

بررسی تأثیر بکارگیری الگوی بهینه شده SBC بر رفتارهای صحیح مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری

نوشین پیمان (Ph.D.)^۱، علیرضا حیدرنیا (Ph.D.)^۲، فضل‌الله غفرانی‌پور (Ph.D.)^۳، انوشیروان کاظم‌نژاد (Ph.D.)^۴، فرخنده امین‌شکروی (Ph.D.)^۵

۱- گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مشهد، مشهد، 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

چکیده

زمینه و هدف: کنترل جمعیت یکی از اهداف مهم در جهان امروز به حساب می‌آید و برنامه‌ریزی خانواده‌ها در استفاده از روش‌های پیشگیری مناسب، دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد. سرمایه‌گذاری در آموزش بهداشت در زمینه استفاده بهتر و مناسب‌تر از امکانات موجود، می‌تواند در این امر کمک‌کننده باشد. مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC)، که طی پنج مرحله به وقوع می‌پیوندد، می‌تواند مدلی مناسب در توسعه و ارزشیابی برنامه‌های تنظیم خانواده، برای افراد و گروه‌ها باشد. مطالعه حاضر، با هدف تعیین تأثیر آموزش با استفاده از الگوی بهینه شده SBC در جهت کاهش حاملگی‌های ناخواسته، در زنان مصرف‌کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری صورت گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش، یک کارآزمایی بالینی است که بر اساس الگوی بهینه شده SBC، در مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، در مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد انجام شد. ابتدا اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و به روش مصاحبه با ۲۹۰ نفر از زنان مصرف‌کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری که به طور تصادفی از مراکز بهداشتی انتخاب گردیدند، جمع‌آوری شد؛ سپس بطور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم و براساس الگوی بهینه شده، مداخله آموزشی بر روی گروه آزمون اجرا گردید و در فواصل زمانی مشخص (۳ و ۶ ماه)، پس از آزمون انجام شد تا میزان تأثیر بکارگیری الگوی بهینه شده در افزایش رفتارهای صحیح مصرف قرص در نمونه‌های مورد پژوهش مشخص شود. از آزمون‌های غیر پارامتریک نظیر χ^2 ، من-ویتنی، ویلکاکسون و فریدمن برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد و $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده است.

نتایج: بین دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ اما پس از مداخله، اختلاف معنی‌داری در نمرات کسب شده در متغیرهای آگاهی، تأیید و تصویب، قصد رفتاری، عملکرد، حمایت درک شده، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی تنظیم خانواده، در گروه آزمون مشاهده شد ($p < 0/01$)؛ همچنین عوارض جانبی و حاملگی‌های ناخواسته در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش نشان داده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مداخلات آموزشی در بهبود رفتارهای صحیح مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری و در نتیجه حصول دو هدف عمده یعنی کاهش عوارض جانبی و کاهش حاملگی ناخواسته، توصیه می‌گردد ضمن فراهم نمودن تسهیلات بهداشتی برای خانواده‌ها، به توانایی آنان در زمینه خودکارآمدی، به منظور بهره‌گیری هرچه بیشتر از امکانات توجه شود؛ زیرا آموزش با در نظر گرفتن عامل خودکارآمدی، می‌تواند در کاهش هزینه‌های مربوط به بارداری‌های ناخواسته و مصرف نابجا و نامرتب روش‌های تنظیم خانواده و به ویژه قرص‌های پیشگیری از بارداری، مؤثر باشد.

کلید واژگان: آموزش بهداشت، الگوی بهینه شده SBC، بارداری ناخواسته، تنظیم خانواده، خودکارآمدی، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، کارآزمایی بالینی.

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

پست الکترونیک: Hidarnia@modares.ac.ir

دریافت: ۸۷/۹/۲۴ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۳

زمینه و هدف

افزایش بی‌رویه رشد جمعیت از چالش‌های بزرگ بشری و یکی از مشکلات کشورهای در حال توسعه می‌باشد. معضل افزایش جمعیت در کنار سایر عوامل اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و آموزشی، منجر به ایجاد بحران در کشورها می‌شود. کنترل جمعیت یکی از اهداف مهم در جهان امروز به حساب می‌آید و برنامه‌ریزی خانواده‌ها با استفاده از روش‌های پیشگیری مناسب دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد؛ لذا سرمایه‌گذاری در آموزش بهداشت در زمینه استفاده بهتر و مناسب‌تر از امکانات موجود به منظور کاهش شکست ناشی از بکارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری توسط خانواده‌ها، ضروری به نظر می‌رسد.

براساس آخرین اطلاعات چاپ شده شاخص‌های ارزشیابی IMES^۱ در سال ۱۳۸۴ توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درصد پوشش استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در استان خراسان رضوی، ۵۴/۱٪ بوده است که ۱۷/۴٪ به مصرف قرص‌های خوراکی اختصاص داشته است، که باز هم بالاترین میزان در بین انواع روش‌های پیشگیری از بارداری بوده است؛ در صورتی که اطلاعات جمع‌آوری شده نشان می‌دهد که میزان آگاهی زنان، در مورد استفاده صحیح از قرص و نحوه عمل به هنگام فراموشی، در سطح استان در حد ۳۳/۲٪ بوده است (۱) و مواردی از این قبیل (عدم استفاده صحیح و یا عدم آموزش کافی)، سبب می‌شود که میزان‌های باروری با پوشش تنظیم خانواده هماهنگ نباشد، بطوری که براساس آمار DHS سال ۱۳۷۹ در ایران، ۸/۷٪ از بارداری‌های ناخواسته، همزمان با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بوده است که بیشترین موارد؛ یعنی ۵/۶٪ در

حین استفاده از قرص‌های خوراکی بوده است. در استان خراسان، این میزان ۸/۸٪ است که ۶/۶٪ آن همزمان با مصرف قرص‌های خوراکی بوده است (۲) و همین آمار پس از گذشت پنج سال، در سال ۱۳۸۴، ۶/۷٪ در سطح استان خراسان است، که همچنان بیشترین موارد؛ یعنی ۳/۹٪ بارداریها، در حین استفاده از قرص‌های خوراکی رخ داده است (۱).

