

# بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقادی بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته

محمود کریمی<sup>۱\*</sup>، دکتر ایرج ضاربان<sup>۲</sup>، دکتر علی منتظری<sup>۳</sup>، دکتر فرخنده امین شکروی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری آموزش سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنديه، زرنديه، ايران.
۲. استادیار گروه آموزش سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. استاد گروه بهداشت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه آموزش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۲

## خلاصه

**مقدمه:** تقریباً تمام زنان در سنین باروری در معرض خطر بارداری ناخواسته هستند و کاهش میزان بارداری های ناخواسته یکی از اولویت های کاری کارکنان بهداشتی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در زنان دارای بارداری پر خطر قبلی زرنديه انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مداخله ای شاهددار در سال ۱۳۹۰ بر روی ۹۷ زن ۴۹-۱۵ ساله شوهردار و تحت پوشش مرکز بهداشت زرنديه انجام شد. نمونه گیری به روش چند مرحله ای تصادفی انجام شد و ۴۸ نفر در گروه آزمون و ۴۹ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود که پس از انجام روایی و پایایی، در اختیار افراد قرار گرفت. بر اساس اطلاعات به دست آمده از پیش آزمون، برنامه آموزشی طراحی و برای گروه آزمون اجرا شد. سه ماه بعد از مداخله، ارزیابی ثانویه با استفاده از همان پرسشنامه اولیه انجام و اطلاعات گردآوری شده با آزمون های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین نمره آگاهی، رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته و تمام اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی قبل از مداخله آموزشی در حد متوسط بود، ولی پس از مداخله آموزشی بین دو گروه آزمون و کنترل در همه متغیرهای ذکر شده به جز موانع درک شده اختلاف معنی داری مشاهده شد ( $p < ۰/۰۵$ ). همچنین میزان استفاده از روش منقطع در گروه آزمون از ۴۰٪ به ۹۱/۶۵٪ کاهش یافت.

**نتیجه گیری:** برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در زنان مورد مطالعه تأثیر مثبتی داشت و می تواند نقش مؤثری در کاهش میزان بروز بارداری ناخواسته داشته باشد.

**کلمات کلیدی:** بارداری ناخواسته، برنامه آموزش بهداشت، زنان، مدل اعتقاد بهداشتی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: محمود کریمی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنديه، زرنديه، ايران. تلفن: ۰۲۵۶-۵۲۲۲۳۵۰؛ پست الکترونیک:

karimymahmood@yahoo.com

## مقدمه

برنامه ریزی برای بارداری و داشتن بارداری هدفمند یک شاخص مهم در بالا بردن سلامتی مادر و نوزاد است. بارداری ناخواسته با افزایش هزینه های مالی، اجتماعی، روانی و پزشکی مادر، خانواده و جامعه همراه می باشد (۱). بارداری ناخواسته و عوارض ناشی از آن یک مسئله جهانی است که زنان، خانواده ها و جامعه درگیر آن می باشند و در اغلب موارد منجر به سقط عمدی و یا حتی گاهی باعث مرگ مادر می شود (۲). تقریباً تمام زنان در سنین باروری در معرض خطر بارداری ناخواسته هستند و تخمین زده شده که ۱۲۰ میلیون نفر از زنان کشورهای در حال توسعه، به دلیل عدم استفاده از وسایل و روش های تنظیم خانواده، ناخواسته باردار می شوند (۳). در ایالات متحده تقریباً نیمی از بارداری ها ناخواسته بوده و ۸۵٪ از این بارداری ها در بین زنانی رخ می دهد که از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند (۴). در ایران نیز علی رغم تلاش های انجام شده در این زمینه و پوشش وسیع تنظیم خانواده، بارداری ناخواسته یکی از مشکلات شایع است (۵)، در مطالعه عزیزی و همکاران (۲۰۱۱) در کرمانشاه و مطالعه امانی و همکاران (۲۰۱۰) در اردبیل به ترتیب ۴۰ و ۶۱ درصد بارداری ها به صورت ناخواسته بود (۶، ۳).

امروزه میزان بارداری ناخواسته به عنوان شاخص سلامت جامعه مورد استفاده قرار می گیرد (۵) زیرا بارداری ناخواسته، عامل پیشگویی کننده قوی برای سقط های غیر بهداشتی، مرگ های مادرزادی و مراقبت های بارداری ناکافی و نامناسب می باشد (۷). مشکلات بهداشتی ناشی از سقط های غیر بهداشتی، بار مالی زیادی بر سیستم بهداشتی کشورهای در حال توسعه وارد می کند، به گونه ای که در برخی از کشورها، ۵۰٪ از منابع و بودجه بیمارستانی و زمان پرسنل پزشکی را به خود اختصاص می دهد (۸).

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

نوزاد و شیردهی مادر، کمتر و میزان استرس و افسردگی نیز در آنها بیشتر است (۸، ۹). به عنوان مثال مطالعه مک نیل و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که احتمال ابتلاء به افسردگی در زنان با بارداری ناخواسته نسبت به زنان با بارداری خواسته ۲/۴ برابر بیشتر بود (۱۰). همچنین مطالعه هرومی فیلدر و همکار (۲۰۰۶) نشان داد که مادران با بارداری ناخواسته در شیردهی به فرزند خود موفقیت کمتری داشته، در تعاملات اجتماعی ناموفق تر بوده و عزت نفس کمتری دارند (۱۱).

