

پیش بینی رفتار آی یو دی گذاری در زنان سنین باروری با استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده

شهلا نورانی سعدالدین^۱، معصومه گودرزی^{۲*}، دکتر نوشین پیمان^۳،

دکتر حبیب الله اسماعیلی^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۰

خلاصه

مقدمه: آی یو دی، یکی از ایمن ترین روش های جلوگیری از بارداری است که در ایران در مقایسه با سایر جوامع، مورد استقبال قرار نگرفته است. در تحلیل عوامل مؤثر بر رفتار آی یو دی گذاری می توان به عوامل فردی، اجتماعی و محیطی اشاره کرد. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل پیش بینی کننده رفتار آی یو دی گذاری در زنان سنین باروری شهر مشهد با استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۹۱-۱۳۹۰ بر روی ۴۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد انجام شد. افراد به صورت طبقه ای خوشه ای انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه سنجش آگاهی در مورد آی یو دی و پرسشنامه پژوهشگر ساخته مورد بررسی قرار گرفتند. روایی پرسشنامه ها با روایی محتوا و پایایی آنها با ضریب آلفا کرونباخ تعیین شد (۰/۷۵-۰/۹۴). رفتار آی یو دی گذاری سه ماه پس از تکمیل پرسشنامه ها بررسی شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و روش های آمار توصیفی، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی و لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سن واحدهای پژوهش ۲۷/۸±۵/۰۱ سال بود. سازه های تئوری رفتاری برنامه ریزی شده در مجموع ۳۶٪ قصد و ۱۴٪ رفتار آی یو دی گذاری را پیش بینی کردند. هنجارهای انتزاعی ($\beta=۰/۲۱۳$) و قصد ($\beta=۰/۱۷۹$) پیش بینی کننده های قوی رفتار آی یو دی گذاری بودند.

نتیجه گیری: تئوری رفتار برنامه ریزی شده، پیش بینی کننده قوی برای قصد آی یو دی گذاری بوده، اما برای رفتار آی یو دی گذاری، پیش بینی کننده نسبتاً ضعیفی می باشد.

کلمات کلیدی: آی یو دی، تئوری، رفتار، قصد

* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه گودرزی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: goudarzim522@yahoo.com

مقدمه

دستگاه داخل رحمی (IUD)^۱، یکی از ایمن ترین و مؤثرترین روش های تنظیم خانواده است که علاوه بر پیشگیری طولانی مدت از بارداری، برخلاف روش هایی مانند قرص و کاندوم که به عملکرد فرد مصرف کننده وابسته اند، به توجه اندکی از طرف فرد نیاز دارد و در صورت جایگذاری مناسب، تأثیر عملی و تئوری آن تقریباً مشابه است (۱).

بر اساس آمارهای جهانی، حدود ۱۱۰ میلیون نفر از زنان در سنین باروری از آی یو دی استفاده می کنند (۲)، به گونه ای که در چین، آی یو دی اولین و شایع ترین روش انتخابی (۴۰٪) می باشد (۳). میزان استفاده از آی یو دی در اروپا و آمریکای لاتین ۱۰ تا ۳۰ درصد، کوبا ۴۳/۵ درصد، ویتنام ۳۷/۷ درصد، نروژ ۲۸ درصد، مصر ۳۶/۵ درصد و در آلمان، دانمارک و آمریکا ۲۰ درصد گزارش شده است (۴، ۵). علی رغم این واقعیت که میزان استفاده از این روش در بسیاری از نقاط جهان رو به افزایش است و بسیاری از افراد، شرایط لازم برای استفاده از این روش را دارند، در ایران تنها ۱۳/۵۷ درصد از زنان واجد شرایط استفاده از روش های تنظیم خانواده از این روش استفاده کرده اند که نشان دهنده میزان استفاده کمتر از این روش نسبت به سایر روش ها در برنامه تنظیم خانواده است (۶).