حال با توجه به وضعیت کنونی ایران که پوشش تنظیم خانواده آن به بیش از ۵۰٪ رسیده است، این ضرورت وجود دارد که فعالیت‌های مربوط به تنظیم خانواده و باروری طوری طرح‌ریزی گردد، که چگونگی و کیفیت ارائه خدمات سرلوحه کار قرارگیرد، تا بدین‌وسیله ضمن جلوگیری از به هدررفتن سرمایه‌ها، از بروز بارداری‌های ناخواسته نیز جلوگیری به عمل آید؛ زیرا یکی از راه‌های ارزیابی کیفی خدمات تنظیم خانواده و سلامت باروری، بررسی میزان بروز بارداری‌های ناخواسته است و چون از میان همه عوامل شکست در کنترل موالید که تاکنون مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، استفاده نامنظم از وسایل و روش‌های آن، مهمترین عامل بروز این بارداریها است، لذا ضرورت توجه به این مهم و جستجوی علل آن بسیار مشهود می‌باشد.

مدل تغییر رفتار مرحله‌ای (SBC)^۲، که از مدل‌های علوم رفتاری است، برای آموزش دهندگان بهداشت که تمایل به ارتقاء برنامه‌های ارتباطی در جهت تأثیرگذاری بر رفتارهای بهداشتی دارند، مناسب است. این مدل در پنج مرحله اتفاق می‌افتد. مراحل که بر اساس این مدل هر شخص طی می‌کند، به ترتیب شامل: افزایش آگاهی، تأیید رفتار، قصد انجام عمل، عمل به آن و حمایت از رفتار است. این مراحل به روشن کردن طیف گسترده عوامل مؤثر بر افزایش کیفیت آموزشها در برنامه‌های تنظیم خانواده کمک کرده و غفلت از هر یک از این عوامل، می‌تواند بطور بالقوه باعث حذف ابعادی گردد

1- Integrate Monitoring Evaluation Survey

2- Demographic Health Survey

3- Steps of Behavior Change

کسانی که قبلاً تمایل به استفاده از روش‌های تنظیم خانواده نداشتند، نگرش مثبت به آن ایجاد و تصمیم در مورد عمل به آن گرفته شد. درصد استفاده از روش‌های تنظیم خانواده بطور معنی‌داری افزایش یافت، به طوری که تعداد مراجعین در حین دورهٔ مداخله بطور معنی‌داری افزایش یافت. شرکت فعال مراجعین در واحدها نیز بهبود یافته و حمایت از روش‌های تنظیم خانواده در بین مردان و زنان، افزایش یافت. مردان بیشتر از زنان، استفاده از روشها را به دیگران توصیه می‌کردند، اگرچه این اختلاف بسیار کم بود و بالاخره نتایج، شواهد بدون ابهامی را در قبول و تداوم تنظیم خانواده فراهم نمود (۶).

اولین گام در این مدل، توجه به تأثیر آگاهی بر افزایش کیفیت آموزشها در برنامه‌های تنظیم خانواده می‌باشد، که غفلت از آن می‌تواند بطور بالقوه باعث حذف ابعادی گردد که در فرایند انجام مداخلات آموزشی موفق، اهمیت دارند.

در مطالعه Rosenberg و همکاران، در اروپای غربی زنانی که محتوای مطالب ارائه شده را کاملاً درک کرده بودند، احتمال فراموشی مصرف قرص در آنها کمتر و حدود ۱۷٪ در هر بسته بود؛ در مقابل در بین زنانی که این مطالب را کاملاً درک نکرده بودند، میزان فراموشی حدود ۳۰٪ در هر بسته بود (۷). در تحقیق Deijen و Kornaat، زنان هلندی مصرف‌کنندهٔ قرص‌های پیشگیری به دو گروه تقسیم شدند. به گروه اول مطالبی برای مطالعه در منزل به همراه یک نوار ویدئویی نحوهٔ مصرف قرص داده شد؛ ولی گروه دوم فقط مشاورهٔ معمول را دریافت کردند. نتایج نشان داد زنانی که اطلاعات بیشتری دریافت کرده بودند، فراموشی مصرف قرص در آنان، در مقایسه با کسانی که صرفاً مشاورهٔ معمول را دریافت کردند، به طور معنی‌دار کمتر بود (۸).

که در فرایند انجام مداخلات آموزشی موفق، اهمیت دارند. در طراحی برنامه برای افراد بزرگسال باید از مدل‌هایی استفاده کرد که مستند و منطبق با خصوصیات آنها بوده و ارزیابی مناسبی از اثر برنامه فراهم نماید. مدل SBC، با بکارگیری چارچوب تئوریک مناسب، می‌تواند مدلی مناسب در توسعه و ارزشیابی برنامه‌های فراهم شده، برای قشر جوان و بزرگسال باشد.

این مدل توسط پروفیسور پیترو^۱ از متخصصین دانشگاه جانز هاپکینز، ارائه گردیده و بر تغییر رفتار، در سطح فردی و گروهی، تمرکز دارد و تاکنون در برنامه تنظیم خانواده چندین کشور استفاده و مفید واقع شده است (۳-۵).

در سال ۱۹۹۳ تحقیقی جامع، توسط Storey و همکاران با هدف بهبود کاربرد و ارائه خدمات تنظیم خانواده با همکاری دانشگاه جان هاپکینز با بکارگیری مدل SBC، طی دو مرحله در نپال انجام شد.

در مرحلهٔ اول بررسی در سپتامبر ۱۹۹۴، با ۳۴۰۳ نفر شامل ۲۷۱۶ زن (ازدواج کرده سنین ۴۹-۱۵ سال) و ۶۸۷ مرد، مصاحبه شد. از هر ۵۰ زن، یک مرد از همسران آنها انتخاب شد، که یک نمونه از زوجین بدست آید. نمونه‌گیری بطور تصادفی و به صورت خوشه‌ای از بین روستاها و بخشها انجام شد.

