

بررسی ارتباط خود کارآمدی درک شده و رفتارهای باروری در زنان ایرانی تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مشهد به منظور کاهش بارداری‌های ناخواسته

نوشین پیمان (M.Sc.)^۱، علیرضا حیدرنیا (Ph.D.)^۲، فضل‌الله غفرانی‌پور (Ph.D.)^۳، انوشیروان کاظم نژاد (Ph.D.)^۴، غلامحسن خدایی (Pharm.D.)^۵، فرخنده امین شکروی (Ph.D.)^۵

۱- دانشجوی Ph.D. آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۴- مرکز بهداشت استان خراسان رضوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران.

۵- گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بارداری ناخواسته یکی از مشکلات مهم در بهداشت عمومی است. به طوری که ۸/۷٪ از بارداری‌های ناخواسته در ایران، حتی حین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری رخ می‌دهد که بیشترین موارد، یعنی ۵/۶٪، در حین استفاده از قرص‌های خوراکی است. براساس نتایج بررسی جمعیت شناختی سلامت کشور (DHS) سال ۷۹، فقط نیمی (۵۱/۵٪) از مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، قرص خود را به طریق صحیح مصرف می‌کردند. این مطالعه، با هدف تعیین اثر خود کارآمدی بر عملکرد صحیح، در زنان مصرف‌کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به منظور پیشگیری از بارداری ناخواسته صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر، یک بررسی مقطعی بود که طی آن عوامل مؤثر بر استفاده صحیح از قرص‌های پیشگیری از بارداری براساس مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC) و تئوری خود کارآمدی، در مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، در مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات اولیه با استفاده از پرسشنامه و به روش مصاحبه با ۳۵۲ نفر از زنان مصرف‌کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به طور تصادفی از مراکز بهداشتی جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS از طریق آزمون‌های توصیفی و همبستگی و آنالیز رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در زمینه ارتباط بین خود کارآمدی تنظیم خانواده با سایر متغیرها، ضریب همبستگی اسپیرمن نشان‌دهنده این بود که بین خود کارآمدی تنظیم خانواده و متغیرهای مدل نظیر آگاهی، تأیید و تصویب، قصد رفتاری و عملکرد و حمایت درک شده، از نظر آماری ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود داشت، ولی بیشترین همبستگی مربوط به قصد رفتاری و حمایت درک شده بود. شاخص‌های آنالیز رگرسیون نیز نشان داد ۵/۵٪ از پراکندگی مشاهده شده در قصد رفتاری توسط چهار متغیر مستقل خود کارآمدی تنظیم خانواده، حمایت درک شده، آگاهی و عملکرد توجیه می‌شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر به نحوی تأیید کننده بسیاری از مطالعات در زمینه ارتباط تنگاتنگ بین خود کارآمدی درک شده و استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری به منظور کاهش بارداری‌های ناخواسته بود و به نظر می‌رسد چنین نتایجی می‌تواند برای انجام مداخلات به منظور عملکرد بهتر در زمینه استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژگان: تنظیم خانواده، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، زنان ایرانی، مراکز بهداشتی-درمانی، خود کارآمدی، مدل تغییر رفتار مرحله‌ای، بارداری ناخواسته.

مسئول مکاتبه: دکتر علیرضا حیدرنیا، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

پست الکترونیک: Hidarnia@modares.ac.ir

زمینه و هدف

تنظیم خانواده طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت اتخاذ یک سیاست جمعیتی از سوی خانواده‌هاست که داوطلبانه و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسئولانه توسط والدین به خاطر ارتقاء تندرستی و بهزیستی اعضای آن به مورد اجرا گذارده می‌شود (۱). سیاست تنظیم خانواده متوجه رفاه، بهزیستی، تسهیلات و آینده افراد خانواده، به ویژه کودکان و مادران است و در یک کلام، هدف اساسی آن: «ساختن خانواده‌ای بهتر» و یا به تعبیر صندوق جمعیت سازمان ملل متحد^۱ «بهداشت برای تمام خانواده‌ها» می‌باشد. شعار اساسی برنامه‌های تنظیم خانواده در سطح جهان این است که «هر کودک، کودک مورد آرزو و خواسته خانواده و جامعه باشد»^۲ (۲). تنظیم خانواده از مرگ ۳۰-۲۵٪ زنانی که همه ساله به علل مربوط به بارداری جان خود را از دست می‌دهند و از عوارض و معلولیت‌های نامعلوم و رنج‌آور میلیون‌ها نفر انسان که نتیجه مستقیم بارداری‌های پرخطر و ناخواسته است، جلوگیری می‌نماید و می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای وضعیت کودکان را بهبود بخشد و با فاصله‌گذاری مناسب امکان تغذیه با شیر مادر را فراهم نماید و با کاهش تعداد نوزادان کم وزن، کاهش سوء تغذیه سال‌های اول زندگی را میسر سازد (۳).

براساس نتایج بررسی جمعیت‌شناختی سلامت کشور (DHS)^۳ در سال ۱۳۷۹، درصد پوشش میزان استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار ایرانی به طور کلی ۵۵/۹٪ بود، که این میزان در شهرها ۵۵/۲٪ و در روستاها ۵۷/۳٪ بوده است. در استان خراسان نیز این میزان در کل ۵۰/۲٪ ذکر شده است، که ۴۹/۵٪ آن به شهرها و ۵۱/۱٪ به روستاها اختصاص داشته و در این میان

مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری در کل کشور، ۱۸/۴٪ و در استان خراسان ۱۹/۱٪ بوده؛ که بالاترین میزان در بین انواع روش‌های پیشگیری از بارداری را به خود اختصاص داده است و این در حالی است که فقط نیمی از مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، قرص خود را به طریق صحیح مصرف می‌نموده‌اند.

۸/۷٪ از بارداری‌های ناخواسته، همزمان با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری اتفاق می‌افتد از این میان بیشترین موارد، یعنی ۵/۶٪، در حین استفاده از قرص‌های خوراکی گزارش شده است. در استان خراسان، این میزان ۸/۸٪ بود که ۶/۶٪ آن همزمان با مصرف قرص‌های خوراکی بوده است (۴) و پس از گذشت پنج سال، در سال ۱۳۸۴، میزان بارداری‌های حین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ۶/۷٪ در سطح استان بوده است؛ که همچنان بیشترین موارد، یعنی ۳/۹٪ بارداری‌ها، در حین استفاده از قرص‌های خوراکی رخ داده است (۵). در صورتی که براساس مطالعات انجام شده، اگر قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به درستی مصرف شوند، به طور خاص از بارداری جلوگیری می‌کنند و فقط امکان بارداری یک نفر، از هر هزار زن مصرف‌کننده این قرصها در سال اول، وجود خواهد داشت (۶).