بالا بودن میزان بارداری ناخواسته بر اساس آخرین آمار کشور (حدود ۲۴ تا ۴۰ درصد با روزانه ۲۲۱ سقط)، ضریب شکست عملی قرص های پیشگیری از بارداری (۵ درصد) و ضریب شکست بالای روش منقطع (۴ تا ۲۳ درصد)، زنگ خطری است که لزوم بررسی عوامل مرتبط با کاهش یا افزایش استفاده از آی یو دی به عنوان وسیله ای مطمئن و با اثربخشی بالا (۹۹/۲٪) را آشکار می سازد (۷-۸). انتخاب روش های پیشگیری از بارداری و به ویژه آی یو دی، یک فرآیند منحصر به فرد، چند عاملی و پیچیده بوده که تابع عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است و در جوامع مختلف متفاوت می باشد (۹). بر اساس مطالعات انجام شده در تحلیل عوامل مؤثر بر رفتار آی یو دی گذاری، سه دسته از عوامل را می توان

از یکدیگر تفکیک کرد. دسته اول شامل عوامل و ویژگی های فردی و شخصی (عوامل داخلی)، دسته دوم مربوط به عوامل اجتماعی و دسته سوم شامل عوامل ساختاری و محیطی (عوامل خارجی) می باشد. عوامل داخلی شامل متغیرهایی نظیر وضعیت روحی و جسمی، مشخصات فردی، ارزش ها، تجربیات گذشته، تمایلات، دانش و نگرش می باشد. شرایط محیطی و زمان نیز از جمله عوامل خارجی می باشند (۱۰، ۱۱). بنابراین اندازه گیری نگرش ها، باورها، تعیین هنجارهای اجتماعی و شناسایی موانع موجود در زمینه آی یو دی گذاری می تواند به درک رفتار آی یو دی گذاری کمک کند. یکی از تئوری هایی که این عوامل را به خوبی بیان و ارزیابی می کند، تئوری رفتار برنامه ریزی شده است؛ به گونه ای که نتایج مطالعات مختلف نیز کارآیی این الگو را در پیشگویی و مداخله بر رفتارهای پیشگیری از بارداری تأیید کرده اند (۱۲).

تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسط آیزن و فیش بین (۱۹۸۰) ابداع شد و برای مطالعه، حفظ و تغییر رفتارهای بهداشتی در جامعه به کار می رود (۱۳-۱۴). نگرش^۲، هنجارهای انتزاعی^۳، کنترل رفتاری درک شده^۴ و قصد^۵، متغیرهای تشکیل دهنده این تئوری می باشند (۱۵-۱۶). نگرش ارزیابی مثبت و یا منفی فرد نسبت به رفتار مشخص می باشد. هنجارهای انتزاعی، درک فرد از فشارهای اجتماعی ناشی از افراد مهم در انجام دادن یا انجام ندادن رفتار است (۱۷-۱۳). کنترل رفتاری درک شده، به معنای ارزیابی فرد از دشوار یا آسان بودن یک رفتار می باشد و برداشت فرد را از مهارت ها، منابع و فرصت های مورد نیاز در جهت انجام رفتار نشان می دهد (۱۴). عامل اصلی در تئوری رفتار برنامه ریزی شده، قصد فرد برای انجام رفتاری مشخص می باشد. قصد رفتاری شامل تفکر و تصمیم گیری شخص درباره احتمال انجام رفتار است (۱۸). میزان تأثیر هر یک از این متغیرها در بروز یک رفتار، بستگی به نوع رفتار و

2 Attitude

3 Subjective Norms

4 Perceived behavioral control

5 Intention

1 Intra Uterine Device

جمعیت مورد مطالعه داشته و در رفتارها و جمعیت‌های مختلف، متفاوت می‌باشد (۱۶-۱۵).