مرحله دوم بررسی در ژانویه ۱۹۹۷ انجام شد کل نمونه مورد مطالعه ۳۶۲۱ نفر شامل ۲۹۵۰ زن (ازدواج کرده سنین ۴۹-۱۵ سال) و ۶۷۱ مرد از بین همسران زنان مورد پژوهش انتخاب شدند. ۱۹۰۵ زن (۷۰/۱٪) و ۱۴۹ مرد (۲۱/۷٪) در هر دو مرحله، مورد مصاحبه قرار گرفتند و بر اساس مدل، نتایج مورد بررسی قرار گرفت. بطور کلی نتایج نظارت و ارزشیابی، نشان‌دهندهٔ تأثیرات مهمی در دانش، تأیید استفاده از وسایل ضد بارداری در زنان و مردان (بالای ۹۰٪)، بود. در بین

1- Piotrow

در ایران تحقیقی توسط پیمان و همکاران، در زمینه بررسی عوامل مؤثر بر استفاده صحیح از قرص‌های پیشگیری از بارداری براساس مدل تغییر رفتار مرحله‌ای بهینه شده (SBC)، در مصرف کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری انجام شده است. ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین خود کارآمدی تنظیم خانواده و متغیرهای مدل نظیر آگاهی، تأیید و تصویب، قصد رفتاری و عملکرد و حمایت درک شده، ارتباط مستقیم معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد؛ ولی بیشترین همبستگی مربوط به قصد رفتاری و حمایت درک شده می‌باشد. شاخص‌های آنالیز رگرسیون براساس R^2 نشان‌دهنده ۵۴/۵٪ پراکندگی در قصد رفتاری توسط چهار متغیر مستقل خود کارآمدی تنظیم خانواده، حمایت درک شده، آگاهی و عملکرد بوده (۳) و نشان می‌دهد که مدل رگرسیون خطی حاصل به خوبی برای پیش‌بینی قابل استفاده است.

در این مطالعه، پژوهشگر چارچوب نظری آموزش تنظیم خانواده را در زنان مصرف‌کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری، با تلفیقی از مدل تغییر رفتار مرحله‌ای با تئوری خودکارآمدی طراحی نمود و در نهایت تأثیر این مداخله را در مصرف صحیح و مؤثر قرص‌های خوراکی پیشگیری، کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف این قرصها و وقوع بارداری‌های ناخواسته، مورد ارزیابی قرار داده است. در تحقیق حاضر، مداخله مبتنی بر تئوری بوده است؛ زیرا "تئوریها" پایه‌ای برای مداخلات تلقی شده و به واسطه آنها می‌توان در تحقیق، تأثیرات مداخله را اندازه‌گیری نمود (۹). در حقیقت، آموزش بهداشت یک مداخله مهم در تمامی محیط‌های ارائه سرویس‌های بهداشتی و درمانی است، که هدف اصلی آن تغییر رفتار و ایجاد شرایط بهداشتی مورد نظر است. به عبارت بهتر، آموزش بهداشت فرایندی مبتنی بر تئوری‌های یادگیری و تئوری‌های تغییر رفتار است که با اثربخشی

برنامه‌های بهداشتی در ارتباط می‌باشد (۱۰). شواهد تجربی حاصل از مطالعات، ارتباط بین خودکارآمدی و ایجاد و ابقاء رفتارهای بهداشتی را مورد حمایت قرار می‌دهد (۱۱) و به همین جهت می‌تواند ابزاری برای استفاده در ارتقاء سلامت، آموزش به مددجو و تبعیت از روش‌های درمانی مختلف باشد (۱۲).

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه تجربی دو گروهی پیش و پس آزمون و از نوع کارآزمایی بالینی بوده که با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر مبنای مدل SBC بهینه شده در زنان مصرف‌کننده قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری صورت گرفته است.

در این مطالعه به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، از پرسشنامه استاندارد شده مربوط به مطالعه قبلی (نیازسنجی اولیه) که طی سال‌های ۸۴ تا ۸۵ صورت گرفته بود و اعتبار و اعتماد آن مورد سنجش و تأیید قرار گرفته بود، استفاده شد (۳)؛ که به صورت مصاحبه حضوری و انفرادی، در فواصل مشخص (قبل از آموزش، سه و شش ماه بعد از آموزش) در مورد نمونه‌های پژوهش تکمیل گردید.

با توجه به آمار ارائه شده در ایران و سایر کشورها که میزان مصرف صحیح قرص‌های خوراکی را حدود ۵۵-۵۰٪ گزارش کرده‌اند و با توجه به اینکه مطالعات نشان داده که آموزش تنظیم خانواده می‌تواند باعث افزایش ۱۵-۵٪ پوشش تنظیم خانواده شود، انتظار می‌رود طی مدت پژوهش با آموزش‌های ارائه شده، درصد مصرف صحیح قرص‌های خوراکی به ۷۰٪ برسد؛ بر همین اساس حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪، ۱۲۱ نفر در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد برآورد گردید که با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش، ۱۴۵ نفر در هر گروه از زنان تحت

بیماری‌های قلبی، پر فشاری خون، بیماری صرع، سرطان پستان بود.

بروز هرگونه علائم و یا عوارضی که در زمره علائم ممنوعیت مصرف قرص‌های خوراکی قرار می‌گیرد، نقل مکان به شهر دیگر، عدم شرکت مرتب و فعال در مراحل مداخله آموزشی (دوره آموزشی) از سوی گروه آزمون، معیارهای خروجی^۲ تحقیق بودند.

اهداف آموزشی مناسب، بر اساس مدل SBC پیشنهادی، با تأکید بر خودکارآمدی درک شده، و نیز افزایش آگاهی و ایجاد حمایت، تدوین گردید.

با توجه به این که مداخلات آموزشی در این پژوهش باید طی دو مرحله صورت می‌گرفت، ابتدا براساس نیازهای مشخص شده از ارزیابی مقدماتی، برنامه آموزشی جهت رابطن بهداشت تنظیم گردید. آموزش رابطن بهداشت، بر عهده کارشناسان واحد سلامت خانواده و جمعیت مرکز بهداشت استان و شهرستان که با شیوه آموزشی رابطن بهداشت آشنایی داشته و خود به عنوان مربی و یا مسئول واحد رابطن انجام وظیفه کرده بودند، گذارده شد.

پس از اتمام برنامه آموزشی رابطن بهداشت، مرحله دوم مداخله آموزشی که اختصاص به آموزش نمونه‌های پژوهش داشت، براساس آموزش بزرگسالان و مراحل مطرح در تئوری خودکارآمدی، پی‌ریزی گردید (۱۳).