آموزش بهداشت به عنوان رویکردی اثربخش برای توجه ویژه به موضوع پیشگیری در کلیه سطوح آن، مدت زیادی است که در کشورهای پیشرفته دنیا مؤثر واقع شده و به عنوان یکی از حیطه های کلیدی در جهت کنترل هر چه بیشتر ناخوشی ها و بیماری های انسانی مطرح است (۱۲)، از سوی دیگر ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل های مورد استفاده در آموزش بهداشت بستگی دارد (۱۳). هدف مدل ها، کمک به تشخیص و درک عوامل مؤثر در رفتار و تعیین نحوه عملکرد این عوامل است، همچنین پیشنهاداتی را ارائه می دهد که چگونه در شرایط گوناگون بتوان بر این عناصر مؤثر بود که یکی از این مدل های مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است (۱۴). این مدل عمدتاً بر پیشگیری از بیماری ها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی ها و بیماری ها متمرکز شده و از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای تعیین رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار به کار می رود (۱۵). به عبارت بهتر الگوی اعتقاد بهداشتی، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری و رفتارهای غیر بهداشتی نقش دارد و اساس این الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است (۱۵). کارآیی مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده مختلف مانند تب مالت (۱۲)، سرطان پستان (۱۳) و دهانه رحم (۱۴) در کشور توسط محققین ثابت شده است.

بر اساس این مدل، مردم زمانی نسبت به پیام های بهداشتی، عکس العمل خوب و مناسبی نشان می دهند که باور کنند مستعد ابتلاء به یک پدیده مانند بارداری ناخواسته هستند، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کنند (تهدید درک شده)، به دنبال این موضوع، منفعتی را در خصوص تغییر رفتارهای خودشان برای پیشگیری از بارداری ناخواسته درک می کنند و موانع موجود در جهت این تغییرات را (رفتار جدید و بهداشتی پیشگیری کننده) به راحتی مرتفع می سازند. در این شرایط مداخلات و برنامه های آموزشی احتمالاً مؤثر خواهد بود (۱۴). با در نظر داشتن کارایی مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از رفتارهای ناسالم بهداشتی مانند بارداری ناخواسته که یک معضل بهداشتی- رفتاری و تهدید کننده سلامتی مادر و نوزاد می باشد و با توجه به شیوع بالای بارداری ناخواسته در استان مرکزی (۳۴/۴٪)، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در زنان دارای بارداری پرخطر قبلی تحت پوشش مراکز شهری زرنديه در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۹۷ زن ۱۵-۴۹ ساله شوهردار و تحت پوشش مرکز بهداشت زرنديه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: باردار نبودن در هنگام مطالعه، دارای بارداری پرخطر قبلی، عدم شیردهی به نوزاد در هنگام مطالعه، عدم تمایل به داشتن فرزند در ۶ ماه بعد، نداشتن روش پیشگیری از بارداری مطمئن و یا استفاده از روش طبیعی و سنتی پیشگیری از بارداری بود. در این مطالعه حجم نمونه مورد نیاز با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و برآوردی از انحراف معیار نمره آگاهی که حداکثر ۱۶/۷ نمره و در نظر گرفتن نمره ۱۰ برای حداقل تفاوت تغییر میانگین نمره بین هر یک از دو گروه که اختلاف معنی داری را نشان دهد (۱۴) و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها (پوکاک)، حداقل ۴۵ نفر در هر گروه تعیین شد (مجموعاً ۹۰ نفر در دو گروه) که با در نظر گرفتن