در تحقیق امین شکروی که طی مدت ۶ ماه (آذر ۱۳۷۸ الی خرداد ۱۳۷۹) در شهر تهران اجرا شد، مشخص گردید که ۴۹٪ از بارداری‌های ناخواسته، حاصل شکست روش‌های پیشگیری از بارداری یا حاصل عدم استفاده صحیح از وسایل پیشگیری از بارداری بوده است (۷). در تحقیق دیگری توسط ابازری و همکاران در شهر کرمان (۱۳۸۰) نیز، مشخص گردید که ۴۲٪ از مادران با وجود استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، باردار شده بودند (۸). همچنین در بررسی شوازی و همکاران در شهر تهران در سال ۱۳۷۹ نیز،

1- UNFPA
2- Every child, a wanted child
3- Demographic Health Survey

۴۲٪ زنانی که بارداری خود را برنامه‌ریزی نشده دانسته‌اند، پیش از بارداری از یک روش پیشگیری استفاده می‌کرده‌اند (۹).

بر اساس تحقیق Potter و Oakley بر روی قرص‌های پیشگیری از بارداری‌های خوراکی، نیز مشخص گردید که تقریباً یک سوم مصرف‌کنندگان قرص در تمام دنیا قرص پیشگیری از بارداری را صحیح مصرف نمی‌کنند و بیشتر از ۶۰٪ نیز قرص را به طور نامنظم مصرف می‌کنند (۱۰، ۱۱).

اشتباهات معمول مصرف‌کنندگان قرص شامل ترک خوردن قرصها و اشتباه در مورد تمام شدن یک بسته و زمان شروع بسته بعدی است. برخی نیز ممکن است توانایی مصرف قرص بر طبق برنامه مناسب را نداشته باشند یا خوردن قرص فراموش شده را جبران نکنند (۱۲)؛ به طوری که براساس آمار حاصل از مصرف‌کنندگان قرص در سراسر جهان تا سال ۲۰۰۰، در هر سال حداقل دو میلیون زن که به طور صحیح قرص‌های خوراکی ضدبارداری را مصرف نمی‌کنند، دچار بارداری ناخواسته می‌شوند (۱۳).

رضائیان در بررسی عوامل تعیین‌کننده مصرف صحیح قرص‌های ضد بارداری خوراکی در زنان ایرانی شهری و روستایی به این نتیجه رسیده که تدوین و ارائه برنامه آموزشی، بیش از سایر متغیرها می‌تواند اثرات مثبت در افزایش نسبت کاربرد صحیح این قرصها داشته باشد (۱۴).

حال این سؤال مطرح می‌شود که چگونه راهبردهای آموزشی می‌تواند به آنان در استفاده مؤثر از ضدبارداری‌های خوراکی کمک نماید؟ درک اینکه چرا مصرف‌کنندگان قرص، استفاده از قرص را شروع می‌کنند؛ ولی آن را ادامه نداده و یا به طور صحیح مصرف نمی‌نمایند، گام اولیه و مهم در شکل‌گیری مداخلات منطقی و مؤثر محسوب می‌گردد. عوامل مختلفی این مسئله را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باید به این نکته مهم توجه داشت

که علل قطع مصرف و یا مصرف ناصحیح، می‌تواند ریشه در عوامل فردی، شخصیتی، شناختی، اجتماعی یا محیطی داشته باشد. به همین جهت باید در جستجوی راهبرد و استراتژی آموزشی مناسبی برای پاسخگویی به عوامل فوق‌الذکر بود.

با در نظر گرفتن این نکته که چهارچوب یک پژوهش می‌تواند متشکل از حداقل یک مدل و یک تئوری خاص باشد (۱۵)، در این تحقیق، از مدل تغییر رفتار مرحله‌ای، به همراه تئوری خودکارآمدی^۱ از تئوری شناخت اجتماعی^۲ Bandura (۱۹۸۶)، به عنوان چهارچوب نظری استفاده شد که از ویژگی‌های مهم این مطالعه محسوب می‌گردد. در واقع مدل تغییر رفتار مرحله‌ای از آن جهت برگزیده شد که از الگوهایی است که به طور وسیع و موفقیت‌آمیز در مداخلات و برنامه‌های تنظیم خانواده به کارگرفته شده است. این مدل بر تغییر رفتار، در سطح فردی و گروهی، تمرکز داشته و مورد استفاده قرار گرفته است.

مدل‌های تغییر رفتار عنوان می‌کنند که پیشرفت افراد در جهت ایجاد و قبول رفتار جدید، طی مراحل مختلف صورت می‌گیرد و براساس مجموعه‌ای از فرضیات درباره فرایند تغییر، بر موارد اساسی ارتقاء سلامت در جامعه تأکید می‌ورزند.

مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC)^۳، از مدل‌های علوم رفتاری است؛ که به منظور برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه‌های تنظیم خانواده طراحی شده و در پنج مرحله اتفاق می‌افتد. مرحله‌ای که براساس این مدل هر شخص طی می‌کند به ترتیب شامل افزایش آگاهی، تأیید رفتار، قصد انجام عمل، عمل به آن و حمایت از رفتار است. بر طبق چهارچوب نظری، بروز رفتار مورد نظر نتیجه به هم پیوستن عملکرد شناختی، روانی و فاکتورهای

1- Self-efficacy theory
2- Social cognitive theory
3- Steps of Behavior Change

اجتماعی است که در این مدل به همه آنها توجه شده است.

مرحله اول: بررسی آگاهی^۱ است که در قالب سنجش میزان یادآوری پیام‌های خاص، درک معنای پیامها توسط گیرندگان، توانایی در جهت شناخت روشها، منابع و امکانات می‌باشد.

مرحله دوم: تأیید و تصویب^۲ به صورت نشان دادن پاسخ مطلوب به پیامها، بحث درباره پیامها یا مسائل با اعضای خانواده و دوستان، رسیدن به این تفکر که خانواده، دوستان و جامعه آن عمل یا شیوه را تأیید می‌کنند.

مرحله سوم: قصد رفتاری^۳، بررسی این نکته است که آیا روش مورد استفاده می‌تواند نیاز فرد را برآورده نماید، به طوری که با درک این نکته که روش‌های بهداشتی خاص می‌توانند نیاز شخصی او را برآورده سازند، قصد انجام مشاوره و استفاده از روش تنظیم خانواده برای مدت زمان مشخص، نماید.