از آنجایی که رفتار پیشگیری از بارداری، پدیده‌ای پیچیده است و عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی و فردی در بروز آن نقش دارند، شناسایی عوامل مؤثر بر این رفتارها می‌تواند به درک بهتر پدیده منجر شود. کشف دقیق نحوه تصمیم‌گیری زنان در زمینه انتخاب یک روش تنظیم خانواده و انجام رفتار پیشگیری از بارداری، ممکن است منجر به ایجاد فرضیه‌هایی شود که بر اساس آن می‌توان با انجام مداخلاتی، از قطع روش‌های پیشگیری از بارداری یا شکست این روش‌ها جلوگیری کرد. این مسئله از این نظر حائز اهمیت است که ممکن است تأثیر قابل توجهی بر کاهش بارداری‌های ناخواسته و میزان سقط داشته باشد و تفاوت‌هایی را در زندگی زنان ایجاد کند (۱۴). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار آ‌ی یو دی گذاری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد.

روش کار

این مطالعه همبستگی در سال ۹۱-۱۳۹۰ بر روی ۴۰۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد انجام شد. نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی که بر روی ۴۰ نفر از واحدهای پژوهش صورت گرفت و با احتساب ۳۰ درصد ریزش نمونه، در کل ۴۱۶ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت ۴۰۰ نفر در تجزیه و تحلیل وارد شدند. ابتدا با توجه به تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش مراکز چهارگانه بهداشت شهرستان مشهد شامل (مراکز بهداشت ۱، ۲، ۳ و ۴)، در مجموع ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری به صورت قرعه‌کشی انتخاب و به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند و سپس ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده این مراکز به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه

شامل: سن بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۴۵ سال، داشتن حداقل یک فرزند، گذشت حداقل ۸ هفته از آخرین زایمان، استفاده از کاندوم یا روش طبیعی و یا بدون هیچ روش پیشگیری از بارداری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: خونریزی تناسلی غیر طبیعی با علت ناشناخته، اختلالات انعقادی، بیماری ویلسون، سابقه قاعدگی دردناک، خونریزی شدید قاعدگی و سابقه بیماری التهابی لگن بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل: پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه سنجش آگاهی در مورد آ‌ی یو دی، پرسشنامه شماره ۲ و چک لیست ثبت آ‌ی یو دی گذاری بود.

پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه‌ای با ۲۵ سؤال و در ۴ بخش اطلاعات فردی، اطلاعات مامایی و زنان، مشخصات قاعدگی و تاریخچه استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بود.

پرسشنامه سنجش آگاهی در مورد آ‌ی یو دی: پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته با ۱۵ سؤال سه‌گزینه‌ای (صحیح - غلط و نمی‌دانم) بود که آگاهی زنان در مورد آ‌ی یو دی، مزایا، معایب، موارد منع مصرف نسبی و مطلق را مورد سنجش قرار می‌داد. به هر پاسخ صحیح، نمره ۱ و به پاسخ غلط و نمی‌دانم نمره صفر تعلق می‌گرفت. محدوده نمره کسب شده این پرسشنامه بین صفر تا ۱۵ بود و بر اساس آن، آگاهی به سه سطح ضعیف (نمره کمتر از ۵)، متوسط (نمره ۱۰-۶) و خوب (۱۵-۱۱) تقسیم شد.

پرسشنامه شماره ۲: با توجه به موجود نبودن پرسشنامه‌ای استاندارد در زمینه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، این پرسشنامه پس از مطالعه جدیدترین منابع و انجام مطالعه نیازسنجی^۱ (مرحله اول)، توسط پژوهشگر و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) طراحی شد. سازه‌های این تئوری در ۴ بخش نگرش (۲۵ سؤال)، هنجارهای ذهنی (۱۶ سؤال)، کنترل رفتاری درک شده (۱۶ سؤال) و قصد رفتاری با ۴ سؤال مورد سنجش قرار گرفت.

چک لیست ثبت آی یو دی گذاری: با ۳ سؤال، رفتار آی یو دی گذاری را بررسی می کرد.