۱۰٪ ریزش احتمالی، در نهایت ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر در هر گروه) محاسبه شد که در طول مطالعه، ۲ نفر از گروه آزمون و ۱ نفر از گروه شاهد از مطالعه خارج شدند و آنالیز نهایی بر روی ۹۷ نفر انجام شد. محیط پژوهش در این مطالعه مراکز بهداشتی درمانی شهر زرنديه و نمونه گیری به روش چند مرحله ای انجام شد. بدین ترتیب که در مرحله اول، از بین مراکز بهداشتی - درمانی شهری شهرستان که از لحاظ عوامل تأثیرگذار اجتماعی- فرهنگی و اقتصادی همگون بودند، ۲ مرکز به روش تصادفی انتخاب و با تخصیص تصادفی، این دو مرکز به مرکز کنترل و آزمون تقسیم شدند. سپس در مرحله بعد با مراجعه به دفاتر و پرونده های فعال واحد بهداشت خانواده و مامایی این مراکز، فهرست زنان دارای معیارهای ورود به مطالعه تهیه و سپس به هر یک از اعضاء جامعه شماره مشخصی داده شد، در مرحله آخر به روش قرعه کشی تعداد نمونه مورد نیاز برای مطالعه انتخاب و در صورت دادن رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته الگوی اعتقاد بهداشتی بود. این پرسشنامه در ۴ بخش تنظیم شد، بخش اول شامل ۱۱ سؤال مربوط به ویژگی های فردی، بخش دوم شامل ۴۱ سؤال در زمینه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (آگاهی در زمینه بارداری ناخواسته و تنظیم خانواده ۱۰ سؤال، منافع و موانع درک شده ۱۰ سؤال که با سؤالاتی نظیر "استفاده صحیح از روش های مدرن تنظیم خانواده در پیشگیری از بارداری ناخواسته مؤثر است" و "با پیشگیری از بارداری ناخواسته، گامی در جهت حفظ سلامتی خود و خانواده ام بر می دارم"، به بررسی منافع درک شده و با سؤالاتی نظیر "من از روش های پیشگیری و تنظیم خانواده استفاده نمی کنم چون می ترسم در آینده بچه دار نشوم"، به بررسی موانع درک شده اقدام شد. تهدید درک شده شامل ۱۰ سؤال بود که با سؤالاتی نظیر "بارداری ناخواسته، باعث اختلال در آرامش روحی و روانی من و خانواده ام می شود" و "من نگران ابتلاء خود، به بارداری ناخواسته هستم"، به ارزیابی آن اقدام شد. خودکارآمدی درک شده شامل ۱۰ سؤال بود که با سؤالاتی نظیر "اطمینان دارم که در صورت فراموش کردن یک نوبت استفاده از قرص میتوانم

متغیر از این مفاهیم به دست آید، لذا از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی آن  $\alpha=0/78$  تعیین شد. اهداف آموزشی مناسب، با توجه به نتایج به دست آمده از پیش آزمون و بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، در طی ۴ جلسه آموزشی یک ساعته و در طول ۴ هفته برای گروه آزمون اجرا شد، روش های مورد استفاده برای آموزش شامل: سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی بود که برای کمک به درک مناسب مطالب توسط مادران و پیشگیری از برداشت نادرست از مطالب و همچنین درگیری حس بینایی مادران در یادگیری، به دلیل اهمیت بسزای این حس در یادگیری، از دیگر ابزار و وسایل کمک آموزشی از جمله برنامه پاورپوینت، پوستر، جزوه آموزشی، پمفلت و وایت برد نیز در کنار سخنرانی استفاده شد. جلسه اول شامل آشنایی با روش های تنظیم خانواده و افزایش آگاهی افراد در زمینه فرآیند بارداری ناخواسته و جلسات دوم تا چهارم نیز بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، ارائه محتوای آموزشی بر مبنای سازه های مدل در جهت بالا بردن تهدید درک شده (تلاش برای ایجاد باورهای درست نظیر: همه زنان در سنین باروری در معرض بارداری ناخواسته هستند)، منافع درک شده (ایجاد باور و درک صحیح در مورد منافع کسب شده از رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته نظیر: پیشگیری از بارداری ناخواسته در تشبیت و ارتقاء سلامت اقتصادی و اجتماعی خانواده مؤثر است)، خودکارآمدی (ایجاد اطمینان برای فرد در مورد توانایی هایش در پیشگیری از بارداری ناخواسته نظیر: کسب دانش و توانایی در جهت پیشگیری از عوارض روش های مدرن نظیر روش های هورمونی) و راهنماهای عمل و نیز کاهش موانع درک شده (برطرف نمودن باورهای نادرست نظیر: عدم باردار شدن در صورت استفاده از روش های مدرن) در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته بود. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه مطالب ارائه شده به صورت مکتوب در قالب پمفلت و دفترچه آموزشی جهت مطالعه به شرکت کنندگان داده شد و قبل از شروع جلسه بعد نیز مطالب جلسات قبل به صورت خلاصه مرور می شد. سه ماه بعد از مداخله آموزشی، پس آزمون برگزار شد. در

دستور یک نوبت فراموشی قرص را انجام دهم"، به ارزیابی آن اقدام شد و راهنمای عمل شامل ۱ سؤال و بخش سوم شامل ۴ سؤال در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته بود.

نحوه امتیازدهی پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط، امتیاز صفر تعلق گرفت. در نهایت، امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. بدین صورت که تعداد جواب های صحیح هر فرد تقسیم بر تعداد کل سؤالات ضربدر ۱۰۰ شد. در قسمت تهدید، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده نیز دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۴ متغیر بود، به گونه ای که به جواب کاملاً مخالف امتیاز صفر، مخالفم = ۱، نظری ندارم = ۲، موافقم = ۳ و کاملاً موافقم = ۴ امتیاز تعلق گرفت. در مجموع کل امتیاز هر یک از این قسمت ها (تهدید، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده) می توانست بین ۰ تا ۴۰ متغیر باشد که امتیاز کسب شده فرد در هر قسمت تقسیم بر تعداد سؤالات هر سازه ضربدر ۱۰۰، نمره وی را از ۱۰۰ نشان می داد.