مرحله چهارم: بررسی نحوه عملکرد^۴ در قالب مراجعه به ارائه دهنده اطلاعات، امکانات و خدمات، انتخاب یک روش یا عمل، شروع و ادامه استفاده از روش به طور صحیح.

مرحله پنجم: حمایت درک شده^۵ که به شکل کسب تجربیات و تأییدات مفید از شیوه، حمایت از شیوه در نزد دیگران، حمایت از شیوه به صورت توصیه آن به دیگران و حمایت از برنامه‌ها در جامعه بروز می‌نماید.

این مدل که توسط متخصصین دانشگاه جانز هاپکینز ارائه گردیده است، در برنامه تنظیم خانواده چندین کشور استفاده و مفید واقع شده است (۱۶،۱۷).

براساس مطالعات انجام شده، یکی از مشهورترین تئوریها، که در مورد چگونگی پیش‌بینی و شرح رفتار

کاربرد دارد، تئوری یادگیری (شناخت) اجتماعی Bandura است. این تئوری یکی از گسترده‌ترین تئوری‌های مورد استفاده در تغییر رفتار می‌باشد و فرایندی شناختی است که بر نقش اعتماد به نفس افراد نسبت به توانایی‌هایشان در انجام رفتاری که از آنها خواسته شده، اشاره دارد و یکی از سازه‌های مهم آن خود کارآمدی^۱ است. که Bandura خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در مورد انجام یک عمل مشخص می‌داند و براساس مطالعاتش عنوان می‌نماید که خود کارآمدی درک شده توسط فرد، مولفه‌ای مهم در عملکرد فرد قلمداد می‌شود؛ چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید (۲۰-۱۸). وی همچنین خود کارآمدی درک شده را به عنوان عامل پیش‌بینی کننده مهمی در قصد و توانایی قبول الگوهای بهداشتی رفتارهای جنسی می‌داند و معتقد است می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارتها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خود کارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد (۲۱). یک فرد با خود کارآمدی پائین، کمتر احتمال دارد که در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده، سعی بکند (۲۰-۱۸).

خود کارآمدی درک شده در واقع اعتقادات مردم در زمینه توانایی‌هایشان برای عمل کردن در زمینه‌هایی است که به آنها قدرت کنترل وقایعی را که زندگی‌شان را متأثر می‌سازد، می‌دهد. عقاید کارآمدی زیر بنای عمل انسان را شکل می‌دهد. مردم محرک‌های ناچیزی برای رفتار خود دارند؛ مگر اینکه اعتقاد داشته باشند که نتایج مطلوب و مورد نظر به وسیله اعمالشان به دست می‌آید (۲۲).

اگر نسبت به عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی انسان شناخت وجود داشته باشد، در ایجاد استراتژیها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی

- 1- Knowledge
- 2- Approval
- 3- Behavioral intention
- 4- Practice
- 5- Perceived advocacy

6- Self-efficacy

می‌سازند، موقعیت بهتری ایجاد می‌شود و شاخص‌های موفقیت به روش منطقی‌تری انتخاب می‌گردند (۲۳). لذا برنامه‌ریزی‌های آموزشی مناسب، براساس مدل‌های تغییر رفتار می‌تواند ما را در رسیدن به اهداف تنظیم خانواده یاری نماید و به دلیل مصرف زیاد قرص‌های پیشگیری از بارداری توسط زنان و اهمیت استفاده صحیح از آنها، بکارگیری الگوهای رفتاری مناسب می‌تواند ما را در جهت شناسایی علل شکست در مصرف و برنامه‌ریزی‌های لازم یاری دهد. در واقع تئوریها و مدل‌های مناسب می‌توانند در رسیدن به جواب این سؤال که قبل از توسعه و سازماندهی یک برنامه مداخله‌ای به چه چیزهایی نیاز داریم، ما را یاری نمایند (۲۴).

یک چهارچوب صحیح تئوریک اساس معتبری برای عمل فراهم می‌آورد و چگونگی تصمیم‌گیری بهداشتی به وسیله افراد را شرح می‌دهد و عوامل تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری را تعریف می‌کند و به بررسی دقیق ماهیت حرکت‌های درون فردی و بین فردی می‌پردازد (۲۲). نکته مهمی که در این پژوهش مورد توجه محقق واقع شده این است که چرا قصد رفتاری به عملکرد صحیح تبدیل نمی‌شود و به عبارت دیگر چه عواملی می‌توانند بر قصد افراد در مسیر عملکرد صحیح، تأثیر گذار باشند. به این دلیل، این مطالعه با به کارگیری مدل تغییر رفتار مرحله‌ای و تئوری خود کارآمدی با هدف تعیین اثر خود کارآمدی برآگاهی، نگرش، قصد و عملکرد صحیح و در نهایت به حمایت و تغییر رفتار ماندگار در استفاده مؤثر از قرص‌های پیشگیری از بارداری و در نتیجه کاهش بارداری‌های ناخواسته انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی بود که براساس مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC) و تئوری خود کارآمدی طراحی شد و طی آن ارتباط بین متغیرهای مدل SBC

(۱۷) و خود کارآمدی درک شده به منظور پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته در مصرف کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری مورد بررسی قرار گرفت.

نمونه‌های مورد پژوهش، زنان ۱۸ تا ۴۹ ساله مصرف کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی مشهد بودند، که به طور تصادفی از مراکز بهداشتی انتخاب گردیدند و طی مرداد ۸۴ تا تیر ماه ۸۵ در مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد مورد مطالعه قرار گرفتند.

در شروع مطالعه، پس از کسب مجوز از شورای پژوهش دانشگاه، با ارائه معرفی‌نامه رسمی، به مرکز بهداشت استان خراسان رضوی و مراکز مربوطه مراجعه و با هماهنگی‌های لازم، نمونه‌گیری آغاز گردید. به کلیه نمونه‌های مورد پژوهش، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و شرکت داوطلبانه آنان توضیحات لازم داده شد.

نمونه‌گیری در این مطالعه در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول پرسشنامه غربالگری شامل دو بخش، برای بررسی هر نمونه تکمیل گردید. بخش اول این پرسشنامه شامل سئوالات مربوط به واجدین شرایط مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، نوع قرص مصرفی و نحوه مصرف آن و بخش دوم شامل سئوالات مربوط به بررسی خود کارآمدی عمومی بود.