در این مرحله از رابطن بهداشت خواسته شد آموزش‌های دریافتی را در مراکز به نمونه‌های مورد پژوهش ارائه دهند و پیگیری نمونه‌ها را به منظور عملکرد صحیح برعهده گیرند.

با توجه به اینکه در این مطالعه، مداخله آموزشی فراگیر محور بود و در آموزش بزرگسالان نیز بر استفاده از برنامه‌های غیررسمی و یادگیری حاصل شده از طریق زندگی، انعطاف‌پذیری به منظور برانگیختن علایق و

پوشش مراکز بهداشتی-درمانی مشهد تعیین شد، که بطور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم گردیدند و براساس الگوی بهینه شده و با توجه به آموزش بزرگسالان و تئوری خودکارآمدی، برنامه مداخله تنظیم و محتوای آموزشی تعیین و روی گروه آزمون اجرا گردید و در فواصل زمانی سه و شش ماه، پس آزمون انجام شد، تا میزان تأثیر بکارگیری الگوی بهینه شده در افزایش رفتارهای صحیح مصرف قرص در نمونه‌های مورد پژوهش مشخص شود.

در حین مداخله آموزشی، ۹ نفر از مطالعه حذف شدند (برطبق معیارهای خروج از تحقیق) که ۳ نفر از گروه آزمون و ۶ نفر از گروه شاهد بود؛ بنابراین تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه بر روی ۲۸۱ نفر انجام گردید.

لازم به ذکر است که در خصوص مقایسه دو گروه، در بکارگیری آزمون‌های آماری، $p < 0/05$ در نظر گرفته شد و در مواردی که توزیع متغیرها نرمال نبود (با بکارگیری تست کولموگروف - اسمیرنوف)، از آزمون‌های غیر پارامتریک نظیر^۳ من ویتنی، ویل کاکسون و فریدمن استفاده شده است.

در این مطالعه، محیط پژوهش سه مرکز بهداشتی-درمانی و پایگاه‌های مربوط، تحت پوشش مرکز بهداشت استان خراسان رضوی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند که نمونه‌های مورد پژوهش جهت دریافت قرص پیشگیری از بارداری و مشاوره تنظیم خانواده، به آنجا مراجعه می‌کردند. این سه مرکز بهداشتی-درمانی، در مرکز شهر قرار داشت و بطور نسبی انتخاب افراد از گروه متوسط به پایین جامعه را امکان‌پذیر می‌نمودند.

معیارهای ورودی^۱ تحقیق در این پژوهش عبارت از: سن بین ۱۸-۴۹ سال، عدم وجود بیماری‌های منع مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری مانند

2- Exclusion criteria

1- Inclusion criteria

باشد و افراد به راحتی سئوالات و تجارب خود را مطرح نمایند.

به علاوه با توجه به اینکه بزرگسالان نسبت به بچه‌ها یادگیری مشکل‌تری دارند (۱۴)؛ ارائه مطالب چاپی می‌تواند به مراجعین در مصرف صحیح و مؤثر قرص کمک کند، بدین‌وسیله آنها می‌توانند مصرف صحیح قرص را در منزل به طور مؤثر ادامه دهند. این مطالب می‌تواند به عنوان مرجعی برای آنان در هنگام فراموشی و یا اشکال در مصرف صحیح عمل نماید؛ چون می‌توانند مجدداً مطالب را مرور و بررسی نمایند. بر این اساس به منظور یادآوری و تسهیل امر یادگیری از وسایل کمک آموزشی نظیر پمفلت استفاده شد، برای اینکار کلیه پمفلت‌های موجود در خصوص مصرف صحیح قرص‌های پیشگیری از بارداری جمع‌آوری شده و با توجه به اهداف مطالعه، پمفلت مناسب تهیه شد. جهت تعیین روایی پمفلت تهیه شده، علاوه بر تعیین اعتبار صوری^۱، نظرسنجی از متخصصان نیز صورت گرفت. بعد از تعیین روایی محتوا، پمفلت تهیه شده مورد پیش‌آزمون قرار گرفت و به تعداد مورد نیاز تکثیر گشت.

پمفلت آموزشی، با مطالبی ساده، قابل فهم، به دور از اصطلاحات تخصصی و مبتنی بر اهداف آموزشی در ارتباط با مصرف صحیح قرص، نحوه عمل در هنگام فراموشی، مشکلات شایع و چگونگی برخورد با آن، تهیه و تدوین گردید؛ زیرا این مطالب زمانی بیشترین تأثیر را خواهد داشت که مختصر تهیه شده، خواندن آن آسان و راحت و در برگیرنده آموزش‌های خاص و مورد نیاز مراجعه کننده باشد (۱۷). با توجه به این اصل که بزرگسالان بیشتر علاقه‌مند آشنا شدن با روش‌های حل مشکلات خود هستند و به دانستن اطلاعات محض علاقه‌ای ندارند (۱۸، ۱۳)، در این مداخله متن پمفلت تهیه شده جهت آموزش مصرف صحیح قرص، عمدتاً بر

مشارکت فعال فراگیران در برنامه‌ریزی تأکید شده است (۱۵، ۱۴). برنامه آموزشی با توجه به نظرات نمونه‌های پژوهش به صورت دو جلسه ۲-۱/۵ ساعته و یا چهار جلسه ۴۵ دقیقه تا یک ساعت تنظیم شد، که نمونه‌های پژوهش به دلخواه و با توجه به وقت خود می‌توانستند یکی از این دو دوره را انتخاب نمایند.

از آنجا که در یادگیری بزرگسالان، هدف کمک به فراهم کردن فرصت و زمینه مناسب برای دستیابی آنان به نیازهایشان است، آموزش دهنده باید جوئی مبنی بر اعتماد ایجاد نماید که آنان به راحتی مسائل خود را مطرح نمایند (۱۶). به منظور درگیر کردن و مشارکت هرچه بیشتر نمونه‌های پژوهش، سندلیها دایره‌وار چیده شد تا امکان تماس چشمی فراگیران با هم و در نتیجه مشارکت هر چه بیشتر در بحث و بیان مسائل آنها، فراهم گردد.