روایی تمام پرسشنامه ها با روش اعتبار محتوا و صورتی تأیید شد. پایایی پرسشنامه مشخصات فردی ($r=0/83$) و چک لیست ثبت آی یو دی گذاری ($r=0/79$) با روش توافق هم ارز (این چک لیست توسط پژوهشگر و استاد راهنما برای ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش تکمیل شده و پس از بررسی همبستگی پاسخهای داده شده، پایایی چک لیست تعیین شد). پرسشنامه سنجش آگاهی با روش آزمون-آزمون مجدد ($r=0/89$) و سؤالات هر یک از سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پرسشنامه شماره ۲ با روش همسانی درونی آلفا کرونباخ محاسبه شد ($\alpha=0/75-0/94$).

در مرحله دوم مطالعه، پس از کسب رضایت نامه از واحدهای پژوهش، فرم رضایت نامه آگاهانه، پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه سنجش آگاهی در مورد آی یو دی و پرسشنامه شماره ۲ در اختیار آنان قرار گرفت. تمام پرسشنامه ها توسط واحدهای پژوهش و در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه تکمیل شدند.

در مرحله سوم مطالعه به منظور بررسی رفتار آی یو دی گذاری سه ماه پس از تکمیل پرسشنامه شماره ۲، چک لیست ثبت آی یو دی گذاری تکمیل شد. در صورتی که هر یک از واحدهای پژوهش بنا به هر دلیل، تمایل به ادامه شرکت در مطالعه را نداشتند، از مطالعه خارج

شدند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و روش های آمار توصیفی (فراوانی ها، شاخص های مرکزی و پراکندگی)، و ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی و لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن واحدهای پژوهش $27/8 \pm 5/01$ سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات متوسطه ($47/3\%$) و خانه دار (88%) بودند. ۲۰۴ نفر (51%) از واحدهای پژوهش نخست زا بودند. در بین افراد مورد مطالعه، بیشترین روش فعلی پیشگیری از بارداری، کاندوم ($53/2\%$) بود. اکثر واحدهای پژوهش ($51/5\%$) آگاهی ضعیفی در مورد آی یو دی داشتند. در پایان ماه سوم پس از تکمیل پرسشنامه شماره دو، تنها ۶۵ نفر ($16/2\%$) از افراد اقدام به آی یو دی گذاری کردند.

بر اساس نتایج آزمون اسپیرمن، بین نگرش ($p < 0/001$) و $r=0/468$ ، هنجارهای انتزاعی ($p < 0/001$) و $r=0/419$ و کنترل رفتاری درک شده ($p < 0/001$) و $r=0/449$ با قصد آی یو دی گذاری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد ارتباط مثبت و مستقیمی وجود داشت (جدول ۱).

جدول ۱- ماتریس ضریب همبستگی اسپیرمن بین سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده

سازه	نگرش	هنجارهای انتزاعی	کنترل رفتاری درک شده	قصد
سازه				
نگرش				
هنجار انتزاعی	$r=0/448$ $P<0/001$			
کنترل رفتاری درک شده	$r=0/426$ $P<0/001$	$r=0/381$ $P<0/001$		
قصد آی یو دی گذاری	$r=0/468$ $P<0/001$	$r=0/419$ $P<0/001$	$r=0/449$ $P<0/001$	
رفتار آی یو دی گذاری	$r=0/289$ $P<0/001$	$r=0/296$ $P<0/001$	$r=0/179$ $P<0/001$	$r=0/310$ $P<0/001$

شده نشان داد که متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در مجموع به مقدار 36%

نتایج آنالیز رگرسیون خطی در رابطه با پیش بینی قصد آی یو دی گذاری بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی

گذاری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهود بودند (جدول ۲).

قصد آی یو دی گذاری را پیش بینی کردند. کنترل رفتاری درک شده ($\beta=0/288$) و نگرش ($\beta=0/240$)، پیش بینی کننده های قویتری برای قصد آی یو دی

جدول ۲- آنالیز رگرسیون خطی سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر قصد آی یو دی گذاری (متغیر وابسته)

متغیر	ضریب مسیر	بنای استاندارد	سطح معنی داری
نگرش	۰/۰۹۸	۰/۲۴۰	<۰/۰۰۱
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۷۸	۰/۱۶۲	۰/۰۰۱
کنترل رفتاری درک شده	۰/۱۵۴	۰/۲۸۸	<۰/۰۰۱

$R^2=0/36$

رفتاری درک شده و قصد در مجموع ۱۴ درصد رفتار آی یو دی گذاری را پیش بینی کردند. هنجارهای انتزاعی ($\beta=0/213$) و قصد ($\beta=0/179$)، عوامل پیش بینی کننده قوی رفتار آی یو دی گذاری در زنان بودند (جدول ۳).