ابتدا از کلیه مصرف کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز، درخواست شد که در برنامه غربالگری در مورد بررسی وضعیت مصرف کنندگان قرص پیشگیری از بارداری از نظر بلامانع بودن مصرف قرص شرکت نمایند. سپس به زنانی که منع مصرف داشتند، توصیه‌های لازم ارائه شد و از زنانی که مشکلی از نظر منع مصرف قرص نداشتند، درخواست شد در مرحله بعدی تحقیق شامل تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه از طریق مصاحبه با آنان شرکت نمایند.

عملکرد: سئوالات مربوط به نحوه عملکرد، در قالب ۸ سؤال با گزینه‌های «بلی، خیر» یا جواب «صحیح یا غلط» مورد بررسی قرار گرفت و براساس صفر و یک امتیاز بندی گردید؛ در نتیجه حداکثر امتیاز ۸ و حداقل امتیاز صفر بود. ضریب پایایی آن از طریق آزمون مجدد، ۸۲٪ گزارش گردید.

حمایت درک شده: میزان حمایت از تنظیم خانواده و روش مورد استفاده نیز از طریق مقیاسی شامل ۴ سؤال با سه گزینه «موافقم، مطمئن نیستم و مخالفم» به ترتیب با امتیازهای «۱، ۲، ۳» مورد سنجش قرار گرفت. کل امتیاز کسب شده از این مقیاس بین ۴ تا ۱۲ بود. ضریب پایایی آن از طریق آزمون مجدد ۷۸٪ و آلفا کرونباخ، همبستگی درونی آن را ۸۵٪ نشان داد.

ج) خود کارآمدی نمونه‌های پژوهش براساس تئوری خود کارآمدی (۲۵) به شرح ذیل مورد بررسی قرار گرفت.

خود کارآمدی درک شده: در این بخش سنجش خود کارآمدی عمومی به وسیله پرسشنامه‌ای که توسط نظامی و همکاران به فارسی برگردان و در ایران استاندارد شده و دارای ۱۰ سؤال با امتیازهای ۱ تا ۴ صورت گرفت (۲۵). جهت سنجش خود کارآمدی تنظیم خانواده نیز پرسشنامه‌ای در خصوص رفتارهای مربوط به تنظیم خانواده براساس پرسشنامه نظامی و همکاران، به کار گرفته شد که این مقیاس جمعاً دارای ۵ سؤال و همانند پرسشنامه سنجش خود کارآمدی عمومی به هریک از سئوالات نمره‌ای بین ۱ تا ۴ اختصاص یافت. نمره ۴ با پاسخ (کاملاً صحیح است) نشاندهنده خود کارآمدی بالا و نمره ۱ (اصلاً صحیح نیست) نشاندهنده کمترین سطح خود کارآمدی بود؛ بنابراین حداکثر امتیاز از این مقیاس ۲۰ و حداقل امتیاز ۵ بود. آلفا کرونباخ، همبستگی درونی این مقیاس را ۷۸٪ نشان داد.

در این پژوهش جهت تعیین اعتماد علمی پرسشنامه از

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ای، براساس مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC) و تئوری خود کارآمدی توسط پژوهشگران طراحی و اطلاعات از طریق مصاحبه با نمونه‌های پژوهش جمع‌آوری گردید. سئوالات پرسشنامه شامل سه قسمت به شرح ذیل بود:

الف) سئوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک و پایه شامل: سن، مذهب، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، مدت ازدواج، دفعات بارداری، تعداد فرزندان زنده، سابقه مصرف قرص و مدت زمان فعلی مصرف قرص، سابقه بارداری ناخواسته و روش مورد استفاده در آن زمان بود.

ب) رفتارهای باروری زنان براساس متغیرهای تعریف شده در مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (۱۷) شامل:

آگاهی: آگاهی نمونه‌های پژوهش با ۱۶ سؤال مورد بررسی قرار گرفت و دارای ۰ تا ۱۶ امتیاز بود؛ به صورتی که به هر سؤال، با پاسخ صحیح، امتیاز ۱ و با پاسخ غلط، امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و مجموع امتیازات سئوالات آگاهی به عنوان نمره آگاهی هر فرد در نظر گرفته شد. ضریب پایایی آن از طریق آزمون مجدد، ۹۵٪ گزارش گردید.

تأیید و تصویب: سئوالاتی که نشان‌دهنده تأیید و تصویب واحدهای پژوهش در زمینه مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری بود، در قالب ۴ سؤال با سه گزینه «بلی»، «نمی‌دانم» و «خیر» مورد بررسی قرار گرفت؛ که به هر گزینه به ترتیب ۲، ۱ و ۰ امتیاز تعلق گرفت؛ به طوری که حداکثر امتیاز ۸ و حداقل امتیاز صفر بود. آلفا کرونباخ، همبستگی درونی آن را ۸۲٪ نشان داد.

قصد رفتاری: قصد رفتاری نمونه‌های پژوهش نیز در قالب دو سؤال با گزینه‌های «بلی، نمی‌دانم، خیر» مورد بررسی قرار گرفت؛ که هر سؤال به ترتیب دارای امتیازات ۲، ۱، ۰ بود. آلفا کرونباخ، همبستگی درونی را ۸۵٪ نشان داد.

پژوهش (۳۴/۷٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند. فقط ۳/۷٪ بیسواد و یا سوادشان درحد خواندن و نوشتن بود (جدول ۱).

میزان تحصیلات همسر اکثر نمونه‌های پژوهش (۳۸/۴٪) درحد سیکل و راهنمایی بود و بقیه به ترتیب تحصیلاتی در حد دیپلم (۲۴/۴٪)، ابتدایی (۱۸/۲٪) و عالی (۱۲/۸٪) داشتند. ۶/۴٪ نیز تحصیلاتی در حد خواندن و ۳/۴٪ نیز بیسواد بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مصرف کننده قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد بر حسب برخی ویژگی‌های دموگرافیک، سال ۸۵-۱۳۸۴