در این مطالعه، مراحل مطرح در تئوری خودکارآمدی، در قالب فراهم کردن زمینه کسب موفقیت در عمل، تشویق آنها به مطرح نمودن تجارب به منظور کسب تجربه از عملکرد دیگران در حل مشکلاتشان، دریافت تشویق و ترغیب در صورت عملکرد صحیح و آگاهی از علائم و نشانه‌های مربوط که به درک بهتر موقعیت و کاهش اضطراب کمک کرده و ارتقاء کارآمدی درک شده و عملکرد را به دنبال خواهد داشت، مدنظر قرار گرفت.

جو غیررسمی و صمیمانه‌ای در بسیاری از موقعیت‌های یادگیری بزرگسالان حاکم است و به استفاده از تجربیات، اهمیت داده می‌شود؛ بدین جهت استفاده از روش‌های متنوع آموزشی به منظور بهره‌گیری از تجارب و جلوگیری از خستگی مفید می‌باشد (۱۶، ۱۴). در جلسات آموزشی برنامه آموزشی با ترکیبی از چند روش، از جمله شیوه سخنرانی کوتاه مدت، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و نهایتاً ایفای نقش، ارائه گردید و سعی شد جو غیررسمی و صمیمانه‌ای در گروه حاکم

1- Face validity

می‌تواند برای پیش‌بینی و مداخله آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.

دو گروه آزمون و شاهد از نظر سن، اختلاف معنی‌دار نداشتند. همچنین واحدهای مورد پژوهش در دو گروه، از نظر دیگر مشخصات دموگرافیک نظیر مذهب، سطوح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، طول مدت مصرف قرص، سابقه بارداری ناخواسته، روش‌های مورد استفاده در حین وقوع بارداری، انجام مشاوره تنظیم خانواده، دریافت آموزش در زمینه تنظیم خانواده، کافی بودن آموزشها، شیوه مورد درخواست دریافت اطلاعات، اولین منبع کسب اطلاعات و... تفاوت معنی‌داری نداشتند.

به منظور بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک نظیر سن و تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش با متغیرهای الگوی SBC و خودکارآمدی، از شاخص همبستگی اسپیرمن استفاده شد؛ بین متغیر سن و امتیازات کسب شده در زمینه تأیید و تصویب، قصد رفتاری، عملکرد، خودکارآمدی تنظیم خانواده و حمایت درک شده، همبستگی معنی‌داری وجود نداشته است؛ اما در خصوص رابطه بین سن و متغیرهای آگاهی ($r = -0/142$) و خودکارآمدی عمومی ($r = -0/162$)، ارتباط معکوس و معنی‌داری در سطح $0/0001$ وجود داشت؛ بدین معنی که هرچه سن نمونه‌های مورد پژوهش بیشتر بود، آگاهی و خودکارآمدی آنان کمتر بود؛ ولی هرچه سطح تحصیلات بالاتر بود، امتیازات آگاهی ($r = 0/147$)، قصد رفتاری ($r = 0/175$)، تأیید و تصویب ($r = 0/191$)، خودکارآمدی عمومی ($r = 0/434$) و خودکارآمدی تنظیم خانواده ($r = 0/264$) واحدهای مورد پژوهش نیز افزایش نشان می‌داد، به طوری که ارتباط مثبت و معنی‌داری در سطح $0/0001$ وجود داشت.

بعد از مداخله با تغییراتی که در اثر آن بوجود آمد، در تمامی موارد وضعیت متغیرها در گروه آزمون مطلوبتر از گروه شاهد بود.

مبنای نحوه مصرف صحیح، چگونگی مصرف در هنگام فراموشی و برخورد با مشکلات شایع و منافع مصرف صحیح، تدوین شد که احتمالاً این امر در فواید درک شده توسط افراد در گروه آزمون، بی‌تأثیر نبوده است. علاوه بر این فرم‌هایی نیز به منظور ثبت عملکرد در منزل، در فواصل جلسات آموزشی در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت.

برای رفع مشکلات مربوط به مصرف قرص مصاحبه انفرادی نیز توسط پژوهشگر انجام می‌شد؛ به طوری که آنها بتوانند به راحتی و با اطمینان خاطر مشکلات خود را مطرح نمایند، این حالت باعث می‌شد میل بیشتری به انجام عمل، در آنان ایجاد شود.

ضمناً پژوهشگر شماره تماس خود را در اختیار کلیه رابطین قرار داده بود تا علاوه بر ساعات حضور در مراکز، در صورت نیاز بتوانند در هر زمانی سئوالات خود را مطرح نمایند.

نتایج

به منظور بررسی دقیق‌تر روابط بین متغیرهای مستقل آگاهی، تأیید و تصویب، عملکرد، حمایت درک شده، خودکارآمدی تنظیم خانواده و خودکارآمدی عمومی با قصد انجام رفتارهای صحیح، از آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده شد. شاخص‌های آنالیز رگرسیون بر اساس R^2 حاصل از مدل پیشنهادی، نشان داد که ۵۳٪ از پراکندگی مشاهده شده در قصد رفتاری با $p < 0/0005$ توسط سه متغیر مستقل خودکارآمدی تنظیم خانواده، حمایت درک شده و آگاهی در مورد مصرف قرص در بین نمونه‌های مورد پژوهش، قابل توجیه می‌باشد. تمام متغیرها دارای ضرایب مثبت هستند؛ یعنی با افزایش آنها، میزان قصد مصرف مؤثر و صحیح افزایش می‌یابد؛ خودکارآمدی تنظیم خانواده و حمایت درک شده، بیشترین نقش را در پیش‌بینی دارا می‌باشند؛ بدین ترتیب نتایج حاصل نشان داد که مدل پیشنهادی

آگاهی: میانگین آگاهی کل واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد، به ترتیب ۶/۶۸ و ۶/۶۸ قبل از مداخله بوده است که اختلاف معنی‌داری را نشان نمی‌دهد ($p=0/68$)، اما شش ماه پس از مداخله، با میانگین ۱۵/۴۴ و ۶/۷۵، به ترتیب در گروه آزمون و شاهد، این اختلاف معنی‌دار شده است، همچنین اختلاف معنی‌داری در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله مشاهده شد ($p<0/0001$)؛ در حالی که در این زمینه در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری دیده نشد. ضریب همبستگی اسپیرمن نیز ارتباط مستقیم معنی‌داری را بین آگاهی با تأیید و تصویب ($r=0/606$)، خودکارآمدی عمومی ($r=0/447$) و خودکارآمدی تنظیم خانواده ($r=0/697$)، قصد رفتاری ($r=0/596$)، عملکرد ($r=0/82$) و حمایت درک شده ($r=0/82$) نشان داد.