اعتبار علمی پرسشنامه، به روش اعتبار صوری و محتوی و با استفاده از پانل متخصصان سنجیده شد. بدین منظور ابزار طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین مجرب در حیطه علوم بهداشتی و مامایی قرار داده شد و پیشنهادات و نظرات اصلاحی آنها جمع آوری و اعمال شد. از جمله تغییرات اصلاحی می توان به حذف یک سؤال آگاهی و ۲ سؤال در مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی اشاره کرد. مرحله پایایی ابزار با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) صورت گرفت. در این مرحله برای سنجش اعتماد علمی پرسشنامه آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده، از روش آزمون - آزمون مجدد به فاصله ۱۰ روز استفاده شد، پایایی پرسشنامه آگاهی  $I=0/87$  و پایایی پرسشنامه رفتارهای پیشگیری کننده  $I=0/85$  تعیین شد. برای سنجش اعتماد علمی پرسشنامه الگوی اعتقاد بهداشتی، از آنجایی که مفاهیم یاد شده اصطلاحاً یک حالت هستند تا یک ویژگی و ممکن است در دفعات مکرر اندازه گیری، حالت هایی

این مطالعه ملاحظات اخلاقی با رعایت آزادی نمونه ها در خروج از مطالعه در هر مرحله و بی نام بودن پرسشنامه ها و اجرای برنامه آموزشی برای گروه کنترل پس از برگزاری پس آزمون رعایت شد. توزیع نرمال داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تأیید شد. برای بررسی ارتباط بین سازه های مدل و رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته از ضریب همبستگی پیرسون و برای بررسی تفاوت نمره میانگین سازه ها در دو گروه از آزمون های تی استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از  $0/05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه، ۹۷ زن متأهل در سنین باروری در شهرستان زرنديه به طور تصادفی انتخاب شدند که

بیشترین درصد آنان ۲۷ نفر (۲۸٪) در گروه سنی ۳۰-۲۵ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت اشتغال، اکثر افراد مورد مطالعه، ۹۲ نفر (۹۵٪) خانه دار و از لحاظ وضعیت اشتغال همسر، ۲ نفر (۲٪) از همسران افراد، بیکار بودند. سطح تحصیلات اکثر افراد مورد مطالعه، ۳۹ نفر (۴۰٪) در سطح دبیرستان بود و از نظر سن ازدواج، اکثر افراد مورد مطالعه، ۵۴ نفر (۵۶٪) در محدوده سنی ۲۵-۲۰ سال ازدواج کرده بودند. ۳۳ نفر (۳۴٪) از افراد دارای ۲ فرزند بوده و بارداری قبلی ۷۹ نفر (۸۱٪) از افراد، خواسته هر دو زوج بود. از نظر وضعیت مسکن نیز ۶۶ نفر (۶۸٪) از افراد دارای مسکن شخصی بودند. بر اساس آزمون کای دو، دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ متغیرهای فردی نظیر سن، سن اولین ازدواج و سطح تحصیلات تفاوت آماری معنی داری نداشتند ( $p > 0/05$ ) (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی گروه های آزمون و کنترل شرکت کننده در بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقادی بهداشتی

گروه	تعداد (درصد)	آزمون	تعداد (درصد)	کنترل	تعداد (درصد)	سطح معنی داری*
سن	زیر ۲۰ سال	۵ (۱۰)	۳ (۶)	۰/۹۳۷	۱۱ (۲۳)	
	۲۰-۲۴	۱۲ (۲۵)	۱۴ (۲۹)		۱۲ (۲۴)	
	۲۵-۳۰	۱۳ (۲۷)	۹ (۱۸)		۹ (۱۷)	
	۳۱-۳۴	۱۰ (۲۱)	۴۹ (۱۰۰)		۴۸ (۱۰۰)	
	۳۵ و بالاتر	۸ (۱۷)	جمع		۱۳ (۲۷)	
سن اولین ازدواج	زیر ۲۰ سال	۱۱ (۲۳)	۲۷ (۵۵)	۰/۹۱۶	۹ (۱۸)	
	۲۰-۲۵	۲۸ (۵۸)	۹ (۱۸)		۴۹ (۱۰۰)	
	$\geq 26$	۹ (۱۹)	جمع		۱۰ (۲۰)	
	جمع	۴۸ (۱۰۰)	۱۷ (۳۵)		۲۲ (۴۶)	
تحصیلات	بیسواد و ابتدایی	۱۰ (۲۱)	۱۷ (۳۵)	۰/۹۴۴	۲۲ (۴۶)	
	راهنمایی	۱۶ (۳۳)	۲۲ (۴۶)		۴۹ (۱۰۰)	
	دیپلم و دانشگاهی	۲۲ (۴۶)	جمع		۱۰ (۲۰)	
	جمع	۴۸ (۱۰۰)	۱۷ (۳۵)		۲۲ (۴۶)	

\* آزمون کای دو

با رفتارهای پیشگیری ( $p < 0/001$ ,  $I^2 = 0/24$ ) و تهدید درک شده با رفتارهای پیشگیری ( $p < 0/01$ ,  $I^2 = 0/42$ ) ارتباط معنی داری وجود داشت. این نتیجه بیانگر آن است که بین سازه های آگاهی، منافع، خودکار آمدی و تهدید درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری

بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته با آگاهی ( $p < 0/01$ ,  $I^2 = 0/39$ )، سازه منافع درک شده با رفتارهای پیشگیری ( $p < 0/001$ ,  $I^2 = 0/47$ )، موانع درک شده با رفتارهای پیشگیری ( $p < 0/007$ ,  $I^2 = 0/19$ )، خودکارآمدی

کننده و اجزاء الگوی اعتقاد بهداشتی (به جزء موانع درک شده) در گروه آزمون و کنترل مشاهده شد ( $p < 0.05$ ). همچنین برای بررسی تفاوت میانگین ها بعد از مداخله آموزشی، از آزمون تی زوجی استفاده شد و میانگین نمره آگاهی، رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته و اجزاء الگوی اعتقاد بهداشتی (به استثناء موانع درک شده) در گروه آزمون بعد از آموزش تفاوت معنی داری داشت ( $p < 0.05$ ) (جدول ۲).

ناخواسته ارتباط مستقیمی وجود دارد و بین موانع درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته ارتباط معکوس وجود دارد.

قبل از آموزش، بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری در میانگین نمره آگاهی، تهدید درک شده، خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی، تفاوت معنی داری در میانگین نمره آگاهی، رفتارهای پیشگیری

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره های آگاهی، رفتار و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با بارداری ناخواسته در زنان گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر	گروه	گروه آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری*
آگاهی	قبل از مداخله	۹/۷۶ $\pm$ ۴۶/۲۵	۹/۲۷ $\pm$ ۴۷/۷۰	۰/۶۹۵
	بعد از مداخله	۹/۶۴ $\pm$ ۶۲/۰۸	۸/۲۸ $\pm$ ۵۰/۱۵	۰/۰۰۵
	سطح معنی داری**	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷	
تهدید درک شده	قبل از مداخله	۶/۶۳ $\pm$ ۳۳/۶۰	۷/۹۵ $\pm$ ۳۲/۵۴	۰/۵۷۸
	بعد از مداخله	۸/۰۵ $\pm$ ۴۳/۴۴	۶/۱۴ $\pm$ ۳۴/۴۳	۰/۰۰۱
	سطح معنی داری**	۰/۰۰۱	۰/۱۲	
منافع درک شده	قبل از مداخله	۷/۴۱ $\pm$ ۴۱/۵۳	۶/۸۶ $\pm$ ۴۱/۷۸	۰/۸۴۷
	بعد از مداخله	۶/۳۶ $\pm$ ۶۳/۷۵	۷/۰۱ $\pm$ ۴۲/۹۵	۰/۰۰۱
	سطح معنی داری**	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	
موانع درک شده	قبل از مداخله	۴/۳۴ $\pm$ ۳۸/۶۸	۶/۳۵ $\pm$ ۳۶/۹۸	۰/۴۴۵
	بعد از مداخله	۴/۲۷ $\pm$ ۳۷/۵۶	۵/۷۹ $\pm$ ۳۷/۸۴	۰/۶۷۵
	سطح معنی داری**	۰/۱۴۴	۰/۱۶۸	
خودکارآمدی	قبل از مداخله	۵/۱۶ $\pm$ ۳۹/۶۵	۵/۰۳ $\pm$ ۴۰/۱۸	۰/۴۲۴
	بعد از مداخله	۴/۷۱ $\pm$ ۴۴/۹۷	۴/۹۲ $\pm$ ۳۹/۴۶	۰/۰۰۱
	سطح معنی داری**	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰	
رفتارهای پیشگیری	قبل از مداخله	۲/۵۳ $\pm$ ۲۲/۰۶	۲/۱۵ $\pm$ ۲۲/۶۳	۰/۳۵۵
	بعد از مداخله	۶/۷۳ $\pm$ ۳۶/۹۳	۱/۴۲ $\pm$ ۲۳/۳۶	۰/۰۰۱
	سطح معنی داری**	۰/۰۰۱	۰/۰۹۴	

\* آزمون تی مستقل \*\* آزمون تی زوجی

بهداشتی درمانی بودند و کتاب، رادیو و تلویزیون و مجله و نشریات کمترین راهنما بودند (جدول ۳).

مهمترین راهنمای عمل در مورد بارداری ناخواسته در افراد مورد مطالعه به ترتیب خانواده و آشنایان و پرسنل

جدول ۳- توزیع فراوانی راهنمای عمل رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در گروه های آزمون و کنترل قبل از مداخله آموزشی

گروه کنترل	گروه آزمون	راهنمای عمل
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱ (۲)	۲ (۴)	رادیو و تلویزیون
۶ (۱۲)	۸ (۱۷)	مجله و نشریات
۳۱ (۶۳)	۳۳ (۶۹)	خانواده، دوستان و آشنایان
۱۸ (۳۷)	۱۶ (۳۳)	پرسنل بهداشتی و درمانی
۰ (۰)	۱ (۲)	کتاب و کتابچه

## بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، اجرای برنامه آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته مؤثر بود. به گونه ای که بعد از مداخله آموزشی، تفاوت معنی داری در میانگین نمره رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در گروه آزمون مشاهده شد. از مهمترین رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته، استفاده از روش های مدرن تنظیم خانواده می باشد که در این مطالعه قبل از مداخله، ۴۰٪ نمونه ها روش منقطع داشتند که بعد از مداخله آموزشی، این میزان به ۹/۶۵٪ کاهش یافت، همچنین میزان استفاده از روش های مدرن در گروه آزمون قبل از مداخله ۱/۱۲٪ بود که این میزان بعد از مداخله به ۳۰٪ افزایش یافت. این نتایج با نتایج مطالعه ماهونی و همکاران (۱۹۹۵) که نشان داد مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء رفتارهای ایمن جنسی و پیشگیری از بارداری ناخواسته در دانشجویان مؤثر است (۱۵)، همخوانی داشت. مطالعه هاوول و همکاران (۱۹۹۸) در آمریکا نشان داد که برنامه آموزشی طراحی شده با تغییر نگرش ها و اعتقادات، در پیشگیری از بارداری ناخواسته مؤثر است (۱۶). بر اساس بررسی های انجام شده، مدل اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای تعیین رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار به کار می رود و بر اساس این اندیشه تدوین شده که ادراک افراد از یک تهدید سلامتی، رفتارهای آنها را تغییر می دهد (۱۳). در مطالعه حاضر نمره آگاهی ۴۷ نفر از افراد قبل از مداخله آموزشی نشان داد که افراد مورد مطالعه، نیمی

از آگاهی را قبل از مداخله کسب کرده بودند، اما ۶۸٪ آنان از تداخلات دارویی و بیماری هایی نظیر اسهال و استفراغ که کاهنده اثر قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری هستند، بی اطلاع بودند. با اجرای برنامه آموزشی، میزان آگاهی افراد بعد از مداخله افزایش معنی داری یافت که با نتایج مطالعه کریمی و همکاران (۱۹۹۸) که بر روی دانش آموزان لس آنجلس انجام شد و نشان داد که افزایش آگاهی در پیشگیری از ایدز و بارداری مؤثر است، همخوانی داشت (۱۷).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره تهدید درک شده قبل از مداخله آموزشی ۳۳ از ۱۰۰ بود که نشان دهنده تهدید درک شده پایین زنان مورد مطالعه بود، به گونه ای که علی رغم عدم استفاده از روش های مطمئن تنظیم خانواده، فقط ۲۹٪ از افراد، خود را در معرض خطر بارداری ناخواسته می دانستند، ۴۱٪ نگران ابتلاء خود به بارداری ناخواسته بودند و ۴۸٪ اعتقاد داشتند بارداری ناخواسته سلامت روانی خود و خانواده شان را به خطر می اندازد. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، ادراک بالا از آسیب پذیری نسبت به یک مشکل بهداشتی (که در این مطالعه بارداری ناخواسته است)، در انگیزش افراد برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مشکل، ضروری و اساسی است و برنامه های آموزشی باید بخشی از فعالیت های خود را متمرکز بالا بردن آسیب پذیری درک شده کنند (۱۴) و همانطور که نتایج نشان داد، مداخله آموزشی در مطالعه حاضر در این راستا موفقیت آمیز بود. این یافته ها با نتایج مطالعه غفاری (۲۰۰۷)، اسدپور (۲۰۰۹)، کریمی و همکاران (۲۰۱۲) در ایران و مطالعه شاما و همکاران (۲۰۰۴) در مصر، وای و همکاران (۲۰۰۵) در چین و

راتان سوان در تایلند همخوانی داشت (۱۴، ۱۸-۲۲). مطالعه فراتحلیل اوستین و همکاران (۲۰۰۲) که بر روی مقالات انجام شده با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد، نشان داد که تهدید درک شده پایین یکی از موانع اصلی انجام رفتارهای پیشگیری کننده می باشد (۲۳).

در مطالعه حاضر ارتباط مثبت و معنی داری بین رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته با منافع درک شده مشاهده شد و همانطور که در جدول ۲ ملاحظه شد، بین میانگین نمره منافع درک شده گروه آزمون قبل و بعد مداخله آموزشی تفاوت معنی داری وجود داشت. در حالی که این تفاوت در گروه شاهد معنی دار نبود که این یافته با نتایج مطالعه کوپل و همکاران (۱۹۹۹) که با هدف ارزشیابی تأثیر برنامه آموزشی برای پیشگیری از بارداری و بیماری های منتقله جنسی در دانش آموزان تگزاس و کالیفرنیا انجام شد، همخوانی داشت (۲۴). با نگاه تحلیلی به یافته های این سازه به مهمترین منافع درک شده رفتارهای پیشگیری کننده، از نظر نمونه های مورد بررسی در قبل از مداخله می توان به حفظ سلامتی (با میانگین نمره ۴۳)، حفظ وضعیت اقتصادی اجتماعی (با میانگین نمره ۴۱) و اعتقاد به مؤثر بودن استفاده از وسایل پیشگیری مدرن در جلوگیری از بارداری ناخواسته (با میانگین نمره ۴۱)، اشاره کرد که محقق در طراحی مداخله آموزشی با تأکید بیشتر بر منافع روش های پیشگیری جدید و عوارض نامطلوب بارداری ناخواسته میانگین نمره منافع درک شده را در گروه آزمون به طور معنی داری ارتقاء دهد، که این مسئله در برنامه ریزی های آموزشی باید مد نظر قرار گیرد زیرا ارتقاء آگاهی و سلامتی زنان نقش مؤثر و کلیدی در حفظ سلامتی خانواده و جامعه دارد (۲۰).