فرآیند		متغیرهای دموگرافیک	
نسبی	مطلق	فراوانی	
۲۱/۶٪	۷۶	ابتدایی	تحصیلات
۳۲/۷٪	۱۱۵	دبیرستان	
۳۴/۷٪	۱۲۲	دیپلم	
۷/۴٪	۲۶	بالتر از دیپلم	
۳/۷٪	۱۳	سایر موارد	
۲/۷٪	۱۳	شاغل	وضعیت اشتغال
۹۶/۳٪	۳۳۹	خانه دار	
۰/۶٪	۲	خیلی خوب	وضعیت اقتصادی
۱۹/۳٪	۶۸	خوب	
۷۱/۹٪	۲۵۳	متوسط	
۸/۲٪	۲۹	ضعیف	طول مدت مصرف قرص (ماه)
۴۲٪	۱۴۸	<۶	
۱۳/۶٪	۴۸	۶-۱۱	
۱۹/۹٪	۷۰	۱۲-۲۳	
۱۳/۱٪	۴۶	۲۴-۴۷	
۱۱/۴٪	۴۰	≥۴۸	تعداد زنده کودکان
۴۷/۴٪	۱۶۷	۰-۱	
۴۵/۵٪	۱۶۰	۲-۳	
۷/۱٪	۲۵	≥۴	جانبی عوارض
۳۰/۱٪	۱۰۶	خبر	
۶۹/۹٪	۲۴۶	بلی	برنامه‌ریزی بارداری نشده
۸۱/۳٪	۲۸۶	خبر	
۱۸/۷٪	۶۶	بلی	

آزمون مجدد نیز استفاده شد، به طوری که ضریب همبستگی برای هر یک از مقیاسها بین ۷۸٪ تا ۹۵٪ بود. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، ابتدا از روش اعتبار یا روایی محتوی استفاده شد. بدین منظور پس از تدوین پرسشنامه براساس مقالات، کتب، نشریات و تحقیقات علمی معتبر و استفاده از تکنیک بحث گروهی متمرکز، ابزار تهیه شده جهت نظرخواهی و بررسی اعتبار، در اختیار ۱۲ تن از اساتید و متخصصین آموزش بهداشت در ایران و خارج از کشور قرار گرفت. پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم انجام و اعتبار علمی آن از نظر محتوی مورد تأیید قرار گرفت.

از آنجا که برخورداری آزمون از اعتبار صوری یکی از ویژگی‌های مطلوب هر آزمونی به شمار می‌آید؛ لذا به منظور تعیین روایی صوری، پرسشنامه تهیه شده در اختیار ۴ تن از دانشجویان دکترای آموزش بهداشت، ۵ نفر از اساتید دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت مشهد و ۵ نفر از کارشناسان بهداشت شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و ۵ نفر از مصرف کنندگان قرص قرار گرفت و از آنها خواسته شد با توجه به هدف پژوهش نظر خود را در مورد ظاهر پرسشنامه به صورت «کاملاً مناسب»، «مناسب» و «نامناسب» اعلام کنند. تعدادی از آنان جابجایی چند عبارت و کلمه را پیشنهاد کردند، که با لحاظ کردن نظرات، پرسشنامه به اتفاق آراء، «کاملاً مناسب» ارزیابی شد.

پس از سنجش اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه، اطلاعات اولیه به روش مصاحبه با زنان مصرف کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری یا زنان دارای تمایل به شروع مصرف قرص، جمع‌آوری شد.

نتایج

در بررسی مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش $28/16 \pm 6/08$ سال بود. از نظر میزان تحصیلات، اکثر نمونه‌های

جدول ۲- ارتباط بین متغیرهای مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC)، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی تنظیم خانواده در زنان مصرف کننده قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد، سال ۸۵-۱۳۸۴

متغیرها	آگاهی	تأیید و تصویب	قصد رفتاری	عملکرد	حمایت خودکارآمدی	خودکارآمدی عمومی
تأیید و تصویب	*.۰/۲۳۰	---	---	---	---	---
قصد رفتاری	*.۰/۳۵۵	*.۰/۲۳۳	---	---	---	---
عملکرد	*.۰/۲۴۵	*.۰/۱۸۸	*.۰/۳۶۹	---	---	---
حمایت درک شده	*.۰/۳۰۴	*.۰/۲۵۸	*.۰/۵۱۵	*.۰/۳۵۶	---	---
خودکارآمدی عمومی	*.۰/۱۶۲	*.۰/۲۲۵	*.۰/۲۵۶	*.۰/۱۹۸	*.۰/۲۲۶	---
خودکارآمدی تنظیم خانواده	*.۰/۳۱۹	*.۰/۲۶۳	*.۰/۷۰۲	*.۰/۳۶۵	*.۰/۵۳۵	*.۰/۴۲۴

* p<۰/۰۱

فراوانی بارداری ناخواسته در بین نمونه‌های پژوهش ۶۶ نفر (۱۸/۷٪) بدست آمد که ۴ نفر آنان سابقه ۲ بار و یک نفر آنان نیز سابقه ۳ بار بارداری ناخواسته را ذکر نمودند. در بین کسانی که بارداری ناخواسته داشتند، به طور کلی ۳۰ نفر بارداری در حین مصرف قرص‌های پیشگیری را ذکر نمودند (۸/۵٪)؛ به عبارتی در بین نمونه‌های پژوهش که سابقه بارداری ناخواسته را ذکر نموده بودند، تقریباً نیمی از بارداریها، در حین مصرف قرص به وقوع پیوسته بود.

۴۶/۳٪ نمونه‌های پژوهش اذعان داشتند که قبلاً در زمینه مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری آموزش دیده‌اند و ۲۲/۴٪ آموزشها را کافی می‌دانستند. ۶۷/۶٪ نمونه‌های پژوهش اولین منبع کسب اطلاعات خود را کارمند بهداشتی، ۱۰/۲٪ اقوام و دوستان، ۶/۳٪ پزشک و بقیه نیز تلویزیون (۵/۷٪)، روزنامه و مجلات (۵/۴٪) و سایر موارد را ذکر کردند.

از سئوالات مربوط به آگاهی، اکثر نمونه‌های پژوهش یعنی ۳/۲۵٪، ۶ امتیاز کسب کردند، به طوری که میانگین نمرات ۶/۵۰±۱/۷۵ بود.

میانگین و انحراف معیار امتیاز سایر متغیرهای مورد بررسی نیز به شرح ذیل بوده است: تأیید و تصویب (۴/۳۷±۱/۶۳)، قصد رفتاری (۴/۶۷±۰/۸۶)، عملکرد (۴/۲۹±۰/۸۶) و حمایت (۴/۶۵±۰/۷۲).

خودکارآمدی عمومی نمونه‌های پژوهش براساس مقیاس استاندارد شده خودکارآمدی عمومی مورد

اکثر نمونه‌های پژوهش ۹۶/۳٪ خانه‌دار بودند و وضعیت اقتصادی خود را نیز در حد «متوسط» اعلام کردند (۷۱/۹٪). شغل همسر اکثر نمونه‌های مورد پژوهش (۶۱/۶٪)، «آزاد» ذکر گردید.