تأیید و تصویب: تأیید و تصویب کل در خصوص مصرف قرصهای خوراکی پیشگیری، در گروه آزمون و شاهد به ترتیب دارای میانگین ۴/۳۲ و ۴/۳۶ بود؛ قبل از مداخله، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/85$)؛ اما شش ماه پس از مداخله، با میانگین ۶/۸۰ و ۴/۴۳ به ترتیب در گروه آزمون و شاهد در نمرات تأیید و تصویب، تفاوت معنی‌دار دیده شد ($p<0/0001$). اختلاف معنی‌داری در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله، مشاهده شد ($p<0/0001$)؛ در حالیکه در گروه شاهد، اختلاف معنی‌داری حاصل نشد.

قصد رفتاری: در مطالعه حاضر، مقایسه قصد فرد در مصرف صحیح قرص در گروه آزمون و شاهد، نشان می‌دهد که قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار حاصل شد ($p<0/0001$). همچنین اختلاف معنی‌داری قبل و سه و شش ماه بعد از مداخله آموزشی، در گروه آزمون مشاهده شد ($p<0/0001$)؛ البته در گروه شاهد، نیز تفاوت معنی‌دار مشاهده شد، اما این تفاوت، به دلیل کاهش قصد رفتاری افراد در

مبادرت به انجام عمل، رخ داده است.

عملکرد: مقایسه عملکرد فرد در مصرف صحیح قرص، نشان می‌دهد که قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار شد ($p<0/0001$). در گروه آزمون، نسبت به قبل از مداخله، اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p<0/0001$)؛ در این زمینه در گروه شاهد، نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، اما این معنی‌داری، به دلیل کاهش نمرات عملکرد افراد رخ داده است. همچنین متغیر عملکرد واحدهای مورد پژوهش با آگاهی ($r=0/82$)، تأیید و تصویب ($r=0/606$)، حمایت درک شده ($r=0/897$)، قصد رفتاری ($r=0/732$)، خودکارآمدی تنظیم خانواده ($r=0/769$) و خودکارآمدی عمومی ($r=0/413$)، ارتباط مستقیم و معنی‌داری داشته است.

حمایت درک شده: مقایسه حمایت درک شده در دو گروه آزمون و شاهد، نشان می‌دهد قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار حاصل شد ($p<0/0001$). اختلاف معنی‌داری بین قبل و سه و شش ماه بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون مشاهده شد

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی برحسب نحوه مصرف قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری در دو گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله، سه و شش ماه بعد از مداخله آموزشی

گروه - نحوه مصرف قرص	فراوانی مطلق (نسبی)		
	قبل	سه ماه بعد	شش ماه بعد
گروه آزمون			
مرتب	۶۱ (۴۳/۰)	۱۳۴ (۹۴/۴)	۱۳۳ (۹۴/۷)
مقناوب	۸۱ (۵۷/۰)	۶ (۴/۲)	۵ (۳/۵)
عدم استفاده	-	۲ (۱/۴)	۴ (۲/۸)
گروه شاهد			
مرتب	۶۷ (۴۸/۲)	۶۲ (۴۴/۶)	۷۱ (۵۱/۱)
مقناوب	۷۲ (۵۱/۸)	۶۷ (۴۸/۲)	۲۳ (۱۶/۵)
عدم استفاده	-	۱۰ (۷/۲)	۴۵ (۳۲/۴)
سطح معنی‌داری آزمون χ^2	۰/۳۷۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳

($p < 0/0001$)، در حالی که در این زمینه در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

در زمینه ارتباط بین مقیاس حمایت درک شده و سایر متغیرهای مدل، یافته‌ها بیانگر این است که بین حمایت درک شده واحدهای مورد پژوهش با آگاهی ($F=0/83$)، تأیید و تصویب ($F=0/660$)، قصد رفتاری ($F=0/735$)، عملکرد ($F=0/897$)، خودکارآمدی تنظیم خانواده ($F=0/751$) و خودکارآمدی عمومی ($F=0/44$)، ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود داشت.

خودکارآمدی: مقایسه نمره کل خودکارآمدی عمومی در دو گروه آزمون و شاهد، نشان می‌دهد که قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار حاصل شد ($p < 0/0001$). اختلاف معنی‌داری قبل و سه و شش ماه بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون مشاهده شد ($p < 0/0001$)؛ در حالی که در این زمینه در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

در بخش دیگر خودکارآمدی اختصاصی نمونه‌های پژوهش در خصوص تنظیم خانواده مورد سنجش قرار گرفت؛ مقایسه میانگین نمره کل خودکارآمدی تنظیم خانواده در دو گروه آزمون و شاهد نشان می‌دهد که قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار حاصل شد ($p < 0/0001$). اختلاف معنی‌داری قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون مشاهده شد ($p < 0/0001$)؛ در حالی که در این زمینه در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

مقایسه تغییرات شاخص‌های آماری متغیرهای مدل SBC بهینه شده در دو گروه آزمون و شاهد، سه و شش ماه بعد از مداخله آموزشی، براساس اختلاف آن با قبل از انجام مداخله، نشان‌دهنده این است که در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری در میانگین نمرات کل تمامی متغیرها سه و شش ماه بعد از مداخله بوجود

آمده است ($p < 0/0001$)؛ اما در گروه شاهد، تفاوتی در مورد متغیرها دیده نشد.

همچنین در مطالعه حاضر، تأثیر مداخله آموزشی بر شاخص‌های میزان عوارض جانبی و بارداری ناخواسته نیز مدنظر بود. دو متغیر عوارض جانبی و بارداری ناخواسته به عنوان دو شاخص نتایج مصرف صحیح در نظر گرفته شد. در مقایسه عوارض جانبی، قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد وجود نداشت ($p=0/52$)؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار حاصل شده است ($p < 0/0001$)؛ بطوری که عوارض جانبی در گروه آزمون کاهش نشان داد. در حالی که در این زمینه در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری ایجاد نشد.