در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری در موانع درک شده گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده نشد و از مهمترین موانع درک شده واحدهای پژوهش می توان به باورهای غلط مانند ترس از بچه دار نشدن در آینده (۴۲٪)، مخالفت همسر (۳۶٪)، ترس از عوارض روش های مدرن (۳۴٪) و عدم اعتقاد به روش های جدید پیشگیری (۲۹٪) اشاره کرد. همانگونه که اشاره شد،

برنامه آموزشی طراحی شده تأثیر معنی داری را در کاهش موانع درک شده در واحدهای پژوهش نداشت، که دلیل آن شاید ناشی از عوامل تأثیرگذار اجتماعی و فرهنگی خارج از کنترل محقق و فرد بر این سازه باشد که محقق بهره گیری از مدل های خارج فردی مانند مدل ارتقاء سلامت را پیشنهاد کرد. همچنین درگیر کردن افراد تأثیرگذار بر نگرش های فردی همسران و یا سایر افراد مهم از نظر فرد، می تواند در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد. معنی دار نشدن سازه موانع درک شده بعد از اجرای مداخله آموزشی در مطالعات دیگر مانند مطالعه غفاری (۲۰۰۷)، هزاه ای و همکاران (۲۰۰۷) و توسینگ و همکار (۲۰۰۵) نیز ملاحظه شد (۱۸، ۲۵، ۲۶).

در مطالعه حاضر بین رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته با خودکارآمدی ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شد، همچنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر افزایش نمره خودکارآمدی و معنی دار شدن آن در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی بود که این یافته با نتایج مطالعه پیمان و همکاران (۲۰۰۷)، شمسی و همکاران (۲۰۰۹)، کریمی و همکاران (۲۰۱۲) و یخ فروش ها و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۱۴، ۲۷-۲۹)، اما با نتایج مطالعه غفاری (۲۰۰۷)، کینزلر و همکاران (۲۰۰۴) و مک کلندن و همکاران (۲۰۰۲) که بعد از مداخله آموزشی خودکارآمدی تغییر معنی داری نیافت، همخوانی نداشت (۱۸، ۳۰، ۳۱). خودکارآمدی به عمق اطمینان فرد راجع به کارایی شخصی اش اشاره دارد. مردم چنانچه خود را در موقعیت های گوناگون مانند پیشگیری از بارداری ناخواسته و یا مصرف روش های پیشگیری مدرن ناتوان ببینند، ممکن است مشکلات را سخت تر از واقعیت تصور کنند و این امر باعث می شود فرد از موقعیت های مشکل زا و تغییر رفتار اجتناب کند و یا از تلاش برای رفع آنها بکاهد (۱۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مهمترین راهنمای عمل در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته، خانواده، دوستان و آشنایان (۶۶٪) بودند و این نکته باید در اجرای برنامه های آموزشی جامعه نگر از طریق رسانه های فراگیر مانند صدا و سیما مد نظر قرار



خودکارآمدی درک شده و در نهایت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته در گروه آزمون داشت و می تواند نقش مؤثری در کاهش میزان بروز بارداری ناخواسته داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه واحدهای شرکت کننده در این مطالعه، همچنین از کارشناسان مامایی مراکز مامونیه و زاویه که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

گیرد و نکته قابل توجه این است که صدا و سیما از نظر افراد مورد مطالعه کمتر به این مسئله پرداخته است، به گونه ای که تنها ۳ درصد از افراد آن را به عنوان راهنمای عمل خود ذکر کرده اند. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به عدم شرکت زنان روستایی شهرستان در مطالعه و نیز خود گزارشی بودن رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته اشاره کرد.

### نتیجه گیری

برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی تأثیر مثبتی بر آگاهی، تهدید، منافع و