میزان درآمد خانواده‌ها از ۵۰۰۰۰۰ ریال تا ۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال متغیر بود. بیشترین فراوانی نسبی مربوط به ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال (۲۱/۶٪) و ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (۲۰/۲٪) بود.

طول مدت ازدواج آنان از ۱ تا ۲۱ سال و اکثر آنان (۳۰/۱٪) بین سه تا پنج سال سابقه زندگی زناشویی داشتند و تعداد زیمان‌های پژوهش بین ۰ تا ۸ فرزند بود؛ ولی اکثر نمونه‌های پژوهش دارای یک (۴۰/۶٪) و دو زیمان (۳۳/۲٪)، با میانگین ۲/۰۴±۱/۲۷ بودند.

مدت زمان شروع مصرف فعلی قرص‌های پیشگیری از بارداری بین ۱ تا ۲۰۰ ماه بود؛ ولی در اکثر نمونه‌ها این مدت، ۱ ماه (۱۰/۲٪) و ۲ ماه (۸/۲٪) بود.

جدول ۳- شاخصهای آنالیزگرسیون مدل پیشنهادی براساس متغیر وابسته قصد رفتاری در زنان مصرف کننده قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد، سال ۸۵-۱۳۸۴

متغیرهای مستقل	t	ضریب استاندارد شده	p-value	R ²
خودکارآمدی تنظیم خانواده	۱۲/۹۹۷	۰/۵۷۷	<۰/۰۰۱	
حمایت درک شده	۳/۵۲۷	۰/۱۵۲	<۰/۰۰۱	
آگاهی	۲/۰۶۱	۰/۰۸۱	۰/۰۴۰	۵۴/۵٪
عملکرد	۲/۰۱۲	۰/۰۸۱	۰/۰۴۵	

بیشترین نقش را در پیش بینی قصد رفتاری دارا می‌باشند.

بحث

هدف کلی این پژوهش، ارزشیابی الگوی تغییر رفتار مرحله‌ای تلفیق شده با تئوری خودکارآمدی در ایجاد رفتارهای صحیح مصرف قرص و پیشگیری از حاملگی ناخواسته در زنان مصرف‌کننده قرص‌های پیشگیری از بارداری بوده است و براین اساس، پایه‌گذاری شد که مشخص شود برای دستیابی به رفتارهای خاص تا چه اندازه می‌توان از قابلیت‌های مربوط به خود کارآمدی بهره جست. نتایج حاصل از آزمون همبستگی (جدول ۲) مشخص کرد که حمایت درک شده و خود کارآمدی تنظیم خانواده روابط قویتری با قصد رفتاری مصرف مؤثر و صحیح قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری دارند، به این معنا که میزان‌های حمایت درک شده و خود کارآمدی تنظیم خانواده در ارتباط مستقیم با قصد فرد برای مبادرت به مصرف صحیح قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌باشند.

آنالیز رگرسیون نیز نشان داد که چهار متغیر مستقل خود کارآمدی تنظیم خانواده، حمایت درک شده، آگاهی و عملکرد در پیش‌بینی قصد رفتاری دخالت دارند؛ ولی همانطور که در جدول ۳ مشهود است، حمایت درک شده و خود کارآمدی تنظیم خانواده، هر یک به تنهایی و نیز با یکدیگر پیش‌بینی کننده‌های مهم قصد رفتاری محسوب می‌شوند. البته خود کارآمدی تنظیم خانواده پیش‌بینی کننده قویتری در بین آنها می‌باشد. نتیجه حاصل دور از ذهن هم نمی‌باشد؛ زیرا با توجه به ساختار خود کارآمدی، بررسی‌های انجام شده از این نکته حمایت کرده‌اند که خود کارآمدی می‌تواند نقش مهمی در استفاده دقیق و صحیح از وسایل پیشگیری از بارداری داشته باشد، افراد با خود کارآمدی در حد بالا بیشتر احتمال دارد با استفاده بهتر از وسایل پیشگیری،

بررسی قرار گرفت. در پژوهش حاضر بیشترین امتیاز کسب شده توسط آزمودنیها ۲۱ امتیاز بود، که ۲۱/۶٪ نمونه‌ها آن را کسب نمودند. میانگین خود کارآمدی عمومی $21/6 \pm 3/2$ بدست آمد.

در بخش دیگر خود کارآمدی اختصاصی نمونه‌های پژوهش در خصوص تنظیم خانواده مورد سنجش قرار گرفت؛ که اکثر نمونه‌های پژوهش (۳۰/۷٪) از این مقیاس، ۱۱ امتیاز کسب نمودند. میانگین خود کارآمدی اختصاصی $10/9 \pm 1/5$ بود.

در زمینه ارتباط بین خود کارآمدی تنظیم خانواده با سایر متغیرها، ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین خود کارآمدی تنظیم خانواده و متغیرهای مدل نظیر آگاهی ($r=0/319$ و $p<0/001$)، تأیید و تصویب ($r=0/263$ و $p<0/001$)، قصد رفتاری ($r=0/244$ و $p<0/001$)، عملکرد ($r=0/365$ و $p<0/001$)، حمایت درک شده ($r=0/535$ و $p<0/001$) و خودکارآمدی عمومی ($r=0/424$ و $p<0/001$) ارتباط مستقیم معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد؛ ولی بیشترین همبستگی مربوط به قصد رفتاری و حمایت درک شده بود (جدول ۲).

به منظور بررسی دقیقتر روابط بین متغیرهای مستقل آگاهی، تأیید و تصویب، عملکرد، حمایت درک شده، خود کارآمدی تنظیم خانواده و خودکارآمدی عمومی با قصد رفتاری، از آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده شد. شاخص‌های آنالیز رگرسیون براساس R^2 ، نشان داد که ۵۴/۵٪ از پراکندگی مشاهده شده در قصد رفتاری با $F(351,4) = 103/7$ ، $p<0/001$ توسط چهار متغیر مستقل خود کارآمدی تنظیم خانواده، حمایت درک شده، آگاهی و عملکرد توجیه می‌شود. تمام متغیرها دارای ضرایب مثبت هستند؛ یعنی با افزایش آنها میزان قصد مصرف مؤثر و صحیح افزایش می‌یابد؛ ولی با توجه به ضرایب رگرسیونی استاندارد شده، مشخص می‌شود که حمایت درک شده و خودکارآمدی تنظیم خانواده