در مورد وقوع بارداری ناخواسته نیز قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار بین دو گروه آزمون و شاهد حاصل شد ($p < 0/042$). بطوری که وقوع بارداری ناخواسته در گروه آزمون مشاهده نشد. ولی در گروه شاهد، طی شش ماه، وقوع ۴ مورد بارداری ناخواسته گزارش گردید.

بحث

در مطالعه حاضر بررسی تأثیر آموزش براساس متغیرهای مربوط به مدل بهینه شده SBC، مدنظر بود و بر این اساس، بحث و تحلیل نتایج صورت گرفته است. پژوهش‌های انجام شده قبلی، مؤید این نکته است که آگاهی زنان در مورد روش‌های تنظیم خانواده، نقش مهمی در قصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری داشته است. نتایج تحقیق ملی مکزیک در سال ۱۹۹۵ نشان داده که آگاهی ناکافی در بین ۹٪ زنان شهری و ۱۹٪ زنان روستایی، عامل اصلی عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری بوده است (۱۹). مطالعات دیگر نیز نشان داده است که ارائه اطلاعات

ضروری و درک آنها توسط زنان، می‌تواند آنها را در اتخاذ تصمیم مناسب و صحیح کمک نماید (۲۲-۲۰). نتایج بررسی Bailey و همکاران نیز مشخص کرد که زنان مصرف کننده قرص که اطلاعات لازم را دریافت کرده و توسط کارکنان بهداشتی و ارائه دهندگان مراقبت مورد حمایت و پشتیبانی قرار گرفته‌اند، به مدت طولانی‌تری مصرف قرص را ادامه داده‌اند (۲۳).

یافته‌های تحقیق حاضر نیز بیانگر افزایش معنی‌دار نمره کل آگاهی، در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بعد از مداخله می‌باشد. همچنین مشخص گردید که آگاهی یک عامل مهم در پیش‌بینی قصد رفتاری در نمونه‌های مورد پژوهش بوده است؛ بدین معنی که آموزش‌های ارائه شده به گروه آزمون، در افزایش قصد رفتاری افراد در استفاده صحیح قرص‌های پیشگیری از بارداری نقش مؤثری داشته است.

در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری در تأیید و تصویب، درمقایسه با گروه شاهد نسبت به قبل از مداخله بوجود آمده است. نتایج بررسی Potter و همکاران نیز نشان داد که ترس از عوارض و عقیده منفی، یکی از دلایل اصلی عدم پذیرش وسایل پیشگیری از بارداری در زنان مناطق روستایی و شهری مکزیک بوده است (۱۹،۲۴). در بررسی دیگری، عقاید و نگرش در مورد قرص‌های پیشگیری از بارداری به عنوان مهمترین عامل مصرف صحیح ذکر شده است (۲۵). در پژوهش دیگری، ۳۲٪ از زنان شهری و ۴۳٪ از زنان روستایی، ترس از عوارض جانبی مخصوصاً در دوران شیردهی را گزارش کرده‌اند؛ لذا محققین بر اساس نتایج حاصل، اذعان داشته‌اند که در کنار دسترسی به خدمات، ارائه مشاوره و آموزش‌های مناسب نقش مؤثری در کاهش عقاید منفی و مسلماً افزایش عقیده مثبت دارا می‌باشد (۲۶). در بررسی حاضر نیز بعد از مداخله در گروه آزمون، در مقایسه با گروه شاهد، تأیید و تصویب، افزایش نشان می‌دهد.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر مشخص نمود در هر دو گروه آزمون و شاهد، پس از مداخله، اختلاف معنی‌داری (p<۰/۰۰۱) در قصد رفتاری حاصل شد؛ با این تفاوت که اختلاف معنی‌دار در قصد رفتاری در گروه کنترل در رابطه با کاهش آن بود، ولی در گروه آزمون، در رابطه با افزایش آن نسبت به قبل از مداخله بود. بنابراین، توجه به این نکته حائز اهمیت است که در گروه شاهد طی این زمان قصد مصرف قرص کاهش یافته است، ولی این مسئله در مورد گروه آزمون صدق نمی‌کند و حتی افزایش قابل توجه در امتیاز مربوط به قصد مصرف قرص دیده شده است.

در بررسی که توسط Oddens در بریتانیا و آلمان انجام شد، آنالیز چندعاملی نشان داد که عوامل اجتماعی، نگرشها و خودکارآمدی مهمترین عوامل تأثیرگذار بر قصد استفاده از روش‌های پیشگیری، بودند (۲۷).

همچنین اختلاف معنی‌داری در نحوه عملکرد پس از مداخله، در هر دو گروه آزمون و شاهد حاصل شد؛ با این تفاوت که اختلاف معنی‌دار در نحوه عملکرد در گروه کنترل در رابطه با کاهش آن بود، ولی در گروه آزمون، در رابطه با افزایش آن نسبت به قبل از مداخله بوده است.

حمایت درک شده بعد از مداخله در گروه آزمون نیز دارای افزایش معنی‌دار، درمقایسه با گروه شاهد می‌باشد. لذا ارائه آموزش و حمایت از زنان، می‌تواند در افزایش حمایت آنان از تنظیم خانواده و فراهم نمودن زمینه‌هایی جهت بهبود استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به طور موفقیت‌آمیز، مؤثر واقع گردد. در تحقیق Storey و Boulay نیز حمایت از روش‌های تنظیم خانواده در بین مردان و زنان، با مداخلات آموزشی صورت گرفته، افزایش نشان داد (۶).

نتیجه‌گیری

بدیهی است ترویج روش‌های مطمئن و سازگار با

را از اعضای محترم شورای پژوهشی و حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت و پشتیبانی اجرای این پژوهش، ابراز می‌نمایند. همچنین از پروفسور بندورا از دانشگاه اکسفورد، به جهت راهنماییها و توصیه‌های بسیار ارزشمندشان و از نمونه‌های پژوهش به دلیل همکاری و شرکت‌شان در پژوهش و از جناب آقای دکتر خدایی معاونت محترم فنی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی و کارشناسان محترم واحد سلامت و تنظیم خانواده مرکز بهداشت استان خراسان رضوی به جهت همراهی و مساعدتشان به منظور اجرای این مطالعه، سپاسگزاری می‌شود.