### منابع

- Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. *Womens Health Issues* 2009 Sep-Oct;19(5):306-12.
- Green DC, Gazmararian JA, Mahoney LD, Davis NA. Unintended pregnancy in a commercially insured population. *Matern Child Health J* 2002 Sep;6(3):181-7.
- Amani F, Bashiri G, Nahanmoghadam N, Tabarrai Y. [Using the logistic regression model in survey effective causes on unwanted pregnancy] [Article in Persian]. *J Qom Univ Med Sci* 2010;4(1):32-6.
- Upson K, Reed SD, Prager SW, Schiff MA. Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages 35-44 years at risk of unwanted pregnancy. *Contraception* 2010 May;81(5):427-34.
- Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M. [Women's experiences of unwanted pregnancy] [Article in Persian]. *Behbood* 2012;15(6):492-503.
- Azizi A, Amirian F, Pashaei T, Amirian M. [Prevalence of unintended pregnancy and its relationship with health-related quality of life for pregnant women's in Salas city, Kermanshah- Iran] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011;5:24-9..
- Amoako JF, Madise NJ. Examining the geographical heterogeneity associated with risk of mistimed and unwanted pregnancy in Ghana. *J Biosoc Sci* 2009 Mar;41(2):249-67.
- Dwyer JM, Jackson T. Unwanted pregnancy, mental health and abortion: untangling the Evidence. *Aust New Zealand Health Policy* 2008 Apr 29;5:2.
- Messer LC, Dole N, Kaufman JS, Savitz DA. Pregnancy intendedness and maternal psychosocial factors and preterm birth. *Matern Child Health J* 2005 Dec;9(4):403-12.
- McNeil TF, Schubert EW, Cantor-Graae E, Brossner M, Schubert P, Henriksson KM. Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study. *Psychol Med* 2009 Jun;39(6):957-65.
- Hromi-Fielder AJ, Perez-Escamilla R. Unintended pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding: an analysis of 18 Demographic and Health Surveys. *Public Health Nutr* 2006 May;9(3):306-12.
- Karimy M, Montazeri A, Araban M. [The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis] [Article in Persian]. *Arak Med Univ J (AMUJ)* 2012 Winter;14(4 Suppl2):85-94.
- Karimy M, Hasani M, Khorram R, Gafari M, Niknami SH. [The effect of education, based on health belief model on breast self examination in the Health volunteer in Zarandieh] [Article in Persian]. *Tabibe Shargh; J Zahedan Univ Med Sci* 2008;10(4):79-87.
- Karimy M, Gallali M, Niknami SH, Aminshokravi F, Tavafian SS. [The effect of health education based on health belief model on performance of Pap smear test among women referring to health care centers in Zarandieh] [Article in Persian]. *J Jahrom Univ Med Sci* 2012 Spring;10(1):47-53.
- Mahoney CA, Thombs DL, Ford OJ. Health belief and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. *AIDS Educ Prev* 1995 Feb;7(1):32-49.
- Hovell M, Blumberg E, Sipan C, Hofstetter CR, Burkham S, Atkins C. Skills training for pregnancy and AIDS prevention in Anglo and Latino youth. *J Adolesc Health* 1998 Sep;23(3):139-49.
- Kirby D, Korpi M, Adivi C, Weissman J. An impact evaluation of project SNAPP: an AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS Educ Prev* 1998 Feb;9(1 Suppl):44-61.
- Ghafari M. [Comparing the efficacy of health belief model and it's integrated model in AIDS education among male high school students in Tehran] [Thesis in Persian]. Tehran:Tarbiat Modares University;2007:187-95.

19. Asadpour M. [Promotion and maintenance of preventive behaviors from HIV, HBV and HCV infections in health care worker with using constructs of health belief model in Precede-Proceed model] [Thesis in Persian]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2009.
20. Shama ME, Fareed NR, Elburgy MD, Mahfouz AA. Application of the Health Belief Model in studying non-compliance with universal precautions among nurses and laboratory technicians in Alexandria, Egypt. *Health Educ Res* 2004;1(93):272-83.
21. Wai CT, Wong ML, Ng S, Cheok A, Tan MH, Chua W, Mak B, et al. Utility of Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 May;21(10):1255-62.
22. Ratanasuwat T, Indharapakdi S, Promrerk R, Komolviphat T, Thanamal Y. Health belief model about diabetes mellitus in Thailand: the culture consensus analysis. *J Med Assoc Thai* 2005 May;88(5):623-31.
23. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues* 2002 May-Jun;12(3):122-8.
24. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Harrist R, et al. Short-term impact of safer choices: a multi component, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *J Sch Health* 1999 May;69(5):181-8.
25. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. *Educ Health (Abingdon)* 2007 May;20(1):23.
26. Tussing K, Chapman-Novakofski K. Osteoporosis prevention education: behavior theories and calcium intake. *J Am Diet Assoc* 2005 Jan;105(1):92-7.
27. Peyman N, Heidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Khodaei GH, Amin Shokravi F. The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashad in order to decrease unwanted pregnancies. *J Reprod Infertil* 2007 Apr-Jun;8(30):78-90.
28. Shamsi M, Baiati A, Tajik R, Mohammad Beigi A. [Effect of health education program based on health belief model on preventive behaviors of self-medication in pregnancy mothers in Arak] [Article in Persian]. *Pajoohandeh; J Shahidbeheshti Univ Med Sci* 2009;14(6):324-31.
29. Yakhforoushha A, Slohi M, Azar FA. [Effects of education via on health belief model on knowledge and attitude of voluntary health workers regarding Pap Smear] [Article in Persian]. *Nurs Midwifery Quarter Shaheed Beheshti Univ Med Sci* 2008;18(62):24-30.
30. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Educ Res* 2004 Dec;19(6):730-8.
31. McClendon BT, Prentice-Dunn S, Blake R, McMath B. The role of appearance concern in responses to intervention to reduce skin cancer risk. *Health Educ* 2002;102(2):76-83.