بین نگرش ($p<0/001$ و $t=0/289$)، هنجارهای انتزاعی ($p<0/001$ و $t=0/296$)، کنترل رفتاری درک شده ($p<0/001$ و $t=0/179$) و قصد ($p<0/001$) و با رفتار آی یو دی گذاری در زنان، همبستگی مثبت و مستقیمی وجود داشت (جدول ۱).

همچنین نتایج آزمون آنالیز رگرسیون خطی نشان داد که متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل

جدول ۳- آنالیز رگرسیون خطی سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر رفتار آی یو دی گذاری (متغیر وابسته)

متغیر	ضریب مسیر	بنای استاندارد	سطح معنی داری
نگرش	۰/۰۰۵	۰/۱۵۴	۰/۰۱۰
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۰۷	۰/۲۱۳	<۰/۰۰۱
کنترل رفتاری درک شده	۰/۰۰۴	۰/۰۹۱	۰/۰۴۸
قصد	۰/۰۱۳	۰/۱۷۹	۰/۰۰۲

$R^2=0/14$

مرتبط با قصد، شناخته شد. در واقع چنانچه فرد احساس کند که می تواند بر عوامل خارجی مؤثر بر آی یو دی گذاری غلبه نماید قصد وی برای آی یو دی گذاری افزایش خواهد یافت و راحت تر با مشکلات و عوارض ناشی از آن برخورد می نماید که این یافته با مطالعه گارسیا (۲۰۱۰) همخوانی داشت (۲۰). بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، فیکادیو و همکاران (۲۰۰۱)، هنجارهای انتزاعی را قوی ترین عامل پیشگویی کننده قصد پیشگیری از بارداری عنوان کردند (۲۱).

در مطالعه حاضر، سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در مجموع به میزان ۳۶ درصد، قابلیت پیش بینی کنندگی قصد آی یو دی گذاری را داشتند که نشان می دهد تئوری رفتار برنامه ریزی شده، می تواند به

بحث

اگر چه آی یو دی، یکی از رایج ترین و مؤثرترین روش های پیشگیری از بارداری است، ولی این روش در ایران در مقایسه با سایر جوامع، مورد استقبال قرار نگرفته است. در مطالعه حاضر نیز این رفتار در جامعه مورد مطالعه از وضعیت مطلوبی برخوردار نبود و تنها ۱۶/۵ درصد از افراد، اقدام به آی یو دی گذاری کردند که با نتایج مطالعه متقی (۱۳۸۸) همخوانی داشت (۱۹).

در مطالعه حاضر سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با قصد آی یو دی گذاری همبستگی داشتند. با توجه به اینکه قصد رفتاری افراد می تواند متأثر از عوامل مختلفی باشد، در این مطالعه، کنترل رفتاری درک شده، اولین و قوی ترین سازه