لازم است از پروفسور اوکلی از دانشگاه میشیگان، نیز که با وجود مشغله‌های بسیار، مشاوره این پژوهش را پذیرفته و از هرگونه راهنمایی و مساعدتی دریغ نوزیدند، تشکر و قدردانی نماییم.

فرهنگ مردم و بالاتر بردن سطح آگاهی افراد، نقش بسزایی در بالا بردن میزان کارآیی روش‌های تنظیم خانواده خواهد داشت.

با توجه به نتایج مداخلات آموزشی در بهبود رفتارهای صحیح مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری و در نتیجه حصول دو هدف عمده یعنی کاهش عوارض جانبی و کاهش بارداری ناخواسته، توصیه می‌گردد ضمن فراهم نمودن تسهیلات بهداشتی برای خانواده‌ها، به توانایی آنان در زمینه خودکارآمدی، به منظور بهره‌گیری هر چه بیشتر از امکانات توجه شود؛ زیرا آموزش با در نظر گرفتن عامل خودکارآمدی می‌تواند در کاهش هزینه‌های مربوط به بارداری‌های ناخواسته و مصرف نابجا و نامرتب روش‌های تنظیم خانواده و به ویژه قرص‌های پیشگیری از بارداری، مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین‌وسیله مراتب تشکر و تقدیر خود

References

- 1- Family and Population Health Department. [Iran Integrate Monitoring Evaluation Survey (IMES)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. 135 p. Report No.: 1. Persian.
- 2- Statistical Centre of Iran & Ministry of Health and Medical Education. [Iran Demographic and Health Survey (IDHS)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2000. 191 p. Report No.: 1. Persian.
- 3- Peyman N, Hidarnia A, Ghofrani Poor F, Kazemnejad A, Amin Shokravi F, Khodae Gh. [The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashhad]. J Reprod Infertil. 2007;8(1):78-90. Persian.
- 4- Center for Communication Programs. Philippines communication outreach accelerates family planning use in 1993-1996 [Internet]. Maryland: Johns Hopkins School of Public Health; 1998 Aug. Available from: <http://www.jhuccp.org/pubs/ci/3/index.shtml>
- 5- Center for communication programs (CCP) [Internet]. Maryland: Johns Hopkins School of Public Health; 2005. Steps to Behavior Change; Available from: <http://www.jhuccp.org/research/behaviorchange.shtml>
- 6- Storey JD, Boulay M. Improving family planning use and quality of services in Nepal through the Entertainment-Education Strategy. Maryland: Johns Hopkins School of Public Health (Center for Communication Programs, Population Communication Services); 2001. 16 p. Report No.: CCP-A-00-96-90001-00.
- 7- Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. Contraception. 1995;51(5):283-8.
- 8- Deijen JB. The influence of type of information, somatization, and locus of control on attitude, knowledge, and compliance with respect to the triphasic oral contraceptive Tri-Minulet. Contraception. 1997;56(1):31-41.
- 9- Butler JT. Principles of health education and health promotion. 3rd ed. USA: Wadsworth; 2000. 400 p.
- 10- Lundy KS, Janes Sh. Community health nursing:

- Caring for the Public's health. Boston: Jones and Bartlett Publishing; 2001. 1018 p.
- 11- Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Q.* 1986;13(1):73-92.
 - 12- Lawrance L, McLeroy KR. Self-efficacy and health education. *J Sch Health.* 1986;56(8):317-21. Review.
 - 13- Peyman N. [Modifying and evaluating of Steps of Behavior Change (SBC) model integrated with Self efficacy theory in order to decrease unwanted pregnancy] [dissertation]. [Tehran]: Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University; 2007. 161 p. Persian.
 - 14- Kaufman DM. Applying educational theory in practice. *BMJ.* 2003;326(7382):213-6.
 - 15- Knowles MS. Informal adult education: A guide for administrators, leaders, and teachers. California: Association Press; 1950. 272 p.
 - 16- Knowles MS. The making of an adult educator: An autobiographical journey. San Francisco: Jossey-Bass; 1989. 211 p.
 - 17- Finger WR. Using oral contraceptives correctly: progress on package instructions. *Network.* 1991;12(2): 14-7, 27.
 - 18- Knowles MS. Andragogy in action: Applying modern principles of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1984. 444 p.
 - 19- Gómez de León J, Hernández D. [Poverty and contraceptive use in rural Mexico]. Paper presented at: The seminar of poverty, fertility and family planning; 1998 June 2-4; Mexico City, Mexico. Spanish.
 - 20- Zavala AS, Perez-Gonzales M, Miller P, Welsh M, Wilkens LR, Potts M. Reproductive risks in a community-based distribution program of oral contraceptives, Matamoros, Mexico. *Stud Fam Plann.* 1987; 18(5):284-90.
 - 21- Vural B, Vural F, Diker J, Yücesoy I. Factors affecting contraceptive use and behavior in Kocaeli, Turkey. *Adv Contracept.* 1999;15(4):325-36.
 - 22- Khan MA, Trottier DA, Islam MA. Inconsistent use of oral contraceptives in rural Bangladesh. *Contraception.* 2002;65(6):429-33.
 - 23- Bailey J, Jimenez RA, Warren CW. Effect of supply source on oral contraceptive use in Mexico. *Stud Fam Plann.* 1982;13(11):343-9.
 - 24- Potter JE, Mojarro O, Nuñez L. The influence of health care on contraceptive acceptance in rural Mexico. *Stud Fam Plann.* 1987;18(3):144-56.
 - 25- Karavus M, Cali S, Kalaca S, Cebeci D. Attitudes of married individuals towards oral contraceptives: a qualitative study in Istanbul, Turkey. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2004;30(2):95-8.
 - 26- Romero-Gutiérrez G, Garcia-Vazquez MG, Huerta-Vargas LF, Ponce-Ponce de Leon AL. Postpartum contraceptive acceptance in León, Mexico: a multivariate analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003;8(4):210-6.
 - 27- Oddens BJ. Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. II: Psychological factors. *J Biosoc Sci.* 1997; 29(4):437-70.