از بارداری ناخواسته پیشگیری نمایند (۲۸-۲۶). در بررسی عوامل مؤثر بر به کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری و تصمیم‌گیری زنان در این مورد، تحقیقات چندی نشان داده است که افراد با درک توانایی خود در مورد تنظیم و اداره رفتارهای شان، می‌توانند بر رفتارهای باروری تأثیر گذار باشند. در واقع خود کارآمدی به عنوان پلی بین نحوه تفکر و قصد و بروز رفتار خاص عمل می‌کند. در مورد مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری نیز در واقع خود کارآمدی به عنوان واسطه‌ای بین قصد مصرف قرص و بروز رفتار مصرف صحیح و مرتب عمل می‌کند و براین اساس، محققین در ادامه به این نتیجه رسیده‌اند که پرستاران و کارکنان بهداشتی باید ضمن توجه به توانایی خود مراقبتی مراجعین، خود کارآمدی درک شده مراجع کنندگان در مصرف مؤثر قرص پیشگیری از بارداری را نیز بررسی نمایند؛ زیرا از این طریق آنان می‌توانند به مراجعین در افزایش مهارت‌های مراقبت از خود و افزایش درک خود کارآمدی در جهت پیشگیری از بارداری ناخواسته کمک نمایند (۳۱-۲۹). Herold نیز دریافت که عزت نفس بالا با نگرش‌های مثبت‌تر نسبت به رفتارهای پیشگیری و استفاده مؤثرتر از وسایل پیشگیری، در نوجوانان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تنظیم خانواده همراه بوده است. مفهوم اختصاصی‌تر عزت نفس، یعنی خود کارآمدی، توسط محققین بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است و نتایج مشابهی را به همراه داشته است (۳۲). یافته‌های تحقیق حاضر با بررسی Neel و همکاران و Rosen و Ager نیز همخوانی داشته است که نشان داده‌اند، احساس مطلوب مفهوم از خود و نوع برداشت، ارتباط مثبتی با استفاده مؤثر از وسایل پیشگیری داشته است (۳۴، ۳۳). نتیجه اینکه خود کارآمدی عامل پیش‌بینی‌کننده قوی در بیان این حقیقت است که یک حس قوی از خود کارآمدی می‌تواند عملکرد انسان و

رفاه فردی را به طرق گوناگون نظیر توانایی مقابله با موانع افزایش دهد. از طرف دیگر افراد با حس خود کارآمدی پایین، دیدشان به مسایل سخت‌تر از آن چیزی است که واقعاً وجود دارد و یک دید تک بعدی و سطحی نسبت به مشکلات فرارویشان دارند. در حمایت از اثر مثبت خود کارآمدی در استفاده مؤثر از روش‌های پیشگیری Williams و همکاران ادعان داشته‌اند که افراد با خودکارآمدی بالا به توانایی خود در استفاده مؤثرتر از روش‌های پیشگیری اطمینان دارند، در نتیجه بهتر می‌توانند از بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده پیشگیری نمایند. همچنین آنها درجات بالاتری از خود کارآمدی جنسی را نیز نشان داده‌اند (۳۵). طبق نظر Bandura، خود کارآمدی در واقع باوری است که شخص در مورد مهارت و تواناییش نسبت به کنترل رفتارش برای رسیدن به هدف خاص دارد و می‌تواند مؤلفه مهمی در ایجاد تغییر رفتار باشد (۳۶). در تحقیقی نیز که در مورد پیش‌بینی‌کننده‌های مهم قصد رفتاری فرد در مبادرت و بهبود تنظیم خانواده توسط Goodson با استفاده از پرسشنامه‌های پستی و بکارگیری تئوری شناخت اجتماعی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بر روی ۶۳۵ دانشجویان آموزشگاه‌های پروتستان انجام شد، نتایج نشان داد که از بین کلیه متغیرهای مورد بررسی مؤثر در پیش‌بینی قصد فرد برای بکارگیری روش‌های تنظیم خانواده، بیشترین موارد دلالت بر وجود ارتباط مستقیم بین متغیرهای نگرش و خود کارآمدی با قصد رفتاری داشته است (۳۷). از طرف دیگر همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین خود کارآمدی تنظیم خانواده و حمایت درک شده همبستگی بالایی دیده می‌شود؛ که این یافته می‌تواند دلیل دیگری بر اهمیت تأثیر خود کارآمدی بر ماندگاری و تداوم رفتارهای مورد نظر در قالب حمایت از رفتار باشد. در مطالعه Rimal Rajiv نیز همبستگی قوی بین آگاهی

گیرد؛ به طوری که زمینه مناسب برای آموزش و اجرای صحیح مراقبت‌های بهداشتی فراهم آید تا ضمن استفاده مؤثر از این روش پیشگیری، با کاهش عوارض حاصله و سودبردن از فواید آن، بتوان تا حد امکان در جهت کاهش بارداری‌های ناخواسته گام برداشت و از آثار منفی بارداری‌های ناخواسته بر روی سلامت جامعه کاست.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهشی و حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش، ابراز می‌نمایند. همچنین از پروفسور Bandura از دانشگاه Oxford، به جهت راهنماییها و توصیه‌های بسیار ارزشمندشان و از نمونه‌های پژوهش به دلیل همکاری و شرکت شان در پژوهش و از کارشناسان محترم واحد سلامت و تنظیم خانواده مرکز بهداشت استان خراسان رضوی به جهت همراهی و مساعدتشان به منظور انجام این مطالعه، سپاسگزاری می‌شود.

و رفتار در نمونه‌های با خود کارآمدی در حد بالا دیده شد (۳۸).

Guthrie نیز براساس نتایج حاصل از مطالعات خود عنوان کرد که افزایش و بهبود توانایی مراقبت از خود و خود کارآمدی به طور مستقیم با مصرف صحیح و مؤثر قرص‌های پیشگیری از بارداری در ارتباط می‌باشد (۳۹).