عنوان یک الگوی مناسب برای پیش بینی قصد استفاده از آی یو دی در زنان واجد شرایط تنظیم خانواده استفاده شود. در مطالعه جموت و همکاران (۲۰۰۷) نیز تئوری رفتار برنامه ریزی شده با واریانس ۳۷ درصد توان پیش بینی کنندگی قصد را داشت که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۲). اما در مطالعه کانپو و همکاران (۲۰۰۰)، پیش بینی قصد توسط سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده ۵۷/۳ درصد بود که از مطالعه حاضر بیشتر می باشد (۲۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سازه های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد، با یکدیگر و با آی یو دی گذاری همبستگی داشتند که در تأیید ارتباط بین سازه های موجود در این تئوری و موفقیت آن در پیش بینی رفتار آی یو دی گذاری می باشد. اما سازه های هنجارهای انتزاعی و قصد، تأثیر بیشتری بر رفتار آی یو دی گذاری زنان داشتند. با توجه به سوگیری اکثر هنجارهای انتزاعی نسبت به آی یو دی گذاری، تحقیق و تفحص در این زمینه ضروری است. همانند سایر مطالعات، همسران از مهمترین افراد تأثیرگذار (هنجارهای انتزاعی) بر استفاده از آی یو دی می باشند، لذا با توجه به نقش کلیدی آنان در انتخاب روش های پیشگیری از بارداری، برنامه ریزی جهت افزایش مشارکت آنان امری ضروری است. قصد، مرحله پیش از عمل است و طی این مرحله، فرد آمادگی لازم برای رفتار را دارد اما همیشه قصد منجر به رفتار نمی شود زیرا عوامل داخلی و یا خارجی در طول زمان منجر به تغییراتی در قصد فرد برای انجام یک رفتار می شوند (۱۸). به منظور تبدیل قصد آی یو دی گذاری به رفتار، کارکنان بهداشتی باید بر نگرش و هنجارهای انتزاعی افراد تمرکز کرده و کنترل رفتاری درک شده آنان را افزایش دهند.

به طور کلی سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در مجموع توانستند به میزان ۱۴ درصد رفتار آی یو دی گذاری را پیش بینی کنند. بر اساس مطالعات انجام شده، عوامل متعددی از جمله عوامل فردی (نگرش، عقاید و تمایلات)، عوامل اجتماعی- اقتصادی، هنجارهای اجتماعی- فرهنگی و ویژگی های خانوادگی می تواند بر یک رفتار خاص تأثیر بگذارند، بر این اساس، قابلیت پیش بینی کنندگی رفتار در مطالعه ملیندا و همکاران (۲۰۱۰) با واریانس ۱۱/۴ درصد، کمتر از مطالعه حاضر و در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۸۸) با واریانس ۳۸/۵ درصد، بیشتر از مطالعه حاضر بود (۲۵، ۲۴).

نتیجه گیری

تئوری رفتار برنامه ریزی شده، پیش بینی کننده قوی برای قصد آی یو دی گذاری بوده، اما برای رفتار آی یو دی گذاری، پیش بینی کننده نسبتاً ضعیفی می باشد. همچنین با توجه به نتایج مطالعه حاضر و اینکه اکثر واحدهای پژوهش، آگاهی ضعیفی در مورد آی یو دی داشتند، تدوین برنامه های آموزشی امری ضروری است. در نهایت با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و کارایی تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پیش بینی رفتار آی یو دی گذاری می توان نتیجه گرفت که انجام مداخلات مبتنی بر این تئوری در اتخاذ رفتارهای پیشگیری از بارداری، در دراز مدت می تواند نقش مهمی در کاهش بارداری های ناخواسته داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و نیز مسئولین و پرسنل مراکز بهداشت شهر مشهد که امکان انجام تحقیق را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی می شود.

