal Applied Social Psychology 1994; 24: 2164-92

19. Peyman N, Oakley D. Effective contraceptive use: an exploration of theory-based influences. Health Education Research 2008; 24: 575-85

20. Bandura. A Health Promotion from the Perspective of Social cognitive theory. Psychol and health 1998; 13: 623-49

21. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior.Organizational Behavior and Human Decision Processes1991; 50:179-211

22. Rahnama P, Hidarnia A, Mointazeri A, Amin Shokravi F, Kazemnejad A, Soltan Ahmadi J. [Salient beliefs relevant to oral contraceptives among withdrawal users for development of a belief-based questionnaire: Applying the theory of planned behavior]. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1: 202-13[Article in Persian]

23. Rahnama P, Hidarnia A, Montazeri A, Shokravi FA, Kazemnejad A. Development of "intention to use oral contraception" questionnaire based on Theory of Planned Behavior in women using withdrawal method. Hayat 2013; 18: 1979-92 [Article in Persian]

24. Speroff, Leon; Darney, Philip D. (2011). "Oral contraception". A clinical guide for contraception (5th Edition, Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia, 2011

25. Kelleya K, Abraham C, RCT of a theory- based intervention promoting healthy eating and physical activity among out-patients older than 65 years.Social Sciences Medicine 2004; 59: 787-97

26. Finger, W.R. Using oral contraceptives correctly: Progress on package instructions. Research Triangle Park, North Carolina. Family Health International 1991; 12: 14-7

27. Bandura A .Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav 2004; 31: 143-64

28. Wise JB, Trummell ,EP.the influence of sources of self -efficacy upon efficacy strength Sport & Exercise Psychology 2001; 23:268-80

29. Bandura,A.Social foundation of thought and action: A Social Cognitive Theory: 1st Edition, Prentice Hall,New Jersey:USA, 1985

30. Francis J J, Eccles M P, Johnston M, Whitty P, Grimshaw J M, Kaner E FS, Smith L, Anne Walker A. Explaining the effects of an intervention designed to promote evidence-based diabetes care: a theory-based process evaluation of a Pragmatic cluster randomised controlled trial. Implement SCI 2008; 3: 50-55

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

31. Khan MA, Trottier DA, Islam MA. Inconsistent use of oral contraceptives in rural Bangladesh. Contraception 2002, 65: 429-33

32. Karavus M, Cali S, Kalaca S, Ceveci D. Attitudes of married individual's towares oral contraceptives: a qualitative study in Istambul, Turkey. Journal of Family Planning &Reproductive Health Care Reprod Health Care 2004; 30: 95-98

33. Hill C, Abraham BC, Wright D. Can theory-based messages in combination with cognitive prompts promote exercise in classroom settings?Social Science Medicine 2007; 65: 1049-58

34. Romero-Gutierrez G. Postpartum contraceptive acceptance in Leon, Mexico: a multivariate analysis. European Journal Contracept reprod Health Care 2003; 8:210-16

35. Coyle KK, Kirby DB, Robin LE, Banspach SW. A randomized trial of an HIV, other STDs, and pregnancy prevention intervention for alternative school students, AIDs. Education and Prevention 2006; 18: 187-203

36. Hrubes D, Ajzen I, Daigle J. Predicting hunting intentions and behavior: an application of the theory of planned behavior. Leisure Sciences 2001, 23: 165-78

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

ABSTRACT

The effect of a theory-based intervention to decrease unwanted pregnancy

Parvin Rahnama [1], Alireza Hidarnia [2*], Ali Montazeri [3], Farkhondeh Amin Shokravi [1]

1. Shahed University, Tehran, Iran
2. Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2015; 4: 443-452
Accepted for publication: 16 August 2014
[EPub a head of print-24 June 2015]

Objective (s): Withdrawal could increase the unwanted pregnancy. The aim of this study was to determine effect of a Theory of Planned Behavior (TPB) and Social Cognitive Theory (SCT) in changing withdrawal contraception use to decrease unwanted pregnancy.

Methods: This study had three phases. The first and the second phases provided an educational program based on TPB and SCT. Participants recruited from women who were attending to clinics of public health services in Tehran, Iran. Criteria for inclusion were: current withdrawal users, married, sexually active, did not intend to be pregnant, no identifiable risks to the participants beyond OCs use. The intervention group received an educational program while the control group received routine procedures. Evaluation was performed before, one and three months after intervention. The data was analyzed by SPSS software Repeated measure, Wilcoxon and t test were used to analyze the data.

Results: The results showed that after intervention there were significant differences in the mean behavioral and normative beliefs scores between two groups indicating an increase in believing to use oral contraception. In addition, there was significant association between intention to use OCP and perceived behavioral control.

Conclusion: The current study provided evidence for the effectiveness of a belief-based intervention for preventing pregnancy prevention.

Key Words: Withdrawal contraception, Modern contraception method, Theory of Planned Behavior, Social cognitive theory

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.4.5.4]

* Corresponding author: Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 82883817
E-mail: Hidarnia@modares.ac.ir