نتیجه‌گیری

در هر صورت یافته‌های مطالعه حاضر به نحوی تأییدکننده بسیاری از مطالعات در زمینه ارتباط تنگاتنگ بین خود کارآمدی درک شده و استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد. ساختار خود کارآمدی می‌تواند به عنوان پایه تئوری در بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت توسط کارکنان حرفه‌های بهداشتی به منظور ایجاد تغییر و ارتقاء رفتارهای بهداشتی بکار گرفته شود و از آنجا که در بین انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، بالاترین میزان به مصرف قرص‌های خوراکی اختصاص دارد، نتایج حاصل می‌تواند به عنوان الگویی در انجام مداخلات به منظور عملکرد بهتر مورد استفاده قرار

منابع

- ۱- حلم سرشت، پریش. دل پیشه، اسماعیل. جمعیت و تنظیم خانواده. انتشارات چهر. چاپ هفدهم. ۱۳۸۱. صفحات ۷۸-۴۹.
- ۲- تقوی، نعمت جمعیت و تنظیم خانواده. چاپ هفتم، تبریز: نشر جامعه پژوه. دانیال، صفحات ۷۷-۷۸.
- ۳- واحد بهداشت باروری. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA). ۱۳۷۹.
- ۴- دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران.
- ۵- معاونت سلامت. مهر ماه ۱۳۷۹.
- ۶- Blackburn RD, Cunkelman JA, Zlidar VM. Oral Contraceptive-An Update. Population Repots. The Johns Hopkins School of public health, Series A, Number 9. Spring 2000;pp:1-7.
- ۷- امین شکروی، فرخنده. Philippa Howden Chapman. مطالعه عوامل مؤثر بر بارداریهای ناخواسته در گروهی از زنان باردار

- 20- Walkley RH. Self efficacy in Health Related Behavior Change. 1997.
- 21- Maibach E, Schlenger W, Stein JA, Murphy DA. Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychol.* 2001;20(4):281-90.
- 22- Kazdin AE. *Encyclopaedia of psychology*. Vol:17. Oxford University Press. 2000;pp:28,212-3.
- ۲۳- تونز کیت، تیلفورد سیلویا، روبینسون یون کلی. آموزش بهداشت - کارآیی و اثربخشی آن. ترجمه: دکتر فرشته فرزین پور. چاپ دوم. ناشر: سلاله نیکان، (۱۳۷۸)، صفحه ۷۰.
- 24- Butler JT. *Principles of health education and health promotion*. 3rd Edition. Belmont CA: Wadsworth/Thomson Learning. 2001.
- 25- Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnson M (Editors). *Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs*. Windsor England: NFER-NELSON. 1995;pp:35-7.
- 26- Brafford LJ, Beck KH. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *J Am Coll Health.* 1991;39:219-25.
- 27- Heinrich L. Contraceptive self-efficacy in college women. *J Adolesc Health.* 1993;14:269-76.
- 28- Levinson RA. Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behavior. *J Sex Res.* 1986;22:347-69.
- 29- Dodge JA, Oakley D. Analyzing Nurse-Client Interactions in Family Planning Clinics. *Journal of Community Health Nursing.* 1989;6(1):37-44.
- 30- Matteson P. *Advocating for Self: Women's Decisions Concerning Contraception*. New York: Haworth. 1995;pp:289-98.
- 31- Oakley D, Denyes MJ, O'Connor N. Expanded nursing care for contraceptive use. *Appl Nurs Res.* 1989;2(3): 121-7.
- 32- Herold ES, Goodwin MS, Lero DS. Self-esteem, locus of control and adolescent contraception. *J Psych.* 1979; 101:83-8.
- 33- Neel E, Jay S, Litt I. The relationship of self-concept and autonomy to oral contraceptive compliance among adolescent females. *J Adolesc Health Care.* 1985;6: 445-7.
- 34- Rosen R, Ager J. Self-concept and contraception: Pre-conception decision-making. *Popul Environ.* 1981;4: 11-23.
- 35- Williams SP, Frank ML, Ilegbodu A, Sangi-Hagheykar H, Corboy JE, Poindexter AN. Factors asso-
- شهر تهران. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری: سال (۱۳۸۳)، شماره ۱۹، صفحات: ۲۵۸-۲۴۹.
- ۸- اباذری، فرخ، عرب، منصور. عباسزاده، عباس. ارتباط حاملگی ناخواسته و رفتار باروری در مراجعین بخش زایمان بیمارستانهای شهر کرمان. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری: سال (۱۳۸۱)، شماره ۱۳، صفحات: ۴۶-۳۹.
- ۹- عباسی شوازی، محمدجلال، حسینی چاوشی، میمنت. دلاور، بهرام. حاملگیهای ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در ایران. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری: سال (۱۳۸۲)، شماره ۱، صفحات: ۶۲-۷۶.
- 10- Oakley D, Potter L, de Leon-Wong E. Toward understanding OC Pill-use behaviors that protect against unintended pregnancy. Paper presented at Population Association of America Conference, New Orleans, LA, May 7-8, 1996.
- 11- Potter L, Oakley D, de Leon-Wong. Measuring oral contraceptive pill-taking. *Fam Health Int.* (In press).
- 12- Marcy SA, Brown JS, Danielson R. Contraceptive use by adolescent females in relation to knowledge, and to time and method of contraceptive counseling. *Res Nurs Health.* 1983;6:175-82.
- 13- Population Information program, center for communication programs. *Helping women use the pill*. Population Repots, The Johns Hopkins School of public health. Series A, Number10, spring 2000.
- ۱۴- رضائیان، محسن. عوامل تعیین کننده مصرف صحیح قرصهای ضد بارداری خوراکی در زنان شهری و روستایی ایران. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال (۱۳۸۵)، شماره ۲، صفحات: ۱۴۹-۱۵۵.
- 15- Burns J, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 4th Edition. Philadelphia: W B Saunders Co. 2001;pp:683-714.
- 16- Rimon J, Rosa M. Philippines communication outreach accelerates family planning use in 1993-1996. *communication Impact*. The Johns Hopkins University. 2003. www.jhuccp.org/pubs/ci/3/index.shtml.
- 17- Center for communication programs. *Steps to Behavior Change*. The Johns Hopkins University. School of public Health. 2005.
- 18- Doak CC, Doak LG, Root Jane H. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott Co. 1996;pp:57-68.
- 19- Shannon J, Kirkley B, Ammerman A, Keyserling T, Kelsey K, DeVellis R, Simpson RJ. Self efficacy as a predictor of dietary change in low socioeconomic status southern adult population. *Health Educ Behav.* 1997;24(3):357-68.

- 38- Rimal RN. Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: the mediating role of self-efficacy. *Health Commun.* 2000;12(3):219-37.
- 39- Guthrie BJ, Billings S, Kiel MK, Oakley D, Walker DS. Using cognitive theory to improve nurse practitioners' anticipatory guidance with contraceptive pill users. *J Community Health Nurs.* 2001;18(4):223-34.
- ciated with unintended pregnancy. *Adv Contracept Abv.* 1997;13(4):429-38.
- 36- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
- 37- Goodson P. Predictors of intention to promote family planning: a survey of Protestant seminarians in the United States. *Health Educ Behav.* 2002;29(5): 521-41.