1. Karbakhsh M, Mosavi B. Population and family planning. 1thed. Tehran;2003:44-57. [in Persian].
2. Erfanian F, Khadivzadeh T, Khadem N, Khajedeloioe M. The effect of teaching by role playing on students' counseling and screening skills toward IUD clients. [Article in Persian]. Iran J Med Educ 2006;8(2):275-84.
3. Shobeiri F, Soltani F, Nazari M. [Microbial study of hormonal and surgical contraceptive methods in Hamadan, Iran [Article in Persian]. J Sci Health 2010;5(1)41-4.
4. MacIsaac L, Espey E. Intrauterine contraception: the pendulum swings back. Obstet Gynecol Clin North Am 2007 Mar;34(1):91-111,ix.
5. Andalip P, Abolqasemi S, Nori d, Nickraves d, Rabie F. Mass myths: Useful knowledge about IUD. Journal of Health 2010 ;(20):14-16. [in Persian].
6. Amirali Akbari S, Ahmadi M, Tofighi M, Alavi H. [Reasons for not using reliable methods of contraception in women using the withdrawal method Amol] [Article in Persian]. J Mazandaran Univ Med Sci 2004;15(48):92-8.
7. Hajian K, Asnafi N, Mollania Jolodar F. Seven years trend of changes in pattern of contraceptive methods in rural population of Babol, 1994-2000. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2003;5(12):19-24. [Text in Persian]
8. Zamani F, Bashar Doost N, Rajabi Z. Unwanted pregnancy in rural women of Najafabad. Feyze jornal 2003;3:55-61. [Text in Persian]
9. Hajian K, Asnafi N, Mollania Jolodar F. [Pattern of contraceptive methods selected by 15-49 years old female in the rural area of Babol] [Article in Persian]. J Birjand Univ Med Sci 2003;10(1):5-11.
10. Mazloomi Mahmoodabad SS, Mehri A, Morovati M, SharifAbad H. [Application of extended model of planned behavior in predicting helmet wearing among motorcyclist clerks in Yazd, 2006] [Article in Persian]. J Birjand Univ Med Sci 2007;14(4):45-53.
11. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and Health education: theory, research and practice. 2nd ed. San Francisco:Jossey-Bass;1997.
12. Cha ES, Kim KH, Patrick TE. Predictors of intention to Ppractice safer sex among Korean college students. Arch Sex Behav 2008 Aug;37(4):641-51.
13. Hajian K, Asnafi N, Mollania Jolodar F. Seven years trend of changes in pattern of contraceptive methods in rural population of Babol, 1994-2000 [Article in Persian]. J Gorgan Univ Med Sci 2003;5(12):19-24.
14. Abbasi Shavazi MJ, Khadem Zadeh A. Reasons for choosing withdrawal method among women at reproductive ages in Rasht [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2004Oct-Dec;5(20):323-33.
15. Yurdakul M, Vural G. Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning. Contraception 2002 May;65(5):347-50.
16. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd HR. Quality assessment in family planning services in urban health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences [Article in Persian]. Payesh 2007;6(2)145-55.
17. Moore E. Using the theory of planned behavior to predict the condom use intentions of college athletes. A thesis in Psychology Presented to the Faculty of the University of Missouri-Kansas City in partial fulfillment of the requirements for the degree 2007.
18. Saffari M, Shojaei-Zadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. [Health education and promotion theories, models and methods]. Tehran:Sobhan;2009:76-86. [in Persian]
19. Mottaghi Z, Mirzaii Najmabadi Kh. [Women's perspective and beliefs about barriers to IUD use: a qualitative study] [Article in Persian]. Knowledge Health 2011;6(3):24-30.
20. Martinez-García G. Sin querer queriendo: exploring the factors associated with pregnancy prevention and pregnancy intention among latino youth in Montgomery county. [Dissertation]. Maryland:University of Maryland;2010.
21. Feakadu Z, Kraft P. Predicting intended contraceptive in sample of Ethiopian female adolescents: the validity of the theory of planned behavior. Psychol Health 2001;16(2):207-22.
22. Jemmott JB 3rd, Heeren GA, Ngwane Z, Hewitt N, Jemmott LS, Shell R, et al. Theory of planned behavior predictors of intention to use condoms among Xhosa adolescents in South Africa. AIDS Care 2007 May;19(5):677-84.
23. Kanu AJ, Kanu CG. Perceived behavioral control for HIV/STD prevention among African- American undergraduate students. Health Educ Montogr Seres 2000;18(1):27-38.
24. Ickes MJ. Predictors of behaviors related to obesity using the theory of planned behavior in seventh and eighth grade students. [Dissertation]. Ohio: University of Cincinnati;2010.
25. Karimy M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M, Hatami A. [The relationship of breast self-examination with self-esteem and perceived benefits/barriers of self-efficacy in health volunteers of Zarandieh city] [Article in Persian]. J Breast Dis 2009;2(2):41-8.